

第4回がんとの共生のあり方に関する検討会	資料
令和2年1月29日	4

がん患者の自殺対策について

内富庸介 参考人 提出資料

がん患者の自殺対策-現状と課題および今後の方向性

一般社団法人日本サイコオンコロジー学会



副代表理事	内富 庸介	(国立がん研究センター)
代表理事	吉内 一浩	(東京大学)
副代表理事	明智 龍男	(名古屋市立大学)
理事	藤森麻衣子	(国立がん研究センター)
代議員	原島 沙季	(東京大学)
代議員	松岡 豊	(国立がん研究センター)
会員	井上 佳祐	(横浜市大)

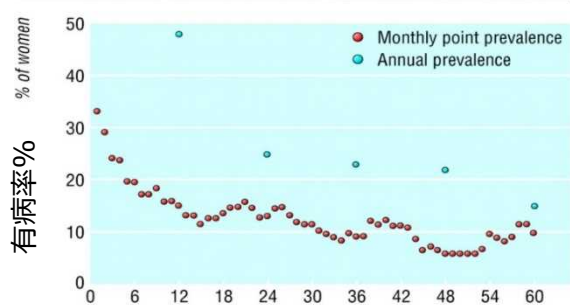
がん診断後のストレスと自殺

がん対策推進協議会(2016 (H28)1221)
参考人資料

がん診断後のストレス

早期乳がん患者222名のうつと不安を面接
調査:一ヶ月有病率%)

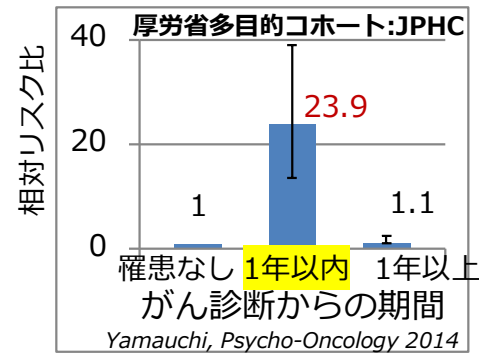
Burgess, C. et al. BMJ 2005



がん診断からの期間 Time from diagnosis (months)

がん診断後自殺リスク24倍

40歳以上の男女約14万人を20年以上追跡

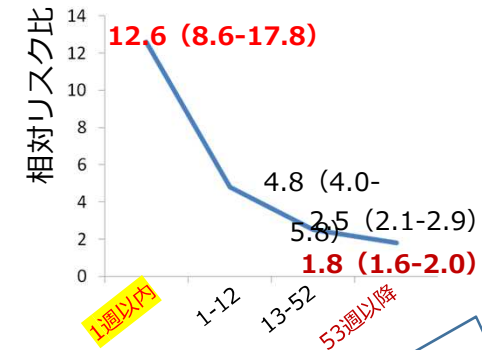


Yamauchi, Psycho-Oncology 2014

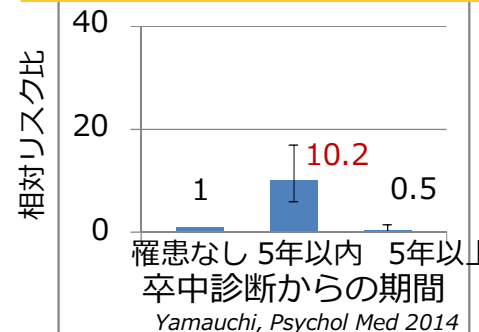
がん診断後1週間13倍

30歳以上の一般住民600万人スウェーデン住民
コホート (追跡期間1991年-2006年)

Fang F et al, N Engl J Med 2012



卒中後自殺リスク10倍



Yamauchi, Psychol Med 2014

102,843人中11,187人ががん発症、
34人が自殺。
そのうち13人(0.12%、RR=23.9)が1年
以内に自殺。2年目以降21人が自殺
(RR=1.1)。
→がん患者100万人/年にあてはめると、
がん罹患後1年以内の自殺者は
1,162人(全自殺者の約5%を占める)
罹患後2年目以降は？

6,073,240人中534,154人ががん発症、
786人が自殺。そのうち、
最初の1週以内に29人(0.005%、
RR=12.6)が自殺。
最初の12週の自殺は110人(RR=4.8)。
最初の52週の自殺は260人(0.05%、
RR=3.1)
53週以降の自殺は526人(RR=1.8)
*最初の12週の自殺を比較すると、
食道・肝・膵(RR=16.0) > 肺(12.3) >
脳(7.8) > 大腸(4.7) > 乳(3.4) > 前立
腺(3.2) > 皮膚(1.4)。

がん対策推進協議会(2016(H28)1221)以降の
日本サイコオンコロジー学会:JPOSとしての取り組み
— まとめ —

1. わが国のがん患者の自殺の実態が明らかではない

→A.がん登録を用いた自殺の実態調査(2019(R元)革新自殺※内富班)

がん登録を用いた自殺の実態調査(2019(R元)革新自殺内富班)だけでは限界があるので高危険群の同定、特にAYAや高齢者のサバイバー、さらにはがん患者の自死遺族のケア等の研究(2019-2021厚労科研明智班)とともに進める。

2. がん拠点病院の自殺対策に寄与すると推測されるもの

→B.緩和スクリーニング、がん患者指導管理料等の遵守

JPOS研修会で緩和スクリーニング、がん患者指導管理料等の紹介。

→C.コミュニケーション・スキル研修事業

医師対象の研修継続。最初に接する相談員、看護師、MSW、心理師などへの着手へ。

→D.拠点病院における自殺のゲートキーパーの養成

→E.ハイリスク者への介入の検討(2017-2019厚労科研松岡班)

→F.サバイバーシップガイドラインの作成(2018-2020国がん開発費松岡班)

がん診断後の自殺の時期

対象：1973-2014年に米国のがん登録に登録されたがん患者8,656,619人

結果：自殺は時間と共に減少するが、精巣とホ・リンパ腫は増加・不変。
高齢者だけでなく、AYAのサバイバーも要注意。

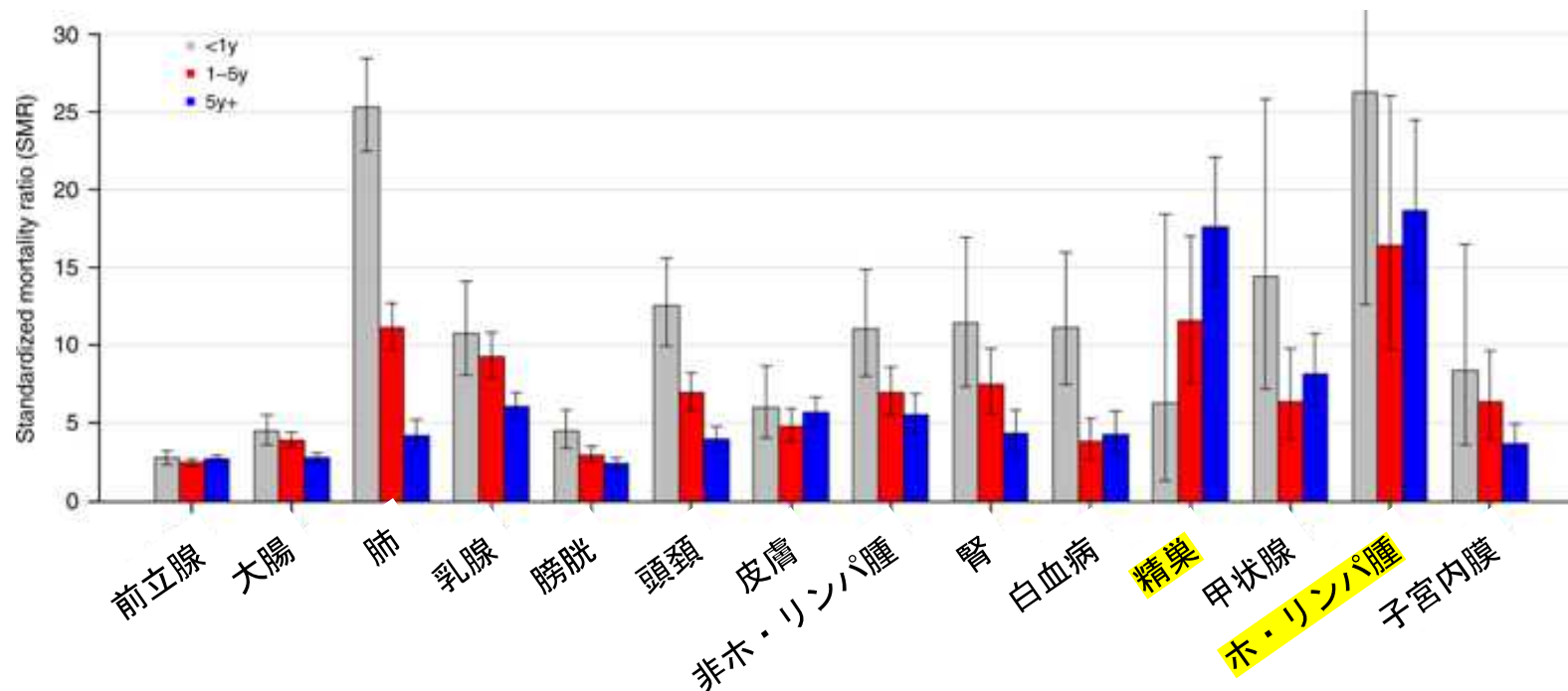


Fig. 1 Standardized mortality ratios (SMRs) of suicide among cancer patients by subsite. The y-axis depicts the SMR with 95% CI, and the x-axis depicts the disease site. Different time periods after diagnosis (<1 year vs 1-5 years vs >5 years) are shown in different colors. Certain cancer patients have relatively high SMR from suicide in the first year after diagnosis (e.g. lung, with SMR of 25; or Hodgkin lymphoma, with SMR of 26). For most cancers, the SMR of suicide subsides with longer follow-up time. In contrast, for certain cancers, the SMR of suicide remains elevated (e.g. Hodgkin lymphoma) or increases (e.g. testicular)

がん患者自殺検案事例の後方視的検討(日本)

【対象】

5年間(2009-2013)に東京都監察医務院にて検案された自殺事例9,841例(日本の約10%に相当)

【方法】

後向き調査(検案調書からデータを抽出)

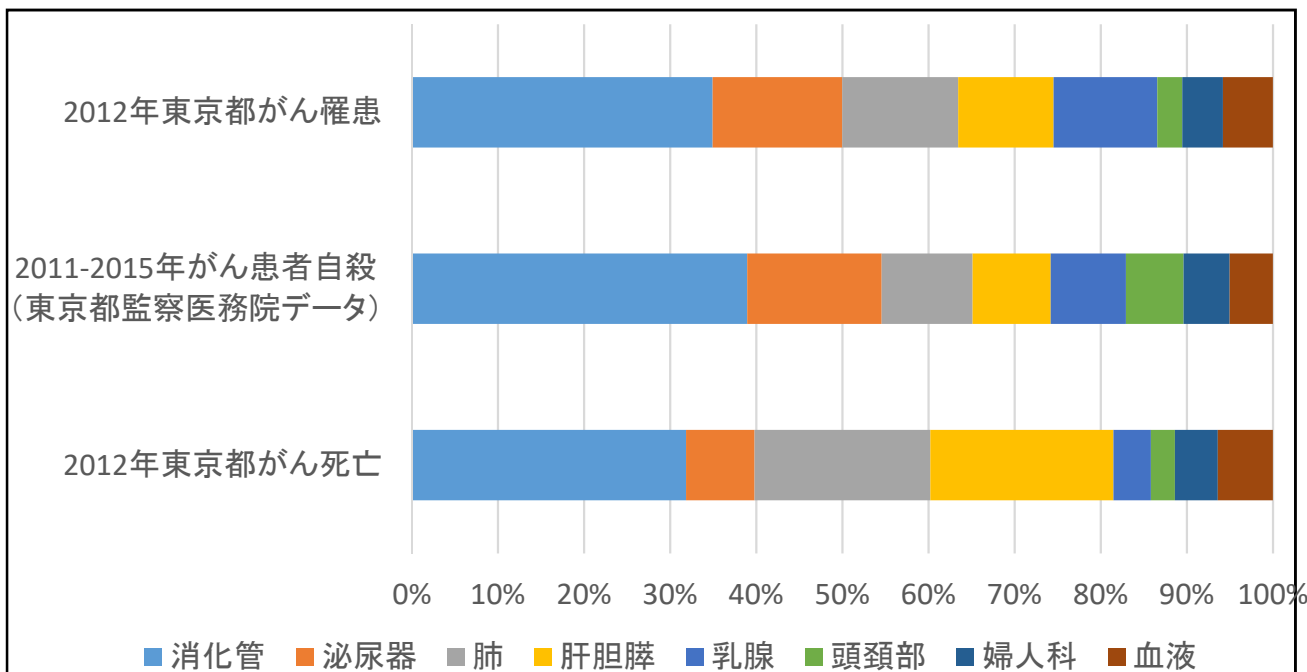
【結果】

1)背景:がんの既往のある自殺者は503例(5.1%)(がん患者全体の約0.2-0.3%に相当)

- **うち72.8%は明らかにがん治療中**

2)関連要因:がん患者の自殺者は、それ以外と比較して、

- **60歳以上の高齢の者が多い**
- **同居者がいる割合が高い(68% vs 59%)**
- **生活保護や年金の受給を受けている割合が高い(57% vs 44%)**
- **飲酒・喫煙は少ない(26% vs 37%)**
- **無職の割合は半数程度で同等**
- **自殺の手段は**溢首**が65%と最も多く、次いで飛び降りが15%と同等**



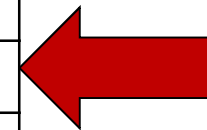
- **消化器がん(胃・大腸)、頭頸部がんの自殺者の割合が高い。これらは、食事、発話、人工肛門等の**機能障害**の多いがん種である。**
- **肺がん、肝胆膵がん等の**難治がん**の自殺者の割合は低い。**

自殺手段	縊首	飛び降り	入水	飛び込み	薬物	ガス	その他
%	65.4	15.3	6.2	2.2	2.2	2.0	6.8

がん患者自殺検案事例の後方視的検討(日本)

自殺場所

	N	%
自宅/敷地内	378	75.8
川	30	6.0
病院	21	4.2
公園	19	3.8
勤務先	9	1.8
宿泊施設	9	1.8
橋・歩道橋	8	1.6
駅・踏切	8	1.6
その他	17	3.4



● 自殺場所の378例(75.8%)が自宅/敷地内

● 入院中の者は25例(5.0%)

入院患者の自殺

対象 会員病院

期間 2005年8-9月

方法 質問紙調査

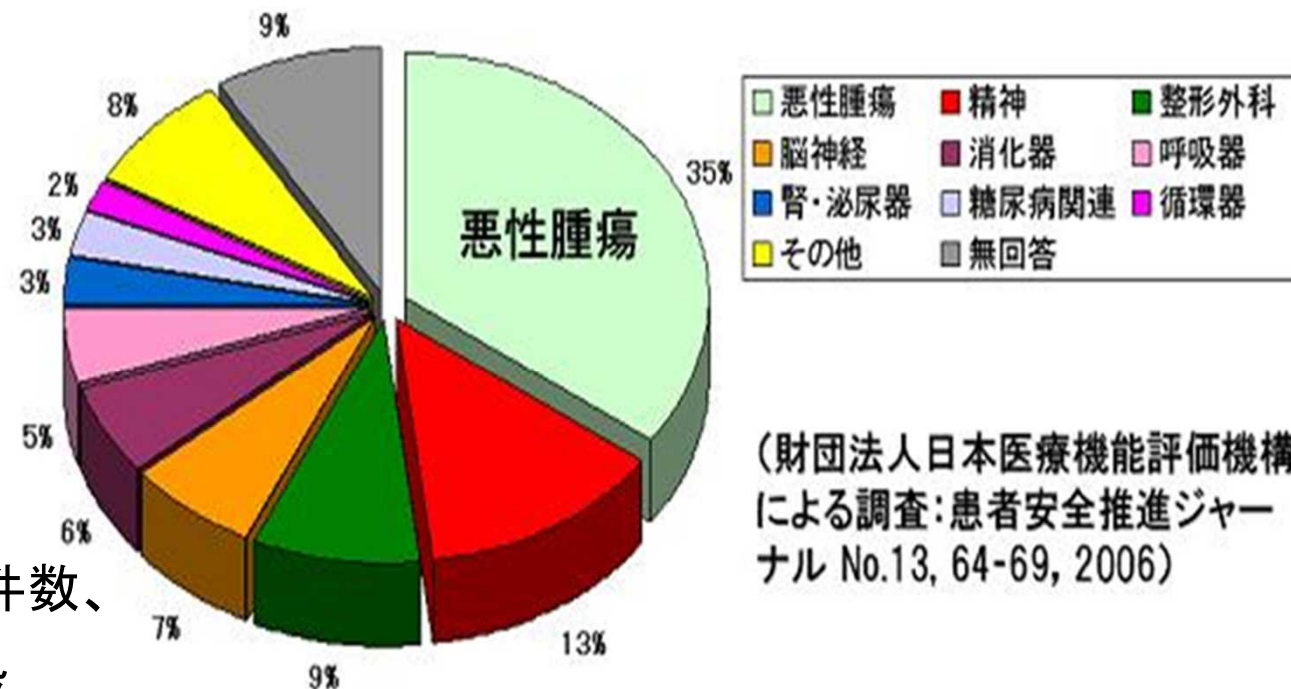
内容 過去3年間の
病院内自殺事故件数、
診療科分類、手段

回答 一般病院575(回収率:63.7%)

結果 117病院(29%)で347件

疾病: **がん 35%**、精神疾患 13%、整形外科疾患 9%

手段: 飛び降り 40%、縊首 36%(ナースコール、輸液ポンプのコードを含む)



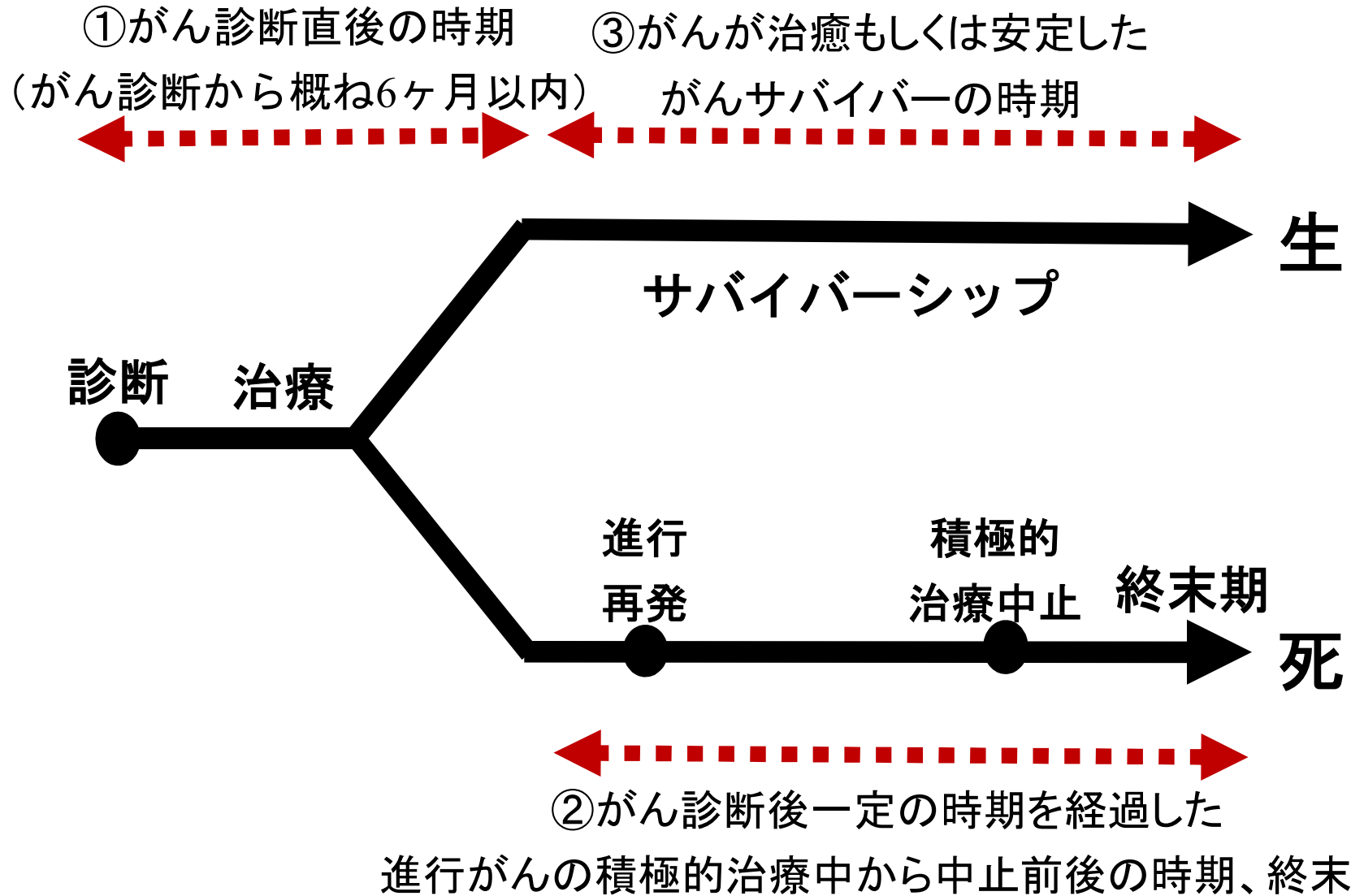
(財団法人日本医療機能評価機構
による調査:患者安全推進ジャー
ナル No.13, 64-69, 2006)

→ **2015年** 一般病院 (495病院) で過去3年間の実態調査:

病院内自殺事故件数131件 (**がん 50%**)

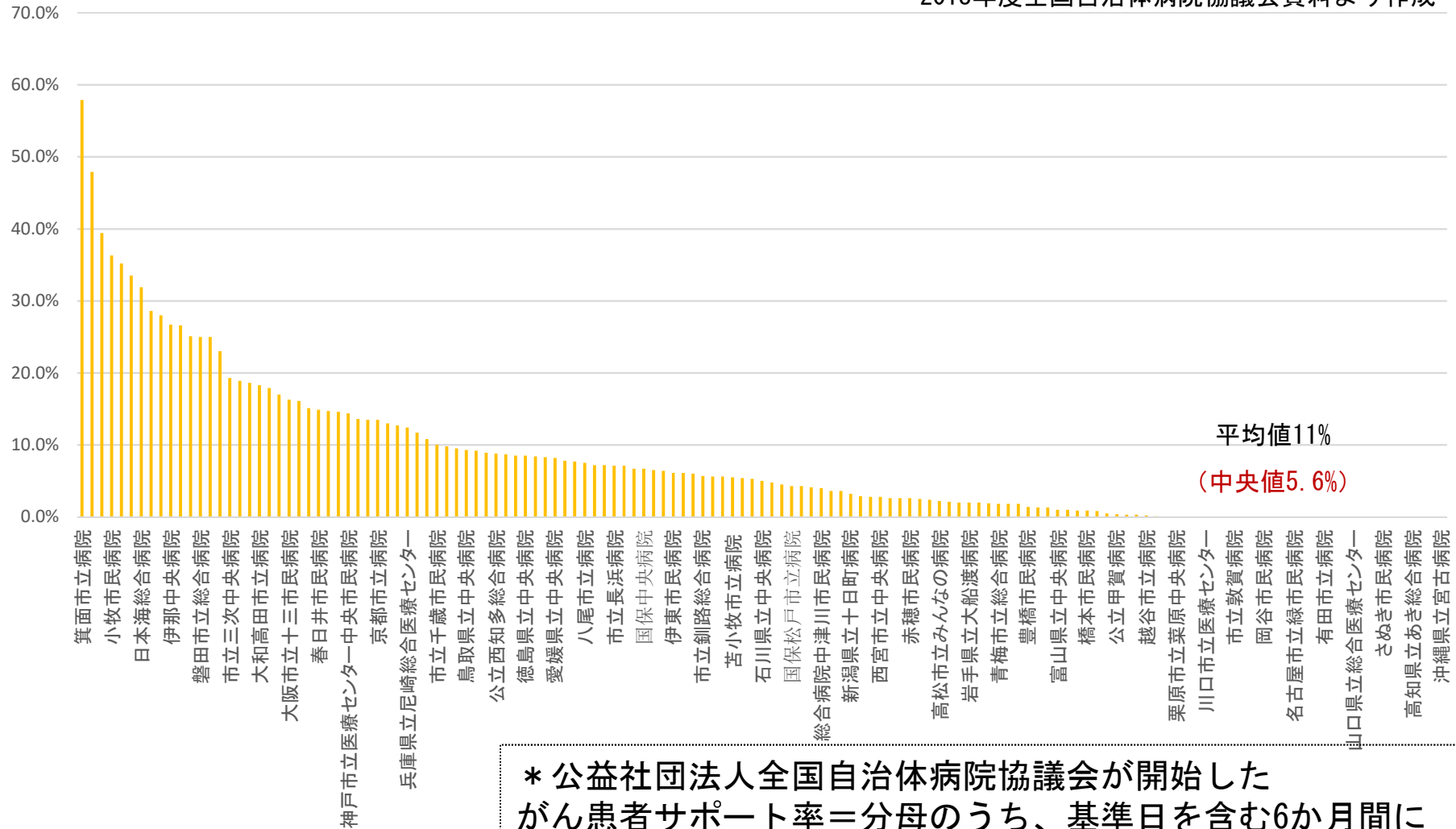
『患者安全推進ジャーナル』第45号 2016年

がん患者の自殺対策: 3つの時期に分けて 一般医療従事者向けの手引書を作成中



▼がん患者指導管理料イの算定数を用いたがん患者サポート率*

2018年度全国自治体病院協議会資料より作成



* 公益社団法人全国自治体病院協議会が開始した
 がん患者サポート率 = 分母のうち、基準日を含む6か月間に
 がん患者指導管理料イを算定した患者（入院・外来を含む）
 ÷ 初発がん患者の初回退院数

がん対策基本法－基本理念(平成19年)

がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること。

がん対策推進基本計画

(第1期:平成19年)がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める。

(第2期:平成24年)患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方についても検討を行う。

医師の研修指導を介したがん患者への介入：コミュニケーション技術研修
⇒がん治療認定医単位認定（2016）⇒米国ASCOガイドライン（2017）⇒コクランレビュー（2018）

JPOS・JSPMの補助金
と受益者負担で継続

Effect of Communication Skills Training Program for
Oncologists Based on Patient Preferences for
Communication When Receiving Bad News: A Randomized
Controlled Trial


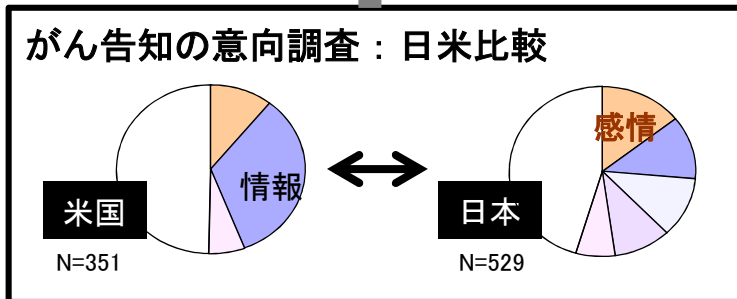
Maiko Fujimori, Yuki Shirai, Mariko Asai, Kaoru Kubota, Noriyuki Katsumata, and Yosuke Uchitomi

がん患者の意向調査(N=529)

- ①気持ちのサポート
 - 感情を出しても配慮して欲しい
 - 家族の気持ちにも配慮して欲しい
 - 希望の持てる言葉をかけて欲しい
- ②情報の伝え方
 - 医師から質問を促して欲しい
- ③情報の内容
 - 今後の生活の見通しを教えて欲しい
 - 予後を知りたい
- ④話しやすい場の設定

がん告知研修プログラム

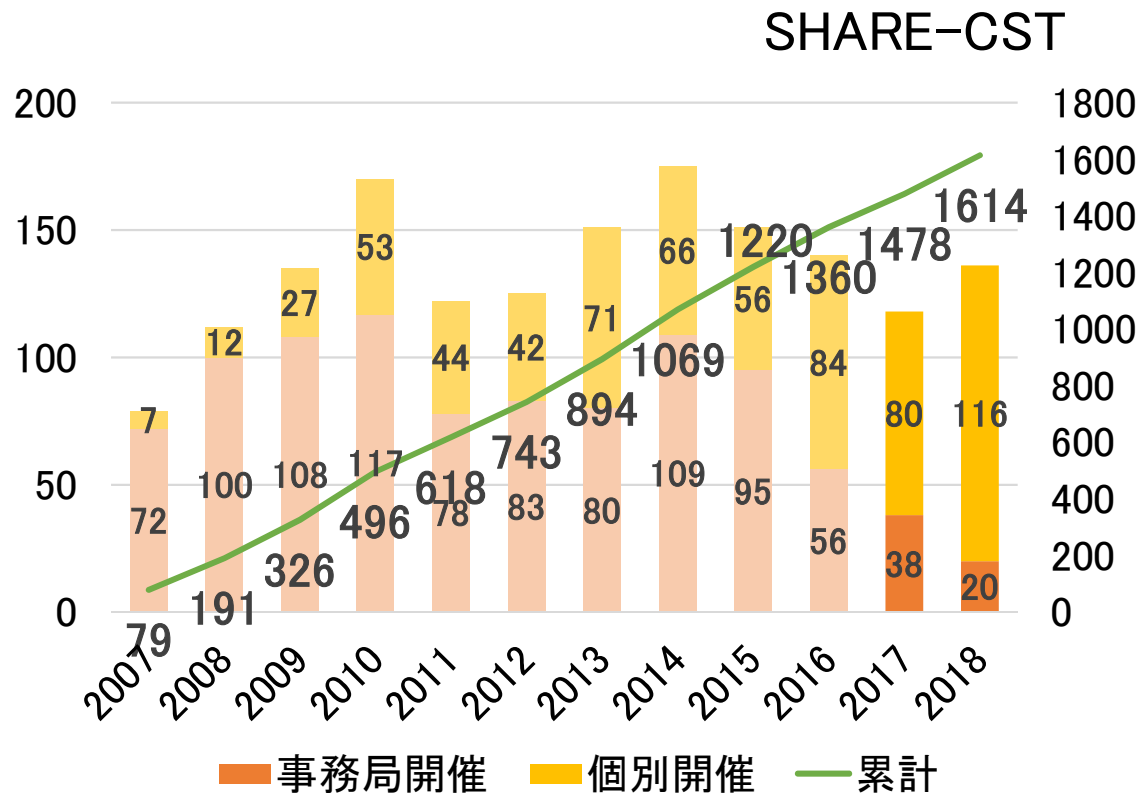
- ロールプレイ8時間
 - ①難治がんを伝える
 - ②再発を伝える
 - ③抗がん治療中止
- 講義/討論2時間

無作為化比較試験

気持ちのサポート(第三者評定)	介入群 (N=13)	統制群 (N=14)	p
◎沈黙して気持ちに配慮する	1.7	-0.6	<0.05
◎感情を話題にする	1.2	-0.4	<0.05
◎気持ちを支える言葉をかける	1.1	-0.4	<0.05
自己記入式尺度評定	介入群 (n=309)	統制群 (n=292)	p
◎抑うつ	4.6 (3.7)	5.3 (4.0)	<0.05
◎信頼感	9.2 (1.3)	8.9 (1.5)	<0.05

CSTの普及：2017年-現在
 日本サイコオンコロジー学会主催
 日本緩和医療学会共催

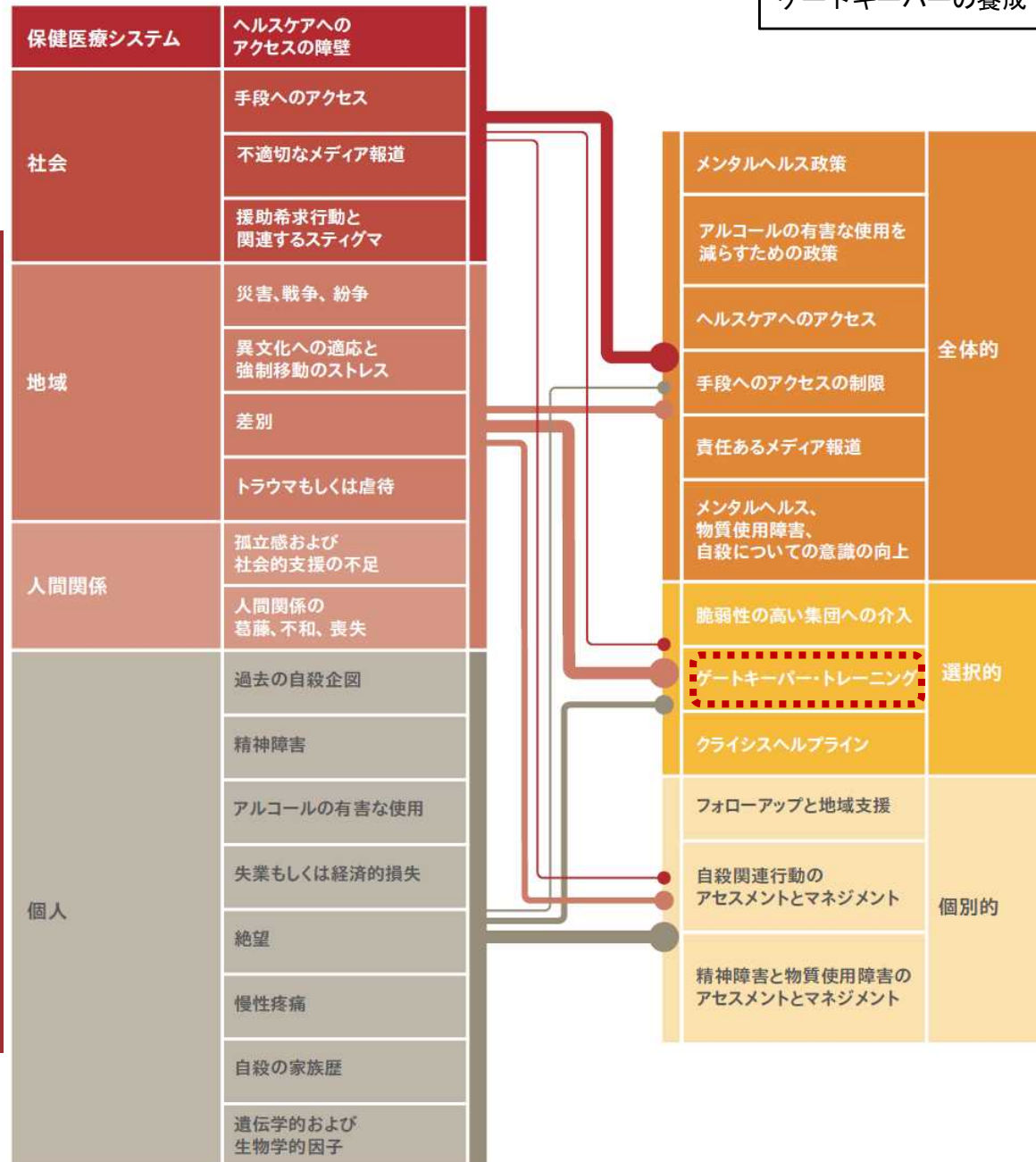


- 2015年 個別の病院開催強化
- 2016年 講義、評価のWeb化→徹底できず継続断念
- 2016年 がん治療認定医申請時学術単位認定を機構に働きかけ→認定
- 2016年 診療報酬加算のための働きかけ→認定されず
- 2017年 厚生労働省の委託事業終了
- 2017年 費用の参加者負担

WHO 主要な自殺の危険因子と関連する介入



図 7. 主要な自殺の危険因子と関連する介入
(危険因子の異なる領域について介入レベルの重要性の違いをラインの太さで示している)



D. 拠点病院における自殺のゲートキーパーの養成

「誰でも」ゲートキーパー手帳

- ### ゲートキーパーの心得
- 自ら相手とかかわるための心の準備をしましょう
 - 温かみのある対応をしましょう
 - 真剣に聴いているという姿勢を相手に伝えましょう
 - 相手の話を否定せず、しっかりと聴きましょう
 - 相手のこれまでの苦勞をねぎらいましょう
 - 心配していることを伝えましょう
 - わかりやすく、かつゆっくりと話をしましょう
 - 一緒に考えることが支援です
 - 準備やスキルアップも大切です
 - 自分が相談のついで困ったときのつなぎ先(相談窓口等)を知っておきましょう
 - ゲートキーパー自身の健康管理、悩み相談も大切です



まずは、声をかけることから始めてみませんか。

※ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人のことです。

内閣府自殺対策推進室HP <http://www8.cao.go.jp/saetsutaisaku/index.html>

気づき 家族や仲間の変化に気づいて、声をかける	傾聴 本人の気持ちを尊重し、耳を傾ける	つなぎ 早めに専門家に相談するよう促す	見守り 温かく寄り添いながら、じっくりと見守る
-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

気づき

家族や仲間の変化に気づいて、声をかける

眠れない、食欲がない、口数が少なくなった等、大切な人の様子が「いつもと違う場合」...

うつ 借金 死別体験 過重労働 肥満転換 昇進 引越し 出産

もしかしたら、悩みをかかえていますか？
生活等の「変化」は悩みの大きな要因となります。一見、他人には幸せそうに見えることでも、本人にとっては大きな悩みになる場合があります。

傾聴

本人の気持ちを尊重し、耳を傾ける

- ✦ まずは、話せる環境をつくりましょう。
- ✦ 心配していることを伝えましょう。
- ✦ 悩みを真摯な態度で受け止めましょう。
- ✦ 誠実に、尊重して相手の感情を否定せずに対応しましょう。
- ✦ 話を聞いたら、「話してくれてありがとうございます」や「大変でしたね」、「よくやってきましたね」というように、ねぎらいの気持ちを言葉にして伝えましょう。

本人を責めたり、安易に励ましたり、相手の考えを否定することは避けましょう

声かけ

大切な人が悩んでいることに気づいたら、一歩勇気を出して声をかけてみませんか。

声かけの仕方に悩んだら...

- 眠れてますか？(2週間以上つづくと不眠はうつサイン)
- どうしたの？なんだか辛そうだけど...
- 何か悩んでる？よかったら、話して。
- なんかが元気がないけど、大丈夫？
- 何か力になれることはない？

つなぎ

早めに専門家に相談するよう促す

- ✦ 紹介にあたっては、相談者に丁寧に情報提供をしましょう。
- ✦ 相談窓口に確実に繋がることできるように、相談者の了承を得たうえで、可能な限り連携先に連絡調整を取り、相談の場所、日時等を具体的に設定して相談者に伝えるようにしましょう。
- ✦ 一緒に連携先に向くことが難しい場合には、地図やパンフレットを渡したり、連携先へのアクセス(交通手段、経費等)等の情報を提供するなどの支援を行いましょう。

リスクを早く評価

- ✦ 自殺の方法について計画を練っているか、実行する手段を有しているか、過去に自殺未遂をしたことがあるか、を評価しましょう。
- ✦ 「消えてしまいたい」と思っていますか？「死にたい」と思っていますか？「とはっきりと断わることが大切です。

はんだん・批評せず聴く

- ✦ どんな気持ちなのか話してもらいましょう。
- ✦ 責めたり罰めたりせずに関心しましょう。
- ✦ この問題は弱さや感情からくるのではないことを理解しましょう。
- ✦ 温かみのある雰囲気に対応しましょう。

あしん・情報を与える

- ✦ 現在の問題は、弱さや性格の問題ではなく、医療や生活支援の必要な状態であること、決して珍しい状態ではないことを伝えましょう。
- ✦ 適切な支援で良くなる可能性があることを伝えましょう。

悩んでいる人に 勇気をもって 声をかけてみませんか。

こころの支援「りはあさる」

悩んでいる人への接し方→メンタルヘルス・ファーストエイド(※)による支援→

サポート ひとつを得るように勧める

- ✦ 医療機関や関係機関に相談するように勧めてみましょう。
- ✦ 一方的に説得するのではなく、相手の気持ちも踏まえて、「専門家に今抱えている問題を相談してみませんか」といった提案をすることで、相談の抵抗感を減らすことができます。
- ✦ 一緒に相談に行こうと勧めることも安心につながります。

セルフヘルプ せるふへるぶ

- ✦ アルコールをやめる、軽い運動をする、リラクゼーション法(ゆっくりと呼吸をする、力を抜く等)などを行うことにより、メンタルヘルスの問題による症状が緩和される場合があります。
- ✦ 家族などの身近な人に相談をすることや、自分に合う対処法を勧めてみたりするのもよいかもしれません。

※メンタルヘルス・ファーストエイドは、メンタルヘルスの問題を有する人に対して、適切な初期支援を行うための5つのステップからなる行動計画で、オーストラリアのBetty KitchenerとAnthony Jormicにより開発されたものです。

自殺につながるサインや状況

- 過去の自殺企図・自傷歴
- 喪失体験：身近な人との死別体験など
- 苦痛な体験：いじめ、家庭問題など
- 職業問題・経済問題・生活問題：失業、リストラ、多量債務、生活苦、生活への困難感、不安定な日常生活、生活上のストレスなど
- 精神疾患・身体疾患の罹患およびそれらに対する悩み：うつ病など精神疾患や、身体疾患での苦痛など
- ソーシャルサポートの欠如：支援者がいない、社会制度が活用できないなど
- 自殺企図手段への容易なアクセス：危険な手段を手にしている、危険な行動に及びやすい環境があるなど
- 自殺につながりやすい心理状態：自殺念慮、絶望感、衝動性、孤立感、怒嘆、諦め、不信感
- 望ましくない対処行動：飲酒で紛らす、薬物を乱用するなど
- 危険行動：道路に飛び出す、飛び降りようとする、自暴自棄な行動をとるなど
- その他：自殺の家族歴、本人・家族・周囲から継続される危険性など

自殺を防ぐために有効なもの

- 心身の健康：心身ともに健康であること
- 安定した社会生活：良好な家族・対人関係、充実した生活、経済状況、地域のつながりなど
- 支援の存在：本人を支援してくれる人がいたり、支援組織があること
- 利用可能な社会制度：社会制度や法的対応など本人が利用できる制度があること
- 医療や福祉などのサービス：医療や福祉サービスを活用していること
- 適切な対処行動：信頼できる人に相談するなど
- 周囲の理解：本人を理解する人がいる、偏見をもって扱われないなど
- 支援者の存在：本人を支援してくれる人がいたり、支援組織があること
- その他：本人・家族・周囲が頼りにしているもの、本人の支えになるようなものがあるなど

話をよく聞き、一緒に考えてくれるゲートキーパーがいることは、悩んでいる人の孤立を防ぎ、安心を与えます。

国内外の自殺予防介入の取り組み

E.ハイリスク者への介入の検討
(2017-2019厚労科研松岡班)

欧州	アメリカ	オーストラリア	日本(介入研究として実施)	
European Alliance Against Depression	Zero Suicide	LifeSpan	NOCOMIT-J	ACTION-J
2001年	2011年	2015年	2006年から3年半	2006年から2011年
地域介入	病院介入	地域介入	地域介入	救急部門介入
<ul style="list-style-type: none"> ・スクリーニング、プライマリケアとメンタルヘルスケア ・啓発キャンペーン ・ハイリスク者の同定とサポート ・ゲートキーパーのトレーニング ・コミュニティのトレーニング 	<ul style="list-style-type: none"> ・文化の変化 ・医療者のトレーニング ・包括的スクリーニングと評価によるハイリスク者の同定 ・ケースマネジメント ・エビデンスに基づく治療 ・温かい支援 ・アウトカム測定を継続し、政策と手続きを継続的に改善 	<ul style="list-style-type: none"> ・危機介入、フォローアップケア ・エビデンスに基づく治療 ・プライマリケアでの評価、サポート ・ゲートキーパーのトレーニング ・学校でのサポート ・コミュニティのトレーニング ・メディア対策 ・環境(ハード面)整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・政策立案者の関与 ・市民への教育 ・ゲートキーパーのトレーニング ・ハイリスク者への支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケースマネジメント(精神科診断、社会的リスク評価、ニーズ評価) ・18か月から5年間
<ul style="list-style-type: none"> ・自殺行動が24%減少、2年間持続(Hegerl et al., 2008; 2010) ・5年間自殺率が大幅減少(Hubner-Liebermann et al., 2010) ・2年間自殺率が大幅減少したが、その後持続しなかった(Szekely et al., 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺率が65%減少(unpublished data) 	<ul style="list-style-type: none"> ・自殺を21%、自殺企図を30%予防できると推定(Krysinska et al., 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> ・農村部は都市よりも順守率が有意に高い ・自殺率と未遂発生率が7%減少 ・男性、高齢者が有意に低い ・都市では有意差なし(Ono et al., 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ・再企図率低下、6か月間持続 ・女性、40歳未満、未遂歴有が効果大(Kawanishi et al., 2014)

「WHOの自殺予防戦略に基づくがん患者自殺予防プログラムの開発」（松岡班）がん患者に対するメンタルヘルスケアへのアクセス勧奨法の開発

パイロット研究Ⅰ（総合病院、病床数72X）（2019年3月～5月）

自殺でなくなった者の多くは精神疾患を有することが知られているが、生前に精神科受診している者は少ない。



精神科受診を勧奨するポスター・リーフレットを作成、院内にて掲示・配布を行った。



しかし、効果は認められなかった

がん患者指導管理料イの算定率が高い病院の視察

ポスター・リーフレットといった強度の弱い単一介入だけでは、がん診断を契機に抑うつ状態となるがん患者をメンタルヘルスケアに誘導する効果が乏しく、精神科受診が変化しないことが示唆→複合的介入を行うことに

先行研究が示す自殺のハイリスク時期は、がん診断直後である
→診断直後からの介入の必要性（精神科受診より前の介入を強化）

◆がん患者指導管理料イ：平成26年度診療報酬改定で新設。精神科受診勧奨の上流ゲートに位置づけられている。がん診断告知時の看護師同席等による、診断告知に伴う心理的不安の軽減を目的としている

医師と看護師との良好なコミュニケーション、診断告知時の書類の工夫等が見いだされた

パイロット研究Ⅱ（案）（がん専門病院、病床数34X）（2020年1月～12月）

- ・がんの診断告知は、がん患者に対して精神的な影響を及ぼしやすい→診断告知時の体制の工夫
 - ・がん患者の自殺は、がん診断後早期に生じやすい→がん診断後早期からの心理的サポートが重要
 - ・自殺者は精神科を受療していないことが多い→自殺の危険性が高い者を抽出し、その者を精神科等の専門的メンタルヘルスケアにつなげる体制の構築が重要
- 】 全てのがん患者に行われることが望ましい

◆定期的な研修会→心理的ケアへの配慮（診断告知時の看護師同席の重要性の認識）、専門的な心理的ケアへつなぐように

◆ポスター貼付→専門的な心理的ケア（精神科受診）を受ける抵抗の軽減

◆看護師同席時に、リーフレット配布→告知時の心理的ケアの充実、専門的な心理的ケア（精神科受診）へのつなぎ

P：全てのがん患者

I：複合的介入（左記赤字）

C：左記の介入をしていなかった前年

O：がん患者指導管理料イの算定率、精神科受診率の向上がみられるか

図.がんサバイバーシップ研究のフレームワーク Cancer Survivorship Research Framework

Adapted from Nekhlyudov, L, Mollica, M., Jacobsen, P., Mayer, DK, Shulman, LN, Geiger, AM. (2019). *Developing a Quality of Cancer Survivorship Care Framework: Implications for Clinical Care, Research and Policy. JNCI*, 111(11): djz089, first published online May 16, 2019.

F. サバイバーシップガイドラインの作成
(2018-2020国がん開発費松岡班)

- 日本サイコオンコロジー学会/日本がんサポーターケア学会を中心に、
- ・気持ちのつらさ(うつ病)のGL
- ・コミュニケーションのGL
- ・せん妄のGL
- ・遺族ケアのGL を作成中

Cancer Survivorship Research

Surveillance and Management of Physical Effects

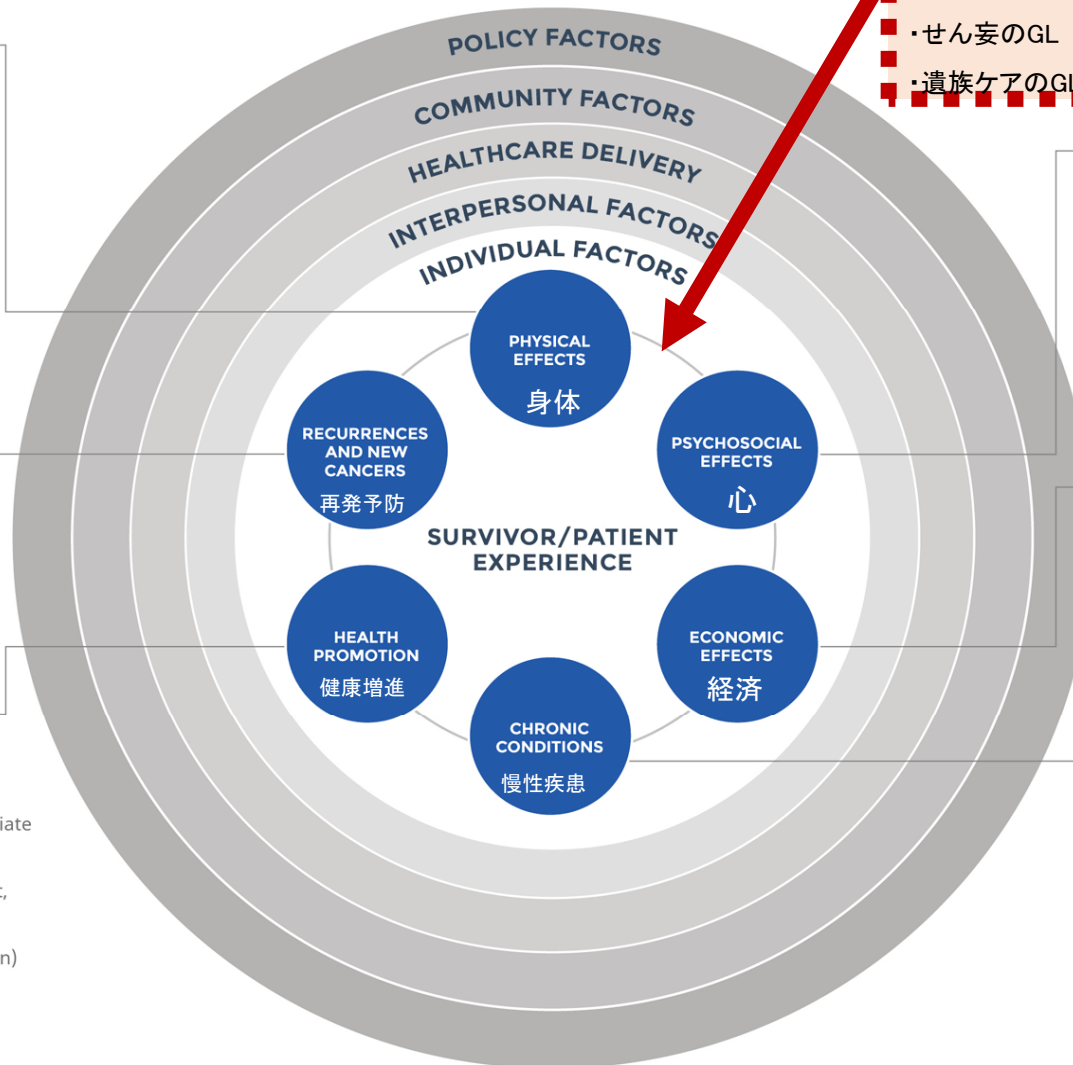
- Assessment (general and tailored by cancer type and treatment exposure)
- Imaging, testing, and/or specialty care referral
- Management (e.g. medication, therapy, exercise)
- Risk-reducing strategies

Prevention and Surveillance for Recurrence and New Cancers

- Family history/genetics evaluation
- Adjuvant/risk-reducing strategies
- Surveillance visits, laboratory testing, and imaging

Health Promotion and Disease Prevention

- Prevention-focused visits and testing
- Age- and gender-appropriate cancer screening
- Smoking cessation
- Weight management, diet, and physical activity
- Lifestyle behaviors (e.g., alcohol use, sun protection)
- Vaccination



Surveillance and Management of Psychosocial Effects

- Assessment (general and tailored by cancer type and management exposure)
- Treatment (e.g. medication, therapy, exercise)
- Risk-reducing strategies

Surveillance and Management of Economic Effects

- Financial hardship
- Access to treatment and survivorship care
- Employment limitations and concerns
- Health care costs

Coordination and Management of Chronic Conditions

- Evaluation and treatment of non-cancer medical conditions
- Medication reconciliation

がん患者の自殺対策-現状と課題および今後の方向性

○課題と展望

A.がん登録を用いた自殺の実態調査(2019(R元)革新自殺内富班)

がん登録を用いた自殺の実態調査を毎年繰り返しモニタリングするだけでは限界があるので高危険群の同定、特にAYA、高齢者、さらには遺族ケア等の研究を進めるべきである。

B.緩和スクリーニング、がん患者指導管理料等の遵守

緩和スクリーニング、がん患者指導管理料等の既存の診療遵守はどうあるべきか？

C.コミュニケーション・スキル研修事業

初診の患者対応に関係する医師だけでなく医療従事者にもコミュニケーション・スキル研修事業の普及を推進する。

D.拠点病院における自殺のゲートキーパーの養成

拠点病院ですぐにできる自殺のゲートキーパー養成に着手する。

E.ハイリスク者への介入の検討(2017-2019厚労科研松岡班)

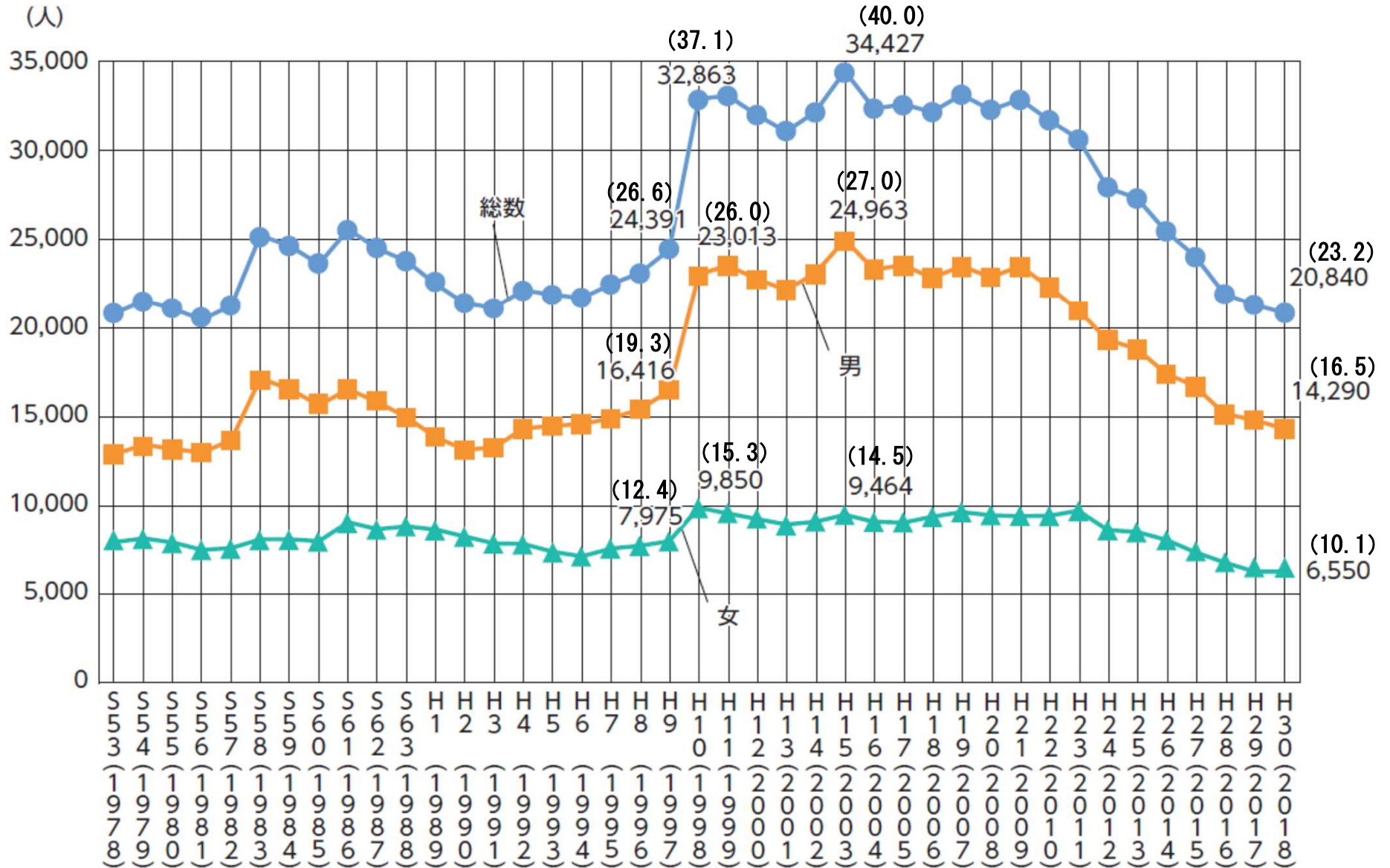
ハイリスク者への介入は継続して検討する。

F.サバイバーシップガイドラインの作成(2018-2020国がん開発費松岡班)

サバイバーシップガイドラインの作成と、日本において実効性のある症状緩和のための介入試験を行いエビデンスを創出する。

參考資料

自殺者数(自殺死亡率)の推移



※自殺死亡率は人口10万人当たりの自殺者数

資料：警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

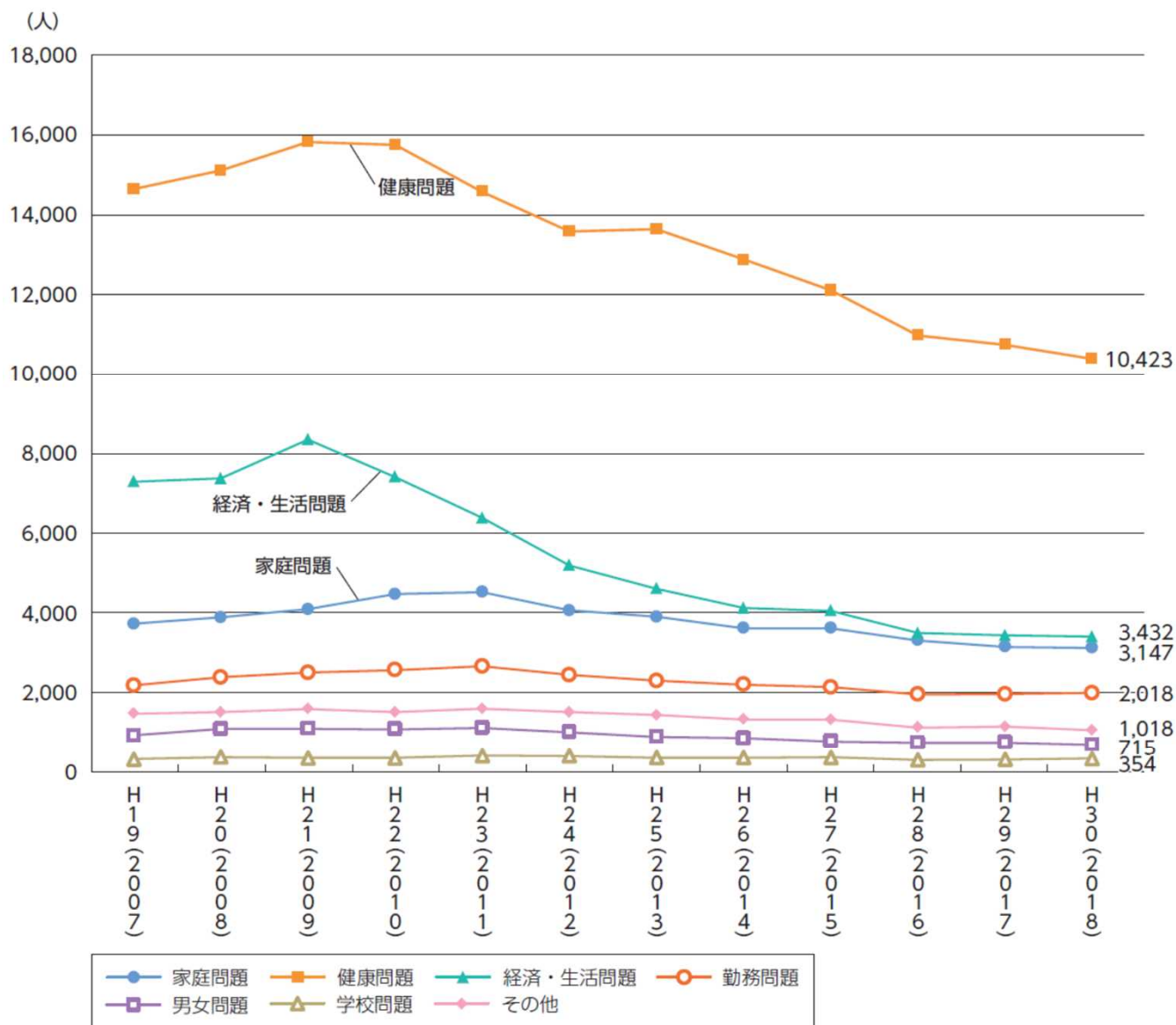
H29死因順位(年齢階層別)

年齢階級	第1位				第2位				第3位			
	死 因	死亡数	死亡率	割合(%)	死 因	死亡数	死亡率	割合(%)	死 因	死亡数	死亡率	割合(%)
10～14歳	自 殺	100	1.9	22.9	悪性新生物	99	1.8	22.7	不慮の事故	51	0.9	11.7
15～19歳	自 殺	460	7.8	39.6	不慮の事故	232	3.9	20.0	悪性新生物	125	2.1	10.8
20～24歳	自 殺	1,054	17.8	52.1	不慮の事故	335	5.7	16.6	悪性新生物	174	2.9	8.6
25～29歳	自 殺	1,049	17.5	46.1	不慮の事故	288	4.8	12.7	悪性新生物	269	4.5	11.8
30～34歳	自 殺	1,280	18.6	39.3	悪性新生物	616	9.0	18.9	不慮の事故	262	3.8	8.1
35～39歳	自 殺	1,366	17.8	28.8	悪性新生物	1,145	14.9	24.1	心 疾 患	429	5.6	9.0
40～44歳	悪性新生物	2,649	28.5	30.0	自 殺	1,628	17.5	18.5	心 疾 患	991	10.7	11.2
45～49歳	悪性新生物	4,764	51.2	34.0	自 殺	1,872	20.1	13.4	心 疾 患	1,769	19.0	12.6
50～54歳	悪性新生物	7,267	90.5	38.1	心 疾 患	2,393	29.8	12.6	自 殺	1,830	22.8	9.6
55～59歳	悪性新生物	12,211	162.7	44.4	心 疾 患	3,377	45.0	12.3	脳血管疾患	2,022	26.9	7.3
60～64歳	悪性新生物	21,238	274.5	47.3	心 疾 患	5,424	70.1	12.1	脳血管疾患	3,147	40.7	7.0

厚生労働省「人口動態統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺の原因・動機

自殺の推移



H26年度健康問題の内訳(人)

身体の病気	4119
うつ病	5439
統合失調症	1226
アルコール依存	188
薬物乱用	63
その他の精神疾患	1307
身体障害の悩み	310
その他	268

注) 遺書等の自殺を裏付ける資料により明らかに推定できる原因・動機を自殺者一人につき3つまで計上可能としているため、原因・動機特定者の原因・動機別の和と原因・動機特定者数(平成30年は15,551人)とは一致しない。

資料: 警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

自殺総合対策大綱(見直し後の全体像) ～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～

(第1) はじめに

< 誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す >

国、地方公共団体、関係団体、民間団体等が緊密な連携を図りつつ、国を挙げて自殺対策に取り組み、一人ひとりがかけがえのない個人として尊重され、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」の実現を目指すものとする。

自殺総合対策の現状と課題：地域レベルの**実践的な取組**を中心とする自殺対策への転換

地域の実情に応じて、対策の有効性や効率性、優先順位などを検討し、国民一人ひとりに身近な地域において、それぞれの実情に応じたきめ細かな対策を講ずることが必要。

自殺総合対策における基本認識：
 <自殺は、その多くが追い込まれた末の死>
 <自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題>
 <自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多い>

(第2) 自殺総合対策の基本的考え方

1. 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
2. 国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む
3. 段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる
4. 関係者の連携による包括的な生きる支援を強化する
5. 自殺の実態に即した施策を推進する
6. 施策の検証・評価を行いながら、中長期的視点に立って、継続的に進める
7. 政策対象となる集団毎の実態を踏まえた対策を推進する
8. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

(第4) 自殺対策の数値目標

○平成28年までに、自殺死亡率を17年と比べて20%以上減少させることを目標とする。

(第3) 当面の重点施策

1. 自殺の実態を明らかにする
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
4. 心の健康づくりを進める
5. 適切な精神科医療を受けられるようにする
6. 社会的な取組で自殺を防ぐ
7. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
8. 遺された人への支援を充実する
9. 民間団体との連携を強化する

(第5) 推進体制等

- 国における推進体制
- 地域における連携・協力の確保
- 施策の評価及び管理
- 大綱の見直し

「自殺総合対策大綱」(概要)

※下線は旧大綱からの主な変更箇所

平成28年の自殺対策基本法の改正や我が国の自殺の実態を踏まえ抜本的に見直し

第1 自殺総合対策の基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

- 自殺対策は、社会における「**生きることの阻害要因**」を減らし、「**生きることの促進要因**」を増やすことを通じて、**社会全体の自殺リスクを低下**させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- 年間自殺者数は減少傾向にあるが、**非常事態はまだまだ続いている**
- 地域レベルの実践的な取組を**PDCAサイクルを通じて推進**する

第3 自殺総合対策の基本方針

1. **生きることの包括的な支援**として推進する
2. **関連施策との有機的な連携を強化**して総合的に取り組む
3. **対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動**させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. **地域レベルの実践的な取組への支援を強化**する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. **適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする**
7. **社会全体の自殺リスクを低下**させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. **子ども・若者の自殺対策を更に推進**する
12. **勤務問題による自殺対策を更に推進**する

「がん患者について、必要に応じ、専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行う。」

第5 自殺対策の数値目標

- 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、**平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少**
(平成27年18.5 ⇒ 13.0以下)

(WHO:仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012))

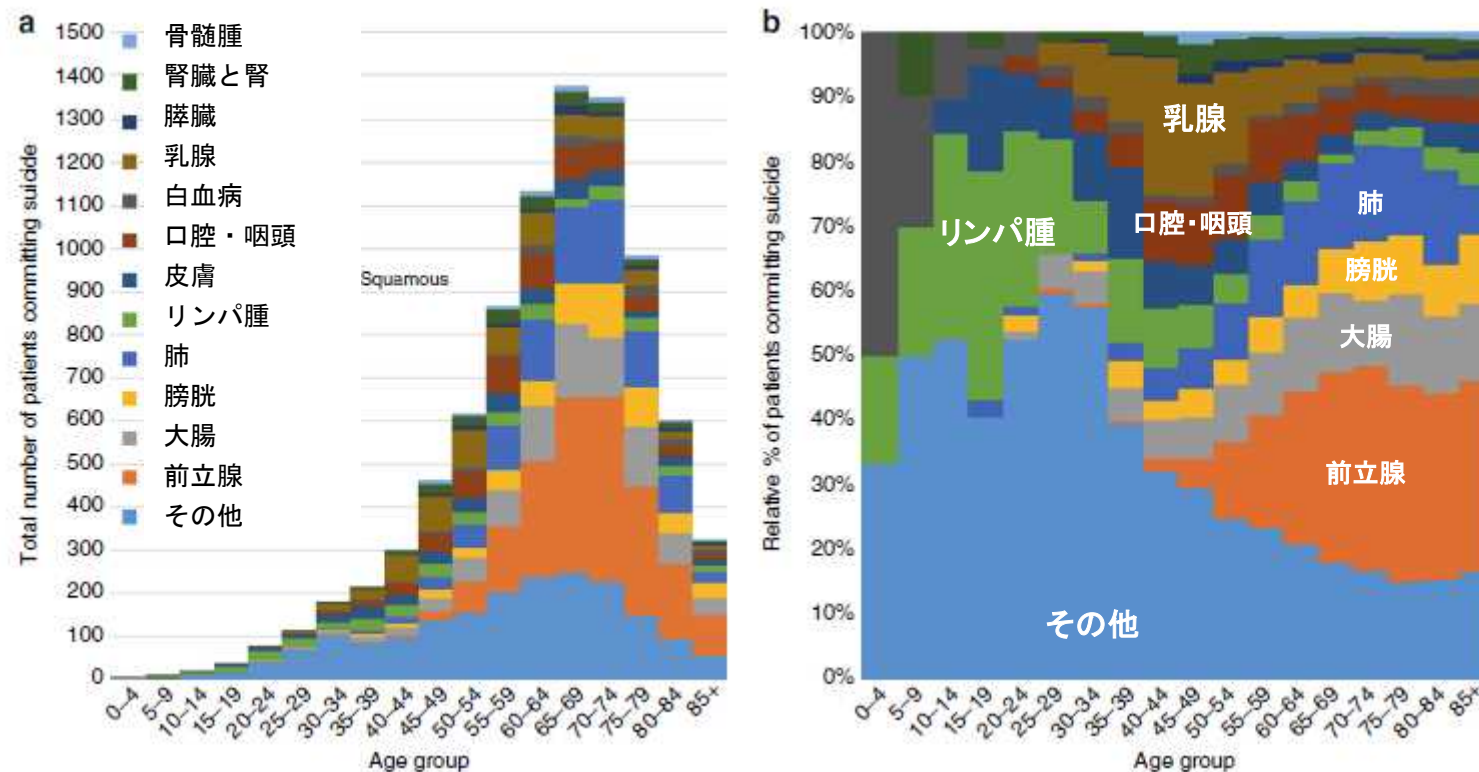
第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における**計画的な自殺対策の推進**
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

がん種と自殺リスク

対象: 1973-2014年に米国のがん登録に登録されたがん患者8,656,619人

結果: 13,311人が自殺(0.154%、28.6/10万人)、自殺リスクは一般人口の4.44倍



がん診断後の自殺の時期

文献	国	データベース	対象者	人数	結果	自殺時期
Tanaka H: Jpn J Cancer Res, 1999	日本	1978-1994年 大阪医療センターがん診断	15歳以上 がん患者	23,979人	48人自殺 SMR 5年以内 1.6 3-5か月 4.4	3-5か月後
Fang F: N Engl J Med, 2012	スウェーデン	1991-2006年 全国民	30歳以上 全国民	6,073,240人	534,154人がん罹患 786人自殺 SMR 1週間 12.6 3か月 4.8 9か月 2.5 1年 1.8	最初の1年、 特に1週間 以内
Wang SM: J Cancer, 2018	台湾	2000-2012年 に自殺した18 歳以上のがん 患者	18歳以上 がん患者	2,907人	OR 1か月以内 3.5 2か月 2.7 3か月 2.2 4か月 1.7 7か月以降有意差なし	最初の半年 間
Henson K: JAMA Psychi, 2019	イギリス	1995-2015年 がん登録	18-99歳 がん患者	4,722,099人	2,491人 SMR1.2 EAR19/10万人	最初の1年、 特に半年間
Saad Anas: Cancer, 2019	米国	2000-2014年 がん登録	がん患者	4,671,989人	1年以内1,585人自殺 SMR 2.5 2か月 4.8	最初の1年 間のみ検討 2か月目
Yamauchi T: Psychooncology, 2014	日本	1999-2010年 10地域コホー ト	40-69歳 一般住民	102,843人	11,187人がん罹患 34人自殺 RR1年以内 23.9 1年以降有意差なし	最初の1年

うつ病の早期発見(スクリーニング)

こころとからだの質問票

監修 上島 国利 先生(国際医療福祉大学 教授)
村松 公美子 先生(新潟青陵大学大学院 臨床心理学研究科 教授)



この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁(ひんぱん)に悩まされていますか?

全くない 数日 半分以上 ほとんど毎日

1 物事に対してほとんど興味がなく、または楽しめない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 疲れた感じがする、または気力がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 あまり食欲がない、または食べ過ぎる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 他人が気づくくらいに動きや話し方が遅くなる、あるいはこれと反対に、そわそわしたり、落ちつかず、ふだんよりも動き回ることがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※上の1から9の問題によって、仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやることがどのくらい困難になっていますか?
全く困難でない やや困難 困難 極端に困難

半分以上 ほとんど毎日 が5つ以上の場合“こころ”や“からだ”が不調になっている可能性があります。まずは医療機関に相談して下さい。

“こころとからだの質問票”はPRIME-MD™ PHQ-9の日本語訳版です。
PHQ-9 Copyright © 1999 Pfizer Inc. 無断転載を禁じます。 PRIME-MD™およびPRIME MD TODAY™は、ファイザー社の商標です。



メタアナリシス結果から

プライマリケア場面で

- 感度0.81
- 特異度0.92

一般内科外来患者で

- 感度0.84
- 特異度0.92

はじめの2問だけでも

- 感度0.87
- 特異度0.78

* 介入とスクリーニングがセットで初めて有効

Columbia-Suicide Severity Rating Scale: C-SSRS (コロンビア自殺評価スケール)

- ・コロンビア大学、ペンシルベニア大学、ピッツバーグ大学が共同で開発
- ・受動的な希死念慮、能動的な自殺の意図と行動は連続的なものと捉えられているが、C-SSRSではこれらドメインを分離するようデザインされている
 - ・自殺念慮
 - ・自殺念慮の度合い
 - ・自殺行動
 - ・致死性/肉体的損傷
- ・妥当性は確認されているが、カットオフポイントはない
- ・習熟を要する技術である

Article

The Columbia–Suicide Severity Rating Scale:
Initial Validity and Internal Consistency Findings From
Three Multisite Studies With Adolescents and Adults

Kelly Posner, Ph.D.

(Am J Psychiatry 2011; 168:1266–1277)

がん治療認定医 申請資格 学術単位 5単位

Japanese Board of Cancer Therapy
JBCT 日本がん治療認定医機構

お知らせ 更新履歴 個人情報保護 リンク 利用規定 TOP
当機構について がん治療認定医 暫定教育医 認定研修施設

がん治療認定医

がん治療認定医とは
↳ がん治療認定医
↳ がん治療認定医 (歯科口腔外科)

TOP > がん治療認定医 > 認定医の申請 (2016) > 申請資格
がん治療認定医 申請資格 (2016年度)

2016.12.02

(7) 2012年1月1日から申請時までの期間に下記学術単位を合計で20単位以上取得していること。

選択単位 ⑨

日本緩和医療学会・日本サイコオンコロジー学会
コミュニケーション技術研修会の参加

単位数 5単位(複数回修了した場合についても5単位)

患者-医療者間のコミュニケーション: ASCOガイドライン2017

Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline

Timothy Gilligan, Nessa Coyle, Richard M. Frankel, Donna L. Berry, Kari Bohlke, Ronald M. Epstein, Esme Finlay, Vicki A. Jackson, Christopher S. Lathan, Charles L. Loprinzi, Lynne H. Nguyen, Carole Seigel, and Walter F. Baile

Author affiliations and support information (if applicable) appear at the end of this article.

Published at jco.org on September 11, 2017. 3618-3632

T.G. and W.F.B. were Expert Panel co-chairs.

Clinical Practice Guideline Committee approved: May 18, 2017.

Editor's note: This American Society of Clinical Oncology (ASCO) Clinical Practice Guideline provides recommendations, with comprehensive review and analyses of the relevant literature for each recommendation. Additional information, including a Data Supplement, a Methodology Supplement, slide sets, clinical tools and resources, and links to

A B S T R A C T

Purpose

To provide guidance to oncology clinicians on how to use effective communication to optimize the patient-clinician relationship, patient and clinician well-being, and family well-being.

Methods

ASCO convened a multidisciplinary panel of medical oncology, psychiatry, nursing, hospice and palliative medicine, communication skills, health disparities, and advocacy experts to produce recommendations. Guideline development involved a systematic review of the literature and a formal consensus process. The systematic review focused on guidelines, systematic reviews and meta-analyses, and randomized controlled trials published from 2006 through October 1, 2016.

Results

The systematic review included 47 publications. With the exception of clinician training in communication skills, evidence for many of the clinical questions was limited. Draft recommendations underwent two rounds of consensus voting before being finalized.

○基本のコミュニケーション・スキル8項目⇒強く推奨

○がん医療従事者へのコミュニケーション・スキル訓練⇒強く推奨

Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer

Patient or population: Healthcare professionals working with people who have cancer

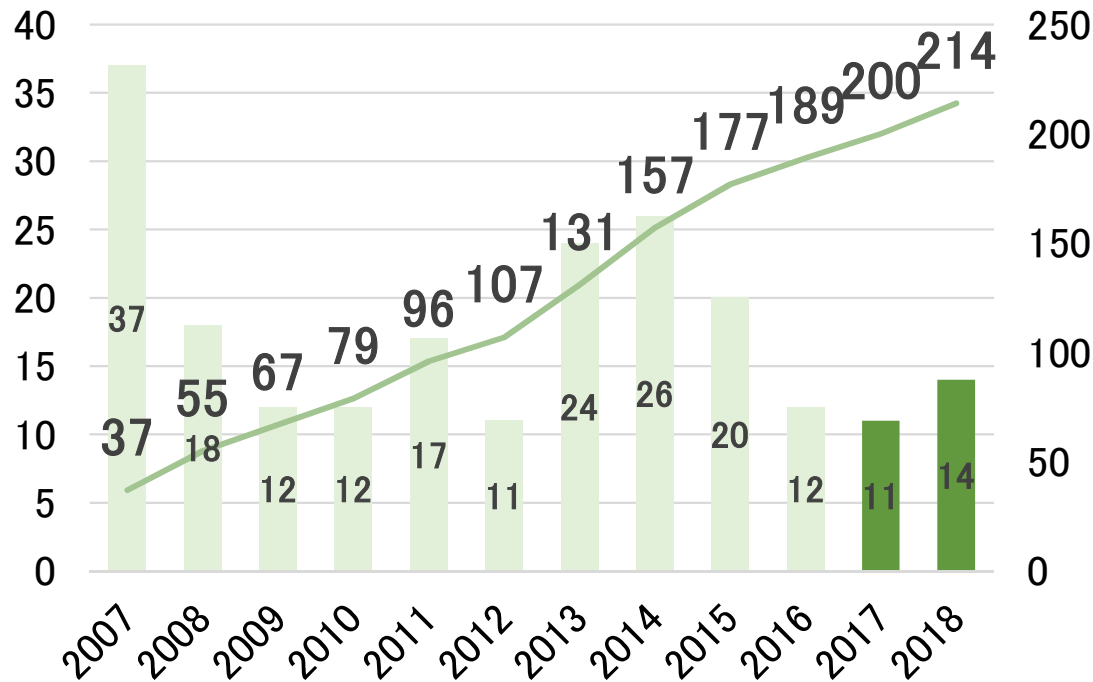
Intervention: Communication skills training

Comparison: No communication skills training

Outcomes アウトカム	Anticipated absolute effects* (95% CI)	Relative effect (95% CI)	No. of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with CST				
Used open questions ◆オープン・クエスチョンは?	SMD 0.25 higher (0.02 higher to 0.48 higher)	-	796 (5 RCTs)	⊕○○○ Very low ¹²³	It is not clear whether communication skills training leads to an improvement of used open questions, because the certainty of the evidence is very low
Elicited concerns ○気懸かりを引出す行動が増える	SMD 0.24 higher (0.12 lower to 0.60 higher)	-	221 (3 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ²	Communication skills training probably increases elicited concerns
Gave appropriate information ○適切な情報提供が増えるわけではない	SMD 0.08 lower (0.26 lower to 0.10 higher)	-	489 (4 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ³	Communication skills training probably does not increase the delivery of appropriate information
Showed empathy ○共感を示す行動が増える	SMD 0.18 higher (0.05 higher to 0.32 higher)	-	844 (6 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ²³	Communication skills training probably increases empathy demonstration
Gave facts only △事実のみ伝えることが減るかもしれない	SMD 0.26 lower (0.51 lower to 0.01 lower)	-	780 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ²³⁴	Communication skills training may decrease fact contents, but the certainty of this evidence is low

CSTファシリテーターの普及：2017年-現在
 日本サイコオンコロジー学会主催
 日本緩和医療学会共催

ファシリテーター養成講習会



- 2015年 個別開催強化：ファシリテーターへの働きかけ
- 2017年 厚生労働省の委託事業終了
- 2017年 費用の参加者負担
- 2019年 研修時間の短縮(1日)
新たなプログラム開発
(AYA、高齢者など)

ゲートキーパーとは

悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人

【役割】

- ・気づき：家族や仲間の変化に気づいて、声をかける
- ・傾聴：本人の気持ちを尊重し、耳を傾ける
- ・つなぎ：早めに専門家に相談するように促す
- ・見守り：温かく寄り添いながら、じっくりと見守る

内閣府. ゲートキーパー養成研修用テキスト 第3版. 2014年 (DVD付)

http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper_text3/index.html