

平成30年度 革新的自殺研究推進プログラム 研究成果報告書
＜領域：公衆衛生学的アプローチによる研究＞

【課題番号：1-2】

がん医療における自殺ならびに専門的・精神心理的ケアの実態把握

研究代表者 氏名 内富庸介（所属：国立がん研究センター中央病院支持療法開発部門；役職：部門長）

研究分担者 氏名 松岡豊（所属：国立がん研究センター社会と健康研究センター健康支援研究部；役職：部長）

研究分担者 氏名 藤森麻衣子（所属：国立がん研究センター社会と健康研究センター健康支援研究部；役職：心理学研究室長）

研究分担者 氏名 明智龍男（所属：名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野；役職：教授）

研究分担者 氏名 河西千秋（所属：札幌医科大学医学部神経精神医学講座；役職：教授）

研究分担者 氏名 鈴木秀人（所属：役職 東京都監察医務院；役職：部長監察医）

研究協力者 氏名 井上佳祐（所属：横浜市立大学精神医学教室；役職：助教）

研究分担者 氏名 松田 智大（所属：国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センター；役職：室長）

研究分担者 氏名 原島沙季（所属：国立がん研究センター社会と健康研究センター健康支援研究部；役職：外来研究員）

要旨

①全国がん登録を利用したがん患者の自殺調査 2016年1月より開始した全国がん登録を用いて、がん患者のがん診断後の自殺等による死亡リスクを一般人口と比較し、多発時期や高リスク群を同定する準備を行った。全国規模のがん患者のデータを分析することでがん患者の自殺の正確な実態が明らかとなり、がん患者全体への告知のあり方や自殺の全体的予防介入、高リスク患者を対象とした選択的・個別的な自殺予防対策を検討するための重要な知見となる。全国がん登録データが提供され次第、解析を行う。

②がん患者の診療に携わっている医療者の連携状況・自殺に対する態度についての調査 医療者の自殺に対する態度に関する調査を、オンラインアンケートによって行った。がん診療に携わる精神科医師、身体科医師、そして看護師を対象に、自記式質問紙により情報を得た。自殺の危険性が高い者に対する態度を評価する尺度として、Attitudes to Suicide Prevention Scale(ASP)を用いた。ASPは14項目から構成されており、得点が低いほど、自殺予防に対して良好な態度を有していることを示す。精神科医師136名、身体科医師137名、看護師200名の合計473名から回答を得た。自殺に関する研修会に参加した経験のある者は192名、無い者は281名であった。各職種間におけるASP得点に差があるか否かについて、一元配置分散分析を用いて検討した。また、性別、がん診療連携拠点病院に所属しているか否か、自殺に関する研修会に参加した経験の有無、そして、担当患者の自殺企図の経験の有無によるASP得点を比較した。さらに、年齢、業務経験年数等と、ASP得点との関連を検討した。現在、論文投稿中である。

③入院中のがん患者の自殺調査 がん患者の入院中の自殺事故に関する調査については、わが国における先行研究は極めて乏しい。がんに特化していない入院患者の調査としては、日本医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会が実施した経年調査があり、2015年から遡って3年間の自殺事故に関する調査では、一般病院・一般病棟で生じた自殺事故(80病院、107件)の48.6%ががん患者の自殺であった。今年度の研究において、報告者は、自殺既遂患者の事故直前の自殺リスクやメンタルヘルス不調について、比較的情報量の多い精神科病棟入院中の自殺事故について詳しく調査を行い、統合失調症患者群とうつ病患者群とで比較した。その結果、両群の自殺企図行動の特徴に、調査した範囲内において有意差は認められなかった。入院患者の自殺事故予防のためには、既知の自殺リスク因子のアセスメントと対応を軸とした自殺対策が必要なことが示唆された。

1.研究目的

①全国がん登録を利用したがん患者の自殺調査

海外での先行研究では、がん診断後の自殺リスクは一般人口よりも有意に高く、約2倍前後と多くの研究で報告されている(Harris et al., 1994)。また、特にがん診断直後の時期(Fang et al., 2012)や男性、高齢、予後不良のがん種、進行がんが自殺の高リスク群であることが多くの研究で示されている(Robson et al., 2012)。また、がん診断直後は自殺のみならず、心血管疾患の罹患・死亡のリスク上昇が顕著であることも示されており、がんの診断による急性の精神的ストレスがリスク上昇の原因となっている可能性が示唆されている(Fang et al., 2012)。わが国では、がん診断後1年以内の自殺リスクが約24倍、自殺以外の外因死のリスクが約19倍であること(Yamauchi et al., 2014)、進行・終末期がん患者の10-30%が希死念慮を有していることが報告されているが(Akechi et al., 2005)、全国規模のデータを用いた研究は存在せず、わが国全体のがん患者の自殺の正確な実態や自殺の多発時期、高リスク群については明らかになっていない。

本研究では、全国がん登録を用いて、わが国のがん患者のがん診断後の自殺、自殺以外の外因死、心血管疾患のリスクを一般人口と比較し、自殺等の多発時期や高リスク群を明らかにする。

②がん患者の診療に携わっている医療者の連携状況・自殺に対する態度についての調査

自殺対策において、様々な分野で自殺の危険性の高い人に気づき、適切な関わりを持ち、必要に応じて専門家へとつなぐ、ゲートキーパーの養成が重視されている（自殺総合対策大綱,2107）。自殺の危険性が高いと思われるがん患者に対応する医療者は、ゲートキーパーとしての役割を果たすことが期待される。自殺の危険性が高い者への対応は、援助者の自殺の危険性が高い者に対する態度に影響を受ける（Samuelsson et al., 1997）。しかし、がん患者の診療にあたっている医療者の自殺に対する態度は分かっていない。

本研究では、がん患者の診療に携わっている医療者自殺に対する態度を調べることで、がん患者の診療に携わっている医療者の専門的・精神心理的ケアの実態を明らかにする。

③入院中のがん患者の自殺調査

病院内で生じる自殺事故の実態を明らかにする目的で、報告者らが参加して実施された日本医療機能評価機構患者安全推進協議会による全国調査のデータを元に2次解析を行い、精神科病棟における自殺事故の実態を明らかにする。当該調査・データは、把握可能な範囲で自殺者の医学的状態や生前のリスク因子などが記載されているという点に特徴がある。

2. 研究方法

①全国がん登録を利用したがん患者の自殺調査

2016年1月に開始された全国がん登録を利用して、2016年1月～6月にわが国でがんと診断され全国がん登録に登録された者を対象に、がん診断後6か月以内の自殺、自殺以外の外因死、心血管疾患による死亡のリスクを一般人口と比較する。また、自殺等の高リスク群や多発時期を同定する。

②がん患者の診療に携わっている医療者の連携状況・自殺に対する態度についての調査

がん診療に携わっている精神科医師、身体科医師、そして看護師を対象に、オンラインアンケートを行った。年齢、業務経験年数、がん診療に関する経験年数、がん診療連携拠点病院に所属しているか否か、自殺予防に関する研修会に参加した経験の有無、臨床心理士・社会福祉士/精神保健福祉士・がん相談支援センターとの連携（頻繁に連携、ときどき連携、まれに連携、全く連携していない）に加え、自殺の危険性が高い者に対する態度を評価する尺度である、Attitudes to Suicide Prevention Scale (ASP)について調べた。ASPは14項目から成り、各項目は1-4点のアンカーポイントで、スコアの合計は14-56点である。得点が低いほど、自殺予防に対して良好な態度を有していることを示している。日本語版ASPは、川島ら（2010）によって作成され、その妥当性が確認されている。各職種間におけるASP得点に差があるか否かについて、一元配置分散分析を用いて検討した。有意差が見られた場合に、どの群間に差があるかを検討するためTukey法を用いてASP得点を比較した。また、性別、がん診療連携拠点病院に所属しているか否か、自殺に関する研修会に参加した経験の有無、そして、担当患者の自殺企図の経験の有無について、Studentのt検定を用いて、ASP得点を比較した。さらに、年齢、業務経験年数等と、ASP得点とのPearsonの相関係数を求めた。

③入院中のがん患者の自殺調査

本研究は、2015年に報告者が行った入院患者の自殺事故の大規模調査（河西ら、2016）のデータを元に実施された。当該調査では、入院患者の自殺事故の実態を調査することを目的に質問紙が作成され、日本医療機能評価機構患者安全推進協議会に所属する全病院（1376病院）に送付された。調査項目は、2012年4月より2015年3月までの間の院内自殺の有無、精神疾患、自殺の場所・企図手段・時間、自殺前の出来事・危険因子等であった。

本研究は、精神科病床のある97病院の事故を対象に、統合失調症患者群とうつ病患者群の特徴を比較・検討した。統計学的検討は、SPSS version 23.0 for Windowsを用いて、2群間の差の検定にはFisherの直接法を行い、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とした。多重比較の際にはBonferroniの調整を行った。

(倫理面への配慮)

① 全国がん登録を利用したがん患者の自殺調査

国立研究開発法人国立がん研究センター研究倫理審査委員会、名古屋市立大学大学院医学系研究科及び医学部附属病院医学系研究倫理審査委員会の承認を得た。

②がん患者の診療に携わっている医療者の連携状況・自殺に対する態度についての調査

本研究の全ての担当者は、「ヘルシンキ宣言（2013年10月修正）」遵守して実施する。なお、本研究は、直接に患者を扱うものではなく、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号）」には該当しない。

③入院中のがん患者の自殺調査

本研究は、医療機関における医療事故情報に関する医療安全担当者への調査研究であり、患者個人、患者の個人情報へのアクセスは行わない。本研究は、札幌医科大学倫理委員会において承認を得た。

3. 結果

①全国がん登録を利用したがん患者の自殺調査

平成30年度は研究のプロトコルを作成し、倫理審査委員会で承認を受けた。プロトコル論文を投稿中である。また、厚生労働省から提供を受けた人口動態調査の死亡票データを用いて、一般人口における自殺等の死亡率の集計を行った。今後全国がん登録データが提供され次第、解析を行う。

②がん患者の診療に携わっている医療者の連携状況・自殺に対する態度についての調査

精神科医師136名、身体科医師137名、看護師200名の合計473名から回答を得た。平均年齢について、精神科医師は46.1±11.8歳、身体科医師は47.4±8.9歳、そして看護師は39.6±8.3歳であった。がん診療連携拠点病院に属しているものは、精神科医師の中では51名(37.5%)、身体科医師の中では57名(41.6%)、そして看護師の中では110名(55.0%)であった。診療業務経験年は平均18.0±8.4年であった。がん診療についての業務経験年数は平均11.2±8.4年であった。自殺に関する研修会に参加した経験のある者は、192名(40.6%)、担当患者の自殺企図の経験がある者は、256名(54.1%)であった。現在論文査読中であり、解析結果の変更や修正がある可能性があるため、参加者背景の提示にとどめた。

③入院中のがん患者の自殺調査

統合失調症患者の自殺事故は45件、うつ病患者の自殺事故は46件だった。自殺の企図手段、場所、時間を示す。自殺企図の場所、手段、時間、そして既知の危険因子の分布等について、両群間に有意差を認めなかった。

4. 考察・結論

①全国がん登録を利用したがん患者の自殺調査

先行研究の結果から、本研究の仮説として、がん診断後の自殺リスクは一般人口よりも有意に高く、特にがん診断直後が自殺等の多発時期であり、男性、高齢、予後不良のがん種、進行がんが自殺の高リスク因子であることが予想される。

②がん患者の診療に携わっている医療者の連携状況・自殺に対する態度についての調査

先行研究の結果から、自殺に関する研修会に参加した者の方が、自殺の危険性が高い者に対する態度が良好であることが示されている。本研究でも、同様の結果が得られることが期待される。自殺に関する知識、そして自殺の危険性の高い者への対応技術が得られる研修会への参加を促す取り組みが必要と思われる。

③入院中のがん患者の自殺調査

本研究の最終目的は、がん患者の心理的ケアを含む、自殺事故に関する実態把握にあるものの、本邦において、がん患者の自殺に関する先行研究はほとんどなく、また海外においても介入研究となるとアウトカム

を自殺関連行動においたものはほとんどない。また、上記協議会病院のデータについても、がん患者の自殺事故は精神科病棟以外の一般病棟で生じているために、そこには精神科医や心理技術者といった心理臨床専門家がおらず、死亡直前のがん患者のメンタルヘルス不調に関する把握は極めて困難か、あるいはデータをとれていたとしてもその質に関する担保は弱い。

そこで、本研究は、入院患者の自殺事故について、その詳細が把握されているものと考えられた精神科病棟における自殺事故を抽出して詳しく調査を行った。自殺事故直前の出来事・自殺の予兆については、すでに、精神科病床は精神科病床以外の病棟ユニットでの自殺事故よりもより多くの情報が得られていることが分かっている（河西ら、2016）。また、今回は具体的に統合失調症患者群とうつ病患者群との間で詳細を調べ比較した。その結果、自殺事故そのものの事実関係（場所、手段、時間帯）、および危険因子についてある程度の把握はなされていた。統合失調症患者群とうつ病患者群の間における特徴に有意な差は認められなかった。主要な二つの精神疾患群間ですら自殺事故の特徴は見いだすことができなかった。病院内の自殺予防対策においては、既知の自殺のリスク因子の把握を中心とした、標準的な自殺対策が必要であり、それを可能とするような自殺予防教育を医療専門職者に実施する必要があると考察した。

5. 政策提案・提言

①全国がん登録を利用したがん患者の自殺調査

がん患者の自殺の多発時期や高リスク群が明らかとなることで、がん患者全体への告知のあり方や精神面の専門的ケアへのアクセス勧奨などの全体的予防介入、自殺のリスクが高いがん患者を対象とした選択的・個別的な自殺予防対策を検討するための重要な知見となる。

②がん患者の診療に携わっている医療者の連携状況・自殺に対する態度についての調査

本研究を受けて、自殺の危険性が高まっているがん患者に対応する機会が多い医療者を対象として、がん患者の自殺のハイリスク群や介入可能要因等について学ぶことのできる研修プログラムの開発・効果測定が望まれる。

③入院中のがん患者の自殺調査

医療者に対する卒前・卒後の自殺予防教育が必要である。ただし、本研究は遂行の途中であり、がん患者の自殺事故調査を踏まえて、更なる検討が必要である。

6. 成果の外部への発表

(1) 学会誌・雑誌等における論文一覧（国際誌 1件、国内誌 8件）

- 1) Shiraishi M, Ishii T, Kigawa Y, Tayama M, Inoue K, Narita K, Tateno M, Kawanishi C: Psychiatric consultation at an emergency department in a metropolitan university hospital in Northern Japan. *Psychiatry Investig*, 15: 739-742, 2018, doi: 10.30773/pi.2018.04.04.
- 2) 河西千秋：ACTION-J：わが国から発信された自殺未遂者の自殺再企図抑止のエビデンス（監修：日本臨床救急医学会），救急現場における精神科的問題の初期対応：PEECガイドブック．へるす出版，274-278，2018
- 3) 河西千秋：自殺事故に関連した医療スタッフのケア（監修：日本臨床救急医学会），救急現場における精神科的問題の初期対応：PEECガイドブック．へるす出版，293-297，2018
- 4) 河西千秋：ACTION-J：ケース・マネジメント介入は自殺未遂者の自殺再企図を抑止する。（監修：日本自殺予防学会），救急現場における精神科的問題の初期対応：救急医療から地域へとつなげる自殺未遂者支援のエッセンス：HOPEガイドブック．へるす出版，22-30，2018
- 5) 河西千秋：自殺念慮のある患者に自殺をしない約束をとりつけるべきでしょうか。（編修：精神科治

療学編集委員会), 精神科臨床144のQ&A. 星和書店, 202-203, 2018

- 6) 河西千秋: 私たちの国の自殺の現状と対策の流れ. 現代社会で遭遇するさまざまな死について考える, 「死の臨床」特集号, 日本死の臨床研究会, 29-31, 2019

(2) 学会・シンポジウム等における口頭・ポスター発表 (国際学会等 2 件、国内学会等 2 件)

1) Inoue K, Fujimori M, Kawanishi C, Akechi T, Uchitomi Y, Matsuoka YJ: Attitudes toward suicide prevention, suicide intervention skills and communication in medical staffs concerned with cancer patients, 8th Mind-Body Interface International Symposium, Taiwan, Taichung, 2018, 10.26-28

2) Narita K, Shiraishi M, Ishii T, Tsuyama Y, Susuga T, Kawamoto S, Kigawa Y, Tayama M, Kawanishi C: Suicide risk assessment for psychiatric inpatients. 17th. European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, Gent, 2018, 9, 6.

3) 井上佳祐, 藤森麻衣子, 河西千秋, 明智龍男, 内富庸介, 松岡豊: がん診療に携わる医療者の、自殺に対する態度・対応技術・コミュニケーション, 第 31 回日本総合病院精神医学会総会, 東京, 2018, 11.30-12.1

4) 河西千秋: 医療者が知っておきたい国と道と医療現場の自殺予防対策. 日本精神神経学会精神科専門医制度生涯教育研修会, 札幌, 2018, 12

(3) その他の外部発表等

なし

7. 特記事項

(1) 健康被害情報

(2) 知的財産権の出願・登録の状況

特記事項なし