

# 3

## がん医療における 気持ちのつらさの疫学と重要性

### 1 気持ちのつらさの頻度と影響

#### 1) 気持ちのつらさの頻度

がん医療のさまざまな過程において、患者は抑うつ、不安などの気持ちのつらさを経験する。がん罹患時の一定程度の気持ちのつらさは通常反応として誰もが経験するものであり、さらに不安により健康行動が促進されるなど、良い側面も考えられる。しかし苦痛の程度が顕著である場合や、生活や社会活動への影響が大きい場合、臨床的に介入を必要とする気持ちのつらさとして精神医学的診断に相当する場合がある。

国内のがん患者の精神医学的診断面接に基づく気持ちのつらさの有病率調査結果を表1<sup>1-6)</sup>に示す。

精神医学的診断による気持ちのつらさをゴールドスタンダードとした、より簡便な質問紙などを用いた調査も行われている。質問紙による調査は実施のしやすさから大規模調査などに用いやすい利点があるが、偽陽性を含む性質上、精神医学的診断を用いた有病率調査より有病率が高く示されやすい欠点がある。

疾患の経過に伴う気持ちのつらさの変化について、乳がん診断前から5年間追跡した前向き調査で、不安、抑うつ症状が、①診断初期から低く、その後も維持されるグループ、②診断初期は中程度で、その後徐々に軽減するグループ、③診断初期から強く、その後増加するグループが認められた。気持ちのつらさが強い③グループは約20%で、診断後1年以内の不安、抑うつその程度がその後の経過を予測することが示唆されている<sup>7)</sup>。

これらの結果から、がんの種類、時期にかかわらず患者の概ね5人から10人に1人程度が

表1 がん患者の精神医学的診断に基づく気持ちのつらさの有病率

部位	病状	症例数	適応障害	うつ病	その他の診断
非小細胞肺癌 <sup>1)</sup>	早期 手術後1カ月	223	5%	4%	
頭頸部 <sup>2)</sup>	全病期 初回治療前	107	13%	4%	アルコール依存症 34%
膵がん <sup>3)</sup>	全病期 初回治療前	110	6%	6%	不安障害 2%, PTSD 1%
非小細胞肺癌 <sup>4)</sup>	進行がん 初回治療前	129	14%	5%	アルコール依存症 13%
乳がん <sup>5)</sup>	再発	55	35%	7%	
全部位 <sup>6)</sup>	終末期 緩和ケア病棟登録時	209	16%	7%	PTSD 0%

PTSD：心的外傷後ストレス障害

表2 気持ちのつらさの影響

精神症状への影響	身体症状への影響	行動や考え方への影響
不安 憂鬱 楽しめない いらいら 落ち着かない など	食欲がない 眠れない 疲れやすい 息苦しい 動悸・めまい 頭痛・その他の痛み 下痢・便秘 など	将来に希望がもてない 決断できない 外出しなくなる 否定的な考え方 不安による過度な防衛行動 (頻回の病院受診など) 自殺 など

閾値以上の気持ちのつらさを経験するといえる。

精神医学的診断とは別に特定の気持ちのつらさに対する調査もある。例えば、再発恐怖に対する調査はさまざまな尺度を用いて行われており、頻度は22～87%と報告されている<sup>8)</sup>。

## 2) 気持ちのつらさの影響

気持ちのつらさは精神症状への影響のみならず、身体面、行動面にさまざまな影響を及ぼし、全般的なQOLを低下させる<sup>9)</sup>(表2)。身体症状では、気持ちのつらさと直接関連した食思不振や動悸、呼吸苦など交感神経優位の種々の症状に加え、がんによる痛みなどの症状をより強く感じるなど器質的な原因による身体症状を修飾する。また精神症状や身体症状が行動や考え方に影響することで、がん治療に影響することがある。例えば、感染症に罹患することの不安から病院受診が遅れる、抑うつによる否定的な判断により効果のある補助療法を受けない<sup>10)</sup>などの問題が生じることがある。最悪の行動面への影響として自殺の問題がある。うつ病と診断されたがん患者では、全身状態の悪さに加え、抑うつの重症度が自殺念慮に関連することが報告されている<sup>11)</sup>。

気持ちのつらさのQOL以外の側面への影響について、入院期間の長期化といった病院管理上の問題<sup>12)</sup>や、リハビリテーションや機能的状態<sup>13)</sup>、家族の心理状態にも影響する<sup>14)</sup>ことが報告されている。

このように気持ちのつらさは頻度が高く、患者への悪い影響が大きいことがわかっている。一方で気持ちのつらさは医療者によって気づかれにくく、患者から報告されにくいいため、適切に介入されにくい傾向がある。そのため気持ちのつらさに対するスクリーニングと適切な介入を臨床に組み込むことが重要であると考えられている。気持ちのつらさへの適切な介入が、精神的負担の緩和のみならず、身体症状の軽減、活動度、がん治療のアドヒアランスの向上、自殺予防など、さまざまながん患者がかかえる問題の改善につながることを期待される。

## 3) 気持ちのつらさと予後への影響

気持ちのつらさや性格、対処様式などががんの生命予後に影響する可能性について、複数のコホート研究が行われている。2009年に報告された抑うつ状態とがんの進行、死亡率に関する日本国内の研究も含む複数のコホート研究のメタアナリシスでは、がんの進行に関連は認められず(3報の研究に基づく)、死亡率との比較的小さいが有意な関連を認めた(25報の

研究に基づく)<sup>15)</sup>。既知の予後因子で調整してもこの影響は残り、抑うつ症状より、うつ病と診断された場合により強い傾向が示された。一方で、乳がん患者に対する支持的集団精神療法が生存期間に影響するかどうかを検証したランダム化比較試験では、精神療法(心理療法、サイコセラピー)が心理的苦痛を軽減させるが、生存期間は延長しないことが示されている<sup>16)</sup>。

これらの結果から、生存期間の観点から気持ちのつらさへの介入を考えることは、現時点で臨床的に有用とはいえない。「落ち込んでいると長生きできないから前向きになるべきだ」などといった患者への声掛けは、気持ちのつらさを有する患者への負担になるだけのため、行わないほうがよい。

(秋月伸哉)

## 文献

- 1) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al. Depression after successful treatment for nonsmall cell lung carcinoma. *Cancer* 2000; 89: 1172-9
- 2) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer* 2000; 88: 2817-23
- 3) Akizuki N, Shimizu K, Asai M, et al. Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study. *Jpn J Clin Oncol* 2016; 46: 71-7
- 4) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* 2001; 92: 2609-22
- 5) Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 61: 131-7
- 6) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 2004; 22: 1957-65
- 7) Lopes C, Severo M, Fontes F, et al. Trajectories of anxiety and depression symptoms over five years since breast cancer diagnosis: results of the NEON-BC prospective study. *Healthcare (Basel)* 2022; 10: 661
- 8) Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 2013; 7: 300-22
- 9) Fujisawa D, Inoguchi H, Shimoda H, et al. Impact of depression on health utility value in cancer patients. *Psychooncology* 2016; 25: 491-5
- 10) Mathes T, Pieper D, Antoine SL, et al. Adherence influencing factors in patients taking oral anticancer agents: a systematic review. *Cancer Epidemiol* 2014; 38: 214-26
- 11) Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, et al. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics* 2001; 42: 141-5
- 12) Prieto JM, Blanch J, Atala J, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2002; 20: 1907-17
- 13) Rodríguez-González A, Velasco-Durántez V, Cruz-Castellanos P, et al. Mental adjustment, functional status, and depression in advanced cancer patients. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 3015
- 14) Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, et al. A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer* 1985; 55: 72-6
- 15) Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer* 2009; 115: 5349-61
- 16) Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2001; 345: 1719-26

## 2 再発恐怖の評価と影響

### 1) 評価について

再発恐怖は、がん患者がかかえる心理的苦痛のなかでも、最も支援のニーズが高い問題の一つであることが多くの研究で報告され<sup>1,2)</sup>、がん患者の気持ちのつらさを支援するうえで、重要な問題の一つとして考えられる。

代表的な評価指標としては、Concerns About Recurrence Scale (CARS)<sup>3)</sup>および Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI)<sup>4)</sup>がある。CARSは、乳がん患者に特化した30項目から構成される自己記入式評価尺度である<sup>3)</sup>。死に対する心配、健康に対する心配、役割に関する心配、女性らしさに関する心配の4つの下位項目から構成される。日本語版についても開発されており、信頼性および妥当性の検証が実施されている<sup>5)</sup>。FCRIは、42項目の合計点(スコア範囲0~168)で評価する自己記入式評価尺度である<sup>4)</sup>。再発恐怖の誘因、重症度、心理的苦痛、対処戦略、機能障害、洞察、安心感の7つの下位尺度により構成され多面的な要素を含む。さまざまな言語に翻訳され<sup>6,7)</sup>、短縮版として9項目で構成されるFCRI-Short Form (FCRI-SF)が存在する<sup>8)</sup>。FCRI-SFについては名古屋市立大学のグループが日本語版を作成し、現在の信頼性、妥当性を検討中である。FCRIに基づく、臨床的重症度の程度<sup>9)</sup>とその割合<sup>10)</sup>を表3に示す。臨床的レベルに至る可能性が高いがん患者の割合は約60%に至り、多くのがん患者が再発恐怖を呈することが示唆される。

### 2) 関連要因

再発恐怖の関連要因について、属性に関する要因と、がんに関連する要因に大別して説明する。

再発恐怖に関連する属性要因では、システマティックレビューにおいて、すべての研究に一貫して年齢の低さとの関連が示されている<sup>11)</sup>。他にも、性別<sup>4)</sup>や人種<sup>12)</sup>、学歴<sup>13)</sup>、婚姻状況<sup>14)</sup>、家族ストレス<sup>15)</sup>、家族資源<sup>16)</sup>、子どもの有無<sup>14)</sup>などが挙げられる。

がんに関連する要因では、先行研究にて一貫して、診断からの経過期間と再発恐怖との関連は示されていない<sup>11)</sup>。一方で、がんの治療やがんの進行ステージとの関連が示されている。なお、治療については、化学療法<sup>17)</sup>や放射線治療<sup>18)</sup>を受けている患者の方が再発恐怖が高いという弱い関連がメタアナリシスで報告されている。また、文献は少ないが、がんの進行ステージでは、乳がん患者においてステージIよりステージIIの方が再発恐怖は高いという研究が報告されている<sup>19)</sup>。このように、治療の種類や進行の程度が再発恐怖と関連する可能性が示唆される。

表3 再発恐怖の臨床的重症度の程度とその割合<sup>9,10)</sup>

臨床的重症度の程度	FCRI 得点	割合
臨床的レベルに至る可能性が高い	13点以上	58.8%
臨床的レベル	16点以上	45.1%
専門的介入が必要となるレベル	22点以上	19.2%

FCRI : Fear of Cancer Recurrence Inventory

### 3) 生活への影響

再発恐怖をかかえるがん患者に特徴的な行動として、過度なセルフチェック行動および医療受診が報告されている。セルフチェック行動とは、しこりや痛みなどの身体症状がないかを気にして身体を調べる行動である。再発恐怖が高いと、セルフチェック行動が増え、それを繰り返し行ってしまうことが生活に影響を及ぼす可能性がある。また、再発恐怖が高い方が、外来受診や救急外来の受診頻度が多く、処方薬の数が多いことが報告されている<sup>20,21)</sup>。セルフチェック行動や医療受診は、再発のリスクを防ぐための健康的な行動として捉えることができるかもしれないが、それが頻回あるいは長期化すれば経済的負担が増えるかもしれない。他にも、再発恐怖により、将来の計画が立てられなくなることや対人関係の支障<sup>22)</sup>が生じることが報告されている。

(竹内恵美, 樺野香苗)

## 文献

- 1) Akechi T, Okuyama T, Endo C, et al. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology* 2011; 20: 497-505
- 2) Okamura M, Fujimori M, Sato A, et al. Unmet supportive care needs and associated factors among young adult cancer patients in Japan. *BMC Cancer* 2021; 21: 17
- 3) Vickberg SM. The Concerns About Recurrence Scale (CARS) : a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Ann Behav Med* 2003 Winter; 25: 16-24
- 4) Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer* 2009; 17: 241-51
- 5) Momino K, Akechi T, Yamashita T, et al. Psychometric properties of the Japanese version of the Concerns About Recurrence Scale (CARS-J). *Jpn J Clin Oncol* 2014; 44: 456-62
- 6) Shin J, Goo A, Ko H, et al. Validation study for the Korean version of fear of cancer recurrence inventory. *J Korean Med Sci* 2017; 32: 1792-9
- 7) Bergerot CD, Ferreira LN, Molina LNM, et al. Fear of cancer recurrence among Brazilian patients with cancer: translation and cultural adaptation of FCR4/7 and FCRI-SF measures. *J Psychosom Res* 2023; 165: 111125
- 8) Fardell JE, Jones G, Smith AB, et al. Exploring the screening capacity of the Fear of Cancer Recurrence Inventory-Short Form for clinical levels of fear of cancer recurrence. *Psychooncology* 2018; 27: 492-9
- 9) Simard S, Savard J. Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *J Cancer Surviv* 2015; 9: 481-91
- 10) Luigies-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychooncology* 2022; 31: 879-92
- 11) Crist JV, Grunfeld EA. Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psychooncology* 2013; 22: 978-86
- 12) Janz NK, Hawley ST, Mujahid MS, et al. Correlates of worry about recurrence in a multiethnic population-based sample of women with breast cancer. *Cancer* 2011; 117: 1827-36
- 13) Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, et al. Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *Br J Cancer* 2007; 97: 1625-31
- 14) Mehnert A, Berg P, Henrich G, et al. Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psychooncology* 2009; 18: 1273-80
- 15) Mellon S, Kershaw TS, Northouse LL, et al. A family-based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psychooncology* 2007; 16: 214-23
- 16) Northouse LL. Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nurs* 1981; 4: 213-20
- 17) Yang Y, Wen Y, Bedi C, et al. The relationship between cancer patient's fear of recurrence and chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 2017; 98: 55-63
- 18) Yang Y, Cameron J, Humphris G. The relationship between cancer patient's fear of recurrence and radiotherapy: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology* 2017; 26: 738-46
- 19) McGinty HL, Goldenberg JL, Jacobsen PB. Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psychooncology* 2012; 21: 203-10

- 20) Lebel S, Tomei C, Feldstain A, et al. Does fear of cancer recurrence predict cancer survivors' health care use? Support Care Cancer 2013; 21: 901-6
- 21) Champagne A, Ivers H, Savard J. Utilization of health care services in cancer patients with elevated fear of cancer recurrence. Psychooncology 2018; 27: 1958-64
- 22) Lu X, Wu C, Bai D, et al. Relationship between social support and fear of cancer recurrence among Chinese cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry 2023; 14: 1136013

### 3 自殺・希死念慮の頻度, リスク因子

#### 1) 自殺の頻度

がん患者全体の自殺のリスクは一般人口の約1.5~1.9倍と有意に高いが、がん診断からの期間やがん原発部位などによりリスクは大きく異なる<sup>1,2)</sup>。わが国で2016年に診断されたがん患者約107万人のうちがん診断2年以内に660人が自殺で亡くなっており(10万観察人年あたり38.4人, 対象がん患者の約0.06%), がん診断2年以内の自殺のリスクは一般人口の1.84倍と有意に高い<sup>3)</sup>(注: 法に基づき全国がん登録情報の提供を受け, 独自に解析した結果である)。

わが国のがん患者の自殺場所は自宅敷地内が約7割を占め, 病院内での自殺は約5%以下である<sup>4)</sup>。一方で, 一般病院に入院中の自殺の約半数はがん患者である<sup>5)</sup>。また, わが国のがん患者の自殺の手段は縊首が約7割, 飛び降りが約1割である<sup>4)</sup>。

#### 2) 自殺のリスク因子

多くの場合, 自殺の背景には複数のリスク因子が重なっている<sup>6)</sup>。がん患者と一般人口ではうつ状態など共通するリスク因子もある一方, がん患者特有のリスク因子も存在する<sup>7)</sup>。がん患者の自殺の主要なリスク因子を表4に示す。

##### (1) がん診断からの期間

がん診断からの期間により自殺のリスクは大きく異なり, がん診断1年以内の自殺のリスクが特に高い<sup>1,3)</sup>。なかでもがん診断1カ月以内のリスクが高く<sup>8)</sup>, わが国においてもがん診断1カ月以内の自殺のリスクは一般人口の約4.4倍と最も高い<sup>3)</sup>。海外ではがん診断1週間以内の自殺のリスクが著明に高いことも報告されている<sup>8)</sup>。

また, がん診断1年後以降についても一般人口より自殺のリスクは高く<sup>1,3)</sup>, 一部のがん原

表4 がん患者の自殺, 希死念慮の主要なリスク因子

	自殺	希死念慮
主要なリスク因子	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん診断1年以内 (特にがん診断1カ月以内)</li> <li>・ 進行がん</li> <li>・ 予後不良のがん原発部位</li> <li>・ うつ病, うつ状態</li> <li>・ 希死念慮, 自傷行為歴</li> <li>・ 直前の「悪い知らせ」</li> <li>・ 痛み</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ うつ病, うつ状態</li> <li>・ 絶望感, 精神的苦痛, 不安</li> <li>・ 痛み, 倦怠感</li> <li>・ 身体機能低下</li> <li>・ 社会的支援の不足</li> <li>・ 進行がん</li> <li>・ 高齢</li> </ul>

発部位の患者では長期に自殺のリスクが高い状態が持続する可能性がある<sup>9)</sup>。

#### (2) がんの進展度

進行がん患者は自殺のリスクが高い<sup>1,3)</sup>。

#### (3) がん原発部位

予後不良のがん原発部位の患者は自殺のリスクが高く<sup>1)</sup>, 特に食道がんや膵がんで高いリスクが報告されている<sup>1,3)</sup>。

#### (4) 精神疾患, 精神症状

うつ病をはじめとする精神疾患は自殺の重要なリスク因子である<sup>6,10)</sup>。がん患者の場合も自殺前に半数以上がうつ病や適応障害などうつ状態に該当し, 明確な精神医学的診断がつかない事例は少ないとされる<sup>11)</sup>。一方, がん患者の自殺事例では, がん患者以外の場合と比較してアルコール乱用やパーソナリティの問題を合併する割合は少ないとされている<sup>12)</sup>。また, 自殺の直前には, 抑うつ, 興奮, 不安, 不眠などの精神症状の出現・悪化が多く報告されている<sup>5)</sup>。しかし, 自殺事例の多くは精神心理的領域の専門家を受診しておらず<sup>5,13)</sup>, 抑うつや自殺リスクのスクリーニング評価を回答しなかった患者は特に自殺のリスクが高い可能性がある<sup>14)</sup>。

#### (5) 希死念慮, 過去の自殺企図・自傷行為

希死念慮は自殺の重要なリスク因子であり<sup>6,10)</sup>, 入院中の自殺事例でも直前に希死念慮や自殺をほのめかす表現が多くみられている<sup>5)</sup>。また, 過去の自殺企図は自殺の強いリスク因子であり<sup>6,10)</sup>, がん患者においても自傷行為歴はリスク因子であるが<sup>15)</sup>, がん患者以外の自殺事例と比較すると自殺企図歴を有する割合は少ないとの報告もある<sup>16)</sup>。

#### (6) 直前の「悪い知らせ」

がん診断1カ月以内の自殺のリスクが特に高いことから<sup>3,8)</sup>, がんの告知という「悪い知らせ」が自殺に関連する可能性がある。入院中においても病状説明直後の自殺事例が報告されている<sup>5)</sup>。

#### (7) 痛みなどの身体症状

緩和不十分な痛みはがん患者の自殺のリスク因子であり<sup>13)</sup>, 入院中の自殺においても直前に痛みや呼吸困難など身体症状が悪化していた事例が報告されている<sup>5)</sup>。

#### (8) 経済問題, 社会的支援

経済問題や社会的支援の不足は自殺の一般的リスク因子である<sup>6,10)</sup>。ただし, がん患者では, 経済面や社会的支援の問題があった自殺事例はがん患者以外の場合よりも少ないことが報告されている<sup>12,16)</sup>。

### (9) その他

男性や高齢のがん患者の自殺の頻度が高いが、一般人口と比較した自殺のリスクは性別や年齢による有意な差はわが国ではみられていない<sup>3)</sup>。

## 3) 希死念慮の頻度

がん患者における希死念慮は、0.7～46.3%と対象や評価方法により幅広い頻度が報告されている<sup>17)</sup>。わが国では、診断6カ月以内の切除不能肺がん患者の約15%<sup>18)</sup>、精神科でうつ病と診断されたがん患者の約4割に希死念慮がみられたとの報告がある<sup>19)</sup>。

## 4) 希死念慮のリスク因子

がん患者の希死念慮の主要なリスク因子を前出の表4に示す。

### (1) 精神疾患, 精神症状

うつ病などのうつ状態はがん患者の希死念慮の重要なリスク因子である<sup>17-20)</sup>。絶望感、精神的苦痛、不安はがん患者の希死念慮との関連が報告されている<sup>17)</sup>。また、希死念慮を訴えるがん患者の精神医学的診断としてせん妄も報告されている<sup>20)</sup>。

### (2) 痛み, 他の身体的状態

痛みや倦怠感などの身体症状、身体機能低下はがん患者の希死念慮と関連する<sup>17-19)</sup>。

### (3) 社会的支援

社会的支援の不足はがん患者の希死念慮と関連する<sup>21)</sup>。腫瘍医との良好な信頼関係は希死念慮のリスクを低減する可能性がある<sup>22)</sup>。

### (4) がんの進展度

進行がん患者は希死念慮のリスクが高い<sup>17,19)</sup>。

### (5) その他

高齢のがん患者は希死念慮のリスクが高い<sup>17)</sup>。性差は明らかになっていない<sup>17)</sup>。

(原島沙季)

## ■ 文 献

- 1) Heinrich M, Hofmann L, Baurecht H, et al. Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nat Med* 2022; 28: 852-9
- 2) Amiri S, Behnezhad S. Cancer diagnosis and suicide mortality: a systematic review and meta-analysis. *Arch Suicide Res* 2020; 24: S94-S112
- 3) Kurisu K, Fujimori M, Harashima S, et al. Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: a nationwide population-based study in Japan (J-SUP-PORT 1902). *Cancer Med* 2023; 12: 3442-51
- 4) Harashima S, Fujimori M, Akechi T, et al. Death by suicide, other externally caused injuries and cardiovascular diseases within 6 months of cancer diagnosis (J-SUPPORT 1902). *Jpn J Clin Oncol* 2021; 51: 744-52
- 5) Inoue K, Kawanishi C, Otsuka K, et al. A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings. *Psychiatry Res* 2017; 250: 155-8

- 6) 世界保健機関 著. 自殺予防総合対策センター 訳. 自殺を予防する 世界の優先課題. 2014 [https://extranet.who.int/kobe\\_centre/sites/default/files/pdf/suicidereport\\_jpn.pdf](https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/pdf/suicidereport_jpn.pdf) (2023年1月23日閲覧)
- 7) 国立がん研究センター 編. がん医療における自殺対策の手引き (2019年度版) <https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/icsppc/020/ganiryoku.pdf> (2023年1月23日閲覧)
- 8) Fang F, Fall K, Mittleman MA, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012; 366: 1310-8
- 9) Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, et al. Suicide among cancer patients. *Nat Commun* 2019; 10: 207
- 10) 日本精神神経学会 精神保健に関する委員会 編著. 日常臨床における自殺予防の手引き (平成25年3月版). *精神誌* 2013; 115: 付録
- 11) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995; 36: 11-20
- 12) Massetti GM, Holland KM, Jack SPD, et al. Circumstances of suicide among individuals with a history of cancer. *Psychooncology* 2018; 27: 1750-6
- 13) Aboumradi M, Shiner B, Riblet N, et al. Factors contributing to cancer-related suicide: a study of root-cause analysis reports. *Psychooncology* 2018; 27: 2237-44
- 14) Gascon B, Leung Y, Espin-Garcia O, et al. Suicide risk screening and suicide prevention in patients with cancer. *JNCI Cancer Spectr* 2021; 5: pkab057
- 15) Chang WH, Lai AG. Cumulative burden of psychiatric disorders and self-harm across 26 adult cancers. *Nat Med*. 2022; 28: 860-70
- 16) Fujimori M, Hikiji W, Tanifuji T, et al. Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Jpn J Clin Oncol* 2017; 47: 458-62
- 17) Kolva E, Hoffecker L, Cox-Martin E, et al. Suicidal ideation in patients with cancer: a systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliat Support Care* 2020; 18: 206-19
- 18) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002; 95: 1085-93
- 19) Akechi T, Okamura H, Nakano T, et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among cancer patients. *Psychooncology*. 2010; 19: 384-9
- 20) Akechi T, Kugaya A, Okamura H, et al. Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53: 569-73
- 21) Du L, Shi HY, Qian Y, et al. Association between social support and suicidal ideation in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care* 2021; 30: e13382
- 22) Trevino KM, Abbott CH, Fisch MJ, et al. Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer* 2014; 120: 2272-81