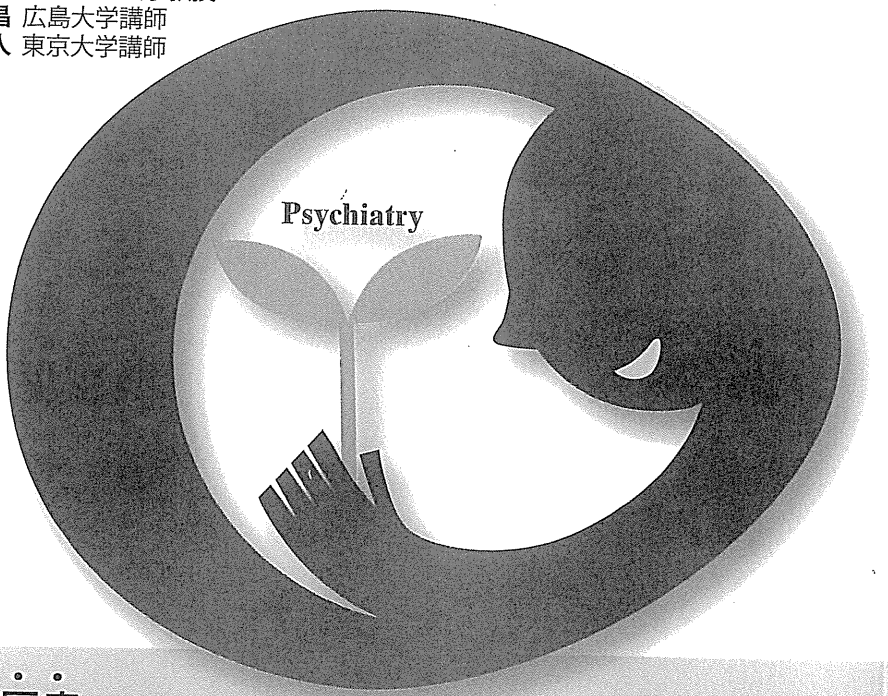
精神科 研修ノート

シリーズ総監修
永井良三 東京大学教授
編集
笠井清登 東京大学教授
村井俊哉 京都大学教授
三村　將 慶應義塾大学教授
岡本泰昌 広島大学講師
大島紀人 東京大学講師



精神科医療に携わる人が知っておきたい

臨床現場のエッセンス147

心構えからコミュニケーション，症候学，診断・治療，各種制度や書類の書き方まで，
若手医師はじめ心理・精神保健福祉・薬剤など多職種に有用な知識を網羅

since1914 診断と治療社

がかなり異なる．腎移植は人工透析という代替療法があるが，それに対して，肝移植，肺移植，心移植では移植ができなければ死が待っているという厳しい状況であることから，レシピエントの不安やドナー候補者の重圧感がより大きくなる．

人工補助心肺を使用している心移植待機患者は，日々の生活が大きく制限されている上，脳死移植に頼る以外になく，精神的苦痛がきわめて大きいことが推測される．

生体肺移植では，複数のドナーが必要となるためにドナー選定で悩むことが少ないが，生体肝移植の場合はドナーが1名であるため，家族間でドナー選定の話し合いに時間を要することもある．

3 生体臓器移植ドナー候補者術前診察

2006年に制定された日本移植学会の倫理規定により，生体移植において第三者によるドナーの自発的意思の確認が義務づけられ，その役割を主に精神科医が担うことになった．また倫理規定では，「精神障害者」が除外項目にあげられているが，その解釈のコンセンサスはまだ得られていない．

a 臓器提供についての自発的意思の確認

まず，十分な意思能力があるかどうかを判定する．重度の知的障害や症状が十分にコントロールされていない精神障害があれば，除外を考慮せねばならない．その上で，移植医療についての基本的な知識を有し，誰からも強要されず本人が自発的にドナーとなることを希望していることが明言されれば，自発的な意思があるとみなしてよい．

b 精神状態の評価

十分な意思能力が認められ自発的意思を確認できても，精神的に不安定で今後の治療協力が十分に得られない危険性が示唆されれば，ドナー不適格と判断する．重度の精神疾患やパーソナリティ障害が検討の対象になる．

御法度!!

- ❖ 精神科診察を依頼された場合，本人だけを診察するのではなく，必ず移植医やコーディネーターと直接連絡をとり，精神科医に何が求められているかを正しく理解すべきである．
- ❖ 生体臓器移植の術後診察では，レシピエント(ドナー)の心理状態がドナー(レシピエント)の術後経過に影響されることが少なくないため，レシピエントとドナー両方の治療経過を把握しておく．

京都大学大学院医学研究科精神医学講座　野間俊一

☑ 15歳未満の脳死ドナーからの臓器提供について

2010(平成22)年7月に施行された臓器移植法の改正では，「本人の臓器提供の意思が不明でも遺族がこれを書面により承諾するときには，15歳未満の方からの臓器提供が可能」とされたが，同時に「虐待を受けた児童が死亡した場合に当該児童から臓器が提供されることのないよう，移植に従事する医師が虐待の疑いについて確認しなければならない」との但し書きがつけられた．今後，精神科医が虐待の有無の判断に協力を要請される場面が生じるかもしれない．

7 緩和ケアにおける精神科

Don't Forget!

- □ 緩和ケアは終末期のケアのみでなく，積極的がん治療を受けている患者も含めて全ての患者に提供されるべきケアである．
- □ 2007年の「がん対策基本法」の施行に伴い，全国の300を超えるがん診療連携拠点病院が地域の拠点となり，がん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアの教育研修が進められている．
- □ サイコオンコロジーは「がんが心に与える影響」と「心や行動ががんの罹患や生存に与える影響」という2つの大きな側面を明らかにすることを目的として生まれた新しい学問である．

1 緩和ケアとサイコオンコロジー

a 緩和ケア

まず緩和ケアの定義を振り返っておきたい．WHOによると「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して，痛みやその他の身体的問題，心理社会的問題，スピリチュアルな問題を早期に発見し，的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって，苦しみを予防し，和らげることで，クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチ」とされている．このようにがんを代表とする致死的な疾患に対する全人的ケアを緩和ケアという．

b サイコオンコロジー

サイコオンコロジー(精神腫瘍学)は，従来軽視されがちであった「がんが心に与える影響」と「心や行動ががんの罹患や生存に与える影響」という2つの大きな側面を明らかにすることを目的として生まれた新しい学問分野である．サイコオンコロジーは，緩和ケアの単なる一部ではなく，「病は気から」を科学的に検証するような，緩和ケア以外の領域を含んだ独立した医学，医療の領域である．欧米ではがん告知が一般化した1970年代からサイコオンコロジーが臨床現場に導入されるようになった．欧米からは遅れをとっているものの，わが国においてもがん対策に重きがおかれるようになり，サイコオンコロジーへの関心が飛躍的に高まってきている．

2 がん患者にみられる精神症状

a 疫学

がん患者のおおむね半数には何らかの精神医学的診断が認められる．がんの病期に関わらず臨床的に問題となることの多い精神症状は，適応障害，うつ病，せん妄であり，終末期になるに従いせん妄の相対的な割合が増加する．なお，せん妄に関しては他項(p.423)を参照いただきたい．

Pitfall

入院中の患者によっては担当医から強く勧められ，しぶしぶ精神科受診に同意されている患者もまれならず存在する．そういう患者は何となく面接に非協力であったり消極的であったりする場合もあるので，そういった場合には早いうちから精神科受診への抵抗感について話し合っておくとよい．具体的には，「私がお邪魔することが少し負担になっていらっしゃるようにも感じるのですが，いかがでしょうか？」などと尋ねるとよい．

b がん患者の精神症状 ……

1) 適応障害

適応障害とは，強い心理的ストレスのために，日常生活に支障をきたす(仕事や家事が手につかない，眠れないなど)ほどの不安や抑うつなどを呈するもので，いわゆるストレス反応性の疾患である．

2) うつ病

がんの場合，うつ病は様々な喪失体験(がんになって健康，仕事，役割，将来の計画を失ってしまうなど)に関連して生じることの多い精神的反応である．うつ状態は，不安が亢進した状態と異なり，患者自らが苦痛を訴えてくることが少ないため，医療者に見過ごされやすいことが知られている．目立たない反面，うつ状態に苛まれている患者は，内面的に苦悩していることが多く，看過されると自殺という悲痛な結果を迎えることもある．

3 がん患者の精神症状のマネジメント―特にコミュニケーションスキルについて

適応障害とうつ病に対しては，多くの場合，精神療法に加えて適宜薬物療法も併用されるが，適切なコミュニケーションスキルにより患者と良好な信頼関係を築くこと

Pitfall

大部屋に入院中の患者のところに初めて訪床する際に，いきなり「精神科の○○です」と自己紹介するのは避けよう．患者によっては精神科への受診を知られたくない方もいるので，初めての際には病棟看護師を通して訪床の旨を伝えてもらったり，ID カードを示しながら自己紹介するなどの気遣いが必要である場合もある．

☑「望ましい最期」

終末期医療においては，主たる目標が，患者の生活の質を最大限に維持することに加え，いわば患者にとっての「望ましい最期(good death)」ともいうべきものの体現に移行することも多い．これは，患者の個別的な価値観の理解抜きでは治療目標の設定が不可能であるという理由による．日本人にとっての望ましい最期の要素として，以下のような報告がされている．この中には，いわゆる実存的苦痛とよばれるものが多く含まれており，終末期患者に対する精神療法において重要なテーマとなることがある．終末期のがん患者に関わる際にもこういった要因を意識しながら医療チームの一員として関わる姿勢が求められる．

日本人にとっての望ましい最期

皆が共通して望むもの	個人差が大きいもの
希望がある	役割を果たせる
他者の負担にならない	感謝して準備ができる
自分のことが自分でできる	自尊心がある
ひととして尊重される	残された時間を知り準備する
人生を全うしたと感じられる	信仰を持つ
苦痛がない	自然なかたちで亡くなる
家族といい関係でいる	死を意識しない
医師・看護師といい関係でいる	納得するまでがんとたたかう
望んだ場所で過ごす	
落ち着いた環境である	

(Miyashita M, *et al.*：Good death in cancer care：a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* 2007；**18**：1090-1097 より)

が大前提となる．一方，身体疾患，なかでもがんという重篤な身体疾患を抱えて入院している患者と信頼関係を築くということはなかなか容易ではない．がんなどの身体疾患を有した状態の患者を訪床する際には，表 1 に示したようなベッドサイドマナーを

表 1　身体疾患を有した患者に接する際の精神科医のベッドサイドマナー

ベッドサイドマナー	備考：重要な理由や具体的な内容
座ること	コミュニケーションを促す非言語的なメッセージとなる
患者のためにちょっとした何かをすること	自分が患者のケア提供者側にいることを示す非言語的なメッセージとなる
笑顔で接すること	患者の多くは，初めて精神科医と接するため緊張していることが多いため
面接のはじめに患者に関して知っていることを話すこと	例：「担当の先生や看護師さんから聞いたのですが，○○○さんはとっても音楽がお好きなんだそうですね」
今一番心配なことは何かを聞くこと	患者の個別性を尊重していること，および関心を寄せているというメッセージとなる．
病気や予後についての患者の理解のしかたや痛み・機能喪失・死などについての患者の不安を詳しくよく聞いておくこと	例：「病気に関しての説明はどのように聞かれていますか？」「病気に関する今後のことで何か不安に感じられていることはおありですか？」
患者の家族や仕事，それに現在の病気が家族関係や社会的な役割に与えている影響の大きさについてよく聞いておくこと	例：「今のご病気で，ご家族との関係やお仕事などに何か変化がありましたか？」
患者が誇りに思っている活動や業績を聞いておくこと，そして，機会をみてそのことを讃えること	例：「○○○さんが，これだけは人に負けないとか，がんばってこられたこととかはどういったことですか？」
患者が遭遇している人間としての苦境について理解を示すこと	例：「この病気で随分大変なことをご経験されているのですね」
精神的現象を評価する必要性と目的については十分に説明し，患者にも共同観察者の役割を取ってもらうこと	例：「病気と上手に取り組んでいく上では，ストレスや心の問題もとっても大切だと言われています．そのストレスを少しでも軽くしていくために私たちも力になりたいと思っています．ただ，ストレスや心の問題は患者さん自身が感じられる通りのものですので，どういう風に感じていらっしゃるかをお話しいただけますか？」
面接の終わりには何か具体的な情報を患者にも伝えること	例：「○○○という状況のなか，今回の再発というのは○○○さんにとって，本当につらいご経験だったのでしょうね」

(Yager J：Specific components of bedside manner in the general hospital psychiatric consultation：12 concrete suggestions. *Psychosomatics* 1989；**30**：209-212 より)

念頭においておくとよい．

また時として，患者とのコミュニケーションに際して，「私はもうダメなのでしょうか？」「私は死ぬのでしょうか？」「あとどれぐらい(生きられるの)でしょうか？」，「こんな状態で生きていて意味があるのでしょうか？」といった容易には答えられない質問を投げかけられることもある．こういった場合，多くの場合，背景には言葉としては表現されていない気がかりや苦痛があることが多いので，それを探索(例えば，「きっと何か気がかりやつらく感じていらっしゃることがおありなのでしょうね．よろしければ，それについてお話しいただけませんか？」など)し，把握された患者の気持ちに対して共感的な対応を行うことが良好な関係を築くうえで重要である．

Pitfall

当然のことであるが重篤な身体状態にあることも多いので，患者と面談する際には必ず体調に配慮する必要がある．患者の状態に応じて面接時間や機会を柔軟に調整するよう心がける．

御法度!!

- 患者の多くが精神療法的アプローチを希望されていることが多いので，なんでも薬で対応しようとしないこと．薬物療法の適応が考えられる場合でも，その理由をきちんと説明し，患者の意向や薬物に対する懸念などを十分に聞いたうえで処方することが大切である．

名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学　**明智龍男**

実存的苦痛(スピリチュアルペイン)とは？

緩和ケアの領域で頻繁に使われる言葉ながら，実際には，明確な定義があるわけではない．欧米では，終末期の精神的苦悩に加え，宗教的な苦痛を包含する意味で用いられることが多い．一方，わが国では，宗教的な苦痛は少ないことが知られており，「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義されることが多い．コンサルテーションの現場では，「こんな状態で生きていて何の意味があるのか？」などといった患者のちょっとした一言にこのような表現が含まれることがある．必ずしもうつ状態とは限らないので注意が必要である．

8 精神科における臨床心理士の役割

Don't Forget!

- □ 臨床心理士は心理面からのアプローチの専門職種であり，その業務は，臨床心理面接および臨床心理アセスメントを中心として多岐にわたっている．
- □ 保険診療点数が認められている臨床心理・神経心理検査は，現在でも85種類以上あり，増加している．
- □ 医療においては，生物(bio)・心理(psycho)・社会(social)の視点をバランスよく保つことが重要であるが，実際には生物学的視点が全盛であり，そのなかでバランスをとる職種のひとつとして臨床心理士は貴重な存在である．

1 臨床心理士

a 臨床心理士とは

臨床心理学(clinical psychology)を基盤として対人援助活動を行う専門職である．臨床心理士(certificated clinical psychologist)は，文部科学省認可による(財)日本臨床心理士資格認定協会が実施する試験によって認定されている．この認定事業は1988年に始まっているが，臨床心理士資格は一度合格すれば生涯保持されるものではなく，一定の研修を条件に5年ごとの資格更新制をとっており，2010年3月31日現在で，18,793名が臨床心理士有資格者である．

b 臨床心理士の養成と試験

臨床心理士の養成は大学院修士課程修了がベースであり，2009年7月1日現在，全国各地に指定大学院が157校，専門職大学院が5校，計162校の大学院がある．大学院修了後，ペーパー試験，論文試験，面接試験を経て，臨床心理士と認定される．2009年度の臨床心理士試験は，受験申請者2,589名，最終合格者は1,577名，合格率62.3%であった．

c 臨床心理士が働く領域

臨床心理士の一番の特徴は，対人援助の様々なシーンで活動していることであり，医療保健領域はもちろんのこと，福祉・教育・産業・司法・法務・警察・私設心理相談など，臨床心理士の活動領域は広く，心理的に悩んだり困ったりしている生活者がいるところであれば，どこにでも臨床心理士は配置される余地がある．

2 臨床心理士の業務

臨床心理士の業務は，どの領域で働いていても，共通して，臨床心理面接，臨床心理アセスメント，臨床心理的地域援助，臨床心理学研究という4大柱になっている．しかし，これでは具体性に乏しいため，医療機関によって違いはあるが，精神医療における臨床心理士の業務を次に概説する．

a 臨床心理面接

業務の中心は心理相談活動であり，具体的には，①心理カウンセリングおよび各種の心理療法を行う(個人・家族・集団)，②心理カウンセリング関係の外部機関に関する情報提供および外部の臨床心理士との調整など，③緊急支援(患者やその家族，職員)および自殺予防関連活動，④コンサルテーション・リエゾンなど，幅広い．

b 臨床心理アセスメント

臨床心理アセスメントとは，医学上の診断とは違った，臨床心理学の観点からの見立てのことであり，“臨床心理アセスメント＝臨床心理検査”ではなく，アセスメン

Primary Care in Psychiatry and Brain Science

脳とこころのプライマリケア

6

幻覚と妄想

編集
堀口　淳
島根大学教授

シナジー

広まってきており，治療学的な知見も着実に集積されてきている．“妄想”の持つ精神病理学的な意味も，古典的な仮説構築の議論はひとまず棚上げにして，今日的な研究手法を駆使した知見を積みあげることによっておのずと明らかになっていくものと思われる．そうした意味では，対人関係の障害を主題とする身体醜形障害のこれからの研究は，精神医学の進歩をはかるサンプルケースとなろう．

（石郷岡　純）

[引用文献]
1. Ishigooka J, Iwao M, Suzuki M, et al. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. Psychiatry Clin Neurosci 1998; 52: 283−7.
2. Castle DJ, Rossell S, Kryios M. Body dysmorphic disorder. Psychiatr Clin North Am 2006; 29: 521−38.
3. Buescher LS, Buescher KL. Body dysmorphic disorder. Dermatol Clin 2006; 24: 251−7.
4. Phillips KA. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. J Psychiatr Res 2006; 40: 95−104.
5. Pinto A, Phillips KA. Social anxiety and body dysmorphic disorder. Body Image 2005; 2: 401−5.
6. Phillips KA. The obsessive-compulsive spectrums. Psychiatr Clin North Am 2002; 25: 791−809.
7. 石郷岡　純．II．形成外科患者の精神病理．秦　維郎，野崎幹弘（編）．標準形成外科学，第5版，医学書院，2008; p.6−12.
8. Phillips KA, Dufresne Jr RG. Body dysmorphic disorder: a guide for primary care physicians. Prim Care 2002; 29: 99−vii.

サイコオンコロジー領域

癌患者における幻覚妄想

癌患者における幻覚妄想の原因疾患

癌患者に頻度の高い精神症状として代表的なものは，適応障害，うつ病，せん妄である．この中で幻覚妄想状態の原因となることが圧倒的に多いのはせん妄である．一方，うつ病も重篤なものでは精神病像を伴うものもみられるが，癌に関連して生じるうつ病には軽症のものが多く，精神病像を伴うような重症のものは総じてまれである．その他，頻度は高くないが，時折遭遇する可能性があるものとして器質性および薬剤性の幻覚妄想がある．

もちろん統合失調症や双極性障害の患者が癌を合併することにより，癌医療の現場で幻覚妄想が問題となることもあるが，サイコオンコロジーの臨床上，これらは通常数%程度にとどまるため[1]，本項では癌あるいは癌治療に関連して発現してくる幻覚妄想について論じることとする．

せん妄

癌患者，なかでも手術後と終末期にはせん妄の頻度が高い．術後せん妄は30～40%程度の患者にみられることが報告されている．また，入院を要する身体状態にある終末期癌患者の30～40%程度にせん妄が出現し，死亡直前では90%近い患者がせん妄を経験する[2]．せん妄は，患者自身にとって苦痛な症状であるのみならず，点滴ルートやカテーテル類などの自己抜去，転倒・転落による事故，医療スタッフの疲弊等の多岐にわたる問題と関連することが指摘されており，適切なマネジメントが望まれる．せん妄が与える影響を表1に示した．

表1　せん妄がもたらす影響

- 患者，家族の苦痛の原因
- 事故（ルート・カテーテル類の自己抜去，転倒，転落など）の原因
- 治療アドヒアランスの低下
- 症状評価の障害
- 家族とのコミュニケーションの妨げ
- 治療選択等に関する患者の意思決定の障害
- 医療スタッフの疲弊
- 入院の長期化

1．せん妄における幻覚と妄想

癌患者のせん妄を対象として，その詳細な症状を検討した報告はきわめて限られている．緩和ケア病棟入院中にせん妄が発現した進行癌患者を対象として，さまざまな神経精神症状の発現頻度を検討した報告からは，幻覚を含む知覚障害が50%，妄想が31%に認められたことが示されている（表2）[3]．また，統合失調症でみられる幻覚妄想とせん妄（厳密には精神科に紹介され急性の器質性精神病と診断された患者）でみられるこれら症状を比較した検討からは，統合失調症に比べて，せん妄においては身近な環境や状況に関連した妄想症状および，幻聴に比べ幻視の頻度が高いことが報告されている[4]．より具体的には，妄想に関しては，医師や看護師あるいは家族などに関連した被害的な内容のものや気分に一致したもの，そして複数の人が関連した複雑で奇妙な内容のものの頻度が高く，他者に突然起こった不幸な出来事あるいは身の回りで起こった奇妙な出来事といった内容として表現されることが多い（表2）．幻覚に関しては人や動物を対象とした幻視などの頻度が高いことが報告されている（表2）．

以上より，統合失調症でみられる幻覚・妄想と器質因を背景として出現してくる幻覚・妄想はその表現型がずいぶんと異なることが示されている．

次に，癌患者のせん妄について詳述する．

2．せん妄の診断

せん妄は，軽度から中等度の意識混濁に，さまざまな精神症状を伴う特殊な意識障害である（診断や評価方法等の詳細は他項を参照のこと）．意識が混濁した状態では，精神活動が不明瞭になり，その結果，精神機能の変調として幻覚，妄想，興奮など多彩な症状がみられる．癌医療の現場では，癌という致死的疾患の存在と前景に立つ多彩な精神症状のため，ストレス性・心因性の精神症状あるいは性格因に起因する行動異常等と誤解されることもまれではない．

3．癌患者のせん妄の原因

癌患者のせん妄発現の生物学的な発生機序にはっきりしていない．一方で，臨床的には，せん妄の発生要因は，もともと存在する準備因子（せん妄の本態である脳機能の低下を起こしやすい状態），誘発因子（せん妄の直接原因で

表2 進行癌患者のせん妄における幻覚妄想の発現頻度および具体例

精神病様症状	頻度（%） （中等度以上の重症度のもの）	具体的な症状
幻覚*	50 (26)	・幻視（人，動物，虫に関するものなど） ・幻聴（名前を呼ばれるなど）
妄想	31 (9)	・被害的なもの（「看護師に毒を入れられる」，「医師に殺される」） ・奇妙なもの（「病院が水に浮いている」）

*：幻覚以外の知覚異常も含む．

（頻度はMeagher DJ, et al, 2007[3]に，具体的な症状はCutting J, 1987[4]に基づいた）

ないが，せん妄の発症を促進，重篤化あるいは遷延化する要因）と直接原因に分けて考えることができる．

準備因子としては，年齢（癌はもともと高齢者に多い），脳血管障害を始めとする脳器質性疾患の既往，認知症や認知機能障害の存在などが代表的である．誘発因子としては，環境の変化，感覚遮断，睡眠・覚醒リズムの障害，治療上の身体抑制，強制臥床，不快な身体症状（疼痛，呼吸困難など）などがあげられる．直接原因としては，手術侵襲，薬物（オピオイド，ステロイド，抗不安薬，睡眠薬など），脱水，低酸素血症，感染症，血液学的異常（貧血，播種性血管内凝固症候群〈disseminated intravascular coagulation: DIC〉など），代謝性異常（肝・腎不全，高カルシウム血症，高・低血糖など），脳の病変（脳転移，髄膜炎，脳血管障害など）など，結果的に脳機能の低下をもたらすさまざまな要因があげられる（表3）[2,5-7]．

4. せん妄のマネジメント（表4）

a. 原因の同定と治療

せん妄治療の原則は，原因の同定とそれに対する治療である．したがって，治療可能な原因を同定し，身体的原因の治療，原因薬剤の中止・減薬・変薬などを行うことにせん妄治療の本質がある．原因に対する介入の具体的な例としては，オピオイドの減量あるいはオピオイドローテーション（モルヒネから他の強オピオイドへの変更など），脱水に対する適切な補液，高カルシウム血症に対するビスホスホネートの投与，感染症に対する適切な抗菌薬の投与などがあげられる．しかし，痛みが適切にコントロールされていない場合には，患者の苦痛をいたずらに増幅しないためにオピオイドの安易な減量は避けるべきである．終末期にせん妄が生じた場合は，原因となっている要因が治療可能であるか，また想定された治療が行われた場合の利益と不利益（有害事象や治療に伴う負担など）のバランスを医療チームで総合的に評価することが重要である．

冒頭で紹介したように，せん妄では，行動障害，認知機能障害の結果として，予期せぬ事故，転倒，転落，ドレーンやカテーテル類の自己抜去等がみられることもまれではない．そのため行動の危険性を評価し，患者周囲の危険物の撤去，頻回に訪床をするなど安全性を確保することも必要となる．

b. 環境的・支持的介入

環境的・支持的介入も有用であり，なかでも本介入は看護ケアが中心となる．環境的・支持的介入の一般的目標は，前述したせん妄発現の促進因子を可能な限り軽減，除去することにあ

表3　癌患者のせん妄の発現要因

	要因	具体例
準備因子 (脳機能低下を起こしやすい状態)	年齢	高齢（とくに70歳以上）
	脳の器質的病変の存在	脳血管障害の既往
	認知機能障害	認知症
誘発因子 (発症を促進・重篤化・遷延化する要因)	環境の変化	慣れない入院環境
	感覚遮断	暗闇，視力・聴力障害
	睡眠・覚醒リズムの障害	夜間の処置
	可動制限	身体拘束，強制臥床
	不快な身体症状	疼痛，呼吸困難，便秘，排尿障害・尿閉
	心理的ストレス	術前のうつ状態
直接原因 (せん妄そのものの原因)	腫瘍による直接効果	脳転移，髄膜播種
	臓器不全による代謝性脳症	肝臓，腎臓，肺，甲状腺などの障害
	電解質異常	高カルシウム血症，低ナトリウム血症
	治療の副作用	手術，化学療法，放射線療法
	薬剤性	オピオイド類，抗うつ薬，ベンゾジアゼピン系薬剤（抗不安薬，睡眠薬），抗コリン薬，ステロイド
	感染症	肺炎，敗血症
	血液学的異常	貧血
	栄養障害	全身性栄養障害（低蛋白血症）
	腫瘍随伴症候群	遠隔効果，ホルモン産生腫瘍

(Lawlor PG, et al, 2000[2]; Morita T, et al, 2001[5]; Gaudreau JD, et al, 2005[6]; Gaudreau JD, et al, 2005[7] より)

表4　せん妄のマネジメントの実際

		具体的なマネジメント
医学的管理	原因の同定と治療	・身体的原因の治療（高カルシウム血症に対するビスホスホネート投与，感染症に対する抗菌薬投与，脱水に対する補液など） ・原因薬剤の中止・減薬・変薬（オピオイドローテーションなど）
	安全性の確保	・患者周囲の危険物（果物ナイフ，はさみなど）の撤去 ・頻回の訪床
環境的・支持的介入	環境的介入	・照明の調整（昼夜のめりはり，夜間の薄明かり） ・日付，時間の手がかり（カレンダー，時計を置くなど） ・眼鏡，補聴器の使用 ・親しみやすい環境の提供（家族の面会，自宅で使用していたものを置くなど）
	支持的介入	・積極的な身体症状緩和（疼痛緩和，宿便や尿閉への対応など） ・カテーテル類などを控える ・家族への説明，ケア
薬物療法	抗精神病薬*	・ハロペリドール，リスペリドン，クエチアピンなど

*：ただし，回復困難な終末期の不可逆性せん妄に対しては，睡眠確保のために適宜，睡眠薬が併用されることも多い．

る．たとえば，親しみやすさと適切なレベルの環境刺激や感覚刺激を提供し，せん妄を増悪させる環境因子を除去する．環境的介入の具体例としては，周囲のオリエンテーションがつくよう夜間も薄明かりをつける，時間の感覚を保つことができるよう，カレンダーや時計を目にふれやすい場所に置く，親しみやすい環境を整えるために家庭で使い慣れたものを置く，などがあげられる．また，家族や慣れ親しんだ医療スタッフとの接触を頻回にすることで安心感を与えることも有用である．支持的な介入としては，可能な限りカテーテル類を控えたり，積極的に不快な身体症状を緩和するなどの対応が有用な介入となりうる．やむをえず身体抑制が行われることもあるが，せん妄の治療という観点からは可能な限り身体抑制は避けるべきである．

また，せん妄を呈している患者を前に家族は動揺していることが多く，せん妄とその原因，経過，見通し等について家族に適切な説明を行うとともに，家族の心理的苦痛への援助を行うことも重要である．終末期の不可逆的なせん妄状態にある患者の家族に対しては，幻覚や妄想を始めとした辻褄の合わない言動を無理に訂正せず，症状につき合いながら傍にいることが重要であるといった助言をすることも有用である．いずれにしてもサイコオンコロジーの臨床では，家族もきわめて強い心理的負担を経験していることが知られているため，家族もケアの対象者として認識しておくことが重要である．

c. 身体的介入（薬物療法）

せん妄の原因の同定やその治療が困難であったり，治療に時間を要することが想定される場合には，対症療法として薬物療法が行われる．せん妄の薬物療法としては，睡眠薬や抗不安薬に比べ，抗精神病薬のほうが効果的であることが示されている[8]．したがって，薬物療法の中心は，原則的には抗精神病薬であり，実地臨床においては，ハロペリドール（注射剤があるため頻用される）やリスペリドン，クエチアピンなどがよく用いられる．なお，現時点においては非定型抗精神病薬が定型抗精神病薬に勝るという根拠はない[9]．

抗精神病薬の使用量については，必要量を事前に推測することが困難であるため，治療初期に少量を頻回投与することにより必要最小量を推定し，翌日からの投与量の参考にする方法が推奨されている[10]．

d. せん妄マネジメントの目標

術後せん妄や積極的な抗癌治療中に生じたせん妄は一過性のものが多い一方で，癌の進行によって生じた臓器不全などによるせん妄の回復可能性は低いことが知られている．進行・終末期にせん妄が発現した癌患者を対象とした検討では，頻度の高い原因は，オピオイド，脱水，肝・腎機能障害等であり，可逆性が高いもの（原因に対するアプローチでせん妄が改善する可能性が高いもの）は，オピオイド，脱水，薬剤（オピオイド以外），高カルシウム血症等であったと報告されている[2,5,11]．なお，死亡前24～48時間に出現するものでは不可逆性であることが多い．

せん妄のマネジメントに際しては，このような回復可能性の差によって，おのずと目標が異なってくる．回復可能性が高い場合には，本項で紹介したあらゆるマネジメントを総動員する必要があるが，回復困難な場合には，部分症状（不穏・興奮や不眠など）の緩和を目標にしながら，家族ケアにより重きを置く，負担になる介入は避けるなど，回復可能性に応じて適宜目標設定やケアのストラテジーを柔軟に設定することが重要である．

うつ病

癌患者にうつ病が認められることはまれではなく，わが国における有病率調査でもおおむね3～10%程度の癌患者にうつ病が認められることが報告されている．しかし前述したように癌患者にみられるうつ病は一般的に軽症のものが多く，癌罹患後に初めて幻覚や妄想などの精神病像を伴う精神病性うつ病に発展する症例はまれである．

器質性，薬剤性の幻覚，妄想状態

実証的なデータには乏しいが，癌性疼痛に用いられるオピオイド，難治性の癌の神経障害性疼痛に用いられることがあるケタミン，癌の終末期の食欲不振，倦怠感などの症状緩和に用いられることがあるステロイドなどによって幻覚や妄想がみられることがある．多くの場合薬剤性精神障害の随伴症状や部分症状として幻覚や妄想が出現しうるが，これらの多くも操作的な診断基準に基づけばせん妄であることが多い．また，まれに腫瘍の遠隔効果として腫瘍随伴症候群としてさまざまな神経精神症状がみられることがあり，この際にも幻覚や妄想が出現しうる．

症例――せん妄，認知症に重ならないもの（ICD-10*1 分類 F05.0）

症例 78歳，男性

最近，食欲不振や急激な体重減少等のため精査された結果，進行膵癌（IV期）と診断された．家族の希望で治癒が望めないことは伝えられなかったが，診断病名は伝えられるとともに，手術の適応がないため，家族の意向におされる形で経口抗癌剤の内服が開始された．本人には，経口抗癌剤の効能，副作用など一般的な内容が書面を用いて説明され，治療に関しては，「わかりました．飲みます」とのみ話した．その後，治療にもかかわらず癌は徐々に進行していき，痛みが出現し始めたため非ステロイド系鎮痛薬に加えてモルヒネの投与が開始された．治療開始から約4か月後ぐらいから，誰もいない部屋で「おーい，おーい」と呼びかけたり，「毒を飲まされた」，「警官が包丁を持ってやってきた」などの辻褄の合わないことを言ったり，「もうだめだ」と突然言ったり情緒も不安定になるなどの症状がみられるようになったため精神科に紹介となった．

精神科医が病名について尋ねると，「骨がだめになる病気だと思う」と答え，また担当医の名前などもまったく記憶できていない状態であった．幻覚や妄想様の症状の経験を尋ねると，困惑したような表情で何も答えず，「あー，そこにも」と返答するのみであった．MMSE（Mini-Mental State Examination）を施行しようとしたが，落ち着かない様子で協力が得られなかった．脳MRI（magnetic resonance imaging: 磁気共鳴画像）上は脳転移などはみられず，年齢相応の萎縮がみられるのみであった．家族の話では，ここ1～2週間ぐらいはぼんやりしていることが多く，物忘れも激しいので，心配した家族がそれを指摘すると情緒不安定になるとのことであった．さらに詳しく話をうかがうと，エピソーディックに幻覚や妄想がみられるほか，全般的にぼんやりしていることが多く，時々短時間だが興奮したような状態になることもあるようであった．夜間落ち着かないことがあるとのことで担当医から短時間作用型の睡眠薬が投与されたが，症状は改善せず，むしろ夜間にごそごそする状態が増悪した印象があるとのことであった．さらに状態は不安定で日内変動が存在するとのことであり，症状と

経過からはせん妄が考えられた．

身体状態や投与薬剤の経過を細かくチェックしたところ，せん妄の原因として，貧血，モルヒネ，睡眠薬といった複数の要因が考えられた．担当医と相談のうえ，オピオイドローテーションを行うとともに不眠時を抗精神病薬に変薬したところ，状態はおおむね改善した．しかし，癌は進行し，4週間後には全身状態が悪化して入院となり，その1週間後に永眠された．

*1：International Classification of Diseases, 10th Revision

おわりに

癌患者にみられる幻覚や妄想の多くは，せん妄の部分症状である．なかでも進行終末期の身体的に入院を要するような時期においては，30～40%以上にせん妄が発現するため，病状の進行時ほど注意が必要である．したがって，癌患者にこういった精神病様の症状がみられた際には，まずせん妄を疑うことが重要である．

（明智龍男）

[引用文献]

1. Akechi T, Nakano T, Okamura H, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. Jpn J Clin Oncol 2001; 31: 188–94.
2. Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. Arch Intern Med 2000; 160: 786–94.
3. Meagher DJ, Moran M, Raju B, et al. Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardised measures. Br J Psychiatry 2007; 190: 135–41.
4. Cutting J. The phenomenology of acute organic psychosis. Comparison with acute schizophrenia. Br J Psychiatry 1987; 151: 324–32.
5. Morita T, Tei Y, Tsunoda J, et al. Underlying pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. J Pain Symptom Manage 2001; 22: 997–1006.
6. Gaudreau JD, Gagnon P, Roy MA, et al. Association between psychoactive medications and delirium in hospitalized patients: a critical review. Psychosomatics 2005; 46: 302–16.
7. Gaudreau JD, Gagnon P, Harel F, et al. Psychoactive medications and risk of delirium in hospitalized cancer patients. J Clin Oncol 2005; 23: 6712–8.
8. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. Am J Psychiatry 1996; 153: 231–7.
9. Campbell N, Boustani MA, Ayub A, et al. Pharmacological management of delirium in hospitalized adults: a systematic evidence review. J Gen Intern Med 2009; 24: 848–53.
10. Akechi T, Uchitomi Y, Okamura H, et al. Usage of haloperidol for delirium in cancer patients. Support Care Cancer 1996; 4: 390–2.
11. Leonard M, Raju B, Conroy M, et al. Reversibility of delirium in terminally ill patients and predictors of mortality. Palliat Med 2008; 22: 848–54.

がん診療に携わる すべての医師のための 心のケアガイド

編著：清水　研
（国立がん研究センター中央病院
緩和医療科・精神腫瘍科 副科長）

真興交易㈱医書出版部

5

希死念慮

明智龍男

[症例] 進行非小細胞肺がんの診断で化学療法を受けていた68歳の男性患者.

当初は化学療法にも反応がみられていたが，徐々に効果がみられなくなっていた．多発骨転移も出現し，痛みが増悪してきたため入院となった．オピオイドの増量で痛みはやや軽減してきたものの体動時の痛みは軽減せず，日中の多くをベッド上で過ごすことを余儀なくされていた．もともと口数が少なく，感情も表に出さないタイプの患者であったが，担当医がいつものように回診で訪室した際に，「先生，私はもう死んでしまったほうがいいように思います」と突然話した．

① がん患者の希死念慮・自殺

がん治療は飛躍的に進歩し，がん患者の5年生存率が約50%にまで向上したが，今日においても，がんはわが国における致死的疾患の代表であり，がんと診断されること自体が大きなライフイベントになり得る．実際，がん医療の現場では，患者から「こんな状態であれば死んだほうがましだ」「早く死んでしまいたい」「早く逝かせて欲しい」などの言葉が聞かれることは決して稀ではない[1]．時として実際に自殺という悲痛な結末を迎える事例も経験される．また，わが国の一般病院入院患者の自殺事例が罹患していた身体疾患は，がんが最多であったことが報告されている．それでは，希死念慮を有するがん患者にはどのように対応したらよいのであろうか？

内外の先行研究からは，進行・終末期のがん患者においては希死念慮が10～20%程度にみられることが示されている[2-4]．そして，その背景には，痛みをはじめとした身体症状，うつ病や絶望感などの精神症状，自立性の喪失や依存の増大などの実存的な苦痛，乏しいソーシャルサポートなど多彩な苦痛が存在していることが示唆されている[2-4]．

② 希死念慮を有する患者への初期対応

Do

まずは，オープンなコミュニケーションを．

希死念慮を有するがん患者のマネージメントの第1歩として最も重要なことは，希死念

慮の背景に存在する苦痛を評価するために患者と適切なコミュニケーションを図ることである．この際のコミュニケーションの重要な流れは，まずは非審判的な態度で患者の言葉に耳を傾けること，受け容れることであり，そしてこれらのプロセスを通して，患者の苦痛を理解し，それに対して共感的にかかわることである．

明確で強い希死念慮や自殺の具体的な計画がある場合は，背景に存在する苦痛を，身体，精神，社会的側面から包括的かつ早急に評価することが重要である．この際，医療者が理解した苦痛に関して患者に伝えるとともに，その症状緩和に努めることを明確に伝えることが肝要である．苦痛が難治性であり，症状緩和がすぐに達成できない終末期の患者の場合は，患者からの申し出があれば，間欠的な鎮静（ここでいう鎮静とは“症状緩和を目的として薬物を用いて患者の意識を低下させること”を指している）を行うことも可能であることを伝えることで患者の自己コントロール感を維持し，今後の経過への不安，恐怖を和らげることができる場合もある．

Don't

「がんばりましょう」と安易に励ましたり，「死にたいなんて弱気なことを言ってはだめですよ」などと叱咤激励することは避けるべきである．

患者は前述のように多彩な苦痛が背景にあるからこそ死にたいと述べるのであり，安易に励ましたり，医療者の価値観を押し付けてしまうと患者の苦悩は深まるばかりである．

③ 患者の苦痛を評価する

ポイント

早い死を望んだ進行がん患者を対象として，その意味することを質的に検討した報告からは，「早い死の希望」は多くの意味を含んでおり，「生きたい」ことに対する逆説的表現，今後，起こり得る耐え難い苦痛から解放される対処法の1つ，絶望感，死の直前に観察される死の受容に近い表現である可能性が指摘されている[5,6]．

したがって，「死にたい」と言葉を投げかけてくる患者の背景には，このようなさまざまな「意味」が存在する．言い換えると，死の直前にみられるある種の受容を表現するものを除けば，多くの場合には，「死にたい」という表現の背後には，前述したように，すくい取られていない何らかの患者ニードや緩和されていない苦痛があることを示唆しており，医療者はその深い意味を理解し，実際のケアに結びつけていく必要がある．このように考えてみると，死を望むがん患者のほとんどは，生きることへの援助を求めているともいえるのである．

絶望感（もうだめだ）
⇩
こんな状態で生きていても意味がない
⇩
受身的な希死念慮（死ねたらいいな）
⇩
希死念慮（死んでしまいたい）
⇩
自殺の計画（飛び降りれば…）
⇩
自殺企図
⇩
自殺

図 1　希死念慮から自殺に至る階層

④ 希死念慮から自殺に至るプロセス

ポイント

希死念慮から実際に自殺企図や自殺に至るプロセスは階層的であると考えられ，患者はその段階を動揺性に行き来している（図1）.

したがって，自殺の危機がどの程度差し迫っているかはある程度推測可能であり，自殺を未然に防ぐ意味でも，希死念慮の強さを把握することは重要である．がん患者，中でも治癒が望めない進行がん患者の場合，つらい身体状態に対する反応として，あるいは置かれた状況に対しての対処法という意味合いで，人生に対する無意味感（こんな状態で生きていても仕方ないと感じる）や受身的で軽度の希死念慮（ふと，このまま死んでしまった方が楽じゃないかと感じることがある）を述べるものは稀ではない[7]．こういった場合，患者の言葉を受け止め，迅速に症状緩和を行うことで患者の苦痛が和らぐことも多いことを知っておきたい．

⑤ がん患者の自殺の危険因子

ポイント

がん患者の自殺の危険因子として知られている要因を表にまとめた（表1）．ここに示されているように，進行がんと診断された患者が抑うつ状態に陥っている場合には，ぜひとも強力な精神的サポートの提供が望まれる．抑うつ状態のマネージメントに関しては，「第3章-1．抑うつ」を参照されたい．

表 1　がん患者の自殺の危険因子

がんに関連	進行がん，頭頸部がん
身体症状	痛み
精神症状	うつ病，絶望感
その他	男性，がん診断から数カ月以内

まとめ

希死念慮を有するがん患者と出会うことは決して珍しいことではない．一方，その結果生じる自殺は稀な事象ではあるが，一度発生すると，その与える影響は極めて大きいものとなる．死を望むがん患者を前に，われわれ医療者は時として無力である．しかし，医療チームとして，最適ながん治療を提供することに加え，身体的，心理社会的な苦痛を和らげることを通して，個々の患者を支え続けることは可能であり，この支え続ける営みこそが患者の希望を支えることにつながり得る．現時点においては，自殺の完全な予防は不可能であることに加え，ある種の要件を満たせば，その合理性を支持する者もいる．しかし，がん医療に携わる医療スタッフとして心に留めておきたいことは，良好な患者-医師関係が築かれた上で，身体症状が最大限に緩和され，心理社会的側面に対しても適切なケアが十分提供されていれば，患者が自ら死を望むことはほとんどないという事実である．

文　献

1) Akechi T, Nakano T, Okamura H, et al：Psychiatric disorders in cancer patients：descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. Jpn J Clin Oncol 2001；31：188-94
2) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al：Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. Cancer 2004；100：183-91
3) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al：Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry 1995；152：1185-91
4) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al：Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. Cancer 2002；95：1085-93
5) Coyle N, Sculco L：Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer：a phenomenologic inquiry. Oncol Nurs Forum 2004；31：699-709
6) Nissim R, Gagliese L, Rodin G：The desire for hastened death in individuals with advanced cancer：a longitudinal qualitative study. Soc Sci Med 2009；69：165-71
7) Akechi T, Ietsugu T, Sukigara M, et al：Symptom indicator of severity of depression in cancer patients：a comparison of the DSM-Ⅳ criteria with alternative diagnostic criteria. Gen Hosp Psychiatry 2009；31：225-32

精神腫瘍学

[編集] 内富庸介　小川朝生

がん患者・家族に寄り添う

サイコオンコロジー

現代のがん医療では、その診断、治療、リハビリテーション、再発・進行などの全臨床過程において、精神科医の関与が求められている。本書は精神腫瘍学全般にわたって、基礎から実践までをまとめた本格テキストブックである。

医学書院

41) Unützer J, Katon W, Callahan CM, et al：Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting：a randomized controlled trial. JAMA, 2002；288：2836-2845.
42) Bower P, Gilbody S, Richards D, et al. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention：systematic review and meta-regression. Br J Psychiatry, 2006；189：484-493.
43) Maunsell E, Brisson J, Deschênes L, et al：Randomized trial of a psychologic distress screening program after breast cancer：effects on quality of life. J Clin Oncol, 1996；14：2747-2755.
44) McLachlan SA, Allenby A, Matthews J, et al：Randomized trial of coordinated psychosocial interventions based on patient self-assessments versus standard care to improve the psychosocial functioning of patients with cancer. J Clin Oncol, 2001；19：4117-4125.
45) Ell K, Xie B, Quon B, et al：Randomized controlled trial of collaborative care management of depression among low-income patients with cancer. J Clin Oncol, 2008；26：4488-4496.
46) Strong V, Waters R, Hibberd C, et al：Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1)—a randomised trial. Lancet, 2008；372：40-48.
47) Kroenke K, Theobald D, Wu J, Norton K, et al：Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer：a randomized trial. JAMA, 2010；304：163-171.
48) No authors listed. National Institute for Clinical Excellence Guidance on Cancer Services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. Available from URL：http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.pdf
49) Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al：Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. Cancer, 2005；103：949-956.
50) Shimizu K, Ishibashi Y, Umezawa S, et al：Feasibility and usefulness of the' Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. Psychooncology, 2010；19：718-725.
51) National Institutes of Health State-of-the-Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement：Symptom Management in Cancer：Pain, Depression, and Fatigue, July pp15-17, 2002

（清水　研）

Ⅲ 希死念慮，自殺企図，自殺

周知のように，わが国では，1998年以降連続して自殺者が3万人を超える事態が続いている．また，わが国の一般病院入院患者の自殺事例が罹患していた身体疾患は，がんが35％と最多であったことが報告されている[1]．治療により治癒に至るがんも増え，「がん＝死」というイメージは払拭されつつある一方で，約半数の患者にとっては依然として致死的疾患であることに変わりはなく，多くの進行がん患者は多彩な身体的，精神的苦痛を経験しながら死を迎えることも事実である．さらには長期生存患者にも身体的な機能障害，社会的な再適応の必要性，再就職の難しさなどさまざまな問題がみられることが明らかにされている．このように，がん患者の経験する苦悩は時として深く，実際に自殺企図，中には自殺という悲痛な結末を迎える事例も経験される．また，がん医療の現場では，患者から，「もう死んでしまいたい」，「こんな状態であれば早く逝かせて欲しい」などの言葉が聞かれることは決して稀ではなく，自殺や希死念慮などは以前より，臨床上の重要な問題として関心が寄せられてきた．

サイコオンコロジーの臨床が少しずつわが国のがん医療の現場に根を下ろしつつある現在においても，これらの問題は依然として医療者を深く悩ませ続けている．翻ってみて，実際にがん患者は一般人口に比してどの程度自殺が多いのであろうか？　がん患者の自殺の背景にある要因

は，痛みなどの身体的苦痛なのであろうか？ がん患者の自殺予防としてはどのようなストラテジーをとり得るのであろうか？ 実際に自殺という悲痛な結末を迎えた場合に，家族に，その他の患者に，そして医療スタッフにどのような対応を行うべきであろうか？

希死念慮を有するがん患者のマネジメントの難しさに加え，実際に自殺企図や自殺事例が発生すると，その衝撃は家族，関係する医療スタッフにとって極めて大きなものになるため，これらは，がん医療に携わる多くの医療スタッフが抱いている切実な疑問である．本項では，がん患者の希死念慮や自殺について概説する．

1. がん患者の希死念慮

1) 希死念慮の頻度と関連要因

がん専門病院における精神科コンサルテーションのデータからは，がん患者が希死念慮などを訴えて紹介になる割合は依頼全体の3～4%程度であり，その内訳は希死念慮が70%以上で最も多く，自殺企図，安楽死の要請，持続的鎮静の要請(患者が‘ずっと眠らせて欲しい’と述べることを契機とした依頼)が続いていたことが示されている[2,3]．そして，こういった理由で紹介された患者においては，何らかの精神医学的診断は全体の90%以上にみられ，最も頻度が高いものがうつ病であり，これにせん妄，適応障害が続くが，一方で痛みなどの身体的な問題が中心であり，診断がつかないものも8%みられたことが報告されている．

内外の先行研究のデータからは，進行・終末期のがん患者においては希死念慮が10～20%程度にみられることが示されている[3~5]．そして，その背景には，痛みをはじめとした身体症状，うつ病や絶望感などの精神症状，自立性/自律性の喪失や依存の増大などの実存的な苦痛，乏しいソーシャルサポートなど多彩な苦痛が存在していることが示されている[3~5]．最近の報告では，外来通院中のがん患者であっても，8%程度に希死念慮が認められ，高齢，痛み，うつ状態が重要な関連要因であったことが示されている[6]．このように，がん患者の希死念慮の背景には身体症状，精神症状，社会的要因など多次元の問題が存在していることが明らかにされているが，一般人口同様，希死念慮に最も関連する要因の1つはうつ病，うつ状態であることが示されている．一方で，がん患者の経験するうつ病やうつ状態のどういった要因が希死念慮発現の促進因子になっているかについての知見は極めて乏しい．わが国の研究では，うつ病を合併しているがん患者において，うつ病の重症度と身体的機能の低下が希死念慮発現を促進する要因として報告されている[7]．

早い死を望んだ進行がん患者を対象として，その意味することを質的に検討した報告からは，患者の希死念慮の表出の背景には多くの意味が含まれており，“生きたい”ことに対する逆説的表現，今後，起こり得る耐え難い苦痛から解放される対処法の1つ，絶望感，死の直前に観察される死の受容に近い表現である可能性が指摘されている[8,9]．したがって，「死にたい」と言葉を投げかけてくる患者の背景には，このようなさまざまな「意味」が存在する．言い換えると，死の直前にみられる受容を表現するものを除けば，多くの場合には，「死にたい」という表現の背後には，すくい取られていない何らかの患者ニードや緩和されていない苦痛があることを示している．

以上より，希死念慮ががん医療の現場でみられることは決して稀ではなく，またその背景には複数の次元の要因が関連していることが想定されるため，医療者は，患者が希死念慮という形で表現している背後に存在する深い意味を理解するとともに，緩和可能な症状を看過することなく実際のケアに結びつけていく必要がある．