

図7 希死念慮の階層

2) 希死念慮を有するがん患者とのコミュニケーション

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、患者はその階層を動揺性に行き来している(図7)¹⁰⁾。したがって、患者がこの階層のどこに位置しているかを知ることで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、適切なコミュニケーションによって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’)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ほうが楽だと感じる’)を述べるものは稀ではない¹¹⁾。こういった場合、患者の言葉を受け止め共感的に対応するなど、適切な支持的コミュニケーションを続けるだけで患者の苦痛が和らぎ、希死念慮が消失することもある。

一方、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、安全の確保とともに、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も必要である。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。

2. がん患者と自殺

1) がん患者における自殺率に関する疫学的研究

がん患者の自殺率に関して検討を行った最近の疫学的研究を表9にまとめた。先行研究の多くは、がん患者の自殺率は一般人口に比べて有意に高いことを示している¹²⁻²⁰⁾。わが国では大阪府

表9 がん患者の自殺率

国	追跡症例数 (人)	がん患者自殺数 (人)	自殺の割合 (%)	一般人口に対する危険率* (95%信頼区間)
日本 ¹⁾	23,979	48	0.20	1.4(1.99-1.8)
デンマーク, フィンランド, ノルウェー, スウェーデン, アメリカ ²⁾	723,810 (乳がんのみ)	836	0.12	1.37(1.28-1.47)
デンマーク ³⁾	91,310 (メラノーマ以外の皮膚がんのみ)	284 (男 178, 女 106)	0.31	男 1.0(0.9-1.2, NS) 女 1.3(1.1-1.6)
アメリカ ⁴⁾	1,316,762	1,572 (男 1,307, 女 265)	0.12	男性の危険率は女性の6.2倍(5.4-7.1)
アメリカ ⁵⁾	3,594,750	5,838 (男 4,636, 女 1,202)	0.16	全体 1.88 男 2.1(2.0-2.2) 女 1.5(1.4-1.6)
オーストラリア ⁶⁾	121,533	129	0.11	男 1.7(1.4-2.1) 女 1.2(0.8-1.9)
イギリス ⁷⁾	166	417,572	0.04	男 1.5(1.2-1.7) 女 1.2(0.9-1.3)
スウェーデン ⁸⁾	136 (前立腺がん)	168,584	0.08	男 2.6(2.1-3.0)
アメリカ ⁹⁾	148 (前立腺がん)	168,584	0.04	男 1.4(1.2-1.6)

*危険率: Standardized mortality ratio(標準化死亡比)

- 1) Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T, et al: Suicide risk among cancer patients—experience at one medical center in Japan, 1978-1994. Jpn J Cancer Res, 1999; 90: 812-817.
- 2) Schairer C, Brown LM, Chen BE, et al: Suicide after breast cancer—an international population-based study of 723,810 women. J Natl Cancer Inst, 2006; 98: 1416-1419.
- 3) Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, et al: Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. Br J Cancer, 2005; 92: 995-1000.
- 4) Kendal WS: Suicide and cancer—a gender-comparative study. Ann Oncol, 2007; 18: 381-387.
- 5) Misono S, Weiss NS, Fann JR, et al: Incidence of suicide in persons with cancer. J Clin Oncol, 2008; 26: 4731-4738.
- 6) Dormer NR, McCaul KA, Kristjanson LJ: Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. Med J Aust, 2008; 188: 140-143.
- 7) Robinson D, Renshaw C, Okello C, et al: Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005—a population-based study. Br J Cancer, 2009; 101: 198-201.
- 8) Fall K, Fang F, Mucci LA, et al: Immediate risk for cardiovascular events and suicide following a prostate cancer diagnosis—prospective cohort study. PLoS Med 6: e1000197, 2009
- 9) Fang F, Keating NL, Mucci LA, et al: Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis—cohort study in the United States. J Natl Cancer Inst, 2010; 102: 307-314.

立成人病センターの1999年の報告があるが、その結果ではがん患者の自殺率は一般人口の1.4倍であったことが示されている¹²⁾。1994年に報告されたメタアナリシスの結果からは、がん患者の自殺率は、一般人口に比べて1.8倍有意に高いことが示されている²¹⁾。また、これらの研究のいくつかでは、診断時にすでに進行がんであること、および診断から間がない時期においてとくに危険率が高いことが共通して示されており、がん患者の自殺予防を具体的に考える上で、貴重

な知見を与えている。

2) 自殺したがん患者の心理学的剖検

自殺したがん患者の背景に存在する精神状態を検討した報告(心理学的剖検研究: 家族や患者を知る関係医療スタッフなどから、自殺者の生前の情報を可能な限り詳細に収集し、自殺に至った患者の精神状態を推測、判断する手法)は極めて限られているが、代表的なものを紹介する。Henriksson らは、自殺したがん患者 60 例を非がんの自殺症例 60 例と比較した。その結果、両群ともに自殺の最大の原因となっていた精神疾患はうつ病であったが、がん患者の自殺群では、非がんの自殺群に比べて、アルコール依存が少なかったという結果を報告している(表 10)²²⁾。本結果は、自殺の背景に存在する精神医学的診断は、がん患者においても、一般人口同様、うつ病が最も重要である一方で、アルコール依存など一般人口の自殺の原因としてよく知られた疾患に関しては、がん患者ではそれほど顕著ではないことを示唆している。また、Filiberti らは、在宅緩和ケア受療中に自殺した終末期がん患者 5 例に関して検討を行い、ほとんどの症例に、身体的苦痛のみならず、抑うつをはじめとした精神的苦痛が並存しており、全例に共通してみられた要因として、自律および自立を失うことに対する懸念および他者への依存の拒絶がみられたことを示した²³⁾。

これらの結果を概観すると、自殺したがん患者の多くが耐え難い身体症状や精神症状を有している一方で、一般人口における自殺同様、精神症状として最も重要なものはうつ病であることが示唆される。また、終末期には、特有の問題として、身体状態の悪化に伴う自立性の喪失、依存の増大など実存的苦痛ともいえる症状が自殺に寄与する要因として推測される。

3) がん患者の自殺の予防

がん患者の自殺を予防する上で最も重要なことは、がん患者における自殺を促進するさまざまな要因を理解し、これらを看過することなく治療、ケアすることである。

前項で、自殺したがん患者の心理学的剖検研究に触れたが、うつ病の他、がん患者の自殺の危険因子としては、進行したがんの病期、頭頸部がん、がんに罹患することにより二次的に生じる痛みなどの身体症状、がん罹患に先行する精神医学的問題など異なるいくつかの要因が重要であることが示唆されている(表 11)²⁴⁾。本結果から推測されることは、一般人口で知られている自殺の危険因子(自殺企図の既往、親しい者との離別・死別、失職、絶望感など)の十分な評価に加え、特にがんの診断時にすでに進行がんであった症例に対しては、痛みをはじめとした十分な身体症状の緩和に加え、うつ病をはじめとした精神症状の積極的緩和を継続して提供することの重要性である。しかし、これら要因の重要性が明らかになる一方で、がん医療の現場では、痛みが適切にコントロールされていないことも多く、また、医療スタッフはがん患者の精神症状、中でも抑うつ状態を適切に認識することができていないことが繰り返し報告されており²⁵⁾、現時点では、疼痛コントロールをはじめとした良好な緩和ケアの普及、がん医療に携わる医療スタッフに対しての精神症状に関する適切な情報提供、精神科医や心療内科医などとの連携システムの確立などが急務であろう。また、前述したわが国の一般病院入院患者の自殺事例における検討では、病状の説明や告知の直後に自殺した症例が紹介されていることから¹⁾、とくに進行がん患者に、治療が望めないがんなどのいわゆる bad news を伝えるコミュニケーションに際して、事実を伝え

表 10 がん患者の自殺の背景に存在する精神疾患：
心理学的剖検研究

精神疾患(DSM-III-Rに基づく)	割合(%)
うつ病	32
その他のうつ病性障害	30
アルコール依存	13
不安障害	13
適応障害	12
診断なし	5

表 11 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, 衰弱・全身倦怠感
精神症状	うつ病, 絶望感
その他	がん診断から数か月以内 自殺企図の既往および家族歴 がん罹患以前から存在する 精神医学的問題

のみならず、同時にその後の患者の心理的苦痛に配慮し、適切なサポートを提供することの重要性が示唆される。

がん患者の自殺予防に関して、国際的にコンセンサスの得られた方法があるわけではないが、前述した結果をもとに、現時点において可能なストラテジーを考えてみると、身体、精神、社会、実存的側面など患者の苦悩の源となっている諸種の苦痛に対して、さまざまな職種の専門家が協力して、医療チームとして患者に良好な包括的ケアを提供することが最も有用な方法である²⁶⁾。したがって、わが国でも増加している緩和ケアチームが良好に機能することが自殺予防として現実的な方策の一つであろう。実際に、イタリアにおける経験として、多職種からなる包括的な在宅緩和ケアを受けていた終末期がん患者は、一般人口に比べても、自殺率が低かったことが報告されている²⁷⁾。

4) 自殺企図後の対応

医療スタッフがどれほど努力を続けていても、実際には、自殺企図や自殺に遭遇することは避けられないのが現実である。それでは、自殺企図が実際に起こった場合、どのような対応を行うべきであろうか？

まず自殺企図後の状態における希死念慮の有無と自殺企図に対しての後悔の気持ちや内省の有無を評価する。自殺企図の後に、命が助かった経験を通して内省がすすみ後悔の念が醸成され、希死念慮が消失していることが言語的に明確に語られれば、差し迫った再企図の危険は少ないと考えられる。しかし、この際にも再度の自殺企図は行わないこと、および希死念慮が高まる場合には直ちに医療スタッフに伝えてもらうことを約束してもらう。

自殺企図後も希死念慮が継続して存在し、しかも行った自殺企図そのものが失敗に終わってしまったと考えている症例(つまり自殺企図を肯定的に考えている場合)に対しては再企図の可能性が高いため、安全で保護的な環境を提供するとともに早急に精神科医と連携する。

上記の評価と並行しながら、希死念慮がみられた際と同様に、背景に存在する苦痛緩和を積極的にすすめるが、自殺企図の存在は、その後の自殺既遂の最大の危険因子であるので、苦痛が緩和された後も、定期的に患者の状態のモニタリングを行うことが望まれる。

5) 自殺後の対応

自殺が周囲の者に与える影響は広くそして深い。それゆえ、自殺が起きた後にはポストベンションと呼ばれる適切な介入が必須である。ここでは、自殺という悲痛な結末を現実を迎えた場合の

家族、その他の患者、そして担当していた医療スタッフに対する対応について概説する²⁸⁻³⁴⁾。

①家族

家族の突然の予期せぬ死に直面することは、家族に極めて大きな衝撃をもたらすことは言うまでもない。先行研究によると、これら家族はその後に、うつ病や外傷後ストレス障害などに罹患する危険性が高くなることが知られている³⁵⁾。

自殺後の家族への対応としては、医療スタッフが可能な限り早期に面談を行い、家族の抱くつらい感情の表出を促し、それに共感することが重要である。また、その際、医療スタッフが感じている気持ちもオープンに伝えることが、家族の感情表出を容易にさせることが示唆されている。また、家族には医療スタッフが治療に最善を尽くしたことを伝えることも重要である。家族の心理的な反応はさまざまであろうが、悲嘆が非常に強い場合は、精神科医や臨床心理士など精神保健の専門家への受診の手助けをすることも必要である。その他、状況が許せば家族の了承を得たうえで葬儀に出席することも家族、医療スタッフ双方にとって喪の作業をすすめる上で有用である可能性も示唆されている。

②周囲の患者

とくに入院中に自殺が生じた際には、自殺した患者と親しい関係にあった患者や同室の患者など他の患者への影響を考慮する必要がある。一人の患者の自殺を契機として短期間の間に同じ病院や病棟で複数の自殺が生じる事例(いわゆる群発自殺)が知られており、このような事態を防ぐためにも、親しい関係にあった患者や前述した自殺の危険因子を有する患者を把握し、注意深くモニタリングする必要がある。なお、欧米の比較的古い文献には、自殺が起こったことを、親しい患者には率直に伝えることを推奨するものもみられるが、昨今の個人情報保護の観点からはこの方法は現実にはとり難いと思われる。

③医療スタッフ(担当医および看護師)

担当していた医師や看護師の心理的な衝撃も極めて大きく、患者の自殺後の心理的反応として、驚愕、否認、孤立感、離人感、自責感、自信の喪失、不安感、怒りなどさまざまなものが経験されることが示されている。一般的には、とくに同様の経験を有する信頼できる同僚や上司に相談し、孤立感や自責感を軽減するなど自分自身に対する援助を積極的に求めることが推奨されている。がん医療に携わる医療スタッフが、自殺の発生を知らされた場合は、その事例に直接関わしていなくても、他の医療スタッフの衝撃を和らげるために、心理的な援助を提供するなど積極的に働きかける必要がある。個々の患者の自殺の危険性を事前に的確に予測することは極めて難しいことが示されていることから、同僚や上司にあたる医療スタッフは、自殺に遭遇した担当医療スタッフを責めることなく、適切にサポートするべきである。

このように自殺が起きた後には医療者に対しても適切な介入が必須であり、その最も重要なものの1つがデスカンファレンスの開催である。デスカンファレンスは、担当医、担当看護師、当該病棟の看護師長をはじめ関係医療スタッフの出席を可能な限り促し、できるだけ早期に(自殺後1週間以内)開催するように心がける。この際、司会は可能な限り直接の担当ではない医療スタッフがを行い、関わった医療スタッフの抱く複雑な感情の表出を助け、特定の医療者がスケープゴートにされないように十分な配慮を行いながら、率直に治療経過を振り返る。その際に、自殺に関する一般事項にも触れながら、あくまで今後の患者ケアに生かせるような結論に収束できるような進行を心がけることが重要である。

概説したように希死念慮から自殺は階層的なプロセスであり, その背景は極めて複雑であることに留意する必要がある。昨今, 自殺対策の重要性が繰り返し叫ばれる中, わが国において自殺という悲痛な事象を減らすうえでサイコオンコロジーの担う役割は想像以上に大きいのではないであろうか。

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ものもある。しかし, がん医療に携わる医療スタッフとして心にとめておきたいことは, 良好な患者-医療者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極めて稀であるという事実である。

文献

- 1) Kawanishi C, Iwashita S, Sugiyama N, et al : Proposals for suicide prevention in general hospitals in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2007 ; 61 : 704.
- 2) 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 : 188-194.
- 3) Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y : Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer*, 2002 ; 95 : 1085-1093.
- 4) Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al : Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. *Cancer*, 2004 ; 100 : 183-191.
- 5) Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al : Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*, 1995 ; 152 : 1185-1191.
- 6) Walker J, Waters RA, Murray G, et al : Better off dead : suicidal thoughts in cancer patients. *J Clin Oncol*, 2008 ; 26 : 4725-4730.
- 7) Akechi T, Okamura H, Yamawaki S, Uchitomi Y : Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not? *Psychosomatics*, 2001 ; 42 : 141-145.
- 8) 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.
- 9) 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 : 165-171.
- 10) O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA : Recent developments : suicide in older people. *BMJ*, 2004 ; 329 : 895-899.
- 11) 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 : 225-232.
- 12) Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T, et al : Suicide risk among cancer patients : experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res*, 1999 ; 90 : 812-817.
- 13) Schairer C, Brown LM, Chen BE, et al : Suicide after breast cancer : an international population-based study of 723,810 women. *J Natl Cancer Inst*, 2006 ; 98 : 1416-1419.
- 14) Yousaf U, Christensen ML, Engholm G, Storm HH : Suicides among Danish cancer patients 1971-1999. *Br J Cancer*, 2005 ; 92 : 995-1000.
- 15) Misono S, Weiss NS, Fann JR, et al : Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol*, 2008 ; 26 : 4731-4738.
- 16) Kendal WS : Suicide and cancer—a gender-comparative study. *Ann Oncol*, 2007 ; 18 : 381-387.
- 17) Dormer NR, McCaul KA, Kristjanson LJ : Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med J Aust*, 2008 ; 188 : 140-143.
- 18) Robinson D, Renshaw C, Okello C, et al : Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005—a population-based study. *Br J Cancer*, 2009 ; 101 : 198-201.
- 19) Fall K, Fang F, Mucci LA, et al : Immediate risk for cardiovascular events and suicide following a prostate

- cancer diagnosis—prospective cohort study. *PLoS Med*, 2009 ; 6 : e1000197.
- 20) Fang F, Keating NL, Mucci LA, et al : Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis—cohort study in the United States. *J Natl Cancer Inst*, 2010 ; 102 : 307-314.
 - 21) Harris EC, Barraclough BM : Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)*, 1997 ; 73 : 281-296.
 - 22) Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, et al : Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995 ; 36 : 11-20.
 - 23) Filiberti A, Ripamonti C, Totis A, et al : Characteristics of terminal cancer patients who commit suicide during a home palliative care program. *J Pain Symptom Manage*, 2001 ; 22 : 544-553.
 - 24) Breitbart W : Cancer pain and suicide. *In* : Foley K (ed) : *Advance in Pain Research and Therapy*. pp39-412, New York, Raven Press, 1990.
 - 25) Passik SD, Dugan W, McDonald MV, et al : Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol*, 1998 ; 16 : 1594-1600.
 - 26) Akechi T : Desire for early death in cancer patients and clinical oncology. *Jpn J Clin Oncol*, 1999 ; 29 : 6-11.
 - 27) Ripamonti C, Filiberti A, Totis A, et al : Suicide among patients with cancer cared for at home palliative-care teams. *Lancet*, 1999 ; 354 : 1877-1878.
 - 28) Akechi T, Sakuma K, Okamura M, et al : Trauma in a nurse after patient suicide. *Psychosomatics*, 2003 ; 44 : 522-523.
 - 29) Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, et al : Patients' suicides : frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry*, 1988 ; 145 : 224-228.
 - 30) Eagles JM, Klein S, Gray NM, et al : Role of psychiatrists in the prediction and prevention of suicide—perspective from north-east Scotland. *Br J Psychiatry*, 2001 ; 178 : 494-496.
 - 31) Gitlin MJ : A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *Am J Psychiatry*, 1999 ; 156 : 1630-1634.
 - 32) Kaye NS, Soreff SM : The psychiatrist's role, responses, and responsibilities when a patient commits suicide. *Am J Psychiatry*, 1991 ; 148 : 739-743.
 - 33) 斉藤陽子, 中尾智博, 竹田康彦, 他 : 患者の自殺が主治医に与える影響. *精神医学*, 2001 ; 43 : 647-651.
 - 34) 高橋祥友 : 患者の自殺に精神科医はどう対処すべきか. *精神科治療学*, 2001 ; 16 : 563-568.
 - 35) Yehuda R : Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*, 2002 ; 346 : 108-114.

(明智龍男)

IV 不安障害

不安は、不確実な脅威に対する心理反応であり、特徴的な症状を惹起する。自律神経の過活動に伴う動悸や発汗が出現し、行動面では落ち着かずに保証を求めることが多くなる。思考面では心配事が多くなり、集中できなくなる。身体面では、筋肉の緊張と、倦怠感が生じることもある。がん患者が不安を抱えていることは一般的であるし、多くの場合は脅威に対する適応的な行動である。しかし、ある条件において不安は非適応的に作用し、時に不安障害に該当する状態を与えることもある。

がん患者に合併する不安障害に関する研究は、気分障害に比較すると少なく、精神医学的診察面接を用いた報告はごくわずかしか存在しない。1983年にDerogatisらが報告した研究では、アメリカ合衆国の3つのがん専門病院のがん患者215名を無作為に抽出してDSM-IIIに基づいた診断面接を実施し、そのうち不安障害はわずか2%(4名)に合併し、全般性不安障害が0.5%、恐怖症が0.5%、強迫性障害が1%という結果であった。不安障害の基準は満たさないが、適応障害(不安)が6%、適応障害(不安と抑うつ)の混合)が13%に認められている¹⁾。また、近年発表された

Oncologic Emergency

がん救急 マニュアル

大江裕一郎

国立がん研究センター東病院呼吸器腫瘍科呼吸器内科長

新海 哲

四国がんセンター院長

高橋 俊二

癌研有明病院化学療法科・血液腫瘍科

原発不明癌担当部長、

乳腺センター乳腺化学療法担当

泌尿器科化学療法担当

MEDICAL VIEW

自殺企図

定義

5

一般的に、自殺は「死が本人自身によってなされた積極的、消極的な行為から直接、間接に生じる結果であり、しかも、本人がその結果の生じうることを予知していた場合」と定義されることから、本稿では自殺企図の定義を「自殺を目的とした行動が行われたが、結果的に未遂に終わった状態」としておきたい。がん医療の現場で自殺企図がみられる絶対的な頻度は多くないと思われるが、実際にみられた場合は、精神腫瘍医など精神保健の専門家と協力しながらの迅速な対応が必要となる。

病因・病態

自殺企図は、前述の定義からもそれ自体に医学的な診断名がつくわけではないが、一般人同様、がん患者に自殺企図がみられた場合、その背景には精神症状が関与している可能性が高い¹⁾。自殺企図に最も関連が深い精神症状は抑うつ状態であるが、軽度の意識混濁を本態とするせん妄状態においても自殺企図が生じることがあるため、本稿ではこの2つの症状を中心に概説する。

① 抑うつ状態

抑うつ状態に際しては症状として希死念慮が認められることが多く、その延長として自殺企図が認められることがある。がん患者が抑うつ状態を呈する精神疾患の代表的なものは適応障害とうつ病であるが²⁾、なかでも重篤なうつ病が原因となることが多い。

表1にうつ病の診断基準を示した³⁾。診断基準に希死念慮や自殺の計画の存在が含まれているように、自殺企図はうつ病という疾患と密接に関係している。もちろん希死念慮や自殺企図はうつ病に特異的な症状ではないが、精神疾患の診断基準項目に自殺行動が含まれているのはうつ病のみである。

表1 うつ病の診断基準(米国精神医学会)(文献3より引用)

診断基準	
以下の症状のうち、1. あるいは2. を必須とし、全部で5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。	
1. 抑うつ気分	気分が沈んで、いつもすぐれない。
2. 興味・喜びの低下	何をしても楽しくない、興味がもてない。
3. 食欲低下(増加)/体重減少(増加)	食欲がでない。何を食べてもおいしくない。
4. 不眠(過眠)	夜眠れない。寝つけても途中で目が覚めてしまう。
5. 焦燥・制止	いらいらしてじっとしてられない。 何かをしようと思ってもブレーキがかかったように身体が思うように動かない。
6. 易疲労性・気力減退	疲れやすい。だるい。気力がでない。
7. 罪責感・無価値観	まわりに迷惑をかけている、自分に価値がないと過度に感じてしまう。
8. 思考・集中力低下	物事に集中できない。決断できない。
9. 希死念慮	死にたい。早く逝ってしまいたい。 自殺の計画を考える。自殺企図。
臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能障害の存在。 物質や一般身体疾患によるものではない。	

② せん妄

せん妄は、軽度ないし中等度の意識混濁に興奮、錯覚や幻覚・妄想などの認知・知覚障害を伴う特殊な意識障害である。診断基準を表2に示した³⁾。なかでも入院を要する身体状態の終末期には、30~40%以上にせん妄がみられる⁴⁾。せん妄の本態は意識障害であるが、痛みをはじめとした強い身体的な苦痛が存在する際などに、脳機能低下に基づく抑制欠如を背景として、苦痛に対する反応として希死念慮や自殺企図がみられることがある⁵⁾。

表2 せん妄の診断基準(米国精神医学会)(文献3より引用)

診断基準	具体的な臨床症状
注意集中、維持、転導する能力の低下を伴う意識の障害(すなわち環境認識における清明度の低下)。	質問に対して集中できない。 前の質問に対して同じ答えをする。 質問をしていても覚醒が保てず、すぐうとうとしてしまう。
認知の変化(記憶欠損、失見当識、言語の障害など)、またはすでに先行し、確定され、または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現。	最近の記憶が曖昧である。 新しいことをすぐに忘れてしまう。 時間と場所に関する見当識を失っている。 錯覚(壁のシミをみて「虫がいる」という)、幻視をはじめとした幻覚(人がいない場所に「人がいる」という)の存在。
その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間から数日)、1日のうちで変動する傾向がある。	午前中おとなしく協動的であった人が、夜には点滴を自己抜針したり、ベッドから勝手に降りようとしたりする。
病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。	背景に原因となる身体状態や薬剤(オピオイド、抗不安薬・睡眠薬、ステロイドなど)の使用などがある。

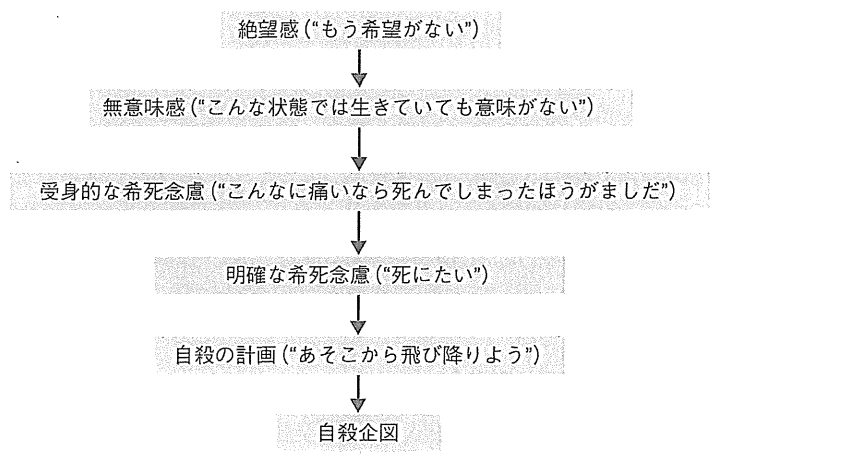
診断・評価

自殺企図に際して必要な評価は、その行動が実行された際と未遂後における患者の希死念慮の強さと真剣度の評価に基づくことになる。これらは何らかの検査データなどから得られるものではないので、自殺企図の評価は必然的に患者や家族との面接に依拠する部分が大きくなる。患者との面接にあたっては、患者に安心感を与えたうえで、自殺企図に至った心理的なプロセスや現在の自殺の計画の有無などを慎重に聴取していくことが重要である。

一般的に、抑うつ状態の患者が希死念慮から実際に自殺企図に至るプロセスは階層的、連続的なものであり、患者は諸種の要因に影響を受けながら、その段階を動揺性に行き来している(図1)⁶⁾。実際の面接においては、この段階を意識しながら、現在の希死念慮や自殺の計画の程度を評価していくことになる。

一方、せん妄状態を背景とした自殺企図の場合は、その際の状況を詳細に追想することができない場合が多く、その心理的プロセスも了解しにくいものが多い。

図1 自殺企図に至る階層(文献6より引用)



治療

当然のことながら、自殺企図によって生じた身体状況に対する処置がまず必要であるが、本項では、その処置後の対応について概説する。

まずは自殺企図が繰り返されないように、安全で保護的な環境を提供する必要がある。具体的には、医療スタッフが常時観察可能な状況や、安心感を与えるために家族が常時付き添う環境を提供することが望まれる。

次に、自殺企図に及んだ背景に存在する苦痛を包括的に評価する必要があるが、この際、抑うつ状態とせん妄では対応の方法が異なる。

実際の評価や治療に際しては、一般的な精神医学の知識に加え、がんやがん治療に関して

の知識が求められるため、サイコオンコロジーの専門医(精神腫瘍医)と連携することが望まれるが、精神腫瘍医への依頼が困難な場合であっても、可能なリソースの精神保健の専門家(精神科医、心療内科医、リエゾン看護師、心理士)と迅速な連携をとることが望まれる。

Emergency への対応

① 抑うつ状態の場合

抑うつ状態の結果自殺企図に及んだ患者と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りながら、医療者の理解を患者に伝えることである。

この際、「死のうなんて思わずに、頑張りましょうよ」、「家族のことを考えてみたことがありますか」、「命を粗末にははいけません」、「自殺は許されないことです」といった安易な励ましや医療者の価値観の押し付けは慎みたい。

以上のような点に留意しながら、まず自殺企図後の状態における希死念慮の有無と自殺企図に対しての後悔の気持ちや内省の有無がポイントになる⁷⁾。自殺企図の後に、命が助かった経験を通して内省が進み、後悔の念が醸成され、希死念慮が消失していることが言語的に明確に語られれば、差し迫った再企図の危険は少ないと考えられる。しかし、この際にも再度の自殺企図は行わないこと、および希死念慮が高まる場合にはただちに医療スタッフに伝えてもらうことを約束してもらうことが重要である。

自殺企図後も希死念慮が継続して存在し、しかも行った自殺企図そのものが失敗に終わってしまったと考えている症例(つまり自殺企図を肯定的に考えている場合)に対しては、再企図の可能性が高いため、早急に精神保健の専門家の診察につなげる必要がある。

以上のような自殺企図後の希死念慮の状態の評価に加えて、自殺企図の背景に存在する苦痛を包括的に評価することも重要である。多くの場合、身体的な苦痛と精神的な苦痛の双方が存在するため⁸⁾、同定された苦痛症状を迅速に緩和することも重要であることは論を俟たないであろう。

② せん妄状態の場合

自殺企図の背景にせん妄状態が関与していることが想定された場合は、せん妄そのものへの対応が最も重要となる。多くの場合、せん妄状態に起因する認知機能障害が自殺企図という行動に関連しているため、せん妄状態が改善して脳機能が回復すると、希死念慮は消失していることが多い。

一方、せん妄状態の場合は状態がきわめて変動しやすいという特徴があるため、せん妄から回復するまではきめ細かいモニタリングがきわめて重要となる。せん妄への具体的な対応法は本書のせん妄の項を参照していただきたい。

Emergency 離脱後の治療

抑うつ状態に基づく自殺企図の場合、いったん希死念慮が改善しても、何らかの苦痛への反応として再度希死念慮が出現することもありうる。したがって、入院から退院などに移行

する際には、患者には、希死念慮が再度出現してきた際には、自殺企図という行為に及ぶのではなく、その気持ちを医療者に言葉で伝えてもらうよう依頼し、そのことについての約束をしてもらうことが重要である。

一方、自殺企図の存在はその後の自殺既遂の最大の危険因子の一つであることが多くの研究で示されていることから、深刻な自殺企図がみられた患者の場合には、苦痛が緩和された後も、精神保健の専門家と連携しながら、定期的に患者の状態のモニタリングを行うことが望まれる。

(明智龍男)

文献

- 1) Akechi T, et al. Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2002; 32: 506-11.
- 2) Derogatis LR, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7.
- 3) 高橋三郎, ほか. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版. 東京: 医学書院; 2004.
- 4) Lawlor PG, et al. Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med* 2000; 160: 786-94.
- 5) Breitbart W, et al. Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him". *JAMA* 2008; 300: 2898-910, E1.
- 6) O'Connell H, et al. Recent developments: suicide in older people. *BMJ* 2004; 329: 895-9.
- 7) 明智龍男. 自殺・希死念慮. In: 日本サイコオンコロジー学会教育委員会, 編. 緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門. 大阪: 医薬ジャーナル社; 2009. p278-96.
- 8) Akechi T, et al. Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma. *Cancer* 2002; 95: 1085-93.

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

になり、コミュニケーションが困難となってくる患者にはコミュニケーションエイドを導入したり、会話の補助をしたりすることにより、患者-家族-スタッフ間の意思疎通を図る援助を行うこともリハビリテーションの大切な役割である。患者自身、そして家族が「心残り」がないようにすることが望ましい。また、全身状態が悪化しても、患者のベッドサイドに行き、四肢の関節可動域訓練や下肢の浮腫に対するマッサージ、呼吸介助などの緩和的介入を通して患者の身体に触れることで、最後のときまでリハビリテーションを行うことが可能である。

「残された体力をうまく使いながら日常生活活動を可能な限り維持・改善できることは大きな喜びであり、生きる希望につながる」と言われているように、リハビリテーションは患者や家族の希望を支える重要な心理的援助になることが期待される。

文献

- 1) Ronson A, Body J : Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. Support Care Cancer, 2002 ; 10 : 281-291.
- 2) Gerber LH : Cancer rehabilitation into the future. Cancer, 2001 ; 92 : 975-979.
- 3) Shigemoto K, Abe K, Kaneko F, et al : Assessment of degree of satisfaction of cancer patients and their families with rehabilitation and factors associated with it-results of a Japanese population. Disabil Rehabil, 2007 ; 29 : 437-444.

(岡村 仁)

VI 心理社会的介入

がん患者に高頻度に見られる精神症状の代表的なものは、診断後の不安・抑うつ、サバイバーシップにおける再発不安、進行・再発期における抑うつ、終末期における実存的苦痛などである。わが国においても、精神科医や心療内科医をはじめとした精神保健の専門家のがん医療への参画が強く求められているが、がん患者は精神療法的な援助を希望するものが多い¹⁾、必然的に心理社会的介入を中心とした関わりが求められることが多い。本項では、がん患者に対する心理社会的介入について概説する。

1. がん患者の精神症状に対する心理社会的介入の有用性のエビデンス

わが国でもっとも早く着手され、また最も幅広く試行されてきたがん患者を対象とした心理社会的介入は集団精神療法である(後述)。わが国においては、構造化された短期介入法として、東海大学のグループが乳がん患者を対象として本治療を導入し²⁾、国立がん研究センターのグループが乳がん患者を対象とした無作為化比較試験で、わが国のがん患者に対する有用性を実証した³⁾。

一方、がん患者の不安や抑うつなどの精神症状緩和を目的とした心理社会的介入の有用性を検討した無作為化比較試験は欧米を中心として多数報告されている。しかし、がん患者やがん患者を含めた身体疾患患者の不安、抑うつに対する個人精神療法および集団精神療法の有効性がメタアナリシスにより示唆される一方で⁴⁻⁷⁾、系統的レビューの結果では一定した見解は得られてい

ない⁸⁾。これらの結果は、検討に含める研究の内的妥当性を厳しく設定するに従い、効果量(effect size)および有用性を示した研究数が減少する傾向が認められ⁹⁾、内的妥当性の高い無作為化比較試験のみを対象にした場合、通常の心理社会的介入で推奨されるものはないと結論づけているものもみられている⁸⁾。以上より、現時点において、がん患者に対する心理社会的介入の有用性に関しては、一定のレベルで支持されるものの、批判的に吟味すると、その効果の大きさや臨床的な意義などに関しては未だ一致した結論が得られていないと考えられる。

2. がん患者に対する心理社会的介入の実際

1) 支持的な精神療法

支持的な精神療法は、受容、傾聴、支持、肯定、保証、共感などを中心とした精神療法であり、サイコオンコロジーのみならず一般の精神医療においても、最も一般的な治療技法である。支持的な精神療法は、がん罹患に伴って生じた役割変化、喪失感や不安感、抑うつ感をはじめとした精神的苦痛を支持的な医療者との関係、コミュニケーションを通して軽減することを目標とする。支持的な精神療法を有効なものにする上で大切な要素として、患者との良好な治療関係の確立があげられるが、これを達成するために、ベッドサイドマナー¹⁰⁾、面接における治療者の積極的姿勢、患者にとって今、現在問題となっていることへの焦点化(here and now)などが重要となる。

より実際的には、その人なりの方法で病を理解し適応していくことを援助することが有用であることが多い。このために治療者はまず、患者に関心を寄せ、病気とその影響について患者が抱えている感情の表出を促し、それらを傾聴、支持、共感しながら現実的な範囲で保証を与えていく。保証に関しては、医療者として責任をもってケアを提供し続ける心積もりがあることを繰り返し伝えるだけで、患者の無用な不安感を和らげることにつながることも多い。そして、最も重要なことは、患者とのコミュニケーションを通して、患者の経験している苦しみをよく理解することであるが、真の意味で患者の苦しみを理解することは我々医療者には不可能である。しかし、医療者として、患者の苦しみを理解しようと努力することは、どういった状況においても可能なことであり、この「理解する努力」こそが、患者のために医療者がなすべき最も支持的なことである。

また、治療的アプローチに工夫や配慮が必要な、進行・終末期がん患者に対しては「個性の配慮」、「支持」を基本にしながらの「柔軟な治療技法」を前提として、終末期に頻度の高い心理的防衛機制としての「否認」や「退行」を尊重し、治療者の無力感に代表される「逆転移」に十分な注意を払うアプローチが推奨されることが示唆されている¹¹⁾。

2) 危機介入

支持的な精神療法と並び、がん医療の現場で精神保健の専門家に求められることの多い治療技法に危機介入が挙げられる¹²⁾。危機とは「ある人が人生の重要な目標をおびやかすような障害に直面して、過去において習得した問題解決の方法によってはそれを乗り越えることができないときに引き起こされる状態」と定義されるが、この危機状態は、一時的な不均衡という点で、慢性的な状態である疾病とは区別される¹³⁾。危機は、ライフサイクルにおける人間の成熟に伴って生じる危機(例えば更年期危機など)と環境や外界の偶発的事件によって生じる状況的な危機(例えば家族の死やがん診断など)とに分けられるが、がん患者においては前者の危機状態に後者が重畳して、危機が深刻化することも稀ではない。

危機状態では、不安、恐怖、抑うつ、混乱などの急性の苦痛を伴う感情状態がみられることが多く、潜在的な葛藤が顕在化し、慢性的な不適応状態に移行する危険が高い時期である一方で、適切な介入や援助によってこれを解決し、人格の発達や成長を促す転機となり得る時期でもある。従って、危機状態に際して、適切な介入を行うことはその後の精神的健康を保つ上で重要な意味を持つ。危機介入とは、文字通り、前述の危機的状況に際して、その回復過程を援助する短期集中的な援助技法のことを指している。

例えば、腹痛の精査中に進行がんの告知を受け、感情的に混乱状態にある患者を例にとってみると、これら患者に対して、支持的な態度を基本に、まず危機的な出来事や状況を明らかにする。さらに、面接を通して、カタルシス(情動の解放)を促し、患者が危機を乗り越えやすい環境を提供するために必要に応じて他の医療スタッフ、家族などへも介入を行う。他の医療スタッフへの介入としては、主治医に積極的な痛みのマネジメントを依頼する、看護師に痛みや精神症状のモニタリングを依頼する、などが含まれる。この際、患者がかつてのストレス状況で用いてきた対処手段を引き出し、それを支持することが有用である¹²⁾。これら患者自身への積極的な介入や環境への操作を通して、症状からの解放および危機的状況の安定化を目標とする。危機介入は、あくまで今、ここにある危機を乗り越えるための治療技法であり、原則として、無意識の感情は扱わず、意識されている感情、または意識に近い感情のみを扱う。危機介入そのものは、期間も数週程度と短いことが多く、面接回数も一般的には数回程度である。

3) 心理教育的介入

がん患者に対する心理教育的介入は、がんに関する正しい知識や情報を提供しながら、不確実な知識や知識の欠如に起因して生じている不安感や絶望感を改善したり、がんやがん治療によってもたらされるさまざまな問題や困難に対処していく方法を習得してもらうことを目標とした患者の主体性を重んじた治療技法である。わが国のがん患者に対する多くの集団精神療法プログラムでも、心理教育が主要な治療手段として組み込まれている。例えば、国立がん研究センターのグループが施行した早期乳がん患者のためのグループ療法では、毎回、「がんが心に及ぼす影響」、「心、行動ががんに及ぼす影響」、「再発不安の成り立ちと取り組み方」、「医学的知識」などといったテーマに関しての心理教育が提供されている³⁾。その他、がん患者では、がん性疼痛の発現やモルヒネの使用に対して過度な恐怖感を抱いていることも稀ではないので、現在では痛みの多くがコントロール可能であることや適切な使用下でのモルヒネの安全性などに関する正しい知識の提供が有用であることも多い。

4) 認知行動療法

周知のように、認知行動療法は、認知療法と行動療法の双方の治療技術を融合させた治療技法であり、現在、がん患者に対してももっとも広く適用されるようになってきている治療技法である。しかし、一言で認知行動法といっても、対象とする患者群や症状によって多くの治療プログラムが存在し、サイコオンコロジーの領域では、不安やうつ状態といった一般的な精神症状のみならず、痛みや倦怠感など身体症状の緩和においても有効性が示されている^{14,15)}。

実際のサイコオンコロジーの診療の場面では、顕在化した不安や抑うつ状態にある患者に対してカラム法などを使った構造化された方法でアプローチされることもある一方、患者との面接に

において、病の意味や体験していることの意味を変容させるきっかけとなるような効果的な質問(ソクラテスの式質問。例, '今のあなたにとってもっとも大切なことはどういったことですか?', 'どういったことがあなたにそのように感じさせているのでしょうか?' など)を適切に行うなどの治療技法を面接の中に織り込んでいく手法も頻用される。

5) 行動療法-漸進的筋弛緩法

漸進的筋弛緩法は、がん患者への行動療法の中で最も一般的な治療技法である。筋肉の緊張を緩和・解消することを通じて心身のリラックスを達成しようとするものである。実際には身体各部の筋肉をいったん緊張させた後、一挙に弛緩させるということを繰り返して行く。より具体的には、身体の一部ずつ(例えば眼-額-頬-頸-肩-腕-手-背中-胸-腹-殿部-大腿-下腿-足の順)に順次緊張・弛緩を行い、全身に弛緩状態を拡げてゆき、全身を弛緩させた状態を数分続ける。早期がん患者を対象に行われた無作為化比較試験では、抗不安薬アルプラゾラムと同等の効果が確認されている¹⁶⁾。

6) 集団精神療法

がん患者に対する集団精神療法は、グループリーダーからのアプローチを軸として、同様な状況に置かれた者同士の相互支持の場として機能し、グループ内で生じるお互いの精神的援助や日常生活における情報交換を通じて、より適応的な対処方法を身につけていく治療技法である。本治療法においては、原則的に個人の心理的問題や行動については扱わず、一般的な話として有効なコーピングなどについて話しあうことが多い。同じ部位のがん患者や同じ治療を受けた患者といった均質なグループであれば、お互いに体験を分かち合い理解できるため、孤立感の軽減がはかられやすい。がん患者に対して、集団精神療法がもたらす治療的なメカニズムとして、愛他性(他者の援助者になることができる)、感情表出とカタルシス、集団としての凝集性、心理教育、認知の再構成そして実存的な要因などが挙げられている。

7) 力動的な精神療法

本来、力動的な精神療法の治療目標は、パーソナリティの再構成であり、症状からの解放や行動変化は、その結果として現れてくるものである。したがって、がん患者においては、パーソナリティの再構成を必要とする患者に対しては、力動的な精神療法が有用とされる場合もあるが、特に進行・終末期では残された時間との関係から、実際に適応となるがん患者は、極めて少ないと言える¹⁷⁾。また、身体状況によっては禁忌ともなりうる(身体的な危機状況、高度な不安など)、施行する場合は十分に適応を考慮した上で、専門的なトレーニングを受けた治療者が行うことが推奨される。ただし、これは患者を力動的に理解することが無用であることを示すものではない。がん医療の現場では患者のパーソナリティに基づいた言動によって医療スタッフが情緒的に混乱したり、他患との間で摩擦を引き起こすこともあり、このような場合は、患者を深く理解する上で、力動的な評価や解釈は有用であることも付記しておきたい。

3. 新たな取り組み

がん患者に頻度が高い精神症状でありながら、その対応が手探りで行われているものに、サバ

イバーシップにおける再発，終末期の実存的苦痛が挙げられる。本項では，これら症状を緩和することを目的とした技法を中心に，新たな心理社会的介入を紹介する。

1) 問題解決療法

問題解決療法は，精神症状の原因となっている現実的なストレス状況に対し，定式化された方法で対処し，実際の問題解決をはかたり，問題解決能力を高めたりすることを通して精神症状の軽減をはかることを意図した介入法である¹⁸⁾。

問題解決療法では，ストレスマネジメントや問題解決に関する心理教育を行った上で，心理的苦痛の背景に存在するストレス状況(個人にとっての日常生活上の「問題」)を整理し，その優先順位や解決可能性を検討した上で(第一段階)，その問題に対する達成可能で現実的な目標を設定し(第二段階)，さまざまな解決方法を列挙しながら(第三段階)，各々の解決方法についてのメリットとデメリットを評価した後に，最良の解決方法を選択・計画し(第四段階)，実行およびその結果を検討する(第五段階)，といった段階的で構造化された簡便な治療技法である¹⁸⁾。

問題解決療法は，うつ病や不安障害をはじめ，さまざまな精神疾患に対して有用であることが実証されており，近年では，がん医療の現場において，がん患者やその配偶者，小児がん患児の母親の経験する心理的苦痛に対する応用も試みられるようになってきている¹⁹⁾。わが国においては，乳がんのサバイバーを対象とした本治療法の予備的な有用性が示唆されている²⁰⁾。

2) 回想法(ライフレビュー)

回想法は，元々，アメリカの精神科医のR・バトラーが提唱した，高齢者に対する心理的援助法の一つである。言語による刺激や材料(写真，音楽など)による記憶への刺激を通して，自己評価の増大，自己の連続性への確信の強化をもたらし，人生の未解決の課題と向かい合い，人生の再統合へと導くことを目的とした面接法の1つである。過去の自分を振り返ることによって，過去から現在に至る自己に対する評価が高められ，現在の自分をより肯定的に受け入れることができるようになると考えられている。がん患者は比較的高齢であることが多く，がんに罹患することはそれ以前に経験された喪失に喪失を重ねることでもあるため，自己評価を高めるために，このようなライフレビューインタビューを行い，折りにふれその誇りの部分を扱うと有効であることが示唆されてきた。

安藤らは，終末期がん患者の身体状態を鑑み，2回で完結する簡便な短期回想法を開発した²¹⁾。本法においては，初回の面接において，「人生において最も印象深い思い出」，「人生において分岐点となったこと，強く影響を受けた人物や出来事」，「人生における自分が果たした重要な役割」などに関する質問を行うことを通して，短期回想法を実施する。2回目の面接では，初回の回想をもとに自分史を作成しておき，その内容の確認作業を行う。安藤らは，終末期がん患者を対象に本介入を実施し，無作為化比較試験にてSpiritual well-being，不安や抑うつが改善することを示した²²⁾。

3) デイグニティセラピー

デイグニティセラピーは終末期患者の経験する実存的苦痛とも称される精神的苦悩を改善する簡便な介入法として，カナダで開発され，高い実施可能性や予備的な有用性が報告されている介