

表2 不眠に対する非薬物療法⁵⁾

介入	目標	手法
刺激制限	<ul style="list-style-type: none"> ・ 時間(就床時間)や環境(ベッドと寝室)といった刺激を、入眠開始と関連付け直す。 ・ 規則的な睡眠覚醒リズムを確立する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就寝前に、最低1時間リラックスするための時間を確保する。 ・ 就寝前に何か決めごとを行うようにする。 ・ 眠気が出てから床につく。 ・ 15~20分たっても寝付けなときはベッドから出て寝室を離れる。眠くなったら再びベッドにつく。 ・ 起床時間を一定にする。 ・ ベッドと寝室を睡眠とセックス以外に使用しない。 ・ 昼寝をしない。
睡眠制限	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実際の睡眠時間のみがベッドで過ごす時間をなるべくにする、つまり軽度の睡眠剝奪を行うことで、より集中的で効率のよい睡眠が可能となるようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ベッドで過ごす時間を実際の睡眠時間の合計に制限する。 ・ 睡眠効率が改善するに伴い、ベッドで過ごす時間は徐々に増えてくる。
リラックス訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 睡眠を障害する身体的および認知的な覚醒度を低下させる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 漸進的筋弛緩法、自律訓練、バイオフィードバック、イメージ療法、催眠など
認知療法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 睡眠に関する偏った考えを修正する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 偏った認知を同定し、その認知が正しいかどうか検討を加える。その上でより適応的な認知へと再構成していく。
睡眠健康教育	<ul style="list-style-type: none"> ・ 睡眠を障害しうる生活習慣および環境要因を変化させる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就床前には刺激物(コーヒー、喫煙など)と飲酒を避ける。 ・ 就床前には重いあるいは辛い食事をしない。 ・ 定期的に、夕方に軽い運動をする。 ・ 暗く、静かで快適な睡眠環境を作る。

1錠不眠時頓用として処方し、患者が必要と思う時に使用した場合の有用性を評価する。割線が入っている錠剤を処方する場合は、適切に判断できる患者であれば0.5錠への調節を許可することもある。

必要時に頓用として使用することについては、反跳性不眠や使用量増加などの問題を生じることなく睡眠改善を得ることができると考えられているが、定時使用と比較した有用性については十分な検討がなされていない¹⁵⁾。

なお2010年、メラトニン受容体作動薬であるラメルテオン(ロゼレム[®])がわが国でも発売となった。本薬剤はベンゾジアゼピン系睡眠導入薬と異なり、依存性や筋弛緩作用がないとされることから、がん患者、とくに高齢の患者において安全に使用できることが期待されるが、現時点ではがん患者における有用性を検討した研究はない。

7. がん患者に特徴的な不眠の治療

がん患者の不眠の治療においては、その身体状態や抗がん治療の状態などに特別な配慮が必要なこともある。そのような配慮の有用性は十分に実証されたものではないものが多いが、以下のような実践的な対応を行うことがある。

1) 特殊な薬物選択

肝機能障害や肝転移がある場合、薬物選択抗不安薬の多くは肝臓で代謝されるために効果が増

強、遷延することがある。このようなことが予測される場合、ロルメタゼパムを優先して使用することが多い。また不眠とともに他の症状が併存している場合、双方への効果を期待してベンゾジアゼピン系睡眠導入薬以外の鎮静をもたらす薬物を処方することもある。例えば、しびれが併存している場合にクロナゼパム〔ランドセン[®](0.5 mg)1錠、就寝前内服など〕を、悪心が併発している場合に抗精神病薬〔ジプレキサ[®](2.5 mg)1錠、就寝前内服など〕やミルタザピン〔レメロン[®](15 mg)1錠、就寝前内服など〕を選択することがある。

2) 内服ができない場合

内服ができない患者における不眠に対して用いる薬物の選択肢としては、フルニトラゼパムやミダゾラム点滴、抗ヒスタミン薬であるヒドロキシジンパモ酸塩点滴、ハロペリドール点滴、プロマゼパム坐薬などがある。

緩和ケア病棟に入院している患者の不眠に対するフルニトラゼパムとミダゾラムの有用性について後方視的データを用いて比較を行った結果¹⁶⁾、効果については差がないこと、フルニトラゼパムのほうが呼吸抑制の頻度が有意に高かった(17% vs 3.8%)が、せん妄の出現など他の副作用の頻度には差がなかったこと、ミダゾラムにおいてはとくに2週間以上使用する場合に耐性が問題となることが報告されている。後方視的な研究であるため予備的な知見ではあるが、基本的な考え方として、週単位での使用が見込まれるような患者に対してはフルニトラゼパムを呼吸抑制に注意して使用し、そうでない場合にはミダゾラムを選択するのがよいかもしれない。

フルニトラゼパムは、0.5~1 Aを100 ml生理食塩水に加え、1~2時間で滴下する。初回は安全を考えて2時間で滴下し、有用性を判定する。入眠したら中止するようにすると最小限の量で必要な効果が得られる。ミダゾラムは半減期が2時間と非常に作用時間が短い薬物であるため、1 Aを100 ml生理食塩水に加え、入眠時から起床2時間前をめどに、5時間以上かけて持続的に滴下する。フルニトラゼパムやミダゾラムが使いにくい状況では、ヒドロキシジンパモ酸塩点滴を使用することもある。

その他せん妄のリスクが高い場合はハロペリドール点滴を使用したり、内服ができずかつ点滴がない場合はプロマゼパム坐薬が有用(3 mg 1個、挿肛)であることがある。

3) 薬物療法中の転倒・転落のリスク管理

がんは高齢者に多いことから、がん患者の不眠治療の対象者もおのずから高齢者が多くなる。高齢者における睡眠導入薬の有用性に関するメタアナリシスによると、その睡眠改善の効果は統計学的には有意であるものの小さいこと、その一方で転倒などの精神運動性障害、健忘などの認知機能障害の出現が統計学的に有意に高いことから、60歳以上の患者でかつ睡眠導入薬使用以外にも認知機能障害、精神運動性障害のリスクを有する患者においては、その使用が推奨されないとの報告がなされている¹⁷⁾。よって転倒・転落のリスクを減ずるには、まず睡眠導入薬の使用を常に最小限にとどめること、薬物療法を用いる場合も非薬物療法を組み合わせることなどの配慮が必要である。

とはいえ、終末期における不眠が強い苦痛をもたらすことも多く、そのような場合は、リスク管理を優先して睡眠導入薬を処方しないことは必ずしも患者にとって最善ではない。睡眠導入薬を用いて十分な苦痛軽減を行いながらも、夜間にトイレに起きないですむよう点滴のスケジュール

ルを調整する、移動時にナースコールで介助を呼ぶよう患者に依頼する、それが困難な場合はナースコールマットを使用する、などの工夫を重ねることが現実的な対応であることが多い。なおゾルピデムはふらつきが少ないという点が長所として指摘されているが、最近の研究ではそのような特徴は否定されるようになっている¹⁸⁾。

4) 不眠からせん妄へ移行した場合

せん妄の前駆症状として不眠が生じていると考えられる場合、高齢で身体的に重篤である場合などは、当初からせん妄への対応に準じて抗精神病薬を使用することもある。副作用などの観点から抗精神病薬の使用が不適切と考えられる場合は、トラゾドン〔レスリン[®](25 mg)1錠 就寝前内服〕やミアンセリン〔テトラミド[®](10 mg)1錠 就寝前内服、半減期が18時間と長いという特徴がある〕といった抗うつ薬を使用することもある。ただし、抑うつを伴わない不眠に対して、特別な理由なく抗うつ薬を睡眠導入薬代わりに使用することは推奨されていない¹⁹⁾。

不眠からせん妄に移行した時には、以下のいずれかによって対応が異なる。

以前から不眠のために睡眠導入薬を連用していた患者がせん妄となった場合：睡眠導入薬以外の原因が新たに生じてせん妄となっている可能性が高く、睡眠導入薬が主要因でないことが多い。しかしせん妄は複数の要因が重なるほど生じやすいとされていることから、無関係であっても一旦は睡眠導入薬を中止し、必要に応じて抗精神病薬を使用することが望ましい。睡眠や眠剤へのこだわりが強い患者の場合は、結果的に睡眠導入薬を再開することも多いが、その場合には抗精神病薬と併用する。

最近出現した不眠のために使用した睡眠導入薬が主原因となってせん妄となる場合：せん妄そのものは眠剤を中止することで改善が期待できるが、中止しても不眠が残ることが多いため、結果的には抗精神病薬やトラゾドンやミアンセリンといった抗うつ薬で対応することとなる。

最近出現した不眠のために睡眠導入薬を使用していたところ、他の要因が加わることによってせん妄へ移行する場合：痛みのために眠れず、そのために睡眠導入剤が始まり、同時にオピオイドが増量になっていく過程でせん妄に移行するパターンがこれに相当する。この場合は眠剤を中止するとともに、まず一般的なせん妄への対応を行う。

5) ステロイドによる不眠が疑われる場合

不眠は頻度が高いステロイド副作用の1つである。化学療法後の嘔気に対してステロイドを予防投与した場合、不眠が45%の患者に出現し、最も頻度の高い副作用であったなどの報告もある²⁰⁾。また緩和ケア領域においては、痛み、呼吸困難、倦怠感、食欲不振など、さまざまな症状緩和の目的でステロイドが使用されることがある。そのような使用に伴う不眠の頻度に関する報告は乏しいが、その頻度は高いと考えたほうがよい。

ステロイドによる不眠が明らかである場合、まずはステロイドの使用方法を見直し、午後にも使用しているようであれば、朝1回の使用に変更することを検討する。その上で不眠が残存する場合は睡眠導入薬の使用を検討する。

ステロイドは気分変動やせん妄を惹起しうる可能性の高い薬物の1つであり、不眠はその前駆として生じている可能性もある。軽度の認知機能障害や、注意集中力低下などのその他のせん妄前駆症状も並存していて、今後せん妄に移行する可能性が高いと考えられる場合は抗精神病薬を

用いる。

6) 不眠と倦怠感が併存する場合²¹⁾

倦怠感もがん患者において頻度の高い症状であり、その頻度については評価の方法や調査対象者によってばらつきがあるものの、化学療法や放射線療法に伴って生じるほか、長期生存者においても30%以上、進行がん患者では50%以上が有しているとされる。倦怠感もそれ自体が患者に苦痛をもたらす他、日常生活の遂行を妨げるなど、患者のQOLを大きく阻害する。しかし倦怠感の緩和方法は確立されておらず、対処困難な症状の1つとなっている。

不眠に関する認知行動療法が倦怠感を軽減するという報告もあり、倦怠感緩和のガイドラインなどにおいても、もし患者が不眠を有する場合、その治療を行うことが提唱されている。よって不眠と倦怠感が併存する場合は、積極的に不眠のコントロールを図ることが重要である²²⁾。また不眠と倦怠感の共通の原因として、抑うつがないかどうかを評価することが必要である。

引用文献

- 1) Lis CG, Gupta D, Grutsch JF : The relationship between insomnia and patient satisfaction with quality of life in cancer. *Support Care Cancer*, 2008 ; 16(3) : 261-266.
- 2) Savard J, Villa J, Ivers H, Simard S, Morin CM : Prevalence, natural course, and risk factors of insomnia comorbid with cancer over a 2-month period. *J Clin Oncol*, 2009 ; 27(31) : 5233-5239.
- 3) Palesh OG, Roscoe JA, Mustian KM, Roth T, Savard J, Ancoli-Israel S, et al : Prevalence, Demographics, and Psychological Associations of Sleep Disruption in Patients With Cancer : University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program. *J Clin Oncol*, 2009.
- 4) Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, Shimizu K, Inagaki M, Fujimori M, et al : Associated and predictive factors of sleep disturbance in advanced cancer patients. *Psychooncology*, 2007 ; 16(10) : 888-894.
- 5) Savard J, Morin CM : Insomnia in the context of cancer : a review of a neglected problem. *J Clin Oncol*, 2001 ; 19(3) : 895-908.
- 6) Beaumont G : The use of benzodiazepines in general practice. Chichester : John Wiley & Sons, 1990.
- 7) Sateia MJ, Nowell PD : Insomnia. *Lancet*, 2004 ; 364(9449) : 1959-1973.
- 8) Tsuno N, Besset A, Ritchie K : Sleep and depression. *J Clin Psychiatry*, 2005 ; 66(10) : 1254-1269.
- 9) de Jonghe JF, Kaisvaart KJ, Dijkstra M, van Dis H, Vreeswijk R, Kat MG, et al : Early symptoms in the prodromal phase of delirium : a prospective cohort study in elderly patients undergoing hip surgery. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2007 ; 15(2) : 112-121.
- 10) Meagher DJ, Moran M, Raju B, Gibbons D, Donnelly S, Saunders J, et al : Phenomenology of delirium. Assessment of 100 adult cases using standardised measures. *Br J Psychiatry*, 2007 ; 190 : 135-141.
- 11) Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM : Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I : Sleep and psychological effects. *J Clin Oncol*, 2005 ; 23(25) : 6083-6096.
- 12) Berger AM : Update on the state of the science : sleep-wake disturbances in adult patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 2009 ; 36(4) : E165-177.
- 13) Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C, Bialy L, Tubman M, Ospina M, et al : The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults—a meta-analysis of RCTs. *Journal of General Internal Medicine*, 2007 ; 22(9) : 1335-1350.
- 14) National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. *Sleep*, 2005 ; 28(9) : 1049-1057.
- 15) Perlis M, Gehrman P, Riemann D : Intermittent and long-term use of sedative hypnotics. *Curr Pharm Des*, 2008 ; 14(32) : 3456-3465.
- 16) Matsuo N, Morita T : Intravenous infusion of midazolam and flunitrazepam for insomnia on Japanese

- palliative care units. *J Pain Symptom Manage*, 2005 ; 30(4) : 301-302.
- 17) Glass J, Lancot KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE : Sedative hypnotics in older people with insomnia : meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*, 2005 ; 331(7526) : 1169.
 - 18) Dundar Y, Boland A, Strobl J, Dodd S, Haycox A, Bagust A, et al : Newer hypnotic drugs for the short-term management of insomnia : a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2004 ; 8(24) : iii-x, 1-125.
 - 19) Wiegand MH. Antidepressants for the treatment of insomnia : a suitable approach? *Drugs*, 2008 ; 68(17) : 2411-2417.
 - 20) Vardy J, Chiew KS, Galica J, Pond GR, Tannock IF : Side effects associated with the use of dexamethasone for prophylaxis of delayed emesis after moderately emetogenic chemotherapy. *Br J Cancer*, 2006 ; 94(7) : 1011-1015.
 - 21) Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F, Mock V : Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *Lancet*, 2003 ; 362(9384) : 640-650.
 - 22) Roscoe JA, Kaufman ME, Matteson-Rusby SE, Palesh OG, Ryan JL, Kohli S, et al : Cancer-related fatigue and sleep disorders. *Oncologist*, 2007 ; 12 Suppl 1 : 35-42.

(奥山 徹)

II うつ病, 適応障害

抑うつを主徴とするうつ病および適応障害は、がん患者に最も高頻度で合併する精神症状である。がん患者は、検診でのがんの疑いにはじまり、検査、診断、再発、積極的抗がん治療中止など、さまざまな悪い知らせにさらされることとなる。その都度患者は大きな心理的衝撃を受け、うつ病や適応障害などの臨床的介入を要する精神症状を呈することも稀ではない。本項では、うつ病と適応障害について、疫学、危険因子、診断、スクリーニング、治療などについて詳述する。

1. 疫学

Derogatisらは、アメリカの3つのがんセンターにおいて無作為に抽出した215名のがん患者を対象にDSM-IIIに基づいた精神医学的診断面接を行っている。その結果、うつ病が全体の6%、適応障害が32%に認められ、かなりの割合のがん患者が臨床的介入を要する病的な抑うつ状態を呈していることが示されている¹⁾。わが国のがん患者についても、国立がん研究センターの患者を対象に有病率調査が行われており、がん種や病期によっても異なるが、うつ病は3~12%、適応障害は4~35%に認められている(図1)²⁻⁷⁾。うつ病や適応障害は、それ自体が強い苦痛伴うが、がん患者の自殺⁸⁾、全般的QOLの低下⁹⁾、抗がん治療のコンプライアンス低下¹⁰⁾、入院期間の長期化¹¹⁾、家族の心理的苦痛¹²⁾などとも関連することが明らかにされており(表3)、さまざまな負の影響を来す。

2. 危険因子

うつ病、適応障害の危険因子として抽出されているものを表4にまとめる。医学的要因としては、早期がんよりは進行・再発がんにおいて有病率が高い³⁾。また、痛みなどの身体症状⁵⁾や身体活動度の低下⁷⁾、化学療法や放射線療法などの治療に伴うストレス¹³⁾も危険因子となりうる。個人・社会的要因としては、がん年齢における相対的若年者⁵⁾、神経質な性格¹⁴⁾、うつ病などの精神

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命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、実際にか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るか？ 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るか？ 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え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。

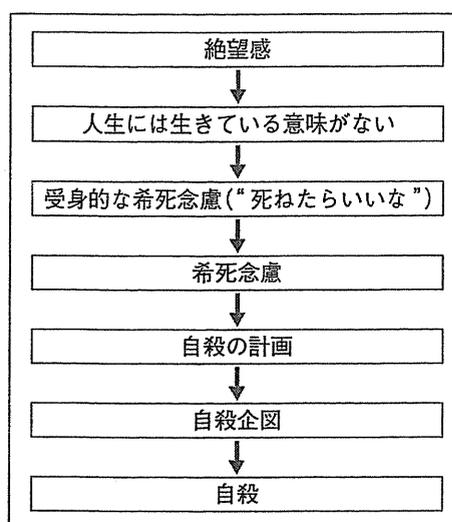


図7 希死念慮の階層

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’)を感じ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、希死念慮が失われることもある。

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, Kristjansson 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

るのみならず, 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、その事例に直接関与していなくても、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)*, 1994 ; 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 committed 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*. pp38-412, 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.
 - 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 committed 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 : 647-65.
 - 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呈することもある。

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

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調的であった人が、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。

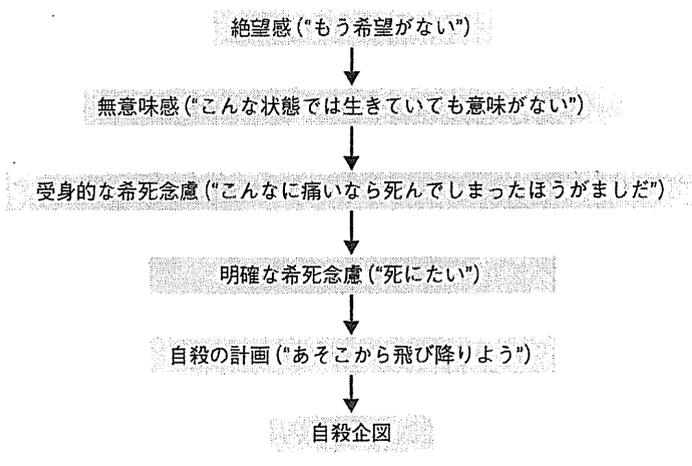
診断・評価

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、その心理の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