OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	がん患者と自殺
Author(s)	辻中, 利政
Citation	癌と人. 2009, 36, p. 5-9
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/23503
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

がん患者と自殺

辻　仲　利　政*

はじめに

がん患者が入院中に自殺した場合，医療者とくに直接担当していた看護師や医師は非常な影響を受ける。すなわち，自分達の医療が不完全かつ不十分であり，いかに患者の思いへ無理解であったか，事前にできることはなかったのか，どこかに大きな見逃しがあったのではないか，と深く落ち込むだけではなく，自信を全くなくしてしまうことがあり得る。入院患者の自殺は起こり得ることであり，医療事故として取り扱い，安全対策と当事者への対応を取り決めておくべき事象である。場合によっては，安全管理対策不備として残された家族から訴訟されることもあり得る。患者本人・家族および医療者にとっての非常な不幸であり，事故が起こってから反省するのではなく，予防対策が事前に練られていなければならない。病院内自殺の報告は幸いまだ多くはないが，不幸だが稀な出来事として済ますことはできない。

がん患者は，いろんな意味において自殺リスクが高い患者である。診断時の気分の落ち込みやうつ状態はよく知られている。また，多くのがんはより自殺リスクの高い男性に発病頻度が高く，それも中高齢者の割合が高い。高度進行がんや再発がんと診断され，予後が厳しい状態も自殺リスクを上げる要因となる。抗がん剤治療に際して，幾多の有害事象の発生を避けることが出来ず，痛みやうつ状態を伴うことも多く，自殺リスクを上げる。

当院外科において，院内自殺を経験することは従来決して稀ではなかったが，昨年外来化学療法中の通院患者２名が自殺するという事態に直面した。１名の方は，自主研究ではあるが，新規の抗がん剤併用療法を検証する臨床試験に参加していた。また，他の１名の方は精神科に共観してもらっていたにも関わらず，自殺を防止することができなかったのである。自殺例を経験するたびにリスクマネージメント会議およびdeath conferenceを開いて対応してきた。結論として，当事者のみの対応では限界があり，病院全体としての認識の向上と予防対策が必要と判断された。

自殺は予防できるとの認識および医療事故としての自殺を防止するために必要な知識を得ることが，すべての医療者および医療関係者に要求されている。この間の経過で自分自身が学んだことを紹介し，皆様の参考にしていただければ幸いである。

日本の自殺者および病院内での自殺

2002年のWHOの国別自殺率では，上位には東欧諸国が並んでいるが，日本は男性が11位（10万人当たり35.2人），女性６位（10万人あたり12.6人）となっている。どの国においても，どの年代においても男性の自殺率は女性よりも高い。日本では1996年以降急速に自殺者の総数が増加している。若者の自殺が注目され，15-35歳では自殺は死因の大きな原因の一つであるが，実際は60歳以上の自殺者が最も多い。原因・動機別では，健康問題，経済・生活問題，家庭問題の順となる。2006年の日本医療機能評価機構による院内自殺事故調査によると，対象とした575の一般・総合病院において，過去３年間に117病院（29%）で347件の自殺を経験していた。診療科・疾患分類によると，35%が悪性腫瘍，13%が精神疾患と分類され，悪性腫瘍患者の自殺が最も多い。一般に自殺未遂者は自殺者の10-20倍存在すると考

＊大阪医療センター　外科科長　がん診療部長

えられているため，悪性腫瘍患者の潜在的な自殺リスクは非常に高いと想定される。

がん患者と自殺

（表 1）自殺の危険因子

- 精神障害
- 身体疾患（末期，激痛を伴う，進行性の疾患）
- 自殺未遂歴
- 自殺・アルコール依存症・他の精神障害の家族歴
- 離婚・死別・単身生活者
- 社会的孤立
- 失業・定年退職
- 幼児期の死別体験
- 別居
- 家庭の問題
- 転職・経済的な問題
- 強い絆のあった人からの拒絶
- 裁判で有罪になる恐れやそれに伴う恥辱感
- 精神科治療を受けている場合
  - ・最近退院したばかり
  - ・以前にも自殺企図がある

自殺の危険因子は（表 1）のように考えられている。精神疾患を有している患者や自殺未遂歴のある患者が最もリスクが高い。精神疾患のなかでも最も頻度の高いうつ病に関しては，一般医を受診した患者の約 30% がうつ病とされ，うつ病患者の 60% がまず精神科でない一般医を受診するとされている。すなわち，未診断のうつ病患者は非常に多いと考えられており，がん患者も例外ではない。すでに精神科治療を受けている場合もリスクが高く，当施設で経験した一人の方も精神科にてコンサルトを受けていた。精神科を受診したから大丈夫では決してない。精神科受診により，当該の患者の自殺リスクが高いことを共通の認識とすることが重要である。中高年の男性とくに独り身で，アルコール多飲傾向の患者の自殺リスクは高い。特に，消化器がんは中高年の男性に頻度高く発生するため，注意が必要である。がんは致死的病いであるとの認識がいまだに広まっているため，がんと診断された時点で大きな孤立感，社会的・経済的問題に直面することになる。比較的早期のがんでは，その予後が良好なことから正しく進行度を理解すれば，大きな不安や絶望感からは救われる。しかしながら，日雇いや派遣労働者である場合は，病気期間中休業しなければならないことだけでも大きな経済的負担を被ることになるため，不安感も強い。進行したがんにおいては，進行度を正確に告げて，ガイドラインに沿った治療計画の説明もしくは試験的治療としての臨床試験の説明がなされる。臨床試験においては，病期およびそれに対する標準治療と試験的治療，他に可能性のある治療，などについて説明がなされ，その後書面での同意が要求される。説明は合理的論理的であるが，試験される感覚や任意の治療選択ができない点において，臨床試験は決して人間的ではない。臨床試験を行う前提として，良好な人間関係，共感し自由な意思疎通が可能な関係が築かれていなければならない。しかしながら，事前に十分な信頼関係を築く時間が取れないことも多く，いったん試験が開始されると試験スケジュールを正しく遂行することが主な課題となり，人間的関係の構築は副次的となってしまう。私たちが経験した方も，自主的な医師主導の臨床試験（進行再発胃癌に対する新規抗がん剤併用療法の第Ⅰ/Ⅱ相試験）に参加していただいた患者であり，十分に試験の意義を理解しておられたはずである。逆に，私たち医療者が本人の性格，生活，考え方，経済状況，家庭問題，職場問題，などについてどれほど理解していたかと自問すると，十分行っていたとの確信はない。臨床試験は，エビデンスを確立するために不可欠の手段である。EBM (evidence based medicine) は，「個々の患者の治療選択に当たって最新最良の根拠を良心的に正しく明瞭に用いること」と定義されているが，最新最良の根拠がない場合には，臨床試験への参加が優先される。臨床試験

においては，対象者の厳密な規定が必要とされるため，病気を患者の病い（患者の主体的経験）としてとらえるよりも疾患（客観的な病理的実態）としてとらえる傾向がある。臨床試験を良心的に正しく明瞭に行うためには，病いに対する患者の対処行動を尊重し，患者自身の役割（患者が主人公であること）を最大限に重要視し，一つの事象が複数の事象や反応を引き出すことを理解し，原因と結果が単純に結びつくものでなくいくつかの因子の相互作用の結果事象が発生することを理解し，治療者と患者の間で取り交わされる対話が治療の重要な一部であると考えなければならない。このようなアプローチの仕方（表2）は，NBM (narrative based medicine) の特徴とされており，エビデンスを最良に実践するためには，このようなNBMの手法も応用されなければならない。

（表2）一般医療におけるNBMの特徴

1. 「患者の病い」と「病いに対する患者の対処行動」を，患者の人生と生活世界における，より大きな物語の中で展開する「物語り」であるとみなす
2. 患者を，物語りの語り手として，また，物語りにおける対象ではなく「主体」として尊重する。同時に，自身の病いをどう定義し，それにどう対応し，それをどう形作っていくかについての患者自身の役割を，最大限に重要視する
3. 一つの問題や経験が複数の物語り（説明）を生み出すことを認め，「唯一の真実の出来事」という概念は役に立たないことを認める
4. 本質的に非線形的なアプローチである。すなわち，全ての物事を，先行する予測可能な「一つの原因」に基づくものとは考えず，むしろ，複数の行動や文脈の複雑な相互交流から浮かび上がってくるもの，と見なす
5. 治療者と患者の間で取り交わされる（あるいは演じられる）対話を，治療の重要な一部であるとみなす

自殺の予防

自殺を予防するために最も重要なことは，良好な人間関係を築くことである。加えて，自殺を予防するためには評価が重要である。1. 病気と病状への理解度，2. 精神症状（せん妄，うつ病など）の評価，3. 身体状況（痛みなど）の評価，4. ソーシャルサポートの評価，5. 精神症状，希死念慮・自殺企図の既往の評価，6. 家庭歴の評価，7. 希死念慮の評価（有無，強さ，計画の有無）などである。症状が適切にコントロールされているか，精神症状が背景にあるのか，家族，友人，医療スタッフとの関係は良好か，患者自身は人生や現在経験している苦悩の意味をどのように理解しているのか，全人間的観点からの評価が必要である。がんという困難で致死的な病いをもつ実存する人間に対応するには，時間，粘り強い情熱，冷静な知恵と知識，患者と共に新しい物語（結果が例え悪くとも，良かったと思えるエピソードを交えた）を作りあげる気概がなければならない。ともすれば忙しい臨床現場では，がんを一つの疾患として物理的に対応しがちであるが，人間を忘れて医療は存在しえない。医療は科学としての医学の一方通行的な実践（施し）ではない。

死にたいと思う気持ち（希死念慮）の評価とその対策は重要である。WHOがまとめた自殺予防の冊子のうち，一般医向けのなかで，「自殺について語る患者は滅多に自殺しないのではなく，自殺する患者は普通前もって何らかのサインを発している。自殺をするとほのめかすような場合には真剣に受け止めるべきである。」とされている。また，「患者に自殺について質問するとかえって自殺行動を引き起こしてしまうのではなく，自殺について質問するとしばしばその感情に伴う不安感が和らいでいく。患者は安心し，理解されたと思うのである。」と記載されている。自殺の危険：症状，評価，対策は，（表3）のようにまとめられている。相手との信頼関係ができあがり，相手が自分の感情を進んで話そうと思ったとき，相手が絶望感や

無力感といった否定的な感情について話始めたときに，具体的な問いかけを行うべきとされている。患者が述べたことに対して，避けることなく話し合いを行う姿勢を直ちに示し，がんやその症状（外科治療や抗がん剤治療に伴うものも当然含まれる）に対する患者の理解について話し合わなければならない。「悲しいのですか？なにもできないと感じているのですか？」「すっかり絶望してしまったのですか」「毎日が耐えきれないと感じているのですか」「人生が重荷になってしまったと感じているのですか？」「自殺したいと感じているのですか？」などの具体的な質問をすることが推奨されている。さらに，「人生を終わらせようとする計画をすでにたててしまったのですか？」「どのようにそれを具体的に実行する計画がありますか？」「薬，銃，殺虫剤などを手に入れていますか？」「いつその計画を実行に移すつもりですか？」などの希死念慮の強さや自殺の危険性を明らかにするための質問が含まれるべきとされている。暖かく思いやる態度で，共感を示しながら質問することが，自殺の予防に役立つのである。もちろん，同僚や専門家に援助を求めることも推奨されている。自殺の危険を無視したり，軽視してはいけない。

起こってからの対応よりも予防がより重要であることは言うまでもない。予防対策は，一般医のみならず全てのコメディカル，マスメディア，および製薬会社関係者などの広い意味での医療関係者がすべて心得ていなければならない。助かるべき患者を自殺で失わないために，助かりたい，救われたいと思いながら自殺する患者を無くすために，手を差し伸べることが必要である。

自殺がおこってしまったら

以下の対応が推奨されている。1）早期に関係各部署に事実を伝える，自分を責めない，2）自分自身に対する援助を求める，信頼できる同僚や上司に相談，精神科医・臨床心理士に相談する，3）Death conference（心理学的剖検）を開く，直接関係のない医療スタッフが司会をし，何が悪かったのか，ではなく，症例から学び，今後に生かす，という姿勢が重要とされる。このとき当事者を非難することは絶対にしないことが鉄則である。

（表 3）自殺の危険：症状，評価，対策

自殺の危険	症状	評価	対策
0	苦痛はない	−	−
1	感情が混乱している	希死念慮について尋ねる	共感をもって傾聴する
2	漠然と死を思う	希死念慮について尋ねる	共感をもって傾聴する
3	漠然と自殺を考える	意図を評価する（計画や方法）	周囲からどの程度のサポートが得られるのか評価する
4	希死念慮はあるが，精神障害はない	意図を評価する（計画や方法）	周囲からどの程度のサポートが得られるのか評価する
5	希死念慮，精神障害がともにある。あるいはきわめて深刻な人生のストレスに見舞われた	意図を評価する（計画や方法）自殺をしないという約束をしてもらう	精神科医に紹介する
6	希死念慮，精神障害がともにある。あるいはきわめて深刻な人生のストレスに見舞われた。あるいは，不安焦燥感が強く，以前にも自殺を図ったことがある	（自殺手段が手に入らないようにするために）患者と一緒にいる	入院

おわりに

私自身，Death conferenc の司会を担当して，「今後に生かす」ことが本稿をまとめる動機になった。普段，いかに物理的にがん患者に接しているか，患者とともにがん医療を作りあげるためにいかに多くの時間が必要であるか，医師

は医療を分け与える支配者ではなく，最良の医療を実現するための指導者であり，かつ患者の最良の協力者でなければならないことが実感された。

本稿の執筆にあたって，院内定期講演会で「自殺」についてご講演いただき，多くの資料提供とご指導をいただいた当院精神科科長：廣常秀人先生に深謝いたします。先生のご協力なくしては，本稿をまとめることが不可能でした。

参考文献

1) 高橋祥友，平成14年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業），自殺と防止対策の実態に関する研究，WHOによる自殺予防の手引き
2) 明智龍男・内冨庸介，がん患者のうつと自殺．学術の動向，特集1：わが国の自殺の現状と対策．2008.3
3) 斎藤清二／岸本寛史著．ナラティブ・ベイスド・メディスンの実践．金剛出版，2007年4刷
4) 日本医療機能評価機構による院内自殺事故調査，安全推進ジャーナル 13:64-69，2006
5) 財団法人日本医療機能評価推進機構認定病院患者安全推進協議会，提言：病院内における自殺予防

これからのガン予防

●ガンを遠ざけるライフスタイルを

ガンの一次予防として，一つには，禁煙，節酒，減塩，節予防，そして緑黄色野菜，魚介類などを積極的に摂取するといった，ガンを遠ざけるライフスタイルが普及することが望まれます。

つまり，発ガンを促進する活性酸素などのラジカルを減らし，それを抑制するベータ・カロチンや，ビタミンCのような抗酸化剤の摂取を最大にしようとする，いわば通常兵器による予防です。もう一つは，DNA診断にもとづく遺伝子工学戦略を活用する，新兵器による予防があります。

このうち，ライフスタイル対策は，今すぐにでも実行でき，しかもわずかな費用できわめて大きな効果が期待できる予防法です。また，ガン抑制遺伝子P53の異常をきたす確率は，喫煙総本数が多いほど高くなるということも明らかにされたので，ライフスタイル対策の中軸である「禁煙によるガン予防」の根拠が，新しい遺伝子研究でさらに強化されたといえるでしょう。

したがって，来世紀にかりに新兵器によるガン予防時代が訪れても，ライフスタイル対策の重要性は不変です。新兵器登場をただ待つだけでなく，低費用で十分効果が期待でき，いますぐ実践できる，通常兵器によるガン予防，つまりライフスタイル操作によるガンの一次予防を強力に推進すべきと思われます。

●「ガン予防十二か条」の実行を

ライフスタイルをくふうするのに，国立がんセンターの提唱する，「ガン予防十二か条」も参考になります。要するに，菜食，禁煙（それに減塩，節酒，節脂肪）のような「的を射た」一次予防を強力に実行することによって，わずかな費用で意外なほどの効果をあげることが期待できます。

ガンウイルスの研究やガン遺伝子，抑制遺伝子などの基礎的研究が精力的にすすめられます。それらの研究の成果によって，ガンを根絶する新兵器の開発が期待されますが，それを待つまでもなく，現世代のガンの抑制は，いわゆる「通常兵器」で十分に可能なのです。

小川一誠
田口鐵男 監修――「ガンの早期発見と治療の手引き」より引用――