



2022年8月4日放送

がん患者の自殺予防を考える

日本うつ病センター六番町メンタルクリニック
院長 張 賢徳

自殺という大変重いテーマですが、同時にとても大事なテーマでもありますので、ご一緒にお考え頂けましたら幸いです。

逸話的なケースについて

さて、私のような臨床医にとって、頭の中にあるその分野の代表的なケースというのは、統計学的に majority なケースであるとは限りません。臨床医にとって記憶に残るのは、インパクトが強いケースで、それがその臨床医にとっての代表的なケースということになります。そのようなケースのことを、逸話的なケースと呼びます。

私にとってがん患者さんの自殺について、このような逸話的なケースとして、まず挙げられるのは、末期がんのケースです。

まずご紹介したいのは、私自身の自験例ではありませんが、2014年11月、29歳のアメリカ人女性が、脳腫瘍で余命半年と診断され、オレゴン州に移住して家族に見守られながら、安楽死をされたというケース。これは日本でも、大きく報道されて、大きな話題になりました。皆様もご記憶されているかと思います。安楽死も自殺の一型ですので、これは私にとって末期がんのとても印象に残るケースとなりました。

また、実際に私自身がお会いしたケースとしては、まだ若い頃に、ご遺族（奥様）にお会いしたわけですが、患者さんは60代の男性で、末期の肝臓がんで再発を告げられ、入院が決った数日後、自宅で自殺されたというケースでした。奥様にお話を伺ったところ、奥様は「安楽死だと思う」というふうに解釈されていました。

このように、私の中ではがん患者さんの自殺というと、末期がんの安楽死や尊厳死にも似たようなケースというのが頭の中に浮かんできます。

自殺の実態について

さて、ここでまず、ここからお話を進めたいと思いますが、では、安楽死や尊厳死というのは、果たして他者が止めるべき対象なのか？と。

自殺学という分野がありますが、その中では安楽死や尊厳死は、理性的な自殺 **rational suicide** というものに分類されていて、その是非については、古くて新しい今も大きな大事なテーマとしてあるわけです。日本においては、昔から自殺を容認しがちな社会文化的な風土があるんじゃないかと私は思っています。「自殺は理性的に判断して決めたこと」という捉え方がもしあるとしたならば、「じゃあ、自殺というのは本人が決めた事だから、仕方がないんじゃないか」ということで、予防の対象にはなりにくいという風潮があるのではないかということに危惧してきました。

そこで、自殺の実態について考えたいと思います。果たして自殺というのは安楽死や尊厳死、あるいは古くは切腹などに代表されるような、理性的な行為なのでしょうか？

それを知るためには、自殺の実態を調査しないといけません。自殺の実態調査として世界的に確立されている手法は、「心理学的剖検」と呼ばれているものです。剖検というのは、ご承知のように死因を同定するためにご遺体を解剖する、それが剖検ですが、この場合ご遺体を解剖するようなことはしません。そこに「心理学的」という修飾語を冠して、解剖するぐらい精緻に亡くなられた方の人生を辿って行って、何があったのかを詳しく調べていくという研究手法が、心理学的剖検と呼ばれるわけです。その際に最も重要な情報源は、ご家族からの聞き取り調査ということになります。日本では、家族の同意を得て聞き取り調査をするということが、なかなか難しいところがあり、地域で全ての自殺を調べるような心理学的剖検はまだ残念ながら実施されていませんが、1950年代以降、欧米を中心に多くの地域調査が行われてきて、たくさん重要なことが分かってきました。

そのうちの一つが精神医学的な診断になります。自殺で亡くなられた方の圧倒的大多数、90%以上が自殺時に精神科の診断がつく状態だったということが判明したわけです。一番多いのは、うつ病や躁うつ病が含まれる気分障害でした。二番目がアルコールや薬物の依存や乱用の方々でした。三番、四番がほぼ同率で統合失調症、そしてパーソナリティ障害でした。その他、様々な診断名がありますが、全て合わせると 90%以上で診断がつくという状態でした。これが自殺行為についての実態だと私は思っていますし、そういう風に理解すべきだと思っています。

うつ病というのは、完全に理性を失ってしまうような病態ではありませんが、うつの中にはマイナス思考が非常に強くなったり、あるいは心の視野狭窄、トンネル・ビジョンと呼ばれるような心理状態がおこって、他の選択肢を冷静に考えることができなくなります。その中で、悲観が非常に強まったり、自責が非常に強まったりして、「もう私は死ぬしかない。だめだ」というような心理状態になって、自殺行動に至ってしまう。決して理性的な行為とはいえません。なので、病的なうつ状態にある人が、「死にたい、死にたい」と言っているような状態に対して、「そんなに言うなら、あなたの好きなようにしなさい」とは決して言

えないわけです。

ここで自殺を大きく二つに分けて考えると、理性的な自殺とそうでない自殺に分かれるわけですが、今申し上げたように、自殺の実態というのは、圧倒的大多数が理性的ではない、思考力、判断力に病的な影響があっておこってくる行為だと理解すべきだと思っています。これが自殺を防がねばならないという最大の論拠だと私は思っています。

精神的な変調が介在する自殺行動は、絶対的に治療や予防の対象になります。では、そのような精神的な変調が介在しない、いわゆる本当に理性的な自殺の場合は、どういう風に取り扱えばいいのか。現代では、この代表が安楽死・尊厳死になるわけですが、国によっては、あるいはアメリカやオーストラリアの一部の州によっては、それを認めているところもありますので、その是非については一精神科医の了見を超えていて、国民全てで話し合わないといけません。私個人としては、どのようなタイプの自殺であっても、自殺がない社会の方が良いと思っていますので、自殺を防ぎたいと思っています。

ですから、自分の臨床実践で、数は少ないですが、確かにがんのターミナルステージの方で、精神医学的な診断がつかない状態で希死念慮、自殺念慮を吐露される方がおられますが、私は「自殺じゃない終わり方を一緒に考えませんか」と問い返して、対話するようにしています。少なくとも今の日本においては自殺幫助というのは、法律的にも禁止されていますので、職業人としては絶対に自殺を幫助してはいけないということは、肝に銘じておくべきです。

がんと自殺リスク

さて、今申し上げてきたように、がん患者さんの自殺というと、ターミナルステージであるとか、安楽死・尊厳死ということがまず浮かび上がってくるわけですが、最初に申し上げましたように、それが私の中での逸話的なケースだったわけです。しかし、果たして統計学的に majority なのか？それを検討しておく必要があると思います。

最近、諸外国でも、また日本でも行われた調査によると、がん患者さんの自殺のリスクが高まる時期というのは、実はなんと診断を受けて1ヶ月以内が、最も自殺のリスクが高いという調査結果が出ています。これを知った時、私も非常に驚きましたが、がん患者さんの自殺という領域の中では、日本のみならず、世界的にも認識が高まっていて、告知の問題について改めて注意喚起がおこっているという状況になっています。

昔からがん患者さんの精神医学的な診断については、多くの調査がなされてきて、1980年代に発表された Leonard R. Derogatis の調査結果が非常に有名ですが、がんの診断を受けた後、約半数の人が精神医学的な診断がつく状態になるわけです。そして、その内の大部分、約 70%が適応障害の診断で、他に 13%がうつ病の診断ということになります。適応障害というのは、ショックを受けてストレスの状況にさらされた時に、うつや不安になってしまう状態を指すわけですが、病態としてはうつ病よりも軽い状態を指します。いずれにしても、ショックやストレスによっておこってくる病態で、適応障害が約 70%、そしてそれよ

りも重い病態であるうつ病が 13%ですから、それらを合わせると、80%近くの患者さんが診断を受けた後に、いわゆる鬱状態になってしまうということです。現代医学がこれだけ進歩しても、患者さんに与えるがんという病名のインパクトの大きさを私たち医療者はもう一度知るべきでしょう。

私も学生の頃に、もう 30 年以上前になりますが、学生の頃に受けた講義で「このがんは 5 年生存率が 95%だから大丈夫なんだ」というような講義を受けた記憶があります。医者目線で 5 年生存率 95%というと、治るがんだという認識を持ってしまいがちになるわけですが、私は医者になってある患者さんから言われました。「先生、5%に当たったらどうするんですか？」と。その言葉を聞いたときに、患者さんの心理というものを本当に強く学ばせていただきました。5 年生存率がたとえ 99.9%でも、患者さんにとっては 0.1%に当たってしまう心配や不安を抱えているわけです。ですから、最初の病名告知というのは非常にデリケートな問題で、今告知をする時代にはなっていますが、その告知の仕方を医療者目線で、「もう治る、治る。大丈夫ながんだから」ということで、安易に告知をするということは、慎重であるべきだと私は思っています。Bad news の伝え方ということが医療者の間で学習されてきてはいますが、そのあたりがもう少し広く周知されて、大事に告知を取り扱っていくということが重要ではないかと思っています。

その際に、医師だけではなく、全ての医療者が多職種で患者さんのサポートに回っていくような体制が絶対に必要だと思います。また、精神医学的診断がつくような病態になった時には、その状態に対する薬物療法も不可欠になってきます。診断がつくレベルでしたら、抗うつ薬や抗不安薬も、あるいは時には睡眠障害に対して睡眠薬も使わなければならない時が必ずあります。そういう形で薬剤師の先生方とも連携をとって、患者さんをサポートしていく体制がますます必要になってきます。

自殺というテーマを考えた時に、患者さんをトータルでケアしていく体制が、これから一層重要になると私は考えています。ぜひ多職種で力を合わせて、良い医療と良いケアを提供できるような体制を作っていきたいと願っています。