

自殺対策における適切な精神科医療体制の在り方に関する研究 ～未受療者および未成年者にどうアプローチするか～

研究分担者 近藤伸介 東京大学医学部附属病院 精神神経科

研究要旨

未遂者支援は自殺対策の大きな柱の1つである。未遂者を覚知する場となる医療機関として、救命救急センターおよび精神科病棟を擁する総合病院での直近の事例シリーズを詳細に検討し、自殺予防の方策を選択的介入から個別的介入へとさらに精緻化できるような考察を展開する。特に10代の自殺未遂者支援については、自院入院症例の実態把握およびカナダでの先進事例の視察について報告する。

A. 研究目的

本研究は、自殺対策の大きな柱の1つである未遂者支援を精緻化することにより、地域自殺対策の推進ならびに厚生労働行政における自殺対策の施策展開に資することを目的としている。自殺未遂が事例化する代表的な場所となる医療機関を発端として、適切な支援につないでいくために必要な資源や仕組みについて考察する。

自殺が減少傾向に転じたとはいえ、依然として年間2万人を超える自殺者が続いていること、特に未成年の自殺は増加を続けていることなどから、今後はこれまでの自殺対策を継続することに加えて、いまだ十分に支援が届いていない群や年代に対する有効な方策を探索していく必要がある。

B. 研究方法

初年度では自殺未遂が覚知される医療機関を大きく4種類に分けて、それぞれにおける課題や支援のあり方について考察した。

令和元年度は、昨年度に引き続き、具体的に医療機関での自殺未遂者の実態調査に基づき、大規模な統計では浮かび上がってこない個別の状況を明らかにすることで、現在までの施策に加えて補強すべき点を明らかにする。

具体的には、①救急救命センターに搬送された自殺未遂者の実態、②総合病院精神科病棟に入院した未成年者（特に18歳未満）の実態、③カナダ・ブリティッシュコロンビア州立小児病院での小児思春期精神科救急の先進的取り組みについて調査し、今後の我が国での未遂者支援および思春期精神医療の充実に資する報告としたい。

① 救急搬送された自殺未遂者の実態調査

救急医療は精神科治療の場として重要な役割を担っており、自殺企図・自傷行為は自殺の重要なリスクファクターであるため、救急搬送された自殺企図・自傷行為患者の実態把握は早期の治療介入・再企図発生防止に有用である。本研究では平成 28 年 4 月から平成 31 年 3 月の間に精神科急性期医師配置加算の枠組みのもと当院救命センターへ救急搬送後 12 時間以内に精神科医が診察を行った患者を対象に、診療録を用いた後方視的分析を行った。

② 精神科入院した未成年者の実態調査

小児・思春期の精神保健福祉ケアのニーズの高まりに比して、小児精神科医は不足しており、入院治療が可能な小児精神科病棟はさらに少なく、成人を想定した一般精神科病棟で加療せざるを得ない実情がある。当院は主に成人を対象とした精神科病棟を有しているが、未成年（特に 18 歳未満）の入院が年々増加傾向にあり、自殺関連の入院理由が目立つようになってきた。本研究では未成年症例の実態把握のため、平成 30 年に当院精神神経科に入院した未成年患者について後方視的観察研究を行った。

③ カナダの小児思春期精神科救急システム

カナダ連邦は、10 の州および北極圏の準州からなる人口 3,700 万人の多民族国家である。ブリティッシュコロンビア州 (BC 州) は西海岸に位置する連邦第 2 の州 (470 万

人) で、国内第 3 の都市バンクーバー (250 万人) を擁している。人口のほとんどは米国国境に近い南端に暮らしており、北部は広大な森林地帯で人口は少ない。民族としては欧州系、アジア系、先住民の順に多い。BC 州の 20 歳未満人口は 86 万人 (東京 215 万人) である。

バンクーバーは古くから先進的な地域精神医療保健福祉システムが有名である。比較的温暖な気候で住みやすい都市とされるが、10 代も含めてホームレスや薬物乱用者も集まりやすく、地域精神保健の問題は依然として大きい。

10 代の自殺率についてみると、カナダ 5.5/10 万/年、BC 州 4.3/10 万/年 (日本 5.9/10 万/年 ; 東京 4.1/10 万/年) である。

成人においては、身体疾患・精神疾患を問わず救急事例は 911 番通報によって救急救命センター (ER) に搬送され、そこで救急医によって初期対応された後、必要に応じて ER に隣接する精神科救急病棟に転棟、さらに時間をかけた治療が必要な症例は精神科急性期病棟に転棟となる、という層別化した対応がとられている。

この仕組みをモデルにして、州内唯一の小児総合病院である BC 州立小児病院 (BC Children's Hospital) においても、ER で初期対応を行い、入院による専門的介入が必要ならば小児思春期精神科救急病棟 CAPE ユニット (Child and Adolescent Psychiatric Emergency Unit) に入院、さらに入院継続が必要であれば精神科急性期病棟 APU (Acute Psychiatric Unit) に転棟す

るというフローになっている。

2020年1月、カナダBC州バンクーバー市内にある小児総合病院 BC Children's Hospital を視察し、同地域の小児思春期精神科救急システム、および、自殺念慮をもつ子どもに対応するための体制について考察した。

(倫理面への配慮)

①②については東京大学医学部倫理委員会による承認を得た後ろ向き診療録調査研究である。

C. 研究結果

① 救急搬送された自殺未遂者の実態調査

平成28年度から平成30年度において自殺企図及び自傷行為が認められた症例は合計で164件(精神科診察を受けた計325件のうち53.1%)だった。このうち女性が107件(65.2%)を占め、10歳ごとの年齢別にみると全体では20代が51人(31.1%)と最も多かった。また男性女性ともに自殺企図の方が多く、自殺企図・自傷行為ともに女性の方が多かったが、男性の占める割合は自殺企図の方が高かった。

自殺企図または自傷行為にいたった症例164件のうち、自殺企図は88件、自傷行為は60件、不明が16件だった。これらの症例で自殺企図のために用いられた手段(行為)は合計100件、自傷行為のために用いられた手段は66件であった(1症例で手段を複数用いた場合はそれぞれ集計してい

る)。いずれの群でも過量服薬がもっとも多く、自殺企図群で59件(自殺企図群の59%)、自傷行為群で49件(自傷行為群の82%)だった。一方、自殺企図群では刃物等による自傷13件(13.0%)、縊頸11件(11.0%)、飛び降り・飛び込み11件(12.5%)が続いたが、自傷行為群では過量服薬がその手段のほとんどを占めており、手段の傾向に違いがあった。なかには複数の手段を用いる例も13件あり、そのうちの12件が自殺企図群であり(自殺企図群の13.6%)、1件は不明であった。また、これらの13件のうち過量服薬を含むもの(過量服薬と縊頸または刃物等による自傷、服毒)が10件を占めていた。

次に対象患者の精神科受診歴を解析した。当院または他院の精神科に通院中の症例が104件(63.4%)であった一方、受診歴がない症例が30件(18.3%)であった(表3)。これらの受診歴について、自殺企図群と自傷行為群の内訳を調べたところ、受診歴がない症例30件のうち自殺企図群が21件(70.0%)、自傷行為群が6件(20.0%)であった一方、受診歴がある症例119件のうち自殺企図群は60件(50.4%)、自傷行為群が48件(40.3%)であり、受診歴がないほうが自殺企図群の割合が高かった。

転帰については、自殺企図群、自傷行為群いずれも救急入院後に退院となった症例が最も多く(それぞれ32件、28件)、ついで直後に帰宅となった症例がつづいた(それぞれ23件、23件)(表4)。自殺企図群では、精神科に転科・入院となった事例も

自殺企図群全体の 31.8%を占めていた。

②一般精神科に入院した未成年患者の特徴

平成 30 年 1 月から平成 30 年 12 月までの 1 年間に東京大学医学部附属病院精神神経科病棟に入院した未成年（特に 18 歳未満）の患者を対象に、性別、自殺念慮の有無、自殺企図の有無、自殺企図の手段、診断・主病状、いじめの有無などについて診療録を用いて後方視的に調査した。同一患者の複数回入院は各々独立として扱った。

解析の対象となった未成年の患者数は 74 名、うち 18 歳未満は 50 名であった（11 歳 4 名、12 歳 2 名、13 歳 3 名、14 歳 8 名、15 歳 8 名、16 歳 11 名、17 歳 14 名）。このうち、男性は 22 名(44.0%)、女性は 28 名(56.0%)であった。入院理由として自殺念慮を認めたものは 24 名(48.0%)、直近に自殺企図したものは 12 名(24.0%)であった。疾患別では、統合失調症 11 名（男性 3 名；女性 8 名）、気分障害 7 名（男性 3 名；女性 4 名）、神経症性・ストレス関連・解離性障害 14 名（男性 6 名；女性 8 名）、摂食障害 3 名（男性 0 名；女性 3 名）、知的障害 2 名（男性 1 名；女性 1 名）、広汎性発達障害 8 名（男性 4 名；女性 4 名）、その他 5 名（てんかん・小児の情緒行動障害・精神作用物質障害など）であった。

自殺未遂者 12 名のうち、気分障害による 3 名以外は、トラウマ・ストレス関連もしくは発達障害圏であった。自殺念慮をもつ 24 名のほとんどで、いじめ・被虐・体罰・不登校・暴力などの体験行動が確認された。

② カナダ・小児精神科救急システムの視察

視察に際しては、BC Children's Hospital 小児思春期精神科救急部長・UBC 自殺学研究者の Tyler Black 医師に対応いただいた。

以下に、救命救急センター（ER）への救急搬送から小児思春期精神科救急病棟（CAPE unit）、さらに精神科急性期病棟（APU）へと層別化されていくフローについて述べる。

ER の年間受診患者は 46,000 人で、うち精神科関連は 1,200-1,300 人である。そのうち、約 1/3 が入院（90%が CAPE、10%が身体科）、残り 2/3 は ER から直接帰宅となっている。精神科受診者の 50-60%は、精神科初回受診(index case)となっている。

精神科は CAPE ユニットのほかに 2 病棟あり、P2 ユニット（精神科急性期病棟；年間 120 名）、P3 ユニット（摂食障害ユニット；年間 70 名）が設けられている。

CAPE unit（小児思春期精神科救急病棟）

ER から帰宅できないケースについて、トリアージを行うための超急性期ユニット（6床）で、入院日数は 5 日を超えないこととされている。年間入院数 350 人（男女比 4：6）、平均在院日数 1.8 日、80%が自院 ER から、20%は他施設から（5%はヘリ搬送を含めて州内遠隔地から入院）となっている。

入院患者の特徴としては、年齢層によって大きく二分される。10 代前半では、入院理由として暴力・攻撃性、発達障害、愛着障害などが多く、平均在院日数は 5 日以内

である。10代後半では、入院理由として気分障害、統合失調症、物質使用障害、自殺関連が多く、平均在院日数は1.5日となっている。

転帰としては、10%が急性期病棟に転棟（3-5%がP2ユニット；3-7%が他院小児思春期精神科急性期病棟への転院）、残りは退院である。再入院率は35%、うち半数は1回のみ再入院（すなわち計2回）、残り半数はリピーターとなっている。

人員配置は精神科医2名（常勤換算）、看護師16名（12時間ごとの2交代制；常時2-3名が勤務）、ソーシャルワーカー2名、臨床心理士0.2名（常勤換算）となっている。

危機介入後の支援

小児思春期症例の自殺念慮は、統合失調症や気分障害のように増悪・寛解を繰り返してエピソード性の経過をとる病態とは異なり、情緒・愛着の障害、親子葛藤が原因であることも多い。このため危機介入としてのシェルター入院をした後のフォローアップがより重要となる。バンクーバーでは地域のCART（child and adolescent response team）が対応している。さらにその先もフォローが必要な場合はCYMH（child youth mental health）チームが受け入れる。小児精神科医に加えてカウンセラー（必ずしもPhDレベルでライセンスをもつ臨床心理士とは限らない）やケースワーカーがチームを作っている。

また、BC小児病院の小児思春期精神科部

門は、州内の医療機関・地域サービスのプロバイダーを対象に、遠隔でコンサルテーションに応じるCOMPASS（<https://compassbc.ca>）というサービスを無償で提供している。基本的にはスタッフに向けた支援であるが、必要があれば遠隔診療システムを用いて直接診察も行う。

こうした公的な精神医療保健福祉サービスとは別に、Foundry（<https://foundrybc.ca>）という地域のチーム（日本でいう「居場所」を提供する役割も果たしている）がアウトリーチ支援も提供している。

援助技術についても、支持・受容・包摂といった支援の基本姿勢、地域資源・家族支援のコーディネートなどのケースマネジメントはもちろんのこと、自殺念慮という病態に対する治療技法としてDBT（弁証法的行動療法）が広く用いられている。こうしたDBTのスキル（苦悩耐性・感情調節・把握と対処など）は病棟や外来、救急外来などさまざまな治療現場で用いられる。

D. 考察

① 救急搬送された自殺未遂者の特徴

精神科診察を必要とした救急搬送の約半数は自傷行為・自殺企図が原因であった。残りのはてんかん発作や統合失調症疑いによる診察依頼などが占めていた。自傷行為や自殺企図の手段としては過量服薬が最多であった。自殺の意図が明確な自殺企図群の14%で複数の手段が用いられていたという

新しい知見が得られた。既遂へとエスカレートしていく過程や過量服薬との相乗効果など、今後の精査が必要である。

多くの患者が帰宅可能と判断されていた一方で、自殺企図群の3割以上が引き続いて精神科入院となっていた。また、精神科未受診者が全体の2割近くを占めており、救急搬送によって初めて覚知されていた。

救急医療の現場は自殺未遂者支援の前線であり、精神科受療につながるチャンスである。救急受診を契機に精神科治療や環境調整を導入することは再企図防止に大きな効果を持つと考えられる。救急医療から精神科治療への連携が叫ばれるが、一般医療と精神医療を分断してきた長年の施策と慣習がそれを阻んでおり、救急医療機関での精神科専門職の配置や総合病院での精神科病棟の整備などを制度的に推進していく必要がある。

② 一般精神科に入院した未成年患者の特徴

今回の対象中では統合失調症は14歳以下にはみられず、気分障害は13歳以下にはみられなかった。10代前半の症例では、統合失調症や気分障害のように精神科急性期治療によって寛解が期待できるエピソード性の病態ではなく、10代前半ですでに年余にわたる家庭・学校・社会との適応不全に起因する慢性的希死念慮があって、直近の要因を契機に緊急避難的入院を要するケースが主であった。こうした入院は危機介入としての意義はあるものの、精神科急性期

病棟が本来想定している治療にはフィットしない。とはいえ、地域の精神保健福祉サービスは自傷行為・自殺念慮への対応が難しく、そもそも家庭での対応力が乏しいため、精神科病棟のシェルターの利用が余儀なくされている。

こうした“シェルター入院”は一種の社会的入院ではあるものの、安全な場所を確保できない子どもにとって重要な役割を果たしているといえる。ただし、精神科入院環境では学習・活動・対人交流・社会参加などの面で制約が大きく、長期化すべきではない。病院に学習支援環境を整備するという考え方もあるが、危機介入的入院は極力短期にとどめ、病態に合わせた治療・支援を地域で行える体制を整備することが重要である。

③カナダでの先進的取り組みからの示唆

統合失調症や気分障害などの精神疾患は10代後半になるにつれて増えていくが、10代前半では発達・愛着の障害をベースとしてトラウマ・ストレス関連の情緒・行動障害を呈するケースが多いという傾向は、当院と同様の傾向であった。

10代のケースを上記の2群に大別し、安全確保と状態安定化を図りながら、病態把握を進める超急性期危機介入ユニットがあることで、いたずらに入院継続せずに速やかに地域に戻して支援していくべきケースと、医療機関で一定期間治療を継続すべきケースを短期間で見極めることができ、我が国での小児思春期精神科救急医療体制を

構築するうえで援用可能なモデルと考えられる。

もう1つのポイントは、治療体制の連鎖である。患者・家族は、911番通報によって身体・精神を問わず救急要請することができ、総合病院のERに搬送される。ERでは精神・行動の障害に対しても救急医が精神科医と協力しながら初期対応を行う。

このように一般医療と精神医療が同じ診療空間を共有して協働するには、さまざまなレベルでの相互理解が欠かせない。以下にいくつかの要因を考察したい。

まず、BC州の精神保健法(mental health act)は、医師であれば(精神科医でなくても)初回のcertify(強制入院を正当化する法手続き)ができる。日本では精神保健福祉法に基づいて定められた精神保健指定医のみが行うことができるものである。この仕組みのお蔭で自傷他害の恐れがあるケースにERで対応可能となっている。もちろん統合失調症や双極性障害などによる興奮であれば精神科救急に直行となるが、広汎性発達障害による一時的な興奮、パーソナリティ障害に伴う激しい自傷などはERで短期間拘束されて帰宅という処遇もある(ER医が初期対応した後、小児精神科医がERにて対応)。

もう1点が、小児精神科医と一般精神科医との連携である。まず州内での小児精神科医の養成は、ブリティッシュコロンビア大学(UBC)の精神科専門研修プログラムを経て専門医を取得する仕組みになっており、州内の一般精神科医とは顔の見える関

係にある。また、BC小児病院が州内の小児思春期支援機関を対象に無償提供する遠隔コンサルテーションサービスCOMPASSも、広大な国土をもつカナダならではのサービスであるが、希少な小児思春期精神科専門職を有効活用するという点では我が国でも参考になろう。

最後に治療技法について述べる。我が国では、支援の基本姿勢としてのTALKの原則(Tell, Ask, Listen, Keep safe)、救急救命センターでの初期対応(PEEC)、地域へと支援をつなぐ方法論(HOPE)、複雑な事例に対する包括的支援(10 Essentials)など、さまざまな支援論が啓発され、効果を上げてきた。一方で、こうしたトリアージを経て連携した先にたどりつく専門職が、実際に過酷な背景をもつ深刻な情緒・行動の障害を治療するコアの技術を十分に提供できていない。精神科医療は依然として薬物療法のウェイトが高く、上記のような社会モデルによる支援技法や一般医療との連携も徐々に浸透してきているが、外傷・愛着・情緒の重い中核的病理への治療技術の向上と普及が求められる。

DBTのような心理療法が深刻な外傷性の背景をもつ情緒・行動障害に対して外来・入院・救急・地域など、さまざまな場所で提供される効果は大きい。我が国においても、こうした若者の自殺の原因となる病態に対する高難易度の専門治療が広く提供されるためには、そのための専門職教育・診療報酬体系の整備が必要である。

E. 結論

自殺関連行動で救急搬送された患者のうち、2割近くが精神科未受療者 (index case)で、このうち70%が自殺企図であった。未受療者は医療につながる前に深刻な自殺企図に至っており、未遂者支援はもとより、未受療者へのアプローチが重要と考えられた。

小児思春期の精神科入院症例では、約半数に自殺念慮を認めた。統合失調症や気分障害など標準的な精神科入院治療が適する病態は10代後半になるにつれ増えたが、それ以外は外傷体験、発達・愛着の障害などを背景に自殺念慮を呈して緊急避難入院となった症例が多く、治療群とシェルター群をトリアージして適切に対応する必要がある。

カナダ・BC小児病院の視察では、こうしたケースを安全で効率的にトリアージする小児思春期精神科救急ユニットが稼働していた。また、ユーザーが救急要請してからERでの初期対応を経て精神科専門治療に至るまでの流れがシームレスにつながるようにシステム構築されていた。

一般医療と精神医療が同じ診療空間・社会資源を共有するためには、一般医療と精神医療の相互理解にとどまらず、病院管理部門・行政部門の理解、さらには社会全体がそれを受け入れる姿勢が必要になる。もちろんカナダにも精神障害へのスティグマは厳然と存在するが、我が国における制度的な分断とは比較にならないほどノーマライズされている。自殺対策においても、国

の施策・法整備・診療報酬システム・世論に深く根差してきた一般医療と精神医療の分断からの脱却に向けた啓発活動が重要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

松原丈二, 増田康隆, 小畑聡美, 青木智乃 紳, 熊倉陽介, 山名隼人, 市橋香代, 近藤伸介, 笠井清登: 東京大学医学部附属病院において救急搬送後に精神科医が診察を行った患者の特徴 (自殺予防と危機介入, 投稿中)

2. 学会発表

松原丈二, 増田康隆, 小畑聡美, 青木智乃 紳, 熊倉陽介, 山名隼人, 市橋香代, 近藤伸介: 東大病院において救急搬送後に精神科医が診察を行った患者の特徴 日本自殺予防学会 (名古屋 2019年9月)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

謝辞.

カナダ・バンクーバーでの視察に際しては、BC Children's Hospital 小児思春期精神科 Tyler Black 先生、井上隆志先生に多くの助言・資料提供をいただいた。ここに謝辞を述べる。