

精神科診療の現状と今後の課題

日本赤十字社和歌山医療センター 精神科部

東 睦広 *Mutsubiro Higashi*

はじめに

平成23年7月に厚生労働省は精神疾患を、がん、心疾患、脳血管障害、糖尿病に次いで、「5大疾患」として認定した。精神科というところか敷居が高い。患者が受診するに際しても不安や疑問の多い診療科であろう。実際、他科を受診している患者が精神科に紹介されると嫌な思いをするようで、「精神科なんて行きたくない」と受診を拒まれることがある。精神科受診への抵抗はまだ強い。

筆者は患者に対して、精神疾患とは「脳の働きがうまくいかなくなって起こる病気である」と説明している。高齢化による認知症、自殺との関連が高いうつ病などの気分障害、幻覚や妄想に苦しみながら、自分らしさを失う統合失調症などはすべて脳が正常に働かなくなっておこる病気であるといえる。精神疾患も他の疾患同様、早期に発見し、診断、治療を開始することにより、十分回復の余地があり、その後の豊かな生活をとり戻すことが可能である。しかし我が国の若年層の死因としては最も多い自殺が減らない現状を考慮すると、精神疾患に対する誤解を取り除き、地域におけるメンタルヘルス対策を充実していかなければならないという課題がある。

精神疾患診断についての誤解を解く

従来精神医学的な治療が必要であろうと考えられた精神疾患は3大内因性精神病であると言われた。てんかん、統合失調症、うつ病である。てんかんについては中枢神経における電氣的異常発火が原因であることが分かり、今日では神経内科、小児科、脳神経外科で診療されるようになった。統合失調症や気分障害は最近になり、中枢神経における神経受容体レベルの障害であることが分かってきた。幻覚や妄想、あるいは正常な悲嘆や怒りをはるかに超えた感情の浮き沈みが出現し、日常生活に多大な支障をきたす。これらは心が弱いから、逃げているから、サボっているだけに違いないなどという、よくありがちな周囲の評価とは根本的に相いれない、重大な脳の疾患である。加えて認知症やせん妄は脳自体の器質的異常や身体疾患を原因とした精神症状であるため、身体的治療を抜きにしては改善を望むことはできない。

一方、ストレス関連疾患や、神経症性障害は現在まで明らかな中枢神経レベルでの異常が見つかる訳ではなく、患者本人のストレス耐性の低下や、性格要因、認知のパターンによるところが大きいと考えられる。そのため疾患を治療するというのではなく、本人のストレス耐性を高めるための心理学的アセスメントが中心となる。

精神疾患を患っている患者の行動特性を考える上でとても重要なことがある。精神症状の背景にある患者の人格特性である。例えば統合失調症の患者が、被害的な幻聴や妄想によって、他者に対する強い不信感を持ったとする。その

(平成28年11月7日受付)(平成28年11月10日受理)
連絡先：(〒640-8558)

和歌山市小松原通四丁目20番地
日本赤十字社和歌山医療センター
精神科部

東 睦広

患者の行動様式を決定づける人格特性は、患者が攻撃的になり他者に対して暴力をふるうような行動に発展してしまうか否かについて、とても大きな要因になる。統合失調症の患者が、抑えきれないような激しい怒りを感じたとしても、他者に対して、暴力は決してふるってはいけないという確固たる信念、倫理観を備えている安定した人格特性を持っている場合は、他者に迷惑となるようなことはしない。もし患者が他人に対して何らかの問題行動を起こすことがあるとすると、それは患者自身の持っている人格特性の歪によるものである。「精神疾患を患っている人は暴力的なのだ」などといった短絡的な発想では社会の偏見をなくし、精神疾患を患って孤立している当事者の支援を行うことはまず不可能である。

人格特性の歪が顕著である患者は人格障害と表現される。人格障害の診断は米国の精神科診断マニュアル (DSM) では 2 軸診断として他の精神疾患と重複診断が可能である。人格障害とはその個人が属している社会、文化、国や地域が期待する行動様式からの逸脱を特徴とするもので、本人が苦悩し、社会の憂いの原因となる人を言う。例えば銃の所持が一般的に認められている米国では銃を持っていても罪にはならないが、日本では一般の人が銃を保持していたとするとそれは反社会性人格障害となる。つまり人格障害とは精神科医療だけでは本来とても抱えきれない患者群を言うのである。しかし、現在の医療現場では暴力行為が顕著で反社会的行動特性を持つ人は精神科医療に任せきりという傾向がある。依存性薬物を使用して精神運動興奮になる患者が他害行為に及んだとき、医療観察法では精神病院での受療対象となることはある。しかし実際のところは、激しい興奮状態にある人は現在の司法制度ではとても罪を裁くことが出来ないため、やむなく精神科医療にゆだねられているというのが実際のところである。ほとんどの精神疾患患者は精神症状だから罪に問われないということに対して憤りを感じてい

る。

精神科で治療をすべき内因性精神疾患の患者がより厳しい偏見に苛まれる原因の一端がここにある。精神科にかかる人は悪いことをしても罪に問われず、罪を平気で犯してしまう人などというレッテルを貼られることになってしまう。学校や企業メンタルヘルス対策でクライアントの相談をしていると、明らかに精神疾患を考慮し、早急な精神医学的治療を要する状態にあっても、「精神科には行きたくない」という人が多い。まだまだ精神疾患のことが理解されない環境にある我が国の現状は非常に憂慮すべきであろう。

自殺予防への取り組み

次に精神疾患に対する偏見をなくし、積極的に対処すべき精神保健領域の重要課題の一つである自殺予防への取り組みを紹介する。

我が国の平成 26 年の年齢別死因統計では 15 歳から 29 歳までの死因としては自殺が 1 位である。54 歳まで限っても常に 1 位～3 位にあり、医療者は自分の支援している患者が自殺でなくなる可能性について常に考えておく必要があるといえる。

和歌山県は全国でも自殺率が高い地域であった。平成 20 年度の自殺率 35.9 は全国 5 番目の高さだった。和歌山県では人口が和歌山市に集中しており、隣接する海南市、紀の川市、岩出市を含む地域に和歌山県の半数以上の人口が集中している。当然和歌山県の自殺者はこの地域に多い。この地域を医療圏とする当センターが和歌山の自殺予防の中核医療機関となっていることは言うまでもない。

自殺する人の 9 割が何らかの精神疾患を診断できる状態にあることが分かっている。特に重要な疾患はうつ病、双極性障害などの気分障害、統合失調症とアルコール依存症である。ただし精神疾患を患っている人がすべて自殺する訳ではない。死を選択するまさにそのとき、自分一

人ではとても支えきれない心理的ストレスを抱えている。もっとも多いストレスは悪性新生物の罹患など身体的健康問題である。次に人間関係、経済的困窮、いじめなどが続く。自殺を防ぐためには罹患している精神疾患の適切な医学的治療（医学モデル）に加え、一人では支えきれないストレスに対して患者自らのレジリアンスを高めるための支持的アプローチと、地域において家族を含む支援者が患者を決して一人にさせないための心理社会的支援（コミュニティモデル）の統合が欠かせない。

地域の自殺対策は、文化や生活習慣、経済的基盤から医療・精神保健サービスの水準などを考慮しないと効果が期待できない。自殺リスクの背景としての身体的健康問題や経済的問題は、地域によっての特性がある。そのため地域での自殺既遂・未遂者の背景を調査し、その支援に必要な力点を明らかにし、背景にある自殺リスクへの適切な対処が必要である。

和歌山県の自殺対策

平成 21 年 9 月に和歌山県では、障害福祉課心の健康推進班、和歌山県精神保健福祉センターを中心とする自殺対策情報センターの専門部会を設置した。精神保健担当者のみならず、消防、警察、弁護士、医師会、自殺予防に取り組む NPO などで構成される協議会を開催することとなった。筆者も救急治療部に搬送されてくる自殺未遂者の支援、自殺の危険が高まった精神疾患患者の外来治療を行っている立場で参加してきた。そこでは各分野の自殺予防実務者の現場の声、問題点を知る機会を得ることができた。

印象に残るものに、多重債務支援を行っている司法書士の立場からは、多重債務するときは快活で、後先のことを考えずに衝動買いされる相談者の中には精神科医の立場からでは躁状態における浪費であろうと考えられるケースや、消防が未遂者を救急病院に搬送、その時点では致死性を認めず自宅に帰宅、その同日に既遂し

たケース。さらに白浜町で絶壁から飛びおり自殺を図ろうとする人々を保護、集団生活を通して社会復帰を促す NPO（白浜レスキュー）からは、ボーダーラインケース（人格障害）に NPO メンバーがスプリットし、半数の脱退者をだしたエピソードなどを聞く機会を得た。

これら協議会を通して今まさに和歌山に必要な事は情報の共有化と、懸命に自ら命を絶たんとしている人に寄り添おうとしている人々がつながり、共感性のある地域社会を構築することであることが明らかになった。

当センターでの自殺対策

当センターは当時、原則全例応需型の ER であった。和歌山県だけでなく大阪南部からの自殺未遂者が搬送されているが精神科医は 1 人という状況であり精神科病床も持たない。精神科のコンサルトに関しては、その日の救急医が判断。自殺未遂者が搬送された場合は致死性の自殺手段かつ、意識障害があり、再企図の可能性が高いときは入院加療を行う。多くの未遂者（リストカットや服薬）は入院せず帰宅することになってしまう。そのため自殺未遂者ですでに受診歴のある場合は前医への病診連携を行い、受診歴のない場合は当院を含めた精神科への受診援助を勧めている。つまり自殺未遂者のうち当院の精神科で加療することになる症例は重篤な致死性の自殺未遂者、初回の自傷行為あるいは自殺未遂ということになる。

当センター及び先行研究から見たもの

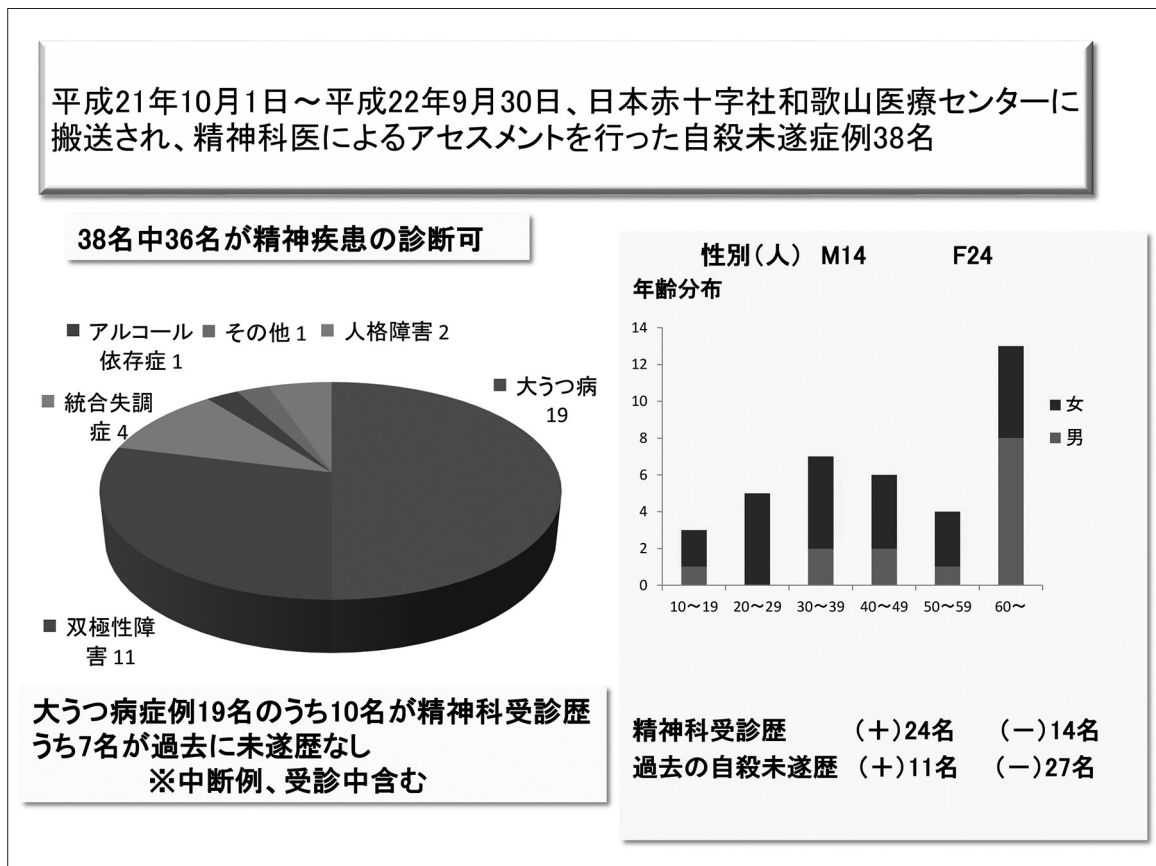
当センターの自殺未遂者治療の動向をみるため、平成 21 年 10 月 1 日から平成 22 年 9 月 30 日までの一年間に当センターの救急治療部受診後に救命病棟あるいは一般病棟での入院治療を行った自殺未遂者で精神科医によるアセスメントを行った症例 38 名について調査した。内容

は、患者背景、自殺未遂の手段、重症度、自殺のリスク要因、転帰、精神医学的診断、精神科受診歴、過去の自殺未遂歴について検討し、当センター医療圏の自殺未遂の傾向および問題点を抽出した。

38例は致死性の自殺未遂で救急医が入院管理を行わないと死に至る可能性があるとして判断した症例である。自殺未遂者の9割以上が精神疾患の診断が可能であった(図1)。過去に数回の未遂歴がある患者では大量服薬が多かった。

調査では、縊頸、絶食、入水、頸部切創などの致死性の高い自殺手段を選んだ症例のほとんどは、過去に自殺未遂歴がない場合が多かった。つまり1回目の自殺企図で死に至る可能性が高

いということである。これは平成16年から平成18年までの間、聖路加国際病院精神腫瘍科の保坂隆らによる全国4か所の救命センターに搬送された自殺企図者の心理学的剖検の結果に一致していた。自殺既遂者の9割が一回目の自殺企図であり、事前にほとんど誰とも相談出来ていなかったというこの研究は当時朝日新聞に掲載された(図2)。自殺を予防するためには救急病院でただ自殺企図者を待つ医療から、自殺を考えている人に積極的に気付き、寄り添い、一緒に問題を解決し、必要な場合は精神科医療機関に受診援助する人材を養成することが必要であることが示唆された。



【図1】



【図2】

医療と地域の連携をめざして

筆者は、救命センターに搬送される前に、致死性の自殺企図でなくなる患者に対して早期に介入するため、平成22年度から前述の保坂隆氏の提案するゲートキーパー養成のための研修会の導入を開始した。平成22年2月11日に和歌山市で開催。平成23年度からは県の自殺対策緊急強化基金補助のもと年6回前後の開催をしてきた。開催母体としては自殺者を早期に見つけ支え合う人材を育てることを目的としたNPO心のSOSサポートネットを立ち上げ、活動の基盤とした。NPOは精神科医・臨床心理士・心のケア担当者などが中心となり、救命センターに搬送されるような自殺者未遂者をより早期に発見したいというメンバーで構成される。平成28年11月現在和歌山で養成されたゲートキーパーはすでに1,000名を超えた。この活動は和歌山県精神病院協会、および和歌山県精神科診療所協会の協力により、ゲートキーパーからの受診援助に関するコンサルトには応じて

くれるような連携の強化を図っている。当センターにおいても搬送される自殺未遂者に対しては看護相談、医療社会事業部と連携し、自殺未遂者の心理社会的支援や家族支援について強化しつつある。特に思春期症例では教育関係者、精神保健福祉士、社会福祉士や小児科医、精神科医、看護師、親などを交えた包括的支援を行い、未遂者のケアを継続し再企図防止を展開してきた(図3)。癌対策推進基本計画による緩和ケア研修会においても、特になん

当センターの自殺予防の取り組み



【図3】

患者の自殺についての知識について重点的に講義している。

今後の展開について

現在県内では各分野の担当者が多方面からの活動を開始している。和歌山県立医科大学による自殺背景調査、県・市区町村主体の各種研修会や自死遺族ケアは当然のことで、保健所による精神保健相談・自殺予防リーフレットの配布、各地方新聞による自殺予防啓発記事の掲載、和歌山県出身タレントが自主的に自殺予防のための啓発活動などを行い、産業保健の立場、多重債務支援の立場、精神疾患の啓発の充実など枚挙にいとまがない。和歌山県精神保健センターの小野は「和歌山にはとても情熱のある活動を展開する団体がいくつも出来上がる」と話す。あとは各団体の連携を強化、県民一体となった自殺予防への啓発・心のネットワークの構築であろうと考えられる。

この和歌山県の情熱的とも言える自殺予防活動は平成20年度から平成24年度までの自殺率減少率が、全国1位としての結果に示された。筆者が主催する研修会で養成されたゲートキーパーが厚生労働省の推奨するゲートキーパーのモデルとして全国で紹介された。しかし和歌山の自殺率はいまだに全国平均より高い。今後も中長期的視野にたった包括的な自殺予防を展開していく予定である。

今後の課題

自殺対策とは自殺者の実態・背景調査を行い、そのうえで適切な対策を行い、実際に自殺者を救うという明確な目的がある。昨今の自殺対策はEBM重視の疫学調査を基にした、大規模な自殺研究に基づくものが主流である。「自殺」を医学モデルとしてとらえることは重要な視点ではあるが、自殺対策の実務者あるいは、地域で自殺を防ごうと取り組む人々にきちんとフィードバック出来ていない可能性がある。筆者も医学モデルに慣れた精神科医としてEBMに傾倒したためか、どうも自殺予防における全人的ケアという概念を忘れていたことに気付く。そこに必要なのは自殺を考えている人それぞれの個性に対処するための全人的サポートである。一人の自殺を考えてる人を支える多方面からの援助がなければ効果的な自殺対策は困難である。少なくとも現時点では自殺=精神障害⇒精神医療での治療。経済的破綻=自殺⇒経済的援助を重視というような画一的な予防対策ではなく一人の自殺未遂者に対して包括的にアプローチを行い、それぞれが自分で出来る範囲のことは精一杯するという姿勢に立つことが大切であると考えている。