

思春期の自死予防—12歳以上の受診者全員に抑うつ状態と自死リスクのスクリーニング (PHQ-9A +ASQ) を

いずみ 泉 のぶ お 夫

キーワード：12歳以上，抑うつ状態，自死リスク，スクリーニング検査，かかりつけ医

要 旨

自死は，死因構成で10～14歳は28%，15～19歳は51%を占め1位である。自死未遂は完遂の50～100倍いるとされ，後の再企図の大きなリスクとなる。自死児の多くは，その数か月以内に多くは身体症状を主訴に医療機関を利用し，自死念慮は短刀直入に問わなければ普通，自らは口にしない。米国小児科学会は12歳以上の受診者全員に抑うつ状態と自死リスクのスクリーニング検査，PHQ-9A と ASQ（かかりつけ医は両者を，救急外来はASQのみを）行うことを推奨している。

日本でも2022年に自死予防に向けた，かかりつけ医と精神科，心療内科との連携を評価する「こころの連携指導料」が新設された。

はじめに

島根県は自死遺族の思いに寄り添い，2013年より「自殺」を「自死」と表記することにした。現在，“自死”遺族の自助グループのある都道府県は少なくとも22になる。私は思春期の自死完遂者や未遂者の経験はない。しかし，小児科医3年目に県外の大学病院に勤務し，学外の外来診療に出ている際，担当看護師の高校生の息子さんが自死された。お悔みに伺った時，「普段と変わらず，

何も心配していなかったのに突然・・・」と言われたことに強い印象を受けた。

島根県には「しまね分かち合いの会・虹～自死遺族のつどい～」があり，数年前，一般市民との交流部門に参加させていただいた。前述の印象を述べると，子どもを亡くされた遺族もおられたが，同様のことを述べられる方が多かった。

9月10日～16日は自死予防週間とされ，その謳い文句に，(1)周りの人の様子が「いつもと違う」と気付いたら，(2)「どうしたの?」「疲れていない?」と声をかけ，(3)その人の話をよく聴いてください，とある。注意する様子のポイントもあるが¹⁾，親が声掛けしても，多くは否定される²⁾。

Nobuo IZUMI

出雲市

連絡先：〒693-0021 島根県出雲市塩冶町909-3

出雲市

自死念慮を打ち明けるとすると相手は普通、友人であるが、友人も大変なストレス下におかれる。

American Academy of Pediatrics (米小児科学会; AAP) から自死と自死企図に関して CLINICAL REPORT が出ている³⁾。さらに AAP は American Foundation for Suicide Prevention (米国自死予防財団; AFSP) の協力のもと Blueprint for Youth Suicide Prevention (若者の自死予防のための青写真) を作成し⁴⁾、具体的な予防策を示した。「若者はしばしば自死念慮を心の内に秘め、しばしば保護者はそれに気付かない」とあり、スクリーニング検査をすべきで、その実施の適任はプライマリーケア (Primary Care; PC) 医と救急外来医としてある。

このスクリーニング検査について検討する。

I. 思春期における自死の現状

1. 全国の成人における自死の現状

2023年の厚労省と警察庁による2013年以降の報告によると⁵⁾、自死率 (人口10万人当たりの自死者数) が最も高いのは50歳代で2013年には29.0であったのが2020年の20.5まで漸減した後、増加に転じ2022年には23.4になった。他の年代も20歳代の2019年の16.7を最小に約10の幅内で概ね50歳代と同様の経過をたどる。

2. 全国の10歳代における自死の現状

10歳代の自死率は2013年の4.6からほぼ横ばいに推移し、2017年の5.0より微増傾向となり2020年の7.0から2022年の7.4へと高止まる。10~14歳と15歳~19歳に分けると、後者が7~8割を占める。10歳未満の自死は例年0~2人である。

厚労省の令和4年版自殺対策白書は近年の学生・生徒の自死者数の増加に鑑み、「学生・生徒等の自殺の分析」の節を設けている⁶⁾。2020年の

死因の構成割合 (男女計) を示しているが自死は10~14歳で28% (図より読み取り)、15~19歳で51%を占めそれぞれ第1位である。国際的にみると2019年の15~24歳の自死率は⁶⁾、経済協力開発機構 (OECD) 加盟国38か国中、男性は第9位、女性は第7位と高位である。

3. 島根県における10歳代の自死の現状

「島根県における自死の現状【全国との比較】」によると⁷⁾、2015年から2019年の5年間の15~19歳死亡率の平均は男子8.0、女子は7.3であり人口より、それぞれ5年間に7人と6人と推計できる。10~14歳のそれは男子0.9、女子0.8であり、5年間にそれぞれ1人の推計になる。全国の2017年の死亡率は15~19歳11.1と4.3、10歳~14歳のそれは2.1と1.6であり、島根県では15~19歳の女子は全国を上回る。

II. 10歳代の自死予防の

スクリーニング検査

1. 自殺総合対策大綱

2006年に自殺対策基本法が成立し、それに基づき自殺総合対策大綱が5年毎に見直し閣議決定されてきた。

2022年10月の新たな大綱では⁸⁾、重点項目に「子ども・若者の自殺対策の更なる推進・強化」が挙げられ、筆者は下記の点に注目した。

2. 1人1台の端末の活用

いじめ、不登校、自死リスク等の早期把握に向け、端末による「心の健康観察」の全国での実施を目指し、2024年度に6.4億円が計上される⁸⁾。

いじめと不登校の実施主体は確かに学校が良いが、「心の健康」や「自死リスク」のスクリーニングはPC (かかりつけ) 医が実施主体となるべきと考える。「心の健康」や「自死リスク」に問

題がある場合、PC 医が対応するか、どの段階で精神科医に紹介するかの判断は医師の役割である。

3. 全国統一したスクリーニング

スクリーニングとは、続いて更なる評価が必要な対象を短時間に検出する方法をいう。端末に入れる「心の健康」と「自死リスク」のスクリーニングツールは、全国統一したもの、さらには世界で多く使用されるものが良いと考える。結果を他地域、他国と比較することで、地域の特徴を捉え、対策を考えるのに役立たせることができる。

4. 米國小児科学会の青写真

「はじめに」で述べた AAP の青写真⁴⁾のセッションの1つである「臨床実践における自死リスクのスクリーニング」には⁹⁾、「抑うつ障害」と「自死リスク」について幾つかのツールキットが挙げられているが、前者としては PHQ-9A (Patient Health Questionnaire-9 Adolescent Version)、後者としては ASQ (Ask Suicide Screening

Questions) が代表的である。

スクリーニングは12歳以上の若者には全員検査、8～11歳には臨床的に適応がある場合、8歳未満は適応無しとしてある。思春期の状況は良く変化するので、検査は成人よりも多くするが、自死リスクなしの場合で、月に1回より少なく、年に1回より多く実施するとしてある⁹⁾。

5. PHQ-9A の邦訳

抑うつ障害の検査、PHQ-9A の筆者による邦訳を表1に示した。PHQ-9A は大うつ病性障害/うつ病 (Major Depressive Disorder ; MDD) や、全タイプの抑うつ障害だけでなく、他の精神疾患を検出する手掛かりとなる。

PHQ-9A には付随する“ここ1年間にほぼ毎日抑うつや悲しみを感じたか (たとえある事は調子良く感じたとしても) ?—はい いいえ”，などの問いもあるが、次項の ASQ を併用する時は省略される。

6. ASQ の邦訳

ASQ の邦訳は National Institute of Mental

表1 PHQ-9A (患者健康質問票—9 思春期版)

指示: あなたは、ここ2週間に、次に挙げる各症状にどれくらい思い悩みましたか?各症状につき、どれ程、感じたか最も当てはまる回答欄中に"X"を記入して下さい。(筆者邦訳)

スコア	ここ2週間の頻度	0 全くない	1 数日	2 >半数の日	3 毎日近く
1.	気重くなる、気落ちする、怒りっぽくなる or 絶望する?				
2.	物事に関心や喜びがなくなる?				
3.	よく眠れなくなる or 過眠になる?				
4.	食欲がなく体重が減る or 過食する?				
5.	疲れ感がある or 気力がなくなる?				
6.	自分が嫌になる、自分は失敗者と思う、or 自分や家族を劣らせたと思う?				
7.	学業、読むこと、or TV を見ることに集中できなくなる?				
8.	動きや話が、まわりが気付くほど遅くなる? 逆に、そわそわしているもより動き回る?				
9.	死んだ方がまし or 何らかの方法で自身を傷つけようという考え?				

- 抑うつ状態の重症度。合計スコア 0-4 ; なし、ないし軽微、 5-9 ; 軽度、10-14 ; 中等度、 15-19 ; 中度重症、 20-27 ; 重度
- うつ病/大うつ病性障害 (Major Depressive Disorder ; MDD)
 - ・ 問い 1 and/or 2 が “2” or “3” であり、 5 の問いで陽性であること (陽性とは問い 1-8 では “2” or “3” であり、問い 9 では “1”、“2”、or “3” であること。
 - ・ 合計スコアが ≥10 の場合、大うつ病性障害である可能性が高い。
- 全タイプの抑うつ障害 or 他の精神疾患 全ての問いにおける陽性回答はインタビューによるフォローをする (陽性の定義は前述と同様)。

表2 自死リスクのスクリーニングツール、ASQ の質問項目。

1. この数週間、あなたは死ねたらいいのにと思いましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. この数週間、あなたは自分や家族のために、死んだ方がましだと感じましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. この一週間、あなたは自死しようと考えていましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. あなたは今までに、自死しようとしたことはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ もし「はい」であれば、どのような方法で? それはいつ頃ですか?

もし患者が上記のうち一つでも「はい」と答えた場合は、より明確にするために以下の質問をしてください。

5. あなたは今、自死することを考えていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ もし「はい」であれば、詳しく教えてください。

邦訳 米國精神保健研究所(NIMH)⁹⁾ (一部および語尾を変更した)

手順:

- ・ 患者が1～4の全質問に「いいえ」と答えた場合は、スクリーニングは完了で、介入は必要なし。(※備考: 臨床判断を優先できる。)
- ・ 患者が1～4の質問のうち一つでも「はい」と答えた場合、もしくは回答を拒否した場合は、陽性と判断する。より明確にするために質問5を尋ねる。
 - 質問5が「はい」の場合。差し迫った危険性がある。安全性を評価するまで帰宅させない。患者から目を離さず、部屋から全ての危険物を取り除き、関係スタッフに注意を喚起する。
 - 質問5が「いいえ」の場合。メンタルヘルスの完全評価が必要か簡潔な安全性評価をし、安全性が評価されるまで帰宅させない。関係スタッフに注意を喚起する。

Health (米国精神保健研究所; NIMH) より出ている⁹⁾。これを表2に示した。自死に関し実に単刀直入に問うてあり、これが良いとされる⁹⁾ (ただし, US Preventive Services Task Force は結論を保留している)¹⁰⁾。

手順にある「安全性の評価」や、更に「自死の危険度をより深く評価する「Brief Suicide Safety Assessment; 簡潔自死安全性評価」や「Columbia Suicide Severity Rating Scale(C-SSRS); コロンビア自死重症度評価スケール」は⁹⁾, (特に小児) 精神科医が行うのが好ましい。

III. PHQ-9A と ASQ の実施

1. 自死完遂直前の受診歴・入院歴

自死児の多くが完遂の数か月以内に医療機関を利用することが知られている。オハイオ州の2010年から2017年間の5歳~21歳(大多数は15~19歳)の自死者120人と釣り合った対照群1,200人の6か月以内の医療機関利用の比較を表3に引用した¹¹⁾。

当論文には1か月以内の状況も示してあり、自死完遂者と対照群で全機関の利用は48%対36%、

表3 オハイオ州における2010年~2017年の5~21歳
※の自死者120人の自死完遂前
6か月以内の医療機関との関わりの割合(%)の
釣り合った対照群1200人との比較。

	自死完遂者	対照群	オッズ比
全機関・下記のいずれか	90%	69%	4.28
外来受診	76%	63%	1.95
救急外来受診	56	30	3.10
入院	18	4.7	5.01
身体関連機関・いずれか	78%	63%	2.28
外来受診	63%	54%	1.45
救急外来受診	51	29	2.63
入院	6.7	3.3	2.22
精神関連機関・いずれか	50%	31%	2.31
外来受診	48%	30%	2.16
救急外来受診	14	3.1	5.32
入院	13	1.7	9.08

(Ruchら¹¹⁾より抜粋。一部改変。)

※ 大多数は15~19歳。平均年齢15.4±3.6歳。

(1) 精神健康状態に関する診断を受けていたのは自死完遂者59%(対照群31%)で、通常はさらに多いとされ、未診断者がかなりいる。

身体関連機関で33%対27%, 精神関連機関は28%対17%である。外来受診等の両群のオッズ比は半年時と似ている。自死者の医療機関利用の半数(48%/90%)は完遂前の一か月以内に利用している。過半数(78%対50%)が一般機関を利用している。PC医へは通常、自死や精神の問題とは関係のない主訴で受診しており、診察で自死リスク児を検出することは困難とされ、検出には適切なツールを用いる必要がある。

2. PHQ-9Aのみでは不十分か?

米国では、まずPHQ-9Aがよく使用された。抑うつ状態、MDDは一般診療では検出し難く、それが長期化すると成人してから重症化する恐れがある。また、検査陽性は自死とも関連が深く、自死リスク児も検出できるとの意見も出た。

NIMHのHorowitzらはこの意見をPHQ-9AとASQ and /orその他の自死リスク検出ツールを併用することで確認した¹²⁾。対象は10~21歳の小児科入院患者600人で、PHQ-9A陽性者は111人(18.5%), 自死リスク陽性は、81人(13.5%)いたが、26人(4.3%)は両者の重なりがなかった。自死者の20~60%は完遂時点で臨床的に有意な抑うつ症状は認めないとも言われる¹²⁾。臨床ではPHQ-9AとASQの両者を実施する必要がある。

3. 救急外来ではASQを行う。

ASQは2012年に米国でNIMH等多施設の共同研究から発表された¹³⁾。30項目からなるSIQ(Suicide Ideation Questionnaire; 自死念慮質問票)から17項目を抽出し、10~21歳の救急外来受診者に質問をした。内科/外科系の訴えで受診の344人中4%が陽性、精神症状を訴え受診した180人中47%が陽性であった。さらに、より少数項目で上記17項目の場合に近似する結果が得られるか統計学的検討し、4項目のASQができた。

その感度は96.9%，陰性的中率は99.7%と高い。

4. PC 医における検査結果

オハイオ州の12のPC医で抑うつ状態や自傷歴が知られていない12歳以上の思春期803人についてPHQ-9AとASQを実施した¹⁴⁾。結果はMDD以外の抑うつ陽性(表1の脚注2を参照)258人32%，MDD198人25%(重症MDDは48人6.0%)であった。

ASQ陽性は169人21%で，緊急性を示す追加質問陽性は6人いた。14人(8.3%)はMDDはなしでASQ陽性であった(MDDであるがASQ陰性43人，MDD陽性かつASQ陽性155人)¹⁴⁾。

PHQ-9A，ASQともに陽性者が多数いることはPC医の役割の重要性を示すと共に，対応の難しさを示す。

5. こころの連携指導料

2020年よりPC医と精神科，心療内科との連携

を評価した連携指導料，月1回350点を，1年間を限度として算定できる。検査陽性児を紹介時に使用できるが，多数の陽性児を全て紹介するわけにはいかない。軽症児を自身で診るには，算定条件に「自殺対策等に関する適切な研修を受けていること」とある。成人とは別に小児精神科医による講習を県主催で設けて頂きたい。

おわりに

自死完遂者と企図・未然者は紙一重の差にある。追い詰められ，視野狭窄に陥り，「死にたい」と「生きたい」との間で葛藤し¹⁵⁾，衝動性を伴う等で行為に及ぶのであろう。完遂に至るのは一部で，完遂者の予知はできない。

COI：開示すべき事項はありません。

文 献

- 1) American Academy of Pediatrics(AAP), American Foundation for Suicide Prevention(AFSP): Suicide prevention: a resource for parents and caregivers: <https://downloads.aap.org/AAP/PDF/23-0068-Suicide%Prevention%20Brochure-Parents-FINAL%20Digital.pdf> (2023年9月現在)
- 2) Jones JD et al: Parent-adolescent agreement about adolescents' suicidal thoughts: *Pediatrics*, 143(2): e 20181771, 2019
- 3) Shain B, COMMITTEE ON ADOLESCENCE: Suicide and suicide attempts in adolescents: *Pediatrics*, 138(1): e 20161420, 2016
- 4) AAP: Suicide: Blueprint for youth suicide prevention: <https://www.aap.org/en/patient/-care/blueprint-for-youth-suicide-prevention/> (last updated 2022年2月，一部2023年2月)
- 5) 厚生労働省，警察庁：令和4年中における自殺の状況：https://www.mhlw.go.jp/content/R4_kakutei 01.pdf (2023年9月現在)
- 6) 厚生労働省：令和4年版自殺対策白書，第2章第3節，学生・生徒等の自殺の分析：https://www.mhlw.go.jp/content/r4_h-2-3.pdf (2023年9月現在)
- 7) 島根県障がい福祉課：島根県における自死の現状【全国との比較】：https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/fukushi/jisintaisaku-joho-c/index.data/2023-4_hikaku.pdf (2023年9月現在)
- 8) 厚生労働省：自殺対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～：https://www.mhlw.go.jp/stf/taikou-r_41014.html (2023年9月現在)
- 9) AAP: Screening for suicide risk in clinical practice: <https://www.aap.org/en/patient-care/blueprint-for-youth-suicide-prevention/strategies-for-clinical-settings-for-youth-suicide-prevention/screening-risk-in-clinical-practice/> (last updated 2023年2月)
- 10) Mangione CM et al ;US Preventive Services Task Force: Screening for depression and suicide risk in

- children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement: JAMA, 328: 1534-1542, 2022
- 11) Ruch DA et al: Health services use by children in the welfare system who died by suicide: Pediatrics, 147(4): e 2020011585, 2021
- 12) Horowitz LM et al: Screening pediatric medical patients for suicide risk: is depression screening enough? : J Adolesc Health, 68: 1183-1188, 2021
- 13) Horowitz LM et al: Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department: Arch Pediatr Adolesc Med, 166: 1170-1176, 2012
- 14) Kemper AR et al: Depression and suicide-risk screening results in pediatric primary care: Pediatrics, 148(1): e 2021049999, 2021
- 15) 高橋祥友: 第1章自殺という死, 自殺予防, 岩波新書, 岩波書店, 2006, 1-66