



調査に直接何らかのかたちで直接関わっている者は 19 名 (15.3%)、直接は関わっていない者は 42 名 (33.9%)、全く関わっていない者は 63 名 (50.8%) であった。

## 2. 実際に調査に関わっている対象の結果

### (1) 実際に調査に関わっている対象の内訳

調査票の記入や尺度の施行等で実際に調査に関わっている職員は 19 名 (男性 9 名、女性 10 名；平均年齢 42.3 ± 13.2 歳) であった。職種の内訳は、医師 5 名 (26.3%)、看護職 9 名 (47.4%)、ソーシャルワーカー 3 名 (15.8%)、および心理 2 名 (10.5%) であった。

### (2) 実際に調査に関わっている対象の本事業に対する認識と参加状況

本事業が病院で実施されていることおよび「入院患者の満足度と入院治療の内容との関連を明らかにすることにより、今後の入院治療を改善していくことを可能にする」ことを目的として本事業が実施されていることは、19 名全員が知っていた。

この事業に関するミーティング等に参加したことがある者は 13 名 (68.4%) であり、参加したことがなかった者は 6 名 (31.6%) であった。

調査項目の具体的な内容については、(ほぼ) 全てを知っている者は 8 名 (42.1%)、一部の内容は知っているが全体像はわからない者は 11 名 (57.9%) であり、全く知らない者はいなかった。

### (3) 実際に調査に関わっている対象の調査項目に対する見解

今回の調査項目で実施が比較的負担にならないと感じたものとして、隔離室の使用時間調査票と拘束の使用時間調査票をあげていた者がそれぞれ 4 名、3 名が患者基本調査票をあげていた者が 3

名、患者満足度調査票をあげていた者が2名、病識調査票をあげていた者が1名であった。

これとは逆に、今回の調査項目で日々の業務と平行して実施することが困難であると感じたものとして、退院後追跡調査票をあげていた者が2名、(精神)症状調査票、QOL調査票、隔離室の使用時間調査票、拘束の使用時間調査票、および患者基本調査票をあげていた者がそれぞれ1名であった。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

アルコール依存症の治療システムに関する研究

分担研究者 白倉 克之 国立療養所久里浜病院

研究要旨 本研究の目的はアルコール依存症の専門治療の再評価により、以下の4点を明らかにすることにある。1) 我が国のアルコール依存症専門治療施設に入院するアルコール依存症患者の臨床・心理特性を明らかにする。2) 我が国のアルコール依存症専門治療施設における標準的な治療転帰を明らかにする。3) 治療転帰に影響を与える要因を明らかにする。4) さらに、可能であればいかなる臨床特性を持った患者に、いかなる治療プログラムが適切であるかを明らかにする。今年度は、昨年度から続いているデータ収集を継続するとともに、既に集められたデータの予備解析を行なった。平成11年末までに、臨床特性調査の終了した症例数は340例、退院後3ヶ月および1年転帰調査が終了している症例は、それぞれ261例、150例であった。また、これらの症例の完全断酒率は、それぞれ57%、41%であった。転帰に影響している要因として、特に3ヶ月では、年齢の高いこと、外来で自助グループに参加していること、抗酒薬を服用していることなどが同定された。1年転帰の追跡率は44%と低いため、詳細な解析は次年度に譲った。当初掲げた目的の多くは次年度に明らかになることが期待される。

A. 研究目的

アルコール依存症の治療は困難を極める。専門治療施設でさえも、その治療成績は悪く、退院後1年間断酒を継続できるのは、30%に満たないといわれている。アルコール依存症の治療に携わる医師等には、従来の心理・社会的アプローチには限界があるのではないかと考える者も多い。この低い治療成績を向上させるべく、多くの新しい試みがなされている。近年、米国や欧州で導入されている、ナルトレキソン、アカンプロセイトといった依存症の治療薬はその努力の一端である。従来から我が国で使われている抗酒薬は、飲酒後のフラッシング反応のために患者が飲酒を回避することを利用して来た。これに対し、欧米で使われている薬剤は飲酒欲求そのものに影響を与えるとされ、実際その効果も確認されている。しかし、残念ながらこれらの薬剤が我が国に導入される可能性は非常に少ない。

このような背景から、我々は既存の治療プログラムをより効率的に活用するための再評価を試みた。アルコール依存症の専門治療を行なっている10施設が参加した今回の研究は以下のような構成になっている。1) 男性入院患者の臨床的特性を評価する。

2) 彼らが受けた入院治療プログラムを評価する。

3) 退院後の治療プログラムを評価する。4) 治療転帰を調べる。

これらの調査から以下の4点を明らかにすることが本研究の目的である。1) 我が国のアルコール依存症専門治療施設に入院するアルコール依存症患者の臨床・心理特性を明らかにする。2) 我が国のアルコール依存症専門治療施設における標準的な治療転帰を明らかにする。3) 治療転帰に影響を与える要因を明らかにする。4) さらに、可能であればいかなる臨床特性を持った患者に、いかなる治療プログラムが適切であるかを明らかにする。

B. 研究方法

1. 研究参加施設

以下の10のアルコール依存症専門治療施設である。カッコ内は、研究協力者、施設の略称、所在地である。

1) 旭山病院（山家 研司、旭山、北海道）

2) 若宮病院（鈴木 庸史、若宮、山形県）

3) 東北会病院（石川 達、東北会、宮城県）

4) 県立高松病院（長谷川 充、高松、石川県）

- 5) 赤城高原ホスピタル (村山 昌暢、赤城、群馬県)
- 6) 駒木野病院 (吉野 相英、駒木野、東京都)
- 7) 国立療養所久里浜病院 (樋口 進、久里浜、神奈川県)
- 8) 服部病院 (山名 純一、服部、静岡県)
- 9) 三重県立こころの医療センター (猪野 亜朗、高茶屋、三重県)
- 10) 国立肥前療養所 (村上 優、肥前、佐賀県)

## 2. 対象者

これらの施設に入院治療した男性アルコール依存症者が本研究の対象である。以下に述べる調査票の1) - 3) の記入を終えて、解析のために国立久里浜病院の樋口に各施設から送付されてきた調査票は、平成11年末現在で、表1のように340症例であった。

## 3. 調査票

1) Temperament and Character Inventory (TCI) 性格傾向を評価するための240項目にわたる質問票 (自記式)

2) Addiction Severity Index (ASI) 日本語版

依存の重症度を評価するための8ページからなる質問票 (面接聞き取り)

3) 診断と治療経過調査票

対象者の診断、彼らが受けた入院治療プログラム、治療経過等に関する質問票 (主治医記入)

4) 退院後の治療と転帰調査票

退院後の治療や飲酒状況、健康状態、社会生活状況等に関する質問票 (主として主治医が記入)

## 4. 研究手順

1) 対象者に対して、入院後1ヵ月を過ぎて、精神的、身体的に安定した段階で、TCI、ASIを施行。この際、これらのテストを施行するのが困難であると判断される者 (例えば、アルコールその他による認知障害を有する者や、

精神障害を合併している者) は除外した。

- 2) 退院直後に主治医が診断と治療経過調査票を記入。
- 3) 退院後3ヵ月および1年を経過した時点で、退院後の治療と転帰調査票 (それぞれ3ヶ月転帰用と1年転帰用) を主治医またはそれに変わる者が記入。
- 4) 記入された調査票は、少しずつ国立久里浜病院の樋口に郵送され計算機に入力される。
- 5) 計算機への入力は、2通り行なっている。1つはすべての変数をコード化して東京大学の大規模計算機に入力する。もう1つは、TCI や ASI 以外の主な変数をコード化し、パソコン用の Statistical Analysis System に入力し計算するものである。今回の研究報告書は後者のデータセットの解析で作製した。

## C. 結果および考察

### 1. 調査の進捗状況

表1は、平成11年末までに記入された調査票 (調査票の1-3) が送付されてきた症例数を示している。その数は340症例であった。記入の途中ない

表1. 各施設毎の調査対象者、退院後3ヶ月転帰・1年転帰調査終了者数\*

施設名	調査票送付数	3ヶ月転帰調査終了者	1年転帰調査終了者
旭山	15	15(100%)	0(0%)
若宮	48	31(65%)	11(23%)
東北会	19	0(0%)	0(0%)
高松	22	22(100%)	14(64%)
赤城	13	5(38%)	3(23%)
駒木野	55	41(75%)	29(53%)
久里浜	91	71(78%)	47(52%)
服部	0	0	0
三重	54	51(94%)	41(76%)
肥前	23	22(96%)	0(0%)
合計	340	261(77%)	150(44%)

\*カッコ内の数字は調査票送付数に対する割合。

し記入は終わっているが、送付されてきていない症例数を合わせると、調査にエントリーされている数

は400症例をこえるものと思われる。このうち、退院後3ヶ月の転帰調査を終了している症例が、261(77%)、1年の調査を終了している症例が、150(44%)であった。

## 2. 対象症例の特徴

対象症例の特徴を表2にまとめた。平均年齢やいわゆるアルコール精神病の既往をもつ症例の割合などをみると、今回の対象例が我が国のアルコール依存症専門治療施設に入院する症例としては、ごく標準的であると思われる。また、Index入院が、初回である症例が50%を超えていた。

表2. 対象症例の臨床的特徴

臨床的特徴	割合
性別	
男性	100%
平均年齢	50.2 ± 10.3歳
入院回数	
初回	55.8%
2回以上	44.2%
DSM-診断IV診断	
アルコール依存	99.7%
アルコール乱用	0.3%
一過性の幻覚または錯覚の既往	15.3%
けいれん発作の既往	10.3%
アルコール離脱せん妄の既往	29.1%
アルコール幻覚症の既往	8.5%

## 3. 退院後の転帰

退院後3ヶ月の追跡率は77%、1年後の追跡率は、44%であった。追跡方法は、本人との直接面接や電話連絡、家族やその他の知人からの聞き取りなど様々であった。3ヶ月転帰の確認できた261症例のうち、本人から情報を得た症例は225例(86%)、1年転帰の確認できた150症例では、110症例(73%)であった。

転帰の「良」、「不良」は、単純に追跡期間に、完全断酒していたか否かで判定した。完全断酒群は、3ヶ月転帰では、149例(57%)、1年転帰では、62症例(41%)であった。追跡できなかった症例の中には、追跡が不可能であった症例と未だ

追跡していない症例が混在している。従来より、追跡不能症例の飲酒予後は悪いといわれている。従って、全症例が追跡されたなら、いずれの時点での断酒率も今回の数値より下がると推定される。次年度にはすべての症例の追跡が終了しているので、結果はより信頼性の高いものとなる。

## 4. 3ヶ月治療転帰に影響する要因

退院後3ヶ月の転帰に影響する要因を検討するために、断酒群と飲酒群の2群間でこれらの要因の平均値や出現頻度を比較した(表3)。要因の中で今回は特に治療プログラムに焦点を当てた。年齢は、昨年度の解析でも断酒群の平均年齢が飲酒群のそれ

表3. 退院後3ヶ月治療転帰に影響する要因\*

要因	断酒群 (N=149)	飲酒群 (N=112)	有意差 P
年齢	51.6歳	48.2歳	0.012
入院			
治療完結率	92.6%	89.3%	0.356
治療プログラムの種類数	7.6	7.5	0.676
治療プログラムへの参加数	73.1	69.6	0.460
外来			
治療プログラムへの参加数	10.2	9.6	0.819
自助グループへの参加数	14.5	5.9	0.012
抗酒剤の服用回数	64.0 (N=110)	45.3 (N=76)	0.001

\*表中の数字で%は割合、%のない数字は平均値。

より有意に高かったので、今年度も改めて検討したが、昨年度と同じ結果が得られた。

検討した入院治療プログラムは以下の通りである。

- 1) 大集団ミーティング、2) 小集団ミーティング、3) アルコール教育、4) 家族治療プログラム、5) 個人精神療法、6) 断酒会への参加、7) AAへの参加、8) 行軍およびそれに類するもの、9) 抗酒薬の使用、10) 内観療法、11) サイコドラマ、12) 入院・退院者合同ミーティング、13) ロールプレイ、14) SST、15) 座禅、16) 自律訓練、17)

インターベンション、18) その他の入院治療プログラムである。表中、種類数とは、これらのプログラムのうち入院中に何種類に参加したか、参加数とは、これらのプログラムに延べ何回参加したかを示している。表のように、3ヶ月転帰に治療の完結や参加したプログラムは関係ないように見える。

入院と同様に外来治療で今回評価したのは、1) 通院精神療法、2) 外来集団ミーティング、3) デイケア、4) ナイトケア、5) その他の外来治療プログラムである。3ヶ月転帰でみると、これらの外来治療プログラムに何回参加したかよりもむしろ、自助グループに参加した回数や、抗酒剤をより多く服用した方が転帰に影響しているようである。ただし、これらの統計では質を考慮に入れていないため、今後さらに詳細な解析が必要であることは言うまでもない。

表4. 退院後1年の治療転帰に影響する要因\*

要因	断酒群 (N=62)	飲酒群 (N=88)	有意差 P
年齢	51.8歳	49.6歳	0.190
入院			
治療完結率	95.1%	90.0%	0.242
治療プログラムの種類数	7.7	7.6	0.692
治療プログラムへの参加数	72.2	70.7	0.820
外来			
治療プログラムへの参加数	39.2	27.0	0.193
自助グループへの参加数	40.5	19.8	0.123

\*表中の数字で%は割合、%のない数字は平均値。

3ヶ月転帰と同様な検討を、1年後の転帰についても行なった(表4)。しかし、表のように有意に差の認められる項目はなかった。追跡可能であった症例が全体の44%であったことなどを考慮すると、この結果には様々な要因が関与している可能性が大きい。従って、今年度はあくまでも参考程度に考え、結論は来年度の解析に委ねた方がよい。

#### D. 結果の今後の活用・提供

現時点では研究が完結していないので、不十分な情報しか提供できない。しかし、来年度調査の完結とその解析により以下の点が明らかになり、臨床に活用されることが予想される。

1. 我が国のアルコール依存症専門治療施設に入院している症例の心理特性も含めた臨床特性を明らかにできる。
  2. これらの施設で治療を受けた症例の治療転帰、および転帰に関係する要因を明らかにできる。
  3. さらに、症例の臨床特性と治療効果の関係から、症例と治療のマッチングできる可能性がある。
- これらの点を明らかにすることにより、アルコール依存症の治療効率を向上することに寄与できると考えられる。

#### E. 研究の実施経過

調査とその集計を来年度にかけて継続していく。次年度の9月末で調査をすべて終了する。その時点で、エントリーしてある症例は400例を超えるものと思われる。その後にはデータの解析を行う予定である。

#### F. 学会・論文報告

研究が完結していないため、発表はまだできない。

## 睡眠障害医療の拠点に関する研究

分担研究者 大川匡子 国立精神・神経センター精神保健研究所生理部 部長

研究協力者 金 圭子、内山 真、劉 賢臣、渋井佳代  
国立精神・神経センター精神保健研究所生理部

荻原隆二 財団法人 健康・体力づくり事業財団

### 研究要旨

日本全国の居住者を対象に疫学調査を行い、一般住民における心身の訴えの頻度を把握し、その性および年齢との関係、そして、心身の訴えが不眠に与える影響を明らかにした。

住民基本台帳より層化無作為抽出した日本国内に居住する満 20 歳以上の男性・女性 4000 名を対象とした。調査は平成 9 年 2～3 月に行われた。調査方法は 16 項目の心身の訴えに関する質問（背中や腰が痛む、肩や首筋がこる、食欲がない・胃のぐあいが悪い、動悸・息切れ、体重減少、頭痛、めまい、物事に集中できない、疲れやすい、退屈している、くよくよする、イライラする、気持ちにゆとりがない、さびしい、何もする気がしない、健康のことが気になる）と 3 項目の睡眠に関する質問（入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒）を含めたもので 59 項目の質問項目よりなる質問紙を用い、調査員による戸別面接調査を行った。有効回収数は 3030 名、有効回収率は 75.8%であった。なお、この調査は財団法人健康体力づくり事業財団により行われたものである。全体で 78.6%の人に心身の訴えがあった。最も頻度の高い心身の訴えは、肩や首筋がこる（45.3%）、背中や腰が痛む（35.1%）、疲れやすい（31.4%）であった。心身の訴えは青年（20～39 歳）と女性において有意に多かった。入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒のうち、1 つでも肯定した場合を不眠とした。不眠の頻度は、心身の訴えがある場合は 24.1%であったのに対し、心身の訴えがない場合は 10.9%であった。心身の訴えの数が多くなると不眠の頻度は有意に高くなった。（ $p < 0.01$ ）多変量ロジスティック解析の結果、不眠と有意に関係のあった心身の訴えは、背中や腰が痛む、食欲がない・胃のぐあいが悪い、体重減少、頭痛、疲れやすい、くよくよする、イライラする、何もする気がしないの 8 項目であった。今回の調査から国民の約 8 割が何らかの心身の問題で悩まされていることがわかった。心身の訴えと不眠は深く関係していた。

## 研究目的

不眠は、一般人口においてよくみられる訴えである。Bixler ら(1979)は、ロサンジェルス市内の一般住民 1000 人を対象に調査を行い、42.5%に不眠が認められたことを報告した(1)。Mellinger ら(1985)は、アメリカ全土で調査を行い、一年間で 35%の成人に不眠があったと報告した(2)。1989年にアメリカで行われた Epidemiologic Catchment Area (ECA)調査では、10.2%の人が不眠を訴えていた(3)。Ohayon (1996)によるフランスでの調査からは、睡眠に満足していなかったり、睡眠障害のため治療を受けていると答えた人が 20.1%みられた(4)。

心身に関する訴えもまた、多くみられる問題である。Hammond (1964)は、アメリカの住民 1,064,004 人を対象に約 26 種類の身体に関する訴えを調査したところ、0.4~56.2%の範囲で訴えがみとめられた(5)。Escobar ら(1987)は、一般人口の約 4%に心身による問題があることを報告した(6)。ECA 調査に基づく報告によると、心身に関して何らかの訴えがあると答えた人は 10%以上に及んだ(7)。

不眠患者では、抑うつ症状や様々な身体的問題が数多くみられるだけでなく、身体症状に対する不安が高く、精神的ストレスに弱いとの調査結果がある(2)。不眠症状は、抑うつ症状や心因性の身体症状と密接な関係にあるといわれている(8)。日本の勤労者を対象とした調査では、睡眠の習慣に問題がある場合で、心身の訴えが有意に増えて

いると報告されている(9)。しかし、一般住民を対象とした、心身の訴えと不眠に関する系統的調査はみられない。

今回、我々は、日本全国の居住者を対象に疫学調査を行った。そして、一般住民における心身の訴えの頻度を把握し、その性および年齢との関係、そして、心身の訴えが不眠に与える影響を明らかにした。

## 研究方法

表1  
調査対象の特徴

	サンプル (%) 一般人口 (%)		
性	男性	48.9	48.4
	女性	51.1	51.6
年齢	20-29	15.3	19.5
	30-39	17.3	16.1
	40-49	22.6	20.2
	50-59	19.6	17.0
	60-69	16.4	14.5
	>70	8.8	12.7
	総数	3,030	97,932,000

住民基本台帳より層化無作為抽出した日本国内に居住する満 20 歳以上の男性・女性 4000 名を対象とした。調査の時期は平成 9 年 2~3 月で、調査方法は人口統計データと健康状況、健康指向、生活習慣、睡眠などの項目を含めた合計 59 項目からなる質問紙を用い、調査員による戸別面接調査を行った。有効回収数は 3030 名、有効回収率は 75.8%であった。なお、この調査は財団法人健康体力づくり事業財団により



行われたものである。この中から睡眠障害および心身の訴えに関する項目を抽出し独自に分析を行った。尚、今回のサンプルは、表 1 に示す様に、日本の人口構成に性・年齢についてほぼ一致しており、日本の一般人口を代表するものと考えてよいものと考えられた (表 1)。

心身の訴えに関する項目は、16項目で以下の通りである。それぞれの訴えに関し、“はい”または“いいえ”で回答してもらった。

- ① 背中や腰が痛む
- ② 肩や首筋がこる
- ③ 食欲がない・胃のがぐあいが悪い
- ④ 動悸・息切れ
- ⑤ 体重が減っている
- ⑥ 頭が痛いか病んだりする
- ⑦ めまいがする
- ⑧ 物事に集中できない
- ⑨ 疲れやすい
- ⑩ 退屈している
- ⑪ くよくよする
- ⑫ イライラする
- ⑬ 気持ちにゆとりがない
- ⑭ さびしい
- ⑮ 何もする気がない
- ⑯ 健康のことが気になる

睡眠に関する質問は、以下の 3 項目で、過去 1 ヶ月間について質問をした。

- ① 夜、眠りにつきにくいことはありますか。(入眠困難)
- ② 夜、いったん眠ってから眼が覚めます

か。(中途覚醒)

- ③ 朝早く眼が覚めてしまい、もう一度眠ることが困難なことはありますか。(早朝覚醒)

それぞれの質問に対して、“全くない”、“めったにない”、“時々ある”、“しばしばある”、“常にある”の 5 つの答えのうち 1 つだけを選ぶこととした。“しばしばある”、“常にある”と答えた場合、質問を肯定したものとした。3 つの睡眠障害に関する質問のうち 1 つでも肯定した場合は、不眠ありとした。

社会人口統計学的データは、以下の 5 項目である。

- ① 性
- ② 年齢 (青年：20-30 代/中年：40-50 代/老年：60 代以上)
- ③ 婚姻暦 (既婚/未婚)
- ④ 学歴 (大学・短大・専門学校卒以上/高卒以下)
- ⑤ 職業 (有り/無し)

各心身の訴えの性差、年齢差に関しては、 $\chi^2$ 検定を行い分析した。

従属変数を不眠とし、各心身の訴えおよび社会人口統計学データを独立変数としてロジスティック回帰分析を行い、不眠に影響する要因の影響を評価した。単変量分析を行った後、多変量分析を行った。多変量分析に関しては、まず、人口統計学的データと各心身の訴えに関して多変量調整を行った。次に、人口統計学的データと

全ての心身の訴え合わせた多変量調整を行った。統計解析には、SPSS (Windows 95) を使用した。

## 研究結果

### 心身の訴えの頻度

心身の訴えの頻度は、全体で 78.6%であった(95% 信頼区間: 77.1-80.0%)。男性は 80.4%、女性は 76.7%で、心身の訴えの頻度は女性に有意に高かった ( $\chi^2= 6.40$ ,  $p< 0.01$ )。

表 2 に、全体および性・年齢別による心身の訴えの頻度を表した。“肩や首筋がこる” (45.3%)、“背中や腰が痛む” (35.1%)、“疲れやすい” (31.4%) の 3 項目の身体に関する訴えが高い頻度でみられた。

“肩や首筋がこる”、“頭が痛いか病んだりする”、“めまいがする”、“疲れやすい”、“くよくよする”、“イライラする”といった訴えは女性で有意に高かった( $p< 0.01$ )。

男性では、“背中や腰が痛む”、“肩や首筋がこる”などの訴えが中年で多くみられ、“食欲がない・胃のがぐあいが悪い”、“頭が痛いか病んだりする”などの訴えは青年で多くみられた。

女性では、“肩や首筋がこる”、“頭が痛いか病んだりする”、“物事に集中できない”、“疲れやすい”などの訴えが青年および中年で多くみられた。“食欲がない・胃のがぐあいが悪い”、“めまいがする”などの訴えは青年で頻度が高かった。

表2  
性・年齢別による心身の訴えの頻度

	%全体 (n=3,030)	%男性 (n=1,482)			%女性 (n=1,548)			
		20-39歳	40-59歳	>60歳	20-39歳	40-59歳	>60歳	
<b>身体的症状</b>								
背中や腰が痛む	35.1	33.3	37.7	29.9	* b	34.8	35.6	37.9
肩や首筋がこる	45.3 ** a	35.7	45.7	34.8	** b	50.8	56.8	40.3 ** b
食欲がない、胃の具合が悪い	11.3	16.1	11.1	7.2	** b	13.7	10.5	8.3 * b
動悸・息切れ	7.4	4.6	7.4	10.0	** b	5.3	7.5	10.9 ** b
体重が減っている	2.4	2.4	1.9	4.1		1.9	1.6	3.5
頭が痛い	11.9 ** a	10.4	7.5	5.9	* b	18.8	17.5	8.5 ** b
めまいがする	6.7 ** a	4.4	6.0	3.6		10.9	7.3	6.7 * b
集中できない	7.7	9.9	7.2	6.4		7.3	9.7	4.5 ** b
疲れやすい	31.4 ** a	31.1	32.0	21.7	** b	37.8	36.9	23.5 ** b
<b>心理的症状</b>								
退屈している	5.3	7.3	4.2	7.2	* b	8.1	2.8	2.9 ** b
くよくよする	5.9 ** a	4.8	3.9	3.8		10.3	6.2	5.6 ** b
イライラする	20.1 ** a	24.7	18.8	6.9	** b	37.0	19.7	7.2 ** b
気持ちにゆとりがない	16.7	22.2	17.3	5.4	** b	24.8	18.6	5.9 ** b
さびしい	3.7	4.2	2.8	2.8		6.4	3.0	2.7 ** b
何もする気がしない	4.1	5.1	2.2	3.8	* b	6.4	2.8	1.3 ** b
健康のことが気になる	3.2	2.9	4.1	4.9		1.1	1.1	4.0 * b

Note: \*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

a: 性における有意差

b: 年齢群における有意差

男女ともに、“動悸・息切れ”の訴えは老年で有意に多くみられた。また、“体重が減っている”という訴えも老年で多くみられた。

心理的症状の訴えは、青年でより高い頻度でみられた。“健康のことが気になる”という訴えのみ老年で多くみられた。

### 心身の訴えと不眠の関係

全体での不眠の頻度は21.4%である。不眠は、心身の訴えがない場合(10.9%)に比べ、心身の訴えがある場合(24.1%)で、有意に高い頻度でみられた( $\chi^2=53.1, p<0.01$ )。

表3  
心身の訴えの数と不眠との関係

総数	不眠 (%)	Adjusted <sup>a</sup>	
		OR	95%CI
0	10.9	1	
1	15.7	1.6	1.1-2.2**
2	20.3	2.3	1.6-3.1**
≥3	31.5	4.6	3.4-6.1**

Note: OR, オッズ比; CI, 信頼区間  
\*\*:  $p<0.01$

a: 社会人口統計学的データと心身の訴えの数? 多変量調整

心身の訴えの数が増えるにしたがい、不眠の頻度は有意に高くなった(表3)。社会人口統計学的データを調整し多変量分析を行うと、心身の訴えの数が増えるにつれ不眠の頻度は有意に高くなった。

表4に、心身の訴えと不眠の関係に関するロジスティック回帰分析の結果をしめした。単変量分析の結果、“健康のことが気になる”を除いた全ての心身の訴えがある場合で、有意に不眠が多くなることがわかった。社会人口統計学的データを調整し多変量分析を行ったあとも同様の結果であった。

社会人口統計学的データおよび全ての心身の訴えを多変量調整した結果、老年、無職、“背中や腰が痛む”、“食欲がない・胃のぐあいが悪い”、“体重が減っている”、“頭が痛いか病んだりする”、“疲れやすい”、“くよくよする”、“イライラする”、“何もする気がない”で有意に不眠の頻度が高かった。特に老年(OR: 2.4)、“体重が減っている”(OR: 2.0)、“何もする気がない”(OR: 1.8)で、高いオッズ比がみられた。

### 考察

本調査は、日本ではじめて全国の一般住民を対象として行われた心身の訴えに関する疫学調査である。全体で78.6%の人が心身の訴えを持っており、国民の多くが心身の問題を抱えていることが示されている。心身の訴えは、女性においてより多くみられ、この結果は、これまでの報告と同様のものであった(5,6,7,12,13,14)。

Wool は、不快感の共感には性差があり、病気への関心、身体的症状を伴う精神疾患の頻度、身体の変化に対する感覚の男女の本質的相違、人間関係の対処の相違といった点が、心身の訴えに性差が生じる理由であることを説明している(15)。

表4  
心身の訴えと不眠の関係

	% 不眠	a				b	
		Crude OR	95%CI	Adjusted OR	95%CI	Adjusted OR	95%CI
<b>身体的症状</b>							
背中や腰が痛む	26.6	1.6	1.3-1.9 **	1.6	1.4-2.0 **	1.4	1.1-1.7 **
肩や首筋がこる	23.5	1.3	1.1-1.5 **	1.3	1.1-1.6 **		
食欲がない、胃の曇	35.3	2.2	1.8-2.9 **	2.5	1.9-3.2 **	1.7	1.3-2.2 **
動悸・息切れ	37.1	2.4	1.8-3.1 **	2.2	1.6-2.9 **		
体重が減っている	41.7	2.7	1.7-4.4 **	2.6	1.6-4.2 **	2.0	1.2-3.3 **
頭が痛い	34.8	2.2	1.7-2.8 **	2.4	1.9-3.1 **	1.7	1.3-2.2 **
めまいがする	33.2	1.9	1.4-2.6 **	2.0	1.5-2.8 **		
集中できない	32.9	1.9	1.4-2.6 **	2.1	1.5-2.6 **		
疲れやすい	30.1	2.1	1.7-2.5 **	2.3	1.9-2.7 **	1.7	1.4-2.1 **
<b>心理的症状</b>							
退屈している	31.3	1.7	1.2-2.5 **	1.8	1.3-2.6 **		
くよくよする	38.8	2.5	1.8-3.4 **	2.7	1.9-3.7 **	1.6	1.1-2.3 **
イライラする	29.4	1.7	1.4-2.1 **	2.2	1.7-2.7 **	1.4	1.1-1.7 **
気持ちにゆとりがない	27.1	1.5	1.2-1.8 **	1.8	1.4-2.2 **		
さびしい	36.9	2.2	1.5-3.3 **	2.5	1.6-3.7 **		
何もする気がしない	33.3	1.9	1.3-2.8 **	2.0	1.4-3.0 **	1.8	1.2-2.7 **
健康のことが気になる	25.8	1.3	0.8-2.1	1.2	0.8-2.0		

Note: OR, オッズ比 ; CI, 信頼区間

\*\* p<0.01

a: 社会人口統計学的データを多変量調整した。

b: 社会人口統計学的データと全ての症状を多変量調整した。

今回の調査では、最も心身の訴えが多くみられたのは青年であった。老年で高頻度にみられた訴えは、“動悸・息切れ”、“体重が減っている”、“健康のことが気になる”の3項目のみであった。心身の老化による影響や高齢化による内科的疾患の罹病率の増加から医療機関を訪れる機会が多いことなどを考えると、心身に関する訴えは高齢者でより多くみられると思われたが、結果は予想に反するものであった(6)。心身の症状を青年群と老年群で比較した ECA 調査の報告も、我々の結果と同様のもので

あった(16)。

今回の調査から、全体で不眠の頻度は 21.4%でみられ、欧米先進国での報告とほぼ同等の頻度であった(1,3,9,17,18,19,20,21)。心身の訴えの数が増えるほど、不眠の頻度は有意に高くなり、特に“背中や腰が痛む”、“食欲がない・胃のがくあいが悪い”、“体重が減っている”、“頭が痛いか病んだりする”、“疲れやすい”、“くよくよする”、“イライラする”、“何もする気がしない”などの訴えが、不眠の頻度を有意に高くしていた。チューリ

ッヒ調査によると、腰痛、頭痛など痛みの訴えは不眠の発症に影響がないとしており、我々の結果とは異なるものであった(8)。

心身の健康状態は、睡眠と密接な関係にある(1,2,8,17)。今回の調査は、クロスセクショナルな調査であったため、心身の訴えや日中の活動の支障が不眠により生じるものなのか、あるいは身体的・精神的な問題が睡眠を妨げているのかといった相互の因果関係については明らかにすることはできなかった。心身の訴えと不眠の関係に関しては、次の様な説明が可能と思われる。

第一に、不眠は精神的ストレスを原因とした心身の症状のため生じる。心身の症状は不眠の発症の危険性を高めている(1,3,5,9,17,20,21,22)。例えば、精神生理性不眠の患者は、精神的ストレスに対し身体化された緊張と睡眠を妨げる学習された連想による障害の結果、不眠の訴えとそれに関連する覚醒時の機能低下がみられる(23)。

次に、不眠は心身の訴えの原因となりうる。慢性的な睡眠の断片化や睡眠の妨害は、睡眠の質を低下させる(24,25)。睡眠を妨げることが、心理的・身体的障害の原因となっていることが報告されている(26,27)。睡眠を妨げた結果、耐糖機能や血清thyrotropin濃度が減少し、夕方のコルチゾール濃度は増加し、交感神経系の活動が活発になったことが最近の実験による研究

で示された。このような身体的変化が、不眠の結果生じる心身の訴えの原因になっていることが示唆されている(28)。

最後に、不眠と心身の訴えは同時にみられることが多い。不眠も心身の訴えも様々な生活上のストレスや身体的疾患、環境的問題によって生じることはよく知られている。また、うつ病、不安神経症、糖尿病、心臓血管障害といった様々な疾患において、不眠も心身の訴えもそれぞれがひとつの症状としてみられている。

日本全国の居住者を対象に疫学調査を行い、心身の訴えの頻度を把握し、その性および年齢との関係、そして、心身の訴えが不眠に与える影響を明らかにした。調査の対象となった一ヶ月間において、少なくともひとつの心身に関する訴えがあった人は79%におよんだ。心身の訴えは、20~30代の青年で高い頻度でみられ、女性において有意に多く訴えがみられた。心身の訴えと不眠の間には強い関連性があり、今後、因果関係を含めて研究を重ねていく必要がある。

## REFERENCES

1. Bixler EO, Kales A, Slodatos CR, Kales JD, Healey S: Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *Am J Psychiat* 1979;136:1257-62.
2. Mellinger GD, Balter MB, Uhlenhuth EH: Insomnia and its treatment: Prevalence and correlates. *Arch Gen*

- Psychiatry 1985;42:225-32.
3. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: J Am Med Assoc 1989;262:1479-84.
  4. Ohayon M: Epidemiological study on insomnia in the general population. Sleep 1996;19(3):S7-S15.
  5. Hammond ES: Some preliminary findings on physical complaints from a prospective study of 1,064,004 men and women. Am J Public Health 1964;54:11-23.
  6. Escobar JI, Burnam A, Karno M, Forsythe A, Golding JM: Somatization in the community. Arch Gen Psychiatry 1987;44:713-8.
  7. Kroenke K, Price RK: Symptoms in the community: Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity. Arch Intern Med 1993;153:2474-80.
  8. Vollrath M, Wicki W, Angst J: The Zurich study VIII. Insomnia: Association with depression, anxiety, somatic syndromes, and course of insomnia. Eur Arch Psychiatr Nerrol Sci 1989;239:113-24.
  9. Motohashi Y, Takano T. Sleep habits and psychosomatic health complaints of bank workers in a megacity in Japan. J Biosoc Sci 1995;27:476-2.
  10. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R: An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. Sleep 2000;23:41-47.
  11. Liu X, Uchiyama M, Kim K, Okawa M, Shibui K, Kudo Y, Doi Y, Minowa M, Ogihara R: Sleep loss and daytime sleepiness in the general adult population of Japan. Psychiatry research 2000;93:1-11.
  12. Kroenke K, Spitzer RL: Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. Psychosomatic Medicine 1998;60:150-5.
  13. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JBW, Hahn S, Brody D, DeGruy F: Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. Am J Med 1996;101:526-33
  14. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C: Explaining the gender difference in depressive symptoms. Journal of Personality and Social Psychology 1999;77(5):1061-72.
  15. Wool CA, Barsky AJ: Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. Psychosomatics 1994;35(5):445-52.
  16. Koenig HG, Blazer DG: Epidemiology of geriatric affective disorders. Clin Geriatr Med 1992;8:235-51.
  17. Kales JD, Kales A, Bixler EO, Soldatos CR, Cadieux RJ, Kashurba GJ, Vela-Bueno A:

- Biopsychobehavior correlates of insomnia, V: clinical characteristics and behavioral correlates. *Am J Psychiat* 1984;141:1371-6.
18. Mniszek DH. Brighton sleep survey: a study of sleep in 20-45-year olds. *J Int Med Res* 1988;16:61-65.
  19. Welstein L, Dement WC, Redington D, Guilleminault C, Mitler MM. Insomnia in the San Francisco Bay Area: A telephone survey. In: Guilleminault C, Lugaresi E, ed. *Sleep/Wake Disorders: Natural History, Epidemiology, and Long-Term Evolution*. New York: Raven Press, 1983:73-85.
  20. Gislason T, Almqvist M: Somatic diseases and sleep complaints: an epidemiological study of 3,201 Swedish men. *Acta Med Scand* 1987;221:475-581.
  21. Weissman MM, Greenwald S, Nino-Murcia G, Dement WC: The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiat* 1997;19:245-50.
  22. Chang PP, Ford DE, Mead LA, Cooper-Patrick L, Klag MJ: Insomnia in young men and subsequent depression. *Am J Epidemiol* 1997;146:105-14.
  23. Diagnostic Classification Steering Committee; MJ Thorpy, Chairman. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. Rochester, MN American Sleep Disorders Association
  24. Caldwell JA Jr: Fatigue in the aviation environment: an overview of the causes and effects as well as recommended countermeasures. *Aviat Space Environ Med*, 1997, 68(10): 932-8.
  25. Bonnet MH, Arand DL: The consequences of a week of insomnia.II: Patients with insomnia. *Sleep* 1998; 21(4): 359-68.
  26. Bonnet MH, Berry RB, Arand DL: Metabolism during normal, fragmented and recovery sleep. *J Appl Physiol* 1991;71(3):1112-8.
  27. Bonnet MH: Sleep restoration as a function of periodis awakening, movement, or electroencephalographic change. *Sleep* 1987;10(4):364-73.
  28. Spiegel K, Leproult R, Cauter EV: Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet* 1999;354:1435-9.

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

分担研究報告書

分担研究題名：自殺の実態および自殺予防策の検討に関する研究

分担研究者

岸 泰宏 日本医科大学千葉北総病院

研究要旨

自殺の実態と予防の研究のため、身体疾患治療の現場における自殺予防ならびに実態把握に焦点をあてた調査を行っている。また、各種精神医学的・社会的スケールならびに精神科構造面接を前向き調査で収集した脳梗塞、頭部外傷、脊髄損傷、心筋梗塞症例の自殺念慮とその関係について検討を行っている。さらに、癌症例におけるうつ病と自殺念慮の関連性について検討を行った。また、昨今自殺と経済面を結びつけた報道が多々なされているが、実際に経済的問題で搬入された自殺未遂症例について研究班内で議論を行い、経済面における問題と自殺に関する諸外国を含めたレビューを行い、自殺企図に関する実践的な分類（特に医療施設において）を行った。

研究目的

自殺での死亡率は全世界的にみても高く、人口10万に対して10-20とされている。国により異なるが、少ない国では人口10万対10、多い国では人口10万対40にも達する。本邦においては、毎年年間20000人以上の人が自殺にて死亡しており、これは交通事故死亡者の2倍以上に達している。1998年度の自殺死亡者の伸びは著しく、前年度と比較して約35%増加している。32863人が自殺にて死亡しており、これは1947年に記録をとり始めてから最も多い自殺死亡者数である。これは人口10万対26.0に達する。

この中で、“病苦”による自殺

とされたのは11499人であり、全自殺者の35%に達する。病苦の中には、身体疾患のみならず精神疾患も含まれているとは考えられるが、多くの研究において身体疾患と自殺の関連性が指摘されている。そこで、本研究班では、身体疾患治療の現場における自殺予防ならびに実態把握に焦点をあてた研究計画を初年度にたて、現在実施している。

さらに、本邦においては、身体疾患に罹患した自殺念慮を持つ症例の経過について踏み込んだ研究を行った報告は認められない。そこで、自殺念慮を訴えた癌症例の経過についての検討を行うこととした。

また、身体疾患に伴う精神医



学的・社会医学的な評価を前向きに、さらに精神科構造面接を施行し評価を行うのは、人員的にも時間的にも非常に困難である。本邦においては、身体疾患に伴う精神疾患について、構造面接を使用し、縦断的に評価を行っている研究は存在しない。さらに、身体疾患に伴う自殺念慮は10%内外と予測され、統計学的な意味付けを行う症例を収集するのは非常に困難である。そこで、本邦のデータではないが、米国において収集されたデータを使用して、身体疾患に伴う自殺念慮についての検討を行う事とした。

昨今、自殺と経済苦についての関連性についての報道が多々認められる。さらに、1998年度の発表では、経済苦を動機とした自殺死亡者は6058人にのぼり、前年度と比較して、70.4%増加したとされている。そこで、経済苦と思われる動機により自殺未遂で搬入された症例を例にとり、経済苦と自殺の関連性についての報告をレビューしながら、研究班内でディスカッションを行った。さらに、自殺企図は自殺完遂の少なくとも15倍以上は認められるとされており、医療現場では頻繁に認められる

(Hirshfeld RMA, Russel JM, 1997)。そこで、自殺の予防の立場から、どのような介入法が有効であるのか、医療現場において実践的な分類はどのようなものなのかを試案することとした。

研究方法ならびに研究結果

## 1. 総合病院における自殺予防策の検討

前年度の研究を継続している。以下にこの研究について述べる。

1998年度の統計では、“病苦”による自殺が最も多いとの結果が発表されている。たしかに、自殺の危険性は身体疾患に罹患している症例で高くなることが多くの研究により示されている(Robins et al 1959, Seagar & Flood 1965, Mackenzie & Popkin, 1987)。しかしながら、身体疾患に伴う自殺ならびに自殺念慮は精神疾患の合併(とくにうつ病ならびにアルコール乱用・依存)が大きく影響していることが研究で示されている(Robins et al 1959, Kishi, et al 1996)。

さて、一般的に自殺症例の約50%は大うつ病エピソード中の企図であるといわれている(Barraclough B et al: 1974, Doepat & Ripley: 1960)。これらの点は以前より指摘されつづけているものの、一向に自殺率の低下は認められない。これは、大うつ病で自殺した症例は、大うつ病と的確な診断がされていなかったり、あるいは適切な治療がなされていないことによる可能性が高い(Isometsa ET, et al: 1994, Modestin J & Schwarzenbach F: 1992, Isacsson G, et al: 1992, Isacsson G, et al: 1994, Rihmer Z, et al: 1990)。いわゆる“psychological autopsy”の研究において、大うつ病症例の9-33%の症例しか抗うつ剤の処方を受けておらず、その中でも少数しか至適容量の抗う

つ剤が投与されていない(Isometsa ET, et al: 1994, Isacson G, et al: 1992)。

身体疾患の現場での精神疾患発症率は、プライマリーケアの現場において21-26%、入院症例においては30-60%とされている(Task Force on Healthcare Value Enhancement, Academy of Psychosomatic Medicine, 1997)。大うつ病の発症率はプライマリーケアにおいて5-14%、入院症例において15%以上といわれている(Task Force on Healthcare Value Enhancement, Academy of Psychosomatic Medicine, 1997)。しかしながら、精神疾患全体でみて約11%の症例、うつ病では約14-50%の症例のみしか正しく診断されていない(Task Force on Healthcare Value Enhancement, Academy of Psychosomatic Medicine, 1997)。

このように身体疾患・自殺・うつ病の関係の深さが示唆されてはいるものの、現実問題として介入方法がみつからないのが現状である。とくに、身体疾患の治療現場において精神疾患に対応するための確立されたプログラムは存在していない。そこで本研究班では、身体疾患治療の現場における実践的な自殺予防方法の検討(とくにうつ病の早期発見)を行った。

まず、さまざまなデータが示しているとおり、臨床現場において精神的問題がルーチンで評価されることは少ない。とくに、大うつ病(うつ病性障害)は身体疾患に伴って存在

しているとしても適切な介入により治療可能であるが、見逃されていることが多い。現状としては精神科評価が必要な点はわかっているが、実際評価を受けている症例は少ない。そこで、現状に沿った精神科評価を行うためのシステム作りが必要になる。

本邦における研究において(高橋ら1998)65歳以上の老人を対象に自殺予防活動を行った報告がある。自己評価うつ病尺度を利用し、うつ病が疑われる老人について診断面接を行い、うつ病と診断された症例については適宜介入を試みている。これらの活動の結果、その地域の(対象者平均1032人/年)老人自殺率は434.6対10万から123.1人対10万に減少している。つまり、うつ病の早期発見、早期治療により自殺を予防することが可能な点が示されている。欧米での研究でも同様な点が指摘されている。SwedenのGotland島(人口56000人)で、島内すべてのgeneral practitionerに対して(18人)感情病の診断と治療の教育プログラムを実施したところ、一年後には自殺率が減少したと報告している(Rutz et al 1989)。このように比較的小規模な地域では、うつ病の早期発見ならびに早期治療のプログラムを地元診療所医師、保健婦、行政機関が連携し実施することにより自殺率を減少させることが可能である。しかしながら、こういった地域に密着したうつ病の早期発見・治療プログラムを本邦において全国規模で(とくに都会において)行ってい

くのは現実的には困難である。

現実問題として、すべての身体疾患症例の精神科的評価は不可能である。そこで、入院時あるいは外来受診時に簡単な自記式質問表を配布し、それを第一段階のスクリーニングとし、必要な症例のみを Standard な精神科評価に進ませるのが合理的である。そこで、簡便なスクリーニング方法を確立することを第一の目的とした。さらに、併行してうつ病評価尺度、自殺念慮評価等を行い、それぞれの関係について検討を行うことを目的とした。

#### 現在の研究状況

対象症例に対して（現在のところ入院症例に対して実施）、スクリ

ーニング用紙を施行してもらう。それと併行して、自記式うつ病評価尺度 (CES-D ならびに HADS) を施行してもらい、スクリーニング用紙の有用性を検討する。また、背景調査表も施行し、自殺念慮評価、アルコール依存・乱用スクリーニング、社会的背景等の調査も行う。さらに、その後精神科医師により構造面接を施行し、診断の妥当性についての検討を行っている。スクリーニング用紙ならびにその他の調査表を添付する。現在、数 10 症例収集されているが、次年度も引き続き症例を収集し、検討していく予定である。

## I-調査票