

表1 死亡前1年間の精神科受療行動の有無による心理社会的特徴の比較

	精神科受診群		非精神科受診群	
	N=20		N=23	
性別	男性	17(85.0%)	22(95.7%)	
	女性	3(15.0%)	1(4.3%)	
平均年齢*		39.3(SD=13.1)	51.0(SD=16.5)	
人口動態的変数	年齢別階級*			
	若年群 (39歳以下)	12(60.0%)	6(26.1%)	
	中年群 (40~59歳)	7(35.0%)	9(39.1%)	
	高齢群 (60歳以上)	1(5.0%)	8(34.8%)	
職業	自営業	2(10.0%)	6(26.0%)	
	非雇用者	10(50.0%)	11(47.8%)	
	無職	8(40.0%)	5(21.7%)	
	死亡時点の有職者	12(60.0%)	17(73.9%)	
	慢性的な身体疾患あり	4(20.0%)	7(30.4%)	
	死亡1年前の一般診療科受診あり	14(70.0%)	16(69.6%)	
	かかりつけ医あり	15(75.0%)	11(48.8%)	
	心の健康問題への援助希求行動あり	20(100.0%)	3(13.0%)	
	自殺時の過量摂取あり	12(60.0%)	6(26.1%)	
	薬物：向精神薬**	10(50.0%)	1(4.7%)	
医学的問題	(重複回答あり)			
	睡眠薬	9	1	
	抗精神病薬	4	0	
	安定剤	4	0	
	抗うつ薬	3	0	
アルコール	4(20.0%)	3(13.0%)		
自傷・自殺未遂経験あり	6(30.0%)	4(17.4%)		
近親者の自殺経験あり	13(65.0%)	16(69.6%)		
平均同居家族数	3.2(SD=1.36)	2.8(SD=1.20)		
社会的背景	家族構成 (同居家族)			
	独居	2(10.0%)	4(17.4%)	
	核家族世帯	10(50.0%)	11(47.8%)	
	(夫婦のみ, 親と未婚の子)			
	複数世帯	8(40.0%)	8(34.8%)	
	被虐待経験	4(20.0%)	2(8.7%)	
	離婚経験あり	0	3(13.0%)	
	両親との離別経験あり	3(15.0%)	5(21.7%)	
	死亡1年前の転職経験あり	1(5.0%)	0	
	死亡1年前の失職経験あり	1(5.0%)	1(4.3%)	
死亡1年前の休職経験あり	5(25.0%)	2(8.7%)		
借金経験あり	13(65.0%)	9(39.1%)		

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$  Fisher's exact test

ると、両群の年齢構成には著しい違いがみられた。すなわち、精神科受診群では若年群が60.0%とその大半を占めていたのに対して、非受診群では中年群が最も多く、39.1%を占めていた。

また、死亡時の職業に関する比較では、両群間で有意な差は認められず、両群とも60%以上の者が死亡時に何らかの職に就いていた。職業別の比較でも統計学的に両群間で有意差は認められなかった。

## 2) 医学的問題

慢性的な身体疾患の有無、死亡前1年間の一般診療科受診の有無とその内容については、両群間で有意差は認められなかった。また、精神科受診群のほうがかかりつけ医を持つ傾向がみられたが、有意な差は認められなかった。

自殺時の物質使用については、死亡時に薬物(向精神薬)を医師の指示より多く服用していた者が、精神科受診群で有意に高率であった( $p<0.01$ )。自

表2 死亡時点で罹患していたと推測される精神医学的診断による精神障害の内訳  
(重複診断あり)

	(重複診断あり)	
	精神科受診群 N=20	非精神科受診群 N=23
精神疾患の有無	19(95.0%)	18(78.3%)
通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害		0
精神遅滞	2(10.0%)	0
せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害	1(5.0%)	0
認知症	1(5.0%)	0
物質関連性障害	4(20.0%)	7(30.4%)
アルコール使用障害	2(10.0%)	7(30.4%)
アルコール依存	1(5.0%)	3(13.0%)
アルコール乱用	1(5.0%)	4(17.4%)
薬物使用障害	2(10.0%)	0
薬物(アルコール以外の物質)依存	2(10.0%)	0
統合失調症および他の精神病性障害*	5(25.0%)	0
統合失調症*	4(20.0%)	0
短期精神病性障害	1(5.0%)	0
気分障害	14(70.0%)	12(52.2%)
大うつ病性障害	12(60.0%)	12(52.2%)
気分変調性障害	4(20.0%)	4(17.4%)
双極II型障害	2(10.0%)	1(3.4%)
不安障害	3(15.0%)	2(8.7%)
全般性不安障害	2(10.0%)	1(4.4%)
強迫性障害	1(5.0%)	0
パニック障害	1(5.0%)	1(4.4%)
摂食障害	1(5.0%)	0
神経性大食症	1(5.0%)	0
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	0	3(13.0%)
病的賭博	0	3(13.0%)
適応障害	1(5.0%)	2(8.7%)
パーソナリティ障害	3(15.0%)	1(4.4%)
その他の種類の精神障害	0	2(8.7%)

\* $p<0.05$  Fisher's exact test

殺以前の自傷・自殺未遂の経験については精神科受診群でやや多い傾向がみられたが、有意差を示すには至らなかった。また、自殺未遂・既遂の家族歴については両群間に有意差は認められず、両群の60%以上の者が身近な存在の自殺を経験していた。

### 3) 社会的背景

同居家族の有無、家族構成、被虐待体験や親との離別経験、死亡1年前の離婚経験、死亡1年前の転職・失職・休職の経験、借金の有無、といった社会的要因に関しては、両群間で有意差はみられなかった。なお、精神科受診の有無に関わらず、自殺者の80%以上が家族と同居していたが、これは基礎調査が生前同居していた近親者からの聞

き取りという情報収集方法を行っていることによる対象選択バイアスを反映したものであると考えられる。

### 2. 精神医学的診断による精神障害の内容(表2)

表2に、精神科医の臨床診断に基づく精神医学的診断を比較した結果を示す。

今回の分析の対象となった43事例のうちの37名(86.1%)が、死亡時点で何らかの精神障害に罹患していることが推測された。なかでも最も多く見られた診断名は気分障害であり、全対象者の60.5%に認められた。また、精神科受診群では、非受診群に比べて、統合失調症に罹患していたと推測される者の割合が有意に高かった( $p<0.05$ )。

表3 死亡1年前の精神科受診に関する状況 N=20

最終受診が精神科もしくは心療内科	17(85.0%)
最終受診から自殺までの期間	
～3日以内(入院中含む)	10(50.0%)
～1カ月内	7(35.0%)
～3カ月内	2(10.0%)
～不明	1(5.0%)
精神科への通院期間	
死亡直前に初診のみ	2(10.0%)
1年未満	5(25.0%)
1年～5年未満	6(30.0%)
5年以上	7(35.0%)
死亡1年前の投薬	18(90.0%)
死亡1年前の治療の中断・怠業	4(20.0%)
死亡1年前における精神科への入院経験	5(25.0%)

### 3. 精神科受診に関する状況(表3)

自殺事例43名のうち、死亡前1年間に精神科もしくは心療内科にかかっていた20名について、受療状況のパターンを整理した。

#### 1) 最終受診から自殺までの期間

精神科受診群20名のうち、最期に受診した診療科が精神科もしくは心療内科であった者は17名(85.0%)であった。最終受診から自殺までの期間をみると、最も多かったのは自殺から3日以内で、入院中の2名を含め受診者の半数を占めていた。受診から1カ月以内の事例と合わせると85.0%であり、かなりの事例が自殺の直前に受診していた。

#### 2) 精神科・心療内科への通院期間

死亡直前に初診だけを受けた者が2名(10.0%)、1年未満の通院歴を持つ者が5名(25.0%)認められたものの、精神科受診群の13名(65.0%)が1年以上の継続的な精神科治療歴を持っていた。

#### 3) 精神医学的治療の内容

精神科受診群のうち、死亡前の1年間に精神科薬物療法を受けていた者は18名(90.0%)であった。また、そのうち治療中断もしくは服薬の自己中断・怠業が認められたのは4名(20.0%)であった。さらに、精神科受診群20名中5名(25.0%)に精神科入院治療の経験が認められた。なお、この入院経験者5名のうち、3名は死亡前1年以内に入院を経験しており、残りの2名については入院中の自殺であった。

## 4. 考察

### 1. 自殺既遂者の精神科受診率

本研究では、対象となった自殺既遂者43名のうち、37名(86.1%)が自殺直前に何らかの精神疾患に罹患した状態にあったと推測され、また、20名(46.5%)が死亡前1年以内に精神科に受診した経験が認められた。

本研究で得られた自殺既遂者の精神障害罹患率は国内外の先行研究とほぼ一致する結果であるが<sup>5,7)</sup>、しかし既遂者における精神科治療の受療率については、フィンランドで実施された心理学的剖検調査<sup>10)</sup>をはじめとする、国内外の著名な先行研究と一致しなかった。たとえば、Fosterら<sup>10)</sup>の報告では死亡前1年間の精神科受診率は37%であり、Applebyら<sup>3)</sup>の報告では24%、Boardmanら<sup>6)</sup>の報告では36%となっており、いずれも我々が得た数値よりも低い。GP制度の浸透など、プライマリケアレベルでの精神科治療システムはわが国と異なる点もあり、概観する際にはその点も考慮する必要があるが、このような先行研究との不一致の原因として無視できないのは、対象選択におけるバイアスである。本研究の対象は、わが国における全自殺を代表するサンプルとは到底言うことができない、極めて少数のサンプルである。研究対象の収集にあたっては、全国の都道府県・政令指定都市に呼びかけたものの、わが国ではいまだ自殺に対する偏見が根強く、身近な者を自殺で失った家族が積極的に調査に協力することは容易ではなかったのが実情である。したがって、本研究で得られた既遂者における高い精神科受診率という結果も、精神科治療につながっていた自殺既遂者の家族ほど本研究に協力する傾向があることを反映したという予測も成り立つ。また、本研究は、その情報収集方法のために、単身生活や親族と疎遠な状況にあった自殺既遂者はあらかじめ対象から除外されているという事情があったことも無視できない。統合失調症者の最も高い受診動機は家族による促しであるとされ

ていることから<sup>13)</sup>、同居家族が存在するほうが精神科を受診しやすいという可能性も考えられる。これらの要因が、本研究の結果に反映された可能性は十分にあるであろう。

しかしその一方で、本研究の結果を支持する先行知見もある。張らは、東京都内で実施した心理学的剖調査から、「自殺者の46%は自殺時に精神科治療継続状態であった」と報告しており<sup>8)</sup>、また、最近公表された、東京都福祉保健局による自死遺族からの聞き取り調査においても自殺既遂者の54%が死亡2週間前に精神科・心療内科に相談していたことが明らかにされている<sup>28)</sup>。この2つの先行研究に共通しているのは、いずれも東京都内で実施された調査であるという点であり、このことは首都圏を含む関東甲信越・中部近畿地域の都市部在住者の割合が高い本研究の対象と類似した特徴と理解することもできる。都市部では近年、精神科クリニックが急増し、その数はこの10年ほどで2倍近くに増えている<sup>17)</sup>。身近に治療機関が増えたことが精神科医療へのアクセスのしやすさにつながっているとも考えられる。その意味では、今回得られた結果は「大都市における自殺既遂者の特徴」として一定の妥当性を持つ可能性もある。

なお、人口動態的変数を用いて、本研究における対象の属性について触れておくと、平均年齢は45.6歳(SD=16.0)であり、男女比ならびに有職者・無職者の比率はそれぞれおよそ10:1、2:1となっている。これらのことから、本研究の対象は、わが国における自殺者の全数統計と比較した場合、やや有職者の割合が高いものの、平均年齢と男女比においてはほぼ一致する集団であると推測される。

## 2. 死亡1年以内に精神科受診歴のある自殺既遂者の特徴

本研究では、精神科受診群では、自殺直前における精神障害の罹患率に差がないにもかかわらず、非受診群に比べて死亡時の年齢が有意に低いという結果が得られた。この結果は、スティグマ軽減のためのメンタルヘルス問題に関する啓発活動が

盛んになって以降に育った若年層は、精神科に対する心理的抵抗感が低く精神科受診率も高いという、Luoma<sup>20)</sup>の指摘と一致している。逆にいえば、この結果は、比較的高年齢では、精神科受診に対する抵抗感の強さを反映しているとも考えられる。

また本研究では、精神科受診群・非受診群のいずれでも気分障害に罹患していると推測された者が最も多かったが、その一方で精神科受診群では、非受診群に比べ、統合失調症および他の精神障害に罹患している者の割合が有意に高かった。統合失調症は、うつ病やアルコール依存症とともに自殺に密接に関連する精神障害として知られており、自殺の相対危険率は一般人口の8倍以上であると報告され<sup>12)</sup>、なかでも若年男性の統合失調症患者は自殺のリスクが高いといわれている。

さらに本研究では、精神科受診群20名のうち17名(85.0%)が自殺前1カ月以内に精神科を受診しており、13名(60.5%)が1年以上におよぶ継続的な精神科治療歴を持っていた。また、精神科受診群のほとんどが精神科薬物療法を受けており、治療中断もしくは服薬の自己中断・怠薬が認められたのは20.0%にとどまっていたことが明らかにされた。さらに、25.0%の事例は死亡1年以内に入院治療も受けていた。この結果は、精神科受診群の多くが、少なくとも表面的には本格的な精神科治療を受けており、にもかかわらず自殺既遂に至った可能性があることを意味している。こうした背景に、精神科医療における自殺リスクの評価の不十分さや、あるいは、自殺の意図の表出への対応の不適切さがあったのかは、本研究で得られた情報から明らかにすることはできない。

ここで考慮すべきなのは、精神科受診群において比較的高率に認められた統合失調症についてであろう。すでに安田ら<sup>29)</sup>は、統合失調症に罹患していたと推測される自殺者の85%は精神科治療中であったと報告し、舟橋ら<sup>11)</sup>は、精神科通院中に自殺した統合失調症患者の60%が最終受診から10日以内の自殺であり、74%の患者が自殺直前まで規則的に通院していたと報告している。これらの先行研究はいずれも、自殺リスクが高い

疾患であるとされながらその予測には非常に困難さがあることを指摘している。統合失調症者では対人接触が乏しいために、自ら進んで自殺念慮を周囲に訴えることもない一群が存在することを臨床の場では経験する。このような患者では急性症状の悪化が自殺のリスクと並行することも知られているため<sup>30)</sup>、たとえ本人が自殺念慮を訴えていない場合であっても、病的症状の全般的状態を適切にとらえ、自殺のリスク評価をしばしば実施することが予防につながる可能性があることを、本研究の結果も示唆していると言える。また、統合失調症者では精神科医療へのアクセスが他の精神疾患に比べ高いと考えられる今回の結果は、臨床で関わる精神科医療従事者・地域にてその生活を支える種々の関係者ともに、単に精神科に受診するだけで自殺リスクが低減できるという思い込みから考えを新たにすることの必要性を示唆しているとも言えよう。

ところで、本研究では、精神科受診群では自殺時に向精神薬を過量服用している者が多いという結果も得られた。この結果は、精神科受診群においては、本来治療薬として医師から処方された向精神薬が、むしろ自殺行動を後押しする道具として用いられた可能性を示唆するものと言えるであろう。というのも、向精神薬の過量摂取そのものは比較的致死性の低い自己破壊的な手段・方法であるが、脱抑制効果のために、致死的な自殺行動を促進することが知られているからである<sup>9)</sup>。

### 3. 自殺予防の課題と提言

本研究から得られた知見のなかで特に重要なのは、精神科治療を受けながらも最終的に自殺に至った事例のほとんどが、20～30代に属していたという事実である。従来わが国で展開されてきた自殺予防対策としては、地域住民への啓発活動によるメンタルヘルス問題に対するスティグマ軽減であり、精神科医療連携加算をはじめとする、プライマリケア医を介しての精神科受診促進であったが、こうした対策は、精神科受診に対して強い抵抗感を抱く高齢者には有効な施策である可能性が高い一方で、精神科受診に対する抵抗感が

比較的少ない若年の成人——それもとりわけ大都市部の若年成人——に対しては、不十分な施策である可能性がある。

我々は、若年層を視野に入れた自殺対策こそが、今後の自殺予防対策の課題ではないかと考えている。というのも、わが国の自殺は、1998年に中高年男性を中心に急増したものの、実は2005年を境に中高年の自殺は減少傾向をみせている。むしろこの11年間確実に増加し続けている年代は20代、30代である<sup>21)</sup>。こうした状況を考えれば、20～30代という比較的若年の成人をターゲットとした自殺対策はまさに喫緊の課題といえるであろう。

その文脈でいえば、本研究から若年成人の自殺対策を進める上でのポイントとして示唆されたのは、次の2点であった。一つは統合失調症の自殺を解明し、何らかの予防策を講じることである。これまでわが国の自殺対策は、メンタルヘルス問題としてはうつ病に重点を置いた展開をしてきたが、今後は、これに加えて、統合失調症に罹患する者の自殺予防に努めていく必要がある。折しも2008年の自殺総合対策大綱の一部改正において、「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」として統合失調症が取り上げられており、その実態と危険因子の解明が急がれるところである。

もう一つは、治療のために処方された向精神薬の乱用をいかにして防ぐかである。近年、救急医療の現場では、処方された向精神薬の過量摂取はきわめて深刻な問題となっている<sup>2)</sup>。救急医療機関に搬送される自殺未遂患者の大半が、向精神薬の過量服薬によるものであることも指摘されており<sup>24)</sup>、その数は年々増加している。精神科に受診することが、皮肉にも自殺関連行動に際しての手段・方法へのアクセスを高めてしまう側面があることは否めない。とりわけ危惧されるのは、近年、向精神薬の長期処方が許可される状況になったことが、向精神薬の乱用や過量摂取を促進している可能性である<sup>18)</sup>。これら向精神薬の処方に係る課題について詳細な実態把握を進め、その実態に則した対策をとっていく必要がある。かつて

英国では、市販薬パラセタモール（アセトアミノフェン）を過量摂取する若年者が増加したが、このような事態に対し製薬会社が1箱に含まれる錠剤の数を減少させたところ、若年者の自殺は減少した<sup>14, 15)</sup>。このように、自殺につながる手段・方法へのアクセスの制限は、すでにエビデンスの確立した対策であることも強調しておきたい。

さらに向精神薬の処方に関していえば、向精神薬による薬理作用は若年者や高齢者では異なるにもかかわらず、現在の精神科治療においては両者に対して同様の処方がなされている可能性がある。特に若年者への抗うつ薬の投与に関しては自殺関連事象（自殺念慮・自殺行動）を誘発するリスクが指摘されているが<sup>22, 27)</sup>、その処方および治療ガイドラインについては現段階では明確化されていない。今後、この点についても早急に検討していく必要があるのではないだろうか。

#### 4. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界があるが、ここでは特に主要な2つの点を挙げておく。

第1の限界は、考察の冒頭でも触れたように、対象の代表性である。本研究の対象者は、あくまでもその遺族が各地域の精神保健福祉センターにおける遺族ケアなどにアクセスし、調査に同意した者に限られている。しかも、単身の自殺既遂者などは前提として調査対象から除外されている。したがって、本研究の結果をただちにわが国における自殺既遂者の一般的特徴として受け止めることはできない。

第2の限界は、対象となっている自殺既遂者に関する情報源が家族であるという点にある。同居していたとはいえ、家族が知り得る範囲には自ずと限界があり、さらにまた、記憶想起のバイアスが混入した可能性も否定できない。

以上の限界にもかかわらず、本研究は、心理学的剖検の手法により死亡前の精神科受診の有無によって自殺既遂者の一部の臨床像の違いを検討したわが国最初の研究としての意義があると思われる。今後は、さらに対象数を増やすとともに、年齢、性別、居住地を一致させた対照群との比較、およ

び人口動態統計などの全数データの参照などを通じて、精神科治療を受けながらも自殺既遂に至ってしまう要因を明らかにし、精神科医療の質の向上に寄与する必要がある。

#### 5. まとめ

本研究では、心理学的剖検の手法による自殺既遂事例の検討から、死亡1年前に精神科受診をしていた一群の臨床的特徴を検討した。そのなかで、死亡前に精神科受診をしていた者では、比較的若年の成人が多く、自殺時に向精神薬を過量摂取している者が多く、また、統合失調症に罹患していたと推測される者が多いことが明らかにされた。これらの結果にもとづいて、若年層にターゲットを絞った自殺対策を進める上での今後の課題について検討した。

なお、本研究は、平成20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究（主任研究者：加我牧子）」の分担研究「心理学的剖検の実施および体制に関する研究」によるものである。調査にご協力いただいたご遺族の方々、ならびに調査員としてご協力いただいた各都道府県政令指定都市職員の方々に心より御礼申し上げます。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994
- 2) 安藤俊太郎, 松本俊彦, 重家里映, 他: 気分障害患者とパーソナリティ障害患者における過量服薬の臨床的相違, 精神医学 51: 749-759, 2009
- 3) Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., et al.: Suicide within 12 months of contact with mental health service: national clinical survey. Br Med J 318: 1235-1239, 1999
- 4) Arsenaault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 4: 37, 2004
- 5) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害 - 生

- 命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討 - 精神神経学雑誌 96: 415-443, 1994
- 6) Boardman, A.P., Grimbaldeston, A.H., Handley, C., et al.: The North Staffordshire suicide study: a case-control study of suicide in one health district. *Psychol Med* 29: 27-33, 1999
  - 7) Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M., et al.: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33: 395-405, 2003
  - 8) 張 賢徳: 人はなぜ自殺するのか 心理学的剖検調査から見えてくるもの, 113-137, 勉誠出版, 2006
  - 9) De Leo, D., Evans, R.: Chapter 10: The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In: (De Leo D, Evans R) *International Suicide Rates and Prevention Strategies*, 101-112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004
  - 10) Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R.: Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 170: 447-452, 1997
  - 11) 舟橋龍秀: 精神分裂病者における自殺についてその実態と危険因子および予防. *医療* 55: 159-163, 2001
  - 12) Harris, E.C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170: 205-228, 1997
  - 13) 橋本俊明, 猪狩 中, 金 英雄, 他: 外来精神分裂病患者の受療状況について. *精神医学* 31: 137-143, 1989
  - 14) Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J., et al.: UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *BMJ* 329: 1076-1079, 2004
  - 15) Hawton, K., Townsend, E., Deeks, J., et al.: Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ* 322: 1203-1207, 2001
  - 16) 川上憲人, 竹島 正, 高橋祥友, 他: 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究: 症例・対照研究による自殺関連要因の分析. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究. 総括・分担研究報告書, pp.7-26, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2007
  - 17) 厚生労働省: 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 第19回資料 医療施設調査 2009. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0618-7b.pdf>
  - 18) 窪田 彰: 診療報酬改定と精神科医療への影響. *精神科治療学* 24: 1007-1010, 2009
  - 19) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., et al.: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49(Suppl 1): S111-116, 1995
  - 20) Luoma, J.B., Martin, C.E., Pearson, J.L.: Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry* 159: 909-916, 2002
  - 21) 内閣府: 平成20年版 自殺対策白書, 2008
  - 22) 岡田 俊: 児童青年期のうつ病性障害に対する抗うつ薬の使用・併用療法の是非. *臨床精神薬理* 12: 263-272, 2009
  - 23) Robins, E., Murphy, G.E., Wilkinson, R.H., et al.: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 49: 888-899, 1959
  - 24) 鈴木博子: 大学病院精神科の時間外診療における自殺企図者の実態. *医学のあゆみ* 194: 541-544, 2000
  - 25) 高橋祥友: 自殺のリスクマネジメント 第2版. 医学書院, pp.14-37, 2006
  - 26) 竹島 正, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: 心理学的剖検の実施および体制に関する研究. 平成19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究. 総括・分担研究報告書, 7-41, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, 2008
  - 27) 田島 治: 抗うつ薬の光と影. *臨床精神薬理* 11: 1803-1811, 2008
  - 28) 東京都福祉保健局 編: 自殺実態調査報告書-自死遺族からの聞き取り調査-, 41-44, 2009
  - 29) 安田泰次: 精神分裂病患者の自殺企図について. *精神神経学雑誌* 94: 135-170, 1992
  - 30) Zisook, S., Byrd, D., Kuck, J., et al.: Command hallucination in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 56: 462-465, 1995

*abstract*

**Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers who consulted a psychiatrist prior to death: A psychological autopsy study.**

Seiko Hirokawa<sup>1)</sup>, Toshihiko Matsumoto<sup>1, 2)</sup>, Yotaro Katsumata<sup>1)</sup>, Masahiko Kitani<sup>1)</sup>,  
Masato Akazawa<sup>1)</sup>, Yoshitomo Takahashi<sup>3)</sup>, Norito Kawakami<sup>4)</sup>, Naoki Watanabe<sup>5)</sup>,  
Masami Hirayama<sup>6)</sup>, Tadashi Takeshima<sup>1, 2)</sup>

The present study used a psychological autopsy method to clarify the psychosocial and psychiatric differences between suicide completers who did or did not consult a psychiatrist within one year prior to their death.

Suicide completers who consulted a psychiatrist were significantly younger than those who did not; furthermore, half of them were likely to overdose by taking the psychotropic drugs prescribed by the psychiatrist. As well, a diagnosis of schizophrenia was more frequently found in the former group than in the latter.

Our findings suggest that to prevent suicide of young adults, there is a need to prevent the misuse of prescribed drugs and to investigate suicide-related risk factors in schizophrenia patients.

*JPN Bull Soc Psychiat 18 : 341-351, 2010*

<sup>1)</sup> Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

<sup>2)</sup> Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan

<sup>3)</sup> Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute, Tokorozawa, Japan

<sup>4)</sup> Department of Mental health, Graduate school of Medicine, The University of Tokyo, Bunkyo-ku, Japan

<sup>5)</sup> Faculty of Human Science, Kansai University of International Studies, Hyogo, Japan

<sup>6)</sup> General Research Institute, Seigakuin University, Ageo, Japan



## Skin picking in Parkinson's disease: A behavioral side-effect of dopaminergic treatment?

doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02069.x

**I**MPULSE CONTROL DISORDERS (ICD) as well as repetitive compulsive behaviors are increasingly being recognized in patients with Parkinson's disease (PD), and have been attributed to the use of dopaminergic medications, and in particular to the use of dopamine agonists.<sup>1</sup>

Skin picking (SP) is a self-injurious, repetitive behavior that can cause significant tissue damage. It is included as an example of a potential ICD not otherwise specified in the DSM-IV-TR. SP has also been categorized as a stereotypical movement disorder, in that it is a disorder that is 'repetitive, driven and nonfunctional'.<sup>2</sup> Patients with SP often have important psychiatric comorbidity.<sup>3</sup> Here we report a case of a PD patient who developed SP while being treated with levodopa and a dopamine agonist. The behavior was noted to resolve upon discontinuation of the dopamine agonist.

A 51-year-old man had a 10-year history of PD. His initial symptoms consisted of a left hand tremor at rest and left-sided rigidity. In February 2008, the patient was brought to the clinic by his wife who complained that her husband had recently been 'picking' at his head. The skin picking had started a few weeks prior to the visit. There was no history of hair pulling behavior or of dermatological disease. In addition to levodopa 500 mg/day, entacapone 1000 mg/day and ropinirole 3 mg/day, the patient took medications for chronic lower back pain (metaxalone, fentanyl patch, hydromorphone), and had also been treated since 2003 with paroxetine and lorazepam for mild depression and anxiety. The ropinirole had been added to the patient's levodopa regimen in April 2006 to treat wearing-off symptoms related to the patient's PD. The patient's ropinirole dosage had been increased one month before the visit from 2 mg per day to 3 mg per day. Examination revealed the presence of five erythematous excoriated lesions of a diameter of 4 mm and depth of 2 mm on the patient's frontal scalp. He denied any itching or tactile or visual hallucinations involving the scalp area. Neurological examination revealed findings consistent with the diagnosis of idiopathic PD. In the 'ON' state, the patient scored 14/108 on the motor part of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale. He was mildly dyskinetic, had pressured speech and hyperactive behavior. The patient was tapered off ropinirole while the remainder of his medication regimen remained unchanged. After having been off ropinirole for two months, the patient and his wife reported that he had stopped picking at his scalp. His hypomanic behavior had also resolved. Formal neuropsychological testing revealed a mild subcortical dementia as well as mild depression and anxiety.

While ICDs such as pathological gambling or compulsive shopping have been described as side-effects of dopaminergic treatment in PD, to the best of our knowledge SP has not previously been reported in PD. Although the patient was on other psychoactive medications that may have contributed,

Neither of the authors have any financial disclosures to report.

the fact that the SP resolved upon discontinuation of his dopamine agonist supports the hypothesis that this behavior could represent a behavioral side-effect of dopaminergic medication similar to other ICDs. ICDs in PD may be induced in predisposed patients by dopaminergic treatment, and in particular dopamine agonists, probably via excessive stimulation or sensitization of dopamine receptors in mesolimbic structures.<sup>4</sup>

In conclusion, we report a PD patient who developed a new onset SP, in the context of dopamine agonist therapy. Given the potential self-injurious nature of this behavior, physicians should monitor patients for the development of this possible behavioral complication of dopaminergic therapy.

### REFERENCES

- 1 Weintraub D, Siderowf AD, Potenza MN *et al.* Association of dopamine agonist use with impulse control disorders in Parkinson disease. *Arch. Neurol.* 2006; 63: 969–973.
- 2 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994; 612–613.
- 3 Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T *et al.* Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60: 454–459.
- 4 Lawrence AD, Evans AH, Lees AJ. Compulsive use of dopamine replacement therapy in Parkinson's disease: rewards systems gone awry? *Lancet Neurol.* 2003; 2: 595–604.

Winona Tse, MD<sup>1</sup> and Thomas D. Hälbig, MD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Neurology, Mount Sinai School of Medicine, New York, New York, USA and <sup>2</sup>Fédération de Neurologie, Centre Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Email: winona.tse@mssm.edu

Received 12 August 2009; revised 8 November 2009;

accepted 24 December 2009.

## School problems and suicide in Japanese young people

doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02064.x

**S**UICIDE AMONG YOUNG people has become a serious public health problem worldwide.<sup>1</sup> As well as psychiatric disorders, school problems (such as bullying or absence from school) have also been associated with suicidal behaviors in adolescents and young adults.<sup>2–4</sup> This issue has never been examined in a young Japanese population. From November 2006, we conducted a study on suicide-completers nationwide in Japan using a psychological autopsy method and a semi-structured interview of the closest bereaved in cooperation with 54 prefectural Mental Health Welfare Centers (MHWC). Our subjects were suicide-completers whose bereaved consulted the prefectural MHWC and consented to participate in our study. As of June 2009, we collected the psychosocial information of 15 Japanese suicide-completers under the age

of 30 from 10 prefectural MHCW (eight male and seven female subjects; mean age  $23.7 \pm 4.42$ ). Of the 15 cases, the average period between the death and the time of the survey was  $16.2 \pm 23.6$  months. Of the 15 young suicide-completers, 12 cases (80%) had psychiatric disorders meeting DSM-IV criteria<sup>5</sup> at the time of death, including the primary diagnoses of schizophrenia (two cases; 13.3%), mood disorder (six cases; 40%), substance use disorder (two cases; 13.3%), adjustment disorder (one case; 6.7%), and avoidant personality disorder (one case; 6.7%). Additionally, 11 cases (73.3%: five male and six female subjects) had histories of school-related problems, including three cases (20.0%: one male and two female subjects) with histories of school refusal (absence from school for over a month without any somatic disorder), three cases (20.0%: three male subjects) who had suffered bullying during their school lives, and five cases (33.3%: one male and four female subjects) with both problems.

The present study was preliminary owing to the small sample size, biased sample representation and lack of controls. In addition, we were not able to clarify the association between school-related problems and the onset of psychiatric disorders in this study. However, the prevalence of these school-related problems appears to be rather high. Our findings lead us to the following speculation: school-related problems such as school refusal and bullying, as well as psychiatric disorders, may be closely associated with suicide in Japanese adolescents and young adults. This indicates that a suicide prevention strategy in school may be required. To clarify whether these school-related problems are risk factors for completed suicide in Japanese young people, we are now planning a case-control study.

## ACKNOWLEDGMENTS

The present study was supported by the Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare.

## REFERENCES

- 1 Bertolote JM, Fleischmann A, Leo DD, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br. J. Psychiatry* 2003; 183: 382–383.
- 2 Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2006; 47: 372–394.
- 3 Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373: 1372–1381.
- 4 Klomek AB, Sourander A, Niemelä S *et al.* Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 48: 254–261.
- 5 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.

Yotaro Katsumata, MA,<sup>1</sup> Toshihiko Matsumoto, MD, PhD,<sup>1,2</sup>  
 Masahiko Kitani, MA,<sup>1</sup> Masato Akazawa, PhD,<sup>1</sup>  
 Seiko Hirokawa, MA<sup>1</sup> and Tadashi Takeshima, MD, PhD<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Department of Mental Health Administration and <sup>2</sup>Center for  
 Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National  
 Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan  
 Email: ykatsu@ncnp.go.jp

Received 26 August 2009; revised 27 October 2009; accepted 8  
 December 2009.

## アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴 ：心理学的剖検を用いた検討

赤澤正人<sup>1)</sup>, 松本俊彦<sup>1,2)</sup>, 勝又陽太郎<sup>1)</sup>, 木谷雅彦<sup>1)</sup>, 廣川聖子<sup>1)</sup>,  
高橋祥友<sup>3)</sup>, 平山正実<sup>4)</sup>, 亀山晶子<sup>1,5)</sup>, 竹島 正<sup>1,2)</sup>

- 1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部
- 2) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 自殺予防総合対策センター
- 3) 防衛医科大学校防衛医学研究センター行動科学研究部門
- 4) 聖学院大学総合研究所
- 5) 日本大学文理学部人文科学研究所

(受付：平成22年2月18日；受理：平成22年3月23日)

### Psychosocial features of suicide completers with alcohol problem: A psychological autopsy study

Masato AKAZAWA<sup>1)</sup>, Toshihiko MATSUMOTO<sup>1,2)</sup>, Yotaro KATSUMATA<sup>1)</sup>,  
Masahiko KITANI<sup>1)</sup>, Seiko HIROKAWA<sup>1)</sup>, Yoshitomo TAKAHASHI<sup>3)</sup>,  
Masami HIRAYAMA<sup>4)</sup>, Akiko KAMEYAMA<sup>1,5)</sup> and Tadashi TAKESHIMA<sup>1,2)</sup>

- 1) *Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawahigashi-cho, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan*
- 2) *Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawahigashi-cho, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan*
- 3) *Division of Behavioral Sciences, National Defense Medical College Research Institute, 3-2 Namiki, Tokorozawa, Saitama 359-8513, Japan*
- 4) *General Research Institute, Seigakuin University, 1-1 Tozaki, Ageo, Saitama 362-8585, Japan*
- 5) *The Institute of Humanities and Social Sciences, Nihon University College of Humanities and Sciences, 3-25-40 Sakurajyosui, Setagaya-ku, Tokyo 156-8550, Japan*

(Received : February 18, 2010 ; Accepted : March 23, 2010)

### Summary

*Aims.* Alcohol use disorder is a well-known risk factor for suicide, as alcohol problems can deteriorate the medical and psychosocial conditions of individuals. Furthermore, the pharmacological effect of alcohol can cause impulsive behavior in individuals. However, few studies

have investigated the association of alcohol problems with suicide in Japan. The purpose of the present study was to investigate psychosocial and psychiatric features of suicide-completers with alcohol problems in last one year before their death.

*Methods.* Since December 2007, we have been conducting a Japan-wide study on suicide-completers using a psychological autopsy method, a semi-structured interview by a psychiatrist and a mental health professional including a public health nurse with the closest bereaved. Items questioned included family environment, suicide situation, history of life, labor situation, economic problems, and psychiatric diagnosis according to DSM-IV criteria at the time of death. As of December 2009, we had collected psychosocial and psychiatric information about 76 Japanese suicide cases.

*Results.* 16 suicide-completers with alcohol problems ("Alcohol problem" group 21.1%) were all males and almost middle-aged workers. The percentages of debt and accident proneness in "Alcohol problem" group were significantly higher than "Non-alcohol problem" group. In "Alcohol problem group", none of them have had treatment of alcohol dependence. The prevalence of alcohol use disorders in "Alcohol problem group" was significantly higher than in "Non-alcohol problem" group (81.2% vs. 0%).

*Conclusion.* The findings of the present study suggest that it is important to improvement of psychiatric care in alcohol dependence for prevention future suicides among alcoholics. Furthermore, enlightenment the association between alcohol problems and suicide to the public and medical doctors is required.

Key words: alcohol problem, alcohol dependence, suicide, psychological autopsy

アルコール関連問題, アルコール依存, 自殺, 心理学的剖検

## はじめに

海外の自殺予防に関する研究では、アルコール依存は、うつ病とともに自殺に関連する精神障害として必ず言及されている問題である<sup>1)</sup>。事実、自殺既遂者の42%がアルコール依存に罹患していたことを明らかにしたフィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査<sup>2)</sup>を引き合いに出すまでもなく、多くの研究<sup>3)</sup>が自殺の背景にアルコール依存が存在することを指摘している。しかし、ここで注意する必要があるのは、問題はアルコール依存だけではなく、アルコールという精神作用物質そのものにもあるのかもしれない、ということである。すでにアルコールの薬理作用が抑うつ状態を悪化させ、自身に対する攻撃性や衝動性を高め、心理的視野狭窄を促進させることで、自殺行動のリスクを高めることが指摘されている<sup>4)</sup>。また、自殺遺体の32~37%からアルコールが検出されるという事実<sup>5)</sup>もまた、アルコールと自殺との密接な関連を示唆するものといえるであろう。

わが国の自殺対策でアルコール関連問題がこれまであまり取り上げられてこなかった理由の一つとして、その根拠となるデータが乏しいことが挙げられる。たとえば、自殺既遂者<sup>6)</sup>もしくは重症未遂者<sup>7)</sup>を対象とした調査では、海外の知見に比べると、アルコール依存の罹患者は著しく低率なのである。もっとも、地域住民を対象としたコホート調査<sup>8)</sup>では、非飲酒者と週414g以上の大量飲酒者は、月に時々飲む飲酒者に比べて自殺のリスクが2.3倍増大することが

明らかにされており、専門医療機関に入院したアルコール依存・乱用患者における高率な自殺企図歴を報告した研究もある<sup>9)10)</sup>。

そうしたなかで、平成20年10月に一部改正された自殺総合対策大綱（「自殺対策加速化プラン」）のなかに、「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」として「うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等について、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行う」<sup>11)</sup>と明記されたのは、まさに時宜を得たことといえるであろう。しかし残念ながら、依然としてわが国の自殺にアルコール関連問題がどのように関与しているのかについては不明な点が多い。このような状況を踏まえれば、まずはわが国の自殺の背景におけるアルコール関連問題の実態を明らかにし、それがどのように自殺行動に影響を与えているのかを検討することが必要である。

既に筆者らは、心理学的剖検の手法を用いた自殺の実態調査（「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」）において情報収集がなされた自殺既遂事例46例の分析で、自殺既遂者の23%がアルコール関連問題を抱えており、その8割にアルコール使用障害の診断が可能であったことを報告している<sup>12)</sup>。今回の報告にあたっては、既報告よりも「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」において事例数を増やすことで改めて分析を行い、アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴や、自殺に至るまでの経過ならびにアルコールの影響、あるいは精神医学的特徴について再検討することを目的とした。

## 対象と方法

### 1. 心理学的剖検の手法による「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」について

本研究における方法を説明する前に、本研究の母体にあたる、心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」<sup>13)</sup>（以下、基礎調査とする）の概要について説明しておく。

#### 1) 対象

この調査は、基礎調査への協力に応じてくれた53箇所の都道府県・政令指定都市において、平成19年12月より実施されている。対象となる自殺事例は、53箇所の自治体において、①平成18年1月～平成22年3月の間に地域住民から発生した自殺のうち、②死亡時年齢が20歳以上の自殺既遂による死亡者であり、③死亡後、各地域の精神保健福祉センターにおける個別の遺族相談もしくは遺族のつどいなどで、その遺族と接触のあった自殺者を対象候補者とした。そのうえで、遺族の精神状態が調査に耐えうる状況にあり、かつ調査協力を同意を得られた自殺既遂による死亡者を、最終的な対象とした。

#### 2) 方法

基礎調査では、対象者の遺族に対し、独自に作成された面接票<sup>13)</sup>に準拠した半構造化面接を行った。面接は、原則として精神科医と保健師などから構成される2名の調査員によって行われた。調査員2名のうちの1名は必ず研究班の行った3日間の調査員トレーニング（遺族ケア、調査の内容、模擬面接）を修了した者とし、もう1名は調査員トレーニングのうち、遺族ケアの研修内容を学習していることを必須とした。なお、情報収集源となる遺族の条件としては、

死亡直前まで対象と同居もしくはそれに準じる緊密な接触があった者1名とし、優先順位は配偶者、父母、子の順とした。

本研究は、国立精神・神経センター（現、国立精神・神経医療研究センター）倫理委員会の承認を得て実施された。また、調査の実施にあたっては、そのつど各地域の精神保健福祉センターにおいて継続的な遺族ケアを提供できる体制があることを確認した。

### 3) 面接票の調査変数と面接手続き

基礎調査で用いた面接票は、海外の心理学的剖検研究のレビューと心理学的剖検パイロットスタディ<sup>14)</sup>にもとづいて作成されたものであり、生活出来事、特定の生活歴、死亡の状況、仕事の状況、経済的問題、生活の質、身体的健康、心の健康問題に関する質問から構成されていた。また、各自殺事例の精神医学的診断については、調査員を務めた精神科医師が、遺族からの聞き取りによって得られた全ての情報を用いて、DSM-IV<sup>15)</sup>に準拠した臨床診断を行った。

### 4) ライフチャート作成

自殺事例の生前の生活状況と自殺直前の行動を定性的に検討するために、全自殺事例に関して勝又らの報告<sup>16)</sup>と同じ手続きでライフチャートを作成した。

## 2. 本研究における方法

### 1) 対象

本研究では、基礎調査において平成21年12月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した76事例を対象とした。76事例の構成は、男性55名女性21名で、平均年齢は41.5歳（SD [標準偏差] =16.2歳）であった。なお、基礎調査では死亡時の年齢が20歳以上の自殺者を対象としたが、未成年の自殺者の遺族から調査協力の申し出があった場合には、調査の趣旨および分析の際には除外される可能性があること等を説明した上で、了解をいただいた遺族に調査を行った。従って、本報告は未成年者の自殺事例を含んだ事例数であることを注記しておく。

この76事例のうち、死亡前1年間にアルコール関連問題が見られた事例を、「AL問題群」とし、それ以外の事例を「非AL問題群」とした。AL問題群の抽出条件は、基礎調査面接票における「XI 心の健康問題」の「A. 飲酒に関する問題」の質問項目の中で、死亡前1年間にアルコールと関係した精神的問題、健康問題、人間関係の問題、仕事・勉強・家事などへの支障といった問題のうち、いずれか一つでも該当した事例というものであった。

### 2) 分析方法

AL問題群と非AL問題群の2群のあいだで、基礎調査において収集された情報のうち、先行研究において自殺の危険因子と指摘されている心理社会的特徴に関する変数、ならびに死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断について比較を行った。心理社会的特徴に関する変数の選択にあたっては、高橋<sup>17)</sup>が指摘する自殺の危険因子、すなわち自殺未遂歴、精神疾患の既往、サポートの不足、性別、年齢、喪失体験、自殺の家族歴、事故傾性（accident proneness: 不慮の事故や負傷など、事故を防ぐための必要な措置を取らず、自己の安全や健康を守れずに事故を起こしやすい意識的あるいは無意識的な自己破壊傾向）を参考にした。具体的には、①人口学的変数（性別、年齢、年齢階級、婚姻状況、職業）、②自殺の状況（自殺の方法、

自殺時の物質使用), ③自殺関連行動の既往ならびにその家族歴(自傷・自殺未遂歴, 親族や友人知人の自殺・自殺未遂歴, 失踪歴[家族が違和感を覚えたり心配したりするような状態で, 自殺企図のための行方不明を含む], 事故傾性), ④死亡前1年間に見られた社会的問題(死亡1年前の転職歴, 死亡1年前の休職歴, 死亡時点の返済困難な借金), ⑤死亡前に見られた医学的問題(死亡1年前の重症の身体疾患への罹患経験, 死亡1ヶ月前の身体の不調, 死亡1ヶ月前の睡眠障害, 精神科受診歴, 医師または専門家への援助希求行動)である。

また, 死亡前1年間の飲酒状況(毎月の平均飲酒日数, 一回の平均飲酒量(本研究では暫定的に「杯」という単位を採用した。「1杯」は, 純アルコール約9gに相当する)についての比較を行った。

死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断については, DSM-IV<sup>15)</sup>にもとづく臨床診断の内容と精神障害診断の数をを用いた。その際, 2事例に関しては精神科医の判断がつかなかったため, 分析から除外した。

なお, 年齢階級は10歳階級で分割し検討した。また自殺の危険因子と心理社会的特徴に関して, サポートの不足には婚姻歴と精神科受診歴を, 喪失体験には転職歴, 休職歴, 身体疾患等を対応させて検討した。

さらに, 上述した比較の後に, AL問題群に関して, ライフチャートなどの事例に関する個別情報を参照し, その精神障害の症状, 死亡1年前の飲酒状況の変化, ならびにアルコール関連問題に関する援助の状況を定性的に検討した。

統計解析には, SPSS Version 16.0J for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL)を用いた。人口学的変数の年齢階級別と婚姻歴, 自殺の状況における比率の比較には, Fisherの正確検定(Fisher's exact test)を使用した上で, 有意差が認められた場合には残差分析を行った。その他の心理社会的特徴と, 死亡時に罹患していたと思われる精神障害の内訳の比率の比較には, それぞれの項目毎にFisherの正確検定を使用した。平均年齢の比較にはStudent-t検定を, 精神障害の診断の個数の比較にはMann-WhitneyのU検定を使用し, 両側検定で5%の水準を有意とした。

## 結 果

### 1. アルコール関連問題を抱えた自殺者の心理社会的特徴

死亡前1年間にアルコール関連問題を呈していた事例は, 76例中16例(21.1%)に認められた。AL問題群16例と非AL問題群60例とのあいだで, 心理社会的特徴に関する項目を比較した結果を表1に, 死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断についての両群間の比較の結果を表2に示す。

#### 1) 人口学的変数

性別について両群間で有意差が認められ, AL問題群では男性が100%を占め, 一方, 非AL問題群ではその35%が女性であった( $p<0.01$ )。全体の平均年齢については両群間で差は認められなかったが, 年齢階級別に見た場合は全体で有意差が認められた( $p<0.01$ )。残差分析の結果, AL問題群は非AL問題群よりも40代と50代の比率が高くなっていた。一方で, 非AL問題群は20代と30代を中心にあらゆる年齢層が確認された。婚姻状況については全体で有意差が認められなかった。

表1 死亡前1年間のアルコール関連問題の有無別による心理社会的特徴の比較注1)

	AL問題群 n=16	非AL問題群 n=60	P値
性別(男)	16 (100.0%)	39 (65.0%)	0.004**
平均年齢注2)	47.1 (SD=11.2)	40.0 (SD=17.1)	0.05
年齢階級			0.005**
10代	1 (6.2%)	3 (5.0%)	
調整済み残差	0.2	-0.2	
20代	0	16 (26.7%)	
調整済み残差	-2.3	2.3	
30代	2 (12.5%)	17 (28.3%)	
調整済み残差	-1.3	1.3	
40代	6 (37.5%)	8 (13.3%)	
調整済み残差	2.2	-2.2	
50代	6 (37.5%)	6 (10.0%)	
調整済み残差	2.7	-2.7	
60代	1 (6.2%)	5 (8.3%)	
調整済み残差	-0.3	0.3	
70代	0	5 (8.3%)	
調整済み残差	-1.2	1.2	
人口学的変数			
婚姻状況			0.08
未婚	3 (18.8%)	27 (45.0%)	
既婚(再婚含む)	11 (68.8%)	31 (51.7%)	
離別(離婚・死別)	2 (12.5%)	2 (3.3%)	
職業			0.006**
自営業	4 (25.0%)	7 (11.7%)	
調整済み残差	1.3	-1.3	
被雇用者	11 (68.8%)	26 (43.3%)	
調整済み残差	1.8	-1.8	
無職者	1 (6.2%)	27 (45.0%)	
調整済み残差	-2.9	2.9	
有職者	15 (93.8%)	33 (55.0%)	0.004**
無職者	1 (6.3%)	27 (45.0%)	
自殺の方法			0.96
縊死	9 (56.3%)	32 (53.3%)	
飛び降り	2 (12.5%)	9 (15.0%)	
入水	0	3 (5.0%)	
薬物	1 (6.2%)	4 (6.7%)	
ガス	4 (25.0%)	8 (13.3%)	
飛び込み	0	1 (1.7%)	
焼身	0	1 (1.7%)	
その他	0	1 (1.7%)	
手段不明	0	1 (1.7%)	
自殺時の物質使用			0.0002***
アルコールのみ	6 (37.5%)	0	
調整済み残差	4.9	-4.9	
アルコールと向精神薬の併用	1 (6.2%)	3 (5.0%)	
調整済み残差	0.2	-0.2	
アルコールと解熱・鎮痛剤等との併用	0	1 (1.7%)	
調整済み残差	-0.5	0.5	
向精神薬のみ(複数種の服用を含む)	1 (6.2%)	15 (25.0%)	
調整済み残差	-1.6	1.6	
向精神薬と解熱・鎮痛剤等との併用	0	1 (1.7%)	
調整済み残差	-0.5	0.5	
解熱・鎮痛剤等とその他の有害物質の併用	0	1 (1.7%)	
調整済み残差	-0.5	0.5	
農薬	0	1 (1.7%)	
調整済み残差	-0.5	0.5	
物質の種類不明	0	1 (1.7%)	
調整済み残差	-0.5	0.5	
物質使用なし	4 (25.0%)	31 (51.7%)	
調整済み残差	-1.9	1.9	
物質使用状態不明	4 (25.0%)	6 (10.0%)	
調整済み残差	1.6	-1.6	
自殺関連行動の既往 ならびにその家族歴			
自傷・自殺未遂歴あり	6 (37.5%)	21 (35.0%)	1.00
親族や友人知人の自殺・自殺未遂歴あり	12 (75.0%)	36 (60.0%)	0.38
失踪歴あり	6 (37.5%)	20 (33.3%)	0.77
事故傾性あり	14 (87.5%)	33 (55.0%)	0.02*
死亡前1年間に見られた 社会的問題			
死亡1年前の転職歴あり	0	13 (21.7%)	0.06
死亡1年前の休職歴あり	2 (12.5%)	7 (11.7%)	0.14
死亡時点の返済困難な借金あり	8 (50.0%)	9 (15.0%)	0.006**
死亡1年前の重症の身体疾患への罹患経験あり	3 (18.8%)	11 (18.3%)	1.00
死亡1ヶ月前の身体の不調あり	10 (62.5%)	33 (55.0%)	0.78
死亡1ヶ月前の睡眠障害あり	10 (66.7%)	47 (87.0%)	0.21
精神科受診歴あり	7 (43.8%)	31 (51.7%)	0.78
医師または専門家への援助希求あり	8 (50.0%)	34 (56.7%)	0.78
死亡前1年間の 飲酒の状況			0.000***
毎月の平均飲酒日数注2)	N=16 24.8 (SD=9.0)	N=55 6.5 (10.5)	
1回の平均飲酒量(杯)注2)	N=16 8.0 (SD=4.4)	N=57 1.2 (SD=1.5)	0.000***

\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001

注1) 比率の検定にはFisherの正確検定を用いて、有意差が認められた年齢階級と職業、自殺時の物質使用については残差分析を行った。

注2) 平均年齢と死亡1年前の飲酒の状況の比較にはStudent-t検定を行った。



表2 死亡時に罹患していたと思われる精神医学的診断による精神障害の内訳（合併を含む）<sup>注1)</sup>

	AL問題群	非AL問題群	P値
	N=16	N=58 <sup>注2)</sup>	
いずれかの精神障害への罹患人数	16 (100%)	50 (86.2%)	0.18
通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害	0	2 (3.4%)	1.00
広汎性発達障害	0	1 (1.7%)	1.00
精神遅滞	0	1 (1.7%)	1.00
せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害	1 (10.0%)	0	0.22
認知症	1 (6.2%)	0	0.22
物質関連障害	13 (81.3%)	2 (3.4%)	0.000***
アルコール依存	9 (56.2%)	0	0.000***
アルコール乱用	4 (25.0%)	0	0.002**
薬物（アルコール以外の物質）依存	0	2 (3.4%)	1.00
ニコチン依存	1 (6.2%)	0	0.22
統合失調症および他の精神病性障害	1	6 (10.3%)	1.00
統合失調症	1 (6.2%)	6 (10.3%)	1.00
気分障害	9 (56.2%)	38 (65.5%)	0.56
大うつ病性障害	9 (56.2%)	30 (51.7%)	0.79
気分変調性障害	2 (12.5%)	11 (19.0%)	0.72
双極Ⅰ型障害	0	2 (3.4%)	1.00
双極Ⅱ型障害	0	2 (3.4%)	1.00
不安障害	2 (12.5%)	9 (15.5%)	1.00
全般性不安障害	2 (12.5%)	6 (10.3%)	1.00
強迫性障害	0	2 (3.4%)	1.00
パニック障害	0	3 (5.2%)	1.00
身体表現性障害	1 (6.2%)	0	0.22
心気症	1 (6.2%)	0	0.22
解離性障害	0	1 (1.7%)	1.00
摂食障害	0	3 (5.2%)	1.00
神経性無食欲症	0	2 (3.4%)	1.00
神経性大食症	0	1 (1.7%)	1.00
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	1 (6.1%)	2 (3.4%)	0.52
病的賭博	1 (6.2%)	2 (3.4%)	0.52
適応障害	1 (6.2%)	5 (8.6%)	1.00
パーソナリティ障害	1 (6.2%)	6 (10.3%)	1.00
一人あたりの平均罹患精神障害数 <sup>注3)</sup>	2.06	1.43	0.01*

\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01, \*\*\*p&lt;0.001

注1) 比率の検定にはFisherの正確検定を行った。

注2) 非AL問題群のうち2名の対象者については精神科医の判断がつかなかったためN=58とした。

注3) 一人あたりの罹患精神障害数の比較にはMann-WhitneyのU検定を行った。

職業に関する比較では、全体で有意差が認められ ( $p<0.01$ )、残差分析の結果、AL問題群は非AL問題群に比べて無職者が低率になっていた。なお、自営業と被雇用者を有職者とした場合の比較では有意差が確認され ( $p<0.01$ )、AL問題群は有職者が大半を占め、無職者は1名であった。

## 2) 自殺の状況

自殺の方法に関しては全体で有意差は認められなかったが、両群いずれにおいても、50%以上の者が自殺の方法として縊死を選択していた。自殺時の物質使用について全体で有意差が認められ ( $p<0.001$ )、残差分析の結果、AL問題群はアルコール単独の服用が高率になっていた。非AL問題群ではアルコール単独の服用は確認されず、アルコールの服用があった事例では向精神薬、解熱・鎮痛剤等との併用が確認された。

## 3) 自殺関連行動の既往ならびにその家族歴

自傷・自殺未遂歴について両群間に有意差は認められなかった。また、親族や友人知人の自殺・自殺未遂歴、失踪歴に関しても両群間で有意差は認められず、両群いずれにおいても、その60%以上の事例に家族や友人知人の自殺・自殺未遂歴が認められていた。事故傾性については両群間で有意差が認められ ( $p<0.05$ )、AL問題群の事故傾性が高率に確認された。

#### 4) 死亡前1年間に見られた社会的問題

死亡時点の返済困難な借金の存在 ( $p<0.01$ ) に両群間で有意差が認められ、非AL問題群よりもAL問題群に高率に確認された。なお、死亡1年前の転職歴と休職歴については、両群間に有意差は認められなかった。

#### 5) 死亡前に見られた医学的問題

死亡1年前の重症の身体疾患への罹患経験、死亡1ヶ月前の身体の不調、死亡1ヶ月前の睡眠障害、精神科受診歴、医師または専門家への援助希求のいずれについても両群間に有意差は認められなかった。なお、死亡1ヶ月前の身体の不調と死亡1ヶ月前の睡眠障害については、それぞれ両群の55%以上および66%以上という高い比率で認められていた。

#### 6) 死亡1年前の飲酒状況

死亡1年前における月平均の飲酒日数には、両群間で顕著な差が認められ ( $p<0.001$ )、AL問題群では平均24.8 (SD=9.0) 日と、連日のように飲酒していたことをうかがわせる結果であった。また、一回の平均飲酒量にも有意差が認められ ( $p<0.001$ )、AL問題群の平均一回飲酒量は8.0 (SD=4.4) 杯 (純アルコール換算で約72gであった。なおこの純アルコール量は、日本酒換算 (1合あたり純アルコール約20g<sup>13)</sup>) で約3.6合であった。

#### 7) 罹患していた精神障害の内訳

死亡時に何らかの精神障害に罹患していたと推測された者は、AL問題群では100% (16名)、非AL問題群では86.2% (50名) であった。

AL問題群で死亡時に罹患していた精神障害のうち、最も高率であったのは物質関連障害で、非AL問題群との間で有意差が認められた ( $p<0.001$ )。下位診断カテゴリーの罹患率に関しては、アルコール依存 ( $p<0.001$ ) とアルコール乱用 ( $p<0.01$ ) に有意差が認められた。

AL問題群で物質関連障害に次いで高率だったのは気分障害であった。これは非AL問題群では最も高率になっていたが、気分障害全体およびその下位診断カテゴリーの罹患率に関しては、両群間で有意差は認められなかった。その他の精神障害の診断については、両群間で有意差は認められなかった。なお、DSM-IV<sup>3)</sup>におけるI軸・II軸を総合した、罹患する精神障害の総数については、両群間で有意差が認められ ( $p<0.05$ )、AL問題群の一人あたりの罹患数は、非AL問題群のそれよりも多くなっていた。

## 2. AL問題群事例の検討

すでに述べたように、AL問題群の43.8%に生前の精神科受診歴があり、50%に医師もしくは他の専門家への援助希求行動が見られたが (表1)、その受療内容を検討したところ、アルコール関連問題に対する医療や援助を受けた者は一人もいなかった。

表3に、AL問題群10例のDSM-IV<sup>3)</sup>における精神障害の診断の一覧を示す。16例中13例 (81.2%) にアルコール依存もしくは乱用の診断が可能であると判断された。そのうち、6例に大うつ病性障害の合併が認められた。アルコール依存・乱用のいずれの診断もなされなかった3例については、大うつ病性障害、大うつ病性障害と気分変調性障害の診断がなされており、調査にあたった精神科医によって、大うつ病性障害症状による反応性の飲酒量増加および、大うつ病性障害を抱えた状態での多量飲酒と判断された事例であった。

表3 AL問題群の精神障害の合併

アルコール依存		1
アルコール依存	大うつ病性障害	3
アルコール依存	大うつ病性障害 気分変調性障害	1
アルコール依存	大うつ病性障害 認知症	1
アルコール依存	大うつ病性障害 全般性不安障害 パーソナリティ障害	1
アルコール依存	全般性不安障害 心気症 適応障害	1
アルコール依存	ニコチン依存	1
アルコール乱用		2
アルコール乱用	病的賭博	1
アルコール乱用	統合失調症	1
大うつ病性障害		2
大うつ病性障害	気分変調性障害	1

以下に、アルコール関連問題と大うつ病性障害との関係を考えるうえで特徴的な経過を呈していると思われる2事例の概要とライフチャートを、事例の本質を損なわない範囲で最大限の匿名化を行ったかたちで提示する。

#### 【事例1】 60代後半 男性A (図1参照)

高校在学時に、両親の病氣入院により、本人は不本意ながら中退して農作業を手伝うようになり、結婚後は子どもに恵まれた。39歳で父親から家業を継いだ年は凶作で、農協から借金をした。この頃、若い頃からの飲酒による肝障害で内科入院したが、精神科医療にはつながらなかった。翌年には新しい畑の土地購入のために再度借金をした。

57歳時に妹を案じて義弟の借金を肩代わりして、返済を担っていた。また遺産相続をめぐる分家との争いが生じ、その後の付き合いにわだかまりを残した。同じ頃、飲酒量が増えて糖尿病で2回入院した。配偶者はAの不眠を感じるようになり、Aは眠るために睡眠薬やアルコールを使用していた。またこの年から3回の失踪歴があった。

自殺の3年前から作物の不作、凶作が続いたため収入が減少し、借金の返済が滞るようになった。農作業中の飲酒や飲酒運転によるトラクターの事故、会合での泥酔、火の不始末などで、地域からの信頼を徐々に失っていった。死亡1年前には飲酒の問題をめぐる息子との喧嘩が絶えず、家族らはAの行動を監視するようになった。また、気分の落ち込みや集中力の低下、食欲の低下といった抑うつ症状が見られるようになり、死亡4日前には首吊りによる自殺未遂を行った。

#### 【事例2】 50代後半 男性B (図2参照)

元来生真面目で几帳面、温厚な性格であり、酒が飲めないタイプではなかったがあまり社交的ではなく、会社の付き合い以外で酒を飲みに行くことは少なく、休日は自宅で静かに過ごしていた。

52歳時に、胃がんにより胃下垂全摘手術を受け、以後、体重が激減し体力の低下を自覚した。以降、子会社に出向となったが、精神的な負担に加えて以前とは全く違う仕事内容や労働環境に苦痛を感じるようになり、かかりつけの内科医からうつ病と診断され退職するとともに、紹

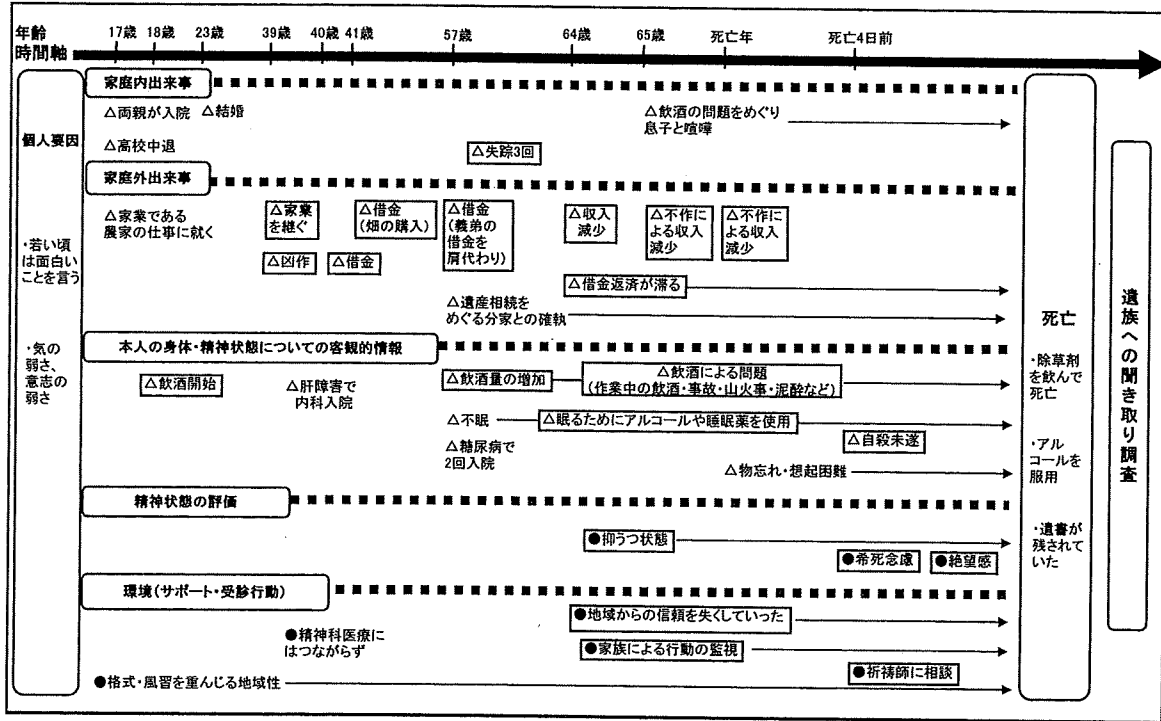


図1 事例1のライフチャート

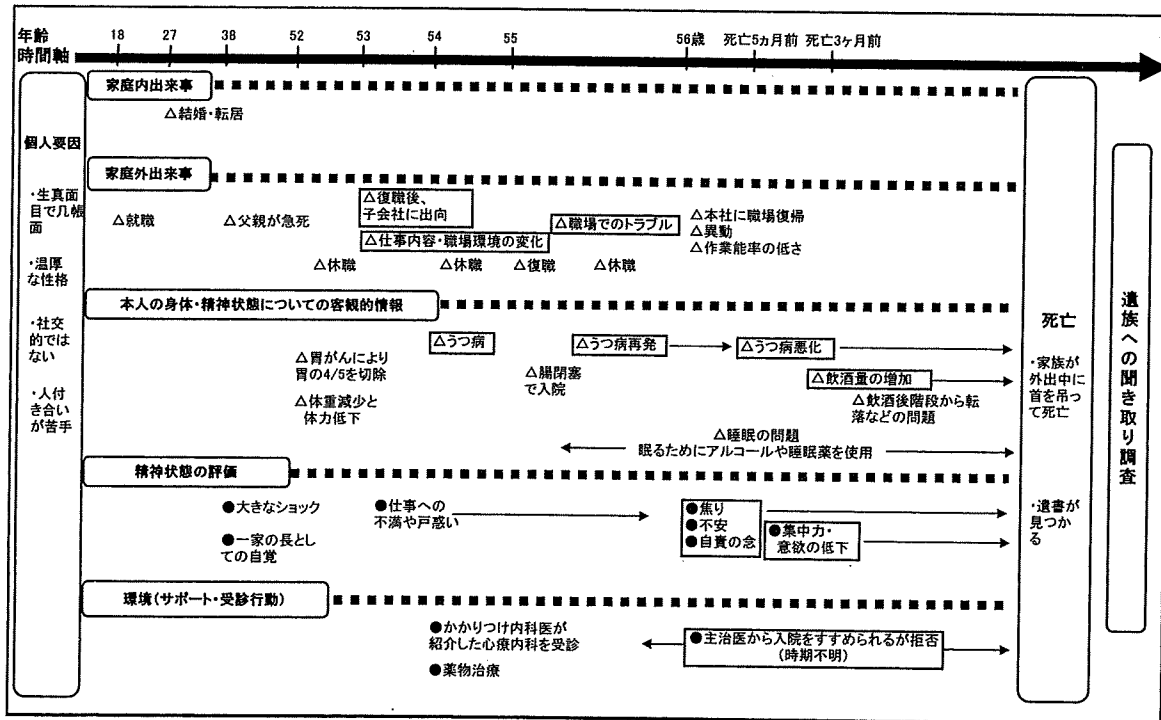


図2 事例2のライフチャート