

し、統合失調症の自殺対策はどうかといえ、置き去りにされているかのごとく、それほどの対策は講じられてきてはいない。同時に、わが国において統合失調症患者における実態を表した研究や、自殺予防の対策を検討した研究は少ない。特に、1998年の自殺激増後に詳細な調査・研究はこれまで非常に乏しかった。

そこで、まず分担研究者らは、統合失調症患者の自殺行動の実態とその特徴を明らかにすることを目的に、横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センター(以下、センター)に搬送された重症自殺未遂者から統合失調症患者と気分障害患者を抽出し、両群の比較を行った。センターは、横浜市の中心部に位置し、地域基幹3次救急医療施設として、年間1000人あまりの重症患者を受け入れている。

B. 研究方法

当該のセンターには精神科医が勤務しており、自殺企図による受傷で入院した全症例について、危機介入を実施するとともに、精神科医が詳細な精神医学的調査と社会心理学的調査を実施している(河西と山田, 2008)。

本研究では、2003年4月1日より、以降2003年4月1日-2008年9月31日の期間に自殺企図で搬送された全症例(645名)について、統合失調症(100名)、あるいは気分障害(155名)と診断された計255名を抽出し、心理社会的背景、今回の自殺企図行動と過去の自殺関連行動の詳細について調査を行った。

入院に至った自殺企図行動について調査した項目は、1)前回の自殺行動からの時間、2)自殺企図手段、3)自殺企図直前のアルコールや他の薬物摂取の有無、4)自殺企図動機、5)自殺企図後の全身麻酔下での手術の有無、6)自殺企図後の身体合併症の有無、7)当センター退院後

の精神科治療の有無、の7項目で、さらに、自殺企図動機について、1)精神的な問題(主観的な精神症状の他、精神面での負荷のすべてを含む広い概念)、2)家族関係、3)人間関係(職場や学校における)、4)身体的な問題、5)経済問題、6)その他の理由、の6項目に分類し、患者から聴取した。

得られた結果については、SPSS(Ver. 16.0)を用いたロジスティック解析を行い、 $P < 0.05$ を統計学的に有意とした。

C. 結果

全対象者の44.7%(114名)が男性で55.3%(141名)が女性であった。統合失調症患者100名の内訳は男性45名、女性55名で気分障害患者は男性69名、女性86名であった。年齢幅は14歳から88歳であった。うち気分障害患者の平均年齢は 44.8 ± 18.1 歳で統合失調症患者の 36.8 ± 13.6 歳と比較し有意に高かった($P < 0.05$)。その他に、性別、教育レベル、同居状況については有意差を認めなかった。

統合失調症患者では、27.0%に過去の自傷行為歴を認めた(気分障害患者:31.6%)一方、過去の自殺企図歴に関しては、統合失調症患者が34.8%、気分障害患者が42.0%であった。

今回入院に至った自殺行動については、統合失調症患者では、前回の自殺行動から1年以上経過しての自殺再企図が25.0%(気分障害では13.5%;オッズ比で2.8倍)、自殺企図手段では飛び降りによるものが27.0%(気分障害では7.7%;オッズ比で3.9倍)、企図動機については「精神的な問題」が45.0%(気分障害では19.4%;4.3倍)といずれも気分障害患者と比較し有意に高かった。さらに、入院後全身麻酔下での手術は35.0%(気分障害では18.7%;オッズ比

で2.6倍)、自殺企図による身体後遺症は47.0% (気分障害では28.4%; オッズ比で3.2倍) であり、転帰は精神科病院への入院が45.0% (気分障害では22.6%; オッズ比で4.1倍) と半数近くを占めた(表1)。

D. 考察

臨床に従事するわが国の精神科医の多くは、統合失調症患者の自殺企図は激越なケースが多いこと、一方で自殺の意思の把握が難しく、ライフイベントとの関連性も不明瞭であり、統合失調症の自殺は唐突で、ためらいが少なく見え、その予測が非常に困難だという印象をもっているのではないだろうか。この、自殺が激越なこと (Radomsky et al. 1999; Hunt et al. 2006b); 「ためらいの低さ」 (Breier and Astrachan 1984; Harkavy-Friedman et al. 1999) や衝動性の高さ (Felthous 2008) は、先行研究でも指摘されている。

本研究の結果においては、まず、統合失調症患者は、気分障害患者と比較し自殺企図時の平均年齢が低かったが、先行研究でも同様の傾向が認められている (Hunt et al. 2006a)。また、企図手段の致死性の高さ、身体的な重篤性が特徴的であり、これに伴い、全身麻酔下での手術や身体後遺症の頻度が有意に高かったが、先行研究においても同様に企図手段の致死性の高さが指摘されている。また、統合失調症患者において自殺企図手段として飛び降りが多く選択されていたが、これは先行研究でも指摘されている (Hu et al. 1991; Kreyenbuhl et al. 2002; Hunt et al. 2006b)。飛び降りによる自殺は、Cantor らが幻聴による影響と飛び降りとの関連について考察している (Cantor, Hill et al. 1989)。本研究では、方法の限界により幻聴と飛び降りによる自殺企図手段との関連を明らかにす

ることはできなかった。

自殺企図動機としては、統合失調症患者の45%が精神的な問題を挙げており、一方気分障害患者では、個々の自殺企図動機は多岐にわたっていた (家族関係: 21.9%、精神的な問題: 19.4%、家族関係: 13.5%)。Baca-Garacia らも、統合失調症と気分障害との比較において、気分障害患者のほうがより生活上のストレスに関連したものが多いと述べている (Baca-Garcia et al. 2005)。

一般的には、自殺再企図の指標として自殺企図後一年以内のリスクの高さと自傷行為が危険因子として提示されることがあるが (Johnsson Fridell, Oje et al. 1996; Suominen et al. 2004; Tidemalm et al. 2008)、本研究においては、統合失調症患者で一年以上経過しての自殺再企図率が高いこと、また自殺再企図の予測因子ともいえる自傷行為の頻度も低いことなどから、これらが、再企図の予測困難さにつながっている可能性が示唆された。

E. 結論

本研究では、調査した各項目について、さらに精密な解析を行うことができなかったものの、しかし統合失調症患者の自殺企図行動についてその特徴を明らかにすることができた。企図動機は、いわゆる「精神/心の問題(負担)」が最も多く、センタ-退院時には45%が精神科への入院を要するほど精神状態が不良であったことなどから、統合失調症患者の自殺予防のためには、慢性疾患にともなう患者のさまざまな負担に介入すること、また、自殺再企図のリスクが長期的に継続することを念頭に置いて適切な介入を行うことが重要と考えられた。

F. 健康危険情報

該当せず

G. 文献

The American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM – IV). Washington D.C., 1994

Baca-Garcia, E, Perez-Rodriguez MM et al.: Suicidal behavior in schizophrenia and depression: a comparison. *Schizophr Res* 75, 77-81, 2005

Beautrais, AL: Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med* 31, 837-845, 2001

Bertolote JM, Fleischmann A: Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective, *World Psychiatry* 1, 181-185, 2002

Breier A. and Astrachan BM: Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry*, 141, 206-209, 1984

Cantor CH, Hill MA et al.: Suicide and related behaviour from river bridges. A clinical perspective. *Br J Psychiatry* 155, 829-835, 1989

Chiu HF, Takahashi Y et al.: Elderly suicide prevention in East Asia." *Int J Geriatr Psychiatry* 18, 973-976, 2003

Felthous AR: Schizophrenia and impulsive aggression: a heuristic inquiry with forensic and clinical implications. *Behav Sci Law* 26, 735-758, 2008

Funahashi T, Ibuki Y et al.: A clinical study on suicide among schizophrenics. *Psychiatry Clin Neurosci* 54, 173-179, 2000

Harkavy-Friedman JM, Restifo K et al.: Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am J Psychiatry*

156, 1276-1278, 1999

Heila H, Heikkinen ME et al.: Life events and completed suicide in schizophrenia: a comparison of suicide victims with and without schizophrenia. *Schizophr Bull* 25, 519-531, 1999

Henriksson S and Isacson G: Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatr Scand* 114, 159-167, 2006

Hu WH, Sun CM et al: A clinical study of schizophrenic suicides. 42 cases in Taiwan. *Schizophr Res* 5, 43-50, 1991

Hunt IM, Kapur N et al.: Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey. *Br J Psychiatry* 188, 135-142, 2006a

Hunt IM, Kapur N et al.: Suicide in schizophrenia: findings from a national clinical survey. *J Psychiatr Pract* 12, 139-147, 2006b

Johnsson Fridell E, Ojehagen A et al.: A 5-year follow-up study of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand* 93, 151-157, 1996

河西千秋, 山田朋樹: 自殺予防のためのハイリスク者対策: 自殺未遂者のケアモデルの提示. *日本医事新報*, 4411, 73-77, 2008

Kreyenbuhl JA, Kelly DL et al.: Circumstances of suicide among individuals with schizophrenia. *Schizophr Res* 58, 253-261, 2002

Mann JJ, Apter A, et al.: Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 294, 2064-2074, 2005

大山博史 (編著): 高齢者自殺予防マニユ

アル, 診断と治療社, 2003, 東京

Proulx F, Lesage AD et al.: One hundred in-patient suicides. *Br J Psychiatry* 171, 247-250, 1997

Radomsky ED, Haas GL et al.: Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 156, 1590-1595, 1999

Rutz WL, von Knorring L et al.: Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 85, 83-88, 1992.

Stebalj A, Tavcar R et al.: Predictors of suicide in psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 100, 383-388, 1999

Suominen K, Isometsa E et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 161, 562-563, 2004

Szanto K, Kalmar S et al.: A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Arch Gen Psychiatry* 64, 914-920, 2007

Tidemalm D, Langstrom N et al.: Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 337: a2205, 2008

H. 研究発表

1. 論文発表

Nakagawa M, Yamada T, Yamada S, Natori M, Hirayasu Y, Kawanishi C: A follow-up study of suicide attempters who were given crisis intervention during hospital stay. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63, 122-123, 2009

Suda A, Kawanishi C, Kishida I, Sato R, Yamada T, Nakagawa M, Hasegawa H, Kato D, Furuno T, Hirayasu Y: Dopamine D2 receptor gene polymorphisms are associated with suicide attempt in the Japanese population. *Neuropsychobiol*, 59, 130-134, 2009

Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T, Iwamoto Y, Sato R, Hasegawa H, Morita S, Odawara T, Hirayasu Y: Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry*, 9, 32, 2009

Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka N, Okubo Y, Sakai A, Kishimoto T, Miyaoka H, Otsuka K, Kamijo Y, Matsuoka Y, Aruga T: A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Mental Health*, 9, 364, 2009

Chiaki Kawanishi, Yoshihiro Kaneko: Suicide prevention in Japan. In Wasserman D, Wasserman C eds., *Text Book of Suicidology*, pp. 771-772, Oxford University Press, London, 2009

河西千秋:自殺予防学. 新潮社, 2009

杉山直也, 河西千秋, 井出広幸, 宮崎仁 (編著):プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理. 南山堂, 2009

平野みぎわ, 山田素朋子, 山田朋樹, 平安良雄, 河西千秋:精神保健福祉士と自殺予防:救命センターにおける自殺企図者へのかかわり. *神奈川精神誌*, 58, 39-42, 2009

河西千秋, 須田顕 (監修:高橋祥友, 竹島正):自殺行動の精神生物学的研究(自殺予防の実際). 永井書店, 284-292, 2009

2. 学会発表・シンポジウム等

河西千秋: 都市の自殺対策: 神奈川県大和市の取り組み. 第33回日本自殺予防学会, 大阪, 2009

河西千秋: WHO・メディア関係者のための自殺予防の手引きについて. 第33回日本自殺予防学会, 大阪, 2009

河西千秋: 自殺に関するハイリスク者への対策: 救命センターを起点とした未遂者へのケース・マネジメント. 第3回日本セーフ

ティプロモーション学会, 十和田, 2009

河西千秋: 自殺未遂者の自殺再企図予防のためのケア・モデルと精神科医の役割. 第32回日本精神病理・精神療学会, 盛岡, 2009

I. 知的財産権の出願・登録状況

出願なし

表 1. 2003-2008 年に横浜市大・高度救命救急センターを受療した重傷自殺未遂者のうち、統合失調症患者(100名)と気分障害患者(155名)を比較した。

	統合失調症 (n=100)	気分障害 (n=155)	P
自殺企図手段(飛び降り)	27.0%	7.7%	0.000
全身麻酔下での手術有	35.0%	18.7%	0.002
身体後遺症有	47.0%	28.4%	0.000
自殺企図動機(精神的な問題)	45.0%	19.4%	0.000
アルコール/薬物の併用有	16.0%	36.8%	0.000
退院後の精神科治療(精神科入院)	45.0%	22.6%	0.000
自殺企図を繰り返している事例で、前回から今回の企図に至るまでの期間が1年以上の事例	25.0%	13.5%	0.005

【身体重篤度の問題】: 統合失調症患者の自殺企図は重篤な転帰をとるものが多い。
【心理、精神病理、行動病理など】: 統合失調症の自殺企図は、1) 動機として「こころの問題」(病的体験の影響、抑うつ、生活障害による心理的負担など)が多い。2) アルコールや薬物を併用しながらの企図は少ない。3) 自殺企図の既往自体は少なくはないが、企図を繰り返しているにもかかわらず、前回企図から1年以上過ぎてからが多く、このことが予測困難性につながっている可能性がある。
 ⇒ 統合失調症の自殺リスクは長く続くので、リスクを不断に意識した上での長期のケアやサポートが必要。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

薬物依存者・アルコール依存者の自殺の実態解明

と自殺予防に関する研究

研究分担者 松本俊彦
国立精神・神経センター精神保健研究所
自殺予防総合対策センター自殺実態分析室長
/薬物依存研究部診断治療開発研究室長

研究要旨: 今年度の本研究では、自殺リスクの高い薬物・アルコール依存者の臨床的特徴、ならびに、自殺予防の観点からの依存症支援のあり方を検討した。**研究方法** 研究は3つのセクションにわけて実施された。まず[研究1]として、依存症専門医による依存者の自殺に関する聞き取り調査を実施した。[研究2]としては、7箇所の依存症専門医療機関と5箇所の一般精神科医療機関の通院患者を対象とした質問紙調査を計画した。そして[研究3]としては、民間援助団体の回復者スタッフを対する聞き取り調査を行った。**結果** 研究1と研究3の結果、抱えている問題の多様性（多剤乱用・クロスアディクション・重複障害・トラウマ）、依存症自体による、あるいは、依存症からの回復の過程における重要他者とのつながりの喪失体験が、薬物・アルコール依存症者が自殺の危険因子となる可能性が明らかにされた。また、研究2については、今年度は調査実施に関して倫理審査の承認を得て、2009年12月に実施することができた（その結果は次年度報告する）。**まとめ** 今年度実施された聞き取り調査の結果から、依存症の専門的援助のなかで従来行われてきた「底つき」「イネイブリング」理論にもとづく援助を再考すること、依存症者の支援の究極的目標は、薬物やアルコールをやめることではなく、「自殺しないこと」「よりよく生きること」に設定すべきであること、そして、専門医療機関や地域住民に対して、依存症が死に至る疾病であり、治療や生活援助の必要とする障害であることを啓発する必要性が明らかにされた。

研究協力者

森田展彰 国立大学法人筑波大学大学院間総合科学研究科 講師
猪野亜朗 かすみがうらクリニック 医師
小沼杏坪 医療法人せのがわ KONUMA 記念広島薬物依存研究所 所長
奥平謙一 神奈川県立精神医療センターせり

がや病院 院長

成瀬暢也 埼玉県立精神医療センター 副院長
芦沢 健 医療法人北仁会旭山病院 副院長
松下幸生 独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター 臨床研究部長
武藤岳夫 独立行政法人国立病院機構肥前精

神医療センター 医長
 長 徹二 三重県立こころの医療センター
 医師
 阿瀬川先生 医療法人三精会汐入メンタルク
 リニック 院長
 長谷川直美 デイケアクリニックほっとステ
 ーション 院長
 尾崎 茂 中野総合病院 精神科部長
 内門大丈 横浜南共済病院 精神科部長
 武川吉和 独立行政法人国立病院機構横浜医
 療センター 精神科部長
 小林桜児 国立精神・神経センター病院 精
 神科医師
 今村扶美 国立精神・神経センター病院 心
 理療法士
 赤澤正人 国立精神・神経センター精神保健
 研究所 精神保健計画部 研究員
 上岡陽江 女性ダルクハウス 代表
 幸田実 東京ダルク 代表
 山田幸子 アパリクリニック上野 院長
 渡邊敦子 東京医科歯科大学, 筑波大学大学
 院
 岡坂昌子 家族機能研究所 臨床心理士
 谷部陽子 筑波大学大学院 大学院生
 宮城純子 北里大学看護学部 大学院生

A. 研究目的

海外における心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者調査からは、自殺者の少なくとも2~3割はその行為の直前に物質関連障害に罹患していることが明らかにされている。たとえば、その先進的な国家的対策によって自殺死亡率減少に成功したフィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査 (Lönqvist et al) でも、自殺既遂者の93%に何らかの精神障害への罹患が認められ、うつ病 (66%) とともにアルコール依存症 (42%) の罹患率が高かったことが明らかにされている。他にも、アルコール依存症と自殺との密接な関連を指摘する研究は枚挙にいとまがない。たとえば週250g以上の大量飲酒が15年後の自殺死亡のリスクを3倍高める (Anderson)、あるいは、

アルコール依存症への罹患は将来における自殺のリスクを60~120倍に高める

(Murphy & Wetzel) といった報告がある。また、アルコール乱用を呈するうつ病患者は、通常のうつ病患者よりもはるかに自殺のリスクが高いことが指摘されている (Dumais et al)。

アルコール依存症だけではなく、薬物依存症も深刻な問題である。あるメタ分析

(Harris & Barraclough) では、乱用物質の種類ごとの物質使用障害罹患者の標準化自殺死亡率では、向精神薬20倍、複数物質19倍、オピオイド14倍、アルコール6倍、大麻4倍という数値が得られている。その多くはうつ病よりも高いオッズ比となっており、なかでも向精神薬依存症が自殺との密接な関連が示唆されている。

このように物質依存症が自殺のリスクを高める理由としては、以下の三つの要因が考えられている (De Leo & Evans, 2004)。第一の要因は、併存する精神障害によるものである。実際、物質依存症患者は気分障害やパーソナリティ障害を併存している者が多く、物質依存症の併存がそうした精神障害の悪化をもたらすことが知られている。第二の要因は、二次的に心理社会的状況の悪化である。すなわち、物質依存症の存在が、失職や逮捕・服役、離婚や絶縁といった社会的孤立をもたらすことが少なくなく、依存症者の自殺リスクを高めるわけである。そして最後の要因が乱用物質の直接的影響によるものである。すなわち、アルコールや薬物の薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺行動を促進するのである。事実、自殺既遂者の32~37% (Cherpitel et al, 2004; 伊藤と伊藤, 1988)、自殺未遂によって救急医療機関に搬送された患者の40%

(Cherpitel et al, 2004) からアルコールが検出されるという報告がある。

この最後の要因からも分かるように、アルコール・薬物の依存症であるか否かに関係なく、正常範囲内の物質使用によっても、その薬理作用が自殺のリスクを高める可能性がある。海外には、国内の年間アルコール消費量と自殺死亡率とのあいだにおける有意な相関を支持する研究が数多く存在している。ロシ

アでは、ペレストロイカ時代におけるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少との有意な正の相関が確認されており (Wasserman et al, 1994)、一方、米国では、最低飲酒年齢の引き上げが若年者の自殺率減少に寄与したことが明らかにされている (Birckmayer et al, 1999)。またデンマークでは、アルコール飲料の価格高騰により自殺率の低下が見られ

(Skog, 1993)、一方、ポルトガルでは、個人の年間アルコール消費量1リットルの増加が男性の自殺死亡率の1.9%上昇をもたらしたと報告されている (Skog, 2007)。

少なくとも海外には、アルコール・薬物依存症と自殺との密接な関連についてこれだけのエビデンスがありながらも、これまでわが国の自殺対策における精神保健的施策はうつ病偏重で進められ、物質関連障害について文字通り置き去りにされてきた。しかし、2008年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改正 (「自殺対策加速化プラン」) のなかで、ようやく自殺対策の文脈のなかで薬物・アルコール依存症対策が強調されることとなった。とはいえ、いまだにわが国には自殺予防の観点から物質関連障害対策に資する基礎的データが乏しく、その実態を明らかにすることが喫緊の問題となっている。

それから、もう一つ忘れてはならない問題がある。現在わが国においては、依存症に対する長期のリハビリテーションは、精神科病院よりもダルク (DARC: Drug Addiction Rehabilitation Center) やマック (MAC; Maryknoll Alcohol Center) といった民間援助団体がその担い手の中心となっているが、そのような施設での回復過程においては、薬物からの離脱と再使用、家族その他との人間関係からの分離や再統合、社会参加への試みにおける成功と失敗といった出来事が自殺の引き金になることがある。すでに岡坂ら

(2006) は、ダルク7施設の薬物依存者の自殺に関する調査した結果、希死念慮は101名中56名(55.4%)、自殺企図は101名中50名(49.5%)であり、自殺企図の時には、人間関係の破綻や薬物使用が関わっている場合が多かった。民間団体のスタッフは、精神病院よりも、事例の長期的回復を支えており、その分

自殺への対応についてのリスクに曝されているといえる。したがって、薬物依存症の自殺対策を考える上で、民間援助団体における対応について取り上げることもきわめて重要なことである。

そこで、本研究は以下の4つを目的として行われる。第一に、海外で報告されていると同様、わが国でも、アルコール・薬物依存はうつ病と並ぶ危険因子であるかどうかを明らかにすること、第二に、自殺に関連する精神障害として知られているうつ病においても、アルコール乱用をはじめとする物質使用が自殺のリスクを高めるのかどうかを明らかにし、一般精神科医に対する啓発の必要性について検討すること、そして第三に、当事者による民間回復施設における自殺に関する実態と回復者スタッフが抱える困難を明らかにすることである。最後に、以上の調査結果を踏まえて、依存症専門医を中心とするアルコール・薬物依存の自殺予防ガイドラインを提言することである。

B. 研究方法

今年度は、以下の3つの方法によって研究を実施した。

研究1 依存症専門医による依存者の自殺に関する意見交換と事例検討

研究2 依存症専門医療機関と一般精神科医療機関における質問紙調査

研究3 民間援助団体に関する調査

以下に、その具体的方法について説明する。

【研究1 依存症専門医による依存者の自殺に関する意見交換と事例検討】

国内のアルコール・薬物依存症臨床専門家の研究協力者を中心に、年に1~2回程度研究班会議を開催し、意見交換を行うものであり、最終的には、2.および3.の調査結果を踏まえ、自殺予防の観点からの依存症患者の援助に関するエキスパート・コンセンサスを整理し、自殺リスクの高い状況や介入のポイントなどの試案を作成する。

研究班初年度にあたる今年度は、本研究班

の方向性を議論するとともに、各専門家が持っている依存症患者の自験自殺既遂事例にもとづいて意見交換をし、自殺リスクの高い依存症患者の臨床的特徴、ならびに、自殺予防という観点からの依存症患者への対応のあり方について議論することとした。

【研究2 依存症専門医療機関と一般精神科医療機関における質問紙調査】

初年度にあたる今年度、依存症患者における自殺念慮や自殺企図の経験といった自殺傾向を明らかにするために、医療機関における外来通院患者を対象とした質問紙調査を実施した。以下のその方法について詳述する。

1. 対象

本研究は、タイプの異なる二つの精神科医療機関—アルコール・薬物依存症専門医療機関（以下、依存症専門医療機関）ならびに一般精神科医療機関—をフィールドとして実施される、多施設共同研究である。研究対象は、各タイプの精神科医療機関ごとに以下のように定義される。

[依存症専門医療機関]

1) 調査実施施設: 以下の7箇所の依存症専門医療機関において実施

- ① 神奈川県立精神医療センターせりがや病院
- ② 三重県立こころの医療センター
- ③ 埼玉県立精神医療センター
- ④ 独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター
- ⑤ 医療法人せのがわ瀬野川病院
- ⑥ 医療法人北仁会旭山病院
- ⑦ 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

2) 対象: 上記の依存症専門医療機関における、2009年12月の1ヶ月間の全通院患者のうち、DSM-IV-TRにおける物質使用障害（依存・乱用）の基準を満たす者（他の併存精神障害の有無は問わない）で、かつ、同意が得られた者。

[一般精神科医療機関]

1) 調査実施施設: 以下の5箇所の一般精神科医療機関

- ① 横浜医療センター精神科

- ② 横浜南共済病院神経科
- ③ 中野総合病院精神科
- ④ 汐入メンタルクリニック
- ⑤ デイケアクリニックほっとステーション

2) 対象: 上記の総合病院精神科もしくは精神科診療所における、2009年12月の1ヶ月間の全通院患者のうち、DSM-IV-TRにおけるうつ病性障害（大うつ病性障害・気分変調性障害・特定不能のうつ病性障害）の基準を満たす者（他の併存精神障害の有無は問わない）で、かつ、同意が得られた者

2. 方法

本研究は、「無記名の自記式質問紙」によって情報収集を行う。各調査実施施設の全ての担当医師は、対象者としての条件を満たす通院患者（対象候補者）を見いだした場合には自記式質問紙を直接手渡すこととする。対象候補者が調査への同意を表明する方法は同意書への署名によらず質問紙への回答をもって行い、同意しない場合には、質問紙を白紙のまま質問紙回収箱に投函する。

本研究に用いる自記式質問紙は、「依存症専門医療機関」と「一般精神科医療機関」とで一部のみ共通した内容を持ち、共通部分の変数を用いて比較をする一方で、依存症専門医療機関および一般精神科医療機関の対象者内での分析も行う。

以下に、二つのタイプの精神科医療機関ごとに、その具体的な調査手続きを述べる。

1) 依存症専門医療機関における質問紙調査（資料1参照）

① 質問紙の内容: うつ病併存（K10）と自殺傾向（M.I.N.I.）の実態などに関する質問から構成される。詳細については添付した別紙資料参照。

② 調査手続き:

- a 各調査実施施設の全担当医は対象候補者に調査を依頼し、外来待合室で回答してもらう。
- b 記入済みの質問紙は、対象者自身の手で各調査実施施設の外来待合室に設置された回収箱に投函される。
- c 回収された情報は各調査実施施設の共同協力者がとりまとめ、主任研

研究者へと送付される。

③ 分析方法: 次項に述べる一般精神科におけるうつ病性障害の患者とのあいだで、うつ病性障害の併存 (K10) と自殺傾向 (M.I.N.I.) について比較を行う。

2) 一般精神科医療機関における質問紙調査 (資料 2 参照)

① 質問紙の内容: うつ病併存 (K10) と自殺傾向 (M.I.N.I.) の実態、アルコール乱用 (Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) などに関する質問から構成される。詳細については添付した別紙資料参照。

② 実施手続き:

a 各調査実施施設の全担当医は対象候補者に調査を依頼し、外来待合室で回答してもらう。

b 記入済みの質問紙は、対象者自身の手で各調査実施施設の外来待合室に設置された回収箱に投函される。

c 回収された情報は各調査実施施設の共同協力者がとりまとめ、主任研究者へと送付される。

③ 分析方法: 上述したアルコール・薬物使用障害の患者とのあいだで、うつ病性障害の併存 (K10) と自殺傾向 (M.I.N.I.) について比較を行う。また、うつ病性障害患者のサンプル内で、M.I.N.I.得点と AUDIT との相関、ならびに各項目との関連を検討する。

【研究 3 民間回復施設に関する調査】

研究協力者の森田展彰を中心に、ダルクをはじめとした薬物・アルコール依存者を対象とする民間援助団体から見た、依存症者の自殺の実態を明らかにするとともに、自殺予防の観点からの援助のあり方に関する知見を整理した。

その際、以下の点を心がけた。すなわち、民間援助団体では、援助者は主に回復者カウンセラーであり、自助的な側面を重視しているので、援助者と利用者の関係は、精神病院などとは全く異なっている。その点で、自殺という深刻な事態に関して調査を行う場合にも、病院の患者に調査する場合よりも、その団体の中でのよりパーソナルな関係や回復の場としての雰囲気にも悪影響を与えないような

十分な配慮が必要である。

そこで、研究 3 を進めるにあたっては、以下の段階を踏んで調査を施行することとした。

i. まずダルクスタッフを数名加わってもらってワーキンググループを作り、そこでダルクでの薬物依存症者の現状とともに研究の進め方自体を検討する。

ii. 多くの民間援助団体スタッフに集まってもらい、自殺など薬物関連問題への援助に関する現状や意見を聴取する。

iii. 援助者や利用者を対象にした調査や支援的な働きかけを可能な範囲で行う。

本年度は、ダルクにおいて、i) と ii) を施行した。

(倫理面への配慮)

研究 2 については、疫学研究の倫理指針に準拠して行われた。本研究は、多施設共同研究の形をとることから、国立精神・神経センター倫理委員会、ならびに各調査実施医療機関の倫理委員会の承認を得て実施した。その際、倫理委員会を設置していない医療機関の場合には、国立精神・神経センター倫理委員会の代理審査による承認を得て実施した。

C. 研究結果

【研究 1 依存症専門医による依存者の自殺に関する意見交換と事例検討】

2009 年 10 月 12 日に班会議を開催し、薬物・アルコール依存症の臨床経験が豊かな 10 名の精神科医から、自身の臨床経験のなかで、自殺に至った依存症患者の臨床特徴、ならびに、依存症患者の自殺予防のために必要と考えられることを聴取した。

参加した依存症臨床の専門家は、芦沢 健 (旭山病院)、猪野亜朗 (かすみがうらクリニック)、奥平謙一 (神奈川県立精神医療センターせりがや病院)、小沼杏坪 (KONUMA 記念広島薬物依存研究所)、長 徹二 (三重県立こころの医療センター)、松下幸生 (久里浜ア

ルコール症センター)、松本俊彦(国立精神・神経センター)、武藤岳夫(肥前精神医療センター)、森田展彰(筑波大学)、成瀬暢也(埼玉県立精神医療センター)である。また、オブザーバーとして、小林桜児(国立精神・神経センター)、今村扶美(国立精神・神経センター)、赤澤正人(国立精神・神経センター)が出席した。

以下に、会議で出た主要な意見を提示する。

1. 自殺に至った依存症患者の臨床特徴

1) 年齢・性別

- 若年発症のアルコール・薬物依存症患者
- 若い依存症患者、特に30代の女性の依存症患者

2) 重複障害

- 幻覚妄想などの精神病症状を呈している重複障害の依存症患者
- 統合失調症、もしくは、それに準ずる慢性精神病症状が持続している患者
- 脳機能の低下により認知障害を呈していたと推測される依存症患者
- 双極性障害Ⅱ型が併存していた依存症患者
- パーソナリティ障害や摂食障害、気分障害が併存する事例
- 脳血管性の認知症が併存する焦燥感の強い依存症患者

3) クロスアディクション(複合嗜癖)や他の医学的・心理社会的問題の併存

- 多剤乱用患者
- 薬物をやめたものの、アルコール摂取が続いていた依存症患者
- 摂食障害と自傷行為の併存する依存症患者
- ギャンブル依存が併存していた依存症患者
- セクシャルマイノリティ、HIV、トラウマといった問題を抱えた依存症患者

4) つながりの喪失

- 家族を失った単身の依存症患者

- 親から急激なかたちで突き放された依存症患者
- 家族や職業など多くのものを失い、希望を失った依存症患者

5) 外傷体験

- 被虐待歴がある事例
- 依存症の家族歴がある事例
- 幼少時の事故外傷で身体障害を抱えていた患者
- いわゆる「アダルトチルドレン」に該当する依存症患者
- 性被害体験を持つ依存症患者
- 性的マイノリティとして差別や迫害に曝されていた依存症患者

6) 治療状況

- 退院を目前にして入院中に再飲酒した依存症患者
- 退院後2週間以内の患者
- 長期間の断酒の後に再飲酒へと至った患者
- 病院への入院とダルク入所を繰り返していた、多剤乱用患者
- 「今度こそ」と回復に対して強く気負いながら再使用してしまった依存症患者
- 薬物乱用が止まり、回復プロセスにある依存症患者
- 再使用に対して強い自責感を抱いた依存症患者
- 依存症夫婦の事例で、ともに依存症からの回復を目指しながらも、妻よりも回復が停滞した男性の依存症患者

これらの専門医による自殺既遂に至った依存症患者の特徴を整理すると、以下のような問題に集約することができると思われる。

- 若年
- 多剤乱用・クロスアディクション・重複障害(精神病性障害、気分障害、摂食障害、パーソナリティ障害、性同一性障害など)
- 生育歴における外傷体験
- 重要他者とのつながりや将来の希望を喪失した者

➤ 再使用に対して強い自責感を持つ者

2. 依存症患者の自殺予防のために必要と考えられること

1) 家族支援

- 家族に対して当事者の「突き放し」を推奨するだけの支援ではなく、「家族がどう回復すれば患者が回復するか」といった視点からの家族支援が必要である。
- 家族教室などで家族を支援していくことが重要である。
- 家族を「イネイブラー」として見るのではなく、家族教室を通じて、治療協力者に変えていくことが必要である。
- 本人を家族から孤立させない支援を工夫する必要がある。

2) 援助者の支援

- ダルクなどの民間回復施設のスタッフを支援する必要がある。
- ダルクに何もかも丸投げされるなかで、本来、ダルクが抱えるべきではない者まで対応しなければならない現実がある。専門家の支援が必要である。
- ダルクスタッフをはじめとした援助者の燃え尽きを防ぐ工夫も必要である。

3) 積極的なつながりと支持的な対応

- 訪問看護によって当事者に対してアウトリーチの支援をする。
- 依存症患者に対する積極的に訪問看護を実践する。
- 病院、訪問看護、自助グループ、手紙、電話など、依存者本人とのつながりを維持することが重要である。
- 患者が再使用した際には支持的な対応をする必要がある。
- やむなく強制退院とする場合には、必ず「絶対に外来においてよ」と積極的に通院治療につなげる努力が必要である。
- 地域保健の援助者も巻き込んだ多

職種・多施設による支援をする。

4) トラウマや併存障害に対するケア

- 様々なトラウマを抱えた依存者に対して乱用薬物をいきなり切ってしまうことが危険な場合があり、依存症の治療に平行してトラウマに対するケアが必要である。
- 重複障害の依存症患者に対する治療体制が必要である。
- 若い依存症患者はほぼ全員が潜在的に希死念慮を抱いていると考えて援助する必要がある。

5) 地域住民への啓発と早期介入

- 地域保健や救急医療の現場で「CAGE」を用いて、積極的に評価と介入——パンフレットを渡すといった情報提供でもよい——をやっていく必要がある。
- アルコール依存症に限定せず、一般の人にアルコールと自殺、アルコールとうつとの関係を広く理解してもらう必要がある。

6) 調査・研究の必要性

- どのような特徴を持つ依存症患者が自殺のリスクが高いのかを明らかにすることが必要である。
- 依存症患者の自殺予防のための地域の援助者に向けた対応指針が必要である。

これらの依存症患者の自殺予防に必要と考えられる対策を整理すると、以下のように集約できる。

- 家族に対する支援、「突き放し」の誤用・乱用の防止
- 積極的なつながりの維持（再使用時の支持的な対応、アウトリーチ支援や通院治療の促し、地域の援助者との連携）
- 重複障害の治療体制、ならびにトラウマケアの体制の整備

また、依存症であるか否かにかかわらず、地域住民にアルコールと自殺、アルコールとうつとの関係を広く理解してもらうような啓発を行い、地域保健や救急医療の現場で「CAGE」を用いて積極的に評価と介入を行

っていくべきという意見があった。これは、一般的な自殺予防のために必要な対策であると考えられる。

【研究2 依存症専門医療機関と一般精神科医療機関における質問紙調査】

今年度は、12箇所の医療機関（7箇所の依存症専門医療機関と5箇所の一般精神科医療機関）に研究協力を要請し、研究分担者の所属施設である国立精神・神経センター倫理委員会、ならびに、調査協力施設の倫理委員会の承認を得るという手続きを行った。倫理委員会の設置されていない医療機関の場合には、国立精神・神経センター倫理委員会での代理審査による承認を得るようにした。

その結果、11箇所の施設では、調査開始となる2009年12月1日までに倫理委員会の承認を得ることができたが、独立行政法人国立病院機構横浜医療センターでの倫理委員会の承認が遅れたために調査開始が遅れ、調査期間を2009年12月21日～2010年1月20日までに変更した。

本報告書を執筆している2010年1月25日現在、12箇所における調査は無事終了し、このうち11箇所から記入済みの質問紙の回収ができています。なお、この調査の詳細な結果については、次年度の報告書に記載する予定である。

【研究3 民間回復施設に関する調査】

1. ダルクにおける自殺研究のワーキンググループでの検討

ダルクで自殺既遂を含む調査をおこなうことについて、ダルクのスタッフと相談したところ以下のような所見を得た。

- ① ダルクの各施設では既遂事例を多く経験しており、特にスタッフはそうしたトラウマ症状やうつや燃え尽きを抱えている者が多い。
- ② こうしたつらさを表現できる者はまだ良いが、「大丈夫」と否認を破綻させ、スタッフの自殺など行動化を生じる可能性がある、感情麻痺を示している者も多く、安易な調査はそうしたぎりぎりのバランスを破綻させる可能

性がある。

- ③ ダルクの利用者や取り巻く環境の変化もあり、ダルクがこれまで必死にとりあえずやってきたことを振り返る時期にきている。

2. 民間援助団体スタッフによる自殺など薬物関連問題への援助に関する検討会

平成21年10月8、9日にダルクのスタッフに集まっていたいただき、薬物問題に関する自殺を含む薬物関連問題への対応・援助について検討する会議を開催した。これまでの民間団体での援助活動の状況や困難な点を話していただくとともに、依存症本人および援助者におけるうつや燃え尽きをどのように防いでいけばいいかを考えた。

この会議に参加した者は通りである。近藤恒夫（日本ダルク施設長）、上岡陽江（女性ダルクハウス施設長）、倉田めば（大阪ダルク施設長）、外山憲治（名古屋ダルク施設長）、加藤武（京都ダルク施設長）、幸田実（東京ダルク施設長、飯室勉（仙台ダルク施設長）、篠原義裕（日本ダルクスタッフ）、山田幸子（アパクリニック上野）、岡坂昌子（家族機能研究所）、谷部陽子（世田谷保健所）、森田展彰（筑波大学大学院）

この検討会で出た所見と考察を以下にまとめた。

① ダルク利用者が、自殺・自傷行為の起きるパターン

ダルクスタッフからみて、自殺行動が生じやすいパターンとして以下のようなものがあることが指摘された。

- 長期にダルクのみで生活し、施設を転々としながら、回復の見通しが立たないままに過ごすうちに希望をうしなって、自殺にいたる場合。
- 親が「つきはなし」を単純におこなってしまうことで、見捨てられた気持ちになり、自殺にいたる場合。
- セクシャルマイノリティや感染症やトラウマ体験など薬物とは異なる偏見をもたれることが多い問題に関して話しができないまま、いじめを受けたり、孤立したりする。

- 薬を用いても生き延びることを考えるべき時に、「きまじめに」薬を断ってしまう場合。
 - 処方薬依存、大量服薬の問題を持つ場合。
- ② ダルクで援助者が、燃え尽きや自殺・自傷行為を生じるパターン
- ダルクスタッフとして働いている中で同じ援助スタッフが燃え尽きたり、自殺を生じる事例を経験した方が多いことがわかった。特に以下のようなパターンで、援助者の側にもえつきや自殺・自傷が起きやすいということが、指摘された。
- 援助者が、利用者の自殺など深刻な問題で傷つきながら、その苦しさや弱音をいえない場合。
 - 援助者が自分なりに力に対応できるという「マッチョな」考えをもっていて、逃げずにまじめに対応するがよい結果がでない場合。
 - 援助者が利用者や他の援助者や支援者との葛藤強くなる場合。
 - 施設運営のために時間が忙殺され、余裕がなく薬物以外の楽しむ時間や回復のための時間がないこと。
- ③ ダルクスタッフから学ぶ重要な視点
- 対人的なつながり（家族や仲間との関係、治療関係）を保つこと：薬物依存症の裏に多くのトラウマ体験などの問題があり、共依存から離れることにこだわってしまうと、かえって自殺・自傷行為が増える場合がある。単純に家族が「つきはなすこと」を強調するのではなく、もし距離を取ってもらう場合も愛情や見守っているというメッセージとともに回復のため離れた場所で自分自身を見直してほしいという気持ちを伝えていくことが重要である。ダルクスタッフでは、家族やその他の人間関係が途絶してしまう状況になる場合、「一緒にあそびにいこう」などと言っているという。完全に周囲の人間から見捨てられてしまったと感じさせないように、援助者やスタッフが代わりに一緒に関係を作ることが必要である。
 - 話しにくいトラウマやマイノリティの問題をはなせるようにすること：薬物依存者は、虐待や様々なマイノリティとしての被差別などの中での複雑性トラウマのサバイバーのグループであり、生と死の狭間で生き延びさせていくという水準での援助が必要である。トラウマを抱える人ほど、話せなくなってしまうということを前提にして対応を考えるべきである。ダルクが、いかに様々な偏見を越えて話せる場を作り出せるかが重要。カリスマ的、管理的にならずに、多次的な視点を持ち続けられるかが大事。もともと A.A.や N.A.はこうした環境を維持する工夫がされていた。その原点をあらためて大事にするべきである。
 - 薬物を完全にストップすること以上に、その前後の不安定な時期を乗り越えるダメージコントロールや治療継続を優先すること：自殺予防のためにも薬物使用をやめさせることが重要な目標であるが、これをやめる前後の不安定な状態をのりきって自殺などの重大なダメージを回避し、援助者との関係を継続していくことの方が優先される場合がある。
 - 回復の可能性・希望の灯を感じさせる対応：薬物依存者の自殺の危険が高まるパターンとしては長期的に援助機関において何度もスリップを繰り返し、社会復帰が進まずに絶望的になっていく場合がある。長期に同じ場所に居続けることで回復の希望が失われ、自立的な体験が減ってしまうことをどう防いでいくが重要である。多少の失敗をしながらも新しい体験や目標に向かっていけるようなケースワークや受け皿が重要である。
 - 援助者の援助：最終的に自殺を防ぐのは、自分を援助してくれる人の存在を感じるが一番であるが、援助者が燃え尽きずにそうした役割を果たし続けられるようなサポートが必要で

ある。対応する援助者が孤立しないように、地域の薬物問題と精神障害に関する援助機関や人が連携することが望ましい。

④ 民間援助団体の活動を支える上で重要な点

以上のように、民間援助団体は薬物関連問題に対する援助において、自殺などのリスク対応も担い、非常にシビアな状況にある。薬物依存症やその合併障害を持つ者のアフターフォローについて、ダルクに負担が集中しているといえる。専門機関はもっと積極的にダルクの活動との連携を継続して、自殺のリスクについても一緒に評価・対応をしていくべきであると思われた。こうした目標のためには以下のようなポイントについて取り組んでいく必要があると考えられた。

- 専門援助機関に対する啓発: 薬物依存が死に至る疾病であり、治療や生活援助のケアの必要な対象であることを社会に明示し、偏見を超えて、各機関に対応の認識を持ってもらう。
- 援助機関相互の役割の明確化と連携・分担: ダルクの役割・位置づけを示し、ダルクにお願いすることと、医療・保健・福祉が行うべきことを分担・協力していく。
- 支援体制の強化: 利用者・援助者が自殺・自傷のリスクの高い状況になった場合に緊急的に相談や入院を含む対応ができる体制を作る。
- 自殺予防を目的とした組織設立: 上記に向けたダルクを中心とする薬物乱用と自殺・自傷に対応する地域連携チームを作ること。

3. 研究3のまとめ

本年度は、ダルクスタッフに、その援助活動のこれまでの振り返りを行っていただき、その中での自殺防止やこれに関わる援助のサポートをどうするかという点について、議論をいただいた。その中で、ダルクの方々が、死という最悪の事態を避けながらなんとかサバイバルして、回復の方向に向かわせている

苦労や工夫について議論を深めることができた。こうした活動を続けてきた感情的負担感がシェアされ、ダルクの活動の意義や、これを社会的に運営していく上で苦労、今後目指すべき方向性についてある程度明らかにされた。さらに議論をしていく必要があるという意見が多くの参加者から出されて、継続的に議論を行う予定である。今後は、こうしたダルクスタッフからの知見をもとに、さらに実証的な検討や具体的な提言に結びつけていきたいと考えている。

D. 考察

1. アルコール・薬物依存症と自殺に関する国内の先行研究

今年度の研究結果の考察に入る前に、国内におけるアルコール・薬物依存症と自殺との関係を取り上げた先行研究について概括しておきたい。

1) 心理学的剖検研究

わが国には物質依存症と自殺との関連を主張できるだけの十分なエビデンスがまだ集積されているとはいえない。特に自殺既遂者を対象とした研究からの知見が不足している。すでにわが国には二つの心理学的剖検調査

(張, 2006; 川上ら, 2007) が施行されており、いずれの調査でも、自殺既遂者のなかで自殺直前に物質依存症への罹患が推定された者はわずか4~6%と報告されている。しかし、このデータは海外の研究とはあまりにも異なっており、その妥当性については慎重に評価すべきである。

実際、現在筆者らが進めている心理学的剖検調査(内閣府白書, 2009)では、これらの国内の先行研究とは異なる結果が得られている。我々の調査では、自殺既遂者の23%が自殺前1年以内にアルコール関連問題を呈しており、そのうちの8割がアルコール依存症の診断に該当することが明らかにされたのである。なかでも強調しておきたいのは、この23%の自殺既遂者は全員が仕事を持つ中高年男性であり、まさしく1998年における自殺急増の中心層と同じ属性を持っていた、とい

うことである。しかも、そうした中高年男性の多くが、借金や離婚といった社会的問題を抱えるなかで「眠るために」飲酒を続けており、最期の行動におよぶ際にアルコールを摂取していた。なお、こうした自殺既遂者のなかには精神科治療中の者もいたが、アルコール依存症に対する専門的な援助を受けていた者は皆無であり、「うつ病」などといった診断のもとに漫然とした薬物療法がなされていたのである。我々の調査結果は、働き盛りの男性の自殺予防のためにはアルコール問題は無視できないこと、社会的問題を複雑化させ、悩む男性たちをいっそう「崖っ縁」に追い詰める要因としてアルコールの影響が無視できないこと、精神科医自身がアルコール問題に対する診断・対応能力を向上させる必要があることを示している。

2) 自殺念慮者・自殺未遂者研究

ところで、自殺既遂の代理変数として自殺念慮や自殺企図を評価対象とした研究であれば、国内にもいくつかの報告がある（清野, 1971; 斎藤, 1980; 大原, 1990; 松本桂樹ら, 2000; 岡坂ら, 2006; 松本俊彦ら, 2009）。筆者らによる専門病院入院患者の調査（松本俊彦ら, 2009）では、アルコール依存症患者における自殺念慮の経験が 55.1%、自殺企図の経験が 30.6%であり、薬物依存症患者に至っては自殺念慮が 83.3%、自殺企図が 55.7%という、非常に高い経験率が達していた。さらに、「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりである」といった、現在の切迫した自殺念慮について質問してみると、アルコール依存症患者の 9.8%、薬物依存症患者の 19.1%がこれを自覚していた。

なお、この調査では、アルコール依存症患者でも十分に高度な自殺傾向が認められたが、薬物依存症患者の場合ではそれをはるかにしのぐ高度な自殺傾向があることが明らかにされている。薬物依存症患者は、アルコール依存症患者以上に、幼少期の被虐待体験や家族の自殺行動に曝露された経験を持っており、精神障害の併存率も高いことが知られている。しかし現実には、それにもかかわらず、薬物依存症患者は医療関係者から治療を忌避されることが少なくない。民間回復施設入所者の

調査からやはり薬物依存者の高い自殺傾向を明らかにした岡坂ら（2006）は、「自殺企図を行った薬物依存者の約半数が、自殺企図におよぶ直前に医療機関に受診して何らかの助けを求めながら、適切な援助を提供されていなかった」という事実を指摘している。自殺予防という観点からはこのような援助者側が陰性感情を克服する必要があるかもしれない。

また、構造化面接によって物質依存症と自殺関連事象との興味深い関係を明らかにした、川上（2003）による地域住民調査についても触れておきたい。その報告によれば、過去 12 ヶ月の自殺念慮は、うつ病の診断に該当する者で 19.4%であったのに対し、物質関連障害では 16.7%、また自殺企図の経験は、うつ病 8.3%に対し、物質関連障害では 16.7%であった。この調査結果で興味深いのは、「自殺の計画を立てた」経験に関してはうつ病該当者と物質関連障害該当者に差はないにもかかわらず、自殺企図の経験は、物質関連障害該当者ではうつ病該当者よりもはるかに高く、しかも、自殺計画の経験者よりも自殺企図の経験者の方が多いという点である。このことは、物質関連障害該当者の少なくない者が具体的な計画性を欠いた自殺企図におよんでいることを示しており、物質関連障害に罹患する者の自殺行動の特徴といえるかもしれない。

3) コホート研究

海外における研究と同様、わが国にも、依存症水準に達していなくとも、アルコールを摂取すること自体が自殺のリスクを高める可能性を示唆する研究がある。それは、男性の地域住民のアルコール消費量と自殺死亡率に関して二つのコホート調査である。一つは、全国 11 の保健所、国立がんセンター、国立循環器センターなどの共同疫学研究（Akechi et al, 2006）である。その研究によれば、アルコールを「飲まない」者は、「時々飲む」という者よりも自殺のリスクが高いが、日本酒換算にして 1 日約 2.5 合以上飲む（1 週間で 18 合）という者では自殺のリスクが高かったという。すなわち、わが国では、アルコール消費量と自殺死亡との関係は、虚血性心疾患などと同様、「U字型」の相関関係を持っているということになる。もう一つは、宮城

県で実施されたコホート調査 (Nakaya et al, 2007) である。この研究からは、飲酒量の増加に伴って自殺死亡率が高くなるという正の相関が見られるという結果が報告されている。

2. 今年度の研究から見えてきた依存症患者の自殺の危険因子と援助のあり方

国内にも依存症と自殺との密接な関連を示唆する先行研究はいくつかあるが、まだ十分とはいえない状況は続いており、結果的に自殺に関連する精神障害として挙げられるのは、やはりうつ病などの気分障害に偏っている印象は否めない。そこで今年度、一般精神科医療機関におけるうつ病患者と依存症専門医療機関における依存症患者とのあいだで、自殺念慮やうつ状態の比較を行うといった観点からの調査を計画し、実施した。この調査結果については、現在、集計・分析中である。分析結果は次年度に報告する予定としたい。なお、次年度には、各研究協力者の自殺既遂自験事例を対象とした詳細な調査も実施しね依存症患者の自殺の実態を明らかにしていきたいと考えている。

さて、今年度は、薬物・アルコール依存症の援助に携わってきた者を対象とした聞き取り調査も行った。その調査は二つの観点から行われた。一つは、専門医療機関にて薬物・アルコール依存症臨床に従事した経験が豊かな精神科医に対して、自身の自殺既遂事例にもとづいて意見聴取である。もう一つは、民間援助団体の一つであるダルクのなかで薬物依存症患者の援助に携わってきた回復者スタッフに対する意見聴取である。

自殺リスクの高い依存症者の特徴については、精神科医と回復者スタッフとの意見はかなり共通点の多いものといえた。精神科医に対する意見聴取においては、依存症臨床を専門とする精神科医の自殺既遂自験例に見られた臨床的特徴としては、(1) 若年であること、(2) 抱えている問題が多様性であること (多剤乱用・クロスアディクション・重複障害・トラウマ)、(3) 依存症によって、あるいは、依存症からの回復の過程で、重要他者とのつながり・将来の希望を喪失していること、(4) 再使用に対して強い自責感を持ってしまふこ

となどの意見が出た。回復者スタッフの意見でも、本来は医療機関で対応すべき重複障害を抱えた依存症患者が専門家からのサポートが不十分なまま丸投げされる事態があり、こうした重複障害の依存症者の対応に苦慮するなかで、自殺既遂や自殺未遂が生じている状況が明らかにされた。また、他に支えとなるものがないまま、「突き放し」がやみくもに行われることの危険性も指摘された。

また、自殺リスクの高い依存症者の特徴を踏まえた、依存症者の自殺予防のため援助のあり方としては、精神科医からは、(1) 家族に対する支援、「突き放し」の誤用・乱用の防止、(2) 積極的なつながりの維持 (再使用時の支持的な対応、アウトリーチ支援や通院治療の促し)、(3) 地域の援助者との連携、(4) 重複障害の治療体制やよびトラウマケア体制の整備といった点に配慮した援助が必要であるという意見が出た。一方、民間援助団体のスタッフからは、援助機関相互の役割の明確化と連携・分担: ダルクの役割・位置づけを示し、民間援助団体と医療・保健・福祉といった専門的援助との分担・協力体制を確立する必要性も指摘された。さらに、利用者・援助者が自殺・自傷のリスクの高い状況になった場合に緊急的に相談や入院を含む対応ができる体制を作るとともに、依存症の当事者を支援する援助者に対する支援が必要であり、ダルクを中心とする薬物乱用と自殺・自傷に対応する地域連携チームを作ることが望ましいという意見が出た。

こうした意見のなかでも最も重要なのは次の3点であった。第一に、依存症の専門的援助のなかで従来行われてきた「底つき」「イネイブリング」理論の功罪である。依存症当事者が自身の問題と直面するためには、家族は本人に対する「突き放し」を行う必要があるとされてきたが、これがやみくもに行われれば自殺のリスクを高める可能性があり、「突き放し」が治療的な効果を発揮するのは、代替的な支え手の提供と家族に対する手厚い支援がなければならないということである。専門的援助者は動機付け面接などの技法を習得し、日常の依存症者支援に活用する必要もあろう。第二に、依存症者の支援の究極的目標は、薬

物やアルコールをやめることなく、「自殺しないこと」「よりよく生きること」に設定すべきであるということである。その意味で、再使用よりも治療・援助からの離脱を問題視すべきであって、再使用に際して依存症者に過度な自責感を持たせる対応には慎重である必要がある。また、すでに断酒・断薬をしている依存症者が抱えている重複障害やトラウマに対するケア、あるいは、断酒・断薬を維持するためのアフターケアがいっそう重視される必要がある。依存症は、ややもすれば自己責任の問題として見なされ、とりわけ薬物の場合には犯罪として精神保健的支援の埒外に置かれてしまいがちであるが、ここで改めて依存症がれっきとした精神保健的問題であることを認識する必要がある。

最後に、専門医療機関、ならびに地域住民に対して、依存症が死に至る疾病であり、治療や生活援助のケアの必要な対象であることを明示し、啓発していく必要がある。というのも、依存症支援に従事する専門職援助者や回復者スタッフのいずれもが、実は地域の支援資源から孤立しやすい状況にある。自殺のリスクを察知しながらも近隣の医療機関への入院や対応を拒まれるといった経験をしており、そうしたなかで自殺既遂や自殺未遂が発生している現実がある。なかでも、一般医療機関や救急医療機関、あるいは一般精神科医療機関の医療者における依存症患者に対する偏見は根強い。したがって、様々な桂勝活動を通じて偏見除去に努めるとともに、地域において依存症者の自殺予防ネットワークを構築し、依存症当事者の支援のみならず、援助者の支援体制を構築する必要がある。

次年度以降、このような見解をさらに深めていき、最終年度までに依存症を抱える者の自殺予防ガイドラインを作成することができればと考えている。

E. 結論

今年度の本研究では、12 箇所の医療機関（7 箇所の依存症専門医療機関と 5 箇所の一般精神科医療機関）と連携した、多施設共同研究

の形による、薬物・アルコール依存症患者の自殺傾向、ならびに薬物・アルコールによる自殺念慮に対する影響に関する調査を計画し、その準備を進めた。また、薬物・アルコール依存症の援助に携わってきた精神科医、および、民間援助団体の回復者スタッフ者に対する聞き取り調査を行った。その結果、抱えている問題の多様性（多剤乱用・クロスアディクション・重複障害・トラウマ）、依存症自体による、あるいは、依存症からの回復の過程における重要他者とのつながりの喪失といった危険因子が明らかにされた。このことにもとづいて、依存症の専門的援助のなかで従来行われてきた「底つき」「イネイブリング」理論にもとづく援助を再考すること、依存症者の支援の究極的目標は、薬物やアルコールをやめることなく、「自殺しないこと」「よりよく生きること」に設定すべきであること、そして、専門医療機関や地域住民に対して、依存症が死に至る疾病であり、治療や生活援助のケアの必要な対象であることを啓発していくことの必要性が明らかにされた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 赤澤正人, 竹島 正: 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. 精神医学 51: 109-117, 2009

安藤俊太郎, 松本俊彦, 重家里映, 北条彩, 島田隆史, 中野谷貴子, 安来大輔, 京野穂集, 西村隆夫: 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

松本俊彦: 「自殺予防」という切り口からアディクションを見直そう. 話題の焦点

シリーズ第2弾 うつ病偏重の自殺対策
では自殺は防げない! 季刊ビィ Be! 95
June 2009: 42-48, 2009

松本俊彦: 自殺対策の視点 第7回 ハイリ
スクな人たちへの支援. 公衆衛生情報
2009年4月・5月合併号, 60-63, 2009

松本俊彦, 竹島 正: アルコールと自殺.
精神神経学雑誌 111 (7): 829-836, 2009

松本俊彦: 〈シンポジウム4 自傷行為と攻
撃性〉自傷行為への対応. 児童青年精神
医学とその近接領域 50 (4): 409-428,
2009

松本俊彦: 自傷行為と衝動—「切ること」
と「キレること」. こころの科学 148:
80-84, 2009

竹島正, 松本俊彦: コミュニティメンタル
ヘルスと自殺予防. 高橋祥友, 竹島正
編: 自殺予防の実際. 永井書店, 東京,
pp88-95, 2009.

松本俊彦: 自傷と自殺のアセスメントとマ
ネジメント. 高橋祥友・竹島 正編 自殺
予防の実際, pp153-163, 永井書店, 大阪,
2009

松本俊彦: マイノリティと自殺. 高橋祥
友・竹島 正編 自殺予防の実際,
pp277-289, 永井書店, 大阪, 2009

松本俊彦: 自傷行為と自殺企図〜リストカ
ット・OD などへの対応〜. 杉山直也・
河西千秋・井出広幸・宮崎 仁 編集 プ
ライマリ・ケア医による自殺予防と危
機管理〜あなたの患者を守るために.
pp96-105, 南山堂, 東京, 2009

2. 学会発表

松本俊彦: アルコール依存症と自殺. 3学会
合同シンポジウム「アルコール性障害と
してのうつ病と自殺」. 第21回日本アル
コール精神医学会, 2009. 9. 8, パシフィ
コ横浜

松本俊彦: 特別講演 自傷・自殺・アディク
ション〜自己破壊的行動へのアプローチ
〜. 第17回関西アルコール関連問題学
会, 2009. 11. 8, ピアザ淡海

松本俊彦: 教育講演Ⅲ 青年期の自殺とそ
の予防〜自傷行為に注目して〜. 第25

回日本ストレス学会, 2009. 12. 5, 横浜

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も
含む)
なし

文献

Akechi, I., Iwasaki, M., Uchitomi, Y., et
al (2006) Alcohol consumption and
suicide among middle aged men in
Japan. *Br. J. Psychiatry*, 188: 231-236.

Anderson, P. (1988) Excess mortality
associated with alcohol consumption.
B.M.J. 297(6652): 824-826.

Birckmayer, J., Hemenway, D. (1999)
Minimum-age drinking laws and
youth suicide, 1970-1990. *Am. J.
Public Health*, 89: 1365-1368.

Cherpitel, C.J., Borges, G.L., Wilco, H.C.
(2004) Acute alcohol use and suicidal
behavior: A review of literature.
Alcohol. Clin. Exp. Res., 28 (5 Suppl):
18S-28S.

張賢徳 (2006) 第七章: 日本の自殺と精神
障害の関係—東京調査の結果. 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」, pp113-137,
勉誠出版, 東京, 2006.

De Leo, D., Evans, R. (2004) Chapter 10:
The impact of substance abuse policies
on suicide mortality, In: (De Leo D,
Evans R) *International Suicide Rates
and Prevention Strategies*, pp.101-112,
Hogrefe & Huber, Cambridge.

Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M., et al
(2005) Risk factors for suicide
completion in major depression: a
case-control study of impulsive and
aggressive behaviors in men. *Am. J.
Psychiatry*, 162: 2116-2124.

Harris, E.C., Barraclough, B. (1997)
Suicide as an outcome for mental
disorders. A meta-analysis. *Br. J.
Psychiatry*, 170: 205-228.

- 伊藤敦子, 伊藤順通 (1988) 外因死ならびに災害死の社会病理学的検索 (4) 飲酒の関与度. 東邦医学会誌, 35: 194-199.
- 川上憲人 (2003) わが国における自殺の現状と課題. 保健医療科学, 52: 254-260.
- 川上憲人, 竹島正, 高橋祥友ほか (2007) 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究: 症例・対象研究による自殺関連要因の分析. 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 (主任研究者北井暁子)」平成 18 年度総括・分担報告書, pp.7-26.
- Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E.T., et al (1995) Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49: Suppl 1:S111-116.
- 松本桂樹, 世良守行, 米沢宏ほか (2000) アルコール依存症者の自殺念慮と企図. *アディクションと家族* 17: 218-223.
- 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, ほか (2009) 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. *精神医学*, 51: 109-117.
- Murphy, G.E., Wetzel, R.D. (1990) The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch. Gen. Psychiatry*, 47: 383-392.
- 内閣府 (2009) 特集 3 自殺予防と遺族支援のための基礎調査. 平成 21 年版自殺対策白書, pp.56-66, 内閣府, 2009.
- Nakaya, N., Kikuchi, N., Shimizu, T., et al. (2007) Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men the Osaki Study. *Alcohol*, 41: 503-510.
- 岡坂昌子, 森田展彰, 中谷陽二 (2006) 薬物依存者の自殺企図に関する研究—自殺企図の実態とリスクファクターの検討—. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 41: 39-58.
- 大原健士郎 (1990) アルコールと自殺—アルコール依存症と自殺との関係からの考察. *CLINICIAN*, 396: 1141-1145.
- 斎藤 学 (1980) アルコール依存症者の自殺企図について. *精神神経学雑誌*, 82: 786-792.
- 清野忠紀 (1971) アルコールおよび薬物中毒者の自殺企図に関する研究. *精神医学*, 13: 901-909.
- Skog, O.J. (1993) Alcohol and suicide in Denmark 1911-24--experiences from a 'natural experiment.' *Addiction*, 88: 1189-1193.
- Skog, O.J., Teixeira, Z., Barrias, J., et al (2007) Alcohol and suicide: the Portuguese experience. *Addiction* 90: 1053-1061, 1995Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS et al: Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. *J. Trauma. Stress*, 20: 869-879.
- Wasserman, D., Värnik, A., Eklund, G. (1994) Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr. Scand.*, 89: 306-313.