

hospital visits for physical problems, drinking habits, family history, and individuals to consult

4) Condition (psychiatric and physical diagnoses) at the time of enrollment

a) Suicide Intent Scale (only at the time of enrollment) [18]

b) Beck Hopelessness Scale [21]

c) BDI-II [22]

d) SF-36 [23]

Data collected at time of discharge

1) Date of hospital discharge

2) Discharge plans

Data collected during case management

1) Psychological and social conditions

2) Status of treatment for psychiatric and/or physical problems

3) Utilization of social resources

4) Utilization of dedicated intervention website

5) Degree of participant satisfaction with case management

Data collected during psychiatric evaluations

1) Participant survival (or cause of death of the participant)

2) Whether or not a suicidal behavior has been repeated

3) Any events other than (1) or (2)

4) Stress factors

5) Individuals and/or organizations to consult

6) Other medical services received (during clinical visits and/or hospital admission)

7) Physical function

8) Drinking habits

9) Evaluations using scales

a) Beck Hopelessness Scale [21]

b) BDI-II [22]

c) SF-36 [23]

Outcomes

Primary outcome

The incidence of first recurrent suicidal behavior (expressed as attempted or completed suicides/person-year) will be used as the primary outcome, because an individual who reattempts suicide is at high risk for completion of suicide. Therefore, in order to develop effective suicide prevention strategies, it is essential to measure the time to the next suicidal behavior.

Secondary outcomes

Secondary outcomes will include the following:

1) Mortality rate (for any cause of death/person-year) during the study period² The number and incidence rate of recurrent suicidal behavior, expressed as repeated suicidal attempts/person-year

3) The number of self-harm behaviors

4) Types and numbers of individuals and/or organizations to consult

5) Other medical services received (during clinical visits and/or hospital admission)

6) Physical function

7) Beck Hopelessness Scale score

8) BDI-II score

9) SF-36 score

Evaluation of events

The event review committee will assess events related to the primary and secondary outcomes, while the assignment of the participants remains blinded. The event review committee will specify the evaluation criterion in the event definitions and event review procedures.

Safety management

The on-site research staff at the participating hospitals will take necessary and appropriate actions to ensure the safety of participants when a serious adverse event occurs or a participant is at impending risk of suicide during the study. The on-site research staff will contact the on-site research coordinator at the hospital, and the coordinator

will submit a report promptly to the director of the hospital and the study group management office.

Statistical analyses

Primary analysis

The primary objective of this study is to examine whether or not the period of time until recurrent suicidal behavior (either attempt or completion of suicide) of participants in the experimental intervention group is significantly different from that of the control group. The stratified log-rank test based on allocation factors will be performed for all eligible participants in the intent-to-treat analysis, in order to examine the null hypothesis that the two groups are equal in the period of time until the incidence of the event.

A one-sided test will be conducted, because there would be no interest in the case that the experimental intervention is found to be significantly inferior to standard treatment. In this case, the level of significance will be set at 2.5% for the one-sided test, and the power will be set at 90%.

Sensitivity analyses will be performed as necessary, and a regression analysis will be performed with risk factors of potential influence.

Interim analyses

Interim analyses will be performed to evaluate achievement of the primary objective of the study. The analyses will be conducted twice during the study. Participant recruitment will be continued during the interim analyses.

For the interim analysis, the Lan-DeMets spending function will be used to adjust for multiplicity and to maintain the alpha error of the overall study at 2.5% for the one-sided test. The difference between the two groups in the period up to the event occurrence, using the O'Brien-Fleming alpha-spending function, will be examined for statistical significance.

The study will be terminated if the period up to the event occurrence in the trial intervention group exceeds that of the control group and the *p*-value of the log-rank sum test is less than the significance level defined by the method described above.

Secondary analysis

Secondary outcomes will be examined in order to reinforce the findings of the primary analysis. For analysis of secondary outcomes, the period up to event occurrence will be analyzed with the stratified log-rank test. Subgroup analysis of the primary and secondary outcomes will be performed by hospital, gender, age (< 40 or ≥ 40 years), and occurrence of suicide attempt before enrollment in

this study. Because of the exploratory nature of the secondary analysis, no adjustment for multiplicity will be made.

Ethical considerations

In this study, the rights and welfare of the participants will be protected according to the World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. The study will comply with the ethical guidelines of the Ministry of Health, Labour, and Welfare in Japan. Ethical validity, including safety, scientific legitimacy, and reliability of results are ensured. Personal information collected by the participating hospitals in this study will include no identifiers that could be used to determine the identity of an individual and, therefore, will be made anonymous.

Study monitoring

Periodic monitoring

The data management center will submit a monitoring report, including the information listed below, to the J-MISP administration office once every 3 months. The J-MISP administration office will send the monitoring reports to the study progress control committee, the Central Research Ethics Committee, and the study group management office.

The study progress control committee will examine the periodic monitoring reports and submit the evaluation to the J-MISP director. As a third party, the central research ethics committee will evaluate the periodic monitoring reports and make recommendations to the J-MISP director to revise the study protocol or stop the study, if ethical problems, such as safety and efficacy issues, should arise.

Contents of monitoring reports

- 1) Progress of the study, including enrollment
- 2) Status of the implementation of psychiatric evaluations
- 3) Data on the occurrence of events (according to the blinded group allocations)
- 4) Data on the occurrence of adverse events (according to the blinded group allocations)
- 5) Other relevant information, such as presence of undesirable issues and/or events

Revision of the study protocol and due process

The J-MISP director will immediately inform the ACTION-1 principal investigator of the decisions of the central research ethics committee if the committee has recommended that the study protocol be revised due to the emergence of safety issues based on the interim analysis,

periodic monitoring, serious adverse events, and/or other issues that might affect the conduct of the study. The ACTION-J principal investigator will call a meeting of the study group and discuss protocol revision based on the decisions of the central research ethics committee. If necessary, the principal investigator will propose the revised study protocol and submit it to the J-MISP director.

If the study evaluation committee and the central research ethics committee approve the revised protocol, the J-MISP director will adopt the revised protocol after deliberation in the steering committee. The study group management office will immediately distribute the revised protocol to all the on-site research staff through the on-site research coordinator. The on-site research coordinator will submit the revised study protocol to the on-site research ethics committee at each participating hospital.

The study is to be resumed after the revised protocol has been approved by each committee.

Study termination

Based on the findings of the interim analyses, the Central Research Ethics Committee can make a recommendation to the J-MISP director to terminate the study. The committee can decide to terminate the study because of safety issues. This decision will be based on the findings of the interim analyses, the periodic monitoring, the occurrence of a serious adverse event, or other issues that possibly could affect continuation of the study. The principal investigator will promptly convene a meeting of the steering committee to consider whether this study should be terminated, according to the conclusion of the central research ethics committee. Then, if study termination is confirmed to be appropriate, the final decision will be made.

Discussion

Suicide is a complex phenomenon that encompasses multiple factors. Ratios between 10 and 18 suicide attempts to 1 completed suicide have been estimated in other countries [25,26]. Although the ratio of suicide attempts to completed suicide is not known in Japan, many patients with self-injury from suicide attempts are transported to emergency departments in Japan [5].

In the absence of effective measures against suicide attempts, it has been difficult to reverse an increasing suicide trend in Japan. Case management by multi-sector collaboration is required.

The ACTION-J study is designed to evaluate the effectiveness of emergency facility-based case management for suicide prevention in 19 participating hospitals in Japan. ACTION-J is intended to provide valuable information on

suicide attempters and to develop effective case management to reduce future risk for suicide attempters.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

All authors participated in the design of the study. All authors contributed to the writing of the manuscript and have approved the final manuscript.

Acknowledgements

This study, which was funded by a Health and Labour Science Research Grant from the Ministry of Health, Labour, and Welfare of Japan, was sponsored by the Japan Foundation for Neuroscience and Mental Health.

References

- Robins E, Gassner S, Kayes W, Wilkinson RH Jr, Murphy GE: The communication of suicide intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1957, **114**:101-106.
- Rosenthal M, Davidson LE, Smith JC, Berman AL, Buzbee H, Ganter G, Gay GA, Moore-Lewis B, Mills DH, Murray D: Operational criteria for the determination of suicide. *J Forensic Sci* 1988, **33**:1445-1456.
- Masuda EK: Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997, **20**:499-517.
- Owens D, Horrocks J, House A: Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry* 2002, **181**:193-195.
- Japan Cabinet Office: Annual report on suicide prevention measures. <http://www.suicide-prevention.jp/annualreport/2008/2008index.html>. Accessed 1 June, 2009.
- World Health Organization: SUPRE. <http://www.who.int/mental/health/prevention/suicide/suicideprevention/en/>. Accessed 1 June, 2009.
- Japan Foundation for Neuroscience and Mental Health: Japanese Multimodal Intervention Trials for Suicide Prevention. <http://www.jfnmri.or.jp/ital/2/MISP/index.html>. Accessed 1 June, 2009.
- Ono Y, Awata S, Iida H, Ishida Y, Ishikawa N, Iwasa H, Kamae Y, Moroyama T, Nishida N, Okada K, Otsu H, Sakai H, Sakai A, Sakai H, Suzuki Y, Tajima M, Tanaka E, Uda H, Yamamoto N, Yasumoto T, Watanabe N: A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan. *NOCOMIT-J. BMC Public Health* 2008, **8**:315.
- van Heeringen C, Janne S, Buijlaert W, Hendrick H, De Bacquer D, van Kempen J: The management of non-compliance with referral to outpatient after-care among suicide attempters: a controlled intervention study. *Psychol Med* 1995, **25**:963-970.
- Sands R van der, Buijckens E, Allart E, Graaf Y van der, van Eggeband H: Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scand* 1997, **96**:43-50.
- Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldacre J, Gunnell D, Hazell P, van Heeringen K, House A, Owens D, Skitohsky I, Trubman-Benitez L: Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychological treatments. *BMJ* 1998, **317**:441-447.
- Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, House A, van Heeringen K: Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database Syst Rev* 2000:CD001764.
- Gaynes BN, West SL, Ford CA, Frame P, Klein J, Lohr KN, U.S. Preventive Services Task Force: Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004, **140**:822-835.

- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Heggerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Paton G, Phillips M, Ruz W, Rihmer Z, Schmidek A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Vanik A, Wasserstein D, Yip P, Hendin H: Suicide prevention strategies: a systematic review. *PLoS Med* 2005, **2**:e121.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Mayeux SK: Psychological autopsy of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003, **33**:495-495.
- Bertolote JM, Frischmann A, De Leo D, Wasserstein D: Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 2004, **25**:147-155.
- Yamada T, Kawanishi C, Hasegawa H, Sato R, Konishi A, Kato D, Furuta T, Kishida I, Odawara T, Sugiyama M, Hirayasu Y: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area. *BMC Psychiatry* 2007, **7**:1-10.
- Beck AT, Schwylzer D, Herman I: Development of suicidal intent scales. Charles Press, Maryland; 1974.
- Sakai A, Otsuka K: Four-year follow-up study of suicide attempters treated by psychiatric emergency unit. The annual report for Health Labour Science Research Grant from the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, Japan 2007.
- Higuchi T: Research protocol proposal: Prevention of recurrence of suicide attempt in individuals with depression. The final report for Health Labour Science Research Grant from the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan, Japan 2005.
- Beck AT, Brown G, Berwick R, Steiner BL, Sizoo BA: Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1990, **147**:190-195.
- Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H, Kawai M, Nagaya T, Tokudome S: Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res* 2002, **110**:251-259.
- Fukuhara S, Bito S, Green J, Haseo A, Kurokawa K: Translation, adaptation, and validation of the S-SS Health Survey for use in Japan. *J Clin Epidemiol* 1998, **51**:919-923.
- International Neuropsychiatric Interview of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006, **59**:517-526.
- Perronis KR, Samuels JF, Maserelli EK, Anthony JC: An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990, **35**:193-199.
- Spicer RS, Miller TR: Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health* 2000, **90**:1885-1891.

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/364.pub>

Publish with **BioMed Central** and every scientist can read your work free of charge

BioMed Central will be the most significant development for disseminating the results of biomedical research in our lifetime.

Sir Paul Nurse, Cancer Research UK

Your research papers will be:

- available free of charge to the entire biomedical community
- peer reviewed and published immediately upon acceptance
- cited in PubMed and archived on PubMed Central
- yours — you keep the copyright

Submit your manuscript here:

http://www.biomedcentral.com/info/publishing_adv.asp



症例報告

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

平野みさわ^{1) 2)} 山田素朋子^{1) 2)} 山田朋樹³⁾ 平安良雄²⁾ 河西千秋²⁾

抄録：自殺未遂歴は最も強力な自殺危険因子であることが知られており、2007年6月に内閣府から発表された自殺総合対策大綱の中でも、自殺未遂者ケアは、重要施策のひとつとされている。横浜市立大学では、2003年以降、救命センターに搬送される重症自殺未遂者全例に対して、精神科チームによる様々な介入を実施している。今回は、その中で、大量服薬による自殺企図で、下肢に障害を残した症例とその家族に対してPSWが関わることに伴い、スムーズに治療、リハビリテーション、地域生活へ移行することが可能となり、さらに重症の経過の中で、再び自殺念慮が高まった時に危機介入を行い、当面の自殺の再企図の危険を回避することができた症例について、ソーシャルワーカーが自殺予防に有効である可能性が示唆されることも含めて報告した。

神奈川精神医学会誌58号：39-42, 2009

Key words : suicide prevention, social work, emergency, social support

I. はじめに

1998年以来、日本の自殺者総数は10年連続で3万人を超えた状態が続いており、深刻な社会問題となっている。WHOは、「自殺は避けることのできる死である」とし、自殺予防のための戦略や研究を提案しており、すでに西欧、北欧、オセアニアなどのさまざまな国や地域で、精神保健、ないしは公衆衛生学の観点から総合的な自殺予防対策が実施されている²⁾。日本の国家的な自殺予防の取り組みは、諸外国から遅れを取っていたが、2006年10月に「自殺対策基本法」が施行された。基本法においては、自殺は個人の責任ではなく社会的な問題であり、社会全体で取り組んでいく必要があること、自殺予防は国と自治体、専業主、国民の責務であると明確にされた。また、これらを踏まえて、日

1) 財団法人精神・神経科学振興財団
2) 横浜市立大学医学部精神医学教室
3) 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、総合診療科

II. 症例

29歳女性

【生活歴】同胞3名中第3子長女として神奈川県に出生した。中学卒業後、販売員や水商売の仕事を転々としていた。両親は患者が22歳時に離婚している。患者と母親の関係性が不安定であり、本人の精神症状に影響してしまおうことを理由に、25歳時に世帯分離を行い、生活保護を受給しながら一人暮らしをしていた。

【既往歴】10歳時から、過食嘔吐が始まった。20歳時、不眠を理由にA精神科クリニックを初診。そこでの処方薬を大量服薬し、救命センターに搬送された経過がある。22歳時に現在通院中のB精神科クリニックに転医した。その後も、アルコール依存症治療や摂食障害治療のための入院治療を受けたことがある。

【今回の自殺企図のエピソード】X年7月、男女関係のトラブルをきっかけに、飲酒や過食嘔吐が頻回となり、「同じ事を繰り返すなら死んだほうがよい」と考えようようになった。友人に相談したが、「つらいのはあなただけじゃない」と言われ、誰にも相談できなくなつた。X年9月、通院中のB精神科クリニックから処方された向精神薬を大量服薬し、意識障害のため、救命センターに搬送された。

【救命センター入院後経過】大量服薬による意識障害を認め、長時間座位をとったことでコンパートメント症候群としての横紋筋融解症を合併したため下肢に障害を残した。救命センター入院中は、患者と面談を繰り返し、今後の生活についての不安などについて話を聞き、身体障害者手帳などの具体的な社会資源の活用に関する情報提供を行った。また、家族面談や家族への心理教育を行った。そして、患者や家族に安心してリハビリに取り組み、スムーズに地域生活に戻ってもらうことができたようにこれまでの経緯、相談内容、支援内容をD市役所の障害福祉担当ソーシャルワーカーおよび転院先のC病院ソーシャルワーカーと共有し、X年10月に

リハビリのためC病院へ転院となった。

X年11月、患者は、杖歩行が可能となりC病院を退院し、E病院にリハビリ通院をしながら、実家で母親と長兄と3人で生活を始めた。途中でリハビリがうまくいかず、車いす生活に戻ってしまい、ほとんど外出もできず、思うように体が動かないストレスから過食嘔吐が悪化した。さらに、「このままの状態が続くなら、もう死んでしまいたい」と、自殺念慮を訴えた。そこで、早急に患者と面談を行い、自殺再企図の危険性をアセスメントしたうえで、不安や自殺念慮への対処行動について具体的に話し合った。自殺念慮は依然としており、特に緊急性を認めなかつたため、早めにB精神科クリニックを受診するように促した。患者が「誰かと話すと安心する」と話したため、不安や自殺念慮が高まった時は、友人、友人、主治医、電話相談窓口に連絡してみよう、母親に相談してみよう、セルフヘルプグループについて情報提供を行うという興味をもつたため、そこへ行ってみることを目標として設定した。

III. 考察

1. 症例にみられる自殺の危険因子

本症例にみられた自殺の危険因子をあげてみると、いくつかの危険因子がすでに先行研究により、明らかになっている(表1)。また自殺は複雑現象であり、本症例も例外ではないことが分かる。まず、本症例については、摂食障害、アルコール依存症、パーソナリティ障害という精神疾患の罹患が認められている。また、自殺未遂歴も認められ、実際に自殺念慮が存在し続けていた。無職であり、家族や友人にも見放されていくと感じており、社会的にも心理的にも孤立状態にあった。さらに、向精神薬などの自殺手段を容易に入手できる環境であった。加えて、今回の企図により後遺症が残ることとなり、その身体障害により、大きな生活環境の変化を余儀なくされたこととなる。

家族にとって重要な要素のひとつであったと考
えられる。

IV. まとめと展望

救命センター入院後、自殺未遂者に早期にソ
ーシャルワーク介入ができる体制を作ることが
望ましい。なぜなら、救命センター入院中に、
その患者が抱える自殺にかかわる全ての問題を
解決するのは困難であり、中長期的に支援が提
供できるような体制を構築していく必要性が考
えられるためである。

海外では、自殺未遂者の再入院予防を目的と
した介入研究で、ソーシャル・サポートを介入
方法として用いた研究がさまざまに行われてお
り、ソーシャルワークが自殺予防に有効である
可能性が示唆されている⁹⁾。現在、日本でも、
一定の介入を行った場合、自殺未遂者の自殺再
入院防止が可能か否かを検証するために、「自
殺対策のための戦略研究」が実施されている最
中であり⁹⁾、残念ながら自殺予防におけるソ
ーシャルワークの効果を示す研究はほとんどな
い。今後、日本でも、このような調査・研究活
動に積極的に取り組んでいくことが必要であ
る。

文献

- 1) WHO : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/index.html>, 検索日時 2008.10.06
- 2) 本橋豊, 高橋祥友, 中山健夫, 川上憲人, 金子善博 : Stop ! 自殺, 海鳴社, 2006
- 3) 共生社会政策統括官 : 自殺対策, <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/sougon/taisaku/sakutai.html>, 検索日時 2008.10.06
- 4) Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC : An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 25 (4) : 193-199, 1990
- 5) Moscicki EK : Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. Psychiatr Clin North Am, 20 (3) : 499-517, 1997

表1 自殺危険予測因子

| |
|--|
| 【属性】 |
| 男性>女性 |
| 中高年>青少年 |
| 【死や自殺の願望とその意思表示 死や自殺の願望やまらめを口にしている 希望感やあきらめに関する無頓着な態度 自身の健康に関する無頓着な態度 |
| 【既往歴・家族歴】 |
| 自傷・自殺企図の既往 |
| 家族の自殺 |
| 【生活環境, ライフ・イベント】 |
| 親しい人との別れ |
| 失業や経済的破綻 |
| 孤立 |
| 【症状, 疾患】 |
| 精神疾患 |
| がんなどの進行性の疾患, 慢性疾患 |
| 身体機能の低下 |

2. 症例に対するPSW支援

本症例に対して、PSWとしてのどのような支援
を行うことができたかを考察したい。まず、孤
立した未遂者に対してPSWが関わることによ
り、心理的な支援がなされ、障害受容のための
働きかけを行うことができ、スムーズに治療
リハビリテーション、地域生活へ移行すること
ができた。また、患者にとつての重要な社会資
源でもあり、キーパーソンでもある家族に対し
ても支援を申し出、精神障害や身体障害、患者
へのかかわり方、自殺予防について心理教育を
行った。そして、社会福祉制度やセルフヘルプ
グループなど、ニーズに即した社会資源を関係
機関と連携をはかりながら導入した。さらに、
支援の経過の中で、再び自殺念慮が高まった時
には、迅速に患者と面談を行い、家族やかかり
つけの精神科クリニックと連絡を取り合うなど
の危機介入を行い、当面の自殺の再企図の危険
を回避することができた可能性がある。自殺の
リスクを有する人には、継続的な支援が必要で
あるが、本症例については救命センター入院直
後から、他院転院・退院後まで、一貫してかか
わりを継続することができていた。このように
「つながり」を持続させることが、患者とその

- 6) Spicer RS, Miller TR : Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. American Journal of Public Health, 90 (12) : 1885-91, 2000
- 7) Beautrais A : Suicide and serious suicide attempts: two populations or one? Psychol Med, 31 : 837-845, 2001
- 8) 佐藤玲子, 河西千秋, 山田朋樹 : 救命セン

- ターに搬送された自殺企図者のフォローア
ップ. Jpn. J Gen Hosp Psychiatry, 19 (1),
2007
- 9) J-MISP (Japanese Multimodal Intervention
Trials for Suicide) : 自殺対策のための戦略
研究. [http://www.jfmm.or.jp/itaku/J-MISP/
nocommit-j.html](http://www.jfmm.or.jp/itaku/J-MISP/nocommit-j.html), 検索日時 2008.10.06

研究 報告

物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験*

松本俊彦^{1,2)} 小林桜児³⁾ 上條敦史⁴⁾ 勝又陽太郎²⁾
木谷雅彦 赤澤正人 竹島 正^{1,2)}

抄録 精神医学 51:109-117 2009

入院中のアルコール使用障害患者 244 名, および薬物使用障害患者 90 名を対象として, 自記式質問紙を用いて過去の自殺念慮・自殺企図歴, ならびに現在の自殺念慮を調査した。その結果, アルコール・薬物使用障害患者は自殺念慮(アルコール 55.1%, 薬物 83.3%, p<0.001) および自殺企図(アルコール 30.6%, 薬物 55.7%, p<0.001)の経験者が多く, 調査時点で自殺念慮を呈する者も少なかった(アルコール 9.8%, 薬物 19.1%, p<0.05)。こうした傾向はアルコール使用障害患者よりも薬物使用障害患者で顕著であったが, 物質使用障害患者が女性である場合, 36 歳未満である場合には, 主乱用物質の種類には関係がなく, 自殺念慮・自殺企図歴や現在の自殺念慮は高率に認められた。

Key words

Substance use disorder, Suicide attempt, Suicidal ideation, Inpatient

はじめに

わが国の自殺による死亡者数は, 1998 年に 3 万人を超え, 以後その水準で推移している。その背景には, パパル船難後の不況後に急増した多重債務や過重労働などの社会的要因の影響があるといわれ, 現在, 社会的要因も視野に入れた総合的

な自殺対策を推進することが求められている¹⁾。とはいえ, 自殺の原因・動機で最も多いのは依然として「健康問題」であることから明らかなように²⁾, いまももって精神保健的施策が自殺対策の中心であることに変わりはない。

ところで, わが国における自殺に関する精神的な自助的施策としては, 早くより厚生労働省を中心

2008 年 4 月 11 日受稿, 2008 年 7 月 25 日受理

- * History of Suicidal Ideation and Suicide Attempt in Inpatients with Substance Use Disorder
- 1) 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 (〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1), MATSUMOTO Toshiko, TAKESIMA Tadashi: Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Japan
- 2) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部, KATSOMATA Yotaro, KRAMI Masahiko, AKAZAWA Masato: Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 3) 神奈川県立精神医療センター芦香病院, KOBAYASHI Ohji: Kanagawa Psychiatric Center, Kinkoh Hospital
- 4) 誠心会神奈川病院, KAMITO Atsushi: Seishinkai Kanagawa Hospital

0485-1281/09/5102-109-09

う病の早期発見・早期治療に関する取り組みがなされてきた¹⁰⁾。しかしながらその一方で, 物質関連障害の臨床の中で, 少なくない患者の自殺に遭遇した筆者らは, その施策がうつ病に偏り過ぎたのではないかと, という違和感を抱き続けてきた。実際, 意外に知られていないことであるが, わが国の物質関連障害の専門家は早くから物質関連障害患者における高率な自殺関連行動を指摘しており^{11,20,21,27,28)}, このことは, 少なくとも専門家の臨床的実感の中では事実として認識されてきた。

海外においては, 早くより, 物質関連障害はうつ病に次ぐ自殺に密接に関係する精神障害として重要視されてきた経緯があり^{3,9,24-26)}, 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といわれてきた⁹⁾。たとえば, 先進的な国家的対策によっても自殺死亡率の減少に成功したフィンランドでも, その 10 年あまりに学的剖検研究において, 自殺者の 93% に心臓から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乱用・依存 (42%) への罹患が高率であったことが明らかにされている¹⁸⁾。こうした文脈で考えれば, わが国の自殺対策がうつ病偏重で進められ, 物質関連障害が置き去りにされた形となっている実情には, いささか不思議な印象を抱かざるを得ない。

とはいえ, わが国の自殺対策において物質関連障害が重視されてこなかったのは故なきことではない。とりわけ, 対策の根拠となるデータがないことは, 大きな理由の 1 つであろう。わが国における臨床的な心理学的剖検研究^{8,19)}によれば, 自殺者の 40% 程度にうつ病の罹患が推測されたのに対して, アルコール依存などの物質関連障害への罹患が推測された者はわずかに 4~6% であった。この数値は, 北米の 32.0% はもとより, ヨーロッパの 18.2%, あるいは, アジア諸国の 14.2% といった諸外国における数値⁹⁾と比べても著しく低い。また, 生命的危険に類する重篤な自殺企図者を対象とした研究⁹⁾でも, 若年・中年層では一

定の割合で物質関連障害に罹患する者が存在するものの, わが国の自殺者の多数を占める 50 歳以上の年代層では, うつ病の精神障害に罹患する者が圧倒的に多かった。ちなみに強⁹⁾は, わが国の自殺者における物質関連障害罹患率が低い理由として, 日本人には体質的に多量のアルコールを摂取できない者が多く, 薬物汚染も欧米ほど深刻でないことを挙げている。

しかし, 本当にわが国は自殺対策において物質関連障害を重視しなくともよいのであろうか? そこで今回我々は, わが国における物質関連障害と自殺との関係を明らかにするために, 物質関連障害専門病院に入院した物質使用障害患者を対象として, 自殺念慮や自殺企図の経緯に関する調査を行い, 国内外の先行研究との比較検討を行った。

対象と方法

1. 対象

対象は, 2002 年 6 月~2003 年 9 月に神奈川県立精神医療センターセリがや病院(以下, セリがや病院)に入院し, 入院後 3 日間の解薬期間を終了して依存症入院治療プログラムへの参加に同意した全患者 353 名のうち, DSM-IV¹¹⁾ のアルコール・薬物使用障害の基準を満たし, 重篤な精神病症状や認知症症状がない者 334 名である。

このうち, 主乱用物質がアルコールであった者は 244 名(男性 202 名, 女性 42 名; 平均年齢 49.3±11.4)であり, 主乱用物質が薬物であった者は 90 名(男性 60 名, 女性 30 名; 平均年齢 33.9±8.5)であった。なお, 主乱用物質を薬物とする者の詳細は, 覚せい剤 52 例, 揮発性溶剤 12 例, 市販鎮咳剤 6 例, 睡眠導入剤 5 例, メチルフェニデート 5 例, 市販鎮痛剤 4 例, 多剤同時乱用 4 例, 麻薬類 1 例, その他 1 例であった。

ここで, 調査実施施設の機能と特徴について述べておく。セリがや病院は, わが国でも数少ない専門医系機関として, 地域におけるアルコール・薬物使用障害治療の中核を担っている。患者の大半は神奈川県全域と東京都の一部から来院してい

る。原則として入院治療は、任意入院・開放病棟・患者自治会に集団プログラムを中心として行われている。そのため、慢性精神症状や重篤な認知症状態により、非自発的入院を要したり、治療プログラムに適応できないう患者は、他の物質関連障害専門病棟に比べて少ない可能性がある。

2. 方法

本研究では、我々が独自に作成した自記式質問票によって情報収集を行った。具体的な質問内容は、以下の 2 つである。第一に、「これまで真剣に死にたいと考えたことはありますか? (自殺念慮歴)」であり、第二に、「真剣に死にたいと考えたときに行動を起こしたことがありますか? (自殺企図歴)」というものである。いずれの質問も、「はい」もしくは「いいえ」で回答する方式をとった。

また我々は、Beck うつ病尺度第 II 版 (Beck Depression Inventory II; BDI-II)⁴⁾ も実施した。この尺度は 21 項目からなる自己記入式のうつ病評価尺度であり、その日本語版の妥当性も確立されている⁵⁾。本研究では、BDI-II の総得点、ならびに現在の自殺念慮を問う「質問 9」の回答を分析の対象とした。なお、現在の自殺念慮を抽出するにあたっては、問題を明確にするために持続的な自殺念慮に限ることとし、「質問 9」における「自殺したい」と「チャンスがあれば自殺するつもりである」のいずれかが選択した場合に、「現在の自殺念慮あり」と判断した。

我々は、対象者にこれらの質問票・評価尺度を、入院して急性中症から脱した段階 (原則として入院後 2~3 日目頃) に配布し、翌日に回収した。なお本研究は、神奈川県立精神医療センター倫理委員会の承認を得て実施された。

3. 統計学的分析

得られた結果は、自殺念慮歴、自殺企図歴、ならびに BDI-II 質問 9 の「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりである」への該当 (現在の自殺念慮) に関し、アルコールおよび薬物使用障害群間で比較を行った。また、下位分析として、各群について男女別、年代別による分析も

行った。年代別の比較に際しては、自殺対策では 35 歳以下を境にして若年者と中高年とを区別することが多いことから、本研究でも 36 歳未満/36 歳以上という年代分類を用いた。さらに、中等度うつ病の可能性を示唆するといわれている、BDI-II 総得点 25 点をカットオフとして、25 点未満か以上かという分類による分析も行った。

統計学的検討には、SPSS Version 15.0J for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL) を用い、比率の比較には Pearson の χ^2 検定を、変量の比較においては Student-t 検定を使用した。いずれの検定においても、両側検定で 5% 未満の水準を有意とした。

結果

表 1 に、アルコールおよび薬物使用障害群の BDI-II 総得点の比較、ならびに、質問 9 の回答状況の結果を示す。BDI-II 総得点は、薬物使用障害群は、アルコール使用障害群よりも有意に高かった。また、質問 9 において、「自殺したいと全く思わない」を選択した者は、アルコール使用障害群の 48.0%、薬物使用障害群の 22.3% にどまり、その一方で、「チャンスがあれば自殺するつもりである」を選択した者が、アルコール使用障害群の 2.9%、薬物使用障害群に至っては 8.5% に認められ、この選択肢全体の比率に関して、両群間で有意差が認められた ($p < 0.001$)。

表 2 に、アルコール・薬物使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験者の割合を比較した結果を示す。両群ともに自殺念慮歴 (アルコール 55.1%、薬物 83.3%、 $p < 0.001$) および自殺企図歴 (アルコール 30.6%、薬物 55.7%、 $p < 0.001$) は高率に認められたが、いずれの割合も特に薬物使用障害群で高かった。また、BDI-II の質問 9 で、現在における自殺念慮の存在を認められた割合についても、薬物使用障害群で有意に高かった (アルコール 9.8%、薬物 19.1%、 $p < 0.05$)。

さらに、自殺念慮歴、自殺企図歴、および現在の自殺念慮に関し、性別、年代別、BDI-II 得点に下位分析を行った。まずは、自殺念慮歴に關する下位分析の結果について述べる。女性の場

表 1 アルコール・薬物使用障害入院患者における BDI-II 総得点および質問 9 の結果

| | アルコール使用障害 N=24 | 薬物使用障害 N=90 | df |
|------------------------------|-------------------|----------------|----|
| BDI-II 総得点 (平均点 ± SD) | 19.6 ± 11.7 | 26.5 ± 11.7 | 35 |
| 質問 9 | | | df |
| 自殺したいとは全く思わない | 48.0% | 22.3% | |
| 死にたいと思うことはあるが、自殺を実行しようとは思わない | 42.2% | 58.5% | |
| 自殺したい | 7.0% | 10.6% | |
| チャンスがあれば自殺するつもりである | 2.9% | 8.5% | |

** $p < 0.001$

BDI-II; Beck Depression Inventory-II

表 2 アルコール・薬物使用障害入院患者における自殺念慮・自殺企図の経験者の比較

| | アルコール使用障害 N=24 | 薬物使用障害 N=90 | df |
|--------------------------------------|-------------------|----------------|----|
| 真剣に死にたいと思ったことがある (自殺念慮歴) | 55.1% | 83.3% | 1 |
| 男性 | 49.4% | 79.7% | 1 |
| 女性 | 81.1% | 90.3% | 1 |
| 36 歳未満 | 80.6% | 83.3% | 1 |
| 36 歳以上 | 50.6% | 83.3% | 1 |
| BDI-II 25 点以上 | 75.7% | 94.4% | 1 |
| BDI-II 25 点未満 | 43.1% | 66.7% | 1 |
| 真剣に死のうとして実際に行動を起こしたことがある (自殺企図歴) | 30.6% | 55.7% | 1 |
| 男性 | 23.3% | 49.1% | 1 |
| 女性 | 62.2% | 67.7% | 1 |
| 36 歳未満 | 54.8% | 54.2% | 1 |
| 36 歳以上 | 26.1% | 58.6% | 1 |
| BDI-II 25 点以上 | 45.7% | 59.3% | 1 |
| BDI-II 25 点未満 | 21.6% | 50.0% | 1 |
| 質問 9: 「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりである」該当者 | 9.8% | 19.1% | 1 |
| 男性 | 8.5% | 19.4% | 1 |
| 女性 | 16.3% | 18.8% | 1 |
| 36 歳未満 | 18.2% | 16.1% | 1 |
| 36 歳以上 | 8.5% | 25.0% | 1 |
| BDI-II 25 点以上 | 57.9% | 42.1% | 1 |
| BDI-II 25 点未満 | 50.0% | 50.0% | 1 |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

BDI-II; Beck Depression Inventory-II

合は、アルコール・薬物使用障害両群間で自殺念慮歴に差がなく、いずれの群でも経験者は高率であった (アルコール 81.1%、薬物 90.3%)、その一方で、男性の場合は、薬物使用障害群で有意に高率であった (アルコール 49.4%、薬物 79.7%、 $p < 0.001$)。年代別では、36 歳未満の場合は両群間に差がなく、いずれの群でも高率であった一方 (アルコール 80.6%、薬物 83.3%)、36 歳以上の場合には、薬物使用障害群のほうがアルコール使用障害群よりも有意に高率であった (アルコール 50.6%、薬物 83.3%、 $p < 0.01$)。また、BDI-II 得点による分類では、25 点未満および以上のいずれにおいても薬物使用障害群のほうがアルコール使用障害群よりも有意に高率であった (25 点以

上；アルコール75.7%，薬物94.4% p<0.01。25点未満；アルコール43.1%，薬物66.7%，p<0.05)。

次に、自殺企図に関する下位分析の結果について述べる。女性の場合は、アルコール・薬物使用障害両群間で自殺企図歴に差がなく、いずれの群でも経験者は高率であったが(アルコール62.2%、薬物67.7%)、その一方で、男性の場合は、薬物使用障害群で有意に高率であった(アルコール23.3%、薬物49.1%、p<0.001)。年代別では、36歳未満の場合は両群間に差がなく、いずれの群でも高率であった一方で(アルコール54.8%、薬物54.2%)、36歳以上の場合には、薬物使用障害群のほうがアルコール使用障害群よりも有意に高率であった(アルコール26.1%、薬物58.6%、p<0.001)。さらに、BDI-II得点による分類では、25点以上では両群ともに比較的高得点を示して差がない一方で(アルコール45.7%、薬物59.3%)、25点未満では、薬物使用障害群のほうがアルコール使用障害群よりも有意に高率であった(アルコール21.6%、薬物50.0%、p<0.01)。

最後に、BDI-II質問9の回答に基づき現在の自殺企図に関する下位分析の結果について述べる。これまでの自殺企図・企図歴と同様、女性の場合は、アルコール・薬物使用障害両群間で現在の自殺企図歴には差がなかったが(アルコール16.8%、薬物18.8%)、その一方で、男性の場合には、薬物使用障害群で有意に高率であった(アルコール8.5%、薬物19.4%、p<0.05)。年代別では、36歳未満の場合は両群間に差がなく、いずれの群でも高率であったが(アルコール18.2%、薬物16.1%)、36歳以上の場合には、薬物使用障害群のほうがアルコール使用障害群よりも有意に高率であった(アルコール8.5%、薬物25.0%、p<0.01)。また、BDI-II得点による分類では、25点以上・未満いずれの場合にも差は認められなかった(25点以上；アルコール57.9%、薬物42.1%。25点未満；アルコール50.0%、薬物50.0%)。

考察

1. 物質使用障害患者の自殺企図の経緯

本研究の結果、多くの物質使用障害患者が、自殺企図歴および自殺企図歴を持ち、入院時点で、さまざまな程度の自殺企図歴を抱く者が少なくないことが明らかになった。

表3に、今回の我々の結果を、国内における物質使用障害患者の自殺企図行動に関する先行研究と比較した結果を示す。アルコール使用障害患者に関する先行研究は2005年と比較した場合、今回我々が明らかにしたアルコール使用障害患者における自殺企図歴と自殺企図の経緯率は、私本ら¹⁷⁾による比較的近位の調査結果とほぼ一致する。自殺企図の経緯率に限って言えば、斎藤²⁰⁾の調査とはほぼ一致している。また、薬物使用障害に罹患する者に関する先行研究としては、岡坂ら²⁰⁾による民間薬物依存回復施設男性入所者を対象とした調査があるが、自殺企図に関しては、我々の対象者の経緯率のほうが高いものの、自殺企図についてはほぼ一致した結果である。これらの比較結果は、我々の調査結果の妥当性を示唆するものであるであろう。

それでは、我々が得た物質使用障害患者の自殺企図行動の経緯率は、他の精神障害に罹患する者と比較して高いといえるのであろうか？ 欧州の地域住民を対象とした大規模調査²¹⁾によれば、うつ病診断に該当する者の生涯自殺企図経緯率は28%であるという。この数値とそのまま比較することはできないが、本研究における物質使用障害患者の自殺企図経緯率が決して低いものではないと推測することは可能であろう。

精神障害の診断ごとの自殺企図および自殺企図の生涯経緯率を調べた調査としては、川上による地域住民調査(図)²²⁾があり、すでに物質使用障害に罹患する者の著明な自殺傾向を報告している。それによれば、過去12か月の自殺企図歴は、大うつ病エピソードの診断に該当する者で19.4%であったのに対し、物質使用障害では16.7%、ま

表3 アルコール・薬物依存症者の自殺企図と自殺企図の経緯率に関する国内先行研究との比較

| 被験者数(人) | 85 | 80 | 120 | 81 | 244 | 101 | 92 |
|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|-----------|------------------|
| 調査方法 | 面接調査 | カルテ調査 | 面接調査 | 質問紙法 | 質問紙法 | 質問紙法 | 質問紙法 |
| 対象者 | 入院アルコール依存症患者 | 入院アルコール依存症患者 | 入院アルコール依存症患者 | 入院アルコール依存症患者 | 入院アルコール依存症患者 | 民間薬物依存症患者 | 入院薬物依存症患者 |
| 対象者平均年齢(歳) | 46.7 | 不明 | 不明 | 51.5 | 49.3±11.5 | 33.7 | 33.9±8.5 |
| 自殺企図率(%) | 28.2 | 不明 | 28.3 | 61.7 | 55.1 | 55.4 | 83.3 |
| | | | | | 男性49.4 女性81.1 | | 男性79.7 女性90.3 |
| 自殺企図率(%) | 15.3 | 3.8 | 25.8 | 29.6 | 30.6 | 49.5 | 55.7 |
| | | | | | 男性23.3 女性62.2 | | 男性49.1 女性67.7 |

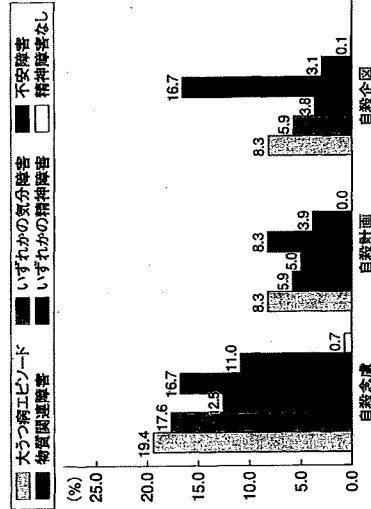


図 地域住民における過去12か月間の精神医学的診断(DSM-IV)別の自殺企図行動の頻度 [文献12)より引用]

た自殺企図の経緯率は、大うつ病エピソード8.3%に対し、物質使用障害では16.7%であった²²⁾。川上の調査結果で興味深いのは、図からも明らかのように、「自殺の計画を立てた(自殺計画)」経緯に関しては大うつ病エピソード該当者と物質使用障害該当者に差はないにもかかわらず、自殺企図の経緯は、物質使用障害該当者では大うつ病エピソード該当者よりもはるかに高く、しかも自殺

計画経緯者よりも自殺企図経緯者のほうが多いことである²²⁾。このことは、物質使用障害該当者の少なくない者が、具体的な計画を立てる間もなく自殺企図に至った可能性を示唆する。実は、この点こそ、物質使用障害患者における高い自殺企図率を説明する理由の1つがあるのではなかろうか？ De Leo と Evans²³⁾は、物質使用障害患者には気分障害やパニック障害

害が併存する者が多く、物質乱用による失職や服役、社会的孤立などの心理社会的悪化のため、自殺の危険が高い状況にあることが多いが、それらの要因に加えて、物質そのものの薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺行動を促進することを指摘している。川上の調査結果は、まさにそうした物質乱用患者独特の衝動的行動——たとえば、「死にたい」と思っていたが、死ぬ勇氣はなかった。でも、酔ったら恐怖感がなくなってしまう行動——を示唆するものかもしれない。

2. 物質使用障害患者における自殺のハイリスク群

本研究における下位分析では、対象全体の自殺念慮歴・自殺企図歴・現在の自殺念慮はアルコール使用障害患者よりも薬物使用障害患者で高率であったが、対象が、対象を 36 歳未満、もしくは女性に限定した場合には、アルコール使用障害患者と薬物使用障害患者の間に差はなかった。先行研究²⁰⁾では、女性の物質使用障害患者は、その乱用物質の種類が何であれ、摂食障害や自傷行為・過量服薬といった多様な自己破壊的行動を併発する者が少なくなく、境界性パーソナリティ障害の重症診断が可能なる場合もまれではないことが指摘されている。また、種類は何であれ、若年者が物質乱用を呈していることと自体が将来の自殺行動を予測する強力なリスク要因であり²¹⁾、乱用物質の種類以上に物質使用開始年齢が重要であることも明らかにされている²²⁾。その意味では、物質使用障害患者の自殺関連行動には、使用物質の種類とは独立して、女性および若年という属性が影響しているかもしれない。

その一方で、男性かつ比較的高齢である物質使用障害患者の場合には、主乱用物質が薬物であることが自殺関連行動のリスクを高める可能性がある。というのでも、本研究では、性別や年代別による下位分析ほど明確な結果はなかったものの、対象を BDI-II 得点 25 点未満に限定した場合に、自殺念慮歴・自殺企図歴・現在の自殺念慮は薬物使用障害患者でより高率であった。このことは、薬物使用障害の存在が、うつ状態の程度とは

独立して自殺念慮や企図に関係している可能性を示唆している。一般に薬物使用障害患者は、アルコール使用障害患者と比べて、高率な被害者体験や家族の自殺行動、さらには精神障害併存率の高さなど、単独でも自殺の危険因子とされている要因が複数認められる者が少なくない²³⁾。今回の調査では明らかにできなかったが、本研究における薬物使用障害患者の背景には、こうした要因が複数存在した可能性は十分に考えられる。

ともあれ、ここで強調しておくべきなのは、「自殺企図を行った薬物依存者の約半数が、自殺企図に及ぶ直前に医療機関を受診してなん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」という岡坂ら²⁰⁾の指摘である。本研究の結果を見る限り、潜在的に、自殺の危機に瀕している薬物使用障害患者が相当数存在する可能性があるが、わが国の医療者の中には、違法薬物乱用者を犯罪者という視点でとらえ、援助提供を躊躇する者も少なくない。本研究の結果は、自殺予防活動を展開するためには、医療者には克服すべき課題があることを示しているといえるかもしれない。

3. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界があるが、なかでも主要なものはいくつかの 5 点である。第一に、本研究は物質使用障害患者の自殺の危険を、自殺念慮や自殺企図により検討したものであり、そのまま自殺企図によって検討したものでない。しかし、自殺企図に近い将来の自殺を予測する強力な危険因子であることは、すでに自殺予防研究の常識ではある²⁴⁾。第二に、本研究は、自記式質問紙調査であるゆえに、結果の信頼性に関して限界がある。ただし、自殺行動に関する調査では、面接調査よりも自記式質問紙調査のほうが優れているという指摘²⁵⁾がある。

第三に、本研究では、最も主要な乱用物質に基づいて「アルコール/薬物使用障害」の分類を行っているが、副次的な乱用物質に関する情報収集が行っていない。また第四に、本研究は単一医療機関の入院患者を対象とした調査であるために、本

研究の対象が物質使用障害に罹患する者全体を代表しているとは結論できない。そして最後に、本研究ではあくまでも物質使用障害に罹患者という条件で対象を収集しており、気分障害や精神病的障害などの併存精神障害を考慮していない。

おわりに

たとえばアルコールに限って考えてみても、海外にはアルコール消費量と自殺死亡率との有意な相関を支持する研究は複数存在している。現にロシアでは、ペレストロイカによるアルコール制限と自殺死亡率の減少との間の有意な正の相関が確認されており²⁶⁾、米国では、最低飲酒年齢を 18 歳から 21 歳に引き上げたことにより、若年者の自殺率が有意に減少している²⁷⁾。もともと、アルコール消費量と自殺死亡率との関係を考える際には、それぞれ別の国の飲酒文化による影響を考慮する必要もある。という、アルコール消費量の多い欧州南部ではアルコール消費量と自殺死亡率の間に相関は認められず、消費量の少ない欧州北部では有意な正の相関がみられるという報告があるからである²⁸⁾。たとえそうであるにせよ、アルコールが自殺に及ぼす影響を及ぼしているのは確かなことであり、おそらく薬物に関しても同様、あるいはそれ以上の影響が予想される。

本研究の結果は、わが国における物質使用障害と自殺との密接な関連を指摘する、現状では数少ない資料の 1 つであるとともに、自殺対策において、うつ病の早期発見・早期治療と並んで、物質乱用患者に対する施策が必要であることを示唆するものである。今後、すでにアルコール関連障害と自殺との密接な関係を認識し、自殺予防活動に関与する意向を表明している断酒会²⁹⁾など自助グループと連携して、広範な自殺事例に対して心理学的的検査などによる実態調査を行い、本研究で明らかにした物質乱用患者の深刻な自殺傾向が、自殺の実態を反映したものであるかを検証していく必要がある。

文獻

- 1) American Psychiatric Association: DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington D.C., 1994
- 2) 飛鳥井望: 自殺の危険因子としての精神障害—生命の危険性の高い企図手段を用いた自殺失敗者の診断学的検討。精神誌 96: 415-443, 1994
- 3) Barracough B, Bunch J, Nelson B, et al: A hundred cases of suicide: Clinical aspects. Br J Psychiatry 125: 355-373, 1974
- 4) Beck AT, Steer RA, Brown GK: Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1996
- 5) Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al: Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. J Affect Disord 101: 27-34, 2007
- 6) Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al: Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. Crisis 25: 147-155, 2004
- 7) Bircmayer J, Hemenway D: Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. Am J Public Health 89: 1365-1368, 1999
- 8) 張廣徳: 第七章: 日本の自殺と精神障害の関係—東京調査の結果、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。勉誠出版, pp113-137, 2006
- 9) Chynoweth R, Tonge JI, Armstrong J: Suicide in Brisbane: A retrospective psychosocial study. Aust NZ J Psychiatry 14: 37-45, 1980
- 10) De Leo D, Evans R: Chapter 10: The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In: De Leo D, Evans R ed. International Suicide Rates and Prevention Strategies. Hogrefe & Huber, Cambridge, pp 101-112, 2004
- 11) Hawton K, Rodham K, Evans E: Investigating deliberate self-harm in adolescents. In: Hawton K, Rodham K, Evans E ed. By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. Jessica Kingsley Publisher, London, pp 21-39, 2006
- 12) 川上憲人: わが国における自殺の現状と課題。保健医療科学 52: 254-260, 2003
- 13) 川上憲人, 竹島正, 高橋祥友, 他: 心理学的剖検のバイオロジック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(主任研究者北井晴子) 平成18年度総括・分指報告書, pp 7-26, 2007

- 14) 小林哲夫: 飲酒運転防止から自殺予防まで—アルコール関連問題と断酒会の役割, かがり火 144: 3-4, 2008
- 15) Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H, et al: Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res* 110: 291-299, 2002
- 16) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, et al: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 49 (Suppl 1): S111-116, 1995
- 17) 松本桂樹, 世長守行, 米沢茂, 他: アルコール依存症者の自殺念慮と企図. *アディクシオンと家族* 17: 218-223, 2000
- 18) 松本俊彦, 山口亜希子, 上條敦史, 他: 女性物質使用障害における摂食障害—乱用物質と摂食障害の関係について. *精神医学* 45: 119-127, 2003
- 19) 内閣府: 平成19年版自殺対策白書. 内閣府, 2007
- 20) 岡坂昌子, 森田隆彰, 中谷陽二: 薬物依存者の自殺企図に関する研究—日アルコール・薬物学会誌 41: 39-58, 2006
- 21) 大原健士郎: 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. *CLINI-CIAN* 396: 1141-1145, 1990
- 22) Pilowsky DJ, Wu LT: Psychiatric symptoms and substance use disorders in a

- nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *J Adolesc Health* 38: 351-358, 2006
- 23) Ramstedt M: Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 96 (Suppl 1) S59-75, 2001
- 24) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, 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
- 25) Roy A: Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 158: 1215-1219, 2001
- 26) Roy A: Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry* 63: 403-407, 2001
- 27) 斎藤孝: アルコールおよび薬物中毒者の自殺傾向: 精神誌 82: 786-792, 1980
- 28) 清野恭紀: 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, 1971
- 29) Waldrop 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, 2007
- 30) Wasserman D, Varnik A, Eklund G: Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 89: 306-313, 1994

学会告知版

第6回日本うつ病学会総会

会期 2009年7月31日(金), 8月1日(土)
 会場 品川プリンスホテルアネックスタワー プリンスホール(☎108-8611 東京都港区高輪 4-10-30) ☎03-3440-1111
 会長 久保木重房(東京大学心療内科名誉教授, 早稲田大学先端科学健康医療薬学融合研究機構 客員教授, 医療法人秀峰会栗山病院名誉院長)
 テーマ 軽度うつ病—多様なうつ病からの社会復帰—
 演題募集 2009年1月21日(水)~3月4日(水)
 問合せ 第6回日本うつ病学会総会(☎102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KSビル(株)コンベンションリンクエージェンツ) ☎03-3263-8688
 Fax 03-3263-8683 e-mail: jsmd_6th@e-linkage.co.jp
 詳細は, ホームページ (<http://www.e-linkage.co.jp/jsmd6/>) をご参照ください。

研究報告

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特徴の相違* 自殺意図・抑うつ・解離に注目して

安藤俊太郎^{1,2)} 松本俊彦²⁾ 重家里映¹⁾ 北条 彩
 島田隆史³⁾ 中野谷貴子¹⁾ 安来大輔 京野穂集
 西村隆夫

抄録 精神医学 51: 749-759, 2009

本研究では, 過量服薬患者の臨床的特徴を明らかにするために, 気分障害とパーソナリティ障害との間で, 自殺意図の重症度, 抑うつや解離に関する比較を行った。対象は, 救命救急センターに過量服薬のため入院し, ICD-10 で気分障害またはパーソナリティ障害と診断された32名である(気分障害20名, パーソナリティ障害12名)。自記式質問票による調査の結果, 両群間に自殺意図の重症度に有意な差は認めなかった。また, 両群ともに顕著な抑うつ, 解離傾向を認めしたが, その程度に有意な差は認めなかった。以上により, パーソナリティ障害における過量服薬は, 気分障害と同程度に深刻な抑うつや解離傾向を伴っている可能性が示唆された。

Key words

Self-poisoning, Depression, Dissociation, Mood disorder, Personality disorder

はじめに

わが国の自殺による死亡者数は1998年に年間3万人を超え, 以後10年間にわたって高止まりのまま推移しており, 自殺予防はわが国が国家対

策として取り組むべき課題である。こうした現状の中で2007年に閣議決定された自殺総合対策大綱では, 地域住民に対する自殺予防に関する啓発活動と並んで, 自殺未遂者に対するケアの必要性も謳われており, 救命救急センターにおける精神

2008年11月12日受理, 2009年3月23日受理

* Clinical Differences in the Extent of Suicide Intent, Depression, and Dissociation between Self-poisoning Patients with Mood Disorder and those with Personality Disorder

- 1) 東京都立府中病院精神科(☎183-8524 府中市武蔵台2-9-2), Ando Shuntaro, Omoia Rie, Horo Aya, NAKANOTANI Takako, Yasuda Daisuke, Kiyono Hotsumi, Nishimura Takao: Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Fuchu Hospital, Fuchu, Japan
- 2) 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, MATSUMOTO Toshihiko: Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 3) 国立成育医療センター神経内科, SUMADA Takafumi: Division of Neurology, National Center for Child Health and Development

0488-1281/09/5107-749/DOI:10.1007/s10073-009-0001-0

保健指定医診察に対する診療報酬加算などの施策も行われている。自殺未遂の既往は最も重要な自殺の危険因子であることを考えれば、この施策の意義を疑う者はいないであろう。しかしその一方で、再企図予測のリスク評価に際しては、再企図された方法論はなくなり、個々の精神科医が自らの臨床経験に依拠して判断せざるを得ない現実がある。

ところで、再企図予測に際して、最もその数が多いところ、評価に苦慮するのが「過量服薬」患者である²⁰。というのは、自殺未遂者の再企図予測においては、自殺企図歴や自殺の家族歴といった一般的な危険因子の評価以上に重要なものは、当該行為にあたっての自殺意図の確信度、計画性・準備性、および手段・方法の致死性と致死性の予測に関する評価である²⁰。過量服薬の場合、これらの評価が難しいことが少なくないからである。たとえば、自己切傷の多くは、その行為の非致死性を予測しううえで、自殺以外の意図——多くは不快気分や衝動²⁰——から行われ、少なくとも短期的な自殺のリスクは高くないといえるが、一方の過量服薬は、手段の致死性は緩やかに降りほど高くないものの、「死にたかった」というより、このまま目が覚めなければいいと思っただけで、曖昧な意図から行われている場合が少なくない²⁰。さらに、過量服薬は反復性を呈する傾向があり²⁰、ある程度、その非致死性を予測して行われているように見えることもある。したがって、反復性の過量服薬が医療者の陰性感情を刺激しやすく、結果的に、パルソナリティ障害患者特有の「自殺のそぶり」²⁰、あるいは、死を意図しない「バラ自殺」²⁰と見なされ、リスクが過小評価される傾向があるといえる²⁰。

そこで今回、我々は過量服薬によって救命救急センターに搬送された患者を対象として、主要な精神医学的診断が気分障害かパルソナリティ障害かによって、過量服薬に際しての自殺の意図・計画性・行為の致死性がどのように異なるのかについての検討を試みた。あえてこの 2 つの精神障害を取り上げたのは、昨今のうつ病対策に偏重した自殺予防対策が進められている中で²⁰、

救命救急現場はパルソナリティ障害の頻回利用者に悩まされている現状があり、こうした頻回利用者に介入することの意義を検討したいという意図があったからである。もちろん、うつ病とパルソナリティ障害は互いに併存率が高く²⁰、近年でミア親利型うつ病²⁰、未熟型うつ病¹、ディスタチア親利型うつ病²⁰といった病態の増加により、その鑑別はますます容易ではなくなっているが、それでも主要な精神障害診断がパルソナリティ障害と診断された患者の場合、何かしら医療者の陰性感情を刺激する行動特性があった可能性が高く、その意味では、自殺リスクを過小評価される危険のある一群といえるはずである。

よって、ここにその結果を報告するとともに、気分障害およびパルソナリティ障害の各患者における過量服薬の臨床的特徴について若干の考察をしたい。

対象と方法

1. 対象

対象は、2008 年 3～7 月の間に東京都内 A 病院救命救急センターに、医薬品などを採取したことによる急性薬物中毒のため入院した全患者 73 名のうち、救命救急センターより精神医学的評価の必要性があると判断され、同院精神科医師による診察を受けた者 73 名のうち、調査への協力が得られた者 60 名(平均年齢 \pm SD, 32.6 \pm 12.7 歳; 回収率 82.2%)である。本調査は、同院管理者の責任のもとで同院内における診療業務の一環として行われたものであるが、一方で、調査協力への同意の有無に関係なく、同じ医療サービスを提供されることは保証されていた。

2. 方法

本調査は、救命救急センターより依頼を受けての精神科診察に合わせ実施された。調査実施施設では、精神科併診は救命救急センターにて身体医学的治療が終了し、意識清明となった時点で速やかに行われ、通常、入院当日から入院後 3 日以内までに実施されている。情報は、初回の精神科診察において、①診察・治療を行った精神科

担当医、および②対象者(評価尺度を使用)という 2 つの情報源から、横断的に収集された。

1) 精神科担当医からの情報収集

診断治療に直接関与した精神科医師に、対象者の年齢、性別、教育年数、同居家族の有無、精神科治療歴(通院歴・入院歴)、自傷・自殺企図歴(自己切傷、過量服薬、飛び降り、総首)、今回過量服薬した薬剤の種類、服薬と同時に飲酒を評価してもらったこと、最も臨床的に重要な精神障害の診断 1 つを、ICD-10 分類に従ってつけてもらった。診断にあたっては、現在精神科治療中の者や精神科治療歴のある者については、できる限り主治医や前医からの情報を収集し、参考とするように努めた。

また、過量服薬の重症度を反映する指標として、今回の急性薬物中毒に対して実施された医学的処置(活性炭投与・胃洗浄・誤嚥性肺炎に対する抗生剤投与の有無)に関する情報も、当院精神科担当医から収集した。

2) 評価尺度による情報収集

①K10: Kessler らがうつ病の症状や不安障害の症状をスクリーニングするために開発した自記式評価尺度であり²⁰、日本語版の信頼性と妥当性は確立されている²¹。

②青年期解離体験尺度(adolescent dissociative experience scale; ADES): 解離性障害のスクリーニングを目的とした 30 項目からなる自記式評価尺度であり²²、解離体験尺度(dissociative experience scale; DES)²³を若年者に合わせて改訂されたものである。10 点満点で 4.0 点以上の症例では、なんらかの病的な解離症状の存在が示唆され、その得点を 10 倍した数値は DES 得点とほぼ一致すると

いわれている。我々が作成した ADES の日本語版は、高い内部一貫性、ならびに自傷患者の解離傾向に関する ADES を用いた海外の研究との交差妥当性が確認されている²⁴。なお、本研究において解離に関する評価を行ったのは、自殺行動の直前には重篤なうつ状態だけでなく解離状態も関与している

という、張らの指摘を踏まえてのことである²⁵。

③簡易版自殺意図尺度(suicide intent scale; SIS)²⁶: Beck によって開発された自殺の意図を評価する尺度であり²⁶、その短縮版では検査者が客観的に査定する 6 つの質問と対象者による 4 つの自記式の質問がある²⁶。今回の調査には我々が逆翻訳などの手続きを経て独自に作成した日本語版を用いた(表 1)。この日本語版の信頼性・妥当性は確立されておらず、再企図のリスク評価に際してのカットオフも明らかではないが、各項目は、自殺意図の程度・計画性・準備性・再企図危険性を評価する質問文として十分な表面的妥当性があると考えられた。したがって、結果の分析に当たっては加算した得点を用いず、項目ごとの回答を比較することとした。

④Beck うつ病尺度第 II 版(Beck depression inventory II; BDI-II): この尺度は 21 項目からなる自己記入式のうつ病評価尺度であり、その日本語版の妥当性も証明されている²⁷。本研究では、BDI-II のうち、自殺念慮に関する質問(「今後、自殺したいと思いませんか」)である「質問 9」のみを実施した(表 1)。

なお、本研究では、評価尺度①および②についてはその当初の目的通りに自記式質問紙として用いたが、③および④については、臨床実務における自殺リスク評価の一環として実施した関係上、対象者との面接状況において、担当医師が口頭で質問文を読み上げて回答を求めるという方法を採用した。

3. 統計学的検討

今回の分析では、対象 60 例のうち主要な精神障害の ICD 診断が F3 (気分障害; F3 群)もしくは F6 (成人のパルソナリティおよび行動の障害; F6 群)に該当する者のみを分析の対象とした。具体的には、F3 群と F6 群との 2 群間で、教育歴などの生活背景、精神科治療歴、自傷・自殺企図歴、今回の過量服薬において服用した薬剤の種類や飲酒の有無、過量服薬の治療内容、K10 およ

表 1 調査結果④(SIS と BDI-II 質問 9)

| 項目 | 質問文 | 回答 |
|-----------------------|---|------------------------------------|
| SIS 1 | 薬を飲んだ時、誰かといっしょにいましたか。誰か連絡が取れるところに行きましたか。誰か連絡が得意な状況だったか。 | 0 誰かといっしょにいた |
| | | 1 誰かが近くに、または連絡が取れるところに行きました |
| | | 2 誰にも連絡が得意な状況はなかった |
| SIS 2 | 薬を飲んだ時間等は、飲むことを誰かが気づきそうな時間ではないか。部屋に鍵をかけたか。部屋に鍵をかけたか。 | 0 飲むことを誰かが気づきそうな時間だった |
| | | 1 飲むことを誰かが気づきそうな時間ではない可能性があった |
| | | 2 飲むことを誰も気づかない可能性が高い時間だった |
| SIS 3 | 薬を飲むことが誰にも見つからないように注意していましたか。部屋に鍵をかけたか。部屋に鍵をかけたか。 | 0 全く注意していません |
| | | 1 人前ではなかったが、部屋に鍵はかけていなかった |
| | | 2 部屋に鍵をかけるなど注意していた |
| SIS 4 | 薬を飲んでいて誰か助けを求めようとしたか。誰かに助けを求めようとしたか。 | 0 助けを求めようとした |
| | | 1 助けを求めようとしたが、薬を飲んだことは言わなかった |
| | | 2 いっさい連絡を取らなかった |
| SIS 5 | 自殺する準備や計画がありましたか。 | 0 準備していません |
| | | 1 漠然と計画していたことを考えていた |
| | | 2 自殺の計画をはっきりと立てていた |
| SIS 6 | 遺書を書きましたか。 | 0 書かなかった |
| | | 1 書きかけた |
| | | 2 遺書は存在する |
| SIS 7 | 薬を飲むことで死んでしまうと思っていましたか。 | 0 死なないと思っていた |
| | | 1 死ぬかどうかかわからないと思っていた |
| | | 2 死ぬと思っていた |
| SIS 8 | 薬を飲むことで死にたいと思っていましたか。 | 0 死にたくはなかった |
| | | 1 生きるか死ぬかわからないと思っていた、または死にたいと思っていた |
| | | 2 死にたいと思っていた |
| SIS 9 | 薬を飲む前にどのくらい悩みましたか。 | 0 服薬は衝動的で、全く悩まなかった |
| | | 1 1 時間以内くらい悩んだ |
| | | 2 1 日以上悩んだ |
| SIS 10 | 現在、助かったことをどう感じていますか。 | 0 回復したことを喜んでる |
| | | 1 回復したことを喜んでるのか悲しいかわからない |
| | | 2 回復したことを悲しんでいる |
| BDI 質問 9 | 今後、自殺したいと思いますか。 | 0 自殺しようとは全く思わない |
| | | 1 死にたいと思うことはあるが、自殺を実行しようとは思わない |
| | | 2 自殺したいと思う |
| 3 チャンスがあれれば自殺するつもりである | | |

* $p < 0.05$
 SIS : suicide intent scale
 BDI : Beck depression inventory

び ADES 得点、SIS 各項目および BDI-II 質問 9 の回答に関して比較を行った。

SPSS Version 16.0J for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL) を用い、精神科治療歴や自傷・自殺企図歴をはじめとする質的変数に関する比率の比較には Pearson の χ^2 検定を、年齢や教育年数、K10 や ADES などの尺度得点のような連続量に関する平均の比較には Student の t 検定を適用した。また、SIS および BDI-II 質問 9 の回答結果に関する中央値の比較には、Mann-Whitney の U 検定を用いた。いずれも両側検定で 5% 未満の水準を有意とした。

結果

対象 60 例のうち、ICD-10 の主診断が F3 に該当した症例は 20 例 (平均年齢 32.4 ± 9.3 歳)、F6 に該当した症例は 12 例 (平均年齢 29.2 ± 8.0 歳) であった。これら両群間で男女比率、教育年数、および同居家族の有無といった背景の属性には有意な差は認められなかった (表 2)。精神科通院歴についても両群間で差はなかったが、精神科入院歴に関しては F6 群で有意に多く認められた ($p=0.028$)。

次に自傷・自殺歴に関する比較の結果を述べる (表 2)。刃物で身体を直接傷つけるという自己切傷については、自己切傷全体、および手首・前腕・下肢・体幹などの身体部位別でも、その経験に関して両群間で差は認められなかった。同様に過量服薬や縊首による自殺企図歴についても差はなかった。しかし、飛び降り ($p=0.01$) やその他の方法による自殺企図歴 ($p=0.033$) は、F6 群で有意に多く認められた (表 2)。

今回服用した薬剤の種類、および急性薬物中毒に対して実施された医学的処置の比較については、両群間で差は認められず、また、過量服薬後の初回精神科診察時点での K10 および ADES 得点についても、両群間で差は認められなかった (表 2)。

最後に、SIS および BDI-II 質問 9 の回答を比較した結果について提示する (表 2)。SIS の質問

表 2 調査結果②(生活背景など)

| | F3 群 N=12 | F6 群 N=12 | t 値 | p |
|-----------------|--------------|--------------|-------|-------|
| 生活背景および精神科治療歴 | | | | |
| 年齢(歳) | 32.4±9.3 | 29.2±8.0 | 0.999 | 0.326 |
| 男女比率(% 女性率) | 70.0% | 91.7% | 2.060 | 0.151 |
| 教育年数(年) | 13.1±2.5 | 13.6±3.1 | 0.537 | 0.595 |
| 同居家族あり | 65.0% | 73.7% | 0.345 | 0.557 |
| 精神科通院歴 | 95.0% | 100.0% | 0.619 | 0.431 |
| 精神科入院歴* | 35.0% | 75.0% | 4.800 | 0.028 |
| 過去の自傷・自殺企図歴 | | | | |
| 自己切傷全体 | 70.0% | 75.0% | 0.093 | 0.761 |
| 手首への自傷 | 65.0% | 75.0% | 0.349 | 0.555 |
| 前腕への自傷 | 5.0% | 16.7% | 1.202 | 0.273 |
| 下肢への自傷 | 5.0% | 0.0% | 0.619 | 0.431 |
| 体幹への自傷 | 5.0% | 8.3% | 0.142 | 0.706 |
| 過去の過量服薬 | 65.0% | 91.7% | 2.844 | 0.092 |
| 過去の飛び降り | 5.0% | 41.7% | 6.619 | 0.010 |
| 過去の絶食 | 10.0% | 33.3% | 2.680 | 0.102 |
| その他の方法による自殺企図歴* | 5.0% | 33.3% | 4.557 | 0.033 |
| 今回服用した薬剤の種類 | | | | |
| 抗うつ薬 | 60.0% | 50.0% | 0.305 | 0.581 |
| 抗不安薬 | 60.7% | 39.3% | 0.305 | 0.581 |
| 神経遮断薬 | 25.0% | 50.0% | 2.078 | 0.149 |
| 気分安定薬 | 15.0% | 16.7% | 0.016 | 0.900 |
| その他 | 45.0% | 33.3% | 0.423 | 0.515 |
| 今回の過量服薬時における飲酒 | 30.0% | 54.5% | 1.802 | 0.179 |
| 今回の過量服薬時の治療内容 | | | | |
| 活性炭 | 55.0% | 50.0% | 0.075 | 0.784 |
| 胃洗浄 | 45.0% | 66.7% | 1.414 | 0.234 |
| 折生剤 | 5.0% | 25.0% | 2.743 | 0.098 |
| 過量服薬後の精神状態の評価 | | | | |
| K10 総得点 | 33.1±9.5 | 33.4±9.4 | 0.109 | 0.916 |
| ADES 総得点 | 3.6±2.3 | 4.1±2.0 | 0.715 | 0.480 |

* p<0.05

1~9 については両群間で差は認められなかったが、質問 10 の「現在、助かったことをどう感じていますか」においては有意差が認められた。すなわち、F3 群において自殺未遂に終わったことを悲観する内容の回答が多い傾向が認められた。なお、BDI-II の質問 9 の回答には差が認められなかった。

以上、その結果について、収集した項目ごとに述べていきたい。

考察

本研究は、過量服薬にて総合病院救命救急センターに入院となった患者のうち、主診断が気分障

害かパーソナリティ障害かで、自殺行動に関係するとされる抑うつや解離といった精神病理、ならびに自殺意図の程度・計画性などに関する差異を検討したものである。我々の知る限り、同様の観点から行われた先行研究はなく、その意味では、自殺予防の観点から重要な臨床的意義がある。

1. F3 群と F6 群における過量服薬の臨床的特徴

1) 過量服薬患者の生活背景と精神科治療歴

両群のいずれも、年齢層は 30 歳前後、その大半が女性であり、年齢および性別に差はなかった。また教育年数や同居家族にも差はなかった。これらはいずれも、今回収集した情報範囲内においては、両群間の生活背景に顕著な差がないことを示唆するものと考えられた。また、精神科治療歴については、通院歴に関しては両群間で差はみられず、いずれもきわめて高率であったが、入院歴については、F6 群で有意に高率であった。これは後述する、F6 群の多様かつ重篤な自殺企図歴と関係している可能性が考えられる。

2) 自傷・過量服薬の既往

過去における自己切傷や過量服薬の既往は、両群とも同じように高率に認められ、差は認められなかった。多くの研究が、自己切傷患者における高率な過量服薬経験を報告しており、自己切傷と過量服薬とがしばしば併存することは広く知られている^{18,19,20,21}。本研究は、こうした先行知見を確認するものといえるであろう。また、両群とも過量服薬歴を持つ者も多く(F3 群 65.0%、F6 群 91.7%)、過量服薬が反復される性質を持つものである可能性が示唆された。

3) 致死性の高い自殺行動

絶食の既往については両群間で差はなかった。しかし、過去における飛び降りやその他の方法による自殺企図については、F6 群において高率であった。過去の自傷・自殺企図歴を総合して考えれば、F6 群は多様な方法で自己破壊的行動を繰り返す者が多く、そうした行動の中には致死性の高いものも含まれている可能性が示唆された。

4) 今回の過量服薬の医学的重症度

今回の過量服薬に用いた薬剤の種類、ならびに高性薬物中毒に対して実施された治療内容には両群間で差はなく、過量服薬に際して同時に飲酒を行った者の比率にも差はなかった。このことは、両群が行った過量服薬の医学的重症度に差がないことを示唆している。

5) 過量服薬後の精神状態

本研究では、自殺行動に関係するとされる精神病理学的現象として、先行研究が指摘する抑うつ(K10)と解離(ADES)に関して評価を行った。その結果、K10 得点については、両群ともに平均 33 点前後と、DSM-IV の大うつ病性障害に関するカットオフ 25 点²²を大きく上回っていた。一方、ADES 総得点については、両群ともに英語版における解離性障害のカットオフ参考値 4.0 点²³に近い数値を示し、比較的高度の解離傾向の存在が推測された。いずれにしても、抑うつおよび解離の程度に関して、両群間で差は認められなかった。もちろん、これらの結果はあくまで過量服薬後に収集したものであり、過量服薬直前の状態をそのまま反映したものとはいえないが、両群間で過量服薬におよぶ直前における抑うつと解離の程度に差がない、という可能性は十分に考えられる。

6) 自殺の意図と準備性・計画性

本研究では、両群間で、SIS の質問 1~9 の回答については差はみられなかった。すなわち、両群間で、過量服薬直前における意識的・無意識的援助希求行動、自殺の準備性・計画性、自殺意図の確実性、行動に際しての致死性の予測といった点に差がないことを意味している。なかでも特に興味深いのは、両群における過量服薬の衝動性と自殺意図のあいまいさである。まず衝動性を物語るのには、両群の多くの者が、自殺の準備・計画のないままに(質問 5:F3 群 65.0%、F6 群 91.7%)、遺書を書くことなく(質問 6:F3 群 90.0%、F6 群 75.0%)、服薬することにほとんど悩まなかった(質問 9:F3 群 50.0%、F6 群 41.7%)と回答しているという事実である。自殺意図に関しては、両群ともに過量服薬の致死性を確信していた者(質問 7:F3 群 20.0%、F6 群 16.7%)、ならびに「死にたかった」と回答している者(質問 8:F3 群 45.0%、F6 群 33.3%)は多いとはいえないなかった。これらの結果は、過量服薬が周到な準備なしに衝動的に行われている可能性を示唆している。また、自殺の意図は明確なもの

から不明瞭なままでもさまざまな程度であり、一概に自傷行為あるいは自殺企図と断じることができず、多様な臨床類型が存在する可能性が考えられる。

7) 過量服薬後の心境

過量服薬後の心境を評価する SIS 質問 10 については両群間で差がみられ、F3 群で「回復したことを喜んで」と回答したものが著しく少ないこと、「回復している」と悲しんでいる」と回答する者が多かった。このことから、F3 群では自殺行為が多かった。このことから、F3 群では自殺行為に際してより真知な自殺の意図があった可能性、あるいは、F3 群では自傷行為や自殺企図直後にみられるとされる、一過性のカタルシスの効果²⁰が比較的乏しいという可能性を推測することのできる。もともと、そうした推測も、SIS の他の項目で目立った差がないこと、ならびに、BDI を用いた「行為後の自殺念慮」に関する質問において両群間で回答内容に差がないことを考えれば、説明としての納得力が乏しい。また、隠蔽や虚偽の申告といった reporting bias の可能性も考慮しなければならぬであろう。これらの点については、今後、さらに詳細な調査が求められるところである。

2. 過量服薬という行為の臨床的特徴

上述した本研究の結果からいえるのは、過量服薬患者に関しては、主診断が F3 か F6 かによる相違点よりもはるかに共通点のほうが多い、ということである。たとえば、両群いずれの過量服薬患者も複数回以上の過量服薬歴を持つ者が多く、他の方法・手段による自己切傷・自殺企図の既往を持っており、同じように高水準の抑うつと解離を呈し、過量服薬がもたらす医学的重症度や行為後の自殺念慮にも差がない。

このことは、うつ病歴者にみられる過量服薬は深刻だが、パーソナリティ障害の場合は操作的・示滅的・演技的な行動である、という臨床家が陥りやすい思い込みが正しくなく可能性を示唆している。それどころか、Hawton らが指摘するように²¹、多様な方法による頻回自殺企図歴に近い将来における自殺既遂の強力な予因子であることとを考慮すれば、ある意味で、F6 群は、F3 群よ

りも自殺行動の再企図のリスクが高いといえる可能性も考えられる。もともと、F3 群では、過量服薬後に回復を喜ぶ者が少なく、悲しむ者が比較的多いことを考慮すれば、F3 群の再企図のリスクは決して低いとはいえない。要するに、両群のいずれも再企図のリスクは高いと考えるべきであろう。いずれにしても、主要な精神医学的診断だけでは過量服薬患者の重症度を評価することはできない。

本研究はまた、過量服薬という現象そのものに関する 2 つの特徴も明らかにしている。1 つは、過量服薬患者の多くは、準備性・計画的性の乏しいまま、衝動的にその行為におよぶ傾向がある、という点である。このことは、Hawton らがイングラッドで実施した調査と一致する知見である¹⁴。もう 1 つは、過量服薬にあたっては、自殺の意図に関してはさまざまな程度のものが混在しており、過量服薬をただちに攻撃的自殺企図と断定することはできない、ということである。

それでは、過量服薬は、自殺を意図しない自己切傷——気分を変えするための嗜癖的行動——と同じ水準の行動といえるのだろうか？ おそらくそうではない。Hawton ら²²が、自己切傷も過量服薬も同じ「故意の自傷 deliberate self-harm」と一括しているのに対し、「故意の自傷」という概念を最初に提唱した Pattison と Kahan²³、さらには Favazza と Conterio⁹、あるいは Walsh²⁰ といった自傷行為の研究者も、過量服薬は攻撃的「故意の自傷」の範疇から除外すべきであると主張している。その理由は、過量服薬の場合、自傷の意図によらない行為であったとしても、自己切傷と異なり、致死性の予測や身体的侵襲を意図的にコントロールする事も難しく、意図せず自殺既遂に至ってしまう事例もまれではないうちである。また、Rodham らも、自己切傷患者と過量服薬患者の臨床的特徴を比較・検討した研究の中で、過量服薬患者のほうに自殺の意図からその行為におよぶものが多いことを明らかにしている²⁴。その意味では、過量服薬は自己切傷よりもはるかに自殺企図に近いところに位置

最後に、本研究は横断的な情報収集による調査であるために、将来における再企図のリスクという観点を踏まえた重症度の比較ができていない。今後、前方規程的に転帰を追跡するような研究デザインによる調査が求められる。

以上のような限界にもかかわらず、本研究は、過量服薬患者における精神医学的診断をはじめとする臨床的事項、ならびに自殺の意図・計画的・致死性の予測などの観点から検討した、わが国最初の調査である。過量服薬は、わが国の救急外来に搬送される自殺企図者の中で最も多い手段・方法である。したがって、今後も、自殺予防に資する知見を累積するために、過量服薬の臨床的特徴や様態に関する、さらに詳しい検討が必要である。

第三に、本研究の精神医学的診断は ICD-10 主診断 1 つだけに限定されている。うつ病とパーソナリティ障害の併存率は高いことを考慮すれば²⁵、本研究において F3 群と F6 群の間でさほど顕著な臨床的特徴の差異がみられなかった背景には、そうした副診断にコードされる他の精神医学的併存症の影響があるかもしれない。

さらに第四に、本研究の精神医学的診断の妥当性に関する限界がある。かかりつけ精神科医や前医の診断を考慮したものの、短期間の観察で下した主診断であり、その妥当性に関しては大きな限界がある。しかし、本研究では、対象のほとんどに精神科治療歴があり、できる限り現在の主治医や前医での診断などに関する情報を収集し参考にしていく。また、総合病院救急救急センターでは、自施設の通院患者ではない多数の患者の過量服薬に対応せざるを得ない状況にあり、限られた時間内でアセスメントとマネジメントが要求されるという現状がある。そこで、診断の妥当性に限界はあるものの、短期間での診断・評価に関する研究を行う意義は十分にある。さらに、本研究において診断による差異が目立たなかったことは、かえって短期間での診断に類することの危うさを浮き彫りにしたともいえるであろう。過量服薬患者の場合には、診断にかかわらず慎重な対応が必要であることが示唆される。

文献

- 1) 阿部隆明, 大塚公一, 永野満, 他: 「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討—構造的動向論 (W. Janzard) からみたらうつ病の病前性格と臨床像. 精神病理 16: 239-248, 1995
- 2) American Psychiatric Association: DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC, 2001
- 3) Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, et al: Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale. J Nerv Ment Dis 185: 491-497, 1997
- 4) Beck AT, Steer RA, Brown GK: Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1996
- 5) Beck RW, Morris JB, Beck AT: Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. Psychol Rep 84: 445-446, 1974
- 6) Bernstein E, Putnam FW: Development, reliability and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis 174: 727-735, 1986
- 7) Chiles JA, Strossahl KD: Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2005
- 8) 張賢敏, 竹内龍雄, 林勉介, 他: 自殺行為の最終段階についての研究「解離」仮説の提唱と検証. 脳と精神の医 10: 279-288, 1999
- 9) Favazza AR, Conterio K: Female habitual self-mutilators. Acta Psychiatr Scand 79:

- 283-289, 1989
- 10) Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, et al: The performance of K6 and K10 scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 33: 357-362, 2003
- 11) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al: The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Health Survey of Japan. *Psychiatr Res* 17: 152-158, 2008
- 12) Hawton K, Cole D, O'Grady J, et al: Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 141: 286-291, 1982
- 13) Hawton K, Fagg J, Platt S, et al: Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *BMJ* 306: 1641-1644, 1993
- 14) Hawton K, Rodham K, Evans E, et al: Deliberate self-harm in adolescents: Self-report survey in schools in England. *Br Med J* 325: 1207-1211, 2002
- 15) Hawton K, Rodham K, Evans E: Investigating deliberate self-harm in adolescents. *By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents*. Jessica Kingsley Publisher, London, pp 21-39, 2006
- 16) 広瀬徹也: 「迷走型うつ」について。菅本忠雄編 躁うつ病の精神病理 2. 弘文堂, pp 61-86, 1977
- 17) Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H, et al: Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res* 110: 291-299, 2002
- 18) Kreitman N, Philip AE, Greer S, et al: Parasuicide. *Br J Psychiatry* 115: 746-747, 1969
- 19) Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A, et al: Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatr Clin Neurosci* 58: 191-198, 2004
- 20) 松本俊彦, 山口亜希子, 阿瀬川孝治, 他: 過量服薬を行う女性自傷患者の臨床的特徴—リスク予測に向けての自記式質問票による予備的調査. *精神医学* 47: 735-743, 2005
- 21) 守屋直樹: 境界パーソナリティ障害とうつ。精神科治療学 2: 389-400, 1987
- 22) Moscicki EK: Identification of suicide risk factor using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 20: 499-517, 1997
- 23) 内閣府: 自殺総合対策大綱. pp 4-8, 2006
- 24) Pattison EM, Kahan J: The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 140: 867-
- 872, 1983
- 25) Rodham K, Hawton K, Evans E: Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 80-87, 2004
- 26) Simon RI: Chapter 2 Suicide risk assessment. *Assessing and Managing Suicide Risk: Guidelines for clinically based risk management*. American Psychiatric Publishing, Inc, Washington DC, pp 25-60, 2004
- 27) 鈴木博子: 大学病院精神科の時間外診察における自殺企図者の実態. *医学のあゆみ* 194: 541-544, 2000
- 28) 高橋祥友: 自殺未遂—「死にたい」と「生きたい」の心理学. 講談社, pp 70-76, 2004
- 29) 梅味伸, 神庭重信: うつ病の社会文化的試論—特に「デリスチミア病型うつ病」について. *日社精会誌* 13: 129-136, 2005
- 30) Walsh BW: *Treating Self-injury: A practical guide*. Guilford Press, New York, 2005
- 31) Zhang J, Jia CX: Validating a short version of the Suicide Intent Scale in China. *Omega (Westport)* 55: 255-265, 2007

Summary

Clinical Differences in the Extent of Suicide Intent, Depression, and Dissociation between Self-poisoning Patients with Mood Disorder and those with Personality Disorder

ANDO Shuntaro, MATSUMOTO Toshihiko, OMOYA Rie, HOJO Aya, SHIMADA Takafumi, NAKANOYANI Takako, YASUGI Daisuke, KYONO Hotsumi, Nishimura Takao

Objective: To clarify the psychopathological differences between self-poisoning patients with mood disorder and those with personality disorder. Methods: Of the 73 patients who were admitted to an emergency department between March and July 2008 for self-poisoning, we selected 32 (25 women, 7 men; average age 31.2±8.9 years) who met the ICD-10 criteria for either mood disorders (F3: mood disorder group) or disorders of adult personality and behavior (F6: personality disorder

group). The shortened version of Beck's Suicide Intent Scale (SIS), the K10 Anxiety and Depression Test, and the Adolescent Dissociative Experience Scale (ADES) were administered during the course of the clinical interview.

Results: Among the items included in the SIS, only one-reaction to the act-demonstrated a significant difference between the 2 groups. Specifically, patients in the mood disorder group were more likely to feel disappointed about having recovered from a comatose state than those in the personality disorder group. No significant differences were detected between the 2 groups with respect to the results of the K10 test and the ADES; both groups exhibited high total scores of both tests (K10: mood disorder group, 33.1±9.5; personality disorder group, 33.4±9.4 and ADES: mood disorder group,

3.6±2.3; personality disorder group, 4.1±2.0). These findings indicated that there were no significant differences between the 2 groups in terms of intensity of suicidal intention and severity of depression and/or dissociation.

Conclusion: Our results indicate that personality disorder patients may attempt self-poisoning with nearly the same levels of suicidal intention and severity of depression and dissociation exhibited by mood disorder who attempt.

- 1) Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Fuchu Hospital, Fuchu, Japan
- 2) Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 3) Division of Neurology, National Center for Child Health and Development

学会告知板

第1回こども心身セミナー

1991(平成3)年から17年間開催してきましたカリヨリセミナーを、過去にご参加くださった方々からの継続希望にお応えするため、今年度から新たな装いで再開します。大きく変わったのは開催地(伊勢)と日程(1泊2日)で、内容はほぼ従来のものを引き継ぎます。

第1回は児童精神科医で時代の変化を見つめながらわかりやすい論を展開されている滝川一廣先生(学習院大学文学部心理学科教授)をお迎えし、従来と同様、たっぷりのご講演していただきます。

参加しやすいとなった開催場所と日程ですので、ぜひ、先生方の積極的なご参加を期待しています。なお、部屋は相部屋(5人)になりますが、特に個室や仲間での同室をご希望される場合は、早めにお申し込みくださいとさせていただきます。ご家族でご参加されても、周囲に観光地が多いので、ご満足いただけたらと思います。

期間 2009年11月7日(土)、8日(日) 1泊2日

会場 鳥羽シーサイドホテル(三重県鳥羽市) 鳥羽駅へ会場に送迎バスあり(30分ごと)
費用 (食費・宿泊費込み、1泊2食) 28,000円(当研究会会員・これまでのカリヨリセミナー参加者は25,000円)

* 日本小児科医学「子ども心身科医」研修更新点数(5点)、日本小児科学会認定医点(5点)

* パンフレット(申込書)をご希望の方は下記までご連絡ください。

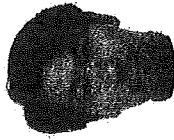
問合せ・申込 こども心身医療研究所 ☎ 550-0001 大阪府西區土佐堀1-4-6

☎ 06-6445-8701 Fax 06-6445-7341

「自殺予防」という切り口から アクションを見直そう

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
精神保健計画部 自殺対策分析部長

松本俊彦



◎精神科は増えているのに

平成十年にわが国の自殺者数は急増し、以後十年間にわたって高止まりの状態が続いています。その背景には、多重債務や過重労働、あるいは雇用問題といった社会的問題の影響が無視できないといわれてきました。

確かに、早くから厚生労働省は、うつ病の早期発見・早期治療といった対策を展開してきましたが、自殺は減少していません。近年では、大都市を中心に精神科クリニックも激増していますが、自殺

が減少するのではなく、むしろ処方薬の過量服薬による自殺企図が増えているような印象さえあります。率直に言つて、今日、薬物乱用のなかで最も深刻な依存性薬物は、覚せい剤でも大麻でもなく、向精神薬ではないでしょうか？

もちろん、かかりつけ医でうつ病を早期発見して精神科専門医への紹介を促進するのは意義あることです。しかし、精神科に行つて薬をもらえば、それで何もかもが解決するわけではない、ということも事実です。どうもわが国のメンタルヘルス支援は停滞している、あるいは妙な方向に進んでいる。私にはそう思えてな

らないのです。

いったいわが国の自殺対策に何が足りないのでしょうか？ 借金や雇用といった社会的問題への対策でしょうか？ だとすれば、自殺対策においてメンタルヘルスの支援者にできることは限られているような気もしてきます。借金のせいであつた状態になっている人にとつて、抗うつ薬よりもお金が欲しいというのが本音となれば、私たち援助者も、「景気がよくなるまで自殺は減らない」などと、投げやりなことをいたくなります。

だが、本当にそうなのでしょうか？

◎社会的問題の陰に

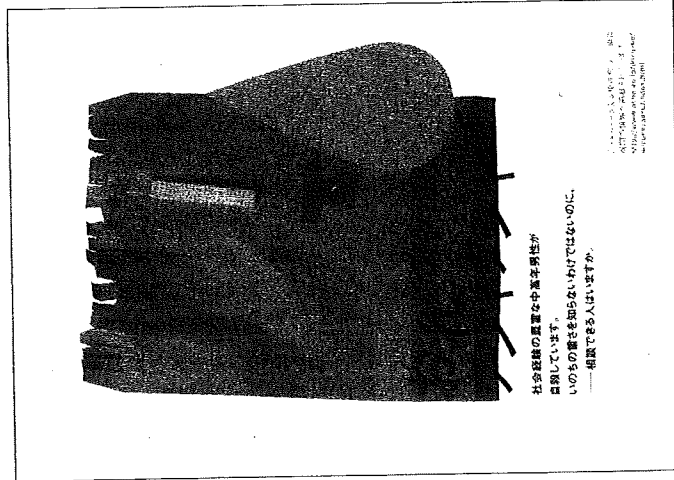
私は、それでもなお、自殺対策においてメンタルヘルスは重要な役割を担っていると考えています。私たち自殺予防総合対策センターでは、現在、心理学的剖検という方法による自殺の実態調査を進めています。これは、大切な人を自殺で喪つた自死遺族から、故人の生前の様子——死に様だけではなく、生き様も——

シリーズの
1. 第1弾
2. 第2弾

うつ病の偏重の 自殺対策では 防げない！

■シリーズ第2弾は、「自殺予防という切り口から見直すことで、アクション支援がこれまでにない深みをもつて展開される」と語る松本俊彦医師の呼びかけを掲載。そして高知県断酒新生会の小林哲夫氏がACを含めた「アルコールにかかわる人すべて」に向けて綴つた、特別エッセイをお届けする。

■読者からの「意見や体験」をお待ちしています。巻末シートでお寄せください。【編集部】



社会福祉の重要な中核的男性が
自決しています。
いのちの重さを知らないわけではないのに、
——相識である人はいますか。

ACCT（アルコール依存症治療センター）
www.acct.or.jp
www.nacp.go.jp

はなく、たとえ依存症になつていなくとも、アルコールという酩酊物質を摂取するという行動そのものも自殺のリスクを高める、ということなのです。

海外では、アルコール消費量と自殺死亡率との有意な相関を支持する興味深い調査がなされています。たとえばロシアでは、ペレストロイカによるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少のあいだの有意な正の相関が確認されていますし、米国では、最低飲酒年齢を十八歳から二十一歳に引き上げたことにより、若年者

の自殺率が有意に減少したことが明らかにされています。また、アンマークでは、アルコール価格高騰という「自然の実験」により自殺率の低下が見られていますし、ポルトガルでも、個人の年間アルコール消費量が一リットル増えると男性の自殺死亡率が一・九%上昇するという報告がなされています。何よりも、自殺遺体の三二―三八%程度からアルコールが検出されているという事実が、アルコールの自殺に対する直接的な影響を支持する根拠といえるでしょう。

こうした現象はアルコール自体が持つ薬理作用と関係していると思われます。

一般には意外に知られていませんが、アルコールは連用によって絶望感、孤独感を強め、二次的に抑うつ状態を作り出しますし、自殺念慮を持つ方が実際に行動を起こすのを促進します。また飲酒酩酊は、自殺者特有の心理的視野狭窄（自殺におよぶ者は意識野が狭窄して他の解決策が見えなくなっており、「この苦痛を解決する唯一の方法は自殺しかない」と信じ込む状態にあります）を促進して、自殺以外の対処策を講じることを阻害します。不眠への対処としてアルコールを用いていけば、むしろ睡眠障害は悪化しますし、飲酒はうつ病に対する薬物療法の効果も抑制してしまふといわれています。

さらに、アルコールは本人に対する周囲のサポートも破壊します。飲酒にまつわる種々のトラブルの結果、本人にとって重要な人間関係、それから職業や財産も失うこととなります。これらによつてもたらされる社会的孤立が、自殺のリス

表1: アルコール・薬物使用障害 (乱用・依存) と自殺念慮・自殺企図経緯 (熊本5、精神医学、2009)

| | 使用障害 | 使用障害 |
|--|-------|-------|
| | 244人 | 90人 |
| 真剣に死にたいと思つたことがある (自殺念慮) | 55.1% | 83.3% |
| 男性 | 49.4% | 79.7% |
| 女性 | 81.1% | 90.3% |
| 36歳未満 | 80.6% | 83.3% |
| 36歳以上 | 50.6% | 83.3% |
| 真剣に死のうとして実際に行動を起こしたことがある (自殺企図) | 30.6% | 55.7% |
| 男性 | 23.3% | 49.1% |
| 女性 | 62.2% | 67.7% |
| 36歳未満 | 54.8% | 54.2% |
| 36歳以上 | 26.1% | 58.6% |
| [BDI質問9]「自殺したい」「自殺するつもりである」該当者 (現在の自殺念慮) | 9.8% | 19.1% |
| 男性 | 8.5% | 19.4% |
| 女性 | 16.3% | 18.8% |
| 36歳未満 | 18.2% | 16.1% |
| 36歳以上 | 8.5% | 25.0% |

※BDI=ベックのうつ病尺度

を詳細に聴取し、自殺対策に資する情報を収集しようという調査です。この調査を進めるなかで、私はずつとあることが気になっていました。

それは、借金を苦にして自殺された中高年男性のなかには、ギャンブルで借金を作った方や、ギャンブルとは異なりませんが、さまざまな投資や不動産転売などで借金を作った方が混じっていたことです。彼らの多くが、仕事熱心で弱音を吐かない「タフガイ」でしたが、借金をするはるか以前より、かなりの飲酒を習慣としていました。毎日、「のるか反るか」というビジネスのスリルを味わいながら、仕事があまくいけばお祝いで飲み、あまくいかなければヤケ酒をしてつらさを紛らわしていました。

別にアルコール依存症というほどではありませんし、飲酒により直接仕事に支障を来すこともありませんでした。でも、時には泥酔して家族をやきまきさせたり、仕事とアルコールの毎日、次第に家族のなかで心理的に孤立して居場所を失い、仕事上の困難も家族に相談しなく

なっていました。

ご遺族からこうした人たちの話を聞くたびに私は考えたのです。アルコールやギャンブルに熱中し、またはスリルに熱中する——考えようによってはアディクシオンのな——生き方をしてきたことが、たとえば多重債務をもたらし、あるいはワーカホリックを促し、最終的に彼らの自殺を早めたのではないかと。

近年の自殺には社会的要因の方が強く影響しており、うつ病のようなメンタルヘルス問題の背景にも借金や過労、失業による生活苦といった社会的要因がある。だから、社会を憂へなきやいけない。そう主張する人がいます。

確かにそういう面もあるでしょう。しかし私は、この社会的要因の背景には、さらにアディクションという、別のメンタルヘルスの問題が潜んでいる場合も珍しくないと考えています。要するに、自殺の背景には、メンタルヘルスの問題と社会的要因とが、重層的に、いわば入れ子構造のように複合している可能性がありうるのです。

◎自殺を促すアルコール

わが国の自殺対策はあまりに「うつ病偏重」に傾き、アルコール依存をはじめとするアディクションの問題が看過されてきました。事実、WHOのガイドラインでは、アルコール乱用・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引き合いに出されますが、こうした方向性はわが国にはないものです。

海外の自殺研究では、ずいぶん昔からアルコールなどの精神活性物質の使用と自殺との関係が繰り返し指摘されてきました。たとえば、大量飲酒が将来における自殺死亡のリスクを数倍高める、あるいは、アルコール乱用・依存への罹患が将来における自殺のリスクを数十倍に高める、といった報告はいくらでも見つけることができます。また、同じうつ病患者でも、アルコール乱用・依存の重複診断を持つ者は、自殺のリスクが著しく高いことも明らかにされています。

ただ、ここで強調しておきたいのは、アルコール乱用・依存だけが問題なので

ストカットにコントロールされる事態となると、「消えてしまいたい」「いなくなつてしまいたい」という自殺の考えが沸いてまいります。

図1：自己破壊的行動スペクトラム



それから、過量服薬も忘れてはならないでしょう。過量服薬の多くが、「状況をリセットしたかった」「とにかく眠り続けて、目が覚めなければいいと思った」などといった、自殺なのかさうでないのかはつきりしない意図からなされますが、繰り返されるたびに服用する錠剤の数は増加します。そして最終的に致死的な結果となる方もいるのです。

図1に示したように、アルコール依存症をはじめとする慢性自殺≠無意識的自傷、意識的自傷、自殺の意図があいまいな過量服薬、そして狭義の自殺企図は、連続的な関係にあり、いずれも繰り返されるたびに少しずつ自殺企図への秒読みが進みます。私はこれを自己破壊的行動のスペクトラムと呼んでいます。自殺予防のためのメンタルヘルス対策は、単にうつ病だけでは不十分です。アルコール依存症だけでも足りないと考えています。むしろ、アディクションをはじめとするさまざまな慢性自殺≠無意識的自傷から始まって、このスペクトラムのすべてを視野に入れた包括的な対策を考える

必要があると私は考えています。

◎援助者はどこまでいけるのか。

では、アディクションの専門的援助者はさしあたって何をすればよいのでしょうか？ ここで私は、4つほど提案させていただきます。

第一に、患者さんの自殺念慮をきちんと評価しましょう。表1をもう一度見てください。ベックのうつ病尺度の「質問9」の回答で、「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりだ」と回答した人が、アルコール依存症患者の九・八%、薬物依存症患者の一九・一%にのぼります。これは自記式アンケートで調査をして初めて判明したことであり、実をいうと、担当医をはじめとする病棟スタッフのほとんどがこのことに気づいておらず、任意入院・開放病棟で治療プログラムに参加させていたのです。一見とてもそんなことを考えていないような患者さんでも、自殺を考えている可能性がある。そう思つて丁寧に問診し、アセスメント

をますます高めてしまうのです。

ところで、こうした傾向は、薬物依存者ではいっそう顕著にみられます。そのことは、神奈川県立精神医療センターせりがや病院入院患者を対象として実施した、自殺念慮と自殺企図の経緯に関する調査(表1)からも明らかです。

しかしこの違いは、実はアルコールと薬物という乱用物質の違いによるものではないのです。

女性だけに限ってみれば、アルコール依存者と薬物依存者の自殺傾向に差はありませんし、三十六歳未満に限った場合にもやはり差はありません。要するに、若年および女性のアルコール・薬物依存者は、特に自殺のリスクが高い一群と考えられるのです。

◎アディクションという慢性自殺

かつてカール・メニンガーという精神分析医は、アルコール依存症のことを「慢性自殺」と呼びました。慢性自殺とは、いままゝ自殺してしまうことを回避

するために(≠生きるために)、ゆつくりと自分を傷つける行為であり、しかし同時に、将来における自殺のリスクを高める行動です。このあたりを、前号本誌記事の「名物ドクターのアルコール教室」で、辻本士郎先生は実に見事な表現で言い当てていました(94号91ページ参照)。

アルコールを飲むことによつて「心の痛み」に蓋をし、つらい気持ちをコントロールして、どうやらこうやらその日を生き延びる。悩みを誰にも相談せず、ぐつとこらえてタフガイを気取る、ハードボイルドな生き方かもしれません。でも、そんな一時しのぎをしたところで、「心」に痛みをもたらす原因は何も変わっていない。それどころか、その原因はますます強大となつてしまうことも少なくないです。気づくと、アルコールにコントロールされている自分がいるありさまとなつてしまう。この段階では、もう自暴自棄になるしかない。結果的に、生き延びるためのアルコールが死をたぐり寄せることとなつてしまうわけです。

アルコール依存症だけでなく、薬物乱

用や拒食・過食、あるいは危険な性行動などにも、同じような性質があります。そうした行動は、自分を傷つける意図ではなく、「ハイになりたい」「痩せたい」などといった意図からなされる行動ですが、その一つひとつはいずれもゆつくりと自分の健康を害する行動であり、自殺のリスクを高める行動でもあります。不摂生や無謀な車の運転も同様です。本人にも決してそうした意図はないはずなのに、自殺直前にはそのような無謀な行動による不慮の事故が多くなります。こうした現象は、「事故傾性」と呼ばれる、自殺のサインの一つであり、無意識的な自傷行為ということもできるでしょう。

自分を傷つける意図がさらに明確な、いわば意識的な自傷行為としては、リストカットなどの自傷行為があります。習慣的なリストカットは、「心の痛み」を一時的に抑えるために「身体」に痛みを加えるという行為です。その行為は非致死性を予測しながら行なわれます。しかし、いつしか自分でリストカットをコントロールできなくなり、逆に自分がリ

ハイリスクな人たちの支援

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 自殺事態分析室長 松本俊彦

声掛け程度の介入でも自殺率は低下 地域保健従事者が関与する余地とは？

精神保健における自殺予防対策の策謀は、コミュニケーションツールとしてハイリスク・アンローまで大きく分けざるを得ません。

前者は、一般の地域住民に対する精神疾患についての啓蒙や相談窓口を自らの活動で、もたらすような活動として自殺リスクを広く一掃を抽出し、専門的な援助につなげるというまでを含みます。一方、後者は、自殺リスクの高い層に援助を絞って、時間的かつ集中的な援助を提供するに注力します。

これまで、自殺予防における精神保健の役割は、もっぱら前者にあるとされ、後者はむしろ医療機関の役割とされてきました。

しかし、医療機関の支援には、早と遅の差があります。医療機関での診察を受ける

れた自殺者では、その人の家族生活や家庭生活の弊害が見過ごされることが少なくありません。

ですから、地域保健の働きが関与する余地があると考えられます。既に、聴取者が自殺経験者に相談会に「聞き手はかかすか」と声を掛ける範囲の介入だけでも、十八カ月後の自殺発生率が有意に低下したという報告があります。

おそらく、地域保健の従事者にも、何かできることはあるはずだと。

そこで今回は、地域保健に関与する者にもっともふさわしい、ハイリスク者の支援について、私どもの考えをまとめてみたいと思います。

最大のハイリスク者——自殺念慮者・未遂者・自傷者の支援

■ 危険因子としての

自殺念慮・自殺未遂・自傷行為
「死にたい」という自殺念慮の存在は、近

い将来の自殺行動を予測する重要な危険因子です。

Kesslerらによれば、自殺念慮を抱いた者の三割は、具体的な自殺の計画を立てており、さらに自殺の計画を立てた者の七一割は、最終に自殺企図に及んでいるといえます。自殺念慮は、単に自殺の危険因子です。

また、自殺企図をしたものの数か月後、約半数が自殺未遂歴の存在を、同様に自殺の危険因子と言います。アンケートでの調査からは、自殺未遂者の四〇%以上において、翌年に自殺未遂の経験があったと認められています。なにより、何回か自殺未遂を経験して自殺発症に至った者の半数は、その八〇%以上が再び必ず、自殺企図をより激しい手段へと変えながら、最終的に死に至っています。

このことは、自殺企図に用いた手段が一貫して変化せずに存在し続けたとしても、自殺しようとする確かな意図から、その

していく必要があると思います。

もちろん、自殺念慮があるからといって、ただちに医療保護入院や閉鎖病棟というわけではありません。その患者さんが、そもそも思う原因となっている苦痛が何なのか、それはどうすれば解決できるのか、アルコールや薬物をやめることで解決するのか（実は、解決しない問題もありますが）、援助者は「断酒・断薬すれば必ず幸せになれる」などと思込んでいることが少なくありません）、一緒に話し合っておく必要があります。

第二に、女性と若年者、それから摂食障害やリストカットをはじめとするクロスアタックシヨンの患者さんには、特に注意をしましょう。これらの患者さんは、一人で多数の「無意識的自傷」や「意識的自傷」を持っていることが少なくありません。自傷的な行動を複数持っているということは、自己破壊的行動スペクトラムがさらに上の段階に進行する可能性が高いことを意味しています。

第三に、救急受診の際には冷淡に対応しないようにしましょう。ダルク入所者

を対象に薬物依存者の自殺企図歴を調査した筑波大学の岡坂昌子らは、「自殺企図を行な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を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」と指摘しています。「底つき体験」が必要と考えて、やみくもな突き放しをすることが、自殺のリスクを高める可能性があります。「底つき体験」への誘導は、援助者の「底上げ技術」があつて初めて治療技法として成り立つことを理解する必要があります。

そして最後に、当事者の回復活動を支援しましょう。たとえば、ダルクをはじめとする当事者による回復施設で、自殺した仲間の遺影や位牌が飾られているのを目にした方も少なくないと思います。医療機関が、本来、医療機関で対応すべき重症障害の依存者まで当事者に押しつける中で、不幸な自殺が起こっています。そして援助に携わる当事者も自らの心に傷を負っています。おそらくは、ポストベンション（埋された人に対するケア）

を必要とする当事者の援助者は少なくないでしょう。すでに私たちは、こうした悲劇を少しでも減らすために、専門的援助者は何をすべきなのかを真剣に議論すべき時期にきていると思います。

○

思いつくままに長々と書いてきました。あるいは「そんなの青臭い理想論だ」と思われたでしょうか。まあ、そういう部分もあるかもしれませんが。

ともあれ、昨年十月、自殺総合対策大綱の改正（「自殺対策加速化プラン」）の中にアルコール・薬物依存症への対策が盛り込まれ、遅まきながら、わが国の自殺対策でもアルコール・薬物問題がとりあげられることとなりました。

この機会に自殺予防という切り口から改めてアタックシヨンの問題を見直すことで、アタックシヨン支援がこれまでにない深みをもつて展開されることでしょう。そして、ややもすれば薄然と薬を投与し続けるだけに堕しがちなメンタルヘルス支援の質が、「底上げ」されることを期待しています。

第104回日本精神神経学会総会



アルコールと自殺

松本 俊彦, 竹島 正

(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)

本報告では、アルコールと自殺に関する内外における先行研究を概観し、アルコール乱用・依存が様々な自殺関連行動と関係しているだけでなく、多量飲酒そのものも自殺と密接に関連している可能性を明らかにした。その一方で、わが国には、アルコール依存をはじめとする物質関連障害と自殺との関係についての信頼できるデータが不足しており、疫学調査が急がれることにも言及した。そのうえで、わが国の自殺対策における精神保健的施策には、うつ病対策に偏りすぎているという問題があることを指摘するとともに、アルコールと自殺との密接な関係についての、一般市民や専門職に対する普及・啓発活動、ならびに、断酒会をはじめとする自助グループと連携した自殺予防活動の必要性を提言した。

Alcohol Impacts on Suicide?

Our presentation reviewed the Western studies on an association between alcohol and suicide, and revealed that excessive drinking, as well as alcohol abuse/dependence, may be closely associated with various types of suicidal behaviors, while the reliable studies which confirmed the association between alcohol and suicide have been scarce in Japan. Based on these recognitions, we indicated that the mental health policies for suicide in Japan incline toward the countermeasures for depression too much. Further, we proposed the Japanese government is required to enlighten the close association between alcohol and suicide broadly, and to develop the suicide prevention strategies and epidemiological studies cooperating with members of self-help groups.

I. はじめに

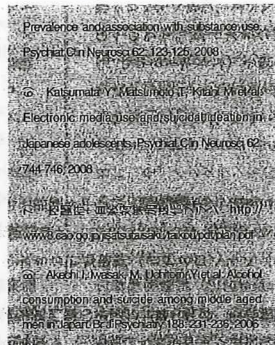
わが国の自殺による死亡者数は、平成10年に3万人を超え、以降、10年間にわたって高止まりのまま推移している。その背景には、バブル崩壊後の不況後に急増した、多重債務や過重労働などの社会的要因の影響が指摘されており、現在、社会的要因も視野に入れた総合的な自殺対策を推進することが求められている²⁾。とはいえ、自殺の原因・動機で最も多いのは依然として「健康問題」であることから明らかなように³⁾、いまままで精神保健的施策が自殺対策の要をなしているといわれてよいであろう。

そうした視点から、わが国の自殺対策における

精神保健的施策を俯瞰すると、わが国では、早くより厚生労働省を中心にうつ病の早期発見・早期治療に関する取り組み²⁾がなされているという点は評価に値するものの、いまだ自殺者数の減少が見られていない実情を見るかぎり、その成果は不十分であるといわざるをえない。もちろん、その理由の全てを精神保健的施策に帰することはできないのはいうまでもないが、精神保健の専門家としては、わが国のうつ病だけに特化した精神保健的施策に問題があった可能性も、一応考慮する必要があるであろう。というのも、筆者らの経験では、これまで担当した患者の自殺は、純粋なうつ病よりも、むしろアルコール依存などの物質関連障害

急医療機関や地域福祉の相談窓口 救急隊 関りの連携を求みます。 究は、地域保健によるハコクリを推進 には、そもそも関連機関の相互連携 民に伝えるための啓蒙活動として、急 急医療機関と地域福祉の相談窓口 救急 隊のなかには、

引用文献
1. Fergusson A, Horwood M, Wassenaar D et al. Effectiveness of brief interventions and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2008; 8: 203.
2. Kessler RC, Berglund N, Wittchen HU, et al. Prevalence of and risk factors for lifetime suicidal thoughts in National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 2006; 63: 1535-1543.
3. Owens D, Horwood M, Horwood A, et al. A non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. Brit Psychiatry. 2001; 179: 202.
4. Matsuura T, Yamamoto T, Saito M, et al. Japanese junior and senior high school students



DVD『精神障害者の地域生活支援』

精神障害者への福祉の枠を超えた 働く喜び・生きがいを持つ支援の先進事例を紹介!!
監修: 田中 英樹
早稲田大学人間科学学術院教授
日本精神障害者リハビリテーション学会常任理事
主な内容
◆ 医療法人社団 至聖会だんだん (静岡県浜松市)
医療機関と自立生活訓練、デイケア等を組み合わせた個別支援や市民との交流、職業支援を中心とする協働支援など、当事者を理解し、お互いに信頼関係を築きながらの支援のあり方を紹介。
◆ 社会福祉法人 藤花会 (東京都豊島区)
自治体、ハローワークと連携した就労支援をはじめ、配食サービスやカフェなどのフードコートサービス事業の運営などを通じて、当事者が働く喜びを感じられる支援の取組を紹介。
◆ 社会福祉法人 巣立ち会 (東京都三郷市・市川市)
医療機関、あるいは病院後の当事者も協力しての入居患者の施設促進支援事業や、アパートを借り出がての住居の提供など、自専心を持って自立した生活を営むための支援の取組を紹介。
2009年5月製作
(68分)
定価12,600円(税込)
製作・著作 株式会社アロウウィン