

Table 1. Logistic regression analyses for severe suicidality of outpatients with substance use disorder ($n = 1420$)

Dependent variables	Independent variables	Severe suicidality ($n = 495$)		Non-severe suicidality ($n = 925$)		Bivariate analysis			Multivariate analysis		
		Mean	SD	Mean	SD	B	Unadjusted OR	95%CI	B	Adjusted OR	95%CI
Severe suicidality (M.I.N.I. suicide risk ≥ 10)	Age (years)	45.1	11.9	53.0	13.0	−0.049	0.952***	0.943–0.961	−0.027	0.973***	0.962–0.985
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%						
	Sex (female percentage: male = 0, female = 1)	161/495	32.5%	149/920	16.2%	0.938	2.555***	1.974–3.308	0.452	1.571**	1.150–2.146
	Current depression (K10 score ≥ 25 ; absence = 0, presence = 1)	346/492	70.3%	188/913	20.6%	2.213	9.139***	7.108–11.750	1.984	7.271***	5.580–9.476
	Alcohol abuse (absence = 0, presence = 1)	350/495	70.7%	768/920	83.5%	−0.739	0.478***	0.368–0.620	0.100	1.106	0.726–1.684
	Methamphetamine abuse (absence = 0, presence = 1)	94/495	19.0%	96/920	10.4%	0.699	2.012**	1.478–2.379	0.140	1.151	0.720–1.839
	Other illicit drug abuse (absence = 0, presence = 1)	8/495	1.6%	17/920	1.8%	−0.136	0.873	0.374–2.036	−0.521	0.594	0.211–1.674
	Prescribed-psychotropic drug abuse (absence = 0, presence = 1)	34/495	6.9%	28/920	3.0%	0.854	2.350**	1.407–3.923	0.095	1.100	0.579–2.091
	Multi-substance abuse (absence = 0, presence = 1)	99/495	20.0%	72/920	7.8%	1.080	2.944***	2.125–4.080	0.490	1.632*	1.107–2.405

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$. M.I.N.I., Mini International Neuropsychiatric Interview; OR, odds ratio, CI, confidence interval.

Although previous Western studies have identified several risk factors for suicide, including abusing prescribed psychotropic drugs,⁴ abusing multiple substances,⁵ and co-occurrence of depression,⁶ such

findings were obtained from samples that included few methamphetamine abusers.

In the present study, multivariate analysis identified three variables, younger age, female sex, and

Table 2. Logistic regression analyses for severe suicidality of male outpatients with substance use disorder ($n = 1113$)

Dependent variables	Independent variables	Severe suicidality ($n = 334$)		Non-severe suicidality ($n = 779$)		Bivariate analysis			Multivariate analysis		
		Mean	SD	Mean	SD	B	Unadjusted OR	95%CI	B	Adjusted OR	95%CI
Severe suicidality (M.I.N.I. suicide risk ≥ 10)	Age (years)	47.6	11.8	54.4	12.8	−0.044	0.957***	0.947–0.968	−0.280	0.972***	0.959–0.985
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%						
	Current depression (K10 score ≥ 25 ; absence = 0, presence = 1)	227/331	68.6%	141/769	18.3%	2.265	9.628***	7.195–12.883	2.107	8.227***	6.039–11.207
	Alcohol abuse (absence = 0, presence = 1)	249/334	74.6%	660/774	85.3%	−0.681	0.506***	0.369–0.694	0.231	1.260	0.748–2.121
	Methamphetamine abuse (absence = 0, presence = 1)	57/334	17.1%	70/774	9.0%	0.735	2.086***	1.433–3.036	0.237	1.268	0.710–2.263
	Other illicit drug abuse (absence = 0, presence = 1)	6/334	1.8%	16/774	2.1%	−0.134	0.875	0.336–2.255	−0.542	0.582	0.184–1.841
	Prescribed-psychotropic drug abuse (absence = 0, presence = 1)	21/334	6.3%	19/774	2.5%	0.989	2.690**	1.426–5.072	0.488	1.629	0.736–3.603
	Multi-substance abuse (absence = 0, presence = 1)	61/334	18.3%	55/774	7.1%	1.072	2.921***	1.977–4.315	0.404	1.498	0.939–2.390

** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$. M.I.N.I., Mini International Neuropsychiatric Interview; OR, odds ratio, CI, confidence interval.

Table 3. Logistic regression analyses for severe suicidality of female outpatients with substance use disorder (*n* = 307)

Dependent variables	Independent variables	Severe suicidality (<i>n</i> = 161)		Non-severe suicidality (<i>n</i> = 146)		Bivariate analysis			Multivariate analysis		
		Mean	SD	Mean	SD	B	Unadjusted OR	95%CI	B	Adjusted OR	95%CI
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%						
Severe suicidality (M.I.N.I. suicide risk ≥10)	Age (years)	40.4	10.7	45.8	12.1	−0.044	0.957***	0.937–0.977	−0.022	0.979	0.954–1.004
	Current depression (K10 score ≥25; absence = 0, presence = 1)	119/161	73.9%	47/144	32.6%	1.758	5.800***	3.568–9.428	1.682	5.376***	3.182–9.082
	Alcohol abuse (absence = 0, presence = 1)	101/161	62.7%	108/146	74.0%	−0.524	0.592*	0.363–0.965	−0.171	0.843	0.409–1.740
	Methamphetamine abuse (absence = 0, presence = 1)	37/161	23.0%	26/146	17.8%	0.363	1.423	0.814–2.487	−0.058	0.944	0.423–2.104
	Other illicit drug abuse (absence = 0, presence = 1)	2/161	1.2%	1/146	0.7%	0.601	1.824	0.164–20.327	0.029	1.029	0.063–16.880
	Prescribed psychotropic drug abuse (absence = 0, presence = 1)	13/161	8.1%	9/146	6.2%	0.290	1.337	0.554–3.227	−0.553	0.575	0.201–1.649
	Multi-substance abuse (absence = 0, presence = 1)	38/161	23.6%	17/146	11.6%	0.852	2.344**	1.257–4.371	0.654	1.922	0.946–3.907

P* < 0.05, *P* < 0.01, ****P* < 0.001. M.I.N.I., Mini International Neuropsychiatric Interview; OR, odds ratio, CI, confidence interval.

current depression, as suicide risk factors in Japanese SUD patients, although bivariate analysis demonstrated that, in addition to these, methamphetamine abuse, abuse of prescribed psychotropic drugs, and multi-substance abuse were significantly associated with severe suicide risk, as previous studies^{4,5,8} have indicated. These findings suggest that suicide risk in SUD patients may be more closely associated with two demographic variables and one psychiatric disorder other than SUD type (e.g. methamphetamine or prescribed psychotropic drugs) and number of abused substances (e.g. simultaneously abusing more than two types of substances).

Although it is not surprising that current depression is an important risk factor for suicide in SUD patients common in both Western countries^{1,2,14} and Japan,¹⁵ it is of interest that both younger age and female sex were more closely associated with severe suicidality than aspects of SUD. We speculate that these demographic factors may indirectly reflect serious psychosocial problems that the SUD patients have been experiencing. As to younger age, Cloninger *et al.*¹⁶ and Brown *et al.*¹⁷ suggested that early onset of SUD may be promoted by childhood episodes of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and other conduct problems, and a birth cohort study by Sourander *et al.*¹⁸ reported that hyperkinetic tendencies and conduct problems at

the age of 8 years may be predictive of suicide in men in early adulthood, as well as early onset of substance abuse.

On the other hand, as to female sex, Lacy and Evans¹⁹ found that a substantial number of female SUD patients showed self-destructive behaviors, including repetitive self-injury and repeated suicide attempts accompanied by comorbid eating disorders, particularly bulimia nervosa, and conceptualized this clinical subgroup of female SUD patients as ‘multi-impulsive bulimia.’ Majewska²⁰ and Clark *et al.*²¹ also revealed that female SUD patients were more likely to have been childhood victims of physical, sexual, and psychological abuse, and neglect, all of which have been identified as important risk factors for suicidal behavior in adulthood.²²

Based on these findings, we suppose that the two demographic variables, younger age and female sex, may reflect the SUD patients with early onset of substance abuse impacted by psychosocial problems in childhood and adolescence (e.g. presence of ADHD and the other conduct problems, and ‘multi-impulsive bulimia’, and childhood histories of maltreatment, as risk factors identified by the Western studies^{16–21}). In this context, younger age and female sex may indicate a subgroup with severe suicidality in Japanese SUD patients similar to that in Western SUD patients. Future studies that include detailed

information of childhood psychosocial events are necessary to confirm this argument.

The present study also demonstrated sex differences in suicide risk in SUD patients. Although current depression was a common risk factor for suicidality in both male and female SUD patients, younger age was a risk factor for suicidality only in male patients, and no risk factors other than current depression were identified in female patients. Perhaps the female SUD patients had similar psychosocial features to the younger population of male patients given that the female patients were considerably younger than the men (men: 52.3 ± 12.9 years; women: 43.0 ± 11.7 , $P < 0.001$). This leads us to speculate that young male SUD patients may have psychosocial features associated with suicidality in common with female SUD patients.

This study has several limitations. First, sampling bias cannot be excluded, given that subjects were drawn only from patients who consulted one of seven hospitals specializing in SUD treatment, though each of these hospitals is a representative medical institution for its region. Second, data were cross-sectionally acquired via self-reporting questionnaires rather than through structured interviews. Third, the outcome of the present study was 'severe suicide risk' as determined by the M.I.N.I., not prognosis of suicide completion. Fourth, the M.I.N.I. was employed as self-reporting questionnaire in this study, although it was originally developed as a semi-structured interview schedule. Fifth, although in the suicidality section of the M.I.N.I. the scores for each answer are weighted according to their importance in predicting future suicide, the validity of this scoring system has not been completely established.^{11–13} Lastly, comorbid psychiatric disorders other than depressive disorder were not considered, and data on psychosocial and economic variables were insufficient for all patients. Despite these limitations, this report is of value because it is the first to identify suicide risk factors among Japanese SUD patients, adjusting for age and sex differences.

Conclusion

The present study demonstrated that younger age, female sex, and current depression were independent risk factors for severe suicidality in Japanese SUD patients. Although current depression is a risk factor for suicide in SUD patients common in both Western

countries and Japan, in Japanese SUD patients both younger and female subjects were more closely associated with severe suicidality than aspects of SUD.

Our study also showed that current depression was a common risk factor for suicidality in both male and female SUD patients while only in male patients, younger age was a risk factor for suicidality. Young male SUD patients are speculated to have a risk of suicide equal to that of female SUD patients.

ACKNOWLEDGMENTS

This study has been supported by the Health Labour Sciences Research Grant by the Ministry of Health and Welfare, Comprehensive Research on Disability Health and Welfare, 'A study on epidemiology of high-risk group for suicide and suicide prevention (Principal Investigator, Itoh H).' We declare no conflict of interest that may be inherent in this study.

REFERENCES

1. Chynoweth R, Tonge JJ, Armstrong J. Suicide in Brisbane: A retrospective psychosocial study. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1980; 14: 37–45.
2. Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET *et al.* Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 1995; 49: S111–S116.
3. De Leo D, Evans R. The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In: De Leo D, Evans R (eds). *International Suicide Rates and Prevention Strategies*. Hogrefe & Huber, Cambridge, MA, 2004; 101–112.
4. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 1997; 170: 205–228.
5. Borges G, Walters EE, Kessler RC. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am. J. Epidemiol.* 2000; 151: 781–789.
6. Davis LL, Rush JA, Wisniewski SR *et al.* Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: An exploratory analysis of the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression cohort. *Compr. Psychiatry* 2005; 46: 81–89.
7. Matsumoto T, Kamijo A, Miyakawa T *et al.* Methamphetamine in Japan: The consequences of methamphetamine abuse as a function of route of administration. *Addiction* 2002; 97: 809–818.
8. Matsumoto T, Matsushita S, Okudaira K *et al.* A study on differences of suicide risk in substance use disorder patients by types of an abused substance: A comparison among alcohol, amphetamine, and sedative, hypnotic or anxiolytic use disorder patients. *Jpn. J. Alcohol. Drug Stud.* 2010; 45: 530–542 (in Japanese).

9. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ *et al.* Screening for serious mental illness in the general population. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; **60**: 184–189.
10. Furukawa TA, Kessler RC, Slade T, Andrews G. The performance of the K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol. Med.* 2003; **33**: 357–362.
11. Otsubo T, Tanaka K, Koda R *et al.* Reliability and validity of Japanese version of the Mini International Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2005; **59**: 517–526.
12. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH *et al.* The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J. Clin. Psychiatry* 1998; **59**: 22–33.
13. Sheehan DV, Lecrubier Y. (Translated by Otsubo T, Miyaoka H, Kamijima K) *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview*. Japanese version 5.0.0, Seiwa Shoten, Tokyo, 2003.
14. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br. J. Psychiatry* 1974; **125**: 355–373.
15. Hirokawa S, Matsumoto T, Katsumata T *et al.* Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers who consulted a psychiatrist prior to death: A psychological autopsy study. *Jpn. Bull. Soc. Psychiatry* 2010; **18**: 341–351 (in Japanese).
16. Cloninger C, Sigvardsson S, Bohman M. Childhood personality predicts alcohol use in young adults. *Alcoholism* 1988; **12**: 494–505.
17. Brown SA, Cleghorn A, Schuckit MA, Myers MG, Mott MA. Conduct disorder among adolescent alcohol and drug abusers. *J. Stud. Alcohol* 1996; **57**: 314–324.
18. Sourander A, Klomek AB, Niemelä S. Childhood predictors of completed and severe suicide attempts: Findings from the Finnish 1981 Birth Cohort Study. *Arch. Gen. Psychiatry* 2009; **66**: 398–406.
19. Lacey JH, Evans CD. The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. *Br. J. Addict.* 1986; **81**: 641–649.
20. Majewska MD. Cocaine addiction as a neurological disorder: Implications for treatment. *NIDA Res. Monogr.* 1996; **163**: 1–26.
21. Clark DB, Lesnick L, Hegedus AM. Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1997; **36**: 1744–1751.
22. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G *et al.* Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. *Br. J. Psychiatry* 2010; **197**: 20–27.

研究

報告

死亡時に無職であった自殺既遂者の類型分類*

心理学的剖検による検討

亀山晶子^{1,2)} 勝又陽太郎²⁾ 松本俊彦^{2,3)} 赤澤正人⁴⁾
廣川聖子^{4,5)} 小高真美²⁾ 竹島 正^{2,4)}

抄録

精神医学 54:791-799 2012

本研究では、死亡時に無職であった自殺既遂事例 24 例を心理・社会的特徴によって分類した。その結果、自立困難型、自立失敗型、中高年中途退職型、定年退職型が挙げられた。自立困難型や自立失敗型のような若年の無職者には、精神的な問題を早期に発見し自立を促進することの重要性が示唆された。中高年以上の無職者では、中高年中途退職型の気分障害やアルコール関連問題への対応や、定年退職型の精神面へのサポートといった精神保健的支援の必要性が示唆された。本研究の結果から、無職者の自殺予防対策として関連する心理・社会的問題や精神的な問題に対する精神保健的な対策を重点的に行っていくことの重要性が示唆された。

Key words

Suicide, Inoccupation, Psychological autopsy

はじめに

わが国の年間自殺者数は 1998 年に 3 万人を超

えて以降、現在に至るまで高止まりのまま推移している。警察庁の自殺の概要資料によると、1997 年から 1998 年にかけての自殺の原因・動機

2011 年 12 月 21 日受稿, 2012 年 5 月 17 日受理

* The Classification of Suicide Completers who has not Worked at the Time of Their Death: A study using a psychological autopsy method

- 1) 日本大学文理学部人文科学研究所 (〒156-8550 東京都世田谷区桜上水 3-25-40), KAMEYAMA Akiko: Institute of Humanities and Social Sciences, College of Humanities and Sciences, Nihon University, Tokyo, Japan
- 2) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター, KATSUMATA Yotaro, MATSUMOTO Toshihiko, KODAKA Mami, TAKESHIMA Tadashi: Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 3) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部: Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 4) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画部, AKAZAWA Masato, HIROKAWA Seiko: Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
- 5) 聖路加看護大学大学院精神看護学専攻: Department of Psychiatric & Mental Health Nursing, Graduate School of Nursing Research Division, St. Luke's College of Nursing

では「経済・生活問題」の増加が大きく、職業では自営、被雇用者だけでなく失業者の割合が増加していることから、1998 年の自殺率急増の背景には、経済状況の悪化による経済的問題やリストラなどによる失業といった雇用問題が関与していると考えられる。これまで、社会・経済的要因と自殺との関連を示す知見は多く、中でも失業者や退職者といった無職者の自殺のリスクが高いことが示されている¹⁷⁾。わが国でも全自殺者数の半数以上は無職者であり、無職者への自殺予防対策は喫緊の課題である。

現在、無職者の自殺予防対策としては失業者や求職者への生活支援や就職支援などが行われているが¹³⁾、無職者の中には失業以外の問題を抱えた者も存在している。2010 年中の自殺の概要資料¹¹⁾によると、無職者の分類(主婦・主夫、失業者、利子・配当・家賃生活者、浮浪者、その他の無職者)のうち、失業者の割合は 10.7%(1,990 名)であり、無職の自殺者数(18,673 名)の半数近くを占めるのはその他の無職者(43.7%; 8,151 名)である。その他の無職者にどのような無職者が含まれているのかについては明らかでないが、たとえば、近年の経済状況の悪化によって就職ができない若者や、退職後の高齢者など、さまざまな事情で仕事に就いていない者が混在していると考えられる。したがって、失業に限らずさまざまな背景を持った無職の自殺既遂者の特徴について具体的に明らかにし、その特徴に応じた自殺予防対策を行う必要があるだろう。

すでに我々は¹⁾、心理学的剖検の手法を用いて、自殺既遂者を死亡時の有職者と無職者に分け、その特徴を比較検討している。その結果、自殺既遂の無職者の特徴として、有職者の自殺既遂者よりも若年者や未婚者、女性が多いことや、無職者の 8 割が何らかの精神疾患に罹患していたことが明らかになり、精神的な問題によって就労に支障があり無職とならざるをえなかった者が存在している可能性が示唆された。したがって、無職者の自殺を防ぐためには失業対策のみならず精神保健的支援を提供していくことの必要性が示唆

されるが、先行研究では、死亡時に無職であった者における精神的な問題と無職となった経緯との関連については明らかにされていない。無職の自殺既遂者でも自殺に至るまでの経過は多様であることが予想され、それぞれの経過に応じた介入ポイントや自殺予防対策を検討するためにも、時間軸を考慮に入れた無職の自殺既遂者の類型化が必要であると考えられる。

そこで本研究では、無職の自殺既遂者の生涯において無職になる以前の就業形態も含め、属性や心理・社会的要因からどのような無職者のタイプが存在するのかについて探索的に検討するため、無職の自殺既遂事例のみをとりあげ、属性や無職となった背景、心理・社会的特徴から無職者を分類し、その臨床類型を明らかにするとともに、無職者に対する自殺予防対策の可能性について考察することを目的とした。

方法

本研究は、心理学的剖検の手法を用いた「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」²¹⁾(以下、基礎調査とする)から得られたデータをもとに分析を行った。本研究における方法を説明する前に、本研究の母体にあたる基礎調査²¹⁾の概要について説明しておく。

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

1) 対象

この調査は、基礎調査への協力が得られた 53 か所の都道府県・政令指定都市において、2007 年 12 月より実施されている。対象となる自殺事例は、53 か所の自治体において、① 2008 年 1 月から 2010 年 12 月の間に地域住民から発生した自殺のうち、② 死亡時年齢が 20 歳以上の自殺既遂による死亡者であり、③ 死亡後、各地域の精神保健福祉センターにおける個別の遺族相談もしくは遺族のつどいなどで、その遺族と接触のあった自殺者を対象候補者とした。その上で、遺族の精神状態が調査に耐えうる状況にあり、かつ調査協力に同意を得られた自殺既遂による死亡者を、最

終的な対象とした。2010 年 12 月末時点で 33 地域計 88 事例の調査が完了している。

2) 方法

基礎調査では、対象者の遺族に対し、独自に作成された面接票²¹⁾に準拠した半構造化面接を行った。面接は、原則として精神科医と保健師などから構成される 2 名の調査員によって行われた。調査員 2 名のうちの 1 名は必ず研究班の行った 3 日間の調査員トレーニング(遺族ケア、調査の内容、模擬面接)を修了した者とし、もう 1 名は調査員トレーニングのうち、遺族ケアの研修内容を学習していることを必須とした。なお、情報収集源となる遺族の条件としては、死亡直前まで対象と同居もしくはそれに準じる緊密な接触があった者 1 名とし、優先順位は配偶者、父母、子の順とした。

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

3) 面接票の調査変数と面接手続き

基礎調査で用いた面接票は、北京自殺研究・予防センターの実施した心理学的剖検調査¹⁵⁾をもとに作成され、いくつかの改良を経てパイロットスタディ¹⁰⁾によってその妥当性が確認されている。調査票は、生活出来事、特定の生活歴、死亡の状況、仕事の状況、経済的問題、生活の質、身体的健康、心の健康問題に関する質問から構成されていた。また、各自殺事例の精神医学的診断については、調査員を務めた精神科医が、遺族からの聞き取りによって得られた全ての情報を用いて、DSM-IV³⁾に準拠した臨床診断を行った。

2. 本研究における方法

1) 対象

本研究では、基礎調査において 2010 年 12 月末時点で調査センターに記入済みの面接票が到着した 88 事例のうち、死亡時の職業が無職(学生・主婦を除く)であった 24 事例を分析対象とした。

24 事例の構成は、男性 16 事例、女性 8 事例で、平均年齢は 43.8 歳[SD(標準偏差)=18.7 歳]であった。

2) 分析方法

本研究の分析では、無職状態を説明する諸要因と自殺のリスク要因との関連をもとにした自殺既遂の無職者の類型を明らかにするため、面接票および各事例の情報のうち、属性や無職となった背景、無職となった後の生活状態、自殺のリスク要因である心理・社会的問題などを表す項目を取りあげ、分類を行った。具体的には、これまでに示されている若年の無職者(いわゆる「ニート」)や失業者(定年退職者含む)の特徴や調査項目^{7,18)}を参考に、①人口動態的変数と過去の生活歴(性別、年齢、婚姻歴、15 歳以前のいじめ被害経験の有無)、②無職となった背景として、以前の就労形態(正規雇用、非正規雇用、その他「自営など」)と退職の理由、③無職となった後の生活状態として、家庭内における経済的立場(家計の主な稼ぎ手、半分稼ぐ、主な稼ぎ手でない)、生活保護あるいは年金(障害年金、老齢年金)の受給状況を取りあげた。また、無職者の心理・社会的問題の変数選択に関しては、赤澤¹⁹⁾を参考に、自殺のリスク要因と考えられる④自殺関連行動の既往(自傷・自殺未遂歴、失踪歴「家族が違和感を覚えたり心配したりするような状態で、自殺企図のための行方不明を含む」)、⑤医学的問題(重症の身体疾患への罹患経験、死亡 1 か月前の身体の不調、死亡 1 年前の精神科受診歴)、⑥死亡時の精神医学的診断を取りあげた。

なお年齢に関しては、対象者の年齢幅の分布から、10 歳間隔で各年代(20~70 歳代)に分類した。また、退職理由については聞き取りの際に自由回答形式で得られた情報をそのまま用いた。

以上の①から⑥までの変数をすべて投入し、多重対応分析⁸⁾を用いて無職者の属性や生活状態、心理・社会的問題の類型分類を行った。多重対応分析とは、主成分分析や因子分析といった変数間の構造的関係を明らかにする解析手法をカテゴリーカルデータに適用した手法の一つであり、多重ク

ロス表の行列間の関連の大きさを分析することで変数間の構造的関係を明らかにする探索的データ解析の手法である。解析結果はグラフで示され、関連する変数同士がこのグラフ上の近い位置にプロットされるため、各変数のグラフ上の位置関係をもとに変数間の構造的特徴を視覚的に確認することができ、因子分析と同様に多くの変数を少ない成分で要約することができる¹⁴⁾。本研究においては無職者の属性や心理・社会的特徴、臨床診断といったカテゴリカルな変数間の構造的関係からいくつかの無職者のタイプを抽出することを目的としているため、この解析方法が最も適していると考えた。分析には、統計解析ソフト R version 2.9.1 を使用し、多重対応分析用のパッケージ MASS の関数 *mca*⁸⁾ を用いた。

結果

多重対応分析を行った結果、第 1 軸の固有値は 0.27 で寄与率は 35.3%、第 2 軸の固有値は 0.19 で寄与率は 24.9%、2 軸までの累積寄与率は 60.2% であった。第 1 次元を横軸、第 2 次元を縦軸にプロットしたものが図である。図の右側にいくほど年齢は高くなり、図の左側に行くほど年齢は低いことから、横軸は年齢を意味していると解釈できる。年齢が高いほど以前の就労形態では正規雇用であり、男性が多かった。一方、年齢が低いほど女性が多くなり、以前の就労状況では、非正規雇用や、その他の就労形態(自宅での仕事など)、あるいは就労経験なしといった特徴があった。縦軸に関しては、明確な解釈ができなかったため、年齢・性別や以前の就労形態の特徴を中心として周囲にある心理・社会的問題や精神医学的診断の変数を解釈することで、4 つの無職者の類型を抽出した(図、A~D 群)。なお、変数の分布から外れた位置にある変数(図、その他)に関しては、今回の類型の解釈からは除くこととした。

まず、若年の無職者では次の 2 つの類型が示された。1 つは、生涯一度も就労経験がなく(図、A 群)、精神医学的診断では統合失調症や強迫性障害との関連が示されたタイプであり、早期発症

の精神疾患によってそもそも就労や自立が困難であった無職者の一群であると解釈された(以下、自立困難型)。自立困難型に対応する事例は 3 事例であった。2 つ目の類型は、過去に就業経験があるものの、その就労形態が非正規雇用かその他で、未婚、女性に多く、解雇や身体不調による退職あるいは自主退職したタイプであり(図、B 群)、一度は社会に出たが適応できず、社会から撤退した一群であると解釈された(以下、自立失敗型)。自立失敗型のケースは、家庭内では主な稼ぎ手ではなく、障害年金や生活保護の受給と関連がみられた。また、15 歳以前のいじめ被害経験や、自傷行為、失踪経験とも関連がみられ、精神科受診歴があり、精神医学的診断では双極性障害、その他の精神障害、パーソナリティ障害、気分変調性障害、精神遅滞と関連がみられた。この自立失敗型に対応する事例は 12 事例であった。

50 歳代以上の無職者の類型には、次の 2 つが挙げられた。まず 50・60 歳代、主に男性を中心としたタイプ(図、C 群)で、以前は正規雇用であり、人間関係の問題での退職や、重症身体疾患、死亡前 1 年間の身体の不調などと関連がみられ、さらには精神医学的診断では大うつ病性障害、アルコール関連障害と関連がみられた。このタイプは、中高年という働き盛りに仕事を中途退職した事例群と解釈された(以下、中高年中途退職型)。この中高年中途退職型に対応する事例は 4 事例であった。中高年以上の無職者類型のもう一方は、70 歳代で、結婚歴があり、家庭内で主な稼ぎ手あるいは半分稼ぐ立場にあるタイプ(図、D 群)で、定年や病気による退職、老齢年金の受給と関連がみられた。このタイプは定年退職後の高齢の無職者の一群と解釈された(以下、定年退職型)。定年退職型に対応する事例は 4 事例であった。

考察

本研究では、自殺既遂者のうち、死亡時に無職であった事例について、属性や生活状態、関連す

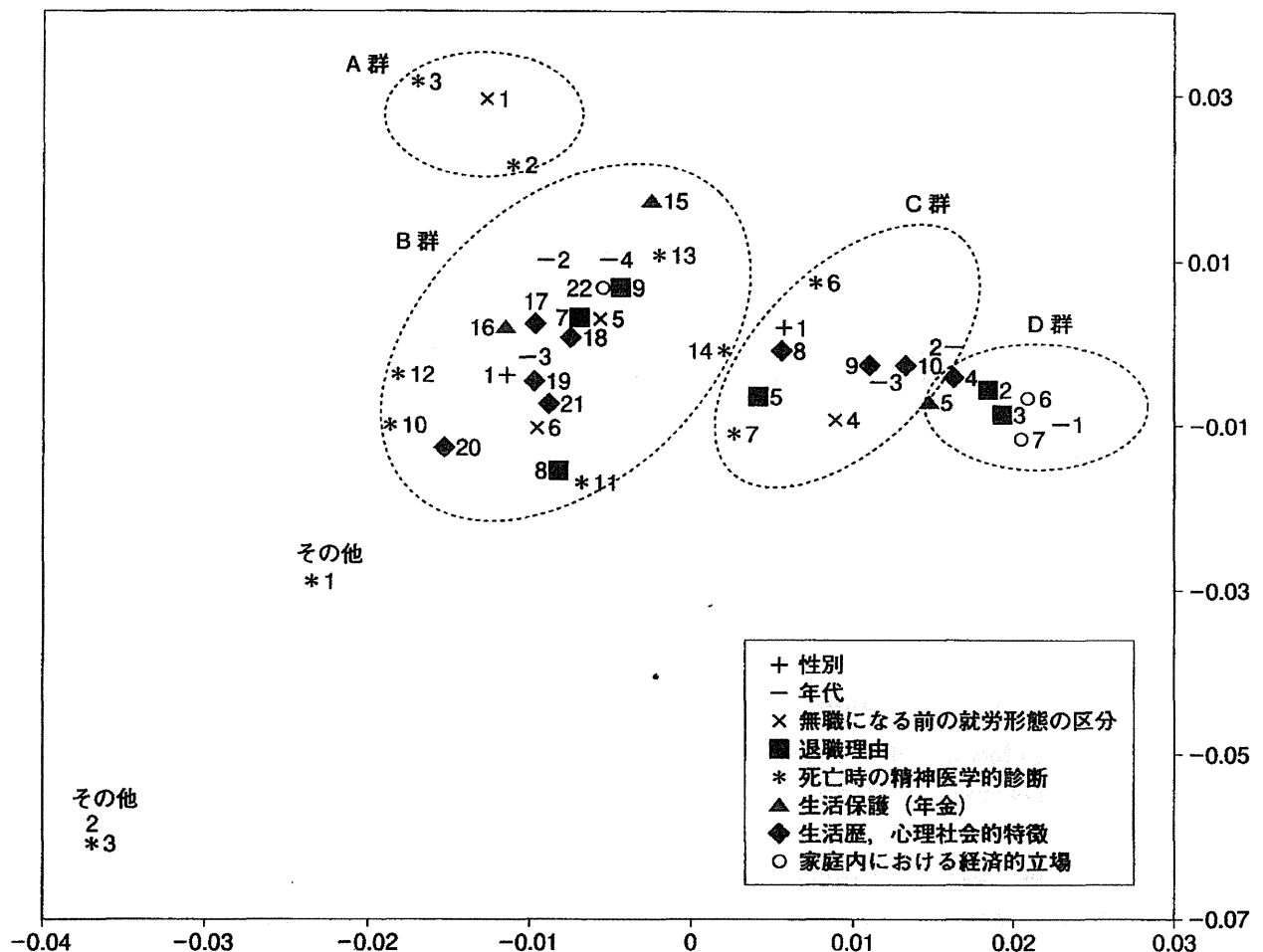


図 多重対応分析による分類結果(就労形態と属性からみた類型 A~D 群の特徴)

- A 群：【以前の就労形態】1. 経験なし
 【精神医学的診断】2. 統合失調症, 3. 強迫性障害
- B 群：【属性】1. 女性, 2. 20 歳代, 3. 30 歳代, 4. 40 歳代
 【以前の就労形態】5. 非正規雇用, 6. その他
 【退職理由】7. 身体不調, 8. 自主退職, 9. 解雇
 【精神医学的診断】10. パーソナリティ障害, 11. 気分変調性障害, 12. 双極性障害, 13. その他の精神病性障害, 14. 精神遅滞
 【生活保護受給】15. 生活保護, 16. 障害年金受給
 【生活歴, 心理社会的特徴】17. 未婚, 18. 精神科受診歴あり, 19. 自傷行為あり, 20. 失踪経験あり, 21. いじめ被害経験あり
 【家庭内における経済的立場】22. 主な稼ぎ手でない
- C 群：【属性】1. 男性, 2. 50 歳代, 3. 60 歳代
 【以前の就労形態】4. 正規雇用
 【退職理由】5. 人間関係
 【精神医学的診断】6. アルコール関連障害, 7. 大うつ病性障害
 【生活歴, 心理社会的特徴】8. 身体の不調あり, 9. 重体身体疾患あり, 10. 精神科受診歴なし
- D 群：【属性】1. 70 歳代
 【退職理由】2. 病気, 3. 定年
 【生活歴, 心理社会的特徴】4. 結婚歴あり
 【生活保護受給】5. 老齢年金受給
 【家庭内における経済的立場】6. 主な稼ぎ手, 7. 半分稼ぐ
- その他：【精神医学的診断】1. 薬物関連障害, 2. 摂食障害, 3. 適応障害

表 各類型の臨床的、心理・社会的特徴と対策

類型	臨床的、心理・社会的特徴	対策
自立困難型 (3 事例)	・ 若年 ・ 統合失調症など精神疾患あり ・ 生涯一度も就労経験なし	・ 自立支援, 就労訓練, 雇用政策 ・ 社会的能力の向上を目指した精神保健的支援
自立失敗型 (12 事例)	・ 若年, 未婚, 女性に多い ・ 非正規・その他の仕事を自主退職, 解雇 ・ 自殺関連行動 ・ パーソナリティ障害などの精神疾患あり ・ 精神科受診歴あり ・ 過去のいじめ被害経験	・ 自立への心理的支援 ・ 自殺関連行動への対策 ・ 精神科での適切な治療 ・ 学校と医療機関の連携
中高年中途退職型 (4 事例)	・ 男性, 50・60 歳代 ・ 正規雇用の仕事を自主退職 ・ アルコール関連障害, 大うつ病性障害 ・ 精神科受診歴なし	・ うつ病, アルコール問題の啓発 ・ 精神科受診の促進
定年退職型 (4 事例)	・ 70 歳代 ・ 病気や定年による退職 ・ 結婚歴あり, 家計の主な稼ぎ手	・ 家族や周囲からのサポート強化 ・ 地域とのネットワーク強化

る心理・社会的問題をもとに類型化を行った。結果から抽出された類型は、年代や性別といった属性と以前の就労形態から 4 つの類型に分類された。多重対応分析の結果から、2 軸での累積寄与率については 60% を超える高い値が得られており、上記類型化の解釈には一定の妥当性が認められるものと考えられた。

この 4 つの類型の解釈結果から、いずれの類型に関しても、単に仕事がなく生活に困窮した状態が自殺のリスクを高めたというよりも、各ライフステージで生じる多様な問題や精神疾患の影響を受けて、保護因子となりうる社会的な関係性や役割を持てない状態や適切な援助を受けていない状態が自殺のリスクを高めた可能性があるものと推察された。したがって、以下では、自殺既遂の無職者の社会的な関係性や役割、あるいは援助関係をどのように構築していくのかといった観点から、各類型の臨床的、心理・社会的特徴と自殺対策(表)について考察する。

1. 若年の無職者の特徴と介入ポイント

1) 自立困難型

自立困難型(図, A 群)は、統合失調症や強迫性障害といった精神疾患への罹患が特徴であり、生涯一度も就労経験のない若年無職者の一群であ

る。この結果から、無職者に対する自殺予防対策を策定する上で、自立困難型を想定した精神保健的支援を組み込む必要があるかもしれない。精神障害者にとって就労は社会や地域との重要な接点であり、「生きがい」ともなりうるとの指摘⁶⁾をふまえれば、自立困難型事例にみられたような死亡前に一度も就労できない状況というのは、生きがいや将来の目標を得る機会も得られず、また、社会的関係も限定されるなど保護因子の乏しい状態にあったことが推測される。

したがって、本人の就労や自立を促進していくために、生活支援と同時に必要な社会的能力の向上を意図した精神保健的支援を提供することは、自立困難型事例の保護因子を強化するという意味で、自殺予防対策としても一定の意義があるものと思われる。また、これに並行して、従来行われている就労訓練や作業所での訓練によって社会参加につなげることや、雇用の促進を図ることなどが自立困難型の自殺対策としても重要であると考えられる。

2) 自立失敗型

自立失敗型(図, B 群)は、アルバイトなどの非正規雇用の就労経験はあるが正規の仕事に就くことはなく、解雇されたり自主的に退職したりなど

して社会から撤退し、自立できなかったケースを主たる特徴とする一群であると考えられる。この自立失敗型の特徴として、若い女性に多く、精神科受診歴があり、パーソナリティ障害、気分障害といったさまざまな精神疾患と関連があり、自傷行為などの自殺関連行動とも関連がみられた。

これらの特徴は、これまで自殺未遂者に多いとされる特徴¹²⁾と類似しており、自立失敗型の中には、重要な自殺の危険因子である¹⁶⁾自殺関連行動を繰り返す若年者が少なからず含まれていると考えられる。また、自立失敗型は、過去のいじめの被害経験とも関連があることから、学生の段階から人間関係上のトラブルや精神的な問題など数多くの自殺の危険因子を抱えながら孤立し、就労場面においてもそうした問題の影響を受けていた可能性が考えられる。

以上のことを考慮すると、学校や地域が精神科や救急医療機関と連携し、このような自殺関連行動を呈する若年者を早期に発見し、早期に介入していくような体制を整えていくことが自立失敗型の自殺予防において重要であろう。また、非正規雇用の仕事であっても、それを継続して社会とのつながりを維持したまま日常生活を安心して送るような本人なりの自立を促進するためにも、周囲に十分なサポート資源(家族、友人、地域の人々など)を築けるよう心理的に支援していくこともまた重要であると考えられる。

2. 中高年以上の無職者の特徴と介入ポイント

1) 中高年中途退職型

中高年中途退職型(図, C 群)は、50・60 歳代男性、人間関係の問題などの理由での退職経験の特徴とする無職者の一群である。このタイプの特徴として、身体疾患だけでなくアルコール関連障害や、大うつ病性障害といった精神疾患との関連がみられた。気分障害は自殺既遂者が罹患していた精神疾患のうち最も多い疾患であり¹¹⁾、自殺と密接に関連する危険因子である²⁰⁾。さらに、アルコール関連障害も自殺の危険因子であり²⁰⁾、我々はすでにアルコール問題と自殺の密接な関連について指摘している²⁾。したがって、中高年中途退

職型には、従来行われているような失業に対する経済的な支援や雇用の促進だけでなく、気分障害やアルコールの問題といった精神的な問題を早期に発見し、適切な治療につなげるような精神保健的支援を組み合わせた復職支援や雇用対策が必要であろう。

一方で、この中高年中途退職型は、アルコール関連障害や大うつ病性障害といった精神的な問題があるにもかかわらず、精神科受診歴がないことも特徴であった。こうした特徴の背景には、援助要請の性差⁵⁾やアルコール問題による否認の影響などさまざまな要因との関連性が推測されるが、いずれにせよ、中高年中途退職型への精神保健的支援の可能性として、援助要請を妨げている要因について直接アプローチしていく対策も同時に必要であろう。

2) 定年退職型

定年退職型(図, D 群)は、定年や病気によって退職し、年金生活を送っている高齢無職者の一群である。老年期はさまざまな喪失体験を経験する時期であるが、定年退職や病気も、自分の人生にとってかけがえのないものを失う喪失体験であり、これによって自殺の危険が高まることもある²⁰⁾。特に、仕事を中心に生きてきた被雇用者にとって、退職はアイデンティティの中核を失う危機的イベントでもあるため¹⁹⁾、より強い喪失感を抱く者や、生きがいを失う者もいるかもしれない。また、高齢期は仕事を失うことが家庭内での役割喪失にも直結する可能性がある。

こうした高齢者を支えるための支援体制は、人口の高齢化の影響もあり、すでに多くの自治体で整えられつつある。実際、高齢化率の高い地方の自治体では、これまでも高齢者の心の健康づくり事業などを通じて、高齢者と地域の人々との交流を促進し、サポートを得られるネットワークを作ることや、地域や家庭の中で新たな役割を見つけられるような対策⁴⁾に取り組んでおり、定年退職型の無職者の自殺対策として今後もこうした高齢者への支援は充実させていく必要があるだろう。

3. 本研究の限界

最後に、本研究の限界として、以下の点が挙げられる。まず、本研究は、主体的に調査協力を申し出た遺族からの情報収集によるものであるために、対象の代表性および申告の客観性に関するバイアスを除外することはできない。したがって、今回得られた知見を、無職の自殺既遂者の特徴として一般化することには限界がある。また、生存する無職者との比較検討をしていないため、本研究結果から無職者の自殺のリスク要因を断定することはできない。さらに、本研究では無職の自殺既遂者のみを分析したため、有職の自殺既遂者との相違については明らかでない。たとえば、中高年中途退職型にみられた気分障害やアルコールの問題は、有職の中高年自殺既遂者においてもみられること¹⁾が指摘されているように、有職・無職に関わらず、自殺既遂者に共通した特徴もあるかもしれない。加えて、本研究では分析事例数が少ないため、より安定した知見を得るには今後さらに事例数を増やしてさらに検討する必要があるだろう。

4. 本研究の意義と今後の展望

以上のような限界はあるが、本研究には、さまざまなケースが混同している無職の自殺既遂者について、無職となった背景や属性から主要な類型に分類することで、自殺既遂の無職者の実態を把握する一知見としての意義がある。2008 年に一部改正された自殺総合対策大綱(自殺対策加速化プラン)¹³⁾では、うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進の 1 つとして「うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症等について、調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行う」、「思春期・青年期において精神的問題を抱える者や自傷行為を繰り返す者について、救急医療機関、精神保健福祉センター、保健所、教育機関等を含めた連携体制の構築により適切な医療機関や相談機関を支援する等、精神疾患の早期発見、早期介入のための取組を促進する」と記載されてお

り、本研究で示された自立困難型における統合失調症の問題、自立失敗型における自殺関連行動、中高年中途退職型のアルコール問題について、このプランを支持する知見であるといえる。さらに、本研究結果は我々がこれまで検討してきた 3 つのライフステージ(青少年、中高年、高齢者)ごとの自殺既遂者の特徴や介入ポイント⁹⁾ともかなり一致しており、大いに意義のある知見であると考えられる。今後は、より多くの事例を集め、無職者の各類型において、生存事例との比較検討などを通じて、無職者の自殺のリスク要因を明らかにしていくことが望まれる。

結論

本研究では、心理学的剖検の手法により収集された無職の自殺既遂者の情報をもとに、無職者の類型分類を行った。その結果、無職者の類型には、自立困難型、自立失敗型、中高年中途退職型、定年退職型の 4 つが挙げられた。自立困難型や自立失敗型のような若年の無職者においては、精神的な問題を早期に発見し支援していくことで自立を促進することの重要性が示唆された。また、中高年以上の無職者では、中高年中途退職型気分障害やアルコール関連問題への対応や、定年退職型の精神面へのサポートといった精神保健的支援の必要性が示唆された。これまで、無職者の自殺予防においては失業対策が主に前面に出ていたが、本研究の結果から、失業者への雇用対策とともに、関連する心理・社会的問題や精神的な問題に対する精神保健的な対策を重点的に行っていくことの重要性が示唆された。

文献

- 1) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: 死亡時の就労状況から見た自殺既遂者の心理社会的類型について: 心理学的剖検を用いた検討. 日公衛誌 57: 550-560, 2010
- 2) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他: アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検を用いた検討. 日アルコール・薬物医学会誌 45: 104-118, 2010
- 3) American Psychiatric Association: Diagnos-

- tic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. Washington DC : American Psychiatric Association, 1994
- 4) 栗田主一：高齢者の自殺とその予防. 精神経誌 107 : 1099-1109, 2005
 - 5) Galdas PM, Cheater F, Marshall P : Men and health help-seeking behaviour : Literature review. J Adv Nurs 49 : 616-623, 2005
 - 6) 早野禎二：精神障害者における就労の意義と就労支援の課題. 東海学園大学研究紀要. 人文学・健康科学研究編 10(B) : 29-43, 2005
 - 7) 井口民子, 西村稯：失業の心理と求職行動 日本労働研究機構調査報告書 No. 15, 1991
 - 8) 金明哲：フリーソフトによるデータ解析・マイニング(26) R と対応分析. ESTRELA 205 : 62-68, 2005
 - 9) 勝又陽太郎：自殺予防のための介入ポイント. 日精協誌 29 : 58-62, 2010
 - 10) 川上憲人, 竹島正, 高橋祥友, 他：心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究：症例・対照研究による自殺関連要因の分析. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究. 総括・分担研究報告書. 東京：国立精神・神経センター精神保健研究所, pp 7-26, 2007
 - 11) 警察庁生活安全局生活安全企画課：平成 22 年中における自殺の概要資料. 2011
 - 12) Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, et al : Suicide among female adolescents : Characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34 : 1297-1307, 1995
 - 13) 内閣府：平成 23 年版自殺対策白書. 2011
 - 14) 中山慶一郎：対応分析によるデータ解析. 関西学院大学社会学部紀要 108 : 133-144, 2009
 - 15) Phillips MR, Yang G, Zhang Y, et al : Risk factors for suicide in China : A national case-control psychological autopsy study. Lancet 360 : 1728-1736, 2002
 - 16) Runeson B, Tidemalm D, Dahlin M, et al : Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide : National long term cohort study. BMJ 342 : c3222, 2010
 - 17) Schneider B, Grebner K, Schnabel A, et al : Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide. A case-control psychological autopsy study. Psychiatry Res 190 : 265-270, 2011
 - 18) 社会経済生産性本部：ニートの状態にある若者の実態および支援策に関する調査研究報告書. 2007
 - 19) 多賀太：男性のエンパワーメント？：社会経済的变化と男性の「危機」. 国立女性教育会館研究紀要 9 : 39-50, 2005
 - 20) 高橋祥友：自殺の危険. 金剛出版, 2006
 - 21) 竹島正, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他：心理学的剖検の実施および体制に関する研究. 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究. 総括・分担研究報告書, pp 7-41, 国立精神・神経センター精神保健研究所, 2008

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

今日の精神疾患治療指針

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

●A5 頁1012 2012年
 定価14,700円(本体14,000円+税5%)
 [ISBN978-4-260-01380-2]

専門医が自らの治療法を紹介する好評書『今日の治療指針』の精神疾患版。個別の疾患および関連する諸問題など計343項目について、最新かつ実践的な臨床情報を提供する。処方例や非薬物療法などの治療に関する内容はもちろん、診断、検査、患者・家族への説明のポイントなどの情報も収載しており、臨床上の疑問点については必ず何らかの情報にたどりつくことができる。精神科臨床書籍の決定版と呼ぶにふさわしい1冊。

医薬ジャーナル

4月号 Vol. 48 No. 4 2012
Medicine and Drug Journal

■特集・うつ病～正しい理解と治療のあり方～

1. うつ病疾患概念の歴史的変遷と現在野村総一郎
2. うつ病はどのように診断すればよいか寺尾 岳
3. うつ病と双極性障害の相違坂元 薫
4. うつ病治療の全体像久我弘典・黒木俊秀
5. 双極性障害治療のスタンダード山田和男
6. 抗うつ薬の現在：どのように選択し使用するか？
.....吉村玲児・中村 純
7. うつ病治療における気分安定薬の現在中島振一郎
8. うつ病の社会復帰とサポートシステム有馬秀晃・秋山 剛

■小特集・不眠をともなううつ病の治療 ～新規抗うつ薬NaSSAの使い方～

- 総論～特徴および治療の概説～樋口輝彦
1. 睡眠の改善とうつ病の治療内山 真
 2. うつ病治療～ベンゾジアゼピンの功罪～松本俊彦
 3. 不眠をともなううつ病の治療戦略～新規抗うつ薬NaSSAの使い方～
.....熊田貴之・大坪天平

医薬ジャーナル論壇 ▶地域医療の再構築に向けて(佐々木 均)

メディカルトレンド 学会・ニュース・トピックス

▶アジア医療機器市場の開拓めざす——第4期METIS

▶トシリズマブ、単剤投与比較でアダリムマブに対する優越性——ほか

編集長VISITING(341)・「VD測定に必須な25(OH)D 望まれる早急な保険収載」

.....岡崎 亮氏

警告欄に見る必須検査とタイミング(40) ホリナートカルシウム(中村敏明・政田幹夫)

◆連載◆

薬剤師が知っておくべき臓器別画像解析の基礎知識(16)(石山光富・齋田幸久)
／これだけは知っておきたい皮膚疾患の服薬指導(19)(江藤隆史・大谷道輝)
／リスクマネジメント(75)(東京大学病院)(大野能之ほか)／患者のQOL向上
と薬剤師の関わり：PART I. 院内製剤(56)(後藤伸之ほか)／**新連載** 副作用・
薬物相互作用トレンドチェック(1)(澤田康文・佐藤宏樹)

Ⓜ 医薬ジャーナル社

小特集 不眠をともなうつ病の治療 ~新規抗うつ薬 NaSSA の使い方~

2. うつ病治療 ~ベンゾジアゼピンの功罪~



松 本 俊 彦*

うつ病治療におけるベンゾジアゼピンの使用は、治療導入期において抗うつ薬の効果発現までの間、睡眠障害や不安、焦燥の緩和に有効である。しかしその一方で、思わぬ精神症状の悪化や病像の複雑化をもたらす可能性があり、また、ベンゾジアゼピンの乱用・依存、あるいは常用量依存といった問題を惹起する危険性もある。そうした弊害を最小限に抑えてベンゾジアゼピンを用いるには、① 短期間の使用にとどめる、② 低力価のベンゾジアゼピンを選択する、③ 短時間作用型を避け、④ 定時薬として処方しない、⑤ 禁酒指導をする、⑥ 乱用者の間で「ブランド化」した薬剤の処方避ける、といった注意が必要である。

1. ベンゾジアゼピンの依存症と常用量依存

ベンゾジアゼピン (benzodiazepine) 系薬剤は、抗不安作用、催眠作用、筋弛緩作用、抗けいれん作用を持つ薬剤であり、1960 年代以降、世界各国の精神科診療において使用されてきた。ベンゾジアゼピンの特徴は、かつて抗不安薬として用いられた propanediol 誘導体の meprobamate、あるいは、睡眠薬として用いられたバルビツレート (barbiturate) 系やブロムワレリル尿素 (bromvalerylurea) 系の薬剤に比べて、依存性も大量摂取時の危険性も低いという点にある。そのような事情から、わが国ではベンゾジアゼピンは、すべての診療科で広く処方されている。

しかし海外では、1970 年代には早くもジアゼパム (diazepam) の乱用・依存が問題化し、わが国でも 1980 年代半ば以降、無視できない臨床的課題となってきた。今日、わが国の薬物依存症臨

床の現場では、ベンゾジアゼピンを主とする睡眠薬・抗不安薬は、今や覚せい剤に次いで第 2 位の乱用薬物となっている。そして驚くべきことに、そうしたベンゾジアゼピン依存症患者の 8 割以上が、その乱用薬物を「医師からの処方」という、いわば合法的な手続きによって入手している¹⁾。その意味では、医師はベンゾジアゼピンの処方には十分に注意するべきと言えよう。

ベンゾジアゼピンの問題点は、医師の指示通りに服用していれば絶対に大丈夫と言えないところにある。海外では、1980 年代より、通常の臨床用量以下 (ジアゼパム換算で 30mg/日) の範囲であつても長期服用により身体依存が形成され、中止に伴って離脱症状が現れることが気づかれており²⁾、常用量依存 (もしくは臨床用量依存) と呼ばれてきた。要するに、既にベンゾジアゼピンの服用を要する状態を脱しているにも関わらず、反跳現象や離脱症状のために服用中止困難となっている事態である³⁾。もちろん、渴望や薬物探索行動

* 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

薬物依存研究部診断治療開発研究室・室長 / 自殺予防総合対策センター・副センター長 (まつもと・としひこ)

——■小特集・不眠をともなうつ病の治療～新規抗うつ薬 NaSSA の使い方——

をともなわないことから、いわゆる薬物依存症とは区別されるが、患者に不要な薬剤の長期間服用を強いる結果をもたらすという点では、広義の有害事象と見なし得るものである。

2. うつ病治療にベンゾジアゼピンを用いることの功罪と弊害予防策

確かに上述したような依存性の問題はあるが、だからといって、ベンゾジアゼピンを全く処方しない精神科診療というのも現実的とは言えない。例えばうつ病治療の治療導入期において、抗うつ薬の効果発現までの間、ベンゾジアゼピンを一時的に投与することで睡眠障害や不安、焦燥を緩和せざるを得ない場合は少なくない。

とはいえ、うつ病治療において安易にベンゾジアゼピンを用いることが、思わぬ精神症状の悪化や病像の複雑化をもたらす可能性は十分にある。例えば睡眠障害に対して超短時間型のベンゾジアゼピン系睡眠剤を用いた場合、一晩のうちに反跳現象や離脱症状を呈して、早朝の不眠や不安症状を強めてしまうことがある。また、ベンゾジアゼピンの薬理作用が抑うつ症状をマスクしてしまったり、その鎮静効果が精神運動抑制を強めたりして、正確な症状評価を困難にさせることもある。さらに、衝動的なパーソナリティ傾向を持つ患者では、ベンゾジアゼピンが持つ脱抑制作用により、自傷行為や自殺企図、あるいは攻撃的行動を惹起することもある⁴⁾。

従って、いかにしてベンゾジアゼピンがもたらす弊害を最小限に抑えて投与するかが、極めて重要となってくる⁵⁾。ベンゾジアゼピンが引き起こすさまざまな弊害を最小限に抑えるには、絶えず以下の点に留意する必要がある。

1) 短期間の使用にとどめる

ベンゾジアゼピンに対する常用量依存は、投与期間6週間以下で離脱症状が出現する危険性は低い一方で、投与期間3カ月を超えると離脱症状出現の危険性がわずかに高まり、8カ月以上になるとかなり高まるという⁶⁾。従って、可能な限り、最初から短期の使用にとどめることを考慮した治

療計画を立て、患者にもあらかじめそのことを伝えた上でベンゾジアゼピンを処方するようにする。例えば、治療開始後1カ月以内のみベンゾジアゼピンを使用し、後は速やかに漸減していき、最終的に完全に中止することを目標とするのが理想的であろう。

2) 低力価のベンゾジアゼピンを選択する

ベンゾジアゼピンの離脱症状は、高力価の薬剤ほど生じやすい。従って、長期使用が避けられない場合には、なるべく低力価のベンゾジアゼピン系薬剤を用いる。もしも既に高力価のベンゾジアゼピンを処方している場合には、低力価・長時間作用型の薬剤に変更し、中止しやすい状態を準備する。

3) 短時間作用型を避け、必要最小量の処方とする

ベンゾジアゼピンの離脱症状は、血中半減期が短い薬剤ほど、そして、同じ薬剤でも投与量が多いほど、そして投与期間が長いほど生じやすい。従って、患者が効果の発現や消失を自覚しやすい短時間作用型のベンゾジアゼピン系薬剤は極力用いないことが重要である。ただし、高齢者の場合には、中・長時間作用型のベンゾジアゼピン系薬剤は日中のふらつきや記憶障害などの弊害をもたらす危険性がある。

4) 定時薬として処方しない

臨床現場でしばしば見られるのは、その効果が検証されることのないまま、定時薬として漫然とベンゾジアゼピンが処方されている事態である。既に治療上の主力薬剤となっていないにも関わらず、継続的に服用していれば、やがては常用量依存を呈し、服用を中止することが困難となる。そこで、発作時頓服のような間歇的かつ不定期にベンゾジアゼピンを服用させることで、あらかじめ中止しやすい状況にしておくわけである。ただし、パニック障害で予期不安が強い患者、衝動的な患者に頓用薬だけで対応すると、却って過量服薬や乱用・依存を招く危険性があることから、この限りではない。

5) 禁酒指導をする

ベンゾジアゼピンとアルコールとの間には交差耐性があり、両者を併用している者では依存の進行が速いことが確認されており、アルコール自体が不安障害を悪化させる可能性がある。ベンゾジアゼピン処方にあたっては、患者の飲酒習慣を確認した上で治療中の禁酒を指示し、禁酒困難症例に対しては投与を控える。

6) 乱用者の間で「ブランド化」した薬剤の処方避ける

ベンゾジアゼピン乱用者に見られる特徴的な行動の一つは、医師に特定の薬剤名を指摘して処方を求めるということである。このような患者に遭遇した場合、複数の医療機関からベンゾジアゼピンの処方を受けていないかどうか、前回処方した日数よりも早い時期に再受診し、本来であれば、残薬の存在が想定されるにも関わらず、処方を求めているか(フライング処方)、といった点に注意しなければならない。

乱用者に好まれる薬剤には、上述した高力価、短時間作用型といった薬理学的特徴のほかに、乱用者間における一種の「ブランド」というものも影響している。そのような薬剤の中には、一般に非ベンゾジアゼピン系とされている thienodiazepine 系や cyclopyrrolone 系薬剤といった、ベンゾジアゼピン近縁薬剤も含まれている点に注意が必要である。ベンゾジアゼピンの処方にあたっては、そうした薬剤を避ける工夫も必要かもしれない。表1は、薬剤ごとの乱用患者数ランキングを示したものであるが、flunitrazepam, triazolam, etizolam, zolpidem, nimetazepam などは、まさにそのような「ブランド化」されている薬剤である。

3. おわりに

既に1990年代初頭より、ベンゾジアゼピンの長期服用を要する不安が持続している患者、あるいは、治療開始当初より乱用・依存の問題が危惧され、ベンゾジアゼピンの処方がためらわれる患者に対しては、抗不安薬の代わりに、5-HT_{1A}受容体作動性抗不安薬であるタンドスピロン (tando-spiron) を使用したり、睡眠薬の代わりに、鎮静・催眠作用が強い抗うつ薬である、トラゾドン

2. うつ病治療～ベンゾジアゼピンの功罪～

表1 乱用患者数の多いベンゾジアゼピン系およびその近縁薬剤の種類

ベンゾジアゼピン乱用・依存患者の乱用薬物2010年「全国精神科医療施設における薬物関連障害患者の実態」に関する研究より、薬剤ごとの乱用患者数ランキングを示した。

Flunitrazepam, triazolam, etizolam, zolpidem は毎年上位にあがっている。

薬剤の一般名	乱用患者数 [N = 139; 複数回答あり]
flunitrazepam	69人 (49.6%)
triazolam	45人 (32.4%)
etizolam	44人 (31.7%)
zolpidem	37人 (26.6%)
brotizolam	21人 (15.1%)
bromazepam	20人 (14.4%)
nimetazepam	15人 (10.8%)
alprazolam	14人 (10.1%)
nitrazepam	13人 (9.4%)
diazepam	12人 (8.6%)
quazepam	8人 (5.8%)
estazolam	7人 (5.0%)
clonazepam	6人 (4.3%)
lorazepam	6人 (4.3%)

(文献1より一部改変)

(trazodone) やミアンセリン (mianserin) を使用する方法が推奨されてきた⁷⁾。最近では、同様の理由から、ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant: NaSSA) であるミルタザピン (mirtazapine) も使用されることが多い。

こうした努力は非常に意義ある対策であるが、それ以上に重要な二つのポイントに触れて本稿の結びとしたい。一つは、過去に物質乱用・依存の既往のある患者、あるいは衝動的なパーソナリティ傾向を有する患者を見逃さずに、病態に合った投薬をすることである。もう一つは、不安や不眠といった訴えの背景にある心理社会的ストレスの原因を絶えず考え、薬物療法によって症状を緩和しつつも、その背景にある問題の根本的な解決のための助言や生活指導を怠らないことである。

■小特集・不眠をとまなううつ病の治療～新規抗うつ薬 NaSSA の使い方～

文 献

- 1) 松本俊彦：薬物依存臨床から見えてくる精神科薬物療法の課題―「全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」の結果より―。精神科治療学 27：71-79, 2012.
- 2) Lader M, Petursson H: Benzodiazepine derivatives, side effect and dangers. Biol Psychiatry 16: 1195-1201, 1981.
- 3) 井澤志名野, 早川達郎, 和田 清：ベンゾジアゼピン系薬物の使用原則と臨床用量依存の診断と治療。アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン。じほう, 東京。p.207-222, 2003.
- 4) The Royal College of Psychiatrists: CR59. Benzodiazepines: risks, benefits and dependence A re-evaluation. Council Report CR59 January 1997. Royal College of Psychiatrists, London 1997.
- 5) O'brien CP: Benzodiazepine use, abuse, and dependence. J Clin Psychiatry 66 (Suppl 2): 28-33, 2005.
- 6) Rickels K, Case WG, Downing RW, et al: Long-term diazepam therapy and clinical outcome. JAMA 250: 767-771, 1983.
- 7) 村崎光邦, 杉山健志, 石郷岡 純ほか：ベンゾジアゼピン系薬物常用量依存について―その1：北里大学東病院精神神経科外来における実態調査。厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「薬物依存の発生機序と臨床および治療に関する研究」。平成2年度研究成果報告書。p.13-19, 1991.



やさしい 睡眠障害の自己管理

改訂版

国立精神・神経センター名誉総長／大熊クリニック院長 大熊 輝雄 著

A4判 68頁 定価 1,785円（本体 1,700円＋税5%）送料実費

ISBN978-4-7532-2359-6 C0047

おもな内容

I. 睡眠障害の基礎知識

- (1) 睡眠障害は現代的な問題です
- (2) 睡眠とは？
- (3) 睡眠時間―何時間眠ればよいか
- (4) 睡眠不足の症状（睡眠不足症候群）
- (5) 睡眠障害
- (6) 不眠治療の一般的な方針

II. 不眠症以外の各種の睡眠障害

- (1) 睡眠関連呼吸障害
（睡眠時無呼吸症候群）
- (2) 中枢性過眠症
- (3) 概日リズム睡眠障害
- (4) 睡眠時随伴症（パラソムニア）
- (5) 睡眠関連運動障害
- (6) 高齢者の睡眠障害とその対策

III. 不眠症の自己管理法

- (1) 睡眠衛生―よい睡眠を得るための摂生法（養生法）
- (2) 寝つきをよくする方法
- (3) 睡眠環境のチェック
- (4) 睡眠中の発汗
- (5) 夜更かし朝寝坊を治す方法
- (6) さわやかに目覚める方法
- (7) 昼寝の仕方
- (8) 週末の睡眠のとり方
- (9) なし崩し睡眠（分割睡眠）でよいのか
- (10) 受験生の睡眠対策
- (11) 自動車運転時の眠気対策
- (12) 睡眠薬の種類
- (13) 睡眠薬の使い方とやめ方
- (14) 睡眠薬の副作用
- (15) 睡眠薬の実際の飲み方



株式会社 医薬ジャーナル社

〒541-0047 大阪市中央区淡路町3丁目1番5号・淡路町ビル21 電話 06(6202)7280(代) FAX 06(6202)5295 (振替番号) 00910-1-33353

〒101-0061 東京都千代田区三崎町3丁目3番1号・TKビル 電話 03(3265)7681(代) FAX 03(3265)8369

<http://www.iyaku-j.com/>

書籍・雑誌バックナンバー検索、ご注文などはインターネットホームページからが便利です。

治療

2012

4

Vol.94

<http://www.nanzando.com/>

特集

外来でのアルコール問題

プライマリ・ケアで遭遇する、
アルコール問題を抱えた患者の診かた



- ・アルコール依存と睡眠障害
- ・アルコール・薬物問題と自殺予防
- ・医療・保健場面で想定されるQ&A…他

南山堂

● 各 論

アルコール・薬物問題と自殺予防

松本俊彦

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部診断治療開発研究室長／
自殺予防総合対策センター副センター長

プライマリ・ケアにおけるポイント

- ① 医師は、アルコールとうつ、自殺との密接な関係を理解したうえで、日頃より患者に対して以下のことを伝えていく。
 - ・「追い詰められたときに、飲みながらものを考えない」
 - ・「眠れないときには、飲酒するのではなく、専門医に相談する」
 - ・「うつ病などで精神科薬物療法を受けている人は飲酒しない」
 - ・「健康な者であっても、1日当たり日本酒換算にして3合以上の飲酒はしない」
- ② また、睡眠薬や抗不安薬を処方する際には、たえず乱用のリスクに配慮し、病態に応じた慎重な薬物療法を心がける。

はじめに

わが国の自殺による死亡者数は、1998年に3万人を超えて以降、14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に急増した多重債務や過重労働、さらに最近では、リーマン・ショック以後に問題化した雇用の悪化といった社会的要因の影響が大きいといわれている。こうした認識に基づいて、現在わが国では、自殺対策を精神保健的対策に限定せずに、総合的・包括的な対策が進められてきた。自殺総合対策大綱において「総合」という言葉がついているのは、まさにそのような理由からであるが、その背景には、これまでの自殺対策があまりにも精神保健領域に偏っていたという反省があったのも事実である。

しかし、筆者自身は「それだけでは足りない」と考えている。わが国における精神保健的領域の自

殺対策は「うつ病対策」と同義という印象があるが、精神保健的対策もまたそれ自身が「総合的なもの」とならなければならない。とりわけ疑問なのは、わが国ではなぜか自殺対策の文脈でアルコール・薬物などの物質乱用・依存が取り上げられてこなかったという事実である。

海外の多くの自殺研究が、うつ病について自殺との関連が深い精神障害として物質乱用・依存を取り上げており、またWHOなどのガイドラインにおいても、物質乱用・依存は自殺に関連する精神障害として必ず引き合いに出されているといったことは、医療関係者の間でも意外に知られていない。

本稿では、物質乱用・依存と自殺との関連について先行研究の知見を整理し、今後の自殺対策の展開に関していくつか提言をさせていただきたい。

物質乱用・依存と自殺

① 海外の先行研究

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20～30%はその行為の直前に物質関連障害に罹患している