

Instructive Lecture III

第17回日本産業精神保健学会：教育講演III

職場における自殺予防～アルコール問題と自殺

松本俊彦

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、11年間にわたって高止まりのまま推移している。そのような中で、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」を中心に進められてきた。しかし、われわれは、働き盛りの男性の自殺予防という観点からは、アルコール問題への対策も必要であると考えている。実際、WHOなどのガイドラインをはじめとして、海外の自殺対策では、アルコール乱用・依存はうつ病に次ぐ自殺に関連する精神障害として重視されているが、不思議とわが国ではこの問題はあまり強調されない。

そこで、今回の教育講演では、アルコール乱用・依存と自殺との関連について先行研究の知見を整理し、職場においてアルコール問題とうつ、自殺との関係について啓発していくことの必要性を主張した。

I. アルコール乱用・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2～3割

はその行為の直前に物質関連障害に罹患していることが明らかにされている。たとえば、その先進的な国家的対策によって自殺死亡率減少に成功したフィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査¹²⁾でも、自殺既遂者の93%に何らかの精神障害への罹患が認められ、うつ病(66%)とともにアルコール乱用・依存(42%)の罹患率が高かったことが明らかにされている。

他にも、アルコール乱用・依存と自殺との密接な関連を指摘する研究は枚挙にいとまがない。たとえば週250g以上の大量飲酒が15年後の自殺死亡のリスクを3倍高める³⁾、あるいは、アルコール乱用・依存への罹患は将来における自殺のリスクを60～120倍に高める¹⁰⁾といった報告がある。また、アルコール乱用を呈するうつ病患者は、通常のうつ病患者よりもはるかに自殺のリスクが高いことが指摘されている⁸⁾。

2) 国内の先行研究

残念ながら、わが国には物質乱用・依存と自殺との関連を主張できるだけの十分なエビデンスがまだ集積されているとは言えない。とくに自殺既遂者を対象とした研究からの知見が不足している。すでにわが国における先行的な心理学的剖検調査^{6, 11)}では、自殺既遂者の中で自殺直前に物質乱用・依存への罹患が推定された者はわずか4～6%と報告されている。しかし、これらのデータは海外の研究とはあまりにも異なっており、その

妥当性については慎重に評価すべきである。

最近、筆者らが行った心理学的剖検調査¹⁾では、これらの国内の先行研究とは異なる結果が得られている。われわれの調査では、自殺既遂者の21%が自殺前1年以内にアルコール関連問題を呈しており、そのうちの8割がアルコール乱用・依存の診断に該当することが明らかにされたのである。なかでも強調しておきたいのは、この21%の自殺既遂者は全員が仕事を持つ中年男性であり、まさしく1998年における自殺急増の中心層と同じ属性を持っていた、ということである。しかも、そうした中年男性の多くが、借金や離婚といった社会的問題を抱える中で「眠るために」飲酒を続けており、最期の行動におよぶ際にアルコールを摂取していた。なお、こうした自殺既遂者の中には精神科治療中の者もいたが、アルコール乱用・依存に対する専門的な援助を受けていた者は皆無であり、「うつ病」などといった診断のもとに漫然とした薬物療法がなされていたのである。

われわれの調査結果は、働き盛りの男性の自殺予防のためにはアルコール問題は無視できないこと、社会的問題を複雑化させ、悩む男性たちを

一層「崖っ縁」に追い詰める要因としてアルコールの影響が無視できないこと、精神科医自身がアルコール問題に対する診断・対応能力を向上させる必要があることを示している。

さて、自殺既遂ではなく、自殺念慮や自殺企図を評価対象とした研究であれば、国内にもいくつかの報告がある^{14, 15, 18, 20, 21)}。筆者らによる専門病院入院患者の調査¹⁵⁾では、アルコール乱用・依存患者における自殺念慮の経験が55.1%、自殺企図の経験が30.6%という、非常に高い経験率が明らかにされた。さらに、「自殺したい」「チャンスがあれば自殺するつもりである」といった、現在の切迫した自殺念慮について質問してみると、アルコール乱用・依存患者の9.8%がこれを自覚していた。全員が開放病棟に任意入院していたことを考えると、何とも恐ろしい話である。

構造化面接によって物質乱用・依存と自殺関連事象との興味深い関係を明らかにした、川上による地域住民調査¹⁰⁾（図1）についても触れておきたい。その報告によれば、過去12ヵ月の自殺念慮は、うつ病の診断に該当する者で19.4%であったのに対し、物質関連障害では16.7%、また自殺企図の経験は、うつ病8.3%に対し、物質関連障害

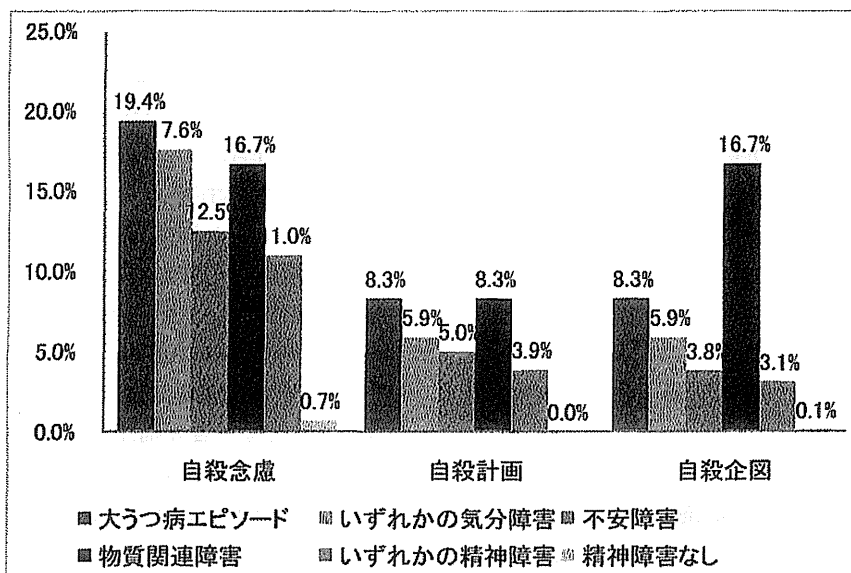


図1 地域住民における過去12ヵ月間の精神医学的診断（DSM-IV）別の自殺関連行動の頻度（文献10より引用）

では16.7%であった。この調査結果で興味深いのは、「自殺の計画を立てた」経験に関してはうつ病該当者と物質関連障害該当者に差はないにもかかわらず、自殺企図の経験は、物質関連障害該当者ではうつ病該当者よりもはるかに高く、しかも、自殺計画の経験者よりも自殺企図の経験者の方が多いという点である。このことは、物質関連障害該当者の少なくない者が具体的な計画性を欠いた自殺企図におよんでいることを示しており、物質関連障害に罹患する者の自殺行動の特徴といえるかもしれない。

3) なぜアルコール乱用・依存は自殺のリスクを高めるのか

アルコールなどの精神作用物質の乱用・依存が自殺のリスクを高める理由としては、以下の3つの要因が考えられている⁷⁾。第1の要因は、併存する精神障害によるものである。実際、物質乱用・依存患者は気分障害やパーソナリティ障害を併存している者が多く、物質乱用・依存の併存がそうした精神障害の悪化をもたらすことが知られている。第2の要因は、2次的に心理社会的状況の悪化である。すなわち、物質乱用・依存の存在が、失業や逮捕・服役、離婚や絶縁といった社会的孤立をもたらすことが少なくなく、乱用・依存者の自殺リスクを高めるわけである。そして最後の要因が乱用物質の直接的影響によるものである。すなわち、アルコールなどの精神作用物質の薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺行動を促進するのである。事実、自殺既遂者の32~37%^{8,9)}、自殺未遂によって救急医療機関に搬送された患者の40%¹⁰⁾からアルコールが検出されるという報告がある。先述した川上の調査も、「死にたいと思っていたが、死ぬ勇気はなかった。でも、酔ったら恐怖感がなくなって」といった、計画性のない自殺行動を裏付ける結果といえる。

II. 飲酒と自殺

前節では、アルコール乱用・依存という病的な物質使用様態と自殺との関連について論じたが、

本節では、正常範囲内の飲酒と自殺との関連について触れておきたい。

海外には、国内の年間アルコール消費量と自殺死亡率とのあいだにおける有意な相関を支持する研究が数多く存在している。ロシアでは、ペレストロイカ時代におけるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少との有意な正の相関が確認されており²¹⁾、一方、米国では、最低飲酒年齢の引き上げが若年者の自殺率減少に寄与したことが明らかにされている⁴⁾。またデンマークでは、アルコール飲料の価格高騰という「自然の実験」により自殺率の低下が見られ²²⁾、ポルトガルでは、個人の年間アルコール消費量が1リットル増えると男性の自殺死亡率が1.9%上昇したことが報告されている²³⁾。

このように、国内アルコール消費量と自殺死亡率との正の相関を支持する研究は枚挙にいとまがないが、その関連は必ずしも単純ではなく、それぞれの国における飲酒文化や年代・性別との関係を考慮する必要がある。たとえば、欧州14カ国を対象とした調査によれば、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あいだに相関は認められず、消費量の少ない欧州北部でのみ有意な正の相関が見られる¹⁰⁾。また、日常的な飲酒自体が困難なほど経済的に困窮しているために国内アルコール消費量が極端に少ない国では、アルコール消費量と自殺死亡率とはむしろ負の相関を示すという指摘もある。さらにフィンランドでは、15~49歳の年齢層ではアルコール消費量と自殺死亡率とのあいだに非常に高度な正の相関が認められたが、50歳以上の年代では相関が認められなかったことが報告されている¹²⁾。

わが国には、男性の地域住民のアルコール消費量と自殺死亡率に関して2つのコホート調査がある。その1つである、全国11の保健所、国立がんセンター、国立循環器センターなどの共同疫学研究²⁴⁾では、日本人のアルコール消費量と自殺死亡率との興味深い関連を示唆している。すなわち、アルコールを「飲まない」者は、「時々飲む」という者よりも自殺のリスクが高いが、日本酒換算

にして1日約2.5合以上飲む(1週間で18合)」という者では自殺のリスクが高いという。すなわち、わが国では、アルコール消費量と自殺死亡率との関係は、虚血性心疾患などと同様、「U字型」の相関関係を持っているということになる。一方、宮城県で実施されたもう1つのコホート調査¹⁷⁾では、飲酒量の増加に伴って自殺死亡率が高くなるという正の相関が見られたという。

この2つの研究から示唆されるのは、アルコール乱用・依存の診断に該当するか否かに関係なく、多量に飲酒すること自体が自殺の危険因子となり得る、ということである。アルコールは日本人の生活の中に深く浸透している精神作用物質であり、日本は飲酒に寛容な国である。しかし、自殺予防という観点からみれば、乱用・依存の水準に達しない、正常範囲内の飲酒についても、一定の注意を払う必要がある。

Ⅲ. おわりに～職域における啓発活動の必要性

わが国では長らく「うつ病偏重」の自殺対策が続いていたが、2008年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改正(「自殺対策加速化プラン」)において、ようやくそこからの脱却の契機が訪れた。すなわち、自殺ハイリスク者対策の1つとして「アルコール・薬物依存症対策」が明記されるに至ったのである。

残念ながら、現時点ではまだ自殺予防の文脈の中でアルコール・薬物依存症への具体的対策は示されていない状況にあるが、そのような中でも、アルコールとうつ、自殺との関係についての啓発であれば、十分に可能である。

その中で、働き盛りの男性たちに知ってもらいたいのは、次の3点である。第1に、「悩みを抱えているときに、飲みながらものを考えるな」ということである。アルコールによる酩酊は自暴自棄的な結論を導きやすく、うつ状態をさらに悪化させる。第2に、「眠れないなら、飲酒せずに専門医に相談しろ」ということである。アルコールを摂取した状態では睡眠の質は低下し、最終的に

は不眠はむしろ悪化する。中には、睡眠薬の依存性を危惧する者もいるが、依存性という観点では明らかにアルコールの方が深刻であることも伝えておきたい。そして最後に、「1日の飲酒量は、日本酒換算で2合以内にすること」である。すでに述べたように、1日の飲酒量が2.5合以上になると、急激に自殺のリスクが高まることから、少し余裕を持たせて2合を目安にするとよい。

なお、筆者が所属する自殺予防総合対策センターが作成したパンフレット『中高年の自殺予防に取り組む人のための10箇条』の中では、「7. アルコールは自殺を引き寄せます」としてこの問題に触れている。また、同センターでは、地域住民を対象とした、アルコール関連問題とうつ・自殺との啓発資料として『のめば、のまれる』というパンフレットも作成している。こうした啓発資料を活用していただければと考えている(詳しくは、自殺予防総合対策センターホームページ『いきる』<http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/index.html>を参照のこと)。

文 献

- 1) 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. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 2010; 45: 104-118.
- 2) Akechi, I., Iwasaki, M., Uchitomi, Y., et al. Alcohol consumption and suicide among middle aged men in Japan. *Br. J. Psychiatry*, 2006; 188: 231-236.
- 3) Anderson, P. Excess mortality associated with alcohol consumption. *B.M.J.* 1988; 297: 824-826.
- 4) Birckmayer, J., Hemenway, D. Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am. J. Public Health*, 1999; 89: 1365-1368.
- 5) Cherpitel, C.J., Borges, G.L., Wilcoxa, H.C. Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of literature. *Alcohol. Clin. Exp.*

- Res., 28 (5 Suppl) : 18S-28S, 2004.
- 6) 張賢徳. 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」. 東京：勉誠出版. 2006 : 113-137.
 - 7) De Leo, D., Evans, R.: Chapter 10: The impact of substance abuse policies on suicide mortality, In: (De Leo D, Evans R) International Suicide Rates and Prevention Strategies, pp. 101-112, Hogrefe & Huber, Cambridge, 2004.
 - 8) Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M., et al: Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am. J. Psychiatry*, 2005 ; 162 : 2116-2124.
 - 9) 伊藤敦子, 伊藤順通. 外因死ならびに災害死の社会病理学的検索 (4) 飲酒の関与度. 東邦医会誌 1988 ; 35 : 194-199.
 - 10) 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 2003 ; 52 : 254-260.
 - 11) 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・対象研究による自殺関連要因の分析. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 (主任研究者北井暁子)」平成18年度総括・分担報告書. 2007 ; 7-26.
 - 12) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Iso-metsä, E.T., et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 1996 ; 49 : Suppl 1 : S111-116.
 - 13) Makela, P. Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction*, 1996 ; 91 : 101-112.
 - 14) 松本桂樹, 世良守行, 米沢宏 他. アルコール依存症者の自殺念慮と企図. アディクションと家族. 2000 ; 17 : 218-223.
 - 15) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史 他. 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. *精神医学* 2009 ; 51 : 109-117.
 - 16) Murphy, G.E., Wetzel, R.D.: The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1990 ; 47 : 383-392.
 - 17) Nakaya, N., Kikuchi, N., Shimizu, T., et al.: Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men the *Osaki Study*. *Alcohol*, 2007 ; 41 : 503-510.
 - 18) 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. *CLINICIAN*. 1990 ; 396 : 1141-1145.
 - 19) Ramstedt, M.: Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*, 96: Suppl 1 : S 59-S 75, 2001.
 - 20) 斎藤学. アルコール依存症者の自殺企図について. *精神神経学雑誌* 1980 ; 82 : 786-792.
 - 21) 清野忠紀. 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* 1971 ; 13 : 901-909.
 - 22) Skog, O.J.: Alcohol and suicide in Denmark 1911-24—experiences from a 'natural experiment.' *Addiction*, 1993 ; 88 : 1189-1193.
 - 23) Skog, O.J., Teixeira, Z., Barrias, J., et al: Alcohol and suicide: the Portuguese experience. *Addiction* 90 : 1053-1061, 1995 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*, 2007 ; 20 : 869-879.
 - 24) Wasserman, D., Värnik, A., Eklund, G.: Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta. Psychiatr. Scand*, 1994 ; 89 : 306-313.

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

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

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

(受付：平成22年2月18日；受理：平成22年3月23日)

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

Masato AKAZAWA¹⁾, Toshihiko MATSUMOTO^{1,2)}, Yotaro KATSUMATA¹⁾,
Masahiko KITANI¹⁾, Seiko HIROKAWA¹⁾, Yoshitomo TAKAHASHI³⁾,
Masami HIRAYAMA⁴⁾, Akiko KAMEYAMA^{1,5)} and Tadashi TAKESHIMA^{1,2)}

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

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

日本アルコール・薬物医学会雑誌 第45巻 第2号 (平成22年4月刊行) 別刷
Separate-print from Vol. 45 No. 2 of Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence
April 2010

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

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

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

(受付：平成22年2月18日；受理：平成22年3月23日)

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

Masato AKAZAWA¹⁾, Toshihiko MATSUMOTO^{1,2)}, Yotaro KATSUMATA¹⁾,
Masahiko KITANI¹⁾, Seiko HIROKAWA¹⁾, Yoshitomo TAKAHASHI³⁾,
Masami HIRAYAMA⁴⁾, Akiko KAMEYAMA^{1,5)} and Tadashi TAKESHIMA^{1,2)}

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

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

Summary

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

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

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

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

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

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

アルコール関連問題, アルコール依存, 自殺, 心理学的剖検

はじめに

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

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

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

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

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

対象と方法

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

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

1) 対象

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

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¹⁴⁾に準拠した半構造化面接を行った。面接は，原則として精神科医と保健師などから構成される2名の調査員によって行われた。調査員2名のうちの1名は必ず研究班の行った3日間の調査員トレーニング（遺族ケア，調査の内容，模擬面接）を修了した者とし，もう1名は調査員トレーニングのうち，遺族ケアの研修内容を学習していることを必須とした。なお，情報収集源となる遺族の条件としては，

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

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

3) 面接票の調査変数と面接手続き

基礎調査で用いた面接票は、海外の心理学的剖検研究のレビューと心理学的剖検パイロットスタディ¹⁴⁾にもとづいて作成されたものであり、生活出来事、特定の生活歴、死亡の状況、仕事の状況、経済的問題、生活の質、身体的健康、心の健康問題に関する質問から構成されていた。また、各自殺事例の精神医学的診断については、調査員を務めた精神科医師が、遺族からの聞き取りによって得られた全ての情報を用いて、DSM-IV¹⁵⁾に準拠した臨床診断を行った。

4) ライフチャート作成

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

2. 本研究における方法

1) 対象

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

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

2) 分析方法

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

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

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

死亡時に罹患していたと推測された精神障害の臨床診断については, DSM-IV¹⁹⁾ にもとづく臨床診断の内容と精神障害診断の数を用いた。その際, 2事例に関しては精神科医の判断がつかなかったため, 分析から除外した。

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

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

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

結 果

1. アルコール関連問題を抱えた自殺者の心理社会的特徴

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

1) 人口学的変数

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

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

		AL問題群 n=16	非AL問題群 n=60	P値
性別 (男)		16 (100.0%)	39 (65.0%)	0.001**
平均年齢 ^{注2)}		47.1 (SD=11.2)	40.0 (SD=17.1)	0.05
年齢階級				0.005**
人口学的変数	10代	1 (6.2%)	3 (5.0%)	
	調整済み残差	0.2	-0.2	
	20代	0	16 (26.7%)	
	調整済み残差	-2.3	2.3	
	30代	2 (12.5%)	17 (28.3%)	
	調整済み残差	-1.3	1.3	
	40代	6 (37.5%)	8 (13.3%)	
	調整済み残差	2.2	-2.2	
	50代	6 (37.5%)	6 (10.0%)	
	調整済み残差	2.7	-2.7	
	60代	1 (6.2%)	5 (8.3%)	
	調整済み残差	-0.3	0.3	
	70代	0	5 (8.3%)	
	調整済み残差	-1.2	1.2	
	婚姻状況			0.08
	未婚	3 (18.8%)	27 (45.0%)	
	既婚 (再婚含む)	11 (68.8%)	31 (51.7%)	
	離別 (離婚・死別)	2 (12.5%)	2 (3.3%)	
	職業			0.006**
	自営業	4 (25.0%)	7 (11.7%)	
調整済み残差	1.3	-1.3		
被雇用者	11 (68.8%)	26 (43.3%)		
調整済み残差	1.8	-1.8		
無職者	1 (6.2%)	27 (45.0%)		
調整済み残差	-2.9	2.9		
有職者	15 (93.8%)	33 (55.0%)	0.004**	
無職者	1 (6.3%)	27 (45.0%)		
自殺の方法			0.96	
縊死	9 (56.3%)	32 (53.3%)		
飛び降り	2 (12.5%)	9 (15.0%)		
入水	0	3 (5.0%)		
薬物	1 (6.2%)	4 (6.7%)		
ガス	4 (25.0%)	8 (13.3%)		
飛び込み	0	1 (1.7%)		
焼身	0	1 (1.7%)		
その他	0	1 (1.7%)		
手段不明	0	1 (1.7%)		
自殺時の物質使用			0.0002***	
アルコールのみ	6 (37.5%)	0		
調整済み残差	4.9	-4.9		
アルコールと向精神薬の併用	1 (6.2%)	3 (5.0%)		
調整済み残差	0.2	-0.2		
アルコールと解熱・鎮痛剤等との併用	0	1 (1.7%)		
調整済み残差	-0.5	0.5		
向精神薬のみ (複数種の服用を含む)	1 (6.2%)	15 (25.0%)		
調整済み残差	-1.6	1.6		
向精神薬と解熱・鎮痛剤等との併用	0	1 (1.7%)		
調整済み残差	-0.5	0.5		
解熱・鎮痛剤等とその他の有害物質の併用	0	1 (1.7%)		
調整済み残差	-0.5	0.5		
農薬	0	1 (1.7%)		
調整済み残差	-0.5	0.5		
物質の種類不明	0	1 (1.7%)		
調整済み残差	-0.5	0.5		
物質使用なし	4 (25.0%)	31 (51.7%)		
調整済み残差	-1.9	1.9		
物質使用状態不明	4 (25.0%)	6 (10.0%)		
調整済み残差	1.6	-1.6		
自殺関連行動の既往 ならびにその家族歴	自傷・自殺未遂歴あり	6 (37.5%)	21 (35.0%)	1.00
	親族や友人知人の自殺・自殺未遂歴あり	12 (75.0%)	36 (60.0%)	0.38
	失踪歴あり	6 (37.5%)	20 (33.3%)	0.77
	事故傾性あり	14 (87.5%)	33 (55.0%)	0.02*
死亡前1年間に見られた 社会的問題	死亡1年前の転職歴あり	0	13 (21.7%)	0.06
	死亡1年前の休職歴あり	2 (12.5%)	7 (11.7%)	0.14
	死亡時点の返済困難な借金あり	8 (50.0%)	9 (15.0%)	0.006**
死亡前に見られた 医学的問題	死亡1年前の重症の身体疾患への罹患経験あり	3 (18.8%)	11 (18.3%)	1.00
	死亡1ヶ月前の身体の不調あり	10 (62.5%)	33 (55.0%)	0.78
	死亡1ヶ月前の睡眠障害あり	10 (66.7%)	47 (87.0%)	0.21
	精神科受診歴あり	7 (43.8%)	31 (51.7%)	0.78
	医師または専門家への援助希求あり	8 (50.0%)	34 (56.7%)	0.78
死亡前1年間の 飲酒の状況	毎月の平均飲酒日数 ^{注2)}	N=16 24.8 (SD=9.0)	N=55 6.5 (10.5)	0.000***
	1回の平均飲酒量 (杯) ^{注2)}	N=16 8.0 (SD=4.4)	N=57 1.2 (SD=1.5)	0.000***

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

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

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

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

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

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

注1) 比率の検定にはFisherの正確検定を行った。

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

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

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

2) 自殺の状況

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

3) 自殺関連行動の既往ならびにその家族歴

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

4) 死亡前1年間に見られた社会的問題

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

5) 死亡前に見られた医学的問題

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

6) 死亡1年前の飲酒状況

死亡1年前における月平均の飲酒日数には、両群間で顕著な差が認められ ($p<0.001$)、AL問題群では平均24.8 (SD=9.0) 日と、連日のように飲酒していたことをうかがわせる結果であった。また、一回の平均飲酒量にも有意差が認められ ($p<0.001$)、AL問題群の平均一回飲酒量は8.0 (SD=4.4) 杯 (純アルコール換算で約72gであった。なおこの純アルコール量は、日本酒換算 (1合あたり純アルコール約20g¹³⁾) で約3.6合であった。

7) 罹患していた精神障害の内訳

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

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

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

2. AL問題群事例の検討

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

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

表3 AL問題群の精神障害の合併

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

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

【事例1】 60代後半 男性A（図1参照）

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

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

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

【事例2】 50代後半 男性B（図2参照）

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

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

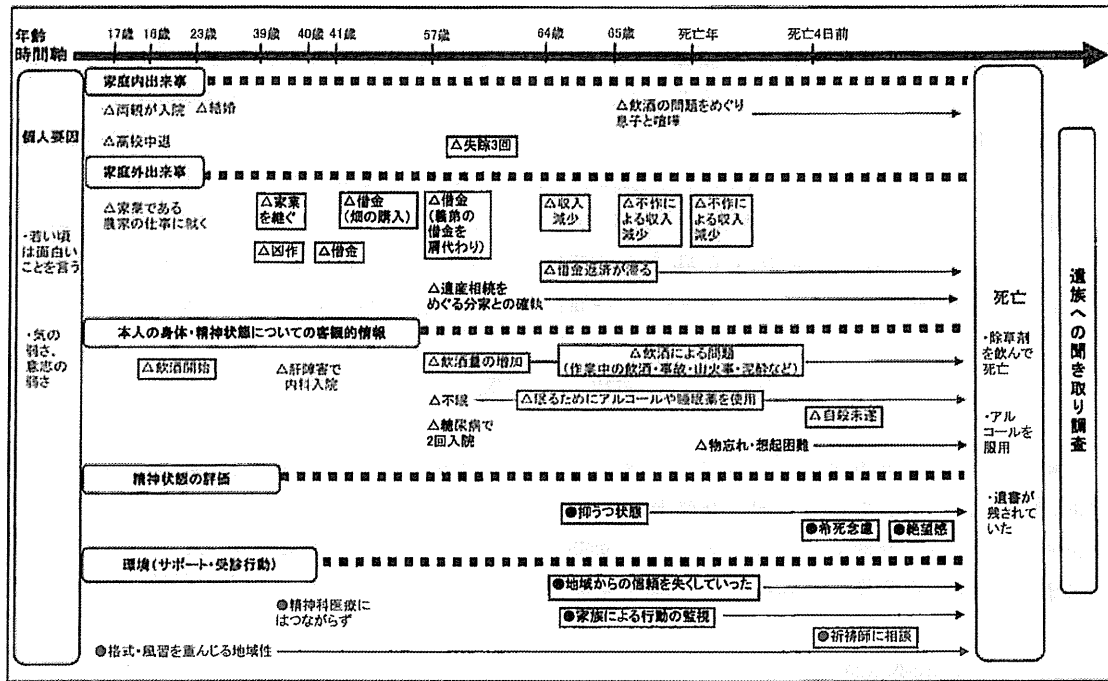


図1 事例1のライフチャート

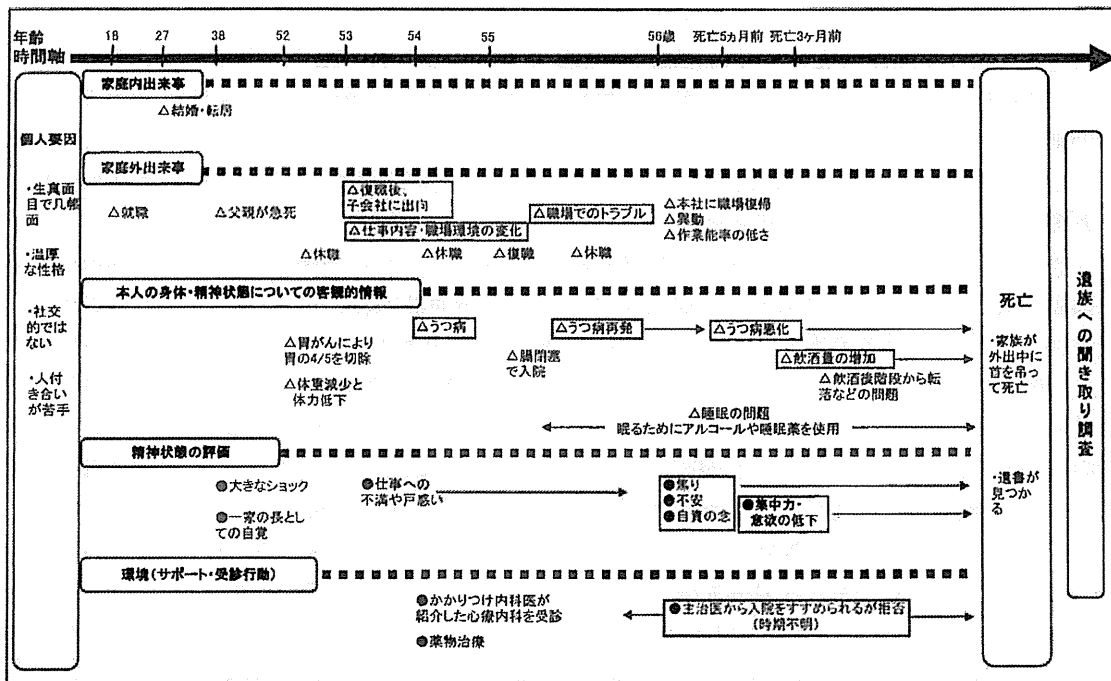


図2 事例2のライフチャート

介された心療内科にて治療を受けるようになった。

しかし、自殺の2年前にあたる復職1ヵ月後に、術後の合併症である腸閉塞を発症して入院したのを機に、複数の上司からの異なる指示に混乱してうつ病を再発し再び休職した。自殺の1年前に復職し、別の部署に配属されたものの、他の職員に比べて作業がはかどらずに落ち込んでいた。また不眠の症状が見られ、睡眠薬やアルコールを睡眠のために使用していた。

自殺の5ヶ月前にうつ病が悪化し、集中力・意欲の低下を訴え、徐々に無口になっていった。さらに自殺の3ヶ月前より飲酒量が増え、隠れて飲むようになり、酩酊しては自宅内で転倒したり、歩行が困難になったりするといった場面があったことが家族によって報告されている。

考 察

本研究は心理学的剖検の手法によって収集された情報をもとに、死亡1年前にアルコール関連問題を呈した自殺者の心理社会的特徴、自殺に至るまでの経過やアルコールの影響、精神医学的特徴について検討したものである。本研究から得られた結果にもとづいて、アルコール関連問題と自殺との関係、ならびに、自殺予防の介入ポイントに関して、以下に考察を行いたい。

1. アルコール関連問題と自殺

本研究では自殺既遂者の21%に死亡1年前にアルコール関連問題が認められ、その81%にアルコール依存・乱用の精神医学的診断が可能であった。わが国における試行的な心理学的剖検研究⁹¹⁴⁾では、アルコール依存・乱用の診断が可能であった者は物質関連障害（アルコール乱用）がわずかに4～6%であった。本研究結果はこれらの報告よりも高い数値であるが、海外における先行研究²⁹⁾にはむしろ近い結果といえる。

また、非AL問題群は全ての年齢階級から構成され、女性や無職者が含まれていたのに対し、AL問題群は40代と50代を中心に男性の有職者（無職者1名）で構成されていた。こうしたAL問題群のプロフィールは、いわゆる「働き盛りの中高年男性」と捉えることができる。その意味でAL問題群は、平成10年に急増して以降高い水準で推移している中高年自殺者数¹³⁾と共通した特徴を持っているように思われる。

さらにAL問題群では、死亡時点で返済困難な借金を抱えていた事例が、非AL問題群よりも高率に確認された。自殺の原因・動機別について、健康問題に次いで経済・生活問題が多く、中でも負債（多重債務）が最も多く40代と50代の男性が9割を占めている¹³⁾。この報告はAL問題群のプロフィールと重なるところもあり、経済的な問題を抱えた人物が、一時的に気分を紛らわすためにアルコールを摂取し、それが習慣化してしまうことによって、問題が更に困難な事態になってしまうことが想像される。事例1では、もともとアルコールの問題を抱えていた男性が、借金の返済に窮するようになった後に、飲酒量が増加したことが確認された。

加えてAL問題群では事故傾性が高率に認められた。自殺は突然何の前触れもなく起きるというよりは、それに先立って事故の安全や健康を守れないという状態が先行してしばしば出現するといわれている¹³⁾。本研究でも両群の半数以上に事故傾性が確認されたが、非AL問題群よりもAL問題群のほうが高率であった。事例1では飲酒上での事故傾性が複数確認された。これらのことから、攻撃性や衝動性の高まりといったアルコールの薬理作用⁹⁾による自己破壊的な行動が、AL問題群に頻発しやすいことが示唆されたといえる。逆に言えば、頻発するアルコールが絡んだ事故傾性は自殺のサインでもあり、自殺およびアルコール関連問題に対する介入の

ポイントとなり得るとも考えられる。

もちろん、これらのことをもって、「わが国の自殺者急増にはアルコール関連問題が影響している」とは結論できないものの、今後の自殺対策推進にあたって、アルコール関連問題対策を視野に入れていくことの意義は示唆されたといえよう。

2. アルコールが自殺に及ぼす影響

AL問題群は、非AL問題群に比べて死亡前1年間に多量の飲酒をしていた。AL問題群は、健康日本21¹⁹⁾で示された「節度ある適度な飲酒」である1日平均純アルコールで約20g程度を大幅に超過した量（平均約72g、日本酒換算で約3.6合）を連日のように飲酒しており、その量は、わが国におけるコホート研究⁸⁾において自殺のリスクが高まる酒量とされている「週414g以上」をはるかに超える水準であった（72g×7日で概算504g/週）。また、飲酒量の変化は特に中高年で注意すべき自殺のサインであるといわれているが¹⁹⁾、そうした特徴は提示した2事例において確認された。これらのことは、AL問題群の自殺にはアルコールが無視できない影響を与えていた可能性を示唆するものと考えられる。

またAL問題群には、非AL問題群で確認されなかった自殺時のアルコール単独の服用が高率で認められた。また非AL問題群の中にもアルコールと他の物質を併用していた事例も確認された。Cherpitelら³⁾は、自殺未遂で救急受診した患者の約40%からアルコールが検出されことを報告し、アルコールの薬理作用が衝動性を高め、自殺行動を促進すると指摘している。AL問題群の多くでも、同様の影響が見られた可能性が推測される。

3. AL問題群の精神医学的特徴

AL問題群と非AL問題群では、物質関連障害（アルコール依存・乱用）の罹患率にこそ有意差が見られたものの、大うつ病性障害をはじめとする他の精神障害の罹患率に有意差はみられなかった。併存するすべての精神障害の診断の数には有意差が確認され、AL問題群は平均して2つの精神障害を有していることが推察された。その中でもアルコール使用障害と気分障害、中でも大うつ病性障害との併存が最も多く確認された。

ただし、アルコール関連問題と大うつ病性障害の関係性で、両者のどちらが先行するかについては、事例1のように、アルコール依存から二次的に大うつ病性障害を発症したと考えられる事例、あるいは事例2のように、大うつ病性障害の症状に対する反応もしくは対処として、アルコール関連問題を呈した事例が見られるなど、2種類のパターンがあることが推測された。このことは、アルコール関連問題と大うつ病性障害との関係を考えるうえで興味深い知見と考えられた。先行研究は、アルコール依存患者における高率なうつ病の併存を明らかにしており²⁰⁾、また、習慣的な大量飲酒が二次的にうつ病を続発させること²¹⁾、さらには、うつ病患者にアルコール依存が併存した場合には自殺の危険が高まることも指摘されている⁶⁾。わが国の自殺対策を効果的に進めていくには、今後、アルコール関連問題と大うつ病性障害をはじめとする気分障害との関係については、さらに詳細な調査が求められるといえるであろう。

4. 自殺予防からみたアルコール関連問題の介入ポイント

本研究では、AL問題群の全ての事例が、精神科受診歴がある者を含めて、アルコール関連問題に対する援助を受けていた者はおらず、また、アルコール関連問題について何らかの援助希求行動をとった者もいなかった。このことは、一般住民にアルコール関連問題に関する十分

な知識がないだけでなく、精神科医だけでなく他の臨床科医師もアルコール関連問題を看過し、適切に対応ができなかった可能性を示唆する。こうしたことを踏まえると、自殺予防という観点から、以下の二点が重要な介入のポイントとなろう。

第一に、アルコール関連問題に対する精神科医療の充実である。冒頭で述べたように、これまでわが国における精神保健領域の自殺対策は、うつ病に重点がおかれてきた経緯がある。AL問題群と非AL問題群のいずれにおいても大うつ病性障害罹患率は高く、その意味では、かかりつけ医のうつ病に対する診断・治療技術の向上といった対策は妥当なものといえる。しかしながら、精神科受診歴を持つAL問題群の全事例でアルコール依存・乱用に対する介入がなされていなかったことを考慮すれば、それだけでは不十分であるかもしれない。またAL問題群は平均して2つの精神障害が併存しており、精神科医のアルコール関連問題に対する診断能力の向上、ならびにアルコール使用障害とその他の精神障害の合併も考慮した治療・支援体制の充実も必要であるように思われる。また、身体疾患による他科受診からのアルコール関連問題への気づきといった点では、臨床科医師に対するアルコール関連問題に関する啓発も重要であるかと思われる。

第二に、アルコール関連問題と自殺の関連についての啓発である。中高年、特に男性では、精神科受診に対する抵抗感を抱く者が多く、身近な相談資源が乏しく、支援につながりにくい集団と考えられている²³⁾。こうした中高年男性が、金銭面を含めたストレスや悩みに際しても、専門家に援助を求めたり、誰かに相談したりせず、ただひたすら飲酒という孤独な対処で紛らわす、といった事態は容易に想像できるものである。こうした対処のあり方は、それ自体、斎藤²³⁾がアルコール依存者の精神病理学的特徴として指摘した、「がんばり」「つっぱり」といった構えとそのまま重なるものである。そのように考えれば、中高年男性のアルコール関連問題とメンタルヘルス問題との関係についての住民向け啓発活動が必要であり、また、保健機関における酒害相談や家族教室の充実、ならびに、自助グループと連携した自殺予防活動が求められよう。

5. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界があるが、ここでは特に主要な二つの点を挙げておく。

第一の限界は、対象の代表性である。本研究の対象者は、あくまでもその遺族が各地域の精神保健福祉センターにおける遺族ケアなどにアクセスし、調査に同意した者に限られている。しかも、単身の自殺既遂者などは前提として調査対象から除外されている。したがって、本研究の結果をただちにわが国における自殺既遂者の一般的特徴として受け止めることはできない。

第二の限界は、対象となっている自殺既遂者に関する情報源が家族であるという点にある。同居していたとはいえ、家族が知り得る範囲には自ずと限界があり、さらにまた、記憶想起のバイアスが混入した可能性も否定できない。

これらの限界は、心理学的剖検研究に対する、科学性という観点からのよくある批判、例えば「対象に偏りがある」「遺族からの話だけでは情報源として偏りがある」など²⁴⁾と同じものであるが、自殺既遂者の生前の情報を得るためには、他の適切な方法がないこともまた現実である。大多数の遺族からの協力が得られたフィンランドのような国を挙げての心理学的剖検¹⁹⁾等の一部を除いて、心理学的剖検研究の多くが、こうした限界をふまえたうえで、自殺には複数の要因が関与していることを明らかにしている²⁴⁻²⁶⁾。

以上の限界にもかかわらず、本研究は、心理学的剖検の手法によりアルコール関連問題と自

殺との関連性を検討した研究としての意義があると思われる。今後は、さらに対象数を増やすとともに、年齢、性別、居住地を一致させた対照群との比較、および人口動態統計などの全数データの参照などを通じて、わが国でも、アルコール関連問題が自殺既遂の危険因子なのかどうかを明らかにする必要がある。

要 約

本研究では、心理学的剖検の手法により収集された情報をもとに、死亡1年前にアルコール関連問題を呈した自殺事例の心理社会的特徴や精神医学的特長について事例数を増やして再検討した。その結果、死亡1年前にアルコール関連問題を抱えた自殺事例には、40代と50代を中心とした中高年男性かつ有職者という特徴が見られ、さらに、習慣的な多量飲酒、自殺時のアルコールの使用、死亡時点の返済困難な借金、事故傾性、アルコール依存・乱用の診断が可能な者が81%に認められるといった特徴が認められた。また、アルコール関連問題の有無で、自殺前の精神科受診歴に差はなかったものの、アルコール関連問題を標的とした治療・援助を受けていた事例は皆無であったことも明らかにされた。以上により、今後の自殺対策では、アルコール関連問題と自殺の積極的な啓発、アルコール関連問題に対する治療・援助体制の強化・拡充が重要である可能性が示唆された。

謝 辞

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

また本研究に際して多くのご助言とご支援をいただきました、川上憲人教授（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）、渡邊直樹教授（関西国際大学人間科学部人間心理学科）、横山由香里様（東京大学大学院医学系研究科健康社会学分野）に、この場を借りて深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 高橋祥友：WHOによる自殺予防の手引き。平成14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）自殺と防止対策の実態に関する研究。総括・分担研究報告書，pp.385-405，国立精神・神経センター精神保健研究所，東京，2007。
- 2) Lönnqvist, J. K., Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Aro, H. M. and Kuoppasalmi, K. I.: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry, Clin. Neurosci.*, 49 : Suppl:S111-116, 1995.
- 3) Cherpitel, C. J., Borges, G. L. and Wilcox, H. C.: Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of the literature. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, 28(Suppl) : 18S-28S, 2004.
- 4) Hufford, M. R.: Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 21 : 797-811, 2001.
- 5) Sullivan, L. E., Fiellin, D. A. and O'Connor P. G.: The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: A systematic review. *Am. J. Med.*, 118 : 330-341, 2005.
- 6) 張賢徳：人はなぜ自殺するのか：心理学的剖検調査から見えてくるもの。勉誠出版，東京，2006。