

回の震災被害および原発事故の収束にこれだけの時間を要することを想定できなかったことから、避難者が退所時に次にどこに移動する予定かをわれわれは把握しなかった。避難者の中には「帰宅する」、「親戚宅に移る」と避難所スタッフに告げている例もあったようだが、実際には市内のホテルに移動していた例や避難が長期化したために親戚宅に居づらくなり各地のホテルを転々としている例もあった。われわれは茨城県最北で被害の大きかった北茨城市で災害支援(「北茨城元気づくりプロジェクト」)を現在展開中であるが、同市内の雇用促進住宅に福島県民が避難しているのを確認している。このように、結局地元に戻れず、もっとも支援が必要となる「幻滅期」の最中に孤立した状態で生活している避難者が多数存在していると考えられる²¹⁾。われわれの考えでは、今回の震災の不幸な点の一つに「これまで生きてきた土地を失う」という根こぎ状況にあると考える²²⁾。今後、県外に長期間避難せざるを得ない状況にある被災者への支援も重要な課題になるのではないかと考えられる。

²¹⁾ いわゆる追跡調査は行っていないが、つくば市では市内在住の福島県避難者は全員把握しており、必要に応じて生活・健康状況の確認を行っているとのことである。

本稿の要旨は第24回日本総合病院精神医学会総会(福岡)で発表した。貴重な情報を賜ったつくば市保健福祉部健康増進課小野村順子氏に深謝いたします。

文献

- 1) Chadda RK, Malhotra A, Kaw N et al : Mental health problems following the 2005 earthquake in Kashmir : findings of community-run clinics. *Prehosp Disaster Med* 22 : 541-545, 2007
- 2) 福井知美, 佐藤いずみ, 山岸孝男ほか : 市川市に避難してきた阪神大震災の被災児童のこころのケアの経験. *精神保健研究* 42 : 91-104, 1996
- 3) ふくしま連携復興センター : frenpuku.com/wp-content/uploads/2012/03/1202kengai_hinan.ppt
- 4) 古川壽亮, 大野 裕, 宇田英典ほか : 一般人口中の精神疾患の勘弁なスクリーニングに関する研究. 厚生労働科学研究費「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」平成 14 年度研究協力報告書
- 5) Goenjian AK, Roussos A, Steinberg AM et al : Longitudinal study of PTSD, depression, and quality of life among adolescents after the Parnitha earthquake. *J Affect Disord* 133 : 509-515, 2011
- 6) 茨城県ホームページ : 平成 23 年東日本大震災関連情報. <http://www.pref.ibaraki.jp/20110311eq/index4.html>
- 7) 加藤 温 : 東日本大震災に対する北海道「心のケアチーム」派遣の経験から思うこと. *精神科治療学* 27 : 126-130, 2012
- 8) 河村代志也, 藤原修一郎, 秋山 剛 : 阪神大震災および東日本大震災における精神医療支援の経験. *総合病院精神医学* 23 : 152-159, 2011
- 9) 河嶋 讓 : 東日本大震災の支援活動を行って. *総合病院精神医学* 23 : 148-151, 2011
- 10) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ et al : Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine* 32 : 959-979, 2002
- 11) 金 吉晴 : 東日本大震災と心のケアチームの診療レポート. 一震災からの精神医療的復興の途上における断章. *精神医療* 64 : 138-148, 2011
- 12) 金 吉晴 : 東日本大震災における被ばく不安. *臨床精神医学* 40 : 1461-1467, 2012
- 13) 小林聡幸, 斎藤暢是, 菊地千一郎ほか : 東日本大震災・気仙沼市での活動報告—自治医科大学精神医学教室こころのケアチーム—. *精神科治療学* 27 : 254-260, 2012
- 14) 倉持 泉, 堀川直史 : 東日本大震災, 気仙沼での医療支援の記録. *精神科治療学* 26 : 920-923, 2011
- 15) 毎日新聞, 5月15日, 2012
- 16) 宮城徹朗, 平山智英, 松下棟治ほか : 山陰地方に避難後, 抑うつ状態を呈した阪神大震災罹災者の症例について. *日本社会精神医学雑誌* 5 : 260-261, 1997 (会議録)
- 17) 宮田久嗣, 須江洋成, 山寺 亘ほか : 福島県における支援活動(原発事故からの避難者を中心に). *最新精神医学* 17 : 19-25, 2012
- 18) 大高一則, 大瀧和男, 藤城郁美ほか : 愛知県に震災被災地から避難してきた児童生徒への支援をめぐる連携. 第 52 回日本児童青年精神医学会総会抄録集 : 199, 2011 (会議録)
- 19) Raphael B : When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe. Basic Books, New York, 1986 (石丸正訳 : 災害が襲うとき—カタストロフィの精神医学. みすず書房, 東京, 1988)

- 20) Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M : Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. *Disasters* 31 : 115-129, 2007
- 21) 佐藤茂樹, 吉田佳郎, 石束嘉和ほか: 石巻赤十字病院への精神科リエゾン診療支援. *総合病院精神医学* 23 : 160-166, 2011
- 22) 佐藤晋爾, 朝田 隆, 土井永史: 東日本大震災被災者への精神科的対応についての私見 根こぎうつ病への注目を. *精神医学* 53 : 922, 2011
- 23) 白戸江美子, 福岡志津子, 佐藤淳子ほか: 東日本大震災に係る県外避難者への支援 保健所と市町村の協働によるペア訪問の取り組み *東北公衆衛生学会誌* 60 : 24, 2011 (会議録)
- 24) 上杉彰仁, 竹内 崇, 西川 徹: 福島県相馬市における心のケアチームに参加して. *外来精神医療* 12 : 21-23, 2012

* * *

特集◆災害と精神医学

東日本大震災における茨城県心のケアチームの
福島県相馬市支援活動

太刀川弘和¹⁾ 高木 善史²⁾ 山形 晃彦³⁾
佐藤 晋爾¹⁾ 土井 永史³⁾ 朝田 隆¹⁾

抄録：福島県と福島県立医大の要請に基づき、筑波大学附属病院精神神経科と茨城県立こころの医療センターは、附属病院薬剤部、茨城県臨床心理士会を加えて、多職種による「茨城県心のケアチーム」を結成し、発災後38日目にあたる4月18日より9日間福島県相馬市で心のケア活動を行った。活動内容は、避難所巡回、被災者の自宅訪問、公立相馬総合病院の仮設精神科外来診療などであった。活動の結果、夜間診療、リエゾン診療、ピアサポートなど、被災者の地域ニーズに合わせた診療の重要性を感じた。支援対象の避難者の約半数は、不眠、PTSD、うつなど何らかの精神科診断がつく状態であった。今後も精神障害が増加するおそれがあり、長期の精神・心理的ケアが必要と考えられた。また支援者の惨事ストレスにも留意が必要と思われた。

臨床精神医学41 : 1153 ~ 1161

Key words : 東日本大震災(Great East Japan Earthquake), こころのケア(mental health care), 心的外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder), ピアサポート(peer support), リエゾン精神医療(liaison psychiatry)

(2012年7月5日受理)

共同研究者一覧

氏名	所属
吉田 隆夫	茨城県立こころの医療センター
磯崎 哲也	茨城県立こころの医療センター
倉橋 憲二	茨城県立こころの医療センター
菅谷 進	茨城県立こころの医療センター
小原 昌之	茨城県立こころの医療センター
鈴木 謙市	茨城県立こころの医療センター
吉澤 一巳	筑波大学附属病院薬剤部
坂本 昭裕	筑波大学体育センター, 茨城県臨床心理士会
高橋 祥友	筑波大学医学医療系臨床医学域災害精神支援学

1 はじめに

平成23年3月11日、未曾有の災害、東日本大震災が発生した。周知のとおり、この震災により大規模な津波が発生し、東北3県、関東2県と広域で甚大な被害が生じた。

茨城県は関東では最も甚大な被害を受けた。死者・行方不明者25人、住宅の全半壊は2万2千棟、道路・橋梁の損壊は350カ所に上った¹⁾。震災直後には、電気・水道などライフラインが寸断され、ガソリン、水不足の生活被害を受けた。また、福

Support activities for Fukushima's Souma City by Ibaraki mental health care team at Great East Japan Earthquake

¹⁾ TACHIKAWA Hirokazu, SATOU Shinji and ASADA Takashi 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学

〔〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1〕

²⁾ TAKAGI Yoshifumi 神奈川県立精神医療センター 芹香病院³⁾ YAMAGATA Akihiko and DOI Nagafumi 茨城県立こころの医療センター

島第一原子力発電所事故による放射性物質拡散の影響を受け、農畜産物などの出荷規制や風評被害による経済的損失が発生した。筆者らの所属する筑波大学附属病院精神神経科(筑波大)をはじめ、県内の精神科医療機関も施設の一部損壊など多大な被害を受けたが、幸い医療機能を喪失するまでには至らなかった。

一方、隣県の福島県はより甚大な被害を受け、放射線被害も加わって精神医療体制が崩壊の危機にあることを知り、本県は震災後4日目から災害支援の体制を整え、県立こころの医療センター(センター)が窓口となって、福島県の精神科病院入院患者約100名の県内精神科医療機関への移送・受入れを行った。筑波大学精神神経科は、同患者受け入れや福島県からの避難者を受け入れたつくば市避難所の巡回を行った。また県立こころの医療センターと合同で「茨城県こころのケアチーム」を結成し、3月末に北茨城市、いわき市の避難所巡回を行った。

続いて、福島県保健福祉部長及び福島県立医科大学精神医学講座丹羽真一教授より当科朝田 隆教授、センター土井永史院長に対して福島県相馬市への心のケアチームの派遣要請があったため、同地に赴き支援活動を行った。活動に際しては、避難者支援や多職種チームの活動について示唆することも多かった。同市のこころのケア活動に関しては全国から多くの精神科医師が団体・個人を問わず参加し、すでにいくつかの活動報告がみられるが^{2,12,13)}、震災1カ月前後の比較的早期に隣県から支援にいったこと、集計データを得たことなど独自の知見も得られた。

そこで本稿では、震災後1年を経て、相馬市で行った茨城県こころのケアチームの支援活動の概要を総括し、些少の考察を加える。

2 活動の概要

発災38日目にあたる平成23年4月18日から4月27日までの9日間、精神科医師、看護師、臨床心理士、薬剤師、精神保健福祉士の多職種からなるチームを編成して支援活動を行った。18日～22日は1班として6名(医師2名、看護師2名、心理士1名、精神保健福祉士1名)、23日～27日は

2班として8名(医師2名、看護師3名、心理士1名、薬剤師1名、精神保健福祉士1名)の2チームで活動した。精神科医4名は筑波大から2名、センターから2名参加、臨床心理士はセンター、県臨床心理士会から各1名参加した。看護師、精神保健福祉士は県立こころの医療センター所属で、薬剤師は筑波大学附属病院薬剤部1名が参加した。チームメンバーのうち福島県出身者は原発避難区域20 km圏内であるN町出身の看護師1名であった。惨事ストレスのリスクを心配する声もあったが、本人の強い希望で参加に至った。

相馬市は、福島県浜通りの北部沿岸部に位置し、北を新地町、南を南相馬市、西を伊達市に接している人口約4万の町である。保健福祉圏域は相双地域にあたる。同市の災害支援は、相馬市医師会と相馬市保健センターが担当し、各都道府県から日本医師会災害医療チーム(Japan Medical Association Team; JMAT)、保健師、薬剤師など多くの医療支援チームが介入していた。心のケアチームは、福島医大の看護部がコーディネートを担当していた。同地での活動内容の吟味や必要物品、宿舎などは、センターの精神保健福祉士があらかじめ福島医大の看護部などと連絡をとり手配した。当時はまだ福島第一原子力発電所の放射線事故に伴う放射線拡散の情報が不明確であったために、各自放射線測定パッチや放射線簡易測定器を携帯した。現地にはスタッフが公用車に分乗し、放射線避難準備区域30 km圏を避け、東北自動車道から迂回して向かった。

現地では、毎朝相馬市保健センターで多職種医療支援チームの連絡会議に出席し、その後コーディネーターの指示を受け、先に活動していた慶応大学精神科チームと個人医師と役割分担して活動を展開した。具体的には、①市内4カ所の避難所巡回、②在宅避難者の訪問、③公立相馬総合病院における臨時精神科外来診療を行った。相馬市内の被害状況、医療支援体制などの情報収集も行った。1日の活動スケジュールは表1に示した。

3 活動の結果

1. 相馬市の被害状況

現地では市保健センター長と福島医大看護部担

当者の話と現地視察で被害状況を得た。同市は国道6号線バイパスまでの広汎な沿岸部に津波が押し寄せた。このため、われわれが初日に現地を視察した際には市の中心部と沿岸部で被害が大きく異なっていた。中心部ではライフラインも維持され、商店の営業なども行われている一方、津波被害を受けた沿岸部の惨状は目を覆うばかりであった。このような状況で「復興」、「頑張ろう」などとはとてもいえず、被災者にかける言葉もないくらいの気持ちになった。家々は跡形もなく、荒漠とした地がれきと汚泥が堆く山積していた。警察や自衛隊ががれきの除去や行方不明者の捜索を大勢で行い、物々しい救援車両が頻繁に行き交っていた。浅瀬で有名な松川浦の防波堤は決壊し、海岸から遠く離れて陸地に打ち上げられた多くの漁船の残骸が、津波の凄まじさを物語っていた。N町出身の看護師は、友人達の家があった場所を説明しながら泣いた。市の小学校は授業を再開していたが、「破壊された故郷が窓から見える校舎で授業を受ける子供達が不憫」と担当者は言葉を詰まらせた。

震災死亡者・行方不明者は4月26日の時点で、死亡者404(458)名、行方不明者69名(0)で、震災孤児が25世帯43名、うち両親とも死亡した孤児が5名であった(括弧内は24年5月現在値)。避難所は震災直後16か所に4,545人が身を寄せていたが、われわれが現地入りした時点で8か所に減少し、なお1,125人が在所していた。

一般科においては市内の病院・診療所の9割が再開していたが、相双地域の精神科医療機関は、殆どが南相馬市にあり、原発避難区域30km圏内にある4つの精神科病院がいずれも閉鎖・休業となったために、結果的に震災前に約850あった病床が0床になっていた。

2. 避難所巡回

1, 2班とも小学校(避難者:53人)、中学校(避難者:117人)市スポーツ施設(避難者:130人)、市福祉センター(避難者:374人)の4つの避難所を巡回した。避難者のわれわれに対する受け入れは比較的良好であった。医師による身体の調子を尋ねるリエゾン診療や、心理士によるマッサージ、体操、看護師による青竹踏み、血圧測定、薬

表1 こころのケアチームの活動スケジュール

時刻	活動内容
8:30	支援活動チーム合同ミーティング(JMATなど)
9:00	相馬市被災・支援状況報告(相馬市保健センター)
9:30	避難所状況申し送り(保健師)
10:00	避難所巡回(各チーム)
12:30	こころのケアチームミーティング (コーディネーター)
13:00	相馬総合病院臨時外来診療(こころのケアチーム)
17:00	支援活動チーム合同ミーティング
17:30	避難所夜間巡回※
19:15	チーム内ふりかえりカンファレンス※

※ 茨城こころのケアチームで試験的に行った。

剤師による感染予防対策、健康アドバイスなどで関係構築後、精神療法に移行するとスムーズに避難者の話をきくことができた。2班の地元出身の看護師が地元の言葉で語りかけると、ほかの医療スタッフには語らなかつた心の内を初めて語ってくれる人もいた。一方、日中の巡回では避難所で生活されている方々の多くが自宅の片づけや仕事へ出かけており、避難所には高齢者のみが残っていて、医療のニーズは充足できていないと感じた。そこで2班は2日目、3日目と18時～20時の夜間診療活動も行った。その結果、昼間の介入だけでは把握できなかった高血圧などで支援が必要な男性数名への介入も行うことができた。また2班では、各避難所を巡回するごとにチームの情報共有と対応の質の向上を目的にミニカンファレンスをもった。この際、コーディネーターに確認のうえ、個人情報を除き相談票を集計し得たので、以後同集計データによる巡回結果を記述する。

対応相談件数は、4日間で医療、看護、心理を合わせて74事例延べ84件であった。避難所別には、市スポーツ施設で34/130例(26%)、市福祉センターで22/374例(5%)、中学校で3/117例(2%)、小学校で15/53例(28%)の相談事例がみられた。日毎の相談介入件数の推移は図1のとおりである。巡回時間の関係で最終日は件数が少ないものの、各避難所とも、2, 3回目の巡回から相談介入件数が大きく増加しており、関係が構築されてはじめて相談事例が増えた。また、4月25、

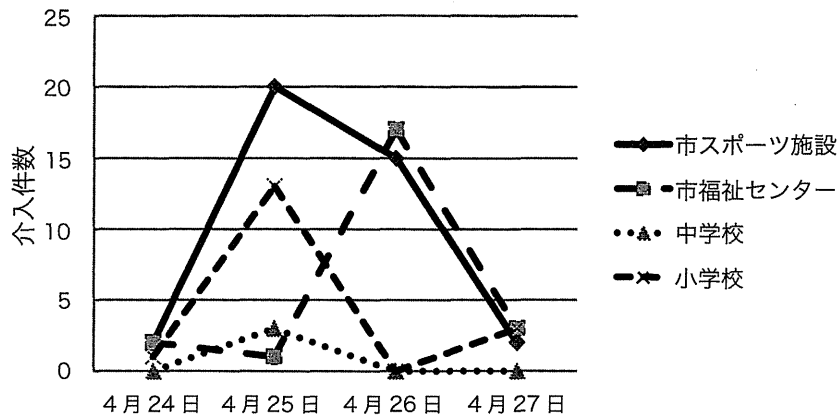


図1 巡回場所別介入件数推移

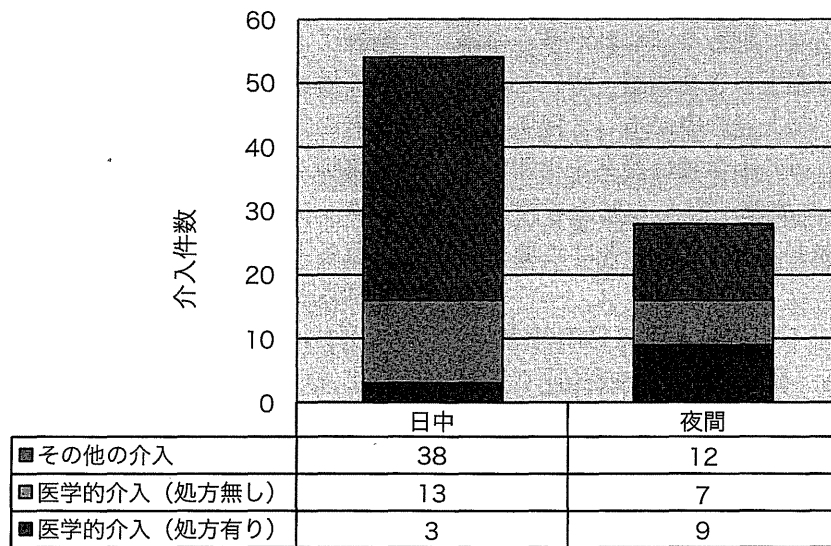


図2 日中、夜間別の介入件数内訳比較

26日に施行した夜間巡回診療結果は図2のとおりで、夜間は日中に比して処方を含めた医学的介入の比率が高かった。

相談事例は、性別では男性28例、女性54例と女性が男性の2倍多かった。年齢層は50代から70代が各20%を占めて最も多かった。相談者の語りで認めた震災によるストレスの延べ件数は図3のとおりで、津波による自宅全壊が最多件数で、避難所生活での対人・環境ストレス、一緒に暮らしていた家族の離散、自宅半壊の順に多かった。原発事故被害の訴えは予想していたより少なかった。親しい者の死亡・喪失は、家族、友人、職場同僚を合わせれば相当数あった。「自分

も死ねば良かった」、「生きるも地獄、死ぬも地獄」、「病気で死んでも構わない」など、自殺リスクが危惧される訴えもしばしばみられた。

相談事例のうち、医師が関わり診断し得たものについて、精神障害、身体症状別の各診断内訳を図4、5に示す。事例の半数以上に何らかの精神医学的診断がつけられる状態にあった。このうち最多の診断は不眠症で、次がPTSD、適応障害、抑うつ状態と続いた。身体症状も図5のように4割あり、肩痛、上気道炎、高血圧、疲労の順に多かった。

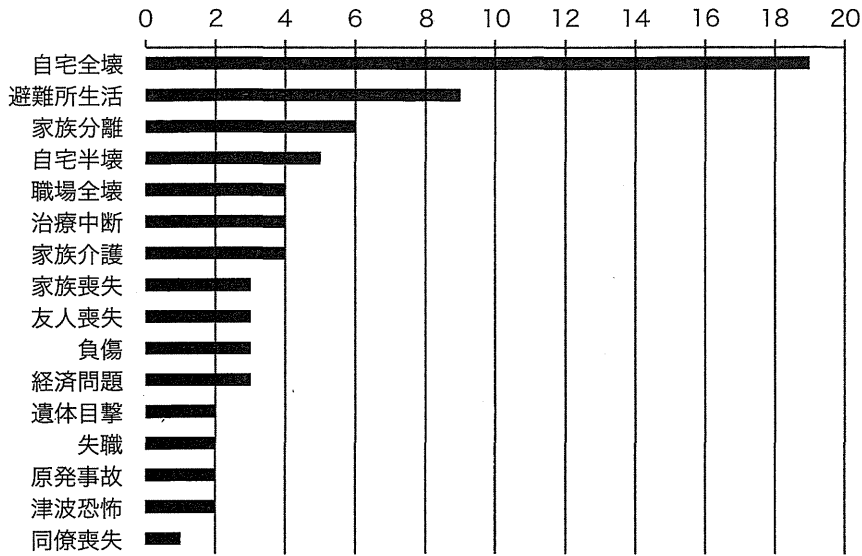


図3 訴えに認めた震災ストレス（延べ数、複数回答）

3. 公立相馬総合病院臨時精神科外来における診療

26日午後に医師2名、薬剤師1名で公立相馬総合病院に開設された精神科臨時外来診療を行った。現地の精神科病院に勤務していた看護師、心理士が付き添ってくれたため、外来診療は比較的円滑に行えた。薬剤師業務は、①処方可能な薬剤の提案、②患者服用中の薬剤の確認、③処方せんに関する疑義照会、④レセプト病名の確認であった。診療患者数は18例で、うち15例は南相馬市の精神科病院、診療所閉鎖に伴って処方不足した統合失調症などの慢性期患者であった。残り3名は、震災の惨事ストレスの影響で悪化した統合失調症、発病したうつ病、昏迷各1例であった。

4 事例呈示

以下に今回の震災で代表的と思われた事例を呈示する。なお、呈示に際してはプライバシーに留意し、本人が特定できないよう、病歴を改変した。

[事例1. 60代男性]

現病歴：自身の家は津波で半壊に留まったが、直後より地区委員として行方不明者の搜索活動、遺体の身元確認を行った。多くの遺体、中には知人の遺体もあったため強い恐怖感が出現するようになった。昼夜問わず、自分の横に遺体がいみつめられる感じとなり、眠れず、過活動となった。また、地区委

員の立場のため、被災で不安が高じた周囲の住民から怒りをぶつけられることもあり、人間関係でも強いストレスがかかるようになった。巡回保健師より不眠で精神科受診を希望している、とのことで、避難所で診察した。

現症：「疲れているが全く眠れず興奮している」、「目を閉じると死んだ友人や遺体はこちらをみている情景がありありと浮かんで、恐ろしく目を閉じられない」、「その場面を思い出さないようにと、次々にほかの活動をしてしまう、それで余計に疲れる」と訴えた。

経過：過活動、再体験、回避麻痺を認め、外傷後ストレス障害と診断した。JMATにより前週に処方されていたプロモバレリル尿酸をパロキセチンに変更したところ、症状はやや改善したが、過活動の状態が続き、数日後に不整脈を呈した。このため、福島医大精神科につないだ。

[事例2. 50代男性]

生活歴：両親と3人暮らし。原子力発電所の下請け会社に勤務していた。

現病歴：元々神経質で内気であった。震災当日は休暇で自宅にいた。両親を避難所で車から降ろす途中に津波が避難所に襲来した。両親は流されて死亡したが、本人は車ごと浮き上がって助かった。現在の避難所に避難したものの、臥床したままほかの避難者とほとんど疎通をとらないとのことで、診察し

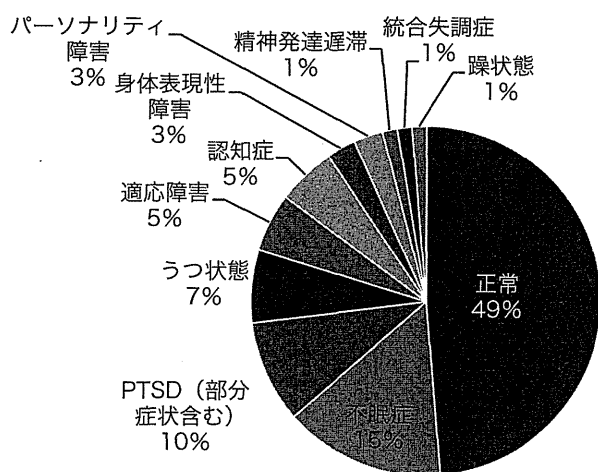


図4 避難所介入事例における精神科診断内訳

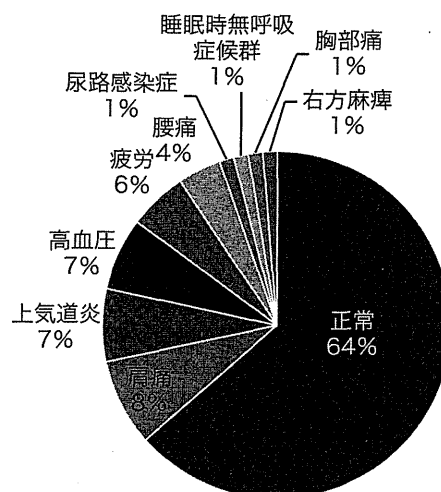


図5 避難所介入事例における身体症状内訳

た。

現症：JMATの診察室の向かいに段ボールで隔壁を作り、咳をして横になっているところをチーム看護師が発見。声をかけたが「医者嫌い」と診察を拒否した。表情が尋常でないと感じた看護師が同チームの地元出身の看護師に申し送り、同看護師が「どした」などと地元方言を交えて接触したところ、診察に応じた。「自分が避難所に降ろしたせいで、両親が死んでしまった」、「先の見通しも、仕事に行く気もせず、ゆううつな気分」、「咳がひどく眠れない。食事もとれない。でも、もうどうなってもいい」と訴えた。

経過：両親の喪失を契機に強い自責を伴って抑うつ気分、意欲減退、食欲不振、不眠を呈しており、外傷性悲嘆によるうつ病と診断した。訴えを傾聴し、投薬を提案した。抗うつ薬の投与は拒否したため、プロチゾラム、抗生剤を処方し、JMATに診察紹介した。

[事例3. 50代女性]

生活歴：2年ほど前にヘルペス脳炎を呈し、宮城県の精神科病院に入院。その後夫、長女と宮城県で問題なく生活していた。

現病歴：震災時、津波で家と夫、長女が流された。津波を免れた相馬市に住む長男のアパートに避難したが、その後夫、長女は行方不明で「どうしよう」と不安を訴え、3月下旬よりあまり口をきかず食事をとらないようになった。宮城県の前医を受診したが、

近医相馬市の病院でみてもらうよういわれ、相馬総合病院内科にうつ病の診断で通院。ほとんど食事をとらなくなり、何度か同院救急外来受診。4月に脳外科病院に精査入院したが、画像上異常なしといわれ退院。以後自宅で意思疎通のとれない状態となり、内科のコンサルテーションで、臨時精神科外来を受診した

現症：車いすにて受診。「うー」というほか、寡言、寡動で微熱、発汗、カタレプシーがみられた。こちらの問いにほとんど応答できなかった。付添いの長男の話では、「家族が死んでいたらどうしよう」、「ゆううつで不安」といい、1日中家で落ち着かずいたが、ここ数日は現在の状態になったという。長男は、「父親と妹の遺体は確認したが、母にはショックを恐れてまだ話していない」と呟いた。

経過：うつ病性昏迷状態、かつ脱水が疑われ、福島医大にコーディネートをお願いし、翌日単科精神科病院に紹介入院となった。

5 考察

今回の支援活動の中で学んだ点、気づいた点につき、以下項目毎に考察を加える。

1. 被災者介入事例の傾向について

介入事例で最も多い訴えは、津波により住居、職場、地域を喪失したことに対する悲嘆反応であった。一部は、家族、友人など親しい人物を失

い、遺体を目撃し、あるいは同定できず、外傷性悲嘆を呈していた。次に多いのは避難所環境へのストレスであった。避難所では、地域別の避難が行われており、特に女性では住民どうしのピアサポートが行われ、トラウマ体験の言語化は自然に進んでいる印象があった。しかし一部では強い悲嘆反応を示し、孤立していた。また男性では怒りや飲酒行動など誤った対処行動をしている例も多かった。こうした事例は今後精神障害や問題行動を起すハイリスク者で、注意を要する。

一方放射能の不安など原発事故自体に関する直接的な訴えは少なく、むしろ「隣町の人たちは逃げてしまい、自分たちは取り残された」といった訴えが数人から聴かれた。中井⁹⁾は復興時の「まだら被災」について述べ、被災中心部では共同体意識が高まるが、周辺部では疑惑や格差感、見捨てられ感が生じやすい、と指摘している。相馬市の場合、津波被害を受けた沿岸部と中心部の格差に加え、原発事故が強制した避難区域の隣町、いわば周辺であるゆえ、見捨てられ感の強まりが憂慮される。精神科医療体制については実際隣市の避難が生じたために崩壊の危機に至ったわけであり、こうした周辺部の葛藤も見逃されやすい原発事故の深刻な影響として指摘しておきたい。

介入事例の精神障害の診断内訳では、全事例の約半数が何らかの精神科的診断がつき、特に部分症状も含めるとPTSDは10%に上った。疫学調査によるとわが国のイベントのないPTSDの12カ月有病率は0.4%であるが⁵⁾、周囲の大切な人を失ったイベントがあった場合4～8%⁴⁾、阪神・淡路大震災での家屋全壊群は9.6%¹⁾、スマトラ島沖津波の被災地住民の12%がPTSDであったという。今回の結果は津波、家屋の全壊、親しい者の死など重篤な複合イベント後であるため、これらの報告に匹敵する高い出現頻度であったと考えられる。身体症状は4割にみられ、肩こり、上気道炎、高血圧が多かった。宮城県の震災後ストレス外来の報告⁸⁾では、5割に身体症状がみられ、内訳では消化器疾患、頭痛、高血圧が多かったという。われわれの結果は避難所であったため、集団生活で衛生状態が保ちづらく、ストレスが高いため肩痛や上気道炎が多かったと思われる。紹介

した3事例は、いずれも親しい者の死に接する重篤な悲嘆反応など複合イベントから精神障害を呈していた。これらの事例については、外傷性悲嘆の治療も含めて継続的な診療体制が重要と思われる。

2. 介入手法について

相馬地域は、精神病患者監護法公布の契機となった相馬事件³⁾以来、精神医療に対する抵抗感があると前もって聞かされた。また阪神淡路大震災や新潟地震の経験において、当面の心配毎や体の状態から話を聞いていくリエゾン診療としての介入が抵抗感を弱めるとの報告も多く、これに準じた介入を行った。すなわち医師、心理士は肩のマッサージや体操を行い、看護師は竹踏みを配布したり、血圧測定を行ったりしながら、支持的傾聴に努めた。このような形で避難者との関係構築に努めながら、こころのケアのニーズを調べ、ハイリスクと思われた人には医師が話を改めて聞いた。先に1班が同様の手法で巡回を行ったため、2班では大きな問題なく関係を構築し、話を聴くことができたと思われる。加えて2班では地元出身の看護師が地元の言葉で話しかけると、多くの人が安心して話してくれ、あるいは事例2のように診療につながったケースもあった。

経験知にもとづく災害時の心理支援マニュアルとして定着しているサイコロジカル・ファーストエイド¹⁴⁾では、いきなり介入するのではなく、①被災者の文化に合わせ関係を構築する、②安全と安心感を与える、③被災者のこころに寄り添って安定化を図る、④さしあたり困っていることを聞く、⑤現実的な問題解決の支援を行う、⑥周囲の人々とのかかわりを促進する、⑦対処に役立つ情報を与える、⑧紹介と引き継ぎを行う、という8つの活動内容をあげている。さまざまな切り口から避難者との関係性を構築し、身体症状への対応、そしてこころのケアという避難者に寄り添うプロセスへと発展させていくわれわれの活動はおおむね①～④に沿っていたと思われるが、⑥については、悲嘆反応が強く拒絶的な男性の場合など、ピアサポートを促進することは困難であろう。こうした場合、本人自身の惨事ストレスに十分留意しながら、被災地出身、あるいは近県スタッフが支

援することも一種のピアサポートとして有用ではないかと考える。この観点からすれば、チームへの女性スタッフの参加もより有用であったかもしれない。

また2班では夜間巡回を実施したところ、多くの医療的ニーズがあり、日中外に出ている男性の抑うつや高血圧などを見いだした。われわれ以降のチームでは、夜間巡回に否定的な意見もあり中止したようであるが、日中誰もいないとわかっている避難所を繰り返し回るよりも、被災者支援の本旨に立てば、避難者のニーズを被災後の時系列にあわせて察知し、より柔軟な対応ができればよいのではないかと考える。

3. 支援者の惨事ストレスケアについて

津波の惨状を目の当たりにし、被災者の言葉を聞いたわれわれは、日中の活動後、重苦しい気持ちや限られた支援への自責感を感じ、あるいは軽躁的、過食気味となった。今思えばなぜあんなに食べていたのかよくわからない。地元出身の看護師は激情にかられることもあった。そこでわれわれは、連日夕食を挟んで1日の活動を振り返る話し合いを行った。ここでは、それぞれ個人が抱いた思いを話し、気持ちを共有することができ、その結果最後まで全員が前向きに活動することができた。後に、この夜の話し合いがセルフケアになった、という声がチーム構成員から多く聞かれた。

松井は、消防士の惨事ストレスへの対処として、①できるだけチームで活動すること、②活動後に話したい気持ちがある場合は、安全な場所で信頼できる仲間と話し合いをもつことを推奨している⁷⁾。後者についてはかつてデブリーフィングの功罪が問題になり、推奨しない立場もある。しかしこちらのケアは、被災者の生々しい話をうかがい、激しい感情をぶつけられ、時にケア自体への拒否に遭遇することから、例え支援の知識に精通していたとしても、無力感をもち、惨事ストレスを受けることは避けられない。したがってチームでの活動や話し合いをもつことなど惨事ストレスに留意した行動が災害後のこちらのケアを行う者においても重要と考えられる。

一方現場の行政職員や医療関係者はその多くが自身も被災し、疲労困憊している状況であったが、

彼ら自身へのケア体制はあまりなかった。今後支援者の惨事ストレスへのケア体制の検討は極めて重要と思われる。

4. 支援体制の課題と隣県ができること

相馬市のこちらのケア支援は、福島県立医科大学、福島県精神保健福祉センターの下体制が構築されており、役割分担も整理されていた⁶⁾。混乱のなか短期間でシステム構築をされたことに改めて敬意を表したい。

一方今回の支援活動の中で感じた課題として、情報共有があげられる。先述のように同市の支援では避難所に多数のチームが介入していたが、各々の相談記録を共有する方策がなかった。現場スタッフの混乱と疲労により、介入前の情報は直前に得られる状況であった。その結果各医療チームは交替で自分たちのペースで被災地へ入り、避難者の状況を毎回一から聴き取る作業を行っていた。避難者は、その都度答えることになり、新しい医療チームが入ると、「何度同じことを聴くのか」という人や、すぐに「問題ありません」と否認する人もいた。サイコロジカル・ファーストエイドではこうした介入をできるだけ避け、支援の継続性を保つよう勧奨している。避難所ごとに相談・診療記録を作る、チーム間でシフト制を設けメンバーが一斉に交替しないようにする、あるいは他県のソーシャルワーカーが早期に現地入りするなどの工夫が必要と感じた。

さて、被災1カ月後の避難者の声として多かったのは、避難所では地区ごとに避難しているためサポートしてくれる人がいて安心だが、仮設へ入ると孤立し、不安が大きい、というものだった。仮設入居後の継続的な訪問支援を含め、新たな精神医療体制の設営の必要性を強く感じた。その後同地域では、「相双に新しい精神科医療保健福祉システムを作る会」がNPO法人として結成され、平成24年1月には戸別訪問や仮設住宅での精神保健活動を行う保健福祉施設、ならびにアウトリーチ中心の心療クリニックが開設されたという¹¹⁾。被災者のニーズに応えた継続的支援を可能にするシステムと思われ、これが被災者支援のみならず、精神科病院の不足など精神科医療システムが十分でない地域でも、精神医療保健福祉システム

の新たなモデルとなるよう今後発展されることを祈る。

最後に、ここまで悲嘆反応、惨事ストレスなど深刻なところの問題と支援の必要性を強調してきたが、むしろ今回の支援では、被災者の皆さんに勇気づけられることも多かったことを付記したい。大変な不幸の中で、「そちらも被災地なのにご苦労様」と気遣ってくれたり、撮影した津波の映像をDVDにして配布してくれたり、「仕事が見つかった」と喜んで話してくれる被災者の方々の笑顔は、当初放射線や慣れない土地での拒絶を恐れた我々に明日への希望や人を信じる力を与えてくれた。サポートを受けたのはむしろサポートを与えるべき隣のわれわれであったかもしれない。通常の診療では得難い機会を与えてくださった福島県の皆様、一刻も早いところの復興を願うものである。

謝辞：今回の活動を要請いただき、現場で貴重な経験をさせていただいた福島県立医大神経精神医学講座の丹羽真一教授、ところのケアチームのコーディネートをさせていただいた大川貴子准教授はじめ同看護学部の皆様、ならびに被害状況について詳細をご報告いただき、私どもの活動にご協力いただいた福島県相馬市保健センター岡和田忠一所長に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 飛鳥井望ほか：企業職員層における阪神・淡路大震災復興期のストレス要因. 精神医学 40 : 889-895, 1998
- 2) 端詰勝敏, 鈴木友理子, 坪井康次：震災時におけるところのケア. 心身医学 52 : 365-372, 2012
- 3) 昼田源四郎編：日本の近代精神医療史. 精神医学レビュー No.38 ライフサイエンス, 東京, 2001
- 4) Kawakami N, Takeshima T, Ono Y : Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan : preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. Psychiatry Clin Neurosci 59 : 441-452, 2005
- 5) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al : Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 52 : 1048-1060, 1995
- 6) 黒沢美枝, 松本和紀, 丹羽真一ほか：東日本大震災に対するところのケア支援と復興支援対策ワークショップ. 精神神経学雑誌 113 : 749-772, 2011
- 7) 松井 豊：惨事ストレスへのケア. プレーン出版, 東京, 2005
- 8) 村上典子：災害における喪失・悲嘆への全人的ケア. 心身医学 52 : 373-380, 2012
- 9) 中井久夫：隣の病. 筑摩書房, 東京, 2010
- 10) 警察庁緊急災害警備本部：平成 23 年 9 月 10 日付け広報資料.
- 11) 丹羽真一：東日本大震災の復興計画と中長期的支援についてー福島県の場合ー. 精神神経学雑誌 114 : 223-226, 2012
- 12) 高木善史, 太刀川弘和, 朝田 隆, 土井永史：茨城県における精神医療の災害支援活動を振り返って. 全国自治体病院協議会雑誌 50 : 1642-1646, 2011
- 13) 上里彰仁, 竹内 崇, 西川 徹：福島県相馬市における心のケアチームに参加して. 外来精神医療 12, 2012
- 14) アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワーク/アメリカ国立 PTSD センター (兵庫ところのケアセンター訳)：サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版. 医学書院, 2011

* * *

特集

アルコール・薬物関連障害

自殺予防におけるアルコール対策*

アルコールとうつ, 自殺

松下幸生** 樋口 進

Key words

Alcohol abuse, Alcohol dependence, Suicide, Depression

はじめに

アルコールと自殺および自殺企図などの行動との関連については海外では数多くの文献が発表されており, アルコール乱用や依存症はうつ病と並んで自殺対策の主要な問題であることは当然のこととして扱われる。一方, わが国ではかねてより自殺対策はうつ病一辺倒であったが, 2008年の自殺対策加速化プランの中でようやくうつ病以外の自殺に関連する精神疾患としてアルコール依存症にも言及がなされたものの, 未だに具体的な施策にはなっていない。いずれにせよ, 自殺が深刻な社会問題となっている今日, アルコールと自殺の関係について知識を整理することは今後の対策を検討する上でも必須であることから総説として紹介する。

アルコールと自殺の関係は単純なものではなく, 自殺直前の飲酒, 慢性的な飲酒による自殺リスクの上昇, アルコール依存症とうつ病・自殺, アルコール依存症の合併症など多岐に及ぶ。したがって本稿ではまずアルコールとうつ病の関係について紹介し, 慢性的な多量飲酒と自殺, 自殺直

前の飲酒(自殺の手段の一部としての飲酒), アルコール乱用および依存症(アルコール使用障害と総称)と自殺企図・自殺既遂に整理して紹介する。

アルコール依存症とうつ病

1. 疫学事項

アルコール依存症とうつ病の併存については数多くの調査が行われてきたが, アルコール依存症に併存するうつ病のほとんどがアルコール誘発性という意見と, アルコール誘発性は少なく独立したうつ病が多いとする意見がある一方, 両者の診断には移行の多いことも指摘されている。たとえば治療を受けているアルコール依存症に併存したうつ病の62%はアルコール誘発性, 15%はうつ病の合併, 23%は過去に独立したうつ病の既往のあるアルコール誘発性うつ病とする調査結果がある⁹⁾。一方, アルコール誘発性うつ病の30%程度がその後の経過で独立したうつ病に診断が変更になったという^{7,25)}。

うつ病はアルコール依存症に合併する精神疾患の中で最も頻度が高く, 治療を受けているアルコール依存症のうつ病の生涯有病率は15~50%と報

* Alcohol Use Disorder and Depression and Suicidal Behavior : A review

** 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター(☎ 239-0841 神奈川県横須賀市野比5-3-1), MATSUSHITA Sachio, HIGUCHI Susumu : National Hospital Organization, Kurihama Medical and Addiction Center, Yokosuka, Japan

表 1 アルコール依存症における精神疾患合併のオッズ比(文献²¹⁾より邦訳・改変)

	ECA		NCS		NESARC
	男性+女性	男性	女性	男性+女性	
気分障害					
大うつ病性障害	1.6	3.0	4.1	3.7	
気分変調性障害	2.3	3.8	3.6	2.8	
双極性障害	4.6	12.0	5.3	5.7	
その他の疾患					
パニック障害	3.3	2.3	3.0	3.6	
社会恐怖	1.6	2.4	2.6	2.5	
外傷後ストレス障害	—	3.2	3.6	—	
注意欠陥多動性障害	—	2.8	2.8	—	
反社会性人格障害	14.7	8.3	17.0	7.1	

ECA : Epidemiological Catchment Area Study

NCS : National Comorbidity Study

NESARC : National Epidemiological Survey of Alcoholism and Related Conditions

告されている²¹⁾。一方、双極性障害はうつ病と比較すると頻度は低いですが、アルコール依存症との相関は双極性障害のほうが強く、双極性障害における物質使用障害の有病率は40%にもなるという¹³⁾。

表1に一般住民を対象とした調査におけるアルコール依存症の精神疾患併存のオッズ比を示す。治療を求めて医療機関を受診したアルコール依存症を対象とした調査は多いが、併存した疾患のために医療機関を受診している可能性があるため、バイアスを少なくするために一般住民調査での併存率を調べる方法が使われており、アルコール依存症は非依存症と比較して大うつ病で1.6~4.1倍、気分変調性障害で2.3~3.8倍のオッズ比が認められ、気分障害の併存率が高いことが示されている。一方、治療を受けている依存症を対象とした調査でも大うつ病の生涯有病率は20~50%、時点有病率は10~20%と高い割合である²¹⁾。

アルコール依存症におけるうつ病の割合とは逆に、4,000名の大うつ病の外来患者を対象としたSTAR*D研究によるとうつ病におけるアルコール使用障害の合併率は13%とされている。さらに物質使用障害の合併は依存症の家族歴と関連していたという¹²⁾。このような調査結果は、アルコール依存症の診療ではうつ病の併存に注意が必要で

あり、逆にうつ病の背後にアルコールの問題が隠れていないか注意すべきことを示している。

2. 診断に関する事項

依存症とは独立した気分障害、いわゆる一次性気分障害はアルコール乱用に先行して発症しているか、断酒して1か月以上経過した時点でも持続する気分障害とされる。

アルコール誘発性気分障害はアルコール乱用と気分障害が同時に認められる場合であり、通常の酩酊や離脱による影響以上に強い症状の場合を指す。典型的にはアルコール乱用・依存の慢性的経過の中で飲酒時にみられる強い抑うつ症状である。飲酒と気分障害の関係やメカニズムについては表2に示した。

3. 診断と経過について

うつ病の併存は、治療や経過に影響するため临床上重要である。うつ病の併存と依存症の治療成績について調べた調査によると、過去のうつ病は治療成績に影響しないが、依存症治療開始後のうつ病や追跡期間中のうつ病併存は依存症治療の成績を低下させることが指摘されている¹³⁾。複数の縦断研究の結果もうつ病の診断が依存症の治療成績を悪くさせる点で一致している。一方、気分変調性障害は依存症の治療後も抑うつ症状が持続する場合には治療成績が悪いとされる¹³⁾。

表2 アルコール依存症に併存する気分障害のアルコール依存症との因果関係(文献²¹⁾より邦訳・改変)

飲酒と気分障害の関係	メカニズム	時間的關係と治療
アルコール乱用が気分障害の症状の原因となる	アルコールによる中毒症状や慢性的な飲酒による生物学的効果	時間的にはアルコール使用障害が先行する。気分障害の症状は断酒や節酒によって改善するため治療はアルコール乱用に焦点を当てる
アルコール乱用が気分障害の原因だが、しだいに気分障害が飲酒と関係なく生じる	過度の飲酒によって生じたストレスや喪失(人間関係や仕事など)が気分障害を促進する。慢性的な飲酒による生物学的変化が気分障害への脆弱性を高める	気分障害は時間的には二次的だが断酒後も持続するためアルコール依存症と気分障害の双方の治療が必要となる
気分障害がアルコール乱用の原因となる	憂うつ気分, エネルギーの低下, 不眠, 躁病における過度のエネルギーといった気分障害症状に対する自己治療として飲酒行動がみられる	気分障害が依存症に先行してみられたり, 離脱期に出現したり, 乱用の再発前にみられたりする。しかし, 気分障害の治療だけで飲酒行動が改善することはまれである
躁病における活動性や衝動性亢進の症状の一つとしてアルコール乱用がみられる	衝動性, 新奇希求性が高い	アルコール乱用は時間的に気分障害の後に生じる。乱用は躁病相にみられるが気分の改善とともに消失する。治療は双極性障害に焦点を当てるが, 躁病時のみに乱用がみられることは比較的まれである
気分障害がアルコール乱用の原因だが, しだいに気分障害と関係なく乱用がみられるようになる	気分障害エピソードの時の乱用が依存症の引き金となる	アルコール乱用は二次的だが気分障害が改善した後も持続するため, 双方への治療を要する
互いに独立している	気分障害, アルコール使用障害ともに頻度の高い疾患なので合併する場合もある	いずれの時間的關係もあり得る。双方への治療を要する
気分障害, アルコール使用障害とも共通の危険因子から発生する	共通した遺伝因子, ストレス, 心的外傷	いずれの時間的關係もある。双方への治療が必要
気分障害と飲酒が時間と共に関連するようになる	気分の変化が条件付けされて飲酒の引き金となる	アルコール使用障害が時間的には先行する可能性があるが寂しさや怒りといった気分が引き金となって飲酒する。治療においては不快な気分への対処が重要になる
合併することが予後を悪くする	複数の疾患が合併することで対処技能や治療導入が妨害される	いずれの時間的關係もとり得る。双方への専門治療を要する
気分障害が飲酒問題の治療導入を促す	気分障害が依存症治療の動機となる	いずれの時間的關係もとり得る。依存症治療に焦点を当てるが, 気分障害が持続する場合は治療を要する

これらの調査結果から、依存症の診療において現在および過去のうつ症状を評価する必要がある。うつ病の既往は将来のうつ病のリスクが高いことを意味する。また、併存するうつ病は治療成績に影響するため必要に応じてうつ病治療にも導入することを検討する必要がある。慢性的な軽度のうつ症状であっても治療開始後も症状が持続するようであれば注意が必要である。

希死念慮や自殺行動は一般的なうつ病同様にアルコール誘発性うつ病、合併したうつ病の双方に関連する¹⁾。アルコール依存症そのものも自殺のリスクを高めるため、うつ病の併存は相加的にリスクを高めるとされており、十分な注意が必要である。

一般住民調査から示される飲酒と自殺

1. 疫学事項

縦断研究は横断研究より少ないバイアスで飲酒の自殺リスクに及ぼす影響、飲酒量との関係などの有用な情報を提供してくれることが期待される。飲酒と自殺に関しては、国内では2つのコホート研究が発表されている^{4,20)}。一つは、57,714名の中年男性を7年以上追跡調査したもので、全国11の保健所、国立がんセンター、国立循環器病センターなどの共同疫学研究のJapan Public Health Center-Based Prospective Study (JPHC)から情報を得たものである。観察期間中に168名の自殺者があり、対象者の飲酒の頻度・量と自殺による死亡の相関を検討したところ、月に1~3日程度の飲酒者(機会飲酒)が自殺で死亡する危険度を1とした場合、非飲酒、少量、中等量、大量飲酒では自殺で死亡する危険性がどの程度高まるか検討している。その結果、図1に示すように非飲酒者(全く飲まない~月に1日未満以下の頻度)および週に純アルコールで414グラム(日本酒換算で18合程度)以上の飲酒者で自殺による死亡の相対危険度が2.3と有意に危険度が高く、少量ないし中等量の飲酒では自殺による死亡の危険度は低かった。非飲酒者には、飲酒経

験のない者、飲酒頻度が非常に低い者の他に飲酒していたがやめた者が含まれるが、元々飲酒しないか頻度が非常に少ない者では、自殺の相対危険度はそれぞれ1.7(95%信頼限界:0.5-6.2), 2.5(95%信頼限界:0.7-8.5)と高くないが、飲酒していたがやめた者の場合は相対危険度が6.7(95%信頼限界:1.8-25.0)と高かった⁴⁾。

国内のもう一つの男性の調査では上述の調査とは結果がやや異なる。この調査は、宮城県の40歳から79歳までの男性22,804名の追跡調査であり、7年間の追跡期間に73名の自殺者があった²⁰⁾。この調査では飲酒頻度・量について質問して、1日当たりの飲酒量に換算して自殺の危険度を検討している。その際、日本酒1合に含まれるアルコール量を22.8gとして計算している。結果は図1に示すように飲酒しないものが自殺で死亡する危険度を1とした場合、飲酒量に比例して自殺で死亡する危険度が高くなるという結果であった²⁰⁾。この2つの調査では大量飲酒が自殺の危険を高めることは共通しているが、非飲酒または少量の飲酒が自殺の危険性を高めるか関係しないかという点については結果が分かれている。それには後者の調査では対象者の居住地域が限定していることや集計に1週間当たりの飲酒量を用いるか、1日当たりの飲酒量を用いるかなど方法的に異なることも影響していると考えられる。

上記の2つの調査と海外の文献を合わせると一般住民を対象としたこのような調査は7つ存在するが、その内5つで大量飲酒が自殺のリスクを高めることを示唆している。一方、少量ないし中等量の飲酒では2つの調査でリスクが低いとしており、4つでは無関係、1つは飲酒量に比例してリスクが高くなると報告している。

2. 自殺直前の飲酒について

自殺者が直前に飲酒していることが多いということは法医学の調査から知られている。このような場合、アルコールの効果は主に希死念慮にあり、計画された自殺より計画性のない自殺企図と相関するという⁶⁾。

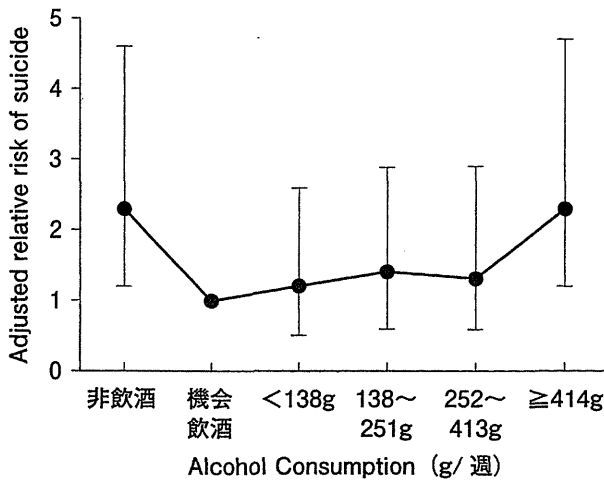


図 1a コホート調査による飲酒と自殺の相関(全国調査)

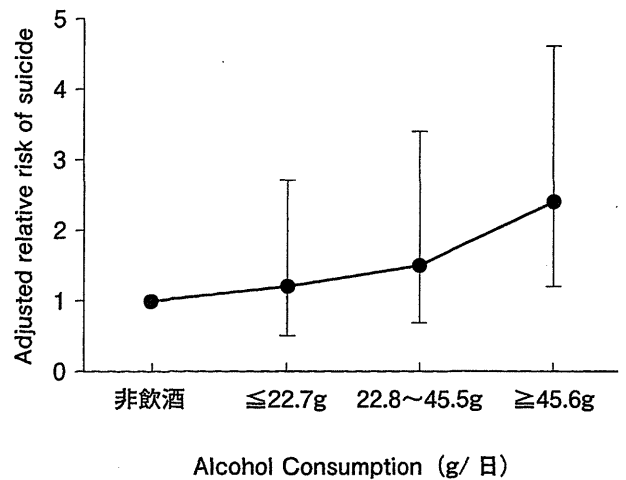


図 1b コホート調査による飲酒と自殺の相関(宮城県調査)

自殺に対するアルコールの急性作用に関する調査としては、自殺遺体からのアルコール検出率に関する調査がある。わが国の調査では自殺例全体のアルコール検出率は 32.8% で自殺の手段としては毒物死、焼死、轢死、墜落死で高濃度のアルコールが検出されている¹⁷⁾。この割合を海外の調査結果と比較すると、調査対象によって割合は大きく異なるが、自殺者からは平均で 37% からアルコールが検出され、自殺未遂で救急病院を受診した人からは平均で 40% の人からアルコールが検出されたと報告されており、おおむね同じ割合になっている⁹⁾。このように自殺の直前に飲酒している割合は国内外を問わず高いという事実が知られているが、その理由として 1) 飲酒が絶望感、孤独感、憂うつ気分といった心理的苦痛を増強する、2) 飲酒が自己に対する攻撃性を高める、3) 飲酒が死にたい気持ちを行動に移すきっかけとなる、4) 飲酒が視野を狭めるため自殺以外の有効な対処法を講じられなくなるといった心理的変化が考えられている⁹⁾。

このように飲酒そのものが自殺の引き金となる可能性および慢性的な飲酒が自殺のリスクを高めることなど、依存症に限らずとも飲酒と自殺との相関が示唆されている。

アルコール使用障害と自殺

アルコール依存症は自殺のみならず希死念慮、自傷のリスクを高めることが知られているが、自殺や自殺企図に及ぶアルコール依存症の特徴やうつ病の合併などとの関連を知ることは臨床上、自殺予防にも必要な知識と考えられるので、アルコール依存症と自殺の関連についてまとめた。

1. 疫学事項

アルコール使用障害が自殺や自殺企図のリスク因子であることはすでに多くの研究から確認されている²⁹⁾。アルコール依存症、気分障害、統合失調症で自殺の生涯リスクを比較した研究によると、アルコール依存症で 7%、気分障害で 6%、統合失調症で 4% と推計されており、アルコール依存症は気分障害より自殺のリスクが高いとされる¹⁶⁾。また、別の報告では既存の米国、英国、カナダ、アイスランドのデータを集計して依存症の自殺生涯リスクは 2~3.4% と推計されるが、これを非精神科疾患罹患者と比較すると 60~120 倍高いと報告されている¹⁸⁾。また、少し古いが国内の入院治療を受けたアルコール依存症の調査では、アルコール依存症者が自殺する標準化死亡比は、男性で 9.3、女性で 35.0 と報告されている。標準化死亡比とは、(観察された死亡者数)/(期待死亡者数)で算出されるもので、性や年齢を調整

表3 自殺企図または自殺したアルコール依存症の特徴(文献²⁷⁾より邦訳・改変)

人口統計
男性
年齢が 50 歳以上
社会的要素
单身生活
非雇用
社会的サポートが乏しいこと
対人関係上の喪失
アルコールや薬物に関連した要素
飲酒を続けていること
多量飲酒, 連続飲酒
アルコール依存症治療の既往
アルコール依存症の家族歴
薬物, 特にコカインの乱用歴
精神医学または医学的要素
うつ病や双極性障害の合併
衝動性・攻撃性, 暴力の既往
重篤な医学的疾患
自殺に関連した要素
自殺について語ること
自殺企図の既往
自殺の家族歴

してアルコール依存症群と一般人口における自殺頻度を比較するものであり, アルコール依存症者は一般人口に比べて男性で約 9 倍, 女性で 35 倍高い自殺の危険があるということになる¹⁵⁾。

一方, 自殺者の生前の心理状態を調査して診断を試みる心理学的剖検を用いた 31 の調査のメタ解析によると, 精神科診断で最も頻度が高いのは気分障害の 30.2% であり, その次に多いのが物質関連障害で 17.6%, 統合失調症が 14.1% と物質関連障害は気分障害に次いで高い割合となっている⁵⁾。国内での心理学的剖検による調査は数少ないが, 74 の自殺事例の遺族を対象として半構造化面接にて得られた情報を基に DSM-IV で精神医学的診断を行ったものが報告されている³⁾。この報告によると, 診断で最も多いのは気分障害の 63.5%, 次いで物質関連障害の 20.3%, 不安障害 14.9% の順であった。このように国内の状況は海外での調査結果とほぼ同じという結果になった。この研究グループは別の論文で自殺 1 年前にアルコール関連問題を呈したものと問題のなかった

ものを比較検討し, アルコール関連問題が認められた自殺者は, 中高年男性, 有職, 習慣的な多量飲酒, 自殺時に飲酒していたという共通点があり, その 80% はアルコール乱用または依存の診断が可能であったと報告している²⁾。

このように疫学調査からアルコール使用障害が自殺や自殺企図のリスクを高めることは明らかである。

2. アルコール依存症におけるライフイベントと自殺の関係

次に自殺や自殺企図に及ぶアルコール使用障害の特徴についてまとめる。

心理学的剖検研究によると, うつ病の自殺者と比較してアルコール依存症の自殺者は離婚や別離といった対人関係上のストレスが多いことが示されている¹⁹⁾。また, パートナーとの別離や他の家族との問題はアルコール依存症の自殺の独立したリスクであること¹⁰⁾, 対人関係の問題は自殺の 3 か月以内に起こっている¹⁴⁾といった特徴が指摘されている。これらの観察から対人関係の問題がアルコール依存症において最も強く自殺や自殺企図と相関するとされる²⁷⁾。この他にも大量飲酒, 社会的サポートの欠如, 非雇用, 重篤な身体疾患, 单身生活, 自殺について語るといった点が指摘されている¹⁹⁾。

また, 依存症ではその重症度(飲酒パターン, アルコールに関連した医学的問題, 発症年齢が早いこと, 依存症発症からの期間が長いこと)や他の薬物乱用の合併が自殺と関連していたという¹¹⁾。表 3 にアルコール依存症の自殺行動に関する総説²⁷⁾より引用して自殺企図または自殺したアルコール依存症の特徴を示す。このような点を把握しておくことはアルコール依存症の臨床場面で自殺予防に役立つと考えられる。

3. アルコール依存症の精神科合併症と自殺

上述のようにアルコール依存症では高い割合でうつ病などの精神科合併症が認められるが, アルコール依存症の合併症と自殺の関連についてまとめる。

自殺によって死亡したアルコール依存症者の調

査によると、自殺時に高い割合でうつ病を合併していたという報告があり、その割合は 45~70% 以上とされる¹¹⁾。また、アルコール依存症の追跡調査において経過観察中に発生した自殺企図の予測因子は過去の自殺企図、年齢の若いこと、依存症症状が認められること、経過中のうつ病エピソード(アルコールによる誘発とアルコールとは独立したものを問わず)であった²⁴⁾。このようにうつ病の合併はアルコール依存症の自殺行動のリスクを高めることが実証されている。

アルコール依存症とうつ病合併の時間的關係についてみると、自殺で死亡したアルコール依存症の場合、依存症がうつ病に先行するという報告があるが⁸⁾、女性の場合はうつ病がアルコール依存症に先行することが多いとされる²³⁾。しかし、女性のアルコール依存症では自殺とは無関係にアルコール依存症とは独立したうつ病の頻度が高いとされる²⁶⁾。いずれにせよ、依存症とうつ病が合併した場合はどちらか単独よりも自殺のリスクは相乗的に高くなるとされており、自殺への注意がより必要である⁸⁾。

一方、双極性障害は高い割合でアルコール使用障害を合併することが知られているが、アルコール使用障害を合併すると自殺のリスクが高まることが報告されている²²⁾。米国の一般市民を対象とした調査で双極性障害と診断された者の 54% にアルコール使用障害が認められ、アルコール使用障害のないものと比較して自殺企図のオッズ比が 2.25 倍高いとされている²²⁾。

このようにアルコール依存症単独でも自殺のリスクは高まるが、うつ病の合併はさらに自殺のリスクを高める。また、双極性障害でもアルコール使用障害を合併すると自殺行動のリスクが高まることが示唆されており、アルコール依存症の診療ではうつ病を合併した場合には自殺に注意する必要がある、うつ病や双極性障害の診療では背後にアルコールの問題がないかチェックすることを心がける必要がある。

おわりに

アルコール依存症とうつ病、飲酒と自殺、アルコール依存症と自殺の關係に関する過去の研究を紹介した。ここで紹介した文献の多くは海外のものである。民族の違い(遺伝的背景)や文化的な違いなどを考慮すると飲酒と自殺の關係について海外の研究結果がそのままわが国にあてはまるとは言えないが、参考になることも多い。

アルコール依存症の自殺リスクが高いことは良く知られているが、多くの疫学調査は依存症には至っていない乱用、さらに多量飲酒も自殺のリスクを高めることを示しており、アルコールは自殺とさまざまな面で關係している。したがって自殺対策としては、アルコール依存症における自殺予防だけでなく飲酒に関する総合的な取り組みが望まれる。それにはまず、わが国の飲酒と自殺の關係についてより詳細に分析する必要がある。また、縦断研究結果が示すように多量飲酒は自殺リスクを高めるので、少なくとも多量飲酒者を減らす対策は自殺予防の観点からも必要であろう。そのためには医療現場、職域、地域などで多量飲酒者を早期に発見して介入する手段を確立して普及させることが必要である。

一方、未成年者などに対する一次予防の効果についてはエビデンスが乏しかったが、最後に米国での中高生の調査を紹介する²⁸⁾。この調査はジョージア州の中学校 2 年生、高校 1 年生、3 年生の 87,349 名を対象として飲酒の有無、飲酒開始年齢、自殺企図の有無、アルコールの健康への影響、友人のアルコールへの態度、周囲の大人のアルコールへの態度、アルコール・薬物に関する教育の有無についてアンケートを行い、無記名で回答を得たものである。飲酒開始年齢と自殺企図の相関をみると 13 歳未満での飲酒開始は男女とも飲酒未経験者と比べて自殺企図のリスクを高めていた(オッズ比は男性 1.72, 女性 1.26)。一方、アルコールが有害だと信じること、周囲の大人が飲酒に反対すること、友人が飲酒に反対すること、学校で飲酒の害について学ぶことはいずれも

自殺企図のリスクを下げている。このような調査はまだ数少なく、確立されたエビデンスとは言えないが、未成年者の自殺企図予防におけるアルコール教育の重要性を示唆している。さらに親や周囲の大人、友人のアルコールに対する態度が未成年者の飲酒・自殺企図に影響することを示しており、わが国でも参考になると考えられた。

文献

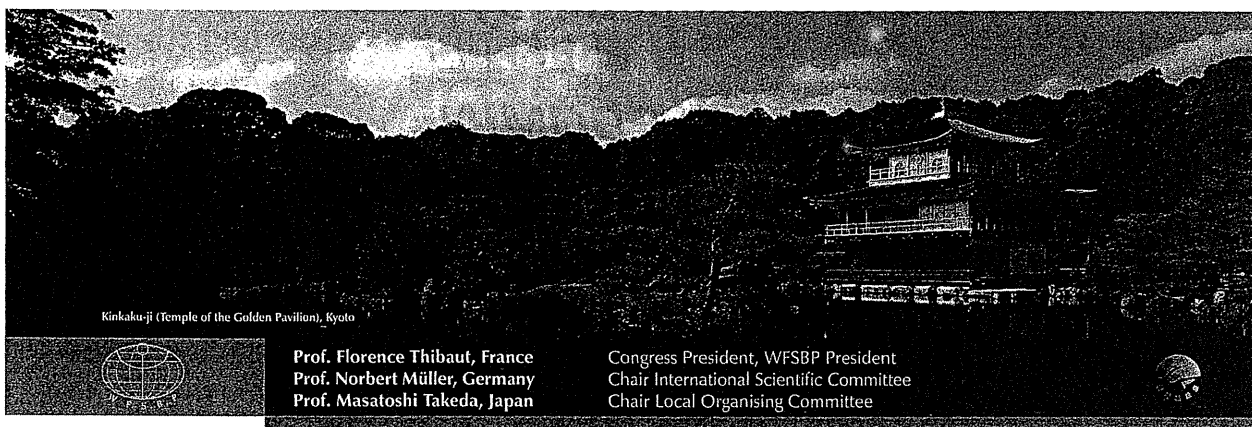
- 1) Aharonovich E, Liu X, Nunes E, et al : Suicide attempts in substance abusers : Effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry* 159 : 1600-1602, 2002
- 2) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 他 : 死亡 1 年前にアルコール関連問題を呈した自殺既遂者の心理社会的特徴. *精神医学* 52 : 561-572, 2010
- 3) 赤澤正人, 竹島正, 松本俊彦, 他 : 自殺の心理学的剖検からみたこれからの自殺対策. *保健の科学* 52 : 441-446, 2010
- 4) Akechi T, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al : Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *Br J Psychiatry* 188 : 231-236, 2006
- 5) Bertolote J M, Fleischmann A, De Leo D, et al : Psychiatric diagnoses and suicide : Revisiting the evidence. *Crisis* 25 : 147-155, 2004
- 6) Borges G, Walters EE, Kessler RC : Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol* 151 : 781-789, 2000
- 7) Cerullo MA, Strakowski SM : The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2 : 29, 2007
- 8) Cheng AT : Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 52 : 594-603, 1995
- 9) Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC : Acute alcohol use and suicidal behavior : A review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 28 (5 Suppl) : S18-S28, 2004
- 10) Conner KR, Beautrais AL, Conwell Y : Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics : Analyses of Canterbury Suicide Project data. *J Stud Alcohol* 64 : 551-554, 2003
- 11) Conner KR, Duberstein PR : Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics : Empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res* 28 (5 Suppl) : S6-S17, 2004
- 12) Davis LL, Frazier EC, Gaynes BN, et al : Are depressed outpatients with and without a family history of substance use disorder different? A baseline analysis of the STAR* D cohort. *J Clin Psychiatry* 68 : 1931-1938, 2007
- 13) Hasin D, Liu X, Nunes E, et al : Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Arch Gen Psychiatry* 59 : 375-380, 2002
- 14) Heikkinen ME, Aro HM, Henriksson MM, et al : Differences in recent life events between alcoholic and depressive nonalcoholic suicides. *Alcohol Clin Exp Res* 18 : 1143-1149, 1994
- 15) 樋口進 : Mortality of Japanese female alcoholics : A comparative study with male cases. *Jpn J Alcohol & Drug Dependence* 22 : 211-223, 1987
- 16) Inskip HM, Harris EC, Barraclough B : Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 172 : 35-37, 1998
- 17) 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. *東邦医学会誌* 35 : 194-199, 1988
- 18) Murphy GE, Wetzel RD : The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 47 : 383-392, 1990
- 19) Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, et al : Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 49 : 459-463, 1992
- 20) Nakaya N, Kikuchi N, Shimazu T, et al : Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men : The Ohsaki Study. *Alcohol* 41 : 503-510, 2007
- 21) Nunes EV, Weiss RD : Co-occurring addiction and affective disorders. In : Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, et al, ed. *Principles of Addiction Medicine*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, pp 1151-1181, 2009
- 22) Oquendo MA, Currier D, Liu SM, et al : Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* 71 : 902-909, 2010
- 23) Pirkola SP, Isometsa ET, Heikkinen ME, et

- al : Female psychoactive substance-dependent suicide victims differ from male—results from a nationwide psychological autopsy study. *Compr Psychiatry* 40 : 101-107, 1999
- 24) Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, et al : Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1, 237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry* 160 : 56-63, 2003
- 25) Ramsey SE, Kahler CW, Read JP, et al : Discriminating between substance-induced and independent depressive episodes in alcohol dependent patients. *J Stud Alcohol* 65 : 672-676, 2004
- 26) Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, et al : Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 154 : 948-957, 1997
- 27) Sher L : Alcoholism and suicidal behavior : A clinical overview. *Acta Psychiatr Scand* 113 : 13-22, 2006
- 28) Swahn MH, Bossarte RM, Ashby JS, et al : Pre-teen alcohol use initiation and suicide attempts among middle and high school students : Findings from the 2006 Georgia Student Health Survey. *Addict Behav* 35 : 452-458, 2010
- 29) Vijayakumar L, Kumar MS, Vijayakumar V : Substance use and suicide. *Curr Opin Psychiatry* 24 : 197-202, 2011



3 September 2012 – 15 January 2013

▶ Abstract submission for posters and free communications



Kinkaku-ji (Temple of the Golden Pavilion), Kyoto



Prof. Florence Thibaut, France
 Prof. Norbert Müller, Germany
 Prof. Masatoshi Takeda, Japan

Congress President, WFSBP President
 Chair International Scientific Committee
 Chair Local Organising Committee

WFSBP Congress 2013

11th World Congress of Biological Psychiatry

23 June – 27 June 2013, Kyoto, Japan

Kyoto International Conference Center

www.wfsbp-congress.org

Organised by: World Federation of Societies of Biological Psychiatry

Hosted by: Japanese Society of Biological Psychiatry

CPOHANSER* WFSBP Global Headquarters and Congress Office
 SERVICE Email: wfsbp2013@cpo-hanser.de

2013年度の第35回日本生物学的精神医学会はWFSBP 2013 KYOTO大会との合同大会となり、本学会への演題も全てWFSBP Congressの演題として取り扱います。WFSBP 2013 KYOTOの演題募集の締め切りは2013年1月15日ですのでご注意ください。WFSBPのホームページより奮ってのご登録をお待ちしております。

