

2) 自記式質問票の変数

(1) 年齢、性別、乱用物質の種類

すべての対象者に対し、無記名の自記式質問票の中で、年齢、性別、ならびに乱用物質についての回答を求めた。

乱用物質については、調査実施施設となっている専門医療機関において、各対象者がSUDに関する治療対象となっている物質について、以下の4つのカテゴリーから1つだけ選択させた。すなわち、「アルコール」「覚せい剤」「他の違法薬物(大麻、オピオイド、有機溶剤、LSDやMDMAなどの催幻覚薬など)」「抗不安薬・睡眠薬」である。ただし、複数の物質の使用が治療の対象となっている場合には、「多剤乱用」を選択させた。

(2) 併存するうつ病性障害

現在併存するうつ病性障害に関するスクリーニングのために、K10 (Kessler 10) を用いた。K10は、Kesslerら¹⁴⁾がうつ病の症状や不安障害の症状をスクリーニングするために開発した10項目からなる自記式評価尺度である。その日本語版の信頼性と妥当性はすでに確立されており、25点以上の場合にはDSM-IVの大うつ病性障害の存在を示唆することが明らかにされている¹¹⁾。本研究では、25点以上の得点を示した場合に「現在におけるうつ病性障害の併存あり」と定義することとした。

(3) 自殺傾向

自殺傾向の評価には、M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) 日本語版(2003)²⁵⁾の自殺傾向セクションの項目を用いた。M.I.N.I.の「自殺リスク」のセクションは、最近および生涯における自殺や自傷の念慮・計画・企図経験を尋ねる6項目の質問から構成されている。SheehanとLecrubier²⁴⁾は、このセクションの各質問項目に得点の重み付けをしており、このセクションの総得点が10点以上で「高度自殺リスク」と評価するように指示しており、Otsuboら²³⁾も日本語版においてそれを踏襲している。

このM.I.N.I.は、本来、構造化面接スケジュールとして開発されたものであるが²⁵⁾、本研究では

M.I.N.I.の質問文をそのまま自記式調査票に採用した。なお、本研究の対象に関する自殺傾向セクション6項目の内的一貫性は十分に高いことから (Cronbach's $\alpha=0.772$)、本研究では本セクションの合計点を自殺リスクの指標として採用し、10点以上の高度自殺リスクを示した場合を「自殺傾向あり」と定義した。

3) 統計学的解析

得られたデータは、自殺傾向の有無を従属変数に、8つの変数(年齢、性別、現在におけるうつ病性障害の併存、アルコール乱用、覚せい剤乱用、他の違法薬物乱用、抗不安薬・睡眠薬乱用、多剤乱用)を独立変数として、未調整および調整済みのオッズ比を算出した。

2. 結果

対象1,420名の物質障害患者のうち、アルコール乱用に該当した者は1,118名(78.7%)、覚せい剤乱用に該当した者は190名(13.4%)、他の違法薬物乱用に該当した者は62名(4.4%)、抗不安薬・睡眠薬乱用に該当した者は25名(1.8%)であった。また、171名(12.0%)は多剤乱用の基準を満たした。K10において「現在におけるうつ病性障害の併存(K10 \geq 25点)」該当者は534名(37.6%)であり、M.I.N.I.において「自殺傾向あり(M.I.N.I.自殺リスク \geq 10点) 該当者は495名(34.9%)であった。

表1は、対象全体の自殺傾向に影響を与える要因を、ロジスティック回帰分析を用いて解析した結果である。2変量解析では、自殺傾向に有意に関連する要因は、若年であること、女性であること、現在におけるうつ病性障害の併存、抗不安薬・睡眠薬乱用の存在、ならびに多剤乱用の存在であった。しかし、多変量解析を行ったところ、自殺傾向に有意に関連する要因として同定されたものは、若年、女性、現在におけるうつ病性障害の併存、および多剤乱用の存在であった。

表2は、男性の自殺傾向に影響を与える要因を解析した結果である。2変量解析では、自殺傾向に有意に関連する要因は、若年、覚せい剤乱用の

表1 対象全体における自殺傾向に影響を与える要因 (N=1,420)

従属変数	独立変数	自殺傾向あり (N=495)		自殺傾向なし (N=925)		2変量解析		
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	B	未調整 OR	95% CI
	年齢 (歳)	45.1	11.9	53.0	13.0	-0.049	0.952***	0.943-0.961
		人数	百分率	人数	百分率			
自殺傾向 (M.I.N.I. 自殺リスク ≥10)	性別 (女性の割合: 男性=0, 女性=1)	160/495	32.3%	147/920	16.0%	0.938	2.555***	1.974-3.308
	現在におけるうつ病性障害の併存 (K10 score ≥25; なし=0, あり=1)	346/492	70.3%	188/913	20.6%	2.213	9.139***	7.108-11.750
	アルコール乱用 (なし=0, あり=1)	350/495	70.7%	768/920	83.5%	-0.739	0.478***	0.368-0.620
	覚せい剤乱用 (なし=0, あり=1)	94/495	19.0%	96/920	10.4%	0.699	2.012**	1.478-2.379
	他の違法薬物乱用 (なし=0, あり=1)	8/495	1.6%	17/920	1.8%	-0.136	0.873	0.374-2.036
	抗不安薬・睡眠薬乱用 (なし=0, あり=1)	34/495	6.9%	28/920	3.0%	0.854	2.350**	1.407-3.923
	多剤乱用 (なし=0, あり=1)	99/495	20.0%	72/920	7.8%	1.080	2.944***	2.125-4.080

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001; OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

表2 男性における自殺傾向に影響を与える要因 (N=1,113)

従属変数	独立変数	自殺傾向あり (N=334)		自殺傾向なし (N=779)		2変量解析		
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	B	未調整 OR	95% CI
	年齢 (歳)	47.6	11.8	54.4	12.8	-0.044	0.957***	0.947-0.968
		人数	百分率	人数	百分率			
自殺傾向 (M.I.N.I. 自殺リスク ≥10)	現在におけるうつ病性障害の併存 (K10 score ≥25; なし=0, あり=1)	227/331	68.6%	141/769	18.3%	2.265	9.628***	7.195-12.883
	アルコール乱用 (なし=0, あり=1)	249/334	74.6%	660/774	85.3%	-0.681	0.506***	0.369-0.694
	覚せい剤乱用 (なし=0, あり=1)	57/334	17.1%	70/774	9.0%	0.735	2.086***	1.433-3.036
	他の違法薬物乱用 (なし=0, あり=1)	6/334	1.8%	16/774	2.1%	-0.134	0.875	0.336-2.255
	抗不安薬・睡眠薬乱用 (なし=0, あり=1)	21/334	6.3%	19/774	2.5%	0.989	2.690**	1.426-5.072
	多剤乱用 (なし=0, あり=1)	61/334	18.3%	55/774	7.1%	1.072	2.921***	1.977-4.315

p<0.01, *p<0.001; OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

表3 女性における自殺傾向に影響を与える要因 (N=307)

従属変数	独立変数	自殺傾向あり (N=161)		自殺傾向なし (N=146)		2変量解析		
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	B	未調整 OR	95% CI
	年齢 (歳)	40.4	10.7	45.8	12.1	-0.044	0.957***	0.937-0.977
		人数	百分率	人数	百分率			
自殺傾向 (M.I.N.I. 自殺リスク ≥10)	現在におけるうつ病性障害の併存 (K10 score ≥25; なし=0, あり=1)	119/161	73.9%	47/144	32.6%	1.758	5.800***	3.568-9.428
	アルコール乱用 (なし=0, あり=1)	101/161	62.7%	108/146	74.0%	-0.524	0.592*	0.363-0.965
	覚せい剤乱用 (なし=0, あり=1)	37/161	23.0%	26/146	17.8%	0.363	1.423	0.814-2.487
	他の違法薬物乱用 (なし=0, あり=1)	2/161	1.2%	1/146	0.7%	0.601	1.824	0.164-20.327
	抗不安薬・睡眠薬乱用 (なし=0, あり=1)	13/161	8.1%	9/146	6.2%	0.290	1.337	0.554-3.227
	多剤乱用 (なし=0, あり=1)	38/161	23.6%	17/146	11.6%	0.852	2.344**	1.257-4.371

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001; OR: Odds ratio, CI: Confidence interval

多変量解析		
B	調整 OR	95% CI
-0.027	0.973***	0.962-0.985
0.452	1.571**	1.150-2.146
1.984	7.271***	5.580-9.476
0.100	1.106	0.726-1.684
0.140	1.151	0.720-1.839
-0.521	0.594	0.211-1.674
0.095	1.100	0.579-2.091
0.490	1.632*	1.107-2.405

多変量解析		
B	調整 OR	95% CI
-0.280	0.972***	0.959-0.985
2.107	8.227***	6.039-11.207
0.231	1.260	0.748-2.121
0.237	1.268	0.710-2.263
-0.542	0.582	0.184-1.841
0.488	1.629	0.736-3.603
0.404	1.498	0.939-2.390

多変量解析		
B	調整 OR	95% CI
-0.022	0.979	0.954-1.004
1.682	5.376***	3.182-9.082
-0.171	0.843	0.409-1.740
-0.058	0.944	0.423-2.104
0.029	1.029	0.063-16.880
-0.553	0.575	0.201-1.649
0.654	1.922	0.946-3.907

存在，現在におけるうつ病性障害の併存，抗不安薬・睡眠薬乱用の存在，および多剤乱用の存在であり，反対に，アルコール乱用の存在は自殺傾向と負の有意な関連が認められた。さらに多変量解析を行ったところ，男性の自殺傾向に有意に関連する要因として同定されたのは，若年とうつ病性障害併存であった。

表3は，女性の自殺傾向に影響を与える要因を解析した結果である。2変量解析では，自殺傾向を有意に関連する要因は，若年，現在におけるうつ病性障害の併存，多剤乱用の存在であり，やはりアルコール乱用の存在は自殺傾向と負の有意な関連を示した。さらに多変量解析を行った結果，女性の自殺傾向に有意に関連する要因として同定されたのは，うつ病性障害併存だけであった。

II. 考 察

本研究は，年齢と性別を調整した形でわが国のSUD患者における自殺の危険因子を同定した最初の研究として，一定の意義がある。

本研究では，対象全体における多変量解析の結果，自殺傾向に関連する要因として，若年，女性，現在におけるうつ病性障害の併存という3つの変数が抽出された。ただし，2変量解析の段階では，これら3つの変数に加えて，すでに国内外の先行研究^{3,12,20)}で指摘されていた，覚せい剤乱用，抗不安薬・睡眠薬乱用，ならびに多剤乱用も同定されていた。多変量解析の結果は，SUD患者の深刻な自殺リスクに影響を与えるのは，乱用物質の種類や数ではなく，年齢と性別という2つの人口動態的変数と，うつ病というSUD以外の精神障害の存在である可能性を示唆している。

海外と同様，わが国のSUD患者においても，うつ病性障害の併存が重要な自殺の危険因子であったことは意外な結果ではない。なぜなら，海外の研究^{2,6,16)}はもとより，わが国の心理学的剖検研究¹³⁾においても，うつ病性障害は単独でも重要な自殺の危険因子だからである。しかしその一方で，若年と女性という人口動態的変数が，乱用物質の種類や数といったSUD自体の特徴よりも，

より密接に自殺リスクと関連するという結果は意外であった。おそらくこのこれらの人口動態的特徴には、SUD 患者がすでに抱えている深刻な心理社会的問題が反映されている可能性がある。

「若年であること」とは、SUD が早期に発症している可能性を示唆する。すでに Cloninger ら⁸⁾ および Brown ら⁴⁾ は、SUD の若年発症に影響を与えるのは、幼少期の注意欠陥・多動性障害 (attention-deficit/hyperactivity disorder: ADHD) や素行障害であると指摘している。また、Sourander ら²⁶⁾ は、誕生コホート研究の成果から、8 歳時点の多動や素行障害は、物質乱用の早期発症だけでなく、20 代における男性の自殺を予測すると報告している。これらは、若年であることが含意する、SUD 患者の高い自殺リスクに関する傍証となるかもしれない。

一方、「女性であること」は、複雑な精神病理の存在を示唆する。Lacey と Evans¹⁵⁾ は、女性の SUD 患者では、自傷行為や自殺企図を繰り返す者が少なくなく、そのような患者の多くが摂食障害 (特に神経性大食症) を併存しているから、そうした患者群を「多衝動性過食症」という臨床症候群として一括している。また、Majewska¹⁷⁾ と Clark ら⁷⁾ は、女性の SUD 患者は、幼少期に様々な虐待やネグレクトの被害を経験した者が多いと指摘しているが、これらも青年期・成人期の自傷・自殺と密接に関連している⁵⁾。

本研究では、SUD 患者の自殺リスクに関する性差も明らかにされた。現在におけるうつ病の併存は男女共通の自殺の危険因子であったが、男性では、若年もまた危険因子として抽出されたのに対し、女性では、うつ病の併存以外の危険因子は同定されなかったと考えることができるかもしれない。本研究では、女性は男性に比べて若年であったことから (男性 52.3 [12.9] 歳, 女性 43.0 [11.7] 歳, $p < 0.001$), 女性は、男性における若年層と共通した心理社会的特徴を備えていたと考えることができるかもしれない。

本研究にはいくつかの限界がある。第 1 に、本研究の対象は、全国各地域の代表的な 7 つの専門

医療機関から集められたものであるが、対象の偏りを完全に除外できたとはいえない。第 2 に、情報は、構造化面接ではなく、自記式質問票を用いて横断的に収集されたものである。第 3 に、本研究における自殺傾向は、将来における自殺行動ではなく、M.I.N.I 得点によって定義されたものである。第 4 に、本研究において自記式質問票として用いられた M.I.N.I は、本来は半構造化面接に用いることを想定されているものである。第 5 に、M.I.N.I 自殺リスク項目における得点の重み付けの妥当性は、まだ確立されていない。最後に、本研究ではうつ病性障害以外の併存精神障害を考慮しておらず、また、心理社会的および経済的な変数も含まれていない。

おわりに

依存症臨床に携わった者の多くが SUD 患者の自殺を何度となく経験しており、その頻度の多さは一般精神科臨床の比ではない。それだけに筆者らは、ともすれば「うつ病対策一辺倒」となりやすい、わが国の自殺対策に危惧を抱いてきた。ようやく、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」) では、「ハイリスク者対策」の項で「対策を強化すべきうつ病以外の精神障害」として「アルコール・薬物依存症」が挙げられた。しかし、いまだ実効性のある施策は打ち出されず、依然として保健・医療・福祉領域の資源は乏しいままである。

ともあれ筆者らは、「行政関係者の認識を変えるには、SUD 患者の自殺リスクに関する、わが国独自のデータが必要」と考え、2009 年より多施設共同研究を行ってきた。すでにこの研究からは、「SUD の自殺リスクはうつ病に勝るとも劣らないこと」²¹⁾、「男性の自殺予防にはアルコール問題は無視できないこと」¹⁾、「うつ病性障害にアルコール問題が伴うと自殺リスクはさらにまること」¹⁸⁾を明らかにした論文が刊行されている。そして、一連の研究における最後の仕事が、今回紹介させていただいた論文ということになる。この論文は、これまで筆者らが主題としてきた、「SUD と

自殺との関連」から一歩進んで、「どのような臨床的特徴を持つSUD患者に特に注意すべきなのか」という問題意識から成立している。自殺対策基本法が制定されてから早7年、もはや自殺対策は啓発の段階を過ぎ、実践活動の質を高める段階に入っている。その思いが、筆者らにこの論文を書かせた一番の動機である。今後は、SUD患者の自殺予防に資する具体的な介入のあり方について、より詳細な検討が必要であると考えている。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎ほか：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：心理学の剖検を用いた検討。日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45 ; 104-118, 2010
- 2) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., et al.: A hundred cases of suicide : Clinical aspects. Br J Psychiatry, 125 ; 355-373, 1974
- 3) Borges, G., Walters, E. E., Kessler, R. C.: Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. Am J Epidemiol, 151 ; 781-789, 2000
- 4) Brown, S. A., Cleghorn, A., Schuckit, M. A., et al.: Conduct disorder among adolescent alcohol and drug abusers. J Stud Alcohol, 57 ; 314-324, 1996
- 5) Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., et al.: Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. Br J Psychiatry, 197 ; 20-27, 2010
- 6) Chynoweth, R., Tonge, J. I., Armstrong, J.: Suicide in Brisbane : A retrospective psychosocial study. Aust N Z J Psychiatry, 14 ; 37-45, 1980
- 7) Clark, D. B., Lesnick, L., Hegedus, A. M.: Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36 ; 1744-1751, 1997
- 8) Cloninger, C., Sigvardsson, S., Bohman, M.: Childhood personality predicts alcohol use in young adults. Alcoholism, 12 ; 494-505, 1988
- 9) Davis, L. L., Rush, J. A., Wisniewski, S. R., et al.: Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder : an exploratory analysis of the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression cohort. Compr Psychiatry, 46 ; 81-89, 2005
- 10) De Leo, D., Evans, R.: The impact of substance abuse policies on suicide mortality. International Suicide Rates and Prevention Strategies. (ed. by De Leo, D., Evans, R.). Hogrefe & Huber, Cambridge, p.101-112, 2004
- 11) Furukawa, T. A., Kessler, R. C., Slade, T., et al.: 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, 33 ; 357-362, 2003
- 12) Harris, E. C., Barraclough, B.: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry, 170 ; 205-228, 1997
- 13) Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., et al.: Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death : A psychological autopsy study of 76 cases. Psychiatry Clin Neurosci, 66 ; 292-302, 2012
- 14) Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., et al.: Screening for serious mental illness in the general population. Arch Gen Psychiatry, 60 ; 184-189, 2003
- 15) Lacey, J. H., Evans, C. D.: The impulsivist : a multi-impulsive personality disorder. Br J Addict, 81 ; 641-649, 1986
- 16) Lönnqvist, J. K., Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., et al.: Mental disorders and suicide prevention. Psychiatry Clin Neurosci, 49 ; S111-116, 1995
- 17) Majewska, M. D.: Cocaine addiction as a neurological disorder : implications for treatment. NIDA Res Monogr, 163 ; 1-26, 1996
- 18) Matsumoto, T., Azekawa, T., Uchikado, T., et al.: Comparative study of suicide risk in depressive disorder patients with and without problem drinking. Psychiatry Clin Neurosci, 65 ; 529-532, 2011
- 19) Matsumoto, T., Kamijo, A., Miyakawa, T., et al.: Methamphetamine in Japan : the consequences of methamphetamine abuse as a function of route of administration. Addiction, 97 ; 809-818, 2002
- 20) 松本俊彦, 松下幸生, 奥平謙一ほか：物質使用障害患者における乱用物質による自殺リスクの比較—アルコール, アンフェタミン類, 鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使

用障害患者の検討から一. 日本アルコール・薬物医学会誌, 45 ; 530-542, 2010

21) Matsumoto, T., Matsushita, S., Okudaira, K., et al.: Depression and suicide risk of outpatients at specialized hospitals for substance use disorder : Comparison with depressive disorder patients at general psychiatric clinics. *Jpn J Alcohol Drug Depend*, 6 ; 554-559, 2011

22) Matsumoto, T., Matsushita, S., Okudaira, K., et al.: Sex differences in risk factors for suicidality among Japanese substance use disorder patients : Association with age, types of abused substances, and depression. *Psychiatry Clin Neurosci*, 66 ; 390-396, 2012

23) Otsubo, T., Tanaka, K., Koda, R., et al.: Reliability and validity of Japanese version of the Mini International

Neuropsychiatric Interview. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 ; 517-526, 2005

24) Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., 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*, 59 ; 22-33, 1998

25) Sheehan, D. V., Lecrubier, Y. (大坪天平, 宮岡等, 上島国利訳) : M. I. N. I. 精神疾患簡易構造化面接法. 星和書店, 東京, 2003

26) Sourander, A., Klomek, A. B., Niemelä, S.: Childhood predictors of completed and severe suicide attempts : findings from the Finnish 1981 Birth Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry*, 66 ; 398-406, 2009

I

うつ病にまつわる最新キーワード

うつとアルコール

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 自殺予防総合対策センター

松本 俊彦

われわれが行っている心理学的剖検(自殺既遂者の遺族への詳細な聞き取り調査)では、働き盛りの中高年男性の自殺に影響を与えているものとして、うつ病+ α の要因が2つあることが明らかにされている。1つは、返済困難な借金などの社会経済的な要因であり、もう1つはアルコール乱用・依存などのアルコール問題である。

典型的なケースを挙げれば、経営不振にあえぐ自営業者や零細企業経営者の男性が、将来への不安から気分の落ち込みと不眠を呈し、こうした症状に対してアルコールで不安や不眠を紛らわすというパターンである。そして、最期の致死の行動も飲酒酩酊下で行われており、アルコールの直接的な薬理作用により衝動性が高まった状態で行動に及んでいる可能性が推測されている。

この中には精神科を受診し、治療を受けていた者も少なくなかったが、あくまでも「うつ病」としての薬物療法と生活指導を受けるにとどまり、アルコール問題に対する治療や生活指導は行われていなかった。

国内外のさまざまな研究が、うつ病にアルコール乱用・依存が併存した場合、著しく自殺リスクが上昇することを指摘しているが、改めて今回ここで強調しておきたいのは、正常範囲内の飲酒でさえも、うつ病の治療転帰を悪化させるということである。

アルコールがうつ病患者の自殺リスクを高めるメカニズムとしては、次の4つの要因が推測されている。第1に、繰り返される深酒や酩酊により、失職や逮捕、離婚という結果を呈し、患者を経済的に追い詰め、社会的に孤立させるためである。第2に、アルコール乱用・依存の存在により、新たな精神障害が續発したり、すでに存在する精神障害の病状を悪化させるためである。第3に、治療薬の効果を減じるとともに、睡眠薬・抗不安薬に対する依存を作り出すためである。そして最後に、アルコールや薬物の薬理作用が衝動性を亢進させ、自殺に対する心理的抵抗感を減じるためである。

以上を踏まえると薬剤師は、うつ病患者に対する服薬指導の場面において、精神科薬物療法を受けている期間は原則として禁酒であることを伝えていく必要がある。しかし単に口うるさく説教をするのではなく、「共感しながら懸念と情報を伝える」態度を心がけるべきである。伝えるべき情報としては、まずはアルコール問題を抱える本人のための相談機関や社会資源に関する情報が挙げられる。具体的には、専門医療機関や精神保健福祉センター、あるいは自助グループ〔断酒会、A.A. (Alcoholics Anonymous)]の情

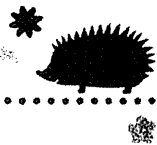
報である。

もしも患者の家族とコンタクトを取る機会があれば、家族のための相談窓口に関する情報も提供すべきである。精神保健福祉センターには、依存症者家族のための相談窓口や家族教室が設置されている。アルコール乱用・依存の治療は、多くの場合、まずは家族が相談につながる場所から開始されるものである。なお、精神保健福祉センターではアルコール問題に関する啓発的なリーフレットも作成している。そのような啓発資材を入手して、薬局で必要な人に手渡しする方法もよいであろう。



III

うつ病患者へのアプローチ



アルコールとうつ

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/自殺予防総合対策センター 松本 俊彦

はじめに

海外における多くの研究が、アルコール依存・乱用を伴ううつ病性障害患者は衝動的であり、治療経過中に自殺企図を呈する者が多いことを指摘している^{1~3)}。Fawcettらに至っては、アルコール乱用の存在は気分障害患者における1年以内の自殺企図行動を予測する因子であるという結論をしているほどである⁴⁾。さらに、同じくうつ状態を呈する病態でも、双極性障害の場合には、アルコール乱用の併存による自殺リスクの上昇は一層顕著なものとなる⁵⁾。

筆者らの調査では、精神科治療中の40~50代の男性うつ病患者の場合、その3割強にアルコール乱用・依存に相当する問題飲酒が認められることが明らかにされている⁶⁾。その意味では、「中高年男性のうつ病を見たらアルコール問題を疑え」と言っても決して過言とは言えないであろう。

本稿では、アルコール問題の存在がうつ病の経過にどのような影響を与え、どのような機序によって自殺リスクを高めるのかという切り口から概説し、薬剤師として患者に何を伝えるべきかについて論じてみたい。

心理学的剖検研究から見えてきたこと

自殺の実態を明らかにする研究手法の1つとして、心理学的剖検という方法がある。これは、自殺によって大切な人を失った家族を情報源として、故人の生きざまや死にざまを詳細に聴取し、自殺へと至るプロセスを明らかにすることを目的としている。

われわれは2007年よりこの心理学的剖検の手法による自殺の実態調査を行ってきた。その中で、アルコールとうつ、自殺との関連についていくつかの知見が明らかにされている。以下にそのような知見を紹介しておきたい。

🔗 アルコール問題を呈する自殺既遂者の特徴

われわれの研究では、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81.2%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⁷⁾。その21%の自殺既遂者は極めて特徴的な集団であった。と言うのも、全員が仕事を持つ中高年男性であり、まさしく1998年における自殺急増の中心層と同じ属性を持っていたからである。しかも、そうした中高年男性の多くが、返済困難な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、最期の行動に及ぶ際にアルコールを摂取していた。

興味深いことに、このアルコール問題を抱えた自殺既遂者のうち、56.2%が自殺直前にうつ病などの気分障害に罹患していたと考えられ、43.8%の者は直前まで精神科治療を受けていた。しかし、せっかく精神科治療につながっても、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1人としていなかった。

🔗 精神科治療中の男性うつ病患者における自殺既遂の危険因子

われわれの調査では、自殺既遂者の半数は自殺直前まで精神科治療を受けていた。このことは、単に精神科治療につながりだけでは十分ではなく、治療の内容を吟味する必要がある可能性を示唆している⁸⁾。そこでわれわれは、精神科治療中のうつ病患者のうち、自殺既遂に至る者とそうならない者との間で何が異なるのかを検討してみた⁹⁾。

具体的な方法としては、まず、自殺直前まで「うつ病」という診断で精神科治療を受けていた30～50歳代の男性自殺既遂者を抽出した。次いで、これに対して年齢をマッチさせた精神科治療中のうつ病患者で、しかも最近1年以内は自殺念慮や自傷・自殺行動が認められない者を対照群として設定し、同じ面接票、同じ情報源(家族)から情報を収集した。そして、両群の間で社会経済的要因や家族構成・生活様式、ならびに精神医学的特徴を比較したわけである⁹⁾。

その結果、家族構成や就労・生活状況、あるいは、収入・借金といった経済的状况については、両群間で差は認められなかった。有意差が認められたのは、精神疾患に罹患していることに対する本人や家族の受容と理解、さらには、治療に対する職場の理解と協力が得られておらず、治療継続を容易にするための環境が整備されていないことであった。それからもう1つ重要な結果が得られた。それは、自殺既遂群では死亡1年前にアルコールに関連したさまざまなトラブルを起こしていた者が多く、1カ月の飲酒日数が10日以上であった。この結果は、治療経過中の飲酒習慣がうつ病患者の自殺リスクを高めるという、海外の先行知見を確認するものと考えられた。

⑧ 初回自殺企図が既遂となってしまう 男性自殺既遂者の特徴

自殺の危険因子として最もオッズ比の高い重要なものは、言うまでもなく過去の自殺企図歴である。しかし、例えば警察庁統計によれば、わが国の男性自殺既遂者の中で過去の自殺企図が確認されている者は全体の13.7%に過ぎないのも事実である。このことは、少なくとも男性の自殺予防に関する限り、自殺企図歴という予測因子はほとんど実効的な意義を持たない可能性を示唆している。

そこでわれわれは、まず初回自殺企図が既遂となった男性自殺既遂者のデータを抽出し、この既遂者と居住地、年代が一致する、自殺企図歴のない男性生存者を対照群として、同じ面接票、同じ情報源から情報を収集し、両群間で比較を試みた¹⁰⁾。その結果、男性における初回自殺企図が既遂となることを予測する要因として、うつ病などの気分障害への罹患とともに、返済困難な借金の存在、ならびにアルコール乱用・依存への罹患が高いオッ

ズ比で抽出された。この結果は、初回企図が既遂となりやすい男性の自殺予防のためには、うつ病の治療だけではなく、債務処理の支援やアルコール乱用・依存に対する治療の必要性を示すものと言えるであろう。

なぜアルコールがうつ病患者の 自殺リスクを高めるのか

DeLeoとEvansは、アルコール乱用・依存が自殺のリスクを高める理由として、以下の4つの要因を挙げている¹¹⁾。以下にそれについて整理しておきたい。

(1) 心理社会的状況の悪化

第1の要因は、アルコール乱用・依存の存在が2次的に患者の心理社会的状況を悪化させることによるものである。すなわち、アルコール乱用・依存の存在は、失職や逮捕・服役、離婚や絶縁といった形で、乱用・依存者を経済的に追い詰め、社会的に孤立させ、最も身近な支援者を喪失させ、これらによって自殺リスクを高める可能性がある。

(2) 他の精神障害の続発・悪化

第2の要因は、アルコール乱用・依存の存在により、新たに精神障害を続発させたり、すでに存在する他の精神障害を悪化させることによるものである。

意外に知られていないが、アルコールには、それ自体にうつ状態を惹起する作用がある。実際、アルコール依存治療の現場では、当初、アルコール依存とうつ病の重複障害に罹患していると考えられた患者が、断酒する過程でうつ状態が改善し、実は大量飲酒が引き起こしていた2次的なうつ状態であったことが判明するといった事態が、しばしば起こっている。基礎研究では、エタノールにはセロトニン作動性ニューロンに対する神経毒性があることが明らかにされており、このことがアルコール乱用・依存が2次的にうつ病を引き起こす原因と推測されている¹²⁾。

こうしたアルコールの「うつ惹起」作用は、すでに他の精神障害が併存している場合には一層顕著に現れ、併存

III うつ病患者へのアプローチ

精神障害の病状悪化を引き起こす。実は、アルコール乱用・依存患者の多くが他の精神障害を併存しており、多くの場合、先に他の精神障害が発症し、その後アルコール乱用・依存に罹患するというパターンを取る。その理由は、精神障害がもたらす感情的苦痛が、不安や緊張、あるいは不眠を緩和するといった「自己治療的」な意図に基づく「気分を変える」物質の使用を促す傾向があるからである。しかし、このようにしてアルコール乱用・依存が2次的に続発すると、自殺のリスクは双方の障害自体が持つ自殺リスクを加算したものになってしまう。

(3) 治療薬の効果の減少

第3の要因として治療薬の効果を減じてしまうことが挙げられる。すでにその患者が精神科薬物療法を受けている場合には、飲酒習慣によってチトクローム系酵素が誘導されることで、薬剤によっては代謝速度が速まってしまう、血中濃度や脳脊髄液中の濃度が上昇せず、結果的に未治療に近い状態となってしまう可能性がある。

また、飲酒習慣を持つうつ病患者では、抗うつ薬に併せて処方されている睡眠薬や抗不安薬に対する耐性形成が急速であり、治療経過中に依存を呈してしまうリスクも高い。筆者らの調査では、睡眠薬・抗不安薬依存患者の84%がうつ病や不安障害に対する精神科の治療の睡眠薬・抗不安薬依存を発症しており、そうした患者の多くがすでにアルコール乱用・依存のような物質関連障害に罹患していたことが明らかにされている¹³⁾。ここからも、精神科薬物療法を受けている患者に対する禁酒指導の重要性が理解できるはずである。

(4) エタノールの直接的な薬理作用の影響

最後の要因は、乱用物質の直接的影響によるものである。すなわち、アルコールの薬理作用が大脳皮質の機能を抑制することで衝動性を亢進させ、酩酊が思考を自暴自棄的、自己破壊的な方向へ導いて自殺行動を促進するのである。救急医療機関に搬送された自殺企図患者の40%で体内からアルコールが検出されるという事実は、その傍証となろう¹⁴⁾。

こうしたエタノールの効果を考えると、自殺を促すには必ずしもアルコール依存である必要はなく、正常範囲

内の多量飲酒でも危険であると考えなければならない。事実、多くの国で国内におけるアルコールの消費量と自殺死亡率の経年的な推移は、有意な正の相関を示すことが明らかにされている。例えばロシアでは、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¹⁵⁾、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¹⁶⁾。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たという報告もある¹⁷⁾。

アルコール消費量は男性、それも生産年齢にある自殺死亡率とのみ正の相関を示すことが特徴である。例えば、ノルウェーでは、国民1人当たりの年間アルコール総消費量が純アルコールにして1リットル増えると、その年の男性の自殺死亡率が15～16%上昇するという指摘がある¹⁷⁾。また、フィンランドでは、全国民のアルコール消費量と、15～49歳男性の自殺率との間に正の相関が認められる一方で、50歳以上では相関が認められないという報告がある¹⁸⁾。

もっとも、こうした男性の自殺と飲酒との関係を示す知見が多いのは、そもそも男性の場合、飲酒人口が多いため統計的検討で有意な関連を示しやすいことによる。したがって、決して「女性のうつ病患者の場合は、飲酒しても病状に悪影響はない」という意味ではない。それどころか、女性のうつ病患者は、男性に比べてはるかに少量の飲酒でも著しくうつ状態が悪化し、自殺リスクが上昇する可能性が指摘されている⁶⁾。

薬剤師がすべきこと

以上、アルコール乱用・依存がうつ病や自殺に与える影響について述べてきた。これらの知見に基づいて以下には、うつ病患者に対する服薬指導の場面で薬剤師にぜひともお願いしたいことを述べさせていきたい。

問題に気づくこと

ここまで見てきたように、個々のうつ病患者の呈する

飲酒様態が依存水準のものなのかどうか、といった診断的な問題はさほど重要ではない。やはり問題とすべきは、「飲酒すること」そのものであって、原則として精神科薬物療法を受けているすべての患者は、原則として禁酒が望ましい。

あえて簡便なスクリーニングツールを挙げるとすれば、「CAGE」がある。これは、「飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか(Cut down)」、「他人があなたの飲酒を非難するので気に障ったことがありますか(Annoyed by criticism)」、「自分の飲酒について悪いと申し訳ないと感じたことがありますか(Guilty feeling)」、「神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、『迎え酒』をしたことがありますか(Eye-opener)」という4つの質問項目からなるスクリーニング尺度であり、各質問における英語の頭文字を取ってCAGEと呼ばれている。これらの4項目のうち1項目でも当てはまれば、何らかのアルコール問題を生じている可能性があり、これまでの人生で2項目以上が当てはまれば、アルコール依存の疑いがあるとされる。

2 本人に情報を提供する

次に、アルコールがうつ病に与える影響に関する情報を伝える必要がある。例え正常範囲内の飲酒であっても、アルコールは2次的にうつ状態を惹起したり、すでに存在するうつ病の病状を悪化させる可能性があること、また、薬物療法の効果を抑制し、治療に用いられている睡眠薬や抗不安薬への依存を高めてしまうことを伝えてほしい。こうした情報提供の対象となるのは、すべてのうつ病患者である。

スクリーニングの結果、アルコール乱用・依存症が疑われる場合には、さらに踏み込んで専門医療機関、相談機関、あるいは自助グループ〔断酒会、A.A.(Alcoholics Anonymous)〕の情報を提供してほしい。その際、「なぜ飲むのだ!？」などと叱責をして相手に恥辱感を体験させないことが大切である。もしも患者に恥辱感を覚えさせてしまえば、もはや二度とこの問題について話し合うことは不可能となってしまおうであろう。それよりは、「飲まないではいけない」という気持ちに共感しつつ、医学的な見地から懸念されることを穏やかかつ粘り強く伝え

てほしい。そうすれば、まだ機会を改めてこの話題を持ち出せる余地を残せる。

3 家族に情報を提供する

アルコール乱用・依存の特徴は、「本人が困るよりも先に周囲が困る」という点にある。したがって、前項で述べたような伝え方をしても、本人は専門機関への受診に対して難色を示したり、むきになって屁理屈をこねくり回し、「いかに自分が飲酒をコントロールできており、自分にとって飲酒が正当であるか」を主張したりするであろう。しかし、本人のそのような態度を気にする必要はない。むきになるということは、実は本人もそれだけ気にしているということの意味する。本人が提案を受け入れるかどうかは別にして、家族には確実に情報を伝えてほしい。

アルコール乱用・依存の治療は、まずは家族が相談機関や依存者家族の自助グループ〔断酒会の家族会、Al-Anon(アラノン)〕につながるところから始まると言っても過言ではない。したがって、できれば家族にそうした社会資源につながってほしいが、家族にしてみれば、最初から自助グループというのはいささか敷居が高く感じるであろう。そこで、さしあたっての紹介先としては、都道府県・政令指定都市に少なくとも1カ所は設置されている、精神保健福祉センターを紹介するのがよいであろう。アルコール乱用・依存の治療は、多くの場合、まずは家族が相談につながるところから開始されるものである。

なお、精神保健福祉センターではアルコール問題に関する啓発的なリーフレットも作成している。そのような啓発資料を入手して、薬局で必要な人に手渡しする方法もよいであろう。

おわりに

筆者が所属する自殺予防総合対策センターでは、上述したようなアルコールとうつ、自殺との関係についての啓発リーフレット「のめばのまれる」を作成し、ホーム

III うつ病患者へのアプローチ

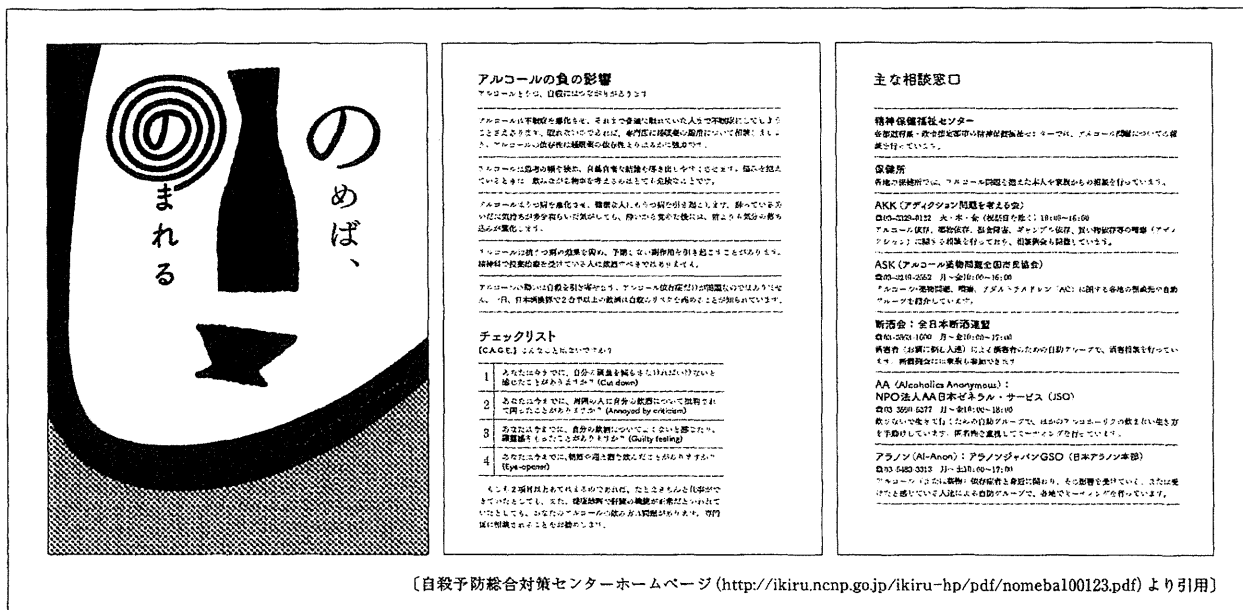


図1 リーフレット「のめばのまれる」

ページからPDF形式でダウンロードできる(図1)。

このリーフレットには、本稿で述べた内容がわかりやすく記されている。また、4項目のスクリーニングテストCAGEも掲載されており、CAGEで2点以上(アルコール依存疑い)の本人向け、および家族向けのアドバイスも書かれてある。さらに、アルコール問題に関するさまざまな相談資源の名称や連絡先も掲載されている。

われわれは、病院での服薬指導、あるいは調剤薬局での服薬指導の際に、薬剤師が口頭での説明とともにこのような啓発資材を渡すだけでも意義ある介入になると信じている。ぜひご活用いただければと思う。

参考文献

- 1) Coêlho BM, et al. : The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil. Rev Bras Psiquiatr, 32 (4) : 396-408, 2010
- 2) Conner KR, et al. : Psychological vulnerability to completed suicide : a review of empirical studies. Suicide Life Threat Behav, 31 (4) : 367-385, 2001
- 3) Davis LL, et al. : Substance use disorder comorbidity in major

depressive disorder : an exploratory analysis of the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression cohort. Compr Psychiatry, 46 (2) : 81-89, 2005

- 4) Fawcett J : Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. Ann N Y Acad Sci, 932 : 94-102 : discussion 102-105, 2001
- 5) Oquendo MA, 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 (7) : 902-909, 2010
- 6) Matsumoto T, et al. : Comparative study of suicide risk in depressive disorder patients with and without problem drinking. Psychiatry Clin Neurosciences, 65 (5) : 529-532, 2011
- 7) 赤澤正人 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, 45 (2) : 104-118, 2010
- 8) Hirokawa S, et al. : Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death : a psychological autopsy study of 76 cases. Psychiatry Clin Neurosci, 66 (4) : 292-302, 2012
- 9) 松本俊彦 他 : 自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究—精神科受診歴のあるうつ病患者における自殺のリスク要因の検討. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」分担研究報告書, 25-35, 2012

- 10) 松本俊彦 他：自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究—過去に自殺企図歴のない成人男性における自殺の危険因子の検討。平成22年度～平成24年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」総合報告書，37-51，2013
- 11) De Leo D, et al. : International Suicide Rates and Prevention Strategies, 101-112, Hogrefe & Huber, 2004
- 12) Halliday G, et al. : Serotonin and alcohol-related brain damage. *Metab Brain Dis*, 10 (1) : 25-30, 1995
- 13) 松本俊彦 他：うつ病性障害患者における問題飲酒の併存率：文献的対照群を用いた検討。精神医学，54 (1) : 29-37, 2012
- 14) Cherpitel CJ, et al. : Acute alcohol use and suicidal behavior : a review of literature. *Alcohol Clin Exp Res*, 28 (5 Suppl) : 18S-28S, 2004
- 15) Wasserman D, et al. : Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand*, 89 (5) : 306-313, 1994
- 16) Birckmayer J, et al. : Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health*, 89 (9) : 1365-1368, 1999
- 17) Ramstedt M : Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*, 96 (Suppl 1) : S59-S75, 2001
- 18) Makela P : Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction*, 91 (1) : 101-112, 1996

精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴： 心理学的剖検による76事例の検討

廣川聖子¹⁾，松本俊彦^{2,3)}，勝又陽太郎⁴⁾，木谷雅彦⁵⁾，赤澤正人⁶⁾，
亀山晶子⁷⁾，高橋祥友⁸⁾，川上憲人⁹⁾，渡邊直樹¹⁰⁾，平山正実¹¹⁾，
竹島 正^{2,3)}

Seiko Hirokawa, Toshihiko Matsumoto, Yotaro Katsumata, Masahiko Kitani,
Masato Akazawa, Akiko Kameyama, Yoshitomo Takahashi, Norito Kawakami,
Naoki Watanabe, Masami Hirayama, Tadashi Takeshima

本研究では心理学的剖検の手法を用いた自殺の実態調査において情報収集がなされた自殺既遂事例のうち、死亡前1年以内に精神科受診行動がみられた一群の臨床的特徴について明らかにした。

調査によって情報収集がなされた76事例を対象として、死亡前1年間に精神科受診歴があった者（精神科受診群）と非受診者（非受診群）の2群に分類し、心理社会的特徴および精神医学的診断について比較を行った。また精神科受診群については、その受療状況などの臨床的特徴についての分析を行った。精神科受診群と非受診群の割合は、同率の38例（50.0%）であった。受診群でやや女性が多く、39歳以下の者が65.8%を占めており、非受診群に比べ有意に若年であった。また、非受診群に比べ、受診群では自殺時の向精神薬の過量摂取、死亡前の自傷・自殺未遂経験が有意に高率であった。精神医学的診断では、共通して最も多かった診断名は気分障害（63.5%）であったが、受診群で統合失調症の割合が非受診群に比べ高く、非受診群では適応障害が高いという傾向がみられた。受診群の精神科受療状況を見ると、90%近くが死亡前1ヵ月内という自殺の直前に受診をしており、65.7%が1年以上の治療期間を有していた。さらに、受診群を男女で比較すると、女性で有意に若年であり（平均年齢30.1歳；SD=12.3）、また死亡前の自傷・自殺未遂歴については女性患者において80%以上の経験率を有していた。これらの結果から、今後の自殺対策の方向性として、若年成人への対策、特に、統合失調症に罹患した者への対策、精神科治療薬の過量服薬を防止するための対策、さらに自傷行為がみられる女性患者への対策を講じる必要性があると考えられた。

<索引用語：自殺，心理学的剖検，若年成人，過量服薬，自傷行為>

著者所属：1) 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科 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 3) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター自殺予防総合対策センター 4) 新潟県立大学人間生活学部子ども学科 5) 元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 6) 兵庫県こころのケアセンター 7) 日本大学文理学部人文科学研究科 8) 筑波大学医学医療系災害精神支援学 9) 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野 10) 関西国際大学人間科学部人間心理学科 11) 聖学院大学総合研究所

本論文は、PCN誌に掲載された最新の研究論文¹⁶⁾を編集委員会の依頼により、著者の1人が日本語で書き改め、その意義と展望などにつき加筆したものである。

はじめに

わが国の年間自殺者数は、長きにわたり3万人以上という水準のまま推移してきた。先ごろ発表された警察庁の自殺統計によれば、2012年の自殺者数は15年振りに3万人を下回り、これまでの自殺対策による一定の成果が示されたとも考えられる。とはいえ、世界的にみても日本の自殺死亡率は8位と依然高い水準にあり²²⁾、さらなる対策の充実を目指し、昨年、自殺総合対策大綱の見直しが行われた。

自殺の背景にあるとされる経済・生活問題など、複雑多岐な要因の中でも、特に重要な要因であるのは、精神障害の存在である^{6,9)}。事実、これまでに多くの先行研究にて、自殺者の90%以上が自殺直前に何らかの精神障害に罹患した状態であったことが報告されている^{4,8)}。こうしたことから、これまで自殺リスクの高い者をいかにして精神科治療につなぐかが、自殺対策における重要な課題とされてきた。

しかしその一方で、精神科治療に結びついていながらも、自殺既遂に至ってしまった事例も存在する。このような、精神科治療を受けながらも自殺既遂に至った者の臨床的特徴と問題の焦点を明らかにすることは、よりよい精神科医療の追求と、自殺対策の発展に資するものと期待される。

本研究では、心理学的剖検の手法を用いて死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の臨床的特徴を明らかにし、今後のわが国における自殺予防対策の課題について検討した。

I. 研究方法

1. 対象および調査方法

本研究は、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にて実施している、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」(以下、基礎調査)をもとにしている。調査対象の選定基準など、基礎調査の詳細については、我々のこれまでの報告²⁶⁾を参照していただきたい。本研究で扱う自殺事例は、基礎調査におけるデータのうち、2006年

1月から2009年12月に死亡した76事例である。

基礎調査では、遺族に対し、独自に作成された面接票^{17,26)}に準拠した半構造化面接を行う。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る。各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-IV¹⁾に準拠した臨床診断を行う。

なお、調査は国立精神・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ている。

2. 分析方法

研究対象の76事例において、「死亡前1年間における精神科もしくは心療内科への受診歴の有無」に着目して分析を行った。死亡前に受診行動が認められた者を「精神科受診群」、それ以外の者を「精神科非受診群」と分類し、以下に挙げる変数について、2群間で比較を行った。また、精神科受診群については男女間での比較分析を行った。

比較に用いた変数は、調査票の項目のうち、①人口動態的変数(性別、年齢、年齢階級、職業)、②一般医学的問題(死亡1年前の重症の身体疾患、死亡1年前の一般診療科受診歴、自殺の状況、自殺関連行動の既往)、③社会的背景(家族構成、幼少期における被虐待経験や親との離別、死亡1年前の離婚、死亡1年前の転職・失職・休職歴、死亡時点の返済困難な借金)、および④DSM-IVに基づく精神医学的診断である。さらに、精神科受診群については、その受療状況(最終受診時期、精神科通院期間、薬物療法の状況、入院治療の有無)についても分析を行った。

II. 結果

1. 死亡1年前の精神科受療行動の有無による心理社会的特徴

死亡1年前の精神科受診行動の有無による心理社会的特徴について、表1に示す。

対象者76事例において、精神科受診者と非受診者の割合は、同数の38例(50.0%)であった。性

表1 死亡前1年間の精神科受療行動の有無による心理社会的特徴の比較 (N=76)

		精神科受診群 (N=38)	精神科非受診群 (N=38)
	性別**		
	男性	22 (57.9%)	33 (86.8%)
	女性	16 (42.1%)	5 (13.2%)
	平均年齢**	36.8 (SD=13.9)	46.3 (SD=17.2)
人口動態的変数	年齢別階級*		
	若年群 (39歳以下)	25 (65.8%)	14 (36.8%)
	中年群 (40~59歳)	11 (28.9%)	15 (39.5%)
	高齢群 (60歳以上)	2 (5.3%)	9 (23.7%)
	死亡時点の有職者	21 (55.3%)	27 (71.1%)
	死亡前1年間の重症疾患あり	9 (23.7%)	8 (21.1%)
	死亡前1年間の一般診療科受診あり	24 (63.2%)	30 (78.9%)
	かかりつけ医あり**	30 (78.9%)	17 (44.7%)
	既遂時の過量服用あり**	22 (57.9%)	10 (26.3%)
医学的問題	薬物：向精神薬*** (重複回答あり)	19 (50.0%)	2 (5.3%)
	睡眠薬***	15	2
	抗精神病薬*	7	0
	安定剤*	6	0
	抗うつ薬**	8	0
	アルコール	7 (18.4%)	4 (10.5%)
	鎮痛剤	1 (2.6%)	1 (2.6%)
	農薬	0	1 (2.6%)
	その他有害物質	0	3 (7.9%)
		自傷・自殺未遂経験あり**	20 (52.6%)
	平均同居家族数	3.0 (SD=1.2)	2.8 (SD=1.2)
	幼少時の被虐待経験あり	7 (18.4%)	3 (7.9%)
社会的背景	婚姻歴あり**	17 (44.7%)	29 (76.3%)
	離婚歴あり	1 (2.6%)	5 (13.2%)
	両親との離別経験あり	8 (21.1%)	6 (15.8%)
	死亡前1年間の転職経験あり	9 (23.7%)	4 (10.5%)
	死亡前1年間の休職経験あり	6 (15.8%)	3 (7.9%)
	死亡前1年間の返済困難な借金経験あり*	4 (10.5%)	13 (34.2%)

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

別は、受診群でやや女性が多く、平均年齢は受診群で36.8歳 (SD=13.9) であり、非受診群の平均年齢46.3歳 (SD=17.2) と比べて有意に若年であった。対象者を若年群 (39歳以下)、中年群 (40~59歳)、高齢群 (60歳以上) という3つの年

別で分類すると、精神科受診群では若年群が65.8%とその大半を占めていた。

自殺時の物質使用については、死亡時に向精神薬を過量に服用していた者が受診群で有意に高率であり (p<0.001)、特に若年層で多く認められ

た。自殺以前の自傷・自殺未遂の経験については受診群で有意に高く、半数以上の者が自傷・自殺未遂を経験していた。

なお、死亡時に居住していた地域ブロックの内訳は、東海北陸・近畿地域が25名(32.9%)、次いで関東・信越地域が24名(31.6%)、北海道・東北地域が13名(17.1%)、中国・四国地域が8名(10.5%)、九州地域が6名(7.9%)であり、本研究の対象の中で多くの割合を占めていたのは、首都圏を含む関東甲信越・中部近畿の比較的都市部であった。また、人口動態的変数について本研究の対象をわが国における自殺者の全数統計と比較した場合、やや男性、若年層、有職者の割合が高いものの、ほぼ一致する集団であると推測された。

2. 精神医学的診断による精神障害の内容

対象76事例のうち、精神科医の判断がつかなかった2名を除く74名を精神医学的診断の分析対象とした。74事例のうち、66名(89.2%)が、死亡時点で何らかの精神障害に罹患していたことが推測された(表2)。最も多くみられた診断名は両群とも気分障害であり、全対象者の63.5%に認められた。精神科受診群では、非受診群に比べ統合失調症に罹患していたと推測される者の割合が有意に高く($p < 0.05$)、また非受診群では受診群に比べ適応障害の診断がつく者の割合が有意に高いという傾向がみられた($p < 0.05$)。

3. 精神科受診に関する状況

死亡前に精神科を受診していた38名について、その受療状況を整理した(表3)。

38名のうち、最後に受診した診療科が精神科であった者は32名(84.2%)であった。最終受診から自殺までの期間をみると、自殺から3日以内の受診(入院中も含む)が16名(42.1%)で、1ヵ月以内という直近の受診は90%近くに及んだ。治療歴については、死亡直前に初診だけを受けた者が2名(5.3%)、1年未満の通院が5名(13.2%)であり、25名(65.7%)が1年以上の精神科治療歴を有していた。死亡前の1年間に精神科薬物療

法を受けていた者は30名(78.9%)であり、そのうち治療中断もしくは服薬の自己中断・怠薬が認められたのは8名(21.1%)であった。

4. 精神科受診群における性差による比較

受診群38名について、男女間にて心理社会的特徴、精神医学的診断、精神科受療状況に関して比較を行った(表3, 4)。受診群においては男性に比べ女性で有意に若年であり、その平均年齢は30.1歳($SD = 12.3$)であった。年齢層別でも、男性では若年群と中年群がほぼ同数であったのに対し、女性ではその90%近くが30代以下の若年群であった。この他、特に男女間で相違がみられたのは自殺既遂以前の自傷・自殺未遂経験の有無であり、女性の精神科患者における経験率は81.3%と、顕著に高いものであった。

III. 考 察

1. 自殺既遂者の精神科受診率

本研究では、自殺既遂者の約90%が自殺直前に何らかの精神疾患に罹患した状態にあったと推測され、国内外の先行研究とほぼ一致する結果であった^{4,5)}。だが、既遂者における精神科受診率については、諸外国における先行研究^{3,7,12)}ではいずれも30%前後であるのに対し、我々が得た数値は50%と高いものであった。この結果は、精神科医療につながっていた既遂者の家族ほど、精神科医療につながっていたにもかかわらず何故自殺を防ぐことができなかったのかという思いから、本研究に積極的に参加した可能性があるとも推測できる。しかしその一方で、本研究の結果を支持する知見もある。張らが東京都内で実施した心理学的剖検調査¹⁰⁾や、東京都福祉保健局が実施した自死遺族からの聞き取り調査²⁷⁾では、いずれも自殺者の約50%が自殺時に精神科治療継続状態であった。これらの調査はいずれも東京都内で実施されたものであることから、自殺既遂者における高精神科受診率という特徴は、本研究においても対象の多くを占めていた、首都圏を含む都市部在住者における特徴と理解することもできる。

表2 死亡時に罹患していたと推測される精神医学的診断（重複診断あり）（N=74^{a)}）

	精神科受診群 (N=37)	精神科非受診群 (N=37)
精神疾患の有無	36 (97.3%)	30 (81.1%)
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		
広汎性発達障害	2 (5.4%)	0
知的障害	1 (2.7%)	0
せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害		
認知症	1 (2.7%)	0
物質関連性障害		
アルコール使用障害	6 (16.2%)	9 (24.3%)
アルコール依存	4 (10.8%)	9 (24.3%)
アルコール乱用	3 (8.1%)	6 (16.2%)
アルコール乱用	1 (2.7%)	3 (8.1%)
薬物使用障害	2 (5.4%)	1 (2.7%)
薬物依存	2 (5.4%)	0
ニコチン依存	0	1 (2.7%)
統合失調症および他の精神病性障害 [*]		
統合失調症 [*]	7 (18.9%)	0
統合失調症 [*]	7 (18.9%)	0
気分障害		
大うつ病性障害	27 (73.0%)	20 (54.1%)
気分変調性障害	21 (56.8%)	18 (48.6%)
双極 I 型障害	8 (21.6%)	5 (13.5%)
双極 II 型障害	2 (5.4%)	0
双極 II 型障害	1 (2.7%)	1 (2.7%)
不安障害		
全般性不安障害	7 (18.9%)	4 (10.8%)
強迫性障害	5 (13.5%)	3 (8.1%)
強迫性障害	2 (5.4%)	0
パニック障害	1 (2.7%)	2 (5.4%)
身体表現性障害		
心気症	0	1 (2.7%)
心気症	0	1 (2.7%)
解離性障害	1 (2.7%)	0
摂食障害		
神経性無食欲症	1 (2.7%)	2 (5.4%)
神経性無食欲症	1 (2.7%)	1 (2.7%)
神経性大食症	0	1 (2.7%)
他のどこにも分類されない衝動制御の障害		
病的賭博	0	3 (8.1%)
病的賭博	0	3 (8.1%)
適応障害 [*]	0	6 (16.2%)
パーソナリティ障害	4 (10.8%)	3 (8.1%)

*p<0.05

a) 2名の対象者については精神科医師の判断がつかなかったため N=74 とした。

2. 死亡1年以内に精神科受診歴のある自殺既遂者の特徴

本研究では、精神科受診歴のある自殺既遂者において、以下の4つの特徴が認められた。

1) 向精神薬の過量服用

本研究における精神科受診群では、自殺既遂時に向精神薬の過量服用が多く認められていた。向精神薬の過量摂取自体は飛び降りや縊首などに比

表3 死亡前1年間の精神科受診の状況

	全体 (N=38)	男性 (N=22)	女性 (N=16)
最期1年間に精神科治療を受けていた	36 (94.7%)	21 (95.5%)	15 (93.8%)
最期の受診科は精神科	32 (84.2%)	18 (81.8%)	14 (87.5%)
精神科受診から自殺までの期間			
～3日以内 (入院中含む)	16 (42.1%)	10 (45.5%)	6 (37.5%)
～1ヵ月内	18 (47.4%)	8 (36.4%)	10 (62.5%)
～3ヵ月内	2 (5.3%)	2 (9.1%)	0
3ヵ月～	1 (2.6%)	1 (4.5%)	0
不明	1 (2.6%)	1 (4.5%)	0
受診から死亡までの平均日数 (日)	21.3 (SD=53.7)	30.1 (SD=70.6)	10.0 (SD=10.5)
精神科初診から最終受診までの期間			
死亡直前に初診のみ	2 (5.3%)	1 (4.5%)	1 (6.3%)
1年未満	5 (13.2%)	3 (13.6%)	2 (12.5%)
1年～5年未満	11 (28.9%)	4 (18.2%)	7 (43.8%)
5年以上	14 (36.8%)	11 (50.0%)	3 (18.8%)
不明	6 (15.8%)	3 (13.6%)	3 (18.8%)
死亡前1年間の投薬	30 (78.9%)	18 (81.8%)	12 (75.0%)
死亡前1年間の治療の中断・怠業	8 (21.1%)	5 (22.7%)	3 (18.8%)
死亡前1年間の治療効果			
良くなっていた	10 (26.3%)	6 (27.3%)	4 (25.0%)
安定していた	2 (5.3%)	0	2 (12.5%)
変化なし	7 (18.4%)	5 (22.7%)	2 (12.5%)
悪化していた	17 (44.7%)	10 (45.5%)	7 (43.8%)
不明	2 (5.3%)	1 (4.5%)	1 (6.3%)
死亡前1年間に精神科への入院経験あり	7 (18.4%)	2 (9.1%)	3 (18.8%)

べ致死性の低い手段であるが²⁹⁾、自殺の意図の有無に関わらず不安解消のために用いていた場合であっても、その脱抑制効果により結果として致死的な自殺行動を促進することが知られている¹¹⁾。本研究の結果も、治療の目的で処方された向精神薬が、不適切な使用方法により自殺行動を促進してしまった可能性を示唆している。さらに今回の対象においては、向精神薬の過量服用は若年群に多く認められており、若年者への処方の際にはより慎重に処方薬の服用状況や個人の衝動性、対処行動の傾向などの把握に努める必要があると考えられる。

2) 自傷・自殺未遂経験

自傷・自殺未遂が自殺のリスクファクターであ

ることは既知のとおりであるが²³⁾、精神科受診群で有意に既遂以前に自傷・自殺未遂を経験していたという本研究の結果は、その行為により精神科治療に結びつくことができた可能性もある一方で、精神科医療の現場で自傷・自殺未遂者へのケアが看過されがちである可能性を示唆している。特に本研究の精神科受診群においては、“若年の女性”で既遂前の自傷・自殺未遂の経験がより顕著であり、また女性患者では最終受診から平均10日という短期間で既遂に至っていた。この結果から、特に若い女性患者において、自傷行為の内容が致死性の低いものである場合や行為が反復的な場合に、その自殺リスクが過小に評価される傾向があることが推測される。