



季刊

ほけかん

ISSN 1346-4191

2014・12

No. 64

富山大学保健管理センター



エビデンスの観点から見た 「うつ病」と「自殺」の関係

(富山大学保健管理センター)

斎藤 清二

一般に自殺予防、自殺対策を考える場合、自殺の原因として「うつ病」を最も重要なものとみなし、「うつ」を早期に発見し、専門家による治療に早期に結び付けることによって、自殺を防止することができるという考え方が「自殺予防対策戦略」の主流であるとみなされて来た。もちろん、「自殺」に関連する要因は「精神疾患」だけではなく、極めて多数の要因が関連するという事に異を唱える専門家は少ない。したがって「自殺対策」と「うつ病対策」はイコールではないし、うつ病対策だけで「自殺」をゼロにすることができると考えている人は少数だ

も く じ

エビデンスの観点から見た「うつ病」と「自殺」の関係	1
ご存じですか？禁煙治療	5

ろう。しかし、一方でやはり、「自殺」の最大の危険因子は「うつ」であり、自殺対策の最も重要なポイントは、うつ病の早期発見、早期治療であると考えている人は多いと思われる。

近年、「個々の医療実践における臨床判断や、社会における医療政策の決定は、科学的・客観的な根拠（エビデンス）に基づいて行われるべきである」という考え方が強調されるようになり「エビデンスに基づく自殺学=evidence-based suicidology」といった概念が主張されるようになってきた。上記のような文脈における「エビデンス」とは主として人間集団における、疫学的、統計学的な研究結果であり、一連の批判的吟味の基準によって妥当性が確立したものでなければならない。「うつ」と「自殺」の関連についても、エビデンスの観点からの吟味がなされることによって、これまでさしたる根拠もないままに「常識」として信じられてきたことのうちの幾つかの信憑性が批判され、新しい「エビデンスに基づく理解」が提唱されている。ここでは、「うつ病患者のうちどのくらいの人が自殺で生涯を終えるのか？」という、極めて基本的な臨床疑問に沿って考察してみたい。本考察の主な出典は『Evidence Based Practice in Suicidology: A Source Book, 2011』である。

いくつかの、これまで世界的に標準とされてきた精神科学の教科書の記述によると、「うつ病患者」の生涯自殺率は15～20%前後であるとされてきた。この15%という数字は、多くの専門家によって認められ、一般に流布してきた数値である。しかし、近年この15%という数字は、専門家の実感とかけ離れているということが指摘されるようになってきた。30年、40年という長期間、精神科の臨床を行って来た専門家にとって、うつ病と診断した患者さんをずっとフォローして、その5人に1人が自殺で亡くなるとすれば、例えば1000人以上のうつ病患者さんの治療を経験している一人の精神科医（こういう医師はたくさんいると思う）は150～200人の患者さんを自殺で失うということになるが、これは現実と合致しない。もちろん多くの精神科医は、自殺という不幸な結果に終わった何人かの印象的なうつ病患者を経験していることがほとんどだが、それでも自分が治療したうつ病患者の5人に1人が最終的に自殺するなどということは、実感とはかけはなれている。

Mayo Clinic の Bostwick JM は、うつ病と診断された患者の予後と死因に関する詳細なメタアナリシスを行い、これまでの生涯自殺率15～20%という、異常に高い数字がなぜ生じたか

についても論じている。生涯自殺率という概念を厳密に考えるならば、生涯のある時点でうつ病と診断された患者さんをリストに登録し、理想的にはその患者さんの集団の全て(例えば 100 人)を、最後の一人が死去するまで経過を観察して、それぞれの死因を同定するまでは、正確な生涯自殺率は算定できない。このような疫学的研究のデザインを、前向きコホート研究と呼ぶ。しかし、このような研究を実際に行うことはほぼ不可能である。

現実に行われている研究は、うつ病と診断された患者をリストに登録し、2 年、あるいは 10 年といった限定された(しかし十分に長い)期間経過を観察し、その間に死去した人の死因を調査し、そのデータから生涯自殺率を推定している。このような研究の質の指標として、できるだけ経過観察から脱落する人が少ないということが重要である。途中で追跡できなくなる人をゼロにすることは難しいが、少なくともある程度以上(例えば 90%以上)が追跡されていない限り、データの信憑性は乏しくなる。

分かりやすい架空の例を示してみよう。仮に 100 人のうつ病の患者さんを登録し、1 年間 100%追跡が可能だったとする。1 年の間に、10 名が死亡し、そのうち 5 人が自殺だったとする。一つの数値として、死亡した 10 名のうちに占める自殺者の割合(これを、Proportionate Mortality: PM)と呼ぶ)を求めると、50%という数値が得られる。ところがこの数値はうつ病患者さんの自殺率を現すものとしては不十分である。なぜなら、100 人中 95 人はまだ生きているのであるから、50%という数値をもって、うつ病の自殺率ということはできない。それでは、100 人中 5 名が死亡したのであるから、 $5/100=5\%$ というのをうつ病患者の自殺率と呼ぶべきなのだろうか(これを Case Fatality: CF と呼ぶ)。しかし、この場合、生き残っている 90 人は、いつかは死ぬのであるから、その中にさらに自殺する人が含まれる可能性は高く、生涯自殺率は 5%よりも高くなるだろう。このように、ある限定された期間での自殺率は PM(この場合 50%)と CF(この場合 5%)という極端に数値の異なる二つの指標で表現され、生涯自殺率はこの極端にかけ離れた二つの数値の中間のどこかに来ることが予想される。この数値は、統計学的に推定する数式によって計算するしかない。

Bostwick は、これまでの教科書の記載の根拠になった研究を詳細に吟味した結果、これまで報告された 15~20%という数字は、実は PM(ある一定期間に死亡した患者に占める自殺者の割

合)であったことを明らかにした。そして統計学的に最も適切であるという推計式によって、1) 自殺に関連した危機的状況で入院した時点で登録された患者グループ、2) 入院時に自殺の危険性がほとんどない状態で登録された患者グループ、3) 外来のうつ病患者グループ、の3種のグループごとに生涯自殺率を推定し、グループ1では8.6%、グループ2では4.0%、グループ3では2.2%という数値を算出した。

このように考えると、米国におけるうつ病（感情障害）患者のうち、自殺の危険性のために入院の必要があった（通常重症のうつと判定される）人を除く、軽症~中等症のうつ病の患者の生涯自殺率はトータルでは3%前後と考えられる。つまり、うつ病と診断された集団の97%の人は生涯自殺しない（言い換えれば、自殺以外の原因で一生を終える）。ところで米国の全ての人口での生涯自殺率は約1%であると言われている。よって、うつ病の人が自殺で生涯を終える可能性はやはり、全人口の平均より3倍程度高いのである。つまりうつ病は確かに自殺のハイリスクであることは間違いない。しかし、うつ病の人の大部分は自殺では死なないということもまた事実なのである。

ご存じですか？ 禁煙治療

— 深刻なタバコによる健康被害を拡大させないように —

(富山大学保健管理センター高岡支所)

中 川 圭 子

いまや先進国では、“喫煙習慣は治療が必要な薬物依存（ニコチン依存症）”すなわち疾患であるとの考えが一般的になっており、自力で禁煙が難しい場合は、保健医療従事者のサポートが必要であるとしています。日本でも 2006 年から禁煙治療費の自己負担が軽減されるようになりました。戦後の経済成長とともに、日本では欧米よりも数十年遅れて 1970 年代に喫煙の本格的な流行期となりました。タバコに関わる健康被害は、その流行から約 30 年遅れて顕著になるといわれ、国内では 1990 年代後半に、肺がんでの死亡が胃がんを抜いてトップになりました。タバコが原因で死亡したと推定される数（超過死亡数）も、1990 年代後半には年間約 10 万人に増加し、その数は交通事故での年間死亡数の約 10 倍です。最近では公共施設などの禁煙体制も整備されてきましたが、今後の数十年は人口の高齢化に伴い、タバコに関わる健康被害が増えると予想されます。

タバコには、①ニコチン（麻薬と同等の強い中毒性物質で、喫煙習慣の本質はニコチンの離脱症状（イライラなど）が我慢できないことによる）、②タール（発がん性物質）、③一酸化炭素（動脈硬化を進行させ脳梗塞や心筋梗塞を引き起こす、酸素供給を妨げて持久力や作業能率を低下させる）、④カドミウム、⑤砒素、⑥ダイオキシンなど、200 種類以上の有害物質が含まれます。タバコで死亡率が高くなる病気には、肺がんをはじめとする多くのがん、狭心症や心筋梗塞といった虚血性心疾患（これらは日本人の 3 大死因）、肺気腫などの慢性閉塞性肺疾患（肺の組織が傷害され呼吸が困難になる、肺炎をくり返す）、胃潰瘍などがあります。タバコを吸う人では、吸わない人と比べ、肺がんの死亡リスクが約 5 倍、喉頭がんでは 30 倍以上になることがわかっています。また、酸素不足による持久力や作業能率の低下（集中力がなくなる）、アルコールや麻薬同様の脳内メカニズムを介した依存性、老化を早める（肌荒れ、しわ、シミ、歯が抜ける）などの有害作用があります。自分では吸わないのに喫煙者の煙を吸う“受動喫煙”も、前述の疾患のほか、子どもの肺炎・気管支炎、ぜんそく、中耳炎の悪化、乳

幼児突然死症候群との関連があることがわかっています。妊婦がタバコを吸うと、赤ちゃんの成長が遅れたり、早産や周産期の死亡、胎盤早期剥離や前置胎盤などの妊娠・分娩合併症の危険が高くなります。家族がタバコを吸うと、子どもの“やけど”や誤ってタバコを口に入れる事故、タバコの火の不始末による火事の危険も高くなります。(禁煙に成功すると、病気の心配が減って、より健康になるだけでなく、顔(色つやが良くなる)も頭(集中力アップ)も良くなり、こずかいが増え、タバコのせいで孫に嫌われることもなくなり、ポケットのでっぱりも火事の心配も減り、喫煙場所を探す必要もなくなり…いいことだらけです。)

禁煙外来では、ニコチン依存の程度の評価、文書での同意、ただちに禁煙を希望など、いくつか条件を満たせば、健康保険が適用される12週計5回の通院の、禁煙治療プログラムで、開始時の指導、その後の評価や相談、治療薬の使い方などのサポートを行います。禁煙の成功率が約2-3倍になるニコチンパッチや飲み薬など、これまで数万円かかっていたものが、原則健康保険の適用となります。禁煙治療を受けられる医療機関はホームページなどで探すことができますので、禁煙をお考えの方、自己流の禁煙がうまくいかない方などは相談されることをお勧めします。

季刊 ほけかん 第64号

平成26年12月発行

編集・発行 富山大学保健管理センター
富山市五福3190

T E L. 076-445-6911

F A X. 076-445-6908

E-mail : sights@adm.toyama-u.ac.jp