

アルコール関連問題を抱えた人の自殺関連事象の 実態と精神的健康への関連要因

赤澤 正人¹⁾, 松本 俊彦^{2,3)}, 立森 久照¹⁾, 竹島 正^{1,3)}

Masato Akazawa, Toshihiko Matsumoto, Hisateru Tachimori, Tadashi Takeshima :
Suicide-related Phenomena and Mental Health Status in Alcoholics: A Survey of Danshu-kai

本研究では、全国の断酒会員を対象に、対象者のこれまでの自殺関連事象の実態を把握すること、および現在の精神的健康の程度を把握しそれに影響を及ぼす要因を検討することを目的として、無記名自記式質問紙調査を行った。その結果、対象者の約4割が自殺念慮を、自殺の計画や自殺企図は約2割が経験しており、男性に比べて女性のほうが自殺関連事象の経験率が有意に高かった。また自殺関連事象の経験時期は、断酒会につながる以前が約7割であった。K10質問票日本語版を用いた精神的健康のスクリーニングでは、対象者の約3割に気分障害・不安障害の罹患が疑われ、一般地域住民を対象とした文献的対照群と比較するとその割合は有意に高率であった。そして、多変量ロジスティック回帰分析の結果、対象者の精神的健康に影響を及ぼす要因として、男女に共通して「良好な健康状態」「年齢」「親のアルコール問題」が抽出された。男性はこれらの要因に加えて「家族・親族との良好な関係」「有職者」「例会への継続的な出席」「断酒期間（5年以上）」の要因が抽出された。これらの結果から、断酒会という組織が単に断酒だけにとどまらず、自殺予防という観点でも効果的に機能している可能性、ならびに、断酒後の精神的健康という観点では身体的健康や家族関係が損なわれるよりも以前に介入することの必要性、さらには、断酒後のアルコール依存症罹患者に対する継続的な心身両面の健康維持のためのケアの必要性が示唆された。今後は、アルコールの問題と自殺の関連性の社会に向けた積極的な啓発を行うとともに、アルコール関連問題に対する早期介入のための援助技術の向上、さらには、断酒会などの自助グループと連携した自殺予防活動の推進が求められると考えられた。

〈索引用語：アルコール依存，自殺関連事象，精神的健康，自殺，断酒〉

- 著者所属：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，Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
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薬物依存研究部，Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry
3) 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，Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

受理日：2010年7月3日

I. はじめに

平成10年以降、わが国の自殺者数は11年連続で年間3万人を越える水準で推移しており、自殺予防はわが国における喫緊の課題であり、うつ病の早期発見・早期治療といった精神保健的対策、あるいは、多重債務や雇用問題に対する相談支援体制の確立などの社会的な取組といった、総合的な対策が進められている。そうした中で筆者らは、自殺のハイリスク者に対する支援の重要性について、アルコール関連問題と自殺の関連性に注目し、その対策の必要性について言及してきた^{1,2)}。

我々が、アルコール関連問題と自殺との関連を強調するのは、すでに海外の自殺研究においてはアルコールなどの精神活性物質の使用と自殺との関係が繰り返し指摘されてきたという経過があるからである。例えば、自殺死亡率の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¹⁸⁾では、うつ病(66%)とともにアルコール依存・乱用(42%)への罹患が高率であったことが明らかにされている。またDumaisら⁴⁾は、アルコール乱用を呈するうつ病患者は、呈さないうつ病患者に比べて、はるかに自殺におよぶ可能性が高いことを指摘している。さらに、飲酒によって抑うつ気分や攻撃性、心理的視野狭窄が促進され自殺行動のリスクが増加するという報告¹¹⁾、あるいは、自殺遺体の32~37%からアルコールが検出されたという報告²⁾があることからわかるように、アルコール依存・乱用が自殺と関連しているだけでなく、アルコールを摂取すること自体が自殺と関連していることも明らかにされている。

しかしわが国では、自殺対策の文脈の中でアルコール関連問題が取り上げられることはほとんどなかった。その理由として、対策の根拠となるデータが乏しいことが挙げられる。例えば、わが国における試行的な心理学的剖検研究^{3,15)}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%である。とはいえ、専門医療機関に入院したアルコール依存・乱用患者における自殺念慮、自殺

企図の高い経験率を報告した研究があり^{20,21)}、わが国にも、アルコール関連問題と自殺との関連を示す傍証がないわけではない。

そうした中、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」)²³⁾で、「うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」の中に、アルコール依存症という言葉が明記された。その意味では、いままさにアルコール関連問題と自殺予防に積極的に取り組むべき時期が到来したといえるわけであるが、アルコール関連問題と自殺の関連性の実態はまだまだ把握されておらず、アルコール関連問題に苦しむ人々への支援のあり方が示されているわけではない。アルコール関連問題の自殺予防を推進していくためには、まずはこれらの課題を検討することが必要である。

そこで、本研究では、アルコール依存症罹患者の自殺の実態を明らかにするとともに、アルコール依存症罹患者の自殺に影響を与えられられる精神的健康の程度を把握し、それに関連する要因を明らかにすることを目的とした。今回筆者らは、社団法人全日本断酒連盟の協力を得て、その大半がアルコール依存症罹患者であると考えられる全国の断酒会員を対象に無記名自記式質問紙調査を実施した。よって、ここにその調査結果を報告するとともに、自殺予防の観点から、アルコール関連問題を抱えた人に対する介入のポイントと支援のあり方について考察を行いたい。

II. 研究方法

1. 対象

本研究は、社団法人全日本断酒連盟に加盟する全国55箇所の断酒会(以下、連合会とする)に所属する586箇所の地域断酒会の会員で、アルコールに関連する問題を抱えた本人を対象とした。断酒会員には、本人の家族なども含まれているが、本研究では、調査期間内に断酒例会に出席しアンケートを配布することができたアルコール関連問題を抱えた本人を対象としていることに注意されたい。

2. 手続き

1) 調査項目

調査は、無記名の自記式質問票を用いて実施した。調査項目は、対象者の基本属性、断酒会の仲間の自殺関連事象の経験、対象者の自殺関連事象の経験とその時期、精神的健康の程度である。

基本属性は、年齢、性別に加えて、同居家族の有無、配偶者の有無、仕事の有無、家族・親族との良好な関係を保っているかどうか、現在の健康状態は良好かどうか、最近1年間例会に欠かさず出席しているかどうか、対象者の親がアルコールの問題を持っていたかどうかを「はい」「いいえ」で回答を求めた。また、お酒を止めてからの期間を「まだ止めていない、または半年未満」「半年以上～1年未満」「1年以上～3年未満」「3年以上～5年未満」「5年以上」から回答を求めた。なおこれら基本属性に関する項目は、アルコール依存症の特徴に関するこれまでの指摘^{12,29,25)}を参考に作成した。

断酒会の仲間の自殺関連事象の経験は、自殺念慮（あなたは、断酒会の仲間から「死にたい」という告白や相談をされたことがありますか?）、自殺未遂（あなたの断酒会の仲間で、自殺未遂をされたことのある方はいらっしゃいますか?）、自殺既遂（あなたの断酒会の仲間で、自殺によって亡くなられた方はいらっしゃいますか?）について尋ねる項目を独自に作成し、「はい」「いいえ」で回答を求めた。

対象者の自殺関連事象の経験とその時期は、自殺念慮（あなたはこれまでに、本気で死にたいと考えたことがありますか?）、自殺の計画（あなたはこれまでに、本気で死にたいと考えて、自殺の計画をたてたことがありますか?）、自殺の企図（あなたはこれまでに、本気で死にたいと考えて、実際に行動を起こしたことがありますか?）について尋ねる項目を独自に作成し、「はい」「いいえ」で回答を求めた。そして、「はい」と回答した対象者には、その自殺関連事象の時期について「断酒会につながる前」「断酒会につながった後」「断酒会につながる前とつながった後の両方」

から回答を求めた。

精神的健康の程度は、最近2週間の心身の健康状態について K10 質問票日本語版^{6,17)}を用いて尋ねた。K10 は、Kessler ら¹⁷⁾ 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自記式評価尺度であり、日本語版の信頼性、ならびに、臨床診断を外的指標とした妥当性も確認されているものである。なお、川上ら¹⁴⁾の一般地域住民を対象にした質問紙調査から導き出された K10 質問票日本語版における K10 得点のカットオフ点は 10 点であり、本研究ではこのカットオフ点を用いた。

2) 調査方法と倫理的配慮

本研究は、社団法人全日本断酒連盟に調査の協力を依頼し、同意が得られた上で、無記名の自記式質問票を用いた調査を実施した。調査期間は 2009 年 4 月から 6 月にかけてであった。調査にあたって、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）倫理委員会から承認を得た。

倫理的配慮については、質問票の表紙に調査の目的、ならびにプライバシーの保護について説明するとともに、調査に協力しないことで不利益を受けることはないこと、答えたくない質問には回答しなくてもよいこと等を記載し、調査票への回答と郵送をもって、対象者が調査に同意したものとした。

国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センターから、各連合会にその地域の地域断酒会数分の質問票などを送付し、連合会を通じて各地域断酒会に配分され、地域断酒会の例会において個々の対象者に質問票が手渡された。回答済みの質問票は対象者自身の手によって厳封され、自殺予防総合対策センターの調査センターに郵送された。

質問票は 5,422 部配布され、4,629 部が回収された（回収率 85.4%）。そのうち、白紙回答等の 13 部を除いた 4,616 部を解析の対象とした（有効回答率 85.1%）。ただし解析に用いた調査項目には最小 27 名から最大 369 名の無回答による欠

損値が存在した。解析に用いた調査項目に欠損値を含むケース（2つ以上の調査項目を使用する解析においてはそれらのいずれか1つに欠損値を含むケース）は解析ごとにその解析の対象から除外した。よって以下の解析の対象人数は解析に用いた調査項目の組み合わせによって異なり、必ずしも4,616と一致しない。特記なき場合は、本文中の％はその解析に使用されたケース数を分母としたものである。

3. 統計学的解析

統計学的解析には、SPSS Version 16.0 J for Windows (SPSS Inc, Chicago, IL) を用い、全て両側検定で、有意水準は5％とした。

1) 自殺関連事象

対象者における自殺関連事象の経験の実態を明らかにするために、断酒会仲間の自殺関連事象の経験率（全体に対するそうした経験が一度でもあった者の割合）、対象者の自殺関連事象の経験率について点推定値と区間推定値を求めた。対象者の自殺関連事象はその時期についても集計を行った。さらに断酒会の仲間の自殺関連事象の経験率と、対象者の3種類の自殺関連事象の経験率について、それぞれ男女間で χ^2 検定を用いて比較した。

2) 精神的健康

対象者の精神的健康の程度について、K10得点のカットオフ点に基づいて、K10得点が10点を低精神的健康群、9点以下を精神的健康群とした。

次に精神的健康に関連する変数の検討を性別に行った。性別に解析した理由は、アルコール依存症に罹患する女性の場合、男性よりも厳しい社会的制裁を受けやすいこと、家庭の中で葛藤や生きがい・役割を喪失する機会が多いこと¹⁰⁾など女性特有の状況があると指摘されているからである。

精神的健康（K10得点が10点以上の低精神的健康群 [0]、9点以下の精神的健康群 [1] の2水準）および対象者の属性に関する9項目（属性に関する回答で「いいえ」が [0]、「はい」が

[1]）について、Spearmanの順位相関係数を性別に求めた。そして、精神的健康の程度と属性に関する調査項目との関連について、属性に関する調査項目を独立変数、精神的健康（低精神的健康群 [0]、精神的健康群 [1]）を従属変数とした単変量ロジスティック回帰分析および多変量ロジスティック回帰分析を性別にそれぞれ実施し検討した。その際、断酒期間については、「まだ止めていない、または半年未満」を基準カテゴリとした4つのダミー変数を作成しモデルに投入した。また、多変量ロジスティック回帰分析においては強制投入法を用いて対象者の属性に関する調査項目の全て（後述するように男性の「有配偶者」は除く）を同時に独立変数としてモデルに投入した。

III. 結 果

1. 対象者の属性

男性4,064名、女性518名、不明34名で、対象者の平均年齢は60.2歳（SD [標準偏差] = 10.9）であった。

同居している家族がいる者は3,688名（80.4％）、有配偶者は3,235名（70.7％）、有職者は2,196名（48.0％）であった。家族との良好な関係を保っていると回答した対象者は3,744名（83.2％）、現在の健康状態が良好であると回答した対象者は3,739名（74.8％）であった。お酒を止めてからの期間は、5年以上が2,357名（52.3％）で最も多く、次いで1年以上～3年未満が725名（16.1％）、3年以上～5年未満とまだ止めていない、または半年未満がともに497名（11.0％）であった。そして、最近1年間、所属する断酒会にほとんど欠かさず出席していると回答した対象者は3,420名（75.6％）であった。また、親がアルコールの問題を持っていた対象者は1,605名（35.9％）であった。

2. アルコールの問題を抱えた人の自殺関連事象

1) 自殺関連事象の経験

自殺関連事象の経験率について表1に示す。

表1 自殺関連事象の経験率と時期

	なし	あり			
断酒会の仲間からの自殺念慮の訴え	3283 (73.9%)	1158 (26.1%)			
断酒会の仲間の自殺未遂	2291 (52.9%)	2036 (47.1%)			
断酒会の仲間の自殺既遂	2623 (59.9%)	1758 (40.1%)			
	なし	あり	断酒会に つながる前	断酒会に つながった後	両方
対象者本人の自殺念慮	2370 (55.8%)	1877 (44.2%)	1246 [67.3%]	163 [8.8%]	443 [23.9%]
対象者本人の自殺の計画	3275 (75.4%)	1068 (24.6%)	753 [71.2%]	92 [8.7%]	213 [20.1%]
対象者本人の自殺企図	3372 (78.4%)	930 (21.6%)	686 [75.1%]	96 [10.5%]	131 [14.3%]

注) [] 内の%は、自殺関連事象の経験ありと回答した対象者において、その時期を回答した対象者における割合である。

表2 男女別にみた断酒会の仲間および対象者本人の自殺関連事象の経験率

	男性	女性	χ^2	P 値
断酒会の仲間の自殺関連事象				
自殺念慮の訴え	979 (25.0%)	172 (35.0%)	22.88***	p<0.001
自殺未遂	1807 (47.3%)	219 (45.3%)	0.69	0.41
自殺既遂	1568 (40.5%)	179 (37.2%)	1.94	0.16
対象者本人の自殺関連事象				
自殺念慮	1582 (42.3%)	282 (59.1%)	48.32***	p<0.001
自殺の計画	869 (22.7%)	192 (39.8%)	67.95***	p<0.001
自殺企図	749 (19.7%)	174 (36.3%)	69.07***	p<0.001

仲間から自殺念慮を訴えられたことがある対象者は1,158名(26.1%, 95% C.I.: 24.8~27.4%), 仲間の自殺未遂を経験したことがある対象者は2,036名(47.1%, 95% C.I.: 45.6~48.6%), 仲間の自殺既遂を経験したことがある対象者は1,758名(40.1%, 95% C.I.: 38.7~41.6%)であった。

対象者の自殺関連事象の経験率とその時期について、自殺念慮を抱いたことがある対象者は1,877名(44.2%, 95% C.I.: 42.7~45.7%)で、1,246名(67.3%)が断酒会につながる前、443名(23.9%)が断酒会につながる前とつながった後の両方であった。次に、自殺の計画をたてたことがある対象者は1,068名(24.6%, 95% C.I.: 23.3~25.9%)で、753名(71.2%)が断酒会につながる前、213名(20.1%)が断酒会に

つながる前とつながった後の両方であった。そして、実際に自殺企図を行ったことがある対象者は930名(21.6%, 95% C.I.: 20.4~22.9%)で、686名(75.1%)が断酒会につながる前、131名(14.3%)が断酒会につながる前とつながった後の両方であった。

男女別にみた断酒会の仲間の自殺関連事象と、対象者本人の自殺関連事象の経験率を表2に示す。断酒会の仲間の自殺関連事象では、男性に比べて女性のほうが、仲間から自殺念慮を訴えられた経験率が高く(p<0.001)、自殺未遂や自殺既遂の経験率に有意差は認められなかった。一方で、対象者本人の自殺関連事象については、男性に比べて女性のほうが、全ての自殺関連事象の経験率が高かった(いずれもp<0.001)。

表3 男女におけるK10カットオフポイント10点による精神的健康の2群を従属変数にしたロジスティック回帰分析

独立変数	単変量解析					多変量解析		
	低精神的健康群	精神的健康群	B	オッズ比	95% C.I.	B	調整済みオッズ比	95% C.I.
男性 家族との同居	865 (73.7%)	2140 (84.1%)	0.63	1.88***	1.59~2.22	-0.08	0.98	0.74~1.14
家族・親族との良好な関係	778 (68.6%)	2283 (90.6%)	1.48	4.41***	3.67~5.30	1.04	2.82***	2.27~3.50
有職者	498 (42.7%)	1355 (53.2%)	0.42	1.53***	1.32~1.76	0.26	1.30**	1.09~1.55
良好な健康状態	669 (57.9%)	2153 (85.4%)	1.45	4.26***	3.63~5.01	1.28	3.60***	2.99~4.32
例会への継続的出席	792 (68.5%)	2018 (80.0%)	0.61	1.84***	1.57~2.15	0.45	1.56***	1.30~1.88
親のアルコール問題	474 (41.4%)	821 (33.0%)	-0.36	0.70***	0.60~0.81	-0.22	0.81*	0.68~0.95
年齢 (平均年齢 [SD=標準偏差])	57.6 [SD=11.1]	61.9 [SD=9.9]	0.04	1.04***	1.04~1.05	0.03	1.03***	1.02~1.04
断酒期間								
半年以上~1年未満	164 (14.0%)	198 (7.8%)	0.23	1.25	0.94~1.67	-0.19	0.83	0.59~1.17
1年以上~3年未満	207 (17.7%)	386 (15.2%)	0.66	1.93***	1.49~2.51	0.13	1.14	0.83~1.56
3年以上~5年未満	118 (10.1%)	280 (11.0%)	0.90	2.46***	1.83~3.30	0.21	1.24	0.88~1.75
5年以上	487 (41.6%)	1489 (58.6%)	1.15	3.17***	2.53~3.97	0.29	1.34*	1.01~1.79
女性 家族との同居	162 (77.5%)	206 (81.7%)	0.26	1.30	0.82~2.05	-0.27	0.76	0.38~1.52
有配偶者	108 (52.2%)	159 (62.8%)	0.44	1.55*	1.07~2.25	0.02	1.02	0.58~1.81
家族・親族との良好な関係	140 (68.3%)	216 (86.7%)	1.11	3.04***	1.90~4.86	0.60	1.82	0.97~3.46
有職者	71 (34.1%)	115 (45.5%)	0.48	1.61*	1.10~2.35	0.32	1.38	0.80~2.38
良好な健康状態	95 (47.0%)	218 (87.9%)	2.10	8.19***	5.11~13.11	2.18	8.88***	4.92~16.02
例会への継続的出席	135 (67.2%)	182 (71.9%)	0.23	1.25	0.84~1.87	-0.23	0.80	0.46~1.39
親のアルコール問題	102 (49.8%)	79 (31.9%)	-0.75	0.47***	0.32~0.69	-0.58	0.56*	0.34~0.93
年齢 (平均年齢 [SD=標準偏差])	50.6 [SD=11.7]	55.8 [SD=11.2]	0.04	1.04***	1.02~1.06	0.04	1.04**	1.01~1.06
断酒期間								
半年以上~1年未満	21 (11.4%)	23 (10.2%)	0.48	1.63	0.77~3.43	0.36	1.44	0.55~3.76
1年以上~3年未満	38 (20.7%)	39 (17.3%)	0.42	1.52	0.81~2.88	-0.03	0.97	0.44~2.14
3年以上~5年未満	32 (17.4%)	25 (11.1%)	0.15	1.16	0.58~2.32	-0.68	0.51	0.21~1.20
5年以上	47 (25.5%)	107 (47.6%)	1.22	3.38***	1.91~5.97	0.54	1.71	0.79~3.72

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

注1) 従属変数は低精神的健康群=0, 精神的健康群=1とコードした。

注2) 男性では「家族との同居」と「有配偶者」に中程度の有意な順位相関がみられたため、「家族との同居」を選択して投入した。

注3) 断酒期間は「まだ止めていない, または半年未満」を基準カテゴリ (0) とした4つのダミー変数である。

注4) 表内の数値 (%) は, 欠損値をペアごとに除外した上で, 各独立変数に「はい」と回答した対象者の人数と割合である。

注5) 多変量解析におけるNは, 男性がN=3451, 女性がN=371である。

3. 対象者の精神的健康

K10得点10点をカットオフ点とした時, 対象者の低精神的健康群は33.1% (1,401名) と一般地域住民のそれ24.3% (42名) よりも有意に高かった ($p<0.05$)。また, K10得点の平均値は, 本研究の対象者が7.6 (SD=8.1) と一般地域住民のそれ5.8 (SD=6.1) よりも有意に高かった ($p<0.01$)。

4. 精神的健康に関連する変数

Spearmanの順位相関分析を行った結果, 男性の場合, 「精神的健康」と全ての属性に関する変数の間に有意な相関があった。順位相関係数をみると, 「家族との同居」と「有配偶者」の変数間

において0.64と中程度の相関があった ($p<0.001$)。そのため, 断酒における家族の存在を重視し, 多変量ロジスティック回帰分析には「家族との同居」を投入することにした。一方, 女性の場合, 「精神的健康」と「有配偶者」「家族・親族との良好な関係」「有職者」「良好な健康状態」「親のアルコール問題」「年齢」「断酒期間」との間に有意な相関が認められた。

表3に, 男女における「精神的健康」を従属変数に, 属性の状況を独立変数とした単変量解析および多変量解析の結果を示した。男性の場合, 単変量解析において「精神的健康」は全ての変数との間で有意な関連が認められた (断酒期間については基準とした「まだ止めていない, または半年

未満」と比較して「1年以上～3年未満」「3年以上～5年未満」「5年以上」が有意)。多変量解析の結果、男性の場合、「家族・親族との良好な関係 (O.R.=2.82, 95 % C.I.: 2.27~3.50)」「有職者 (O.R.=1.30, 95 % C.I.: 1.09~1.55)」、「良好な健康状態 (O.R.=3.60, 95 % C.I.: 2.99~4.32)」、「例会への継続的な出席 (O.R.=1.56, 95 % C.I.: 1.30~1.88)」、「親のアルコール問題 (O.R.=0.81, 95 % C.I.: 0.68~0.95)」、「年齢 (O.R.=1.03, 95 % C.I.: 1.02~1.04)」、「基準とした「まだ止めていない、または半年未満」と比較して「5年以上」の断酒期間 (O.R.=1.11, 95 % C.I.: 1.04~1.18)」が「精神的健康」と有意に関連していた。

女性の場合、単変量解析において「精神的健康」は「家族との同居」と「例会への継続的な出席」を除いた変数との間で有意な関連が認められた(断酒期間については基準とした「まだ止めていない、または半年未満」と比較して「5年以上」のみが有意)。多変量解析の結果、「良好な健康状態 (O.R.=8.88, 95 % C.I.: 4.92~16.02)」、「親のアルコール問題 (O.R.=0.56, 95 % C.I.: 0.34~0.93)」、「年齢 (O.R.=1.04, 95 % C.I.: 1.01~1.06)」が「精神的健康」と有意に関連していた。

IV. 考 察

1. 本研究の位置づけ

本研究は、断酒会という自助グループに所属する会員の実態を通して、アルコール依存症に罹患する者に対する支援のあり方や自殺予防の介入ポイントを明らかにすることを目的としており、自殺のハイリスク者であるアルコール依存症当事者に対する効果的な自殺予防対策を展開していくことにとって大きな意義がある。

結果の考察に入る前に、本研究における対象者の特徴について確認しておきたい。性別の内訳や平均年齢、有職者と無職者の割合から考えると、本研究の対象者は、働き盛りの中年期と労働の一線から退いた高齢期の男性を主体とする集団であ

るといえる。その他の特徴としては、同居家族がいる、もしくは有配偶者が多く、単身の対象者が少ないこと、断酒期間が5年以上の対象者が半数を占めるのに対して、まだ止めていないあるいは半年未満の断酒初期の対象者が1割と少ないことが挙げられる。

以上のような対象者の特徴を考慮に入れながら、以下に考察を行いたい。

2. 自殺関連事象の経験

1) 断酒会の仲間の自殺関連事象の経験

本研究では、断酒会の仲間の自殺未遂や自殺既遂を経験した断酒会員は、全体のおよそ4割に上ることが明らかにされた。自殺既遂に限っていうと、平成20年度に内閣府が行った自殺対策に関する意識調査²⁴⁾の結果を基に筆者らが計算したところ、無回答者を除いた1,665人において、周りで自殺した人がいると回答したのはその37.7% (95 % C.I.: 35.4~40.0%)であった。この数値と比較すると、断酒会員における仲間の自殺既遂の経験率40.1% (95 % C.I.: 38.7~41.6%)という数値は必ずしも高いとはいえない。海外における、「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」²²⁾などといった先行研究を踏まえれば、この結果はやや意外な印象があるが、本調査では、経験した自殺既遂例の範囲を断酒会の仲間限定したことが関係していると考えられ、このような限定をしなかった場合にはより高くなることが推測される。

1つ興味深く思われたのは、仲間から自殺念慮の相談を受けた経験のある対象者の割合は、仲間の自殺未遂や自殺既遂を経験した対象者の割合よりも少なかったという結果である。男性対象者が2割強、女性対象者でも3割強しか、自殺念慮の相談を受けていなかった。これらのことから、自殺未遂もしくは既遂に至った断酒会員の中には、自殺念慮について断酒会の仲間と相談することなく、自殺行動におよんだ者が少なからず存在した可能性が推測される。また、近年における自殺急

増の中心層である中高年男性は、身近な相談資源が乏しく、支援につながりにくい集団であることが指摘されている³⁰⁾。本研究の対象者の特徴も考慮すると、仲間からの積極的な相談を受ける機会が少なかったことが想像される。

2) 対象者の自殺関連事象の経験

アルコール使用障害患者を対象とした精神科医療機関における近年の研究^{20,21)}では、患者の5割から6割がこれまでに自殺念慮を体験していることが報告されている。これらの研究結果と比べると対象者の自殺念慮の経験率は低いものの、アルコールに関連する問題を抱えた者の自殺リスクの高さを改めて示したものであると思われる。この比較結果は、本調査結果の妥当性を示唆するものといえるであろう。

また、対象者の自殺の計画や自殺企図の経験率はおよそ2割であった。自殺企図の割合に限って言えば、近年の依存症専門医療機関における研究^{20,21)}におけるアルコール使用障害患者の自殺企図の割合(29.6%, 30.6%)よりも低い割合である。一方で、川上の報告¹³⁾における、地域住民調査による物質関連障害に罹患する者の自殺関連事象の経験率(自殺の計画8.3%, 自殺企図16.7%)よりも高い割合となっている。これらの比較結果は、前者が依存症専門医療機関で行われた調査であり、依存症専門医療機関入院患者の中には、退院後、断酒会につながらない者も少なくないこと、また、後者に関しては対象が地域住民であり、この中には依存症専門医療機関での治療を要さない、比較的軽症の病態も含まれている可能性があること、といった違いが影響していると考えられる。

男女別にみた自殺関連事象の経験率では、いずれも女性のほうが男性に比べて高率であった。この結果は、国内におけるアルコール依存症患者の自殺念慮および自殺企図に関する先行研究の知見を確認するものといえる。かねてより女性はアルコールの害を受けやすく、またアルコール依存症になる期間が男性に比べて短いことが指摘されている⁸⁾、自殺関連事象といった観点からいって

も重篤な一群である可能性がある。

本研究では、断酒会員の多くは、断酒会入会以前に自殺関連事象を経験していたことも明らかにされた。しかしその一方で、少数ではあるが、断酒会につながった後でも自殺関連事象を行った経験者も認められた。この結果は、対象者が断酒会につながる以前に、自殺関連事象を行うほどの精神的、身体的、心理社会的な様々な未解決の問題を抱えており、断酒会につながった後にも必ずしもそれらの問題が解決しているわけではないことを示唆しているのかもしれない。

とはいえ、対象者が経験した自殺関連事象の多くは、断酒会につながる以前の経験であることは確かであり、その意味では、断酒会という自助グループにおける活動には、それが第一義的な目的ではないにしても、結果的に自殺予防に対して一定の機能を果たしているということができるともいえる。このことは、裏を返せば、自助グループにつながっていないアルコール依存症患者は、自殺のリスクが高いままの状態で、必要な援助を受けていない可能性があるともいえるであろう。

3. 一般地域住民と比較した対象者の精神的健康

対象者の精神的健康は、一般地域住民のそれに比べて必ずしも良好とはいえない可能性が示唆された。アルコール依存症の回復過程においては、再飲酒の危険が高い時期に著しい気分の動揺、焦燥感、抑うつ気分などの不快な自律神経症状がみられる他に、家庭や職場における未解決の社会的問題や経済的問題、対人葛藤など多くの未解決の問題と遭遇することが知られているが¹²⁾、本研究の対象の中にもこうした問題を抱える者が含まれていた可能性もある。

また本研究では、断酒会員の3割以上が気分障害もしくは不安障害への罹患が疑われるK10得点を示していた。アルコール依存症とうつ病が高い頻度で合併することはこれまでも報告されており^{16,19)}、最近筆者らが心理学的剖検の手法を用

いて実施した調査¹⁾でも、アルコール依存・乱用との診断が推測された自殺既遂者の半数に大うつ病性障害が合併していたことが明らかにされ、この両障害の併存は自殺予防という観点からも重要である。その意味では、断酒後のアルコール依存症罹患者に対する精神医学的もしくは心理社会的ケアに関して、注意を払う必要があるのかもしれない。

4. 精神的健康に影響を及ぼす要因

本研究では、男性対象者においては、5年という長期にわたる断酒期間が精神的健康に良好な影響を与える要因であることが明らかにされ、断酒継続の重要性が改めて確認されたといえるであろう。断酒生活の継続は、従来、アルコール依存症の治療において最も重要な目標とされてきたものであり¹²⁾、断酒継続者は、飲酒者に比べて明らかに医学的予後および社会的予後がよいことが報告されている^{5,26)}。

しかしながら、「断酒期間」とは独立して、「家族・親族との良好な関係」「有職者」「良好な健康状態」「例会への継続的な出席」「親のアルコール問題」「年齢」もまた、精神的健康に有意な影響を及ぼす要因であることが明らかにされたのは、無視できない結果といえるであろう。もちろん、これらの要因のいくつかは、アルコール依存臨床における常識として知られていたことの確認でしかない。たとえば「例会への継続的な出席」は、断酒会がこれまで果たしてきた役割を考えれば当然の結果であり、自助グループへの参加は単に断酒だけにとどまらず、精神的健康を保つにも有効であること^{25,29)}を再確認するものといえる。また、「有職者」であることは、働き盛りの中年男性が自尊心や人とのつながりを維持する上で重要であることはいままでのない。

しかし、現在の精神的健康に影響する要因として、「良好な健康状態」や「家族・親族との良好な関係」が抽出されたことは、依存症援助のあり方に再考を促す面がある。これまでアルコール依存症からの回復には、自らの身体状態や家族関係

の悪化を直視する中で否認が打破され、主体的に回復を望むようになる、いわゆる「底つき体験」が必要であり、本人を「底つき体験」へと誘導するために、援助者や家族はイネイブリング（本人の問題自覚を遅らせる、「お節介的な」援助）となる介入を控えるべきとされてきた。けれども、本研究の結果は、アルコールに関連する身体疾患が、例えば肝硬変や脳血管障害といった非可逆的な病態を呈するに至ったり、家族関係が完全に崩壊して身近な支援者を失ったりした場合には、いくら例会に熱心に参加し、長期間の断酒を継続しても、必ずしも精神的健康を手に入れることができない可能性を示唆しているのである。現在の身体的健康が必ずしも断酒開始前の身体的健康を反映しているとはかぎらないとはいえ、その意味では、身体的健康が非可逆的な病態を呈したり、家族関係が崩壊したりする前——要するに、「底つき体験」に至る前——に早期介入することは、断酒後の精神的健康のために重要であるといえるかもしれない。

「年齢」もまた、精神的健康に影響を与える要因として抽出されていた。断酒期間が5年以上の対象者が半数を超えていることを考慮に入れると、このことは、加齢による性格の円熟の効果というよりも、断酒後も長期にわたって自助グループに継続的に参加することが精神的健康に影響を与える可能性を示している。あるいは、自助グループへ参加しながら年齢を重ねることで、健康管理により配慮するようになり、結果として精神的健康に望ましい影響を与えている可能性もあり得る。

現在の精神的健康に影響を与える要因として、「親のアルコール問題」が抽出されたことも依存症援助のあり方に大きな問題を投げかける知見といえる。本研究では対象者のおよそ3割が、親がアルコールに関連する問題を抱えていた。アルコールに関連する問題を持った家庭の子どもたち、あるいは出身者である、いわゆる「AC (Adult Children of Alcoholics)」は、常に自分のことに悩み、生きていくことがうまくいかないと感じている人が多い²⁷⁾。またACは、虐待を受けること

が多く、うつ病や外傷後ストレス障害、あるいはパーソナリティ障害などへの罹患しやすさといった脆弱性を抱えている集団であり⁷⁾、アルコール依存症に対する罹患リスクも高いことが指摘されている²⁷⁾。本研究の結果は、親がアルコール関連問題を抱えていた人に対する心的外傷のケア、いかにすれば、断酒を継続しているアルコール依存症罹患患者に対する心のケアの必要性を示唆するとともに、アルコール関連問題を抱えている家族を支援することの臨床的意義をも確認するものといえるであろう。

女性の場合にはさらに意外な結果が得られた。本研究では、女性断酒会員における精神的健康に影響を及ぼす要因として、断酒期間の長さや定期的な例会出席ではなく、「良好な健康状態」「親のアルコール問題」「年齢」のみが有意な要因として抽出されたのである。この結果は、女性のアルコール依存症罹患患者の場合には、単に断酒会に参加するだけでは、良好な精神的健康を維持できない可能性を示している。

なぜ女性の場合には、断酒会への参加だけでは十分な精神的健康を維持できないのであろうか？すでに指摘されているように、アルコール依存症に罹患する女性の場合、他の精神障害が併存する割合が高い³¹⁾。また、幼少時に様々な心的外傷体験に暴露されている者が多く、しかも成人後には、男性のアルコール依存症以上に、家族からの非難や暴力被害、地域からの偏見や排斥を受けやすい、といった特徴もある¹⁰⁾。子どもを持つ女性の場合には、子育てと例会参加の両立が困難である可能性も無視できない。男性が大多数を占める例会では、女性特有の悩みや不安を分かち合うことが難しい、といった可能性もあろう。

5. アルコール依存症罹患者の自殺予防

最後の考察として、本研究結果からアルコール依存症罹患者の自殺予防の支援や介入ポイントについて以下の四点を提示したい。

第一に、アルコールに関連する問題と自殺の関連性に関する積極的な啓発である。以前からアル

コール依存症と自殺の関連性は指摘されているものの^{26,28)}、我が国の自殺予防はうつ病対策が中心であるといわざるをえない。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の自殺者²³⁾に対する自殺予防を進める上でも、アルコールの問題と自殺は大きく関連していることを、広く社会が認識すべきである。

第二に、アルコール関連問題を抱えた人の身体的健康と精神的健康の両方を積極的に支援していくことである。身体的健康に関して、アルコールによる身体疾患の治療はもとより、健康相談や検診を受けるように、支援者や自助グループの中で指導していくことが求められる。また、内科医やその他の医療関係者が、疾患の背景にアルコールの問題がある可能性を認識し、アルコール関連問題の早期発見、早期治療に努めることが、断酒後の良好な精神的健康にもよい結果をもたらすかもしれない。さらに、アルコール依存症を抱える者に対する精神保健的支援とは、単に断酒の達成や継続だけにとどまるものではないことが広く認識される必要がある。とりわけうつ病をはじめとする様々な他の精神障害が合併している場合、あるいは、機能不全家族に生育したために心的外傷を負っている場合には、断酒後にも継続して専門家による精神医学的もしくは精神保健的ケアが提供される必要がある。なお、女性アルコール依存症罹患患者に対しては、女性のアルコール依存症罹患患者に対する偏見を取り除く啓発、精神医学的併存症に対する治療、さらには、子育て支援や経済的サポートといった、総合的・包括的支援の提供が求められる。

第三に、家族に対する支援の中で、アルコール依存症に関する正しい知識や適切な援助に関する啓発を進めていくことである。依存症罹患者の家族支援は、依存症に罹患した本人の回復を維持するために必要であるだけでなく、後に続く世代における依存症や他の精神保健的問題の予防という観点からも重要であり、また、依存症に罹患した本人が断酒した後の家族関係の修復といった観点からも重要である。アルコール依存症罹患者の

回復のための第一歩であるとされる「底つき体験」への誘導は、あくまでも援助者による家族支援、ならびに、本人や家族に対する情報提供による問題への気づきを促すという「底上げ」作業を抜きに行われるべきではないことを、強調しておきたい。

最後に、自助グループと支援者との連携である。断酒会は断酒を目的とした自助グループであるが、その活動がアルコールに関連する問題を抱えた会員の自殺予防に効果的な影響があることが示唆された。アルコール依存症対策は、自助グループ、医療機関、行政の三者が連携して取り組まないことと進歩はありえない¹²⁾が、自殺予防を推進していく上でもこうした自助グループと連携していくことが求められよう。

6. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界があるが、中でも主要なものは以下の三点である。第一に、調査期間内の例会に参加した断酒会員を対象とした調査であり、既に回復して治療的援助が終了した対象者も少なくなく、また、他の自助グループに所属する者や自助グループにつながっていない者は含まれていないため、アルコール依存症に罹患する者全体を代表しているとはいえない点である。第二に、本研究は、自記式質問紙調査であるゆえに、報告バイアスの存在は完全には否定できないという点である。ただし、自殺行動に関する調査では、面接調査よりも自記式質問紙調査のほうが優れているという指摘⁹⁾がある。そして最後に、精神障害に関する具体的な質問項目は設けていなかったために、対象者の罹患していた精神障害の詳細が不明であった点である。対象者の多くがアルコール依存もしくは乱用であったと推定されるが、正確な診断名は尋ねていない。また K10 は気分障害・不安障害のスクリーニング検査としては簡便にして有効なツールであるが、この得点をもって精神医学的診断とすることはできない点に注意する必要がある。

以上のような限界にもかかわらず、全国の断酒

会員を対象にして、アルコールに関連する問題を抱えた人々の自殺関連事象の実態を明らかにし、彼らの精神的健康に影響する要因を検討したこれほどの大規模調査はわが国初の試みであり、アルコール依存症罹患者に対する支援のあり方と自殺予防について提言できたことは重要な意義があるといえるのではないだろうか。今後は、他の自助グループ参加者や、自助グループにつながっていないアルコール依存症罹患者を対象とした同様の調査や、臨床診断における精神障害の合併を検討した調査、依存症を抱える女性の支援に関する知見や、アルコール依存症罹患によって大きなストレスや影響をうける家族²⁹⁾の精神的健康に関する知見の蓄積などが期待される。

V. 結 論

本研究では、全国の断酒会員を対象に無記名自記式質問紙調査を行い、自殺関連事象の経験および精神的健康に影響を及ぼす要因を検討した。その結果、対象者の4割以上が自殺念慮を、自殺の計画や自殺企図は2割以上が経験しており、女性のほうが自殺関連事象の経験率が高いことがわかった。K10を用いた精神的健康のスクリーニングでは、対象者の約3割に気分障害・不安障害の罹患が疑われ、一般地域住民と比較するとその割合は有意に高率であった。そして、精神的健康に影響を及ぼす要因として、男女に共通して「良好な健康状態」「年齢」「親のアルコール問題」が抽出された。男性の場合には、これらの要因に加えて、「家族・親族との良好な関係」「有職者」「例会への継続的な出席」「断酒期間(5年以上)」の要因が抽出された。以上により、アルコール関連問題を抱えた人への支援と自殺予防として、アルコールの問題と自殺の関連性の積極的な啓発、心身両面の健康に対する支援、家族に対するアルコール依存症に関する正しい知識の啓発、自助グループと支援者の連携が重要である可能性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力をいただきました全日本断酒連盟、各地域の連合会、地域断酒会、断酒会員の皆様に心より御礼申し上げます。

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

2) Cherpitel, C.J., Borges, G.L., Wilcox, H.C.: Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res*, 28 (5 Suppl); 18S-28S, 2004

3) 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, p. 113-137, 2006

4) 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*, 162; 2116-2124, 2005

5) Finney, J.W., Moos, R.H.: Characteristics and prognosis of alcoholics who became moderate drinkers and abstainers after treatment. *J Stud Alc*, 42; 94, 1981

6) Furukawa, T.A., Kessler, R., Andrews, G., 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. *Psychological Medicine*, 33; 357-362, 2003

7) 後藤 恵: 第三部 お酒がもたらす影響, 病気, 6. 「家族」にもたらす影響, 病気②「子供」の苦悩. 内科医・産業医・関連スタッフのためのアルコール依存症とその予備軍 どうする!? 問題解決へ向けての「処方箋」(猪野亜朗, 高瀬幸次郎, 渡邊省三編). 永井書店, 大阪, p. 39-42, 2003

8) 後藤 恵: 第三部 お酒がもたらす影響, 病気, 7. 「女性」にもたらす影響, 病気「女性」の苦悩. 内科医・産業医・関連スタッフのためのアルコール依存症とその予備軍 どうする!? 問題解決へ向けての「処方箋」(猪野亜朗, 高瀬幸次郎, 渡邊省三編). 永井書店, 大阪, p. 43-44, 2003

9) Hawton, K., Rodham, K., Evans, E.: Investigating deliberate self-harm in adolescents. *By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal*

Ideas in Adolescents (ed. by Hawton, K., et al.). Jessica Kingsley Publisher, London, p. 21-39, 2006

10) 比嘉千賀: 女性のアルコール依存症. *こころの科学* 91, アルコール依存症 (榎本 稔編). 日本評論社, 東京, p. 64-71, 2000

11) Hufford, M.R.: Alcohol and suicidal behaviour. *Clinical Psychology Review*, 21; 797-811, 2001

12) 今道裕之: アルコール依存症 関連疾患の臨床と治療第2版. 創造出版, 東京, 1996

13) 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*, 52; 254-260, 2003

14) 川上憲人, 近藤恭子, 柳田公佑ほか: 成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究. 総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p. 147-170, 2005

15) 川上憲人, 竹島 正, 高橋祥友ほか: 心理学的剖検のパイロットスタディに関する研究: 症例・対照研究による自殺関連要因の分析. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究. 総括・分担研究報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 東京, p. 7-26, 2007

16) Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., et al.: The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*, 66; 17-31, 1996

17) Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., et al.: Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32; 959-976, 2002

18) Lönnqvist, J.K., Henriksson, M.M., Isometsä, E. T., et al.: Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci*, 49: Suppl 1; S111-116, 1995

19) 松下幸生, 樋口 進: 飲酒とうつ状態の早期発見. *こころの科学* 125, うつに気づくーうつ状態の早期発見と初期対応 (宮岡 等編). 日本評論社, 東京, p. 43-58, 2006

20) 松本桂樹, 世良守行, 米沢 宏ほか: 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*, 17; 218-223, 2000

21) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史ほか: 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*, 51

(2); 109-117, 2009

22) Murphy, G.E., Wetzel, R.D.: The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 47; 383-392, 1990

23) 内閣府: 平成20年版自殺対策白書. 佐伯印刷株式会社, 東京, 2008

24) 内閣府: 自殺対策に関する意識調査. 内閣府, 2008 (<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/survey/report/index.html>)

25) 野口裕二: 自助グループの機能. 現代のエスプリ 255, アルコホリクス物語—どん底から回生への軌跡 (斎藤学編). 至文堂, 東京, p. 212-219, 1988

26) 洲脇 寛: アルコール中毒者の予後に関する研究.

精神経誌, 77; 89-106, 1975

27) 鈴木健二: ヤングアルコホリックとAC. *こころの科学* 91, アルコール依存症 (榎本稔編). 日本評論社, 東京, p. 80-84, 2000

28) 鈴木康夫: アルコール症者の予後に関する多面的研究. *精神経誌*, 84; 243-361, 1982

29) 高木 敏, 猪野亜朗: アルコール依存症. 治療回復の手引き. 小学館, 東京, 2002

30) 高橋祥友: 中高年自殺—その実態と予防のために. 筑摩書房, 東京, p. 15-61, 2003

31) Zimberg, S.: A dual diagnosis typology to improve diagnosis and treatment of dual disorder patient. *J Psychoactive Drug*, 31; 47-5, 1999

Suicide-related Phenomena and Mental Health Status in Alcoholics: A Survey of Danshu-kai

Masato AKAZAWA¹⁾, Toshihiko MATSUMOTO^{2,3)},
Hisateru TACHIMORI¹⁾, Tadashi TAKESHIMA^{1,3)}

- 1) *Department of Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*
- 2) *Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*
- 3) *Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

Alcohol abuse is a well-known risk factor for suicide, as alcohol-related problems can deteriorate the medical and psychosocial conditions of individuals. Furthermore, the pharmacological effect of alcohol can cause impulsive behavior. However, few studies have investigated the association of alcohol-related problems with suicide or suicide-related mental health problems in a Japanese population. This study aimed to investigate suicidal behavior and factors influencing the mental health of people with alcohol-related problems.

We conducted a self-reporting survey of members of alcohol abstinence self-help groups in Japan, "Danshu-kai". Of those members who attended meetings held during April and June 2009, 4,616 (rate of consent, 85.1%; 4,064 males, 518 females, and 34 undetermined; mean age \pm SD, 60.2 \pm 10.9 years) participated in our study. The questionnaire sought the following

information: gender, age, living with someone, marriage, jobs, present family relationships, health condition, history of attending the *Danshu-kai* meeting, family histories of alcohol-related problems, duration of abstinence, and history of suicide-related phenomena. A total of 44.2% of the subjects reported they had experienced suicidal thoughts, 24.6% had planned suicide, with 21.6% having attempted suicide. Seventy percent of these phenomena occurred before participation in *Danshu-kai*.

We also collected Kessler 10 (K10) scores, the self-reporting scale for screening depressive and anxiety disorders. We classified subjects into two groups, those with a poor or favorable mental health according to the total K10 score cutoff, and analyzed factors predicting the present mental health condition. Multivariate logistic regression analyses demonstrated that age, physical health, and parental histories of alcohol-related problems were significantly associated with the present mental health condition in both genders. However, jobs, present family relationships, history of attending the *Danshu-kai* meeting, and duration of abstinence were also significantly associated, but only in males.

In conclusion, it is important to cooperate with self-help groups such as *Danshu-kai* to highlight the association between alcohol-related problems and suicide. Furthermore, early intervention for individuals with alcohol-related problems before there is progression of any medical and/or psychosocial damage may prevent future suicides among alcoholics.

<Authors' abstract>

<**Key words**: alcoholic, suicide-related phenomenon, mental health, suicide prevention, self-help group>
