

## 地域における自死遺族への支援

研究分担者 川野健治

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（社会精神保健部・精神保健計画部併任）室長

**研究要旨**：本研究の目的は、ガイドライン「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」公表後の、わが国の遺族支援の状況についてモニタリングし、その改善に資する知見を生成することである。今年度は、一般市民を対象にした調査データを分析して、遺族支援への態度について明らかにし、また上述のガイドラインについて、自死遺族当事者の方の意見を伺い、その問題点を把握することとした。

**研究方法**：質問紙調査については、調査会社の専用モニターに登録している、1800名（20、30、40、50、60、70代の6世代で、男女150名ずつ）を対象に調査を実施した。一方、ガイドラインについての意見交換は、複数の自死遺族を含めた9名の間でグループディスカッションとして行われた。**結果**：質問紙調査からは、一般市民が自死遺族支援の重要性を認識していること、その背景に「当事者の経験や気持ちへの理解」の認識があることが示された。グループディスカッションからは、ガイドラインの掲載内容のうち、主に自助グループについて、生活支援について、メンタルヘルスに関する記載について、検討が必要であることが示唆された。**まとめ**：今後の自死遺族支援が、わが国の自殺総合対策の中に位置づけられ、より適切に進められていくためには、自死遺族・自死遺族支援についての普及啓発が、一定の機能を果たす可能性が示唆された。ガイドライン「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」がそれに資するためにも、その内容についてのさらなる検討と、また見直し手続きそのものを可視化するための手順の整備が不可欠である。

研究協力者氏名	所属施設名及び職名
川島大輔	国立精神・神経センター 精神保健 研究所 精神保健計画部 協力研究 員
荘島幸子	国立精神・神経センター 精神保健 研究所 精神保健計画部 協力研究 員

### A. 研究目的

2006年に施行された自殺対策基本法では、遺族支援はわが国の自殺対策の大切な柱として位置づけられている。第一条には「…自殺対策を総合的に推進して自殺防止を図り、あわせて自殺者の親族等に対する支援の充実を図り、もっ

て国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする」となっており、自殺防止と遺族支援が自殺対策の基本理念として並置されているのである。

また、2007年に閣議決定された自殺総合対策大綱においては、当面の重点課題の一つとして明記された。8.「遺された人の苦痛を和らげる」として、(1)自殺者の遺族のための自助グループの運営支援、(2)学校、職場での事後対応の促進、(3)遺族のためのパンフレットの作成・配布の促進、(4)自殺遺児へのケアの充実、があげられている。

さらに、2008年3月に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部でまとめられた、「自殺未遂者・自殺者親族等のケアに関する検討会」の報告書には、上記の理念・課題をうけて、実際の実践の方向性が示されている<sup>1)</sup>。その中では特に、自死遺族支援に資するためのガイドラインの作成の必要性が述べられた。

遺族支援は、直接自殺予防に直接結びつくものではないので、対策としての優先順位は低いのではないかと。かつてはそのような考え方も聞かれたが、少なくともわが国の方針は、自殺念慮を持つ人も自殺で遺された悲しみを持つ人も、ともに「自殺の問題に関わり苦しんでいる」として対策を考えていくべきだとしているのである。

自殺者遺族等(以後、自死遺族)は、親しい者を自殺によってなくし、悲嘆過程を経験する。そのプロセスは本来、個人差が大きいものである。しかし、残念ながらわが国には自殺に対するスティグマも強く、そのため、十分な悲嘆を経験し回復へと辿ることが阻害されている、という現状が当事者の側から指摘されてきた(あしなが育英会, 2002)。

また、自死遺族が正常な悲嘆の範囲を超えて、強い影響を受けることも、これまでいくつかの実証データから指摘されている。病理的な悲嘆反応とされている複雑性悲嘆がみられる場合は、そうでない自死遺族の5~10倍程度の自殺念慮の高まりがあることが報告されている

(Mitchell et al, 2004; Mitchell et al, 2005;)。自殺歴のある家族の自殺率は、ない家族の二倍である(Szanto et al, 2005)。病的な悲嘆が気分障害や外傷性ストレス障害につながる危険性があるとされている(張・北島, 2003; Zhang, Tong & Zhou, 2005)。

さらに、自死によって遺されたものへの影響は心理過程だけではなく、借金、過労死裁判、子どもの発達上の問題等、様々な社会生活上の側面での問題ともなる。その意味でも、自死遺族へのケアは、医療・心理・法律・経済・教育など多様な側面の連携によってなされなければならない。

このように多様な側面をもつ自死遺族への支援は、複数の社会資源を組み合わせる必要があり、その主体は地域でなければならない。そこには、支援の受け手である自死遺族当事者、提供者である行政や民間団体が含まれる。しかし、自殺の問題は地域精神保健行政ではこれまで十分に取り組んできたわけではなく、体制としては必ずしも十分ではない。

このような経緯の中で、2009年3月には、「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」が厚生労働省よりプレスリリースされた。これは、精神医療の専門家や当事者向けというよりは、地域で自死遺族と接する可能性のある方を主な対象に、自死遺族支援についての基本的な情報を伝えるものであった。

本研究の目的は、このガイドライン公表後の、

わが国の遺族支援の状況についてモニタリングし、その改善に資する知見を生成することにある。今年度は、一般市民を対象にした調査データを分析して、遺族支援への態度について明らかにし、また上述のガイドラインについて、自死遺族当事者の方の意見を伺い、その問題点を把握することとした。

## B. 研究方法

### 質問紙調査

#### 1) 調査対象者

株式会社 クロス・マーケティングのアンケート専用モニターに登録している、1800名(20、30、40、50、60、70代の6世代で、男女150名ずつ)を対象に調査を実施した。

平均年齢は49.07歳であった。また居住地域に関して、政令指定都市・区に居住しているものは652名(36.2%)、それら以外の都市に居住しているものは1035名(57.5%)、郡(あるいは町村)に居住しているものは115名(6.3%)であった。親しい人が自殺により亡くなった経験の有無については、あると回答したものが420名、ないと回答したものが1318名、答えたくないと回答したものが62名であった。

#### 2) 質問紙の構成

本報告では、質問紙に含まれた内容のうち、以下の項目について分析する。まず、一般市民からみた遺族支援に関する項目として、「自殺者の遺族への声かけや心配りは重要である」に対して、「あてはまらない」～「あてはまる」の5件法で尋ねた。また、これと比較するために、「行政は自殺の問題にもっと積極的に取り組むべきだ」「自殺の実態や問題についてもっと知りたいと思う」といった、遺族支援以外の自殺

対策に関する項目についても、同様の5件法のリッカート形式で尋ねた。なお、自死遺族支援の文脈においては、当事者からの主張もあり「自死」という表現を用いることが多いが、本調査では、一般市民への調査であることを考慮し、自殺総合対策大綱にもちいられている「自殺」「自殺者」という表現を用いた。

また、上記の自殺対策への態度の関わるであろう項目として「人には自ら死を選ぶ権利がある」「自殺をしようとするのは、その人の問題なので止めるべきではない」「自殺をしようとしている人は、本当は助けを求めている」についても同様の形式で尋ねた。

さらに、遺族支援への態度の背景にあるだろう認識として、「自殺で遺された人が当事者として経験したことや気持ちは、十分に話し合えば、非当事者にも理解できると思いますか。」について、「理解できる」～「理解できない」の4件法で尋ねた。

#### 3) 分析手続き

一般市民から見た遺族支援への態度が、他の自殺対策と比較して、どのように形成されているのかを、探索的に分析する。

ガイドライン「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」についての意見交換

各地で、自死遺族支援に取り組んでいる複数名の自死遺族当事者の方に、あらかじめガイドラインに目を通していただいた上でお集まりいただき、グループディスカッションを行った。時間は3時間弱であった。内容は了解をとって録音され、逐語記録が作成されたのち、内容の要約を行った。

(倫理面への配慮)

本調査は国立精神・神経センター倫理審査委員会の承認(平成19年9月21日)を得て、実施した。

また自殺と死に関する質問紙の設問では、協力が質問紙の回答時に心理的負担が生じる可能性があるため、「答えたくない」という回答項目を設置することで、心理的負担を和らげる配慮を行っている(川野・宮崎・高崎・清水, 2004)。

### C. 研究結果(資料参照)

#### 質問紙調査

まず、20代~70代の世代別、男女別に、上記3つの自殺対策への重要性への評価を比較した(図1, 2)。

男女、各世代において「自殺者の遺族への声かけや心配りは重要である」の評点は3点台の後半(やや当てはまる)であり、「行政は自殺の問題にもっと積極的に取り組むべきだ」と同程度に重要さが評価されていた。他方、「自殺の実態や問題についてもっと知りたいと思う」は、男女・各世代において、先の2項目よりも1点程度下回っていた。

次に、これらの3項目に加えて「人には自ら死を選ぶ権利がある」「自殺をしようとするのは、その人の問題なので止めるべきではない」

「自殺をしようとしている人は、本当は助けを求めている」の6項目間のピアソンの相関係数を算出したところ(表1)、「自殺者の遺族への声かけや心配りは重要である」は「行政は自殺の問題にもっと積極的に取り組むべきだ」「自殺の実態や問題についてもっと知りたいと思う」「自殺をしようとしている人は、本当は助けを求めている」の3項目とは低い正の相関を示した(いずれも、5%水準で有意)。

また、遺族支援への重要性の背景にあると思われる認識「自殺で遺された人が当事者として経験したことや気持ちは、十分に話し合えば、非当事者にも理解できると思いますか。」を独立変数とし、遺族支援の重要性の項目を目的変数とした一元配置分散分析を行ったところ、5%水準で有意となり( $f(3, 1716) = 28.54$ )、多重比較(Tukey HSD、Scheffe)を行ったところ、「理解できる」「少しは理解できる」「あまり理解できない」「理解できない」の相互で有意差が見出された。

#### グループディスカッション

ガイドライン「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」について、特にその改善必要性を巡って、意見交換が行われた。その概要は以下のようにまとめられた。

#### 1. 自助グループの定義について

##### 問題点

- ・現在の書き方だと、遺族ではない人が分かち合いの中に入って発現するような流れとして捉われやすい
- ・分かち合いの読み取り方によっては、「自助グループ=分かち合い」になっていたりするために誤解が生まれるのかもしれない
- ・自助グループと付けるからには、絶対に当事者だけということは、崩してほしくない。
- ・クローズドミーティング、オープンミーティングという言い方について。これがしばしばあるというのは聞いたことがない。何を根拠にどこから出てきたのか。
- ・定義というものを出してしまった時に、結構それによって難しい事態が起こることもある。結局、皆で考え続けられていたなと思うし、続

けられているんじゃないかなというのがあるのではないか

- ・ 子どもを亡くした親に限っては「回復」はあり得ない。「回復」ではなく、「悲しみとともに生きていく」。「回復」という言葉がものすごく親達にとっては抵抗がある

- ・ 支援が心のメンタルな部分に偏っている。
- ・ 指針は、当事者と非当事者が「分かち合える」「遺族を理解して」から始まっている。が、「分かち合えないんだ」というところから始めてほしい。

#### 提案

- ・ 自助グループと支援グループの違いが分かるように対照表にしてはどうか
- ・ 分かち合いの時間は遺族だけで行うが、色々なネットワークとの連携が必要という書き方であれば分かりやすい
- ・ 分かち合いの、非常に細かい具体的な架空例をたくさん提示したほうが反対にすっきりするかもしれない
- ・ 自助グループの定義は自助グループを運営している運営者側と研究者で決めていくべきである
- ・ 分かち合うことの大切さを専門家の人には説いていただきたい。

## 2. 生活支援メニューについて： 労災

### 問題点

- ・ 産業保険推進センター、地域産業保険センター、労災病院が遺族に何をしてくれるのかわからない
- ・ 公務災害と民間の労災が違うということが、ガイドラインを見てもわからない

### 提案

- ・ 遺族が相談に行くべき場所は、弁護士のとこ

ろだと思うが、全国過労死弁護団か日本労働弁護団でない、遺族の味方にはなってもらえない

- ・ 公務員の遺族の方が来たら公務災害なので産業保険推進センター、地域産業保険センター、労災病院に行っても何の役にも立たない。弁護士のところへ行くべき

- ・ 過労死であるという証拠を全部、遺族が集めなくてはならないが、PL法が出来て消費者問題の流れが変わったように、立証責任は企業側にあるという安全環境保障法のようなものを作成し、申請があったら企業側が立証責任を持つところまで踏み込まなければいけない

### その他（感想など）

- ・ 労災関係者ではなくても、遺族はみなカウンセリング機関に行けば良いと思う
- ・ 労災病院は遺族への支援機関ではなく、むしろ傷つけられる経験も少なくない
- ・ 労働基準監督署に行くのはわかる。遺族の相談には乗ってくれないけれども、労災申請の用紙の書き方、必要書類は教えてもらえる
- ・ 遺族が労働基準監督署に相談に行っても、遺族は会社と雇用関係にない、労使関係にないので相談には乗ってもらえないので、遺族支援には結びつかない。

## 3. 生活支援メニューについて： 全般

### 問題点

- ・ 提供すべき生活支援メニューは、相談場所が全く足りない。労災もそうだが、たとえばいじめはどこに行くのか。相続問題などもある。しかしこうした問題の相談場所が全くない。
- ・ 遺族がどういう問題で困っているかを把握して、それを解決してくれる人が相談にのってくれないと意味がない

- ・ 生活支援メニューが貧困であることに遺族は困っているが、行政の方を対象としたガイドラインであれば、記載する必要はない
- ・ 内容がメンタルな部分に偏っている。
- ・ 過労死であれば過労死弁護団や労働弁護団専門、いじめであればそれに精通した弁護士や司法書士という風に、もっと細かな情報がほしい
- ・ 各問題の特定の弁護士や専門家の名前を記載しないと、具体的にはつながっていかない
- ・ 賃貸住宅の保証金や慰謝料請求といった賠償金問題があるが、自殺のことで頭が一杯なときに請求がくると、適切な対処ができず後で泣き寝入りする事例がすごく多い。その弁護を引き受けてくれる弁護士がなかなかいないし、弁護士の専門性も非常に問われるため、「法テラス」と書いてもらっても困る

#### 提案

- ・ 警察の対応に傷つけられた家族、遺族は非常に多いので、対応に問題があると言い切ってほしい
- ・ 遺族に本当に親切にしてくれるのは葬儀屋。専門家は葬儀屋の態度を見習ってほしい
- ・ 最近では、葬儀屋で相続の手続き等に関する冊子をくれるところが多いが、区役所がくれればと思う
- ・ 相談先ではなく、遺族が困っていることを列挙し、注意喚起する内容にしてほしい： どこに相談に行くかということではなくて、遺族はどういうことに困っているのか。例えば、労働基準監督署に行っても、申請書を渡されるだけで、相談には乗ってもらえないという不満を抱いている遺族が多いとか、警察の初期対応に対して多くの遺族は傷ついているとか、そういう問題点を列挙して、それで「各それぞれのご担

当者の皆さん、ご注意ください」といった注意喚起をする。これを読まれる方に注意を促すという意味で書いてはどうか

- ・ 「こういう問題点を遺族は抱えているんだ、こういう不満があるんだ」ということを行政に、警察の問題も含めて、知ってもらおうほうが、意味がある
- ・ 遺族が亡くなって相談に行く最初の窓口の対応としてのマニュアルを作ればよい
- ・ 遺族の相談窓口を一本化してほしい： 「ソーシャルワーカーが1人いて、自殺が起こって、何でもかんでも困ったらとりあえずそこに電話をしたら、いろいろな所に振ってくれる。だから役所のいろいろな所の人全員に言わないでも、家族が自殺をして、遺族に困ったことがあった時、とりあえず一番最初の窓口はここ。その人が話を聞いてくれて、その遺族にとって必要な所に連絡先を教えてくれるとか、振ってくれる。」
- ・ 社会、福祉のいろいろな情報を持っていて、そこに行けば確実という、本当の専門家を育ててほしい
- ・ すべてを盛り込むと結果的にユーザビリティが下がってしまうので、例えばウェブを使って、本当にいろいろな人の語りが自由に入って、例えば警察の対応について考えたい。そこには検索できるキーワードがあつたり、具体的な経験や例が最短距離で検索できる。そういうシステムがすごく必要と思った。
- ・ 窓口の一覧表があればいい。この窓口の人達が、遺族が「こんな問題で困っている」と来たら、専門家に振ってくれればいい。

#### その他（感想など）

- ・ 行政としてできること、できないことがやは

りあると思う。全部入れるとなると大変なことになってしまうと思う。

- ・ 遺族の心理などに触れられているが、こういう心理に接する行政マンとは一体誰なのか、と思う

#### 4. 記念日反応について

- ・ 記念日反応という言葉を書くことで非常に傷つく。命日が記念日になるはずもなく、配慮が足りない。
- ・ 記念日反応という言葉を知っていても、その知識の使い方をきちんと教えないと、誤った使い方をして、遺族を傷つけることになる

#### 5. 精神障害の用語について

- ・ 精神障害と書いてほしくない。「精神障害が起りやすい」、「破壊的で外傷的である」とか、そんなふうここに書かれない
- ・ 気分障害と精神障害を表現として分けてほしい。
- ・ 遺族が精神障害であると伝わっている
- ・ 精神障害など発症しない。死別を経験したことによる自然反応
- ・ 11 ページに例えば「精神疾患を発症するリスクが高く…」と書いた時に、確かに学術的に高いけれども、読み手によってはイコールだと捉えられる可能性がある
- ・ あまりにも「リスクが高く」と書かれると、一般の人達は「みんななるんだ」という感覚になってしまう

#### 6. 子どもの心理について

- ・ 子どもを亡くした親のことが触れられていない。書くのであれば、いろいろな立場を書いてほしい。

- ・ 子どもの心理についてはもっと情報を圧縮してもいいのではないか

#### 7. ガイドライン全体についての提案

- ・ ガイドラインよりも、全国で何百人かの（遺族相談の）スペシャリストを作ったほうがいい
- ・ 「嘘をつかずに正直でいること」などの、事細かなマニュアルみたいなことは、もう少し薄くして、具体的な支援につながる情報をきちんと載せるべきである。
- ・ 遺族に接するマニュアルと、遺族支援のマニュアルは別なのではないか。分けてはどうか。
- ・ こういうガイドラインを作らないといけない、という結論がまずある。その作らなければいけないという時に、国としてどこまでできるのか。国、行政としてどこまでやるべきなのか。どこはもうやらないのか。どこから民間に任せなのか。そういう基本の柱みたいなものがないから、こういう誰に向けて書くのか、どこを削ればいいのか、という問題点が起こってくるような気がする。
- ・ 遺族は遺族でやるべきことがある、ボランティアはボランティアでやることがある。国には国にしかできないことをやってほしい。

#### D. 考察

質問紙調査からは、一般市民が、性差、あるいは世代差なく、自死遺族支援の重要性を感じていることが示された。それは、行政への自殺対策への期待と同程度であり、個人レベルでの実態把握への志向よりも高いものであった。わが国の自殺対策の黎明期、すなわち自殺対策基本法成立以前においては、自死遺族支援への無理解が伝えられてきており、本調査の結果は、その当時の状況に比して期待されるものと言え

るだろう。

また、「自殺者の遺族への声かけや心配りは重要である」は「行政は自殺の問題にもっと積極的に取り組むべきだ」「自殺の実態や問題についてもっと知りたいと思う」「自殺をしようとしている人は、本当は助けを求めている」といった項目と弱い相関関係を示した点は、自殺予防・自殺対策への関心を示すものが自死遺族支援の重要性を認識している可能性を示しており、自殺予防と遺族支援を両輪として進めるわが国の、総合的な自殺対策の視点と合致する方向といえる。ただし、その相関関係は強いものではなく、媒介変数の存在について、検討が必要である。

その点で、自死遺族への理解と自死遺族支援の重要性との間に関係が見出されたことは示唆的である。「自殺で遺された人が当事者として経験したことや気持ち」がどこまで、あるいはどのように理解可能であるか、という議論は別になされるべき重要な問題であるが、「十分に話し合えば、非当事者にも理解できると思う」人ほど、自死遺族支援の重要性を感じているのだとすれば、今後の自殺総合対策においても、自死遺族・自死遺族支援の状況について、普及啓発活動を行うことが重要であり、その内容の適切さが求められる。

2009年3月にプレスリリースされたガイドライン「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」は、地域の行政関係者を中心に自死遺族支援の要点を伝えるツールとして作成されたものであり、その活用が上記の課題に資するものであることが期待される。ただし、自死遺族支援活動を行っている当事者からは、その内容について検討すべき点が指摘された。

特に自助グループをどのように位置づけてい

くかは、地域の行政関係者と自死遺族の関係性を規定していく可能性があり、より慎重な記載、概念整理が求められた。自助グループが、その機能を発揮する上で、「わかちあい」を含めた中心的な活動はあくまで自死遺族当事者が担い、それを遂行する上での支援について、行政やボランティアとの関係が生まれるという枠組みは、本ガイドラインにおいても提示しているものだが、より誤解のない記載が必要とされた。

また、内容的には自死遺族のメンタルヘルスについての充実性に比して、生活支援メニューの乏しさが指摘された。生活支援メニュー、特に労災関係や法律関係についての記載が浅い点は本ガイドラインの実効性という点で問題となる。ただし、ガイドライン本体には記載されているように、生活支援のような具体的な内容については、地域差・あるいは事例ごとの差が大きく、全国で参照するガイドラインに示すには限界がある。他の媒体の可能性も含め、重要な課題としてさらなる検討が必要であるが、他方、地域で現実に生活支援の問題に直面しているケースについて、対応策を検討する必要がある。

また、メンタルヘルス関係の記載については、精神疾患・精神障害、あるいは記念日反応の表現、あるいは記載内容について、要望が多々された。ただし、公的な立場から行政機関を中心に情報提供を担うガイドラインの性質上、専門用語・共通用語を廃することによる情報の正確性の欠落には慎重でなければならない。

たとえば、記念日反応については、命日反応という表現と差し替える、あるいは他の適切な表現を工夫する可能性もある。ただし、記念日反応は、辛い反応がこみあげてくるのが命日ばかりではなく、誕生日や思い出の日、たとえば故人が好きだった花の開花とともにという状況



も指し示した表現といえる。

一つ記念日反応に限らず、ガイドラインに記載する表現は、情報伝達の側面と当事者の心情との双方に配慮しつつ、ガイドライン本来の機能を損なわないように調整していくことが肝要であろう。そのためには、まずは、自死遺族当事者と専門家との間での十分な議論が求められる。

しかし、本来ガイドラインの頻繁な修正は、現場を混乱に陥れるばかりでなく、その実効性自体も疑われる。議論にあがった Web 上での情報収集・整理の可能性など、媒体の多様化も含めた総合的な判断の中で、より適切な情報提供・普及啓発の手段を検討することが必要と考えられた。

(なお、明 英彦様、綾田佳苗様、桑原正好様、田中幸子様、良原誠崇様には、本研究において多大なお力添えをいただいた。ただし、本研究のすべての側面に関与していただいたわけではなく、また、それぞれのお立場から研究成果についても多様な見解があることを鑑み、研究協力者として名前を挙げさせていただくことを控え、考察の文末ではあるが、ここに特に感謝の意を記すものである。)

#### E. 結論

今後の自死遺族支援が、わが国の自殺総合対策の中に位置づけられ、より適切に進められていくためには、自死遺族・自死遺族支援についての普及啓発が、一定の機能を果たす可能性が示唆された。ガイドライン「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」がそれに資するためにも、その内容についての見直しの必要性が示唆された。

ただし、実際に本ガイドラインの内容を修正

するためには、本研究の取組だけでは情報が不足している。さらに多数の意見を収集する必要がある、また見直し手続きそのものを可視化するための手順の整備が不可欠である。特に、本ガイドラインの使用状況等に関する調査を行う必要がある。

#### F. 健康危険情報

#### G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）  
なし

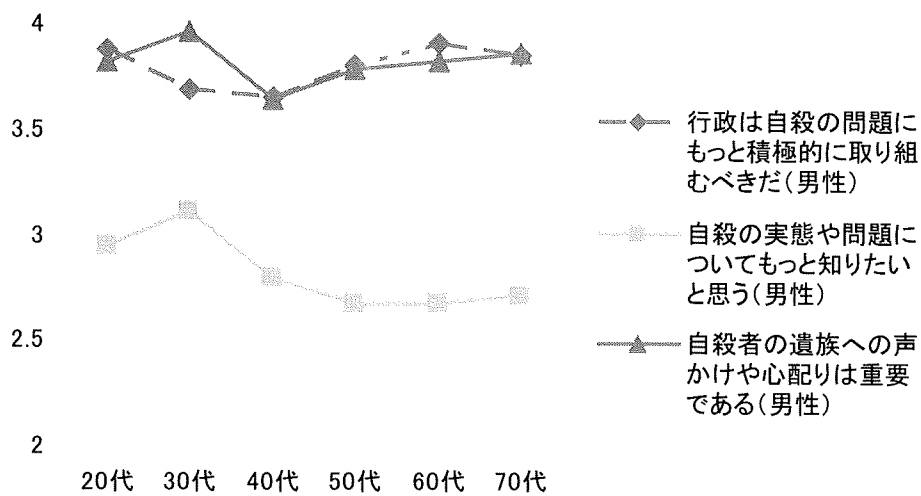


図1 男性の世代別による自殺対策への態度

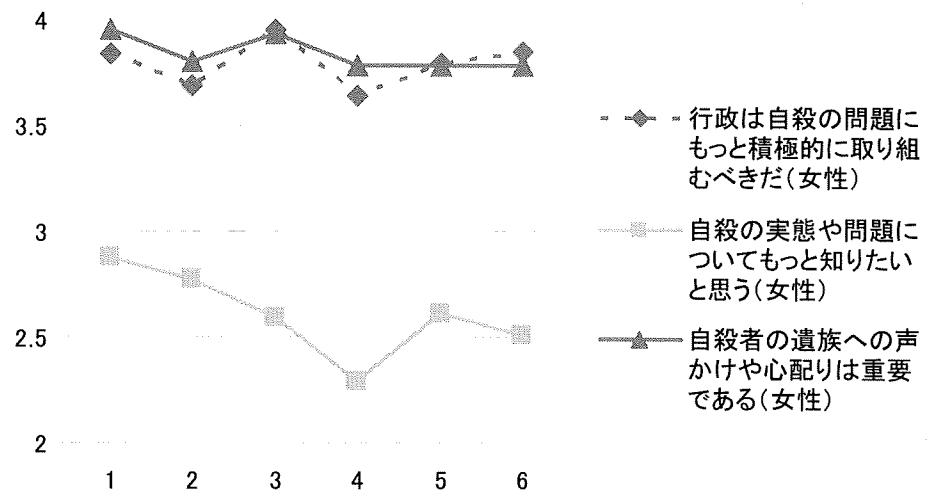


図2 女性の世代別による自殺対策への態度

表1 各項目の相関係数

	1	2	3	4	5	6
1 人には自ら死を選ぶ権利がある		-0.103	0.064	-0.031	0.412	-0.118
2 行政は自殺の問題にもっと積極的に取り組むべきだ	-0.103		0.263	0.331	-0.359	0.343
3 自殺の実態や問題についてもっと知りたいと思う	0.064	0.263		0.289	0.003	0.157
4 自殺者の遺族への声かけや心配りは重要である	-0.031	0.331	0.289		-0.191	0.309
5 自殺をしようとするのは、その人の問題なので止めるべきではない	0.412	-0.359	0.003	-0.191		-0.306
6 自殺をしようとしている人は、本当は助けを求めている	-0.118	0.343	0.157	0.309	-0.306	

## 2型糖尿病患者の心理変容過程を考慮した診療スキルの開発

研究分担者 野田 光彦  
国立国際医療センター戸山病院 糖尿病・代謝症候群診療部部長

### 研究要旨：

糖尿病患者ではうつ病の有病率が健常人より高いことが報告されているが、糖尿病診療現場では過小評価されている可能性があることが指摘されている。また既報のうつ病有病率はその評価法によって大きく異なる。本研究では自記式うつ病評定尺度と診断的面接法を併用することによって、本邦における糖尿病患者のうつ病有病率を正確に評価することを目標とする《Phase1》。

またうつ病を併発した糖尿病患者では血糖コントロールが増悪しやすく、糖尿病合併症の有病率も増加する結果、QOL が低下し医療費も増大することが報告されている。そこでうつ病に進展するリスクが高いと考えられる、抑うつ症状を有する糖尿病患者に対し、認知行動療法を主体とした心理療法的介入を行い、血糖改善効果およびうつ病への進展抑制効果の検討を行う《Phase2》。

### 研究方法：

#### 《Phase 1》

重篤な糖尿病合併症がない外来糖尿病患者(男性:20-75歳、女性:20-75歳)を対象とする横断研究で、目標症例数は200例以上とする。糖尿病の診断を受け外来通院中で、本研究参加への同意が取得できた患者を対象に自記式うつ病評定尺度:PHQ-9と診断的面接法:SCIDを同日内に施行し、うつ病の有病率を評価する。二次評価項目として自記式うつ病評定尺度と診断的面接法のそれぞれでうつ病と診断された患者群を比較し、自記式うつ病評定尺度によるうつ病診断の疑陽性、偽陰性率を評価する。

#### 《Phase 2》

Phase 1にて自記式うつ病評定尺度:PHQ-9にて陽性、診断的面接法:SCIDにて陰性と評価された、大うつ病性障害が除外され、かつ抑うつ症状を有すると判断された外来糖尿病患者(男性:20-75歳、女性:20-75歳)を対象とする介入研究であり、目標症例数は30例以上とする。Phase 1にて抑うつ症状を有すると判断された患者で心理療法を受けることへの同意が取得できた患者を対象に月1回の内科診療と同時に、通常の糖尿病教育、認知行動療法を主体とする心理療法的介入を最低6ヶ月間行い、長期的な血糖改善効果の有無をHbA1cの前後比較で評価する。二次評価項目として、心理療法的介入による抑うつ指標、食事療法・運動療法の遵守率、体重、血圧、脂質関連データ(TC、TG、HDL)の変化を前後比較する。

### 結果とまとめ(進捗状況)：

'09年度は、糖尿病及び精神医療の専門家が協同して、研究計画書を検討し、国立国際医療センターの倫理委員会の承認を得た。また、研究において精神医学的な構造化面接(SCID)を実施するため、3名の心理士を公募し、その訓練のための専門家を2名確保した。

'09年度内に2回のSCID研修を実施したうえで、'10年4月からPhase1が開始される予定であり、順次Phase2対象患者をリクルートし介入を開始する。

### 研究協力者氏名

峯山 智佳	国立国際医療センター国府台病院 内科 糖尿病・内分泌代謝外来 非常勤職員
本田 律子	国立国際医療センター戸山病院 糖尿病・代謝症候群診療部 先駆的医療推進室医長
三島 修一	国立国際医療センター国府台病院 内科医長
塚田和美	国立国際医療センター国府台病院 副院長
亀井雄一	国立国際医療センター国府台病院 精神科 医長
奥村 泰之	国立精神・神経センター 精神保健研究室社会精神保健部 研究員
小林 未果	国立精神・神経センター 精神保健研究室社会精神保健部 研究員

## A. 研究目的

糖尿病患者ではうつ病の有病率が健常人より高いことが報告されているが、糖尿病診療現場では過小評価されている可能性があることが指摘されている。また既報のうつ病有病率はその評価法によって大きく異なる。本研究では自記式うつ病評定尺度と診断的面接法を併用することによって、本邦における糖尿病患者のうつ病有病率を正確に評価することを目標とする。

またうつ病を併発した糖尿病患者では血糖コントロールが増悪しやすく、糖尿病合併症の有病率も増加する結果、QOL が低下し医療費も増大することが報告されている。そこでうつ病に進展するリスクが高いと考えられる、抑うつ症状を有する糖尿病患者に対し、認知行動療法を主体とした心理療法的介入を行い、血糖改善効果およびうつ病への進展抑制効果の検討を行う。

## B. 研究方法（倫理面への配慮）

### 《Phase1》

[研究デザイン]本研究は外来糖尿病患者におけるうつ病有病率を評価する横断研究である。

[実施場所]国立国際医療センター国府台病院外来病棟

[対象(選択基準、除外基準)]

20歳以上76歳未満の外来糖尿病患者

除外基準:

1. 本研究への参加同意が得られないもの。
2. 重篤な糖尿病性合併症に罹患している患者。糖尿病性合併症とは網膜症、腎症、神経障害を指し、うち重篤なものとは網膜症に対するレーザー治療・硝子体手術の既往があるもの、Stage3b以上の腎症、有痛性糖尿病神経障害とする。
3. 有症状で、入院加療を必要としたりQOLの低下を伴った動脈硬化性疾患(脳・心血管障害)の既往のある患者。脳血管障害とは脳梗塞、脳出血、心血管障害とは狭心症・心筋梗塞・うつ血性心不全とし、カルテ上の記載と問診での確認を必要とする。いずれも外科的治療の既往(ステント留置、バイパス術等外科的介入)があるものを含む。
4. うつ病の増悪により入院加療が必要となった患者、自殺の危険性がある患者。

患者の登録方法:

20歳以上76歳未満の外来糖尿病患者で、除外基準のいずれにも抵触しない患者を研究登録適格例として連続登録する。

[主要なアウトカム指標とその測定方法]

対象者におけるうつ病の有病率を評価する。

評価方法として、研究対象者全員に自記式うつ病評定尺度(PHQ-9)と診断的面接法(SCID)を施行し、うつ病の確定診断を行う。

なお、面接法を実施する心理士には PHQ-9 の得点は開示しない。

[副次的アウトカム指標とその測定方法]

自記式うつ病評定尺度(PHQ-9)と診断的面接法(SCID)のそれぞれでうつ病と診断された患者群を比較し、自記式質問表によるうつ病診断の疑陽性、偽陰性率を評価する。

[観察スケジュールおよび測定方法の記載]

- 1) 糖尿病の診断を受け当院内科外来通院中で、本研究参加への同意が取得できた患者を対象に①自記式うつ病評定尺度:PHQ-9と②診断的面接法:SCIDを同日内に施行する。
- 2) 対象患者の主治医には、質問紙法を実施する日と同日に以下の3質問からなるアンケートを実施する。

(1) 当該患者が抑うつ症状を有していると考えられる(2点)

(2) 当該患者が抑うつ症状を有している疑いがあると考える(1点)

(3) 当該患者は抑うつ症状を有しないと考える(0点)

このアンケート結果は、主治医が担当患者の心理状態について抱いている印象と、PHQ-9、SCIDの結果との相同を評価するのに用い、糖尿病臨床医が患者の抑うつ症状の有無をどの程度正確に把握できているかを評価する。

なお、この時点では主治医には PHQ-9 の結果は開示していないものとする。

[中止基準]

今回の研究への参加を辞退したいとの申し出、同意の撤回があった場合は中止とする。

[目標症例数]

本研究での目標症例数は200名以上とする。

[研究期間(登録期間、追跡期間)]

約3年間とする。

[統計学的事項(解析対象集団、解析項目・方法)]

本研究は横断研究であり、研究対象者全例を解析対象とし、対象者のうつ病有病率、および自記式うつ病評定尺度によるうつ病診断の疑陽性、偽陰性率を評価する。

### 《Phase2》

[研究デザイン]抑うつ症状を有すると判断された外来糖尿病患者に対し心理療法的介入を行い、代謝指標、および抑うつ指標の改善の有無を介入の前後で比較検討する。

[実施場所]国立国際医療センター国府台病院外

来病棟

[対象(選択基準、除外基準)]

Phase 1 にて大うつ病性障害が否定され、抑うつ症状を有すると判断された外来糖尿病患者

除外基準:

1. 心理療法的介入を実施することへの同意が得られないもの
2. 過去にうつ病を含む精神疾患と診断された既往のある患者、もしくは現在治療中の患者。精神疾患の既往とは精神科専門医を受診し診断されたものとし、カルテ上の記載と問診での確認を必要とする。
3. 重篤な糖尿病性合併症に罹患している患者。糖尿病性合併症とは網膜症、腎症、神経障害を指し、うち重篤なものとは網膜症に対するレーザー治療・硝子体手術の既往があるもの、Stage IIIb 以上の腎症、有痛性糖尿病神経障害とする。
4. 有症状で、入院加療を必要としたり QOL の低下を伴った動脈硬化性疾患(脳・心血管障害)の既往のある患者。脳血管障害とは脳梗塞、脳出血、心血管障害とは狭心症・心筋梗塞・うつ血性心不全とし、カルテ上の記載と問診での確認を必要とする。いずれも外科的治療の既往(ステント留置、バイパス術等外科的介入)があるものを含む。
5. うつ病の増悪により入院加療が必要となった患者、自殺の危険性がある患者

患者の登録方法:20 歳以上 76 歳未満の外来糖尿病患者で、自記式うつ病評定尺度にて陽性、診断的面接法にて陰性と判断され、大うつ病性障害が除外された抑うつ症状を有する外来患者のうち、除外基準のいずれにも抵触しない患者を研究登録適格例とする。

[主要なアウトカム指標とその測定方法]

Phase 1 で抑うつ症状を有すると判断された患者に対し、認知行動療法を主体とする心理療法的介入を行い、血糖値改善効果を HbA1c 値の前後比較で検討する。

[副次的なアウトカム指標とその測定方法]

抑うつ症状を有する糖尿病患者に対し認知行動療法を主体とする心理療法的介入を行い、抑うつ指標、食事療法・運動療法の遵守率、体重、血圧、脂質関連データ(TC、TG、HDL)を介入前後で比較し改善率を評価する。

[観察スケジュールおよび測定方法の記載]

- ① PHQ-9 と SCID を施行した次の内科診療日を介入前値とし HbA1c、食事療法・運動療法の遵守率、体重、血圧、脂質関連データ(T-Cho、TG、HDL-Cho、LDL-Cho)を評価する。抑うつ

指標は Phase 1 の PHQ-9 の値を使用する。

- ② 介入は 1 回/月の内科診療、糖尿病教育、心理療法的介入を最低 6 ヶ月継続して行い、介入直後(介入開始後 6 ヶ月)、介入後 3 ヶ月(同 9 ヶ月)、同 6 ヶ月(同 12 ヶ月)に抑うつ指標、HbA1c、食事療法・運動療法の遵守率、体重、血圧、脂質関連データ(T-Cho、TG、HDL-Cho、LDL-Cho)を評価する。
- ③ 観察期間中の経口血糖降下薬、インスリン、降圧薬、脂質異常症治療薬の投与量及び種類は変更しないものとする。またこの期間は教育入院等、緊急性を有さない入院は行わない。ただし中止基準に抵触する場合は患者の安全性を優先し、該当患者の研究を中止し、臨床的に必要な措置を講じるものとする。

※ 糖尿病教育は①日本糖尿病学会編『糖尿病治療ガイド』に準じた糖尿病診療医による情報提供、②1 回/月の栄養相談室における栄養指導、③最低 1 回の理学療法士による運動療養指導からなる。

※ 認知行動療法は、Jennifer Gregg 博士(San Jose University)が使用した「Acceptance and Commitment Therapy for Diabetes Self-Management:Therapist Manual」、および「The Diabetes Life Style Book」、「ACT を学ぶ」に基づいて、内科診療医 1 名が全例を担当して実施する。認知行動療法の内容妥当性は臨床心理士のスーパーバイズの下で管理・評価されるものとする。

[中止基準]

- 1) 本研究への参加を辞退したいとの申し出、同意の撤回があった場合。
- 2) 急激な血糖、血圧コントロールの増悪を認め、治療薬の速やかな変更もしくは入院の上で精査加療が必要と判断された場合。
- 3) 現在投与している薬物に対し、中止や薬剤変更、治療が必要な副作用を認めた場合。
- 4) 糖尿病性合併症の増悪、動脈硬化性疾患(心・脳血管疾患)の発症、その他の疾患の併発(感染症、悪性疾患、外傷など)を認め、その疾患に対する精査加療が優先される場合。
- 5) 抑うつ症状の増悪により精神科専門外来の受診や入院加療が必要と判断されたり、自殺の危険性がある場合。

[目標症例数]

目標症例数を 30 名とする。

[研究期間(登録期間、追跡期間)]

約 3 年間とする。

[統計学的事項(解析対象集団、解析項目・方法)]

本研究は介入・前後比較研究であり、抑うつ症状を有する糖尿病患者に心理療法的介入を行った

対象者の HbA1c、抑うつ指標、食事療法・運動療法の遵守率、体重、血圧、脂質関連データ(T-Chol、TG、HDL-Chol、LDL-Chol)の介入前後の比較で改善率を評価する。

#### 【倫理面への配慮】

本研究は2008年12月現在におけるヘルシンキ宣言、臨床研究の倫理指針に基づいて行われる。

研究参加はあくまでも個人の自由意思によるものとし、研究への同意参加後も随時撤回可能であり、不参加による不利益は生じないこと、個人のプライバシーは厳密に守られることについて開示文書を用いて十分に説明するものとする。

#### ・インフォームドコンセント

患者への説明:登録に先立って、担当医は患者本人に施設の国立国際医療センターの倫理審査委員会の承認が得られた説明文書を患者本人に渡し必要事項の説明を行う。

・本研究への参加に際しては、本研究実施計画書及び患者への説明文書が国立国際医療センターの倫理審査委員会で承認されることを必須とする。

・本研究に関する個人情報は患者診療データであり、施設外に漏洩しないように当院の通例に則って個人情報を保護する。

#### 【有害事象発生時の対応】

日常診療の範囲内での調査であり、有害事象が生じた際は適切な処置を行うが、研究としての補償はない。

## C. 研究結果

### 1. 先行研究のレビュー

糖尿病患者のうつ病有病率は診断的面接法を用いて評価した場合 9~11%(自記式質問紙法を用いた評価法では 26~31%)と、糖尿病を有さない集団と比較した場合の2~3倍にうつ病になる危険度が高くなることが報告されている(Biol. Psychiatry 2003 54:317-329)。うつ病発症のオッズ比は Controlled study を集計した meta-analysis の結果、1型糖尿病患者で OR=2.9(p=0.00003)、2型糖尿病患者で OR=2.9(p<0.0001)と1型・2型の別に関らず、また性別にも依らず(男性 OR=1.7 p<0.000、女性 OR=1.7 p<0.0001)糖尿病患者で有意に上昇していた(Diabetes Care 2001 24: 1069-1078)。特に網膜症、腎症、神経障害、大血管障害、性機能障害といった糖尿病合併症をすでに発症している患者群では合併症を持たない群と比較し、いずれの合併症に関しても有意にうつ病の有病率が高くなること(p=0.004 z=2.59)、合併症の数や重篤度が増すほどうつ病の有病率が増加すること(p=0.05

z=1.67)が報告されている(Psychosomatic Med. 2001 63:619-630)。

糖尿病患者にうつ病が合併すると、血糖コントロール不良(高血糖状態)に陥りやすいこと(z=5.4 p<0.0001)(Diabetes Care 2000 23:934-942)、古典的糖尿病合併症や心血管疾患合併率の上昇だけではなく肥満、高血圧や脂質異常症といった他の慢性疾患の合併率上昇とも関連していること、糖尿病関連医療費が著明に増加すること(糖尿病関連総医療費:糖尿病単独群 vs うつ病合併糖尿病群 = \$ 1,297 vs \$ 3,264 p<0.0001、総医療費:糖尿病単独群 vs うつ病合併糖尿病群 = \$ 4,819 vs \$ 19,298 p<0.0001)が報告されている(Cost Eff. Resour. Alloc. 2006 4:18)。その原因としては、うつ病を合併した糖尿病患者では健康的な食事療法の遵守や定期的な運動療法の実施、治療薬服用の遵守などの、継続性が求められるセルフケア行動を行う身体・精神的機能が低下し、治療へのアドヒアランスが低下していることの結果であると考えられている(Arch Intern Med 2000 160:3278-3285)、(Diabetes Care 2004 27:2154-2160)。

加えて近年、治療中の2型糖尿病患者では正常血糖者と比較し、患者基本情報・BMI・社会経済状況・生活習慣・糖尿病の重症度と合併症の有無をマッチさせた場合でもうつ病発症リスクは1.5倍と高くなるが、未治療の2型糖尿病患者や食前血糖高値(Impaired fasting glucose: IFG)の患者では、正常血糖者と比較し抑うつスコアが同等もしくはそれ以下であったという報告(JAMA 2008 299(23):2751-2759)がなされた。このことから、高血糖を含む代謝異常がうつ病のリスク因子になるだけではなく、糖尿病治療に伴う様々なストレスがうつ病の発症を促進している可能性が高いことが示唆されている。以上を踏まえ、糖尿病患者のうつ病発症を早期に発見し、早期に介入していくことが、うつ病・糖尿病の双方の治療にとって非常に重要であると考えられている。

うつ病を合併した糖尿病患者において血糖コントロールを改善するための介入方法の一つとして、現在心理療法が注目されている。非うつ病合併糖尿病患者に対する心理療法的介入の血糖コントロールの改善・維持に及ぼす効果については、2004年にメタ解析が報告されている(The Lancet 2004 363: 1589-1597)。この論文では25RCTの結果が報告されているが、内12研究で通常の糖尿病療養指導と比較して手厚い教育的介入を行った群(コントロール群)と比較し、心理療法的介入(カウンセリング、CBT、精神力動的治療法)を行った群(介入群)ではHbA1cが-0.76%(95%CI:

-1.34~-0.18%)低下し、心理的苦痛も軽快していた。このことは血糖コントロールにおいて心理療法的介入が、薬物療法や通常の教育的糖尿病療養指導に上乗せ効果を有することを示唆している。

うつ病合併糖尿病患者における抑うつ症状の改善と身体医学的予後の改善、両方にアプローチした治療法の効果を検討した RCT も 2009 年までに 11 本報告されている(Curr Opin Psychiatry 2009 22:211-217)。治療法は大別して①抗うつ薬治療(4RCT, n=289)、②心理学的治療(3RCT, n=140)、③薬物療法と心理学的治療の併用療法(4RCT, n=954)の 3 カテゴリーに分類されているが、このうち抑うつ症状と血糖コントロールの両者に有意な改善効果を認めたという報告は②心理学的治療(認知行動療法、社会的支援)を行った2報のみであった。これらの報告から、血糖コントロールの維持が困難とされているうつ病合併糖尿病患者の血糖管理においても、心理療法的介入の効果が非常に期待できると考える。

糖尿病臨床で心理療法的介入を行う上での問題点は、HbA1c の変化が心理療法的介入の介入時間の長さとは有意な相関が認められる点であり、1 時間から 28 時間の介入時間の範囲内で 1 時間増えるごとに HbA1c が 0.04%低下する(95%CI: 0.01~0.08)と報告されている。つまり有意な血糖コントロールの改善を得るためには人的、物理的に高いコストが要求されると考えられてきた。これに対し、2007 年 2 型糖尿病患者に対して 4 時間の糖尿病教育に加え、第 3 世代の CBT である Acceptance and Commitment Therapy(ACT)を用いた3時間のグループ療法による心理療法的介入を 1 回行った群(介入群)で、介入 3 ヶ月後の HbA1c がコントロール群と比較し有意に低下したという報告がなされた(J Consult Clin Psychol 2007 75: 336-343)。この研究では、わずか 3 時間の心理療法による介入によって介入 3 ヶ月後に有意な HbA1c の変化をきたしており、ACT は本邦の糖尿病診療現場で心理療法を実施していく際の壁である物理コストを克服するための、一つの解決案になるのではないかと期待される。

## 2. 研究の実施状況

'09 年度は、糖尿病及び精神医療の専門家が協同して、研究計画書を検討し、国立国際医療センターの倫理委員会の承認を得た。また、研究において精神医学的な構造化面接 (SCID) を実施するため、3 名の心理士を公募し、その訓練のための専門家を 2 名確保した。

'09 年度内に 2 回の SCID 研修を実施したうえで、'10 年 4 月から Phase1 が開始される予定であり、順次 Phase2 対象患者をリクルートし介入を開始する。

## D. 考察

本研究は大規模の外来糖尿病患者に対し、診断的面接法を用いてうつ病の有病率を調査する研究としては本邦初の試みになる。近年わが国の糖尿病患者数は急増しており、それに伴いうつ病合併糖尿病患者も増加していることが推測される。そのためうつ病合併糖尿病患者に関する疫学調査を実施し、診療医に情報提供することは、うつ病合併患者を早期にスクリーニングし、より良い血糖コントロールを得るために必要なことと考えられる。

また、抑うつ症状を有する糖尿病患者に対する心理療法的手法の効果を検討することによって、うつ病への進展を予防し、同時に血糖値コントロールのための療養指導方法をより効果的なものに発展させることにつながるものと考えられる。

## E. 結論

現在'10 年度からの研究開始に向けて、SCID の評定者間の一致度を高めるべく、心理士に対する SCID の研修を実施している。

## F. 健康危険情報

特記すべきものなし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 峯山智佳、野田光彦 「うつと慢性疾患併存時の対応 糖尿病とうつ」 Medicament News 2009 年 第 1997 号 p9-11

### 2. 学会発表

峯山智佳、本田律子、野田光彦、他：抑うつ病症状を有する外来糖尿病患者に関する疫学調査と治療 第 4 回生活習慣病認知行動療法研究会一般演題 2009. 11, 東京

## H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

なし。

## 資料

### 参考文献

- 1) Musselman DL. *et, al*: Relationship of Depression to Diabetes Types 1 and 2: Epidemiology, Biology, and Treatment. *Biol. Psychiatry* 2003 54:317-329
- 2) Anderson RJ. *et, al*: The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 2001 24: 1069-1078
- 3) De Groot M. *et, al*: Association of Depression and Diabetes Complication : A Meta-analysis. *Psychosomatic Med.* 2001 63:619-630
- 4) Lustman PJ. *et, al*: Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of literature. *Diabetes Care* 2000 23: 934-942
- 5) Le TK. *et al*: Resource use among patients with diabetes, diabetic neuropathy, or diabetes with depression. *Cost Eff. Resour. Alloc.* 2006 4:18
- 6) Ciechanowski PS. *et, al*: Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Arch Intern Med* 2000 160:3278-3285
- 7) Lin EH. *et, al*: Relationships of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 2004 27:2154-2160
- 8) Golden SH, *et, al*: Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *JAMA* 2008 299(23):2751-2759
- 9) Petrak F. *et. al*: Treatment of depression in diabetes: an update. *Curr Opinion Psychiatry* 2009 22:211-217
- 10) Ismail K. *et, al*: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycemic control in patients with type2 diabetes. *The Lancet* 2004 363: 1589-1597
- 11) Gregg J.A. *et al*: Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2007 75 : 336-343

### 書籍

「糖尿病治療ガイド<2008-2009.>」日本糖尿病協会編 文光堂 2008

「Acceptance and Commitment Therapy for Diabetes Self-Management: Therapist Manual」  
[http://www.sjsu.edu/people/jennifer.gregg/courses/c3/s1/ACT\\_ED\\_therapist\\_manual.pdf](http://www.sjsu.edu/people/jennifer.gregg/courses/c3/s1/ACT_ED_therapist_manual.pdf)

「The Diabetes Life Style Book : Facing Your Fears & Making Changes for a Long & Healthy Life」 Jennifer A. Gregg, Glenn M. Callaghan, Steven C. Hayes; New Harbinger Publications, Inc 2007

「ACTを学ぶ」 ジェイソン・B・ルオマ、スティーブン・C・ヘイズ、ロビン・D・ウォルサー; 星和出版 2009



## 外来通院患者における自殺ハイリスク者に関する研究

研究分担者 佐伯俊成  
広島大学病院 総合内科・総合診療科 准教授

**研究要旨**：本研究では、自殺ハイリスク者に強く関連するうつ病のスクリーニング法である 2 項目質問法を用いて、プライマリケア領域におけるうつ病・うつ状態の有病率に準じた数字を調査し、うつ病スクリーニングに資する新たな指標を明らかにする。**研究方法**：広島大学病院総合診療科を初診した満 20 歳以上の全ての患者 155 例に自己評価式抑うつ性尺度（SDS）を施行してうつ状態を評価した。医師は東大式うつ病重症度スケール（TDSS）によって患者を評価し、精神疾患既往歴について問診した。**結果**：SDS によると中等度以上のうつ状態が 27.0%に、TDSS 医師評価によると中等症以上のうつ状態が 11.3%に認められた。SDS においても、TDSS においても、うつ状態が重症になるほど精神疾患既往歴が多かった。**まとめ**：外来初診患者におけるうつ病・うつ状態のスクリーニング施行の当否には、精神疾患の既往歴の有無が簡便かつ有用な指標となりうる。

研究協力者 高石美樹  
広島大学大学院医歯薬学総合研究  
科精神神経医科学  
大学院生（社会人選抜）

これらのことから、プライマリケア領域におけるうつ病のスクリーニングおよび初期診断の推進は全国的にも急務であると考えられる。

### A. 研究目的

WHO の世界 14 カ国におけるプライマリ・ケア医受診患者の調査によると、精神疾患有病率は 24% で、そのうちうつ病が 10.1%であり、身体症状のみ  
のうつ病は 69%にのぼり、その身体症状としては睡眠障害と食欲不振が主であったことから、プライマリ・ケアにおけるうつ病診断の重要性が指摘されている。

近年わが国では、年間自殺者数が 3 万人超のまま推移して減少傾向もみられず、自殺に強く関連するうつ病の早期発見・早期治療が喫緊の課題であることは言を俟たない。

本研究は、自殺ハイリスク者に強く関連するうつ病のスクリーニングに資する最も簡便な方法として国内外で提唱されている 2 項目質問法を用いて、プライマリケア領域におけるうつ病・うつ状態の有病率に準じた数字を明らかにし、うつ病スクリーニングに資する新たな指標を明らかにすることを目的とする。

### B. 研究方法

平成 18 年 1 月 30 日から同年 3 月 30 日までに広島大学病院総合診療科を初診した満 20 歳以上の全ての患者 155 例に自己評価式抑うつ性尺度（Zung Self-rating Depression Scale: SDS）を施行

してうつ状態を評価した。医師は東大式うつ病重症度スケール (Tokyo University Depression Severity Scale: TDSS) によって患者を評価するとともに、精神疾患の既往歴を問診した。

自己評価式抑うつ性尺度 (SDS) は、1973 年に日本語版が標準化されている 20 項目・4 段階回答形式の自己記入式の評価尺度である。40 点以上で軽症うつ状態、50 点以上で中等症以上のうつ状態の疑いありと評価するもので、うつ病・うつ状態のスクリーニングに広く使用されている。

東大式うつ病重症度スケール (TDSS) は「抑うつ気分」および「興味の喪失」の 2 つの質問によるうつ病の簡便診断法である。この 2 つの質問の両方ともに当てはまる場合には中等症以上のうつ状態、どちらか一つに当てはまる場合に軽症のうつ状態、どちらも当てはまらない場合はうつ病ではないと評価する。

(倫理面への配慮)

本研究は、対象患者に調査の趣旨を口頭で十分に説明し書面同意を得たうえで行われた。

### C. 研究結果

対象 155 例中 127 例から参加同意が得られ、そのうち欠損データのない 122 例 (男性 61 例、女性 61 例) を解析の対象とした。

SDS スコアで 50 点以上の中等度以上のうつ状態が 27.0% に、TDSS 医師評価で 2 項目とも陽性の中等症以上のうつ状態が 11.3% に認められた。

SDS スコアが 39 点以下の患者では精神疾患既往歴が 8.9% に認められたが、40 点台では 34.4%、50 点台では 34.6%、60 点台では 50.0%、70 点台では 100% を占めていた。

TDSS による評価で、非うつ病では精神疾患既往歴が 16.5% に認められたが、軽症うつ状態では

50.0%、中等症以上のうつ状態では 76.9% を占めていた。

### D. 考察

プライマリケアの実地臨床において、初診患者全例にうつ病・うつ状態のスクリーニングを行うのは決して容易なことではない。

しかし、SDS による患者の自己申告においても、TDSS による医師評価においても、うつ状態が強くなるほど精神疾患既往歴を有する割合が高くなる傾向が認められたことから、プライマリケアの臨床において、初診時に精神疾患の既往の有無を確認することは、うつ病・うつ状態のスクリーニング検査に着手するための有用な指標になると考えられた。

今後は、こうした自殺ハイリスク者に強く関連するうつ病・うつ状態の簡便かつ適切なスクリーニング法に加えて、その背景に潜む自殺リスクの評価法とその妥当性に関する調査を行い、その対応策を検討することが必要である。

### E. 結論

外来初診患者におけるうつ病・うつ状態のスクリーニング施行の当否には、精神疾患の既往歴の有無が簡便かつ有用な指標となりうる。

### F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

- 1) 佐伯俊成, 他: 精神的側面からみた膵・胆道癌緩和医療. 胆と膵 31: 55-59, 2010
- 2) 佐伯俊成, 他: インスリンを使って自殺を企てた糖尿病患者にどう対処するか? プライマリケア医による自殺予防と危機管理 (杉山直也, 河西千秋, 井出広幸, 宮崎 仁編), pp.199-205, 南山堂, 東京, 2010
- 3) 佐伯俊成: 高齢者における睡眠薬の使い方.

ねむりと医療 2:77-80, 2009

- 4) 佐伯俊成, 他: 高齢者のうつ病と身体疾患. 老年医学 47:1449-1452, 2009
- 5) 佐伯俊成: うつ病が身体疾患の発症・経過・予後に及ぼす影響. PROGRESS IN MEDICINE 29:2353-2355, 2009
- 6) 佐伯俊成, 他: 広島大学病院総合診療科における心のケア. 心療内科 13, 450-454, 2009
- 7) 佐伯俊成, 高石美樹, 他: 医師は患者の心の痛みにどう対応すべきか. 臨床腫瘍プラクティス 5:113-116, 2009
- 8) 佐伯俊成, 他: せん妄. 治療増刊号 91(4):1267-1271, 2009
- 9) 佐伯俊成, 他: 不眠. 緩和医療学 11:167-169, 2009

## 2. 学会発表

- 1) 佐伯俊成, 田妻 進, 他: 広島大学病院総合診療科における心療内科外来の現況. 第 1 回病院総合診療医学会抄録集, 2010 年 2 月
- 2) 佐伯俊成: 内分泌代謝疾患における薬剤相互作用. 第 22 回日本総合病院精神医学会シンポジウム 1「リエゾン活動のための各種身体疾患治療薬と向精神薬との相互作用」, 2009 年 11 月
- 3) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2 型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理社会的要因—教育入院後の追跡研究—. 第 22 回日本総合病院精神医学会抄録集, 2009 年 11 月
- 4) 佐伯俊成: オピオイドの嘔気・嘔吐対策による副作用—忘れてはならない抗精神病薬による錐体外路症状—. 第 3 回日本緩和医療薬学会年会シンポジウム 2「がん疼痛治療における副作用対策—オピオイドを中心に—」, 2009 年 10 月
- 5) 佐伯俊成: 臨床医なら知っておきたい慢性疼痛マネジメント+(プラス)—向精神薬処方と患者コミュニケーションの最適化—. 日本臨床麻酔学会第 29 回大会教育セミナーL7, 2009 年 10 月
- 6) 佐伯俊成: 精神的葛藤とがん告知—情報開示がすべてを決める—. 第 47 回日本癌治療学会総会 教育セミナー「がん治療認定医機構のセミナーで, もう少し時間をかけて欲しかった領域を学ぶ」, 2009 年 10 月
- 7) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2 型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理・社会的要因—教育入院 6 ヶ月後の追跡研究—. 第 105 回日本精神神経学会抄録集, 2009 年 8 月
- 8) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2 型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理・社会的要因—教育入院 6 ヶ月後の追跡研究—. 第 50 回日本心身医学会抄録集, 2009 年 6 月
- 9) 佐伯俊成: がん性疼痛治療に際して評価すべき精神的側面—知っておきたい診たてのポイントと対応のコツ—. 第 14 回日本緩和医療学会学術大会シンポジウム 1「満足できる, 質の高いがん性疼痛治療を考える」, 2009 年 6 月
- 10) 佐伯俊成: 緩和医療における家族支援—心理社会的介入の効果, コミュニケーションのあり方—. 日本家族研究・家族療法学会第 26 回大会ワークショップ「緩和医療における家族支援」, 2009 年 6 月
- 11) 佐伯俊成: 一般医が知っておきたい不眠治療の基本技術—睡眠衛生指導のコツと睡眠薬処方の方最適化—. 第 5 回日本疲労学会ランチョンセミナー, 2009 年 5 月
- 12) 高石美樹, 佐伯俊成, 他: 2 型糖尿病患者の血糖コントロールに関連する心理・社会的要因 (第 3 報): 教育入院 6 ヶ月後の追跡研究. 第 52 回日本糖尿病学会抄録集, 2009 年 5 月

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

### 1. 特許取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

なし。

## うつ病治療による循環器救急疾患の予後改善の可能性の検証

研究分担者 横山広行

国立循環器病センター 緊急治療科医長

**研究要旨：**本研究の目的は、うつ病治療と循環器救急疾患の予後を明らかにすることである。

**研究方法：**対象は急性期循環器疾患（急性心筋梗塞、脳卒中、クモ膜下出血）で入院した症例である。「退院時情報」の「通院時処方」において、「抗凝固薬治療」「抗血小板薬治療」「 $\beta$ 遮断薬投与」「アンジオテンシン酵素(ACE)阻害薬・アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)投与」の4項目に加えて、「抗うつ薬投与〔選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、3環系抗うつ薬(TCA)、その他〕」の項目を新たに追加し、データを集積中である。

**結果：**急性心筋梗塞約600例、脳卒中1500例、クモ膜下出血200例が参加施設に入院した。現在データ集積、クリーニングを実施している。

**まとめ：**2009年は総計2300例の登録を行った。今後は、国立精神・神経センターと当センターの共同研究により、わが国における実態を的確に掌握し、対策を講じたい。

### A. 研究目的

うつ病と循環器救急疾患の関係を検討したわが国のデータはきわめて少ない。国際的には、1990年代から循環器疾患とうつ病に関するエビデンスが報告されている。冠動脈疾患患者における大うつ病の有病率は15～23%であるとの報告や、心筋梗塞後や冠動脈バイパス術(CABG)後にうつ病を発症すると生存率が不良になること、うつ血性心不全や不安定狭心症とうつ病を併発・合併すると予後は不良になること、また抑うつ症状があると脳卒中になりやすいことや、抗うつ薬は脳卒中の予後効果があることなどの報告がある。本研究では、うつ病治療と循環器救急疾患の予後に関する研究を行うことを目的とした。

### B. 研究方法

多施設共同発症登録調査において、うつ病と循環器救急疾患の関係を検討した。対象は急性期循環器疾患（急性心筋梗塞、脳卒中、クモ膜下出血）で入院した症例である。2009年4月から2009年12月の調査期間中に入院した症例の「退院時情報」の「通院時処方」において、「抗凝固薬治療」「抗血小板薬治療」「 $\beta$ 遮断薬投与」「アンジオテンシン酵素(ACE)阻害薬・アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)投与」の4項目に加えて、「抗うつ薬投与〔選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、3環系抗うつ薬