

- 日本ストレス学会, 2009. 12. 5, 横浜
- 松本俊彦: 自殺総合対策における精神科医療の課題～総合的な精神保健的対策を目指して～. シンポジウム 18「自殺予防と精神保健医療の役割」自殺対策における自殺とは何か. 第 106 回日本精神神経学会学術総会, 2010. 5. 21, 広島
- 松本俊彦: 自殺総合対策における精神科医療の課題～総合的な精神保健的対策を目指して～. 第 16 回日本精神神経科診療所協会総会・学術研究会 メインシンポジウム「こころの絆の再構築—地域から自殺対策を考える—」, 2010. 6. 20, パシフィコ横浜
- 松本俊彦: 専門講座Ⅱ 自傷行為の理解と援助～アディクションと自殺のあいだ. 第 32 回日本アルコール関連問題学会, 2010. 7. 16, 神戸
- 松本俊彦: 教育講演Ⅲ 職場における自殺予防～アルコール問題と自殺. 第 17 回日本産業精神保健学会, 2010. 7. 17, 金沢
- 松本俊彦: 若者のサブカルチャーと自殺. 第 34 回日本自殺予防学会総会 シンポジウムⅢ「減らない自殺—社会・文化的な視点から考える」, 2010. 9. 11, 大妻女子大学, 東京
- 松本俊彦: 3 学会合同シンポジウム 4「物質使用障害と自傷・自殺～最近の研究から」, 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 7, 小倉
- 松本俊彦: 公開講座「自殺予防と精神科救急」. 第 18 回日本精神科救急学会, 2010. 10. 15, 大阪
- 深井美里, 兼城佳弘, 松本俊彦, 石川雅久, 井上英和, 大竹智英, 塚本哲司, 関口隆一, 杉山 一: 精神科救急情報センターにける自殺防止の取り組み. 第 18 回日本精神科救急学会, 2010. 10. 15, 大阪
- 松本俊彦: 嗜癖問題と自傷・自殺. シンポジウム「自殺予防と嗜癖」, 第 21 回日本嗜癖行動学会, 2010. 11. 21, 岡山衛生会館
- Ando S, Hojo A, Kanata S, Yasugi D, Matsumoto T: One-year follow-up of 132 patients who admitted due to self-poisoning. XXVII International Association for Suicide Prevention World Congress, Beijing, Sep 15, 2011
- 松本俊彦: 自傷行為とその背景. シンポジウム「思春期にみられる精神・行動における最近の変化」関東子ども精神保健学会第 8 回学術集会, 2011. 3. 13, 東京都立小児総合医療センター.
- 松本俊彦: 自傷行為の理解と援助. 第 33 回日本アルコール関連問題学会 公開シンポジウム「若者の自傷行為～生きる支援へ～」, 2011. 7. 23, 佐賀.
- 松本俊彦: アルコール問題と自殺. シンポジウム 11 プライマリ・ケアに必要な断酒・節酒指導と地域連携～あなたはお酒と自殺の関係を知っていますか? 第 2 回日本プライマリ・ケア連合学会, 2011. 7. 3, 札幌
- 松本俊彦: アディクションの背後にあるもの—「故意に自分の健康を害する」症候群—. 第 30 回信州精神神経学会 特別講演, 2011. 10. 1, 松本
- 松本俊彦: アディクション概念の理解と意義. シンポジウム 5「物質依存から『多様なアディクション』へ (Ⅱ) —何が違って何が同じなのか—. 平成 23 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2011. 10. 14, 名古屋

松本俊彦: アルコール・薬物問題と自殺予防. 3 学会合同市民公開講座「アルコール・薬物依存と自殺防止」, 平成 23 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2011. 10. 15, 名古屋

松本俊彦, 小林桜児, 今村扶美, 赤澤正人, 長 徹二, 松下幸生, 猪野亜朗: 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. 平成 23 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2011. 10. 14, 名古屋

K. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

地域における自死遺族への支援に関する研究

研究分担者 川野健治

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 室長

研究要旨

研究目的：本研究の目的は、「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にある。

研究方法：1. 質問紙調査、2. 「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、3. 指針の利用状況アンケート調査、4. 自死遺族の自助グループ・支援グループに関する文献研究、5. 自死遺族支援グループの運営の質的な改善のためのプログラム評価の5つからなる。

結果：わが国の自死遺族支援活動に資する目的で作成された「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」は、地域の自死遺族支援において一定の役割を果たしていることが確認されたが、同時にいくつかの課題があることが明らかになった。混乱をさけるためにも、焦点を絞り込んだ形での改訂の検討が適切であると考えられた。また今後は、自死遺族の支援においても評価の視点を入れることが重要である。

まとめ：「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」については、小規模な改訂作業が求められる。わが国の自死遺族支援の課題の一つは、当事者と他の人々のコミュニケーションと考えられる。プログラム評価は、多様なステークホルダーが協働する点からも、今後取り組むべき課題である。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

浅野智彦（東京学芸大学 教授）

伊藤真人（川崎市精神保健福祉センター 所長）

川島大輔（北海道教育大学大学院教育学研究科
准教授）

桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター 所長）

荘島幸子（国立精神・神経医療研究センター 精
神保健研究所 精神保健計画部 協力研究員）

白神敬介（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 研究員）

杉本脩子（全国自死遺族総合支援センター
代表）

鈴木志麻子（相模原市精神保健福祉センター
所長）

白川教人（横浜市こころの健康相談センター
所長）

中島聡美（国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 室長）

橋本 望（東京大学大学院教育学研究科）

山口和弘（自死遺族支援ネットワーク Re 代表）

良原誠崇（畿央大学教育学部 助教）

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、実際の取組の方向性が示されている。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、自殺予防に直接結びつくものではないため、対策としての優先順位は低いのではないか。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これまで十分に取り組まれてきたわけではなく、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。平成 21 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。

平成 22 年度は全国の自治体での、指針の利用状況について実態調査を実施した。次に、官民の自死遺族支援の資源が（量的に）充実しつつある現段階での課題について、自死遺族支援の専門家による意見交換を行うとともに、現在の自死遺族支援の中心となっているグループの質の向上に関連する文献研究を行った。

平成 23 年度は自死遺族支援グループの運営の質的な改善のためのプログラム評価を実施して、その課題を明確にすることを目的とした。特に、グループの評価の基準として採用した、相互扶助の 10 の原理の実効性について、データを用いた分析作業を通して検討した。

B. 研究方法

1. 質問紙調査

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。また、上記の自殺対策への態度に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と考えられる認識として、「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。

2. 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

意見交換は初年度、次年度に一度ずつ実施された。21 年度は、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。22年度は自死遺族の自助・支援グループの運営、研究に関わる3名（以下、専門家）、およびコメントとして犯罪被害者支援を専門とする研究者1名、社会構成主義の立場から社会学者1名に参加を求め、研究事務局側より2名が参加した。いずれも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。

3. 指針の利用状況調査

全国の自治体の自殺対策主管課に、内閣府自殺対策推進室、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、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の連名で調査票を発送し、郵便またはメールにて回答を得た。調査は2010年4月～5月に行われ、回答数は両方とも66（有効回答100%）であった。

4. 自死遺族の自助グループ・支援グループに関する文献研究

自死遺族の自助グループ・支援グループの特徴、機能、効果について、国内外の研究報告をレビューした。また、オーストラリアで実施された地域での自死遺族支援に関する、事業評価報告書を入手し、内容の検討を行った。

5. 自死遺族支援グループの運営の質的な改善のためのプログラム評価

神奈川県下の支援グループの運営者・スタッフを調査協力者とすると同時に、研究者とともに、一連のプログラム評価の実施者として協働した。複数回のミーティングとヒアリングを実施し、自死遺族支援のロジックモデルとそれに対応した評価指標を想定した。それをもとに、神奈川県における自死遺族支援の概念図を作成した。

その上で、それぞれの評価指標を得る時期と、対応する調査方法案を研究者より提案し、協議の上、合意に至った。その後、各調査を順次実施することとなった。

(倫理面への配慮)

上記の研究はいずれも、国立精神・神経医療研究センターの倫理審査委員会の承認を経て、実施された。

C. 研究結果

質問紙調査

20代～70代の世代別、男女別に自殺対策への重要性への評価を比較した。

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、「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。

意見交換

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、特にその改善の必要性を巡って、意見交換が行われた。当事者の方たちの議論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の問題として以下の点があげられた。

- ・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言するような流れとして捉われやすい。また、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。
- ・提案としては、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. 生活支援メニューのうち、労災についての問題としては、以下の点があげられた。

- ・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
- ・そこで提案としては、弁護士について記載すべきとされた。
- ・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と、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である。
- ・過労死であるという証拠を全部、遺族が集めなくては行かないが、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いうところまで踏み込まなければいけない

3. 他方、自死遺族支援専門家との意見交換では、以下の点があげられた。

- ・現在グループ間の軋轢等の問題も生じてきているが、数が増え、選べる状況になっていることはまずは評価できる。
- ・自死遺族支援の定義があいまいであることが、コミュニケーションの問題につながっている。
- ・遺族支援の形には様々なものがあるはずだが、大綱で自助グループ、分かち合いが強調されすぎたことで、他の支援が見えにくくなってしまったのではないか。
- ・自死遺族支援研究には、量的なアウトプットを目指すものと、関係性の中で質的に記述していくものの2つがある。
- ・遺族の研究に対する嫌悪感はまだまだ強いが、その部分をやらなければ先に進めないだろう（当事者と研究者との関係性の問題）。
- ・自死遺族当事者間、当事者と支援者や研究者との対話の場づくり、あるいはそれを可能とする「物差し」が必要ではないか。
- ・犯罪被害者支援グループでも当事者間の温度差や感覚の違い、結果としてグループ内でお互いを傷つけてしまうといったことはある。
- ・社会構成主義の原理的指針として、対話を途絶えさせないことが重要である。ただそこへ向かう道筋が何かは難しく、何らかの仕掛けや工夫が必要だろう。
- ・対話のためには、何らかの共通認識が必要だと思う。たとえば共有前提がお互い欠けている、という前提を共有できないか。
- ・対話の場をだれが何のために設定するのかを

明確にすることが重要ではないか。

指針の利用状況調査

指針の利用状況については39%の自治体が、「関係者に配布した」を選択しており最も多く、次いで26%の自治体では「研修等で利用」しており、次いで「その他」が21%であった。この傾向は同時に厚生労働省から公表された、「自殺に傾いた人を支えるために一相談担当者のための指針」と同じである。他方で、指針「自殺に傾いた人を支えるために」の方が、指針「自死遺族を支えるために」よりも、自治体独自のガイドライン作成における利用、および研修での利用の比率が高かった（それぞれ18%対14%、24%対21%）。

自死遺族の自助グループ・支援グループに関する文献研究

①グループの特徴について、当事者主催のグループ数やインターネットを介したグループの増加といった現在の動向に加えて、たとえば42%のリーダーが精神保健か医療の訓練を受けているといった個々のグループの特徴が報告されていた（Cerel et al., 2009; Rubey & McIntosh, 1996）。またグループはその特徴から大きく、クローズド形式のグループ（メンタルヘルスの専門家が運営することが多い）、オープン形式のグループ、ハイブリッド形式のグループ（専門家と当事者が協働して運営）に区別されていた（Jordan, 2010）。②いくつかのガイドラインやマニュアル（Flatt, 2007; Lifeline Australia, 2009; WHO, 2008）において自死遺族の自助グループ・支援グループの機能が指摘されていた。またFeigelmanとFeigelman（2008）は、L. Shulmanによる相互扶助の10の原理を用いてグループの効果を質的に検討していた。③自死遺

族の自助グループ・支援グループやプログラムについての肯定的な記述は数多くあるが、実際にその効果を検証した研究はほんの一握りしかない (Jordan & McMenamy, 2004)。McDaidら (2008) によるシステマティックレビューでは、8つの介入研究が収集され、そのいくつかにおいて一定の効果が認められていた。そのうちグループについて検討しているのは1つのみ (Pfeffer et al., 2002) であり、その他は、グループセラピーと CBT を用いた研究であった。Pfefferら (2002) は12週間にわたって、遺児へのグループ (心理士による運営) の介入を行ったところ、非介入群と比べて、不安、抑うつが軽減した一方で、社会的適応と PTSD については差がなかった。

このほか、オーストラリアでは、4つの地域で展開されたアクティブ・ポストベンション・サービスについて、外部組織による評価が行われていた。これは、個別のサービス・プログラムというよりも、地域全体への効果として扱う点でユニークな報告である。コミュニティの自死遺族支援への反応力、参加者の QOL の改善、参加者の満足度の向上などが確認され、サービスが適切であると結論付けられた。

上述のように、北米を中心として、自死遺族の自助グループ・支援グループの①特徴、②機能、③効果についての報告はあるものの、これらについて日本での報告は見当たらなかった。

プログラム評価の実施

上記の文脈から、自死遺族支援グループのプログラム評価に取り組んだ。自死遺族支援のロジックモデルとそれに対応した評価指標を確定した。

神奈川県下の支援グループの運営者・スタッフとのミーティング・ヒアリングを通して、共

通の活動目標を「神奈川の自死遺族が安心して過ごせる場を提供する」、また、目標の下位概念として「必要とする遺族が参加できる場がある」「参加した遺族が安心を感じる」「地域の自死遺族支援への理解が進む (自死遺族支援の Social capital が充実する)」と設定した。また、これに基づき、神奈川県における自死遺族支援の概念図を作成した。

その後、調査2～4については順調に進んでおり2011年末で問題は発生していない。調査1については、23年度末まで数値が確定しないが、基本的に既存資料の活用であり、調査実施上の問題は少ないと推測された。

また、相互扶助の10の原理にもとづいたグループ評価の質問項目をとりあげ、神奈川県下の運営スタッフ8名分のデータを用いて分析作業を行ったところ、10項目のいずれも神奈川のグループ活動で観察された。ただし、その頻度にはばらつきがみられる。また運営スタッフが個々の項目について「大切だと思う程度」も項目によってばらつきがみられた。また、これらの項目のうち現状で不十分と感じる項目とその理由をまとめた。項目2、5、8、9、10について、1名以上が不十分であるとしている。さらに、現在はグループに参加していない (一回きりの参加、以前は頻繁に参加していた) 遺族が求めていたと推測される内容を表す項目について尋ねたところ (複数回答)、いずれの項目にも、1名以上が「遺族が求めていたもの」として挙げていた。

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」が「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。

「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改めて期待されることであ

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うえで、「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、それを遂行するための支援について、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。

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。

一方、指針の利用状況調査からは「自死遺族を支えるための指針」が地域において配布、ガイドライン作成の参考、研修材料といった形式で一定程度利用されていたことが示されていた。自死遺族支援の展開には地域によって未だばらつきがあり、今後まだ利用される可能性もあることを考えると、大幅な改訂は現場の混乱を招く可能性もある。他方、2割の自治体は調査時点において、指針について知っているものの利用しておらず、冒頭で示した自助グループからの指摘も考え併せると、焦点を絞り込んだ形での改訂の検討が適切であると考えられた。

また、現状の自死遺族支援の専門家からは、支援に取り組んでいる人々の間でのコミュニケーション、あるいは対話が必要であるという指

摘がなされた。とくに、自殺総合対策大綱の改定も近づいており、この時期に「自死遺族支援とは何か」について、今一度明確にする作業が必要かもしれない。ただし、研究者が、あるいは現場からでも定義を明示してポピュラリティ一競争をすることの限界はすでに明白であり、対話を継続するための方法・場づくりが必要であることも指摘された。

その意味では、すでに国内外でなされている自死遺族の自助グループ・支援グループ研究の知見を生かすことも重要であろう。海外のいくつかの研究では、グループの理論的背景を明確にし、あるいは特徴、機能、効果について実証的に検討した報告がみられたが、特定の支援方法を推奨するまでの知見は得られていないといえる。むしろ、海外においても、自死遺族支援の効果について評価する動きがある、という点を参考とすべきである。さまざまなステークホルダーが、了解できる程度の客観性をもって自死遺族支援の取り組みを評価し、改善していく協働作業には、対話の方法・場としての可能性があるのではないだろうか。

ただし、自死遺族支援のプログラム評価には3つの課題が想定された。すなわち①測定方法：自死遺族支援グループは、個々の規模が小さく断続的な参加も多い、②自死遺族との協力：分かち合いを測定「材料」とすることや第三者が介入することへの自死遺族の抵抗感、その背景にスティグマや二次的被害（周囲の言動により傷つけられた経験）への恐れへの考慮、③現場との連携：支援者も二次的被害の回避と守秘義務を重視することがある。

これについて、23年度の研究では克服できたものと思われる。これはもともと、神奈川県下のグループの実施体制が、共通のNPOの方法

論を背景にしていたことと関係しており、本研究を参考に、直ちに同様の方法で自死遺族支援の評価を開始できるというわけではない。しかし、共有できる目標をさだめ、ロジックモデルと評価指標を確認する作業は、本研究の協力者間の協働を生み出し、上記課題を克服する上で必要条件であったと思われる。また、今後本研究のデータが、他の自治体における自死遺族支援の活動の、評価基準となる可能性がある。

グループ活動の内容を評価するために導入した相互扶助の10の原理については、神奈川県下4つのグループのスタッフ8名のデータからみる限り、日本の自死遺族支援グループの活動から極端に解離したものではないと確認された。さらに、スタッフが観察する実際の活動状況とスタッフが大切と考える程度に差があること、一回きりの参加だった遺族と、以前頻繁に参加していたがその後に来なくなった遺族の求めているものについても、回答数に差があることから、この原理が、スタッフが自死遺族支援グループの活動を把握する上で「ものさし」として機能することが示唆された。今後は、他の自治体のスタッフ、また当事者からデータを分析することで、その意義はさらに確認できると思われる。

E. 結論

わが国の自死遺族支援活動に資する目的で作成された「自死遺族を支えるために：相談担当者のための指針」は、地域の自死遺族支援において一定の役割を果たしていることが確認されたが、同時にいくつかの課題があることが明らかになった。混乱をさけるためにも、焦点を絞り込んだ形での改訂の検討が適切であると考えられた。また今後は、自死遺族の支援においても評価の視点を入れることが重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

川島大輔・川野健治・小山達也・伊藤弘人：自死遺族の精神的健康に影響を及ぼす要因の検討. 精神保健研究 56：55-63, 2010.

川島大輔・川野健治・伊藤弘人：日本語版 Suicide Intervention Response Inventory (SIRI) 作成の試み. 精神医学 52：543-551, 2010

川島大輔・川野健治：自殺の危機介入スキル尺度(日本語版 SIRI). 臨床精神医学 39 巻増刊号：851-858, 2011.

川島大輔・川野健治：日本語版 SIRI の短縮版作成の試み. 投稿中

川野健治 2011 自死遺族の精神保健的問題. 精神神経学雑誌 113(1), 87-93.

2. 学会発表

川野健治 自死遺族の精神保健的問題 第 106 回精神神経学会, 学術総会 広島, 2010. 5. 20.

Kawano K. : Secondary wounding experience of the bereaved by suicide. ISSBD21th, Lusaka, 2010. 7. 26

Kawano K, Kawashima D, Shojima S: Community Residents' Attitude to Suicide and Suicide Prevention in Japan. IASP 4th Asia Pacific Regional Conference, Brisbane, 2010. 11. 18.

Kawashima D. : Programs for Suicide Prevention in Japan. International symposium of Korea association for suicide prevention, Seoul, 2010. 9. 10.

川野健治、白神敬介、伊藤真人、桑原寛、白

川教人、鈴木志麻子、杉本脩子、川島大輔 自死遺族支援グループの運営・評価モデルの検討、第 35 回日本自殺予防学会, 沖縄, 2011, 12, 16

川野健治 心理学の立場から—第 35 回日本死の臨床研究会年次大会シンポジウム. 自殺/自死問題の現状と対策—今私たちがすべきこと, 2011, 10, 9

Shiraga K, Kawano K: Electronic media use and recommended websites in Japanese people having anxiety and distress. The 26th World Congress of the International Association for Suicide Prevention, Beijing, 2011. 9. 13-17.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

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

国立国際医療研究センター病院 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半構造化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》

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 と半構造化面接法: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半構造化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感度、特異度、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、半構造化面接法: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。同時に睡眠の問題が心理療法的介入によってどのように変化したかについて、PSQI を経時的に評価する。

結果とまとめ：

‘09 年度に本研究計画を策定し、国立国際医療研究センター倫理委員会における承認を取得した。同年度内に SCID を行う臨床心理士を公募し、’10 年 3 月にかけて SCID のトレーニングと糖尿病の研究を行った。’10 年度と’11 年度は Phase1：外来糖尿病患者におけるうつ病有病率調査を実施した。調査を実施した 95 名の対象者の患者背景は 1 型糖尿病 2.1%、2 型糖尿病 94.7%で、男性 56%、平均糖尿病罹病期間 12 年、平均 BMI24.6、平均 HbA1c(JDS)値 6.63%であり、HDL 値以外の糖尿病・代謝関連データについては男女間に有意差を認めなかった。糖尿病治療の内訳は食事・運動療法単独群 14.7%、インスリン治療群(併用含)13.7%、経口血糖降下薬治療群 81.1%で、経口血糖降下薬で治療している場合の平均使用種類数は 2.2 種類であった。糖尿病合併症は網膜症を 13.7%、3 期以上の腎症を 3.2%、無自覚性神経障害を 26.3%、大血管障害を 5.3%の症例に認めた。精神科・心療内科受診歴のある症例が 7.4%、ベンゾジアゼピン系睡眠薬服用中の症例が 14.7%含まれていた。95 例中 PHQ-9 スコアが 5 点以上 9 点以下と軽度の抑うつ症状を認める症例は 17 例(17.9%)、10 点以上の中程度以上の抑うつ症状を認める症例は 3 例(3.2%)であり、女性において高得点の者の占める割合が高い傾向にあった。PHQ-9 スコアと糖尿病の病型、代謝データ、糖尿病合併症の有無、インスリン使用の有

無のいずれの間にも有意な相関を認めなかったが、HDL値は女性においてPHQ-9高スコア群で低下する傾向を認めた。人口統計学的データでは「婚姻歴なし」群で「婚姻歴あり」群と比較して有意にPHQ-9スコアが高く(平均PHQ-9スコア:5.5±4.1 vs 2.7±3.1, p=0.019)、「独居」群で「同居家族あり」群と比較してPHQ-9スコアが上昇する傾向を認めた(平均PHQ-9スコア:4.4±6.5 vs 2.7±2.5, p=0.087)。以上の結果から、糖尿病患者においてうつ病スクリーニングをはじめとする精神医学的配慮を特に必要とする状況としては、代謝コントロール状態や合併症の増悪、治療内容が変化した場合に加えて、独居など社会的サポートが少ない症例で注意が必要であることが推測された。

平成23年1月以降にPHQ-9とSCIDを同日内実施した69例中PHQ-9スコア \geq 10点の症例は3例(4.3%)、うちSCIDでも現在の大うつ病エピソードの基準を満たした症例は1例(1.5%)で、既報と比較して低率であった。PHQ-9の偽陰性例は認めなかった。これによりPHQ-9スコア10点をカットオフ値とした場合に、PHQ-9の外来糖尿病患者におけるうつ病検出感度は100%、特異度97.1%、偽陽性率2.9%と計算され、PHQ-9は日本の糖尿病診療場面においても、うつ病のスクリーニング法として高い有用性が期待される調査方法であると推測された。なお、69例中調査時点で精神科通院中の症例は3例で、うちPHQ-9スコア10点以上は2例、SCID陽性例は1例で全例当院精神科にて大うつ病性障害の診断を受けていた。本調査期間中に、精神科未受診例で新たに「現在の大うつ病性エピソード」が陽性であると判断された症例は存在しなかった。

研究協力者氏名

峯山 智佳	国立国際医療研究センター国府台病院	内科	糖尿病・内分泌外来	非常勤職員
本田 律子	国立国際医療研究センター病院	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	国立国際医療研究センター国府台病院	第一内科	医長	
柳内 秀勝	国立国際医療研究センター国府台病院	第三内科	医長	
塚田 和美	国立国際医療研究センター国府台病院	副院長		
亀井 雄一	国立精神・神経医療研究センター病院	精神科	医長	
奥村 泰之	国立精神・神経医療研究センター	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半構造化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]

国立国際医療研究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. 日本語の読解に問題のある患者
3. 認知機能障害(アルツハイマー型、脳血管性)がある患者
4. うつ病の増悪による入院加療が必要な患者や、自殺の危険性がある患者
5. 統合失調症の診断による治療歴がある患者

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)と半構造化面接法(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)と半構造化面接法

(SCID)のそれぞれでうつ病と診断された患者群を比較し、自記式質問票によるうつ病診断の疑陽性、偽陰性率を評価する。同時にピッツバーグ睡眠調査票(PSQI)を施行し、睡眠状態を把握する。

[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半構造化面接法:SCID、③PSQI 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(2点)
 - (2) 当該患者が抑うつ症状を有している疑いがある(1点)
 - (3) 当該患者は抑うつ症状を有さないと考える(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]

国立国際医療研究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、Stage3b 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・うっ血性心不全とし、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、半構造化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。同時に睡眠の問題が心理療法的介入によってどのように変化したかについて、PSQI を経時的に評価する。

[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-Cho、TG、HDL-Cho、LDL-Cho)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国立国際医療研究センター倫理審査委員会の承認が得られた説明文書を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研究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. 研究計画の策定と、国立国際医療研究センター倫理委員会における承認の取得

'09年度に、糖尿病及び精神医療の専門家が協同して本研究計画を立案、策定し、調査実施施設である国立国際医療研究センターの倫理委員会の承認を'09年9月28日に取得した(受付番号693)。

また'11年11月15日、計画内容の一部変更に対し同倫理委員会から追加承認を取得した(承認番号 NCGM-G-000693-01)。

2. SCID を行う臨床心理士のトレーニングと Quality control

'09年度に、本調査において半構造化面接(SCID)に従事する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。臨床心理士に対し、'09年12月～'10年3月にかけてSCIDの講習会を計9時間(うちSCIDの概説が3時間、ケース・ヴィネットが6時間)、糖尿病の講習会を計4時間実施した。さらに、'10年4月1日～12月

31日までに、調査参加への同意が得られ、PHQ-9とSCIDを完遂した26例のうち、7例について精神科専門医が同席面接を行った。その後臨床心理士と精神科専門医による症例検討会を1回実施することで、SCIDを行う臨床心理士の評定者間一致度を高めることを目指した。なお、SCIDに従事した臨床心理士と同席面接を行った精神科専門医の間で、大うつ病性エピソードの有無に関する評価は全例で一致していた。

3. 患者背景

'10年4月1日～'11年12月20日の期間に、国立国際医療研究センター国府台病院内科、糖尿病・内分泌外来に、6ヶ月以上糖尿病で定期通院している20歳以上76歳未満の患者のうち、カルテ記載から除外基準に抵触していないことが推測された107名に対し、本調査への協力を依頼した。107名中11名が《Phase1》の除外基準に抵触することが新たに判明するか、もしくは参加を辞退したため、実際にPHQ-9とSCIDを実施したのは96名であった。参加を辞退した患者の中には1型糖尿病が2例、大うつ病性障害の診断にて調査時点で精神科通院中の症例が2例含まれていた。さらに1名がSCID実施中に調査の中断を申し出たため、最終的に調査を完遂したのは95名であった(図1)。なお、'10年度内に調査を実施した26例については、SCIDを行う臨床心理士のQuality controlが十分でないと判断し、SCIDの結果のみ今回の解析から除外している。

調査を完遂した95例の内訳は1型糖尿病2例:2.1%(全例女性)、2型糖尿病患者90例:94.7%(男性50例、女性40例)、その他の疾患、条件に伴う糖尿病3例:3.2%(全例男性でC型慢性肝炎に伴うもの、ステロイド糖尿病、アルコール性肝障害の伴うものが各1例ずつ)であった(表1)。

95例中男性の占める割合は55.8%、女性は44.2%であり、年齢は 65.3 ± 8.1 歳(男性: 63.2 ± 14.7 歳、女性: 64.9 ± 8.0 歳)、糖尿病罹病期間は 12.2 ± 10.8 年(男性: 12.2 ± 9.2 年、女性: 12.1 ± 7.7 年)であった。BMIは 24.6 ± 3.4 と軽度肥満傾向があり、HbA1c(JDS)値: $6.63 \pm 0.94\%$ 、随時血糖値: 146.8 ± 46.4 mg/dL、収縮期血圧: 129 ± 15 mmHg、HDL値: 54.3 ± 16.0 mg/dLと、代謝指標のコントロールは比較的良好な患者群であった。HDL値は男性: 51.4 ± 13.0 mg/dLに対して女性: 58.0 ± 18.6 mg/dLと有意に高値であったが($p=0.044$)、年齢およびその他の代謝関連データについては男女間で有意差を認めなかった。

糖尿病合併症は、何らかの網膜症を指摘されて

いる症例を13.7%、3期以上の腎症を4.2%に認めた。神経障害は25例:26.3%に認めたが自覚症状を訴える症例はなかった(糖尿病網膜症、腎症、神経障害の判定については表2下の付則を参照のこと)。大血管障害の既往と治療歴がある症例は5例:5.3%含まれており、うち4例は男性と、男性の占める割合が高かった。

その他、悪性疾患の治療歴を有する症例が9例:9.5%、内分泌疾患を合併している症例が3例:6.2%であった。精神・心療内科受診歴を有する症例は7例:7.4%含まれており、うち現在も通院している症例は3例であった。現在ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤を服用している症例は14例:14.7%で、うち12例は内科医から処方されていた。

糖尿病に対する治療内容は、食事・運動療法のみが14例:14.7%、インスリン治療中(併用例も含む)が13例:13.7%、経口血糖降下薬を使用している患者が77例:81.1%で、経口血糖降下薬を使用している症例における平均使用種類数は2.2種類であった。GLP-1製剤を使用している症例も1例含まれていた(女性)。

人口統計学的変数について、高等学校卒業相当以上の教育を受けているものが81.0%を占めていた。喫煙について現在喫煙中、もしくは現在禁煙中だが過去に喫煙歴を有する症例の割合は男性で圧倒的に高く、75.5%にのぼった。反対に女性においては、全く喫煙歴のない症例が83.3%を占めていた。婚姻歴のある症例が87例:91.6%を占め、独居者は12例:12.6%であった(なお、'10年の国勢調査において65歳以上人口に占める「高齢単身世帯」の割合は16.4%、「単独世帯」が一般世帯に占める割合は32.4%である)。医療保険については、国民健康保険に加入している症例の割合が全国平均と比較して高く(59例:62.1%)、生活保護受給者は3例:3.16%であった。

3.結果

3-1 PHQ-9

調査を完遂した95例において、PHQ-9の得点が0~4点であったものは75例:78.9%(男性:44例、女性:31例)、5~9点は17例:17.9%

(男性:8例、女性:9例)、10点以上は3例:3.2%(男性:1例、女性:2例)で、女性の方が得点の高いものの占める割合が多かった(図2)。糖尿病の各病型間でPHQ-9の得点に有意差を認めなかった(図3)。なお、'11年3月11日の東日本大震災の前後においてPHQ-9の得点に明らかな変化(特に上昇傾向)は認められなかった。

3-2 代謝関連データ

はじめにPHQ-9の得点によって代謝関連データに差が生じるかどうかについて検討した(図4)。PHQ-9の得点が0~4点の群、5~9点の群、10点以上の群に分けて、それぞれの平均BMI値、平均HbA1c(JDS)値、平均HDL値を比較した。結果、平均BMI値、平均HbA1c(JDS)値と男性の平均HDL値については、PHQ-9の得点によらず、各群間に有意差を認めなかった(平均HbA1c(JDS)値、「0~4点群」:6.58±0.81%、「5~9点群」:6.94±1.32%、「10点以上群」:6.0±1.48%、平均BMI値、「0~4点群」:24.6±3.3、「5~9点群」:25.3±3.4、「10点以上群」:22.2±3.5、男性の平均HDL値、「0~4点群」:51.0±12.7mg/dL、「5~9点群」:53.6±16.4mg/dL、「10点以上群」:53mg/dL)。ただし女性の平均HDL値については、有意差はないものの、PHQ-9高スコア群で低下する傾向を認めた(「0~4点群」:60.3±18.5mg/dL、「5~9点群」:53.8±19.4mg/dL、「10点以上群」:42±8.5mg/dL、「0~4点群」vs「10点以上群」p=0.18)。

3-3 糖尿病合併症

次に糖尿病合併症の有無とPHQ-9の得点との関連について検討した(図5)。網膜症、腎症、神経障害、大血管障害について、合併症の有無とその重症度に分けてPHQ-9の得点を比較したが、各群間で有意差は認められなかった(各群のPHQ-9スコア、網膜症「A0」:2.5±2.7、「A1」:3.1±3.4、「A2/A2p」:6、「B2/B2p」:3、腎症「1期」:3.0±3.7、「2期」:2.3±2.5、「3a期」:2.5±0.7、「3b期」:4.0±1.4、神経障害「なし」:3.0±3.7、「あり」:2.8±2.5、大血管障害「なし」:2.9±3.4、「あり」:3.0±2.2)。

3-4 糖尿病の治療

糖尿病の治療内容、特にインスリン治療を行っているかどうかとPHQ-9の得点との関連について検討したが(図6A)、インスリン使用群と未使用群の間でPHQ-9の得点に有意差を認めなかった(PHQ-9スコア、「インスリン未使用群」:2.9±3.4、「インスリン使用群」:3±2.6)。またPHQ-9の得点によって内服している経口血糖降下薬の種類数に差が生じるかどうかについても検討したが(図6B)、各群間に有意な差を認めなかった(「0~4点群」:2.2±0.9種類、「5~9点群」:2.2±0.9種類、「10点以上群」:2±1種類)。

3-5 睡眠時間

PHQ-9 の得点によって自己申告に基づく睡眠時間の長さに差が生じるかどうかについて検討したが(図7)、各群間で睡眠時間に有意差を認めなかった(「0~4点群」: 6.4 ± 1.2 時間、「5~9点群」: 6.9 ± 1.5 時間、「10点以上群」: 5.2 ± 1.3 時間)。

3-6 人口統計学的データ

最後に人口統計学的データと PHQ-9 の得点との関連について検討した(図8A、B)。婚姻歴の有無については、「婚姻歴なし」群で「婚姻歴あり」群と比較して有意に PHQ-9 の得点が高く(PHQ-9スコア: 5.5 ± 4.1 vs 2.7 ± 3.1 , $p=0.019$)、また世帯の構成については「独居」群で「家族と同居」群と比較して PHQ-9 スコアが上昇する傾向を認めた(平均 PHQ-9スコア: 4.4 ± 6.5 vs 2.7 ± 2.5 , $p=0.087$)。

喫煙歴について、女性ではもともと喫煙歴のある症例が非常に少ないものの、PHQ-9 の得点が高い群で喫煙者の割合が上昇する傾向が認められた(図8C)。

3-7 SCID

平成23年1月以降に PHQ-9 と SCID を同日内に実施した69例について検討した。69例中 PHQ-9 スコア ≥ 10 点の症例は3例(4.3%、男性1例、女性2例)、うち SCID でも現在の大きいうつ病エピソードの基準を満たした症例は1例(1.45%、女性)で、既報と比較してうつ病併存症例は低率であった(表3)。なお、過去の大きいうつ病エピソードの基準を満たした症例は9例(13.0%、男性3例、女性6例、現在の大きいうつ病エピソードの基準を満たした1例を含む)であった。

PHQ-9 スコア10点をカットオフ値とした場合に PHQ-9 の偽陰性例は認めなかったことから、PHQ-9 の外来糖尿病患者におけるうつ病検出感度は100%、特異度97.1%、偽陽性率2.9%と計算された。

4. 研究の実施状況

本研究計画について、'09年9月28日に国立国際医療研究センター倫理委員会の承認を取得した。次いで、本調査において半構造化面接(SCID)に従事する3名の臨床心理士を公募し、その訓練のための専門家を2名確保した。臨床心理士に対しては、'10年1月~3月にかけて SCID の講習会を計9時間(うち SCID の概説が3時間、ケース・ヴィネットが6時間)、糖尿病の講習会を計4時間実施したのち、'10年4月か

ら Phase1 調査を開始した。

'10年4月1日~'11年12月20日の期間に、Phase1: 外来糖尿病患者におけるうつ病有病率調査への協力同意が得られた95名に対し PHQ-9 と SCID を完遂した。なお、'10年4月1日~12月31日の期間中は、臨床心理士の SCID トレーニングと Quality control を目的に、精神科専門医が7例の同席面接を行うと同時に、臨床心理士と精神科専門医による症例検討会を1回実施した。当該期間中については、抑うつ指標として PHQ-9 のみを評価した。

D. 考察

わが国の糖尿病患者数は近年増加し続けており、平成19年国民健康・栄養調査では、糖尿病が強く疑われる人と糖尿病の可能性が否定できない人を合わせた数が約2,210万人に及ぶと報告された。一方うつは、平成18年度厚生労働科学研究によると、ICD-10分類によるわが国のうつ病の生涯有病率は6.6%、12ヶ月有病率が2.1%と報告されている。これら2つの臨床調査の結果を踏まえると、うつ病合併糖尿病患者は非常に患者数に上る可能性があると考えられる。

うつ病と糖尿病は、その有病率の高さから両疾患が併存しやすいというだけでなく、それぞれの発症や予後に双方向性に影響し合っている可能性が高いことが近年明らかにされつつある。Andersonらによる横断研究のメタ解析では、糖尿病患者ではうつ病の有病率が約11%と、糖尿病のない群と比較し2~3倍うつ病有病率が上昇していたと報告されている(Diabetes Care 2001 24:

1069-1078)。さらに、前向き縦断研究のメタ解析を行った Mezukらによると、糖尿病患者におけるうつ病発症の相対リスクは1.15(95%CI: 1.02-1.30)、反対にうつ病患者における糖尿病発症の相対リスクは1.60

(95%CI: 1.37-1.88)であったと報告されている(Diabetes Care 2008 31(12): 2383-2390)。

糖尿病患者にうつ病が併存することの問題点として、身体予後・生命予後に関するものとしては①血糖コントロール不良(高血糖状態)に陥りやすいこと、②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も上昇すること、③網膜症、腎症、神経障害などの糖尿病慢性合併症を高率に合併すること(Psychosomatic Med. 2001 63:619-630、Diabetes Care 2000 23: 934-942)、④虚血性心疾患による死亡に加えて全死亡も増加すること(Diabetes Care

2005 28(6): 1339-1345)などが挙げられている。このようにうつ病合併糖尿病患者で身体予後が増悪する背景要因の一つには、うつ病合併糖尿病患者では治療へのアドヒアランス、コンプライアンスが低下していることが影響していると想定されているが (Diabetes Care 2004 27(9): 2154-2160)、結果としてこのような患者群では医療費も著明に増加するなど、身体的、社会的な負担が増大することが問題である。

上述したような世界の潮流に対し、本邦におけるうつ病合併糖尿病患者の現状を把握するための大規模な研究は、これまでほとんどなされていない。外来糖尿病患者に対する診断的面接法を用いた大規模なうつ病の有病率調査としては、本研究が初の試みとなる。本研究では、うつ病合併糖尿病患者を早期にスクリーニングし、よりよい身体予後を確保するために適切な治療を提供するための第一歩として、まず本邦の外来糖尿病患者におけるうつ病有病率を可能な限り正確に評価して、その結果を情報発信していくと同時に、糖尿病診療場面における抑うつ症状のスクリーニング法 (本研究では PHQ-9) の評価を行うことを第一の目的としている。

今回は'10年4月1日~'11年12月20日までの21ヶ月間に、外来糖尿病患者95例の協力を得て調査を実施し、その結果を解析した。

上述したように既報では、糖尿病患者におけるうつ病有病率は診断的面接法を用いた場合11%と報告されている。しかし今回の調査の結果では、PHQ-9スコアが10点以上と中等度以上の抑うつ症状の併存が疑われる症例が3.2%、SCID module Aにて大うつ病エピソードの基準を満たした症例が1.45%と、既報と比較してうつ病併存症例は低率であった。この原因として、一つには本調査の対象者が HbA1c (JDS) 値: $6.63 \pm 0.94\%$ 、随時血糖値: $146.8 \pm 46.4 \text{mg/dL}$ 、収縮期血圧: $129 \pm 15 \text{mmHg}$ 、HDL 値: $54.3 \pm 16.0 \text{mg/dL}$ と、既報と比較して代謝指標のコントロールが比較的良好な患者群であったことが考えられる。加えて、本調査は半構造化面接法を用いているために、自記式質問紙票のみを用いた調査方法と比較して、精神医学的問題を抱えた者にとっては調査協力に困難が伴う内容であったことが、交絡因子として影響した可能性が否定できなかった。調査に非協力的であったり、半構造化面接において面接者が困難を感じたりするような症例にこそ、精神医学的問題を抱える症例が多く含まれている可能性が高いと推測されることから、リクルート方法の検討や面接の技術向上を図りつつ、さらに多くの症例に対して調査を重ねていくことが必要であると考えられた。

ただし、SCID module Aにて過去の大きい病性エピソードの基準を満たした症例は13.0% (現在の大きい病性エピソードの基準を満たした1例を含性)に認め、平成18年度厚生労働科学研究によるうつ病の生涯有病率(6.6%)の約2倍高い結果であった。

本研究では、既報で指摘されている、PHQ-9スコアと代謝コントロール指標、重篤な糖尿病合併症や大血管障害の有無、インスリン使用の有無との明らかな相関も、認めることができなかった。この原因として、第一に本調査の対象者において、重篤な合併症が併存している場合でも著しいQOLの低下を訴えたり、自覚症状としての苦痛を訴えたりする症例がほとんど含まれていなかったことが挙げられる。重篤な合併症の併存や既往があったりインスリン治療を行ったりしている症例であっても、QOLが維持される程度に病状が管理されている場合や、予後に対する期待が保たれ不安がそれほど高くない場合には、PHQ-9スコアに影響しないと推測された。第二に、SCID module Aにて大うつ病エピソードの基準を満たした症例が1例と少なく、かつすでに精神科治療中であること、本調査に協力していただいた精神科治療中の大うつ病性障害の症例は、いずれも精神症状が比較的安定していたこと、調査実施施設の特徴として精神科と内科の連携が密であることによって、PHQ-9スコアが高い症例であっても代謝指標が比較的良好にコントロールされ、合併症進展予防対策が早期から実施されている可能性が推測された。これは精神医学的な問題を抱える糖尿病患者に対して、精神科と内科の包括的医療を供給していることが、精神・身体医学的予後の両方に良い作用を及ぼす可能性が高いことを示唆する結果であると考えられる。

非常に重要なポイントとして、社会的サポート資源の有無が糖尿病患者におけるうつ病併存リスク上昇の危険因子となっている可能性が指摘されたことが挙げられる。本研究では「婚姻歴なし」群で「婚姻歴あり」群と比較して有意にPHQ-9の得点が高く、また「独居」群で「家族と同居」群と比較してPHQ-9スコアが上昇する傾向が示された。また、今回症例が少なかったために解析に加えていないが、PHQ-9スコアが10点以上だった症例3例のうち2例が生活保護受給者で、2例とも大うつ病性障害にて精神科通院中の症例であった。本研究は横断研究であるために、社会的サポート資源の有無とPHQ-9スコアが上昇の因果関係に言及することはできない。しかし少なくとも社会的サポート資源を受けることの薄い症例は、特にうつ病併存の高リスク群としてスクリーニングする必要性がある