

平成 21 年度

【長期研究 1】

自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する調査研究

—自死遺族の健康状態の把握とその支援—

(要旨)

自死遺族が生活を再構築して行く過程における、精神保健分野からの効果的な支援を考えるために、平成 19 年度は自死遺族支援に関する文献レビューや情報収集を行った。それらを踏まえて平成 20 年度は、遺族へのアプローチについて兵庫県監察医務室の協力を仰ぎ、遺族の心身の健康状態を把握するための調査を計画し、当センター倫理審査委員会の承認を得た。その計画に基づき平成 21 年度は、4 月から 7 月の 4 か月間、監察医務室で死体検案書が発行される際に遺族に声かけを行い、同意の得られた遺族に対して後日、調査票郵送による健康調査を行った。

4 か月間に兵庫県監察医務室が扱った自死 96 件のうち、46 件について監察医務室に出向いて声かけを行うことが出来た。そのうち 27 件 (58.7%) が 2 か月後の電話連絡に同意した。2 か月後、電話連絡を行ったところ、21 件 (45.7%) がさらに 6 か月後 (自死から 8 か月後) の電話による再連絡に同意し、13 件 (28.3%) 18 名から初回郵送調査への協力を得た。また 6 か月後の電話による再連絡で、13 件 (28.3%) 20 名から 2 回目の郵送調査への協力を得た。結果として両方の郵送調査に 46 件中 12 件 (26.1%) 17 名の協力を得た。

郵送調査の結果からは、個別の自死遺族の精神健康状態の幅広さが確認された。同時に、標準化された尺度による評価でハイリスク群が少なからず存在したこと、また、介入の試みとして関与した中に実際に治療を必要としたケースが存在したことなどから、自殺という事象の外傷度の高さと、自死遺族を地域精神保健における支援の対象と認識して、状態によっては医療などに導入する必要があることが再確認された。

今回の取り組みから、死体検案を行う医師を介して、あるいは監察医務業務の場において自死遺族にアプローチする方法は、支援を必要とする自死遺族により確実にケアを届け、そのような機会を積極的に提供していくための方法のひとつとして、実際的であることが示された。遺族の反応も概ね受容的という印象であった。課題としては、声かけの技術を高め、自発的には援助要請を行えず支援から漏れてしまう可能性が高い遺族を出来るかぎり減らしていくことなどが考えられた。

研究体制：藤井千太、明石加代、松田一生、青木豊子、加藤寛

長崎靖 (兵庫県健康福祉部健康局医務課 監察医務官)

1. はじめに

自殺総合対策大綱が策定され、自死遺族支援も各自治体が取り組むべき課題の一つとなった。しかし取り組みはまだ始まったばかりで、自治体による自死遺族支援が困難な理由として、「自死遺族の実態がわからないこと（全自治体の71.9%）」、「担当者の経験不足（同70.3%）」などが挙げられている。兵庫県立精神保健福祉センターが県内25健康福祉事務所と40市町を対象に実施した調査でも、8割が「支援は必要」と回答したものの、「積極的に支援したい」と回答したのはゼロという結果であった²⁾。そのような状況の中で、第1研究室では平成19年度からの3年間、自死遺族支援に関する調査研究を行った。

平成19年度は国内外の文献レビューを行い、総合的な自殺予防対策における自死遺族支援の位置づけや必要性、最近の動向について確認した。また年度内に、自殺予防総合対策センターが実施している「自殺予防と遺族支援の基礎調査」の調査員トレーニングに参加した。それらから、まず精神保健的支援の必要性については、心理的情緒的に、また身体的にも損なわれやすい自死遺族の健康に対して、何らかの理由で自然な回復が進まない場合には、遺族の心情に配慮しつつ積極的に関与しケアを提供する必要があるということが確認された。一方、支援提供の動向に関しては、ケアの必要性は理解されるようになってきているものの、自殺の強烈なメッセージ性、タブー性など様々な理由から、遺族へのアプローチそのものが非常に困難であるという実情が浮かび上がった。遺族会を介するなどごく限られた方法を除けば、現状では効率的に支援が提供されているとは言い難く、精神保健的支援を必要とする自死遺族に、より確実にケアを届けるためには、積極的に機会を提供して行くような工夫が必要と考えられた。

そこで平成20年度には、遺族へのアプローチについて兵庫県監察医務室の協力を仰ぎ、①自死遺族支援のための実際的な介入方法を検討して行くこと、②心身の健康状態を中心に自死遺族の臨床的特徴を把握することにより効果的な自死遺族支援を考えるための基礎データを得ること、の2点を目的とする調査を計画し、当センター倫理審査委員会の承認を得た。

その計画に基づき平成21年度は、4月から2か月間の予定で、兵庫県監察医務室で死体検案書が発行される際に遺族に声かけを行い、同意の得られた遺族に対して後日、電話連絡を行った。その時点でさらに同意の得られた遺族について、調査票郵送による健康調査を行った。研究期間3年の最終年度である本年度は、このような介入の試みと調査の結果から見えて来た自死遺族の姿について報告する。

2. 調査方法

1) 対象遺族

本研究では、対象とする遺族として、自死者と同居していた家族、および同居の有無にかかわらず自死者の配偶者および一親等を想定した。監察医務室において声をかけた対象

者がその範囲に当てはまらない場合には、相談先に関するリーフレットを手渡すなどの情報提供を行うにとどめ、基本的に電話連絡などについての提案は行わないが、希望がある場合には適宜判断することとした。未成年者も支援の対象としたが、調査票への記入依頼については成人のみを対象とした。

兵庫県監察医務室が例年、4月～5月の2か月間に扱う自死事例数(約50例)⁹⁾から、調査実施前の予想としては、初回電話連絡への同意取得数を25例、初回郵送調査への同意が20例、2回目の電話連絡および再調査への同意については10例程度と想定した。

2) 遺族へのアプローチ

平成21年4月1日～5月31日の月曜日を除く平日、兵庫県監察医務室の協力を得て、監察医務室で取り扱う事例の中で自死が疑われる事例が発生した際、すなわち、検案前に所轄警察署から届く死体発見報告書に「自殺」と記載があった場合に、氏名や住所などの個人情報伏せて、事例が発生したことのみのみ、兵庫県こころのケアセンター相談室まで電話連絡された。連絡を受けた兵庫県こころのケアセンターからは、その日の担当職員(精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師の4名のうちの1名)が監察医務室に出向いた。もし出向くことが出来ない場合には、その旨を監察医務室に電話連絡した。死体検案書が発行されるまでの間に、遺族待合室において、別紙A(文献⁴⁾⁵⁾を参考に作成)を提示しながら遺族に声かけを行った。相談先に関するリーフレット(「大切な人を自死でなくされたあなたへ」(兵庫県立精神保健福祉センター作成))も手渡し、必要な場合には他の資料⁶⁾も提示しながら、遺族のニーズに対応するような情報提供を心がけた。そして後日、四十九日法要が終わって2か月が経過した頃に、体調を伺うための電話連絡をしてよいかどうかを尋ねた。同意が得られた場合には、氏名および連絡先電話番号の用紙への記入を依頼した。同意が得られなかった場合には、電話相談先等が記載されたリーフレットの入った封筒を手渡し、必要な場合には連絡するよう勧めた。

なお、計画では監察医務室での遺族へのアプローチは4月から5月末までの2か月間の予定であったが、同期間中に当初の予定件数に達することが出来なかったため、前出の別紙Aの若干の変更と併せてアプローチ期間の2か月延長(～7月31日まで)を倫理審査委員会に申し出、了承を得た。

3) 初回電話連絡と郵送調査(自死から約2か月後)

同意の得られた遺族に対し、声かけを行った担当者が該当時期に電話して状況を伺った。傾聴を基本にその時点での遺族のニーズや家族の様子、問診形式で(別紙B:SQD⁷⁾を利用)心身の状態について尋ね、遺族からの要請や必要ありと判断される場合があれば、訪問による支援についても考慮することとした。また、初回電話の時点から6か月後(自死から約8か月後)にも同様に、体調を伺うためにもう一度電話連絡を行ってもよいかどうかを尋ねた。

さらに、遺族の心情に十分に配慮しながら自死遺族支援研究への参加について尋ね、同意が得られた場合には調査票送付先の住所を聴取し、心身の健康状態に関する標準化された尺度 (SF-8、K6、IES-R) と、専門家への援助要請に関する項目で構成された調査票を郵送し、記入の上、返信用封筒で返送することを依頼した。調査への同意については、いつでも撤回可能なこともあわせて電話で十分に説明した上で、日付と説明者の署名入り同意書 (別紙 C、文献⁹⁾を参考に作成) を同封し、記名の上、調査票に同封して返送するよう依頼した。

個別の調査票の結果については、調査参加への対価として二千元相当の図書券を送る際に、調査票内で結果通知を「希望しない」旨が表明された場合を除き、基本的には調査参加者全員に対して通知することとした。

尚、訪問による支援を行う場合には、同様に遺族の心情に十分に配慮しながら、訪問した際に自死遺族支援研究のための調査について説明を行うこととし、その場合には調査票を手渡し、電話の場合と同様の方法で返送を依頼することとした。

4) 2 回目電話連絡と郵送調査 (自死から約 8 か月後)

初回電話連絡時に同意の得られた遺族に対し、該当時期に担当者が再度電話して状況を伺った。その後さらに支援を継続する必要があるかどうかについては適宜判断し、必要と考えられる場合には提案を行うこととした。

さらに初回と同様に同意が得られた場合には、調査票 (別紙 D) (初回調査票に ITG を追加したもの) を郵送し、記入の上、返信用封筒での返送を依頼した。1 回目と同様、調査への同意については、いつでも撤回可能なこともあわせて電話で十分に説明した上で、日付と説明者の署名入り同意書を同封し、記名の上、調査票に同封して返送するよう依頼した。以下に、調査票で使用した各尺度の概要を示す。

SF-8 (Short-Form 8-Item Health Survey)⁹⁾

医療評価における新たな指標のひとつとして、住民や患者の視点に立脚した主観的なアウトカム指標が積極的に取り上げられるようになっており、中でも代表的な指標である健康関連 QOL を測定する尺度のひとつに SF-36 がある。8 つの健康概念を測定する 36 の質問項目からなり、身体的、精神的健康の状況に加えて、全般的な社会機能を数量化する尺度として有用である。さらに回答者の負担を減らすため、項目反応理論を活用して精度を保ちながら項目数を減らした尺度が検討され、SF-36 を含む多数の項目プールの中から 8 つの健康概念を最も代表する 8 項目が選択されて SF-8 が作成された。日本語版の妥当性も検証されており、国民標準値が設定されている。この国民標準値は、標準値が 50 点、標準偏差が 10 点となるよう変換されているため、8 つの下位尺度が同じ平均値と同じ標準偏差をもつようになる。そのため尺度間の比較を容易に行うことができ、SF-36 を用いて測定された結果とも比較検討が可能とされている。点数が高いほど状態が良いことを表す。

K6 (The Kessler Psychological Distress Scale : K6 質問票日本語版)

Kesslerらが項目反応理論に基づき提案した6項目からなる自記式の簡易な精神健康スクリーニング尺度で、従来の標準であったGHQ (General Health Questionnaire) より鋭敏とされている。各質問について、過去30日間における頻度を1点から5点の5段階で評価するため、合計点数は6点から30点に分布し、得点が高いほど症状は重篤であると考えられる。日本語版の妥当性も検証されており、有病率が10%程度の集団において、うつ病性障害や不安障害などの精神疾患である確率が50%以上の検査後確率の集団を得たいならば、15点以上をカットオフとして用いることが適切とされている¹⁰⁾。

IES-R (Impact of Event Scale-Revised : 改訂版出来事インパクト尺度)

PTSD (外傷後ストレス障害) に関する22項目について、0点から4点の5段階で各症状の過去1週間における強度を評価する自記式尺度である。侵入 (再体験) 症状8項目、回避・麻痺症状8項目、過覚醒症状6項目で構成され、合計点数は0点から88点に分布し、得点が高いほどPTSD症状は強いと考えられる。スクリーニング尺度としては25点以上がカットオフとされている¹¹⁾。

ITG (Inventory of Traumatic Grief : 外傷性悲嘆尺度)¹²⁾

外傷性悲嘆 (複雑性悲嘆) の2大症状である「分離の苦痛」と「外傷性苦悩」に加え、回避や幻覚などの関連症状項目、自由記載や外傷性悲嘆の診断基準に関する項目を含め、合計34項目からなる自記式尺度である。30項目について過去1か月における状態を1点から5点の5段階で評価するため、合計点数は30点から150点に分布し、やはり得点が高いほど症状は重篤と考えられる。

自記式尺度 (問診形式も可能) ながら外傷性悲嘆を診断するための基準が設定されており、死別が外傷的であったかどうか (基準A1)、「分離の苦痛」5項目中少なくとも3項目以上が4点以上 (基準A2)、「外傷性苦悩」12項目中少なくとも6項目以上で4点以上 (基準B)、質問32「症状の持続」が2か月以上 (基準C)、そして質問28「社会職業的機能障害」が4点以上 (基準D) とされている。バックトランスレーションのなされた日本語版が作成されているが、標準化はまだ行われていない。

個別の調査結果についても初回と同様に通知した (別紙 E)。通知にあたっては、SF-8についてはグラフを作成し、その他の尺度についてはそれぞれ別紙 E の①から④に該当する基準点数を次のように定め、該当番号に○をつけて送付した。

K6	①6-9	②10-14	③15-22	④23-30
IES-R	①0-11	②12-24	③25-44	④45-88
ITG	①30-49	②50-69	③70-99	④100-150

調査期間が終了した後も継続的な支援の希望がある場合には、訪問、あるいは兵庫県こころのケアセンターへの来所による相談、または附属診療所での診療の枠内で支援の継続を行うこととした。

5) 個人情報管理および統計学的手法

研究で得られた遺族の氏名や電話番号、住所などの個人情報が記載された同意書、回収された調査票などは、兵庫県こころのケアセンター内の保管場所にて厳重に施錠管理している。調査票データの記録については、サンプル数は多くないことから、対象遺族をナンバリングし連結可能匿名化して番号数値のみをコンピューター入力することで、遺族個人が同定できるような情報については一切入力しなかった。調査で得られたデータはすべて、兵庫県こころのケアセンター第 1 研究室内のコンピューターのみを使用して集計解析を行い、その使用の際は外部との接続を遮断した。またデータは専用の外付けハードディスク内に保存し、兵庫県こころのケアセンター内の保管場所にて厳重に施錠管理している。

データの集計解析には表計算ソフト Excel と SPSS17.0 日本語バージョンを用い、有意水準は 5%とした。

3. 結果

1) 介入件数

4月から7月までの4か月間に兵庫県監察医務室が扱った自死96件のうち、46件について監察医務室に出向いて声かけを行うことが出来た。46件中27件(58.7%)で2か月後の電話連絡への同意を得た。46件の月別内訳は、4月が9件、5月が8件、6月が16件、7月が13件で、2か月後の電話連絡同意取得件数はそれぞれ5件、4件、11件、7件であった。電話連絡を行ったところ、21件(45.7%)でさらに6か月後(自死から8か月後)の電話による再連絡への同意を得、13件(28.3%)18名から初回郵送調査への同意を得た。また6か月後の電話による再連絡でも、13件(28.3%)20名から2回目の郵送調査への同意を得た。結果として両方の郵送調査に46件中12件(26.1%)17名の参加協力を得た。件数と調査協力者数が異なるのは、1件につき夫婦2名や親子2名などの複数協力があったためである。以上を図1にグラフで示した。

初回調査に参加した18例のうち、1例では6か月後に電話での連絡がつかず、2回目調査への協力を得られなかった。両方の調査に協力を得られた17例に加えて、2回目の調査へは新たに3名の協力を得た。個別の結果返送を希望しなかった例は無く、すべての協力者に結果を通知した。

訪問で支援提供を行ったケースは無かったが、当センター附属診療所での診察希望が1件1名あったため、通常診療の枠内で治療を開始した。同ケースに対しては自殺予防総合対策センターが実施している「自殺予防と遺族支援の基礎調査」についても依頼を行い、

参加協力を得た。

2) 調査票集計結果

①基本属性

郵送調査協力者の基本属性を、表 1 に示した。

両方の調査への協力が得られた 17 名の平均年齢（初回調査時）は 54.6 才（標準偏差 14.4 才）で、27 才から 82 才の間に分布していた。女性（11 名）の割合が男性（6 名）より多く、遺族から見た故人の関係では、故人が子である場合が最も多く（10 名）、故人が配偶者（4 名）、兄弟姉妹（2 名）、親（1 名）である場合と続いた。初回調査のみに協力を得られた 1 名は故人が親である男性遺族であった。2 回目調査のみ協力を得られた 3 名はすべて 60 才を超えており、故人は子であった。

両方の調査への参加が得られた 17 名について、同居者の有無については初回、2 回目ともに独居者が 2 名で変化はなかった。就労就学状況については、初回調査時に就労していなかった 2 名が 2 回目調査時には就労を始め、逆に初回調査時に就労就学していた別の 2 名が 2 回目調査時には就労就学しておらず、結果として初回、2 回目ともに就労就学者は 12 名という結果であった。専門家への援助要請については、今回の出来事が原因またはきっかけとなって生じた身体的、心理的な問題について、初回調査時には 7 名が専門家に相談や治療を求めているものが、2 回目調査時には 2 名増加し 9 名となっていた。自分の気持ちや思いをわかちあうことができる相談相手の有無については、初回調査時には 17 名すべての参加者が相談相手ありと答えていたが、2 回目調査時には記入の無かったあるいは漏れていた 1 例があったこともあり、15 名に減少していた。

②専門家への援助要請（Help-seeking）

相談や治療を求めた専門家について表 2（複数回答）に示した。初回あるいは 2 回目調査のみへの参加者も含めると、初回調査では 8 名、2 回目調査では 10 名が専門家への援助要請を行っていた。

自死から約 2 か月後の初回調査では、一般の内科・外科・眼科・耳鼻科・産婦人科などの医師に援助を求めたものが 4 例と最も多かった。それに対して自死から約 8 か月後の 2 回目調査では、心療内科・精神科・神経科・メンタルクリニックなどの医師に援助を求めたものが 5 例に増加し、最も多くなっていた。この中には、当センター診療所への通院を開始した 1 例も含まれている。

援助を求めるきっかけとなった問題に関しては、血圧上昇、動悸、息苦しさ、痛み（頭痛、胸痛、腹痛など）、緊張感、風邪が治らないなどの身体症状、食欲低下、睡眠に関する問題（入眠困難や中途覚醒など）、不安感、憂うつな気分、起き上がれない、気力の低下、心の内を相談した、などの記載があった。

③各尺度の集計結果

表 3 に、SF-8 の各項目および身体的・精神的サマリースコアの平均値、中央値、標準偏差、四分位偏差を示した。ほとんどの項目で、初回調査より 2 回目調査の方が高い中央値、すなわち、より良い状態を示していた。

同様に、K6 と IES-R について表 4 に集計結果を示した。最小値から最大値まで、得点は幅広く分布していた。K6 では、2 回目の方が平均値、中央値ともに低値であったのに対して、IES-R では逆に 2 回目で高い中央値を示していた。カットオフ以上のケース数も、K6 では 1 回目の 18 名中 11 名 (61.1%) から 2 回目の方で減少して、20 名中 6 名 (30.0%) がうつ病性障害あるいは不安障害ハイリスクであったのに対して、IES-R では 18 名中 10 例 (55.6%) から逆に増加して、20 例中 13 例 (65.0%) が PTSD ハイリスクとなっていた。

表 5 に ITG の集計結果を示した。診断用の基準に当てはめた場合、基準 C (症状の持続期間) および基準 D (社会職業的機能障害) を 20 例中 4 例が満たしていたが、その中で最高点 (123 点) であった 1 例のみが「分離の苦痛」と「外傷性苦悩」の下位尺度を含めすべての基準を満たしていた。ITG でも得点は幅広く分布していた。

表 6 に、各尺度の内的信頼性の検討結果を示した。尺度の内的信頼性とは、尺度を構成する項目の相互の内的均質性の程度のことをいい、指標として用いられる Cronbach の α 係数が最低 0.7 以上、できれば 0.8 以上が望ましいとされている¹⁹⁾。郵送調査票で使用した 4 つの尺度については、下位尺度項目を含めすべてで 0.8 を超えていた。また、電話連絡の際に使用した SQD (PTSD に関するスクリーニング (SQD-P) およびうつ病のスクリーニング (SQD-D)) でもすべて 0.7 を超えていた。

表 7 (初回)、表 8 (2 回目) に各尺度の相関係数を示した。初回調査の IES-R 回避症状得点と SF-8 精神的サマリースコア、SF-8 精神的サマリースコアと身体的サマリースコア、2 回目調査の ITG 「分離の苦痛」と SF-8 身体的サマリースコア、以上の 3 相関を除けば、その他では比較的明瞭な正あるいは負の相関を認めた。

表 9 に、初回調査と 2 回目調査両方への参加例、すなわち、対応のあるサンプル (N=17) について、各尺度の点数の推移を検定した結果を示した (Wilcoxon 符号付き順序検定)。K6 と SF-8 のほとんどの項目で統計学的に有意な変化を認めたが、IES-R の合計点と 3 つの下位尺度点数、および SF-8 の「体の痛み」項目については、統計学的に有意な変化は見られなかった。

図 2、3、4 に、K6 と、IES-R の合計点および下位尺度点数の変化をグラフに示した。表 4 でも触れたが、対応サンプルのみで集計しても、K6 では中央値 (図中ボックスの中央の太線) が 2 回目で低下していたのに対して、IES-R では中央値が逆に増加していた。下位尺度の中では回避症状について中央値の上昇傾向が認められた。

図 5 に SF-8 の各項目の中央値の変化をグラフで示した。「体の痛み」、「活力」、「心の健康」の 3 項目の中央値が変化していないように見えるが、「活力」と「心の健康」については表 9 で統計学的有意差が認められており、データの分布は図 6 のようになっていた。「体

の痛み」についてはもともと初回調査時から点数が他の項目より高く、その傾向は表 3 でも確認された。

初回調査の結果から、表 10 に「性別」、「同居者の有無」、「就労就学の有無」、「援助要請の有無」の各要因に関して、K6, IES-R 点数の比較検定 (K6:t 検定、IES-R:Mann-Whitney 検定) を行った結果を示した。「援助要請の有無」によってのみ、K6 合計点、IES-R 侵入尺度、過覚醒尺度および IES-R 合計点について、統計学的に有意な差が認められた。

2 回目調査についても同様に検定 (K6 も Mann-Whitney 検定) を行ったところ、表 11 に示したように今度は「援助要請の有無」では有意な差を認めず、IES-R 合計点について「性別」で、また K6 と IES-R 侵入症状については「就労就学の有無」で統計学的に有意な差を認めた。ITG では表 12 に示したように、合計点について「援助要請の有無」で有意差を認めた。

表 13 に、SF-8 について同様の比較検定 (Mann-Whitney 検定) を行った結果を示した。初回調査では SF-8 についても他の尺度と同様に「援助要請の有無」によって多くの項目で統計学的な有意差を認めたが、やはり 2 回目調査では「援助要請の有無」では差が見られなくなっており、「性別」や「就労就学の有無」などの要因で差を認めるようになっていた。

④ITG 質問 34：悲嘆感情の時間経過に関する記載

内容から下記のように分類して示した。なお、個人の特定が可能と思われる情報については、削除もしくは内容に影響しない範囲で加工し、匿名化に配慮した。

(回復傾向)

- ・最初は多少の戸惑いを感じたが、だんだんと良かった点に目を向けるになった。思い出を偲びつつ、供養を続けることが役目だと感じている。
- ・最初は何がなんだかかわからず感情がなかった。3 か月くらいで「うつ」がましになり、半年くらいでやっと身体のかたい緊張感や胸の痛みが薄らいできたように思う。
- ・「自責」「喪失感」などは時間とともに軽快してきたが、それでもまだ突然よみがえることもある。「生きがいの喪失」が最もきつい気持ちであったが、信仰により軽減されている。
- ・当初は茫然としていたが、いくら考えても変わりようのないことは出来るだけ考えないように努力した。最近は思い出すことも減ってきた。
- ・当初は何も手につかなかったが、考えても悲しんでも (故人は) 戻って来ないし、(故人とともに) 前向きに生きて行こうと思う。
- ・2 か月くらいまで、自分の言葉が死を決意させたのではと思っていた。薬による治療を始めてから落ち着いてきた。6 か月後からは新しい職場で元気に働いている。
- ・当初から悲嘆にくれることはなかったが、やはり、今までは分担してやっていたことなどを自分一人でやらなくてはならなくなったことで、不安や焦りはあった。4 か月くらいから自分なりのペースがつかめてきて、少し落ち着いた気持ちになってきた。

(再燃)

- ・最初とても悲しく受け入れられなかったのが、徐々にましになって行ったのに、最近また寝る前に涙が止まらないようになった。
- ・3か月くらい経って徐々に気持ちが楽になるように思えたが、5か月くらい経ってから悔やんだり自分を責めたりする気持ちが出てくるようになった。そういう時はハーブを飲んだり体を動かしたりするようにしている。
- ・四十九日までは涙が毎日のように出て止まらなかった。その後、頭の中が真っ白になり、ぼんやり過ごすようになり、時々涙が出た。6か月過ぎた最近、またあれやこれや生前のことが思い出されて泣けてくる。

(持続)

- ・亡くなって間もなくは手続きや子供の世話などで多忙で、自分のつらさを感じる余裕がなかった。2-3か月くらいで不安は次第に落ち着いたが、今度は悲しさと寂しさが強くなった。故人にこころを開いてもらえなかったことをつらく感じたり、逆に腹立たしく思ったりした。今回のことはこれまでに経験した悩みとは全く違うと日々思う。
- ・他のことをしていても、常に故人のことが頭のなかにある。故人と離れて暮らしているのではどの感覚や、もう幸せな老後は送れないんだという気持ちがある。故人を感じられる場所に行きたい。

(回避傾向)

- ・家族や友人に助けられて、また仕事があったことが幸いして元気に暮らしている。ただ、(故人の)写真等を整理する気持にはならないし、(故人の)友人と連絡することをなぜか全然受け容れなくなった。家に来られるのも連絡も拒絶してしまう。
- ・最初の頃は周囲の人から支えられて自分自身頑張ってきたが、最近は人との関係が浅くなり、「死」ということに敏感になった。
- ・直後は葬儀その他で気が張りつめていて、悲しんでいる暇もなかったように思う。四十九日法要が終わった頃から、可哀想だと思ふ反面、腹立たしい感情も湧き、自分の無力さも感じた。今はなるべく(故人のことを)考えないようにしている。

(その他)

- ・悲嘆の感情は初めからほとんどなく、この死は仕方なかったものと感じている。しかしその後の人間関係に深く傷ついている。

4. 考察

1) 自死遺族支援のための介入方法の検討

①自死遺族へのアプローチ

本研究の実施にあたって、死体検案を行う医師を介して自死遺族と接触する方法については、前出の自殺予防総合対策センターによる「自殺予防と遺族支援のための基礎調査」の実施に際して滋賀県で行われていた先進的な取り組み⁴⁾を参考とした。このような方法はすでに岩手県や青森県でも行われて来ていたが、滋賀県の場合は検案に携わる医師からの強い要請があって実現した点が特徴であるという。遺族が検案書を取りに来られた際に、検案した法医学会医師がパンフレットや案内を手渡し、県精神保健福祉センター職員が後日、電話連絡することの説明が行われる。そこで遺族の了解を得られれば、四十九日の前後にセンター保健師が遺族に電話連絡し、訪問による聞き取りが可能かどうかを尋ねるというものである。

こころのケアセンターが位置する兵庫県における異状死（不慮の事故・自殺・他殺のほか死体として発見されるなどの理由で警察に通報された死亡）の死因調査制度は、①犯罪死体および犯罪の関与が疑われる死体に対する司法解剖（神戸大学及び兵庫医科大学の法医学教室で実施）、②神戸市（西区・北区を除く）における異状死体を監察医が解剖する行政解剖、③監察医制度のない地域（神戸市以外の兵庫県全域、神戸市西区・北区を含む）における承諾解剖（神戸大学・兵庫医科大学の各法医学教室と兵庫県監察医務室で実施）で構成されている¹⁴⁾。公衆衛生上の観点から異状死体の死因を究明するこのような監察医制度（②）が施行されている地域は、昭和60年に京都と福岡が監察医を置くべき地域から抹消されたため¹⁵⁾、現在では東京（区部）、横浜、名古屋、大阪、神戸の5都市に限られているという¹⁶⁾。兵庫県監察医務室では、主に神戸市内で発生した年間300前後の自殺事例が検案されており、これは兵庫県全体で年間に発生する自殺事例の約4分の1と考えられ、支援のためのアプローチを考える際には重要な接点であるといえる。

同監察医務室には、2005年4月に発生したJR福知山線脱線事故において、特に医療行為の対象とならなかった犠牲者遺族への対応などから、遺族がどのように死別を乗り越えていくかを手助けするためには、法医学、臨床医学、心理学が災害発生直後から組織的に協調していくことが必要¹⁷⁾との認識があり、また自殺事例検案のあと、後を追って亡くなった遺族を検案した経験などからも、自死遺族支援を目的とする本研究への協力依頼に快諾していただいた。兵庫県監察医務室がこころのケアセンターから30分ほどで駆けつけられる位置関係にあることも、ケアセンター担当者がアウトリーチによって遺族に声かけを行うことを可能とした条件であった。アウトリーチによる声かけが終了した後も、監察医務室の遺族待合には自死遺族支援に関するリーフレットが継続設置されている。残りの部数が少なくなるごとに連絡があって、設置用に送付することが続いており、それを反映してか、当センター相談室への自死遺族からの相談件数は、その後少しずつ増加しているようである。

他県におけるその他の試みとしては、例えば岩手県ではすでに 2006 年度（平成 18 年度）から 3 年計画で、県の総合的な自殺予防対策事業の一つとして「いわて自死遺族支援モデル事業」が岩手医科大学に委託され実施されている¹⁸⁾。自死遺族への援助方法を確立し、協力の得られた自死遺族を対象として心理学的剖検を行うことを目的として、盛岡市内で発見された異状死体のうち自殺と判明した全例、及びその遺族に加えて、救急医療施設に搬送となった自殺企図者のうち既遂者及びその遺族を対象に、①県警察本部の協力を得て、死体検案時に検案医あるいは警察官から遺族へモデル事業に関するリーフレットを配布することで心理教育と相談先に関する情報提供を行い、②救急医療施設においてはモデル事業事務局から遺族へ直接リーフレットを手渡し、①②のうち同意の得られた遺族に対して事務局から後日連絡を行い、電話、面接による心理的援助を行う（さらに同意が得られれば心理学的剖検を行う）というものである。死体検案時および救急医療施設において声かけがなされた事例のうち、後日連絡の同意取得率は 87.3%で、約 3 年の間に介入・支援に至った 112 件のうち、16 例が精神科外来を受診しており、遺族支援の潜在的なニーズの高さが指摘されている¹⁹⁾。これらの数字は、我々の研究における 2 か月後の電話連絡同意取得率 58.7%、何らかの介入を行った 27 件のうち、明らかにこの介入によって外来受診に至った 1 例という結果より高く、声かけを行った場の数や期間の長さに加えて、マンパワー、事前の周知度、技術面の差などが要因として考えられそうである。

東京都でも自死遺族向けのリーフレットが作成され、それに調査の趣旨と参加協力依頼について記載した書面をはさんで、監察医務院において自死遺族に対して配布するなどの方法で自死遺族に関する調査が実施されており、約 7 か月の間に 38 名の協力を得たと報告されている²⁰⁾。

②声かけや郵送調査に対する遺族の反応

遺族は検案終了予測時間に合わせて監察医務室に到着するが、検案が終了していない場合には監察医務室か解剖室横の遺族待合（控室）で待つことになる。あるいは検案書も出来ており、声かけする側が遺族の到着を待っていた場合もあった。監察医務室の配慮によって、別の検案事例の遺族と一緒にでないタイミングで声かけを行うことは出来たが、遺族が単独の場合、親族や知人大勢で来られていた場合、葬儀社や、警察からの説明直後で動揺されていた場合、声かけ中に警察の説明が始まってしまった場合など、そのような状況の予測はまず出来なかった。

しかし、待合に入室して自己紹介を行い、声かけの意図を伝えて数分間時間をいただけるかどうか尋ねたところ、ほとんどの遺族が最後まで説明を聞かれ、リーフレットを受け取られた。涙をこぼされた方、淡々と応じられた方、「（他の家族の）力になってやって下さい」と話された方、数十分に渡って事情や気持ちを話された方、「なぜ死んでしまったのか理由がわからない」と嘆かれた方など、反応はさまざまで、同意が得られなかった場合でも、「必要なときにはこちらから連絡しますから」などと、声を荒げられたり強く拒絶さ

れたりすることはなく、ほとんどの方が丁重に辞退され、謝意を述べられた方が多いことも印象的であった。しかし中には、遺族自身の住居地が他府県であったり、「そういうのは必要ありませんから」とリーフレット自体が不要と言われたり、どのような機関から何のために来たのかを確認されたりした場合も数例あった。先に述べた岩手県における取り組みからも、声かけの場面において遺族の動揺が激しく、リーフレットを手渡すのが精一杯で、後日連絡の提案をしても、「けっこうです、放っておいてください」と言われた場合があるかと思えば、「話を聞いていただいて助かります」と言われ、その後も関係が続いている場合があると、その状況が報告されている²¹⁾。

本研究で実施した介入の試みに対する郵送調査票の自由記述を、匿名化に配慮し以下のように分類して示した。声かけにおいて同意を得、さらに調査協力のあった遺族の感想であり、概ね肯定的な内容が多いようであった。しかし中にはつらい胸中に本当は触れたくない旨が述べられているものもあった。

(貢献)

- ・少しでも困っている人の役に立てるなら協力したい。
- ・世の中にはこんなにも苦しい思いをされている方がたくさんいることを初めて身に染みて感じた。このアンケートが少しでも他の方の役に立てば。
- ・自分の経験やこころの変化がほかの人にも活かしてもらえると自分も役に立てる気がして救われる。

(謝意)

- ・人に少しでも話せたら楽になると思うのでありがたい。
- ・話を聞いてもらうだけでもありがたい。
- ・書くことで少し癒される。アンケートに書くことで話すことなく誰かに聞いてもらえた、吐き出せた感があつた。自分を表現できる。
- ・現在の状態を客観的に教えてもらえることがありがたい。

(安心)

- ・人に話すことがつらく、なかなか相談出来ずにいるが、アンケートに記入することで支援してもらっていると感じられ心強く思った。
- ・気にかけてもらっているという安心感はある。
- ・今は大丈夫だが何かをきっかけに落ち込んだりしないか、子供が現場を見ているようで心配なので、相談できる場所があるというのを知っているだけで安心する。

(つらさ、否定的な意見)

- ・アンケートに答えるのがつらい方も多いのではと思う。

・本心のところ、もうあまり思い出したくない。調査票を書くたびにありありと亡くなった日のことが思い出されて胸がしめつけられるが、思いやりのある取り組みでありがたいことだと感謝している。

(調査手順について)

- ・調査用紙の夫婦分の送付を希望する。
- ・もう少し早く連絡があれば。
- ・調査票の質問の意味が理解しにくい。選択肢だけでは表現しにくいところもある。

(その他)

- ・自死が減ることを願う。
- ・他の方の考えや感じ方も知りたい。重要な取り組みだと考える。
- ・さらなるサポートの充実を希望する。
- ・今は気力がないが、分かち合いの会にはいつの日か参加したい。
- ・これからも協力できることがあればしたい。
- ・お金のかかる治療にはかかりにくい。

③声かけ担当者の意見感想

声かけにおいては、まず何よりも害を与えないこと (Do No Harm) を念頭におくことを事前に確認した。しかし、実際には状況予測のむずかしさもあって、「果たしてあのような声かけで良かったのだろうか」と自問自答することも多々あった。アプローチを続ける中で得られた共通意見としては、直後の声かけとしては、こころのケア関連の所属であることを伝えはするものの、基本的には必要な手続き等の情報提供を前面に出す方が、遺族もそれらが必要であるし、受け容れられやすいだろうということで一致した。遺族の混乱は当然であり、不信感の表出も当然であることから、県の取り組みであることをしっかり伝えることも、遺族により受け容れられるためには必要と考えられた。自死の発生は、近親者にとってはまさに突然の出来事であり、このような場での遺族へのアプローチにおいても、1. 近づき活動を始める、2. 安全と安心感、3. 安定化、4. 情報を集める、5. 現実的な問題の解決を助ける、6. 周囲の人々との関わりを促進する、7. 対処に役立つ情報、8. 紹介と引き継ぎ、という、PFA (サイコロジカル・ファーストエイド)²²⁾の概念や姿勢が役立つものと考えられた。

声かけ時の遺族の具体的なニーズとして、多重債務の相談先や、その他様々な手続きのリスト²³⁾が有用と思われたケースが少なからずあった。援助要請について、今回の調査では精神保健・健康分野に関する専門家のみを選択肢としたが、公共機関や司法、教育分野への援助要請も当然あったと考えられる。実際、子どもへの対応についてどのようにするのが良いのか、具体的な対応方法を尋ねられたことが、監察医務室での声かけ時に1件、2回

目の電話連絡時に 1 件あった。その他、亡くなった状況を詳細に知りたいとの希望や、今回の介入の費用を心配された場合もあった。このように、基本的には必要な手続き等の情報提供を前面に出す方が、遺族のニーズに合致し受け容れられやすいだろうと考えられた。

しかしその一方で、明らかに茫然自失のショック状態であり、表出や反応性が鈍く、医療的介入の必要性が感じられたケースも 1 ケースは存在した。電話連絡への同意はなんとか得ることが出来たため、このケースに対しては 1 ヶ月後にも電話連絡を行い、2 ヶ月後、8 ヶ月後と計 3 回の連絡を行った。幸いにも次第に状態は軽快していたが、1 ヶ月後の電話連絡では声をひそめて話されるなど、非常に怯えた状態が印象的であった。

遺族ケアには 3 つの段階があり、①すべての遺族に対して行われるもの、②スクリーニングの結果として必要と認められた遺族に対して行われるもの、③うつ病、PTSD、複雑性悲嘆などの専門家の介入が必要なものに分類される²³⁾。今回我々は、検案医の協力に加え、偶然だが精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師の 4 つの職種で構成されたチームで支援を検討することが出来た。自死遺族支援に必要な知識と技術をそれぞれが補いながら、支援を提供する場所や自死発生からの時間経過などに応じて、それぞれの職種が得意とする分野で、柔軟なチームとして機能できる危機介入体制が望ましいと考える。

2) 効果的な自死遺族支援を考えて行くために必要な基礎データの解析

前出の滋賀県での取り組みにおいて、その報告書⁴⁾が作成された時点では、検案医師を介して 9 事例がセンターに連絡されており、そのうち 5 事例について保健師から電話連絡が行われ、訪問が実施されたのは 1 事例のみで、4 事例について訪問は行われなかった。その理由としては、いずれの遺族も仕事をすることで自身を支えていたり、「はじめは落ち込んでいたけれど、時が気持ちを癒してくれると実感しています…」と語っていたりするなど、安定した生活状況にあり、精神的健康度が比較的高い遺族であると思われ、ただちに支援が必要な状況にはないと判断されたことなどが挙げられている。1 事例については電話口で泣いてしまうような精神状態にあったため、心理的ケアの適応があると判断され、訪問を提案したところ了解を得ることが出来たという。

今回の我々の調査結果からは、2 か月後すなわち四十九日前後の、K6 を利用した遺族の精神健康度評価において、うつ病性障害や不安障害のハイリスクと考えられたケースは 18 例中 11 例 (61.1%) であった。IES-R を利用した PTSD のスクリーニングにおいても、18 例中 10 例 (55.6%) がハイリスクと考えられた。特徴的であったのは、8 か月後の調査においては、K6 では平均値や中央値が低下して、カットオフ以上のケース数も 20 例中 6 例 (30.0%) に減少し (表 4、図 2)、SF-8 による評価でも時間の経過とともに全体として点数の上昇傾向が見られ (表 3、図 5)、統計学的にも有意差が確認された (表 9) のに対して、IES-R ではその傾向が認められず (表 4、表 9、図 3)、カットオフ以上のケースの割合が 20 例中 13 例 (65.0%) と増えていた (表 4) ことである。精神保健分野における援助要請と、これらの尺度得点との関係など、詳細については後日報告する。

5. 結論

平成 21 年 4 月から 7 月の 4 か月間、兵庫県監察医務室で死体検案書が発行される際に自死遺族に声かけを行い、同意の得られた遺族に対して後日、自死発生から 2 か月後と 8 か月後に電話連絡を行った。そこでさらに協力の得られた遺族について、調査票郵送による健康調査を実施した。本稿では、そのような介入の試みと調査の結果から見えて来た自死遺族の心身の状態について報告した。

郵送調査の結果からは、個別の自死遺族の精神健康状態の幅広さが確認された。同時に、標準化された尺度による評価でハイリスク群が少なからず存在したこと、また、介入の試みとして関与した中に実際に治療を必要としたケースが存在したことなどから、自殺という事象の外傷度の高さと、自死遺族を地域精神保健における支援の対象と認識して、状態に応じて医療などに導入する必要があることが再確認された。

今回の取り組みから、死体検案を行う医師を介して、あるいは監察医務業務の場において自死遺族にアプローチする方法は、支援を必要とする自死遺族により確実にケアを届け、そのような機会を積極的に提供していくための方法のひとつとして、実際的であることが示された。遺族の反応も概ね受容的という印象であった。課題としては、声かけの技術を高め、自発的には援助要請を行えず支援から漏れてしまう可能性のある遺族を出来るかぎり減らしていくことなどが考えられた。

自殺のハイリスクグループとされる自死遺族にこのような支援介入を行うことは、より長期的な視点から見れば、自殺の予防そのものにもつながる。今後に向けては、遺族の孤立を防ぎ、状態の変化に対応できるよう継続性を確保すること、そのためには、支援者にとっても負荷の少ないかたちを工夫し、医療経済的な視点からも実際的なものであること、このような介入を行うことへの社会的なコンセンサスをさらに得ていくことなどが必要と考えられた。

★謝辞★

調査にご協力いただき、貴重なデータやご意見をいただいたご遺族の皆さまに、深く感謝いたします。また、調整にあたって協力いただいた県担当者の方々に感謝いたします。特に、連絡やご遺族へのアプローチにおいて、多くの配慮をいただいた兵庫県監察医務室の望月加奈子さん、森川公子さんに、お礼申し上げます。

<文献>

- 1) 共生社会政策統括官:自治体による自死遺族支援の取組調査. 平成 20 年版自殺対策白書, <http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2008/html/honpen/column/clm15.html>.
- 2) 兵庫県立精神保健福祉センター:平成 19 年度自殺予防事業にかかる保健師研修会資料. 兵庫県こころのケアセンター大研修室, 平成 20 年 2 月 26 日.
- 3) 兵庫県健康福祉部健康局医務課:平成 19 年(2007 年)版 兵庫県観察医務死因調査統計年報.
- 4) 梶本まどか, 辻本哲士, 松本俊彦:地域における遺族ケアと簡易実態調査の試み～検案医師との連携による試み～. 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業「心理学的剖検データベースを活用した自殺の原因分析に関する研究」, 平成 19 年度 総括・分担研究報告書, 49-56, 2008.
- 5) いわて自死遺族支援モデル事業事務局:いわて自死遺族支援モデル事業からのお知らせ(リーフレット).
- 6) 大塚俊弘, 濱田由香里ほか:自死遺族を支えるために ～相談担当者のための指針～ 自死で遺された人に対する支援とケア. 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業「自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究」, 平成 18 年度～20 年度 総合研究報告書, 141-162, 2009.
- 7) 外傷ストレス関連障害に関連する研究会 金吉晴:心的トラウマの理解とケア 第2版. じほう, 2006.
- 8) 国立精神・神経センター精神保健研究所:自殺予防と遺族支援のための基礎調査 調査マニュアル. 2007 年 12 月.
- 9) 福原俊一, 鈴嶋よしみ:SF-8™ 日本語版マニュアル. NPO 健康医療評価研究機構, 2004.
- 10) 古川壽亮, 大野裕, 宇田英典, 中根允文:一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究. 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究 研究報告書, 2003.

- 11) Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y et al: Reliability and validity of Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R): Four studies on different traumatic events. *J Nerv Ment Dis*, 190: 175-182, 2002.
- 12) Prigerson HG, Jacobs SC: Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. Stroebe MS, Hansson RO et al ed. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. pp613-645, Washington DC, 2002.
- 13) 古川壽亮: エビデンス精神医療—EBPの基礎から臨床まで—. 医学書院, 2003.
- 14) 上野易弘、浅野水辺、菱田繁、長崎靖、木下博之: 兵庫県下に於ける院内異状死並びに院外心肺停止症例の取り扱いに関する研究調査—現状と問題点、改善策の提言—(第三報). *神緑会学術誌*, 24: 14-21, 2008.
- 15) 福永龍繁: 東京都監察医務院の現状. *公衆衛生*, 69: 282-287, 2005.
- 16) 中根憲一: 我が国の検死制度—現状と課題—. レファレンス, 国立国会図書館調査及び立法考査局, 673:5, 2007.
- 17) 長崎靖、木下博之、菱田繁、上野易弘、主田英之、浅野水辺: 検案医師からの提言—JR 福知山線事故の経験から—(シンポジウム抄録). *日法医誌* 62, p194, 2008.
- 18) 智田文徳、及川友希、丸田真樹、山家健仁、磯野寿育、高橋千鶴子、赤坂博、大塚耕太郎、酒井明夫: 「いわて自死遺族支援モデル事業」実施状況の報告(第四報) (その1) 遺族への心理的援助の実際. *精神経誌* 2007 特別 PageS248, 2007.
- 19) 智田文徳: 救急医療施設で救命できなかった場合の対応について. 厚生労働省主催 自殺未遂者ケア研修配布資料, オフィス東京, 2009年3月22日.
- 20) 東京都報道発表資料: 自殺実態調査(概要版)—自死遺族からの聞き取り調査—. <http://www.metro.tokyo.jp/INET/CHOUSA/2009/06/60j6o102.htm>, 2009年6月掲載.
- 21) 岩手医科大学の取り組み: ポストベンションと心理学的剖検—自死遺族と社会に向けたアプローチ—. [eise:], p2-6, 2007年7月号.

22) 明石加代, 藤井千太, 加藤寛: 災害・大事故被災集団への早期介入—「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き」日本語版作成の試み—. 心的トラウマ研究, 4: 17-26, 2008.

23) 大西秀樹, 西田知未, 和田芽衣, 石田真弓, 和田信: 遺族ケアの実際. Jpn J Gen Hosp Psychiatry (JGHP), 20: 149-155, 2008.

表 1：郵送調査協力者の基本属性

		両方協力 17 名 <()内は 2 回目の結果>	初回のみ 1 名	2 回目のみ 3 名
年齢	年齢±標準偏差(才)	54.6±14.4	53	74.0±13.2
	最少-最大(才)	27-82	-	64-89
性別	男:女	6:11	1:0	1:2
遺族から見た 故人の関係	子	10	-	3
	配偶者	4	-	-
	兄弟姉妹	2	-	-
	親	1	1	-
同居者の有無	独居	2 (2)	1	0
就労・就学	あり	12 (12)	1	0
援助要請	あり	7 (9)	1	1
相談相手の有無	あり	17 (15)	1	1

表 2：援助要請（相談や治療を求めた専門家について：複数回答）

		初回調査 (N=8)	2 回目調査 (N=10)
初回、2 回目調査時ともに 援助要請を行っていた 7 例	①	1	1
	②	3	1,3
	③	2,6	2,6
	④	2	1,2
	⑤	2,3	2,3
	⑥	1,3	1,3
	⑦	6	6,7
2 回目調査時に新たに 援助要請を行っていた 2 例	①	要請なし	1
	②	要請なし	7
初回のみ参加 1 例	①	2,7	-
2 回目のみ参加 1 例	①	-	3

1. 心療内科・精神科・神経科・メンタルクリニックなどの医師
2. 上記以外の医師（一般の内科、外科・眼科・耳鼻科・産婦人科など）
3. 臨床心理士・カウンセラー・心理療法家など
4. 保健師・精神保健福祉士（PSW）などの健康福祉に関する専門家
5. 看護師・ヘルパー・ケアマネージャーなど、訪問看護・介護サービスの専門家
6. 漢方医・整体師・鍼灸師などの補完・代替医療従事者
7. 住職・僧侶・神主・牧師などの宗教関係者
8. その他

表 3 : SF-8

		全体的健康	身体機能	日常役割機能(身体)	体の痛み	活力	社会生活機能	心の健康	日常役割機能(精神)	身体的サマリースコア	精神的サマリースコア	
初回 (N=18)	平均値	39.8	42.8	39.7	45.7	40.5	38.9	40.9	40.2	41.8	39.3	
	中央値	41.1	41.9	42.6	46.2	42.5	38.4	41.7	44.5	43.0	40.9	
	標準偏差	6.5	9.4	10.9	11.1	7.6	8.2	8.3	12.0	8.0	9.0	
	四分位 偏差	25	33.4	40.6	32.8	36.1	36.9	29.9	36.1	32.2	36.3	33.4
		75	41.1	49.8	48.5	60.2	45.3	45.2	45.0	49.1	46.4	45.3
2回目 (N=20)	平均値	44.9	46.9	43.9	48.5	45.7	43.9	46.1	45.2	45.2	44.6	
	中央値	45.9	48.5	45.5	46.2	45.3	45.2	45.0	49.1	45.6	45.7	
	標準偏差	7.9	6.4	8.4	9.3	5.1	10.0	7.3	8.3	7.0	7.2	
	四分位 偏差	25	41.1	41.9	32.8	40.0	41.2	38.4	40.1	35.3	37.8	39.0
		75	50.7	53.6	52.5	60.2	45.3	54.7	50.3	49.1	51.5	49.1

表 4 : K6, IES-R

		K6		IES-R		IES-R 下位尺度別					
		初回 (N=18)	2回目 (N=20)	初回 (N=18)	2回目 (N=20)	再体験		回避・麻痺		過覚醒	
						初	2	初	2	初	2
平均値		16.3	13.4	33.0	30.4	13.1	11.2	11.2	11.7	8.7	7.6
中央値		16.0	11.5	25.5	30.5	11.5	9.0	9.0	13.0	6.0	7.0
標準偏差		6.0	5.8	20.7	19.2	8.6	7.4	7.4	7.2	7.0	5.3
四分位 偏差	25	12.8	10.3	19.8	17.5	7.5	6.0	5.0	5.8	4.0	3.3
	75	21.5	16.5	53.3	51.8	19.3	19.8	18.3	17.0	13.5	11.8
最小-最大点数		6-28	6-25	4-70	2-59	-	-	-	-	-	-
カットオフ以上のケース数		11	6	10	13	-	-	-	-	-	-

表 5 : ITG

		合計点数 30 項目 (N=20)	分離の苦痛 5 項目	外傷的苦悩 12 項目
平均値		64.8	11.6	26.5
中央値		67.0	12.0	28.0
標準偏差		26.5	5.2	11.6
四分位	25	38.0	7.0	14.3
偏差	75	85.0	14.8	34.0
最小-最大点数		31-123	5-24	12-54

表 6 : 各尺度の内的信頼性

初回調査						2 回目調査								
SF-8	K6	IES-R				SF-8	K6	IES-R				ITG		
		侵入	回避	過覚醒	合計			侵入	回避	過覚醒	合計	分離	外傷	合計
.934	.927	.950	.885	.960	.963	.949	.941	.950	.913	.869	.969	.904	.945	.972

Cronbach の α

(参考 : SQD の内的信頼性)

初回電話 (N=22)		2 回目電話 (N=15)	
SQD-D	SQD-P	SQD-D	SQD-P
.874	.801	.776	.727

Cronbach の α

表 7 : 初回調査の尺度相関 (N=18)

			K6	IES-R			SF-8	
			合計	侵入	回避	過覚醒	合計	身体サ
IES-R	侵入(再体験)	相関係数	.824**					
		有意確率	.000					
	回避・麻痺	相関係数	.571*	.626**				
		有意確率	.013	.005				
	過覚醒	相関係数	.747**	.775**	.808**			
		有意確率	.000	.000	.000			
	合計	相関係数	.786**	.896**	.834**	.947**		
		有意確率	.000	.000	.000	.000		
SF-8	身体的サマリースコア	相関係数	-.758**	-.772**	-.763**	-.768**	-.812**	
		有意確率	.000	.000	.000	.000	.000	
	精神的サマリースコア	相関係数	-.543*	-.572*	-.336	-.543*	-.601**	.406
		有意確率	.020	.013	.172	.020	.008	.095

Spearman のロー, **: 相関は 1%水準で有意 (両側), *: 相関は 5%水準で有意 (両側)

表 8 : 2 回目調査の尺度相関 (N=20)

			K6	IES-R				ITG
			合計	侵入	回避	過覚醒	合計	分離
IES-R	侵入(再体験)	相関係数	.800**					
		有意確率	.000					
	回避・麻痺	相関係数	.812**	.868**				
		有意確率	.000	.000				
	過覚醒	相関係数	.799**	.904**	.936**			
		有意確率	.000	.000	.000			
合計	相関係数	.818**	.946**	.962**	.963**			
	有意確率	.000	.000	.000	.000			
ITG	分離の苦痛	相関係数	.596**	.725**	.504*	.580**	.577**	
		有意確率	.006	.000	.023	.007	.008	
	外傷的苦悩	相関係数	.713**	.866**	.643**	.733**	.728**	.920**
		有意確率	.000	.000	.002	.000	.000	.000
	合計	相関係数	.724**	.882**	.712**	.765**	.791**	.936**
		有意確率	.000	.000	.001	.000	.000	.000
SF-8	身体的サマリースコア	相関係数	-.764**	-.659**	-.683**	-.701**	-.724**	-.398
		有意確率	.000	.002	.001	.001	.000	.082
	精神的サマリースコア	相関係数	-.764**	-.811**	-.745**	-.766**	-.769**	-.822**
		有意確率	.000	.000	.000	.000	.000	.000

			ITG		SF-8
			外傷	合計	身体サ
ITG	合計	相関係数	.980**		
		有意確率	.000		
SF-8	身体的サマリースコア	相関係数	-.475*	-.570*	
		有意確率	.034	.011	
	精神的サマリースコア	相関係数	-.857**	-.901**	.541*
		有意確率	.000	.000	.014

Spearman のロー, **: 相関は 1%水準で有意 (両側), *: 相関は 5%水準で有意 (両側)

表 9：対応サンプルにおける各尺度点数の推移の検定 (N=17)

	K6	IES-R				SF-8		
	合計	侵入	回避	再体験	合計	全体的健康	身体機能	役割(身体)
Z	-3.035	-1.227	-.756	-.716	-1.166	-2.567	-2.692	-2.056
漸近有意確率(両側)	.002	.220	.449	.474	.244	.010	.007	.040

	SF-8						
	体の痛み	活力	社会生活機能	心の健康	役割(精神)	身体サマリー	精神サマリー
Z	-.822	-2.393	-2.956	-2.352	-1.965	-2.223	-2.482
漸近有意確率(両側)	.411	.017	.003	.019	.049	.026	.013

Wilcoxon の符号付き順位検定

表 10：初回調査における要因別 K6, IES-R 点数の比較検定 (N=18)

	K6		IES-R							
	合計		侵入(再体験)		回避・麻痺		過覚醒		合計	
	t	p	U	p	U	p	U	p	U	p
性別	-1.681	.112	20.500	.102	22.000	.134	29.000	.386	24.000	.189
独居	-2.081	.054	9.500	.122	22.000	.953	15.000	.371	14.000	.314
就労・就学	.652	.524	28.500	.692	30.000	.805	29.000	.728	27.500	.622
援助要請	-2.373	.030	13.500	.018	20.000	.075	17.000	.040	15.000	.026

K6: t 検定、IES-R: Mann-Whitney 検定

表 11 : 2 回目調査における要因別 K6, IES-R 点数の比較検定 (N=20)

	K6		IES-R							
	合計		侵入(再体験)		回避・麻痺		過覚醒		合計	
	U	p	U	p	U	p	U	p	U	p
性別	32.500	.298	30.000	.218	23.000	.074	24.500	.095	20.500	.047
独居	6.500	.144	14.000	.613	12.000	.448	11.500	.412	9.000	.255
就労・就学	17.000	.033	17.000	.034	22.500	.098	22.500	.098	23.000	.107
援助要請	42.500	.567	37.000	.324	33.500	.211	35.500	.272	37.500	.343
相談相手	13.000	.669	10.000	.397	13.500	.724	12.000	.573	13.000	.672

Mann-Whitney 検定、p は漸近有意確率 (両側)

表 12 : 要因別 ITG 点数の比較検定 (N=20)

	分離の苦痛		外傷的苦悩		合計	
	U	p	U	p	U	p
性別	23.500	.080	22.500	.068	22.000	.090
独居	12.000	.448	12.000	.449	12.000	.505
就労・就学	22.000	.090	19.000	.051	21.000	.075
援助要請	25.000	.058	28.000	.096	19.000	.033
相談相手	7.000	.204	8.000	.260	11.500	.526

Mann-Whitney 検定、p は漸近有意確率 (両側)

表 13 : 要因別 SF-8 点数の比較検定 (初回および 2 回目調査)

			全体的健康	身体機能	日常役割機能(身体)	体の痛み	活力	社会生活機能	心の健康	日常役割機能(精神)	身体的サマリースコア	精神的サマリースコア
初回 (N=18)	性別	U	22.50	24.50	23.00	24.50	36.50	31.50	23.50	31.50	22.00	37.00
		p	.118	.181	.145	.184	.847	.508	.159	.510	.135	.892
	独居	U	14.00	14.00	13.00	15.00	21.50	21.50	16.00	15.50	17.00	22.00
		p	.278	.288	.242	.352	.900	.902	.425	.389	.515	.953
	就労 就学	U	27.00	30.50	31.00	30.00	17.50	20.50	26.50	28.50	32.00	17.00
		p	.559	.835	.878	.796	.115	.217	.507	.682	.961	.127
	援助 要請	U	22.50	20.50	10.50	9.50	37.00	20.00	17.50	16.00	10.00	31.00
		p	.094	.067	.006	.005	.777	.063	.038	.027	.008	.424
2 回目 (N=20)	性別	U	21.50	29.00	27.00	17.50	27.50	32.00	19.50	28.50	20.00	24.00
		p	.042	.174	.130	.021	.113	.261	.033	.158	.043	.088
	独居	U	7.00	5.00	9.00	7.00	11.00	16.00	13.00	12.50	5.00	18.00
		p	.139	.089	.241	.149	.328	.791	.514	.468	.101	1.000
	就労 就学	U	31.00	24.50	34.00	39.50	27.00	16.00	25.00	20.00	37.00	12.00
		p	.316	.122	.485	.825	.154	.020	.135	.051	.673	.011
	援助 要請	U	37.50	38.00	28.50	32.00	38.50	39.00	32.00	31.00	31.00	36.00
		p	.313	.346	.093	.157	.335	.383	.159	.132	.151	.290
	相談 相手	U	9.00	5.00	8.00	12.50	9.50	14.00	15.00	14.00	5.00	9.00
		p	.283	.103	.246	.604	.294	.764	.883	.766	.122	.325

Mann-Whitney 検定、p は漸近有意確率 (両側)

図 1：兵庫県監察医務室が 4 ヶ月間に取扱った自死件数と介入件数（および調査協力者数）

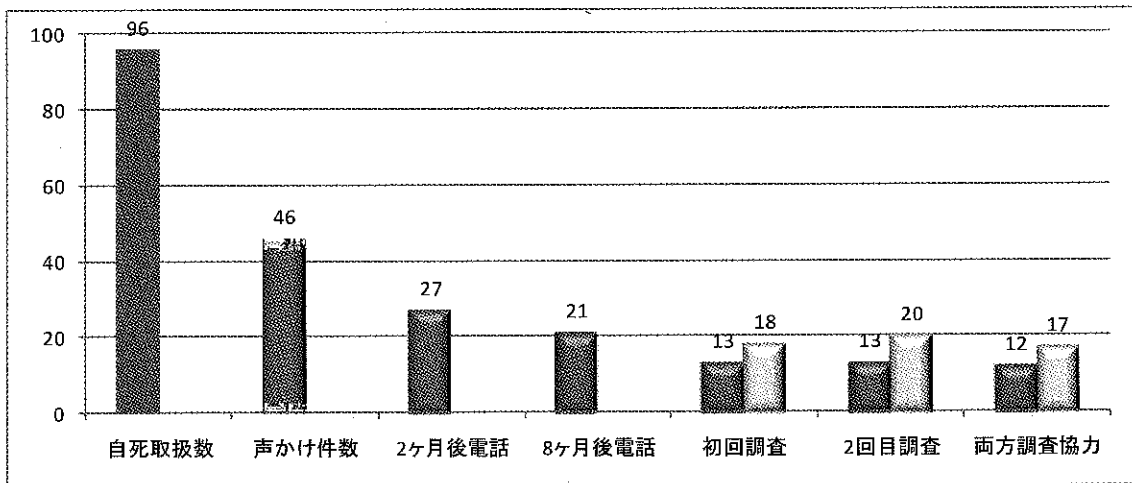


図 2：K-6 の合計点数比較（対応サンプル, N=17）

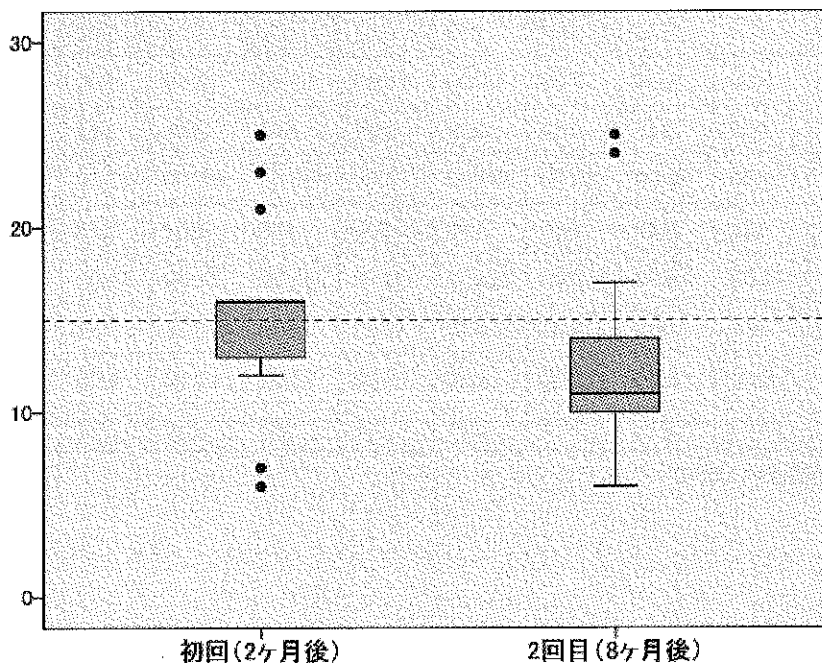


図 3 : IES-R の合計点数比較 (対応サンプル, N=17)

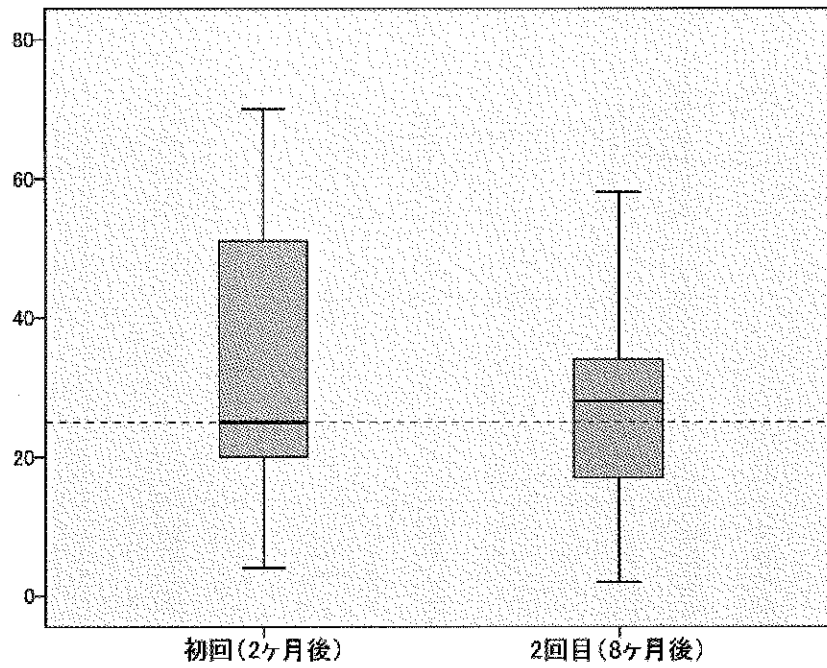


図 4 : IES-R 下位症状群別点数比較 (対応サンプル, N=17)

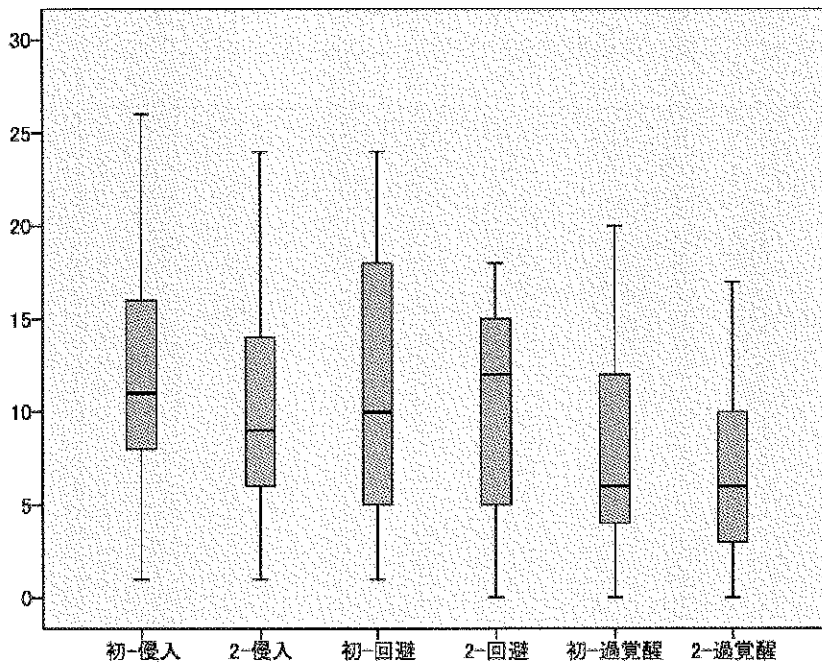


図 5 : SF-8 の中央値比較 (対応サンプル, N=17)

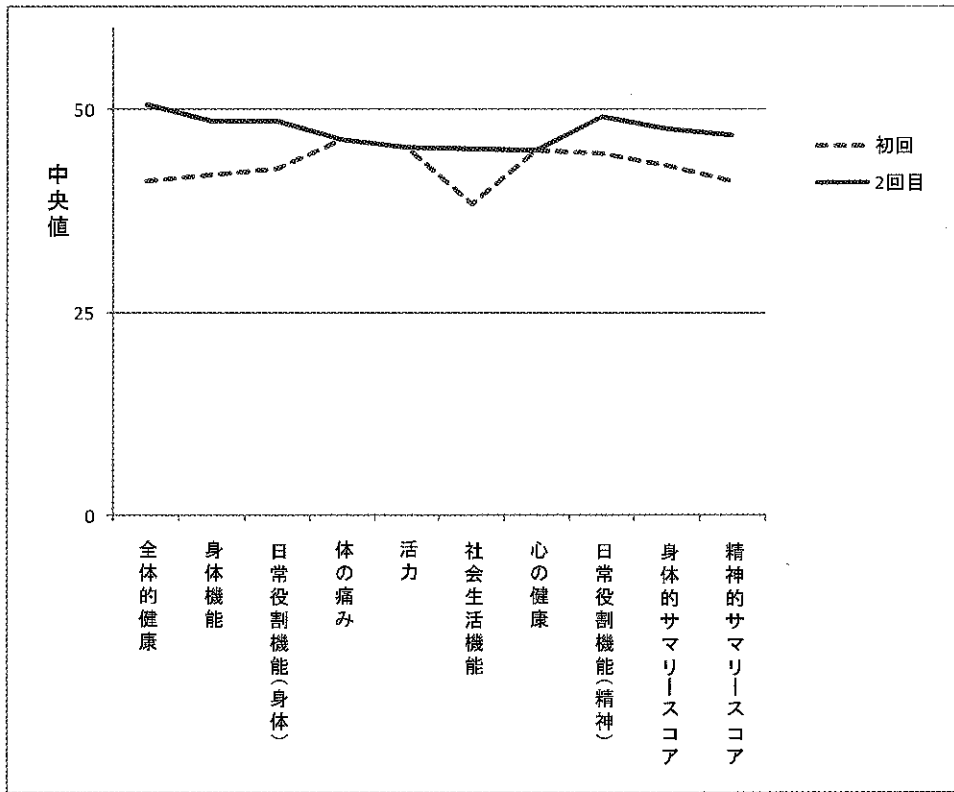
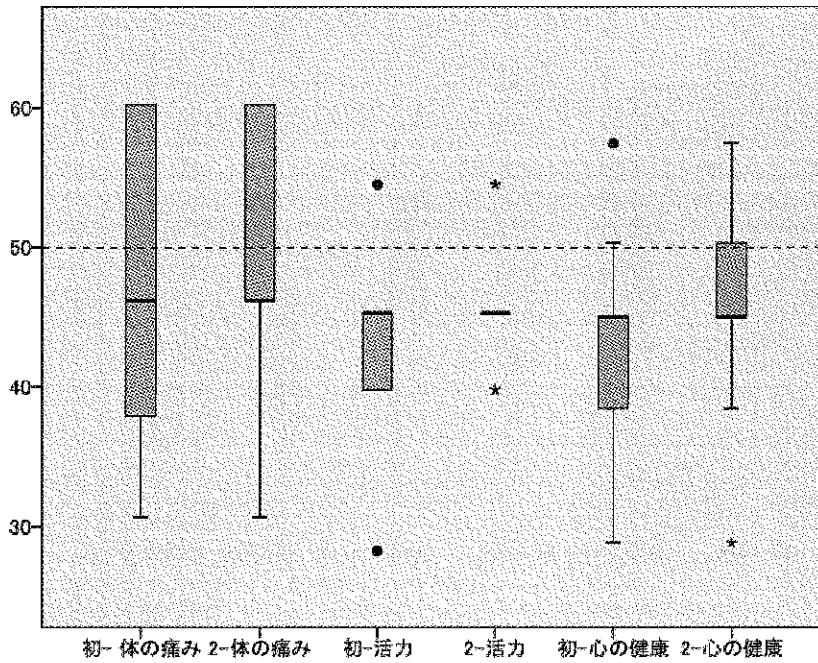


図 6 : SF-8 下位項目別点数比較 (対応サンプル, N=17)



ご遺族の皆さまへ

大切なご家族を突然亡くされ、大変つらく悲しい体験をされたこととお察しいたします。

私ども兵庫県こころのケアセンターは、阪神・淡路大震災の経験から、トラウマ（心的外傷）やその結果として生ずる PTSD（外傷後ストレス障害）などの「こころのケア」に取り組んでいます。事故や事件の被災者、被害者ご遺族の皆さまへの相談や治療を提供して参りました。

自死もまた、ご遺族に与える苦痛が非常に大きいことが知られています。心身への大きなストレスから、眠れなくなったり、食欲がなくなったり、高血圧が続いたり、こころや体の状態に様々な変化が起こることがあります。これらは本来、自然に回復していくものですが、影響があまりに大きく長びく場合には、誰かに相談したり、治療を受けたりすることが望ましいこともあります。

ご遺族の苦痛を理解し、和らげるための支援を提供していくことは、大切な取り組みであると考え、県監察医務室の協力を得て、本日お声をかけさせていただきました。

兵庫県こころのケアセンター

神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2

電話（代表）：078-200-3010

相談室

藤井千太（医師）

明石加代（臨床心理士）

松田一生（精神保健福祉士）

青木豊子（保健師）

のこ
遺された方の必要な手続き

- 世帯主変更・各種年金の手続き -----> 市区町役場、社会保険事務所
- 債務・ローン等の法的整理 -----> 弁護士等
- 所得税の準確定申告、相続税の申告 -----> 税務署
- 借地・借家・賃貸住宅の名義変更 -----> 不動産会社、公団等
- ガス・水道・電気の名義変更 -----> 各会社
- クレジットカード、各種会員の脱会手続き -----> 各会社

体やこころの様々な変化

これらは誰にでも起こりうることなのですが、程度によっては専門家によるケアが必要になることがあります。そのような変化に気づかれたら、ひとりで抱え込まずに、兵庫県こころのケアセンター相談室までご連絡下さい。

- 食欲がない
- 眠れない
- 恐ろしい夢を見る
- 胸がドキドキする
- 息苦しくなる
- 急に感情がこみ上げる
- 涙が止まらなくなる
- イライラする
- 落ち着かなくなる
- ひとりになりたくない
- 集中できない
- 自分を責めてしまう
- 死について考える
- ささいな刺激にもおびえる
- その時の場面を鮮明に思い出す
- 周囲に霧がかかったような感じがする
- 誰にも会いたくない
- 物事に対して興味がわからない
- 何もする気になれない
- 原因がはっきりしない体の不調が続く

電話連絡用 SQD

	は	い
	い	い
		え
1 食欲はどうか。普段と比べて減ったり増えたりしていますか。	1	0
2 いつも疲れやすく、身体がだるいですか。	1	0
3 睡眠はどうか。寝つけなかったり、途中で目が覚めることが多いですか。	1	0
4 亡くなられた方について夢を見ることがありますか。	1	0
5 憂うつで気分が沈みがちですか。	1	0
6 イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。	1	0
7 些細な音などに、過敏に反応してしまうことがありますか。	1	0
8 亡くなられた方を思い出させるような場所や話題を避けてしまうことがありますか。	1	0
9 知らず知らずの間に、亡くなられた方のことを考えていることはありますか。	1	0
10 以前は楽しめていたことが楽しめなくなっていますか。	1	0
11 何かのきっかけで亡くなられた方を思い出して、気持が動揺することがありますか。	1	0
12 亡くなられた方についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。	1	0
	うつ: 1+2+3+5+6+10 (5 点以上ハイリスク) 点	
	PTSD: 3+4+6+7+8+9+10+11+12 (6 点以上ハイリスク) 点	

ご遺族の皆さまへ
「遺族支援のための健康調査」のお願い

大切なご家族を突然亡くされ、大変つらく悲しい体験をされたこととお察しいたします。

このようなできごとのあとには、眠れなくなったり、食欲がなくなったり、高血圧が続いたり、ご遺族の心身にも大きなストレスがかかることが知られています。心やからだへの影響があまりに大きく長びく場合には、誰かに相談したり、治療を受けたりすることが望ましい場合もあります。しかし、まだご遺族の苦しみの実状も十分に把握できておらず、効果的な支援が提供できるまでには至っておりません。

私ども兵庫県こころのケアセンターは、阪神・淡路大震災の経験から、トラウマ（心的外傷）やその結果として生ずる PTSD（外傷後ストレス障害）などの「こころのケア」に取り組んでいます。事故や事件の被災者、被害者ご遺族の皆さまへの相談や治療を提供して参りました。平成 18 年に自殺対策基本法が制定されて以降、自殺予防のためのさまざまな施策が実施されつつありますが、ご遺族の苦痛を理解し、和らげるための支援を提供していくことは、その中でも重要なものだと考えております。

そのような経緯で、ご遺族の心身の状態を把握し、効果的な支援の仕組みを検討して行くことを目的に、郵送による健康調査を行っております。回収された調査票は責任をもって厳重に保管し、結果は数値化して統計処理しますので、皆さまのプライバシーが外部にもれることは決してございません。また結果は、報告書を作成して公表いたします。

以上の趣旨をご理解いただき、ご多忙中、誠に恐縮ではございますが、同意書および調査票にご記入のうえ、平成 21 年 月 日（当日消印有効）までに同封の封筒（切手不要）にてご返送くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

（財）ひょうご震災記念 21 世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター

センター長 山口 直彦

「遺族支援のための健康調査」同意書

□調査の目的

本調査は、わが国の自殺対策の一環として、自死でご家族を亡くされたご遺族の心身の健康状態を把握し、支援方法を検討していくために実施するものです。

□調査の内容および方法

ご遺族への郵送による健康調査です。調査は、お答えいただくご遺族の属性などと、心身の健康状態に関するいくつかの評価尺度で構成されています。

□費用

ご協力いただく方の費用負担は一切ありません。

□調査結果の使われ方

調査の分析結果は学術的な形で報告します。データはすべて数値化して集計します。個人が特定されたりプライバシーが外部に漏れたりすることは一切ありません。

□結果の通知

調査にご協力いただいた方全員に、心身の健康状態に関する結果をお知らせいたします。希望されない場合には、調査票内で該当箇所をチェックしていただければ、結果をお知らせすることはありません。

□調査に参加しないことによる不利益

調査への参加はご協力いただく方々の自由意志によるものであり、協力いただけなくてもいかなる不利益も受けません。また本調査に参加することに同意されていても、いつでも撤回できます。その場合にはお手数ですが、同封の同意撤回書に記入の上、ご返送ください。

□謝礼

ご協力いただいた謝礼として、些少ではございますが、結果返送の際に 2,000 円の図書カードを同封してお送りいたします。

説明者 _____

説明年月日 平成_____年_____月_____日

兵庫県こころのケアセンター長 殿

調査について上記の説明を受け、理解しましたので、協力することに同意します。

記入年月日 平成_____年_____月_____日

ご署名 _____ 印 (自署であれば押印不要)

同意撤回書

兵庫県こころのケアセンター長 殿

私は、「遺族支援のための健康調査」について同意しましたが、その同意を撤回することにしました。

住 所 _____

電話番号 _____

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご 署 名 _____ 印 （自署であれば押印不要）

送付先 〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2

兵庫県こころのケアセンター 相談室 藤井 宛

遺族支援のための健康調査

調査票

これからお聞きする質問は、この調査票にご記入いただく方が、ご自身の心身の健康をどのように感じておられるかをうかがうものです。あてはまる答えの番号に○をつけてください。また、_____部には答えをご記入ください。もし、どの答えが自分にあてはまるのかはっきりしない場合でも、空らんにせず、もっとも近いと思われるものに○をつけてください。だいたい 20 分くらいで終わります。

記入年月日 平成 年 月 日

A. SF-8

下記の 8 つの質問は、あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るためにうかがうものです。以下のそれぞれの質問について、もっともあてはまると思われるものの番号に○をつけてください。

1. 全体的にみて、過去 1 カ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

1	2	3	4	5	6
最高に良い	とてもよい	良い	あまり良くない	良くない	ぜんぜん良くない

2. 過去 1 カ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

1	2	3	4	5
ぜんぜん、妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり、妨げられた	体を使う日常活動ができなかった

3. 過去 1 カ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

1	2	3	4	5
ぜんぜん、妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり、妨げられた	いつもの仕事ができなかった

4. 過去1カ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

1	2	3	4	5	6
ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの 痛み	強い痛み	非常に 激しい痛み

5. 過去1カ月間、どのくらい元気でしたか。

1	2	3	4	5
非常に 元気でした	かなり 元気でした	少し 元気でした	わずかに 元気でした	ぜんぜん 元気でなかった

6. 過去1カ月間に、家族や友人とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

1	2	3	4	5
ぜんぜん、 妨げられ なかった	わずかに、 妨げられた	少し、 妨げられた	かなり、 妨げられた	つきあいが できなかった

7. 過去1カ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩まされましたか。

1	2	3	4	5
ぜんぜん悩ま されなかった	わずかに 悩まされた	少し 悩まされた	かなり 悩まされた	非常に 悩まされた

8. 過去1カ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨げられましたか。

1	2	3	4	5
ぜんぜん、 妨げられ なかった	わずかに、 妨げられた	少し、 妨げられた	かなり、 妨げられた	日常行う活動が できなかった

B. K6

過去30日の間に、どれくらいの頻度で（どれくらいひんぱんに）次のことがありましたか。

- 神経過敏に感じましたか。
1. 全くない 2. 少しだけ 3. ときどき 4. たいてい 5. いつも
- 絶望的だと感じましたか。
1. 全くない 2. 少しだけ 3. ときどき 4. たいてい 5. いつも

3. そわそわ、落ち着かなく感じましたか。
1. 全くない 2. 少しだけ 3. ときどき 4. たいてい 5. いつも
4. 気分が沈みこんで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか。
1. 全くない 2. 少しだけ 3. ときどき 4. たいてい 5. いつも
5. 何をするのも骨折りだと感じましたか。
1. 全くない 2. 少しだけ 3. ときどき 4. たいてい 5. いつも
6. 自分は価値のない人間だと感じましたか。
1. 全くない 2. 少しだけ 3. ときどき 4. たいてい 5. いつも

C. IES-R

下記の項目はいずれも、強いストレスを伴うような出来事にまきこまれた方々に、後になって生じることのあるものです。ご家族が亡くなられたことに関して、この1週間では、それぞれの項目の内容について、どの程度強く悩まされましたか。あてはまる番号に○をつけてください。

1. どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気持ちがぶりかえしてくる。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
2. 睡眠の途中で目がさめてしまう。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
3. 別のことをしていても、そのことが頭から離れない。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
4. イライラして、怒りっぽくなっている。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
5. そのことについて考えたり思い出すときは、なんとか気を落ち着かせるようにしている。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
6. 考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
7. そのことは、実際に起きなかったとか、現実のことではなかったような気がする。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
8. そのことを思い出させるものには近よらない。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に

9. そのときの場面が、いきなり頭にかんてくる。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
10. 神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきっとしてしまう。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
11. そのことは考えないようにしている。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
12. そのことについては、まだいろいろな気もちがあるが、それには触れないようにしている。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
13. そのことについての感情は、マヒしたようである。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
14. 気がつくとき、まるでそのときにもどってしまったかのように、ふるまったり感じたりすることがある。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
15. 寝つきが悪い。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
16. そのことについて、感情が強くこみあげてくることがある。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
17. そのことを何とか忘れようとしている。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
18. ものごとに集中できない。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
19. そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、どきどきすることがある。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
20. そのことについての夢を見る。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
21. 警戒して用心深くなっている気がする。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に
22. そのことについては話さないようにしている。
0. 全くなし 1. 少し 2. 中くらい 3. かなり 4. 非常に

D. ITG

あなたが最近の1ヶ月で感じていることにもっともあてはまる答えを、以下の各質問に関して一つだけ選び、□にチェックして下さい。文章中、空白になっている部分()は、あなたが失い、今も悲しんでいる人のことを指しています。なお、回答に迷われた場合は不明とせずもっとも近いと思うものを選んで下さい。

多くの質問で選択肢となっている回答の目安は以下のとおりです。

1. 「ほとんどない」=1ヶ月に1回あるか、それ以下
2. 「滅多にない」=1ヶ月に1回もしくはそれ以上あるが、毎週ではない
3. 「ときどきある」=週に1回もしくはそれ以上あるが、毎日ではない
4. 「しばしばある」=毎日1回くらいある
5. 「いつもある」=1日に何回もある

1. _____の死は、圧倒されるような、すさまじい体験だったと感じる。
ほとんどない □1
滅多にない □2
ときどきある □3
しばしばある □4
いつもある □5
2. _____のことをよく思い起こすので、普通にやっていたことができなくなる。
ほとんどない □1
滅多にない □2
ときどきある □3
しばしばある □4
いつもある □5
3. _____のことを思い出すと、気持ちが動揺する。
ほとんどない □1
滅多にない □2
ときどきある □3
しばしばある □4
いつもある □5
4. その死を受け入れることは難しいと思う。
ほとんどない □1
滅多にない □2
ときどきある □3
しばしばある □4
いつもある □5
5. 自分は_____のことを慕い、思い焦がれていると感じる。
ほとんどない □1
滅多にない □2
ときどきある □3
しばしばある □4
いつもある □5
6. _____に関連する場所やものごとに引き寄せられていくと思う。
ほとんどない □1
滅多にない □2
ときどきある □3
しばしばある □4
いつもある □5

7. _____の死に関して、怒りを感じずにいられない。
- ほとんどない 1
滅多にない 2
ときどきある 3
しばしばある 4
いつもある 5
8. _____の死は、どうしても信じられない気がする。
- ほとんどない 1
滅多にない 2
ときどきある 3
しばしばある 4
いつもある 5
9. _____の死について考えると、頭がガーンとしたり、呆然となったり、あるいはショックを受けたりする。
- ほとんどない 1
滅多にない 2
ときどきある 3
しばしばある 4
いつもある 5
10. _____が亡くなって以来ずっと、他人を信用できなくなった。
- 他人を信用することに困難はない 1
わずかに困難を感じることもある 2
少し感じる 3
強く感じる 4
どうにもならないほど強く感じる 5
11. _____が亡くなって以来ずっと、他人を気づかうことができなくなった気がする、あるいは思いやるべき人との間に距離を感じるようになった。
- 他人と親近感やつながりを感じることに困難はない 1
他人から切り離されたと、わずかに感じる 2
少し感じる 3
強く感じる 4
どうにもならないほど強く感じる 5
12. _____と身体と同じ部分が痛くなったり、いくつかの同じ症状がある、あるいは、ふるまいや特徴で自分が取り込んだものがある。
- ほとんどない 1
滅多にない 2
ときどきある 3
しばしばある 4
いつもある 5
13. _____が死んでしまったことを思い出させるものを避けるために、遠回りする。
- ほとんどない 1
滅多にない 2
ときどきある 3
しばしばある 4
いつもある 5
14. _____がいないと、人生は空っぽで、無意味なような気がする。
- 空虚さや無意味さを感じることはない 1
空虚さや無意味さをわずかに感じる 2
少し感じる 3
強く感じる 4
どうにもならないほど強く感じる 5

15. _____が私に話しかけてくる声が聞こえることがある。
- ほとんどない 1
滅多にない 2
ときどきある 3
しばしばある 4
いつもある 5
16. _____が私のすぐ前に立っている姿を見ることがある。
- ほとんどない 1
滅多にない 2
ときどきある 3
しばしばある 4
いつもある 5
17. _____が死んでから、感覚が麻痺してしまったように感じる。
- 麻痺したように感じることはない 1
麻痺したようにわずかに感じる 2
少し感じる 3
強く感じる 4
どうにもならないほど強く感じる 5
18. _____が亡くなったのに、自分が生きて行かねばならないのは不公平だと感じる。
- 自分が生き残っていると罪悪感を感じることはない 1
罪悪感をわずかに感じる 2
少し感じる 3
強く感じる 4
どうにもならないほど強く感じる 5
19. _____の死を、とても苦しく辛いものだと感じる。
- 辛さを感じることはない 1
辛さをわずかに感じる 2
少し感じる 3
強く感じる 4
どうにもならないほど強く感じる 5
20. 身近な人を亡くしたことがない人を、ねたましいと感じる。
- ほとんどない 1
滅多にない 2
ときどきある 3
しばしばある 4
いつもある 5
21. _____なしには、自分の未来には何の意味も目的もないように感じる。
- 未来に何の目的もないと感じることはない 1
未来に何の目的もないとわずかに感じる 2
少し感じる 3
強く感じる 4
どうにもならないほど強く感じる 5
22. _____が死んでからずっと、一人ぼっちだと感じている。
- ほとんどない 1
滅多にない 2
ときどきある 3
しばしばある 4
いつもある 5
23. _____なしには、人生が充実したものになるとは考えられない。
- ほとんどない 1
滅多にない 2
ときどきある 3
しばしばある 4
いつもある 5

24. その人が亡くなったときに、私の一部も死んでしまったと感じる。
- ほとんどない 1
 滅多にない 2
 ときどきある 3
 しばしばある 4
 いつもある 5
25. その死によって私の世界観は変わったと感じる。
- 世界観が変わったと感じることはない 1
 世界観が変わったと、わずかに感じる 2
 少し感じる 3
 強く感じる 4
 どうにもならないほど強く感じる 5
26. _____が死んでから、安全感や安心感が持てなくなったと感じる。
- 安全感には変化はない 1
 安全感がなくなったと、わずかに感じる 2
 少し感じる 3
 強く感じる 4
 どうにもならないほど強く感じる 5
27. _____が死んでから、自分自身をコントロールできているという感覚がなくなってしまったと感じる。
- 自分がコントロールできている感覚に変化はない 1
 自分がコントロールできていないと、わずかに感じる 2
 自分がコントロールできていないと、少し感じる 3
 強く感じる 4
 どうにもならないほど強く感じる 5
28. 悲嘆のために、社会的、職業的あるいは他の領域における自分の機能が、とても損なわれていると思う。
- 損なわれていない 1
 少し損なわれている 2
 やや損なわれている 3
 強く損なわれている 4
 とても強く損なわれている 5
29. その死から、とてもイライラしたり、過敏になっていたたり、些細なことで驚きやすくなった。
- イライラしていると感じることはない 1
 イライラしているとわずかに感じる 2
 少し感じる 3
 強く感じる 4
 どうにもならないほど強く感じる 5
30. その死から睡眠は……。
- 基本的に大丈夫 1
 少しだけ損なわれている 2
 やや損なわれている 3
 強く損なわれている 4
 とても強く損なわれている 5
31. こうした感情は、その人が亡くなってから何ヶ月たって始まりましたか。 _____ヶ月くらい
32. こうした感情を、何ヶ月くらい経験し続けていますか。 _____ヶ月くらい

33. 一旦は悲嘆の辛さを感じなくなったのに、こうした感情が再び生じたことはありましたか。
- はい
いいえ

34. 悲嘆の感情が時間の経過とともに、どのように変わっていったか具体的に記載して下さい。

E. あなたについて

1. 性別： 1. 男性 2. 女性
2. 年齢： _____ 才
3. 亡くなられた方とのご関係（亡くなられた方から見て）： _____
4. 現在、おひとり暮らしですか。 1. はい 0. いいえ
5. お仕事をされていますか、あるいは、学生ですか。 1. はい 0. いいえ
6. 今回の出来事が原因またはきっかけとなって生じた身体的、心理的な問題について、専門家に相談や治療を求めたことがありますか。 1. はい 0. いいえ

「はい」の場合、どのような問題が生じていましたか。

相談したり治療を受けたりしたことのある方は、以下のうちあてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 心療内科・精神科・神経科・メンタルクリニックなどの医師
2. 上記以外の医師（一般の内科、外科・眼科・耳鼻科・産婦人科など）
3. 臨床心理士・カウンセラー・心理療法家など
4. 保健師・精神保健福祉士（PSW）などの健康福祉に関する専門家
5. 看護師・ヘルパー・ケアマネージャーなど、訪問看護・介護サービスの専門家
6. 漢方医・整体師・鍼灸師などの補完・代替医療従事者
7. 住職・僧侶・神主・牧師などの宗教関係者
8. その他（ _____ ）

7. 自分の気持ちや思いをわかちあうことができる相談相手はいますか。 1. はい 0. いいえ
8. 健康調査の結果を希望されない場合は、右の□にチェックを入れてください。 □
9. このような取り組みに対するご意見やご要望、その他、ご感想などをお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。

お手数ながら、ご記入もれがないか、
すべての頁をもう一度お確かめください。

同意書・調査票は指定の回収用封筒に入れ、
封をした上でご返送ください。

本調査についてのお問合せ、その他のご相談は
下記までお願いいたします。

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2
兵庫県こころのケアセンター
TEL : 078-200-3010 FAX : 078-200-3017

担当：藤井 千太、青木 豊子

「遺族支援のための健康調査」(第2回) 結果のお知らせ

○ ○ △ △ 様

調査にご協力いただき、ありがとうございます。結果をお知らせしますので、ご自身の健康管理にお役立ていただければと思います。皆さまの心身の健康状態を4つの角度から測定しました。いずれも、心身の病気があるかないかを確定するものではなく、ご回答いただいた時点での「傾向」を表すものです。

I. 「うつ状態」について

今回のようなことあつと、不安で眠れない、疲れやすい、ごはんがおいしくない、集中力がなく物事を決められない、などの状態が生じることは、ある程度正常な反応とされています。しかし、その状態が長引いて生活にも支障を来たしてくるようであれば、治療が必要なことがあります。

あなたの「うつ傾向」は、	<input type="checkbox"/> 前回	<input checked="" type="checkbox"/> 今回	
	①	<input checked="" type="checkbox"/> ①	気分の落ち込みはありません
	<input checked="" type="checkbox"/> ②	②	気分の落ち込みが少しあります
	③	③	気分の落ち込みを認め、うつ気味です
	④	④	気分の落ち込みが強く、うつ傾向が目立ちます

II. 「衝撃的なできごとを経験したことによるストレス」について

頭が一瞬まっ白になるほど衝撃的で非日常的なできごとを経験した場合、とりわけ、強い恐怖や無力感をともなうような場合には、こころや身体に次のような変化が生じることがあります。

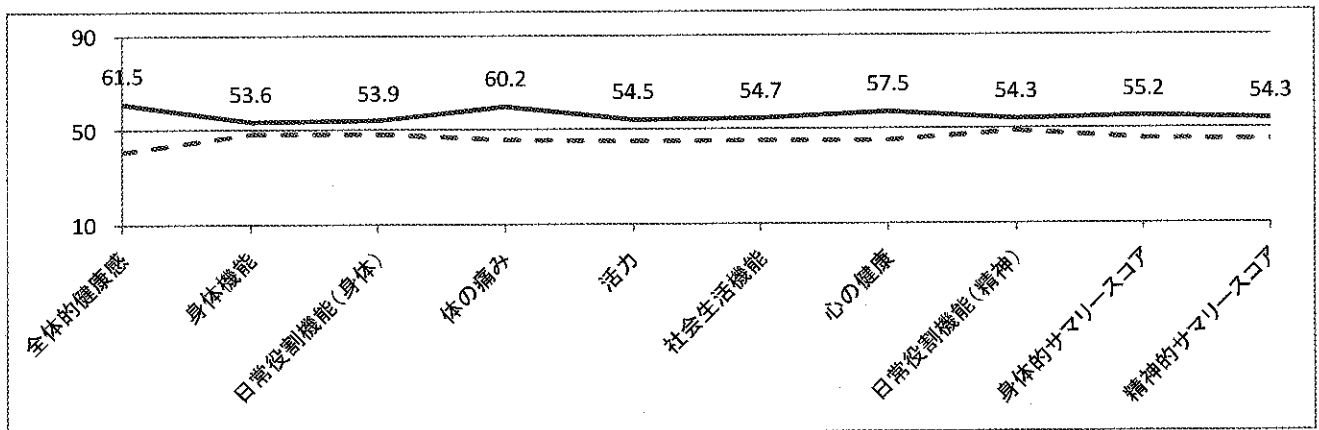
- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・胸がドキドキして息苦しい ・恐ろしい夢を見る ・その時の場面を鮮明に思い出す ・急に感情がこみ上げてくる ・イライラして落ち着かない | <ul style="list-style-type: none"> ・ささいな刺激にもおびえる ・死について考える ・周囲に霧がかかったような感じがする ・誰にも会いたくない ・物事に対して興味がわからない |
|---|---|

これらも、非常事態に対する心身の正常な反応であつて、一時的であれば問題ありません。しかし、3か月以上たつてもおさまらず、不安や恐怖がずっと続いて慢性的な睡眠不足や疲労の原因となっている場合や、人との交流を避けたりすることで社会生活にも影響がおよんでいるような場合には、治療が必要なことがあります。

あなたの「ストレス影響度」は、	<input type="checkbox"/> 前回	<input checked="" type="checkbox"/> 今回	
	①	<input checked="" type="checkbox"/> ①	ほとんど認められません
	<input checked="" type="checkbox"/> ②	②	ストレス反応が少し認められます
	③	③	ストレス反応がかなり認められます
	④	④	ストレス反応が強い状態です

III. 「健康に関する QOL (生活の質)」について

QOL とは、幸福感や満足度といった主観的な要素を重視し、多面的に人間の生命や生活の質を評価するものです。日本人の標準を 50 点とした時の、ご回答いただいた時点でのあなたの得点をお知らせします。得点が高いほど、より良い健康状態を意味します。前回の結果がある方は、点線 (---) で表示しています。



IV. 「悲嘆」について

大切な人との死別は苦悩をともなう体験です。自死による死別体験であれば、遺された人々のこころの中では怒り、悲しみ、後悔、自分を責める気持ちなど、感情のあらしが吹き荒れ、現実のことと受け止められない、亡くなった人について考えることに没頭してしまうなど、さまざまなこころの動きが起こります。それらの気持ちの整理が進まず、そのために最近の人間関係に好ましくない影響をおよぼし続けたりする場合には、治療を受けたり、わかちあいのグループに参加したりすることが役立つこともあります。もしよろしければ、同封のパンフレットをご覧ください。

あなたの「悲嘆」の程度は、 今回

- ① ほとんど認められません
- ② 悲嘆反応が少し認められます
- ③ 悲嘆反応がかなり認められます
- ④ 悲嘆反応が強い状態です

内容についてのお問合せ、その他ご質問等ございましたら、下記までご連絡ください。

長きにわたり健康調査にご協力をいただきありがとうございました。こちらからのご連絡は今回をもちまして終了とさせていただきますが、今後もしもご相談等ございましたら、どうぞご遠慮なくご連絡ください。

時節柄、お身体ご自愛ください。

兵庫県こころのケアセンター・相談室
〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2
Tel: 078-200-3010 (代) Fax: 078-200-3017
担当 :