

自殺により近親者を失った場合、事件や事故などの他の暴力的な死別と同様、通常の悲嘆反応の回復が妨げられ、長期慢性化、複雑化することがあるといわれている。そのため、自殺遺族に対するケアの必要性があると思われるので、その現状を把握し、課題を整理した。末尾に、遺族支援に当たる医療者の適性、岩手県における地域精神医療モデル、遺族に生じ得る代表的な精神的状態についての用語集を、それぞれ資料1, 2, 3として、さらに別途開催された有識者による検討会からの遺族ケアへの意見を添付した。

## はじめに

本研究の出発点は自殺遺族の受ける精神的な衝撃に対して本人が必要とする援助をしたいという動機に発するものである。下に述べるように自殺遺族は他の事例においては見られないような強い精神的衝撃を受け、一部にはそうした衝撃から立ち直ることが難しく、PTSD、複雑性悲嘆などの慢性的な病態を進展させる場合もある。しかしながら、こうした精神的衝撃への援助として、常にいわゆる心のケアが有効であるわ

けではない。精神的衝撃の内容を聞き出すことよりは、遺族本人が自然に回復できるような環境を整え、生活面での支援を行うことの方が有効な場合がある。

遺族は強いストレス状態にあり、ストレスに関連する心身の疾患はどのようなものも生じ得る。身体疾患の増悪も見逃してはならない。自殺の前にすでに疾病を抱えている場合はなおさらである。

また生活面でも不自由を感じることも多く、養育や介助を必要とする残された家族への注意がおろそかになったり、家事や育児などが重い負担に感じられることもある。

遺族への支援は、一人一人が置かれた状況に即して、本人がもっとも支援を必要としている事柄への援助を優先して行われるべきである。従って具体的内容は、生活支援のことも、心理的ケアのことも、医学的治療のこともある。

PTSD治療では、体験の内容を性急に短期間で聞き出すことはかえって病気を誘発することが知られている。善意の援助者が、かえって本人を傷つけることはしばしば見られるところである。援助をしようと思う者本人の適性や、感情の不安定さも常

に検討しなくてはならない。

## 遺族ケアの4本柱

### ①社会的啓発

悲嘆のプロセスに関する情報を提供したり、遺族ケアに関する活動をマスメディアで報道してもらうなど、遺族が相談希求行動をとれるようにする。また、対応にあたった職員による二次被害を防ぐために、職員の教育をするなど、対応窓口の整備も必要である。

### ②遺族へのアプローチ

積極型のケアと待ち受け型のケアがあり、それらをどう実践していくか。監察医務院や救命センターで、遺族ケアに関するリーフレットを渡すなどする。保健師の訪問活動や、病院から訪問看護の委託などで、遺族への支援をする。

### ③ケアの場の提供

医療機関、行政、自助グループなどがある。さまざまな機関の連携も必要である。

### ④ケアの内容

遺族が自殺をどう受容しているのかを踏まえた上での関わりを検討することが重要である。そのために、治療者の倫理、遺族

の多様性、自殺の捉え方を検討する必要がある。自殺に対する美化、過度な合理化は禁物である。また、次の自殺を防ぐ介入を行うことが、遺族自身が自殺を防げなかったという罪悪感を募らせてしまう可能性もあるので、この点も考慮しなくてはならない。

自殺遺族には、自殺の様態、状況、経緯、亡くなった方との家族関係等によって様々な感情があり、また実際に置かれた立場によって様々な生活上の困難がある。目に付きやすい特定の要素だけをとらえたり、一部の事例や理論的な先入見によって、性急に遺族支援の方策を議論することは慎むべきである。

## 自殺遺族の特徴

先行研究では、自殺遺族の悲嘆は、他の死別と比べて特殊性はないとの結論だが、一部で異論もある。Jordan は、以下の4点を自殺遺族の特殊性としてあげている。なお、用語については本文末尾の資料3を参照。

### ①死への直面の衝撃

自殺という形での死体の発見、検死への

立ち会い、唐突な死の告知などによって強い衝撃を受け、トラウマ反応を生じる。一部に PTSD を発症することがある。

#### ②自殺による死別による衝撃

死別反応一般に見られる罪責感、自責の念、拒絶感、見捨てられ感、怒りに加え、自殺という形式を防ぐことが出来なかったことに対する自責感が高まる。

#### ③死別者を取り巻く社会的変化

社会からの疎外感、スティグマ

#### ④家族システムに与える影響

絆の破綻、逆に絆が深まる、残された子供たちへの影響（将来のうつ、自殺の危険が高まる：自殺がもたらす模倣効果）

特殊性が出ない理由には、悲嘆の測定上の問題、比較対照が事故死などの心的外傷死別が多い、時間の経過とともに自殺による悲嘆の特殊性が失われる可能性などを指摘している。

また、自殺遺族は以下のような故人と同じリスクを共有している可能性もある。

① うつ病等による自殺の場合、血縁者が同じ遺伝子を持つ。

② 故人を自殺に追いつめた状況下に、家族が巻き込まれている可能性。

③ 故人と共通した性格の特徴（依存的、完ぺき主義など）：ストレス状況下での脆弱性など。

自殺遺族に対して、悲嘆反応のみならず、このような脆弱性へも焦点をあてた特別なケアの必要性があると思われる。

#### 自殺遺族の精神症状

一般に、悲嘆とうつ病の合併率は高いとわれているが、自殺遺族の調査ではうつ病の有病率は高くなく、PTSD 症状の遷延化をきたしている例が多くみられたと報告されている。PTSD 症状を呈する遺族では、症状を当然の状態として受け止める傾向があり、医療機関を受診するまでには至らないようである。この調査では、抑うつ状態や PTSD 症状を抱えながらも社会機能が保たれている遺族の存在が見いだされたが、そのような遺族であっても内面的には相当の苦悩を抱えている。一方、このような調査に協力が得られない遺族の中に、社会機能低下を伴う精神症状が潜在しているの可能性がある。

受診行動について、一般論としては、死亡した家族への罪責感や、死の衝撃、喪失

感のために、生き残った自分がケアを受けて楽になろうという発想を持つことが出来ない。そのために、必要な医療、福祉、社会的援助を受けることが遅れることが少なくない。

### 一般精神科医療における遺族ケア

精神科では、患者の病識が欠如していたり、長期にわたる闘病生活で家族が介護に疲れて援助を求めるなど、家族自身が医療者を訪れるケースが多く、他の診療科と比べ、家族と医療者との関わりが密接であることが特徴である。その経緯の中で、患者が自殺という転帰をとった場合、医療者に対して裏切りや怒りの感情を表したり、苦しみや悲しみを抑圧し続けて自傷行為を引き起こしたりすることがある。こうした心理的背景をよく理解して、ケアにあたる必要がある。

ケアにあたる際のポイントは以下の通りである。

- ① 遺族の訴えをよく聞き、悲しみをきちんと受け止め、相談にのるという保証を与える。
- ② 遺族にしっかり対応できるような知識、

技術、態度を身につける。

- ③ 様々な専門家（精神保健福祉士、保健師、臨床心理士など）と連携する。

十分な遺族ケアを行うためには、遺族外来を設けられるとよいが、現状ではそれを行っている医療機関は少ない。

### 地域医療との連携

遺族には様々な病態が生じる可能性があり、精神科医療機関、身体科かかりつけ医、研究機関相談窓口、法テラス、大学保健管理センター、ひきこもり家族教室、遺族会、保健センターなど、幅広い機関との連携が必要である。しかし、支援が周知される程、医療機関で治療困難な者を「自殺遺族」というくくりで一方向的に遺族会へ紹介するなど、不適切な紹介事例が生じる可能性も念頭において、行政相談をすすめていく必要性が示唆された。

### 医療者にとっての自助グループとの関わり

前述したとおり、遺族の怒りが精神医療従事者に向けられるケースも少なくないため、精神医療従事者が安易に自助グループに関わることは慎むべきである。精神医療

従事者が自助グループに関わる際の重要な点は、以下の4つである。

- ① 複雑性悲嘆や、二次的被害などを呈している参加者の治療。
- ② 自助グループの運営にあたっての相談、助言（例えば参加者や援助者間に葛藤や意見対立が生じた場合の対応など）。
- ③ いわゆる「燃え尽き症候群」に陥った援助者への専門的な対応。
- ④ 参加者、援助者への心理教育。援助者には、参加者の治療の要否を鑑別できるような教育を受けられるとよい。

#### 遺族ケアに関わる医療者の適性

現在、遺族ケアに関わる医療者の適性はほとんど検討されていないが、以下のことが要求される。

- ① 遺族に共感、共苦しつ、相手を固有の人格として認め、尊敬の念を持てること（プライバシーを守り、差別や偏見の目を持って遺族を見ないこと）。
- ② 現実検討力をもち、対人関係において適切な距離を保つことが出来ること。
- ③ 自分が限界ある存在であることへの気づきを有していること。

こうした特性は医師そのものの資質とも関わることである。今後、遺族ケアが精神医療のなかで重要な地位を占めるのであれば、入学試験に上記のような立場から人物適性評価を加えたり、精神神経学会における専門医認定の際にこのような評価を取り入れることも検討されて良い。

詳しくは本文末尾の資料1を参照のこと。

#### 地域精神保健医療における自殺遺族支援の取り組みについて

資料2に詳しく記したように、岩手県の自殺者遺族支援は、「いわて自死遺族支援モデル事業」と「自殺者遺族こころのケア支援事業」からなっており、地域精神保健医療資源を活用した自殺遺族ケアの1つのモデルを与えている。前者は岩手医大が、後者は精神保健福祉センターが担当している。遺族のこころのケア、後追い自殺の予防、保健所や市町村への支援方法の検討が目的であり、以下のことを行っている。

- ① 岩手県行政の自殺者遺族支援状況基礎調査：県内の保健所50機関へアンケート。40機関が「自殺者遺族支援の必要性を感じるが実施困難」と評価し、ま

た遺族ケアに対する意識と知識も十分ではなかった。

- ② 人材育成（教育・研究）：地域での自殺予防活動の中核となる担い手養成を目的に、保健師を対象とした講習会の開催。
- ③ 啓発普及：遺族ケアに関する意識、知識の向上を目的に、一般市民を対象としたフォーラムの開催、パンフレットの作成・配布。
- ④ 相談体制の整備：「自死遺族相談窓口」の開設（月1回）。医療が必要な遺族への対応。
- ⑤ こころのケア・ストレス対策：相談者同士の交流の場の確保。遺族への情報提供、自死遺族会の立ち上げ。

今後も技術講習会を企画し、担当者のメンタルヘルスも考慮したフォローアップ体制を整備する。同時に、自殺対策プロジェクトの4モデル保健所に遺族相談窓口を設置し、県内各地で遺族が支援を受けられるような全域での取り組みへの展開を予定している。

#### 倫理的配慮

①遺族が精神科への誤解や偏見を持っていたり、支援の展開に必要な「調査研究」が、遺族の支援への嫌悪感を惹起する可能性。

②「自殺」という語は、自分を殺したという意味から遺族に避けられ、「自死」の使用が希望されることも多い。また、「自殺予防」という語は、遺族にとって家族の自殺を防げなかったという自責の念をもたらす場合もある。用語の使用についての検討、配慮も必要である。

#### 死の告知

突然の死の告知は、遺族にとって、心の準備がないままに、面識のない人から、なじみのない場所で告げられるため、非常に大きな衝撃を与えられる。この告知が適切に行われないと、遺族の心理的混乱はさらに増大し、告知自体がトラウマ体験となり、悲嘆のプロセスが妨げられる場合もある。告知者は、忙しい業務の最中、こういった遺族の心理的混乱を支えつつ、死の状況を説明するという困難な役割であり、告知についての知識が必要とされる。告知にあたるのは、主に医療・警察関係者であるが、

死の告知についての知識を修得する機会が少ないのが現状である。

### 終わりに

今年度は自殺遺族支援、臨床の経験を有する精神科医の意見として、ガイドラインの作成や実際の臨床の上で留意すべき点を列挙し、全体の展望を得ることを試みた。次年度には、こうした骨格に基づいて具体的なガイドライン作成を進めると共に、より多くの臨床家の意見を取り入れて検討を重ねたい。

(資料1)

一般精神科医療における遺族ケア、医療者と自助グループとの関わり、遺族ケアに関わる医療者の適性について

研究協力者 平山正実 聖学院大学

### 1. 一般精神科医療における遺族ケア

(1) 一般医療においては、医療者と患者との関係が中心であるために、患者が亡くなった場合、医療者と遺族との関係は疎遠になることが多い。ところが、一般精神科医療においては、患者が精神疾患に罹患していても、当事者は病識が乏しく、直接自らが受診することは少ない。そのために、家族がまず相談に訪れることが多い。このように、一般精神科医療では、患者が生きている時から、他の医療とは異なり、精神医療従事者と家族が密接にかかわっていることが大きな特徴である。

そして、一般精神科医療においては、家族と精神医療従事者とが深い関係にあるだけでなく、家族は、患者が精神疾患の場合、闘病生活が長期間にわたることが多いため

に、病や介護に疲れ、精神のバランスをくずし、専門家のところへ援助を求めるケースが少なくない。このような経緯の中で、患者が、とくに自殺や事故死など不幸な転帰をとった場合、家族は、精神医療従事者に裏切られたという気持ちを持ち、怒りを表すことがある。また、その苦しみや悲しみを長期間にわたって抑圧し続けた結果、自傷行為を引き起こすことがある。精神医療従事者は、遺族のこうした心理的背景をよく理解して、ケアを行わなければならない。

(2) 遺族ケアにとって大切なことは、精神医療従事者がよく遺族の訴えを聞き、その悲しみをしっかりと受け止め、きちんと相談にのるという保証を与えることである。そのためには、ある程度の時間のゆとりが必要である。現在のような多忙な一般精神科臨床の現場では、十分な遺族ケアを行うことは困難である。できれば、遺族外来といった特別な時間枠や空間を設けるなどの工夫が必要である。

(3) 遺族の悲しみは、大別すると、正常

な悲嘆と病的悲嘆に分けられる。大多数の遺族は、正常な悲嘆にとどまり、専門家のケアが必要ないいわゆる病的悲嘆には至らない。遺族がケアを求めて精神医療従事者のもとを訪れた場合、正常な悲嘆は、決して異常でも病的なものでもなく、誰でもが体験する正常な反応であると述べ、悲しみのなかにある遺族をねぎらい、安心感を与えることが必要である。

しかし、専門家としての精神医療従事者は、治療が必要とみなされる病的悲嘆状態にある人々に対して、しっかり対応できるような知識、技術、態度を身につけていなければならない。もともと、正常な悲嘆と病的な悲嘆との境はあいまいで、鑑別が難しいケースも少なくない。精神医療従事者が、両者の境界ないし移行領域にある人々を自助グループに紹介したところ、精神的健康を回復したケースも多い。

(4) 遺族は、さまざまなニーズをもって一般精神医療従事者のもとを訪れる。これらのニーズに応えるためには、精神保健福祉士、治療家、保健師、カウンセラー、聖職者などとの連携が必要である。

(5) 一般精神科医療が対象とする主な疾患としては、統合失調症、躁うつ病、性格障害（日本の教科書では、人格障害と記されているが、ここでは、著者の考えにより、性格障害と改めて記す）などがある。

これらの精神障害の自殺率はだいたい10%前後であるといわれている。身内の自殺は、遺族にとって大きなストレスとなる。そのために、精神医療従事者は、自殺遺族のために特別な配慮をすべきである。そこで、精神医療従事者が、自殺遺族ケアを行うにあたって、注意しなければならない点について、触れておきたい。

a) 遺族の訴える悲しみに対して、抗うつ薬や抗不安剤など薬物療法のみで対処すべきではない。むしろ、自殺遺族の病的悲嘆は、薬物に反応しないことが多い。そこで、彼らに対しては、精神療法を主とする治療を行う。

b) 自殺は、他の喪失体験と異なり、遺族の罪責感の処理が大きな問題になる。精神医療従事者は、精神療法を行うなかで、罪責感を緩和させるために、適切な助言や具体的提言を行うことが望まれる。

c) 自殺の場合、とくに遺族が示す死別

反応が、心的外傷性ストレス障害（PTSD）の範疇に属する精神症状と類似するケースがあるとの指摘がある。このような事例については、特別訓練を受けた精神科医や臨床心理士が対応する必要がある。

## 2. 医療者と自助グループとのかかわり方

自助グループと精神医療とのかかわりについて、重要なポイントは、次の四つの点にまとめることができるように思う。

（1）自助グループに参加した者が、会に参加することによってさまざまな心の傷を受けることがある。このように心の傷を受けることを自助グループ参加者の二次的被害と定義する。この種の二次的被害は、参加者とスタッフのあいだで生ずる転移感情の処理がうまくいかなかったり、参加者同士で悲しみ比べをして傷つけあったりすることによって生ずる。

このほか、自助グループ参加者の受ける二次的被害のなかで、最も重要なものは、過去の忌まわしい死別体験に伴う記憶が生々しくよみがえり、心的外傷性ストレス障害の症状が現れる場合がある。

自助グループ内で、このような重い二次

的被害を受けた人や、自傷他害の恐れのある人が、一般精神科医療に従事する専門家のコンサルテーションを受けることは有益である。

（2）自助グループの参加者およびスタッフが性格障害的な傾向を有している場合、精神医療の知識や経験に基づいて適切な対応がなされる必要がある。このような人々は、「自分を悩まし、他人をも悩ます」だけでなく、集団の和を乱し、参加者の心を癒すどころか、かえって傷つけてしまう。

具体的には、自尊心が過度に強い人、万能感や顕示欲や自己愛が強い人、他者に対してすぐに攻撃的になったり、批判的になる人、劣等感が異常に強かったり、罪責感が強く自虐的になりやすい人、自己洞察力や現実検討識が乏しい人などは、集団のなかで協力し合って、自助グループに参加した人の心身の健康を回復、増進させることは困難である。このように、人を困らせ、自らも悩んでいる人に対して、精神医療従事者が助言したり相談にのることは意味がある。

（3）自助グループに参加する人を援助す

る立場にあるスタッフのなかには、精神的に燃え尽きてしまう人がいる。このような人は、悲嘆感情をもつ参加者に巻き込まれることにより、現実処理能力を失う。援助的仕事に従事する人々に、こうした、いわゆる燃え尽き症候群に陥る人が多い。彼らは、不眠、不安、焦燥感、抑うつ気分、意欲減退、感情面での枯渇（失感情）、怒りなどの症状が現れる。

このような人々に対しては、精神医療領域の専門家による精神療法的対応や助言が有効である。

（４）参加者およびスタッフのなかにおける精神医療従事者の立ち位置について述べる。冒頭でも述べたように、精神医療とのかかわりについていえば、亡くなった人たちは、長期間にわたって精神科医や臨床心理士の治療を受けている者が多い。そのような経緯のなかで、非業の死（とくに事故死や自殺）を遂げた場合、遺族の怒りは精神医療従事者に向けられるケースが少なくない。このような事情を考慮に入れると、精神医療従事者が、安易に自助グループにかかわることは慎むべきであろう。

しかし、自助グループに参加した者のなかには、前述したように、過剰な罪責感に囚われ、その悲しみから脱出できない人が多い。とくに死因が自殺の場合、その責任のすべては自分にあると考えている遺族が多い。ところが、自殺は、生物学的遺伝子の問題、対人関係や社会的要因によって生ずることが、客観的な精神医学的研究から徐々に明らかにされつつある。このような専門的知見を、精神医療に携わる専門家として、遺族に伝えることによって、彼らの罪責感が軽減される可能性がある。

こうした、いわゆる心理教育を、自助グループの参加者ならびにスタッフに授けるために、精神医療従事者が彼らに積極的にかかわることは意義がある。

### 3. 遺族ケアにかかわる医療者の感情について

遺族ケアに関して、医療者に求められる感性について述べる。

（１）遺族の人格の尊厳を損なわないようにすること。相手の人格を損なわないということは、心が傷つき、悲しんでいる遺族に共感、共苦しつ、相手を個有の人格と

して認め、尊敬することを意味する。

具体的には、遺族のプライバシーを守り、差別や偏見の目をもって彼らを見ないことが大切である。

(2) 遺族ケアを行うにあたっては、科学的精神、つまり真実や真理を徹底的に追究する姿勢をもつと同時に、相手に寄り添い、共鳴、共生する精神をもつこと、そして、この両者のバランス感覚をもつことが大切である。また、しっかりとした現実検討識をもち、対人関係において、適切な距離を保つことができることもバランス感覚のひとつであろう。

(3) 医療者は、自分が限界ある存在であることへの気づきを有していなければならない。万能感を排し、内省力や柔軟な心をもつことが、家族やグループ内の調整力を賦活化させ、いろいろな社会的資源のネットワークを構築したり、自助グループ内のまとまりを加速させる。

(4) ゆとりをもつことも治療者の重要な感性のひとつであると考え。遺族のケア

を行う場合、医療者は、彼らが身体的ニード、心理、精神的ニード、社会的ニード、スピリチュアルなニードなど、多様な要求をもっていることを知らなければならない。

そのような複雑な悩みをかかえる遺族に対して、医療者側は、心のゆとりをもつと同時に、時間的ゆとりをもつ必要がある。このようなゆとりをもつことができることも感性のひとつであると考え。多くの患者を短い時間にさばかなければならない医療者、あるいはそうしないと落ち着かない医療者は、遺族のこうしたさまざまなニードを汲み取ったり、気づくことができないであろう。

(5) 一貫性、連続性の大切さを認識し、遺族にかかわることができる感性をもつこと。亡くなった人と遺族のあいだには断絶がある。配偶者、同胞、親などの死は、過去を失うことであり、子どもの死は未来を失うことであるといわれる。

いずれにしても、死によって、生者と死者とは分断される。医療者として精神医療従事者は、遺された者と亡くなった者とのあいだに生じた深い溝に対して、架橋する

役割を果たさなければならない。つまり、このような専門家は、遺族と死者とのあいだでいったん終結した物語を再構築し、一貫性と連続性をもった新しい物語（story）を再創造し、ひとつの歴史(history)を形成するように促す感性をもつ必要がある。

（まとめ）

#### （1）遺族ケアの現状

(a) 一般精神科医寮の中で、遺族に特化し、専門的にケアを行っている機関は少ない。わずかに、精神腫瘍科外来を専攻する精神科医や心療内科において心療内科医が、遺族ケアを行っている。また、クリニックの外来において、試験的に遺族外来を行っているところが散見される。なお、精神保健センターの精神科医が、遺族ケアにかかわっているところもある。

#### (b) 医療者と自助グループとの関係

自助グループの顧問として、精神科医がかかわっているところでは、自助グループの援助者が、参加者の中で病的悲嘆に陥り、専門的治療が必要である

とみなしたケースを精神科専門医に紹介している。

#### (c) 遺族ケアに関わる医療者の適性について

現在では、遺族ケアに関わる医療者の適性について、ほとんど検討されていない。しかし、亡くなった方が、生前、患者として医療者にかかわっているケースが多いので、遺族は、結果責任を問い医療者に対して、恨みを持つことが少なくない。従って、こうした事例に備えて、医療者の適性が重視されよう。

#### （2）遺族ケアを行うにあたっての対応策

(a) 一般精神科医寮の中で、遺族ケアが行われるためには、一般の医療者、自助グループ、地域の精神保健センター、教会、寺院、葬儀専門家等とネットワークを組み、病的悲嘆に陥っている人々を専門家に紹介するシステムを検討する必要がある。

(b) 医療者と自助グループの関わり

遺族ケアを行うための社会的資源となりうる人々に対して、精神科医は、相談に訪れる人々が、病的悲嘆の故に専門的治療が必要であるか否かを鑑別することができるようになるための心理教育を授ける必要がある。

(c) 遺族ケアに関わる医療者の適性について

医療者の適性については、入学試験の中に人物適性評価を加えたり、精神神経学会において専門医認定の際の評価、家族からの医療者に対する評価などを取り入れることなどの方法が考えられる。

(3) 今後の研究

(a) 遺族ケアを行う際、専門家に紹介するケースと、自助グループでケアするケースと、専門家も自助グループもケアをす  
る必要がないケースを鑑別するスケールを開発する必要がある。(死別反応を伴う病的悲嘆と正常な悲嘆の識別)

(b) 遺族ケアは、個人療法や集団療法、電話相談、チーム・ミーティング、家族療法、コミュニティ・ミーティングなど、複数の治療法を組み合わせることによって、優れた効果をあげることが可能であると思われる。今後は遺族に対してこれらの治療法の効果を検証すると共に、どのような組み合わせが最も効果的であるか検討する必要がある。

(c) 遺族ケアを行うにあたって、入院治療がよいのか外来治療がよいのか、あるいはデイケアがよいのか、自助グループがよいのかといった、参加者を受け入れる「場」の問題も実証的に比較検討する必要があるだろう。

(資料2)

## 岩手県精神保健福祉センターにおける 自殺者遺族支援

研究協力者 黒澤美枝

岩手県精神保健福祉センター

### I. 自殺者遺族こころのケア支援事業について

岩手県の自殺者遺族支援は、「岩手医科大学委託：いわて自死遺族支援モデル事業」と「自殺者遺族こころのケア支援事業」からなる。前者は自殺の実態調査（心理学的剖検法など）により今後の自殺対策の基礎資料を得る事と、支援ネットワークづくり（13機関：岩手医大、岩手県障害保健福祉部、精神保健福祉センター、盛岡保健所、盛岡市保健センター、岩手県警察本部、盛岡消防本部、盛岡市医師会、岩手県弁護士会、岩手県消費者信用生協、盛岡いのちの電話、岩手検案医会、自死遺族会）を目的としている。後者は岩手県精神保健福祉センターが担っており、遺族のこころのケア・後追い自殺の予防、及び保健所や市町

村への支援方法の検討を目的として、1.

岩手県行政の自殺者遺族支援状況基礎調査、  
2. 人材育成、3. 啓発普及、4. 相談体制の整備5. こころのケア・ストレス対策を実施している。

### 1. 岩手県行政の自殺者遺族支援状況基礎調査

岩手県内の保健所市町村全 50 機関への自殺者遺族支援方法の検討を目的に、担当者へ自殺者遺族ケアの支援状況について無記名自記式アンケート調査を実施した（回収率 100%）<sup>1)</sup>。結果、自殺者の遺族支援を行っているのは7機関で、「支援の必要性を感じるが実施困難」と40機関が評価しており、その主な理由は「技術不足」「スタッフ不足」「自殺対策事業が進んでいない」などであった。「遺族支援に不安を感じる」とした38機関の主な不安内容は「スーパーバイザーの確保」「遺族を却って傷つけそう」「自分自身のメンタルヘルスマネジメント」であった。また、遺族に起こりうる反応（怒り、否認、抑うつ、自責感、悲嘆、無関心、不安焦燥、侵入、回避、過覚醒、記念日反応、

ASD,PTSD)について全て理解していたのは7機関の回答者にすぎず、現時点において当県行政の遺族ケア担当者のケアに対する意識と知識は必ずしも十分とはいえなかった。

## 2. 人材育成 (教育・研修)

地域での自殺予防活動の中核となる担い手(「自殺予防活動エキスパート指導者」)養成を目的に、県内保健所の保健師13名を対象として自殺一次、二次、三次予防手法に関する技術講習会を2006年は2回実施した。対象者の市町村への地域展開の状況については現在フォロー中である。

## 3. 啓発普及

遺族ケアに関する意識と知識の向上を目的としたフォーラムを2006年9月10日に開催し344人の住民の参加を得ている。またパンフレット(3000部)を作成し、行政機関やネットワーク機関窓口を設置、講演会、研修会で配付している。

## 4. 相談体制の整備

岩手県内在住の自殺者遺族(家族・親族を自殺で失った者)を対象に、2005年8月から県央の盛岡に位置する岩手県精神保健福祉センター内で「自死遺族相談窓口」を月1回開設した。2005年8月から2006年12月までの窓口利用はのべ89件(実利用者44人)であった。

(1) 自殺者遺族相談窓口企画上の課題  
相談経緯は、紹介やマスコミを見て来所した者よりもパンフレットを見て来所に至ったものが少なく、パンフレットの配布時期と場所の検討が必要と考えられた。また相談者は女性に偏っており、相談日の設定が平日午後であることが影響したと推察され、勤労者や男性遺族への配慮が課題である。岩手県は他県間と物理的距離があるにも関わらず、県外居住者からの相談は10件あった。これは県内外の「遺族支援活動グループの不足」<sup>2)</sup>と、「他県の方が人目を気にせず相談しやすい」という相談者心理の可能性があり、いずれにしても県域を越えた共同の取り組みが今後求められる。

## (2) 相談対応と地域連携上の

## 留意点

相談者の中には、身体的不調を訴える者、病的悲嘆を示す者や精神障害の再燃(病的賭博、統合失調症など)により医療が必要な者がおり遺族に様々な病態が生じる可能性が示唆された。相談者以外の家族の問題が主たる相談テーマの場合も多く柔軟なネットワークが求められた。

地域連携では、紹介先(精神科医療機関、身体科かかりつけ医、研究機関相談窓口、法テラス、大学保健管理センター、ひきこもり家族教室、遺族会、保健センター)と、当窓口への紹介機関(精神科医療機関、遺族会、保健センター、法律事務所)との連携が必要となり、結果的には、当ネットワーク構成 13 機関を超える連携が必要となった。また、薬物療法が優先的と思われる未治療の急性期うつ病患者が医療機関から遺族会への紹介目的で窓口を来所するという不適切な事例もあった。支援が周知される程、医療機関で治療困難となっている者を「自死遺族」というくくりで一方向的に遺族会へ紹介するなどの不適切な紹介事例が生じる可能性も念頭において行政相談をすすめる必要性が示唆された。

相談者には危機介入的対応や家族の死亡から6ヶ月以内の来所者で見守りやフォローといった対応への配慮が必要となる場合もある。担当者の継続的支援やその際の代理受傷、二次的ストレスを防ぐためには、チームによる対応が必要である。

## 5. こころのケア・ストレス対策

月一回の相談窓口開設日に相談者同士の交流の場(こころサロン)をセンター内に確保した。こころサロンでは、遺族への情報提供を行い、自死遺族会(りんどうの会)の立ち上げに協力した。平成17年8月~18年12月までにこころサロンは23回、りんどうの会例会は7回開催されており、17人の参加がある。

## II. 必要となる倫理的配慮

2006年11月には国立精神・神経センターで精神保健福祉センター職員を対象とした自殺者遺族支援研修会モデルの開発検討がなされており、遺族支援への地域精神保健福祉センターの役割が期待されている。

精神保健福祉センターによる支援活動は、精神保健福祉法六条<sup>3)</sup>の運営要領に定められる業務（精神医療審査会の審査事務や通院医療費、保健福祉手帳判定等の業務の他に、精神保健福祉相談、調査研究、普及啓発、組織育成、企画立案、技術指導及び技術援助、人材育成）の文脈で実施されるのはいうまでもない。しかしながら自殺者遺族がセンターでの支援や「精神保健福祉相談」を受けるよう他機関から紹介された際には、遺族が精神障害やセンターへの誤解や偏見を持っている場合、家族を自殺で失うという辛い体験に加えて精神医学の対象にされたという嫌悪感を持ち、その結果支援拒否を示す可能性もある。遺族の意にそぐわない支援を避け、二次外傷への注意、守秘義務やプライバシーの尊重が不可欠であるのはいうまでもないが、事業は多くの機関や人々の関わりの中で実施される為、各方面への倫理的配慮が必要になる。

当窓口は、岩手医大委託心理剖検研究事業のネットワークと連携して推進している。遺族への「調査研究」は支援の展開には必要であるが、対象となる当事者の嫌悪感を惹起させるため、Beauchamp<sup>4)</sup>の生命医学倫

理の原則を援用すれば、研究者の誠実性の尊重と当事者への無危害の尊重との折り合いへの配慮が立ち上げ当初遺族との関わりで必要となった。又、自殺対策基本法をはじめとする法や行政文書で用いられている「自殺」の語は「自分を殺した」という意味から遺族に避けられ、「自分で選択した死」として「自死」の使用が希望される事も多い。規定の用語を使用する公的立場の誠実性の尊重と、自律性の尊重<sup>4)</sup>や遺族感情への無危害との配慮がパンフレット作成の際に問題となった。同様に、「普及啓発」の際使用される「自殺予防」という語は、保健活動者にとってその使用と活動実践は誠実性の追及に他ならないが、遺族にとっては、なぜ自分が家族の自殺を防げなかったのかという自責の念をもたらず場合もあり、これも無危害の尊重への配慮を必要とする問題である。

また「組織育成」では、当事者単独の自助会としての遺族会運営は現実的には課題や困難が伴う事も多く<sup>2)</sup>、自律尊重といわゆる恩恵<sup>4)</sup>とのバランスが支援者の課題となった。

### Ⅲ. 今後の対応

精神保健福祉センターの役割については各自治体の体制によって、例えば医療センターと併設している精神保健福祉センターなど規模や中核となる機能が異なる為、遺族支援への取り組み手法や果たす役割は様々になると思われる。

当県センターの場合は、その取り組み手法は精神保健福祉相談や窓口を軸とした組織育成、啓発、研修とした。今後はセンターでの支援課題と地域遺族支援担当者の現状<sup>1)</sup>を踏まえて、2007年以降も技術講習会を企画し、支援に不安を感じる担当者のメンタルヘルスも考慮したフォローアップ体制を整備する。同時に自殺対策プロジェクトの4モデル保健所（一関、北上、久慈、二戸）に遺族相談窓口を設置し県内各地で遺族が支援を受けられるような全域での取り組みへの展開を予定している。また研究課題としては、県心理剖検調査や医療機関における診断と治療方法の整理への協力、自殺多発家族や集積地域の分析、遺族会などストレス対策の手法の検討、行政各機関毎（保健所・市町村センター・警察など）

の役割に応じた遺族支援方法の蓄積や臨床倫理検討などが必要と考えられた。

### Ⅳ 文献

- 1) 長澤裕美子, 黒澤美枝, 坂田清美, 丹野高三. 岩手県行政における自殺者遺族支援状況について. 岩手公衆衛生学会誌 2007 ; in press.
- 2) 清水新二. 遺族および民間の地域サポート活動に関する社会心理学的研究—自死遺族サポートグループの展開と課題に関する研究—. 平成16年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書 2005.
- 3) 精神保健福祉研究会監修 改定第二版精神保健福祉法詳解. 東京：中央法規出版 2004
- 4) Tom L. Beauchamp and James F. Childress : Principles of Biomedical Ethics, Third Edition New York : Oxford University Press, 1989. 永安幸正, 立木教夫監訳. 生命医学倫理. 東京：成文堂, 1997;

(資料3)

悲嘆反応、複雑性悲嘆、うつ病、外傷後  
ストレス障害

### 悲嘆反応

悲嘆反応とは、親密な人を亡くした場合に生じる、正常な感情反応である。一般的な悲嘆反応は、「心の麻痺」が死者への「切望」に替わり、「混乱と絶望」の時期を経て「回復」へ至るとされている。DSM - IV では、死別反応という用語が用いられ、「臨床的関与の対象となることがある他の状態」として記述されている。それによれば、死別反応とは愛する人の死に対する反応である。その一部として、大うつ病エピソードの診断基準を満たすものもあるが、抑うつ症状が2ヶ月を超えて持続するか、または著明な機能の障害、罪悪感（死に際して、生き残った人が取ったまたは取らなかった行動以外の事柄に関するもの）、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮（生き残った人が、自分が死んだ方がよかった、または亡くなった人と一緒に死ぬべきだったと考えること以外のもの）、精神病性症状（喪失

体験と関連のない幻覚妄想など）、著しい精神運動制止などを認めた場合、大うつ病エピソードと診断する。

### うつ病

DSM - IV によると、大うつ病エピソードの基本的特徴は、抑うつ気分または、ほとんどすべての活動における興味または喜びの喪失のいずれかが存在し、この他に、食欲・体重の変動、睡眠障害、精神運動性活動の変化(焦燥、制止)、気力の減退や易疲労性、無価値観や罪責感、思考力・集中力の低下や決断困難、死についての反復的な思考や自殺企図などの症状のうち、少なくとも4つを体験していなければならない。これらの症状が、1日の大部分、ほとんど毎日、少なくとも2週間続いており、臨床的に著明な苦痛を伴うか、社会的、職業的、または他の領域の機能の障害を伴っている場合に、大うつ病エピソードと診断される。

### 複雑性悲嘆

死別状況（突然の予期できない死や、事件・事故・自殺などの暴力的な死など）、遺族と故人との関係（子どもの死、配偶者の