

福岡大学病院救命救急センターに搬送された 自殺企図者の家族支援に関する研究 —横断的研究—

原田康平、衛藤暢明、本田洋子、河野直子、吉村裕太、吉良健太郎、
吉良優香、大串佑馬、松尾真裕子、西村良二
福岡大学医学部 精神医学教室

<要 旨>

福岡大学病院では平成 18 年度から救命救急センターへ搬送された自殺企図者およびその家族の支援を精神科リエゾン医が行ってきた。自殺企図者の家族は場合によってはうつ病、不安障害、PTSD (心的外傷後ストレス障害)、群発自殺 (いわゆる後追い自殺) など重篤な反応が起こることがある。今回の研究では「自殺企図者の家族のなかでも (1) 第一親等、(2) 第一発見者、(3) 精神科受診歴のあるもの、(4) violent な手段を用いた自殺企図者の家族、にあてはまる家族がそうでない家族よりも重篤な反応を示す」という仮説を検証した。平成 25 年 5 月から平成 26 年 4 月までの 12 ヶ月間に福岡大学病院救命救急センターに入院した自殺企図者の家族を対象として調査を行った。期間中に搬送された自殺企図者 61 名 (自殺未遂者 47 名、自殺既遂者 14 名) の家族 (自殺未遂者の家族 95 名、自殺既遂者の遺族 23 名) のうち、研究の同意を得た自殺未遂者の家族 72 名 (男性 29 名、女性 43 名、平均年齢 48.5 ± 17.6 歳) を対象とした。なお、今回は自殺既遂者の遺族からは参加の同意を得られなかった。

救命救急センターに搬送された自殺未遂者の家族においては、直後の精神症状としては第一親等・第一発見者・violent な手段を用いた家族に重篤な反応が出るために注意を向ける必要性が示唆された。

<キーワード>救命救急センター、自殺企図、家族支援、心理教育

【はじめに】

近年わが国の自殺者は過去に例を見ない程に増加し、平成 10 年以降平成 24 年にかけて 15 年に渡り年間 3 万人を越えていた¹⁾。また統計上明らかになっている自殺者数に対して、その 10 倍から 25 倍の自殺未遂者がいると考えられることや、1 人の自殺者に対し、深刻な精神的影響を受ける人々が少なくとも 5 人はいるとされていることから、自殺者の増加は重大な社会問題といえる。

自殺予防の分野でポストベンションという言葉がよく使われる²⁾。自殺は、死にゆく人々

だけの問題にとどまらず、遺された家族や知人にも深い心の傷を負わせかねない。ポストベンションとは、自殺が起きた後に、遺された人に及ぼす影響を最小限度にするためにこころのケアを行うことを指している。平成 21 年 3 月に厚生労働省より自殺者の家族への支援の指針が出されるなど近年わが国でも報告を見るようになったばかりであり十分なサポート体制が整っているとは言い難い³⁾。家族の自殺という突然の出来事の中、混乱し孤立する遺族がサポート先につながる、フォローアップされる

ということが重要になってくる。遺された人びとに起こりうる反応として、時間の経過とともに自然と軽快してくるものから、不安障害、うつ病、PTSD（心的外傷後ストレス障害）など医療機関での治療へとつなぐことが必要な重篤な反応まである²⁾。

また、自殺未遂者の家族においても同様の反応があることが臨床的には実感される。そういった重篤な精神症状を呈するハイリスクな家族の特徴について、実証的な研究は十分な調査がなされていない。

救急医療体制が整備されたことにより、救命救急センターにおける自殺未遂患者・既遂患者は増加しており、精神科的な治療やケア目的での精神科リエゾンサービスによる治療介入が十分かつ適切に行われることが求められる。我が国において、自殺未遂者や既遂者の家族に対する調査はほとんど行われていない。現状では、自殺企図者の家族という支援が必要な集団がいるにもかかわらず、適切な支援体制が確立されていない。

福岡大学病院では平成18年から救命救急センターへ搬送された自殺企図者およびその家族の支援を精神科リエゾン医が行ってきた。自殺企図者の家族は場合によってはうつ病、不安障害、PTSD（心的外傷後ストレス障害）、群発自殺（いわゆる後追い自殺）など重篤な反応が起こることがあるが、適切に介入を行えばそういった重篤な反応を最小限に留めることができるのではないと思われる。

平成18年に内閣府により制定された自殺対策基本法を受けて平成19年に内閣府が策定した自殺総合対策大綱（平成24年に改訂）では、9つの施策が強調されている⁴⁾。その中に「7.

自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ（2）家族等の身近な人の見守りに対する支援」「8. 遺された人への支援を充実する」が掲げられており、国家的にも自殺企図者の家族支援を推進している。

そこでこの研究では福岡大学病院救命救急センターに搬送された自殺企図者の家族の精神状態を評価し、精神状態悪化のハイリスクとなる要因を同定することを目的とする。今回の研究の仮説は「自殺企図者の家族のなかでも（1）第一親等、（2）第一発見者、（3）精神科受診歴のあるもの、（4）violentな手段を用いた自殺企図者の家族、のいずれかにあてはまる家族がそうでない家族よりも重篤な反応を示す」である。この検証により自殺企図者の家族のサポートやマネジメントに関して一定の方向性を示すことができると期待される。母集団に限界があるが、国内での同種の研究は極めて乏しく、その意義は大いにあると考えられる。

【対象と方法】

1. 対象

平成25年5月から平成26年4月までの12ヶ月間に福岡大学病院救命救急センターに入院した自殺企図者の家族を対象として調査を行った。期間中に搬送された自殺企図者61名（自殺未遂者47名、自殺既遂者14名）の家族（自殺未遂者の家族95名、自殺既遂者の遺族23名）のうち、研究の同意を得た自殺未遂者の家族72名（男性29名、女性43名、平均年齢48.5±17.6歳）を対象とした。今回の研究においては自殺既遂者の遺族の参加を得ることが困難であった。自殺既遂者の遺族23名のうち、研究の同意が得られたのは1名のみであ

った。その1名は自殺未遂者の家族とは特性が異なると考え今回の解析対象には含めなかった。

2. 方法

専用の調査票を用いて、自殺企図者の自殺企図手段 (violent か non-violent か)、転帰などの項目を調査した。また、自殺企図者の家族について、自殺企図者との関係 (第一親等)、第一発見者もしくは救命処置を行ったか、精神的既往などを調査した。

自殺企図手段についてはいくつかの分類方法があり、諸外国では国際疾病分類第9版 (ICD-9)、第10版 (ICD-10) が用いられているが、Dumais ら⁵⁾は、自殺企図手段の侵襲度から ICD-9 分類を基にして non-violent 群と violent 群の2群に分けて、自殺行為の特徴を論じている。当救命救急センターは3次救急医療機関であり、搬送されて来る企図者は救命処置なしでは既遂に至る可能性のきわめて高い重症自殺企図者であるため、多くが飛鳥井⁶⁾による手段自体の生命的危険性と身体的重症度の高い絶対的危険群と言える。よって、当センターへの搬送者を対象とする本研究では侵襲度分類 (non-violent 群、violent 群) の方が妥当であると考え、Dumais ら⁵⁾の研究に倣って non-violent な手段は薬物 (市販薬、処方薬)・中毒 (農薬、家庭用洗剤、ガスなど) とし、violent な手段は薬物・中毒以外の手段全てを指すこととした。

これと合わせて、以下の3種類の評価スケールを用いたが、いずれも本邦において信頼性、妥当性の十分な検討を経たものである。

(1) 不安症状の評価 State-Trait Anxiety Inventory : 新版 STAI 状態-特性不安検査日本

語版

(2) 抑うつ症状の評価 Self-rating Depression Scale : うつ性自己評価尺度日本語版

(3) 心的外傷性ストレス症状の評価 Impact of Event Scale-Revised : 改訂出来事インパクト尺度日本語版

(1) 不安症状の評価

State-Trait Anxiety Inventory (以下 STAI と略す) は Spielberger らが開発したものを水口らが翻訳した「状態不安」と「特性不安」を測定する自記式質問紙である⁷⁾。「状態不安」とは心理的ストレスを受けた際に短時間で誘発される不安状態を指し、この検査では「全くちがう」「いくらか」「まあそうだ」「その通りだ」の4段階の程度のうちで今現在の気持ちにもっともよく当てはまるものに丸をつけて評価される。今回の研究では、自殺企図という事態に応じて起こった家族の不安を測定するために「状態不安」を使用した。「状態不安」は20項目から構成されており、各選択肢の1-4点を合計し、総合得点は最低20点から最高80点である。

(2) 抑うつ症状の評価

Self-rating Depression Scale (以下 SDS と略す) は Zung らが開発したものを福田らが翻訳した抑うつ性尺度を測定するための自記式質問紙である⁸⁾。20項目から構成されており、「ないかたまたま」「ときどき」「かなりのあいだ」「ほとんどいつも」の4段階の程度のうちで当てはまるものに丸をつける。各選択肢の1-4点を合計し、総合得点は最低20点から最高80点である。20-39点が正常、40-47点が軽度うつ状態、48-55点が中等度うつ状態、56

点以上が重度うつ状態を示すと言われている。

(3) 心的外傷性ストレス症状の評価

Impact of Event Scale-Revised (以下 IES-R と略す) は旧 IES (Horowitz et al, 1979) の改訂版として、Weiss らが開発したものを飛鳥井らが翻訳した心的外傷性ストレス症状を測定するための自記式質問紙である⁹⁾。侵入症状 8 項目、回避症状 8 項目、過覚醒症状 6 項目の計 22 項目より構成されている。回答は 0. 全くなし、1. 少し、2. 中くらい、3. かなり、4. 非常に、の 5 段階の程度のうちで当てはまるものに丸を付ける。各選択肢の得点 0-4 点を合計し、尺度全体ないし下位尺度ごとの得点とする。侵入症状は 0-32 点、回避症状は 0-32 点、過覚醒

症状は 0-24 点、合計得点は 0-88 点で評価し、カットオフは合計得点 24/25 点である。

具体的な手順としては、救命救急センター搬送後可能な限り早急に家族と面談を設定し、専用の調査票を用いた情報収集や心理学的評価を行った。

3. 統計学的検定

主要項目である自殺企図者の家族の精神状態 (STAI、SDS、IES-R) に関して、第一親等であるか否か、第一発見者か否か、精神科既往の有無、自殺企図手段が violent であるか non-violent であるか、それぞれについて t 検定を行った。

【結果】

表1 第一親等とそれ以外での比較

	第一親等 N=52		非第一親等 N=20		t値	p値	
	M	SD	M	SD			
STAI 状態不安	54.8	9.7	48.2	9.5	2.622	*	0.011
SDS	43.5	7.5	40.9	8.0	1.317	n.s	0.192
IES-R 合計	29.0	13.8	21.9	13.1	2.002	*	0.049
侵入症状	11.2	5.9	8.3	4.2	2.044	*	0.045
回避症状	11.1	6.7	8.5	5.2	1.578	n.s	0.119
過覚醒症状	6.7	3.8	5.2	5.0	1.476	n.s	0.144

† p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01

1. 第一親等 (表 1)

第一親等 (52 名) は非第一親等 (20 名) よりも STAI・状態不安 (54.8 ± 9.7 , 48.2 ± 9.5 , $t=2.622$, $df=70$, $p<.05$)、IES-R・合計 (29.0

± 13.8 , 21.9 ± 13.1 , $t=2.002$, $df=70$, $p<.05$)、IES-R・侵入症状 (11.2 ± 5.9 , 8.3 ± 4.2 , $t=2.044$, $df=70$, $p<.05$) について有意に高い得点を示していた。

表 2 第一発見者とそれ以外での比較

	第一発見者 N=22		非第一発見者 N=52		t値	p値
	M	SD	M	SD		
STAI 状態不安	56.8	9.7	51.3	9.8	2.173	*
SDS	44.2	8.9	42.2	7.1	1.012	n.s
IES-R 合計	30.8	14.9	25.4	13.2	1.516	n.s
侵入症状	12.0	5.9	9.7	5.4	1.655	n.s
回避症状	11.5	6.7	9.9	6.1	1.023	n.s
過覚醒症状	7.2	4.6	5.9	3.9	1.254	n.s

† p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01

2. 第一発見者 (表 2) t=2.173, df=70, p<.05) について有意に高い
 第一発見者 (22 名) は非第一発見者 (50 名) 得点を示していた。
 よりも STAI・状態不安 (56.8±9.7, 51.3±9.8,

表 3 精神科既往のある者とない者での比較

	精神科既往あり N=9		精神科既往なし N=63		t値	p値
	M	SD	M	SD		
STAI 状態不安	53.4	13.5	52.9	9.6	0.141	n.s
SDS	43.9	9.7	42.7	7.4	0.451	n.s
IES-R 合計	27.2	18.7	27.0	13.2	0.035	n.s
侵入症状	10.2	5.7	10.4	5.6	0.087	n.s
回避症状	9.6	8.0	10.5	6.1	0.417	n.s
過覚醒症状	7.4	6.0	6.1	3.9	0.878	n.s

† p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01

3. 精神科既往歴 (表 3) 歴のない者 (63 名) は STAI、SDS、IES-R はず
 精神科既往歴のある者 (9 名) と精神科既往 れも有意差を認めなかった。

表 4 violent な手段と non-violent な手段を用いた自殺企図者の家族での比較

	violent N=41		non-violent N=31		t値	p値
	M	SD	M	SD		
STAI 状態不安	53.7	10.5	52.0	9.4	0.710	n.s
SDS	43.1	7.9	42.4	7.5	0.432	n.s
IES-R 合計	29.3	14.7	24.1	12.4	1.580	n.s
侵入症状	11.7	6.0	8.7	4.5	2.307	*
回避症状	10.8	6.8	9.8	5.8	0.635	n.s
過覚醒症状	6.8	4.6	5.6	3.5	1.235	n.s

† p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01

4. 自殺企図手段 (表 4) 企図者の家族 (31 名) よりも IES-R・侵入症状
 violent な手段を用いた自殺企図者の家族 (11.7±6.0, 8.7±4.5, t=2.307, df=70,
 (41 名) は non-violent な手段を用いた自殺 p<.05) について有意に高い得点を示していた。

【考察】

高橋らは自殺企図者の家族のなかでもうつ病、不安障害、PTSD などの重篤な反応を示すリスクの高い家族の特徴として「故人と絆の強い者」「第一発見者」「自身の精神状態に自信がない場合や治療中の場合」などを挙げている²⁾。また、violent な手段の場合に家族の動揺が大きい場面に遭遇することが多いという筆者らの臨床上の印象があった。そのため今回の研究では (1) 第一親等、(2) 第一発見者、(3) 精神科受診歴のあるもの、(4) violent な手段を用いた自殺企図者の家族に着目した。救命救急センターにおいて家族への対応を行うなかで、

(1) 第一親等、(2) 第一発見者、(4) violent な手段を用いた自殺企図者の家族の方がそうでない家族よりも重篤な反応を示すのではないかという仮説が裏付けられる結果であった。当初は (3) 精神科既往歴のある家族の方がそうでない家族よりも重篤な反応を示すという仮説を立てていたが、今回は有意差を認めなかった。精神科既往歴のある家族の対象数が限られていたことも影響している可能性があり、今後のさらなる調査が求められる。

家族の自殺企図という緊急事態においては誰もがなんらかの反応を示すが、特に重篤な反応を示す可能性のある家族として、第一親等・第一発見者・violent な手段を用いた家族に注意を向けてフォローアップを行う必要があると考えられた。筆者らは自殺企図者の家族を

(1) 心理教育を行う試験介入群と (2) 通常の対応を行う通常介入群の 2 群に分け、1・3・6・12 ヶ月後にフォローアップを行う介入研究も行っており、今後はデータ収集とともに解析を行う予定である。

今回の研究においては自殺既遂者の遺族の参加を得ることが困難であった。自殺既遂者の遺族 (22 名) の参加を得ることが困難な理由として以下の 3 点が認められた。(1) 夜勤帯に搬送された際に身体的な処置、死亡後の手続き、検死に追われて自死遺族支援について説明する機会が得難い。後日連絡した場合も連絡が繋がらないなど接触が困難であった (9 名)。(2) 「困ることがあれば連絡はするが、直ちには必要ない」と同意が得られなかった (12 名)。(3) 事件性が疑われた (1 名)。今後は自殺既遂者の遺族に関するさらなる調査が求められる。

【結語】

救命救急センターに搬送された自殺未遂者の家族においては、直後の尺度による精神症状としては第一親等・第一発見者・violent な手段を用いた家族に今後重篤な反応が出ることが考えられるために注意を向けフォローアップを行う必要性が示唆された。

今後は自殺既遂者の遺族のさらなる調査が求められる。

【引用文献】

- 1) 内閣府 : 平成 26 年度版自殺対策白書
(<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2014/pdf/gaiyou/index.html>) , 2014
- 2) 高橋祥友 : 自殺のポストベンション, 金剛出版, 2004
- 3) 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 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金, こころの健康科学研究事業, 自殺未遂者および自殺者遺族等へのケアに関する研究, 2009

- 4) 内閣府：自殺総合対策大綱
(http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/taikou/index_20120828.html)，2012
- 5) Dumais A, Lesage AD, Lalovic A, Sequin M, Tousignant M, Chawky N, Turecki G : Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? Am J Psychiatry 162(7) : 1375-1378, 2005.
- 6) 飛鳥井望 : 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—。精神神経学雑誌 96(6) : 415-443, 1994.
- 7) 水口公信, 下仲順子, 中里克治: 日本語版 STAI Form X 使用手引増補版, 三京房, 2012
- 8) 福田一彦, 小林重雄: 日本語版 SDS 使用手引増補版, 三京房, 2011
- 9) Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., Nishizono-Maher, A. : Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies on different traumatic events. The Journal of Nervous and Mental Disease 190:175-182, 2002.

【資料】

自殺企図者の家族を (1) 心理教育を行う試験介入群と (2) 通常に対応を行う通常介入群の2群に分け、フォローアップを行う介入研究

では、両群に対して (図 1) に示すようなリーフレットを配布した。また、(1) 試験介入群には (図 2) に示すようなパンフレットを用いた1回60分ほどの心理教育を行った。

リーフレットとパンフレットはそれぞれ「自殺未遂者の家族用」と「自殺既遂者の遺族用」がある。

1. リーフレット (図 1)

自殺未遂者の家族用と自殺既遂者の遺族用のリーフレットには「自殺企図者の家族への支援についての説明」「体やこころの様々な変化」「当科相談窓口の紹介」などの内容を提示した。

自殺既遂者の遺族用のリーフレットには「各種相談窓口に関する情報提供」という項目も提示した。

2. パンフレットを用いた心理教育 (図 2)

自殺未遂者の家族用と自殺既遂者の遺族用のパンフレットには『A. 「誰にでも起こる自然な反応」と「専門家によるケアが必要な反応」』と「B. 社会的支援について」などの内容を提示した。

自殺既遂者の遺族用のパンフレットには「C. 死亡後の様々な手続きについて」と「D. わかち合いの会について」という項目も提示した。

自殺企図という突然の事態に遭遇した家族は直後に著しい混乱を来していることが多い。自殺企図直後の非常に負担がかかる時期に家族は医療、心理、福祉、経済、法律など複合的な問題を同時に抱えているが、自殺という事態に伴う偏見や誤解によって孤立しがちである。そういった混乱や孤立を最小限にすることを目的としてパンフレットを用いた心理教育を考案し施行した。

図1 リーフレットの表

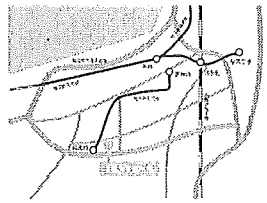
自死遺族支援について

福岡県では、年間およそ1300名前後の方が自死によって亡くなっています。ある日突然、大切な人が目の前からいなくなってしまう...この体験は、遺された方たちに深い悲しみと大きな心の傷をもたらします。

しかし、この思いを誰にも打ち明けられず、悩み、苦しんでいる人がいるということは、あまり知られていません。遺された方たちを様々な面から支えたいという思いから、福岡県内の各種相談機関・関係機関で様々な取り組みが行われています。福岡大学病院では、専用の相談窓口を設け、電話や面接による相談を受け付けております。また、こちらから連絡をさせていただき、面談をお願いすることもあります。

- 精神科医・看護師などお話をうかがえます
- プライバシーはお守りします
- 後日こちらから連絡を差し上げる場合があります

交通アクセス



〒814-0180
福岡県福岡市城南区七段7-45-1
福岡大学病院
Tel: 092-801-1011

<相談窓口の紹介>

福岡大学医学部精神医学教室

福岡大学病院 精神神経科

Tel: 092-801-1011(代表)

原田康平・衛藤暢明・本田洋子・河野直子

大切なご家族を
自死で亡くされた方へ

福岡大学病院 精神神経科

SPサポートチーム

図1 リーフレットの裏

体やこころの様々な変化

大切な人を亡くす、という体験をした場合には、体やこころに様々な変化が起こることがあります。これは誰にでも起こりうるものですが、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。これらのような変化に気づいたら、またこれらの変化が10日以上長引いたり、日常生活に支障をきたすような場合には、ひとりで抱え込まずにご相談ください。

- | | |
|--|---|
| うつ症状 | 不安症状 |
| <input type="checkbox"/> 眠れない | <input type="checkbox"/> 不安な気持ち |
| <input type="checkbox"/> 食欲がわかない | <input type="checkbox"/> イライラする |
| <input type="checkbox"/> 気分が晴れなくて憂うつ | <input type="checkbox"/> びくびくする |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすくなる気が出ない | <input type="checkbox"/> 一人になりたくない |
| <input type="checkbox"/> 楽しいはずの活動が楽しめない | <input type="checkbox"/> 息苦しくなる(過呼吸) |
| <input type="checkbox"/> 集中できない・判断力が落ちている | <input type="checkbox"/> むねがドキドキする |
| <input type="checkbox"/> 物事に対して興味がわかない | |
| <input type="checkbox"/> 死について考える | 心的外傷ストレス症状 |
| <input type="checkbox"/> 原因がはっきりしない体の不調が続く | <input type="checkbox"/> フラッシュバック |
| | <input type="checkbox"/> 思い出したくないのに思い出してしまう |
| アルコール依存症 | <input type="checkbox"/> 悪夢を見る |
| <input type="checkbox"/> 醒れなかったり、気分を落ち着かせるためにお酒をのんでしまう | <input type="checkbox"/> 思い出させる物事を避ける |
| <input type="checkbox"/> 今回の出来事をきっかけに、お酒を飲む量が増えた | <input type="checkbox"/> 小さな刺激にもひどくおびえる |

各種相談窓口に関する情報提供

ここでは、大切な方を亡くした後、ご遺族が行うこととなる諸手続に関して、その主なものをまとめています。しなければならない手続というものは想像以上に数多く、必要な手続きは人によっても異なるので、別紙『亡くなった後に行う手続きチェックリスト』を活用しながら、一つ一つ該当するかどうか確認を行うとよいでしょう。また、必要な書類等については、二度手間を避けるために、申請先に電話などで一度確認することをおすすめします。

- 債務・ローン等の整理
→ 法律事務所、信用生活等
- 世帯主変更・各種年金の手続き
→ 市役所役場、社会保険事務所
- ガス・水道・電気の名義変更
→ 各会社
- 借地・借家・賃貸住宅の名義変更
→ 不動産業者、公園等
- 所得税の確定申告、相続税の申告
→ 税務署
- クレジットカード、各種会員の脱会
→ 各会社

図2 心理教育用のパンフレット

D. わがち合いの会について

リメンバー福岡 自死遺族の集い「わがち合いの会」

【開催日】 春数回 第4日曜日 13:00から16:00
 【会場】 福岡市緑人会館（あいれふ）6F, 6F
 【お問い合わせ】
 〒810-0073 福岡市中央区西門2-1-1 福岡市緑人会館（あいれふ）6F
 TEL: 092-737-6926 (福岡市精神保健福祉センター)
 月～金 10:00～12:00、13:00～16:00
<http://www.rememberfukuoka.com/index.html>

北九州市 自死遺族のための「わがち合いの会」

【開催日】 偶数月 第3日曜日 14:00から16:00 (受付13:30)
 【会場】 北九州市小倉北区内
 【お問い合わせ先】
 TEL: 093-522-8729 (北九州市立精神保健福祉センター)
 FAX: 093-522-8770
http://www.city.kitakyushu.lg.jp/ha-hoku/119_9307.html

久留米市 自死遺族のついで「わがち合いの会」

【開催日】 毎月 第4火曜日 13:30から15:30 (受付13:00)
 【会場】 エー・エー久留米 福岡県久留米市福岡野町1830-0
 【お問い合わせ先】
 〒830-0022 久留米市城南町15番地5 久留米市保健所保健予防課
 TEL: 0942-38-9728 FAX: 0942-39-9933
<http://www.city.kumamoto.fukuoka.jp/05/kurashi/2860hokenaisai/2870seisinkoten/2803-123-1527-457.html>

大切なご家族を
自死で亡くされた方へ

福岡大学病院 精神神経科 SPサポートチーム

相談窓口

ひとりで抱え込まず、ご相談下さい

福岡大学病院 精神神経科
 原田康平・齋藤純明・本田洋子・河野直子
 〒814-0180 福岡県福岡市城南区七隈7-45-1 福岡大学病院
 TEL: 092-801-1011 (代表)

◎精神科医・看護師などがお話をうかがいます。
 ◎プライバシーはお守りします。
 ◎後日こちらから連絡を差し上げる場合があります。

— 目次 —

A. 「誰にでも起こる自然な反応」と「専門家によるケアが必要な反応」・・・2

(1) 「誰にでも起こる自然な反応」

(2) 「専門家によるケアが必要な反応」

B. 社会的支援について・・・5

C. 死亡後の様々な手続きについて・・・6

D. わがち合いの会について・・・7

A. 「誰にでも起こる自然な反応」と「専門家によるケアが必要な反応」

今回は突然の出来事で大変びっくりされておられるかもしれませんが、大切な人を亡くす、という体験をした場合には、からだや心に様々な変化が起こることがあります。これ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。

(1) 誰にでも起こる自然な反応(ここからだの反応)

こころの反応

何で自殺したの？(さまざまな形の)なぜ？
 自殺したなんて、信じられない 簡単に死ぬなんて悲極だ
 あの時気づいていれば私が阻止した 申し訳ない
 ○○のせいではなかったのだ、あいつが原因だ なぜこんな目に合わなくてはならないのか
 気分が重く曇らう、生きる意味がない、幸せだと感じられない 悲観的に考えてしまう
 不安でたまらない、一人でいるのが怖い ○○が自殺したなんて知られたくない、言えない
 現実じゃないみたい、自分のことではないみたい
 何も感じられない
 悲しい気持ちさえおさえない

からだの反応・変化

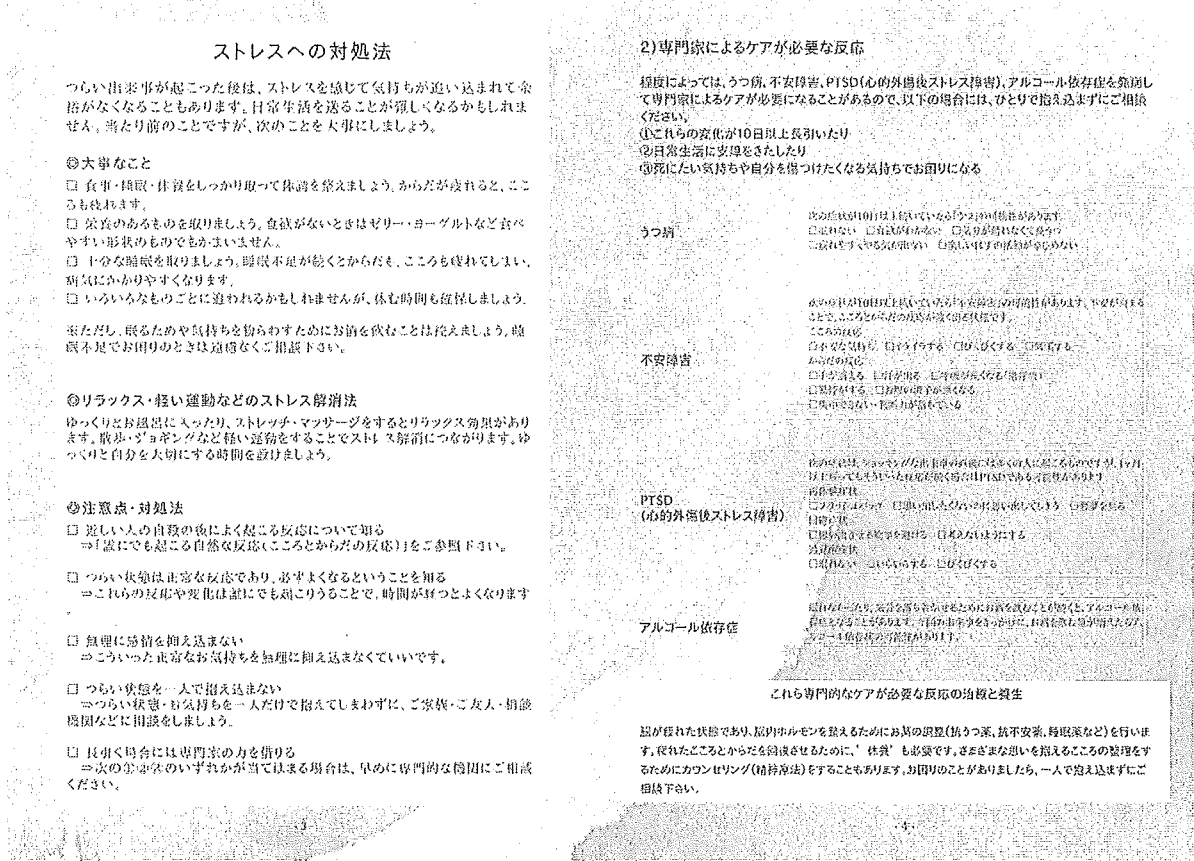
□食欲の変化 (食欲がなくなる・食べ過ぎる)
 □体力の低下 (疲れやすい・体重が減少する・髪をひきやすくなる)
 □睡眠の変化 (眠れなくなる・寝付きが悪くなる・途中で目が覚める・早朝に目が覚める・恐ろしい夢を見る)
 □生活能力の低下 (元気があつたのは出来なくなる・集中力が落ちる・仕事や家事、外出その他の日々の活動における能力が低下する)
 □胃腸の不調 (胃の痛み・下痢・便秘など)
 ※こういった変化は誰にでも起こりうることであり、時間が経つと自然によく戻ることもあります。

命日反応

亡くなった人の命日や誕生日、結婚記念日など思い出深い特別な日が近づくと、気持ちの落ち込みや体調が崩れるなど、亡くなった直後のような反応や変化が起こることがあります。このような反応は大切な人を亡くした方にはよく起こりうる自然な反応であるので、自分を責めたり不安に思ったり、これらの気持ちを無理に抑えたりしないで良いものです。

- 2 -

図2 心理教育用パンフレット



研 究 助 成

社会学・社会福祉学的研究

