

グリーフケアの必要性とその提供方法： 自死遺族のグリーフケアの現状と課題

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 武蔵野大学通信教育部 公開日: 2017-01-11 キーワード: 作成者: 正木, 啓子 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/374

グリーフケアの必要性和その提供方法

—自死遺族のグリーフケアの現状と課題—

正 木 啓 子

1. はじめに

わが国の自殺者数は、1998年以降、14年連続で毎年3万人を超える水準で推移してきた。このような深刻な事態に対処すべく2006年に自殺対策基本法が成立し、国や地方自治体をはじめ、様々な機関・団体が自殺防止対策に取り組み、2012年の自殺者数は15年振りに3万人を下回り、減少傾向に転じることができた。

しかしながら、わが国の20～34歳の各年代の死因の第1位は自殺であり、15～34歳の若い世代での死因の第1位が自殺になっているのは先進7ヵ国では日本のみである（内閣府自殺対策白書、2013年度）。このように、わが国の自殺者数は依然として深刻な状況には変わらない。自殺対策基本法には、自殺防止、自殺予防のみならず、自死¹遺族に対する支援の充実を図ることも柱の1つとして明言された。しかし、自殺対策で主に行われているは、自殺防止や自殺予防であり、自死遺族支援についての取り組みは後回しにされ、具体的な支援のあり方については不十分なままである。

人生の中で愛する人を失うことについて、ボウルビィは、人間におそいかかるもっとも悲惨な経験の1つである（Bowiby, 1981）と述べている。特に自殺における死別の場合には、非常に大きなストレスをもたらし、病気による死別と比べると、抑うつ症状、PTSD（心的外傷後ストレス障害）症状、不安症状などがより重篤になる（小西・白井、2007）といわれている。このように自死遺族が抱える嘆きや苦悩、絶望や孤独は深く、その悲嘆は深刻さを伴うことも多い。

自殺対策はすでに社会全体で取り組む問題として、自殺予防を中心に国を挙げて対策が行われている。毎年3万人近い自殺が生まれている背後にはその何倍もの自死遺族が存在する。自死遺族支援に関わる問題は、身近な問題である。本稿では、これまで十分に光が当てられなかった自殺で愛する人を失くした自死遺族について焦点を当て、自死遺族が抱える悲嘆とはいかなるものか概観するとともに、必要とされるグリーフケア²とはどのようなものか、自死遺族支援に関わる現状と課題について考察を行うことを目的とする。

2. 研究方法

わが国の自殺対策や自死遺族支援の現状把握では、自殺統計を参照するとともに5編の文献検

討を行った。また、遺族に及ぼす影響については11編の文献検討を行い、自死遺族が抱える悲嘆については6編の文献検討を行った。そして、必要とされるグリーフケアについては、グループの取り組みに焦点を当てた3編の文献を参照し考察を行った。

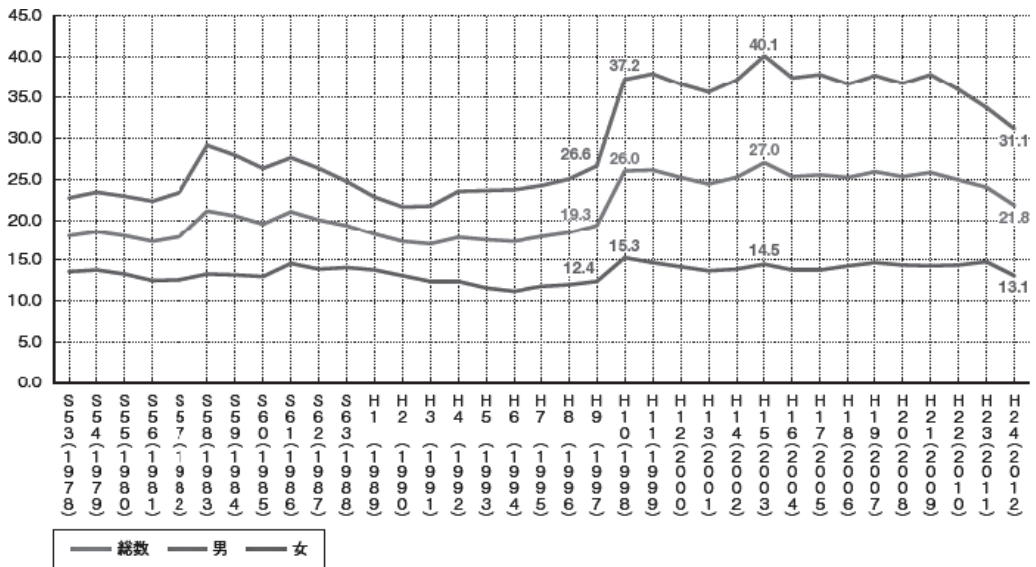
3. 自殺対策と自死遺族支援の現状

わが国の自殺者数は、1945年の終戦以降、人口の増加と高齢化社会の進展とともに増加してきた。本章では、背景としての自殺者数の推移を確認し、1998年の急増以降の自殺対策についてもふれながら、自殺対策と自死遺族支援の現状についての把握を行った。

3.1. 自殺者数の推移

1998年に自殺者数は9千人近くに増加し、以降14年連続で3万人を超える状態が続いていた。しかし、2012年の自殺者数は、総数2万7,858人であり、1997年以来、15年振りに3万人を下回った。

内閣府・警察庁の示す「自殺死亡率の推移」は、人口10万人当たりの自殺者数の推移を示し、これは自殺者数の推移と同様の傾向を示している。この統計によれば（図1）、1983年の21.1を第1次のピークとした後、1991年には17.0まで低下した。その後、1997年の19.3から1998年に26.0と急上昇し、以後2003年の27.0をピークとして2011年の24.0まで25前後の高い水準が続いていたが、2012年は21.8に減少している。



資料：内閣府・警察庁「平成24年中における自殺の状況」

[図1] 自殺死亡率の推移（自殺統計）

2011年の年代別の死因順位（表1）をみると、20～39歳の各年代の死因の第1位は自殺となっており、男女別にみると、男性では20～44歳という、若手社会人として社会を牽引する世代において死因順位の第1位が自殺となっており、女性では20～34歳の若い世代で死因の第1位が自殺となっている。

〔表1〕2011年における死因順位別にみた年齢階級・性別死亡数・死亡率・構成割合総数

年齢階級	第1位				第2位				第3位			
	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率	割合(%)	死因	死亡数	死亡率	割合(%)
10～14	不慮の事故	284	4.8	39	悪性新生物	112	1.9	15.4	自殺	74	1.3	10.2
15～19	不慮の事故	659	11	37.9	自殺	509	8.5	29.3	悪性新生物	159	2.6	9.1
20～24	自殺	1,411	22.9	47.6	不慮の事故	754	12.2	25.4	悪性新生物	220	3.6	7.4
25～29	自殺	1,685	24.1	45.8	不慮の事故	787	11.2	21.4	悪性新生物	326	4.7	8.9
30～34	自殺	1,831	23.2	37.2	不慮の事故	893	11.3	18.2	悪性新生物	732	9.3	14.9
35～39	自殺	2,370	24.8	29.8	悪性新生物	1,643	17.2	20.6	不慮の事故	1,166	12.2	14.6
40～44	悪性新生物	2,836	31	25.3	自殺	2,407	26.3	21.5	不慮の事故	1,432	15.6	12.8
45～49	悪性新生物	4,630	59.1	30.9	自殺	2,348	30	15.7	心疾患	1,756	22.4	11.7
50～54	悪性新生物	8,350	110.7	37.2	心疾患	2,738	36.3	12.2	自殺	2,447	32.4	10.9
55～59	悪性新生物	16,423	199.1	43.8	心疾患	4,298	52.1	11.5	脳血管疾患	2,787	33.8	7.4
60～64	悪性新生物	34,16	323.1	47.4	心疾患	8,595	81.3	11.9	脳血管疾患	5,331	50.4	7.4

資料：世界保健機関資料より内閣府作成

死因は3つに大別され、1つは疾病、老衰などの病死および自然死であり、2つ目は明らかな事故・災害・過失による不慮の外因死、3つ目は自他殺または不詳の外因死である。自殺は、3つ目に分類され、「自他殺または不詳の外因死」のうちの死者自身の行為によるもの（手段・方法は問わない）として扱われる。

自殺の統計は、厚生労働省の「人口動態調査（基幹統計調査）」によるものと、警視庁の「自殺の概要資料」があり、その扱いは管轄により微妙な違いがある。厚生労働省の人口動態統計は、死亡診断書等について、自殺の旨訂正報告がない場合は自殺に計上していない。警察庁の自殺統計は、捜査等により、自殺であると判明した時点で自殺統計原表を作成し計上している。このような違いがあるため、公的統計において厚生労働省の「人口動態統計」に基づいたものと警視庁から提供を受けた自殺統計原票データに基づいたものとで差異が生じるのである。よって、自殺者数の正確な統計はない。

長谷川（2012）は、自殺であることを隠したいという遺族の気持ちから事故死で処理されたり、心臓麻痺が薬物の意図的過剰摂取が原因と思われるも直接の死因から病死とされることもある。自死遺族の資格付与は真実とは別に警察や医師や遺族自身によってなされるといえるだろうとの見解を示している。このように考えると、自殺統計に表れている数字は実際の数字よりも少なく、数字として表れていないさらに多くの自殺者がいることが推測される。

3.2. 自殺対策の現状と課題

このような深刻な事態に対処すべく、2006年には自殺対策基本法が成立した。自殺対策基本法では、その目的を第一条において「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、もって国民が生きがいをもちて暮らすことのできる社

会の実現に寄与すること」と謳われており、自死遺族支援はわが国の自殺対策の大切な柱とされた。

そして、この基本法に基づき、2007年には自殺総合対策大綱が閣議決定された。この大綱は、〈自殺は追い込まれた末の死〉、〈自殺は防ぐことができる〉、〈自殺を考えている人は悩みを抱えながらもサインを発している〉とする自殺対策推進への基本的な視点を打ち出したのである。

自殺対策は大きく3つの局面に分かれて考えられる。具体的には、プリベンション (prevention)、インターベンション (intervention)、ポストベンション (postvention) の3つである。

(1) プリベンション

自殺の予防をすることであり、自殺防止の啓発を行うことなどである。

(2) インターベンション

これは介入とも訳され、今まさに起きようとしている自殺という緊急事態に対して働きかけてそれを予防することである。

(3) ポストベンション

事後対応や自殺のアフターフォローとも言われ、つまり、遺された人々に及ぼす影響を最小限に抑えるために、こころのケアを行うことを指している。

このように自殺対策基本法の中で、自死遺族支援は第一条に総合的取り組みの必要性とともに明記された。このことについて清水 (2009) は、自死遺族支援対策が、自殺対策基本法の中で特記事項として明記されたことは、行政法としては異例といってもよい。それだけ自死遺族支援問題が喫緊の対策課題であること、それも社会的、総合的な取り組みとして進められねばならない重要性を反映するものといえたと述べている。

しかし、2006年には国立精神・神経センターに自殺予防総合対策センターが設置され、さらに、2007年以降は政令指定都市において自殺対策のための委員会が設置され、ようやく行われたのはプリベンションとしての対策である。このことについて高橋 (2003) は、わが国でこれまでに実施されてきたことは、そのほとんどが医療を中心としたインターベンションであって、真の意味でのプリベンションやポストベンションはほとんど行われてこなかったというのが現状と指摘している。自殺対策基本法が成立し、ポストベンションにあたる遺族への支援は自殺対策基本法の一つの柱として盛り込まれ明記されたにも関わらず、後回しにされてきたことは極めて大きな課題である。

3.3. 自死遺族支援の現状と課題

3.3.1. 自殺対策の中での自死遺族支援

自殺対策基本法の第18条では「国及び地方公共団体は、自殺又は自殺未遂が自殺者または自殺未遂者の親族等に及ぼす深刻な心理的影響が緩和されるよう、当該親族等に対する適切な支援を行うために必要な施策を講ずるものとする」とし、以下の具体的な施策に取り組んでいる。

(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

また、地方自治体のレベルでは、地域自殺対策緊急強化基金を利用して、地域の自殺者の遺族の支援グループおよび自死遺族の分かち合いのグループの支援や精神保健センターが窓口となっ

での自死遺族の相談受付などが取り組まれている。しかし、このような日本の自殺対策の取り組みは、いかに自殺をくいとめるかという自殺予防に焦点を当てた取り組みがほとんどである。

年間3万人近くの人が自らの命を絶っているが、自死遺族がどの程度いるのかという公的な統計はない。高橋（2004）は、一般に、既遂自殺や未遂が起きると、強く影響を受ける人は最低5人はいるといわれているが、実際にはこれよりもはるかに多くの人が打撃を受けているのではないかと述べている。そしてこのように考えると、毎年3万人近い数の自殺の発生があると、少なくとも毎年15万人ずつ自死遺族が増えている計算になる。この数の多さからも、自死遺族への支援は極めて重要で身近な問題であると捉えることができる。

3.3.2. 自殺予防と自死遺族支援

先述したように、自死遺族支援は、遺された人の間でも自殺の危険性が高まる可能性があるとするハイリスク者への介入として、つまりプリベンションとして扱われてきた経緯がある。このことについて清水（2010）は、自死遺族支援と自殺予防と別物として捉える必要があると述べる。基本的には“誰が悪いのではなく、どうにも防げない自死というものがある”というスタンスであり、どれほど優れた自殺防止システムが行政から用意されようとも、そしてどんなに当の家族が注意していても、どうしてもなく自殺は起きてしまうという不条理な現実は、ただ受け入れざるを得ないものとしか考えようがないと述べている。自殺総合支援大綱では「自殺は防げる」ものであり、その「サインに気づく」ことが大切であるという基本認識を示している。これら認識は、自死遺族を心理的に追い詰め、自責感を高め、悲嘆をより複雑にする。自死遺族支援には「誰が悪いのでもなく、どうにも防げない自死というものがある」という既遂の個人的事例については、自殺予防とは異なるベクトルの変換が必要であると指摘するのである。さらに清水（2010）は、自死遺族への事後のケアと自殺予防が循環的に連動するには、最初に予防ありきではなく、丁寧な遺族支援があってこそ、その結果として「もうひとつの自死」が予防され得ると述べている。これらは、自死遺族支援を行う際には重要であり、第2章で述べる自死遺族の抱える悲嘆の中でも最たるものといえる自責感との向き合い方にも通じる免責性を示すスタンスにもなる視点といえる。

4. 自殺が遺族に及ぼす影響

自死遺族支援を考える上で、自死遺族が抱える悲嘆とはいかなるものであるのか、本章では、その特徴的な心理的反応や社会的影響について焦点を当てて概観をする。

4.1. 心理的影響

(1) 罪悪感と自責の念

自殺による死別に特徴的な心理的反応のひとつとして、罪悪感と自責の念がある。この感情は遺族に多く生じる感情といえる。「止められなかった」、「気付いてやれなかった」、「あの時、ああしていれば」など、自分が身近にいながら自殺を防ぐことができなかつたとして、遺族が故人の自殺行為の責任を感じることは多い。清水（2010）は、この自責感とどう向き合うのかは自

死遺族の支援活動において中核となる問題であると指摘している。

(2) 葛藤と怒り

アン・スモーリンは、自殺の場合、殺害者と被害者は同一であり、そのため多くの遺族は強烈な葛藤状態に置かれ、その中で、他の亡くなり方をした場合と同様に故人のことを理想化したり、「私にこんな仕打ちをしたあなたが憎い！」とする怒りを感じたりすることを指摘している(Ann・Smolin, 1993)。

ウォーデンは、この怒りには2つの発生源があると次のように指摘している。ひとつはその死を防ぐために何もできなかったというフラストレーションに由来する。もうひとつは、死別後に起こりがちな退行的なこども返りの心性に由来するとしている。自殺を食い止められなかったという自責感は、自分自身に対する怒りと一体となっている。自分がなすべきこと、なし得なかったことをしなかったために自殺が起こったのではないかという思いが自分自身に対する怒りになると述べている(Worden, 2008)。

また、専門家への恨みや怒りについて、清水(2009)は、助けてくれなかったとの思いで専門家への恨み、怒りを持ち、そしてその思いにまた自らが苦しむと言及しており、高橋(2003)は、専門家や関係者に向けられる他罰的な怒りは、自罰的な怒りを和らげるための防衛機構の一つになっていることもあると言及している。

これら「自殺者に対する怒り」、「自分自身(自死遺族自身)に対する怒り」、「専門家に対する怒り」は明確に分類することが難しく、複雑に絡み合っていると捉えることができる。

(3) 孤立感と無力感

清水(2009)は、自死遺族の不可解な感情や思いを周囲に吐露できないことは、さらに問題であると指摘し、次のように述べている。

「たとえ吐露したとしても、吐露された相手の困惑に自身が困惑し、より孤立感を高めたり、時には「あなたがもう少し注意していれば」などと批判めいた対応さえされることもある。こうした辛い体験を通じて、もう決して人には話すまい、ただ自分の心の奥深くに封印しておこうと、自死の事実と自分の感情を押し殺すようになる。

そして、この社会的な孤立感、これまで個人的問題として処理され、社会的には捨て置かれてきたも同然の扱いを受けてきた。これら背景には、自死に対する社会的偏見や忌避感があり、自死遺族は自死遺族としての苦境を分かちあう仲間も機会も見いだせず、強い孤独感と無力感にとらわれているのである。」

(4) 不安と恐れ

不安や恐れも自殺の後によく生じる感情である。人は大切な人との死を経験すると、この世は安全なところであるとは思えなくなり、それに対する警戒反応として恐怖心が起こることがある(Sander, 1992)。特に自殺で亡くした場合には、こうした恐怖心だけでなく、自分自身が自殺衝動に駆りたてられることへの怖れや、すなわち「いつか自分も同じように自殺してしまうのではないか」という恐れを抱くことが少なくない。また、家族の中で複数の自殺者が出た場合には、

自殺傾向の遺伝性について不安を抱くこともある（Worden, 2008）。

さらに自分自身が自殺の第一発見者であった場合には、自殺現場の光景が頭から離れず、フラッシュバックなどによって何度も発見時の恐怖を繰り返し経験することもある（三輪, 2010）。

(5) 歪んだ思考

歪んだ思考は自死遺族に見られるもう一つの特徴である。自死遺族、特に子どもたちは、故人の行動は自殺ではなく、事故死だったと考えたい傾向がある。そこで家族の中で歪んだコミュニケーションが形成されていく。このように死が事故による死、あるいは他の自然な死として捉えたいという歪んだ思考は、短期的には気持ちの上で楽かもしれないが、長期的な視点から見ると、決して生産的な考え方ではない（Worden, 2008）。

以上、自殺が遺族に及ぼす心理的影響の特徴について述べてきたが、当然のことながら、このような心理的影響は、不眠、食欲不振、過食、過労感や倦怠感、頭痛、めまい、痛み、悪心、動悸など、身体にも影響を及ぼすことが少なくないことを言及しておきたい。また、心理的影響が長期化した場合には、うつ病やPTSDなどの精神障害への発症へとつながったり、希死念慮が出現したりすることもある。

4.2. 社会的影響

(1) 恥や世間体

Houck（2007）は、自死遺族が体験する特有の感情のうち、突出した感情の一つは恥の感覚であるという。私たちの社会には自殺に関連したスティグマ（汚名・烙印）がまだまだ存在するという。このような「自殺した人は人生の敗北者だ」、「自殺は家系だ」など、自殺を恥ずべきものだとする社会的偏見は依然として根強く残っている。

(2) 二次的被害

自分にとって大切な人が自ら命を絶つという出来事は、遺された人に極めて大きな精神的打撃を与え、混乱に陥らせることになるが、その打撃をさらに大きくするのが二次的被害³である。小西(1998)は、事件そのものではなくて、それにまつわるいろいろな社会の仕組みや、自分の生活するコミュニティのなかで受ける被害が二次被害であると述べている。具体的には、警察官や司法関係、医者などの専門家やマスコミ、家族や友人などの身近な人から受ける被害もあると指摘している。このような二次的被害は自死遺族の多くが直面する問題であり、多くのエネルギーを費やす問題となり、自死遺族が悲嘆へ取り組むことを遅らせたり、難しくさせたりするのである。

5. 自死遺族へのグリーフケア

本章では、これまで積み重ねられてきた悲嘆（グリーフ）プロセスに関する研究について概観し、そこから自死遺族への支援とはいかなるものかその手がかりを見出したい。

5.1. 悲嘆（グリーフ）プロセスに関する研究

悲嘆（グリーフ）プロセス（以下：悲嘆プロセスと略す）の研究は、フロイトによって始まる。この時期は第1次世界大戦とも重なる。その後、1940年代以降に入り、第二次世界大戦が終結しつつある中、リンデマンの研究から本格化する。これら悲嘆プロセス研究は、1980年代後半から1990年代初頭にかけて、基本認識において大きな転機を迎えた。ここでは転換前後の2つの時期に大別し概観を行う。

(1) 初期の悲嘆プロセス研究（1940年代～1980年代後半、1990年代初頭）

悲嘆プロセス研究の創始者でもあるフロイト（1917）は、『悲哀とメランコリー』の中で、「喪」を大切な対象（愛する人）を喪失することで経験する「悲嘆の時期」と表現した。「悲嘆の時期」とは、遺族が徐々に大切な対象に注ぐ感情のエネルギーを減少させ、新たな関係にエネルギーを投じるようになるように努める時期であり、悲嘆とメランコリーの類似と相違について述べている。この喪失に関する見解は、1940年代以降に本格化した精神分析学の理論の基礎となり、その後様々な理論が提唱された。

悲嘆プロセスとは、いくつかの段階を辿り、様々な課題を達成したりしながら、時間の経過とともに直線的に進んでいくプロセスであると考えられる。

こうしたプロセスを段階によって説明したものが「段階モデル」である。段階モデルは、リンデマンが3段階モデルを提唱したのが始まりである（Lindemann, 1944）。リンデマンは「ショックと不信」、「激しい悲嘆」、「和解」の3つの段階でグリーフを細分化し、急性悲嘆の概念を提唱した。その後、段階モデルの代表的理論を呈したキューブラー・ロスは、死期の迫った病人の感情の変遷に着目し、死についての5段階モデルを提唱し（Kubler-Ross, 1969）、以後この一連の感情の変遷が、遺族の悲嘆プロセスにも応用されるようになった。

一方、課題によってプロセスを説明した「課題モデル」は、悲嘆の解決には乗り越えなくてはならないいくつかの課題があるとする考え方である。段階モデルとは異なり、喪失の後の反応を時間順に順序付けてはいない。また、段階モデルでは時間が必要であるなど受動的な側面を持つものに対して、課題モデルの特徴は喪失への適応について遺族が能動的に取り組むことが求められる。

課題モデルの代表的提唱者の一人であるウォーデンは『グリーフカウンセリング』中で、大切な人を亡くした人が取り組むべき4つの課題について①喪失の事実を受容する、②喪失の苦痛を経験する、③故人のいない環境に適応する、④故人を情緒的に再配置し自分の生活を続ける、ということ提唱している（Worden, 2008）。

このように前半期の悲嘆プロセスモデルでは、喪失への適応についてのプロセスを段階で説明するか課題で説明するかの違いはあるものの、時間の経過とともに悲嘆の解決という最終ゴールに向かって進んでいくプロセスは共通している。そして、いつまでも故人への想いを断ち切れないことは、「病的な悲嘆」として捉えられ、医学的な介入が必要である（Lindemann, 1944）とされた。この「病的な悲嘆」の観点は多くの注目を浴びるとともに、その後の研究者により疑問を持たれることとなった。

(2) 転換期以降の悲嘆プロセスモデル（1980年代後半、1990年代初頭以降）

初期の悲嘆プロセスの基本認識は、1980年代後半以降、厳しい批判に晒された。

最初の批判は、悲嘆を「正常な悲嘆」と「病的な悲嘆」を区別するなど医学的な類推に基づく考え方についてであった。

また、悲嘆の解決に向けて一定方向に進むという段階モデルについても多くの批判が向けられた。時間の経過に伴って悲嘆の解決が直線的に進むのではないと、それに替わるモデルを提唱したのがストロブとシュットであり、彼らは悲嘆プロセスには「振幅」があることを見出した。そして、「喪失志向」と「回復志向」両方に同時に取り組むことはできないとし、死別体験者はこのような喪失と回復の二方向を行ったり来たりするとし、「二重プロセスモデル」を提唱した(Stroebe & Schut, 1999)。

また、アティグは、喪失の裏側にある新しい意味の獲得や発見に注目し「世界の学びなおしモデル」を提唱した(Attig, 1996)。これは、故人との絆を断ち切らずに捉え直すことで維持することの重要性を示している。このように後半期の悲嘆プロセスモデルでは、故人との絆を維持することの大切さが強調されている。

以上、転換以降の悲嘆プロセスモデルは、故人との絆を継続させ、直線的に進むという一律的なプロセスではないとすることが共通の認識となっている。

5.2. 自死遺族へのグリーフケアとは

現在主流となっている後半期の悲嘆プロセス研究に共通する考え方は、故人との絆を断ち切らずに継続させていくことと、また故人の生と死に対して新たな意味を見つけることが有効であるとするものである。

三輪(2011)は、自死遺族支援について、以下のようにまとめている。支援とは、遺族の語りを受けとめるナラティブ・アプローチなど遺族個人に直接関わるミクロ的な支援と、遺族の身近なところで遺族を見守り、遺族自らが語りたと思った時に受け手となる人を育て、支えていくメゾ的支援、自死に対する偏見を取り除くために社会における意識改革を促していくなど、社会一般に向けて活動を行うマクロ的支援がある。そして、こうしたミクロ、メゾ、マクロの3つのディメンションからなる支援が同時並行的に進められていくこと、さらには、遺族それぞれの固有の時間にも配慮しながら、遺族と彼らを取り巻く環境を視野に入れた“時間”と“環境”両方の視点を持つことが重要であるという。

6. 自死遺族へのグリーフケアの現状と課題

本章では、「手を差し伸べ続ける支援」、「語りたときに語れる支援」とはいかなるものであるのか。三輪(2011)の示す3つの側面での自死遺族支援についても意識しながら、自死遺族へのグリーフケアの現状と課題について検討していきたい。

6.1. 自死遺族支援グループの取り組み状況

自死が3万人を超え社会問題とされ始める中、NPO法人自殺対策支援センターライフリンクが

中心となって、自死遺族支援の輪を広げようと、2008年7月から3月まで全国でシンポジウムを開催して回る自死遺族支援全国キャラバンが実施された。そして、各都道府県に少なくともひとつずつは「自死遺族のつどい（分かち合いの場）」が立ち上がるようにすること、自殺対策総合対策の理念を地域に根付かせること、それぞれの地域で自殺対策に取り組む関係者同士の連携基盤を官民の枠を超えて創り出すことの3つを目的とし、遺族支援のためのシンポジウムを開催することなどにより、遺族支援を地域に根付かせるよう実施した。

内閣府においても、2007年7月に東京都で「自殺を『語ることのできる死』へ」と題した官民合同シンポジウムを開催し、全国キャラバンの開始宣言を共同で行った。これは啓発の機会にもなり、地方公共団体で新たに自死遺族支援グループが立ち上がるなどの自死遺族支援の輪が広がるきっかけとなった。

全国的に増え始めた自死遺族支援グループは、民間グループや自治体による自死遺族支援グループ、分かち合いグループとして、現在では全国的に定着しつつある。以下、代表的な取り組み機関について挙げる。

(1) 生と死を考える会

死別体験の分かち合いの会、自死遺族の分かち合いの会、講演会、学習会、ボランティア養成講座などを開いている。東京・生と死を考える会の「わすれなぐさの会」の取り組み（1999年）は、自死遺族支援に特化した先駆例でもある。

(2) NPO法人 グリーフケアサポートプラザ

2001年11月に開設され、自死遺族支援に特化した支援を実施している。支援内容として、自死遺族傾聴電話相談、自死遺族の会、クレマチスの会（小講演会）、講演会、研修会等を行っている。

(3) NPO法人「自殺対策支援センターライフリンク」

2004年10月に発足し、自死問題に取り組んできた団体や個人を連携させる「つなぎ役」として活動している。「自死遺族のつどい全国マップ」などホームページが充実している。

(4) 「自死遺族ケア全国ネット」

2005年11月に発足する。自死遺族に関する団体同士がお互いに情報交換し、ともに活動の継続と支援の質の向上を目指していくことを目的に掲げている。

(5) 「全国自死遺族連絡会」

自死遺族による自死遺族のためのネットワークとして、2008年1月にライフリンクの系列として発足した。自死遺族の自助グループ立ち上げ支援とネットワーク化を目的としている。

(6) NPO法人「全国自死遺族総合支援センター（グリーフサポートリンク）」

2008年1月に発足し、総合的な自死遺族支援の拡充を目指している。具体的には、年間4回程度の全体研修やブロックごとの連絡会、「遺族の集い」運営ガイドブックの作成、書籍発行などを行っている。

(7) 一般社団法人 日本グリーフケア協会

2008年7月に発足した。定期的に研修会を実施し、グリーフケア・アドバイザーの認定を行っている。

(8) その他

学会・研究会などの学術団体などの各種機関が主催するグリーフケアの研修会は年々増える傾向にある。

このような自死遺族が継続的な支援が受けられる体制が官民間問わず全国規模で設立されてきていることは、自死遺族支援への関心や必要性の高まりとともに、自死遺族に関わる支援体制も構築されてきていることを意味している。そして、多様な団体が存在することは、多様な背景を持つ自死遺族のニーズに応えることができるという点においてその意義は大きい。ゆえに、自死遺族支援グループが増えるなどの量的な拡大も重要ではあるが、自死遺族が安心して語れるファシリテーターの育成など質的な向上も欠くことができない要素であると考ええる。

6.2. 自死遺族支援グループの現状と課題

自死遺族支援には、支援の手を差し伸べ続ける環境の大切さが必要であることを述べた。三輪(2011)が示す同時並行的に進められる必要があるミクロ、メゾ、マクロの3つの側面からなる支援のひとつとして、自死遺族同士で集まることができる「分かち合いの場」としての自助グループが挙げられる。「分かち合いの場」とは、「ピア・カウンセリングの場」であり、同じような体験をした人が集まる。自死遺族同士で集まることができる自助グループは、安心して自分の気持ちを語れる場でもある。

この「分かち合いの場」における具体的な自死遺族支援の取り組みについて、秋田県におけるコスモスの会の活動を提示し、その支援のあり方について具体的にみていきたい。

コスモスの会の活動（『メンタルヘルスとソーシャルワークによる自殺対策』より抜粋）。

「秋田県では、2007年3月から、「秋田県グリーフケア研究会」が、毎月第3土曜日、秋田市内の公的な施設を会場に「コスモスの会」という自死遺族を対象にした分かち合いの会を開催している。（中略）

この自死遺族ケアの場が発足する背景にあったのは、1989年から活動が続けてきた「秋田・生と死を考える会」である。この会は自ら病気を抱えた人や、身近な人との死別体験をもっている人が集い、自分の本当の気持ちを安心して語り合う「分かち合いの会」を開催してきた。しかし、他の死別体験者と違って、「なぜ、亡くなったのか」という自死の理由と疑問を問い続ける思いが根底に深く存在するため、他の参加者と同じピア・カウンセリングの場での対応に限界があった。また、自死遺族の参加が急増したわけではないが、逆に隣県からの参加者があり、どれほど遠距離でも自分の辛い気持ちや悲嘆を受け止めてもらいたい、という思いの強さを切に感じるがあった。

このような状況から、自死遺族に特化した会が必要ではないかと考え始めていたころに、行政サイドから、自殺対策としての自死遺族ケアに取り組んでもらえればありがたい、という申し出があり、2006年9月に研究会を発足させた。発足から半年間は、運営体制の検討と、傾聴やカウンセリングのトレーニングを積んだスタッフを心理・哲学・医療・教育・宗教・芸術の分野から選任することから始めた。（中略）

分かち合いの会では、スタッフがファシリテーターとなり、遺族が本音で自死された苦しみや悲しみを語り合ってもらっている。しかし、自死遺族の中にはこのようなピア・カウンセリングの場に参加することができない人たちもいる。個別ケアで（中略）のやりとりを通して、気持ちを少しずつ整理していくお手

伝いをしてから、分かち合いの会への参加を促していくのである。』

この秋田県の分かち合いの会は、ミクロ、メゾ、マクロの3つの側面からなる支援が同時並列的に存在するのである。そして、このような要素を含む自死遺族の自助グループの活動の役割は、自死遺族にとって安心して自分の気持ちを語ることができる大切な場となる。

しかし、このように自死遺族支援に有効的な自死遺族支援グループであっても課題もある。その課題について、高橋他（2009）は、都心部には分かち合いの場は多くあっても、郡部にはないなど地域格差が大きい。また、郡部にあったとしても人口の少ない場になると、親戚同士の集まりになり、分かち合いの場で守られるべき「その場で語られたことが外に漏れない保障」が難しくなったり、「自殺の原因」や「自殺に追い込んだ犯人探し」が始まったりする懸念があるため、「地域特性」を評価し、分かち合い以外の方法での遺族支援が必要であり、分かち合いの場の情報提供の際には近隣県の分かち合いの場の情報を添えることも必要であり、遺族のニーズに応えるためには「都道府県」や「政令地方都市」という枠を超えた連携が必要であると述べている。このようにミクロ、メゾ、マクロ的支援の3つの側面を持つ支援のひとつでもある自死遺族支援グループにも課題や限界があることを意識しておく必要がある。

6.3. 今後の課題について

現在主流となっている悲嘆プロセス研究における共通する考え方は、故人との関係性を継続させ、故人の生と死に対して意味づけを行っていくことが重要であるとするものである。そして、それには「語る」ことが有効であり、遺族自らが語りたいたいと感じた時に、いつでも語ることができる場を用意しておく環境が大切であることを示した。本章第2節で述べたように、自死遺族支援グループは自死遺族支援におけるグリーフケアの要素を十分に含む存在であることがわかった。

この自死遺族支援グループが更なる発展を遂げ、グリーフケアを行える場として充実を図るためには、量、質ともに充実する必要がある、特にメゾ的支援でもある質としての支援者（スタッフ）等の養成や研修については重点が置かれるべきであると考ええる。

支援者の養成や研修など質的な支援の充実が図られるためには、官民の連携が必要である。自死遺族支援が広がり定着しつつある今日、自死遺族支援に関して活動を行っている各自治体の精神保健福祉センターや保健所、当事者団体、支援団体などは、これまでの支援内容を集約、精査し、検証したうえで、これから必要とされる支援に生かしていく段階にきている。また、自死遺族支援の充実を図るためには、自死遺族の生の声が聴ける詳細なデータに裏付けられる必要がある。今後、心理学的剖検等を含めた自死遺族の実態把握に関わる研究が進むことも必要であると考ええる。

以上、自死遺族支援について、三輪（2011）の示すミクロ、メゾ、マクロ的支援に焦点を当てながら、自死遺族支援グループのあり方についての現状と課題をまとめた。そして、今後、わが国の現状に沿った自死遺族支援のあり方について明示していくためには、これまでの自死遺族支援に関わる情報を「官・民」、「医療、福祉、教育」など様々な領域から持ち寄り、集約し、精査した上で、有効で具体的な支援のあり方を導き出すとともに、心理的剖検など自死遺族の実態に関わる調査研究がさらに進むことも必要である。そして、このような自死遺族支援の充実が「生

きやすい社会」の実現に繋がるものであると考える。

7. おわりに

わが国の年間の自殺者数は、2012年に15年振りに3万人を下回り、減少傾向に転じることができたが、依然深刻な事態には変わらない。

第1章では、自殺対策は自殺防止や自殺予防に目が向けられがちであり、自殺対策基本法では、自死遺族に対する支援の充実も取り組むべき柱のひとつとして位置付けられているにも関わらず、自死遺族支援は後回しにされ、支援のあり方は不十分なままであることがわかった。第2章では、自死遺族の抱える悲嘆について焦点を当て、第3章では、自死遺族支援におけるグリーフケアに必要な視点について把握を行った。その中で見えてきたものは、自死遺族の数の多さや抱える問題の多様性ととも、自死遺族支援において重要なのは、故人との新たな絆を繋ぐことであり、そのためにはミクロ、メゾ、マクロの支援が同時並行的に行われる必要があることであった。そしてこれらの支援を行う際には、どれほど懸命に努力しても防ぐことができない自死というものがあるという視点を持つことが必要であり、自死遺族支援においては、既遂の個人的事例として自死遺族や周りの人が認識し、自殺予防とは異なるベクトルの変換が必要であるということも確認できた。そして、自死遺族支援の自死遺族が故人との新たな絆を繋ぐ上で、安心して語ることのできる場としての自死遺族支援グループの存在意義は大きく、今後、支援者などの人材の養成や研修などメゾ的支援の充実が図られることが求められる。

本稿では、自死遺族支援に焦点を当てるため、自殺予防に大きく関わる自殺の原因・動機などの実態には敢えて触れなかった。しかしながら、これら自殺の実態調査が自死遺族支援のあり方についても大きな示唆を与えることもまた事実であると考え。今後、心理学的剖検などを含めた自殺の実態把握に関わる研究が進むことも大切である。そして、これからの世の中が、自死遺族支援の充実によりすべての人にとって「生きやすい社会」が実現されるよう、わが国の現状に沿った自死遺族支援のあり方について明示されることが期待される。

注記

- 1) 自殺対策基本法など公的には自殺が使われるが、遺族をはじめ支援者たちの間では、「自殺」に代え、「自死」という言葉が広く用いられている。若林（2003）は、自殺者の遺族のなかには、そこにある「殺」という字が耐えがたいという人が多いと述べている。このように、さまざまな配慮から「自死」という言葉が積極的に用いられている。本稿においても、遺族については「自死遺族」という言葉を用いる。
- 2) 本来必ずしも死別体験者のみをケアの対象とするわけでないが、死別後の心理的な回復過程を促進するとともに、死別にともなうもろもろの負担や困難を軽減するために行われる包括的な支援と捉えることができる（坂口、2012）。
- 3) 二次的被害の定義は、犯罪被害者の領域で最初に定義され、使われるようになったものである。本論では、自死に対する社会的偏見など自死遺族が遭遇する死別の悲しみとは異なる精神的苦痛を二次的被害と呼ぶ。

謝辞

本論は、2014年度本特定課題研究として提出した論文に一部加筆修正したものである。本研究において、武蔵野大学佐藤裕之教授より多大なるご指導を頂きました。ここに深謝いたします。

引用・参考文献

- Ann Smolin・Jhon Guinan (1993). *Healing After the Suicide of a Love One*. (アン・スモーリン, ジョン・ガイナン(著) 高橋祥友(監) 柳沢圭子(訳) (2007). 自殺で遺された人たちのサポートガイド 明石書店. pp.73-85)
- Attig, T. (1996). *How We Grieve Relating the World*, Oxford University Press. (トーマス・アティグ(著) 林大(訳) (1998). 死別の悲しみに向き合う 大月書店.)
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss, Vol.Loss, sadness and depression. Tavistock Institute of Human Relations, London. (ジョン・ボウルビイ(著) 黒田実郎他(訳) (1981). 母子関係の理論 III 対象喪失 岩崎学術出版社. p.4)
- Catherine. M. Sanders (1992). *Surviving Grief and Learning Live Again*, John Wiley & Sons, Inc. (キャサリン・M・サンダース(著) 白根美保子(訳) (2012). 家族を亡くしたあなたに ちくま文庫 pp.82-83)
- Elisabeth kübler-Ross, (1969). *On Death and Dying*, Macmillan. (E・キューブラー・ロス 川口正吉(訳) (1971). 死ぬ瞬間 死にゆく人々との対話 読売新聞社. pp.65-156)
- Freud, S (1917). *Trauer und Melancholie*. (フロイト(著) 井村恒郎・小此木啓吾他(訳) (1970). 悲哀とメランコリー フロイト著作集6, 人文書院 pp.137-149)
- 長谷川万由美 (2012). 自死遺族のグリーフワーク ソーシャルワーク研究, 37 (4), pp.33-40
- Houck, J. (2007). *A comparison of grief reactions in cancer, HIV/AIDS, and suicide bereavement*. Journal of HIV/ AIDS Social Services, 6, pp.97-112
- 警察庁ホームページ. 〈<https://www.npa.go.jp>〉 (2014年5月5日)
- 国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター 自死遺族のメンタルヘルスニーズに関する調査 2009年度
- 厚生労働省ホームページ. 〈<https://www.mhlw.go.jp>〉 (2014年6月7日)
- 小西聖子 (1998). 犯罪被害者遺族 ト라우マとサポート 東京書籍. pp.77-107
- 小西聖子・白井明美 (2007). 「悲しみ」の後遺症をケアするーグリーフケア・トラウマケア入門ー 角川学芸出版. pp.33-35
- Lindemann, E (1944). *Symptomatology and Management of Acute Grief*, The American Journal of Psychiatry, 101, pp.141-148
- 三輪久美子 (2010). 自死遺族を支えるー支援の現状と課題ー 社会福祉, 51, pp.41-51
- 三輪久美子 (2011). 悲嘆プロセス研究にみる故人との絆ー自死遺族支援のための手がかりとしてー 自殺予防と危機介入 日本自殺予防学会編. pp.18-24
- 内閣府ホームページ. 自殺対策白書. 〈<https://www8.cao.go.jp/>〉 (2014年5月3日)
- 大野裕(監) 大山博史・渡邊洋一(編著) (2009). メンタルヘルスとソーシャルワークによる自殺対策. pp. 261-262
- 坂口幸弘 (2012). 死別の悲しみに向き合う グリーフケアとは何か. 講談社現代新書. pp.33-39
- 清水新二 (2009). 社会問題としての自死遺族支援 現代のエスプリ, 501, 至文堂 pp.10-30
- 清水新二 (2010). 自死遺族の免責性と自殺防止システム 「自殺予防と危機介入」30 (1), pp.23-35
- Strobe, M.S. & Schut, H (1999). *The dual process model of coping with bereavement Rationale and depression*, Death Studies, 23
- 高橋祥友 (2003). 自殺、そして遺された人々 新興医学出版社. pp.73-75
- 高橋祥友・福岡詳(編) (2004). 自殺のポストベンション 遺された人々への心のケア 医学書院. pp.2-18
- 高橋聡美・西田正弘・栗田圭一 (2009). 我が国における自死遺族支援ー自死遺族支援の変遷と今後の課題 研究紀要, 青葉. pp.5-11
- 若林一美 (1997). 自殺の心理学 講談社現代新書. p.14
- Worden, J.W. (2008). *Grief Counseling and Grief therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. 4th Edition. Springer Publishing Company. (J.W. ウォーデン(著) 山本力(監) 上池雄一郎・桑原晴子・濱崎碧(訳) (2011). 悲嘆カウンセリング 誠信書房. pp.187-187)