

4

医療機関を受診したくない、薬を飲みたがらない遺族への対応

前述の通り、死別はライフサイクルのなかでも深刻なストレス要因であり、心理的・身体的側面でさまざまな影響を及ぼしうる¹⁻³⁾。一部の遺族は症状が強く持続することがわかっているが、それでも医療機関の受診や薬物療法を拒否する遺族もいる。

まず、最も注意しなければならないのは、抑うつをはじめとする精神症状や、死別体験と関連すると思われる身体症状が持続している場合である。このような遺族に関しては、症状が受診を直接的に阻んでいる可能性があるため、医療機関の受診を根気強く勧める。それには、まず相手の価値観を尊重し、信頼関係を構築する必要がある。遺族に対し、受容的・共感的に関わり、相手の「困っていること」を引き出し、懸念を伝えることが望ましい。ただちに受診に結びつかなくても、まずは相談を継続してもらうような関係性の維持を目指す。

経済的な負担、距離や交通手段などの医療機関・薬局の利用のしやすさ、副作用への懸念も影響している可能性がある。佐藤ら⁴⁾が、「医療機関の受診や服薬をできるだけ避けたいという心理は、遺族に限ったことなく、私たちの多くがもちうるものでもある」と指摘している通り、「医薬品および医療に関する意識調査 結果報告書」によれば、「普段、あなたは、風邪気味や腹痛などのような体の不調を覚えた時、最初にどうしますか」という問いに、休養や栄養、運動、市販薬で様子をみると回答した人が90%であったのに対し、受診や処方薬をもらうと回答した人は9%に過ぎなかった⁵⁾。

がんで近親者を亡くした遺族を対象とした国内での先行研究では、回答者の81%が対処方法として、「感情の解放（生じた感情を無理に抑え込まず解放すること）」を行い、78%が「他者への表出（自らの感情や経験を他者に向けて表すこと）」を行っていた。これらは日本における遺族の一般的な対処方法であるとともに、「感情の解放」は精神健康状態改善への予測因子であることが判明した。同時に、高齢女性は「他者への表出」を行わない傾向がみられ、ソーシャルネットワークの希薄さも示唆されている^{6,7)}。また、松島ら⁸⁾の報告では、「死別後に支えとなった者は家族や友人」と答えた遺族が多く、医療機関を挙げたものは少なかった。これは、日本の従来の医療現場において、一般的に医療者から遺族がサポートを受けるという意識が低いことや⁸⁾、悲嘆に詳しい専門家の少なさ、そして日本国内での精神科や心療内科に対する敷居の高さ^{9,10)}を反映している可能性がある。

以上のような背景から、それでも自発的な医療機関の受診が困難な遺族には、「困ったことがあればいつでも相談してください」と、支援の用意と意思があることを伝える。そのうえで、生前から関わりのあった医療・介護者が何らかの形でつながりを持ち*、「受動的な」遺族ケアの提供や、受診以外での遺族ケアの提案を行うことが望ま

しい。

遺族ケアの地域リソースについては、遺族会のほか、患者会でピアサポーターや医療者が遺族相談を行っている場合もあり、自治体によってはホームページで地域の遺族会や相談窓口を紹介している。また、多くの自治体では自殺対策事業の一環として自死遺族のケアの窓口を設けている。その他、電話相談(日本対がん協会ががん相談ホットライン <https://www.jcancer.jp/>, など)を行っている団体もあり、こうした情報を医療者も知り、必要に応じて提供できるようにしておくこともよい。

また、遺族は患者が亡くなった病院には行きたがらないことも多いため、他院の緩和ケア・遺族ケア外来や、近隣の総合病院精神科・心療内科、また、リエゾン精神医学に詳しい精神科・心療内科クリニックの情報も必要に応じて提供できるように知っておくとよい。

一方、患者がかかっていた病院で遺族ケアを受ける場合は、患者の経過や遺族の背景を共有しているため、死別に関する感情を表出しやすいというメリットがある。ただし、高度・専門医療機関では初診時に選定療養費を算定される場合があることに注意が必要である。

誰もが遺族となりうることに鑑みると、一部の遺族で悲嘆のプロセスが滞り、通常ではない悲嘆になる可能性があること、それが決して珍しくはないことについて、社会で共有する必要がある。そのような遺族は一人でかかえ込まず、支援団体や医療的な支援を受けることで苦痛が緩和されることもあることを、我々医療・介護者が啓発していくことが重要である。

わが国では系統的な遺族ケアはまだ普及していないが、多くのホスピス・緩和ケア病棟では、患者の死後数カ月以内の手紙の送付、遺族会や追悼会の開催が行われている¹²⁾。また、患者の生前にケアを行った訪問看護師や介護従事者が「近くまで来たから」などと遺族を訪問することもある。このように遺族とつながりのある地域医療・介護従事者が、専門的遺族ケアが可能な医療者や専門家と必要に応じて相談できるとよい。

(宮本せら紀, 倉田明子)

文献

- 1) Onishi H, Ishida M, Tanahashi I. Bereavement Care in Cancer. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2015; 117: 995-1003
- 2) Shear MK, Simon N, Wall M, et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 103-17
- 3) Strada EA. Psychosocial issues and bereavement. *Prim Care* 2019; 46: 373-86
- 4) 佐藤さやか. 「医者にかかりたくない」「薬を飲みたくない」. 「助けて」が言えない-SOSを出さない人に支援者は何ができるか (松本俊彦 編), 日本評論社, 東京, 2019
- 5) くすりの適正使用協議会. 医薬品および医療に関する意識調査 結果報告書. 2010 https://www.rad-ar.or.jp/material/pdf/K_14.pdf (2022年3月14日閲覧)

* : 海外のガイドラインでは、緩和ケアや地域医療に携わる多職種チームが死後早期に遺族への電話連絡や自宅訪問を行い、死別への対応や、遺族ケアサービスについて情報提供を行うこと、その後も一定の時期に遺族訪問や手紙送付を行い遺族ケアの計画を練ることが推奨されている¹¹⁾。

- 6) 坂口幸弘, 恒藤暁, 柏木哲夫, 他. 遺族の感情表出が精神的健康に及ぼす影響 感情表出は本当に有効な対処方法なのか? 死の臨床 2002; 25: 58-63
- 7) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江. 国内外における遺族研究の動向と今後の課題. 日看研会誌 2011; 34: 161-70
- 8) 松島たつ子, 赤林朗, 西立野研二. ホスピス緩和ケアにおける遺族ケア 遺族ケアについての意識調査と今後の展望. 心身医 2001; 41: 429-37
- 9) Kashihara J, Yamakawa I, Kameyama A, et al. Perceptions of traditional and modern types of depression: a cross-cultural vignette survey comparing Japanese and American undergraduate students. *Psychiatry Clin Neurosci* 2019; 73: 441-7
- 10) 小平朋江, 伊藤武彦. 精神障害者の偏見と差別とスティグマの克服. マクロ・カウンセリング研究 2006; 5: 62-73
- 11) Hall C, Hudson P, Boughey A. Bereavement support standards for specialist palliative care services. Department of Health, State Government of Victoria, Melbourne. Authorised and published by the Victorian Government, 2012
- 12) 坂口幸弘. わが国のホスピス・緩和ケア病棟における遺族ケアサービスの実施状況と今後の課題 2002年調査と2012年調査の比較. *Palliat Care Res* 2016; 11: 137-45