

ワンストップ支援に おける留意点

—複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き—



連携支援の手引き 『ワンストップ支援における留意点』の作成に寄せて

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)
理事長 樋口輝彦
(国立精神・神経医療研究センター 名誉理事長)



『日本うつ病センター (JDC、Japan Depression Center)』は、前身の任意団体『うつ病の予防と治療のための委員会 (JCPTD、Japan Committee of Prevention and Treatment of Depression)』から数えると約40年もの歴史がある団体です。

うつ病および関連の疾患に関心を抱く医師・コメディカルスタッフへの情報提供、うつ病やその他の心理的障害に悩む一般市民の方々に適切なアドバイス・支援の方法を伝える啓発活動を中心に事業を展開し、2010年に一般社団法人となりました。

現在は、啓発活動の他、六番町メンタルクリニックにおいて診療を行うとともに、職場のメンタルヘルス・サポート事業にも取り組んでいます。

その中で、うつ病をはじめとする精神疾患のための休職や退職、あるいは自殺といったきびしい課題に直面することとなり、保健医療福祉に限らない包括的な支援の必要性を強く実感するようになりました。

特に多重的な困難をかかえたハイリスク者の支援につきましては、地域レベルで、自殺対策の研究成果を活用しつつ、より包括的な支援を行うための連携を進めていく必要があると考え、厚生労働省の自殺予防対策事業の採択を受け、本事業「ワンストップ支援のための情報プラットフォームづくり」に着手することとしました。

本事業は、自殺ハイリスク者への支援に関与する多様な領域の相互協力により、有効な支援の構築に貢献していくことを目的としています。具体的には、各領域で使用されている「ことば」、実践されている支援アプローチや連携方法などを共有するための手引きを開発し、地域に普及していこうというものであります。手引き開発に当たっては、ハイリスク者支援に携わっておられる各領域の実践者に加え、科学的根拠を踏まえるべく、ハイリスク者支援に詳しい研究者にも参加いただきました。

編集協力者のみなさまのご協力をもって、この度、連携支援の手引き『ワンストップ支援における留意点—複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き—』ができあがりましたので、みなさまにお届けいたします。

みなさま方に広くご活用いただければ幸いです。

目次

はじめに	1
I. 手引き作成の経緯と目的	5
1. 作成の経緯と目的	7
2. 手引きを使用する人	7
3. 用語について	8
4. 手引きの使用方法	8
II. 本 編	9
第1章 知っておくべき基本情報	11
1. 複雑・困難な背景を有する人々への支援と自殺総合対策	12
2. 自殺に至る心理的過程と自殺のリスク	12
3. 自殺リスクの軽減と支援・介入の方法	14
4. 科学的根拠に基づく対策とは	17
5. 対策・体制の評価について	20
第2章 課題別支援のポイント	23
1. 自殺ハイリスク者支援	
1 生活困窮者	24
2 アルコール／薬物乱用・依存症	28
3 多重債務・経済問題	32
4 DV被害	36
5 幼少期の逆境体験(虐待・不適切な養育)	40
6 自殺未遂	44
7 その他のハイリスク者	48
2. 自死遺族支援	
8 自死遺族	50
9 いじめ／過労問題	54

第3章	関係機関との連携のポイント	59
	1 地域保健福祉行政との連携	60
	2 産業保健分野との連携	62
	3 宗教関係者との連携	64
	4 民間組織との連携	66
	実践報告（1）	68
	実践報告（2）	70
第4章	倫理面への配慮	73
第5章	事例集	77
	事例1 生活再建できたものの援助を求めることが出来ず、 自ら命を絶った元路上生活者	78
	事例2 専門医療機関での治療に馴染めないアルコール依存症患者	79
	事例3 処方薬の乱用があり治療を受けるもクスリが切れない 薬物依存症の青年	80
	事例4 ギャンブル問題を抱えた多重債務者	81
	事例5 多子同伴児童がいるDV被害女性	82
	事例6 社会資源につなげたにもかかわらず 再度の自殺企図におよんでしまった自殺未遂者	83
	事例7 夫を亡くした女性自死遺族	84
	事例8 大学生の息子を亡くした男性自死遺族	85
	事例9 いじめを苦に自死した高校生 (第三者委員会の設置を通じての遺族支援)	86
	事例10 過労自死した労働者の遺族による労災申請	87
Ⅲ.	用語解説	89

I. 手引き作成の経緯と目的

1. 作成の経緯と目的

本手引きは、『日本うつ病センター（JDC）』が、厚生労働省の採択を受け実施した平成28年度自殺防止対策事業「ワンストップ支援のための情報プラットフォームづくり」の成果物として作成されたものである。

WHO世界自殺レポート（2014年）によると、自殺関連行動は、個人的、社会的、心理的、文化的、生物学的そして環境的因子が互いに絡み合って影響する複雑な現象であり、したがって自殺予防の取り組みには社会の多部門における調整と協力が必要であり、これらの取り組みは、包括的かつ統合的でなければならないとされている。

『日本うつ病センター（JDC）』は、うつ病などの精神疾患に関する普及啓発活動の一つの使命としており、その使命を踏まえて、精神保健の問題と社会的支援を要する問題を抱えた自殺ハイリスク者への支援に関与する多様な領域の相互協力により、より有効なハイリスク者支援の構築に役立つことを目的に本事業に着手した。

具体的には、多様な領域の相互協力を実現するためには、身体、精神、社会的健康に関わる各専門領域においてよく使われる用語、アプローチ、連携方法を共有することが第一と考え、その連携支援をうまく進めるための手引きを開発することとしたものである。

手引き作成にあたっては、日本うつ病センター、全国精神保健福祉センター長会、全国保健所長会、生活困窮者自立支援全国ネットワーク、日本司法書士会連合会、日本自殺予防学会、全国精神保健福祉連絡協議会、自殺対策円卓会議のメンバーの他、地域での支援実践者、研究者、自死遺族、市民団体、宗教関係者、ジャーナリストを含む27名で構成する手引き作成チームを組織した。構成メンバーの一部が講師を担当し、各専門領域の講義や実践活動報告を行う公開の合宿セミナーを開催し、構成メンバー全員が同セミナーを受講すると共に、手引きに掲載する内容について協議の上整理し素案を作成し、素案を研究者を中心に点検を行ったものを最終稿とするという手順を採用した。

したがって、本手引きに掲載されている内容の多くは、各専門領域での実践に基づいたものであると同時に、研究者によりその妥当性の検討もなされているものである。

2. 手引を使用する人

本手引きの使用者としては、自死遺族支援を含めた自殺総合対策に携わる者の他、自殺総合対策事業に直接は携わらないものの、自殺に追い込まれるリスクが高い“複雑・困難な背景を有する人々”の支援に関わる以下の者を想定している。

- ・保健所および精神保健福祉センター職員
- ・区市町村の行政関係職員
- ・障害福祉サービス従事者
- ・介護保険サービス従事者
- ・医療従事者
- ・法律、財務、労務の専門家、実務家
- ・学校、職域、地域における相談支援活動の担当者（教員、職場の労務担当者、民生委員・児童委員等）
- ・民間支援組織の運営者、職員、協力者
- ・その他、自殺ハイリスク者、自死遺族等と接触する機会のある者（警察、消防、宗教関係者、葬祭業者等）

3. 用語について

「自殺」という用語は、一般的な用語であり『自殺対策基本法』、『自殺総合対策大綱』をはじめ、国や地方自治体における多くの事業名称としても用いられている。

これに対し「自死」は、自死遺族などから主張されている用語であり、「自殺」に替えて用いられるようになってきたものである。その趣旨は、自殺が「殺」という文字を用いているものの、自殺は「殺人」と並ぶような反社会的な行為ではなく、むしろ、「誰にでも起こりうる、追い込まれた末の死である」という点にある。宮城県では、自死遺族への配慮などから、平成26年1月以降、法律の名称や統計用語を除き、「自殺」に替えて「自死」の用語を使用するとしている。

以上を踏まえ、本手引きにおいては、一般的な用語としての「自殺」と、社会的な配慮として使用されるようになってきた「自死」とを併記することとした。

また、「障がい」と「障害」の用語についても、現在の各分野での使用の現状に応じて、併用することとした。一般名としては「障がい」を用い、法律や法に規定された制度や施設名、および学術的な病名に関しては「障害」の表記としている。

4. 手引きの使用方法

本手引きは、Ⅰ～Ⅲの3部構成で、「Ⅱ. 本編」が手引きの中心部分となっている。

「Ⅱ. 本編」の「第1章 知っておくべき基本情報」は、総論的解説である。人が自殺に追い込まれていく過程、自殺予防対策の方向性や体制づくり、自殺に追い込まれるリスクが高い“複雑・困難な背景を有する人々”に対する支援のあり方等に関する基本的な情報が記載されており、自殺総合対策や支援活動に携わる者が理解しておくべき基礎知識として、まずは読んでいただきたい。

「第2章 課題別支援のポイント」は、課題別に相談者の特徴、支援や関係機関との連携等について要点をまとめたものである。1課題につき4頁に収めてあるので、A3用紙に両面印刷することで1枚の資料としても利用できる。

「第3章 関係機関との連携のポイント」では、地域保健行政、産業保健、宗教関係者、民間組織について、当該機関の特徴、利用や連携上の留意点等をまとめている。

「第4章 倫理への配慮」は、個人情報取り扱いなど、“複雑・困難な背景を有する人々”への支援および自殺総合対策を実践する中で関係者が特に配慮をしないとといけない倫理上の課題について解説してある。

Ⅱ. 本編

第1章 知っておくべき基本情報

1. 複雑・困難な背景を有する人々への支援と自殺総合対策

自殺は、命を大切に出来なくなったり、人生をあきらめた人が現実から逃避するために行う行為ではない。また、精神的に弱いなど、元々脆弱性がある特殊な人が行う行為でもない。

自殺は、その多くが「死んですべてを終わりにするしか方法がない」と考えさせられるほど危機的な状態にまで“追い込まれた末の死”である。そして、そのような危機は、様々な偶然の重なりや、様々な出来事が悪循環することによって生ずる“誰にでも起こりうる危機”でもある。

長期間に渡る疲弊や貧困、繰り返されるハラスメントなどの持続的な心理的苦痛や、近親者との突然の死別、財産や地位を失うことなどの深刻な喪失は、私たちを危機的な状態に追い込んでいく。しかも、その経過の中で自尊心や自信を低下させ、周囲の人々へ援助を求める能力や気力を弱めるため、周囲との良好な関係が保てなくなり、さらに危機的な状態へと進み、自殺のリスクも高まることになる。

本手引きは、持続的な心理的苦痛や深刻な喪失などを体験してきた、あるいは現在そのような体験の最中にある人々を“複雑・困難な背景を有する人々”として、その支援のあり方について記載したものであるが、この“複雑・困難な背景”とは一部の特別な人々の特殊な問題ではなく、誰にでも起こりうる問題の延長上にある状態だと理解していただきたい。

本手引きには、自殺リスクが高まることが明らかになっている課題別に具体的な支援上の留意点などが記載されているが、それぞれの課題は、一定の条件や偶然が重なれば誰にでも起こりうる課題である。社会の経済構造のめまぐるしい変化、高齢化社会の進展、心理的ストレスの増大などの中、生活困窮、借金、過労、ハラスメント、身体疾患、精神疾患など、すべての人々が抱え得る問題であり、また、自殺者数が交通事故死者数の数倍である現状においては、自死遺族になることも誰にでも起こりうる深刻な喪失と言える。

にも関わらず、これらの課題、問題は、一部の特殊な人々の問題、一握りの不幸な人々の問題として取り扱われがちで、そのことが、“支援する人”と“支援される人”の役割固定化とそれに伴う両者の信頼関係の破綻にもつながっている。

最も重要なのは、自殺リスクにつながる諸問題について、関係者が自分自身や周囲の人々の問題として共通理解をし、問題解決につながる方策を共有し、必要に応じて関係機関の連携体制が強化されることであり、そのことがわが国の自殺総合対策が目指す“誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現”に寄与するものと思われる。

2. 自殺に至る心理的過程と自殺のリスク

自殺の準備状態と自殺リスク

自殺の原因は複雑で、しかも、個人によって異なる個別性の高い要因が関与していることから、従来より「個別の原因への対応することは困難であるため、自殺の予防は難しい」と考えられてきた。

しかし、近年、「自殺の準備状態（自殺傾向）」という概念が取り入れられ、自殺に対する予防的な対策が実行可能なものと考えられるようになってきた。「何らかの要因（準備因子）による準備状態が形成された人に、たまたま、そのときの個人的な自殺の動機が加わると自殺に至ってしまう」という理解に基づき、個々の自殺動機への対処は、個別的なため予防的な介入は困難であるが、自殺につながるような動機があっても自殺準備状態にない場合は自殺に至る可能性は低減するわけであるから、この準備状態に対しては予防的な対策を行うことが可能であるということになる。

自殺準備状態の要因（準備要因）としては、“心理的苦痛を持続させる環境”や“深刻な喪失”といった社会心理的な要因と、“精神障害や精神疾患”といった精神的健康問題が挙げられる。

心理的苦痛を持続させる環境としては、大衆からの恥辱、対人葛藤や繰り返されるハラスメントによる精神的苦痛、持続的な疲弊や貧困など、深刻な喪失には、近親者との死別、周囲の人々との関係を断絶するような疎隔、財産や地位を失うことなどがある。近年の日本では、長時間労働、多重債務、深刻な疎隔などの社会心理的要因が、個人を自殺へ追い込む危険を孕んでおり、これらのリスク要因の解決や除去によって、自殺準備状態に至ることを予防できると考えられる。

精神障害や精神疾患については、最近の心理学的剖検^(*p92) 研究によると、自殺動機は様々であっても、自殺に近い時期には大半の者に精神疾患が発現しており、疾患別に多いものから、気分障害^(*p91)、物質関連障害^(*p92)、統合失調症、パーソナリティ障害^(*p92) が占めていたことが報告されている。また、最近のレビュー^(*p93) によれば、これらの精神疾患の罹患者のうち、うつ状態を呈していた者に、特に自殺リスクが高いことも見出されており、うつ病エピソードは性、年代および文化を問わず自殺の重大なリスクであると共に、その治療によって、個人の自殺リスクを低減させることも実証されている。つまり、気分障害にみられるうつ病エピソードや他の精神疾患のうつ状態は自殺準備状態の一つであり、自殺の発生を予測・制御しうる心理的要因といえる。

特定の社会的要因が、多くの事例に共通する自殺準備状態として見出された場合、医療のみならず、福祉や司法によるアプローチによって、社会的側面から自殺予防を展開する余地が出てくるわけであり、本手引きにおいては、上述した個人の複雑・困難な背景が、自殺準備状態を形成する社会的要因になりうるという視点で作成されている。

これまでの疫学研究^(*p91) によって、数多くの自殺リスクが見出されてきた。その反面、“リスク”という用語の解釈や適用に混乱を招く場面も少なくない。最近、自殺リスクを、「リスク・ステータス (risk status) = 個人が所属する集団のリスク」と、「リスク・ステイト (risk state) = 同一個人の普段の状況と比較した現時点の個人のリスク」に区別する方法が提案されている。例えば、過去の自殺未遂歴は、自殺未遂歴がある人となない人を集団で比較するとある人の方が自殺リスクが高いため「リスク・ステータス」であるが、自殺未遂歴がある人であっても、現時点での自殺リスクが高い状態ではなければ「リスク・ステイト」は高くない。また、既往に高い「リスク・ステータス」が見られなくても、うつ状態や深刻なストレスなどのために、現在、自殺念慮を有する者は高い「リスク・ステイト」にあると評価される。個人の自殺防止には、「リスク・ステータス」のみならず「リスク・ステイト」の評価が不可欠であり、集団の自殺予防には「リスク・ステータス」の評価が有用である。

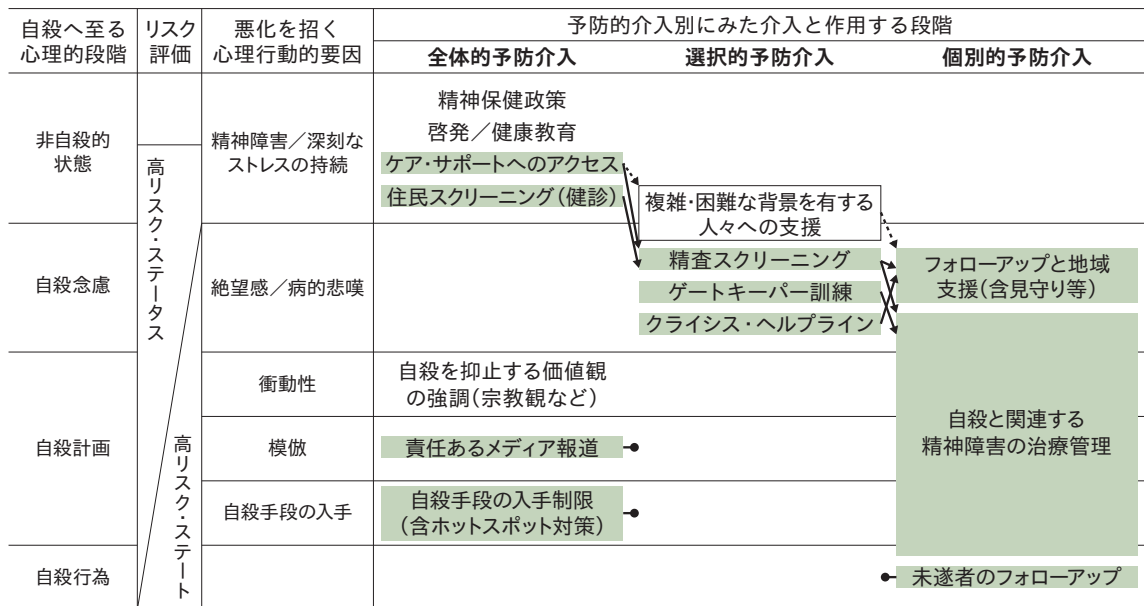
自殺行為へ至る心理的過程

米国コロンビア大学のMann教授らは、精神医学の立場から、「ストレス—素因モデル^(*p92)」に基づいた、自殺行為へ至る心理的過程に関する仮説を提唱しているが、ここでは、彼らのモデルに示された構成素に加えて、臨床的に観察できるうつ病エピソードと自殺計画の段階を追加して、その心理的過程を再考した(図1参照)。

まず、一般人が精神疾患に罹患したり、深刻なストレス状態が持続することによって、多くの者が自殺念慮を抱くようになる。この段階では自殺方法を具体的に考える者は少ない。

次いで、一部の素因のある者、もしくはストレスの総和や深刻度が著しい場合、絶望感や病的な悲嘆、あるいは、衝動性が生じる。この状態にある者の多くはうつ病エピソードを呈している。絶望感や病的悲嘆の発現には、脳内ノルアドレナリン^(*p92) 神経機能低下が関与しており、また、幼少期の精神的外傷体験によって発現のリスクが高まる可能性も指摘されている。さらに、自殺念慮と絶望感・病的悲嘆を有する段階が持続すると、その一部の者は自殺計画を抱くようになり、具体的な自殺方法を長時間繰り返し考えるようになり、自殺手段を入手する等、自殺を準備する行動がみられることが多い。

自殺計画の段階で、さらに衝動性の亢進が加わったときに、自殺行為が発生すると考えられている。衝動性は、精神疾患やストレス状態から誘発されるが、その発現には何らかの体質的要因、例えば、



注：網掛けは自殺予防のエビデンスがある介入を示す。矢印は予防的介入間の連結が可能なことを示す。丸印は未だ予防的戦略間の連結方法が確立されていないことを示す。

図2 自殺へ至る心理的過程と予防的介入の図式

1) 非自殺的状態から自殺念慮へ至る過程

精神障害や深刻なストレスの持続によって、誰しも自殺念慮が引き起こされる。その発生抑止や早期発見に向けた対策としては万人を対象とする全体的予防介入があり、精神保健政策の事業化、住民への自殺予防に関わる啓発・健康教育、住民が自殺防止に有効なケア・サポートへアクセスすること、および、住民スクリーニング^(※p92)などが行われてきた。

このうち、ケア・サポートアクセスや住民スクリーニングについては、選択的・個別的予防介入と連動した場合にのみ自殺死亡率の低減に効果があるものの、啓発・健康教育のみの事例では、自殺死亡率低減効果を示すデータは得られていない。

しかしながら、これらの対策や事業は、介入の前提となる行政事業化や住民参加の促進をもたらすという意味で、社会での取り組みに不可欠なものであるといえる。

2) 自殺念慮から自殺計画に至る過程

自殺念慮を有する者の一部には、絶望感や病的悲嘆を生ずる。多くの場合、うつ状態を形成し、さらに一部の者に自殺計画が生じる。選択的予防介入のうち、うつ状態等の精査スクリーニングや専門家向けゲートキーパー^(※p91)訓練の実施により、ハイリスク者の早期発見と専門家への紹介を促進することは、自殺念慮の軽減や自殺計画の発生の抑止に有効であろう。また、心理的危機に追い込まれた者が電話により支援を受けるクライシス・ヘルプラインや、深刻なストレス(多重債務等の生活問題、紛争・災害、自死による別れ、マイノリティの困難、など)を抱えた集団への支援も実施されている。

このうち、全体的予防介入の住民スクリーニングと連動した精査スクリーニングと個別的予防介入によるフォローアップ、および、個別的予防介入と連動したゲートキーパー活動やクライシス・ヘルプラインによる介入事例は、自殺死亡率の低減に一定の効果があることが確認されている。

3) 自殺計画から自殺行為へ至る過程および未遂後

自殺計画を有する者は、衝動性や自殺の模倣、自殺手段の入手によって自殺行為に至る。自殺計画から行為へ至る過程を抑制する対策として、全体的予防介入では、リテラシー^(※p93)の普

及や宗教観などを介して自殺を抑止する価値観を強調すること、自殺の誘発を防ぐために自殺の具体的方法を報道しないなどの責任あるメディア報道、および、自殺手段として使われる物質や場所を遮断する手段アクセス制限が行われてきた。また、個別的予防介入として、自殺と関連する精神疾患の治療管理や自殺未遂者のフォローアップが実施されている。

このうち、責任あるメディア報道と自殺手段へのアクセス制限（自殺が多い特定の地域や場所における障壁を含む）には、自殺死亡率低減効果は明白であるものの、効果が一過性、または、特定の手段に限定されやすい。前述のとおり、住民スクリーニングおよび精査スクリーニングと連動した精神障がい者の治療管理は、一定期間の自殺死亡率低減効果が示唆されている。また、クライシス・ヘルプラインと連動した地域フォローアップにも自殺死亡率低減効果がある。個別的予防介入のうち、未遂者フォローアップは再企図予防効果が見出されており、対象集団の自殺死亡率軽減も期待されるが、他の予防的介入との連結が困難な側面もある。近年、日本のホットスポットにおいて、ゲートキーパー活動と把握されたハイリスク者の見守りを連結させたプログラムが試みられている。これは選択的予防介入と個別的予防介入が連結されており、実施地区において、その有用性が期待できる。

複雑・困難な背景を有する人々への支援

1) 支援・介入の位置付け

上述したように深刻なストレスを抱えた人々は、集団としての自殺リスクが高く、これらの人々へ相応する選択的予防介入が有用なことが報告されている。第1章2項で述べたように、日本では深刻な生活問題（多重債務、長時間労働、疎隔、など）を抱えている人の自殺リスクが高いと推察される。このような社会的要因に起因する自殺については、どのような支援や介入が自殺死亡率の低減に効果があるのか十分な経験が蓄積されていないものの、自殺対策の急務の対象と言えよう。

ここで注意を要するのは、複雑・困難な背景を有している人すべてが自殺リスクが高いと言うわけではないことである。むしろ、大半は非自殺の状態にあるが、集団として比較すると、自殺リスクは一般人口よりも高い「リスク・ステータス」にあると考えられており、その一部に自殺念慮や自殺計画を有する「リスク・ステイト」の高い者が含まれているということである。

そして、「リスク・ステイト」の高い者は、自ら援助を求めたり、問題解決のために行動する気力や能力が低下しているケースも多いことから、選択的予防介入としてアウトリーチ^(*p91)によりハイリスク者を発見すること、および、個別的予防介入として課題解決に向けた個別支援を実施することが重要となる。

ポイントは、アウトリーチの対象者の把握であるが、高い「リスク・ステイト」に至るにはそれぞれ個別の要因があるため、対象を絞ることは難しく、さらに、「リスク・ステイト」の高い者の中には、支援や介入を自ら望まないの者も多いので、対象者の把握は極めて困難である。したがって、また、アウトリーチの対象を、一般人口に近いリスクの集団に拡大することによって、全体的予防介入に連結することができる。

2) 効果的な支援・介入のあり方

複雑・困難な背景を来す要因の発生は社会・文化の影響を受けるため、それぞれの対策が自殺死亡率低減効果があることについて科学的なデータを蓄積することは困難である。しかし、経験的には、医療、保健、福祉、労働、司法等の各領域の専門的介入によって、個別の課題は解決可能なケースが多いと考えられる。特に自殺予防のためには、医療と他の領域の連携・協働が有用である。また、社会参加が制約されている者、回復途上にある者には、福祉的援助や法制度の充実、社会・文化的環境の整備も望まれる。当面、各専門領域間の協働・連携のケー

スを蓄積し、リスク解決の過程を共有することが求められる。

ワンストップ支援による効果的な自殺予防対策のあり方として、第一には、多層的予防介入（全体／選択／個別的予防の連結）が有用であろう。具体的には、複雑・困難な背景を抱える人々に対して、ハイリスク者を把握し、彼らの個別課題解決に向けてワンストップ支援を行うことである。その際には、相談窓口の設置のみや、啓発・健康教育のみに留まらず、リスク、とりわけ「リスク・ステイト」の高い人を把握し、直接コンタクトを取り、さらに彼らを心理的に安定するまで見守ることが要件となる。第二には、選択的予防介入と個別的予防介入の連結が有用であろう。具体的には、複雑・困難な背景を抱える人々のうち、自身のリスクに気付いており、支援を希望する者に対して、個別課題解決に向けてワンストップ支援を行うことである。自殺予防プログラムでは、複数の層に渡る予防的介入を体系的に連結させることによって、サービスと人の繋がりを持続させることがより効果的と考えられる。

4. 科学的根拠に基づく対策とは

科学的根拠は「有」「無」の二区分ではなく、「低い～高い」の連続性を持ち、自殺対策においても「ある程度の科学的根拠は有るが、高い根拠ではない」ものが多い。効果の予想として「有」「無」の極端な区分ではなく、効果の「確からしさの程度」を意識すべきである。

また、対策を実施する現場を考えた場合、効果の「確からしさの程度」だけでなく、その実施可能性の「低い～高い」も評価する必要がある。

科学的根拠とは

「科学的根拠」という言葉は曖昧であるが、“科学的な方法に基づいた調査・研究から得られた知見を根拠とすること”と言い換えられる。しかし、「科学的な方法」と言っても様々な方法があり、得られた根拠の確かさが低いものから高いものまで様々なものが混在している。

例えば、個人的経験に基づく推測、学術領域の知識人や専門家の経験と意見、一例報告や一連の症例報告から得られた推論、横断研究^(※p91)により得られた知見、大規模コホート研究^(※p91)／縦断観察研究^(※p92)から得られた知見、無作為化比較試験^(※p93)の結果、無作為化比較試験を集めて行われたメタ解析^(※p93)の結果など、様々な方法があり、一般的には、ここに書いた順に根拠の確かさが高くなると言われている。

そのため、科学的根拠を利用する際には、その根拠の確かさがどの程度なのか、用いられたその科学的な方法がどれほど厳密な結果を生み出せるものなのかについて、十分な知識が必要となる。

また、確かさの高さとは別に、その根拠を利用する政策決定者や実務者などが従事する現場の状況と、その根拠を導き出した調査・研究場面と状況があまりにもかけ離れていると、調査・研究場面では科学的根拠は高かったものが、それを利用しようとする場面・集団に適応するとその根拠が弱まるという問題も出てくる。これは、「一般化可能性」とか「外挿の可能性」の問題といわれているが、この問題を判断するためには、その知見を生み出した調査・研究の場面や対象者が、実際にその知見を適応しようとする場面や対象者に類似しているのか、もし類似していない場合はその違いがどの程度で、その知見を利用する際の制約となるか否かについての判断が求められる。

科学的根拠に基づくことの重要性

さて、どうして科学的根拠が求められるのかであるが、まずは、何の根拠もないまま重要な施策が進められたり、働きかけが行われると、成果が出ないばかりでなく、予想もしない副作用が生じることもあり得るからである。

また、自殺総合対策など、複合的な領域で様々な考えを持つ人達が集まる場面においては、意思

統一された対策を決定づけるためには、何らかの共通認識に基づく必要があり、共通認識がないまま、対策の方針を決めると、議論が噛み合わないばかりでなく、協力しない人や、反対する人が出てくるなど、対策の実施すらままならないという問題も生じかねない。

さらに、社会的に認知度が低い新しい分野であったり、国民の関心が高く、政治的な背景が影響しやすい分野においては、発言力や影響力が高い特定の個人や組織の経験や推測で対策が進んでしまうことがあり得るので、効果がない対策や副作用が生じる危険性を避けるためにも、根拠による確かさが求められることになる。

科学的根拠に基づく際の注意点

もともと、科学的根拠という言葉は、保健・医療の領域において用いられはじめたもので、この場合、ある治療法や介入法が、ある病気や状態に対して効果があるか否かの程度を示すものである。しかし、それ以外の領域では異なる意味合いで使われている場合があったり、そもそも「科学的根拠に基づく」という言葉がそぐわない領域もあるわけで、この言葉を用いるときは注意を払わなければならない。

また、効果があるか否かという根拠だけで対策や方針が決定されるべきではなく、保健・医療の場面においても、治療効果の高低だけでなく、患者や対象者の希望、その治療を行う医療者の専門的な判断など、複合的な配慮を経てから決定されることが推奨されている。

その背景に様々な要因があり、個人によって異なる個別性の高い要因が関与している自殺問題に関しては、対象となる人々や地域住民や広くは国民、各種専門家や政策決定者など、多くの人の合意により対策が決定され実施されるべきであるが、しかしながら、複合的な配慮と合意形成の過程が必要であるからこそ、効果の確かさを検討する際の共通言語として、科学的根拠が用いられるべきだともいえる。

自殺予防対策における科学的根拠

表1は、自殺予防対策における科学的根拠について、その特徴を列挙したものであるが、ここでは、特にその意味や解釈について、注意を要する事項について概説する。

科学的根拠とされる知見の内、対策や介入の効果について、自殺死亡率の減少を指標にした研究

であれば問題はないが、自殺死亡率ではなく、自殺念慮の減少や、うつ病の治療効果など、自殺死亡率以外の指標を用いた研究もある。この場合、自殺念慮が減った結果、本当に自殺死亡率まで減少したかどうかについては確かではなく、推測となってしまうため、自殺念慮の軽減効果については高い科学的根拠で示されたとしても、自殺死亡率の減少については、その確かさが減少してしまう。

また、自殺リスクの高い人を同定するためのリスク要因についての知見や、スクリーニングやゲートキーパー活動等の対策においても、自殺リスクの高い人を見つけることができるかもしれないが、リスクが高い人の発見と、その人の自殺死亡や自殺企図を減らせるかどうかには大きな隔たりがあるため、根拠の確かさは大きく下がる。

表1 自殺予防対策における科学的根拠の特徴

【自殺リスクについての科学的根拠】

- 素因、生育歴、本人の問題対処様式、苦痛な出来事、環境など、様々なものが自殺のリスクとなる。
- 単一の要因からは、その後の自殺を正確に予測できないため、総合的な判断を要する

【自殺予防対策についての科学的根拠】

- 「自殺死亡率低減効果」が高いという科学的根拠に基づいた自殺予防対策は少ない。
- 一方で、経験的に「実施可能性」の高い自殺予防対策はすでにある。
- 「実施可能性」の高い対策を実施する際は、「効果」の程度についての指標測定を、予め組み入れておくことが重要である。

【具体的な介入の例】

- 科学的根拠の高さは様々だが、以下のようなものが例としてあげられる。
 - ・ 救急搬送された自殺未遂患者に対するケースマネジメント
 - ・ 精神科を退院した患者に対するケースマネジメント
 - ・ 地域の精神科救急、アウトリーチなどの精神科医療の充実
 - ・ 学生に対するある種の自殺予防教育
 - ・ 躁うつ病患者・うつ病患者に対するリチウム治療
 - ・ その他、様々な科学的根拠の高さ（低さ）の介入

更に、調査・研究の方法によっても、その根拠の確かさが大きく影響されるので注意を要する。例えば、ある対策を行ったとして、対策の前後で自殺死亡率を比較したり、隣の町と比較するといった方法では、たとえ自殺者数が減ったという結果が出て、たまたま自殺者が減っている時期だっただけかもしれないし、隣の町でたまたま自殺が増えてしまっただけかもしれないため、その科学的根拠の確かさは低いものとなる。このような偶然性を取り除くためには、年齢や性別、社会心理的な背景が類似した複数の町と比較するなど、より綿密で規模が大きい研究デザインが必要となるが、自殺予防の領域では確かさが高い研究は少ないため、確かさが低い知見に頼らざるを得ないのが実情である。

効果／実施の程度についての指標測定的重要性

確かさが低い知見に基づいた対策を実施する場合、当然十分な効果が得られない可能性があるため、対策を行いながら効果があるか否かを確認する必要がある。

ただし、その評価指標については、十分な検討を要することをおさえておかなければならない。

たとえば、人口50万人の中規模の都市部において、自殺死亡者の10%減を目標に何らかの対策を実施したとする。中規模都市部の年間自殺死亡者数は100名程度であるので、数値目標としては10名程度の減少となるが、対策を実施した結果、見事に目標を達成したとする。しかしながら、10名程度の人数は毎年の偶然誤差の中に埋もれてしまうため、自殺死亡者数だけを効果指標として用いても不十分であるといわざるを得ない。偶然誤差に埋もれない指標として、効果以外の他の指標（例えば、適切に実施されているかなど）の追加が必要である。ゲートキーパーの活動を強化するという対策であれば、ゲートキーパーが介入できた人の数であるとか、地域住民に対する啓発であれば、内容を理解した人の数、行動変容をした人の数などの評価指標を追加しなければならない。

評価指標とその測定方法を予め計画段階で定めておき、対策の実施に合わせて各段階で測定し、実施できたかどうかを数値で評価するということが必要なのである。

具体的な科学的根拠が比較的高いとされる介入について

現在、高い確かさの科学的根拠に基づくとされる自殺予防対策は少なく、特に、無作為化比較試験やメタ解析と言われる方法で自殺死亡率減少効果が確認された調査・研究は極めて限られているのが現状である。

無作為化比較試験を採用したわが国唯一の調査・研究として、厚生労働科学研究の「自殺対策のための戦略研究」の一環で行われた通称“ACTION-J”と呼ばれる研究事業がある。これは、国内17施設からなる全国規模の研究で、救急医療施設に自殺未遂のために搬送された患者に対するケースマネジメントの効果を調査したものであり、解析方法など幾つかの制約があるが、これらの制約に注意した上で利用することが可能である。

また、国外において、無作為化比較試験などの確かさの高い手法による調査・研究ではないものの、確かさが比較的高い疫学研究がいくつかある。精神科を退院した患者に対するケースマネジメント、地域の精神科救急やアウトリーチなどの精神科医療の充実、学生に対するある種の自殺予防教育、躁うつ病患者・うつ病患者に対するリチウム治療などは、自殺死亡率減少効果があると報告されているが、海外の制度を日本の制度や文化に反映させる際のギャップなど、注意しなければならないことが多くあることも知っておいてほしい。

5. 対策・体制の評価について

「自殺総合対策」とは、国・地方自治体で用いられている用語である。ここで“総合”が意味するところは、国の行政機関だけでなく、地方自治体、企業、市民社会が、あるいは医療関係者だけでなく、教育関係者、法務・金融関係者、地域の関係者などの多様な主体が連携することにある。

そして、こうした総合的な自殺対策の活動面を評価しようとする際に焦点となるのは、「自殺総合対策の推進によってどのような効果が生じているのか」ということであり、評価を論じる場面では、これを「アウトカム」（政策効果）と呼んでいる。

ここでは、自殺総合対策や複雑・困難な背景を有する人々への支援に携わる関係者が理解しておくべき、「評価」や「アウトカム」について解説する。

自殺自殺対策と評価の体制

ごく近年まで自殺は社会問題とは認識されておらず、また、国や地方自治体が実施してきた自殺対策の取り組みについても一般国民がよく知るものではなかった。このような状況が転換したのは、自殺対策基本法（2006（平成18）年）や旧・自殺総合対策大綱（2007（平成19）年。以下「旧大綱」という）などが登場してからのことである。

旧大綱では、「自殺は追い込まれた末の死」であることが明記され、「誰も自殺に追い込まれることのない社会」がその目標とされた。「社会問題」であり、「防ぐことができる」とされた自殺対策の要とされたのは、「制度、慣行の見直しや相談・支援体制の整備」であった。また、旧大綱には具体的な数値目標も掲げられ、具体的には、「平成28年までに、自殺死亡率を17年と比べて20%以上減少させることを目標とする」とされ、この数値はさらに「2万4,428人以下」に設定されるとともに、評価体制の構築も明記された。これらは、その後の大綱改定（2008（平成20）年）、あるいは新大綱（2016（平成24）年）においても継承され、中長期にわたる自殺対策の枠組みとなっている。

エビデンスとアウトカム

「政府の自殺対策のアウトカムをどのように評価できるのか」という点は当初より難題であり、「アウトカムをどのように表現するか」がひとつの論争点となってきた。

医師や保健師など医療保健の専門家の間では、エビデンスベースド（evidence-based）とよばれる科学的知見の活用が重視されてきた経緯がある。例えば、「介入プログラムによる地域における自殺企図率や自殺未遂者の自殺企図再発率の減少」（厚生労働科学研究「自殺対策のための戦略研究」2006～2011年）といったテーマに関する知見の集積がその典型である（「4 科学的根拠に基づく対策とは」を参照）。

しかし、専門家が求める「エビデンス」つまり科学的知見の活用だけでは、毎年5,000人強の自殺者数の縮減を実現させることを示すことは不可能である。一方、政府の自殺対策で求められていたのは、どのような「アウトカム」が発現したのかという、実効的で結果の見える説明である。すなわち、「エビデンス」と「アウトカム」とが、かけ離れたものになってしまっており、この点が評価を論じる際の課題であった。

アカウンタビリティ

政府政策を論じる際に、納税者に対する政府活動の効果・成果、あるいは効率性の担保に関する説明が求められるが、これは「アカウンタビリティ（説明責任）」と呼ばれている。そして、このアカウンタビリティの重要な構成要素として、求められているのが「アウトカム」である。

政府政策にとって、もちろん科学的な確実性・厳密性は重要である。ただし、政治・行政過程、

とくに予算編成過程においては、説得・妥協・取引などに利用可能な即時的な情報が求められている。予算編成に際して問われるアカウンタビリティについては、次のことを意識しておく必要がある。

まず、専門家に対して説明が求められれば、専門家は科学主義的に回答しようとする。しかしながら、政府におけるアカウンタビリティは、より実用主義的なものである。すなわち、そこで期待されているのは、「費用に見合った効果・成果があったのか」にかかる、簡素で分かりやすい説明である。

行政活動の実態や構造は複雑でわかりにくい。さらに、専門的な業務内容となれば複雑さや分かりにくさは顕著となる。アカウンタビリティは、複雑でわかりにくいものほど強く求められる傾向にある。すなわち、自殺対策のように専門性が付随する業務においては、通常の行政活動よりも一段高いアカウンタビリティが問われることとなる。その際の説明は実用主義的になされなければならないことをおさえておく必要がある。

評価の階層

アカウンタビリティにおいては、＜問責＞と＜答責＞との対応関係が重要である。言い換えると、「政策に対する批判」にどう答えるのかという点がポイントとなる。

「政策に対する批判」は次の5点に集約される。第1は、「そもそも政策が必要なのか」、第2は、「政策は適切に設計されているのか」、第3は、「政策は適切に実施されているのか」、第4は、「政策は効果を発揮しているのか」、第5は、「政策の費用は適正な水準か」である。それぞれのキーワードを取り出せば、「必要」「設計」「実施」「効果」「費用」である。この5点によって、政策に対する批判は概ね網羅できる。そして、アカウンタビリティとしては、これらに対する＜答責＞性が求められる。なお、これらのキーワードは次ページの表2に示したように、「必要性」「有効性」「効率性」に再集約可能であり、この「必要性」「有効性」「効率性」は一般的な評価基準として定着している。

表2 評価の観点と政策に寄せられる批判との対応関係

観 点	キーワード	政策に寄せられる批判	対応する説明方法（評価システム等）
必要性	「必要」	①そもそも政策が必要なのか	根拠の説明、ニーズアセスメント、F／S
有効性	「設計」 「実施」 「効果」	②政策は適切に設計されているのか	セオリー評価（ロジックモデル）、プロセス評価、モニタリング、業績測定、アウトカム評価、プログラム評価
		③政策は適切に実施されているのか	
		④政策は効果を発揮しているのか	
効率性	「費用」	⑤政策の費用は適正な水準か	費用対効果・費用便益分析、コスト比較

評価の観点

まず、「必要性の観点」についてである。「なぜ政府が自殺対策に取り組まなければならないか」という問いに対する答えは、憲法25条の「健康で文化的な最低限度の生活」や自殺対策基本法が基本となる。さらに、他の自治体との自殺率や自殺者数の比較、経済苦・高齢者の状況・就職状況・アルコール関連問題などに関する地域特性などが、その「必要性」の具体的根拠となる。

つぎに、「有効性の観点」についてである。これは言い換えると「政府が実施している自殺対策には効果があるのか」という問いである。自治体を中心とする政府活動の取り組みとしては、普及啓発活動、人材育成活動、電話相談・対面相談活動、その他医療機関や専門家との連携などがある。ただし、これらの活動が、実際に自殺率や自殺者数の減少にどの程度寄与しているのかを証明することは難しい。自殺率や自殺者数と政府活動との相関関係を論証しようとしてもそれが明確な形で示されることはほとんどないからである。

ここで重要となるのは、表2に示したように、「有効性の観点」とは、「設計」「実施」「効果」の組み合わせで議論されるものであるという点である。そもそも自殺対策が具体的「効果」を発現するためには、様々な諸活動が繰り返し行われなければならないわけで、さらにこうした体制整備が構築さ

れるためには、適正な「設計」も必要となる。すなわち、直接的に「効果」ばかりを議論するばかりでなく、その前提となる「実施」「設計」にも注意を向けるべきことが重要となる。自殺対策のように、直接的な「効果」が現れるまで一定の時間を要する場合には特に、「実施」や「設計」に対する評価の重要性が増すこととなる。

最後に「効率性の観点」である。効率性の追求は、主としてコスト縮減の議論として登場する。その際にはあくまでも上記の推進体制が損なわれないよう、最大限の配慮をすることが必要である。もちろん、社会的意義の薄れた取り組みについて、惰性的に継続することはその原資が税金である以上、許されないことはいうまでもない。

「必要性」「有効性」「効率性」のそれぞれの観点は、「必要性」が確認されたのちに「有効性」が、「有効性」を踏まえた上で「効率性」が問われるという階層構造となっている。この階層性を無視して「効率性」ばかりを問えば、実施構造を毀損するものとなりかねない。評価の際には、このような構造に注意を要する。

分野を超えた連携へ

自殺対策においては、政府が活動を展開するメニューは概ね出尽くしている。重要な論点は、関係者間、関係組織間においてそれを構造化・体系化し、安定化させていくことである。

自殺対策の政策現場に近い専門家は、取り組みの重要性や必要性をよく認識している。こうした現場レベルで重視されるのは、「必要」「設計」「実施」である。これに対して、政治・行政過程で重視されるのは、表2の後半の「効果」「効率」である。すなわち、＜問責＞と＜答責＞のベクトルは、正反対の方向を向いているのである。その結節点にあるのは、「実施」である。「実施」の要となるのが体制整備であるが、ここには多様な主体に係わるものとなる。その安定的な役割分担こそが、今日、最重要課題となっているといっていよい。

こうした体制整備を踏まえて議論されるのが、「アウトカム」である。効率性の追求は、さらにその後に議論すべきものである。この階層関係については、関係者間で十分に確認しておきたい。

第2章 課題別支援のポイント

1. 自殺ハイリスク者支援

1 生活困窮者	24
2 アルコール／薬物乱用・依存症	28
3 多重債務・経済問題	32
4 DV被害	36
5 幼少期の逆境体験（虐待・不適切な養育）	40
6 自殺未遂	44
7 その他ハイリスク者	48

2. 自死遺族支援

8 自死遺族	50
9 いじめ／過労問題	54

1 生活困窮者

【相談者の特徴】

- 家族関係、失業、知的障害、精神疾患、慢性身体疾患、性的マイノリティー、犯罪歴、借金問題など、多様な問題を複数抱えている人が少なくない。
- 過去に危険な目に逢った経験があり、トラウマ反応に起因する非協力的・非社会的で、変動の多い行動様式を示す人が少なくない（警戒心が強い、猜疑的、攻撃的、易怒的、逃避的、無気力、深刻味に欠ける、一貫性に欠ける、決断できない等）。
- 自力では解決困難な問題に圧倒され、「自分の力では何も出来ない」という“自己コントロール感の喪失”に陥っている人が多い。
- 「周りにたくさん人はいるが、いざとなったら頼れる人はいない」という“社会的孤立感”に支配されている人が多い。
- 繰り返される被害体験や失敗体験のため、「どんなに努力をしても未来は変わらない」という“縮小した未来感”や、「自分なんて存在する価値がない」という“自尊感情の低下”や“自己有用感の喪失”に陥っている人が多い。
- 良好な支援関係を築きにくい傾向がある。
- 順調な経過を辿っているように見えても、その反面で生活困窮に至った主たる原因となっている最重要な問題や悩みを共有できないため、心理的な孤立を深めていく人もいる。

支援における9つのポイント

- ① “判断を交えない態度（non-judgemental attitude）”を基本姿勢とする
- ② 初期対応としては、安心・安全な生活の場を提供し、まずは休んでもらうことを最優先する
- ③ 経済的困窮だけに注目し過ぎない（多様な複数の問題を抱えていることを前提とする）
- ④ 生活困窮者が陥りやすい心理状態や行動様式を理解しておく
- ⑤ 支援拒否や中途離脱への寛容
- ⑥ うまく行かない場合にも、継続して次の社会資源につなぎ戻す、連続的な支援を提供する（“伴走支援”、“寄り添い支援”）
- ⑦ 自立を進めることで、孤立を増強させることがあることを常に想定しておく
- ⑧ 孤立の解決に向けて、互助（相互援助）が体験、実践できるような環境設定をおこなう
- ⑨ 福祉、介護、保健、医療、成年後見、権利擁護、警察、民間組織、地域コミュニティ等との連携、人的交流（個別相談、連携会議の開催・協力、研修会等への相互協力等）

*生活困窮者自立支援法

【生活困窮者の定義】

現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者

【実施主体】

福祉事務所を設置する自治体

【各事業の概要】

- 生活困窮者自立支援事業（必須事業）
 - ・ アセスメントの実施、支援計画の作成・関係機関への同行訪問、就労支援員による就労支援・関係機関とのネットワークづくり、社会資源の開発
- 住居確保給付金（必須事業）・有期で家賃相当額を支給
- 就労準備支援事業（任意事業）
 - ・ 生活習慣形成から、社会的能力、就職活動技法の習得等を3段階で支援
 - ・ 事業形式は、通所または合宿
- 就労訓練事業（任意事業）・作業の機会の提供に併せた、就労支援担当者による一般就労に向けた支援
- 一時生活支援事業（任意事業）
 - ・ 住居のない者に一定期間内に限り、宿泊場所の供与や衣食の供与
- 家計相談支援事業（任意事業）
 - ・ 家計収支等に関する支援計画の作成・家計の再建に向けた相談支援（公的制度の利用支援、家計表の作成等）
 - ・ 法テラス等の関係機関へのつなぎ
 - ・ 貸付のあっせん
- 子どもの学習支援事業（任意事業）
 - ・ 家庭での養育相談や学び直しの機会の提供、学習支援といった「貧困の連鎖」の防止の取組

【支援の実際】

① “判断を交えない態度（non-judgemental attitude）”を基本姿勢とする

生活困窮者の置かれている状況は様々であると同時に、その“痛み”はきわめて人間的なものであり、それぞれに個性があることを理解することが大切である。さらに、自己決定することを許されない状況下での生活を強いられた者にとっては、自らが望まない支援の提案は、無力感や失望を増強し、二次的な被害を与える可能性があるので注意を要する。

推奨される基本姿勢は、判断を交えない態度（その人の考えに解釈や判断をせずに「私が何をすればあなたの役に立つのでしょうか？」と問いかける姿勢）に徹することである。

② 初期対応としては、安心・安全な生活の場を提供し、まずは休んでもらうことを最優先する

路上生活者の場合など、居所を転々としていたり、危険な目に遭遇していたり、心身に大きな負担がかかって疲れ切っている人がほとんどであるため、初期対応としては、安心・安全な生活の場を提供し、休んでもらうことが優先される。「今後の生活はゆっくり考えることにして、焦らずに、休んで大丈夫ですよ」というメッセージを明確に伝えることが重要である。

③ 経済的困窮だけに注目し過ぎない（多様で複数の問題を抱えていることを前提とする）

生活困窮に陥った背景としては、多様で複数の問題を抱えている場合がほとんどであり、経済的困窮の解決だけを目標としてもうまくいかないことが多い。

知的障がいや教育を十分に受けられなかった人も多く、読み書きが不自由な場合も少なくない。統合失調症などの精神疾患、認知症、発達障害があったり、糖尿病や心臓疾患、腰痛などの慢性身体疾患に罹患している場合もある。借金問題や犯罪歴、夫婦関係や親子関係のトラブルから家を出ざるを得なくなった人もいる。

いずれにしても、本人にとっては「不名誉で人には話したくない」問題であるため、なかなか明らかにならないことも多いので、そのような背景があることを想定しながら、ある程度時間をかけて観察し、信頼関係を築きながら、アセスメントしていくことが重要となる。

④ 生活困窮者が陥りやすい心理状態や行動様式を理解しておく

生活困窮者の中には、様々な傷つき体験、失敗体験をしていたり、身体的、心理的な暴力被害に遭遇してきた者が少なくない。

個人の力では解決困難なつらい体験に遭遇した時にしばしば生じる心理行動上の反応として、不安・緊張、不眠、抑うつ、幸福感の喪失の他に、“社会活動能力の低下”、“対人関係困難（人とうまくつきあえない、孤立等）”があることも知っておく必要がある。

長期に渡って繰り返し暴力被害に逢ってきた人の場合、“戦う”か“逃げる”という行動パターンが身についてしまい、恐怖・不安・怒りで物事に対処する傾向があらわれる。背景には、危機遭遇時に脳内で分泌される「ノルアドレナリン（*p92）」（別名“怒りのホルモン”）神経機能の慢性的な亢進も想定されており、本人ではコントロールが困難な特性と理解する必要がある。

このような理由から、生活困窮者の中には、過度に攻撃的で易怒的だったり、支援の途中で逃避する、あるいは、無気力で非協力的だったり、拒否的といった行動パターンを示す者が少なくない。このような行動は、本人のわがままや病的な性格等に起因するものではなく、これまでの過酷な体験、つまり“異常事態に対する、正常な反応”であるという理解が必要である。

さらに、可能であれば、このような理解を被害者にも説明し、支援者と共有することが推奨される。

また、知的障がいや教育を十分に受けられなかったために、読み書きに不自由な人も少なくなく、駅名やバスの行き先が読めないために待ち合わせの場所に来れないということもある。加えて、多くの生活困窮者は疲れ果て集中力に欠けた状態にあるために、さらに理解力が低下することも考慮に入れ、図示したり、繰り返し確認をしながら、丁寧な説明に心がけるべきである。

⑤ 支援拒否や中途離脱への寛容

支援拒否や支援からの中途離脱をする者も少なくないが、そのような事態に対しては、過酷な体験という「異常事態に対する、正常な反応」と理解し寛容となることが、支援対象者に対する否定的感情や、支援者自身の無力感や燃え尽き感を防ぐことができる。

⑥ うまく行かない場合にも、継続して次の社会資源につなぎ戻す、継続的な支援を提供する（“伴走型支援”、“寄り添い支援”）

生活困窮者の多くは、社会との交流再開や再参加を目指して何度も挑戦するもうまく行かないという経験を数多くしており、「どんなに努力をしても未来は変わらない」という“縮小した未来感”や、「自分の力では何も出来ない」という“自己コントロール感の喪失”に陥っている。そのため、支援者の協力を得て挑戦したことが失敗に終わると、さらに希望と意欲を失うこととなる。

したがって、支援を開始した後は、うまく行かない場合には、いったん元に戻って仕切り直して、次の社会資源につなぎ戻すという、継続的な支援を提供することが肝要となる。うまく行かない時も含めて、その時のその人のニーズに合った支援を対象者と一緒に試行錯誤しながら考えていくという、“伴走型支援”、“寄り添い支援”などと呼ばれる支援体制が推奨される。

⑦ 自立を進めることで、孤立を増強させることがあることを常に想定しておく

住まいの確保、就労準備等、自立に向けて順調に進んでいるにも関わらず、社会的な孤立が増強してしまうことがある。

生活困窮に至ってしまった事情は、人によって様々であり、しかも、本人にとっては「不名誉で人には話したくない」問題であるため、最も困っている本質的な問題を周囲に相談できないまま追いつめられるという事態が時々生ずる。特に本人も努力し経過が順調であると、支援者は「がんばってますね」「良かったですね」という激励のメッセージを伝えがちになるが、これらが「支援者を失望させたくない」といった気持を強め、本質的な問題を話題に出来ない状況に追い込むことがある。

また、自立が成功した時から、共同住居等での仲間との生活も終わるわけで、新しい人的ネットワークが出来ない限り、孤立は深まることになる。

経過が順調な時にも、本人が本音や弱音が吐けるような、声かけや見守りを忘れないことが重要である。

⑧ 孤立の解決に向けて、互助（相互援助）が体験、実践できるような環境設定をおこなう

生活再建、自立が出来ても、社会的孤立が解決できなければ、本末転倒であり、孤立の解決を目指した支援環境を整える工夫が必要である。

生活困窮者の多くは、自分は「価値のない人間である」「役に立たない人間である」という“自尊感情の低下”“自己有用感の低下”に陥っており、このことが、過度に相手の評価を気にすることにつながり、安心して他者と交流することを妨げている。また、適切な支援を受けていても、「支援してもらっている」という役割が固定化すると、さらに自己有用感の低下は増強する。

自尊感情や自己有用感の回復には、その人が所属している集団や社会の中で「自分が意味のある役割を果たしている」という実感や、「他人のために自分が役立つ」という体験が必要であるといわれている。

そのためには、支援と被支援の固定化を避け、「助けられた者は、同時に助ける者」でもあるという助け合い、互助（相互援助）の環境を準備することが重要となる。同様の体験をした者だからこそ、相手が体験してきた困難性を共感できるし、同じ境遇の人からの手助けであれば、過度に強がることもなく素直に助けを受け入れることが容易となる。同じような問題や課題を有する人たちによるセルフヘルプ活動（自助活動、相互援助活動）においては、仲間のために自分の過酷な体験そのものが役に立つという実感が得られるやすく、自尊感情の回復に有効であるとされている。

⑨ 福祉、介護、保健、医療、法律、警察、民間団体、地域コミュニティ等との連携、人的交流（個別相談、連携会議の開催・協力、研修会等への相互協力等）

福祉事務所をはじめ、高齢者介護、障害福祉、医療等の支援サービス機関との連携の他、警察、法律専門家（成年後見、権利擁護等）、住まいの確保や就労支援に関しては、不動産業や各種企業の協力が必要となる。

関係機関、団体とは、個別相談、会議や研修会等を通じて人的交流を深めておくことが重要である。

多機関による支援チームが形成され、支援の内容や方向性、課題について、本人も含めて共有することができれば理想的である。

また、地元自治会等、地域コミュニティからの理解が得られない場合もあるが、支援活動を実践する中で、根気強く働きかけ理解者を増やして行くことが重要であり、強く反対していた住民が転じて良き理解者になってくれることもある。

関係者からの ひとこと…



奥田知志
生活困窮者支援全国ネット
ワーク 代表理事

1988年以来、路上生活者の支援を行ってきました。「寝る前、もう目が覚めないようにと祈る」。そんな言葉を路上で繰り返し聴いてきました。路上巡回相談では、毎年延べ約500名を対象としますが、自死念慮者対応者数は全体の約7%と。さらに自立後の生活のサポートにおいては、衣食住が整った後でも自死念慮対応は約4%となっています。「自立」「孤立」に終わっているという課題を見てきました。相談等実施で実際の自死はほぼありませんが、課題は明確です。

私たちは、生活困窮者の抱える「困難」を「経済的困窮（ハウスレス）」と「社会的孤立（ホームレス）」と言う二つの観点で捉えてきました。「ハウス（という経済的課題）」と「ホーム（という関係の課題）」は違うという理解です。路上では「畳の上で死にたい」と仰っていた方が、入居後「俺の最期は誰が看取ってくれるだろうか」と仰る。「この人には何が必要か」という「処遇の支援」は当然です。複合的で多岐わたる「困難」を抱えておられる故に、住居確保から始まり、就労、メンタル、債務など「包括型の支援」が必然となります。しかし、同時に「この人には誰が必要か」と言う「存在の支援」が重要です。相談員は、本人に伴走しつつ課題解決を支援すると同時に、人や地域等との関係づくりを進めます。

さらに「関係」は、「相互的」であるべきだと考えます。「助ける」「助けられる」の固定化を避け、「助けられた人が助ける人になれる」という「開かれた関係づくり」が大切だと思います。



の場由木
NPO法人自立支援センター
「ふるさとの会」

支援の中で特に大切だと思っていることは、支援する側の価値観を押し付けないで、相手の立場に立って考えていくことです。一緒に同じものを見ようとする関係性の中で協働して生活をつくっていくことを「よりそい支援」と表現しています。地域の中で孤立しないための互助や役割関係を特に重視しているところは、生活困窮者への生活支援の特徴のひとつだと言えるかもしれません。

経済的な問題だけではなく、疾病や障害、権利擁護の問題など、複合的な問題を抱えている場合が多いため、さまざまな機関との連携が欠かせません。緊急性を要し、必要な情報が十分でないまま支援をしなければならないこともあります。必要に応じて関係者との会議を開催して、情報共有をこまめにすることが重要だと思います。連携するにあたっては、当方の役割がわかりにくいこともあり、具体的にどのような支援をしているのかなどを丁寧に説明していくことを心がけています。人生の変化に圧倒されたり、途方に暮れたりしてすることは、誰しもが経験していることではないかと思います。同じひとりの生活者として、困っていることに共感し、一緒に考えていく姿勢が大切だと思います。

2 アルコール／薬物乱用・依存症

【相談者の特徴】

- 自分の飲酒行動に問題があることに気づいていない、もしくは、問題飲酒行動や薬物使用を認めようとしないうえ、自分から援助を求めようとせず、支援や治療に対して非協力的であったり、拒否的であったりする。
- 一方で、家族や周囲の人々は陰で苦しんでいる。
- 身体疾患、精神疾患、暴力、虐待、飲酒運転、自殺など、重大な社会問題との関連性が強いために医師から飲酒を止められている、あるいは違法な行為にも関わらず、使用し続けている、もしくは、断酒・断薬と再飲酒・再使用を繰り返している。
- 飲酒にまつわる暴力が繰り返されている。
- 飲酒運転、または、酒気帯び運転を複数回起こしている。
- 自分の生命や健康を大切に出来ない、あるいは自分の身体を傷つける行動を繰り返す傾向がある（持病の治療中断や健康管理の放棄、自傷、自殺未遂等）。
- 複数の依存症、嗜癖行動（アディクション）^{（*p91）}が併存していることがある。

支援における9つのポイント

- ① 依存症、嗜癖行動（アディクション）について正しく理解しておく
- ② 意志力、精神力に頼っていたり、深く反省するだけでは、行動をコントロールできないことを理解し、本人、家族、関係者、支援者間で共有しておく
- ③ 本人が協力的でない場合は、まずは家族支援から開始する
- ④ スモールステップ（小さな目標から少しずつ）を原則とする
- ⑤ 本人の主体性を尊重する
- ⑥ 失敗、再使用への寛容と再挑戦への応援
- ⑦ 反社会的行為、違法行為に対しては、毅然とした対応に努め、必要に応じて司法化する
- ⑧ 自助グループ、民間リハビリ施設との連携
- ⑨ 専門医療機関や、保健行政機関、その他の関係機関、関係者との情報交換、連携

*アルコール健康障害対策基本法

【アルコール健康障害の定義】

アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害

【基本理念】

- ・発生、進行、再発の各段階に応じた防止対策
- ・当事者と家族が日常生活と社会生活を円滑に営むことができるよう支援
- ・飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的な連携

【責務】

国、地方公共団体、国民、医師等、健康増進事業実施者の責務とともに、事業者の責務として、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に配慮する努力義務を規定

【アルコール健康障害対策推進基本計画】

- 基本法第12条第1項に基づき、平成28年5月に国が策定
- 重点課題1：飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防
 - ・特に配慮を要する者（未成年者、妊産婦、若い世代）に対する教育・啓発
 - ・アルコール依存症に関する正しい知識や理解の啓発
 - 重点課題2：アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備
 - ・アルコール健康障害への早期介入
 - ・地域における相談拠点の明確化
 - ・アルコール健康障害を有している者とその家族を、相談、治療、回復支援につなぐための連携体制の推進
 - ・アルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備

【支援の実際】

① 依存症、嗜癖行動（アディクション）について正しく理解しておく

依存症、嗜癖行動を一言で表現すると、“その行動を意志力や精神力ではコントロールできない”という行動障害である。

飲酒や薬物使用、ギャンブル、買い物などの行為には、「気持ちが良い」「ストレス解消になる」「嫌なことから解放される」などといった快感が伴う。そして快感を伴う物質や行為は、“脳内報酬系”という神経回路を活性化させ、もう一度同じ快感を求めようという欲動が起きてくると理解されている。依存症には、この脳内報酬系の異常が想定されている。言い換えると“脳が自動的に物質や行為を求める”わけで、もはや個人の意志力や精神力などでのコントロールは不可能となる。「脳がハイジャックされている」などとも表現され、脳の機能障害と理解すべきである。

② 意志力、精神力に頼っていたり、深く反省するだけでは、行動をコントロールできないことを理解し、本人、家族、関係者、支援者間で共有しておく

意志力や精神力ではコントロールできない行動障害であるということは、言い換えると“意志力や精神力に頼っているかぎり回復できない病気”である。深く反省し、二度とやらないと誓っても、いったん異常を来した脳内報酬系は改善しないわけで、意志力や精神力、倫理観に働きかけるだけでは克服できないという事実をよく理解し、本人、家族や関係者、支援者間で共有しておくことが重要である。周囲の人々や支援者は、本人の意志力や精神力、倫理観に訴えるような働きかけは慎むべきである。むしろ、自己コントロールが難しい問題であることを伝え、専門家の支援や自助グループへの参加など、他者の力を借りることを提案すべきであろう。

③ 本人が協力的でない場合は、まずは家族支援から開始する

本人が支援を拒否したり、非協力的な態度をとることはしばしばあるが、その場合は家族の支援から開始する。家族の相談に対応してくれる機関としては、最寄りの保健所、精神保健福祉センターがある。その他、家族相談に対応してくれる医療機関や民間リハビリ機関もあるが、地域によって実情が異なるので、保健所、精神保健福祉センターに確認する。

④ スモールステップ（小さな目標から少しずつ）を原則とする

アルコールや薬物の摂取をやめ続けるのは極めて困難な課題であり、飲酒量を減量することですら容易ではない。最初から困難なゴールを設定すると、失敗し、自信喪失とともに支援や回復過程からの脱落を惹起するので注意を要する。

小さな目標から少しずつ挑戦することを推奨するべきである。

例：「まずは、今日一日やめてみましょうか」「まずはこのやり方で一週間トライしてみましょう」

⑤ 本人の主体性を尊重する

本人が主体的に関わらないと成功率は減少するとともに、上手く行かなかった場合に、家族や支援者、治療者のせいにして、自分の問題として直面できなくなる。

本人が望まない方法を無理矢理選択させるのではなく、まずは本人の希望を採用するとともに、上手く行かなかった場合にはこちらの提案を受け入れてもらうよう約束をしておくという手順が一般的である。本人に特に希望がないときは、複数の選択肢を提示し、本人に選択してもらう。初期の段階であれば、支援を受けないという選択肢を入れておいても良い。もちろん、生命の危険があったり周囲への影響が深刻な場合などは、このような選択肢は不可である。

⑥ 失敗、再使用への寛容と再挑戦への応援

最初の挑戦で断酒や断薬を成功する例は極めて希であり、多くは使用の中止と再使用を繰り返す中で、酒や薬を使わなくて良い生き方や生活の仕方を見いだすこととなる。一定期間断酒や断薬していた人が再使用してしまうことを、当事者や関係者の間では“スリップ”と呼ぶが、「スリップすることは恥ずかしいことではないが、スリップしたことを隠して何の手立ても講じないことは問題である」という認識を、本人と支援者、関係者間で共有しておくことが重要である。

また、再挑戦への応援も大事であるが、「1年でスリップしたのだから、今度は1年と1日やめることを目標にしよう」など、スモールステップを提案する応援メッセージが望ましい。

⑦ 反社会的行為、違法行為に対しては、毅然とした対応に努め、必要に応じて司法化する

暴行・傷害や虐待、飲酒運転などの違法行為、あるいは威力業務妨害等に該当するような迷惑行為に対しては、毅然とした対応が原則であり、警察への通報をためらう必要はない。このような行為を大目に見ることは、支援者の燃え尽きや、本人と支援者の関係性の悪化につながる。また、司法化することは、本人の問題への直面化や動機付けのきっかけになることも多々ある。

ただし、使用そのものが違法とされる薬物の場合、再使用のたびに警察に通報するものではなく、⑥で示した原則的な対応を考慮しながら、ケースバイケースで判断することとなる。

⑧ 自助グループ、民間リハビリ施設との連携

自己コントロールができないという事態は、自尊心を傷つけ、自己肯定感を低下させる。他者の援助を受けることが推奨されるのだが、プライドや「強い意志を持っていればコントロールできるはずである」という間違った社会通念が影響して、素直に受け入れられずに状況は悪化し、さらに自尊心が傷つくというパターンとなる。

自尊心の回復には、所属している集団や社会の中で、自分が“意味ある役割を果たしている”、他人のために“役立つ”という体験や実感が必要とされており、そのような体験ができる場として、自助（セルフヘルプ）活動は極めて有用である。

依存症者の自助グループや、当事者が運営する民間リハビリ施設との連携、情報交換は必須項目の一つともいえる。

⑨ 専門医療機関や、保健行政機関、その他の関係機関、関係者との情報交換、連携

依存症を診てくれる精神科医療機関、保健所や精神保健福祉センターはもちろん、福祉事務所や警察、一般医療機関、法律家など、アルコール、薬物関連問題と関連する関係機関、関係者とは、連携、情報交換をしておくことが有用である。

具体的な方法とは、事例検討会議の開催や協力、研修会や普及啓発イベントへの相互協力などである。

*自助グループ

何らかの生活課題や問題を抱えた人たちが、相互に支え合い、その問題などを乗り越えようとする小集団。グループ運営を専門家に委ねず、あくまで当事者たちが独立しているというのが特徴。アルコール依存の「断酒会」「AA」、薬物依存の「NA」、ギャンブル依存の「GA」などがある。

【主たる活動は体験談ミーティング】

自身の体験談を語り、他者の体験談を聞く。他者の発言に対する意見は述べない“言い放し、聞きっぱなし”と呼ばれるスタイルが一般的。体験談を語ることは体験者であれば誰でもできることであり、「自分と似た体験をしているあなたの体験談が聞けて良かった」という参加者の反応は、“他人のために役立つ”という実感を与えてくれる。

【主な自助グループ】

●アルコール依存症

・断酒会：1958年に誕生した「東京断酒新生会」と、翌年に誕生した「高知県断酒新生会」が、1963年に合併して『全日本断酒連盟（全断連）』を結成したのが始まり。

・AA (Alcoholics Anonymous、アルコホーリクス・アノニマス)：『無名のアルコール依存症者たち』の意。1935年、米国に誕生した先駆的自助グループで、日本では1975年に始まった。組織を持たない共同体で、実名も名乗る必要はなくニックネームを使用するのが特徴。

●薬物依存症

・NA (Narcotics Anonymous、ナルコティクス・アノニマス)：『無名の薬物依存者たち』の意。1953年、米国カリフォルニアでAAからの分離という形で生まれ、日本では1982年に東京で最初のNAグループが誕生。

●ギャンブル障害（ギャンブル依存症）

・GA (Gamblers Anonymous、ギャンブラーズ・アノニマス)：『無名のギャンブラーたち』の意。1957年、米国で誕生、日本では1989年に横浜で最初のGAグループが誕生。

* 専門医療機関

アルコールや薬物依存症の治療プログラムを提供している精神科医療機関。

外来治療としては、薬物療法、個人精神療法、集団精神療法を提供するとともに、地域の自助グループとのネットワークを大事にしながら、断酒や断薬の維持や新しい生き方の発見を手伝ったりしてくれる。

入院治療については、離脱症状や精神症状に対する薬物療法から、疾患教育、個人精神療法、集団精神療法、自助グループの紹介から社会復帰の準備までの、一貫した入院治療プログラムは、『アルコール・リハビリテーション・プログラム（ARP）』、『ドラッグ・リハビリテーション・プログラム（DRP）』と呼ばれたりする。

地域によっては、専門医療機関がないところもある。アルコール依存症を診てくれる医療機関は比較的多いが、薬物依存症になると対応してくれる医療機関は少ないというのが現実である。

専門医療機関がない地域においては、保健所や精神保健福祉センターの協力を得ながら、地域の自助グループや一般医療機関等と連携しながら支援ネットワークをつくって対応することとなる。

* 薬物依存症リハビリ施設「ダルク」

薬物依存症の当事者が運営する民間のリハビリ施設。1985年、自らも覚醒剤中毒である近藤恒夫氏（東京弁護士会人権賞受賞者）が中心となって東京で開設、その後全国各地に広がった。ドラッグ（DRUG＝薬物）、アディクション（ADDICTION＝嗜癖）、リハビリテーション（Rehabilitation＝回復）、センター（CENTER＝施設）の頭文字を組み合わせ「DARC」という。

通所施設と入所施設があり、入所施設では5～20名の薬物依存症者が3～6ヶ月の共同生活を送りながら、薬物依存からの回復、社会復帰を目指して日々の活動を続けている。

リハビリ・プログラムは、自助グループで行われる体験談ミーティングが中心であり、スタッフも全員薬物依存症の当事者（回復者）である。この自助的な環境が、強がったり、ごまかしたりすることなく、“自分の力だけでは薬物使用をコントロールできない”という事実を素直さと潔さをもって受け入れ、仲間とともに薬を使わなくてもよい生き方を見つけようという態度に変えていくものだと考えられている。医療や司法、学校、地域からも見放された多くの依存症者たちが見事に回復している。

関係者からの ひとこと…



今成知美

ASK〔アルコール薬物問題
全国市民協会〕代表

アルコール依存症の最近の傾向は、女性と高齢者の増加です。女性は、若年から子育て期、熟年期、高齢期まで年齢は様々で、「お酒がやめられない」と、ご本人が相談電話をかけるケースもあります。性虐待を受けていたり、子どもの虐待があったりして、死にたいと訴える人も多いです。背景にアルコールがないか、気をつけて見てください。高齢者のアルコール問題は、衰弱、路上寝、転倒、認知症の悪化などにつながります。酩酊して介護者にからんだり、酒を買ってきてくれとせがんだり。離れて住む息子や娘が困って相談することも。家族は、「老い先短いだから」と介入をためらいますが、高齢者を診ている専門医療では、高齢者は治療につながるとすんなり断酒する例がけっこうあると言います。人生をどう締めくくるかは大事なので、あきらめずに、保健所や精神保健福祉センターに相談してほしいと思います。うつとアルコールがからむケースもよくあります。休職中に昼間から飲んで、通院時に飲酒運転事故を起こす例も。厚生労働省は今後、アルコール・薬物・ギャンブルの相談に力を入れる方針ですし、アルコールでは基本法ができて、都道府県が対策推進計画をつくる流れになっています。そこで重視されているのが「地域連携」です。その中心となるのが保健所・精神保健福祉センターで、家族だけでなく、周囲の人や援助者の相談も受けつけています。



嶋根卓也

国立精神・神経医療研究
センター薬物依存研究部
室長

「もう二度と覚せい剤など手を出しません！」と固く誓ったはずの患者が、あっさり再使用（スリップ）してしまうことがよくあります。その時、援助者は何を思うのでしょうか。「反省が足りない…」と患者を責めたり、「もっと厳しく指導していれば…」と自分を責めたりしていませんか？ 薬物の再使用は、治療の失敗ではありません。再使用は、薬物依存から回復するプロセスで誰もが経験する「症状」なのです。

むしろ、援助者にとって怖いのは、再使用したことを隠されることや、再使用をきっかけに治療から離れていってしまうことではないでしょうか。再使用の事実を正直に話せるような安全な場を作り、何でも話せる信頼関係を日頃から構築していくことで、治療継続性は向上していきます。薬物依存症者を支援する上で必要なことは「反省」や「叱責」ではなく、「共感的な態度」や「動機付け」です。

とはいえ、薬物依存に対する支援に苦手意識を持っている方や、陰性感情を持っている方もいらっしゃるかもしれません。そういう方は、ぜひ「回復者」と出会ってください。わが国には、地域における受け皿として、30年以上の歴史を持つダルク（DARC）があります。まずはダルクの扉を叩いてみてはいかがでしょうか。ダルクのスタッフは、いずれも薬物依存の当事者であり、「モデルとなる回復者」です。

3 多重債務・経済問題

【相談者の特徴】

- 借金をつくったことは恥だと思っており、他人に相談することをためらっている。
- 借金のことは話題に出来ず、その他の問題で相談してきたり、家族や関係者とのトラブルとして表面化したりする場合もある。
- 他人の援助を受けることなく、日々の取り立てや資金繰りの為に極度の疲労状態にあり、思考能力、判断力、行動力が著しく落ちている者も少なくない。
- うつ病に罹患していたり、うつ状態に陥っている者もいる。
- 多重債務の原因としてはさまざまであるが、事業の失敗、保証人としての債務、失業、病気による就労不能などが多く、近年は家族の介護のための離職や、貸与型奨学金の返済負担に起因する事例も増えている。
- ギャンブル障害（ギャンブル依存症）やアルコール／薬物依存症、買い物依存といった依存症の問題がある場合は、本人がそのことを隠し続けることがある。
- 家族には秘密にしている場合がある。

支援における9つのポイント

- ① まずは、これまでの苦勞へのねぎらいをする
- ② 本人の困りごとや、家族や関係者とのトラブル、仕事や社会的活動上の問題の背景に借金・多重債務がないか関心を払っておく
- ③ 専門家の介入の有無を確認する
- ④ 専門家への相談がなされていない場合は、弁護士・司法書士の介入があれば、借金は解決可能であることを伝える
- ⑤ 弁護士・司法書士を紹介する際は、よりていねいで積極的な働きかけをする
- ⑥ ギャンブル障害などの依存症がないか確認をし、適切に対応する
- ⑦ うつ病が疑われる様子がないか関心を払い、適切に対応する
- ⑧ 自殺のリスクがないか確認し、適切に対応する
- ⑨ 弁護士・司法書士、専門医療機関や、保健行政機関、その他の関係機関、関係者との情報交換や連携をはかる

* 4つの債務整理方法

債務整理の合理的で確実な方法として、以下の4つの方法がある。相談者に対しては、中身を詳しく理解してもらうより、具体的な解決法として4つも方法があること伝えることが第一である。

【任意整理】

裁判所を使わず、当事者間の話し合いで返済方法について和解する方法。話し合いによるため、柔軟な返済計画を組むことが可能であるが、話し合いに応じない貸金業者に対する強制力がない。

【特定調停】

裁判所が債権者と債務者の間に立って、利害調整をするもの。裁判所に選任された調停委員が仲介するので、公平な結論が期待でき、返済計画に強制力があり、給与の差押え等も止められる。合意成立しない場合でも、裁判所は、適切と思われる返済方法等を決定することができ、これに双方から異議が出なければ、合意が成立した場合と同様の効果がある。

【個人版民事再生】

裁判所が認可した再生計画に基づき、債務を返済する方法。話し合いによる解決が難しい場合でも債務整理が可能となり、住宅ローン特別条項により住宅を失わずに借金を大幅に減額した上で3～5年の期間での分割払いにすることが可能。ただし、安定した収入が必要であること、小規模個人再生で過半数債権者が反対する場合には再生計画が認可されないなど、利用できない場合もある。

【自己破産】

裁判所を通じて債務の支払いを免責してもらうもの。返済の見込みがない場合に選択するもので、早期に借金から解放され、給与の差押え等を止められる。しかし、最低限の生活資材を除き、住宅等の財産を失い、官報に氏名、住所が記載され、免責が許可されるまで一定の職業に就けないなどの制約がある。また、税金や養育費などの非免責債権については、免責されない。

【支援の実際】

① まずは、これまでの苦勞へのねぎらいをする

多重債務者のほとんどが、借金をつくったことは恥だと思っており、他人の言動に敏感になっている。勇気を振り絞って借金問題を相談したにも関わらず、「どうして、そんな多額の借金になったの？」といった質問をされると、自分を責められているように感じ、二度と他者に相談しなくなるという頑なな態度になってしまう場合もある。

「今まで、よく頑張ってきましたね。もう一人で頑張らなくても大丈夫ですよ」といったねぎらいの声かけが最初の対応となる。

② 本人の困りごとや、家族や関係者とのトラブル、仕事や社会的活動上の問題の背景に借金・多重債務がないか関心を払っておく

初期の段階から借金のことを相談する人は少ない。多くは、以下に示したように、家庭での問題、職場の問題、健康問題や様々な生活上の問題に関する相談から始まり、話の中で、借金・経済問題の存在が明確になってくる。

- 税金が払えない（分納させてほしいと相談にきた場合は、多重債務の可能性が高い）
- 生活費がない
- 夫婦関係や親子関係がうまくいっていない（内緒の借金があるために関係が悪化している）
- 夫からDVを受けている／子供から暴力を受けている
（ギャンブル障害やアルコール依存症と、それに伴う借金問題が想定される）
- 子どもが登校できていない（生活困窮のために登校しなかったり、親が登校させなかったりする）
- 夫の仕事がうまくいっていないようだ
- 家族／親類／友人の様子が気になる
- 病気のことで相談したい［病院の入院費が払えない］
- 失業、リストラ、事業の失敗
- ギャンブルがやめられない［ギャンブル障害］
- 衝動買いがやめられない［買い物依存］（女性が多い）
- 親／子どもが行方不明である（借金を抱えている場合も多い）

③ 専門家の介入の有無を確認する

法律専門家（弁護士・司法書士）に相談をしているかについて確認をする。

すでに相談がなされている場合は、その相談がうまくいっているかを確認し、専門家の介入があれば、借金は解決可能であることを再確認しながら、必要に応じてその専門家との連絡調整を行う。

④ 専門家への相談がなされていない場合は、弁護士・司法書士の介入があれば、借金は解決可能であることを伝える

専門家の介入があれば、借金は解決可能であることについて、以下の情報を提供しながら確実に伝える。ただし、解決方法は個人の状況で異なるので決めつけないこと。

- 法的手続きをとることによって、返済額が減額や免除になることがある。
有名な業者であっても、法的な金利を超えて余分に払いすぎている場合があり、その過払い金が戻ってくることもある。
- 法的手続きが開始されれば、取り立てが止まる
債務整理を弁護士、司法書士や裁判所に依頼した場合、その旨を貸金業者に通知（受任通知）してもらおうと、通知が届いた時点から貸金業者は取り立てができなくなる。

債務整理の合理的で確実な方法として、「任意整理」、「特定調停」、「個人版民事再生」、「自己破産」の4つの方法があることを具体例として説明するとより分かりやすい。

- 専門家の手続き費用について不安があれば『民事法律扶助制度』をすすめるとうい。

⑤ 弁護士・司法書士を紹介する際は、よりていねいで積極的な働きかけをする

弁護士・司法書士への相談を勧める場合、相談機関名と連絡先を伝えるだけに終わらず、以下のような積極的な働きかけが必要である。相談者は、今回の相談で全精力を使い果たしていたり、金策にあけくれているため、次の相談機関を訪れないことも想定できるからである。

- 紹介先に電話を入れ、相談者の抱えている問題の概要を説明し、対応可能であるかを確認する。
- 先方が対応できる日時、窓口名、担当者名等を確認し、必要であれば予約までする。
- 相談機関名、電話番号、アクセス方法、相談対応日時、窓口名、担当者名等を相談者に確実に伝える。(可能であれば、当該相談機関のリーフレットを渡したり、メモして渡したりすることが望ましい)
- 紹介した機関に相談した結果等について、事後報告してくれるよう相談者に依頼する。あるいは、こちらが紹介先に直接電話を入れて、その後の経過を確認することに関して、相談者本人の了解をとっておく。

⑥ ギャンブル障害などの依存症がないか確認をし、適切に対応する

ギャンブル、アルコール／薬物、買い物等の依存症が背景にある場合、依存症への対応を同時に行う必要性が出てくる。

こうした依存症の問題がある場合は、本人がそのことを隠し続ける傾向があるので、繰り返しかつ慎重に確認することが重要である。

依存症がある多重債務者に対して弁護士や司法書士が債務整理を行う際に注意しておくべきことがある。毎月の返済で苦慮していた者に対して、弁護士・司法書士の受任通知によって取立てが止まったり、過払い金の返還請求を先行して行った場合、自由に使える金の手元にあることで、中断していたギャンブル、アルコール、薬物等が再燃してしまうことがしばしばある。したがって、依存症者の受任に際しては、平行して、あるいは先行して依存症の問題解決が必要であり、専門医療機関、精神保健福祉センターや保健所、自助グループ等との連携を図り、つなぐことが重要となる。

また、本人だけでなく家族の聞き取りを行うことも重要である。何故なら、多重債務問題の背景に隠れている諸問題（DVを含めた家族問題、周囲の関係者との信頼失墜を招く問題〔具体的には、傷害・横領・詐欺などの行為〕など）への対応も必要な場合が多いからである。

⑦ うつ病が疑われる様子がないか関心を払い、適切に対応する

うつ病に罹患していたり、うつ状態に陥っている者も少なくない。

表情に活気がない、小声である、動作や会話が遅かったり、止まったりする、時折涙ぐむ、やる気がない、そわそわして落ち着きがない、自分を責めるなどのうちいくつかを観察できる。

*家族からの相談への対応

身内に多重債務者を抱える家族が相談窓口を訪れることもある。家族は債務者の抱える借金の実態が分からず、本人以上にパニックになって相談に来る場合が多く、まずは冷静になるよう説得した上で、次の事項を説明する。

- 家族が債務者の抱える借金の連帯保証人や保証人に安易にならないこと。
- 家族が借金の肩代わりをせず、債務者に相談窓口まで来よう促し、借金を整理させることが重要であること。ただし、本人を決して追い詰めないことが重要である。お互い家族間同士で感情的になると、本人が相談することも嫌がり、投げやりになる恐れがある。
- もし援助するのであれば、債務整理の手続きにかかる費用を援助することが、債務者本人のためであること。(本人の債務状況によってはそうでない場合もある)

うつ状態に陥っていても、一見元気に見える人もいます。ほとんどの人がうつ状態になると不眠と食欲不振が出現するので、睡眠状態と食欲については、必ず確認することが望ましい。

声かけの例：「借金があって大変のようですが、最近、眠れないとか、食欲がないとかはありませんか？」

⑧ 自殺のリスクがないか確認し、適切に対応する

多重債務・借金問題は、自殺のリスクとなる要因の一つであり、随時リスクを確認し、必要に応じて、家族や関係者に情報を伝えたり、自殺対策や医療保健の専門家へつなぐことが重要である

⑨ 弁護士・司法書士、専門医療機関や、保健行政機関、その他の関係機関、関係者との情報交換や連携をはかる

弁護士や司法書士との連携はもちろん、うつ病や依存症の問題もあるので、うつ病を診てくれる一般医療機関、精神科医療機関、保健所や精神保健福祉センター、自助グループなど、関係機関、関係者とは、連携、情報交換をしておくことが有用である。

具体的な方法とは、事例検討会議の開催や協力、研修会や普及啓発イベントへの相互協力などである。

*自殺の危険性が高いと思われる人への対応

(1) 真摯に耳を傾けつつ、状況を把握し、問題を整理する。

例：「それは本当に大変ですね」
「返済方法を考えないといけないですね」など

(2) 「死にたい」「自殺したい」という気持ち（希死念慮）の有無を確認する。

例：「大変な状況のようですが、いっそ、消えてなくなりたいとか、死んでしまいたいなど感じたことはありませんか？」など

●「死にたい」という気持ちはないときっぱり否定された場合

当面、自殺の危険性は低いと判断してよいが、自信がない時や不安を感じる場合は、精神科医等の専門家の助言を求めてもよい。

●「死にたい」という気持ちがあることを認めたり、若しくは、はっきりと否定しない場合

・「自殺してほしくない」と率直に伝える。

例：「死なないでくださいね」

「あなたに死んで欲しくないんです」など

・速やかに、保健所、精神保健福祉センター、あるいは市区町村の自殺対策担当窓口などに連絡し、今後の対応について指示を仰ぐ。

・家族や身近な人に連絡をとり、見守りと医療機関への受診援助を依頼する。

●自殺の危険性が切迫していると思われる場合

・自殺しないことをなかなか約束してくれない

・自殺の具体的計画を口にする（「首をつる」「高い所から飛び降りたい」など）

・今すぐにでも死にたいと述べるなど

・穏やかに話しかけ、応援が来るまではその人を決して一人にしない。

・切迫していると判断したら、迷わず、家族や警察に連絡し、協力を求める。

関係者からの
ひとこと…



草野哲也

日本司法書士会連合会
司法書士

借金の問題は、法律上解決することは可能なのですが、当事者は、借りたものは返さなければならないという気持ちが強く、精神的に追い詰められ、合理的な思考ができないほど疲弊していることが多いです。

貸金業者との交渉は一般の方では困難なことが多いため、早期に弁護士や司法書士につないでいただき、状況に応じて取り立てを止めたり、借金の原因への対応をしたりするなどして、合理的な思考ができるようになっていただくことが重要です。

そうすれば、借金以外の問題についても解決に向けて動けるようになると思います。

借金の問題を抱えた方は、依存症など、他の問題を抱えている方が多いため、その方が抱えている問題に気づき、それらの問題に対応できる専門家が連携して対応していくことが必要です。

弁護士や司法書士の費用についても、法テラスの民事法律扶助制度を活用すれば、ほとんど心配しなくても良い程度だと思います。

4 DV被害

【相談者の特徴】

- トラウマ反応に起因する非協力的・非社会的で、変動の多い行動様式を示す者が少なくない（警戒心が強い、猜疑的、攻撃的、易怒的、逃避的、無気力、深刻味に欠ける、一貫性に欠ける、決断できない等）。
- 加害者と離れられない者も少なくない（加害者の支配行動、共依存的関係、トラウマ反応等の影響）。
- 性暴力被害、性的搾取の被害者であることもある。
- 精神疾患に罹患していたり、精神障がい者である場合もある。
- 知的ハンディキャップがある場合もある。
- 加害者が反社会的勢力の一員である場合もある。
- 同伴児童に情緒および行動の障がいがある場合もある。
- 同伴児童に対する不適切な養育や虐待がある場合がある。

支援における10のポイント

- ① “判断を交えない態度（non-judgemental attitude）”を基本姿勢とする
- ② 被害者特有の心理状態や行動様式を理解しておく
- ③ 支援拒否や中途離脱への寛容
- ④ 自己決定が出来るような支援（有用な情報の提供、複数の選択肢の提示、決定までの紆余曲折の過程の尊重と同過程への付き合い
- ⑤ 婦人相談所、警察との連携、人的交流（個別相談、連携会議の開催・協力、研修会等への相互協力等）
- ⑥ 生活支援（住居、就労）の重視／支援体制の充実（不動産関係者、ハローワークとの連携等）
- ⑦ 同伴児童対応（子育て支援、教育支援、虐待対応等）の重視／支援体制の充実（市町村、教育、民間団体、児童相談所との連携等）
- ⑧ 協力弁護士、協力医師（産婦人科医、精神科医等）の確保
- ⑨ 障害福祉サービスとの連携（相談支援事業者、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター等）
- ⑩ 外国人対応（通訳者の確保等）

*配偶者暴力防止法

【「配偶者からの暴力」の定義】

「配偶者」には、婚姻の届出をしていない「事実婚」を含み、男女の別を問わない。「暴力」は、身体に対する暴力又はこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動を指す。

生活の本拠を共にする交際相手からの暴力についても、この法律を準用する。

【施策の内容】

●通報

- ・被害者を発見した者は、配偶者暴力支援センター又は警察官に通報できる。
- ・医療関係者等は、被害者発見時には、支援センター又は警察官に対して通報できる（被害者の意思を尊重の上）。

●相談

- ・配偶者暴力相談支援センターでの対応
相談、カウンセリング、一時保護、自立生活援助、保護命令制度の利用や、居住施設・保護施設の利用についての情報提供など。
- ・警察での対応
被害者の意思を踏まえた上での、配偶者の検挙、指導・警告、自衛・対応策についての情報提供など。

●一時保護

- ・都道府県に設置されている婦人相談所が一時保護業務を実施（厚生労働大臣が定める基準を満たす民間のシェルター等に委託されることもある）。

●自立支援

- ・配偶者暴力相談支援センターでは、生活支援、就業支援、住宅支援等に関する様々な情報を提供。

●保護命令

- ・被害者からの申立てにより、裁判所が配偶者に対し、保護命令を出す。
- ・接近禁止命令、退去命令、子又は親族等への接近禁止命令、および電話等禁止命令がある。
- ・違反すれば、1年以下の懲役または100万円以下の罰金。

【支援の実際】

① “判断を交えない態度（non-judgemental attitude）”を基本姿勢とする

DV被害者の置かれている状況は様々であると同時に、その“痛み”はきわめて人間的なものであり、それぞれに個性があることを理解することが大切である。さらに、自己決定することを許されない状況下での生活を強いられた被害者にとっては、自らが望まない支援の提案は、無力感や失望を増強し、二次的な被害を与える可能性があるので注意を要する。

推奨される基本姿勢は、判断を交えない態度（被害者の考えに個人的な解釈や判断をせずに「私が何をすればあなたの役に立つのでしょうか？」と問いかける姿勢）に徹することである。

② 被害者特有の心理状態や行動様式を理解しておく

DVのように長期反復性の暴力被害の場合、“戦う”か“逃げる”という行動パターンが身についてしまい、恐怖・不安・怒りで物事に対処する傾向があらわれる。背景には、危機遭遇時に作動する脳内の「ノルアドレナリン（*p92）」（別名“怒りのホルモン”）神経の慢性的な機能亢進も想定されており、被害者本人によるコントロールが困難な特性と理解する必要がある。

また、犯罪や災害の被害者／被災者にしばしば生じる心理行動上の反応として、不安・緊張、不眠、抑うつ、幸福感の喪失の他に、“社会活動能力の低下”、“対人関係困難（人とうまくつきあえない、孤立等）”があることも知っておく必要がある。

DV被害者の中には、過度に攻撃的で易怒的だったり、支援の途中で逃避する、あるいは、無気力で非協力的だったり、拒否的といった行動パターンを示す者が少なくない。このような行動は、被害者本人のわがままや病的な性格等に起因するものではなく、DV被害という“異常事態”に対する、正常な反応”であるという理解が必要である。

さらに、可能であれば、このような理解を被害者にも説明し、支援者と共有することが推奨される。

③ 支援拒否や中途離脱への寛容

支援拒否や支援からの中途離脱をする者も少なくないが、そのような事態に対しては、DV被害という“異常事態”に対する、正常な反応”と理解し寛容となることが、被害者に対する否定的感情や、支援者自身の無力感や燃え尽き感を防ぐことができる。

④ 自己決定が出来るような支援（有用な情報の提供、複数の選択肢の提示、決定までの紆余曲折の過程の尊重と同過程への付き合い

DV被害者の多くは、繰り返される暴力と、自らの人格と尊厳を否定されたような支配に圧倒され、「自分の力では何も出来ない」という“自己コントロール感の喪失”や“自尊感情の低下”に陥っている。

そのため、回復に向けた支援においては、“自己決定”の尊重が重要となる。

様々な個人的な背景に配慮しながら、今後の生活に有用な情報をわかりやすい形で提供するとともに、可能な限り複数の選択肢を提示するよう心がける。また、決定までの紆余曲折そのものを、自己決定、そして、自己コントロール感、自尊心の回復に向けた重要な過程であると尊重し、その紆余曲折に寄り添うという姿勢が求められる。

もちろん、時間的な制約や被害者の個別的な要因等のために、自己決定の原則が守れない場合もある。

⑤ 婦人相談所、警察との連携、人的交流（個別相談、連携会議の開催・協力、研修会等への相互協力等）

DV被害者の専門相談機関は、配偶者暴力相談支援センター（通称DVセンター）、婦人相談所、および警察であり、これらの機関との連携や普段からの人的交流をしておくことは有効である。

配偶者暴力防止法の特徴は、保護命令制度である。被害者の申立てにより裁判所が加害者に対し、被害者への接近や電話等の禁止、同居の子どもや親族等への接近禁止、被害者の住居からの退去命令を出すことができ、命令に従わない加害者は処罰するという形で、事前に暴力被害を防止しようとするものである。保護命令の申立てに必要なDVの事実の証明が出来るのは、配偶者暴力相談支援センターと警察である。

【配偶者暴力相談支援センター】

都道府県が設置する婦人相談所は同センターの機能を有しており、都道府県によっては女性センターや福祉事務所などを指定しているところもある。市町村も設置に努めるものとされているが、設置は一部にとどまっている。

相談や相談機関の紹介、カウンセリング、緊急時における一時保護（婦人相談所には一時保護施設が併設されている）、自立生活援助、保護命令制度の利用についての援助等を行う。

婦人相談所は、都道府県によって、その職員体制や機能に差異があるので、普段より連携を深め、対応可能な範囲について把握しておくことが重要である。

⑥ 生活支援（住居、就労）の重視／支援体制の充実（不動産関係者、ハローワークとの連携等）

DV被害者の支援において、住居の確保や就労支援等の生活支援はその中心となるものであるが、加害者への情報漏洩の防止等、配慮すべき事項があるため、関係者との意思疎通、守秘義務の遵守等、より慎重な連携体制の構築が必要となる。

婦人相談所を中心とした公的施設と民間団体等が連携したネットワークの構築が求められている。

⑦ 同伴児童対応（子育て支援、教育支援、虐待対応等）の重視／支援体制の充実（市町村、教育、民間団体、児童相談所との連携等）

同伴児童への対応は、DV被害者支援の中で極めて重要な事項となる。

一時保護に際して、中学生以上の男児の場合、婦人相談所の一時保護施設には入所できないので、児童相談所等の別の施設での保護となり、親子分離しての支援を余儀なくされる。

また、DVの目撃自体が心理的虐待に該当する他、被害者である親が虐待や不適切な養育を行っている場合もあり、同伴児童の虐待対応が必要な場面もある。さらには、同伴児童に情緒や行動の障がい、知的障がい等がある場合など、児童相談所の関与が必要なことが多々あることも理解しておく必要がある。

知的障がいや精神障がいがある被害者の場合、養育能力が制限されるため、子育て支援を含めた自立に向けた支援体制の構築も必要となる。

加害者の追跡等が続く場合など、一時保護が長期化することもあり、この間の同伴児童の教育の確保も重要な課題となる。

⑥と同様、公民の連携ネットワークの構築が必要となる。

⑧ 協力弁護士、協力医師（産婦人科医、精神科医）の確保

同伴児童の親権の問題、財産問題、あるいは加害者からの訴訟等、法的な手続きを要する場面が多々あるため、女性の協力弁護士の確保が望まれる。

また、心身に健康問題を有する被害者も少なくなく、女性の産婦人科医、精神科医の協力体制の構築も重要である。

⑨ 障害福祉サービスとの連携（事業者、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター等）

知的障がいや精神障がいがあるDV被害者は少なくない。婦人相談所等で一時保護となった女性を対象としたとある調査によると、心理検査の一環として実施した知能検査において、検査協力者の約4割がIQ=69以下であった。

被害者の自立に向けて、障害者手帳の取得や、障害福祉サービスの利用、医療機関の利用等に関する支援も必要となる。

特に、同伴児童がいるケースでは、受け入れ先の確保が困難となる。障害福祉サービス事業者で、母子同時に入所型のサービスを提供してくれるところは極めて少なく、児童福祉法に規定された母子生活支援施設の障がい者受け入れも限定的であり、子育て支援を含めた生活支援サービスの構築が望まれる。

⑩ 外国人対応（通訳者の確保等）

国際化に伴い、外国人対応も大きな課題である。

通訳の確保の他、国際的な人身売買組織が関わっている場合、加害者である配偶者の母国での立場によっては当該大使館の協力を避けなければならないケースなど、複雑で多方面の協力を要する支援が必要となることもある。

各地の配偶者暴力相談支援センターだけでは対応困難な場面もあるので、警察、弁護士会、地方自治体、国（内閣府男女共同参画局、法務省外国人のための人権相談所）等と連携をとった対応が求められることになる。

* 共存症

自分を必要としてくれる相手との関係に依存してしまうこと。

アルコール依存・薬物依存・ギャンブル依存・暴力／虐待など『嗜癖行動（アディクション）』にはまった人の配偶者や親が陥りやすい夫婦・親子関係パターンで、“相手をどうにかすることで頭が一杯”になり、“相手に必要とされること”でしか自分の存在価値を見出せなくなっている。

「私がいないとこの人はますますダメになる!!」という考えに支配され、相手の問題行動を何とかしようと、監視したり、責めたりする、行動を変えることを誓わせる、心配してあれこれ世話をやく失敗の尻拭いをする、世間体を繕う、責任の肩代わりをするなどの行動パターンを繰り返す。

その結果として嗜癖者の回復を妨げ、病気の進行に手を貸してしまう（イネイブリング）。

回復のための秘訣としては「自分の幸せのために自分らしく生きる」という姿勢を大切にすることだとされている。

* イネイブリング(enabling)

結果として相手の問題行動継続を可能にしてしまうこと。

例えば、DV夫に対して妻が、暴力を繰り返させまいと思い、一方的に我慢をしたり、問題を棚上げにしたまま暴力を振るわないことを誓わせたあげく、誓いを破っても許してしまう、世間体を繕ったり、色々と世話をやくといった行動をとり続けると、本人が自分の問題に気付く機会を奪い、結果として病気の進行を助けることになる。

愛する大切な相手に対して「回復して欲しい」、「よくなつて欲しい」という感情を持つのは当然のことであり、責められることではないが、嗜癖行動は、愛情をも養分にして進行し、悪循環が永遠と続くやっかいな問題であるという理解が必要である。いったん、愛情という養分を断って進行をくい止めるという対応も考慮すべきである。

具体的には、「本人が行った行為に対しては本人に責任をとってもらう」、「約束したことを守れない時は、約束が果たせられるまでは許さない」といった姿勢が必要となる。

なお、暴力嗜癖に繰り返される暴力（暴力嗜癖）への対応法は下記の3つしかないといわれており、被害者に対しても、このことを明確に伝えることが重要となる。

- 1) 避難
- 2) 第三者の介入
- 3) 公権力や専門家の介入

関係者からの
ひとこと…



大塚俊弘

国立精神・神経医療研究センター 上級専門職／元
長崎県婦人相談所長

DV被害者について、“怯えきった、か弱い女性”というイメージを持っている人が多いかもしれません。しかし、なかには、イライラしやすく攻撃的な方もおられ、その対応に戸惑ったりする場面があるのではないのでしょうか？あるいは、支援の途中なのに中断して居なくなってしまう方に、裏切られたような気持ちになったことはないのでしょうか？

DV被害者は、配偶者からの度重なる暴力や搾取の中を生き抜いてきた、いわば、戦場の生き残り（サバイバー）のような方々です。ですから、自身や子どもを守るために、“戦う”か“逃げる”という行動パターンが身についてしまった方がたくさんおられるということを知っておいてください。逆に、深刻味にかけ、なんだかボンヤリとしていて、打てど響かず、非協力的な方もおられます。これも、慢性的な暴力被害の中で、いわば自ら麻酔をかけたような状態にして苦痛や恐怖を耐える、そのような本能的防御反応の結果だと理解してください。

このようなDV被害がもたらす心理的な影響を十分に理解し、ともすればトラブルに陥りやすいDV被害者を、支援者が腹を立てたり、あきらめたりすることなく根気よく支援をしていくことが大切だと思います。

5 幼少期の逆境体験（虐待・不適切な養育）

【相談者の特徴】

- ト라우マ反応に起因する非協力的・非社会的で、変動の多い行動様式を示す者が少なくない（警戒心が強い、猜疑的、攻撃的、易怒的、逃避的、無気力、深刻味に欠ける、一貫性に欠ける、決断できない等）。
- 自尊心や自己効力感が低く、自分は無価値な人間であると思っている。
- 未来に希望が持てず、慢性的な空虚感がある。
- 自己を傷つける可能性のある危険な行為（浪費、物質乱用、無謀な運転、過食、不特定の人物との性交渉など）や、自傷行為、自殺行動を繰り返している。
- 対人関係が不安定で激しい。
- うつ病、パーソナリティ障害（*p92）、依存症などの精神疾患がある人も少なくない。
- 知的ハンディキャップがある場合もある。

支援における10のポイント

- ① “判断を交えない態度（non-judgemental attitude）”を基本姿勢とする
- ② 幼少期に過酷な体験をした者特有の心理状態や行動様式を理解しておく
- ③ 意志力、精神力に頼っていたり、深く反省するだけでは、行動をコントロールできないことを理解し、本人、家族、関係者、支援者間で共有しておく
- ④ 自分を大切にしようというメッセージは避け、むしろ自分を大切にできないほど過酷な状況に追い込まれた大変さに共感する
- ⑤ 支援拒否や中途離脱、問題行動の再発への寛容と再挑戦への応援
- ⑥ 反社会的行為、違法行為に対しては、毅然とした対応に努め、必要に応じて司法化する
- ⑦ 自己決定が出来るような支援（有用な情報の提供、複数の選択肢の提示、決定までの紆余曲折の過程の尊重と同過程への付き合い）
- ⑧ 生活支援（住居、就労、資格取得、学業など）の重視
- ⑨ 精神科医療機関、障害福祉サービスとの連携
- ⑩ 自助グループや民間支援組織との連携

*児童虐待

児童虐待は、こどもの生命や安全を脅かすだけでなく、心身の発達に長期間に渡って深刻なダメージを与える。

幼少期の被虐待体験は、成人してからの精神障害の要因となったり、対人関係やストレス因に対する対処能力にも負の影響を与えるため、自殺のリスクも高めることが分かっている。

被虐待体験を自ら表明する者は多くはないが、被虐待の情報を持っていたり、本人の口からその事実を聞いた場合には、その人が受けてきたダメージや心理行動面への影響を理解し、十分な配慮をもって支援にあたる必要がある

【児童虐待の種類】

●身体的虐待

殴打する、蹴る、揺さぶる、投げる、窒息させる、火をつけるなど、様々な方法が用いられる。

●性的虐待

親や養育者が性的満足を得る目的で子どもが関与して行われるあらゆる性的行動を含む。性器を愛撫する、物を性器に入れる、姦淫・強姦、肛門性交、性器の露出の他、児童と虐待者の間に直接的肉体的関係はないが、他者との性的な行為を強制したり、だましたり、誘惑したりすることも含まれる。

●ネグレクト

育児放棄、適切な監督を行わない、必要な情動的・心理的要求に応じない、必要な教育・医療・栄養・住居・衣服をあたえないことである。そのために年齢にふさわしい基本的な要求が剥奪され、子どもに重大な身体的または心理的な傷害を負わせることになる。

●心理的虐待

強く叱責する、恥をかかせる、脅す、大切にしているものを捨てる、行動を制限する（縛る、閉じこめるなど）、自分自身を痛めつけるよう強要する、頻度や期間において通常の程度を上回るしつけなど。児童に顕著な心理的傷害を与える。DVの目撃も心理的虐待に含められる。

【支援の実際】

① “判断を交えない態度（non-judgemental attitude）”を基本姿勢とする

幼少期の過酷な体験の影響は、その人が受けた被害の内容、被害を受けた年齢や期間、加害者が誰かなどによって様々であると同時に、その“痛み”はきわめて人間的なものであり、それぞれに個性があることを理解することが大切である。

さらに、力のない幼少期より自己決定することを許されない状況下での生活を強いられた者にとっては、自らが望まない支援の提案は、無力感や失望を増強し、二次的な被害を与える可能性があるので注意を要する。虐待を加える大人の多くが子どもに対して「あなたのためにやっているのだ」と正当化しながら体罰を与えたり、子どもが望まないことを強要しており、そのような体験を持つ人にとって、「あなたのためにやっている」と言われながら受ける望まない支援が、どれほどのダメージを与えるかについて、リアリティをもってイメージしておくことが大切である。

推奨される基本姿勢は、判断を交えない態度（その人の考えに個人的な解釈や判断をせず「私が何をすればあなたの役に立つのでしょうか？」と問いかける姿勢）に徹することである。

② 幼少期に過酷な体験をした者特有の心理状態や行動様式を理解しておく

幼少期の暴力的虐待や乳児期のネグレクトは、子どもの心理発達に深刻な影響を与えることが指摘されているが、それは単に心理学的な反応にとどまらず、そこには、成長期における正常な神経ネットワーク形成が妨げられることによって生じる脳機能不全という、生物学的な背景が想定されており、まだ十分に証明されてない部分もあるが、仮説として、以下のようなものが考えられている。

- 幼少期より長期反復性の暴力被害に曝されると、“戦う”か“逃げる”という行動パターンが身についてしまい、恐怖・不安・怒りで物事に対処する傾向があらわれる。背景には、危機遭遇時に作動する脳内の「ノルアドレナリン^(p*92)」（別名“怒りのホルモン”）神経の慢性的な機能亢進も想定されており、本人によるコントロールが困難な特性と理解する必要がある。
- 乳幼児期に放置され、養育者の適切な関わり（頻回に声をかけたり触ったりする、空腹時に随時授乳する、不快なことは除去してあげる等）がなされないと、安心して人に頼れたり、他人を思いやったりといった愛着の基礎となる神経回路が育たず、他者と協調するといった社会的行動を維持することが不得意となる。

また、犯罪や災害の被害者／被災者にしばしば生じる心理行動上の反応として、不安・緊張、不眠、抑うつ、幸福感の喪失の他に、“社会活動能力の低下”、“対人関係困難（人とうまくつきあえない、孤立等）”があることも知っておく必要がある。

幼少期に過酷な体験をした者の中には、安心して人に頼れない、他者と協調できない、警戒心が強く疑い深い、攻撃的でイライラしやすい、逃避的で無気力である、深刻味に欠ける、一貫性に欠けて長続きしない、決断できないなど、社会的活動や対人関係を妨げるような行動を示す者が少なくない。このような行動は、本人のわがままや病的な性格と捉えるのではなく、虐待やネグレクトといった“異常事態に対する、正常な反応”であるという理解が必要である。

さらに、可能であれば、このような理解を本人にも説明し、支援者と共有することが推奨される。

例：暴力事件を繰り返す被虐待体験がある少年に対して

「すぐにカットとなり暴力を振るってしまう自分を異常だと思っているかもしれないが、あなたが異常なのではなく、過酷だった環境に対する正常な反応だと言える。戦場みたいな環境を生き抜くために、脳が、戦ったり、逃げたりするための戦闘モードになっているのかもしれない。ただ、ここは戦場ではないので、暴力行為は避けなければならない。戦闘モードになっていても、人に暴力を振るわずに済むような生活上の工夫を一緒に考えよう」

- ③ 意志力、精神力に頼っていたり、深く反省するだけでは、行動をコントロールできないことを理解し、本人、家族、関係者、支援者間で共有しておく

幼少期の過酷体験を有する者が示す問題行動には、何らかの脳機能不全の影響があると考えられるため、意志力や精神力に頼っていたり、深く反省したり、心を入れ替えたからといってコントロールできるものではない。意志力や精神力、倫理観に働きかけるだけでは克服できないという事実をよく理解し、本人、家族や関係者、支援者間で共有しておくことが重要である。

周囲の人々や支援者は、本人の意志力や精神力、倫理観に訴えるような働きかけは慎むべきである。むしろ、自己コントロールが難しい問題であること伝え、医療や福祉の専門家の支援、場合によっては司法の関与など、他者の力を借りることを提案すべきであろう。

*被虐待経験が脳に与える影響

幼少期の被虐待経験がある成人を対象にしたfMRI（ファンクショナルMRI、磁気共鳴機能画像法）による検査によって、被虐待経験が脳に及ぼす影響に関する知見が得られるようになってきている。

これまでに、性的虐待の脳視覚野への影響、暴言虐待の聴覚野や脳梁（左右の脳半球をつないでいる部分）への影響、厳格体罰の前頭葉前野や脳内報酬系への影響、DVの目撃の視覚野への影響などが指摘されている。

- ④ 自分を大切にしようというメッセージは避け、むしろ自分を大切にできないほど過酷な状況に追い込まれた大変さに共感する

幼少期の過酷体験を有する者の中には、自尊心が傷つけられ、「自分は価値がない人間である」という考えている者が少なくない。

このような人々に対する「自分を大切にしよう」というストレートなメッセージは、自分を大切にできないことへの非難のメッセージとして捉えられ、その人を「世間では自分を大切にすることが正しいこととされている。自分を大切にできない自分はやっぱり価値がない人間なんだ」という気持ちに追い込んでしまう。

自分を大切に出来なくなるまでに追い込まれた過酷な状況を理解し、「自分を大切にできなくなるほど、辛くて大変な経験をしてきたのですね」という共感のメッセージを伝えた後に、今の状況から脱出し、回復するための手立てを一緒に考えようと提案する、そのような対応が推奨される。

自殺総合対策においても、命の大切さばかりを強調した教育は、その子が死にたくなるような状況に追い込まれた時に「命を大切にできない自分はダメな人間である」という気持ちを強めるため、自殺のリスクを高めるとも考えられている。長い人生の中では、命を大切にできなくなるような状況に追い込まれることもあり得るという前提で、そのような状況に陥ったときは、自分を過度に責めず、他人の力を借りながら、できることから一つ一つ解決していくという対処を選択するよう教育しておくことが重要である。

- ⑤ 支援拒否や中途離脱、問題行動の再発への寛容と再挑戦への応援

対人関係の不安定さや警戒などのために、支援拒否や支援からの中途離脱をする者も少なくないが、そのような事態に対しては、過酷体験という「異常事態に対する、正常な反応」と理解し寛容となることが、被害者に対する否定的感情や、支援者自身の無力感や燃え尽き感を防ぐことができる。

また、対人トラブル、暴力、自傷行為などの問題行動も、自己コントロールが困難である以上、何度も繰り返されることが多い。最初の挑戦でうまくいくことはなく、試行錯誤の中で、問題行動を最小限にとどめるための、生き方や生活の仕方を見いだすこととなる。「失敗することは恥ずかしいことではないが、そのことを隠して何の手立ても講じないことは問題である」という認識を、本人と支援者、関係者間で共有しておくことが重要である。

また、再挑戦への応援も大事であるが、「1週間自傷行為をすることなく過ごせたのだから、今度は1週間と1日を目標にしよう」など、スモールステップを提案する応援メッセージが望ましい。

- ⑥ 反社会的行為、違法行為に対しては、毅然とした対応に努め、必要に応じて司法化する

一方で、暴行・傷害、恐喝などの明らかな違法行為にあたる行為に対しては、毅然とした対応が原則であり、警察への通報をためらう必要はない。このような行為を大目に見ることは、支援者の燃え尽きや、本人と支援者の関係性の悪化につながる。

また、社会規範を遵守しない環境で育ってきた者や、さらに知的障がいがある者では、どこまで社会的に許される行為であるかに関する認知や判断に問題がある場合があるので、司法化することは、本人の問題への直面化や動機付けのきっかけになることも多々ある。

⑦ 自己決定が出来るような支援（有用な情報の提供、複数の選択肢の提示、決定までの紆余曲折の過程の尊重と同過程への付き合い）

幼少期に受けた虐待だけでなく、大人になってからも繰り返し暴力や搾取、あるいは人格と尊厳を否定されたような支配を受けた者も少なくない。このような場合、「自分の力では何も出来ない」という“自己コントロール感の喪失”や“自尊感情の低下”に陥っており、回復に向けた支援においては、“自己決定”の尊重が重要となる。

様々な個人的な背景に配慮しながら、今後の生活に有用な情報をわかりやすい形で提供するとともに、可能な限り複数の選択肢を提示するよう心がける。また、決定までの紆余曲折そのものを、自己決定、そして、自己コントロール感、自尊心の回復に向けた重要な過程であると尊重し、その紆余曲折に寄り添うという姿勢が求められる。

もちろん、緊急の支援が必要な場合など時間的な制約があったり、個別的なその他の要因のために、自己決定の原則が守れない場合もある。

⑧ 生活支援（住居、就労、資格取得、学業など）の重視

住居の確保や就労支援、資格取得や学業面での支援などの生活支援が優先される。

過酷な体験をした者特有の心理状態や行動様式のため、近隣トラブルのために定住できなかったり、継続的な就労や学業が困難となる場合も多いが、本人と相談しながら、根気よくスモールステップを踏みながら実践していくことになる。

⑨ 精神科医療機関、障害福祉サービスとの連携

パーソナリティ障害^(*)p92)、うつ病、摂食障害、アルコール・薬物依存症などの診断がつき、治療が必要な場合や、発達障害や知的障害を伴う者もいるので、精神科医療機関や障害福祉サービス事業者とは、日頃より連携、情報交換をしておくことが有用である。具体的な方法とは、事例検討会議の開催や協力、研修会や普及啓発イベントへの相互協力などである。

⑩ 自助グループや民間支援組織との連携

自尊心、自己肯定感、自己効力感が低下しているものが多く、それらの回復は大きな課題である。

自尊心の回復には、所属している集団や社会の中で、自分が“意味ある役割を果たしている”、他人のために“役立つ”という体験や実感が必要とされており、そのような体験ができる場として、自助（セルフヘルプ）活動は極めて有用である。

自助グループや、当事者が運営に加わっている民間支援組織との連携、情報交換は必須項目の一つともいえる。

被虐待体験等、トラウマ関係の自助グループに関する情報は、精神保健福祉センターにたずねるとよい。

*AC（アダルト・チルドレン）

Adult Children of Alcoholics, Adult Children of Dysfunctional Family。直訳は「アルコール依存症者のいる家庭、機能不全家庭で育って大人になった子どもたち」で、“機能不全家庭で育ってきた人”の意。

機能不全家庭で育った者の中には、幼少期に虐待を含む様々なトラウマ的出来事を体験したために、思春期以降、生きにくさや対人関係上の問題が表面化し、その結果、アルコール／薬物問題、ギャンブル、暴力、情緒不安定といった精神および行動上の問題を抱える者が少なくない。

・ACODA（Adult Children of Dysfunctional Families Anonymous）：『無名のACたち』の意。ACの自助グループ。（自助グループに関する概説は、『2 アルコール／薬物乱用・依存症』のコラム「自助グループ」（p30）を参照）

6 自殺未遂

【救命直後の未遂者の状況】

- “心理的視野狭窄（こころの視野狭窄）”と呼ばれる、自殺に追い込込人特有の心理状態に陥っている。
- 自殺に追い込まれた状況そのものは、解決されていない。
- 身体的、精神的な疲労、体力の著しい低下に見舞われている。
- 身体的後遺症が残っている場合もある。
- 経済的な負担（生活費、高額な医療費）が増している。
- 自分の自殺行為に関する社会的な説明（家族や職場、友人等に対する）が要求されている。
- 家族など、身近な人々も混乱している。

支援における10のポイント

- ① 自殺未遂や自傷行為は、最も強力な自殺のリスク因子であることを理解しておく
- ② 自殺行為や病気の診断名ではなく、その人の“生きにくさ”に焦点をあてる。
- ③ クライシスコールとしてとらえる
- ④ 追い込まれた状況をとらえるという視点を大切にする
- ⑤ 直前のエピソードに囚われすぎない
- ⑥ 自殺未遂者にとっての3つの非自発性（自らが望んでいない事態）を理解しておく
- ⑦ かかわる時間に関係なく、ファーストコンタクトを重視する
- ⑧ 現在の危険度を評価する
- ⑨ 社会資源につなげるだけでなく、“生きる”ことへの支援を考える
- ⑩ 支援者支援の準備をする

* 自殺未遂者の心理状態

自殺とは“追い込まれた死”であり、自殺を企図した者の個人的な責任を問うべき問題ではない。

本人自身やその周囲において、解決困難な問題が重なってくると、その対処等にエネルギーを使い果たし、自信を失い、困難に圧倒され、冷静で合理的な判断が徐々にできなくなってくる。

以下に自殺に追い込まれた人の共通の心理状態を示しているが、彼らは、「死にたい」と考えているというより、身の回りに存在する様々な解決方法や手段が見えなくなっており、「自殺だけが唯一の解決法だ」「死んで全てを終わりにしたい」という気持ちに支配されており、このような心理状態を“心理的視野狭窄”と呼ぶ。

家族や周囲に迷惑をかけるといったことは重々理解はしており、本当は誰かに助けて欲しいのに、「今の自分は死ぬしかない」と思い込んでいる。自殺とは、そのような状況に追い込まれての行為であるということを理解しておくことが重要である。

- 「生きたい」気持ちと「死にたい」気持ちの間を揺れ動き、誰かに助けを求めている。
- 絶望的にとらわれて孤立感に陥りやすい。
- 自信を失い、自分は価値がないと思いがちである。
- 窮状をもたらした他者や社会に対して強烈な怒りを持つ。
- 窮状が永遠に続くという確信を持つ。
- 考え方や物の見方に柔軟性を欠き、合理的な解決ができない。
- 自殺だけが唯一の解決方法だと思い込んでしまう。

【支援の実際】

① 自殺未遂や自傷行為は、最も強力な自殺リスクであることを理解しておく

自殺者の多くに自殺未遂歴があること、自殺未遂者ないしは自傷患者の10～30人に1人が再度自殺をするという調査報告があるなど、自殺未遂は自殺の最強危険因子と考えられている。

特に、自傷行為や生命の危機に陥らないような軽度の自殺未遂に対しては、「あれは単なるアピールだ」と理解されがちであるが、これは大きな誤解であり、最強リスクとして、適切な対応がとられるべきである。

② 自殺行為や病気の診断名ではなく、その人の“生きにくさ”に焦点をあてる

自殺未遂者が搬送されるのは、救命救急センターなどの医療施設であるため、救命や外傷の治療、背景にある精神疾患の診断と治療といったことばかりに関心が集まる傾向となる。しかし、医学的な治療を提供しても、その人が抱えている“生きにくさ”を解決しない限り、リスクを軽減することは出来ず、同様のことが繰り返される。

③ “クライシス・コール”としてとらえる

クライシス・コール (crisiscall) とは、「危機や苦痛の伝達」と邦訳され、危機的な状況に陥り、その事態を周囲にうまく伝えることが出来なくなった者が、非言語的な行動でその危機を知らせようとするものを意味する。

自殺企図、自傷行為をクライシス・コールととらえ、その人が陥っている危機とは何かを把握しようとする姿勢が重要となってくる。

④ 追い込まれた状況をとらえるという視点を大切にする

「なぜ、どうして、自殺をしたのか」という自殺の原因を直接的、あるいは一対一に求める姿勢は望ましくない。

自殺は、様々な要因が複層的に影響した“追い込まれた死”であるから、「どのような状況が自殺行為に追い込んだのか」という視点に立った支援をすすめるべきである。

⑤ 直前のエピソードに囚われすぎない

自殺行為に及んだ直前のエピソードが、あたかも直接的な原因のように見えることがあるが、注意を要する。

自殺行為に及ぶ過程を、しばしばコップに張った水に例えることがある。表面張力で溢れることをなんとか防いでいる状況に、一滴の水が加わると、水は一気に溢れてしまう。直前のエピソードは単なる一滴の水でしかない可能性があるわけで、コップが水で満杯になった全体的な状況をしっかり把握しないと、見立てを間違ってしまう。

⑥ 自殺未遂者にとっての3つの非自発性（自らが望んでいない事態）を理解しておく

救急搬送された自殺未遂者の前には、結果として、自らが望んでいない事態が3つ生ずることになる。

一つ目は、望まないのに“救急搬送されたこと”、二つ目は、死ぬことで困難から解放されているはずなのに“自殺を阻止されたこと”、そして三つ目が、望んでいないのに精神的な不調があるとみなされ“精神科受診を促されること”である。

本人が望んでいない事態の中で、支援を開始するわけであり、本人の協力的な姿勢は期待できないわけで、「迷惑である」という態度を示す者だっている。

自殺未遂者の置かれている状況に十分な理解を示した上で、生きにくさの原因になっている困難や苦痛を一つずつ取り除く具体的な方法を、一緒に見つけていくことを根気よく提案していくことが大切である。

⑦ かかわる時間に関係なく、ファーストコンタクトを重視する

救急医療の現場では、スピードを要求される。命に別状がない者は、すぐに退院となるため、関係性を十分に形成することなく支援が途切れてしまうことも想定される。

一方で、自殺未遂者と支援者が出会う貴重な機会でもあるわけで、支援継続につながるタイミングを逸さぬよう、ファーストコンタクトを重視することが肝要となる。

⑧ 現在の危険度を評価する

最も重要なことのひとつが、自殺の再企図の危険度の評価である。

危険度の評価は、自殺念慮の有無、自殺の具体的計画の有無、自殺しないことを約束できる否かなどの危険因子を確認することにより、4～5段階で行うのが一般的である。

一方で、保護因子(サポート資源)も確認し、総合的な判断をする。
なお、代表的な保護因子とは、以下のようなものがある。

- 家族、友人、重要な関わりのある他の人からの支援
- 宗教、文化、民族的な信条
- 地域社会への参加

危険度の評価に関する地域共通の評価ツールがあれば、連携がよりスムーズになる。

危険度	内 容
1	自殺の危険性がない
2	自殺に傾くなんらかの思考をもっている
3	自殺念慮がある（具体的な計画はない）
4	自殺の具体的な計画を考えている
5	自殺が差し迫っている

⑨ 社会資源につなげるだけでなく、“生きる”ことへの支援を考える

社会資源につながったことは、あくまでも支えを得たことに過ぎず、全てが解決し、自殺の危険がなくなったわけではない。危険因子が増大したり、新たな危険因子が加わったりすることもありうるわけで、“支えを得る”他に、もう一つの杖として“自ら支えること”が必要である。

“生かす”ための支援に対して、“生きる”ことへの支援ともいえる。

具体的には、役割、生きがい、やりがい、希望、目標、守るべきもの、などである。

⑩ 支援者支援の準備をする

支援者が自殺により身近な形で触れるのこととなるため、二次受傷を受けやすいので支援者支援にも配慮をする必要がある。

スタッフ間での情報や対応方法の共有や、信頼できる人に話を聞いてもらうなどの体制を準備すべきである。

*自殺企図についてたずねる際のポイント

自殺企図の問題（動機など）について話題にすることは、自殺の再企図の予防につながる。

その際には、「TALK」の原則で対応することが重要である。

以下に示したのは、推奨される問いかけの方法と避けるべき対応である。

【推奨される問いかけの方法】

- 「話せる範囲でいいので、私で良かったら話していただけますか」
- 「今でも自殺したいと考えていますか」
- 「自殺したいほど辛かったのですね」
- 「今ここにいるのは、あなたと私だけだから大丈夫ですよ」

【避けるべき問いかけの方法】

- 「自殺はしてはいけないことだ」といった教えを説くような対応
- 「死にたいなんて弱音を吐くな」など、自殺の意志を咎めようとする。
- 「大した問題ではない」と過小評価する。
- 「死ぬ気があれば何でもできる」などといった安易な励ましをする。

「TALK」の原則

Tell: 誠実な態度で話しかける
Ask: 自殺についてははっきりと尋ねる
Listen: 相手の訴えを傾聴する
Keep safe: 安全を確保する

*自殺未遂者の家族への対応

自殺未遂者の自殺の再企図を防止するためには、本人だけではなくその家族に対する支援も重要となってくる。家族の自殺行動に対する家族の正しい理解と対応は必要不可欠なものであり、自殺未遂者の家族の心理を理解した上で、適切な家族支援を行うことが求められる。

【自殺未遂者の家族の心理】

「死んだらどうしよう」という不安感や自殺の意図を否認したい気持ち、「苦しみに気づけなかった」という自責感に苛まれたり、周囲からの理不尽な非難や攻撃に怒りを感じたり、精神科医療に頼りたい気持ちや精神障害を否定したい気持ちなど、相反する思いを同時に抱いていることも多く、心理的にも孤立してしまう傾向にある。さらには、繰り返される自殺企図に対して疲弊困憊し、絶望感にとらわれている場合も少なくない。

【対応上の留意点】

●家族の思いを真摯に受け止める

家族は自殺行動に対して不安感や自責感など様々な感情を抱いている。自殺行動を防げなかったことに対して批判的な態度をとるのではなく、まずは家族の現在の

思いを真摯に受け止めることが大切である。

●自殺行動の重大性について伝える

自殺未遂が繰り返される場合、家族の中には、自殺未遂を「関心をひこうとする行動」として軽んじる場合がある。自殺未遂そのものが自殺の最強危険因子であること、したがって、たとえ今回の自殺未遂が致死性の高い方法によるものでなくとも、自殺企図があったことは重大視すべきであることを伝える。

●今後の治療方針に関する情報を提供し、協力を求める

自殺の再企図を防止するためには、家族の協力が必要であることを伝える。その上で本人への対応の経過や今後の治療方針、関係機関による支援の必要性などを説明し、必要に応じて関係機関への同行など家族ができる支援を具体的に提示することが大切である。

●メンタルヘルスに関する情報を提供する

自殺未遂者の家族自身が精神科疾患を発症するリスクは低くない。不眠や体調不良、気分の落ち込みなどが長期に持続する場合は、保健所への相談や医療機関への受診が必要となることを伝えておくことは重要である。

ただし、メンタルヘルス相談や受診には抵抗感を持っている人も多いので、メンタルヘルスの不調は、“特別の事態に対する正常な反応”の一つであることを強調しておくことが必要となる。

関係者からの
ひとこと…



山田素子

相模原市精神保健福祉課
／元横浜市立大学付属病
院救命救急センター精神
保健福祉士

「生きる意味って何?」、未遂者支援にあって、この言葉を未遂者から投げかけられることがあります。突然きかれても答えられないという動揺している自分に気づいたり、あるいは、試されているような不快な気持ちにさえなることがあります。

日常大きな支障もなく、生活している者にとって“生きる意味”について考えることはないのではないのでしょうか。「生きる意味ってなに?」という言葉は、未遂者にとって過酷なつらい状況だからこそ、生きるために生きる意味が必要になっていきます。そしてこの問いは、未遂者の生きたいという叫びであり、SOSです。

しかし、生きる意味は個々人で異なりますし、自分の生きる意味がその未遂者が求めるそれとは限りません。そのため「生きる意味ってなに?」という問いを返そうと、一生懸命考え、答えたにもかかわらず「あなたは幸せだからそんな答えになるのよ」と反感を買うこともあります。だからといってかわることをあきらめないでください。もし生きる意味を問われたら、もちろん自分の考えを伝えても構わないのですが、まずは生きるために生きる意味を見出そうとしているその切実な状況を理解し、共に生きる意味を見つける・見つけたいという姿勢でかわってもらえたならば、すぐには変化に気づけないかもしれませんが、その後の大きな変化につながります。

7 その他のハイリスク者

本手引きでは、自殺ハイリスク者支援について、「生活困窮者」、「アルコール／薬物乱用・依存症」、「多重債務・経済問題」、「DV被害」、「幼少期の過酷体験（不適切な養育・児童虐待）」、「自殺未遂」の6つの課題に絞って支援のポイントを示してきた。

しかしながら、これらは、自殺のリスクを高める要因の一部であり、これまでの研究結果や実践報告において、自殺リスクを高める要因として、下記に示したものが挙げられている。

これらの要因についても、本手引きへの掲載について協議がなされたが、記載内容について十分な議論が出来ず結論を出せなかったため、次年度以降に持ち越すこととなった。

【次年度以降に持ち越した課題】

- 罪を犯した障がい者
- 精神疾患・精神障がい
- エスニックマイノリティ
- 重篤な身体疾患・身体障がい
- 単身高齢者
- 性的マイノリティ

<参考>

* 罪を犯した障がい者

【知っておくべき基本事項】

- ・ 犯罪性は高くはないものの、軽犯罪を繰り返し、何度も刑務所に収監され、刑が重くなっていくパターンが多い。
- ・ 地域に支援体制があることで執行猶予となる場合があり、保護観察付きの執行猶予であれば、保護観察官、保護司の関わりがある。
- ・ 福祉的な支援が必要な出所者の地域移行を支援するための相談支援機関として、各都道府県に地域生活定着支援センターがある。

【初期対応として大事なこと】

- ・ 環境の変化や処方薬の変更によって不穏状態となってしまう場合があるため、刑事施設での処方薬の情報や精神科医療機関との連携が必要となる。

【留意すべきこと】

- ・ 犯罪を繰り返すことに対して周囲からは「反省していない」と理解されがちであるが、触法行為に至った理由や背景を探っていくと、生育歴を含めた過去の経験や、孤立の状況が見えてくることが多い。
- ・ 生活の中で、「誇りとなること(役割)」を持つことが重要である。
- ・ 薬物依存症がある場合には、売買のネットワークに注意する必要がある。

【主な連携機関、連携のコツ】

- ・ 精神科クリニックなどの医療機関・地域生活定着支援センター・保護観察所（保護観察官）、保護司
- ・ 連携する際の個人情報の取り扱いに注意を要する

* 単身高齢者

【知っておくべき基本事項】

- ・ 単身の低所得高齢者は増加しており、今後も増加する。
- ・ 単身高齢者が要介護となった場合には、介護者がいないため在宅生活の継続が困難になり、居所が転々としてしまうことがある。
- ・ 認知症がある場合には、不安や混乱が強くなることもある。

【初期対応として大事なこと】

- ・ 介護保険サービスにつなげると同時に、孤立しないための支援が必要である。
- ・ 希死念慮ある場合など、緊急的な避難場所として宿泊所の利用が有効なことがある。

【留意すべきこと】

- ・ 慢性的な痛みや呼吸苦、めまいなど、日常的な症状が本人にとって深刻な苦痛となっていることがある。
- ・ 救急搬送の要請が増えたときは、SOSの可能性がある。
- ・ 老いの不安や不眠などから、飲酒量が増える場合がある。

【主な連携機関、連携のコツ】

- ・ 福祉事務所・地域包括支援センター・市区町村の高齢者担当課・警察（自殺のリスクが高い場合など）

* 性的マイノリティ

【知っておくべき基本事項】

- ・ 幼少期から、周囲との違和感、自分らしくあることを否定されてきた経験を積み重ねていることが多い。
- ・ 戸籍上の性別変更の条件をクリアすることは容易ではなく、選挙や住民票など、公的な手続き（本人確認）の場面でも嫌な思いをすることが少なくない。
- ・ 医療などとの連携も必要だが、本当に安心して生活していくためには、地域で孤立しないための関係性が重要である。

【初期対応として大事なこと】

- ・ 性に関する悩みは相談しにくく、周囲に隠していることも多いため、性的マイノリティを理由に解除されない場所であることや、差別されないことを保証できる理解や環境づくりが重要である。

【留意すべきこと】

- ・ 間接的に傷つけてしまう支援者側の言動に注意する。
- ・ 相談申込書の性別欄の記入などで、悩むことがある。
- ・ 自分自身の声を聴くことが辛く話せなくなる人もいるため、状況によっては筆談にするなどの工夫が必要となる。

【主な連携機関、連携のコツ】

- ・ 精神科クリニックなどの医療機関・自助グループ、当事者団体

8 自死遺族

【自死遺族の気持ちとは】

自死遺族支援において、「自死遺族が抱える“痛み”はきわめて人間的なものであり、それぞれに個性があること」を理解することが大切である。人によって経験や感情が個性的であるように、大切な家族を自死で亡くしたときに人が抱く“痛み”にも当然個性がある。

自死遺族への対応を始めるにあたっては、彼らが以下に示したような複雑で様々な感情を抱いていることを理解しておくことが重要である。

*遺族の気持ちとは…

遺族から聞く訴えや要望を集めました（全国自死遺族連絡会）

●簡単に励まさないで

「そのつらい思い、わかる、わかるよ」と、親切心からの言葉だと思いますが、このつらい思いがかえって軽んじられるようで、一層つらくなります。「若いんだから、まだまだ先があるから…前を向いて…」「生かされてやるべきことがあると思うよ」と言われて、亡くした人を軽く考えられているように感じました。

●今の気持ちに心を寄せて

「昔から“時薬”と言われているように、いずれ時間が経てば、必ず気持ちは楽になりますよ」と慰められても、今とてもつらい思いをしている自分には、何の慰めにもなりません。今がつらいのです。

●善意の押し売りはやめて

善意から慰めようとして薦めてくださるのですが「趣味は心がいいですよ」「外にでてお花でもみたり、ペットを飼われると、アニマルセラピーとかで、心が癒されますよ」等と、押し付けしないでください。自分がこれまで好きだった趣味さえ気持ちが向かないのに…

●他の子が代わりだなんて言わないで

「あなたにはまだ、もう一人子供がいるではありませんか、その子を代わりだと思い、なくなった子供の分まで大切に育てあげて」と諭されたとき、どんなに傷ついたことか。亡くなった子の死を悲しんでいるのに、そのようなことを言われ…

●何処で、どのようになどの質問はしないでください

「なぜ、そのようになったのか」というような理由は詰問しないでください。そのことが、どれほど私の心をズタズタにしようか、わからないのですか…遺族がしゃべらないことは、あえて質問しないでください。

●私の大切な人が、あの世で苦しんでいるなんて言わないで

遺体が見つからない遺族や、葬儀や埋葬をしていない遺族に「成仏していない」とか「天国にいけない」などは言わないでください。「死に様はいろいろあるけれども、死んだら皆平等です。亡くなった方は全て安らかですよ」という宗教者の言葉で心がほっとしました。

●グリーフケアとか心のケアとか言わないで。遺族の心のケアって、なにをするつもりですか

大切な家族が亡くなって、悲しいのはふつうです。悲しみを取り除こうとしないでください。遺族の悲しいは「愛しい(かなしい)」です。深く愛しているから深い悲しみがあるんです。記憶は消えませんし、消せません。愛は消せません。亡くなった人が生き返らない限り自分たちの回復はない！と遺族は思っています。「ケア」と言われるたびに傷ついていること、知らないのでしょうか。

●疲れない距離で接して

人と会ったり、電話で話したりすること自体が大変な負担でした。気持ちの負担にならない距離で、会わなくても気にかけてくれているのが伝わると、安心できました。こちらのペースでやり取りできる手紙やメールがありがたかったです。

●こちらが話すまで、死について触れないで

故人や死に関連する話題は、たとえ、どんなにためになる話でも、拒絶反応がおきました。私が死について触れる話をしないときは、そっと、さりげない話がありがたいです（季節の話とか）。

●学校で子供を特別に呼び出して、面談するのはやめてください

そのことで自死遺児という事が仲間に知れ渡りいじめられ不登校になりました。

●こんなこと言わないで

「みんなが同じなんだから、あなただけが辛いんじゃないんだから…」「仕方のないことだった…」「いつまでも悲しんででも仕方ない…」「〇〇に桶突いて、そんなにお金が高いのか…」「親がいつまでも悲しんでいたら、死んだ子供がかわいそう…」「責任は誰にも問えない…」「もう大丈夫だから元気になったとなんて言えないのか周りのために…」

●安易に精神科医療を勧めないで

精神薬を飲んで、ある日肉と骨がバラバラになる感触があり、怖くてやめました。それ以前に、悲しい自分の心と、テンションが高くヘラヘラ笑っている自分との違いに、自分を責めて生きている資格がないと思った時期があり、薬をやめてから普通の悲しい自分です（心のケアの人に勧められて精神科医療機関に通っていました）。薬を吞んでも悲しみは薄くはなりません。よけいに苦しかったです。

支援における6つのポイント

- ① 情報提供と生活支援、および法的支援を基本にする
- ② “ただ寄り添う”という姿勢を大事にする
- ③ 安易な励ましや慰めはしない
- ④ 原因追求や非難はしない
- ⑤ 遺族同士の“分かち合い”の場を確保する
- ⑥ 心理的ケアや精神科治療を安易に勧めたり、強く勧めない

【支援の実際】

- ① 情報提供と生活支援、および法的支援を基本にする

自死遺族の多くは、(1) 情報の問題、(2) 生活・経済上の問題、(3) こころの問題、以上3つの問題を抱えることになる。(1) は、社会資源や制度、相談窓口、その他当面の生活の上で必要とされる情報に関する問題、(2) は、衣食住、職業、家事、コミュニティ活動、学業、経済状態等、日常生活そのものに関する問題、そして(3) は、心理的反応・精神保健に関する問題、である

自死遺族支援の中で、しばしば、(3) ばかりが目されるが、実際の支援の中では、むしろ(1) と(2) が中心となる。

もちろん、“こころのケア”(心理・精神療法的支援)は、提供されるべき重要な支援の一つであることには間違いないが、遺族にとって優先順位が高い支援は、“情報の提供”と“生活支援”である。

遺族が直面している問題は、多くの場合、うつ状態や不安の治療ではなく、葬式や名義変更等の諸手続、故人が残した借金の処理、一家の大黒柱を失った後の生計の建て直しなど、なのである。

また、生活支援に関連した法的支援もしばしば必要となることを知っておくこと。

【自死遺族が直面する法的対応】

- 1) 家族の死亡に伴う各種手続き
- 2) 労災申請やパワハラの情報開示請求や訴訟(*大学院生への保険の有無の確認も含む)
- 3) いじめ等の情報開示の請求や訴訟(*スポーツ保険の申請等も含む)
- 4) 住宅ローン等を含む債務の整理(*住まいと生活費の確保)
- 5) 賃貸物件の賠償金や改修工事費用、お祓い等の問題(*遺族が連帯保証人の場合)
- 6) 葬儀や供養についての問題(*遺族が住む場所から遠く離れて遺体が発見された場合も含む)
- 7) 相続に伴うトラブル(*負の遺産や相続税問題も含む)
- 8) 離婚や親族からの訴訟問題(*死後に起こる親族間のトラブル)
- 9) 様々な形での連帯保証人の問題
- 10) 介護や虐待等一人になった遺族への支援
- 11) 両親が亡くなった場合の成年後見人制度を含む遺児の問題
- 12) 遺族といえない遺族の問題(*遺体が発見されていない場合)

② “ただ寄り添う”という姿勢を大事にする

故人が亡くなった直後などは、「何も話したくない」、「どうすれば良いのかわからない」といった状況にある事も多い。このような場合、無理に話をさせようとしたり、何とか癒そうとするのではなく、その人の気持ちにそっと寄り添う姿勢が大切となる。ただ近くに寄り添うことで孤立から開放されることもあるのである。

遺族が話し始めたら、時間をかけてよく聴き、相手の気持ちをしっかり受け止める。混乱している時には問題を少し整理してあげることも必要である。

最後に「困ったことがあったらいつでも相談してください」という支援の表明と約束をしておくとうい。

③ 安易な励ましや慰めはしない

「頑張って」と励ましたり、「これであの人も楽になったと思うよ」など安易な慰めは決してしないこと。

遺族の多くは、頑張りたいくても頑張れない状態に置かれているし、安易な慰めは自責の念を強めることもある。

遺族のニーズに一致しない対応や侵襲的な介入（無理に聞き出そうとするような対応）は、二次被害（支援することで再度遺族を傷つけてしまうこと）を与える可能性もあるため、より慎重な対応が求められる。

④ 原因追求や非難はしない

「どうしてくい止められなかったのか」といった原因追及の言動は決してしないこと。このような言動は、遺族への非難のメッセージとなり、抑うつ状態を悪化させる場合もある。

また、「こうすべきである」というような一方的な考えや意見の押し付けや、遺族は皆同じだという言動や対応もしてはいけない。

⑤ 遺族同士の“分かち合い”の場を確保する

自死遺族の多くは、大切な人の自殺について「誰にも話すことが出来ない状況」に追い込まれており、長い間たった一人で「疑問」「羞恥」「罪悪感」といった感情に苦悩することになる。地域・社会からの心理的な孤立の持続は、傷ついた自尊心の回復そのものを妨げ続ける。

このような自死遺族にとって、同じ問題を持つ仲間との出会いは、自尊心や人生そのものを回復するために極めて有効である。話すこと自体がタブー視されてきた身近な人物の自殺という問題だからこそ、仲間同士で体験を語り、聴き合うという作業は重要となるのである。

したがって、各地域において、遺族同士が集まり語り合える場を確保することは、極めて重要な支援活動の一つとなる。

具体的方法としては、地元で自死遺族の自助グループがあれば参加をすすめてみるのもよいし、支援者が直接的な支援サービスとして“遺族同士の分かち合いの場”となる集会を開催・運営してもよい。また、地域によっては、自死遺族支援団体（支援者と遺族と一緒に活動しているものが多い）が“遺族同士の分かち合いの場”を開催しているので、そこの利用を促してもよい。

“遺族同士の分かち合いの場”は、自死遺族対策上極めて重要な支援サービスであるため、特にそのようなものがない地域においては、自助グループの誕生に向けた支援、自死遺族支援団体の立ち上げなどの積極的な取組が必要となる。

⑥ 心理的ケアや精神科治療を安易に勧めたり、強く勧めない

自死遺族が皆、心理的ケアや精神科治療を必要としているわけではない。むしろ情報面や生活面での支援の方が優先順位が高い場合が多い上に、心理的ケアや精神科治療を望まない遺族もいるので、「必ず精神的ケアが必要だ」と決めつけた対応とならないように注意すること。

また、自死という想定外の事態に対する正常な反応としての抑うつや不安もあるので、安易に精神科治療を勧めることは慎むべきである。

一方で、遺された遺族がうつ病などの精神疾患を発症するリスクは低くないため、不眠や体調不良、気分の落ち込みなどが長期に持続する場合は、保健所への相談や医療機関への受診が必要となることを伝えておくことも重要である。

＊自死遺族の自助グループ

自助グループとは、同じ問題を抱える者同士が集まり、体験や願いを語り合うことで、互いに援助し、回復を目指す集団およびその活動である。同じ悩みを持つ者同士であるからこそ、互いに理解し合え、何でも正直に打ち明けることが出来たり、また、いろんな問題に対する具体的な対策や知恵を学ぶ機会も得られる。さらに、集団の持つエネルギーに触発されて、自尊心や自信が回復し、個人が元来持っている自己回復力そのものが高まるという効果も期待できる。

現在、国内各地において自死遺族の自助グループが次々と誕生し活動している。

各地の自助グループの活動状況については、事前に調査するとともに、できれば代表メンバーと綿密な連絡をとっておくことが推奨される。

【自助グループの機能および効果】

- 共同体意識と相互支援
- 社会から隔絶されたような状況において、共感性の高い環境を提供し、帰属意識を得ることができる
- 最終的には、「通常の状態」が得られるという希望
- 困難を感じるような特別の記念日や、特別な出来事への対処の仕方

- 問題解決のための新しい方法を学ぶ機会が得られる
- 恐怖や心配について、安心して語ることのできる場

【自助グループとの連携における留意点】

自助グループはその独立性や主体性が維持されないと、本来の機能や効果が発揮されない。運営も参加者も自死遺族のみであるのが自助グループの基本スタイルであり、支援者は、独立性や主体性を脅かすような行動や連携の形態は避けなければならない。

特に行政機関や医療機関、支援団体などとの関係においては、その距離が適切にとれるような配慮が必要である。例えば、行政機関が無料でミーティング会場を提供したり、広報の手伝いをしたりすることは構わないが、行政機関主催の事業のような広報をしたり、行政機関の職員がミーティングの主催者のように振る舞ったりすることは避けなければならない。あくまでも主体はグループのメンバーであり、支援者は、メンバーの意向にそって必要な援助をするという姿勢を維持すべきである。

もちろん、支援者や関係者も参加できるオープン・ミーティングにおいて、発言を求められた時は、自由に自分の意見や感想を述べることは構わない。

関係者からの
ひとこと…



田中幸子
全国自死遺族連絡会代表

自死遺族も様々な人たちがいます。それぞれの遺族が求めている支援につないでください。激しく泣いていても、毎日24時間365日は泣いていませんので、安心してください。怒りや涙が出ない人も激しい怒りや泣きじゃくる遺族も、あなたの目の前にいる時の遺族であり、一人でいるときや家族との暮らし、また仕事をしているときはそれぞれに別な顔で暮らしていることを想像して、何とか元気にしようと思わずにただ聞いてあげてくださることも支援の一つと思ってください。時間は必要であり大切です。多くの遺族は普段の生活では長くて3か月から半年過ぎたら平常心を保てるようになります。悲しい気持ちは病気ではありません。人間の正常な反応です。「グリーフ・イズ・ラブ」。愛している気持ちがあるから悲しみもあるという事を理解して頂き、また自死は犯罪ではありませんので、「悪いことをした」「迷惑をかけた」と遺族がいうときは否定してあげてください。亡くなっただけなのです。自死という事を意識せずに、大切な愛する人を亡くした人という気持ちで接してくださればありがたいことです。同じような遺族に会いたいという遺族がいましたら、悲しみのプラットホームとして全国自死遺族連絡会につないでください。

③ 第三者委員会の設置が有効であり、設置を積極的に働きかける

いじめ防止対策推進法の第28条に、“重大事態に係る事実関係を明確にするための調査を行うための組織”を設置することが規定されている。

この“調査を行うための組織”として、第三者委員会を設置することは、自死遺族と学校側の対立や遺族が学校側に抱く不信感の軽減などに極めて有効である。

第三者委員会の設置に向けて遺族側から積極的に働きかけることが重要である。

なお、いじめ防止対策推進法案に対する附帯決議（平成25年6月19日衆議院文部科学委員会）においては、「重大事態への対処に当たっては、いじめを受けた児童等やその保護者からの申立てがあったときは、適切かつ真摯に対応すること」とされている。

* 第三者委員会設置の際の注意点

第三者委員会の設置を要請する際や、有効に機能してもらうために、支援者が知っておくべき注意点としては、以下のようなものがある。

●委員の構成について

学校側が選ぶ委員であるので、社会的にも信頼のある立場の方が選任はされるが、そのような方が必ずしも、いじめや自死問題に詳しいわけではなく、そのような委員構成では、事実の解明について、適切な調査が出来るのか疑問が持たれる。

したがって、遺族の側から自死問題に造詣の深い人物を委員に加えるよう要求していくことも大切である。

●証拠の収集について

本人が亡くなっているため、証拠の収集は困難となることが多い。

そのため、遺族側が積極的に証拠の収集につとめることが重要となってくる。

具体的には、亡くなったこどもの遺品であるとか、可能であれば、友人から話を聞いてその内容を文書にまとめておくことなどである。そして、こうした証拠を遺族側から第三者委員会に提出するわけである。

●要求は具体的に

委員の構成、調査のやり方や結果がおかしいなどの訴えをしても具体的な内容でなければ、第三者委員会はなかなか動かないものである。

例えば、自死問題を取り扱った経験がある人物を選任してほしい、女兒の自死であれば、女性委員を選任すべきだなどの具体的な要求が必要である。

* いじめ防止対策推進法

●目的（第1条関係）

いじめが、いじめを受けた児童等の教育を受ける権利を著しく侵害し、その心身の健全な成長及び人格の形成に重大な影響を与えるのみならず、その生命又は身体に重大な危険を生じさせるおそれがあるものであることに鑑み、児童等の尊厳を保持するため、いじめの防止等のための対策に関し、基本理念を定め、国及び地方公共団体等の責務を明らかにし、並びにいじめの防止等のための対策に関する基本的な方針の策定について定めるとともに、いじめの防止等のための対策の基本となる事項を定めることにより、いじめの防止等のための対策を総合的かつ効果的に推進することとした。

●定義（第2条関係）

「いじめ」とは、児童等に対して、当該児童等が在籍する学校に在籍している等当該児童等と一定の人的関係にある他の児童等が行う心理的又は物理的な影響を与える行為（インターネットを通じて行われるものを含む）であって、当該行為の対象となった児童等が心身の苦痛を感じているものをいうとした。

※）附帯決議（衆議院文部科学委員会）

いじめには多様な態様があることに鑑み、本法の対象となるいじめに該当するか否かを判断するに当たり、「心身の苦痛を感じているもの」との要件が限定して解釈されることのないよう努めること。

●いじめに関する措置関係（第23条関係）

学校の教職員、地方公共団体の職員その他の児童等からの相談に応じる者及び児童等の保護者は、児童等からいじめに係る相談を受けた場合において、いじめの事実があると思われるときは、いじめを受けたと思われる児童等が在籍する学校への通報その他の適切な措置をとること。

学校は、前項の規定による通報を受けたときその他当該学校に在籍する児童等がいじめを受けていると思われるときは、速やかに、当該児童等に係るいじめの事実の有無の確認を行うための措置を講ずるとともに、その結果を当該学校の設置者に報告すること。

学校は、事実の確認によりいじめがあったことが確認された場合には、いじめをやめさせ、及びその再発を防止するため、当該学校の複数の教職員によって、心理、福祉等に関する専門的な知識を有する者の協力を得つつ、いじめを受けた児童等又はその保護者に対する支援及びいじめを行った児童等に対する指導又はその保護者に対する助言を継続的に行うこと。

●重大事態への対処関係（第28条～33条関係）

学校の設置者又はその設置する学校は、次に掲げる場合には、その事態（以下「重大事態」という。）に対処し、及び当該重大事態と同種の事態の発生の防止に資するため、速やかに、当該学校の設置者又はその設置する学校の下に組織を設け、質問票の使用その他の適切な方法により当該重大事態に係る事実関係を明確にするための調査を行うこととした（第28条関係）。

学校の設置者等は、第28条の規定による調査の結果について調査を行うことができることとしたとともに、その調査の結果を踏まえ、当該調査に係る重大事態への対処又は当該重大事態と同種の事態の発生の防止のために必要な措置を講ずることとした（第29～33条関係）。

職場のパワーハラスメント相談におけるポイント

パワーハラスメントの認定に関しては微妙なラインがあり、以下の2点が重要なポイントとなる。

- ① “業務の適正な範囲” なのか否かの確認
- ② 証拠の確保

【相談、支援の実際】

- ① “業務の適正な範囲” なのか否かの確認

単なる指導は、当然、許されるものであり、その指導が業務の範囲を超えているかが問題となる。「おまえはクズ野郎だ」、「死んでしまえ」など人格を否定する言動があれば、業務の適正な範囲外であることは明白であるが、業務の範囲外であるか否か微妙なものも多い。

- ② 証拠の確保

業務の適正な範囲外であることを示すために証拠の確保が重要となってくるが、本人が亡くなっているので、証拠の収集は困難を極める。

本人の日記などは重要な証拠となるので、確保しておくこと。職場で受けた脅迫、暴言などがテープレコーダーで録音してあれば立派な証拠になるが、その他、ハラスメントを受けたことを示したメモやメールが残っていれば、しっかりと保存しておくよう遺族に伝えておくことが重要である。

* 職場のパワーハラスメントとは…

(厚生労働省「職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議ワーキング・グループ」報告、2012年)

● 定義

同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える又は職場環境を悪化させる行為をいう。

● 行為類型

行為類型としては以下の6つだが、職場のパワーハラスメントのすべてを網羅するものではないことに留意する必要がある。

- 1) 身体的な攻撃（暴行・傷害）
- 2) 精神的な攻撃（脅迫・暴言等）
- 3) 人間関係からの切り離し（隔離・仲間外し・無視）
- 4) 過大な要求（業務上明らかに不要なことや遂行不可能なことの強制、仕事の妨害）
- 5) 過小な要求（業務上の合理性なく、能力や経験とかけ離れた程度の低い仕事を命じることや仕事を与えないこと）
- 6) 個の侵害（私的なことに過度に立ち入ること）

過労自死における労災申請の際のポイント

過労自死の場合、労災補償は自死遺族支援において重要な事項の一つであるので、ここでは、労災補償に限って支援上の留意点を記載している。

過労自死を疑って労災申請をする際の注意点は、以下の3点である。

- ① 認定基準をある程度把握しておく
- ② 時効に注意しておく
- ③ 関係者の証言、証拠の収集につとめる

【労災申請の実際】

- ① 認定基準をある程度把握しておく

うつ病などの精神障害に起因する自死であり、その精神障害について労災が認められた場合に遺族補償給付等が受けられる。

精神障害について労災が認められる要件としては以下の3項目である。

- 1) 認定基準の対象となる精神障害を発病していること
- 2) 認定基準の対象となる精神障害の発病前おおむね6か月の間に業務による強い心理的負荷が認められること
- 3) 業務以外の心理的負荷や個体側要因により発病したとは認められないこと

② 時効に注意しておく

遺族補償給付は5年、葬祭料は2年というふうに、時効があるので、注意を要する。

③ 関係者の証言、証拠の収集につとめる

労災の認定に関しては、証拠の確保が極めて重要となる。

認定基準を意識しつつ、関係者の証言や証拠を集めることが、正当な労災補償につながると思われる。

また、裁判所を通じて、証拠保全という手続きをとることも、労災認定の適否に関わる証拠を確保するために有効な手段となる。

*弁護士との連携について

いじめ自殺、過労自殺の遺族支援においては、いじめや労災の認定や補償問題なども生ずるため、弁護士の協力が必要となる場合が多い。

しかしながら、多くの弁護士がこの問題に詳しいわけではないので注意を要する。

いじめ自殺や過労自殺に造詣の深い弁護士に関する情報については、遺族支援団体や自死問題を取り扱っている弁護団にたずねるとよい。この問題に詳しい弁護士と直接つながることが出来る。

*労災認定基準の対象となる精神障害

WHO作成の「ICD-10(国際疾病分類第10改訂版)」に分類される精神障害であって、認知症や頭部外傷などによる障害、アルコールや薬物による障害を除いたもの。

業務に関連して発病する可能性のある精神障害の代表的なものは、うつ病や急性ストレス反応などである。

*精神障害において労災と認定された場合の主な効果

●療養補償給付

労災保険指定医療機関等での無料での治療(現物支給)の他、やむを得ない事情で労災保険の指定医療機関以外での治療を受け、その費用を自己負担したときに、その診療費用の請求もできる。

●休業補償給付、休業特別支給金

休業1日につき、給付基礎日額の60%に相当する休業補償給付、および給付基礎日額の20%に相当する休業特別支給金が支払われる。ボーナス分の補償はない。

●治癒(症状固定)までの治療費、休業補償費の支給

労災の休業補償費は治癒(症状固定)するまで支給される。

●解雇制限

使用者は、労働者が業務上負傷し、または疾病にかかり療養のため休業している期間とその後30日間、労働者を解雇できない。

●遺族補償給付

遺族補償年金(年金受給資格がない場合の遺族補償一時金)が支払われる他、社会復帰促進等事業から、遺族特別支給金、遺族特別年金、遺族特別一時金のいずれかが支給される。支給金額は、遺族の人数などによって細かく規定されている。

その他、葬祭料も支給される。

関係者からの
ひとこと…



細川 潔

自死遺族等権利保護研究会／弁護士

いじめや過労は誰にでも突然降りかかってくる問題です。残念なことに、いじめや過労によってうつ病に罹患してしまったり、その結果自死されたりするケースも多々あります。いじめや過労に関して、法的な制度としては、いじめ防止対策推進法や労働者災害補償保険法が存在します。過労でうつ病に罹患してしまった場合は、労災制度を利用して、療養補償や休業補償が受けられます。このことによって、被災者は安心して治療を受けたり会社を休んだりすることができます。

また、いじめがあったと疑われる場合、学校は、いじめをやめさせ、再発を防止する等の措置をとることになります。このような措置がとられることにより、学生は安心して学校生活を送ることができます。

残念ながら過労でうつ病に罹患し自死があった場合には、労災制度により、葬祭料や遺族補償を受けることができます。

いじめによって自死があった場合には、第三者委員会による事実の調査が行われ、それだけでなく再発防止の対策も行われることになります。

繰り返しになりますが、いじめ・過労は誰にでも起こり得ることです。そのことからいじめ・過労によりうつ病に罹患してしまうことも誰にでも起こりうることで、ひいてはうつ病により自死にいたることもまた誰にでも起こりうることです。うつ病に罹患してしまった場合、被害が大きくならないように、また、実際に自死という被害が生じてしまった場合には、少しでも遺族の力になれるように、法律の制度が活用されることを期待してやみません。

第3章 関係機関との連携のポイント

1 地域保健福祉行政との連携	60
2 産業保健分野との連携	62
3 宗教関係者との連携	64
4 民間組織との連携	66
実践報告(1)	68
実践報告(2)	70

1 地域保健福祉行政との連携

複雑困難な背景を有する人々への支援を展開するにあたっては、様々な行政担当部署との連携が必要となってくる。

この分野で、地域保健福祉行政が役割を担う意義としては、一つに住民の健康情報を専門的視点から評価する機能を有している点がある。また、中立的な立場を生かして、関係者の相互調整を図り、連携体制を構築していくという機能もある。さらに、継続的に公共性、公平性を担保した施策を実施する責務を持っており、その責務を果たしてもらわなければならない。

しかし、関係者が期待するような協力が得られないことも少なくないというのも事実である、

期待通りの協力が得られない理由としては、右に記載した行政機関が持つ特性が挙げられるが、このような特性をある程度理解した上で、連携をはかることが重要となってくる。

行政機関が持つ特性とその影響

● 行政機関共通の特性

- ・ 法的根拠重視…規制偏重
変化への迅速対応が不得手
上意下達
 - ・ 公共性…全体主義への傾倒
個別利益の調和不全
 - ・ 中立性…ことなかれ主義
希薄な関係性
 - ・ 総合性…ニーズの規模が小さい課題への対応が不得手
 - ・ 業務分担制…専門職のマンネリ化と一般職の意識の希薄化
 - ・ 単年度制…効率的予算執行の困難
継続性の困難
 - ・ 人事異動…関係者との関係性、信頼性の継続が困難
 - ・ 行財政改革…限られた人員・予算
- ### ● 機関特有の特性
- ・ 個別法に基づく役割と機能…セクショナリズム
マンネリ化

【行政機関との連携における留意点】

行政機関との連携において留意すべき事項のうち、主なものは以下の5つである。

① 協同してニーズを把握するという姿勢で相談する

本来、住民からの漠然とした訴えに対して、具体的な生活ニーズに分解して評価をし、必要な援助計画を組み立てていくというのが保健福祉行政の役割ではあるが、できるだけ具体的にニーズを伝えた方がスムーズな対応が得られる。

本人の置かれている状況について、必要と思われる支援サービス、配慮すべき特殊事情なども含めて、具体的に説明する。こちらで前もって整理をして説明するというより、より具体的な内容を伝えながら、その場で一緒にニーズを確認しながら整理をするというやり方の方がよい。なぜなら、整理の仕方そのものが一致していなければ、ニーズのとらえ方や優先順位が異なったりするからである。

また、「〇〇が必要だからお願いします」というふうにサービスの提供を直接依頼するだけであると、「そのサービスはうちの担当ではない」という回答になりがちである。一緒にニーズを確認するという作業があれば、その部署で提供できないものについては、その職員が主体的に他の部署との連携を図ってくれるものである。

“決め打ち”で相談するのではなく、相談の中で必要な支援を共に考えていくというスタイルが推奨される。

② 簡単には引き下がらない

対応できないと言われた時にも簡単には引き下がらないことが重要である。

対応できないという判断は、担当者個人ではなく、その機関の組織判断であるのか、できない根拠は何なのか、説明を求めるとよい。こちらが求めていることが先方に正確に伝わっていなかったり、担当者の思い込みであったりする場合もある。担当者が答えにくそうであったら、その上司など、答えることができる立場の人の対応を求める。

また、対応できないことが確認できたとしても、困っている事情に対してその機関としてできる他のことがないのかをたずね、必要に応じて機関内での検討を依頼する。

③ 提案や助言を積極的に求める

「よい手立てがないか」、「他の方策は考えられないのか」など、専門の行政機関としての提案や助言を求めることで、専門職としてのプロ意識と行政機関としての責務を刺激し、より積極的に主体的な対応を引き出すことができる。

また、両者の連携も深まる効果もある。

④ スケジュール感を大切にす

双方が多忙な上に、業務の時間的流れが異なる場合は、スケジュール感を大切にすることが重要となる。

相談や会議の事前予約はもちろん、「〇〇までに方針を決定する」、「〇〇までに回答が欲しい」など、期限を設定した業務連携は、効率性の向上と共に、事業の進捗管理上も有効である。

⑤ 普段からの人的交流をし

行政機関の職員と普段から人的交流を深めておくことは、連携をスムーズにする有効な手段の一つである。

方法としては、個別相談の場面はもちろん、連携会議の開催・協力、研修会等への相互協力などがある。支援ボランティア団体や研究会を組織し、行政職員もそのメンバーになってもらうと、さらに強い信頼関係が生まれる。

関係者からの
ひとこと…



宇田英典
全国保健所長会 会長

自殺は保健、医療、福祉、介護、教育、雇用、住まい等、多岐にわたる日常生活上の課題が複合的に影響しあって生じる健康被害の一つです。そのため、自死遺族支援を含めた自殺対策は総合的な視点が必要とされ、自殺対策基本法が制定されたゆえんでもあります。

行政の果たす役割は、公共性、中立性を基本理念として社会全体の福祉の向上を図ることにありますが、社会を構成する個人や家族の福祉の維持・向上ももとより重要な視点でもあります。

そのため行政が所管する業務は、住民の生活や生命に関して多岐にわたり、相談や支援を求める際に、どの部署にアプローチしたらいいのかわからないといった側面があることは否めません。しかし、行政が有する理念と、その特性を承知して活用していくことは効果的な自殺対策を進めることにつながります。

住民への理解促進のための広報周知（行政広報、マスコミへの情報提供等）、課題や方向性を検討し関係者間で方向性を共有し、効果的・効率的な対策を講じるための場の設置（例：自殺対策協議会、こころの健康づくり協議会等）、人材（ゲートキーパー、民生委員等）の確保と育成・活用、地域の実態の把握と解析・還元等は、各制度の直接的担い手ではなく中立的立場である行政機関だけが有する重要な機能の一つです。

もし、個別の事案に関して相談先がわからない場合には、お近くの保健所か市町村保健センターに相談してください。助言・支援はもとより、必要に応じて適切な相談窓口への紹介を行います。

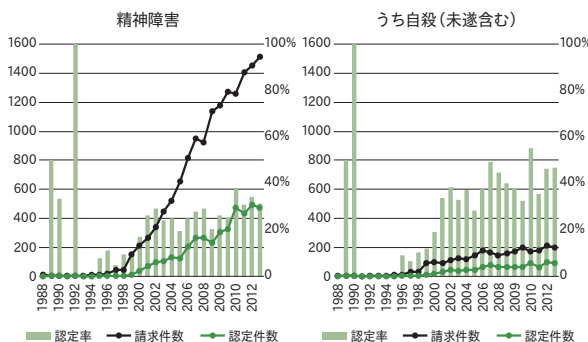
2 産業保健分野との連携

過労自殺や精神障害等による労災補償の増加など、労働者を取り巻く職場環境は依然として厳しいものがあり、自殺総合対策や住民の健康の保持に携わる者にとって、産業保健分野との連携は極めて重要な課題となっている。

支援や相談対応の対象となっている人が職場において精神的な健康を害し、自殺のリスクが高まるといったことにならないように、支援者や関係者が、職場における過労自殺の現状や、事業場が取り組むべき役割などを理解し、誰にどのような働きかけをするべきかについて知っておくことは、極めて大切なことである。

*精神障害の労災補償状況（自殺を含む）

精神障害による労災補償の請求件数は、1999年以降急増しており、そのうち労災として認定されるのは4人に1人程度である。



※認定率は当該年度の認定件数を請求件数で除した値としているが、当該年次以前に請求があった事例もあるため、参考数値である。

【産業保健分野との連携における留意点】

厚生労働省の『平成25年労働安全衛生調査（実態調査）』によると、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場は6割にとどまっており、産業保健の充実に向けて、地域保健福祉や自殺総合対策に関わる関係者は企業への働きかけや連携を強化していく必要がある。

特に、産業医の専任が義務づけられていない従業員50人未満の小規模事業場での取り組みが遅れており、また、規模の大きい事業場においても、正しい知識や情報が行き渡っていないのが現状である。

この問題に関心が高くない事業場へのアプローチは、様々な機会を利用して工夫をしながらを試みなければならないが、基本的な留意事項としては、以下の3つがあげられる。

① 事業主や労務管理者と交流を持つ

まずは、事業主や労務管理者と直接会って連携の意思を伝えることである。

2015年12月より労働安全衛生法の改正によって、従業員50人以上の事業所であれば、全従業員に対する年1回のストレスチェックが義務づけられたことにより、事業所側のニーズや関心は高まっているので、積極的にアプローチすべきである。

相手側の関心が高ければ職場のメンタルヘルス対策の強化のためと正面からアプローチするのもよいし、健康問題や支援活動などの普及啓発イベントへの協力や協賛の際に、お返しとして専門的な立場からの協力を申し出るという方法もある。もちろん、個人的な人脈を利用することも有効である。

課題は、小規模事業所へのアプローチである。個別にあたっても中々協力が得られない場合が多いのが現状であり、それぞれで工夫する必要がある。一つの方策として、その業種の組合等に働きかけ、組合で開催する研修会のテーマに入れてもらうというアプローチがある。この種の研修会には、各事業所の経営のトップや責任ある立場の人々が出席するので、効果も期待できる。

② 働きやすい職場づくりの一環としての協力を申し出る

メンタルヘルス対策の強化や自殺総合対策への取り組みを前面に出した働きかけをすると、その問題に関心が高い事業所であれば、積極的な協力が得られない場合があるので注意を要する。

働きやすい職場づくりの一環として利用してもらうことを強調してアプローチすることが推奨される。企業イメージの向上や従業員の定着、就職希望者の増加など、事業場にとってのメリットにも触れながら、もちろん、事業主の安全配慮義務などの法的責務、厚生労働省が示した「職場における4つのケア」の中の「事業場外資源によるケア」などにも言及しつつ、連携への協力を根気よく働きかけることが重要となる。

③ メンタルヘルスおよび自殺に関する正しい情報をわかりやすく伝える

まずは、安全衛生講習会などの講師を引き受けるなど様々な機会を利用して、メンタルヘルスや自殺に関する正しい情報の提供に努めることである。特に、メンタルヘルス不調や自殺は精神的に弱い人など一部の人の問題ではなく、誰にでも起こる出来事であること、そして職場環境の改善により予防が可能であることを明確に伝えることが重要となる。さらには、職場における自殺のサイン、自殺の要因となる借金・多重債務への対応、自死遺族支援に関する情報なども提供すべきであるが、特に事業主や労務責任者には確実に伝えておくことが望まれる。

また、復職支援に関しては、対応に苦慮している事業場も少なくないので、情報提供や助言の他、可能であれば相談に応じてくれる精神科医を紹介するといった協力を行う。

*復職者支援のための事業主の心得

- ・復職支援の窓口やルールを決めておく。
- ・元の職場に復帰させるのが原則であるが、人間関係、適正の問題など特別な理由があれば、職務内容の変更や配置転換を検討する。
- ・他の部下と同様に処遇し、特別扱いしない。
- ・作業内容は元の仕事に比較して単純なものを労働時間に見合った量だけ与える。
- ・復職者の心理状態には波があるので、良好な状態、低下した状態、平均的な状態に区分し、それぞれのレベルと持続時間を統合して回復状態を把握する。
- ・順調に回復しているようにみえる場合でも、3～6ヶ月後に再発することがある。
- ・長時間にわたる定期的な通院が必要な者が多いが、「通院することはよいことだ」と支持する。
- ・医師から処方されている薬を飲むことに対する否定的な発言をしない。
- ・うまくいかないことも多い。自分だけで背負い込まないこと。産業医との連携が必要。
- ・主治医の診断（病気が治った）と復職審査（元のように元気に働く）とは同じではないので、審査会を開催する。

*精神障害者による自殺で労災認定された51例に見られた自殺サイン

- 家族が先に気づいたサイン
 - ・食欲不振、体重減少、倦怠感、頭痛、睡眠障害
 - ・元気がない、冗談を言わなくなった、笑わない、無表情、口数が減った
 - ・「会社を辞めたい」と言う、退職願の提出
 - ・極限に達していることをほのめかす(疲れた、やばい…)
 - ・話しかけてもうわの空、配偶者の前で泣く
- 職場の上司・同僚などが先に気づいたサイン
 - ・業務量の多さ、業務の遅れ、能力の低下、ミスの増加
 - ・自殺をほのめかす、愚痴る

※) 黒木宣夫、「労災認定された自殺事案における長時間残業の調査」、2004年／厚生労働省、「職場における自殺の予防と対応」

*職場における4つのケア

(厚生労働省、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」、2006年)

- (1) セルフケア：労働者自身による、ストレスへの気づき・対処
- (2) ラインによるケア：管理監督者による、職場環境の改善と労働者に対する相談対応／労働者自身による、ストレスへの気づき・対処
- (3) 事業場内産業保健スタッフ等によるケア：産業医、衛生管理者等による、労働者・管理監督者に対する支援、事業場外資源とのネットワークの形成
- (4) 事業場外資源によるケア：事業場外資源による、専門的サービスの提供

(※小規模事業場では地域産業保健センターなどを活用)

関係者からの
ひとこと…



山内貴史

労働安全衛生総合研究所
研究員

過重労働・長時間労働やパワーハラスメントなどの業務上の要因に起因する死亡、すなわち過労死・過労自殺について、働き方改革の議論とともに、メディアで大きく報道されています。近年、わが国では自殺を含めた精神障害の労災認定数は増加の一途をたどっています。わが国の労働者の半数以上が仕事において強い不安、悩み、ストレスを感じている、との国の調査結果も報告されています。また、メンタルヘルス上の問題で連続1か月以上休業または退職した労働者がいる事業場は全体の1割となっています。このように、職場・職域における自殺予防やメンタルヘルス対策、特に若年労働者向けの対策はその重要性を増してきています。4つのケア（セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケア）を軸とし、産業医、産業保健スタッフ、地域の医療機関、産業保健総合支援センター、地域産業保健センターなどの事業場内外の資源の連携によって働く人のこころの健康と命を守ることは、自殺対策の文脈からはもちろんのこと、過労死等対策の文脈からも強く求められています。今回作成された手引きによってより多くの方々が働く人の自殺予防に必要な知識を共有でき、職場における自殺予防が進展していくことを願います。

3 宗教関係者との連携

日本においては「宗教は人生にとって非常に重要である」と答える人の割合は約5%と低いレベルにあり、宗教の公的影響力は弱いといわざるを得ない。

しかしながら、生活困窮者や複雑な問題を抱えていたり、避難を余儀なくされた人々などに対して食料や住まいの提供を行ったり、自死遺族の支援を行っている宗教組織や信者のグループも数多くあり、複雑・困難な背景を有する人々への支援や自殺総合対策において、宗教が果たす役割は少なくないと考えられる。

この領域に関して、宗教、あるいは宗教関係者が果たせる役割は多々あるだろうが、その主なものは右記の7つであろう。

宗教が果たせる7つの役割

- ① 空間としての場
- ② つながりを築く場
- ③ コミュニティのまとめ役
- ④ 宗教儀礼を通じての支援
- ⑤ 教えを通じての支援
- ⑥ 寄り添う伴走者
- ⑦ リスクへの気づきと情報伝達経路

【役割の実際】

① 空間としての場

寺院や教会を利用して、サロンや集いといった支援の場が形成される。介護者カフェ、遺族の集い、子ども食堂、自助グループのミーティングなどである。

公民館等の公共施設と比較して、宗教空間の“非日常性”は、世間体から逃れ、負担感を軽減し安らぎを与える「アジール（アサイラム）^{（*p91）}」としての機能が強いという特徴がある。

② つながりを築く場

檀信徒組織は一種の支え合い、互助機能を有している。また、祭りや神事などの催しで人が集うことが、問題発見や相談、支援の入り口にもなりうる。

③ コミュニティのまとめ役

宗教者はコミュニティの中心的存在を担うことが多く、地域内でのリスクの早期発見、専門機関への連絡、連携の要として機能しうる。

④ 宗教儀礼を通じての支援

法要、礼拝、典礼などへの参加という実践体験が救いや癒やしとなる場合もあれば、参加者から宗教者に悩みの相談がなされることもある。

葬儀や法要を形骸化させず遺族に寄り添ったものとするすることで、遺族の力になりうる。

⑤ 教えを通じての支援

ほとんどの宗教が、いかに苦しみを減ずるかという道を説いているので、苦しみや困難を抱えている人に対して、有効に機能する可能性は高い。

また、宗教は死を取り扱ってきた長い歴史があり、その点で遺族支援において果たす役割は大きい。

⑥ 寄り添う伴走者

治療的な立場には立たず、世俗的価値観から外れているという宗教者ならではの伴走が可能である。いわゆる、スピリチュアル・ケア^(*p92)ができる可能性がある。

近年、日本型チャプレン^(*p92)（布教を目的としない宗教者、臨床宗教師）の育成も行われている。

⑦ リスクへの気づきと情報伝達経路

宗教者が檀信徒の変化や危機を感じ取る意識を持つことで、日々の宗教活動の中でリスクの早期発見につながる可能性がある。月参りや自宅での法要では、家の最深部まで入ることができる貴重な機会となるし、墓参りや礼拝のついでに何気ない立ち話などで、悩みや愚痴などが出ることも少なくない。

また、檀信徒同士の付き合いの中で、リスクの早期発見につながる場面もある。

自死遺族支援において、発生直後の葬儀などで遺族に接する宗教者の果たす役割は大きく、宗教者の態度次第で、遺族に不要かつ大きな精神的ダメージを与える場合もあれば、大きな救いとなったり、必要な情報の提供や、支援につなげることもできる。

【宗教関係者との連携における考え方】

連携する際の留意点

- 支援のきっかけとなりうる「気づきの場」の一つとしてとらえておく。
- “非日常的”で“世間体から逃れられる”という雰囲気（「アジール機能」）を大事にする。
- あくまでも、対象者にとっての別の選択肢として情報提供する社会資源ととらえ、相談を丸投げすることはしない。
- 個人情報の取り扱いは慎重にする。個人情報を提供する場合、本人の同意を得ることを原則とする。あるいは、法的に守秘義務が課せられるような公的な協議会（自立支援協議会、要保護児童対策地域協議会等）などを利用する。
- 日頃よりの交流につとめ、先方が担える役割や、逆に先方が当方に求めている機能などを把握しておく。

宗教者、宗教組織、宗教施設は、保健所や各種相談センターなどのように支援を必要としている者への支援活動を主目的とはしていないものの、活用可能な社会資源の一つである。

複雑・困難な背景を有する人々への支援や自殺総合対策において、宗教関係者と何らかの連携を持つておくことは極めて有用と思われるが、連携する際の留意点としては、左記のようなものがある。

関係者からの
ひとこと…



小川 有閑

大正大学地域構想研究所
主幹研究員／浄土宗蓮宝
寺住職

宗教は、リスクを発見する「気づき人」「気づきの場」にも、リスク者を支える支援者にも、十分に成り得ます。

宗教施設の空間・時間の非日常性、世俗とは異なるモノサシを示す宗教の教えは、人間関係や社会のなかでの「べき論」にがんじがらめになっている人たちにとって、シェルターの役割を果たせるでしょう。

宗教の教えには、思うがままにならない人生の苦しみや悩みを克服するための智慧が豊富に蓄積されていますから、苦難に直面した人の心への支援となるはずです。

政教分離とは、自治体が特定宗教に利益を供することを禁ずることであり、包括ケアの一員に宗教が入ることを禁ずるものではないはず。しかし、現実には、「支援→布教」という懸念も拭えず、障壁となっていることは否めません。宗教側には、社会資源としての自覚を持ち、誤解を与えぬ自制が求められます。

個人情報の保護の問題も、実は宗教者には刑法で守秘義務が定められており、こうした理解を深めていくことも重要なことと思います。

課題を克服しつつ、各地域で、高い意識を持った宗教者和其他の支援者が連携を深めていくことを期待します。

4 民間組織との連携

本手引きで取り扱っている複雑・困難な背景を有する人々の中には、現行の保健福祉サービスや制度だけでは十分な支援ができない者が少なくない。逆に、現行サービスだけでは対応できないからこそ、複雑・困難事例化し、自殺に追い込まれるリスクが高まるとも考えられる。

いずれにしても、多様化するニーズに対応するには、現行の公的なフォーマルサービスだけではなく、民間組織が提供するインフォーマルサービスとの連携が不可欠である。

公的サービスでの対応が難しく、民間組織に担ってもらうことが期待されている主な役割は、右記5つの支援の提供である。

民間組織に期待される役割

- ① 現行制度にない新たな支援
- ② 対人交流場面での支援
- ③ 見守りので不定期な支援
- ④ 自助的な支援
- ⑤ 場の提供を中心とした支援

【役割の実際】

① 現行制度にない新たな支援

現行の保健福祉サービスにないものは、民間組織が独自に開始し、その一部は公的サービスとして制度化される。

年齢、性別、障がいの種別などにおいて現行制度の対象となっていないもの、そもそも支援メニューとしてないものなどがある。

介護や生活支援がある程度必要な低所得高齢者に対する“支援付き住宅”や障がい者グループホームとは形態が異なる共同住居、薬物依存症患者のリハビリ施設、刑務所を出所した者の自立支援サービス、DV被害者のシェルター、自死遺族支援サービス、児童養護施設等で育った児童の18歳以降の支援サービスなどで、このうち現在制度化されているものの多くが民間組織が開始したものが発展したものである。

② 対人交流場面での支援

基本的な衣食住については自立できているが、コミュニケーション技能など対人交流場面での対処技能に問題があったり、知的障がいや経験不足、強い不安のために他者との交渉や相談を不得意としている人にとって、対人交流場面での助言・調整、交渉場面への付き添いといった支援は極めて重要である。

多くの場合、家族や友人が、このような役割を果たしているため、公的な制度としては十分に整備されていない。

特に、家族との不和や別離、社会的に孤立している人々には、こうした支援サービスが必要となる。

③ 見守りので不定期な支援

普段の生活はほぼ自立できているものの、体調や精神状態の不調時や、不慣れな状況との遭遇時、対人トラブル発生時など、普段できていたことができなくなるという事態にしばしば陥る人たちがいる。

一見しっかりしているように見える、あるいは傍目にはちょっと心配ではあるが、対応はしっかりしており本人も「大丈夫だ」と述べる、しかし、時々生活破綻や様々なトラブルに至ってしまう、このような人々には、見守りと危機発生時でのタイムリーな支援が必要となるが、そのような不定期な支援は公的制度に馴染みにくい。

④ 自助的支援

同じような困難を体験した者が、同じ困難を体験した者だからこそ理解できるという特性を生かして、その困難を分かち合い、相互に支え合い、乗り越えていこうとする自助活動は、自尊心や人生、社会的役割を回復するために必要なメニューの一つである。

ただし、相互援助を基本とする支援活動であるので、支援者－被支援者関係ができてしまう公的なサービスには馴染まない。

同じ体験をした当事者をスタッフとして配置し、ピアスタッフとして自分の体験を生かして同様の体験をしている他者を支援するピアサポート、自助的なミーティング（分かち合い）の定期的な開催、あるいは自助グループ活動などがある。

⑤ 場の提供を中心とした支援

特別な相談支援や援助を提供するのではなく、“集い憩える場”を提供することは、社会的孤立を防ぐために極めて重要なものである。

公的サービスとして、公民館などの公共施設が住民向けに提供されているが、そのような場所は、健康度や健全度が低いなど、世間体が悪い状況にある人々には敷居が高いものになりがちである。

民間組織の性格にもよるが、いわゆる杓子定規な“お堅い”イメージの公的サービスと比較すると、融通性の高い“ゆるい”イメージがある民間組織が提供する空間には、世間体から逃れられる“非日常性”がある。

前述の宗教空間と同様（宗教組織も一民間組織である）、利用者に負担感を軽減し安らぎを与える「アジュール（アサイラム）（*p91）」としての機能が強いという特徴がある。

【民間組織との連携における留意点】

その民間組織がどのような性格を持っているかによってその役回りは異なってくるし、得意、不得意もある上に、公的なサービスや専門機関と比較すると、財政的な基盤やスタッフの数や資質に弱点を持つ場合が多い。

連携する際の主な留意点を右に挙げてあるが、最も大切なのは、その組織が得意とする支援、公的サービスが対応できない支援に集中してもらう姿勢を持つことである。

素晴らしい活動を展開していたり、その分野では有名な民間組織があると、自治体の保健福祉担当部署や医療機関などの専門機関が、自らの役割を果たすことなく、その組織を安易に紹介する場面が散見されるが、このような行為は慎まなければならない。

また、自助的支援は必須メニューの一つで

はあるが、当事者や家族は、あくまでも困難に直面している当事者や家族であるわけで、彼らが燃え尽きることがないように、特に自治体の職員や専門家は配慮をし、無理のないように助言や応援を忘れてはならない。

そして、継続的に活動を展開してもらうには、資金面や人員面での協力が不可欠である。利益誘導になるような関係性がなければ、公共サービスに関わる者や専門家がうまく連携をはかる方法として、会員や賛助会員として協力するのも一つの方策となる。

連携する際の留意点

- その組織が大切にしている“主義”や“姿勢”、“方向性”などを尊重する。
- その組織が得意とし、公的サービスが対応できない支援に集中してもらう。
- 丸投げはせず、公的サービスが対応すべき支援や、専門機関が担うべき支援は、行政や専門機関からの支援を求める。
- 自助的な組織であれば、支援することに追われ燃え尽きることがないように配慮するとともに、当事者性を大切にできるよう応援する。
- 資金面、人員面での協力を惜しまない。

自死率ワーストの秋田から



袴田俊英
こころといのちを考える会 会長

藤里町の自死の現状

秋田県は平成26年を除き、7年から27年まで自死率全国ワーストを続けており、藤里町は県内でも高い地域で最近の5年間では、平成23、24、26年と県内市町村ワーストを記録している。人口減少が激しいことも自死率を引き上げる要因となっているようである。藤里町の人口は、平成28年12月末日で3,501人。この人口から計算すると、1人が自死でお亡くなりになるだけで30ポイントという自死率になり、秋田県の平均を超えた数値になる。

先駆例だが成功例ではない

藤里町の自死対策への着手は、県内でも早くに行われていた。平成8年、保健師を中心に「心の健康づくり事業」が開始され、平成12年10月には自死対策では県内初の民間団体「心といのちを考える会」が結成され活動が始まっている。

「心といのちを考える会」の活動の中心は、毎週火曜日に行っているコーヒーサロン『よってたもれ』である。このサロン活動は県内外から注目され、現在では県内は全市町村で行われている。

しかし、先駆的な活動ではあったものの、決して成功例とは言えない状況であり、活動を始める前は年間平均3.3人、活動を始めてから平成27年までの平均が2.7人という数字が事実を物語っている。

藤里町の変化

自死対策の活動が続けられる中で、住民の意識に変化があったのかであるが、秋田大学医学部の佐々木久長准教授が、平成18年と27年に行った藤里町の住民意識調査から、足掛け10年の意識の変化が見えてきている。その概略は次の3点である。

- 1) 減少がみられないことに対する「あきらめ感」
- 2) 自死に対するタブーの減少
- 3) 一方で自分の弱さを人に見せられないという感情は変化なし

藤里町では対策実施の当初、最重要とされていたのはタブーを取り除くことだった。自死が3万人を超え社会問題、あるいは行政課題や研究課題とされマスコミにも取り上げられるようになり、それ

まで「自殺」という言葉を使うことさえ憚られた状況は一挙に変化した。藤里町においても自死問題に関心を持つ人々は少しずつ増えており、また、自死に関する情報もかなり提供されるようになっていく。

しかし、対策の効果が数字に表れてこない中で「自死は防ぐことのできないもの」というあきらめも広がっている。結果、自死対策に関わっている住民でも自分の悩みは人に言わない、つまりSOSが出せないという状況は変わらないという悪循環が続いているのである。

コーヒーサロンの機能

かつて農家の縁側でお茶飲み話をしていた光景は、高度経済成長と農村の近代化で姿を消してしまった。農村共同体の核であった互助の構造は失われ、人々を縛る「世間体」は残っている。“農村の人間関係も都会と同様、冷たいものになっているのではないか。ならば農村こそ人のつながりが必要としているのではないか。”という考えに基づいて始めたのがコーヒーサロン『よってたもれ』である。このサロンは相談窓口ではなく、悩みを話すところでもない。農家の縁側のように行きずりの人が立ち寄り、世間話をしていくところなのである。

平成15年から始めたこの活動は定着し、毎回顔を出す常連さんもできてきた。営業時間は毎週火曜日の午後1時30分から4時までのわずかな時間であるが、常連さんにとってはこのサロンが「居場所」になっている。

平日の日中に居場所のない人は、他者の仕事を邪魔しないようにひっそりと息をひそめていた。それができずに、いろいろなところへ顔を出して、他人を自分のペースに巻き込む人は「変わり者」とされていた。サロンに集まる常連さんは、そのような人たちである。全く意図していなかったのであるが、サロンは藤里町にある「世間体」から逃れる場所「アジュール^(※p91)」となっていたのである。

アジールという考え方

中山間地に位置する藤里町の町民の気質は、一言でいえば「頑張り屋」である。そして、その頑張りを他者にも求めてしまう。また、「互酬」の関係が根強く、他者からしてもらったことに対しては、応分のお返しをしなければならない。それができないことが大きな負い目と感じられ、「迷惑」をかけてしまったという思いになる。「互助」よりも「互酬」が優先され、他者に迷惑をかけないことが大切だと考える気質であるともいえる。

この中でつながりを強調しても、対策とはなり得ない。なぜなら悩みを抱えてしまった人は、この

つながりの中で生きていくことが苦しいものになるからである。むしろ、このつながりから「一時的に避難する」という方向性のほうが有効なのであると、私の考えは変わってきた。

雇用形態が変わり、頑張ることが強要される社会。仕事することが優先され、それを阻害するものが排除される社会。日本に蔓延する経済最優先の状況の中で、現代の苦が生まれているのではないか。そして、そこから一時避難する「アジール」が必要なのではないか。これまでの活動を通じて、現在はこうに考えている。

全国・秋田県・藤里町の自殺率比較表

	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
全国	24.1	23.3	23.7	25.5	24	25.5	23.7	24.4	24	24.4	23.4	22.9	21	20.7	19.5	18.5
秋田県 (人数)	38.5 (457)	37.1 (436)	42.1 (494)	44.6 (519)	39.1 (452)	39.1 (467)	42.7 (493)	37.5 (419)	37.0 (409)	38.1 (416)	33.1 (358)	32.3 (346)	27.6 (293)	26.4 (277)	25.9 (269)	25.7 (262)
藤里町 (人数)	63.6 (3)	85.4 (4)	87.9 (4)	44.3 (2)	0 (0)	22.9 (1)	23.6 (1)	135 (5)	0 (0)	49.8 (2)	50.6 (2)	105.5 (4)	107.3 (4)	82.9 (3)	85.7 (3)	59.8 (2)



コーヒーサロン『よってたもれ』

南紀白浜「三段壁」での活動



藤薮庸一
NPO法人白浜レスキューネットワーク代表

まず取り組んだこと

1999年4月に活動をさ三段壁におけるいのちの電話並びに自殺志願者の保護活動を引き継いでまず取り組んだのは次の3つある。

- ・ 家族を第一とすること。
- ・ 近隣住民の理解を得ること。
- ・ 頼まれたことは断らないこと。

とにかく家族が守られることと近隣の住民や行政の信頼を得ることを心がけた。

家庭を開放して人を受け入れることをするためには、それ以上に家族の時間を大事にする必要がある。三食を共にすることが基本であったが、朝のうちにお弁当を作って昼は各自で食べてもらい、家族で出かける機会を増やすなど、工夫して家族の時間を作った。子どもたちが幼稚園や小学校に行くようになってからは、必ず行事ごとなどは外さず夫婦で参加した。仕事でも、忙しくても来てくれると子どもたちは思っていたと思う。また、危機管理としても、子どもたちに、うちで暮らすおじさんやおばさんへの礼儀を教えつつも、いくら親しくなっても緊急時に彼らが学校に迎えに行くことなどはないと確認し、絶対ついていけないようにと教えた。家で遊ぶ時も必ず目の片隅にとまるように気をつけた。

近隣住民の理解を得るために、心がけていたことは挨拶だ。うちで暮らすことになった人は全員、近所ですれ違う人には必ず挨拶することを義務付けた。見ず知らずの、それも訳ありかと思われがちな人が突然何人も暮らし始める環境を許してくれている訳だから、感謝の奉仕を行うことは当然で、草刈りやゴミ拾い、掃除に全員で出かけた。変わらず続けている今では、感謝されることも多く、うちで暮らす人たちがいてくれてよかったと言ってもらえるまでになった。

NPOは行政活動の隙間にこそ使命を感じて活動する団体だから、行政からの依頼は断らないことが肝要だ。依頼に応えつつ良い仕事をすればするほど信頼され良い関係ができる。活動を始めた当初から、私たちは生活保護を求めて相談に来た人を一時的に保護する場所として活用してもらって

る。現物支給による支援や生活の場を失った人の受け入れ、支援物資の提供なども役場や社協と共に行なっている。

町有物件を賃貸契約

保護活動が続けていくために、この物件を使わないかと白浜町から話があった。契約後しばらくして使用料の減免申請をして現在に至る。

協力関係の輪は多岐に渡るようになった。和歌山県、田辺保健所、白浜町、周辺の社会福祉協議会、商工会、観光協会、旅館組合、警察、消防、青少年センター、児童館ふれあいルーム、小中学校、タクシー会社、バス会社、三段壁の周辺お土産屋さんなど良い関係を作っている。三段壁のパトロールや白浜町自殺対策会議、白浜町生活困窮者対策会場の場が活かされ、担当者同士直通で連絡が取り合える関係ができています。

「白浜レスキューネットワーク」設立

2005年、任意団体白浜レスキューネットワーク設立し、2006年には、NPO法人格を取得した。行政から宗教法人として活動している私たちと協働していくためにNPO法人格を取得してもらった方が関わりやすいとの提案を受けたからである。

その時に、初めて活動を整理したが、以下の3つに大別することができた。

- 1) 自殺防止活動
- 2) 生活自立支援活動
- 3) 自殺予防活動

自殺防止活動は、電話相談と直接介入、保護までを行う。生活自立支援活動は、当NPOでの共同生活に受け入れ、生活訓練、就職支援、自己破産など法的支援、医療支援などを含む。

自殺予防活動としては、子どもたちへの教育活動が中心で、自然体験教室「はじめ人間自然塾」、

学習支援「放課後クラブ・コペルくん」、夜8時まで子どもを預かり夕食とお風呂を済ませて家に送る生活訓練家庭支援「コペルくん+（プラス）」、中学生のための学習支援「夜コペ」などを行っていた。

この時から白浜町と和歌山県から補助金、助成金を受けることとなった。

白浜荘(10部屋)を自殺対策基金で購入

自殺志願者を自立させるまでには1年かかる。まず生きる気力を回復するところまで時間がかかる。1～2ヶ月で就職できたらいい方だ。しっかり給料が入って来るようになれば、80～100万円貯めさせる。給料は小遣い1万円を残し、残りは理事長宅の金庫で貯金。自立する際は、協力してくれる不動産屋を通しアパートを借りる。理事長が保証人になる。貯金の中から家賃2～3ヶ月分は理事長が保証人として預かっておく。

シェアハウスを賃貸契約

自立後、生活が破綻する人がいることから、自立の前段階を設けた。生活を破綻させない、または破綻してもやり直ししやすい環境を作った。将来は長屋のような生活共同体を作っていければと考えている。

補助金、助成金を受けるにあたって学んだことは、当たり前なことだが大きな責任を負うことになるということだ。やりたくてやっている活動だから、それだけに自由に活動してきた。しかし、補助金や助成金は目的があって支払われているので、その目的が達成されて初めて生きてくるお金ということになる。失敗しましたでは申し訳ないものなのだ。

私は、失敗をしたからこそ重みを味わった。誤解してほしくないが汗かかずに苦労せずに入って来たお金だから、必要があれば使えばいいと、必要のために使う。しかし、私の懐は痛まない。もし

自費で同じことをするかと言われたらどうだろう。慎重になるのではないかな。

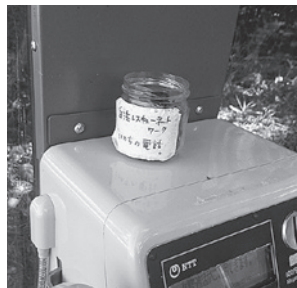
一例をあげると、2011年にまちなかキッチンというお弁当屋を始めた。NPOセンターの職員から補助金の話をいただき、弁当屋を始める資金を補助金で手に入れた。その時、提示された計画は、補助金を全部つぎ込んで店舗の改装、必要な備品類を手に入れるものだった。店はできた必要なのは手に入った、しかし、お客さんは本当に来るのかの保証は何もなかった。成功するかどうかかわらないまま大金が使われてしまう計画だった。

結局私たちは、計画を変更し、60万円で最低限度の必需品だけでお弁当屋を開業した。もちろん店舗改装などなし。まずお金を使ったのはモニターを募集し1週間20個のお弁当を無料で届けたことだ。そこで集まったモニターのアンケートをもとに改良し、2周目からは、モニターと共に買ってくれる人には買ってもらうようにして、3周目には毎日40個売れるようになり、1ヶ月経つ頃には60個売れるようになっていた。必要になるたびに備品を増やし補助金を無駄に使うことはなかった。万事に適應できることだと思う。小さく始めて修正を加えながら大きくしていくと、補助金を無駄に使うことはないだろう。

最後に、改めて、記しておきたいこと

人を助けるということは、人の嫌なところを見ることだということだ。狡さ、醜さ、弱さをどう受け止め、愛し赦して、それでもなお諦めず厳しく公正さを持ち続けることができるかだ。表面的に愛を示し優しさだけで付き合うことができる支援もあるだろう。しかし、顔が見える支援には、必ず、人の裏表を見る時があり、裏切られること、誤解されることがある。またひどい時には、いわれのない批判や中傷にさらされることもある。

それらに負けないことだ。



「いのちの電話」白浜レスキューNWの電話番号と10円玉が置かれている

「白浜レスキューネットワーク」の活動一覧
(2017年12月現在)

- 1) 自殺防止活動・いのちの電話
 - ・三段壁における保護活動
 - ・JRを使った全国から白浜へ来てもらう保護活動
- 2) 生活自立支援活動
 - ・共同生活、生活訓練、就職支援、自己破産など法的支援、医療支援
 - ・「まちなかキッチン」における職業訓練
 - ・農業や奉仕活動による生きがいづくり
 - ・シェアハウス
- 3) 自殺予防活動
 - ・自然体験教室「はじめ人間自然塾」
 - ・学習支援「放課後クラブ・コペルくん」
 - ・生活訓練家庭支援「コペルくん+（プラス）」
 - ・中学生のための学習支援「夜コペ」
 - ・里親
 - ・生活訓練寮「エジソンハウス」
 - ・講演による啓発



「まちなかキッチン」



「シェアハウス」



「白浜荘」の玄関



「白浜荘」の玄関の前の“99%ダメ??
あと1%あるやん”の立て看板





第4章 ハイリスク者支援における 倫理面への配慮10か条

ハイリスク者支援における倫理面への配慮10か条

自殺に関連する要因は複雑であり、多くの場合、複数の危険因子が重なる中で、自殺行動のリスクが高まる。自殺予防とは、複数の危険因子を抱えたひとの、危険因子をすこしでも少なくし、保護因子を強化することによって、そのひとの本来の自由を回復する取組であり、それを可能にする環境づくりといえることができる。このような取組にあたっては、健康の身体的、精神的、社会的側面にかかる専門領域の連携が必要となるが、同時に、倫理面への配慮が重要となる。

ここでは、これらの取組においては個人情報や守秘性の高い情報を扱う場合もあることを踏まえて、倫理面への配慮を「10か条」としてまとめた。

なお、医療場面において緊急避難として、本人の同意がなくても医療行為を行わざるを得ない場合や、精神科医療における精神保健福祉法の措置入院制度（自傷他害のおそれのある精神障害者の行政処分として入院治療を行う）があるが、一部の専門分野の課題になるため、ここでは記載していない。

1 個人情報の扱いに留意する

個人情報保護法は、個人情報を「生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む）をいう」と定義している。個人情報の扱いに関しては、それぞれの団体などにおいて規定が設けられ、それを守って業務を行うことが原則である。これらは難しい制約に見えるかもしれないが、国民が安心して相談支援を受ける基盤でもあり、必ず配慮すべき事項である。

2 可能な限り、本人の同意を得て、ていねいなつなぎをする

複数の関係機関で連携のための情報共有をおこなうときは、本人の同意を得ることが原則である。緊急性を要するときは、本人の同意なしに連携支援を進めようとしがちであるが、支援を受けるのは本人であり、本人の同意なしでは、結果として支援がうまく進まないことも多い。本人のわかりやすいことばで、紹介先とその理由など、支援者が取りたい具体的な行動を説明して、可能な限り同意を得るよう努めるべきである。

また、別の機関を紹介する際には、紹介先に同行または紹介先で訪ねる部署や相手を特定するなどして、本人が安心して相談に行けるようていねいな支援が必要となる。

3 相談することに強い抵抗をもつ人がいることに留意する

これまでの人生においてつらい体験を重ねてきたり、あるいは、安定した対人関係を持つことに恵まれなかった人たちの中には、自分の問題を他人に相談することの利点を体験上知らない人もいる。また、相談するのは恥ずかしいことと思ひ込み、相談したことが誰かに漏れ伝わってしまうというおそれを抱いていたり、疲れ果て、混乱し、落ち着いて考える余裕をなくしていることもある。そのために相談場面で、抵抗や非協力的な態度を示す場合もあるが、その背景を理解し、ねぎらいをもって対応することが重要となる。

4 相談窓口の広報や相談場所の工夫をする

さまざまな相談窓口が設けられてはいるが、これら相談窓口の情報は、それを必要とする人々までは行き渡らないことが多い。それは、個人の背景や生活スタイル、習慣等によって、人がアクセスする情報源は多種多様であるからである。したがって、相談窓口に関する広報については、新聞、テレビ、ラジオ、インターネット、配布リーフレット、自治体広報、講演会等のイベントなど、情報を伝えたい対象者がアクセスしやすいよう広報経路や方法に工夫が必要である。

また、既存の相談機関に限定することなく、その対象者が訪れやすい場所に相談窓口を設けるなど、相談場所についても工夫をするべきである。

5 様々な支援活動があることを踏まえ、それらと公平につながるように努める

WHO世界自殺レポートによると、自殺関連行動は、多くの場合、複数の危険因子が重なることでその危険性が高まるものであり、自殺予防の取り組みは、ライフコースにわたっての、幅広い多部門によるアプローチを必要とするとされている。

したがって、支援活動は、健康問題、経済・生活問題、家庭や職場、地域での対人関係、教育や人権問題など、様々な分野、領域にまたがるとともに、活動内容についても多様性がある。それらの活動が、公平な、互いに学び合う関係をつくりながら連携していくことが大切となる。

6 活動の多様性を尊重しつつ、質の向上を図る仕組みをつくる

活動の多様性は尊重されるべきであるものの、一方で、自殺対策基本法が制定されて10年が経過した今日においては、活動の質を高めることも求められる段階に入っている。活動の質を高めるためには、重要な研究成果を学ぶとともに、それぞれの取組から学び合うことが大切であり、行政には、研究や活動の公平な交流と学習の機会をつくることが期待されている。

7 自殺は不名誉な死であるかのような誤解はなくす

自殺が不名誉な死であるかのような誤解を無くすために、最大限の努力をする必要がある。亡くなった方と遺族の名誉が傷つけられることのないよう、社会がより注意深くなるようメッセージを出していくことが重要である。

ただし、“自殺”“自死”を語る死にすること、すなわち自殺の問題を社会的タブーにしないことと、これらの言葉を多用することは分けて考えたい。“自殺”“自死”という言葉が強いインパクトをもつ言葉であることを踏まえて、それぞれの場面において適切に使用することも必要である。

8 自死遺族が多様な問題に直面することを理解する

自死遺族は、家族を失った悲しみだけでなく、遺された家族の生活、子どもの養育費、相続、親族との関係など、現実に関係しなければならぬ多くの問題に直面することとなる。自死遺族支援は、遺族の心情に配慮した、直面する問題の多様性を踏まえた、総合的支援となることが望まれる。

9 活動の透明性を高める

市民社会に向けて、自分たちの活動の透明性を高めるよう努めることが大切である。具体的には、誰が行うのか、目的は何か、資金はどこから得ているか、活動の対象は誰か、個人情報扱いなどである。また、自分たちの活動の品質を高めるために、どのようなところと連携し、どのようにして新しい情報を入手しているかも公開することも推奨される。

10 自分たちの活動が倫理的か、常に考える

複雑・困難な背景を有する人々への支援活動や自殺総合対策の取組は、メニューの多さや個別の条件に対応した細かい工夫が必要であり、よりよいものに向けて、探索を続けるという性質を持っている。その意味では、完璧な活動はどこにもないといってよい。大切なのは、自分たちの活動が倫理的か、常に考えることであり、それによって、私たちの活動は発展することができるのである。

第5章 事例集

事例1	生活再建できたものの援助を求めることが出来ず、 自ら命を絶った元路上生活者	78
事例2	専門医療機関での治療に馴染めないアルコール依存症患者	79
事例3	処方薬の乱用があり治療を受けるもクスリが切れない 薬物依存症の青年	80
事例4	ギャンブル問題を抱えた多重債務者	81
事例5	多子同伴児童がいるDV被害女性	82
事例6	社会資源につなげたにもかかわらず 再度の自殺企図におよんでしまった自殺未遂者	83
事例7	夫を亡くした女性自死遺族	84
事例8	大学生の息子を亡くした男性自死遺族	85
事例9	いじめを苦に自死した高校生 (第三者委員会の設置を通じての遺族支援)	86
事例10	過労自死した労働者の遺族による労災申請	87

※ここに示した事例はすべて、各担当の執筆者が、これまで経験してきた数多くの事例を参考に、支援におけるポイントを説明するために創った“創作事例”である。

生活再建できたものの援助を求めることが出来ず、自ら命を絶った元路上生活者

●事例概要

60歳代後半の男性。30歳代で結婚するも、50歳頃失業、離婚し、その後は単身生活。50歳代後半には3年ほどの路上生活を経験している。

その後生活再建し、ヘルパーとして働いていたが、高齢になるにつれて長時間働くことが出来なくなり、この1年ほどは収入が激減している。

●支援経過

50歳代後半、路上生活をしている時に、生活困窮者の支援を行っているNPO法人の関与が開始される。同法人が提供する就労支援および居住支援を利用し、2年ほどで生活再建を果たす。介護職員初任者研修を修了し、ホームヘルパーとして勤務も開始し、勤務先のスタッフにも利用者にも信頼され、生き生きと仕事をしている様子が見られ、支援をしてきたNPO法人のスタッフも喜び、本人の頑張りを賞賛していた。

しかし、数年前から加齢に伴う体調不良等により、仕事量が減り、その分収入も減少してきたという。

半年前より、NPO法人に食費がなくなってしまったという相談があったため、同法人より寄付の米や缶詰などの食料の提供を行った。その後、食料提供の頻度が増えていったため、NPO法人のスタッフが2週間ほど前に訪問をした際に、生活保護の申請についても検討するよう相談を開始したところであった。

その後連絡ないためにNPO法人スタッフが自宅アパートを訪問したところ、部屋の中で縊死しているのが発見された。部屋にはいくつかの段ボールも用意されていた。

事後に分かったことであるが、実は3ヶ月前より生活保護を受給しており、食費がなくなっていたのはギャンブルで生活費を使い果たしてしまっていたためであったが、NPO法人スタッフには、その事実を話せないまま経過していた。

●支援におけるポイント

路上生活から支援団体の支援を受けながら生活再建を果たし、仕事にもやりがいを持って従事していたため、支援者には順調な経過に見えていたが、危機的な状況やギャンブル依存という重要な問題を誰にも相談することが出来ないまま、自殺へと追

い込まれてしまったケースである。

生活再建は果たしたものの、危機に陥った際や、最も困っている本質的な問題を相談できる相手がいなかったという意味で、社会的な孤立は解決出来ていなかったと言える。

周囲からも賞賛され信頼もされていたが、そのことで、ギャンブルをしていたことが知られることで、その信頼を失いたくないという気持ちを強くしたのかもしれない。

部屋に段ボールが用意されていたことから、路上生活をしようかどうか迷った様子もうかがえたが、路上生活が過酷なものであると身を持って知っている彼だからこそ、再びその生活に戻るかどうかをひとりで悩み、絶望的になったことが予測される。

生活困窮者にとって、就労相談やアパートへの転宅支援などの生活再建（自立）のための支援はとても大切なものではあるが、一見、問題なく自立していく人の中には、悩みを共有できずに孤立を深めてしまう場合がある。

自立支援の観点からだけのアプローチでは、孤立の問題を解決できないとも言える。

支援者の期待や信頼を裏切りたくないという気持ちから重要な問題を相談することなく一人で抱え込んでしまうという状況に追い込まないために、過去の経験や悩みを日常の中で共有していけるような取り組みが必要だと思われる。

また、孤立を解決するための一つの方策として、一方的に支援されるという役割が固定されないよう、互助づくりの活動に力を入れることも重要である。

専門医療機関での治療に馴染めない アルコール依存症患者

●事例概要

50歳代前半の男性。40歳代後半の妻との2人暮らしで、こどもはいない。

30歳過ぎより多量飲酒や暴力といったアルコール関連問題が表面化し、前妻とは離婚となり、仕事も長続きしなくなった。30歳代後半にアルコール依存症の診断を受け、合計2回、精神科病院でのアルコール入院治療プログラムを受けるも、規則や主治医との約束が守れず、いずれも強制退院となっている。3年前より生活保護受給中で、酒がやめられず、体調不良やトラブルを繰り返すもアルコール専門医療機関への受診をかたくなに拒否するため、福祉事務所の担当ワーカーのすすめで、精神科外来のみがある地元の市民病院をしぶしぶ受診した。

●支援経過

入院を強要されると思っていたところ、アルコール依存症の治療経験を持つ市民病院の精神科医師より、抗酒剤を使用した週1回の頻回通院による外来治療を提案され、本人も納得の上外来治療が開始された^{※1)}。時々の飲酒はあるものの、連続飲酒となることもなく、酒に酔っての暴力や迷惑行為もない状況が続き、主治医との関係も良好だった。半年ぶりに連続飲酒となったため、主治医が以前勤務していた際につくった簡易なアルコール入院治療プログラム^{※2)}（他院の患者や自助グループのメンバーも参加する夜間ミーティングへの参加のみが義務）がある精神科医療機関に入院となり、2ヶ月のコースを終了し退院となった。本人も達成感を感じ満足している様子であった。半年後に、再び連続飲酒となつたため、主治医と本人が相談の上、以前強制退院となった病院での入院プログラムに再挑戦することとなり^{※3)}、「今度は頑張ります」と張り切って病院に向かっていった。しかし、2週間後に、酔っ払った状態で市民病院の外来を訪れ、また強制入院となつてしまったことを主治医に訴えた。酔っ払った状態での診察は引き受けない約束だったので、2日後の予約をとって市民病院を後にした。

予定の外来日の受診はなく、1週間後に妻より行方不明となっているとの連絡があり、その数日後に近くの海岸に水死体となって発見された。

●支援上のポイント

新たな主治医との良好な関係ができて、順調に回復しているように見えており、本人自らが高いハードルに挑戦しようとしたものであるが、結局失敗し、結果として本人を立つ瀬がない状況に陥らせてしまったと思われる事例である。自殺なのか、酔っ払った上での事故死なのかは判明していないが、良好な関係が出来ていた主治医の期待を裏切ってしまったという強い自責感が不幸な結果を招いたことも推測される。本人と主治医との間で話し合っ、次のステップに挑戦することを決定したものであるが、傷ついた自尊心の回復が大きなテーマである依存症治療においては、自尊心を刺激し過ぎて、本人が無理な課題に挑戦することがないよう十分な配慮が必要である。スモールステップに徹するのが原則であろう。

- ※1) 本人の動機付けが十分でないときには、ある程度の強制力がある入院プログラムより外来プログラムを選択の方が効果的なことがある。外来であれば、本人の主体性が重視され、治療者や支援者は本人の実践を見守り援助するという環境が維持できる。また、再飲酒した際も、自分の責任であるので、飲酒行動を自己コントロール出来ないという事実を認めざるを得ない。
- ※2) 『アルコール・リハビリテーション・プログラム（ARP）』と呼ばれる構造化された治療プログラムにはどうしても適応できない患者も多い。そのような人には、本人が継続して参加できるような“ゆるい”治療プログラムが有効である。依存症の治療や支援においては、その人や、その時の状況に合わせた臨機応変な対応が必要である。
- ※3) ステップアップしながら挑戦することを批判するものではないが、失敗することも前提に、本人の自尊心が過度に傷ついたり、立つ瀬のなさを増強することがないような配慮や準備も必要である。「結構高いハードルだから、ととえ今回も失敗しても、自分を責めないようにしましょう」といった声かけをしておくべきだったのかもしれない。

処方薬の乱用があり治療を受けるも クスリが切れない薬物依存症の青年

●事例概要

20歳代半ばの男性。アパートでの1人暮らし。無職で、親の仕送りで生活している。曾祖父の代からの資産家の家庭で、3人兄弟の次男。父は地元の有名企業の幹部、母は公務員、兄と弟も大卒後有名企業に勤務している。

兄弟3人の中で1人だけ学業不振で、中学生の頃より不登校傾向となり、高校進学するも1年生の2学期で中退、自宅で昼夜逆転の生活となる。内科受診した際に睡眠導入剤を処方されたことをきっかけに、睡眠導入剤や抗不安薬、鎮痛剤を乱用するようになった。20歳の頃、家族のすすめで依存症の治療プログラムがある精神科病院を初診、薬物依存症の診断にて外来治療が開始された。同院での薬物依存のグループミーティングや、紹介された自助グループのミーティングにも参加していたが、違法薬物の使用体験を語る他のメンバーと比較して、「自分は中途半端だな」と感じながら、処方薬、市販薬の使用は続けていた。

病院のミーティングで出会った薬物依存症の仲間に誘われて、精神保健福祉センターの薬物相談窓口を訪れた。

●支援経過

家賃も生活費も全て親任せで、掃除も時々母親が来てやってくれている状況で、生活の立て直しも必要と思われた。彼を誘った仲間は、薬物依存症リハビリ施設「ダルク」の運営を手伝っており、他県において新たな施設を設立する準備中とのこと。その仲間より「一緒にやらないか」という提案がなされているとのことだったので、その提案を受け入れ、地元、親元を離れてのリハビリを選択^{※1)}することとした。

家族には、引っ越し費用と当座の生活費を渡すのを最後に資金的援助を止めること、転出先の自治体の福祉事務所から生活保護受給に係る調査があった場合、親が生活の面倒を見続けるのは薬物依存症の治療にとって望ましくないと医師より助言を受けていることも説明し、扶養の意思がないことを表明するよう依頼^{※2)}した。主治医には、転出先での医師を紹介してもらい、紹介状も作成してもらった。

数ヶ月後、ダルク設立準備中の他県の某市に転居、その後、生活保護を受給し、外来治療を継続しながら、ダルク設立の支援者とともに活動を開始

した。翌年にダルク設立となり、同ダルクの最初のスタッフ（無給スタッフ）となった。数年後、ダルクの運営が安定した後は、有給のスタッフとなり、生活保護受給も終了した^{※3)}。この間、薬物の再使用はなく経過した。

●支援上のポイント

近年、処方薬や市販薬などの乱用・依存が増えてきている。使用そのものが違法ではないため、薬物問題としてあからさまになりづらく、支援につながらなかったり、家庭内で抱え込んだまま事態が悪化してしまうことも多い。

この事例は、病院で出会った仲間との出会いをきっかけに、家族の元を離れたことで、主体的性をもって、治療やリハビリに取り組むことができたものである。

※1) 共依存（自分を必要としてくれる相手との関係に依存すること）関係にある家族が尻ぬぐいばかりしているため、本人が自分の問題に直面していなかったり、あるいは、仲間からの誘いを断れずに薬物を続けている者も少なくない。このような関係を絶つために地元や家族の元を離れて治療やリハビリを受けることが有効な場合がある。

※2) 親との共依存関係を物理的に絶つために、親からの資金的援助を停止してもらうことがある。その場合、回復半ばであるために継続的な就労は困難であり、生活保護の受給が必要となるわけで、支援者や治療者には、家族や福祉事務所に対して、その必要性をしっかりと説明する役割がある。

※3) 自助的な民間施設のスタッフとなることで、薬物の使用が止まった上に、施設の経営状況が影響したものではあるが、責任が軽い無給のスタッフから責任ある有給スタッフへ、段階的にステップアップできた環境もよかったと思われる。

ギャンブル問題を抱えた多重債務者

●事例概要

40歳代前半の男性。8年前に勤務していた会社から独立して自営業を開始。妻、未就学の女兒との3人暮らし。4年前にローン組んで自宅を購入。

2年前より仕事が減り経営が苦しくなり、銀行から事業資金の借入することになったが、元々パチンコが好きで、経営が厳しくなってもやめられなかった。妻が準備していた住宅の修理代金20万円をパチンコに使ってしまったことを契機に、夫婦間の信頼関係はなくなり、妻は夫に対して憎しみすら抱くようになった。妻は、家計を助けるために女兒を保育所に預けてパートで働いていたが、過労で倒れて入院となり、その後の世帯収入は減る見込みであった。

今後、ローンの返済も難しくなると見込まれ、自分が死ねば保険金で住宅ローンなどの借入が完済でき、嫌われている自分がいなくなれば、家族も苦しい思いをすることもなくなるだろうと思い、自宅で市販の睡眠薬を過量服薬し、自殺を図った。

妻に発見され、病院に救急搬送され一命はとりとめた。病院のスタッフに多額の借金があることを話したところ、自殺対策事業の一環として地元自治体が開催する相談会に参加することを勧められ、病院を退院後に妻と一緒に相談会を訪れた。

●支援経過

相談会は、自治体の保健師によるメンタルヘルスに関する相談と、司法書士による多重債務に関する相談で構成^{※1)}されており、司法書士による相談が行われた。

司法書士による相談の結果、以下のことが判明した。負債額は、住宅ローンと銀行からの借入で総額2500万円で、収入は、自営業の収入が月に15～30万円、妻のパート収入が8万円だが、妻はしばらくの自宅療養を指示されている。支出は月額30万円程度で、パチンコによる浪費が3～5万円ある。

司法書士による債務整理の支援について説明がなされ、本人も妻も支援を受けることを了承したため、地元の司法書士へ紹介された^{※2)}。また、パチンコによる浪費が止まらないことに関しては、ギャンブル依存症の可能性もあるということで、保健師の相談に回された^{※3)}。

保健師による相談の結果、ギャンブル依存症の疑いがあるため、精神保健福祉センターへの相談、もしくは、依存症の治療を行っている精神科医療

機関への受診を勧められた。精神科医療機関には抵抗があるとのことで、精神保健福祉センターへの相談を決定し、同センターに予約を入れた。

●支援上のポイント

借金・多重債務は、弁護士や司法書士などの専門家の介入により解決可能な問題であり、あらゆるタイミングを利用して彼らにつなげるのが重要である。

借金・多重債務を抱えた人の多くは、仕事や生活のために借金をせざるを得なくなった者であるが、中にはギャンブル依存の問題を抱えた者もある。その場合は、債務整理と平行して、ギャンブル依存への対応も行わないと根本的な解決にならない。

※1) 自治体によっては、自殺対策の一環として自治体が開催するメンタルヘルスと借金問題に関するワンストップの相談会を開催しているところがある。このような相談会の活用は、継続的な支援の契機となる。このようなサービスがない地域では、新たに創設することも検討すべきである。

※2) 弁護士や司法書士などの専門家の敷居は高く、多くの人は簡単に支援を受けようとは思わない。どのように債務整理がなされるか、具体的なイメージをつかんでもらうことが重要となる。なお、専門家に紹介する際には、先方が対応可能であるかを確認し、予約をとる、場合によっては相談に同行するといった丁寧な対応が必要な場合もある。また、法テラスの「民事法律扶助」制度の利用を含め、相談費用についても説明しておく。初回の相談料は無料としているところもあるので、地域の弁護士会や司法書士会に確認しておくこと。

※3) ギャンブル問題に関しては、本人が問題を認めなかったり、恥ずかしい、みっともないという思いから、人に相談することに抵抗を示しやすい。そのため、この事例のようなワンストップの相談会は、抵抗感を減ずるという意味で有用でもある。

多子同伴児童がいるDV被害女性

●事例概要

20歳代後半の女性。中1男児、小5女児、小2男児、就学前男児、2歳男児、0歳女児の6名の同伴児童とともに、DV夫から避難して、友人とともに市の女性相談担当窓口を訪れた。

出生地の私立高校を中退後、県外の飲食店等に勤務。10代後半に同棲中であった現夫との間に第一子を妊娠出産、その後入籍。合計6人の子どもを出産の他、2回の流産経験もあり。

結婚当初より夫は暴力的で、一時期、指定暴力団の構成員となっていた時期もあるという。

最近、暴力がひどくなり、二度、肋骨骨折をさせられた上に、中1男児や、小5女児に対して、殴るや蹴るなどの暴力も増えてきたため、友人にすすめられて友人宅に避難した。

昨日、友人宅に夫から問い合わせの電話がかかってきたため、危険を感じて相談に至った。

●支援経過

シェルターへの一時避難の意思が確認されたため^{※1)}、市より婦人相談所を紹介され、友人とともに隣市にある婦人相談所を訪れた^{※2)}。婦人相談所の一時保護所への一時避難となるも、一時保護所に入所できる男児は小学生までであるため同伴児童のうち中1男児は、児童相談所の一時保護所への委託保護となった。

DV目撃者（心理的虐待に該当）である同伴児童たちは、児童相談所につなげアセスメントを受けた^{※3)}。児童らには治療や支援が必要な情緒や行動上の問題はないが、規則的な生活の維持やしつけ等において、母親の子育て能力に問題があることが指摘され、婦人相談所での生活においても、乳児への関わり、保清・整理整頓、規則遵守等において、同様の問題が観察された。

乳児を含めた多子での生活は困難が予測され、年長児の一時的な施設入所もすすめたが、本人は7人全員での生活を強く希望した。同伴児童の子どものらしい生活や教育の再開の必要から、婦人相談所併設の婦人保護施設への入所は適切でなく、多子でありDV夫からの追跡も予想されるため母子生活支援施設での受け入れも困難であり、本人の集団生活への拒否感も強かった。

住居の提供とNPOによる相談支援が受けられるDV被害女性の自立支援を目的に開始された県の事業^{※4)}を利用を開始したが、同伴児童の近隣への迷惑

行為、幼児の夜間外出等が続くとともに、乳児のオムツかぶれ、体重増加の遅れなども明らかとなり、また母親本人も6人の子ども全員の子育てには限界を感じたため、児童相談所と相談の上、就学している上3人の子どもを児童養護施設に入所させることとした^{※5)}。

現在、NPOの援助を受けながら、乳児を含む3人の子どもと生活中で、就学前の男児の小学校入学の準備とともに、2歳男児についても来春からの保育所利用に向けNPO職員とともに市の担当窓口^{※6)}に申請手続きを開始することとなっている。

●支援上のポイント

DV被害者の支援上、留意すべきポイントがいくつかある。特にこのケースのように同伴児童がいる場合は子育て支援や児童への支援も必要となり、さらに被害者の子育て能力や、子どもの数等も考慮した支援計画が必要となる。

※1) 婦人相談所等のシェルター利用に関しては被害者本人の利用意思が前提である。被害者の心理状態や緊急度にもよるが、最低限本人の利用意思の確認は必要である。

※2) 婦人相談所までの移送制度はないので、基本的には自力で来所してもらわなければならないが、金銭を持たない、夜間、加害者の追跡が押し迫っている場合など、自力での来所が困難な場合の対応について、当該婦人相談所に確認しておくことが必要である。

※3) 被虐待児として児童相談所のアセスメントは原則受けるべきものである。

※4) 多子家庭のDV被害者が利用できる住居の確保は極めて困難であり、多くの公的な施設も対応が出来ていないのが現状であり、体制整備が望まれている。自治体によっては、独自の住居支援サービスを実施しているところもある（ステップハウス／長崎県）。<https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2013/07/1459154308.pdf>

※5) いったん本人の希望するやり方にトライしてもらい、上手く行かないことを確認後に、別の方法を提案するという手順を踏むことが有効な場合がある。

※6) 行政サービスを受けるための手続きそのものに不得手感や不安が強い者も少なくなく相談や手続き等の同行支援は極めて重要な支援メニューである。

社会資源につなげたにもかかわらず 再度の自殺企図におよんでしまった自殺未遂者

●事例概要

50歳代後半の男性。賃貸マンションで単身生活。不況の煽りから長く勤めていた店がつぶれ収入がなくなった。ハローワークで仕事を探すも、日雇いの肉体労働ばかりで年齢的にも安定的な雇用先は見当たらず、貯金を切り崩しながらなんとか生活を維持していた。内縁の妻も家を出て行った。徐々に眠れなくなり、強い不眠に苦しめられるようになった。そして、貯金も底をつき「生きていても仕方ない」と市販の睡眠薬を過量服薬し、自殺を図った。連絡が取れないと心配した友人が発見し、救命救急センターに救急搬送されてきた。

●支援経過

搬送翌日、意識は回復し、身体的には退院可能との判断^{※1)}となった。

経済的困窮など社会的支援の必要性から、看護師よりソーシャルワーカーに介入依頼。

本人の了解のもと生活保護の申請^{※2)}を行い、不眠および抑うつ状態に対する治療として精神科受診の調整が行われた^{※3)}。精神科医師の診察では、自殺企図について「バカなことをした」、「もう大丈夫」と内省がみられた^{※4)}とのことで、社会的側面からの支援調整もなされたことから同日自宅への退院となった。

退院1週間後、頸腹部刺創による自殺企図で再搬送された。再搬送の翌日、自殺再企図の背景について「経済的には安定したが、自殺をしたことで友人とも会いづらくなった^{※5)}。眠れない。何をしてもいいかわからない。寂しかった」と視線を落として口にした。

●支援上のポイント

救命救急センターなどの救急医療機関での自殺未遂者への支援において、まず要求されるのは独特のスピード感覚である。限られた時間で、必要なことを確実に実施しなければならない。しかも、自殺に追い込まれているという特殊な心理状態を理解し、より具体的に丁寧な対応が必要となる。

また、“自殺未遂は最強の自殺危険因子である”ことを十分に意識し、楽観することなく、フォローすることが重要である。

- ※1) 救命医療機関での入院期間は治療が完了するまでではなく、命の危機がなくなった段階で転院もしくは退院の判断がなされるため、迅速な状況把握と対応が求められる。早い段階（特に搬送時から始める）での介入は情報の得やすさ、本人・関係者との関係構築の上で有効である。
- ※2) 緊急搬送のため、病院職員は生活保護の職権通報を行うが、すぐに退院となる場合、福祉事務所職員による病院への訪問調査がなされる時間はないので、自力で窓口に行くことが求められる。確実に窓口までたどり着けるよう面接日時や担当者、連絡先などを具体的に示すことが重要である。また、事前の関係性を構築するため、福祉事務所の担当者と本人が直接電話で話しをする場を設定する、あるいは同行者の調整をするなど細かな配慮が必要となる。
- ※3) 精神科医療機関の新規予約は数週間、数か月待ちというところもあるので、事前の調整は必須である。また、多くの精神科では身体科の治療ができないことを念頭におき、退院後自殺企図を誘引とした身体治療に問題が生じた場合のフォローの場、またはフォローが必要でないことを伝達する。
- ※4) 内省があるからといって、自殺企図まで至った状況は変わらない。退院後の元の生活に戻ると自殺の危険は高まる可能性がある。自殺の危険度を評価は必ず実施する。
- ※5) 社会資源につなげたからといって自殺の危険がなくなると楽観しない。自殺予防因子にも同時に目を向ける。

夫を亡くした女性自死遺族

●事例概要

30歳代前半の女性、専業主婦。会社員の夫、男児（就学前）、女児（乳児）との4人暮らし。5年前に住宅を購入、住宅ローンが残っている。

1月前に、夫が自死。過重労働と会社内でのパワーハラスメントがあったとのこと。

夫の死への疑問、会社の対応への不満、今後の生活への不安など、色々悩んでいた際に、自死遺族支援を行っている自死遺族が運営する支援団体の情報を知り、電話相談してきた。

●支援経過

まずは、ゆっくり話を聞き^{※1)}、一息ついたところで、何に一番困っているかについて確認^{※2)}した。

労災の申請ができるかどうか悩んでいたのも、連携している弁護士を紹介^{※3)}。住宅ローンは5年が経過していたので、団体信用保険での清算、不動産の登記等の手続きと相続の問題・遺族年金については司法書士を紹介^{※3)}。

また同じ遺族に会いたいということだったので、自死遺族の自助グループや過労死家族の会、そしてできるだけ同じ境遇にある人とつながりたいという要望に応じて、この女性に近い境遇の遺族を紹介^{※4)}した。

今後働くことになった時に、すぐに保育園に入れない場合や夫側の親族とのもめごと等、どのような事でも相談に乗るという事で、携帯番号やメールアドレスを教え、またよろしければという事で、住所も教えてもらい、お手紙を差し上げることも約束をし、弁護士も司法書士も合わなければ遠慮なく差し戻しをしてもらいたいという事も伝えた^{※5)}。

自助グループの“分かち合いの会”への参加については、事前連絡をもらえたら保育士による託児も可能であることも伝えた。

●支援上のポイント

自死遺族は色々な感情や思いを抱いており、個人によってそのニーズも様々である。その人のニーズに一致しない対応や侵入的な介入は二次被害を与える可能性もあるので、より慎重な対応が求められる。

そして、“寄り添う”という姿勢を大切にしながら、その人が必要とする具体的な情報を提供しつつ、出来る範囲でのお手伝いを継続することが重要となる。

※1) まずは、ゆっくりと話を聞くことである。途中で相談者が泣いていても遮らずに待ち、話がまとまらなくても静かに聞くこと。

※2) 一息ついたところで、何に一番困っているかをたずねる。この際、緊急性を要する順番に整理してあげることが大切である。

※3) 顔の見える法律専門家の紹介は極めて重要である。紹介の際には、前もって専門家に対し、どのような人から連絡がある旨を伝えておく。必要に応じて相談に同行することもある。

※4) 同じような境遇の遺族につなぐときも、つなぐ側の遺族の了解も得ながら、自分もよければつなげてもらうことも伝える（遺族以外の人が相談を受けた場合は、自助グループ等の代表につなげる）。

※5) 必要とするときはいつでもどのような事でも相談に応じることを伝え、信頼関係を築くこと。このことが継続的な支援につながる。

大学生の息子を亡くした男性自死遺族

●事例概要

40歳代後半の男性、自営業。妻、大学生の長男、高校生の次男との4人暮らし。

3月前に、長男が賃貸アパートの部屋で自死。父親であるこの男性が連帯保証人となっていたため、部屋のお祓いや改修工事、家賃の賠償金等を不動産屋から請求されることとなった。催促の電話が頻繁にあり、困り果てていた際に、自死遺族支援を行っている自死遺族が運営する支援団体の情報を知り、来所相談となる。

●支援経過

「大家さんに迷惑をかけてしまって申し訳ない」と繰り返すので、「息子さんは亡くなっただけであって、悪いことをしたわけではないですよ」と声をかけた^{※1)}。不動産屋に対しては、電話で催促された時、書面で見積書をもらうことや、支払うと約束しないこと、謝らないこと、面談と言われても応じないこと、お金は支払ったら返金してもらうことは無理なので、すぐには支払わないこと等を提案^{※2)}した。自死遺族の支援に協力をしてくれている司法書士を紹介^{※3)}し、法的な問題としての相談することを勧めた。

請求金額が1,000万円を超えていたため弁護士に^{※3)}（司法書士が代理できるのは140万円までの民事紛争）、催促の電話や連絡が遺族に行かないように、弁護士が窓口となる旨の書面を出してもらい、遺族を追い込まないようにした。

その後、交渉したが決裂し大家側が訴訟し、裁判^{※4)}の結果、一定期間の家賃と汚れた箇所の修理代を分割払いすることで和解となった。

悲しい気持ちの共有ができる場所として、遺族の自助グループも紹介した^{※5)}。

●支援上のポイント

自死遺族は、大切な家族を失った悲しみに加えて、自死に関する誤解や偏見に基づく差別的対応に苦しめられる場合がある。補償をめぐる法外な金額を要求されることもあり、その際は、弁護士や司法書士等の専門家の協力を得て対応することが必要となる。

※1) 大家に、申し訳ないことをした、悪いことをしたという遺族がほとんどなので、まずは、

否定してあげることが大切である。

※2) 連帯保証人でなければ責任を問われることはないので、連帯保証人かどうかの確認する。保証人でない場合は、相続放棄もあること、言いなりに支払う必要のないことや、分割もできること等も含めて不安感を取り除いてあげる。

※3) 顔の見える法律専門家・実務家の紹介は極めて重要である。しかし、自死の差別的問題に関心の高い専門家につながないと、自死だから賠償金も仕方がないという意味のことを遺族に言ってしまう傷を深めてしまう事があるので注意を要する。紹介の際には、前もって専門家に体し、どのような人から連絡がある旨を伝えておく。必要に応じて相談に同行することもある。

※4) 裁判等になった時はできる限り傍聴にも行き、結審の時は最後まで残り、棄却の場合こそ、つながり続けていく。

※5) 同じ悲しみを抱えた遺族同士で集う場所があることを伝えることが重要である。

いじめを苦に自死した高校生 (第三者委員会の設置を通じての遺族支援)

●事例概要

高校生の男児。中学校までは、とくにいじめとみられるような兆候はなく、どちらかというとも明るい少年だったという。高校に入学後、家では無口になりがちで、ふさぎ込むことも多くなったが、両親は、思春期特有の変化ととらえ、特に気にすることもなかった。夏休みに入ると、やや元気を取り戻したようだったが、2学期が近づいてくると落ち着きがなくなるようになり、始業式の前日の夜、自室で縊死した。

遺書もなく、当初は少年の自死の理由が分からない状況だったが、遺品として残っていた少年のノートにいじめをうかがわせる記載があったこと、告別式に訪れた友人の発言などから、両親は、いじめが原因ではないかと疑念を抱き、学校に対し調査を要請した。

●支援経過

学校側は、少年が属していたクラス、学年、学校全体に対するアンケートを行ったが、質問項目が具体性を欠いていたこともあり、いじめに関する明確な記述は出てこなかった。

しかし、いじめがあったことを確信していた両親は納得できず、遺族、学校、PTA、教育委員会による会談がもたれることになった。

遺族の依頼により弁護士も関与^{※1)}することとなったが、学校側はいじめの存在を否定し続けたため、会談は平行線になった。

そこで、遺族と弁護士が協力して、教育委員会に対して第三者委員会を立ち上げるよう要請し、第三者委員会が設置^{※2)}されることになった。

さらに、遺族・弁護士は、第三者委員会の委員選任に関して要請を行ったところ、遺族・弁護士の意見もある程度反映される^{※3)}ことになった。また、遺族として委員会への出席も要請し、毎回ではなかったが出席が許されたこともあった。委員会に出席した際には、遺族・弁護士が意見を述べ、あわせて遺族・弁護士が用意準備した資料も提出された。

●支援上のポイント

学校でのいじめに起因する自殺については、いじめの存在や、いじめと自殺の関連性について、学校側が認めないために、自死遺族との間に対立が起きる場合がしばしば起きる。

遺族は、学校側が隠蔽しているのではないかと不信感を抱き、このことが、遺族の苦しみをさらに強めることとなる。

※1) 学校側との話し合いの場等において、大事な子どもを失い傷ついている上に、人数的にも弱い立場になりがちな遺族にとって、弁護士の協力は重要である。この問題に関心の高い弁護士について情報がいない場合は、いじめ問題を扱っている各種団体に相談すると紹介してくれる。さらに、いじめ問題や自死問題を取り扱っている弁護士に連絡をとれば、自死問題に詳しい弁護士と直接つながることが出来る。

※2・3) 遺族と学校側の対立や遺族が学校側に抱く不信感の軽減、そして学校側の隠蔽を防止する意味においても第三者委員会の設置は有効である。教育委員会等に対し、第三者委員会を設置するよう求めていくべきである。委員選定においても、遺族側が意見を表明することが有効である。

過労自死した労働者の遺族による労災申請

●事例概要

相談者の遺族は30歳代後半の女性、専業主婦。夫は小規模会社の営業職で、2名の就学前児童との4人暮らしだった。

数年前より会社の業績が徐々に悪化したため、会社は夫に対し、1日何件というノルマを課して強引な飛び込み営業をさせるようになった。夫は、通常の就労時間に加え、週1回の営業会議のために早朝出勤をしたり、土日に会社から急な呼び出しを受けることも多かった。夫は、平日はノートパソコンを持ち帰って仕事を行い、土日の呼び出しがない時も家でノートパソコンで仕事をするが増えていった。社長からの叱責も多々あり、そのことも夫のプレッシャーになっていた。

このような状況の下、夫は、徐々に食欲がなくなり、以前は取っていた朝食も取らなくなった。睡眠時間も1日4時間ほどに減少し、一旦寝付いても目覚めることが多くなった。また、家においても無言になることも多くなった。

ある月曜日に早朝出勤後、夫の行方がわからなくなり、警察にも届け、会社とともに捜索が続けていたが、1週間後に某所の橋げたの下で、自死している夫が発見された。

夫に借金があったため、妻は法テラスを通じて弁護士に相談した。

●支援経過

法テラスの弁護士による夫の債務整理が開始された。

同時に、夫が過重労働によって自死したと考えたことから、労災（遺族補償給付、葬祭料）の申請を行いたいと申し出たが、法テラスの弁護士には、労災には詳しくないとの理由で断られてしまった^{※1)}。

自死遺族の相談会を通じて、自死に関する法律関係に詳しい他の弁護士に、労災申請の依頼をすることになった^{※2)}。

妻からの情報だけでは夫の労働状況が不明であったので、弁護士は、会社に対して、夫の労働状況に関する資料の提出を求めた。しかし、提出された資料と妻の認識していた労働状況の間にあまりにもギャップがあったので、弁護士は、夫の友人にコンタクトをとって、夫の労働状況を確認することにした。さらに、弁護士は、妻や友人からの聞き取りや会社の資料をもとに、裁判所を通じて、証拠保全という手続きをとった^{※3)}。この手続きをと

ることによって、弁護士は、より多くの労働状況に関する資料を得ることができた。

これら収集した資料をもとに、妻と弁護士は、夫に関する労災の申請を行った。

●支援上のポイント

過労自死が疑われる場合、労災申請の手続きをすることは、自死遺族支援において重要な事項の一つであり、その際には、申請手続きや認定に必要な労働状況に関する証拠となる資料の確保等、弁護士等の専門家の手助けが必要なことが多い。

しかし、弁護士等の専門家にとっても、必ずしも労災事件が一般的なものであるわけではないため、労災事件を受けることに対して二の足を踏む者もいる。労災事件に取り組む際には、労災事件に理解がある弁護士に依頼することが望ましい。

※1) 弁護士によっては、経験不足から受任を断る者もいる。また、経験不足により適切な取り組みができないという例もままあることである。

※2) 過労自死に関する労災事件に造詣の深い弁護士に関する情報については、遺族支援団体や自死問題を取り扱っている弁護団にたずねてみるとよい。この問題に詳しい弁護士と直接つながることが出来る。

※3) 証拠保全の手続きは、労災認定の適否に関わる証拠を確保するために極めて重要である。特に手持ちの資料が十分でない場合は、証拠保全手続きが有効であることが多い。

Ⅲ. 用語解説

◆ あ行 ◆

アウトリーチ *p16

「手を差し伸べる」の意。医療や福祉、介護分野では、潜在的な利用希望者に手を差し伸べてサービス利用を実現させるような取り組みを指す。地域への出張型サービスや訪問支援などが含まれる。

アジール(アサイラム) *p64, p67, p68

語源としては「神聖な場所」という意味を持ち、統治権力が及ばない地域を指す。具体的には、教会などの宗教施設や市場などの複数の権力が入り混じる交易場所が挙げられる。一般的には、アジールは権力や世間から身を隠す「逃げ込む場所」と解釈されている。

日本においても特定の神社仏閣や橋・坂・市場がアジールとしての機能を持ち、その領域を「公界」「無縁」「楽」と呼ぶようになった。

【日本におけるアジールの変遷】

近代までの身分や様々な差別のあった日本社会では、一般社会の暮らしの場である「世間」の桎梏から逃れるためには社会制度の外に出るしかなかった。「逃げ込む場所」が神仏の力に守られた神社仏閣であった。権力の及ばないところとして罪人や敗残の兵なども逃げ込めるところであったが、やがて権力者の側が許可を与える特別な寺社に限定されるようになった。例として「縁切寺」として有名な鎌倉の東慶寺がある。ここは夫の暴力などから逃れるため女性が逃れることのできた場所である。

徳川政権が成立し曲がりなりにも近世の封建制度が安定形成されるようになると、法の埒外にある寺社は権力者に疎まれるようになり、徐々にその機能を削られていった。

明治になり近代国家として法治主義に基づく中央集権国家が形成される過程において、建前として身分制度が撤廃されると日本の寺社の持つアジール機能は消滅したといわれる。しかし旧身分制度の残滓としての差別は根強く残り、また民主主義的な思想も抑え込まれた状態で、差別される側は未だ不十分な社会制度による救済に頼ることになった。一部の教会は、その制度からこぼれ落ちた人のアジール機能を果たした例もみられる。

第2次世界大戦の敗戦後、日本は民主主義国家となり、福祉制度や社会保障制度など法律に基づく制度によって、個人の自由や権利を保護されることになった。ここにおいて治外法権的施設としてのアジールは消滅したといえる。

疫学研究 *p13

地域社会や特定の人間集団を対象として、健康に関する事象（病気の発生状況など）の頻度や分

布を調査し、その要因を明らかにする医学研究。

病気とその要因の関係を証明するために、治療や予防に関する要因を人為的に変化させる「介入研究」と、介入を行わず対象者の通常の生活を調査・観察する「観察研究」がある。

横断研究 *p17

疫学研究の一手法で、ある集団のある一時点での疾病や健康障害の有無と、その要因の保有状況を同時に調査し、関連を明らかにする方法。

調査が比較的容易で、多くの対象者に、多くの要因に関する調査が可能であるが、疾病と要因の時間的な前後関係が不明なため、因果関係が推測困難な点が欠点。

◆ か行 ◆

気分障害 *p13

気分や感情の変調を主症状とする精神疾患の一群で、感情障害とも呼ばれる。

うつ病と双極性障害（いわゆる躁うつ病）が代表で、その他に気分循環症や気分変調症などが含まれる。

ゲートキーパー *p15

門番の意で、元来は監視や管理をする人や装置のことを指していた言葉であるが、わが国では、自殺総合対策の中の用語として頻用されている。

国が定めた「自殺総合対策大綱」の中では、ゲートキーパーの役割は、“自殺の危険性の高い人の早期発見、早期対応を図るため、自殺や自殺関連事象に関する正しい知識を普及したり、自殺の危険を示すサインに気づき、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門家につなぎ、見守る”ことされている。

コホート研究 *p17

疫学研究の一手法の1つで、縦断観察研究(p92)に含まれる。コホートとは集団を意で、ある要因がある集団とない集団を追跡観察し、研究対象となる疾患や健康問題が生ずる確率を比較することで、要因と疾患の関連を検討する研究手法。例えば、ある地域の住民を数万人登録し、喫煙習慣がある人々となない人々の10年後の肺がんの発症率を比較し、喫煙と肺がんの因果関係を検討するといった方法。多くの協力者や時間などコストはかかるが、正確に危険率を計算することができる。

◆ さ行 ◆

嗜癖行動(アディクション) *p28

物や習慣への耽溺(夢中になり、その他のことを顧みないこと)を意味し、従来は、アルコール

依存や麻薬依存等の物質への依存を意味する言葉として用いられてきたが、その後その意味は拡大し、ギャンブル障害（病的賭博）や仕事依存、買い物依存、子ども虐待／DVなど、“やめたくてもやめられない”という共通の特徴をもつあらゆる行動障害を指すようになった。

縦断観察研究 *p17

疫学研究の一手法で、同一の対象や被験者を一定以上の期間にわたって継続的に追跡調査をして、時間経過に伴う変化を明らかにする研究方法。

病態や障がいなどに関する個別の傾向や具体的な事項を詳細に調査することができるが、人的、経済的、時間的なコストが高いのが欠点である。また、追跡期間に協力が得られなくなる脱落ケースの問題もある。

心理学的剖検 *p13

自殺者の遺族や職場の同僚、友人などから自殺前の言動を詳細に聴取し、自殺に至るプロセスと自殺直前の心理状態を理解する研究手法。自殺総合対策大綱には、「社会的要因を含む自殺の原因・背景、自殺に至る経過、自殺直前の心理状態等を多角的に把握し、自殺予防のための介入のポイント等を明確化するため、いわゆる心理学的剖検の手法を用いた遺族等に対する面接調査等を継続的に実施する」と記載されている。

スクリーニング *p15

対象集団に対して共通検査を実施して、ある疾患や健康問題について、罹患を疑われる者や発症のリスクが高いと予測される者をその集団の中から選別するもの。

ストレス-素因モデル *p13

精神疾患発症のメカニズムを説明する理論として広く用いられているもので、素因（遺伝的または生物学的な特性）と環境の影響（ストレス因）が相互作用して精神疾患が引き起こされるという考え方。ストレス脆弱性モデルとも呼ばれる。

スピリチュアル・ケア *p65

スピリチュアルペイン（自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛）に対するケアを意味する。

人生のさまざまな場面・状況で生きる意味を失い、自分に価値をおけなくなった人、生きることの無意味、空虚、孤独、疎外等を感じている人と、治療的立場に立たずにひたすら共にあろうとするケア。

セロトニン *p14

腸管や血小板、脳内に存在するアミン系と呼ば

れる物質で、脳内では神経から神経へ情報を伝える神経伝達物質として働く。

セロトニンは抑うつ気分や不安に関係しており、セロトニン神経の機能低下は、抑うつ気分や不安を引き起こすと考えられている。

◆ た行 ◆

チャプレン *p65

教会・寺院に属さずに、学校・刑務所・病院・大使館・軍隊などの施設や組織で働く聖職者の総称。

米国では、CPE（Clinical Pastoral Education、臨床牧会教育）という教育プログラムが整備されている。

日本では、「臨床宗教師」と呼び、教育プログラムの整備、資格制度が議論されている。

◆ な行 ◆

ノルアドレナリン *p13、p25、p37、p41

カテコールアミンの一種で、脳内では神経から神経へ情報を伝える神経伝達物質として、副腎では血液に分泌されるホルモンとして働く。

ノルアドレナリンは交感神経系を刺激して心拍数や血圧を上昇させて、覚醒、集中、判断力の向上、痛覚の遮蔽などの効果をもたらす、脅威（外敵など）に対抗する働き（“戦う”か“逃げる”）をするため、「怒りのホルモン」とも呼ばれる。

ノルアドレナリン神経の機能低下は、注意力関心、意欲、判断力の低下などの抑うつ症状を引き起こすと考えられている。

◆ は行 ◆

パーソナリティ障害 *p13、p40、p43

以前は、人格障害、性格障害と呼ばれていたが、偏見的なニュアンスが強いことからこの名称に変更された。

物事や他人の態度に関する捉え方が偏っていたり、情動の不安定、衝動性のコントロール不良、欲求への満足感が得られない、対人関係がうまくいかないといった認知や情緒、行動上の障害が、固定して長期に持続するもの。情緒不安定性パーソナリティ障害（境界性パーソナリティ障害）、非社会性パーソナリティ障害（反社会性パーソナリティ障害）、不安性パーソナリティ障害（回避性パーソナリティ障害）などがある。

物質関連障害 *p13

アルコール、覚醒剤、大麻、ヘロイン、コカイン、タバコ、カフェインなど、依存性がある薬物（精神

作用物質)による精神障害の総称。

有害な使用(乱用)、依存症の他、幻覚や妄想などを伴う精神病的障害などが含まれる。

◆ ま行 ◆

無作為化比較試験 *p17

治療や支援などの介入の効果を評価するための研究手法の一つ。ある治療方法や支援に関して、それを受ける介入群と受けない対照群とに割り付け、その後の効果を両群間で比較するものだが、比較する両群のへの割り付けについて、無作為化と呼ばれる、性、年齢、重症度など、性質を均等にする過程が加えられた研究手法。

ランダム割付比較試験など、日本語の用語は統一されていないので、Randomized Controlled Trialという英語を略したRCTという用語が使われることが多い。

メタ解析 *p17

過去に行われた複数の研究結果を収集、統合しすることで、偶然の影響を最小限にすための統計的解析手法。採用するデータは、信頼できるものにしぼり、それぞれに重み付けを行う。

無作為化比較試験を集めたメタ解析は、最も質の高い科学的根拠とされている。

◆ ら行 ◆

リテラシー *p15

原義は「読み書き能力」を指すことばであるが、最近では、与えられた材料から必要な情報を引き出し、活用する能力、応用力という意味で使われることが多い。

レビュー *p13

ある研究テーマに関する先行研究について文献を探索し、網羅的にまとめ、その当該テーマについての研究の動向や成果などを論ずる展望論文。レビュー論文ともいう。

編集責任者（50音順）

- *大塚 俊弘 国立精神・神経医療研究センター
- *竹島 正 川崎市健康福祉局障害保健福祉部／精神保健福祉センター

編集協力者（50音順）

- *稲垣 正俊 岡山大学病院精神科神経科
- *今成 知美 NPO法人 アルコール薬物問題全国市民協会
- *宇田 英典 全国保健所長会／鹿児島県伊集院保健所
- *大山 博史 青森県立保健大学健康科学部
- 岡部 健 川崎市健康福祉局障害保健福祉部井田障害者センター
- *小川 有閑 大正大学地域構想研究所／蓮宝寺
- *奥田 知志 一般社団法人 生活困窮者自立支援全国ネットワーク／NPO法人 抱撲／日本バプテスト連盟 東八幡キリスト教会
- 寛 智子 自殺対策円卓会議／上智大学グリーンケア研究所
- 川野 健治 立命館大学総合心理学部
- 岸 泰宏 日本医科大学武蔵小杉病院精神科
- *木下 浩 木下司法書士事務所
- *草野 哲也 日本司法書士会連合会
- 齋藤友紀雄 日本自殺予防学会
- *坂下 智恵 青森県立保健大学健康科学部
- *嶋根 卓也 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部
- 清水 隆次 日本司法書士会連合会
- 高橋 祥友 筑波大学医学医療系 災害・地域精神医学
- *田中 幸子 一般社団法人 全国自死遺族連絡会／みやぎの萩ネットワーク
- *張 賢徳 帝京大学医学部附属溝口病院精神神経科
- *南島 和久 新潟大学人文社会・教育科学系（法学部）
- *袴田 俊英 心といのちを考える会／月宗寺
- *藤藪 庸一 NPO法人 白浜レスキューネットワーク／白浜バプテスト基督教会
- *藤原 雅樹 岡山大学病院精神科神経科
- *細川 潔 自死遺族等権利保護研究会／弁護士
- *的場 由木 NPO法人 自立支援センターふるさとの会
- *山内 貴史 独立行政法人労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所
- *山田素朋子 相模原市健康福祉局福祉部精神保健福祉課

（*執筆者）

平成28年度厚生労働省自殺防止対策事業
「ワンストップ支援のための情報プラットフォームづくり」

ワンストップ支援における留意点

— 複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き —

発行日：2017年3月

発行者：日本うつ病センター（JDC）

〒203-0085 東京都千代田区六番町1-7

K-PLAZA 2階

<http://www.jcptd.jp/>

一般社団法人

日本うつ病センター(JDC)®

〒203-0085 東京都千代田区六番町1-7

K-PLAZA 2階

<http://www.jcptd.jp/>



うつをこえて
BEYOND THE BLUE