

院制度の適用等があります。

いずれの場合も十分な事前調査と人権への配慮を前提とした慎重な介入が必要となりますが、プライバシーや信頼関係に配慮し過ぎるあまり対応が遅れることのないよう適切な判断と速やかな対応が求められます。

適切かつ速やかな対応は、本人の周囲にいる人の理解や合意と、介入を行う専門機関（職）の専門性によって可能となります。専門性の向上には、精神医学的知識や心理学的知識の習得や具体的な事例を通じたノウハウの蓄積が必要となります。

#### d 自殺者の周囲の者への支援と事後の対応

自殺は、未遂者や既遂者の家族、友人、同僚等の周囲にいる人に、大きな心理的な影響を及ぼします。自殺企図の繰り返しや連鎖的な自殺を防ぐため、精神科医師や臨床心理士等の専門職が中心となった支援を随時提供できるよう体制整備を図り、対象者に対して受診や相談を働きかけていくことが必要です。

また、危機介入後等の回復期にある人への支援も大変重要であり、周囲の適切な見守りと専門職等による直接的、間接的支援が必要です。

### (3) まちづくりの視点

**自殺予防対策の推進は、まちづくりにもつながります**

自殺予防対策は、各種統計や意識調査結果を踏まえた地域診断に始まり、行政課題としての把握と住民に対する方針の提示、自殺予防対策推進協議会等の設置による地域ぐるみの取り組み体制の確立、そしてうつ対策等の具体的な自殺予防対策の実施によって推進されます。

地域ぐるみの対策の推進は、これまで行政機関との接点がなかったような自助グループやボランティア、NPO 等との連携を可能にし、また、取り組みへの老人クラブ等の地域組織の参加は、その組織の活性化や地域住民相互の連帯へとつながると期待されます。

また、対策を通じて地域住民や関係機関等からの様々な施策ニーズを把握することとなりますが、事業担当者は、これらニーズを評価・分析してさらに施策に反映していく視点をもつことが必要です。

自殺予防対策を行う新潟県のある町では、事業を通じて把握されたニーズをホームヘルパーの増員や特別養護老人ホームの建設という新たな施策として具体化し、その結果、老後の不安が軽減し、自殺者も減少したという報告がなされています。

したがって、事業担当者には、小さな住民の声にも耳を傾け、必要に応じて新たな施策へと発展させていく視点が求められており、このような視点が地域に浸透した自殺予防や住民主体のまちづくりにつながります。

《市町村と保健所の役割の整理とまとめ》

	市町村	保健所
自殺実態等の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自殺実態の把握</li> <li>・ 住民の意識の把握</li> <li>・ 日常業務を通じた情報の把握</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自殺実態の把握</li> <li>・ 住民の意識の把握</li> <li>・ 自殺予防対策関連情報の収集と分析</li> </ul>
施策(計画)の立案	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実態等を踏まえた対策方針の検討と施策(計画)の立案</li> <li>・ 住民に対する課題と方針の提示</li> <li>・ 教育, 労働等の他の行政部門との連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 実態等を踏まえた対策方針の検討と施策(計画)の立案</li> <li>・ 住民と市町村に対する課題と方針の提示</li> <li>・ 市町村の施策(計画)の立案への技術的支援</li> </ul>
自殺予防対策推進協議会の設置	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住民組織代表者を含めた関係機関実務担当者による自殺予防対策の検討および実施の評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 有識者および関係機関代表者による自殺予防対策の検討および実施の評価</li> <li>・ 市町村自殺予防対策推進協議会への技術的支援</li> </ul>
啓 発 普 及	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ うつ病等の心の健康に関する正しい知識の普及(タブー視や肯定的意識等の解消)</li> <li>・ 協力団体組織等への自殺予防知識技術の提供と育成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 講演会の開催や啓発普及パンフレットの作成と配布等</li> <li>・ 保健医療福祉等専門職員を対象とした研修会の実施</li> <li>・ 関係団体組織関係者と企業関係者等を対象とした研修会の実施</li> </ul>
うつ対策等の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ うつ病スクリーニングと保健指導の実施</li> <li>・ 生きがい対策の実施</li> <li>・ 危機介入と事後の支援と見守り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市町村の実施するうつ病スクリーニングや保健指導等に対する技術的支援</li> <li>・ 訪問指導等の直接サービスの提供</li> <li>・ 危機介入(医療および保護の提供等)</li> </ul>
そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ まちづくりの視点 社会資源等の整備と地域組織活動の育成および支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ まちづくりの視点 市町村および都道府県主管課に対する施策の提案等(社会資源等の整備と計画の策定等)</li> </ul>

〔参考文献〕

- 1) 吉川武彦, 竹島正編: 「地域精神保健実践マニュアル」 金剛出版
- 2) 高橋邦明他: 「死なないでよかった」. 財団法人厚生問題研究会. 平成 14

- 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金. 平成 15 年 3 月
- 3) 森田昌宏：「新潟県の自殺」. 新潟県精神保健センター発行. 平成 4 年 3 月
  - 4) 田村健二他：「新潟県東頸城郡における自殺者の実態－自殺防止研究報告・その 2－」. 東洋大学社会学部紀要 10. 昭和 49 年 3 月
  - 5) 田村健二他：「新潟県における老人自殺－その 1. 過疎地域における老人自殺の（高率地域・低率地域および自殺者家族の）比較調査と対策－」. 東洋大学社会学部紀要 11. 昭和 50 年 3 月
  - 6) 新潟県精神衛生センター：「精神衛生事故防止対策事業の結果について（昭和 60, 61 年度）」. 昭和 62 年 3 月
  - 7) 新潟県精神衛生センター：「老年期の心の健康づくり事業について（昭和 62, 63, 平成元年度）」. 平成 2 年 3 月

(佐藤洋)

## 4. 関係機関の理解と連携のための基礎知識

### 5) 精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは、精神保健福祉法第6条に規定されているもので、精神保健福祉センター運営要領（以下、運営要領）によると、「精神保健及び精神障害者の福祉に関し、知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑困難なものを行う施設であって、都道府県、指定都市における総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならない」とされている。現在、都道府県および指定都市に各1カ所（東京都は3カ所）計62カ所が設置されている。平成12年の精神保健福祉法の改正により、平成14年4月より、従来の業務に加え、精神保健福祉法第32条、45条の判定業務、および精神医療審査会の事務が加わり、今日に至っている。

精神保健福祉センターの業務は、運営要領に記載されており、概ねこの運営要領に沿って業務が行われていることが多く、自治体によって様々な組織形態があるが、地域の実情に応じた、自殺予防対策が検討されるべきと考える。組織のあり方としては、診療機能やリハビリテーション機能を有しているところ、三障害一体の理念に基づき、更生相談所や児童相談所と一体となっているところ、本庁機能と一体となっているところ、精神科救急情報センターを併設しているところなどである。したがって、自殺予防対策においても、これらの組織形態や機能を生かす方法で、実施内容が検討されるものと考え。また、センターには、所長である医師をはじめとして、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、保健師、看護師、作業療法士などの専門職が多く、専門性を生かした事業展開が求められている。

ここで述べる自殺予防対策は、本来ならば、産業分野、教育分野、保健医療分野と広範な内容を含むものであるが、精神保健福祉センターに関していえば、自殺予防と関連の深いうつ対策が中心的な業務となる場合が多いと考える。したがって、ここでは、運営要領に沿って、精神保健福祉センターが自殺予防対策、特にうつ対策において果たす役割を中心に、述べることにしたい。

#### 1. 企画立案

地域精神保健福祉を推進するため、都道府県の精神保健福祉主管部局及び関係諸機関に対し、専門的立場から、社会復帰の推進方策や、地域における精神保健福祉施策の計画的推進に関する事項等を含め、精神保健福祉に関する提案、意見具申等をする。（運営要領より、以下同じ）

精神保健福祉センター（以下、センター）は、自殺に関する統計資料の分析や、新たな調査等を実施することにより、都道府県、指定都市における「健康づくり推進計画」等の策定において、本庁所管課と協力して、自殺予防対策等を提

言する。

## 2. 技術指導および技術援助

地域精神保健福祉活動を推進するため、保健所、市町村及び関係諸機関に対し、専門的立場から、積極的な技術指導及び技術援助を行う。

センターは、保健所、市町村、関係諸機関に対し、専門的立場から、最新の情報提供、自殺予防対策の策定支援、普及啓発活動への支援、相談支援、事例検討等の技術援助を行う。また、保健所、市町村、関係諸機関等が実施する研修会に対して、研修内容についての助言、講師の紹介、講師派遣などを行う。

## 3. 教育研修

保健所、市町村、福祉事務所、社会復帰施設その他の関係諸機関等で精神保健福祉業務に従事する職員等に、専門的研修等の教育研修を行い、技術的水準の向上を図る。

センターは、保健所等職員業務研修、関係機関等職員研修、社会復帰施設等職員研修などを通して、自殺予防やうつ対策に関する教育研修を行う。研修内容例として、自殺の背景、うつ病への理解、うつ病の可能性のある人との関わり方、うつ病患者の家族への支援、医療機関との連携、自殺未遂者への対応、グリーフ・ワークなどがある。

## 4. 普及啓発

都道府県規模で一般住民に対し精神保健福祉の知識、精神障害についての正しい知識、精神障害者の権利擁護等について普及啓発を行うとともに、保健所及び市町村が行う普及啓発活動に対して専門的立場から協力、指導及び援助を行う。

自殺予防を考えると、うつ対策は関連の深い分野である。近年行われた国内調査において、地域住民の約 15 人に一人がこれまでにうつ病を経験しているにも関わらず、医療を受けたものは、その 4 分の 1 に過ぎないことが明らかとなっている。このことは、うつ病が決して一部の人の問題ではないこと、その対応が十分になされていないことを示している。したがって、うつ対策においては、地域住民に対して、正しい知識の普及・啓発、健康教育、身近な相談窓口の設置などが重要である。

センターは、住民を対象として、講演会の開催、定期刊行物による知識の普及、うつ病の可能性のある人やその家族を対象にしたリーフレットの発行、ホームページの作成などを行う。また、保健所、市町村が実施する普及啓発活動

に対して、専門的立場から、より効果的な普及啓発活動について、協力、助言を行う。

## 5. 調査研究

地域精神保健福祉活動の推進並びに精神障害者の社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等についての調査研究をするとともに、必要な統計及び資料を収集整備し、都道府県、保健所、市町村等が行う精神保健福祉活動が効果的に展開できるよう資料を提供する。

センターは、自殺予防対策を実施する上で必要となる、「こころの健康づくりに関する調査」「高齢者の自殺調査」「事業所、勤労者等への質問紙調査」などの調査研究の実施または調査への協力を行う。また、厚生労働省人口動態統計、患者調査、都道府県指定都市衛生統計、保健所事業報告など、既存の資料を整理活用して自殺予防対策やうつ対策の基礎資料とすることも可能である。さらに、センターにおいては平成14年4月より精神保健福祉法第32条の判定業務を実施しているが、申請者に占めるうつ病患者数の推移等を把握することも可能である。この際、プライバシー等の保護のため情報の取り扱いには、十分な配慮が必要である。

## 6. 精神保健福祉相談

センターは、精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難なものを行う。心の健康相談から、精神医療に係る相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期、痴呆等の特定相談を含め、精神保健福祉全般の相談を実施する。センターは、これらの事例についての相談指導を行うためには、総合的技術センターとしての立場から適切な対応を行うとともに、必要に応じて関係諸機関の協力を求めるものとする。

センターでは、精神保健福祉相談として電話相談、来所相談を実施しているが、この中には、希死念慮や自殺念慮を訴える相談も少なからずある。このような場合、相談内容を丁寧にゆとりをもって聞き、辛い気持ちに共感しながら、話に耳を傾けることが大切である。その上で、うつ病など病気の可能性がある場合は、「弱さや怠けではなく病気であること」「特別な病気ではなく誰でもかかる可能性のある病気であること」「ストレスが関係していること」「休養と治療が大切であること」などを伝える。その上で、精神科医療について十分な説明を行い相談者の理解を得た上で、医療機関を紹介することが大切である。

また、すでに医療機関にはかかっているが、うつ状態が長期化していて、医療機関を変えたほうがよいのではないか、このまま薬を続けていても大丈夫か、本当によくなるのかななどの相談も少なくない。このような相談の場合、医師と

の信頼関係が損なわれかけている場合もあり、慎重を要するが、うつ病の特性について十分に説明し、治療や服薬の継続の重要性について理解を得ることが大切である。

## 7. 組織育成

地域精神保健福祉の向上を図るためには、地域住民による組織的活動が必要である。このため、センターは、家族会、患者会、社会復帰事業団体など都道府県単位の組織の育成に努めるとともに、保健所、市町村並びに地区単位での組織の活動に協力する。

うつ病が長期化している場合などは、自助グループによる活動が有効な場合もある。現在統合失調症などに比べるとうつ病のグループは少ないが、今後はうつ病の自助グループの育成などが課題である。

また、自殺の危険因子のひとつとして、何らかの喪失体験の存在が指摘されている。喪失体験の後には、喪失ないしは悲嘆の現実を辛くても受容し、自分の人生の意味として位置づける作業が必要になる。これをグリーフ・ワークと呼び、悲しみと痛みを覚えつつも、喪失の事実を認め、変容した状況に適応できるようになるプロセスと考えられている。その意味では、自殺者の遺族や遺児への支援が必要で、サポートグループとしてグリーフ・ワークを行っているところもあり、このようなグループへの支援も課題である。

## 8. 診療機能、リハビリテーション機能等

センターは、診療機能や、デイケア、社会復帰施設等のリハビリテーション機能をもつことが望ましい。

センターでは、診療機能やリハビリテーション機能を備えているところも多く、うつ対策においては、こういった機能を活用して、うつ病の早期治療、うつ病の再発防止や回復支援を行うことも可能である。また、精神科救急情報センター機能を備えているところでは、危機介入機能を生かして、早期の精神科受診や入院につながることで、自殺の予防を図ることができる場合がある。

以上、センターの自殺予防対策における役割の中で、運営要領に基づいて、うつ対策を中心に述べた。これは概括的な考え方を示したことになるが、センターの機能は、都道府県・指定都市によりすべて同じではなく、それぞれの自治体の状況に合わせて、より効果的な施策について検討されることが望ましいと考える。

(山下俊幸)

4. 関係機関の理解と連携のための基礎知識  
6) いのちの電話との連携

1. 「日本いのちの電話連盟」(以下「いのちの電話」と略す)とは

「いのちの電話」は、1971年に開設し、現在ではほぼ全国で、ボランティアによる電話相談を中心とした自殺予防活動を展開している市民活動組織である。「いのちの電話」加盟センター全体の活動の概要を、「いのちの電話」の内部資料<sup>1)</sup>をもとにしてまとめると表1のようになる。これらのセンターは、いずれもその基本的な運営理念において、①原則として24時間対応を目指す、②守秘義務の厳守、③匿名性の重視、④特定の宗教や思想からの自由、⑤所定の訓練を修了し認定を受け、その後も継続研修を受けているボランティアによる相談活動、という点で一致している。一方で、基本的に各センターの運営は独立しており、運営基盤や規模、体制などは設置地域の特性や運営者の方針を反映し、センターによって様々である。

表1. いのちの電話連盟の概況(2002年6月現在)

項目	単位	(対1995年比)
■ 開局センター	50* 箇所	(122%)
(内 社会福祉法人)	(34)	
(内 NPO法人)	(4)	
■ 常設相談電話台数	123 台	(128%)
■ 実働相談員数	7,747 人	(117%)
(内 男性)	(1042)	(115%)
(内 女性)	(6705)	(133%)
■ 養成研修中相談員数	1,500 人	(108%)
■ 1日担当者数	431 人	(117%)
■ 開局からの認定者累計	19,591 人	(160%)
(内 男性)	(2643)	(150%)
(内 女性)	(16948)	(162%)
■ 維持会会員数	26,379 人	(101%)
■ センター未設置県	6** 県	
■ 年間延べ受信件数(2001年1月～12月)	697,157 件	(129%)
■ 一日平均相談数	1,910 件	

\*分室1, 英語1

\*\*富山, 石川, 福井, 滋賀, 山口, 宮崎

2. 行政の自殺予防対策事業における「いのちの電話」との連携の現状と今後の期待について

① 国レベル

厚生労働省による自殺予防対策事業の中では、2001年度より毎年12月1日「いのちの日」にちなんだ1週間のフリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」の設置、相談員の養成・研修など「いのちの電話」関連の事業が実施されている。2002年12月にまとめられた自殺防止対策有識者懇談会最終報告<sup>2)</sup>の中では、「いのちの電話」をはじめとした自殺念慮者が24時間相談できる専用の電



話相談の重要性が、危機介入の観点から指摘されている。

## ② 都道府県・政令指定都市（以下、県と略す）レベル

竹島ら<sup>3)</sup>によると、すでに自殺予防対策事業を実施している県は、8県でそのほとんどが、「いのちの電話」に対する広報普及、相談員の確保・育成、運営費の補助などの支援を行っている。また「自殺者の遺族や自殺未遂者等から相談があった場合」の紹介先として、「いのちの電話」を挙げた県が35県と、「いのちの電話」に対する期待の高さがうかがえる。

## 3. 受信統計からみた「いのちの電話」の相談活動の特徴と今後の可能性について<sup>4)</sup>

- ◆ 2001年の総受信件数全体のうち、自殺志向受信件数（通話者に自殺念慮があると相談員が判断した件数）が占める割合は約5%で、1995年と比較すると増加傾向にある。
- ◆ 人口動態統計の自殺者数と「いのちの電話」の自殺志向受信件数を性年齢別に比較すると、自殺者数では50代、60代の男性が多く、自殺志向件数では20代、30代の女性が多く、まったく異なる特徴を示す。
- ◆ しかしながら、男性における50代以上の自殺志向受信件数の増加は、フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」実施による影響が大きく、フリーダイヤルの実施により、自殺者数が多く、その増加が問題となっている中高年男性の利用を促進できる可能性がうかがえる。

## 4. 「いのちの電話」の活動体制および運営体制、地域の連携の実態からみた連携のあり方について－「いのちの電話」センター長を対象とした実態調査結果<sup>5)</sup>より－

### （1）現状と課題

#### ① 「いのちの電話」の現状の課題と行政への期待

財源確保、相談員の確保などより根本的な運営面について相談できる体制について苦勞を感じているセンターが多く、財源確保と相談員の確保、広報普及、場所の確保といった運営面での支援を、行政に対しても期待しているセンターが多い。

#### ② 地域との連携の実態からみた行政の役割

理事会などのメンバーには、医療、大学・研究機関、産業、宗教関係者、主婦など多様な分野の人が含まれ、財源確保や広報・普及、相談員の養成・研修などにおいても、地域の多様な組織・機関との連携の実態がある。しかしそれらの連携状況は、センターによってばらつきがあり、理事会のメンバーが運営または所属する機関など、「いのちの電話」内部のネットワークによるものが少なくない。内部のネットワークに偏りがちな現在の体制から、地域へとネットワークを広げていく上で、行政が果たすことのできる役割があると考えられる。

#### ③ 自殺予防やメンタルヘルスに関する地域住民の啓発に果たすいのちの電話の役割

「いのちの電話」の約9割のセンターが地域の一般住民を対象とした公開講座を実施し、公開講座や相談員の養成研修の内容にはメンタルヘルスや自殺予防に関するものが多く含まれており、「いのちの電話」が地域の住民の自殺予防やメンタルヘルスに関する啓発に果たす役割は大きいと考えられる。

#### ④ 利用者に対する「いのちの電話」以外の専門治療・相談機関の紹介について

紹介先リストを作成し、利用者の希望、あるいは、相談員の判断により、主に公的機関に関する情報提供を行っているが、関係機関につなぐという意味での紹介は行っていないセンターが多い。こういった体制の背景には、「いのちの電話」の傾聴を重視する姿勢や、利用者すでに医療機関にかかっている人や医療機関への不満をもつ人が多いことがある。一方で利用者に占める常習的通話者の割合の多さに悩まされている現状もあり、徹底した傾聴の姿勢がかえって常習通話者を増加させているのではないかというジレンマをもちながらも、「いのちの電話」で受け止めることを第一に活動を行っている状況にあると推測される。

### (2) 地域の自殺予防対策における「いのちの電話」との連携のあり方

#### ① 地域における相談員募集や広報・普及活動への支援

これらは、「いのちの電話」の本来の業務である相談活動を金銭的にあるいは人的に支えるために不可欠な活動である。一方、県がこれらの支援を行うことは、自殺予防における地域住民の啓発という面での「いのちの電話」の機能を生かすことにつながり、結果として地域の自殺予防対策にとって重要な課題である、地域住民の啓発に役立つことになるだろう。さらに、広報・普及活動に対する行政の支援は、「いのちの電話」のネットワークを、地域へと広げていく上でも有効であると思われる。

具体的には、行政が、「いのちの電話」が主催する公開講座や養成講座を支援すること、「いのちの電話」の広報・普及、相談員の確保・育成に対して支援していくことなどが有効であろう。

#### ② 場所の提供

事務局や相談業務、研修を行うための建物の利用について、全体の約7割が有料使用であるが、建物の所有者が都道府県・市町村等の場合は、その約6割が無料使用になっており、場所の確保における行政への期待は、こうした実態を反映したものであると考えられる。

#### ③ 「精神保健福祉センター」が現在機能している側面の活用

「精神保健福祉センター」は利用者への紹介先としてもっともよく活用されているほか、会議など「いのちの電話」と情報交換をする場も多く有しており、相談員の養成、研修やスーパービジョン、利用者への専門医療・相談機関の紹介などの面で今後の連携強化が期待されている。相談員の養成・研修や利用者への専門医療・相談機関の紹介などの、すでに機能している側面をさらに活用していくことが期待される。

#### ④ 自殺予防に関する関係機関との連絡調整の場の設置

「いのちの電話」はセンターによって運営体制や相談活動にばらつきがあるため、今後行政が自殺予防対策の中で、「いのちの電話」と連携を図っていくためには、行政が県内の「いのちの電話」センターの運営体制や相談活動の状況をよく理解しておくことが重要であり、そのためには、自殺予防に関する関係機関との連絡調整の場を設けることが有効と思われる。

すでに「いのちの電話」センターの7割以上が、主に行政機関が主催する相談業務に関する連絡協議会や犯罪被害者連絡協議会などに参加しており、自殺予防対策事業を実施する主幹部課が、セクションを超えた横の連携を図ってそれらを活用していくことも有効と思われる。

#### (3) 「いのちの電話」との連携において考慮すべき点

##### ① 自殺のリスクの高い人に対するスクリーニング機能や専門治療・相談機関への紹介機能への期待について

運営体制や相談体制面からとらえる限り、行政側が一方的にこれらの機能を期待することは、「いのちの電話」センターによっては、相談活動に対する考え方や相談体制とのずれがあり、事務局スタッフや相談員に負担を与える可能性もあるだろう。また運営体制の面でも、運営費の確保や相談員の確保の問題が大きく、これらの面での支援なしに、「いのちの電話」に機能の拡大を求めていくことは、難しいであろう。

##### ② 24時間体制などへの期待について

実働相談員数が確保できないために、稼働電話台数の減少や夜間の1人みの相談体制が少なくない現状では、全国一律での24時間体制の実施は難しい状況にある。また、電話の回線状況について、約8割のセンターが「つながりにくいという苦情を受けることが多い」と回答しており、この背景にも電話台数を増やすことによって生じる、財源確保、実働相談員数の確保の問題がある。

「いのちの電話」と連携を図る際には、「サービスの量よりも相談員の提供するサービスの質の確保を優先して相談体制を組む」という「いのちの電話」の考え方を尊重していく必要があるだろう。

#### 文献

- 1) 日本いのちの電話連盟：「FIND」のしおり，2002.6.
- 2) 自殺防止対策有識者懇談会：自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」2002.12.
- 3) 竹島正，三宅由子，佐名手三恵：自殺予防対策の実態と応用に関する研究－都道府県・政令指定都市における自殺予防対策の実態について－. 今田寛睦（主任研究者）：「平成14年度厚生労働科学研究 自殺と防止対策の実態に関する研究」報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所，千葉，pp. 137-157, 2003.
- 4) 佐名手三恵，竹島正，三宅由子：自殺予防対策の実態と応用に関する研究－

統計資料からみた自殺予防における「いのちの電話」の活動の実態について～「いのちの電話」受信統計の自殺志向受信件数と人口動態統計の自殺者数との性年齢別比較から～. 今田寛睦（主任研究者）：「平成14年度厚生労働科学研究 自殺と防止対策の実態に関する研究」報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 千葉, pp. 159-166, 2003.

- 5) 佐名手三恵, 竹島正, 三宅由子：自殺予防対策の実態と応用に関する研究－地域の自殺予防対策におけるネットワーク構築の観点からみた「いのちの電話」の活動の実態と連携のあり方について. 今田寛睦（主任研究者）：「平成14年度厚生労働科学研究 自殺と防止対策の実態に関する研究」報告書. 国立精神・神経センター精神保健研究所, 千葉, pp. 167-210, 2003.

（佐名手三恵）

## 4. 関係機関の理解と連携のための基礎知識

### 7) あしなが育英会

あしなが育英会は、寄付金によって支えられている民間非営利団体（NPO）であり、遺児への物心両面での支援に取り組んでいる。その活動は以下の3つからなる（1）経済的に苦しい遺児に奨学金を貸し出す（2）遺児への教育指導（学生寮での教育等）（3）遺児への心のケア。ここでは、自死遺児との関連に焦点をあてて（1）と（3）について紹介する。

#### 1. あしなが育英会の歴史的経緯

1969年5月に設立された財団法人交通遺児育英会がその出発点である。この頃から、奨学金貸与のほかに、「励ます会」という精神的サポート活動、および夏休みに宿泊を伴って行われる「奨学生のつどい」が含まれていた。つまり、この会は遺児への物心両面からのサポートについて長い経験をもつ。

その後この会は、奨学生たちによる「恩返し運動」によって、その支援対象を拡大していく。すなわち、1983年、秋田沖日本海中部地震、長崎・島根水害、三宅島噴火など自然災害などが起きたとき、奨学生たちが災害遺児への奨学金制度の必要性を訴え、実態調査を行い、災害遺児への奨学金貸与が始まる。さらに、1993年にはその災害遺児らが「病気遺児にも進学のを」と恩返し運動を継承し、病気遺児への奨学金貸与が始まる。

この両制度が合併して同年にあしなが育英会が誕生する。同会は、1996年の会則の変更を経て、その支援の対象をすべての遺児とし、支援の内容には奨学金貸与・教育指導・心のケアの3点を含むことを目的として位置づけている（ただし、交通遺児育英会とは別組織であり、3つの支援内容のうち、奨学金貸与については、交通遺児を除く）。

このような活動の中に当然含まれていた自死遺児への支援活動は、2000年4月に自死遺児たち自身によって刊行された初の文集「自殺って言えない」を契機に、社会の注目を集めることとなった。

自死遺児への支援という視点から同会の特徴をとらえなおすと、大人より子ども、つまり遺児（高校生から）の支援を重視すること、奨学金制度をもつこと、遺児自身による活動という連帯性と歴史性を継承していること、「つどい」における自分史語りという独自の心のケアの方法論をもつこと、が挙げられる。

#### 2. 奨学金制度について（詳細はHPを参照のこと）

病気、災害、自殺などで保護者を亡くしたり、重度後遺障害で働けない家庭の子どもたちの奨学金制度は、1. 高校・高専奨学金（国公立2万5千円、私立3万円）、2. 大学・短大奨学金（一般4万円、特別5万円）、3. 専門学校奨学金（4万円）、4. 大学院奨学金（8万円）の4種類がある（カッコ内は、貸付月額）。経済的に厳しい家庭の遺児高校生には、全員に貸し出しを目指しているが、急激な応募者増加で、専門学校と大学奨学金は、希望者全員には貸し出し

ができない状況である。自死遺児では、98年に20人程度だった奨学生は、2003年には10倍程度に増加している。

#### <利用条件>

以下のいずれにもあてはまる人である。a) 保護者等が病気や災害（交通事故をのぞく）または自死（自殺）などで死亡したり、著しい後遺障害のため働けない。b) 家庭の生活事情が苦しく教育費に困っている。

#### <申し込み方法>

- 1) 申し込み用紙を、学校の奨学金担当の先生か、あしなが育英会から取り寄せる。ホームページからもPDFファイル形式で印刷が可能である。
- 2) 願書・保護者の所得証明書・戸籍謄本・在学証明書。ただし、制度によって異なるので、詳しくは募集のしおりを参照。
- 3) 整えた書類を学校を通じてあしなが育英会に郵送する。なお、申し込み手続きは、事情のある場合、学校を通さずに送ることができる。

### 3. 心のケア（主に、あしなが育英会編「自殺って言えなかった」より）

#### 奨学生のつどい

「奨学生のつどい」は、遺児の心のケアと遺児同士、あるいは先輩遺児との横・縦の連帯を目的としたプログラムである。高校生の部と大学、短大、専門学校の一年生の部がある。前者は3泊4日、全国9会場に別れて1300人が参加する。後者は、山梨県山中湖畔に全国から230人が集まり、2年生以上のリーダー70人も加わって5泊6日で開催している。

#### (1) スケジュール：

10～15名前後のグループに別れ、そこに大学生の遺児数名がリーダー役としてついて4日間を過ごす。その初日から2日目の午前中にかけては、お互いの緊張をほぐすためのレクリエーションやオリエンテーリング、野外炊飯などの活動がある。2日目に、死別体験を語り合う「自分史語り」、3日目には、奨学金を送る側の「あしながさん」からの手紙の朗読を聞く機会、午後と夜が寸劇などの発表会とキャンプファイヤー。4日目には閉会式などがある。

#### (2) 自分史語り：

これは「つどい」の中でもっとも重要なプログラムであり、あしなが育英会独自の実践である。まず高校生が一同に集まって、遺児の大学生一人が自分の死別体験を語る。その後、グループごとに高校生たちが自分たちの経験を語り、分かち合う。話しやすい状況を整えるために、以下の3つのルールが設けられている。すなわち、①語ったことは、他では話さない、②話したくなかったら話さなくてもいい、③仲間の話を批判・助言しない、である。

死別体験を聞き、語ることで気持ちや考えが整理され、共感を経験する。自死遺児の場合、親の死について自責の感情をもつことがあり、また社会的偏見を感じている。したがって、普段の生活では自らの死別体験を語る機会は少なく、あるいは自ら閉ざしている。その意味で、この自分史語り大きな経験に

なると考えられる。また、自分史語りと並行して遺児の卒業生と高校生の個人面談も行われ、皆の前で死別体験を語れない高校生が、こちらで語れる場合も少なくないという。

(3) 参加資格：

現在は遺児であれば、あしなが育英会の奨学生でなくても参加できる。開催時期などは広報されていないので、問い合わせ等は、直接あしなが育英会に電話あるいはメールで行う。

## 神戸レインボーハウス

(1) 概要：

1995年の阪神・淡路大震災で遺された幼い子から保護者まで、心のケアを継続的に受けられる場所として、1999年に、神戸市東灘本庄町に設立された。遺されたもの同士が、安心して心の中を語り合える「おしゃべりの部屋」、親の死を受容するためにお葬式ごっこをしたりする「ごっこ遊びの部屋」、たまったイライラを思い切り爆発させても安全な「火山の部屋」、一人になって大声で泣いたり亡き人と会話できる「おもいの部屋」などがある。また、心のケアプログラム「グループタイム」が開かれている。これらの活動を支援するボランティアは、心の傷、悲しみを癒すための援助スキルを「ファシリテーター養成講座」で学ぶ。その内容には、「ダギーセンター」（業務提携を結んでいる米国オレゴン州ポートランドにある遺児らのデイケアセンター）でのプログラムが反映している。この講座は地域住民等が開かれている。

阪神・淡路大震災から丸9年が経ち、震災遺児の多くが大人になっていった。そのような状況の中、2004年度から病氣遺児への支援にその活動を広げ始めている。

(2) 自死遺児について：

まだ活動を広げる予定はない。

(3) 問い合わせ：

遺族・遺児の心のケア、およびファシリテーター養成講座への参加については、事前に電話等で問い合わせる。

## 4. その他の自死遺児の支援活動

### ① 文集・書籍

- ・ 自死遺児編集委員会・あしなが育英会編 自死遺児文集「自殺って言えない」→ 若干の残部があるので、入手希望の場合はあしなが育英会に問い合わせる。
- ・ 自死遺児編集委員会・あしなが育英会編 「自殺って言えなかった。」サンマーク出版 → 出版社に直接問い合わせる。

### ② 調査

「自死遺児の心の傷とケアに関する調査」が2001年に実施されている（あしなが育英会が副田義也・金城学院大学教授に依頼）。研究成果についてはあし

なが育英会に問い合わせる。

### ③ 講演・専門家教育など

あしなが育英会の主催による自死遺児支援に関する講演会等は、今後開かれる予定はない。ただし、職員は講演・専門家教育の講師依頼に応じる。

## 5. 連絡先

あしなが育英会

〒102-8639 東京都千代田区平河町 1-6-8 平河町貝坂ビル

電話：03-3221-0888 FAX：03-3221-7676

ホームページ：<http://www.ashinaga.org>

メールアドレス：[info@ashinaga.org](mailto:info@ashinaga.org)

特に自死遺児に関しては、神戸レインボーハウスではなく、あしなが育英会に問い合わせること。

## 6. 参考資料

- ・ あしなが育英会ホームページ
- ・ 自死遺児編集委員会・あしなが育英会（編） 2002 自殺って言えなかった。サンマーク出版

（川野健治）



## 4. 関係機関の理解と連携のための基礎知識

### 8) 民生委員などの地区組織

地域や対象者の特性を踏まえて、地域に根ざした細やかで継続的なうつ・うつ病対策を推進していくためには地域住民と直に接する活動を展開している民生委員・児童委員や母子保健推進員，老人クラブ，食生活改善推進員，地域女性団体連絡協議会，在宅福祉アドバイザー等の地区組織と連携した取り組みが有用でありかつ不可欠である。

この項では，主に地域住民からの信頼の篤い民生委員を中心とした地区組織の性格や活用方法等について述べる。

#### 1. 民生委員の基本姿勢と活動

民生委員とは民生委員法（昭和 23 年）に基づいて各市町村に配置されている社会福祉制度のボランティアのことである。民生委員は委員一人ひとりに担当する区域が定められており，市町村規模に応じて配置基準が定められている。全国では 22 万人を超える民生委員が厚生労働大臣から委嘱を受け，各地域で活動を行っており，任期は 3 年間。活動費として年額 6 万 3 百円が支給されるほかは無報酬である。

民生委員の基本的性格として自主性（常に住民の立場にたって，地域のボランティアとして自主的・主体的な活動を行う），奉仕性（誠意をもち地域住民との連帯感をもって，謙虚に，無報酬で活動を行うとともに，関係行政機関の業務に協力する），地域性（担当地区を基盤として，適切な活動を行う）の 3 つがある。

また，活動の原則として以下の 3 つが挙げられている。

- ① 住民性の原則：自らも地域住民の一員である民生委員は，住民にもっとも身近なところで，住民の立場に立った活動を行う。
- ② 継続性の原則：問題の解決には時間が必要である。委員の交代が行われた場合でもその活動は必ず引き継がれ，常に継続した対応を行う。
- ③ 包括・総合性の原則：個々の問題の解決を図ったり，地域社会全体の問題に対応していくために，その問題について包括的，総合的視点に立った活動をする。

以上の 3 原理 3 原則に従って地域活動を展開しており，主要な役割として①社会調査活動，②相談活動，③情報提供活動，④連絡通報活動，⑤調整活動，⑥生活支援活動，⑦意見具申活動があり，具体的には高齢者や障害者（精神・身体・知的），妊産婦，児童・生徒，生活保護所帯等への見守りや声かけ活動，相談への対応といった住民と直接接する活動はもとより，対応の難しいケース等については福祉関係者や保健医療従事者との架け橋としての活動を行うとともに，場合によっては地域の意識調査や実態把握等の社会調査への支援も行うこともある。

## 2. 民生委員の現状

民生委員は教育者、議員、区長、PTA 役員、女性連絡協議会役員等の経験者で地域を習熟している、いわゆる地域のオピニオンリーダーが選出される場合が多いことから、住民からの信頼感は篤く、民生委員自身も自負心をもって活動に従事している。そのため、様々な地域における課題解決や地域づくりに欠かせない役割を果たすことが少なくない。うつ・うつ病対策を含むこころの健康づくりや自殺予防対策を推進する上でも、キーパーソンとしての役割は極めて大きい。

しかしながら、民生委員と市町村行政との関わりの範囲は主に福祉関係であるとの認識が関係者の間では一般的であることから、保健医療分野の担当者との連携が不十分だったり、保健医療に関する基本的な知識や技術を有していないため住民との関係において意思疎通を欠く場合も見受けられる。また、民生委員も地域の構成住民の一員である以上、地域の価値観や従来の考え方に大きく影響されることもあり、保健医療に従事する専門家からみた場合、不安を覚える言動に接することもある。

筆者らがこれまで、数カ所の保健所において民生委員を対象として行った、精神障害等に関する意識調査によると、「精神病は遺伝である」という問いに3～4割、「精神障害者は入院しているのが一番いい」という問いに2～5割が「はい」と答えている。また「精神障害者は怖い」「何をするかわからない」が5割、「乱暴または危険」「人に迷惑をかける」が3割と調査の時期、地域は異なるものの地域住民の代表者として民生委員などの精神障害や障害者に対する理解は必ずしも十分ではない可能性が示されている。

これらの現状を踏まえながら、うつ・うつ病対策を推進するために民生委員などに対し、うつ病やこころの健康づくりに関する正しい知識の普及や情報の提供を積極的に行う必要がある。保健所や市町村保健センターの保健医療部門の担当者等が民生委員等から積極的に情報を収集しケース検討を行ったり、課題をもとに勉強会や研修会を開催するなど連携強化に努め、民生委員の積極活用に努めることで、双方のうつ対策に関する資質の向上が期待できる。

## 3. うつ対策の推進と民生委員などとの関わり

### (1) 社会調査への協力

地域における民生委員の活動範囲は広く、住民からの相談への対応や行政機関との連絡調整等はもちろん、場合によっては困難な社会調査を実施する際に貴重な支援者にもなりうる。地域における主要な精神障害（気分障害、不安障害、PTSD、アルコール・薬物依存症、摂食障害）の頻度と、これによって生じている広範な種類の障害の質と量を明らかにし、精神障害による相談・受診経路、性別、年齢および社会的な危険因子との関連を検討するための疫学調査は、精神保健福祉行政を進めるための基礎的データとして極めて重要である。しかしながら、わが国においてはこれまで一般住民を対象とした調査は、プライバシー保護の観点や方法論が明確でないとか、調査への協力率が低く調査の

精度が確保されないなどの理由から、実施されてこなかった。平成 14 年度から厚生労働科学研究の一環として、WHO（世界保健機関）の提示した国際的な精神・行動障害に関する疫学研究プロジェクトでもある疫学調査が実施されつつあり、その結果の一部が報告書にまとめられているが民生委員の役割が大きかったとされている<sup>1)</sup>。

また、社会調査の精度を上げる以外にも、調査の準備・実施のそれぞれの段階で民生委員への研修や意見交換を通じて、精神障害やこころの健康づくりへの関心が民生委員自身にも高まり、地域住民への対応や行政への情報のつながりが正確になる等、地域活動に有益であったとも記載されている<sup>2)</sup>。

これらの成果等を考慮すると、地域調査への支援が必要と判断される場合には十分に時間をとって、その調査の意義や成果を説明し、民生委員からの要望や意見などを聞き、積極的に事業に反映させ協働で調査ができる枠組みづくりに努めることが重要である。貴重な基礎資料の蓄積が可能になるとともに、地域のキーパーソンである民生委員の意識高揚にも役立つ。

## （２）正しい知識の普及・啓発活動

一次予防としてのうつ対策を進める上で地域住民全体に対してストレスやうつ病に対する正しい知識の普及・啓発活動はもっとも重要である。

普及・啓発活動例としてはパンフレットの作成配布や自治体発行の広報やホームページの活用などが挙げられるが、地域の住民組織の会合や研修会で話題にしたり、情報を提供することもそのひとつである。

高齢者に対する見守りや声かけは民生委員が通常行っている代表的な業務のひとつであるが、うつ病が女性に多いといわれていることから女性に対する働きかけも重要である。中でも、期待と不安が交錯する時期である周産期や更年期のうつ病について多くの人たちが理解し、支援していくためにも正しい知識の普及をはじめ、家庭や地域の環境整備に対して母子保健推進員や地域女性団体連絡協議会会員とともに、民生委員の果たす役割は大きい。

これらの住民組織の会合や研修会活動において、こころの健康づくりをはじめ、うつ病とその症状のほか、精神障害について情報提供や意見交換などを行い、地域住民への正しい知識の普及・啓発の役割の一部を果たすことが期待できる。

## （３）うつへの気づきと適切な対応

民生委員は住民の実態やニーズを「声かけ」や「見守り」等の活動を通して日常的に把握して住民が抱える様々な相談に応じており、保健福祉ネットワークの中心的役割を果たしている。

これらの日常活動の中で、うつ・うつ病についての知識があると、うつ・うつ病の事例に気づき、傾聴に心がけたり不要な励ましをしないなどの民生委員と対象者との関係はもちろん、住民の正確な情報を市町村保健センターの保健師等の専門家に提供するなど、早期に適切な対応が可能になる場合も少なくな

い。

また、経過観察が必要な場合には、保健所や市町村保健センター等の保健師や医師等の保健医療の専門職員との有機的連携のもとで役割分担を行いながら、継続して訪問や声かけを行うこと等により、地域におけるうつ対策ネットワークの維持に重要な役割も期待できる。

うつ・うつ病のことと同時にスクリーニングの内容についての研修を民生委員などを対象に行うこととにより、地域住民が抱えるこころの問題について、住民を支援することが可能になる。

#### (4) その他、様々な特性を有する対象者への援助活動

障害をもつ高齢者や自宅へ閉じこもりがちになっている高齢者、あるいは介護している家族のうつ・うつ病の有病率は高い。地域住民との交流を深めて高齢者の閉じこもりや寝たきりを予防するため、保健福祉ネットワークを構成する自治公民館、地域女性団体連絡協議会などと連携し、老人クラブやシルバー大学など高齢者の自主的活動の援助を行うことは、民生委員活動の中で一般に行われていることではあるが、極めて重要な役割といえる。

また、自殺未遂者の対応についてはプライバシーなどへの配慮もあり難しい対応が求められる場合も多いが、家族援助や補助的情報を精神科医師や保健師等保健医療従事者に提供することによって、自殺未遂者への偏見是正、自殺の連鎖予防等地域の環境づくりに役立つものと考えられ、今後の活用についても検討すべきである。

1) 吉川武彦他：こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究，厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業 平成 14 年度総括・分担報告書，平成 15 年 4 月

2) 川上憲人他：こころの健康問題と対策基盤の実態に関する研究，厚生労働科学研究費 厚生労働科学特別研究事業 平成 14 年度総括・分担報告書，平成 15 年 3 月，93-125

(西宣行，宇田英典)