

自治体におけるグリーフケアの展開と 求められるソーシャルワーク

関西学院大学大学院人間福祉研究科
博士課程前期課程 原見 美帆

自治体が事業として取り組んでいるグリーンケア

(代表例)

- **災害支援**

【2013年災害対策基本法等の一部を改正する法律施行。阪神・淡路大震災、東日本大震災、各地の豪雨災害でこころのケアチーム⇒DPAT(災害派遣医療チーム)派遣、PFA(非専門家でも行える心理的応急処置)の普及】

- **犯罪被害者支援**

【2004年犯罪被害者等基本法施行。近年ではPTSD等精神障害の有病率が高いと報告されている性暴力被害者への急性期支援の取組みを積極的に推進。】

- **自殺対策**

【2006年自殺対策基本法施行。全国全ての都道府県で自殺予防や自死遺族支援を展開】

多くの分野とネットワーク構築を図りつつ、グリーンケアについては各自治体の主に精神・保健部署や障害・福祉部署が中心となって取り組んでいる。

日本の自殺対策の変遷(1998～2015)

第1期(1998～2005)

主に厚生労働省が健康づくりの中で取り組み

健康日本21の「休養・こころの健康づくり」に自殺者の減少の数値目標(2000,2)

うつ対策マニュアル(2004,1)

第2期(2005～2006)

省庁合同での取り組み

参議院厚生労働委員会「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議(2005,7)

自殺対策関係省庁連絡会議設置(2005,9)

第3期(2006～2015)

法律が制定され本格的な取り組み

自殺対策基本法施行(2006,10)自殺予防総合対策センター開設(2006,10)

自殺総合対策大綱(2007,6)自殺対策加速化プラン(2008,10)

いのちを守る自殺対策緊急プラン(2010,2)自殺総合対策大綱の見直し(2012,8)

(自殺予防総合対策センター竹島前センター長資料より)

自殺対策における具体的な取り組み

WHOとの連携(世界自殺レポート会議、世界自殺レポート刊行)
心理学的剖検(遺族調査:自殺者の8~9割はうつ等何らかの精神疾患に罹患)
エビデンスに基づく取り組み(ACTION-J、NOCOMIT-J、コンソーシアム設立)
うつ病関連問題対策(かかりつけ医・精神科医連携、睡眠キャンペーン)
アルコール関連問題対策(アルコール健康障害対策基本法制定)
生活困窮者関連問題対策(弁護士・司法書士連携、ワンストップサービス)
メディアカンファレンス(群発自殺を防ぎ、適切な報道を目指す)
自治体職員研修(事業におけるエビデンス導入)
自治体における指針等策定
庁内・関係機関連携会議
介護職・民生委員・薬剤師等ゲートキーパー(サインに気づき、繋ぐ命の門番)養成

→自治体では、ゲートキーパー養成や普及啓発、相談強化、
ネットワーク構築が活発に。

あまり積極的に取り組めていないもの

- 自殺未遂者支援
(ERや消防、警察、救急情報センター等との連携が必要)
 - 教育との連携
(自殺であったことを認める、あるいは自殺が起こることを前提とした取組みと教育の理念に壁。)
 - 自死遺族支援
(自殺対策基本法は議員立法により生まれ、自死遺族の尽力が大変大きかったが、立役者への支援は、各精神保健福祉センター等での相談やわかちあいの会、研修会、リーフレット配布等で十分とは言えない状況。)
- これまでのノウハウだけでは出来なかったり、いくつかの壁があり、取り組めていない。

行政における自死遺族支援の調査結果①

「都道府県・政令指定都市における自殺対策および自死遺族支援の取り組み状況に関する調査」(竹島ら, 2008)

- ・自死遺族支援の取組み状況

「普及啓発シンポジウム」「情報提供」「人材育成」「自助グループ運営」(多い順)

- ・自死遺族支援に取り組む上での困難

「自死遺族の実態が把握できない」「担当者の経験不足」「担当者の専門知識不足」等

- ・民間団体の自助グループを支援する上での問題点

「意見交換の機会が少ない」「要求に応じる仕組みが無い」「必要な支援が把握できない」等

行政における自死遺族支援の調査結果②

「都道府県・政令指定都市および市区町村における自殺対策の取り組み状況に関する調査報告書 平成27年度」 自殺予防総合対策センター

(自死遺族支援に特化して訊いていること)

大綱9施策の内、「遺された人への支援を充実する」を行った自治体

都道府県・政令指定都市 (n=67、回答率100%) **66ヶ所 (98.5%)**

市区町村 (調査全体n=1,175、回答率68.3% この設問のn=1,051) **99ヶ所 (9.4%)**

日本における自殺対策の変遷(2015～)

第1期(1998～2005)

主に厚生労働省が健康づくりの中で取り組み

健康日本21の「休養・こころの健康づくり」に自殺者の減少の数値目標(2000,2)

うつ対策マニュアル(2004,1)

第2期(2005～2006)

省庁合同での取り組み

参議院厚生労働委員会「自殺に関する総合対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」(2005,7)

自殺対策関係省庁連絡会議設置(2005,9)

第3期(2006～2015)

法律が制定され本格的な取り組み

自殺対策基本法施行(2006,10)

国立精神・神経医療研究センター内に自殺予防総合対策センター開設(2006,10)

自殺総合対策大綱(2007,6)自殺対策加速化プラン(2008,10)

いのちを守る自殺対策緊急プラン(2010,2)自殺総合対策大綱の見直し(2012,8)

第4期(2015～)

今後の取り組みは再び厚生労働省で

参議院厚生労働委員会「自殺対策の更なる推進を求める決議」(2015,6)

自殺対策の主管課が内閣府→厚生労働省へ

自殺予防総合対策センターは官民共同の機関へ

⇒より民官学合同で地域主体の取り組みへ

今以上にグリーフケアは必要か？

死別は人生における最大のストレス(Holmes&Rahe,1967)

「気分・不安障害等」

死別から8か月「気分・不安障害相当」17.6%「重度精神障害相当」11.8%、
PTSDハイリスク58.8%(藤井,2012)

自死遺族111名中「気分・不安障害相当」48%(川野,2011)

「複雑性悲嘆」

一般住民1445人を対象の調査では22人の自死遺族中18.1%(Kersting,et al.,2011)

60人の自死遺族を対象にした調査では43.3%(Mitchell,2005)

死別後3か月以内の配偶者・一親等153人中38%(Groot,2006)

子どもと死別後平均15か月の遺族78%(Dyregyov,2003)

「身体疾患」

配偶者の死別を経験した人は結婚をしていない人に比べ、血管系の疾患や冠動脈疾患の発症率が高い

(Alviar & Marshall, 2014)

- 精神疾患・身体疾患の発症を予防する必要有り。
正常悲嘆であってもQOLをサポートする必要有り。
ただし、援助が必要でない人には有害(Schut & Strobe,2005)という調査結果に留意。

遺族が経験するストレス

家族の死に関連して生じるストレス：「二次的ストレス」に関する探索的検討
(坂口、柏木、恒藤, 1999)

- ①生活環境の変化：独居の孤独感・不安感。住み慣れた場所を離れるストレス。
- ②日常生活上の困難：家事や育児を行う困難。近所づきあいの困難。
- ③経済的問題：故人が中心的な稼ぎ手。遺族が専業主婦や若い子ども。
- ④家族・親族関係の悪化：義父母等、家族・親族のまとまりが薄れたり、悪化。
- ⑤死別後の雑事：葬儀、納骨等の行事。年金・保険・届出等の事務手続。
- ⑥心ない言葉や態度：安易な励まし、押しつけがましいアドバイス、早く立ち直るようプレッシャーをかける。

自死遺族が望む情報提供と支援

「配偶者を亡くした自死遺族が望む情報提供と支援」(大倉ら,2013)

- **情報提供の時期**
「自殺と判明した直後から随時」「既存の専門家が遺族の対応をした時」
「遺族が必要と感じて聞いた時に出来るだけその場で」
- **情報提供の実施者**
「行政窓口」「警察」「先に同じ経験をした遺族」「葬儀社」「弁護士」「司法書士」「職場」
「学校」「宗教関係者」「検案・解剖担当者」等
- **提供してほしい情報**
「死別後の期限のある必ず必要になる手続き」「労災申請の方法」
「明日から生きていくための具体的な情報」「多重債務後の自己破産と生活再建の方法」
「子どもの学習上の不適應、からかいやいじめの被害、不登校の時にどうしたら良いのか」等
- **情報提供の方法**
「リーフレットや冊子による提供」「先に同じ経験をした遺族などが一緒に動いて橋渡しをする」
「家庭訪問への抵抗」「既存の専門家からの自死遺族の苦しさに配慮した手厚い対応」等

地域において求められるグリーフケアとは

- **グリーフをわかちあえる場が通える範囲にある**
(精神保健福祉センター、民間団体、保健所、神社仏閣、社協等)
- **身体・精神疾患のジャッジ・ケアをするネットワークがある**
(保健所、医療機関、訪問看護等)
- **生活サポートのネットワークがある**
(保健所、市町村、社協、弁護士、司法書士等)
- **住民に必要な情報を伝えるアクセシビリティがある**
(遺族に確実に会えるのは死亡届・葬儀・斎場)
- **死因や疾病・障害に対する無理解・偏見・スティグマを低減し、住民全員のウェルビーイングを目指すアプローチがある**
(活動全体を通して)

行政わかちあいの会に関する調査

「2015全国精神保健福祉センター長会調査から」

対象：都道府県・政令指定都市精神保健福祉センター69ヶ所（回収率100%）

（動向）

- グループ数（官民含む）：166ヶ所（昨年より+25）
【行政主体グループ 58ヶ所（昨年+7）、民間主体グループ 108ヶ所（昨年+17）】
- 6年前に比べると、官民ともに2倍以上の増加
- 休止も出始めた（行政主体1,団体主体1,自助主体2）

（状況）

- 自治体が把握できないグループや民間グループの高齢化
- 増加は遺族のニーズの広がりと考えられ、継続的支援は必要
- 休止も出始め、継続的な開催の困難さも有り
- 代表以外、継続的な遺族の参加が見られず、支援は一過性に必要では
- 支援グループが存在しない自治体では市民サービスの1つとして提供する必要有り
- 自死遺族への周知が困難
- グループの参加者が増えない
- 他自治体からの参加者をフォローしきれない
- 中心スタッフの異動で形態変化

グリーンフをわかちあえる場について(既存の場合)

民間団体の悩みとしては
活動継続の財政的支援、後継者等運営上の問題、複雑性悲嘆や
攻撃性が高いメンバー等、わかちあいの場や生活場面でフォロー
が必要な方への対応等あり。

⇒既存のわかちあいの会については、今後、ビジョン共有や事業
評価を行うためにも、まずは現在までのプロセス評価を行いな
がら、行政と民間がお互いの悩みについての情報交換やアド
バイスを行う段階にきているのではないだろうか？

グリーンフをわかち合える場について(新たに創る場合)

新たにわかちあいの場をつくる場合、保健所や福祉部署はもとより、どの地域でも取り組んでいる社協サロンや、地域で古くから親しまれている神社仏閣も対象者からすると通いやすく、安心して穏やかに話せる空間かもしれない。

⇒しかし、神社仏閣等、宗教上の組織と一緒に事業展開する上で問題になるのが政教分離。

政教分離について

政教分離に関する条文

日本国憲法第20条

- 1項. 信教の自由は、何人に対してもこれを保障する。いかなる宗教団体も、
国から特権を受け、又は政治上の権力を行使してはならない。
- 2項. 何人も、宗教上の行為、祝典、儀式又は行事に参加することを強制されない。
- 3項. **国及びその機関は、宗教教育その他いかなる宗教的活動もしてはならない。**

日本国憲法第89条

公金その他の公の財産は、宗教上の組織若しくは団体の使用、便益若しくは維持のため、又は**公の支配に属しない慈善、教育若しくは博愛の事業に対し、これを支出し、又はその利用に供してはならない。**

政教分離に関する判決

津地鎮祭訴訟(津地鎮祭事件)昭和52年07月13日最高裁大法廷判決

一、憲法の政教分離原則は、

国家が宗教的に中立であることを要求するものではあるが、国家が宗教とのかかわり合いをもつことを全く許さないとするものではなく、宗教とのかかわり合いをもたらす行為目的及び効果にかんがみ、そのかかわり合いがわが国の社会的・文化的諸条件に照らし信教の自由の保障の確保という制度の根本目的との関係で相当とされる限度を超えるものと認められる場合にこれを許さないとするものである。

二、宗教的活動とは、

国及びその機関の活動で宗教とのかかわり合いをもつすべての行為を指すものではなく、当該行為の目的が宗教的意義をもち、その効果が宗教に対する援助、助長、促進又は圧迫、干渉等になるような行為をいう。

三、市が主催し神式に則り挙行された市体育館の起工式は、宗教とかかわり合いをもつものであることを否定することはできないが、その目的が建築着工に際し土地の平安堅固、工事の無事安全を願ひ、社会の一般的慣習に従った儀礼を行うという専ら世俗的なものと認められ、その効果が神道を援助、助長、促進し又は他の宗教に圧迫、干渉を加えるものとは認められない

判示の事情のもとにおいては、**憲法二〇条三項にいう宗教的活動にあたらぬ。**

臨床宗教師の登場

- 英語の**chaplain**の訳語として元東北大学医学部臨床教授故岡部健医師が考案した名称。**超宗教、超宗派**の協力と学び合いを通して養成される宗教者のこと。
- 元々チャプレンのような組織の構築を岡部氏らが模索していた頃に、東日本大震災が起こり、養成、活動が始まっていった。
- 臨床宗教師の意義と役割は、主として所属教団の**信徒以外を対象とする、宗教協力を前提とする、布教伝道を目的としない、公共空間で、公的機関と連携しながら、多様な価値観を認める等。**
- 大学(東北大学、龍谷大学等)の臨床宗教師養成プログラム修了者をスタッフとして活用。

身体、精神疾患のジャッジケアのネットワークについて

- 精神疾患か否か、受診した方が良いか等の相談窓口として、保健所の精神保健福祉相談
- 自殺予防の一環でかかりつけ医と精神科医連携システムを構築する自治体も少しずつ増えてきている
- 精神疾患を発症し、状態の見守りや生活支援、家族支援が必要な方には、訪問看護の利用も。

生活サポートのネットワーク構築について

- 自殺予防の一環として、弁護士・司法書士への優先的相談体制を構築している自治体も
- うつ病等精神疾患を発症している場合、ホームヘルプサービス等障害福祉サービスの利用も可能
- 2003年 コミュニティソーシャルワーカー（地域福祉コーディネーター）誕生。徐々に全国展開
- 2015年 生活困窮者自立支援法施行。全国福祉事務所を中心に事業展開スタート

アクセシビリティを高めるには

- 確実に会えるのは、死亡届・葬儀・斎場。
精神・保健部署、障害・福祉部署の馴染みの機関を超える必要性。
- 他にも司法、医療機関等伝えられるチャンスのある機関との連携構築・強化は自殺対策で進んでいる。

死別全般について書かれているリーフレットでダウンロードできる代表的なもの。

『大切な人を失うということ～まわりの人が知っておきたいこと～』

(埼玉県立精神保健福祉センター

<https://www.pref.saitama.lg.jp/b0606/guide/izoku-leaf.html>)

『大切な人を亡くしたとき～長野県・中信地方版～』

(ケア集団ハートビート <http://www.hbshinshu.jp/#!leaflet/c10uc>)

無理解・偏見・スティグマの再考

- 無理解、偏見、スティグマは社会が生み出したものを内面化したもの。個人ー地域ー社会レベルで「言えない」悲しみや苦しみを確認しアプローチしないと「言えないものは無いもの」として終わり、また誰かが背負う社会のまま。社会的な問題に対し、責任を持って取り組むのが自治体。
- 精神・保健部署は精神疾患・精神障害・発達障害に関する、障害・福祉部署は身体・知的障害や生活困窮に関する無理解、偏見、スティグマと長年向き合ってきている。
事業展開する上で「言えない」悲しみや苦しみへのアプローチを大事に。

アドボケートに関わる条文

- 自殺対策基本法

(名誉及び生活の平穩への配慮)

第七条 自殺対策の実施に当たっては、自殺者及び自殺未遂者並びにそれらの者の親族等の**名誉及び生活の平穩に十分配慮し、いやしくもこれらを不当に侵害することのないようにしなければならない。**

- 犯罪被害者等支援法

(国民の責務)

第六条 国民は、犯罪被害者等の**名誉又は生活の平穩を害することのないよう十分配慮**するとともに、国及び地方公共団体が実施する犯罪被害者等のための施策に協力するよう努めなければならない。

⇒名誉及び生活の平穩に十分配慮することは、何もしないということではない。

無理解・偏見・スティグマの低減を目指す方法

(パラダイム・ロストより抜粋Stuart,ArboledaFlorez,Sartorius)

プログラム構成要素	旧パラダイム	新パラダイム
スティグマ発生源	無知と誤解	個人、対人、社会など多様なレベルで生じ、レベル間で相互補強作用
プログラム対象の選択	科学的な根拠に基づいて	本人、家族と協議し、選択
アンチスティグマ活動ターゲット	一般住民	一般住民の中の明確な下位集団
主要目標	知識と態度の改善	当事者の人生のチャンスとソーシャルインクルージョンの向上、社会参加を阻む社会的構造的障壁の除去
当事者の役割	プログラムの受益者	プログラムの能動的メンバー・リーダー
サービスの方向性	コミュニティに基盤を置くケアへのアクセス増大	リカバリー指向的なケアにより人生の意味を豊かにできる援助をする
教育アプローチ	精神疾患の専門知識を主体とした事実教示的アプローチ	リカバリーの体験談や相互交流を主体とした経験的・能動的アプローチ
プログラム評価	プログラムは有効という前提	最適実践モデル案出のためプログラムのシステムティックな評価を行う

無理解・偏見・スティグマの低減を目指す方法

- 地域づくりにおいて住民のスティグマ表出に焦点をあて、成功基準を住民の態度・行動変容としていても望む結果はなかなか出ない。短期間では変化は小さく、遺族の無理解・偏見・スティグマ軽減にたどり着かない。
- アンチスティグマプログラムの成功は、
 - ①スティグマを受けている人が自分たちの生活が向上したと感じる時
 - ②様々な生活の場面でスティグマの影響が減少してきた時
 - ③不公平を生む構造が取り払われた、あるいは社会保障を受ける資格を保護し、促進する構造に変わったとき

目標は、知識や態度の変化だけではなく、積極的な社会参加とソーシャルインクルージョン、生活の質の向上、社会的な権利と社会保障を受ける資格の最大限の保護

(Stuart,Arboleda-Florez,Sartorius,2012)

求められるソーシャルワークとは

分野を超えて言える事

- **個別支援(ミクロ)、地域・団体・機関へのアプローチ(メゾ)、施策、政策、社会への反映(マクロ)を繋げる事**
～必要な支援を展開するために～
- **その時表面化した問題の解決だけではなく、ウェルビーイングを目指す姿勢が根底にあること**
～支援の要素が生活に溶け込んで、生きる力につながるために～

ディスカッション

グリーンケアの地域づくりにおいて、

自治体に期待すること

日頃の支援で繋がりがなく困っていること

今は難しくても今後こういうことができれば良いな・・・

というのがあれば是非、ご意見をください。