

# 自殺予防対策におけるセルフヘルプ・グループ

—— うつやストレスを抱えた者のコミュニティとして ——

高 木 昌 要

はじめに

自殺予防対策のなかにどうセルフヘルプ・グループが位置づけられるか、簡潔に述べたいとおもう。

行政の自殺予防対策の大きな柱は(1)普及啓発および教育ないし再訓練、(2)地域の保健医療福祉資源のネットワーク化、(3)コミュニティの再生ないし発生、(4)調査研究である。この(3)のコミュニティの再生ないし発生の部分にセルフヘルプ・グループはまず鬱や神経症そのほかのストレスを抱えた人のコミュニティとして位置づけられる。彼等の存在は自殺予防対策も含めた地域医療保健福祉の戦略の中で、問題になやむ本人達の意見の政治的反映をになう政治的勢力として加わることで、それらのサービスを利用者中心・利用者本位へと変化させていく力を持っている。

セルフヘルプ・グループはそれ自体、問題を解決した先達によって担われている。彼等なりのノウハウの蓄積があり、それは「体験的知識」として理論化されている。これは体験的知識を専門的知識に匹敵するものとしておくイデオロギー的宣言でもある。これは旧来の医療保健福祉サービスにおける受動的立場であった彼等をしてサービスの提供主体としての理論的支柱となった。

グループはそういった意味で普及啓発・更には専門的サービスの提供者の再教育ないし再訓練の際にも加わっていくことで、彼等専門職の視点をサービスを与えられる側の視点を取り込んだものに変えていくことが期待できる。

これらは一般の保健医療福祉サービス(=ヒューマン・サービス)において言えることだが、自殺予防対策においては、とくにうつ病やストレスを抱えた者のセルフヘルプ・グループが、その脆弱性にまさにセルフヘルプしていった

めのさまざまな前提を整えていくことが期待される。

その前提とは(1)コミュニティ提供機能, (2)(1)による保健医療福祉のサービス(=ヒューマン・サービス)全般の情報へのアクセス可能性の向上(どのサービスが受けやすいか・よいサービスか), (3)(1)による問題に対処しセルフヘルプできるようになる様々なノウハウの獲得, (4)(1)による情緒的安定といったものである。

蓄積された体験的知識はひとつの専門的知識に匹敵し得る。自殺予防対策における調査研究活動は、ひとまず現時点では、系統的かつ継続的な調査研究および人材育成がなされる「自殺防止センター」の設立を目指す段階にあるといえるだろう。うつ病や自殺未遂からのサバイバーは、ここにピアとして関わることは十分に考えられる。

自殺予防対策は全体として住民主体の取り組みを活性化させ、ゆくゆくは地方分権化の枠組みの中で独自の地域的取り組みに移行するベクトルを持っている。うつや自殺未遂者やその他様々なストレスの重圧下にある者の為のセルフヘルプ・グループは地方分権における地方ガバナンスの中で、(保健医療福祉の枠組みを超えた)より大きな枠組みで(たとえば労働時間の週35時間実現などという形で)自分たちの意見を反映させていく主体ともなりうる。

予防対策におけるコミュニティ再生ないし発生の部分で、セルフヘルプ・グループが強調される必要があるのは、支配の手先化された当事者組織の歴史や、現在においても町内会がほぼ戦中の形態と本質的に変化していないことから推察されるように、コミュニティ強調が常に同質化や一体化を強要する傾向を日本では孕んでいるからである。

これらのことを改めて整理すると、自殺予防対策におけるセルフヘルプ・グループの役割は(1)普及啓発および教育ないし再訓練にかかわる当事者視点の取り込み, (2)地域の保健医療福祉資源のネットワーク化におけるアクセシビリティ向上, (3)コミュニティ再生ないし発生の施策にはらむ同質化や一体化の契機への対抗, (4)自殺防止センターにおいてエンパワメントされたサバイバーとしての当事者が、系統的且つ継続的な調査研究および人材育成の場面に関わっていくこと、となる。

## 1. 自殺の現状と対策

我が国は第三の自殺急増期を迎えている。1998年に前年比35%もの自殺者数の増加をきたし初の三万人台を突破した。2004年においてもその数は32,325人（警察庁発表：平成16年度）に上り，うち男性が23,272人で全体の72.0%を占めている。近年の自殺増加についてはしばしば経済環境的要因が指摘される。しかしながら実際には不況といった「時代」効果に加えて特定の世代コーホートに集中する「世代効果」や，さらには世界の一般的傾向としての加齢に伴う上昇という「加齢効果」が合わさった複合的な要因を伴ったものと考えられる。

### 1.1. 全年齢の上昇

戦後三度目の急増期の幕開けとなった1998年は，ほぼすべての年齢層の増加を伴っている（清水:2004〔7〕）。ここから自殺の危険に対して，もはやすべての人が当事者であるといえる〔図：1〕。

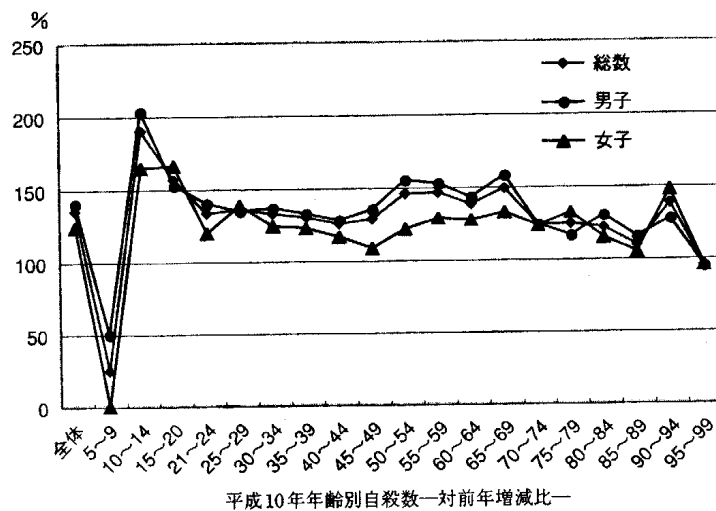


図1

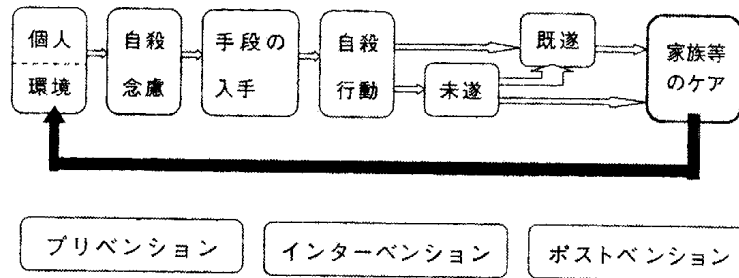
出典：清水新二 中高年男子うつ病対策をこえて—もう一つの自殺問題—  
臨床精神医学33(12) 1529-1546, 2004

### 1.2. うつ病対策としての自殺予防対策

自殺に至る人の殆どは病苦や経済的困難など原因として精神疾患を発症している。自殺予防対策はうつ病をいかに防ぐかを中心として行われている。

### 1.3. 予防・介入・事後対策

予防対策は予防医学の一次予防・二次予防・三次予防の考え方を下地にしたプリベンション（予防）・インターベンション（介入）・ポストベンション（事後対策）の局面がある〔図：2〕。



「自殺と防止対策の実態に関する研究」における概念モデル

出典：清水新二, 2004, 中高年男子うつ病対策を越えて—もう一つの自殺

問題— (臨床精神医学 33(12):1539-1546 より)

厚生労働省こころの科学研究事業, 2004, 自殺と防止対策の実態に関する研究 (平成13年度～平成15年度総合研究報告書, 38頁) に清水新二氏加筆

図2

プリベンションは自殺に深く関わる要因を評価し、地域・学校・職場などにおける自殺予防教育や、一人暮らしの老人宅への友愛訪問などといった福祉増進的な活動によって自殺発生を防ぐことである。インターベンションは今まさに起こりつつある自殺の危険に介入して防止することである。ポストベンションは自殺が生じてしまったときに、遺族や関係者に及ぼす影響を最小限に食い止め新たな自殺を防ぐことである。

清水によれば自殺遺族の本人達を中心としたセルフヘルプ・グループを含む活動はすでに一定の年月の積み重ねをもっており、ポストベンションの局面において重要な貢献をしている。遺族のためのセルフヘルプ・グループは、新たな自殺リスクを低減させるという意味で、予防（プリベンション）でもある（清水:2004〔8〕）。

うつやストレスを抱えた人のセルフヘルプ・グループは、自殺リスクとなるうつや依存や障害といったさまざまな日常的な「いきづらさ（生きづらさ）」を分かちあうことでプリベンションの局面に貢献するだろう。またグループでは実際に自殺の危機が切迫しているメンバーを必至になって支え施設に繋げるなどの現場が目撃された。インターベンションの局面で一定の役割を果たしていることを示すものである。

### 1.4. 予防対策の要点

予防対策は以下の四点にまとめられる。

- ・ 調査研究（系統的自殺予防研究や人材育成，およびそれらを専門的に執り行う「自殺防止センター」の設置。）
- ・ コミュニティ支援・機能強化（多様な価値を生かし「生きがい，仲間づくり」に繋がるアソシエーションと，安心と信頼の持てる地域コミュニティ）
- ・ 一般への普及啓発（職域・地域・学校で個人や人びとに「共助の感覚」や「対処の方法」を根付かせる。）
- ・ 医療保健福祉サービスの向上（地域援助資源のネットワーク化と専門職に対する啓発活動）

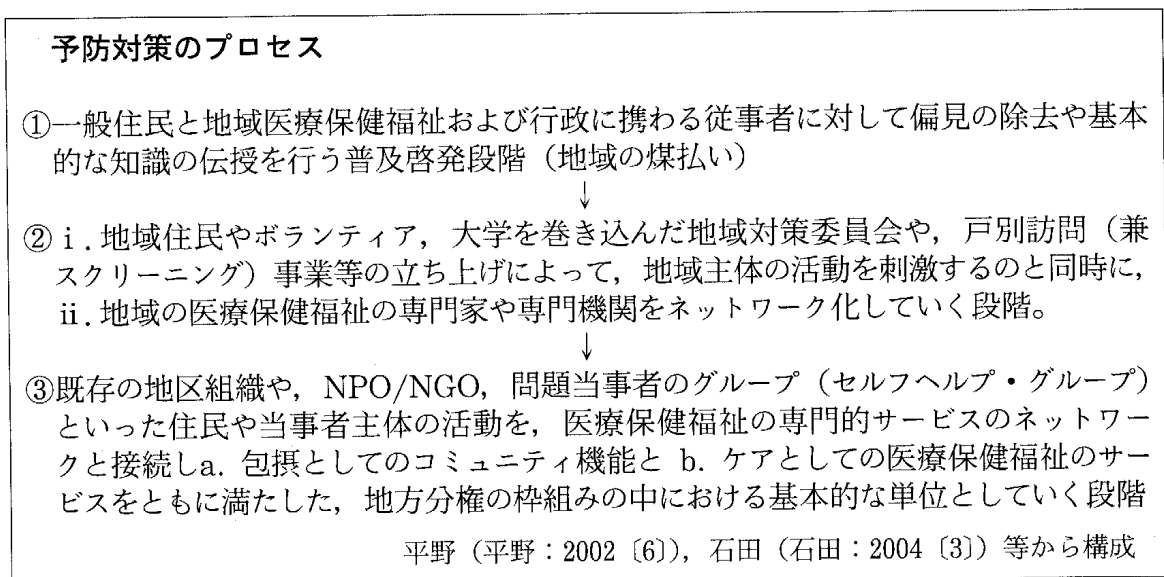
参考：主に自殺防止対策有識者懇談会（自殺防止対策有識者懇談会：2002〔1〕），平野（平野：2002〔6〕）

本稿では「生きがい・仲間づくり」と言い表せられる「コミュニティ支援・機能強化」の側面，特にセルフヘルプ・グループのかかわりについて論じる。

### 1.5. 対策の現状

一部の先進的な取り組みはあるもの予防対策は現在おもに行政主体で行われている。しかし地方分権化と問題当事者の主体的関わりが深まるにつれいずれ

表1 予防対策のプロセス



は地域主体へと変化していくと考えられる。このような観点からは予防対策はおおむね〔表1〕のようなプロセスを辿ると整理できる。

現在は、この表における①～②の段階にとどまっており、いまだ③の問題当事者の深い関わりの段階ではないと言える。

#### 1.6. 限界：現在提供されているサービスに不足しているもの

現在提供されているサービスには不十分な点がある。自殺未遂者の48%が精神疾患通院歴を持たない（伊藤：2004〔12〕）。また高次救命救急センターに搬送された128名の調査（2002年）でも、精神科に通院中の者は39%にとどまった。身体科には通院していたのが19%で、医療機関にまったく受診していなかったのが36%に上った（大塚ら：2004〔11〕）。2割の人が身体的問題の背後にあるうつに気付かれず、全体として半数を超える人びとが適切な処置を受けることが出来なかったということから、身体科医における意識向上策や、精神科医との連携および地域の医療保健福祉資源とのネットワーク化が更に実質的なものへと推進される必要がある。

大きなストレスを抱え自殺の危険のある人びとが、なかなかサービスに繋がりが切れていないという現状は、相当数の潜在的自殺未遂者が推定されるある地区の社会福祉事務所・保健所において、自殺未遂者の相談が非常に少ないと報告（根本ら：2004〔13〕）されていることからかなり広範な事実であるとみられる。社協・保健所における相談件数の少なさは i. それ自身のアクセシビリティ（接近性）の問題 ii. 自殺未遂者が最初に担ぎ込まれる病院等との連携不足が指摘されている（同上）。

#### 1.7. 展望：保健医療福祉のサービス（＝ヒューマン・サービス）をサービスの利用者中心にするボランティア・アソシエーション

既存のサービスの粗い網の目から多くの問題を抱えた人びとがこぼれ落ちている。利用者にとってはアクセシビリティの悪いサービスである。医療保健福祉のネットワーク化は未だ不十分である。しかしサービスの質はただ漫然と向上して行くものでなく、なんらかの形で利用者のフィードバックがあってこそ向上して行くものであろう。そういった意味で地域自殺予防対策に当事者意識

を持って参加するボランティア・アソシエーションが欠かせない。

### 1.8. 「うつ」段階での治療コミュニティの重要性

ところでボランティアな活動は以上述べたようなサービスへの参加だけでなく、本稿で問題とするコミュニティ支援・強化策としての「生きがい・仲間づくり」=コミュニティづくりそのものでもある。地域において問題を抱えた者は、問題そのものだけでなく、二次的障害としての長期にわたる人間関係や社会関係からのひきこもりないし退却をも抱えている。これら孤立と疎外の悪循環を抜け出せない人びとを回復に導き、いかに再び社会のなかで幸福を享受できるようにエンパワメントしていくかということが予防対策における基本的課題である。

### 1.9. 地区組織におけるコミュニティとボランティア・アソシエーションによるリベラルなコミュニティ

「生きがい・仲間づくり」として行われるコミュニティ対策には、老人会・婦人会といった既存の地区組織を中心とした、どちらかという古い基盤による地域コミュニティ振興策と、問題を抱えた本人達のセルフヘルプ・グループやボランティア・アソシエーションといった新しいコミュニティ振興策という二つの側面がある。

地域は包摂の基本的な単位であるが、しかしながらたとえば町内会をはじめとした既存の地区集団の復活ないし強化に強く依存することには問題がある。これらは行政によって上から押しつけられた下部組織としての性質と、地域住民を伝統的共同体的に丸抱えする性質を併せ持っており、しばしばボランティア・アソシエーションの活動にとって阻害的に作用した（岡：1995〔17〕）。多様な生のあり方が共生するリベラルな共同体の理念こそ、この既存の共同体のあり方を越える理念であり、これはさまざまなニーズや問題の共通性から生まれたボランティア・アソシエーションによって担われるものである。

### 1.10. 自殺予防対策における福祉コミュニティ概念

自殺予防対策を地域福祉論の中に位置づけると、リベラルな共同体理念を含

む岡村重夫の地域福祉論が注目される。セルフヘルプ・グループは彼の地域福祉論において「福祉コミュニティ」として位置づけることができる。原田および堀によれば、岡村は「福祉コミュニティ」を、一般地域コミュニティの下位集団として位置付け、下位集団とはいえそれは「同一性の感情」に基づく問題当事者のコミュニティとして、より大きな一般地域福祉のあり方（それは行政によって策定施行される）に対して主体的・対抗的に自己の立場を主張していくための基盤となる（原田：2004〔4〕）、（堀：2004〔5〕）。

つまり「福祉コミュニティ」は家族、会社共同体、隣近所といった一般コミュニティのもつ限界ゆえに孤立していった者を、社会に包摂およびエンパワメントすると同時に、そこに専門的・行政的サービスについての情報や評価を集積し、個人と専門家・施設中心の医療保健福祉ネットワークを架橋する「中間集団」として機能するようになると考えられる。

「福祉コミュニティ」の一形態として現れたセルフヘルプ・グループはうつや神経症の人びとが精神・神経科の問題を扱うさまざまな専門的・行政的サービス、あるいはその他のボランティア・アソシエーションについての情報を、実際に利用した人の声として得る場を提供する。このことによって利用者は、当該サービスが存在しているということ自体の情報はもちろんのこと、実際に利用するにあたって基本的な判断材料を得ることが出来る。

セルフヘルプ・グループへの参加は問題を抱えた本人を、援助サービスの単なる受動的・消極的な利用者から能動的・積極的な評価吟味をする厳しい消費者への変化を促す。これはサービスの質の向上とアクセシビリティ（接近性）を高めると思われる。

次章では、うつやその他の精神的重圧下にある人びとによるセルフヘルプ・グループの活動を取り上げ、その実際の活動とその効果を検証し今後の展望について述べる。



## 2. うつやうつ状態、その他のストレス状態にある人の居場所となるセルフヘルプ・グループ

### 2.1. 対象グループについて-「うつやストレスを抱えた人のためのセルフヘルプ・グループ」とは

某地区でうつやうつ状態、その他のストレス状態にある人の居場所となると思われるグループを2003年～2005年にかけて取材<sup>1)</sup>した。調査では少なくとも六つのグループをまわった。

ここで「うつやストレスを抱えた人のためのセルフヘルプ・グループ」として選んだのは病や障害を特定しない一般的な情緒的問題を扱うグループである。対象グループとして、家族を舞台とした情緒的問題を扱うグループもこの範疇に含みうると判断して組み入れた。いずれもAAで確立された「12の伝統」に連なるグループであり、問題に悩む本人たちによって運営され、匿名的であつ妨げられることなく自由に気持ちや考えを述べるいわゆる「わかちあい」を中心的活動としている。

グループのミーティングでは、職場や家族のなかで疲労困憊していること、過去の大きな心的外傷によるフラッシュバックに悩まされていること、引きこもりが継続していること、依存や障害に関する悩み、などがわかちあわれている。

「うつ」の症状それ自体をわかちあうというよりも、日常的なさまざまな「生きづらさ」を構成する物事に対する自分の気持ちや考えを表明する部分が多いようである。

グループには薬物依存・アルコール依存・摂食障害等のグループのメンバーも参加しており、ここから比較的問題を限定しない情緒的問題のグループは、ある種の他のより限定された問題のグループへと本人を繋げていくゲートウェイとしても機能していると考えられる。

### 2.2. グループの規模・会合頻度・場所

取材したグループは5～30人程度の規模であり、いずれも週に一回は会合をもっている。会場はカトリック教会が最も多かった。地理的には都市中心部か

あるいは住宅と工場がいきりまじった地域に位置しており、だいたい主要幹線駅から徒歩で10分程である。

### 2.3. グループの様態

発言は一回15分程度を限度とした輪番制をとっている。グループとしての正式なセッションが捌けた後に私的な会合がしばしば開かれる。またさらにグループ公式・非公式を問わず時折に花見や球技大会やバーベキューなどの集まりを持ちこれらは職場や学校、家族から孤立している者にとってまたとない人間関係を育む場となっている。

### 2.4. 某地区の3グループの特性表

今回比較的小規模なコミュニティとしてうまくいっているとみられたあるグループ（グループA）を中心に、グループBとグループCを比較対照として取り上げた〔表：2〕。

表2 某地域の3セルフヘルプ・グループ三様態分類表

	人数	流動性	情報交換の機会	リーダー <sup>2)</sup> の存在感
グループA	～20人	低	ほぼ毎週	適度
グループB	30人～	高	月一回（公式）	比較的小さい
グループC	～10人	定着率低	全員の同意	専制的

### 2.5. 人数

一般的に人数は最低が一人でも継続可能だが、実際には2～3人以下という状態が長く続くことはグループにとって致命的であると認識されている。グループBは会場収容人数の限界近くまで入ることがしばしばであるが、グループCでは二人しかいないということもあった。グループAでは継続的に参加しているメンバーが常に10人程度あり安定している。

### 2.6. 流動性

この種のグループで、グループBは地域最大であるが、新規参入組の多さ、頻繁には来ないメンバーや、一回ないし数回で来なくなる離脱組の多さという

意味で、同時に流動性も高い。とあるベテラン・メンバーは、このグループの特質は地区の中央駅に近いこと、全国規模で著名な専門家の運営する機関によって、この地区の代表的グループとして紹介されていること等による影響が大きいだろうとみている。グループCはグループ・リーダーの証言によれば、「だいたい一回来たら来なくなる人が多い」という定着率の低さを持っているようであった。

## 2.7. 情報交換の機会

情報交換の機会はむしろ「わかちあい」のセッションが終わった後の飲食店等の二次会でよくなされる。この点から見ると、グループAは頻繁な二次会が症状についての知識や医療をはじめとした様々なサービスについての豊富な情報交換の機会をもたらしていた。グループBはそれほど頻繁に行っていないが、月に一度公式の親睦会が同じ会場で開かれる。グループCでは、全員の参加の意思が確認された場合のみ開催される。

## 2.8. リーダー（グループを担っている者）の存在感

「リーダーの存在感」とは、「グループが誰かによって運営されているのだという感じ」とも言い換えられる。これは強力すぎても、希薄すぎても新規参入メンバーにサービスについての当事者意識を喚起しにくいと思われる。グループAでは初めてきた人には誰が設立者でだれがリーダーであるのかわからないが、次第にかなりきめ細やかな配慮を行きとどかせているリーダー（グループを担っている者）の存在に気付かされるという意味で適度である。グループBも同様であるが、グループの規模の大きさと流動性の高さが、たとえその存在に気付いたとしても、そこにコミットしにくい条件となっている。

## 2.9. コミュニティとして成り立つグループとは

鬱病等の当事者コミュニティとして機能させるためにはいかなる要件が必要か。以上のような整理の結果、比較的うまくいっているとみられたグループAには①適度なリーダーの存在感、②流動性が比較的low、運営をサポートするメンバーが多い、③二次会（情報交換の機会）の開きやすさ、という特性がみ

られた。

### ① 適度なリーダーの存在感

グループAでは、設立に中心的な役割を果たし、いまでも継続的に関わっているベテラン・メンバーが、控えめに一メンバーとして振る舞っていた。しかし序々に彼らは、かなり熱心にグループの運営や、他のグループやボランティア・アソシエーションとの関係構築に関わっているということがわかった。

これはいささか過剰な存在感を示すリーダーのグループCとははっきり区別される。グループCでは「わかちあい」のセッションもリーダーが介入的にコメントを差し挟む雑談風になることがあり、「ききっぱなし、いいっぱなし」という形態が必ずしも守られていなかった。

「わかちあい」の場面では本来会話の内容は後景に、気持ちのわかちあい、場の共有がもたらす安心感というものが前景にあらわれることによりその機能を果たす（平野：1995〔18〕）と言える。グループCでは、会話の言葉が前景に出てしまい、気持ちのわかちあい、場の共有、そして「コミュニティの感覚」を形作る安心感といったものが後景に退いてしまうという傾向があった。

### ② 流動性が比較的低く、運営をサポートするメンバーが多い

グループはある程度のメンバーの継続性が確保されていないと、コミュニティとしての感覚を育みにくいと思われる。またそれだけでなく、メンバーの継続性はグループを維持していく上で欠かせないマンパワーの安定的供給をもたらす。この点においてグループAは流動性が低く保たれていることにより、そのコミュニティの質と安定性が確保されていると言えるだろう。

比較対照としてのグループBは地域における最大規模のグループであるが、にもかかわらずその存続に対して運営者は強い危機感を抱いている。あるベテランのメンバーによれば、このグループは比較的専門職によく知られているため絶えず新しい人が流入してくるが、離れていく人も多いということである。これは問題が深刻な人が多く、いつも暗めであることが、次回も来ようという気持ちに差し障っているのではないかということである。「数ヶ月で数十人単位の新規参入組が来るのではないか」とも言われているようにグループBは流動性が非常に高いことに特徴付けられる。そこに付随して継続的に運営に関わるメンバーが不足し、それが数少ない運営に関わるベテランと、「自分たちで

担っている意識が薄い」メンバーとの乖離という事態を引き起こしている。

グループBについてももう少し述べると、ここにはある悪循環が作用している。それは(1)運営を担うメンバーが不足→(2)役割が過重に見える→(3)ますます担いたがらない→(1)運営を担うメンバーの不足というものである。ベテラン・メンバーはだいたいのところこの悪循環を認識している。グループについて逆の見解を持つ者もいる。「役員の当番が比較的固定しておらず、交替で担われていて“良い雰囲気”を保っている」というものである。

この意見について「確かに司会などの（比較的気軽な役割）は毎回いろんな人が担ってくれているが、（一番大変で中核的な）運営は、相変わらずごく僅かな人数のメンバーのみで担っており、負担になっている」と危機感を抱いているほうのメンバーは述べ、その認識はある意味サービスを利用するだけにとどまっている人のものであるとの見解を示した。

グループAは継続的に参加するベテラン・メンバーの占める割合が大きく、しばしば「ここに居合わせているすべての人がグループの一通りの業務をこなす能力がある」という状況が出現する。彼等継続的メンバーはお互いに一緒に食事をしたりお喋りをしたりする経歴を積み重ねてきており、またこれからもそうするであろうと思わせるところがあるが、これは次に述べる二次会の開きやすさに負うところ事が大きい。

### ③ 二次会の開きやすさ

グループにおける「わかちあい」を公式な一次会とすると、二次会は本会とは無関係な私的な会合である。既に述べたように、情報交換の機会はむしろこの二次会でよくなされる。また人間関係を育む上で重要な働きをする。参加は任意である。

グループAは、上記①、②、といった良条件がすでに備わっているが、そこに二次会はおおきな役割を果たしている。グループAはとくに二次会の頻繁な開催を特徴としているが、そこに会場としてほとんど常に選択されるとあるレストランのもつ雰囲気や位置的条件が少なからず関係している。

この店は決して宴会風に流れることのない落ち着いた雰囲気を持っている。グループの人数が多くても20人未満であることのほうが多いが、この人数を収容できる程度には大きなレストランである。またメンバーのほぼ全員が「わか

ちあい」の会場からの帰り道すがら主要駅に向かってしばらく一緒に歩くことになり、その途上にこの店があるというのも幸いしている。店の前に立ち止まって、参加したい者、話しあいたい人同士で店に入っていく、後の人は帰っていくという具合である。

グループCの場合都市の中心区画に位置し主要駅が会場周辺に分散しており、また地元住民が多く、それゆえメンバーは会場を出たとたん四方八方に散っていく。さらに「噂をされていると思う人がいるかもしれないから」という理由で全員参加以外に二次会は開かないほうがよいというリーダーの意向があり、これを破ってまで二次会に誘いにくい雰囲気がある。

## 2.10. 結果

グループが「生きがい・仲間づくり」としてのコミュニティとして成り立たせる最も重大な要素は、グループの運営に当事者意識を持って関わるメンバーが継続的に参加していることであり、そのことによってグループのサービスが行きとどき、グループの質が上がりそれがまたメンバーのコミットを高めるといふよい循環を持つことであると思われる。

継続性を左右するのは、二次会の開きやすさと関係している。というのも、二次会は人間関係を育むうえで中心的役割を持っているからである。そこにはリーダーの存在感が、本来私的で任意である二次会開催の当否を左右するまでに強くないこと、また意外にも二次会会場として適当なよい雰囲気を持った継続して利用できるような条件のそろった喫茶店ないしレストランがあるという要因も影響を及ぼしている可能性がある。

## 2.11. 限界：現在“うつセルフヘルプ・グループ”が抱えている限界。

### 1. サービス提供能力の限界

グループの提供するサービスに恩恵を受けたと感じるメンバーが、ほかの出来るだけ多くの同じような立場の人びとにもこのサービスを利用してもらいたいと思ったとしても、①広報活動自体のコスト（チラシを刷ったり、他の専門施設やグループと連絡を取ったり、問い合わせや苦情に対応しなければならないかもしれないといったことなど）、②広報活動がひきおこす流動性の高まり、

③ある意味各方面から「丸投げ先」として認識される可能性、などの問題が現に今保たれているコミュニティにとって破壊的に作用する可能性もあるため積極的には行えないという事情がある。

現に、グループBでは、人数が会場収容限界に達しているためほかのグループを紹介するサービスを始めようという案が出たが、他グループの運営状況について最新で的確な情報を常に把握している必要があるなどの作業と責任の増大や、流動性の増大を嫌う他のグループ（特に真っ先に思い浮かべられたのがグループAの）リーダーの反発が予想されたため、現時点では無理と判断し立ち消えとなった。

ここには「他のグループに紹介する」というサービス一つとっても、①最新情報にアップデートする作業、②的確な情報をメンバーに伝えなければならないという心理的負担、③紹介先のグループのメンバーによる紹介が望ましいと思っていたり、あるいはこれ以上人数を増やしたくないと思っていたりするグループもある中で、それらのグループをどう公式な形で紹介していけばいいのか等の試行錯誤に悩まなければならない、といった様々な問題課題があることがわかる。

## 2. 容易にネットワークに組み込みえないこと—グループによっては流動化を好まない

グループBがグループAと連携をとろうとするとき、流動化を好まないグループAの立場と衝突する。

セルフヘルプ・グループには社会的政治的運動体としての側面と、安心できるコミュニティとしての側面があり、前者が強まると後者が弱まっていくという傾向がある。グループAのとっている立場は、コミュニティとしての安心感を損なってまで、グループが担いうるサービスの提供の範囲を広げていこうとは思わないというものである。

グループBは必要に迫られて、他の類似のあるいはより最適な他のグループに繋がれるようなパイプラインを作ろうとした。そういったサービスの拡大を思いとどまらせた要因の一つに、他グループの反発（が予測されること）であった。

自殺予防対策にこれらのグループを組み込もうとする際に、同様の問題に直

面することが予想される。これらの問題を根本的に形作っていると考えられるのは、ニーズに比してグループ数が少ないことと、その数少ないグループに担いうる限界を超えたアクセスがあることである。

従って、ひとつのグループが満たしうるニーズには限界があるものの、グループの絶対数が、あらゆる地域の潜在的うつの人びとを吸収するに足るほど増大したならば、実質的な担い手として機能していくと考えられる。

## 2.12. 展望：セルフヘルプ支援センターにたいする支援－普及啓発と機能強化

ここに大きく関わってくるのがセルフヘルプ支援センターである。セルフヘルプ支援センターの役割は、自分の抱えるさまざまな問題を、同じ問題を抱えた仲間と一緒に取り組んでいきたいというニーズを形にするべく存在している。具体的には、電話やインターネット上の窓口寄せられたニーズを判断し、そのニーズに見合ったグループに本人を繋いでいくことを基本的業務としている<sup>3)</sup>。あるいは新たなグループの設立支援や、すでに活動しているグループを維持していく上でのノウハウを運営者にアドバイスしたり、運営者としての悩みをわかちあうミーティングを設けたりするなどメンタル面での支援もおこなう。

このようにセルフヘルプ支援センターはセルフヘルプ・グループの数を増大させ、個別のグループの活動の支援に（要請がある限り）専門的に関わっていく機関である。

セルフヘルプ支援センターのサービスには、あくまで「援助なしで、本人で」やっていこうとするセルフヘルプ・グループへの支援という矛盾をはらむ。それ故に、介入的になることが出来ない「応答性の原則」<sup>4)</sup>（岡：1995〔17〕）に拘束されている。センターはグループのメンバーがセンターに問い合わせたり、センター主催の定例会やワークショップに出席したりすることを待っている必要があるという意味で限界を抱えている。

支援センターにとって、己の存在を知らしめていくことが欠かせない。実際に、ある支援センターのスタッフの述べるところによれば、業務はマスコミに報道された直後とそれに続く数週間に、非常に忙しいものとなるという。これは潜在的ニーズの多さを示すものといえるだろう。だが、この間ボランティア・スタッフは鳴りっぱなしの電話に、時には一人でひっきりなしに対応すること



を求められる。

従って支援センターの存在の一般的認知と、それ自身の処理能力を高めるようななんらかの支援が与えられていくことは、支援センター自体の役割を十全なものにしていくために必要不可欠であるといえる。

一般的に、ボランティア・アソシエーションの活動も、「行政の最初の一蹴り」（清水：2004〔8〕）が効果的に作用すると考えられる。平野らの調査によるF町の事例（平野ほか：2002〔6〕）では普及啓発や問題に関わる人びとを集めた会議やイベントの開催といった事業をきっかけとして住民主体の組織が生まれた。

自殺遺族サポートグループの取り組みを取材した清水新二も、なかなか軌道に乗らない各地のグループの現状をみて、もはやマンパワー育成は弱小グループの個別的課題ではなく、各グループにおける共同課題であり、その共同課題遂行のための合同スタッフ研修セミナーの開講等に行政が支援していくことが期待されるとしている（清水：2004〔8〕）。

適切な行政の関わりはむしろボランティア・アソシエーションの活動を促進すると思われるが、これはセルフヘルプ・グループにおいてはセルフヘルプ支援センターへの行政的支援という形をとる。

個別のセルフヘルプ・グループへの直接的な行政的支援は多くの問題を孕むが、支援センターへの援助にはより問題が少ない。それは支援センターが、特定の自助グループへの偏りをなくし財的資源をまんべんなくゆきわたらせる「じょろ（如露）」としての機能を果たすからである（岡：1995〔17〕 ← Januschewski & Jakubowski〔1991〕 p. 308）。

## 2.13. おわりに

「セルフヘルプ」には個人的自己救済という側面と、個人的対処の能力を高めるための、仲間との問題共有という側面がある。その意味で、「厚生労働省の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」（自殺防止対策有識者懇談会：2002〔1〕）に見られる、職場や地域・学校における「共助の感覚」や「セルフケア」の言及は、ひとことで「セルフヘルプ」への言及だといえることができる。

本論は、その「セルフヘルプ」が実践される当時者のコミュニティとして、セルフヘルプ・グループを、自殺予防対策のなかに位置づけたものである。

### 参考文献

1. 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平成14年12月 厚生労働省 自殺防止対策有識者懇談会, 2002.12
2. 厚生統計協会：国民衛生の動向, 2004
3. 石田路子：地域社会における自立支援システムについて－日本の福祉構造改革と自助・互助・共助および共助－：社会学紀要：奈良女子大学 第11号, 2004
4. 原田正樹：地域福祉計画と地域住民の主体性に関する一考察－岡村理論を手がかりにして：都市問題 第95巻第7号, 2004.7
5. 堀崇樹：福祉コミュニティ論の展開と現代的課題：社会学論叢, 日本大学社会学会 No. 153, 2004.7
6. 平野かよ子ほか, 国立保健医療科学院公衆衛生看護院「地域における自殺予防対策事業への取り組みに関する調査」, 2002
7. 清水新二 中高年男子うつ病対策をこえて－もう一つの自殺問題－ 臨床精神医学 33(12) 1529-1546, 2004
8. 清水新二：遺族及び民間の地域サポート活動に関する社会心理学的研究－自死遺族サポートグループの展開と課題に関する研究－：分担報告書：自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究：平成16年度厚生労働 科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）, 2004
9. 斎藤有紀夫：いのちの電話における自殺防止：臨床精神医学 33(12):1549-1554, 2004
10. 大野祐, 坂本信士, 田中江里子：地域における自殺防止対策：臨床精神医学 33(12):1561-1564, 2004
11. 大塚耕太郎, 酒井明夫, 大野祐, 黒沢美枝, 智田文徳, 中山秀紀, 星克仁, 関合征子, 松川久美子, 稲田昌博, 橋本功, 長岡重之, 深瀬享三：中高年の自殺とその防止対策：臨床精神医学 33(12):1565-15675, 2004
12. 伊藤敬雄：救命救急センターにおける自殺未遂者の精神医療と自殺防止対策：臨床精神医学 33(12):1585-1589, 2004
13. 根本嘉昭, 安藤美由紀, 今井美由紀, 熊野敦子, 鈴木孝典, 中野美智子：自殺予防における援助機関のあり方に関する研究－自殺未遂者の援助機関のあり方に関する研究－：自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 分担報告書：平成16年度厚生労働科学研究補助金（こころの健康科学研究事業）, 2004
14. 谷畑健生, 藤田利治, 尾崎米厚, 黒沢洋一, 簗輪眞澄, 畑栄一：自殺と社会背景としての失業：第50巻8号「厚生」の指標, 2003.8

15. 高橋祥友：中高年自殺－その実態と予防のために：東京：筑摩書房，2003
16. 松野弘，伊丹謙太郎：転換期における地域集団への視点と方向性－地域社会の再編成と新しい公共的担い手の役割－：日本大学社会学会 社会学論叢，2003
17. 岡知史：セルフヘルプグループ（本人の会）の研究第5版：（自費出版），1995
18. 平野かよこ：セルフヘルプ・グループによる回復－アルコール依存症を例として－：川島書店：1995

## 註

1) うつ病やその他の精神的重圧を背負っている人びとが多く集まっているグループを事例として取り上げた。グループに取材したものをを用いるうえで、個人を特定しうるような部分を用いず、証言的に用いる場合も適宜内容を言い表す抽象的表現に言い換えた。これは証言した本人および調査者の安全を確保するためである。

この「わかちあい」で発言された言葉は一切コメントを差し挟んだり、またセッション外で個人が特定できる形で言及されたり、また書き留められたり、外部の者に話されたりしてはならないことを約束させられる。グループのメンバーとしてグループについて言及するときは、あくまで一意見として述べることが求められる。これはグループに確保されるべき最低限の安心感を守るためである。本稿の文章はその点に配慮している。

2) グループ内には地位の上下がないことはいうまでもないが、ここで「リーダー」とは、事実上グループの中核的運営を継続的に担っているベテラン・メンバーを指すことにする。従って個人を指すこともあるが、複数のベテラン・メンバーをも意味している。

3) 支援センターは先程述べた「どのグループに繋げて良いのか」というグループのネットワーク化にまつわる繁雑な作業を代行する。

4) 問題を抱えた本人からの要請があった場合にのみ支援や情報を提供する原則。