

第4章

社会資源の理解と活用

第4章 社会資源と理解と活用

第1節 精神科領域との連携

1 はじめに

ソーシャルワークにおいて社会資源を知り、活用できることは、自殺予防に関しても重要である。本章では精神科領域の医療ならびに保健福祉との連携について述べる。

2017年7月に改訂された自殺総合対策大綱（厚生労働省，2017）は以前のものに比べ、精神科領域の問題よりも社会的要因に重きを置いた記載になっているが、基本理念に「自殺の背景には、精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会的要因がある」との表現を採り、基本認識の中でも、自殺行動に至った人の直前の心の健康状態として、抑うつ状態にあったり、うつ病、アルコール依存症等の精神疾患により正常な判断を行うことができないことが述べられている。また、基本方針でも関連施策との有機的な連携の具体的な項目として「精神保健医療福祉施策との連携」を置き「自殺の危険性の高い人を早期に発見し、確実に精神科医療につなぐ取組に併せて、自殺の危険性を高めた背景にある経済・生活の問題、福祉の問題、家族の問題など様々な問題に包括的に対応するため、精神科医療、保健、福祉等の各施策の連動性を高めて、誰もが適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする。」と述べている。さらに「自殺や精神疾患に対する偏見をなくす取組を推進する」の項目では「全ての国民が、身近にいるかもしれない自殺を考えている人のサインに早く気づき、精神科医等の専門家につなぎ、その指導を受けながら見守っていけるよう、広報活動、教育活動等に取り組んでいく。」との記載も有る。海外の心理学的剖検からのデータでも、自殺の直前に何らかの精神科診断に該当しなかった人は4%に過ぎなかった（ベルトローテ，J.M. 各国の実情にあった自殺対策を 自殺予防総合対策センター，2007）。

本節では精神保健医療福祉のうち、医療機関との連携を中心に述べる。精神科領域の問題は「様々な悩みにより心理的に追い詰められた結果」としての「自殺行動に至った人の直前の心の健康状態」として重要であると共に、その「様々な悩み」の要因となっている事例も多い。後者についても精神医学的な診断ならびに治療が適切に行われると、自殺へと追い詰められる危険性が減少する。すなわち精神科医療との連携は、自殺リスクへの危機介入としてのものと、早期発見・対応によって生活の質を維持できるようにするためのものの両者が有る。

なお、一連の施策の中でしばしば言及される「ゲートキーパー」は、一般の生活者のレベル、自殺リスクを抱える人に対応する機会が比較的多いと考えられる職責にある人達のレベル、自殺対策に関連する何らかの分野の専門職のレベル、と分けて捉える場合も有る。精神科には、うつ病、双極性障害、各種の依存症など自殺リスクの高い疾患のクライアントも受診するため、精神科医療従事者はしばしば専門職として扱われるが、一般的には自殺対策に特化したトレーニングを受けている訳ではないのが現状である。さらに近年は研

修が精神薬理学的な部分に偏る傾向にあることも指摘されており、しかも受診者数の増加とともに診察時間も短縮されているので、たとえば社会的要因や生活の実情を評価できるといったことは、全く担保されていない。なお、精神科の診療は時間をかけて話を聞くもの、とのイメージを持たれがちであるが、たとえば通院精神療法は保険点数上、診療時間「5分以上」が基準であり、30分以上などでは僅かな加算が付くが、時間をかけて面接すると経営を圧迫する。以上から、精神科医療に繋いだ後も、多くの例ではソーシャルワークの観点からのサポートを継続するニーズが有る。また、精神科外来は予約制を採る医療機関が増え、初診予約までに数週間を要することも多くなっている。

2 精神科医療の対象と精神科での主な対応

(1) いわゆる「精神病圏」の問題

従来の疾患概念では、主な病態が脳の損傷（頭部外傷、低酸素性脳症、中枢神経系感染症など）や変性（アルツハイマー病、レビー小体病、各種の脊髄小脳変性症など）によるものを「脳器質性精神障害」、脳に作用する物質（カフェイン・ニコチンや覚醒剤などの中枢刺激薬、アルコール、精神科領域の処方薬、副腎皮質ステロイドホルモンなど）によるものを薬剤性精神障害、身体疾患が脳に作用するもの（甲状腺機能の異常、クッシング症候群など）を症状性精神障害、脳機能の変容が主な病態と位置付けられて来たもの（内因性うつ病^{注1)}、双極性障害、統合失調症など）を「機能性精神障害」とし、以上を「精神病圏」と括っていた。また、情緒や心理行動の内容に偏りが生じて生活上に支障を来すものを「心因性精神障害」などと分類し、各種の癖や習慣の問題とともに「神経症圏」として来た。近年は検査技術の進歩で脳の変化が広い範囲の精神疾患で検出されること、神経症概念の診断は患者の心理機制についての医師による解釈を含み、診断の客観性を重視する操作的診断基準^{注2)}になじまないため回避して操作的診断されることなどから、このように分類されることは減ったが、対応の方向性の理解には有用である。

上記の「精神病圏」の問題に対し、精神科医療では診断し、身体医学的な診断治療を要するものは必要に応じて他科への紹介した上で、適宜、精神科的な薬物療法などを行う。しかしたとえば依存症では、本人の行動変容を促す必要が有り、セルフヘルプグループや相談支援機関、依存症に専門性の高い精神科医療機関へ繋ぐこと、などが重要になる。

注1) 脳の機能変化が一次的な原因で、抑うつ状態が生じるもの、という疾患概念。現行の操作的診断が一般的になる前は、単に「うつ病」というと、内因性うつ病のことを指すことが多かった。

注2) 原則として表面的に生じている認知行動上の問題のみから一定の基準に沿って診断分類を定めるという形の診断基準。精神科領域ではWHOによるICDや米国精神医学会のDSMなどが代表的。

(2) いわゆる「神経症圏」の問題

心理学的な機序も含めた診断作業になる。現在の診断基準での「うつ病」には、従来は神経症に分類されていた「抑うつ神経症」「反応性うつ病」などに相当するものも含まれる。治療の中心は、不安や問題行動が生じる理由や仕組みを本人と共有しつつ、本人による工夫も含めた環境調整と、本人の捉え方の調整を行うことである。薬物療法は補助的なものと位置付けられるが、抗不安薬や選択性セロトニン再取り込み阻害薬などが用いられる。前者の作用機序はアルコールと大差なく、習慣性や依存性が問題になる。処方される睡眠導入剤の多くも同系統である。後者はセロトニン作動性神経系、すなわち刺激が神経細胞間での間隙を伝わる際に、神経伝達物質としてセロトニンが使用される神経システムの、神経伝達を強める作用によって、抗うつ効果をもたらすと共に、ノルアドレナリン作動性神経系やドパミン作動性神経系の過剰な反応を抑制することによって不安を抑制する。依存性は無いが、急な中止では耐薬症状によって不安などの症状が生じること、特に若年者では自殺企図を増やす可能性が指摘されていることに留意が必要である。また、気分変動を悪化させ、躁うつ混合状態^{注3)}を惹き起こすことも有る。処方が治療上の有用性に基いていることは言うまでもないが、処方が却って自殺リスクを増やす場合も有り得るので、日常の様子を家族や関係者が適宜、担当医に伝えることも必要である。

^{注3)} うつ状態の特徴と躁状態の特徴が同時に併存している状態を指す。うつ状態による悲観的な認知の歪みと、精神運動興奮による行動の亢進が重なるため自殺リスクが高い。

(3) 危機介入

精神科医療には、本人の意思に反して身柄を保護し得る枠組みも有るが、人権に配慮し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）の範囲内かつ必要最小限に留められる。すなわち精神科医が恣意的に入院を強要することは許されない。また本人の自発的な同意を得ることは治療上も意義が大きい。精神病床への入院は精神保健福祉法上、任意入院の他に、非自発的入院として措置入院、医療保護入院などが有る。他に心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）による入院が有り、医療観察法病棟に処遇されるが、これは保護観察所などが関与して環境調整も含めた濃厚な支援が行われるため本稿では触れない。

任意入院は本人が入院やその必要性について理解し主体的に同意して入院する。

措置入院は精神保健指定医（以下、指定医）2名以上が診察した結果、精神障害者であり、かつ医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれがあると各指定医の判断が一致した場合に限り、国などの設置した精神科病院または指定を受けている精神科病院へ、都道府県知事または政令指定都市市長の権限で入院する。急速を要する場合は72時間に限り、指定医1名の診察結果の基づく緊急措置入院も行われる。

医療保護入院は指定医 1 名以上によって、医療ならびに保護のために精神科病棟への入院が必要であるが当該精神障害のために任意入院が行われる状態にないと判定された場合に、家族等^{注4)}のうちいずれかの者の同意によって入院させることができる。その家族等がない場合またはその家族等の全員が同意または不同意の意思表示ができない場合は、市町村長の同意によって医療保護入院が行われる。指定医または特定医師が、医療保護入院に相当する状態であり、かつ急速を要すると判断したが、意思表示を行える家族等の誰とも一時的に連絡がつかない場合は、前者では 72 時間以内、後者では 12 時間以内に限りて応急入院を行うことができる。

入院中の行動制限としては、閉鎖処遇、隔離、身体拘束、通信制限が有る。閉鎖処遇は閉鎖病棟への入院を指す。任意入院でも本人の希望に抛らずに閉鎖処遇が行われる場合が有るが、原則として短期間に限られる。病棟運営上の都合や本人の希望などによって、開放的な処遇に努めつつ閉鎖病棟に入院する場合も有る。隔離は本人の病状によって病棟で他患者と過ごせない場合に行われる。身体拘束は他の方法では本人の安全が保てない場合にのみ行われるが人権上の問題が大きいとため、頻りに評価を行いつつ最小限度に留める。近年は精神科病棟へ入院する高齢者が増え、転倒防止や身体科医療的処置などのために部分的な身体拘束を要する事例が多くなっている。

危機介入のための入院では、本人の状態に応じて精神保健指定医や隔離室が必要となり得るため、これらの体制が整わないと困難な場合も多い。近年は国の精神科救急医療体制整備事業もあり、多くの自治体で 24 時間精神医療相談窓口や精神科救急情報センターが設置されている。また、受診援助なども含めて精神科医療に繋ぐ役割は保健所が担う部分も大きい。しかし精神科医療機関が診療している事例については自院で入院の受け入れ先を探すというルールのある地域も有る。精神科医療機関の立場としては、診察して緊急に入院が必要であった場合に入院の受け入れ先を探すのに難渋し得ることも、紹介を受け入れることのハードルの一つになっている。精神科医療へのアクセスし難さについては、これらの事情も踏まえて対応することが必要である。

^{注4)} この法律で「家族等」とは、当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人をいう。行方の知れない者、当該精神障害者に対して訴訟をしている者またはした者並びにその配偶者及び直系血族・家庭裁判所で免ぜられた法定代理人・保佐人又は補助人、成年被後見人又は被保佐人、未成年者を除く。2014年の精神保健福祉法改正で保護者制度が廃止され、医療保護入院時は「家族等」のいずれか 1 名の同意によって可能とし、その家族の破産歴や非自発的入院中であるか否かなどは問わなくなった。入院継続に関しては家族等の同意でなく病院側の判断に抛ることになった。家族等が退院を求める際にも、都道府県知事もしくは政令指定都市市長に、精神科病院の管理者に対し、その者を退院させることを命じることを求める「退院請求」を行う。

3 精神科保健・医療への紹介

(1) 精神疾患に対処するための一般的な心得

こころの病気は脳という臓器の不調の問題で、どんな性格の人でもかかり得るという理解を持つ。偏見のある態度は精神保健の問題を持つ人に伝わる³⁾。また、本人の要求と実際のニーズが異なる可能性にも留意を要する。例えば、辛い気持ちをいつでも聞いてほしい、という要求を満たすことが有益とは限らず、辛さの要因への解決策を検討することが必要、といった場合も有る。また話が止まらない場合の工夫として、二者択一の質問で話を交通整理する、共感的な態度を保ちつつ必要な事項の確認に話題を切り替えたり、目の前の話が後で傾聴することを伝えて話題を変える、といった技術も必要になる（自殺予防総合対策センター『いきるを支える—精神保健と社会的取り組み相談窓口連携の手引き』第4章（pp13-16）、自殺予防総合対策センター、2011年）。

(2) 精神保健・医療への紹介が必須な状態

以下のような場合は自殺予防の観点から精神保健・医療の必要性が大きい。

①自殺未遂

最近の自殺未遂は最大のリスク因子とされている。自殺未遂後の段階で、再企図の危険性や精神科医療の必要性、その緊急度の判断は難しいが、二次救急までの医療機関の中には、自殺企図に至った要因の評価や支援を行う体制が不十分で、身体的に速やかな回復が得られると家族などに引き渡すといった対応になっているところも多い。再企図リスクの評価には、医学的に生命の危険が大きい手段であったか否かのみでなく、本人の意図や認識がどうであったか、という点も重要である。自殺未遂者への支援の詳細については章末で述べる。

②自殺をほのめかす言動が確認できる

これは家族などの陳述から判明する場合も含む。「死にたい気持ちを出す人は実際には死なないもの」といった誤解が広く存在すること、ならびに実際には自殺のハイリスクであることが指摘されている。死にたくない気持ちは有って揺れていることを示すサインと捉え、支援に繋ぐ。「死にたい」「消えたい」「いなくなりたい」自分さえいなくなれば・・・といった直接的な表現に限らず「遠くへ行きたい」「今まで有り難う」等の発言も自殺を示唆するものと捉える。自分のメモなどに「死ね!」「もう終わりにする」といった走り書きをしているのが「偶然に」家族などの目に留まる、といった形で表面化することも有る。自殺に使用されがちな道具の準備、「形見分け」の行動、身辺整理、放浪、などの行動も要注意で、最近では、自殺サイトの閲覧、自殺ハイリスク地の検索、メール内容やネットの書き込みに死を連想させる内容が見られることも有る。いのちの電話などの相談電話へ通話を試みていること等も手掛かりとなる。

また、自殺を考える可能性が想定されるような社会的状況にあつたり、次項のうつ病などを疑うべき状態を呈していたりするクライアントについては、希死念慮について具体的に質問することも重要である。質問しやすい文脈の一つとしては、社会的状況をどのように捉えているか、という観点から、気持ちの問題として、そのような状況で、そのように考えて、死にたい気持ちになったりしているか、自殺を考えるほどに追い込まれた気持ちになってはいないか、といった質問の仕方が挙げられる。なお、一般論的なニュアンスを持った質問の後、反応に応じて精神保健医療領域の支援へスムーズに繋ぐには、そのクライアントを個別的に大切に思って心配する担当者側の気持ちが伝わることも必要である。

③うつ病が疑われる様子がある

これは従来うつ病と概念の拡大したうつ病の両者ともに問題である。また統合失調症に関連するうつ状態も同様の症候になり得るが、うつ病による妄想と区別するのは精神科医療の役割であり、いずれにしても精神科領域の専門家への紹介が必要な状態である。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、涙ぐむ、やる気がない、そわそわして落ち着かない、自分を責める、眠れない、食欲がない、などが挙げられる。

④躁状態が疑われる

躁状態の場合には、本人は問題と感じずに家族が相談に来る場合が多い。双極性障害、特に躁うつ混合状態を来している際は自殺リスクが高く、緊急性が高い場合も多い。

急に浪費が激しくなった、無理な事業計画や発明に失敗して債務を抱えた、今後も色々な活動に手を出そうとしている、睡眠時間が短くなった、気が大きくなった、他者についての論評が増えた、早口で大声になった、状況に合わない爽快気分、易怒的、などの場合には、躁状態の存在を念頭に置く必要がある。

⑤各種の依存症が疑われる

アルコール、薬物、ギャンブル、買い物、など。依存症も自殺リスクの高い精神疾患であるが、本人が問題を否認することが多い。

アルコール依存は、病的酩酊のエピソードや、相談時の臭気などから積極的に疑う。相談内容のストレスで依存症の傾向が生じることも、それ以前からの問題も場合も有る。

経緯の不明確な支出や借金からは、ギャンブル依存や買い物依存も念頭に置く（長崎県自殺総合対策 相談対応のための手引き集 借金・経済問題への対応 第1巻（2010年12月））。

借金問題で家族が相談に来られ、背景としてギャンブル依存や買い物依存などの依存症が疑われるような状況の場合、債務者の借金の実態も把握が困難でパニックになっているのが通例であり、まずは冷静になって頂くよう努める。依存症については日頃から念頭に

置いて積極的に疑う習慣にしないと見落としがちであるが、そのような視点から可能性が考えられる場合には、専門機関と連携する。従来は「底つき」すなわち社会的な困窮を極める状態になって本人が自発的に治療を求めるに至って初めて治療が可能になる、との考え方に立つ精神科医も多く、精神科医療機関でも依存症については門前払いに近い対応もしばしば見られた。最近では公的な相談機関である保健所や精神保健福祉センターで積極的に相談対応を行うところも増えたが、精神保健医療福祉サイドの対応には現在も地域差が大きく、不十分さが指摘されることも多い。依存症の種別毎に自助グループも有り、地域にもよるが、家族や本人の相談に応じて頂ける場合がある。

依存症は病気であり、治療せずに借金を解決することは、借金と問題行動の反復を可能にして悪化の要因になる。問題行動の反復を可能にする方向に作用してしまうことをイネープリング、結果としてそのような役割になってしまっている人物をイネーブラーと呼ぶ。

家族などには、家族の常識／良識的な対応が災いする部分について説明する。すなわち、債務者本人の生命を守るためには、債務者の抱える借金の連帯保証人や保証人にならないこと、借金の肩代わりをせず債務者に相談窓口まで来るよう促して借金を整理させること、が重要であり、援助するならば、債務整理手続きの費用を代わりに支払う、といった形にするのが妥当である。

(3) 精神保健領域の対応を検討すべき状況

医療等のニーズを直接的に示唆する上記のような状態像自体が無くても、一定の社会的状況などでは精神保健領域の専門機関への相談や紹介を検討する。

①実際の状況から精神科医療ニーズが想定される場合

深刻な借金・経済問題は、強い不安や心理的な落ち込み、うつ病、不眠、アルコール依存など、精神保健の問題を伴う場合が多いため、債務整理などの経済的な対処に関する説明を行うとともに、精神保健上の問題も検討し、必要な支援に繋いで保護因子高め、さらに専門性が必要になった場合の支援機関も案内して置くことが望ましい。

②相談が精神疾患による影響を受けている可能性が想定される場合

相談内容に比べて過剰に深刻な捉え方になっている場合は、うつ病による「認知の歪み」によるものも考慮し、睡眠や体調、気分も質問し、状態に応じて身体科か精神科へ繋ぐ。

③多重債務者

多重債務は法改正で減少した。法律相談などの会場で精神保健福祉相談を受けると、DV被害、配偶者の精神疾患疑い、実家との関係悪化などが多い現状である。

社会的な大変さにも関連して、高血圧や糖尿病などの慢性疾患のコントロール不良や、うつ病、不眠症などの問題を併せ持つ事例も多い。多重債務の背景に依存症もあり得るこ

とは上記の通りである。法律相談、福祉制度の案内などに加え、状態に応じて適宜、内科などへ受診案内もしくは紹介すると共に、気持ちの問題については希望に応じて対面か電話かといった要素も勘案しつつ市町村や都道府県の精神保健領域の相談機関、精神科医療の救急や相談のシステム、精神疾患に伴う行動上の問題については警察生活安全課なども含めて、地域の実情を把握した上で案内する。

④他の、自殺リスクが疑われる人の発見と連携の例

周産期から乳児の医療・健診・訪問などでは、産後うつ病や産褥期精神病に注意を払い、精神科医療や支援体制に繋ぐ仕組みを構築している。学校等でのいじめ被害については、加害生徒もハイリスクである。学校や教育関連の相談機関で早期発見・対応に努めるが、経過中に被害妄想などを伴う事例や、親の動揺への対処を要する例も多い。症状に応じて精神科医療も活用するが、精神科医療の機能や役割、本人への支援の中での位置づけなどについて整理しつつ丁寧につなぐことが必要かつ有用な場合も多く、精神保健に関する相談機関が関わることも有る。職場のメンタルヘルス対策では、セルフケア、ラインによるケア、職場の保健スタッフ、外部専門家／機関という階層で対応の仕組みが考えられている。

4 精神科医療機関の種類

(1) 標榜科や医療機関名

精神科医療機関は「精神科」を標榜する場合も多いが、受診者にとっての敷居の高さへの配慮などから「心療内科」「メンタルヘルス科」なども用いられる。病床の有る場合は、制度上の用語としては「精神病床」であり、精神病床を持つ病院は「精神科病院」である。

(2) 精神科病床、保護室、閉鎖病棟、の有無

精神科クリニック、精神科病床の無い総合病院、精神科病院であっても精神科は開放病棟のみで保護室も無い総合病院、精神科は開放病棟のみだが保護室の有る総合病院、精神科閉鎖病棟を持つ精神科病院、身体合併症の医療体制が整備されている精神科病院、などと精神科医療機関の機能も様々であり、それによって診療可能な病状も異なる。すなわち、行動面の問題が重いと、大学病院を含めかなり多くの総合病院の精神科病棟では対応困難である。逆に、身体科の病床を持たない単科精神科病院の多くはCTも院内の血液検査体制も持たず、単純撮影のレントゲン写真も撮れない病院も稀ではない。身体科医を雇用していない病院も多く、身体疾患への対応については、困難なことから院内での経験も少なく、看護スタッフも不慣れな場合が多い。その結果、身体疾患への対応が困難で、入院可能な病状の範囲が限定される。昨今は精神科入院患者の高齢化が進んで身体的な問題も合併しがちになったことも影響して、この点には少し改善傾向が見られる。

(3) 診療体制や配置されている職種の差異

デイケア、アウトリーチ体制、訪問看護体制もしくは訪問看護との連携の有無、医療ソーシャルワーカー（MSW）や精神社会福祉士（PSW）やの配置の有無などによっても診療できる病状は異なる。たとえば就労や職場復帰を目指すよりも前の回復段階のケア、治療中断を繰り返すことに対する支援、日常生活場面に家庭外からの支援が入る必要性の有る事例、受診や福祉制度の活用などに、ソーシャルワークの必要な事例など、状態に応じて必要な支援の可能な医療機関に繋ぐ。最近は無床のクリニックでデイケアやアウトリーチの体制も持つ、いわゆる「重装備型」のクリニックも増えつつある。但し、児童思春期、依存症、摂食障害、発達障害などの受け入れの可否は、まだまだ医師の専門性による部分も大きいのが全国的な現状と思われる。

5 精神科医療へのつなぎ方

（1）基本的な注意点

①医療機関側へ受診の目的を明確に伝える

多くの精神科医は自殺対策の専門家ではないので、自殺のリスクや依存症の可能性を懸念していることなどが明確に伝わっていないと、これらに注意が向かないことも稀ではない。その結果、精神病圏の問題すなわち薬物療法が中心になるものでないことだけを判断し、上記のリスクは考慮されずに単発の診療で終了してしまうことも多い。また、事前の情報から、診察結果によっては入院できる体制を用意しておくことが必要な事例も有る。診察を引き受けて貰い易いように、懸念される緊急性や複雑困難な部分を伏せて紹介すると、精神科医療は上述のように小回りの利き難い面が有るため、診察の時点で難渋するかも知れず、これは紹介者の信用低下のみならず、患者の自殺リスクを悪化させかねない。

②受診できるかどうかを確認する。

最近、精神科は外来受診に予約が必要な医療機関が多い。医師法 19 条の応召義務に基き、病院へ行ってしまえば診て貰えることも多いが、単科精神科病院では当直医が院外からの内科医などである場合も稀ではなく、実際に診療できないことを理由に断られる可能性も高い。また、次項とも重なるが、紹介先医療機関で治療や管理のできない病状や身体状況が有ると、対応困難である。

③患者の状態に機能の合致した医療機関へつなぐ。

通院のみの精神科外来は、基本的には入院不要かつ自発的に治療を受けられる患者のみが対象であり、多くは緊急対応の仕組みを持たない。最近では精神科救急システムの整備で、クリニックの場合でも主治医に連絡が付くことは増えたが、緊急対応の体制は無い。

精神科治療歴が有れば、通常は紹介状が必要になる。たとえば身体科医からの紹介状で「前医（精神科）へ戻さない理由」を情報提供しても、これまでの精神科通院先の主治医のコメントも併せて求められる場合が有る。

④かかりつけ精神科に繋ぎ直す際は、紹介状の郵送などを行うことが望ましい

相談したり、そこで診療についての話題になったりしたことを、本人は主治医に説明しないことも多い。そこで紹介状などが必要だが、本人に手渡しても、それを本人が主治医に渡すとは限らない。本人の承諾を得て、医療機関側に伝えるのが良いと思われる。

(2) 難渋するポイントと、その対応

①本人や家族が精神科医療への受診に後ろ向きな場合。

精神科の診療対象を狭く捉え、かつそれを特殊な人を対象としたもののように誤解したり、偏見を持っていたりすることが多い。精神科の役割は広いこと、たとえば不眠症の専門家は精神科医であることなどを伝える、または、まずは身体症状で身体科、できればうつ病、かかりつけ医と精神科医の連携などに理解の有る医師や心療内科への受診を勧める、などの工夫を行う。そもそも、うつ病等の患者さんが最初に訪れる医療機関はかかりつけの内科医など、身体科医療機関が多い。その理由として、うつ病では自律神経症候すなわち身体愁訴が生じることも多いこと、精神科受診をためらう患者が多いこと、が挙げられる。このため、うつ病等の早期発見・早期治療のために、身体科のかかりつけ医と精神科医の連携が「G-P ネット」といった名称で推進されている地域も有る。その中では、内科等での初期診療や精神科へ紹介するタイミング、紹介状に記載する項目、などを解説した手引きや、インターネットを活用して情報を共有したり治療方法を相談したりできる仕組みが作られた。しかしこれはまだ少ない上に、活動の停滞している地域も多い。また「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」といった名称で、2008年から厚労省の1/2補助金で自治体が事業をおこなっている。これは自殺とうつ病の講義（4時間）が中心であるが、その後は対象者と対象疾患を拡大して継続された。日頃から紹介の仕組みを明確にし、連携をスムーズにして置くことが望まれる。

なお、精神科紹介への抵抗は、従来の相談関係から切り離されることへの懸念による場合も有る。実際のところ精神科医療を導入しても、相談に訪れた理由となった社会的問題は残るので、紹介後も本人の承諾が有れば連携して相談継続が可能であることを明確に伝えることも有用である。

自殺の危機が切迫している可能性が有るが、自傷他害のおそれ大きいとして警察なども関わって危機介入をするような状態でない、しかし精神科初診の予約まで何日かかかる、といった場合は、保健所や精神保健福祉センターなどへも相談する、再検討して自殺の危険が指摘できる状態であれば警察に保護を依頼する、などの方法で安全確保に努める。

②精神科医療機関に断われがちな状態

自傷や迷惑行為なども含めた行動化のリスクが大きい、薬物療法の役割が小さい病態が想定される、受診する動機付けが不明確、医療機関が「医療でなく専ら福祉サービスの対象」

と判断する、といった状況のクライアントは、精神科医療機関から断られることも多い。精神科医療が保護因子として作用することのニーズの大きさと、精神医学的な重症度とが必ずしも一致しないことも、医療機関に断られる要因である。すなわち、精神医学的な問題でなく社会的な問題を医療に押し付けて来るのではないかと警戒し、精神医学的な介入の余地が有りそうな部分についても「診療対象でない」と判断されてしまう可能性が有る。紹介受診後も医療と並行して社会的問題への相談対応や環境調整を継続できることを伝えること、精神科医療と福祉の役割分担を事例に応じて協議しつつ連携し、日頃から事例を通して顔の見える連携体制を構築することなどにより、断られる事例が減り、他の医療機関や対応方法のアドバイスも貰えるようになることが期待できる。また地域の精神科救急体制と、その中でかかりつけ医療機関の役割や義務がどのように規定されているかも含め、精神保健医療福祉の状況を把握して置く。

③本人の気持ちが解決に向かわない場合など

自傷を打ち明けるが、自傷を止めることは拒否する、といったクライアントも有る。そのような場合にも、打ち明けたことには良い評価を伝え、「それほどに苦しい」ことまでは理解できる旨を伝え、問題解決に向けて一緒に考えることの一環として受診や専門機関への相談も勧める。しかし希死念慮の訴えが強く、相談などの解決策を拒否する場合も有り得る。自殺への思いや行動が切迫している場合には、会話は続けつつ他の人から専門機関や警察へ相談する、といった対応を要する場合も有る。このような事態に備える意味もあり、複数体制での相談、SOSのサインを事前から決めて置く、などの準備が望ましい。

また「二人だけの秘密」として希死念慮などを伝える例も有り、対応者の心理的な負担が大きくなる上に、常識的な枠組みを外れて個人的な支援を求めて来られるリスクも有る。これは日頃から、「秘密」という約束には乗らないこと、約束しても相談者の身体生命の危機であれば緊急避難的対応として職場内や保健所・精神保健福祉センター・病院などに相談して良いこと、などの原則を明確にし、単独で抱え込まないよう、心理的な苦悩の大きなクライアントに対応する可能性の有る全ての職員に対して指導しておく。

6 紹介する際の実際の手順、ならびに様々な関係者の機能や位置づけ

(1) 実際の手順

精神保健福祉ならびに精神科医療への紹介が有効に機能するためには、概ね下記のような手順で行うことが望ましい。

- ①適切と判断して紹介しようとしている相手機関に対し、電話を入れ、相談者の抱えている問題の概要を説明し、対応可能であるか確認する。
- ②先方が対応できる日時、窓口名、担当者名などを確認し、必要であれば予約する。
- ③クライアントに対して、相談機関名、電話番号、アクセス方法、相談対応の日時、窓口名、担当者名等を確実に伝える。

③は、可能であれば当該相談機関のリーフレットを渡すか、メモや書面で渡すことが望ましい。クライアントの様子や家族状況に応じて、当日に電話で確認、事後の電話確認なども行う。それでも繋がらないリスクが感じられる際は、同行支援も有用である。すなわち、自殺リスクが疑われる人は、確実に支援へ繋いで保護因子を高めることが重要である。

（２）精神保健福祉領域で家族の果たす機能・役割

精神科関係の社会資源との関係で「家族」は、インフォーマルなもの代表であるが、法の中でも入院の同意者になれるなど、法的な位置づけも有る。家族は「自殺企図の動機」（危険因子）の上位でもある一方、保護因子としても影響が大きい。しばしば家族メンバー内でお互いに思い込みが生じる等で、意思疎通（SOSを出す）が困難になるため、他者の仲介が有用になり得る。家族間が疎遠と思われた例でも、危機に反応して凝集性が高まることも多いので、介入してみる価値は大きい。家族内での虐待（身体、心理、性、ネグレクト、経済）も重要である。また、家族メンバーに精神疾患や身体疾患に罹患している人がいて余力が少ない、などの情報が関わりの中で自己開示されることも有る。なお、家族内の人間関係が病的で、修正困難なことも有るが、本人に自殺のリスクが有ることに気づいたり、本人が自殺未遂をした後だったりすると、家族は動揺して対処行動が不適切になる例も有る。具体的には、自殺企図であることの否認、本人の操作性に対する怒り、

共感性の無い対応、自殺の危険についての過小評価、無関心な態度、自殺未遂に到った契機についての犯人探し、罪悪感、自殺を怖れて過剰に迎合的な対応、といったパターンが挙げられる。精神科医療に否定的な家族も多く、その要素として、スティグマ、心因論への偏りなどが挙げられる。

法律上の権利と義務としては、精神科病棟への非自発的入院の同意ならびに退院請求、扶養義務等が挙げられる。2014年4月施行の精神保健福祉法で、保護者制度は廃止され、医療保護入院時の同意者は「家族等」に拡大した。その結果、疎遠な場合も含め、一応の連絡が付き、かつ意思表示自体をする能力を保持している、扶養義務者になれる範囲の親族がいる限りは、「家族等」の誰かの同意が無いと入院させられない。つまり、以前に比べて「市町村長同意」の範囲が狭くなっている。

家族に対して、本人の苦境に際して支援する道義的責任を強調する議論も有りがちなが、これを強調すると家族メンバー間に潜在的な関係悪化が生じるのが通例である。また、家族は情緒的な関係でも繋がっているが、家族の関係性の歴史は把握しきれない。負担感が減り、誤解がとけると、同居の再開、同居の場合のコミュニケーションの回復なども含め、物心両面で大きな支援になることが多いため、家族への解説や支援は重要である。

（３）家族へのアプローチ

家族の動揺を治め、協力的な関係を取り戻して頂くために、下記のような順序と方向性

で関わることが多い。まず、家族内で本人と関係がとれているか、本人のためにどの程度ならば動けるか、の見当をつける。次に「共に考える」というスタンスで関わり、家族のみで背負わなくても良いことを伝え、負担感の軽減を図る。更に、家族に動いて貰えるように関わることによって家族内の協力者を見落とさないようにする。この際には特定の人に過度な負担が掛からないよう注意する。その上で実際にすぐに使う訳でなくても社会資源を案内する。自殺企図など動揺する場面は、なるべく早期にかかわり、確実に分かる範囲での見通しを伝える。家族側の行動の成り立ちも、理解するよう努力する。ただしこれは必ずしも「肯定する」と同義ではない。家族が関りを拒否する場合、深追いせず家族側の気持ちに理解を示す方が事態が進展する場合も有る。（自殺対策事業・研究紀要、山梨県立精神保健福祉センター、2012）

（４）知人・友人・上司・同僚、職場の関係者への対応

しばしば、相談や自殺未遂時の救急搬送にも同行して下さる立場であるが、守秘義務には十分な注意を払う必要が有る。生活環境や職場環境の調整にも役割を果たして頂ける場合が有る。クライアントの情報として、開示できることとできないことを明確にしつつ、協力的な関係を保って頂けるように努める。プライバシーに関わる事項は共有しなくても、支援する動きが生じること自体の心理的効果も大きい。

（５）身体科の入院治療スタッフとの協働

特に自殺企図の場合は、身体的に安定して覚醒して間もない時期に、丁寧な問診や関りに応じて、自分の抱えている困難や悩みを開示し、他者に救いを求める習慣が回復したように見えることも多い。しかしこれはいわゆる「カタルシス効果」による部分も大きく、この時期を過ぎると再度、支援に繋がり難い心理的状況に戻ってしまいがちである。なお、自傷や事故傾性によるものも含め、身体疾患へのケアは本人が無条件に大事なものとして扱われる点でも有意義である。以上から、入院患者は病棟スタッフに対して、生命に関わるような心理・社会的問題を開示することが有る。スタッフが巻き込まれず、かつ適切な傾聴などを経て支援に繋ぐことを可能にするためには、日頃からの連携体制が重要である。

（６）精神科領域に関係するものも含めた、行政機関の特徴・役割分担

家族・知人などのインフォーマルな資源では保護因子が不十分な際は、フォーマルな社会資源が重要になる。しかし近年、精神保健サービスも県から市町村へと権限移譲される流れであり、また障害福祉は「三障害一元化」の流れが有り、2002年の精神保健福祉法一部改正、2006年の自立支援法などの法整備もその方向である。市町村は福祉サービスすなわちホームヘルプ、ショートステイ、補助金／助成などの役割を持つ他に、自立支援医療（精神通院）ならびに精神障害者保健福祉手帳の受付から精神保健福祉センターへの進達までの業務、介護保険関連の各種サービスを行う地域包括支援センター、各種相談業務な

どに加え、一般相談、計画相談、虐待防止、啓発活動など多岐に亘る。最近は、障害児／者のワンストップサービスを目指す基幹相談支援センターを設置している自治体も多くなった。都道府県の役割は、市町村への技術支援、困難事例への対応であり、その中で、保健所は中核市、政令指定都市、都道府県に設置されている。精神保健福祉センターは、政令指定都市と都道府県には設置が義務付けられている。実際には、多数の精神保健福祉センターや保健所が上記に沿って精神障害者のデイケアなども廃止し、しかし市町村は行わずに医療へ移行する、といった流れになっていることも多い。すなわち、地域住民へのサービスが制度上は都道府県から市町村へ移行したが、それを担うべき人員や予算の配分は担保されていない。なお精神保健福祉領域で都道府県の果たす役割については、自殺対策のみならず、ひきこもりや生活困窮、依存症への対策などに関するものも追加された。

（７）行政を含めた各種の関係機関の、精神科領域に関する専門性

①市町村

相談支援従事者研修受講者や精神保健相談員の配置が「望ましい」となっており、多くは保健師を中心として運営されている。基幹相談支援センターには、上述のような職種が配置され、これは民間委託で設置している自治体も有る。しかし現在も、精神保健福祉は都道府県の役割、といった捉え方が残っている市町村も多い。

②保健所

地域保健法第３章に規定された地域保健対策の広域的・専門的・技術的 推進のための拠点で、保健福祉事務所として設置している自治体が多い。精神科医の配置は、非常勤嘱託で相談対応などを行っていることが多い。保健所長は感染症への対応なども重要な役割になるが、精神科医が就任している場合も有り、この領域に対応できる範囲は様々である。市型の保健所では、中核市は措置入院の権限が無い場合ため精神関連への取り組みはまちまちであるが、市町村への技術支援・困難事例への対応などの他、精神保健福祉法第 23 条（警察官通報）への対応の初期段階なども含め、地域精神保健に重要な位置を占める。精神障害については、未治療や治療中断の事例についての受診援助も担う。

③精神保健福祉センター

精神保健福祉法第 6 条に 規定された都道府県もしくは指定都市の精神保健福祉に関する技術的中核機関であるが、人員的な規模、診療機能やデイケアの有無、重点を置いている課題などにより、取り組み内容も様々である。非自発的入院の妥当性を評価したり退院請求に対応したりする精神医療審査会の事務局や、精神障害者保健福祉手帳ならびに自立支援医療（精神通院）の審査なども担う。地域住民への直接支援は、精神保健福祉相談の複雑困難事例などが役割となっている。所長は原則として精神科医である。従来、精神保健福祉相談のうちアルコール問題と思春期問題については「特定相談」として重点を置くこ

とになっているが、これもセンター毎に異なる。地域自殺対策推進センターの前身である地域自殺予防情報センターをここに設置した自治体も多かった。

④児童相談所

都道府県、政令指定都市に必置義務が有る他に、中核市程度の人口規模で政令で指定された市も設置できる。18歳未満が対象である。常勤医師を配置する所は少数である一方、診療所機能を持つ所も有る。多くは非常勤の精神科嘱託医が対象児の医学診断、親子再統合支援などに携わっている。児童福祉司の約3割を社会福祉士が占め、児童心理司も配置されている。対応件数の激増が指摘されている児童虐待に関しては権限も責任も大きいが見合う体制ではなく、疲弊しているのが通例である。自殺リスクが疑われる状態についても相談の範囲に含まれるが、問題の深刻さを明確に伝えることが特に重要である。

⑤高校生年代までの教育関係

学校（国公立、私立）、教育委員会などの精神科領域への関心は近年、発達障害に偏っていたが、最近では、自殺予防教育を行う学校も増えつつある。一方で、「自殺」という用語の使用については児童生徒や保護者の反応を警戒する考え方も根強い。自治体によってはスクールソーシャルワーカーを配置しており、学校側の求めに応じて派遣し、社会的に追い詰められる状況にある世帯を支援している。校医の多くは内科医である。地域によっては、学校関連で自殺などの事案が発生した際に、マスコミ対応などについても訓練を経ている精神保健福祉専門家達のチームが外部から学校に入って対応を取り仕切ることで、群発自殺などのリスクを下げる狙いの「自殺事ケア事業」を行政側から積極的に展開している。

⑨教育機関（高校卒業年齢以降）

近年は多くの大学、短期大学、高等専門学校が学生相談機関を置き、看護職や栄養士なども配置される保健センターの一部として、カウンセラーとして教員を配置して設置されることも多い。学校にもよるが発達障害やひきこもりの支援も進みつつある。自殺対策への関心も深まっており、保護因子として有用な連携が可能な場として機能し得る。

⑥心理カウンセリング機関

自殺予防に特化した専門性の有る機関は少ない。力量が大きく貢献度の高い機関も有る一方で、かなり独特な解釈や方法論で対応する機関も散見されるのが現状である。通常は費用の自己負担を伴う。自殺リスクが疑われる例を繋ぐ際に留意すべき点の一つとして、連携先の精神科医療機関の有無も重要である。

⑦民間（事業委託を含む）事業所

相談支援事業所は障害福祉サービス利用援助などを、社会福祉協議会は日常生活自立支援事業・個別支援活動、生活福祉基金貸付事業などに加え、生活困窮者自立支援制度（市または都道府県）の各種事業の委託を受けているところも有る。

⑧介護サービス事業者・ケアマネジャー

介護保険制度では、保険給付の対象者である要介護者等に対し、ケアマネジャーが中心となってケアマネジメントが行われる。クライアントが要介護者である場合も、介護の負担が問題になる場合も、その状況を伝えて協議し、支援計画の見直しなどを行って頂くことにより、危険因子の減少や保護因子の増加が期待できる。

⑩各種の民間団体

近年は地域に根差す民間団体も増え、それぞれ対象にする課題を持ち、自助グループ、貧困対策、心のケアなど特色を持って活動している。精神科医療領域に高い専門性を持つ団体も有る。普段からの活動などを把握できていないと、どのように連携できるのかできないのか判断し難い。たとえば電話による自殺予防としては、いのちの電話、東京自殺防止センターなどが挙げられ、自治体も電話相談を運営している。電話相談はニーズが多いが、回線を明確な希死念慮は窺えないリピーターが占領してなかなか通話がつながらない傾向が強く、対策に苦慮されている。面接相談・交流会を行っている民間団体や、生活支援として食料を供与する団体なども有る。自死遺族の会は全国的なものも地域のものも有り、各地で活動している。依存症の当事者会・家族会は治療上の役割も非常に大きい。これらは地域によって、繋ぎやすい所を選択する。また、保健所や精神保健福祉センター経由で繋がることも有る。注意すべき点、難しい点としては、反精神科医療の団体なども有って連携に注意が必要であること、団体としての活動なので、専門職としてつなぎ難い場合が有ること、などが挙げられる。

⑪法律家

社会的に追い詰められて心理的視野狭窄に陥るような状況でも、法律家のアドバイスはしばしば非常に大きな助けになる。詳細は次項を参照のこと。

（８）自殺未遂者支援の位置づけ

①自殺の位置づけ

自殺は追い込まれた末の死であり、本人の意志による、と言える事例は稀である。また其のうちの 96%に精神疾患、すなわち精神科へ行けば何らかの診断名は付くような状態が有るとのデータも示されており、その中には、社会的要因によって状態や経過が大きく左右されるものも多い。

②直前の状況：自殺の最大のキーワードは孤立（高橋祥友、『自殺予防』岩波書店、2006

年)とも言われる。これには鬱病による認知の歪みで「孤立」と思い込む、なども含む。すなわち、支援に繋がる力が低下している場合が多い。

③自殺の最大の危険群

自殺既遂の最大のリスク因子は、最近の自殺未遂の既往である。これらから、社会全体で取り組むこと、すなわち経済・福祉制度などの充実や運用の工夫、クライアントが保護因子としてのセーフティネットに繋がることが重要であり、フォーマルな支援とインフォーマルな支援の両者を検討する。身体科の治療が一段落した時点で医療機関側としては精神科医療や福祉などへ繋いでいる場合も多いが、支援に繋がる力が低下している場合には治療や支援の機関が変わる際に支援からドロップアウトしてしまうことも多く、これは再企図リスクの増加に直結するため、保護因子への繋がりを強化する、という位置づけでの取り組みも有用な可能性が有る。また、体制の整った医療機関で濃厚なフォローアップを行うことで、半年間以上にわたって再企図リスクを軽減できることが本邦のデータで示されている (Kawanishi, T. et al., Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, Volume 1, Issue 3, Pages 193 - 201, 2014.) 他に、未遂者に対して簡略な関わりを続けることによっても、再企図率も死亡率全体も低下することも知られている (これは最初のベルトローテ 2007 からの引用です)。すなわち、病院へ搬送されて既に医療が関わっている未遂者支援のような場合でも、色々な立場や状況に応じて、医療以外の立場から孤立を防ぐ関わりを工夫することが有効な可能性がある。精神科も含め、医療は強力なツールではあるので適応が有りアクセス可能なものは優先的に使用するが、そこでカバーされない部分については、社会資源を活用して支援することも重要といえる。

【参考文献】

- ・ 「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」
- ・ J・M・ベルトローテ、高橋祥友・山本泰輔訳『自殺予防対策センターブックレット No.1 -各国の実情にあった自殺予防対策を』国立精神・神経センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター、11-12 頁、14 頁、2007 年
- ・ 自殺予防総合対策センター『いきるを支える—精神保健と社会的取り組み相談窓口連携の手引き』第 4 章 (pp13-16)、自殺予防総合対策センター、2011 年
- ・ 長崎県自殺対策専門委員会「長崎県自殺総合対策 相談対応のための手引き集 第 1 巻 借金・経済問題への対応」、2010 年

- 山梨県精神保健福祉センター「自殺対策事業 研究紀要」2012年
- 高橋祥友, 『自殺予防』岩波書店、2006年
- Kawanishi, T. et al., Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, Volume 1, Issue 3, Pages 193 - 201, 2014.

第2節 法律家との連携

ここでは、自殺予防のための社会資源（司法領域）について理解し、それぞれの社会資源の役割について理解するとともに、社会資源へのつなぎ方、特に、自殺予防の点から重要といえる「経済・借金問題」において、より効果的な社会資源のつなぎ方について、理解することがねらいである。

1 司法分野へのつながり

(1) 第2章「自殺の危険因子」から、司法分野につなげられる例として

まず、「自殺の危険因子（個人）」のなかの「失業もしくは経済的損失」は、例えば、返済困難な借金の問題、失業、仕事上の悩み（賃金、残業代不払い、長時間加重労働）、生活保護切り下げ等、借金問題、労働問題等として、裁判所、弁護士等司法分野による解決が考えられる。また、「自殺の危険因子（人間関係）」のなかの「人間関係の葛藤、不和、喪失」も、例えば、学校でのいじめ問題、職場での差別、セクシャルハラスメント（含LGBT）、パワーハラスメントの問題、あるいは、離婚、DV、虐待等の家庭の問題、さらに、子育て、介護、等の問題として、法律家の関与により解決できる場合もある。

このように、司法分野につなげ、当事者が抱える問題を解決することによって、自殺の危険因子をなくすことは、自殺予防に有益といえる。

(2) 司法分野の社会資源とその役割

そこで、司法分野における社会資源は、自殺予防のための社会資源といえる。

地域における司法分野の社会資源をみると、(ア) 弁護士会、司法書士会、(イ) 法テラス（日本司法支援センター）、(ウ) 消費者センター・消費生活センター、(エ) 社会福祉協議会、(オ) 労働基準監督署、労働局、ハローワーク、(カ) 警察、のほか、(キ) 配偶者暴力相談支援センター、(ク) 民間団体として、いのちの電話、民間シェルター、全国クレサラ・生活再建問題対策協議会（略称：クレサラ対協）などを挙げることができるほか、さらには、(ケ) 各相談員、担当者も社会資源といえる。

このうち、(ア) 各都道府県の弁護士会、司法書士会は、弁護士または司法書士の強制加入団体として、法律相談センターなどを備え、法律相談等を担う役割を担う。

次に(イ) 法テラス（日本司法支援センター）は、国民が、どこでも、法的なトラブルの解決に必要な情報やサービスの提供を受けられるよう、総合法律支援法に基づき、設立された法務省所管の公的な法人である。法テラスは、法テラス・サポートダイヤルや全国の法テラス地方事務所にて、問い合わせの内容に合わせて、問題解決に役立つ法制度や、地方公共団体、弁護士会、司法書士会、消費者団体などの相談窓口を、無料にて案内（情報提供業務）したり、経済的に余裕のない方に対する無料法律相談や、弁護士・司法書士費用などの立替え（民事法律扶助業務）という役割を担っている。利用者は、原則、毎月、分割による支払いが必要となるが、生活保護受給中であれば、返還の猶予や免除制度も備

え、誰もが法律家による交渉、裁判手続きを行うことを可能とする役割を担っている。

(3) 社会資源のつなぎ方について

基本的には、(ア)各都道府県の弁護士会、司法書士会の法律相談へ連絡する、また、(イ)法テラスについては、サポートダイヤルもしくは全国の法テラス地方事務所へ電話することになる。

ここで、地域によっては、(イ)法テラスは、予約が取りにくい、必ずしも当該問題に詳しい弁護士にあたらぬ、等の問題がある。また、(イ)法テラスでは、予約が取れても、面談による相談時間は1回20分と限定されており、20分では十分な相談が難しいという実情がある。

そこで、(イ)法テラスにつなぐ際は、窓口で電話して予約を取る際、どのような相談なのか(借金問題なのか、離婚問題なのか等)を告げて、その問題に詳しい法律家に対応している曜日、時間を尋ね、その曜日、時間に予約を取る、また、早期の相談が必要であることを告げて、できるだけ早い日時に予約が取れるよう依頼する等の工夫が必要といえる。

また、法テラス相談が1回、20分であること、同一内容の相談で3回まで無料相談が可能であることを頭に入れておき、1回目の相談で担当した法律家に問題解決や法的な対応を依頼したいと思った場合や、より詳しく相談したいという場合は、その担当した法律家から名刺をもらうなど、事務所等の連絡先を聞くか、事務所に伺い、個別にさらに相談したい旨を告げて、その場でアポをとり、後日、改めて相談する方法も有益といえる。仮に、1回目の相談で対応した法律家と、話にくい等、続けて相談することに躊躇を感じる場合、2回目の無料相談のアポを取り、早期に、別の法律家に相談することが大切である。たとえ、1回目の相談があまりうまくいなくても、法律相談にも相性があると気を取り直し、次につなげることが重要といえる。もちろん、後述するように、法律家につなぐ際に、「紹介カード」を活用するなどして、相談者の悩み、相談内容をできるだけヒアリングしまとめておくことや、債務整理の相談の場合、相談に持参すべきもののリストを参考に、相談当日、必要なものをすべて持参して、1回目の面談相談をできるだけ効果的なものにするようにすることは重要である。

なお、こうした法テラスの問題の解決策として、法テラスと契約している弁護士、司法書士に、直接コンタクトを取り、同弁護士、司法書士の事務所等にて、法テラスの持ち込み事件として、20分という時間制限なく、無料法律相談を行うことが効果的である。こうした方法があることを頭に入れ、日頃からダイレクトに連絡を取り合える「顔の見えるつながり」を築いていくことが重要といえる。

また、後述する「経済・借金問題」については、前記、社会資源で述べた、全国クレサラ・生活再建問題対策協議会(略称:クレサラ対協)という、全国に相談窓口をもつ、当該問題を専門とする法律家等の団体につなぐことや、自治体の生活困窮者自立支援制度の相談窓口につなぎ、そこで、連携、対応している法律家につなぐことも有益といえる。

(4) 社会福祉士から司法分野へ、その逆も～双方からのアプローチの重要性

以下、詳述するように、社会福祉士と司法分野、双方からの相互のアプローチによる連携が重要となる。

社会福祉士は、①福祉課題を抱えた者からの相談に応じ、必要に応じてサービス利用を支援するなどの役割を担い、②自立生活を営むことができるよう、関係機関、団体、専門職との連携を図り、自ら解決できない課題については他の担当者に橋渡しをし、総合的・包括的に援助していくとともに、③地域の福祉課題の把握や社会資源の調整・開発、ネットワークの形成を図るなど、地域福祉の増進に働きかける役割を有しており、連携のコーディネーター、ネットワークの要にふさわしいといえる。

2 「経済・借金問題」における社会資源へのつなぎ方 ～特徴、留意点

(1) はじめに～経済・借金問題と自殺

①依然として多い「経済・生活問題」による自殺

我が国における消費者金融の利用者は、平成18年には1000万人を超え、返済しきれないほどの借金を抱えてしまう「多重債務者」の増加及び多重債務を原因とする自殺などが深刻な社会問題化した。

警察庁「自殺統計」における原因・動機別の自殺の状況をみると、平成27年自殺者数24,025人のうち、「経済・生活問題」が原因、動機とされた者は4,082人にのぼる。依然として自殺の原因・動機として、「健康問題」に続き「経済・生活問題」が多い状況である。ここから、経済、借金問題は、自殺対策としても放置できない問題であることがわかる。

また、借金による自殺既遂者や未遂者の多くは、専門家による適切な援助につながっていなかったことがわかっており、当事者が専門家による適切な援助につながっていれば、自殺は予防できたことが示唆されている。

②借金、多重債務問題をめぐる現状

社会問題化した多重債務問題に対応するため、政府は、平成18年、多重債務の原因となる高金利の是正（上限金利の引き下げ）や、借りすぎ防止のため、年収の3分の1を超える借入を禁止する総量規制の導入等、貸金業法の改正等を行った。こうした貸金業法改正（平成22年6月、完全に実施）等により、多重債務問題に一定の改善がみられたといえる。

しかしながら、他方、上記の貸金業法改正により、総量規制に抵触する場合は、原則として、新たな借入れができなくなるため、追い詰められた債務者は、ついヤミ金融に手を出してしまい、さらに追い詰められていく状況も出てきた。以前よりも、問題が見えにくい、深刻な状況に陥るケースが懸念されている。

③誰にでも起こりうる問題であるとの理解を

こうした借金、多重債務問題は、突然の病気、失業、離婚などにより、医療費が払えない、今月の家賃が支払えない、今月の生活費が足りないといった、日常生活において、誰にでも起こりうるものが、きっかけとなって発生しうる。多重債務問題は、実は、私たちの身近なところに存在し、誰にでも起こりうる問題であることを、まず理解しておくべきといえる。

(2) 多重債務者相談の特徴と初期対応、心構えについて

①多重債務者の状況、心理

まず、相談、対応する側の基本的な心構えとして、多重債務者の状況と心理を理解しよう。返済しきれないような借金（多重債務）を抱えている方々の多くは、次のような状況に置かれている。基本的にまじめな方が多く、「借りたものは返さなければならない」と悩み、借金を返済するために、さらに借金を繰り返し、状況を悪化させていっているという状況である。そして、日々、取り立てに追われるようになると、次第に余裕を失い、冷静な判断が困難となり、ヤミ金に手を出してしまう危険も出てくる。また、借金の問題は、恥ずかしいという感情もあり、話にくいと感じる人も多く、誰に相談してよいかわからず、追い詰められていってしまい、なかには自殺に追い詰められる人も出てくるといって、深刻な状況である。

②相談における初期対応、対応する側の姿勢

このように、相談者は、借金を抱え、日々の取り立てや資金繰りに悩み、心身ともに疲労困憊の状態にあることを理解して、まずは、相談者に対し、ねぎらいの言葉などをかけるなど、相談者の気持ちに寄り添うように努めよう。「今から一緒に解決していきましょう。」という姿勢が大切である。

(a) 安心して話してもらうことの重要性とその方法

重要なことは、相談者に「安心して」、心を開いて、正直に話してもらうことである。相談者の置かれている状況を話してもらわなければ、適切な支援はできないからである。

相談者に安心してもらうために、まず、「専門家の支援があれば借金の問題は解決できる」ことを伝える。次に、「弁護士、司法書士が受任し、貸金業者に通知すれば、取り立ては止まる」ことを伝える。また、相談者のなかには、相談すると、近隣の方などに自分の謝金のことが知れ渡るのでは、と心配される方もいるので、「相談内容は、あなたの了解がない限り、外部には漏れない」ことを伝えることが重要である。

(b) 責める、叱責、説教は逆効果

他方、気を付けなければならないのは、相談者を責めたり、避難したりしないように、ということである。例え、借金の原因が、ギャンブルや、飲食費用など遊興費であっても、

「そんなことをしてはダメでしょう」などと相談者を責めることは問題解決に逆効果である。相談者を責めても、借金問題は解決しない。かえって相談者を委縮させ、相談者の心を閉ざし、問題解決を困難にすることになりかねないことを理解すべきである。同様に、「弱音を吐いてはだめ」などと相談者を叱責する、「しっかりしなさい」等、相談者に説教することも、つい言いがちであるが、控えなければならないことを心すべきといえる。

(c) 多重債務問題の早期発見を！～本人の主訴が借金問題でなくても

また、初期対応の際、理解しておくべき大切なこととして、相談者本人の主訴が必ずしも借金問題でなくても、例えば、家庭の問題（夫婦関係、親子関係がうまくいっていない、など）、職場の問題（リストラ、仕事がうまくいかない、など）、健康問題（病気入院費用、など）等の場合でも、そうした問題に借金の問題が関係している場合があるということである。先に述べたように、相談者の心理として、借金の問題は恥ずかしい、言い出しにくい、という心理がある。そこで、こうした隠れた借金問題を発見し、専門家につないでいくなどの対応も必要になってくる。

このツールとしても、生活支援アセスメントシートの「様式2 基礎シート」は、大いに活用できる。例えば、「(3) 暮らしの基盤（各種制度、公共料金、債務整理の状況）のなかで、「③公共料金等の支払い状況」における公共料金や家賃の滞納がないか、「①各種制度の加入状況」における保険料の滞納がないか、「②毎月の収入（1か月分）」がどうなっているか、など、アセスメントするなかで、借金問題を発見することが可能といえる。

また、家庭の問題や職場の問題、健康問題について、話を聞いていくなかで、借金問題を抱えていることが明らかになる場合があることも理解しておくべきといえる。

(d) 疑問！借金のことを尋ねるのはプライバシーの侵害にならないの？

ここで、相談者から話を伺っていくなかで、「借金のことを尋ねるのはプライバシーの侵害にならないのかしら？」という疑問、「借金のことは、聞きにくい」、という戸惑いを覚える人もいるかもしれない。

これは、ある相談担当者の経験であるが、相談担当者が「借金はありませんか？」と、尋ねると、相談者が、「えっ？どうしてそんなことを聞くのですか？」、「私が借金してるって、誰か噂しているのですか？」と、驚いたような、怒ったような反応を示したので、相談担当者は、「いえ・・・そんなことは・・・」と、口ごもってしまい、気まずい思いをしたということである。このような経験はないだろうか。

また、相談を受ける側において、「相談者が、積極的に相談しない借金のことをどうして、尋ねなければならないのだろうか」と、いう疑問はないだろうか。

こうした疑問、戸惑いは、「借金問題は、恥ずかしくて、自分から話しにくい」という多重債務者の心情や、「隠れた借金問題を早期に発見し、専門家の適切な援助につなげていくことが、自殺予防において重要だ」ということを、きちんと理解すれば、迷いが消えると

いえる。

それでも、「尋ねにくい」という場合もある。そこで、生活支援アセスメントシートの「様式2 基礎シート」等を活用し、「皆さま全員に、お聞きしているんですよ」とさらりと、そして、自信を持って、尋ねることが有益といえる。

(3) ヤミ金、さらに「ソフトヤミ金」等、最新手口とその対応

①いわゆる「ヤミ金」と、新たな「ソフトヤミ金」

いわゆる「ヤミ金」とは、貸金業を営むために法律上要求される登録を得ずに、貸金業を営む者を指す。ヤミ金は、はじめから法律を守るつもりがないため、法外な高金利を要求し（例えば「トイチ」＝「10日で1割の利子」）、時には難癖をつけて完済させず、ひとたび返済が遅れると暴力的、過酷な取立てを行う。ヤミ金は店舗を持たず、チラシ等に連絡先、問い合わせ先として携帯電話の番号を記載する090金融がほとんどである（逆に、連絡先が携帯電話の番号の場合、ヤミ金であるといえる。）

ヤミ金の主な手口としては、「即日融資」、「他店で断れた方でもOK」、「らくらく・簡単」など利用者の心理をついて誘い込んでくる。貸付金額は、3万円から5万円など小口で、貸付期間は、7日から10日間と短期間なのが主流である。小口なのですぐに返済できるだろうという利用者の心理をついてくる。しかし、違法な高金利のため、返済請求額は雪だるま式にあつという間に膨れ上がり、短期間に返済請求されるので、債務者はすぐに行き詰まってしまう。例えば、「10日で1割の利子」を要求する「トイチ」のケースでは、30日で金利30%、1年になると365%の年利になり、5万円を借りた場合、10日後に利息が5000円、30日後には利息が15,000円、1年後には利息として182,500円をプラスして返さなければならなくなるということである。さらに、近時、「トサン」（10日で3割の利子）、「トヨン」（10日で4割の利子）、「トゴ」（10日で5割の利子）も珍しくない。

また、ヤミ金業者の特徴として、業者は返済が遅れた時の取立てのために、借りた本人の住所、電話番号、勤務先のみならず、親兄弟や親せきの連絡先を聞いてくることがほとんどである。少しでも返済が遅れると、親兄弟や親せきに脅迫まがいの電話をかけるなど、厳しい取立てを行い、精神的に追い詰め、違法な高金利の利息を支払わせる。そして、ヤミ金は、多重債務者や自己破産者をターゲットにして、電話、ダイレクトメール、ショートメールなどで勧誘してくることも多く、また、一度、ヤミ金業者から借入れをすると、他のヤミ金業者から電話やダイレクトメールによる勧誘が頻繁に行われるなど、業者間で情報を共有しているものといえ、苦しい返済のために別のヤミ金から借りることを繰り返し、悪循環に陥っていくことも懸念される。

以上のヤミ金に対し、最近、新たな手口として問題が顕在化してきたのがソフトヤミ金である。ソフト闇金とは、「対応が親切」、「親身に相談にのってくれる」等の特徴があるが、あくまでも非合法の「ヤミ金」であり、違法な高金利で貸付けを行う。そして、様々な難癖をつけて完済にはさせず、次々と返済のための融資を行い、いつまで経っても完済でき

ない状態にして、借り手から搾取する業者が多い。

② クレジットカードのショッピング枠の現金化

クレジットカードには、通常、商品やサービスを購入して、後払いにする「ショッピング」の機能と、カードを用いてお金を借り入れる「キャッシング」の機能があり、それぞれに利用できる金額枠が設定されている。現金化は、本来、商品等を後払いで購入するために設定されている「ショッピング」枠を、現金を入手することを目的として利用することである。

具体的な方法としては「買取屋方式」と「キャッシュバック方式」があり、両者とも「クレジットカードのショッピング枠で現金化サービス」などとうたって勧誘する。「買取屋方式」とは、クレジットカードのショッピング枠で商品等を購入させ、それを買取業者が使用額以下で買い取り、利用者に現金が渡る仕組みである。他方「キャッシュバック方式」とは、利用者にキャッシュバック付商品を、クレジットカード決済で購入させ、現金化業者が購入額以下の現金を商品とともに渡す仕組みである。

③ それぞれへの対応方法について

まず、クレジットカードの現金化について、まずは、その危険性を理解してもらい、止めさせることが必要となる。一時的に現金を手に入れることができたとしても、後でその金額よりも高額なクレジットカードの支払いに追われ、さらに債務を膨らませてしまう結果になりかねない。さらに、クレジットカードの利用停止、約束した金額が支払われない等、トラブルに巻き込まれる可能性が高いことを理解してもらおう。そのうえで、返済できない場合は、多重債務の問題として、専門家につなぐことが必要となる。

次に、ヤミ金、ソフトヤミ金の場合、相談対応者は、専門家と警察に被害を訴えることが必要になる。ヤミ金、ソフトヤミ金という違法な業者には、一切、返済する必要がないことを理解し、相談者に伝えることが必要となる。

なお、ソフトヤミ金の場合、相談者の状況をよく聞いた上で、「ヤミ金」であること及びその危険性を理解してもらったうえで、専門家等と警察に行くことが必要となる場合もある。相談者が一見、親切なソフトヤミ金に信頼を寄せている場合、「ヤミ金」であることをきちんと理解してもらわないと、反感を買ったり、心を閉ざして、事情を話してくれなくなる懸念されるからである。

(4) 債務整理の方法の理解 ～専門機関につなぐために

① 専門家へ相談するメリットを伝える

借金問題を解決するためには、弁護士もしくは司法書士という法律専門家につなぎ、法律専門家と債務整理の手続きを進めていくことが重要である。

そこで、まず、借金問題を抱える相談者に、①法律専門家と面談し、法律専門家から消

費者金融など債権者に対し、債務整理を受任したことを告げる「受任通知」を送信してもらえば、取り立てが止まること、②利息制限法への「引き直し計算」により、借金が減額する（場合によっては借金がゼロになる、さらに過払い金を回収できる）可能性があることを伝え、法律専門家へ相談するメリットを理解してもらうことが重要である。

なお、「引き直し計算」とは、「法律上、支払う必要がないのに支払ってしまった利息は、元本の返済として支払ったことにして、借金の額を算出し直す計算」と理解しておこう。

なお、相談者のなかには、「債務整理イコール破産」と、誤解していたり、思い込んでいて、「債務整理」と話をした途端、「破産だけはしたくない」と拒絶される方がいることも考えられる。

その際には、「債務整理」には4つの方法があり、必ずしも自己破産の手続きをとるわけではないことを伝え、4つのうち、どの方法が、その相談者に最も適しているか、法律専門家とよく相談の上、決めることを理解してもらい、法律専門家への面談とつなげる必要があるといえる。

②債務整理の4つの方法

債務整理の4つの方法とは、(ア)任意整理、(イ)特定調停、(ウ)個人版民事再生、(エ)自己破産の4つである。まず、それぞれの方法の概要を理解しよう。

(ア) 任意整理

裁判所を使わずに、法律専門家（弁護士又は司法書士）と貸金業者間の交渉により、（過払い金があれば回収し）債務の減額した上で、月々の返済額、返済期間等について合意して返済計画を策定し、借金問題を解決する方法である。

(イ) 特定調停

裁判所（裁判官と調停委員からなる調停委員会）が、相談者と貸金業者の間に入り、双方の言い分を聞いたうえで、双方が歩み寄って合意に至るよう促し、合意により借金問題を解決する方法である。

(ウ) 個人版民事再生

裁判所の関与の下、再生計画を立て、これに従い債務を返済していく方法である。再生計画では、実現可能な返済スケジュールと借金の一部カットが計画される。

(エ) 自己破産

裁判所の手続きを通して、持っている資産をお金に換えて、返せるだけ返し、返せない部分の借金を免除（免責）してもらう手続きである。

③ かかる時間は？必要な費用は？それぞれの方法のメリット、デメリット

まず、それぞれの手続きにかかる時間について、目安として、(ウ) 個人版民事再生が1年程度、(エ) 自己破産は半年程度、(ア) 任意整理と(イ) 特定調停はそれ以下といえる。もっとも、実際は、債権者(借入先)の数、総債務額、相談者の資産、収入状況によって異なってくるので、あくまで目安ということである。

次に、必要な費用の目安として、(ウ)、(エ)は20万～60万円程度、(ア)は1社につき2万～2万5000円程度、(イ)はそれ以下といえるが、あくまで目安である。

(ア)、(イ)は、上記のとおり、比較的、手続きに要する時間が短時間で費用も抑えることができるといえるが、貸金業者と合意が成立しない限り、債務は整理されない。

(ウ)は、定期的な収入が見込め、3年での返済が可能な場合にしか利用できない。

(エ)は最低限の生活資材を除き、住宅、自動車等の財産を失うことになる。また、破産した場合、官報に住所と名前が掲載される。なお、自己破産は、手続を地方裁判所で行うため、司法書士は相談者の代理人になれないという制約がある。

以上、それぞれの方法に、メリット、デメリットがあるので、専門家とよく相談して、どの方法によるか決定することが必要となる。

(5) 専門機関への紹介、つなぎ方、留意点 ～効果的な連携のために

① まず確認すべきこと

専門機関へ紹介してつなぐ際の留意点として、まず、既に弁護士・司法書士若しくは消費生活センターにつながって相談をしているか、確認することが必要となる。

そして、ここで、既に専門家につながり、相談がなされていることがわかった場合、「そうですね。じゃあ、大丈夫ですね。」と、終わりにしないことが重要である。必ず、専門家への相談がうまくいっているのか、債務整理が進んでいるのか、専門家にうまく話しができない、よく話を聞いてもらえない、要望がきちんと伝わらない、などの悩みがないか、相談者に確認する。その上で、専門家の適切な支援があれば借金問題は解決が可能であることを、相談者と再確認しながら、相談者と専門家が信頼関係を築けるよう、サポート、連絡、調整を行うことが重要といえる。

② 専門家に相談がなされていない場合の専門家への紹介、引継ぎ方法

まだ専門家に相談がなされていない場合、相談者を専門家への紹介、引き継ぐに際し、予め、相談者から、個人情報の取り扱いに関する同意書、もしくは、「専門家にスムーズに紹介、連携して問題を解決するために、あなたの状況を、簡単に、私から専門家に伝えますが、よろしいですか。」等、確認して、了解をとっておくことが重要である。ここでは、「**様式10**」ご紹介シートが活用できる、

そのうえで、相談内容を踏まえ、つながりのある地元の弁護士、司法書士、もしくは弁護士会、司法書士、法テラス等に、相談員自ら、できれば相談者の前で、電話を入れ、相

談者の状況を簡単に説明し、面談の予約を取る。単に「弁護士会で相談できるので、行ってください。」と伝えたり、「法テラスに電話してください。」とパンフレット等を渡すだけでは、一步を踏み出せない相談者もいる。確実に相談差と法律専門家の面談を実現するためには、相談を受けた者が面談の予約を取ることが重要となる。

③ 専門家と、面談の予約を取った後に重要なこと

専門家と面談の予約を取ったら、相談者に、ア相談対応の日時、イ相談機関名、連絡先の電話番号（わかれば、相談担当者、弁護士、司法書士の氏名）、ウ相談場所、アクセス方法等を、メモにして渡すなど、確実に伝えることが重要である。あれば、当該相談機関等のリーフレットを渡したり、アクセスマップを渡したりすることが望ましい。

さらに、以下のリストを渡す。

面談当日、持参するものリスト

- ア 相談引継ぎカード、
- イ 消費者金融のカード、
- ウ 契約書、
- エ 利用明細書、
- オ 督促状、
- カ 印鑑、
- キ その他、関係すると思われるものすべて（ヤミ金のチラシ他）

そして、たとえリストのすべてがそろってなくても、専門家に面談は可能であることを伝えることも必要である。

また、可能な限り、相談者に同行し、確実に面談が行われるようにし、必要な場合は、弁護士、司法書士との相談に同席するようにすることが大切である。

④ 専門家と面談の後にも、確認、連携を！

相談者を専門家につなぎ、相談者が専門家と面談、相談にこぎつければ、それで相談員の仕事が終わり、というわけではない。ここで、債務整理は専門家への1回の相談で終わるわけではない（前記のとおり、手続きの目安としても、通常、早くても数か月はかかる）ことを頭に入れ、債務整理の状況を確認することが重要となる、具体的には、相談者に、手続きがうまく進んでいるか、専門家に上手く話しができない等の悩みはないか確認し、何か問題が見つかれば、早急に弁護士等に伝え、債務整理の手続きが効果的に進むように、サポート、連絡、調整することが非常に重要といえる。

これは、弁護士等、専門家にとっても非常にありがたいことである。一般的に、弁護士等、法律の専門家みな自殺問題に詳しいとはいえず、相談者の生活歴、職歴等まで十分な聞き取りが及ばない場合もある。また、法律の専門家も、相談者と連絡が取りにくい、話しにくい、話が正確に伝わっているか懸念が残るなど、不安を感じる場合もある。

まさに、社会福祉士の手腕が期待できることであり、社会福祉士と弁護士、司法書士との連携による力が発揮されることといえる。

さらに、社会福祉士と弁護士、司法書士との連携は、後述する相談者の生活再建に向けた支援においても大変重要といえる。「債務整理」手続きを行い、利息制限法への引き直し後に債務が残った場合、概ね3～5年という期間に、その返済を行っていかねなければならぬことになる。その間、再度、借金問題に陥ることがないように、相談者の生活の立て直しが必要となってくるのである。

④ 専門家との連携に際しての留意点 ～相談者の不安、躊躇に対して

相談者のなかには、専門家への相談が必要と理解できても、専門家に相談するには費用がかかると思い込み、「弁護士に払うお金などない」と躊躇する場合もある。

相談者の費用の心配に対して、「お金がすぐに用意できなくても、専門家に相談できる方法がある」ことを、しっかり伝えることが重要である。

具体的には、法テラスの無料法律相談を受け、費用も含めて相談していきこうと相談者に伝える。そして、法テラスでは、無料の法律相談のほか、民事法律扶助という弁護士費用等の立替制度があり、相談者は、法テラスに月々、無理のない範囲で返済していくことができることを理解してもらおう。

また、弁護士、司法書士によっては、費用の分割払等に応じるなど対応が可能な場合もある。日ごろから「顔の見えるつながり」があれば、費用の相談もしやすいといえる。

そして、法テラスと契約している弁護士、司法書士とつながりがあれば、その弁護士等にダイレクトに連絡し、面談の予約を取ることができれば、法テラスの相談場所、相談時間以外でも、例えば、その弁護士の事務所等において、法テラスの無料法律相談、費用の立て替えが可能となる。法テラスの相談は、通常、20分～30分と相談時間の制約があり、また、地域によっては、法テラスの相談は日時、曜日が決まっていて利用が難しい、相談の予約がなかなか取れず、相談日は数週間先となる、などの事情がある場合もあるところ、弁護士等にダイレクトにコンタクトがとれれば、面談の予約や相談時間について、早期かつ柔軟に対応が可能となる。

このように、日ごろから「顔の見えるつながり」を築くことは、相談者と法律専門家の早期かつ確実な面談の実現のために、非常に重要といえる。

⑥ 相談者の不安と家族の不安～借金は家族に内緒、知られると困る・・・

相談者のなかには、借金のことは家族に内緒にしている、家族に知られることを恐れ、専門家に相談することに不安を感じている方もいる。そこで、「相談員も、弁護士等専門家

も、守秘義務があるので、あなたが望まない限り、配偶者や家族にも、相談していることを知られることはありません。」と、伝え、安心して、法律専門家との面談に向かってもらうことが必要である。

もつとも、借金問題は、家族とともに、解決した方がよい場合もある。例えば、家族が連帯保証人になっている場合、あるいは、「債務整理」のうち、自己破産を行う場合などである。この点は、専門家につなぎ、専門家と「債務整理」の方法を選択、実行していくなかで、専門家から説明してもらうことが効果的である。そこで、安心して法律専門家と面談に向かえるよう、まずは相談者の不安を取り除くことが重要となる。

他方、家族も「どうも、私に内緒で借金をしているようだ」と感じ、不安を抱えて、尋ねてくる場合もある。この場合、例え、家族でも、相談者の了解なしに、相談内容を話さないことが重要である。また、家族が相談に付き添ってきた場合、相談の間、家族には、別の部屋で待ってもらう等の対応が必要といえる。

なお、保証人と連帯保証人の違いであるが、保証人は借金をしている本人（債務者）が「支払不能」と判断された場合に、一切の責任を負うのに対して、連帯保証人は、借金をしている本人（債務者）と全く同じ立場であり、本人（債務者）より先に請求される可能性がある等、より責任が重いといえる。

⑦ 多重債務問題：社会福祉士と司法、さらに医療の連携が必要となる場合

前章で述べられたように、相談者が深刻な多重債務問題により、抑うつ状態にあるか、うつ病、統合失調症を発症していると疑われる場合、また、アルコール依存、薬物依存、ギャンブル依存状態等にある場合、弁護士らによる債務整理に加え、医療機関の受診等も必要となる場合がある。

特に、多重債務の原因として、「有害なことが起こっているにもかかわらずやめられず」、「自分でコントロールすることに失敗している」状依存症（ギャンブル、買い物）にある場合、これば病気であることから、医療機関との連携が必要となる。例えば、過払い金が発生した場合、これを費消することにより、依存症の病気を悪化させる等のおそれもあることから、弁護士等法律家も、医療機関の受診等の情報を得て、債務整理の方法、時期を検討することは重要となる。ここでも、コーディネーターとして社会福祉士がキーパーソンとなるといえる。

（6）相談者の生活再建にむけて～さらなる支援、連携を

① 現在の借金問題を解決して終わりではない

相談者のなかには、現在の借金の問題が解決しても、そのまま、自ら、生活再建を進められない方もいる。例えば、前記のように、心の問題があれば、医療機関における診療にはある程度、時間が必要となり、また、現在、仕事をしておらず、収入がないため、当面の生活費が足りない場合や、収入があっても、相談者の月々の支出が収入に見合っていない

いことから、再度、生活費やローンの返済金の不足を借金で補うという悪循環に陥る懸念がある場合などである。

そこで、多重債務問題の抜本的な解決にむけて、この機会に、生活を再建することが重要となる。

失業や減収などによって、現在の生活が困窮している場合、生活再建にむけて、以下のようなセーフティネット貸付や就労支援、そして、生活保護の制度もある。生活保護の申請には弁護士等、法律専門家による同行支援もある。

また、月々の収入の範囲内で安定し生活を維持し、債務整理手続きによって合意した返済計画がある場合は確実な返済して債務をなくするためには、「家計管理」が重要となり、その支援が必要となる場合もある。

以上、生活再建の点からも、債務整理手続き中、さらにその後も、社会福祉士と法律専門家との連携、さらに、場合によっては、医療機関、行政の担当者との連携が重要となる。

② 生活再建のためのセーフティネット貸付等

相談者の生活再建にむけて、行政の担当者とも連携し、行政サービスをはじめ 様々な方法を活用していく必要がある。

(ア) 生活福祉資金貸付制度

低所得者、高齢者、障害者などが、安定した生活を送れるよう、都道府県の社会福祉協議会が資金の貸付けと必要な相談や支援を行う制度である。

失業や減収などによる生活困窮が広がっている中、生活に困窮した方に対し、セーフティネット瀬策一つとして、平成 21 年 10 月、同制度が大幅に見直された。貸付資金の種類を 4 つに整理・統合して、生活費や一時的な資金の貸付けを行う「総合支援資金」を設け、就労支援や家計指導などの顔の見える継続的な相談支援を合わせて行うことができる制度とし、貸付利率を引き下げるなどの改正が行われた。

さらに、平成 27 年 4 月から開始された、経済的に困窮する方の自立を支援する生活困窮者自立支援制度との連携も始まり、「総合支援資金」と緊急小口資金等（臨時特例つなぎ資金を含む）の貸付にあたっては、原則として自立相談支援事業の利用を貸付の要件とすることになった。

【窓口】 市町村社会福祉協議会

【対象】・必要な資金を他から借りることが困難な「低所得者世帯」

(市町村民税非課税程度・世帯収入の基準及び範囲は都道府県によって異なる)

・障害者手帳などの交付を受けた人が属する「障害者世帯」

・65 歳以上の高齢者が属する「高齢者世帯」

【生活福祉資金の種類】・・・大きく 4 つ

- i) 総合支援資金（生活支援費、住宅入居費、一時生活再建費）
- ii) 福祉資金（福祉費、緊急小口資金）

iii) 教育支援資金（教育支援費、就学支援費）

iv) 不動産担保型生活資金（不動産担保型生活資金、要保護世帯向け不動産担保型生活資金）

このうち、上記 i) 「総合支援資金」のうち、「生活支援費」は、生活を再建するまでの間に必要な生活費として、原則 3 か月間（最大 12 か月間まで延長可能）、月 20 万円までの（単身世帯の場合は月 15 万円以内）貸付けを行うものであり、「住宅入居費」は、敷金、礼金など住宅の賃貸契約を結ぶために必要な資金として、40 万円までの貸付けを行う。また、「一時生活再建費」は、就職活動や技能習得、家賃や公共料金などの滞納の一時立て替え、債務整理に必要な費用などについて、60 万円までの貸付けを行う。

【連帯保証人の要否、利子など】・

- ・原則、必要であるが、連帯保証人を立てない場合も貸付は可能
- ・原則、連帯保証人がいる場合は無利子、連帯保証人がいない場合は年 1.5%

【手続き、相談の窓口】 市町村社会福祉協議会

なお、離職されている方が総合支援資金を利用するには、まず、ハローワークへの求職申し込みと職業相談が必要である。

（イ）臨時特例つなぎ資金貸付

住居のない離職者であって、失業給付や住居確保給付金など、離職者を支援するための公的給付制度または公的貸付制度を申請している住居のない離職者のうち、給付・貸付けが開始されるまでの間、生活に困窮している場合に利用できる制度である。10 万円までの資金を、連帯保証人なしで、無利子で貸し付ける。手続きの窓口は市区町村の社会福祉協議会である。

（ウ）母子寡婦福祉資金貸付

配偶者のない女子で現に児童を扶養している者、またはその扶養している児童を対象とした貸付

（エ）その他地方公共団体独自の貸付制度

（オ）地方公共団体と労働金庫が連携した自治体提携融資制度、（一部地域）生活協同組合の取組み、信用金庫・信用組合の取組みもある。

（キ）生活保護

資産や能力などのすべてを活用してもなお生活に困窮する方に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障し、その自立を助長することを目的とする制度であり、一定の条件をみたした者は、生活扶助（日々の生活に必要な

な費用、食費、被服費、光熱水費など)、住宅扶助(アパートの家賃など)、教育扶助(義務教育を受けるために必要な学用品代や給食費など)、医療扶助(医療費代)、介護扶助(介護サービスの費用)の給付を受けることができる。相談窓口 福祉事務所の生活保護担当である。

【参考文献】

- ・「生活支援アセスメントシート」
- ・「多重債務者相談の手引き ～「頼りになる」相談窓口を目指して～」金融庁・消費者庁、平成23年8月
<http://www.fsa.go.jp/policy/kashikin/20110831-1/01.pdf>
- ・長崎県自殺対策専門委員会「長崎県自殺総合対策 相談対応のための手引き集 第1巻 借金・経済問題への対応」、2016年
<https://www.pref.nagasaki.jp/shared/uploads/2016/07/1468212473.pdf>
- ・「全国クレサラ・生活再建問題対策協議会 (略称:クレサラ対協)HP 相談窓口一覧」
http://www.cresara.net/con_06.htm
- ・政府広報オンライン「～失業して生活にお困りの方など、一時的に生活資金などが必要な方を支援するための『生活福祉資金貸付制度』があります。
<https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201001/3.html>