

若者の心を支える



目次

I 若者の自殺と若者の心	4
1. 若者の自殺の実態	4
(1) 自殺は10歳代後半から増え、20歳代でそれ以上の年齢と同等になる	4
(2) ここ20年では若者の自殺はやや増加している	4
(3) 過去を振り返ると若者の自殺率は大きく変動している	4
(4) 自殺率が変化した背景 ～社会情勢、自殺対策と医療	7
① 社会情勢	7
② 自殺対策、関連する施策	7
③ 医療	8
2. 若者の自殺の特徴	10
(1) 若者の自殺の背景はうつ病だけではない	10
(2) はっきりした診断に至らなくても自殺のリスクが高いことがある	11
(3) 疾患によって自殺のリスクの見え方が異なる	12
(4) 死にたいと思ったことがある割合は若者の方が高い～心理的な変動のしやすさ	13
(5) サポート	13
(6) 若者の自殺の特徴 ～まとめ	15
II. 若者の自殺予防	16
1. 気づく力を高める	16
(1) 「自殺のリスク」に気づくことができるか?	16
(2) 階層モデルでのリスク評価	16
(3) リスク判断と対応の具体的な手順	17
① 気になるレベル	17
② 要注意レベル	17
③ 問題レベルと最注意レベル	18
(4) 参考：自殺リスクの評価尺度	19
(5) 気づく力を高める	19
2. 支える力を高める ～受け止める	20
(1) 基本は受け止めること	20
(2) 指導者から支援者へ	20
(3) 受け止める力を高める	21
① 評価	21
② 評価の実際	22
(4) 受け止める力とは?	23
3. 支える力を高める ～医療と地域や学校との連携	24
(1) 自殺予防における精神科医療の役割	24

(2) 連携の重要性 医療⇒地域支援	25
(3) 医療との連携	25
① 医療を勧めるまで	26
② 医療を勧める基準	26
③ 医療機関等との連携作り	26
(4) 「病気というほどではない」	27
(5) 自傷行為など	28
① 自傷行為の理解と対応	28
② 自傷行為の現場に遭遇した場合	28
③ 医療機関との連携	28
(6) 連携する力を高める	28
4. 孤立 ～種々の機関の連携	29
(1) 孤立している人への支援は最大の課題	29
(2) 孤立者支援の手掛かり	30
① 非正規雇用・無職者支援	30
② ひきこもり支援	30
③ 普及啓発、インターネット	30
(3) 家族	31
① 家族教育	31
② 家族自身への支援	31
(4) 孤立者支援の力を高める	32
5. 学校での取り組み	33
(1) 学校における自殺対策	33
(2) 生徒への授業	34
① YAM プログラム	34
② 生徒に対する他のプログラム	35
(3) 学校での取り組みの実際 ～福島県での取り組み	35
① 職員研修	35
② 生徒への講演・授業	36
③ 授業の効果	36
④ 学校側の関心の高まり	37
(4) 大学生	38
① 学生が置かれている状況	38
② 学生による支え合いの活動	38
③ 学生生活を支える	38
(5) 自殺と関連する問題	38
(6) インターネット、SNS	39
(7) 地域保健や医療機関等との連携	39

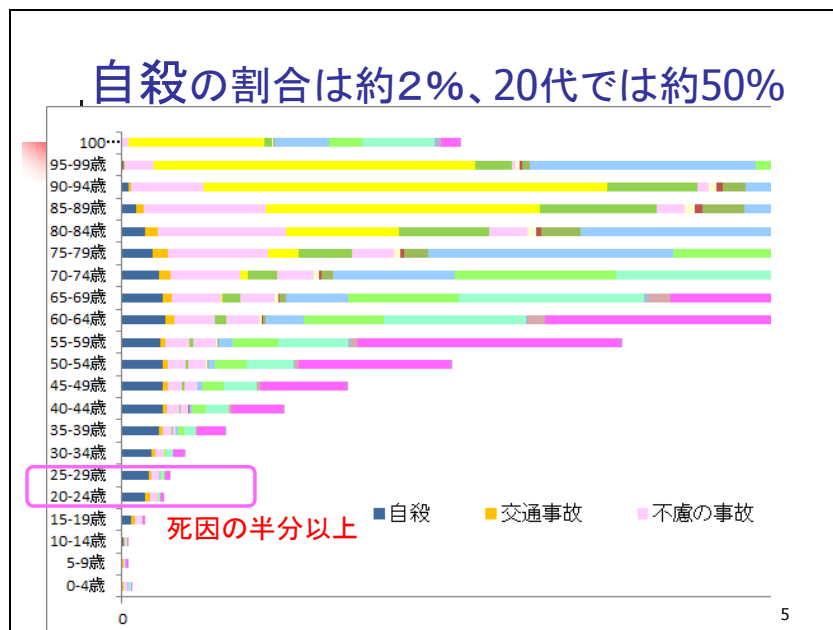
(8) 授業素材の例.....	39
① 身近なテーマを用いて相談すること・相談を受けることについて学ぶ.....	39
② 実際に相談し合う場面をロールプレイで練習.....	40
③ バウンダリーについて.....	41
(9) 学校での自殺予防.....	42
6. 若者の心を守る ～自殺予防力を高める 10 か条.....	43
(1) 気づく力.....	43
(2) 支える力 ～受け止める.....	43
(3) 支える力 ～保健・教育と医療との相互の連携.....	43
(4) 支える力 ～孤立者支援.....	43
(5) 教育.....	43
7. Q&A.....	44
Q 1. 「自殺」という言葉を使うことは、特に学校教育の場では抵抗があります。.....	44
Q 2. まったく普通に暮らしていた若者が自殺してしまうことがあります。気づき方が足りなかったのでしょうか?.....	44
Q 3. 家族との葛藤が自殺のきっかけになる場合もありますが、かといって、一人暮らしで孤立することも自殺のリスクとなるように思い、難しく感じます。.....	44

Ⅰ 若者の自殺と若者の心

1. 若者の自殺の実態

(1) 自殺は10歳代後半から増え、20歳代でそれ以上の年齢と同等になる

下記のグラフは、平成25年の人口動態統計に基づいて、各年齢でどのような死因で何人の人が亡くなったかを示したものです。自殺による死亡は、10歳代後半から増え、20歳代になるとそれ以上の年齢と同等の数になっていることがわかります。若者ではほかの死因で亡くなる方が少ないため、死亡者に占める自殺の割合は50%以上に上ります。

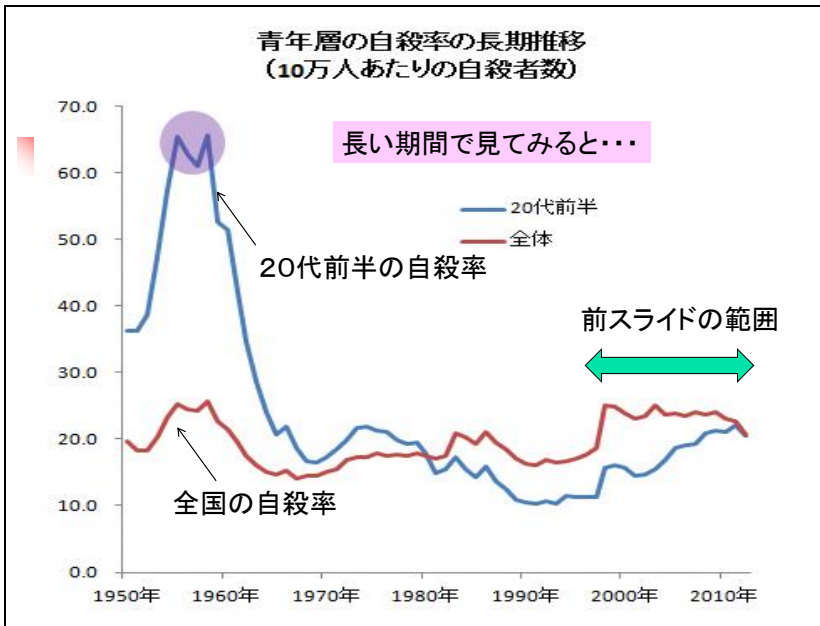
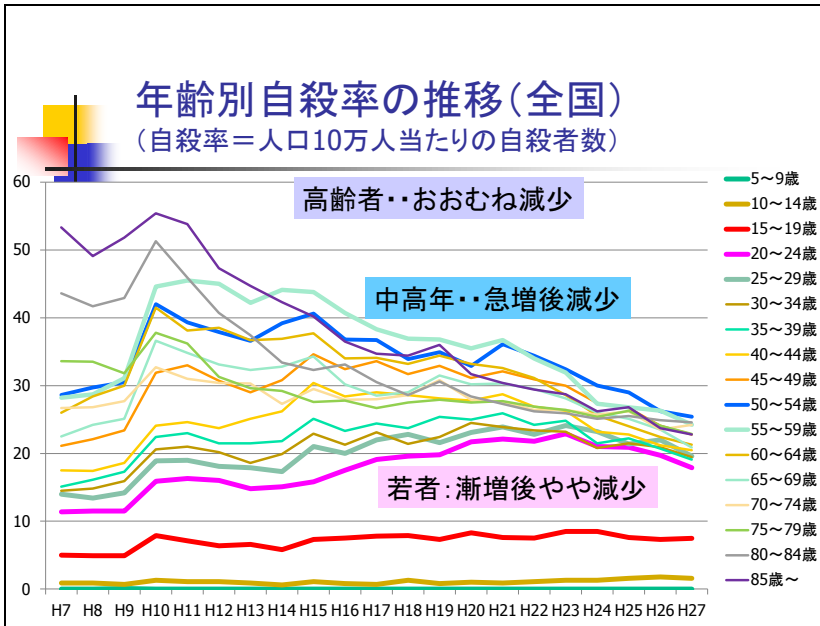


(2) ここ20年では若者の自殺はやや増加している

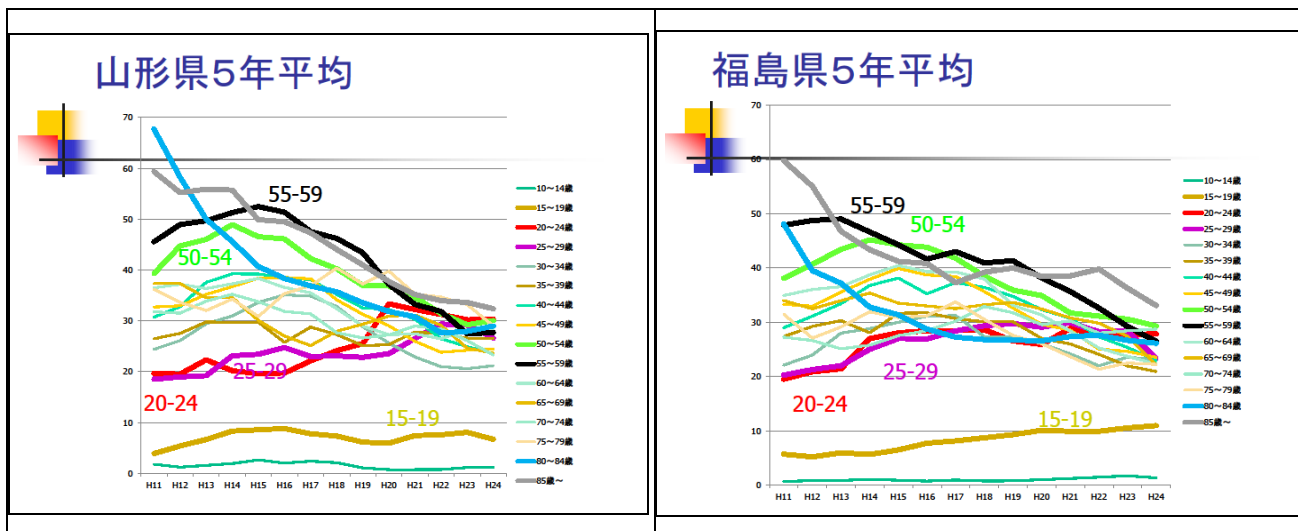
年齢別の自殺率の推移を見てみると、平成10年ごろに全年齢で共通して自殺率が上昇しました。その後、①高齢者では減少を続けている、②中高年では平成10年に大きく増加した後、徐々に減少に転じている、③若者では最近数年はやや減少しているものの、全体には漸増している、と、年齢によって変化が異なっています。

(3) 過去を振り返ると若者の自殺率は大きく変動している

さらに長期のデータを見ると、1950年代の後半から、若者の自殺率が著しく高くなった時期がありました。このころは失業率が高く、全年齢的に自殺率が高くなっているのですが、その中でも若者の自殺が際立っています。高度経済成長が始まった時期で、社会が大きく変化し始めたことで、若者の不安感が増幅されたのかもしれませんが。その他、有名人の自殺に伴う、いわゆる後追い自殺も、若者が多いことを考え合わせると、若者の自殺が、社会のさまざまな出来事や社会情勢によって影響されやすく、不安定性が高い、と考えられます。



<山形県と福島県の年齢別自殺率の推移>



山形県の年齢別自殺率の全国との比較

05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	~	歳
09	14	19	24	29	34	39	44	49	54	59	64	69	74	79	84	~
歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳	歳

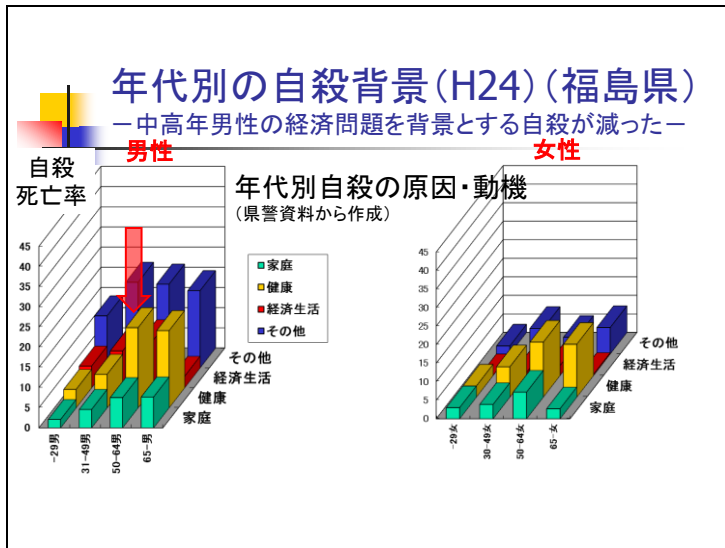
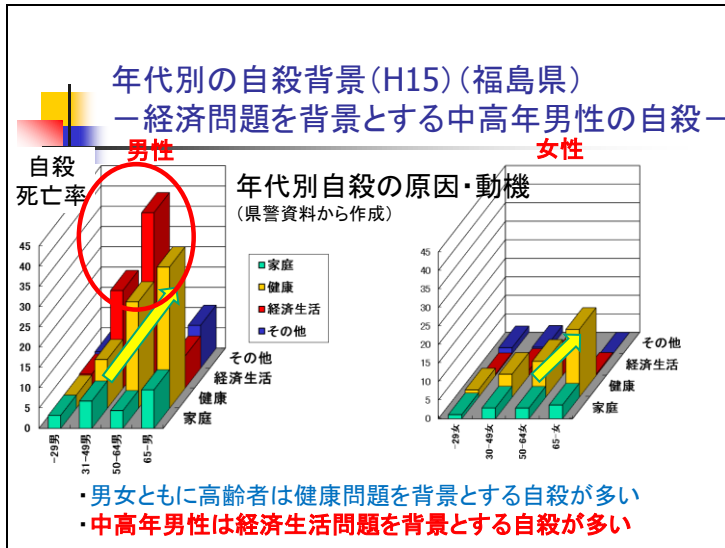
H13(11-15)		L													H	H
H14(12-16)					H		H		H						H	H
H15(13-17)			H		H	H	H		H	H					H	H
H16(14-18)					H	H	H		H	H			H	H	H	H
H17(15-19)	H				H		H		H	H					H	H
H18(16-20)					H		H	H	H	H				H	H	H
H19(17-21)	H				H		H	H	H	H				H	H	H
H20(18-22)					H		H			H				H	H	H
H21(19-23)										H				H		H
H22(20-24)			H											H		H
H23(21-25)			H											H		H
H24(22-26)			H	H										H		H
H25(23-27)			H	H										H		H
H26(24-28)			H			H					H					H

※L：全国よりも自殺率が有意に低い H：全国よりも自殺率が有意に高い（有意水準＝5％）

(4) 自殺率が変化した背景 ～社会情勢、自殺対策と医療

① 社会情勢

自殺率が変化した背景には、社会情勢、自殺対策、医療が考えられます。警察による自殺統計では、原因・動機のカテゴリが示されていますが、H15年とH24年のデータを年代別で比較してみると、中高年男性の経済生活問題を背景とする自殺が大きく減少していることがわかります。この間の社会情勢を見てみると、平成3年(1991年)ごろからのバブル崩壊に伴い、平成9年11月の山一証券倒産の象徴される経済的な情勢の変化をきっかけとして平成10年から自殺者が増加し、その後、徐々に落ち着いてきたことが分かります。

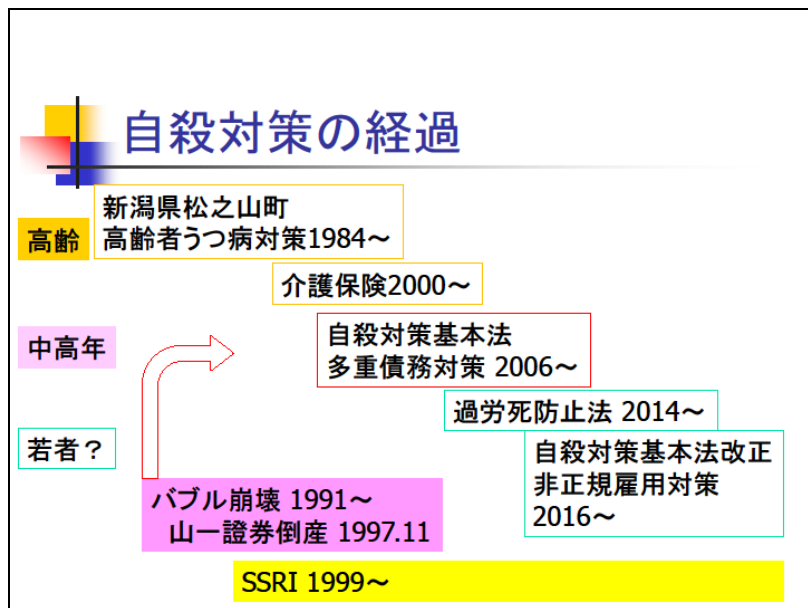


② 自殺対策、関連する施策

自殺対策が本格的に取り組み始めたのは、1984年ごろから新潟県松之山町での高齢者うつ対策による自殺予防の取り組みです。その後、このモデルを用いた自殺対策が進められるとともに、2000年からは介護保険が始まり、高齢者対策が進められてきています。

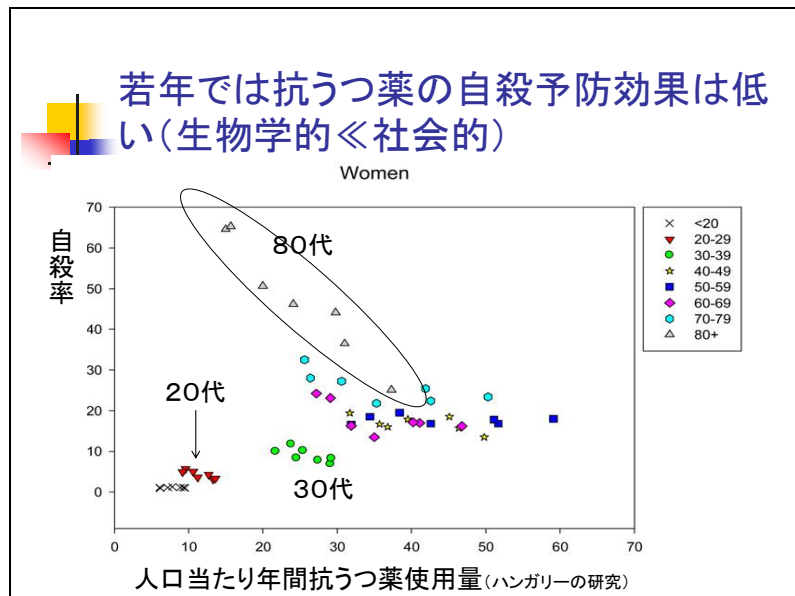
一方、バブル崩壊に伴う中高年の自殺増加に対して、多重債務対策の取り組みとともに自殺対策基本

法が制定されています。その後、2014年に過労死防止法、そして2016年に非正規雇用対策に取り組み始め、自殺対策基本法の改正を受けて、ようやく若者の自殺対策に重点的に取り組まれ始めたところ



③ 医療

精神科医療面では、1999年にSSRIが導入され、抗うつ薬の使用が広まったことが大きな契機と言えるでしょう。ハンガリーの研究では、国内総抗うつ薬使用量の増加、すなわち抗うつ薬使用者の増加に伴って自殺率が低下してきたことが示されています。ただ、この効果は高齢者には顕著ですが、若者の自殺予防にはあまり効果が見られていません。



このように、施策面においても、医療面においても、若者の自殺予防は、対策が未だ不十分で、これからの課題であるといえます。

2. 若者の自殺の特徴

高校3年男子 「うつ？ パーソナリティ障害？」

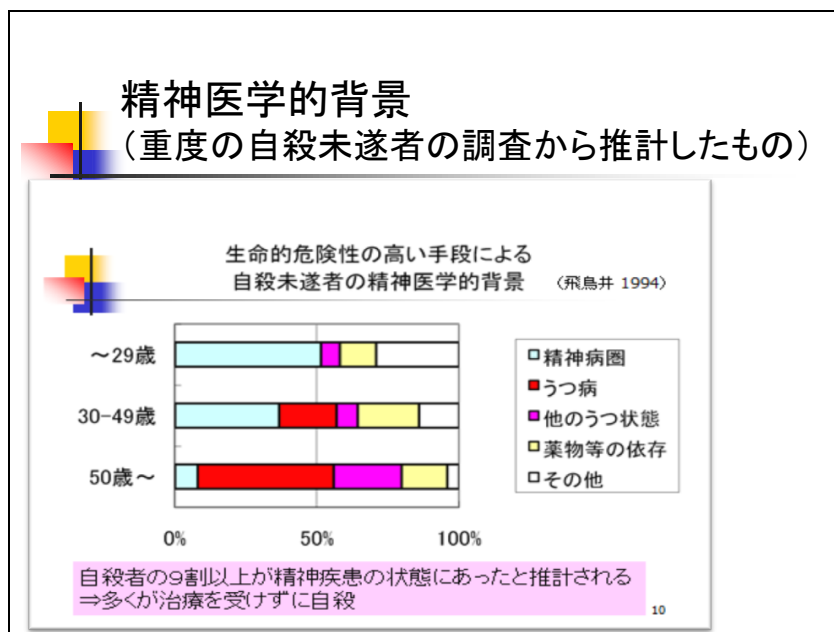
「試験があるから勉強しないといけないけれど、別に興味があるわけでもないし、机に向かっていてもただ眼で追っているだけで頭は素通り。いつのまにか漫画を読んだりして続かない。親は、『勉強して成績が上がればまた励みになる』とか言っているけれど、そんなに成績を上げたいとも思わないし、喜ぶのは親だけ、と思う。みんなはまじめに勉強していて、自分はそれについていけなくて、なにか違う世界にいるみたいに感じてしまう。」

21歳男性 「ゲーム依存？ 統合失調症？」

高卒後、上京し、派遣社員としていくつかの職場を転々としていた。4月から新しい職場に派遣されて2か月になる。仕事は入力の仕事だが、医療関係の職場で、慣れない言葉が多いなど、難しく、ストレスからか、家では、ついぐずぐずとネットゲームなどで夜更かししてしまう生活となっていた。あるとき、ふと、自分の個人情報が出てきていると感じることがあり、それ以来、なんとなく街中でも自分が見られているような感じで不安になり、仕事にも集中できなくなってきた。遅刻が続くので、生活指導の目的で上司が本人を呼んだが、話を聞いたところ、上記のようなことがわかり、精神科に受診となった。

(1) 若者の自殺の背景はうつ病だけではない

自殺者の9割以上は、自殺の時点で精神疾患の状態にあったと考えられています。しかし、その背景となる精神疾患は、年代によって異なります。中高年ではうつ病が主で、様々な生活のストレスが関係することが多いです。一方、若者では統合失調症やパーソナリティ障害などが主で、うつ状態もある程度関連しますが、幻覚や妄想などの症状（統合失調症の場合）、あるいは、対人関係の悩みが関連しやすいです。実際、統合失調症は、若い頃に発症する病気で、高校生までに3分の1が発症します。

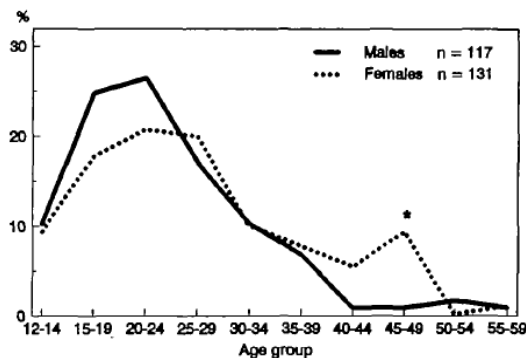


統合失調症の発症年齢

(全発症数に対する各年齢層での発症割合)

Hafner et.al, 2010

「みんなが私の
悪口を言っ
ている・・・」
(幻聴・妄想)



男性では約35%、女性は約28%が高校までに発症する

(2) はっきりした診断に至らなくても自殺のリスクが高いことがある

精神科などに受診しても、「病気というほどではなさそう」と、投薬などされずに終わることもしばしばあります。若者は社会的立場が不安定で、通常でも不安やうつ気持ちは持ちやすくなるため、症状があっても、診断については保留されることもあります。

しかしそうした中には、統合失調症の発症危険状態とされる ARMS (At Risk Mental State) や神経衰弱といった状態も含まれていると考えられます。そして、そうした状態の場合も自殺のリスクが高いことが示されています。こうした状態には、確かに、薬の治療はあまり有効ではないこともあり、むしろ、心理面や生活面の支援が必要なのです。

診察室にて

「病気というほどではなさそう」

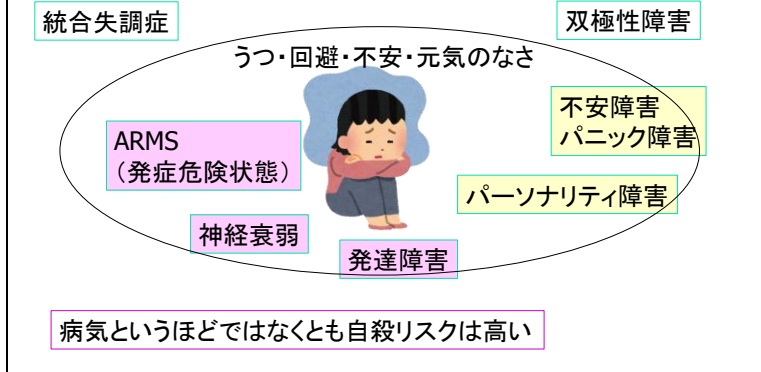
「このまま生きていても
何もいいことないと思う」



若い人は先が
不安定だし、状況
次第で気持ちが
変化しやすい

生活や心理面の不安定さがある

病気というほどではない・・・に含まれるもの



(3) 疾患によって自殺のリスクの見え方が異なる

福島県精神保健福祉センターが実施した調査で、精神科に受診中に自殺された方について、直前の診察で主治医がなんらかのリスクに気づいていたかどうかを調査しました。その結果、うつ病など気分障害では50%の方について何らかの問題に気づいていましたが、若者の自殺の背景として多い、統合失調症、パーソナリティ障害では、それぞれでは35%、0%にとどまっていました。

統合失調症では心の様子が周りから見えにくい、といったことがあるのかもしれませんが。また、パーソナリティ障害では、もともと感情の起伏が大きいので、多少落ち込みが見られても、かえってリスクとして認識されにくい、ということがあるかもしれません。疾患によってリスクの見え方が異なるのです。

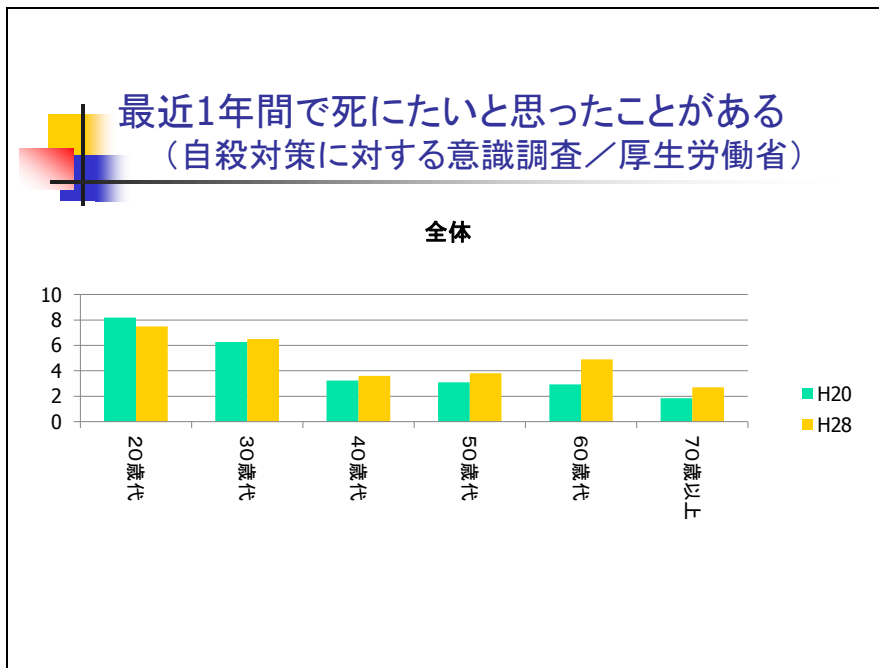
診断分類別リスク判断 (最終診察時)

診断 \ リスク判断	1	2	3	4	5	計
精神作用物質使用による精神および行動の障害	1		1			2
統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	5	2	2	1	1	11
気分[感情]障害	8	3	8	2	1	22
神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	2	2		2		6
成人のパーソナリティおよび行動の障害	2	2				4
心理的発達の障害		1				1
計	18	10	11	5	2	46

(4) 死にたいと思ったことがある割合は若者の方が高い～心理的な変動のしやすさ

厚生労働省が自殺に対する意識調査を行っており、その中で「最近1年間で死にたいと思ったことがある」割合を示しています。平成20年と平成28年の調査を見てみると、いずれも20歳代で最も割合が高くなっています。

この結果を見て、必ずしも、若者は、全体に精神的健康度が低いと考えるべきものではありません。若者の心は柔軟であることが特徴であり、そのことは言い換えると変化しやすいという特徴になります。「死にたい」という極端な考えに至りやすい一方、一過性で、ちょっとしたきっかけでそうした気持ちから解放されるということもあります。しかし、一過性であるからと言って、そうした気持ちの時にはリスクが高いことには変わりはありません。



(5) サポート

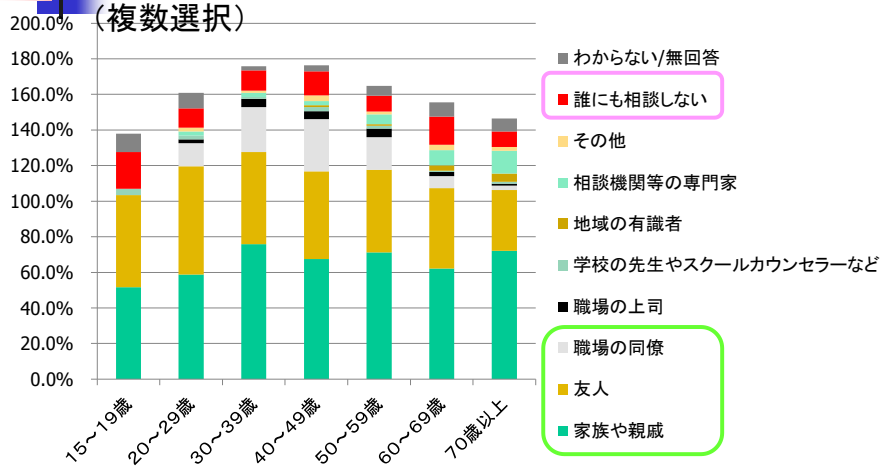
大学4年。就活うつ。

「いつまで経っても一次面接すら通らないし、交通費等で貯金は尽きるし、人生で初めて鬱のような状態にはなるし、それはもう散々でした。とにかく内定が出るまでは仲良しの友達とすら会いたくなかった。『このまま就職できなかつたらどうなるんだろう。』『自分は誰にも必要とされていない。』と人生が終わってしまうような気持でした。」

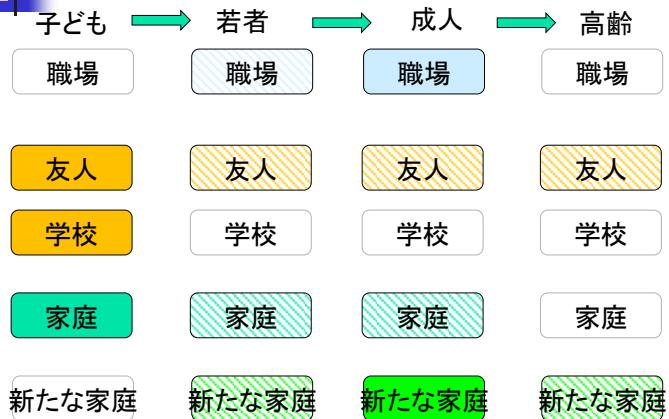
さまざまなストレスがあったときに、誰かに相談したり助けを求めたりすることは、自殺に対して予防的に働きます。福島県での調査では、悩みがあるときに誰にも相談しない割合が、若者、特に10代後半で20%近くと最も多くなっていました。学校を卒業し、その後の社会生活を歩み始めることで大きな生活の変化を経験します。多くは、就職や結婚によって、職場の同僚や新しい家族など、相談相手を獲得していきますが、そうした変化に対応できるまでの時期は、相談相手が乏しくなりサポート失ってしまう空白期間に陥るリスクがあります。

悩みがあるときに誰に相談？

(H26福島県県政世論調査)



生活の変化で相談相手も変化



(6) 若者の自殺の特徴 ～まとめ

<若者の自殺の特徴>

- ① 10数年の経過を見ると、高齢者や中高年の自殺率が減少しつつあるのに対し、若者では減少せず、むしろ増加の傾向がある。
- ② その背景には、自殺対策や関連する取り組みが若者の自殺予防に対して不十分であったこと、抗うつ薬の普及などの医療の変化が若者の自殺には有効性が低かったこと、などが考えられる。
- ③ 若者では自殺の背景となる疾患が高齢者や中高年と異なっており、向精神薬による自殺予防効果が低く、社会的サポートの必要性が高い。
- ④ 若者は社会的立場の変化に伴って、サポートの空白期間のリスクがあり、自殺のリスクにつながる。

II. 若者の自殺予防

1. 気づく力を高める

(1) 「自殺のリスク」に気づくことができるか？

Aさん、26歳男性。入社3年目。抑うつ状態。

入社後から、上司の指導が厳いと感じていたが、社会ではこんなものか、と頑張ってきた。しかし、2年目、3年目となるにつれ、「まだ仕事が覚えられないのか？」と詰問されそうな気がして、わからないことを聞くこともできなくなってきた。仕事を抱え込んで悩む日々が続き、とうとう、どうしても朝起きあがれなくなり、2日間休んでしまう。

入社してみると、「締め切りの迫った仕事をかなり積み残していたようだから、他の社員に頼んでおいた」と上司から伝えられた。その夜、自家用車の中で排ガス自殺を図る。近所の人が発見し、救助される。

上司から見た様子

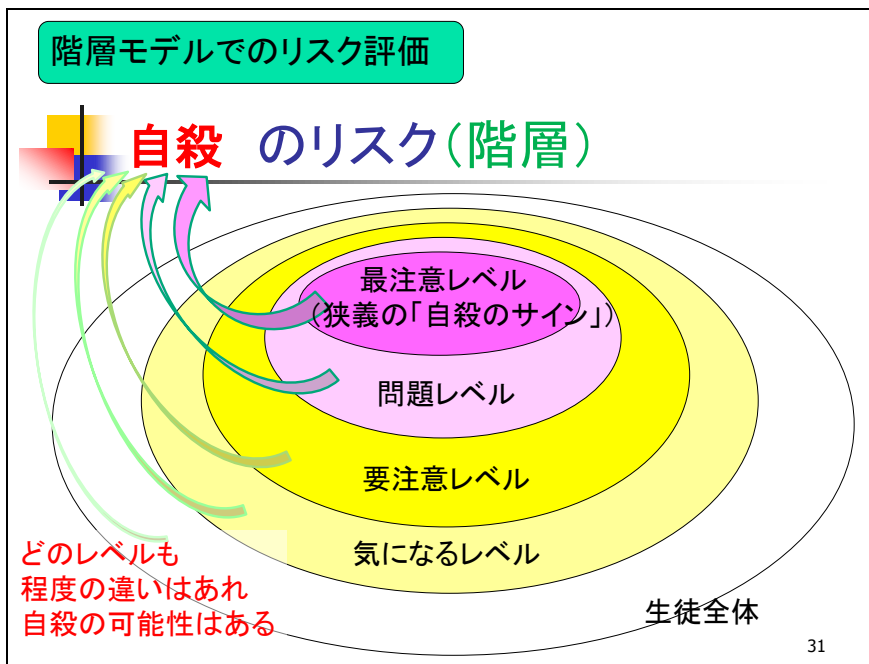
「とてもまじめで責任感が強い社員。入社したころはともかく、3年目にはいって、だいぶ慣れてきたかなと見ていた。仕事は大変だったようだが、忙しい職場なので仕方がないかと思っていた。珍しく2日も続けて休んだので、だいぶ疲れていたのだろうと思って、締め切りも近かったので、仕事を他の社員に分担してもらった。」

「自殺する人は自殺の前になんらかの兆候を示しているものだ」と言われます。それは事実ですが、その兆候を自殺のリスクであると見分けることは困難です。特に、自殺のリスクを見た感じだけで判断することは不可能です。本人の話をしっかり聞くことができれば、リスクに気づく確率は高まります。

(2) 階層モデルでのリスク評価

自殺のリスクというと、「今にも自殺してしまいそう」といった様子を考えるかもしれませんが、しかし、そうした、いわば瀬戸際の状態だけを捉えようとするのは、自殺対策のみならず、リスク管理の一般的な考え方としても誤りです。より軽微な状態からリスクを捉えて、リスクの程度に応じて、面接などのより感度の高い評価を行うという、階層モデルでのリスク評価が必要です。

また、高いレベルのリスクでは高い確率で自殺が起きるでしょうが、低いレベルのリスクでも、確率は低くなるものの、自殺が起きる可能性はあります。特に、若者の場合、自殺の兆候が見えにくい場合があり、リスクの幅をより広くとって評価することが求められます。



(3) リスク判断と対応の具体的な手順

リスクには、心理・行動面のリスクと、生活・環境面のリスクとがあります。心理・行動面のリスクとは、気分の落ち込み、自信喪失といったものや、自傷行動などが含まれます。一方、生活・環境面のリスクとは、ストレスとなり得る様々な状況、経済面、対人関係面など、一般的に自殺の原因として挙げられるような様々な状況が含まれます。最注意レベルなど、自殺と直結するリスクの判断には、心理・行動面が重要となりますが、幅広くリスクを捉えるためには、生活・環境面のリスクもしっかり把握することが大切です。

① 気になるレベル

「本人は平気だと言っているが、家庭に少し問題を抱えているようだ」

「明らかな問題はないようだが、自信がなさそうで、目立たないように過ごしている」

「目立って、というほどではないが、少し学校の成績が下がってきているようだ」

心理・行動面と、生活・環境面と、いずれについても軽微な問題が観察された場合が該当します。Q-U尺度では、被侵害得点が高く承認得点が低い場合が問題とされますが、その一方だけが見られるとき、たとえば、承認得点が低く、被侵害得点が高くはないものの低くもなく中間である場合、といった例が当てはまります。こうした場合は、注意深く見守るといった対応が必要です。見守る中で、要注意レベルに当てはまる兆候が見られた時は、面接するなどの対応をします。

気になるレベルの兆候はあいまいなので見落としがちです。医療機関、相談機関、支援機関などで気になる、と感じたときには、面接記録に「気になる」旨と、できればなぜそう感じるのかを記載しておくといよいでしょう。そうすることで、感受性を磨くことができます。

② 要注意レベル

「欠席や遅刻が増える」「成績の低下」「授業中の居眠り（夜間の不眠）」

- 「孤立、人を避ける」「元気がない、ふさぎ込む」
- 「情緒不安定（予測のつかない変化、衝動性など）」
- 「表情の不自然さ、周囲への無関心（身だしなみ等）」
- 「考えすぎ」（自責傾向、自信欠如、絶望感など／妄想、抽象的で中身が乏しいなど）
- 「家庭内の問題やいじめなどの問題がありそうだ」

おもに、心理・行動面の兆候に注意します。また、生活・環境について問題となりそうな情報が入った場合も要注意レベルに該当します。要注意レベルの兆候が見られた場合は、個別に面接をするとともに、家族や他の職員などを通じて、さらに情報を集めるようにします。

③ 問題レベルと最注意レベル

<生活・環境（ストレスの原因）>

- 「いじめ」「虐待」「その他の学業や生活や交友の問題」

<心の不調や精神疾患>

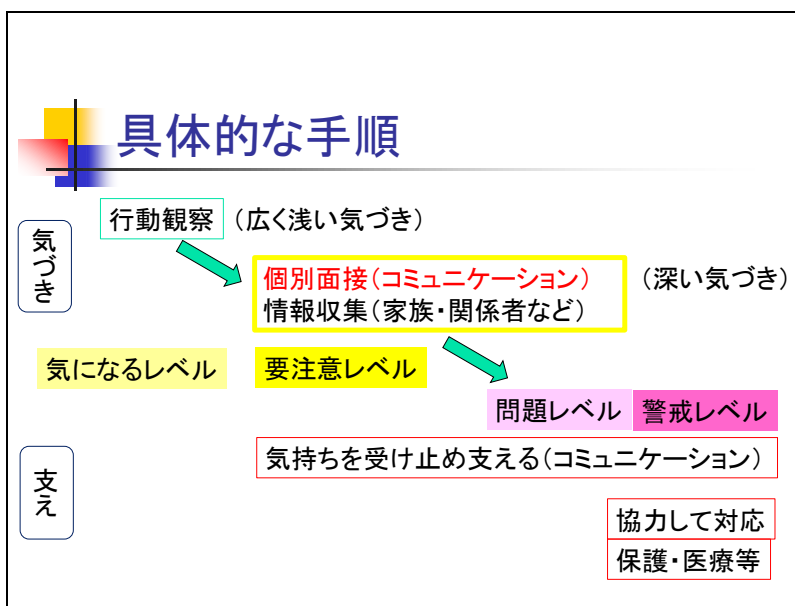
- 「うつ病や統合失調症、発達障害、摂食障害、パーソナリティ障害など」

<心理・行動面での自殺のおそれ（最注意レベル）>

- 「希死念慮、自傷行為、自殺の準備や計画」

面接によって問題を把握します。それぞれの状況に応じて、生活・環境の問題への取り組みや、心の不調が見られる場合は医療機関への受診を勧める、などを行います。このレベルでは、職員が協力して対応することも必要です。

また、問題がある場合は、必ず最注意レベルにあるかどうかを確認するため、本人に質問したり、行動についての情報を集めるようにします。最注意レベルでは、医療機関への受診など、専門家の協力を求めるほか、安全の確保にも留意します。



(4) 参考：自殺リスクの評価尺度

自殺のリスクを評価する尺度としては Beck の絶望感尺度や、InterSePT という大規模な自殺予防研究で使われている尺度などがあります。「死にたい」という積極的な気持ち以外にも、「生きていたいと思わない」「死ぬことを考えることに抵抗感を感じない」「生きる意味がわからない」といった消極的な希死念慮、「死にたい気持ちをコントロールすることが難しい」といったものや、「自殺の準備をしている」といった行動面など、様々な側面でリスクを評価します。また統合失調症の場合は、自殺に関連する幻覚や妄想、あるいはそれに対するコントロールといった側面も含まれます。

このように自殺リスクを幅広くとらえておくと、気になるレベルから警戒レベルまで、評価の精度が高まるでしょう。

(5) 気づく力を高める

<気づく力を高める>

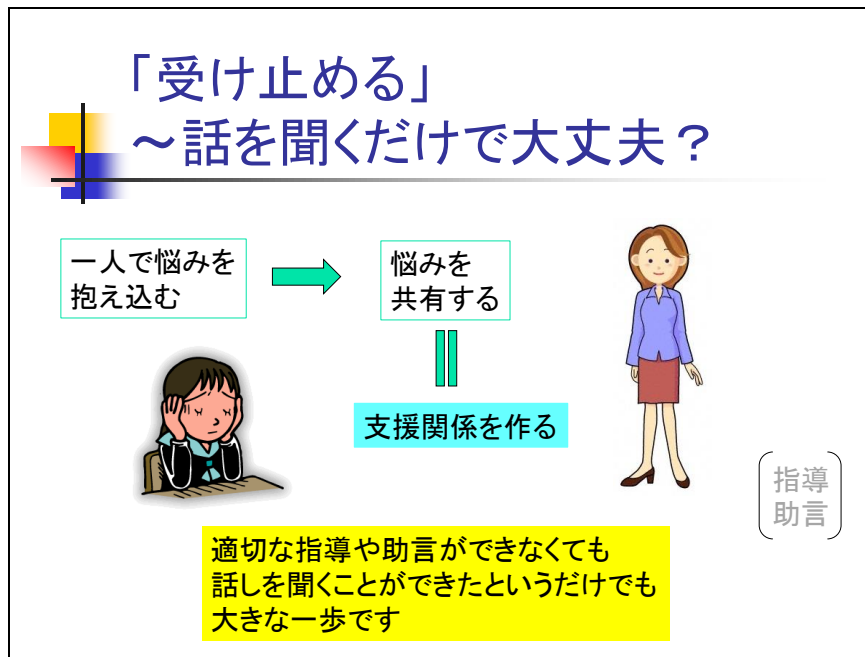
- ① 自殺は「自殺が差し迫った兆候」が見られなくても起こり得ます。自殺のリスクを「気になるレベル」といった軽度のレベルからとらえ、段階的に情報収集の精度を高めることが気づく力を高めます。
- ② 「死にたい」という気持ちにも、積極的な気持ちから消極的な気持ち、そして行動面の兆候までさまざまな幅があります。そうした理解を深め、気づく力を高めます。
- ③ 「気になる」と感じたときは、面接記録などにその旨を書きとどめておくようにすると、感受性が高まります。

2. 支える力を高める ～受け止める

(1) 基本は受け止めること

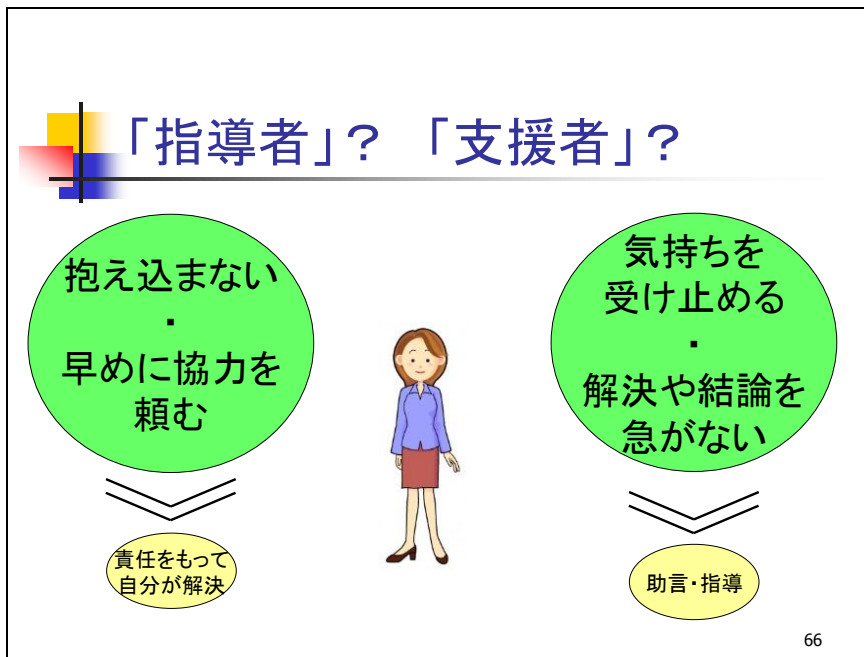
若者に限らず、悩みを持った人への対応の基本は「受け止めること」です。相手が話しやすい雰囲気を作り、批判やコメントを控えて話を聞くことです。「そういう悩みを持つのは当然のことだね」など、相手の悩んでいる気持ちも含めて、そのまま受け止めることが大事です。もちろん、「自分は勉強ができないから将来に希望がない」などと言われたときに、『勉強ができない』『将来に希望がない』といったことをそのまま肯定してしまはいけませんし、逆に『そんなことはないよ、考えすぎだよ』と頭から否定してしまうのもあまり好ましくありません。「今、そういうことで悩んでいるんだね。」と悩んでいる気持ちを受け止めるのが適切です。これは、気持ちを受け止めることで、本人との協力関係を築くという目的があります。ですので、そうやって気持ちを受け止めたうえで、「しっかり勉強できている」と言ってあげることもできますし、「一緒に協力していこう」と呼びかけることもできます。

「話を聞くだけでは解決にならない」と考えるかもしれませんが、そうではありません。それまで一人で悩んでいた状態が、話を聞いてもらうことで悩みを共有することができ、「一人で悩む状態」から脱することができるからです。



(2) 指導者から支援者へ

学校の教師など、指導的な立場にある場合、その役割として、指導・助言する、あるいは責任を持って解決に導く、といったことを第一に考えます。これは指導者としての立場です。一方、悩みの相談といった場合は、必ずしも指導や助言、あるいは解決に導くということを第一に考える必要はありません。むしろ、解決や結論を急がず、気持ちを受け止めることを第一に考え、また、指導者が一人で頑張るのではなく、ほかの支援者と協力していくということも大事になります。



(3) 受け止める力を高める

Bさん、高校2年女子。孤立傾向。

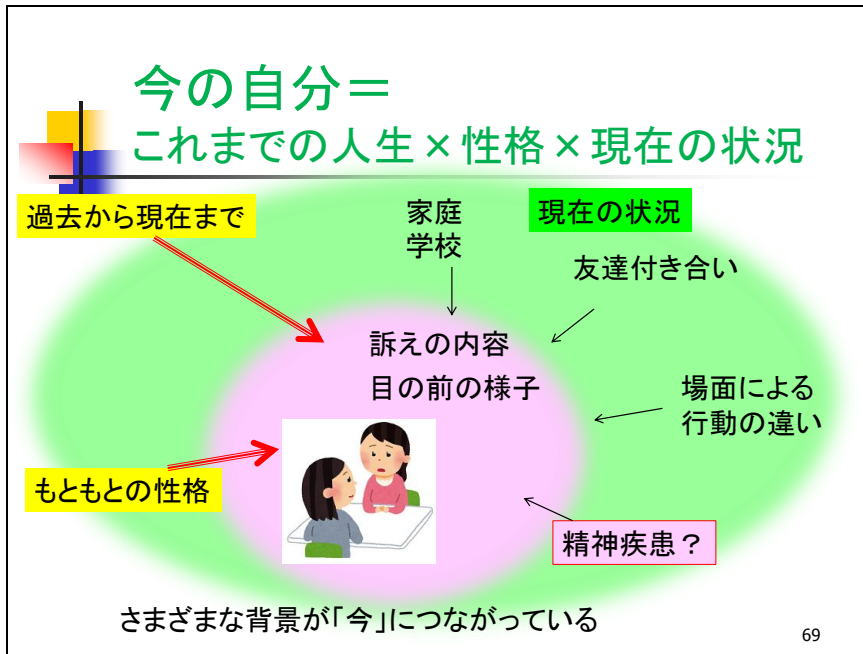
「いじめられているわけではないんだけど、学校やクラスに仲が良い人もいません。中学で一緒だった人たちのグループにいるんだけど、正直そのグループに自分の居場所がない気がして、一緒にいていいのかわからず、仲間外れな気がしてきます。お昼休みとかが一番不安になる時で、昼を食わずに図書室に行くことがしょっちゅうです。まだ1年以上あるかと思うと、このまま卒業まで我慢していくのは、ちょっと無理かなって・・・」

※面接では、今の生活に対する不満は全く話さず、もっぱら母親や妹への気遣いや、自分の至らなさを話す。学校の成績は優秀で、成績が低下している様子はない。

① 評価

受け止める力を高めるためには、相手のことを深く知ること（評価）が必要です。評価というと、うつ病の尺度など、症状の評価を思い浮かべがちですが、それは評価のごく一部分にすぎません。症状以外に、能力、性格、考え方、あるいは、友人関係、家族関係、その他生活面のストレスの状況などを含めて、その人の人物全体を評価します。

それにあたっては、これまでどのように生きてきたか、どのような価値観や考えを持ってきたか、といった、生育歴のなかで現在を捉えることも大事です。それを理解することによって、この人にとってどうなっていくことが望ましいか、あるいはどうしたことが本人の気持ちにそった支援になるかといったことが明らかになっていきます。



② 評価の実際

Bさんの話しを聞いて、様々な疑問が浮かび上がってきます。

「なぜ友達と一緒に行動できないのだろうか？」

「友達に対して、なにを気兼ねしているのだろうか？」

「それとも、もともと引っ込み思案なだけ？」

「思いつめるのはほかにも理由があるのだろうか？」など。

本人の気持ちを受け止めながら話を聞き、こうした疑問を少しずつ明らかにしていきます。Bさんの家庭の状況やこれまでの生活の様子を聞いていくと、次のように話しました。「母は私が小学校の時に離婚して働いていて、私はまだ小学校の妹の面倒も見ないといけないから、なかなか放課後に友達と会うのも難しいことが多いんです。でも、そんなことって周りを暗くさせたくないから、みんなには言っていないんです。」

この生徒は、学校ではわりと明るく振る舞っているのですが、どこか遠慮がちなところがあって、少し気になっていた生徒でした。学習はとてもまじめに取り組み素直で責任感もある生徒です。そうした生徒だからこそ、これまで苦労も大きかったのかと考えながら話を聞きました。少し励ましてあげれば済むかもしれないとは思いましたが、しかし、「ちょっと無理かな・・・」という言葉が気になります。かなり気持ちも落ち込んでいるようで、もしかしたら専門的な関わりが必要かもしれません。

しかし、病的なレベルというほどではないと考え、まずは「お母さん思いで頑張ってきたんだね」とねぎらったうえで、「でも、ちょっと無理しちゃっているかもね」と伝えて、少し様子を見てみました。

.....

その後、この生徒は、友達に少し家庭の状況を打ち明けることができたようで、友達の方もあたたかく、受け入れてくれているようでした。1週間後、もう一度話を聞いてみると、「先生に話したことで、もう少し気楽に考えていいのかなと思えるようになりました。」と、少しほっとしたような表情で話をしてくれました。

評価

⇒ 相手の価値観を踏まえた共感

そうなんだ・Aさんはお母さん思いの優しい人なのね



でも、ちょっと無理しちゃっているかもね



71

(4) 受け止める力とは？

Cさん、52歳女性。

夫との不仲などをきっかけにうつ病を発症。症状は小康状態のまま、結局、離婚となった。しかし、その直後、子宮がんが発覚し、手術。さらに、3か月後に脳梗塞を起こす。うつ状態は悪化し、また身体的にも言葉が不自由となり、継続的に精神科に通院するものの、重いうつ状態が続く。診察では、「〇〇がっらい」「落ち込んで何もできない」などの訴えが続き、それを傾聴することが続いていた。1年ほどした診察で、ふと、わずかだが、言葉がいつもより流暢になったように感じ、「少し言葉が流暢になったよう」と伝えたところ、「実は、友達から誘われて、以前、好きで行っていた寄席に、短い時間だけだけでも行くことができたのです」と話す。それ以降、表情が少しずつ生き返ったようで、徐々に活動の幅が広がっていった。

「いろいろなことが続いて、「自分は生きて行っても、なにもよいことがない」という気持ちでした。でも先生がずっと私のことを見ていてくれたことがわかって、なにか希望が持てるようになったのです。」

私たちが困難に直面した時、現実をしっかりと受容し、そこから今、自分にできることに力を注ぐということが望ましい対応です。しかし現実を受容することは、しばしばとても難しいことです。それを助けるのが、他者に自分の気持ちを受け止めてもらえた、という体験です。

<受け止める力>

- ① 気持ちを受け止めることは、すぐに解決に至るものでなくとも、孤立を防ぐという意味がある。
- ② 相手の価値観や生き立ちなども踏まえて受け止めることで、困難な現実を受容し、今できることに力を注ぐように気持ちを変えていくきっかけとなる。

3. 支える力を高める ～医療と地域や学校との連携

Dさん、23歳女性。

高校在学中より不登校がちで、うつ病として通院中。症状はおちつき、飲食店でアルバイトを始めた。経費削減などでアルバイトの数が減り、負担が増加、次第に抑うつの症状が悪化し始めた。休むこともできず、とうとう、辞めたい、と店長に申し出るも、「人が足りないから」と断られてしまう。「どうしても仕事に行けない」と、診察予定より早く受診。

主治医との相談では「自分が辞めるとほかの人にも迷惑がかかってしまうから辞められない」「でもつらくて死にたくなる」と話す。親には、これまで相談しても叱られるばかりで、「余計に叱られるだけなので親には言わないでほしい」という。

Dさんへの対応で考慮すべきこと：

① 入院して安全確保することが必要か？

- ・自殺の切迫度は？
- ・その場合、入院先の確保や家族への連絡、職場への対応は？
- ・入院することでのデメリットは？（入院の心理的・経済的負担、社会生活から切り離されること）

② 仕事はどうするか？

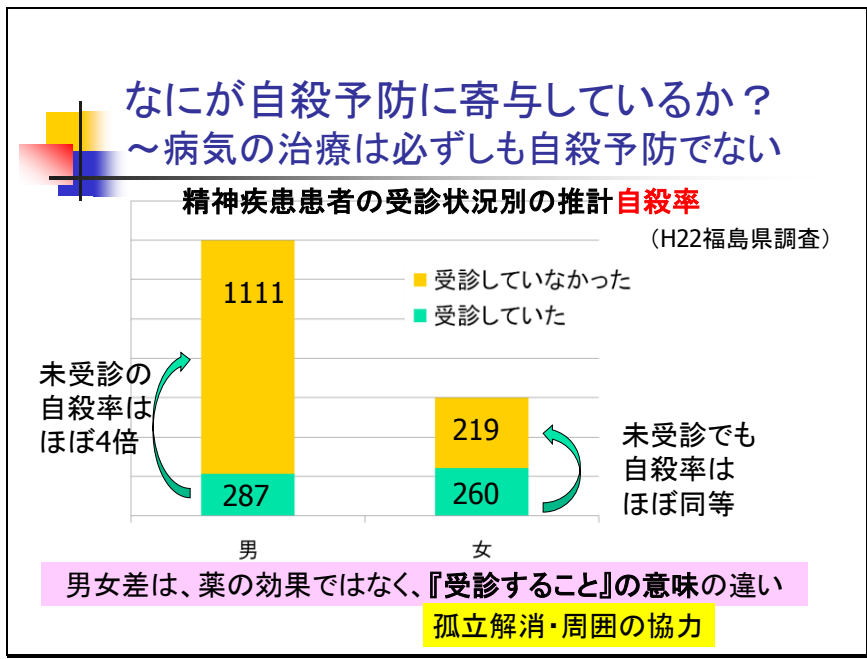
- ・継続することができる精神状態か？
- ・継続できないとすると病休？ 退職？
- ・店長が拒絶している中でいかに病休や退職できるか？
- ・仕事を辞めた場合のデメリットは？（経済的問題、挫折感による病状の悪化）

③ 仕事を辞めるためにはどうする？

- ・本人が店長と交渉
- ・家族を説得
- ・医療機関から伝える

(1) 自殺予防における精神科医療の役割

自殺に至った者の多くが、少なくともその直前には精神疾患の状態にあったとされています。そのため、精神科医療が自殺予防に寄与することが期待されます。福島県での調査で、精神疾患の有病率と受診患者の自殺者数調査から推計した、受診の有無別の自殺率を見ると、精神疾患に罹患していると推測される者の自殺率は、男性では未受診者が人口10万人あたり1111、受診患者が287、女性では未受診者が219、受診患者が260と、男性では未受診者の自殺率が受診患者の約4倍となったのに対し、女性では同等かむしろ受診患者の方が自殺率が高く推計されました。また、精神科薬についての研究では、自殺予防に対する効果として男女差を示唆する研究はありません。これらの結果から、①精神科受診は必ずしも自殺予防に十分ではない（特に女性）、②自殺率に対する精神科受診の影響の男女差から、精神科受診の自殺予防効果は薬物治療のみではない、ということが考えられました。薬物治療以外の効果としては、受診することによる孤立の解消や周囲の協力の獲得といったことが挙げられます。



(2) 連携の重要性 医療⇒地域支援

上記の調査では、精神科で治療を受けながら自殺に至った方の事情についても調査しました。なんらかの兆候が見られた方は4割ほどでしたが、その内訳は表のとおりで、生活法のストレス、治療上の問題、症状の問題などが挙げられました。病状が悪い場合の自殺予防としては入院ということも挙げられますが、その場合もDさんの例を見てもわかるように、医療以外に考慮すべき点を多く伴うことがわかります。これらの作業は、一部は医療機関内のケースワーカーなどが行うでしょうが、職場の問題など、医療機関における対応だけでは不十分です。ここに連携の重要性があります。現在のところ、地域支援から医療への連携はありますが、医療から地域支援への連携は必ずしも十分ではないように思います。

生活	<ul style="list-style-type: none"> ○経済的問題（罰金の支払い、リストラで無収入） ○過重労働でかなり疲弊していた ○妻との折り合いが悪かった
治療環境	<ul style="list-style-type: none"> ○体の病気の病院通いが多くなり、精神科受診をおっくうといていた。 ○受診中断 ○抑うつ状態で入院をすすめたが本人は拒否していた。
症状	<ul style="list-style-type: none"> ○病状の問題（家庭内暴力が激しい、幻覚妄想が激しい、思考障害が著しく行動が場当たり的、抑うつ気分、焦燥感、死にたくなるような感じになっていると言っていた、不眠と入眠困難） ○初診後間もない時期で、まだ十分な治療効果が出ていない時期であった。 ○退院直後であったが病的体験は残存していた

(3) 医療との連携

地域保健や学校保健から医療につなぐ連携については、「精神的な問題がありそう⇒医療機関の受診を勧める」という単純なものではありません。地域や学校での支援者としての立場を踏まえた対応が必要

です。若者では医療だけでなく生活支援や心理的な支援の役割が大きいということを思い起こさねばなりません。

① 医療を勧めるまで

心の不調があることが疑われるときは、医療機関の受診やカウンセラーとの面接が必要です。もっとも、若者の心は変化しやすく、状況の変化などで容易に改善することもあります。まずは、(1) 気持ちを受け止めて関係づくりをし、(2) 十分な評価に基づいた受け止めや助言をしたうえで、(3) 問題が持続するようであれば受診を勧める、という手順がよいでしょう。特に、(1)(2)の部分は、地域や学校における支援者としての役割であり、それをきちんと果たしつつ、(3)受診を勧めることが必要です。

② 医療を勧める基準

心の不調でぜひ受診が必要と判断する基準は、a) 何らかの心の症状があり、b) 生活や行動に影響が出始めていて、c) 容易に改善しないかもしくは悪化していく、といった場合です。

どういった症状が心の不調で出てくるかということをおきの図に示しておきました。しばしば理解が不十分になりがちなのが、考え方や意志、意欲の面の症状です。「悲観的に考えてしまう」「おっくうに感じられる」といったことです。私たちは、物事は自分の意志で考えて行動している、と思っていますが、心の不調がある場合は、こうした面も自分の思い通りにいかなくなります。「そんなに悲観的になる必要はない、前向きに考えよう」「おっくうがらずに、少し行動してみるといい」といった助言は、心の不調で悲観的になっていたりおっくうになっていたりした場合には、本人の負担になるばかりでなく、心の不調に気づく妨げになりかねないのです。

精神症状の例	
気分・感情	気持ちが沈む、悲しくなる、自信がない、気持ちの浮き沈みが激しい 気持ちが高ぶる、自信過剰、怒りっぽい、やけになる、気持ちが落ち着かない 感情が麻痺したように感じる 死にたい気持ち
思考	過度に悲観的な考え／誇大的な考え 現実離れた考え(妄想) 集中できない、心配ごとが次々と浮かぶ 考えることができない／次々と考えが浮かぶ
意欲	何もする気が起きない／行動が止められない
身体	疲れやすい、眠れない／眠りすぎる／眠らなくても疲れ 食欲がない／食欲が過剰

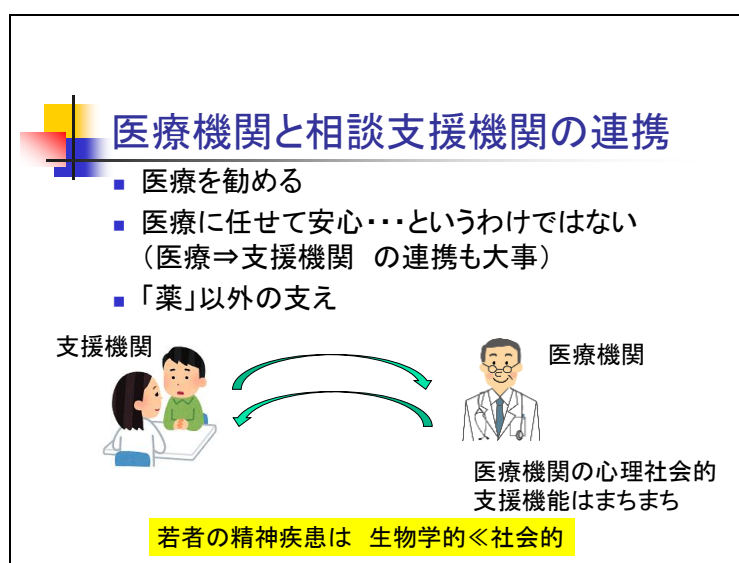
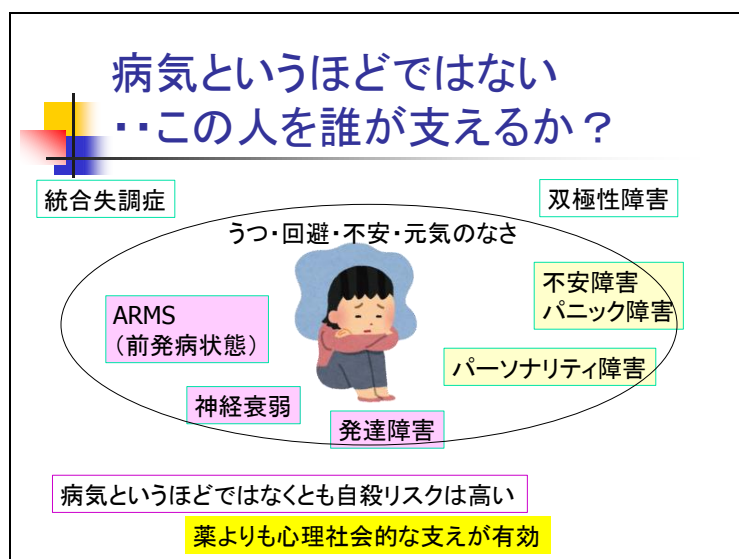
③ 医療機関等との連携作り

どのような医療機関を紹介したらよいかわからない、あるいは、医療機関を受診させようとしても予約が何か月も先になる、といった場合もあります。実際、発達障害などは、対応できる医療機関が限られている場合もあります。こうしたことがありますので、医療機関等とのコミュニケーションを持つことを心掛け、紹介しやすい医療機関を作っておくことも有用です。受診を勧める場合も、「信頼できる医

師がいる」と伝えることで安心して受診できることもあります。ケースについての相談で連絡を取る、メンタルヘルスの講義の講師として地域の医師に依頼する、各地域で、市町村・保健所、教育機関と医療機関などとの会議など、連携の場を持つ、といったことで連携作りをします。

(4) 「病気というほどではない」

若年者では、うつ・回避・不安・元気のなさといった症状があっても、受診して「病気というほどではない」と、薬を処方されないようなことがしばしばあります。しかし、「病気というほどではない」場合でも、前発病状態などで自殺のリスクが高いということもあります。こうした場合、確かに薬の治療は必要ないか、もしくはあまり効果がないということもあるのですが、心理的・社会的な支えは必要で、そうした支えが自殺予防にも役立つと考えられます。こうした支えの役割を誰が担うかということが問題となります。医療機関で担うこともあります。現在の医療では、薬なしで支えだけを提供するということはあまり得意でないこともあります。地域保健や学校などが、こうした支えを継続して提供することも考えなければなりません。その点でも、地域や学校と医療との連携が必要です。



(5) 自傷行為など

① 自傷行為の理解と対応

リストカットなど自傷行為は、直接、死に結び付く可能性は低いですが、その人が自殺のリスクを持っていることの一つのサインではあります。リストカットという行動は、気持ちの表れ方の一つですので、それを止めなければならないというほどのものではありません。むしろ、禁止するような言動は、「泣いてはいけない」と命令するのと同じくらいの意味のないことです。「リストカットしたくなるくらいつらい気持ち」と察して、その気持ちを受け止めつつ、一緒に問題に取り組む協力関係を結ぶとよいでしょう。もちろん、ある程度のリスクの高さがありますから、さらにエスカレートした行動に至る懸念については、「どのくらい死にたい気持ちが強いか」「どんな方法を考えているか」といったことで本人に確認しておく必要があります。

② 自傷行為の現場に遭遇した場合

リストカットをしている最中に遭遇した時は、あわててしまいがちですが、泣いている人がいる、という場合と同じように考えればよいでしょう。まずは気持ちが落ち着くまで待つ、または優しく声をかけるといったことです。エスカレートした行動と思われる場合はリストカットの手を抑え込むといった方法も必要になるかもしれませんが、そうした力づくの手段は、周囲に対して反発する気持ちを強めてしまったり、さらに感情を高ぶらせてしまったりといったことになりかねませんので、あくまでも最終手段です。多くの場合は、声をかける、もしくは優しく手に触れるといったことでおさまります。そうやって、気持ちが落ち着いてから、どんな気持ちでいるか話を聞くといいでしょう。

③ 医療機関との連携

自傷行為がある人は、自殺リスクが高いと考えられ、ほとんどの場合、医療が必要と考えられます。その際も、「自傷行為を止めるために受診する」ということではなく、「自傷行為に至ってしまうようなつらさを解決する一つの手掛かりとして受診する」といった考えで臨むことが大切です。医療機関を受診した後も、当分、自傷行為が続くことは少なくないですし、地域や学校などの環境がどのように本人の負担になっているかを解決していかなければ、真の問題解決にはつながりません。

(6) 連携する力を高める

<連携する力>

- ① 自殺予防には精神科医療だけでなく生活支援や心理支援の役割も大きい。特に若者で後者の比重が高い。
- ② 医療機関と地域・学校での支援の両方がその持ち分を果たしつつ、双方向の連携を深めることが大切である。そのために、定期的な意思疎通の場を設けることも有用。

4. 孤立 ～種々の機関の連携

Eさん、20歳女性、大学2年。発達障害を背景とした不適応？

心の相談に来所。「大学2年になってゼミの実習が入るようになった。毎週、実地見学に行ってもそのレポートを書かなければならないのだが、何を書いたらいいのかわからず、まったく手が付けられない。教官に相談して、助言をもらってもアイデアが思い浮かばない。アルバイトを減らしてレポートに集中したほうがいいかと思えたが、そうすると生活が大変になるし、そうしたとしても追いつけない気がする。その授業が苦痛で、ここ2週間出席できていない。友人はいないので、他の人のやり方を参考にするのは難しい。家族に相談してもどうしようもないと思う。」

(1) 孤立している人への支援は最大の課題

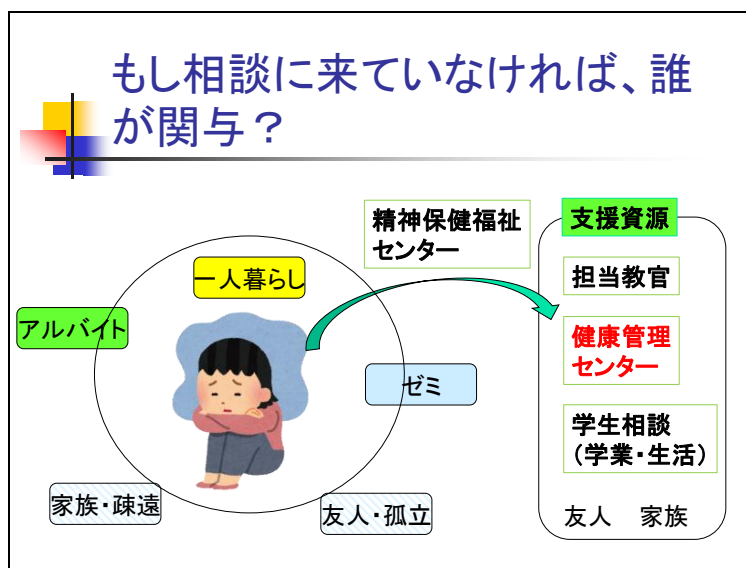
孤立して支援が届いていない人に対して、どのように取り組むかは、自殺予防において最大の課題かもしれません。孤立してしまっている人は、「助けの求めようがない」「助けを求めるのが難しい」「助けを求めても解決が難しい」といった気持ちを抱えていることが少なくなく、本人からの援助希求がなかなか得られないからです。Eさんの場合、一人暮らしで、アルバイト、家族との疎遠、友人からの孤立、ゼミの負担と、種々の困難を抱えるなかで、かろうじて相談機関につながったといえます。それ以外の手掛かりとしては、担当教官、大学の健康管理センター、学生相談（学業や単身生活、アルバイトなどについて）、友人や家族、といったところが介入の手掛かりとなる可能性はありますが、可能性が低いこともあります。

このように、孤立している人への支援の手掛かりは、

- ① 接触できた相談・支援機関が支援につなぐ（ゲートキーパー）。
- ② 想定する対象者の特性に応じた課題を通じて介入の手掛かりを探る。

（仕事、経済面、食・住、対人関係（家族・DV・介護、職場）、妊娠・子育て、障害・マイノリティ、健康・・・など）

といったことであり、とりあえずできることは、そうした力を高めていくということでしょう。



(2) 孤立者支援の手掛かり

① 非正規雇用・無職者支援

先に就活のストレスで心理的に孤立してしまう例を示しましたが、仕事や求職のストレス、無職であることのストレスは、若者が陥りやすい状況の一つです。そのためのいくつかの相談支援の窓口が整えられており、そうした機関との連携や、それらの職員へのゲートキーパー研修を行います。

- ・キャリアアップハローワーク（非正規雇用労働者就労支援センター）
- ・若者サポートステーション
- ・ひきこもり支援センター
- ・その他（ひとり親家庭支援、介護保険／在宅介護支援センター）

② ひきこもり支援

ひきこもっている人への支援としては、市町村・保健所・精神保健福祉センター等での相談・支援、ひきこもり支援センター、民間支援機関などが担っています。多くは家族相談が支援の手掛かりとなり、そこで個別や集団での指導・支援が行われます。アルコールや薬物依存症の家族を対象に作られたCRAFT（Community Reinforcement and Family Training）をひきこもりの家族支援に使う試みも行われています（後述）。

③ 普及啓発、インターネット

インターネットでの医療相談。

「30代女性。転職をしてから仕事も人間関係もうまくいかず、自信がなくなる、他人が自分の悪口を言っているように感じる、死にたいと口ずさんでしまう、赤信号でも死んでも構わないと渡る、何も楽しいと感じられない。仕事も私がいなくても・・・などと考えて自分の存在価値もないように感じてしまいます。20代のころ自律神経失調症のような症状で一時、精神科に受診したのですが、とりあえず、みたいな形で薬だけ出されただけだったので、受診はあまりしたくありません。」

孤立者にメッセージを届けるために、さまざまなメディアを通じた普及啓発に取り組まれています。また、インターネットの普及に伴い、孤立者への支援の手掛かりとしてインターネットやSNSの利用が、さらに検討されるべきでしょう。

<相談機関のPR>

普及啓発に当たっては、孤立した人たちが目にしやすい場所を考えます。ハローワーク、コンビニや図書館など、想定される生活様式に合わせてチラシなどを設置します。インターネットについても、生活や健康に関する内容など、ニーズに合ったコンテンツを提供し、ホームページの閲覧を誘い、そこで相談機関への相談を促すメッセージや情報を提供します。

<ネット相談>

インターネットのメールや掲示板を利用した相談です。全国で閲覧可能なので、地域づくりとしての利用は難しいかもしれません。全国規模で登録医師が回答する医療相談の掲示板などがすでに有料で運営されています。ひきこもりや孤立者の自殺予防や生活支援にも応用が期待されます。ネットでの相談はやり取りされる情報が文字情報だけと限られているため、診断や評価に踏み込むことは難しいでしょ

うが、相談・受診行動を促す効果は期待されます。

(3) 家族

孤立者への介入の手掛かりとして、まず家族が挙げられるでしょう。同居していない場合でも、何らかの形で接触する可能性が高いからです。

① 家族教育

家族教育は、「思春期の子どもへの接し方」といった地域での子育てに関する講演会などのほか、学校でのPTAを通した講演会なども利用できます。また、ひきこもり等の問題を抱えた家族への集中的な講座も行われます。おおむね、次のような内容が盛り込まれます。

<コミュニケーション>

さまざまな依存症や、ひきこもりなど、若者が陥る問題に取り組む際に、家族の役割は大きいです。そうした家族への教育として、CRAFT (Community Reinforcement and Family Training) などの家族教育プログラムがありますが、その中で最も重要視されるのがコミュニケーションです。問題を抱えた子供に対して、親は、叱責する、非難する、指導するといった接し方をすることが多いものです。一方、そうした対応に対して、反抗する、引きこもりを強める、といった反応を示すことも少なくなく、次第にそれがエスカレートしていくなど、親子の関係が悪化していくことも少なくありません。

家族への教育として第一に挙げられるのが、こうした親子の関係をよいものに変えていくためのコミュニケーションです。相手の行動を変えさせようとするのではなく、相手の気持ちを尊重する言葉をかける、相手を非難する言葉ではなく自分の気持ちを表現する言葉を伝える、などを、実際にロールプレイなどで学びます。

このような対応は、こうした問題を抱えている場合に限らず、広く一般の家庭でも求められるものです。「思春期の子どもへの対応のしかた」などのテーマでセミナーを開催するなどして、教育をはかります。

<メンタルヘルス>

メンタルヘルスについての知識も大事です。精神疾患、自殺予防、心の健康などです。

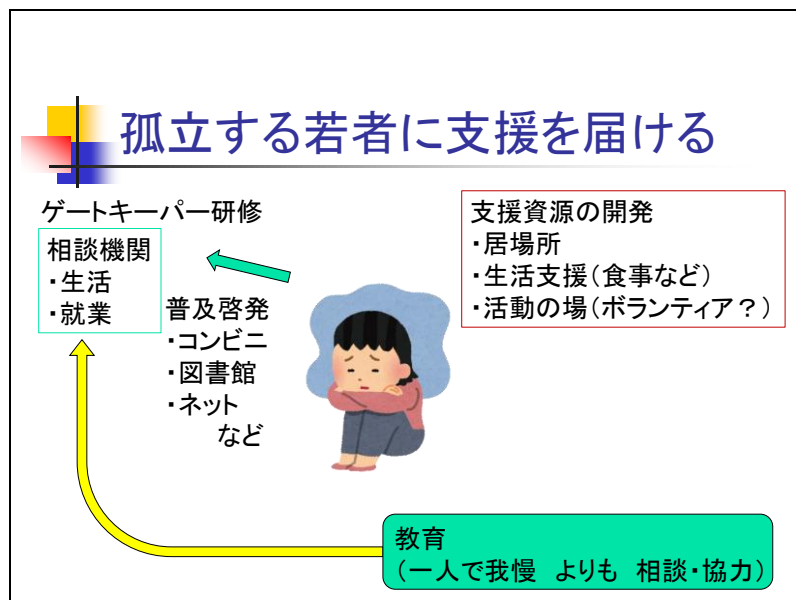
精神疾患については、精神疾患や心の不調があるときには、無理をさせないような対応が優先されるというように、子どもの状態に応じて適切な対応が変わってくる場合があります。また早期に受診して専門的な目で見てもらうことも大事です。ですので、それぞれの精神疾患については、実際に精神疾患と診断されたから学ばばよいですので、あらかじめ詳しく知っておく必要はないでしょうが、精神疾患は決して稀な病気ではないことを理解しておくことは必要です。

自殺予防については、自殺ということに焦点を当てて「自殺のサイン」といったことに目を向けすぎると、特殊なことと認識されてしまって、日常生活に生かされないことになりかねないので、注意が必要です。自殺のリスクについて、コミュニケーションを重視した対応を学んでもらうのがよいでしょう。

② 家族自身への支援

若者が抱えている悩みの背景として、家族自身が問題を抱えているという場合があります。経済的な問題、両親の不和、家族の精神疾患などです。また、子どもの問題行動によって親が疲弊してしまっ

ているという場合もあります。本人の問題解決に向けて家族の協力を得るためには、家族自身に対する支援も考えなければなりません。家族が抱えている問題の解決に向けた取り組みや、家族が一時的に息抜きできるような場面の設定、たとえば悩みを持つ家族同士の集まりなども考えられます。



(4) 孤立者支援の力を高める

< 孤立者支援 >

- ① 接触できた相談・支援機関が支援につなぐ（ゲートキーパー）ということが基本であり、
- ② 想定する対象者の特性に応じた課題を通じて、関係機関と連携して介入の手掛かりとすることで、介入の幅を広げる。
- ③ インターネットやSNSを通じた支援導入については、まだあまり取り組まれておらず、今後、開発が望まれる。
- ④ 家族支援は一貫して孤立者支援の要であり、CRAFT等の技法も取り入れて効果を高めることが期待される。

5. 学校での取り組み

自殺対策基本法 最終改正：平成二八年三月三〇日法律第一一号

第十七条 3 学校は、当該学校に在籍する児童、生徒等の保護者、地域住民その他の関係者との連携を図りつつ、当該学校に在籍する児童、生徒等に対し、

- ①各人がかけがえのない個人として共に尊重し合いながら生きていくことについての意識の涵養等に資する教育又は啓発、
- ②困難な事態、強い心理的負担を受けた場合等における対処の仕方を身に付ける等のための教育又は啓発
- ③その他当該学校に在籍する児童、生徒等の心の健康の保持に係る教育又は啓発を行うよう努めるものとする。

(①②③の数字は原文にはなし。①、② \in ③ の包含関係となっている。)

自殺総合対策大綱（若者支援関連の一部）

- ・いじめを苦にした子どもの自殺の予防
- ・学生・生徒等への支援の充実（相談先の充実）
- ・SOSの出し方に関する教育の推進
- ・子どもへの支援の充実（生活困窮者支援など）
- ・若者への支援の充実（種々の相談支援体制）
- ・若者の特性に応じた支援の充実（ICTを利用した普及啓発など）
- ・知人等への支援（共倒れを防ぐための支援）

(1) 学校における自殺対策

学校は、生徒や学生にとって生活の主要な場であり、社会とも言えます。大人の目には、学校は社会のごく一部分と見えるかもしれませんが、そこで生活する生徒や学生にとっては、そこにうまく適応できるかどうかは、とても、大きな課題です。自殺予防というと、危機管理的な側面が強調されがちですが、危機管理はしばしば規制の強化につながります。ですので、危機管理に偏らず、お互いを受け入れる社会を作る、といったエンパワーメントの教育も大切です。若い頃から「相談が役に立つ」という経験を持つことで、学校の場面だけでなく、生徒・学生の、その後の人生においても生きる力となります。平成28年に改正された自殺対策基本法とそれに伴って改正された自殺総合対策大綱を見ると、前者がよりエンパワーメントの側面を強調しているのに対し、後者は危機管理の側面を強調しているという違いが見られます。

学校における自殺対策事業としては、教員への教育、生徒への教育、保護者への教育など、人材育成を通じた集団作りが一方で必要であり、また、スクリーニング、個別支援や支援にかかる会議、といった、リスクのある生徒・学生に対する支援、そして事後対応などが含まれます。また、それらを系統的に実施するための体制づくりが必要ですし、また計画・実行に当たっては、いじめ対策や貧困対策など、関連する他の対策との連携も重要です。

学校における自殺対策事業

いじめ対策や貧困対策との連携

体制づくり(計画策定・役割分担)

教員教育(相談・ゲートキーパー)

教員教育(自殺対策授業)

生徒教育(メンタルヘルス
・ゲートキーパー)

保護者教育(ゲートキーパー
・コミュニケーショントレーニング)

スクリーニング

個別支援・支援会議

事後対応(未遂・既遂)

43

(2) 生徒への授業

① YAM プログラム

これらの自殺対策事業について、こういったものが自殺予防に効果があるかについては、欧州で行われた研究が知られています。これは、自殺予防事業として、教師への研修、生徒への授業、専門家によるスクリーニングを行い、それぞれの効果を、何も介入しない場合と比較したものです。その結果、唯一、生徒への授業にいて、統計的に有意な予防効果が確かめられました。

学術研究で明らかになっていること..

生徒への教育が最も効果大きい

(Wasserman et.al, 2015, Lancet)

「重度の希死念慮」を指標 (対象: 15-6歳の生徒)


	3か月後	12か月後
①教師らの研修	OR=0.69 (n.s.)	OR=0.95 (n.s.)
②生徒への教育	OR=0.88 (n.s.)	OR=0.50 (p=0.025)
③専門家によるスクリーニング	OR=0.72 (n.s.)	OR=0.71 (n.s.)

(OR=オッズ比 ...なにも介入しない場合と比べてどのくらい自殺念慮が減ったか。同等はOR=1)
(若年者の自殺は少ないため、自殺未遂や希死念慮が指標として用いられる)

45

ここで行われた生徒への授業は、YAM (若者のメンタルヘルス啓発) と呼ばれるプログラムです。このプログラムでは、ストレス、危機、落ち込みと自殺といったメンタルヘルスの問題に取り組むものですが、決して精神医学的な知識を教え込むものではなく、これらの問題について、日常生活における身近な問題として考え、ロールプレイを用いた演習によって、お互いの相談や、先生や専門家への相談の

促しを身に付けるというものです。この、1) 身近な問題として取り組む、2) 相談し合う技術やお互いの価値観を尊重する技術を、3) ロールプレイを通じて実践的に身に付ける、ということがポイントとなっています。



YAM (Youth Aware of Mental Health)

- メンタルヘルスの問題(例えばストレス、危機、落ち込みと自殺)に対する、実践的なアプローチを提供
- プログラムは、週1回、5つのセッション
- 3つのロールプレイ・ワークショップが中心／若者が選んだテーマでロールプレイを実演する
- ロールプレイをもとに、非断定的な雰囲気の中で、議論し、メンタルヘルスの課題に、より柔軟にアプローチする

46

② 生徒に対する他のプログラム

日本でも、生徒向けのプログラムや取り組みはいくつか実践されています。

- ゲートキーパー研修：悩みを持つ友達に声をかけ、話を受け止め、適切な支援者につなぐというもので、YAMプログラムと共通する面が大きいです。YAMプログラムでは、自分たちで問題を出し合い、それについて話し合うという点で、よりピアサポートの要素が多く含まれています。
- SOS の出し方教育：困ったときは助けを求めてよいということ、具体的に誰に相談したらいいかということを教え、ロールプレイを通して身に付けます。これと比較すると YAM では身近な問題について取り組むという形をとっています。SOS ということで、助けを求めるのは特別な場合だけという認識に陥ってしまわないように注意が必要です。
- 心の不調への気づき：精神疾患の早期発見を目指す教育です。病気という個人の問題に焦点を当てるため、学校という社会の側面が活かされにくい点に注意が必要です。

(3) 学校での取り組みの実際 ～福島県での取り組み

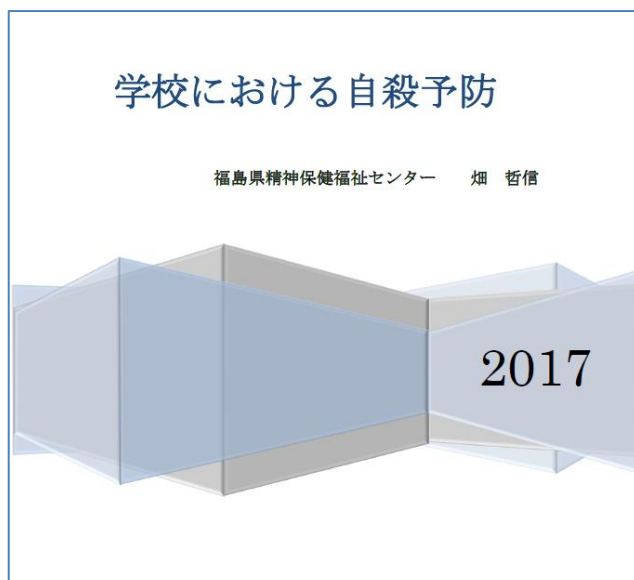
福島県精神保健福祉センターでは、高校や大学における自殺予防の取り組みを支援しています。当初、個別の学校での、職員や生徒・学生への研修を行いました。平成 28 年に全県の指導主事教員を対象とした研修を行い、平成 29 年には生徒へのモデル授業も実施、それらにあわせて、研修用のテキストなどを整備してきました。

① 職員研修

平成 28 年に生徒指導教員協議会からの依頼に応じて、全県の高校指導主事を対象とした研修を行いました。

テキスト：「学校における自殺予防」（研修会に合わせて作成）

講義：学校における自殺予防の概要
 教師のゲートキーパー研修
 生徒への授業
 演習：傾聴のロールプレイ



② 生徒への講演・授業

①の研修を受けて平成 29 年に高校・大学での授業を行いました。

テキスト：「ストレス対策ガイドブック（高校生版）」
 （授業に合わせて作成）

講義：「人生のリスクに取り組む」～人生のリスクとしての自殺、リスク対応の手段としての相談

演習：お互いに相談し合うロールプレイ

※テキストダウンロード

<http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21840a/>

（福島県精神保健福祉センター ホームページ）

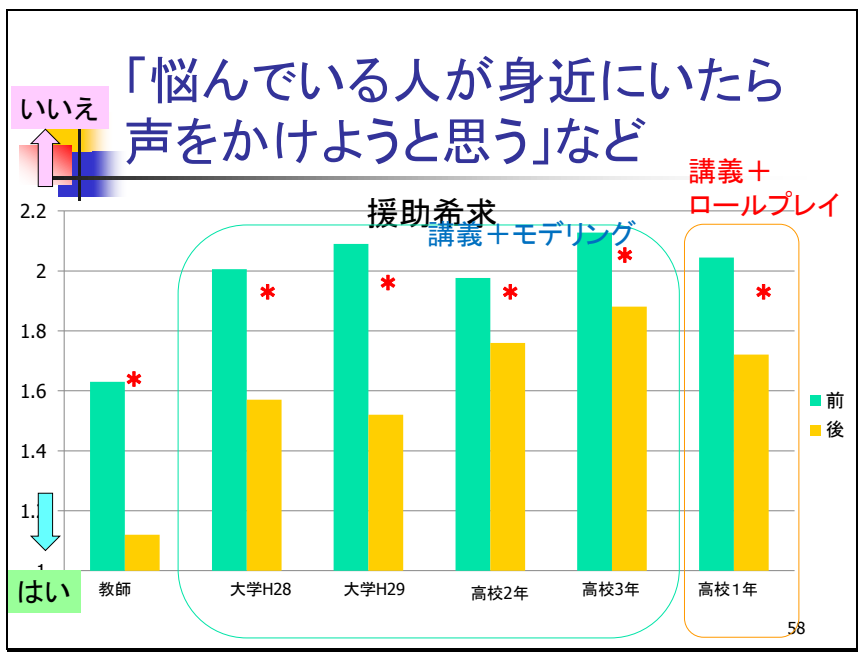
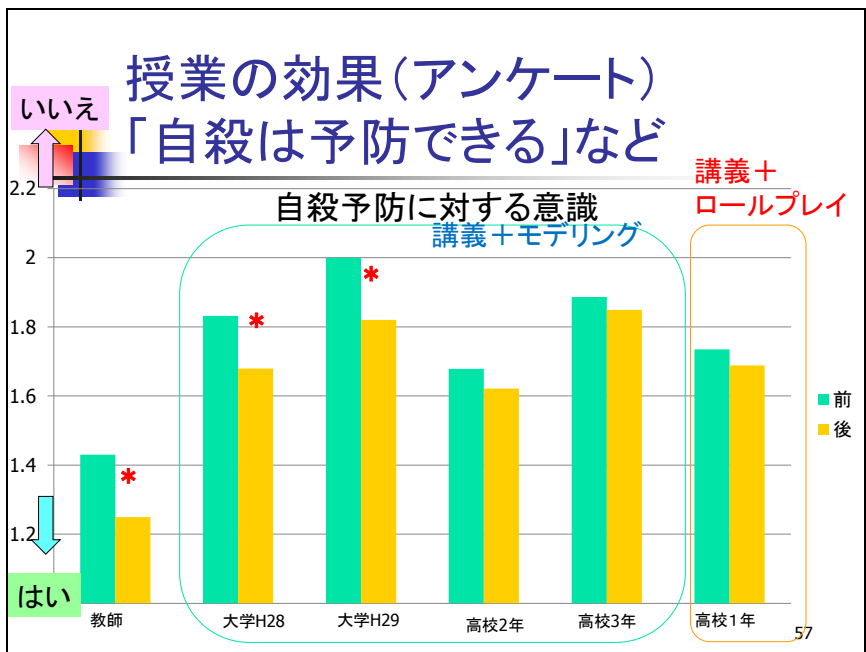


③ 授業の効果

いくつかの対象に、講義＋モデリングまたは講義＋ロールプレイという異なった組み合わせの研修を行いました。

- ・大学生、高校生（2，3年）：講義＋モデリング
- ・高校生（1年）：講義＋モデリング＋ロールプレイ演習の授業

それに合わせて、「自殺は予防できる」という自殺予防に対する意識と「悩んでいる人がいたら声をかけようと思う」というゲートキーパーに関連する意識についてのアンケートで研修の効果を調べました。その結果、特にゲートキーパーに関連する意識が改善し、ロールプレイを用いるとその効果がより大きくなるということが示されました。



④ 学校側の関心の高まり

モデル授業についての報告を含めた校長会方部会で研修を実施し、そこで自殺予防の取り組みについてアンケートを実施しました。多くの学校で、リスクのある生徒への相談や職員連携が取り組まれていましたが、教師や生徒への研修を計画している学校もありました。今年度と比較して次年度の希望が2倍以上に増加しており、学校側としても自殺予防に関心が高まっていることがうかがわれました。

(全 22 校中)	教師への研修	生徒への授業
今年度	5	4
次年度	12	10

(4) 大学生

① 学生が置かれている状況

大学では高校までと異なり、親元を離れて生活する人が多くなります。また、学生一人一人が、それぞれ授業を選択して受講するため、個人の行動が自由となる一方、友人とのつながりが希薄になるリスクもあります。心の不調や精神疾患の状態に陥ると対人関係に障害が及ぶことが多くなるため、容易に孤立しやすくなります。

② 学生による支え合いの活動

福島県精神保健福祉センターでは、市内の大学の保健管理センターと連携し、大学での学生同士の支え合いを目指した自殺予防の取り組みを続けています。

- a) 授業の1コマを借りて、自殺予防についての理解を深めるための、多人数対象の講義と友人同士の相談のしかたについてのモデリング。
- b) 有志学生を対象とした自殺予防の啓発グッズ作成やその配布に向けたグループワーク。セルフケアやゲートキーパーについての講習もあわせて実施。

③ 学生生活を支える

心の不調などを抱えて孤立しがちな学生を支えるセーフティネットを築くことも自殺予防に有効でしょう。次のような取り組みが考えられます

a) 単身生活する学生を想定した対策

単身生活のための相談窓口などを設け、食・住・職などの相談に応じるとともに、孤立防止や心の健康にも配慮した気づきや支援を行う。

図書館など、孤立しがちな学生の居場所となりやすい個所に、相談を促す掲示を行う。

b) 履修や就職、アルバイト等についての相談場面の活用

単位取得や進学についての相談、仕事についての相談にあたる教員や職員に対して、自殺予防のためのゲートキーパー研修を行う。

c) その他の相談

ネット利用、デートDVを含む友人関係の問題、ブラックバイトなど、自殺の誘因となりうる種々のトラブルについての相談。

(5) 自殺と関連する問題

一般には、いじめ対策は、いじめを発見し、いじめをなくす、という、指導者、管理者側からの視点で取り組まれています。しかし、学校という社会の視点からは、社会の成員である生徒や学生の主体的な取り組みが求められます。それは、生徒がお互いに話しあい、それを通じて、お互いの考え方の違いを尊重し合う力を身に付けることが必要です。

生徒に対するストレス対策授業の一つとして、こうしたこともテーマとして取り上げ、話し合いやロールプレイを通して、相談し合う技術を身に付けることができるでしょう。

(6) インターネット、SNS

仲間同士のコミュニケーションとして SNS が使われています。SNS は便利な反面、リスクも多く存在します。インターネットや SNS の利用についてのリテラシーを高めること、およびリスクへの対応についての教育が必要です。学校のような緊密な集団では、SNS 内の関係が実生活にも強く影響してしまいますから、とくに教育やルール作りが大切です。

(教育内容の例)

・インターネットのリスクは？

個人情報の流出、詐欺・・・

「個人情報ってどんなもの？」

「ネットに書かれていることは本当？ウソ？」

・SNS のリスクは？

誤解、いじめ・・・

「どんなところから誤解が生まれるだろう？～コミュニケーションについて考える」

「知らず知らずに・・・こんなことでもいじめになってしまうの？」

・困ったときはどうする？ 友達が困っていそうなきときはどうする？

友達関係が悪くなりそう、傷つけられた・・・

「エスカレートさせない、いったん離れる」

「大事なことは会って話そう」

(7) 地域保健や医療機関等との連携

悩みを抱えた生徒に対して、学業や進路の悩み、友人関係の悩みなどについて相談や支援を行うのは、当然、学校側が中心に担いますが、精神科医療の問題や、あるいは家庭内の問題など、医療機関や地域保健との連携が必要となる場合があります。生徒を医療機関に紹介する場合の連携については個別支援のところ触れましたが、家族支援については、地域の保健所や市町村でひきこもりや不登校、親子関係の支援を行っていることも少なくありません。こうした機関と学校が連携して、生徒や家族を見守り支援することが大切です。

また、学校を卒業した後、地域で生活するにあたっては、地域や職場の様々な相談・支援機能を利用することが求められます。若者を地域の大事な人的資源として、地域全体で育てていくしくみが望まれます。そのためには、学校の保健指導などで、地域の医療・保健機関と協力するなど、機会をとらえて、連携の場をもつとよいでしょう。

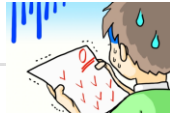
(8) 授業素材の例

① 身近なテーマを用いて相談すること・相談を受けることについて学ぶ

テストの成績が悪かった、など、身近な例を取り上げ、1) 相談することと相談しないで隠すことを比べる、2) 相談した時にどんな対応をされるとよいと思うか、について話し合う。「相談モード」として、日常会話モードとは異なった話の聞き方について学びます。

こんなとき、 どれを選ぶ？

- ひたすら隠し通す
- Aさんに相談する
- Bさんに相談する



ゼロ点!!!



Aさん



Bくん

Aさんに話してみると...

「ああ、この日はたまたま
熱が40度もあったのよ。
あなたと一緒にしないで！」



普通の私!

Bくんに話してみると

「今回はショックだったよね
ボクも昔は成績よくなかった
時期があって、ずいぶん
落ち込んでたんだよね...」。



昔のボク!

どんな人なら話しやすい？

- 親身に話を聞いてくれる
- 余計なお説教をされない
- 他の人に言いふらしたりしない
- なんだか話しやすい
- 落ち着いていて安心感がある
- 言いたいことをわかってくれる



話を聞く技術

～「相談モード」で話を聞く

	好ましい聞き方	好ましくない聞き方
姿勢	相手の方を向く。ただし、真正面からの直面は避ける。	相手を見ず、よそ見。
態度	相手の言葉に注意を向け、余計な動作は控える。相手と同調するような身振り。	スマホをいじるなど他のことをしながら話を聞く。うろろと落ち着かない動作をしながら聞く。横柄な態度。足を組む。ふんぞり返る。
あいづち	適切なあいづちやうなずくなどの身振りを交える。	気乗りしないようなあいづち。相手が話し終わらないうちにこちらがしゃべりはじめる。

② 実際に相談し合う場面をロールプレイで練習

悩みがあっても、自分からはなかなか相談しにくい場合もあることを説明し（「2. 若者の自殺の特徴 (5)サポート」のケースなど）、声をかけ、話を聞き、適切な支援につなぐ、というゲートキーパーの役割についてロールプレイを用いて練習します。

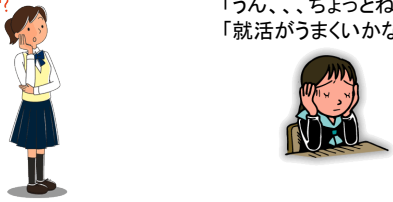
高校2年女子。

「私はもともと友達が少なかったのですが、高校に入って、なかなか友達になじめません。中学の友達はそれぞれ自分の仲間ができたようで、私は、なんか取り残されたような気持ちです。無視されるというわけではないんだけど、話しかけたら嫌な態度をとられるのではないかと、相手に嫌われるのではないかなどとくだらないことを考えてしまいます。」

**友達の悩みを聞く
「声をかける」** 演習

「どうしたの？ 疲れた様子ね？」

「うん、、、ちょっとね・・・」
「就活がうまくいなくて・・・」



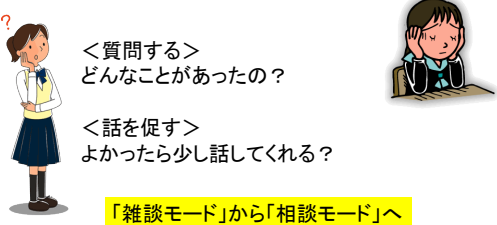
「気持ちを受け止めつつ話を聞く」 演習

<受け止める>
ふうん、そうなんだ・・・

<質問する>
どんなことがあったの？

<話を促す>
よかったら少し話してくれる？

「雑談モード」から「相談モード」へ意識を変えてみましょう



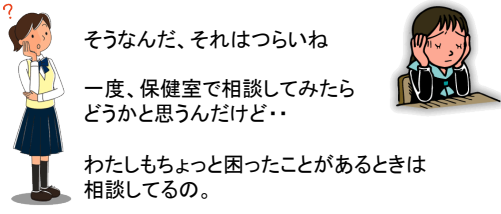
「適切な支援者への相談を促す」 演習

「ときどき、自分なんかいない方がいいって思っちゃって、どうしようもなくなるの」

そうなんだ、それはつらいね

一度、保健室で相談してみたらどうかと思うんだけど・・・

わたしもちょっと困ったことがあるときは相談してるの。



③ バウンダリーについて

自殺対策大綱でも「共倒れ」について触れられていますが、学校のような緊密な集団では、巻き込まれてしまう、もしくは抱え込んでしまうリスクに注意する必要があります。そこで、ピアサポートにおける注意点として取り上げられる「バウンダリー」についても触れています。

他人の悩みに口出しするなんて 余計なこと…？

- 「巻き込まれたらどうしよう…？」
- 「迷惑じゃないか…？」
- 「かえって事態が悪化したらどうしよう…？」



1

バウンダリーを守る

「できること」

- 話を聞くこと
- 相手のことを理解しようとする
- 自分の気持ちを伝えること

「してはいけないこと」

- 価値観や意見を押し付けること
- 相手のことを理解できないこともある(理解できないことを理解できたようにふるまってはいけない)
- 自分の立場を超えること(本来なら相手がやらなければならないことまで自分がやってはけません)
- 自分の心身の健康を損ねること(自分に負担がかかりすぎる、自分の力では及ばないようなことはきちんと断る必要があります)

3

日常生活で気を付けるバウンダリー

- 依頼されたり期待されたときに、断ると悪いと思ってしまう。
- 自分の意見を相手が受け入れるか不安で素直に言いにくい。
- 相手の考えに合わせて、自分の考えを変えてしまう。
- 相手に気に入られるようにと、相手の趣味や考えに合わせてしまう。
- 他者の責任を押し付けられる。
- 自分には責任がないのに自分の責任と感じてしまう。



4

- 自分のことはさておいて、他人の世話をする。
- 相手の気持ち全てを自分のものにしたい。
- 相手を自分に合わせさせようとする。
- わざと不機嫌な態度をして相手を変えようとする



5

(9) 学校での自殺予防

<学校での取り組みを通して自殺予防力を高める>

- ① 学校での自殺予防の取り組みは、1) 現時点の自殺予防とともに、2) 生徒・学生の将来にわたる自殺予防という2つの側面があります。
- ② 1) 取り組みの体制づくり、2) 教師の研修、3) 生徒の自殺予防授業、4) 家族研修など、総合的に取り組みます。
- ③ 生徒への自殺予防授業は最も効果が高いことが示されています。
- ④ 「相談することは生きる力」といった価値観の教育を続けることで、助け合いの文化が育てられることが期待されます。

6. 若者の心を守る ～自殺予防力を高める 10 か条

(1) 気づく力

① 自殺のリスク（警戒レベル）にこだわらず、幅広く援助ニーズを求める。

※高齢者や中高年のうつ病モデルと違った自殺リスクのイメージづくり。

② 気になるレベル（観察）⇒コミュニケーションという気づきの手順を習得する。

※気になるレベルについては、記録を残すなどすることで感度を高めることができる。

(2) 支える力 ～受け止める

③ 傾聴にとどまらず深く相手を知って気持ちを支える技術を習得する。

※指導者ではなく支援者としてのあり方を学ぶ。

(3) 支える力 ～保健・教育と医療との相互の連携

④ 医療が必要な人を医療機関につなぐ。治療下の人の生活を支える。

※医療につなぐとともに、通院中の方の地域資源利用を促進する関係づくりを行う。

⑤ 診断レベルに至らない場合の支援継続。

※服薬が必ずしも必要ではないが支援が必要な人について、地域での支援体制を整える。

(4) 支える力 ～孤立者支援

⑥ 『職場』『学校』『家族』『地域の居場所等』などのさまざまな資源を活用、もしくは資源を作り、孤立者への支援の手を増やす。

※種々の対象へのゲートキーパー研修を行う。居場所・働く場づくりなど、新たな地域資源を作る。

⑦ インターネットの利用の可能性を探る。

※援助希求（相談や援助を求める）を促すメッセージ。SNS 上でのゲートキーパーの可能性。

(5) 教育

⑧ よりよく生きる手段としての「相談する・頼る」ことの意義を理解しその技術を身に付ける。

※ロールプレイを用いて実践的に学ぶ。

⑨ お互いに相談し合う経験を通して、学校という社会において「相談することが役立つ」という経験を積む。（ピアサポート）

※身近な問題について話し合いつつロールプレイ演習を行うことで、学校生活の中で相談を促す。

⑩ 卒業との支援を見据えて地域と連携

※地域保健などの社会資源を紹介し、実際に出張講義を行うなどして、地域資源に触れる機会を作る。

7. Q & A

Q 1. 「自殺」という言葉を使うことは、特に学校教育の場では抵抗があります。

A 学校教育の場で「自殺」という言葉を使うことに抵抗を感じるかもしれませんが、その感覚はあながち誤りではありません。実際、自殺の報道があると、直後に自殺が増える傾向があるようで、「自殺」に関する情報を提供することには慎重であるべきです。そもそも、自殺ということは、私たちの生来の感覚に備わったものではなく、世の中のさまざまな情報にさらされることでイメージが作られたものです。

しかし、生徒はすでに様々なメディアを通じて自殺に関する情報にさらされていますから、多かれ少なかれ、自殺のテーマに関わらざるを得ません。自殺は、これからの人生で遭遇する多くのリスクの一つです。そうしたリスクに立ち向かうためには、人に相談したり協力を求めたりすることが大切であり、具体的な相談技術（相談する技術、相談を受ける技術）を身に付けるような教育が望ましいです。

Q 2. まったく普通に暮らしていた若者が自殺してしまうことがあります。気づき方が足りなかったのでしょうか？

A 自殺という行動は非常に重い行動ですが、それを実行する動作は極めてシンプルなもので足りてしまうという点に、自殺予防の難しさがあります。気づきの力を高めることはもちろん大事ですが、他人の気持ちをすべて察するということには限界があります。周りが気づくだけでなく、本人の意識や行動を変えろということも大事で、若者に対する自殺予防教育の意義もそこにあります。相談する・頼るということについてのプラスのイメージを高め技術を身に付けてもらうということで、本人が悩みを抱えた時に、自殺ではなく援助希求の行動に至ることを促します。

Q 3. 家族との葛藤が自殺のきっかけになる場合もありますが、かといって、一人暮らしで孤立することも自殺のリスクとなるように思い、難しく感じます。

A 自殺には「この世の中で生きていけない」という気持ちがあり、多かれ少なかれ対人関係の要因が含まれています。適度な対人関係を持つということは、誰にとっても生きていく上での課題となることです。どういった対人関係や世の中との関わりが適度かということは、人によって異なりますし、本人の気持ちも、「他人と一緒にいるのは煩わしいけれども一人でいるのはさびしい」というように両面的であることがしばしばです。支援者としては、「こうあるべき」といった固定した考えを持たず、それぞれの人について、適度な生き方を探していくことが必要です。公的支援を受けながらの一人暮らしで安定している人、仲が悪いなりに家族と暮らしている人など、様々な生き方を支援者が知り、多くの選択肢を提供できることが大事です。

相談に乗ることは 人生の基礎トレーニング

- いろいろなものの見方を学ぶ
 - 他人を尊重する
 - 自分を見直す
- ※他人を尊重することができる人は
自分を尊重することができる



相談の達人

7

相談を受けることは自分自身にとってもプラスになる



平成 30 年 2 月作成