

A Guide to Suicide Prevention at Universities

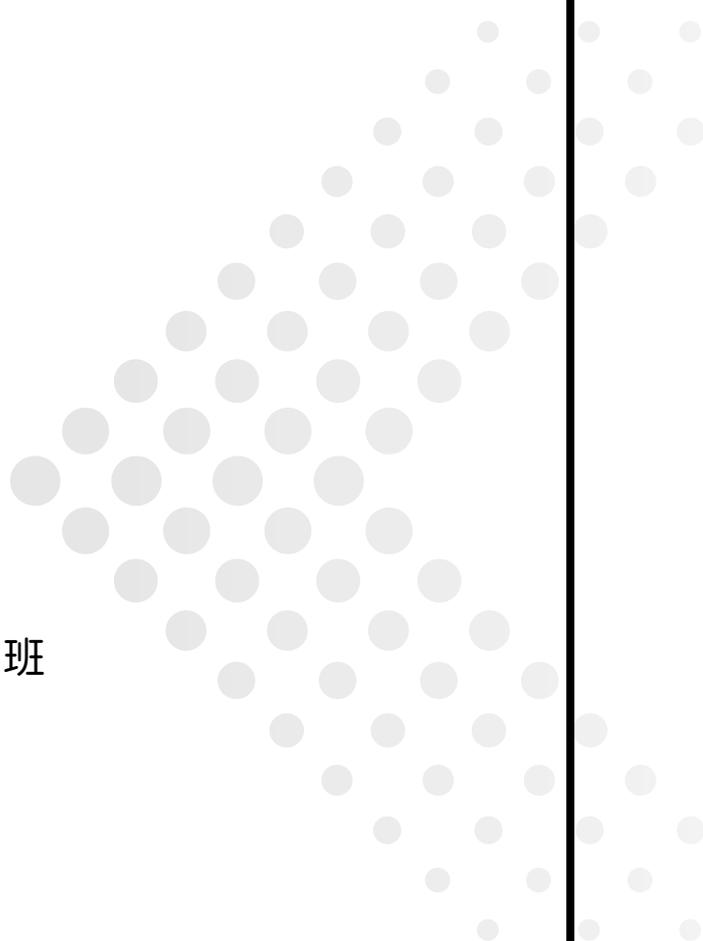
大学における 自殺予防の手引き

2024

2024年8月5日

全国大学メンタルヘルス学会

「大学生の自殺予防開発研究」研究班



大学における自殺予防の手引きを活用いただくために

この手引きは、大学における自殺の一次予防から三次予防までの包括的なガイドラインを提供することを目的としています。現代の学生は、急速な社会的変化の中で、多くのストレスやプレッシャーにさらされており、メンタルヘルスの問題も増加・複雑化しています。その最たる問題が学生の自殺であり、自殺予防は世界的にも大学における非常に重要な課題となっています。

本手引きでは、大学の専門職や教職員、その他の大学関係者に向けて、大学における自殺予防に取り組むための具体的な方法や方策を端的に解説しています。これにより、大学内での自殺予防活動が体系的かつ効果的に行われることを目指しています。

この手引きを、大学の自殺予防の計画策定、支援体制の整備、リスク管理、連携の強化などに活用いただき、日常的に参考にしていただくことで、学生にとっても保護者にとっても教職員にとっても、安全で安心な大学生活を実現するための一助となることを期待しています。読者の皆様には、この手引きを活用していただき、大学全体での自殺予防の取り組みを推進していただければ幸いです。

目次

| | |
|---|----|
| 1. 学生に対する自殺予防に資する教育研修 | 3 |
| 2. 教職員に対する自殺予防に資する研修 | 5 |
| 3. 学生に対する啓発活動と相談機関の周知の方法 | 7 |
| 4. 担任・チューター・アドバイザー制／スクリーニングに基づかない面談 | 9 |
| 5. 大学生の自殺予防に関する家族等の行動指針 | 12 |
| 6. ピア・サポート | 14 |
| 7. 居場所づくり | 16 |
| 8. スクリーニング・アンケート／その後の面談 | 18 |
| 9. 相談体制の整備 | 21 |
| 10.ハイリスク者へのアプローチ | 24 |
| 11.情報共有・会議・連携 | 27 |
| 12.大学の物理的対策 | 29 |
| 13.学生からの自殺の相談や危機対応のための マニュアル・ガイドライン等の配布 | 32 |
| 14.自殺企図後の対応 | 34 |
| 15.自殺が生じたあとの対応(ポストヴェンション) | 36 |
| あとがき | 38 |
| 執筆者一覧 | 39 |

1. 学生に対する自殺予防に資する教育研修

ポイント 学生生活への適応やメンタルヘルスを維持向上し、自殺念慮が生じることを予防したり、生じたりしたときに対応できるようにするためのもの。予防に効果があるため、新入生や関連分野の授業、課外研修など取り入れやすいところから始める。

1) 概要

自殺念慮が生じることを予防する、一次予防の取り組みである。自殺の危険因子を減らし、保護因子を強化する取り組みで、一度に多くの人数を対象にできる。現在、行われている主な教育研修は、①学生自身のメンタルヘルスの維持や向上を主に扱う教育、②自殺予防教育（①より直接的に自殺のテーマを扱う）、③ゲートキーパー養成研修などである。

実施者・講師

大学の保健管理施設や学生相談に所属する医師、心理師／士、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門教職員や、それに準ずる大学教員に協力を得る。地域の精神保健福祉センターや保健センターと連携して、外部講師を招く方法もある。学生同士で行うピア・エデュケーションの形式で実施されている事例もあるため、大学の事情に合わせて決定する。

実施の形式

時期は授業の進行や学生の状況に合わせる。①の内容であれば新入生の前期のうちに、②～③は上級生に行うことが想定されるが、試験準備期間など学生が多忙な時期を避けたほうが望ましい。必修科目や選択科目のほか、課外活動としても提供できるため、組織のカリキュラムや対象となる学生、実施者の都合を加味して決定する。教育は一度実施して終わりではなく、繰り返し実施するほうが予防につながる。

効果の確認

教育研修の実施前後に、学生の知識理解の確認だけでなく、抑うつなどメンタルヘルスに関するアンケートを行い、授業の教育効果や学生への影響を確かめることも重要である。

2) 具体的な実施内容の例

学生自身のメンタルヘルスの維持や向上を主に扱う教育

大学生に生じやすいメンタルヘルス問題や精神疾患、 ストレスマネジメント、他者との円滑なコミュニケーション、援助要請やアンガーマネジメントのスキルなど、学生生活の適応を促進する種々のスキルについて講義やワーク形式で行う。精神症状のなりたちを科学的に説明することで、偏見の払拭を通して援助希求性が高まるといふ報告もある¹⁾。

自殺予防教育

大学生の自殺予防のために体系的に構成された CAMPUS (Crisis-management、 Anti-stigma and Mental health literacy Program for University Students) は、精神症状や自殺の話題に対するスティグマを含む約 60 分の講義と、自殺の危険を抱える学生に職員が相談に乗る動画を観て行う傾聴の練習、学生が友人に相談する場面のシナリオを用いたグループでのロールプレイとディスカッションから成る^{2,3)}。元々中学生用に開発された自殺予防教育プログラム (GRIP) を、大学生に適用した実践例もある⁴⁾。

ゲートキーパー養成

自殺予防の基礎知識 やゲートキーパーとして適切な態度や対応、相談資源などを学び、自殺の相談対応が行えるようになることを目指す。厚生労働省、自治体が提供しているテキストや映像を用いて学内で実施したり、民間団体が提供している研修の開催情報を学生に案内したりして、学外で受講してもらったりすることもできる。

参考ページ

[ゲートキーパーになろう！
青年期向け | 厚生労働省
\(\[mhlw.go.jp\]\(http://mhlw.go.jp\)\)](#)

3) 準備とフォローアップ

安全に実施するには教職員の入念な準備と学生へのフォローアップも重要である。自殺に関する内容は本人が自覚している以上に心理的な影響を与えることがあるため、自殺の話題を直接扱う場合には、学生にその旨事前に予告し、参加への不安感を確認したい。心配な学生には授業中の見守り、必要な配慮を検討する。

フォローアップも重要で、学生の反応を把握するとともに、複数の教職員で情報共有を行い、学生がなくなった時に相談できる先を事前に決め、呈示することが重要である。事前に不安があると申し出た学生に対しては、レポートに切り替えたり、授業後に声掛けをしたりするなどの配慮を行う。

尚、2022 年度から高等学校の保健体育で精神障害が取り扱われるようになったが、それ以前の学生は、大学入学までメンタルヘルス教育を受ける機会に恵まれていない。

文献

- 1) Ojio Y, Yamaguchi S, Ohta K, *et al.* Effects of biomedical messages and expert-recommended messages on reducing mental health-related stigma: a randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019; 22(11): 1-9. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000714>
- 2) Takahashi A, Tachikawa H, Takayashiki A, *et al.* Crisis-management, Anti-stigma, and Mental Health Literacy Program for University Students (CAMPUS): A preliminary evaluation of suicide prevention [version 2; peer review: 2 approved]. *F1000Research*. 2023; 11: 498. <https://doi.org/10.12688/f1000research.111002.2>
- 3) 高橋あすみ・太刀川弘和・石井映美. 大学生向け自殺予防教育プログラム CAMPUS 汎用化の試み. 独立行政法人日本学生支援機構「学生支援の推進に資する調査研究事業 (JASSO リサーチ) 令和 2 年度研究成果報告書. 2021. https://www.jasso.go.jp/statistics/jasso_research/_icsFiles/afieldfile/2021/07/14/r2jasso-research_report6.pdf
- 4) 川野健治・勝又陽太郎 (編) 学校における自殺予防教育プログラム GRIP—グリップ—. 新曜社、東京、2019.

2. 教職員に対する自殺予防に資する研修

ポイント 学生に普段接する機会の多い教職員が自殺予防に関する基本的な知識と対応能力を持っていることは重要で、そのためには研修が定期的に行われている必要がある。研修では、教職員がハイリスクの学生に注意を払ったり、自殺のサインを認識できたり、自殺念慮を持つ学生の初期対応ができるようになることを目指す。

1) 概要

通常、学内に勤務する自殺対策の専門家的人数は極めて限られており、すべての学生に目を配ることは不可能である。学生に普段接する学務系の職員や担任やゼミの担当教員が学生の自殺の危険性に気づき、適切な初期対応を行って専門家につなげることができれば、自殺予防対策として有効である。研修は自殺念慮を持つ学生を早期に発見し、自殺関連行動に至ることを予防する、二次予防の取り組みである。

対象となる教職員に求められることは、A. まずどのような学生が自殺のハイリスク群なのかを知っておくことである。B. そして、自殺を考えている学生がどのようなサインを出すことが多いかを知り、それを認識できることである。これらを通じて危険性のある学生を早期に発見することができる。C. また、適切な初期対応について知っており、必要な時に実践できることである。

研修は教職員の集団を対象として実施できる。現在行われている主な教育研修は、(1)教職員を対象とした講演会や研修会、(2)教職員を対象としたゲートキーパー養成研修などである¹⁾。

実施者・講師

大学の保健管理施設や学生相談機関に所属する医師、心理師／士、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門教職員が行うことができる。地域の精神保健福祉センターや保健センターと連携して、外部講師を招く方法もある。

対象

(1)は、全学の教職員を対象として、Faculty Development (FD)などの形式で行うことが望ましい。教職員の入れ替わりがあっても大学全体として手薄にならないよう、研修は単発ではなく定期的に行われることが望ましい。新任の教職員に対して、オリエンテーションの一部として行うことも効果的である。(2)は、ある程度学生対応のモチベーションのある教職員が対象となる。また、学務系の職員、学生担当の教員など、学生と接する機会の多い教職員が対象となる。(2)は一度に研修できる人数を限定した方が円滑に行える。

効果の確認

研修を実施した後にアンケートを行って以下の項目について確認することができる。教職員の自殺予防に関する理解が進んだか、自殺のリスクのある学生に関わろうとする意欲や自信を持つことができるようになったか、研修を受けた後に実際に自殺のリスクのある学生に関わろうとしたか／関わったか等。

2) 具体的な実施内容の例

教職員を対象とした講演会や研修会

講義形式で以下のことを学ぶ。①自殺行動をとる人の多くはうつ病などの精神疾患に罹患していること。②自殺する人は覚悟を決めているから、止めても無駄であるというのは誤りであること。③自殺未遂歴のある学生、過年度在籍学生などが自殺のハイリスク群であること。④友人にお別れの連絡をすること、交通事故を起こすことなどが、自殺のサインである場合があること。⑤学生から相談を受けたときの基本的な対応（傾聴する、保健管理施設などの専門家に繋ぐなど）。

全国大学メンタルヘルス学会のホームページに、パワーポイント「大学生の自殺を防ぐー教職員にできることー」²⁾が公開されており、教材として無償で利用することが可能である。

ゲートキーパー研修

ゲートキーパーとして適切な態度や対応、相談資源などを学び、自殺の相談対応が行えるようになることを目指す³⁾。学内の専門家が行ったり、学外の専門家を招聘したりして、講義と実技演習を合わせた形式で実施することができる。厚生労働省⁴⁾、自治体が提供しているテキストや映像を用いて学内で実施したり、民間団体が提供している研修の開催情報を教職員に案内したりして、学外で受講してもらうこともできる。

実施例: 茨城ゲートキーパー養成講座 2019年2月、講師: 筑波大学の先生2名。実施の3週間程度前に、全学教職員を対象としたメールで案内を配信し、事前申込制とした。

「ゲートキーパーとは」(座学講義 80分) ゲートキーパーとはどのようなものか。

「自殺リスクのある学生への対応研修」(実技演習 80分) 自殺のリスクのある模擬ケースを講師が提示して、どのような対応ができるか、グループでディスカッションを行って、発表。

文献

- 1) Takahashi A, Tachikawa H, Marutani T, *et al.* Suicide prevention measures in the national universities of Japan. *Asian J Psychiatr.* 2022; 73: 103149. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103149>
- 2) 全国大学メンタルヘルス学会大学生の自殺予防プログラム全国開発研究班. 「大学生の自殺を防ぐー教職員にできることー」 <https://jacmh.org>
- 3) Hashimoto N, Suzuki Y, Kato TA, *et al.* Effectiveness of suicide prevention gatekeeper-training for university administrative staff in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2016; 70(1): 62-70. <https://doi.org/10.1111/pcn.12358>
- 4) 厚生労働省. ゲートキーパー養成研修用テキスト. 2013
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/gatekeeper_text.html#ver3

3. 学生に対する啓発活動と相談機関の周知の方法

ポイント 新入生および在学生向けのオリエンテーションなどで相談機関の紹介や、自殺予防に関する教育を行う。その際、具体的な相談機関や連絡先を明示することで学生のアクセシビリティを高めることができる。リーフレットやホームページを用いて心理教育に関する情報提供を行うことも自殺予防につながる。

1) 概要

自殺予防に関わる啓発活動は、キャンパスライフのなかで折に触れて行うことができる。代表的な活動として、学内外の相談機関について情報提供し相談を促すことや、メンタルヘルス・自殺予防に関する心理教育を行い、セルフケアを促すことが挙げられる。具体的には各大学・相談機関のホームページ、ソーシャルネットワーキングサービス（SNS）を用いた情報発信や、リーフレットの配布・掲示がある。教職員に対しても同様の啓発を行うことで、メンタル不調の学生の早期発見や初動対応を適切に行えるようにすることが目指される。

実施の形式

新入生オリエンテーションは啓発活動の絶好の機会であるが、実施形態や時期については各学内組織と検討しながら実施するのがよい。一度きりではなく、在学生オリエンテーションで毎年繰り返しガイダンスすることもよいだろう。特定の機会（例：オリエンテーション）に限られず、リーフレットの配布やポスターの掲示、学内のウェブ掲示板や各相談機関のホームページ、SNS などあらゆる手段を使い分けて各大学で実施できる啓発方法を検討する必要がある。学内で行われる各種講演会や教育研修会も啓発活動の機会となる。

2) 具体的な実施内容の例

オリエンテーション、教育研修での啓発活動

新入生オリエンテーションや自殺予防、メンタルヘルスに関する学内の各種教育研修会において、保健管理センターや学生相談室、医務室、支援室等の相談機関の存在や場所などを紹介し、悩みがあれば積極的に相談するように促す。在学生に向けても、学内外の相談窓口に関する情報を定期的に学生支援機関が案内する。

予防教育やセルフケアに関するリーフレットの作成、掲示、配布

学内各所に自殺対策に関するポスターの掲示や、相談先が書かれたリーフレットの配布を行う。学生の心身の健康やセルフケアに関するテーマ（例えば、ストレスへの対処方法）について説明したリーフレットを制作・配布し、その中で自殺予防についても取り上げる。

オンラインの活用とアクセシビリティについての配慮

大学のホームページや学内通知メールを通じて、学生が悩んだ時に利用できる学内外の相談窓口を随時周知する。学内からのみアクセス可能なウェブサイト上に、こころの健康度を測るチェックリストなどを提供したり、ウェブ掲示板にカウンセリングへの案内を掲示し、オンライン相談の利用につなげたりすることもできる。

学外の相談機関やリソースの提供

学外機関や自治体と協力して、夜間・休日でも相談できる学外の相談窓口の情報を広く周知する。「いのちの電話」などの相談窓口のリーフレットを配布することもできる。学内の自殺のホットスポットに相談窓口のあるポスターを掲示し、自殺を抑止できた事例もある。

学内での連携や教職員へのサポート

学内のメンタルヘルスに関する委員会、教員を対象にした FD や職員を対象にした SD を通じて、教職員にもメンタルヘルスに関する基本的な知識を提供し、メンタル不調の学生の早期発見や初動対応を適切に行えるようにする。例えば、教職員を対象とした学生の精神的不調に対応するための参考資料を用意しておく。(参照：「学生からの自殺の相談や危機対応のためのマニュアル・ガイドライン等の配布」)

3) 準備や配慮

様々な方法で啓発活動や情報提供を行うことができるが、すべての活動を行おうとすると実施側に過度な負担がかかってしまうことがある。学生相談室や学外の相談機関の既存のパンフレット等を配布することは、実行可能性が高く負担の少ない啓発活動の一つであろう。心理教育のパンフレットやリーフレットに、各相談機関の連絡先の QR コードを載せることも、学生の相談機関に対するアクセシビリティを高めることにつながる。情報は、電話番号やメールアドレスなどの連絡先だけでなく、受付時間や申し込みの方法、どのような相談内容に対応してもらえるのか、費用はかかるのかどうか、などの具体的な情報も記載することが望ましい。

近年の学生の傾向を踏まえると、SNS 等での情報提供は有効であると考えられる。一方で、SNS の更新頻度が高いと、情報提供者の負担が増えることにつながるため注意が必要である。さらに SNS 等学生が用いるメディアのプラットフォームは流行に沿って変わっていく。都度主流なメディアを用いて、持続可能な情報提供方法について支援組織で整備しておくことが必要であろう。

4. 担任・チューター・アドバイザー制／

スクリーニングに基づかない面談

ポイント☞ “自殺予防はみんなの仕事(World Suicide Prevention Day 2005 の標語)”であり、専門職や熱意ある教職員だけが行うものではなく、教職員それぞれが日々の業務のなかで学生を護り自殺を予防しようとする姿勢を育むことが肝要である。

1) 概要

精神保健福祉や心理臨床の専門教職員（精神科医、心理師／士、保健師、ソーシャルワーカーなど）だけではなく、その他の教職員（指導教員、クラス担任、チューター、アドバイザーなどを担当する教職員）が自殺予防の重要な担い手になる機会は少なくない。むしろ多くの大学では専門教職員はおらず、担任・チューターなどが学生面談で彼らのメンタルヘルスを生活状況、学修状況の一環としてモニタリングしていることが実情である。日々の業務のなかで自殺リスクを有する学生に気づき、声をかけ、学生のニーズに合致した相談相手や相談機関へつなぐ必要がある。自殺予防に対する全学的な取り組みは、大学コミュニティの改善や組織体制の強化といった効果が期待できる。

実施者・講師

実施者としては、研究指導教員、学年クラス担任、授業担当教員、チューター、学生アドバイザー、修学・履修相談担当事務職員などが想定される。自殺リスクを抱える学生は援助希求行動が乏しいことが知られており、精神保健福祉や心理臨床の専門教職員のもとへスムーズに辿り着けない場合がある。専門教職員ではない、学生の身近にいる教職員だからこそ、学生の小さな変化や違和感に気づけることもある。

実施の形式

実施対象は大学に所属する全学生であるが、大学生の自殺企図発生割合に関するメタ解析²⁾によれば、特に自殺リスクが高いと報告されている新入生や4年生（あるいは最終学年）を対象に重点的に面談を実施したり、研究指導などの機会に学生の変化により注意を向けたりすることが推奨されている。実施方法としては、スクリーニングツールを用いたアセスメントのような形式的あるいは専門的な手法ではなく、日々の授業、研究指導、修学・履修・進路相談、教務窓口対応などのなかで行う。

効果の確認

現実的な方法としては、まず一例ずつ丁寧に事例を検討をしていくことが有用であろう。例えば、研究指導教員が学生の自殺リスクに気づき、学内の学生相談につなぐことができた場合は、当該学生のその後の経過を見守りながら、研究指導教員の試みが学生に与えた影響をアセスメントしていくことがあげられる。

2) 具体的な実施内容の例

学生の変化に気づく

学生の変化に気づくためには普段から学生に関心を持ち続ける必要がある。例えば、研究指導学生のようにより密に関わる学生に対して、人柄、コミュニケーションスタイル、友人関係、ゼミや授業への出席状況、研究や制作などの進捗状況などについて把握しておくことが望まれる。普段の学生を知っていれば、服装や保清の乱れ、冴えない表情、孤立、成績低下、攻撃的言動などの情緒不安さといった学生の変化に気づくことができる。

声をかける

学生の変化に気づいた際は、できるだけ早く本人に声をかける。場合によっては、個別で静かに話し合える機会を設ける。自殺念慮が語られる場合は、真摯に学生の語りを傾聴し、学生に対して本人のことが心配で助けになりたいというメッセージを繰り返し伝える。

相談先を確保する

学生が自殺リスクを抱えている場合は、本人に同意を得たうえで、まず家族・保護者との連絡および連携を検討する³⁾。加えて、学内の保健管理センター、精神科、学生相談室、学生部、教務担当窓口などと情報を共有し、相談相手や相談機関を急ぎ確保する。本人が頑なに相談機関の利用を拒む場合は、家族や他の教職員と連携を取り合い、対策を講じる。

グッドプラクティスの例

文部科学省の報告書⁴⁾では、大学における自殺対策のグッドプラクティスとして「グループ担当制による週に一度の面談」「独居学生を対象にした定期的な電話連絡」「欠席が続くなど心配な状況の学生に、指導教員やチューターがキャンパスソーシャルワーカーと連携し、本人への連絡・状態の確認のほか、必要に応じ保護者への連絡などのアウトリーチ型支援」「大学が定める成績基準を満たしていない学生に対し、クラス担任や指導教員が面談や個別指導を行い、必要に応じて関係教員・部署とも情報を共有」などがあげられている。

3) 準備とフォローアップ

大学における自殺予防は単独で孤軍奮闘するものではない。自殺リスクを抱える学生を安全に効果的に護るために、教職員は日頃から所属専攻の教員や事務担当者、保健管理センターや学生相談に所属する医師、心理師／士、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門教職員と連携が図れる関係を築いておく必要がある。教職員間の良好な関係や風通しのよい組織風土は、全学的に自殺予防を展開するうえでの基盤となる。加えて、自殺予防を行う教職員をサポートする体制を同時に築く必要がある。

文献

- 1) Eisenberg D、 Hunt J、 Speer N. Help seeking for mental health on college campuses: review of evidence and next steps for research and practice. *Harv Rev Psychiatry*. 2012; 20(4): 222-232. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.712839>
- 2) Yang LS *et al.* Prevalence of suicide attempts among college students in China: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015; 10(2): e0116303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116303>
- 3) 全国大学メンタルヘルス学会 大学生の自殺予防プログラム全国開発研究「大学生の自殺を防ぐー教職員にできることー」 <https://jacmh.org/img/j-201225-3.pptx>
- 4) 文部科学省、 令和 2 年度 大学における死亡学生実態調査・自殺対策実施状況調査報告書. 2022. https://www.mext.go.jp/content/20220224-mext_gakushi01-000020503_2.pdf

5. 大学生の自殺予防に関する家族等の行動指針

ポイント 大学生・大学院生の年代は、学業のストレスがかかる中で自己を確立していく時期にあたる。この時、ストレスが契機となって精神的不調が持続し、精神疾患(病気)が始まる場合もある。このため希死念慮や自殺には留意すべきである。家族等が不調を察することで、適切な支援・保護が可能となり、学生の孤立感が和らぐ場合は多い。子のメンタルヘルスや対応に不安があれば、学内外の専門機関に躊躇なく相談してほしい。

1) 概要

概して大学生は高校までに比べ、物理的にも精神的にも家族とは距離ができる。地元を離れるケースもあり、親子で顔を合わせる機会は減る傾向にある。一方、社会に出る直前の青年期後期にある学生は、自我同一性の確立などに伴う特有の不安定さを持ち、様々な心理的問題を抱えやすい。また彼らの年代は、精神疾患の好発時期にもあたる。

家族が久しぶりに顔を合わせた際、また電話でのやり取りから、活気のなさや口の重さなどの子の変化を感じた場合、どうしたらよいのか。大学から、子の成績やメンタルヘルスについて不安な報告があった際は、どうすべきか。

慌てて問い詰めるなどで思わぬ関係悪化を招くことがないように、平素から見守る態勢を整えるために、保護者に向けたいくつかの行動指針を紹介する。家族との温かい交流は大学生の緊張・不安を減らすことができる大きな要因であり、自殺の保護因子となる。

2) 具体的な対応の例

学生自身と話し合える場合

普段の関係が良好であれば、気づいた変化（急な成績低下、口数が減った、イライラしている、身体不調の訴えなど）に応じて、さりげなく声をかけてみる。学生が自宅通学の場合は、十分時間が取れるかもしれない。本人が口を開けば気持ちを受け止め、親身に相談に乗れると良い。「まずは本人の言うことを傾聴し、気持ちを受け止めた上で、相談にのる・進言や提案をする」という姿勢が大変重要である。

学生本人が事情を打ち明けない場合

まず、心配していることを何らかの方法で本人に伝える。それでも本人が事情を打ち明けず懸念があれば、周囲に最近の様子を尋ねてもよい。この場合、個人情報の問題で情報開示できないとの対応を受ける可能性もあるが、大学の所属学部や寮の担当者など、連絡先が確実な場合は事情を打ち明け、情報共有を希望する。

大学から本人の健康や安全について連絡があった場合(遠隔地で居住)

まず、可能な限り早期に本人と会えるようにする。本人に事前に連絡し、できれば複数名の家族と一緒にアパートを訪れたい。本人側の事情を傾聴し、その存在を受容して、必要であれば一時期地元連れ帰

るなど、本人の安全を最優先に適切な保護を行う。

その際、親側の意向や希望・信念などは後日に回し、まず休息できる場を提供したい。

いずれの場合も、学生に明らかな変調があれば、専門機関への相談・受診を勧め、適宜サポート、保護することが望まれる。精神的不調は科学的・生物学的事象であり、身体の病気と変わりはない。

本人と連絡が取れない場合

誰とどこにいるかが明らかではなく、精神的不調や犯罪被・加害などの問題が懸念される時は、大学窓口と情報共有・協力をして安否確認を行いたい。アパートの自室に長期不在であれば、警察への相談も検討する。

希死念慮(死にたい気持ち)・自殺関連行動に接して

大学生は情報収集にたけ実行力もあり、自殺のリスクは高い。希死念慮や自傷、過量服薬などの自殺関連行動 サインが出た際は、(再度) 実施する可能性があるため、専門病院への入院など確実な保護も検討したい。

本邦では、本人が望まない場合、精神科病院への入院を決められるのは、現時点では家族のみである¹⁾ (措置入院などの例外はあり)。

3) 留意点

家族や保護者は、以下の時期や特徴的な状況に気を付けて対応してほしい。

気を付けたい時期

- ・ 入学後、大学に慣れるまでの期間
- ・ 試験期間中や成績決定時期
- ・ 新学期が始まる時期
- ・ 挫折体験や喪失体験があったとき

気を付けたい症状

- ・ 死にたい気持ちや自殺関連行動
- ・ 複数回のトラブルや事故
- ・ 過度の飲酒や薬物使用が疑われる様子
- ・ 一人で笑う、話すなどの奇異な行動

参考ページ

「大学生のメンタルヘルスについて御家族へ」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/gatekeeper2.html

<https://jacmh.org/document.html>

4) 保護者の態度

例えば家族葛藤の課題や親子間の意見の相違があったとしても、人が他に変えられない存在であり、家族にとって必要不可欠であることを本人に示すことが重要である。保護者のそのような態度が学生に伝わり、いつでも休める場、受け入れられる場があると学生が思えることは、大きな救いになるだろう。

文献

- 1) 精神保健福祉法 第三十三条

https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=325AC0100000123_20230401_504AC0000000104

6. ピア・サポート

ポイント☞ ピア・サポートは、学生による気軽な相談窓口であり、メンタルヘルス支援の最前線となり、自殺予防のためのゲートキーパーとして機能する。基盤となる組織づくりとトレーニングやスーパーバイズなどが安全な実施のために必要である。

1) ピア・サポートの役割

ピア・サポートとは

ピア・サポートとは、同じような状態、問題、経験を持つ人々によって、そのような人々のために提供される支援と定義することができる。それは、同じような状況の仲間であるからこそその支援ができるということに基づいている。日本学生支援機構は、ピア・サポートを「学生生活上で支援（援助）を必要としている学生に対し、仲間である学生同士で気軽に相談し、手助けを行う制度」としている。日本学生支援機構の調査(2018)では、52.4%の大学で何らかのピア・サポートを実施していると報告された。

ピア・サポートの12の基本原則として、相互性、連帯感、相乗効果、安心と信頼の共有、仲間意識、希望、長所と可能性への注目、平等とエンパワメント、自分らしくいられること、自立、スティグマの軽減、尊重と包括性が示されている。

ピア・サポートのメリット

ピア・サポートには多くのメリットがある。これらは、支援を受ける側にとってのメリットだけでなく、ピア・サポートを提供する側（ピア・サポーター）にとってのメリットもある。受ける側のメリットは、エンパワメント、ソーシャルサポート、共感による安心感、スティグマの軽減、希望を持つことができる、などである。

提供する側（ピア・サポーター）のメリットは、エンパワメントと自尊感情へのプラスの効果、サポート提供により、困難な経験をプラスに変える力が身につく、個人的な成長が期待できる、などである。

2) 大学における組織化

ピア・サポートルームの位置付けについては、各大学によって多少の相違がある。元々は課外活動やボランティア活動として位置付けられていた。当初は「学生主体」の活動であるという意味からは自然な流れであったと思われる。その後、多くの大学においてピア・サポート活動を推進する動きが出ており、現在では、教育組織のうちの業務センターとして位置づけられているところが多くなっている。ただ、「学生のための」「学生による」相談であるために、活動の主体は学生であることが重要である。教職員（担当教員、専門アドバイザーや事務職員）と協働的關係をもちつつ運営する形を取る大学が多い。客観性を保つために、運営委員会に外部の有識者を入れる場合もある。

3) ピア・サポートは自殺予防にどう役立つか

ピア・サポーターの役割

悩みを持った学生にとって、医療機関、保健管理センターや学生相談などの専門家にアクセスすることが困難な場合がある。初めての場所で、初めての人に相談をするというのは勇気やエネルギーを必要とする。特に抑うつ的になってエネルギーが乏しい場合、受診や来談のハードルが高くなる。また、援助希求（援助を求める力）が乏しい学生の自殺リスクは高いといわれている。

そういった学生にとって、同じ学生同士だと、気軽に相談できる場合もある。ピアサポートを窓口、専門家に繋ぐこともできる。ピア・サポーターはゲートキーパーとして重要な役割を持つと思われる。

ピア・サポートがうまく機能するために

学生が気軽に相談できる窓口として、ピア・サポーターがメンタルヘルス支援の最前線として機能するために、ピア・サポートの存在を周知する。SNSなどでの発信、様々なオリエンテーションや関係する授業での広報、アクセスしやすい環境（時間、場所、雰囲気など）を作るなどの工夫が必要である。

ピア・サポートを、既存のサービス（保健管理センター、学生相談、障害学生支援、ハラスメント相談、キャリア相談など）の提供に統合することで、専門家が、より多くの学生に、より長期間にわたってサポートを提供できるようになる可能性がある。例えば、学生支援組織を一体化する中で機能分担された組織の一つとしてピア・サポートを位置付ける、または各支援機関から代表者等が集まる定期的な会議により連携協同を強化することが重要である。

留意すべき点

ピア・サポートを安全に実施するためには、包括的なトレーニング、継続的なサポートとスーパービジョン、ピア・サポーターが従うべきルール／境界線、会話のための基本ルール、包括的な秘密保持ポリシー、さらなるサポートを必要とする学生ための連携と協働が必要であるといわれている。ピア・サポートに取り組む大学は、どのようなモデルがキャンパスで最も効果的で、既存のサービスとどう連携していくかが鍵となる。

文献

- 1) 日本学生支援機構. 平成 30 年度障害のある学生の修学支援に関する実態調査結果報告書、2019.
- 2) 松田優一. 大学におけるピア・サポート普及の政策過程-「制作の窓」モデルによる考察-. 総合人間科学研究、2020: 1: 131-144.
- 3) Osborn TG, Town R, Ellis R, *et al.* Implementing peer support in higher education: a feasibility study. *SSM Ment Health*. 2022; 2: 100175. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100175>
- 4) Suresh R, Karkossa Z, Richard J, *et al.* Program evaluation of a student-led peer support service at a Canadian university. *Int J Ment Health Syst*. 2021; 15: 54-64. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00479-7>

7. 居場所づくり

ポイント 安心感が持てる居場所は、孤立を防ぎ、メンタルヘルス不調の予防に効果的である。多様な居場所がいくつかあることが望ましい。目的により、場所、構造を考えていることが重要である。

1) 「居場所」の重要性

居場所とは

文部科学省は「居場所」を「児童・生徒が存在感を実感することができ、精神的に安心していることのできる場所」と定義している。つまり、安心感や、自分らしくいられるという実感がもてる場所といえる。海外からの報告でも、若干日本文化のニュアンスとは異なるとしても、サード・プレイスの重要性が論じられており、高齢者や若者など、社会的に孤立しやすい人々にとって、サード・プレイスがもたらす心理的幸福など健康上の利点が述べられている。

大学生において、居場所はなぜ必要か

大学という場は、定まった教室があるわけではなく、授業ごとに移動する。自由度が高いが、高校までの生活とは異なり、とまどいを感じる学生も少なくない。積極的に仲間を作ることができないと、孤立感を感じる。特に、対人関係が持ちにくいと孤独感が増大する。孤立・孤独は、抑うつと関連し、また自殺リスク因子の一つでもある。家族や慣れ親しんだ地元から離れて一人暮らしをする学生にとっては、より孤独感を感じることも予想される。安全な居場所をつくることで、学生の孤立・孤独感を和らげ安心感を持つことができれば、自殺予防につながる。また、居場所がなく孤立しがちな学生が、インターネットなどの依存、カルトに引き込まれるリスクも考えられるため、居場所づくりは他の様々なく学生生活上のリスク予防にもなる。

居場所を作る上で、スペースや運営費用、マンパワーなどのコストから、必要性に疑問をもたれかねない。予防であるため対費用効果が示しにくいのが、学生生活のリスクを予防するための重要な機能であることを強調しておきたい。

2) 大学における「居場所」

多くの大学で居場所支援に取り組んでいる。中には、自由に出入りでき交流を図るフリースペースやサロンのような場所、メンタルヘルスの困難や学生生活への適応の難しさを抱えている学生のために避難できるような場所、学習支援を目的とした場所、ピア・サポート機能を持つ場所、など様々である。多様な学生にとって、多様なニーズに合った場所がいくつかあることが望ましい。

場所(ロケーション)と環境

交流を図るフリースペースのような場所であれば、多くの学生が集まる場(図書館や生協など)に近い開かれた場所が望ましい。カフェの併設などがあればより利用しやすい。目的にもよるが、地域にも開か

れた場所であれば、地域の人たちとの交流など、副次的な効果をもたらす可能性もある。適応困難な学生のための避難場所であれば、若干隠れた場所で静かな環境が望ましい。

構造(枠組み)

メンタルヘルスの困難がある場合は、物理的並びに運営上の構造を検討する必要がある。一人での使用がいいのか、複数で使用するが一人でもすごせるような配置がよいのか、また誰か支援者が適度な距離にいるのか、時々声をかけるのか、などである。支援者も担当学生（ピア・サポーターを含む）がよいのか、教職員なのか、を検討する。利用時間も検討する必要がある。目的についても、自由に過ごすことなのか、休息なのか、「学生相談」などといったフォーマルなものではなくインフォーマルになんとか話すのか、を開設する際にスタッフで話し合う必要がある。主体も、学生相談や保健管理センターが運営するのか、学生支援なのか、学生が主体的に運営するのか、で異なる。ただ、精神疾患やメンタルヘルス不調がある学生、障がいを持つ学生を主な対象とする場合は、安全性も考慮し専門性のあるスタッフを持つ機関が運営することが望ましい。あるいは専門家と連携できる体制を整えておく。

3)これからの課題

居場所づくりの必要性は、学生の孤立をどう支援するかということから注目された。新型コロナウイルス感染症の感染拡大によりキャンパス内への入構が制限され、自粛生活を余儀なくされた状況下で、孤立し、不安や抑うつを持つ学生が増加したことで、オンラインによるつながりが求められた。オンラインでの居場所づくりは、工夫次第で大きな支援になる可能性がある。ただし、自由に利用しやすい反面、枠組みが保ちにくい面もある。どのように安全性を確保していくか、慎重に検討していくことが重要である。安全性に配慮した、匿名のメタバースによる居場所も、これから発展していく分野であろう。

不登校からひきこもりになる大学生も多い。疲れたときに少しひきこもるのは重要であると考えている。少しひきこもって自分を癒す、安心感をもってエネルギーを再補給し、また歩みだす、というプロセスが重要であるが、それが残念ながら様々な理由でできない学生がひきこもってしまうのではないかと思われる。大学の支援機関にとって、上手にひきこもることができる居場所の提供は今後の課題である。

文献

- 1) 早坂浩志、新村暁、立原聖子、他. 発達・精神障害学生の居場所支援及び学習支援におけるピア・サポートの活用. CAMPUS HEALTH. 2020; 57: 148-153.
- 2) Lee N. Third place and psychological well-being: the psychological benefits of eating and drinking places for university students in Southern California, USA. *Cities*. 2022; 104049. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2022.104049>

8. スクリーニング・アンケート／その後の面談

ポイント スクリーニングに用いられる指標には様々なものがあるが、利点欠点を踏まえて、実現可能なものを実施する。教職員に直接話をするのはむずかしい場合も、スクリーニングが相談のきっかけになる。

1) 概要

自殺のリスクの高い学生を早期に発見し、対応する 2 次予防の取り組みである。クラスやゼミなどで担任や指導教員とのつながりがあれば、早期発見できるかもしれないが、特に新年度の入学時点では学生一人一人を把握することが難しく、スクリーニングによるメンタルヘルスの把握は重要である。また、直接援助を求めることが難しい場合にも、支援につながるきっかけになる。

2) 実施までの流れ

対象者

学生全員を対象にする場合や 1 年生のみなど特定の学年を対象にする場合、医学科の 3 年・5 年などリスクの高いと思われる学部や学年を対象とする場合がある。

実施形式

健康診断に合わせたり、ファーストイヤーセミナーなどガイダンスの講義と合わせたりするなど、全学生が関連するイベントと同時に行う方が周知しやすい。健康診断時に行う場合には問診票にスクリーニングツールを印刷して手書きしてもらう方法、web ベースのアンケートを用意して健康診断時に誘導するなどの方法がある。ガイダンス関連の講義でアンケートとして、印刷して配布することなどもできる。紙は集計がたいへんだが回収率が良い、web は手軽だが回収率が悪い、などそれぞれ利点と欠点がある。

スクリーニング内容

自記式の質問紙を用いる場合、問診票にのせた特定の質問をアンケート調査する場合などがある。特定の質問としては「死にたくなることがある」などで希死念慮について尋ねる。

質問紙では UPI（大学生精神的健康調査: University Personality Inventory）、K6（Kessler6）、SDS（Zung 自己評価式うつ病尺度: Zung Self-rating depression scale）、PHQ-9（Patient Health Questionnaire）、疲労蓄積度チェックリストなどが利用されている。

スクリーニング基準はカットオフがある尺度（SDS、K6、PHQ-9）ではカットオフ値を利用することができる。UPI を使う場合は、希死念慮の項目が高い場合など特定の項目を選んでスクリーニング基準としている場合もある。

スクリーニング後の対応

基準に基づいて呼び出して面接し状態を確認する場合と、カウンセリングの案内など、相談先の情報提供を行う場合がある。面接を実施するのは、保健管理センターや学生相談室の臨床心理士、カウンセラー、看護師、精神科医などである。チューター、クラス担任など制度がある場合には担当者が面接する場合もある。

3) 実施の具体例

(1) 筑波大学

筑波大学保健管理センターでは2016年度より健康診断時にうつ病のスクリーニングに国際的に用いられている PHQ-9 を実施し、カットオフポイントを設けて該当学生を呼び出し、精神科医による面談を実施している。

対象者

学群生（学部生）、大学院生、聴講生など学籍のある全学生を対象としている。

実施形式

健康診断時の問診票の裏に PHQ-9 を印刷して実施していたが、COVID-19 の影響で対面での受診に制限がかかったことから、2020 年度より web 調査に移行している。調査はクラウド型教育支援サービスシステム manaba の小テスト機能を活用し、COVID-19 影響下での困難な状況についての質問項目を追加した。

スクリーニング内容と基準

PHQ-9 の合計得点でうつ状態のカットオフである 10 点以上、または ii) 希死念慮を尋ねる項目(item9)2 点以上をスクリーニング陽性としている。

スクリーニング後の対応

スクリーニング陽性者に対しメールで保健管理センターへの来所を促し、精神科医が面接を実施している。例年 5% のほど学生が陽性となり、そのうち実際に来所するのは 10% 程度（全体の 0.5%）であるが、COVID-19 の影響下であった 2020 年は 10% ほどと倍増した¹⁾。保健管理センターの受診は通常有料となっているが、呼び出しに応じての来所では無料としている。

(2) 横浜市立大学

2012 年度より、抑うつ症状のスクリーニングとして定期健康診断時に PHQ-2（抑うつ気分、興味の喪失の 2 項目）、自殺念慮のスクリーニングとして Beck 抑うつ尺度の自殺念慮項目を実施し、PHQ-2 の両項目にチェックがある、あるいは自殺念慮を有する学生を呼び出し、臨床心理士および精神科医による面談を実施している。また、2016 年度より自殺リスクの高い発達特性を有する学生の来談を促す目的で、AQJ-10（自閉症スペクトラム指数短縮版）を導入している。

対象者

全学部生、全大学院生を対象としている。

実施形式

筑波大学同様、2020年度より Microsoft Teams を利用した Web 調査に移行している。

スクリーニング内容と基準

PHQ-2 の両項目にチェックのある、あるいは自殺念慮を有する学生を陽性者としている。AQJ-10 は 7 点とカットオフ値とし、7 点以上を陽性者としている。例年 AQJ-10 陽性者は、抑うつおよび自殺念慮陽性者が有意に高い傾向が認められる。

スクリーニング後の対応

上記の陽性者に保健管理センターへの来所を促し、臨床心理師が PHQ-9 を実施し、うつ病が疑われるあるいは希死念慮が確認できた学生は精神科医による面談を実施している。自殺念慮陽性者で来所につながったのは 40%弱であった。コロナ禍以前は抑うつ症状陽性者は数年以上約 6%台で推移していたが、2020 年は 17%超となった。その後漸減傾向にあるが、2023 年度も陽性者は 10%超認められた。

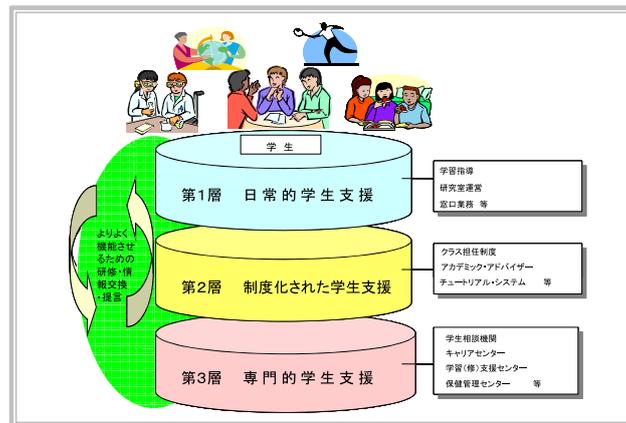
文献

- 1) Shiratori Y, Ogawa T, Ota M, *et al.* A longitudinal comparison of college student mental health under the COVID-19 self-restraint policy in Japan. *J Affect Disord Rep.* 2022; 8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35169765/>

9. 相談体制の整備

ポイント 自殺予防対策の一環として、学内に専門職が対応する相談窓口があることが望ましい。学外の相談機関よりアクセスしやすく、本人のみでなく教職員も相談でき、学内事情に通じていることがその大きな利点である。一方で、必要な場合に適切なタイミングで学外の医療機関等へつなぐことも重要な役割の1つである。

学生支援の3階層モデル



(日本学生支援機構「大学における学生相談体制の充実方策について」)

1) 概要

学生支援の3階層モデル¹⁾として、第1層（日常的な学生支援）、第2層（制度化された学生支援）、第3層（専門的な学生支援）が挙げられており、学生に関わる教職員はこのいずれかの役割を担う（複数の層の役割を兼ねる場合もある）。

学生の困りごとは多岐に渡る。困ったときに誰かに相談する、支援を求めることは必ずしも容易なことではない。この援助希求行動のスキルには個人差があり、とくにメンタル不調に陥っている状況ではこれがより困難になることが知られている。そのため日常的に学生に接する（第1層）、あるいは担っている役割を通じて学生に接する（第2層）教職員の気づきは重要であり、本人自らでは相談行動がとれない学生を必要に応じて専門的相談機関（第3層）に繋げられるよう、各層が日頃から連携できるようにしておくことが大事である。自殺対策は学生支援および危機介入の一環であり、ここでは専門職による相談体制（第3層）を中心に述べる。

大学として、カウンセラーや精神科医等の専門職を置くことには明確なメリットがある。学生生活の具体的な悩みについて学内事情に通じたスタッフが対応でき、学外専門機関で相談する際のアクセス（地理的条件だけでなく予約のとりやすさも含む）やコスト（カウンセリングは健康保険が適用されず自費の場合が多い）の面から学生には利便性が高く、学内連携の取りやすさから大学として問題解決のための対応がしやすくなる。

2) 各専門職・相談部門による相談対応の役割分担

精神科医

医療の視点から病状を評価し、援助する。また、自殺のリスクを評価する。学内保健管理施設の精神科医は時間をかけて精神療法的な関与をすることが可能である。これは保険診療を行う学外医療機関では困難な場合が多い。一方、著しく情動が不安定で、不穏興奮が激しく自殺衝動が切迫している事例については、治療構造的に限界があるため学内施設では対応が難しい。したがって、適切なタイミングで外部医療機関へ紹介することも、保健管理施設の精神科医の重要な役目である。

カウンセラー(臨床心理士、公認心理師等)

カウンセラーという呼称は幅広く使われるが、狭義では、心理面について相談対応する専門職を指す。学生がなにか心の問題を抱えている場合、医師に相談するより、カウンセラーに相談するほうが抵抗が少ないことが多い。自身の問題が医療の枠で対応されるべきなのか分からない、あるいは医療機関受診に抵抗がある場合でも、カウンセラーであれば相談することができる。カウンセリングは、医療の枠では捉えきれない様々な悩みへの対応ができるだろう。一方で、自殺予防という観点では、学生の病態によってはただ受容的に接するだけでは危機介入にはならないことも認識しておく必要がある。

保健師、看護師

保健管理施設では、訪れた学生に最初に対応するのは、医師よりも保健師、看護師であることが多いであろう。医師よりも話しかけやすいこともあり、事態が深刻化する前から学生と顔見知りになり得る。応急処置で来所した学生と話しているうちに、メンタルヘルスの問題が見つかることもあり、そこから精神科医やカウンセラーにつなぐ役割もある。対応に診察時間のような枠組みがないため、過度な依存関係に陥らないよう注意する必要がある。

ソーシャルワーカー

学生の自殺には、家族関係や経済的な問題、生活環境など社会的困難がその背景にある場合も多く、心理的支援だけでなくソーシャルワークは重要である。社会資源の具体的な活用法など上記①～③(1)～(3)の職種は知識と実践が不足しているため、大学の事情に通じたキャンパスソーシャルワーカーの配置は有用である。ソーシャルワーカーのいない大学では、キャンパスで働く①～③の職種は、支援にあたってソーシャルワークの視点を持つておくことが必要である。

ハラスメント相談

ハラスメント相談員は、兼務の場合と専任の職員を置く場合がある。ハラスメント問題は、大学がポリシーを明確にした上で、その対応システムがわかりやすく示されていることが必須である。ハラスメント被害者は心身に大きなダメージを受けている場合が多く、申立ての取り扱いと並行して心理面その他の支援を必要とする。こうしたサポートは自殺予防にも寄与するであろう。

留学生相談

留学生には言語や異文化ストレスの問題、同郷人や留学生どうしのトラブルなど、日本人学生への対応

の枠組みや考え方では応じきれない問題がある。留学生相談に特化した相談員が配置されていることが望ましい。学内の他の専門職も、異文化ストレスについての理解を深め、外国人留学生の支援にかかわる必要があるだろう。自殺予防の観点からは、メンタル不調から緊急に精神科医療機関を受診、入院を要する事態も想定される。学外医療機関の受診では、言葉の問題だけでなく、入院手続きや医療費支払いの問題が生じることもあり、平時から外国人の診療対応が可能な地域の医療機関情報を把握しておく必要がある²⁾。

文献

- 1) 日本学生支援機構：大学における学生相談体制の充実方策について―「総合的な学生支援」と「専門的な学生相談」の「連携・協働」―. 2007.
https://www.jasso.go.jp/gakusei/publication/_icsFiles/afieldfile/2021/02/12/jyujitsuhausaku_2.pdf
- 2) 丸谷俊之、足立浩祥、守山敏樹：留学生のメンタルヘルス. CAMPUS HEALTH. 2017; 54(2): 18-23.

10. ハイリスク者へのアプローチ

ポイント ハイリスク者は早期に発見して、適切に面接を実施し、自殺念慮あるいは自殺の計画の有無を尋ねていくことが重要である。自殺企図歴があることもハイリスクの評価には欠かせない。このような面接を通して有効な支援に繋げていくことが自殺予防の鍵となる。

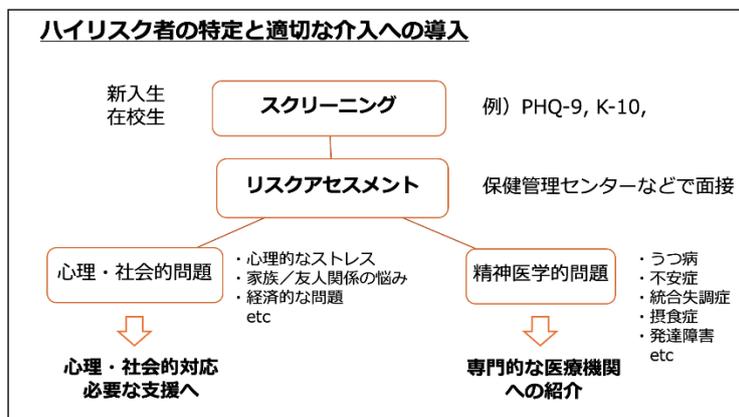
1) 概要

実際に自殺念慮を表出する学生に出会った場合、どのように対応すれば良いのだろうか。これは大学生の自殺予防に当たる関係者全員にとって最も重要な問いである。早期に発見し、適切に評価し、必要な支援につなげられるように十分な準備が必要である。

2) ハイリスク者とは

自殺のハイリスク者とは自殺行動をする恐れが高い危険因子を持つ人のことを指す。大学生の自殺の危険因子としては、男性、最終学年、休学・留年中、復学時、学業成績低下、就職難、対人トラブル後、家族と遠距離、精神疾患の既往、自殺企図歴などが既遂者調査などからあげられている¹⁾。このうち自殺企図歴は、自殺の最も重要なリスク因子である²⁾。自殺念慮あるいは希死念慮を直接言語的に表現する場合にも自殺のリスクが高いと考えるべきであり、特に具体的な自殺の手段などを述べていたり、検索していたり、あるいは準備している場合はハイリスクである。また、精神疾患は自殺のリスクを高めるため、特に大学生がうつ病³⁾、統合失調症、発達障害をはじめとした精神疾患に罹患している場合に注意が必要である。

大学の保健管理施設などで実施する精神状態のスクリーニング評価により、自殺念慮があることが確認できる場合もあるため、そのようなスクリーニングを実施することも有用である。例えばうつ病のスクリーニング尺度として頻用される PHQ-9⁴⁾の9項目目の質問は「死んだ方がまだ、あるいは自分を傷つけようと思ったことがある」であり、この項目が1点（最近2週間のうち数日）以上である場合にはリスクがあると考えられる。その他、大学の講義の欠席回数が多い、学業成績の不振などが精神的な不調のサインになっている場合もあるため、注意が必要である。



面接時の注意点

面接時には自殺のリスクやサインに気づき、その程度を評価することが重要になってくるが、まずは基本に沿って面接することになる。面接者は、言語的なコミュニケーションはもちろんのこと、非言語的なコミュニケーションにも配慮して、話しやすく温かみのある雰囲気には注意する必要がある。また、批判や安易な激励は避けて、まずは時間をかけて傾聴し、その過程で、相談者との関係性の構築を図るように努力する。

面接者の心得として、一般的に相談者は誰でも良いから相談に来たわけではなく、信頼のおける人物や機関に相談に来ていることに留意する必要がある。また、相談者が強く自殺念慮を訴えたとしても、生と死の間で振り子やシーソーのように揺れ動く心理が背景にあることも忘れてはならない。

面接全体を通して傾聴が基本となるが、面接の過程で、死にたい気持ちがあるかどうかを尋ねることは非常に重要である。自殺念慮の有無を尋ねることにより自殺のリスクを高めることはなく、むしろ自殺念慮があることを相談者と面接者が共通認識とすることにより、共に対策を考える端緒になる。さらに、具体的な計画性があるかどうかを聴き、自殺の危険性がどの程度切迫しているのかを評価する必要がある。

リスクアセスメントごとの対応

評価ののち、問題点を整理・明確化し、どのような支援に繋げるのが適切かを検討する。例えば、不眠、食欲不振、全身倦怠感などの身体症状が出現している場合にはうつ病が疑われるため、精神科の専門的な医療機関に紹介する必要がある。大学生の場合には学業上の支援、経済的な支援、就職活動の支援などが必要な場合もあるので、それぞれのニーズに合わせて適切な支援に繋げる必要がある。

一方、自殺リスクの高さによっても対応支援方法は異なる。仮にアセスメントの結果自殺リスクが現時点で低い場合は前記の支援につなげればよいが、一定の自殺リスクがあるようであれば精神科の専門機関への速やかな紹介、家族などへの連絡をためらってはならない。本人に丁寧に説明し受診や連絡を粘り強く説得する。家族への連絡や同伴がないと精神科医療機関は診察を受け入れないことも多い。もし現時点で自殺の具体的な計画があったり、自殺企図直後であったりする場合には、生命の安全を最優先に、家族など関係機関と情報共有し、精神科病院への入院や救急の身体科医療、警察などによる安全確保を検討する。本人が情報共有を拒み守秘義務が問題となる場合もあるが、緊急時には個人情報保護よりも身体的安全確保が優先することが裁判などで法的に保証された事例がある。

実際にはハイリスク者は、複雑な事例や対応に迷う事例も多いと思われる。その場合、次項で述べるように関係者で情報共有し、対応を単独で抱え込まないようにして支援側のリスクを分散させる工夫も必要である。

自殺念慮の低減に特化した介入方法

現在の日本において、自殺念慮の低減に特化した有効な介入方法は知られていない。しかし、青年期は自己を確立する時期であり、自尊感情や自己評価の低さと自殺念慮が強く結びついている場合が多く²⁾、自己認知を修正することが自殺念慮や希死念慮の低下に有効な可能性が考えられる。

文献

- 1) 太刀川弘和、堀 孝文、石井映美、杉江 征、朝田 隆: 筑波大学学生の自殺既遂例の特徴－1974-2001 年度報告と比較して－. *CAMPUS HEALTH*, 48 (2)、1-7、2011
- 2) Mitsui N., Asakura S., Takanobu K *et al* : Prediction of major depressive episodes and suicide-related ideation over a 3-year interval among Japanese undergraduates. *PLoS One*. 2018; 13: e0201047. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201047>
- 3) Oquendo M. A., Currier D., Mann J. J. : Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114: 151-158. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x>
- 4) Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. : Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*. 1999; 282: 1737-1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>

11. 情報共有・会議・連携

ポイント 学生生活のメンタルヘルスが危機的な状況となった場合にすばやく対応できるよう準備をしておく必要がある。準備にあたり、担当者はどう動けばよいかの相談や情報共有ができる環境を事前に整えておくことが重要である。

1) 概要

自殺をほのめかす等、緊急性の高い学生への対応を図るうえで、関係する教職員らが担当学生に関する情報を共有することは当然必要である。危機対応時の医療機関や保護者との連携は当著の「4 相談」を参照されたい。しかしこれらの責任を負うリスクはどの教職員も抱えている。有事に一定水準の対応ができるように事前に情報共有や連携ができる環境を整備しておくことも重要である。個別対応の準備のみならず、メンタルヘルス関連の全学 FD などを通じて学内の組織間で「顔の見える関係」を構築することも有益である。

2) 学内諸会議や教職員同士の連携¹

積極的介入が必要と思われる個別の事例について、関係する教職員やカウンセラー、保健室スタッフで適宜情報共有することが必要である。これに加えて、危機的状況を回避した後も成績の急激な低下や授業への出席率の急激な低下といった要配慮事項等の情報交換を定期的実施することは再発を未然に防ぐ有効な手段といえる。

こうした機動的な情報共有を可能にする下地として、学内で定期的に行われる諸会議で自殺対策に関連する事項を話し合うことは有効である。全学生に実施するメンタルヘルス調査²において問題があると回答した学生数とその対応内容について教職員に周知し注意喚起を行なうことや、規模の小さいミーティングでは気になる学生の共有を行うことも有効である。普段から学生との接触が多い教員や秘書、窓口事務担当者は不調を察知しやすいこと、出席や成績状況にも異変が現れることと念頭に置いて会合参加者の構成を考えると良い。

そして、重篤な自殺関連行動がキャンパスで発生した場合に備えて、緊急対応マニュアルが整備されていることが望ましい。キャンパスの警備部門に対応を依頼することも想定されるため、担当者と普段から顔の見える関係があると理想である。

3) 学外の関連機関との連携

地域の自殺対策ネットワークへの参加

学外で連携しうる社会資源にも目をむけると、県や市町村で行われている自殺防止ネットワーク会議や自殺対策推進協議会、精神保健福祉センターなどが挙げられる。キャンパス内では察知しにくい、地域

¹ 教職員に求められる学生の安全配慮義務については議論があるが¹⁾、ここではその責任の範囲や程度には触れず具体的な手立てに限定して述べる。

² 保健管理センターが学生定期健診時に行うメンタルチェックや、大学生における死亡学生実態調査²⁾などを想定している。

からの情報を得ることや、学外の関連機関とのネットワークが形成されていることの意義は大きい。

リスク要因に関係する連携先

自殺に関連するリスク因子として発達障害の有無や依存症の問題がある。発達障害では生活の上で困難を抱きやすく、二次的なうつ状態から自殺にいたるケースがみられる。また依存症患者では自殺などの危機的な状況が過ぎたのちも社会的な孤立に陥りやすく、危機的な状況を繰り返すことが少なくない。これらをかかえる学生への対応を考える場合、関係する教員、学務課職員、キャリア支援室職員、カウンセラーや保健室スタッフが定期的にフォローアップ会議を行い学生に関わる情報共有を行いつつ、適切な処置・対応が必要と思われる学生においては、保健室医師と連携のうえ、「アルコール専門外来」「発達障害専門外来」などの医療機関への紹介が必要となるケースも存在する。また発達障害や依存症について検討する場合、学外にも利用できる社会資源が数多く存在する（表1）。教職員が単独でこれらの資源につながることは難しいが、対応チームとしてこれらの資源の有効活用を検討することは有意義である。あまり標榜している人数は多くないが、キャンパスソーシャルワーカーを有する大学では、大学地域の社会資源と上手に連携を行ってくれる。

表1. 学外で利用しうるサポート機関

| | |
|----------------|----------------------------|
| 発達障害者支援センター | 発達障害者の特性に応じた支援計画の立案、助言 |
| 断酒会 | アルコール依存症の自助グループ |
| アルコールリクス・アノニマス | アルコール依存症の自助グループ |
| ダルク | 薬物依存症から回復した当事者による回復施設 |
| ナルコティクス・アノニマス | 薬物依存症の自助グループ |
| ファミリーズ・アノニマス | 家族や友人に依存症の問題を持つ人のための自助グループ |

4) 守秘義務について

本章では個別ケースの情報共有については取り扱わないが、学生の自殺に関する情報は特に配慮を要するものである（要配慮個人情報）。カウンセラー（臨床心理士、公認心理師など）や医師などの対人専門職だけでなく、関係する事務職員も取り扱いには十分な注意が求められる。不用意に個人が特定され共有されてしまうことで、学生や大学自体にも大きな影響を及ぼす危険がある。

文献

- 1) 足立清人. 大学在学契約の安全配慮義務について (1). 北星学園大学経済学部北星論集. 2023; 62(2): 1-22.
- 2) 学生の自殺対策. 文部科学省.

https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/gakuseishien/1290845_00002.html（最終閲覧:2023年12月29日）

12. 大学の物理的対策

ポイント 大学構内はしばしば自殺行動の舞台となる。一度自殺が生じれば、直接の関係者のみならず利用者にも心理的衝撃が広がり、既遂場所がホットスポットとなる恐れがある。このため、建物をはじめ構内の物理的自殺予防対策を行うことが重要である。

1) 概要

物理的対策とは、自殺行動の手段を制限することにより自殺を物理的に抑止する対策である。うまく実施すれば、最も自殺抑止効果が高いとされる¹⁾。大学でできる物理的対策としては、構内の飛び降り防止、首つり防止など主に建物や居室環境に関する安全対策があげられる。しかし、物理的対策は一般的な建物の事故防止対策と異なる点もあるので注意が必要である。

実施者

大学の保健管理施設や学生相談に所属する医師、心理師／士、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門教職員が、学内の産業医等の安全衛生管理職員、学内の資材課、学生生活課などの事務職員と連携して実施する。

実施の形式

特定の時期があるわけではないが、自殺企図の事案発生直後や構内の新建築物など環境安全の変化を契機に意識的に行うことが望ましい。事案発生直後は後追い（群発）自殺の危険が高まり、新建築物では自殺の安全リスクが未評価であるからである。実施者は、構内建物環境を直接巡視し、飛び降りリスクや縊首リスクがないかどうかを、各階、各部屋毎に丁寧に確認する。巡視のポイントは、①人気が少ない一人で企図が可能な環境か、②企図の際に致死性が高い環境かどうかである。経験的には、飛び降りの多発場所（ホットスポット）になりやすい場所は、高層建物の7階以上12階未満で、人気がなく窓にストッパーがない、階下の見晴らしがよい、非常階段や柵の高さが1m程度で容易に乗り越えられるような条件があげられる²⁾。巡視のうえ、飛び降り自殺リスクが高いと判断された建物の危険個所については、リスクが高い順に順次遮蔽壁、ストッパー設置、網設置などの対策を速やかに講じる。

効果の確認

対策前後の構内における自殺企図数、自殺既遂の有無で効果を確認することが可能である。飛び降りに関する物理的自殺対策の有効性は今までに多くのエビデンスがある³⁾。ただもともと発生数は少ないため、判定は難しい。保健管理センター通所中の自殺念慮を持つ学生から、具体的な自殺行動の情報を尋ね、対策の効果を推定する場合もある。

2) 具体的な実施内容の例(筑波大学の場合)

学内のコンセンサスを得る

全ての建物屋上を施錠した後にも、何度か飛び降りが生じるホットスポットが学内に数か所みられたことから、学生担当副学長や保健管理センター所長等の学生関連の組織長が、学内高層建物等大学構内の物理的対策の必要性について執行部会議や学生生活管理、安全衛生管理関連会議で説明し、対策実施のコンセンサスを得た。

構内巡視による危険箇所抽出

保健管理センター教員、環境安全管理課職員数名で学内高層建物の巡視を行った。巡視対象は、飛び降りた際既遂リスクの高い、7階以上の高さを持つキャンパス内20棟のうち、既に対策が講じられた棟を除く12の建物である。対象建物に対し、内外の物理的自殺対策事例に関する文献報告を参照して独自に作成した、「飛び降り危険箇所チェックリスト」を用いて、5～7階の巡視を行った。

物理的対策実施

リスクが高いと判断された建物の危険箇所については、予算に応じて得点が高い順に順次遮蔽壁、窓ストッパー、網設置などの対策を講じていくよう、執行部に答申した。その結果リスクが高い順に順次対策が講じられた。その後構内で飛び降りによる自殺はほとんど生じていない。

3) 準備とフォローアップ

学内のコンセンサスが得られるかどうかが決定的に重要である。建築基準法は自殺を想定しておらず、外観やデザインにこだわる一部の教員から反対意見が出ることもある。最も有効な自殺対策であること、環境安全、産業衛生の一環であることを丁寧に説明する。巡視に際しては筑波大学で作成した飛び降り危険箇所チェックリスト(表1)を参照されたい。

構内環境は不断に変化し、建物が新築されたり、事務職員が異動すると対策の抜けが生じやすい。関係機関は年1回はフォローアップを行って学内の自殺リスクを減らす努力を惜しまないことである。

文献

- 1) 英国保健省：自殺多発地点でとられる活動の手引き．自殺予防総合対策センターブックレット No.2、 2007.
- 2) 野村 東太：自殺防止と生活環境の実態に関する研究．研究代表者 堺 宣道「自殺と防止対策の実態に関する研究(総括研究報告書)．厚生科学研究費補助金 総合的プロジェクト研究分野 障害保健福祉総合研究事業、pp 64-81、2001.
- 3) Pirkis J、 Spittal MJ、 Cox G: The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *International J Epidemiology*. 2013; 1-8. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt021>

表1. 筑波大学飛び降り危険箇所チェックリスト

飛び降り危険箇所チェックリストver1.1

建物名:

検査日: 平成26年1月 日

検査者:

| チェック項目 | 得点 | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|-------|
| A: 建物基礎リスク | | | | | | | | | | | | | |
| C1: 情報の特性(あてはまるもの一つだけ) | | | | | | | | | | | | | |
| ・以前に飛び降りなし(0) | ・以前に飛び降りがあった(1) | | | | | | | | | | | | |
| ・最近(数年以内)飛び降りがあった(2) | ・具体的な飛び降りの報道があった(3) | | | | | | | | | | | | |
| C2: 立地の特性(あてはまるものいくつでも) | | | | | | | | | | | | | |
| ・密集地である(1) | ・人通りが少ない(1) | | | | | | | | | | | | |
| ・周囲がコンクリートなどで整備され固い(1) | | | | | | | | | | | | | |
| C3: 建物の属性(あてはまるものいくつでも) | | | | | | | | | | | | | |
| ・高層建築あるいは、壊である(1) | ・6階以上、または高さ20m以上である(1) | | | | | | | | | | | | |
| ・有名である、または新築である(1) | | | | | | | | | | | | | |
| C4: 侵入可能性(あてはまるものひとつだけ) | | | | | | | | | | | | | |
| ・誰も立ち入りできない(0) | ・特定の関係者しか立ち入りできない(1) | | | | | | | | | | | | |
| ・関係者なら誰でも立ち入りできる(2) | | | | | | | | | | | | | |
| ・誰でも立ち入りできる(3) | | | | | | | | | | | | | |
| 合計点 | | | | | | | | | | | | | 0点 |
| B: 危険箇所リスク | | | | | | | | | | | | | |
| チェック項目 | 得点 | 1階 | 2階 | 3階 | 4階 | 5階 | 6階 | 7階 | 8階 | 9階 | 10階 | 備考 | 写真の有無 |
| C5: 場所の属性(あてはまるもの一つだけ) | | | | | | | | | | | | | |
| ・ その他公共の空間(個人の研究室ではない) | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 渡り廊下 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 非常階段 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 屋上 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ バルコニー | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 教室 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 6階以上、または高さ20m以上である | 1 | | | | | | | | | | | | |
| C6: 場所の特性(あてはまるものいくつでも) | | | | | | | | | | | | | |
| ・ 人気がない、または隔離されている | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 立ち入り自由である | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ モニターがない(監視カメラ等) | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 見晴らしがよい、または落下地点が見える | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 静かである | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 暗い | 1 | | | | | | | | | | | | |
| C7: 飛び降り準備可能性(あてはまるものいくつでも) | | | | | | | | | | | | | |
| ・ 窓、扉が十分開けられる | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 足場がよい | 1 | | | | | | | | | | | | |
| C8: 飛び降り可能性(あてはまるもの一つだけ) | | | | | | | | | | | | | |
| ・ 柵やネットがあり、乗り越えられない | 0 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 柵があるが、乗り越えられる | 1 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 柵があるが、1.8m以下である | 2 | | | | | | | | | | | | |
| ・ 柵、安全ネットがない | 3 | | | | | | | | | | | | |
| C9: 危険箇所の数(数値記載) | | | | | | | | | | | | | |
| 合計点 | | | | | | | | | | | | | 0点 |
| 総合リスク | | | | | | | | | | | | | 0点 |

| | |
|-------|--|
| 主な問題点 | |
| 主な解決策 | |

筑波大学保健管理センター精神科・同こころの健康委員会監修

13. 学生からの自殺の相談や危機対応のための

マニュアル・ガイドライン等の配布

ポイント 教職員は学生から自殺に関する相談を受けたり、実際に自殺が起こった際に危機対応をする立場である。メンタルヘルスの専門家ではない教職員が、学生からの相談をまず受け止め、問題解決の方向に導くために、対応のためのマニュアルやガイドライン等の現場への配布は有用である。その内容は、各大学ごとのリソースに基づいて構成されるべきだが、教職員個人の対応スキルの向上と、大学組織内外の明確な相談・支援体制の構築に資するものが望ましい。

1) 学校現場における学生からの自殺の相談や危機対応のためのマニュアル・ガイドライン等の配布の必要性

教職員は学生にとって身近な存在であり、学生から希死念慮や自殺の計画の相談を受けたり、実際に自殺が起こった際に危機対応をする立場である。自殺の問題は学生の生命に関わり早急な対応が必要となるが、教職員はメンタルヘルスの専門家ではなく、教職員個人が学生の自殺の問題を抱えるのが困難なのは明らかである。学生からの自殺の相談や危機対応のためのマニュアル・ガイドライン等を現場に作成・配布することは、①教職員の対応スキルの統一および向上（これは教職員のゲートキーパー教育でもある）、②組織としての相談・支援体制の明示・整備につながり、教職員が気持ちに余裕を持って（マニュアルやガイドラインは教職員を支えるものである）学生の対応に臨める土壌を醸成できる。

2) 配布されるマニュアルやガイドラインの基本骨格

内容は、各大学ごとのリソースに基づいて構成されるべきだが、押さえておいてほしい基本骨格を概説する。

TALK の原則

学生から相談を受けた際の、教職員のとるべき態度（対応）の原則であり、誠実な態度で話しかけ（Tell）、自殺についてはっきり尋ね（Ask）、相手の訴えを傾聴し（Listen）、安全を確保する（Keep safe）ことである。不安や絶望に圧倒されつつ相談に赴いてくれた学生に安心感を与え、抱える問題が何なのか話してもらえる第一歩を築くことができる。

心理的応急処置（Psychological first aid : PFA）

PFA は災害後の被災者に支援を届ける際のコミュニケーションスキルであるが、深刻な危機にさらされている自殺を考える学生の対応にも応用できる。内容は大まかには、危機的な出来事について調べ（準備）、安全確認やニーズを確認し（見る）、必要な物や気がかりなことについて尋ね（聞く）、必要な支援や情報と結びつけ、自律を促す（つなぐ）ことである。相談者の抱える問題の把握から、明らかになった問題について解決に向けた支援までの流れが意識できる。

チーム学校

厚生労働省は、自殺に関する報告の中で自殺の多くは多様かつ複合的な原因及び背景を有しており、様々な要因が連鎖する中で起きる、と繰り返し述べている。複合的な原因や背景に対応するためには、担当教職員のみならず、管理職、保健管理センター（医師、心理士、保健師）および修学や授業料に関する係など多職種がチームを組み（これをチーム学校と呼ぶ）、役割を明確化したうえで、様々な視点からの課題の把握、情報収集を行い、アセスメント、ケース会議をしながら、支援の実施、環境の整備を行いつつ、生徒の保護者や学生の治療を行う学外医療機関との対応・連携にあたるのが望ましい³⁾。

配布前に参考となる資料

北海道大学や筑波大学など、幾つかの大学が独自にマニュアルを作成し、報告・公開している。また全国大学メンタルヘルス学会においてわれわれ大学生の自殺予防プログラム全国開発研究班が、「大学生の自殺を防ぐー教職員にできることー」という資料を作成し公開しているので⁴⁾、作成の際に参照されたい。

3) 実際の配布・運用にあたってのコツ

自殺の相談や危機対応のためのマニュアルやガイドラインを用いて当面の危機を乗り越えても終わりではない。自殺防止に有用な戦略には未遂者フォローアップが含まれているが、相談に来てくれた学生がその後大学生活を続け、進級や就活といったアカデミックストレスがかかる中で自殺の問題が再燃しないか、学生をフォローアップする仕組みも大切である。相談事例が生じた際に、配布したマニュアルやガイドラインを用いて関係者会議を開き、顔の見える関係を構築すること、フォローアップの経過をフィードバックすることで、関係者のモチベーションを維持することをお勧めする。また作成・配布後、時間が経てば改訂や利用者である教職員のアンケート調査によりブラッシュアップするのが望ましい⁶⁾。

文献

- 1) 高橋祥友. 自殺予防プログラムとは何か. In: 高橋祥友(編). 新訂増補青少年のための自殺予防マニュアル. 東京、金剛出版、2008; 29-45.
- 2) 金吉晴・大沼麻実. 災害時の心理的応急処置(psychological first aid:PFA). 精神医学. 2023; 65(3): 279-284.
- 3) 清末昭子. 学校でのメンタルヘルス対応の基本. 学校におけるメンタルヘルス教育の進め方. In: 水野雅文・森良一・竹下君枝(編). 東京、大修館書店、2023; 156-159.
- 4) 大学生の自殺予防プログラム全国開発研究班編著. 大学生の自殺を防ぐー教職員にできることー全国大学メンタルヘルス学会.
<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fjacmh.org%2Fimg%2Fj-201225-3.pptx&wdOrigin=BROWSELINK>
- 5) 佐藤 純. 影山 隆之. 大学における自殺予防のための大学教職員向けガイドブックが備えるべき要件や留意点. ころの健康. 2007; 22(1): 65-70.

14. 自殺企図後の対応

ポイント 自殺企図者(未遂者)は、再企図により自殺死亡に至るリスクが極めて高い。大学キャンパスにおける実践に関する知見は乏しいが、医療においては、再企図を防ぐための方法が既に開発され、実用に供されている。それは、当事者の個別性に合わせて多職種協働により実施される、アサーティブ・ケースマネジメント介入という方法である。

1) 概要

精神科救急医療の現場では、自殺のリスクを抱えるハイリスク者に対する実践的な介入方法として「積極的なコンタクトとフォローアップ」が有用とされている。日本では、自殺企図直後の自殺未遂者に対して、複合的なアサーティブ・ケースマネジメントを実施することにより、自殺未遂者の自殺再企図を抑止し得ることが知られており¹⁾、その概念は大学キャンパスにも応用可能である。

介入の段取りとしては、1) 心理的危機介入、2) メンタルヘルス問題の診断と心理社会的課題のアセスメント、3) 2) に基づく心理教育の実施、4) 当事者の自殺念慮の確認と心理社会的アセスメント、精神科医療の導入、支援のプランニングと実践、5) 定期的なフォローアップである²⁾。医療で実践されている定期面接の要点を表1に示した。

表 1. 定期面接におけるアセスメントと支援のプランニング

| |
|--|
| ● 必須のアセスメント／プランニング実施項目 |
| ● 自殺念慮と自殺念慮が存在した場合の危険度 |
| ● 精神科受療状況 |
| ● 生活上の問題・課題 |
| ● 社会資源の利活用状況 |
| これらの重要事項に関して、支援者は、当事者の気持ちや困難感を受け留めつつ適切なコミュニケーション技術を用いて積極的に関わる。アセスメント内容に基づき、個別性を重視した支援プランを策定し実行する。その都度、当事者との協働を意識し、当事者のセルフケア能力の涵養を図る。 |

2) 具体的な実施内容

大学キャンパスにおける対応について、上記のアサーティブ・ケースマネジメントを念頭に提示する。

自殺企図直後に際して、教職員はできるだけ人を集めて多人数で対応する。救命と身体損傷への対応を何より優先し医療機関への救急搬送を行う。もちろん保護者に迅速に連絡を取り、学生に生じた事態と事実、ケアの進捗を詳細に伝え来学を促す。

身体の安全とケアが確保されたならば、自殺企図にまで追い込まれた学生の苦衷に対して労いの言葉をかけ、自殺企図に至った経緯について時間をかけて傾聴する（アサーティブなコミュニケーション技法による心理的危機介入）。ほとんどの事例で、自殺企図行動の背景に精神疾患が存在することから、心

理臨床専門家（医師、心理士、精神保健福祉師等）の関与が必要となる。これらの専門職によるアセスメントが行われた後に、当該学生に対して、学生自身による自殺企図行動が、精神疾患の影響下に企図されたことについて、そして、その誘因と考えられる心理社会的要因について学生の心情に配慮しながら説明し、自殺企図に至ったプロセスへの自己理解を促す（心理教育）。そして、その時点での自殺念慮、心理社会的問題を確認し、精神科医療の導入を含む問題解決のためのプランニングを行い、これを実践する。そして、定期的に面談を行いながら、支援を継続する。

支援に際しては、管理職教員、担任教員、学務課職員、保健管理センター／学生相談室職員が組織内守秘義務を念頭に常に情報共有に努め、協働をしていく必要がある。また、精神科主治医とも適宜連携を取り、連携を維持していくことが望まれる。

準備

これらの介入を実践するためには、教員、保健管理センター医師、学校医、心理士、ソーシャルワーカー等の専門職間での自殺企図行動と自殺企図者に対する基本的な理解と支援法の理解、及び実践を意識したシミュレーションによる準備が必要である。また、保健管理センター等に精神科医や心理技術者が常駐していない場合には、迅速に学生の診察を依頼することのできる精神科医療機関等との確保が必要となる。

フォローアップ

自殺のリスクに至るような心理社会的問題が解決に向かい、精神疾患が軽快に至るまでは、頻回の面談を行う必要がある。また、軽快後も、毎月、隔月、四半期に一度と間隔を調整しながら面談を継続することが望ましい。

留意事項

当事者学生との間で、常に率直なコミュニケーションをとることができるような信頼関係を醸成していくことが支援の基盤となる。

また、対応中、フォローアップ経過中、自殺が生じる切迫性が認められた場合には、躊躇なく、保護者、医療機関に連絡をとり、情報共有と緊急受診を調整する。自殺のリスクに関しては守秘義務を越えてこれらを実施しなければならない。

文献

- 1) 河西千秋：診療報酬化された自殺予防医療：アサーティブ・ケース・マネジメント介入は自殺未遂者自殺再企図・自傷行為を抑止する。In. 杉山直也（編）．別冊医学のあゆみ：自殺の予防と危機・救急対応．京都、医歯薬出版、2022; 12-17.
- 2) 日本自殺予防学会（監修）．救急現場における精神科的問題の初期対応：救急医療から地域へつなげる自殺未遂者支援のエッセンス：HOPE ガイドブック．東京、へるす出版、2018.

15. 自殺が生じたあとの対応(ポストヴェンション)

ポイント☞ 自殺が生じた後の対応・対策のことを、自殺予防対策の領域では「ポストヴェンション」という。自殺が生じると、多くの人に影響を受ける。遺された家族への影響と対策については多くの知見がある一方で、大学キャンパスのポストヴェンションに関する知見は少ないが、まずしなければならないことは、大学の教職員間で、遺された人に生じ得る心理的な問題を理解しておくことと、遺された人への支援の導入を可能とする体制を予め策定しておくことである。

1) 概要

身近な人の死は人生における最大の悲しみであり、自殺の衝撃は甚大な影響を個人にもたらす。メンタルヘルス不調のみならず、心身全体の健康に影響を及ぼす(表1)。その程度は、故人との関係性や個々人の自殺の捉え方によりさまざまであり、その回復過程もまた多様である。遺された人の中には、なかなか悲嘆から回復することができず、精神疾患へと進展してしまう人もいる。ポストヴェンションには、このような、1) 遺された人へのケアと、さらに、2) 当該の自殺に関する詳細な調査と調査に基づく予防対策が含まれる。

表1. 自殺のあとに生じ得る悲嘆反応

| 心理的な表出 | 身体的な表出 |
|-----------|------------|
| ・ 衝撃・混乱 | ・ 身体感覚の鈍麻 |
| ・ 悲しみ | ・ 動悸 |
| ・ 後悔・自責 | ・ 不眠 |
| ・ 堂々巡りの思考 | ・ 食欲不振・過食 |
| ・ 思慕 | ・ 下痢・便秘 |
| ・ 抑うつ | ・ 易疲労感・倦怠感 |
| ・ 否認・抑圧 | ・ 身体各所の痛み |
| ・ 不安・恐怖 | |
| ・ 怒り | |
| ・ 想起 | |
| ・ 羞恥 | |

2) 具体的な実践内容の例

自殺予防教育

自殺予防対策は、自殺関連行動が生じることのないような事前の対策(プリヴェンション)、自殺のリスクを抱える人に対する介入(インターヴェンション)、そして自殺が生じたあとの対策(ポストヴェンション)である。

ション) があり、各対策には、実践のための基本原則がある。大学は、これらの原則と、自殺のリスク因子、自殺が生じるプロセス、そして自殺に傾く人の特性など、基本的な事柄を学ぶ機会を支援者となり得る教職員に提供しなければならない。また、学生に対しても提供することが望ましい。ポストヴェンションの取り組みを開始する以前に、そのような基盤整備が必要であり、そのための講演や講話、研修の実施が推奨される。講師や研修のファシリテーターは、実際に自殺予防対策の現場に関わり、自殺予防対策の教育に関する経験・見識を有する専門家に依頼することが望ましい。

精神科医、あるいは心理技術者によるケア

自殺の後に遺された人に対して、精神科医、心理士等の専門職者が心理面談を行い、対話や観察を通してケアを提供すると同時に、メンタルヘルス不調に関するアセスメントを行い、その後のケア方針を検討し、フォローアップを行う。担当する専門職者は、ストレス反応や悲嘆反応、精神疾患の概念とアセスメントに関する専門的な知識と技術が必要である。

包括的なポストヴェンション

大学キャンパスや医療機関において自殺が生じた後の遺された人への支援モデルが試行されている。筆者らは、遺された人からなる小グループに対して、悲嘆ケアのための集団心理教育を行い、予備的な研究によりその効果を検証している。内容の中心は、参加者に対する労い、悲嘆とその経過・回復のプロセスに関する説明、対応・支援の保障、支援のためのアクセスに関する情報提供、適宜の心理的危機介入などから成る。

3) 準備

自殺が生じた際に大学がすべきことは、1) 遺されたご遺族への真摯で誠実な対応、2) 自殺が生じたことで影響を受ける友人、知人、教職員の同定、3) 2) で同定された当事者に対する心理的介入と継続的な支援である²⁾。準備をすべきことは、この1) から3) を円滑に行うために担当部署と責任者を予め決めておくことと、実践のための手順書の策定と、必要不可欠な専門職の配置である。担当の事務方と専門職者は、日本自殺予防学会や他の学術団体、職能団体などによる自殺予防対策のための研修会や勤労者や学生の支援を学ぶための研修会や事例検討会などで実務を学ぶことが必要となる。

文献

- 1) 河西千秋. 働く人の自殺問題：正面から語られてこなかったこと. こころの科学、2023; 225: 64-70.
- 2) 河西千秋. 医療安全とポストヴェンション：医療事故としての自殺と事故後のスタッフ・ケア. 精神科治療学、2021; 36: 1027-1034.

あとがき

本冊子は、全国大学メンタルヘルス学会「大学生の自殺予防プログラム全国開発研究」研究班の有志で分担執筆した、大学で自殺予防対策を行うための手引きです。

本冊子の作成経緯を説明します。大学生のメンタルヘルス支援は、通常大学の保健管理センターか学生相談室が担っています。2000年代まで、大学生に対する自殺予防対策はこれらの学生支援機関に任せられ、今なおそうですが、数人のスタッフで自殺リスクの高い学生への個別の相談・診療に苦心していました。欧米では早くから大学全体での自殺予防対策が普及していましたが、我が国で大学生に対する包括的な自殺予防対策の指針は、国立大学法人保健管理施設協議会メンタルヘルス委員会自殺問題検討ワーキンググループが作成した「大学生の自殺防止ガイドライン（2010）」、ならびに日本学生相談学会による「学生の自殺防止のためのガイドライン（2014）」に限られ、大学全体でエビデンスに基づく包括的な自殺対策の実施は困難でした。

そこで私たちは、大学生に有効なエビデンスのある自殺予防プログラムを開発し、それを全国に普及させたいという思いから、2018年に全国大学メンタルヘルス学会内に研究班を作り、これまでに学生向けの自殺予防教育プログラム、教職員向け、ご家族向けの教材を開発してきました (<https://jacmh.org/>)。

2020年にコロナ禍が生じ、それまで減少していた大学生の自殺者数が増加に転じました。この事態を重視した文部科学省の協力を得て、これまで国立大学だけで実施していた死亡学生実態調査が全国の国公立大に広げられるとともに、研究班で大学生の自殺対策実施状況調査も初めて実施することができました。その結果、820大学のうち34%もの大学では自殺予防対策が何も行われていないことがわかりました。

本冊子はこのような経緯を踏まえ、各大学が自殺予防対策を行う上での標準的な指針をわかりやすく、かつ具体的に示すことに注力しました。各章は全国で大学生の自殺対策に係わる班員の先生方が専門性にあわせて分担執筆しています。編者の不徳で原稿依頼から作成まで時間がかかってしまい、この場をお借りしてお詫びと感謝を申し上げます。

学生・生徒の自殺者数はコロナ禍後も増加を続けており、このうち自殺者数が最も多いのは大学生です。近年の大学は研究費獲得と業績評価に翻弄されていますが、学生の健康維持なくして大学の教育研究活動はありえません。自殺予防対策は、キャンパスの安全衛生管理の問題であり、学生支援組織だけに任せておくものではありません。各大学におかれては、支援組織の拡充はもちろんのこと、本冊子を参照して全学的な自殺予防対策にトップダウンで取り組んでいただきますよう切にお願いいたします。

「大学生の自殺予防プログラム全国開発研究」研究班代表
筑波大学災害・地域精神医学 太刀川弘和

執筆者一覧 (50音順)

石井映美(いしい・てるみ)

早稲田大学保健センター 教授

担当：1章、5章

太田深秀(おおた・みほ)

筑波大学保健管理センター 教授

担当：11章

岡本百合(おかもと・ゆり)

広島大学保健管理センター 教授

担当：6章、7章

小田原俊成(おだわら・としなり)

横浜市立大学保健管理センター 教授

担当：8章

川島義高(かわしま・よしたか)

明治大学文学部心理社会学科 准教授

担当：4章

河西千秋(かわにし・ちあき)

札幌医科大学医学部神経精神医学講座／保健管理センター 教授

担当：14章、15章

白鳥裕貴(しらとり・ゆうき)

筑波大学保健管理センター 講師

担当：8章

菅原大地(すがわら・だいち)

筑波大学人間系 准教授

担当：3章

高橋あすみ(たかはし・あすみ)

北星学園大学社会福祉学部心理学科 専任講師

「大学生の自殺予防開発プログラム開発研究」研究班 事務局

担当：1章、3章

太刀川弘和(たちかわ・ひろかず)

筑波大学医学医療系災害・地域精神医学 教授

「大学生の自殺予防開発プログラム開発研究」研究班 班長

担当：10章、12章

中川伸(なかがわ・しん)

山口大学大学院医学系研究科高次脳機能病態学講座 教授

担当：13章

布施泰子(ふせ・やすこ)

茨城大学保健管理センター 教授

担当：2章

松原敏郎(まつばら・としお)

山口大学大学院医学系研究科高次脳機能病態学講座 准教授

担当：13章

丸谷俊之(まるたに・としゆき)

お茶の水女子大学保健管理センター 教授

担当：9章

三井信幸(みつい・のぶゆき)

北海道大学大学院医学院健康管理医学教室 准教授

担当：10章

安宅勝弘(やすみ・かつひろ)

東京工業大学保健管理センター 教授

「大学生の自殺予防開発プログラム開発研究」研究班 副班長

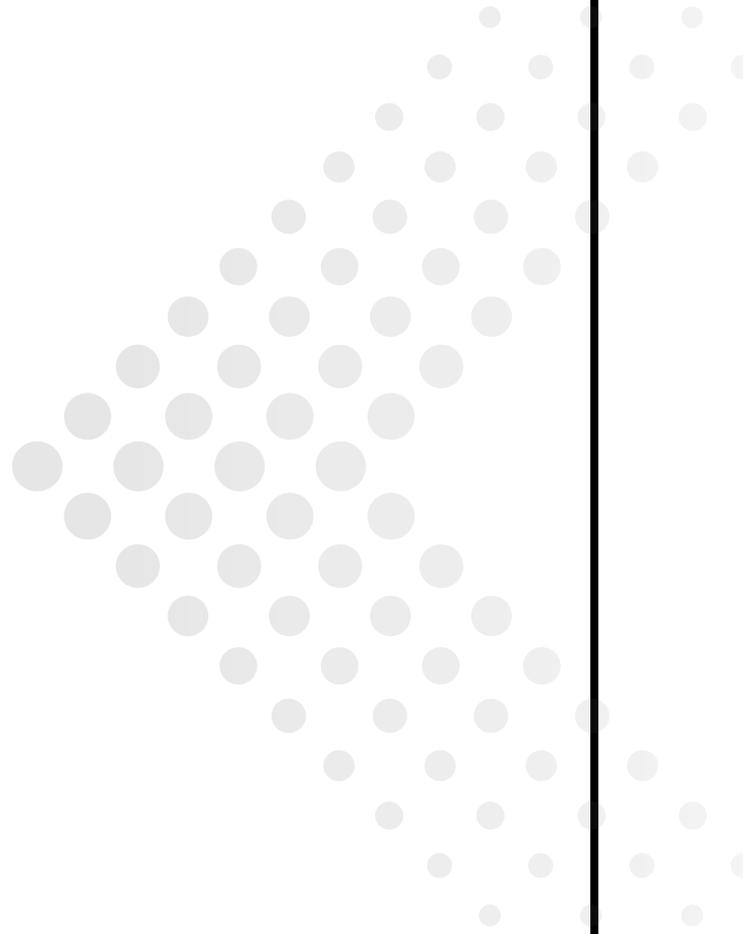
担当：9章

渡辺慶一郎(わたなべ・けいいちろう)

東京大学相談支援研究開発センター 教授

担当：11章

この手引きは、全国大学メンタルヘルス学会「大学生の自殺予防開発プログラム開発研究」研究班の研究活動の成果として制作されました。



大学における自殺予防の手引き2024

2024年8月5日 第1版

全国大学メンタルヘルス学会

「大学生の自殺予防プログラム全国開発研究」研究班