

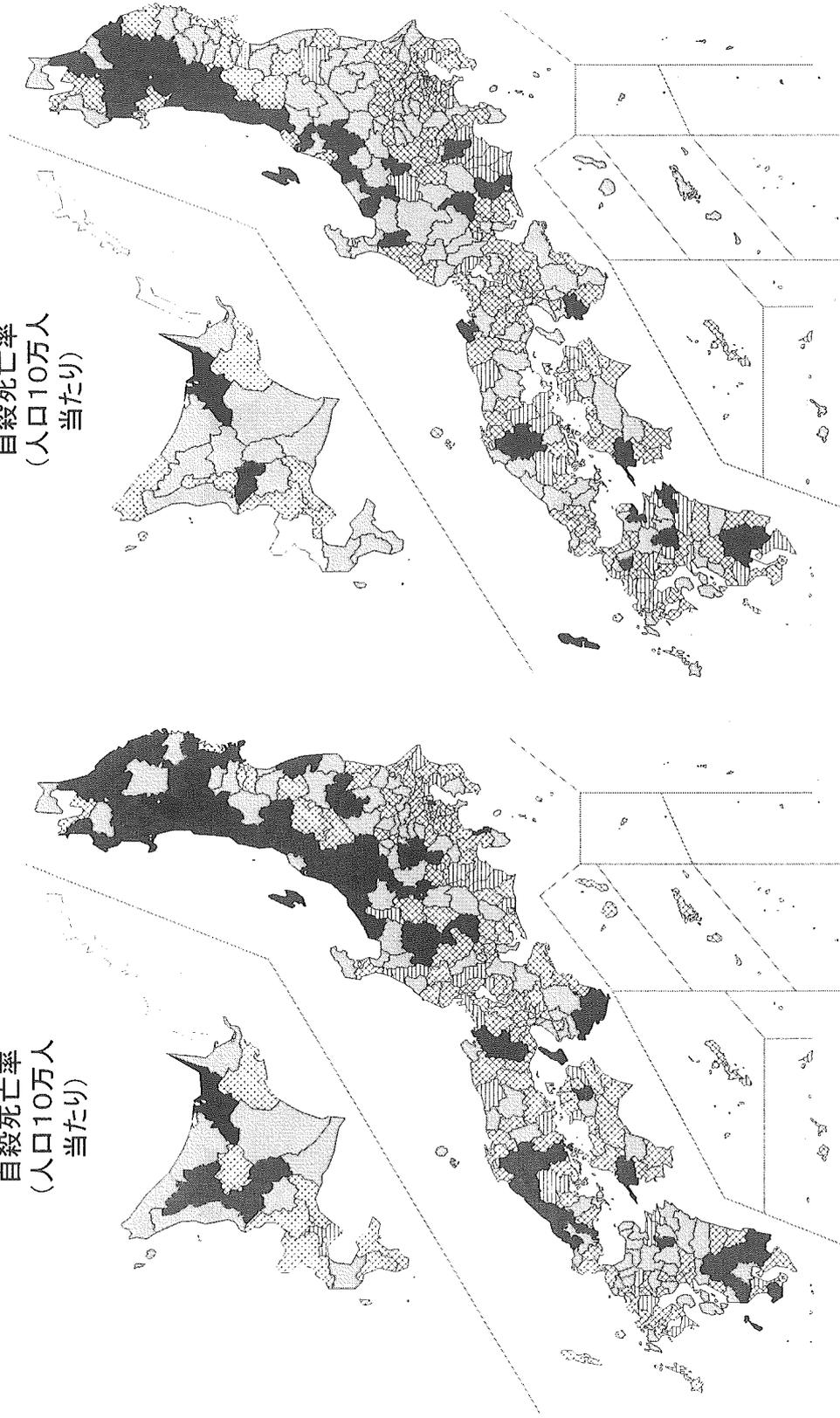
10歳以上の女

1998—2002年

自殺死亡率  
(人口10万人  
当たり)

2003—2004年

自殺死亡率  
(人口10万人  
当たり)



Mortality

17.5 < M.R. <= 15  
12.5 < M.R. <= 10  
unknown

Mortality

17.5 < M.R. <= 15  
12.5 < M.R. <= 10  
M.R. <= 10

15 < M.R. <= 17.5  
10 < M.R. <= 12.5  
unknown

図2-2 二次医療圏別の自殺状況

## 自殺の実態に関する法医学的研究

分担研究者 山崎 健太郎（筑波剖検センター長）

### 研究要旨

目的： 我が国では1998年を境に自殺者数が急激に増加し、現在では年間自殺者数は3万人に達している。このような状況にある自殺の実態を把握するために、東京都区部自殺事例の検案データから、自殺と関連する事項を抽出した。この抽出データから、精神疾患や自殺の動機を調査し背景についても検討し、自殺者数増加の要因や精神疾患の関係を考察した。さらに自殺者数急増前の3年間(1995～1997年)と急増後の3年間(2001～2003年)のデータを比較分析した。これらの結果をふまえ自殺の実態解明と予防対策のための基礎資料とした。

方法： 東京都監察医務院の検案データをもとに東京都区部の全自殺者について、性別、年齢階層、自殺動機、既往精神疾患の有無と疾患内容を調査し、東京都区部にみられる自殺や自殺者にみる精神疾患の特徴を年齢や年次推移に従い把握を試みた。

結果・考察： 1946～2004年東京都区部の自殺者数の年次推移をみると、1950年代に引き続いて1998年以降急激な増加をみせている。年齢階層では男性では20歳代後半と50歳代に自殺者数のピークがみられるのに対して、女性では年齢階層毎の自殺者数の差が比較的少なかった。自殺動機では「その他・不詳」が一番多く、次いで「精神疾患」が多かった。また自殺者数急増後では「社会的問題」や「その他・不詳」の増加が著しく、自殺者数急増の要因ともなっていると思われた。1995～2004年にみられた自殺者のうち精神疾患を既往に持つ自殺者数は自殺者増加前と後との間で大きな変化はみられない。ただし男女別でみると自殺者全体では男性の自殺者数が女性に比較して圧倒的に多いのに対して、精神疾患既往者に関しては自殺者数の男女差が少ないことが注目される。精神疾患を既往にもつ自殺者数を年齢階層別にみると30歳代と50歳代前後とで2峰性のピークがみられた。自殺数増加前後3年間の比較では、精神疾患を既往に持つ自殺者数が多い年齢階層は自殺者数増加前に比較して増加後の方が高齢者に移動している傾向がみられた。精神疾患の内容では20～30歳代の低年齢層では統合失調症の比率が、50歳代以上の中・高年齢層ではうつ病の比率が高いという傾向がみられた、しかしながら、自殺数増加後3年間では全年齢階層ともうつ病の比率が最も多かった。

### A. 研究目的

自殺の実態把握と予防策を講ずる上で自殺の動機を知ること、精神疾患の影響を評価することが重要であることは、今までの本研究で明らかとなっている。得られたデータのどの項目をどの様に組み合わせ分析するかにより実態把握の内容は千差万別であるが、今回は医療側のアプローチが比較的容易な精神疾患に焦点を当て、自殺者数の年次推移、年齢階層、動機、既往精神疾患の有無と疾患名について調査分析を行った。今回も東京都監察医務院の

検案調書ないしは同院でデータベース化されている記録を基に、自殺の実態把握に有用と思われる事項について分類、計上して、東京都区部の自殺の年次推移、動機、精神疾患との関係を検討した。そして、精神疾患、自殺と精神疾患との関連を考察し、自殺防止へのアプローチへつなげるための実態調査の一環とした。

### B. 研究方法

東京都監察医務院の事業統計(1946～2003年)と検案調書、検案データベース

(1995～2004年)を用いた。東京都区部の自殺者数や自殺死亡率の年次推移、年齢階層毎の自殺者数、動機別自殺者数、自殺者における既往精神疾患(主にうつ病、統合失調症、神経症)の有無とその比率、精神疾患の内容を調査分析した。

## C. 研究結果・考察

### 1, 東京都監察医務院の検案データにみる自殺者の年次推移 (図1)

1946～2004年東京都区部の自殺者数の推移をみると、自殺者実数、人口10万人当たりの自殺者数共に1950年代に引き続き1998年以降ピークを迎えている。これらのことから、東京都監察医務院において検案記録が一部データベース化されている1995年以降の資料のうち、年次推移は自殺者数が増加する前の1995～1997年の3年間と増加後のピークを迎えている2001～2003年の3年間で比較することとした。

### 2, 年齢階層別自殺者数の年次推移(図2)

図2a, bに示した通り、男性では20歳代後半と50歳代に自殺者数のピークがみられたが、女性では年齢階層毎の自殺者の差が比較的少なかった。この傾向は自殺数増加前と後の各3年間双方に共通してみられた。しかし、増加後では増加前にみられた30歳代後半から40歳代前半男性の自殺者数の落ち込み傾向は少なかった(図2b)。

### 3, 自殺の動機(図3)

自殺の動機は必ずしも単一ではなく、複数の要因が影響を及ぼしあっていると考えられる。従って短時間に警察官や監察医が遺族から事情聴取するのみで正確な動機が解明されるわけではない。ここで挙げた動機にはこれらの問題点を抱えているが、複数ある自殺要因の内では表在化している主問題点を動機として捉え分類した。

図3に示した通り、自殺者数では「その他・不詳」が一番多かった。これは前述した通り、事例発生直後に興奮状態にある遺族から短時間で事情を聴取する検視・検案活動によるためと考えられるが、他にも突発的行動による自殺で遺族も状況が把握できない例や、複雑な家庭や社会的要因が絡み単一の動機を見いだせない状況にある例

が多いと推察される。次いで多いのは「精神疾患」の異常行動に起因する自殺である。精神神経疾患が既往にあるから直ちに自殺の動機となりうるわけではないが、精神疾患のコントロールも自殺抑止に効果があることを示唆していると思われる。

次に、自殺増加前と後の各3年間の比較では「社会的問題」や「その他・不詳」の増加が著しい。これは今日いわれる「年間自殺数3万人超」の原因にはリストラや負債などの社会問題、複雑な背景をもった不透明な要因が関与していることが考えられる。

### 4, 自殺者と精神疾患との関連(図4)

自殺の動機や手段は警察庁や厚生労働省による全国統計によりある程度把握できるが、精神疾患の既往歴との関係は通常の統計データでは不明な点が多い。ここでは東京都監察医務院の検案データに記載のある精神疾患を取り上げデータとした。

1995～2004年にみられた自殺者のうち精神疾患を既往に持つ事例数は図4aに示した通りで、自殺者増加前後であり大きな変化はみられない。ただし男女別でみると自殺者全体では男性が女性に比較して圧倒的に多いのに対して、精神疾患既往者に関しては男女差が少ないことが注目される。このことは自殺者のうち精神疾患既往者の比率(図4b)においても同様であった。

### 5, 精神疾患既往者の年齢別特徴(図5)

精神疾患を既往にもつ自殺者数を年齢階層別にみると(図5a, b)、自殺者増加前後ともに30歳代と50歳代前後とで2峰性のピークがみられ、図2で示した自殺者全体の年齢階層のパターンとは異なる分布をみせた。この理由としては精神疾患の発症年齢頻度が関与していると思われる。また、精神疾患を持っていても必ずしも動機とは結びつかないこともあわせて考える必要がある。

自殺数増加前後3年間の比較では、全体的傾向は変わらないが、自殺者数のピークが増加前に比較して増加後の方が高齢階層に移動している傾向がみられた。

### 6, 既往精神疾患別にみた自殺者の傾向(図6, 7)

検案調書に記載のあった精神疾患のうちうつ病、統合失調症、神経症について主に



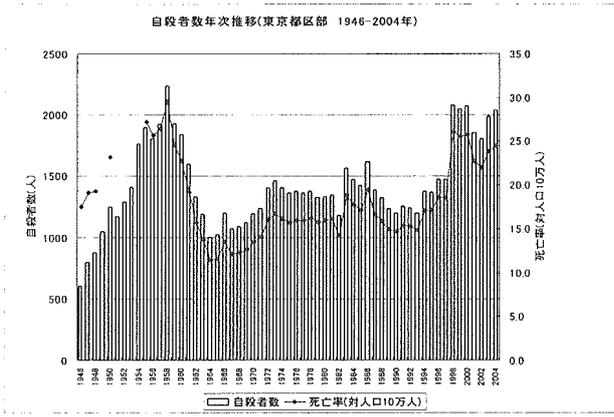


図1

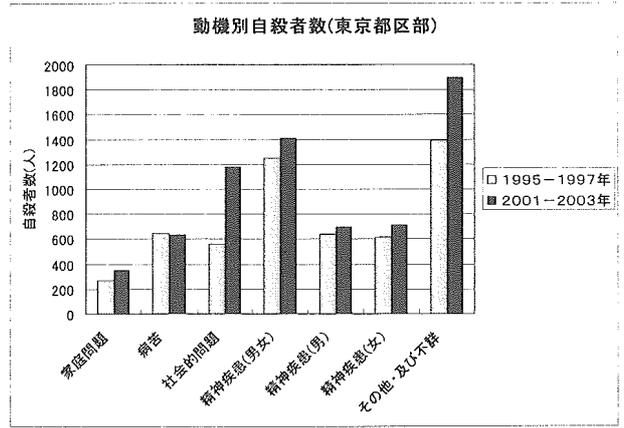


図3

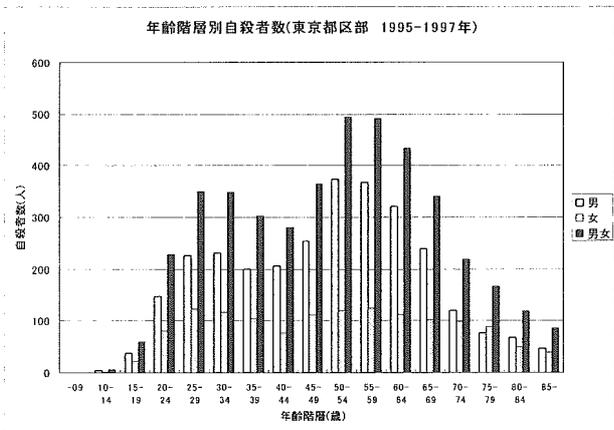


図2a

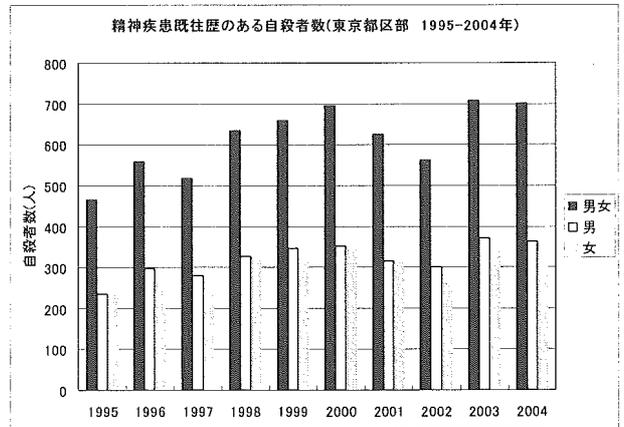


図4a

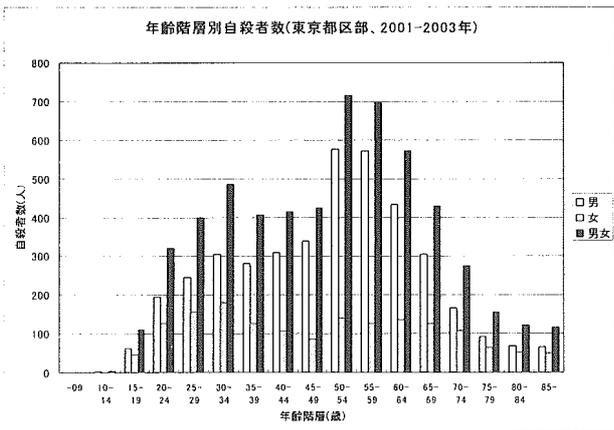


図2b

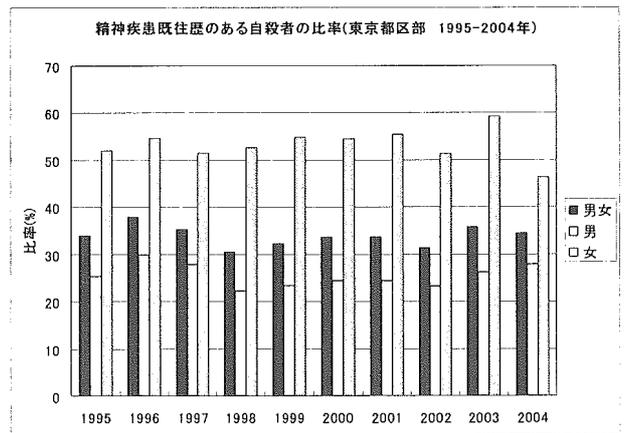


図4b

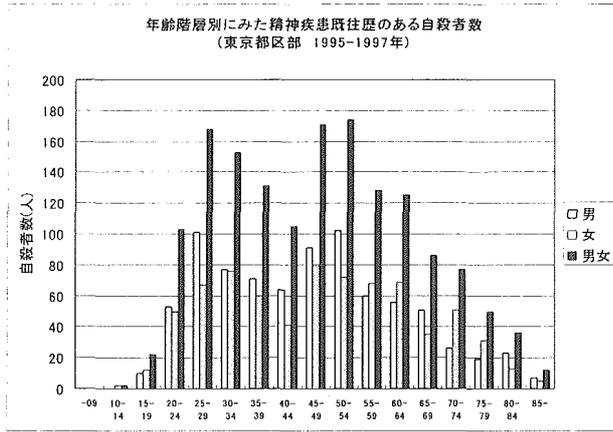


図5a

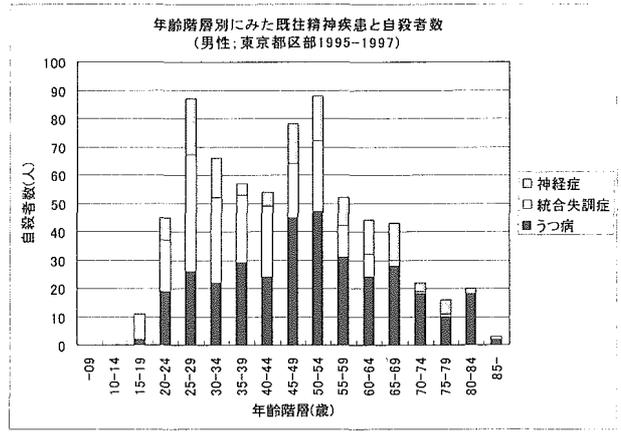


図5b

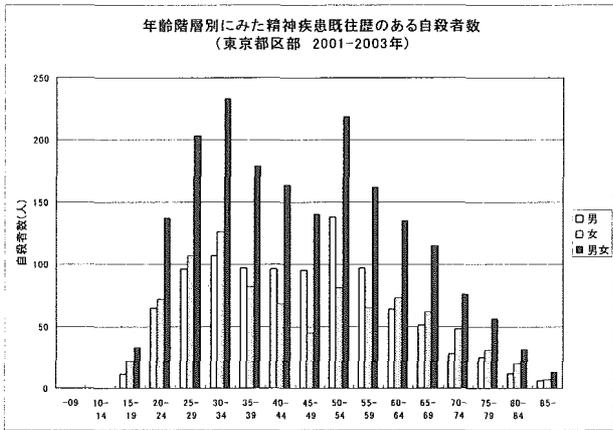


図5b

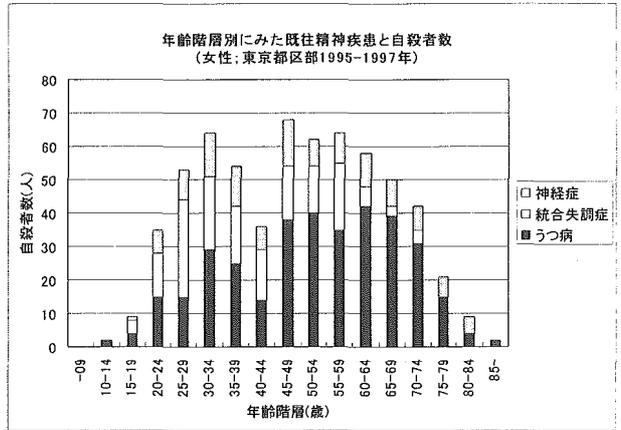


図6c

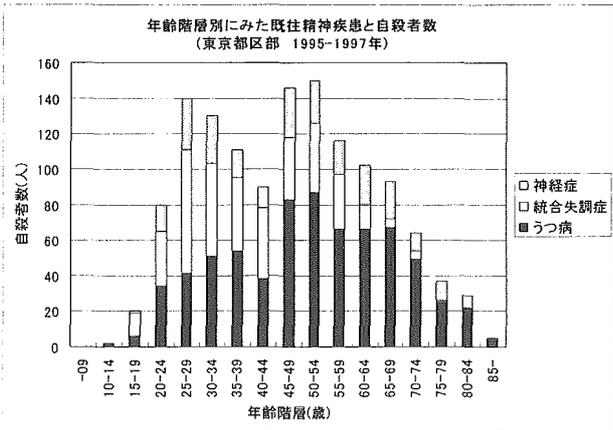


図6a

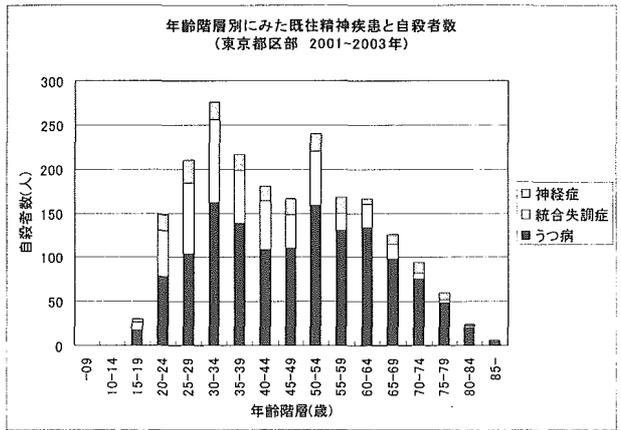
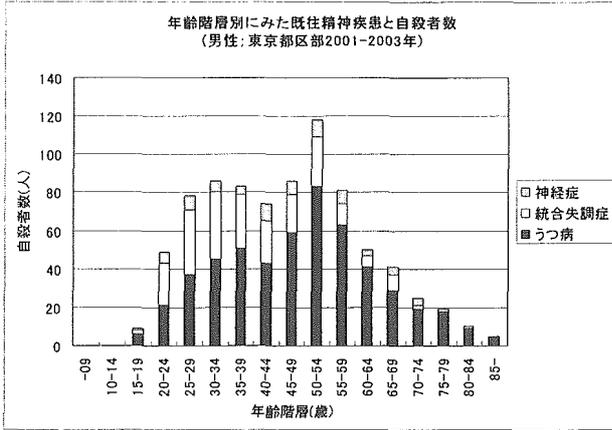
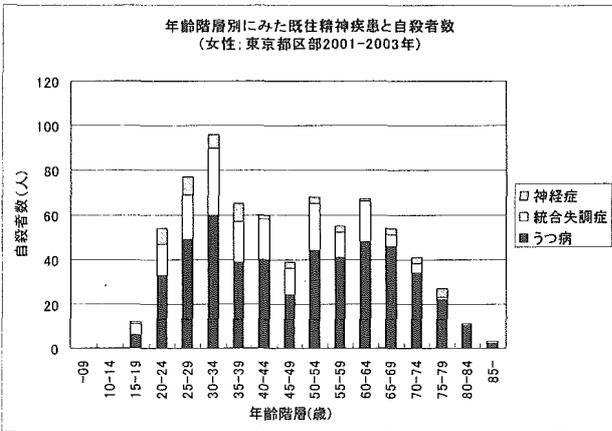


図7a



☒7b



☒7c

平成17年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究  
分担研究報告書

青少年の自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究

分担研究者 影山 隆之（大分県立看護科学大学精神看護学研究室）  
研究協力者 佐伯圭一郎（大分県立看護科学大学健康情報科学研究室）  
研究協力者 藤野 奈緒（大分県立看護科学大学健康情報科学研究室）  
研究協力者 竹内 一夫（高崎健康福祉大学保健福祉学科）  
研究協力者 多賀谷篤子（東京都教育相談センター）  
研究協力者 早川 東作（東京農工大学保健管理センター）  
研究協力者 中野 良吾（学習院大学学生相談室）  
研究協力者 元永 拓郎（帝京大学文学部）  
研究協力者 佐久間祐子（帝京大学臨床心理センター）  
研究協力者 佐藤 純（筑波大学保健管理センター・学生相談室）  
研究協力者 坂本 真士（日本大学文理学部心理学科）  
研究協力者 斎藤友紀雄（日本のいのちの電話連盟）

【目的】本研究では、青少年の生活の場ごとに自殺の一次～三次予防活動を考え、このマトリックスの各要素に相当する活動のレビューワークを行い、普及の要点と課題を整理する。

【方法】今年度は、初年度にカバーできなかった部分についての文献検討と、新タイプの活動の事例研究を中心に進めた。

【結果と考察】1)統計的シミュレーションにより、青少年向け自殺予防プログラムの有効性の検証は容易でないことが示唆された。しかし、有効性の検証が不完全でも、低コストで自殺予防以外の利益が期待できる活動であれば、実施は許容されるだろう。2)小中学校における自殺の一次予防活動では、まず心の健康増進活動を推進すべきである。小学校では保健学習と学級活動等とを関連づけた年間計画を立てることの有効性が示唆された。中学校で同様の活動を展開するには困難を伴うことも指摘した。留意点として、教科の枠にとらわれず学校を地域に開くことや、教員や学校管理者の意識変容の重要性を指摘した。3)子どもの精神健康を評価する質問紙尺度を通覧し、教員の観察によって子どもの自殺前状態を感知するためのチェックポイントを提案した。4)学校での自殺発生時における学校への緊急支援システムを整備するにあたっての要件と留意点を整理した。あくまで学校を主体に、児童生徒と教職員の絆を深める支援を中心に、自殺以外の学校危機にも共通のシステムとして考えるべきであり、発動時のフローチャートや様式の整備と日頃の研修が重要であることを指摘した。5)国立大学の保健施設の4割が学生への自殺予防教育を実施していた。大規模校では正課授業で、小規模校では課外の新入生ガイダンス等で実施していることが多かった。教職員向け研修は1/3で実施していたが、小規模校では未実施が多かった。6)大学生の自殺予防のための教職員向けガイドブックに共通する内容は、自殺発生時の実際的対応、学生一般への関わり方、学生相談室の紹介、学内外相談機関連絡先等であった。配布するだけでなく、教職員研修を行い、ユーザにコンサルテーションやアンケートを実施することがその重要性を指摘した。7)大学受験予備校における包括的メンタルヘルスサービスの事例を検討し、他の学校でも参考となる活動要素を抽出した。メンタルヘルス専門スタッフと一般教職員の、役割分担とコミュニケーションが重要である。8)自治体の公式Webサイトに設けられているキッズページには、自殺予防や心の健康に関する記事がきわめて乏しいことが明らかになった。9)青少年に影響が大きいとされる自殺報道の実態を主要新聞について分析し、自殺の原因・動機を安易に単純化して報じている傾向を確認した。自殺は予防できるという観点と、援助サービスを視野に入れる姿勢が、自殺予防のために必要であることを指摘した。10)いのちの電話が管理してきた膨大な自殺関連文献の目録を作り、閲覧に供する準備を進めた。11)家庭における自殺予防については直接扱わなかったが、地域ぐるみで自殺予防を考え、学校も巻き込むことで、児童生徒の保護者を自殺予防活動に巻き込

むならば、結果的に家庭という場でも自殺予防が推進されるであろう。12)上記以外の学校の生徒学生、勤労青少年、産前産後の若い女性の自殺予防については、別途検討する必要がある。

## A. 研究目的

日本の若年者の自殺を減少させることは厚生労働省が掲げる「すこやか親子21」の重点目標の一つになっているにもかかわらず、実際のところ青少年のための自殺予防活動は散発的にしか行われていない。今後、こうした活動を全国的かつ系統的に展開してゆく上では、多くの試行錯誤を繰り返すよりも、これまでに試みられている活動を幅広くレビューし、その要点・留意点・限界・未検討課題などを整理して提示し、その上で有効と思われる活動を選択することが有益であると考えられる。

そこで、この分担研究においては、青少年の主な生活の場として学校・家庭・地域社会およびバーチャルコミュニティ（報道・フィクション・インターネットなどを通して青少年が社会的関わりを結ぶ際の事実上の生活の場）の4つを想定し、それぞれの場における自殺の一次予防・二次予防・三次予防というマトリックスを考えた（図0-1）。そして平成16年度は、小・中・高等学校における一次予防活動としては、「いのちの教育」の動向、教科書における自殺関連記述、および児童生徒を対象にした自殺防止プログラムの日本における現状について、大学における二次予防活動としては学生相談からみた自殺事例の報告について、地域社会における二次・三次予防活動としてはNGOによる電話相談活動について、そしてバーチャルコミュニティにおける一次・三次予防活動に関連しては自殺報道の問題について、それぞれレビューワークを行った。

その結果、小中高等学校では、各種の機会に自殺予防教育を実施し得るものの、実際には自殺問題に特化した教育の実践例が乏しいこと、及び教科書にも自殺に関する記述は乏しいことが明らかとなった。大学では、自殺予防と関係深いメンタルヘルス教育が大学カリキュラムに占める位置の曖昧さが指摘され、また事例検討から大学生の自殺の危険因子が抽出された。地域社会

では、電話相談を中心に自殺予防活動を進めてきたNGOが、新しい活動上の工夫とWeb上での適切な情報提供を行っていることが明らかになった、メディアと青少年の自殺の関係については、日本での実証的研究が乏しいことも明らかになった。

これらを受けて平成17年度には、図0-1のマトリックスのうち前年度にカバーしきれなかった部分についてそれぞれレビューワークを行い、特に注目すべき最近の自殺予防活動については詳細な事例検討を加え、これらを総合的に考察して、青少年のための自殺予防活動の今後についての示唆を抽出することを目標とした。具体的には、以下の小課題についての研究を行った。

（研究1）青少年の自殺死亡率の統計的分析に基づく“自殺予防活動の効果の検証可能性”についての考察

（研究2）小中学校における自殺予防に関わる授業と教員研修についての事例検討

（研究3）児童生徒の自殺前状態を学校で感知するためのチェックポイントに関する研究

（研究4）学校における自殺発生時の緊急支援の在り方

（研究5）大学生に対するメンタルヘルス教育と自殺予防教育の現状に関する調査

（研究6）大学生の自殺予防のための教職員向けガイドブックが備えるべき要件について

（研究7）予備校における自殺予防活動の実態についての事例検討

（研究8）自治体Webサイトにおける子どもへの自殺予防情報提供の現状

（研究9）新聞における自殺報道の現状と青少年への影響の可能性について

（研究10）いのちの電話が管理する自殺予防関連文献資料のデータベースの構築

ただし、研究1～10はそれぞれ独立性の高い小課題なので、それぞれの研究方法や結果に関する考察の詳細は、C.の項で小課題毎の結果・考察と合わせて記述した。

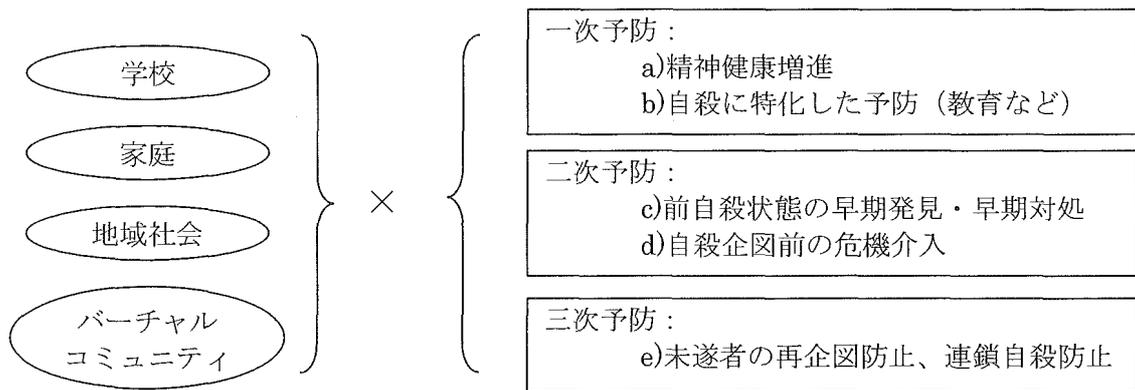


図0-1 青少年の自殺予防活動の概念的マトリックス

## B. 研究方法

研究1、3、4および6～10は、いずれも既存資料の再解析や既刊資料の分析である。研究2ではこれに加え、小中学校での授業活動の関係者（教諭等）に対する面接調査によって、各活動の狙いや成立背景についての聴取りを行った。研究5では、全国の国立大学の保健管理センター等に対して、授業の実態等に関する質問紙調査を行った。

### （倫理面への配慮）

研究2においては、聴取り調査において個人情報提供された場合にはその記録を残さないこととしたが、実際にそのような情報は提供されなかった。その他の小課題については、個人に関する情報収集は行っていないので、倫理面での問題は生じないと判断した。

## C. 小課題毎の方法および結果と考察

### C-1. 青少年の自殺死亡率の統計的分析に基づく“自殺予防活動の効果の検証可能性”についての考察

（分担者：佐伯圭一郎、影山隆之）

#### C-1-1. 目的

厚生労働省は“健やか親子 21”において、

「十代の自殺率が 2010 年までに減少傾向を示すこと」を、数値目標の一つとして掲げている。では、かりに一定の自殺予防対策を講じたとして、どの程度の人口規模を観察し、どの程度まで自殺率が低下した場合に、「減少傾向が認められた」と言ってよいのであろうか？この問いは、「新たな自殺予防活動を実施した場合の効果検証は、どのような条件において可能か？」という問いと等価である。そこで、今年度の本研究の開始にあたり、この問いに答えるための統計的シミュレーションを行って、その結果を考察した。

#### C-1-2. 方法

人口  $N$  人の集団における自殺率の初期値を  $x$ （人年あたり）とし、何らかの介入（自殺予防活動）の後に自殺率が  $(100 * p)\%$  だけ低下したとする（20%低下したならば  $p=0.2$ ）。ただし単純化のために、介入前後で  $N$  は一定とし、1 件の自殺が他の自殺を誘発する効果の可能性は無視する。

上の場合の自殺減少効果を、リスク比（年間の死亡率の比）で表すことを考える。そして、このリスク比の 95%信頼区間（CI）が 1 を下回るならば、自殺率は有意に低下したと考える。

介入後の自殺率は  $(1-p)x$  で、この値の 95%CI の上限値は次式で表される。

95%CI 上限値＝

$$(1-p) \times \exp \left( 1.96 \times \sqrt{\frac{1}{xN} - \frac{1}{N} + \frac{1}{(1-p)xN} - \frac{1}{N}} \right)$$

そこで、初期値  $x$  としていくつかの例を選び、それぞれの場合の上式の値を、 $N$  および  $p$  をパラメータとして図示する。

人口動態統計によれば、2000年の日本における15-19歳自殺率(男女計)は人口10万人あたり6.4であったので、第一の例では  $x=6.4 \times 10^5$  とおく。第二の例では  $x$  をもう少し大きくとり、1998年の自殺急増以降の時期における15-24歳男性の自殺率が人口10万人あたり15~17程度であることから、 $x=17 \times 10^5$  とおく。

### C-1-3. 結果

第一の例を図1-1に示す。図の横軸は $N$ 、縦軸は介入後の自殺率の95%CI上限値で、自殺率の減少割合 $p$ の値ごとに5つの曲線を描いてある。この場合、自殺率が20%低下したとすると( $p=0.2$ 、低下後の自殺率は人口10万人あたり5.1)、95%CIの上限が1となる $N$ は270万人余と

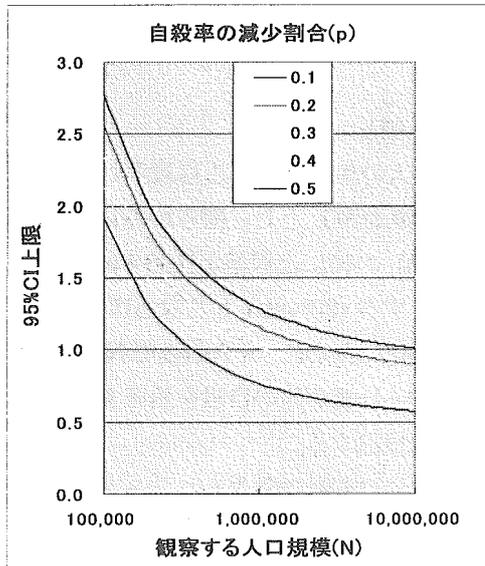


図1-1 自殺率初期値が  
10万人年あたり6.4の場合

なる。つまり、自殺率の低下を検出するためには、270万人の人口における1年間の自殺率を介入前後で比較すればよいことになる。ただし、単純化して考えると、2年間観察できるならば、人口規模は半分でよいことになる。また、 $p=0.1$ の場合には、1,000万人以上を1年間観察しなければ、これを有意の低下として検出できないことになる。

第二の例を図1-2に示す。この場合、かりに自殺率が40%低下したとすると( $p=0.4$ 、低下後の自殺率は人口10万人あたり10.2なので1990年代前半における15-24歳男性の自殺率にほぼ相当)、20数万人の集団を1年間観察することで、これを有意の低下として検出できる。また、もし75万人の集団を1年間観察できるならば、 $p=0.3$ 弱つまり20数%の自殺減少を、有意の減少として検出できることになる。

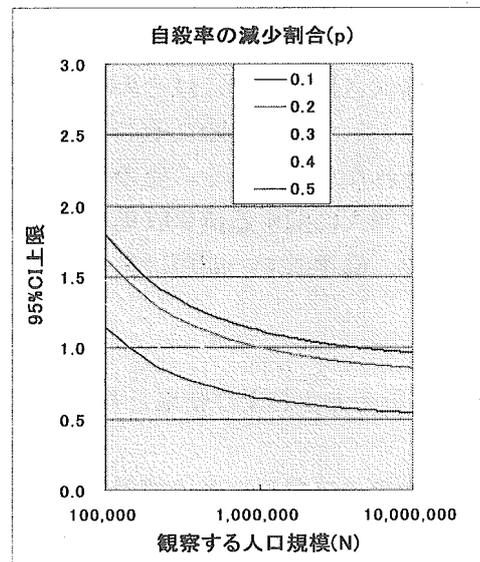


図1-2 自殺率初期値が  
10万人年あたり17の場合

### C-1-4. 考察

第一の例では、2000年における15-19歳

男女の自殺率6.4が、介入によって20%低下したと仮定すると、これを検出するには270

万人を観察しなければならなかった。この人口規模は、実は日本のこの年齢階級人口の約2割に相当する。これだけの規模の青少年集団について実験的な介入と観察を行うことは、なかなか困難であろう。人口規模を小さくする代わりに観察期間を延長することも一案だが、この間の“介入以外の社会情勢変化”によって結果が影響される確率は高くなる。

第二の例では、95%CIの上限を1より小さくするために必要な人口規模は、左記の例よりも小さくてよいことが図からわかる。これは、自殺率の初期値が大きいことによる。言い換えれば、もともと自殺率が低い集団ほど、自殺率の低下を検出するために必要な人口規模は大きくなるし、検出力は低下率よりも人口規模に依存する。第二の例では、15-24歳男性の全人口は約750万人なので、その約3%を1年間観察すれば40%の自殺率低下を検出できる。この人口規模で実験的な介入を行うことは不可能ではないかもしれない。しかし、短期間で自殺率を4割も低下させることは、諸外国における自殺予防活動の成功例を

見ても、かなり困難と言わざるを得ない。

結局、パイロットスタディとして特定の集団に実験的介入（自殺予防活動）を行い、自殺率の低下を検出することは、もともとの自殺率が低い青少年の場合、容易でないとと言える。「自殺率を低下させるというエビデンスがある対策を実施すべきだ」[1]という意見は正論だが、日本の青少年に関して言えば現実的ではない。日本の青少年の自殺率は、国際的に比較すると[2]、必ずしもトップレベルではないからである（図1-3、1-4）。とくに男性の場合、日本より自殺率が高い国としては、社会体制変革後のロシアはともかくも、他にオーストラリア、カナダ、ハンガリー、米国などがある（これらの国で青少年のための自殺予防活動[1,3]が早くから活発に検討されている事情も、理解できる）。米国のCenters for Disease Controlが「青少年のための自殺予防プログラム」[1]において“単一の予防活動に頼るべきではない”と述べていることは、上のシミュレーションの結果とも一致するように見える。

自殺総数に占める15-24歳自殺数の割合

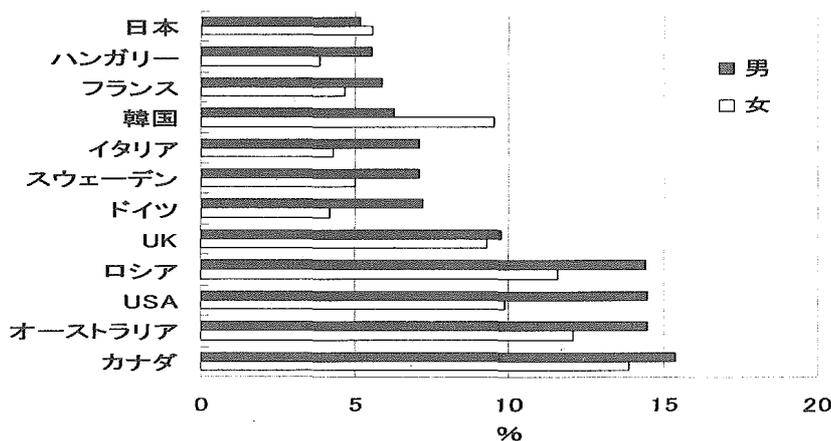


図1-3 各国の自殺者数に占める15-24歳自殺者数の割合

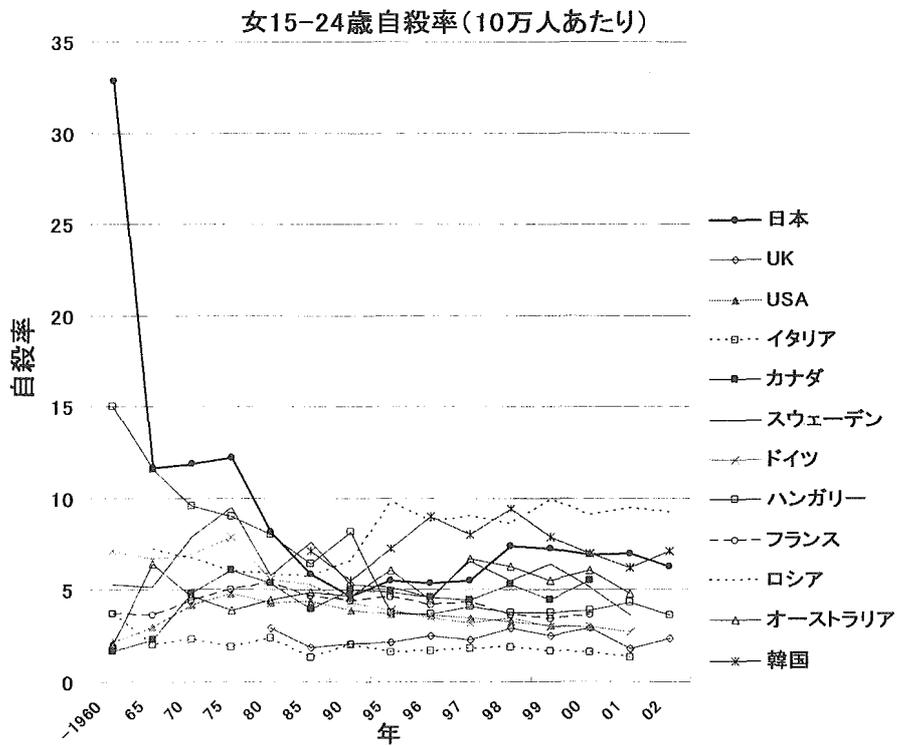
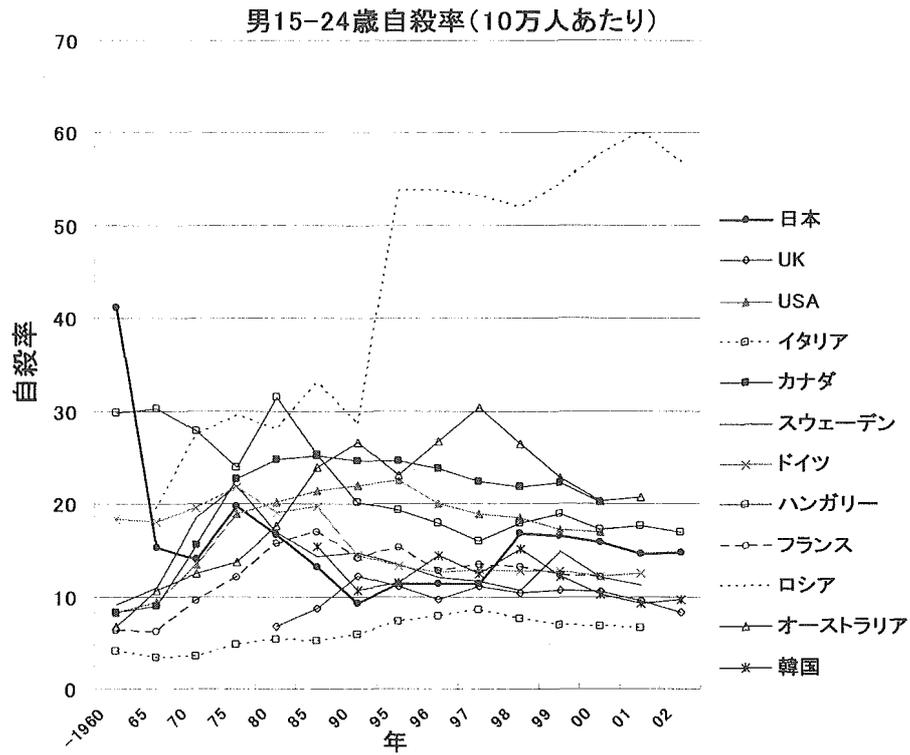


図 1-4 各国の 15-24 歳自殺率の経年推移

では、青少年の自殺率の低下というエビデンスを確認することなく、青少年のための自殺予防活動を展開することは、どのような場合に許容されるのであろうか？

一つの方法として、自殺ほど稀ではない自殺前の事象（例えば自殺企図や希死念慮の経験率）をアウトカムとした効果の評価が考えられる。しかし、そのような事象を適切に把握できるかどうかは今後の課題である。例えば秋田県内の小中高等学校から無作為抽出した児童生徒に対する質問紙調査によれば、自殺をしたいと思っただけの人がある人の割合は小6で4.5%、中2で10.8%、高2で18.4%であった[4]（大分県教委の未発表資料でも、子どもから「死にたい」と言われたことがある保護者の割合は5～16%で、小学生、中学生、高校生と次第に高率になっており、よく符合する）。希死念慮と自殺企図は異なることも事実だが[3]、このような指標による自殺予防効果の評価手法も、今後検討されるべきである。

もう一つの実践的な案として、さほどコストをかけなくても多数に対して実施できる介入、あるいは、自殺率低下以外の面でも利益が期待できる（それによってコストがある程度相殺される）ような介入を試みる、という案がある。一例として、学校において、児童生徒らの自尊感情を高めたり、ストレス対処能力を高めたり、求助行動を身につけさせたりする活動が挙げられる[3]。これらを達成することは、自殺の一次予防として有効かも知れないが、同時に、学校教育全体の目標として考えても望ましいことである（詳細はC-2）。このような自殺予防対策は、自殺問題に特異的だが効果が検証されていない予防対策よりも、優先順位が高いと考えてよいのではないだろうか。

#### C-1-5. 文献

[1] Breton JJ, Boyer R, Bilodeau H, et al.: Is evaluative research on youth suicide programs theory-driven? The Canadian experience. *Suicide & Life-Threatening Behavior* 32: 176-190, 2002.

[2] 厚生労働省：自殺死亡統計の概況－人口動態統計特殊報告, 2005.

[3] Centers for Disease Control: Youth suicide prevention programs: A resource guide. U.S. Department of Health and Human Services,

Public Health Services, National Center for Injury Prevention and Control, Epidemiology Branch, Atlanta, 1992.

[4] 秋田県：青少年に関する意識調査, 2005. (<http://www.pref.akita.jp/seikatu/bukka/isikityo-usa/hyousi.htm>)

#### C-2. 小中学校における自殺予防に関わる授業についての事例検討

（分担者：影山隆之）

##### C-2-1. 目的

昨年度の研究で、日本の小中高等学校では1990年代以降自殺予防プログラムの実践報告がわずかながら増えてきたこと、「総合的な学習の時間」の導入がこの傾向に弾みとなったこと、しかし学習指導要領には自殺予防に関する明確な位置づけがなく検定教科書にも自殺予防については記述が乏しいこと、などを報告した[1]。また、児童生徒の自殺の一次予防を目指すプログラムでは、単に「いのちは大切だ」と訴えるだけの授業や、命について事実を伝達するだけの授業では不十分であり、児童生徒の感情に働きかけることで、いのちのかけがえのなさを理解させ、自己肯定感を高めることができるよう教師が関わる「生き方の学習」が重要であることを指摘した。

しかし他方、教師は教師向け自殺予防研修の必要性を認めつつも、生徒向け自殺予防プログラムの実施には躊躇する傾向が強いことも報告されている[2]。かりにそのプログラムが、特殊な環境条件や教師力を前提とするならば、多くの学校で実践することができないのも事実である。

そこで今年度は、自殺の一次予防、つまり“心のヘルスプロモーション”と、希死念慮などの自殺前状態に至ることの予防に資すると思われる、小中学校の授業実践について、最近の活動事例を検索し、その成立背景や授業展開上の要点に関する検討を行った。その目的は、多くの学校で自殺の一次予防に資する授業実践を展開できるための、必要条件を抽出することである。

##### C-2-2. 方法

都道府県政令指定市の教育センター等が

Web上に公開している授業研究報告のうち自殺の一次予防に関連すると判断されたもの、自殺の一次予防の先進県の関係者に事情聴取して収集した自殺予防に係る授業（結果的には青森・秋田の2県）、および教科書会社である東京書籍が提供するWebサイトに採録されている同様の授業事例を検索した。これらの授業について資料を読み取り、可能な場合には担当教師等の学校関係者に面接や電話による聴取り調査を行って、そのような授業を始めた経緯、授業の要点、用いた資料類などに関する情報を収集し、主な活動の流れを要約提示した。

### C-2-3. 結果

#### 1) 群馬県「ハートのコントロール図鑑づくり」

木崎[3]は小学校5年生を対象に、保健「心の健康」の学習と学級活動の体験的な活動に関連させて、「状況に応じて自分なりに心をコントロールしようとする気持ちの高まりを育てる」、つまりストレス対処能力を高める活動を行っている。その流れを表2-1に要約する。結果として「保健学習に学級活動の関連を図ったことで内容理解が深められ意欲を高めることができ、日常実践につなげるために有効であった」「ロールプレイや図鑑づくりの導入で、楽しくわかりやすく、教科書に掲載されている内容より多くの対処方法を知ることができた」と報告されている。

表2-1 ストレス対処能力を高める活動

- 1) 保健学習～心の発達、相手の気持ちの理解、心身相関、不安や悩みには対処法があること、についての理解
- 2) 授業時アンケートの結果を朝の学活で紹介、対処方法について学活で取り上げてゆくことを決める
- 3) 学級活動1～「一生懸命掃除をやって一息入れたところで先生に“さぼっているな”と言われ怒りがわいた」など4場面のシミュレーション（ロールプレイ）
- 4) 学級活動2～自分に合いそうな対処方法を対処計画カードに記入、その後の日常生活で試す
- 5) 学級活動3～うまく対処できた方法を、緊張した時・カットとなった時など問題状況別に色分けしたカードに転記、班で分担して模造紙に貼りイラストを添えて「ハートのコントロール図鑑」を作成
- 6) その後も日常生活の中で対処方法を使ってみて、カードを随時追加

#### 2) 名古屋市「はつらつと学校生活を送る子どもの育成」

高瀬[4]は小学校5年生を対象に保健「心の健康」の学習と総合的学習の時間を関連させて、「友だちに自分のよさが受け入れられていると実感できることで安心して自分のよさを発揮できる子ども」を育成する活動を試みた。これは、心と行動の変容には時間がかかることから、保健学習の小単元ごとに総合的学習を1ステップずつ関連させて、スパイラル的に展開しようとする計画であった。その流れを表2-2に要約する。実践後（12月）にはほとんどの子どもが、心の健康に関心を持ち、自分の心の健康のために具体的な課題を持つようになった、と報告されている。今後は、養護教諭や栄養教諭を巻き込む方法や、小学校中学年では保護者の協力を得る方法が、検討課題とされている。

表2-2 「はつらつと学校生活を送る子どもの育成」の活動例

- 1) 保健学習1～心身相関について（2時間）
- 2) 総合的な学習1～「握手でおはよう」（5時間）心が心地よくなると体によい影響があることを実感し、常時活動へつなげる
- 3) 保健学習2～心の発達について（1時間）
- 4) 総合的な学習2～心の成長発見ウィーク；友だちの成長を取材する活動、友だちの成長を発表する活動」（14時間）友だちの家族やかつての担任に取材してニュース形式で発表し、互いの心の成長を実感
- 5) 保健学習3～不安や悩みをどうするか（3時間）ストレス対処法についてロールプレイで学ぶ
- 6) 総合的な学習3～「レッツ・トライ」（10時間）日常のストレスの原因、その時の心身の反応、ストレス解消法、その方法を選んだ理由などをカードに記入、ストレス解消法に助言を加えて過程で実践、数週間後に振り返りと分かち合い

#### 3) 熊本県「セルフエスティームを高める健康教育」

藤崎[5-7]は原山と協働して、小学校4年生を対象に「健康な心と体を築く健康教育」を実践し（表2-3）、これを通じて子どものセルフエスティームが高まったことを報告している。この活動の特徴はクラス担任と養護教諭のチームティーチング(TT)という点であり、学習内容については養護教諭が、学習方法については担任が、専門性を生かす工夫をしている。また、ブレイン

ストーミングやロールプレイを取り入れ、子どもが自分の考えや思いを自由に表現・主張できる場を設定したり、活動の助けとなる学習カードやチェックカードを工夫している。一連の活動の開始時に比べ終了後では、Rosenbergの自尊感情尺度[8]で測定したセルフエスティームが有意に上昇したと報告されている。

表2-3 「健康な心と体を築く健康教育」の活動例

- 1) 保健学習～からだの成長、二次性徴、からだの成長と生活習慣について (2時間)
- 2) 課題発見～自分の食事・運動・睡眠について生活調べをして分析、よい点と問題点を発見 (2時間)
- 3) 情報収集～問題点の解決のために資料調べ (1時間)
- 4) 目標設定～具体的で実行できそうなプランを立てる (1時間)
- 5) 家庭学習～上のプランを実行してみる、励まし合うグループを作り多義の実行状況がわかるようにして、できていることはほめるようにする
- 6) 評価～取り組みの姿勢をほめ、できなかった場合はつまづきの原因を探らせて再度取り組みさせる (1時間)
- 7) 行動化～一日の健康生活のスケジュール表を作る (1時間)

#### 4) 滋賀県「“新しい自分の発見”の支援」

森上[9]は滋賀県内の小中学生の自己肯定感について基礎調査を行い、自己肯定感の高い子どもは約6割いるが、小学校4年生から中学校3年生にかけて学年を追うごとに減少してゆくことを見出した。また、自己肯定感の低い子どもは、学校に行きたくない、イライラして頭痛・腹痛がある、他人の視線が気になる、失敗しないかと不安、困っても他人に話さない、などの傾向があることも見出した。

これらの結果を踏まえて森上[9]は、小学校5年生を対象に学級活動を通して「“新しい自分の発見”の支援」を試みた。活動の流れを表2-4に示す。これを通して子どもたちは、自己の良さに気づくと同時に、安心して自己開示できるようになったという。イメージトレーニングの資料の開発と選択が、今後の課題とされている。これらの活動方法は、中学校の保健室登校生徒にも応用が試みられている。

表2-4 「“新しい自分の発見”の支援」の活動例

- 1) 短学活「頭でわかろう」～ストレスとはなにか、どんなものがあるか考える
- 2) 短学活「身体でわかろう」～リラクゼーションのエクササイズとふりかえり
- 3) 長学活「実践しよう」～コーピングについての知識学習とリラクゼーションを結びつける
- 4) 長特活「イメージチェンジトレーニング1-自分ってなかなかいいね」～自分の性格をふりかえり、友だちの協力を得て、自分の良さをふりかえる
- 5) 長特活「イメージチェンジトレーニング2-表現をかえること」～親子の会話で嫌になる言い方をやる気の出る言い方に変えてみる(親子学習として実施)
- 6) 長特活「イメージアップトレーニング」～変型ハンカチ落とし、一枚の木の葉などのエクササイズを通して、物事をプラスのイメージで操れるようにする

#### 5) 青森県鶴田町「こころの講演会」

青森県鶴田町の胡桃館小学校では高学年児童を対象に(平成16年度は5・6年生、平成17年度は4・5年生)、自殺予防を視野に入れた「こころの講演会」を保健学習の授業枠で実施している[10,11]。この授業の成立経緯は次の通りである。

同町ではかねてより、青森県こころのヘルスアップ事業などを通じて住民の心の健康調査が行われ、「苦しくても人に話さない人が多い」など自殺リスクが高いと目される地区があること、それが小学校区と一致していることがわかっていった。そして、子ども時代から家族・地域ぐるみで心の健康増進を図ることの重要性を、地域住民が話し合っていた。その中で、小学校体育館を会場として地区行事(心の講演会や健康寸劇)が開かれたのを機に、小学生向けにも「こころの講演会」を実施することが県精神保健福祉センターから提案され、小学校も賛同した。

「こころの講演会」の前半は同センター所長(精神科医)による講演で、自分の心について考えてみること、心を伝え合うことと支え合うことの大切さ、などが語られた。後半は音楽療法士の指導でトーンチャイムを使った体験学習を行い、一人では一つの音しか出せない楽器を媒介として、児童らは、心を伝え合うことや響かせ合うことを学んだ。

この講演会は同センターから特に提案と

予算措置がなされたものではあるが、その特徴を表2-5に要約する。

表2-5 胡桃館小「こころの講演会」の特徴

- 1) 地域社会全体で自殺予防に対する盛り上がりがあって、それが学校を動かしている。
- 2) 他の授業等との関連づけはないが、事後に“ほけんだより”で「みんななかよくすごそう」という月間保健目標を訴え、相手の良さを認めることや、よく話し合うことを勧めている。
- 3) 保護者会資料にも最近の病気についての情報として「心のかぜ（うつ病）」についてとりあげ、町立病院心療内科の診療時間を紹介している。

#### 6) 青森県南部町「こころの健康教室」

青森県南部町の名川中学校では全校生徒を対象に、道徳の時間枠で「こころの健康教室」を開催した（平成17年度）。名川町（現在は合併して南部町）も鶴田町と同様、地域全体として自殺予防に取り組んできた経緯のある町である[10,11]。

同中学校での活動の発端は、青森県立保健福祉大学が「こころの健康プロジェクト」の一環として心の大切さを訴えるポストカードを製作し、これを中学生に無償配布する機会を持ちたいと南部町社会福祉協議会（社協）に持ちかけたことである。社協では生徒らの校外学習（福祉体験活動）を受け入れるための予算を確保していたので、これを充てて中学校で出前授業を行い、ポストカードを配布するという計画を立てた。講師の県精神保健福祉センター所長（精神科医）と学校の協議の結果、家族を自殺で亡くした生徒もいることへの配慮と、学校行事が立て込んでいる事情を考え、自殺という語は出さずに「気持ちを伝え合う」「いのちを大切にする」の二点を強調する道徳の授業として講堂で開催することになった。

講演は「自分の心は家族など多くの人とのつながりで形成されてきた；よい大人にたくさん出会ってよい影響を受けるといいね」「自分も周りの人の心に影響を与えることがある；元気のない人を元気づける一言を考えてみよう（ロールプレイ）」「友だちだって自分の心の中にいる、亡くなった人さえも自分の心の中にいる、その人を大切に」「いのちは生きる力となる大切なもの、自分のいのちを大切にしてほしい」

「気づいていないだけで、ご両親はあなたを心配してくれているかもしれない；私をどう思ってるの？と、きいてみてはどうか、両親をほめてあげてはどうか？」などというメッセージであった。宿題として「いのちを大切にする」という感想文を書くことと、研究費で買ったビーズ細工のリストバンドを2つ作り、1つは自分で身につけ、もう1つは自分の大切な人に贈ることが求められた。最後に、「いのちを大切にする」運動を、この中学校から発信して、地域に、全県に広めよう、という呼びかけがあった。この「教室」の特徴を表2-6に要約する。

表2-6 名川中「こころの健康教室」の特徴

- 1) 地域社会全体で自殺予防に対する盛り上がりがあった。
- 2) 社会福祉協議会という、どの地域にも存在する資源を活用した。
- 3) 自分の心やいのちについて考えることは中学生にとって易しくないが、第三者的に（あるいは生物学的に）いのちについて考えても自殺予防にはつながりにくいと考えられるのに対して、「自分にとっての家族・隣人」「家族・隣人にとっての自分」というように、鷲田[12]のいう「二人称の」いのちに焦点を当てている。
- 4) 生徒に対してメッセージを伝えるだけでなく、生徒から地域への発信を呼びかけている。

#### 7) 秋田県藤里町「藤里物語II」

秋田県藤里町の藤里中学校では、有志生徒によるワークショップを通じて、中学生からの町づくり提案を「藤里物語II」というリーフレットにまとめ、全戸配布して心の健康を大切にすることを訴えた。このワークショップの成立までには、次のような経緯があった[10,13,14]。

自殺率が高い秋田県でも同町はとくに自殺率が高かったことから、役場職員や住民が平成12年にNPO「心といのちを考える会」を発足させ、自殺予防のための学習や活動を始めた。その活動の中で、秋田大公衆衛生学講座の協力と、県・心の健康づくり自殺予防事業の予算を得て、「藤里物語」というパンフレットを製作し町民に全戸配布した。その内容は、秋田大と共に実施した町民「心の健康調査」の結果を踏まえたもので、白神山地の麓で暮らす町民の心の健康と自殺予防のための啓発資料である。

しかし、これを機に自殺が激減したわけではなく、完成直前には少年の自殺もあった。そこで、秋田大保健学科から、中学生の手でパンフレットの続編を製作することが提案された。学校長は、自殺で家族を亡くした生徒もいることに配慮しつつ、生徒会関係生徒（中2）に参加を呼びかけ、保護者の同意を得て課外活動としてワークショップを開き（毎週土曜日午後公民館で、校長と大学教員も参加）、生徒のディスカッションを通じて“中学生からの町づくり提案”をリーフレットにまとめ、平成15年度末に「藤里物語II」として全戸配布した（県の予算を充てた）。この中で中学生らは、少子高齢化・過疎化・悩みとストレス（よって自殺が多い）が町の課題であるとした上で、“こういう町にしたい”という提案を示し、世代間交流によって課題に立ち向かうことを町民に呼びかけている。この活動は報道でも紹介され、広く感動と関心を呼んだ。

この活動の成立背景と特徴を表2-7に要約する。

表2-7 藤里中「藤里物語II」の周辺事情と特徴

- 1) 地域社会全体で自殺予防に対する盛り上がりがあった。
- 2) 県ユースアクションセミナーが同町で開催された際に、身体に障がいをもちながら中学校の教壇に立つ三戸学教諭の講演が地域住民に感銘を与えた。
- 3) 全県で、小中学校9年間を見通した「ふるさと教育」を展開しており、白神山麓の同町では生命への畏敬を強調すると共に、高齢者との交流を多く行ってきた（単身高齢者との交流会、雪かきボランティアなど）。
- 4) 「みんなの登校日」を設け地域住民誰もが学校内へ入ってきやすい機会をつくってきた。
- 5) 「あいさつ運動」で周りの人との交流を大切にする機運を生徒の間につくってきた。
- 6) 町の保健行政と教育行政の両方に目配りの利く保健師・行政職員がいて、さまざまな予算をうまく運用してきた。
- 7) 生徒の自殺予防を考えるだけでなく、中学生から地域へ発信している。
- 8) 学校保健委員会による後続企画として、助産師会の協力による「いのちの大切さについて」の授業を実施している。
- 9) リーフレット製作に携わらなかった下級生にも“思い”は受け継がれている[15]。

リーフレットの製作自体は県の予算を使った単発企画であったが、製作の“思い”

が製作に携わらなかった生徒にも理解され受け継がれていることは、下級生の「この町から、命について」という“少年の主張”（県大会優良賞）によく表されている[15]。この女子生徒はいのちについて、心の深いところで感動と感謝の念をもって受け止め、「自分が藤里町の人々のいのちにつながっている」と実感していることを述べている。その結果、後に助産師会の協力によって同中学で行われた「いのちの大切さについて」という特別授業についても、単に生物学的な命の話題としてではなく、実存的な意味でのいのちと関連づけて受け止めている。

#### 8) 滋賀県「ピア・サポート活動を通しての人間関係の育成」

畑[16]は、生徒リーダー（例えば体育祭実行委員）に対して基礎的なコミュニケーションスキルを習得するための「ピア・サポート活動」を実施し、希望者にはさらに「ピア・カウンセリング」と命名した演習活動を実施することで、生徒のコミュニケーション能力が向上し「相手を尊重する」意識が高まったと報告している。コミュニケーションにおける目標としては「相手の立場になって考える」「相手を思いやる」「相手を尊重する」ことを掲げた。メニューには、指示の伝え方、質問の受け止め方、アサーショントレーニングなどのロールプレイなどが含まれる。

#### C-2-4. 考察

小学生という発達段階を考えると、自殺の一次予防といっても、自殺そのものに焦点を当てたプログラムを実施するのは早すぎるとの意見は多い。しかし、1)～4)のような小学生の心の健康増進に関わる授業であれば、多くの学校で実施可能である。実際、同様のことを実践している小学校は少なくないものと推測される。ただし、3)のようにセルフエスティームの向上が実測確認されたデータは貴重である。同様の活動をきちんと実践している小学校では、同様にセルフエスティームの向上が期待できるとも考えられる。

セルフエスティームが高まりライフスキルが向上することは、将来の「生きる力」につながり、自殺予防にも資することが期待されるが[17]、現時点でそのエビデンス

はない。とはいえ、これは他の多くの健康行動にも寄与することであり、「生きる力」の基礎になることだと考えられるので[18]、C-1で述べたように、このような学習活動を学校で行う価値は十分であると認められる。

小学校での心の健康増進活動の実践にあたって留意すべき点を、1)～4)から抽出して表2-8に要約する。小学生については、学習指導要領に示された保健学習や学級活動を、既存の時間枠の中で有機的に組み合わせる計画が、心の健康増進に有効であり、ひいては自殺の一次予防に資する可能性が示唆された。ただし、自尊感情やストレス対処スキルの変化などを指標として、その効果を実証する試みはまだ少ないので、今後多くの実践を期待したい。そのためには、このような実践例をWeb上で容易にキーワード検索できるシステムを、教育行政が全国的に整備することも必要であろう。

表2-8 小学生の心の健康増進活動の要点

- 1) 年間の見通しを立てて長時間かける
- 2) 保健学習と学級活動との関連づけ
- 3) 自分の心（の成長）を認識できる工夫から始める
- 4) 身体活動（“からだほぐし運動”や心理教育エクササイズ）を活用
- 5) 自尊感情・自己肯定感と、対処能力・求助行動の変化を目指す
- 6) 日常生活の中での適用・実行させ、教室でフィードバック

一方、中学校における実践例も、自殺という主題を前面に出してはいない。ただし、5)～7)はあくまで自殺予防を意識して企画されている。この背景には北東北地方における自殺予防についての考え方、つまり「地域でハイリスク者のスクリーニングをしなくても、一次予防だけで自殺は減らせる可能性がある」「一次予防とくに心の健康増進に力を注ぎ、関係者が抵抗なく自殺について話題にできる雰囲気を醸成することが先決である」「自殺予防のための新規事業を立ち上げるのではなく、既存事業の中に自殺予防の観点を加えることが重要である」という考え方がある[10]。また、自殺に特化した一次予防活動を展開する前に、近い人を自殺で亡くした生徒もいる可能性に配慮する必要もある。したがって、少なくとも日本では、中学校においても当面、

自殺に特化した予防教育より生徒の発達段階に適した心の健康増進活動を模索することを優先させるのはやむを得ないだろう。

一方、別の観点から見ると、5)～7)は単独企画であって、他の校内活動との関連づけは弱く、継続にも困難が予想される。幸いこれらの町では地域全体で自殺予防に取り組んでいるので、校内では単独企画であっても、自殺予防活動が尻すぼみになることはないが、そのような土壌がない地域では尻すぼみに終わってしまう危険がある。また、7)8)は一部の生徒のみを対象とした実践である。

このように、中学校で全生徒を対象として持続的に心の健康増進活動を展開することは、小学校に比べ難しいようにみえる。その最大の理由は、小学校のように一人の担任が授業・学級活動の大半をカバーするわけでないので、自殺予防のように単一教科に帰することができないテーマについて、教科間の関連づけや、生活指導・道徳教育・特別活動などと教科学習との関連づけが、企画しにくいことにある。さらに、中学生という発達段階では、いのちや死について扱う内容も、派生してくるであろう疑問や悩みも、小学生に比べ一段と“深いレベル”になると予想される。このため、自殺予防についてとくに研修を受けていない中学校教師は“荷が重い”と感じる可能性がある。なお、小学生に比べ中学生では、“エキスパート”としての外部講師の起用が効果的な場合が多いが、人材・予算の両面の制約から簡単には実現できない。こうしたことが、中学校における心の健康増進プログラムの拡がりのブレーキとなっているように思われる。

とはいえ、5)～8)の実践には、いくつかの新しい視点や萌芽がみられるので、表2-9に抽出する。大胆に要約すれば、学校を地域に開くことの重要性が、まず指摘される。また、生物学的な意味での“命の授業”は近年広く行われているが、“こころやいのちについて深く考えた生徒”は、生物学的な命についても心の深みにおいて受け止められる、という可能性が示された——「自分は町の人々の命とつながっている」と女子生徒に語らしめた[15]藤里町の活動7)は、非常に示唆に富んでいる。これに対して、最近の大分県教委による調査（未発表）に

よれば、家庭で「子どもと命について話し合ったことがある」と思っている保護者は約3割いるが、「親と命について話し合ったことがある」と思っている子どもは数%しかいないという。大人は「命について語ったつもり」でも子どもには届いていない、というギャップが疑われる。いわゆる「命の授業」のあり方を、あまりに単純に考えてはならない。

表2-9 中学生の心の健康増進活動の新しい視点

- 
- 1) 地域や行政の自殺予防活動が学校を動かす
  - 2) 地域保健・地域福祉と学校との連携
  - 3) 新しい地域資源の活用～精神保健福祉センター、社協など（今後はいのちの電話研修員などの活用もあってよい）
  - 4) 校外との人的・予算的連携に関する校長の決断
  - 5) 教科学習の枠外での活動（道徳、課外活動）
  - 6) 支え手としての中学生～生徒から生徒へ、生徒から地域へ（例えば町づくりの一環として）
  - 7) ところについて、自分についての理解が深まると、生物学的な「命の授業」の受け止め方も深まる
- 

なお、校外の自殺予防専門家が発案した実践例5)～7)を除けば、小中学校の教諭が自発的に展開した他の実践例はいずれも、最初から自殺予防を意識して開始したわけではなかった点に留意したい。後者も自殺予防に役立つという点は重要なのだが、他方、教師自らが自殺予防を意識すること、あらゆる学校教育活動に自殺予防の観点を持たせるようになることも、青少年の自殺予防のために重要である[10,17]。

教師がそのような視点（意識）を持つようになるための研修については、阪中の報告[2]などを除けば、実践例がきわめて乏しい。そこで、教員向けの自殺に関する研修プログラムについての考察を追加する。

具体的なプログラム案については既に阪中[2]が提案しているが、これに本研究者(影山)が追加したものを、参考として表2-10に掲げる。自殺に関する講義の中では、自殺と「死に至らない自傷行為」[19]の差異についてもふれることが、実際の生徒指導においては必要と思われる。教師自身のストレス対処特性[20]について取り上げたのは、職場で上司のストレス対処特性が“抑うつ状態が疑われる部下”への対応と関連

している[21]との報告があることから、教師のそれが児童生徒への対応に影響する可能性を考えてのことである。諸研修におけるロールプレイ演習はしばしば時間不足で消化不良となることを経験するが、健康教育における活用の仕方が一面的で硬直化しているとの批判もあるので[22]、じゅうぶん時間をかけて研修することが望ましい。

ただし、研修時間の設定や、他にどのような内容を組み合わせるかは、様々に想定できるので、ここでは主要要素のみを列挙した。必ずしもこの順序でプログラミングするのがよいという提案ではない。このプログラミングについては今後の課題だが、C-4で論じる「学校で自殺発生などの事件・事故が発生した場合の緊急対応のあり方」についての研修と一体化して検討することも、現実的な案として考えられる。ただし、自殺は一次予防によって減らせる、ということを棚上げして、危機介入や三次予防だけを扱うことは適切でないだろう。

最後に、今回の研究期間では高等学校における実践例を検索することができなかった。これは、米国での学校における自殺予防プログラムの多くが高校で展開されていることと比べると[17]大きな相違である。高校生の居住範囲は小中学校区より広く、学校と地域社会との接点も異なってくるので、地域における自殺予防活動との連携のあり方もおのずと異なってくるだろう。日本の高校の実情に即した試みを立案することは今後の課題の一つである。

#### C-2-5. 小括

小中学校では、発達段階・教員の意識の現状・自殺者遺族の児童生徒がいる可能性などを考えると、まず心の健康増進に関わる学校活動を推進することが先決である。小学校においては、クラス担任が責任をもって年間計画を立て、保健学習と学級活動などを関連させることで、心の健康増進に資する学習が可能になると考えられる。中学校では教科・クラス担当の縦割りが障害になっていることが考えられ、継続的な活動の例は少ない。しかし、生徒が“こころやいのちについて深く考える機会”を経験できた場合には、生物学的な“命についての授業”も心の深みにおいて受け止められることが示唆された。