

今後、小中学校における心の健康増進活動を発展させるには、教科の枠にとらわれないこと、地域に学校を開くこと、児童生徒から地域や他の児童生徒への発信を重視すること、自殺問題に関する教員研修の組織化、学校管理者の理解と決断、などが重要な条件と考えられる。地域と学校が一体

となって自殺問題に取り組むうちに、家庭という生活の場でも自殺予防を考える雰囲気醸成されること、また学校でも自殺問題に特化した児童生徒向けプログラムを展開しやすい雰囲気が醸成されることが、期待される。

表2-10 教師向け自殺予防研修のプログラム案の例 ([2]を追加改変)

1. 自殺予防Q & A、「自殺についての誤解（英語では神話）」という命名でもよい。
  - ・クイズ形式で研修への動機付けを図る。
2. 自殺の原因、中学生のストレスとその影響、中学生の自殺・希死念慮の実態についての講義
  - ・自殺未遂と、死に至らない自傷行為の相違についても知ることが必要[19]
3. モデル事例を示し教師対応を考える
  - ・希死念慮のある生徒の事例を提示し、グループ全員が当事者になったつもりで話し合う
  - ・その生徒の自殺危険度について話し合う
  - ・職域精神保健で活用されているロールプレイングゲーム形式の応用（参加者にショックを与えるため、選択肢を誤ると生徒が自殺するように設計するの一案）。
4. 児童生徒の自殺危険度の評価法
5. 教師自身の「落ち込みからの脱出策」についての話し合い
  - ・ブレインストーミング方式でできるだけたくさん出してみる。
  - ・互いの考えを組み合わせ自由に話し合う。
  - ・職域精神保健で使われているコーピング特性簡易尺度[20]のようなツールも活用の価値あり。
6. 傾聴と受容の体験（ロールプレイ）
  - ・短いシナリオ（状況設定）に基づき即興的に勤める。相談する役と聴き役の両方を体験する。
  - ・聴き役に（ひそかに）わざと“傾聴したくない態度”を取らせ、傾聴してもらえない経験を味わう、などの変法もある。
  - ・ロールを持たないグループメンバーが双方の非言語的メッセージを含め観察する。観察者→相談する役→聴き役の順に感想を話し合う（相談者は「私は～と感じた」と“私メッセージで語る”。良かった点と、こうすればもっとよくなる点を共有する。
  - ・時間が不足しやすいので、できるだけ余裕をもった計画を立てる。この経験は、生徒に対し効果的なロールプレイ授業[22]をするためにも重要である。
7. 自殺の危険の高い生徒への対応
  - ・6と同様にロールプレイを行う。
  - ・どの教師も一人で抱え込まないように注意を喚起する。
8. 学校における自殺への危機対応策
  - ・1)自殺の危険は存在するが、それほど高くない場合、2)自殺の危険が非常に高い場合、3)自殺未遂が起きた場合、4)自殺（既遂）が発生した場合のそれぞれについて、考えられる対応策を話し合う。
  - ・いくつかの地域で整理されている「緊急支援マニュアル」を参考にする。
9. 研修全体のふりかえり

備考： 研修参加者だけでなく、学校管理者が主題の重要性を認識すること。参加者が各校に帰ってから校内で伝達を行い意識と知識を共有すること。校外の専門家との連携を各校で検討すること。保護者向けの自殺予防プログラムも将来的には検討課題である。

## C-2-6. 文献

[1] 影山隆之ほか：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。厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究費補助金「自殺の予防対策の推進に関する研究」平成16年度総括・分担研究報告書 pp.77-145, 2005.

[2] 阪中順子：学校における自殺予防教育－自殺予防プログラムを実施して、こころの科学118 自殺予防, 19-23, 2004.

[3] 木崎正美：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子を育てる指導の工夫-保健学習と学級活動「ハートのコントロール図鑑づくり」、群馬県総合教育センター平成14年度研究報告書 (<http://www2.center.gsn.ed.jp/houkoku/2002t/022t061/022th061.pdf>)

[4] 高瀬浩明：健康な生活を送ることができる子どもの育成－保健学習から発展する総合的な学習を通して、名古屋市教育委員会平成15年度教育研究員研究要録，501-510.

[5] 藤崎賢二：セルフエスティームはどこでどう高

- まるのか(1). (<http://ten.tokyo-shoseki.co.jp/downloadfr1/htm/chif0343.htm>)
- [6] 藤崎賢二：セルフエスティームはどこでどう高まるのか(2). (<http://ten.tokyo-shoseki.co.jp/downloadfr1/htm/chif0366.htm>)
- [7] 藤崎賢二：セルフエスティームはどこでどう高まるのか(1). (<http://ten.tokyo-shoseki.co.jp/downloadfr1/htm/chif0380.htm>)
- (文献5～7は東書Eネットに登録した会員のみ閲覧可、詳細は<http://ten.tokyo-shoseki.co.jp/enet/newenet.htm>を参照)
- [8] 星野命：感情の心理と教育. 児童心理 24: 2445-2477, 1970.
- [9] 森上真治：“新しい自分の発見”その支援に関する研究—心と身体をリラックスする活動をとおして. 滋賀県総合教育センター研究紀要第44集, 2002. (<http://www.shiga-ec.ed.jp/kenkyu/h13kiyou/soudan.pdf>)
- [10] 本橋豊、渡邊直樹：自殺は予防できる. すずか書房, 東京, 2005.
- [11] 瀧澤透ほか：青森県における自殺予防活動. こころの健康 20(2): 36-42.
- [12] 鷺田清一：「教養」としての死を考える. 洋泉社, 東京, 2004.
- [13] 藤里町：平成15年心の健康づくりと自殺予防事業報告書, 2004.
- [14] 夏井サチ：自殺予防の実践例2 市町村における対策 藤里町での自殺予防の取組み. 保健師ジャーナル 60: 1174-1177, 2004.
- [15] 細田万里奈：この町から、命について. 北羽新報 2006.2.20版.
- [16] 畑真子：子ども同士が支え合う人間関係の育成に関する研究—コミュニケーション能力向上のためのピア・サポート活動をとおして. 滋賀県総合教育センター研究紀要第44集, 2002. (<http://www.shiga-ec.ed.jp/kenkyu/h13kiyou/seishou.pdf>)
- [17] 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.
- [18] WHO編 (川畑徹朗ほか監訳)：WHOライフ

- スキル教育プログラム. 大修館書店, 東京, 1997.
- [19] ウォルシュ BW, ローゼン PM (松本俊彦ほか訳)：自傷行為. 金剛出版, 東京, 2005.
- [20] 影山隆之ほか：勤労者のためのコーピング特性簡易尺度(BSCP)の開発：信頼性・妥当性についての基礎的検討. 日本産業衛生学雑誌 46: 103-114, 2004.
- [21] 影山隆之ほか：管理職自身のストレス対処特性とうつ状態・自殺の危険が疑われる部下への対応の関連. 日本産業衛生学雑誌 48(Suppl), 印刷中.
- [22] 岩田英樹ほか：学校健康教育におけるロールプレイングを用いた実践の動向. 学校保健研究 47: 510-524, 2006.

### C-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 (分担者：竹内一夫、影山隆之)

#### C-3-1. 目的

児童、生徒、学生の自殺前状態を学校現場において早期に発見し、早期に介入することが可能であれば、わが国における青少年の自殺率を減少させることができることは明らかである。しかし、学校という教育現場に、自殺前状態を正確に診断し、医療的な対応を行うことのできる医療従事者(精神科医、心療内科医など)は多くの場合、常駐していない。大学においては、近年保健管理センター一部門に精神科医師が常勤として勤務することが増えてきたため、これらの精神科医による専門的なスクリーニングと面接が、学生本人の生活する大学構内において実施され、成果を挙げることができるようになってきた。例えば、保健管理センターを拠点としてDSM-IVのうつ病診断基準に基づく自記式質問紙を全学生に実施し、スクリーニング陽性者全員に常勤精神科医師が面接を行って介入を行うといった試みが可能となりつつある[1]。

一方、小学校、中学校、高校においては、一般的にはこうした保健管理センターが附属しておらず、自殺前状態について（あるいはより広く、うつ状態について）専門医による直接の医療的二次予防を受けることは難しい。実際には現場の教員、特に養護教諭がこうしたメンタルヘルス全般における予防対策に携わっているという現状を考えると、自殺における二次予防（早期発見・早期対処と危機介入）への入り口として、まず、広義の自殺前状態についての「気づき」の感度を教員間でどのようにして高めしておくかが重要になる。そのためには、実務経験の乏しい養護教諭であっても一定の「気づき」が得られるような、うつ状態を背景とした児童生徒のメンタルヘルスの異変を速やかに感知するための簡単なチェックポイントの提示が望まれている。

自殺志願者のスクリーニングという意味では、児童思春期のうつ状態把握のための精度の高いセルフチェック・スケールを選択・開発することも必要であるが、同時に学校現場において教員が自殺の危険のある児童生徒を早期に感知するための観察用のチェックポイントを広く知らしめる必要もある。前スクリーニング段階として、早期発見教育を教職員側に行う上で必要なことと考える。

実務教育機関である学校現場を考えると、教員、特に養護教諭が、日常的に数多くの児童生徒に対して自殺前状態の点検作業をしていくためには、可能な限り少ない項目数で、広く浅く徴候のチェックをすることが求められる。産業保健現場[2]や地域保健現場[3]において、近年スケールが簡略化されていく方向にあるが、学校保健現場においても同様であろう。

そのためには、現場教員が児童生徒の自殺前状態を感知する上で最小限必要と思われるチェック項目を、既存の質問紙などを

参考に整理しておくことが、まずは重要である。

本研究の目的は、学校現場において教員等が児童生徒の自殺前状態（より広い意味で、うつ状態）を日常生活の観察の中から「気づく」ためのチェックポイントを紹介することである。この場合の教員とは主として養護教諭を指すが、クラス担任なども含めて、学校現場で児童生徒と関わる機会のある人たちにとって、日常的に利用できるような、簡便で平易なチェックポイントの整理を目指した。

### C-3-2. 方法

まず、小学校、中学校、高校において実施されることを目的とされたメンタルヘルス関連の各種尺度のうち、うつ状態を把握するために役立つと思われる項目を概観し、共通するものを抜き出して、現場教員が日常生活から把握できるものかどうかを検討した上で、取捨選択することを行うことにした。

具体的には、学校現場で児童生徒のメンタルヘルスのチェックに使用されることを目的に作成された尺度の中で、自殺前状態にかかわる抑うつ状態の把握を目的とした部分を含む尺度を、成書[4,5]や学校保健研究目録[6]、医中誌データベースなどを参考に収集した。はじめから児童生徒を対象とする尺度を中心に収集したが、SDS（Self-Rating Depression Scale）[7]やCES-D（the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale,）[8]のように成人を中心に幅広く使用されている抑うつ尺度で、学校現場においてもしばしば使用されているものを含めた。同じように成人を中心に比較的広範に用いられる抑うつ評価尺度に、有名なHamilton[9]やBeck[10]の尺度があるが、一般児童生徒に使用されることが少ないものは今回の検討から除外

した。また、著作権などの関係で上記の成書やデータベース上に質問文そのものが公開されていないものも除外した。

これらのうつ状態に関する自覚的症状の項目の中で共通に使用されてきたものを整理し、現場教員が他覚的に把握できる形に文章を変えて、10項目程度の一覧にすることを目指した。

### C-3-3. 結果

#### 1) 学校現場で使用されてきたうつ状態のチェック項目の通覧

学校集団といった general population において、うつ状態を測定するための評価方法としてさまざまな自記式質問紙が使用されてきた [11]。例えば 1960 年代に作成された BDI (Beck Depression Inventory) [10] や SDS [7] は、現在も広範に使用されている。疫学調査用に開発されたものとしては CES-D [8] が最もよく使われており、1980 年代以来の精神医学診断の標準化を目指す動きに呼応して多くの調査に用いられるようになってきた。わが国においても、島らの日本語訳 [12] を中心に学校保健領域でも盛んに CES-D が用いられている [13, 14]。

さらに最近では、診断のアルゴリズムに、より近い形で判定を目指す「構造的な」自記式質問紙も開発されてきた。Zimmerman らによる IDD (the Inventory to Diagnose Depression) [15] や Roberts らによる DSD (the DSM Scale for Depression) [16] などがそうであり、DSM の診断アルゴリズムとほぼ同じ判定手順が使用されている。それぞれすでに日本語に訳され、実際の調査に使われている [17-19]。

SDS や CES-D などは、得点の採点方法が簡単であるため (単純加算)、集団に実施する場合、結果集計に時間や手間がかから

ず、便利である。一方、このようにして加算された得点の多寡が、うつ状態の臨床診断上の症候論と実際にどのように整合するのかという点に関しては論議のあるところである。反対に IDD や DSD は、判定方法が DSM 診断の過程をそのまま踏襲している点で臨床診断上の症候論との整合性が比較的保たれているが、集団に実施した際、判定結果を求めるために一定のプログラムを書かなければならず面倒であった。しかし、現在は、市販の表計算ソフトや統計処理用パッケージを用いて、こうした判定アルゴリズムを簡単に実現することができるため、将来的にはこれらの構造的な自記式尺度の使用される頻度が上がってくると思われる。

さて、今回、最近学校現場で使用されてきた、うつ状態評価項目を含む各種尺度を通覧し、どのような文章で表現されているかを表 3-1 にまとめた。それぞれの質問紙から、抑うつ症状に関連する質問項目を抜き出して、DSM-IV の大うつ病エピソードの 9 つのカテゴリーに準じて整理したものである。これはあくまで症状に関する質問項目の整理の便宜のためであり、DSM の操作的手順をそのままそっくり学校現場に持ち込もうという意図によるものではない。「学校現場で教員がどのような点に目をつけて児童生徒のうつ状態に気をつければよいか」というチェックポイントの選定」という本稿の目的に沿って、多彩で多岐にわたる抑うつ症状を整理する上で DSM 上の分類カテゴリーが有用であると考えたためである。

また、表 3-1 は、公開されている質問紙から著者が抑うつ症状に該当すると考えられる質問文を抜き出し、文章表現そのものから著者の判断により上記 9 カテゴリーに分類したものであり、必ずしも作成者 (翻訳者) の意図に沿って分類したも

い。

さらに、参考として表 3-1 の最後に、成人を対象に用いられているいくつかの「簡便な」抑うつ評価の該当項目を掲載した。

表 3-1 を見ると、全般的に、さまざまなカテゴリーに幅広く分布していることがわかるが、特に「悲しい」「心が暗い」「気分が沈む」（「いらいらする」「かっとなる」などを含む）といった「抑うつ気分」項目と、「疲れる」「体がだるい」といった「疲労感」項目、「落ち着かない」「考えがまとまらない」といった「精神運動性焦燥・制止」項目、あるいは「自責感」項目、「集中力の低下」項目に分類される質問文が多く、また、「食欲・体重の変化」項目、「睡眠の変化」項目、「そのほか（頭痛、腹痛など）」項目に分類される質問文がこれらに加えてしばしば散見されている。

これらの項目はすべて児童生徒自身の自覚症状として、主に自記式質問紙として構成されている。こうした項目にそれぞれ対応する、他覚的なチェックポイントを考えていくことが必要であると考えられた。

## 2) 学校保健領域におけるうつ状態チェックの最近の動向

最近、日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス委員会」では、従来のライフスタイル測定に関する調査項目の他にメンタルヘルスに関わる新しい項目を取り入れてきた [20]。学校現場においては、児童生徒に可能な限り負担をかけず、簡便にメンタルヘルス状態のおおよその良し悪しを判断できるような基準が求められているため、既存の項目と追加したいくつかの新しい項目を用いて簡便な独自の判断基準を作成した (図 3-1)。

「気分の調節不全傾向」と名づけられたこの尺度の判定手順は、基本的に DSM-IV (米国精神医学協会による精神科診断・統

計のためのマニュアル) における「大うつ病エピソード」の診断基準に準じて構成されている。本来「うつ病の子どもをスクリーニングする」ということではなく、日常生活における児童生徒の気分の不調を幅広く拾い上げることが目的であるため、その名称として「気分の調節不全傾向」という造語を用いている。したがって、「学校現場で簡便に抑うつ状態を把握するためのチェックポイントを検討する」という本稿の趣旨に合致すると考えられたため、ここに紹介する (表 3-1 にも記載済み)。

ちなみに、この判定手順 (図 3-1) をもとに陽性率を求めたところ、平成 16 年度調査 (速報値) において、小学生で 1-2%、中学生で 5-6%、高等学校生で 7-8%が、軽いうつ状態を背景とした気分の調節不全傾向の疑いのあることが示唆された。小学生では低く、中学生、高校生と高くなる傾向が見られた。また、男子より女子の方が高い傾向が見られた (図 3-2) [21]。

なお、この判定基準の信頼性・妥当性の検討の詳細については、平成 17-18 年度文部科学省研究費補助金基盤研究 (C) (2)「児童生徒の感情のコントロールに及ぼすライフスタイルの影響について (研究代表者 竹内一夫)」報告書において報告される予定である。

1) の最後でも述べたように、これらの項目はあくまで児童生徒自身の自覚症状に注目したものであるため、現場の教員が子どもを観察する際には、やはりこうした項目にそれぞれ対応する、他覚的なチェックポイントが必要である。





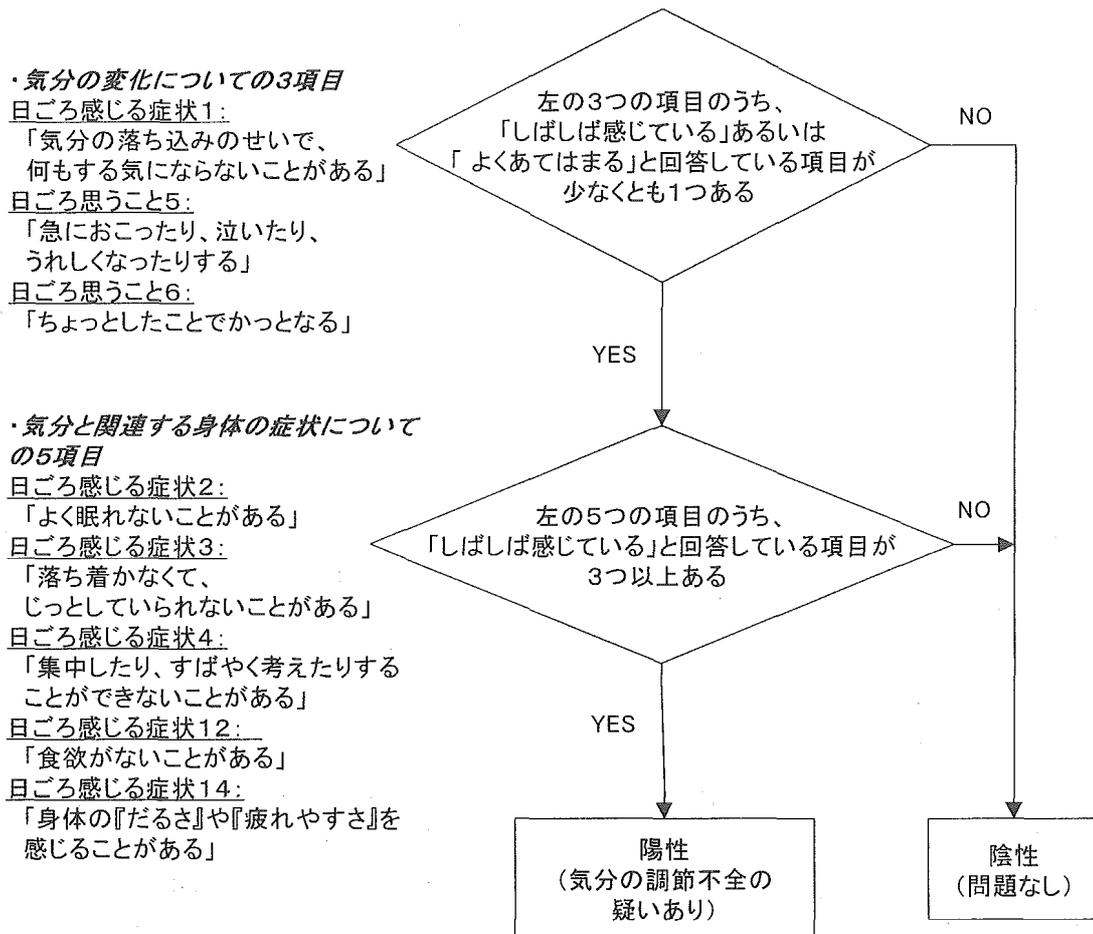


図3-1 日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス」で使用されている「気分の調節不全傾向」の評価方法

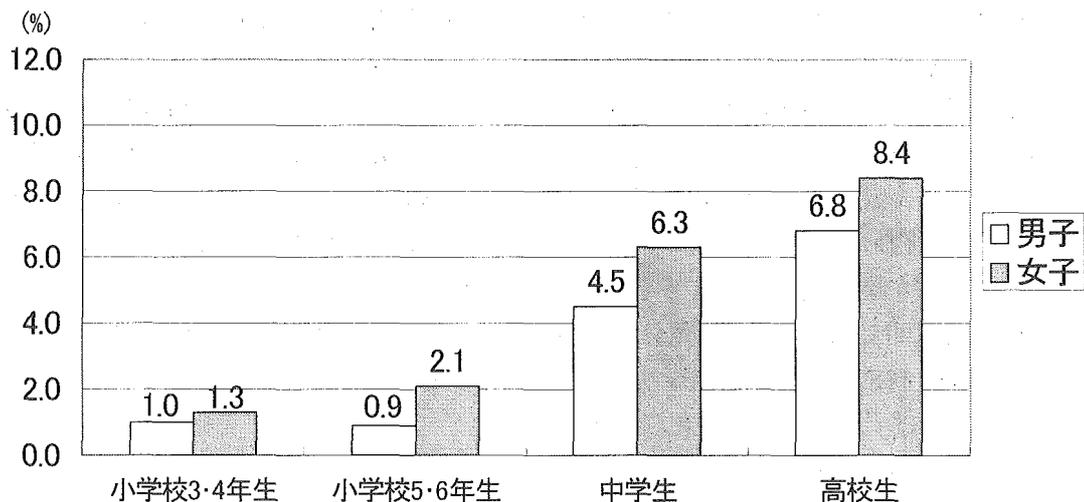


図3-2 「気分の調節不全傾向」の陽性率

(日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス委員会」平成16年度報告書より)

3) 現場教員が児童生徒の自殺前状態を感知するための簡便なチェックポイントの提言

前述の表 3-1 は、従来学校現場で用いられてきたうつ状態把握のための尺度の項目のうち、共通とされる部分を整理したものであるため、簡便なチェックポイント作成のためには、これらを中心にいくつかの重要な項目に絞り込む必要がある。当然のことながら、ただ単にこれまで使用されていた項目を並べ、共通部分を抽出するだけでは意味がなく、選び出されるべき項目が実際に精神症候学的な基盤を十分に満たしているのかを検討しておかなくてはならない。これらの項目はいずれも元来、作成者の、うつ状態に対する症候学的検討から導き出されてきたものであるため、それぞれ一定の医学的基盤を有しているが、項目を絞り込む際の優先順位については検討すべき点がある。

たとえば、同じように児童青年期に見られるうつ状態の症状であっても、高橋[22]は「抑うつ気分」「精神運動制止」「不安焦燥感」の3つを重要視しており、4つ目として「自律神経症状」を挙げている。また、傳田[23]は DSM-IV の 9 つにカテゴリー化された症状群について、「前景に見える症状だけではなく、その裏に潜む中核症状の存在につねに注意することが子どものうつ病を見逃さない重要なポイントである」と述べ、個性や年齢を越えて共通に見られる「中核症状」として、精神症状の「興味・関心の減退」「意欲・気力の減退」「知的活動低下」と身体症状の「睡眠障害」「食欲障害」「身体のだるさ」「日内変動」を挙げている。

これらの知見を踏まえ、表 3-1 から共通して見出される質問文の内、「抑うつ気分」「精神運動性の焦燥・制止」「疲労感・無気力」「集中力の低下」および「食欲・体重の変化」「睡眠の変化」の各カテゴリーからチェックポイントとなる項目を選定した。また、特に小学校の低学年では「頭痛、腹痛」の形で表現されることも多いため、「そのほか」に記載のあるこれらの項目を追加した（「自殺念慮」項目については後述）。

さらに、教員から児童生徒の日常生活を観察する上のチェックポイントということを考慮して、選定された項目の文章を改変し、整理しなおしたものが、「教師のための“児童生徒のうつ状態”のチェックポイント」（表 3-2）である。

なお、非行・暴力や不登校、あるいは学業不振といった学校生活上の行動面での二次症状が、うつ状態の徴候だという場合もあるのだが、これらについては従来から現場教員が注意を払っているものと考えられるので、あえてチェックポイントとして掲げることはせず、添え書きにとどめた。また、自傷行為や食行動の異常は、必ずしも学校現場で十分に把握できるとは限らないため、同様に添え書きの形で副次的に掲載した。

他方、自殺予防の観点から言えば、自殺念慮（希死念慮）や自殺企図を尋ねることが、一番の早道となるはずである。しかし、現実には学校現場において（のみならず地域保健、産業保健の現場においても）直接に児童生徒に質問紙等で自殺念慮を尋ねることは難しい場合も多い。これは再三指摘されているように、「寝た子を起こす（自殺に関する質問をすると自殺する人がいる?）」という誤解に由来する部分が大きく、さらに現場関係者の「もしこうした質問をして自殺前状態である児童生徒が発見され、有効な介入ができなかった場合、あとで責任を迫られるのでは」という防衛機制が働いている場合もある[24]。そこで今回は、当面、現場で誰もが日常的に使用できるチェックポイントをまとめるという意味で、自殺念慮そのものの有無については問わなかった。その代わりに、自殺念慮を思わせる言動のある児童生徒への注意を強く喚起する一文を挿入した。

表3-2 教師のための“児童生徒のうつ状態”のチェックポイント

以下の項目は、児童生徒がうつ病・うつ状態になったり、気分のコントロールがつかなくなったりするときに、よく見られることからです。

ふだんの児童生徒の様子を観察していて、「あれ、変だな」と思ったとき、以下のことがらにあてはまるかどうか、チェックしてみてください。

いくつかの項目があてはまったときは、児童生徒がうつ状態になっている可能性がありますので、場合によっては医療機関に相談してください。

また、うつ病・うつ状態は自殺の前段階であることがあります。日ごろの注意深い観察から、児童生徒の自殺防止をこころがけていきましょう。

最近何となく「変だな」と感じる児童生徒について、以下の点をチェックしてみてください。これらのことがらが、半月以上（2週間以上）ずっと続いているときには注意が必要です。

	チェック欄
1. とても悲しそうな顔や暗い表情をしたり、憂うつそうにしたりしていませんか？	
2. いらいらするそぶりが増えたり、ちょっとしたことでかっとなったりしていませんか？	
3. 落ち着かなくて、じっとしていられなかったり、逆にふだんより動き方や話し方がのろくなったりしていませんか？	
4. 集中力や根気がなくなってきたり、ぼーっとしていることが増えたりしていませんか？	
5. 食欲がなく、体重が減ってきていませんか？あるいは急によく食べるようになってきていませんか？	
6. 元気がなく、からだの「だるさ」や「疲れやすさ」をよく口にしていませんか？あるいは、頭痛や腹痛をよく訴えませんか？	
7. よく眠れていなかったり、逆に長い時間寝すぎたりしていませんか？	

さらに、

- ・上記の症状に伴い、現実成績が下がっていたり、非行や不登校が見られたりしたら要注意。
- ・自傷行為や食行動異常を疑わせる身体の異常（手首のきず、吐きだこなど）が見られたら要注意。
- ・「死にたい」など、自殺願望を思わせる言動が見られたら特に要注意。

#### C-3-4. まとめ

抑うつ症状の究極の形の一つが自殺であると考え、学校現場における自殺の二次予防を推進させる一つの方法に、信頼性・妥当性が高く、同時に安価で簡便なうつ状態の「セルフチェック」型のスクリーニング尺度（スケール）を広く普及させることが挙がる。こ

うしたスケールの選択あるいは開発と、その学校現場での使用方法については、今後も十分に検討されていくべき重要な課題であるが、その一方で、うつ状態の疑いのある児童生徒に対して現場の教員が気のつくべき日常生活上の観察のポイントを教員側に周知しておく必要があると思われる。地域保健現場では、

こうした健康教育を一つの目的として、すでに大野ら[3]により、うつ病・うつ状態のチェックのための簡便なチェック用パンフレットが作成されているが、学校保健現場でも同様のツールが求められている。

現場教員にうつ状態や自殺前状態の徴候への理解を促し、「感知」レベルを高めておくことが、水際で自殺を予防するための第一歩となると考えられるからである。

そこで本稿では、従来学校保健現場で使用されてきた、メンタルヘルス全般、あるいはうつ状態に焦点を絞った各種の尺度を通覧し、教員による児童生徒の自殺前状態感知に役立つと考えられるチェックポイントを整理した。

抑うつ気分や焦燥・制止症状、集中力の低下などの精神面での項目と疲労感、食欲や睡眠の異常、頭痛・腹痛といった身体面での項目について文章を整備し、さらに行動面の問題や自殺念慮についての注意点を加え、学校現場で簡便に用いることのできるA4版一枚のチェックポイント用紙を作成した。

もともと、「子どもたちは抑うつ的な話し方で話すのではなく、抑うつ的な歩き方で歩く」[25]と言われるほど、児童思春期のうつ状態の把握には非言語的な行動面での症状の観察が重要視されている。主に養護教諭が、あるいはクラス担任が、「何となくふだんと違う」と感じた児童生徒について、そのうつ状態や自殺前状態の危険をより客観的に察知するための資料となるだろう。

これらのチェックポイントは、自殺前状態の察知のみに役立つというだけでなく、児童生徒のメンタルヘルス全体の状態への現場教師の気づきを高めることに役立つであろう。ひそかに悩みを抱え、相談できずに苦しんでいる子どもたちの出しているSOSに教員が気づくためのチェックポイントとして、保健室や職員室といった身近な場所に置かれて、幅広く用いられることが期待される。

#### C-3-5. 文献

- [1] 久保田文雄、ほか：大学生のうつ状態について-DSD 質問票を用いて-ヘルスサイエンス研究 2005;8:23-28.
- [2] 川上憲人：成人期における自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究. 厚生労働科学研究費補助金 ところの健康科学研究費補助金「自殺の予防対策の推進に関する研究」平成16年度総括・分担研究報告書 p147-157, 2005.
- [3] 大野 裕、坂本真士、田中江里子：地域における自殺防止対策. 臨床精神医学 33:1561-1564, 2004.
- [4] 北村俊則. 精神症状測定の理論と実際, 第2版. 海鳴社, 東京, 1995.
- [5] パブリックヘルスリサーチセンター：ストレススケールガイドブック. 実務教育出版、東京、2004.
- [6] 日本学校保健学会：学校保健研究総索引 1959年-2003年. 日本学校保健学会、東京、2003.
- [7] Zung WWK. A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 1965; 12: 63-70.
- [8] Radloff LS: The CES-D scale. A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1977; 1:385-401.
- [9] Hamilton, M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiat 1960; 23: 56-62.
- [10] Beck AT, et al. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961; 4: 561-571.
- [11] 竹内一夫：思春期・青年期における精神保健疫学の動向-測定方法を中心に-. ヘルスサイエンス研究 2004;7:3-8.
- [12] 島 悟、ほか：新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 1985; 27:717-723
- [13] Iwata N, Saito K, Roberts RE. Responses to a self-administered depression scale among younger adolescents in Japan. Psychiatry Res 1994; 53: 275-287.
- [14] 高倉実、栗原淳、堤公一：高校生の抑うつ症状と心理社会的要因との関連にみられる地域特性：沖縄県と佐賀県の比較. 日本衛生学雑誌 2003;57:661-668.
- [15] Zimmerman, et al. A self-report scale to diagnose Major Depression Disorder. Archives of General Psychiatry 1986; 43: 1076-1081.

- [16] Roberts RE, Roberts CR, Chen YW. Ethnocultural differences in prevalence of adolescent depression. Presented at the 123rd Annual Meeting of American Public Health Association, San Diego, 1995.
- [17] 上原 徹, ほか. 日本語版 Inventory to Diagnose Depression (IDD)の信頼性と妥当性の検討. 精神科治療学 1995; 10:181-188.
- [18] 土井由利子, 鈴木庄亮, 竹内一夫. 思春期の抑うつに関する疫学的研究・手法の確立と国際比較. 平成9年度厚生科学研究報告書, 1998.
- [19] Doi Y, Roberts RE, Takeuchi K, Suzuki S. Multiethnic comparison of adolescent major depression based on the DSM-IV criteria in a U.S.-Japan study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 ;40:1308-15.
- [20] 日本学校保健会: 平成14年度「児童生徒の健康状態サーベイランス」事業報告書. 日本学校保健会, 東京, 2004.
- [21] 竹内一夫: 生活習慣とメンタルヘルスとの関係. 平成17年度版「学校保健の動向」 p24-26, 日本学校保健会, 東京, 2005.
- [22] 高橋祥友: 青少年のための自殺予防マニュアル. 金剛出版, 東京, 1999.
- [23] 傳田健三: 子どものうつ病. 金剛出版, 東京, 2002.
- [24] 影山隆之: 自殺. 小児科臨床 53(Suppl):1255-1259, 2000.
- [25] ハウス, アルヴィン E. (上地安昭 監訳): 学校で役立つDSM-IV. 誠信書房, 東京, 2003.
- [26] 岡安孝弘, ほか: 児童用メンタルヘルス・チェックリスト(簡易版)の作成とその実践的利用. 宮崎大学教育学部教育実践研究指導センター研究所紀要 1998;5:27-41.
- [27] 富永良喜, ほか: 子ども版災害後ストレス反応尺度 (PTSSC15) の作成と妥当性. 発達臨床研究 2002;8:29-36.
- [28] 岡安孝弘, 高山 巖: 中学生用メンタルヘルス・チェックリスト(簡易版)の作成. 宮崎大学教育学部教育実践研究指導センター研究所紀要 1999;6:73-84.
- [29] 三浦正江: 中学生の日常生活における心理的ストレスに関する研究. 風間書房, 2002.
- [30] 馬岡清人, 甘利知子, 中山恭司: 中学生のストレス過程の分析. 日本女子大学大学院紀要 2000;6:85-96.
- [31] 尾関友佳子, 原口雅浩, 津田 彰: 大学生の心理的ストレス過程の共分散構造. 健康心理学研究 1994;7:20-36.
- [32] 鈴木伸一, ほか: 新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討 行動医学研究 1997; 4:22-29.
- [33] 竹内一夫, 青木繁伸: 思春期精神保健のための新しい質問票の作成について. 北関東医学 1989; 39: 35-52.
- [34] Birlerson P, et al. Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in children. J Child Psychol Psychiatry 1987;28:43-60.
- [35] Kessler RC, et al. Short screening scales to monitor population prevalence and trends in nonspecific psychological distress. Psychological Medicine 2002; 32:959-76.
- [36] 鈴木竜世, ほか: 職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討: Two question case-finding instrument と Beck Depression Inventory を用いて. 精神医学 45:699-708, 2003.
- [37] Brody, RL, et al. Identifying patients with depression in the primary care setting: a more efficient method. Arch Inter Med 1998; 22:2469-2475.

#### C-4. 学校における自殺発生時の緊急支援システムのあり方

(分担者: 多賀谷篤子, 影山隆之)

##### C-4-1. 研究目的

東京都教育相談センターでは、学校における児童・生徒の事件・事故後の心のケアのための緊急支援を行っている。事件・事故が起これば学校全体が危機的状況となり、混乱が起き、児童・生徒、保護者、教職員はその衝撃から、様々な身体的、心理的、行動的側面に反応(症状)が起こる。これは、急性のストレス反応であり、自然な反応であると考えられている。大半の人は時間の経過と共に、回復していくものだが、適切に対応が為され

ないと、PTSD（外傷後ストレス障害）を引き起こす場合があると言われている。特に、事件・事故の当該者に関係が深かった人や、元々に悩みや問題を抱えた人は、そのことをきっかけに、問題が顕在化し、困難が生じる場合がある。その様な二次的被害を予防し、学校の日常性を取り戻すことが、上記の緊急支援の目的である。

特に、児童・生徒の自殺が発生した場合、身近にそのことを経験した児童・生徒の中に、後追い自殺（群発自殺）を引き起こす可能性が大きいことは周知の事実であり[1-5]、それを予防することが緊急支援の主な目的になる。それは、自殺予防活動の視点から見ると、「青少年の自殺予防活動の三次予防」としての意義を持つ。「自殺で亡くなった人が一人いると、精神的に強いつながりが会った人が最低5名は心に深い傷を負う」と言われるように、自殺は決して亡くなった人だけの問題に止まらない[1-5]。学校においても、関係の深かった児童・生徒はもちろんのこと、教職員特に、当該児童・生徒と関係が深かった担任や部活動の顧問、養護教諭、などへの影響はきわめて大きい。

東京都教育相談支援センターでは、主に自殺が発生した場合を想定した緊急支援マニュアル「命にかかわる事故後の心のケア」を作成した[6]。それは、自殺は、なんとしてでも止めたい思いがあったからである。本研究では、このマニュアルを要約し、学校における自殺発生時の緊急支援体制を各地域で整備する際の要点を示すことを、目的とする。

#### C-4-2. 東京都教育相談センターの緊急支援の概要

東京都教育相談センターは都立の教育相談

機関であり、東京都教育委員会の所管する事業所である。職員構成として、指導主事、心理職（臨床心理士）、非常勤相談員、アドバイザー専門家・学生スタッフがおり、日常業務としては、主に都民への相談事業（電話相談、来所相談）、学校への支援事業（児童・生徒の問題行動に関する教職員に対してコンサルテーション、学校教育相談関係の研修会、緊急支援等）、区市町村連携事業を行っている。センターの直属の学校は都立高等学校、都立養護学校であるが、東京都には23区26市5町1村の自治体があり、義務教育は各自自治体の教育委員会が管轄している。学校における事件・事故への緊急支援は、当該の教育委員会及び小・中・高校の学校からの要請から始まる。

東京都教育相談センター行う緊急支援は初期対応として一週間を目処に行う。一週間を経ると、多くの児童・生徒が回復し、学校が日常性を取り戻して行くという実践経験からである。その緊急支援は、1) 支援要請を受理した直後、2) 支援開始後一週間以内の時期、3) 支援開始後一週間経過した時期（初期対応終了時）、4) 支援開始後数週間経過及びそれ以降の時期と四期に分けて活動を行う（表4-1）。

##### 1) 支援要請受理直後

###### (1) 緊急支援チームの学校への派遣

関係教育委員会・学校から緊急支援の要請があった直後、センターでは早急に指導主事と心理職から構成された緊急支援チームが、その時点での情報を元に、事件・事故の種類、発生日から要請日までの時間経過の中で行われた学校の対応等について整理し、早急に学校へ赴く。

表 4-1 各期における主な活動

①支援要請受理直後	②一週間以内	③初期終了時点	④ それ以降
○学校の危機対応チームと情報の共有化と協議(危機機状況の見立て) ○周知に関するものの協議 ○配慮を要する児童・生徒の把握、 ○心のケアプログラムの提示とスケジュールの検討 ○教職員への心理教育的助言 ○必要な人材の確保	○児童・生徒への支援 ・心のケアのプログラムの実施 ○教職員への支援 ・個人カウンセリング ○保護者への支援 ・個人カウンセリング	○校内全体に対する状況の確認 ○特に配慮の必要な児童・生徒の確認と今後の継続の必要性 ○配慮の必要な教職員の把握と対応 ○配慮の必要な保護者の把握と対応	○1. 3. 6ヶ月、1年後のフォローアップ ○保護者及び教職員への講演会、研修会等の協力 ○中・長期対応

(2) 学校の危機対応チームと情報の共有化と協議

学校での危機対応チーム(概ね校長・副校長(教頭)、主幹、当該学年主任、養護教諭、スクールカウンセラー、教育相談担当係等、あまり多くても機動力が発揮出来ず、少な過ぎても共有化しにくい)から事件・事故についての状況・経緯、発生後の学校の対応の経過(教職員、児童・生徒、保護者への周知の有無)、周知がされているとすればその時の反応、遺族への対応の確認等を聞き、情報の共有化と整理を行う。これは、緊急支援の段取りを決める協議・検討会となる。

(3) 周知に関する協議

児童・生徒、保護者に対して、どのように周知するかを協議する。どのような事件・事故であっても、周知の内容について、遺族に事前に確認をとっておく必要がある。自殺の場合、遺族の方は自殺を伏せて欲しいとの意向が強く、これはもっとも尊重されるべきことである。また、死の詳細や具体的方法については、言及を避ける。周知の仕方について、児童・生徒に対しては、全校集会、学年集会、各学級での周知があるが、児童・生徒の反応

(泣き崩れる者、気分が悪くなる者等)を想定して、即応出来る態勢をとっておく。保護者に対しては通知文の内容・配布の仕方、及び緊急保護者会の開催についてその内容や進め方を検討しておく。

(4) 配慮を要する児童・生徒の把握

児童・生徒が事件・事故を知った後の、児童・生徒の反応についてである。特に自殺の場合は、後追い自殺の危険性をはらんでいる。高橋[3]は「当該の児童・生徒と関係が少ない児童・生徒でも、知った次の日から休み始めたり、悩みを抱えていたり、家族などの近親者に死を経験したりしている場合には、配慮が必要である。このような“サポートを必要とする児童・生徒”として、自分自身に対して元々自殺希求の高い児童・生徒、心の病を抱えている生徒、これまでに自殺を図ったことがある生徒、事故の知らせを受け、激しく動揺をきたした生徒、自殺が起きたことに責任があると思われる生徒などがあげられる」と述べている。

そのためにも、児童・生徒の把握は早急に必要とされる。以下の児童・生徒の状況の把握をする。

ア) 関係が深かった児童・生徒：当該児童・生徒と関係が深く最も衝撃を受けやすい者。

イ) 元々悩みを抱えている児童・生徒：リストカット等や不登校で養護教諭やスクールカウンセラーや相談に来ており、衝撃を受けやすい者。

ウ) 反応が激しく出ている児童・生徒；周知後、すでに体調不良を訴え、教室にいられない状況の者など。

#### (5) 「心のケアのプログラム」の提示とスケジュールの検討

上記の情報及び学校の危機状況の見立てを元に、児童・生徒の「心のケアのプログラム」を提示し、検討を図り、その実施について協議する。決定した内容にともなって、スケジュールをたてる。

#### (6) 全教職員への心理教育的助言

事件・事故後には、児童・生徒に身体面、感情面、認知面、行動面に様々な反応が出ること、それは保護者、教職員にも同様な反応は見られること。それは正常な反応であり、大半は回復してくるが、その回復過程に個人差があること等を説明する。

児童・生徒に対して「心のケアのプログラム」を実施することについての説明を行う。

うわさや、流言をふせぐ意味でも、児童・生徒や保護者からの質問には、一致した答え方が必要であることなどの助言をする。

この会の中で、教職員の不安を十分受け止め、希望者には、カウンセリング的対応が出来ることを伝える。

#### (7) 必要な人材の確保

児童・生徒の「心のケアのプログラム」を実施するために必要な人材を確保する。

事件・事故の影響度を予測して（学校の規模つまり児童・生徒数や学級数にもよるが）、必要な人材として、心理職（臨床心理士）が「心のケアのプログラム」の中の、「心と身体健康調査」の結果確認作業、「特に配慮を要する児童・生徒のカウンセリング」及び「教

職員のカウンセリング」「保護者のカウンセリング」を行うための人数を算出し、確保する。

#### 2) 支援開始一週間以内

##### (1) 児童・生徒への「心のケアのプログラム」の実施

「心のケアのプログラム」は、図 4-1 の流れに沿って、A～D の順に実施する。A～C は主に教職員が行う。C「全員の個人面接」に関しては当該児童・生徒の担任や関係が深かった教職員の動揺が激しい場合は、他の教職員が代わって行うか、心理職が行う場合もある。A～C から、「特に配慮を要する児童・生徒」を抽出し、心理職によるカウンセリングを行う。その結果、ケアの方針を立て、必要があれば、相談機関、医療機関に繋げる。

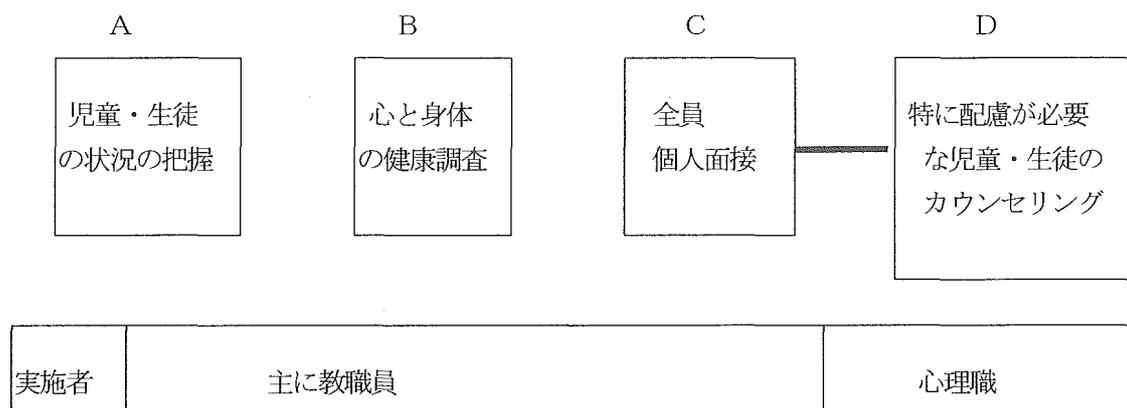
しかし、事件・事故が発生した時期が、長期の休暇中、入試期間中などにより、事件・事故の一斉周知がなされない状況の時、また自殺が発生し、関係が深かった児童・生徒に反応が激しく出ている場合には、A から直接 D を行うことがある。

##### (2) 教職員への支援

当該の児童・生徒の担任や部活の顧問等関係が深かった教職員に対して、或いは希望する教職員に対して心理職がカウンセリングを行う。

##### (3) 保護者への支援

希望する保護者に対して、心理職がカウンセリングを行う。カウンセリングを行っている中で、学校への疑問や不信感などが語られる場合、それを丁寧に受け止め、保護者の了解の元に、学校の課題として取り上げ、学校と保護者を繋げる。



- A) 児童・生徒の状況把握と整理：前掲の「配慮を要する児童・生徒」（関係の深かった者、元々悩みや症状をもっている者、激しい反応が出ている者）の状況把握と整理をする。
- B) 「心と身体の健康調査」：各児童・生徒に健康調査を実施する。その調査結果を心理職が検査集計する。「はい」の多さだけでなく、自由記述覧の内容、筆圧を考慮に入れる。そのことを個人面接を行う面接者に伝える。
- C) 全員の個人面接：「心と身体の健康調査」をもとに、当該学年の全員の児童・生徒に教職員による 10 分程度の面接を行う。目的は、多くの児童・生徒の衝撃をやわらげ、教職員との絆を強めると共に、特に配慮が必要な児童・生徒を抽出するためである。
- D) 特に配慮を要する児童・生徒への個人カウンセリング：心理職によるカウンセリングを行う。

図 4-1 「心のケアのプログラム」の基本的な流れ

### 3) 支援開始一週間後（初期終了時点）

センターの緊急支援は、概ね一週間で終了する。終了にあたって、以下の事項を確認する必要がある。

#### (1) 児童・生徒全体の状況の確認

緊急支援を終えるに当たって全児童・生徒の様子を全教職員で把握する。特に、当該クラスの担任、スクールカウンセラー、養護教諭、当該部活動の顧問等は、授業の参加状況や子どもの人間関係の変化、部活動への参加状況、保健室の利用の仕方の変化を把握し、共通理解を図る。児童・生徒の中には、事故直後から、一週間くらいまでの間、目立った反応がないように見えても、新たに様々な症状を示す場合があるので、注意深く観察することが必要であることを伝える。

#### (2) 特に配慮が必要な児童・生徒の確認

特に配慮が必要な児童・生徒に対して、カウンセリングが継続的に必要か否かの判断をする。必要な場合、学校内のスクールカウンセラーへの引継が、地域の相談機関或いは、医療機関等への紹介・連携を行う。学校が日頃、連携している相談機関、保健所、医療機関以外に、必要な場合を想定し、広域に渡っても、各機関の情報を学校に伝えると共に、各機関に繋ぐ役割をする。

#### (3) 配慮を要する教職員の確認

教職員の中には、自責の念や無力感が続き、自らの生き方自体も揺さぶられてしまう人もいる。このような場合、本人の意向に添いながら、外部の相談機関を紹介することが必要になってくる。

#### 4) それ以降のフォローアップ

(1) 1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月後の児童・生徒、教職員の状況把握

緊急支援の初期対応終了後、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月後に、学校の様子、児童・生徒・保護者・教職員の様子を確認する。その状況によって、(例えば、後追い自殺の兆候が見られるなど)学校から要請があれば、中・長期プログラムを組むことになる。

(2) 教職員・保護者対象の研修会の実施の協力

学校から要請があれば、自殺予防の観点から、「子どものサインの見つけ方、かかわり方」「児童・生徒の理解と対応」等の研修会を行う。

#### C-4-3. 緊急支援の課題

ここでは、東京都教育相談センターが自殺発生時の緊急支援を行った実践から、特に重要と考えられる点を記す(表4-2)。

表4-2 学校への緊急支援システムの要点

- 
- ・主体は学校、緊急支援はあくまで後方支援
  - ・児童生徒と教職員の絆を深める
  - ・自殺以外の学校危機にも共通のシステム
  - ・学校の危機状況の見立てを迅速に
  - ・稀にしか発動されないのでマニュアル・様式を整備
  - ・緊急支援側と学校の双方に日頃の研修が重要
  - ・必要性を社会に啓発する
- 

#### 1) 学校の危機状況を見立てる。

事件・事故が起こったことにより、児童・生徒、保護者、教職員の各個人は、その衝撃から精神的混乱に陥り、身体面・心理面・行動面に急性のストレス反応が起きる。この状態では、学校や地域で、うわさや流言が飛び交い、情報の混乱が起こり、本来可能であったの問題解決システムが機能不全を起こしてしまう。このように、個人の精神的混乱と、学校という組織全体の機能的混乱が重層的に生じる事態が、学校の危機状況である。

特に、自殺という事態では、各人にもたらされる衝撃が激しく、「自殺に至るサインがなかったのか?」、「教職員はなぜ止められなかったのか?」等、保護者からの原因追及や、学校批判の声があがる。どのような原因や経緯の自殺であれ、教職員自身の自責の念は著しい。また、学校の危機的状況はマスコミの関与、警察の関与によってさらに拡大する。特に「いじめが絡んでいるのではないか?」との疑念がある場合などは、学校の混乱度が大きくなりやすい。そこで、緊急支援を行う側は、その様な事態を見立て、二次的被害が起こらないように配慮する必要がある。

2) 緊急支援はあくまで、学校の危機状況に対しての後方支援である

危機対応の主体はあくまで学校である。児童・生徒への支援として「心のケアプログラム」を提示するが、これを選択し、取り組む主体は学校である。緊急支援に入る側の必要感と、学校側の受け入れ感との間の差を受け止めつつ、ある時は積極的にプログラムを勧め、ある時は学校状況に合わせるという柔軟性が緊急支援者には求められる。緊急支援者側に危惧が残るならば、継続して学校状況をとらえ、中・長期の支援を視野に入れていくことが必要である。特に、自殺が起こる場合の緊急支援では、後追いの自殺の危険性を訴えると共に、いかに学校側の不安を受け止め、安心感を与えられるかという点が最も重要である。

3) 児童・生徒と教職員の絆を深めることが、学校の安定と自殺予防につながる

自殺という衝撃的な事故に、児童・生徒・保護者、教職員が情緒的混乱を起こす中で、緊急支援者側は早期に教職員のケアを行う必要がある。この支援を受けつつ、教職員が児童・生徒の状況把握のために、全員面接を行うことにより、いままで気づかなかった児童・生徒の様子を知り、児童・生徒との絆を作ることになる。そのことが、学校全体の安定につながり、かつ子どもの悩みや困難な状況のサインを見つけた

し、後追い自殺の兆候に気づくなどの予防につながる。校外からの緊急支援者である心理職らは、特に配慮を要する児童・生徒にはカウンセリングを中心としたケアを行っていくものの、緊急支援の中心的な意義は“教職員の力を回復させ、教職員と児童・生徒の絆を深められるように支援すること”である。

#### C-4-4. 緊急支援の動向と今後の在り方

学校で自殺が発生した場合のその後の対応については、早くから橋本[8]らがその要点を整理して論じてきた。これを、学校内における問題に限定することなく、“災害、事件・事故後の校外からの緊急支援”という形でシステム化する試みが、近年ようやく始まってきたということになる。このような取り組みは他県でも相次いでいるので、最後に、そのいくつかと東京都のシステムとの比較を試みる。

福岡県の場合は、文部科学省のスクールカウンセラー事業のスクールカウンセラー推薦母体である福岡県臨床心理士会が「学校緊急支援活動」を組織的事業として位置づけ、福岡県教育委員会義務教育課管轄の6教育事務所と2つの政令都市の市教育委員会とからの要請依頼・連携により、活動を行っている[7]。緊急支援活動のシステムティックな体系が整っており、日本の中では、先導的な活動を行っている県である。

山口県の場合は、行政（県）が中心に関わって、システムを整備している。精神保健福祉センターが司令部機能を担い、教育委員会とは独立した外部チームで、様々な職種から募集をし、医師、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師、看護師等の多職種チームからなる。専門職ボランティアでCRT（クライシス・レスポンス・チーム）を立ち上げ、精神保健福祉センターが関与し、県が「学校メンタルサポート事業」として事業化した構造である。

東京都の場合には、日常的に学校への支援を行っている教育相談機関が、都及び各自治体に存在し、東京都教育相談センターが区市町村立

教育相談機関との連携事業を長年行っていることが素地になって、展開している。

また、最近では、各自治体独自に緊急支援を行っている区市町村もでてきている。こうした地域未着型の緊急支援では、職員が日頃から学校と連携しており、その後の継続的観察がし易いところに、特徴があるように思われる。

#### C-4-5. 文献

- [1]高橋祥友:自殺の心理学. 講談社,1997.
- [2]高橋祥友著・群発自殺. 中央公論社,1998.
- [3]高橋祥友: 青少年のための自殺予防マニュアル. 金剛出版,1999.
- [4]若林一美:自殺した子どもの親たち. 青弓社, 2003.
- [5]藤森和美編:学校トラウマと子どもの心のケア. 誠信書房,2005.
- [6]東京都教育相談センター:生命にかかわる事故後の心のケア. 2004.
- [7]福岡県臨床心理士会編:学校コミュニティへの緊急支援の手引き. 金剛出版,2005.
- [8]橋本治:自殺予防ー学校の現場から. こころの科学 63: 53-58, 1995

#### C-5. 大学におけるメンタルヘルス教育と自殺防止教育の現状

(分担者: 早川東作、中野良吾、元永拓郎、佐久間祐子、影山隆之)

##### C-5-1. 目的

全国大学メンタルヘルス研究会精神保健教育班では平成16年度に、国立大学保健施設における正課授業の開設状況と大学精神保健教育活動の現況を把握するための質問紙調査を実施した[1]。そこで、この調査と共同実施する形で、各大学で行われている自殺予防教育について現状を把握するための調査を行った。

##### C-5-2. 対象と方法

全国の国立大学法人87校の保健施設（保健管理センター等）に質問紙を郵送し、ファック

スで回収した。調査期間は2005年11月2日～14日である。最終的には62施設（回収率71.3%）から回答を得たが、ここでは期間内に回答を得られた60施設についての集計結果を報告する。

調査内容は以下の通りである。

- 1) 大学名、施設名、大学の規模（学生数）
  - 2) 正課授業を主催する「開設権」の有無
  - 3) 施設教員の精神保健教育担当の有無
  - 4) 授業の対象学年・学部、および自殺予防に関する内容の有無、具体的なテーマ、内容
  - 5) 学生対象に正課外の自殺予防関連セミナー等を実施したか、具体的なテーマ、内容
  - 6) 教職員対象に学生の自殺予防関連セミナー等を実施したか、具体的なテーマ、内容
  - 7) 意見・今後の予定など（法人化の影響など）
- 本報告ではこのうち4)～7)を中心に扱う。

### C-5-3. 結果

大学の規模は、大規模校（6,000人以上）30校、中小規模校（6,000人未満）30校であった。正課授業として精神保健関連の授業を行っている大学は43校（72%）、行っていないのは17

校（28%）であった。大学の規模別で見ると、大規模校では授業あり77%、中小規模校では授業あり67%であった。対象学年は1年生（52校、86%）が最も多かった（図4）。全学部を対象としている大学は68%であり、大規模校では87%、中小規模校では44%であった。

次に、自殺予防教育の実施状況についてみる。正課授業で精神保健教育を実施した43校のうち、自殺予防についても扱った大学は23校（54%）であり、大規模校では67%、中小規模校では37%であった（図5-1）。正課授業で自殺予防教育を行ったと回答した施設のうち、その内容について記載のあった21施設の回答を表5-1に要約する。

正課外に、学生対象のセミナー等で自殺予防について扱った大学は15校（25%）であり、大規模校では20%、中小規模校では30%であった（図5-2）。正課授業であると否とを問わず、何らかの自殺予防教育を実施した大学は、60校（43%）であった。正課外で自殺予防教育を行ったと回答した施設のうち、その内容について記載のあった15施設の回答を表5-2に要約する。

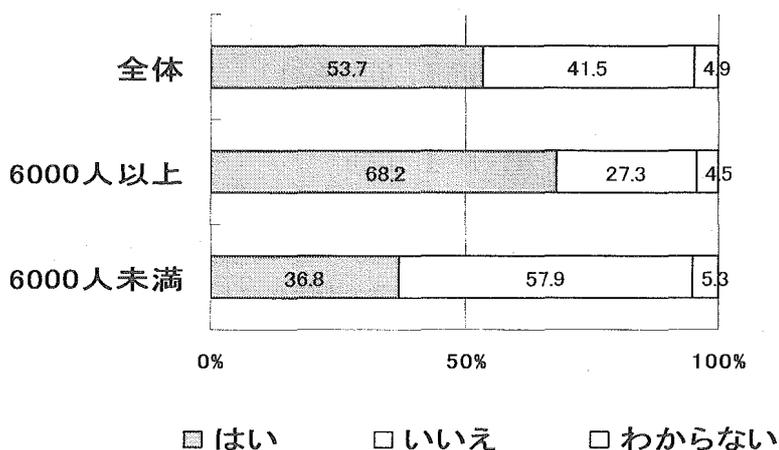


図5-1 正課授業で自殺予防を扱った大学の割合

表 5-1 正課授業における自殺予防教育の内容

---

「メンタルヘルス概論」(信州大) うつ病、死にたいと相談された時の対応  
 自殺の現状、危険因子(茨城大)  
 精神科医による心の病気の対処法(岡山大)  
 文化とところの病(和歌山大)、  
 「精神保健学」(埼玉大)  
 悩んでいる友人の専門機関へのつなぎ方(広島大)  
 「精神保健Ⅰ」(福島大) 自殺全般、学生の自殺予防  
 各病態における自殺について(鹿児島大)  
 「衛生・公衆衛生学」の一部として(鳴門教育大)  
 自殺の心理、群発自殺等(岩手大)  
 自傷行為・自殺企図についての対応(新潟大)  
 「心の健康」(長崎大)  
 学生時代の心理的問題への対処(熊本大)  
 自我同一性、青年期混乱で生きる意欲を失うことがある(福井大)  
 「臨床精神医学入門」(愛媛大)  
 自殺の一次、二次、三次予防(北大) 北大の自殺統計  
 希死念慮を抱く人への対応、うつ病、抑うつ状態について(農工大、東工大)、  
 抑うつ、うつ病の中で少し自殺に触れた(香川大)  
 生老病死(山口大)  
 自殺者数の推移、その原因について考えさせる(豊橋技術科学大)、  
 学生のメンタルヘルス(佐賀大)  
 自殺予防(保健科学論、京都教育大)

---

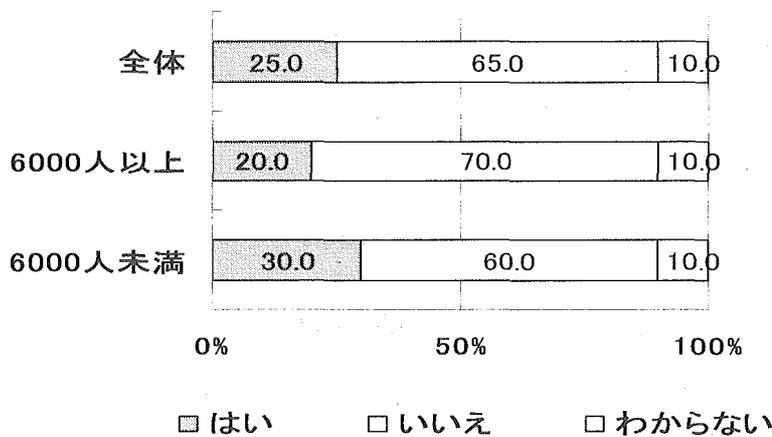


図 5-2 正課授業外で学生対象の自殺予防教育を実施した大学の割合