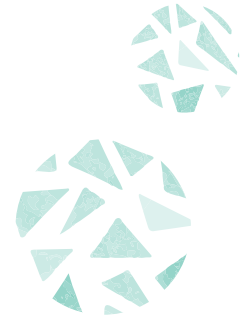


第 1 回 2024.02.10

「大学生のメンタルヘルス・ 自殺予防対策について」



白鳥 裕貴 氏

筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学講師 / 筑波大学保健管理センター精神科

米国の心理学者ジェフリー・アーネットは、大学生を含む 18 歳から 29 歳の年代を「Emerging Adulthood」(成人形成期)と名付けました。そして、この時期の特徴として、アイデンティティの探索、宙づり、可能性、自己焦点化、不安定さ、などを挙げています。

アイデンティティというのは、自分たちが何であり、何になるのか、ということです。宙づりというのは、青春期ほど未熟ではないけれど、大人としての知見を身に着けているとは思えない、宙ぶらりんの状態にあるということです。可能性という意味では、人生の目標がまだしっかり見えない年代であり、将来の夢は開けていても、目の前のこととして自分のニーズや望みに焦点を当てる必要がある時期です。そして、様々な人生の進路について試してみるような、不安定さもある年代。これを「Emerging Adulthood」と言います。

このように、大学生の頃は人生という意味でも大事な時期なのですが、精神医学の観点で見ると、色々な疾患の初発の時期と重なります。例えば、衝動コントロールの障害である ADHD は、診断基準上の中央値としては 7 歳から 9 歳くらいで初発しますが、思春期を過ぎてから顕在化してきます。また、恐怖症や分離不安症は 7 歳から 14 歳、パニック症は 25 歳から 53 歳、感情障害は 25 歳から 45 歳、薬物使用障害は 18 歳から 29 歳、精神病性障害(統合失調症など)は 15 歳から 35 歳が初発の時期となっていて、大学生の頃は精神疾患を非常に発症しやすいのです。

筑波大学は学生支援体制として、学類(学部)や大学院の専攻など各教育組織に学生支援対応チームがあります。専門的な窓口としては、総合相談窓口、保健管理センター、女性支援や障害支援などを行う BHE(ヒューマンエンパワメント推進局)があります。それぞれが連携を図りながら、学生や保護者のメンタルヘルスに対する問題に対処しています。

本日は自殺予防がテーマですが、若者の自殺率はコロナが流行った頃から上がり、問題となってきました。2022 年の国立大学生(学部生と大学院生)の自殺死亡率をみると、人口 10 万人あたり 10 人前後になります。これは同世代の全体と比べるとやや低くなっています。

自殺率は年齢が上がると上がるのですが、若者で特に問題になってくるのは、死因における年齢階級別順位です。これを見ると、10 歳から 39 歳までの各年齢階級(5 歳刻み)で、死因の 1 位が自殺となっています。40 歳から 49 歳で 2 位(1 位はがん)、50 歳から 54 歳では 3 位(1 位はがん、2 位は心疾患)となり、55 歳以上になると 3 位以下になります。

こうした社会的状況のみをみて、自殺総合対策大綱が作られています。2007 年 6 月に策定され、2012 年から 5 年ごとの改定が規定されています。最近では 2022 年 10 月 14 日に改定になりました。子ども・若者の自殺対策は、この新たな大綱の改定ポイントの一番上に記され、社会的なトピックになっています。

自殺予防の考え方にふれる前に、まず予防の概念に

ついてご説明します。予防には一次予防、二次予防、三次予防の三段階があります。一次予防は、基本的には健康な人に対して、健康を増進して疾病の発生を防ぐ取り組みです。二次予防は、リスクのある人を対象に早期発見・早期治療を図る取り組みです。例えば、がん検診などが早期発見という意味では該当します。三次予防は、発生してしまった後に再発や悪化を防止するものになります。治療的なものも含まれるのが三次予防です。

自殺対策としては、こころの健康づくりや啓発活動など、こころの健康増進に関することが一次予防になります。一次予防と二次予防の間に、早期発見の方法やいざという時の対応を学ぶゲートキーパー養成があります。二次予防としては、うつ病の早期発見・対応があります。また、これも自殺につながりやすいアルコールや薬物の使用に関しては、依存症を防ぐことが二次予防になります。自殺の三次予防は、既遂が起ると再発防止はできませんので、自殺未遂者や残された人たちのケアといった事後対応になります。WHOによると、自殺者がひとり出ると6人くらいが影響を受けると言われています。

予防の中には、コミュニティモデルとメディカルモデルという考え方があります。コミュニティモデルは、地域において健康な人を対象に行う自殺予防活動です。啓発・教育とスクリーニングが中心になります。メディカルモデルは主に病院で行い、リスクの高い疾患に対して行う自殺予防です。うつ病対策、自殺未遂者対策、アルコール依存症対策などをやっていきます。

自殺はうつ病以外でも起こりますが、うつ病モデルを使うと一般の人でも自殺について理解しやすくなります。まず、リストラ、倒産、借金、離婚、病気などのライフイベントが起こります。これだけでも落ち込むわけですが、さらにサポートの不足や社会的絆の喪失があると、うつ状態になり、これが加速していくと自殺という結果につながってしまいます。これが自殺のうつ病モデルです。こうした段階ごとに、社会的対策、福祉的対策、精神医学的対策が取られることになります。

大学での自殺予防対策は、コミュニティに対する対策と、うつ病などを抱えている人に対する個別対策と

があります。一次予防と二次予防の間にあるゲートキーパーとは、門番を意味していて、危険を示すサインに気づき、適切な対応ができる人のことです。身の回りの人が悩みを抱えていたり、体調が悪かったりすることに気づいたら、話を聴いて適切な相談機関につながります。ゲートキーパーの活動は、数少ないエビデンスのある自殺対策のひとつです。

ゲートキーパーがどんな対応をしていくかという、変化に気づく、声をかける、話をじっくり聴く、という順番で進めていきます。そして、自殺をとどめているもの（防波堤）を探し、安全を確保しながら適切な医療機関につながります。この一連の対応を1回やったら終わりということではなく、その後のフォローを含めて対応していきます。

自殺前には、多くの人がサインを示すと言われています。それは、「死にたい」「生きているのがいや」「生きていく価値がない」などの直接的な言葉であったり、自殺未遂・自傷行為・遺書・身辺整理（お世話になった人にあいさつに来るなど）といった行動であったり、抑うつ的（表情があまりない、俯しがちになる、涙を流す）・感情易変（感情のコントロール低下）などの表情変化であったりします。これらのサインに気づいたら、「本人に直接（誰かを介してではなく）、段階的に問いかける」「いたわりや心配の気持ちを示す」ということが大事になります。

大学生で要注意なのは、成績不振、休学・長期欠席、復学・留年時、友人がなく孤立、卒業年次に就職・進学の意味がはっきりしない、卒論の進行が遅い、精神科受診歴がある、などの場合です。もし、こうした情報があればご注意いただく必要があるかもしれません。

次に、見つけてどう対応するかということですが、これに関してはなかなかエビデンスがありません。そのため、どういう状況になったらどんな対応をする、というのを、ある程度は計画立てておくとうよいと思います。もし落ち込んでいる人がいたら、その計画を本人と共有します。例えば、声をかけた時に「もう駄目だ」「死んだほうがましだ」と言っても、具体的な計画はない時は、危機レベルとしては比較的低いかもしれません。この場合は、カウンセリングを受けるとか、

信頼できる人に話を聞いてもらいましょう、という対応が良いと思います。

死にたい気持ちがあり、その計画を立てているが、直ちに自殺するつもりはない場合は、中程度の危機レベルと判断し、精神科治療を促していただくのが良いと思います。具体的な自殺の計画があり、その方法も手にして直ちに自殺する危険がある、あるいは企図した、という場合は、大学生でしたらご家族に連絡して、緊急に保護する形になると思います。

それでは、死にたいという学生に実際にどう対応すればよいのでしょうか。「出来るだけ早く、本人と直接静かに話し合う機会を設ける」「聞き手自身の価値観は交えずに学生の訴えを傾聴する」「ひたすら本人のことが心配で、なんとかしたいと真剣に考えていることを繰り返し伝える」「友人や家族に付き添ってもらうなどして、事故のないように見守る」「自殺の手段となるようなものを身近から遠ざける」「精神病が疑われたり対応に苦慮する場合、迷わず保健管理センターに相談」といった対応が大事になります。

しかし、「死にたい」と打ち明けられたら動揺してしまう人が多いと思います。その際の考え方としては、「誰でもよいから打ち明けたのではない」「その人は生と死の間を揺れ動いている」「時間をかけて訴えに傾聴する」「沈黙を共有してもよい」「話をそらさない」「安易な激励をしない」「批判をしない」「世間一般の価値観を押しつけない」「悩みを理解しようとする態度を伝える」「十分に話を聞いた上で、他の選択肢を示す」ということが重要になってきます。

「きっと良いレポートが書けるよ」などの良いアドバイスをしたくなるとは思いますが、落ち込みが強い人は否定したり、拒否したりしてしまうので、そのような時は受け入れる余裕がないと考えて、話をしっかり聴いていただくことが大事になると思います。

今まさに自殺しようとしている学生を見つけた時は、どうすればよいのでしょうか。まず、物理的阻止を行います。行動を抑制する、そばにびったりついて目を離さない、危険物を遠ざける、複数で対応する、などの対応です。そして、心理的阻止を行います。受容的態度でまず本人の訴えを傾聴する、時間をかける、

説得や助言は後回しにして、心配なのでなんとかしたいと真剣に考えていることを繰り返し伝える、などの対応になります。

次に、専門機関受診の勧め方についてお話しします。まず、相談や精神科受診は恥ずかしいことではないと伝えます。その際に、本人自身が最も苦痛に思っていることを取り上げて勧めます。身体的不調（眠れない・食欲がない・朝起きられずに学校に行けないなど）があれば、それを理由に勧めるのがよいですし、大学生の場合は教官が客観的に把握できる学習面の問題を指摘して、受診を勧める方法もあります。緊急時には、保健管理センターの学生相談室や、時間外ならば附属病院の精神科の当直などが相談にのってくれます。

筑波大学の場合、友人、家族、指導教官、サークル顧問らが利用できる相談機関としては、スチューデントプラザ（よろず相談）、学生相談室（心理的相談）、保健管理センター精神科（精神症状評価）、附属病院（医療的問題）、学生支援室（緊急対応）、留学生センター（外国人対応）があります。普段から地域の精神保健機関との連携を考慮しておくことが大事です。

次に、コミュニティ対策についてお伝えします。大学生の問題は、大学という文脈で起こってきます。まず、学生自身の物の見方や考え方・とらえ方、家庭的な状況、性格的な特徴、病気などがあり、そこに、授業・単位・研究、教職員・友人、サークル、進路・就職、経済的状況、などの大学環境（学生生活）が関わってきます。こういう部分が重なって、学業不振、心身の問題・病気、ひきこもり、ハラスメント、事件・事故、などの問題が起こってきます。そのため、大学の環境にも働きかけていくコミュニティ対策が全学的な対策として重要になります。

大学における自殺対策は、次のように整理できます。

一次予防（自殺する気持ちを防ぐ）

- ・学生向け啓発キャンペーン
- ・ピアサポート教育
- ・教職員向けFD研修
- ・学生相談によるカウンセリング
- ・自殺予防教育

二次予防（自殺行動を防ぐ）

- ・UPI、PHQ、K10 などを用いたスクリーニング
 - ・ゲートキーパー研修プログラム
 - ・ハイリスク学生へのアウトリーチ
 - ・精神科による治療
- 三次予防（さらなる自殺行動を防ぐ）
- ・家族・友人へのサポート活動
 - ・群発自殺の予防活動
- その他
- ・物理的対策（高い所に出にくくする工夫・窓が大きく開かないようにするなど）
 - ・SNS 対策

以上のような対策が米国など海外でも行われています。例えば、JED 基金というものがあります。JED さんという大学生が自殺されて、その親御さんが立ち上げた基金です。この基金が推奨する大学の自殺対策では、ライフスキルを高める、つながりを啓発する、高リスク学生を見出す、援助希求行動を増やす、精神科支援を提供する、危機管理手順に従う、危険な手段を制限する、といったことが行われています。

筑波大学の従来の自殺予防対策は、1982 年、他大学の教授が工学系棟の屋上から飛び降りたことをきっかけに、短期間の間に学生の自殺が相次いだことから始まりました。工学系棟の対策、学生相談内に 24 時間体制の電話を設置、「自殺予防のために」というマニュアルを作成し教職員に配布、厚生補導審議会の中に「こころの健康委員会」を設置、学生相談活動の充実、学生相談 PR を新聞その他の広報誌に掲載、「筑波大学新聞」「Students」などに自殺予防の記事を掲載、などが行われました。

その後も自殺予防の活動は続き、自殺学生実態報告（2009 年）、休学実態調査（2010 年）、学生支援対応チーム設置（2010 年）、学生支援対応マニュアル作成（2012 年）、学生ゲートキーパー研修（2012 年）、学生健診うつスクリーニング（2012 年）、留年生向けの学生リスタートプロジェクト（2012 年）、自殺リスク高層建物評価（2013 年）、ハイリスク学生アウトリーチ（2019 年）、休学留年生サポート（2019 年）などを実施してきました。

また、学生担当副学長のもとに組織した学生こころの健康委員会では各組織の連携を図り、学生支援対策

チーム設置、学生支援 FD 実施、ポストベンション体制の強化など、自殺対策 WG で具体案として提言された施策を行っています。こうした中で、休学・復学が自殺のリスクになることがわかり、休学・復学リーフレットを作成しました。あるいは、自殺予防教育の一環として、メンタルヘルス・リテラシーの構成要素に基づいたスライドを作成しています。60 分程度で実施可能な講義と、ロールプレイを行います。これは今、医学類（医学部）の 2 年生に対して実験的に行っています。

最近始めたものとしては、健康診断時のこころの健診調査があります。うつ病の指標を用いてスクリーニングを行い、うつ病のリスクが一定以上になったら呼び出します。そして精神科医が面接をして、診療継続が必要かどうかを判断します。スクリーニングの時は落ち込んでいたけれど、会ってみたら大丈夫だったという人もいますので、その場合は診療終了になります。

このようなコミュニティの対策は、自殺対策に留まらず、キャンパスの多彩な問題に対応できるメリットがあります。休学・留年生対策を行うと学生間につながりが強化され、飛び降り対策は学内の安全対策になります。自殺予報教育は、コーピング（ストレスにうまく対処するための行動）、ピアサポート学習、メンタルヘルス・リテラシーの改善、ダイバーシティ（マイノリティでも快適に過ごせる多様性）にもつながります。これによって、学生さんが就学しやすい環境をつくることができます。自殺対策は「死なないように」ということで止まるのではなく、学生さんが生活しやすい環境を導き、大学というコミュニティ全体の改善につながります。

先ほどご紹介したこころの健診の結果を踏まえ、最近の傾向として、コロナ禍のうつ・自殺念慮について簡単にふれておきます。COVID-19 に関連するこころの問題としては、ウイルス感染に関連する問題（恐怖・不安・怒り・燃え尽き・悲嘆）、感染対策に関連する問題（孤独・抑うつ・退屈・無感動・疎外感・分離）、感染拡大に関連する問題（不況・風評・スケープゴート・偏見・差別・スティグマ）が挙げられます。こういう状況の中で、こども、学生、女性、感染者、高齢者、精神障害者、医療・介護従事者、経済被害者などがこころの問題のハイリスク集団になりました。

児童生徒は、コロナ禍で学校が休校や閉鎖になったことで、抑うつ、不安、孤立が高まっていました。また運動の制限や不規則な睡眠、オンラインへの耽溺なども影響し、抑うつ、無感情、怠惰、学習格差、自傷行為などが引き起こされました。家庭内では、親の虐待・暴力・アルコール乱用・AV鑑賞などが増えていきました。

私たちのグループで行ったコロナ禍の年代別心理状態をみると、うつや不安は若い世代の方が多くなっていました。病気そのものに対する恐怖は年齢が上がるほど若干高くなりましたが、外傷後ストレスは高齢者の方が少なくなっていました。感染対策の影響は、若い世代の方が多く受けていたということ、この結果は反映しているかもしれません。

大学生の自殺者数は、コロナ前の2019年と比較すると、2020年は年間を通して少し上がりました。3月や9月はもともと自殺者が増える時期なのですが、2020年もその時期にやはり増えて、通常の年よりもピークが高くなっていました。自粛が終わって対面の授業が増えるなど、環境が変化した時期に自殺者数が増えていました。

筑波大学では、こころの健診を毎年5月くらいに行っています。その結果、2020年にはPHQ-9が10点以上（抑うつが中等度以上）の学生が9.6%となるなど、コロナ禍で抑うつ的な学生が増えたことが分かりました。また、希死念慮を持つ学生もやや増えていました。具体的な症状としては、睡眠障害が特に増えていました。オンライン授業になって睡眠リズムが乱れ、それが抑うつにも影響したのかもしれません。

コロナの流行でオンライン講義が増えて、サークル・アルバイトの活動が縮小しました。それにより、コミュニティの弱体化や睡眠・覚醒リズムの乱れが起きてきたと考えられます。ただ、2021年にはすでに改善傾向がみられ、若い学生たちの適応は早かったように思います。オンライン授業が増えた時期には、それで落ち込む学生もいれば、かえって単位を取りやすくなったという学生もいました。やがてオンラインが縮小して対面が増えると、喜ぶ学生もいましたし、逆に落ち込み始めた学生もいました。全体としてみると、変化が大きなストレスになることが分かります。

私は、筑波大学の保健管理センターで働くようになって8年くらいになります。この間、大学生と大学院生を合わせて973人を診察しました。まとめにかえて、その経験をお話します。

若者の声にどうこたえるか、というのは結構難しいなと感じています。論文を書けなくて落ち込み、「死にたい」などと訴える学生も、なんとか書き上げると元気になります。環境に対する反応性が良く、予後も良いので、精神的には軽症にみえることが多くあります。学生という身分ですので、基本的には誰か支援してくれる人もいます。知的にも高いのでリソースが多く、比較的恵まれている人が多いと感じます。

ただ、病理として軽いことと、苦悩の強さは別です。死にたくなってしまったり、自殺既遂になったりする人もやはりいらっしゃいます。こうした若者の悩みに答えるには、どうすればよいのでしょうか。生き方ということに関しては、医学的なものだけではフォローしきれないかもしれません。回復後の彼らの痛みを理解することや、ピアサポートが大事になってくるように思います。

生きるという行為はやり直しができず（不可逆性）、ひとつとして同じものがありません（予測不可能性）。こういう性質があるので、どうしても不安になりやすいのです。こうした不安にどう対応していくかという、他の誰かから許される、誰かと約束をする、ということが大事になります。では、誰が許すのか、誰と約束するのか、という時に、精神科医が「許します」と言ってもあまり意味がありません。孤立や孤独に陥りがちな中で必要なのは、許される相手としてのピア（仲間）です。仲間との関係によって絆が生まれます。関係をつくることは煩わしさも含むのですが、許し合う関係というのが孤立や孤独を防ぎ、居場所につながります。

このように私は、病院で臨床家として働きつつ、大学コミュニティに関わったり、教職員ゲートキーパー研修をしたり、ピアサポートを促進するようなグループを作ったりしています。このようなことが、大学ならではの仕事だと感じています。noteには実名で書いていますので、ご興味があればご覧ください。



女性の学生さんよりも男性の学生さんの方が自殺の数が多いのはどうしてですか

これは、自殺のジェンダーパラドックスと言われています。学生に限らず全世代、世界中で同じような傾向がみられます。男性の自殺者数は大体、女性の自殺者数の倍くらいになっています。パラドックスというのは、例えばうつ病の場合は女性が男性の2倍多いのに、自殺で亡くなる人は男性の方が多いため、そう言われます。この原因は、はっきりわかっていません。男性の方が致命的な手段を取りやすいとか、体格的な面とか、男性ホルモンによる攻撃性が働くのではないかとか、男性は援助希求が社会的に難しい環境なのではないかとか、言われています。男らしさというものがメインになると、助けを求めて弱さを見せることが難しくなるのかもしれない。それと比べると女性の方が柔軟で、困った時に仲間に相談しやすく、その結果、追い詰められて亡くなる所までいかに済んでいるのではないかなど、色々言われてはいます。ただはっきり分かっていなくて、非常に重要な観点だと思います。