

第 2 回 2024.02.24

# 「若者のためのメンタルヘルスリテラシー ～北海道大学での自殺対策～」

## 橋本 直樹 氏

北海道大学大学院 医学研究院神経病態学分野精神医学教室 准教授

私は北海道の出身で、生まれも育ちも札幌です。北海道大学医学部を卒業した後、東京で少しだけ内科の研修を受けて、北海道に戻りました。最初は地域の病院をまわり、2006 年から北大病院に勤務しています。そのうちの 3 年間（2011 年から 2013 年）は北大保健センターでの仕事もさせていただきました。

本日はまず、大学生の自殺に関する全般的な事項についてお話をさせていただきます。その後、北大で行っている研究を 2 つご紹介したいと思っています。

日本は、先進国の中でも非常に自殺の多い国です。年間自殺者数は、以前は 2 万人くらいで推移していましたが、バブル経済が崩壊した後、1994 年くらいから増加が始まりました。そして 1998 年の金融危機の年に、一気に増えて 3 万人台になりました。以後も 3 万人の高止まりが続く中で、2006 年に自殺対策基本法が制定されました。

その後、様々な政策が行われて、2010 年頃から自殺者数は減少に転じました。そして、およそ 10 年かけて 2 万人のレベルまで戻ってきました。しかし、2020 年に新型コロナの流行が始まり、また少し増加して 2 万人前後で推移している状況です。

大学生を含む「児童生徒及び学生等の自殺者数の推移」をみると、大学生の自殺者数の増減は、一般の人と概ね同じ傾向をたどってきました。減少に入るのは 2012 年からで、少しずつ減ってきていたのですが、2019 年に増加に転じた後、ここしばらくは微増の状況が続いています。一方、高校生や中学生の自殺は明

確な減少傾向がみられず、少しずつ増えているような状況が続いています。

日本の年齢階級別（5 歳刻み）の死因をみると、10 歳から 39 歳までの死因の第 1 位は自殺です。中でも 15 歳から 29 歳の年代では、死因の半数以上が自殺となっています。やはり学生年代の人々にとっては、自殺はたいへん大きな問題なのです。

自殺をどうしたら減らせるのでしょうか。重要な考え方のひとつが、自殺に関するプロセスの理解です。自殺は様々な要因が積み重なって起こり、しかも個人差の要素が大きい。でも、本当に自殺が近づいてくる最終ステップには、非常に重要な 2 つの因子があると言われています。1 つはサポートの不足、もう 1 つは精神疾患です。これらへの対応が、自殺を減らすために重要だと考えられています。

ここで、精神疾患と自殺の関係について確認しておきます。自殺既遂者の近親者から生前の様子などの聞き取りを行って、心理社会的な問題や精神疾患の有無などを後から調査する「心理学的剖検」という方法があります。計 76 の研究をレビューした 2003 年の論文によると、自殺既遂者の 9 割が、自殺直前に精神疾患の診断に当てはまる状態にありました。中でも多いのが気分障害で、6 割が診断基準を満たす状態にあったと考えられています。

サポートの不足も、この研究のデータからみてとれます。自殺既遂者の約 5 割は、自殺を行う時点で社会的孤立状況にありました。何らかのサービスを利用

していた人は全体の3割程度に過ぎなかったことが、データから示されています。

日本国内では、2007年から2015年間の自殺既遂者102例（34歳以下は30例）に対して、家族を対象とした聞き取り調査を行った心理学的剖検研究があります。この結果、全体の6割の人が、うつ病や気分変調症などの気分障害の診断を満たす状態だったと考えられています。34歳以下の人に限りても、この傾向は全体と大きく変わらず、うつ病の人が非常に多いとわかりました。ただ若い人の場合、不安症などの神経症や、統合失調症などの精神病が占める割合が少し高くなっています。このように自殺を行う前には、何らかの精神疾患の診断基準を満たす人が多く、中でも気分障害が多いということが、国内外の調査で確認されています。

サポートの不足について、精神疾患の受診率という点からみていきたいと思います。うつ病患者の外来受診率に関する調査をご紹介します。2002年から2006年と、2013年から2015年の2回、同じ研究グループによる調査が行われ、結果が報告されました。2回目の調査では、うつ病にかかっているにもかかわらず医療機関を受診していない人が減少（78.4%から60.6%に減少）しましたので、状況は改善しているようにみえますが、それでもなお、うつ病の人の3分の2は医療機関を受診していないことになります。また、うつ病になって精神科を受診する人は2回目の調査でも4分の1（24.2%）に過ぎないことがわかりました。このように、精神科受診はまだハードルが高いことが示されています。

自殺を考えた時の相談先については、「相談したことはない」が全体の3分の2（60.4%）を占め、「相談したことがある」は全体の3分の1程度（32.7%）でした。相談したことがある人の相談先は、友人、同居の親族（家族）、周囲の親族（家族）以外の親族、の順になっています。自殺を考えるほど追い込まれた時はなかなか相談できませんし、相談したとしても専門家への相談にはつながり難いことがみとれます。

続いて、2021年に内閣府が行った「自殺対策に関する意識調査」の結果をご紹介します。過去1年以内に自殺を考えた人を対象に、自殺を思いとどまった

理由を尋ねたところ、「身近な人が悲しむ」「我慢した」「趣味などで気を紛らした」の順で多く、「身近な人に相談」はようやく4番目に出てきました。「専門家に相談した」となると更に順位が下がり、7番目です。1割ほどの人しか専門家に相談できていなかったのです。このような調査からみてとれるのは、うつ病や死にたい気持ちに対して、一般の人たちが正しい知識を持ち、正しく対応することの必要性です。

精神疾患やサポート不足への対応の重要性は、大学生の自殺に関する調査からもわかります。23年間（1989年から2011年）の国内大学生を対象とした全国調査の結果によると、自殺既遂者は男子992人、女子234人の1226人（10万人あたり14人）となりました。このうち、保健センターが事前に関与できた学生は196人（16%）に過ぎず、サポートが行き届いていない状況がみとれました。

精神疾患の診断を受けていた学生も201人（16.4%）と少ないのですが、これは精神疾患が少ないということではありません。この調査は心理学的剖検のようなものではなく、自殺した学生が精神科にかかっていたかどうかを単純に尋ねただけですので、精神科受診に到達できていない学生が多いことを示す数字とみるべきだと思います。受診していた201人の中で見ますと、やはり感情障害が90人（44.8%）で最も多く、精神病圏53人（26.4%）、神経症圏37人（18.4%）と続き、おおむね先行研究と同様の結果が出ています。結論としてこの論文の著者らは、大学生への介入は僅かしか行われておらず、予防的な努力が必要だと述べています。

若者の自殺について、ここまでの話をまとめると次のようになります。

◎日本において、大学生を含む若年成人の死因の第1位が自殺であり、その背景にはメンタルヘルスの問題が認められる

◎うつ病をはじめとした精神疾患は適切な介入によって回復可能であるが、援助希求行動を取る人は少ない

◎死にたい気持ちを周囲に相談できる人も少なく、サポートの不足がある

◎ハイリスク群を適切に同定、発見し、早期の介入を行うこと、そのために非専門職を含めた若者の周囲に

いる人がメンタルヘルスリテラシーを高めることが必要

メンタルヘルスリテラシーというのは、精神疾患に関する知識や対応の知識を教養として備えている、というような状態を指します。こうしたことがやはり重要だと考えられるわけです。

以上のような観点から、北海道大学では保健センターと北大病院精神科神経科が協力して、20年以上にわたって学生の自殺予防の取り組みを続けてきました。まず1次予防として、入学者全員にスクリーニングの質問用紙を配っています。抑うつ状態に関する自記式の調査票 (PHQ-9) や、メンタルヘルスに関する自記式の調査票 (K-10) などを使用しています。回収してその結果を見て、メンタルヘルス不調のリスクがあると思われた学生さんには、保健センターから手紙を出して受診の勧奨をしています。

実際に受診してくれた学生さんには、精神科医が保健センターで診察をして、必要に応じて心理学的な介入を行ったり、精神医学的な介入を行ったりします。また、学生さんに普段から接する大学の事務職員や教職員を対象に、ゲートキーパー研修を行っています。残念ながら学生さんが自殺を既遂してしまった時には、さらに3次予防として、同じサークルの友達のような関係者への心理的ケアや個別対応などを行っています。今日はこの中で、スクリーニング、リスクアセスメント、心理学的介入の部分と、ゲートキーパー研修に関して、少しご紹介します。

まず、スクリーニング、リスクアセスメント、心理学的介入に関する研究をご紹介します。北大では、先ほどお話しした自記式の調査票を入学時に配っています。この段階では、後から説明しますが TCI という調査でわかるキャラクターと、PHQ-9(抑うつ状態)との関係を見る研究 (study1) を行っています。ハイリスクの学生さんには受診勧奨を行い、保健センターを受診してくれた時には、もう少し細かい評価尺度による評価を行います。それに基づいて、自殺念慮(死にたい気持ち)と自尊感情の関連をみる研究 (study2) を行っています。

また、進路選択の時期にあたってメンタルヘルスの

不調が多くなる4年生の時、調査票をもう一度配ってアンケートを行っています。この結果を用いて、入学時の TCI の結果と4年後の PHQ-9 の関連をみる研究 (study3) もしています。それから、残念ながら自殺既遂が起きてしまった場合は、保健センターにも連絡が入りますので、自殺既遂状況と入学時の TCI の関係を見る研究 (study4) も行っています。今回は時間の関係で、study4 の詳しい説明は割愛します。

TCI (Temperament and Character Inventory) は、パーソナリティに関する質問紙で、クロニンジャーのパーソナリティ理論を基に作成されています。日本語版は125項目の4件法を用いており、大学生を対象とした時の信頼性、妥当性も既に報告されています。クロニンジャーはパーソナリティに関して、遺伝的に規定される気質と、成長過程で形成される性格という2つに分けて評価することを提唱しています。私たちの研究の中では気質と性格の双方と、「死にたい気持ち」あるいは「自分を傷つけたい気持ち」との関連をみていますが、本日は性格の方の結果をみていきたいと思えます。

性格の中には、自己志向、協調、自己超越というものが、それぞれのレベルが規定されています。自己志向とは、自律的な自己の確立度合いをみるものです。協調とは、社会との統合性がどのくらい進んでいるかをみるもの。自己超越とは、自然や宇宙との統合的な部分を見る評価尺度になっています。この評価の結果と死にたい気持ちとの関係を、私たちのテーマとして研究しています。

入学時の PHQ-9 と TCI との関係のみた横断研究 (study1) では、自己志向性や協調性が高まると、死にたい気持ちを持つ人の割合が減ってくるわかりました。逆に言うと、死にたい気持ちを持ちやすい人は、自己志向性や協調性が低いことが研究の結果からみてとれました。

この部分に関しては、縦断的な評価も行っています。それが、入学時の TCI と4年生時の PHQ-9 との関係のみた横断研究 (study3) です。入学時の TCI が、3年後の「死にたい気持ち」をどれくらい予測するか、をみています。その結果、入学した時に自己志向性や協調性が低い学生さんは、4年生になっても死にたい

気持ちを持ちやすいことがわかりました。

また、保健センターを訪れた学生さんに対して、自殺念慮と自尊感情の関連についての詳細な評価を行った研究 (study2) では、健康な人とうつ症状のある人とは自尊感情に差があることがわかり、更に、死にたい気持ちがある人とうつ症状がある人との間でも自尊感情に差があることがわかりました。ですので、うつ症状があっても死にたい気持ちがある人は、うつ症状があっても死にたい気持ちはあまりない人と比べて、自尊感情が低いのではないかと考えられるのです。

先にご紹介したように、死にたい気持ちがある人は自己志向性が低いのですが、自己志向性は5つの尺度に分かれています。その中で特に注目したのが、自己受容という尺度です。「自分はこれでいい」と自分自身を受け入れる気持ちが小さいと、死にたい気持ちが強くなっていました。これは横断的にも縦断的にも示されました。

これらの結果をまとめると次のようになります。

- ◎自殺は多要因により生じる複雑な現象で、様々なリスクファクターや心理的な特徴が知られており、介入ポイントを絞ることが困難である
- ◎しかし、今まで我々が行ってきた研究では、自殺念慮は自己志向性の低さや自尊感情の低さと一貫して関連しており、自己評価（自己認知）が重要な介入ポイントとして浮かんできた
- ◎自己志向と自尊感情は自己受容の概念を含んでおり、自己批判が強く、自己受容できないことが、自己破壊的な思考に結びつくと推測される
- ◎自己評価（自己認知）の修正が自殺念慮の低減に有効である、という仮説を立て、検証する必要があると考えられた

そこで我々は、保健センター受診者を対象とした介入研究を開始しました。自己認知（自己評価）の修正による自殺念慮の低減を図る心理教育プログラムを開発するため、このプログラムを「自己評価の修正による自殺予防心理教育プログラム」と名づけました。自尊感情 (Self-esteem) に加え、Self-compassion の概念を取り入れた教育内容となっています。基本的にはセッションは週1回、計4回だけですので、1か

月くらいで終了する短期の介入になります。PHQ-9の9番目に自傷または自殺念慮について尋ねる項目があり、ここで1または2と回答した大学生と大学院生が対象になります。

PHQ-9は0から3まで選択肢があります。0は、死にたい気持ちや自分を傷つけたい気持ちが「全くない」ので、対象外になります。また3は、死にたい気持ちや自分を傷つけたい気持ちを「ほとんど毎日」感じているので、こちらも研究倫理上の問題から対象外になります。そのため対象となるのは、死にたい気持ちや自分を傷つけたい気持ちが「時折」あるいは「1週間の半分くらい」ある1と2の人になります。待機群とすぐに介入する群に分けて、対照研究を行うRCT(ランダム化比較試験)デザインになっています。

先ほど出てきたセルフ・コンパッション (Self-compassion) は、マインドフルネスの概念に着目して開発されました。苦痛や心配を経験した時に自分自身への思いやりの気持ちを持ち、否定的経験を人間共通のものとして認識し、苦痛に満ちた考えや感情をバランスが取れた状態にしておくこと、と定義されています。

例えば、苦痛や心配を友達が経験していて、その人が「自分が悪いからだ」と考えている時は、私たちは当然、その友達を励まして支えます。「そんなことはないよ」「つらい経験は誰でもする」「あなたが悪いからではない」などと励ますわけです。そうしたバランスの取れた考え方を自分自身にも当てはめられるようにする力が、セルフ・コンパッションです。この考え方も自殺予防のために非常に重要だろうということで、プログラムの中に取り入れています。

実際のプログラムでは、1回目に「自尊感情/セルフ・コンパッションに関する心理教育」を行います。他人と比べることの弊害、本来の自尊感情、人間の基本的な価値、などを伝えていきます。2回目は「自己認知の歪みの修正」。抑うつ状態であったり、死にたいと思ったりする人は、自己に関する認知が歪んでいますので、この部分に焦点を当てた認知再構成を実施します。3回目は「自己批判に関する検討」です。2回目との流れで行いますが、認知の歪みが自己への不当な批判を自分の中に巻き起こしているため、自己批



判の程度を改めて確認してもらって、その上で、自己批判に対する方策を検討していきます。4回目は「まとめ」です。自己認知について学んだことを振り返り、自殺予防について紹介するセッションになります。この4回のセッションを学生さんに行い、死にたい気持ちがどれくらい減ってくるかをみる研究を今行っています。成果が出た暁には、学会発表や論文等で皆様の目にふれる機会もあるかと思えます。

ここから先は、事務職員や教職員を対象としたゲートキーパー養成研修についてご紹介していきます。ゲートキーパー (Gate keeper) とは、より専門的な部門の受診が必要かどうかを判断して、そこにたずねる人、と考えられています。気づき、傾聴、つなぎ、見守り、という4つの働きが想定されています。気づきは、家族や仲間の変化に気づいて声をかけること。傾聴は、本人の気持ちを尊重して耳を傾けること。つなぎは、早めに専門家に相談するように促すこと。見守りは、温かく寄り添いながらじっくりと見守ること、とされています。

ゲートキーパーの役割は、国が自殺対策を進める中で非常に重視されています。2006年に自殺対策基本法ができた時、その法律に沿って施策を行う際の政府の方向性を示した自殺総合対策大綱が作られました。2007年に提示されて以降、5年に一度改定され、2022年が最新版です。この大綱では2007年の当初から、「国民一人ひとりの気づきと見守りを促す」（自殺や自殺関連事象等に関する正しい知識の普及・うつ病などについての普及啓発）、「自殺対策に関わる人材の確保、養成及び資質の向上を図る」（教職員に対する普及啓発・ゲートキーパーの養成）という項目が挙げられています。国が自殺対策を進める中で、一貫してゲートキーパーの養成が行われてきたのです。

そして、様々な資材を使った啓発活動が展開され、中核的な技法としてメンタルヘルス・ファーストエイド (MHFA) が採用されました。これは、メンタルヘルスの問題を抱える人に対して、専門家に相談するまでの間に、家族や友人、同僚など、そばにいる身近な人が行う「こころの応急処置」です。適切な専門的治療につなげるか、メンタルヘルスの危機状態が解決するまで提供されます。このプログラムは、受講によって治療者になることを目的としているわけではありま

せん。症状を正しく認識し、初期支援を提供して、適切な専門家にいかに繋げるかを学ぶプログラムです。

MHFA はオーストラリアで始まったプログラムなので、コアラがキャラクターになっています。看護師の Betty Kitchener さんと、公衆衛生の研究者の Anthony Jorm さんのご夫婦が 2000 年に開発して、海外でも普及しました。2017 年の時点で、世界で 200 万人が受講するなど、非常に大きなプログラムに育っています。米国ではミシェル・オバマ元大統領夫人が先頭に立って MHFA の普及のための大規模キャンペーンを実施しました。また英国では、テリーザ・メイ元首相が現職の時、国としてメンタルヘルスの差別対策を行う上で、学校、職場での MHFA 研修を実施すると発表しました。英国王室も関心を持っており、ウィリアム皇太子たちが MHFA に関連する積極的なメッセージを発信してきました。

日本国内には MHFA JAPAN というグループがあり、導入を進めてきました。岩手医大精神神経科教授の大塚耕太郎先生や、九州大学精神科神経科准教授の加藤隆弘先生たちが中心となってチームが生まれ、私も誘っていただいて当初から参加しています。2007年にメルボルンで世界精神医学会 (WPA) が開かれた時、みんなでオーストラリアに行って Betty 先生の MHFA を受講し、指導者の資格をいただいて日本で普及活動を始めました。その後も活動を続けておりました。2014年には再びメルボルンを訪れました。「メンタルヘルス・ファーストエイド こころの応急処置マニュアルとその活用」(創元社)という本も出しています。この MHFA を基にして、国内では教職員や事務職員の方々に講習を行ってきました。この講習では最初に、みなさん自身にゲートキーパーになって欲しいのです、ということをお伝えしています。

MHFA には次の 5 原則があります。

- 「り」 声をかけ、リスクを評価し支援を始めましょう
- 「は」 決めつけず、批判せずに話 (はなし) を聞きましょう
- 「あ」 安心 (あんしん) につながる支援と情報を提供しましょう
- 「さ」 専門家のサポートを受けるよう勧めましょう
- 「る」 その他のヘルプやセルフヘルプ等のサポートを

勧めましょう

それぞれを少し細かくご説明します。まず「り」、リスク評価について。自殺の方法について計画を練っているか、実行する手段を有しているか、過去に自殺未遂をしたことがあるか、を評価します。これらはいずれも、いま目の前にいて死にたい気持ちを訴える人が、実際に自殺行動を起こすかどうかを評価する上で、非常に重要なポイントになります。そして、「消えてしまいたいと思っていますか?」「死にたいと思っていますか?」とはっきりと尋ねてみるのが大切です。うつ病で心理的危機に陥った人に対応する場合も、自殺のリスクを評価することが重要になってくる、とお伝えしています。

一般の人が、自殺を考えている人の支援をしようと思う時に障壁になるのが、「本当に自分がその人の気持ちに踏み込んでいいのだろうか」「本人がどうしても死にたいと言う時に、それを止めていくことが本当に正しいのか」という迷いです。自殺を考えている人は、絶望感、孤立感、悲嘆、焦燥感、衝動性、強い苦痛感、無価値感、怒りなどの様々な気持ちを持っていて、死にたい理由は様々です。しかし、非常に共通している部分もあり、それが『死にたい』が100%ではない」ということです。

多くの人は、「死にたい」けど「生きていたい」、「生きていたい」けど「もう死ぬしかない」という矛盾する2つの気持ちを抱え、その中で揺れ動いています。そのため、「助けてくれなくていい」などと、表面的には支援を拒否することが普通にありますが、その奥には揺れ動く気持ちがありますので、そこまで思いを至らせる必要があるといわれています。

続いて「は」、批判せずに話を聞きましょう、について。周囲の人がじっくりと話を聞くこと自体が、極めて重要な支援です。相談者はつらい気持ちや考え、体験していることを周囲に聞いてもらい、共感してもらうことを希望しています。そのため何らかのアドバイスをする場合にも、事前にこのステップを踏むことが重要になります。

自分の意見を差しはさまずに聞く。完全に聞き手にまわる。「聞く」というよりは「聴く」。自分の「耳」

と「目」と「心」を十分に傾けて聴く。このようなことが傾聴といわれています。その時は、ノンバーバルなコミュニケーションも重要になります。自然な笑顔を浮かべられること、相手の目線と同じ高さで目線を揃えられること、アイコンタクトがとれていること、軽く身を乗り出すような形で興味を示せること、うなずきやあいづちを適切に行って相手の話を聴いていることを示せること、そして全体を通して、相手の話を理解したいという気持ちを常に持つておくこと、などが重要だと考えられています。

次は「あ」、あんしんにつながる支援と情報を提供しましょう、について。その際にも伝え方が重要になります。尊敬と尊厳をもって接しましょう、責めないようにしましょう、現実的な期待を持つようにしましょう、などを強調しています。また提供することは、一貫性のある情緒的な支援と理解、正確で適切な情報源、リカバリーへの希望、実践的な支援、などが大事だとお伝えしています。

例えばうつ病の人に情報提供する場合は、次のようなことがポイントになります。うつ病は医学的な病気であり弱さや性格の問題ではないこと、うつ病は珍しい病気であること、怠け病ではないこと（うつ病はやる気を障害する病気）、効果的な治療法があること、医師やカウンセラーからよい助けを得られること、うつ病はなるにも治るにも少々時間がかかるけれど適切な治療を受ければきちんと良くなること。こうしたことが、うつ病の人に伝えるべきメッセージだと考えています。

それから「さ」、専門家のサポートを受けるよう勧めましょう、について。調子が悪そうな時には、病院や保健センターなどの受診を勧めてください。ただし相談先が、最初から心の専門家である必要はなく、身体科の医療機関も窓口になります。経済的な問題や生活上の事など具体的な問題を解決する窓口（役所、学生相談、大学事務、キャリアセンターなど）を勧めることも役立つかもしれません。何らかのサポートを得ることを勧めるステップになります。相手と一緒に考えた上で提案するなど、相手の気持ちに沿うようなサポートを勧めます。北大では、学生相談室、病院・クリニック、保健センターなどを、専門家がいない相談先として紹介しています。

それから最後の「る」、その他のヘルプやセルフヘルプ等のサポートを勧めましょう、について。アルコールをやめる、軽い運動をする、リラクゼーション法（ゆっくりと呼吸をする、力を抜く等）などを行うことで、メンタルヘルスの問題から生じる症状が緩和されることがあります。一緒に考えて、相手の気持ちに沿った、無理なく実行できるものにするのが大切です。「つらくなったら相談してね」「無理せずゆっくり休んでね」といった簡単な言葉かけが、セルフヘルプを進めることにつながります。

セルフヘルプでは、家族や友人の役割も重要です。例えば家族や友人は、評価や批判をせずに話を聞くことができますし、家族や友人でないと知れ得ない本人の生活への配慮ができる場合もあります。適切な専門家の援助を受けるように勧めることや、自殺の危険をチェックして必要なならばすぐに対処することもできます。周囲の人たちは、体の病気と同じようにお見舞いをするのも大切です。メンタルの病気を持つと、友達が離れて行ってしまふことを当事者たちはしばしば経験しますので、ふっうにお見舞いしたり、電話をかけたりしてください、ということをお伝えしています。生活上できないことがあれば代行してあげる、支援グループなどの支援を探す、などの役割もできます。

MHFA ではこのような知識を得た上で、悪い対応や良い対応について動画で学び、実習としてロールプレイを行っていただきます。北大では3人一組になり、就職の相談に来た学生役、対応に出た職員役、これを見守る役に分かれて、10分から15分程度のロールプレイを行います。その中で、りはあさる、に沿った対応をしていきます。これを急にやっていただくのは難しいので、読み合わせをするような形で行うことになっています。

このゲートキーパー講習に関して、効果を確認する研究も北大で行いました。事務職員71人に行った研究の結果では、自殺の危機介入スキル（SIRI）が改善し、自殺念慮を持つ学生に対応する自信も改善しました。これらの効果は1か月継続することも確認できました。また、教職員を対象とした研究では、ゲートキーパー講習を受けると自殺の危機介入スキルなどが有意に改善しましたが、一般的なメンタルヘルスの話を聞いただけの教職員は、スキルがなかなか向上して

いませんでした。

ご紹介してきたMHFAは、現在は心のサポーター養成事業への引き継ぎがなされています。MHFAでインストラクター、あるいはエイダーになった人たちが心のサポーター指導者になり、心のサポーターを育てていく取り組みが、2022年くらいから事業として始まっています。MHFAのエイダーになるためには、これまでは丸2日間の講習が必要で、これがMHFAの普及の妨げになっていました。心のサポーター養成事業では、この部分の研修内容を精査して時間を大幅に短縮し、2時間の講習で心のサポーターになれるようになりました。ゲートキーパーの数を増やすことに重点を置いた施策へと移ってきたのです。心のサポーター事業などによるメンタルヘルス・リテラシーの向上が、自殺を減らす一助になると考えています。

Q.

メンタルが落ちている時や、ご家庭の事情で耐えがたい時に『死にたい』と口にする人が会社いて、対応しています。話の自然な流れ等から気分の持ち上げを行っているものの、もっとよい対応方法があれば教えてください

まず結論をお話ししますと、既に十分対応されていると思います。死にたいという気持ちは誰にでも言えるものではないので、そうした話をしてもらえる関係が普段から築けていることがお話から伺えます。また、十分に時間をかけてお話しをされていく中で、最終的に相手の気持ちが少し上向いていることもあるようですので、それがプラスの部分だろうと思います。

実際のところ私たち専門職であっても、話を聞く時に気持ちを非常に上向かせることを目標に話を聞けることはあまり多くありません。むしろ、話してもらえていること自体に価値があると考えて、できればこの次もまた話をしてもらえる、ということに重きを置くことが大事だと思います。その中で、現実的な問題点が浮かび上がってきた時はそのことを話し合い、うつ病の状態が強く疑われる時には、専門家への相談を考えていくことになると思います。

いずれにしても、もっと相手の気持ちを楽にしてあげるとか、死にたい気持ちを自分との相談の中で解消してあげよう、というふうに思っただけで必要はおそらくありません。相談してもらえる関係や、本当に危機的な時に気づけるような関係の維持を大事にさせていただくとよいのではないかと思います。

Q.

自己評価を高めるにはどのような声かけや介入をしたら良いでしょうか

先ほどのお話しとちょっと被りますが、優先して欲しいのは関係を築くことです。プライベートな部分での話し合いもできるような関係を保つことが大切です。自己評価が低いというのは一般的にみて不当に低くなっているの、何がしかの認知の歪みがあるのだと思います。ですから高めるというよりは、今あなたの中にある低い自分の評価がそもそも不当であり、認知がどこか歪んでいるからそんなに低く感じるのではないかと、というふうに、何回も話を重ねる中で話が進んで行くのかなと思います。

もうひとつ思うのは、多くの人は人と比べて自分を低くみます。あの人が私よりできている、あの人ができることが私にはできない、というふうに考えますが、自分の価値は他人と比べて出てくるものではなく固有に持っているものなので、そういった部分に気づけることも大事だと思います。ただし、正解があるわけではないので、自分の考えがあるとしても、それを直接相手に教えて、こうなんだからあなたはこう考える必要はないとか、こうなんだからあなたは死ななくていい、という対応をして欲しいわけではありません。実際に接する時は、相手の人に話をしてもらえる、相手が自分との関係の中に何がしかの支えを持っている、ということを重視していただければよいと思います。



Q.

実際にいろいろ相談を受けています。深夜などに自殺したいという強い気持ちの相談を受けた場合、いのちの電話を案内していますが、対応としてはこれで良いのでしょうか

おそらく地域によってだいぶ状況が変わってくると思います。メンタルヘルスの不調を抱える人が増える中で、こうした電話になかなかつながらないということも時々聞きますので、引き出しを増やしておくことが大切だと思います。夜間の連絡がつく別の場所や、夜間に対応してもらえる救急の病院など、紹介できる引き出しが増えるといいかと思えます。

Q.

心のサポーターの申し込み方法や受講方法を教えてください。また、ゲートキーパー講習の効果は1か月持続するということでしたが、どのくらいの間隔で繰り返したらよいのでしょうか

心のサポーター事業は厚生労働省のホームページがあります。その中に申し込みや受講方法が出ていていると思います。基本的には自治体単位で行われています（令和5年度は30自治体、約90回の心のサポーター事業を実施）。2番目のご質問に関しては、大学ではメンタルヘルスについての何らかの講習が年に一度はありますので、そうした講習がブースター的なものになるのかと思います。

Q.

北海道大学で行われている自殺対策について、他の大学へのノウハウの提供などの連携はされているのでしょうか

今日ご紹介した話の前半部分は、北大の三井信幸講師が中心に行っています。今、大学から保健センターに行っていて、保健センターの朝倉聡センター長と共にセンターでの精神科の働きの中心になっています。保健センターは全国でつながりがあり、そのつながりを通じて北大の活動を紹介したり、共同研究を提案させていただいたり、ということを少しずつ進めています。

Q.

自殺リスクの高い人を精神科などの専門機関につなげることはとても大切だと思います。しかし、抑うつ症状等でエネルギーが低下して、なかなか受診できない人もいます。精神科は予約が取りづらいことも受診率低下の一因になっていると思います。このような現状に対してどのように取り組めばよいのでしょうか

実際に、すぐに専門職にたどり着ける人は少ないです。そのため、専門職ではない人も正しい初期対応ができることが大事になります。専門職につなぐまでに時間がかかるとすれば、それまでの間に正しいリテラシーを持ってその人を支えていくことが、さしあたって今できることなのかなと考えています。