

2023年度 東京都地域自殺対策強化補助事業



JDC メンタルヘルスセミナー 2023

# 若年者の メンタルヘルス支援 —自殺予防の観点から—

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)®

# CONTENTS

## 第 1 回 2024.02.10

### 02 大学生のメンタルヘルス・自殺予防対策について

講師 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

### 08 認知行動療法を使ってこころを整える

講師 大野 裕 氏 認知行動療法研修開発センター 理事長／ストレスマネジメントネットワーク大野研究所 代表／国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター 顧問

## 第 2 回 2024.02.24

### 16 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～

講師 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

### 25 若者のメンタルヘルス事情

講師 工藤 喬 氏 大阪大学キャンパスライフ健康支援・相談センター センター長  
大阪大学大学院医学系研究科精神健康医学 教授

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、青春期末熟ではないけれど、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、様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、既遂が起これ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、と、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（表情があまりない、俯きがちになる、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いいます。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聴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」「十分に話を聴いた上で、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と思いますが、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、そばにぴ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の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を、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こっ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。男性の方が致死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ず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。

第 1 回 2024.02.10

# 「認知行動療法を使って こころを整える」

## 大野 裕 氏

認知行動療法研修開発センター 理事長／ストレスマネジメントネットワーク大野研究所 代表／  
国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター 顧問

認知行動療法は、米国の精神科医アーロン・ベックが1960年代初頭に提唱しました。「認知」というのは情報処理のプロセスで、人間では「考え」によく表れます。ですからそこに目を向けて、同時に行動にも目を向けて、認知（考え）のバランスを取りながら自分らしく生きていくのを手助けする。これが認知行動療法の基本になります。うつ病の治療として始まり、他の精神疾患（不安症・PTSD・強迫症・神経性過食症・統合失調症）や慢性の体の疾患（慢性痛・がん・目まい・耳鳴り・生活習慣病・リハビリテーション）でも使われるようになっていきます。

こころの痛みも体の痛みも、そこにばかり目を向けてしまうと、いつの間にか痛みが自分の人生を奪ってしまいます。「痛くなければもっと色々なことができるのに」と思っているうちに、痛みが人生を侵食してしまうのです。そうした時に、もう一度自分を取り戻していく、自分の人生を自分に取り戻していく、これが認知行動療法の基本的な考え方です。

このスキルを身に着けると、生き方に目を向けられるようになるので、日常生活でもとても役に立ちます。例えば、アーロン・ベックは晩年、緑内障を患って失明しました。足腰も弱くなって立てなくなりました。だけど彼は、みんなの前に出て来て、色々な発言をしました。

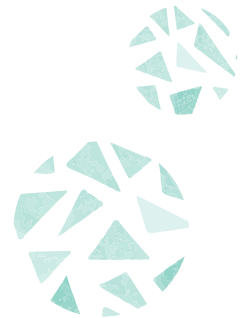
もしも彼が、「目が見えない。もうだめだな」「足腰が元気ならもっとしっかり歩けるのに」と考えて落ち込んでいたら、何もできなかったでしょう。だけど彼は、私にこう言ったんです。「まだ頭はしっかりして

いるので、みんなのために役立てたいんだ」。それはみんなのためでもありますし、自分のためでもあるのです。

彼は非常に好奇心が強く、本を読むのが好きです。ところが目が見えなくなると、本が読めません。「ああ、だめだ」と考えてしまいそうですが、幸いなことに米国ではオーディオブックが発達しています。耳から本が読めるのです。それで100歳で亡くなる2日前まで仕事を続け、本を読んで色々なことを吸収していました。ハンディキャップを抱えても諦めるのではなく、自分らしい生き方をしていく。そういうことを手助けするのが認知行動療法ですし、それが自殺対策にも生きてくるように思います。

認知行動療法は、ネガティブな考えを変える方法だと言われることがあります。ですが、ネガティブな考えは必要なのです。ネガティブティ・バイアスと言われますが、何か新しいことが起きた時に、私たちはまず、良くない可能性を考えて対策を立てます。コロナの時もそうです。対策を立てて、色々なことをしながら、現実に対処していきました。これが私たちのこころの動きです。ネガティブな考えは、ある意味で自己防衛本能なのです。

ネガティブな考えが生じた時に大事になるのが、正しい情報をきちんと集めることです。例えば、野原を歩いていてガサツと音がしたら、「クマじゃないか」と咄嗟に考えて身構えます。最初から「ウサギだ」と考えて安心していたら、大変なことになるかもしれません。そして、周囲を良く見て情報を集め、やはりク



マだと分かったら逃げるなどの行動を取りますし、ウサギだったらそのまま活動を続けます。

ネガティブな判断は、必ずしも間違っていないことがあります。例えば、職場でみんなが食事に行く時に自分だけ誘われず、「やっぱり嫌われているんだ」と考えて落ち込んでいる人がいるとします。すると友人が「そう決めつけるから落ち込むんだよ。あなたの仕事が忙しいから、みんなが気を遣ってくれたと考えれば気持ちが楽になるよ。認知行動療法という良い方法があるから、しなやかに考えるためにこんな本を読むといいよ」と勧めました。だけどこれ、変ですよ。「嫌われている」というネガティブな考えには根拠がありませんが、「みんなが気を遣ってくれている」という考えにも根拠がないのです。両方とも根拠がありません。

ここで問題になるのは、「嫌われた。もう駄目だ」と扉を閉ざしてしまうことです。本当に駄目かどうかは、やってみないと分かりません。関西の人はよくご存じですが、サントリー創業者の鳥井信治郎さんや、パナソニック創業者の松下幸之助さんは、「やってみなはれ」「やってみるとわかりまへんで」と、よくおっしゃっていたそうです。これは認知行動療法そのものですし、とても大切な考え方なのです。

自分がみんなと交わりたい。そういう気持ちがあるのなら、その気持ちを生かすためにどうすればいいのか、色々な情報を集めて考えてみるのが大事です。自殺というのは、その時に「ああ、もう駄目だ」と考えてしまい、死という方法しか浮かばなくなります。昔のアナウンサーの小川宏さんは、自殺をしようとして踏切に行って足を踏み出そうとした瞬間、家族の顔が頭に浮かび、ある先輩が常に言っていた「自殺は愚か者の結論なり」という言葉も蘇ってきて、足を引込めたとおっしゃっていました。

ちょっときつい言い方なのですが、「愚か者の結論なり」というのは、本来自分が持っている知恵を使えていないということです。つまり、「駄目だ」と思った時に、本当に駄目なのか考える余裕が大事なのです。それをひとりでやるのはなかなか難しく、どうしても自分で自分を追い込んでしまいます。そういう時に色々な支援があると、その人がちょっと立ち止まっ

て考え直すことができるようになります。

例えば、若者向けの取り組みで私がお手伝いしているものの中に、認知行動療法教育研究会という集まりがあります。小中高の先生や大学の先生たちが集まって、教室の中でこころの健康の大切さを教えていくために、認知行動療法を使おうとしている人たちです。また、多くの自治体とも一緒に活動しています。東京都の自殺総合対策東京会議の議長を私はずっと続けていますし、色々な形でお手伝いをしていますが、認知行動療法は自殺ということだけでなく、人の生き方を支えるものだと思っています。

では、どんなことが役に立つのか。これを私は「こころを元気にする4つのステップ」として、みなさんにお伝えしています。「変化に気づく」「ひと息つく（自分を取り戻す）」「考えを整理する」「期待する現実に近づく（工夫をする）」という4つです。これができれば、私たちは命を絶とうとする前に、先に進んで行くことができるようになります。

「変化に気づく」の変化の中で、ネガティブな変化というのは、先ほどお伝えしたように警報器なんです。こころの痛みにしても、体の痛みにしても、「何か変化が起きているぞ」というアラームが鳴っている状態です。そのセンサーがせっかくあるのですから、大切にしたいとみなさんにお伝えしています。

落ち込んだ時、つい「まだ頑張れる」と思ってしまうのは、せっかく鳴っている警報器を切ることで、アラームに気づいてちょっと立ち止まることは、勇気がいられます。先ほどの例のように「嫌われているかもしれない」と考えた時は、やはり嫌われている可能性が高いからです。そこに目を向けるのは大変です。それでも、つらいのは分かるけど目を向ける勇気が必要なんだよと、メッセージを送ることが大切です。

そして、そこで慌てて行動しない。ちょっと時間を作って自分を取り戻します。その時に役立つ方法のひとつとして、呼吸法があります。マインドフルネス呼吸法や、吸気を長くする呼吸法など色々な呼吸法を研究したところ、ため息のような呼吸が最も良いという結果になった研究があり、面白いなと思いました。ご紹介します。

まず、横になるか座るかしてリラックスした姿勢をとり、5分間のタイマーをセットして呼吸を開始します。鼻から大きく息を吸い込んだ後、もう一度、鼻から息を吸い込む。そして倍の時間をかけて、口からゆっくりと息を吐き出します。以上の動作を5分間繰り返すうちに、気持ちが落ち着いてくるのです。

マインドフルネスというのは座禅からきているのですが、ずっと座り続けるのは大変だなと私なんかは思います。そんなことを、埼玉の平林寺というお寺の和尚さんと話していたら、うちの寺では黙って座らずに「無ウ～」と声を出しながら座禅をすとおっしゃっていました。椅子に座りながら「無ウ～」と言ってもいいそうです。なるほどな、と思いました。大事なものは、型に捕らわれないことなんです。自分にとって良いものを見つけて、それを自分に生かしていく。つまり、マインドフルというのは自分に優しくなることです。そして、周りの人に優しくなることでもあります。

以前に新幹線に乗った時に気づいたのですが、東京駅を出てしばらく経つと流れる英語のアナウンスの中で、「椅子を倒す時にマインドフルになりましょう」と言っていたんです。それまでマインドフルという言葉は、いまいちピンとこなかったのですが、そういうことかと分かりました。自分を気遣い、周りも気遣うことがマインドフルなんだと。あまり固く考え過ぎないで自分に優しくする、そのための時間を取ることが大事になってくるわけです。

その上で、考えを整理していきます。先ほどお話ししたように、私たちは最初、どうしても良くない可能性を考えます。自分を守るためにはそれが必要だからです。だけど、そこで考えを整理して、情報を収集することが必要になります。ところが悩んでいる時は、決めつけ言葉が浮かびやすくなっています。「いつも」「決して」「どうせ」「やっぱり」「絶対に」「何をやっても」などです。そして「あの時、あんなことをしなければよかったなあ」と過去を考えて後悔したり、「この先どうなるんだろう」と将来を考えて不安になったりします。だけど過去を変えることはできません。将来は何が起こるか分かりません。やれることは、今しかないのです。過去を参考にしながら、今をどう生きるか。これが認知行動療法の認知を考えていく時に

重要になってきます。

そこで使われるのが、思考記録表（状況・気分・自動思考・根拠・反証・適応的思考・気分の変化、の各項目に記入していく方法）です。一人二役、自分で自分を振り返るための方法です。ある患者さんが「分身の術みたいなものですね」とおっしゃっていたのですが、まさにその通りです。考えを書き出すことは、自分で自分を振り返ることなんです。頭の中で考えていると、ずっと同じ考えが繰り返されます。そして、どんどん自分を追い込んでいくことが多いのです。そういう時にちょっと書き出してみる。細かいことはいらないんです。状況を詳しく書きましようとか、気分と考えを区別しましようとか、根拠・反証は事実を書きましようとか、私の本にも書いてありますが、これは教科書的な知識です。

大事なものは、何かあった時にぱっと考えたことが必ずしも事実ではなく、情報が不足していることが多いので情報を集めて、もう一度考え直してみる。そうすれば新しい工夫ができるようになる、ということです。みなさんは知恵を持っていて、工夫できる力があるのですから、それを引き出していきます。なにも、無理にポジティブになる必要はありません。良くないことは起きているのですから。先のケースで大事なものは、みんなと仲良くしたい、みんなに受け入れられたい、という自分の希望を叶えるために、どういう工夫ができるかを考えることです。もう駄目だと扉を閉ざすのではなく、新しい気づきをもとに工夫していくことが大事になります。

アーロン・ベックは60年代に認知行動療法の考えを提唱して、20年以上も無視され続けました。学会で発表しても、みんな会場から出て行ってしまう。それがつらくて、家に帰って妻と娘に自分の話を一生懸命聞かせていたといいます。娘のジュディス・ベックと会った時にその話をしたら、「私はその時、ふたつのことを考えていた」と言っていました。ひとつは「なぜ学会で話すようなことを中学生の私に話すんだろう」、もうひとつは「なんでこんな当たり前のことを学会で発表しているんだろう」。娘って、結構厳しいですね。

でも口では「お父さん、面白いね」と言っていたそ

うです。それでお父さんはすごく喜んで、力づけられました。人の存在は大事ですよ。その後、ジュディス・ベックが「お父さんは偉かったんだ」と初めて気づいたのは、マーティン・セリグマンというポジティブサイコロジーを提唱した心理学者の授業に出た時だそうです。ペンシルバニア大学でのその講義の時、セリグマンが配ったうつ病のセルフチェックシートに、「ベックのうつ病尺度」と書いてあって、それで「ちょっと偉いかもしれない」と思ったと言っていました。情報が集まれば、娘の考えも変わるんですね。

アーロン・ベックは苦労している時、本を書こうと思いつきました。読んでもらえば受け入れられるのではないかと考えたのです。そして分厚い原稿を書いて、有名な出版社に持っていきました。次の日に電話がかかってきました。「面白かったけど、こんな簡単な方法でうまくいくとは思えない」。断られてしまったのです（状況）。それで、すごくガッカリした、と言っています（気分・落ち込み80%）。おそらくその時、「自分には力がない」「周囲から認められない」「もう絶望だ」という否定的認知の三徴があったと思います（自動思考）。この絶望感が強くなると、自ら命を絶とうと考える人が多くなってきます。

アーロン・ベックも落ち込みました。それは当然のことです。出版を断られたわけですから（根拠）。ちょっと落ち込んで、体制を整え直す必要があります。これは私たちの防衛本能です。ただ、今までの話の中でポジティブなことがあったのに気づかれたでしょうか。出版社の人は、次の日に電話をしてくれました。一晩で読んでくれているのです。面白かったとも言っています（反証）。出版は断られたけれど、一晩で読んでくれたし、面白いと言ってくれた。悪くないんですよ（適応的思考）。こういうことが見えてくると、ちょっと気持ちが楽になります（気分の変化・落ち込み40%）。

考えを整理する時は、情報を集めて根拠と反証を並べます。最良と最悪のシナリオを考えたりすることもあります。第三者の視点で考えて、「親しい人ならどのようにアドバイスしてくれるだろうか」などと、ちょっと距離を置いて考えると新しい考えが生まれてきます。

このようにして気分が楽になっても、これでスッキリはしません。考えが変わっても、断られているのですから。だけど、このネガティブなものを抱える力、これも大事になってきます。最近、クローズアップ現代などでも、糸木蓬生さんが本にまとめたネガティブ・ケイパビリティというものが取り上げられています。つまり、ネガティブなものを抱える力を持ってもらうことも大事なのです。

スッキリはしなくても、楽になると気分之余裕が生まれてきます。先を見ることができるようになります。そうすると、ピンチをチャンスに変えることができます。アーロン・ベックの例でいうと、「こんなに簡単な方法でうまくいくとは思えない」というのは編集者の勘です。何のエビデンスもありません。「いやいや、うまくいくですよ」とベックは言いたいわけです。確かにうまくいって、患者さんは良くなっていたんです。この頃には開業していて、患者さんが次々と良くなるので彼は困っていたほどなんです。

患者さんが良くなるのは医療者としても良いことなのですが、その度に収入が減るので彼は困っていたんです。米国では1時間に何万円というお金で診療しています。ひとり良くなれば1時間の枠が空いて、何万円か収入が減るわけです。短期間に3人、4人と良くなったら、それだけ収入が減ります。それで困って、ペンシルバニア大学の主任教授のところに相談に行くと「君は商売が下手だから大学に戻って来いよ」と言われたそうです。

では、どうしたら認知行動療法の価値を分かってもらえるのでしょうか。必要なのは、もう少しの工夫です。適応的思考というのは、工夫ができる考えのことです。「こんな簡単な方法でうまくいくはずがない」と言うのなら、「こんな簡単な方法でうまくいくことを証明するしかないな」とアーロン・ベックは考えて、研究を始めたのです。そして、うつ病の薬と同じくらいの効果がありそうだ、再発予防効果としては薬よりも高いかもしれない、というようなデータを出したんです。そして認められるようになり、本も出版されて、私が日本語に訳したりしました。

ただこの研究時も、彼は結構迷ったそうです。薬の効果を証明するには、本物の薬と二重薬を比較すれば

よいのですが、対話の治療でそれができるのだろうか。その時に役立ったのは、先ほどお伝えした経緯で大学に戻っていたことでした。当時、ジョン・ラッシュという若手の精神科医が大学にいて、その後になるのですが、彼が興味を持って仲間を集めて研究に協力しました。やはり人の存在がすごく大事なんです。そしてアーロン・ベックは、自分が考えてきたことを実証できました。ジョン・ラッシュにコロナ前に会った時、彼は「薬は落ち込んだ時、確かに役に立つ。だけど、一緒に人生を考えるのは認知行動療法だよね」と言っていました。認知行動療法は、そういうことができるのです。それが自殺対策にもなってきます。

このような関わりは、決して専門家だけのものではありません。秋田県で自殺対策に取り組む NPO 法人蜘蛛の糸の理事長・佐藤久男さんは、80 歳を過ぎても頑張っているらしいです。佐藤さんは以前、会社を経営している時にうつ病になりました。経営がうまくいかなかったのです。それで落ち込んで、外に出て木を見ると、そこで自分が命を絶っている幻視が見えたそうです。これは、うつ病としてはすごく重い状態です。

会社は倒産して、佐藤さんは万策尽きたと思ったそうです。するとお嬢さんが変化に気づき、「お父さん、死のうとしているんじゃないでしょうね」と声をかけて、こう続けたそうです。「勝手に死ぬと、誰も墓参りにいかないからね」。その言葉が良かったんだと佐藤さんは振り返ります。その言葉を聞いてすごく寂しくなると、死ぬのを止めたというのです。ここなんですよね。お嬢さんがおっしゃったことが、まさに認知が変わるきっかけになったのです。

万策尽きたというのは、会社を立て直すことに万策尽きただけなんです。家族であったり友人であったり、自分にとって大切な人との関係では、決して万策尽きていないんです。そのことを、「墓参りに誰もいかないからね」というふうに、こころに刺さる言葉で伝えられるかどうか。これが大事ですし、そういうことを意識できるような環境づくりが大事なんです。認知行動療法で考える自殺対策の基本というのは、大切なものにきちんと目を向けられるようにする、ということなんです。

昔、「死なない約束をする」という自殺対策が流行ったことがあり、その当時、米国の医師の間で冗談交じりに言われていたことがあります。「外来にきた患者さんに突然ピストルを突き付けられて、咄嗟に『撃たないで！撃たない約束をしましょうよ』と言ったところ、患者さんも『そうしましょう』と言った。それで本当に安心できるのだろうか。安心できないですね。約束はよく破られるんです。気が変わって撃たれることがあるんです。撃たれないためには、この人が自分にとって大切なんだと考えられるように、そういう関係を作ることなんです。自殺に関しても同じです。これが大切だから、もっと自分の命を大切にしよう。そう思ってもらえるようにするのです。大切なものは家族であったり、友人であったり、また別のものであったりします。その人その人によって、それぞれ大切なものがあります。

最近の認知行動療法は、この大切なものに目を向けるアスピレーションズを重視するようになりました。これまではネガティブなものばかりに目を向け過ぎていたと、アーロン・ベックは 85 歳の時に気づき、認知行動療法を大きく変えていきました。もっとポジティブなものにも目を向けようとしたのです。さっきお話ししたマーティン・セリグマンの影響もあったと思います。そうすることで、色々な人が自分らしく生きていくための手助けができるようになりました。

ただ、色々なことが起きると、なかなかやる気が出てきません。「元気があれば何でもできるのに、気が減入って何かをする気になれない」という状態です。だけど、気力というのは待っていても出てきません。気力が出るのは、何かをして良かったな、楽しかったな、また来よう、またやろう、という時なのです。

うつ病は冬眠みたいなものだと言われますが、ひきこもったり閉じこもったりしているとますます落ち込んで、「自分は何もできないんだ」という思いになってきます。できそうなことを少しずつやっていると、「ああ、できたんだ」と気持ちが少しずつ楽になってきます。そして「ちょっと考え過ぎていたのかな」と、自分の考えに目が向くようになります。

京都の大徳寺のお坊さんが「うつの人に座禅をしてもらうのは難しい。まず庭掃除です」とおっしゃっ

ていました。そうなんです。庭掃除でいいんです。やっている時はあまり考えずに済みますし、きれいにしたこと「あ、できるかもしれない」と気持ちが楽になります。楽しかったこと、やりがいを感じたこと、考え過ぎずに済むこと、場合によっては何もせずにぼーっとすること、などをしていきます。明るい服を着る、カラオケに行く、などの気分にはそぐわない活動もできることからやっていきます。

こうして楽しい行動や、やりがいのある行動を増やしていきます。良くない行動を減らすのは難しく、「止めましょう」と言うとかえってやりたくなります。自殺対策で気をつけないといけないのは、自殺を予防しましょう、自殺は良くないです、という呼びかけに引っ張られてしまう人が出る可能性があることです。ですから、自分にとって大切なものに目を向けて、自分が出来ることを少しずつやっていきます。

うまくいかなかった時に全て自分の責任にしてしまうと、自分がつらくなってしまいます。そして、もう死ぬしかないと考えてしまう。そういう時に大事なものは、小さい喜びを積み重ねることです。大きな喜びはそんなにないですし、長続きしません。宝くじが何億当たっても、喜びは半年続かないといいます。私たちには、ネガティブな感情もポジティブな感情も、元に戻っていくというところの仕組みがあります。ですから、小さい喜びをシャワーのように浴びる、という体験が大事になってきます。

運動も役に立ちます。計 13 万人近くが参加した 1039 研究をまとめた論文では、身体活動は抑うつ、不安、心理的苦痛を改善することが分かりました。運動強度は強い方がいいと書かれていたのですが、運動時間は体を鍛える時とは違って、短い方がいいようです。あまり長くなると効果は減ると書いてありました。あと、落ち込んでいる時には筋トレみたいなものがよく、不安な時にはヨガなどがよいと書いてありました。だから状態によって効果的な運動は変わりますが、短時間にきちんと運動をすると、うつや不安が和らいでいきます。

そしてその上で、自分がこうなりたい、こうしたい、という期待する現実には近づけるようにしていきます。今起きていることと、こうなればいいなあと希望

していることとの間に、ギャップがあると落ち込みます。そこで、現実の結果 (AO) が期待した結果 (DO) に近づくような工夫をしていきます。何でこうなったのかと原因探しをするのではなく、DO が現実的な目標なのかしっかり確認した上で、どうすればいいだろうかと手立てを探していくようにします。

それで問題が分れば、問題に対処します。問題に取り組む際には、「自分にはどうすることもできない」などと、自分でブロックしないことが大切です。問題解決のための工夫は色々な形でできます。ちょっと立ち止まって考えてみる。時間がかかる場合もあります。複数の問題に一度に取り掛かるのではなく、問題を縦に並べてひとつずつ解決していきます。解決策は、いいか悪いかは後回しにして、できるだけ多く考えて、その中から一番役に立つものを選ぶようにします。

うまくいくこともあります。うまくいかないこともあります。うまくいけば「やれた」という気持ちになりますし、うまくいかなくても、少なくとも「実行できた」のです。そのことに目を向けて評価することで、様々なヒントが生まれてきて、計画の見直しにつながっていきます。

セルフケアは、なかなかひとりではできません。孤立感が強くなってくるのです。そうすると、精神的にも肉体的にも良くないという研究が沢山あります。最近の研究では、ひとりぼっちでいると 1 日だいたい 15 本タバコを吸うのと同じくらいの身体的・心理的負荷があると分かりました。だけど私たちは、「こんなことを言うと相手が気を悪くするに違いない」とか、「こんなことをいうと嫌われる」とか、真面目な人に限ってそう考えて、相談を躊躇してしまいます。だけど、私たちが一番幸せに感じるのは、人のために何かをして喜んでもらった時です。ですから、相談するのは人助けだと思って、相手の気持ちを良くするためでもあると思って、相談するといいいよとお話をします。

ただその時も、あまり思いつめた表情をしていると相手も緊張します。穏やかに、きちんと自分の話をしましょう。感情というのは、相手にも同じ感情が伝わります。力は反対の関係にあって、こっちが弱いと相手は強くなります。ですから周りの人は、ちょっと引

いて傾聴してみましょう、聞き上手になりましょう、というお話しをします。

きちんと話をするためには、アサーションというやり方があります。強い言い方と弱い言い方を考えて、ほどほどの言い方を見つけます。これは、私たちが意識しないでやっていることです。気持ちや考えを伝えるときに使えるもうひとつのコツは、「ミ（見る）・カン（感じる）・てい（提案する）・いな（否と言われた時の代案）」です。見える事実と感じる気持ちをまず伝えるんです。私たちの会話がうまくいかない時は、事実ばかり伝えていたり、感情的になり過ぎていたりします。この両方をバランス良く取り入れて、伝えていきます。

もちろん、提案してもダメと言われることもあります。親しい人でも、いつも完全にわかりあうことはできません。例えば、一緒にお店を持ちたいと思っている2人組がいるとします。ひとは南部そばを使ったそば屋さん、もうひとはカフェで特産のチェリーを使ったケーキを出したいと思っています。ここで重視したいのは「私はそば屋がいい」「私はカフェがいい」というかみ合わない部分ではありません。大事なのは、ふたりでお店を一緒にやりたいね、ということなんです。そうすると小さな違いはひとまず置いて、一緒にやることを考えていけばいいですし、そば屋でケーキを出してもいいわけです。様々な工夫ができるんですよ。その時に、人と人との会話が大事になります。

今、東京の世田谷区では、認知行動療法の考え方を取り入れた「せたがやペンギン物語」という2、3分の動画を作って流しています。それを小中学生全員のタブレットに配信しています。世田谷区のホームページでも流しています。こうした色々なデジタルツールが、認知行動療法の普及に使えるのではないかと思います。

最近、私はYouTubeに「こころコンディショナーチャンネル」を作って流しています。市民公開講座などで1時間の話をしても、テープ起こしをして要らない部分を消していくと大体10分になることから、大事な部分に絞った5分から10分程度の動画をYouTubeで流しています。既に7万か8万くらいのアクセスがあり、7000人以上にチャンネル登録をし

ていただいています。

先ほどの4つのステップを使ったAIチャットボット「こころコンディショナー」も開発しています。結構人気があって、コロナ禍の3か月で1万5000人くらいのアクセスがありました。それで良かったなと思っていたら、アンケートで「考えを振り返るのは面倒くさいから相槌だけうってもらえればいい」という声があって、そういうフローも作ってみました。3割くらいはそのフローを使われます。ひとりである時に、誰かに寄り添って欲しいという思いがあるのでしょうか。そして最近、アスピレーションを伸ばして生活を充実させるようなフローを作ってみました。朝日新聞デジタルの中にこころコンディショナーのページを置いていますので、関心があれば見て頂ければと思います。

ただ、デジタルツールはあくまでも入口であって、困った時はやはり人に相談することが大事です。東京都保健医療局の「ここナビ」というサイトが最近できました。まず、こころの健康チェックを行って、そこから「こころコンディショナー」に入っていくって、必要があれば、対応できる相談部署を紹介するという形で公開が始まっています。こころの不安、職場の悩み、学校の悩み、お金の悩み、などにも対応していて、各項目をクリックすると相談できる部署がすぐに分かるようになっています。ぜひ周りの人にもご紹介いただき、活用していただければと思います。

Q.

平野啓一郎氏の小説『空白を満たしなさい』は、自殺した人が現世界に期限付きで戻って来る SF なのですが、自殺した人の心理描写が違った側面で描かれていると思った作品でした。死を選ぶペルソナの影響を他のペルソナでカバーするために何ができるのか。立ち止まることができない、気づくことができないから自死に至るのだとすれば、当事者はどうしたらいいのでしょうか

とても難しい問題だと思います。追い詰められてしまうと、やはりそういうふうになってしまいます。その前に、追い詰められないような環境をどう作るか。その環境づくりが大事なのだと思います。そう思って私は、自治体でも、学校の教員たちの活動でも、その前の環境を作る取り組みをしています。どうしても私たちは力が足りないところがあって、自ら命を絶つことを防げないこともあります。そうならないようにその前の環境づくりが大事なのではないかと考えています。

Q.

情報収集というお話がありましたが、X などの SNS には誤った情報が溢れていると思います。正誤を判断するポイントはあるのでしょうか

SNS にしてもマスコミにしても、だいたいネガティブなものをメインに流します。一種のアラームの役割を果たそうとされるので、そういうことになります。私たちも、自分を守るためにどうしてもネガティブなものを集めようとします。その時に、ひと息ついて自分の常識をうまく働かせることが大事なのだと思います。常識といっても人によって様々ですが、自分で変だなと思えるかどうか、その感覚が大事で、そうした自分の感覚を大事にしていきたいと思っています。

Q.

ネガティブ・ケイパビリティについてもう少し教えてください

精神科医の常木蓬生さんが、ネガティブ・ケイパビリティを抱えることが大事だということを本に書かれています。常木さんは、映画「閉鎖病棟」の原作などを書いた作家でもあります。どちらかというと精神分析的な考え方で、ビオンとかに近い所から出てきましたが、私たち全員にとって大事なものだというふうに私も考えています。

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年の間の自殺既遂者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、うつ病や気分変動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歳以下の人に限ってみても、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てとれます。

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てとれました。

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の関係をみる研究 (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います。

性格の中には、自己志向、協調、自己超越というものがあり、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み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との関係をみた横断研究 (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ことがわかりました。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との関係をみた横断研究 (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週間の半分以上」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、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、死にたい気持ちや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っています。

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、そこにたづねる人、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て、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、専門家がいます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ことが大切です。「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 것도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、ふっと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、というふうに思っていたく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していきた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のでしょうか

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良いかと思います。

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。

第 2 回 2024.02.24

# 「若者のメンタルヘルス事情」

## 工藤 喬 氏

大阪大学キャンパスライフ健康支援・相談センター センター長  
大阪大学大学院医学系研究科精神健康医学 教授

若者のメンタルヘルス事情に関して端的に言いますと、自殺を既遂する手前で、我々のような専門職に行き着いていません。それが非常に大きな問題だと思います。裏返せば、我々の前にさえていただければ、自殺は防げるのではないかというのが今日主張したいテーマになります。

全国の国立大学 78 校の保健センター（保健管理施設）が集まって、調査した結果をまずお示ししたいと思います。「大学における休学・退学・留年学生に関する調査」（2014 年）です。この中で自殺者についてのデータも取っています。大学生の病死や事故死は近年減る傾向にありますが、残念ながら自殺者は増加傾向にあります。

自殺をしてしまった学生さんに対して、保健管理センターがそれ以前にどれだけ関与していたかという、16%に過ぎませんでした。また、実際に精神疾患の病名が付いていた人は 9%だけで、あとは「不明」となっています。残念ながら自殺をしてしまった学生さんは、我々のような専門施設の関与ができておらず、きちんと診断して対応することもできていなかったのです。

この調査は主に、休学や留年などの影響をみるものです。2014 年に自殺した学生（10 万人あたり 17.9 人）の中で、休学歴がある人は 22.4%、留年歴がある人は 37.3%という割合になりました。

休学率を専攻別・男女別でみると、文系（4 年制）の男性が一番高く、3%を超えています。退学率や留

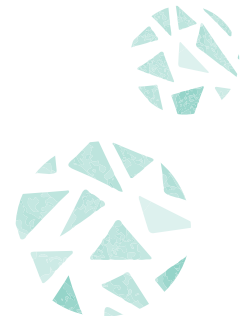
年率も文系（4 年制）の男性が一番高く、退学率は 7%、留年率は 3%を超えています。こうしたことが自殺傾向につながる可能性があるので、理由を調査していません。

休学理由を男女別にみると、女性は進路上の問題を大きくとらえて休学につながっていましたが、男性は大学外の理由で休学につながることが多い特徴がみられました。また、休学理由を専攻別にみると、文系の学生は進路上の問題が休学につながる傾向がありました。入学時から決まった道がわりと定まっている理系と比べて、文系の学生は幅広い方向性があるので、このような傾向になっているのかもしれません。

退学理由を男女別にみると、男性は大学外の理由で退学するという、休学理由と似た傾向になっていました。専攻別でも休学利用と似た傾向になりましたが、理系の場合、自分と合わない道だと分かると退学してしまいやすいのかもしれません。

また、学生が精神の病気を持っていたかどうかも問題となります。そこでこの調査では、休学理由となったメンタル不調も調べています。その結果、うつ病をはじめとする気分（感情）障害（F3）が約半数にあたる 47%、神経症性障害など（F4）が 31%となっています。退学利用となったメンタル不調も、ほぼ似たような結果になりました。

最終的に自殺につながってしまった学生さんのうち、診断がついていた人の病名を調べた調査（1985 年から 2005 年の国立大学 74 校の調査）でも、やは



りトップは気分障害 (F3) で 42% を占めました。次が統合失調症などの精神病 (F2) で 36% となっています。学生さんの自殺を考えるにあたっては、気分障害、特にうつ病についてどう考えていくか、というのが重要なポイントになるのです。

うつ病は、抑うつ気分などの感情の異常がメインの症状であると思われがちですが、思考の異常、意欲・行動の異常など様々な症状が出ますし、身体症状を伴うのも大きな特徴です。具体的な症状としては、感情の異常では抑うつ気分や不安・焦燥が表れ、患者さんは「気が滅入る」「落ち込む」などと訴えます。典型的なうつ病の症状には日内変動があり、一般的には朝に調子が悪くなります。そのため、「気が滅入る」などの症状が夕方以降や夜に出てくると、典型的なうつ状態とは言えないかもしれません。

また、意欲・行動の異常では「やる気が出ない」「日常的なことをするのも億劫」などの精神運動抑制（制止）が表れ、思考の異常では「考えが浮かばない」「考えがまとまらない」などの思考抑制（制止）と、場合によっては罪業妄想・心気妄想・貧困妄想といった微小妄想が表れることもあります。

こうした精神症状だけではなく、うつ病には身体症状が伴う場合が多いことも考えておく必要があります。一般的には、睡眠障害、疲労・倦怠感、食欲不振などが出てきますが、頭重・頭痛、性欲減退、便秘・下痢、口渇、体重減少、めまい、月経異常などが出てくるともあります。このような身体症状で、精神症状が隠されているような状況（仮面うつ病）も存在します。

うつ病はなぜ起こるのでしょうか。うつ病の発症メカニズムを一元的に語ることはできません。精神医学的には、心理的要因、内因・性格、身体的要因、という三つの要素が重なって、うつ病を発症するという考え方が正しいとされています。とすると、心因や環境的な要因ばかりを探しがちですが、もともとの内因であるとか、場合によっては身体的な要因がうつ症状を生んでいることもあります。

Kielholz の病因論的うつ病分類という有名な分類があります。身体因と心因のそれぞれの比重で、器質

性うつ病（身体因性うつ病）、症状性うつ病（身体因性うつ病）、循環性うつ病（内因性うつ病）、晩発性うつ病（内因性うつ病）、神経症性うつ病（心因性うつ病）、反応性うつ病（心因性うつ病）など、様々な病態を起こしてくることを、この分類のグラフが語っています。

その人のうつ状態はどういう原因で生じているのか、分析していくことが非常に重要です。なぜかという、治療につながっていくからです。環境因が主なうつ状態の場合は環境調整が必要になりますし、逆に身体因が主であれば身体的な治療が必要になります。病因は性急に判断するのではなく、いろいろな状況を分析しながら考えていくことが大切です。

身体的要因によるうつ病の中で、精神科の臨床現場でわりとお目にかかることがあるのは甲状腺機能低下症の人です。この病気の人は一見、うつ病のようにみえます。血液検査をして甲状腺ホルモンの値を測らないと、ずっと観察していても分かりません。このような病気は色々あるので、身体的なチェックが必要になるということを、肝に銘じなければなりません。がんの患者さんも、うつ病になると言われていますし、高齢の人では認知症が隠れている場合もあります。

薬物によるうつ症状も身体的要因のひとつです。インターフェロン、降圧剤（レセルピン、 $\beta$ 遮断薬、メチルドパ、クロニジン）、副腎皮質ホルモン、経口避妊薬、潰瘍治療薬（シメチジン、ラニチジンなど）、抗パーキンソン薬（レボドーパ、プロモクリプテンなど）、抗悪性腫瘍薬（ビンクリスチン、ビンブラスチンなど）、抗結核薬（サイクロセリン、イソニアジド、エチオナミドなど）、抗精神病薬（フルフェナジン、ハロペリドールなど）、鎮痛薬（ペンタゾシン、インドメタシン、イブプロフェン、アスピリンなど）等が、うつ症状を起こしやすい薬物として知られています。そのため、飲んでいる薬もチェックする必要があります。

うつ病の引き金となる心理的要因は、学生さんでしたら、学業がうまくいかない、就職がうまくいかない、友達関係で悩んでいる、などを考えやすいわけですが、しかし、ここで我々のような専門職が注意しなければいけないのは、うつ病の引き金は人それぞれだという

点です。会社での昇進とか、就職が決まったとか、ふつうであればおめでたい状況の時に、うつ状態になる人もおられます。その人の人生の大きな転機が、良いことでも悪いことでも、うつ病の引き金になりうるのです。「さすがにそんなことでうつ病にはならないだろう」とこっちが勝手に考えるのではなく、何か大きな人生の転機がなかったかどうか、しっかり聞き取っていく必要があります。

内因・性格については、メランコリー親和型性格の人がうつ病になりやすいと言われています。秩序を重んじる、几帳面、真面目、自分を抑えて他人を優先する、というような性格を指します。非常に良い人なのですが、そうした人がうつ病になりやすいとテレンバツハが提唱しています。それに近い概念として、日本の下田光造先生が執着気質というものを提唱しました。几帳面、熱中性、仕事熱心、凝り性、正義感が強い、という特徴があり、このような人がうつ病になりやすいと言われています。

一方で、循環気質というものもあります。非常に社会的で、他者と同調し、非常に現実的な考え方をする、いわゆる親分肌な感じのエネルギッシュな人です。このような人は躁うつ病になりやすいと言われています。ですので、もともと持っている性格がうつ病になりやすいこともありますので、内因や性格にも目を向ける必要があります。

うつ病の治療では、薬物療法だけでなく精神療法が必要になります。この2つの方法が両輪のように働いてはじめて、確実な治療ができると言われています。抗うつ薬は、まず三環系が発売されて臨床で使われ始めた歴史があります。抗うつ薬は、シナプス間の伝達を終えたセロトニンやノルアドレナリンなどの神経伝達物質が、再利用のために再取り込みされるのを防ぎ、これらの物質をシナプス上で増やす働きがあります。これで抗うつ効果が生まれるわけですが、三環系抗うつ薬は、セロトニンやノルアドレナリンの再取り込み阻害作用を目指して作った薬ではなく、他の用途で作られた薬がたまたま抗うつ作用を持っていたため、使われ始めました。そのため他の神経伝達物質に対する作用も持っていて、これが問題となりました。特に、アセチルコリンに対する作用も持っていて、大きな副作用につながりました。抗コリン作用や心毒性などです。

抗コリン作用は、口渇や便秘などの副作用が知られていますが、場合によっては致死的なことがあります。私が精神科医になったばかりの頃は、この三環系抗うつ薬が主流だったのですが、自殺目的のオーバードーズがよく起きました。すると抗コリン作用が強くて、患者さんが亡くなることもありました。ですので、抗コリン作用があるというのは、非常に大きな問題だったわけです。そこで開発されたのが、現在主流となっている抗うつ薬 SSRI です。

SSRI は、選択的にセロトニンの再取り込みだけを阻害する薬です。セロトニンの再取り込み口だけを塞ぐため、アセチルコリン受容体への作用は持っておらず、抗コリン作用の心配がありません。安全で使いやすい薬になったのです。そのため最近では、抗うつ薬 (SSRI) をオーバードーズして救急に運ばれても、ほぼ助かるようになりました。命を落とすことは非常に稀になっています。

ですが安全とはいえ、問題点もあります。まず、離脱症状が強くて出てきます。SSRI を急激に止めると、離脱症状によって逆に症状がひどくなってしまうのです。投与初期には、アクチベーション症候群と言いついて、アクティブになり過ぎてしまうこともあります。これが厄介なのは、自殺につながりやすいことです。そこで SSRI の添付文書には、アクチベーションに注意と書いてあります。特に若年者に出やすいので、投与初期には自殺の恐れに注意しないといけません。

また、もともと躁うつ的なキャラクターを持っている患者さんの場合は、躁うつサイクルが早くなってしまうラピッドサイクリングにも注意が必要です。これも自殺などにつながりやすいので問題視されています。SSRI は身体的には安全な薬になったのですが、投与初期、特に若者に対しては、アクチベーションやラピッドサイクリングへの注意が必要なのです。

うつ病の患者さんに対する精神療法としては、笠原嘉先生の小精神療法が対応のエッセンスとなっています。うつ状態の患者さんの多くは、気の緩みや怠けのせいでそうになっていると思っています。自分が病気だとは思っていない場合が多いのです。そこでまずは、うつ状態という「不調」であることを丁寧に説明して、休息を取ることを促します。

それからもうひとつ重要な点は、うつ病の患者さんは多くの場合、大きな決断をしようとされます。例えば学生さんであれば退学、会社員さんであれば退職などです。これは錯覚なのですが、大きな決断をすれば今のうつ状態が改善できるのではないかと、思い込むのです。そのような場合の対応として重要なのは、「大きな決断は不調が終わるまで延期しておきましょう」「今決めるのではなくもう少し先延ばししましょう」と働きかけることです。

重大な決断の究極は、自己破壊的な自殺企図です。うつ病の患者さんの前で自殺の話題にふれることは、我々専門家でも根性がありますが、そこはあまり隠さず、話をすることが非常に重要です。患者さんの多くはメランコリー親和型の性格なので、約束は守ろうとされます。そこで、自己破壊的な行為はしないようにしようと、約束を交わすことも非常に重要です。うつ病の症状は一進一退ですが、ある一定の期間で必ず改善するというのを、ご本人に分かっていただくのもポイントです。こうした小精神療法的な対応が、危機的な人に対するメンタルヘルス・ファーストエイドのようなエッセンスのひとつになるのかもしれませんが、うつ病に対する具体的な精神療法としては、認知行動療法や対人関係療法が使われています。

最近の若者のうつ状態に関して、ちょっと気になる点があるのでお話しします。以前に、「うつは心の風邪」というキャンペーンが行われました。そして、フルボキサミンという国内最初の SSRI が発売された 1999 年以降、患者数が極端に増えていきました。また、同じ時期に発売された SSRI パロキセチンの売り上げ増と、気分障害の患者数の増加が、非常にパラレルに推移しているという指摘がされました。これは変な話で、薬ができれば患者さんは減らないといけなのに、薬ができればできるほど患者さんが増えていく傾向が生じてきたのです。

そこでよく言われるようになったのが、「軽症うつ」という概念です。これがひとり歩きして、心の風邪のように蔓延したので、「気軽にクリニックに行って SSRI をもらいましょう」という風潮になりました。製薬メーカーが「心の風邪」のようなキャンペーンを張ったがゆえに、うつ病の患者さんがどんどん増えていったのです。

こうした軽症うつが広まるなかで、新型うつ病という概念が出てきました。これは、従来型のうつ病とはキャラクターを異にしています。新型うつ病は若年層に多く、自己愛が強い、多罰的な傾向（他人・環境・上司・家族のせいで自分はこうなっていると他人を責める）などの特徴があるという報告がされました。しかし、新型うつ病という概念は、専門職は注意して使う必要があります。日本うつ病学会のホームページには『『新型うつ病』という専門用語はありません』と書いてあります。更に、「精神医学的に厳密な定義はなく、そもそもその概念すら学術誌や学会などで検討されたものではありません」としています。

一方でこのホームページでは、「非定型うつ病」という概念はもともと存在していて、DSM でもそのような病態は規定されていると書いています。非定型うつ病という病態が、新型うつ病という概念の中で埋もれてしまっているのです。特に、若者の非定型うつ病という病態が、新型うつ病という概念の中で埋もれているのではないかと思います。

非定型うつ病の報告は古くて、1959 年に West と Dally という人が報告しました。拒絶過敏性、鉛様麻痺、気分反応性、逆転した身体症状、という 4 つの特徴があると言われています。拒絶過敏性というのは、他人の侮辱、軽視、批判に、些細な事で強く反応して、落ち込んだりキレたりします。そしてキレた後には、そういう場に対して拒絶反応を示して、学校を休んだり友人関係を断ったりします。非常に過敏で、拒絶してしまう病理があるわけです。

それから体の症状として、四肢が鉛のように重く、時に発作的に出現する鉛様麻痺があります。特に朝起きた時に体が鉛のように重く、起き上がれない症状が表れます。気分反応性も特徴で、何か良い出来事があると元気になる状態です。従来型のうつ病は、何か良いことがあっても喜べない苦しさがあるのですが、非定型うつ病の人は、週末は旅行に出かけられるのに、月曜になったら途端にうつになったりします。そのため他人からすると、サボっているように見えたりもします。従来型のうつ病とは逆転した身体症状も特徴で、過食、体重増加、過眠などが起こります。

West と Dally は当時、抗うつ薬として使われてい

たモノアミン酸化酵素阻害薬（副作用が強くて現在は使われていない）が効いた患者群と、三環系抗うつ薬が効いた患者群に分けて、症状を詳細に検討しました。すると面白いことに、従来型うつ病によくみられる自罰的傾向や日内変動などがある患者には、モノアミン酸化酵素阻害薬の効きが悪く、従来型とは違う傾向がある患者には、この薬が比較的効いていました。この研究の結果、従来型とは違う非定型な病像を呈する群があると分かり、非定型うつ病という病態が同定されたのです。

要するに非定型うつ病は、モノアミン酸化酵素阻害薬が効くか、効かないか、ということで分けた群ですから、生物学的なバックグラウンドで規定された病態になります。単に概念論で決めたわけではないので、非定型うつ病の患者さんは実際におられます。ですが埋もれてしまって、治療がうまくいっていないのが現状だと思います。特に若い人が、新型うつ病として片づけられている可能性があることに、注意する必要があると思います。

ここから自殺の話に少し戻ります。大阪大学の学生の死亡者は、2019年から2021年の間に12人（うち6人が自殺）いました。保健センターに一報があり、受診歴を調べますと、ほとんどの学生さんはカルテがありませんでした。保健センターに来ていなかったのです。この傾向は他の大学でも同じで、先ほどご紹介した国立大学74校の調査でも、保健センターの事前の関与は、関与なしが76%になっていました。ここが問題で、自殺に及ぶ手前で我々がどのように関与できるか、というのがポイントになると思います。

この傾向は日本だけではなくありません。米国大学精神保健協会の調査をみても、自殺の前にセラピーや投薬を受けていた学生は少なく、やはり80%前後が治療につながっていませんでした。ですからこの傾向は、グローバルにあると考えられるわけです。自殺に至るまでに、我々がなんとか関与しないといけないのです。

最後に、我々が大阪府と取り組んでいることをお伝えします。大阪府では、若年層を対象とした「大阪府こころのほっとライン」という相談窓口を設けています。若者が活用しやすいツールとして、LINEを使って始めています。現在は府内の大学等の学生（卒業生

も含む）と、妊産婦（未就学の乳幼児の保護者など）を対象としています。例えば、LINEのチャットで「死にたい」とか「今から自殺します」などとした場合は、警察署とも連携して、場合によっては連絡するネットワークを作っています。

ご本人の同意を得られれば、学校がデータをもらうこともできます。既に何人かは、同意の上でもらったデータを生かして学生さんを探し、お声かけをすることも行っています。今は大阪府下17校の大学が参加しています。利用状況をみると、1回で済むことが多くなっていて、LINEが1回でもつながればそれで解決する傾向があります。相談はやはり女性が多く（約8割）、男性からの相談はなかなかありません。男性の学生からの相談を増やすことが今後の課題です。相談内容は、やはりメンタル不調の話が多くなっていて、自殺念慮の話も出てきています。

このように、大阪府こころのほっとラインは、学生の間で浸透しているLINEを使ってテキストベースで相談を受けています。LINEに自分でメッセージを打ち込み、文字にすると、気持ちをある程度整理できるという話を学生さんから聞きました。大阪府と連携したこのような取り組みを広げていく中で、警察や消防とも連携ができてきました。こうした取り組みが他の地域でも広がっていったらよいと思っています。

**Q.** 海外に比べて日本の若者の自殺が多い理由を教えてください

大変難しい問題ですが、若者に限らず、日本人は自殺が多いということはみなさんご存知だと思います。国別にも自殺の多い、少ないがあると思います。質問をすり替えるようで恐縮ですが、自殺につながるような人は先ほどお伝えしたように、米国であっても相談に行けていない傾向があります。我々としては、何とかつながりを持つということが、日本に限らず必要なことではないかと思います。