

第 3 回 2025.03.01

救命救急から自宅まで ～ 私たちに今できること～



臼杵 理人 氏

国立病院機構災害医療センター救命救急科 医長 / 日本うつ病センター 上席研究員

今日は救命救急から自宅まで、ということで、私が今働いている救命救急センターの医師の立場としてのお話をさせていただきます。私は一介の精神科臨床医で、専門はリエゾン・コンサルテーション精神医学です。これは分野と分野の間をリエゾン、橋つなぎするような精神医学の分野になります。もともと精神科臨床医として、総合病院（災害医療センター）や JDC の関連である六番町メンタルクリニック、地域の単科精神科病院などで勤務していました。途中で医系の行政職員として、厚生労働省精神・障害保健課や法務省矯正局（拘置所・医療刑務所）で少し働く機会を持ちました。そして今は、再び災害医療センターに戻り、今度は救命救急センター専属の精神科医として勤務しています。色々な分野をグルグル回るうちに、ようやく真ん中に何か見えてきた印象がありますので、そういったことを共有できればなと思っております。

若者の自殺者数の増加や、市販薬の過剰摂取による救急搬送などのニュースが最近たくさんありますが、救命救急の現場では今、何が起きているのでしょうか。救命救急センターには、オーバードーズした10代、20代の患者さんがそのまま搬送されてきます。そのような状況の中で、患者さんのこれまでの経緯をいきなり確認できるわけではありません。我々が外部の関係機関と連携を取ろうとする時に、救命救急センターの現状が共有されていない部分もあり、連携がなかなか難しいと思う側面もあります。ですので、今日は現場の状況を皆さんにイメージしていただいて、そこから共有できることを見つけられないかと考えている次第です。

今日一番お伝えしたいメッセージは、「クライシスは介入の好機である」ということです。救命救急センターに運ばれるという状況は、非常に大きなクライシスなんですね。特に我々が働いている病院は3次救命救急センターですので、命の危険があるような人がたくさん運ばれてきます。そこが、あえて介入のチャンスであるというお話しをしたいと思います。

まず、救命救急における救急自動車の出動件数をお示します。その数はこの20年、右肩上がりになっています。コロナ禍の数年だけ減りましたが、コロナ禍が終わると元に戻ってどんどん増えています。また今年度（2024年度）も過去最高を更新しそうです。こうした状況の中で、医薬品の過剰摂取を含めた若い人の救急搬送数はどうなのでしょう。これも厚生労働省や消防庁の発表によると、ここ数年増加の一途をたどっています。救急現場自体が逼迫している中で、救命救急センターは医薬品過剰摂取の人たちにどのように向かい合っていくのか、非常に大きな社会的課題として捉えられているところです。

国の政策の中でもそこは明言されています。例えば自殺総合対策大綱の中では、当面の重点施策として「自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」という項目が示され、「地域の自殺未遂者支援の拠点機能を担う医療機関の整備」「救急医療機関における精神科医による診療体制等の充実」「医療と地域の連携推進による包括的な未遂者支援の強化」などが明確化されています。

救命救急医はよく、「救命救急センターは命を守る最後の砦だ」という発言をします。これは、日々の救

務の中で疲労している救命救急医が、自分たちを奮い起こそうとして言っているスローガンのような印象があります。逆に言うと、命に大事がないような患者さんに対して、ケアの側面が少し欠けていたことも否めない印象を受けています。ただ、先ほどお示した大綱にもあるように、セーフティネットとしての最後の1枚なのだということを確認していきたいと思っています。

救命救急センターに運ばれた時点で、実は精神科医としては負け戦感があります。ただそこから、ネガティブケイパビリティではないですが、踏ん張っていくことがとても大事だと思っています。私が勤務する国立病院機構災害医療センターは立川市にあり、455床、30の診療科を持つ総合病院です。34床の救命救急センターに年間3000人程度が入院します。2022年から救命救急センターに精神科医の私が常駐するようになりました。地域特性としては、2次医療圏の北多摩西部医療圏（約65万人）に位置しています。病院のある立川市は人口約18万人で、そんなに大きな都市ではありません。ただ、多摩地域の中心にあり、多摩全域（約420万人）に隣接していますので、若い人を含めてどこからも救急搬送があります。さらにJR中央線が東西に走り、多摩モノレールが南北に走っていて、交通の要衝にもなっています。

ところが、ここはないない尽くしなのです。まず、災害医療センターはベッドが450床以上あるのに精神科のベッドがありません。それなのに近隣の大学病院精神科との連携も特になく、2次医療圏内の精神科病院も存在しません。正確に言うと、近くに身体合併症を診てくれる病院があるのですが、これは特化している病院なので、なかなか精神科の転院が難しい状況にあります。さらに、自治体の自殺対策との関係があまり醸成されていません。もともとないない尽くしの所で始まっている病院なのです。

そんな、ないない尽くしの所にどれだけ自傷・自殺未遂の患者さんが搬送されてくるのでしょうか。2022年4月から2024年7月の間に、当院の救命救急センターに搬送された自傷・自殺企図の人の数は、月によって多少の増減はあるものの、おおよそ月平均25人になります。つまり、1日1人くらいです。この数は少しイメージし難いかもかもしれませんが、全国的

にみてもかなり大きな数です。おそらく私は東京都内で一番、自傷・自殺企図の患者さんを救命救急センターで診ている精神科医であると思っています。

コロナ禍があけた後に、一時的に自傷・自殺企図の搬送数がぐっと伸びたことがありました。その後、少し落ち着く傾向があったのですがまた増えてきました。搬送数が一番多かった2023年度は、年間344例です。6割超が女性で、20代が圧倒的です。これは昔からの傾向なのですが、10代が年代層で2位、約15%となり、人数で見ると50人超にもなりました。毎週おひとりくらいは、10代の若者が自傷・自殺企図で搬送されてきていることとなります。しかも当院は3次救命救急センターですから、ちょっと飲んで自分で歩いてきた、という人はいらっしゃいません。救急車を呼んで、放置すると命に関わると判断されていらっしゃる人が多いのです。ちなみにこの数は、救命入院の1割程度を占めます。この割合は、過去の国内外の研究などでも言われていて、そこに関しては平均的な数なのかと思っています。

続いて2012年からの各年のデータをもとに、自傷・自殺企図で当院に搬送された人数の推移を振り返ってみます。データのとり方が違うので母数が違うのですが、やはり年間200人くらいの自傷・自殺企図者が入院されていました。2019年の時点では155人だったのですが、ここ数年の伸びが激しく、2023年には275人になっています。10代の割合も増えていて、2019年は9%だったのですが、2023年には19.6%になっています。

10代から20代の急性薬物中毒患者の搬送データを見ると、市販薬過量服薬の割合がうなぎ上りで、現在は半数以上が市販薬を過量服薬しています。ちゃんぽんにして飲んでいるケースもあり、市販薬を飲んでいない急性薬物中毒搬送の方が少ない状況になっています。

10代の自殺企図手段の内訳（2022年4月から2023年3月）は、急性薬物中毒が4分の3を占めています。2番目は墜落外傷（飛び降り）で、入院が長期化していることが臨床では大きな問題になっています。さらに、2024年4月から2024年7月の数を見ると、墜落外傷が増えています。実は2024年度は、

オーバードーズで運び込まれる若い人の割合がちょっと減っている印象があります。ただ、飛び降りて搬送される若者の割合が増えていて、不気味な状況だと感じています。もしかすると、市販薬の販売制限で薬が手に入らなくなったお子さんたちが、気持ちの逃げ場所を失ってしまい、飛び降りに走りやすくなっているのかもしれないと疑いながら観察を続けています。

救命救急センター以外の臨床家や、ご家族、学校関係者の中にも多い考えが、「今の薬は死なない」という誤謬です。「薬じゃ死なないよ」「かまってちゃんだよね」という言葉をふつうに聞きます。これに関しては、救命救急センターの立場としては、「全くそんなことはないです」とお答えします。たとえ死ななくても、身体的に大きな問題が起こり得ます。例えば、褥瘡（床ずれ）、神経麻痺、誤嚥性肺炎、横紋筋融解→腎不全→透析、朦朧とした状態で事故に遭う、自傷・自殺企図などです。過量服薬をしてそのまま昏倒してしまい、床で半日横になっているだけでも褥瘡が起きます。普通に寝ている状態であれば、睡眠中に体を動かすので床ずれはできません。しかし、薬で昏倒すると褥瘡ができます。そして圧迫されている場所の神経麻痺が生じ、脚や手が動かなくなったりします。さらに、咳を利用して吐く嘔吐反射ができなくなりますので、肺炎を起こします。状態がひどいと筋肉が融解してしまい、そこから腎不全や透析になってしまったりします。

最近、身体の方からみて重症化しやすいと感じているのが、カフェインを配合した市販薬です。この薬は、だいたい1箱10錠でカフェイン1gになると言われています。カフェインの致死量は6g以上です。1箱300円ちょっとですから、2000円で致死量に達してしまいます。この薬をオーバードーズした場合、透析をしないと心臓への影響が強くなり、心停止を起こすことがあると言われています。埼玉医科大学の研究などでも、カフェインをたくさん飲んだ人の死亡率が高いことが指摘されています。オーバードーズで仮に命に別状がなくても、救命救急センターでの適切な介入が重要になります。自傷は自殺意図の有無に関わらず後の自殺リスクを高めると言われ、自殺完遂におけるもっとも強力な予測因子である、ともされています。

ここからは架空の症例をご紹介します。ある日の夜、

救急隊に連絡が入りました。10代女性が自宅で市販薬を過量服薬して、意識が朦朧としているとのこと。飲んだのは市販薬のメジコン60錠程度と、処方薬のフルニトラゼパム（睡眠薬）が数錠。なぜか家族ではなく、友人と名乗る男性からの連絡でした。この連絡をもらい、救急医がまず考えることは「身体的にどの程度の重症度なのか」「精神面はどうか。当院で対応できるか」「ちゃんと引き受けてくれる家族がいるか」という3点です。残念ながら救急の初期の時点で、患者さんの精神面や社会的課題を検討して動けるような救急医はあまり多くないです。救命の現場は非常に多忙なので、問診をしっかりとるか、社会的背景を調査するには労力が足りないのです。

女性を乗せた救急車が病院に到着しました。女性は朦朧としたまま「死にたい」「気持ち悪い」「帰る」などと小さな声で呟いています。腕には新旧混在した浅いリストカットの痕があります。救急車には疲れた顔のお母さんが同乗してきました。ストレッチャーのまま処置室に搬送して診療が始まりました。本人の体の状態をまず確認したところ、若干の頻脈以外、呼吸や血圧に大きな問題はありませんでした。採血、レントゲン、頭部CTなども異常なし。急性薬物中毒として、救命病棟に入院となりました。

ここまでの間、この女の子がオーバードーズに至った背景はほとんど分かりません。情報はほぼゼロに等しいのです。やはり精神科医としては、本人を取り巻く色々な要素を知りたくなります。何が本人を苦しめていて、何が本人を助けているのか、こうしたことをアセスメントしたいと考えるのです。本人が寝ているうちに確認できることは多くあります。ポイントを挙げると「家族への確認が基本」「これまでの生活、普段の生活などの生活情報」「主治医の有無、これまでの診療情報をかかりつけ医に確認」「役所での支援歴」「学校での状況」「働いているなら職場での状況」などです。これらの確認を、医療ソーシャルワーカー（MSW）やスタッフの手を借りながら進めていきます。

そうすると、お母さんのヒアリングから以下のことが判明しました。「通信制高校の1年生。中学校ではいじめなどがあり、2年から不登校。その頃から浅いリストカットなどを認めていた」「本人が9歳の時に

両親は離婚。現在は母子家庭。小5の弟は発達障害傾向を指摘されている。母親はパートで働いており余裕がない。「高校に行きたいという気持ちはあり、通信制高校に進学。その後、高校で知り合った友人と一緒に遊ぶようになり、誘われて市販薬の過量服薬を行うようになった」「友人と遊びに行く時以外は自宅でネットなどをして過ごしている。今回は、過量服薬した後に友人に連絡し、友人が救急要請した」「母親は救急隊が来るまで、その事実に気付いていなかった。

この話を聞いて私が思うことは、「いじめや離婚、弟のこととか、いろいろ大変なのかな」「友人のことはどうなんだろう」「お母さんは過剰に心配しているのかもしれないけれど、悪い遊びを教えられてしまったりするのかな」などです。こんな感じで、我々は本人を取り巻く要素を埋めていくわけです。逆に言うと、この要素を確認するために救命救急センターとしては色々な所と連携を取っていききたいのです。

本人が覚醒したので、入院翌日の昼くらいにベッドサイドで話を聞きました。第一印象は地味な子。知的には平均的な印象です。やや硬い印象はあるものの、精神疾患を強く疑うほどではありません。本人はこう語りました。「大丈夫です。死にたい気持ちとか今はないし」「……何も考えたくないなって」「リスクは痕が残るし、ODはみんなやっているから」「高校になって友達ができた。今の友達は信用している」「弟は嫌いじゃない。お母さんはいつも怒ってばかりで嫌になる」「高校は行きたいけど、何をやりたいとかない。将来が見えなくて不安」「中学生の時、カウンセラーに相談した子の話が漏れていて、信用できないと思った」。

ODで運ばれてくる子の中には、自殺念慮が一見強くなって、体にもたいした症状はなく、医療に対して拒否的に見える人が結構います。そういう人たちは「死ぬ気はなかった」「飲むと楽になるから飲んだだけ」「病院にいと余計に調子が悪くなるから早く返してください」と言うのですが、あえて安心材料を私たちに提供しているような所があります。しかし、救命救急に運ばれてしまうくらいですから、自分でコントロールする範疇から外れてしまっているのではないかと我々は考えます。ここで信頼関係を得られるように、話をしていけないといけません。私なりの接し方は「フレ

ンドリーに、しかし、侮らず」「率直に、しかし、最善を尽くし」「信念を持ち、しかし、柔軟に」です。このあたりを心掛けてやっています。

そうこうするうちに、お母さんが病院に着替えなどを持ってやって来ましたので、面談室で次のような話を改めて聞きました。「懸命に育ててきたのに、どうしてこうなってしまったのか」「正直、少し厳しくし過ぎたことはあったかもしれない。自分が大変だったから頑張っただけだった」「ネットばかり見ていて心配。高校に行ってから、こういったことが起こるようになった。学校をかわった方がいいのか」「精神科は不登校になった時に一度受診したが、薬を出されただけだったので不信感もある」「私も疲れ果てていて、どうしたらいいのか分からない。長男のこともあり、児相に相談したこともあるが、あまり具体的な話にならなかった。どうしたらいいですか」。

このように、お母さんは1人の人間として非常に苦悩しています。お話を改めてうかがうことで要素がさらに見えてきました。これを本人の話とも照らし合わせると、友人との関係は本人にとっては保護的に働いているのだらうと思いました。市販薬も、それにつながりを作るような意味合いがあって、必ずしもマイナスのものではない。お母さんの考えとは違うかもしれないけれど、両面の価値があるものだと考えられます。こういった要素を色々抜き出していくのは短時間の外来では難しく、救命救急センターだからこそできるのだと考えています。

その後、「よくこれまで頑張ったね」などと本人の孤独な戦いを労いつつ、ストレスの溜まりやすいパターンについて会話をしました。そして高校の担当者に母親を介して連絡したところ、想定以上に速やかな返答があったため、本人の了解を得て現在の学校でのスクールカウンセラーの活用を再検討しました。さらに母親への支援を含めて、子ども家庭支援センターへの相談を行っていくことにしました。市販薬使用について精神科受診も検討しましたが、地域性もあって初診が取りづらく、本人と母親の抵抗感もあったことから、今後の検討課題として共有するにとどめました。そして退院ということになりました。

私はZ世代などという世代論に若干懐疑的なとこ

ろがあります。先の女の子の症例を挙げてみた時に、それが世代によってそんなに違う反応なのか、私は疑問視しています。これまで団塊、バブル、新人類、氷河期、ゆとり、とか様々な世代がマスコミによって言われてきましたが、長くても 15 年、20 年くらいのスパンです。そのくらいで若者の考え方が一気に変わるとは、私は思えません。単純に、時代、時代の動きを表現しているに過ぎないのではないかと。つまり子どもそのものではなく、子どもの上の世代、社会がどういうふうに動いているのか、それを表現しているのではないのでしょうか。若者は、その時代、その時代に、なんとか頑張っただけで適応しているだけではないかと私は感じています。ですので、世代論でご本人を語るのではなく、自分たちのいる時代を振り返ることがまず重要なだろうと強く思っています。

では、救命救急センターはどのような連携をすればよいのでしょうか。救命救急センターは確かにクライシスなのですが、これをチャンスに変えたいのです。絶好の機会が 4 つあると思っています。「本人の気持ちを聴く絶好の機会」「精神科の見立てを行う絶好の機会」「学校・会社・地域・行政と連携する絶好の機会」「家族の意見を聴く絶好の機会」の 4 つです。ただ、枠の中だけの連携だと、すぐに終わってしまいます。我々が強調したいのは「専門を一步はみ出す連携」「組織を一步はみ出す連携」「時間を一步はみ出す連携」です。何歩もやる必要はなく、一步でいいのです。

連携の障壁はたくさんあります。まず多いのが、問い合わせた時に「個人情報」と言われるのです。これはよく分かるのですが、どこをどうクリアすれば個人情報を共有できるのか、という視点が重要だと思います。「担当者が不在です」という折り返しも多いです。救命救急現場は非常に時間が限られる中で連絡を取っているのです、担当者が不在なのは仕方ありませんが、代理の人が後で対応してくれるのかとか、そのあたりの筋道づけを行えば助かります。

国は何を考えているのかというと、厚生労働省の令和 7 年度概算要求の中に、拡充と推進枠がたくさんあります。「自殺対策に関する調査研究等の体制拡充」「地域自殺対策強化交付金による自殺対策の推進」「子ども・若者の自殺危機対応チーム事業の更なる推進」などです。非常に錚々たるメニューが並んでいます。

ところが、これは我々の努力の問題もあると思いますが、残念ながら今の私の病院の救命救急の現場には、おそらくこのお金は直接的には 1 円も関係ありません。ではまず、自前でなんとかしようということで、2023 年 3 月、有志で「地域リエゾン会議」を立ち上げました。基本的には医療関係者の参加を募っているのですが、資格を持てば誰でもいいということでやっています。まずはお声がけをして、手上げしてくれた先生たちと協力して始めています。

この会議では、講演のパートとディスカッションのパートを設けています。地域の役割の違う色々な機関が何をやっていて、何を困っているのか、それをまず共有しようということで始めました。講演パートで近年のトピックを紹介してもらい、ディスカッションパートで医療機関の取り組みや今の課題について議論します。これは製薬会社のお金でやらせていただいています。2023 年 12 月 5 日に第 2 回（テーマ 救急科のホンネ 精神科のホンネ）、2024 年 9 月 10 日に第 3 回（テーマ 医療機関は行政機関と本当に連携できるか？）を開催しました。毎回 100 人前後、ご参加いただいています。第 4 回は、若年者の抱える課題をテーマとし、今年（2025 年）秋に開催を予定しています。

こうした取り組みを通して、先進的な自治体が行っている様々な取り組みに繋がっていきたくと思っています。例えば横須賀市や江戸川区では、救急病院にオーバードーズなどの患者さんが運ばれた時、ご本人の同意さえあれば保健所や役所から担当者が病院にすぐ駆けつけて、そこでお話ある程度確認して今後の支援体制に繋がっていく、という試みが行われています。こういうものを参考にしながら、我々も頑張っていきたいと思っています。

最初の方でお話ししましたが、救命救急センターはセーフティネットの最後の 1 枚です。と同時に、最初の入口でもあります。我々はその意識を強くしながら、どういった連携がプラスになるのか、様々な所と今後相談していきたいと思っています。

Q.

精神科で『薬物乱用の方はお断り』
とうたっているクリニックがあり
ます。専門家が非常に少ない中で、
どうやったら適切な医療につなげ
られるのでしょうか

クリニックの中には、ODを1回してしまっ
たら「もう診られません」と診療を断る所もあ
り、患者さんが途方に迷ってしまうことが結構
あります。さすがにその対応は厳しいと思っ
ています。そういった時に、我々は情報をどう提
供したらいいのか、実はあまり有効な手段はな
いように思っています。精神保健福祉センター
を活用していただくことと、救命救急などで手
に入るリーフレットに相談窓口の情報が多少は
載っているので、これを活かしていただくとよ
いかと思います。公的機関にもご相談いただき
たいと思います。

おつなぎ出来る所が少ない中で、近くの医療
機関に行って不信感を抱えてしまうパターンは
本当に多いです。これは非常に悩みます。患者
さんの精神科的な課題の大きさにもよりますが、
いきなり精神科でなくてもよいのではない
かとも思います。結局のところ、その時に関わ
ったドクターや支援者がどれだけ信頼感を得られ
るか、ということになるので、今つながってい
る人がまずは信頼を得るということが1つの
答えなのかと思っています。

精神科につながることに限らず、普段から
支援者も精神科医療機関に多少つながっておく
ことが大切で、その上で本人さんの医療機関へ
の不信感はどこから始まったのか、確認され
た方がよいと思います。始めて行った病院で、2
回目からは全然話を聞いてもらえなかった経験
などがあるのかもしれませんが。その場合、例
えばカウンセリングを併用することでサポート
できるかもしれませんが、不信感に対してまず
は向かい合っていくことが大事ではないかと思
っています。

Q.

救急医が自傷行為に対して冷たい
扱いをして返してしまう救命救急
センターも多いのではないかと思
います。救急の学会と精神科との
連携は少しは進んでいるのでし
ょうか

試みはたくさんあります。例えば、一般の救
命で働いているスタッフ向けに、自傷や大量服
薬の人達の初期対応の方法、心掛けるべきこと
などを研修で行ったりしています。ただ、研修
は行きたい人しか行かないので、結局、届か
ない所には届かないという課題があります。

個人的には、救命の先生もこちらが背景を説
明すると、かなりシンパシーを持ってくれる
ことが多いです。救急医の冷たい扱いは、限ら
れたリソースの中でたくさんの救急車をさばか
なくてはならない環境のため、生じてしまっ
ているというのが私の率直な見方です。です
ので、私のような医師がどのくらいいるのか分
かりませんが、精神科医がどんどん救急に入
って行って、ご本人の思いを翻訳していくこ
とが必要だと考えています。翻訳が増えてい
くと、救命の先生たちは賢いのでちゃんと分
かってくれます。病院の中で、そのような文
化をみんなで創っていきたくと思っています。
そのためには精神科医が医局も含めてムー
ブメントを作り、そこに対して地域のサポ
ートなどもあると嬉しいなと思っています。

Q.

ODで救急搬送されて処置を受けた後、1泊で帰宅してしまう患者と、数日入院する患者との違いは何でしょうか。身体侵襲の程度でしょうか

ODの患者さんの平均入院日数は2日と言われています。1泊で帰宅してしまう患者さんが一番多いです。ご指摘のように身体侵襲の程度は大きく影響し、呼吸の状態が良いかどうか、意識のレベルが戻ってきているかどうか、こうしたことが最も入院日数に関係します。プラスアルファで、社会的な調整に時間を要することが結構あります。先ほどの架空の症例の中でも出しましたが、児童相談所であるとか、学校であるとか、ちょっと時間をかけて対応しなければいけない社会的調整が入って来ると、入院が延びることが結構あります。そこで2泊3日になるパターンが多いです。

1泊2日だと大きなことはできません。身体的に回復している患者さんたちは「お家の方が落ち着く」と言い出します。それに対して、「ここまで来ちゃったということはあなたにとっても想定外のこと、大変なことだろうから、もうちょっと丁寧に先のことを考えてからにしませんか？」みたいな感じで少しいなしながら、数日入院していただくことは当然あります。もちろん、救命救急の現場では身体侵襲の程度が最優先されてしまう現状がありますので、そこはどうしてもプラスアルファという形になります。

Q.

一般論として、保護者とはどのように連携したらよいのでしょうか

まず1つは、支援をすぐに切らないことなのかと思っています。退院して良い方向に転がると、そこで「大丈夫そうだからいいです」ということで、支援を一端切ってしまうことがよくあります。児相でも支援終了ということがよくあるのですが、一度支援終了になると、次にもう1回ということのハードルが高かったりするのです。そこで私は、定期的な面談だけは

フォローアップとして続けさせてくださいね、ということで、地域の生活の中で時々すれ違うくらいの温度感で構わないので、縁をつなげておくことが大事だと感じています。半年に1回でも構わないので、様子伺いをするという体制を維持できると、だいぶ印象が変わってくるのかなと思っています。

Q.

自殺企図を繰り返して家族から見放されているようなケースは、どのように対応したらよいのでしょうか

わずかな糸を探すために、まず経過をしっかり聞きます。「本当に見放されているのかな」というような話をすることもあります。「今ここでお会いしたのも1つの糸だから、それを次につなげていくことを、今やってもいいんじゃないかな」というような話もします。そして、糸をなんとかかつむげるように色々な所に声かけをして、つながる所を探していきます。

Q.

絶望している場合、どのように声をかけたらよいのでしょうか

無理して言葉ではっきり示さなくてもいいのではないかと私は思っています。ただ、相手の隣にしっかりいてあげることが大切だと思います。絶望している人は、自分が必要ないと思っています。「私は必要ない」というメッセージに「わかったよ」とはどうしても言えないので、何となく一緒にいる中で糸口が少しずつ見えて来ることがあります。声をかけなくても構わないので付き合っていく。その中で、人間は生き物ですから動き回るでしょうから、そこでまた糸口を探していくことなのかなと思います。