

2024年度 東京都地域自殺対策強化補助事業（若年層対策事業）採択



JDCメンタルヘルスセミナー2024

現代の若者のこころと向き合う —Z世代への支援と対応—

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)®

CONTENTS

第 1 回
2025.02.01

02 みんなで考える自殺予防

講師 張 賢徳 氏 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 所長

09 新たなワンストップ相談サービスの社会実装 ～不安や抑うつを抱える若者に向けて～

講師 根本 隆洋 氏 東邦大学医学部精神神経医学講座・社会実装精神医学講座 教授

第 2 回
2025.02.15

15 若手社員への向き合い方 ～発達障害含めた適切なアプローチ～

講師 染村 宏法 氏 染村産業医事務所/日本うつ病センター 上席研究員

23 若者のメンタルヘルスへの戦略 ～企業と産業保健スタッフが果たすべき役割～

講師 佐々木 規夫 氏 産業医科大学 特命講師/日本うつ病センター 上席研究員

第 3 回
2025.03.01

32 なぜ若者は市販薬をオーバードーズするのか？

講師 松本 俊彦 氏 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部 部長/
薬物依存症センター センター長

44 救急救命から自宅まで ～私たちに今できること～

講師 白杵 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

第 1 回 2025.02.01

みんなで考える自殺予防

張 賢徳 氏

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 所長

今、若い人の自殺の増加が止まらず、大変深刻な状況になっています。つい最近も、厚生労働省が昨年（2024 年）1 年間の自殺者数を発表して、報道でも大きく取り上げられました。小・中・高校生（児童・生徒）の自殺者数が残念ながら過去最多を更新しています。一昨年（2023 年）は 514 人で過去最多と言われましたが、昨年はそれを上回って 527 人となり、過去最多を更新し続けています。年代別にみると、小学生 15 人、中学生 163 人、高校生 349 人となっています。

大人の自殺者数に比べると数は少ないのですが、諸外国との比較でみると、日本の若者の自殺率は高いのです。また若い人は、体の病気で亡くなるのが大人に比べて圧倒的に少ないですから、自殺が若者の死因第 1 位を占める状況がずっと続いています。これは公衆衛生的にも非常に大きな問題だと認識されています。

19 歳以下の自殺の原因・動機は、警察庁を情報源とする国の発表によると、「学業不振や進路に関する悩みなど学校問題」が最も多く、「うつ病などの健康問題」「親子関係の不和など家庭問題」が続きます。なぜ警察が関わっているのかというと、自殺なのか他殺なのかを判別するために警察がまず臨場して様々な聞き取り調査を行います。ご遺族から聞き取った情報とか、遺書が残っていればそれを見るときか、そういう情報をもとに自殺と判定していきます。

ここからは、大人も含めた自殺の全体的な話を共有していきたいと思います。まずは、数値から見た日本

の自殺についてです。自殺者数の変化をグラフにすると目を引くのは 1998 年です。この年に自殺者数がすごく増えて 3 万 2863 人となりました。3 万人を突破したのは日本の統計史上、初めてのことです。その後、約 15 年間、年間自殺者 3 万人時代が続きました。2012 年によろやく 3 万人を下回り、以後、順調に減っていくのですが、2020 年に増加に転じました。新型コロナの流行が始まった年です。コロナ元年に、残念ながら自殺がまた増加に転じてしまったのです。

1998 年を少し振り返っておきます。前年の 1997 年の自殺者数は 2 万 4391 人だったので、単年度で 35% も増加したことになります。これは世界的にも驚かれたほどの急増で、こんなに増える国は珍しいのです。後でもお話ししますが、日本の自殺の大きな特徴は、何か社会的な問題が起こった時に自殺の激増が起こりやすいということです。この特徴を私たちは知っておく必要があると思っています。

1998 年とその前後には、女性の自殺率の変化はほとんどないのですが、男性は 40 代半ばから 60 代の年齢層の自殺率が非常に高まりました。1998 年の激増は、働き盛りの男性の自殺が激増したことで起こったこととなります。では社会的に何があったのかというと、1997 年は「山一ショック」があり、日本は本当に深刻な経済危機に見舞われました。この年の 11 月、山一証券の社長の涙の記者会見があり、それが何度何度もニュース映像で流されて、「日本はどうなってしまうのだろう」と深刻な不安が社会を覆いました。そして 1998 年には、長銀（日本長期信用銀行）や日債銀（日本債券信用銀行）が破綻し、未曾有の経済危

機と言ってもいいような状況が続きました。

このような年だったので、誰がどう考えても経済問題が関係したことは分かります。それは感覚的な問題だけではなく、統計からも見えてきます。統計解析によって、男性の自殺率は経済問題（完全失業率など）とリンクすることが分かっています。特に 1960 年代の高度経済成長以降、非常にリンクしています。一方、女性の自殺率は経済問題との相関関係は見られません。では、女性は経済的な影響を受けないのかというと、そんなことはありません。山一ショックがあった 30 年近く前は、日本人女性の社会進出が諸外国に比べて大変遅れている状況でした。男性並みにバリバリ働いている女性は非常に少なかったことが、経済問題との相関関係が見られない大きな理由になったと思っています。後でご紹介しますが、女性も経済問題によって自殺が増える状況が、新型コロナの流行下で起こっています。

「年間自殺者 3 万人」時代が続く中で国が動き、2006 年、自殺対策基本法という法律ができました。NPO 法人ライフリンクなどが署名活動を行って政治家を動かし、議員立法でこの法律ができたのです。社会的な問題として自殺予防に取り組むべきだ、という理念がうたわれた法律になっています。法律ができると何が大きく変わるのかというと、予算や人員が付くのです。これが非常に大きくて、日本全国、各自治体で自殺対策が始まりました。色々な対策がうたれ、大きな予算も使われた結果、5 年後くらいから 3 万人を下回ってきて、以後、減少が続いたわけです。結果的にとても良かったと思います。科学的に見ると、当時は色々な対策が同時に行われたため、どれがどう効いたのかという検証が難しくなっています。ただ、あの時は異常事態でしたから、何とかしないとイケないということで、多角的多方面の活動が一気に行われたわけです。

2012 年から 3 万人を下回り、順調に減って、一時期は 2 万人近い水準まで下がってきたわけですが、一方で、手放しでは喜べないということを次に指摘しておきます。人口が多い国は、自殺者数が多くても不思議ではありません。その国の自殺者が本当に多いのか少ないのかは、自殺率（人口 10 万人当たりの自殺者数）でみないとイケないのです。そこで日本の自殺

率を見ると、男性の自殺率は女性の 2 倍から 3 倍高くなっています。これは日本特有の現象ではなく、万国共通現象です。世界的に見ても男性の方が自殺率は高いのです。これには興味深い説が色々あるのですが、本日は時間の関係で割愛させていただきます。

ここで注目していただきたいのは、日本人全体の自殺率です。日本の自殺率はずっと 15 を超えてきていて、年間自殺者 3 万人時代には 25 を超えていました。世界のワースト 10 にいつも入っている状況だったのです。では自殺率 15 になればいいのかというと、決してそんなことはありません。WHO（世界保健機関）が世界の国々の自殺率を色分けした地図（一番高い国は赤色）を見ると、15 以上が自殺率の一番高い国として区分けされています。日本は赤色で区分けされる状況が続いています。日本はどのようにしてこんなに自殺率が高いのか、どうにかしなければいけない、という認識をもっと広げていく必要があると思っています。慢性的な自殺率の高さがまだ続いているのです。

次に、コロナ禍で自殺はどうなったのか、ということを月別自殺者数の推移をもとに見ていきます。まずコロナ前の 2019 年を見ると、1 月の 1686 人から始まって、12 月は 1494 人になりました。月ごとに凸凹はありますが、トレンドとしては右肩下がりになっています。2020 年も、スタートの 1 月は前年とほとんど変わらない 1684 人でした。1 回目の緊急事態宣言があった 4 月の段階でも、自殺者数は前年を下回っていましたが、7 月（1865 人）から急激に増えてきました。8 月（1931 人）、9 月（1889 人）は高止まりで、10 月（2230 人）に急増しました。6 月（1572 人）から 10 月にかけて 40% も増えたのです。たった 4 か月の間に、国全体の自殺者が 40% も増えるという激増現象がまた起こってしまったわけです。

男女別で見ると、今申し上げたトレンドは男性にもだいたい当てはまりますが、2020 年の 1 年間を均してみると男性の自殺者数はもともと多く、コロナでいきなり増えたわけではありません。一方、女性は 6 月から 10 月にかけて男性以上の激増があり、なんとこの間に 70% 増となりました。これは本当に異常事態で、コロナの中で女性の自殺が激増したのです。なぜこんなことが起こったのか、自殺率に関係する要因を考えてみます。まず関係するのは経済問題で、経

経済状況が悪くなると自殺が増えて、経済状況が良くなると自殺は減ります。これは多くの国で見られる現象です。先ほどは 1998 年の山一ショックを取り上げましたが、コロナ禍の中で起こった経済問題はこれと様相を異にしています。

2020 年の経済問題は、内需型サービス業（宿泊業・飲食サービス業）が一番影響を受けました。コロナの中でステイホームや三密回避が呼びかけられて、学校は休みになる、働いている人はテレワークになる、ということで人流が一気に減り、サービス産業が大打撃を受けたのです。そこで働いていたのはどんな人かという、男性よりも女性で、正規雇用よりも非正規雇用が多くて、アルバイトや非正規雇用の人から職を失っていくことになりました。そのため、この時に経済問題の直撃を受けたのは男性よりも女性、年配者よりも若者、ということになります。これが、働き盛りのお父さんたちが直撃を受けた山一ショックとは大きく違う部分です。

さらに、コロナ禍の影響は経済問題だけではありません。コロナでステイホームの時間が増えて、一家団らんが増えたと思いたいのですが、残念ながらハッピーなご家庭だけではなく、家庭内暴力 (DV) が 1.5 倍になりました。コロナ前から色々な問題や緊張をはらんでいたご家庭で、顔を突き合わせる時間が増えたがゆえに、ストレスが増してしまったのではないかと考えられます。また、児童相談所の児童虐待相談対応件数も増え、2020 年は 20 万件を超えました。これは 1999 年度の約 18 倍となっています。自粛やソーシャルディスタンスにより、人と直接会って話をしたり、遊びに行ったりする機会が激減し、ストレス発散の場がなくなる現象も起こりました。コロナ禍で女性や若者を襲ったマイナスの社会的要因を整理すると、経済問題、自粛やテレワークで増加した家族との接触の増加（家事の負担増、DV 増、虐待増）、リアルな対人交流の減少、ということが挙げられます。

このようなことが重なって、コロナの中で自殺が増えてしまい、メディアは「コロナ自殺」と呼んだりもしました。確かに分かりやすい言葉です。しかし、その理解だけでいいのでしょうか。社会的な要因は確かに大事ですが、ちょっと冷静に考えると、それだけで自殺が起きるのでしょうか。例えば、倒産の憂き目に

あった社長がみんな自殺するわけではありません。自殺の本体には一体何があるのか、それを見ないといけません。その本体を知るためには、ライフイベントという入口と、自殺という出口をつなぐ矢印（ライフイベント⇒自殺）の部分で何が起きているのか、中身を調べる必要があります。これが自殺の実態調査ということになります。統計的な数値だけでは見えてこないものを知らないといけないのです。

では、どのような実態調査をするのかというと、心理学的剖検という方法があります。亡くなられた人、一例一例を調査していく方法で、この調査方法は確立されています。剖検というのは、死因を同定するためにご遺体を解剖することですが、自殺の実態調査では解剖まではしません。心理学的という修飾語を付けて、解剖するくらい精緻に個人の人生を辿り、何が起こったのかを解明していきます。一番大事な情報源は近親者、ご家族からのインタビュー調査になります。1950 年代にアメリカで始まり、ヨーロッパ各国でも行われるようになり、自殺に関するとても大事なファクト（事実）が分かってきました。ただ、この調査方法が成立するためにはご遺族の協力が必要です。日本の場合、それが大きな壁になっています。欧米並みの高い協力率を得られず、地域調査がなかなかできていないのが日本の現状です。欧米では、この手の調査は協力率 90% を超える結果になっています。

今回ご紹介したいとても重要なファクトは、精神医学的な診断についてです。WHO が、世界の主要な心理学的剖検を用いた地域調査の結果を合算したデータを見ると、自殺と精神疾患には深い関係があることが分かります。自殺者の中で、精神疾患の診断がつかない人は 3% しかおらず、圧倒的の大多数が何らかの診断がつく状態にあったのです。もちろん、生前に精神科を受診していた人ばかりではありません。自殺者の中で精神科にかかっていた人は、多くの国でだいたい 40% 台となっています。では、それ以外の人にどのように診断をつけたのかというと、先ほど申し上げたように、ご家族の聞き取り調査から本人がいなくても診断をつけるやり方を援用しています。この方法は精神医学では確立しています。

自殺者の精神疾患で最も多いのが気分障害 (35.8%) です。うつ病、躁うつ病（双極性障害）が

中心のグループになります。2番目は物質関連障害(22.4%)です。精神医学で物質というとアルコールやドラッグを指し、アルコール依存症や薬物依存症がここに含まれます。アルコール依存症の人の自殺率が高いことは、精神科では古くから知られていましたが、それが実態調査によって事実として明るみに出てきました。続いて、ほぼ同率で統合失調症(10.6%)とパーソナリティ障害(11.6%)となっています。その他も合わせると、90%以上の人で精神科の診断がつく状態だったことが分かっています。

この事実をあてはめて、私なりに考えている自殺に至るプロセスをご説明します。入口のライフイベント(リストラ、倒産、借金、離婚、離別死、病気、差別、その他の失敗や喪失、コロナ関連の様々なストレスなど)から、結末の自殺へと至る間に、多くの人は精神科の診断がつく状態になっているわけですが、この途中段階で非常に重要なのはサポートが得られるかどうか、ということです。同じようなライフイベントを被っても、助けてくれる家族や友達がいたり、相談機関につながることでできたりすると、このプロセスから脱出できる可能性が高くなります。しかし、残念ながらそういうサポートが少なかったり、なかったりするとプロセスが進行し、多くの人が精神科の診断がつく状態となって、自殺へのプロセスが加速してしまいます。精神科の診断は、ひとりの人に複数つくこともあり、これは日常臨床ではよくあることです。例えば、もともとアルコールの問題を持っていた人がこのプロセスにはまり込むと、最終段階ではアルコールとうつ病(うつ状態)になることがよくあります。統合失調症の人がこのプロセスにはまりこんでしまい、最終段階ではうつ病(うつ状態)になって最後のプロセスが加速されてしまうこともあります。

今述べたプロセスをもとに自殺を大別すると、大きく2つに分かれると思っています。ひとつは「理性的な自殺」です。本人の思考力や判断力に病的な影響がなくても、本人が決めたことで自殺してしまいます。安楽死などがこれに該当すると思いますし、古くは切腹などがこれに当てはまります。もう1つが「思考力・判断力に病的な影響があった結果生じる自殺」です。ここで強調したいのは、どちらの自殺が多いのかということです。これはもうお分かりのように、圧倒的に後者のパターンです。私たちは日本人の意識として、

切腹文化の名残がメンタリティの中に染み込んでいますので、理性的な自殺が多いのではないかと思う人もいるかもしれません。ですが、実は「思考力・判断力に病的な影響があった結果生じる自殺」がはるかに多いのです。これを強調しておきたいと思います。だからこそ自殺は防ぐべきもので、「自殺は本人の決めたことだから」と放っておくことはできないのです。

どうして自殺を防がないといけないのか、という根本的な問いに対する私の答えは「精神的な変調(メンタル不調)が介在する自殺行動は予防や治療の対象です」ということになります。自殺対策基本法では、自殺は社会的に追い詰められた末に起こるものだから防がなければいけない、と言われていて、私はそれに異を唱えるつもりはないのですが、可哀そうだから防がなければいけない、というだけでは論拠として弱いのです。

10年くらい前、私は一般の人向けの講演会でフロアからこう指摘されたことがあります。ご高齢のご婦人が「可哀そうなのは分かるけど、本人が決めたことだからしょうがないのでは」と言われたのです。そのように思っている人が多いのだとすれば、自殺を防がないといけないという機運は盛り上がりません。日本では自殺の容認論や自己責任論が結構強いのではないかと考えています。それが慢性的な自殺率の高さにつながり、社会に衝撃を与える出来事が起こった時に自殺の激増が起こる、という私たちのメンタリティのベースラインになっているのではないのでしょうか。そこは変えていかないといけないと思っています。少なくとも今日言いたいのは、「多くの自殺にはメンタル不調が介在しているので、予防や治療の対象になります」ということです。ぜひ、この認識を共有していただきたいと思っています。

一方、数は少ないとはいえ「理性的な自殺」も確かにあります。これについてはどうすればよいのでしょうか。その是非は精神科医の見を超えているので、私が正解を持っているわけではありません。安楽死は国全体で認めている所がありますから、国民全体の合意を得ないといけない問題です。でも個人的には、どのような自殺であっても「ない」社会の方が良いと思っています。もうひとつ強調したいのは、職業人としては絶対に自殺をほう助してはいけない、ということ

す。何らかの職種で人の命に関わる現場にいる人たちは、自殺を容認したり手助けしたりすると、日本は安楽死も法的に認めていませんから、自殺ほう助罪や殺人罪に問われます。何らかの職種として現場で仕事をする以上は、自殺は絶対に防ぐというスタンスで臨むことが正解です。

以上が自殺全体のお話で、ここから若者や子どもの話題に移っていきます。子どもの自殺の背景はどうかということ、大人とほとんど変わらず、90%以上は精神医学的な診断がつく状態だったことが米国の調査で分かっています。しかし、大人と違う特徴も指摘されています。出典が古いのですが、1981年に当時の総理府青少年対策本部が発表した「児童・思春期の自殺の特徴」についてお伝えします。ここでは「唐突で衝動的」「致死性の高い手段」「些細な腑に落ちない動機」「高い被暗示性」（他からの影響を非常に受けやすく模倣自殺や連鎖自殺に注意）「生と死の境目がはっきりしていない死生観」（この世からの一時的な逃避として自殺を考える）が挙げられています。

また、教職を長く務めた長岡利貞さんが2012年に指摘した若者の自殺の特徴は、「幅広く柔軟に考える力が乏しい、社会経験や知識が乏しい」「衝動性、短絡性」「叱られて、疑われて、馬鹿にされて、仲間外れにされて」「窮地に追い込まれて」「いっぺんやってやろう、脅かしてやろう、驚かせてやろう」「低年齢ほど自殺念慮を抱いてから決行するまでの時間が短い」などです。最近では、子どもの自殺予防の専門家である阪中順子さんが「強い孤立感」「無価値感」「強い怒り」「苦しみが永遠に続くという思い込み」「心理的視野狭窄」などが大人よりも起こりやすいと指摘しています。

このような先行研究を参考に、児童・思春期の自殺の特徴を私なりに次のようにまとめました。

- ◎大人よりも衝動的・短絡的に見える自殺が多い
 - ◎そのきっかけは大人からすれば些細なことが多いのだが、子どもは大人よりも幅広く柔軟に考える力が乏しいため、子ども自身にとっては深刻になり得る
 - ◎心理的視野狭窄に陥りやすい
 - ◎被暗示性が大人よりも高い
- 教育現場に携わる人たちは、このような特徴を知っ

ておく必要があると思っています。

次に、若者の心性、心の状態について少しお話しします。ここでキーワードとなる「自己愛」について、私なりに考えていることをご紹介します。自己愛は決して悪い意味ではなく、私たちが生きて行く上で健全な自己愛は絶対に必要になります。しかし、残念ながら自己愛が十分に育たない人たちもいます。虐待を受けて育った子どもたちは、大人になっても十分な自己愛が育っていないので、自信が持てなかったり、何かあると自分を大事にする気持ちを持てなかったり、という状態になりがちです。これが、精神医学的な診断名で言うと境界性パーソナリティ障害とか、反社会性パーソナリティ障害の人達です。養育環境の中で虐待を受けた経験が多い人たちと言われています。そのような人たちの心性の中核には、傷ついた発育不全の自己愛があることが分かっています。

もう1つの自己愛の病理としては、逆に肥大化した自己愛があります。端的に言うと甘やかされて育った人たちで、現代の若い世代ではこういう肥大化した自己愛を持つ人が増えていると言われています。その結果、こういう人たちがうつ病になると、周りを責める他罰性の傾向が出ると言われています。古典的なうつ病は、自分を責める自責的な症状が特徴ですが、現代の若者がうつになると「学校が悪い」「先生が悪い」「上司が悪い」というふうになりやすいと言われています。もちろん、若者が皆そういうふうになるわけではないですが、中高年のうつに比べると他罰的傾向が多くみられ、その背景にある肥大化した自己愛が関係しているのではないかと私は思っています。

さらに私が最近思っているのは、私が勝手に考えたネーミングですが、「混合性自己愛パーソナリティ障害（肥大化した自己愛+傷ついた自己愛）」の人が現代日本で増えているのではないかとことです。なぜこんなことが起こるのかということ、一人っ子で大事に可愛がられて育つと、肥大化した自己愛になりやすいのですが、学業成績などで親の要求水準が非常に高く、ひどく怒られたり無視されたりすると発育不全の自己愛を併せ持ってしまうのです。これが若い人のうつ病の背景にあり、うつになりやすいのではないかと考えています。

もうひとつ事実をお知らせします。内閣府の「我が国と諸外国の若者の意識に関する調査」（2013 年度）によると、日本の若者の自信や自分を大事にする気持ちは、諸外国に比べて非常に低いことが分かっています。自分自身に満足しているかどうかという結果を見ると、日本は半分以下なのですが、諸外国は 7 割から 8 割の人が自分に満足していると答えています。また、日本人の「自分への満足感」は、「自分は役立つ存在か否か」（自己有用感）との相関関係が強いことが指摘されています。逆に言うと、自己有用感を育てるような養育、指導をしていくことが大事だと思っています。いずれにしても、日本の若者はうつになりやすい心理的な素地があるのではないかと心配しています。

若者の自殺予防のために、もう一度、「自殺プロセス」を考えてみたいと思います。先ほど入口のライフイベントと言いましたが、実はもっと根底に家庭の問題とか、学校の問題とか、個人のパーソナリティーを形成するような部分も、長い目で見ると自殺のプロセスに関係するのではないかと考えています。いわゆるレジリエンスを育てることも、広い意味では自殺に対する抵抗力につながると考えています。学校や家庭も非常に大きな役割を担う場所、ということになります。

家庭や学校で特に大事なことを挙げておきます。

- ◎早くから「命の大切さ」を教える
- ◎ SOS を出していい、弱音を吐いていいことを教える
- ◎ 「健全な自己愛」が育つように配慮する（例えば「適切に」褒める、励ます、叱る）

社会全体としても、子どもたちのモデルになれるような大人が増えないといけないと思っています。最後に、ちょっと違和感を持たれるかもしれませんが、軍人の山本五十六の名言をご紹介します。「やって見せ、言って聞かせてさせてみて、誉めてやらねば、人は動かさず」。山本はこうも言っています。「話し合い、耳を傾け、承認し、任せてやらねば、人は育たず」「やっている姿を感謝で見守って、信頼せねば、人は実らず」。軍人ですらこういうことを言っていますから、私たち現代社会の大人はこれをしっかり再認識した上で、子どもたちに接していかないといけないと思っている次第です。

Q. コロナ禍における女性の自殺の増加は欧米でもみられたのでしょうか

コロナで自殺が激増した国は、今のところ発表されている中では日本だけです。日本だけの特徴的なことだと言われています。そこには、私が今日推察しましたように、私たちのベースラインとして自殺を選択肢として考えやすいメンタリティが大いに関係していると思います。

例えば、キリスト教圏の人は小さい頃から「自殺をしてはいけない」と教えられて育ちます。僕は日本で生まれ育ち、小学校に行く前から時代劇を見て切腹を理解していました。理解するどころか、それが潔さ、決断、男らしさ、であると刷り込まれて育ってきました。苦境に陥った時、キリスト教圏の人は自殺を選択肢としてあまり考えないのに、日本人はそれを選択肢として考えやすいのではないかと考えています。そこをなんとかしていかないといけないと思っています。

Q. 『死にたい』は死にたいくらい辛いというメッセージと受け止めて、周囲は辛いことを減らしていかなければならないと思いますが、いかがでしょうか

全くその通りで、大正解です。「死にたい」と言われると、言われた方はびっくりします。私も精神科医を 30 年以上やっていますが、診察室で「死にたい」と言われながら泣かれると、プロとして困惑を表に出さないようにしますが、内心は本当にびびります。なぜみんな「死にたい」という言葉にびっくりするのかというと、死なれたら困ってしまうし、そんなことしないで欲しいという気持ちがあるからです。だから、「そんなこと言っちゃだめ」と言いがちですが、それは正しくありません。

「死にたい」というのは今から死にますという宣告ではなく、それくらい辛いんだという心の吐露、SOS なのです。言葉を額面通り受け止めてびっくりするのではなく、「それくらい辛かったんだね」という言葉を返してあげて、

話を聞いていくのが正解になります。

Q. 傷ついた自己愛と肥大化した自己愛の同居は日本の文化と関係しますか

他の国々の文化と比較しながらの考察はまだ深めていないのですが、少なくとも今日申し上げたのは現段階の日本の子どもの育て方です。そのベースには、少子化で子どもが減っているということがあり、甘やかしてしまうので自己愛が肥大化する傾向があります。その一方で、非常に高い要求水準を課してしまうご家庭の場合、そこに達しないと叱りつけたりするので、傷ついた自己愛が育ってしまいます。これは日本文化の問題というよりも養育の仕方の問題になりますので、他の国でも同じような現象があるのかもしれませんが。若い人のうつは日本だけでなく、多くの国で増えていることが報告として上がっていますので、その背景には、もしかすると若い人たちの自己愛の問題があるのかもしれませんが。

Q. 発達障害があって衝動性の強いお子さんは自殺の確率が高くなるのでしょうか

エビデンスとしてはまだ多く上がってきていないのですが、十分にあり得ることだと思います。発達障害で衝動性が高いお子さんの中には、適応がなかなかうまくいかず、死にたい気持ちが強くなって自殺してしまう人が実際にいると思いますので、日々の臨床や学校、ご家庭などでも注意していかないといけない問題だと思っています。

第 1 回 2025.02.01

新たなワンストップ相談サービスの社会実装 ～不安や抑うつを抱える若者に向けて～

根本 隆洋 氏

東邦大学医学部精神神経医学講座・社会実装精神医学講座 教授

東邦大学医療センター大森病院は、人口が 70 万人を超える東京都大田区にあり、周辺エリアを含めると 100 万人以上が暮らすエリアで診療を行っています。大学病院の精神科としては、比較的珍しいデイケアサービスを行っていて、尚且つ、若者に特化したデイケア「ユースデイケア イルボスコ」を設けています。思春期から若年成人期の AYA 世代（15 歳から 30 歳代）のうち、イルボスコでは 30 歳までを対象としています。以前は精神病性疾患に特化していたのですが、世代に特化したアプローチが重要と考えて、現在は疾患を問わずデイケアを行っています。

今、全国的に児童精神科医が少ないことが問題になっています。私たちは以前から、児童精神科領域の診療も行ってきましたが、世界的には児童精神科と一般精神科が分化してきているのがトレンドです。それに抗うわけではありませんが、東邦大学の精神神経科は児童も成人も一緒に診ています。人は児童から成人に移る時に、そこに大きな溝があるわけではありませんから、切れ目のないサービス、診療を行うことが重要だと考えています。

そのため私たちは、子どもから思春期、若年成人期にかけて統合した治療を行う iCHAYA（あいチャヤ）というプロジェクトを行っています。ここに所属する精神科医全員が、児童精神の専門医になるわけではありませんが、どの精神科医も児童の患者さんが来たら、少なくともファーストコンタクトの所はきちんと責任を持って診察して、次につないでいく形で対応しています。児童の専門医も大切ですが、児童を通常通り診療する診療医も大切だという考えで、医師全員が切れ

目のない診療を心掛けています。

精神疾患は、糖尿病やがんなどと共に 5 大疾病と言われています。その患者数は 5 大疾病の中で一番多く、増加率も高いので、対策の強化が必要な最も重要な疾病であると言えます。精神科に入院している患者さんの数には、あまり大きな変化はないのですが、外来の患者さんの数が年々増えています。特に、コロナ禍を挟んで患者さんの数が非常に増えています。精神医療やメンタルヘルスの問題が非常に大きな課題になっているのです。

今日は、主に若者についてのお話しをしていくわけですが、わが国の若者の数は年齢が低くなるほど減ってきています。若者は社会の宝ですから、大切にしないといけません。ところが精神疾患（認知症を除く）の累積発症率を見ると、精神疾患の 75% は 20 代半ばまでに発症していることが分かります。若者は精神疾患のハイリスク群と言えるわけです。これは日本に限らず、世界共通の課題となっています。ただ、日本の若者は世界と比べてハイリスクどころか、ウルトラハイリスクという状況ではないかと思われま

日本と諸外国の若者の意識に関する調査を見てみましょう。「自分自身に満足しているか」という問いに、西洋諸国では大体 8 割以上が「満足している」と答え、韓国も満足している人が 7 割を超えたのですが、日本はダントツで低い 45% となっています。「将来への希望」を抱いている若者の割合も日本がダントツで低く、諸外国が 8 割から 9 割なのに対し、6 割にとどまっています。一方、「つまらない、やる気が出ないと感

じたことがあるか」「ゆううつだと感じたことがあるか」という問いでは、日本の若者の7割以上が「ある」と答え、諸外国よりもかなり高くなっていました。子どもと若者の精神障害有病率は、世界的に見ても20歳から24歳の年代で約7人に1人とされていますが、日本はそれ以上のハイリスク状態にあるのではないかと、という懸念が持たれるわけです。

先ほどの自尊感情などについての研究は2013年に行われましたが、それから10年後に同様の調査が行われ、2024年6月に報告されました。日本の若者の57%が「自分自身に満足」と答え、以前より若干増えたのですが、それでも各国比で最低となりました。その他の項目でも、以前と同様の傾向がみられました。また、「自国の将来は明るい」という問いに、「明るい」と答えた日本の若者は23%に過ぎませんでした（他国は50～60%）。日本の若者は、自分の国や社会をなかなかポジティブに捉えることができないということが、改めて示されたわけです。2025年1月に発表された自殺に関する調査では、小中高生の自殺（2024年）が過去最多の527人になってしまいました。若者がメンタルヘルスのハイリスク群であることは世界共通ですが、日本は他国以上に若者のメンタルヘルスを考えていかなければいけない状況にあると言えます。

メンタルヘルスの問題を抱えた時に重要なことはいくつかありますが、特に、助けを求めること（援助希求）が大切になります。私たちは、「不安や気分の落ち込み、ストレスに関することなど、メンタルヘルスに関する悩みを気軽に相談できる窓口を思い付きますか」という質問を日本で行ってみました。健常の人とうつ病の患者さん、それぞれ500人を対象にインターネットで行い、論文にした調査です。精神科受診歴のある人（サービス利用者群）でも、困った時に気軽に相談できる窓口を思い付く人は30%程度にとどまりました。また、精神科受診歴のない人（サービス非利用者群）では、こうした窓口を思い付く人は6%しかおらず、ほとんどが「思い付かない」という答えになりました。でも実は、日本には電話やネットなどいろいろな相談窓口があります。そうした窓口が周知されていないのです。窓口があるのは知っている、気軽に相談できる所が思い付かない、ということもあるのかもしれない。

これまで、地域包括ケアシステムというものが各地域で構築されてきました。これは高齢者を対象とし、地域でより良く暮らしていくための仕組みです。認知症の問題などが大きな課題になっているわけですが、そうした地域包括ケアシステムを精神障害にも応用してケアシステムを作っていこうという動きが、各自治体を中心に行われてきています。それが「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」です。

精神科医療は、歴史的に入院治療を中心に行われてきました。そして長期入院が世界的な問題になったわけですが、もっと退院を促進して地域で暮らしていただくという「地域移行」を促進する目的が、当初の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」にはありませんでした。それに加えて私たちは、メンタルヘルスの最初の段階へのアプローチをこのシステムに導入することが重要と考えて、相談窓口の整備などを提案してありました。そうした中で、2019年に厚生労働省がこのシステムに関する研究募集を行い、私たちが手を挙げて委託されました。日本は南北、東西に長くて色々な地域特性があるので、それを考慮した上で、様々な相談への早い段階での対応とサポートにつながるシステム構築をテーマに、2019年から3年間、プラス1年という形で活動してきました。

日本の地域特性を考慮し、東京都足立区、秋田県、埼玉県所沢市、そして東邦大学がある京浜地区をモデル地域として、研究を進めました。足立区は狭い所に人が密集する大都市、秋田県は広い所に人がまばらな地域、その中間の都市近郊が所沢市、そして京浜地区には留外国人も沢山いる多文化共生モデルと考えました。その上で、地域特性を踏まえたメンタルヘルス相談サービスをどう構築していくのか、ということに取り組んできました。その中で大きく注目を浴びたもののひとつが、大都市（足立区）で行った相談サービスになります。

こうした取り組みを紹介する「meicis.jp」というホームページを作っています。ニュースも頻りに更新していますので、ご覧いただければありがたいと思います。足立区で立ち上げたのはSODAというサービスで、若者向けのワンストップ相談サービスです。北千住駅近くの古民家を改装して、若者フレンドリーを意識した相談センターとなっており、中にはカフェバー

と間違えて入って来る人もいるくらいです。メンタルヘルスや精神科医療というと敷居が高く、偏見を帯びることもあるわけですが、そうしたことがないように配慮した建付けになっています。

このような若者も気軽に相談しやすいサービスのモデルになるものが、オーストラリアの headspace です。メンタルヘルスの問題を早い段階で相談して、治療や介入を行う取り組み（早期介入）の老舗がオーストラリアで、そこで若者向けの相談サービスをやっているのです。我々は SODA を開設するにあたり、ここにスタッフを1週間派遣してトレーニングを積んでもらいました。オーストラリアには、このようなサービスが計100か所以上あり、地域に根差した若者向けの相談対応が行われています。

SODA の特徴のひとつは、ワンストップで行うという点です。相談をたらい回しにしないように、若者のどんな悩みもよろず相談所のように受け付けて、教育・行政・医療・福祉など、その後の色々なサービスにつなげていきます。次につなぐまでの期間には、医学的、心理学的なアセスメントや、社会とのつながりに関するアセスメントなどを行い、多角的に悩みや相談に対応していきます。さらに、臨床型ケースマネジメントを取り入れたことも特徴です。これは後ほどご説明します。

SODA は当初、サービスを始めたことを学校や公的機関などに積極的に伝え、連携を呼び掛けてきました。そうしたこともあり、相談に来られる人の紹介先は62.5%が関係機関（高校、こども支援センター、医療機関、保健センター、就労支援施設、大学、NPO 団体、児童相談所、福祉課など）となっています。相談内容（2022年7月から2023年3月まで、のべ対応回数1307回）は、広くまとめるとメンタルヘルスの問題が最も多く、日常生活、家族関係、学校関係、仕事関係（就労状況）、友人・交際相手関係、学業・進学、発達障害、仕事関係（人間関係）、経済状況、その他、と続きます。平均相談内容数は2.33個となっており、ひとつの悩みだけでなく、複数の悩みがある人が多いことが分かりました。

具体的には「これって『こころ』の問題?」「病院に行った方がいいのか迷う」「どこに相談したらいい

か分からない」「家族のことを相談したい」「お金のことで困っている」「学校になじめない」「友達のことを相談したい」「仕事が上手くいかない」「何か分からないけど不安、モヤモヤする」などの相談を受けています。最後の「何か分からないけどモヤモヤする」など、言葉で表現しにくい形を伴って相談に来られるケースが非常に多いと感じています。

SODA では、多次元・包括的なアセスメントを行っており、その上で臨床型ケースマネジメントを実施しています。相談窓口というと、適切なサービスにつなぐことをイメージされる人が多いと思います。ですが SODA においては、上限を6か月と設定しているものの、この一定期間、治療的に関わり合った上で次の適切なサービスにつないでいます。これを臨床型ケースマネジメントと言います。急場の所は治療的に支えながら、本当に困っていることを把握し、真のニーズを理解していきます。その上で、次のサービスにつなげることが非常に重要だと考えています。

実は SODA に来られる人の4割弱は、精神科のクリニックや病院を受診されています。そのため、セカンドオピニオンが欲しいという人や、今の診療に満足できていない人もいらっしゃいます。また4分の1の人は、困りごとはあっても医療が必要なほどではない人たちです。残る3分の1は、精神医学的に診断がつく状態にあるのに、医療機関につなっていない人たちです。本当は治療が必要なのに受診に結び付いていない人が一定数いるのです。そうした若者たちが SODA につながったことから、気軽に来やすいワンストップ相談窓口の重要性を改めて感じました。

アセスメントの後のつなぎ先は、医療機関が31%で最も多くなっています。他には、就労支援、居場所支援、NPO・民間団体、保健センター、民間カウンセリングルーム、学習支援など、色々なサービスにつないでいます。つなぎ先がどのようなサービスを行い、どういった雰囲気なのかを知り、顔の見える関係の中で連携を深めることが重要と考えています。若者たちの真のニーズに応えるためにも、相談窓口として色々な引き出しを持つことが大事だと考えています。

続いて、SODA の相談支援事例をひとつご紹介します。外出困難で社会的孤立状態にあった10代女性

のケースです。6か月間の支援を行ったわけですが、最初のうちは紹介機関とも密な連携を取りながらサポートしていきました。その中で、アセスメントや心理支援、家族支援など、定期的な面接支援を行いました。すると本当のニーズが見えてきて、次につながるサービスなども見えてきました。5か月目にはつなぎ先の機関との連携が増えていき、それに伴い、このケースではご家族への支援も増えていきました。そして、この女性は受診が必要だと判断し、つないだ医療機関で社交不安症の治療が開始されました。その後、NPO・訪問看護による対人交流や外出練習、区の就学支援への通所調整などを行いました。

こうした6か月間の早期相談・支援の効果を指標（GAF スコア）で示してみます。相談の当初は、中等度から重度の障害（学校や仕事が続かない、友達がない、自殺の考えを持つ、など）だった人たちが、6か月後には軽度から中度の障害（時に学校や仕事を休むが行くことができる、友達や同僚との悩みがある、気持ちの落ち込みや軽い不眠、など）に軽減しています。相談利用者の面接後アンケートでは、「相談して解決に向かったか」の質問に79%が「非常にそう思う」、19%が「どちらかといえばそう思う」と回答されています。

このサービスを始めて間もなくコロナ禍になり、気軽に相談できる場所に来ることも難しくなりました。当初から電話、ビデオチャット、SNSなども用いていましたが、コロナ禍でその割合が大きくなっていきました。その中で私たちが気づいた点があります。オンライン面接を案内しても、SODAの相談者の多くは対面での面接を希望されたのです。最初の入り口の部分はオンラインでも、その後は対面で相談したいという人が多かったのです。オンラインでは満たされにくいニーズもあるのだと実感しました。

SODAの相談者のほとんどは、どこに相談したらいいのか分からず、ようやくSODAにたどり着いた人たちです。若者フレンドリーで、ワンストップで、色々なスペシャリストがチームを組み、臨床型ケースマネジメントで一定期間関わりながら相談に乗り、次につないでいく。このようなサービスが非常に求められているのだと感じます。この取り組みは厚生労働省の研究事業として始めましたので、研究はいつか終わ

りが来ます。その後も継続していくためには自治体の支援が重要だろうと考えて、足立区に色々なアプローチを行いました。それが叶って2022年7月から、SODAは足立区の委託事業になりました。SODAの立ち上げを当初から一緒にやってきた医療法人財団厚生協会に、この委託を受けていただき、SODAは今も継続しています。

継続と共に大事なのが普及です。他の場所でもニーズがあるに違いないので、普及の方法を考えました。幸いなことに、足立区と川を挟んで隣にある埼玉県川口市が関心を持ってくださり、2022年6月、大型ショッピングモール内に、若者向けワンストップ相談窓口「こころサポートステーション SODA かわぐち」を開設できました。川口市が「若年者早期相談・支援事業」を行うにあたり、事業を請け負う先を募集し、私たちが手挙げをしたのです。法人格がないと手挙げできないということで、東邦大学医学部精神神経医学講座の有志で一般社団法人 SODA を立ち上げ、ここが川口市の事業を受託する形で、「こころサポートステーション SODA かわぐち」をイオンモールで運営しています。産（SODA）・学（大学）・官（川口市）連携で行っている形になります。

以上のように、今現在、足立区と川口市に SODA（若年者に向けたワンストップ相談窓口）があります。精神保健福祉士、公認心理師、保健師らが多職種専門チームを作り、私たち精神科医も常駐ではありませんが、週に何日かは定期的にいるようにしています。土曜日を含む週4、5日、午前10時から午後7時まで開いています。

SODAの取り組みを普及させていく中で出会ったのが、実装科学という学問です。近年アメリカで生まれ、発展してきました。医学研究においては、エビデンスを創っても実社会で役立つまでに17年かかり、実際に活用できる成果は14%にとどまると言われています。医学研究のほとんどは役立っておらず、研究のための研究で終わっているのです。これをエビデンス・プラクティス・ギャップと呼びます。研究で得られる知見と実地の間には大きなギャップがあるので

このギャップを埋めて、役立ちそうな研究だと分

かったならば、早く、広く社会に出すことが必要です。そのためにはどうしたらいいのか、という学問が実装科学です。この実装科学に基づいて、SODA のようなサービスを普及させたいと考えていたところ、日本生命が賛同していただきました。日本生命と東邦大学で共同研究契約を結び、社会連携講座（寄付講座ではなく共同研究を進めるための講座）として社会実装精神医学講座を 2023 年 4 月に立ち上げました。今まで厚生労働科学研究として行ってきたことをこの講座に引き継ぎ、活動をより洗練させながら普及に取り組んでいます。精神医学においてはエビデンスはあるのに普及していない取り組みが沢山あるので、そうしたことの普及にも取り組んでいきたいと考えています。

2024 年 6 月、第 3 の SODA を札幌に開設することができました。若手の人たちが熱心に行っている訪問看護ステーション CISE が運営し、このステーションの中に開設されました。また、東邦大学の地元の大田区との連携も進めています。大田区では、2022 年に若者向けの相談・居場所サービスを含む「フラットおおた」というサービスが始まりました。NPO 法人が運営しているのですが、私もこの開設に当初から関わり、社会実装精神医学講座として色々なサポートを行っています。ここに来る相談者に直接対応する場合がありますが、スタッフの色々な相談に乗ることをメインにしています。一緒に Web 市民公開講座なども行っています。

私は当初、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの枠組みの中で、若者向けのサービスを普及させることを考えていました。川口市の SODA はこの事業の一環です。しかし、「にも包括」はやるのが色々あり、若者に特化した取り組みが難しい場面もあります。その場合、「子ども・若者総合相談センター事業」を利用して、フラットおおたのような若者向けサービスを各自治体で取り入れることは可能だと思います。足立区で今行っている SODA は、それらとは別の独自事業になります。このように柔軟な形で取り組み、自治体や企業など関心を持ってくださる所に売り込んだり、ご説明に行ったりして普及に努めています。SODA さっぽろが訪問看護ステーションとして開設できたことは、首都圏のように社会資源が多くない地方でも望まれるサービスを創れるということであり、日本各地に広めるための大きな足掛かりになった

と考えています。

メンタルヘルスに関する法律というと精神保健福祉法になりますが、これは今まで、精神疾患を持っている人（精神障害者）のみが対象となっていました。精神疾患の診断がつかなければ、この法律の対象にならなかったわけです。しかし、2024 年 4 月にこの法律が改正されて、精神保健に課題を抱える人も対象となりました。メンタルヘルスの不調が起こりつつある人も対象となったのです。いち早く相談して重症化を防ぐための取り組みにも、公的な後押しを得られるようになったのです。

これまでお話ししてきたような活動を続ける中で、私は地域に出向いて相談したり、お願いをしたり、色々なニーズを伺ったりすることが非常に多くなりました。そうした中でモットーとしているのが、寺山修司さんの本のタイトルでもある「書を捨てよ、町へ出よう」です。そのような気持ちで町に出ることを大切にしています。私も学者の端くれなので書を捨ててはいけないのですが、町に出ることを大切にしています。

メンタルヘルスの予防などに関する専門学会としては、日本精神保健・予防学会というのがあり、私は 2024 年 4 月から理事長を拝命しています。ホームページを見て関心を持っていただけたら、会員などの形でご参加いただけると有り難く思っています。2025 年春以降には、人材育成プログラムを開設する予定です。早期相談支援や早期治療に関する専門家向け人材育成プログラムです。これは文部科学省の履修証明制度にのっとり、履修証明プログラムとして開設します。受講すると、受講証を受け取れます。このような情報は、東邦大学医療センター大森病院精神神経科のホームページや、社会実装精神医学講座のホームページ (meicis.jp) で発信しています。meicis.jp では、お問い合わせメールも送れますので、ご関心があればご連絡いただくと大変ありがたく思います。

Q.

自分の悩みをうまく言語化できない学生が増えている気がします。そのため、教職員にはそれほど深刻な悩みではないように見えて、カウンセリングが早々に終了してしまうケースがあったりします。何か対策はありますか

相談に来られる若い人たちの多くは複数の悩みがあり、最終的な表現として「モヤモヤする」と語ることが少なくありません。その裏には複数の悩みがあるので明確な言語化ができず、そのような表現になっているのだと思います。そういった所を解きほぐしていくことが重要ですし、そのためには一定期間、時間をかけて向き合うことでようやく明らかになっていく部分もあります。

それから対話をしていく中で、あまり立ち入り過ぎない方がよいのではないかとか、話の腰を折らない方がよいのではないかとか、懸念されることがよくあると思います。でも大事なのは、話をする中で分からないことを明確にしていくことです。例えば「私はこういうふうを受け取りましたが、この理解で間違いはないですか」などのやりとりをして、お互い擦り合わせながら話をすることが非常に重要です。何となく分かった気になっても、実はあまり分かっていないということが続くと、まさに言葉にならない形で進んで行ってしまうので、その点に留意してください。それと、行動観察も大切になってきます。

Q.

SODA の 6 か月という期間は短くないでしょうか

6 か月では十分でない場合もありますが、この期間の中でできることを行うことが大事だと考えています。決まった期間の中で、お互いに情報を共有することが相談を進める上で重要になりますし、相談者の目標設定や次のステップに進むためにも期間は重要になることが多く、今のところは6 か月を MAX にして行っています。

Q.

SODA の実践例は非常に大事だと大いに啓発されました。ヤングケアラーの課題を抱えた若者も相談に来るのでしょうか。その場合、介護領域のケアマネージャーと連携した事例はありますか

SODA でもヤングケアラーの相談を受けることはあります。また、在留外国人を対象にした色々な相談会も続けていて、そこでもヤングケアラーの相談があります。親御さんがなかなか日本語をしゃべれないということでのヤングケアラーの問題もあり、私たちの現場でも重要な問題になっています。

Q.

今は IT 企業で働いていますが、若い人たちをサポートできる仕事に転職したいと考えています。精神保健福祉士などの資格がないと難しいのでしょうか

若者を含めて色々な相談サービスがあります。有資格者でなければいけないというわけではありません。有資格者でなくてもできるサービスは沢山あります。ただ、今日ご紹介した SODA のサービスは、資格を持った者で多職種チームを組んで、相談にあたることを特徴としています。有資格の者が携わっていることで、寄せていただく信頼や期待がより高まっていると感じることもあります。また、有資格者が持つサービス提供の広がりや深さを生かして、よりニーズに応えるものを提供できる場合もあります。色々なサービスがあつていいと思いますが、SODA のようなサービスでは資格が重要な位置を占めていると考えています。

第 2 回 2025.02.15

若手社員への向き合い方 ～発達障害含めた適切なアプローチ～

染村 宏法 氏

染村産業医事務所 / 日本うつ病センター 上席研究員

本日は社会的な背景を少しお話させていただいた後、発達障害の自閉症スペクトラム障害 (ASD) と注意欠如・多動性障害 (ADHD) について説明いたします。続いて、私が在籍していた昭和大学附属烏山病院の取り組みを紹介し、主治医の立場と産業医の立場でケース提示をします。その次に ASD、ADHD の治療、職場での対応、そして結語とさせていただきます。

まず社会的背景についてご説明します。内閣府が出しているデータを見ると、1995 年をピークに生産年齢人口の減少が進んでいることが分かります。今後の国の少子化対策次第ではありますが、昨今の出生数を見ていくと、生産年齢人口は従来の予想よりもさらに早く減少していくのではないかとされています。

そういった中、厚生労働省が 2021 年 3 月に卒業した新規学卒就職者の離職状況調査を行ったところ、新入社員の 3 人に 1 人は 3 年以内に離職していることが分かりました。新規高卒就職者では 38.4%、新規大卒就職者では 34.9% となっています。どちらも年々、上昇している状況があります。離職率は事業所の規模によって違いがあり、大企業はそれなりに残っているのですが、事業所規模が少なくなるにつれて離職率が高まっていく傾向があります。就職にかかる会社のコストは相当なものだと思いますので、会社にとって大きな損失だと思えます。

3 年以内に退職した若手社員（新卒）の退職理由を民間会社が分析したランキングでは、「キャリア成長が望めない」「残業・拘束時間の長さ」「仕事内容とのミスマッチ」が 3 大退職理由となりました。昨今、

働き方改革やコロナによるテレワークの推進、会社によっては副業の解禁、などで働き方の自由度が増えています。良いことだと思うのですが、情報がすごく溢れていますし、終身雇用のように入った会社で定年まで勤めるといった時代ではなくなってきましたので、若い社員は早い段階で判断している部分があるように思います。いろいろな情報をもとに、やりたいことを自分で決めて進めている人が多くなっている印象があります。

そうした中、企業では働き方の多様化、効率化、人員不足に伴って、個人を支える仕組みが脆弱化して、メンタルヘルス不調に陥るケースが増加しています。これを企業は黙って見ているわけではなく、メンタルヘルス対策の取り組みを強化しています。令和 5 年 (2023 年) の労働安全衛生調査では、メンタルヘルス対策に取り組んでいる事業所の割合は 63.8% となり年々上昇傾向にあります。

そんな中、令和 6 年 (2024 年) の障害者雇用制度の改定に伴い、民間企業では法定雇用率が引き上げ (2.3% → 2.5%) となり、身体障害だけでなく精神疾患に対する適切な理解と対策が求められています。ただ現行の企業における対策は、うつ病や適応障害を中心とした対応となっています。不調の背景に発達障害の特性を有していることは決して稀ではありません。一律の対応では限界となり、取り扱いに苦慮するケースが散見されていますので、そのあたりも今回、情報をご提供できればと思います。

発達障害について簡単にご紹介します。そもそも発

発達障害は精神疾患なのでしょうか。発達障害は脳機能の先天的な偏りと、環境や人間関係とのミスマッチから社会生活に困りごとが起こる障害です。大人になって発症することはなく、幼児期早期から認められるもので、精神疾患と言われると違和感があるかもしれません。ただ、発達障害の症状が比較的軽度の場合、学童期は家族や教員など大人の保護下に置かれるため大きな問題にならないことがあります。就職後に主体的にコミュニケーションを取り、業務を遂行する場面で、仕事のミスや対人関係トラブルを起こして問題が表面化し、診断に至る場合があります。

自閉症スペクトラム障害 (ASD) は、①「対人的・情緒的関係の障害」(他者と適切な距離感で接するのが困難)、②「言語的・非言語的コミュニケーションの障害」(他者の表情や身振りなどの非言語的手段でのコミュニケーションが不得意)、③「常同的な行動・興味の限局性」(変化に敏感で過度に固執した興味をもつ)の3つの症状を特徴とします。職場でみられる問題点としては、①に関しては「アポイントを取らずに、顧客先へ訪問してしまう」「休憩時間を同僚と一緒に過ごすのが苦手だが、相手に言い出せない」「会議の議事録作成が苦手で、完成するまでに時間がかかる」など、②に関しては「自分の考えをうまく伝えられず、ハウレンソウができない」「業務の指示が分からないのに、放置して質問ができない」「状況を察するのが苦手で、打ち合わせで余計なことを言ってしまう」など、③に関しては「臨機応変に対応できず、突然の予定変更でパニックになる」「業務の計画や優先順位をつけることができない」「細かいことが気になって、複数の業務を同時に進められない」などです。

注意欠如・多動性障害 (ADHD) は、「不注意」(注意が持続できず物事に集中できない)、「多動性」(落ち着きがなくじっとしてられない)、「衝動性」(思いつきで唐突に行動してしまう)の3つの症状を特徴とします。一般的に、多動性や衝動性は成長に伴い、12歳ごろを境に弱まることが多く、児童期に ADHD と診断された人でも成人期では診断基準を満たさなくなることはあります。しかし、不注意は結構残るので、多くのケースで成人期においても何らかの障害が残存しています。実際に職場でみられる問題点は、「業務の予定や納期をしぼしばし忘れてしまう」「気が散って作業に集中して取り組むことができない」「指導・注

意をしても、同じミスを繰り返してしまう」などの不注意や、「落ち着きがなく、会議中に手足をずっと動かすなどモジモジしてじっとしてられない」「思いつきで行動してしまい、上司に確認せずに物品を購入してしまう」「定時内で仕事が終わらず、残業時間が多くなってしまふ」などの多動性・衝動性です。

私が以前に在籍していた昭和大学附属烏山病院の取り組みをご紹介します。大学病院としては珍しい精神科の単科病院で、約 300 床あります。地域の救急医療を担っていますので、スーパー救急、急性期、慢性期、認知症の各病棟があります。これは全部閉鎖病棟になります。この他、開放病棟が1つありまして、そこで行っているのが発達障害の検査入院です。烏山病院では 2011 年から、ASD と ADHD を中心とする大人の発達障害の診断・精査を目的とした 15 日間の入院プログラムを提供してきました。検査入院に至る経緯は、ご本人やご家族の希望、職場や前医の勧め、など様々で、全てが医療機関からの紹介というわけではありません。

この検査入院では、ご本人・ご家族(養育者)からの生活歴の聴取(母子手帳や学校通知表は必須。他に本人が当時制作した工作や絵、メモやノートなど提出できるもの)、心理面接、知能検査を含む複数の心理検査、脳画像検査、脳波検査、病院で行っているデイケアやショートケアへの参加状況、病棟内・病室内の生活状況の観察(寝ている状態、朝起きてみんなと一緒にご飯を食べる状況…)などの情報に基づき、複数の医療職(医師、看護職、心理職)との意見交換を行い最終的な診断を下します。烏山病院で下した診断は、ご本人が今後背負っていくことになるため、この診断はとても慎重に行います。

実際に検査入院を行った人たち(2011年から2024年集計時点までの263人)の最終診断名をご紹介します。2024年9月の成人発達障害支援学会大阪大会で、昭和大学医学部精神医学講座の医局関係者が発表した資料の一部をお借りしました。これを見ると、ASDの診断は19%(50症例)、ADHDの診断は24%(63症例)で、この2つを合わせると全体の43%となっています。ASDの診断が下された50症例のうち、かかりつけの前医がいた症例は30症例でした。このうち、前医が既にASDの診断を下して

いたのは 46.7% で、統合失調症 (13.3%) やうつ病 (13.3%) と診断されていたケースもありました。統合失調症と ASD は全然関係ないと思われがちですが、統合失調症の人は意外とひとりを好んだり、独自の世界を持ったりすることが多いので、一見、ASD のように見えたりすることもあります。ADHD の診断が下された 63 症例では、44 症例に前医がいました。このうち、ADHD と診断されていた症例は 38.6% で、ASD (27.3%) や適応障害 (11.4%) の診断も多くなっていました。

前医で ASD、ADHD と診断された患者の烏山病院での診断一致率は、ASD 22.2%、ADHD 58.6% となりました。前医が ASD と診断しても、実は ADHD だったというケースもあります。これは、ASD と ADHD の合併症例が結構多い (データによれば 30% から 40%) ことが関係しています。しかし、診断の一致率は決して高くはなく、特に ASD は前医にて過剰診断の傾向があることがこのデータからも見受けられます。丹念な過去の病歴聴取や行動観察を行うことが重要で、現在の状態像、横断的な部分のみを中心とした診察や検査では正確な判断につながらない可能性が高いと考えられます。正しい診断を行って治療方針を確立していくことが重要になります。

続いて、私の方からケースを提示させていただきます。まず、主治医の立場としてのケース①をご紹介します。注意欠如・多動性障害 (ADHD) と診断して、クリニックで私がフォローしている患者さんです。24 歳男性、社会人 3 年目です。小学生より学習塾に通い、成績は非常に優秀でした。ただ、当時から忘れ物は多く、整理整頓は苦手だったということです。興味の偏りがかなりあって、興味のないものは紛失が多かったそうです。有名中高一貫校に進学したのですが、だらけてしまったのが勉強の習慣がなくなり、成績が落ちていきました。所属していたサッカー部でも、練習をサボってトラブルになることがありました。

高校では大学受験をする気がなくなり、周囲に取り残される感じが強まって数か月の不登校になったこともあります。優秀なので大学には入ったのですが、目標の大学ではなかったのでやる気が出ず、履修科目を取得できずに 1 年で退学となりました。そして 3 年前に会社に入社して、管理業務に従事したのですが、

入力ミスや書類の不備がちよくちよくあったようです。1 年して社歴が出てきたので担当範囲が拡大すると、更に納期の遅れや業務トラブルが目立つようになりました。そうしたミスの指摘を受けるうちに、本人は気分の落ち込みや倦怠感を自覚し、近くの精神科を受診しました。しかし薬が合わず、数回受診して自己中断しました。1 年前に当院を受診して、私がフォローさせていただいています。

色々な検査を行ったところ、WAIS-IV (知能検査) の FSIQ (全検査 IQ) は 122 と非常に優秀でした。下位項目を見ても、言語理解 (122)、知覚推理 (109)、記憶力 (144) は非常に高かったのですが、処理速度 (96) だけが低い特徴が分かりました。ASD の自記記入式スクリーニング検査のような AQ-J では、ASD の可能性を否定できない数値となり、ADHD のスクリーニング ASRS でも、ADHD の可能性を否定できない結果となりました。ただ、検査よりも大事なのは病歴聴取と問診です。検査はあくまでも補助 (参考程度) になりますので、検査結果をもって診断を下すことは決してありません。そこで、この人の幼少期からの成育歴を聴取する中で、最終的に ADHD という診断を下しました。ADHD は薬がありますので、まずアトモキセチン (商品名ストラテラ) の薬物治療を開始しました。ところが副作用の食欲不振が出て、本人もこの薬は使いたくないと言うことで、メチルフェニデート (商品名コンサータ) へ変更しました。それ以降、集中力が非常に高まり、落ち着いて仕事に取り組めるようになったということです。

私はこの人の働いている様子を見ることはできないので、これはあくまで本人の申し出に基づく話になります。本人は通院していることを会社に開示し、管理業務から離れてコンテンツ作成業務に異動しました。もともと優秀な人なので、この業務に非常にフィットしたようで、やりがいを持って仕事に打ち込めるようになりました。今も外来でフォローしていますが、問題なく月 1 回通ってくれています。その中でどうしても、提出書類や手続きが出てきますが、それは担当者に任せるようにしています。そして、外部との窓口業務は避けるように会社に配慮してもらっています。コンテンツ業務というのは、コンテンツを作ることはもちろんなのですが、企画を立案することにも彼は長けているので、会社に非常に貢献していると聞いてい

ます。

次に、主治医の立場としてのケース②をご紹介します。ADHD なの分かりにくい社会人 3 年目、25 歳男性の症例です。学生時代から忘れ物は多く、整理整頓は苦手でした。細かいことが気になる性格で、友人関係に支障が出たこともあるようです。具体的には「ちゃんと鞆にしまったか」「ペンや消しゴムのメーカーは何か」などが気になって調べてしまい、それを声に出して確認するので周囲から失笑されることもありました。しかし、友人関係のトラブルや不登校はなく、専門学校卒業までは概ね順調でした。2 年前に就職して、営業職として勤務を開始しました。最初は上司に同行しながら仕事をしたので、トラブルが目立つことはなかったのですが、半年くらいして担当顧客が増えるにつれてミスが目立つようになりました。次第にメール送信や書類の確認に時間を要するようになり、残業時間が増えて疲労感や不安感を抱えるようになりました。そして「自分は発達障害ではないか」と気になり、当院を受診されました。

ケース①の人と同様の検査を行い、FSIQ は 114 と高いことが分かりました。しかし、この人も処理速度だけが 90 と相対的に低くなっていました。ところが AQ-J や ASRS の結果は、ASD や ADHD に該当しませんでした。この人は幼少期からの病歴を聴取していくと、ADHD というよりも不安障害（強迫性障害）であることが分かってきました。細かいことが色々気になって、確認できないと次に進めないような傾向がみられました。就職して担当顧客が増えて不安感が強くなる中で、書類やメールを出し忘れていないか気になり、強迫性障害が出てきた形です。薬物療法としては、不安障害にも効果がある抗うつ薬（SSRI）を開始し、徐々に不安感が軽減していきました。

行動療法も行いました。自分のペースが乱れると焦ってミスが出やすいため、時間を区切って業務を行い、タスクが重ならないように工夫してもらいました。顧客数が増えたことでの焦りなので、事前に顧客ごとの説明文書を準備してから、訪問するなどのアドバイスをしました。それと、不安の強い人は電話が苦手なことが多かったりします。電話は掛かって来るとその場で答えなければいけないので、事前の準備ができず不安になってしまうのです。そこで、電話での問い合

わせは即答せず、必ず折り返しで回答するように促しました。今は概ね、安定した勤務ができるようになっており、外来でのフォローを続けています。

次は、産業医の立場でのケース③をご紹介します。入社 7 年目の 25 歳男性。産業医の私と心理士でフォローしたケースになります。高卒で工場のラインに入り、働いていたのですが、2 年前に「職場で大きな声をあげて興奮している」と連絡が入り、専属産業医として会社にいた私と看護師が現場に駆けつけました。するとこの男性は、怒り、興奮した様子で、涙を流しながら震えて椅子に座っていました。到着までに過呼吸発作も起こしていたようです。取り乱した理由を聞いてみました。職場の先輩からプライベートなことで執拗に茶々を入れられ、溜まりに溜まっていたようです。ついに我慢できなくなり、「いい加減にしてくれ」と反論したところ、自分の感情が抑え切れなくなったとの事でした。その日は帰宅して静養することにして、翌日に産業医面談を実施しました。

産業医は職場での情報をしっかりヒアリングすることが可能です。男性は業務上のミスがこれまでも時々あったようです。定常業務は問題なく遂行できるものの、突発的な業務や複数の仕事が重なると仕事の優先順位を付けられず、結果的にミスを発生させていました。自分の意図することを相手へ上手に伝えることができず、ひとりで抱え込んでしまうことが多く、コミュニケーションは苦手だと自覚されていました。学生時代に発達障害かもしれないと思い、学校のカウンセラーに相談したことがあるようです。その時は、学校生活はそれなりに問題なく送っていたので、医療機関を受診することはなく様子を見ることになったそうです。しかし、当時の事をよく聞くと授業のノートを取るのが大変だったようで、これは ASD の人に多い特徴です。複数の情報を処理するのが苦手だったりするので、聞きながらノートに書き込むという 2 つの作業の同時進行は難しい人が多いのです。このため会社では、色々な人の発言を聞きながら書き留める議事録の作成などが苦手作業になります。

科目は数学と理科の成績が良く、国語や歴史などの暗記ものが苦手だったそうです。スポーツは球技全般が苦手でボールの位置がつかめず、チームプレイが上手くできなかったとのこと。本人の強い希望も

あって医療機関は受診せず、社内の経験豊富な臨床心理士と産業医の私が不安をヒアリングし、問題点を整理しながら様子を見ていくことにしました。また、「分からない時、出来そうもない時は、その場ではっきり伝える」「どの仕事を先に進めたらいいのか、その場で確認する」「口頭でされた指示もメモに残し、書いたメモを確認しながら作業を行う」「パニックになったら職場を離れて立ち去る」という行動に取り組むように自助努力を促しました。さらにヒアリングを続けると、1年前に職場内異動があり、業務内容が変更になったことが分かりました。慣れない作業で小さなミスが発生させてしまい、職場に迷惑をかけてしまったと責任を感じ、感情がコントロールできなくなって取り乱してしまった、とのことでした。

本人の自助努力だけでなく、職場への介入も行いました。男性は慣れ親しんだ前の業務は安定して遂行できていたのに、異動を境に不安が強くなり、業務上のミスも発生するようになりました。そこで上司に連絡を取ってヒアリングし、(発達障害とは断定せずに)男性の特性を説明して、職場で対応して欲しい項目を伝達しました。「定型業務を任せるようにし、なるべく横入りの仕事は入れない」「作業手順は分かりやすく具体的に指導する」「業務の指示命令系統は相談しやすい先輩に一本化する」「パニックになったら本人に任せて、無理に慰めなくてもよい」「否定的な叱り方はしない、時々褒めてあげる」といった項目です。以後、定期的なフォローを続けてきましたが、今は落ち着きを取り戻し、安定して業務を遂行しています。

次は、産業医の立場としてのケース④です。前医の診断(広汎性発達障害、今でいう自閉症スペクトラム障害)を受けて障害者雇用で働く48歳男性。3年前に中途採用となりました。雇入時の健康診断の実施と、今後対応する時の注意事項などを教えて欲しいと人事から私に依頼があり、男性の面談を行いました。男性は前会社に勤続25年、品質保証・検査業務に従事していました。過去に体調を崩して休職歴が3回あります(医療機関によって診断・治療に相違)。4年前に前会社を退職しました。退職と同時期に広汎性発達障害の診断を受け、精神障害者保健福祉手帳を取得。ハローワークの職業訓練を受講してスキルアップを図りました。医療機関への定期的な通院加療を継続しており、疾患や自身の特性について十分に理解していま

した。ヒアリングした感じでは生活リズムも規則正しく、睡眠・食事も安定していました。ハローワークからの紹介を通じての採用だったので、入社後3か月間はJOBコーチが週1回のペースで派遣されました。

このような関わりを経て、「業務の目標や手順が事前に分かっていたら、問題なく仕事を遂行できる」ことを人事へフィードバックしました。加えて、職場において配慮して欲しい項目として「業務の目標や手順を明確にする」「仕事で分からないことを聞く担当者を明確にする」「原則、残業は禁止とする」ということを人事に伝えました。特別な就業制限は行わず、定期的な産業医面談で様子を見ることにしましたが、仕事や対人関係のトラブルはなく、業務を遂行できています。

次は、ASD、ADHDの治療法、職場での対応についてご紹介します。ASDに関しては、これに特化した薬はありません。気分の落ち込みやイライラなどの周辺症状に対する補助的な使用がメインになります。中心となる治療は、心理社会的なアプローチです。職場では、従業員の特性に応じた業務面の工夫や調整により、少しでも働きやすい職場環境を整えることが大切です。具体的な対応を少しご紹介します。

「アポイントを取らずに顧客先へ訪問してしまう場合」→「訪問する前日に顧客へメールを入れることを決めごととする」

「休憩時間を同僚と一緒に過ごすのが苦手だが、相手に言い出せない」→「空いている会議室の利用を許可し、休憩時間を1人で過ごせるようにする」

「会議の議事録作成が苦手と完成するまで時間がかかる」→「配布資料の要点部分をマークし、記載する内容を具体的に指示する」

「自分の考えをうまく伝えられず、ハウレンソウができない」→「対面する前に、上司に事前にメールで報告内容を箇条書きで伝える」

「業務の指示が分からないのに、放置して質問ができない」→「口頭での指示はせずに、フローチャートや図を用いて目で見える形で指示をする」

「状況を察するのが苦手で、打ち合わせで余計なことを言ってしまう」→「業務上のルールや遵守すべきことを簡潔な文章で示してあげる」

「臨機応変に対応できず、突然の予定変更でパニック

クになる」→「Web のカレンダーで予定を共有し、予定変更の際には可能な限り早く通知する」

「業務の計画や優先順位をつけることができない」→「作業手順マニュアルを整備し、優先順位や段取りまで含めた指示をする」

「細かい部分が気になって、複数の業務を同時に進められない」→「業務の指示を細分化して、1 つずつ処理できるようにする」

ADHD は、大人で使える薬が今は 3 種類（ストラテラ、コンサータ、インチュニブ）あります。ただ、心理社会的治療を優先し、効果が不十分な時に薬物療法を併用していきます。職場においては、障害特性に配慮した環境調整や業務配慮を進めることが重要です。その従業員の特性によって配慮や対応は異なるため、業務上どのような課題や問題が生じているのかを具体化し、対策をとっていく必要があります。不注意と多動性・衝動性について、職場での対応策を少しご紹介します。

「業務の予定や納期をしばしば忘れてしまう」→「デスクにメモや付箋を貼って、やるべきことが常に目に触れるようにする」

「気が散って作業に集中して取り組むことができない」→「物音や人の出入りが少ないデスクに配置換えをしてあげる」

「指導・注意をしても、同じミスを繰り返してしまう」→「業務マニュアルを作成、それに沿って作業をする。上司が週 1 回の頻度で進捗を確認」

「落ち着きがなく、会議中にモジモジしてじっとしてられない」→「会議を最大 60 分までとし、それを超えそうな時は適宜休憩時間を設ける」

「思いつきで行動してしまい、上司に確認せずに物品を購入してしまう」→「購入に際しては上司承認を必須とし、ネットでの購入は不可とする」

「定時内で仕事が終わらず、残業時間が長くなってしまう」→「残業時間は 1 時間まで可とし、時間がきたら職場で声かけをする」

最後、結語に入っていきます。職域のメンタル対策は「事例性」を重視します。具体的には、勤怠の乱れ、仕事のパフォーマンス低下、対人トラブル、などです。会社の産業保健スタッフ（産業医・保健師・心理士）が果たす役割は大きく、上司や人事部門との密な連携

が重要です。発達障害に限らず、その人の持っている特性・性格ゆえに業務や職場環境への適応に苦勞する従業員は一定数います。産業保健スタッフはその特性をヒアリングなどで把握し、職場に対して理解と支援を求めよう働きかけていく努力が必要です。一方、主治医は専門的な立場で診る「疾病性」を重視しますので、発達障害を含めた正確な診断・治療方針を決定します。不眠・不安・うつなど、抱えている症状にアプローチするのは主治医の役割です。

フォローする職場の体制が不十分である時は、職場の上司や人事担当者が病院やクリニックを訪れて主治医と会っても全然構わないと思います。遠慮せずに会って欲しいと思います。ただ、突然の訪問には対処しきれませんので、事前に予約を入れ、主治医が時間をしっかり取れる形で面会してください。その際には、患者さん本人の同意が必要です。同意を取れていない状態でのフィードバックは、主治医は絶対に行いません。患者さんの同意を取り、受診時に同行されるのが一番スムーズだと思います。

会社の制度や就業規則によって、会社として配慮できる範囲を明確にすることも重要です。配慮にも限界があるためです。ある程度の大きな会社、大きな事業規模であれば、配置転換や業務変更などの配慮ができることが多いのですが、中小企業では受け入れ余力がなく、周囲が対応に疲弊するケースもあります。特に、営業職、技術者、専門職などで雇っている場合、柔軟な配置転換は不可能ですから、会社ができる限界点を示すことは有りだと思います。その会社に留まって苦しむよりも、退職・転職などを検討し、働きやすい環境に身を置くことも 1 つの選択肢です。その際、福祉（精神障害者保健福祉手帳や自立支援など）の支援があると安心して取り組めることは多いです。就労移行支援（発達障害に特化した支援機関もある）を通して、支援者のサポートを得ながらの活動も推奨します。

本日のまとめです。職域ではメンタルヘルスの取り組みを強化し、教育や啓発活動、復職支援に関する仕組みづくりを行ってきました。しかし、現行の対策はうつ病を基本にしたものが多く、復職支援に関する「労働者の職場復帰支援の手引き」では、復職先は元職場、従前業務が原則となっています。ところが発達障害の特性を有している従業員は、同じミスや失敗を繰り返

すことが多く、うつ病や適応障害などを基本とした対策のみでは不十分である可能性が高くなります。組織全体へのアプローチではなく、個別性の高い、丁寧な対応が必要となります。その中で、発達障害の特性の強みを活かす、伸ばすことができれば、双方にとって有益です。障害者雇用促進法、障害者差別解消法の改正による、合理的配慮の義務化等の法令遵守も求められています。

Q.

学校に勤務していますが、就職したらたちまち不適應を起こす卒業生が一定数います。在学中にできることはないでしょうか

あくまで一般論になりますが、学生時代に医療機関で検査をして、自分の特性を知ることが1つの方法かなと思います。あと、学生から社会に出て初めて仕事にふれると、そこのギャップが大きかったりしますので、アルバイトやインターンシップ制度の活用、既に働いている学校の先輩から話を聞く、なども重要だと思います。他の人と同じように器用に仕事をこなすのが苦手だと感じている人は、資格を取得して専門性を活かしていくのも1つの方法だと思います。

Q.

人事や上司との連携が重要なことがよく分かりましたが、必要な配慮を求めると現場からの反発もあると思います。人事との連携で意識されていることがあれば教えてください

これは産業保健スタッフ自身の交渉力とか、コミュニケーション能力が非常に重要になると思います。そうした中で、上手くいったケースを積み上げていくことが大事なのだと思います。そうなると、職場や人事が耳を傾けてくれやすくなるはずで。社内での適應ということだけでなく、このまま会社に留めておくのが本当にいいのか、といったことを含めた対応になってくると思います。

Q.

発達障害の特性がみられても本人が問題を感じていないケースや、抵抗がみられるケースもあります。本人に受診を促すための適切な方法があれば教えてください

本人が頑なに医療機関を受診したがるということはあると思います。ただ、業務の綻びというのは必ず出ていると思いますので、その原因を

知るために検査をしてもらってもいいのでは、と促してみるとよいかもかもしれません。「発達障害の可能性のあるのではないか」というのではなく、「この業務の困りごとはどこから来ているのだろうか」という促し方がよいと思います。

Q.

採用段階で発達障害が分かれば、特性に合わせた配属先の選定などができると思っています。採用時の面接等でのヒアリング方法や観察のポイントがあれば教えてください

面接の横断面だけで判断するのは相当難しいと思います。私でもたぶん無理だと思います。配置する前の試用期間の中で見つけていくとか、受け入れ時の研修などがあると思いますので、正式配属になる前の期間にみていくことが現実的ではないかと思います。

Q.

新卒1年目の女性が医療機関を受診したところ、ADHDの傾向と言われたそうです。この女性は営業職として配属されてから、『営業はできない』と頑なに仕事をしながら、顧客と打ち合わせをしている時も、先輩からの指示を受ける時も、話を聞いていない様子です。このような態度も発達障害の特性によるものなのでしょうか。どのような環境で働いてもらうのがよいのでしょうか

このケースも、正確な診断を受けることが大前提になります。そして受け入れる会社も、対応できる配慮の範囲をきちんと提示することが大事です。全て受け入れることは、会社はできませんので。それぞれの職員に合わせた雇用の枠組みが重要になってくると思います。

第 2 回 2025.02.15

若者社員のメンタルヘルスへの戦略 ～企業と産業保健スタッフが果たすべき役割～

佐々木 規夫 氏

産業医科大学 特命講師 / 日本うつ病センター 上席研究員

最近よく話題になる Z 世代とは、1996 年から 2012 年くらいの間生まれた世代を指しています。安定志向の人が比較的多い世代と言われています。この期間には色々なことがありました。1995 年に阪神淡路大震災、2001 年にアメリカ同時多発テロ、2008 年にリーマンショック、2011 年に東日本大震災、そして 2020 年には新型コロナがありました。それほど起きないようなことが、この 20 年くらいの間に凝縮して起こったのです。Z 世代は、そういうことを小さい頃から経験してきた世代になります。そのため「安定志向」になったようにも思うのですが、「安定」というのは人によって捉え方が異なるようにも思います。これは後ほど説明させていただきます。

Z 世代のちょっと前の世代は、ゆとり世代と呼ばれていましたし、1960 年代に生まれた世代は新人類と呼ばれていました。いつの世代も若者たちは、上の世代から変わった見方をされていたわけで、それが脈々と続いているように思います。少し前に「不適切にもほどがある！」というドラマが放送されました。阿部サダヲさんが現代と過去を行き来するわけですが、時代設定は昭和 61 年と令和 6 年らしいです。「こんなにもギャップがあるんだ」と思って見ていたのですが、実は、昭和 61 年頃に 20 代だった人はまだ 60 歳前後なので、若年社員と同じ職場で同じ目的に向かって仕事をしています。そのため、世代間格差が起きているのです。世代間格差というと若者に目が向きがちですが、オジサン世代の側の問題もあるように思います。時代にキャッチアップできない世代が会社の重要なポジションを占めているので、混乱が生じているのではないかと思ったりもします。

今回の講演でこのテーマをいただいたので、20 代の若い人たちに私なりに色々インタビューをしました。キャリアや働き方について尋ねてみたところ、安定志向の Z 世代といっても、その考え方には大きなバラツキがあると感じたのが正直なところでした。安定した職業を選択して大きなリスクを避けたいとか、貯蓄や資産運用への関心が高いとか、1 つの会社で 10 年以上働くのが理想とか、堅実な人生設計を持っている安定志向の人は確かにいらっしゃいます。しかし、自己投資してキャリアを早めに築く、仕事はやりたいことを重視して早期の転職もアグレッシブに考える、という人もいらっしゃいました。私は話を聞いていて、どちらも安定志向なのかなと思いました。前者は本当に安定を求めていますし、後者は不確実な世の中だから早くキャリアアップして自分を安定させたいと話していました。ベースに安定がありながらも、その目的としている志向がそれぞれ違うのかなと思いました。

若年社員の価値観は、1 つはデジタルネイティブと言われています。生まれた時からスマホやパソコンがあり、SNS があります。常に友達とつながり、そういう所から評価を受けていて、コミュニティの中でどうやって生きて行くかを考えてきた世代という特徴があります。経済的価値観でみると、意外と堅実な人が多い印象です。大金を稼ぐというよりは、比較的堅実な金銭管理を行い、シェアリングエコノミーへの親和性あってカーシェアを積極的に使ったりします。投資やお金の運用にも関心があり、自分への投資を重視する人が多いです。社会意識という価値観をみると、環境問題などの社会課題や多様性（ジェンダー、人権

など)に前向きな受け止め方をしているように思います。

世代が変わると価値観も変わるのですが、本質は変わらないのではないかと考えています。変わるものとしては「コミュニケーション手段」「知識や技能の習得方法」「価値観や倫理観の変化」などがあります。私の世代は高校生や大学生の時まで電話や手紙を使っていました。それが SNS に変わっていきました。このようにコミュニケーション手段は変わるのですが、人とつながりたい欲求はあまり変わらないように思います。知識や技能の習得方法もだいぶ変わってきました。紙に文字を書いて勉強していた私たちの時代から、今はオンライン学習や AI の活用などに変わってきました。ただ、自己成長したいという希望は変わらないと思います。

価値観や倫理観も大きく変わっています。時代の影響で、これまで正しいとされていたものまでが変わっていきます。結婚や働き方についての考え方も大きく変わりました。しかし、変わらない価値観もあります。家族や仲間とつながりたい気持ちや、本質的な欲求は変わらないですし、成長や承認など人から認められたい感覚も変わりません。喜び、怒り、悲しみ、恐れなどの感情も古代から変わっていません。人間の本質は変わらないのですが、それを取り巻き、変化していく外側の層があり、この二重構造の外側の部分に私たちは戸惑っているように思います。

では実際、企業では何が起きて、何に困っているのでしょうか。1つは離職率の高さです。若手社員、特に3年以内の離職率が高いことが大きな問題になっています。メンタルヘルスの問題も深刻です。若手社員のメンタル不調が、長期休職、キャリア中断、離職へとつながっていくケースが発生しています。企業としては、若手社員にかけた投資の回収ができないですし、人材確保が続かないことも問題になります。育成やマネジメントの課題もあります。若手社員を育成できるリーダー層が不足しているのです。管理職が忙し過ぎてマネジメントの時間が取れず、若手社員のスキル習得に課題が生じています。

では、若手社員の仕事観はどのようなものなのでしょうか。新卒離職率は3年以内で3割にも及びま

す。この離職率は企業規模に関係していて、規模が小さくなると高まるのですが、実は大企業でもそれなりの離職率があります。大卒社員に関して言うと、3割弱の人が3年以内に辞めています。1、2年働いてみて、やはり合わないなと思ったら辞めてしまう社員が多いのです。今は第2新卒という言葉があるように、数年で辞めてまた別の会社に行く時に、新卒枠で受け入れてもらえることが増えています。ある企業は29歳までは新卒扱いで受け入れているようです。

離職者の中には超早期離職の人もいて、入社1か月未満で辞める人も結構います。3年以内に辞めた人のうち、2割強は半年未満で辞めています。キャリア設計の時間軸が、実は世代によってだいぶ違うようです。私たちの時は、医師の場合も10年務めてやっと一人前になれると言われていました。今はだいぶ早くて、専門医を取ったらすぐに開業、ということが一般的になってきました。早い段階で1つの軸をキャリアとして持つことが一般的になっているように思います。

若い人と話していると、10年、20年かけて成長するというよりは、3年、5年くらいのスパンで一人前になって、自分の土台を作りたいという欲求が強いと感じます。このようにキャリア設計の時間軸が全然違いますし、早く活躍できる人材になりたいという思いもあるようです。だから、この会社にも仕方がないと思ったら、見切りが早いのです。このまま居ても無駄だとか、上司に言っても無駄だとか思ったら、我慢して留まるよりも違う所を探すわけです。それを受け入れてくれる社会環境が今はあるので、辞めてしまうというのが一般的になってきています。

価値観の多様化も進んでいます。「あなたにとって『自分らしく働く』とはどのように働くことですか」と、Z世代の1000人に尋ねたヒューマンホールディングスの調査によると、1位は「ワークライフバランスを保ちながら働く」で17.6%が回答しました。2位は「仕事とプライベートをきちんと分ける」で13.9%、3位は「収入を増やすために働く」で9.4%となりました。このように、今の若者は働き方の中でワークライフバランスを重視していることが分かります。

働き方自体も同じ会社ですずっとというよりも、多様

な働き方を求める傾向が強まっています。Z世代でも、実は起業したいとか、起業に対して前向きな若者も多いのです。自分のキャリアを築いていくという観点で見ると、1つの会社で1つのスキルだけを身に着けるような状況は不安なのです。ですから違う仕事、違うキャリアを平行で走らせながら、自分の能力を上げていきたいという欲求がベースにあると思います。その中で起業も考えているということです。多様な働き方というのが、実はキャリア志向とニアリーイコールになっています。ひいては、これが安定志向とイコールになっているように思います。

デロイトトーマツグループの国際調査によると、Z世代が現在の勤務先を選んだ理由は、日本では「職場における居心地の良さ」が多くなりました。これはワークライフバランス、働き甲斐、従業員ファーストの文化などを含んでいて、個が職場の中で大事にされているのかどうか、という所を重視していることが認められました。グローバルと共通する部分としては、個人の成長機会を重視しているという点です。学習・能力開発の機会、給与・手当、成長・昇進機会などを含みます。この2軸が、今の若者が勤務先を選ぶ時の重要なポジションに入ってきています。

若年社員の仕事の価値観を私が5つにまとめてみました。ワークライフバランス、社会的責任への関心、早期のキャリア志向・成長機会の追求、効率性とタイパの重視、副業・転職志向の5つです。仕事と仕事以外のことのバランスを取りたい人が非常に多く、過重労働や非効率的な働き方は避けたいと考える傾向があります。テレワークを使いたいとか、毎日出社しなければいけない会社は選びたくないとか、そういう思いがあったりします。時間や場所にこだわらなくても柔軟に働けるのではないかと、そんな思考を持っていたりもします。

働き甲斐や、自分の能力を上げていきたいという思いは安定志向の裏返しです。やりがいや成長という内発的な動機を会社として重視していかなければ、若者に見切られてしまう可能性があります。副業・転職志向にもつながりますが、若者はキャリアパスを1つの狭い所に置きたくないと考えています。これは、自分の能力を横軸も縦軸も広げていきたい欲求の裏返しであるように思います。そうした中で、効率性とタイ

パ(タイムパフォーマンス)が重視されます。例えば、映画を1.5倍速や2倍速で観るなど、時間効率を得られるものをすごく気にしています。社会的責任への関心も高く、自分たちが所属する会社が社会貢献的な活動をしているかどうか、気にする若者が多くなっているように思います。

続いて、若手社員のメンタルヘルス不調の傾向についてお話しします。Z世代は他の世代と比べて、メンタルヘルス不調の課題に直面しやすいというのは、日本だけでなく各国のデータを見ても分かります。ギャラップ社の調査では、Z世代の47%がメンタルヘルス不調を感じているという結果が出ています。他の調査でも似たような傾向がみられます。

ここで事例を1つお出しします。ある会社の事例を少しモディファイしました。大手IT企業に入社後、キャリア不安に直面した新入社員・田中さん(24歳)。学生時代からプログラミングが得意で、最新技術を活用した開発に携わることを夢見ていました。ところが、配属された部署は古いレガシーシステムの保守運用が主な業務でした。新しい技術に触れる機会は少なく、古い言語やシステムの理解に追われる日々。先輩社員からは「基礎を学ぶには良い機会」と言われますが、モチベーションの維持ができずに苦勞しています。

田中さんの心理変化を追っていくと、入社時には「最先端の技術で革新的なプロダクトを作りたい」という思いがありました。それが3か月後には「こんなはずじゃなかった。でも、これも仕事なのか」と自分を泣かしながら働くようになり、6か月後には、レガシーシステムの重要性を理解し始めるものの、理想とのギャップに悩むようになりました。一方で、周りの同期は活躍しているように見えてきて、田中さんは落ち込んでいきました。いわゆるリアリティーショックです。入社してみたものの、自分が思い描いていたことと、やっていることにギャップがあり、悩んでいるわけです。このような新入社員は多いのでしょうか。

続いて、希望した業務でリアリティーショックを受けた新入社員・高橋さん(23歳)の事例です。商品開発部で前任者から引き継いだマーケティング分析のプロジェクトを担当しました。入社時は「分からない

ことは何でも聞いて」と温かく迎えられましたが、業務の壁にぶつかる度に、質問することを躊躇するようになりました。データ解釈に苦心してレポート作成に時間がかかり、週次のミーティングで顧客動向について意見を求められても、間違った解釈を恐れて発言できないことがありました。そして質問できないまま、夜遅くまでネットで調べ続ける日々が続きました。

高橋さんの場合、希望と職場は合っていました。しかし、会社から要求されているものと、自分が今できることとのギャップを感じ出し、分からないことを質問すると自分は無能だと思われるのではないかと恐れるようになりました。そして不眠と胃痛に悩まされ、動悸がして眠れないようになりました。大学の友人たちはみんな活躍しているのに、自分には価値がないと思うようになり、調子を崩していきました。上司や先輩に分からないことを聞くというハードルは意外と高いようで、不完全な質問をすると自分の評価が下がるのではないかと恐れる若手社員が多いことは、産業医をしていると実感します。

私は、今の新入社員は真面目で一生懸命で、生活環境や社会環境が整った中で育ち、よく社会を見て勉強して頭も良い、という人が多いと思っています。一方で、職場環境に過剰に適応しようとする人が多いと思っています。完璧主義的な傾向もあり、自分の評価が下がることを恐れてうまくいかない人も目立ちます。周りと比較して、自分の立ち位置はどこにあるのかという思いも、今の若者の方がきっと敏感だろうと私は思っています。業務内容もそうですが、対人関係の軋轢や批判への脆弱さなどもみられて、抑うつを感じている人が他の世代よりも増えているように思います。忙しい上司や先輩への遠慮があったりするのも、若い世代に独特ではないかと思えます。

若者には回避志向もみられます。人目を気にするかどうかを世代ごとに聞いたパーソル総合研究所の調査では、20代の数値は他の世代よりも高くなっています。受け身の姿勢、失敗への恐れ、怒られたくない、対立回避、といったところでも20代が最も高く、年齢が上がるにつれて下がる傾向がみられました。叱責が過剰なものとして受け取られる可能性が、この世代の文化的背景や社会的背景としてあるように思います。世代別のメンタルヘルス不調についての定量調査

では、過去3年以内にメンタルヘルス不調の経験があった人は20代で多く、男性の20代では18.5%、女性の20代では23.3%となりました。割合としてかなり高くなっています。

また、若手社員のメンタルの状態と辞職の意向について尋ねたアクサの調査では、心の状態が良好であるほど、今の仕事を続けたいと考える傾向があることが分かりました。逆に言うと、心の状態が不調であるほど今の仕事を早く辞めたいと思う、ということになります。この結果は当然のように思いますが、心の状態が良好な人と不調な人とは、早く辞めたいと考える人の割合が3倍近く違うという結果が出ています。自分自身のメンタルの不調を自覚していると、今の職場を離れたいという気持ちが強くなるのです。過去3年以内にメンタルヘルス不調を経験した正社員（年齢を問わず）の退職率は25.3%で、全体の4分の1に達していました。この退職者の内訳をみると20代が一番多く、35.9%を占めていました。20代は他の世代よりも明らかに、メンタルヘルス不調によって辞職の傾向が高まるので、ケアがとても大事になるのです。

では、社員たちはメンタルヘルス不調を職場に相談しているのでしょうか。世代を問わず約半分の人が相談していたのですが、相談しなかった人たちの中で退職した人の割合をみると、若い人が多かったのです。職場に相談しなかった人の退職率は、20代では35.2%にも上っていました。メンタルヘルス不調を相談しなかったことで、それを抱え込んで辞めてしまった人が多いのではないのでしょうか。相談しなかった理由は、「相談しても解決につながらなかった」という回答が一番多くなっています。相談することへの不安やハードルが高いのかもしれませんが。

この傾向は別の調査でもみられます。「メンタルヘルス不調を相談すると、どんな対応があるのかイメージできるか」という問いに対して、「イメージがわからない」と答えた人が4割弱いました。メンタルヘルスの問題を抱えていても、それを職場で相談することでどのような形で処理されるのか、どういう形で評価を受けるのか、ということに若い社員は過敏になっています。だから相談しない、できない、ということではないのでしょうか。しかし相談してみると、思ったよりも良かったというポジティブな回答が多かった

ります。不安があって先が見えない中で、相談しない状況が作り出されていて、だから相談しないまま退職してしまうという、そんな流れになっていることが多いのではないのでしょうか。私たち産業保健スタッフは、もっと安心できる環境をつくるのが大事だと思います。

では、職場と産業保健スタッフは何をしてくれるのでしょうか。まずは職場のメンタルヘルス対策についてのお話しをしていきます。基本的には、個人的な対応と組織的な対応の2軸に分かれると考えています。若者社員のメンタルヘルス対策としては、職場の所属感、挑戦する機会、承認する場面、という3つを私は考えています。この会社においても大丈夫とか、安心できるとか、私はこのチームの一員だとか、やはり所属感が重要だと思うのです。そこがない限り、次には進まないと思っています。

どうやったら所属感や安心感を醸成できるのか、ここはとても大事なポイントです。それが得られた上で、挑戦する機会が必要になります。キャリア志向の若者が多いので、自分のキャリアを伸ばすことはこの会社でもできることを体感、自覚させてあげることが大事です。仕事を与えて勝手にやらせるのではなく、職場の上司、同僚、先輩など周りの人が承認して、本人に自覚させる場面を設けていく。このサイクルを回していくことが大事だと思っています。

私の恩師の北里大学・田中克俊先生は「日本企業における組織心理学的解析結果」に関する説明の中で、組織のコミットメントを上げたいとか、職場満足度を上げたいとか、職場風土を良くしたいとか、そういうふうに考えた時に何が根本的に作用するのかというと、一番大事なのは組織の公平性だとおっしゃっています。それは解析の結果でも出ています。組織の公平性が高い企業は、社員がその職場にいて所属感と安心感を得られるのではないかと私は考えています。

組織の公正性（公平性）というのは、組織心理学的には「手続き的公正」「対人的公正」「情報的公正」「分配的公正」の4つに分かれます。分配的公正とは、本人が払った努力に対して報酬や評価が見合っているか、という意味です。本人が公正だと自覚できている

かどうか大事になります。手続き的公正は、報酬などが不平等でもその結果に至る過程やプロセスが公正に評価されているかどうか、ということです。対人的公正で大事なのは、上司です。上司は部下である私のことを公正に扱ってくれているか、依怙鼻息なくフェアに扱ってくれているか、それを自覚できているか、ということです。情報的公正は、上司などからの情報が他の人と同様にフェアに与えられているかどうか、それを知覚できているかどうか、ということです。

組織の公正性と精神的健康は相関するというエビデンスがあります。北欧などでよく研究されています。例えば医療従事者を対象にしたフィンランドの前向きコホート研究では、手続き的公正が低いと感じている人たちは、高いと感じている人たちよりも精神疾患の発症が1.9倍高いという結果が示されています。うつ病に関しても、手続き的公正と対人的公正が低いと感じている人たちの方が、高いと感じている人たちよりも1.4倍くらいうつ病を発症しやすいことが分かっています。公正感が職場にあり、従業員がそれを自覚できていると、精神的健康に良い形で影響するのです。

職場の所属感を高めるには、孤立を防ぐ繋がり工夫が大切になります。今はオンラインのやりとりが増えていて、孤立する社員が多くなっています。ある会社の新入社員は、入社して早々に完全テレワークのような形になり、上司との関係ができていないので質問もできずに悶々と悩んでいる、という状態にありました。テレワークでの関係を成り立たせるためには、リアルでの関係性をまず作ることが大事なのです。

対面コミュニケーションは、動画視聴、一対一オンライン、ゲームなどと比較して、幸福感や孤独感にどう影響するかを調べた理化学研究所の研究では、対面コミュニケーションが孤独感を一番軽減して、幸福感を一番上げることが分かりました。この調査は418人の20代の若者を対象に行われました。テレワークが中心の会社であっても、対面コミュニケーションを間に入れていくような仕掛けを作らないと、気づかない間に社員が孤立してしまう可能性があると思っています。

先ほども取り上げたりアリティショックは、どんな会社でも起きないことはないと思います。新入社員

がイメージした仕事内容と全く同じ仕事内容が、現場にあるはずがありません。業務内容にギャップがあるとか、人間関係でもギャップがあるとか、自分の力が足りていないとか、そうした現実と直面することで、リアリティーショックは多かれ少なかれ起こると思います。リアリティーショックの溝が深まらないように埋めていくことが大事で、そのための対策として「入社前の適切な情報提供と期待値管理」「段階的な業務の割り当てと丁寧な指導」「メンター制度による精神的サポート」「面談による不安や悩みの早期発見」「新入社員同士の交流機会の創出」などが挙げられます。

職場のメンタルヘルス的なサポートとか、いわゆる医療職ではないところの職場の上司の役割も大事になってきます。自分のスキルが職場の役割に合っているか、明確な目標設定を自覚できているか、業務量をコントロールできているか、ということは、職場のメンタルヘルスサポートの有無と相関するというデータも出ています。こうしたサポートによって所属感を作れたら、次は挑戦する機会を作って欲しいと思います。会社では目標管理シートを使って目標を決めて、半期ごとに達成したかどうかを評価していく仕組みがあると思います。この中で大事なのは、本人が目標にコミットできているか、その目標は本人も重要だと感じているか、やっていけそうという予期や予感を自分で持っているか（自己効力感）、やれると感じられるようなフィードバックを受けているか、ということだと思います。何かに挑戦する時に、自分で目標を書かせるだけでなく、本人がそれに挑戦したいと思わせるような仕掛けや、上司・メンターの関わりが大事なのだと思います。

自己効力感の尺度（一般性セルフ・エフィカシー尺度）というものがあります。行動を自分で遂行できているか、自信を持っているか、というようなことを尋ねる質問票です。自己効力感とは行動変容の先行要因と考えられていて、変えられる変数です。これが高まれば確実に行動が変わり、挑戦や成長しようとする機会が増えていきます。新入社員なのに自信満々な人は多くありません。部下が小さな成功をした時に、成功したのだと感じられるように、上司が必ずフィードバックすることが大事です。成功体験を言語化して、本人が理解できるように伝えてください。仮に自分が成功していなくても、同僚が成功したのを見た時に、成功

の要素を抽出して「自分もこうやればうまくいくかもしれない」という代理的な体験を感じさせることができるかどうかとも重要になります。

以上のことを踏まえた上で、若手社員に仕事をやらせる時にはどうすればよいかということ、ある程度の裁量権を持たせてあげて欲しいのです。上司から事細かく全部指示されると、人間は非常に苦痛なのです。裁量権を与えることは放任とは違います。「こういう形でやってごらん」「やってみようよ」と声かけをして、どうだったかという結果を確認しながらアシストしていく関わり方です。やらせることと裁量度、この2つをセットにしてあげることが大事だと思います。

やらせてみると本人は努力します。それに対する報酬をきちんとあげてください。給料を上げることだけではなく、心理的報酬（達成感、成長感、評価）を与えてあげて欲しいのです。本人は成長感を自覚していないことが多く、「こんなのはできて当たり前だ」「まだまだだ」と思っています。「そんなことはないよ。凄じじゃないか」「これはどうやったのか教えてくれよ」とか、達成を言語化してフィードバックしてあげてください。承認という行為をそのように活かすことで、経験学習のような機会を作ってあげて欲しいのです。

結果をほめることはもちろん大事ですが、結果が伴わない場合もよくあります。そんな時はプロセス（「難しい案件でも粘り強く対応しているね」「課題を理解しようとする姿勢が素晴らしいね」など）や行動（「いつも電話対応が丁寧で安心だよ」「部内の業務マニュアル作成は大変助かっているよ」など）を承認して、モチベーションを支えています。「あなたの前向きな姿勢がチームの励みになっているよ」「困った時に相談しやすい存在になってくれているね」などと存在を承認してあげることもできます。こういうことをするだけでも随分違うのではないかと思います。この会社に居たいとか、この会社に自分が必要とされているとか、その感覚が重要で、これが成長感や安心感にリンクしていきます。承認が学習の機会になるサイクルを与えて、次の挑戦へ向かわせてあげるとよいと思います。

ただ、やっていく中で調子が悪くなる部下も出てく

と思います。そういう時は「勤怠」「仕事」「行動」という事例性からストレスサインを発見してください。勤怠が乱れていないか、仕事のパフォーマンスが落ちていないか、行動が普段と違うか、などに注目してください。この部下はこういうタイプの人だ、という印象があると思うのですが、そこから乖離し出すとストレス（不調）のサインかもしれません。早めに見つけてあげることが大事です。

すごく色々なことをお伝えしてきましたが、管理職の人はめちゃくちゃ大変だと思います。忙し過ぎるのです。マネジメントだけをしている人などいなくて、ほとんどがプレイングマネジャーを務めています。本業では「売り上げを上げろ、部下を育てろ、過重労働させるな、ハラスメントをするな」と上司から言われ、エンゲージメント調査やストレスチェックの値が悪ければ、次回までに改善策を出すように言われます。ではどうすればいいのかというヒントももらえず、タスクばかり投げられているのが現状だと思います。管理職がマネジメントする時間をもっと増やすような業務調整の視点が会社になれば、新卒社員の支援は十分にできないと思います。

続いて、産業保健職の対応についてお話しします。私の中では、産業保健職の本分は話を聞くことだと思っています。ただ、話を聞くというのは何だろうとずっと思っていて、松木邦裕先生の著書「耳の傾け方」からヒントをもらいました。「語り表わされることを、そのまま受け取り、そのままついていく」「離れて、客観的に聴く」「私たち自身の体験、思いとして味わい聴く」「同じ感覚にあるズレを細部に感じ取る」といったことが書かれています。時間の制約もあり、このような話の聴き方を常にできるわけではありませんが、こういうペースを持ちながら話を聴いていくことが大事だと思っています。

先ほどからお話ししてきたように、若手社員は優秀で真面目な人が多いのですが、对人的な軋轢やストレスへの脆弱さは一部であるように思います。そこを私たち産業保健職は支援したいと考えています。ストレス脆弱性はどこから来ているのか。「対処方法の幅の狭さ」「社会的スキルの閉鎖性」「心身の疲労への鈍感さ」「否定的な認知スタイル」など色々あると思いますが、私たちがサジェスションを与えるだ

けでも随分違うのではないかと考えています。

人は何かしらへの依存が誰でもあります。他人への依存のみならず、社会的な役割への依存であったりもします。社内で認められることで自分は素晴らしいと思ったり、役割を果たせばこの集団に受け入れてもらえるのではないかとしたり、そういう枠組みへの期待感は当然あるのですが、そこに過剰適応してしまい、不適応を起こす人がいます。そういう部分が顕著な人に関してはそこを指摘して、どのように仕事と向き合えばいいのか、話していただくことが大事だと思います。

ストレス対処法は人によって様々ですが、意外とワンパターンになりがちです。「とにかく我慢して頑張る」「変化が必要な時もしがみつく」「あきらめが悪い、いい加減が分からない」「回避的・逃避的な対処」など、対処の幅が狭く柔軟性や多様性がないとストレスに弱くなってしまいます。社会的スキルの閉鎖性があるで自分でひたすら頑張ってしまう、頼れない、相談できない、自己開示できない、という人も潰れやすくなります。心身の疲労への鈍感さがあり、自分の感情に蓋をしてひたすら頑張っている人も要注意です。そして遂には、吐き気、頭痛、めまいなどの体の症状が出て、実はそれはメンタル不調の症状だったと分かることもあります。

ストレスに対する本人のスタイルは色々あるのですが、自分はどのように考えているのか、ということが非常に大事です。認知という言葉で説明されたりもしますが、産業保健職は本人と話しながらそれを考えていくことで、サジェスションができると考えています。職場のストレス要因をどのようなフィルターで受け取っているのか、ということが大事です。仕事の量、仕事の質、職場の人間関係という状況が同じでも、みんな同じようなストレスを感じるわけではありません。この状況を社員たちは自分なりのフィルターを通して受け取っています。それはどういうフィルターなのか、知るためのコミュニケーションが必要になります。

ある IT 企業では、新入社員のケアを重点的に行っています。業務指導をするチューターの研修をしっかり行い、問題があれば保健師に連絡が行って本人とも

情報を連携する仕組みができています。入社から半年くらいで保健師が面談を行い、リアリティーショックなどを含めた本人の感覚と上司の感覚を、面談を通じて突き合わせて職場にフィードバックします。

本人には事前に、業務負荷、コミュニケーション、入社時の動機、入社後のギャップ、自分の強み、自分の弱み、現在の体調、生活リズム、などのアンケートを取ります。上司にもアンケートを取り、業務負荷、コミュニケーション、部下の強み、部下の弱み、現在の体調、勤怠の問題、などを聞きます。これらの情報を得た保健師が本人と面談して、色々とヒアリングしたものを本人の承諾を得て、上司に開示する形で行っています。これを上司と部下で直接行うのは意外と難しく、間に保健師が入ることで本音を聞き出すようにしています。

別の企業では Q & A (Question & Assertion) ルームというのを作っています。これは新入社員の基本スキルを育てるための研修です。上司に質問できない若手社員も多いので、対面で質問するスキル、メール形式での質問練習、アサーションスキルを身につけるトレーニング、などを行います。また、会議での質問の実践として、会議の最後に質問時間を設けて積極的に質問する習慣づけをします。事前に質問を考えておき、簡潔に要点を伝える練習も行います。管理職のための専用チャンネル（管理職ホットライン）を開設した会社もあります。部下の気になる点などをよろず相談でき、産業医は上司のマネジメントを二次的にサポートするコンサル的な役割をします。今までやっていることと変わらないのですが、あえてこのようなネーミングにしたことで相談が増えました。

最後にまとめます。若者社員の安定とはキャリア形成とワークライフバランスの 2 軸だと思います。そのためには、職場にいていいんだという所属感・安心感を持ってもらい、それをベースに成長する・挑戦する機会を持たせて承認する。このサイクルを回していくことが重要です。ただ、これをするには管理職の負担が大きく、マネジメントのための軽減が必要です。産業保健スタッフはその間に入り、貢献できることが多いのではないかと考えています。

Q.

若手の教職員とベテランの教職員とで働き方に関する考えや価値観が異なり、コミュニケーション不全に陥ってハラスメントに発展するケースが増えている気がします。何か対策はありますか

世代間のギャップは非常に難しいところがあり、価値観の差がどこで生じているのか、話し合っていく場が重要だと思います。ただ、一対一で話し合うというよりは、小規模グループでそういう場を設定して、客観的な話ができるような仕掛けをすることが重要だと思います。特に働き方の価値観という、業務内容の話なのか、時間管理の話なのか、コミュニケーションなのか、いろいろな要素があると思いますので、1回テーブルの上ののせてみて、みんなで合意形成するというのが公正論の観点から大事になります。

Q.

事例を伺うと、職場の心理的安全性を構築するのが若者世代にはとりわけ重要だと感じましたが、なかなか難しいのです。アドバイスがあればお願いします

若者の心理的安全性は、言葉の解釈も企業によってずれてしまうことがあるのですが、すごく簡単に言うと、上司が機嫌良くいることが大事だと思っています。上司の機嫌を伺いながら質問するようになると、この時間的コストはすごく大きくなるので、機嫌良くいるスタイルを用意していただくことが大事だと思っています。

Q.

企業で産業保健師をしています。新入社員の様子を見てみると、入社1年後にメンタルダウンするパターンが多いように感じます。どのタイミングで保健師介入を行うことが効果的なのでしょうか

ケースバイケースのような気がしますが、先ほどご紹介した会社のように、保健師が新入社員を面談する場面をどこかに設定してもよいのではないかと思います。研修が終わり本格的な業務に入って3か月くらいが私はタイミングとしてよいと感じています。不適応を起こす場合はこの段階で出ていると思いますし、出ていなければその後は大丈夫ではないかと思うので、その段階で様子を見るわけです。そこで気になった人は経過を追っていくとよいと思います。

第 3 回 2025.03.01

なぜ若者は市販薬を オーバードーズするのか？

松本 俊彦 氏

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部 部長/
薬物依存症センター センター長

本日は、いま若者の中で大きな問題となっている市販薬のオーバードーズについて、その実態と対策の課題を端的にお話ししたいと思います。まず、皆さんと確認しておきたいデータがあります。警察庁のデータに基づいて文部科学省がまとめた児童・生徒の自殺者総数の経年的推移のグラフです。これを見るとすぐに分かるのですが、児童・生徒の自殺者総数は増えています。

日本の自殺者数の全体の統計は、1998 年から年間 3 万人を超えて、3 万人以上で高止まりした状態が 14 年間続きました。その間の 2006 年に自殺対策基本法が制定され、国・自治体挙げての取り組みが展開されました。総数としては今、2 万 268 人（2024 年暫定値）になっています。統計のある 1970 年代以降では 2 番目に少ない数字となっています。

ただ、これは人口動態的な変化が大きいような気がします。1998 年に急増した自殺は、人口が非常に大きい層、いわゆる団塊の世代の人たち（第 1 次ベビーブーマー）の自殺が増加したため、総数が増えたと考えられます。今はその年代の人たちが高齢になり、人口自体が減り始めていることが、自殺者総数の減少として表れているのだと思います。

しかしその間、子どもたちの自殺は増え続けました。しかもコロナ禍に入ってから、大きく弾んだようにさらに右肩上がりになりました。学校における自殺予防教育というと、長らく「命を大事に」「自分を大事に」という生命尊重教育や道徳教育がメインでした。でも、道徳では人の命を救えないのではないかという問題意

識が生まれ、2017 年から文部科学省の鶴の一声で、年 1 回 45 分は「SOS の出し方教育」を行いました。ということになりました。そして援助希求能力を高める教育が全国的に展開されました。それがどこまで効果があったのか、少し皮肉な言い方になりますが、むしろこの教育を始めた後の方が、子どもたちの自殺は増えているのです。SOS を出しつつも、絶望している子どもたちが増えているのかもしれない。

小中高の自殺者総数の高まりの中で、特に顕著に上がっているのが高校生です。高校生の中でも、特に女性に注目する必要があります。女性の自殺者総数の上がり方は、尋常ではない高まりを示しています。高校生年代の女性に何が起きているのでしょうか。それは定かではありませんが、首都圏で精神科臨床をやっていると、歌舞伎町や「トー横」界隈で数か月に 1 回ずつ、高校生年代の女性が高い所から飛び降りたという話を聞きます。実際、私が担当している患者さんの中にも、そのようにして亡くなった人がいます。

実際に飛び降りが増えているのかどうかは分かりません。ただ、私の中で印象に残っている飛び降り自殺があります。2023 年 4 月、千葉県松戸市で起きた女子高校生 2 人の飛び降り自殺です。なぜ、この自殺が私に強い印象を残したのかというと、この 2 人の女の子は自分たちが飛び降りる場面をライブで動画配信していたのです。配信はプロバイダーによってすぐに削除されましたが、SNS で拡散されて、今もインターネット上で拾うことができます。

この 2 人の女の子は SNS のアカウントを持ってい

ました。そこに投稿された内容を分析し、2人の共通の知人や友人にインタビューを行ったジャーナリストがいます。このジャーナリストによると、2人は様々な背景を持っていたそうです。1人は小学校高学年の時から醜形恐怖に悩み、自分の大嫌いな顔と折り合いをつけるために連日、リストカットや市販薬のオーバードーズをしていました。もう1人の女の子は、東南アジア系の外国人であるお母さんが、文化差の関係で日本になかなか馴染めなかった。女の子はそうした苦痛のはけ口とされ、「あんたなんか産まなきゃよかった」「あんたさえいなければ」と言われながら育ったそうです。それで小学校の時にリストカット、中学校に入ってから市販薬のオーバードーズを繰り返していたことが分かっています。

2人は飛び降りる直前に写真を投稿しています。「最後の晚餐」と題された写真です。本人たちが最後に食べたと思しき食料品が写っていますが、そこにはたくさんの市販薬の錠剤と、ストロング系のアルコール飲料も写っています。おそらく2人はそれらを体内に摂取し、酩酊状態になり、前後不覚な状態、死や痛みに対する恐れが吹っ飛んだ状態で、マンション屋上から身を躍らせたのだらうと思います。

このエピソードから私は何を言いたいのかというと、2つのことです。1つは、現在の女子高校生の自殺の背景には何らかの形で市販薬が絡んでいるのではないか、ということです。そしてもう1つは、市販薬を不適切に使用する子たちは、背景にそのようなものを必要とする問題を抱えている、ということです。私は、市販薬のせいで若者が死んでいると言いたいわけではありません。市販薬へのアクセスを防ぐだけでは対策として限界があります。

では、この市販薬の問題は救急の現場にどのような影響を及ぼしているのでしょうか。埼玉医科大学の上條吉人先生が行った、首都圏の3つの救命救急センターでの調査によると、市販薬のオーバードーズによって救命救急センターに搬送される患者さんがこの数年で激増しています。コロナ前と比べると、コロナ禍に入ってから2.3倍に増えています。さらに、2020年に3つ救命救急センターにオーバードーズで救急搬送された患者さんの85%が、10代もしくは20代の女性であることも分かっています。今、若い

女性たちに一体何が起きているのでしょうか。

続いて、私が専門とする薬物依存症の臨床現場の状況をお伝えします。私たちは2年に1回、全国の精神科医療施設（精神病床を持っている民間病院・大学病院・公立病院などの精神科医療施設）1530施設（現時点の数）に対して、薬物乱用・依存の実態を探るための調査を行っています。毎回の調査年の9月から10月の2か月間を定点観測期間として、この間に入院でも通院でもいいので、治療を提供した薬物依存症患者さんのデータを提供してもらっています。集まったデータは主な乱用薬物ごとに分類し、その乱用薬物の割合が経年的にどう推移しているのか調べています。

どの調査年でも、一貫して大きな割合を占めているのが覚せい剤です。覚せい剤は第2次世界大戦以降、わが国の医療の現場でも問題になっている薬物です。それから、2014年に一時的に大きな割合を占めたのが、いわゆる脱法ハーブをはじめとした危険ドラッグです。様々な規制を強化したり、薬事法を改正したりしたことで販売店舗が減り、市中に流通しなくなりました。今は臨床現場からほとんど姿を消しています。

しかし、危険ドラッグが姿を消したからといって、薬物依存症の患者さんが減ったわけではありません。むしろ増えています。患者さんの数自体は、危険ドラッグの乱用禍が終焉した後の方が増えています。一体、どんな薬物が増えているのかというと、2つの薬物に注目する必要があります。1つは、精神科で処方される睡眠薬や抗不安薬、いわゆるベンゾジアゼピン系の薬、あるいはベンゾジアゼピンとは言わないけれども、同じくベンゾジアゼピン受容体に作用する睡眠薬や抗不安薬です。この割合が10年前よりも増えています。そしてもう1つの薬物が、今日のテーマである市販薬です。これが確実に増えています。

若者の薬物の問題というと、何かと大麻のことが言及されます。確かに大麻取締法で捕まる人は激増していて、今や覚せい剤取締法で逮捕される人よりも多くなっています。しかし、医療の現場ではそうではありません。おそらく、大麻で多く捕まっているのは取り締まり側が頑張っているからであって、大麻使用による健康被害は増えていないというのが、医療の立場で

の我々の印象です。むしろ問題なのは、処方薬や市販薬といった捕まらない薬物、1回やっても人生は破滅しないことを多くの国民が知っている薬物であり、これでおかしくなっているのです。薬物依存症の臨床現場では今、医薬品が問題となっていることを押さえておいて欲しいと思っています。

いずれにしても、今一番問題となっている薬物は、覚せい剤、市販薬、処方薬の順で、かなり間があいて大麻です。この4大薬物に関して、私たちは別の調査もしています。各薬物の依存症患者さんに対して、最近1年以内に自傷や自殺行動をしたことがあるかどうかを調べているのです。つまり、自殺リスクが高いのはどの薬物の依存症なのか、ということをはっきりとしたいのです。すると、市販薬の依存症患者さんの自殺リスクが圧倒的に高く、最近1年以内に自傷や自殺行動をしている人が多いことが分かりました。市販薬の依存症患者さんは依存症であるだけでなく、同時に自殺のハイリスクグループなのです。

こうした調査を踏まえて、今度は10代の薬物依存症患者さんだけをピックアップしてみました。2年ごとの調査で全国から集まった10代の薬物依存症患者さんの数（実数）を見ると、危険ドラッグのピーク時（2014年）には、10代の患者さんは25人くらいでした。10代のうちから薬物の問題で精神科に来る人は多くありませんが、一定の割合でいます。その後、危険ドラッグが入手できなくなって、10代の患者さんは一旦減りました。しかし、その後また10代の患者さんが増えて、2022年時点では危険ドラッグのピーク時に比べて倍増しています。そして、直近（2024年）の9月から10月の2か月間を対象にした調査では、前回の2022年調査と比べて3倍に増え、危険ドラッグのピーク時と比較すると6倍にまで増えています。

今、薬物依存症外来では10代の患者さんが本当に増えているんです。この患者さんたちは一体、どんな薬物を使っているのでしょうか。今から10年前、危険ドラッグのピーク時には、10代の患者さんのおおよそ半数は危険ドラッグを使っていました。しかし、危険ドラッグが市中に流通しなくなると、それを乱用する依存症患者さんは他の年代と同じように減ってきました。しかし、10代の依存症患者さんは増えていま

す。一体どんな薬物が増えたのかというと、まさに市販薬です。調査をする度に、10代の薬物依存症患者さんに占める市販薬依存の割合はどんどん増えて、直近（2024年）の調査ではなんと72%近くになりました。今や、10代の薬物依存症患者さんをみたら市販薬を疑え、という状況になっています。

それにしても皮肉な話です。実は2014年に、ブロン（咳止め薬）など以前から乱用リスクが高かった市販薬に関して、薬局の店頭で販売個数制限が行われるようになり、1人1箱まで、2箱以上は買えない、というルールが開始されました。なぜ始まったのかというと、この頃からインターネット上で市販薬を販売したいという会社が非常に増えてきて、国に規制緩和を求めました。国もこれを受け入れたかったのですが、日本薬剤師会から、ネットで販売すると若者たちが乱用するのではないか、という反対意見が出てきました。そして、国会でかなり激しい論戦になりました。その結果、落とし所として、インターネットで市販薬を売ることにする規制緩和を始める、その代わりに、乱用拡大を防ぐため、薬局の店舗ではリスクの高い市販薬の販売個数制限をしよう、ということになったのです。この施策は効果があったのでしょうか。むしろ、これをやった後の方が市販薬の依存症患者さんは激増しました。ほとんど効果がなかったと言っていいのかもしれない。

近年のこうした状況を話すと、子どもたちは危険ドラッグが流通しなくなったから、代わりにハイになれる薬物として市販薬を使うようになったのか、と思われる人もいます。でも、その推測は間違っていると思います。10年前に危険ドラッグを使っていた10代の患者さんと、市販薬を近年使っている患者さんはバックグラウンドが異なるのです。かつて危険ドラッグを使っていた10代の患者さんたちは、ほとんどが男性でした。そしてほとんどが、学業から早期にドロップアウトしていました。中学を卒業したまま、もう教育から離れてしまっている、あるいは高校に進学しても直ぐに辞めてしまっている、というような人たちです。他にも、犯罪歴がある、薬物問題は彼らの広範に及ぶ反社会的抵抗のごく一部に過ぎない、というようなプロファイルを持っています。つまり昔ながらの、いかにも薬物乱用少年らしいバックグラウンドを持っていたわけです。

ところが近年、市販薬を使っている 10 代の依存症患者さんたちは、ほとんどが女性です。そして現在は高校在籍中、あるいは少なくとも高校は卒業している、という点で、学業から早期のドロップアウトをしていません。非行歴、犯罪歴もありません。その意味では、この 10 代の女の子たちは少なくとも表面上は、家庭や学校や地域において「良い子」と目されるような子たちなのだろうと思います。しかし、かつて危険ドラッグを乱用していた 10 代の患者さんに見られない特徴があります。精神疾患の合併率が高いのです。

特に多いのが神経発達症です。自閉スペクトラム症に代表されるような広い意味での発達障害を合併している人が非常に多くなっています。それから、解離性障害、心的外傷後ストレス障害、適応障害、といったストレスやトラウマに関連するメンタルの問題を抱えています。おそらくは生来の発達でこぼこのせいで、親からすると養育しにくく、親としては悪気がなくても、子どもたちからすると非常に虐待的な対応として体験された可能性もあるでしょう。そして学校に上がる頃になると、今度はクラスメイトからのいじめや、からかいの対象になったりします。そうした傷つきが、ストレスやトラウマに関連するメンタルヘルスの問題につながっているのかもしれない。

そして、メンタルヘルス問題に由来する精神的な苦痛を和らげるために、市販薬を使っているのではないか、そのような推測が成り立ちます。言い換えると、かつて危険ドラッグを使っていた 10 代の子たちは、ハイになるために使っていましたが、市販薬を近年使っている 10 代の子たちは、マイナスの感情をゼロに近づけるために使っているのではないのでしょうか。そして何よりも市販薬乱用の 10 代の子たちに特徴的なのは、乱用する以前からリストカットを繰り返し、リストカット卒業とちょうど入れ違いにして市販薬のオーバードーズを始めた、というケースが少なからずみられることなのです。1 人の同じ人間に、クロノロジカル（年代順）に、ある時はリストカット、ある時はオーバードーズがみられます。中には両方が同時にみられる人もいます。こういうケースが結構あるのです。このようなことから、リストカットとオーバードーズには何らかの共通点があるのではないかと考えられます。

では、何が共通していて、何が異なるのか。それを知りたいと多くの方が考えると思います。そのヒントとなるものを 1 つ示しておきたいと思います。オックスフォード大学自殺予防センターのチームが行った研究です。もっぱらリストカットを繰り返す若者たちと、もっぱらオーバードーズだけを繰り返す若者たちを集めて、そうした行動の背景にはどのような動機、意図、目的があるのか、示した多くの選択肢（つらい感情から解放されたい、自分自身を罰したい、死にたい、絶望しているのを示したい、愛されているのを知りたい、など）の中に当てはまるものがあれば、いくつでもいいので回答してください、という調査を行いました。そしてこの調査から、共通点と相違点が浮かび上がってきました。

まず共通点ですが、どちらも「つらい感情から解放されたい」を 7 割以上が選択しました。とてもつらい気持ちになっているので、人に助けを求めたり、大人に相談したりするべきなのですが、人を信じられないのでそれができない。だから、ひとりぼっちでつらい感情から解放されるためにやっているのです。では相違点はどこかかというと、「死にたい」という気持ちです。リストカットもオーバードーズも、その行為をする気持ちを 1 つだけ選べと言われると、「死にたい」を選択する人は少ないと思います。リストカットやオーバードーズで死ぬとは思っていないし、死ぬためにその行為を行っているわけではありません。しかしながら、リストカットする人たちは、切っていない時はいつも「消えたい」「居なくなりたい」「死んでしまいたい」という死につながる虚無的な気持ちを抱いているものです。ですから、複数回答 OK と言われると、「死にたい」を選ぶ人たちが一定の割合で出てくるのです。

「死にたい」と答えた人は、リストカットのグループで 40.2%、オーバードーズのグループで 66.7% となっており、オーバードーズの方が明らかに多いのです。つまり、リストカットよりもオーバードーズの方が死にたい気持ちがより大きくなるのです。別の見方をすれば、リストカットと自殺の間にオーバードーズがある、と言えるのかもしれない。おそらく彼らは、そのあたりのことをある程度分かっている気がします。リストカットは、どのくらい切っているのか視覚的に確認しながら行います。切り過ぎたと思えば、そ

ここで手を止めることも可能です。出血は直ちには止まりませんが、傷がそれ以上広がることはありません。

しかしオーバードーズは、自分の体を傷つけるプロセスは身体の内部で行われるので、観察できません。飲み過ぎたと思って飲むのを止めても、数時間後にもっとひどい状態になります。つまり、行為と結果との間に時間的な遅延がすごくあるので、なかなかその状況をコントロールすることができません。昨日 50 錠飲んで大丈夫だったから、今日も同じ量を飲んで大丈夫なのか、それは分かりません。飲む薬の種類によりますし、複数の製品を同時に飲んだり、アルコールと併用したりする場合は、体内の動態が変化してきます。オーバードーズを連日していると肝機能が低下してくるので、たった 10 錠しか飲んでいないのに 50 錠以上の効果が出てしまうこともあります。だから内臓の疲れ具合にも依拠しているわけです。つまり行為の結果の予測ができないのです。

このように、コントロールも結果の予測もしにくいオーバードーズを、あえて行う人たちというのは、「こんなので死ぬるとは思っていないけれども、ワンチャン死ぬるなら、それはそれでラッキー」と思っています。つまり、より自暴自棄で、死につながる考えが大きな人、強い人たちがオーバードーズを選んでいる可能性があるということになります。

さらにここで、私が 20 年近く前に行った研究の結果を重ね合わせてみたいと思います。かつて私は、習慣的にリストカットを繰り返す患者さん 81 人を 3 年間追跡し、その期間中に極めて深刻な自殺行動を呈した人たちにはどのような特徴があったのかを調べました。その中で、治療経過中の深刻な自殺行動予測因子として浮かび上がってきたのが、市販薬の乱用を伴っているかどうか、だったのです。やはり市販薬の乱用を伴う人たちは、治療経過中に深刻な自殺行動を引き起こす可能性が高かったのです。

リストカットをしている患者さんたちの中にも、市販薬のオーバードーズ歴がある人となない人がいて、両者にどんな違いがあるのか比較しました。すると、市販薬の乱用歴がある人はリストカット歴が長かったです。おそらく、リストカットではつらい気持ちが和らがなくなってきた、戸惑う中で市販薬のオーバー

ドーズにシフトしている可能性があります。シフトすることによって、死にたいくらいつらい今を生き延びることができるようになったのだけれども、長期的なスパンで見ると、むしろ自殺のリスクが高まっている、とも言えるわけです。

では、実際にどんな薬が乱用されているのでしょうか。最も多く乱用されているのは、コデイン類（アヘン類）や覚せい剤原料が含まれている風邪薬・咳止め薬です。商品名で言うと、エスエスブロン錠、パブロンゴールド A です。次に多いのが、デキストロメトर्फアンという成分が含まれている風邪薬・咳止め薬です。商品名で言うと、メジコンせき止め Pro、コンタック総合感冒薬です。その次は、プロモバレリル尿素という非常に古い成分を含む薬です。この成分はベンゾジアゼピンの 2 世代前の睡眠薬で、現在の精神科臨床ではまず使われることはありません。これが市販され、乱用されています。商品名はウットです。その次はジフェンヒドラミンという抗ヒスタミン成分を含むアレルギーの薬で、商品名はレスタミンコーワです。抗ヒスタミン成分は眠気を催すので、ドリエルという睡眠薬にもこの成分が入っています。次は、アリルイソプロピルアセチル尿素を含む薬で、これはプロモバレリル尿素と類似した鎮静成分なのですが、実は 80 年前にアメリカにおいて、血小板が減ってしまう状態を引き起こす可能性があるということで、使用禁止になっている薬剤です。でも日本では、市販薬の中に結構使われています。商品名で言うと、イブ A、ナロンエースなどです。そして最後にカフェインの錠剤、商品名エスタロンモカなどがあります。

臨床的に非常に問題になっているのは、ブロン、パブロンとメジコンです。この 2 つについて、各論的に話をしていきます。まずブロン、パブロンですが、様々な成分が入っていて、相互に影響し合って効果を強めたり、依存性を強めたりします。中でも特に気になる 2 つの成分に言及しておきます。ひとつは、メチルエフェドリン塩酸塩です。あるいは同種のものとして、プソイドエフェドリンが入っています。この成分はわが国では、覚せい剤取締法によって、覚せい剤原料として規制されています。実は違法な成分なのです。しかしながら 10 倍に薄めれば、市販薬に入っていることになっています。なぜこれが入られているかということ、気管支を拡張して空気の通りを良くする

ためです。しかし、覚せい剤と同じ成分ですので、意欲が出たり、落ち込んだ気持ちが一時的に高揚したりします。食欲を一時的に抑制してくれるので、やせ薬としての効果もあります。でも、こうした効果はどんどん弱くなってきて、当初と同じ効果を維持するためには使用量を増やす必要があります。覚せい剤類似の成分ですから、体質的あるいは遺伝的に脆弱な人は、一過性に統合失調症のような幻覚や妄想が出てしまうこともあります。

ブロン、パブロンに入っているもう1つの成分は、ジヒドロコデインリン酸塩です。これは体内に摂取されるとコデインに変化します。いずれも、わが国では麻薬及び向精神薬取締法によって麻薬として規制されている違法薬物成分です。しかしこれも、100倍に薄めれば市販薬に使っていいことになっています。ジヒドロコデインは延髄の咳中枢を麻痺させることで咳を止めます。しかし、これは心にも効きます。アヘン類ですから、多幸感が生じてつらい気持ちや不安感を紛らわせてくれるのです。ところが同時に、体質的に依存になりやすい人は、規定量でも長期間使って急に止めると離脱が出ます。涙がポロポロ出たり、鼻水が止まらなくなったり、下痢気味になったりします。乱用せずに普通に使っても出てしまうのです。ですから、これを連日オーバードーズしている子たちが急に止めると、めっちゃくちゃ気持ちが落ち込んで、すごく死にたくなったりします。ブロン、パブロンを連日、大量にオーバードーズしている子たちは、いきなり止めてはいけません。乱用がこれ以上ひどくならないようにするとか、ゆっくり徐々に止めていくことが必要で、うっかり自力で一気に止めてしまった子が急に死にたくなって別の自殺行動をする、ということは我々の薬物依存症臨床ではよく見られる現象です。

続いてメジコンです。これは比較的最近発売された市販薬です。従来の咳止め薬ブロン、パブロンの依存性が高いということで、もっと依存性が低い咳止め薬ができないかということで、これまで医療機関で処方薬としてのみ使われていたメジコンが市販化されました。「非麻薬性の咳止め薬」と言われています。確かに有効成分のデキストロメトルファンは、コデインやメチルエフェドリンに比べるとはるかに依存性は少ないです。しかし薬理的には NMDA 受容体拮抗薬と言われていて、違法薬物であるケタミンやフェンサイ

クリジンと類似した幻覚を引き起こす作用があります。ですから本当の意味で安全かどうか疑問がありますし、メジコンのオーバードーズで死亡事例も結構出ています。

デキストロメトルファンは肝臓の2つの酵素によって分解されます。CYP2D6 と CYP3A4 です。そして CYP2D6 については、日本人はかなり遺伝子多型があるため、分解酵素の力に個人差があります。ですから、みんなと一緒にオーバードーズしたのだけれど、朝に1人だけ冷たくなっている人がいる、ということが起きてしまいがちです。実際に事故が起きています。それから CYP3A4 は、柑橘系果汁と一緒に摂取すると、この酵素の働きが阻害されます。実際に死亡事例を見てみると、メジコンと一緒に缶チューハイ・ストロングゼロのダブルグレープフルーツと一緒に摂取しているケースが目立ちます。柑橘系果汁によってデキストロメトルファンを分解できなくなり、血中濃度が急激に上昇して致死量を超えてしまい、自発呼吸が止まってしまった可能性が推測されます。そのような意味で、市販薬のオーバードーズには様々な危険性が内包されているのです。

しかし一方で、生きづらさを抱える若者たちにとっては、助かっている部分もゼロとは言えません。例えばコデインは、孤独感や孤立感をすごく和らげてくれます。実は我々も、コデインやモルヒネやヘロインなどの、広い意味でのオピオイド類が体内にあって、 β エンドルフィンやエンケファリンという脳内麻薬があるわけです。そして内因性のオピオイドの受容体が、元々どの人間にも備わっています。健康な人間に、内因性のオピオイドの受容体をブロックする薬を長期間投与すると、心理的な変化が得られることが分かっています。疎外感や孤立感が滅茶苦茶強くなるのです。おそらく我々は、本当は孤立している人間なのかもしれないけれど、この内因性のオピオイド、つまり脳内麻薬が一定程度働くことによって、まやかしのつながり感、ひとりじゃない感が生まれているのかもしれない。しかし、強い孤立感を抱えている人もいるでしょう。そういう人たちは、市販薬に含まれるコデインを摂取することによって、孤立感を誤魔化している可能性もあると思います。

それからメチルエフェドリンのような覚せい剤原料

は、抗うつ薬として彼らの意欲の低下を助けています。問題の無い生徒のように振る舞ったり、学校のルーチンをこなしたりするために、この薬を必要とする人たちが、市販薬依存症の患者さんの中に多くいるわけです。さらに、トラウマを抱えていて過去の嫌な体験がフラッシュバックしている子たちは、フラッシュバックが起こると1分1秒をすごく長く感じます。しかし、覚せい剤のようなアップ系の薬を使うと時間の流れが速く感じるので、つらい時間もすぐに過ぎてフラッシュバックが楽になるのです。このような助かる効果もあります。

メジコンに含まれるデキストロメトルファンは、ケタミンやフェンサイクリジンと同じような幻覚薬としての作用があります。どのような幻覚を引き起こすのかというと、離人感です。あるいは解離性障害と同じように、つらい気持ちから意識の距離が置かれて、音もしない静かな白黒の世界に意識を置くことができます。これが楽だという子たちもいます。子ども時代に親から激しい暴力を受けたり、性暴力の被害を受けたりして、その時のつらい記憶が今まさに起きているみたいフラッシュバックが繰り返されている子たちです。

それで解離ができればいいのですよ。解離して意識が飛んでしまったり、他の人格が出てきたりする子たちは、実は主観的にはつらい気持ちが低減しています。でも解離できない子たちがいます。そういった子たちはフラッシュバックが起こる度に、狂ったようにリストカットして、それでもいくら切ってもつらい気持ちが紛れないので苦しみます。その子たちがメジコンをオーバードーズして、デキストロメトルファンの作用によって人工的な解離状態、ケミカルディソシエーションの状態になると、リストカットが止まるのです。ここでもまた、助かる部分があるのです。

要するに私が何を言いたいのかというと、この市販薬のオーバードーズは長期的には間違いなく自殺の危険因子です。10代の時にそのような行動をしたことがある若者は、したことがない若者に比べると、10年以内に自殺既遂で死亡するリスクが400倍から700倍高い、という報告もあります。しかし短期的には、直ちに死ぬのを少し延期するのに役立っているのです。実際に私がコロナ禍以降、たくさんみてき

た10代の市販薬依存症の患者さんたちも、実は結構命を落としています。亡くなった患者さんたちの特徴をみると、薬のオーバードーズで死亡した子は1人くらいしかいません。亡くなった子たちは、頑張っていて市販薬を止めている時、あるいは減らしている時に、市販薬によって紛らわしていたつらさに意識が圧倒されて、死んでいるのです。ここから何が分かるかというと、市販薬のオーバードーズを漫然と続けても地獄ですが、一気に止めても地獄なのです。止めても地獄、続けても地獄の中で、我々はどう支援したらいいのか。それを残りの時間で端的にお話ししたいと思います。

まず1つ、オーバードーズをする子たちの多くが医療機関にアクセスしていません。多く見積もっても1割程度しか病院に行っていないことが分かっています。病院に行った1割の子たちは、飲んだ薬の量が多い、あるいはオーバードーズした結果、様々な医学的な障害が深刻だったから病院に行ったわけではありません。実は、深刻な子たちが医療に行っているわけではないのです。医療に行っていない子たちも同じくらいの深刻さであることが分かっています。最初のうちは医療に行っても、オーバードーズを繰り返す中でだんだん医療から遠ざかることも分かっています。そしてむしろ医療にアクセスしない子たちの方が、うつ状態が深刻で、自尊心が低くて、人に対する不信感が強い、つまりメンタルの傷つきはより深刻であることが分かっています。とするならば、実はオーバードーズの自傷性というものは、支援を求めないことも含めて自傷的な部分があるわけです。むしろ医療機関に来た人たちには、労いの言葉を与えるべきだろうと思います。「よく来たね」「正直に話してくれてありがとう」、ここから始めなければいけないのです。

本人たちに一気に変化を求めることは酷です。「あなたなら変わるよ」「一緒に頑張って止めていこう」と言われると、自尊心が低い子たちは今のままの自分、ありのままの自分はダメなのだ、否定されたと思ってしまいます。つまり、患者さんに変化を求めるということは、今のままの本人を否定することになるわけです。かといって変化を求めないわけにもいきません。ありのままを認めつつ、変化を促すという矛盾したことをセラピーの中でやっていかなければいけません。DIALECTICAL (弁証法的) に、この矛盾する2つと上手くバランスを取りながらやっていきます。

治療の中で最悪なのは、治療関係が途切れてしまうことです。実際に亡くなられたケースを振り返ってみると、通院が途切れた後、しばらくたってから警察から「亡くなった」という連絡を聞くパターンが多いです。だからオーバードーズがどんなに繰り返されていても、まず大事なことは次もやって来ることです。いきなり「止めろ」と言ったら次から来なくなります。治療関係を継続するためには、少しでも害を減らす、あるいは安全にオーバードーズする、これを話し合うことが大事です。その意味で、従来の依存症治療の考え方は完全に捨てなければいけません。従来は「断酒」「断薬」から始まるという考え方でしたが、市販薬のオーバードーズを繰り返す若者たちに対しては、このやり方ではまずいということです。

最初にすべきことはモニタリングだと思います。私はよく、オーバードーズ日記を付けてもらいます。かなり細かく付けてもらいます。そして、毎回の診察の中でその日記を見せてもらいながら、話し合いをします。何曜日、どの時間帯、どんな場所でオーバードーズすることが多いのか。何があった日に、誰と会った日に、オーバードーズすることが多いのか。つまり、オーバードーズを促進する要因を分析します。トリガー、引き金と言ったりもします。逆に、何でこの日はオーバードーズしないで済んだのか、ということも考えます。もしかすると、その日の過ごし方の中にオーバードーズを抑止する要因があるのかもしれません。それも一緒に分析し、より安全に暮らすためにはどうしたらいいのかを話し合っていきます。

もちろん、我々の提案を本人たちが全て受け入れてくれるわけではありませんが、本人の意向を尊重しつつ、でもうまくいかなかったら改めてもう一回、健康的な生活のための提案をするという、3歩進んで2歩下がるような取り組みをしています。そうしながら、オーバードーズの薬の量が減った、薬を複数から1剤にした、などのちょっとした変化を見つけていきます。パブロンをブロンにした、というのも実は進歩なのです。パブロンにはアセトアミノフェン、つまりカロナールのような鎮痛解熱成分が入っていて、それがすごく肝臓を壊します。だからパブロンを使うくらいなら、ブロンの方がいい。より安全な変化を見つけてあげて、ちゃんと前進していることをフィードバックしてあげる。この小さな変化を褒められないと、大き

く変化するための勇気につながらないことを、我々は理解しておかなくてははいけません。

それにしても、なぜ市販薬の問題が若者たちの中で拡散していったのでしょうか。SNSのせいでしょうか。もちろんSNSも関係していますが、第一義的にはそうではありません。ドラッグストアが減茶苦茶増えたことが影響しているのです。今、ドラッグストア業界は市場規模8兆円、最近では10兆円を超えているのではないと言われるほど、非常に盛況な業界になっています。毎年1年間に1000軒から1500軒のドラッグストアが新規オープンしていて、国もこれを推進しています。なぜならば、拡大する医療費を少しでも下げるのに最も効果的な方法は、国民をなるべく病院に行かせないことだからです。これまでは処方箋がなければもらえなかった薬を市販薬にして、病院に行かなくても手に入るようにしました。ロキソニン、ガスター、メジコンは、真にそういった形で市販化されました。

ドラッグストアはこれまで、薬剤師がいなければ店舗を開けませんでした。そこで、薬剤師がいなくても薬を売れるようにするため、2009年から始まったのが登録販売者という資格です。高校を卒業し、市販薬販売の実務経験が1年以上ある人が試験を受けて合格すると、都道府県知事から「市販薬を売っていいですよ」という形になります。市販薬には1類、2類、3類があり、1類は薬剤師が対面で説明しなければ売れないのですが、2類と3類は登録販売者がいれば売っていいことになっています。市販薬の95%は2類と3類であり、乱用されているのは2類なので、結局、登録販売者だけで売れるのです。そして国は、登録販売者こそがセルフメディケーション推進計画の旗頭と考えて、これを前面に打ち出しています。

2015年には、登録販売者の受験資格が学歴不問、市販薬販売実務経験不問、となりました。ですから高校生や中学生が腕試しに受けていますし、私が診ている10代、20代の女性患者さんたちも「将来の夢は登録販売者になること」なんて言っています。既に試験に合格した人もいます。これは、市販薬を入手しやすい職業に意識的に就いているような感じもします。そして2017年には、セルフメディケーション税制が始まりました。一定以上の市販薬購入金額がある人は、

確定申告の時に領収書を出すことで医療費の控除対象にする、という制度です。例えば、自分の娘さんの市販薬オーバードーズに悩む親御さんが、確定申告の時期になると娘さんの部屋をノックして、「市販薬の領収書はないか」と聞いているような有り様なんです。セルフメディケーション推進政策は、本当に国民を健康にしたのか、若者たちの命や健康を守ることに貢献しているのか、ということに関しては、厳密に精査する必要があります。

市販薬が絶対にダメと言い切ることはできませんが、市販薬の中には、医療の現場では危険過ぎて使われなくなった成分が平気で入っているものもあります。プロモバレリル尿素や、血小板減少性紫斑病を引き起こすとされるアリルイソプロピルアセチル尿素などが入っていたりします。それからロキソニンの中にも、市販化されるとカフェインが入ったりします。なぜカフェインが必要なのか、こういったこともきちんと議論がなされないまま、次から次へと新製品が開発されています。

もちろん国も一定程度の問題意識を持って、色々な取り組みの委員会などで報告書を出しています。しかしながらこれは、精神保健の分野や精神科医療の分野の支援者が委員に入っていない検討会です。あくまでも製薬メーカーや、ドラッグストアチェーン業界の役員とか、薬学部の教授とか、薬の専門家だけで話合っています。その取りまとめ報告書の内容を見ると、市販薬オーバードーズの恐さについて人々に知らせる啓発的なポスターを張るべきだと書いてあったりします。つまり、市販薬オーバードーズやめますか、それとも人間やめますか、みたいなメッセージポスターを張るべきだということでしょうか。あるいは、身分証明書を確認して未成年には売らないようにしましょう、みたいなことが色々書いてあったりします。

実際、首都圏では10代の子たちは市販薬をドラッグストアでなかなか売ってもらえなくなっています。その結果、何が生じているかというと、悪い年長の男性から高いお金で転売してもらっています。そのためにパパ活をやったりしています。中には、転売する売人たちが市販薬のおまけとして、MDMA やケタミンといった違法薬物を付けてくれることもあります。実は密かに、市販薬がゲートウェイドラッグとして違法

薬物の入口になっているのです。

対策は私であれば次のようにします。この10年の間、若者の自殺を防ぐために様々なSNS相談窓口ができました。それらを載せた1枚紙のリーフレットを作り、ドラッグストアに来るお客さん全員に配布するのです。頻回に購入する人だけに渡したら、その人たちを差別することになるので全員に渡します。そうすることによって、皆がゲートキーパーになり、若者に有益な情報を提供できる社会になるのではないかと、私はそれを期待しています。

最初の方でお話ししましたが、2017年から行われたSOSの出し方教育では、むしろ自殺が増えていきます。なぜなのか。それは今、SOSを出しにくい社会になっているからではないかと思います。市販薬のオーバードーズについて、我々が今行っている全国の高校生調査では、高校生の60人に1人が市販薬のオーバードーズ経験があることが分かっています。しかし、この調査は不完全です。全日制の高校だけが対象で、調査日に学校を休んだ子どもはカウントされていません。市販薬のオーバードーズを繰り返す高校生は学校を休みがちです。しかも全日制よりは、定時制や通信制に多くいます。ですから高校生全体をまとめるならば、30、40人に1人、ざっくり言えば教室の中に1人や2人いてもおかしくない状況なのです。にもかかわらず最近、一部の高校の中で、校則で市販薬のオーバードーズを禁止する所が出始めています。市販薬のオーバードーズを止められなくて、学校の先生に相談したら停学や退学になる恐れがある。これでは安心してSOSを出せません。だからSOSの出し方教育をやってもダメなのです。

今、市販薬は若者たちの中で一番の問題となっている薬物です。とするならば、従来の違法薬物にターゲットを絞った「ダメ。ゼッタイ。」教育は考え直す必要があります。むしろ、薬物乱用防止教育は自殺予防教育と合流した方がよいと思います。もしも友達が市販薬のオーバードーズをしていたら、それは良いことではないけれど悪いことでもない、何かトラブルを抱えているサインなんだ、だから見て見ぬふりをせずに声をかけて、信頼できる先生の所に一緒について行ってあげよう、つなげてあげよう。そのような教育こそが望まれているのだと思います。その意味でも、「ダメ。

ゼツタイ。」ではダメなんだということを最後に強調
しまして、私の話とさせていただきます。

Q.

オーバードーズを行っている学生の情報を教職員が知った時、どう対処したらよいのでしょうか。また、そのことを知っている友人をどうケアし、保護者とのように連携したらよいのでしょうか

懲罰的な対応ではなく、市販薬のオーバードーズをどのくらい毎回やっているのか、相談し合えるような継続的な関係をご本人との間に築いて欲しいと思います。そして今日お話ししたようにモニタリングしながら、少しでもましになる方法を一緒に話し合っていくことが大事だと思います。もちろん医療機関との連携等も必要だと思います。それから親御さんについてですが、市販薬を乱用している若者たちの親御さんの苦勞は大変です。そこでぜひお願いしたいのは、精神保健福祉センターにつなげて欲しいのです。このセンターには依存症の家族相談と共に、思春期の家族相談の窓口もあります。若者の市販薬の問題は、思春期と依存症の両方の観点が必要なので、ご家族を孤立させないことを心掛けていただきたいと思います。

Q.

BOND プロジェクトのような対人支援の現状、効果、課題、展望について教えてください

自殺対策の取り組みの中で、生きづらさを抱えた若者たちを支援する民間団体が増えました。それぞれに一生懸命やっています。BOND プロジェクトは其中でも特に老舗であると思っています。公的サービスや医療では、なかなか行き届かない所まで寄り添ってくださっている部分もあります。ただ一方で、質的な部分にばらつきがある点は否めません。また、抱え込み過ぎていて危険なんじゃないかと思うケースもあるので、やはり医療と併用してそういったものを使うことが、より安全ではないかと思っています。

さらに民間団体のひとつの問題は、カリスマのあるリーダーが何らかの形でその団体を離れると、支援力が一気に無くなってしまうことが

あります。継続性という点で、私は公的なサービスも併せて鍛えていくことが施策上必要ではないかと考えています。

Q.

薬物に関する国の審議会に松本先生のような精神科の専門家が入っていない状況は、今後改善するのでしょうか

今のところ僕にはそういう話はございません。やはりこれは、薬剤師業界とか薬系の官僚の人たちが、何となく医療を避けたいという気持ち強いところもあり、セクト主義みたいな部分に阻まれている印象があります。

Q.

オーバードーズしている生徒の行動変容があった場合、どのような賞賛の声をかけますか。あまり大きく反応すると、元に戻った時に自身を責め過ぎるのではないかと感じています

私は「ほう、今回はしていないんだ」と、ちょっと不思議そうに小さく反応します。大きく反応するデメリットは今質問された通りで、失敗した時に正直に言えなくなってしまいます。大喜びしないことが大事なと思います。

Q.

精神科クリニックの精神保健福祉士として、オーバードーズする若い患者さんに対して、通院継続などに役立つような関わり方があればご助言ください

どんな状態であれ、受診したことを賞賛する、それに尽きるのかなと思います。「よく来てくれたね」ということを、大げさではなくコンパクトに、あっさりと言うことがいいかなと思います。

Q.

市販薬をオーバードーズしている人たちの長期的な予後はどのようなのでしょうか

リストカットに関しては調査が結構ありますが、オーバードーズに関しては信頼できる予後調査はまだないです。一部では普通の精神疾患として、うつ病の治療が長期に渡って行われることもあります。元気になって、活躍している人が多数いることも事実です。私自身の臨床的な実感から言うと、背景にある併存の精神疾患によって予後はずいぶん変わる気がします。あまり併存疾患がない人たちは、学校を変わったりのをきっかけに、本当に劇的に良くなります。人との出会いで大きく変わる人もいることを申し添えておきたいと思います。

Q.

オーバードーズしている若い事例と向き合う時、保健師はメンタルヘルスと考えていますが、学校側は非行と捉えています。学校とどのようにコミュニケーションしたらよいのでしょうか

これは大事な指摘です。本当にそうなのです。校則で禁止することも含めて、非行の範疇にされてしまっています。そしてリストカットも非行にされています。でも、これは健康問題なのだということを、我々は保健、医療、福祉の立場から言っていく必要があります。そのためには、薬物乱用防止教育を「ダメ。ゼッタイ。」から変えていかないといけないのではないかと考える次第です。

Q.

オーバードーズがカッコいいと思っている子どもたちにどのように声をかけたらよいのでしょうか

カッコいいと本気で考えているとは私は思わないのですが、OD をすることによって、これまで友達がいなかったり、居場所がなかったりした子たちが、SNS や歌舞伎町のトー横界限などで人とつながれるメリットがあります。人とつながれて喜んでいる時はハネムーン状態なので、調子に乗っている、カッコいいと思っている、というふうには大人には見えてしまうのは事実だと思います。でもたぶんその子たちは、それまで相当恵まれていなかったんだろうなあ、というふうな想像力で補って、ちょっと気持ちを押さえていただければと思います。声のかけ方はふつうでお願いします。

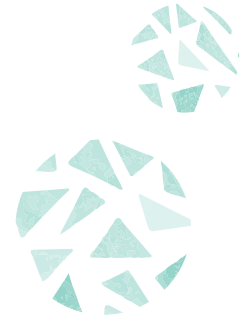
Q.

少しでもましになる方法を探すのは忍耐力が必要だと感じました。客観的にましでなくても、自覚的に本人が工夫していたらよいのでしょうか

もちろん本人の工夫は尊重します。でも客観的にみて、それでましになっているかねえ、という疑問は本人に直接フィードバックします。頭ごなしには言いませんが、フィードバックはします。さらに、本当に微々たる変化、あるいは3歩進んで2歩下がるみたいな状況に付き合っていないといけないので、支援者は確かに忍耐力が必要です。その時に、ネガティブケイパビリティ、頑張ってもすぐに成果が現れない状況に我々支援者が耐えるということ、この能力がすごく問われていると思う次第です。

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、日々の激

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、それできつなか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、なんとか頑張って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、問い合わせした時に「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に、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ことよ
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し、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で、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。兎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。