

大学生の 自殺対策ガイドライン 2010

国立大学法人保健管理施設協議会
メンタルヘルス委員会
自殺問題検討ワーキンググループ

大学生の自殺対策ガイドライン2010

目次

I	基本理念	1
II	リスク者・関係者・学内支援者	
A	定義と分類	2
	＜リスク要因＞	2
	＜ハイリスク者＞	2
	＜リスク者＞	2
	＜関係者と学内支援者＞	3
B	ハイリスク者の早期発見	3
	＜新入生＞	3
	＜在学生＞	3
III	対応	
A	普及啓発活動	3
B	自殺対応に関する組織的体制と施設の整備	3
C	関係者や学内支援者との連携	
	＜情報の共有＞	5
	＜関係者や学内支援者への対応＞	5
	＜関係者や学内支援者の協力＞	5
D	保健管理センターの役割	
	＜相談室の整備＞	5
	＜相談窓口への誘導＞	5
	＜面接の実施＞	6
	＜面接時間外の対応＞	6
	＜ハイリスク者の受診同意が得られない場合の対応＞	6
E	保護者・家族との連携	6
F	医療機関への紹介	6
G	自殺企図・未遂・完遂に対する対応	
	＜自殺企図や自殺未遂の発生時における対応＞	7
	＜自殺完遂の発生した時における対応＞	7
	＜遺族への事後対応＞	8

「大学生の自殺対策ガイドライン 2010」は、2009（平成 21）年 11 月に全国の国立大学法人を対象に実施した調査を参考にして策定したものである。自殺対策は大学の規模によって異なるであろうし、さらにその環境も年々変化するために、ガイドラインは適宜見直す必要があると思われる。そこで本ガイドラインは、自殺対策の基盤となる理念を尊重しながら、各大学の実情に即して利用できるものであることを前提にして書かれている。

本ガイドラインを参考にして、各大学は自殺対策を検討していただくとともに、その後の自殺防止の経験を踏まえ、実効性の高い新たな自殺対策を発展させることで、全国の大学が共有できる実践的なガイドラインに進化していくことを願っている。

I 基本理念

1998 年(平成 10 年)以降、わが国における年間の自殺者数は 3 万人を超え、国民 4,000 人に一人が自殺で命を落とすという、深刻な状況が続いている。大学においても、内田(2010)は 1985～2005 年の 21 年間に実施した調査結果を集計して、在籍学生 7,350,496 人のうち自殺者は 987 人であったと報告している。1996 年から自殺死は大学生の死因の第一位を占め、しかも自殺者の 8 割は保健管理センターなどの相談機関を利用することなく死に至っている。さらに一人の自殺者から、自殺傾向の強い関係者に自殺が連鎖する群発（連鎖）自殺の発生した大学もある。この現実には、大学生に対する自殺対策の難しさと重要性を示唆している。

わが国のこの現状から平成 18 年には自殺対策基本法が制定され、国や地方自治体の自殺防止への取組が積極的に行われるようになり、大学においても自殺対策を真剣に取り組むための一定の指針（ガイドライン）が必要であると思われる。それは大学における自殺者が多いか少ないかという視点から自殺対策を考えるのではなく、自殺者を発生させるリスク要因をできる限り大学の生活環境（キャンパスライフ）から排除するために何ができるかという視点から自殺対策を考えることが大切である。さらに、他の環境に比べ大学ではリスク要因が特別に少ないという幸運を期待して、自殺対策を怠ってもよいという正当性はどこにもない。加えて大学の主要な構成員である学生は 20 歳代の多感な年齢であり、昨今の生命軽視の社会風潮は青年の希死念慮を煽る危険性を常にはらんでいる。

また、自殺を個人的な問題とみなす限り、大学として自殺対策に手をさしのべることは困難であると思われる。自殺を最終的に決行するのは個人であるにしても、その自殺を促したり抑えたりする社会的な要因も存在している。すなわち「自殺対策は、自殺が個人的な問題としてのみ捉えられるべきものではなく、その背景に様々な社会的な要因があることを踏まえ、社会的な取組として実施されなければならない。」（自殺対策基本法、第 2 条：基本理念）とされる。大学における個人的・社会的なリスク要因に普段より注意を払うことは、何よりも自殺を防ごうとする大学人の決意を強化することにつながり、この自殺防止の意識向上が大学においても自殺対策の根幹をなすものになると考えられる。

Ⅱ リスク者・関係者・学内支援者

A 定義と分類

<リスク要因>

自殺危険性はリスク要因の増加に伴って高くなる。従って、リスク要因を的確にしかも迅速に把握することは自殺予防においてきわめて重要である【資料1参照】*。

リスク要因には様々なものがあるが、大学（学校）に特有のリスク要因としては以下のものが挙げられる。

- (1) 大学(学校)生活不適応（不本意入学、孤立、不登校、ひきこもりなど）
- (2) 学業不振（単位取得不良、留年、頻繁な欠席、卒論・修論の未提出など）
- (3) 就職困難（進路決定保留、就職未定など）
- (4) 長時間作業（研究活動や論文執筆などによる長時間作業）

この他、大学（学校）に限らず、どの社会においても重大なリスク要因がある。

(5) 自殺関連行動（虚無的・厭世的な思考、絶望感、希死念慮や自殺念慮、自殺企図や自殺未遂の既往など）

「絶望感」は将来に対して希望を失っている状態である。「希死念慮」は「死にたい。」と考えたり、訴えたりするが、具体的な自殺方法を考えてはいない。「自殺念慮」は具体的な自殺方法、例えば自殺の時期、場所、手段などを考えていることで、様々の方法（遺書や発言など）で意思表示をすることがある。「自殺企図」は自殺念慮を実行することで、縊死しようとする人が、場所を調べるために一歩足を踏み出したときから始まる。「自殺未遂」は自殺手段を実行したが、幸いにも生存した場合である。

- (6) 精神疾患（うつ病性障害、統合失調症、睡眠障害、心気症などの神経症性障害など）
- (7) 喪失状況（愛情対象の喪失、経済的困窮、家庭内不和、近親者の死別など）
- (8) アルコール・物質（薬物）乱用
- (9) 重大な対人被害（ハラスメント、深刻ないじめなど）

<ハイリスク者>

リスク要因（5）～（9）のうち1つ以上のリスク要因を示す者を「ハイリスク者」と呼ぶこととし、殊に多数のリスク要因を示す者には特別な注意や支援を必要とする。ハイリスク者の対応には、周囲の者の協力を得ながら専門的な相談のできる精神科医などの関与が必要である。

<リスク者>

上記のリスク要因（1）～（4）のうち1つのリスク要因を認める者を「リスク者」と呼ぶことにする。リスク者でもリスク要因が増加するに伴い自殺危険性は高まる。

リスク者に対しては、リスク要因の欠如する学生と同様に、普段のメンタルヘルス活動で対応するとともに、リスク要因が増加しないように、プリベンション（一次予防）を行う必要がある。このため普段から就学状態や交友関係などに適宜注意を払い、ハイリスク化を示す学生には適切な支援を行えるように配慮が必要である。

*資料は「全国大学メンタルヘルス研究会」のホームページ（<http://www.melabq.nagaokaut.ac.jp/MH/>）に掲載している。

＜関係者と学内支援者＞

関係者（リスク者やハイリスク者の家族、友人など）や学内支援者（リスク者やハイリスク者の指導教員など）と情報の共有化を図る必要がある。定期的な自殺防止教育を介して大学全体の意識啓発を図ることで、関係者や学内支援者が発見・支援・相談勧奨などを日常的に行うことが可能になる。

B ハイリスク者の早期発見

学生や教職員がハイリスク者を早期に発見し、専門的な相談のできる保健管理センターなどへ誘導することが必要である。そのためには以下のような方法が考えられる。

＜新入生＞

（１）健康診断などで希死念慮や抑うつなどのリスク要因を検出できる自記式質問紙（例えば、UPI や CMI など）の一斉調査の実施

（２）一斉調査などで抽出されたハイリスク者に対する呼出面接の実施

＜在学生＞

（３）ハイリスク者を感知する教職員や学生の能力を養成するためのゲートキーパー研修や授業の充実

（４）ハイリスク者や関係者が容易にアクセスできる相談窓口の開設

（５）長時間作業を行う学生の健康に対する指導教員の配慮や、必要時の面接勧奨

（６）ホームページなどにメンタルヘルスの自己チェックリストの掲載

Ⅲ 対応

A 普及啓発活動

自殺対策に関する意識啓発のため、新学年時のオリエンテーションなどで自殺やメンタルヘルスの問題、さらに相談体制などについて定期的に情報を提供する必要がある。可能であれば授業を利用して、心理教育的プログラム【資料 2 参照】*を実施することもできる。また、研修会や集会など機会のある度に啓発資料【資料 3 参照】*を配付する。さらに、学生間の相互支援体制（たとえば、ピアサポート体制など）を活用し、学生自治会や課外活動で啓発を行う。

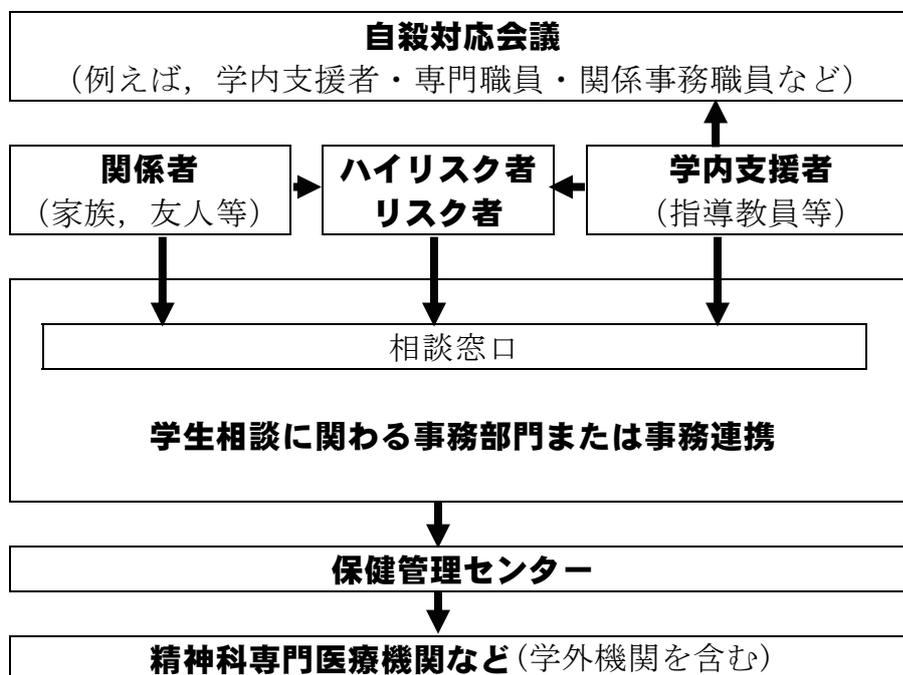
また、指導教員の担任機能を強化するとともに、メンタルヘルスに関する研修会の開催や啓発パンフレットの配布を行い、自殺防止に関する意識を高める必要がある。

B 自殺対応に関する組織的体制と施設の整備

通常、ハイリスク者には、大学内外の専門職員（保健管理センターの医師、臨床心理士、看護師・保健師、校医、自殺対策についての特別な研修を受けたメンタルヘルス相談員、医療保健機関の職員など）による個別対応が中心となる。自殺危険性の高まるときには、関係者や学内支援者との連携協働も必要になる。しかも自殺問題は突発的に発生するのが一般であるため、自殺対応体制を普段から整備して自殺問題の発生時に即応できるようにしておく必要がある。

その体制には以下の構成要素が必要である。

- (1) 学生相談に関わる事務部門(または事務連携)
 - ≫緊急時における連絡網の整備と関係部署間の調整に関する事務
 - ≫自殺対応会議に関する事務
 - ≫風評対策やマスコミ対応に関する事務
 - ≫学内の(自殺)危険場所(屋上など)の調査とそれに関連した事務
- (2) ハイリスク者に対する個別的支援体制と相談・医療機関との連携体制
 - ≫保健管理センター専門職員によるハイリスク者の個別面接
 - ≫学生間の相互支援体制の整備
 - ≫緊急時の対応を依頼する相談・医療機関等との連携協定
 - ≫通院費用の補助などの補償制度に関する情報提供
- (3) 専門職員・学内支援者などで構成する自殺対応会議
 - ≫ハイリスク者に関する情報の収集と共有
 - ≫学内支援者や関係事務職員の自殺対応に関する教育的援助
 - ≫支援内容の立案, 学内支援者への実施依頼, 支援効果の評価
 - ≫風評対策やマスコミ対応に関する協議
 - ≫ハイリスク者の復学時の復帰プログラムの検討



C 関係者や学内支援者との連携

<情報の共有>

ハイリスク者や関係者から入手した情報のうち、自殺対策に有用な情報は関係者や学内支援者と共有する必要がある（例えば、all-in-one カルテシステムの導入、その一環として出席管理システムの実施）。その場合、関係者や学内支援者との情報共有がハイリスク者の安全を守る上に利益になることを十分に説明してハイリスク者の同意を得ることが望ましいが、緊急性の高い場合には、ハイリスク者の同意が得られなくても関係者や学内支援者と情報を共有することを考慮すべきである。

<関係者や学内支援者への対応>

関係者や学内支援者の心の動揺を緩和するために、自殺対応の現状や、親しい者の自殺に直面したときに起こる心身反応について、自殺対応会議などで専門職員から説明する。

<関係者や学内支援者の協力>

指導教員がハイリスク者から相談を受けたときに、しっかりと話を聞き取ることができるように指導教員に対する研修を実施する。また、学内での作業や活動がハイリスク者の自殺危険性を高めることがないように、関係者や学内支援者が適切な配慮を払う必要があり、そのために専門職員が適宜コンサルテーションを行う。ハイリスク者がうつ病などで長期の休養をした後に復学するときには、自殺対応会議で復帰プログラムについて協議を行い、関係者や学内支援者に協力を求める。

D 保健管理センターの役割

<相談窓口の整備>

ハイリスク者が相談・カウンセリング・治療等が受けられるように、精神科医との連携を確保することが望ましいが、臨床心理士や、自殺対応について講習などを受けた保健師・看護師を配置する。相談窓口へアクセスする方法として、直接の来訪以外に、電話や e-mail などを活用する。また可能ならば緊急時のホットライン（電話やメール）を設置して周知する。

<相談窓口への誘導>

保健管理センターへのアクセス方法やメンタルヘルスに関する情報を全ての大学構成員に周知して、本人が自らのメンタルヘルス問題に早く気づき、自発的に指導教員や相談窓口気軽に接近できるようにする必要がある。そのために、小冊子、ホームページ、e-mail による一斉通知などの様々な手段を駆使する。健康上の理由で休学する者に対しては、保健管理センターに来所してもらおう。

ハイリスク者に対し、学内支援者は保健管理センターでの相談を勧め、できればセンターまで同行し、本人や専門職員の同意があれば同席する。学内支援者がハイリスク者と接触できない場合には、家族に連絡をとり、相談機関や医療機関に関する情報を提供し、家族が同行して相談（診察）を受けるよう助言する。家族も接触できない場合には、都道府県・市の保健センター・精神保健福祉センターに援助を要請するように助言するか、あるいは家族の要

請があれば関係事務職員と専門職員がハイリスク者の住居を訪問することも考慮する。

＜面接の実施＞

専門職員がハイリスク者の面接を行う。専門職員はハイリスク者との信頼関係を築くことに配慮しながら、既存の自殺危険因子評価表【資料4参照】*などを使って判定する。自殺危険性に基づいて専門医療機関への受診の要否を判断する。例えば、投薬と共に保護の必要な場合には、家族に連絡の上、専門医療機関に紹介する。保健管理センターで相談を継続する場合には、自殺企図を行わない約束の下に専門職員が定期的な面接を行う。

＜時間外の対応＞

ハイリスク者に対する時間外（休日も含む）の対応として、家族の介入や社会資源の利用を考慮する必要がある。殊に独居者では、本人の安全のため家族の同居を要請するか、本人を帰省させて家族の監視下に置く必要がある。また「いのちの電話」などの社会資源が利用できるように指導する。

＜ハイリスク者の受診同意が得られない場合の対応＞

最も対応の困難な状況である。本人、家族、大学、地域などの特徴を勘案して対応を検討する必要がある。以下に対応例をあげておく。緊急事態でなければ、とりあえず専門職員と相談を継続するように促す。また夜間の決まった時間に職員が電話をすること（電話当番を決めるなどにより負担を分散する工夫が必要）などを提案する。自殺危険性が高いと判断されるときには、家族、都道府県や市町村の保健センターや精神保健福祉センター、警察などの協力を得る必要があることを、本人に話しておく。

本人と連絡がとれないなどの緊急事態には、家族と連絡を取り、本人宅を訪問するように要請する。

E 保護者・家族との連携

ハイリスク者本人が家族に状態を伝えるように勧める。自殺危険性が高いにもかかわらず本人が家族への連絡を躊躇する場合には、本人の同意がなくても家族に連絡することを伝える。本人が同意している場合には家族の到着するまで住居地で待機させ、保護者・家族が来学したときには、本人の現状と大学の対応を説明する。精神科病棟への入院が必要のない状態であれば、家族が同居して本人の自殺危険性が減少するまで経過を見守るようにするか、家族のいる実家に連れ戻してもらう。

同意しても自殺の危険性が高い緊急事態には精神科入院施設をもつ病院に救急受診を勧め、家族の到着を待って病院へ同行してもらう。

F 医療機関への紹介

医療の必要なハイリスク者には受診を勧奨し、家族に同行してもらう。なお未成年者では、両親の同行が必要である。本人や家族から職員の同行を求められる時には、職務状況に応じて可能な限り対応する。また受診先の医療機関宛に受診理由などを記した紹介状を持参させる。緊急時には電話で紹介先医療機関に受診理由等を連絡しておく。

G 自殺企図・未遂・完遂に対する対応

<自殺企図・未遂の発生時における対応>

自殺企図・未遂が大学構内で発生した場合、医療と保護のためハイリスク者を医療機関へ搬送する。このとき保健管理センターや関係部署の職員が複数で対応する。直ちに大学執行部に報告するとともに家族に連絡する。また、消防署へ救急車の出動要請を行う。

自殺企図・未遂が、下宿など学外で発生した場合には、保健管理センターや関係部署の職員が複数で対応し、大学執行部に報告するとともに家族に連絡する。家族がすぐに現場に出向けない場合には職員が出向くことを了解してもらう。

<自殺完遂の発生時における対応>

自殺完遂が学内で発生した場合には、直ちに大学執行部に報告すると共に、消防署に救急車出動を要請する。家族（遺族）が到着したときには、関係職員が丁寧に対応し、発見時の状況や対処などについて説明する。希望があれば、後日、遺族のケアについて相談を行う。また関係者、殊に親しい友人などの群発（連鎖）自殺を防ぐため、サポート体制（相談窓口のメールアドレスや電話番号を記したアクセスカード【資料5参照】*の配布、個人面接、心身のストレス反応に関する研修会【資料6・7参照】*、自殺発生に関する自責感緩和等のための集団面談など）を設置する。

関係職員が中心になって、自殺の原因究明のため情報収集を行い、自殺対応会議で再発防止対策を検討する。その結果を教授会や評議会等へ報告する。

なお、集団面談では以下の点に留意して実施する。

（1）関係者の反応が把握できる人数で集まる

一般に自殺者の葬儀など区切りのついたときに、心の動揺のみられる関係者に集まるように指導教員を介して声かけをする。ただし青年の場合には成人の場合よりも一般に早い対応が必要である。関係者の反応が十分に把握できる人数（10人以下）や人間関係を考慮して集団をつくり、それ以上の人数の場合には複数の集団を作る。集まった人と利害関係のない専門職員が話し合いを主導し、必要に応じて補佐役を決める。

（2）自殺について事実を中立的な立場で伝える

自殺という事実を隠蔽するのではなく淡々と伝える。しかし事実を知ることによって強い動揺を示す者がいれば個別に相談を受けるように働きかける。集団面談では故人を非難したり、おとしめるような表現、あるいは故人を極端に美化する発言は控えるべきである。群発（連鎖）自殺の発生に注意を促し、その危険性のあるときには相談や支援のできることを伝える。

（3）率直な感情を表現する機会を与える

集団面談で関係者の複雑な心境をありのままに表現できるようにする。心理的なショックを共有する人が集まり、率直な気持ちを語り合い、分かち合うことが重要である。自分の気持ちを表現できない者には他の人の話を黙って聞いているだけでもよいことを保証する。集団の中に故人を非難したり、過度に美化する人がいれば専門職員がその発言を「中和」するように配慮する。

(4) 身近な人の自殺に対する心身の反応を説明する

心理的なショックに伴う心身の反応には一時的なものから医学的な配慮を要するものまで幅広く存在することを専門職員が話す。このため解説用のテキスト【資料6参照】*を準備しておく。死別後にみられる心身の変化に気づいたときには、すぐに相談することを勧める。相談することで閉塞的に感じている現実には新たな可能性の開けることをしっかりと伝える。

(5) 専門職員による個別相談の機会を与える

集団面談では十分に話ができず、専門職員と個別相談を希望する者には、その機会を準備する。

(6) 自殺による影響が強い人には積極的な働きかけをする【資料7参照】*

自殺者の死が深刻な影響を与えている者には積極的な支援活動を行う。そのため、本人の家族や友人の協力を得るようにする。危機的な状態と思われるときには精神科受診を勧め、本人や家族の同意を得て主治医との意見交換を行う。

(7) 自殺の発生を促す要因の検索と対策を行う

<遺族への事後対応>

原則的には以下のことを参考に、大学の実情に応じて適切に対応する必要がある。関係者や学内支援者は故人をいつまでも忘れることなく、そして故人を思い起こすときにはいつも深い悲しみを抱いていることを遺族に伝える。故人に対する関係者や学内支援者の誠意は遺族への大きな慰めになる。しかし、遺族が大学に対して不信感や怒りを抱いていたり、あるいは大学の対応に不満を表すときには、誠実に事実を伝え、即答できないことには後日、回答することを伝える。また、強い心理的ショックから心身の不調がみられるときには、専門職員に相談できることを伝える。自殺後の事務的な手続きについて説明するが、ショックのために事務手続きなどに困惑がある場合には可能な範囲で助力する。

参 考 文 献

- 影山任佐(2010)：大学生の自殺の実態と防止：生きる力の再生に向けての総合的対策の提言. CAMPUS HEALTH47(1): 56-62.
- 粥川裕平(監訳) 丞野正雄(訳)(2003)：子どもたちの自殺予防 教師および他の学校関係職員のための方策. 22pp. [WHO: Preventing Suicide. A resource for Teachers and Other School Staff. 2000]
- こころの健康政策構想会議(2010)：自殺対策 WG. こころの健康政策構想会議ワーキンググループ報告集(こころの健康政策構想会議編). pp.3~16.
- 高橋祥友(1999)：青少年のための自殺予防マニュアル. 金剛出版(東京) 245pp.
- 高橋祥友(訳)(2005)：シュナイドマンの自殺学 自己破壊行動に対する臨床的アプローチ. 金剛出版(東京) 217pp. [Shneidman ES(1993):Suicide Psychache A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior]

- 中央労働災害防止協会・労働者の自殺予防マニュアル作成検討委員会：職場における自殺の予防と対応. 厚生労働省, 60pp.
- 中村道彦(2009): 死なないで, 死なせないで～自殺を防ぐために(その一) 大学と学生 第68号 特集メンタルヘルス①—一般教職員のための基礎知識—. pp.67~71.
- 中村道彦(2009): 死なないで, 死なせないで～自殺を防ぐために(その二) 大学と学生 第69号 特集メンタルヘルス②—相談体制・連携・協働—. pp.52~57.
- 中村道彦(2009): うつ病と自殺予防. うつ病 知る 治す 防ぐ (編集 福居顕二, 井上和臣, 河瀬雅紀) pp.174~179, 金芳堂 (京都)
- 中村道彦, 小野泉(2000): 自殺の予防. 臨床精神医学講座 Special Issue 第3巻 精神障害の予防 (松下正明総編集: 小椋力・倉知正佳編) pp.387~405, 中山書店 (東京)
- 小野泉, 舟橋龍秀, 安田究, 中村道彦, 中嶋照夫(1996): 逆及的調査による精神分裂病患者の自殺危険性評価尺度の作成. 精神科治療学 11(4):363~370.
- Ono I, Murai T, Yasuda K, Nakamura M, Nakajima T(1994): Development of interview form to estimate the risk of self-destructive behaviors. The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology 48(4):745-754.
- 小野泉, 村井俊彦, 安田究, 中村道彦, 中嶋照夫(1996): 多変量解析による絶望感簡易評価尺度の作成. 精神医学 38(7): 757~759.
- 内田千代子(2010): 21年間の調査からみた大学生の自殺の特徴と危険因子—予防への手がかりを探る—. 精神神経誌 112(6): 543-560.

付 表

下表には、全国の国立大学法人を対象に実施した調査の結果を示している。(1)～(17)の自殺防止活動は、一次防止活動(プリヴェンション)、二次防止活動(インターヴェンション)、三次防止活動(ポストヴェンション)に関わるものに分類してある。

自殺防止活動

【 】の数值は、保健管理施設、学生担当部署、職員担当部署から、「その活動を実施していない/発生していない」と回答された%を示す。

一次防止活動(プリヴェンション)

- (1) 自殺防止に関する授業・研修……………【32 63 67】
- (2) 自殺防止に関する啓発資料(冊子、eメール通信など)の配布……………【59 70 74】
- (3) 質問紙法や面接法による自殺の実態や自殺防止の意識に関連した一斉調査…【64 76 79】
- (4) 自殺の危険性がある者を知り得た者が教職員へ通報することの教示……………【54 79 81】
- (5) 自殺に関する相談(電話やeメールなどによる相談を含む。)……………【23 56 75】
- (6) 自殺完遂・未遂者の実態把握のための調査……………【59 81 82】
- (7) 家族に対する自殺防止に関する普及啓発活動……………【84 86 84】
- (8) その他の活動(学生のピアサポート体制、相談体制の設置)……………【52 56 58】

二次防止活動(インターヴェンション)

- (9) 自殺企図を目撃した者が教職員へ通報することの教示……………【66 81 82】
- (10) 修学または就業の長期停滞者に対する担当者による訪問……………【68 73 67】
- (11) 自殺に関連した事態の発生時における、社会資源(いのちの電話、精神保健福祉センター、保健所、医療機関など)との連携……………【50 71 79】
- (12) 自殺企図の発生した時における家族との連携……………【32 59 79】
- (13) その他の活動(学生のピアサポート体制、相談体制の設置)……………【52 57 61】

三次防止活動(ポストヴェンション)

- (14) 自殺未遂者の追跡調査と相談……………【50 71 79】
- (15) 自殺完遂者の関係者(友人、同僚など)に対する相談や支援……………【41 65 82】
- (16) 自殺未遂者の家族または自死遺族に対する支援……………【64 73 82】
- (17) その他の活動(学生のピアサポート体制、相談体制の設置)……………【52 56 63】

- (18) 自殺防止に関する学内の専門部署・組織・担当者の設置……………【73 75 68】

上記の結果から以下のことが推定される。

- (1) 自殺予防対策では職員に対する対策が全般に整備が遅れている。
- (2) 自殺リスクのある学生の存在に気付いた学生が、大学側（指導教員等）に知らせる体制ができていない。
- (3) 自殺未遂や自殺完遂をした学生の背景や原因を調べる体制ができていない。
- (4) 自殺防止に関する家族や保護者に対する普及啓発活動（研修会や講演会など）が不十分である。
- (5) 自殺企図の学生を目撃した学生がとるべき行動に関する教育や指導が不十分である。
- (6) 自殺完遂をした学生の関係者や自殺遺族に対する相談や支援体制が不十分である。
- (7) 自殺対策を主導する部署が設置されていない。

今回の調査から明らかになった点は、自殺防止を大学全体の課題として受け止め、全ての教職員や学生がその役割に応じて連携して対応する体制が必要であることを示唆している。そのため、自殺問題が「一部の人」の問題として認識されがちになる現状を変えてゆくために、大学内において自殺問題に関する意識を啓発する活動が日常的に行われる必要がある。

回答用紙に記載された自由意見をガイドラインの項目別に整理して以下に列記する。

I 基本理念

- 大学構成員全員が「自殺対策は大学の責務」ということを認識する必要がある。
- 「職場における自殺予防と対応」（中央労働災害防止協会発行）を参考にする。

II リスク者・関係者・学内支援者

- センター職員が本人との面接中における発言から把握する。
- 関係者からの通報の場合は情報収集と共に事実確認をする。
- 指導教員等が高リスク者に早く気づき、関係機関と連携して情報の共有化を行う。
- 健康診断やゼミ等で質問紙を用いてハイリスク者を保健管理センターに紹介する。
- 1) 男子学生、2) 高学年、3) 休学・留年、4) 単身生活が高リスクである。
- 長時間労働の職員に対し保健管理センター医師または産業医による面接指導を促す。

III 対応

A 普及啓発活動

- 自殺対応に関する研修会・講演会を定期的を開催する。
- 自殺対応に関する心理教育的プログラムを研修会や授業で行う。
- 学生の講義時間にストレスマネジメントや社会的スキルの研修を行う。

B 自殺対応に関する組織的体制と施設の整備

- メンタルな問題を抱えた学生には組織的な支援体制を強化する。
- 企図者の搬送ルートなど緊急時対応の流れ図について全学教職員に周知する。
- 身上調書から自殺の危険性が高い事務職員には、可能な範囲で配置換などを心掛ける。
- 学生や教職員への相談体制を種々の委員会・会議、FD、SD、講演会等で紹介する。
- 職員と保健管理センターが危機対応チームを結成し、情報共有や自殺回避に努める。
- 学内の危険場所があれば、事故防止を学務部職員に依頼する。
- 長期的な経済支援(返還不要の奨学金や精神科通院費の援助など)

C 関係者や学内支援者との連携

- 守秘義務よりも安全配慮義務が優先されるので情報を共有する。

- 保健管理センター、学生課・総務課等の情報で健康状態や家族関係等を把握する。
- 関係者や学内支援者へのコンサルテーションを行いながら連携する。
- 関係者や学内支援者の動揺を緩和し、心身の変化に対する対応方法について啓発する。
- ハイリスク者と関係者に対する精神的サポートを行う。
- 復学・復職にあたっては指導教員等に協力を要請する。
- 学生のピアサポート活動と連携して自殺の危険のある学生に介入してもらう。
- 職場内にリスナー体制を整備する。
- センターが全てを担うのではなく、関係者や学内支援者がそれぞれの立場で関わる。

D 保健管理センターの役割

- 保健管理センターへのアクセスや相談についてのチラシを配布する。
- 職員や友人等が本人と連絡をとり、安全を確認した上で来所するよう説得する。
- ハイリスク者の相談時に関係者が同行あるいは同席するように依頼する。
- 専門職員が面接を行う。
- 信頼関係の構築に留意しながら自殺危険因子や家族関係の把握を行う。
- 医療的な対応の要否を勘案して医療機関の受診を勧める。
- 自殺企図を行わない約束の下に本人が安定するまで定期的な面接を行う。
- 独居者であれば安全確保のため家族の同伴または実家への帰省を促す。
- 大学職員の対応困難な状況では社会資源（いのちの電話など）を利用する。
- 翌日、再びセンターに来談することを要請する。
- 夜間、本人に電話することを伝える。
- 同意が得られるまで丁寧に話を聞く。
- 緊急時には家族に連絡をして家族（および職員）が本人宅を訪問する。
- 遠方であれば家族から警察に保護願いを出してもらう。

E 保護者・家族との連携

- 本人から家族に連絡をするように促す。
- 本人の同意を得て（緊急時にはなくても）家族に連絡して来学を要請する。
- 状況と対応について説明し、今後の対応について了解を取る。
- 医療機関へ受診させるよう家族に依頼する（安全のため職員が同行することもある）。

F 医療機関への紹介

- 受診することについて本人の同意を得るように努める。
- 受診先医師に受診理由を伝える。
- 本人の保護者・家族（あるいは関係職員）に付き添いを依頼する。
- 緊急時には家族と相談して措置入院等の医療的な介入の段取りをする。

G 自殺企図・未遂・完遂に対する対応

- 学内で発生した場合、職員数名で保護に出向く。
- 救急車の出動を要請し、大学本部と協議の上、管轄の警察や保健所に連絡する。
- 学外で発生した場合には、家族に連絡して管轄の警察へ連絡するよう促す。
- 大学本部の対応に委ねるとともに遺族の心のケアに留意する。
- 所轄の警察に連絡し、家族、保健管理センター、学長、関係理事に連絡を入れる。
- 家族等へ対応(例:葬儀業者の手配、家族の宿泊施設等)を心がける。
- 家族や同級生などをサポートして連鎖反応を防ぐようにする。

- 関係者が危機的状況乗り越えるため心身のストレス反応に関する情報を提供する。
- 関係者の心的衝撃の程度を考慮して個人面接、集団面接（心理教育的）を実施する。
- 関係者が、キーマンを中心に集合し、互いの心の内を話し合っって動揺を抑える。
- 動揺の激しい者は専門家に相談するように勧める。
- 自殺の経緯について十分な情報を集め、原因究明と再発防止対策の設定等を行う。
- 教授会、評議会への報告を行う。
- 自殺完遂では労働災害の可能性を確認し、労働基準監督署に死傷病報告をする。

調査にご協力いただきました下記の国立大学法人 59 大学の皆様に
厚く御礼を申し上げます。

(1)愛知教育大学、(2)茨城大学、(3)岩手大学、(4)大分大学、(5)愛媛大学、(6)大阪教育大学、(7)岡山大学、(8)小樽商業大学、(9)帯広畜産大学、(10)金沢大学、(11)鹿屋体育大学、(12)北見工業大学、(13)岐阜大学、(14)京都教育大学、(15)京都工芸繊維大学、(16)京都大学、(17)九州工業大学、(18)九州大学、(19)群馬大学、(20)高知大学、(21)神戸大学、(22)埼玉大学、(23)佐賀大学、(24)滋賀医科大学、(25)滋賀大学、(26)静岡大学、(27)島根大学、(28)上越教育大学、(29)信州大学、(30)筑波大学、(31)東京医科歯科大学、(32)東京学芸大学、(33)東京工業大学、(34)東京農工大学、(35)東北大学、(36)徳島大学、(37)鳥取大学、(38)豊橋技術科学大学、(39)長岡技術科学大学、(40)長崎大学、(41)名古屋大学、(42)奈良教育大学、(43)奈良先端科学技術大学院大学、(44)新潟大学、(45)浜松医科大学、(46)弘前大学、(47)広島大学、(48)福井大学、(49)福岡教育大学、(50)福島大学、(51)北陸先端科学技術大学院大学、(52)北海道教育大学、(53)北海道大学、(54)三重大学、(55)山口大学、(56)山梨大学、(57)横浜国立大学、(58)琉球大学、(59)和歌山大学

(アイウエオ順)

自殺問題検討ワーキンググループ

北海道大学	朝倉 聡	
秋田大学	苗村 育郎	
筑波大学	堀 孝文	
東京工業大学	影山 任佐	
上越教育大学	増井 晃	
名古屋工業大学	粥川 裕平	
京都教育大学	中村 道彦	(班 長)
和歌山大学	宮西 照夫	
大阪大学	杉田 義郎	
山口大学	平野 均	(副班長)
九州大学	一宮 厚	
佐賀大学	佐藤 武	

事例集

2010 年度版

**国立大学法人保健管理施設協議会
メンタルヘルス委員会
自殺問題検討ワーキンググループ**

この事例集は、大学生の自殺事例を蓄積する過程で、自殺の背景にある問題やその対応を振り返り、ガイドラインの「進化」を図ることを目的にしている。

ここでは、事例が自殺（完遂または未遂）へ至るまでの経過、自殺発生時や事後の状況と対応、報告者の所感などを自由に記載していただき、集められた多くの貴重な経験がそれぞれの大学において自殺予防を進める上で少しでも示唆となることを願っている。

なお、報告にあたり故人と識別できる記述は削除または改変し、可能な限り自殺遺族の承認書を添えて投稿していただきたい。

○事例 10A女 (21 歳)

主訴：学生の自殺でその友人が動揺しているので相談したい(指導教員)

経過：A女は熱心にクラブ活動を行っていたが、就活のため先輩が第一線から抜けることになり、A女が責任ある立場にいきなり立たされることになった。本人はその立場に自信が持てず、クラブの友人にも自信のなさをもらしていた。やがてクラブ活動にも参加しなくなり、大学にも出てこなくなった。友人も心配して自宅を尋ねたりしたが、あまり元気がない様子であった。1ヶ月ほど休養して徐々に元気になり、その頃に学年もあがったこともあり、大学の授業にも出席するようになった。クラブ活動も負担を軽くしてもらったこともあり、一時期よりは活発に参加するようになったが、どこか気落ちをした様子は抜けなかった。しかし周囲の学生も指導教員も本人が少しずつ元気になっていることもあり、様子を見守るといふ気持ちでいた。また本人も保健管理センターなど専門機関に相談することもなかった。夏休みも終わり、実習の準備を始めたが、実習のやり方で家族と口論となった。その日は家族全員で外出する予定であったが、本人だけが残ることになった。夜、家族が帰宅するとA女は縊死していた。遺書はなく、家族や友人にも自殺をほのめかすそぶりや言葉もなかった。家族や友人はその死に納得できぬままにA女を見送ることになった。

対応：自殺の危険因子としては、クラブ活動における責任ある立場に立たされ、授業やクラブ活動を停止せざるを得ない程の抑うつ状態にあり、これに伴い孤立感を強めていたこと、そして恐らく就職などの将来のことに自信を失っていたことなどが推定されるが、他に明確な危険因子となるものは評価できなかった。しかし家族は直前の口論が自殺の直接動機になったのではと、ひどく自責的になった。またA女と親しい友人3名が動揺しているという指導教員の報告もあり、連鎖自殺に対する防止が必要であった。そこで、A女に比較的近い友人を指導教員にリストしてもらおうと共に、教育担当の副学長（理事）に報告して家族と面談し、情報交換を行った。特に動揺の激しい学生3名については、指導教員と共に集ってもらい、A女の自殺の背景、友人としての思いなどを話し合った。集団面接で問題となりそのような学生については指導教員に特別な注意を促すと共に、本人が望めば保健管理センターの専門医に相談するように示唆した。数日後、その中の2名が個別の面接を希望したため実施した。時間経過と共に関係学生も全体的に安定してきており、関係教員には特別な注意喚起を行いながら経過を観察した。幸い連鎖自殺は発生しなかった。

所感：A女の自殺防止に至らなかったことは誠に残念であった。その危険性は友人や一部の教員にも全く認識されていなかったというわけではないが、「まさか」という気持ちから少し距離を置いたところから観察して支援を行い、専門家への接触を促すことがなかった。ここで自殺危険因子に関する一般的な知識を学生や教員が共有し、専門相談に繋ぐための機会を増やすことができていると思われた。また連鎖自殺の発生には、指導教員を含む関係者

の素早い対応が功を奏したと思われる。しかし友人の連鎖自殺を防止することはできても、心のケアが完了したわけではない。その意味では友人たちの心に埋め込まれた刻印をどのように受け止め、処理していけるかを継続的に見守る必要がある。しかし継続的な面接を維持することは困難であった。一人の学生はeメールで自分の思いを書き連ねることで気持ちの整理を続けたいと希望しており、eメールをサポート手段の一つとして有効に利用することも考慮する必要がある。

○事例 10B 男 (21 歳) 「生きる意味がわからない。自分はこの世に合わない」

主訴；「人生が空しい。何に対しても意欲がわからない。早く死ねればいい。」

家族構成；兼業農家の長男，第 1 人と妹 2 人。両親の仲は良く、家庭の問題もない。

生育歴・現病歴；父も母も普通の人のように見えるが、B 男は「親とは心が通じない」と述べ、両親を極端に苦手とする。父親が連絡してくるだけでパニックを起こす。カウンセリングを重ね、様々な薬も試したが、主要な訴えは変わらなかった。「人生に意味が感じられない。どう生きてらいいのかわからない。自分は何のためにあるのか。」「他人の気持ちや生き方が全くわからない。何をどうしたらいいのか、全くワカラナイ」「もう死ぬしかない」という考えに取り憑かれる。これは小学生時代からある感情。「強いて言うなら、マスコミで名前が出て有名になることが人生の目的と思う。そのためには犯罪を犯してもいい。有名になること以外にこの世に生きる価値が無いように思う。」強い対人緊張が続き、時に吐き気を示す。友人も出来ず孤立感が深まる。

「中学時代には自分が他の人と全く違うことを強く意識していた」「未来が全く考えられない。自分はこのまま壊れるのではないかという恐怖感がつきまとう。」急に口がきけなくなる。車道の真ん中で足が動かなくなる。パニックになると病院の夜間救急外来を訪れることも多かった。

「自分は何をしたいのかわからない。これから自分はどうなるのかわからない。しかしバカな奴らと同じにはなりたくない。ただの人間では終わりたくない。」しかし、どうすれば「ただ」でなくなるのか、その方法が全然わからない。「28 歳までには死ぬしかない」という。些細なことでパニックやヒステリー反応も生じるので、卒業後も精神科通院と投薬は欠かせなかった。B 男は困ればよく病院を訪れ、服薬を希望し、励行していた。

本例の特徴とその後の経過；いつも暗い緊張感が漂い、重苦しい印象の人。「この世の意味がわからない」と、正面から問いかけるが、同時に明らかな対人不安、対人緊張、対人恐怖が前面に出る。陰鬱で苦悶様の表情。煩悶し続ける孤独な若者ではあるが、プライドは高く、社会に出て何とかしたいという気持ちは強い。自責感はさほど強くないが虚無感、絶望感は一貫している。他人との関係は殆ど持てず、深まらない。しばしば希死念慮に耐えられなくなり、大量服薬、夜中の彷徨、飛び降りる場所の探索などを行うが、入院するほどの逸脱行動を生じたことはない。

無事卒業して就職し、8 年間まじめに勤務した。人との接触の少ない夜の仕事が多かった。6 年目に中等量以上のメジャーランキライザーと抗うつ剤を併用したところ、「見違える様に楽になり」、その後は 4 年ほど大きな混乱もなく、「普通の人はこの世界に生きていたのか」とまで言うようになった。ガールフレンドも作ろうと頑張ったが、結局うまくいかず。そのうち、「普通のサラリーマンのようになる」ために、コンピュータ会社へ転職した。しかし、仕事が全くわからず、すぐに解雇された。努力はしたが、次の就職先を見つけるこ

とが出来ず、約半年後に自殺した。対人恐怖、虚無感、絶望感が強く、プライドも高いために自分の社会不適應に柔軟に対応できず、就労の挫折が最後の引き金となった。

○事例 10C 女 (21 歳) 厭世観と自責感、希死念慮とにとらわれた女性

主訴：「死にたい」。これは小学校 2～3 年の頃から思っていて、「気力が乗ってきてこれが頭を中心に来ると実行します」。これまでに深刻な大量服薬を 3 回。軽いものは 5～6 回。

家族構成：姉一人、弟一人。両親は幼児期に離婚。「母はまるで私のことを分かってくれないけど、みんな私が悪いんです」と言う。親子関係は疎遠。

生育歴・現病歴：父親の顔は知らない。小学生の頃からいじめに遭い、中学生の頃にエスカレートしたので、中学 2 年生の終わりには学校に行けなくなった。高校ではいじめられそうな気配になったので、すぐに中退した。その後は自宅に引きこもり、2 年後からはしばしばアルバイトをしたが長続きせず。大検を受けて合格し、短大への入学も決まったが、結局行かなかった。21 歳の時に引き続き、25 歳時にも大量服薬で昏睡状態になり、自発呼吸のない状態で入院した。面接では当初からほぼ一貫して次のような内容の心情を語る。

「私は人が怖いんです。皆が私のことを良く思っていないし、私も皆に迷惑をかけていると思います。会社に出て働いても、人が言い合うのを見るだけで、死にたくなってしまいます。こんな醜い世の中に生き甲斐はありません。他人の中で生きていたくありません。私は幸せにはなれないし、その資格もありません。どうしても死にたいという気持ちが、小学校の頃からずっと続いています。絶対に死にます。」「ただ、自殺未遂の後にはしばらく気持ちが盛り上がらないので、それまでは死にません。」

25 歳の時の自殺未遂の後も「私が今考えているのは、私のことを知っている人が誰もいない所に行って働くことです。誰にも甘えることができないところに行くべきだと思うからです。お母さんが私のことで迷惑していることは分かっています。家族が苦勞するのも私が悪いからだと思います。・・・私は、人が怖いのです。他人が近くにいることが辛くて、嫌でどうしようもないのです。一人でひっそり人の気配すらないところで暮らしたいと思います。そのうち死にます。・・・この次は、失敗しません。」

経過：25 歳での自殺未遂の後、2 年近く自宅で静養し、薬物治療も続けた。そのうち苦しいながらも新しい会社に就職して、何とか 1 年余り続けた。会社で嫌なことがあると、泣きながら病院へ来ることも重なったが、何とか持ちこたえた。安定剤と抗うつ剤、睡眠剤も使用していたが、会社のストレスに耐えきれず、また大量服薬を行い、入院した。約 4 ヶ月間入院した後、かなり安定を取り戻し、会社は辞めたものの、偶然ボーイフレンドができて、1 年以上交際し、彼との新しい生活に次第に希望を見いだしつつある。

所感：対人恐怖、臆病さ、強い自責感が前景に出ており、絶望感はその結果として出てくるタイプであろう。「生きていたくない」と明確に意思表示して自殺企図を繰り返す例である。主治医としては本人の意思を尊重しつつも、何とか当面は死なないようにとだめながら何年も付き合っていくしかない。本例では母親という受け皿が何とか機能し、たまたま恋人が出来たことで新たな局面に立ち向かえるようになりつつあるが、先行きは油断できない。