

●表紙

題字

桜井 函南男

脳波選定

中尾 弘之

●編集

●発行

徳島県

徳島県精神保健福祉協会

めんたる・へるす編集委員

委員長 友竹 正人

谷口 隆英

安永 健吾

山本 真由美

黒下 良一

山本 宏美

高見 良之



第68号  
特集  
いのちをまもる  
目次

巻頭言 メランコリーとデプレッション	大森 哲郎	1
精神疾患と自殺予防	中瀧 理仁	6
育ちを支えるー小学校でのスクールカウンセラーとしてー	猪井 淑子	11
こころを育てる・いのちを守る		
～中学・高校スクールカウンセラーの現場から～	大西 尚子	16
元教師からスクールカウンセラーに望むこと	菊池 正三	22
子どもたちの命を守り抜くためにー徳島県教育委員会人権教育課		
いじめ問題等対策室の取組についてー	蔭山 善宏	27
児童相談所（こども女性相談センター）の業務について	遠藤 朋子	31
『とくしま自殺予防センター』の活動について	石元 康仁	37
命を守る活動（自殺防止）	勝瀬 烈	44
摂食障害『いのちをまもる』ー訪問看護ステーションにおいて出来る事ー	瀬尾 勝彦	50
ー徳島県精神保健福祉協会情報ー		55
役員名簿		56
事業報告		57
事業計画		60
精神保健福祉功労者表彰		62
会則・細則		63
会員名簿		66
入会のおさそい		77
入会申込書		78
～県内で活動されている団体を紹介します～		
「一般社団法人徳島県作業療法士会」		79
あとがき		82

## 巻 頭 言

# メランコリーとデプレッション

徳島大学医歯薬学研究部精神医学分野 教授  
徳島県精神保健福祉協会 会長

大森 哲郎



うつ病に関する考え方として、心理社会的要因でうつ状態に陥る場合と、あまりきっかけがなくても脳機能の変調として生じる場合との二つに分かれるという二元論的立場と、うつ病に区別はなく軽症か重症の差でしかないという一元論的立場とがある。二元論的立場では、心理社会的要因から生じるものを心因性うつ病と呼び、脳機能の変調から生じるものを内因性うつ病またはメランコリーと呼んでいる。一元論的では全体をデプレッションと呼んでいる。ちょっとややこしい話になるが、うつ病を考えるとときに大事な観点なので、もう少し詳しく紹介してみたい。

歴史的に古いのはメランコリーで、遡ると古代ギリシャまで行き着く。精神医学事典（弘文堂 昭和54年）によると、紀元前400年頃の医聖ヒ

ポクラテスは「恐怖、苦悩の長く続くものがあれば、それはメランコリーである」と述べている。少し後にトルコのカップドキアの医師アレテウスは、メランコリーの患者は「落ち着きなく悲しみ落胆し不眠であり、もっと進んだ段階では無数のたわいないことを訴え、死を望む」、「しかしこれは知的機能を侵さない」と記述している。極めて正確な経過と症状の記載であり、うつ病がけっして現代病ではなく、古代から人間社会とともにあったことが理解できる。

実はメラノは黒い、コリーは胆汁であり、メランコリーは黒胆汁という意味となる。ヒポクラテスは黒胆汁質が増えるところの病気になると考えて命名したのであるが、この点ではヒポクラテスは間違えていた。ヒポクラテスは体液のバランスの変化が種々の疾

患の原因になるという学説を唱えていたのである。ローマ時代に入ると当時の有力な医師ガレノスは脳の疾患と考えた。

成因論的には間違っ命名されたメランコリーではあるが、経過や症状に関する基本概念は近代医学にも引き継がれている。ただしドイツ語圏精神医学の影響が強かった日本では、メランコリーという名称ではなく、ほぼ同義となる内因性うつ病という名称を使用することが多かった。脳機能の変調が想定され、正常心理とは隔絶する内因性うつ病（すなわちメランコリー）と、心理環境要因によって反応性に生じる心因性（神経症性）うつ病との二つに分けるのが、うつ病理解の基本であった。

ところがアメリカ精神医学会が1980年に発表したDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third edition (DSM-III)という新分類にはメランコリーも内因性うつ病も正式病名としては入っていなかった。それにはそれなりの理由があった。内因性と心因性の境界は移行や重なりもあってあいまいであり、両者の区別は実際

には難しいことも多い。そこで内因と心因という二つの区別（二元論）は棚上げしてしまい、症状の数と期間だけでデプレッション（Major Depressive Disorder）を一元的（一元論）に定義することにしたのである。ごく簡単に説明すると、1）抑うつ気分、2）興味または喜びの喪失、3）食欲・体重の変化、4）不眠または過眠、5）精神運動制止または焦燥、6）易疲労性、7）無価値観、罪責感、8）思考力や集中力の減退、9）希死念慮、のうち、1）または2）を含む5つ以上の症状が2週間続けばうつ病と診断し、症状の多寡と程度によって軽症、中等症、重症と重症後を判定するのである。このように症状の数と期間に基づけば診断基準として分かりやすく、診断一致率も高まる。きわめて合理的ともいえ、世界保健機構（WHO）の国際診断分類でも同じ考え方が採用されて、現在では主流の考え方となっている。

このような動向に敢然として異を唱え、メランコリーの復権を目指しているのが、オーストラリアのサウスウェールズ大学教授のゴードン・パーカー氏である。同氏は世界

的に著名な精神科医であり、卓越した業績に対し国家的な勲章であるオーダー・オブ・オーストラリアを授与されている。令和元年（2019年）の7月にあわぎんホールで開催した第16回日本うつ病総会の特別講演において、同氏はメランコリーを臨床的に独立したものと診断する重要性について信念を込めて語った。同氏はまず、デプレッション（major depressive disorder）の指し示す範囲はあまりに広く、様々な状態を含んでいることを強調した。たとえば「息切れ」という症状が、喘息でも肺炎でも高地登山でも出現するように、デプレッションは診断名というよりは様々な場合に出現する症状のようなものだと言った。「息切れ」では治療に結びつかないように、デプレッションというだけでは特定の治療に結びつかず、治療のためにはもっと精密な診断が必要なのだという。抑うつ気分は確かに様々な場合に体験されることで、それ自体は必ずしも病的ではないことを考えると、この指摘は確かに重要な観点である。

次いでメランコリーに話は進んだ。発症に関する特徴として、心理環境要因によって

引き起こされる抑うつ状態とは対照的に、メランコリーはきっかけなく出現することがあることを、うつ状態のひとつは神のもたらすものとしてしか説明できないという新約聖書の記載を引用しながら述べていた。症状面では、DSM基準が抑うつ気分と興味と喜びの喪失を重視しているのとは立場を異にして、精神運動制止または焦燥をことのほか重視していた。精神運動制止とは精神だけでなく身体の動きも乏しくなることであり、それが苛立ちとなって表現されると焦燥となる。これらは、表情、目の輝き、動作、立居振舞、反応性、会話応答、機敏性、などを観察することによって評価が可能であり、気分などの主観的な表出に頼らざるをえない症状と比べて、客観的な診断の手がかりとなる点にも意義があるという。

病態としてはメランコリーには神経内分泌的、脳画像学的、臨床遺伝学的に特有の所見があり、それらの所見からは脳機能変調の存在が示唆されること、治療的には精神療法には反応不良であるが、薬物療法の工夫によって回復可能であること、などを述べていた。

パーカー氏の特別講演を集めた精神科医は熱心に聴講し、活発な質疑応答が続いた。ドイツ由来の伝統的精神医学になじんでいた日本の精神科医には、メランコリーないし内因性概念への愛着は根強く残っているのである。国際的にもパーカー氏は孤軍奮闘しているわけではなく、メランコリーの復権に賛同する有力者は少なくない。同氏を筆頭著者とする 2010 年 American Journal of Psychiatry に掲載されたその復権を主張する論文には錚々たる精神科医が名を連ねている。例えば DSM-III の作成委員長であったロバート・スピッツァー、ソフトバイポラースペクトラムを提案して気分障害分類に再考を促すホガップ・アキスカル、製薬メーカーの疾患喧伝を批判するデイビッド・ヒーリーなどまことに多彩な顔ぶれである。いささか呉越同舟の感があるが様々な立場の人がメランコリー復権に賛成していることがわかる。

それにもかかわらず、誰でもが納得できるメランコリーの診断基準を作成するのは難しい。実は DSM 診断基準にもタイプ分けの発想は残存して

はいて、メランコリーの特徴を伴うものを特定することもできるようになっている。しかしパーカー氏も講演で批判していたようにその基準は不十分だ。症状の質と出現様式で定義されているメランコリーを、症状の数と期間で定義しなおすのは原理的に困難なのかもしれない。

症状の数と期間で一元的に定義し、程度によって軽症、中等症、重症を分けるデプレッション（一元論）と、心理社会的要因による心因性うつ病と脳機能変調に起因する内因性うつ病（メランコリー）にわけるとどちらが真実に近い見方なのか、この論争はまだまだ終結しそうもない。二元論の見方は典型例にはよく適合するが、心因から始まって内因性の症状を呈する場合もあって、その場合の判断は簡単ではなくなる。また心因と内因、あるいは心理社会的要因と脳機能変調は相互に背反する概念ではなく、実際の臨床では両要因が重なっていてよいのである。このように両要因の移行や重なりを考えるさいに二元論の弱点が露呈する。

将来的にはうつ状態の病態がもっと解明され、その病態

を個々の症例で判定できるようになると、デプレッション（一元論）対メランコリー（二元論）の論争は矛盾なく解決されるのかもしれない。正常と疾患の境界が不明瞭な疾患は実は少なくない。例えば糖尿病がそうだし、高血圧もそうである。いずれの場合にも正常と疾患の間にグレーゾーンが存在するが、診断上の論争にはならない。それぞれの疾患において病態を反映する指標が明瞭だからである。またいずれの疾患でも、遺伝的体質、成育歴、生活習慣、食習慣、体格、運動量、ストレスなどの因子が発症や病態に影響することも知られていて、個々の症例での各因子の寄与度もある程度は推定できる。うつ状態に関しても類似の理解が可能な日が近いことを期待している。

それまでは、米国精神医学会と世界保健機構が採用する一元論的立場から定義されるデプレッションと、ヒポクラテス以来2000年の歴史をもつ二元論的立場から定義されるメランコリーとの拮抗関係は続きそうだ。

# 精神疾患と自殺予防

中瀧 理仁

徳島大学病院精神科神経科

## はじめに

「自殺を予防するためには、〇〇が必要である」と明快に書き始めたいのですが、実は自殺を予防することはそれほど簡単ではありません。個人の水準では、うつ病や統合失調症、薬物依存症などの精神疾患が自殺の原因になり、治療することで自殺を予防できるのではないかと精神科医としては考えたくありません。ただ、全ての患者さんが自殺を試みるわけではありませんし、時代や景気によって自殺者数が大きく変動することからも社会情勢にも影響されるようです。個人と社会という二つの水準に対して同時に働きかけることはできませんので、社会的な影響を頭の片隅に置きながら、まずは個人の病状を良くするための方法を書き進めていこうと思います。

## 精神疾患と自殺

本邦の自殺白書によると、自殺の原因が特定できたもの

のなかで多いのは、「健康問題」です。その「健康問題」のなかでも「精神疾患の悩み・影響」を原因・動機とする自殺が最も多く、内訳は多い順にうつ病、統合失調症、その他の精神疾患となります。

また、死後に関係者から情報を集めて診断をする手法を心理学的剖検と言い、この手法で行った複数の研究からは自殺者の多く（60～95%）が精神疾患を患っていたという結果が得られています。2006～2008年に本邦で行われた調査の結果は自殺者の65%が精神疾患を患っていたとしています。単純に比較はできないのですが、前述の自殺白書の数値（警察庁発表2007年）では精神疾患を理由にした自殺者の延べ人数は原因の分かった自殺者のうちの60.8%と報告されているため、ほぼ一致しています。精神疾患が唯一の自殺の原因となるという訳ではなく、それぞれの方に複数の理由があります。しかし、精



神疾患による精神的な苦痛が自殺という行動をとらせる原因になりやすいということは間違いがなさそうです。

日本の自殺予防対策の効果进行调查した結果からは、住民に精神科医が多く精神科病床が充実している地域は自殺率が低いとされていますので、間接的ではありますが、精神疾患を治療することは自殺予防に有効であるといえます。

### うつ病と自殺

物事を悲観的に考え、周囲の人と比べて惨めに感じ、これまでの自分の生き方を責め、これからの人生を続けていくことについて絶望してしまうのはうつ病の主要な症状です。うつ病に特徴的なこのような考えが自殺念慮に結びつきやすいのでしょうか。うつ病患者の6割の方が自殺念慮を持ち、およそ1割の方が自殺で亡くなります。うつ病の治療の主体は抗うつ薬による薬物療法であり、これによって症状が和らぎ自殺の危険性が低くなります。しかし、重症のうつ病の方よりも回復過程にある方の方が自殺を計画したり実行したりするための気力が出てしまい自殺の危険性が高くなるというのはよく知られ

ています。このため薬物療法が始まり行動が活発になったとしても慎重に観察をする必要があります。また、抗うつ薬のうち三環系薬物は過量に服用すると致死的になるため、効果があったとしてもその薬剤にも危険性が潜んでいることを留意しておくべきです。薬物療法以外にうつ病の治療の主体である精神療法や心理療法は、自殺予防に限ると、その効果はほとんど検証されていません。

うつ病患者が経過中に躁状態を呈して、診断が双極性障害（躁うつ病）に変わることもあります。双極性障害患者も経過を通して自殺の危険性は高いため注意は欠かせません。現在のところ、薬物療法（炭酸リチウム、バルプロ酸）を十分に行う事が自殺の危険性を幾分低くすることが分かっています。

うつ病の治療においては、自殺の危険性を把握するよう常に心がけていますが、それを正確に知ることはほとんどできません。薬を飲もうとしない人や通院しなくなった人はもちろん自殺の危険性が高いのですが、規則的に通院している人が自殺してしまうことも避けられません。このよ

うな事態を避けるために、入院治療に踏み切るかどうかの判断は症状の重症度、得られるサポートなどを考慮に入れて柔軟にする必要があります。

### 統合失調症と自殺

統合失調症患者の自殺率もうつ病と同等に高いものです。統合失調症患者の自殺に影響すると考えられる症状は抑うつ症状です。また軽症の患者が自殺の危険性が高くなるというのもうつ病と似ています。他に原因として考えられる症状には、命令の形で聞こえてくる幻聴があります。自殺の危険性を低くするためには、抑うつ症状に注意しながら、幻聴を改善することが必要です。やはり薬物療法が主体となります。各種抗精神病薬のそれぞれの自殺予防効果にはあまり差がありませんが、特にクロザピンが有効であるとされています。本邦ではクロザピンは「治療抵抗性」統合失調症患者に2009年から使用できるようになりました。治療抵抗性は反応性不良と耐用性不良に分けられ、前者は複数の抗精神病薬を十分量、十分期間投薬しても改善がみられない患者と定義され、後者は複数の非定型抗精神病薬で

パーキンソン症状やジストニアなどの副作用が出現し十分な量が投薬できなかった患者と定義されます。クロザピンは錐体外路症状（パーキンソン症状やジストニア）のような副作用は少ないものの、無顆粒球症や心筋炎といった身体的に重篤な副作用の危険性は高いとされています。この副作用は採血や心電図検査によって観察でき早期対応できます。精神症状への効果と副作用の危険性を考慮に入れると、治療抵抗性統合失調症の治療においてはクロザピンを使用することが強く推奨されています。

統合失調症の抑うつ症状に対しても薬物療法が有効かもしれませんが、抗うつ薬の効果があるかどうかについてはまだ結論が出ていません。抑うつ症状の成因は非常に複雑で、統合失調症自体の感情制御障害、抗精神病薬の副作用、薬物乱用、薬物離脱症状、社会的困難への心理的反応、長期入院などによる社会機能障害などが組み合わさっていると考えられます。抗うつ薬の投与よりも、それぞれの成因への対応が抑うつ症状の改善に結びつく可能性があります。

## その他の精神疾患

前述の心理学的剖検の結果からは、それ以外に不安障害、アルコール依存症患者の自殺率が高いことが分かりました。この二つの疾患はうつ病と併存することも多く、それが自殺の危険性をさらに大きくします。併存するうつ病の治療とともに、それぞれの精神疾患の治療も重要となります。

不安障害は不安や恐怖を強く体験し、生活に支障を来します。薬物療法や認知行動療は高い有効性を持ちます。

アルコール依存症は仕事や家族の繋がりがああるうちに治療を始められると治りが良いとされます。しかし、本人は飲酒の問題に気づいていても、「仕事はできているし、家族は見守ってくれているから飲酒の問題は少ない」と目を背けようとするような考えを同時に持つことがあり、折角の治療の好機を逃してしまいます。患者自身の「不適切な飲酒をやめたい」という考えに治療者は注目し、支持し、変化に対する両価的な考えや抵抗を解決するような面接を行います。それによって治療を受け始めることができれば、薬物療法や集団精神療法へと移行していきます。

## 自殺予防は可能か？

世界保健機関（WHO）は自殺予防の戦略を三つの水準で示しています。(1)全国民における予防、(2)危険性の高い人たちにおける予防、(3)個人における予防です。(1)の全国民に対しては自殺予防の重要性を広報したり、精神科医療を拡充したりといった戦略になります。さらには、自殺しやすいところを減らすこと（駅のホームや外階段の柵の設置、農薬の管理）、アルコールの有害な使用を減らす政策（若年者に広告が届かないようにする）、無責任で侵襲的なマスコミ報道が減るように導くことも有効だとされます。(2)の危険性の高い人たちには、ゲートキーパー養成や共同体を利用して孤立しない人間関係を作ること、自殺企図をした人の支援などが有効だとされます。(3)の個人の水準では精神疾患やアルコール依存の発見と治療が重要とされています。本稿で主に紹介してきた部分にあたります。感染症におけるワクチンのように疾患をなくすほどの効力は無いかもしれませんが、これら三つの水準の取り組み全てが重要です。自殺は予防可能です。自殺対策基本法が2006年に制定され、

社会的問題として取り組まれるようになりました。自殺死亡数が2009年以降、減少しているのは、その成果といえるでしょう。若年者の高い自殺率など、まだまだ解決すべき問題が残されています。これからも精神科医療・保健・福祉・行政に携わっている方々がそれぞれの立場で貢献され、成果が増えていくことを願っております。

#### 参考文献

1. 自殺を予防する 世界の優先課題(WHO)  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_jpn.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_jpn.pdf)
2. 自殺対策白書 厚生労働省  
[https://www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/hakusho/index.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/index.html)
3. 自殺者数 警察庁  
<https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html>
4. Asenjo Lobos C, Komossa K, Rummel-Kluge C, et al. Cochrane Database Syst Rev 2010; 11: CD006633. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia.
5. Hirokawa S et al. J Affect

- Disord. 2012 Oct;140(2):168-75. Mental disorders and suicide in Japan: a nation-wide psychological autopsy case-control study.
6. Nakanishi M, Endo K. Crisis. 2017 Nov;38(6):384-392. National Suicide Prevention, Local Mental Health Resources, and Suicide Rates in Japan.
  7. Zalsman G et al. Lancet Psychiatry. 2016 Jul;3(7):646-59. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review.

#### 略歴

徳島大学医学部を2000年度に卒業し、徳島大学病院（精神科神経科、脳外科、救急集中治療部）、県立中央病院（救命救急集中治療科、精神神経科）で初期研修を受け、2006年5月から徳島大学病院 精神科神経科で診療をしています。2013～2015年にはスイス ベルン大学に留学し、再び徳島大学病院へ着任しました。

# 育ちを支える

—小学校でのスクールカウンセラーとして—

猪井 淑子

徳島県等スクールカウンセラー

---

## 1. スクールカウンセラーはどのようなことをしているのか

保護者からの話です。“カウンセリングで何をしているの？”って子どもに聞くと、トランプをしたりオセロをしたりしてるよって言うんですが、遊ぶのならカウンセリングを受けさせても意味が無いのではと思ってしまいます”

保護者の疑問は、問題行動の改善や問題症状の解消がすぐに見られないことへの焦りと不安と怒りからきていると思います。

遊んでいるとしか見えないカウンセリングの中で、スクールカウンセラー（以下SCと記す）はどのようなことをしているのかについて、ここで述べてみたいと思います。

**2. A君のことから**（本人が特定できないように配慮しています）

カウンセリングの時間、A

君（小学4年生）とはウノやトランプ、キングダイヤモンド（ボードゲーム）などをしていました。彼は、1回目は僅差でSCに負けます。2回目は圧倒的な強さを示し、大差でSCに勝ちます。そんなことが毎回続きました。

ある日、次のような言葉かけをA君にしました。

「あのね。この間から思っていることなんだけど、いつも1回目はちょっとの差で私が勝って、2回目は大きな差でA君が勝つよね。そのことから考えて、A君はエンジンがかかるのに時間がかかるタイプだと思うんだ。でも一旦エンジンがかかると、その力はすごくいつも圧倒的に強いよね。普段の勉強で、例えば算数の授業のときなんか、先生の説明のときはエンジンがかかりにくくて、”わからん。もうせん”ってなってる？そこ、ちょっとがまんして聞こう。

そしたら、エンジンがかかってきて、すっと解けると思うよ」「体育でも?」「うん。体育でも最初のルール説明のとき、聞いてないでしょ。そこをがまんして聞いてみたら、体育はもっと面白くなるよ」

A君は待てない子です。待てないから、話を最後まで聞きません。それで、分からないと言って投げ出してしまいます。しかし、集中すると大きな力を発揮する子なのです。

先生方にもそのことを伝え、個別に授業を受ける時間も設けてもらいました。

学年末に、この1年間カウンセリングを受けて、心に残ったことをA君に話してもらったとき、A君は(先に述べた)あの話かなあと答えました。楽しかったことを話してくれると思っていた私は、意外な返事に少し驚きました。あの話がA君に役立ったのかな。A君なりに、うまくいかないもどかしさへの解決に少しはなったのかなと思いました。

カウンセリングは、週に1回。A君の場合は30分(通常は50分が多い)での実施でしたが、その間SCは相談室という守られた空間で、A君のことだけを考え、観ています。だからこそ、周りの人たちが

気付きにくいところが見えてくるのではないかと思います。それが、私がカウンセリングでしていることです。

5年生になったA君は、あいかかわらず私とゲームをしています。ときおり攻撃の手を緩めて、私を勝たせてくれています。

もちろん、すべての子どもたちとゲームをしているわけではありません。初めてあったときに、好きなことや好きなもの、休日に何をして過ごしているかななどを聞き、その子どもと一緒にここで何をするか決めていきます。子どもたちの多くは先生か保護者に促されて来室します。なぜここに来たのか、来なくてはいけないのかわからないままに来ている子がほとんどです。当然、不安な表情を浮かべています。“君が話したいなあと思うことや聞いてほしいなあと思うことを話していいし、今は思いつかないなら、ここで一緒に君がほっとできることをしていきたいんだけどいいかな?”って告げると、たいていは“うん”と言って、安堵した表情になります。

“好き”の反対は“嫌い”じゃなくて“無関心”だとすれば、関心を持って子どもと

すごすことを重ねるうちに、目には見えないけれど、伝わるものがあると思います。良いとか悪いとかでくくれないこの子ならではのものは何だろう。もやもやした思いが言葉になるまで時間がかかることもあります。感じたら即伝えます。もちろんその子が元気になれること、気分がアップするようなこと、生きていくのに役立つようなことです。子どもたちは表情で今の状態を語ってくれます。私の言葉かけを受け取ってくれたかどうか。表情が曇ったら、率直に謝ります。“この人には話しても大丈夫なんだ”と思わないと、人は話したくないことを話してはくれないと思います。そう思ってもらうには、時間がかかります。“僕ね、お母さんの話をしてきたけど、ほんとはいないんだ”と話してくれたのは、出会ってから半年たってからでした。

話してくれることはなくても、絵を描いたり手芸をしたりするうちに、問題の症状が軽減もしくは消失することも少なからずあります。

情動が激しく攻撃的になったり、反抗的で教室からの飛び出しが多かったり、自傷行為が激しい場合は、お医者さ

んにつなぐ方向で保護者と話をします。“お医者さんにも診ていただきませんか”という言葉かけと同時に、“これから先生方と一緒に子どもさんを見ていきますから、決して一人で悩まないでくださいね”と伝えるようにしています。私の場合、SCとしての勤務は学校により週1回もしくは隔週で、1回4時間です。というわけで、子どもたちと会うのは、多い子で週1回です。学校によって、カウンセリング希望者が多いと回数を減らしたり時間を短くしたりして対応しています。だから、週1回は会いたいと思ってもままならない苦しさはあります。

### 3. 先生方と

先に述べた状況において、私にとって心強いのは先生方の存在です。通常のカウンセリングでは、先生方にお会いすることはほぼありません。スクールカウンセリングでは、学級集団の中の子どもを見ることもできますし、先生方から普段の子どもたちの様子をお聞きすることもできます。

“嘘をつく”子どもさんについて、どう対応したらよいかと話しかけくださった先生がいました。教師としては、嘘をつくことはいけないことだ

と指導すべきだが、何かありそうな気がして叱るのをためらうという話です。早めに保護者と会えるように段取りしてもらい、取りあえず子どもには“君は今そう思うんだね”と返してみてくださいと伝えました。保護者の話では、最近大きく家庭環境が変わり、保護者自身もそのことに精一杯で、子どものことを構えなくなっていたということでした。“子どもも我慢していたんですね”と泣かれました。ほどなく“嘘をつく”ことは収まりました。

また、保護者も先生方も子どもに良かれと思いい対処していることが、子どもを苦しめていたり保護者や先生方を悩ませていたりしていることも時折あります。子どもをめぐるって、保護者、先生方、SCが手をつなぐことができるよう、私としては潤滑油のような役割になれたらと思っています。

“子どもが健やかに育つこと”が、保護者・先生・SCのめざしていることだと思います。ぶれずに、その思いに帰っていくことを心がけています。問題が起きれば、誰かのせいにして相手のやり方が変われば事態は良くなるのにと

思いがちですが、誰しも変われと言われることには大きな抵抗を示します。そうせざるを得なくて現在に至っていることが多いからです。大人には、変わってほしいことよりも、現状を良い方向に持っていけそうな部分（うまくやれていることなど）に目をむけて、そこを増幅することをめざした言葉かけをしています。

#### 4. よしよしプロジェクトの提案

相手を思う小さな言葉かけで人は元気になれると私は思っています。言葉はその言葉だけでなく、思いも伝えるものだからです。あいさつでさえおはようという言葉と同時に何か相手に伝わっていると思います。“教頭先生が、おはようって言ってくれたけど、僕のこと知っているのかなあ”と言いながら、子どもたちは嬉しそうです。

それで、最近気になるなあとか元気がないなあと思う子の名前を教職員の朝会等でアナウンスし、さりげなく言葉かけをしていく取組“よしよしプロジェクト”（よしよしは子どもをあやす言葉からとっています）を提案しました。もちろん、先生方はこんな提案などしなくても、子どもた



ちのことをいつも気にかけてくださっていると思います。担任の先生以外にも、自分のことを気にかけてくれる人がいるというところが、この提案のねらいでもあります。小さな営みですが、簡単で負担も少なく、予防的・開発的取組と思っています。その他にも、教職員研修や子どもさん対象の授業などもしています。以上が、日頃私がSCとして行っていることです。つたない取り組みですが、命を育むこと、ひいては命をまもることに寄与できるよう、これからも日々反省し、精進していきたいと思っています。

末尾ながら、SCの仕事を振り返るよい機会を与えていただき、心より感謝しております。

## 略歴

徳島大学教育学部卒業。中学校教諭として勤務後、鳴門教育大学大学院修了。徳島県教育委員会教育相談担当指導主事を経て、2014年度より徳島県等のスクールカウンセラーとして勤務。2005年臨床心理士認定資格取得。2019年公認心理師資格取得。

# こころを育てる・いのちを守る

～中学・高校スクールカウンセラーの現場から～

大西 尚子

臨床心理士・スクールカウンセラー

一世間では、「命を大切にしましょう」とよく言われるけれど、私の娘は、命を大切にしていなかったから死を選んだんでしょかー

これは、私がスクールカウンセラー（以下 SC）としてお会いした、子どもを自死によって亡くされたお母様の言葉です。数年たった今でも、街にあふれる「命を粗末にしてはいけない」「命を大切に」という言葉に触れるたびに、“命を大切にしていない人が自ら死を選ぶのだ”とわが子が責められているように感じ、とてもつらくて腹立たしいと話されました。

以来、私が SC として役割を果たしていく中で、子どもたちの“命”をどのようにとらえ、どのように向き合っていくのかということは、私自身の大きなテーマの一つとなっています。

ここでは、SC という立場から、「命を守る」という視点を通して、中学・高校での実践

を振り返ってみたいと思います。

## 1. SC の役割

多くの方が、SC と聞くと、悩みを抱えた児童・生徒もしくは保護者の方に対して、個別に相談を聴く“カウンセリング”のようなスタイルを想像されるのではないのでしょうか。もちろん、人間関係や心身の不調、家庭の問題に進路というような内容の個別の相談はスクールカウンセリングの核となる活動ですし、個別のカウンセリングを丁寧に務めてこそ、その他の手法が生きてくると言っても過言ではありません。その上で、特に近年、SC がカウンセリングの申し込みを待つ受け身の存在ではなく、自ら専門性を発揮して積極的によりよい学校づくりに貢献する存在となることが期待されるようになってきました。

例えば 2016 年に改正があった自殺対策基本法には、学校

において、困難な事態や強い心理的負担への対処の仕方を身に付けるための教育や、子どもたちの心の健康の保持に係る教育または啓発を行うよう努める必要性が明記されています。また 2019 年 3 月に、児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議に提出された「子どもの自殺予防のための取り組みについて」にも、SC が予防啓発活動の一翼を担うことが重要な役割として位置づけられています。

## 2. SC による予防的対応

それでは、具体的に SC がどのような実践の中で教育的・予防的な役割を果たしているのか、ごく一例ではありますがご紹介したいと思います。

### 【心のアンケート】

ストレスや心身の不調をチェックするアンケートを用いて、緊急的・もしくは継続的なサポートが必要な子どもを把握したり、また子どもたち自身のメンタルヘルスに対する意識を高めることを期待して行われるものです。さらに教員と SC で子どもたちの情報を共有しながら、理解を深めたり今後の関わりを話し合ったりするための有用な機会となります。その際、アンケー

トの内容だけではなく、筆圧や文字（例えば、普段の印象とは違ってひどく弱々しく小さな文字）、チェックの仕方（例えば、“いいえ”ばかりに機械的にチェックしている）など、子どもたちが示す様々な情報に目を向けるようにしています。

### 【心の授業】

近年は特に、SC による心の授業の実施を依頼されることが大変増えている印象があります。

例えば、自分や他者を理解したり自尊感情を高めたりする授業、ストレスや心の不調について・感情のコントロールについて・コミュニケーションスキルやリラクゼーションについて学ぶ授業、また悩んだ時や苦しい時に誰にどのような形で SOS を出せばいいのか、いわゆる援助希求の力を高めるような授業など、発達段階やその時の状況などニーズに応じた内容の授業が実施されます。

単なる知識の伝達にならないよう、ワークや体験を取り入れながら、子どもたちがより積極的に学べるよう工夫しています。また、子どもたちが取り組んだワークを回収しコメントを返したり集計をし

てフィードバックしたりと限られた時間の中でできる限り相互に交流できるよう心がけています。

### **【全員面接】**

一人10～20分程で学年やクラスの全員がSCと面接するものです。上記の心のアンケートと組み合わせ、アンケートの内容をより詳しく面接の中で話すこともありますし、心の授業と組み合わせて行われることもあるようです。

この面接は、いわゆる“カウンセリング”のみを目的として行われるものではありません。子どもたちが、遠くない将来、困ったり心配を抱えたりした時に「学校にはSCがいて、相談することができる」ということ、また「自分の学校のSCはこんな人」ということを知ってもらい、いざという時に相談してもらいやすくなることを願って行われます。

### **【教員や保護者への研修や講話】**

先述の心の授業は、生徒を対象としたものですが、教職員へ向けた研修や保護者の方々への講話も、近年依頼が増えています。子どもたちへの心の授業内容に準じたものの他、不登校やいじめの特徴とその対応や思春期の心の理

解、また子どもと関わる際のポイントやスキルを獲得するようなテーマが取り上げられます。

子どもたちの一番近くで時間をとめている保護者の方や学校の先生方が、少しでも子どもと関わる際のヒントを得られたり、“これでいいんだ”と安心できたりすることを願って実施されますが、その他にもSCの存在や専門性を知っていただくための大切な機会となっています。

主な4つを挙げましたが、これ以外にもそれぞれの学校でそれぞれのSCが、実情に合わせた実践に取り組んでいます。PTA活動の一環として企画している「保護者懇談会・座談会」にSCがアドバイザーとして参加するという取り組みをしている学校もあるようです。

いずれの取り組みも、SCが単独で企画・実践するものではありません。学校というチームの一員として、教員と話し合いながら作っていくこととなります。担任の先生が道徳や特別活動などの時間の中で心理的な内容を扱う際に、SCがお手伝いさせていただくケースもあるかもしれません。

これらは、カウンセリングなどの個別相談とは異なる予防教育的アプローチであり、子どもたちが心理的な困難や課題を抱える前に予防的視点を提供し、困った事態の早期発見、早期対応につながる支援になるものとして、期待されているものです。

もちろん、実践の中で予防と事後の対応とが完全に独立しているわけではありません。先ほどご紹介した予防的関わりは、いずれも事後の関わりにつながっています。子どもたちにSCを知ってもらうだけでなく、私たちSCも心の授業の時の印象やクラスの雰囲気などが情報となり、事後の関わりの際に理解を広げてくれるということとはよくあります。また逆に、すでに個別のカウンセリングで関わっている子どもと授業で会うと、相談室での顔とはまた違った雰囲気を見せることもあり、さらに理解を深められたりもします。

### 3. 中学・高校という時期の子どもたち

思春期・青年期について、従来多くの研究者が「自我の発見」「心理的離乳」「第二の誕生」「アイデンティティの確立」などと言い表してきました

た。「疾風怒濤の時期」とも言われるように、この時期の子どもたちは、自分の心身に起こる変化に翻弄され、自分らしさを確立するために懸命にもがきながら、大人になる準備をしています。

警察庁の2018年の集計によると、全国の自殺者数は、9年連続で減少している一方で、19歳以下の自殺者数は増加しており、原因は「学校問題」が最多となっています。子どもたちの死の事実切迫感を感じる一方で、子どもの自殺率は減少こそしていないものの、全体としては高校卒業後の自殺率が格段に上がるという事実もあります。これは、在学中の子どもたちが、学校と家庭を含めたシステムの中にあることで、教師や家族をはじめとする周囲のきめ細やかな支えによって救われる部分も大きいと推測できるのではないのでしょうか。高校を卒業すると、就職や大学・専門学校への進学によって、これまでのように「大丈夫？何かあった？」と周囲に声をかけてもらえる環境ではなく、自ら助けを求める必要のある環境となっていきます。つまり、高校卒業までの期間

に、自分の心や命について考える機会を持ったり、必要な助けを求めるといふ生きる力を育てておくことがとても大切だということなのです。

#### 4. 「心を育てる」ことと「命を守る」こと

多くの中・高校生にとって、学校という場所は、家庭を除く「全世界」である場合が少なくありません。学校に居場所がなかったり、学校にいることに価値を見出せず苦しい思いをしている場合、その子にとって生きていくということがイコール地獄となってしまうかねません。そんな中で、全ての子どもが自分自身の価値やここにいる喜びを感じ、他者とのつながりを感じながら実生活での歩みを進める力を育てていくことが求められています。

冒頭の、自死で子どもを亡くされた母親は、自ら死を選んだ子どもが責められているようだという苦しさを訴えました。また我が子の命を守ることができなかったことに自責を感じ、“命を大切に”“自殺を減らそう”という自殺予防啓発に違和感を持っていました。その一方で、自分たちと同じ思いをする人が一人で

も減ってほしいという願いもあり、二つの気持ちの間で揺れ動きます。「生きることをあきらめてほしくない」「生きてほしい」。この思いは子どもに関わる誰もが持っている思いです。「命を大切にしてほしい」とストレートに伝えることも必要でしょう。ですが私は、「命を大切に」と呼びかけられることで苦しい思いをしている方がいることを知りました。命は大切だと知っていながらも、命を絶ってしまう子どもたちがいるのです。

上記の予防的アプローチによる「子どもたちの心を守り育てる」取り組みは、「子どもの命を守る」ことにつながっています。感情やストレスがどんな仕組みで今の苦しさにつながっているのか、追い詰められた時にもしくはもっと前に、自分を傷つける以外にどんな方法があるのか、また、苦しい時はどこにどんなふうに助けを求めればいいのか。これらのことを、生きていく力として子どもたちの中に育てていくことが私たちSCには求められているのです。

そして、予防的な関わりのみが子どもたちの「命を守る」取り組みなのではありません。何か困難な事態が起こった後

の対応も含めて、子どもたちの育ちに丁寧に関わること、さらにはもっと日常レベルの関わりそのものが、子どもの命を守ることに繋がっていると考えています。

## 5. おわりに

「これまでは、例えば道で転んでも、“誰も転んだ私を見ないし、私は誰にとっても無意味な存在だ”と思っていた。でも今は“今度、転んだことをSCに話そう”と思うようになった。何だか世界が変わった」と言ってくれた中学生がいました。こんなふうに、いつもいつもSCが苦しい思いをしている子どもたちの救いになれるわけでは残念ながらありません。それでも、学校という子どもを育てる最前線に身を置く立場として、一人ひとりの子どもたちとの出会いを大切にしながら、“命を守るために”何が必要なのか、揺れ動き、考え続けることを大切にしたいと思っています。

## 参 考 文 献

- ・自殺対策基本法
- ・文部科学省児童生徒の自殺予防に向けた取り組みに関する検討会「子どもの自殺予防のための取り組みについて」
- ・内閣府とりまとめ「警察庁の自殺統計原票を集計した結果（自殺統計）」

## 略 歴

- 2004年 鳴門教育大学大学院 修了
- 2005年 臨床心理士認定資格 取得
- 2004年～2013年 精神科勤務
- 2005年～現在 徳島県スクールカウンセラー
- 2019年 公認心理師資格取得

# 元教師からスクールカウンセラーに望むこと

菊池 正三

徳島県自殺予防協会 理事長

## 一目が開かれた経験一

自分の思い通りに生徒をさせようとしていた時期には、生徒一人ひとりの内面や行動の背景などに関心を寄せることはなかった。

ところが、教師を続けることに自信を全くなくしていたとき出会った中学生によって、私自身の価値観が大きく変化した。彼は、小学時代劇の台詞を見事に覚え素晴らしい演技をみせていた近所に住むおとなしく真面目な生徒だった。そんな彼が母親に連れられて私の家を訪れたのは、高校入試を約1ヶ月後に控えた寒い夜であった。

母親が「息子の成績がふるわず、困っている」と私に助けをもとめてきた。彼は終始うつむいて一言もことばを発しなかった。聞けば英語の成績は10点くらいとのこと。断り切れず、次の日から毎日2時間英語を教えることにした。彼がやる気をだしてくれたら、何とかなるのではないかと思

っていた。

しかし、1週間たっても簡単なことを覚えられないのである。我が家にくる10分前に復習すれば、覚えられるごく簡単な内容であったことと、かつて長い台詞を完璧に覚えて見事に劇を演じた彼を知っていたことから、覚えてこないのは、彼が入試に対して真剣に向き合わないでやろうとしていない、と決めつけて無性に腹がたってきた。「人間は、やる気さえあればある程度のことは誰でもできる。覚えられないのはやろうとしていないからだ」と怒鳴りつけた。

私の価値観は確固たるものであった。「成果がでないのは、努力をしていないことの結果であって、それ以外に原因はない」と。そんな価値観をもつ教師であった私は、生徒たちが問題行動を起こせば、全ては生徒たちの責任で、教師に反抗する生徒は100%生徒が悪く私に問題は一切ない、との考え方をしていた。自分の



思い通りに動いてくれる生徒を求めていた私は、力で押さえつけようとした。しかし、その力がないことを見抜いた生徒は、私の仮面を剥がすべく反抗してきた。反抗する生徒が憎くてたまらなくなり、怨むまになんてきた。

教師をやめることを毎日考えながら、おどおどした態度でかろうじて授業を続けていた。管理職が授業を見に来ることがあったが、無法地帯のような授業を見られるのがとてもつらく、追い込まれた。ストレスによる円形脱毛症になってしまった。自分の真の姿に真正面から目を向けることはできず、対面を繕うことにながき苦しんでいた。

そんなとき、その中学生を教え始めたのである。1週間たっても覚えられない生徒に対して、むきになって教えるのを止めて、「何かあるのか？」とやっと聞くことができた。うつむいて一言も発しない彼が、口を開くののをただひたすら黙って待っていた。10分くらいじっと待っていると、彼の目から大粒の涙がしたり落ちた。

彼は、学校で激しいいじめにあっていた。そのいじめは、聞くに耐えない内容の数々で

あった。それから毎日我が家にきたら、学校でのいじめの数々や、いままで苦しかったことなどをぼそぼそと話し始めた。2時間ほど聴くことがほとんどであった。落ち着いたら、それから勉強を始めた。彼がごく簡単なことを覚えられなかったのは、覚えようとしなかったのではなく、いじめのことで不安と恐怖に圧倒され、英単語のひとつも頭に入らなかっただけということだった。覚えられないのは、覚えようとする意欲がないと一面的にしか捉えることができなかつた私は、ハンマーで頭を殴られたような衝撃を受けた。高校で生徒をうまく指導できなかつたのは、彼のように、やろうとしてもできない状況に追い込まれていることがあるのに、それに目を向けようとはせず、一方的に自分の望むようにさせようとして、生徒のことを理解しようとしなかつた私こそ問題だったと気づいた。私は「被害者」ではなく、私こそ「加害者」であったと心底思わされた。

生徒達が抱える問題はいろいろあると思うが、教師の価値観や言動から大きく心に傷を受けるのでないだろうか。

教師の在り方を変える契機がスクールカウンセラーとの関係で生まれてくれれば幸いだと思う。元教師であった者からスクールカウンセラーに望むことを以下に記してみる。

## 1 教師が主体的に関われるよう黒子的存在

私が教師をしていた時代の状況と異なっているとは思いますが、生徒と直接的に向き合い格闘しながら関係を築いていくのは、主に教師であってスクールカウンセラーではないと思う。そのため、教師は担当している生徒の心の問題、家庭での問題、学業や健康の問題、友だちとの問題等、受け持つ生徒ひとりひとりの全てに心を配り、問題だけではなくその問題となる背景や生徒の心の状態を理解し、一人ひとりに応じた適切な対応をしていかなければならない。授業や学校行事の準備、校務分掌での業務、部活動の指導、進路・生徒指導、保護者への対応など教師がどれほど忙しいか、経験してきた者として理解ができる。そのため、心の問題、問題行動、不登校やいじめ等での対応などを誰かに代わってしてもらえたら、精神的にも肉体的にも楽にな

る、と考えても不思議ではない。そこで、スクールカウンセラーに面倒な問題を抱える生徒への対応を任せてしまったとしたら、その生徒との良好な関係性を築くことは期待できなくなる。スクールカウンセラーは心を扱う専門家であるゆえ、生徒の心を理解し適切な対応を行う点で教師にコンサルタントする立場である。しかし、教師がただ単に問題を処理できればよいというより、教師と生徒との心の交流が図られ関係性をよくする中で問題に主体的に立ち向かうことができるよう、黒子的存在としての働きをしてもらいたいと願うひとりである。

## 2 生徒のみならず教師の聴き役にも

そのひとつに教師の良い聴き役になってほしい。相性の悪い生徒、保護者による執拗な苦情、同僚との人間関係のトラブル、教科指導の行き詰まり、加えて生徒達の問題行動を抱える教師が、批判なくそのままを受けとめて聴いてくれる存在があれば、どれだけ慰められ力づけられるだろうか、と思う。傾聴されることにより、教師が心落ち着いて、自らの言動を振り返り、

生徒の内面や言動の背景まで思いをはせることができれば、生徒との関わり方に変化がおこってくると信じる。外側から指導されたり、強制されたりしないで自ら気づいたら、教師の側の行動の変容はたやすいのではないだろうか。そして多くの場合、教師が変われば、生徒も変わってくることが多いと思う。

### 3 自己覚知がおこる研修の企画運営

関係者の共通理解や連携強化のためにスクールカウンセラーを交えたケース会議が開かれると思う。いろいろな立場の職種が対等に尊重され意見を述べ合い、生徒に最善の支援を考えるのがその会の目的ではあるが、学校現場ではやはり教師中心の会議になっているのではないだろうか。よほど信頼を得ていないとスクールカウンセラーの発言力は弱いように思える。スクールカウンセラーが面談で知り得た、生徒の深い悩みや痛みを伝えても、受けとめてもらえないことがあるのではないだろうか。

そこで、教師自ら自分の価値観や言動の実態に気づき、自分の価値観や言動によって

傷つけているかもしれない生徒との関係性に目を向けてもらえるような研修（構成的エンカウンターグループやロールプレイなど）を企画運営していくのはどうだろうか。ここ最近、教育委員会も夏期休業中の教員研修にこのような研修を多く取り入れているが、校内においてアットホームな関係で実施できれば、より効果的ではないだろうか。

### 4 中立的な立場に立つ役割

私が担任として、いじめの問題に関わったとき、いじめられている生徒を守らねばならないと強く感じていたが、果たしてどれだけの生徒をしっかりと守り、自立した歩みに踏み出す支援ができたのだろうか。

担任は、いじめられている被害者の生徒といじめている加害者の生徒の両方を同じクラスに抱えている場合が多い。どうしても被害者の方に肩入れをするため対応には苦慮した。いじめている加害者の生徒と関わると、その生徒も様々な問題を抱えていることに起因して弱い者をいじめるという行動をとっている場合があると気づかされてくる。両者への支援が必要になるわ

けである。そんな場面にこそ、スクールカウンセラーの存在が必要だと思う。担任ではなくスクールカウンセラーとして中立的な立場で両者の気持ちを聴くことで、両者がそれぞれに安心感を得て、自分を静かに見つめ自分のとるべき行動に気づいてもらえるのではないだろうか。

## 5 自殺者を出さない決意

いじめによる自殺の報道を見聞きするたびに心が痛む。自殺予防の相談電話に携わる者として、自殺という不幸な結果にならないよう、少し余裕をもって見守ることのできるスクールカウンセラーに期待する。常時関わることはできないが、気になる生徒との日常的なふれあいをもちながら、いつも心配りをしてもらいたいと願う。体調が悪く、ときにイライラして粗暴な言動があったりすることが、大人とは少し異なるうつ病の症状かもしれない。最初に紹介した中学生は、学校ではいつも先生の側にいて手助けをする何の問題もない良い生徒と見られていたそうである。実は、いじめから逃れるために先生の側にいたとのこと。死にたいほど苦しんでい

る生徒は必ず、周囲に何らかの助けを求めるサインを出していると思われるので、特にスクールカウンセラーには、生徒が若い命を自らの手で奪うことがないように、自殺のサイン、自殺に深く関係するうつ病を中心とする精神疾患のあらまし、配慮すべき言動や対応の仕方など、自殺に関する校内研修なども積極的に行ってもらいたいと願う。

## 経歴

- 1 教員生活 36 年  
工業高校教員 15 年  
特別支援学校（教育委員会含む）教員 21 年
- 2 精神科病院精神保健福祉士 5 年
- 3 徳島県自殺予防協会との関わり 38 年

# 子どもたちの命を守り抜くために

—徳島県教育委員会人権教育課  
いじめ問題等対策室の取組について—

蔭山 善宏

徳島県教育委員会人権教育課いじめ問題等対策室班長

---

## 1. はじめに

いじめや不登校、自殺、児童虐待など、子どもたちの生命や心身の安全が脅かされるような事案が、全国で発生しており、大変憂慮すべき状況にある。このような中、学習指導、生徒指導、部活動、行事の準備、学級事務、保護者対応等、学校現場における教職員の多忙化が問題視され、現在、その軽減に向けた働き方改革が求められているところである。

教職員の業務の中でも、特に、児童生徒の問題行動に対し、その解決に向けた指導や保護者への対応に、時間と労力が費やされることが多いが対処療法的に個別の事案の対応に追われているだけでは、根本的な問題の解決にはつながりづらい。事後対応や事後指導にのみ終始するのではなく、「自他の命を尊重する」「一人一人の良さを認める」「自尊心を育む」「より良い生き方

を考える」「社会性を身につける」等、一人一人の児童生徒に素地となる能力を伸ばし、成長を促すことが必要である。

このような開発的・予防的生徒指導を充実させていくことが、子どもたちの大切な命を未然に守ることにつながるものであり、県教育委員会人権教育課では、開発的・予防的生徒指導を推進するため、学校を支援する事業を実施している。その実践例について、いくつか紹介する。

## 2. 「いのちと心の授業」

自他の命の大切さや自己の生き方について考えを深めるために、医師や助産師、獣医師を講師として学校に派遣する「いのちの授業」、臨床心理士や大学教授等の心の専門家を講師として学校に派遣し、心の健康について理解を深める「心の授業」を実施している。

### (1) 「心の授業」

次頁左上の写真は、6月に徳島視覚・聴覚支援学校で開かれた「心の授業」の授業風景である。この日の授業では県内で自殺防止に取り組むNPO法人の代表であり、精神科医でもある勝瀬先生を講師に迎え、自殺予防に向けて、思春期の心と体の特徴、夢や希望の実現、メンタルの強化等のお話をしていただいた。生徒たちは真剣な表情で講師の話に耳を傾けている様子だった。



徳島視覚・聴覚支援学校での  
「心の授業」の風景 (R1.6.10)

### (2) 「いのちの授業」

8月に行われた小学校の教職員を対象とした「いのちの授業」では、訪問看護認定看護師の長谷康子さんを講師に「在宅終末期ケアについて」をテーマとして話をしていただいた。

人生の最終段階である終末期を自分自身どう生きるか、

また、家族としてどのように支え、看取るのかということについて、長年、訪問看護師として在宅の患者に関わられている長谷さんが、科学的なデータや経験に基づいた具体例を示し、丁寧に教えてくださった。人の「死」を考えることを通して、「生きること」を考える大変貴重な場となった。また、子どもたちに「命の大切さ」や「命とはどういうものか」を教える立場にある教員として、「今を生きていることの価値」「必ず死は訪れる」「命のリレー」など、心に残る御示唆をいただいた。



阿南市新野公民館での教職員対象の  
「いのちの授業」の様子 (R1.8.27)

### 3. 「徳島版予防教育」

徳島県教育委員会では、鳴門教育大学が開発したプログラムを活用して、児童生徒の対人関係能力の向上や自尊心及び他者を思いやる心等の育成を図り、命に関わる問題行動や心の健康に関する問題等の発生の予防を目的として「徳島版予防教育」の取組を実施している。対象は小学3年から中学3年までで、授業

者は大学の先生の指導助言を受け、授業準備を行い、授業を実施する。

7月、藍住北小学校の6年生のクラスでは、自分や相手の感情に気づいたり、理解したりする方法を学び、自分の感情のコントロールができるようになることを目標とした「感情の理解と対処の育成」をテーマとした予防教育の授業が行われた。



藍住北小学校6年生の授業風景  
(R1. 7. 12)

他人と上手くコミュニケーションがとれないために、トラブルになったり、一人で抱え込んで孤立してしまったりする。そうならない力を育てることが心身の病気を予防し、心と行動の健全化につながる。授業ではストーリー性のあるアニメーションや音楽を取り入れ、ゲームやクイズロールプレイやグループでの話し合い等を織り交ぜて、子どもたちが楽しみながら活動できる工夫がたくさん盛り込まれており、どの子どもも生き生きと授業に取り組んでいた。

#### 4. 「スマートフォン・携帯電話安全教室」

インターネットの脅威から身を守り、児童生徒が携帯電話やスマートフォンを楽しく安全に利用するために携帯電話会社と連携した「スマートフォン・携帯電話安全教室」を開催している。「ネットいじめ」「SNS等を利用した犯罪被害」「ネット依存・ゲーム障害」等、便利な反面、危険性も不安視される中、学校の関心は高く、昨年度は全校種合わせて150回もの教室を開催した。



親子で学ぼう『ネット社会』の様子  
(R1. 7. 28)

さらに、今年度は夏休みに徳島県警察少年サポートセンター主催の「親子で学ぼう『ネット社会』」において、親子で集まった小学生と保護者を対象とした勉強会を実施した。小学生の中でも、便利で楽しい道具として、スマートフォンを所持する児童は増えており、インターネット利用率も年々高まっている。しかし、スマートフォンを使い始める段階で、しっかり危険性を理

解し、正しく利用していくことが、情報機器の適切な使用につながることから、「家庭でのルールづくり」について親子で考える時間とした。

## 5. 「スクールロイヤーによる いじめの予防授業」

いじめや児童虐待等への対応で、法的判断が求められる事例が増加している状況を踏まえ、本県では、昨年度より法律の専門家である弁護士がその専門的知見に基づき、学校において法的側面からいじめの予防教育や法的相談への対応を行うスクールロイヤー活用事業を実施している。



藍畑小学校でのスクールロイヤー  
による授業風景 (R1. 7. 16)

7月に藍畑小学校の5、6年生を対象に行ったスクールロイヤーによるいじめ予防授業では、はじめに「人権」、「いじめ」とは何かを考え、いじめの定義について確認した後LINE外しに関する教材をもとに、登場人物の立場になって、どうすべきか、自分だったら何ができるか等を考

えるという内容であった。授業の最後には、いじめの法的責任についてロイヤーから触れられる場面もあった。普段とは違う弁護士からの話に、真剣に耳を傾ける児童の姿が見られた。

## 6. おわりに

児童生徒が社会の中で自分らしく生きることができるように、大人たちがその成長・発達を促し、支援することができたなら、様々な問題行動等の予防につながると思う。今後も学校現場において、問題への対応や事後の対応だけにとどまることなく、全ての児童生徒を対象に、児童生徒自らが問題を回避・解決できる力を育むための支援を行い子どもたちの命を守り、将来にわたって、心豊かでたくましく生き抜く力を身につけられるよう、それぞれの事業に丁寧に取り組んでいきたい。



# 児童相談所（こども女性相談センター） の業務について

遠藤 朋子

徳島県中央こども女性相談センター判定治療担当

## <はじめに>

連日のように児童虐待がニュースに取り上げられ、痛ましい状況の中、命を落としてしまう子どもが存在する。児童相談所だけではなく市町村の窓口や警察など関係機関においても、こここのところ虐待対応件数は増え続ける一方のような様相を示している。報道には、児童相談所の対応のまずさを取り上げられることも多く、児童虐待対応の第一線機関が何をしているのだろうかと世間の人々は苦々しい思いを抱かれているのではなかろうか。

児童相談所は子どもの一時保護機能など他にはない強い権限を持った特殊な相談機関ともいえる。近年、その機能はかなり周知されてきた。どうしても一時保護や強制的な介入のイメージは目立つものである。しかし、本来児童相談分野は、家庭支援、地域支

援と決して切り離せないところがあり、児童相談所だけでは対応のできない、長期に渡るきめ細やかで広範囲の支援体制が必要な分野である。

児童相談所はその特殊性から関係機関からの期待も大きいですが、実際の業務への取り組みについて紹介したい。

## <児童相談所とは>

児童相談所は、児童福祉法によって都道府県に設置された相談機関である。18歳未満までの児童に関するあらゆる相談に応じることになっている。



中央こども女性相談センター  
(徳島市昭和町)

徳島県では、女性支援部門と合わせて「こども女性相談センター」という名称にしており、中央・南部・西部こども女性相談センターで業務を行っている。

児童相談所(以下、児相)の相談種別は、養護(児童虐待を含む)、心身障がい、非行、育成(不登校、性格行動等)などに分けられる。”あらゆる相談“とあり、そもそも児相は広範囲な相談に対応する機関であることが明記されている。

2000年に成立した児童虐待防止法により、児童相談所の業務の中心を占めるのは児童虐待対応となった。市町村の児童担当が第一線の相談窓口として位置付けられる中で、児童相談所は専門機関としての役割や機能を求められることになっている。

### <チームアプローチによる対応>

中央こども女性相談センターには、児童相談担当(児童福祉司)、判定治療担当(児童心理司)、一時保護所(保育士、指導員)、女性支援担当という部署があり、それぞれ分担して業務に当たっている。

児童相談担当には地区担当

の児童福祉司(ケースワーカーとも言われる)がいる。相談を受理し、経過を聴き、子どもを取り巻く環境を調査して、問題の背景を推測し、あらゆる支援機関と連携して支援にあたらうとする(社会診断)。

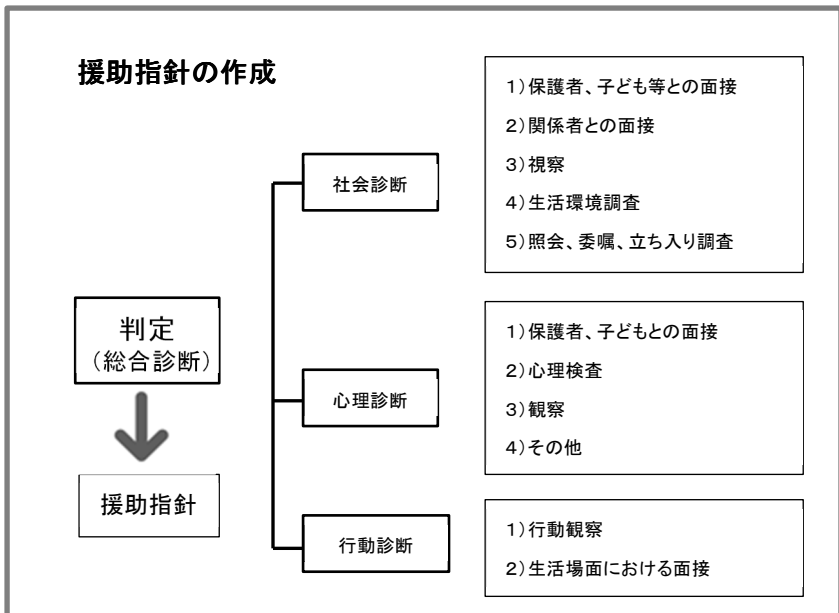
判定治療担当は、児童心理司が、児童福祉司から依頼されたケースについて、主に児童のアセスメントなどを行う。面接や行動観察、そして心理検査を行い、心理診断をする。他にも、知的障がいを持つ子どものための療育手帳に関する判定も行なっている

一時保護されたケースにおいては、一時保護所での様子を行動観察する。一時保護所の生活場面で子どもは他者とどう関わろうとしているのか、子どもの実態が分かる場面である(行動診断)。南部と西部には一時保護所が設置されておらず、中央の一時保護所へ一時保護することになる。

このように、児相では、相談を受け付けた後、職員が単独で最初から最後まで当てることはない。児童福祉司の行う社会診断、児童心理司の行う心理診断、一時保護を受けたケースは保護職員の行動診断を元に、それぞれがアセス

メントした内容をもって、重要な協議については所長、副所長が入り、合議制で処遇方針を決定していくという特徴がある。一人で行った調査や相談対応にしてもチームに報

告され、協議を重ね、現場の体験は共有されていく。このことによってチームとしての業務が積み上げられていく。このようなチームアプローチが児相の専門性といえる。



### <相談の進め方（介入的支援について）>

心身障がいや不登校など従来からある一般的な相談と、児童虐待相談は違う。

一般的な相談においては、子どもや家族など、当事者の意志や自立性を尊重するというのは大原則である。丁寧にニーズを聴き取り、当事者の解決に向かおうとするペースは大切にされる。

しかし、児童虐待相談への対応は全く別である。虐待のケースも様々なものがあり、その深刻度もそれぞれ異なるが、中にはすでに重い怪我があったり、そのまま放置していたのでは命の危険も心配されたり、子どもの成長に非常に深刻な影響を及ぼす見通しがあったりする。そのような場合は家族や本人の意思に反して、安全確保のために、介

入していくことが必要となる。相談は当事者の訴えによっては始まらない。子どもの周りにはいる人が児相に通告してきて始まることが多い。通告を受けた児相が、家族を呼んだり、家庭訪問をしたりして、どのような状況なのか調査し不適切な養育の改善について話し合っていくことになる。そして、子どもと家族を取り巻く、保育所、学校、医療機関、市町村役場などのあらゆる機関と積極的に連携を取り協力を依頼していくことになる。

このような介入的支援というのは本当に難しい。相談者は望んでもいないのに児相に入ってくるからである。屈辱感に満ちとにかく児相を敵視する場合もある。児相は「通告を受けたので調査させて欲しい」「心配が寄せられていて、親御さんも困っていないかと・・・」等、あれこれ工夫はしても、聞いてくれればまだよい方で、電話も訪問も拒否されることも多い。粘り強く回数を重ねたり、公的な権限を使いながら、何を言っても、反発され、関与を拒否される中で、なんらかのニーズの一致はないかと探し、そこから協力関係を作っていく。

非常に高度な面接技術とともに、不適切な養育をせざるを得なかった家族への深い理解がなくてはできないことである。

一般的に親子関係は何者にも変え難く強い絆であり、他者が入るべきでないという根強い考えがある。しかし子どもが安全ではなく、子どもの権利が侵害されているのならば、そこに公的機関が社会的壁となって家庭に入っていく必要がある。

### <児童虐待対応の実際>

具体的な方法としては、もちろん強権的に介入するばかりではなく、

- ・虐待であることを告げながら、誠実に保護者の困りごとに粘り強く寄り添い、継続的に相談が必要な家族として関与していく
- ・子ども側の特性に焦点を当て、どうしたらいいかという方向で話し合い、結果として親の関わりを良いものにしていく
- ・中には、地域の社会資源に支援を任せ、その様子を見守っていく

などを、日々検討しながら繰り返していき、うまくいけば終結もするし、途中で事態が深刻になってしまうと関与

の度合いを変えなければならぬ。

虐待の程度が重いケースにおいては、まずは子どもの安全確保を最優先する。子どもの一時保護である。まずは安全確保した上で、家族との相談が始まる。職権で親権者の同意なく一時保護する場合もあり、その時、親は、納得がゆかず憤慨し、児童相談所と対立をする。職権を駆使されたことによって、初めて親は在宅では成し得なかった、もっと良い関わりを考えていかなければならないというところに努力してたどり着く場合もある。

しかし多くのケースは、児相が「それは虐待になるんですよ」と告げながら、適切な養育について根気強く話し合っていく。親の思いを丁寧に聴き、そうせざるを得なかった親自身の事情もくみ取り、これまで子どもを親なりに心配してきた経過を承認した上で、子どもにもっといい関わりができるよう、粘り強く少しずつ変えていくのである。

#### <児相職員としての揺らぎ>

こうしてみても、児相としては何とか支援したい、こどもを良い環境の中で育てて欲しいと純粋に願っているが、

現実には不適切な養育をしているとみなされた親は、虐待と告げられて、対立する形になってしまいがちである。

児相職員は、このような家族を取り巻く複雑な状況において、こういう時にはこうすればよいという絶対的で明確な基準などない中、迷いながら業務を進めている。職権を駆使することは簡単だが、子どもをその日、一時保護所に連れていくかどうか、これを何の迷いもなくきばきとできる職員はいない。もっと他のよい方法はないだろうか、タイミングは今でいいのか、保護に踏み切らないとして、子どもは安全にいられるだろうか、重篤な出来事に巻き込まれやしないだろうか。家に返すことはできず、施設入所へと進める事例もあるが、そのように親子を分断してよいものか、入所後の親子の関係をどう繋いでいくのか、常に苦しみながら選択をしているのである。

#### <まとめ>

児童虐待の痛ましいニュースを見て、全く無関係でいられるものではない。自分自身も子どもとその家族を取り巻く地域社会の一員であり、何かできることがある。理解し

難しいと感じるかもしれないが、困難な育児をしている家族に対し、想像力を駆使し暖かい眼差しを向けてみることから支援が始まるのではないか。

児相職員として日々対応しているところの悩みは尽きないが、このような悩みを地域の関係機関と共有し、役割分担して、家庭を取り巻くネットワークが安定し強固になり

続けるというのが大切なことなのだろうと思う。工夫すれば地域で育つことができるのに、たちまち危険だと親から離す間違っただ判断をしてしまうと、結果として、子どもを一時保護や施設入所によって長期に分離することになり、そのことによる心理的負担は子ども側にも大きいのである。



※一部の伊電話からはつながりません。※通話料がかかります。

### 執筆者略歴

徳島県に心理職として採用され、精神保健福祉センター、障がい者相談支援センター、西部こども女性相談センター、発達障がい者総合支援センターハナミズキを経て、平成30年4月より中央こども女性相談センターに勤務している。

# 『とくしま自殺予防センター』の活動について

石元 康仁

徳島県精神保健福祉センター所長

---

## I 精神保健福祉センターについて

精神保健福祉センターは精神保健及び精神障害者福祉に関する相談のうち、複雑又は困難なものを行っています。内容は、こころの健康相談から、精神医療に係る相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期などの相談を含め精神保健福祉全般の相談を実施していて、センター内の心理職、精神科医、保健師等が担当します。更に、特定相談として、それぞれ専門の精神科嘱託医師による、依存症相談と思春期相談も行っています。ご本人が来られない場合でも、ご家族だけでも相談できて、相談の内容・秘密は堅く守られます。

病院やクリニックとは違って、薬を出すことはありませんし、料金はかかりません。相談の内容によっては、医療、福祉、就労などの関係機関に紹介させて頂く場合があります。

相談は予約による来所の相談を原則としています。電話による相談受付後、必要に応じてセンター職員による来所相談や嘱託医による専門相談につなげています。

まずは、088-602-8911、にお電話下さい。

## II とくしま自殺予防センターの開設

平成22年3月1日よりは、精神保健福祉センター内に『とくしま自殺予防センター』が開設され、県庁保健福祉政策課と協同して「徳島県自殺者ゼロ作戦」を展開しています。

平成28年4月1日に自殺対策基本法が改正されました。それに基づき、いち早く同年11月に「徳島県自殺対策基本計画」を策定しました。平成31年3月には2期計画に改定して、保健、医療、福祉、教育、労働など様々な分野からなる取組みを総合的に推進しています。県民総ぐるみによる自殺対策により「誰も自

殺に追い込まれることのない徳島の実現」を目指しています。民間の団体との連携は、大変重要と考えていて、現在56の民間の団体と「自殺予防の取り組みに関する協定」を締結させて頂いています。

当センターでは、専門的相談、自殺の防止等に関わる関係機関への専門的支援、自死遺族交流会の開催、研修会等（人材育成、県民への啓発）を行っています。

### Ⅲ ひきこもり地域支援センター『きのぼり』の併設

平成22年4月1日から、ひきこもり地域支援センター表1

(ア) 来所者の年齢			(イ) 対象者の年齢			(ウ) 対象者の続柄		
年齢	実数	延数	年齢	実数	延数	続柄	実数	延数
～9歳	0	0	～9歳	0	0	本人	102	358
10～19歳	25	56	10～19歳	58	179	配偶者	4	5
20～29歳	19	126	20～29歳	62	271	父	1	1
30～39歳	22	84	30～39歳	47	157	母	1	1
40～49歳	43	131	40～49歳	26	57	子	110	344
50～59歳	66	213	50～59歳	16	34	その他親族	3	11
60歳以上	41	96	60歳以上	9	19	その他	1	1
不詳	6	15	不詳	4	4	不明	0	0
計	222	721	計	222	721	計	222	721

表1の(ア)のように、来所者の年齢は50歳代が一番多く、次が40歳代です。しかし、(イ)対象者の年齢は、20歳代一番多く、10歳代、30歳代の順

『きのぼり』も併設されています。ひきこもりの状態にある本人または家族の第1次相談窓口、家族向け及び当事者向けの集団プログラム等を行っています。

### Ⅳ 徳島県依存症相談拠点の併設

平成30年6月1日からは、徳島県依存症相談拠点も併設されました。依存症と自殺との関連が深いことはご存じと思います。

### Ⅴ 平成30年度の実績

#### 1. 相談

① 来所相談 件数 721

となっています。(ウ)対象者の続柄は、本人の相談が一番多く、次が子供となっています。

#### ② 電話相談

件数 1,623



表 2

(ア) 相談者の年齢		(イ) 対象者の年齢		(ウ) 対象者の続柄	
年 齢	延数	年 齢	延数	続 柄	延数
0～9 歳	0	0～9 歳	3	本人	1,110
10～19 歳	24	10～19 歳	131	配偶者	35
20～29 歳	136	20～29 歳	274	父	8
30～39 歳	123	30～39 歳	190	母	13
40～49 歳	148	40～49 歳	129	子	341
50～59 歳	195	50～59 歳	107	その他親族	72
60 歳以上	290	60 歳以上	253	その他	42
不詳	707	不詳	536	不明	2
計	1,623	計	1,623	計	1,623

表 2 のように不詳を除くと、(ア) 電話をかけてきた相談者の年齢は 60 歳以上が一番多く、次が 50 歳代です。(イ) 対象者の年齢は 20 歳代が一番多く、次が 60 歳以上です。(ウ) 対象者の続柄は圧倒的に本人が多く、その次は子供の相談となっています。

以上より、当センターへの相談は、若者の相談も比較的多いことが分かります。

③ 関係諸機関等への専門的支援 件数 511

どのように関わればいいのか、支援すればいいのかなど、関係機関、支援者からの相談です。保健所、市町村、医療機関、社会福祉施設、障害者昨年度は、3 回行いました。

2. 自死遺族交流会

施設、教育機関、司法機関などから相談がありました。センターが県央の 1 ヲ所にしかなく、距離やマンパワーの関係から直接支援するのが難しい方々に、関係機関や支援者を通じて間接的に支援することを目的としています。平成 27 年度は 230 件、平成 28 年度は 339 件、平成 29 年度は 546 件と増加しています。

④ 出張相談

センター職員が、9 月（自殺予防週間を含む）及び 3 月（自殺対策強化月間）に、ハローワーク徳島に出張して、求職者等を対象にした「心の健康相談」を行っています。

大切な人を自死で亡くされた方が安心して思いを語れる

場、自らの痛みと向き合うことのできる場として、自死遺族交流会を行っています。センター職員が進行役として同席し、プライバシーを守りながら進めていきます。匿名で

も参加できます。毎月第4金曜日の13時半から15時の間行っています。昨年度は、延べ10人の方が参加されました。

表 3

月日	研修会名	対象者	参加者数
平成 30 年 6 月 3 日	社会精神医学講義	医学生	100 名
7 月 18 日	友愛訪問活動推進研修会（南部）	老人クラブ友愛訪問員	45 名
7 月 23 日	友愛訪問活動推進研修会（西部）	老人クラブ友愛訪問員	45 名
7 月 30 日	友愛訪問活動推進研修会（東部）	老人クラブ友愛訪問員	45 名
8 月 26 日	産業カウンセラー 自殺予防サポーター養成講座	産業カウンセラー	20 名
8 月 27 日	自殺予防サポーター養成研修	徳島県理容生活衛生同業組合	20 名
9 月 3 日	いのちのネットワーク研修会	傾聴ボランティア相談員	20 名
9 月 11 日	平成 30 年度商工 3 団体職員 研修連携推進事業	6 商工会経営指導員	23 名
9 月 25 日	平成 30 年度 徳島県立中央テクノスク ール自殺予防研修	訓練生・指導員	130 名
9 月 28 日	自殺予防サポーター養成研修	生活保護担当職員	30 名
10 月 12 日	県立総合看護学校講義	看護学生	39 名
12 月 12 日	自殺予防対策関係職員 スキルアップ研修	市町村担当職員	40 名
12 月 13 日	県立総合看護学校講義	看護学生	40 名
平成 31 年 1 月 16 日	おいしくお酒を飲むための教室	県警察職員	4 名
1 月 17 日	弁護士会自殺予防対策研修会	弁護士会会員	20 名
1 月 26 日	公開講座	地域高齢者	60 名
2 月 10 日	平成 30 年度介護予防推進リーダー研修 事業	作業療法士	40 名
3 月 23 日	徳島県理学療法士会 自殺予防サポーター養成研修	理学療法士	22 名

### 3. 研修会等の開催

(人材育成、県民への啓発)

#### ① 主催の研修会

県外より専門家を招いて、支援者の相談対応スキルの向上を図ることを目的に、自殺対策関係者を対象にした研修会を実施しています。昨年度は、自殺対策担当者スキルアップ研修と自死遺族支援関係者向けの研修を行いました。

#### ② 講師派遣

センター職員が自殺予防関連研修等の講師を引き受けています。昨年は18回の講師派遣を行い、計743人が研修を受けました。詳細は表3の通りです。色々な年代や職種の方々を対象にしています。

## VI おわりに

全国の平成30年の自殺数は20,840人と、9年連続で減少しました。しかし、子供や未成年者の自殺者数は減っていません。この10年間、小中高校生は300人前後、未成年者は600人前後のままです。

当センターが行っている相談については、相談者および対象者は比較的若い年齢層が多いことが分かります。これは、ひきこもり地域支援センター『きのぼり』が併設されているためと思われます。支

援の形は、直接の支援（電話相談、来所相談、出張相談、交流会）から間接の支援（関係諸機関等への専門的支援、研修会等）となっていますが、近年は、間接の支援が多くなってきています。ひきこもりは病名ではなく状態像です。その1/3は統合失調症などの精神疾患、1/3はアスペルガー症候群などの発達障害、1/3が神経症やパーソナリティ障害などです。原因によって支援の仕方が違うので、精神保健の専門機関が相談を受け評価し、その後の支援の方向付けを行うことは重要です。ご存じのように、自殺の高リスク者に精神障害があります。精神障害は、生涯有病率が高く、75%は25才までに発病し、発病が一番多い年代は18才から24才です。また、中学生時に不登校を経験した人が、中学校を卒業してから適応できていたか・不適応を起こしていたかを、1年後、2年後、3年後と1年ごとに10年間にわたり調査した研究があります。結果は、15歳から20歳の間は、変化が起こりやすく、状況がかなり悪くても改善する人がいました。一方で、20歳を過ぎてしまうと、その後の5年

間はなかなか変化しにくいということが示されています。この結果は、我々の支援経験とも一致していて、若い人たちへの支援は、できるだけ早期に関わることが大切です。成人してからも状況が良くない人については、かなり地道で念入りな関わりが必要です。

当センターでは、ひきこもりの当事者のための集団プログラム（居場所、当事者グループ活動、SST、運動、軽作業等）や、家族のための集団プログラム（家族教室、親の会）もしています。人は、何らかの障害をもって生まれることがあります。また、人生の途中で障害を背負うことや挫折することもあります。誰でも、周りの人に認められ、受け入れられたい。そうすることで、本来持っている力をさらに発揮できるようになります。誰にも、得意、不得意があります。私も、不得意なことは他の人に頼っているので生活していています。誰にも、居場所と仲間や良き理解者が必要です。『きのぼり』がご本人、ご家族にとって、とても自由に振る舞え、安心して本音を話していい、自分が居ていい場所となるよう願っています。

平成27年度よりは、訪問支援をして頂く「ひきこもりサポーター」の養成も始めていて、現在までに、合計99人に登録して頂きました。平成30年度より、自殺未遂者・ハイリスク者実務者研修として、徳島保健所と生活保護担当者にミニ講義と事例検討をしています。当センターには、依存症相談拠点も併設されましたが、以前よりDARCの支援会をしていましたので、DRAC、専門医、保護観察所、弁護士等とごつくばらんな事例検討にもなっています。断酒会員には、月2回センターの相談を担当してもらっています。正規職員8名、臨時非常勤等も含めても12名のこじんまりしたセンターですので、直接支援より支援者の相談を中心に、多くの関係者に助けて頂いています。平成30年の本県の自殺数は89人で、自殺死亡率は12.0と全国最少となりました。多くの皆様のご努力のたまものと感謝しています。

誰でも必要だから存在し生きています。不必要な命など一つとしてありません。障害を持った人もそうでない人も、若者も高齢の人も、すべて1人の人として、共に暮らし、

共に生きる、誰もが住みやすい徳島になるよう、今後もどうぞご協力お願い申し上げます。

## 略 歴

昭和63年3月

徳島大学医学部医学科 卒業

昭和63年5月

徳島大学医学部附属病院精神科神経科 医員（研修医）

平成元年4月

徳島大学大学院医学研究科（内科系専攻） 入学

平成5年3月

徳島大学大学院医学研究科（内科系専攻） 修了

平成5年4月

徳島大学医学部附属病院精神科神経科 助手

平成9年5月

徳島大学医学部附属病院精神科神経科 講師

平成18年4月

徳島県精神保健福祉センター 所長

# 命を守る活動（自殺防止）

## 勝瀬 烈

特定非営利活動法人 Approach For Life Saver  
理事長（通称アプローチ会）

### 1. アプローチ会誕生



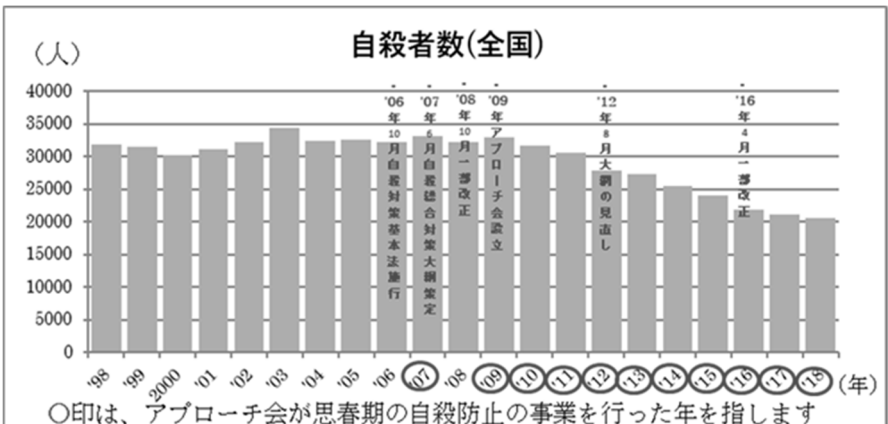
日本の自殺者数は、バブルがはじけた1998年（平成10年）には、23,494人から

31,755人に急増し、その後14年間3万人を超えた数が続いていた。この状態は先進国では飛びぬけて悪い状態であり、行政は自殺対策基本法を制定し、政府も自

殺総合対策大綱などを策定し、真剣に自殺防止に取り組むようになりました。

精神科医や弁護士や看護師などが危機感を感じて、草の根運動として自殺防止に取り組む非営利活動法人「アプローチ会」が2009年に誕生しました。会員は、約50名でみんなが働きながら奉仕活動として、現在に至っております。

自殺数と行政の法制化の動き、アプローチ会の誕生などを時系列で下のグラフに示しました。



## 2. 自殺者数の推移 全国・徳島、自殺率、四国の比較

徳島県は、バブルの時から自殺者数が少ない県でありましたが、行政が取組み各県の自治体が力を入れて取り組むようになってきて、一次期全国レベルよりも高い時期がありました。しかし、最近は徳島県も力を入れ減少して2018年度は89名で自殺者数も自殺率でも全国一少ない県になりました。これもアプローチ会をはじめ色々な方が取り組んだ結果と喜んでおります。

2018年度の自殺者数・自殺率

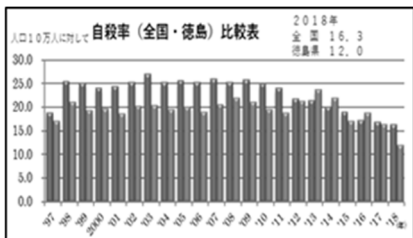
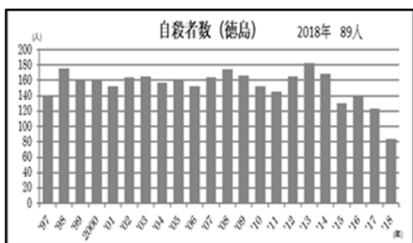
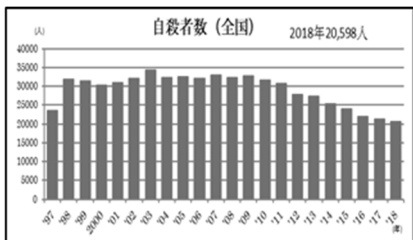


## 3. 自殺予防対策

自殺予防には、  
 一次予防………広報活動などで心身ともに健全な人を作って自殺予防する  
 二次予防………希望を無くして死にたいと思う人に対する対応・治療  
 三次予防………未遂者対策、遺された家族の対策などがあります。

## 4. 年齢別の対策

**思春期の自殺防止**……………  
 友だち間でうまくやれない、いじめ、家庭内の家族からの暴言暴力、新型うつ病等の問題があります。自殺防止で一番効率が良いのは、思春期の問題に取り組むことと言われています。それによってメンタルを強くすることがのちに寄与すると言われています。また、10代、20代、30代40代の自殺が増えているという2つの理由で若い人を対象に、徳島南ロータリークラブと連携して重点的に取り組



みました。

第1回(2007年)は、「壮年期の自殺の問題を探る」というテーマで徳島大学精神科の大森教授の特別講演や弁護士、精神科医、内科医等によるシンポジウムを行いました。第3回目(2010年)は、「家庭(父親・母親)・教師・学生本人は何をすべきか」というテーマで行い150名程度の参加者を頂き好評でした。父親代表として徳島大学名誉教授の齋藤史郎先生に話を頂きました。第7回(2014年)は、ネット依存症や薬物依存症などの公開講座を行いました。前年度の第11回目は、SNSの問題が社会化したことを受けて、スマホを上手に使ったり、問題点を探るというテーマでワークショップ等を行い、ロータリークラブの四国のガバナーや医師会会長の参加も頂きました。



第4回 思春期の自殺防止のワークショップ  
平成23年12月11日 徳島県建設センター



第11回 SNSを使って感じる諸問題  
平成30年12月9日 あわぎんホール

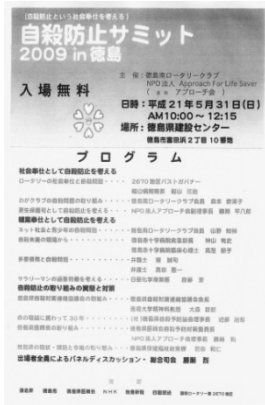
第12回は、「人と人のつながりコミュニティにおけるコミュニケーションを考える」というテーマで12月1日にろうきんホールにて行いました。講師は、山野明美先生(徳島大学総合科学部非常勤講師)等でした。

### **働き盛りの自殺防止**……………

過重労働やパワハラ、うまく対応ができない適応障害やコミュニケーションがうまくできない発達障害等が対象。

医師会と協働して、産業医等と働き方改革やメンタルヘルスチェックなどにも関与しています。国土交通省の職員に対しては、毎年メンタルヘルスの講演会を開いています。





2009年 第2回プログラム



2014年 第7回プログラム



2017年 第10回プログラム

## 高齢者の自殺防止

健康問題や経済問題、家族の介護問題や認知症・うつ病等の問題があります。

老人クラブ連合会と協働して、7年目を迎えています。いろいろなテーマで徳島県下で高齢者が参加出来るイベントを提供しています。

WAM社会福祉振興助成事業として、次のようなテーマで3年間行いました。

- ・コミュニティで支える高齢者のメンタルヘルス(平成27年度)
- ・グッドエイジング:上手に年を取る為に(平成28年度)
- ・高齢者のフレイル状態から健康を取り戻す事業(平成29年度)



平成27年度 コミュニティで支える高齢者のメンタルヘルス



平成28年度 グッドエイジング 上手に年を取るために



平成29年度 高齢者のフレイル状態から健康を取り戻す事業

2018年度丸紅基金社会福祉助成金の事業として「要介護状態にならないための生活習慣を見直す……食事と運動習慣……」をテーマに行いました。地域の老人クラブ連合会の要望を取り入れて、県下の色々な場所で色々なテーマで公開講座を行い高齢者が集まる機会を提供いたしました。

高齢者の自殺は、全体の40%を占めており男性が女性の2倍になっています。このことから、高齢者の男性の自殺予防に取り組むことが必要です。

## 5. 自殺防止に必要な3つの要素

健康を損ねると陰性思考になり生きることが苦しくなります。癌や慢性疾患等を予防する健康が大事です。特に高齢者では、脳卒中や糖尿病、骨粗鬆症による骨折やサルコペニアでの変形性膝関節症による膝の痛みなどを予防し、介護状態にならないように健康を維持する。20

……グッドヘルス

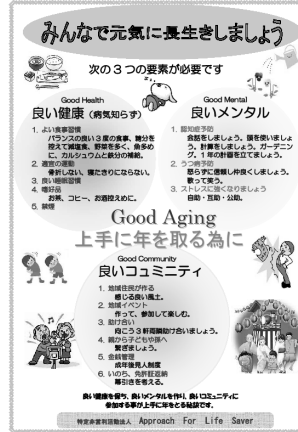
うつ病にならないよう精神面の健全さを維持すること。

……グッドメンタル

特に自殺防止において大事な事は思春期、働き盛り、高齢者においても社会において如何に自

分が関わっているかどうかという事が大事です。

……グッドコミュニティ



学校においていじめられたりコミュニティからのけものにされていると感じて自殺することがみられます。会社においてもうまく適応できずに会社を止めて引きこもりになってしまったりいろいろな事件を起こしたり自殺にはしったりします。高齢者においても誰も相手にしてくれない生活をしていると、不幸な結果を招いてしまったりします。

人は、社会で色々に関係を持ちながら生活する生き物です。経済問題や健康問題等も大事ですが一番は社会の中で生活しているという実感があるという事と思われま。

結論的に言いますと、自殺防止には、社会の一員であると思うような希望を持てるようになり、よい環境に住んでいるという実感を持つことが大事です。また本人もそのように努力することが自殺防止に繋がります。

その他アプローチ会が行っている事業として、下記の自殺予防冊子を作成し配布しています。

☆「しなれんでよ」(自殺防止のための冊子)

☆「あなたのメンタルランド」(思春期の方のメンタルを強くする方法、平成 23 年 11 月 25 日発行)

☆「みんなのメンタルヘルス」(思春期、働き盛り、高齢者の為の自助・互助・公助、平成 25 年 12 月 25 日発行)

☆「グッドエイジング」(上手に年を取るために、平成 29 年 3 月 31 日発行)

☆「人生 100 年長寿のための応援歌」(平成 30 年 3 月 31 日発行)

☆「うつ病の為の必須アイテム」

また、電話相談が一般的であった時からいち早くメール相談(2009 年 12 月)をはじめて全国の多くの方からメンタルの相談を受けております。ブログ

でもメンタル強化の発信をし、多くの方に見て頂いています。

# 摂食障害『いのちをまもる』 —訪問看護ステーションにおいて出来る事—

瀬尾 勝彦

訪問看護ステーション れんげ草

---

## 【はじめに】

訪問看護ステーションれんげ草は2016年10月1日に徳島市蔵本元町にて開設されました。2019年8月現在、南は阿南市から、北は鳴門市、西は木屋平村及び東みよし町まで、広範囲で活動を行っております。

また、その対象者の約90%が精神科通院中の方です。

もちろん訪問看護ステーションですから、医師の指示のもと、在宅において対象者の治療の支援を行うことや、在宅での生活を支援するという福祉的な側面からの治療支援が大きな役割であります。

その中でも今回は摂食障害の患者さんについて、在宅で『いのちをまもる』ということについて、事例を通して考えてみました。

## 事例紹介

(本人が特定できないようにそれぞれのプロフィール等は変更しています)

## 【事例1】A氏

発症5年未満の思春期女性。過食嘔吐型。

両親と祖父、弟の5人家族。

体重測定を他者に見られることは極端に恥ずかしいこと(裸で街を歩くような感じ)と認識されている。過食嘔吐をとていけないことだと認識し、周囲から隠そうとしている。家族には常に良い子である自分を見せたくて、悪い自分が許せない。家族の前では表面上とても良い子として振る舞っていた。悪いと認識している部分に関して家族や看護師に触れられると、激しく攻撃的になったり、大きく落ち込んで無言になってしまったりする。そのため、それらに関する話題に触れにくい関係性を作ってしまった。

家族は過食嘔吐に気付いていて、心配しているが、一方で、そのことに触れられず、どのように接していけば良いかわからないと困惑していた。

訪問看護中も過食嘔吐の有

無を尋ねると、『受診を始めてからは全くありません』とはっきりと否定される。また、過食嘔吐に関しての感情部分に触れるようなことを問いかけると、苦悶表情となって下を向き無言になってしまう。このため、看護師も徐々に過食嘔吐の話題に触れにくい方向へコントロールされる流れになりつつあった。そのため訪問看護としては、毎回の訪問の中で必ず一度は過食嘔吐に関する質問をさせていただき、ということをも本人へ説明し、スタッフにも周知した。

訪問時にその質問をすると必ず無言になり、うつむき、苦しそうにして涙を流すこともしばしばであった。また、過食嘔吐の有無を尋ねると、受診を始めてからは止まっている、と一貫して同じ返答であり、それに対しては本人を信用する立場をとっていた。

そのような状態が約3か月続き、『過食嘔吐はないですか？』との問いかけにも慣れてきて、即座に『ありません』と返答していた。

あるとき、少し質問を変えて、『1週間で何回嘔吐しましたか？』と問いかけると、一瞬たじろぎながらも『2~3回』との返答を絞り出した。そこ

で、自分自身の弱い所や悪い所を看護師に隠す必要がないということの説明した。

この患者さんのケースでは、直接的にいのちをまもるということは行っていないが、病状の悪化によりいのちの危機を迎えてしまわないようにする、自殺などを考える方向に進んでしまわないようにする、といったことを行った。自分の弱みを見せたり、相談したりできる相手となっておくこと、そういったことも『いのちをまもる』ことにつながるのだろうと思われた。

また、家族との関係性の修復についても関与し、月に1度程度のペースで家族のみの面談や、訪問看護時の家族の同席などを本人の了解を得て実施した。

## 【事例2】B氏

30代前半、女性。過食嘔吐型。病状悪化により身体的な理由が主で数回の入院歴あり。

母親と祖母との3人暮らし。両親は数年前に離婚して、父親とは会っていない。嫁いでいる姉がいる。

発症後十年程度を経て、過食嘔吐から制限型に変化しつつあり、るいそうも目立ち、入院適応でありながらも拒絶し

ている状況であった。嘔吐はホームセンターで購入した水道チューブを使用し、風呂場にて食直後に行っていた。訪問開始時の状態は、飲水量約 200～500ml/日、訪問前 2 日間の摂取エネルギー量は約 100Kcal/日(家族からの情報)。身体状況は、身長 154cm、体重 22kg(標準体重 52.2 kg の 42%)、BMI 9.3、血糖値 110mg/dl。血圧 60mmHg 台、脈圧が弱く自動血圧計では測定できず手動にて測定した。意識は一見清明であるが、質問に対して返答にかなり時間がかかる状態であった。かなりゆっくりではあるが歩行は可能。まず状態の把握を本人家族から行い、次にエネルギー補給に関して対応を検討した。当初は訪問時に看護師とともに(看護師はジュース)高カロリー食品(メイバランスミニ)を促しにて口に含んでもらい、つばを飲み込む程度の量から始め、その量を徐々に増やしてもらった。また、リフィーディング症候群発症のリスクを考え、当事者と家族へ資料を見せながら具体的に食事量の増量方法について説明し、摂取カロリーの増量を細かく制限した。更に、緊急時の対

応方法について、どのようなことが起こるかの情報提供も含めて説明した。

カロリー制限をしつつ増量することを指導していたが、2 週間を過ぎたあたりから過食嘔吐へと転じてしまい、激しい食事要求が始まった。このときに母親がリフィーディング症候群防止についての説明を強引に守ろうとして、本人へ強く接して制限しようとした。このため、繰り返し何度も説明を行い、両者の関係悪化を防ぐようにしていった。これらと並行して通院再開及び入院治療を勧めていたが、訪問開始後 3 週間目、早朝に意識消失しているところを家人に発見され、緊急搬送され入院した。意識回復して、後遺症もなかったため、精神科へ転院をしたのち、現在は退院して訪問看護を再開している状況である。

### 【事例 3】C 氏

発症後数十年。40 代女性。過食嘔吐型。

離婚歴あり、2 人の子と同居中。

子供が高校を卒業するまでは自分が何とかしなければいけないが、子供が卒業すれば

自分は死んでもいいという希死念慮があった。

かなり悪いそうが目立つ状態ではあるが、なんとか家事はこなしている。慢性化しており、それほど強く倦怠感などは感じていない。ただ入院が必要と思われる限界に近い状態であり、ちょっとしたイベントがきっかけで病状悪化すれば、急変の可能性もあると考えられた。

この時点での患者さんへの対応方法としては、本人が過食嘔吐を中止することや回数を減らすことが非常に困難であったため、まずはその時期を乗り切るための手段として、嗜好調査など一連の対応策を考え、本人に提示してみた。しかし、いずれも大きな効果は得られなかった。

そこで過食嘔吐を止めることには今は触れないこととし、少しでも身体に栄養を取り込む手段として、過食するときにはなるべく時間をかけて食べてもらうこと、また、食後に嘔吐するまでの時間を記録してもらい、この時間を少しでも延ばせるように努力してもらうこととした。そうすることで、わずかな時間であっても食物が体内に滞在する時間を延ばし、栄養を体内に取

り込んでいけるように目指した。

この方も体重測定に関しては抵抗があるようで、訪問時の測定には消極的であった。そのため、自分の測定でも構わないので記録するように説明したところ、自ら記載してくれるようになった。

訪問開始後も、やはり過食嘔吐は続いている状態であったが、変動はあるもののなんとか入院せずに在宅で過ごせていた。

訪問開始後約1年目に約1か月入院した。退院後、訪問看護を再開している。

過食嘔吐回数は入院前に2~3回/日であったが、現在は1回/日に減少している状態である。

### 【まとめ】

摂食障害は精神疾患の中でも致死率の高い疾患であるため、『いのちをまもる』ということが特に重要なことは間違いありません。

各事例とも、そのときそのときの状況によりかかわり方に工夫が必要でした。患者さんの時期や病態によって対応方法をその都度考え、今すぐに『いのちをまもる』対応が必要だと感じれば、その状況の

中のできることを行いました。

摂食障害の方の『いのちをまもる』ということに関しては、①エネルギー不足による餓死などを防ぐ、②自殺を防ぐ、ということが何をおいても重要なことです。しかし、いくら物理的な部分で命が守られたとしても、家族からの孤立や社会からの孤立といった③社会的に『いのちをまもる』、ということも重要な部分であると思われます。

特に在宅でかかわる我々訪問看護がこのことに与える影響は大きく、様々なサービスの導入や、当事者だけでなく家族への教育や支援にも関与す

ることが期待されているものと考えております。



## 精神保健福祉協会入会のおさそい

- 目 的 ● 県民の精神的健康の増進  
● 精神障がい者の医療および福祉の向上

- 主な事業 ● 「目で見える精神保健展」  
・ 精神障がい者の作品の展示即売、精神保健福祉に関する情報の展示等
- 研修会等の開催
  - 機関誌「めんたる・へるす」の発刊
  - 精神障がい者スポーツの推進
  - 相談事業

### 会 費 ● 正会員

個 人 (医療・保健・福祉・教育関係者)

年会費・一口 1, 0 0 0 円

(医師は5口以上お願いします。)

団 体 (精神病床を有する病院および精神科を  
標榜する診療所等)

年会費・病 院 1 0 0, 0 0 0 円 (100床以上)

5 0, 0 0 0 円 (100床未満)

診療所 2 0, 0 0 0 円

- 賛助会員 (協会の趣旨に賛同する個人・団体)

年会費

個 人 一口 1, 0 0 0 円 (一口以上)

団 体 一口 1 0, 0 0 0 円 (一口以上)

- 入会方法 ● 次ページ、入会申込書の内容をメールもしくは、  
ファクシミリにて下記事務局までお送り下さい。

事務局 〒770-8570 徳島市万代町1丁目1番地  
県健康づくり課内徳島県精神保健福祉協会

TEL 0 8 8 - 6 2 1 - 2 2 2 5

FAX 0 8 8 - 6 2 1 - 2 8 4 1

E-mail [awa-kokoro@cosmos.ocn.ne.jp](mailto:awa-kokoro@cosmos.ocn.ne.jp)

## 入会申込書

徳島県精神保健福祉協会の趣旨に賛同し入会します。

年 月 日

〒

所在地又は住所

加入者名

印

連絡場所

TEL ( )

徳島県精神保健福祉協会長 殿

## 県内で活動されている団体を紹介します。

### 徳島県作業療法士会の活動紹介

(一社) 徳島県作業療法士会 会長 岩佐英志  
理事 秋山健太

#### 1. (一社) 徳島県作業療法士会について

我々、徳島県作業療法士会は平成3年、任意団体として数十人で活動をスタートし、現在600名を超える士会員となり、地域のニーズに応えられるよう社会貢献活動や会員の資質の向上、作業療法の発展に尽力しています。

近年「地方の課題は地方で解決する」ことを活動の柱にして全国より5年早く高齢化社会を迎えた本県においては、地域包括ケアシステムをいち早く進めなければならない状況にあります。その中で、私たち作業療法士会は作業療法士が得意とする「活動と参加」を地域づくりに活かすため、鳴門市と総合事業における事業契約を結び、短期集中型サービスの通所と訪問サービスC型を展開しています。また、徳島県警交通部と徳島県指定教習所協会との「自動車運転支援に関する協定」を締結し、参加に直結する移動支援についてもプロジェクトを推進しています。

今後もこのような地域課題について、他機関と積極的に協力し、作業療法の視点が解決の糸口となり、地域がいきいきとする、そのような徳島県になるよう専門職団体として尽力し続けていきたいと思っています。

#### 2. 精神分野での活動について

精神科分野でも地域課題に対して力を入れているのが、障がい者スポーツへの関わりです。当会では2018年度より障がい者スポーツ促進委員会を発足し、積極的に障がい者スポーツへの関わりを継続して行っています。

ソーシャルフットボール(精神障がい者フットサル)では徳島県のチームにスポーツトレーナーとして四国大会や全国大会に作業療法士を派遣しています。選手やサポートメンバーと寝食を共にし、身体的・精神的なサポートを行っています。

さらに今年度より、全国障害者スポーツ大会の正式種目に卓

球（精神）が認められました。それに伴い、徳島県障がい者スポーツ協会より依頼を受け、第 19 回全国障害者スポーツ大会卓球（精神）への作業療法士の派遣を行いました。残念ながら大会自体は台風の影響で中止となりましたが、大会に向けた練習や集団行動等、大会に向けて行う全ての作業が選手や役員共に様々な気づきを得ることができ、非常に意味のある機会になったと思います。

また令和元年7月に大会主催で初開催した、地域住民や当事者、大会会員など全ての人を対象にし



たフットサル大会（OT×ノーマライゼーションフットサルエンジョイカップ 2019）の企画運営など、地域と当事者、専門職の接点となるような活動にも精力的に取り組んでいます。大会には 70 名以上の参加者が集まり、障害の有無関係なくスポーツを楽しむ場づくりを行いました。本大会の目的として一つは「精神障がいに対する社会的偏見（専門職も含め）に一石を投じること」、二つは「今までとは違う環境（病院やデイなど医療・福祉場面以外を意味する）で接点を作る」、三つは「参加者が楽しめる」以上の 3 点を主軸として企画運営を行いました。



大会運営には精神科勤務の作業療法士はもちろん、身体障害者分野で勤務している作業療法士、精神保健福祉士や当事者も交えて運営を行いました。スポーツを通してチーム内で交流が持てる仕組みづくりから大

会のデザインを考えていきました。参加者からは「知らない人とチームを組むのは緊張したが楽しかった」「スポーツを通して障害を意識することなく自然に関われる」「障がいに関係なく参加者の笑顔が印象的。楽しく交流を持つことができた。こんな機会がもっと増えればいい」といった感想を頂きました。

スポーツを通して交流を図る意義や社会的偏見を感じさせないスポーツの力、地域に根づいた作業療法の可能性を実感することができました。

以上、精神科分野での当会活動の一部を紹介させていただきました。近年、精神科医療は大きく変化してきている中で作業療法がどう活かせるか、作業療法士がどう皆さまのお力になれるかを考え、行動していきたいと思っております。

### 3. 補足：作業療法士とは？ ～歴史から紐解く～

作業療法のルーツは、精神科医療で広まった道徳療法とアーツアンドクラフト運動、18・19世紀の社会背景にあります。

またセツルメント運動や精神衛生運動といった社会運動は社会福祉の基礎になったと同時に、作業療法を支えました。当時の病院や療養所にいる患者や、社会不適應の状態にある人々が、何かを作り、何かの為に働くことで回復していきました。こうしたプログラムを「作業療法」と呼び、発展させようという団体が1917年に誕生しました。それが、全国作業療法促進協会（のちのアメリカ作業療法協会）です（設立メンバー：精神科医、ソーシャルワーカー、建築家、手芸講師、看護師）。

日本では1901年に精神科医の呉秀三は、日本の精神病院で治療として作業を用いました。さらに戦後、アメリカから作業療法を含む多面的なリハビリテーション技術と思想が持ち込まれ、1963年には日本最初の作業療法士を養成する学校（国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院）が開校されました。その後、疾患変化や医療技術発展の影響、リハビリテーションの普及と共に、幅広い分野で「作業療法」が提供されるようになりました。1965年に作業療法士5名で日本作業療法士会が設立され、今日まで50年以上が経ちました。様々な職域を超えて生まれた「作業療法」は、その歴史を知ると多職種連携を基礎に持ち、精神科で生まれた「作業療法」は「リハビリテーション」と繋がりさらに広い分野での活躍を遂げてきたことが分かります。

以上、歴史を簡単にまとめましたが、歴史を知ることによって我々（一社）徳島県作業療法士会の活動の意味や「作業療法」、「作業療法士」のことをより理解して頂けると有難く感じます。

※参考文献：吉川ひろみ、作業療法の話をしよう 作業の力に気づくための歴史・理論・実践、医学書院

## あとがき

2019年5月1日から年号が平成から令和になり、さまざまな儀式や式典が行われ、新しい天皇、新しい年号に新たな希望を見出している人も多いと思われる。「めんたる・へるす」68号のテーマは「いのちをまもる」であった。ここ数年、地震だけでなく、台風、記録的短時間大雨情報と言われる数年に一度程度しか発生しないような短時間の大雨などの災害で「いのち」を落とした人もいる。

本号は、自ら命を絶つという自殺をキーワードとし、医療面から自殺と精神疾患との関係、自殺防止への取り組み、小学校・中学校・高等学校等に配置されているスクールカウンセラーに求められる子どもの自殺予防のための取り組み、教師の立場から見たスクールカウンセラーに求める学校での役割（自殺のサイン、自殺に関わる精神疾患のあらまし、対応等）などが前半にまとめられている。

後半では、教育行政の立場におけるいじめや不登校、自殺、児童虐待などから子どものいのちや心身の安全を護る

ための取り組み、精神福祉行政や訪問看護の立場から学齢期以降の成人の自殺予防をはじめとするいのちを護る取り組みなどについてまとめられている。大人は、子どもが今うまく出来ていることに目を向け、子どものことを気に掛ける存在になることの大切さ、家庭の次に物理的、心理的に重要な居場所となる学校で子どもが自らの価値を見出し、喜びを感じ、「いのち」の大切さを実感できるような関わりをすること、さまざまな問題から生きにくさを抱えている人達とその家族などを支援することの必要性などについて述べられている。

「いのちを護る」ということについて、最初に述べた災害などを含め、もう少し視野を広げて考えてみたい。自然災害以外にも、さまざまな事件、事故などで「いのち」を失う人がいる。事件、事故では、被害者と加害者が存在する。いずれも「いのち」ある人間である。公益社団法人全国被害者支援ネットワークでは、文字通り全国にあり、被害者とその家族・遺族の心のケアをはじめとする多様な支援が行われている。法制度において加害者の権利は重んじ

られていると言われている。刑事施設収容者（受刑者）や出所者は、出所後、社会復帰に向けた公的支援はほとんどない。経済的困難、あまりにもかけ離れた刑務所での暮らしと社会での暮らしなどの理由で精神的・身体的混乱を抱え、社会で居場所がなく、孤立し、再犯してしまう人もいると言われている。そのような加害者へ生活相談、心のケアなどを行う施設もある。被害者と加害者の和解を目指す「修復的司法」というシステムもある。社会におけるいじめ、虐待などもある意味、犯罪であり、被害者と加害者がいる。

世界に多くの人がいて、自然災害、戦争、事件、事故などで「いのち」が危険に晒される事態が生じている。いろいろな状況下で「いのち」を大切にし、護るということはどういうことなのかを今後も引き続き、考えていきたいと思う。

最後になったが、本号にさまざまな視点から執筆くださった先生方にこの紙面をお借りして、感謝申し上げますと共に、多くの方の手に本号が渡ることを祈りたい。

（山本真由美）

---

めんたる・へるす 第68号

第1刷発行：2020. 2. 2

編集・発行

徳島県

徳島県精神保健福祉協会

徳島市万代町1丁目1番地徳島県健康づくり課内

E-mail [awa-kokoro@cosmos.ocn.ne.jp](mailto:awa-kokoro@cosmos.ocn.ne.jp)

**HPアドレスが変わりました！**

<http://www.awakokoro.com/>

---