

目 次

平成 26 年度

I. 身体的健康管理

1. 学生の定期健康診断

- 1) 胸部 X 線撮影 1
- 2) 内科検診 2
- 3) 心電図検査 4
- 4) 血圧測定 5
- 5) 尿検査 5
- 6) 肝機能検査・貧血検査 6
- 7) 特殊健康診断 7
- 8) 血液検査 7
- 9) 予防接種 8
- 10) 新入生の身長・体重 9
- 11) 新入生・4 年生の BMI 9

2. 新入留学生の健康診断 10

3. 定期健康診断外検査状況 11

4. 月別利用状況 12

5. 医療相談 13

6. その他

- 1) 健康診断証明書及び健康診断書の発行状況 21
- 2) 学内献血状況 21
- 3) 料理教室 22

II. 精神的健康管理

1. 相談活動状況 23

2. メンタルヘルス啓発活動 26

III. その他

1. 年間主要業務 51

2. 保健管理センター及び関係職員録 52

3. 保健管理センター規則 54

I. 身体的健康管理

1. 学生の定期健康診断

1) 胸部X線撮影

表1 胸部X線受検者状況

学部	学年	在籍者数 *1	間接撮影 受検者数	医療機関 受検者数	年間 受検者数	受検率 (%)	要精検者数	精検 受検者数	受検率 (%)
人文学部	1	302	297		297	98.3	2	2	100.0
	2	302	148		148	49.0			-
	3	325	183		183	56.3			-
	4	417	256	7	263	63.1			-
	計	1,346	884	7	891	66.2	2	2	100.0
教育学部	1	173	172		172	99.4	2	2	100.0
	2	172	144		144	83.7			-
	3	173	161		161	93.1			-
	4	197	161	5	166	84.3	1	1	100.0
	計	715	638	5	643	89.9	3	3	100.0
理学部	1	276	275		275	99.6	2	2	100.0
	2	274	179		179	65.3			-
	3	279	200		200	71.7			-
	4	379	261	5	266	70.2			-
	計	1,208	915	5	920	76.2	2	2	100.0
農学部	1	181	179		179	98.9			-
	2	174	100	2	102	58.6			-
	3	177	146		146	82.5			-
	4	208	162	3	165	79.3			-
	計	740	587	5	592	80.0	0	-	-
土佐さきがけ プログラム	1	16	16		16	100.0			-
	2	16	12		12	75.0			-
	3	12	9		9	75.0			-
	4	-	-		-	-			-
	計	44	37	0	37	84.1	0	-	-
医学部	1	178	*2 168		168	94.4			-
	2	172	103		103	59.9			-
	3	190	126		126	66.3			-
	4	195	152		152	77.9			-
	5	113	113		113	100.0			-
	6	102	72		72	70.6			-
	計	950	734	0	734	77.3	0	-	-
学部合計		5,003	3,795	22	3,817	76.3	7	7	100.0
大学院	*3	581	302	3	305	70.6	0	-	-
連大	*4	30	18		18	60.0	0	-	-
その他	*5	137	66		66	48.2	0	-	-
総合計		5,751	4,181	25	4,206	75.1	7	7	100.0

*1 在籍者数は平成26年5月1日現在

*2 附属病院における直接撮影

*3 大学院の受検率は、対象者に対する受検者数の割合（医学部大学院生は、一般入学生が対象）

*4 愛媛大学 大学院連合農学研究科（高知大学配属）

*5 研究生・科目等履修生・特別聴講学生・特別研究学生

胸部X線撮影結果

- ・縦隔腫瘍
- ・心拡大（スポーツ心臓）

2) 内科検診

表2 内科検診受検者状況

学部	学年	在籍者数 *1	受診者数	医療機関 受診者数	年間 受診者数	受検率 (%)
人文学部	1	302	297		297	98.3
	2	302	149		149	49.3
	3	325	184		184	56.6
	4	417	256	7	263	63.1
	計	1,346	886	7	893	66.3
教育学部	1	173	172		172	99.4
	2	172	144		144	83.7
	3	173	161		161	93.1
	4	197	161	5	166	84.3
	計	715	638	5	643	89.9
理学部	1	276	275		275	99.6
	2	274	180		180	65.7
	3	279	200		200	71.7
	4	379	262	5	267	70.4
	計	1,208	917	5	922	76.3
農学部	1	181	179		179	98.9
	2	174	103	2	105	60.3
	3	177	146		146	82.5
	4	208	162	3	165	79.3
	計	740	590	5	595	80.4
土佐さきがけ プログラム	1	16	16		16	100.0
	2	16	12		12	75.0
	3	12	9		9	75.0
	4	—	—		—	—
	計	44	37	0	37	84.1
医学部	1	178	166		166	93.3
	2	172	24		24	14.0
	3	190	28		28	14.7
	4	195	74		74	37.9
	5	113	4		4	3.5
	6	102	80		80	78.4
	計	950	376	0	376	39.6
学部計		5,003	3,444	22	3,466	69.3
大学院 *2		581	282	3	285	66.0
連大 *3		30	18		18	60.0
その他 *4		137	68		68	49.6
総合計		5,751	3,812	25	3,837	68.5
男		3,106	2,016	14	2,030	65.4
女		2,645	1,796	11	1,807	68.3
1年生		1,126	1,105	0	1,105	98.1
2年生		1,110	612	2	614	55.3
3年生		1,156	728	0	728	63.0
4年生		1,396	915	20	935	67.0
5年生		113	4	0	4	3.5
6年生		102	80	0	80	78.4

*1 在籍者数は平成26年5月1日現在

*2 大学院の受検率は、対象者に対する受検者数の割合（医学部大学院生は、一般入学生が対象）

*3 愛媛大学 大学院連合農学研究科（高知大学配属）

*4 研究生・科目等履修生・特別聴講学生・特別研究生

表3 定期健康診断受検者状況（岡豊地区）

	在籍者数	受検者数	受検率
1年生	178	170	95.5
2年生	172	109	63.4
3年生	190	129	67.9
4年生	195	104	53.3
5年生	113	112	99.1
6年生	102	77	75.5
計	950	701	73.8
大学院	184	32	91.4
総合計	1,134	733	74.4
男	584	348	59.6
女	550	385	70.0

※ 大学院の受検率は、対象者に対する受検者数の割合
（医学部大学院生は、一般入学生が対象）

2014年度

内科検診で認められた疾患（1年生）

内科系疾患

甲状腺疾患	10	WPW症候群	2
心雑音	2	川崎病	6
気管支喘息	15	弁膜症	1
貧血	3	心室中隔欠損症	2
不整脈	6	心房中隔欠損症	1
高血圧	1	腎炎疑い	2
糖尿病	2	十二指腸潰瘍裂孔術後	1
アレルギー性鼻炎	12	鼠径ヘルニア術後	1
慢性鼻炎	1	性腺機能低下症	1

脳神経外科疾患

てんかん	1		
------	---	--	--

皮膚科疾患

アトピー性皮膚炎	5	その他の皮膚疾患	4
----------	---	----------	---

整形外科疾患

右脚痛	1	脊椎側弯症	1
偽関節	1	右膝半月板損傷	1

婦人科疾患

生理痛	54	生理不順	26
-----	----	------	----

3) 心電図検査

表4 心電図検査受検者状況

学部	学年	受検者数	医療機関受検者数	計
人文学部	1	40	6	46
	2	40	1	41
	3	40	—	40
	4	22	2	24
	計	142	9	151
教育学部	1	45	1	46
	2	43	—	43
	3	31	—	31
	4	39	1	40
	計	158	2	160
理学部	1	36	2	38
	2	39	5	44
	3	40	1	41
	4	36	—	36
	計	151	8	159
農学部	1	28	1	29
	2	29	2	31
	3	27	1	28
	4	13	—	13
	計	97	4	101
土佐さきがけ プログラム	1	2	—	2
	2	1	—	1
	3	1	—	1
	4	0	—	0
	計	4	0	4
医学部	1	24	—	24
	2	8	—	8
	3	6	—	6
	4	0	—	0
	5	0	—	0
	6	0	—	0
	計	38	0	38
学部合計		590	23	613
大学院 他 ※		14	0	14
総合計		604	23	627
男		462	16	478
女		142	7	149

学部	受検者数	医療機関受検者数	計
1年生	175	10	185
2年生	160	8	168
3年生	145	2	147
4年生	110	3	113
5年生	0	0	0
6年生	0	0	0

* 対象者

【人文学部・教育学部・理学部・農学部】

- ①体育系サークル所属学生
- ②生涯教育課程スポーツ科学コース学生
- ③定期健康診断での内科検診において
要検査となった学生
- ④希望者

【医学部】

- ①体育系サークル所属学生
- ②希望者

※ 高知大学 大学院・研究生・科目等履修生・特別聴講学生・特別研究学生，
愛媛大学 大学院連合農学研究科（高知大学配属）

4) 血圧測定

表5 血圧測定結果

項目 \ 学年・性別	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	大学院 その他	連大	計	男	女
在籍者数	1,126	1,110	1,156	1,396	113	102	718	30	5,751	3,106	2,645
測定者数	1,106	696	829	966	9	77	382	18	4,083	2,125	1,958
受検率 (%)	98.2	62.7	71.7	69.2	8.0	75.5	67.1	60.0	71.0	68.4	74.0
要再検者数	206	92	87	113	0	9	39	4	550	369	181
高血圧	178	65	61	86		8	31	3	432	360	72
低血圧	28	27	26	27		1	8	1	118	9	109
再検者数	135	41	41	67	-	1	22	0	307	249	58
高血圧	27	10	10	15			6		68	62	6
低血圧									0	0	0

- * 低血圧については、要再検査の対象とせず、希望者のみ再検査
- * 学年の「大学院 その他」は、大学院生・研究生・科目等履修生・特別聴講学生・特別研究学生
- * 学年の「連大」は、愛媛大学 大学院連合農学研究科（高知大学配属）
- * 大学院の受検率は、対象者に対する受検者数の割合（医学部大学院生は、一般入学生が受検の対象）

5) 尿検査

表6 検尿結果

項目 \ 学年・性別	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	大学院 その他	連大	計	男	女
在籍者数	1,126	1,110	1,156	1,396	113	102	718	30	5,751	3,106	2,645
受検者数	1,084	650	773	929	106	68	371	18	3,999	2,166	1,833
受検率 (%)	96.3	58.6	66.9	66.5	93.8	66.7	65.2	60.0	69.5	69.7	69.3
尿糖陽性者数(±)～	13	9	4	7	0	2	7		42	22	20
2次検診受検者数	11	6	4	6	0	1	5		33	18	15
±			1						1	1	
+	1								1		1
++									0		
+++									0		
尿蛋白陽性者数(+)～	46	31	22	43	2	0	10		154	94	60
2次検診受検者数	40	21	17	36	0	0	7		121	77	44
+	3		2						5	3	2
++									0		
+++									0		
尿潜血陽性者数(±)～	48	46	48	64	11	5	27	3	252	103	149
2次検診受検者数	33	27	34	49	1	1	19	1	165	77	88
±	5	1	3	1			1		11	3	8
+	1		1	2			1		5	2	3
++	1		2				1		4	2	2
+++				1					1	1	
4+以上									0		

- * 学年の「大学院 その他」は、大学院生・研究生・科目等履修生・特別聴講学生・特別研究学生
- * 学年の「連大」は、愛媛大学 大学院連合農学研究科（高知大学配属）
- * 大学院の受検率は、対象者に対する受検者数の割合（医学部大学院生は、一般入学生が受検の対象）

6) 肝機能検査・貧血検査

表7 肝機能検査 (岡豊地区)

学年	対象者	受検者数	受検率	GOT・GPT ↑	HBs抗原(+)
1	177	168	94.9%	2	0
2	64	63	98.44%	2	0
3	10	10	100.0%	0	0
5	113	112	99.1%	3	0
院・留学生	34	24	70.6%	3	0
計	398	377	94.7%	10	0

* 対象者は、新入生・編入学生・HBsワクチン接種後の学年(医学科5年生と看護学科2年生),
大学院生・留学生は社会人学生を除いた者

表8 貧血検査 (岡豊地区)

学年	対象者	受検者数	受検率	ヘモグロビン (g/dl)		
				≤10	10< ~ ≤11.5	11.5<
1	177	168	94.9%	0	3	165
2	64	63	98.4%	0	2	61
3	10	10	100.0%	0	2	8
5	113	112	99.1%	1	2	109
院・留学生	34	24	70.6%	1	0	23
計	398	377	94.7%	2	9	366

* 対象者は、新入生・編入学生・HBsワクチン接種後の学年(医学科5年生と看護学科2年生),
大学院生・留学生は社会人学生を除いた者

7) 特殊健康診断

表9 特殊健康診断（朝倉・物部地区）

		受検者数		要指導者
		内訳	計	
3年生	男	0	1	—
	女	1		0
4年生	男	27	44	4
	女	17		1
大学院	男	24	41	0
	女	17		0
その他	男	0	0	—
	女	0		—
連大	男	2	4	0
	女	2		1
計	男	53	90	4
	女	37		2

* 対象者は、有機溶剤・特定化学物質使用学生
および電離放射線使用学生

* 検査項目

有機溶剤・特定化学物質使用者

- ・肝機能検査
- ・貧血検査

電離放射線使用者

- ・問診（放射線の被ばく歴及びその状況）
- ・検診（皮膚、眼）
- ・肝機能検査
- ・貧血検査（白血球百分率を含む）

* その他は、研究生・科目等履修生・特別聴講学生・
特別研究学生

* 連大生は、愛媛大学 大学院連合農学研究科
（高知大学配属）

8) 血液検査

表10 血液検査（朝倉・物部地区）

		貧血検査		肝機能検査	
		受検者	要指導者	受検者	要指導者
1年生	男	2	0	3	0
	女	2	0	4	0
2年生	男	1	0	0	—
	女	7	1	0	—
3年生	男	0	—	0	—
	女	15	2	0	—
4年生	男	1	0	0	—
	女	9	0	0	—
大学院	男	0	—	1	0
	女	2	0	0	—
その他	男	0	—	5	0
	女	0	—	15	0
連大	男	0	—	0	—
	女	0	—	0	—
計	男	4	0	9	0
	女	35	3	19	0

* 対象者は内科検診時に指摘を受けた者

* その他は、研究生・科目等履修生・
特別聴講学生・特別研究学生

* 連大生は、愛媛大学 大学院連合農学
研究科（高知大学配属）

9) 予防接種等

表11 HBワクチン接種（岡豊地区）

対象学科 (学年)	接種者	抗体		陽性率
		+	-	
医（4）	98	93	5	94.9%
看護（1）	59	58	1	98.3%

表12 インフルエンザワクチン接種（岡豊地区）

学科	在籍者数	接種者	接種率
医学科	685	391	57.1%
看護学科	265	191	72.1%
大学院生	34	21	61.8%

* 大学院生は社会人学生を除いた者

10) 新入生の身長・体重(朝倉・物部地区)

表13 身長

	測定者数	平均	偏差
男	495	171.2	6.1
女	443	157.4	5.3

表14 体重

	測定者数	平均	偏差
男	495	64.2	9.9
女	443	51.6	6.9

11) 新入生・4年生のBMI(朝倉・物部地区)

表15 新入生のBMI

	測定者数	平均	偏差
男	495	21.9	3.1
女	443	20.8	2.4

表16 4年生のBMI

	測定者数	平均	偏差
男	424	22.3	3.3
女	437	20.7	2.6

2. 新入留学生の健康診断

対 象 者 : 男子 24 名 , 女子 38 名 計 62 名

(出身国別内訳)

出身国	男子	女子
中 国	7	21
韓 国	5	4
インドネシア	2	3
フィリピン	2	1
台 湾		3
スウェーデン		3
ベトナム	1	1
ケニア	2	
ネパール	2	
モンゴル		1
マレーシア		1
バングラデシュ	1	
ナイジェリア	1	
ガーナ	1	
合 計	24	38

検 査 項 目 : HBs 抗原 , HCV 抗体 , 検尿(糖・蛋白・潜血) , 血圧 ,
胸部X線撮影 , 内科検診

結 果 : 肥満 1名 , 高血圧 1名

3. 定期健康診断外検査状況

表17 検査数（朝倉地区）

項目 \ 受検者	1年生		2年生		3年生		4年生		その他の学生		学生計		職員		合計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
血 圧	45	40	19	6	17	17	13	26	12	18	106	107	44	4	150	111
検 尿	1	20	4	6	6	11	12	26	2	19	25	82	0	0	25	82
心 電 図	2	1	0	0	0	0	1	2	0	0	3	3	0	0	3	3
聴 力	0	0	0	0	1	0	4	8	0	1	5	9	0	0	5	9
視 力	2	0	1	2	1	1	11	8	5	3	20	14	1	5	21	19
体脂肪率	5	7	2	2	3	6	3	10	2	1	15	26	1	0	16	26
骨 密 度	25	19	7	9	8	15	5	5	1	9	46	57	3	12	49	69
体 組 成	72	47	65	39	66	48	133	73	52	35	388	242	34	11	422	253
エアロバイク	2	0	5	0	3	0	0	0	0	0	10	0	0	2	10	2
計	154	134	103	64	105	98	182	158	74	86	618	540	83	34	701	574
	288		167		203		340		160		1,158		117		1,275	

表18 検査数（物部地区）

項目 \ 受検者	1年生		2年生		3年生		4年生		その他の学生		学生計		職員		合計		
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
血 圧	/		12	5	17	38	9	24	8	29	46	96	59	49	105	145	
検 尿			0	2	1	1	0	5	0	10	1	18	0	0	1	18	
心 電 図			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
聴 力			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
視 力			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
体脂肪率			0	0	3	5	2	5	16	1	21	11	1	0	22	11	
骨 密 度			1	0	7	2	3	2	1	3	12	7	3	15	15	22	
計			13	7	28	46	14	36	25	43	80	132	63	64	143	196	
	20		74		50		68		212		127		339				

* 物部地区の1年生は、朝倉地区に含まれる

4. 月別利用状況

表19 月別利用者数（朝倉・物部地区）

		平成26年									平成27年			計
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
医療 相談	学 生	19 (15)	108 (10)	61 (7)	43 (5)	15 (0)	11 (6)	83 (6)	41 (2)	42 (1)	16 (1)	7 (3)	11 (0)	457 (56)
	職 員	1 (0)	3 (0)	9 (0)	2 (0)	3 (1)	2 (2)	4 (1)	8 (0)	5 (0)	2 (0)	1 (0)	9 (0)	49 (4)
検 査	学 生	117 (10)	97 (51)	109 (29)	136 (32)	83 (12)	103 (15)	141 (26)	82 (23)	58 (3)	61 (7)	31 (1)	31 (3)	1,049 (212)
	職 員	3 (0)	8 (12)	8 (8)	8 (12)	15 (6)	12 (12)	18 (20)	14 (32)	10 (9)	3 (6)	3 (4)	0 (6)	102 (127)
合 計		140 (25)	216 (73)	187 (44)	189 (49)	116 (19)	128 (35)	246 (53)	145 (57)	115 (13)	82 (14)	42 (8)	51 (9)	1,657 (399)

* () は、物部地区の利用者数内数

5. 医療相談状況

表20 医療相談（朝倉・物部地区）

区分	1年生		2年生		3年生		4年生		院・他		留学生		学生計		職員		合計	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
健康相談	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
健康診断（書）	1	2	9	5	4	7	20	18	11	2	11	31	56	65	2	1	58	66
循環器	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
呼吸器	9	3	6	2	2	1	4	1	0	1	0	1	21	9	2	1	23	10
消化器	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
腎・泌尿器	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	4	1
内分泌・代謝	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
血液	4	7	4	4	4	2	0	2	1	0	0	1	13	16	5	1	18	17
膠原病・アレルギー	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
感染症	2	5	1	0	3	0	1	1	0	0	1	2	8	8	2	0	10	8
神経	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
外傷・奇形	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
整形外科	4	7	6	9	5	11	3	14	0	1	0	0	18	42	2	2	20	44
婦人科	0	0	1	5	0	0	2	6	1	0	0	1	4	12	0	0	4	12
眼科	1	0	0	2	0	1	1	2	1	0	0	1	3	6	0	0	3	6
耳鼻科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
皮膚科	1	5	1	2	1	0	0	0	1	0	0	0	4	7	0	0	4	7
精神科	0	0	0	0	0	5	0	2	0	0	0	0	0	7	0	0	0	7
新生物	19	42	9	9	17	12	6	6	5	4	0	3	56	76	9	5	65	81
その他の疾患	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	2	3	5	0	0	3	5
妊娠・分娩	1	2	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	4	4	3	1	7	5
産褥	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	2	1	0	2	2
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	50	92	40	39	46	42	40	54	20	9	12	41	208	277	35	17	243	294
	0	0	2	6	1	8	3	9	5	8	10	6	21	37	4	0	25	37
	142		79		88		94		29		53		485		52		537	
	0		8		9		12		13		16		58		4		62	

* 1～4年生には留学生を含む

* 「院・他」は留学生を含む大学院生・愛媛大学 大学院連合農学研究科（高知大学配属）、および留学生を除く研究生・科目等履修生・特別聴講学生・特別研究学生

* 「留学生」は研究生・科目等履修生・特別聴講学生・特別研究学生のうちの留学生

* 下段は農学部医療相談日受診者（外数）

表21 応急手当（朝倉地区）

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
応 急 手 当	頭痛・風邪	10	14	24	27	0	1	7	11	16	7	9	1	127
	胃・腹痛	4	3	2	2	0	0	0	3	0	1	2	0	17
	月経痛	0	0	3	3	0	1	3	3	0	2	0	0	15
	皮膚科疾患	4	8	6	7	2	1	4	0	0	1	2	0	35
	整形外科疾患	5	10	13	20	5	3	7	4	3	0	1	3	74
	眼科疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
	耳鼻咽喉科疾患	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	歯科疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他の疾患	14	27	23	19	13	0	10	13	10	7	5	4	145
よろず相談		15	11	12	6	1	6	13	3	5	1	0	0	73
休憩		2	4	4	8	1	0	6	2	3	0	1	1	32
紹介		21	23	9	13	2	8	2	7	9	2	0	0	96
計		75	100	97	105	24	20	52	46	47	21	20	10	617

表22 応急手当（物部地区）

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	
応 急 手 当	頭痛・風邪	7	9	5	3	1	1	4	1	4	3	5	1	44	
	胃・腹痛	1	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	5	
	月経痛	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5	
	皮膚科疾患	0	1	4	2	0	1	3	3	0	0	0	0	14	
	整形外科疾患	0	1	3	4	2	1	5	5	5	4	2	1	33	
	眼科疾患	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
	耳鼻咽喉科疾患	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
	歯科疾患	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他の疾患	3	3	5	12	0	3	9	7	4	1	2	0	49	
よろず相談		36	44	48	37	33	40	31	31	51	38	35	12	436	
休憩		0	2	5	4	0	0	0	0	0	1	1	0	13	
紹介		2	1	6	4	1	7	5	4	1	1	3	0	35	
計		49	64	78	70	37	54	58	51	65	50	48	15	639	

表23 応急手当（岡豊地区）

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
応 急 手 当	頭痛・風邪	16	12	19	14	3	11	13	5	14	11	4	2	124
	胃・腹痛	4	0	3	4	2	2	2	4	5	4	3	0	33
	月経痛	6	4	1	4	1	2	3	4	2	2	3	0	32
	皮膚科疾患	9	14	12	19	0	3	12	11	4	4	2	2	92
	整形外科疾患	14	10	8	14	2	8	11	8	7	2	4	3	91
	眼科疾患	3	1	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	9
	耳鼻咽喉科疾患	3	2	1	2	1	1	3	1	2	1	1	0	18
	歯科疾患	1	1	5	4	0	0	4	1	1	1	1	0	19
	その他の疾患	4	7	8	10	2	5	2	4	4	5	2	4	58
よろず相談		34	31	30	30	28	38	59	26	26	33	38	17	390
休憩		21	34	47	34	13	18	28	27	31	21	18	17	309
紹介		0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
計		115	116	137	135	52	88	137	93	98	85	76	45	1,177

表24 病院紹介（朝倉地区）

	診療科	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	留学生	大学院生	計
病院紹介数	内科	16	2	3	2	0	0	0	0	23
	小児科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	神経精神科	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	皮膚科	8	4	2	2	0	0	0	2	18
	放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外科	4	0	2	1	0	0	0	0	7
	麻酔科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	産婦人科	2	1	2	2	0	0	0	0	7
	整形外科	10	2	4	3	0	0	0	1	20
	眼科	1	1	0	1	0	0	0	0	3
	耳鼻咽喉科	3	0	0	2	0	0	0	1	6
	脳神経外科	1	1	0	1	0	0	0	0	3
	泌尿器科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	歯科口腔外科	3	2	3	0	0	0	0	0	8
	総合診療部	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	49	13	16	14	0	0	0	4	96

表25 病院紹介（物部地区）

	診療科	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	留学生	大学院生	計
病院 紹介 数	内科	0	3	2	5	0	0	0	1	11
	小児科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	神経精神科	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	皮膚科	0	1	3	2	0	0	0	0	6
	放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外科	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	麻酔科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	産婦人科	0	0	0	1	0	0	0	1	2
	整形外科	0	1	3	0	0	0	0	4	8
	眼科	0	1	0	1	0	0	0	0	2
	耳鼻咽喉科	0	1	2	1	0	0	0	0	4
	脳神経外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	泌尿器科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	歯科口腔外科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	総合診療部	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	0	7	12	10	0	0	0	6	35

表26 病院紹介（岡豊地区）

	診療科	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	留学生	大学院生	計
病院 紹介 数	内科	10	0	2	2	1	3	1	1	20
	小児科	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	神経精神科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	皮膚科	3	3	3	1	1	1	0	0	12
	放射線科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	外科	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	麻酔科	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	産婦人科	0	0	0	1	0	0	1	0	2
	整形外科	2	5	1	7	2	4	0	2	23
	眼科	0	0	3	1	0	1	0	0	5
	耳鼻咽喉科	2	2	3	2	3	3	0	0	15
	脳神経外科	0	0	2	2	0	0	0	0	4
	泌尿器科	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	歯科口腔外科	0	1	1	5	0	3	0	2	12
	総合診療部	5	6	6	10	9	5	0	0	41
	計	22	17	22	32	16	21	2	5	137

表27 保健室利用（学籍番号の無い利用者）

利用者		月												合計
		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
朝倉	卒業生	11	11	20	15	11	8	17	17	12	14	12	15	163
	留学生	2	2	5	2	1	0	2	6	6	1	2	0	29
	教職員	3	6	14	5	0	10	10	11	5	0	8	7	79
	家族	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
	その他	1	1	0	3	0	1	0	1	0	5	0	1	13
	小計	20	20	42	25	12	19	29	35	23	20	22	23	290
岡豊	卒業生	1	0	2	1	2	0	0	3	5	3	8	0	25
	留学生	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	教職員	0	3	4	2	6	14	5	2	1	0	1	1	39
	家族	4	3	8	10	4	6	11	16	15	19	13	3	112
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	5	6	14	13	12	20	16	21	21	22	22	4	176
物部	卒業生	4	8	12	18	10	16	17	7	5	5	1	0	103
	留学生	3	2	1	1	0	3	8	5	4	4	3	0	34
	教職員	10	17	13	24	12	20	44	35	28	26	37	22	288
	家族	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	1	2	8
	その他	10	18	14	8	4	15	8	2	1	6	3	7	96
	小計	27	45	40	51	26	54	81	49	39	41	45	31	529
合計		52	71	96	89	50	93	126	105	83	83	89	58	995

6. その他

1) 健康診断証明書及び健康診断書の発行状況

表28

健康診断証明書			健康診断書	
	1～3年生	4年生以上	大学院 他	
人文学部	183	410	231	62
教育学部	138	126		
理学部	181	302		
農学部	98	181		
土佐さきがけ	5	—		
医学部	0	0	0	238
計	605	1,019	231	300

2) 学内献血状況

表29 朝倉地区

		受付	400ml	不適
平成26年 4月7日 (月)	男	42	35	7
	女	14	8	6
	計	56	43	13
4月8日 (火)	男	36	34	2
	女	19	12	7
	計	55	46	9
4月21日 (月)	男	34	30	4
	女	23	16	7
	計	57	46	11
5月19日 (月)	男	17	16	1
	女	17	7	10
	計	34	23	11
7月1日 (火)	男	40	39	1
	女	18	12	6
	計	58	51	7
10月6日 (月)	男	35	33	2
	女	32	25	7
	計	67	58	9
11月1日 (土)	男	32	25	7
	女	20	9	11
	計	52	34	18
平成27年 1月7日 (水)	男	21	19	2
	女	14	11	3
	計	35	30	5
1月20日 (火)	男	36	35	1
	女	9	5	4
	計	45	40	5
3月30日 (月)	男	7	6	1
	女	22	7	15
	計	29	13	16
3月31日 (火)	男	12	10	2
	女	6	6	0
	計	18	16	2
総合計	男	312	282	30
	女	194	118	76
	合計	506	400	106

表30 物部地区

		受付	400ml	不適
平成26年 4月22日 (火)	男	33	29	4
	女	8	3	5
	計	41	32	9
7月24日 (木)	男	23	22	1
	女	11	5	6
	計	34	27	7
11月13日 (木)	男	23	19	4
	女	21	17	4
	計	44	36	8
11月25日 (火)	男	11	10	1
	女	12	4	8
	計	23	14	9
総合計	男	90	80	10
	女	52	29	23
	合計	142	109	33

表31 岡豊地区

		受付	400ml	不適
平成26年 6月12日 (木)	男	19	16	3
	女	25	10	15
	計	44	26	18
10月12日 (日)	男	36	30	6
	女	25	13	12
	計	61	43	18
12月18日 (木)	男	14	11	3
	女	24	11	13
	計	38	22	16
総合計	男	69	57	12
	女	74	34	40
	合計	143	91	52

3) 料理教室

指導者 高知大学生協同組合 スタッフ2名
 時間 12:30~15:30
 場所 朝倉ふれあいセンター

	第42回楽しい料理教室 (7月2日)	第43回楽しい料理教室 (12月3日)																				
献立	<ul style="list-style-type: none"> ○ カレーピラフ ○ サラダそうめん ○ 果物 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 茄子とベーコンのペンネアラビアータ ○ デコレーションケーキ 																				
参加者	学生 14名 (うち男子2) 1年生 8名 3年生 0名 2年生 5名 4年生 1名 アンケート協力者 11名 (うち、自宅外生 9名)	学生 9名 (うち男子1) 1年生 6名 3年生 1名 その他 1名 2年生 1名 4年生 0名 アンケート協力者 9名 (うち、自宅外生 7名, 無回答 1名)																				
感想	(アンケート回収 11名) ・美味しかった、特にカレーピラフ ・美味しかった、また参加します ・楽しかった この献立を自分でも作ってみようと思う? (複数回答可) カレーピラフ 9 サラダそうめん 5 果物 3	(アンケート回収 9名) ・楽しかった ・皆で作ることが出来てとても楽しかった ・とても有意義な時間でした ・次回も参加したい この献立を自分でも作ってみようと思う? (複数回答可) ペンネアラビアータ 9 デコレーションケーキ 1																				
作り方	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>カレーピラフ</th> <th>サラダそうめん</th> <th>果物</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>簡単 9名</td> <td>簡単 9名</td> <td>簡単 11名</td> </tr> <tr> <td>まあまあ 2名</td> <td>まあまあ 2名</td> <td>まあまあ 0名</td> </tr> <tr> <td>難しい 0名</td> <td>難しい 0名</td> <td>難しい 0名</td> </tr> </tbody> </table>	カレーピラフ	サラダそうめん	果物	簡単 9名	簡単 9名	簡単 11名	まあまあ 2名	まあまあ 2名	まあまあ 0名	難しい 0名	難しい 0名	難しい 0名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>茄子とベーコンのペンネアラビアータ</th> <th>デコレーションケーキ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>簡単 4名</td> <td>簡単 6名</td> </tr> <tr> <td>まあまあ 4名</td> <td>まあまあ 2名</td> </tr> <tr> <td>難しい 1名</td> <td>難しい 1名</td> </tr> </tbody> </table>	茄子とベーコンのペンネアラビアータ	デコレーションケーキ	簡単 4名	簡単 6名	まあまあ 4名	まあまあ 2名	難しい 1名	難しい 1名
カレーピラフ	サラダそうめん	果物																				
簡単 9名	簡単 9名	簡単 11名																				
まあまあ 2名	まあまあ 2名	まあまあ 0名																				
難しい 0名	難しい 0名	難しい 0名																				
茄子とベーコンのペンネアラビアータ	デコレーションケーキ																					
簡単 4名	簡単 6名																					
まあまあ 4名	まあまあ 2名																					
難しい 1名	難しい 1名																					
自炊、外食の回数 (回/週)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 自炊 : 0~3回 2名 4~6回 7名 7~9回 0名 10回以上 1名 (16回 1名) (無回答 1名) </td> <td style="width: 50%;"> 持ち帰り弁当 : 0~3回 5名 4~6回 0名 7~9回 0名 10回以上 0名 (無回答 6名) </td> </tr> <tr> <td> 外食 : 0~3回 5名 4~6回 1名 7~9回 0名 10回以上 2名 (15回 1名, 17回 1名) (無回答 3名) </td> <td></td> </tr> </table>	自炊 : 0~3回 2名 4~6回 7名 7~9回 0名 10回以上 1名 (16回 1名) (無回答 1名)	持ち帰り弁当 : 0~3回 5名 4~6回 0名 7~9回 0名 10回以上 0名 (無回答 6名)	外食 : 0~3回 5名 4~6回 1名 7~9回 0名 10回以上 2名 (15回 1名, 17回 1名) (無回答 3名)		<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 自炊 : 0~3回 3名 4~6回 3名 7~9回 3名 10回以上 0名 (無回答 0名) </td> <td style="width: 50%;"> 持ち帰り弁当 : 0~3回 5名 4~6回 0名 7~9回 0名 10回以上 0名 (無回答 4名) </td> </tr> <tr> <td> 外食 : 0~3回 5名 4~6回 3名 7~9回 0名 10回以上 0名 (無回答 1名) </td> <td></td> </tr> </table>	自炊 : 0~3回 3名 4~6回 3名 7~9回 3名 10回以上 0名 (無回答 0名)	持ち帰り弁当 : 0~3回 5名 4~6回 0名 7~9回 0名 10回以上 0名 (無回答 4名)	外食 : 0~3回 5名 4~6回 3名 7~9回 0名 10回以上 0名 (無回答 1名)													
自炊 : 0~3回 2名 4~6回 7名 7~9回 0名 10回以上 1名 (16回 1名) (無回答 1名)	持ち帰り弁当 : 0~3回 5名 4~6回 0名 7~9回 0名 10回以上 0名 (無回答 6名)																					
外食 : 0~3回 5名 4~6回 1名 7~9回 0名 10回以上 2名 (15回 1名, 17回 1名) (無回答 3名)																						
自炊 : 0~3回 3名 4~6回 3名 7~9回 3名 10回以上 0名 (無回答 0名)	持ち帰り弁当 : 0~3回 5名 4~6回 0名 7~9回 0名 10回以上 0名 (無回答 4名)																					
外食 : 0~3回 5名 4~6回 3名 7~9回 0名 10回以上 0名 (無回答 1名)																						
自分の今の食生活について	① 朝食欠食 2, 間食する 3, 夜食摂取 1, その他 0 ② 摂取時間が不規則 2 ③ 改善しないといけない点や工夫している点など ・なるべく野菜を摂るようにする必要がある ・野菜の摂取量が少ない ・野菜は毎食摂るようにしている ・バランス ・野菜を摂ること	① 朝食欠食 0, 間食する 1, 夜食摂取 1, その他 0 ② 摂取時間が不規則 5 ③ 改善しないといけない点や工夫している点など ・3食食べない時がある ・朝は早く起きる ・ジャンクフードが大好き ・栄養バランスを考える ・砂糖を食べすぎる ・アルバイトのため、夜ご飯が遅くなる																				

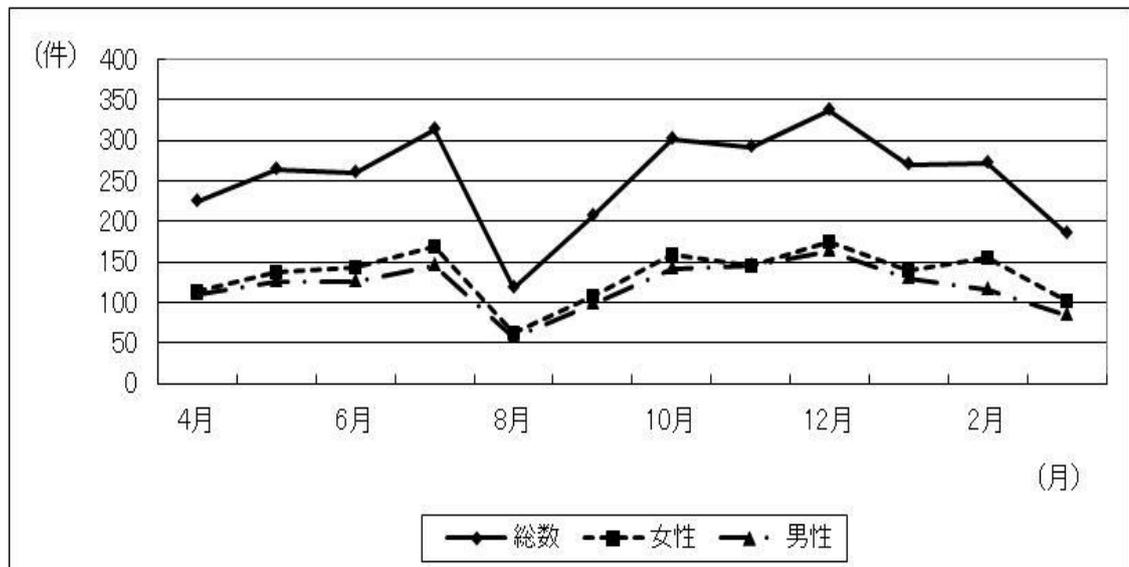
Ⅱ. 精神的健康管理

1. 相談者勤務状況

- 朝倉 精神科医 1名(常勤)，臨床心理士 1名(常勤)，
臨床心理士 (のべ 42 時間：健康調査フォローアップ時)，
臨床発達心理士 (1回 / 月：自助グループ担当)
- 岡豊 精神科医 1名(常勤)，臨床心理士 1名(1時間 / 2週)，
非常勤カウンセラー (1.5時間 / 週 ， 10月 ～ 12月：健康相談
プランニング時)
- 物部 臨床心理士 1名 (1日 / 週) ， 精神科医 2名(2 ～ 5時間×2回 / 月) ，
臨床心理士 (1.5時間 / 週)

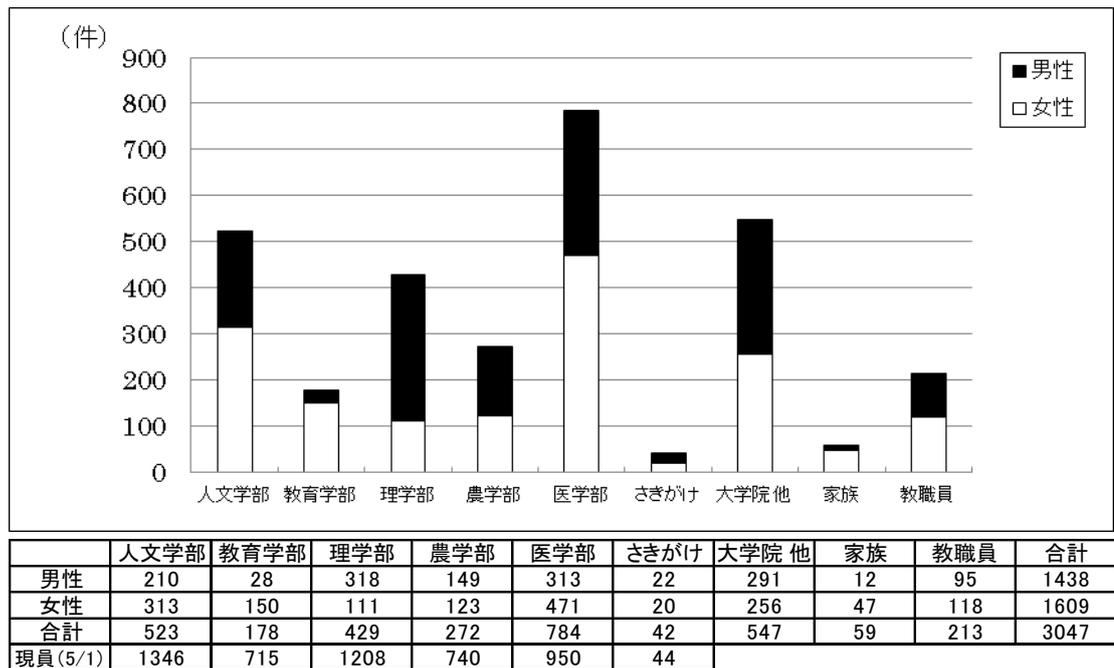
2. 相談活動状況

1) 月別来談者数 (延件数)：平成 26 年 4 月 ～ 平成 27 年 3 月

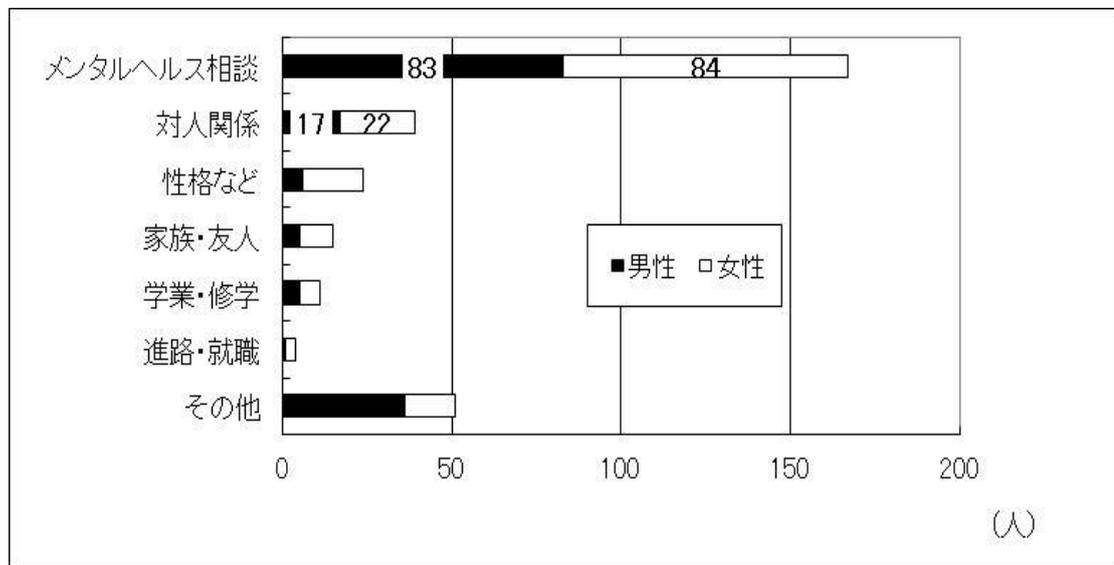


総数 3047 件 (平成 25 年度 年総数 2632 件)

2) 学部別来談者数（延件数）：平成26年4月～平成27年3月

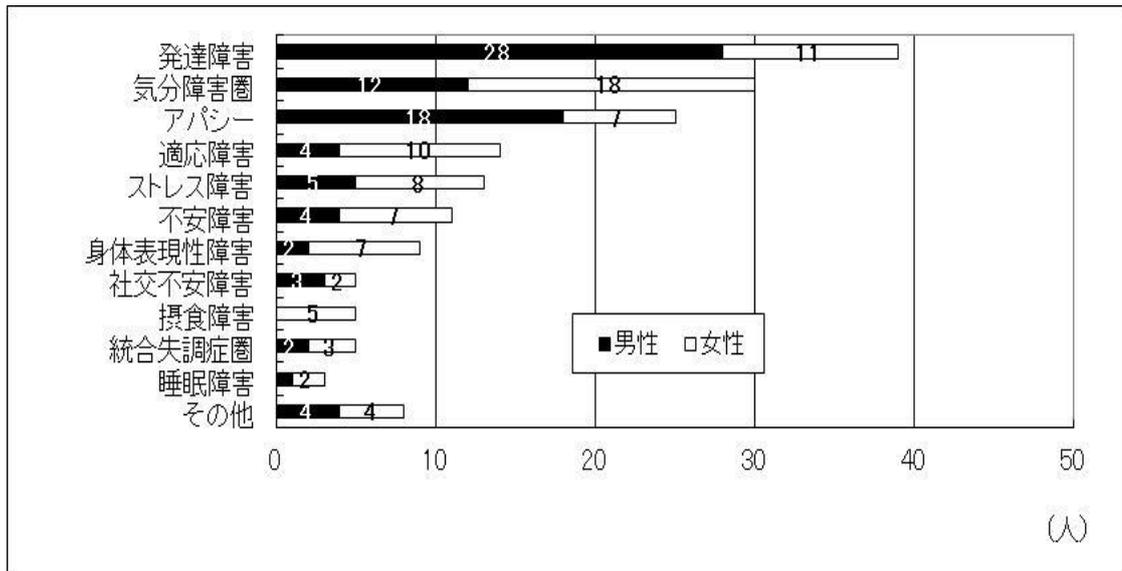


3) 相談内容分類；学部生・大学院生（実数）：平成26年4月～平成27年3月



実数 311 件（平成25年度 288 件）

メンタルヘルス相談内訳（診断は疑いを含む）



4) 健康調査（新入生対象）

対象者	1108名
実施者	1087名
面接対象者	290名
面接実施者	203名
相談継続者	36名

5) 新入生健康相談プランニング（医学部新入生対象）

対象者	170名
面接実施者	97名

3. メンタルヘルス啓発活動

1) メンタルヘルス講演会

実施場所	実施日	テーマおよび講師	参加人数	参加者内訳
岡豊 キャンパス	2月13日	ポストベンション ～ 自殺で遺された人の心身とケア ～ 筑波大学 災害精神支援学講座 高橋 祥友 教授	75名	学内 60名 学外 15名
朝倉 キャンパス	3月8日	故意に自分の健康を害する人たちへの理解と援助 国立研究開発法人 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 自殺予防総合対策センター 副センター長 松本 俊彦 先生	112名	学内 28名 学外 84名

2) メンタルヘルス研修会

学部教職員対象 「キャンパスの自殺予防対策2」

学部 等	実施日	参加者	参加者内訳
教育学部	12月10日	68名	教育学部教員・事務職員
農学部	1月13日	54名	農学部教員・事務職員
人文学部	1月14日	49名	人文学部教員・事務職員
理学部	1月14日	65名	理学部教員・事務職員
医学部	2月13日	60名	医学部ならびに医学部附属病院教職員

注：人文学部（学部FDとして）

医学部（メンタルヘルス研修会をFDと代替）

4. 学生の活動支援

1) グループ体験(1) 自助グループ

実施場所	実施日	テーマ	参加者
朝倉キャンパス	月 1 回 定例	ネコの港 (ASD の自助グループ)	1~4 名

2) グループ体験(2) River Mail (学生の創作グループ)

実施場所	実施日	テーマ	参加人数
朝倉キャンパス	10 月 29 日	お菓子作り	16 名
朝倉キャンパス	12 月 10 日	ヒーリング・ヨーガ	14 名

3) グループ体験(3) 農耕班(仮) (学生の農耕グループ)

実施場所	実施日	テーマ	参加人数
朝倉キャンパス	7・8・2・3 月	学内花壇の環境整備	2~5 名

4) グループ体験(4) 農学部グループ活動

実施場所	実施日	講師	テーマ	参加者
物部キャンパス	11 月 18 日	川上 由美子 先生	笑いヨガ	学生 5 名 , 教職員 7 名

5) 料理教室 高知大学生協との共同開催

実施場所	実施日	テーマ	参加人数
朝倉キャンパス	7 月 2 日	カレーピラフ 等	12 名
朝倉キャンパス	12 月 3 日	ナスとベーコンのアラビアータ 等	9 名

第 14 回 メンタルヘルス講演会 in 朝倉

「故意に自分の健康を害する人たちへの理解と援助」より抜粋

日 時：平成 27 年 3 月 8 日（日曜日）14：30 ～ 16：30

会 場：高知大学 朝倉キャンパス 共通教育棟 2 号館 212 番教室

講 師：松本 俊彦 先生

国立研究開発法人 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

自殺予防総合対策センター 副センター長

私は自殺予防の仕事をしていて、皆さんもご承知のように平成 10 年以降我が国の自殺者総数は一挙に 3 万人を超えて急増し、その状態が 14 年間ずっと高止まりしていたのです。これまた皆さんご承知のように、最近 3 年間は 3 万人を切り始めたと、対策が功を奏して少し減ってきたと言われていました。

ただ本当に対策が功を奏したのかどうかというのは、なかなか悩ましいです。というのは、平成 10 年のときに急増した層というのは 40 代、50 代の男性で、この方たちは皆団塊の世代なのです。しかも第一次ベビーブーマーで、この年代は非常に人口が多いのです。だからこの年代で発生したことは全体の統計に非常に影響を与えるのです。ところがその年代も 15 年経って年をとってくると、別の病気で死んだりするわけです。あるいはもう仕事を引退して、その仕事のなかの激しい争いから降りている人たちも結構多いですね。

そういったことがもしかすると 3 万人を切ったことに影響しているのかもしれないなとは思っています。ただいずれにしても、働き盛りの男たちの自殺は、確かにこの数年ずっと減少傾向にはあります。

しかし、この十数年の間全然自殺が減っていない層がある、もしかすると増加する気配がある年代があるのです。それが 10 代・20 代・30 代の比較的若年者と言われているのです。中高年から始まって、そのピークが段々と若年化していくという傾向は、アメリカやイギリスでも見られていて、恐らく日本もこの流れを追随していこうと言われていたのです。そういう意味では若者たちの自殺をどういうふう守っていくのかという観点も持つ必要があります。

働き盛りの男たちというのは、経済的な要因が大きな問題の一つです。それから、高知県でこんなことを言うと少しはばかれるのですが、実は働き盛りの男たちの自殺が多いところというのが、県内のアルコール消費量の多いところなのです。

高知県なんかは、実は結構それが問題なのだろうなとは思っているのですが、一方若者たちは少し違います。ただ若者たちの自殺の実態というのはまだ我々はよく分かっていません。ただはっきりしているのは、中高年以上の人たちは人生最初に自分の体を傷つけた

ことがそのまま自殺既遂になってしまう傾向が高いのです。一方、若者たちは、「いやそんなことでは死なないんじゃない」という、比較的軽傷の自分を傷つける行動を繰り返しながら、繰り返しながら段々エスカレートして死んでいる人が結構いるのです。特に若者の中で女性にその傾向が顕著です。

今日お話しできるのは、そんな風に「いやそなんじゃ死ねないよ」というような比較的軽度の自分を傷つける行動をする人たち、そういう行動がどのように自殺に関係していくのか、そういう子たちをどのように理解し、どのように支えていったらいいのか、そのヒントとなるような話をしたいと思っています。それでは早速始めたいと思います。

最初にここにお示ししましたのは何かというと、ある人気の漫画です。「ライフ」という漫画です。多くの若者たちが支持した漫画ですが、この漫画の主人公は、椎葉歩さんという高校1年生の女の子ですが、このヒロインはリストカットをしています。この人気漫画のヒロインがリストカットをするというキャラ設定は、20年前や30年前だったら少し難しかったような気がします。脇役ででてくる少し変わった子というキャラだったらあり得たかもしれないですが、ど真ん中のヒロインという設定は果たしてどうなのか。でもその漫画は実際ヒットしているのです。

この漫画を読んでいる若者達全員が自傷行為をしているとは思いません。しかし、自分のクラスメイトにそういう子がいて、友達がそういった行動をしていて自分としてもどうにか力になりたかったのだけど、どう対応していいか全く分からなくて悩んだ。こういう経験をしている若者達は結構いるのではないかなと思っています。

私は、これまで首都圏のいくつかの大学で非常勤講師として教えてきたこともあるのですが、大学生達に「中学校や高校時代に、自分のクラスメイトや友達でリストカットの様な自傷行為をしていた人いますか、手を挙げてみて」と言うと、ほぼ全員が手を挙げるのですよ。ですから、自分がしていなくても身近でそういうものを見ているという若者達が今非常に多いのだらうかなと思っています。

こういう自傷行為をテーマにした漫画がヒットしたり、あるいはテレビ化やドラマ化・映画化されたりすること、これには「良い部分」と「悪い部分」があります。

先に「悪い部分」を言うと、こういう風になると、この主人公〇〇さんと同じみたいだから「私もやろう」と真似する人が一定程度出てくる可能性はあるのではないかなと思います。ただ、人生上手くいっている人はあまり真似しなくて、真似する人はやはりいろいろなことで困っている人が多いので、真似も含めてサポートが必要な人とみなしていただければと思うのですが、しなくていいことをするという部分もないわけではありません。

それから「良いこと」について言うと、今日の話のなかでも言いますが、自傷行為を繰り返している人達の多くは、一人ぼっちの状況で誰にも相談できずにやっていることが少なくありません。ですから、切りながらもこんなおかしい行動をしているのは自分だけではないか。そう思ってすごく自分は頭がおかしいのではないかなと思って悩んでいるの

です。しかし、こういう漫画が出ることによって、自分だけではないのだ、こう思って少し安心できる部分があるのかもしれないなと思っています。ですからこういったことには必ず良い面と悪い面があって、一概に「こういうのがあるから悪いんだ」などによく言う評論家がありますが、そんな単純なものではないのではないかなと私は考えています。

では、実際どのくらい多いのでしょうか。これまで例えば、中学校や高校の保健室の先生、養護の先生達の研修会では、全国から「研修会に来てくれ」、「リストカットの対応をどうしたらいいか教えてくれ」と、本当に声が絶え間なくあって、学校現場では今こういったことが非常に深刻な問題になっているのだなということを痛感させられます。ただ皆漠然と多いというだけで、具体的にどのくらいの割合があるのかということはなかなかはっきりしていません。

平成 18 年に文部科学省が学校保健会に委託しておこなった、「保健室利用状況調査」というのがあります。養護の先生や担任の先生達が、この生徒さん自傷しているよね、と認識した生徒数を学校毎にピックアップしていただいて集めた学校を調査対象と学校の在籍生徒数を分母にして割り出すのです。つまり、自傷している中学生や高校生の割合です。そうするとどんな数字が出るかというと、先生達が把握した自傷経験のある生徒の割合は中学生の 0.33%、高校生の 0.38%というデータがでてきます。随分少ないですよ。

実は「この調査方法では駄目なんだ」ということを私は強調したいと思うのです。自傷行為をする人達はそんな対面式の問診などでは正直に言いません。いろいろな方法で自傷に関する経験率を調べた方法があるのですが、常に自傷経験率が高くでるのは、「無記名の直筆アンケート調査による方法」です。基本的に自傷は、皆に言いたくない問題です。

私はこれまで無記名の直筆アンケート調査でいろんな学校で調査をしてきました。これまで何万人かの子供たちのアンケートをとってきたのですが、何度やっても数字は変わりません。「切るタイプの自傷行為を、これまでの人生の中で少なくとも 1 回やったことがありますか」という質問に、「あります」と答えた中学生や高校生の割合が大体 1 割なのです。大学生でもいろいろな先行の調査がありますが、大体これと一致して 1 割です。もっと正確な数字を言うと、男子中学生、高校生の 7.5%が少なくとも 1 回以上の自傷行為の経験があり、女子中学生、高校生の 12.1%が少なくとも 1 回切るタイプの自傷をやったことがあるということがわかっています。

この 1 回以上の自傷経験のある 1 割の子たちだけをピックアップし、「10 回以上リストカットをしたことがありますか」と聞いてみると、この 1 割の若者たちのどのくらいが該当すると思いますか。約 6 割です。全校生徒 500 名の学校で、50 人 1 回以上の自傷行為の経験者がいて、そのうち 30 人は 10 回以上やったことがあります。10 回を全く問題ない、ふざけてやった、大したことではない、と果たして言えるかということ、私は言えないと思っています。そういう意味でも「あちこちにたくさんそういう子たちはいるのだ」と、まず認識してほしいと思います。しかも先ほど学校の先生たちを情報源とした文部科学省が委託した調査、それでは 0.33%か 0.38%の数字がでていました。

つまり自傷行為を経験したことがある人のうち、身近な大人に発見してもらい、気づいてもらえるのは全体の30分の1なのだと思います。つまり、我々が様々な援助の場面で、そういう自分を傷つける若者たちと会うことがあります。そこで遭遇しているのは氷山の一角でしかないのだということ、これもとても大事なことだと思います。

では何故ある種の若者たちは、わざと自分で自分の体を傷つけるのでしょうか。死ぬためでしょうか。実際に援助をしたことがある人の場合には、「いやそんなじゃ死ねないよ、すごく浅い傷だから」というふうに思いますよね。もしかすると初めて誰かが自傷した場面を見たことがある人は驚いて、これは自殺ではないかと慌てるかもしれません。

では、果たして死ぬためにリストカットをしているのでしょうか。ときどき「リストカットなんかじゃ死ねないよ」と偉そうに言う人がいますが、確かにそうかもしれません。彼らの多くは死ぬためにやっているわけではないです。

では実際、彼らは何のためにやっているのでしょうか。私が国内で調べた調査なのですが、自傷行為を繰り返す若者達に、「あなたが自傷行為をする理由として最も重要な物を1つだけ選んでみてください」と言うと、1番多いのは「不快感情への対処」なのです。

「不快感情とは何か」というと、激しい怒りや絶望感、緊張感、恐怖感、不安感、このような辛い気持ちのことを不快な感情ということで、私たちは専門用語で「不快感情」と言います。

皆さんこれまでの経験を少し振り返って欲しいと思います。10代の若者達が自分では手におえないくらいの辛い気持ちに襲われたときにはどういうふうにしたらいいか、とこれまで助言してきましたか。「自分じゃ手に負えないぐらいのつらい気持ちに襲われたら、こういう風にしなよ」とどうやって助言してきましたか。まさか「歯を食いしばれ」と「や根性で乗り切れ」と言っている人はいないと思うのです。いたらそれ自体が問題だと思うのです。自分の手に負えないわけですから、もう根性とか以前の問題なのです。正解は1個しかないはずですよ。「人に助けを求めなさい」、「大人に相談しなさい」ですよ。これしか正解はないのです。

ですが、彼らはそれをよしとしません。助けを求めずに自分で解決したいと思っている人なのです。何故彼らが助けを求めずに自分で解決するのでしょうか。ここから先は私の推測です。自分の周りに信頼できる大人がいないからかもしれません。助けを求めたときにきちんとそれに対応してくれる大人がいない可能性がある。あるいは信頼できそうな大人は近くにいるのだがその大人たちは忙しい。しかも、本人自身、若者自身が、自分は価値のない人間、自分は本来生まれて来るべきではなかった存在、自分は余計な存在、そういう思い込みがある。こんな価値のない自分のために忙しい大人の手を煩わされるのは申し訳ない。そう思って、助けを求めてない可能性があるわけです。

あるいは、なかには勇気をだしてちょっと周りの大人に相談したという人もいるかもしれない。ところが良い結果が得られなかった。あるいはもっと酷い目に遭った。

こういう経験をするなかで、「辛いときに人に助けを求めても無駄なんだ」、そういう

ふうには悟り、辛いときに誰にも頼らずに自分でその辛さを誤魔化し和らげ、なんとか耐え凌ぐ方法としてやっている人、これが1番多いのです。このことはとても大事なことです。

注意しなければいけないのは、少数ではありますが、死のうと思って自分の手首を切っている人もいます。とてもそれでは死ねないのですが、でも本人たちはそう思ってやっている人がいます。

「私辛い、誰か助けて」。何れもこれは多くの人達が持っているアピール的な自傷です。他者の視線を意識した自傷です。私はこのような他者を意識したアピール的な自傷が存在しないと信じているつもりはありません。それは確実にあるのです。あるけれども、一般の大人たちが思っているよりは遥かに少ないということがとても大事なポイントです。

そして更に言うと、この他者の目を意識して自傷をしている人たちも、最初から誰かの目を意識して自傷していたという人は意外に少なく、もともとは孤独な対処スキルとして人目を阻んで人目を隠れてやっていた。でも繰り返してやっているうちにだんだんエスカレートしてしまうことがあるのです。

皆さんのなかである疑問が湧いてきたらと思います。「ちょっと待ってよ」と。「なんで、自分で自分の体を傷つくと辛い気持ちが楽になるのですか、おかしいですよ」と。

1980年代におこなわれた研究で、その研究成果は「ランセット」と呼ばれる世界最高峰の医学雑誌の1つにその論文が掲載されています。その研究はどのようなものかということ、自傷行為を繰り返す患者さん達何十人かを研究室に集めます。そしてその研究室のなかで、リストカットをしていただきます。リストカットをする前後に採血をします。つまり前と後にリストカットをすることによって、血液中の成分にどのような変化が得られるのかということを確認します。さらに追試みたいに行っているのでは対照群の血液も採っています。リストカットをしたことがない健常な人を研究室にたくさん集めて、研究室のなかで人生最初のリストカットをしていただいて、その前後に採血をします。酷いですね。今だったら倫理審査を通らないのではないかなと思うのですが、そういう時代もありました。

その研究のなかで何が分かっているかということ、習慣的に自傷行為を繰り返している人達だけに見られる特異な現象として、切った直後に血液中のβエンドルフィンやエンケファリンといわれる分解産物の濃度が急激に上昇しているのです。

βエンドルフィンやエンケファリンは何かということ、脳内にあるモルヒネ様の物質です。つまり、内因性オピオイドという学術的には呼ぶのですが、もっと俗っぽい言い方をここではしましょう。脳内麻薬ですね。エンドルフィンとかエンケファリンというのは脳内麻薬です。

どういうことかということ、非常にショックなことがあり、耐え難い心の痛みを感じたときに、リストカットという方法で体に痛みを加えると脳内麻薬がでて、辛い気持ちを感じていた筈の脳みそに麻酔がかかったみたいになって、少なくともその辛い気持ちが

緩和される、あるいは心の痛みを感じる部分が麻痺状態・無感覚状態になって、その辛さを感じないで済むわけです。

精神科の診察室でリストカットを繰り返している若者たちに「どうしてあなたはそういうふうに繰り返し切るの」と聞いてみると、「切ると、スーッと気持ちがいいんです」とか、「切るとほっとして安心します」。こういうふうに言うのです。切っていないときの彼らの心模様というのは、いわば、厚く灰色の雲が垂れ込めた曇天状態、切った瞬間だけ雲が避けてそこから日の光が差し込んできて、なにか一息つけるような安堵感がある。こういうことなんだと思うんですよ。なかには「生きるためには切ることが必要」とか、「死なないために私は切っているんです、やめさせないで下さい」とかって、文句を言う患者さんもいます。それもそうかもしれませんよね。

死にたいくらい辛い今を、少なくともその瞬間は死なずにやり過ごすのに有効なのかもしれないということなのです。別の患者さんはこんな言い方をします。「心の痛みに対して、体の痛みで蓋をしているんです」こういうふうに言います。「蓋を」、「意味が分からない」、「どういうこと」って言うと、「先生分からないんですか、虫に刺されて痒くて痒くていくら搔いても痒みが止まらないときに、上から抓ったりしたことがないんですか」っていうふうに言われたりして、もうますます意味が分からなくなってきましたが。

そういう患者さん達と長く治療でお付き合いしてくると、数年ぐらい経ってからいろんなことに気付いてきます。しばしばそういう患者さん達は、思い出したくない過去があります。だから思い出さないように、心のある別室にそれを固く封印して、本当に蓋をしてさらにテープぐるぐる巻きみたいな感じにして封印しています。本人自身もそのことを忘れてることすら忘れていたような、そんな記憶があります。

その記憶というのは覚えていると、自分にそういうことが起きたことを覚えていると、本当に今すぐ死にたくなるようなショックな記憶なのです。だから、なかったことにしているのです。自分の生活史の記憶からなかったこととして、オミットしているのですね。除外しているのです。

でも、封印した蓋がときどき開きます。それがとても怖いのです。ある方はこう言いました。「心の痛みって意味不明でわけ分かんなくて怖いんですよ、だから切るんです、ここにあればここが痛いんだって自分を言い聞かせることができるじゃないですか」と言うのです。

要するに、こういう事でしょうね。彼らは、蓋を開いたときに覗いてくる心の痛みというのは自分じゃ説明できない痛みです。何故ならば、確かにそれがあったというふうな格好で、自分の生活史のなかにきちんと意味づけられていないからです。なかったことにされているから、何の意味付けもされていません。本当にあったことなのかどうかすらも分からない。

それから、突然心の蓋が開いてでてくる痛み、つまり自分じゃコントロールできない痛みなのです。自分では説明できない、自分ではコントロールすることができない痛み

から、なんとか気を逸らすためには同じぐらい強い刺激が必要です。つまり痛みが必要
です。しかしその痛みは、自分で説明できて自分でコントロールできる痛みである必要が
あります。それが体の痛みです。そういうふうにして、それと向き合うとすぐさま
死にたくなるような辛いことから目を逸らすために、そうすることによって一瞬を生き
延びるのに自傷行為は役立っている可能性はあるのです。

では、皆さんに聞きます。死ぬためではなく、生きるために、辛い今を生き延びるた
めにやっている自傷行為であれば、「やるな」と禁止するのは可哀想で、むしろ認めてあげ
た方がいいじゃないか、という気がしませんか。どうでしょう？「あなたが生きるために
それが必要だったら分かった、しょうがないよね。だから切ってもいいよ。そのかわり
自分の目の前でやると気分が悪いから隠れてやってくれる」、どうですか。こういうふう
に助言すればよろしいでしょうか。

私自身はどう考えているかという、切っちゃったことに関して、つべこべ説教を
したり反省を強いたりすることはやめて欲しいと思います。そのときには、それしか生き
延びる道はなかったのでしょうか。もちろん、もっといろんな選択肢、解決策、対処スキル
があったらいいと思いますが、それは今後学んでいただくとして、さしあたってそのとき
には、それが彼らの全力の今を生き延びる方法だったのだらうと思います。だから
頭ごなしに叱責したり説教したりすることはやめて欲しいと思います。

ただ、これから先長く続く人生、苦しくなる度に切ってやり過ごすということが、
果たして良いのかどうかなのです。僕はそれに関しては、正直に言うと疑問があります。
何故ならば、それは根本的な解決策ではないですよね。誰かにいじめられて、誰かに虐げ
られて、その辛さに耐えるために切っている。でももっと根本的で、建設的な解決策が
あると思うのですよ。

つまり、自傷は一時的な困難を生き延びるには役に立つけれども、長期的には本人を
取り巻く現実的な苦痛は、どんどん複雑化・深刻化していく可能性があるということ
ですね。これが自傷の長期的な問題点だと思います。

それだけではありません。冒頭に申し上げたように、自傷のもたらしてくれる心の痛み
に対する鎮痛効果、これを仲介しているものは何かって言うと、麻薬ですよ。脳内麻薬
です。モルヒネと同じような物質が仲介してくれている。麻薬っていうのは、実はある
特徴があります。それは耐性と言われるものです。慣れが生じます。使っているうちに
だんだん体が麻薬に慣れてきて、初めて使った時と同じぐらいの強い鎮痛効果を得るた
めには、いつの間にか 1 日あたりに麻薬を投与する回数を増やしていく、1 回あたりに投与
する麻薬の量を増やさないと、当初と同じ効果が得られなくなってくるのです。だから
だんだん麻薬の量が増えてしまうのです。同じことが自傷行為にも見られます。

最初は利き手の反対側、多くの場合左の前腕ですね、ここを週に 1 回切れば、辛い家庭
や学校や職場を生き延びることができた。でもそのうち慣れが生じてきて、週に 2 回とか
3 回とか毎日とか日に数回とか、より深く切らないと、同じ効果が得られなくなってくるの

です。いつも同じ左の前腕ばかりを切っていると、皮膚が癢痕化して固くなってきて、フレッシュな身体の痛みを感じるができなくなりますよね。そうすると、気持ちが切り替わらないで、今度はフレッシュな皮膚のある反対側を切ります。やがて反対側もいっぱいになっちゃうと、女の子で多いのは、スカートでも隠れる太ももの上の方を切ったり、半袖でも隠れる二の腕を切ったり、お腹を切ったりします。

なかには、切るという刺激では気持ちが切り替わらなくなってしまう子もいます。その場合には、学校の授業で使うコンパスやシャープペンシルを突き刺したり、火の付いた煙草を押し付けたり、抓ったり齧ったりっていうふうになってきます。こうやって生きるための自傷行為がだんだんエスカレートしていくなかで、生きるためなのに、深く切りすぎてしまい、そんなデリケートな場所、目立つ場所、切っちゃ駄目だよという場所をうっかり切って生き死に関わるような事故が生じることがあります。これがとても気になります。

それだけではありません。人生最初の自傷行為はどんな習慣的に自傷行為を繰り返す人に聞いても、やっぱり最初は生きるか死ぬかの大問題で切っています。でもそれが「つらいときを生き延びるのに役立つ」と発見してから、どんどんつらいことがある度に切っているうちに、以前よりも些細なことでも切りたくなってくるのです。前は切らなくても耐えられたことにも段々耐えられなくなってくるのです。これも鎮痛薬の依存症の人に似ています。

初めて鎮痛薬に出会ったのは、外科手術の後の術後の痛みをコントロールするためだった。でもすごくよく効く鎮痛薬だったので、その後の人生、どこかが痛くなる度にその薬を常用するようになった。それで段々と使用頻度が高まっていき、最後は朝目が覚めて頭が重苦しいだけでもその薬が欲しくなる。これと同じことが自傷行為にも生じるのです。例えば、朝友達におはようと言った。友達は一応おはようと言り返してくれたけど、いかにも嫌々そうだった。「ああ、私のこと嫌っているんだ。私の味方は誰もいないんだ。私は教室で一人ぼっちなんだ。もう切るしかない」、こういうふうになってくるのです。

ここまでのことをまとめると、自傷行為は、その困難を一時的に切り抜けるには役に立ちます。それは間違いない。しかしながら、長期的には、本人を取り巻く現実的な苦痛や困難は段々と複雑化し、深刻化していきやすい。それから、慣れが生じてきて、慣れた分を補うために自傷の程度とか、切る場所、傷つける場所をエスカレートさせるほかなくなってくる。さらに以前よりも些細なことでも切らないとやっていられなくなる。この3つが同時にやってきたら何が生じると思いますか。切っても辛いし、切らなければなお辛いついていう状態ですよね。切っても楽にならない。さりとて切ることを手放すこともできないのです。これまでは辛いときに人に助けを求めても無駄だ。人に相談したって、人なんかどうせ私のことを真剣に考えてくれるわけがない。人は必ず私を裏切る。でも、リストカットだけは、あるいはこのカッターナイフだけは、何があっても自分を裏切ら

ない。どんな酷い目にあってもこれさえあれば、私は自分の気持ちを必ずコントロールして平静でいられることができる。そう信じてリストカットに依存してきた人達が、そのリストカットにも裏切られる事態なのです。

その時に何が生じるか。2 つのことが生じます。1 つは、これまで教室の中で目立たなかった子たち、全然問題がないと思っていた子たちが、急にリストカットをして、誰か見えるところでリストカットして、誰かに気付かれて大騒ぎになります。あるいは、リストカットではなくても、例えば教室で過換気発作を起こして倒れて、保健室に運んでいって、皆で介抱していたら、あれ腕にいっぱい傷がある。ようやくその段階で本人が苦しみを抱えていて誰にも助けを求めなかったけれども、ずっと苦しんでいたことが発見されます。これは最悪ではないですよ。誰かに発見される場合、ではこの人支援するためにどうしたらいいか、では専門家に繋ごうか、精神科に行かせようか。いろんなサポートがでてくる、最悪ではありません。これは1つ。だから、ようやくそこにきて他者の目に触れるということです。

でも、もう1つの可能性はとても危惧すべき状況です。それは、この自傷の持っている心の痛みに対する鎮痛効果がなくなってきたとき、このときに自殺が起きるのです。これまでは生きるために、つらさを和らげるために、「このくらいだったら死なないよね」というふうに予測をつけて自分の体を傷つけていたのに、今度は死ぬことを目的として、「このくらいやれば死ぬよね」という意図のもとに自分の体を傷つけるのです。生きるために自傷行為を繰り返していた人たちが、自殺を今度企てるときには1つのルールがあります。普段生きるために使っていた自傷と同じ方法は用いません。

ある患者さんはこう言いました。「先生、リストカットは生きるためにやっている神聖なものですよ。死ぬために使う訳ないじゃないですか。そんな神聖なものを」って怒られたことがあります。だいたい別の方法です。多くの方はリストカットよりも一段危険性の高い方法をとります。過量服薬ですね。既に精神科に通院している人は、精神科の治療薬をまとめて飲みするかもしれません。精神科に行っていない人たちは、市販の風邪薬とか痛み止めを過量服薬するかもしれない。あるいは家族の誰かが飲んでる内科の治療薬をなんかたくさん飲んだりするかもしれません。幸いにも例外はたくさんあります。例外はたくさんあるのですが、過量服薬単独で死ぬことは稀です。ゼロではありませんよ。実際ゼロではないのだけれども、比較的稀です。だから、死のうと思ってやっても自殺が自殺未遂に終わるならば、そこで周りの人に気づかれて、「ああ、この人死を考えるくらい追い詰められていたのだ。じゃあ、これからこの人をサポートしていこう」というサポートチームができれば、最終的にその人は死なないですむかもしれないですよ。

でも、中には一部でリストカットが効かなくなったあと、死のうと思ってする行動がいきなり高いところからの飛び降りとか、首つりになってしまう人もいます。実際、東京都内で起きている高校生や大学生の特に女性の自殺では、このパターンは割と主流というかメジャーなタイプです。だから気付かれたのは、死なのですが、見てみるとずっと

彼らは見えない格好で、自分の体を傷つけていたということが分かる場合もあるのです。これは取り返しがつかなくなってしまうことですよ。

ですから、自傷は生きるためにやっているとはいっても、このままやって、自傷の効果がなくなってしまうと、次は自殺を考えるかもしれないということを頭のどこかで考えていく必要があるかもしれないなと思っています。

ただ、いずれにしてもうまく周りに気付かれて「この子自傷したんだ」ってことが分かって、まだこの子が生きている場合だったらいろんなサポートができますよね。よくあるサポート方法の1つが、担任の先生とか、養護の先生とか、スクールカウンセラーとか、学生相談室のスタッフなんか、説得して精神科治療に繋げるっていう方法があると思います。ただ問題は、我が国の精神科医療がどうなのかってことですよ。

私は8年前からずっと心理学的剖検という研究に従事してきました。これは、自殺既遂者の実態を明らかにするために、自殺既遂者のご遺族から、なくなった方の生きざま、死にざまを詳細に聴かせていただくという調査です。その調査のなかで、30代前半・未満の比較的若年の自殺既遂者を調べていて分かったことがあるのです。自殺直前まで精神科で治療受けていた人が結構多いです。中高年以上の人たちは、明らかにうつ病の状態になっていたのに精神科に繋がってなくて、もしかするとそれが原因で、最終的に自殺を防ぐことができないでいたのかな、という人が結構います、中高年以上の方たちは。でも若年の人たちは、中高年以上の年寄りの人たちに比べると、精神科に対する抵抗感は意外に乏しかったりするのは。割と気軽に行っています。でも、死んでいるのですよ。彼らの死の方には1つの特徴があって、最後命を失っている方法は、首つりや飛び降りのような致死性の高い方法なのですが、その行為に及ぶ直前に医者から処方された治療薬をまとめ飲みをしています。おそらく、酩酊状態のなかでやっているのです。これが私は怖いと思っています。

実は、日本の大体19%ぐらいの国民は、これまでの人生の中で1回以上本気で死にたいと思ったことがあるのです。だから、死にたいと思うことは割とよく見られる現象です。でも、そのように考えたことのある人のほとんどは死んでません。それはなぜかという、いろいろな理由がありますが、一番我々をブレーキかけてくれているのは、死に対する恐怖感とか、自分の体を傷つけることへの抵抗感だと思います。それが確実にブレーキになっています。

しかし、酩酊状態では違います。気が大きくなってきますし、勢いがついてしまいます。酒に酔ったのと同じ状態です。何も怖くなくなります。それが背中を押してしまっているのです。医者から処方された薬をそういうふうに使っている。そのお薬を処方した先生たちの真意からすれば、その若者の自殺を防ぎたいと思って出したはずの薬ですが、結果だけを意地悪な見方をしてみれば、崖っぷちに立っている人の背中を医者が押してあげたみたいな感じになりますよね。これは非常に残念なことです。

イギリスの研究者がおこなったメタ分析の結果、何が分かったかというと、10代のときに1回でもリストカットとか過量服薬をしたことがある若者と、そういう経験が全くない若者を比較した場合、10年以内に自殺既遂によって死亡する確率がどのくらい違うのかというと、400倍から700倍違うというデータがあるのです。確かにそれは今死ぬためにやっているわけではない。でも10年という長いスパンで見ると、その自分を生きるために傷つける必要があった人たちからでているのです。より多く、たくさん、数百倍も多く。

だから、リストカットでは死なないかもしれないけど、リストカットをする人はむしろ死ぬリスクが高いというふうなこと。リストカットを甘く見てはならない。考えてみれば、今を生き延びるためにそのような体の痛みが必要となっている自体がおかしいわけですよ。やっぱり何かトラブルを抱えているからこそ、その痛みが必要になっています。そこに注目して、背景にある問題に手を入れていくということができれば良いのですが、ともすれば我々援助者や大人は、リストカットというグロテスクな行動だけを何とかしたいと思うのです。「そういうのをやめろ」と。問題はそこじゃない。やめる、やめないじゃなくて、その背景にあるものを何とかすることが必要なのだと思います。

とはいえ、医療機関に勤めている方とか、保健室に勤めている養護の先生なんかは、「でも」と思うかもしれません。その理由は何かかというと、例えば「先生、切っちゃった。手当てして」とやってくる子がときどきいます。その子たちは、そんなに切迫した、10年において数百倍も自殺のリスクが高いほど、切迫した鬼気迫る顔をしているのでしょうか。多くの場合していないと思うのです。普通の顔をして平然と「切っちゃったので」と手当てを求めてきます。なかには、ニコニコしながら「先生切っちゃった。手当てして」と言ったりする子もいます。ニコニコされて切ったと言われると、なんかことさらに淡々としてしまう自分がいたりもするわけですよ。なかには意地悪な養護の先生は「学校で切った傷以外は、私は処置しません」とかと言ったりする場合もあります。本当にこれでいいのかということなのです。

おそらく、切った本人たちの切迫味のない、深刻味のない表情を見て、「大したことがないのだね」と思ってしまった援助者は、深刻なリスクアセスメントミスをしています。何度も言うように、リストカットは心の痛みに対する鎮痛効果があるのです。自分で治療をした後に来ているのです、心の痛みを。抗うつ効果もあります。少なくとも、我々精神科医が処方する抗うつ薬よりもはるかに効きます。問題点は効果の作用時間があまりにも短いことと、あまりにも深刻な依存性があるという点がリストカットの弊害ですけれども、瞬間風速としての抗うつ効果は、医者がだす抗うつ薬よりはるかにいいのです。

だから、自分でうつ状態を治療した後に来ているから、深刻味のない顔をしているのです。でも、おそらく切る前は般若面のような顔をしていたに違いないですよ。そのところを差し引いて、どんな困難を抱えているのかなということを推測する。これが

とても大事なことなのだろうなというふうに思っています。

それから、自傷行為を理解するときに、これもまたとても大事なことです。世の中には自傷行為や軽い自殺未遂とか様々な自分の体を傷つける行動があります。自分の体を傷つける行動をした人のうち、生きていた人だけですよ。生きていた人のなかで、傷つけた自分の体の治療をするために医療機関に行く人はどの位いると思いますか。リストカットなんか実はすごく少ないです。過量服薬だって行っていない人の方が多いと言われてます。それから、首吊りの途中でロープが切れちゃったとか、苦しくなって途中で諦めてやめたという人はほとんど病院に行っていないです。海に入ろう、入水をした。これも行っていないのではないかと。確実に行くのは、高いところから飛び降りた人ぐらいですよ。この人たちは、ほぼ確実に行くのではないかと思いますけれど、2階ぐらいで単に打撲ぐらいの人は行っていない人もいないのではないかとされています。

この研究は、日本でもアメリカでもフランスでも行われていますけれども、結果は一定しています。自傷や自殺未遂をして医療機関に行った人は、全体の1割以下です。

では、なぜ同じ行動をして医療機関に行く人と行かない人がいるのでしょうか。例えば、リストカットをして医療機関に行った人、行かない人。過量服薬をして医療機関に行った人、行かない人。この医療機関にかかる、かからないの境目、この違いは何だと思いますか。普通に考えれば、リストカットに関して言えば、切った傷が深くて縫う必要があったからその人は病院に行ったのではないかと、過量服薬した薬の量が多くて全身管理をする必要があったから病院に行ったのではないかと。そういうふうに普通の人は考えるかもしれません。つまり自傷の結果、もたらされた身体損傷の医学的な重症度がより重症だったから、医療機関に行ったのだ、と多くの人はそう考えます。

でも、実際に調べてみると、実はリストカットをして病院に行った人と行かなかった人、過量服薬をして病院に行った人と行かなかった人との間で、身体的な重症度に差がないことが分かっています。重症だから病院に行ったわけではないのです。では何かというと、病院にかからなかった人の方が、うつ状態がより深刻、自尊心がより低い、他者に対する不信感がより強い。それから、今回自分を傷つけた原因はさておき、日頃からいなくなってしまう、消えてしまいたい、死んでしまいたいという気持ちがより強いということが分かったのです。つまり、病院で手当てを受けていない人の方が、心に抱えている問題はより深刻だということが分かったのです。このことは何を意味しているかということ、自傷行為というのは単に自分の体を傷つけることだけを言うのではなく、傷つけた後に傷の手当をしないこと。あるいは、傷つけてしまったことを信頼できる人や援助者や専門職の人に伝えないこと、これも含めて自傷行為と言うのです。

だから、例えば、保健室に「先生、切っちゃった、手当てをして」と言った子たちに対して、我々はどういう言葉をかけたらいいかというと、「よく来たね」ですよ。「偉いね、よく来たね」こういうふうにしてあげなきゃいけないです。確かに自分を傷つけてしまった。でも、まだ自分を大事にしたい気持ちがあるから手当てに来たのです。

最後のケアをしないというところの自傷行為は省いたのです、途中でやめたのですよ。そこは「自分をよく大事にしようという気持ちが湧いてきたね、偉いね」と褒めてあげないといけないポイントなのです。

彼らの将来における自殺志望のリスクを数百倍も高めている、一番根っこの原因は何かというと、辛いときに、困難や悩みにぶち当たったときに、「人に助けを求めない」あるいは「助けを求められる大人がいない」ということが問題ですよ。

そうすると、我々医療関係者がしなきゃいけないのはどういうことかということ、確かにあなたの周りにはいる親とか学校の先生とか、もしかすると、「将来あなたが困ったときに医者や病院が少し何かの役に立つことがあるかもしれないよ」というメッセージを伝えて帰さなければいけないのです。

それでは、自傷を繰り返す若者にどのようにかかわったらよいのでしょうか？

彼らの支援をするときに一番大事なものは「初回面接」だと思います。なぜ初回面接が大事なのかということ、自分を傷つける若者たちの多くが、人を第一印象で決めつけます。すぐね「あの人が嫌い」。「あ、私もう合わないから駄目、会いたくない」と、こういうふうにするのです。実際、学校現場でもこの子たちは教員に対する好き嫌いが激しい子どもたちとして、先生たちを悩ませています。この子たちに「あの先生嫌い」って言われたら、フォーエバー嫌われたままです。

この初回の面接で必要なのは、自傷をさせなくすることではなくて、2回目も会える、あるいは3回目も4回目も会える関係性をつくるのが大事。そこで1個継続的に関わってくれる大人が増えることによって、少なくとも統計学的には彼らの自殺死亡のリスクは下がります。それをまずは大事な目標にして、途切れてしまっただけは何にもならないということ。変な説教止めてください。「自分を傷つけては駄目だよ」、「自分を大事にしないと」、こういうふうにするのは、彼らからすると飛んで火に入る夏の虫。自傷する子達は皆大人に漠然と敵意を持っています。大人たちをへこませてギャフンと言わせようと思って、言い負かせようと思っていつも手ぐすね引いていますね。「自分を大事にしないと、傷つけてはいけないよ」と言われたら、「どうして自分を傷つけてはいけないのですか」というふうにすると思います。答えられますか。「親からもらった大事な体じゃないか」「その親が気に入らない場合どうしたらいいんですか」と言われたらもうアウトですよ。どん詰まり。後は逆切れして「とにかくダメなんだよ」と。でも逆切れからでは援助始まらないですよ。

こういう状況に対して我々はどうしたらいいかということ、まず大事なことは「共感」です。自傷に共感するのではなくて、自傷しながら生き延びたことを褒めてあげる・

ねぎらってあげることが大事だと思います。「そうか、こういうふうにすると辛い気持ちが和らぐんだ、それはでもよく生きてきたね」って言ってあげれば良いと思います。でもそれだけで終わってしまって、切りながら生きていることを肯定したみたいに誤解されると、若干不本意ですよ。だから、「でも心配だな。この間、専門医の講演を聞いてきたんだけど、最初は効果があるみたいなんだけど、繰り返しているうちにだんだん効果が薄らいできちゃって、あるとき気付いてみると、切り始める前よりも、消えたいとか、いなくなりたいとか、死にたいっていう気持ちが強くなっちゃう人が結構いるって聞いたんだよね。あなたがそうなったらと思うと、とても心配」と。こういうふうに言ってあげれば良いのですよ。予測をして懸念を示してあげれば良いのです。

このときに大事なのは、予測や懸念を伝えるときには、極めて謙虚に言ってほしいです。間違っても、「あなたはきっとこうなる」とかね。こういう言い方はまずいですよ。決め付けられるのが大嫌いな人たちですから。「あなたは違うかもしれないけれども、この間の専門家の話では、自分の読んだ本では、あるいは自分の援助経験の中では、どうもそういう人が多くてね。そうなったらと思うと心配よ」と。こういうふうに予測してあげると、必ず継続して会っているとエスカレートしていきます。そのなかで最初に予め予測してあげると、自分の問題にハッと気付きやすいのです。深刻化する手前のところで気付きやすくなってくる。ですから、初回の面接から本人が自傷を手放す気持ちを持ってなかったとしても、焦る必要はないです。大事なことは関係を続けていながら、少しずつ本人に共感しながら懸念を伝えるというやり方で関係が途切れないように。しかし、決して目標は見失わないように。

でも一番の目標は自傷をやめることではなく、自殺をしないこと。その順番だけは間違えずに、どんなに酷くても自傷をしながら生きていることは死ぬよりはマシなことなので、そういうふうに大事にしなきゃいけないものの順位を忘れないようにしてやっていく。

だからといって、切ることを肯定しろと言っているわけじゃありませんよ。やはりだんだん切っているうちに、死が近づいてくるというのもあるし、自分の体を傷つけることへの恐怖感とか、死ぬことへの恐怖感がやっぱり切る度に減っていくのは事実なんです。だからそこは頭に入れながら。ですが、1回切ったからといって取り返しがつかないことでもないの、関係を継続することが一番大事ということです。

今日は時間がないので、細かな技法についてツベコベは言いませんが、とにかくお願いしたいことは『見える傷の背後には、必ず見えない傷があるんだ』ということです。何かあるのです。でも彼らは皮膚を切ると一緒に、辛い出来事の記憶や感情の記憶を意識のなかで切り離しちゃっているの、そう簡単にそれに気付くことはないかもしれません。すぐには言ってくれないかもしれない。言ってくるには数年を要する場合があります。「でも何かあるかもしれない」と。こういうふうにしてほしいです。

傷の背後には何かあるかもしれない。ひょっとすると、ない場合もあると思います。

何もない自傷もあると思いますが、何かあるかもしれないと思って、実はなかった場合は、全然取り返しがつかない失敗にはなりません。でも何かあった場合に、ないって決め付けて関わったときの取り返しのつかなさ半端ではありません。確かにその先生がやった失敗は、刑事的な責任はもとより、民事的な責任さえも問われないでしょう。文部科学省は教員がこうすべしとか書いてないから、言ってないから。でも、倫理的な部分では、相当深刻なことをやらかしちゃったと思うのです。

自傷する子供たちにとって、自傷を見て卒倒してしまう人とか、「キャーッ」と顔を覆う人に一番傷つきます。彼らから言わせれば、「ちょっと待ってよ、自分はこんなもんじゃないんだけど」と。「自分のこの傷もって酷いんだけど」と思って、その人に話す気はなくなってしまう。この人にたぶん話したら、この人プライベートまで引き摺っちゃって、私生活までグチャグチャになってしまうに違いない。だからこの人には言うまいと思って、「私これ趣味ですから、切ると気持ちよくなって」とことさらに悪ぶって、自分のことを自傷ラーと呼んで、「援助の必要ないですから」というふうに遠ざけちゃうそうです。だから「キャーッ」って言っちゃう人は、そもそも援助の手前で駄目ってことです。確かに、こういう傷は我々を動揺させます。だけど大事なことは、感情的に反応しないことです。我々はいびつくりして、「何馬鹿なことやってんだ」と頭ごなしに叱責します。あるいは、過度に優しくなって「大丈夫、痛そう」と、もう涙ながらに過度に優しくなったりします。あるいは、どう対応していいか分からなくて、結局見て見ぬふりになっちゃう場合もあります。どれも、本人にとってはインパクトの強い反応です。

一番インパクトが少ない反応はどんな反応かという、外科医のような反応です。外科医はこういう傷を見たからといって別に同様はせずに、傷の深刻度を冷静にアセスメントして、縫う必要があるものは縫うし、縫う必要がないものは消毒したりとか、テープでしたりとかガーゼあてたりとかします。そういうふうな処置を丁寧に粛々とした後に、この子がこうする背景にはどんな問題があるのだろうか、何かあるのだろうか、というふう考えるタイプ。

つまり、「感情的に反応するな、医学的に反応せよ」。英語で「**Respond medically Not emotionally**」という言葉が書いてあります。これが一番自傷を強化しない、こじらせないやり方です。うっかりこれで自傷がもっている他者に対するパワーを発見させちゃうと、今度は本人が自分の存在を確認するために、他者に対してこれを駆使するようになってくる。何が可哀想かっていうと、本人のサポーターが減ってしまいます。クラスで孤立し、家庭で孤立し、学校で孤立し、皆あいつに関わりたくない、あいつはパーソナリティ障害だ、人格障害だから関わるとかえってエスカレートするからよくない、と言っているうちに死になってしまうのです。だから我々は「冷静に反応する」。これがとても大事だということ。

そして、これは少し難しい図ですが、我々の自殺既遂者、もう死んでしまった人たち

だけのデータを用いましたが。自殺で亡くなった方たちのなかにも、結構な割合で、自傷や自殺未遂のエピソードが過去にある人がいます。その人達を何十人も集めて最初に自分の体を傷つけてから、その後最終的に自殺して死んでしまうまで 10 年かかっている人もいるし、30 年かかっている人もいるし、3 日後の人もいます。

この最初の自傷から、命を落とすまでの期間を長くする要因は何だろう、あるいは短くする要因は何だろう。こういう分析をしました。そこで分かったのは、この自傷後の残りの人生の期間を長くする要因は何かと言うと、「自傷した後に、病院に行って傷の手当を受けること」なんですよ。たとえ精神科医がいなくても、外科医がブスとした顔で傷の手当をただけでも、何か分からないけど、統計学的には延命効果があり、その後、生きている期間を伸ばしてくれることがわかっています。もちろん、これはすべて自殺既遂者のデータを用いた分析なので、最終的にこれはみんな自殺しているかもしれないけど、最初の自傷から 30 年生きるのと、3 日しか生きれないとのでは全然違いますよね。だから、そういう意味でも傷の手当はきちんとした方がいいというふうに思っています。

こういう関わりをやってくうちに、必ず彼らは「死にたい」と言ってくれるようになると思います。本当は死にたかったのです。と申しますか、切っていないときには死に繋がる考えでいつも頭はいっぱいです。でも切っているときには「死ぬために切っているわけじゃない」。でも切っていないときには、漠然と「居なくなってしまうたい」、「消えてしまいたい」という気持ちはあるのです。実は、死ぬために切っているわけじゃないけど、死とはいつも近いところ。そのなかで「やっぱり死にたい」というふうに言い出してくれる若者もいます。

これは、明らかに関係が深まったという証拠です。何故ならば我々が、精神科医として言うのですが、臨床現場で体験してきた死というのは、必ず青天の霹靂の様に生じます。確かに、死にたいと告白することは間違いなく自殺のサインです。でも、「死にたい」「死にたい」と言いながら、生きて 5 年、10 年私の外来に通っている人もたくさんいます。

この死にたいと言った人に対して我々がしなければいけないのは、「まず聞くこと」です。でも、ただ聞けばいいというわけではないです。向こうのまとまりのない話をときどき要約して「つまり、あなたはこういうことで苦しんでいるんだね」というふうに、論点を明確にするような相槌を打ちながら聞くということが大事です。

それからもう 1 つ、「質問すること」です。自殺がいいか悪いかを議論してもそれは神学論争です。これも同じように誰にもわかりません。ただ、これもはっきりしているのは、今現在がハッピーな人は死にたいと思わないということです。だから、大事なことはハッピーじゃない原因、それが何なのかを知りたいですよ。それで我々は聞くわけです。「あなたの気持ちをそこまで追い詰めている理由について、もう少し具体的に教えてくださいませんか」。お金がなかったり、将来の展望がなかったり、家族や恋人とうまくいかなかったり、そういった事を知りたいのです。それに対して、その背景にある問題に対して、我々にできることは何なのか。自分にはできないけれども、誰につなげたらいい

のか。これを考えるのが「自殺のリスクマネジメント」なのです。

決して、自殺に関して禅問答をすることではない。死にたい気持ちの背後にある現実的な問題、しばしば複数の要因が絡まっている、そこをマネジメントしましょう。

それから、自傷を繰り返す若者たちは慣れてくると些細なことで、「ああ、死にたい」とか、物につまずいてこけただけで「ああ、もう死にたい」とか、すぐに言ったりとかして、挨拶みたいに死にたいと言う人がいます。そうすると、つい我々も頭にくて、「軽々しく死にたいとか言わないで。死にたいとかいちいち考えてはダメ」とかね。考えるのはいいじゃないですか。それは思想言論の自由の範ちゅうだと思います。そういうふうに言ってしまう人がいます。

では、こういう人たちをどう理解したらいいかということですが、私たちは結構言葉には救われていると思うのです。嫌なことがあって「ムカつく」とか、「あいつもう絶対帰ったら藁人形を作ってやるからな」とか。こういうふうに言うことで、私たちは少し実は楽になっています。その愚痴を誰かに話して、「だよ、あいつムカつくよね」というふうに言ってくれると、もっと楽になりますよね。やはり言葉とか、特に「ムカつく」とか、「頭きた」とか、「辛い」とか、こういう感情語というのは、少しだけ私たちにカタルシスを与えてくれます。でも、自傷する人たちはその感情語、腹が立ったということ意識する前に、体の痛みで心の痛みを蓋をしてしまいます。

ですから、言葉によるカタルシスが全然ない。それどころか、いつの間にか感情語が退化してしまって、ムカついているかどうか分からないということになってしまう。そうすると、名前が与えられてない感情の塊みたいなものが、いつも心の中にたくさんあるのですよ。コップで例えるならば、言葉によってストレスを解消している我々は、コップの中に水が少し入っている状態、少し溜まってもすぐにでていってしまいます。でも、自傷する若者たちの場合には、いっぱい水が入っていて、それこそ表面張力のおかげでプルプル震えながら、辛うじてこぼれないでいる状態だったりするのです。

ですから、上から目薬 1 滴垂れても溢れでます。だから、些細なことでも死にたいって言うのです。こういう人たちに対してどういうふうに言ったらいいかということ、「死にたい」と言ったら、「何があったか教えて」と。何かあったのだと思うのですよ。それを聞いてあげたりなどして、助言をしてあげればいいのかなどと思っています。

それから、例えば過量服薬に関してある思い込みがあります。お薬をまとめて飲みするときに、予告するが人いますよね。「先生、これからお薬飲むから」と。そうすると「予告するやつは絶対死ぬ気がないよ。アピールだよ」こういうふうにする人がいます。本当だろうか。私たちは大学病院に過量服薬で搬送されて入院した患者さんたちをたくさん集めて、自殺の意図から過量服薬をした群と、死のうと思って過量服薬をした群と、嫌な気持ちを忘れたくてとか自殺以外の理由で過量服薬した群と二群に分けました。そして、過量服薬の前の予告と「先生お薬飲んじゃった」と電話を掛けてくる過量服薬の報告に関して、どのくらい違うのかを調べました。報告に関しては、自殺の意図から過量服薬

した群にしても、自殺以外の意図から過量服薬した群にしても、3割から4割が報告をしていました。

問題は予告です。自殺の意図から過量服薬群の4割は予告していました。「もう薬飲みます」とか。自殺以外の意図から過量服薬したりした人は予告していませんでした。これって、多くの人たちが思い込んでいるのと反対だと思いませんか。多くの人たちは、自殺以外の目的からする人が予告すると思っていますよね、何故かという、自殺以外の意図から過量服薬した人のほとんどが「嫌なことを忘れたい」、それもリストカットと同じように、「この辛い気持ちを誰の力も借りずに収めたい」。人は信用できない、人に言っただってロクに話を聞いてくれないし、かえって傷ついただけだ。だから私はこの薬で嫌な事を忘れます。」

つまり、他者に対して何も期待していないのです。だから予告していないのです。

では、何故で自殺の意図から過量服薬した人は予告してしまったのでしょうか？ それは、「死にたい」と考えている人はいずれも、本当は「死にたい」と考えているわけではないのです。そうではなく、自分が直面している困難な問題を解決したいのです。でも、解決策がないような気がするから「死ぬしかないかな」と思っているわけです。でも「死ぬしかないのかな」と決めてもやっぱりまだ解決策あるのではないか。いつも揺れているのです。揺れているなかで4割ぐらいの人がうっかりこの計画を誰かに漏らしてしまっている……そういうことなのです。

何を言いたいのかというと、「死にたい」と言うことを誰かに伝えるということは、翻訳すれば「死にたいくらい辛いけども、その辛さが少しでも和らぐのであれば、本当は生きたい」ということなのです。

我々は「死にたい」という言葉を聞いたときにドキドキして、追い詰められた気分になります。たとえば、コーナーに追い詰められたボクサーのような感じ、あるいは、マウントポジションをとられてボコボコに殴られるK-1レスラーのような感じですが。しかし、事実はそうじゃない、「あなたはまだまだ戦える、勝機があるよ」ということです。でもこれは「死ぬ、死ぬと言うやつが案外死なないものだ」ということとは違う意味だ、と思って下さい。

そういう、やっぱり「死にたい」ということは自殺のリスクが高いです。でも言ってくれるということは、やっぱり我々に助けを求めているということですね。実際に本当に死ぬときは何も言わなくなります。直前の3日前には不気味なほど言わないし、自分の楽になる計画、要するに「楽になるには死ぬしかない」と思い込んでいるので、その楽になる計画を頓挫させられることがないように、援助者の前でことさら元気そうにふるまい、いつもと同じようにふるまい計画を隠そうとします。

こうなると、正直言うと、我々には助けることができません。だから「死にたい」と言ってくれているときが一番大事なチャンスだし、そのときであれば、一定の勝ち目はあると考えて、向き合っていただけだと思います。

実は一般の若者たち、10代でも20代前半でもそうですが、自傷している人は1割ぐらい確実にいます。その1割の人たちはどんな特徴を持っているのかというと、一般の中学生、高校生なんかの1割ですよ。病院に行っている患者さんたちではないです。その1割は、女の子の場合には摂食障害の傾向が結構ありますね。明らかに「拒食症」とか「過食症」と診断付く子もいるけど、そこまでいきませんが、いつも自分の体形や体重にこだわっていて、コンプレックスをもっていて、ときどき無茶なダイエットをしたりとか、あるいはそのリバウンドで過食しちゃったりとか、過食したあとに少し自分に罪悪感があって、たまになんだけど、こっそり喉に指突っ込んで吐いちゃったりするとかね。あるいは中学校あがったばかりですが「ぼっこりお腹」が気になって、いつも夜寝る前に「ピンクの小粒コーラック」をプチオーバードーズしてみる。広い意味で摂食障害的な傾向を持っている子たちがいますね。これも健康には良いことではありません。

それから自傷行為の経験のある1割の中学生、高校生たちは、早くから飲酒や喫煙をやっている人たちも多いです。健康にはよろしくないですよ。それから市販薬の乱用とかをしている人たちも多いです、明らかに多いです。日本の場合には数自体がそれほど多くないとはいっても、違法な薬物を既に使っている子供たちもこの1割の自傷経験者の方に明らかに多いです。

解釈は難しいですが、自傷行為の経験のある1割の中学生・高校生は、そうでない中学生・高校生に比べるとセックスの経験者も多いです。なぜ自傷する子供たちがセックスの経験が多いのか、これはなかなか議論が難しいです。もしかすると早くから性的な接触も含めた男女の関係を経験してしまうから、気持ちがかかなり揺さぶられてうっかり自傷してしまう子供もいるのではないかという仮説も成り立ちます。でも、一方で家の中にそもそも居場所がない。だから、少しでも自分が安心できる居場所や関係性が欲しくて、彼氏が私の体を望むならば、そういうふうに許せば自分の居場所ができるかもしれないと思って、自分の意識よりもちょっと早すぎるセックスをしているのかもしれない。

それでもしたければしても良いのですが、自傷経験のあるセックス経験者には2つの問題点があります。それは何かというと、1つはセックスのときにコンドームを使いません。自傷経験のないセックス経験のある高校生と比べると、コンドームを使う人の数が少ないですね、自傷経験者の場合は。やはり望まない妊娠であるとか、それによって学業的なキャリアが中断されて、仕事をしていても低賃金の仕事になりやすいという意味で、貧困の再生産みたいな感じになる可能性がある。それから、感染症の問題があります。高知ではそれほど問題ではないのかもしれませんが、東京ではHIVはざらにある問題です。私がやっている薬物依存症専門外来では、全員にHIVのスクリーニングをやっていますし、ときどきそこでHIVを見つけたりする現実があります。

さらにもう 1 つの問題点は、セックス経験のある高校生のなかでも自傷経験のあるセックス経験者は、これまでセックスのしたことがあるパートナーの数が多いです。なぜ、10 代半ばの女の子がこれまでセックスのしたことのある男性の数を聞いてみると、40 人とか 50 人とか 60 人でしょうか。いくら恋多き女でも、恋多すぎますよね。多分、恋じゃないと思います。不特定多数との恋愛、あるいは援助交際みたいなそういう行動なのかもしれません。そうすると、感染症だけではなくもっと恐ろしい犯罪被害に巻き込まれやしないかという不安があります。

こうして見てみると、いずれも健康によろしくない、自分の健康を損ない、自分を傷つける行動、広い意味での自傷的な行動とすることができます。つまり、リストカットをしている経験がある若者たちの問題は、リストカットだけではなく、生き方全体が自傷的というふうに言うことができるかもしれません。

ちなみに、10 代とか 20 代前半の若者たちに、こういう問題行動が 1 つあっただけで、近い将来おける自殺行動を起こす危険性が 2.3 倍高くなるそうです。2 つあると 8.6 倍です。6 つあると 277 倍です。つまり、自傷行為は地域のなかで、家庭のなかで、学校のなかでは、いずれも困った行動であるかもしれませんが、一方でこの困った行動をしている子供たちは、困っている人、困っている若者かもしれないわけです。つまり、支援が必要かもしれないのです。

それから、自傷行為をしていると将来における自殺リスクが高くなってしまいうからやめなさい。とにかくしては駄目だ。こういう関わり方があるかもしれません。でも、それもあまり意味がないかもしれないと思っています。というのは、リストカットがそうであるように、その行動をしているときだけ心の痛みが治まって、死なないで済んでいる人もいるかもしれない。例えば、援助交際をやっている子供たちがよく言うのは、「抱きしめられているときだけ自分がこの世に居てもいいのだという感じ。人から必要とされている感じがするんだ」と言います。そうすると、援助交際をやめることが何か根本的な解決策になるわけではない可能性がある。

ですから、自殺のリスクの高い、自分を大事にできない子たちに対して、我々はどう関わったらいいのか。学校現場や教育の現場で何ができるのか。家庭で何ができるのか。

本来、自殺予防教育はメンタルヘルス教育であるべきと考えます。それはどういうことかということ、自分が辛くなったときにどうやって人に SOS をだすのか。信頼できる大人に SOS をだす方法。それから、もしも友達が落ち込んでいた場合には、悩んでいた場合には、どうやってその友達を助けるか。信頼できる大人につなぐ方法。これを教えるのがメンタルヘルス教育です。それを見事に履き違えて、生命尊重教育という道徳教育にすり替えています。「命を粗末にするやつは、けしからん」、「自分の体を自分で傷つけるやつは不道徳だ。反社会的だ」と、こういうふうに教えます。でも、自殺のリスクの高い既に自分の体を傷つけている子どもたちは、一般の学校にも既に 1 割います。その子どもたちの特徴は、援助を求める力が弱いということです。でも、その自傷行為をしている

子供が不道徳だ、反社会的だと教えることによって、その子たちの援助希求能力が伸びるのでしょうか。「よし、リストカットのことについて先生に相談してみよう」こういう気持ちになると思いませんか。むしろ、孤立を深めて、恥ずかしくなって、ますます援助ができなくなっちゃう。だから、自殺予防教育と称しながら、リスクの高い子たちを逆に孤立させて引き込ませるような教育であるということです。

「自分を大事に」。でも自殺のリスクの高い子たちはこう考えます。「命が大事というのなら、なんで自分は小さい頃から親父にぶん殴られてきたんだろうか。なんで友達からいつも焼きを入れられるんだろうか。あっ、わかった。俺の命だけ大事じゃないんだ」。教室の中で「うちだけ特別だったんだ」と孤立感を得て、相談するのが辛くなりますね。

我々がやはり考えなければいけないのは、そうではなくて、全方向的に自分を大事にできない子たちの中でいちばんの自傷行為は、リストカットでもないし、危険なセックスでもないし、摂食障害でもないと思います。「辛い時に人に助けを求めない」ということだと思います。だからどうやって、「援助を求めることはいいことなんだ。そのことを言ったからといって、決して叱られたりはしない」という仕組みを、どうやって伝えるのかというのが大事ななと思っています。

今日の話のなかで、自傷を繰り返している子たちの 96%は、自傷のことを誰にも告げないと言いました。でも、ちょっとだけ嘘があります。誰にも話さないと言いましたけれど、正確に言うと、大人には話さないということです。友達には、自傷経験者の 35%は自傷のことを話しています。35%だけだけど友達には話しています。だから若者の自傷に気付くのは、大人よりも子供たちです。

難しいのは、友達はゲートキーパーになる可能性があります。しかし問題なのは、学校の先生とか、家族とか、あるいはカウンセラーとか、本来責任を持って若者たちのサポートができる人に言っていないということが問題です。ここの繋ぎをどうしたらいいか。

例えば、学校現場では、この自傷している子たちが友達に告白するときどんな言い方をしているかという、「あなた親友だよ。親友だから私との約束守ってくれるよね」「わかった。約束守るよ」「私、リストカットしているの。絶対、親や先生に言わないで」こういうふうに言います。その告白を受けた友達はどのようなふうに反応するかという、2つのパターンがあります。

1つは、「わかった。私は親友だから、あなたとの約束を守るよ。その代わりに、私とも約束して。もうリストカット絶対しないで」と言います。でも、そんな約束したぐらいで止まらないですよ。何度もリストカットをしてしまいます。そのうち、友達がキレます。「なんであなたはそうやって私との約束を破るの、私を裏切るの、もう絶交よ」。と。気付いてみると、だんだんと教室の中でその自傷する子たちに話しかける友達が減ってきて、孤立していきます。そして孤立するなかで、ますます切らざるを得なくなっていくます。

もう1つのパターンは、「絶対に秘密にして。私、リストカットしているの」と言われた

ら、「わかった。じゃあ、私からお願いがあるの。切りたくなったら、死にたくなったら、夜中でもいいから、ラインで、メールで、あるいは電話で私に相談して」と言います。でも、子ども達が相談してどうにかなる問題ではありません。でも優しい子がいて、だいたい似たような境遇で一生懸命相談にのってあげます。でもやっぱり、対応には限界がある。あるとき夜中にうっかり寝てしまいました。その子からラインでメッセージがあったのに、気付かなかった。朝起きてみると、やっぱり切っちゃって、切った写真を送りつけています。「切っちゃったよ」と。それでその子がどう思うかというと、「自分が友達として至らないから、あの子に切らせちゃった」と自分を責めて、気づいたらその友達も切っています。

実際に、こうやって自傷は伝染していきます。これまで、学校の中で何度調査しても、全校全体では1割ぐらいの自傷経験率だけれども、クラスごとに見てみると、すごく多いクラスとすごく少ないクラスの差が激しいです。やはり教室単位では自傷の伝染が起きています。自傷していることを、友達は知っているけれども、責任持ってサポートしてくれる大人たちが知らない。これによって、自傷する本人が孤立したり、あるいは教室内で自傷が伝染したりするという現象が起きています。どうやってこの繋ぎを良くするかです。

アメリカのマサチューセッツ州では、休み時間に15分位のDVDを見せています。メンタルヘルスの教育をしています。人は生まれてから死ぬまでの間、4割ぐらいの人が鬱病の診断が可能な状態に、必ず一時期はなるということがわかっている。もちろん、そのなかで精神科に通う人はごく一部だけれども、ただ、鬱状態自体、あるいは鬱病自体はそんなに希な状況ではない。自傷行為も、若者たちの1割から2割には見られるということです。それはいい行動ではないけれども最悪ではない。何故ならば、その自傷行為は誰かに気付かれたときには、その誰かがちゃんとした人だったならば、「あ、困っているサインなんだ」と思って、人に繋げてくれるかもしれない。

ですからもしもあなたたちが、誰か友達が自分を傷つける行動をしていたら、見て見ぬふりをせずちゃんと声をかけてあげよう。そして、「あなたのことが心配だ。力になりたい」ということを伝えてあげよう。そして、その子はひよっとすると「先生や親に内緒にして」と言うかもしれない。でも、ちゃんとそこをふり切って、信頼できる大人につないであげよう。しかもその親や先生に言わないというときのネゴシエーション、交渉の仕方まで教えています。

もしも立場が逆だったらどう思うか。自分の親友がトラブルを抱えていて困っていて、でもなんとかか力になってあげたい。でも、自分にはできることに限界がある。そのことがわかっているのに、君だったら見て見ぬふりできるかと言います。俺は出来ないよ。それでつなげてあげよう。

さらに子どもたちに伝えているのは、「困った問題だったら、自分の親以外に少なくとも3人の大人には相談しようね」ということを言っています。なぜ3人に1人ということ

言っているかという、自分の精神科医としての経験だけではなく、一応社会人としての40 年間の経験のなかで、すべての大人が信頼できるとは正直思いません。でも3人に1人ぐらいは希望的観測を含めて、まあまあ信じられるかなと思ったりもしています。3人には相談してくれれば、その3人に1人に当たることができるのではないかっていう思いを込めて、「3人には相談しろ」というふうに言っています。

今日、私の話の締めくくりとして皆さんにお願いしたいのは、是非、ここにお越しの皆さんは3人に1人の大人になって欲しいということです。その3人に1人の信頼できる大人の条件、そんなに難しいものではありません。

1つは、「頭ごなしに決めつけない」ということです。何馬鹿なことをやっているのだと言う前に、何か訳があるのではないか、もしちょっと訳があったら教えてくれないかと言って、落ち着いて、善悪の価値判断をいきなり下すのではなくて、まず何かあるのではないか、と思って関わってあげる。頭ごなしに決めつけない、これが大事です。

そして、「信頼できる大人は孤立していません」。困ったことがあっても、いろんな知り合いに援助者や専門家がいて、その人たちに聞くことができる。つまり援助を求めることができるのです。自殺のリスクの高い援助希求性の乏しい若者たちをサポートする大人たちは、逆に援助希求能力が極めて豊富、高くなければならないのです。いろんな人に聞いてまわれる。自分ひとりで抱え込まずにできる。これがとても大事だと思っています。

Ⅲ. その他

1. 年間主要業務

実施月	朝倉地区	岡豊地区	物部地区
4月	<p>全学新任教職員研修（保健管理センターの説明） 入学式 救護 入学式（新入生へ）の講演（担当：北添） 新入生・春季入学留学生への保健管理センターコメンテーション 新入生健康診断 在来生定期健康診断 ・X線間接撮影 ・身体計測（身長・体重） ・尿検査 ・血圧測定 ・視力測定 ・内科検診</p> <p>新入生へのUPI, AQ, LSAS-J 実施・面接（4月～7月） 心電図検査 健康診断証明書発行 健康診断再検査 ・尿検査 ・血圧測定 ・視力測定 共通教育講義（4月～7月） グループ活動（ネコの港）（4月～3月） グループ活動（農耕班）（4月～3月）</p>	<p>定期健康診断 ・身体計測（身長・体重） ・尿検査 ・血圧測定 ・視力測定 ・血液検査（新入生、医5年、看護2年） ・内科診察</p> <p>オリエンテーション・健康調査（UPI、SDS） ・新入生、医3・5年、看護3年（SDS） 学間基礎論講義（大学生のメンタルヘルス） 健康調査（SDS、GHQ）とメンタルヘルス教育 ・研修医、新採用看護師 新入生感染対策調査</p>	<p>在来生定期健康診断 ・X線間接撮影 ・身体計測（身長・体重） ・尿検査 ・血圧測定 ・視力測定 ・内科検診</p> <p>健康診断証明書発行 健康診断再検査 ・尿検査 ・血圧測定 ・視力測定</p>
5月	<p>健康診断再検査 ・X線直接撮影 ・内科検診 心電図検査 特殊健康診断（血液検査） ・有機溶剤および特定化学物質の取り扱い学生 ・電離放射線の取り扱い学生 ・定期健康診断（内科検診）で指摘された学生 ・新入留学生 大学院講義（5月～7月）（担当：北添）</p>	<p>（5月～6月） 定期健康診断 ・身体計測（身長・体重） ・尿検査 ・血圧測定 ・視力測定 ・血液検査（大学院生） ・内科診察</p> <p>B型肝炎ワクチン接種① 健康調査（SDS） ・研修医、新採用看護師</p>	<p>健康診断再検査 ・X線直接撮影 ・内科検診 心電図検査 特殊健康診断（血液検査） ・有機溶剤および特定化学物質の取り扱い学生 ・電離放射線の取り扱い学生 ・定期健康診断（内科検診）で指摘された学生 ・新入留学生</p>
6月	<p>グループ活動（River Mail）（第1回） アルコールパッチテスト（第1回） 朝倉地区 教員（教育学部）対象の安全衛生研修会 （担当：岩崎） 安全・安心機機会会議 リーダーシップセミナー（担当：梅田）</p>	<p>胸部X線検査 心電図検査（インカレ出場者）</p>	<p>アルコールパッチテスト</p>
7月	<p>「楽しい料理教室」開催（第1回） 骨密度測定（第1回） グループ活動（農耕班）（第1回）</p>	<p>B型肝炎ワクチン接種② 心電図検査（インカレ出場者） 入試 救護</p>	
保健管理センター運営委員会			
8月	<p>オープンキャンパス 救護</p>	<p>入試 救護</p>	<p>オープンキャンパス 救護</p>
9月	<p>編入学（人文・理）試験 救護 A0（土佐さきがけプログラム）入試 救護 A0（社経・1次）入試 救護 A0（社経・2次）入試 救護 朝倉地区 教員（人文学部）対象の安全衛生研修会 （担当：岩崎） 秋季入学留学生への保健管理センターコメンテーション リーダーシップセミナー（担当：梅田）</p>	<p>入試 救護</p>	<p>大学院（農学専攻）入試 救護</p>
10月	<p>秋季入学留学生健康診断 アルコールパッチテスト（第2回） グループ活動（River Mail）（第2回） 小津地区 教職員対象の安全衛生研修会 （担当：岩崎） 大学院講義（10月～2月）（担当：北添）</p>	<p>健康プランニング相談（新入生全員） ・心電図 ・面談 入試 救護</p>	<p>秋季入学留学生健康診断</p>
11月	<p>ホームカミングデー 救護 教育学部 課題探求実践セミナー （フレンドシップ事業）救護 推薦入試Ⅰ 救護 骨密度測定（第2回）</p>	<p>入試 救護 インフルエンザワクチン接種 健康調査（SDS）</p>	<p>物部キャンパス1日公開 救護 推薦入試Ⅰ 救護 骨密度測定 学生教職員対象 メンタルヘルス講習会「笑いヨガ」開催</p>
12月	<p>「楽しい料理教室」開催（第2回） グループ活動（River Mail）（第3回） AO入試（地域協働・1次、2次）救護 リーダーシップセミナー（担当：梅田）</p>	<p>入試 救護 B型肝炎ワクチン接種③ メンタルヘルス研修会（教育学部担当：渋谷）</p>	
1月	<p>メンタルヘルス研修会（農学部担当：北添） 〃（理学部担当：北添） アルコールパッチテスト（第3回）</p> <p style="text-align: center;">大学入試センター試験 医務室開設</p>	<p>胸部X線検査 メンタルヘルス研修会（人文学部担当：渋谷）</p>	<p>大学院（農学専攻 2次）入試 救護</p>
2月	<p>推薦入試Ⅱ 救護</p> <p style="text-align: center;">スタッフミーティング（自殺予防ミーティング） 前期入試 医務室開設</p>	<p>メンタルヘルス講演会</p>	<p>推薦入試Ⅱ 救護</p>
3月	<p>障がい者雇用に関する講演会 （修学支援部門と合同主催） メンタルヘルス講演会 リーダーシップセミナー（担当：梅田） グループ活動（農耕班）（第2回） 卒業式・修了式 救護 教育実習学生 健康診断（尿検査） 在来生定期健康診断（新年度分） ・X線間接撮影 ・身体計測（身長・体重） ・尿検査 ・血圧測定 ・視力測定 ・内科検診</p> <p style="text-align: center;">後期入試 医務室開設</p>	<p>保健管理センター日より「ぼちぼちいこか」発行 医師、看護師、保健師 免許申請用健康診断 メンタルヘルス講演会 （兼メンタルヘルス研修会（医学部担当：渋谷））</p>	

2. 保健管理センター及び関係職員録

○ 保健管理センター運営委員

平成26年度

名 称	職 名		氏 名
委員長	保健管理センター	所 長	岩 崎 泰 正
委 員	人 文 学 部	教 授	山 下 興 作
〃	教 育 学 部	助 教	幸 篤 武
〃	理 学 部	准教授	小 松 和 志
〃	医 学 部	教 授	片 岡 万 里
〃	農 学 部	教 授	関 伸 吾
〃	保健管理センター	分室長	森 信 繁
〃	〃	准教授	渋 谷 恵 子
〃	〃	講 師	北 添 紀 子
〃	学 務 部	長	村 田 三 郎

○ 平成26年度 保健管理センター職員

朝倉キャンパス	保健管理センター 所長・教授	岩崎 泰正
	講師	北添 紀子
	臨床心理士	上田 規人
	看護師	梅田 牧
	学校医（非常勤）	前田 徹（産婦人科） （平成26年9月30日まで）
		山田 るりこ（産婦人科） （平成26年11月1日から）

岡豊キャンパス	分室長(神経精神科学講座 教授)	森信 繁
	准教授	澁谷 恵子
	看護師	隅田 はぎ枝
	学校医（非常勤）	小笠原 光成（第1内科）
		中山 修一（第2内科）
		池添 隆之（第3内科）
		山崎 直仁（老年病科）
		山本 雅樹（小児科）
		大湖 健太郎（皮膚科）
		谷脇 祥通（整形外科） （平成26年5月31日まで）
		公文 雅士（整形外科） （平成26年6月1日から）

物部キャンパス	看護師（非常勤）	木田 幸江
	看護師（非常勤）	岡田 智子

学務部	学務部長	村田 三郎
	学生支援課長	池本 強
	事務職員	町田 啓介
	専門職員（岡豊地区）	竹崎 洋司

3. 高知大学保健管理センター規則

平成16年4月1日
規則第307号

最終改正 平成20年3月26日規則第127号

(趣旨)

第1条 この規則は、学生の保健管理に関する専門的業務を行う厚生補導施設としての国立大学法人高知大学組織規則第26条第3項の規定に基づき、高知大学保健管理センター（以下「保健管理センター」という。）及び医学部分室（以下「分室」という。）に関し必要な事項を定める。

(業務)

第2条 保健管理センター及び分室は、次に掲げる業務を行う。

- (1) 保健管理計画の企画、立案に関すること。
- (2) 学生の健康診断及び事後措置に関すること。
- (3) 学生の精神的、身体的及び就学上の相談に関すること。
- (4) 環境衛生及び伝染病の予防についての指導援助に関すること。
- (5) 応急処置に関すること。
- (6) 保健管理の充実向上のための調査、研究に関すること。
- (7) その他学生の健康の保持増進についての必要な専門的業務に関すること。
- (8) 本学職員の保健管理業務に関すること。

(職員)

第3条 保健管理センターに、次の職員を置く。

- (1) 所長
- (2) 専任担当教員
- (3) 医療職員
- (4) その他必要な職員

2 分室に、分室長を置く。

3 前2項に掲げる者のほか、保健管理に関する専門事項を担当する者を置くことが

できる。

- 4 保健管理センターの教員人事については、所長は、欠員補充の可否を学長に協議した上で、高知大学センター連絡調整会議の議を経て、発議を行うものとする。

(所長及び分室長)

第4条 所長は、保健管理センターの業務を掌理する。

- 2 分室長は、所長の下に分室の業務を掌理する。
- 3 所長及び分室長の選考については、別に定める。

(運営委員会)

第5条 保健管理センターの適正な運営を図り、保健管理の充実を期するため、保健管理センター運営委員会（以下「委員会」という。）を置く。

- 2 委員会は、所長の諮問に応じ、保健管理センターの運営に関し必要な事項を審議する。

(委員会の組織)

第6条 委員会は、次に掲げる委員をもって組織する。

- (1) 保健管理センター所長
 - (2) 分室長
 - (3) 各学部から選出された教員 各1人
 - (4) 保健管理センターの専任担当教員
 - (5) 学務部長
 - (6) その他保健管理センター所長が必要と認めた者
- 2 第1項第3号の委員の任期は、2年とし、再任を妨げない。ただし、委員に欠員が生じた場合の補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。
 - 3 委員会に委員長を置き、保健管理センター所長をもって充てる。

(委員会の運営)

第7条 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。

- 2 委員会は、委員の3分の2以上の出席をもって成立する。
- 3 議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数の場合は、議長が決する。

(学生相談員)

第8条 保健管理センターに、学生相談員若干人を置く。

- 2 学生相談員は、学生の個人的問題について相談に応じ、その自主的解決のための

助言指導を行う。

3 学生相談員は、本学の教員のうちから学長が委嘱する。

4 学生相談員の任期は、2年とし、補欠により委嘱された学生相談員の任期は、前任者の残任期間とする。

(事務処理)

第9条 保健管理センターの事務は、学務部学生支援課が処理する。

(雑則)

第10条 この規則に定めるもののほか、保健管理センターの運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規則は、平成16年4月1日から施行する。

附 則（平成17年7月1日規則第545号）

この規則は、平成17年7月1日から施行する。

附 則（平成20年3月26日規則第127号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。