

# 小学生・中学生・高校生の自殺問題と対応

名島 潤慈

How to Deal with the Issue of Suicide among Elementary School Students,  
Junior High School Students and High School Students

NAJIMA Junji

(Received January 12, 2007)

キーワード：スクールカウンセラー 青少年の自殺 対応上の留意点

## I 本稿のねらい

自殺は理論的には3歳から可能である。Fassler et al (1997)によれば、アメリカでは5歳の自殺例がある。筆者の調べでは、日本では1979年9月3日未明に大阪市都島区のマンションの5階のベランダからある私立幼稚園の5歳男児が飛び降りた(朝日新聞朝刊より)。男児は幸い隣の2階建てビルの屋上の有刺鉄線の網に引っかかって未遂に終わった。右足首骨折などで5週間の怪我。男児は病院で「死ぬつもりやった」と話した。一人っ子で内向的性格。父親からよく、「食事が遅い」「寝小便をする」と叱られていた。当日も子ども部屋で寝ていたが、寝小便で目が覚めた。父親からまた叱られるのが怖くて死のうと思ったという。もしも有刺鉄線の網に引っかからなかったら、男児は死亡していた可能性が高い。このような例はあるがしかし、統計的には9歳以下の自殺はきわめて稀であり、自殺は10歳以降の問題と言える。

自殺問題は臨床心理士としての臨床経験が長くなればなるほど遭遇するが、しかし、例えばスクールカウンセラー(以下、SCと略す)として勤務している学校で小・中・高校生の自殺生徒が出た場合、たとえそのSCが新米であったとしても、動揺している教員や生徒や保護者に対して至急話をしてほしいという要請が学校側からSCに対してなされるので、この場合でもやはり自殺問題は避けて通れない。

筆者は本稿において対象を小・中・高校生に限定して、自殺問題とその対処について述べてみたい。検討の素材はいろいろな研究者の論文の他、ある精神保健福祉センターの思春期相談員(非常勤、12年間)、スクールカウンセラー(非常勤、10年間)、自殺予防を目的とするある電話相談機関の電話カウンセラー(月2回、15年間)といった筆者自身の臨床経験、長年にわたって収集した新聞や雑誌の自殺記事である。

## II 小学校・中学校・高校の各生徒の自殺者数

表1は警察庁生活安全局地域課発行の「自殺の概要資料」に基づいて2001年から2005年

までの学校別・男女別の数と比率（男子生徒の総計を女子生徒の総計で割ったもの）を表にしたものであり、表2は2001年から2005年までの5年間分の自殺者の平均と比率である。この二つの表からは次のことが言えよう。①小・中・高校生の1年間の自殺者数は300人弱である。②男子生徒と女子生徒を比較した場合、2001年から2005年の5年間分のデータ全体では平均して中学校と高校では男子生徒は女子生徒の1.6倍自殺しているが、小学校では男女同じである。③ただし、小学校の生徒は年によって男子生徒が多いときもあれば女子生徒が多いときもある。例えば2001年では男子生徒は女子生徒の1.8倍自殺しているが、2004年では男子生徒は女子生徒の0.7倍しか自殺していない。中学と高校ではどの年もすべて男子生徒のほうが女子生徒よりも多く自殺している。

表1 小・中・高校生の自殺者数と比率

		2001	2002	2003	2004	2005
小学校	男子	7	3	4	4	7
	女子	4	2	6	6	6
	合計	11	5	10	10	13
	比率	1.8	1.5	0.7	0.7	1.2
中学校	男子	49	36	45	45	39
	女子	29	18	38	25	27
	合計	78	54	83	70	66
	比率	1.7	2.0	1.2	1.8	1.5
高校	男子	125	106	140	117	130
	女子	73	68	65	87	85
	合計	198	174	205	204	215
	比率	1.7	1.6	2.2	1.3	1.5
総計		287	233	298	284	294

注：表のなかの比率とは男子生徒の自殺者数を女子生徒の自殺者数で割ったものである。

表2 5年間の自殺者の平均と比率

	小学校	中学校	高校
男子平均	5.0	42.8	123.6
女子平均	4.8	27.4	75.6
全体平均	9.8	70.2	199.2
比率	1.0	1.6	1.6

注：表のなかの比率とは男子生徒の全自殺者数を女子生徒の全自殺者数で割ったものである。

### Ⅲ 小学校・中学校・高校の各時期と自殺

#### 1. 小学生の自殺の特徴

自殺を考えてから決行するまでの時間がごく短い。青年期のように長いためらいや逡巡がない。しかも、縊首（首吊り）ないし飛び降りという致死度の極めて高い手段を用いる。ただし、小学校高学年になると縊首や飛び降りの他に灯油による焼身自殺や農薬、電車への飛び込みによる自殺がなされることがある。

自殺の決行場所は自宅ないし自宅の周辺が多いので（小学校高学年では学校内の場合もある）、親の側の注意が大切となる。その他、生と死の境界線の不分明さや素朴な生まれ変わり信仰などが背景にあり、総じて自殺の予測・予防は大変むずかしい。なお、大人から見るととても自殺できそうにないやり方、例えばいつもの風邪薬を少し多めに飲むといったやり方でも子ども本人はそれで死ぬると思いきこんでいる場合があるので、SCとしては、そういった行動をとる直前に死にたい気持ちが存在していたのかどうかを生徒に端的に質問して確認する。

## 2. 中学生の自殺の特徴

中学生になると自意識が発達するので対人関係がむずかしくなり、性欲動や攻撃欲動も一挙に目覚めてくるので精神内界が複雑となる。自殺の個人差も大きい。ごくささやかな理由で自殺する子もいるし、生きる意味とか自分の存在理由などに長く苦しんだ果ての自殺もある。破壊的自己の働きによって他殺に近い死に方をする子もいる。自殺の予測・予防はむずかしいが、生徒が種々の予告サイン (warning sign) を出すことも少なくない。

自殺手段は多様化する。縊首・マンションやビルや橋からの飛び降り・灯油による焼身自殺・心中の形の練炭自殺 (一酸化炭素中毒)・踏切での列車飛び込みなど (同じビルからの飛び降りでも中学生の場合には、睡眠薬を飲んで飛び降りるといったケースがある)。自殺の場所も自宅・学校・ビル・畑の脇の木・河川敷 (焼身自殺の場合) などさまざまである。ひどいいじめを契機とする場合、遺書や遺書めいたメモを残している場合が多い。

この時期、「死との戯れ」(西園, 1983) とも呼ばれる手首自傷が本格的に始まる。もっぱら左手首の内側の表皮を浅く傷つける手首自傷は傷そのものは軽微であり (縫ったとしても数針程度)、手首自傷の機能も緊張の開放、つらさや怒りの低減、精神的な窮地にあることの伝達といったものである。しかし、手首自傷が長く続けばそれだけ自殺の危険性は高まることに留意したい。これは手首自傷以外の自傷行為 (前腕や太股や頸部を切ったり、腕を焼いたり噛みついたり、頭や腕を殴打したり、指や腕に針を差し込んだりといった行為) についてもあてはまる。

## 3. 高校生の自殺の特徴

自我が本格的に発達し、自我同一性の形成にまつわる自殺も出現する。それは例えば、国民同一性と民族同一性との葛藤や、性同一性障害などと関係した自殺である。後者は、体は男性 (ないし女性) だが心は女性 (ないし男性) だと生徒が強く確信しているような場合で、クラスでのからかいやいじめの対象となりやすいし、生徒自身級友たちに対して異和感があるので孤立しやすくなる。

この時期の自殺にはまた、実存的・宗教的な側面も入ってくる。例えば、他人が見えないものが見えるという大変敏感な感受性を有していた高校2年生のある女子生徒 A は不眠のために処方されていた睡眠薬をため込んで自殺を図ったが、その理由は、究極の絶対者がいるのかどうか、この世では見つからなかったのだからあの世に行って確かめてみるというものであった。

高校生では心の迷いや葛藤が強く、結果的に未遂が多くなる。自殺を決行するまでの時間は長くなる。それだけ周囲は自殺の危険性を感じ取りやすくなる。自殺手段は中学生よりももっと多様化する。縊首・飛び降り・焼身自殺・集団練炭自殺・列車飛び込み・急性薬物中毒・港での重しをつけた水死 (入水)・心中のさいの感電死など。なかには、「タイマーをセットした手製の鉄パイプ銃」といった特殊な手段もある。うつ病や統合失調症といった精神疾患に起因する自殺も本格的に出現する。

## IV 青少年の自殺の危険因子

現時点では自殺を予測するための決定的な測度はないが、以下のことが自殺の危険因子 (risk factor) として挙げられよう (National Institute of Mental Health, 2000も参

照)。

(1) 過去の自殺未遂歴—過去において自殺企図したことがある。

(2) 男子生徒であること—女子生徒よりも男子生徒のほうに自殺が多い。ただし、第Ⅱ節で述べたように、小学校では年によって男子生徒のほうが多いときもあれば女子生徒が多いときもある。

(3) 精神障害や発達障害に罹患していること—この場合、大うつ病性障害（内因性うつ病）と注意欠陥多動性障害、気分変調性障害（軽症うつ病）と行為障害といった具合に、二つ以上の障害を合併しているほうがそうでない場合よりも自殺の危険性は高くなる。

青少年によく見られるシンナー・ボンドについては、集団で吸引する共同型よりも1人で吸引する単独型が危険である。例えば寺岡・坂梨（1980）の研究によれば、自殺を企図した10名のうち既遂に至ったのは4名で、内訳は「純粹単独型」（常に1人で吸引）が3名、「単独移行型」（最初は集団で吸引していて後に単独にかわったもの）が1名であった。自殺手段はすべて縊首であった。

(4) 最近の対象喪失経験があること—本人にとって大切な人・物・動物などが失われた経験。その場合、例えば離婚によって大好きだった父親がいなくなるとともに母親の実家に転居し（＝転校によって友人が失われ）、そのうえ可愛がっていた猫が交通事故で死ぬといった具合に、短期間のうちに対象喪失経験が重なるときには要注意である。

(5) 現在頼りとなる人が欠如していること—転居・転校によって親友と別れたり、仲のよかった級友と喧嘩別れしたり、親の離婚によってそれまで子どもが頼りとしていた父親（ないし母親）がいなくなったりすることによって、本人が現在頼りとする人がいない。

(6) 自殺の家族歴があること—祖父母や両親など、近親者に自殺者がいる。自殺傾向そのものが遺伝するという意見があるし、うつ病などになりやすい体質が遺伝するとも言われている。

(7) 過去において被虐待体験があること—幼児期において親や近親者から精神的・身体的な虐待を受けている。

(8) 学校でのいじめ—学校場面において、金銭の恐喝や暴力、人前で笑いにされるといったひどいじめを受けている。特に人前での屈辱体験は人間としての尊厳を奪い取る。

(9) 事故傾性—しょっちゅうささやかな事故を起こして怪我をしたり、発達年齢にそぐわないような事故を起こしたりする。これは、意識的・無意識的な自己破壊傾向の現れとみなされている（高橋, 1996）。

(10) 性格特性—抑うつ的・依存的・孤立的・完全主義的性格など（高橋, 1999を参照）。最後の完全主義的性格はささいな失敗を重大視して自分を許せないとか他人に弱音を吐けないといった性格であり、友人も家族も不意の自殺に驚かされることが少なくない。

(11) その他—上記の虐待やいじめの他、悪性の対人体験によって引き起こされる種々の心的外傷体験がある。例えばある中学2年生女子のBは、①近所の男性からのいたずら（小学校6年）と②見知らぬ男性からのいたずら（中学1年）によって生じた「不潔でいやらしい男」というものに対する不快と恐怖、けがされた自分の体に対する嫌悪感、自分にも油断があったという自責感、さらには②の男性と顔立ちがよく似ていた教師とのいざこざによって中学2年から手首自傷・入水・睡眠薬といった自殺行動を行うようになった（名島, 1981）。入院治療とカウンセリングによって軽快したが、特に思春期の女子にとっ

ては体にまつわる外傷体験は克服するのがむずかしいことが多い。

## V 青少年の自殺の一般的な予告サイン

### 1. 言葉

直接的な言語表現としては「死にたい」「あの世に行く」「自分なんかいないほうがいい」など。間接的な表現としては「旅に出る」「家を出る」「遠くに（遠いところに）行きたい」「（親に対して）お世話になりました」「ゆっくりと休みたい」など。ちなみに、中・高校生の自殺予告の相手には友人が選ばれることが多い（長岡, 1980）。

### 2. 行動

直接的行動としては、「自殺行動（自傷行為を含む）」「遺書を書く」「死にたいといった内容の手紙やメールを友だちに出す」などがある。

間接的行動としては、筆者の経験からすると、「友だちに形見分けの品物を残す」「自分が愛読していた漫画やCDやDVDを売りに行く」「自殺作家の書いた小説に共鳴する」「親や兄弟姉妹に対してひどく優しくなる」「ノートの余白などに死という漢字を書き連ねる」「急に部屋のなかをきれいにする」などがある。自殺に関する新聞記事によると、「自殺の前日に友人に、どうやったら死ねるのかと聞く」「友人に借りていた品物（例えばリュックサック）を返す」「自分の写真や日記などを焼き捨てる」がある。その他、長岡（1980ab）によれば、「（高校生が）急に思い出したように中学時代の恩師や先輩を訪問する」がある。

なお、自殺は学校以外の場所でなされることが多いので、「自殺の決行の前日ないし当日に欠席する」「学校を早退する」といったことも自殺予告行動に含まれよう。

ここで自殺の予告行動は、非即時的なものと即時的なものに分けることができよう。例えば、中学生が形見分けの品物を教室の机のなかに入れておく（これは自殺後に発見される）のは前者であるし、小学生が学校のなかで「学校が面白くないから死にたい」などというメモをクラスの特定の友人に手渡すのは後者である。

後者のような場合、自殺するというよりもメモを手渡すことのほうに重点があることがある。例えばある小学校4年生女子のCは死にたいというメモをクラス内で友人に手渡し、不安になった友人はそのことを養護教諭に打ち明けた。Cはその友人ともう一人別の友人と計3人で仲良し組を作っていたが、メモを手渡した友人の態度がCにとっては冷たくなったように感じられてメモを手渡したのであった。

余談ながら、生徒が死にたいとか自殺したいという言葉や文字を発する場合、慎重に探ってみると、生徒の母親ないし父親が家庭内で他の家族成員に対して「死にたい」という言葉を頻発していることがある（母親ないし父親がうつ病で、抗うつ薬の治療を受けていることもある）。

### 3. 性格や気分の変化

自殺する直前に気分の変動が激しくなって、はしゃいだり不意に沈み込んだりする。自殺を決意した後では、急に素直になったり、何か透明な感じになったり、ごく普通の感じになったりすることがある。

#### 4. 抑うつ状態

抑うつ気分・自責感・自殺念慮（自殺観念）・自己卑小感・絶望感・不眠・浅眠・食欲低下・性欲低下・意欲低下など。なかでも、自殺念慮と絶望感の存在が重要である。

#### 5. 一見ささやかな自己破壊的行動

皮膚をひっかくとか市販の睡眠薬を少し多めに飲むといった行動でも、慎重に探索してみると自殺念慮が潜んでいることがあるので注意する。「ピンで自分を刺すといった浅い傷を負うだけのような一見些細な自傷行為が自殺に至る強烈で危険な衝動を示していることもある」という Maltzberger (1986) の警告は重要である。

#### 6. その他

種々の心理テスト、例えばバウムテスト・人物画・自画像といった投映法も自殺の予測に役立つことがある（名島, 2003a を参照）。

自由画や人物画といった絵の場合、Wadson (1975) の言う「絵による自殺思考の伝達 (pictorial communication of suicidal thoughts)」に注意する。具体的には、描かれた人物像の体の一部に傷がつけられていたり、絵のなかにループ状・螺旋状の形のものが描かれる。同じく Virshup (1976) も、「自殺の危険性を示す切傷線 (suicidal slash)」と「ループ現象 (loop phenomenon)」(首の回りに巻き付いている髪の毛とか、とぐろを巻いている蛇の絵など) の存在について警告している。これらのうち切傷線については、Hammer (1986) や Richman (1986) もその意義について注目している。もっとも、筆者自身は切傷線をほとんど経験していない。ループ現象のほうは、例えば螺旋状の紐とか激しく渦巻く樹冠といった絵を見ている。

絵の内容面では、枯木、禿げ山、腐った果物、吹き出る血やにじみ出る血、頭部のない動物、首吊りをしている人物などに留意する。これらは、ロールシャッハテストの反応内容として現れることもある。なお、天に昇りつつある人物にも留意する（齊藤, 1990）。絵画における「未完成サイン」（石川, 1980）にも注意する。

絵の特徴によって自殺の可能性が推測できる場合には、面接場面での注意深い質問によって自殺念慮の存在を確認しておくことが大切となる。

最後に、American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2004) がティーンエイジャー（13～19歳）の自殺に関して親が留意すべき事柄を挙げているので紹介しておきたい。それらは、①いつもと異なり食事や睡眠の量が変化する（筆者注：ほとんどの場合減少する）。②友人や家族から引きこもる。いつもやっていることをしなくなる。③暴力的な行為、反抗的な行動、家出が見られる。④薬物やアルコールを摂取する。⑤いつもと異なり身なりにかまわなくなる。⑥パーソナリティが著しく変化する。⑦しつこい倦怠感、注意集中のむずかしさ、学業面の質の低下が見られる。⑧情動と関係する腹痛、頭痛、疲労感といった身体症状を頻繁に訴える。⑨楽しい活動をすることに興味を失う。⑩自分は悪い人間だとか、墮落してしまったなどと訴える。⑪「もうわずらわさない」「大切なものはなんにもない」「何の役にも立たない」「もう二度と会えないだろう」などと言う。⑫身の回りの物を整理する。例えば、お気に入りの物を誰かにあげたり、部屋のなかをきれいにしたり、大切な持ち物を捨てたりする。⑬ひとしきり落ち込みが続いた後

で突如として快活になる。⑭精神病のサインが見られる（幻覚や奇異な考え）。

## VI 子どものうつ病の問題

うつ病と自殺とは強く関係しているが、近年子どものうつ病が注目されている。傳田(2002, 2004)によれば、うつ病の中核症状は、①睡眠障害（途中で目が覚める、朝早く目が覚める）、②食欲障害（食欲がない、体重が減少する）、③日内変動（朝調子が悪くて夕方から楽になる）、④体のだるさ（体が重く、疲れやすい）、⑤興味・関心の喪失（好きなことが楽しめない）、⑥意欲・気力の減退（気力が出ず、何事も億劫）、⑦知的活動能力の減退（注意集中ができない、頭が働かない）である。これらの中核症状が少なくとも4つ、2週間以上持続すれば子どものうつと診断されるという。

一般的に言って子どもの場合、①身体症状や行動面の問題（不登校など）が前景に出る、②抑うつ気分をうまく言語化できない—子どもはうつ気分を「悲しい」というよりも「いらいら」と感じていることが少なくないし、「すぐ怒ってしまう」「ものごとがすごく神経にさわる」と述べたりする（猪子, 2006）、③ごく普通の表情で時には笑顔を交えながらきちんと話をする事ができる（軽症うつ病の場合）といった特徴があり、うつ病の存在が見逃されやすい。SCとしては、小・中学生に上記のような中核症状が認められた場合には親の了解を得て、児童精神科医に紹介することが大切となろう。治療的には抗うつ薬のなかのSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）やSNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）をベースとして、種々の心理療法が行われることになる。

## VII 学校で自殺生徒が出た場合の対応について

(1) 教育相談担当教諭からSCに自殺事件の電話があった場合、SCはできるだけ早く学校に駆けつけるほうがよい。そして、緊急の職員会議を開いて対応上の留意点を教師に教示する。特に後述の連鎖自殺・後追い自殺が生じないように注意する。

(2) 窓口を一つにして（通常は校長）マスコミ対策を取る。なかには、「地元の〇〇テレビの者だが□□ちゃんのことについて教えてくれたらお礼をする」などという偽電話が生徒になされることがあるので注意する。この場合、生徒の親が最初に電話に出ると電話はすぐに切られてしまう。

(3) 形見分けや遺書の存否に注意する。生徒のロッカーや机の中。なかには、自殺直前に親しかった友だちに手紙を書いて投函する中学生もいる。この場合には本人の死後、友だちに別れの手紙が届くことになる。ちなみに遺書は多くの場合、自殺生徒の自宅の机の上とか中に入れてあり、遺族があとで学校側（校長）に提示してくれることが多い。

(4) 自殺生徒と密接な関わりのあった生徒と面接する。同じクラスの生徒、部活動を共にしていた生徒、一緒に登下校していた生徒など。自殺前にその生徒と喧嘩したりその生徒をからかったりしていたような場合、その生徒が自殺したのは自分のせいではないかという罪悪感から一時的にパニックに陥る生徒もいる。また、ある生徒が飛び降りや首吊りによって学校内で自殺した場合、最初にそれを発見した生徒や遺体を目撃した生徒では急性ストレス障害やPTSDが生じやすくなるので注意する。ちなみに、生徒の自殺は学級担任にとっても大きな衝撃となるので、学級担任への心理的援助を考慮する。

(5) 子どもに関する親からの相談にのる。相談内容は、子どもの不眠や食欲低下、落ち着きのなさ、退行現象（例えば夜、母親と一緒に寝たがる）、悪夢（誰かに殺されるとか親が死ぬ夢）など。同じマンションに住む同級生がマンションのバルコニーから飛び降りたりした場合、夜になると自殺生徒のお化けが出るのではないかと怯える生徒もいる。

(6) 教室で生徒たちの希望によって自殺生徒の机の上に花などを飾ったりする場合、どのくらいの間そうするかという問題がある。基本的には生徒たちと話し合い、生徒たちの気持ちを汲むようにする。例えば、49日間くらいいろいろな花を飾り、クラスみんなで自殺生徒の冥福を祈るという儀式を行ってから花瓶や机や椅子を撤去するとよいかもしれない。

## VIII 連鎖自殺についての留意点

高橋（1998）によれば、群発自殺は連鎖自殺・集団自殺・自殺の名所での自殺などを含む。典型的な群発自殺は、①発端者（アイドルスターや歌手）の自殺行動→②第一波の自殺行動（発端者と関係の深い子どもたちの死）→③マスメディアの過剰な報道や、共感性・被暗示性が重要な役割を果たす第二波の自殺行動（発端者と直接関係のない子どもたちの死）という経過をとる。例えば、アイドル歌手の岡田有希子は1986年4月8日、18歳でビルから飛び降り自殺した。朝方、東京都港区の自宅のマンションで、ガス栓を開いてカッターナイフで左手首を自傷。港区内の病院で4針縫合された後、昼過ぎに新宿区の所属事務所のある7階建てのビルの屋上から飛び降り自殺した。最初は6階の社長室にいたが（社長は留守）、付き人の女性の隙を見て部屋を抜け出したのであった。岡田有希子は3人姉妹の次女。彼女の母親によれば、がんばりやではあるが内向的で、芸能界向きの性格ではなかったという（佐藤，1986）。

吉田（1991）によれば、1986年4月から6月にかけての自殺の集積的発生は男子より女子に、10代前半により顕著であった。また同じく吉田（1995）によれば、岡田有希子事件の直接的な影響は11週間続いた。つまり、岡田有希子の自殺から6月中旬までの11週間に474件の未成年者の自殺があり、これは、1983～1985年の同じ時期の11週間の自殺死亡数の平均281件に比較すると急増していた。

群発自殺の機制は基本的には無意識的な感染（contagion）と意識的な模倣（imitation）によるが、その場合、生徒個人々の持つ死への感受性、ストレスの量やあり方が大きな役割を演ずる。

ところで、連鎖自殺は群発自殺の一つであり、自殺生徒が最初の自殺生徒と親密であった場合には後追い自殺となる。例えば、1人の小学生が入水自殺して学校全体が右往左往している間に自殺生徒と大変仲の良かった2人の小学生が翌日、学校のそばの川に入水するといったケースである。学校における連鎖自殺・後追い自殺の主な留意点は以下である。

(1) 緊急の職員会議を開いて、対応上の留意点について話す。

(2) 主として担任を通して生徒たちに生きていくことの大切さを訴える。また、緊急の援助機関の存在（例えば24時間対応の「いのちの電話」など）を生徒たちに知らせておく。

(3) 自殺した生徒と親しかった生徒との個別面接を行う。特に、葬式で非常にうちひしがれていた生徒、親友、恋人、自殺事件の後で欠席しがちな生徒は要注意である（高橋，



1999)。ただし、SC 1人だけでは手に余ることが多いので、教育相談担当教諭や養護教諭などと連携する。場合によれば、教育委員会や臨床心理士会を通じて他の SC の応援を求める。

(4) (事前に分かっていたら) かつて自殺未遂をしたことのある教師や生徒に面接する。「自死遺児 (親に自殺された子ども)」に相当する生徒にも注意する (自死遺児編集委員会・あしなが育英会編、2002によれば、2000年現在の20歳未満の自死遺児は約9万人とのことである)。

(5) マスコミ関係者へは、扇情的な報道が群発自殺・連鎖自殺を引き起こす可能性があることを伝えて協力を求める。具体的には、①簡潔かつ事実即し書き方を、②自殺生徒の自殺の仕方を詳細に書かない、③後追い自殺をしないよう読者に呼びかけてもらう、④緊急の相談先や電話相談機関の名前と電話番号を載せる、⑤新聞などの見出しには「自殺」という言葉を避けて「死亡」とだけ述べ、自殺については本文のなかで言及するといったことが大切となろう (National Institute of Mental Health, 2000; Gould et al, 2003を参照)。

## Ⅸ 自殺を志向する生徒との面接上の留意点

(1) SC がカウンセラーとして生徒の可能性を信じるのは当然のことであるが、自殺を志向する生徒の場合、SC としては、生徒が建設的な方向へと向かう可能性と破壊的な方向へと向かう可能性の二つをたえず念頭においておく必要がある。ただしこの場合、ややもすれば二つの可能性のどちらかを過大評価したり過小評価してしまったりするので注意が必要である。面接記録や面接経過をいくら検討しても状況がつかみにくい場合には、早めにベテランの SC や臨床心理士、精神科医にスーパーヴィジョンを受けるようにする。

(2) 慎重な質問によって自殺念慮があることが分かれば、過去の自殺未遂歴について聞く。この場合、一つ一つを詳しくきちんと聞いていくことが SC としての誠意となるし、生徒にとってもきちんと聞かれることが安心感をもたらしてくれる。過去の自殺行動の手段・方法と結果 (どういふふうにして助かったのか) について明確化していくことはまた、現在の自殺の危険度や緊急度を推定する手がかりともなる。

(3) 現在有している自殺計画について直接的かつ詳細に聞く。いつ、どこで決行するつもりなのか。自殺手段はもう用意しているのか。自殺のリハーサル (飛び降りる予定の場所を下見したり、首縄がきちんと締まるかどうかを確認したりする) を既に行ったのかどうかなど。

(4) 「死にたい」「もう死ぬしかない」といった生徒の訴えを茶化したり叱責したり、生徒と争い争ったりしない。やたらに説教したり激励したりしない。穏やかな、中立的な態度と口調で、死にたいことの意味や背景を明確化していく。また、たとえ自殺威嚇 (死んでやるといふ脅し) でも真剣に受け止めて傾聴する。

(5) 自殺は一過的な問題に対する不合理な解決法であることを強調する。一過的な問題なのでどこかに対処法があるはずだと述べて、対処法について二人で知恵を絞るようにする。

(6) いつでもつながる電話相談機関の番号を教えることによって生徒の「物理的な孤立」を防ぐ (例えば筆者が住んでいる山口県の近県では「岡山いのちの電話」「広島いのちの電話」)

ちの電話」「香川いのちの電話」などが24時間対応)。自殺の危険性が高い場合には、SCの携帯電話の番号を生徒ないし生徒の親に教えておく（自殺志向生徒が大学生以上の場合にはカウンセラーを操作するための手段としてカウンセラーの携帯電話をうまく利用する人がいるが、小・中・高校生の場合には、このようなことはほとんどない）。

(7) 生徒の自殺念慮や自殺未遂歴の告白によってSC自身が情緒的に困惑・惑乱するときには、別の専門家（熟練した臨床心理士や医師）に相談してみる。

(8) 自殺の緊急度が高いときには消防署か警察に連絡する。もしも生徒と一緒に専門家（精神科）のところに行く場合には、生徒を1人にしないようにする。そのためには、SCと生徒指導担当教諭（あるいは養護教諭や家族）といった具合に二人が生徒に付き添ったほうがよい。

学校内でももしも生徒が校舎の窓やベランダから飛び降りようとしているのを見かけたときには、すぐに駆けて行って生徒の胴体に抱きつく（それが無理なら足や手をつかむ）。生徒が窓の外の張り出し部分やキャットウォーク部分にいるときには、言葉かけに注意する。挑戦的・挑発的な言葉は禁物である。その生徒に関心があること、生徒が悩んでいることについてぜひ話し合いたいといったことをねばり強く語りかける。

(9) 種々の問題行動と強度のストレスが重なったときは要注意となる。例えば、自宅のドアのノブにかけた紐で縊首した高校2年生女子のDの場合、①思春期からの頻回の手首自傷や頸部自傷、②薬物乱用、それも医師・友人・インターネットで入手したと推測される精神安定剤や中枢神経刺激剤、③主治医による入院の勧めの拒否などが重なった。そして、「学業の遅れに対する焦り」（進級できないのではないかという焦燥感）というストレスがおそらく直接の引き金となった。多くの専門家が彼女の援助に携わったが、力及ばなかった。

(10) 生きることの意味について徹底的に話しあう。その場合借り物の知識では生徒に太刀打ちできないので、SCとしては絶えず生きることの意味を自分なりに明確にしておくことが大切となる。ちなみに、「自殺はいけない。死んだら無になるから」といった言い方はあまりにも教条的であろう。もしも死後の生命が存続するとすればこの言葉は嘘になるし、何よりもSC自身が「死んだら無になる」ことを前もって検証しているわけではないから。

(11) 自殺しないという約束を生徒と交わしておくことは有効である。その場合、自殺しないという約束を文書にして、最後に生徒に署名してもらうのもよい。

(12) 自殺未遂が生じた場合、その後もその生徒に対してねばり強く面接する。北村ら(1981)は、自殺企図者には少なくとも1年以上のアフターケアが必要であるとしている。

(13) 生徒が実際に自殺を試みた場合、できるだけ早い機会にその生徒と会って、自殺行動の意味について生徒と徹底的に話しあうことが大切となる。

(14) 生徒とそれまで定期的に面接していて途中で強引に入院を勧めると、生徒側の見捨てられ不安を急激に増加させることがあるので注意する。特に、過去において重要な他者からの見捨てられた経験を生徒が有している場合にはなおさらである。このような場合には、入院の必要性を生徒が納得のいくまで説明すると同時に、退院してからもきちんと面接を続けることを生徒に保証しておくことが大切となる。

(15) 面接中に自殺や自殺手段に関する事柄が出てきた場合には、慌てないできちんとそのことを吟味してみる。例えば、「自己臭」「劣等感」「自分のなさ」に悩んでいたある

高校2年生女子のEは、自分の父親が経営する医院からひそかに睡眠薬を盗み出した（その当時の睡眠薬は毒性が強く危険なものであった）。Eとの話し合いの結果分かったのは、これは自殺の準備ではなくて、①禁じられた遊びを行っているというスリル（自己賦活化作用としての薬）、②この薬があると死のうと思うと死ねるし生きようと思うと生きられること（最後の切り札を手中にしているという自己統制感を与える薬）、③級友の言動から自分が軽蔑されたと思うと薬を飲んでやろうかという感じになり、飲んで死ねば同情されると思う、そしてそこまで思うと心が落ち着いて死のうという気が薄れること（自殺を夢想することによる自殺行動の抑制効果）、という3つの側面があった（名島, 1989）。

## X 自殺予防教育について

小・中・高校で自殺予防教育を行っておく。特に、精神的に行き詰まったときにはどこに電話すれば相談にのってもらえるかということを教えておく。どこにどういう相談機関があるのか、インターネットを利用した子どもたち自身による自己学習もよい。自殺予防についてのグループ討議も有効である。ただし、死への感受性を有する生徒のなかには、自殺予防に関するこのような教育・学習活動によってひどく傷つく生徒もいるので注意する。

級友から「死にたい」「自殺するしかない」などと打ち明けられたときの対応の仕方も生徒たちに教示しておく。例えば、①死にたいという級友の訴えに正面から耳を傾ける、②訴えを聞いた後、（級友の様子をしばらく見ておくといった形で放置するのではなくて）専門機関での援助を受けるよう級友を励ます、③級友の訴えのことを担任やSCに報告する、④仮にその級友から誰にも言わないでくれと頼まれたとしても、自殺問題に関しては守秘義務の遵守はあてはまらないことなど。ともあれ、友人である自殺志向生徒を青少年が自分たちだけで支えようとするのは大変危険である。必要な対処や治療が遅れてしまうと、仮にその生徒が自殺してしまった場合には多大な罪責感や失敗感にとらわれてしまうことになる（Watkins, 2004）。

自殺予防教育は教師や親にも行うことが大切となる。教師に対しては校内研修会の機会などを利用する。そのさい、SCが一方的に講演するだけでなく、参加者全員で討議するのもよい。教師のなかには過去において直接的・間接的に生徒の自殺に遭遇した人が少なからずいるし、教師なりの危機介入を生徒に行ってそれがうまくいった人もいるからである。

## XI 生徒の親への援助

生徒の親に対してはPTAの会合などで話す他、例えば月に1回程度親向けの「スクールカウンセラー便り」を発行する。そこに書き入れる内容としては、「思春期の心理」「手首自傷について」「子どものうつ病」「わが子が死にたいと言ってきたとき」など、SCがそれぞれ工夫する。SCのメールアドレスも記載しておくといよい。そして、親から相談があった場合には、メールや面接によって援助してあげる。なお、「スクールカウンセラー便り」は一般に教育相談担当教諭が構成・印刷し、各学級担任が生徒に配付し、生徒は帰宅してから親に手渡す。このように「スクールカウンセラー便り」は生徒が最初に読むの

で、SCとしては、自殺方法の詳細を「スクールカウンセラー便り」に書かないことが大切となる。

相談室で母親面接を行う場合には、母親の能動性と危機対処能力をいかに養成・回復させていくかということが眼目となる（名島, 2003b）。例えばある母親は、小学校6年生の長男のF（不登校・家庭内暴力）が首吊り用の紐を鴨居からぶら下げたりするようになったとき、窮余の一策として首吊りによる死がいかに薄汚いものかをこと細かく説明してみた。すると、それを機に長男の自殺願望はなくなってしまったという。

生徒が自殺した場合、自殺生徒の親や兄弟姉妹はひどく苦しむ。悲痛な対象喪失体験と、それに続く空虚・抑うつ状態、不眠、自殺を防止できなかった（気づけなかった）という自責感、育て方を間違ってしまったという後悔など。彼らへの援助は長期にわたることも少なくない。兄弟姉妹の誰かがSCの担当校にいる場合、学校内にあるSCの面接室では（SC一人しかいないため）継続的な母子平行面接の形態を取ることがむずかしいので、大学の心理教育相談室などに紹介してあげるとよい。もちろん、兄弟姉妹が通っている学校の担当SCや教育相談担当教諭と連絡を取ることにも必要となる。ちなみに、母親の思いが自殺したわが子に異常なほど執着していると、残された兄弟姉妹はなかなか立ち直れないことが多い。

一般に自殺生徒の母親の思いは大変複雑である。育て方についての後悔の念、学校側への怒り、先に死ぬという形で自分（母親）を見捨てたわが子への疑問や腹立ちなど。また、自殺した生徒が生前はしっかり者の長女で、母親を精神的にサポートしていたような場合、残された母親はなかなか立ち直れない。長期の個別カウンセリングが必要となる。場合によれば、地域社会にある「子どもに死なれた親の会」などに紹介する。母親が（SCをも含めて）外部の人とは接触しようとしめない場合、例えば母親とは顔見知りの女性の教育相談担当教諭や女性の教頭が月に1～2回程度、定期的に家庭訪問するとよいように思える。母親がうつ病になっている場合には、それとは別に、クリニックへの受診を勧めてもらう。

## XII 医療機関との連携

うつがひどい場合には医療機関を利用するが、薬物療法がなされる場合、子どもが抗うつ薬や睡眠薬などをため込んで自殺を図ることもあるので、SCとしては、鍵のかかる引き出しを利用して薬の管理をきちんとするよう家族に注意しておく。また、子どもの母親自身がうつ病などで薬物療法を受けている場合、母親がため込んでいる薬（飲み残している薬）を子どもが自殺手段として用いる場合もあるので、前もって母親に注意しておく。

生徒が薬物療法を受けている場合、「主治医がいるから、すべて主治医に委せておけば大丈夫だ」とSCが妙に安心してしまうことがあるので注意する。クリニックなどの場合医師は大勢の患者を抱えているため、生徒の側の急激な変化に目が届きにくいこともないわけではない。高校生が薬だけ貰って帰るような場合もあるし、生徒が途中で通院しなくなっていることもある。自殺の危険性がある場合（あるいは危険性が出てきた場合）にはSCが綿密にチェックして、積極的に主治医と打ち合わせるようにする。電話よりも、直接主治医と面談するほうがよい。なお、病院では主治医が転勤その他で交代することがある。このような交代期には注意しておく。生徒が主治医と親密な関係を作り上げている場合、なじみの医師の転勤は生徒の安全保障感を低下させるからである。

## XIII その他の留意点

(1) 一般的に言って「死にたい気持ち」と「生きたい気持ち」とは死のぎりぎりまで心のなかで葛藤する。一見自殺を100%決意したように見えても、最後の瞬間に電話番号が書かれた看板やカードを見ると相談機関に電話することも少なくないので、対策を工夫する。

(2) 学校場面では担任共々ふだんから生徒の様子の変化に留意しておく。表情や態度・行動の変化があれば、とりあえず何か悩んでいないかと声をかけてみる。養護教諭・生徒指導担当教諭・教育相談担当教諭などと打ち合わせて、きめの細かいチェックをする。「ストレスチェックリスト」などもよい。また、定期的に「教育相談週間」を設ける。新学期の開始時、つまり4月前後と9月前後には特に注意する（この時期には生徒の自殺が多い）。

(3) 生徒の自殺や自殺未遂に遭遇したSCから緊急に相談された場合、同じSCとしてできるだけ助言してあげるとよい。その場合、①そのSCが困惑・狼狽状態に陥っているときにはとりあえず落ち着かせて情報収集をする、②そのSCの個人的な思いは後回しにして、対応上の留意点について詳しく教示する、③場合によればそのSCに代わって、当該の学校の責任者（校長）に直接連絡をとるといったことが大切となろう。

## 文献

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2004) Teen Suicide.

<http://www.aacap.org/publications/factsfam/suicide.htm>

傳田健三 (2002) 子どものうつ病—見逃されてきた重大な疾患 金剛出版

傳田健三 (2004) 子どものうつ—心の叫び 講談社

Fassler, D. G. & Dumas, L. S. (1997) *Help me, I'm sad: Recognizing, treating, and preventing childhood and adolescent depression*. New York: Penguin Books.

(品川裕香訳, 2005, 子どもの心がうつになるとき, エクスナレッジ)

Gould, M., Jamieson, P. & Romer, D. (2003) Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1269-1284.

Hammer, E. F. (1986) Acting out and its prediction by projective drawing assessment. (松本真理子訳, アクティング・アウトは描画にどのように投影されるか, 家族画研究会編, 臨床描画 I, 金剛出版, 139-149)

猪子香代 (2006) 子どものうつ こころの科学, 125, 19-23.

石川元 (1980) 自殺の表現病理 精神神経学雑誌, 82(12), 792-802.

自死遺児編集委員会・あしなが育英会 (編) (2002) 自殺って言えなかった サンマーク出版

北村陽英・和田慶治・北村栄一・井上洋一・山本晃 (1981) 青少年自殺企図の縦断的研究 精神神経学雑誌, 83(6), 372-385.

Maltsberger, J. T. (1986) *Suicide Risk: The formulation of clinical judgment*. New York: New York University Press. (高橋祥友訳, 1994, 自殺の精神分析—臨床的判断の精神力動的定式化, 星和書店)

- 長岡利貞 (1980a) 中・高校生の自殺予防 東山書房
- 長岡利貞 (1980b) 中・高校生の自殺—学校教育との関連から (上里一郎編, 自殺行動の心理と指導, ナカニシヤ出版, 159-195)
- 名島潤慈 (1981) 自殺未遂 (品川浩三・藤田圭三・前田朝子編, 子どもの精神健康と相談活動, 東山書房, 272-278)
- 名島潤慈 (1989) 青年期における自殺の心理力動的意味 熊本大学教育実践研究, 6, 133-136.
- 名島潤慈 (2003a) 心理アセスメントにおける黒—色彩バウムテスト・自画像・真珠採り・夢(2) 山口大学教育学部附属教育実践総合センター研究紀要, 17, 157-165.
- 名島潤慈 (2003b) 能動的心理療法の観点から見た母親面接の意義 山口大学教育学部研究論叢, 53, 第3部, 9-22.
- National Institute of Mental Health (2000) Frequently Asked Questions about Suicide. <http://www.lorenbennett.org/sfaq.htm>
- 西園昌久 (1983) 死との戯れ—手首自傷症候群を中心に (岩波講座 精神の科学10 有限と超越, 岩波書店, 195-227)
- Richman, J. (1986) *Family therapy for suicidal people*. New York: Springer. (高橋祥友訳, 1993, 自殺と家族, 金剛出版)
- 齊藤万比古 (1990) 小中学生の自殺の症例 社会精神医学, 13(4), 263-270.
- 佐藤孝子 (1986) 娘・岡田有希子最後の日々 文藝春秋, 10月号, 294-303.
- 高橋祥友 (1996) 自殺の危険性の評価 精神科治療学, 11(10), 1019-1026.
- 高橋祥友 (1998) 群発自殺 中公新書
- 高橋祥友 (1999) 青少年のための自殺予防マニュアル 金剛出版
- 寺岡葵・坂梨寿弘 (1980) シンナー・ボンド乱用少年の予後—特に自殺企図例について (月刊生徒指導編集部編, シンナー乱用の実態と指導, 学事出版, 114-126)
- Virshup, E. (1976) On graphic suicide plans. *Art Psychotherapy*, 3, 17-22.
- Wadson, H.(1975) Suicide: Expression in images. *American Journal of Art Therapy*, 14, 75-82.
- Watkins, C. (2004) Suicide and the school: Recognition and intervention for suicidal students in the school setting. <http://www.baltimorepsych.com/Suicide.htm>
- 吉田浩二 (1991) 未成年自殺の集積性—報道および遂行時期との関連 日本公衆衛生雑誌, 38(5), 324-332.
- 吉田浩二 (1995) 自殺報道の疫学的研究 (稲村博・斎藤友紀雄編, 現代のエスプリ別冊 いじめ自殺, 至文堂, 86-96)

---

## ABSTRACT

How to Deal with the Issue of Suicide among Elementary School Students, Junior High School students and High School Students

NAJIMA Junji

*Faculty of Education, Yamaguchi University*

School counselors encounter with many problems in elementary schools, junior high schools and high schools. Of all problems, the issue of suicide is most difficult to deal with. Statistically speaking, suicide is committed by children of ten years and over. Children of nine years and under rarely kill themselves. A suicide has a very powerful effect on the school staff and on the other students. In the paper, based upon the author's clinical experiences, newspaper articles about suicide and other researchers' opinions, he (1) outlines features of suicide among children and adolescents; (2) describes the risk factors for suicide, warning signs for suicide, depression among children and clustered suicide in puberty; and (3) especially from a practical viewpoint as a school counselor, discusses the prevention, intervention and postvention for suicide in school settings.

**Key Words** : school counselor, suicide among children and adolescents, dealing with suicide

---