

# 課題 ミリタリーソーシャルワークに 着目した自衛隊の自死予防 ソーシャルワークモデルの開発 研究報告書

科学研究費助成事業 挑戦的研究(萌芽)

研究代表者 田中顕悟(聖カタリナ大学)

編集 中野一茂(皇學館大学)

## 目 次

はじめに .....	2
第1章 私訳・陸軍編成において自殺を減らすには .....	3
旅団・大隊指揮官向けガイドブック	
第2章 ガイドブック評価編 .....	43
1. 日本の心理学的視点から見た評価 —文化に即したレジリエンス構築に向けて—	
2. 自殺防止とその対策 ～米軍自死予防ガイドブック第4章を参照し、日本のソーシャルワークの観点から考える～	
第3章 戦争の実相 .....	89
1. ウクライナからの避難民へのインタビュー	
2. 参考資料 Military Social Work Around the Globe (Military and Veterans Studies) 日本語書名 世界のミリタリーソーシャルワーク (軍事と退役軍人研究) より抜粋 私訳：第17章 ウクライナにおける軍ソーシャルワークの現状 『軍事心理学』書評	
おわりに .....	103

## はじめに

本報告書は、令和3年度科学研究費助成事業(学術研究助成基金助成金)挑戦的研究(萌芽)「ミリタリーソーシャルワークに着目した自衛隊の自死予防ソーシャルワークモデルの開発」(課題番号 21K18461・補助事業期間 令和3～5年度)(以下、本研究)を進めてきた社会福祉学・心理学を専門領域とする7名の大学・短期大の教員(聖カタリナ大学・田中顕悟、皇學館大学・中野一茂・高沢佳司、静岡県立大学短期大学・尾崎剛志、鹿児島純心女子短期大学・益満孝一、聖カタリナ大学・村上佳子・小木曾真司)の共同研究による成果の一部をとりまとめたものである。

本研究は、国内外情勢の変動(災害ならびに海外派遣、国際的な安全保障情勢の変動等)により、自衛隊員を取り巻く業務・生活環境が激変するにもかかわらず、我が国では彼らの生活変動を考慮し、QOLの向上ならびに生活の安定化を支援するためのソーシャルワーク実践と研究実績はほぼ皆無であるという実態への懸念から開始された。

折しも、世界的な新型コロナウイルス感染拡大と研究開始の時期が重なったため、当初の計画に即した実施とは至らない部分もあったことも否めない。しかし、リモート等を活用しながら、研究分担者間の各専門領域を基盤とした情報共有・議論と、米国の Military Social Work (MilSW) 実践における自死予防活動に関する先行研究・実践の現状の把握・分析を進める中で、2022年に10月に、Army Resilience Directorate が公開していた“CALL TO ACTION Suicide Prevention Reducing Suicide in Army Formations BDE and BN Commander's Handbook”(2021年11月発行)の存在を確認し、研究分担者チームによる分析・精査を進める機会を得ることができた。本資料が我が国では翻訳等の研究対象とされていないことが確認されたため、研究成果の一部としてその主要な箇所を翻訳したものを報告書の一部としてまとめることとした。本翻訳では、「自死総合防止プログラム」「自己認識とリスクの特定」「レジリエンス」等のキーワードを中心に、主に米陸軍のコマンダーを対象としたチームでの自死予防展開のための枠組みを示した。

さらに、皇学館大学・中野一茂准教授の尽力により、Military Social Workに関する高度な知見を有する海外研究者とのネットワーク構築を進めることができ、その成果の一部として、現在、ウクライナより米国に避難しソーシャルワークの研究を進めている研究者への接触に成功し、インタビューの機会を得、その一部を本報告書に掲載することができた。

本報告書の基盤となる Military Social Work の、我が国の自衛隊員とその家族のQOLの向上にむけた援用に関する研究はまだまだ道半ばであり、その経過途上の報告を示すこととなるが、お許しいただきたい。また、本報告書の作成においては、共同研究者の方々ならびに多くの組織・機関の関係者ご協力を得た。記して感謝の意を表すものである。

今後は、本報告書で得た成果を基に継続した研究活動を展開し、さらなる研究成果をとりまとめて、関係各位の叱正を仰ぐものである。

# 第 1 章

## 私訳

陸軍編成において自殺を減らすには  
旅団・大隊指揮官向けガイドブック



私訳  
陸軍編成において自殺を減らすには  
旅団・大隊指揮官向けガイドブック

行動喚起

自殺防止

陸軍編成において自殺を減らすには  
旅団・大隊指揮官向けガイドブック

陸軍レジリエンス局

一般公開承認済み  
配布制限なし

翻訳 小川 祐子（皇學館大学） 中野一茂（皇學館大学）  
監訳 田中顕悟（聖カタリナ大学） 小木曾真司（聖カタリナ大学）

## 陸軍教訓業務センター

陸軍教訓業務センターは、陸軍教訓プログラムを統括しています。そして格差を解消し、即応性を高め、最新の情報をタイムリーに提供しています。

### センター長

……スコット・ミューラー大佐

### 陸軍レジリエンス局執筆者

(訳者註 G-1 は、効果的な政策を策定・実施し、陸軍の最大の資産である人員の持続的な即応性を構築するプログラムを主導する。)

……マシュー・ウェーバー大佐

……キャリー・シュルト氏

……ケイシー・オルスン氏

……ベンジャミン・トラチック大尉

……スザンナ・クヌスト博士

### 情報課長

……エリック・ヒルナー氏

### 出版・デジタルメディア編集長

……ダイアナ・キーラー氏

### 編集者

……エミリー・スウェドランド氏

### イラストレーター

……ジュリー・ガンター氏

### セキュリティ

……サンドラ・グリフィン氏

## エグゼクティブ・サマリー（訳者註 重要な論点を整理したもの）

このガイドブックの目的は、効果的な自殺防止プログラムを策定し実行するために必要な基礎的な概念と関わり方を、リーダーシップの観点から徹底的に検証することです。自殺防止のフレームワーク（訳者註 意思決定や分析、解決したい問題を特定の型に落とし込み、手順に沿って整理していくための、共通して利用できる思考の枠組み）として、危険因子と保護因子を評価する可視化ツールを使用します。また、自殺防止のフレームワークとして、作戦プロセスを通じて自殺防止プログラムを運用するために部隊会議（ユニットフォーラム）を設置しています。

部分的な対応だけで自殺を防ぐことはできません。一貫性のある体系的で全人的（訳者註 人を総合的にとらえるさま）なアプローチを適用しているリーダーは、個人や部隊の即応性に良い影響を与えることができます。このガイドブックは、信頼文化の上に構築された陸軍のビジョンを示しています。兵士は、これらの原則、実践、資質を適用することで、互いに強さと信頼を構築することができるのです。

- 自殺は複雑で相互に関連する要因から生じるため、自殺防止に関する対策は包括的でなければならない。このガイドブックには、兵士及びその家族の生活のあらゆる側面において認識されている保護因子が自殺防止に強い影響力があることについて記載されている。
- 自殺防止において、リスク傾向の指標を早期に特定する上で、積極的な関与が重要である。早期に特定することで、段階的な支援、保護因子の構築、危険行動に至る前の介入といった方法で、最悪の結果を回避できる。
- 危険行動の多くは、兵士およびその家族、および任務の即応性に深刻な影響を及ぼし、法的および行政的措置につながる可能性がある。このガイドブックは、こうした危険行動がもたらすいくつかの影響をマネジメントし、可能な限り軽減するための手引きである。
- また、このガイドブックは、危険因子と保護因子に関連する部隊のリソースとコミュニティの防止人員も明確にしている。リーダーは部隊の即応性、隊員の即応性、個々の兵士の任務遂行能力を最高レベルに維持するため、使用可能なリソースを把握しておく必要がある。

自殺防止の専門家からなる陸軍コミュニティは、陸軍にとって、極めて重要なリソースである隊員をマネジメントするとともに、懸念に対処し、リーダーの行う課題対処に必要なリソースを提供する態勢を整えています。

このガイドブックはユーザーにとって使いやすい「リビングドキュメント（訳者註 絶えず更新・編集される文書）」となるよう作られています。これは、兵士の生命、彼らの即応性とレジリエンス、部隊の即応性および部隊の任務遂行能力に影響を及ぼす危険因子と保護因子を特定するうえで、リーダーに対して、証拠に裏付けられた見解を提供することを目的としています。このガイドブックを陸軍教訓業務センター（CALL）のガイドブック『結束力のあるチームの構築』（2021年4月6日）と併せて活用することで、コマンドチームは信頼文化を築き上げることができます。これらによって、自殺に関する危険因子や保護因子を特定・対処するのに役立ち、最悪の結果を招く可能性を大幅に減らすことができます。



## 目 次

第1章	
自殺総合防止プログラムを実施するためのコマンドチーム向けガイドブック	1
第2章	
計画：条件の設定	3
第3章	
準備：可視化ツールを使った自己認識とリスクの特定	13
第4章	
実行：具体的な危険領域／隊員を特定、 ポジティブ要因を構築しネガティブ／有害要因を除去	19
第5章	
評価：即応性とレジリエンス、および自殺防止プロセスを通じた進捗状況のモニタリング	29
付録 A 危険因子・保護因子ごとの設置リソース一覧表	37
付録 B 自殺念慮訓練カード	39
付録 C 7分間訓練テンプレート	43
用語集	55
参考資料	59

### 表

表 3-1 可視化ツールのコンタクトポイント	17
------------------------	----

### 図

図 4-1 防止活動の階層	20
図 A-1 設置リソースの一覧表その 1	37
図 A-2 設置リソースの一覧表その 2	38
図 B-1 リーダー向け自殺念慮訓練カード	39
図 B-2 兵士向け介入訓練カード	40
図 B-3 家族向け自殺念慮訓練カード	41
図 B-4 家族向け介入訓練カード	42
図 C-1 部隊 R2 プロセス概要	43
図 C-2 大隊防止チーム	44
図 C-3 大隊環境・結束ワーキンググループ	45
図 C-4 大隊兵士ウェルネスワーキンググループ	46
図 C-5 大隊員第一委員会	47
図 C-6 旅団環境・結束ワーキンググループ	48
図 C-7 旅団兵士ウェルネスワーキンググループ	49
図 C-8 旅団防止連携ワーキンググループ	50
図 C-9 旅団 R 2 委員会	51
図 C-10 大隊ハイリスク兵士委員会	52
図 C-11 旅団ハイリスク兵士委員会	53

※上記ページ番号は翻訳資料のものを記載している。

# 第1章

## 自殺総合防止プログラムを実施するための コマンドチーム向けガイドブック

(訳者註 コマンドチームは、部隊の任務を遂行するために協力し、  
兵士をケアする役割を担う士官のチーム。)

このガイドは、部隊のリーダーが積極的に行動することから自殺防止が始まるという前提に基づいています。リーダーが効果的な政策を実行し、信頼と結束につながる指揮環境を作り上げていきます。中でも、模範的なリーダーは、自殺防止プログラムの基本的な構成要素となっています。熱心なリーダーとは、兵士、その家族、および陸軍文民専門家に対して率直に懸念を示し、リスクを軽減し保護因子を構築するために、すべての隊員に適切な支援を提供する者を指します。

リーダーは部下をよく知り、必要に応じタイムリーに支援を提供しなければなりません。部隊指揮官は、行動令書、指令書、指示書の公表を通じて自殺防止に力を入れなければなりません。部隊のリーダーは、部隊員との関係性と兵士個人のレジリエンス（訳者註 精神的回復力）を構築するために、兵士が支援プログラム、研修、教育に参加する機会を提供しなければなりません。理想的な部隊環境とは、兵士が自分たちのリーダーを信頼し、使用可能なリソースがあることを知らされ、行動を起こす権限が与えられていると実感できる環境のことです。リーダーがこのプログラムを推進し普及させる方法としては、部隊独自の出来事（イベント）、支援要請、命を大切にする環境整備に加え、従来からの自殺防止教育があります。

### プロブレムフレーミング

(訳者註 障害と課題を理解し、定義し、優先順位をつけるために用いられる思考メソッド)

自殺防止には、個人、仲間、部隊、コミュニティ、社会レベルでの複雑な環境要因が関係しています。リーダーは、自殺防止に寄与する要因を特定し、評価できなければなりません。

自殺防止の現状の記述によって現在の状況を明確にして特徴づけることができ、そして望ましい状態に照らし合わせることで必要とされる戦術やプロトコルを特定することができます。

### 結束力のあるチームと自殺防止との関係性：問題が起こる前からのアプローチ

リーダーは、個人のレジリエンスを構築し、即応性を高めるために兵士一人一人に働きかけ、やる気にさせるよう、積極的に実践活動しなければなりません。興味深いリーダーシップの実践例としては、次のようなものがあります。

- チームを知り、チームにとって何が大切であるかを知るよう努める。
- チームに対して懸念を示し、特に勤務時間外や移行期には必要に応じて手を差し伸べる。
- 家族および専門家の立場としてマネジメントの支援をする。

- 最後に、チームメンバーが持っている知識や技能を向上させる指導を行い、問題を公私共に解決する。

問題が起こる前からのアプローチでは、保護因子を特定・強化し、確実に結果に対してプラスの影響を及ぼすような協力的かつ相互関係となり、安全な環境を創出する方法であるかを検討します。これはレジリエンスを構築し、関係性を深め、支援要請に対する不健全な規範を変え、健全な対処方法を教えることを目的とした、持続的かつ体系的な戦略、手段、手順で行われます。それを行うことは人々を生かしておく以上の意味があります。つまり人々が健康で豊かな生活を送れるよう支援するということなのです。

### このガイドの構成

**目的と対象読者。**このガイドブックはリーダー向けです。自傷行為を防ぐために個人間（interpersonal）、個人内（intrapersonal）、文化そして環境が相互に作用することに対し、保護因子を認識し、危険因子を軽減するための情報が含まれています。このガイドブックは、リーダーが自殺防止を作战プロセスに同期させ、自殺防止を追加の任務にするのではなく、どのように日常業務に組み込むかを示すことを目的としています。

**作战プロセスへの適用。**このコマンドチーム向けガイドは、指揮官や陸軍省文民スーパーバイザー（訳者註「管理者」「監督者」「監修者」などの意味を持つ役職の一つ。スーパーバイザーの仕事は、担当業務の進捗管理や従業員の育成、勤怠管理、シフト管理、現場の声を聞くための面談など多岐にわたる。）が、自殺リスクを減らし、保護因子の構築を支援するフレームワークを提供してくれます。このガイドは、作战プロセスに沿って構成されており、自殺防止プログラムの要素を効果的に適用する方法を確かなものにするためのニュアンスが加えられています。これらの要素とは、可視化データの取得、危険行動の評価、防止活動の策定と実行、危険にさらされている個人のマネジメント、得られた教訓の共有、結果のモニタリングなどを指します。このガイドは、旅団・大隊から中隊レベルのコマンドチームまでのリーダーを対象としています。

## 第2章

### 計画：条件の設定

リーダーシップは、パフォーマンスの高いチームの構築に寄与し、チームが結束し、トレーニングされ、規律正しく、健康な状態でなければならないという信条に基づいています。チームの成功に欠かせない重要な要素は、2019年7月31日発行の陸軍ドクトリン出版物（ADP）6-22、『陸軍のリーダーシップと職務』に概説されており、具体的な基準を提示しています。リーダーは、積極的な行動を通して信頼関係を構築します。積極的な行動には、政策や関連する手順、チーム活動を通じて基準を伝え、実施することが含まれます。

#### 目標

- 個人および部隊の危険因子や保護因子を理解し、対処する。
- 支援要請行動において部隊環境と文化がもたらす影響を理解する。
- 使用可能な部隊・コミュニティ・医療のリソース（すなわち人員）を明確にする。

#### 自殺防止プログラム実施時におけるリーダーシップアクション

陸軍は、リーダーが即応性と即効性を効果的かつ効率的に発揮するための能力を提供しています。この節では、リーダーが効果的に自殺防止プログラムを完遂するために不可欠な要素について説明しています。

#### 危険因子の特定

危険因子とは、科学的根拠に基づき、特定の状況に対して脆弱性を高めると考えられる行動や状態を指します。危険因子を割り当てることは、個人を非難するものではありません。男性は前立腺がんのリスクが高いですが、女性より前立腺の問題が多いからといって責められることはないのと同じです。危険因子には以下のようなものがあります。

- 過度の飲酒または違法薬物の使用
- 緊張、破局、暴力、喪失のような人間関係の問題
- 法律や懲罰上の問題
- 親しい家族・友人・戦友の死
- 慢性的な痛みや障害など、大きな病気・怪我または医学的問題
- 職責の変更または挫折（削減・制限）
- 多額の経済的損失または経済的困難
- 大幅なキャリアチェンジ（離職、転属（PCS）、退職）
- 精神的絶望（生きる意味の喪失）
- 社会的孤立と心の孤立
- 致死手段へのアクセス

## 危険因子の対処と軽減

危険因子を特定し、軽減するためにリーダーがとるべき戦術は以下の通りです。彼らは早期発見につながる環境を整えなければなりません。模範となるリーダーは、兵士との信頼関係を築きます。そうすることで兵士個人と兵士独自の環境について知ることができるのです。また、兵士の成長、支援要請、可視化ツールの使用を奨励し、それらを正常化する環境を整えなければなりません。薬物、銃器などを含む致死的手段は常に安全に保管されなければならず、かつ所定の位置で安全対策がなされなければなりません。危険因子、前兆、自殺防止モデルである Ask（質問する）、Care（ケアする）、Escort（エスコートする）（ACE）について、必ず兵士と家族に教育しなければなりません。

## 保護因子の育成と強化

保護因子とは、ストレスの多い出来事（イベント）にうまく対処するのに役立つスキル、力、リソースのことです。保護因子はレジリエンスを高め、危険因子（人間関係、仕事、学業不振といった好ましくないライフイベント）の軽減に効果があります。保護因子には個人的なもの、外的なもの、環境的なものがあり、兵士に危険な行動を回避させることにも影響します。保護因子には以下のようなものがあります。

- 友人、家族、部隊、そしてより広いコミュニティとの関係性
- 問題解決能力（ストレス解消法や自己調整）
- 感情調整と精神的敏捷性（メンタルアジリティ 訳者註 何か物事が起こった時に柔軟な方法で対応し、異なるアイディアの間を迅速に動くことができる能力）
- 睡眠、フィットネス、栄養などの健康的な習慣
- ケアを求める人へのピアサポートと傍観者介入
- フィジカルとビヘイビアヘルスケアの有用性
- 自殺を思いとどまらせる、または強い自己認識を作り出す文化的・精神的信念

## 尊厳と敬意のある部隊環境の育成

リーダーは、ADPs（すなわち ADP 6-22）および陸軍教訓業務センター（CALL）のガイドブック「結束力のあるチームの構築」（2021 年 4 月 6 日）の原則とガイドラインを参考に、結束力のあるチームを構築し、対立を解消し、ポジティブな環境を築き上げるために慎重に取り組まなければなりません。グループの規範は、チームのパフォーマンスに影響を与える要因であり、チームの結束力とレジリエンスに有効な場合とそうでない場合があります。リーダーは、保護因子とレジリエンスの実践を正常化し、尊厳と敬意のある部隊環境を整える必要があります。次のような例があります。

- 友人、家族、コミュニティサポートと一緒に過ごす時間を設けることで、つながりを深める。
- 部隊員やその家族とコミュニケーションを取るための所定の手段を確立する。
- 非臨床（すなわち軍聖職者<sup>チャプレン</sup>）のカウンセリングと支援要請リソースを使用するよう推奨し、リーダーは兵士が適切なタイミングでこれらにアクセスする時間をとれるよう徹底する。



- いじめ、しごき、人種差別的中傷、その他の規律違反行為に対して、ゼロ・トレランス方式（訳者註 軽微な規律違反であっても寛容せず、厳しく罰することで、より重大な違反を未然に防ごうとするもの）を実施する。

### 陸軍の価値観を行動でモデル化

Be-Know-Do モデルとは、「リーダーシップ育成活動と人事慣行（訳者註 雇用分野に関すること）の望ましい結果を、陸軍全体で尊重されている一連の共通特性に整合させたものです。属性とは、リーダーに必要な内面的な特徴であり、陸軍がリーダーに求めているものであり、知っておいてほしいものです。コンピテンシーとは、陸軍がリーダーに習得、実証、強化を期待するスキルと行動であり、陸軍がリーダーに望んでいることです。」(1) 信頼し合い結束を強められる環境を作り出すために、士官と下士官（NCO）のリーダーが行なうべきことは以下のことです。

（訳者註 Be-Know-Do ハドソン川沿いに位置する陸軍士官学校（The United States Military Academy）がリーダー教育の中で使っている枠組みを Be-Know-Do と言う。Be（あるべき姿）という土台の上に、Know（知識）を教え、Do（スキル）をトレーニングするもの。）

- 安定感、指揮の存在感、冷静さの源であること；あらゆる領域で兵士に正直であること；そして、陸軍の価値観を忠実に守るよう注意を払うこと。そうすることによって部隊員の中で信頼関係が構築される。（Be）
- チームメンバーの強みとニーズを知ること；自殺の危険因子と前兆を知ること；レジリエンスを構築し、自殺リスクを軽減するために使用可能な部隊とコミュニティのリソースを知ること。（Know）
- 迅速に対立を認識して解決すること；高い倫理基準を示し、道徳的風土を醸成し、リーダーと兵士に同じ責任を負わせること；成長の機会を提供し、他者に専門的な支援を受けるよう勧め、必要に応じて自身のために支援要請すること。（Do）

### 支援要請と問題解決の奨励

行動・感情・心理、金銭、法、あるいは人間関係の問題について支援を求めることは、「私は鍛えられていて、肉体的にも精神的にもタフである…」という兵士の信条に反することと捉えられます。しかし、「肉体的にタフ」な兵士が重傷を負ったり病気になった場合、彼らの信条が、治療や任務復帰するための医療支援の要請を妨げ得るとは誰も考えません。

「精神的にタフ」な兵士が、専門的にケアや治療を必要とする隠れた傷を負っている可能性も同様にありえます。精神的にタフであるということは、危機が起こる前、起こったときの助けを求めるタイミングを知っていること、その決断をする勇気を持っていることが含まれています。

スティグマは、仲間とリーダーとのコミットメントを損なう可能性があり、部隊内での信頼を低下させます。スティグマを減らすための1つの鍵は、兵士が支援を求めたことによる任務への影響は二次的なものであることを認めることです。もし支援要請が正常化されていたら、部隊員による通告はほとんど起こらないはずです。スティグマを減らし、これらの健全な行動

を正常化するために、士官と下士官のリーダーは以下のことを行わなければなりません。

- メンタルヘルスを管理することは、身体的に健康であるのと同じぐらい、良いチームメイトの条件であることを強調する。
- <sup>チャプレン</sup>軍聖職者やビヘイビアヘルス・金銭面のカウンセリングなどのリソースについて積極的に話し、必要に応じて勧める。
- 軍隊及び家族のライフコンサルタントのような部隊エリア内の支援機関の認知度を高める。
- 兵士とメンタルヘルス提供者間の守秘義務を遵守する（守秘義務を侵害することはない）。
- 支援要請行動の妨げとなる組織（すなわちトレーニングコミットメント）の障壁を特定し、取り除く。

### 兵士にコミュニケーションを取り合うことと行動を起こすことを指導

調査によると、支援を求めている兵士は、家族、友人、軍組織以外のメンタルヘルス提供者の支援を求める傾向があります。兵士たちが支援を求めない最大の理由として、心が壊れていると思われる、秘密が守られているのかという不安、キャリアが脅かされるという恐怖を挙げています。

リーダーが、早期に支援要請ができる環境を作り、チームの知識、スキル、能力を強化・構築したうえで、以下の方法によってストレスの多い不確かな状況を切り抜けることができます。

- 兵士にコミュニケーションスキルを教え、指導し、個人および対人関係の対立をマネジメントする。
- レジリエンスセンターや自殺防止への関与トレーニング等の専門家の参加を依頼する。専門家は特に複雑なトピックについて、専門的な取り組みから1対1のコミュニケーションを改善するスキルを兵士に教える。

### 支援と統合

転属の移行期間には、新しいチームメンバーを迎えるうえで、入念な支援と統合が不可欠です。このことは、特に新兵や家族を持つ兵士にとって、ストレスを減らしリスクを軽減するのに役立ちます。リーダーが速やかに新たに着任した兵士それぞれのバックグラウンド及び職歴を把握し、共感することで、兵士は新しい環境で守られていると感じるものです。これはまた、兵士が新しい場所で積極的に社会的関係を築き、活動を行うための土台となります。リーダーは、この移行期間を以下の方法で最適化しなければなりません。

- 兵士は、着任時、共に任務を遂行する支援者が配置されるように、少なくとも着任120日前までに中隊レベルに配属されなければならない。支援者は専属で選ばれ、6か月以上の任務に就いていなければならない。
- リーダーは、指揮官向けリスク軽減ツールキット（CRRT）と初期カウンセリングを活用し、兵士の個人的なバックグラウンド（任務前・任務中、また家族を含む）を把握しなければならない。これにより共感を示すことができ、リーダーは個々のリスク歴や危険因子を把握する。

- 住宅、学校教育、フードセキュリティ、雇用支援などの、生活の質（QOL）の問題に配慮する。
- 特有の組織としての能力（医療面の健康・ビヘイビアヘルス）と機会（フィットネス（訳者註 肉体的および健康的観点で「望ましい」と考えられている状態であり、それを目指すための行為・活動）、士気、福利厚生、レクリエーション）、家庭の事情において必要とされること（特別な家族プログラム（EFMP））に特に重点を置いて、兵士に地域のインフラとリソースに慣れ親しんでもらう。
- 家族に会うか電話をかけ、部隊兵士・家族即応グループ（SFRRG）の担当者への温かい引き継ぎを徹底して行う。

**旅団の防止システム。**旅団と大隊には、自殺防止専用のリソースがわずかしかなかった。しかし、人員の即応性を高め、公の自殺防止プログラムを増強しようとする中で、部隊とリーダーを支援できる様々な有機的リソースがあります。指揮官とその指揮官下のスタッフが同期された指示を与えることで、これらの有機的リソースは保護因子を構築し、危険因子を軽減するようになります。

**軍聖職者。**<sup>チャプレン</sup>軍聖職者は、部隊および設置のビヘイビアヘルスの専門家と協力して、多くの専門分野にわたる支援を行い、適切な紹介、支援要請行動に関連したスティグマの軽減、部隊の自殺防止トレーニングの実施および支援を行ないます。<sup>チャプレン</sup>軍聖職者は、兵士に広範囲に渡って宗教面と精神面を支援します。

**ビヘイビアヘルス提供者。**ビヘイビアヘルス提供者は、部隊員のメンタルヘルスや物質乱用欲求の治療を支援し、地域密着型の防止プログラムにおいて活用されます。彼らは多くの専門分野にわたる提供者で構成されています。取り入れられたビヘイビアヘルスモデルの中で、彼らは、適切な紹介を行い、支援要請行動に関連するスティグマを減らすのに役立ちます。

**軍医。**軍医は、リスクの高い兵士や個人間（interpersonal）および個人内（intrapersonal）の暴力の被害者に対する総体的な治療と支援について、指揮官へ専門的に（熟慮・相談の上での）忠告します。彼らは、医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律（HIPAA）と多剤併用（ポリファーマシー）に関して専門的な（熟慮・相談の上での）忠告も行います。また、心身の健康状態の動向を観察し、部隊員の総合的なフィットネスとウェルネス（訳者註 精神的や社会的にも健やかで生き生きとした状態を目指す活動）に関して部隊に助言と（熟慮・相談の上での）忠告をします。さらに、即応性を高めるための指揮主導権を育成する手助けもしています。

**フィジシャン・アシスタント**（訳者註 医師の監督の下に簡単な診断や薬の処方、手術の補助など、医師が行う医療行為の一部をカバーする医療資格者のこと）。フィジシャン・アシスタントは、部隊員のために地域医療を提供し、より高度なケアを必要とする者を医師に紹介します。軍医と同様、彼らは心身の健康状態の動向を観察し、部隊員の総合的なフィットネスとウェルネスに関して部隊に助言と（熟慮・相談の上での）忠告をし、即応性を向上させるための指揮主導権を



育成する手助けをしています。

**機会均等アドバイザー。**機会均等アドバイザーは、人間の潜在能力を最大限に引き出し、すべての兵士が確実に尊厳と敬意を持って扱われるよう、また確実に結束した即応性のあるチームの有能なメンバーとなり得るよう努力している指揮官を補佐します。彼らは、指揮官や組織のリーダーが、兵士が最大限の潜在能力を発揮するのを妨げる個人的、社会的、制度的な障壁のない良好な指揮環境を育み、維持するのを支援します。

**性的暴行・セクシュアル・ハラスメントプログラム担当者。**性的暴行担当者は、セクシュアル・ハラスメント、性的暴行、およびそれらに関連する報復行為を防止し対応するために、セクシュアル・ハラスメント/性的暴行対応および防止（SHARP）の責務を果たす指揮官を補佐します。性的暴行対応コーディネーター、SHARP 被害者擁護者、被害者の代理人、SHARP トレーニングインストラクターは、トレーニングと追跡の要件、プログラムのマネジメント、性的暴行・セクシュアル・ハラスメント・関連する報復行為への対応、および事件調整において、指揮官を支援します。

**法務担当者。**法務担当者は、法律に関する忠告を行い、法定要件と規制要件を満たすために指揮官を補佐します。彼らは適宜説明責任を果たし、全体的に秩序と規律が整った環境整備によって効果的なプロセスを築き上げ、監督し、実行します。

**パフォーマンスエキスパートとマスターレジリエンストレーナー。**パフォーマンスエキスパートとマスターレジリエンストレーナーは、レジリエンス、パフォーマンス、組織心理学（訳者註 組織や職場における人間の行動を科学的に研究し、組織のトラブルの原因を突き止め、うまくいっている集団に共通する「リーダーシップ」や「人間関係」を明らかにする学問）、向社会的行動（訳者註 援助行動（helping behavior）や愛他的行動（altruistic behavior）に代表されるように、一般に、何らの外的な報酬を期待することなく自由意思から他者に恩恵を与える行動）、およびその他の感情的知性（訳者註 目指すべき成果を生むために、感情と思考を効果的にブレンドする能力）のスキルを部隊内で運用可能にするためのリソースとルートを指揮官に提供し、個人の即応性を強化するために組織的なトレーニング計画を提供します。

**ACE 自殺介入（ACE-SI）トレーナー。**ACE-SI トレーナーは、介入するために必要な意識、知識、スキルを兵士に提供し、自信を持って自殺を防ぐための措置を講じます。ACE-SI はトレーニングをリードしますが、部隊が必要とする補足的な自殺の防止について、指揮官に助言や（熟慮・相談の上での）忠告もしています。彼らは、自殺念慮、自殺未遂、または自殺後の事後対応中に、指揮官を補佐するリソースです。

**兵士と家族の即応性グループコーディネーター。**兵士と家族の即応性グループコーディネーターは、部隊の家族との関係を築き、それを維持するにあたり指揮官を補佐します。彼らは、

コマンド情報（訳者註 任務に不可欠な情報）、トレーニングスケジュール、部隊やコミュニティのイベントの伝達を適宜かつ適切に徹底することによって補佐しています。また、部隊の家族を対象としたアクティビティを計画し、家族を補佐するために使用可能な設置リソースとアクティビティに関する情報を提供しています。これらすべては、部隊や大規模なコミュニティに所属している家族の結束と絆を深めるのに役立っています。

**BOSS（独身兵士のためのより良い機会）担当者。**BOSS 担当者は、独身兵士のウェルビーイング（訳者註 Well（よい）と Being（状態）が組み合わさった言葉で、「よく在る」「よく居る」状態、心身ともに満たされた状態を表す概念）、安全、教育、レクリエーション、全体のレジリエンスを向上させるのに役立つイベントに関する情報を整理・伝達することで、部隊を補佐しています。独身兵士のつながりと積極的な行動を促進する一方で、好ましくない活動を抑止する間接的役割もあります。

**憲兵隊長。**憲兵隊長は、軍と文民法執行機関との連絡役として指揮官を補佐し、駐屯地内外の全環境における犯罪行為についての傾向分析を提供します。

**広報官。**広報官は、効果的なコミュニケーション設計にあたり、助言や（熟慮・相談の上での）忠告をします。彼らは、特定分野の専門家（SMEs 訳者註 特定の領域またはトピックの情報に優れ、常人よりもその分野に対しての知識を多く有し、他の人々に専門的な知識を提供し設計と内容に矛盾が無いようチェックするインファレンス能力に優れている人物の事）と協力して、部隊や家族に自殺総合防止プログラムの要素を知らせる運動を展開し、自殺について報告する際に、差し支えない言葉遣い、銃器等の安全な保管場所（ホットラインの連絡先を含む）、安全な伝達方法に留意しています。差し支えない言葉遣いと伝達する方法を実践するためのツールとリソースについては、『リーダー向け自殺防止安全伝達ガイド』から参照できます。

<https://www.armyresilience.army.mil/suicide-prevention/pages/LeaderResources.html>.

### **自殺防止システムにおけるリーダーシップの責務**

**旅団長。**旅団長は、組織評価、リソース、専門知識を活用して、危険因子と保護因子の可視化を可能にするプロセスを開発、監督しなければなりません。これに続いて、部隊全体の健康とウェルネスを向上させるイニシアティブを観察しなければなりません。彼らは、上層部でトレーニングカレンダーの作戦テンポと予測可能性を観察し、リーダーに対し、人を第一に考え、積極的な行動を生み出す責任を負わせなければなりません。

**大隊長。**大隊長は、尊厳と敬意のある指揮環境を築き上げ、基準を満たしていない場合、適宜説明責任を果たさなければなりません。彼らは、兵士全体のウェルネスとリスクの高い行動の防止に対し、総体的なアプローチを取るようリーダーを教育しなければなりません。彼らはリスクの高い兵士の観察を続け、リーダーがリソースと特定分野の専門知識に焦点を当て同期させるよう徹底しなければなりません。

**最上級曹長（CSM）。**最上級曹長は指揮官を支援し、助言を行います。彼らは、兵士との信頼関係を構築し、コミュニケーションをとるために、日頃から共感を示し、具体的な行動がとれるよう士官や下士官を育成します。最上級曹長は、本来任務の隊員と付随任務の隊員が任務を遂行できるよう、十分に精査され、トレーニング積んだうえで、その職務を務める必要があります。彼らは、兵士の生活の質のあらゆる側面を積極的に観察し、部隊環境においてリーダーシップの存在を確かなものにするためのシステムを築き上げなければなりません。最上級曹長は、人を第一とし、兵士のケアをすることの重要性を見失ってははいけません。

**中隊長・専任曹長。**これらのリーダーは、小隊レベルのリーダーシップチームに対し経験に基づいた監督、指導、支援を提供しなければなりません。彼らは、詳細なトレーニングスケジュールを作成し、兵士やその家族と綿密に連絡を取らなければなりません。その一方で、既知の危険因子としての医療行為や法的行為を注意深く観察しなければなりません。彼らは、兵士が成長するのに役立つライフスキル（訳者註 日常生活における多種多様な問題や要求に、建設的かつ効果的に対応する際に必要とされる能力）とレジリエンスを身につけ、私生活や業務上の苦境にあっても即応性を保てるようなトレーニング計画を作成しなければなりません。

**小隊長・小隊軍曹。**これらのリーダーは、階級に関係なく、すべてのチームメンバーとその家族に対して、つながり・思いやり・説明責任の文化を育成する必要があります。また、彼らは部下のリーダーを日々教育・指導し、兵士に求められる行動を絶えず追求します。これには適宜支援を行うための必要に応じた介入を含みます。

**班長・分隊長。**これらのリーダーは、個々の兵士がどこから来てどのように育ったのか、彼らの家族や人間関係の様子、趣味や個人の価値観、どこでどのように生活しているのか、業務上の目標と個人の目標を把握しなければなりません。彼らは兵士の信頼と自信を育み、何かおかしいときは原因を特定し、指揮命令系統内で、どこに支援・リソース・リーダーが必要であるかを把握しておかなければなりません。

## 文末脚注

1. フィールド・マニュアル（FM 訳者註 部隊等の行動規範を記述したもの）6-22、『リーダーの育成』、2015年6月30日。

## 第3章

### 準備：可視化ツールを使った自己認識とリスクの特定

指揮官は、兵士の普段とは異なる行動や陸軍の基準から逸脱した行動を把握するため、兵士との関係性を構築し、親しみやすさを育み続けなければなりません。陸軍のリーダーが直接的に収集している個々の兵士の情報を補うために、コマンドチーム（訳者註 部隊の任務をやり遂げるために共に動く士官のチームで、コマンドチームは兵士の面倒を見る責任がある。）にリーダー向け可視化ツールやその他のリソースを備えています。これらは、リーダーが兵士と部隊のリスク歴とリスク傾向をよりよく「把握」し、適切な防止プログラムの策定や対象を絞った介入に役立ちます。可視化ツールは、作戦環境を理解する上で参考となり、現状と望ましい状態の両方をどのようにフレーミングするかを分析し理解するのに役立ちます。

#### 目標

- 部隊の可視化ツールを特定して比較する。
- 自殺指標に対する意識の向上に関して、可視化ツールと報告システムの有用性を理解する。
- 可視化ツールにて通知された部隊環境を整備する。

#### 部隊可視化ツール

部隊の可視化ツールは、複数の領域（物質乱用、犯罪、自殺未遂）にわたる危険因子と保護因子の指標を理解するのに役立ちます。これにより、リーダーは、軍務の開始から終了まで個々の即応性の全体像を捉えることができます。これらのツールは根本原因を特定するのに役立ちます。

これらの可視化・分析ツールが、優先領域の特定につながり、データに裏付けされた防止行動につながっていくはずですが、具体的な行動は主観的な判断によるものですが、使用可能なデータ、臨床および非臨床の担当者・リーダーとの個人的なやりとり、関連する他の環境要因の解釈を活用すべきです。

#### 模範的なリーダーシップ（カウンセリングの実施、兵舎訪問、家族の把握など）

模範的なリーダーシップを発揮することで、部隊内の関係性が強化され、パフォーマンス重視の任務を遂行できる信頼と結束力のある環境が生み出されるはずです。チームメンバーとリーダーとの関係が、誰かの人生の方向性を変える手助けとなり、その結果としてストレスが危機にまで至らないようにしてくれます。チームの一員となるためには、以下のような個々の責務が果たされていなければなりません。

- **関係の構築。** 関心を示し、効果的にコミュニケーションを取り、経験や苦勞を共有し、兵舎を訪ね、家族や友人を知ること、信頼関係を構築する。



- 柔軟性と順応性を示す。**より大きな任務のために、異なる視点を考慮し、チームを強化する必要がある場合は均整する。
- 進んで他人を助ける。**定期的かつ積極的にカウンセリングを実施し、その場で修正を行い、教える・トレーニングする・指導するための具体的な行動を明確にする。

### 防衛組織環境調査

防衛組織環境調査（DEOCS）は、秘匿性の高い部隊主導の組織育成調査であり、指導者が組織内の問題行動を理解するのに役立つ 19 の横断的な危険因子と保護因子を測定します。任意の DEOCS 5.0 調査には、主要な社会的および軍事的研究に基づく約 100 の質問が含まれます。

指揮官 / リーダーは、50 のトピック領域を網羅する 600 を超える質問のリストから、最大 10 の選択肢と 5 の短い回答の質問を追加でき、DEOCS 5.0 を部隊 / 組織に合わせてカスタマイズできます。DEOCS の結果は、さまざまなカテゴリごとの分析を含む双方向的なダッシュボードの中で指揮官に提供されます。

### 指揮官向けリスク軽減ツールキット

指揮官向けリスク軽減ツールキット（CRRT）は、アーミーバンテージクラウドベースプラットフォーム（<https://vantage.army.mil>）内にあるモジュールで、複数の信頼できるデータベースから兵士レベルの情報を集約して、個々の兵士および集約された部隊データを中隊および大隊のコマンドチームに提供し、兵士のリスク行動、部隊の傾向、および展開即応性を評価します。CRRT は、陸軍リスク軽減プログラム（RRP）の重要な構成要素であり、アーミーバンテージプラットフォームに組み込まれている多くのツールキットのうちの 1 つです。これは、個々の兵士のリスクと部隊のリスク、そして展開即応性の可視化と評価を提供します。CRRT は、新たに配属されたすべての兵士の危険因子歴の可視化を、中隊および大隊のコマンドチームに提供します。各兵士のリスクレベルを決定したり、それに応じて追跡したりするわけではありませんが、部隊間を移動する兵士のリスク歴の可視化を途切れなく移行することができます。指揮官は、設置のリスク軽減コーディネーターに連絡することで CRRT にアクセスすることができます。

### ビヘイビアヘルスパルス

ビヘイビアヘルス（BH）パルス調査は、ビヘイビアヘルス担当官（BHOs）が兵士のビヘイビアヘルスの状態を評価するために指揮官と協力して使用できる任意かつ匿名の調査ツールです。少なくとも各隊から 70% の参加が必要とされています。BHO は調査の分析結果を指揮官へ提供し、議論をしなければなりません。その際、部隊のデータによって挙げられた懸念に対処するための最善の方法を適切に選択するうえで、指揮官を導くための提言を行うことができます。

BH パルス調査には、部隊の可視化ツールといった側面も含まれており、それによって指揮官は他の部隊と比較してレジリエンスの面で部隊がどのように機能しているかを評価することができます。指標を使用すると、トレーニング、展開、または重要な出来事（イベント）に

じて部隊が時間とともにどのように変化するかを傾向分析できます。中核となる調査は15分間で、レジリエンスを示す4つの主要領域をカバーしています。具体的には、不安・自殺念慮・飲酒・支援要請に対するスティグマなどのビヘイビアヘルス、士気・職務過多・部隊の結束・駐屯地のストレスなどの職場環境の問題、孤独・社会的統合・結婚問題などの社会的関係、性的暴行などの対人暴力です。

### 部隊リスクインベントリ

部隊リスクインベントリ（URI）は、自己申告による14の危険因子について部隊レベルの状態を評価する匿名の調査です。これらの危険因子は、事故、傷害、性行動、自殺のしぐさや未遂、無断欠勤、薬物やアルコールによる犯罪、交通違反、人に対する犯罪、財産に対する犯罪、配偶者虐待、児童虐待、経済的困難です。URIの概要結果は、部隊、設備、および構成要素の比較データを含む部隊リスクプロファイルを提供します。再統合部隊リスクインベントリ（R-URI）は、展開中または再展開以降に発生した可能性のある、部隊の即応性や隊員のウェルビーイングに影響を与える危険性の高い行動や態度をスクリーニングします。部隊のURIスコアとR-URIスコアはCRRTに書き込まれることになっています。

### 陸軍即応性評価プログラム

陸軍即応性評価プログラム（ARAP）は、組織の安全と環境に焦点を当て、偶発的な損失の根本原因に対処するための大隊指揮官向けのツールです。ARAPは、大隊レベルの指揮官（commanders）に、7つのカテゴリを通じて、彼らの編隊の即応態勢に関するデータを提供します。ARAPは、兵士や職員が匿名で記入できるウェブベースの調査で構成されています。この調査によって、安全な環境と文化、組織のプロセス、組織の環境、リソース、指揮、安全プログラムに関する部隊態勢が明らかになります。部隊は、<https://earap.safety.army.mil/> から調査を依頼することができます。

### アジマスチェック

アジマスチェックは、10分間の調査からなる秘匿性の高い自己評価ツールで、身体的、感情的、社会的、精神的、家族という5つの即応性とレジリエンス（R2）の側面にわたり兵士の総合的健康状態を評価します。兵士は個々に応じたフィードバックを受け取りますが、その中には職務や陸軍全体に関連する兵士の総合的なスコアと側面的なスコアを比較したグラフも含まれています。また、兵士は自分の側面的なスコアに関する情報やマルチメディア資料をアーミーフィット（<https://armyfit.army.mil/>）経由で受け取ることができます。コマンダービューでは、指揮官はアジマスチェックを受けた編隊内の兵士の集約されたフィードバックに基づいて、部隊の総合的な評価を見ることができます。

訳者註 Armyfit：米国防止・即応性・レジリエンス局のウェブベースのプラットフォーム。即応性とレジリエンスを育成。

### 兵士のリスク評価

リーダーは、自殺またはビヘイビアヘルス上好ましくない結果により危険にさらされている兵士を特定し、リソースの提供や支援するための戦術、技術、手順を提示する科学的根拠に基づいた実地検証済みのツールを参照し、マネジメントします。これらのツールと関連プロセスは、チーム、分隊、小隊レベルのリーダー主導の関与から始まり、指揮系統の各部隊を通じて同期された複数の専門分野にわたる再検討プロセスを支援します。

## 部隊の可視化

「優れたリーダーは、チームを知り、定期的にメンバーの精神的、身体的、感情的なウェルビーイングを評価し、必要に応じて適切な支援を提供することで、任務の必要性とメンバーのウェルフェアをバランスよく調整します」<sup>1</sup> リーダーは、メンバーを知らずして、変化を察知して評価することはできません。家族に会って（地元の人でなければ電話して）、彼らの友人が誰かを知り、各兵士の課題を理解することは、互いの信頼関係を築き上げる上で不可欠です。リーダーは、可視化と目的意識を維持するために、さまざまな手段を組み合わせる必要があります。これにより、望ましくない行動や自殺を防ぐために必要とされる関係性の構築、個人的な親しみやすさを育むことに注力できるようになります。可視化ツールがそれを可能にするのであって、それ自体が個人的な関係性や知識に置き換わるものではありません。

## 分析ツールとデータの要約

継続的な評価は、部隊の健康状態を測定し、部隊に属する個人の即応性を確保し、部隊全体の即応性と展開性を支援するのに役立ちます。傾向分析は、部隊の状態の理解、指標の特定と理解、防止活動の結果評価に役立ちます。あらゆる階級のリーダーが兵士個々のリスクの影響を評価し、影響を軽減するための措置を講じることで、指揮官と部隊が任務に専念できるようになります。評価により、次のことが可能です。

- リスクを軽減し、兵士の自己認識をより高め、兵士個々の即応性を向上させるための措置を講じるのに役立つフィードバックとツールを兵士に提供する
- 兵士個々の即応性傾向をマネジメントする
- ポジティブで持続的な部隊環境につながる行動を知らせ、信頼し合える文化を促進する
- 危機に陥る前に、迅速に部隊内に潜在的に存在する有害で損害を与える要因をリーダーが特定する助けとなる

これらの可視化および分析ツールは、優先領域の特定を支援し、データに基づく防止行動につながるはずです。例えば、指揮官は以下を行うことができます。

- リスクが高まっている領域を特定し、軽減と抑止のための行動を絞り込む
- 可視化ツールを使用して、絞り込んだ行動の成果と全体的な有効性を追跡する
- 追加の部隊、またはコミュニティのリソースや能力が必要であることを示す

## 指揮官のアセット：部隊およびコミュニティの防止リソースと可視化ツールとの連携

表 3-1 は、部隊可視化ツールの結果を提供、分析、推奨するリソースと特定分野専門家を示しています。

表 3-1 可視化ツールのコンタクトポイント

部隊とコミュニティのリソース	特定分野専門家の対象領域
ビヘイビアヘルス担当官	ビヘイビアヘルスパルスツール
部隊マスターレジリエンストレーナー	アジマスチェック
機会均等アドバイザー（認定された防衛機会均等マネジメント研究所 [DEOMI]）	防衛組織環境調査
リスク軽減コーディネーター	指揮官向けリスク軽減ツールキットへのアクセス、部隊リスクインベントリと再統合部隊リスクインベントリツール
即応性とレジリエンスパフォーマンスセンター/パフォーマンス専門家	アジマスチェック

### リーダーシップアクション

- 兵士の危険因子と保護因子を検出するために可視化ツールを活用する
- ポジティブな部隊環境を整備するために評価を取り入れる
- 可視化システムを構築するためにコミュニティリソースを活用する

### 文末脚注

1. 陸軍の職務とリーダーシップセンター（CAPL）、ポジティブな環境を整備し維持するためのガイドブック、2020 年 7 月。



## 第4章

### 実行：具体的な危険領域／隊員を特定 ポジティブ要因を構築 ネガティブ／有害要因を除去

防止アプローチへのコミットメントは、チームビルディングにかけられた時間と学びによって決まります。「コミットメントを持っているチームは、共通の目標を達成するためにチーム全員の足並みを統制し、優先事項を明確にしています」<sup>1</sup>。防止に対するリーダーの行動とコミットメントが、直接的にも間接的にもチームメンバーの行動や考え方に影響を与えます。これによって、信頼し合える環境と個人の即応性（訳者註 ことのなりゆきに対して、その場でただちに、それにふさわしい行動をすること。）を促進する規範が生まれます。

訳者註 commander：指揮官（軍事作戦を担当する士官・役職名）

訳者註 leader：リーダー（指揮官と異なり役職名ではない。平常時であれば隊長（部隊長等）がそのまま指揮官の役割を担うが、なんらかの理由で隊長職の者が指揮をとれない場合はその場で最上位の階級・先任であるものが指揮権を行使することになる。）

防止活動は、状況に応じて、リーダーに可能な最も重要な行動のひとつです。その防止活動は4つの階層に分類されます（図4-1 参照）。

- すべての人にとって感情的／心理的・身体的に安全な環境を作る行動。これらの活動は、基礎的かつ普遍的なものであり、反復的かつ体系的に部隊全体に適用されることを目的としている。
- 自殺リスクがあるかもしれない人を特定し支援する行動。
- 自殺リスクがあるとされている人を支援する行動。
- 自殺防止を持続し、生活の質を向上させる行動。

#### 徹底した包括的なアプローチ

構築 社会やコミュニティの状況 部隊や設置施設的环境	持続
防止（発生を止める） 継続的な評価 トレーニングと教育	予防（事前に守る）
特定 個人やコミュニティレベルのリスク 支援の提供	関与
介入 危機対応 完遂	行動

図4-1 防止活動の階層

## 目標

- 防止の階層を書き出す。
- 各防止の階層に適したリーダーの行動と防止の取り組みを特定する。
- 自殺防止トレーニングの要件と文書化の基準を理解する。
- 自殺防止トレーニングの政策プロセスの特例を理解する。
- 自殺防止プログラムの一環として、安全な銃器の取り扱い戦略を認識する。
- 可視化ツールを通じて、自傷または自殺リスクがある個人または部隊を特定し、カウンセラー・軍聖職者・トレーニングを受けた防止専門家と共に、危機対応策を完成させる。それには、致死的手段に対する安全行動（命を守る行動）を含む。

## 第1階層：問題が起こる前に対処する防止の持続

これは、生活の質と一般的なウェルビーイングを持続・向上させる社会的要因・環境的要因全般を表しています。社会的要因・環境的要因には、兵士や家族を取り巻く社会とコミュニティの状況が含まれています。また、駐屯地周辺、兵舎、住環境、及び健康的な生活が送れる食環境、コミュニティの視点に立った社会とのつながりを向上させるといった生活の質（QOL）への取り組みも含まれます。

## 第2階層：予防—普遍的な防止の基礎

これらの行動によって、あらゆる人にとって心身共に安全な環境が形成されます。これらは、先を見越した自殺防止プログラムの基礎となります。コマンドチームは、この階層にある隊員のために最も多くの活動をすることになります。

## 支援要請の正常化及びスティグマの減少

スティグマは、早期の支援要請およびビヘイビアヘルスにおけるサービスの利用において障壁として作用するとされています。個人が支援を求められない理由はいくつかあります。それは、兵士が自分で問題を解決したい、時間が経てば自然に解決するだろうと考えていると考えられるからです。また、自身の問題やビヘイビアヘルスに関する問題は秘密にしておくべきだと考えている人もいるかもしれません。これは、自分に対する罪悪感などからくるうしろめたさを感じ、他人の視線に敏感になる、キャリアに影響が出るのではないかという恐れ、個人的な問題が露呈されうることへの懸念、支援を要請することが弱さの表れであるとの思い込みなど、さまざまな理由が存在する可能性があります。

以下は、リーダーがスティグマを減らすために時間とリソース（訳者註 役に立つ価値あるもの）を費やすべき方法です。

- 支援要請行動に対して組織の障壁となっているものを特定し、除去する。
- スティグマと支援要請に関して部隊の考え方を特定するために、防衛組織環境調査（DEOCS）、ビヘイビアヘルス（BH）パルス調査、そしてまた部隊リスクインベントリ（URI）を活用する。

訳者註 the Defense Organizational Climate Survey（DEOCS）：防衛組織環境調査（第3章参照）

訳者註 the Behavioral Health (BH) Pulse survey：ビヘイビアヘルスパルス調査（第3章参照）

訳者註 the unit risk inventory (URI) survey：部隊リスクインベストリ調査

- これらの部隊調査に基づき、リーダーはスティグマを減らし、先を見越した、積極的な防止行動と支援要請行動を増強させる行動を特定しなければならない。
- リソースを把握し、必要に応じて適切な紹介を行うこと。これには、<sup>チャプレン</sup>軍聖職者や医療提供者が含まれる。
- 兵士、<sup>チャプレン</sup>軍聖職者、およびビヘイビアヘルス提供者または医療提供者間の守秘義務に関する意識を支援し、高める。
- <sup>チャプレン</sup>軍聖職者、ビヘイビアヘルス提供者、軍人家族生活コンサルタントの存在感を高め、支援要請とライフスキルの構築を正常化する。
- ライフスキルの構築を正常化するために、パフォーマンス専門家の存在感を高める。危険因子と保護因子について知識を深め、不安、ストレス、うつ病、心的外傷後ストレス障害(PTSD)、物質乱用、治療に関して、すべての兵士、陸軍文民、家族の気持ちと信頼に応えるためにリーダーの育成を行う。
- 個人の尊厳と価値を尊重せず、結束、秩序、規律を損なういじめ、いびり、中傷、差別、その他行動に対して、ゼロ・トレランス方式（第2章参照）を確立し、実施する。

### 身体的、精神的、社会的、心理的、家族的領域にわたる総合的な防止

防止への全人的なアプローチには、身体的、精神的、家族的、社会的、心理的／感情的な側面が含まれます。これらに関する保護因子を構築することで、ストレスをマネジメントし、ライフスキルを身につける能力に効果的に影響を与えてくれます。例を以下のように示します。

- 健康的な行動を促し、睡眠、運動、および健康的で栄養価の高い食品の摂取をすすめること。
- 家族や友人を部隊活動に溶け込ませ、戦士の冒険クエスト・独身兵士のためのよりよい機会・強い絆などのポジティブな社会活動をすすめること。

訳者註 Warrior Adventure Quest (WAQ)：戦士の冒険クエストプログラムは、兵士のエネルギーをリスクの低い行動に向けさせ、本国の生活に適応させるための訓練、ツール、オフタイム活動を兵士に提供することを目的としています。

訳者註 Better Opportunities for Single Soldiers (BOSS)：独身兵士のためのよりよい機会 (BOSS) は独身兵士の QOL 全般をサポートするプログラムです。

訳者註 Strong Bonds：強い絆は従軍兵士やその配偶者、家族のための部隊主導の保養を支援する際に、指揮官を補佐することを目的とした<sup>チャプレン</sup>軍聖職者をベースとした軍事プログラムです。

危険因子と保護因子ごとの設置施設サービス一覧については、付録 A を参照してください (図 A-1、図 A-2)。設置施設と部隊のスタッフは、ローカルリソースと連絡先情報を基に、この一覧表を調整しなければなりません。

### 第3階層：関与一リスクがある人を特定し支援する行動

危険な状態にある兵士が進んで助けや支援を求めないのは、自分の力で問題に対処することを望んでいたり、根本原因を誤認していたり、問題解決能力がないなど多くの理由があります。

リスクがある兵士を特定することによって、リーダーは手を差し伸べ、彼らをケアや支援につなげることができます。この階層における行動の例としては、ゲートキーパートレーニング(質問・ケア・エスコート、そして自殺への介入〔ACE-SI〕)と、前兆についての指導があります。

### ACE ゲートキーパーモデル - 年次および上級者向け自殺防止トレーニングの要件

年次自殺防止トレーニングでは、自殺に関連する支援要請とスティグマ、危険因子と保護因子、ストレス要因と前兆、早期介入と危機介入、自殺事後対応の原則に関する知識を深めます。これは、兵士、リーダー(leaders)、文民、家族に対して行われます。一般的な年次自殺防止トレーニングには2つの種類があります。ACE トレーニングと 自殺防止への関与トレーニングです。

60 分の ACE トレーニングはモジュール式で、自殺の影響、リスクの軽減、保護因子、前兆、そして ACE の原則をカバーしている 30 分のモジュールが必修です。この他にスティグマ、アクティブ・リスニング、ACE 実践を扱う 3 種類の 30 分モジュールがあり、指揮官(commanders)が選定できることになっています。ACE トレーニングは、<sup>チャプレン</sup>軍聖職者、レジリエンスマスタートレーナー、自殺防止プログラムマネージャーのガイドと指導の下、兵士が教えることを目的としています。

訳者註 module:モジュール (教育の分野でのモジュールは、時間等の「単位」を意味しており、「モジュール学習」とは、10 分、15 分などの時間を単位として取り組む学習形態である。)

自殺防止への関与トレーニングは、兵士を対象としています。このトレーニングは、自殺、物質乱用、セクシャルハラスメントに対するリスク指標、介入に対する個々の責任感、および効果的な介入に対する間接的および直接的なプランに対する意識を高めることを目的としています。即応性・レジリエンス (R 2) トレーニングセンター所属のパフォーマンス専門家がこのトレーニングを指導します。

上級者向けの自殺防止については、ACE-SI トレーニングで行われます。第 1ACE-SI コースの一番の目的は、兵士と陸軍省 (DA) の文民の自殺の前兆を早期に特定するスキルを身につけること、また彼らがいつ、どのように行動すべきかを把握できるようにすることです。さらなる目的としては、支援要請に関連するスティグマを除去する方法、緊急時に用いられるリソースと非緊急時に用いられるリソースの使用法、危険因子と保護因子が自殺リスクにどのように影響するのか、そして社会復帰と自殺事後対応をどのように支援すべきかなどを彼らに理解させることも含まれています。

第 2ACE-SI トレーニングは、ACE-SI システムを導入予定の陸軍のリーダーや防止専門家に対して行われる、16 時間の陸軍自殺介入トレーナーのトレーニングコースです。このトレーニングは、ACE-SI コースと少人数のファシリテーション (訳者註 会議やミーティングを円滑に進める技法) に関するモジュールで構成され、教える実習も含まれます。16 時間のコースを修了した受講者は、トレーナーとして ACE-SI コースを担当できますが、第 1ACE-SI は第 2ACE-SI トレーニングを受ける前提条件ではありません。

第 2ACE-SI トレーニングに参加する人は、少なくとも 1 年以上任務期間が残っている E-6(二等軍曹) 以上、ジュニアリーダー、第一線スーパーバイザー (訳者註 職場の課業の遂行を指揮する立場にある人) の中から指揮官によって選ばれます。設置陸軍物質乱用プログラムのオフィ



スは、トレーニングをスケジュールする際に連絡するコンタクトポイント（POC）です。

指揮官は、記録用覚書を用いてすべての自殺防止に対する修了記録を保管することになっています。指揮官は、トレーニング修了を記録するための電子トレーニングマネジメントシステム（DTMS）が、実用的かつ効率的であれば、それを引き続き使うことができます。

リーダー、兵士、家族向けの自殺念慮訓練カード（付録 B 参照）は、問題発生時にどのように介入を行うかの意思決定と行動のモデルとなります。

### **致命的自殺手段へのアクセス減少**

銃器や弾薬は危機の際には重要となりえますが、自分自身や家族、友人を守るために常に安全に保管されなければなりません。安全に保管する方法としては、ガン保管庫（訳者註 鍵のついた銃を収納するためのロッカー）、ロックボックス（訳者註 鍵のついた金属製の箱）、ガンロックを使用することです。研究によると、拳銃を所有することで自殺リスクが2倍、装填された銃器を保管ことで4倍に増加すると指摘されています。このようなりスクが高くなるのは、自殺未遂は衝動的であることが多いからです。その決断は短期的な危機の間になされ、計画性はほとんどありません。

また、自殺を決意してから自殺を試みるまでの時間は5分から10分程度と短く、致死率の高い自殺手段が利用できない場合やアクセスが難しい場合は別の手段を代用しない傾向があるという研究結果もあります。そのため、銃器や規制された医薬品などの致命的な手段にアクセスすることをより困難にしたり時間がかかるようにすることで、衝動から行動までの時間が長くなります。この方法によって命が救われることがあります。

### **個人および兵士の行動**

安全な保管方法がいくつもあるにもかかわらず、多くの兵士は銃器を自宅に正しく保管していません。指揮官は、銃器や規制された医薬品を安全に保管することの重要性について兵士を教育し、兵士個人やその家族、友人を守るための具体的かつ一般的な方法とリソースを提供しなければなりません。簡単に言えば、常にガンロックを使用し、装填されていない銃器は保管庫に入れ、弾薬は別の鍵のついた箱に入れ、規制医薬品は必ず保管庫に入れるということです。

### **家族の行動**

危機的期間や感情が高ぶっている期間は、銃器を安全に保管していないとリスクが高まる可能性があります。家族は、ビヘイビアヘルス担当者と自殺防止担当者から安全な保管方法について詳しく教わることができます。そうすることで、自殺リスクがあるかもしれない愛する人の安全を確保する手助けとなります。

### **指揮官の行動**

指揮官は、安全な保管方法を伝え、正常化し、自殺リスクがある人に対しては、致死的手段へのアクセスを減らす事例を提供し、安全に保管させることに重点を置かなければなりません。指揮官は、兵士の周りにいる、危機にさらされうる幼い子ども、友人の安全を守るために一般

的な方法として、安全に保管することの重要性を常に強調しなければなりません。必要に応じ、リスクの高い兵士に対して、あらゆる致死的手段へのアクセスを排除するために、与えられた権限を行使しなければなりません。個人所有の銃器（POFs）に関する方針を常に把握しておく必要があります。軍規（AR）600-63、陸軍健康促進（2015年4月14日）、および全陸軍活動メッセージ-(ALARACT) 057/2020、個人所有の銃器（POFs）とビヘイビアヘルス（2020年6月18日）には、兵士のビヘイビアヘルスおよび個人所有の銃器（POFs）に対する指揮官の権限と責任に関する指針が示されています。指揮官は、潜在的なリスクを特定し、ケアの要件を調整し、そして特定されたリスクをどのように軽減するかを決定するために、支援してくれているヘルスケアアセットと協議しなければなりません。また致死的手段を安全に保管する方法を教育するために、軍聖職者や自殺防止、安全、ビヘイビアヘルス担当者<sup>チャプレン</sup>と調整しなければなりません。これらの方法には例えば、装填されていない銃器をガン保管庫、ロックボックス、保管施設、または適切に運用している質屋などのような安全な場所に鍵のかけられた状態で保管すること、そして装填されていない銃器と弾薬は保管場所やカギを分けておくことが含まれます。最後に指揮官は、安全にアルコールを摂取する方法について兵士に知らせ、衝動制御の障害となるアルコールの影響に関して教育し、アルコールまたは物質乱用が自殺リスクを引き起こしうることを理解させなければなりません。

#### 第4階層：リスクがあるとされている人を支援する行動

指揮官は、リスクがある兵士の安全を確保し、そして彼らが適切なヘルスケアを受けられるようにする上でなくてはならない役割を担っています。第4階層は介入と呼ばれリスクがあると特定された兵士に対して、自殺行動につながる家庭内を含む人間関係、または法的トラブルなどのストレッサーからくる生命の危機を防ぐことに重点を置いています。リーダーは、その危機が軽減され、現在の状況を生み出した状況に対処する上で必要不可欠な役割を果たします。第一線スーパーバイザーとして、兵士と協力して状況に応じて問題を解決し、再び問題が危機レベルにならないよう戦略を立てるのに最も適した立場にあります。差し迫った懸念がないからといって、脅威が過ぎ去ったと思い込まないように注意しなければなりません。

#### リスクがある兵士のマネジメント

リスクがある兵士を特定するには、部隊を支援するよう任命された（assigned and /or designated）専門分野に特化した専門家と協力しなければなりません。これらの非臨床（軍<sup>チャプレン</sup>聖職者、軍人家族生活コンサルタント）および臨床（ビヘイビアヘルス）提供者もまた、リスクがある兵士をマネジメントしているリーダーを支援しなければなりません。軍聖職者は、宗教に属していることを自認し、自殺を試みた、または自殺念慮を抱いた経験のある兵士のために、精神的なリソースを用い指揮官を支援します。

**医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律**（訳者註 健康保険をいつでも使えるようにして、説明責任も担保する法律）

「質疑応答」のプロセスで、リスク行動の根本原因である医学的な問題が表面化するかもし

れません。以下の項目は、任用日時のようにリーダーが兵士の許可なく知ることができ、要求できる情報要件の例であり、また診療予約や診断で話し合われていることのようにリーダーが知ることができない、および医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律（HIPAA）に含まれていないその他の即応性に関するデータ要素の例を示しています。

## リーダー向け医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律ガイド

### HIPAA がリーダーに与える影響

- HIPAA はヘルスケアを求める人のプライバシーを保護する一方で、情報の適切な使用を認めることでバランスを保っている。
- 指揮官は、部隊の即応性と個々の兵士の任務遂行能力に影響を与えうる健康情報（および家族に関する具体的な問題）を把握する必要がある。
- HIPAA の主な目的は、個人の健康情報の適切な保護と同時に、質の高いヘルスケアを提供・促進するために必要不可欠な健康情報へのアクセスを許可することである。以下の項目は指揮官が兵士の許可なく知ることができること、および要求することができることをまとめたものである。

### ●医療評価委員会関連データ

訳者註 Medical evaluation board (MEB)：医療評価委員会（軍人の長期的な病状が兵役規則に従って医療保持基準を満たし続けることができるかどうかを判断するために設計されたプロセス）

### ●展開能力の要件

訳者註 deployability (deploy+ability)：展開能力（展開は軍事学において敵に対して最大限の戦闘力を発揮できるように戦力を体系的に配置する行動。展開能力は、その行動をする能力）

- 麻薬や睡眠薬など、行動を制限する薬物
- てんかん、心疾患、幻覚など、行動を制限する疾患
- 核・生物・化学に関係する、隊員信頼性プログラムに関連する任務

訳者註 Personnel Reliability Program (PRP)：隊員信頼性プログラム（特定の種類の武器を扱う特殊な任務を遂行する職員の個人の信頼性を可能な限り最高水準に確保するためのプログラム）

- フライトステータス
- 部隊主導のメンタルヘルスの評価結果（すなわちその結果が良好であったかどうか）
- 医師による任務決定又は事故調査
- 兵士回復部隊の適格性

訳者註 Soldier Recovery Unit (SRU)：兵士回復部隊。6ヶ月以上のリハビリテーションケアと複合的な医療管理を必要とする負傷した兵士を支援するために創設）

- 入院、重篤な怪我、または非常に重篤な怪我の状態
- 任免状況
- 陸軍体組成プログラム (ABCP) に関する文書

訳者註 Army body composition program (ABCP)：陸軍身体組成プログラム。すべての現役陸軍、陸軍州兵、および陸軍予備役兵士の身長と体重の基準を規定する米国陸軍のプログラム

## ●陸軍家族擁護プログラムの初期及びフォローアップ報告書

訳者註 Army Family Advocacy Program (AFAP)：家族擁護プログラム 配偶者および児童虐待を防止し、虐待のすべての事例の報告を奨励し、虐待の影響を受けた、または虐待に関与したすべての家族を治療して、それらの家族を健康な状態に回復させることを教育する目的で設計された陸軍のプログラム。

## ●自殺・殺人などの生命または健康に対する差し迫った脅威

以下は、こうした項目に関連する質問例です。

- スミス軍曹の健康状態はいかがですか。
- スミス二等兵 (PVT) は展開するのに必須の予防接種をすべて受けましたか？
- スミス特技兵 (SPC 訳者註 特技兵軍隊の兵士の中で何らかの特殊な技術や資格を習得している者を指す) は手術を受けたばかりです。どのような薬が処方されていて、それが整備士としての任務に制約を加えますか？
- 上級准尉 2 はフライト任務を許可されていますか？化学物質保証は？
- ロジャース大尉 (CPT) の家族擁護問題の状況はどうなっていますか？
- ジョーンズ一等軍曹 (SFC) は様々な症状で複数の医師 (専門医) の診察を受けています。ジョーンズ一等軍曹は、展開の妨げとなりそうな薬物治療や治療計画に取り組んでいますか。
- ミッション大尉は兵士回復部隊の候補者ですか？

以下は、指揮官が公式には知る権利を持たない項目です。

- 即応性や職務遂行能力に影響を与えない医療情報
- 兵士の家族情報 (ただし、AR 608-18『陸軍家族擁護プログラム』(2007 年 10 月 30 日) に準じ、家族擁護に適用される場合を除く)

以下は、このトピックに関連する質問の例です。

- スミス二等兵 (PVT) の奥さんは診察の予約をしていますか。
- ミッション大尉 (CPT) はどんな薬物治療をうけていますか？
- ジョーンズ一等軍曹 (SFC) は経口避妊薬を服用していますか？
- ロジャース大佐 (COL) が胆嚢の手術を受けると聞きましたが、本当ですか？
- スミス特技兵はビヘイビアヘルスについて言及していましたか？

## 文末脚注

1. 陸軍教訓業務センター (CALL)、結束力のあるチームの構築、2021 年 4 月 6 日。

訳者註 Center for Army Lessons Learned：陸軍教訓業務センター (陸軍教訓業務プログラムを主導し、ギャップを解消し、即応性を高め、最新の情報を提供するためのタイムリーで関連性の高い情報を提供することによって陸軍の改革を推進しています。



## 第5章

### 評価：Ready and Resilient（即応性・回復力）プロセス および自殺予防プロセスを通じた進捗状況のモニタリング

ready and resilient（R2；即応性・回復力）プロセスおよび自殺予防プロセスは指揮官および関係者が、個人の即応性を保ち、それぞれの組織全体に信頼の文化を育んでいることを確認するための枠組みを確立する。自殺その他の自傷行為や禁止されている虐待行為（つまり、セクシャルハラスメント、性的虐待、家庭内暴力、配偶者虐待、あるいは小児虐待）が複雑なものであるため、リーダーは複数の重なり合いのあるリスク防御要因とそれに伴うターゲットを絞った予防措置を効果的に管理するシステムを構築する必要がある。

#### 目的

- 自殺予防のための部隊 R2 プロセスを実施する要素について理解する。
- 部隊 R2 プロセス、指揮官の R2 評議会（CR2C）、その他施設自殺予防委員会 / 作業部会の違いを認識する。
- ポストベンション（事後対応）の原則を適用する。

#### READY AND RESILIENT（即応性・回復力）プロセス

R2 フォーラム（旅団健康増進チームや部隊回復力チーム、部隊回復力評議会などと呼ばれることもある）は旅団または部隊のリーダーに、兵士、家族、および市民のための安全で健康な環境のための基準と同期させモニターするためのフォーラムを提供するようデザインされている。これらのフォーラムは、定期的な評価を行うことにより複数のレベルのリーダーシップを提供し、その形成過程でのターゲットを絞った行動を開発し評価するようにデザインされている。

#### 部隊の Ready and Resilient（即応性・回復力）プロセスの確立

旅団および大隊の指揮官は部隊 R2 プロセスを設立して、システムチックな調査を通じてリスク行動を早期発見できるようにしなければならない。このようにすることで、指揮官がタイムリーにローカルでターゲットを絞った対応を実施するのに役立ち、総合的な即応性も高めるはずである。部隊の兵士や家族の利益を代表するものとなろう。これらのプロセスには、5つの領域（身体的、精神的（スピリチュアル）、心理的 / 感情的、社会的、家族）に合致する統合的で全体的なアプローチを組み込む必要がある。この R2 プロセスは、指揮官と第一線の監督者をガイドし、自分自身や他人に対するリスクが高まっている人々を特定し、早期予防を支える適切なリソースに兵士を導くのに役立つ。

部隊 R2 プロセスではコマンド可視化ツールを使って評価を行い、得られたデータと傾向に基づいて行動を決定し、防御因子の強化に優先順位をつけ、危機につながる複数の問題が生じ

るリスクを低減させ、回復力と信頼の風土や文化を育む。指揮官はこのフォーラムを使って、高リスク兵士への対処をすることができる。評価尺度（リスク因子と防御因子）を収集し評価することで、ギャップや懸念事項、回復力を構築するための機会を特定するのに役立つ。この尺度は、リソースのパフォーマンス、介入の有効性、ならびに部隊の総合的な健全性を再評価する能力も測定する。

## メンバーシップ

旅団司令官と上級曹長（CSM）が共同議長を努め、部隊 R2 プロセスを監督する。彼らは、使命と目的に関してリーダーを教育し、兵士と部隊の問題を提示するプロセスを構築する責任がある。従属する指揮官と CSM はブリーファ（概要説明担当者）を構成する。

準構成員には以下の者が含まれる：

- S1 からの旅団ならびに大隊の代表者、
- 外科医、
- 部隊付き聖職者、
- 法務官、
- 行動安全衛生代表者、
- マスターレジリエンストレーナー、
- 性的暴力対応コーディネーターおよび被害者支援者、
- 憲兵隊長、
- 機会均等の代表者、
- アルコール・薬物乱用代表者、
- 家族擁護の代表者、
- 専任の軍隊生活・家族生活コンサルタント、
- 兵士・家族即応性グループの代表者、
- その他、司令部により特定された者。

上級司令部から選任された補助メンバーには、コミュニティーの即応性・回復力取りまとめ役、自殺予防プログラムのマネージャー、リスク低減コーディネーター、家族生活聖職者、および陸軍コミュニティーサービス（ACS）が含まれるであろうが、これらの人々には限定されない。

リスクの高い兵士を特定し、モニタリングし、回復力と即応性を高めるための適切な紹介とトレーニングを促進するために、部隊および地域の臨床ならびに非臨床カウンセラーで構成される専門チームが結成されることになろう。メンバーは関連情報について話し合うことができ、職務上の定義により、秘密を保って伝達される特定個人情報を保護することが法的ならびに倫理的に義務付けられている。補助メンバーは、特定の組織によって問題への対応がなされている場合にのみ、個人に関する議論に出席することになる（つまり、兵士が経済的困難を抱えている場合、ACS はその兵士に関する議論中にのみ出席することになる）。

## インプット

- コミュニティから当該分野の専門家として特定された部隊内の主要人物（守備隊員や医療スタッフ）。
- Command Visibility Tools やその他の報告システムからの個人およびチームに関する評価と傾向分析。
- プログラム、訓練、イニシアチブ、実践の一覧表。
- コミュニティーリソース（プログラム、実践、トレーニング、イニシアチブ）。
- 少なくとも月1回実施する定期的会議の調整。
- 部隊の優先事項と、下位部隊 R2 プロセス、施設 CR2C、支援作業グループからの推奨事項。

## アウトプット

- 優先領域（リスクおよび防御因子）ならびに新たに生じた問題（つまり、規律に関する問題の増大）の特定。
- 勤務成績指標のモニタリング（勤務評価尺度ならびに勤務成績尺度）。
- 対象となる個人ならびに部隊の予防およびリスク低減活動に関する推奨事項（ポリシー、訓練、実践、イニシアチブ、など）。
- 個人および部隊の問題に対するリーダーの認識と対処力。
- CR2C への参加と報告。
- 自殺予防方針とプログラムを運用する旅団 R2 方針。

大隊および旅団レベルの部隊 R2 フォーラムおよび支援作業グループについてのテンプレートが付録 C に示してある。これらは、比較的制約のない環境における理想的なプロセスを示している。制約が存在する場合、主要スタッフ、議題、会議でのインプットの完全性は、同じアウトプットを達成できる別のバトルリズムイベントの組み合わせで代替して示す必要がある。

## コミュニティーの Ready and Resilient（即応性・回復力）評議会との同期

自殺予防は複雑な公衆衛生上の問題であり、複数の機能部門が取り組む必要がある。そのため、施設上級司令官の CR2C は、多くの部門にわたる横断的な問題に対処するための協力の相乗効果と機会を生み出すことを目的としている。

Community Readiness and Resiliency Integrator (CR2I；コミュニティー即応性・回復力統合官) は、旅団および大隊司令官が部隊 R2 プロセスを創設し、部隊プロセスを施設内 CR2C と同期させるコンサルタントの役割を果たす。旅団および別個大隊設置テナント部隊の指揮官が CR2C に参加する。

## 自殺予防および事後対応プロセス

自殺行動を防止するためには、司令部は死亡者の行動を分析し、既知の要因（兵士、環境、リーダーシップ、など）を理解し、未知の要因を発見することで恩恵を得ることができる。この取り組みの目的は、情報ならびに教訓を生み出すことである。ここで学んだ教訓は、将来の自殺

を予防するのに使えるであろう。

以下の3つのマイルストーン会合が事後対応プロセスを支える：

- 施設大隊司令官アフターアクションレビュー（AAR）
- 自殺対応チーム
- 自殺死亡疑い調査分析委員会（S2FRAB）

報告、事後対応、およびこれらの事象から学んだ教訓を調整する手順を司令部が確立することが強く推奨される。このようにすることで、死を防ぐことのできた可能性のある要因を特定し、兵士が自殺の決断を可能にした要因を特定する視認性が、あらゆるレベルで向上するであろう。

S2FRABの結果は、自殺予防作業グループ（SPWG）、部隊 R2 フォーラムならびに CR2C に移行させて、特定されたギャップと学んだ教訓を実施しモニターする必要がある。

### 自殺疑いの報告および調査

稀に自殺が生じた場合、コマンドチームにはいくつかの重要な行動が求められる。このセクションでは、指揮官が満たさなければならない多数の法的小さいび行政上の要件について検討する。法的小さいび行政上の要件を満たすからといって、全ての行動の最前線における人の悲劇に対する指揮の対応を軽視するべきではない。自殺の疑いがあることを通知された場合、最も重要な目標は、冷静かつ集中力を持ったリーダーシップを発揮することである。

### 部隊の事後対応

事後対応は自殺未遂や自殺による死亡後の、影響を受けた人々の回復と治癒を促進する構造化された活動で構成される。事後対応には遺族への支援と、自殺行為への影響で自殺リスクが高まる可能性のある人々への支援が含まれる。積極的に事後対応することは、兵士間での自殺特有の問題に対処し、安定化させるのに役立つ。

指揮官は、自身の自殺に対する考え方や感覚が、意図しているか、意図していないかに関わらず、死についてのコミュニケーションや生存者との交流の成立に影響を及ぼす可能性があるため、自殺行動についての自身の信念や思い込みについて検討しなければならない。

リーダーは、早期（死亡後 48 時間以内）に兵士たちと積極的に関与し、事後対応期間を通じて関与する必要がある。リーダーは、必要なサポートを受けるためのプロセスを兵士たちが確実に理解できるようにする必要がある。死亡もしくは自殺企図後できるだけ早く、可能かつ適切であれば数時間以内に兵士たちにサポートおよびリソース（例えば、悲嘆カウンセリング、サポートグループ、同僚のメンタリング）が直接提供されると、兵士たちは積極的な事後対応アプローチの恩恵が得られる。

自殺企図後の具体的なサポートおよびアプローチについて、聖職者や精神衛生施設の責任者、部隊に割り当てられている行動健康担当者（BHO）、または信頼されている部隊内行動健康チームに相談する必要がある。



## リーダーのスキルと行動：

- リーダーシップの関与を公式および非公式に高める。不誠実と見なされるリスクがない限り、公式な行動には、死亡についての発表直後に職場での上級指導者の存在感を高めることが含まれる必要がある。非公式な行動には、担当者との関わり、サポートや情報のメッセージ伝達を含む。当初はリーダーシップの存在感を強め、その後、しかるべきテンポでその後 30 日間にわたって徐々に存在感を弱めていくようにする。
- 指揮チームは、自殺により遺族となった人々について、以下の役立つ可能性のある情報について習熟しておく必要がある：
  - 自殺による喪失に対する一般的な反応としては、強い悲しみ、トラウマ症状、罪悪感、そしてなぜ自殺行動が生じたのかに対するこだわりなどがある。
  - 睡眠障害や食欲低下、集中困難もしくは方針決定の困難などの生理的反応もある。
  - 重度または長期にわたる喪失反応には、うつ病、不安や過剰警戒の高まり、世界観の変化、対人関係の緊張、心的外傷後の成長の可能性が含まれることがある。
- 影響を受けた部隊メンバーが死別リソースを特定し、連絡できるよう支援することを優先する。指揮官は部隊メンバーを助けるために、死別と悲しみのためのスペースと時間を提供する必要がある。
- 悲しむこと、必要な悲嘆リソースにアクセスする必要性と、任務への復帰、および作戦に対する即応性のバランスをとる。悲しむための十分な時間をとらせ、行動健康リソースへのアクセスを促進する。リーダーは、日常生活への復帰がいつどのようなタイミングで行われることが適切で道理的であるかを、自身の最善の判断で決定するようにしなければならない。

司令官は、同時に事後対応プロセスを実施し、必要な 15-6 調査と報告を開始しなければならない。提出する必要がある報告は 2 通ある：陸軍省（DA）フォーム 7747、*Commanders Suspected Suicide Event Report (CSSER; 自殺の疑い事象に関する司令官報告)*、2020 年 6 月 1 日、ならびに、国防省（DD）2996、*Department of Defense Suicide Event Report (DODSER; 国防省自殺の疑い事象報告)*、2015 年 3 月 1 日。

**DA フォーム 7747.** 全ての部隊の指揮官は自殺による死亡が疑われる全ての兵士について DA フォーム 7747 に必要事項を記入し提出する必要がある。インシデントが発生した部隊の責任者は 15-6 調査官の支援を受けて DA フォーム 7747 を作成する。DA フォーム 7747 には 3 つの異なるサポートセクションがある（重大インシデント報告書、司令官初期報告書、司令官最終報告書）。記入済みの DA フォーム 7747 を暗号化し、電子メールで提出する。

**DD フォーム 2996.** DODSER は一部の予備役を含む全ての現役および予備役構成兵士の、入院の有無に関係なく全ての自殺および自殺企図を報告するのに使われる（国防総省指示 [DODI] 6490.16、*国防自殺予防プログラム*、2020 年 9 月 11 日参照）。DODSER プログラム・マネージャーは、Defense Health Agency 内で活動し、陸軍向けのプログラムの管理を担当し、DODSER 記入の支援を行う。施設内医療施設が、自殺の疑いに関する DODSER に記入するための連絡先（POC）を特定する。

## 施設全体の大隊指揮官のアフターアクションレビュー

自殺が疑われる場合、上級指揮官は 96 時間以内に施設内の全大隊指揮官を招集しなければならない。その意図することは、支援するのに役立つと思われるタイムリーで関連性の高い情報を提供することである。主な観察結果を共有することで警戒サインを指揮官は認識することができる。

報告．重大インシデント報告（SIR）（セクション 1）は、陸軍上級リーダーに対して事象が生じたことを伝えるために必要な最小限の情報からなる。死亡後 24 時間以内に部隊は SIR（初期報告書）を提出しなければならない。暗号化し以下のアドレスに電子メールで提出する。

## 自殺対応チーム

自殺対応チーム（SRT）は、状況を評価し、適切な行動方針を決定し、機関間およびスタッフ間の行動を速やかに支持することで、指揮官を支援し、助言する。SRT は自殺行動サーベイランスの適時性と有用性を高めること、および報告システムで報告される関連リスクと防御因子を高めることで、自殺予防の目的を支えている。駐屯地司令官は、自殺または自殺の疑いによる死亡から 48 時間以内に SRT を招集し、コミュニティリソースを集めなければならない。

報告．DA フォーム 7747 セクション 2 には広汎な面接や調査を行わなくても指揮官が容易に取得できる追加の質問による SIR 情報をもとに作成される。セクション 2 は 5 日以内に作成し、暗号化電子メールで [usarmy.pentagon.hqda-dcs-g-1.mbx.csser@mail.mil](mailto:usarmy.pentagon.hqda-dcs-g-1.mbx.csser@mail.mil) に提出する。情報は SRT プロセスの際に取得しなければならない。

## 自殺死亡の疑い精査分析委員会

上級指揮官は、自殺の疑いが生じてから遅くとも 60 日以内に S2FRAB を招集する。S2FRAB は、個人、システミックおよび環境要因の包括的、客観的、標準化された全体像の分析をもたらす。S2FRAB は、陸軍規則（AR）15-6、行政的調査と役員会実施手順、2016 年 4 月 1 日で得られたものよりも多くの情報を収集して、兵士たちの部隊におけるケアの方法について追加の教訓が得られたかどうかについて判断することが容易になる。S2FRAB は、自殺の疑いのある部隊と対象分野の専門家を集めて、予防、介入、事後対応活動を特定し改善させる。

報告．DA フォーム 7747 セクション 3 は、全てのリーダー層に分析に関する情報と研究のトレンドとパターンを提供する質問で構成されている。このセクションはまた、詳細な面接と調査の実施に関して AR 15-6 に概要が示されている要件も満たしている。このセクションは 60 日以内に作成し、暗号化電子メールを介して [usarmy.pentagon.hqda-dcs-g-1.mbx.csser@mail.mil](mailto:usarmy.pentagon.hqda-dcs-g-1.mbx.csser@mail.mil) に提出する。軍隊検視官（AFME）による自殺確認の通知から 60 日以内、もしくは自殺企図が確認されてから 30 日以内に DD フォーム 2996（DODSER）に記入する。

## 付録 B

### 自殺念慮訓練カード

図 B-1 から B-4 は、指揮官、兵士、ならびに家族向けの自殺念慮訓練カードです。これらのカードは問題が発生した際に対処するための意思決定およびアクションテンプレートをもたらします。

指揮官		SP2
自殺念慮訓練カード		自殺予防プログラム
<p>危機に際してリーダーシップをとることは、信頼、信用、そして部隊の結束を強化し構築する機会となる。トラウマを引き起こす出来事の直後にサポートを受けることが、治癒と回復のプロセスにおいて重要である。この対処でポジティブな結果が得られることは、全体的により強い団結力、積極性、生産的な部隊の雰囲気の醸成に貢献することができる。</p>		
<p><b>予防：予防し備えるための対処法</b></p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 統括しているチームを知る：部隊の雰囲気の変化に気がついたか？兵士が最近何らかの挫折を経験したことがあるか？職務、家族、社会、スピリチュアルの領域のことを考えてみる。</li> <li>2. リスク因子を知る：行動の変化、家庭問題、勤務成績の変化、アルコール乱用、薬物使用、経済的問題、最近の喪失（友人、家族、職務、関係性）、自殺を話題にする、あるいは、自殺を話題にするのを望まない、絶望、緩和することなく持続する痛み、死に至る手段へのアクセス、関係性の状態の変化。</li> <li>3. （予防への）リソースおよび連絡方法について知る：自殺予防ライフライン、1-800-273-TALK(8255)。ミリタリー危機ホットライン、1-800-273-8255にダイヤルし、1を押す。</li> </ol> <p>スティグマを少なくするための実行可能なステップとして、助けを求める行動を正規化する。</p>		
01	いつでも支援が得られることを強調する。	戦いは戦場だけにお きるのではない。
02	困った時に助けを求めるよう奨励する。	
03	自殺の危険信号の検出を強化する。	
04	部隊が利用できるローカルサポートサービスを見つける。	
05	ロールモデルになる。ストレスの多い出来事に対処するためのコーピング戦略を認識し、伝える。	
<p><b>介入：問題が発生した場合の対処法</b></p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 速やかに対応する。観察したことについて話し、必要に応じてサポートを提供する。</li> <li>2. 兵士がサポートを受けていることを確実に行う。それがたとえ、UCMJ あるいは行政処分が関わるものであってもである。状況全体を通じて兵士のウェルビーイングを状況に応じて常に把握できるよう、継続的な接触をもたらす。</li> </ol>		
<p><b>事後対応：問題点が特定された後の対処法</b></p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SME カウンセリング（チャプレン（聖職者）、行動健康専門家）を求める。</li> <li>2. 職務の制限について認識し、観察/最新情報を支援機関に提供する。</li> <li>3. 治療計画について話し合うための連絡を強化する。フォローアップし、フォロースルーを確実に実施する。</li> <li>4. 噂やゴシップに対しては、プロフェッショナルな行動を通じて対処する。</li> </ol> <p>プライバシーを考慮して、兵士についての調査を行う。定期的に調べて連絡を取り続けるよう努力する。兵士が即応態勢に復帰することに対するあなたの支援を示すことで、自殺予防に貢献する。</p>		

図 B- 1. 指揮官の自殺念慮訓練カード

## 介入：問題が発生した場合の対処法

躊躇することなく即座に取り組むこと。“はい”か“いいえ”で答える質問を行う。

設問 1、2、6 は必ず質問する

01

死にたいとか、眠りから覚めたくないと思ったことはありますか？

>

はい — 設問 3-6 に進む。  
いいえ — 設問 2 に進む。

02

自殺について、実際に考えたことがありますか？

>

はい — 設問 3-6 に進む。  
いいえ — 設問 6 に直接進む。

03

どうやって自殺するか、実際に考えたことがありますか？

>

はい — PLT SGT に通知；護衛。  
いいえ — 設問 4 に進む。

04

自殺したいという考えはあるものの、絶対に行動に移さないであろうとの考えのもとで、自殺したいという考えに基づいて行動するつもりはありましたか？

>

はい — 高リスク、911 に通報し、次に PLT SGT  
いいえ — 設問 5 に進む。

05

自殺の方法に向けて行動を開始したか、自殺の方法の詳細について検討しましたか？この自殺計画を実行するつもりですか？

>

はい — 高リスク、911 に通報し、次に PLT SGT  
いいえ — 設問 6 に進む。

06

自殺に向けて何か行動しましたか？自殺への行動開始、一生を終わらせるための準備をしましたか？

>

例：睡眠薬を集めた、拳銃を入手した、遺書あるいは自殺ノートを書いた、拳銃を手を持ったが気が変わった、自傷、首吊りの試み、など。

過去 3 ヶ月間？はい — PLT SGT に通知；護衛  
過去 3 日間-高リスク、911 に通報し、次に PLT SGT  
いいえ — 観察結果を PLT SGT に説明。

はいの回答が一つでもあれば、さらなるケアと指揮系統への報告が必要であることを示している。しかし、設問 4、5 または 6 に対する回答がはいであれば、最も近いチャプレン、行動健康専門家、部隊の指揮官、あるいは救急外来に同行して連れて行くこと。当該人物を独りにしてはならず、専門家によるケアがなされるまでは、当該人物と一緒にいること。

## ローカルコンタクト情報ならびにリソース

自殺の恐れや警告サインを重大なものと受け止めなければならない。早期に介入することで危機にある人物が自殺念慮に基づいて行動するのに使える時間が少なくなる。

図 B-2. 兵士の介入訓練カード



家族		SP2
自殺念慮訓練カード		自殺予防プログラム
<p>配偶者やパートナーが自殺念慮を表明した際に、積極的に関わることで自殺や自殺企図を防ぐことができます。生活上のストレス要因やリスク因子に圧倒される前に注意を払い、積極的に取り組んでください。自殺念慮、自殺思考とは、自殺する計画について考えることを意味します。念慮には、簡単な検討から、詳細な計画まで多岐にわたっています。</p>		
<p><b>予防：予防し備えるための対処法</b></p>		
<p>1. 警戒する：気分の変化に気が付きましたか？その兵士は、最近挫折を経験しましたか？職務、家族、社会、スピリチュアルの領域について考えてみましょう。</p> <p>2. リスク因子を知る：行動の変化、対人関係の問題、アルコール乱用、薬物使用、新たなまたは壊滅的な負債、最近の死別（離別）、自殺について語ること、痛みが続いて解消されない、死に至る手段へのアクセス。</p> <p>3. リソースとそれらへの接触法を知る。自殺防止ライフライン、1-800-273-TALK (8255)。ミリタリー危機ホットライン、1-800-273-8255 にダイヤルし、1 を押す。</p>		
<p><b>介入：問題を見つけた際の対処法</b></p>		
<p>躊躇することなく即座に取り組んでください。“はい” か “いいえ” で答える質問を行います。設問 1、2、6 は必ず質問してください。</p>		
01	死にたいとか、眠りから覚めたくないと思ったことはありますか？	<p>&gt; はい — 設問 3-6 に進む。 いいえ — 設問 2 に進む。</p>
02	自殺について、実際に考えたことがありますか？	<p>&gt; はい — 設問 3-6 に進む。 いいえ — 設問 6 に直接進む。</p>
03	どうやって自殺するか、実際に考えたことがありますか？	<p>&gt; はい — 兵士の直属の監督者に通知；護衛。 いいえ — 設問 4 に進む。</p>
04	自殺したいという考えはあるものの、絶対に行動に移さないであろうとの考えのもとで、自殺したいという考えに基づいて行動するつもりはありましたか？	<p>&gt; はい — 高リスク、911 に通報し、次に兵士の直属の監督者に通知する いいえ — 設問 5 に進む。</p>
05	自殺の方法に向けて行動を開始したか、自殺の方法の詳細について検討しましたか？この自殺計画を実行するつもりですか？	<p>&gt; はい — 高リスク、911 に通報し、次に兵士の直属の監督者に通知する いいえ — 設問 6 に進む。</p>
06	自殺に向けて何か行動しましたか？自殺への行動開始、一生を終わらせるための準備をしましたか？  例：睡眠薬を集めた、拳銃を入手した、遺書あるいは自殺ノートを書いた、拳銃を手に持ったが気が変わった、自傷、首吊りの試み、など。	<p>&gt; 過去3ヶ月間？はい — 兵士の直属の監督者に通知；護衛 過去3日間？高リスク、911 に通報し、次に兵士の直属の監督者に通知する いいえ — 観察結果を直属の監督者に説明。</p>
		戦いは戦場だけにおきるのではない。
<p>はいの回答が一つでもあれば、さらなるケアが必要であることを示している。しかし、設問 4、5 または 6 に対する回答がはいであれば、最も近い救急外来、メンタルヘルス・クリニック、チャプレン、行動健康専門家、兵士の直属の監督者に同行して連れて行くこと。当該人物を独りにしてはならず、専門家によるケアがなされるまでは、当該人物と一緒にいること。</p>		
<p><b>事後対応：問題点が特定された後の対処法</b></p>		
<p>つながりを保ち、心配していることを示します。回復へのサポートを示すことで自殺予防に役割を果たすことができます。</p>		
<p><b>ローカルコンタクト情報ならびにリソース</b></p>		
<p>つながりを保ち、心配していることを示します。回復へのサポートを示すことで自殺予防に役割を果たすことができます。</p>		

図 B-3. 家族の自殺念慮訓練カード

## 介入：問題が発生した場合の対処法

躊躇することなく即座に取り組むこと。“はい”か“いいえ”で答える質問を行う。

設問 1、2、6 は必ず質問する

01	死にたいとか、眠りから覚めたくないと思ったことはありますか？	>	はい — 設問 3-6 に進む。 いいえ — 設問 2 に進む。
02	自殺について、実際に考えたことがありますか？	>	はい — 設問 3-6 に進む。 いいえ — 設問 6 に直接進む。
03	どうやって自殺するか、実際に考えたことがありますか？	>	はい — 兵士の直属の監督者に通知；護衛。 いいえ — 設問 4 に進む。
04	自殺したいという考えはあるものの、絶対に行動に移さないであろうとの考えのもとで、自殺したいという考えに基づいて行動するつもりはありましたか？	>	はい — 高リスク、911 に通報/兵士の直属の監督者に通知。 いいえ — 設問 5 に進む。
05	自殺の方法に向けて行動を開始したか、自殺の方法の詳細について検討しましたか？この自殺計画を実行するつもりですか？	>	はい — 高リスク、911 に通報/兵士の直属の監督者に通知。 いいえ — 設問 6 に進む。
06	自殺に向けて何か行動しましたか？自殺への行動開始、一生を終わらせるための準備をしましたか？  例：睡眠薬を集めた、拳銃を入手した、遺書あるいは自殺ノートを書いた、拳銃を手にしたが気が変わった、自傷、首吊りの試み、など。	>	過去 3 ヶ月間？はい — 兵士の直属の監督者に通知；護衛 過去 3 日間？高リスク、911 に通報/兵士の直属の監督者に通知。 いいえ — 観察結果を監督者に説明。

はいの回答が一つでもあれば、さらなるケアと指揮系統への報告が必要であることを示しています。しかし、設問 4、5 または 6 に対する回答がはいであれば、最も近いチャプレン、行動健康専門家、部隊の指揮官、あるいは救急外来に同行して連れて行くことが必要です。当該人物を独りにしてはならず、専門家によるケアがなされるまでは、当該人物と一緒にいてください。

## ローカルコンタクト情報ならびにリソース

自殺の恐れや警告サインを重大なものと受け止めなければなりません。早期に介入することで危機にある人物が自殺念慮に基づいて行動するのに使える時間が少なくなります。

図 B-3. 家族の自殺念慮訓練カード

### 訳者註

陸軍編成において自殺を減らすには一旅団・大隊指揮官向けガイドブック—の翻訳を行う上での基本的な考え方は、①原文と対照しながら分かりやすいこと、②日本語としても自然に展開を追うことができることであるとしている。

この翻訳は私訳として翻訳しているため間違いなどのご寛容をお願いしておきたい。



## 第 2 章

### ガイドブック評価編





# 1. 日本の心理学的視点から見た評価 —文化に即したレジリエンス構築に向けて—

皇學館大学文学部

コミュニケーション学科准教授

高 沢 佳 司

## はじめに

本研究課題は、我が国の自衛隊における隊員の自死予防に関するソーシャルワークモデルの構築を目指して行われた。本稿は、米軍隊員の自死予防プログラムのガイドブック：『Unit Leaders Guide to Suicide Prevention』（Center for Army Lessons Learned, 2021）を参照し、当該プログラムが自衛隊においてどの程度利用可能か評価するものである。プログラムの紹介と同時に、自死に対する保護因子<sup>1</sup>となるレジリエンス要因や日米文化差について着目して論じたい。

## 第1節 米軍の自死予防プログラムガイドブックの概略、リスク要因、およびレジリエンス要因

### ・レジリエンス、自死のリスクおよび保護因子

本論では自死予防におけるレジリエンス（精神的回復力）、また関連する概念としてリスク、保護因子といった用語が並んでいる。こうした用語の解説は読者にとって冗長であるかもしれないが、潜在的な誤読を避けるためにもある程度の説明を加えていくものとする。その上で、隊員のレジリエンスを構築するプログラムを紹介する。

ここではガイドブックの内容を一旦離れ、国内外のレジリエンス研究を概観し、レジリエンス構築の意義をより明確にしていく。またリスクおよび保護因子にも触れる。

### 1. レジリエンスとは～その多次元性～

40年以上のレジリエンス研究において、レジリエンスの概念は多様な文脈の中で複数の様相を呈しているが、力動的かつ多次元に亘る概念であることは確かである（for a review, Hiebal, Rabe, Maus, Peusquens, Radbruch, & Geiser, 2021）。例えば、Windle (2011) はレジリエンスがどのように定義され得るかについての議論の中で、レジリエンスという専門用語が潜在的なリスクの類と関連して用いられる場合と、リスクからの保護因子として用いられる場合

---

1 「人々がストレスの多い出来事をうまく対処するのに役立つスキル、力、リソースのこと」（Center for Army Lessons Learned, 2021, p. 4）

などで、学問領域間の相違が見られることを指摘した。

またレジリエンスをパーソナリティ特性、立ち直りのプロセス、訓練可能なもの、およびアウトカム（結果）ベースのレジリエンス（身体的・精神的な健康・不健康の有無によってレジリエンスを判定する立場）等として捉えることが可能であり、したがってレジリエンスの統一的な定義を行うことの困難さが見られる。

プロセスならびにアウトカムベースのレジリエンスについては、その定義に対して、重大な逆境への曝露が一つの中心的な要件に位置づけられている（Hiebal et al., 2021）。

### 1-1. パーソナリティ特性レベルのレジリエンス

レジリエンス研究の初期の取り組みでは、レジリエンスという概念をパーソナリティ特性として捉えた（Block & Block, 1980; Connor & Davidson, 2003; Hu, Zhang, & Wang, 2015）。この前提にもとづいて、レジリエンスの個人差を測定するレジリエンス尺度:Resilience Scale (RS; Wagnild & Young, 1993) が開発され、後続のレジリエンス研究にも多大な影響を及ぼしている。

我が国においては平野（2015）が「資質的レジリエンス要因」、「獲得的レジリエンス要因」（p. 9）と呼ぶように、特性レベルのレジリエンスは先天的ないしは資質的なものと後天的に獲得可能なものとしてのレジリエンスに分類することができる。何の訓練も受けない場合には獲得できないような類のレジリエンスも想定されるため、レジリエンスを促進するための介入や訓練を考案する潮流が生まれている（Cicchetti, 2010）。また、小花和（2004）ではレジリエンス要因を環境要因、個人内要因と分類した中で、後者はさらに個人要因と獲得される要因に分類した。このようにパーソナリティとしてのレジリエンスといっても、その切り口は多様であり少なくとも先天的・後天的（訓練可能）なものとして捉えることについては一定の合意が得られているといえよう。

### 1-2. 立ち直りのプロセスとしてのレジリエンス

パーソナリティ特性レベルの概念として議論が発展してきたレジリエンスであるが、今日ではパーソナリティ特性よりもむしろ適応のプロセスであると捉えることに対し、研究者間での合意が広がっている（Leys Arnal, Wollast, Rolin, Kotsou, & Fossion, 2018; Hiebel, Rabe, Maus, & Geiser, 2021）。プロセス準拠レジリエンスの最も引用される定義は、重大な逆境に対する良好な適応のパターン（Rutter, 2012）である。

さらにレジリエンスはシステムの観点を含んだより広範かつ力動的、多面的なプロセスアプローチとして捉えられるようになってきている。逆境に置かれる前に起こった出来事や急性的・慢性的な逆境といったレジリエンスの軌道における時間的側面、異なる環境化でのレジリエンスの変化、および個人・社会レベルのプロセスがレジリエンスにどう影響するか検討されている。個人レベルの要素は、後成学を含む遺伝子学および神経生理学から、認知、感情、行動の諸側面までにわたる。近年ではレジリエンスと関連する遺伝子、発達・適応と連動した神経生理学的側面、行動、文脈、およびそれらの特定の相互作用に注目が集まっている（Cicchetti, 2010）。社会レベルの要素は、家族、友人、同僚、さらには政府のような遠位部マクロシステ

ムすら考慮に入れられている。レジリエンスは複数のプロセスによって時間とともに発達・拡大する可能性を孕んでいる。

統合的・多面的なレジリエンス概念の変化を反映した理論の一つが、レジリエンスのマルチシステムモデルである (Liu, Reed, & Fung, 2020)。このモデルではレジリエンス資源の容量を3つの異なるシステムに位置づけている：(1) 個人内—個人間資源 (性役割、性別、生物学、生理学、健康行動)、(2) 対人レジリエンス資源 (教育、家族、能力と知識、対人関係と社会的集団、技能、および経験)、(3) 社会環境レジリエンス資源 (アクセス、公共・私立機関、地理的条件、社会環境的地位) である。逆境、危険への曝露、挑戦に直面した際にこれらの資源が動員され、健康状態を保つために水面下で機能すると仮定される。

以上を総括すると、多くのレジリエンスの定義は逆境、良好な適応、良好なアウトカムといった3つの核となる修飾語に基づき、パーソナリティ (or 能力、資質)、プロセス、結果 (アウトカム or 指標) の少なくとも3つの次元を含む。

## 2. レジリエンスの測定

レジリエンス概念の明確さが理論的に保証されていないため、その操作的定義も容易ではなく (Hiebal et al, 2021)、レジリエンスのアセスメントにおいても絶対的な基準はない (Windle, 2011)。しかしながら、自己記入式の尺度 (RS)、精神的健康度のような代替アウトカム (身体的・精神的な健康／障がい・疾患の有無)、機能性 (雇用、婚姻、良好な対人関係)、もしくは自覚しているストレスの測定を行うことでレジリエンスを推定するのがこの研究領域の常套手段である (Cosco, Kaushal, Hardy, Richards, Kuh, & Stafford, 2017; Chmitorz, Kunzler, Helmreich, Tüscher, Kalisch, Kubiak, Wessa, & Lieb, 2018)。

典型的なレジリエンスの評価は、RS (Wagnild & Young, 1993) のようにパーソナリティ特性レベルで測定したり、いくつかの構成概念 (自己効力感、ソーシャルサポート等) を集めるか、逆境に対して精神的健康を維持する反応によって測定される (CD-RISC: Connor-Davidson Resilience Scale, Connor & Davidson, 2003)。

レジリエンス要因もまた明確な区別があるわけではないため、レジリエンスを予測／促進する変数や、適応の指標のようなレジリエンス的アウトカムもレジリエンス要因として見なされている (Hiebal, 2021)。

国外のレジリエンス尺度を概観すると、他にも Washington Resilience Scale (Ahn, 1991)、The Brief Resilience Scale (Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher, & Bernard, 2008)、the Deployment Risk and Resilience Inventory (King, King, Vogt, Knight, & Samper, 2006)、the Deployment Risk and Resilience Inventory 2 (DRRI-2, Vogt, Smith, King, Knight, & Vasterling, 2013) ……etc. が挙げられる。

RS とその後継尺度に対しては、社会文化的変数の評価ができないという批判もある (Pangallo, Zibarras, Lewis, & Flaxman, 2015)。レジリエンスの大部分は性役割、年齢、人種／民族、教育歴、トラウマへの曝露の程度、収入の変動、ソーシャルサポート、慢性疾患に罹った頻度、過去／最近の生活上のストレスによって予測されることが示されている (Bonnano,

Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007)。

### 3. 派遣リスクとレジリエンス

#### 3-1. DRRI、DRRI-2

レジリエンスに関する様々な研究知見が蓄積される中、隊員派遣の文脈に直接関わる先行研究は King et al. (2006) や Vogt et al. (2013) によって行われている。

King らが 2006 年に発表した研究では、レジリエンスに関するリスクとレジリエンス要因の両方に焦点を当てて、派遣前・中・後の軍人を DRRI: Deployment Risk and Resilience Scale によって査定している。

##### (1) リスク

- 幼少期の家庭環境
- 職場環境の過酷さ
- 生活の混乱や家族との分断
- ハラスメント
- 知覚された脅威
- 戦闘経験
- 戦闘による後遺症
- 核兵器・生物兵器・化学兵器への曝露
- 派遣後のストレス

##### (2) レジリエンス要因

- 準備の十分さ
- 派遣時、派遣後のソーシャルサポート

これらの因子と多面的な症状との関連を調べたところ、複数症状疾患（疲労、感情 - 認知、筋骨格）、PTSD、抑うつ、不安との相関は最大で中程度となり、DRRI の予測力が示された。

さらに Vogt らは 2013 年に DRRI-2 を発表した。旧版からの違いは以下の通りである。

##### (1) リスク

- (変更) 派遣時のソーシャルサポート→隊からのソーシャルサポート
- (新規) 家族によるストレス
- (新規) 派遣後の家族機能

##### (2) レジリエンス要因

- (新規) 派遣に対する家族・友人からのソーシャルサポート

DRRI-2 と PTSD との相関は最大で中程度であり、DRRI と同様、DRRI-2 もまた派遣時のリスク・レジリエンスに対して予測力を持つことが示された。

以上のように DRRI (King et al., 2006)、DRRI-2 (Vogt et al., 2013) では現役・退役軍人の派遣前・中・後のリスク（事前のストレス、ストレスの自覚の程度、家族ストレス）およびレジリエンス要因（家族や友人からのサポート）を測定し、保護因子と逆境（前）そのものの影響の両面をカバーしている。このようなリスクとレジリエンス要因との両面の査定は近年頻繁に見られるようになって来ている（Moore, White, Barzilay, Calkins, Jones, Young, Gur, & Gur, 2020）。

その後、DRRI-2 の妥当性検証（Maoz et al., 2016）、短縮版の開発（DRRI-2 WE-SF; Bovin, Schneiderman, Bernhard, Maguen, Hoffmire, Blossnich, Smith, Kulka, & Vogt, 2022）が行われている。

### 3-2. 米軍のレジリエンス・トレーニング

米陸軍が 2009 年にレジリエンス・トレーニングとして Comprehensive Soldier Fitness (CSF, Seligman & Fowler, 2011) を開始した。一方、米空軍は 2010 年にレジリエンス・トレーニングを開始 (Bowen, Jensen, & Martin, 2016)、2011 年には Comprehensive Airman Fitness (CAF) を正式導入した (Gonzalez, Singh, Schell, & Weinick, 2014)。

その訓練効果は、生理学的変数に対して小から大 (Johnson, Thom, Stanley, Haase, Simmons, Shih, Thompson, Potterat, Minor, & Paulus, 2014)、非常に小さい (Lester, Harms, Herian, Krasikova, & Beal, 2011)、非常に小さい～小さい (Cacioppo, Adler, Lester, McGurk, Thomas, Chen, & Cacioppo, 2015) 等、大きなばらつきがある。効果が認められなかった (Adler, Williams, McGurk, Moss, & Bliese, 2015) とする報告もある。

### 3-3. 派遣の心理学～ Adler et al. (2010 長尾ら 監修, 2019) より～

派遣環境で兵士のメンタルヘルスを維持する枠組みとして CARE（コンサルテーション、利用可能性、レジリエンスおよび予防トレーニング、早期介入）が実施されている。中でもレジリエンスおよび予防トレーニングは「派遣にかかわるストレスへの反応を処理するために、対処スキル・トレーニングを実施すること」(p.53) とされている。これに従事するメンタルヘルスマネージャーの行動として、

- 全ての教育でスティグマを低減させることに焦点づける
- ほとんどの反応は正常なものと兵士に自信を持たせる
- 持続的な脅威に対しての適応的な反応について認識させる
- 環境に合った心理教育を実施する（議論形式を活用する）

が挙げられている (p.52)。また予防的なメンタルヘルスマネジメント方法として、メンタルヘルス担当者が 40 を超える死者追悼式に参列し、そこで兵士のメンタルヘルスに関する細かな聞き取りを行っている (p.54)。

兵士のメンタルヘルスマネジメントにおける一次予防の取り組みとして、心理教育（メンタルヘルス・トレーニング）が行われており、「バトルマインド・トレーニングというレジリエンスに着目した一連の心理教育」プログラムを作成している (p.55)。心理教育の内訳は、



- 銃後のストレッサー
- 関係性の問題
- 規律上の問題
- 戦闘
- 死傷者への曝露
- 仲間や舞台にまつわる持続する問題

が挙げられる (p.55)。このような取り組みは「メンタルヘルス・ケアへの障壁を減らし、兵士が進んでケアを求めやすくする手助けとなっている」(p.56; Adler, et al., 2009; Castro & Thomas, 2007; Mental Health Advisory Team IV, 2006) としている。

(なお現在バトルマインド・トレーニングはComprehensive Soldier and Family Fitness(CSF2)に組み込まれている)

二次的予防の取り組みとしてはデブリーフィングがあり、ソーシャルサポートの提供、ストレス反応の進行を低下させるようである (Koshes et al., 1995)。米陸軍が2007年に導入したバトルマインド心理的デブリーフィングは、12か月間の戦闘派遣終了直後に実施された集団無作為実験により、メンタルヘルス症状を低下させることが明らかとなった (Adler et al., 2009)。さらに Adler らは以下の利点を挙げている (p.65)：

- 他のモデルと比べた参加率の高さ
- デブリーフィングに対する指揮官の満足感の高まり
- イベントに関わった兵士同士のコミュニケーションと団結
- バトルマインド原則への理解の強化

なお、MHAT V (2008) ではメンタルヘルス担当者自身の認識のポジティブさも報告された。

バトルマインドは「米陸軍の研究者らが考案した、一連の包括的なレジリエンス構築戦略」(p.115) であり、「兵士がレジリエンスに即した態度をとれるようにサポートすることを狙いとしている」(p.115) ものである。バトルマインド戦略は兵士の心理的健康にプラスに働く (Adler et al., 2009; Adler et al., 2007; Adler et al., 2006)。バトルマインドの原理は「隊員同士の精神状態に気を配る必要性を強化し、スティグマがサポートを必要としている多くの人たちのサポート希求を妨げる点を強調しているからである」(p.116) という。同時に、グループ特性もレジリエンスに影響する。例えば、指揮官や他の将校のリーダーシップはレジリエンスを促進する (p.137)。

### 3-4. 我が国における自衛隊員のレジリエンス研究

では我が国の自衛隊においてレジリエンス研究はどのように進められて来たのであろうか。例えば航空自衛隊による報告 (空幕教第1号, 2019) によると、レジリエンス・トレーニングの目的を「逆境にあっても心が折れることがなく、それを乗り越えることができる素地 (強くしなやかな折れない心)」を作ることとしており、航空自衛隊がレジリエンスをどのように捉えているかを窺い知ることができる。

### 3-4-1. 自衛隊関連研究の文脈

寺田ら（Terada et al, 2018）では RCS-JS: Resilience Competency Scale 日本語短縮版が開発された。以下にその 6 因子を挙げる。

- 結束
- 楽観性
- 頭の回転
- 自己覚知
- 自己制御
- 性格の強さ

RCS-JS は CD-RISK（Connor & Davidson, 2003）と正の相関、Kessler Psychological Distress Scale（Kessler, Andrews, Colpe, Hiripi, Mroczek, Normand, Walters, & Zaslavsky, 2002）と負の相関が見られた。

小島（2018）によると、仕事・移動・家事・余暇時間の運動などのすべての身体的活動量とレジリエンスとの間に正の用量反応関係が見られ、習慣的な身体活動がレジリエンス構築に寄与する可能性が示された。

### 3-4-2. 震災、訓練

東日本大震災時に被災地へ派遣された自衛隊員のストレスやそこからの立ち直りプロセスを、レジリエンスの観点から考察したのが内野（2016, 2018）である。まず内野（2016）は第 1 報として派遣された隊員 20 名へのインタビュー調査を行い、第 2 報（内野, 2018）では、第 1 報の 20 名のうち 1 名に焦点を当て事例研究として隊員が経験したストレス要因・レジリエンス要因を考察している。その中で、日常性の崩壊をストレス要因、同僚・家族や周囲の評価の支え（ソーシャルサポート）等をレジリエンス要因として挙げている。

派遣された隊員の調査だけではなく、これから派遣される可能性のある隊員がどのようにレジリエンスを獲得したら良いのであろうか。一つの回答として、航空自衛隊員に対するレジリエンス促進のための訓練が行われている。藤井（2022）は 14 名の隊員に対するレジリエンス訓練前後で、隊員の柔軟な思考、および社会的項目（他者に配慮しながら主張すること）の 2 領域の有意な得点の増加が認められたと報告している。

### 3-4-3. 事例研究

藤原（2020）は陸上自衛隊員（B さん）が交通事故をきっかけに PTSD を発症し、その後回復するプロセスを報告している。この事例では、B さんが上司に付き添われて受診に至ったことを明記しており（p.51）、端的にソーシャルサポートの重要性が示されている。同時に、回復後の B さんの述懐においては「大切なのはそこから立ち上がることなのだと思うようになった」（p.53）と報告されており、他の研究で指摘されているような肯定的な未来志向性とも言える思考の変化が見られた。このように事例研究を 1 つ概観しても、レジリエンス要因（e.g., ソーシャルサポート、肯定的な未来志向性）の重要性について伺うことができる。

#### 4. 総括

レジリエンスという構成概念にはパーソナリティ特性（資質的、獲得的）、立ち直りの過程、結果（アウトカムや指標による）の3側面が想定される。様々な文脈で研究されるレジリエンスは、特に軍事・派遣の領域において既に活用されており、我が国の自衛隊における自死予防に対しても大いに活用可能である。以上を踏まえて、次節ではガイドブックの内容に戻り、隊員のレジリエンスを構築する具体的なプログラムを紹介する。

## 第2節 自死予防のためのプログラム

ここからはガイドブックの第2～5章で紹介されているプログラムについて紹介しながら、各章の内容について評価を加えていくものとする。

### 第1項 計画：条件の設定

本項ではプログラムの条件設定について述べられている。ここでの目標は、

- ・個人および部隊のリスクや保護因子を理解し、対処する
- ・支援を求める行動において部隊風土と部隊文化がもたらす影響を理解する
- ・利用可能な部隊・コミュニティ・医療のリソース（すなわち人員）を特定する（p. 3）

である。プログラムの成否はリスクと保護因子の特定のみならず、部隊風土・文化の影響、そして人員の利用可能性が鍵となるといえよう。こうした3側面を指揮官がどの程度理解し実践に落とし込めるかが、隊員の自死予防に大きく関与する。

以下の内容は計画立案のための諸要素を紹介し、その活動を推し進めることを強力に後押しするものである。

### 1. リスクと保護因子を理解する

#### 1-1. リスク因子の特定

ガイドブック第2章冒頭で紹介されているリスクは以下の通りである。

- ・過度の飲酒または違法薬物の使用
- ・緊張、破局、暴力、喪失のような人間関係の問題
- ・法律や懲罰に値する問題
- ・親しい家族・友人・戦友の死
- ・慢性的な痛みや障害など、大きな病気・怪我または医学的問題
- ・職責の変更または挫折（削減・制限）
- ・多額の金銭的損失または経済的困難
- ・大幅なキャリアチェンジ（すなわち離職、転属（PCS）、退職）
- ・精神的絶望（すなわち生きる意味の喪失）
- ・社会的孤立と心の孤立
- ・致死手段へのアクセス（pp. 3-4）

これらは明確に自死への引き金となりうるリスク因子であると言える。現役軍人に最も関する自死リスク要因の説明としては、人間関係の問題、説明のつかない気分の変動や落ち込み、アルコール問題、不名誉・孤独・絶望・無価値観、経済的・法的な問題、過去の自殺企図歴、仕

事や能力の問題、医学的・身体的評価による除隊プロセス (Fragara & McCaughey, 1991)、陸軍における警務・法務職種での勤務 (Helmkamp, 1996)、海軍・空軍における新兵、肉体労働勤務 (Gaines & Richmond, 1980; Kawahara & Palinkas, 1991) が挙げられている。Mental Health Advisory Team IV (2006) によると、複数回の派遣、長期間の派遣、キャンプから離れた場所での長時間任務、戦闘の激しさおよび頻度が、PTSD、うつ病、結婚生活上の問題を予測することが明らかとなっている。

一般人に関しても、自殺の要因の見積もりとして 50% がうつ病、アルコールと薬物乱用がおよそ 20 ～ 25%、統合失調症が 10% とみられている (Kleepies, Deleppo, Gallagher, & Niles, 1999)。自殺者の 9 割に精神疾患があると予想され、気分障害が大部分を占める (Harvard Mental Health Letter, 2003) とする見解もある。同様に一般人の全自殺者のうち 30 ～ 40% がパーソナリティ障害、特に境界性パーソナリティ障害、反社会性パーソナリティ障害、そしておそらく回避性パーソナリティ障害や分裂病性パーソナリティ障害がリスクを高めるとされる (Duberstein & Conwell, 1997)。我が国における研究からも、「過度の飲酒または違法薬物の使用」に関しては、我が国でも日本うつ病センター (2020) による自死のハイリスク者をまとめた手引きによると、アルコール／薬物乱用・依存症がそのハイリスク者として支援の対象となっていることから、そのリスクの高さがうかがえる。

また、日本精神科救急学会 (2022) による精神科救急医療ガイドラインによると、アルコール／薬物乱用・依存症を含む 14 か条の自死リスクについて言及されている (p. 39-40)。

- ① 精神疾患の有無。統合失調症, うつ病, 物質依存, 摂食障害は自殺リスクが高い。
- ② 身体疾患の有無。進行性疾患, 難治性疾患, 終末期の身体疾患は自殺リスクが高い。
- ③ 自傷・自殺企図歴の有無。致死的企図歴, 1 カ月以内に頻回な企図, 自傷のエスカレーターが認められた場合は自殺リスクが高い。
- ④ 自殺の手段を考えているかを確認する。致死的手段を考えている場合には自殺リスクが高い。
- ⑤ 自殺の準備をしているかを確認する。致死的手段を準備していたり, 遺書等を用意している場合には自殺リスクが高い。
- ⑥ 飲酒・薬物乱用。酩酊や過量服薬している場合には自殺リスクが高い。
- ⑦ 他者を巻き込むことを考えている場合には, 自殺リスクが高い。
- ⑧ 家族・知人等がいない, または非協力的な場合には自殺リスクが高い。
- ⑨ 支援を求めている, もしくは支援を求めても得られない場合には自殺リスクが高い。
- ⑩ 経済状況について, 困窮・借金・失業している場合には自殺リスクが高い。
- ⑪ 自死遺族の場合, 自殺リスクが高い。
- ⑫ 精神科病院退院後 1 カ月以内の場合, 自殺リスクが高い。
- ⑬ 自殺に関する発言。「即実行する」と訴えている場合には自殺リスクが高い。
- ⑭ 自殺意思の修正が不可能な場合, 自殺リスクが高い。

このように概観すると、ガイドブック第 2 章に挙げられたリスクのうち、「緊張、破局、暴力、



喪失のような人間関係の問題」は⑧（場合によっては⑪も）、「親しい家族・友人・戦友の死」は⑪、「慢性的な痛みや障害など、大きな病気・怪我または医学的問題」は①・②、「多額の金銭的損失または経済的困難」は⑩、「致死手段へのアクセス」は④・⑤（場合によっては⑬・⑭も）、「社会的孤立と心の孤立」は⑧・⑨と密接な関連があると捉えられる。

この14か条には該当しないが、「法律や懲罰に値する問題」「職責の変更または挫折（削減・制限）」「大幅なキャリアチェンジ（すなわち離職、転属（PCS）、退職）」「精神的絶望（すなわち生きる意味の喪失）」は、厚生労働省（2004）によるうつ対策推進方策マニュアルにも言及されているように、うつ病のその他の要因「最近のライフイベント（離婚、死別、その他の喪失体験というようなストレスとなった出来事）」（p. 3）として捉えることができよう。

以上のようにここに挙げられたリスクは明確に自死と関連があるため、これを除外し、レジリエンスを構築することで隊員を自死から遠ざけることができると考えられる。そのため、指揮官はこうしたリスクが隊員にどの程度存在するか評価する必要がある。

なお参考として、隊の派遣先におけるリスクについては前述の派遣リスクやレジリエンスに関する先行研究、Vogt et al. (2013) と一致または関連する部分があり、これらを Table 1 にまとめた。

Table 1 ガイドブック内のリスク（一部）と派遣時のリスク（Vogt et al., 2013）との対応性

ガイドブック	Vogt et al. (2013)
緊張、破局、暴力、喪失のような人間関係の問題	職場環境の過酷さ、生活の混乱や家族との分断、ハラスメント
親しい家族・友人・戦友の死	職場環境の過酷さ、生活の混乱や家族との分断
慢性的な痛みや障害など、大きな病気・怪我または医学的問題	職場環境の過酷さ、戦闘による後遺症
職責の変更または挫折（削減・制限）	職場環境の過酷さ、戦闘による後遺症
大幅なキャリアチェンジ（すなわち離職、転属（PCS）退職）	職場環境の過酷さ、戦闘による後遺症
社会的孤立と心の孤立	生活の混乱や家族との分断

## 1-2. 保護因子の育成と強化

ガイドブック第2章には「保護因子はレジリエンスを高め、危険因子（人間関係、仕事、学業不振といった好ましくないライフイベント）とのバランスをとるのに役立つ」（p. 4）と述べられている。以下はその具体例である。

- ・友人、家族、部隊、そしてより広いコミュニティとのつながり
- ・問題解決能力（すなわちストレス解消法や自己制御（※人がなんらかの基準に合致するように、自己あるいは自己の側面を変化させること））

- ・感情調節と精神的敏捷性（メンタルアジリティ※何か物事が起こった時に柔軟な方法で対応し、異なるアイディアの間を迅速に動くことができる能力）
- ・睡眠、運動、栄養などの健康的な生活習慣
- ・ケアを求める人とその場に居合わせた人の介入を手助けするピアサポート
- ・身体面・行動面のヘルスケア（physical and behavioral health care）の有用性
- ・自殺を思いとどまらせる、すなわち強い自己認識（※自己認識：自分の状態に気づいていること）を作り出す文化的・精神的信念

前述の通り Vogt et al. (2013) では派遣時のレジリエンス要因をいくつか挙げている。中でも多方面からのソーシャルサポートの有無がレジリエンス構築に重要であることが、ガイドブック第2章における保護因子の説明と一致している。まず「友人、家族、部隊、そしてより広いコミュニティとのつながり」「ケアを求める人とその場に居合わせた人の介入を手助けするピアサポート」の両側面は、隊員が社会資源として他者とどう繋がることができるかが、保護因子の影響の大小を規定すると読み取ることができる。

この視点を支える知見として、Vogt et al. (2013) ではリスク・レジリエンス要因の両面を考察し、派遣における家族・友人・隊からのソーシャルサポートの有無の重要性について述べている。他の複数の研究では、ソーシャルサポートの欠如は、身体的問題の罹患率・死亡率、心理的問題の罹患率・死亡率の両方にとってリスクとなる（Berkman & Syme, 1979; Helgeson, Chohen, S., & Fritz, 1998; House, Robbins, & Metzner, 1982; Reifman, 1995）。また、社会的結びつきの強さは、ストレスフルな出来事に曝露された悪影響に対する緩衝効果を持つ（Cassel, 1976; Cobb, 1976）。続いて、ストレス反応は任務へのかかわりや自己効力感の自覚といった個人的要因と、リーダーシップや SS といった部隊の要因の双方によって緩和される（Bliese & Castro, 2000）。

メタ分析的レビュー研究からは、ソーシャルサポートの提供と他の生活上のストレスターの軽減が、PTSD 発症への緩衝に対してより予測力を持つことが示されている（Brewin, Andrews, & Valentine, 2000）。

デブリーフィングによってソーシャルサポートが提供され、戦闘ストレス反応の進行を低下させるようであるといった知見もある（Koshes et al., 1995）。「陸軍が2007年に Battlemind Psychological Debriefing(バトルマインド心理的デブリーフィング)を(中略)導入した」(Adler, Bliese, & Castro, 2010 長尾ら, 2019, p. 64) 後、本デブリーフィングが時間経過と共にメンタルヘルス症状を低下させることが判明している（Adler et al, 2009）。

「問題解決能力(すなわちストレス解消法や自己制御(※人が何らかの基準に合致するように、自己あるいは自己の側面を変化させること))」については、寺田ら（Terada et al., 2018）の指摘する「自己制御」、「感情調節と精神的敏捷性（メンタルアジリティ※何か物事が起こった時に柔軟な方法で対応し、異なるアイディアの間を迅速に動くことができる能力）」は「頭の回転」「性格の強さ」、「自殺を思いとどまらせる、すなわち強い自己認識（※自己認識：自分の状態に気づいていること）を作り出す文化的・精神的信念」は「自己覚知」に関連すると捉えることができる。「睡眠、運動、栄養などの健康的な生活習慣」「身体面・行動面のヘルスケア

ア (physical and behavioral health care) の有用性」についてであるが、睡眠の質とレジリエンスとの負の相関 (Du et al., 2020)、前述の小島 (2018) による身体活動量とレジリエンスとの間の正の用量反応関係、 $\omega$  3 不飽和脂肪酸の摂取と抑うつ等の負の相関 (Suzuki et al., 2004; Yoshikawa, Nishi, & Matsuoka, 2015) 等が指摘されている。

ハイリスクな作戦要員におけるパーソナリティの特徴から、一部レジリエンス要因に関連するものが挙げられている。以下は Kennedy and Zillmer (2012) による『*Military Psychology—Clinical and Operational Applications—2nd Edition*』(長尾・千先 監修, 2023. 軍事心理学) からの引用である。

「情緒安定性：ストレス耐性、レジリエンス、ネガティブな情動にとらわれない」(p. 48)

ハイリスクな作戦要員の中核的心理特性は、「極めて高いストレス耐性、情緒安定性、身体的健康 (中略) 高度な内発的動機づけ、自発性、競争心、非常に高い信頼性と誠実さ、ストレス下で適切な判断と論理的思考をする力を有している」(p. 52)

性格の主要 5 因子モデルのうち、情緒安定性が、困難な作戦をこなす隊員に特徴のあるレジリエンス要因に該当するとみられている。前述の「感情調節と精神的敏捷性 (メンタルアジリティ)」における前者に該当する知見である。

このように、ガイドブック第 2 章で挙げられている保護因子の妥当性は確かなものであるといえよう。ここまでリスクと保護因子について述べてきたが、次項では自死予防にとって有益な部隊風土・部隊文化について紹介する。

## 第 2 項 部隊風土・部隊文化

全般的に第 2 章で提案されている方法はリスク、スティグマを低減させ、保護因子、援助要請を促進するよう工夫がなされている。

尊厳と敬意ある部隊風土の育成 (p. 5) では、あるべきリーダーの役割やグループの規範が保護因子やレジリエンス要因をいかに後押しするかについて言及されている。Adler et al. (2010 長尾ら訳, 2019, p. 29) は「MHAT 研究はまた、リーダーシップが強力な保護効果を持つことも示した。強いリーダーシップは、士気及び団結の向上、派遣中のメンタルヘルス問題及び倫理上の非行の発生率の低下と関係していた」とレビューしている<sup>2</sup>。兵士が将校を肯定的に評価している小隊においては、戦闘経験が多い場合にも PCL (PTSD チェックリスト) の得点が低かった (Cohen & Wills, 1985)。部隊団結と士気が個人の対処行動や部隊のパフォーマンスをサポートする上で重要であった (Gal & Jones, 1995; Tischler, 1969)。さらに、帰還兵における強い部隊団結への認識は、以前のトラウマティックな人生経験が PTSD 症状の進

2 MHAT 研究の I～VI を総括してのレビューと思われるが、具体的にどの文献かについての言及がなかったためこうした表記スタイルを取った。

行を緩やかにすることが明かとなっている (Brailey et al., 2007)。このように部隊風土や団結がいかに兵士を支えているかは明白であり、尊厳と敬意ある部隊風土は強力な保護因子となろう。

軍におけるスティグマの問題については、Adler et al. (2015 長尾ら訳, 2019) が、

「精神障害がスティグマになることは十分に実証されてきているが、とりわけ軍においては、任務遂行に高い機能を求められる上に、男らしさの文化が浸透していることから、軽症であってもスティグマにつながりやすい (中略) 心理的サポートを求めることに関しては、その行為に対する評価が自他では隔たりがあることが明らかにされており、他者による外的スティグマよりも、むしろ自身が抱く内的スティグマの方が障壁になると考えられている」 (p. 87: 訳者らによる Point)

「軍の文化は、ステレオタイプな男らしさの基準 (例: たくましさ、身体的な強さ)、心理的健康 (中略)、男らしい戦士の文化として説明される」 (p. 102)

のように、軍の文化や内的スティグマ (例: 自身の弱みに対して恥だと感じること) に言及している。確かに、女性のほうが男性よりも援助を求める傾向があり (Meltzer et al., 2003; Wells et al., 1994)、この理由としては伝統的な男らしさという社会規範によるものである可能性がある (Möller-Leimkühler, 2002)。あるいは性役割観によるものかもしれない (e.g., Seidler et al., 2016)。また精神科受診歴は他者からのネガティブな評価と扱いにつながる可能性がある (Britt, 2000; Mehta & Farina, 1997)。

軍での健康上のスクリーニングにおいても、そのようなスティグマの問題はついて回る。スクリーニング上のカットオフ値を上回ったグループはそうでないグループと比べて、スティグマを負わされることへの気掛かりの得点はほぼ2倍であった (Hoge et al., 2004)。また Adler et al. (2010 長尾ら訳, 2019) は、

「心理的サポートを必要としている場合—そしてサポートを求めた場合—、経歴に悪影響を受けると考えている兵士が軍に多数いることを示すエビデンスが多くあるようだ。しかし現実には、多くの軍の仲間や指揮官は、サポートを求めることを弱さの特徴的サインとみなしておらず、そのためキャリア・アップの障壁になるとは報告していない。したがって、外的スティグマよりも内的スティグマがケアの大きな障壁と考えられる」 (p. 107)

と述べ、兵士の経歴を気にする様子や指揮官側の認識の問題を指摘している。実際に、Beehr et al. (2007) によるとソーシャルサポートがメンタルヘルスにとって必ずしも有益に働かない



場合もある。具体的には、ソーシャルサポートを受けることでその職場がストレスフルであることに注意が向く、自己概念を傷つけ社会不適応との感覚を引き起こす、等の可能性である。

スティグマをどう乗り越えるかについては、指揮官から言われて受診するよりも自発的に受診するほうが、早期解決・自信喪失を予防・経歴に影響する勧告もほとんどないといった利点があり、ケアの障壁を壊し、早期に評価を受けられるようにすることで、スティグマがより小さくなると考えられる (Rowan & Campise, 2006)。兵士の外的スティグマモデル：3つの戦略 (Greene-Shortridge et al., 2007) では、スティグマを持つことに対抗する強力な主張を示し、どこであれスティグマを和らげること、軍にあまねくアンチ・スティグマ教育の戦略を確立させること、精神的不調の経験者に兵士を会わせること (スティグマを負わせたかもしれない人々たちに向き合わせる) が挙げられている。ただし、Adler et al. (2010 長尾ら訳, 2019) は3つ目のみ現実的に効果のエビデンスを持つ可能性があると指摘している。

ピアサポートを取り入れたプログラムによるスティグマ低減も実施されている。Adler et al. (2010 長尾ら訳, 2019, pp. 110-111) によると、医療・福祉スタッフではなく、仲間にしか打ち明けない兵士がいる (e.g., Greenberg et al., 2003) ため、新たなサポートプログラムの必要性が指摘されていた。トレーニングの方針に対する姿勢を支持的に転換した最先任の准尉によって、集団の心を開放し、トレーニングの雰囲気が明らかに変化し、各コースの参加者が格段に増加、最初のコースから充分な関心が芽生え、トレーニングが進行することを可能にしたという。その後、この試みは英軍のピアサポートプログラムである TRiM (Trauma Risk Management) に発展した。TRiM の従事者と交流があると示唆されることで、スティグマを持たないだけでなく、兵士としての生活の一部となった。また、Battlemind Training も含めて、

「TRiM は、ソーシャル・サポートを結集してスティグマの克服を助けることを狙いとしている」 (Adler et al., 2010 長尾ら訳, 2019, p. 115)

「Battlemind の原理が、部隊の仲間の精神状態に気を配る必要性を強化し、スティグマがサポートを必要としている多くの人たちのサポート希求を妨げる点を強調している」 (p. 116)

ともされ、仲間からのピアサポート、ソーシャルサポートがスティグマを乗り越えるために効果的に活用されている。

スティグマを乗り越えるもう一つの方法として、正しい情報を隊員に伝えること (e.g., Jorm, 2012) が提案されている。それが援助要請行動の促進にもつながるであろう。プログラム内では指揮官と隊員とのコミュニケーションが重視されており、ソーシャルサポートの自然な促進が行われ、また正しい情報を伝達する機会に恵まれている。体調が優れない時に、全く援助要請行動を取らなかった場合にどうなるかについて等、隊員自身のメンタルヘルスに関する指導も行われているであろう。「兵士とメンタルヘルス提供者間の守秘義務を支援する (違反しないようにする)」 (p. 6) ことも強調されている。こうした点はスティグマの低減、援助要請行動の促進に大いに寄与するものと考えてよい。



## 援助要請

ところで、そもそも援助要請はどのように研究されてきたのであろうか。我が国では水野・石隈（1999, p. 121）が被援助志向性の概念を「個人が、情緒的、行動的問題および現実生活における中心的な問題で、カウンセリングやメンタルヘルスサービスの専門家、教師などの職業的な援助者および友人・家族などのインフォーマルな援助者に援助を求めるかどうかについての認知的枠組み」と定義し、こうした援助者への要請行動を被援助行動とした。また彼らは、年齢や性別等のデモグラフィック要因、ソーシャルサポート等のネットワーク変数、自尊心等のパーソナリティ変数、その他の要因が被援助志向性や被援助行動に影響を及ぼすとした。

他にも毛利（2017）、永井（2020）が援助要請研究のレビューを行っている。毛利（2017）は中・高校生、大学生、看護師、および患者といったターゲット毎の援助要請行動と関連する要因について分析している。総じて、性差、援助要請相手、偏見、症状といった要因が挙げられているが、中でも看護師の援助要請に関して、偏見が援助要請に対し抑制的に作用する点は注目すべきであろう。まず、心理・精神といった用語・領域、および精神疾患や心理的問題への偏見があり（大島・久田, 2008）、心理的援助に対する汚名や偏見と援助に対する心配や羞恥との正の相関、また心理的援助に対する汚名や偏見とコンサルテーション要請との間に負の相関がある（大島・久田, 2009）とされている。

永井（2020）は援助要請の生起プロセス、促進・抑制要因をそれぞれ論じている。いくつかの援助要請生起モデルに共通する点として、『問題への気づき』『他者の援助の必要性の認識』『援助要請の意思決定』という段階を経て援助要請行動に至る（p. 478）としている。援助要請の促進要因としては、Honda et al. (2018)、Iida et al. (2018)、Kimura et al. (2018)、Nagai et al. (2018) の一連のメタ分析的レビューを元に関連要因を紹介している。Iida et al. (2018) ではサポート源（e.g., 友人）とサポート源への援助要請が一致・不一致の場合のいずれに関しても、一貫してソーシャルサポートが援助要請と関連することが示された。Honda et al. (2018) では、問題の深刻さに関して、問題の種類（ニーズ）とそれに対応した援助要請との間に正の相関が見られた。Nagai et al. (2018) では性差による援助要請の差異を検討しており、女性が男性よりも援助要請が高い。また友人、家族、専門家への援助要請は女性が高いが、教師への援助要請は性差の効果が見られなかった。

Nam et al. (2013) によると、援助要請態度とセルフスティグマ・パブリックスティグマ<sup>3</sup>の両方との間に負の相関が見られており、スティグマを保持する主体の自他を問わず、偏見が援助要請態度を抑制する可能性を示している。Tucker et al. (2013) は、援助要請に対するセルフスティグマが援助要請意図に対しても予測力を持つことを示した。また Vogel, Wade, and Hackler (2007) によると、パブリックスティグマはその保持者が精神疾患に罹った際に早期受診・早期治療を妨げる。

セルフスティグマと近い働きをすると予想される概念として恥の感情が挙げられるが、松田・山崎（2021）によると、ミスへのとらわれが恥感情の発生を促進し、結果的に自己解決志向を促進するという。このことは、恥が専門家への援助要請を抑制するというよりも、むしろ自分

---

3 セルフスティグマは精神障害者本人が持つ偏見、パブリックスティグマは一般住民の精神障害者への差別や偏見を指す（e.g. 山田, 2015）。

自身での解決を後押しする可能性を示している。後述するが、日本人は世間の目を気にし、他者に迷惑をかけないようなやり方で恥を濯ごうとする傾向があるため、興味深い知見といえよう。

性差と偏見やスティグマの見地から見ると、男性がなぜ援助要請行動を取りにくいのかに関する背景を説明する要因として、前述のように男性は弱みを見せてはいけないといった社会規範（Möller-Leimkühler, 2002）や性役割観（Seidler et al., 2016）が男性の援助要請を抑制すると考えられる。ただし、隊員は当然ながら男性に限らないため、こうした知見が女性隊員へのケアから注意が逸れる原因となり得ることも留意しなければならない。むしろ性別を問わず、「隊員は弱みを見せてはいけない」といったある種のスキーマの存在を想定すると、そのスキーマが職務上、肯定的に働くことも多いであろう。そのため、単純にそのスキーマを修正すれば済むようなものではない。とりわけ、隊員自身が強いストレスに晒された場合に、そのスキーマが援助要請行動を阻害するといった否定的な影響をいかに最小限にするかが重要である。

また、援助要請行動がスティグマや恥感情によって抑制されるのではなく、むしろ自己解決を促進している可能性も捨てきれない。この考え方に則れば、「自分の始末は自分でつける」といったスキーマを強く保持する隊員が、あくまで専門家に頼ることをしなかった結果、状況の悪化を招くかもしれない。こうしたスキーマであっても、修正の結果として不利点もあるであろう（e.g., 責任放棄の可能性）。しかしながら、条件付きのスキーマとして新しく「状況の悪化を招くくらいならば、自分で自分の始末をつけるよりも専門家に頼るべきだ」といった考えを獲得することは有益であろう。すべてのスキーマを一律に修正するのではなく、職務の事情に合わせた柔軟な介入が望まれる。

このように援助要請は多様な要因によって促進・抑制され得る現象である。偏見やスティグマをどのように低減し援助要請行動を促進させるかについては、援助要請行動・問題解決の奨励と深く結びついている。「メンタルヘルスの面倒を見ることは、健康であるのと同じだけ良いチームメイトであることの条件であることを強調する」に代表される一連の取り組みは、指揮官が相談しやすい風土を形成するための強力な後押しになると考えられる。

ただし、援助要請行動を内側の人間に対して取ることは「格好悪い」と認識している者が多いとすれば、それに対する誤解を解くこともより積極的に行うべきである。もしそれが、より根深い信念（スキーマ）のようなものであるとすればなおさらである。

例えば認知行動療法の典型的な手法として、スキーマの特性と修正の手続きなどがある（e.g., Wright et al., 2017 大野・奥山 監訳 2018）。例えばそのスキーマを保持する利点と不利点を突き合わせ、そのバランスからスキーマを変容するかどうか、変容するとしたらどのような新しいスキーマを構築したらよいか考える。新しいスキーマはより適応的であって、職務に利するものである必要がある。特に、（後述する恥の感情を抑制することで）スティグマを低減させ、援助要請行動を促進するスキーマであることが望ましい。

## 留意点：自衛隊におけるチャプレンの利用不可能性と代替方法

宗教家（e.g., チャプレン<sup>4</sup>）が精神的なケアをすること……隊員自らの精神的健康問題に関して援助要請をすることや、実際に精神疾患に罹ることについて、多くの隊員がスティグマを感じる現実がある。こうしたスティグマをどう乗り越えるかにも関連するが、米軍では軍聖職者として宗教家が隊に参加しケアを行っている。

「従軍牧師による『そばにいる聖職者』、或いは、メンタルヘルス担当者による『巡回診察』と言われるように、兵士の勤務場所に赴くことで、現況を直接観察したり、軍のメンタルヘルス担当者に対するネガティブな態度を弱めたりする」（Adler et al., 2010 長尾ら訳, 2019, p. 58）

一方、我が国の自衛隊ではそのような方法は取られていない。石川（2011）は防衛関係キリスト者の会を紹介しながらも、「今の日本の宗教文化や憲法 20 条、89 条などを鑑みれば、自衛隊へのチャプレン制度導入は困難である」（p. 104）としている。ただ、安井（2020）は、

自衛隊もさまざまな慰霊行事を主催しておりますが、例えばそういう場にお寺や神社といった宗教家の方々をお呼びするのは、自衛隊の組織の成り立ち上、個人的には厳しいところがあると思います。しかし、例えば講話のような場に講師としてお越しいただいて法話をしていただくといったことは非常に有り難いと思っています。

と述べており講話・法話といった間接的なものであれば宗教家の関与も可能であることを述べている。また宗教家によるものではないが、我が国の自衛隊においてもマインドフルネス瞑想を活用している実態が報告されている（Kennedy & Zillmer, 2012 長尾・千先 監修, 2023, pp. 320-321）。

続いて、日米の相違を罪と恥との比較によって解説する。星野（2007）は以下のように述べている。

「罪の文化」は、道徳の絶対的基準を解き、両親の啓発を頼みとする文化である。キリスト教を精神的なバック・ボーンとする欧米人は神の視点を内面化し、罪の自覚という内面的な強制力によって自己を律し、善行を行う。また、この罪責感は罪の告白によって軽減することができる。（p. 33）

懺悔を口に出すこと（告解）によって罪が赦われるとする文化である。隊員が罪の意識やスティグマを背負っても、宗教家に告解することで精神的な安定を得ることができ、ひいては隊

---

4 チャプレンとは「団体や否定住集団に携わる司祭であり、具体的には、軍隊、病院、学校、刑務所などで働く聖職者である」（田中, 2007, p. 95）とされる。主な活動は「礼拝（中略）、カウンセリングや告解、さらに病人や負傷者の見舞い」（p. 101）がある。



に戻ることを強力に後押しするであろう。これが米軍に宗教家が従軍する理由である。

一方、我が国の文化ではどうであろうか。星野（2007）の同頁にある「恥の文化」<sup>5</sup>という視点から検討する。

「恥の文化」は、何が正しくて何が正しくないかの判断が、「世間」によって決められる文化である。（中略）日本人は、他人の批評に敏感で、この他人の批評という「外面的強制力」に基づいて自己を律する。（中略）恥辱とは、「世間」一般が認めている善行の道標に従えず、「名＝体面」が保てないことである。

この「恥」は、一方で、「体面」が実をともしなわれない表向きのことでしかないかぎり、世間体を繕うことで解消される。（p. 33）

“名を汚された”、“体面が悪い”等といったことが我々日本人の恥感情を代表する標語である。とすれば、宗教家は”体面を繕ってくれる”であろうか。恥をかいたら、実害がない場合にはそれを取り繕うことで解消され、実害がある場合には「汚名をすすぐことによってしか『恥』は解消されない」（星野，2007, p. 31）のであるから、答えは否である。汚名を濯ぐといっても、忠臣蔵のように敵対勢力を誅することはこの現代では当然行うことができない。ゆえにその汚名をすすぐ方法は、外側に向けることができないゆえに内側へ、つまり自己の命を絶つことへ容易に繋がってしまう可能性がある。

このような試論から導き出される、我が国の自衛隊にとって受け入れ可能なものとは何であろうか。一つの方法に過ぎないが、もしも精神的不調を呈した隊員が”精神的健康を害することは恥である”という信念を持っているとすれば、この信念を打破し、これに代わる新しい信念を獲得することが有効であろう（e.g., 強いストレス状況下では、誰もが精神的健康を害する可能性がある）。

恥の意識は何も自殺企図にのみ関連するわけではない。むしろ、隊員の中には援助要請と関連した信念として”自ら相談に行ったり助けを求めたりするのは恥である”と考えている可能性がないともいえない。自己の職業的アイデンティティとして、屈強な肉体と精神を持つことが美德とされる職業領域に生きる人は、何としてでも自己の弱みを他者に見せることを避けることは想像に難くない。この点は洋の東西を問わないにしても、文化の型によって罪と感ずるか、恥と感ずるかの違いはあろう。しかしながら、重要なのは罪悪感や恥がスティグマと関連し、援助要請行動を抑制する可能性がある点である。援助要請行動が遅れば当然治療も遅れるため、この恥という感情をいかにしてコントロール下に置くかが、隊員の自死予防にとって極めて重要である。

また、前述のように講話・法話といった形であれば我が国でも宗教家の間接的な関与は可能であろう。日本の宗教家が「恥を濯ぐ」ヒントになるような講話・法話をすることがあれば、隊員が感じ得る恥の感情を抑制しスティグマの低減、援助要請行動の促進へと繋がる可能性はある。あるいは、自衛隊内のメンタルヘルスマネージャーがこの役割を代行するかもしれない。

5 『菊と刀』でルース・ベネディクト（1946 長谷川訳，1967）は日本文化を否定的に論じたが、本論はベネディクトの視点を鵜呑みにするような立場は取らない（長野（2009）も参照のこと）。

### 第3節 準備：可視化ツールを使った自己認識とリスクの特定

指揮官は自らの知識を補い、隊員と部隊のリスク歴・リスク傾向を把握するための可視化ツールを用いる。ここでの目標は以下の通りである。

- ・部隊の可視化ツールを明確にして比較する。
- ・自殺の指標に対する認識の増加に関し、可視化ツールと報告システムの有用性を理解する。
- ・可視化ツールにて通知された部隊環境を構築する。(p. 13)

#### 可視化ツール（準備）の評価

隊員の自死予防、リスクと保護因子の特定のために多様な可視化ツールが用意されており、十分に機能するといえる。時には公式、非公式の両方の手段を用いて徹底的にそうした要因を洗い出す点も評価できる。以下に可視化ツールのターゲットや内容を要約したものである(表3)。

表3 可視化ツール（記載順）

名称	ターゲット	内容・備考
熱心なリーダーシップ（カウンセリングの実施、兵舎訪問、家族の把握など）	隊員	関係の構築／柔軟性と順応性を示す／進んで他人を助ける
防衛組織環境調査	組織全体	DEOCS 5.0調査／カスタマイズ性
指揮官（commanders）向けリスク軽減ツールキット（CRRT）	隊員／部隊	兵士のリスク行動、部隊の傾向、および展開即応性を評価／中隊・大隊への情報提供
ビヘイビアヘルス（BH）パルス調査	部隊	レジリエンスを指し示す4つの主要分野を評価／他の部隊との比較データを提供
部隊リスクインベントリ（URI）	部隊	14項目の自己申告危険因子を評価／部隊、軍事施設、および構成要素に対する比較データを提供
陸軍即応性評価プログラム（ARAP）	組織全体	組織の安全と環境を7つのカテゴリから評価／編隊の即応体制に関するデータを提供
アジマスチェック	隊員	5つの即応性とレジリエンス（R 2）を評価／
兵士のリスク評価	隊員	自殺およびビヘイビアヘルス上好ましくない結果を評価



概観すると、これらの部隊可視化ツールによって隊員個人から部隊・組織全体といったレベルまでターゲットに合わせた評価が可能となっている。また部隊間の比較が可能といった特長を持つものもあり、目的に合わせた運用がしやすい。このように複数のリスク可視化ツールが存在するため、個人・組織の多角的な理解を強力に後押しすることを期待して良いであろう。

一般に、ある対象を評価する際に測定するツールがテストだとすれば、それを組み合わせて多角的な理解を得ようとするのがテストバッテリーである。本章で紹介された部隊可視化ツールは概ねリスク、レジリエンスの両面を測定するものが揃っている。測定目的の異なるツールのバッテリーを組み、漏れのない評価とすることが望ましい。

## 第4節 実行：具体的な危険領域 / 隊員を特定、ポジティブ要因を構築しネガティブ / 有害要因を除去

指揮官が取るべき隊員の自死予防活動が以下の4つの階層に分割して説明されている（p. 19）。

- ・すべての人にとって感情的 / 心身共に安全な環境を作る行動。これらの活動は、基礎的かつ普遍的なものであり、反復的かつ体系的に部隊全体に適用されることを目的としている。
- ・自殺リスクがあるかもしれない人を特定し支援する行動。
- ・自殺リスクがあるとされている人を支援する行動。
- ・自死予防を持続し、生活の質（QOL）を向上させる行動。

またその目標（p. 20）は、

- ・防止の階層を書き出す。
- ・それぞれの防止の階層に適したリーダー（leaders）の行動と防止への取り組みを特定する。
- ・自死予防研修の要件と文書化の基準を理解する。
- ・自死予防研修の施策プロセスの例外を理解する。
- ・自死予防プログラムの一環として、安全な銃器の取り扱い方法を認識する。
- ・可視化ツールを通じて、自傷または自殺リスクがある個人または部隊を特定し、カウンセラー・軍・研修を受けた防止専門家と共に、危機対応策を完成させる。それには、致死的手段に対する安全行動（命を守る行動）を含む。

である。

### 自死予防プログラム実行に関する評価

自死予防プログラム実行に関して特徴的なのは、目的が階層化され階層に沿った実行内容が設定されている点である。階層性のある介入モデルは、予防医学をはじめとした一次予防・二次予防・三次予防が我々にとっても馴染み深いのではないだろうか。一般に、一次予防はすべての人にとって有益な予防行動を実現することを目標としている。二次予防は問題の早期発見・早期治療、三次予防は既存の問題の悪化を防止することを志向する。一次を起点とすれば、深化するにあたって問題も大きくなる傾向にある。米軍の自死予防プログラムは第4階層までであるが、概ねその傾向から外れていないといってよい。

第1階層では社会的要因・環境的要因による予防が強調されている。このことは、第2章での望ましい部隊風土の形成とも関係するであろうし、第3章での部隊や組織全体の評価とも関

連してくる。第2階層ではスティグマの低減、多面的な保護因子の構築に言及しており、第2章でのスティグマ低減策や第3章での可視化ツール（e.g., DEOCS）が紐付けられている。第3階層ではリスクのある人の特定・支援を目標としている。そこではゲートキーパー研修や危険信号についての指導に関する情報、および自殺念慮訓練カードへの言及がある。同時に直接的にリスクを排除する行動（e.g., ガン保管庫の使用）に言及されている。このようにリスク評価に基づいた介入が展開される。第4階層では、第3階層が想定している以上の自死リスクのある人への支援を目標としている。取り得るリスクマネジメント方略やそれに関連する法律についての言及がある。

注意しなくてはならないのが、指揮官が隊員の許可を得ずに知ることができることや要求することができるものがいくつか紹介されている点である（e.g., 部隊主導のメンタルヘルスの評価結果（すなわちその結果が良好であったかどうか））。自死リスクがあるということは個人情報保護よりも人命を優先することが求められるが、我が国でも運用する際には、すべての個人情報を指揮官が公式に知り得るわけではない（e.g., 即応性や職務遂行能力に影響を与えない医療情報）ことも併せて、事前によく隊員へ説明することが必要不可欠であろう。

## 第5節 評価：即応性とレジリエンス、および自殺防止プロセスを通じた進捗状況のモニタリング (pp. 29-36)

### 目的 (p. 29)

- ・ 自死予防のための部隊 R2 プロセスを実施する要素について理解する。
- ・ 部隊 R2 プロセス、指揮官の R2 評議会 (CR2C)、その他施設自死予防委員会 / 作業部会の違いを認識する。
- ・ ポストベンション (事後対応) の原則を適用する。

### 評価：即応性とレジリエンス、および自殺防止プロセスを通じた進捗状況のモニタリングの総評

ここでは即応性・回復力 (R2) プロセスの確立を評価するにあたって、第3章での可視化ツールを用いて評価している。また様々な構成員によって行われる R2 プロセスの監督、情報収集と評価、コミュニティの R2 プロセス評議会との同期などに言及している。自死予防・事後対応プロセスについては、部隊レベルから組織全体の大隊指揮官の事後アクションレビューが設定されている。自死予防プログラムの準備、実行から続く一貫した方法が取られており、評価までが有機的に機能するようデザインされている。

## 付録 B：自殺念慮訓練カード等 (pp. 39-42)

…… 問題が発生した際に対処するための意思決定およびアクションテンプレート

指揮官用自殺念慮訓練カード：予防、介入（対処法）、事後対応

隊員用介入訓練カード：介入（対処法）、ローカルコンタクト情報ならびにリソース

家族用自殺念慮訓練カード：予防、介入（対処法）、事後対応、ローカルコンタクト情報ならびにリソース

家族用介入訓練カード：介入（対処法）、ローカルコンタクト情報ならびにリソース

## 付録の評価

第3章でも言及があった自殺念慮訓練カード等、自死予防プログラムの実行をより具体的に示した内容となっている。詳しい内容を見ていくと、自殺企図（または抑うつ）の有無を測定しているが、こうした質問項目はBDI-II（Beck Depression Inventory-II：Beck, Steer, & Brown, 1996）の問9（自殺に関する質問）にも登場する。またSDS（Zung Self-rating Depression Scale: Zung, 1965）の問19、PHQ-9（Patient Health Questionnaire-9: Kroenke et al., 2001）の問9でも同様に自殺企図に関する項目がある。

ここに挙げた3つの尺度はいずれも抑うつを測定するものであり、妥当性・信頼性が確証されたものである。隊員のメンタルヘルスに関する即時的な判断を下すためには、こうした自殺企図に関する項目に特化した訓練カードは有用であろう。その妥当性・信頼性については、このガイドブック内には明確な言及がない。しかしながら、質問項目の内容に妥当性の観点から問題がなく（内容妥当性）、もともと自殺企図の項目を含む他の尺度が妥当性・信頼性を備えていることも考慮すれば、これら訓練カードの妥当性・信頼性に問題ないと言ってよい。

さらに、軍において自殺に関する考えや経験を尋ねる質問項目がKennedy and Zillmer (2012 長尾・千先 監修 2023, pp. 189-190) においても紹介されている。そこでは、潜在的な自殺願望を持つ患者への質問、自殺または未遂の後に来院した患者への質問、最近の自殺に関する出来事（1～2か月）、過去の自殺に関する出来事（2ヶ月以上前）、および差し迫った懸念に関する質問内容が掲載されているが、これらの内容は付録上の内容と類似しており、付録の妥当性を一層支持するものである。

ガイドブック内で繰り返し言及があったリスクやレジリエンス要因についても、これらのカード内各所に反映されている。総合的に見て、自殺念慮訓練カード・介入訓練カードは利用価値が高いものである。

## 総評

レジリエンスという構成概念には、パーソナリティ特性、立ち直りの過程、そして結果（アウトカム）の3側面が含まれている。これは性格心理学だけでなく軍事心理学の分野においても研究され、応用されている。そして、この概念は我が国の自衛隊においても隊員の自死予防



の基盤となる理論、実践において有用なアプローチとなり得る。自衛隊員は様々な状況に直面し、それに対処するためには精神的な強さが求められる。レジリエンスの理解を通じて、個々の隊員が自身のパーソナリティ特性を理解し、立ち直りのプロセスを適切に進めるサポートが可能である。また、組織全体としてのレジリエンスの向上も、部隊の総合的な強さに寄与する。このような観点から、レジリエンスを向上させるための実践的示唆に溢れた本ガイドブックは、困難に立ち向かうことが要求される自衛隊員の自死予防に対して有益な情報を提供するものである。

ここで紹介されている隊員のレジリエンスを向上させるための方法は、そのほとんどが米軍の研究活動から得られたデータをもとに練り上げられたもので、エビデンスに基づいた実践の理念に依拠している。このことは、自死予防も含めたレジリエンス向上の方法が正確な知識に基づいて行われ、介入の有効性が支持され、効果のない介入を除外することができ、その介入への対価を支払うことの妥当性を担保することを意味する。

一方、第2節の後半で述べたように我が国の政教分離原則、また西洋文化との違いとしての「恥」の感情の観点から、海外の軍隊における宗教家（チャプレン）による隊員への精神的なケアは、そのまま自衛隊に適用することは難しい。もちろん、宗教家が精神的なケアに関与することも、レジリエンス向上と密接な関係がある。この点をどのように解決するかは将来の課題となるであろう。

以上のように、ガイドブックで紹介されてきたレジリエンスを向上させる多くの方法は、自衛隊員の自死予防への活用が可能である。これにより個人や組織が困難に立ち向かい、より強く健康な状態に回復するための理解が深まるであろう。

## <引用文献>

- Adler, A. B., Bliese, P. D., & Castro, C. A. (2010). *Deployment Psychology: Evidence-Based Strategies to Promote Mental Health in the Military*. American Psychological Association: Washington D. C. (長尾 恭子・小野寺 建登・山本 泰輔・清水 邦夫・千先 康二 監修 (2019). 派遣の心理学 エビデンスに基づく戦略一軍におけるメンタルヘルス増進のために― Vol. 1 派遣環境でレジリエンスをサポートすること防衛衛生有志会)
- Adler, A. B., Bliese, P. D., McGurk, D., Hoge, C. W., & Castro, C. A. (2009). Battlemind debriefing and battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq: Randomization by platoon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 928-940. <https://doi.org/10.1037/a0016877>
- Adler, A. B., Castro, C. A., Bliese, P. D., McGurk, D., & Milliken, C. (2007, August). The efficacy of Battlemind Training at 3-6 months post deployment. In C. A. Castro (Chair), *The Battlemind Training System: Supporting soldiers throughout the deployment cycle*. Symposium conducted at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- Adler, A. B., Castro, C. A., & McGurk, D. (2009). Time-driven battlefield psychological

- debriefing: A group-level early intervention in combat. *Military Medicine*, 174, 21-28.
- Adler, A. B., Castro, C. A., McGurk, D., Bliese, P. D., Wright, K. M., & Hoge, C. W. (2006, November). Postdeployment interventions to reduce the mental health impact of combat deployment to Iraq: Public health policies, psychological debriefing and Battlemind Training. Paper presented at the International Society for Traumatic Stress Studies, Hollywood, CA.
- Adler, A. B., Williams, J., McGurk, D., Moss, A., & Bliese, P. D. (2015). Resilience training with soldiers during basic combat training: randomisation by platoon. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7 (1), 85-107. <https://doi.org/10.1111/aphw.12040>
- Ahn, R. L. (1991). *Development and Validation of the Washington Resilience Scale*. Ph.D. thesis, University of Washington.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beehr, T. A., Bowling, N. A., & Bennett, M. M. (2010). Occupational stress and failures of social support: When helping hurts. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15 (1), 45-59. <https://doi.org/10.1037/a0018234>
- Benedict, R. (1946). *The chrysanthemum and the sword: Patterns of Japanese culture*. MA: Houghton Mifflin. (長谷川松治訳, 1967. 菊と刀—日本文化の型 社会思想社)
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: 9-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>
- Bliese, P. D., & Castro, A. C. (2000). Role clarity, work overload, and organizational support: Multilevel evidence of the importance of support. *Work and Stress*, 14, 65-73. <http://dx.doi.org/10.1080/026783700417230>
- Block, J. H., and Block, J. (1980). "The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior," in *Development of Cognition, Affect and Social Relations: The Minnesota Symposia on Child Psychology*, ed W. A. Collins (Mahwah, NJ: Erlbaum), 39-101.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., and Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671-682. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.671
- Bovin, M. J., Schneiderman, A., Bernhard, P. A., Maguen, S., Hoffmire, C. A., Blosnich, J. R., Smith, B. N., Kulka, R., & Vogt, D. (2022). Development and validation of a brief warfare exposure measure among U.S. Iraq and Afghanistan war veterans: The Deployment Risk and Resilience Inventory-2 Warfare Exposure-Short Form (DRRI-2 WE-SF). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/tra0001282>
- Bowen, G. L., Jensen, T. M. & Martin, J. A. (2016). Confirmatory Factor Analysis of a Measure of Comprehensive Airman Fitness. *Military Behavioral Health*. Published online

13 Jun. doi: 10.1080/21635781.2016.1199984

- Brailly, K., Vasterling, J., Proctor, S. P., Constans, J., & Friedman, M. J. (2007). PTSD symptoms, life events, and unit cohesion in U.S. soldiers: Baseline findings from the Neurocognition Deployment Health Study. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 495-500. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20234>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>
- Britt, T. W. (2000). The stigma of psychological problems in a work environment: Evidence from the screening of service members returning from Bosnia. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (8), 1599-1618. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02457.x>
- Cacioppo, J. T., Adler, A. B., Lester, P. B., McGurk, D., Thomas, J. L., Chen, H.-Y., & Cacioppo, S. (2015). Building social resilience in soldiers: A double dissociative randomized controlled study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109 (1), 90-105. <https://doi.org/10.1037/pspi0000022>
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>
- Castro, C. A., & Thomas, J. L. (Chairs). (2007, August). The Battlefield Training System: Supporting soldiers throughout the deployment cycle. SYmposium conducted at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- Center for Army Lessons Learned. (2021). *Unit Leaders Guide to Suicide Prevention*. <https://api.army.mil/e2/c/downloads/2021/12/15/a30f08ca/22-663.pdf> (令和5年11月1日アクセス)
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry*, 9, 145-154. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00297.x
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., Wessa, M., & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience - a systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78-100. doi: 10.1016/j.cpr.2017.11.002
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Connor, K. M., and Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression & Anxiety*, 18, 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Cosco, T. D., Kaushal, A., Hardy, R., Richards, M., Kuh, D., and Stafford, M. (2017). Operationalising resilience in longitudinal studies: a systematic review of methodological

- approaches. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 71 (1), 98–104. doi: 10.1136/jech-2015-206980
- Du, C., Zan, M. C. H., Cho, M. J., Fenton, J. I., Hsiao, P. Y., Hsiao, R., Keaver, L., Lai, C-C., Lee, H. S., Ludy, M-J., Shen, W., Swee, W. C. S., Thrivikraman, J., Tseng, K-W., Tseng, W-C., & Tucker, R. M. (2020). Increased Resilience Weakens the Relationship between Perceived Stress and Anxiety on Sleep Quality: A Moderated Mediation Analysis of Higher Education Students from 7 Countries. *Clocks & Sleep*, 2 (3), 334-353. <https://doi.org/10.3390/clockssleep2030025>
- Duberstein, P. R., & Conwell, Y. (1997). Personality disorders and completed suicide: A methodological and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (4), 359–376. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00127.x>
- Fragala, M. R., & McCaughey, B. G. (1991). Suicide following medical/physical evaluation boards: A complication unique to military psychiatry. *Military Medicine*, 156, 206-209. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2030846/>
- 藤井 淳子 (2022). 航空自衛隊レジリエンス・トレーニングの効果の検証 防衛衛生, 69, 47-56.
- 藤原 俊通 (2020). 事例による心の強さの検討 藤原 俊通・内野 小百合・佐々木 敦・田中 敏志・脇 文子 著 自衛隊心理教官と考える 心は鍛えられるのか レジリエンス・リカバリー・マインドフルネス 第3章, pp.40-68. 遠見書房
- Gaines, T., & Richmond, L. H. (1980). Assessing suicidal behavior in basic military trainees. *Military Medicine*, 145, 263-266. <https://doi.org/10.1093/milmed/145.4.26>
- Gal, R., & Jones, F. D. (1995). A psychological model of combat stress. In F. D. Jones, L. R. Sparacino, V. L. Wilcox, J. M. Rothberg, & J. W. Stokes (Eds.), *War psychiatry* (pp. 133-148). Washington, D. C: Office of the Surgeon General – Borden Institute.
- Gonzalez, C. G., Singh, R., Schell, T. L., & Weinick, R. M. (2014). An evaluation of the implementation and perceived utility of the Airman Resilience Training Program. *Rand Health Quarterly*, 4 (2), 1-17.
- Greenberg, N., Thomas, S., Iversen, A., Unwin, C., Hull, L., & Wessely, S. (2003). Do military peacekeepers want to talk about their experiences? Perceived psychological support of UK military peacekeepers on return from deployment. *Journal of Mental Health*, 12, 565-573. <http://dx.doi.org/10.1080/09638230310001627928>
- Greene-Shortridge, T., Britt, T. W., & Castro, C. A. (2007). The stigma of mental health problems in the military. *Military Medicine*, 172, 157-161. <https://doi.org/10.7205/milmed.172.2.157>
- Harvard Mental Health Letter (2003, May). *Confronting Suicide* (Part I ). Cambridge, M A: Harvard Medical School.
- Helgeson, V., Chohen, S., & Fritz, H. L. (1998). Social ties and cancer. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 99-109). New York, N.Y: Oxford University Press.
- Helmkamp, J. C. (1996). Occupation and suicide among male in the U.S. armed forces. *Annals*

- of *Epidemiology*, 6, 83-88. [https://doi.org/10.1016/1047-2797\(95\)00121-2](https://doi.org/10.1016/1047-2797(95)00121-2)
- Hiebel, N., Rabe, L. M., Maus, K., and Geiser, F. (2021). Gibt es die “resiliente persönlichkeit?” *Spiritual Care*, 10:125. doi: 10.1515/spircare-2020-0125
- Hiebel, N., Rabe, M., Maus, K., Peusquens, F., Radbruch, L., & Geiser, F. (2021). Resilience in Adult Health Science Revisited—A Narrative Review Synthesis of Process-Oriented Approaches. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.659395>
- 平野 真理 (2015). レジリエンスは身につけられるか 個人差に応じた心のサポートの ために 東京大学出版会
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. L., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine*, 351 (1), 13-22. <https://doi.org/10.1056/nejmoa040603>
- Honda, M., Mizuno, H., Kimura, M., Iida, T., & Nagai, S. (2018). Meta-analysis of help-seeking across Japanese studies (4): An association with subjective distress. 40th International School Psychology Association Conference.
- 星野 勉 (2007). 『菊と刀』にみる「恥の文化」 国際日本学, 4, 19-37. <http://hdl.handle.net/10114/00022586>
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- Hu, T., Zhang, D., and Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. doi: 10.1016/j.paid.2014.11.039
- Iida, T., Nagai, S., Honda, M., Mizuno, H., & Kimura, M. (2018). Meta-analysis of help-seeking across Japanese studies (2) : An association with social support. 40th International School Psychology Association Conference.
- 石川 明人 (2011). 自衛隊の中のキリスト教 宗教と倫理, 11, 97-105. <https://iss.ndl.go.jp/books/R100000002-I000011235747-00>
- Johnson, D. C., Thom, N. J., Stanley, E. A., Haase, L., Simmons, A. N., Shih, P-A. B., Thompson, W. K., Potterat, E. G., Minor, T. R., & Paulus, M. P. (2014). Modifying resilience mechanisms in at-risk individuals: A controlled study of mindfulness training in Marines preparing for deployment. *The American Journal of Psychiatry*, 171 (8), 844-853. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13040502>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231-243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kawahara, Y., & Palinkas, L. A. (1991). Suicides in active-duty enlisted Navy personnel. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21 (3), 279-290. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1991.tb00951.x>
- Kennedy, C. H., & Zillmer, E. A. (2012). *Military Psychology—Clinical and Operational*



- Applications—2nd Edition*. The Guilford Press. (長尾恭子・千先康二 監修 2023. 軍事心理学 防衛衛生有志会)
- Kessler R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959–976.
- Kimura, M., Iida, T., Nagai, S., Honda, M., & Mizuno, H. (2018). Meta-analysis of help-seeking across Japanese studies (1) : An association with self-esteem. 40th International School Psychology Association Conference.
- King, L.A., King, D.W., Vogt, D.S., Knight, J., & Samper, R.E. (2006). Deployment Risk and Resilience Inventory: A collection of measures for studying deployment-related experiences of military personnel and veterans. *Military Psychology*, 18, 89-120.
- Kleespies, P. M., Deleppo, J. D., Gallagher, P. L., & Niles, B. L. (1999). Managing suicidal emergencies: Recommendations for the practitioner. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30 (5), 454–463. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.5.454>
- 小島 令嗣 (2018). 身体活動とレジリエンスの関連—自衛隊における検討— 厚生指標, 65 (2), 15-21.
- Koshes, R. J., Young, S. A., & Stokes, J. W. (1995). Debriefing following combat. In Jones, F. D., Sparacino, L. R., Wilcox, V. L., Rothberg, J. M., & Stokes, J. W. (Eds), *War psychiatry* (pp.271-290). Washington, DC: Office of the Surgeon General—Borden Institute.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (2001) The PHQ-9 : Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- 厚生労働省 (2004). うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市町村職員のために— <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/dl/s0126-5a.doc> (令和5年10月30日アクセス)
- 空幕教第1号 (令和元年5月7日) (2019). レジリエンス・トレーニングの実施について (通達)
- Lester, P. B., Harms, P. D., Herian, M. N., Krasikova, D. V., & Beal, S. J. (2011). The comprehensive soldier fitness program evaluation report #3: Longitudinal analysis of the impact of master resilience training on self-reported resilience and psychological health data. *Publications of Affiliated Faculty: Nebraska Public Policy Center*, 32.
- Leys, C., Arnal, C., Wollast, R., Rolin, H., Kotsou, I., and Fossion, P. (2018). Perspectives on resilience: personality trait or skill? *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4:100074. doi: 10.1016/j.ejtd.2018.07.002
- Liu, J. J. W., Reed, M., and Fung, K. P. (2020). Advancements to the multisystem model of resilience: updates from empirical evidence. *Heliyon* 6:e04831. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04831>
- Maoz, H., Goldwin, Y., Lewis, Y. D., & Bloch, Y. (2016). Exploring Reliability and Validity of the Deployment Risk and Resilience Inventory-2 Among a Nonclinical Sample of Discharged Soldiers Following Mandatory Military Service. *Journal of Traumatic Stress*,

29 (6), 556-562. <https://doi.org/10.1002/jts.22135>

- 松田 琴音・山崎 洋史 (2021). 心理専門家への援助要請行動を阻害する認知構造モデルの検討—完全主義認知と恥感情に着目して— 昭和女子大学生活心理研究所紀要, 23, 87-102. <https://swu.repo.nii.ac.jp/records/7132>
- Mehta, S., & Farina, A. (1997). Is being “sick” really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16 (4), 405-419. <https://doi.org/10.1521/jscp.1997.16.4.405>
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., & Lewis, G. (2003). The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 123-128. <https://doi.org/10.1080/0954026021000046038>
- Mental Health Advisory Team IV . (2006). *Mental Health Advisory Team (MHAT) IV Operation Iraqi Freedom 05-07*. Washington, DC: Office of the Surgeon General.
- Mental Health Advisory Team V . (2008). *Mental Health Advisory Team (MHAT) V Operation Iraqi Freedom 06-08: Iraq, Operation Enduring Freedom 8: Afghanistan*. Washington, DC: Office of the Surgeon General.
- 水野 治久・石隈 利紀 . (1999). 被援助志向性、被援助行動に関する研究の動向 教育心理学研究, 47 (4), 530-539. [https://doi.org/10.5926/jjep1953.47.4\\_530](https://doi.org/10.5926/jjep1953.47.4_530)
- Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00379-2](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00379-2)
- Moore, T. M., White, L. K., Barzilay, R., Calkins, M. E., Jones, J. D., Young, J. F., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020). Development of a scale battery for rapid assessment of risk and resilience. *Psychiatry Research*, 288:112996. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112996
- 毛利 智華 (2017). 援助要請に関連する要因についての文献レビュー 常葉大学健康科学部研究報告集, 4 (1), 73-83. <https://tokoha-u.repo.nii.ac.jp/records/1640>
- Nagai, S., Honda, M., Mizuno, H., Kimura, M., & Iida, T. (2018). Meta-analysis of help-seeking across Japanese studies (3) : An association with gender differences. 40th International School Psychology Association Conference.
- 永井 智 (2020). 臨床心理学領域の援助要請研究における現状と課題—援助要請研究における3つの問いを中心に— 心理学評論, 63 (4), 477-496. [https://doi.org/10.24602/sjpr.63.4\\_477](https://doi.org/10.24602/sjpr.63.4_477)
- 長野 晃子 (2009). 「恥の文化」という神話 草思社
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health*, 59, 110-116. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.483714>
- 日本精神科救急学会 (2022). 精神科救急医療ガイドライン [https://www.jaep.jp/gl/gl2022\\_all.pdf](https://www.jaep.jp/gl/gl2022_all.pdf) (令和5年10月30日アクセス)
- 日本うつ病センター (2020). ワンストップ支援における留意点—複雑・困難な背景を有する人々を支援するための手引き—第二版 (第4刷) [https://www.jcptd.jp/pdf/2018/jdc\\_](https://www.jcptd.jp/pdf/2018/jdc_)

onestop\_2018\_202204.pdf (令和5年10月30日アクセス)

小花和 Wright 尚子 (2004). 幼児期のレジリエンス ナカニシヤ出版

大畠 みどり・久田 満 (2008). 心理専門職に対する援助要請行動に関連する諸要因 看護師の職業上および個人的な悩みの場合 上智大学心理学年報, 32, 77-85. <https://digital-archives.sophia.ac.jp/repository/view/repository/00000017749>

大畠 みどり・久田 満 (2009). 看護師における心理専門職への援助要請に対する態度 態度尺度の作成と関連要因の検討. 上智大学心理学年報, 33, 79-87. <http://digital-archives.sophia.ac.jp/repository/view/repository/00000017857>

Pangallo, A., Zibarras, L., Lewis, R., and Flaxman, P. (2015). Resilience through the lens of interactionism: a systematic review. *Psychological Assessment*, 27, 1-20. doi: 10.1037/pas0000024

Reifman, A. (1995). Social relationships, recovery from illness, and survival: A literature review. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 124-131. <https://doi.org/10.1007/bf02895061>

Rowan, A. B., & Campise, R. (2006). A multisite study of Air Force outpatient behavioral health treatment-seeking patterns and career impact. *Military Medicine*, 171, 1123-1127. <https://doi.org/10.7205/milmed.171.11.1123>

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344. doi: 10.1017/S0954579412000028

Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 49, 106-118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>

Seligman, M. E. P., & Fowler, R. D. (2011). Comprehensive Soldier Fitness and the future of psychology. *American Psychologist*, 66 (1), 82-86. <https://doi.org/10.1037/a0021898>

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., and Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194-200. doi: 10.1080/10705500802222972

Suzuki, S., Akechi, T., Kobayashi, M., Taniguchi, K., Goto, K., Sasaki, S., Tsugane, S., Nishiwaki, Y., Miyaoka, H., & Uchitomi, Y. (2004). Daily omega-3 fatty acid intake and depression in Japanese patients with newly diagnosed lung cancer. *British Journal of Cancer*, 90 (4), 787-793. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601621>

田中雅一 (2007). 米軍チャブレンの研究—構造分析と主観的視点— 国際安全保障, 35 (3), 95-112. <http://hdl.handle.net/2433/85406>

Terada, T., Kawano, H., & Nagamine, M. (2018). Reliability and validity of the resilience competency scale: Japanese short version. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73 (4), 195. <https://doi.org/10.1111/pcn.12815>

Tischler, G. L. (1969). Patterns of psychiatric attribution and of behavior in a combat zone. In P. G. Bourne (Ed.), *Psychology and physiology of stress* (pp. 19-44). New York, N.Y: Academic Press.

- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60 (4), 520–531. <https://doi.org/10.1037/a0033555>
- 内野 小百合 (2016). 東日本大震災において派遣された陸上自衛隊員のレジリエンス (第1報) 防衛医科大学校雑誌, 41, 144-155.
- 内野 小百合 (2018). 東日本大震災において派遣された陸上自衛隊員のレジリエンス (第2報) ～災害派遣が自信獲得のきっかけとなった A 氏の語り～ 防衛医科大学校雑誌, 43, 114-127.
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: the mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 40–50. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Vogt, D., Smith, B. N., King, L. A., King, D. W., Knight, J., & Vasterling, J. J. (2013). Deployment Risk and Resilience Inventory-2 (DRRI-2): an updated tool for assessing psychosocial risk and resilience factors among service members and veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 710–717. doi: 10.1002/jts.21868
- Wagnild, G. M., and Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165–178.
- Wells, J. E., Robins, L. N., Bushnell, J. A., Jarosz, D., & Oakey-Browne, M. A. (1994). Perceived barriers to care in St. Louis (USA) and Christchurch (NZ) : Reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 155-164. <https://doi.org/10.1007/bf00802012>
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Review of Clinical Gerontology*, 21 (2), 152–169. doi: 10.1017/S0959259810000420
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2017). Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide 2nd ed. American Psychiatric Association Publishing, Washington, D. C. (大野 裕・奥山 真司 監訳 2018. 認知行動療法トレーニングブック 第2版 医学書院)
- 山田 光子 (2015). 統合失調症患者のセルフスティグマが自尊感情に与える影響 日本看護学研究学会雑誌, 38 (1), 85-91. <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20141018003>
- 安井 寛 (2020). 自衛隊のコロナウイルス感染症への対応について 国際宗教同志会 2020 年度第3回例会 記念講演 <http://www.relnet.co.jp/kokusyu/lecture/2020/20201020.html> (令和5年11月3日アクセス)
- Yoshikawa, E., Nishi, D., & Matsuoka, Y. J. (2016). Association between regular physical exercise and depressive symptoms mediated through social support and resilience in Japanese company workers: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16 (1), 553. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3251-2>
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12 (1), 63–70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>



## 2. 自殺防止とその対策

### ～米軍自死予防ガイドブック第4章を参照し、 日本のソーシャルワークの観点から考える～

尾 崎 剛 志（静岡県立大学短期大学部）

#### はじめに

本研究では、自衛隊の自死予防ソーシャルワークモデルの開発を念頭に研究を進めており、自衛官の生活変動への考慮や生活の安定化を支援するソーシャルワーク実践・研究が蓄積されていないことを研究の端緒としている。そこで、米軍の『自殺防止 陸軍編成において自殺を減らすには 旅団・大隊指揮官向けガイドブック』を資料として研究を進めているところである。米軍と自衛隊は目的や組織形態・構成、実態としても異なるものがあるが、強い緊張を強いられる環境下で、チーム・組織としての行動を強く求められ、チームワークが任務遂行において重要であり、そのためにチームメンバーの身体的・精神的安定は必要不可欠な要素となるものだと理解している。そのメンバーの中で「自殺」が発生するとそれは他のチームメンバーにもマイナスの影響を与え、結果として個人の「死」や「受傷」、任務遂行に支障をきたすことになる。自殺を防ぐことは、米軍であれ、自衛隊であれ必要不可欠な実践であり、軍隊や自衛隊を退役したあとには一般国民となり、地域社会メンバーとして就労や交流を含めた人生を過ごすうえにおいて、重要な実践といえる。

今回、特に第4章を取り上げた理由として、自殺防止において事前の環境調整が重要であることはもちろんであり、自殺のリスク要因の明確化や利用可能な社会資源の把握、心理検査等によるアセスメントが無ければ早期の対応は困難となるのだが、特にどのような具体的対応が求められているのか、という実践的な部分の把握が即時的に応用可能なものとして検討できるのではないかと、ということが問題意識としてあったからである。

自殺対策は具体的な事象が見えてくるまでは、一般的で抽象的、なおかつ誰にでも利用できるように見える情報の提供が精いっぱいである。しかしながら具体的な事象として顕在化すると、医療関係者や臨床心理職、ソーシャルワーカー、宗教関係者等の関係者が介入しやすくなる。それをどのようなステップを踏んで展開していくのか、という点をこのガイドブックでは示しているように見えたため、特にこの点に注目しながら、日本の自殺対策全体を念頭に置きながら検討を進めていきたい。

米軍隊員の自死予防プログラムのガイドブック第4章（以下、ガイドブック）では、自殺防止のためにポジティブな要因を構築し、ネガティブで有害な要因を除去することの具体的な取組を記述している。高沢の総評ではその特徴として、「目的が階層化され階層に沿った実行内容が設定されている点」を挙げている。またその階層化は「予防医学を始めとした一次予防・二次予防・三次予防」が日本では定着していることと関連付け、米軍の自殺予防プログラムが日本の中で適用される際に大きな混乱をもたらすリスクが低いことを示唆している。第4章で



は第1層から第4層までにおいて、リーダーやコマンドチーム、自殺対策に関係するメンバーとの連携を規定している。

なお今回は、翻訳において「自死」「自殺」という用語を混在させて用いているが、本稿においては「自殺」を基本的に用いることとする。末木（2020）は「自死は通常、自殺と同一の現象を指しています。自死という言葉が使われる場合、自殺の『殺』という字の意味やニュアンスを嫌っている場合が多いようです。殺（ころす）は目的語をとる他動詞であり、死（しぬ）は目的語をとらない自動詞ですので、自死よりも自殺という用語を用いた方が、亡くなった方が目的と意図を持って行為を行ったというニュアンスが発生するのがと思<sup>i</sup>うと述べている。自殺者が本当に「死ぬ」という目的をもって自殺行為を行っているのかどうかは不明な部分も残されているが、発作的・突発的にせよ、計画的で意図的であったにせよ、死に至る行為を実行していることから、「自殺」を用いることとする。

## ガイドブック第4章の自殺対策

米軍における自殺防止アプローチでは、成果をあげるための要件は、「チームビルディング」つまり、「（組織形成の）<sup>ii</sup>基礎にかけられた時間と学習にかかってい」とされている。これは小さな組織・集団におけるリーダーとその他のメンバーとの信頼関係の構築・醸成を意味している。また小さな組織・集団を形成するにあたり、組織・集団としての明確なルールを構築し、そのルールをメンバーが順守するようになることで、互助が機能することが期待されている。

軍隊の存在目的は、与えられたミッションの完遂であり、チームのメンバー全員が無事に生還することであるとする。反対に最悪の状態は、全滅や機能不全の状態であるとする。つまりは全員が死亡しているか、精神的若しくは身体的に機能・能力不全の状態に陥り、組織に与えられたミッションが遂行できない状況に陥ることが最悪の状態である。しかしながら、一人でも生存し、再度ミッションに挑戦し、クリアすることが出来るのであれば、そのためのリスクを最大限に回避するよう、行動することが考えられる。チームメンバーがミッション遂行途中で自殺をすると、他のチームメンバーにもネガティブで有害な要因となりえるため、チーム結成時から、可能な限りそのような要因を除去することが、チームのミッション完遂や全員の生還につながると考えられていると推測される。

ガイドブックでは、米軍におけるリーダーに対し、自殺防止対策において、以下の4つ主な行動を求めている。

- ① 構築（社会やコミュニティの背景、部隊や軍事施設の環境を含める）全ての人にとって感情的／心身共に安全な環境を作る行動
- ② 防止（継続的な評価や研修と教育を含め）自殺リスクがあるかもしれない人を特定（可視化ツールを活用）し、支援する行動。
- ③ 特定（個人やコミュニティレベルのリスクと支援の提供を含め）自殺リスクがあるとされている人を支援する行動。ここには安全な銃器の取扱いを含む。
- ④ 介入（危機対応やその完遂を含む）自殺防止を継続し、生活の質（QOL）を向上させる行動。介入にはカウンセラーや軍聖職者（チャプレン）、研修を受けた自殺防止対策専門家との協働が求められる。

以下に上記の主な行動の具体的なものを示す。

- ① **第1階層（継続）**：生活の質と一般的なウェルビーイングの持続・向上させる社会的要因・環境的要因全般を表す。社会的・環境的要因には兵士と家族を取り巻く社会とコミュニティの背景が含まれる。また駐屯地周辺、兵舎、住環境、健康的な生活を送れる食環境、コミュニティの視点に立った社会とのつながりを向上させるような生活の質への取り組みを含む。この行動は自殺対策という側面よりは、平時から常にリーダーに求められるものであり、意識して実行することが求められる。キーワードとしては、ウェルビーイングという用語に示されるように、より良い環境の整備やそれにとまなうより良い生活の実現等が挙げられ、兵士である前に一人の人間としての生き方に焦点を当てている。
- ② **第2階層（予防）**：あらゆる人にとって心身共に安全な環境を形成する。先を見通した自殺プログラムの基礎として機能する。スティグマは、早期の支援要請（援助希求行動）や、ビヘイビアヘルス（行動健康科学や行動の健全化などと表現される）でのサービスの利用でバリアとして作用する。第3章において説明された防衛組織環境調査やビヘイビアヘルスパルス調査（行動変容について簡易的な調査を短期間に繰り返し実施する調査手法）、部隊リスクインベントリ等のアセスメントを様々なツールを用いて行い、リスクをスクリーニングすることで、メンバーが抱えるスティグマを軽減し、早期に対応できるように体制を整える。小さなリスクの目も早期に摘み取り（ゼロトレランス方式）等が示され、それらを活用したストレスマネジメントをリーダーに期待している。メンタルヘルスを意識した段階で、ウェルビーイングの実現を目指した環境をどのように整備していても、現実にはそれではカバー困難な状況が発生しうるため、そのリスクに早期に対応するのがこの階層となる。なお、この階層では、チームのミッションに伴うリスクだけでなく、兵士の生活技術の低さをリスクとして捉えており、生活が乱れると自殺リスクが高まると認識していると考えられる。
- ③ **第3階層（関与）**：米軍におけるもっとも重要な自殺対策はこの階層にあるのではないかと考えられる。高沢の指摘する「階層性のある介入モデル」では全ての人を対象とした一次予防から、早期発見・治療（対策）の二次予防、既存の問題の悪化防止の三次予防の中で、二次予防の範囲を超えて、早期発見のスクリーニングから漏れた自殺リスクの高い兵士を特定することや、家庭環境の変化や地域環境の変化などをタイムリーにとらえる階層で、二次予防と三次予防の中間に位置するような階層ではないかと考える。ゲートキーパー研修や自殺行動への介入や危険信号についての指導を行うとされている。この階層において実施される自殺防止研修では、チームのリーダーやメンバーだけでなく、軍属や家族に対しても研修が提供され、当事者だけでなく関係者を巻き込んだ、自殺念慮のある人への対策を目指しているところに特徴が見られる。つまり、メンバー（兵士）に関わる可能性のある人すべてをステークホルダーとして認識し、そのほぼすべての人に対し、自殺のリスクを抱えたメンバーを早期に発見し、早期対応が可能となるように教育を実施している。また下士官は自殺防止への関与についての研修があり、さらに上級者には ACE-SI 研修として、自殺危険信号の早期特定や対応スキルの習得や、さらにステップアップして講師になるための研修等の研修も実施されている。また銃の保管方法について、繰り返し定期的に「安全」に保管することを

強調して伝えることも行われる。

- ④ 第4階層（行動）：自殺のリスクが明らかなメンバーの安全の確保や、メンタルヘルス保持のために必要な社会資源へのアクセス、自殺防止の専門職、関連職種との連携などが示されている。実際にチームのメンバーが抱える自殺リスクに対し、リーダーはメンバーの事前同意を得ることなく、個人情報の一部にアクセス可能とされている。高沢の指摘にもあるように、「個人情報の保護よりも人命を優先することが求められる」ことは一定程度理解されるが、自殺リスクがあると判断されると、リーダーに個人情報にアクセスされ、プライバシーが侵害されることを恐れ、スティグマを与えられないよう虚偽の報告などをすることも考えられる。一方で、メンバーへの支援はもちろんであるが、リスク対応を行うリーダーに対しても必要な支援の提供が示されている。支援者はある程度の知識や対応方法を学んでいるとはいえ、やはりネガティブな状況にあるメンバーに向き合うことや改善が進まない状況では、支援者も精神的に疲弊してしまい、適切なかわりが困難になることが考えられるため、支援者に対するサポート体制が重要であることに着目し、継続的な支援体制を構築している。

本章においては、自殺防止アプローチを成果のあるものとするのが求められていることから、その具体的な道筋を示している。人間としての生活環境の維持向上については、特に誰が関わるのかを明確に示しているわけではないが、軍隊に所属していることを念頭に置けば、駐屯地や住居（兵舎）は軍の管理下にあるはずであり、その環境整備については軍の責任となると考えられる。その他の住宅地から通う兵士について、どのようなアプローチをとるのかは明示されていないため、今後さらに確認作業が必要となる。またその地域環境に対するアセスメントや改善のためのソーシャルアクションの責任主体についても現時点では不明である。

チームにおけるアプローチでは、リーダーやさらにその上の指揮官等も関わるが、それ以外に様々な調査を行う部署や軍聖職者（チャプレン）の存在、従軍医療従事者やビヘイビアヘルス担当者、生活相談員等の専門職とその家族が社会資源として位置づけられている。具体的にリスクのある兵士を特定し介入する段階からは、リーダーやゲートキーパー、レジリエンスマスタートレーナー、自殺防止プログラム管理者、軍人家族生活コンサルタント等が位置づけされている。これらの社会資源は自殺リスクのある兵士だけでなく、その兵士を支えるリーダーをも対象に支援を行うこととされている。つまり、一つの組織の中で外部の社会資源も巻き込みながら、重層的に自殺防止アプローチを展開していると言える。特に第3階層から第4階層にかけてステークホルダーをどこまで拡げて連携するのが、重要なポイントに思える。

## 日本におけるソーシャルワークの展開の観点から

米軍のような組織・集団を日本の何かしらの組織・集団に当てはめることが出来るとするならば、その組織とは、組織としての形がはっきりとしており、指揮命令系統が明確で、個人と組織の存続がほぼ同じような価値を持つ組織に限定されるのではないだろうか。日本においてそれに近い組織として考えられるのが、自衛隊や海上保安庁、警察、消防などになるのではないだろうか。今回の科研においては、自衛隊組織にミリタリーソーシャルワークの知見を反映させることをテーマとしていることもあり、その趣旨に即していると考ええる。

自衛隊のような組織においては、米軍の自殺防止アプローチは有効に機能する可能性がある



が、一方で有効に機能しない組織としては、民間企業や一般的な事務職としての公務員、学校や地域社会等が挙げられる。もちろん、集団を形成するにあたり、互助が機能するようにルールを定め、それを構成メンバーが遵守することが求められるという流れは、どの組織でも当てはまることではあるが、軍隊のようにはっきりとした責任や役割、組織の維持・ミッション遂行等の目的があるわけではない。むしろそのようなルールが厳格な組織は、現在の日本社会においては敬遠される傾向にあるのではないだろうか。以下では自衛隊の組織に関する知見を筆者自身がほとんど有していないことから、本稿では自衛隊のような組織ではなく、民間企業や学校、地域社会といった一般的な組織・集団を念頭において、ガイドブックの知見を反映させることが出来るか、出来るとすればどのような内容が反映できるのかについて検討する。

## ガイドブックをベースとした民間企業等における対応

日本において、これらを当てはめるのであれば、自殺リスクのある人が所属する組織（行政機関や民間企業などの事業所）の部署の責任者がその任を負うことになる。実際に現在の日本の自殺対策では「ラインによるケア」が掲げられている。これは『労働者の心の健康の保持増進のための指針』<sup>iii</sup>に記載されており、管理監督者は、部下である労働者の状況を日常的に把握しており、また、個々の職場における具体的なストレス要因を把握し、その改善を図ることが出来る立場にあることから、○職場環境などの把握と改善、○労働者からの相談対応を行うこと、が必要とされている。また同指針では、高沢が指摘した一次予防から三次予防までの階層も示されている。そこでは一次予防【ストレスチェック制度の活用や職場環境等の改善を通じて、メンタルヘルス不調を未然に防止する】、二次予防【メンタルヘルス不調を早期に発見し、適切な措置を行う】、三次予防【メンタルヘルス不調となった労働者の職場復帰を支援等を行う】とされている。

ガイドブックと比較すると、まずガイドブックの第1階層である生活環境に目を向けるという視点は見られない。民間企業や公務員等で、従業員等の居住地を気に掛けることはない。どのような地域で生活をしているのか、家屋の状況、食生活などは個人に任されている状況である。言葉を換えれば給与・手当や税金に関係する事項のみを確認し、その内容や質については問われず、本人に任せきりになっている。その結果、自殺リスクが増大するとしてもそれは「個人の責任」という、集団・組織の維持のために「個」を犠牲にする日本的考え方に依拠していると思われる。ただ、具体的な行動としては、ガイドブックに記載がなかったように、日本の民間企業等も従業員が各自で住居を保有又は賃貸などで確保している場合、何らかのアプローチを具体的に起こすことは難しいのではないかと考える。そこに日本の場合は地域福祉という地域社会をターゲットとするアプローチが介入する余地が残されているのではないかと考える。ただ残念なことに、現在の地域福祉では自殺防止に直接的に資することが出来るような仕組みはなく、住民同士の「つながり」なども高齢者や障害者、子育て世帯などの一部のターゲットに焦点を当てて行わなければ人的資源の制約上、機能しないという課題がある。また特に都市部においては、他者との「つながり」は緩やかで、それほど関心や干渉をするような「つながり」は避けられる傾向にあるのではないかと考える。

次の第2階層と一次予防の間には、関連性があると見てよいのではないだろうか。特にスト

レスチェック制度の活用については、年に1回程度<sup>iv</sup>とはいえ、継続することで変化を早急に察知することが出来る。民間企業等としては部署ごとの分析を行うことが努力義務として求められているが、その結果を受けて改善をしなかったからといって重大なペナルティ<sup>v</sup>を受けるわけではない。また労働者にはそもそも、このストレスチェックをしなければならない義務が課せられていないため、放棄することも不可能ではない。ただし民間企業等<sup>vi</sup>については、ストレスチェックを実施せず精神疾患などを発症し、事故等により負傷・疾病等の状態になった場合に「安全配慮義務違反」となる可能性がある。この安全配慮について安全衛生規定では「企業の安全配慮義務は、労働災害の「危険発見」と「その事前排除（予防）」を意味し、次のような活動が必要とな」として、①危険発見：職場における危険、特に働いている人の周りがある危険を予知して発見する。②事前排除（予防）：リスクを低減させたりし、残存したリスクに対しては作業者にその存在などを示し、危険が顕在化しないように対策をとる、としている。つまりは、労働環境の物理的な環境や勤務形態などの制度設計を包括的にとらえたリスク管理が求められていることにはなるが、あくまでも労働の場におけるリスクであり、労働者の生活までをトータルでとらえるものではないことに限界があるといえる。

第3階層と二次予防との関連では、二次予防は早期発見・治療（対策）・措置となっているが、具体的には上司、産業保健スタッフ等による相談対応などが挙げられている。しかしながら、民間企業等の管理職やその他の先輩従業員等がメンタルヘルスに関する適切な知識や対応方法を身につけているのかと大きな問題がそこには存在する。ガイドブックでは、リーダーやコマンダーなどの責任者はもちろん、部隊所属の年数が長い兵士は一定数、自殺対策の研修を受け、ゲートキーパーとしての機能・役割を担うことが期待されるが、日本にはそのようなシステムは存在せず、メンタルヘルスに積極的に取り組む一部の民間企業等で取り組まれているに過ぎないのではないだろうか。また、ゲートキーパー研修については日本でも取り組まれており、各自治体において作成される自殺対策の中に盛り込まれていると思われるが、保健医療福祉の関係者や相談窓口担当者などが想定されることが多く、民間企業等の労働者にそのような研修の受講義務はなく積極的勧奨も行われていない。援助希求行動を起こすには、その労働者の人的な環境がそれを制限することがあることから、組織・集団のほとんどが援助希求行動を「健全」で、「あるべき行動」として認識していることが求められる。

第4階層と三次予防では、日本の場合は職場復帰を念頭に置いた医療機関との連携が中心として想定されている。職場復帰のために「職場復帰支援プログラム」を作成・実施したり、メンタルヘルスの保持のために、民間企業等では、産業医や産業保健師等との連携や、社会資源としての産業保健総合支援センター等を活用して対応したりするなどが想定されている。産業医は「常時50人以上の労働者を使用する事業場ごとに医師のうちから産業医を選任し、労働者の健康管理等を行わせなければならない」とされ、①健康診断、面接指導等の実施及びその結果に基づく労働者の健康保持のための措置、作業環境の維持管理、作業の管理等労働者の健康管理に関すること、②健康教育、健康相談その他労働者の健康の保持増進を図るための措置に関すること、③労働衛生教育に関すること、④労働者の健康障害の原因の調査及び再発防止のための措置に関すること、を職務としている。この産業医は労働者の健康確保に必要があると認めるときは、事業者に対し、労働者の健康管理等について必要な勧告をすることが出来、



少なくとも毎月1回作業場等を巡視し、作業方法や衛生状態に有害のおそれがあるときは、直ちに労働者の健康障害を防止するため必要な措置を講じなければならないとされている。このような産業医を中心とする産業保健スタッフが民間企業等の職場においての復職に関わることになるが、実際には地域の社会資源である（精神科）医療機関や保健所、精神保健福祉センター等の精神保健関係行政、何らかの障害を持っている可能性があるのであれば地域障害者職業センターや就労移行支援事業所等との連携も必要となる。この時に、産業保健スタッフや上司となる従業員やその他のスタッフに、メンタルヘルスに関する知識や対応マニュアル又はそれに準じるものが無ければ、職場への定着はリスクを抱えたものとなる。ガイドブックでは、リーダーが中心となって自殺対応の社会資源にアクセスし、リーダーをサポートする社会資源があり、最悪のケースに対応するために個人情報へのアクセスも認めているなど、かなり踏み込んだアプローチとなっている。

## 日本における自殺対策の現状と課題

現在、日本では2006年に「自殺対策基本法」を制定し、2007年に「自殺対策大綱」を閣議決定した。その後2017年度には一部の市町村自殺対策計画の策定が行われ、その後各市町村での作成が進んでいる。各市町村では「市町村自殺対策計画策定の手引」<sup>vii</sup>や「地域自殺対策政策パッケージ」<sup>viii</sup>などを参考にしながら、各自治体において取り組むべき課題を挙げて行動・評価をしている。

またそれと並行して労働者災害補償で増加している自殺への対応がある。精神障害の労災については、2000年から「精神障害の判断指針」をもとに迅速で適正な労災補償の実施を目指しているが、そもそもの認定率が、2000年～2019年までの20年間の平均で28%程度<sup>ix</sup>となっており、非常に厳しいと言わざるを得ない。この背景には、精神疾患・精神障害の発生要因を医療モデルで捉える力が強く、社会モデルのように環境との相互作用で捉える力が不足していることが考えられる。もちろん、労災の認定においては労働環境に起因することが最大の焦点となっているが、労働者が人間らしく働くことのできる環境を使用者側がどこまでの自分たちの責任の範囲として捉えるのかということと関連するのではないかと考える。先に挙げた産業保健スタッフが常駐するような職場であったとしても、気軽に相談できるシステムとなっているかどうかは別の課題であり、常駐していない職場ではオンラインのシステムを活用したとしても十分な対応はまだ期待できない。また援助希求行動を「恥」と考える人もまだまだ多くいるのではないだろうか。そこには「男性だから」や「女性だから」といった考え方も存在することは想像に難くない。

また自殺者数が増加傾向にある若年者、特に学校に通っている児童生徒、学生等では、学校の中でのいじめや競争による自己肯定感の低下、家族との関係性や自分自身の健康状態などを適切な相談場所を見つけられず、自分が我慢・犠牲になればという考えになっていることが考えられる。現在ではスクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカー等が各自治体で配置され、巡回などを行っているが、体制としては十分とは言えない状況である。また保健室の養護教諭も一人（複数配置の学校も存在する）で全校生徒を担当することになり、負担が大きく対応しきれないのが現状ではないだろうか。学校は学校の中でシステムが完結するように設計

されることが多いが、家庭との連携を各教員に委ねることは教員の業務量増加につながるだけでなく、教員の精神的負担となり、燃え尽き症候群や教員自身が精神疾患を発症する状況を生み出しかねない。教員間の連携だけでなく、精神科医療機関や精神保健福祉行政等ともスムーズな連携が求められるが、それらの社会資源を結びつけるような機関が明確に示されていない。マネジメントをする部署やキーパーソンが明らかにならない中で、手探りで対応を積み重ねている現状を、子ども家庭庁が設置されたこのタイミングで構築することが求められると考える。

現在の日本社会では、家族を形成しないことも珍しくはなくなり、独居状態で、職場と居宅を中心とした生活をする人も増加している。そのような人の職場環境が悪化した場合に、居場所を確保できていなければ、精神的に追い詰められ、ストレスを自分自身では軽減できなくなる可能性がある。離職をして失業保険受給したり、生活保護受給したりする等で何かしらの行政機関や支援機関につながれば良いが、そうではない比較的若年の地域住民を、どのようにして特定し、アプローチをかけるのかは課題である。離職前に地域との接点があれば、アプローチをするきっかけを掴むことは出来るかもしれないが、接点がなければ把握そのものが難しい。また地域の高齢者では健康問題に起因する孤立や、配偶者との離別・死別に伴う精神的な不安を抱えている対象者をどのように特定し、アプローチをかけるのかが課題となる。民生委員はもちろん活動をしているが、それ以外に地域住民同士のつながりを維持できるような仕組み作りが行われている。しかしながらこの仕組みも過疎化やつながりの希薄化などにより、維持することが困難な状況が各地に見られているのではないだろうか。特に、都市部における希薄化の傾向があると推測され、それは自治会加入率の低下<sup>x</sup>からも推察される。

## まとめ

日本国内において、自殺防止のための取り組みを、民間企業等にそのような行動を期待することは難しい。またおそらく、アメリカをはじめとするヨーロッパ諸国においても、自殺防止行動を業務として規定している民間企業は多くはないのではないだろうか。一般の住民に個人情報にアクセスする権限を与え、介入することを認めるということは、プライバシー（個人情報）の保護の観点からも困難さを抱えるが、その天秤のもう片方にあるのが人命となることから、危機介入をすることに躊躇する状況があっては、自殺対策は進められないと考える。

さらに、日本では自営業者や高齢者の自殺があるが、この自殺リスクのある人たちは組織や集団に所属をしていたとしても、インフォーマルなものになることが多いと考えられる。自営業者は商店街や職能集団等に所属している可能性はあるが、横のつながりであって、情報共有や連携をすることはあっても、支え合いや介入を期待するのは難しい。

インフォーマルな組織では、リーダーに該当する人が存在するとは考えにくく、学齢期を含む若年者の自殺も多くみられることから、学校という組織においても自殺対策を求めることになるが、そのような組織や分掌を明確にしている学校はほとんど見られないのではないかとと思われる。

そこで、地域をベースとして活動するソーシャルワーカーの活動を期待するところである。すでに自殺対策については、民間企業等の職場や産業保健スタッフ等の外部機関と精神科医療機関、精神保健福祉行政、学校やスクールカウンセラー・スクールソーシャルワーカー、市町

村などの行政窓口、民生委員や地域の様々な社会福祉サービス提供事業所などが連携をして対応をしている。しかしながらそれらの機関をうまくつなぎ合わせて、ネットワーク化し、情報共有やアプローチをする機関は設置をされていない。ガイドブックでは重層的に一人の兵士を支える仕組みが構築されており、それをモデルにするのであれば、それぞれの「場」において、自殺防止対応を行う責任者を決め、その人が他の社会資源と連携をとりながら責任をもって対応できるような仕組みが求められる。地域においては社会福祉協議会のような組織（個人情報保護の観点から難しければ、情報集約が行いやすい行政機関でも構わない）、民間企業や公務員などはそれぞれの組織部門の責任者や課長クラスの人材に、その役割を求めることになるのではないだろうか。学校組織では現状ではクラス担任等になってしまうが、非常勤となっているスクールソーシャルワーカーの活用をぜひ期待したい。そのようなキーパーソンが主体となって自殺対策を進めることがまずは第一歩ではないかと考える。

本研究の主目的である自衛隊に焦点を絞ると、さらに次のようなことが考えられる。自衛隊（警察、消防や海上保安庁などを含めて）では、組織的な行動が求められ、規律が乱れることで、そのチームメンバーの人命にかかわるような職務に従事する職業であることから、リーダーとなる隊員には一般企業等とは異なる強いリーダーシップが求められることとなる。またチーム全体をまとめ上げることはもちろん、チームメンバー1人1人に目を向け、個人のプライバシーに配慮をしながら、個人情報にアクセスし、必要な個別の対応を事務や医療部門と協力しながら進める必要がある。隊員の原隊復帰は本人の希望にもよるが、希望した際に受け入れられないということになると、使い捨てられたという感情をもつ恐れがあり、それは隊全体にマイナスの影響を与えることになる。また原隊復帰ではなくても、隊に貢献したいという思いを受け止めて、隊員の能力に応じた部署への転属を調整する等も必要な対応となる。このような対応を検討するうえで、ガイドブックは比較的スムーズに導入できるのではないかと考える。

現在の日本では上記の一部組織において、ハラスメントが新聞報道などで取り上げられ、自殺リスクがあるかもしれない人が一定数存在していることが考えられる。その職場において人命を重んじるのであれば、まずは職場の人権を守り、自殺を防ぐことのできる環境を構築することが第一歩であり、個人の尊厳が認められ、安心して職務に専念できる環境が整ってこそ、その職務遂行が円滑に進むのではないかと考える。

#### （注）

- i 末木新「自殺学入門 幸せな生と死とは何か」金剛出版、2020年、pp7
- ii ()は筆者が挿入。
- iii 厚生労働省同道基準局長が平成18年3月31日付で出しているもの。○セルフケア、○ラインによるケア、○事業場内産業保健スタッフ等によるケア、○事業場外資源によるケアの4つのメンタルヘルスケアが継続的かつ計画的に行われることが重要であるとされている。
- iv 労働安全衛生法第66条の10に規定される「心理的な負担の程度を把握するための検査等」で、労働安全衛生規則第52条の9において、「1年以内ごと1回、定期的に」と定められている。項目として①職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目。②当該労働者の心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目、③職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する



る項目、が挙げられている。検査結果は本人に通知される。なおこの検査結果等報告書は常時 50 人以上の労働者を使用する事業者については労働基準監督署長に提出することとされている。2015 年から導入されている。

- v ストレスチェックの検査結果等報告書の未提出については最大で 50 万円の罰則金が課せられる。50 人未満の労働者を使用する事業所は努力義務となっている。
- vi 労働契約法第 5 条では「使用者」は「労働者」に対し安全配慮義務（危険発見とその事前排除（予防）を意味する）を課しており、この使用者は民間企業等の代表者だけでなく、部長・課長・先輩、取引先との関係性等でも使用者になる可能性があるとして示されている。
- vii 厚生労働省が平成 29 年 11 月に出している。自殺対策を支える人材の育成や住民への啓発と周知、児童生徒の SOS の出し方に関する教育、地域自殺対策「重点パッケージ」などを評価指標として示している。
- viii 自殺総合対策推進センターが平成 29 年 12 月に作成し、「基本パッケージ」と「重点パッケージ」で構成されている。
- ix 尾崎剛志「うつ病対策としての自殺対策の現状と課題—B 市の自殺対策計画策定を参考に—」『皇學館大学現代日本社会学部日本学論叢』第 12 号、2022（令和 4）年 3 月 pp70
- x 総務省自治行政局市町村課『自治会・町内会の活動の持続可能性について』令和 3 年 10 月 25 日作成 資料 1 より指定都市・人口 50 万人以上の指定都市以外の市、人口 30 万人以上 50 万人未満、人口 20 万人以上 30 万人未満、人口 10 万人以上 20 万人未満、人口 5 万人以上 10 万人未満、人口 1 万人以上 5 万人未満、人口 1 万人未満の市町村で調査（平成 22 年～令和 2 年）。すべての市町村で加入率は減少をしており、6.9%、6.5%、7.3%、7.6%、7.2%、7.2%、6.7%、2.9%とこの 10 年間で減少をしている。人口 1 万人未満の 1 万人以上 5 万人未満では比較的高い加入率を維持できているが、人口規模が大きいと加入率が低い傾向が見られる。

## 参考文献

- 松本俊彦『「死にたい」に現場で向き合う自殺予防の最前線』日本評論社 2021 年
- 公益社団法人日本社会福祉士会編著『新・MINERVA 福祉ライブラリー 42 ソーシャルワーカーのための自殺予防対策入門』ミネルヴァ書房 2021 年
- 小牧奈津子『「自殺対策」の政治学—個人の問題から政策課題へ—』ミネルヴァ書房 2019 年
- 太刀川弘和『つながりから見た自殺予防』人文書院 2019 年
- 森山花鈴『南山大学学術叢書 自殺対策の政治学』晃洋書房 2018 年
- デイヴィッド・フィンケル著 古屋美登里訳『帰還兵はなぜ自殺するのか』亜紀書房 2015 年
- 高橋祥友『医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント第 2 版』医学書院 2011 年
- 伊勢田堯『PHN ブックレット 7 自治体における精神保健活動の課題—今緊急に求められる家族支援・自殺対策・人格障害への対策』萌文社 2008 年
- 大野裕監修 大山博史・渡邊洋一編著『メンタルヘルスとソーシャルワークによる自殺対策』相川書房 2008 年

## 第3章

# 戦争の実相





# 1. ウクライナからの避難民へのインタビュー

日時 2023 年 9 月 28 日

このインタビューは現在、アメリカに避難しているウクライナ出身のミリタリーソーシャルワークの研究者（社会福祉学）に戦時下の市民の様子、兵士たちの心身の状態について、インタビューしたものである。

## 倫理的配慮

2023 年 9 月 5 日、公共と文化研究学会内に設置されている研究倫理委員会に定められた形式の願書を提出した。内容は下記の通りである。

### (1) 協力依頼対象者への情報提供と同意

メールにて同意済

### (2) 対象者の負担・苦痛の回避

自由意志で拒否による不利益はないこと、及び、個人情報の保護について、文書（メール）で説明を行い、書面（メール）にて同意を得た。

### (3) 個人情報の保護

個人が特定されないように匿名とする。

### (4) 研究結果の公表（予定）

対象者に書面（メール）にて同意書を得た。

### (5) 所属する学会等の倫理規定等の遵守

公共と文化研究学会の規程 研究倫理を遵守するため同会付属研究倫理委員会に審査を依頼する。

### (6) 質問内容は 11 項目

委員会の許可を 2023 年 9 月 8 日に書面にて受け取る。

## 以下、インタビューの内容

（備考）質問者は実名 司会の中野一茂（皇學館大学）

インタビューは倫理委員会に事前に提出した質問内容を司会者が読み上げ、通訳が訳して対象者に伝えるといった方法をとった。

——では、早速ですけれども、今回は僕たちの研究のためにご協力いただいて本当にありがとうございました。早速ですが、一つずつの質問について A さんの率直なお考えをお聞かせください。

A 氏 頑張ります。

——ありがとうございます。今、顔を見せているのが。尾崎先生、専門の名前等言っていたいて、自分で自己紹介して。

——今回メールを送らせてもらいました、尾崎といいます。よろしくお願いします。現在、

静岡県立大学で准教授をしております。専門は障害者福祉分野になります。よろしくお願いします。

——高沢先生、よろしく。

——こんにちは。高沢と申します。よろしくお願いします。専門は心理学で、トラウマの治療などに関心を持っています。中野先生と同じく皇學館大学でお仕事をしています。よろしくお願いします。

——村上先生、自己紹介してください。

——村上佳子です。よろしくお願いします。メンタルヘルスソーシャルワーカーの養成をしています。よろしくお願いします。

——ありがとうございます。このメンバーで今、政府から補助金をもらって、日本におけるミリタリーソーシャルワークの研究をしています。現在は、アメリカの養成校のミリタリーソーシャルワークのカリキュラムとアメリカ軍の指揮官用のマニュアルを日本語に翻訳する作業をしています。実はアメリカ軍はインターネットで無料でそういうマニュアルを公開しているので、それを日本の自衛隊にどう使えるかということを検証するために日本語訳をしています。

今、私たちの研究だと、アメリカ軍の中では resilience という概念を非常に大きなものとして捉えていて、それをミリタリーソーシャルワークに応用しているということが分かっています。その上で、今度は実際に戦争という現実と直面した人たちの話をぜひ聞きたいと思って、本当に申し訳ないと思ったのですが、A さんをお願いしました。

今からインタビューをさせていただきます。一つ目の質問をさせてください。

——中野先生、その前に、このインタビューの様子は録画させてもらっているのです、許可をいただきたいのです。

——このインタビューに関しては後で検証するために録画をさせていただいています。それを了承してください。

A 氏 はい、どうぞ。

——ありがとうございます。質問も、一応、研究倫理委員会のほうにかけて許可をもらった質問をさせていただきます。A さんが答えにくかったら、いつでも答えを控えていただいても構いません。

それでは今から話します。最初の質問は、私たちが本来ウクライナに行って先生に直接したかった質問ですが、今回のロシア侵攻以前に、ウクライナでミリタリーソーシャルワークの実践が必要と考えた先生のお考えを聞かせてください。

A 氏 ウクライナとロシアの戦争は 2014 年から開始しているわけで 2022 年においてはこれが完全な形での侵攻となったわけですが、その時点ではミリタリーソーシャルワークは全く認知されていませんでした。ただ、戦争が続く中で、退役軍人、現在の軍人、その家族へのサポートということで認知されてきました。既存のヘルスプロフェッショナルは脆弱な人たちの全てのニーズに応えることはできませんでした。

実際に、今回のウクライナとロシアの戦争の前、第二次世界大戦以降、ウクライナとしては紛争に巻き込まれた、関与したということはありませんでした。軍事作戦という形で紛争に関与したということでいえば、1979～1989 年のソ連だった時代の、ソ連のアフガニスタン侵攻

の中での軍事作戦に関与したということだけです。ですので、今回のウクライナとロシアの戦争と、それから第二次世界大戦の間でウクライナが戦争を行うということはありませんでした。

2014年から始まって2022年までの間、2022年においてはエスカレートした形になるわけですが、その間に、ソーシャルサービス、福祉政策、さまざまなレベルでプロフェッショナルな形で軍人へのサービスを行うという面において問題が出てきました。そのような形でトレーニングを受けていないボランティアの人たちがファーストラインにいくということで、ここで問題が出てきました。

こういったボランティアの人たちは十分なトレーニングを受けていませんので、実際にどのようなサービスが必要かということに関して、よく分からないまま対応することになりました。つまり、メンタルヘルス、トラウマ、ファミリーコンフリクトにおいてのトレーニングのないまま、軍の文化も知らないまま、Occupational therapy に関しても知らないまま対応することになりました。

——回線が切れたね。通訳さん、次3番の質問をお願いしたいと思います。

通訳 入ってこられたらということですね。

——そうです。3番の Military というところを軍隊におけるということで。

——入られましたね。

——では、次の質問に移ります。Aさん、まだしゃべることがありますか。1番の質問の答えだけ。

A氏 途中で切れてしまってすみませんでした。こういったボランティアの人たちは、メンタルヘルス、occupation のサービス、軍のカルチャー、トラウマについてのトレーニングも受けないまま対応することになりました。

二つの省庁が対応しています。一つは Military of Armed Forces というものと、2018年に設立された Military of Veterans Affairs の二つの段階でのサポートがあります。ただ、こういった省庁はミリタリーソーシャルワークという形での責任は持っていません。

実際にトレーニングを十分に受けていなかったボランティアの人たちはトレーニングを十分受けないまま、前線、フィールドでミリタリーソーシャルワークを行うことになったわけで、その時点で、プロフェッショナルとして、職業としてミリタリーソーシャルワークをする必要があるということが認知されました。

こういったことが、ウクライナにおいてミリタリーソーシャルワークが認知されるようになった背景となります。

——ありがとうございました。すごく詳しい説明を受けて、大変参考になりました。また日本でもそういう展開をすることを考えていきたいと思います。

次の質問をします。次は、軍隊でソーシャルワークの効果の説明を求められた場合、どのように説明するか教えてもらっていいですか。

A氏 この説明をするときに二つの見方があると思います。一つは、軍の制度の下、実際に本人も軍人としてミリタリーソーシャルワークをしているという一つの側面。あとは、退役軍人であったり、家族の人だったり、いわゆる一般人、文民としてミリタリーソーシャルワークをしている人たちという観点です。

まずは1番目のほうの軍隊の中でミリタリーソーシャルワークをやっている人たち。彼らの仕事は、薬物使用、substance useとか、自殺を防ぎ、引き続きこの任務を続けられることができるようにするという観点での効果だと思います。

二つ目の観点が、実際に軍人ではない人たち、義勇兵、退役軍人とか、家族の人たちがミリタリーソーシャルワークに関わる場合は、こういった人たちはより広い目で、大きな視点、視野で長期的な観点から仕事をするということで、例えば一般人の生活に移行するためのトランジションとかファミリーコンフリクトといった面からのサポートということで、ここには対処すべき問題というものが広範にあると考えています。

実際にどういう効果があるかということはなかなか測定することは難しいわけですが、軍の中でアクティブな現役の軍人としてソーシャルワークに関わるということであれば、軍人たちの安全という形での効果ということになると思います。その一方で、もう一つの観点の退役軍人、家族の人たちが関わるということであれば、長期的な目で見て社会全体への負の影響に対処するという意味での効果だと思います。

実際に脚を失ってしまったとか体の一部を失った人が第二次世界大戦以上に多くなっているという中で、ミリタリーソーシャルワークの役割はこういった部分で出てくると思います。

——ありがとうございました。私たち自身も自衛隊の人たちに対してミリタリーソーシャルワークの有効性を説明することは今すごく苦勞しているところで、Aさんの今のお答えはすごく参考になりました。

では、次の質問にいきたいと思います。ミリタリーにおける自殺予防に関わるソーシャルワーカーの養成をする際に、特に重視すべき専門知識と技術の一つずつ挙げてください。

A氏 実際、私は自殺予防という具体的なところに取り組んでいるということではなくて、resilienceというより大きな観点から関わってはいるのですが、ただ、私が思うには、トレーニングの中に自殺の証拠を見つけるべきだということとは含めるべきだと思います。

あとは、自殺という観点で、どういうところでサービスプロバイダーが支援をできるのか、どういうところに行って支援が求められているかという観点です。

あとは、これは実際にウクライナで実施されたものになります。2018年にNational suicide prevention hotlineという国の自殺予防ホットラインということで、24時間対応のホットラインが立ち上がりました。多言語での展開がなされていて、このホットラインに電話をすることができるということは非常にいいものだったと思います。

その一方で、よりもっと大きな見方、大きな観点から見ると、ソーシャルワークということの関連で考えた場合には、セルフケアの手段、例えば感情的に悲しくなったり怒ってしまったり、そういった感情を自分でうまくケアできるようなトレーニングの開発ということも重要だと思います。

——ありがとうございました。まさに今、私たちもセルフケアということを考えています。ちなみに今、日本でも、一般の自殺の話ですが、自殺予防のために24時間365日開いているホットラインはあります。今言ったような話をぜひ参考にして研究に役立てていきたいと思います。

では、次の質問にいきたいと思います。ただ、次の質問はウクライナの現地の市民の方々に



関する質問なので、Aさんからすると答えづらい部分があったり、精神的に負担が掛かるかもしれません。その場合はお答えいただかなくてもいいので、そのつもりでまずは聞いてください。

A氏 大丈夫です。

——今、戦争の地域にいらっしゃるウクライナの市民の人々は、戦争に関するいろいろな恐怖や悲しみ、その他の不快な感情をどのように鎮めているとお考えなのでしょうか。それから、ウクライナの政府は、こういう市民の人たちにメンタルヘルスの支援を行っているのでしょうか。

A氏 いろいろな人がいて、いろいろな考え方をするので、ちょっと複雑な質問にはなるかなと思いますが、まず支援のほうからお答えしますと、実際に政府から提供されている支援といますか、取り組み、イニシアチブというものがあります。この取り組みですが「How are you?」と呼ばれているプログラムといますか、そういったイニシアチブがあります。これはメンタルヘルスに関わるイニシアチブとなっていて、大統領の夫人が立ち上げたものになります。そういった方向でなされている取り組みは、いくつかあります。

実際に政府からの支援ということで考えますと、さまざまな支援が提供されています。新しい脆弱な人たちに対してのサービスということでいろいろありますが、病院においても対応するチームがいて、チームの中に必ずソーシャルワーカーを入れるとか、そういったこともありますし、あとは地元のコミュニティーのレベルで社会的なサービスをサポートするようなネットワークが作られていたりとか、いろいろなところでいろいろな支援が政府主導で行われています。

一般の人々、市政の人という観点からの展開ですけれども、実際、今回の戦争が双方の国の政治的な要因で始まった戦争ではあるのですが、実際にこれで最も影響を受けているのが一般の人たちになるわけで、家族とか、女性や子供はヨーロッパとか、より安全な場所に逃げてしまったり、片や男性は前線に行って戦わなければいけないということで、人々のつながりというものがまさに破壊されてしまった。そういったところに一番大きなダメージがあったと思います。

ローカルなコミュニティー、地元のネットワークとかそういうつながりが本当に壊れてしまった。人々の生活が本当に影響を受けてしまった。ここが本当に大きなところだと思いますので、こういった観点からもソーシャルワーカーのトレーニングというもの。ソーシャルワーカーをトレーニングすることによって、壊されてしまった人々のネットワークとか地元のコミュニティーレベルでのつながりを維持する、またつくり直すということは本当に重要なものだと思いますし、ここにまさにソーシャルワーカーの役割というものがあると思っています。

最後に、ボランティアで一般の人たちが軍のために役立つようなボランティアとか、最も脆弱な立場にあるような一般の市民の人たちのために何か役立つようなボランティアということでも自ら働いているということもあります。

——ありがとうございます。戦争は、戦う兵士ばかりではなくて多くの人たちを巻き込むような形になっています。その中でソーシャルワーカーやそれに関連した職種の人たちがどのようなことをすればいいか、戦争を経験していない私たちにとっては本当に貴重なご意見を頂

いたと考えています。これも本当に感謝しかありません。

この質問に関連した質問ですが、私たちがもう一つの関心を持っているのが、実際、Aさんのように母国を出て戦争を避けている人たちが今ウクライナでは何万人もいると思います。が、こういう人たちのメンタルヘルスの支援は、それぞれの国できちんといわれているのかということがすごく気になっています。それについて、今、Aさんの経験でもいいし、見てきたことでもいいので、ぜひ聞かせてください。

A氏 これは国によって違うという部分もあると思いますが、ほとんどの場合は、ウクライナから逃げてきた人たちのためには、いいサポートというもの提供されていると思います。私自身はドイツと米国での経験はあるわけですが、リサーチという観点からいえば、ポーランド、モルドバ、ルーマニア、ドイツに関してもリサーチを行っていますので、その観点からお話しできればと思います。

メンタルヘルスに関してのサポートをウクライナの人たちに提供しようと頑張ってはくれているのですが、言語の問題がやはりあります。メンタルヘルスの支援をウクライナの言語もしくはロシア語で提供するということがなかなか難しいようです。

あとは、これに関連して言語的な障壁ということでもなかなか難しい面がもう少しありまして、ウクライナ人はウクライナ語とロシア語を両方話せる人たちですが、戦争が始まってからロシア語は絶対に話さないというような人たちが結構います。そうだとするとウクライナ語でのメンタルヘルスのサポートということで考えますと、ヨーロッパでも、何を話しているか言っていることを理解するというところまでつながらない、流ちょうに話せないということで、そこがまた言語という意味でメンタルヘルスを受ける上でのまた難しい点となっています。

言語の非常にセンシティブな面ということではありますと、私は他の人からも話を聞いたことがあったし、私自身も勉強したことがあるのですが、国によってはウクライナ語の翻訳者、通訳者をアサインしてくれない。結局、ウクライナの人にロシア語の通訳の人、翻訳の人をアサインする国もあるようで、そこは私にとっては非常にセンシティブな問題だと思います。

——ありがとうございます。僕らみたいに日本人はほとんど英語がしゃべれないから、もしもこういう戦争が起こった場合、国外に出た場合、おそらくAさんほど細かい支援は受けられない。Aさんも何となく感じているかもしれませんが、今、アメリカなどアジア人に対する差別も存在しているから、そういう意味では今の話は本当に参考になりました。

A氏 ただ、私がいるアメリカでは、小さな動きですが、ウクライナ語を話せるようなソーシャルワーカー、メンタルヘルスの対応ができるような人へのトレーニングとか、トレーニングを受けるための財政的なサポートが始まっているので、少しずつではありますが、こういった展開も見られています。

——ありがとうございます。尾崎先生、どうしても質問したいことはある？

——12番のほうから行ったほうがいいのかと思う。

——通訳の方、12番を見ていただいてもいいですか。

通訳 自殺志願兵のところですね。

——自殺志願兵となっている。これ、尾崎先生、何て？

——これは高沢先生ではないですか。私か。

通訳 その質問で大丈夫ですか。

——大丈夫です。それでお願いします。

A 氏 これはちょっと難しいところなのですが、政治的な理由で、実際にそれぞれ何人の自殺者が出たとか、そういった情報が開示されていないからです。

ただ、現在、軍に対してのサポートをする人として心理職にある人、つまりメンタルヘルスワーカーですが、そういった人たちが軍のユニットのほうに関わっていて、実際に自分たちの戦闘で行う仲間といいますか同僚のサポートをするということは行っているようです。

——ありがとうございました。参考になりました。高沢先生、どうしても質問したいことは何かありますか。

——大丈夫です。

——田中先生はどうですか。

——もう十分です。

——そうしたら最後、時間が少ししかなくなってきたのですが、今の日本でウクライナの支援の現状を少し僕らのほうからお話したいと思います。

何冊もウクライナの戦争に関する本が日本語訳されています。それからウクライナの人が日本の男性と結婚して、その人たちが、A さんも経験した開戦のときの瞬間、一人一人の市民の手記みたいなものも日本語で訳されて出版されています。それから日本人の記者がいて、ウクライナの大学の教授が前線に立って戦っている姿も私たちは日本語で書かれた本で知っています。

ですので、A さんが思っている以上に実はいろいろなことを僕らもウクライナのほうから教えていただいています。

A 氏 ありがとうございます。

——ありがとうございます。先生たちは他に何か質問はありませんか。せっかくですから。もういいですか。

——すみません、いいでしょうか。

——村上先生、どうぞ。

——ミリタリーソーシャルワーカーは軍とは独立した組織から派遣という形なのでしょうか、それとも軍の中にいるのでしょうか。

A 氏 現在、ソーシャルワーカーは非政府の組織の職員となっています。ただ、この組織ですが、公式な軍の組織の中には入ってこられない、組織図の中には入ってこない組織に所属しています。ただ、Ministry、省庁のほうで、この件に関しての議論を進めていきたいという意向のようです。

——あえて独立しているのではなく、入っていききたいということでしょうか。

A 氏 私の考えですが、ミリタリーソーシャルワーカーが軍の中に入っているということがとても重要だと思いますが、ただ、軍のほうでなかなか変えたがらないということで反対をしているようです。それでもミリタリーソーシャルワーカーというものを軍の中に受け入れようとして、少しずつ動いてきているようです。

——村上先生、大丈夫ですか。ありがとうございました。

——ありがとうございます。

——では、時間が来たようですけれども、田中先生、大丈夫ですか。

——はい、十分です。Aさん、本当にありがとうございました。貴重なお時間を頂きまして、本当に大変参考になるものを頂きました。このチームで日本におけるミリタリーソーシャルの研究を進めていきたいと思います。また、できれば直接お会いしていろいろなお話を聞ける機会が将来あることを願っております。

A氏 ありがとうございました。もし何か確認したいことがあれば、どうぞご遠慮なく連絡していただければと思います。Military Social Work 関係の会議で直接お会いすることができればと思います。

——今日は本当にありがとうございました。また会う日まで、よろしくお願いいたします。

## 2. 参考資料

### Military Social Work Around the Globe (Military and Veterans Studies)

日本語書名 世界のミリタリーソーシャルワーク（軍事と退役軍人研究）より抜粋  
私訳：第 17 章 ウクライナにおける軍ソーシャルワークの現状：この役割を構築  
するための現状と直面する障害<sup>1</sup>

中 野 一 茂（皇學館大学）

本稿は、ウクライナの避難民のインタビューの参考資料として最低限の文章を私的に翻訳し、インタビューを補完するためのものである。

筆者は英語に不案内であるため、この翻訳は私訳として間違いなどはお寛容をお願いしておきたい。

#### 1. 翻訳に際して

翻訳を行う上での基本的な考え方は、①原文と対照しながら分かりやすいこと、②日本語としても自然に展開を追うことができることである。訳注については翻訳した結果を協議した結果、日本語での考察、定義付けが必要なものが多数、存在するため次回以降の研究課題としてほどこさないこととした。

#### 書誌情報

書名 Military Social Work Around the Globe (Military and Veterans Studies)

日本語書名 世界のミリタリーソーシャルワーク（軍事と退役軍人研究）

著者 Mary Ann Forgey（編集）, Karen Green-Hurdle（編集）その他

出版社 Springer; 1st ed. 2023 版（2022/12/16）

発売日 : 2022/12/16

言語 : 英語 : 313 ページ

ISBN-10 : 031144813

#### 内容

本書は、国際的な視点から軍の環境におけるソーシャルワーク実践の範囲に焦点を当てた初めての本であり、それゆえ、これまで文献の中で大きなギャップとなっていたものに対処するものである。世界中の軍人とその家族の重要な支援ニーズと、これらのニーズに応えるソーシャルワークの拡大した役割を考慮し、本書は現役の軍人とその家族に対する一般的なミリタリーソーシャルワーク（MilSW）の実践と、ユニークな、あるいは国を越えて移転できる可能性を持つ実践形態やアプローチについて、包括的にグローバルに理解できるようにしたものである。筆者は本書の日本の自衛隊の項目（第 15 章）を共著者として執筆

---

1 本章は、2022 年 2 月のロシアによるウクライナ侵攻の前に書かれた。



## 第17章 ウクライナにおける軍ソーシャルワークの現状：この役割を構築するための現状と直面する障害<sup>2</sup> (p241-p252)

Nataliia Gusak

### 17.5 結論 (p252)

軍ソーシャルワークは、ウクライナではまだ発展しておらず、ソーシャルワーカーの専門的能力と実践領域については依然として誤解されている。加えて、さらに、ソーシャルワークジェネラリストは軍内でサービスを提供するための訓練を受けていないため、ソーシャルワーク教育と実践の間にはギャップがある。存在する唯一のトレーニングは非政府組織によって提供されているもので、退役軍人へのサービスに関するものである。

ウクライナで MilSW（ミリタリーソーシャルワーク）を発展させるには、軍内でソーシャルワーカーが果たせる役割や任務の特定や、MilSW における専門教育とトレーニングの創設など、優先順位をつけた段階的措置が必要である。さらに、MilSW の役割に関するエビデンスを提供するために軍の代表者と会合することは、軍内でのソーシャルワーク専門職の可能性を認識するのに有益となるであろう。

---

2 本章は、2022 年 2 月のロシアによるウクライナ侵攻の前に書かれた。

# 『軍事心理学』書評

皇學館大学文学部

コミュニケーション学科准教授

高 沢 佳 司

『軍事心理学』（長尾・千先 監訳，2023）は、原題を『Military Psychology —Clinical and Operational Applications—』（Carrie H. Kennedy & Eric A. Zillmer 編，2012）とする米軍のこれまでの広範な活動を心理学の観点から解釈し読み解く資料である。監訳者である長尾恭子氏は空自幹部であり臨床心理士、千先康二氏は陸幕衛生部長、自衛隊中央病院長を務められた医学博士であって、豊富な研究と実践の経験をもとに、軍事環境における心理的な課題に対処するための理論と戦略を翻訳し紹介されている。

章の構成から見ると、軍事心理学の歴史から従軍する心理士の倫理的ジレンマまで幅広い話題が扱われている。中でも、兵士の自殺防止、トラウマ治療といった我が国の自衛隊員のメンタルヘルスにも援用可能な視点を提供していることは特筆すべきである。

まず、隊員の自殺防止に焦点を当てると、軍事環境では非常に高いストレスがかかることが知られている。本書では、このストレスが心理的健康に及ぼす影響を深く掘り下げ、特に自殺防止についてはリスク・ファクターや保護因子も含めて論じられている。著者は、軍の隊員が直面するストレスの特異性を理解し、適切なサポート体制構築の必要性を示している。同時に、自殺防止を含めた兵士のストレスマネジメントやリーダーシップの取り組みも紹介されており、これらが防止策の一環として有益であることが示唆されている。

次に、トラウマ治療の観点に焦点を当てると、軍事環境では戦闘や過酷な任務に従事することが不可避であり、これが精神的なトラウマを引き起こす可能性が高まる。本書では、トラウマ体験へのアプローチの例として、持続曝露療法が紹介されている。また、兵士のメンタルヘルス問題の早期発見と治療へのアクセス、スティグマの低減の重要性も論じられている。こうした知見が、戦闘は行わないにしても、自衛隊員の自殺防止やトラウマ予防に対する示唆に富んでいる。なぜなら、派遣先における過酷な任務に従事する中で、被災された方のご遺体を目の当たりにする場合もあるからである。そうした高ストレス環境下での任務において発生し得るメンタルヘルス問題に対して、適切な支援を行うための知識が散りばめられている。

こうした意義深い視点を提供する本書であるが、米軍の研究から得られた知見をそのまま日本の自衛隊に適用するのではなく、日本の事情や文化に合致した形に応用することも必要であろう。例えば軍聖職者（チャプレン）は米軍において兵士の精神的な支えに対し重要な役割を担うことができるが、本邦では政教分離原則からそうした宗教家が直接的に自衛隊の活動へ参加することはない。実情に即した自殺防止の戦略をいかに実現するかは今後の課題となるであろう。

総括として、『軍事心理学』は軍事環境における心理的な健康と適応に関する包括的で洞察

に富んだ一冊であり、我が国の自衛隊のメンタルヘルス問題、特に隊員の自殺防止、レジリエンス構築、トラウマ治療について関心のある読者にとって必携の書である。また、現在のところ他国を見渡すといくつかの地域で武力衝突が起こっている。このような情勢の中で、我が国の安全を考慮し、将来的に発生する可能性のある新たな脅威について対策が講じられているところであろう。そうした新たな脅威が隊員のみならず一般市民の安全・安心を脅かす可能性も鑑み、様々な立場の方がこの書を手にとることを期待するものである。

## おわりに

以上、“*CALL TO ACTION Suicide Prevention Reducing Suicide in Army Formations BDE and BN Commander's Handbook*”（以下、ガイドブックとする）の翻訳を中心に本報告書を展開してきたが、最後に本資料の解析等により明らかとなった事項に関し、あらためて村上・益満・田中が簡約するとともに、自衛隊員への自死予防ソーシャルワークモデル開発に関する本研究の成果・提言の一部を以下に示す。なお、ここでは本研究課題に即して「自死」「自死予防」という文言を使用する。

本ガイドブックでは自死予防におけるリーダーの役割は以下のように述べられている。まず「このガイドは、部隊のリーダーが積極的に行動することから自死予防が始まるという前提に基づく」という記載から始まる。そして、その役割として「リーダーは、自死予防に寄与する要因を特定し、評価できなければならない」「リーダーは個人のレジリエンスを構築し、即応性を高めるために兵士一人一人に働きかけ、やる気にさせるよう、積極的に実践活動」することとしている。さらにガイドブックの目的を、「リーダーが自死予防を作戦プロセスに同期させ、自死予防を追加の任務にするのではなく、どのように日常業務に組み込むかを示すこと」としている。つまり、自死予防は、リーダーにとって追加の任務ではなく、日常の業務であることを示している。

以上の内容から、自死の要因は複雑であるため、個人のレジリエンスを構築し、即応性を高めるためには、リーダーが隊員個人に積極的に働きかけるだけでなく、部隊内のシステムの確立と、部隊外の必要なリソースとの連携が重要であることが明らかとなったが、これらの指針を防衛省・自衛隊における自死予防対策に援用するための試案を以下のとおり整理したい。

まず、防衛省・自衛隊では令和4年4月に「防衛省のメンタルヘルスに関する基本方針」が決定されている。そこでは「メンタルヘルス施策の基本的方向性」として、①メンタルヘルスチェック、②職員の意識改革、③職場環境の改善、④メンタルヘルスサポート体制の整備等が示されている。本ガイドブックが提言している自死予防対策事項の内容と、防衛省が今後進めようとしている上記方針に関連するものとしては、「②職員の意識改革」における上司から部下に対する「援助希求行動やメンタルヘルスにおける偏見（スティグマ）の解消」を重視したか関わりや、「③職場環境の改善」における「上司、同僚、先輩及び後輩が多層的に見守り合う環境の整備」につながるのではないかと考える。つまり、上段で整理した本ガイドブックが指摘している「部隊のリーダーが積極的に行動」し、その行動については「（自死防止を）どのように日常業務に組み込むか」に関して、本ガイドブックが示している具体的な行動指針を参考に自衛隊の組織特性に応じた対応方法を検討することにより、より効果的なメンタルヘルス対策を講じる可能性が高まると言えよう。（村上佳子）

次に、本ガイドブックについて「保護因子の育成と強化を中心」とした自死予防について整理を試みる。

我が国の防衛大綱では、「防衛力の中核は自衛隊員であり、自衛隊員の人材確保と能力・士

気の向上は防衛力の強化に不可欠としている」と、『令和4年度版防衛白書』「第1章 人的基盤と衛生機能の強化、第1節 人的基盤の強化」で指摘している。

また、ガイドブックの「第3章 準備:可視化ツールを使った自己認識とリスクの特定」では、指揮官がおこなうべきこととして、兵士が関係性を構築し、そして普段とは違う行動や陸軍の基準から逸脱した行動を認識するのに必要な親しみやすさを育み続けなければならないとし、指揮官と兵士の関係性の継続の重要性が提示されている。また、陸軍のリーダーが個々の兵士について知っておくべき直接得た知識を補うために、陸軍はコマンドチームにリーダー向け可視化ツールやその他のリソースを備えていると言及している。

さらに、第2章では「保護因子はレジリエンスを高め、危険因子（人間関係、仕事、学業不振といった好ましくないライフイベント）とのバランスをとるのに役立つ」と指摘している。その具体例として、友人、家族、部隊そしてより広いコミュニティとのつながり、問題解決能力、自死を思いとどまらせる、すなわち強い自己認識を作り出す文化的・精神的信念などに寄与するプログラムの有用性を示している。ガイドブックが、我が国の自衛隊においてどの程度利用可能かという点において、社会福祉・教育分野で実施されてきたメンタルヘルスに関する職員研修を援用することは有用であろうと思われる。

ガイドブックでは、上司であるリーダーと隊員、リーダーによる隊員家族など隊員の生活環境の把握を通じ、部隊などリーダーを中心とする人間関係と信頼関係を構築する必要性が随所に強調されている。これらは、リーダーの資質としてカウンセリングマインドが必要だということを示している。このようなカウンセリングのスキル・態度・知識を体験学習できるものとして、例えば、構成的グループエンカウンター<sup>1</sup>があげられる。

構成的グループエンカウンターは、カウンセリングなど教職員研修、教員による学生生徒児童に対しての人間関係作り、学級づくりで多くの実績がある。演習形式で、目的に合わせたエクササイズを開発することができ、自衛隊用の構成的グループエンカウターの教育研修プログラムが作成可能である。実際に、教育現場で行われた構成的グループエンカウンターを社会福祉専門職、看護者職などで援用する研究も行われている（猪谷他、2022）。

令和4年度『防衛白書』には、令和3（2021）年9月、防衛大臣及び防衛大臣政務官が自死事故防止の観点から、隊員のカウンセリングに対する心理的な抵抗感をなくすことを目的として、カウンセリング体験した感想を、隊員向けの動画で発信するといった取組を行った。このようなカウンセリングを受ける敷居の高さを軽減することに加えて、心理的悩みなどを仲間には打ち明けられない兵士がいることを踏まえると、ピアサポートを取り入れたプログラムはスティグマ低減として、有効だと考えられる。保健医療福祉専門職に、心理的悩みなどを相談することは、「弱い人間である」「悩みを持った精神力に脆弱性がある」などという誤った信念より、スティグマと考えられ、本人が抱え込むことにより、うつ状態、不眠、自死などに至ると考えられている。こうした状況に対して、ピアヘルパーを導入することで、身近な対面的なセーフティーネットが構築されやすく、「隊員自身が強いストレスに晒された場合に、そのスキーマが援助要請行動を阻害するといった否定的な影響」について援助要請の垣根を低くすることができるといえる。

また、隊員や同僚の相互の援助関係の関係作りの方策として、「ピアヘルパー<sup>2</sup>」の導入が



考えられる。このプログラムはカウンセリングの学びと、受講生間での人間関係作りによる学びをとおして実践的な援助力を高めるものである。これは「援助する者（ピアヘルパー）と援助される者（ピアヘルピー）の日常的な人間関係での援助関係であり、ピアヘルピング（peer helping）の関係である。

このようなプログラムなども検討することをとおして、我が国の自衛隊員の自死予防に関するソーシャルワークモデルの構築が可能となると考えられる（益満孝一）

最後に、ガイドブックのコンテンツに関連し米国防総省・米軍の自死予防対策の現況についてふれるとともに、本研究目的に基づく提言と今後の課題について整理を行う。

本ガイドブックは、米陸軍における効果的な自死防止プログラムの構築とその展開が目的であり、それは本研究の目的である「自衛隊員の自死予防」と合致しており翻訳を通して様々な知見を得ることができた。

このガイドブックが作成された背景には、イラク・アフガニスタンに派兵された米軍兵士（退役兵士も含む）の自死者数の増加とそれが継続している現状があると言えよう。

そのため米軍では、2000年初頭より様々な自死予防対策を展開しており、現在でもその拡充ならびに見直しが進められている。また、毎年それら自死予防対策に関する報告が行われているが、2023年10月に米国防総省が公表した“ANNUAL REPORT ON SUICIDE IN THE MILITARY CALENDAR YEAR 2022”では、米軍全体の自死率は2011～2022年にかけて徐々に上昇し、その一方で2021・2022年は2020年より上昇率が僅かに低くなっていると報告している。さらに、これらの結果から米国防総省は、自死予防のために「サポートティブな環境の醸成・メンタルヘルスケアの改善、スティグマ等の障壁への対応、自死予防研修の見直し、致死手段の安全性の促進（銃器対策等）」を今後の取り組み事項として示した。

米国防総省ならびに米軍が直面している自死予防の現状は非常に厳しいものと言えるが、そのような中で作成・展開されているガイドブックのコンテンツは、兵士が所属する部隊のリーダーに期待される自死防止のフレームワークとして、Military という組織的・文化的特性を考慮しながら、自死が複雑かつ多様な要因の相互関係の中で生じる可能性に留意しつつ、包括的かつ“一貫性のある体系的な全人的（※人を総合的にとらえるさま）なアプローチ”であると考えられる。これはまさに本研究が基盤を置くミリタリーソーシャルワークの視点と合致するものであり、本研究の成果の一つとしてこのガイドブックを紹介する狙いもここにある。

ソーシャルワークは「人々がその環境と相互作用する接点への介入」（ソーシャルワーク専門職のグローバル定義より）するものであり、そのためには、利用者中心の身体的側面・心理的側面・社会的側面に関わる統合的な支援、つまり「主体的統合的支援」を進める必要があると言えよう。特に、ハイリスクな業務に従事する自衛隊員の自死予防に関しては、その任務による身体的（側面）・心理的（側面）の負担軽減とその対応に関し、既に各駐屯地等において医療・看護・心理専門職によるサポートが進められているが、それに加えて業務を遂行する場となる職場、そして将来的には各隊員の家庭を含めた社会的側面における様々な事象の身体的側面・心理的側面との関係性を統合的にとらえ、さらに自衛隊員の生活の全体性・継続性に着眼するというソーシャルワークの枠組みに基づく自死予防プログラムの開発が求められると考える。

そのためにも、本ガイドブックの有益性ならびに効果について継続した精査を進める予定で

あるが、我々は本ガイドブックの事項をそのまま本研究の最終的な目的である「自衛隊員の自死予防」ソーシャルワークモデルに援用可能と考えるものではない。

なぜならば、軍隊ではない自衛隊と米軍は全く異なる存在・組織であり、自死予防対策のためには、その業務・組織・文化的・歴史的特性等を十分に考慮すべきであり、さらに連携・協働する社会資源の状況ならびに自死予防に携わる医療・保健・福祉・心理・教育等の対人援助専門職の活動内容・養成課程等も異なることを十分に認識する必要がある。その上で、異なる立場において自衛隊員の自死予防に従事または検討を進める関係者においては、本ガイドブックを一つの参考・指針となる基礎資料として、自衛隊・自衛隊員の現況に即した自死予防プログラムを構築の一助となることを願うものである。

なお、新型コロナウイルス感染拡大等の影響もあり、当初予定していた米国の Military Social Worker 養成プログラムの精査については十分な成果を得ることが困難であったため、今後も継続して研究を進める予定である。

最後に、本課題の研究過程及び本報告書の作成にあたっては、皇學館大学・中野一茂准教授のこれまでの Military Social Work 研究成果による知見を活かして頂き、その結果、今回のマニュアルの翻訳から様々な研究上のコーディネート、本報告書の構成・編集に尽力して頂いた。そして皇學館大学・高沢佳司准教授の心理学の観点からの分析を、静岡県立大学短期大学・尾崎剛志准教授には障害者福祉を専門領域とする見解を、鹿児島純心女子短期大学・益満孝一教授からは精神保健福祉・カウンセリングの観点からの見解を、聖カタリナ大学・村上佳子准教授には精神保健福祉を専門領域とする知見を、小木曾真司講師には専門職養成（介護福祉士）の立場から、その他、翻訳にあたっては皇學館大学事務助手 小川祐子氏らの多大なるご支援とご尽力を頂戴いたしましたこと、心より感謝申し上げます。

なお、この報告書は、令和 3～5 年度科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）挑戦的研究（萌芽）の助成金交付により作成されたものである。この場を借りて厚く御礼申し上げます。（田中顕悟）

## 参考文献

- ・ Department of Defense. (2023). *ANNUAL REPORT ON SUICIDE IN THE MILITARY CALENDAR YEAR 2022* ([https://www.dspo.mil/Portals/113/Documents/ARSM\\_CY22.pdf](https://www.dspo.mil/Portals/113/Documents/ARSM_CY22.pdf), 2024 年 1 月 14 日 閲覧)
- ・ 田村健二「人間支援者の基本的態度と技術」東洋大学社会学部紀要 30-1 1993 年

## 註釈

- 1:1970 年代後半に國分康孝により創始されたもので、カウンセリング理論や技法をもとに「(集中的)グループ体験」によるものである。また予防的カウンセリングとして、人間関係を開発する技法でもあり、目的は「ふれあい (リレーション)」と「自己発見」である。
- 2:NPO 法人日本教育カウンセラー協会が提供する学生間の援助関係を育成するもので、全国の大学・短大で導入されている民間資格のプログラムである。ピアヘルパーのピアは、仲間、友だちという意味である。ピアヘルピングとは、「私は今日はあなたを助ける人ですが、明日はあなたに助けて

もらうかもしれない人間です」という助けたり助けられたりする日常的な関係にカウンセリングの基礎的な知識・技術・態度を組み込んだものである。

- ・日本教育カウンセラー協会（編集）、（2023）「ピアヘルパーハンドブック：友達をヘルプするカウンセリング」、図書文化社
- ・猪谷生美・益満孝一・李慶洙・趙文基（2022）日本の社会福祉施設のエッセンシャルワーカー研修に関する研究－職員研修会の教育プログラムの開発について－日本文化研究（韓国）82、201-225。

科学研究費助成事業 挑戦的研究（萌芽）

課題

「ミリタリーソーシャルワークに着目した自衛隊の自死予防  
ソーシャルワークモデルの開発」研究報告書

発行日 2024 年 3 月 5 日

編 集 中野一茂（皇學館大學）

連絡先 皇學館大學 現代日本社会学部 中野一茂研究室

〒 516-8555 三重県伊勢市神田久志本町 1704

0596-22-0201（代表）

E-mail : k-nakano@kogakkan-u.ac.jp

印 刷 株式会社ウイング

〒 640-8411 和歌山市梶取 17-2

073-453-5700（代表）

E-mail : mail@w-i-n-g.jp

非売品

