

〔研究報告〕

青森県の小・中・高校におけるメンタルヘルス問題と 精神保健教育の現状に関する調査研究

板山 稔¹⁾、高田絵理子¹⁾、小玉 有子²⁾、田中 留伊³⁾

要 旨

本研究は、青森県内の小・中・高校におけるメンタルヘルスの問題とその対応、精神保健教育の実施状況を明らかにすることを目的とした。県内の小・中・高校の全校を対象に質問紙調査を行い、小学校193校、中学校103校、高校53校の回答を比較した。「発達・学習の障害」「不登校」「いじめ」は各校ともに高い割合で認められ、「幻聴や独語・妄想」「抑うつ状態・うつ病」は学校が進むにつれて発生する割合が高くなっていった。小・中学校では精神病様症状の対応に困難を感じていたが、精神科医療機関への相談件数は少なかった。また、精神疾患について具体的に学ぶ取り組みをしているのは高校の3校だけであったが、各校ともにその必要性を感じていることが明らかになった。児童・生徒のメンタルヘルス問題に対応するためには、早期介入とともに、学校における精神保健教育を推進し、一次予防としてメンタルヘルスリテラシーを高めていくことが重要である。

キーワード：メンタルヘルス、精神病様症状、精神保健教育、メンタルヘルスリテラシー、一次予防

I. 緒 言

精神疾患により医療機関を受診している患者数は近年増加し、平成23年は320万人となっている¹⁾。精神疾患はあらゆる年齢層においてその疾病による負担が大きく、生活の質の低下や社会経済的損失の大きさも指摘されている²⁾。医療計画の4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に精神疾患が加えられたことから、各都道府県では医療計画を見直し、精神疾患に対する予防や普及啓発、受診へのアクセス向上、治療・回復・社会復帰に向けた関係機関の連携などの取り組みが行われているところである。しかし、一般市民の精神疾患に対する知識や態度は、身体疾患に比べると誤解や偏見も多く^{3) 4) 5) 6)}、予防や普及啓発は十分ではない。

このような状況の中で、最近では精神疾患や精神障害の正しい知識と理解を深めていくために、メンタルヘルスリテラシーという用語が用いられるようになってきた^{7) 8) 9)}。メンタルヘルスリテラシーとはメンタルヘルスに関する知識、理解、教養、信念、態度を意味し、心の不調に対する気づきや対処、予防行動につながるもの

である¹⁰⁾。精神疾患に関する普及啓発の重点的課題として、学校の生徒等の若年層とそれを取り巻く者を対象に、適切なメッセージと媒体による普及啓発を行うことの重要性¹¹⁾が指摘されていることから、子どもたちのメンタルヘルスリテラシーを高めることが期待される。

一方、思春期の年代には、成人期に顕在化する精神疾患の前駆症や精神病様症状体験（Psychotic-Like Experiences；PLEs）が存在していることが報告されている^{12) 13) 14)}。また、早期の介入が発症後の予後に影響を与えるということから、前駆症が疑われる精神状態をアットリスク精神状態（At Risk Mental State；ARMS）として概念化し、発症前の早期介入を行う有効性も指摘されている¹⁵⁾。

若年層のメンタルヘルスリテラシーを高めていく教育を行うことは、精神疾患や精神障害に対する誤解や偏見を防止するだけでなく、自分自身や周囲の人の心の変調に早期に気づき適切に対処していくという早期介入の実現にもつながる^{16) 17)}。精神疾患の普及啓発と早期介入（早期相談・早期支援）を目標に、今後は学校教育において精神保健に関する教育を推進していくことが重要と

1) 弘前医療福祉大学保健学部看護学科（〒036-8102 弘前市小比内3-18-1）

2) 弘前医療福祉大学保健学部医療技術学科

3) 東京医療保健大学東が丘看護学部（〒152-8558 東京都目黒区東が丘2-5-23）

なると考える。そのためには、児童・生徒にどのようなメンタルヘルスの問題が生じているかを明らかにするとともに、教育現場での対応状況、精神保健教育の実際の実践の取組み、ニーズや導入課題などを把握することが必要である。しかし、先行研究では地域を限定した調査研究¹⁸⁾¹⁹⁾や対象校を絞った全国調査²⁰⁾は散見するものの、青森県の現状を把握し検証するものはない。本研究は、青森県内の小学校・中学校・高校におけるメンタルヘルスの諸問題とその対応状況、精神保健に関する教育の実施状況を明らかにすることを目的とし、児童・生徒に対して精神保健教育を進めていくための課題について考察する。

II. 研究方法

1. 調査対象

青森県内の小学校（322校）、中学校（165校）、高校（85校）の全校（合計602校）を調査対象とした。

2. 調査方法

無記名の自記式質問紙を作成し、郵送法による調査を実施した。質問紙のほか、調査の目的や倫理的配慮の方法について記載した説明文書と返信用封筒を同封し、各校の学校長宛てに送付した。質問紙は学校長から養護教諭か保健主事に渡してもらい、回答後に返信用封筒で直接投函してもらうように依頼した。調査は平成24年11月から12月にかけて実施した。

3. 調査内容

1) 対象校および回答者の属性

学校の規模、立地の人口規模、メンタルヘルスに関する職員配置、回答者の役職などを調査項目とした。

2) メンタルヘルス問題と対応の状況

メンタルヘルス問題として、12項目（「いじめ」「不登校」「被虐待」「飲酒・喫煙・薬物乱用」「発達・学習の障害」「拒食・過食」「確認行為」「対人恐怖・パニック発作」「抑うつ状態・うつ病」「幻聴や独語、妄想」「リストカット・自傷行為」「暴力・興奮」）の有無と対応状況を調査した。対応状況は、1（全く対応できていない）～4（十分に対応できている）の4段階の回答とした。また、外部機関との相談の有無と相談件数、連携の状況について調査した。

3) 精神保健教育に関する取組み

児童・生徒、教職員、保護者に対する精神保健教育の取組みとして、7項目（「こころの成長発達」「ストレスとその対処」「アルコール・タバコ・薬物等の乱用」「ダイエットや過食・拒食」「自殺や自傷行為」「うつ病や統合失調症などの精神疾患の理解」「いじめ」）の実施の有無を質問した。精神保健教育の必要性については4項目（「ストレスの対処や心の健康」「精神疾患や精神障害に

ついての理解」「精神疾患体験者による講演や交流体験」「精神科医療機関や相談機関、社会復帰施設などの見学」）の内容を調査し、1（全く必要ない）～4（大いに必要）の4段階の回答とした。また、精神保健教育の実施に関する課題として、8項目（「実施時間の調整」「講師の人選」「資料・教材等の準備」「教育委員会の了承」「教職員の理解・協力」「保護者・PTAの理解・協力」「経費の確保」「外部専門機関の協力」）の有無を調査した。

4. 分析方法

単純集計の結果を比較するとともに、学校種別、学校規模、スクールカウンセラーの有無とメンタルヘルス問題の対応状況についてはMann-WhitneyU検定、Kruskal Wallis検定を用いて分析した。以上の分析にはSPSS17.0Jを使用した。

5. 倫理的配慮

調査対象の匿名性を確保するため、質問紙は無記名とした。調査の目的、調査協力の任意性、不利益の有無、匿名性の確保とデータの管理方法等について記載した説明文書を質問紙に同封し、返信をもって同意を得たものと判断した。また、本研究は弘前医療福祉大学研究倫理委員会の承認を得て実施した。

III. 結果

1. 対象の属性

回収数は小学校193（回収率59.7%）、中学校103（62.4%）、高校53（62.3%）、であった（表1）。学校の規模は小・中学校の半数以上が200人以下の学校であり、学校が立地する人口規模は人口10万人以上、人口10万人未満の市、町・村にそれぞれ分散していた。常勤もしくは非常勤でスクールカウンセラーが配置されている学校は、小学校14.0%、中学校49.5%、高校17.0%であった。回答者の多くは養護教諭、もしくは養護教諭として保健主事を兼務している者であった。

2. メンタルヘルス問題と対応

メンタルヘルス問題の中で、「発達・学習の障害」は小・中・高校とも75%以上の学校に認められた（表2）。その他に50%を超える問題としては、小学校では「不登校」（53.9%）、中学校では「不登校」（88.3%）、「いじめ」（64.1%）、「リストカット・自傷行為」（61.2%）があり、高校では「不登校」（90.6%）、「リストカット・自傷行為」（84.9%）、「いじめ」（69.8%）、「抑うつ状態・うつ病」（66.0%）、「飲酒・喫煙、薬物の乱用」（54.7%）が認められた。また、小学校においても「対人恐怖・パニック発作」（7.8%）、「抑うつ状態・うつ病」（5.7%）、「飲酒・喫煙、薬物の乱用」（5.2%）、「拒食・過食」（4.7%）などが認められた。「幻聴や独語・妄想」については、小学

表1 対象の属性

項目	小学校 (N=193)		中学校 (N=103)		高校 (N=53)		全体 (N=349)		
	校数	%	校数	%	校数	%	校数	%	
学校規模	200人以下	113	58.5	59	57.3	12	22.6	184	52.7
	201人～400人	55	28.5	24	23.3	13	24.5	92	26.4
	401人～600人	18	9.3	18	17.5	11	20.8	47	13.5
	601人以上	7	3.6	2	1.9	17	32.1	26	7.4
人口規模	10万人以上の市	60	31.1	36	35.0	21	39.6	117	33.5
	10万人未満市	52	26.9	21	20.4	15	28.3	88	25.2
	町・村	75	38.9	44	42.7	16	30.2	135	38.7
	無回答	6	3.1	2	1.9	1	1.9	9	2.6
スクールカウンセラーの配置	なし	166	86.0	51	49.5	44	83.0	261	74.8
	あり	27	14.0	51	49.5	9	17.0	87	24.9
	無回答			1	1.0			1	0.3
回答者	保健主事	8	4.1	4	3.9	4	7.5	16	4.6
	養護教諭	109	56.5	39	37.9	35	66.0	183	52.4
	養護教諭と保健主事を兼務	71	36.8	59	57.3	14	26.4	144	41.3
	無回答	5	2.6	1	1.0			6	1.7

表2 メンタルヘルス問題と対応状況

メンタルヘルス問題の項目	学校種別	ある		まったく・あまり対応できていない		ある程度・十分対応できている	
		校数	%	校数	%	校数	%
いじめ	小学校	74	38.5	1	1.4	73	98.6
	中学校	66	64.1	1	1.6	63	98.4
	高校	37	69.8	1	2.7	36	97.3
不登校	小学校	104	53.9	10	9.6	94	90.4
	中学校	91	88.3	7	7.7	84	92.3
	高校	48	90.6	7	14.6	41	85.4
被虐待	小学校	30	15.5	4	13.3	26	86.7
	中学校	29	28.2	5	17.2	24	82.8
	高校	9	17.0	4	44.4	5	55.6
飲酒、喫煙 薬物乱用	小学校	10	5.2	0	0	9	100
	中学校	38	36.9	3	7.9	35	92.1
	高校	29	54.7	5	17.2	24	82.8
発達・学習 の障害	小学校	164	85.0	11	6.9	148	93.1
	中学校	81	78.6	16	20.3	63	79.7
	高校	44	83.0	9	20.5	35	79.5
拒食・過食	小学校	9	4.7	3	33.3	6	66.7
	中学校	21	20.4	6	28.6	15	71.4
	高校	19	35.8	4	21.1	15	78.9
確認行為 不潔恐怖	小学校	6	3.1	0	0	6	100
	中学校	7	6.8	2	28.6	5	71.4
	高校	6	11.3	2	33.3	4	66.7
対人恐怖 パニック発作	小学校	15	7.8	1	6.7	14	93.3
	中学校	23	22.3	6	26.1	17	73.9
	高校	25	47.2	2	8.0	23	92.0
抑うつ状態 うつ病	小学校	11	5.7	4	36.4	7	63.6
	中学校	34	33.0	15	44.1	19	55.9
	高校	35	66.0	3	8.6	32	91.4
幻聴や独語 妄想	小学校	7	3.6	1	16.7	5	83.3
	中学校	12	11.7	5	45.5	6	54.5
	高校	11	20.8	1	9.1	10	90.9
リストカット 自傷行為	小学校	10	5.2	2	20.0	8	80.0
	中学校	63	61.2	12	19.0	51	81.0
	高校	45	84.9	12	26.7	33	73.3
暴力・興奮	小学校	46	23.8	2	4.5	42	95.5
	中学校	45	43.7	6	13.6	38	86.4
	高校	17	32.1	2	12.5	14	87.5

校の3.6%、中学校の11.7%、高校の20.8%に認められた。

あると回答した問題に対して、「まったく対応できていない」「あまり対応できていない」と回答した割合が高いものとしては、小学校では「抑うつ状態・うつ病」(36.4%)「拒食・過食」(33.3%)、中学校では「幻聴や独語、妄想」(45.5%)「抑うつ状態・うつ病」(44.1%)、高校では「被虐待」(44.4%)、「確認行為」(33.3%)であった。

対応の4段階評価については、学校種別では「いじめ」($\chi^2=11.29$)「被虐待」($\chi^2=6.67$)「発達・学習の障害」($\chi^2=15.59$)「抑うつ状態・うつ病」($\chi^2=10.97$)で有意差が認められた ($p<.05$)。学校規模、スクールカウンセラーの有無に関しては、有意差は認められなかった。

3. 相談・連携の状況

過去1年間の外部機関への相談は、各機関ともに相談

実績がない割合が高かった(表3)。「精神科医療機関」への相談では、小学校14.9%、中学校26.2%、高校41.5%が相談したことがあり、学校が進むにつれ精神科医療機関への相談が増加していた。外部機関との連携については、小学校28.3%、中学校24.7%、高校36.5%は、あまり連携がとれていないと感じていた。

4. 精神保健教育の実施状況

児童や生徒を対象にした精神保健教育では、「アルコール・タバコ・薬物等の乱用」については、小学校68.9%、中学校94.2%、高校88.7%で実施されていた(表4)。「こころの成長発達」については、小学校64.8%、中学校61.2%、高校54.7%で実施されていた。「うつ病や統合失調症などの精神疾患の理解」については、小・中学校ともに実施されている学校はなく、高校でも5.7%(3校)だけであった。一方、教職員や保護者を対象に

表3 過去1年間の外部機関への相談件数

相談機関	学校種別	N	なし		1~2件		3~4件		5件以上	
			校数	%	校数	%	校数	%	校数	%
精神科医療機関	小学校	188	160	85.1	27	14.4	1	0.5	0	0
	中学校	103	76	73.8	19	18.4	6	5.8	2	1.9
	高校	53	31	58.5	17	32.1	4	7.5	1	1.9
精神科以外医療機関	小学校	188	160	85.1	26	13.8	2	1.1	0	0
	中学校	103	86	83.5	12	11.7	3	2.9	2	1.9
	高校	53	44	83.0	7	13.2	0	0	2	3.8
教育相談機関	小学校	188	163	86.7	24	12.8	0	0	1	0.5
	中学校	103	78	75.7	17	16.5	6	5.8	2	1.9
	高校	53	46	86.8	6	11.3	0	0	1	1.9
児童相談所	小学校	188	157	83.5	28	14.9	2	1.1	1	0.5
	中学校	103	72	69.9	28	27.2	2	1.9	1	1.0
	高校	53	52	98.1	1	1.9	0	0	0	0
保健所市町村	小学校	188	173	92.0	14	7.4	1	0.5	0	0
	中学校	103	90	87.4	11	10.7	2	1.9	0	0
	高校	53	52	98.1	1	1.9	0	0	0	0

表4 精神保健教育の実施状況(複数回答)

教育対象	項目	小学校		中学校		高校		
		校数	%	校数	%	校数	%	
児童・生徒	こころの成長発達	125	64.8	63	61.2	29	54.7	
	ストレスとその対処	58	30.1	36	35.0	29	54.7	
	アルコール・タバコ・薬物等の乱用	133	68.9	97	94.2	47	88.7	
	ダイエットや過食・拒食	8	4.1	7	6.8	13	24.5	
	自殺や自傷行為	7	3.6	8	7.8	8	15.1	
	うつ病や統合失調症などの精神疾患の理解	0	0	0	0	3	5.7	
	いじめ	80	41.5	38	36.9	22	41.5	
	実施していない	22	11.4	3	2.9	3	5.7	
	教職員	こころの成長発達	38	20.1	23	22.5	9	17.3
		ストレスとその対処	12	6.3	12	11.8	6	11.5
アルコール・タバコ・薬物等の乱用		25	13.2	29	28.4	10	19.2	
ダイエットや過食・拒食		0	0	2	2.0	1	1.9	
自殺や自傷行為		4	2.1	9	8.8	3	5.8	
うつ病や統合失調症などの精神疾患の理解		8	4.2	8	7.8	8	15.4	
いじめ		36	19.0	18	17.6	6	11.5	
実施していない		95	50.3	40	39.2	17	32.7	
保護者		こころの成長発達	34	18.0	27	26.5	4	7.7
		ストレスとその対処	7	3.7	3	2.9	2	3.8
	アルコール・タバコ・薬物等の乱用	11	5.8	16	15.7	5	9.6	
	ダイエットや過食・拒食	3	1.6	1	1.0	2	3.8	
	自殺や自傷行為	1	0.5	2	2.0	1	1.9	
	うつ病や統合失調症などの精神疾患の理解	0	0	0	0	3	5.8	
	いじめ	11	5.8	10	9.8	3	5.8	
	実施していない	122	64.6	49	48.0	38	73.1	

した内容については、「実施していない」という回答が最も多く、その理由としては「他の業務が忙しくてできない」という回答が小・中・高校ともに最も多かった。

5. 精神保健教育のニーズと課題

児童・生徒に対する教育プログラムでは、「ストレスの対処や心の健康について理解する」は、「大いに必要」「ある程度必要」という回答が小・中・高校ともに95%を超えた（表5）。「精神疾患や精神障害について具体的に学ぶ」ことについては、小学校は35.5%と低かったが、中学校60.8%、高校66.0%は必要性を感じていた。「精神疾患体験者による講演や交流体験」ことについては、小学校16.8%、中学校28.7%、高校34.0%であった。ま

た、「精神科医療機関や相談機関、社会復帰施設などの見学」についても、小学校16.8%、中学校19.8%、高校34.0%にとどまり、必要性を感じる回答は少なかった。

教職員や保護者に対するプログラムでは、「精神疾患や精神障害について具体的に学ぶ」は小・中・高校ともに必要性を感じる回答が多かった。「精神疾患体験者による講演や交流体験」「精神科医療機関や相談機関、社会復帰施設などの見学」は、中・高校の教職員を対象とするプログラムに必要性を感じる回答が多かった。

精神保健教育を実施するうえでの課題については、「実施時間の調整」「講師の人選」が小・中・高校ともに70%を超えた（表6）。

表5 精神保健教育のニーズ

教育対象	精神保健教育の内容		小学校		中学校		高校		
			校数	%	校数	%	校数	%	
児童・生徒	ストレス 心の健康	まったく・あまり必要ない	9	4.7	1	1.0	1	1.9	
		大いに・ある程度必要	182	95.3	102	99.0	52	98.1	
	精神疾患 精神障害	まったく・あまり必要ない	120	64.5	40	39.2	18	34.0	
		大いに・ある程度必要	66	35.5	62	60.8	35	66.0	
	体験者の 講演・交流	まったく・あまり必要ない	154	83.2	72	71.3	35	66.0	
		大いに・ある程度必要	31	16.8	29	28.7	18	34.0	
	病院・施設 の見学	まったく・あまり必要ない	154	83.2	81	80.2	35	66.0	
		大いに・ある程度必要	31	16.8	20	19.8	18	34.0	
	教職員	ストレス 心の健康	まったく・あまり必要ない	6	3.2	1	1.0	1	1.9
			大いに・ある程度必要	184	96.8	102	99.0	52	98.1
精神疾患 精神障害		まったく・あまり必要ない	24	12.9	10	9.8	5	9.4	
		大いに・ある程度必要	162	87.1	92	90.2	48	90.6	
体験者の 講演・交流		まったく・あまり必要ない	100	54.6	46	45.1	19	35.8	
		大いに・ある程度必要	83	45.4	56	54.9	34	64.2	
病院・施設 の見学		まったく・あまり必要ない	103	55.7	42	41.2	19	35.8	
		大いに・ある程度必要	82	44.3	60	58.8	34	64.2	
保護者		ストレス 心の健康	まったく・あまり必要ない	10	5.3	2	2.0	4	7.5
			大いに・ある程度必要	180	94.7	100	98.0	49	92.5
	精神疾患 精神障害	まったく・あまり必要ない	56	29.9	34	33.3	8	15.1	
		大いに・ある程度必要	131	70.1	68	66.7	45	84.9	
	体験者の 講演・交流	まったく・あまり必要ない	122	65.9	61	60.4	25	47.2	
		大いに・ある程度必要	63	34.1	40	39.6	28	52.8	
	病院・施設 の見学	まったく・あまり必要ない	127	68.6	61	59.8	27	50.9	
		大いに・ある程度必要	58	31.4	41	40.2	26	49.1	

表6 児童・生徒を対象にした精神保健教育の課題（複数回答）

項目	小学校		中学校		高校	
	校数	%	校数	%	校数	%
実施時間の調整	157	82.6	89	86.4	47	88.7
講師の人選	159	83.7	79	76.7	39	73.6
資料・教材等の準備	88	46.3	43	41.7	20	37.7
教育委員会の了承	17	8.9	10	9.7	1	1.9
教職員の理解・協力	102	53.7	63	61.2	40	75.5
保護者・PTAの理解・協力	75	39.5	30	29.1	19	35.8
経費の確保	128	67.4	74	71.8	32	60.4
外部専門機関の協力	86	45.3	47	45.6	24	45.3
特に課題なし	4	2.1	1	1.0	3	5.7

IV. 考 察

1. メンタルヘルス問題と対応

教育現場では、以前からいじめや不登校の問題についての対応は取組まれてきたが、最近では発達障害の児童・生徒への対応が大きな課題となっている²⁰⁾。本研究の結果でも、「発達・学習の障害」「不登校」「いじめ」は高い割合で認められた。

一方、幼少期からの発達の障害、成長発達に伴う心の変化や対人関係に由来するストレスなどの心理社会的要因とは別に、従来では成人期に顕在化すると考えられていた精神疾患に関連する症状を呈する児童・生徒の存在も指摘されている。精神病初回エピソード前の初回前駆症が疑われる精神状態をアットリスク精神状態 (At Risk Mental State ; ARMS) として概念化し、高頻度に見いだされる前駆症状として不安、緊張、圧迫感、抑うつ、罪業感、落ち着きのなさ、被害関係念慮、睡眠障害、社会的ひきこもりなどが提起されている¹⁵⁾。縦断的疫学研究では、対象群の約14%が11歳までに精神病様症状体験 (Psychotic-Like Experiences ; PLEs) を体験し、この体験は成人期以降の精神病性疾患の発症を予測することも示唆されている¹²⁾。中学生を対象にしたわが国の大規模な思春期PLEsの疫学研究では、約15%にPLEsが認められ²¹⁾、PLEsが衝動的暴力行為、衝動的自傷行為、希死念慮、アルコールの使用、ダイエット目的の嘔吐などとも関連することが指摘されている¹⁴⁾。

本研究では、「幻聴や独語・妄想」については小学校3.6%、中学校11.7%、高校20.8%に認められたほか、「抑うつ状態・うつ病」は小学校5.7%、中学校33.0%、高校66.0%に認められ、学校が進むにつれてその割合は大きく上昇していた。また、「リストカット・自傷行為」や「抑うつ状態・うつ病」は中学校にかけてその割合が大きく上昇していることなどからも、精神病様症状体験と関連するメンタルヘルス問題が特に中学生から高校生にかけて増加することが分かる。

メンタルヘルス問題に対する学校の対応については、「まったく対応できていない」「あまり対応できていない」という割合が高いものとして、小学校では「抑うつ状態・うつ病」「拒食・過食」、中学校では「幻聴や独語、妄想」「抑うつ状態・うつ病」といった精神病様症状への対応が含まれていた。一方、高校では、「幻聴や独語、妄想」「抑うつ状態・うつ病」といった精神病様症状への対応については、「ある程度対応できている」と回答する割合が高くなっている。メンタルヘルスの問題に対しては、養護教諭を中心に担任、生徒指導担当教諭、スクールカウンセラー等が協働して対応しているものと考えられる。しかし、精神病様症状に対しては、「不登校」や「い

じめ」のように教育的な相談や指導では対応に限界がある。小・中学校の段階から、精神病理的な背景を含めて児童・生徒の状態を判断しながら、対応について検討し早期に介入していくことが求められる。

2. 早期介入とメンタルヘルスリテラシー

前述したARMS、PLEsは、統合失調症の予防に対する早期介入の研究から生まれてきた。発症から治療開始までの期間を未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis ; DUP) とし、DUPの短いものは治療への反応性が高く予後が良好であるという研究が多数報告された^{22) 23) 24)}。イギリスではDUPを短縮することを目標に、専門チームによる初回エピソード精神病体験者への早期介入サービスや児童・思春期精神保健サービスなどが、国家保健サービス計画のもと提供されてきた²⁵⁾。この児童・思春期精神保健サービスは、学校や保健センターでも行われている。

わが国では、児童・生徒の様々な健康問題に対する教育を充実させるために、文部科学省が平成16年度から「学校・地域保健連携推進事業」を行っている²⁰⁾。メンタルヘルスの問題に対しても、学校と地域保健等との連携を推進するためのシステム構築やネットワークの推進を図っているが、取組みの実際は都道府県により差がある。本調査の結果では、外部の医療機関や相談機関との連携について、小学校28.3%、中学校24.7%、高校36.5%はあまり連携がとれていないと感じていた。また、精神科医療機関への相談では、小学校85.1%、中学校73.8%が相談したことがないと回答していた。高校では41.5%が精神科医療機関に相談したことがあると回答していたが、年間の相談件数は1~2件の学校がほとんどであり、メンタルヘルスの問題に対する専門機関との連携の乏しさが示唆された。

このような背景には、児童・生徒のメンタルヘルス問題を精神病理として捉え、早期介入していくことへの抵抗感やためらい、自信のなさが影響していることが推察される。精神疾患に対しては偏った認識やステイグマも根強く存在しているため、教育的相談や指導を超えて精神科医療機関や精神保健の専門機関と連携することについては、児童・生徒、保護者、教職員の理解を得ることが困難な場合もある。実際にARMS、PLEsの体験者がすべて精神疾患を発症するわけではなく、その中にはいわば疑陽性も存在することから、事を大きくせずにできるだけ経過を見守りたいという心理が支援側に働くことが考えられる。しかし、メンタルヘルス問題に関する早期介入の目的は、決して「病気探し」や「病人探し」ではなく、早期相談・早期支援の体制を整えることである。心の不調のサインを理解し、自らあるいは周囲の人がそのサインに気づき、適切な相談や支援を受けられる体制

を確立することは予防や予後の観点から重要である。そのためには、メンタルヘルス問題に対応するシステム構築やネットワークの推進を図る二次的予防の確立だけでは不十分であり、児童・生徒自身のメンタルヘルスに関する知識、理解、教養、信念、態度を高め、心の不調に対する気づきや対処、予防行動へとつながる支援が必要とされる。このようなメンタルヘルスリテラシーを高めていく教育を一次予防的な活動として位置づけ、学校における精神保健教育を推進していくことが急務であると考えられる。

3. 精神保健教育における課題

精神疾患に対する早期介入の重要性から、諸外国では学校教育での精神保健教育の実践例が数多く存在する。中でもオーストラリアにおける学校精神保健増進プロジェクト（Mind Matters）^{26) 27)} は、11歳から17歳までの中等教育で行われ、テキストを用いながら統合失調症や気分障害、摂食障害などの精神疾患についての知識や考え方、援助や支援を求める方法などを学び、精神疾患をもつ当事者の話を聞く体験もある。

わが国の児童・生徒に対する精神保健の教育については、平成10年度改訂の学習指導要領の中で「心の健康」やそのための「ストレスへの対処」が示され、主に保健の授業の中で展開されてきた²⁸⁾。しかし、その内容はストレスの理解と対処などに限定されたものである。教育課程の中に精神保健教育が明確に定められていない現状では、精神疾患に対する知識や対応に関する教育は、ごく一部の学校で先駆的に取り組まれているにすぎない^{9) 29)}。精神保健にかかわる職能団体³⁰⁾やNPO法人³¹⁾、製薬会社³²⁾などが、児童・生徒を対象にした精神保健教育プログラムを展開させている例もあるが、ごく一部の取組みにとどまっている。

本調査の結果では、うつ病や統合失調症などの精神疾患について具体的に学ぶ取組みをしている学校は小中学校ではなく、高校でもわずか3校(5.7%)であった。一方、児童や生徒が「精神疾患や精神障害について具体的に学ぶ」ことについては、小学校35.5%、中学校60.8%、高校66.0%が必要を感じていた。しかし、現実的には「実施時間の調整」や「講師の人選」について課題を感じ、実現には至っていない。実施時間の調整については、児童・生徒の学力の低下が問題視される中、学校現場では授業時間数の確保に追われている状況が推察される。精神保健教育の重要性に対する教職員の意識統一を図りながら、保健や総合的な学習時間を柔軟に活用していくことが望まれる。また、メンタルヘルスの問題については養護教諭が中心的な役割を担うことが期待されているが、養護教諭の負担や困難の大きさも報告されている^{20) 33)}。精神保健教育における講師については、医師や看護師、

精神保健福祉士、心理士など地域の精神保健の専門職を積極的に起用することにより、専門性の高い講師の人材の確保だけでなく、その後の相談・支援の地域連携を深めることにもつながると考える。

児童・生徒に対する「精神疾患体験者による講演や交流の体験」「精神科医療機関や相談機関、社会復帰施設などの見学」については、その必要性を感じる回答は少なかった。しかし、精神疾患に対する正しい理解を深め、偏見のない態度を形成するとともに、心の不調に対する気づきや対処などの予防行動にまでつなげていくためには、単なる知識の獲得だけでなく、当事者との交流、医療機関や相談施設の見学なども取り入れた体験的な教育内容も必要であると考えられる。複雑化、深刻化、低年齢化する児童・生徒のメンタルヘルス問題に対応するために、児童・生徒のメンタルヘルスリテラシーを高めていくような精神保健教育の充実が学校に期待される。一方、授業や行事運営等による多忙の中で、精神保健教育を学校の自助努力だけに求めるのは限界である。青森県の医療計画の施策として、「学校等教育機関における精神保健福祉の教育」があげられていることから、今後は学校内の取組みをバックアップする県や教育委員会の支援体制と関係機関の連携体制の充実が望まれる。

V. 結 論

青森県内の小・中・高校の全校を対象に郵送法による質問紙調査を行い、メンタルヘルスの問題と対応、相談・連携の状況、精神保健教育に関する取組みについて調査した。「発達・学習の障害」「不登校」「いじめ」は各学校とも高い割合で認められ、精神病様症状の「幻聴や独語・妄想」「抑うつ状態・うつ病」は学校が進むにつれて発生の割合が高くなっていった。メンタルヘルス問題に対する学校の対応について、小学校、中学校では「抑うつ状態・うつ病」「幻聴や独語、妄想」など精神病様症状体験の対応に困難さを感じていた。精神科医療機関への相談実績は各校とも少なく、精神疾患について具体的に学ぶ取組みをしている学校は高校の3校(5.7%)だけであった。各学校とも児童や生徒が精神疾患や精神障害について具体的に学ぶ必要性を感じていたが、「実施時間の調整」や「講師の人選」に課題を感じていた。複雑・深刻化、低年齢化する児童・生徒のメンタルヘルス問題に対応するために、二次予防として早期介入の体制を確立するとともに、一次予防として児童・生徒のメンタルヘルスリテラシーを高めていくことが重要である。

(受理日 平成26年2月19日)

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成23年患者調査。2013-09-25：
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/index.html>
- 2) 横山和仁，飯島佐知子：精神保健と現代社会—わが国における精神疾患による経済損失—。保健の科学。53 (9)：585-589, 2011
- 3) 山崎喜比古，的場智子，菊澤佐江子，他：心の病へのまなざしとスティグマ 全国意識調査（第1版）。15-20。東京，：明石書店188-206。2012
- 4) 中村真：精神障害者に対する否定的態度に関する研究の動向（I）日本国内における実態調査。川村学園女子大学研究紀要。12 (1)：199-212, 2001.
- 5) 榑原文，松田宣子：精神障害者への偏見・差別及び啓発活動に関する先行文献からの考察。神戸大学医保健紀要。19：59-73, 2003.
- 6) 竹島正，平井右助，田中薫，他：地域住民の精神障害者に対する見方について 地域調査をもとに。社会精神医学。15 (3)：230-236, 1992.
- 7) 中根允文，吉岡久美子，中根秀之：日本人のメンタルヘルスリテラシー。心のバリアフリーを目指して（第1版）。15-20。東京，：勁草書房。2010
- 8) 赤澤彩織，木下裕久，中根秀之：メンタルヘルスリテラシーと精神保健教育・啓発。保健の科学。53 (9)：590-595, 2011
- 9) 学校メンタルヘルスリテラシー教育研究会：今、メンタルヘルスリテラシーの向上をめざして なぜメンタルヘルスリテラシーか？。精神科看護。38(4)：49-55, 2011
- 10) Jorm AF：Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. British Journal of Psychiatry。177：396-401, 2000
- 11) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：精神保健福祉の更なる改革に向けて。2012-09-05：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>
- 12) 岡崎祐士：導入—統合失調症初回エピソードから早期精神障害へ—。臨床精神医学。36 (4)：353-357, 2007
- 13) 岡崎祐士：早期治療とは何か 精神医学・医療のニューフロンティア。こころの科学。133：8-19, 2007
- 14) 西田淳志，岡崎祐士：思春期精神病様症状体験 (PLEs)と新たな早期支援の可能性。臨床精神医学。36 (4)：383-389, 2007
- 15) 宮腰哲生，松本和紀，伊藤文晃，他：統合失調症の前駆症とアットリスク精神状態。臨床精神医学。36 (4)：369-375, 2007
- 16) 大久保千恵，市来百合子，堂上禎子，他：中学校におけるこころの健康とメンタルヘルスリテラシーに関する心理教育とその効果についての研究。奈良教育大学教育実践開発研究センター紀要。20：79-84, 2011
- 17) 大久保千恵，市来百合子，井村健，他：中学生におけるメンタルヘルスリテラシーが精神的健康に与える影響について。奈良教育大学教育実践開発研究センター紀要。22：123-130, 2013
- 18) 松田修：首都圏の中学生の最近のメンタルヘルス問題。日本公衆衛生雑誌。58 (2)：111-115, 2011
- 19) 松田修：首都圏公立中学校における精神疾患教育の取り組みに関する調査研究。日本公衆衛生雑誌。57 (7)：571-576, 2010
- 20) 財団法人日本学校保健会：子どものメンタルヘルスの理解とその対応 心の健康づくりの推進に向けた組織体制づくりと連携。財団法人日本学校保健会。東京，2007
- 21) 岡崎祐士：思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究総括報告書。厚生労働科学研究補助金こころの健康科学研究事業，2010
- 22) 堀口寿広，安西信雄：統合失調症の未治療期間 (DUP) の発見とその後の研究。臨床精神医学。36 (4)：359-368, 2007
- 23) 西田淳志：早期精神障害への支援と治療 その根拠と目的。こころの科学。133：13-19, 2007
- 24) 小林啓之，水野雅文：早期診断の治療と根拠。臨床精神医学。36 (4)：377-382, 2007
- 25) 針間博彦，石倉習子，西田淳志，他：英国における精神病早期介入の医療制度化の経緯と実際。臨床精神医学。36 (4)：391-402, 2007
- 26) 白井有美，崎川典子，岡田直大，他：マインドマスタートズの概要とスクールマスタートズ。こころの科学。143：119-126, 2009
- 27) 白井有美，川上俊亮，河上緒，他：こころの疾病を理解する。こころの科学。144：135-143, 2009
- 28) 梶原綾，藤原有子，藤塚千秋，他：平成10年度改訂学習指導要領下の「保健」授業におけるストレスマネジメント教育に関する研究。川崎医療福祉学会誌。18 (2)：415-423, 2009
- 29) 小林啓之，宇野舞佑子，水野雅文：早期介入を目指したメンタルヘルス教育の実践。精神科臨床サービス。7 (1)：133-137, 2007
- 30) 岩崎富美子，東美奈子，篁宗一，他：精神科看護師による「こころの健康出前講座」の効果的な実施の

- ための調査研究報告. 2013-09-25 :
<http://www.jpna.jp/sponsors/pdf/21-demae-01.pdf>
- 31) NPO 法人企業教育研究会：こころの病気を学ぶ
授業の開発. 2012-09-10 : [https://www.lilly.co.jp/
responsibility/kokoro/01.aspx](https://www.lilly.co.jp/responsibility/kokoro/01.aspx)
- 32) 日本イーライリリー株式会社：学校での精神疾患理
解のために 支援活動報告書. 2012-09-12 :
[https://www.lilly.co.jp/responsibility/kokoro/
default.aspx](https://www.lilly.co.jp/responsibility/kokoro/default.aspx)
- 33) 松浦佳代, 宮本真巳：中学校における精神疾患教育
の困難性に関する研究 養護教諭への半構造化面接
より. 精神科看護. 40(6): 46-57, 2013

Survey-based research on mental health issues and current state of mental health education within elementary, junior high, and high schools in Aomori Prefecture

Minoru Itayama ¹⁾ Eriko Takada ¹⁾ Ariko Kodama ²⁾ Rui Tanaka ³⁾

1) Anatomy, Hirosaki University of Health and Welfare, 3-18-1 Sanpinai, Hirosaki 036-8102, Japan

2) Department of Medical Technology and Rehabilitation, School of Health sciences, Hirosaki University of Health and Welfare

3) Faculty of Nursing at Higashigaoka, Tokyo Healthcare University, 2-5-23 Higashigaoka Meguro-ku Tokyo Japan 152-8558

Abstract

The purpose of the present study was to clarify mental health issues and responses thereto within elementary, junior high, and high schools in Aomori Prefecture, and to clarify the current state of mental health education therein. A questionnaire survey was performed of prefectural elementary, junior high, and high schools, and comparison was made of responses from 193 elementary schools, 103 junior high schools, and 53 high schools. A relatively high percentage of the following were found for each school: “developmental or learning disability,” “school non-attendance,” “bullying.” As students progressed through their school years, there was a higher percentage of “auditory hallucination and monologue, or delusions,” and “depressed moods, or depression.” Although at elementary and junior high schools, difficulties were felt regarding responses to psychotic-like symptoms, there were few consultations with mental health institutions. Further, while there were only 3 high schools where concrete engagements were underway in learning about mental illnesses, our study made clear that each school recognized the necessity of such learning. In order to respond to mental health problems of children and students, early intervention is of great importance, and there further is a need to promote mental health education within schools, and to raise mental-health literacy as a means of primary prevention.

Key words : mental-health, psychotic-like symptoms, mental health education, mental-health literacy, primary prevention