

# 子どものメンタルヘルスの現状と課題

— 小・中学校におけるメンタルヘルスの視点 —

周 防 美智子

## はじめに

近年の都市化，少子高齢化，高度情報化，グローバル化の社会環境や生活習慣の変化によって，人生の息苦しさを感じ，ストレスを抱え，精神的に不健康に陥っている人も少なくない。現在，わが国の自殺者数は14年連続して3万人を超える高い水準で推移している。厚生労働省によると，2011年の自殺者数は30,651人で，前年より1,039人（3.3%）下回りはしたものの，年齢別にみると19歳以下は12.7%増加の622人，20歳代は2.0%増加の3,304人と若い年齢層の増加がみられる。職業別では，学生が10.9%増加の1,029人と大幅に増えた。

自殺の傾向が示すように，精神的に不健康は大人の問題だけでなく，子どもにも同様に精神的に不健康を生み出している。たとえば，精神医学界だけでなく社会の関心が高まるところとなったうつ病の場合，子どものうつ病は，大人のうつ病と同じく増加傾向にある。欧米の疫学研究では一般人口における子どものうつ病の有病率は，児童期（12歳以下）0.5～2.5%，青年期（17歳以下）2.0～8.0%と報告されている（Harrington 1994）。わが国の研究でも，子どもの1～5%程度と推測され，年齢が上がるごとに増加傾向にある（村田

1993，傳田 2004）と報告している。筆者は，2009年に自己記入式抑うつ評価尺度DSRS-C（Depression Self Rating Scale for Children：Birleson 1981）<sup>1)</sup>を用いて小学2年生～6年生の1,117人を対象に調査を行っている（周防 2010，2011）。その結果，抑うつ状態の子どもは，全体の11.6%であった。村田や傳田のように，DSRS-Cの高得点群のうち20%を大うつ病性障害<sup>2)</sup>であると仮定すると，2.3%がうつ病と推測される。これは，欧米の報告や村田，傳田の報告と合致するものであり，わが国の子どもの中にも欧米の報告と同じ程度のうつ病の子どもが存在することが考えられる。

さらに，教育現場では，不登校，いじめ問題，暴力行為，自殺，摂食障害，リストカットなどが問題となっている。2012年度の文部科学省「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」によると，小・中学校における不登校児童生徒数は約117,000人で，小学校22,622人，中学校94,836人である。前年度（約120,000人）より，2,000人減少しているものの，大きな改善が見られない状況である。また，小・中学校におけるいじめの認知件数は約64,000件，暴力行為は約47,000件，自殺児童生徒は43人であった。数字が示すように，子どもをめぐる状況は依然として厳し

く、これらは生徒指導・教育相談上の諸問題として重要視されてきたが、そこには当然ながら、メンタルヘルスの問題が関与していると考えられる。加えて、通常クラスの学校生活が困難な状況にある子どもや発達障害の子どものメンタルヘルスへの支援課題も多く存在する。

筆者は平成20年度から学校・子ども支援に関する事業において、福祉、精神保健分野のスーパーバイザーとして学校運営や子ども支援に携わっている。現在1県2市の教育委員会のスーパーバイザーとして、事例検討、ケース会議の参加や授業観察などを行い、校長、教頭、生徒指導担当者、教育相談担当者、学級担任、養護教員などの教職員と協働し、学校運営や子どもの支援を行っている。このような活動を通し、子どもの現状を把握しやすい立場にあり、子どものメンタルヘルスの問題が、社会環境や生活習慣の影響を大きく受け、年々、多様化・深刻化していることを認識している。そして、子どもの健全な育成のために、メンタルヘルスを視点とした取り組みが学校において不可欠であると考えている。

そこで、本研究では、子どものメンタルヘルスの現状を既存のデータから整理し、課題を明らかにし、子どものメンタルヘルスにおいて研究の方向性を検討することを目的とする。

## I. メンタルヘルスとは

WHO (World Health Organization) が健康の定義を『健康とは単に疾病や病弱でないということではなく、身体的、精神的、社会的にも完全で良好な状態：Health is a state of complete physical, mental and social

well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (1948)』と宣言している。すなわち、精神状態が健やかであることが、健康に欠かすことのできない条件である。近年は、子どもの生活習慣においても「からだの健康」と「こころの健康」の関連から論じられることが増えてきた（子どものからだと心 白書2011）。

メンタルヘルスは、精神的健康の回復・保持・増進を総称する言葉である。それは、心理的ストレスやこころの悩み、虐待や家庭内暴力、発達障害や精神障害・疾患など健康な精神活動を阻害する問題の解決や予防、治療に及ぶ広範囲の事柄をいう。すなわち、学校メンタルヘルスでは、①子どもの抱える問題の改善や解決によって精神的な健康を回復すること、②メンタルヘルスを理解し、精神的な不健康に至らないよう予防すること③精神的な不健康の早期発見を行い、場合により治療につなぐということとなる。

先述したように学校現場では、不登校、いじめ問題、暴力行為、自殺、摂食障害、リストカットなどが問題となっている。これらの問題は、子どもたちが現す事象であって、事象には必ず背景がある。背景となるこころの健康に関しては、それぞれの子どもによって抱える問題が異なる。例えば、その背景が環境のストレスや家族・対人関係という心理社会的要因もあれば、子ども自身が持つ発達の課題や精神的素質・疾患などによる生物的要因・医学的要因の場合もある。さらに、要因が1つに限定されるのではなく、さまざまな要因が絡み合っていることも多くみられることから、それぞれの子どもの立場で理解する

が必要である。

## II. メンタルヘルスの要因

教育現場の生徒指導・教育相談上の問題背景となる子どもの環境、家族や対人関係、子ども自身の発達課題と疾患について、心理社会的要因と生物学的要因・医学的要因から整理する（図1）。

### 1. 心理社会的要因

2011年度中に、全国206か所の児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は、過去最多の59,862件となり、家庭や子育ての揺らぎが浮き彫りにされた。また、全国の警察が認知したDV件数も34,329件と虐待通告と同様に過去最多となった。心理社会的要因には、虐待、DV、保護者の精神不安などによる家庭環境のストレスやいじめ、友人（対人）関係の摩擦による学校環境のストレスや、震災

や事故などによる心的外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder：PTSD）<sup>3)</sup>などがある。心理社会的要因の環境問題には、家庭環境・学校環境・地域環境の問題があり、その根底に、家庭や家族の貧困、虐待、ひとり親、ステップファミリー、子育て不安、障害、過保護、過干渉、過期待、過許可などと、学校や地域における孤立、ストレスなどが複合的に絡み合うことが多い。

### 2. 生物学的要因・医学的要因

生物学的要因・医学的要因は、脳神経に係る機能性精神疾患・器質性精神疾患・発達障害と身体疾患によって精神的症状があらわれるものがある。

機能性精神疾患には、統合失調症、うつ病、双極性障害（躁うつ病）がある。統合失調症は、環境因やストレスが発症に影響しやすく、うつ病や双極性障害はストレスとなる出来事

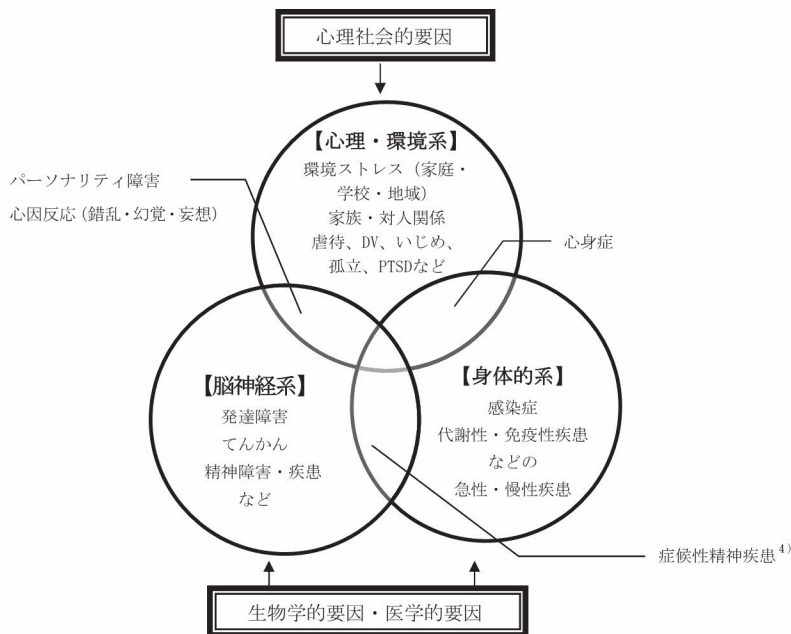


図1 メンタルヘルスの要因 筆者作成



や状況が関連していることが多く、受験のストレスや対人関係の問題が引き金となり、発症する事例もある（古荘 2006, 齊藤 2009）。また、近年10代の子どもたちの間で広がりを見せている薬物、覚せい剤、シンナーなどは、機能性精神疾患に似た精神症状がある。器質性精神疾患は頭部外傷やてんかん等で脳に病変をきたすものをいう。

発達障害では、就学以前からある子どもの特性が学童期になって現れやすい。広汎性発達障害（自閉症、アスペルガー障害など）、注意欠陥性多動性障害、学習障害、精神遅滞、行為障害、チック障害などがある。発達障害は、機能性精神疾患や器質性精神疾患とは異なる脳発達の障害である。生徒指導・教育相談上の問題では、生物学的要因・医学的要因と心理社会的要因が絡み、子どもの学校生活に困難を生じていることがある。

### Ⅲ. 学校におけるメンタルヘルスの状況

#### 1. メンタルヘルスを支える学校保健安全法とマンパワー

2009年4月、多様化・深刻化する子どもの健康問題に対応するために「学校保健安全法」が施行された。この法律は、戦後の学校保健法の改正により、新たな名前の法律として誕生した。旧法の学校保健法と大きく変わった点は、①学校の設置者並びに国及び地方公共団体の責務の明記、②児童生徒の心身の健康に関する健康相談、③養護教諭を中心に関係職員等が連携した組織的な保健指導、④地域医療機関との連携による保健管理等の充実が規定されたことである。本来、学校における健康の捉え方は、身体面の健康にあった。そ

れは、明治時代の学校衛生の時代から引き継がれたものである。もちろんその時代には、生活環境や身体的な発育が社会の問題であった。しかし、現在の子どもの健康問題は、身体的な健康だけでなく、こころの健康も重要視されるところである。法改正は、養護教諭の役割を明確化し、学校内の組織体制の充実と地域との連携を盛り込み、学校メンタルヘルスの重要性に着目したものであると言える。

子どもの心身の健康を支えているマンパワーは、学校関係においては養護教諭を中心に、管理職、保健主事、一般教師、栄養教諭、学校医、薬剤師、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーなどであり、さらに、学校と連携する地域の医療機関や保健所、市町村、児童相談所、ボランティアなどが組織的に支援に関わる（図2）。

#### 2. メンタルヘルスと保健室

学校におけるメンタルヘルスの状況を概観するには、メンタルヘルスにおいて中核の場となる保健室の状況を把握することが必要であると思われる。日本学校保健委員会の「保健室利用状況に関する調査報告（2006）」によると、1校あたりの1日平均利用者数は、小学校40.9人、中学校37.9人で2001年度に実施された同様の調査と比較すると、中学校の横ばい状況に対し、小学校は15%強の増加である（図3）。また、保健室利用者の健康問題の主な背景要因は、身体に関する問題よりも、こころに関する問題が高く、小学校40.5%、中学校46.9%で全体の4割以上を占めている（図4）。また、保健室利用者の健康問題の主な背景要因を2001年度と2006年度を比較すると身体に関する問題は減少し、こころ



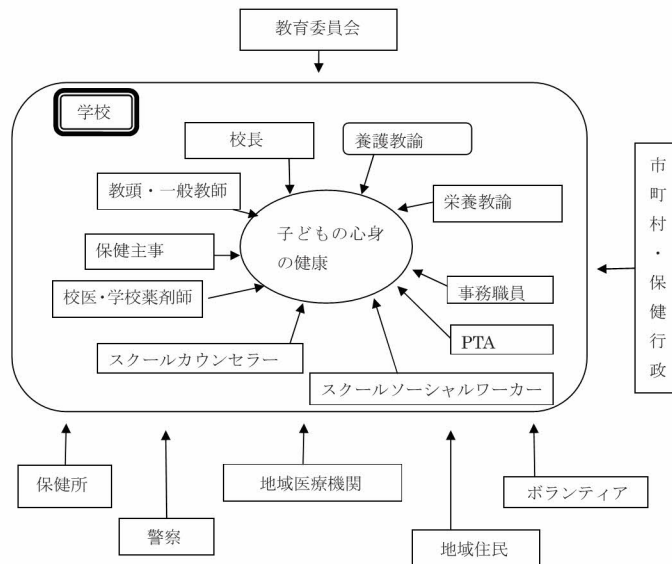


図2 子ども心身の健康を支えるマンパワー・関係機関（者）

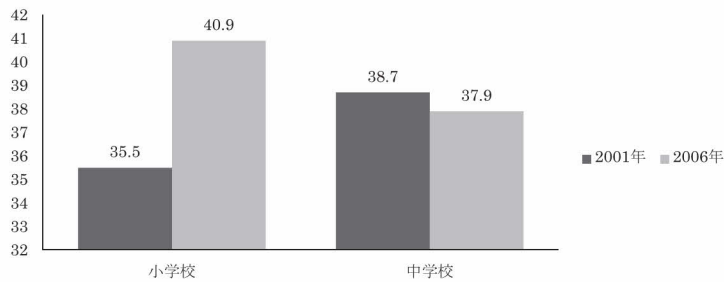


図3 1校1日平均保健室利用者数（人） 2001年度・2006年度

出典 日本学校保健委員会「保健室利用状況に関する調査報告（2006）」

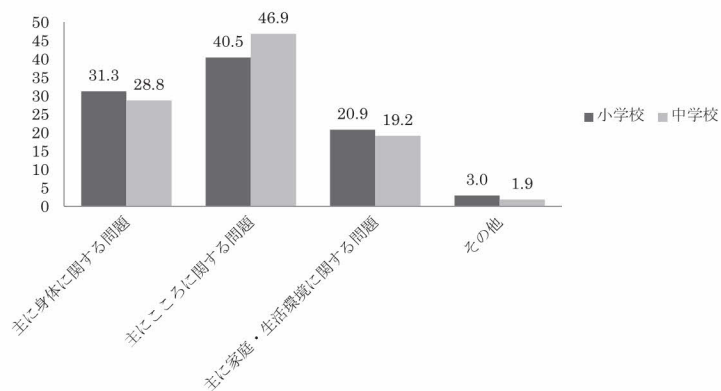


図4 健康問題の主な背景要因（％）

出典 日本学校保健委員会「保健室利用状況に関する調査報告（2006）」

に関する問題は増加している。2006年度はこころに関する問題において、2001年度と比較すると、小学校は31.5%で9%の増加、中学校は46.9%で4.8%の増加が見られた。さらに、こころの健康に関する問題がある学校の割合（図5）では、小学校、中学校とも人間関係や身体症状からくる不安、発達障害に関する問題が高く、それに加え、中学校になると自傷行為、精神疾患、性に関する問題なども高くなっている。

これらの現状から、メンタルヘルスが健康問題の中で大きな位置を占めていることが分かる。さらに、2001年度と2006年度の比較から、小学校、中学校におけるメンタルヘルス問題の増加傾向やメンタルヘルス問題が低年齢化していることから、学校におけるメンタルヘルスのニーズの高まりを読み取ることができる。また、小学校、中学校の子どもの発達段階におけるメンタルヘルスの課題があることも重要な点である。

### 3. メンタルヘルスと養護教諭

養護教諭が、メンタルヘルスに関する問題で支援した子どもの数は、1校あたり小学校

14.8人、中学校34.8人で、学年が進むにつれメンタルヘルスに関する問題で支援を要する子どもが増えることが推測される。また、養護教諭が支援したメンタルヘルスに関する主な問題（図6）をみると、小学校、中学校とも不登校・保健室登校・行き渋り・引きこもりの問題や友達・家族などの人間関係の問題で支援が高い割合を占めている。しかし、いじめ問題や虐待の問題への支援の割合は低く、子どもの抱えているメンタルヘルスに関する問題すべてに、養護教諭が関わっているとは言えない状況が読み取れる。また、養護教諭が支援した子どものうち、精神科、心療内科、内科、小児科などの医療機関の受診を勧めた子どもの割合は、小学校13.3%、中学校14.4%であった。（日本学校保健委員会「保健室利用状況に関する調査報告」2006）。

養護教諭による不登校や保健室登校・行き渋り・引きこもり問題の支援の割合が高い点については、教室登校できない子どもの対応として、教師や部屋の確保の問題から、物理的に別室登校が難しく、保健室登校によって対応していることが考えられる。とくに小学

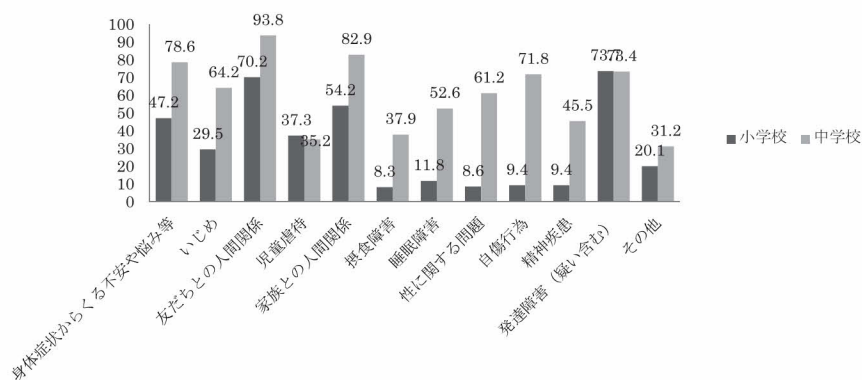


図5 こころの健康に関する問題がある学校 (%)

出典 日本学校保健委員会「保健室利用状況に関する調査報告（2006）」

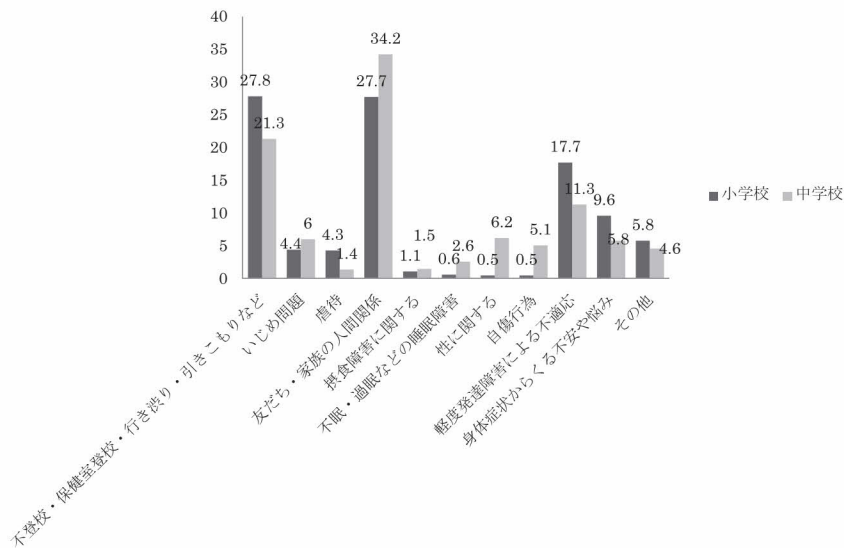


図6 養護教諭が直接支援した子ども（％）

出典 日本学校保健委員会「保健室利用状況に関する調査報告（2006）」

校では、担任制で教師確保が困難なことから別室登校より保健室登校の割合が高い傾向にあると思われる。いじめや虐待問題については、小学校、中学校とも支援件数は高いものの、支援は生徒指導担当教師が中心となり行っている現状があり、養護教諭の支援の中では低い結果となっていると思われる。また、養護教諭が支援した子どものうち、医療機関の受診を勧めた子どもは、小学校、中学校とも調査報告において15％に満たず、支援を始めた子どもは継続して養護教諭が関わっていることが推測される。養護教諭が支援したメン

タルヘルス問題の結果は、小学校、中学校の発達課題による子どものメンタルヘルスの問題を顕著に現わしている。

#### 4. メンタルヘルスにおける校内組織体制の現状

日本学校保健委員会「保健室利用状況に関する調査報告」2006における、メンタルヘルスに関する問題での校内組織があるかどうかの調査結果では、担任は小学校、中学校とも約90％強が校内組織があると回答している。しかし、養護教諭の校内組織があると回答した割合は小学校・中学校とも担任の回答に比

表1 校内組織があるとの回答が、同一校の4人（担任3人・養護教諭1人）とも一致した学校

出典 日本学校保健委員会「保健室利用状況に関する調査報告（2006）」

	小学校		中学校	
	学校数	%	学校数	%
4人の回答が一致した学校	350	76.8	348	77.9
4人の回答が一致しなかった学校	106	23.2	99	22.1
合 計	456	100	447	100



べ少し低い。さらに、同一校で担任と養護教諭ともに校内組織があると一致した回答したのは、小学校・中学校ともに約75%強であった(表1)。

この調査結果を見ると、メンタルヘルスに関する問題での校内組織が機能していない学校があるだけでなく、担任すなわち教師と養護教諭の校内組織の取り組みにおける認識に違いがあることが分かる。教師と養護教諭の認識の違いは、自らが校内組織の一員として、共通理解を図り、円滑な連携が進められたかどうかの結果だと思われる。すなわち、養護教諭からすると、自らが校内組織の一員として位置づけられて連携したという認識が教師ほど感じられなかったと考えられる。そして、校内組織での養護教諭の位置づけが定着していないとすれば、それは校内のメンタルヘルスに対する理解度の表れであると推測できる。メンタルヘルスに関する問題での校内組織が機能する条件として、校内のメンタルヘルスの理解が必要であると言える。さらに、調査は養護教諭に「連携推進に必要なもの」を質問している。小学校、中学校とも校内組織作りや充実、校内での情報共有を図ろうとする意識の必要性を回答している。そして、校内関係者による会議の定例化では、半数以上が必要だと回答している。筆者が出席した最近の校内関係者会議10回のうち、養護教諭が出席した会議は3会議であった。養護教諭が参加した3会議の事例は自傷行為、精神問題で、虐待、暴力行為、不登校事例の会議への参加はなかった。校内組織体制の充実の一つに養護教諭の校内組織の位置づけの見直し、校内の情報共有や連携のあり方が課題としてある。

その一方で、教師に対し生徒指導・教育相談上の問題に対するメンタルヘルスの視点の理解を図ることが必要である。

## 5. メンタルヘルスと生徒指導・教育相談上の問題との関係

1998年以降、不登校の発生率は1%を超えた状態が続いている。不登校になったきっかけと考えられる状況では、不安などの情緒的混乱26.5%、無気力24.4%、いじめを除く友人関係の問題14.7%、親子関係をめぐる問題10.9%などがある(2012年度文部科学省「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」)。調査結果は、不登校のきっかけに、対人関係や環境ストレス、心理的な要因が大きく影響していることを示唆している。

いじめ問題は、統計的には減少しているが、発見されにくいことや認知されるかどうかなどの問題が潜んでいることから、実数は統計を上回ると推測される。いじめ問題について加害者の要因を考えた場合、個人の発達の課題として、相手の立場になって行動ができなかったり、自分の気持ちがコントロールできなかったり、コミュニケーション力が未熟で暴力的に振る舞ったり、社会性が低く相手の気持ちが理解できないなどが考えられる。また、環境の面では、家庭的に不安定で成長過程で適切なコミュニケーションモデルがなかったり、虐待、過期待、過干渉などによるストレスや緊張、学校内に居場所がないなどの、要因が影響していると思われる。また、文部科学省国立教育政策研究所「いじめ追跡調査2007-2009」において、いじめ加害における要因として、勉強、教師、友人、家族のストレッサー(ストレス要因)が、教師、友

人、家族のサポートがないといじめ加害に向かいやすいことや不機嫌な怒りのストレスがいじめ加害に向かうことを報告している。いじめ問題の背景には、心理社会的要因や生物学的要因・医学的要因が関連していると考えられ、いじめ予防にメンタルヘルスは重要な課題である。

暴力行為については、発生件数は中学校では減少したものの、小学校は増加傾向にある。また、発生年齢別にみると、学年が上がるにつれ増加する傾向にあり、中学1年生は小学6年生の約4倍の増加となる。暴力行為についてもいじめの要因と同じことが考えられることから、暴力行為の予防と対応についてメンタルヘルスの関与を考えなければならない。

筆者は、研究において、小学生の抑うつ状態による行動の関連を明らかにしている（周防 2010, 2011）。DSRS-Cによる抑うつ状態を示した子どもは、「やってはいけないことをしても悪いと思わない」「暴言や暴力がある」「学習意欲がない」「休み時間に友人交流がない」「学校生活全般に元気がない」の行動が見られ、学校生活に課題を抱えていた。研究結果は、生徒指導・教育相談上の問題とメンタルヘルスの関連を示唆するものであった。

以上のように、生徒指導・教育相談上の問題とされる、自傷行為や摂食障害だけでなく、不登校、いじめ問題、暴力行為、虐待などにもメンタルヘルスが密接に関与している。そして、これらの問題は、改善方向ではなく増加傾向にあり、子どもの健全育成上の大きな課題である。早急に、生徒指導・教育相談上の問題についてメンタルヘルスの視点を持って背景要因を分析し、対策を講じることが必

要である。

#### IV. メンタルヘルスの課題とその考察

本論文では、日本学校保健委員会の「保健室利用状況に関する調査報告（2006）」の調査結果を参考にメンタルヘルスの現状を整理した。調査結果から見てきたメンタルヘルスの現状と具体的なメンタルヘルスの課題は以下のとおりである。

- ①健康問題の背景要因として、メンタルヘルスに関する問題が増加、さらに低年齢化していることから、学校におけるメンタルヘルスサポートが重要である。
- ②生徒指導・教育相談上の問題における改善を目指すために、生徒指導・教育相談上の問題にメンタルヘルスの関与があることの理解を教職員全体に促す必要である。
- ③健康問題に関して、精神科、心療内科、小児科などへの医療機関連携が必要であり、健康問題に対する養護教諭の専門性の向上が必要である。
- ④子どものメンタルヘルスサポート充実のため、地域関係機関や家族との連携が必要である。
- ⑤生徒指導・教育相談上の問題が多様化・深刻化し増加する現状に対し、校内組織体制の充実を図ることが必要である。生徒指導・教育相談上の問題に関してのメンタルヘルスの視点を取り入れた校内組織体制づくりが求められる。
- ⑥子どものこころの不健康を予防、早期発見するために養護教諭、教師の健康観察力<sup>5)</sup>を向上する事が必要である。

以上の課題に対する対策として、1. 養護

教諭の専門性の向上と複数配置, 2. 教職員のメンタルヘルスへの理解, 3. 教職員による健康観察力の向上, 4. 連携(関係機関・家庭・地域), 5. 校内組織体制の充実(情報共有・校内会議)があげられる。

### 1. 養護教諭の専門性の向上と複数配置

「児童生徒の健康の保持増進」を目標とした教育活動である学校保健は、「心身ともに健康な児童生徒の育成」を目標にする学校教育の基盤として重要な役割を担う。近年の、生徒指導・教育相談上の問題が増加する教育現場で、養護教諭は学校保健に対する専門性と技術に基づき、一方で教育者として子どもたちに関わっていくことが求められている。具体的に教育現場のニーズから考えると、傷病の応急処置や看護はもちろんのこと、①専門的な医学的、看護的な知識をもって子どもの観察を行い、アセスメントできる力、②相談活動の体制作りとカウンセリング能力、③情報収集、情報発信力、④子どもの育ちに関わる教育力、個別・集団への指導力、⑤校外への連携力やコーディネート力が必要である。いいかえれば、これら専門的な能力を持っているから、校内組織体制のなかで、教職員と協働し子どもを支えていくことができる存在となる。以前のように、身体・健康の保持増進が中心だった養護教諭の活動から、現ニーズに適応した養護教諭の機能が必要となる。それは、生徒指導・教育相談上の問題の背景にあるこころの健康部分に注目し、メンタルヘルスの視点をもって、子どもの抱える問題をアセスメントし校内に発信していく力、連携・コーディネートしていく養護教諭の機能なのである。

しかしながら、現在の養護教諭養成教育においては、一般教諭の養成教育に近づき、養護専門教科が減少し、教職専門に重点が置かれる傾向があり、教育現場が求めている養護教諭の専門性とは相反するところがある。子どものメンタルヘルスに関する問題の増加、さらには教師以外のカウンセラーやソーシャルワーカーなど専門職の常勤化が困難な状況下において、養護教諭に求められる能力にも変化が生じている。教育現場で活動する養護教諭は、子どもの健康問題におけるニーズの変化に伴って、養護教諭としての専門性・能力の向上を図る必要がある。そのため、養護教諭の専門分野である身体医学や精神医学だけでなく、さらにはカウンセリング技術、ソーシャルワーク技術の研修や教育の充実を図ることが不可欠であり、それには、積極的な文部科学省や教育委員会の研修事業が必要である。

また、保健室利用の増加、多様化・深刻化した子どもの健康問題のニーズを考えると、養護教諭の複数配置の拡充が必要である。現在、複数配置の基準は、小学校85人以上、中学校80人以上であり、この基準を下げる事が望まれる。文部科学省や教育委員会が目標とする、児童生徒の問題行動や生徒指導上の諸問題の改善や校内組織体制の充実を実現するためには、養護教諭の専門性が十分活用できる複数配置形態がなくてはならない課題であり、国・自治体レベルでの対策と検討が急がれるべきである。

### 2. 教職員のメンタルヘルスへの理解

1990年代、教師が対応しているにも関わらず、一向に減少することのない不登校やいじ



めが社会問題化したことで、1995年に文部省（現文部科学省）は「スクールカウンセラー活用調査研究委託事業」によって、スクールカウンセラーを学校に配置した。この時期、学校に教師以外の他職種が入ると言うのは画期的なことであった。スクールカウンセラーは、子どもや親のパーソナリティへのアプローチを行う専門家として、教育現場は力強い支援者を得ることになった。しかし、スクールカウンセラーの導入で、教師の子どもへの理解、問題行動への理解が大きく変化をしたかという点、そこには至らなかった。なぜなら、教育現場にスクールカウンセラーの専門性に対する認識が高まったことによって、教師とスクールカウンセラーの分業ができ、場合によってはスクールカウンセラー任せになりかねない事態を招いた。

さらに、子どもの不登校、いじめ、暴力行為などの問題行動や児童虐待が年々増加したことから、文部科学省は2008年度に「スクールソーシャルワーカー活用事業」によって、スクールソーシャルワーカーの導入を行った。ソーシャルワークは「個人とその人を取り巻く環境との間の相互作用を構成する社会関係に焦点を当てた」活動である。実際には、子どもの抱えている問題の背景をアセスメントし、子どもが置かれている家庭・学校・地域環境調整をネットワークの活用によって行い、問題を改善、解決する。このとき、スクールソーシャルワーカーは、教師と一緒にセサメントを行い、協働して支援を行っていく。

スクールカウンセラーもスクールソーシャルワーカーも、生徒指導・教育相談上の問題の背景を教師に伝え、子ども理解を促しながら、

子ども支援を実践しようとする。教師に問題の背景を伝えるものの、理解への浸透が難しい部分がある。教育領域が長年行ってきた問題対応の意識が強いからかもしれない。しかしながら、子どもの生徒指導・教育相談上の問題には、メンタルヘルスにおける心理社会的要因、生物学的要因、医学的要因が必ず関与していることから、その理解を教職員に普及することが必要である。そのために、校内外の教職員の研修参加や校内会議の定例化による組織的な取り組みによる教職員の共通理解を図ることが必要である。

### 3. 教職員による健康観察力の向上

メンタルヘルス問題の背景要因は、それぞれの子どものによって異なる。子どもの抱える問題に気づくには、教職員の健康観察によるところが大きく、中央教育審議会答申（H20・1・17）においては、学級担任、養護教諭などが子どもの体調不良や欠席・遅刻などの日常的な心身の健康状態を把握することにより、感染症や心の健康課題などの心身の変化について早期発見・早期対応を図るために行われるものであると明記している。いつもと少し違う、元気がない、食欲がない、遅刻が多い、中抜けが目立つ、保健室や職員室の近くをうろつく、教師の近くにいたがる、休み時間に友だちと遊ばないなど、「ちょっと違う」「ちょっと気になる」といった気づきが観察には重要である。「これぐらいならいいかな」で見過ごしてしまうことによって、子どもの抱える問題への理解につながっていかない。教職員の気づきを研ぎ澄ますこと、子どもを見ようとする努力が必要である。そして、観察した事柄、気づいた事柄と関係者との情報を基に

して、メンタルヘルスの視点で子どもの問題背景をアセスメントしていくことが重要である。

また、教職員の健康観察力が子どもの抱える問題の早期発見、早期対応につながることは言うまでもない。養護教諭だから、担任だからではなく、日常的に組織的な気づきを大切にして、子どもの少しの変化を教職員間で話に出来る校内組織体制、協働体制が必要である。

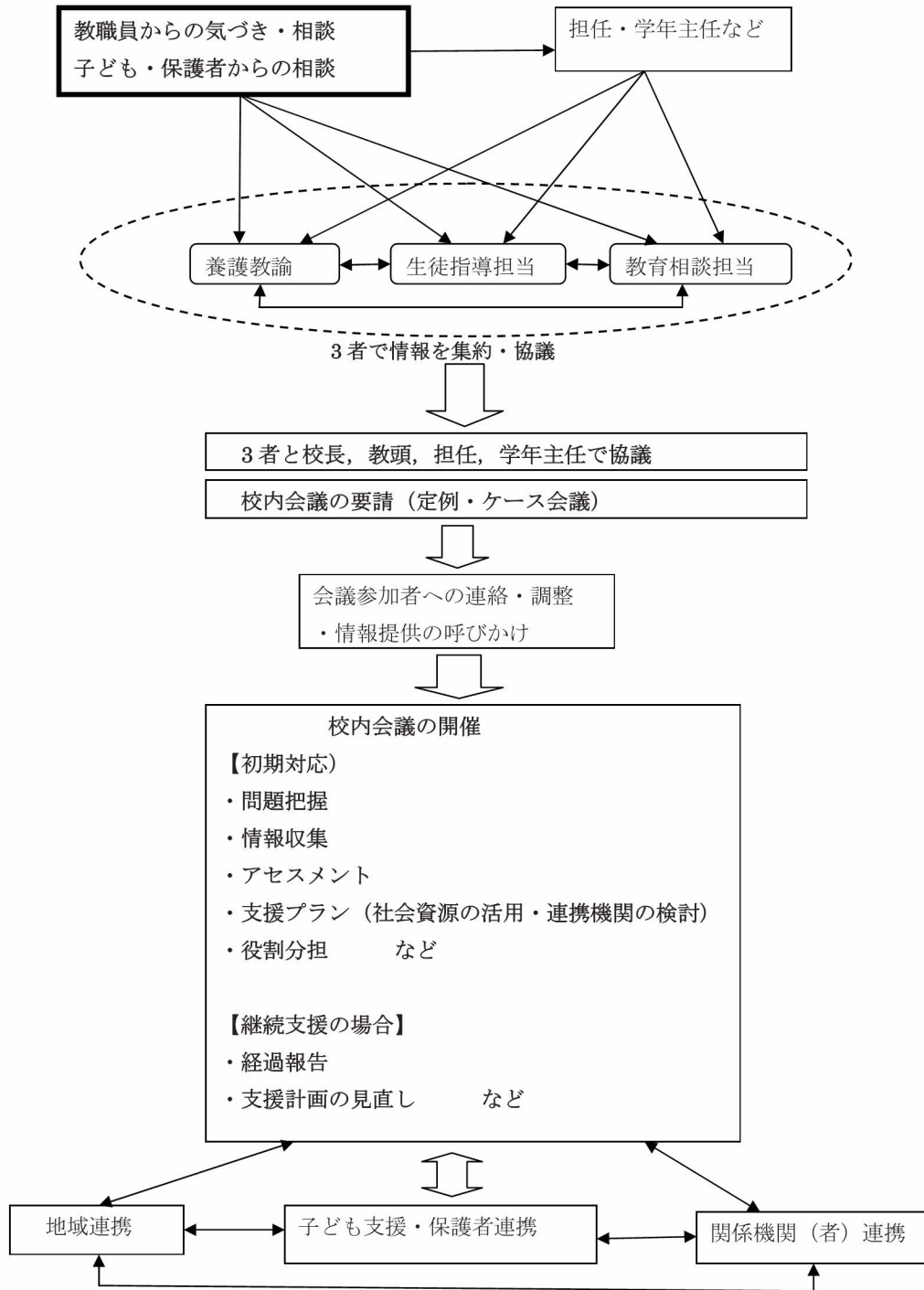
#### 4. 連携（関係機関・家庭・地域）

メンタルヘルスに関する問題への対応は、校内の対応では解決できないことも多く、地域の関係機関との連携によって問題の改善を図ることが重要となる。校内で問題の背景を適切にアセスメントし、適切な関係機関と連携することが必要である。適切な関係機関と連携するためには、学校を取り巻く関係機関の特徴や機能を養護教諭、教師が理解し、子どもを支えるために、協働しようとする体制作りが大切である。また、子どもを支えるためには、学校だけでなく家庭や地域の組織的なつながりが求められる。メンタルヘルスの問題への気づき、早期発見は学校だけで出来るものではない。2012年度文部科学省「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」では、いじめの発見のきっかけについて、学校の教員などからの発見は51.5%、保護者から16.5%、地域などから3.2%となっている。教職員は、子どもを支えるために日常的に家庭や地域とつながろうとする姿勢が大切である。子どもの健全な成長を学校、家庭、地域が支えていくという共通理解に働きかける発信を教育現場から積極的に行うことが必要である。

#### 5. 校内組織体制の充実（情報共有・校内会議）

生徒指導・教育相談上の問題が多様化・深刻化し増加する現状に対し、適切に対応できる校内組織体制の充実是不可欠である。さらに、メンタルヘルスに関する問題が生徒指導・教育相談上の問題に関与していることの現状を踏まえ、メンタルヘルスの視点を取り入れた校内組織体制の見直しが必要だと考える。とくに、メンタルヘルスの視点を組織体制に取り入れるために、養護教諭の役割は重要となる。

そこで、教職員の気づきを効果的にマネジメントし、子どもを多面的に理解するために教職員の情報交換や共通理解が図れ、協働対応ができるような組織図を検討した（図7）。また、校内組織体制を定着させ、効果的な運営を図るためには、校内会議への管理職（校長・教頭）の出席是不可欠であり、さらに、会議のための時間確保と定例化（週1回）、ケース会議（事例検討会）、校内研修が必要である。校内会議への管理職の出席は、校内全体で取り組む意識づけとなり、教職員のモチベーションの向上、維持することにつながる。また、ケース会議や校内研修を行うことで、事例に対する共通理解を深め、校内で一貫性ある対応が図れ、メンタルヘルスの視点の理解を深めることとなり、子どもの問題の早期発見・早期対応につながる。さらに、校内組織体制が活動することで、家庭、地域、関係機関（者）との連携が強化される構図をつくる。また、校内組織体制が定着することで、個人（担任）の抱え込みがなくなるとともに、教職員間の協働意識は高まり、個人個





人の負担感は軽減する。校内組織体制の充実  
は、子どもと教職員のメンタルヘルスにも効  
果的な取り組みになると考えられる。

## V. おわりに

小学校・中学校における生徒指導・教育相  
談上の問題には、子どもの心の健康が影響し  
ていることから、学校におけるメンタルヘル  
スのアプローチが問われるところである。し  
かし、教育現場でのメンタルヘルスに対する  
認識は低く、生徒指導・教育相談上の問題と  
は切り離されて考えられ、子どもへの支援が  
行われている現状がある。アメリカでは、10  
年以上も前から、「情緒・行動上の問題を対  
象としてメンタルヘルス（精神保健）サービ  
スが関わっている。そして、その数は児童福  
祉が対象とする、要保護児童数よりはるかに  
多く5人に1人は何らかのメンタルヘルスの  
ニーズがある」と、指摘している（Rockville  
1999）。また、児童精神科医である小野  
（2006 p.29-30）は、「子どもが心身ともに、  
健康に生育し適応的な成人になるためには、  
児童・青年期からの精神保健が重要であり、  
必要な精神保健サービスが必要な時期に提供  
されるようなシステムを確立しなければならない  
が、そのためには、児童福祉だけでなく、  
教育、保健、少年保護司法など子どもに関わ  
るあらゆるサービスからのサポートも欠かせ  
ないものである。子どもの持つリスク要因に  
対して、より早期から予防的に対処するため  
には、精神医学的に診断されるだけでなく、  
子どもたちが家庭、地域社会、学校などでの  
生活で何らかの困難が生じている問題に対し、  
精神保健の立場からも支援を提供することが

必要となる。」と、必要な時期の適切なメン  
タルヘルスサポートの必要性について述べて  
いる。

毎年報告される文部科学省「児童生徒の問  
題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」  
では、子どもたちの問題行動において大きな  
改善が見られない。その調査結果は教育現場  
における子どものメンタルヘルスの実態を映  
し出しているように思われる。近年、多様化  
する子どもたちの問題に効果的な対応を図る  
べき、学校の校内組織体制の重要性が言われ  
ているが、教育現場では未だに縦割りの校内  
組織体制が根強く残っているように感じられ  
る。もちろん、それは教師意識の問題だけで  
なく、多忙すぎる教師の現状が影響している  
ことも否定できない。さらに、校内組織体制  
のマニュアルでは、虐待問題、いじめ問題、  
不登校問題など問題ごとに少しずつ異なり、  
学校、教師側にしてみれば、さまざまな問題  
ごとに対応した組織体制となり、縦割りの校  
内組織体制がつくられるのは当然なのかもしれ  
ない。

筆者は、教育委員会、学校の教職員と協働  
しながら学校運営や子ども支援を実践してい  
る状況において、校内組織体制の在り方やケ  
ース会議における養護教諭不参加の現状に疑問  
を持っていた。今回、既存データを用いたこ  
とで学校でのメンタルヘルスの実態把握とい  
う点では限界があったが、筆者の実践による  
教育現場の状況を加えることで、学校におけ  
るメンタルヘルスの重要性と生徒指導・教育  
相談上の問題にメンタルヘルスを視野に入れ  
た対応を図るための校内組織体制の必要性を  
明らかにすることができた。

今後は、学校におけるメンタルヘルスの現状を把握するための調査を実施し、メンタルヘルスの視点を含む校内組織体制を教職員と検討するとともに、子どものメンタルヘルスの重要性に関して、教職員に提唱していきたいと考えている。

## 注)

- 1) DSRS-C (Depression Self Rating Scale for Children: Birmaher 1981) は、子ども自身によって記入する自己記入式抑うつ評価尺度であり、①楽しみにしていることがたくさんある、②とてもよく眠れる、③泣きたいような気がする、④遊びに出かけるのが好きだ、⑤逃げ出したいような気がする、⑥おなかが痛くなるようなことがある、⑦元気いっぱいだ、⑧食事が楽しい、⑨いじめられても自分で「やめて」と言える、⑩生きていても仕方がないと思う、⑪やろうと思ったことがうまくできる、⑫いつものように何をしても楽しい、⑬家族と話すのが好きだ、⑭こわい夢を見る、⑮一人ぼっちの気がする、⑯落ち込んでいてもすぐに元気になる、⑰とても悲しい気がする、⑱とてもたいくつな気がする、の18項目からなる。各項目を「いつもそうだ」「ときどきそうだ」「そんなことはない」の3段階で回答する。3段階評価(2点・1点・0点)でフルスコア36点、カットオフスコア16点である。
- 2) うつ病は、うつだけが生じるうつ病と、うつと躁の波を繰り返す躁うつ病に大別される。典型的なうつ病のことを大うつ病性障害と呼び、軽症のうつ病が長期間続く場合を気分変調性障害と呼ぶ。
- 3) 心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD) は、ストレスを体験後(暴行、事故、災害、戦闘など)、通常、数週、数か月、まれに数年を経て生じることがある。特徴的症状は、①トラウマの持続的・侵入的想起や再体験(フラッシュバックや悪夢) ②出来事を思い出すものの回避(たとえば、事故現場近くを通らない) ③自律神経症を伴う持続性の不安、過覚醒、睡眠障害、イライラ、集中力低下④無感動(日常生活の興味

の喪失)。PTSD移行の危険性は、自然災害より人災のほうが高い。

- 4) 症候性精神疾患とは、たとえば、自己免疫疾患の全身性ループスエリテマトーシス(SLE)によってうつ状態などの精神症状が現れることがある。
- 5) 健康観察は、中央教育審議会答申(H20.1.17)「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体の取り組みを進めるための方策について」で、その重要性が次のように述べられている。健康観察は、学級担任、養護教諭などが子どもの体調不良や欠席・遅刻などの日常的な心身の健康状態を把握することにより、感染症やこころの健康課題などの心身の変化について早期発見・早期対応を図るために行われるものである。また、子どもに自他の健康に興味・関心を持たせ、自己管理能力の育成を図ることなどを目的として行われるものであるとしている。さらに、学校保健安全法(H21.4.1施行)においても、新しく健康観察について以下のように位置づけられた。養護教諭その他の職員は、相互に連携して、健康相談または児童生徒等の健康状態の日常的な観察により、児童生徒等の心身の状況を把握し、健康上の問題があるときは、遅滞なく、当該児童生徒等に対して必要な指導を行うとともに保護者に対しても必要な助言を行うとして、さらなる充実が図られた。

## 引用文献

- 小野善郎編著(2006): 子どもの福祉とメンタルヘルス—児童福祉領域における子どもの精神保健への取り組み—, 明石書店, 29-30.

## 参考文献

- 有村信子(2003): 養護教諭複数配置やスクールカウンセラー導入が養護教諭の執務に与える影響Ⅱ, 鹿児島純心女子短期大学研究紀要, 33, 19-29.
- Birmaher, B. (1981): The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale. J. Child Psychiatry, 22, 47-53.
- Birmaher, B., Hudson, J., Buchanan, D.G. et al. (1987): clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression

- self-rating scale). Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28, 43-60.
- C, カトナ・M, ロバートソン著・島悟監訳 (1997): 図説精神医学入門第3版, 日本評論社.
- 傳田健三 (2002): 子どものうつ病―見逃されてきた重大な疾患―. 金剛出版.
- 傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉ら (2004): 小・中学生の抑うつ状態に関する調査―Birlson自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて―. 児童青年精神医学とその近接領域, 45, 423-436.
- Harrington, R. (1994): Affective disorders. In: Rutter, M., Taylor, E. & Hersov, L. (eds): Child and adolescent psychiatry Modern approaches 3rd ed. Oxford, Blackwell Science, 330-350.
- 古荘純一 (2006): 新小児精神神経学, 日本小児医事出版.
- 本城秀次編 (2009): よくわかる子どもの精神保健, ミネルヴァ書房.
- Ivarsson, T., Lidberg, A. & Gillberg, C. (1994): The Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. Journal of Affective Disorders, 32, 115-125.
- 厚生労働省 (2010): 厚生労働省における自殺・うつ病等への対策.
- 子どものからだと心連絡協議会 (2011): 子どものからだとこころの白書.
- 後藤ひとみ・小川佳子・内山奈美子 (2005): 複数配置校における養護教諭の活動実態―1日の活動および保健室来室者への対応から捉えた利点―. 愛知教育大学研究報告, 54, 47-55.
- 岡崎由美子・安藤美華代 (2011): 児童の学校ストレスに対する心の健康教育―養護教諭による授業の試み―. 学校保健研究, 53, 437-445.
- 大原榮子・黒澤宣輝・垣内シサエら (2011): 養護教諭の専門性と学校看護の捉え方についての研究, 名古屋学芸大学短期大学部研究紀要, 8, 14-33.
- Rockville, MD (1999): U.S. Department of Health Services. National Institutes of Health.
- 齊藤万比古編集 (2009): 子どもの精神病的障害―統合失調症と双極性障害を中心に―. 中山書店.
- 周防美智子 (2007): 子どものためのソーシャルワーカー―子ども家庭相談室からスクールソーシャルワーカーを考える―. 龍谷大学大学院研究紀要, 14, 97-116.
- 周防美智子・三野善央 (2010): 子どものうつへの教師心理教育―小学生抑うつ調査後の介入―. 心理教育・家族教室ネットワーク第13回抄録集, 47.
- 周防美智子 (2011): 子どもの問題行動とうつの関連―支援技法に関する一考察―. 帝塚山大学心理福祉学部紀要, 7, 85-96.
- 周防美智子 (2012): 子どものうつとQOL. 帝塚山大学心理学部紀要, 1, 99-112.
- 留目宏美 (2012): 学校保健を重視した学校経営に対する認識―公立高等学校長へのインタビュー―. 学校保健研究, 53, 6, 538-548.
- 村田豊久・堤龍喜・皿田洋子ら (1989): 児童・思春期の抑うつ状態に関する臨床的研究Ⅱ. CDIを用いての検討. 厚生省『精神・神経研究委託費』63公―3児童・思春期精神障害の要因および治療に関する研究, 昭和63年度報告, 69-76.
- 村田豊久・皿田洋子・堤龍喜ら (1993): 児童・思春期の自己認識の発達と抑うつ傾向との関連について そのⅡ. 経年的視点からの検討. 厚生省児童思春期精神障害の成因と病態に関する研究平成4年度報告, 23-30.
- 文部科学省 (2009): 教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応.
- 文部科学省国立教育政策研究所 (2010): 「いじめ追跡調査2007-2009」.
- 文部科学省 (2012): 平成23年度文部科学白書.
- 日本学校保健会 (2007): 子どものメンタルヘルスの理解とその対応.
- 日本学校保健会 (2011): 学校保健の動向平成23年版.
- 日本子ども家庭総合研究所 (2012): 日本子ども資料年鑑2012.
- 長尾圭造 (2011): 精神科医の社会への関わり, 第106回日本精神神経学会総会 シンポジウム.
- 吉岡久美子 (2006): 学校支援活動におけるメンタルヘルスの現状と課題―調査研究委託事業を通して―. 長崎国際大学論叢, 6, 161-168.



## **The present conditions and problems associated with children's mental health primary and secondary school**

Michiko Suwo

### **Abstract**

In this study, I examined the present conditions of child mental health, using existing data, to clarify the problems associated with this issue in primary and secondary schools. In addition, I examined the direction previous research has taken in the study of the mental health of schoolchildren. My investigation revealed the following issues that must be addressed.

- (1) Better mental health support in schools is necessary due to the problematic increase of mental health problems among young people.
- (2) It is necessary for the staff of a school to understand mental health.
- (3) Improvement of the specialty of the school nurse is necessary. And it is necessary to place a school nurse more than two people.
- (4) Home, school, and community cooperation are necessary for greater mental health support.
- (5) Campus systems must include information on mental health.
- (6) It is necessary to help school staff improve their observation skills-to better identify students with mental health problems.

Thus, by investigating the present conditions, this study clarified the problems that must be addressed in the future. Accordingly, I intend to help build, along with school staff, a campus system that includes mental health support.

Key words : child, school, mental health