

学齢期のメンタルヘルス対策を考える ～幼児期の発達障害児支援とのつながりの中で～

全 有 耳¹⁾、弓削マリ子²⁾、森本昌史³⁾

キーワード：1. メンタルヘルス 2. 学齢期 3. 学校精神保健 4. 発達障害

Key words：1. Mental health 2. School age 3. School mental health 4. Developmental disorders

抄 録

現代の子どもの心の健康問題は社会環境の変化ともあいまって複雑化、重複化している。この複雑化した問題に学校のみで対応するには限界が生じており、学校以外の医療、保健、福祉、教育関係者の協働は不可欠な状況にある。

本編では、幼児期の発達障害児支援システム構築の際に培われた地域の医療、保健、福祉、教育の関係機関の連携・協働が、学齢期のメンタルヘルス対策事業の着手から定着へと発展した自治体の事例を紹介する。

幼児期の発達障害児支援の意義は、成長・発達の過程でメンタルヘルス問題の併存リスクの高い子どもへの早期支援が可能となること、さらに養育者への支援が親子のメンタルヘルスの向上につながることにあると考えられた。学齢期のメンタルヘルス対策事業の意義は、児童自身が回答する健康観察票の導入により、客観的に児童の有する困り感に気づくことが可能となり早期介入の契機となること、多職種によるカンファレンスが教職員のメンタルヘルス問題への対応力の向上につながることであり、学校をベースにしたメンタルヘルス対策の必要性が確認された。学校におけるメンタルヘルスシステムの構築のためには、地域の関係機関が従来の枠組みを越えて連携・協働することが必要である。

I. はじめに

2005年の発達障害児支援法の施行とそれに続く2007年の学校教育法改正による特別支援教育の開

本論文の内容は第22回日本精神保健・予防学会学術集会で特別企画講演として発表したものを中心にまとめた。

Mental health measures for school age ~ In connection with developmental support of early childhood ~
Yui Zen, Mariko Yuge, Masafumi Morimoto

- 1) 大阪大谷大学教育学部／京都府立医科大学大学院医学研究科小児科学、Osaka Ohtani University / Department of Pediatrics, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine
- 2) 花ノ木医療福祉センター、Hananoki Medical Welfare Center
- 3) 京都府立医科大学医学部保健看護学研究科小児発達保健学、Department of Medical Science, School of Nursing, Kyoto Prefectural University of Medicine

始により、発達障害のある子どもの早期からの支援と学校教育体制の充実が図られてきた。一方、広く子どもの心の健康問題を考えた場合、マルトリートメント、貧困による教育格差、メディア依存の問題等、現代の社会環境の変化ともあいまって、子どもの心の問題の複雑化、重複化が進行している。子どもは学校生活の中で長時間を過ごすことから、学校における児童のメンタルヘルス対策の強化が求められるが、現状ではこの複雑化した問題に学校のみで対応するには限界が生じている。現代の子どもの心の問題に対応するには、学校以外の医療、保健、福祉、教育関係者の協働は不可欠な状況にあり、これらの多職種の専門家の積極的な関与による予防、早期対応そして治療へとつながる地域システムの構築が求められている。一方、学校精神保健に関する報告の中で、多職種協働による支援事例は少ない現状にある。

本編では、保健行政機関である保健所に12年勤務し、幼児期の発達障害児支援システムの構築とそれに続く学齢期のメンタルヘルスシステムの構築に携わった著者の経験をもとに、学齢期のメンタルヘルス対策のあり方について考察する。

Ⅱ．幼児期の発達障害児支援システムの構築から得られた成果

現行では母子保健法に基づき全ての子どもに対し乳幼児健診が実施されている。母子保健法第12条には、「市町村は、次に掲げる者に対し、厚生労働省令の定めるところにより、健康診査を行わなければならない。」と定められ、「満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児」(1歳6か月児健診) および「満三歳を超え満四歳に達しない幼児」(3歳児健診)を対象とするとされている。これ以外の対象者については、第13条に「前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。」と定められており、各自治体においては発達のkey ageとされる時期に健診時期が設定されている(法定健診以外の時期としては、乳児期前期、乳児期後期に設定している自治体が多い)。現在の乳幼児健診の主な重点課題は養育者への育児支援と児童虐待予防、発達障害児の発見と早期支援であり、子どもの心の問題のリスク要因に対する早期介入の機会としての意義が大きくなっている。一方、知的障害を伴わない発達障害児の場合、発達の特性に起因する困り感や3歳児健診以降の集団生活開始後に顕在化することが多いことから、この問題に対応するための「5歳児健診」への注目が高まることとなった。5歳児健診は鳥取県での20数年前からの取り組みに端を発しており、行動や対人関係の課題など3歳児健診以降に顕在化した発達の問題に対応するためのもので、知的な遅れのない発達障害の気づきと支援の機会として有用とされている(小枝, 2005, 小枝, 2008)。一方、5歳児健診は法定健診に含まれずその実施は各自治体の判断によるため、実施している自治体は一部に留まっている現状もある。5歳児健診以外の幼児期後半から就学期にかけての支援システムとしては、例えば就学時健診の内容の見直しや、専門家による園への巡回相談の充実など、各地域の社会的資源及び人的資源の状況に応じて多様な形式で進められている。

我々は年間出生数800人規模の地方都市の5歳児健診事業の立ち上げからシステム構築に至る過程に携わったが(弓削ら, 2009)、その意義は以下の3点にあるといえる。1点目は、これまで気づかれにくかった知的発達の遅れを伴わない発達特性を有する子どもへの早期支援と、それに続く特別支援教育へのスムーズな移行が可能となることである。2004年の鳥取県での実施報告によると、5歳児健診受診児1015名のうち、発達障害の可能性のある子どもの割合は疑い例を含め5.6%あり、知的発達が境界域あるいは軽度知的障害と疑われる児3.6%とあわせて、9.3%が有所見児であったと報告されてお

り（小枝, 2005）、乳幼児健診からの流れの中で、幼児期後半に健診を行うことの意義が確認されている。発達障害児は精神医学上の問題の発生率が高いことが報告されており（石飛, 2015）、就学前からの支援の開始がその後の学校不適応、ひいては精神医学上の問題の発生予防へとつながる可能性がある。乳幼児期は発達の特性をとらえやすいため、key ageにあたる各発達段階におけるスクリーニングとそれに続く支援が可能となるシステムが、子どもの心の問題への早期対応としてまずは重要であるといえる。

2点目は、養育者への支援である。発達障害児は児童虐待のリスク因子となることから、幼児期は特に養育者への支援が重要である。我々は健診後の事後支援としてペアレント・トレーニング（岩坂, 2012）の体制を整備しその効果を検証した。その結果、一般対照と比して高かった育児不安が軽減し、育児の自信の回復が確認された（全ら, 2011）。養育者が我が子の発達の特性への理解と対応のスキルを獲得し子育てに自信がもてることは、親子それぞれのメンタルヘルスを向上することにつながる。近年、マルチトリートメントに関連する脳科学的知見が収集されており（友田, 2017）、トラウマ体験が子どもの発達を障害し、発達障害と類似した行動や対人関係の問題を呈することが指摘されている。愛着形成や子どもの心の発達の観点から、今後ますますペアレント・トレーニングを含め親支援プログラムの充実が求められる。

3点目は「多機関・多職種連携」が前進したことにある。このことは幼児期の発達障害児支援システムの確立に留まらず、学齢期のメンタルヘルス支援システムの構築へとつながる大きな成果となった。発達障害児への支援は特定の機関でカバーできるものではなく医療、保健、福祉、教育の連携と協働が必要である。5歳児健診事業の導入においては、保健機関の有する機能（地域機関の特性を把握し、コーディネートすることが可能）が発揮されることで、医療（地域の医療機関、医師会）、福祉（行政、児童発達支援事業所、保育園）、教育（教育委員会、幼稚園、小学校通級指導教室、支援学校の地域支援センター）の関係者間の顔の見える関係づくりと課題の共有が可能となった。さらに、システム化の過程においては、「関係機関が互いの特性を理解し合い、個々の機関特性に応じた力を補完し合えた」ことが大きな力を生み出すことになったと考えている（図1）。

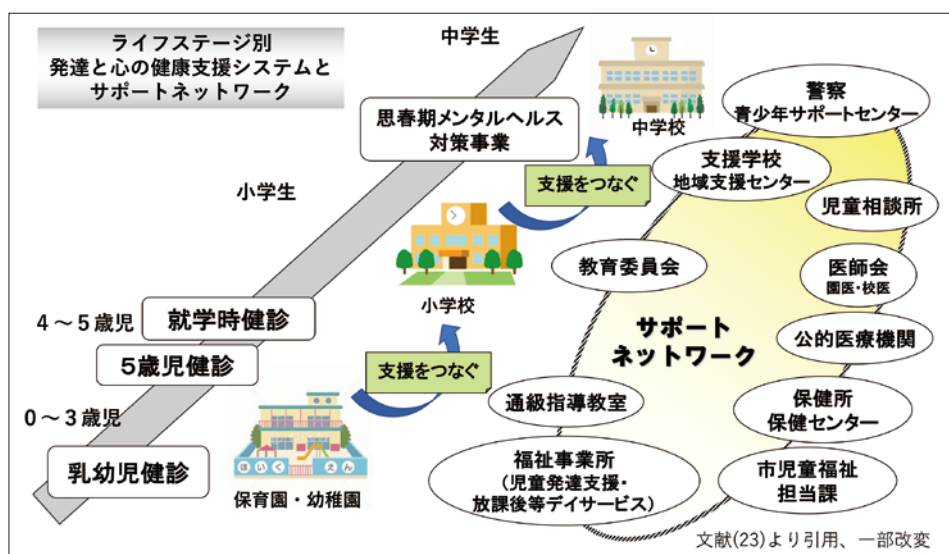


図1

Ⅲ. 学齢期のメンタルヘルス対策事業の紹介

前述の幼児期の支援システム構築の際に形成された多機関・多職種によるネットワークは、子どもの発達や心の問題をトータルに検討する機会へと発展したが、その中で教育関係者から出された課題は、「小学校高学年から中学校にかけての児童の心や行動の問題に対する支援の難しさ」であった。これに対し関係者からは、「学校を支援するために可能な範囲で協働しよう」と学齢期のメンタルヘルス対策に取り組むことになった。本事業は2009年から市教育委員会が主体となり、市内公立小学校5年生児童を対象としてスタートした。

本事業(名称:思春期メンタルヘルス対策事業)の詳細は紙面の関係上他稿に譲る(全,2018)。その目的は、「児童の有する困り感を早期に把握し適切な支援を行うことで、成人期の心の健康の基礎を築くこと」にある。事業内容は、①健康調査票への記入(児童と保護者が回答)、②一次カンファレンス(学校内教職員により、調査票からスクリーニングされた児を中心に、二次カンファレンスが必要な児童を決定し、全対象児童の仮判定を実施)、③二次カンファレンス(地域の専門家が加わり支援困難事例を中心にカンファレンスを行い、支援方針の決定と判定の確定を行う)、④結果返し(文書にて結果を保護者に通知、必要場合は個人面談を実施)、⑤事後支援(心理検査、通級指導教室、医療受診、地域の福祉施設が行う社会性スキルの獲得のための小集団活動の勧奨など)から成る。判定区分は、現在困り感を認めない「支援不要」、何らかの困り感があり、学校生活の中での支援を継続する「学校生活で支援」、発達障害等に起因する行動、社会性の課題や精神医学上の問題等について、学校生活の中での支援に加え個別的、専門的な事後支援の機会が望まれる「要支援」、およびすでに専門機関での支援をうけている「管理中」である。健康調査票は、子どもの強さと困難さアンケート(Strengths and difficulties Questionnaire: SDQ, 以下「SDQ」とする)25問(Goodman,1997)、及び生活や心身の健康面に関する質問(以下「生活と健康アンケート」とする)10問の計35問から成り、児童については授業時間内に調査を実施している。生活と健康アンケートは、生活習慣や心身の健康面を把握することを目的に、21世紀の小児科問診表(田浦,2009)、小学校高学年から中学生の生活の満足度(QOL)質問紙(中村ら,2002)およびパルソン自己記入式抑うつ評価尺度(Birleson,1981)から抜粋し、一部児童が回答しやすいよう文言を修正した。

本事業の大きな特徴は、二次カンファレンスの場に学校支援巡回チームとして地域の保健、福祉、教育、医療機関の専門家が協力する点にある。学校支援巡回チームの構成機関と職種は、市教育委員会及び学校(特別支援コーディネーター、教育相談室教諭及び臨床心理士、通級指導教室教諭、事務担当職員)、支援学校(地域支援コーディネーター)、保健所職員(保健師、臨床心理士、精神保健福祉士、小児科医師)、公立病院リハビリテーション科スタッフ(作業療法士、言語聴覚士)、市児童福祉担当課(相談員)、児童相談所(心理判定員、児童福祉士)、警察(少年サポートセンター)等であり、その多くが幼児期の発達障害児支援に関わってきた地域機関の専門職である(図1)。

本事業を通して、軽微な問題(学校生活で支援判定)から専門家の介入が必要(要支援判定)な児童を含め、約1/4が何らかの配慮や支援が必要と判定された。判定の根拠となった児童の困り感は、学習面、多動・衝動性、注意力の問題、対人関係、ソーシャルスキルの課題、素行の問題、身体面の訴え、不安、登校しぶり、生活習慣の乱れ、親子関係・養育環境の問題等多岐に及び、複数の問題をあわせもつ児童も少なくなかった。また、支援が必要な児童ほど「体がだるいし元気がでない」、「悲しいつらいと感じる」、「好きなことでも楽しめない」、「理由もなくイライラすることがある」と回答したことより、本事業が精神医学上の問題への予防的介入の機会となる可能性が示唆された(全ら,2014)。

本事業の意義としては、児童自身が回答する健康観察票の導入により客観的に児童の有する困り感に気づききっかけとなること、多職種による支援方策の検討が教職員のメンタルヘルス問題への対応力の向上につながる事等があり、学校メンタルヘルスシステムの一つのモデルとなる可能性がある。

現在10年が経過したが、市内1校での実施から市内公立小学校全19校での実施に至っている。事業継続の鍵は、「多機関・多職種の協働」であり、地域の専門機関は学校精神保健に積極的に関与していく必要があることが明確になった。

Ⅳ. 5歳の発達特性と小学校低学年時の行動/情緒問題の関連について (5歳児健診受診児のフォローアップ研究より)

我々は5歳児健診を受診した子ども367名を対象に、小学校2、3年生(以下、低学年)時の行動/情緒問題の発生状況と、5歳時の発達及び行動特性との関連を検討した(Zen et al. 2019)。本研究では、発達の問題に対し幼児期に専門機関での支援が開始された子ども42名(男児31名、女児11名)を除外した325名(男児160名、女児165名、以下、非臨床群)を分析対象とした。非臨床群を分析対象としたのは、幼児期に発達支援の対象とならなかった子どもの経過を評価するためである。低学年時の行動/情緒問題の評価には子どもの強さと困難さアンケート(Strength and Difficulties Questionnaire: SDQ)(Goodman, 1997)を使用し、5歳時の評価には親の間診(発達状況に関する設問の通過数及び行動特性(多動・衝動性/不注意、行動制御、対人関係/社会性)に関する設問)の回答をスコア化し使用した。

その結果、低学年の多動性及び不注意問題には、男女ともに5歳の多動・衝動性の問題が有意に関連したが、5歳の不注意問題との関連は女児のみに認められた。また、低学年の情緒問題には5歳の対人関係/社会性の発達の未熟性と発達の遅れ(平均の下に該当)がいずれも女児のみににおいて有意に関連した。本結果は、幼児期に発達や行動の特性が顕在化しなかった非臨床群においても、就学後に顕在化した問題に幼児期の発達や行動の特性が関連することを示すものであった。さらに、有意な関連を認めた項目には性差を認め、特に女児の場合、幼児期には発達の問題として顕在化しない場合にも、就学後の行動/情緒問題と関連する可能性に留意する必要があることが示唆された。

本研究結果は、顕在化する発達及び行動/情緒の問題がライフステージごとに変化すること、低学年時点では幼児期の発達の特性との関連を認める可能性があること、さらに性差について考慮する必要があることを示す結果であった。これらより、幼児期の発達のスクリーニングに留まらず、学齢期においてもメンタルヘルスの視点での早期介入の機会が整備される必要があると考えられた。

Ⅴ. 学齢期のメンタルヘルス対策のあり方に関する考察

世界27の地域からの41の研究のメタアナリシスより、4-18歳の精神障害の有病率は13.4%と報告されている(Polanczyk, 2005.)。本邦では奥野らにより学校の保健室を利用し養護教諭により心の問題があると判断された児童の割合は小学校で12.5%、中学校で14.6%と報告されており(奥野ら, 2000)、学齢期の子どもの心の問題に対し対応が必要な子どもの数は少なくない現状にある。

学校メンタルヘルスに関する報告では、専門家によるアウトリーチ型の支援に関するものが多いが(菅原, 2005. 弟子丸, 2006)、今回の思春期メンタルヘルス対策事業がこれらの報告と異なる点は、調査票を用いて対象児童全数をスクリーニングした上で専門家が関与するという点にある。古荘らは、小学生版QOL尺度を用いた学童期の支援システムの検討の中で、QOL尺度を一次スクリーニングに

用いることで内面的な問題を抱える子どもに気づくことができること、子どもの精神面の問題に対し関連職種で連携して支援するシステムの構築が必要だと報告しており(古荘ら,2006)、我々の事業との類似性が高い。弓削らは小学校4年生から中学3年生920名を対象に田研式不安傾向診断検査を用いた調査を実施し、不安が強い児童生徒は男児で4.3%、女児で7.9%認め、年齢があがるほどその頻度は上昇し、特に女児で顕著であったとしている。さらに不安の程度をみることで不適応をきたしている児童生徒やその予備軍を発見し、具体的な援助の参考にできることを報告している(弓削ら,1997)。標準化された質問紙を用いて子どもの心の問題をスクリーニングすることは、表面化しにくい問題を抱えた児童にも予防的な対応ができる点において優れていると考えられる。

予防医学の考え方には、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチがあり、本稿で紹介した思春期メンタルヘルス対策事業は後者に該当する。立ち上げの労力は一見大きく感じられるが、地域の専門家が協働することが大きな力となり、成果を生み出す可能性がある。加えて児童のメンタルヘルス問題への予防的介入の機会としての意義が大きかった。神尾は学童期の子どもの心の健康支援ニーズに対して、子どもの生活の中心である学校をプラットフォームとして、様々な専門家の助言を求める試みが始まっているが、専門家の圧倒的不足のためにニーズとの量的ギャップは埋まりそうにないことを指摘している(神尾,2017)。また、第22期日本学術会議臨床医学委員会出生・発達部会は、「健やかな次世代育成に関する提言」を発出し、そのうち子どもの心の健康対策の推進と発達障害支援対策の推進への解決策として、小学校からのメンタルヘルス教育の導入、医療モデルから脱却した医療・福祉・教育の多職種チームによる一次対応の充実、個別ニーズに見合う教育環境の整備、人材育成、包括的研究体制づくりを挙げている(神尾ら,2017)。

我々の場合、地域における幼児期の発達障害児支援体制整備を契機に、多職種・多機関の連携体制が構築されたことが学齢期のメンタルヘルス対策へと発展した。地域の資源や既存の専門機関の連携の現状は多様であることが想定されるが、今後、様々な地域からの好事例をもとに、学校メンタルヘルス対策が推進されることに期待したい。

VI. 結語

子どもの心の発達は出生時よりスタートする。養育者への育児支援と児童虐待予防、発達のスクリーニングとそれに続く発達支援、学齢期における子どもの心の健康支援へと、ライフステージを通じたつながりある地域システムの構築が必要である。そのためには、地域の関係機関が課題解決に向けて、従来の枠を越えてそれぞれが有する専門性を発揮できることが重要である。

本論文に関する利益相反はありません。

【文献】

- 1) Birleson P : The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: a research report. J Child Psychol Psychiatry 22(1):73-88,1981
- 2) 弟子丸元紀・三村孝一・緒方明他 : 学校精神保健活動の試み—個人・病院・県全体の活動—。児童青年精神医学とその近接領域 47(3): 223-231, 2006
- 3) 古荘純一, 柴田玲子, 根本芳子他 : 小学生版QOL尺度をスクリーニングとして用いた学童の支援

- システムの検討. 小児保健研究 65(1): 35-40, 2006
- 4) Goodman R : The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry 38(5): 581-586, 1997
 - 5) 石飛 信, 荻野和雄, 高橋秀俊他 : 自閉スペクトラム症と精神科的併存症. 臨床精神医学 44(1): 37-43, 2015
 - 6) 岩坂英巳編著 : 困っている子をほめて育てるペアレント・トレーニングガイドブック. じほう, 2012
 - 7) 神尾陽子 : 子どもの心の健康を学校で育て、守る : 教育と医療を統合した心の健康支援. 子どもの健康を育むために—医療と教育のギャップを克服する—. 日本学術協力財団, 2017
 - 8) 神尾陽子, 桃井真理子, 児玉浩子他編著 : 子どもの健康を育むために—医療と教育のギャップを克服する—. 日本学術協力財団, 2017
 - 9) 小枝達也 : 「軽度発達障害の発見と対応システム及びそのマニュアル開発に関する研究」. 厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合事業 平成18年度総括・分担報告書, 2005
 - 10) 小枝達也 : 5歳児健診—発達障害の診療・指導エッセンス—. 診断と治療社, 2008.
 - 11) 中村伸枝・兼松百合子・遠藤巴子他 : 小学校高学年から中学生の生活の満足度(QOL)質問紙の検討. 小児保健研究 61(6): 806-813, 2002
 - 12) 奥野晃正 : 心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究. 平成12年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書. 2000
 - 13) Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS et al.: Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 56: 345-65, 2015
 - 14) 菅原 誠, 福田達矢, 坂井俊之他 : 学校へのアウトリーチ法による思春期精神保健支援. 精神医学 47(6): 637-645, 2005
 - 15) 田澤雄作 : 小児医療と学校教育の接点 小児科医ができる学校教育支援「21世紀の間診表」. 日本小児科学会雑誌. 113(4):682-687, 2009
 - 16) 友田明美 : マルトリートメントに起因する愛着形成障害の脳科学的知見. 予防精神医学 2(1): 31-39, 2017
 - 17) 弓削マリ子, 伊藤盛夫, 石原貞尚 : 田研式不安傾向診断検査(GAT)を用いた児童生徒の心の健康調査の試み. 小児の精神と神経 37(4): 311-318, 1997
 - 18) 弓削マリ子, 全 有耳 : 5歳児モデル健診に取り組んで. LD 研究 16(3): 273-281, 2009
 - 19) 全 有耳, 弓削マリ子, 岩坂英巳 : ペアレント・トレーニングの手法を用いた保健所における親支援教室の有用性に関する検討. 小児保健研究 70(5): 669-675, 2011
 - 20) 全 有耳, 廣畑 弘, 弓削マリ子他 : 学校保健と地域保健の連携による思春期発達障害児支援の取り組み. 日本公衆衛生雑誌 61(5): 212-220, 2014
 - 21) 全 有耳 : 地域機関との連携による学校における思春期メンタルヘルス対策. 発達障害研究 40(4): 299-304, 2018
 - 22) Yui Zen, Tomohiro Chiyonobu, Mariko Yuge et al. : Gender differences in occurrence of behavioral and emotional problems at the lower grades of elementary school: association with developmental and behavioral characteristics at 5 years. Brain and Development 41(9): 760-768, 2019.