

特定非営利活動法人 日本医療政策機構 子どもの健康チーム

「子どもを対象としたメンタルヘルスプログラムの構築と効果検証」報告書

2021 年度 3 月

目次

1. はじめに.....	2
2. エグゼクティブサマリー	5
3. 小中学生向けのメンタルヘルスプログラム構築	10
4. 公認心理師による小中学生を対象にした教育介入	14
5. 教育を受講した小中学生・教諭への定量・定性調査による効果測定の概要.....	15
6. 教育を受講した小中学生への定量調査による効果測定の調査結果	17
6.1. 対象者の属性	17
6.2. 質問票の主な内容.....	18
6.3. 調査結果	18
6.4. 見解.....	55
7. 専門家会合	57
7.1. 第1回専門家会合	57
7.2. 第2回専門家会合	67
8. 提言と今後推進すべき施策.....	80
9. 謝辞.....	87
10. プロジェクトチーム.....	88

1. はじめに

➤ 日本医療政策機構とは

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクであり、市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供することを目指している。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供し、グローバルな視点で社会にインパクトを与え、変革を促す原動力となるべく活動している。

➤ 日本医療政策機構が「子どものメンタルヘルス」に取り組む背景

昨今子どもを取り巻く医療の在り方は、医療政策課題の大きなテーマとなっている。全ての妊産婦の妊娠期から子育て期、そして子どもの出生後から成人期までの成育過程において切れ目のない医療・福祉等の提供、支援が求められている。これを受けて、2019年には成育基本法が施行され、さらには2023年のこども家庭庁設立が2021年12月に閣議決定されるなど政策面でも大きな動きがある。当機構においても、2020年度よりこの社会的モメンタムを促進し、我が国の子どもの健康に貢献すべく、国内外のステークホルダーとの連携による議論の喚起や、調査研究によるエビデンス創出に基づく政策提言を行うべく、子どもの健康プロジェクトを立ち上げ、活動を進めてきた。

子どもの健康課題の中でも、とりわけ深刻かつ、社会経済的課題とも密接なメンタルヘルスについて、当機構の成人を含めたメンタルヘルスプロジェクトで得た知見をもとに、さらに発展させるべく2021年度より「子どものメンタルヘルス」に関する取り組みをスタートすることとした。全てのメンタルヘルス課題を抱える人の約半数は15歳までに発症している事実¹を踏まえると、子ども期からの早期診断及び治療へのアクセスの向上に向けた医療機関と保健・福祉・教育機関との連携を推進することが重要である²。さらに、2020年から日本を含む世界中において感染拡大した新型コロナウイルス感染症（COVID-19: Coronavirus Disease 2019）の流行により、子どもたちのメンタルヘルスを取り巻く状況は悪化している。2020年5月には国連が新型コロナウイルス感染拡大下における子どものメンタルヘルスに関するレポートを公表し、多くの国々で、外出制限に伴い子どもの集中力低下や情緒不安定、神経質な状態などの変化が報告されていることが明らかになった。日本でも、国立成育医療研究センターの「コロナ×子どもアンケート第4回調査報告書」において、回答した小学4～6年生の15%、中学生の

¹ Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (2005)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939837/> (アクセス日 2022年1月20日)

² 日本医療政策機構「メンタルヘルス 2020 明日への提言～メンタルヘルス政策を考える5つの視点～」
<https://hgpi.org/research/mh2020pp.html> (アクセス日 2022年1月20日)

24%、高校生の30%に、中等度以上のうつ症状があったことが示されており、新型コロナウイルスによる子どものメンタルヘルスへの影響は、喫緊の課題となっている³。

以上の状況を踏まえて、子どもを取り巻く学校、地域、家庭、医療、福祉等が適切に連携し、メンタルヘルスをサポートするためのシステム構築に向けたあるべき姿について、本取り組みを通じて次章「2. エグゼクティブサマリー」以降で、報告、提言する。

➤ 本報告書における事業の目的と内容

日本の子どもの自殺率や虐待といった社会心理的な背景に基づく健康への影響は深刻さを増している。また、先進国の中で、精神的幸福度は最下位、子どもの5人に1人は精神的な問題を抱えているといわれ、メンタルヘルス対策は喫緊の課題である。しかし、義務教育において具体的な知識や対応スキルを得るための実践的な教育は十分ではなく、全国的なプログラムの構築と実施が早急に求められる。

本事業ではプログラムの構築、効果検証を行い、中長期的には学校で広く一般的に教育が用いられることを目標とした。子どもがメンタルヘルスに関する知識を習得し、自分や周囲が抱える不安や悩みへの対処ができるようになり、必要に応じて適切な支援に繋がれる状態を目指す。また、子どもに身近な大人が連携し、子どもの声を子どもの権利として真摯に受け止め、メンタルヘルス予防対策を行うことができるよう具体的な方策を、多職種で検討し、全国で展開できるようなモデルを検討の上、政策提言を実行することを目的とする。

若年期からのメンタルヘルス教育の実施と頒布を目指し、小中学生向けのメンタルヘルスプログラムを構築し、教育介入の上・効果検証を実施した。その際、市民主体の医療政策の実現をミッションに掲げる当機構では、子どもの権利条約にも規定される「生きる権利」「育つ権利」「守られる権利」「参加する権利」に基づいて、当事者である子どもの声に耳を傾け、ニーズを集約し、定量的、定性的なデータを取得した。その後、メンタルヘルス政策の推進へのさらなる寄与を目指し、産官学民の分野を超えた専門家を一同に会し、子どもの健康・子どものメンタルヘルスを取り巻く政策課題やその解決策について議論を深めた。

➤ 事業内容

本報告書は、2021年4月～2022年3月に、子どものメンタルヘルス政策推進に向けて当機構が実施した以下の取り組みをもとに、取りまとめたものである。

- メンタルヘルスプログラムの構築
 - ✓ 3名の心理学の専門家と共に4つの心理学的技法（認知再構成法、行動活性化療法、ソーシャルスキルトレーニング（SST: Social Skills Training）、問題解決訓練）に基づく小中学生向け教育プログラムの構築

³ 国立研究開発法人国立成育医療研究センター第4回調査報告書「コロナxこどもアンケート」

https://www.ncchd.go.jp/center/activity/covid19_kodomo/report/finreport_04.html（アクセス日 2022年4月13日）

- 上記メンタルヘルスプログラムの小中学生への教育介入
 - ✓ 都内の小学生（99名）、中学生（139名）を対象に1コマの教育介入を公認心理師が実施

- 上記メンタルヘルスプログラムを受講した小中学生と教諭への3回のアンケート調査
 - ✓ 授業前、授業後、授業から3か月後にアンケートを実施

- マルチステークホルダーによる専門家会合の実施（オンラインにて2回）
 - ✓ 第1回専門家会合「子どもの権利を尊重したメンタルヘルスプログラムとサポートシステムの構築」～子どものメンタルヘルスに対するライフコースアプローチを考える～
 - ✓ 第2回専門家会合「子どもの権利を尊重したメンタルヘルスプログラムとサポートシステムの構築」～子どものメンタルヘルスに対する教育現場の課題と解決に向けた方策とは～

- 上記調査結果・活動のとりまとめ
 - ✓ 本報告書、教諭・保護者向け子どものメンタルヘルス予防・支援啓発のための小冊子の作成
 - ✓ 当機構ウェブサイト・メーリングリスト、SNSを用いた発信
 - ✓ 行政府・立法府、関連学会、教育委員会等へのアドボカシー活動

2. エグゼクティブサマリー

➤ 小中学生を対象としたメンタルヘルス教育介入効果における注目すべき調査結果

【小中学生のメンタルヘルス教育へのニーズ】

- ✓ 93%の小学生、96%の中学生が今回受講したメンタルヘルス教育の内容を「実際に使える場面が想定できる」、90%の小学生、97%の中学生が「役に立ちそう」と回答した。
- ✓ 97%の小学生、100%の中学生が、「再度このようなメンタルヘルス授業を受けてみたい」と回答した。
- ✓ 授業の内容で「よかった点」としては、小中学生共に「この先困ったときに対処できそうだなと思った」（小学生 58%、中学生 66%）と回答した割合が最も大きかった。さらに、小中学生全体の約 50%が「心の悩みや困っていることを解決できそうだなと思った」「困っている周りの人を手助けできると思った」と回答した。

【小中学生へのメンタルヘルス教育の効果（知識）】

- ✓ 不安やストレスへの対処法に関する知識の定着を「授業前」「授業後」「授業から 3 か月後」で、教育技法別に比較した。授業前と比較して 3 か月後に効果があった項目は、小学生で 39 項目 6 項目、中学生で 52 項目中 8 項目であった。（メンタルヘルス教育効果（知識）に関する質問は、本調査研究の一環として 1 つの教育技法につき 13 項目作成している。クラス別に小学生には 3 種類、中学生には 4 種類の教育技法別に介入を実施したため、小学生のメンタルヘルス教育の効果（知識）に関する調査結果の総数は 39 項目、中学生は 52 項目であった）
- ✓ 一方で、授業の直後には効果が認められたが 3 か月後には効果が認められなかった項目は、小学生で 5 項目、中学生で 3 項目であった。

【小中学生へのメンタルヘルス教育の効果（行動）】

- ✓ 授業後 3 か月の間で、「授業を受けてから嫌な気持ちになる場面があった」と考える小中学生のうち、約 40%~50%が「うまく対処できた」と回答した。
- ✓ 授業後 3 か月の間で、「授業を受けてから困っている家族や友達を助ける場面があった」と考える小学生のうち約 80%、中学生のうち約 40%が「助けることができた」と回答した。

【小中学生のメンタルヘルスに関する支援ニーズ】

- ✓ 「今、抱えている不安や悩み」に関しては、小中学生共に「未来」や「コロナ」という回答（8 項目より選択式）が最も多かった。授業前と 3 か月後の比較では、小学生の 6 項目、中学生の 5 項目で改善が見られた。
- ✓ 「相談相手」としては、小中学生ともに「友達」や「親」とする回答が最も多かったが、それらと並んで「相談しない」という回答も多く（3 か月後：小学生 28%、中学生 41%）、人知れず悩みを抱えている様子が明らかになった。
- ✓ 「求める支援」としては、小中学生ともに「友達」「家族」への相談とする回答が多かったが、一方で、中学生においては「知らない専門家への相談」が小学生に比べて比較

的高く（18%）、教諭からも中学生および教諭自身に対する専門家支援を必要とする声があがった。

➤ 専門家会合の議論からのまとめ

子どものメンタルヘルスの課題を、生物学的、心理的、社会的な側面はすべて密接していることからそれらを統合して考える必要があるとされる「生物-心理-社会モデル」で理解し、子どもである当事者を中心とした、予防、早期対応、教育等、支援のための長期的な制度設計が重要である。また、新型コロナウイルス感染症の影響による子どものメンタルヘルス課題の増加も指摘されており、今後さらにライフコースアプローチ⁴や、家庭・地域・教育・医療等の包括的かつ社会的な支援が求められている。子どものメンタルヘルス政策において、ライフコースアプローチを実践していくためには、省庁横断の連携による政策推進が必要であり、新設予定のこども家庭庁には、各役所の役割の集約、一元化と関連予算の確保等による、切れ目のない支援が期待される。

また、予防のための学校における教育機会の提供や、子どものメンタルヘルス支援を教育機関のみに依存するのは、教諭の負担や専門性等の面で望ましくない。そのため、学校を拠点に、外部の専門家や組織との連携を通じた予防とケアの促進、さらには学校、地域、福祉、医療等の分野を超えたデータ・情報共有を通じた、地域での包括的な支援体制の構築、多職種連携が今後ますます望まれる。

➤ 上記教育介入調査および専門家会合より抽出された、子どものメンタルヘルス政策推進に向けた4つの提言と今後期待される施策

- **提言1:【小中学生へのメンタルヘルス教育の導入】全ての小中学生に対して学校における実践的なメンタルヘルス教育の導入と継続的フォローアップを実施すべき**
 - ✓ 調査結果に基づき、メンタルヘルス教育のさらなる充実に対する小中学生の高いニーズに応える必要がある。
 - ✓ 予防的な観点から、全ての小中学生に対して同水準の認知行動療法に基づく教育を提供する仕組み作りが必要である。
 - ✓ メンタルヘルス教育で習得した内容を小中学生の日常生活に根付かせるため、教諭・支援する心理師への研修を通じたメンタルヘルスリテラシーの向上と小中学生への継続的なフォローアップが必要である。

推進すべき施策

【国】

- 全国一律で全ての小中学生に対して、実証性と再現性が担保された認知行動療法に基づく同水準の教育プログラムの導入が必要。不安やストレスへの対処法の習

⁴ 成人における疾病の原因を胎児期や幼少期、およびその後の人生をどのような環境で過ごし、どのような軌跡をたどってきたのかという要因で説明しようとする手法

得を目的に、個々の課題やニーズに十分対応した教育を継続的かつ計画的に提供できる体制を整えるべき

- 小中学校でのメンタルヘルスプログラムの構築に向けた研究機関等での研究を促進させるための支援を拡充するべき

【地方自治体・教育委員会】

- 地域住民のニーズを踏まえて、教育大綱・教育振興基本計画策定等において、小中学校でのメンタルヘルス教育の導入を検討するべき
- 教諭や、教諭を支援する公認心理師等が、子どものメンタルヘルス教育を実施できるよう、教育やトレーニング機会を定期的かつ継続的に提供するべき

【研究機関・学会】

- 小中学生へのメンタルヘルスプログラムの構築に向けた具体的な支援ニーズの把握と効果の検証、および教育現場における実施可能性に関する検討について研究を促進するべき
- 学会等の関連団体を通じて、メンタルヘルス教育の全国的な導入・充実の必要性について、情報発信を強化するべき
- 教諭や、教諭を支援する公認心理師等が、子どものメンタルヘルス教育を実施できるよう、教育やトレーニング機会を定期的かつ継続的に提供するべき

【研究機関・教育機関・医療機関】

- メンタルヘルス課題を抱えた子どもに対して、支援を伴わない査定（調査・診断）は避けるべき

• **提言 2: 【子どものメンタルヘルス支援のための地域支援体制の構築】子どもの包括的なメンタルヘルス予防・支援のため地域での分野を超えた多職種連携を推進すべき**

- ✓ 子どものメンタルヘルス支援を学校や教諭のみに依存するのではなく、学校は外部との連携を強化し、より開かれた場所となるべきである。さらに地域・福祉・医療等の領域を超えた多職種での連携、社会全体での支援が必要である。
- ✓ 子どもに関わる大人、特に支援職に就く全ての人へのメンタルヘルスに関する教育機会が提供されるべきである。
- ✓ 子どもの健康に関するデータを分野や組織を超えて共有し、さらなる連携強化と効果的な支援・介入を推進すべきである。

推進すべき施策

【国】

- 未就学期からのメンタルヘルスを含めた子どもの健康に関するデータの一元化・共有に関して、地域において分野を超えた連携を促進しやすい基盤・体制を構築するべき

【地方自治体・教育委員会】

- 地域住民のニーズの把握を踏まえて、教育大綱・教育振興基本計画策定等においてメンタルヘルスに関わる多分野・多職種の連携促進のための支援・施策を検討すべき
- 地域での多職種連携を促進するための会議の設置や地域で連携可能な機関について、マップの作成等情報の一元化を行い、組織を超えた連携強化を促進すべき
- 教諭をはじめ地域の子どもに関わる支援職に就く人のメンタルヘルスリテラシー向上のため、教育・トレーニング機会を定期的かつ継続的に提供すべき
- 未就学期からのメンタルヘルスを含めた子どもの健康に関するデータを一元化し、異なる専門科の医療機関間で連携、共有できるように体制を構築すべき

【教育機関】

- 養護教諭等をハブに学校外の専門職や組織との連携を強化し、子どもと教諭が相談、支援を求める体制構築を積極的に行うべき

【研究機関・企業】

- 子どもに関わる保護者や支援者に対して、子どものメンタルヘルスに関する知識を提供する際により効果的な介入方法や情報提供体制についての研究、およびツールの開発を促進すべき

【医療機関・関連団体】

- 地域の医師会等と教育・福祉施設等との連携を強化し、子どものメンタルヘルスに関する専門的知識の提供や、医療や福祉サービスの提供が必要な際の受け皿となるべく、積極的に支援を行うべき

・ 提言 3: 【メンタルヘルス支援へのアクセスの改善】社会経済的な家庭状況の差異に関わらず、全ての子どもにメンタルヘルス予防、早期発見・介入が届く体制を構築すべき

- ✓ 就学後の健康診断、特に思春期健診におけるメンタルヘルス課題の早期発見・介入とデジタル技術を用いたメンタルヘルス支援には社会経済的な家庭状況に関わらず教育・医療・福祉等の支援の狭間を埋める可能性があり、今後さらにエビデンスに基づき頒布、拡大すべきである。
- ✓ 専門家による正しい情報提供と若い世代のメンタルヘルスに関する経験談の発信を促進し、子どもを含めた人々へメンタルヘルスに関する当事者意識を喚起するべきである。

推進すべき施策

【国】

- 就学後の健康診断（思春期健診の実施・拡大の検討を含む）項目の中にメンタルヘルスを含めることをエビデンスに基づいて検討すべき
- 全国一律の同水準の医療・教育等を提供できる体制の整備に向けて、情報の一元化やデジタル技術の導入・拡充を一つ的手段として検討すべき
- 子どものメンタルヘルス課題において、研究機関や企業がデジタル技術を用いた支援に関する研究や製品・サービスの開発を促進するための支援を拡充すべき

- 子どもを含めた国民がメンタルヘルに対する偏見やスティグマを払拭し、当事者意識を持つことができるようなコミュニケーション、情報発信をするべき

【地方自治体】

- 社会経済的に弱い立場にある人たちへメンタルヘルス予防、支援が届くような施策を検討するべき

【研究機関・学会】

- 専門家がエビデンスに基づいた正しい情報提供を積極的に実施するべき
- 最新のデジタル技術等を用いた子どものメンタルヘルスケアの予防や改善に関する効果検証、ヘルスケアデータの有効な利用方法の検討と予防・支援のための活用の検討を推進するべき

【企業】

- 分野横断的に利用可能な情報の一元化、および、医療・福祉・教育現場にデジタル技術の導入・拡充を加速させるための技術開発を促進するべき
- 当事者のニーズを中心に、産官学民が連携した技術開発への参画を積極化していくべき

- **提言 4: 【国レベルでの効果的かつ効率的なリソースの配分に基づく政策推進】子どものニーズに合わせた政策の推進を目的に、省庁間・領域間の分断をなくし、エビデンスに基づいて効率的に資源を配分・活用すべき**

- ✓ 課題の切り分けや別々の省庁や部署での対応ではなく、人を中心に据えたライフコース全体で考えるメンタルヘルス政策を推進するべきである。

推進すべき施策

【国】

- 子どものメンタルヘルス課題の解決にむけて、各役所の役割やサービス提供窓口の一元化と関連予算の確保がなされるようリーダーシップをとるべき
- 政策設計の段階から、当事者である子どもへのアンケート調査や会合への積極的な参画等を促すべき
- 長期的な視点での科学的エビデンスに基づいた政策決定が可能になるよう、科学的エビデンスの構築のための継続的な支援を促進するべき

【研究機関・学会】

- 分野横断および官民連携をして、ライフコースアプローチや疫学的アプローチを用いた長期的な視点にたった科学的なエビデンスの構築を促進するべき
- 子どものメンタルヘルス課題の解決に必要な分野横断でのアプローチの重要性の発信を強化するべき

3. 小中学生向けのメンタルヘルスプログラム構築

3.1 メンタルヘルスプログラム構築の目的

児童生徒⁵のメンタルヘルスの問題は、喫緊の課題となっている。児童生徒の不登校やいじめ、暴力、自殺等の発生件数は年々増加傾向にあり、その背景要因の1つとして、メンタルヘルス不調の問題も想定されている。このような児童生徒のメンタルヘルス不調の問題は、ある特定のリスクを抱えた児童生徒のみに生じるというよりも、学校を中心とした日常生活を送るなかで、誰しものがその問題に直面する可能性を抱えていると考えられている。

そのような観点から、2000年以降から、学級集団を対象として認知行動療法の考え方や手続きを理論的背景としたメンタルヘルスプログラムが開発され、児童生徒の抑うつや不安、心理的ストレスの低減等の効果が得られることが報告されてきた（高橋・小関，2011⁶）。認知行動療法とは、日常生活における「認知」や「行動」が、どのような「結果」を引き起こすのか、という機能に着目し、環境との相互作用を整理することで自分の認知や行動のどの要素を変容させやすいかという点にクライアント自身が気づき、認知と行動のパターンを現実に照らし合わせて再検討するとともに、自らの認知や行動を現実に即した状態にセルフコントロールできるよう援助する心理療法の総称である。このような認知行動療法に基づく支援は、主に成人を対象として発展してきたが、児童生徒のメンタルヘルスの問題に対する適用が有効なことに加え、未成年者に対する薬物療法の副作用の懸念等から、積極的に用いられるようになってきた。さらに Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures（1995）⁷によって、認知行動療法が児童の抑うつ症状に対する有効な唯一の心理療法であると示された。これらのことを通して、児童を対象とした認知行動療法の研究は大きく進展したといえる。

このように、学級集団における認知行動療法に基づくメンタルヘルスプログラムは、広く学校現場で導入されてきているものの、全国的な普及率はそれほど高くなく、児童生徒に対する認知行動療法の専門家や、それを学んだ一部の教諭が展開しているに過ぎないのが現状である。学校教育においては、現在、「保健体育」のカリキュラムの中で小・中学校ごとに1時間ずつストレス対処に関わる教育機会が設けられているが、これに加えて「総合的な学習の時間」等を軸として、ストレス対処を中心にすえたメンタルヘルスプログラムの授業を、小学1年生から高校3年生までの全ての児童生徒を対象に展開する必要があると考えられる。

そこで具体的な授業内容を明確に設定し、その有効性を広く発信するとともに、授業を受けた児童生徒にとって具体的にどのような効果が得られるのかを明らかにするために、小中学生向けのメンタルヘルスプログラムを構築し、その有効性の効果について検討することとした。

⁵ 本報告書では主に小学生、中学生、高校生を指して「児童生徒」を用いる

⁶ 高橋 史・小関俊祐 2011 日本の子どもを対象とした学級単位の社会的スキル訓練の効果－メタ分析による展望－行動療法研究, 37, 183-194.

⁷ Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures（1995）. Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. e Clinical Psychologist, 48, 3-23.

なお、教育プログラムの内容は、主に3名の心理学専門家と日本医療政策機構が議論を重ねた上で、構築した。

3.2 教育プログラムの主な項目・内容

認知再構成法、行動活性化療法、ソーシャルスキルトレーニング、問題解決といった、心理学の手法に基づき、4つの教育プログラムを構築した。以下、詳細の内容を記述する。

【共通】心理的ストレスに関する心理教育

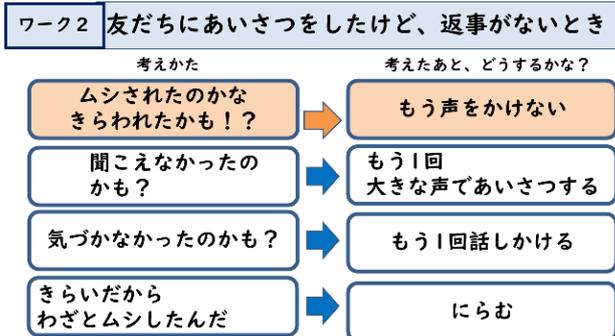
各プログラムに共通する内容として、心理的ストレスに関する心理教育を行った。ストレスは誰もが抱えること、ストレス反応は人によってさまざまな状態があることについて説明し、ストレスに対する対処の方法を身に付けることで、日常生活が少しでも楽になるよう、楽しく過ごせるようになることを目的とすることを教示し、共有した。

「ストレス」って、どうなるの？

<input type="checkbox"/> ドキドキする		<input type="checkbox"/> イライラする	
<input type="checkbox"/> おなかがいたくなる		<input type="checkbox"/> 落ち込む	
<input type="checkbox"/> 食欲がなくなる		<input type="checkbox"/> ねむれなくなる	
		など…	

①認知再構成法（授業名：「気持ちの仕組み」に着目したストレスへの対処）

認知再構成法（認知的再体制化）とは、主にストレスを喚起させるような出来事（ストレッサー）に直面した際に自動的に生じる思考や認知に焦点をあて、結果的に自分が楽になれるような認知の存在に気づき、その認知によって生じる感情等の変化に気付くことをねらいとした手続きである。



本授業においては、出来事（特にストレス喚起場面）と感情（特にストレス）の間には考え方（認知）という要素があることを知ることとともに、

認知の多様性（認知にはいろいろな考え方がある）に気付くことで、ストレス場面对処する方法を身に付けることをねらいとした。

このような授業内容は、特にあいまいな状況に対して、勝手な決めつけや思い込みによってストレスを感じたり、モヤモヤを抱え、くよくよ考えて不安やストレスを高めてしまったりしている児童生徒に有効であると考えられる。授業においては、1) 同じ出来事に直面しても、様々な認知（考え方）があることを知ること、2) ストレスを感じたときに、他の認知に気付くことでストレスを減らせることがあることを知ること、の2点に重きを置いて実践を行った。

②行動活性化療法（授業名：「ちょいウキ」に気付くストレスへの対処）

行動活性化療法とは、行動によって強化事態（いいこと）が生じるという随伴関係に気付くとともに、ストレス場면을回避することによって本来得られるはずであった強化事態が得られなくなることも理解を促し、行動の遂行を促進させることによって、日常生活における強化事態を得る経験を増やし、生活における適応感を高めることをねらいとした手続きである。

本授業においては、適応行動の遂行を促進するための要素（強化刺激）の存在に気付き、活動に対する動機づけを高めたり適応行動を遂行することによっていいこと（強化事象）が発生することに気付いたりすることねらいとした。このような授業内容は、特に引っ込み思案であったり不安が高かったりすることで、さまざまなストレス場面から回避する（逃げてしまう）傾向にある児童生徒に有効であると考えられる授業においては、1) ストレスとうまく付き合うために、自分の行動の支えとなる要素に気付くこと、2) ストレスを感じたときに、強化刺激に着目することで、適応行動の促進につなげていくこと、の2点に重きを置いて実践を行った。

ちょいウキリストを評価しよう！



ワーク①-2

ちょいウキリスト	効果	実行可能	頻度	合計
	/5	/5	/5	/15
	/5	/5	/5	/15
	/5	/5	/5	/15
	/5	/5	/5	/15
	/5	/5	/5	/15
	/5	/5	/5	/15

以下の観点で、ちょいウキリストを評価しましょう。

- 効果：どれくらいウキウキするか、評価してみましょう。
- 実行可能：そのちょいウキが、しっかり実行可能か、評価してみましょう。
- 頻度：毎日起こるのかどうか、週に何回程度起こるか評価してみましょう。

③ソーシャルスキルトレーニング（授業名：ストレスへの対処のための「対人関係」の構築）

ソーシャルスキルトレーニング（SST: Social Skills Training、社会的スキル訓練）は、対人関係を円滑にするための行動や、その行動を遂行するための留意点（相手の目を見る等）を整理し、対象者に教えたり気付かせたりすることで理解を促し、実際に実行することで対人関係において、他者からポジティブな反応を引き出すための一連の手続きを指す。

本授業においては、適応行動の理解と自分の行動によって他者に及ぼす影響について理解するとともに、自分の行動によって他者からの評価が変わることに気付くことをねらいとした。このような授業内容は、特に頭ではわかっているけど適切な行動が選択できない児童生徒や、相手の感情を理解することが苦手な児童生徒に有効であると考えられる。授業においては、1) 相手に断るときには、自分の状況、自分の気持ち、代替案の提案を行うことが有効であることを知ること、2) 自分の行動によって他者からの評価が異なるため、適切な行動を選択することが重要であることを知ること、の2点に重きを置いて実践を行った。

④問題解決訓練（授業名：ストレスへの対処のための「作戦会議」とその評価）

問題解決訓練は、さまざまな問題場面、ストレス喚起場面に直面した際に、問題が解決可能であると、状況をポジティブにとらえ、問題を分析し、問題の解決策を案出し、その後に解決策を評価し、選択された解決策を実行してみて、改めて解決策を再評価した場合に期待した結果が得られて

練習テーマ あいさつしたのに返ってこなかった!?

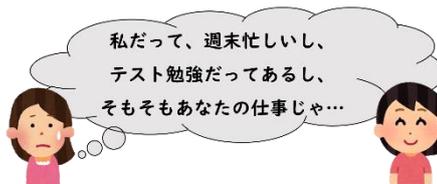
アイデア					合計
相手をおしする	3/5	0/5	3/5	-10/-10	-4/15
忘れるまでまつ	1/5	1/5	3/5	-1/-10	4/15
やり返す	4/5	2/5	1/5	-2/-10	5/15
泣く	3/5	2/5	3/5	-5/-10	3/15
友だちにグチる	4/5	5/5	5/5	-1/-10	13/15
先生に相談する	4/5	5/5	5/5	0/-10	14/15

いれば継続してその解決策を選択し、期待した結果が得られなかった場合には再度問題の分析からやり直して将来的な解決につなげるという、一連の手続きを含む技法である。

本授業においては、自分の持っているストレス対処方法を整理し、1) 自分にとってのメリット、2) 他者にとってのメリット、3) 実行可能性、4) ネガティブな要素の基準に基づいて評価する方法を身に付けることをねらいとした。このような授業内容は、特にある程度自分で対処方法を身に付けている児童生徒に有効であると考えられる。授業においては、1) 問題解決の手続きとして、解決策の案出と解決策の評価の2つがあることを知ることを、2) 問題解決の観点はさまざまな困難場面で活用することが可能であること、の2点に重きを置いて実践を行った。

考えてみよう!

あなたは、同じ委員会をしている友だちから、「私ちょっと忙しいから、代わりにやっとして」と、仕事を頼まれてしまいました。



4. 公認心理師による小中学生を対象にした教育介入

本プロジェクトでは、小中学生を対象とした教育の対象として、公認心理師を採用した。公認心理師は、2015年9月9日に公認心理師法が成立し、2017年9月15日に同法が施行されたことで、2018年に国内で初めてとなる、心理職の国家資格として誕生した資格である。公認心理師とは、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識および技術をもって、助言や指導、援助、分析などを業とする者であり、特に教育の現場では、スクールカウンセラーの多くは公認心理師をもつ者であることが多い。将来的な学校現場におけるメンタルヘルスプログラムの実装と発展において、公認心理師の資格をもつスクールカウンセラーと担任等の教諭の連携は不可欠であると考えられる。その中でも今回は、認知行動療法の専門性を担保するために、公認心理師の資格をもち、日本認知・行動療法学会の認定する専門行動療法士、認知行動療法スーパーバイザーの資格をもつ者が授業者として実践を行った。あわせて、公認心理師の資格をもつ者が授業補助者として参加した。

授業は、小学生を対象とした場合には1回45分、中学生を対象とした場合には1回50分で構成された。授業の実施前には、担任教諭らを対象として、授業の主旨や意図、ねらいを説明した上で、授業展開上の留意点を共有するとともに、クラスの雰囲気や特徴について情報提供を得て実施した。

5. 教育を受講した小中学生・教諭への定量・定性調査による効果測定の概要

5.1. 調査対象と抽出方法

東京都内に所在する小学校、中学校をそれぞれ1校ずつ有意抽出した。そのうち、教育介入当日の授業を最初から最後まで受講した小学生5年生99名、中学生3年生139名を調査対象とした。また事前に配布した調査説明書に同意し、かつ各調査票で全ての該当目に回答した学生の回答のみを分析の対象とした。なお各受講した授業の内容に合わせて回答してもらった。

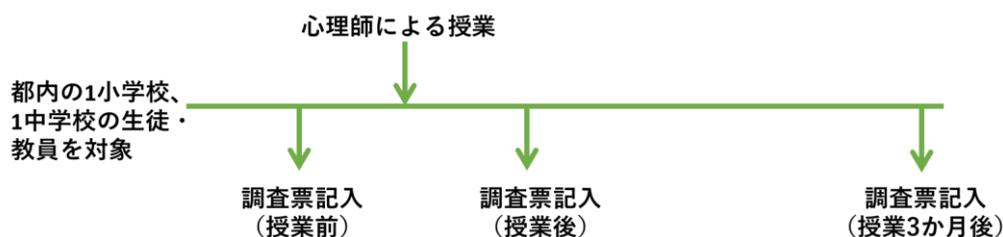
加えて、本事業に協力いただいた担任や担当の体育教諭も調査対象とした。

5.2. 調査方法と調査期間

小学生および中学生、教諭に対するメンタルヘルスプログラムに関する授業の効果を検討するために、調査票郵送によるアンケート調査を実施した。小学生に対しては、1回目の調査を2021年10月13日～2021年10月20日、2回目の調査を2021年10月21日～2021年10月28日、3回目の調査を2022年1月13日～2022年1月31日に実施した。同様に中学生に対しては、1回目の調査を2021年9月22日～2021年9月29日、2回目の調査を2021年9月16日～2021年9月29日、3回目の調査を2022年1月17日～2022年1月31日に実施した。調査協力依頼を配布し、同意が取れた者のみ、調査協力依頼および調査用紙を学級ごとに配布し、回答を持って同意が得られたこととした。あわせて小中学生への調査協力を依頼する際は、本調査研究の趣旨、個人情報取り扱い、協力の任意性を文書で説明した。第1回目、第2回目、第3回目のアンケートの回答全て、クラスと出席番号を用いて回答者の同一性を確認した。

(図1)

本調査の流れ



- ✓ 授業前、授業後、授業後3か月後時点で調査票（書面）を配布し、回収
- ✓ 学籍番号を収集し3回の個人の回答を紐づけ、授業出席かつ3回の調査に回答した生徒・及び教員が効果測定調査結果の対象
- ✓ 小学校は5年生の3クラス、中学校は3年生の4クラスの男女が対象

5.3. 倫理的配慮

本調査研究はメンタルヘルスという重大なプライバシーに関わるものであり、未成年が対象となりうること、そして性的マイノリティに対しても教育介入並びに調査には細心の注意を払い、専門家や

担当教諭との調整の上実施した。また、調査に関しては事前、中途の拒否が可能なこと、不利益を受けることがないことを直接学生に説明し、調査結果の公表にも合意を得ている。なお、質問内容は桜美林大学研究倫理委員会の承認を得たうえで実施している。

5.4. 解析手法

本調査研究で実施した調査内容について、小学生および中学生という対象者と、4種類の授業内容に関して記述統計量の算出を行い、授業の前後および3か月後に行った調査に関してはマクネマー検定を、授業時に実施した感想シートに関しては χ^2 乗検定を用いて統計的解析を行った。なお、性別の要因に関しては、基礎統計量の提示のため、記述統計量の算出は行ったが、授業での実践であることを考慮して、分析の際の要因には加えなかった。

5.5. 調査の限界

本調査研究におけるメンタルヘルスプログラムへの参加者は関東圏にある小学校および中学校の各1校に在籍しており、ランダムサンプリングは行われておらず、有意抽出に基づいている。また、授業者は学級集団に対する認知行動療法プログラムの実施に十分に熟練された公認心理師が実施しているため、学校教諭が実施する場合等とは効果が異なる可能性がある。さらに、本調査研究では授業を実施しない統制群は設定していないため、本研究の結果が自然変化である可能性は否定しきれない。その一方で、本研究で取得したデータのうち、特にメンタルヘルスプログラムに関する内容については、自然変化しにくい知識や技能に関する内容となっているため、明らかとなった変化が本研究の実施によるものであると推察することは十分に可能であると考えられる。

6. 教育を受講した小中学生への定量調査による効果測定の調査結果

6.1. 対象者の属性

➤ 小学生（5年生）

<u>アンケート回収数</u>		<u>分析対象者数*</u>		<u>教育技法別 分析対象者数</u>	
総数	99人	総数	65人	認知再構成法	24人（男子14人女子10人）
男子	49人	男子	33人	SST	22人（男子9人女子13人）
女子	48人	女子	32人	問題解決訓練	19人（男子10人女子9人）
不明	2人				

<u>同居している家族の人数**</u>		<u>家族構成***</u>	
「3人」と回答	18人（28%）	父	64人（99%）
「4人」と回答	35人（54%）	母	65人（100%）
「5人」と回答	7人（11%）	兄・姉	31人（48%）
「6人」と回答	4人（6%）	妹・弟	24人（37%）
「7人」と回答	1人（2%）	祖父母	2人（3%）
	N=65	その他	8人（12%）
			N=65

➤ 中学生（3年生）

<u>アンケート回収数</u>		<u>分析対象者数*</u>		<u>教育技法別 分析対象者数</u>	
総数	139人	総数	107人	認知再構成法	31人（男子15人女子16人）
男子	66人	男子	53人	行動活性化	27人（男子12人女子15人）
女子	68人	女子	54人	SST	28人（男子15人女子13人）
不明	5人			問題解決訓練	21人（男子11人女子10人）

<u>同居している家族の人数**</u>		<u>家族構成***</u>	
「3人」と回答	1人（1%）	父	97人（91%）
「4人」と回答	34人（32%）	母	107人（100%）
「5人」と回答	50人（47%）	兄・姉	38人（36%）
「6人」と回答	16人（15%）	妹・弟	45人（42%）
「7人」と回答	6人（6%）	祖父母	6人（6%）
	N=107	その他	1人（1%）
			N=107

*3回実施したアンケートのうち1回でも回答しなかった、授業を欠席した、記入漏れがあった者はすべて分析除外者（32名）とした

**自分も含めた人数

***複数回答可

6.2. 質問票の主な内容

▶ 小学生・中学生を対象とした質問（定量・定性）

※多くが共通の質問項目であるが、クラス別に介入した4つの異なる教育技法別に、対処に関する知識を問う質問をそれぞれ4つずつ設けた

- 心の不調に対する対処行動に関する知識
- メンタルヘルス教育の理解度・知識定着度
- メンタルヘルス教育の日常生活場面における自分や周囲への適用、実践
- メンタルヘルス教育へのニーズ
- 現状抱える不安や悩み
- 社会的支援へのニーズ、アクセス

▶ 教諭を対象とした質問（定量・定性）

- メンタルヘルス教育を受講した小中学生への教育効果・知識定着度、日常生活での実践
- メンタルヘルス教育の頒布のしやすさ、教諭が実施する際に必要な支援
- 教育現場におけるメンタルヘルス課題とニーズ、解決策

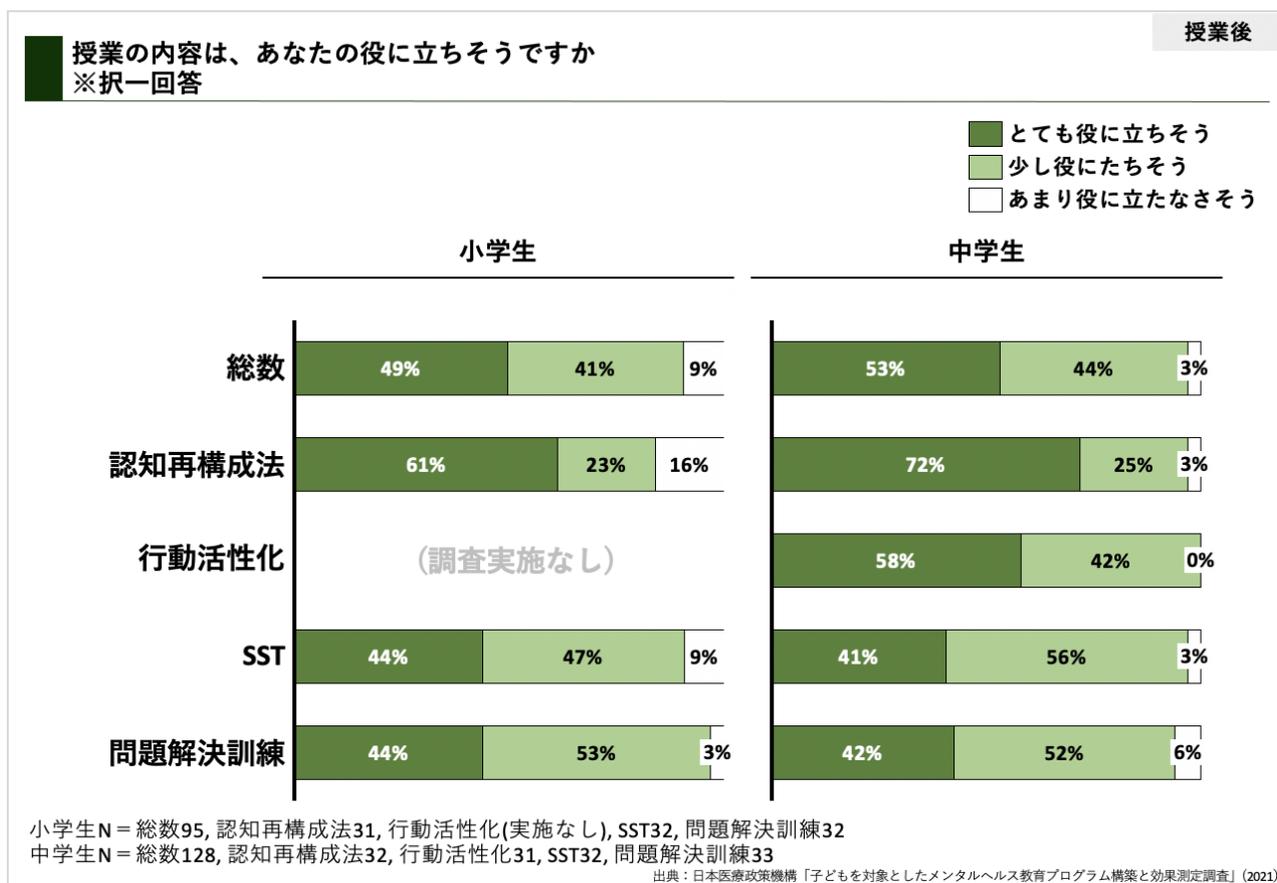
6.3. 調査結果

以下、小中学生の「メンタルヘルス教育へのニーズ」「メンタルヘルス教育の効果（知識・行動）」「メンタルヘルス支援へのニーズ」の3項目を切り口に、調査結果を記載する。その後、今回受講した小中学生の担任教諭や保健体育担当教諭4名への調査結果についても、定性情報を中心に述べる。

なお、一部グラフでは4つの教育技法別に分析結果を示している。各教育内容別に特徴やメリットがあり、子どもの個別ニーズに合わせて本来は介入すべきであるが、今回はクラスごとに（小学校3クラス、中学校4クラス）異なる授業を実施している。本調査は、技法別の効果を強調することが目的ではないことから、総数を中心に以下示す。

➤ 小中学生のメンタルヘルス教育へのニーズ（図2～図7）

（図2）

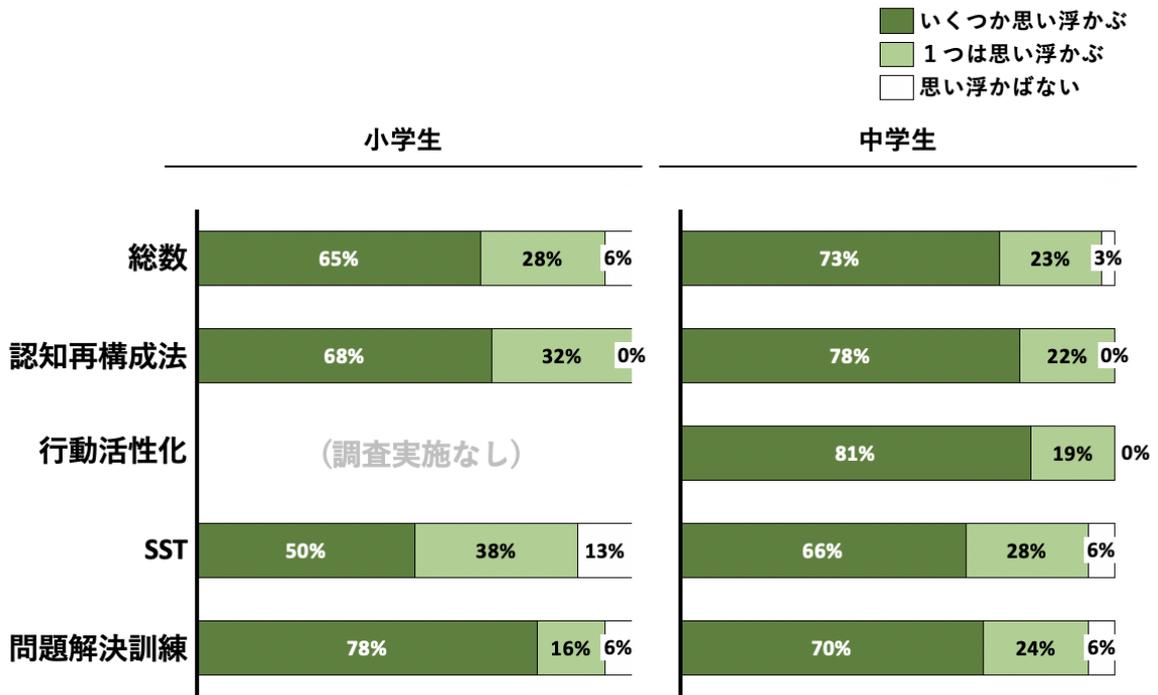


- 受講したメンタルヘルス教育の内容に対して、「とても役に立ちそう」と回答した小学生の割合は全体の49%、中学生は53%だった。さらに、「少し役に立ちそう」と回答した小学生の割合は全体の41%、中学生は44%であった。

(図3)

授業後

授業の内容を、実際に使えそうな場面は思い浮かびますか
※択一回答



小学生N = 総数95, 認知再構成法31, 行動活性化(実施なし), SST32, 問題解決訓練32

中学生N = 総数128, 認知再構成法32, 行動活性化31, SST32, 問題解決訓練33

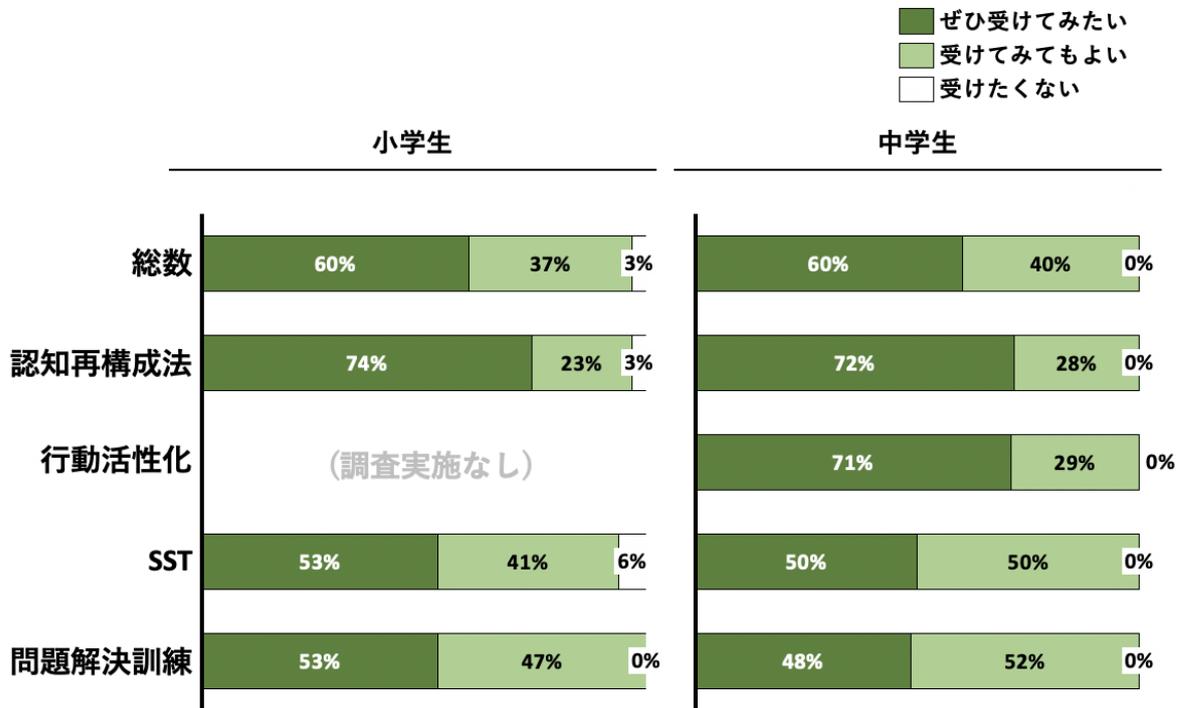
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- 受講したメンタルヘルス教育の内容を実際に使えそうな場面が「いくつか思い浮かぶ」と回答した小学生の割合は全体の65%、中学生は73%だった。
- さらに、「1つは思い浮かぶ」と回答した小学生の割合は全体の28%、中学生は23%であった。

(図 4)

授業後

今日のような授業を、また受けてみたいと思いますか
※択一回答



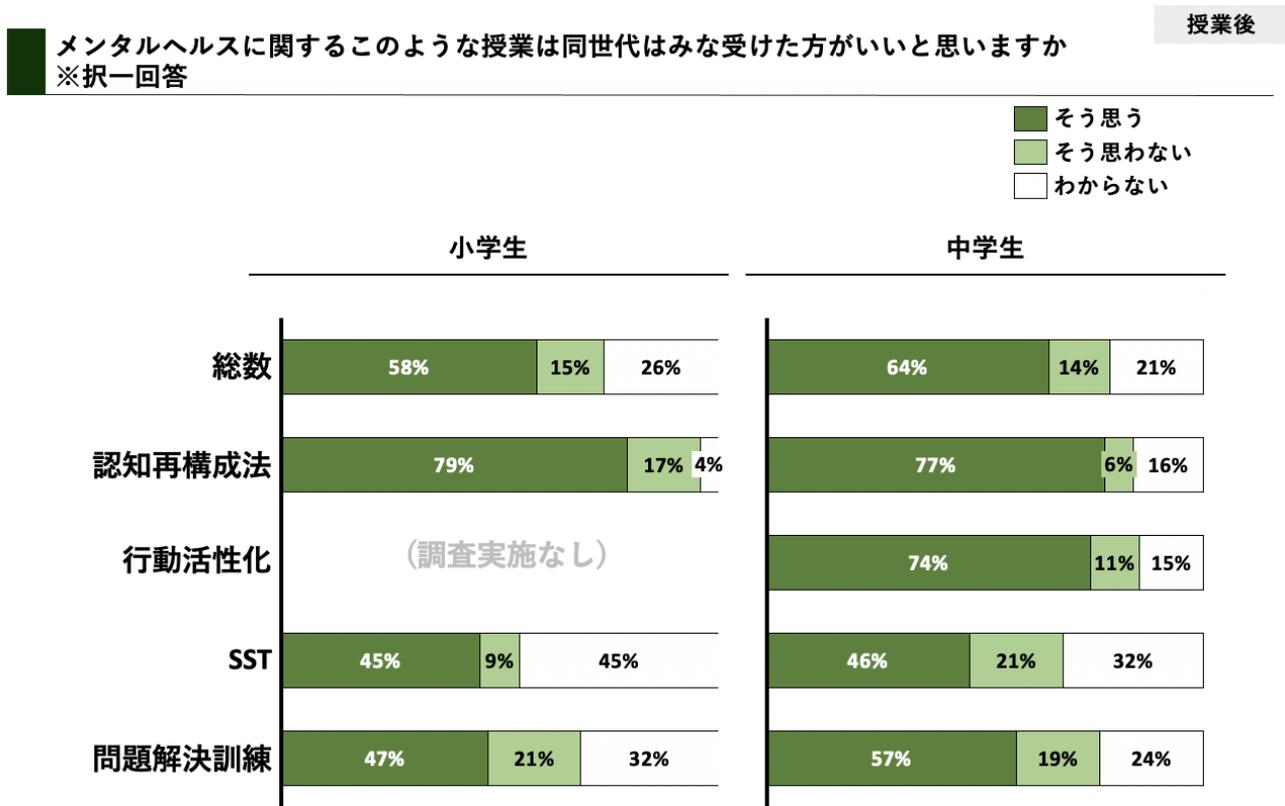
小学生N = 総数95, 認知再構成法31, 行動活性化(実施なし), SST32, 問題解決訓練32

中学生N = 総数128, 認知再構成法32, 行動活性化31, SST32, 問題解決訓練33

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- 受講したメンタルヘルス教育のような授業を「またぜひ受けてみたい」と回答した小学生の割合は全体の60%、中学生は60%であった。
- さらに、「受けてみてもよい」と回答した小学生の割合は全体の37%、中学生は40%であった。

(図 5)



小学生N = 総数65, 認知再構成法24, 行動活性化(実施なし), SST22, 問題解決訓練19

中学生N = 総数107, 認知再構成法31, 行動活性化27, SST28, 問題解決訓練21

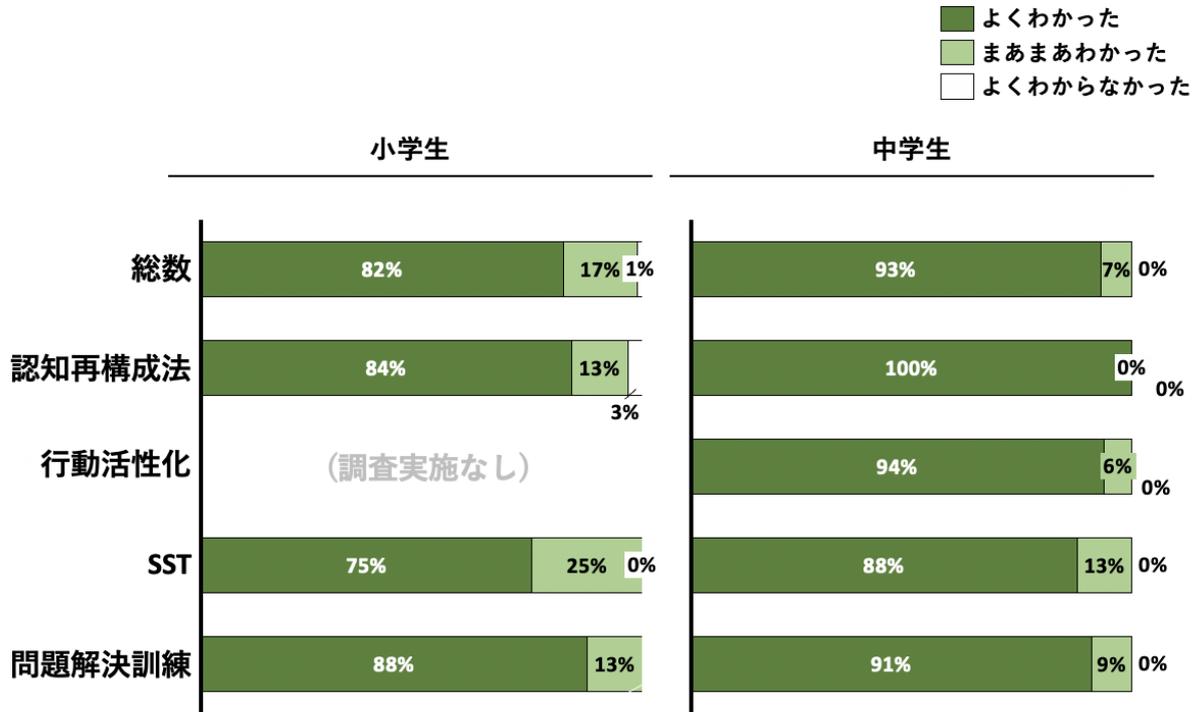
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- 受講したメンタルヘルス教育のような授業を、「同世代みな受けた方がいい」と回答した小学生の割合は全体の 58%、中学生は 64%であった。

(図 6)

授業後

今日の授業の内容は、よくわかりましたか
※択一回答



小学生N = 総数95, 認知再構成法31, 行動活性化(実施なし), SST32, 問題解決訓練32

中学生N = 総数128, 認知再構成法32, 行動活性化31, SST32, 問題解決訓練33

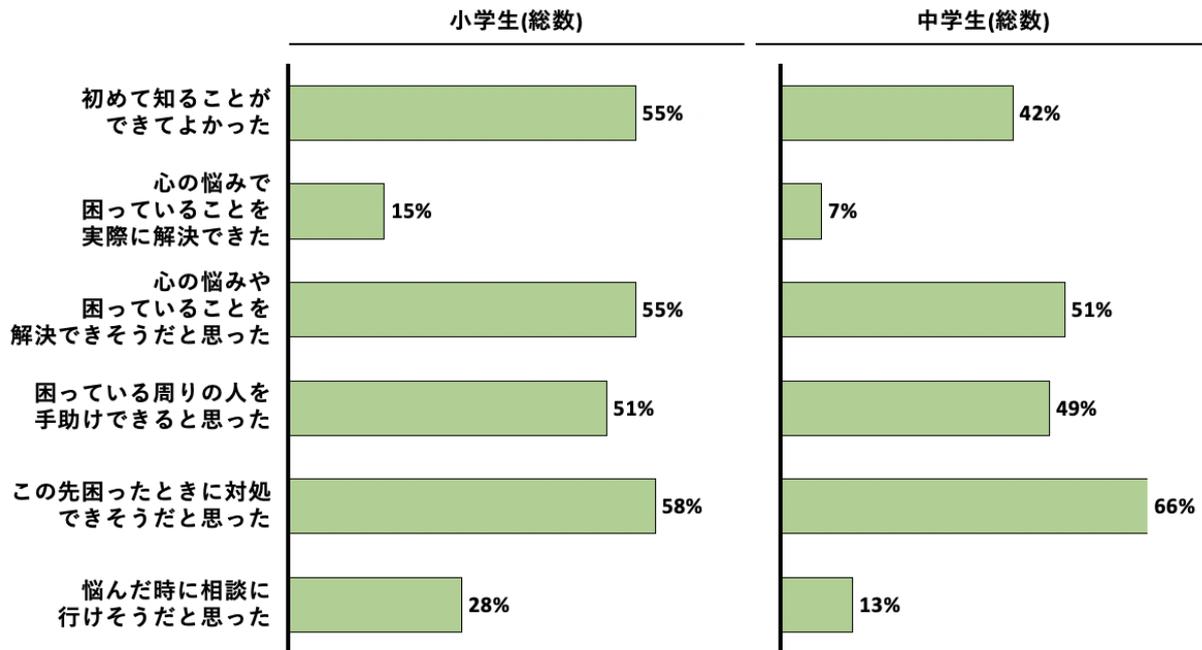
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- 受講したメンタルヘルス教育の内容に対して、「よくわかった」と回答した小学生の割合は全体の82%、中学生は93%であった。
- さらに、「まあまあわかった」と回答した小学生の割合は17%、中学生は7%であった。

(図7)

授業後

授業の内容で「よかった」と思う点に○をつけてください (小学生・中学生/総数)
※多重回答



小学生N = 総数65
中学生N = 総数107

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- 授業の内容で、「よかったと思う点」について、「この先困ったときに対処できそうだった」と回答した小学生、中学生の割合が最も高かった（小学生 58%、中学生 66%）。
- さらに小学生全体のうち 55%が「心の悩みや困っていることを解決できそうだった」「初めて知ることができてよかった」、51%が「困っている周りの人を手助けできると思った」と回答した。
- 中学生全体のうち 51%が「心の悩みや困っていることを解決できそうだった」、49%が「困っている周りの人を手助けできると思った」、42%が「初めて知ることができてよかった」と回答した。

(図2～図7) 小中学生のメンタルヘルス教育へのニーズに関する解釈

本調査結果より、小中学生ともに、今回受講したメンタルヘルス教育をよく理解しており（図6：よくわかった、まあまあわかったと90%以上が回答）、再度このような授業を受けてみたいとする声が多い（図4：受けたい、受けてみてもよいと90%以上が回答）ことから、対象者に対して適切な内容であり、ニーズがあったことが伺える。

また、知識のみならず不安やストレスへの対処法や思考法を中心にグループワークを交えて教授した結果、今後の日常生活で自分自身や周囲の人に対して実際に活用できそうな場面を想起し（図3）、多くがこの先ライフスキルとして用いたいと考える実践的な内容だと感じていることが明らかになった（図2）。

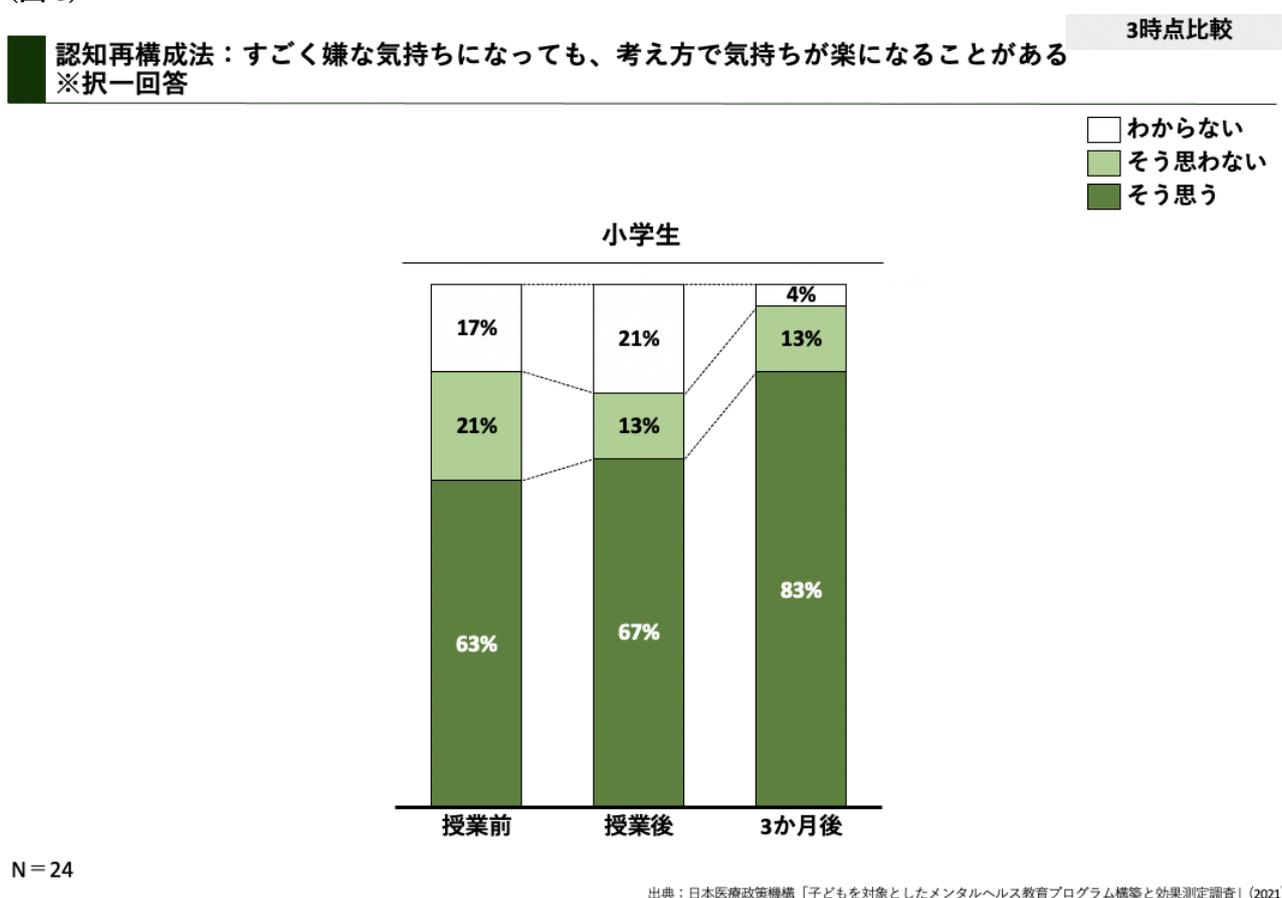
授業の内容に関しては、小中学生共に「この先困ったときに対処できそうだった」「心の悩みや困っていることを解決できそうだった」といった、同一項目について評価する声が高かった（図7）。今後、教育内容を自分自身や周りの人に適用し、対応できそうという期待感が伺える。一方で、「心の悩みで困っていることを実際に解決できた」と回答した小学生、中学生はそれぞれ15%、7%と少なかった（図7）。本教育の目的が現状の悩みを即座に解決するものではなく、ライフスキルとしての思考法や対処法にフォーカスしたものであったことが理由と考えられる。

➤ **小中学生へのメンタルヘルス教育の効果：知識・行動（図 8～図 28・定性データ）**

メンタルヘルス教育の効果については、大きく 1. 不安やストレスへ対処できるような考え方の習得（知識）（図 8～図 26）と 2. 行動変容が実際に見られたか（図 27～図 28）の 2 つの視点から分析した。

授業前、授業後、3 か月後で比較し、その 3 時点のいずれか、もしくは全てにおいて改善した結果を授業の種類別に、以下に記載する。なお、教育技法別の授業内容（認知再構成法、行動活性化、ソーシャルスキルトレーニング、問題解決訓練）に関わらず、全小中学生に 9 つの共通質問を実施し、授業別に異なる質問を各 4 つ実施している。

(図 8)

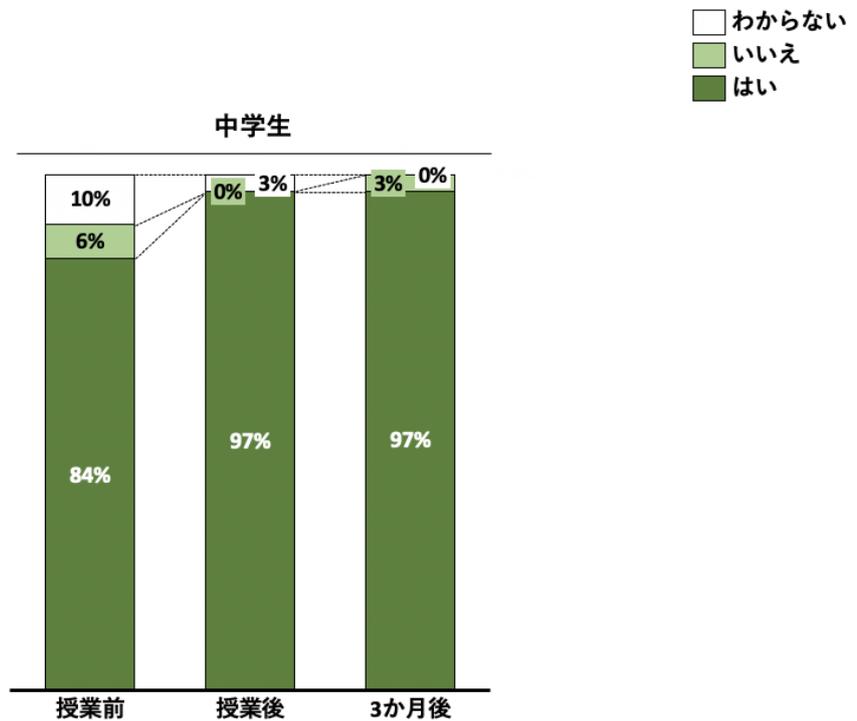


- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3 か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「すごく嫌な気持ちになっても、考え方で気持ちが楽になることがある」に対して期待される回答は「そう思う」である。
- 認知再構成法を受講し「そう思う」と回答した小学生の割合は、授業前の 63% に比べて 3 か月後は 83% であり、有意に増加した。

(図 9)

認知再構成法：考え方が変わると行動が変わることもある
※択一回答

3時点比較



N = 31

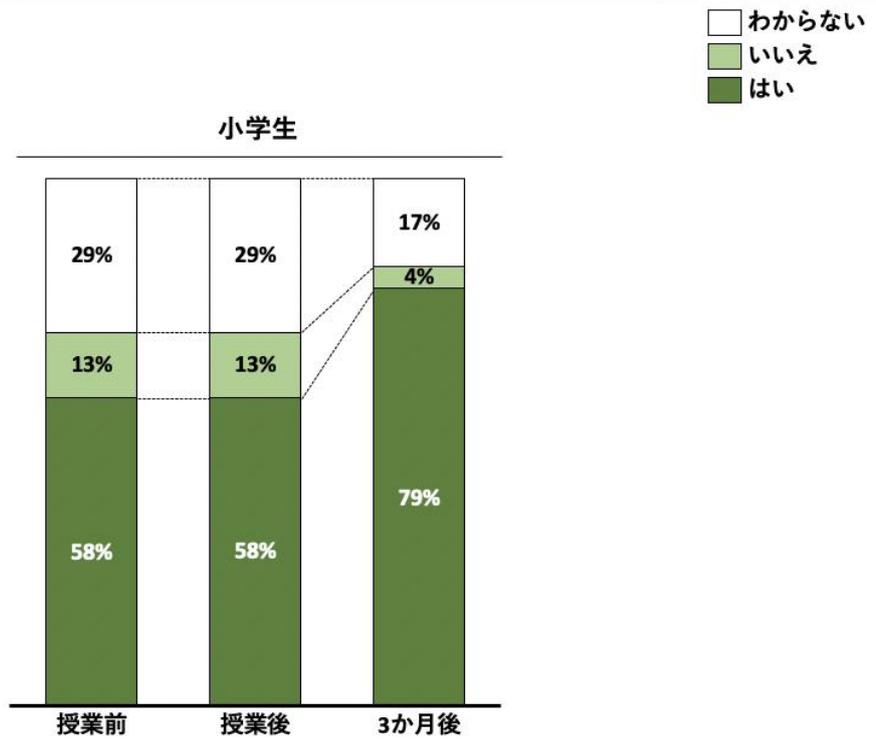
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「考え方が変わると行動が変わることもある」に対して期待される回答は「はい」である。
- 認知再構成法を受講し「はい」と回答した小学生の割合は、授業前の84%に比べて、授業後は97%であり、有意に増加した。さらに、授業3か月後まで効果が維持することが確認された。

(図 10)

認知再構成法：嫌な出来事があっても、考え方で気持ちをコントロールできる
※択一回答

3時点比較



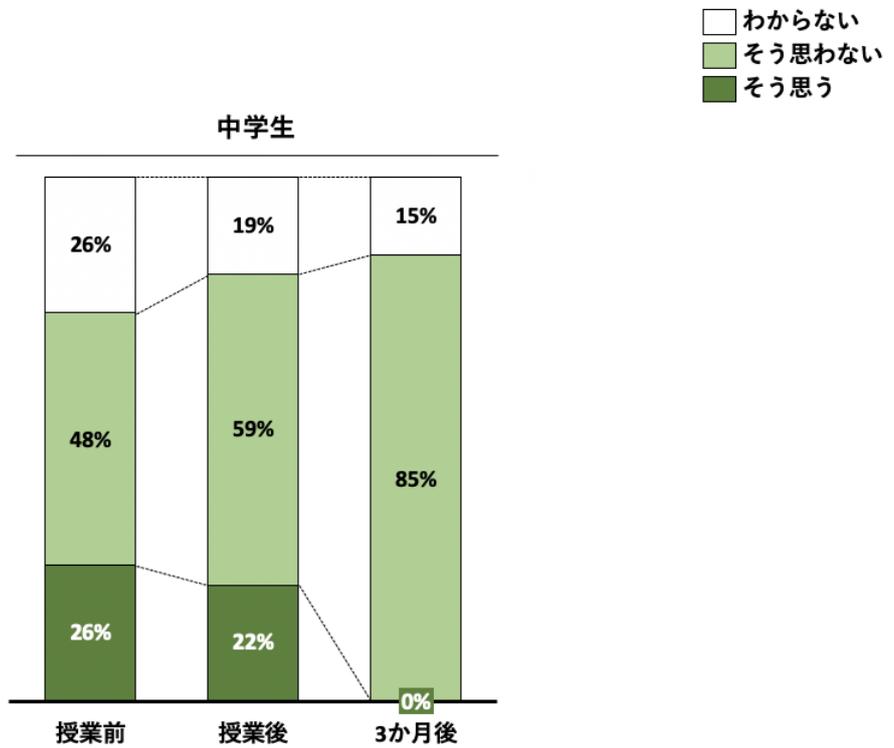
N = 24

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「嫌な出来事があっても、考え方で気持ちをコントロールできる」に対して期待される回答は「はい」である。
- 認知再構成法を受講し「はい」と回答した小学生の割合は、授業前の58%に比べて、3か月後は79%であり、有意に増加した。

(図 11)

3時点比較
行動活性化：悲しい気持ちになってしまったら自分ではどうしようもないから、そのままにしておくしかない ※択一回答



N=27

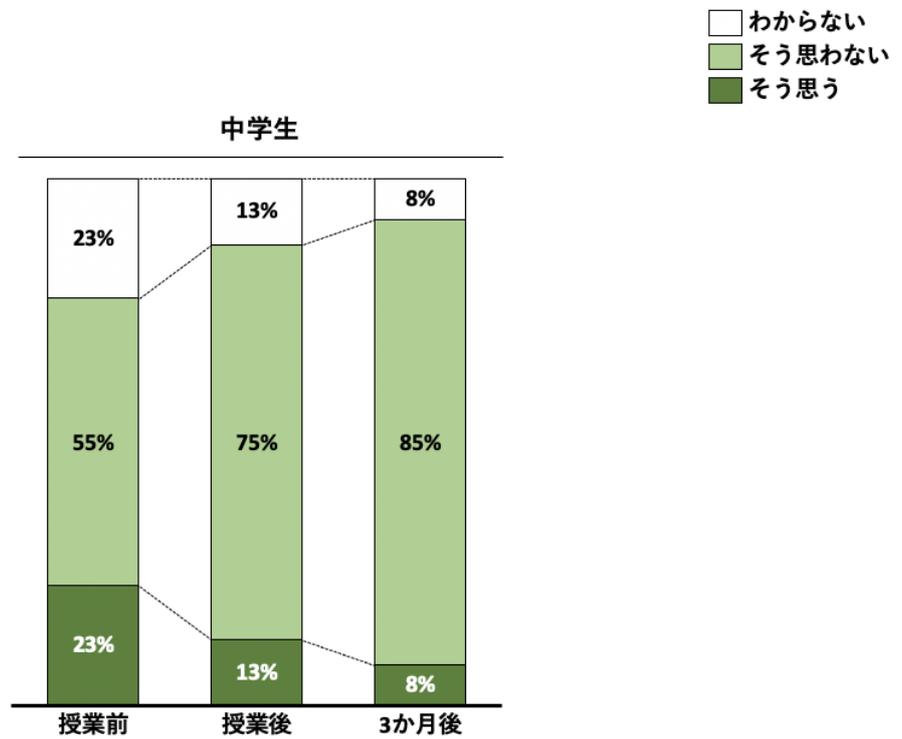
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「悲しい気持ちになってしまったら自分ではどうしようもないから、そのままにしておくしかない」に対して期待される回答は「そう思わない」である。
- 行動活性化を受講し「そう思わない」と回答した中学生の割合は、授業前の48%に比べて、3か月後は85%であり、有意に増加した。

(図 12)

行動活性化：他の人から何か頼まれたときに、断ったら絶対嫌われてしまう
※択一回答

3時点比較



N=27

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

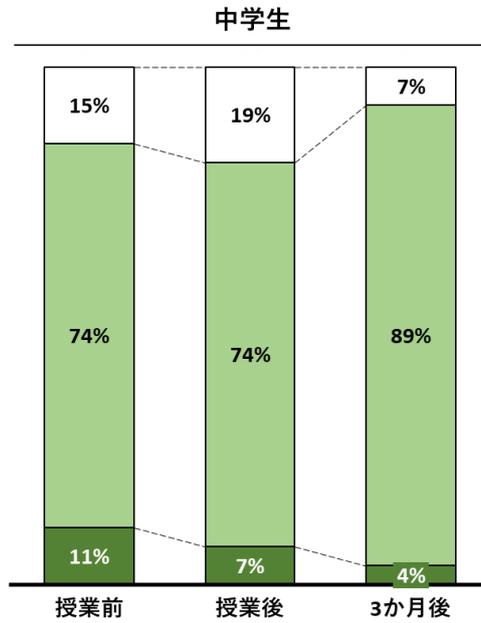
- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「他の人から何か頼まれたときに、断ったら絶対嫌われてしまう」に対して期待される回答は「そう思わない」である。
- 行動活性化を受講し「そう思わない」と回答した中学生の割合は、授業前の55%に比べて、授業後は75%、3か月後は85%であり、有意に増加した。

(図 13)

行動活性化：気持ちが落ち込むことは恥ずかしい
※択一回答

3時点比較

□ わからない
■ そう思わない
■ そう思う



N=27

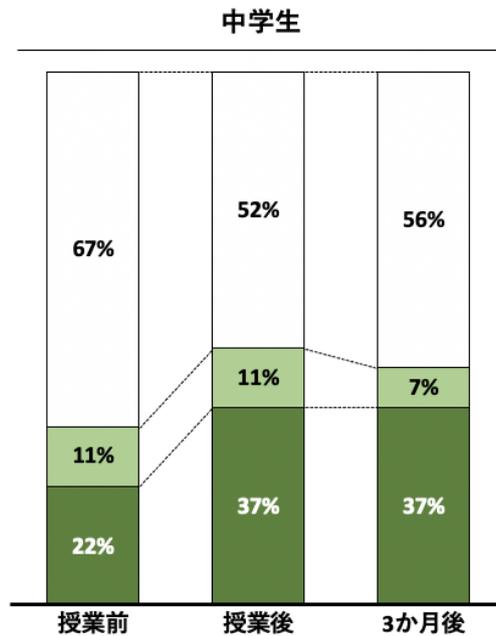
- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「気持ちが落ち込むことは恥ずかしい」に対して期待される回答は「そう思わない」である。
- 行動活性化を受講し「そう思わない」と回答した中学生の割合は、授業前の74%に比べて、3か月後は89%であり、有意に増加した。

(図 14)

行動活性化：もし友だちや周りの人が悲しい気持ちになっていたら、うまく助けてあげられると思う※択一回答

3時点比較

□ わからない
■ そう思わない
■ そう思う



N=27

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

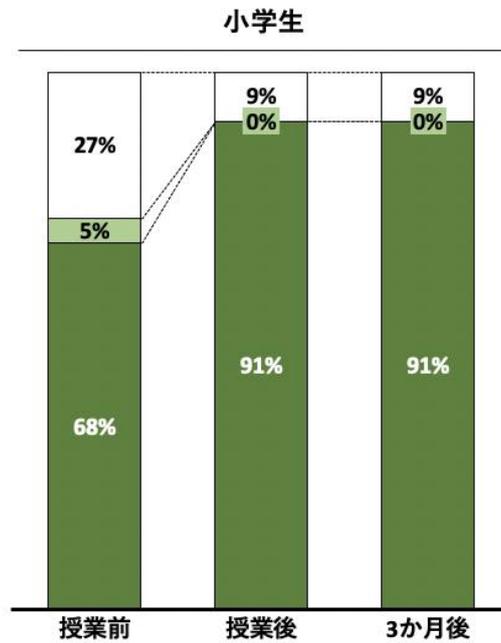
- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「もし友達や周りの人が悲しい気持ちになっていたら、うまく助けてあげられると思う」に対して期待される回答は「そう思う」である。
- 行動活性化を受講し「そう思う」と回答した中学生の割合は、授業前の22%に比べて、授業後は37%、3か月後は37%となり、有意に増加した。

(図 15)

3時点比較

SST：自分の行動で周りの人の気持ちが変わることがある
※択一回答

□ わからない
■ いいえ
■ はい



N = 22

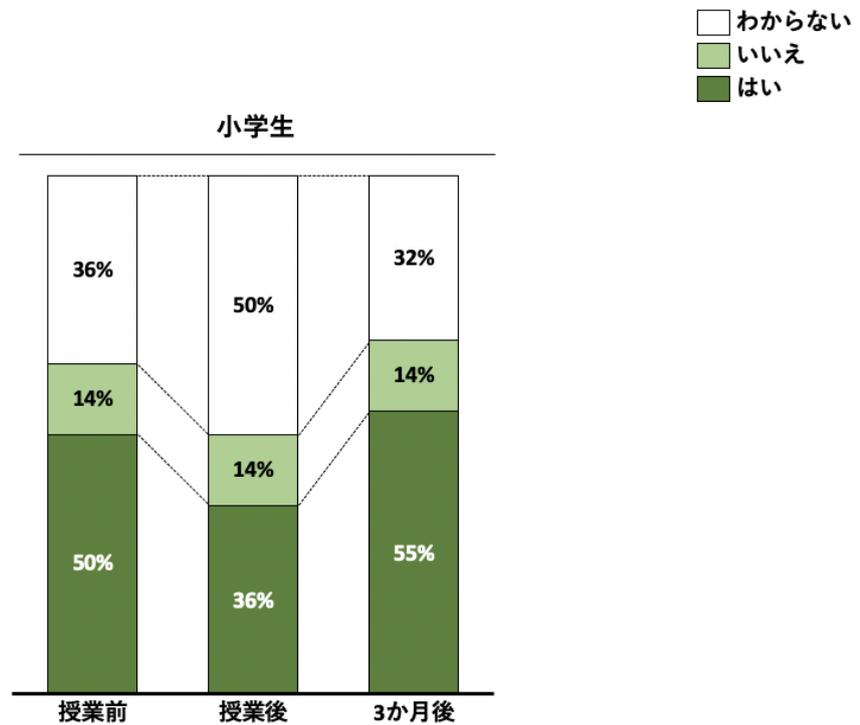
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「自分の行動で周りの人の気持ちが変わることがある」に対して期待される回答は「はい」である。
- SSTを受講し「はい」と回答した小学生の割合は、授業前の68%に比べて、授業後は91%、3か月後は91%であり、有意に増加した。

(図 16)

SST：友達との接し方の練習は、自分の気持ちのコントロールにつながる
※択一回答

3時点比較



N = 22

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

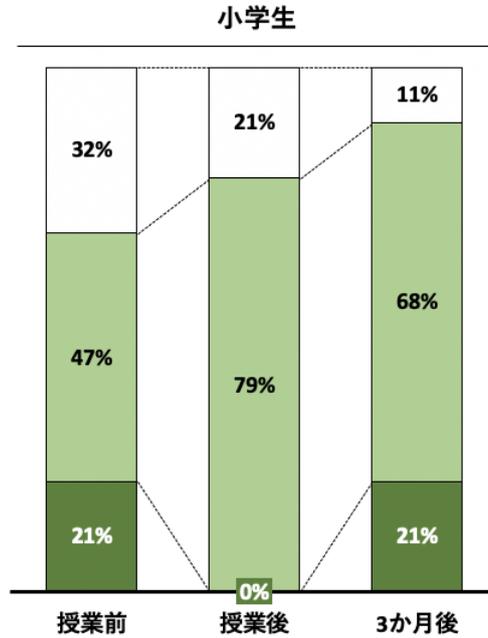
- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「友達との接し方の練習は、自分の気持ちのコントロールにつながる」に対して期待される回答は「はい」である。
- SSTを受講し「はい」と回答した小学生の割合は、授業後の36%に比べて、3か月後では55%であり、有意に増加した。

(図 17)

問題解決訓練：悲しい気持ちになってしまったら自分ではどうしようもないから、そのままにしておくしかない ※択一回答

3時点比較

□ わからない
■ そう思わない
■ そう思う



N=19

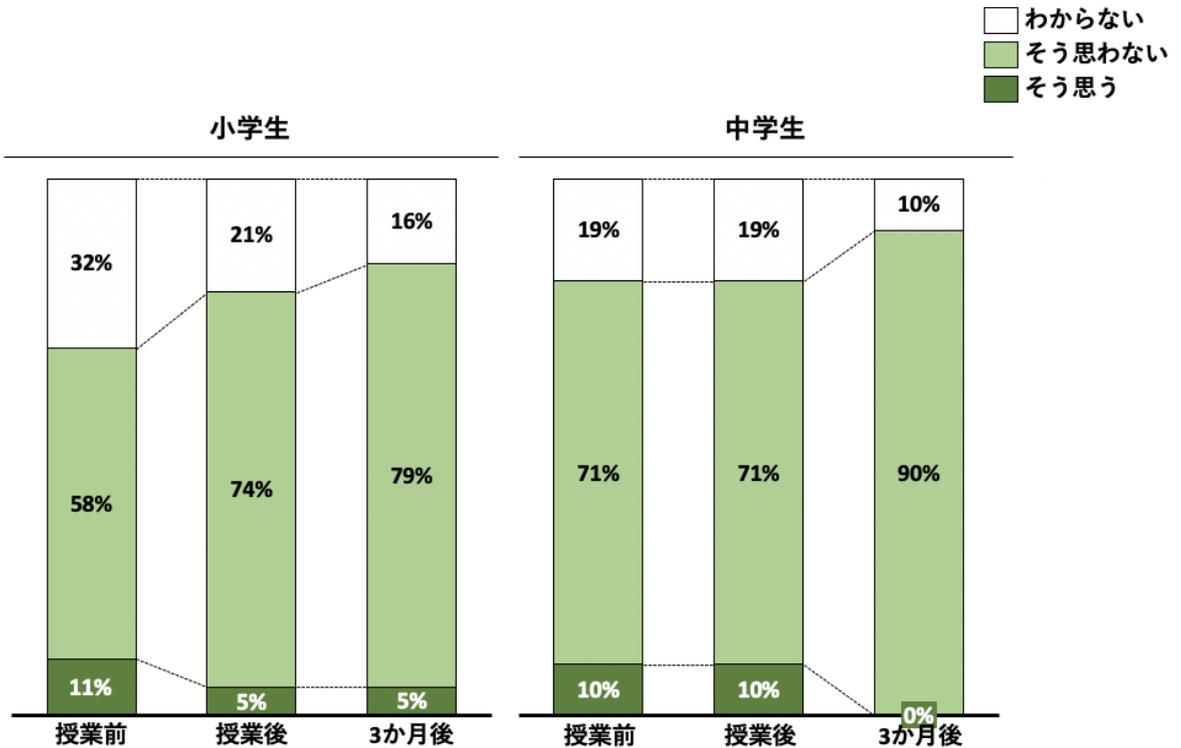
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「悲しい気持ちになってしまったら自分ではどうしようもないから、そのままにしておくしかない」に対して期待される回答は「そう思わない」である。
- 問題解決訓練を受講し「そう思わない」と回答した小学生の割合は、授業前の47%に比べて、授業後は79%であり、有意に増加した。

(図 18)

3時点比較

問題解決訓練：他の人から何か頼まれたときに、断ったら絶対に嫌われてしまう
※択一回答



小学生N=19、中学生N=21

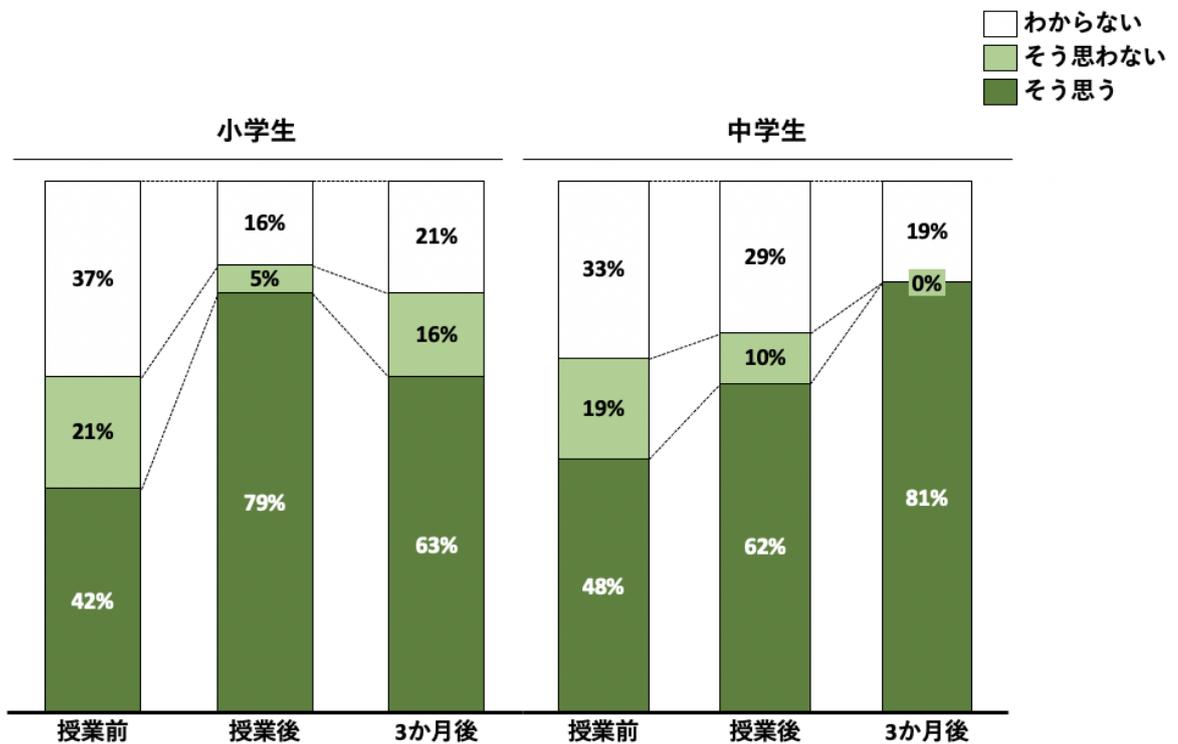
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」（2021）

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「他の人から何か頼まれたときに、断ったら絶対に嫌われてしまう」に対して期待される回答は「そう思わない」である。
- 問題解決訓練を受講し「そう思わない」と回答した小学生の割合は、授業前の58%に比べて、3か月後は79%であり、有意に増加した。
- さらに、「そう思わない」と回答した中学生の割合は、授業前の71%と比べて、授業後は71%、3か月後は90%となり、有意に増加した。

(図 19)

問題解決訓練：すごく嫌な気持ちになっても、考え方で気持ちが楽になることがある
※択一回答

3時点比較



小学生N=19、中学生N=21

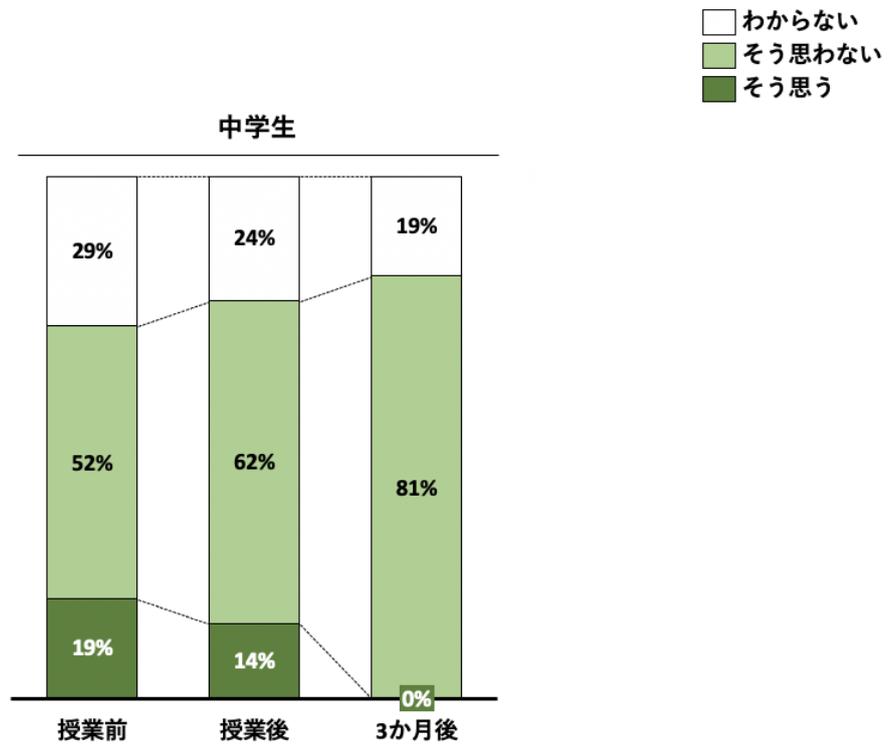
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「すごく嫌な気持ちになっても、考え方で気持ちが楽になることがある」に対して期待される回答は「そう思う」である。
- 問題解決訓練を受講し「そう思う」と回答した小学生の割合は、授業前の42%と比べて、授業後は79%、3か月後は63%であり、有意に増加した。
- さらに、「そう思う」と回答した中学生の割合は、授業前の48%と比べて、授業後は62%、3か月後は81%であり、有意に増加した。

(図 20)

問題解決訓練：とても困ったことがあっても、自分の力だけで何とかしないといけない
※択一回答

3時点比較



N=21

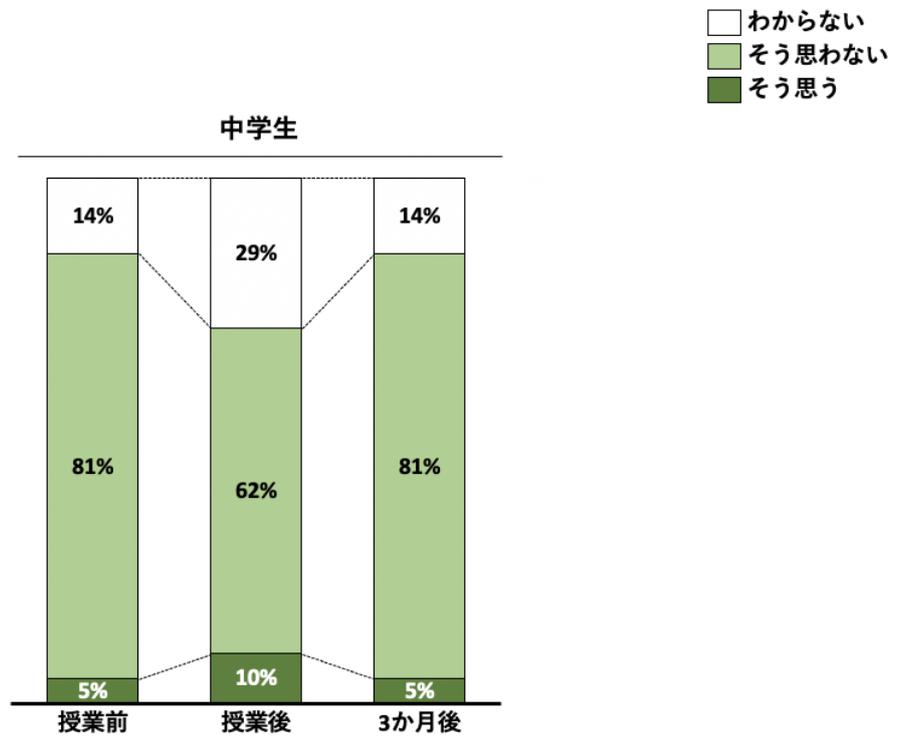
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「とても困ったことがあっても、自分の力だけで何とかしないといけない」に対して期待される回答は「そう思わない」である。
- 問題解決訓練を受講し「そう思わない」と回答した中学生の割合は、授業前の52%に比べて、3か月後は81%であり、有意に増加した。

(図 21)

問題解決訓練：気持ちが落ち込むことは恥ずかしい
※択一回答

3時点比較



N=21

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

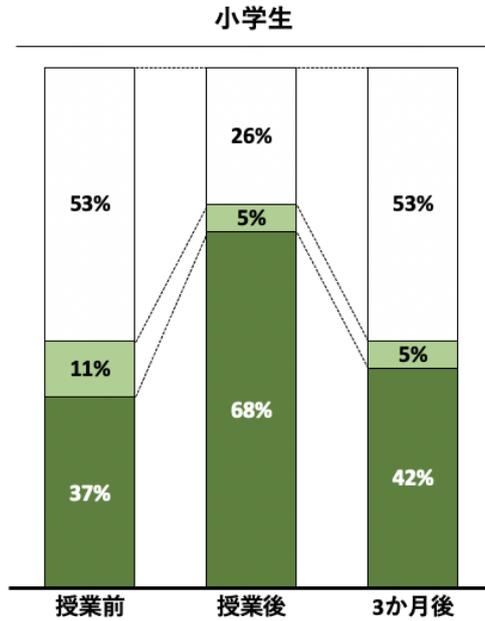
- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「気持ちが落ち込むことは恥ずかしい」に対して期待される回答は「そう思わない」である。
- 問題解決訓練を受講し「そう思わない」と回答した中学生の割合は、授業後の62%と比べて、3か月後は81%であり、有意に増加した。

(図 22)

3時点比較

問題解決訓練：もし友達や周りの人が悲しい気持ちになっていたら、うまく助けてあげられると思う ※択一回答

□ わからない
■ そう思わない
■ そう思う



N=19

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

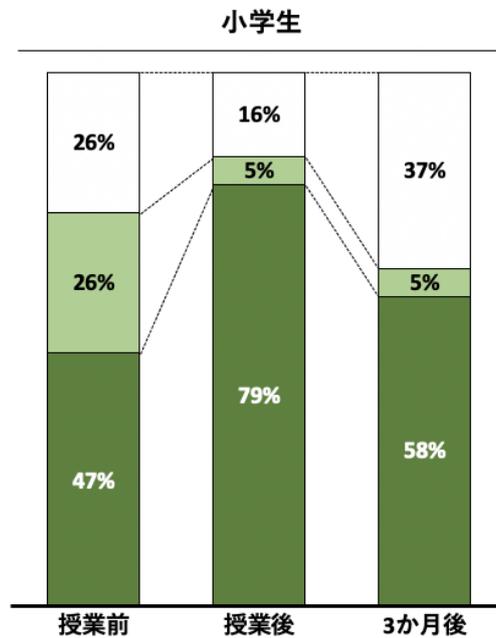
- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「もし友達や周りの人が悲しい気持ちになっていたら、うまく助けてあげられると思う」に対して期待される回答は「そう思う」である。
- 行動活性化を受講し「そう思う」と回答した小学生の割合は、授業前の37%に比べて、授業後は68%であり、有意に増加した。

(図 23)

問題解決訓練：たくさんの解決方法を考えられる
※択一回答

3時点比較

□ わからない
■ いいえ
■ はい



N=19

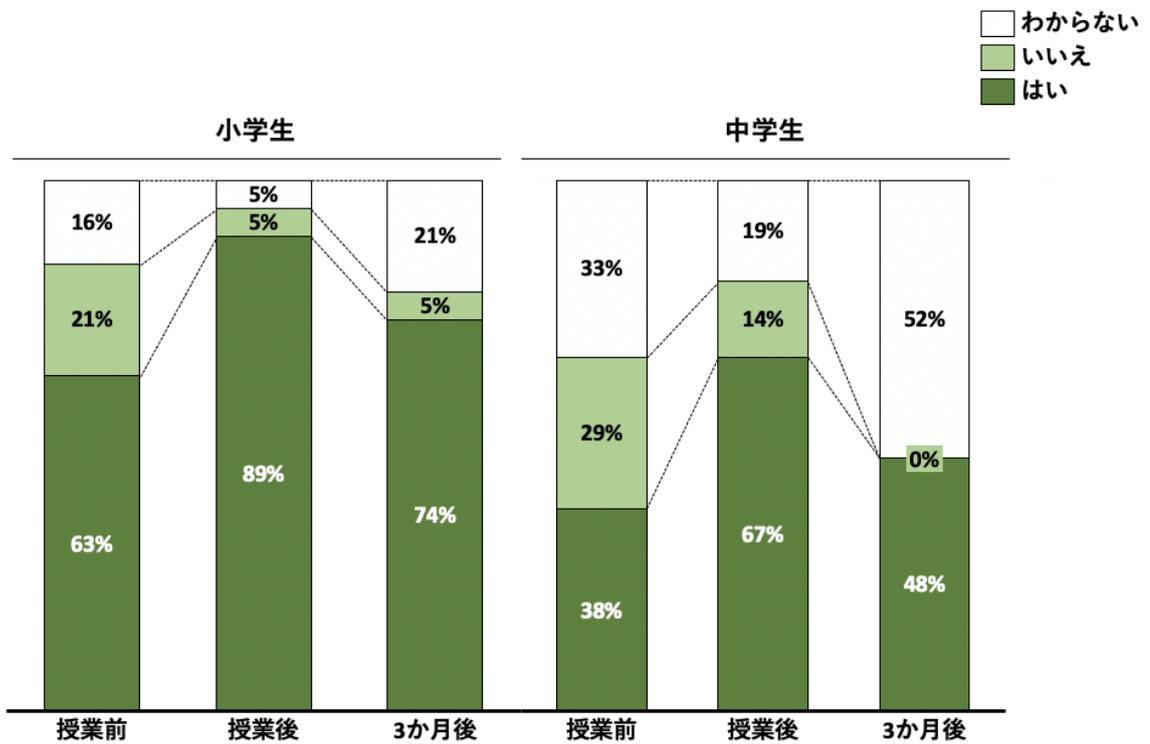
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「たくさんの解決方法を考えられる」に対して期待される回答は「はい」である。
- 問題解決訓練を受講し「はい」と回答した小学生の割合は、授業前の47%に比べて、授業後は79%であり、有意に増加した。

(図 24)

3時点比較

問題解決訓練：問題を解決するために、色々なアイデアを見つけられる
※択一回答



小学生N=19、中学生N=21

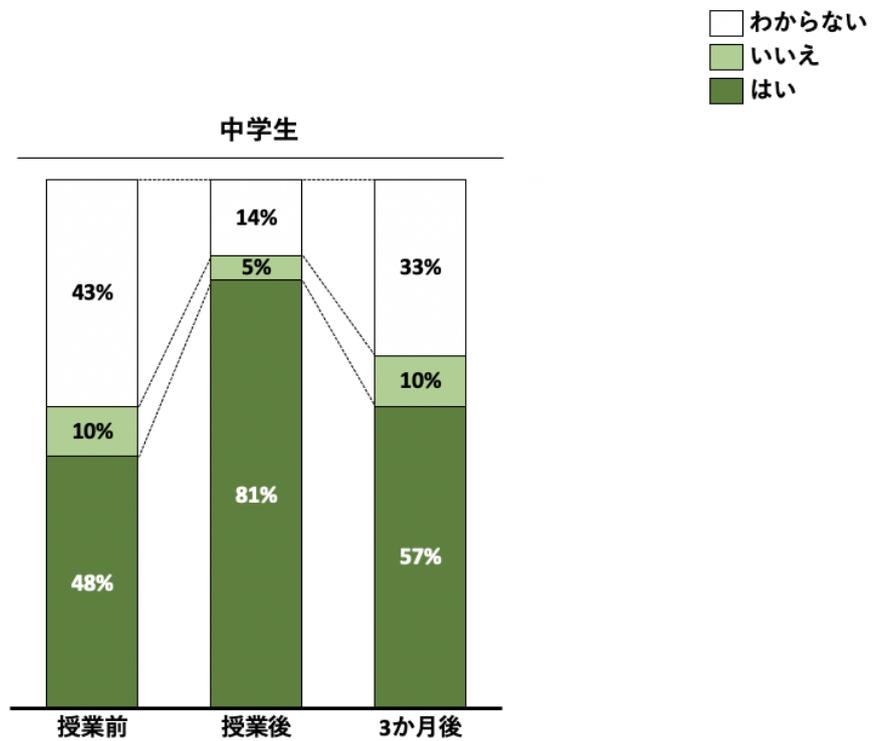
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「問題を解決するために、色々なアイデアを見つけられる」に対して期待される回答は「はい」である。
- 問題解決訓練を受講し「はい」と回答した小学生の割合は、授業前の63%と比べて、授業後は89%であり、有意に増加した。
- さらに、「はい」と回答した中学生の割合は、授業前の38%と比べて、授業後は67%であり、有意に増加した。

(図 25)

問題解決訓練：いくつかの解決方法を比べて、どれがいいか考えることができる
※択一回答

3時点比較



N=21

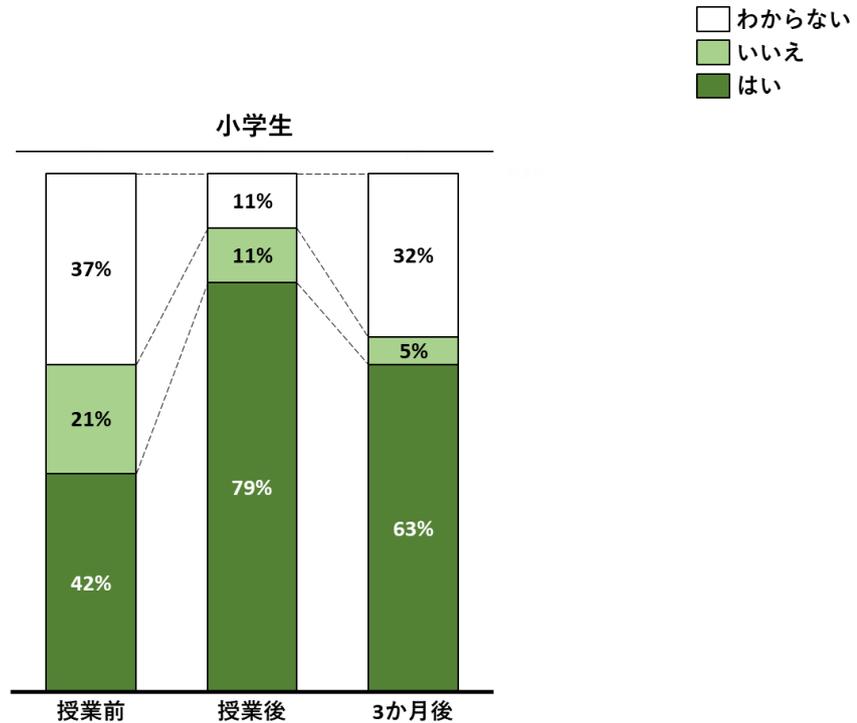
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「いくつかの解決方法を比べて、どれがいいか考えることができる」に対して期待される回答は「はい」である。
- 問題解決訓練を受講し「はい」と回答した中学生の割合は、授業前の48%と比べて、授業後は81%であり、有意に増加した。

(図 26)

問題解決訓練：問題解決のアイデアを実際に行った結果について、考えることができる ※択一回答

3時点比較



N=19

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「後」と「3か月後」で比較し、教育効果による知識向上やその定着度合いを調査・分析した。
- 「問題解決のアイデアを実際に行った結果について、考えることができる」に対して期待される回答は「はい」である。
- 問題解決訓練を受講し「はい」と回答した小学生の割合は、授業前の42%と比べて、授業後では79%であり、有意に増加した。

(図 8～図 26) 小中学生のメンタルヘルス教育効果 (知識) に関する解釈

小中学生ともに、4つ全ての教育プログラムにおいて効果が現れており、各プログラムの特徴を反映した効果も一部うかがえた。今回1回の介入にも関わらず、3か月後も効果が定着しているものが(図 8、図 10、図 11、図 12、図 13、図 14、図 15、図 16、図 18、図 19、図 20、図 21)あった。また、授業後に効果は見られなかったが、3か月後に効果が見られたもの(図 16、図 21)については、授業後すぐに効果が現れるのではなく、効果が出現するには日常生活において学習したことを発揮するなど、時間を要する可能性がある。一方で、授業後に効果が見られたものの3か月後の定着がなかったものもあり(図 9、図 17、図 22、図 23、図 24、図 25、図 26)、継続的に繰り返しフォローアップを実施することが必要であると考えられる。

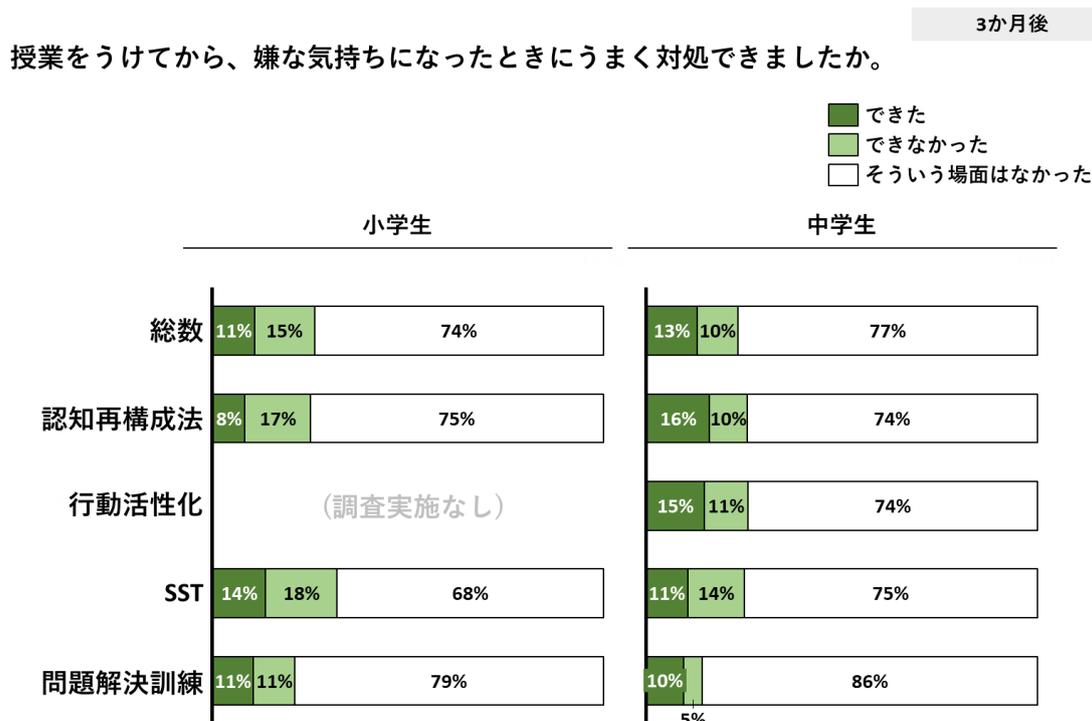
小学生と中学生の効果を比較すると、いくつかの差異・特徴が見うけられた。例えば、問題解決訓練を受

講した小学生においては「たくさんの解決方法を考えられる」（図 23）「問題を解決するために、色々なアイデアを考えられる」（図 24）に効果が出ているのに対し、中学生は「いくつかの解決方法を比べて、どれがいいか考えられる」（図 25）に効果がでている。中学生の方が一歩進んで解決方法の比較ができていることがわかる。

認知再構成法を受講した小学生においては「嫌な出来事があっても、考え方で気持ちをコントロールできる」に効果がでているのに対し（図 10）、中学生は「考え方が変わると、行動も変わることがある」に効果がでており（図 9）、自分の内面への対処法に加えて、実際の行動まで変わることを学んでいることがわかる。

SSTを受講した小学生は効果が見られたが（図 15、16）、中学生は有意な効果が見られなかった。SSTの授業内容としては、対人関係の構築のポイントを扱っており、中学生においては知識としてすでに理解している内容であったことが推察される。その一方で、適切な行動を遂行する際のポイントについて再確認することは重要であり、中学生に対しても SST を実施することは有用であるといえる。

（図 27）



小学生N = 総数65, 認知再構成法24, 行動活性化(実施なし), SST22, 問題解決訓練19

中学生N = 総数107, 認知再構成法31, 行動活性化27, SST28, 問題解決訓練21

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講後 3 か月の調査で、教育効果による行動変容を調査・分析した。
- 「授業を受けてから、嫌な気持ちになったときにうまく対処できた」と回答した小学生は全体の 11%、中学生は 13%であった。これは、「そういう場面があったと認識している小中学生」のうち 40%～50%が実際の行動に移せているといえる。
- 「実際にどう対処しましたか」に対しては、以下の定性的な回答が得られた。
 - <小学生>
 - ✓ 授業で言っていたことを実際にやってみることができた

- ✓ 大きな声を出した
- ✓ スポーツをした
- ✓ つらい気持ちの時に遊んだ
- ✓ けんかでイライラしていた時に解決できた
- ✓ 友達とけんかしたり、関係が上手くいかなかったときにうまく対応できた

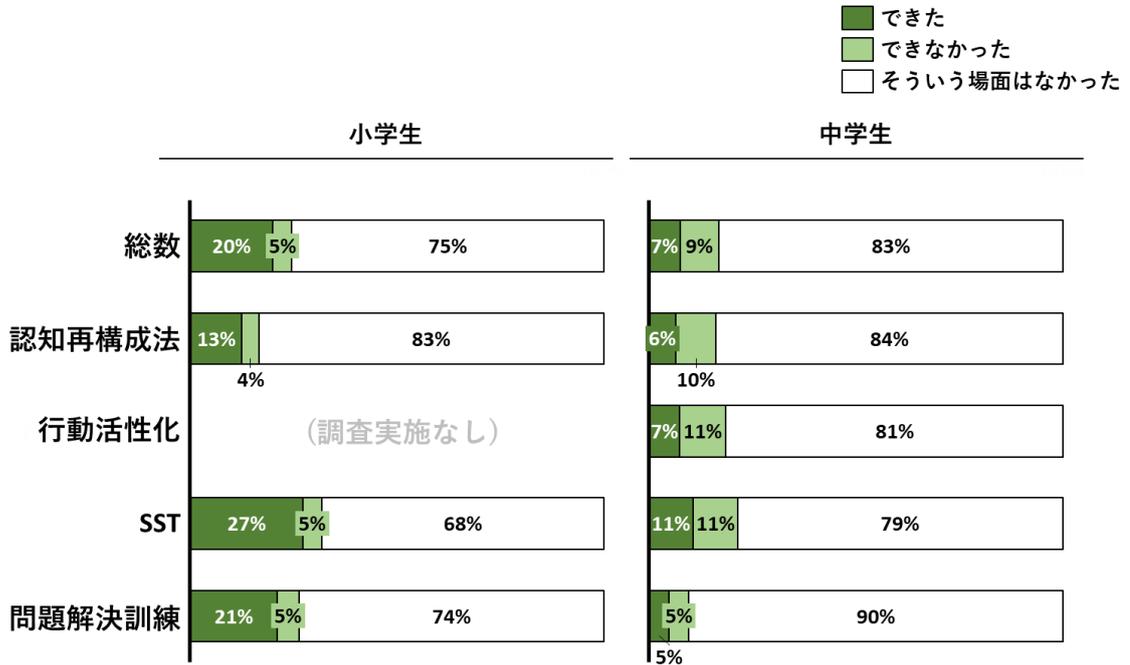
<中学生>

- ✓ 受験勉強が嫌になった時に合格後のことを考えて気分転換した
- ✓ 家族に怒られてしまったのに反抗的な気持ちになってしまったが、自分と向き合うことでうまく対処できた
- ✓ 成績で悩んでいても自分に自信が持てた
- ✓ 一人で感情を収められた
- ✓ 主観的に物事を見ずに楽観的に考える
- ✓ 意見の異なる友人との関係でもやもやした時、友達や親に話を聞いてもらって解決した
- ✓ 考え次第で気持ちが変わるというのを改めて知れた
- ✓ なかなか成績が上がらない時に、自分の好きなことで気を紛らわせた
- ✓ 歌を歌う、ギターを弾くなどして、ストレスがたまる前に発散することができた
- ✓ ネット上での誹謗中傷を見かけて嫌な気持ちになったが、サイトをブロックした。
- ✓ 成績が悪くても悔しい気持ちをピアノで表現したらスッキリした
- ✓ 遠くから呼びかけて反応がなかったが相手に聞こえなかったのだと考えることができた
- ✓ 自分のプレーが上手くいかなかった時、自己分析をすることで、落ちつきを取り戻した。
- ✓ テストの結果が悪くてもすぐに切り替えられた
- ✓ テストの結果が悪かった時、一旦寝て「のびしろがある！」と考えなおした

(図 28)

3か月後

授業を受けてから、困っている友達や家族を助けることができましたか。



小学生N = 総数65, 認知再構成法24, 行動活性化(実施なし), SST22, 問題解決訓練19
中学生N = 総数107, 認知再構成法31, 行動活性化27, SST28, 問題解決訓練21

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講後 3 か月後の調査で、教育効果による行動変容を調査・分析した。
- 「授業を受けてから、困っている友達や家族を助けることができた」と回答した小学生は全体の 20%、中学生は 7%であった。これは、「そういう場面があった」と認識している小学生のうち 80%、中学生のうち約 40%が実際の行動に移せているといえる。
- 「実際にどう対処しましたか」に対しては、以下の定性的な回答が得られた。

<小学生>

- ✓ 友達が泣いたり困っていたりしたときに声をかけた
- ✓ 友達が忘れ物をしたときに励ました
- ✓ 一緒に悩みごとを考えた
- ✓ けんかや迷惑なことがあったときに助けた
- ✓ 「大丈夫だよ」と声をかけた
- ✓ 自分の家族が嫌な気持ちになったときに分かりあったりした
- ✓ 責められている人がいたときに対応できた
- ✓ 落ち込んでいる友達をなぐさめた
- ✓ 友達と話をしてけんかを収めた
- ✓ お母さんがいない時にお父さんなどにご飯を作ってあげた
- ✓ 友達がプリントで困っているときに助けた

<中学生>

- ✓ 進路の悩みがある友達の話をよく聞き、気持ちを落ち着かせ、アドバイスした
- ✓ 一人でなんとかすることを覚えた
- ✓ 受験を早めに迎えて緊張している友達を励まし、元気づけた
- ✓ 相手には相手なりの考え方があるというのが大切と思い、それに寄り添いたいと思った
- ✓ LINE で友達を気にかけて

（図 27～図 28 および定性データ）小中学生のメンタルヘルス教育効果（行動）に関する解釈

小中学生ともに、授業後 3 か月の間において、70%以上が「自分が嫌な気持ちになったことはなかった」（図 27）、「困っている家族や友達を助ける場面がなかった」（図 28）と回答した。実際に、自分自身の不安やストレスに対処できたのは小学生で 11%、中学生で 13%（図 27）、困っている家族や友達を助けることができたのは小学生で 20%、中学生で 7%と限定的であった（図 28）ものの、そのような場面があったと回答している小中学生の 40～50%が実際に対処できたことになる。本当にそのような場面がなかったのか、あるいはそのような場面があったにも関わらず本授業での学びの実践を想起・関連付けできなかったのかについては、さらなる調査で明らかにする必要がある。一方で、定性データにより、その対処法については授業の内容を十分に反映したものであることがうかがえた。

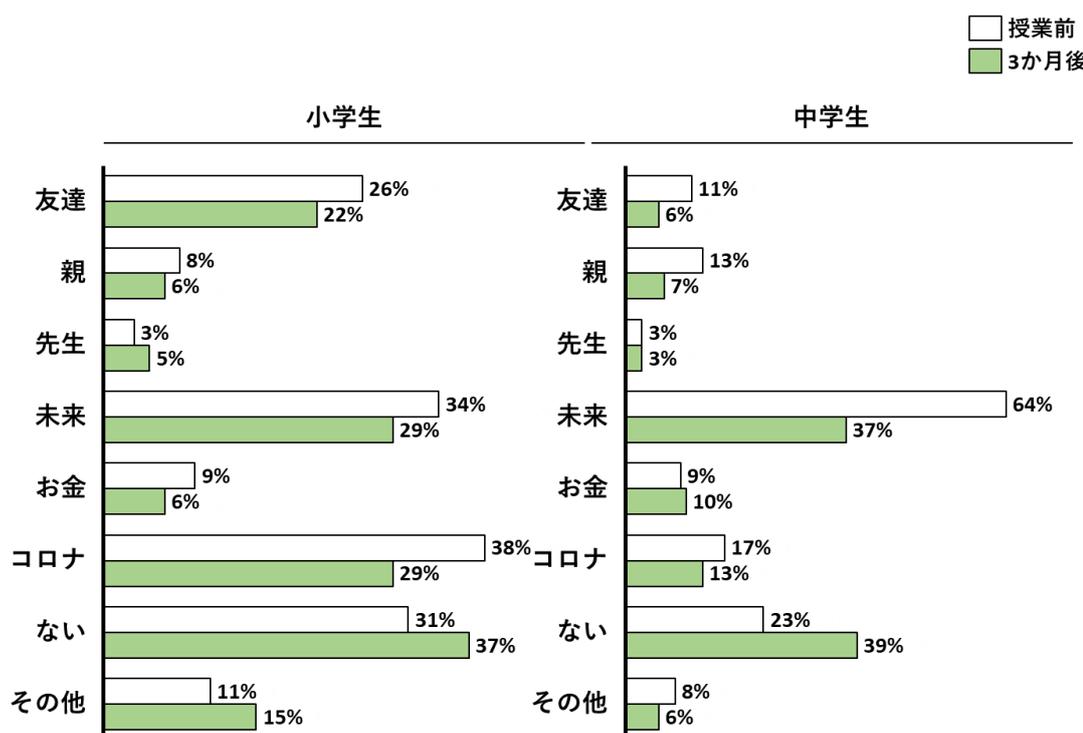
➤ 小中学生のメンタルヘルスに関する支援ニーズ（図 29～31、定性データ）

授業前と3か月後で比較し、小中学生のメンタルヘルスに関する支援ニーズとその変化を調査した・分析した。

（図 29）

今、抱えている不安や悩みはありますか
※多重回答

授業前-3か月後比較



N = 小学生65, 中学生107

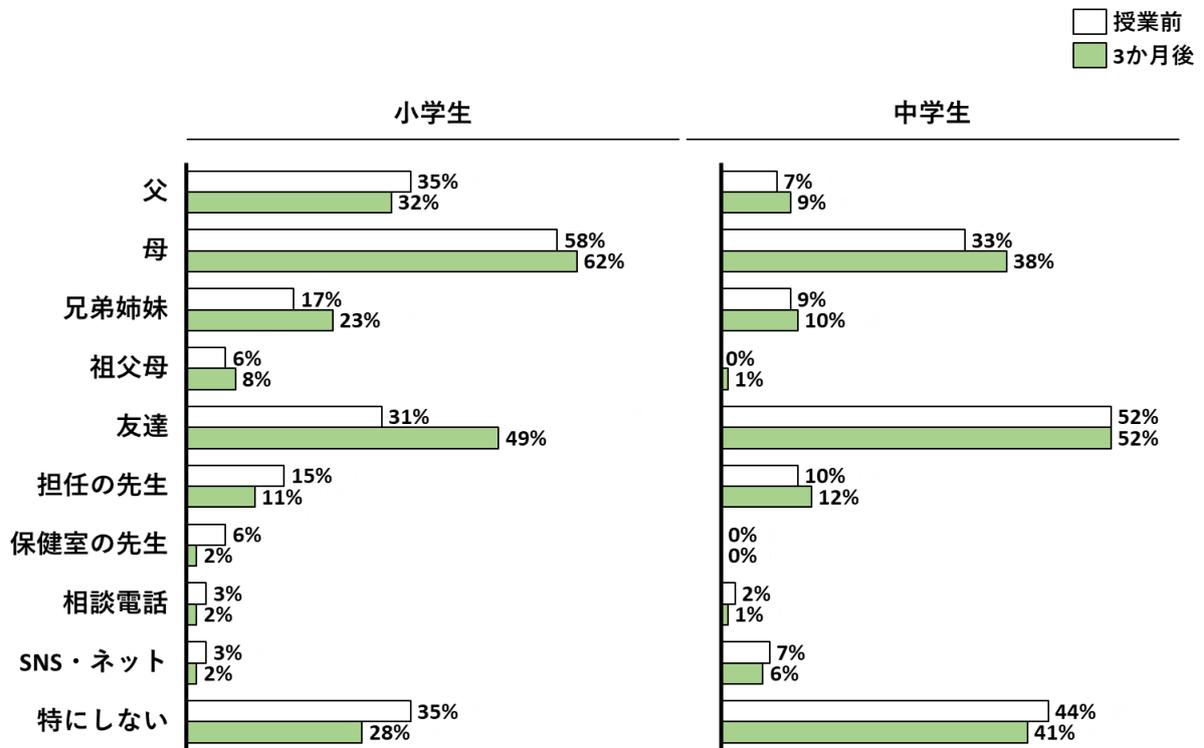
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」（2021）

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「3か月後」の調査で、小中学生のメンタルヘルスに関する支援ニーズを調査・分析した。
- 今、抱えている不安や悩みについては、授業前に小学生の38%が「コロナ」、34%が「未来」、26%が「友達」と回答し、3か月後に37%が「ない」、29%が「コロナ」・「未来」、22%が友達と回答した。
- さらに、中学生では、授業前に64%が「未来」、23%が「ない」、17%が「コロナ」と回答し、3か月後に39%が「ない」、37%が「未来」、13%が「コロナ」と回答した。

(図 30)

すごく嫌な気持ちになったとき落ち込んだりしたとき、誰に相談していますか
※多重回答

授業前-3か月後比較



N = 小学生65,中学生107

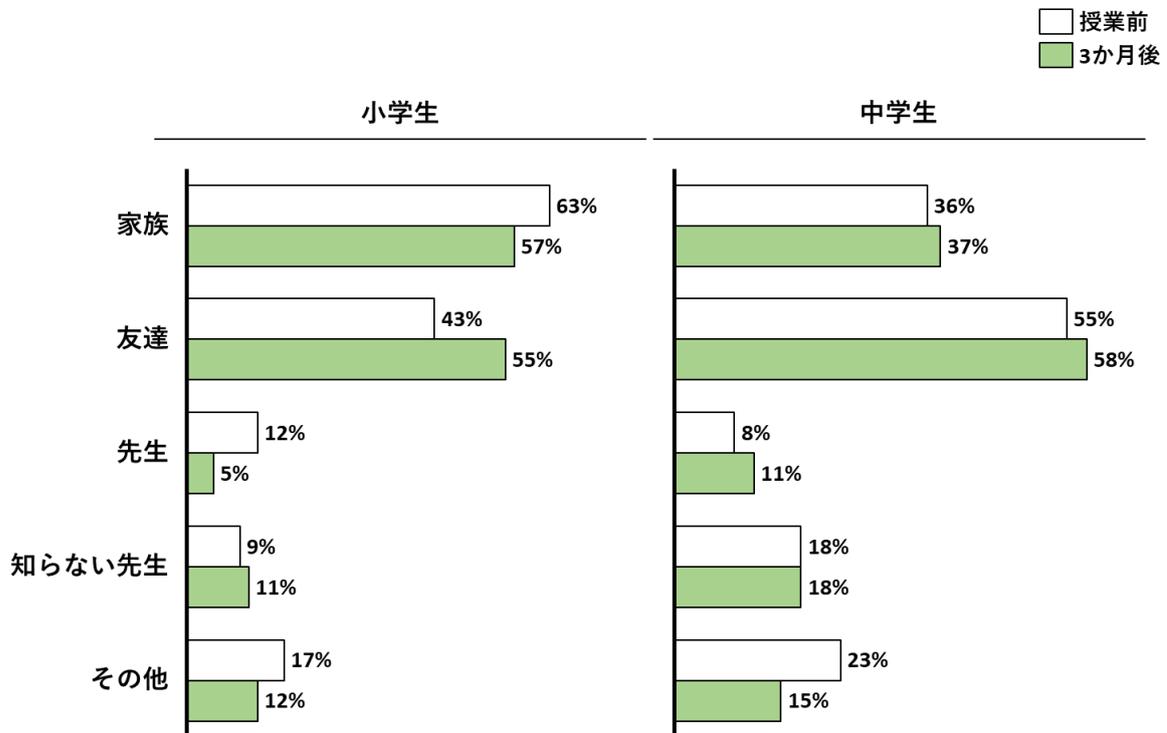
出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「3か月後」で比較し、小中学生のメンタルヘルスに関する支援ニーズを調査・分析した。
- 「すごく嫌な気持ちになったとき落ち込んだりしたときの相談相手」については、授業前に小学生の58%が「母」、35%が「父」・「特にしない」、31%が「友達」と回答し、3か月後に62%が「母」、49%が「友達」、32%が「父」と回答した。
- さらに、中学生では、授業前に52%が「友達」、44%が「特にしない」、33%が「母」と回答し、3か月後に52%が「友達」、41%が「特にしない」、38%が「母」と回答した。

(図 31)

すごく嫌な気持ちになったり落ち込んだときに、どういう助けが欲しいですか
※多重回答

授業前-3か月後比較



N = 小学生65,中学生107

出典：日本医療政策機構「子どもを対象としたメンタルヘルス教育プログラム構築と効果測定調査」(2021)

- メンタルヘルス教育を受講する「前」と「3か月後」で比較し、小中学生のメンタルヘルスに関する支援ニーズを調査・分析した。
- 「すごく嫌な気持ちになったとき落ち込んだりしたときに求める支援先」については、授業前に小学生の63%が「家族」、43%が「友達」と回答し、3か月後に57%が「家族」、55%が「友達」と回答した。
- さらに、中学生では、授業前に55%が「友達」、36%が「家族」と回答し、3か月後に58%が「友達」、37%が「家族」と回答した。

授業から3か月後の「実際にすごく嫌な気持ちになったり落ち込んだときに、どうしていますか」に対しては以下の定性情報が得られた。

<小学生>

【自分で気持ちを切り替えて解決する】

- 自分の楽しいことなどを考えて、気持ちを楽にする
- ポジティブに考えられることは、ポジティブに考えて処理しているが、ポジティブに考えられないときはしばらくそのまま
- あまり気にせずやっていく
- 解決のアイデアを見つける
- 自分で自分なりに考えて、嫌な気持ちを直す。このことはこういうことだと自分なりの解釈で収める
- 楽しいことを考えて「ぼくは運がいい」と思って気を楽にする
- 落ちこんだときは「自分は大丈夫だ。」とがんばって思ったりする
- 違う考え方をしてみたり、あきらめたり、チャレンジし直したりする
- もう一回どうして自分が嫌な気持ちになったかを、考え直してみて、悪いところが見つかったら、忘れて向き直る

【誰かに話したり相談したりして解決する】

- 父や母に言って気持ちが楽になるようにしている
- 友達関係や共通の話題の悩みの時は友達に相談したりする
- 信頼できる人に相談する。自分で我慢するのは、あまりない
- 嫌な気持ちになると学校の日記に書いて相談する
- 友達や、家族、担任の先生に相談している
- 同じ経験がある人に共有してみる

【好きなことをして解決する】

- 自分の好きなことをして過ごす。リラックスする。気持ちを落ちつかせる
- ゲームをしたり、TVをみたり本をよんだり、おいしい物を食べる
- ゆっくり寝て、気持ちを楽にする
- ボールを壁にぶつける。壁をける
- 自分の今やりたいことをやる
- 布団にもぐってとにかく泣く。自転車で遠くまでいく
- 自分の好きなことをして、その不安を小さくする
- 友達に LINE する

【解決できずに困っている】

- この先自分が望む自分になれるか心配になる、苦しむ
- 一人でため込んでしまっている
- わからない、勉強しないといけないから

<中学生>

【自分で気持ちを切り替えて解決する】

- 楽観的にとらえる
- 放っておいて、気持ちがすっきりするのを待つ
- 嫌になった理由を考え、その背景を割り出し、改善策を考える
- 嫌な気持ちになったときはなぜ相手とそうってしまったのか考える。また、どこに原因があったのか振り返る
- 起こった出来事は、必然だと捉えて、原因を探したり、次に向けてマインドを切りかえる
- まず冷静に状況確認し、何が悪かったのか考える
- 一人で精神統一
- 何が嫌か、何で嫌か、自分の中で整理して文章にしている。一人でいる
- 自分を支えてくれる家族や友達のことを考える

【誰かに話したり相談したりして解決する】

- 親や友達に相談して、具体的な解決策がなくても気持ちを楽にしている
- うまくいってそうな友達に相談する
- 毒舌な母と毒舌な会話をする。あえて落ち込んで母の前でふるまうことで、母に怒ってもらって気合を入れる。亡き祖母を思い出す
- 自分が思っていることを友達と話して、前向きに捉えたり共感してもらったりする
- 親友や家族などの信頼できる人に言って意見を聞くというのがすごく私に合う方法だと思う
- まず母・父にあったことを伝え、どんなことがあったのかを理解してもらえたら気持ちが軽くなる。さらには解決するためにどのような道があるか一緒に考え、時にはアクションを起こしてもらうこともある

【好きなことをして解決する】

- ユーチューブで音楽を聞いて楽しい気持ちになる
- サッカーを見る。ご飯を食べる。寝る
- スマホをみたり、ゲームなどで気を紛らわす
- 泣くことで忘れる。放心状態になる
- ストレッチをする。スポーツをして一度頭の中を冷静にする
- うらみつらみをかく。何か投げる。癒されることをする。好きな人の声を聞く
- 嫌な気持ちで、誰かに当たってしまいそうだと感じた時は、ノートに書いてみて落ち着かせる
- 叫ぶ。歌う
- 犬を触る
- 空で雲が動いているところを見て、何も考えずにぼーっとする
- お風呂に入る。読書をする
- 折れた心に鞭を打って勉強する
- ちょっとほしかったものをかう
- 散歩を気が済むまで続ける

【解決できずに困っている】

- ひたすらその嫌なことしか頭に浮かばなくなってしまう。その不安や心配で、何をしている時でも集中力が切れやすくなるパツと忘れる。それが友人関係に関わりそうだったら一人で長いこと悩んでいる
- 特に何もせず1人で抱えこんで引きずる
- 何も言わずに我慢する

（図 29～図 31 および定性情報）小中学生のメンタルヘルスに関する支援ニーズに関する解釈

小中学生ともに、「未来」や「新型コロナウイルス感染症」に対する不安や悩みが大きいことが明らかになった（図 29）。一方で、授業以外の交絡要素の影響を考慮にいれる必要があるものの、3か月後の調査では8項目小中学生で6項目、中学生で5項目が改善されており、授業の効果が示唆される。

支援を求める対象については、小中学生ともに、親や友達が最も多く一般的な傾向であるが、「特に相談しない」と回答した小学生が3か月後でも28%、中学生で41%と（図 30）上位を占めており、人知れず悩みを抱えている小中学生がいることがうかがえる。また、中学生になるとより友達への相談が増えることや、知らない専門家への支援を求める割合も増え（図 31）、メンタルヘルスというセンシティブなテーマを扱う上で、ソーシャルワーカーや心理師等外部の支援体制構築も効果的である可能性がある。

➤ 教諭への調査結果

小学校の教諭3名、中学校の教諭1名に調査を実施したところ以下のような回答が得られた。

- 教諭が感じる子どものメンタルヘルス課題に関して、全ての教諭が「これまで子どもの心の健康に課題を感じたことがある」と答えた。具体的には、子どもの認知・自己肯定感における課題、子どもに過度な期待を抱く保護者へのアプローチ、新型コロナウイルス感染拡大下での人間関係構築が挙げられた。
- 上記、小中学生への調査結果の通り今回の授業を通じて、知識習得や行動変容が現れた一方で、回答のあった3名の教諭の全てが3か月後の調査において「子どもの行動に変化は見られない」と答えた。一方で、「継続していくと効果がありそう」、「授業の種類は様々な子どものニーズに合わせて選択できるとよい」とフォローアップの必要性に関する回答があった。
- 教育ニーズに関して、回答した全ての教諭が「今回のような授業は子どもにとってニーズがあると思う」と答えた。特に、「良好な対人関係の構築に生かせること」、「心の成長を促進できること」、「問題対処の方法を習得できたこと」、「表現方法を習得できたこと」について複数名から評価があった。また、メンタルヘルスの授業を「必須科目とすべき」（2名）、「選択科目とすべき」（1名）という意見も挙げられた。
- 教諭によるこのようなメンタルヘルス教育頒布の可能性に関しては、全ての教諭が「他の教諭にも広く受け入れられる」、4名中3名が「自分自身で実施できる自信がある」と答えた。その際の支援（※多重回答）として、資料の共有（4名）、相談できる専門家との

連絡窓口の設置（3名）、教授法に関するガイドブック（2名）、専門家による教授法の講義・e-learning（2名）を求める声があった。

- メンタルヘルス予防支援において求める教諭への支援策としては、「スクールカウンセラー以外の身近な専門家が相談者としているとよい」「例えば、授業作りの際の、事例や具体例についても相談できると準備しやすい。生徒の相談や親との関係も含め話ができる環境があるとよい。」という声があった。また「身近な教諭より、専門家の方が子どもにとっても相談しやすい可能性がある」という意見もあり中学生のニーズを踏まえると、年齢が上がるにつれてそのような外部専門家のニーズがより高まる可能性がある。

6.4. 見解

本調査結果より、メンタルヘルス教育へのニーズが小中学生、教諭ともに高いことが明らかになっただけでなく、不安やストレスへの対処に有効であったことが示唆された。その一方で、授業で習得した知識の定着や行動・実践においては、継続的な教育の実施やフォローアップが必要であることがうかがえた。これらの結果を踏まえ、調査チームの見解や今後推進すべき施策を以下に示す。

1. 授業の効果について

以上の結果から、90%以上の小中学生に対して、メンタルヘルス教育の授業は授業で扱った内容の理解や実践に対して有効であったとの回答が得られた。今回は、各1回（小学校45分、中学校50分）の限定的な時間であったにもかかわらず、一定の効果が得られたことは、対象となった小中学生にとってもニーズが高く、また内容的にも適切なものであったと理解できる。

その一方で、メンタルヘルスプログラムの効果を担保するためには、1回の授業だけで有効性が高まるというよりも、授業を1つの機会とし、日常生活に根差した活用を促進させることが不可欠であると考えられる。そのため、小中学生と日常的に関わり、特徴を把握したり支援を提供したりすることが比較的容易である担任等が、心理学の専門家である公認心理師と連携して進めることが望ましい。しかしながら、現状では教師側も公認心理師側も、十分にメンタルヘルスプログラムの実施についての専門性が担保されているとは限らない。そのため、教諭や公認心理師を対象としたメンタルヘルスプログラムの展開のための研修もあわせて実施していくことが今後求められる。

さらに、今回の調査では授業後3か月後まででの検討にとどまっている。より長期の効果の維持に関する検討や、効果を維持するための工夫、日常生活の様々な場面での般化のための支援等、担任教諭らとも連携し実践することが必要である。

2. 授業に対するニーズについて

通常、学校に継続して登校することができている小中学生が対象となっているにもかかわらず、小学生の69%、中学生の77%（図29）が、同様の授業に対するニーズを感じていることが明らかになった。このことを踏まえ、さらにどの小中学生にもメンタルヘルス不調や、それが重篤化した際の不登校等のリスクを抱えていること考えると、予防的な観点からも、このような授業実践を全ての小中学生に対して、定期的

に提供する仕組みづくりが必要であることが再確認された。

3. 抱えている不安や悩みについて

授業前後で不安や悩みを抱えている小中学生の数が減少している結果が得られた。授業で扱った内容を活用することで、不安や悩みに対応できた可能性がある。今回の介入のように、ワーク等を通して1人1人の抱えている悩みに具体的に焦点をあてて取り組むことで、小中学生が解決策を習得することができることが期待できる。

4. 嫌な気持ちになったときの助けについて

依然として、友達や家族をサポート源とする回答が多いことを踏まえれば、今回の介入のように、日常生活をともにするクラスメイトと、同じ内容の授業を受けることで、対処方法や解決策を共有することは、通常時の相互支援にも活用することを促進することができると期待できる。

7. 専門家会合

産官学民の専門家を一同に会し、子どものメンタルヘルス課題に対する政策推進を目的に、2回会合を開催した。

7.1. 第1回専門家会合

ルヘルスに対するライフコースアプローチを考える」

子どものメンタルヘルスについて、教育・医療・行政・地域等の各分野、そしてその横断的な連携を通じて、妊産婦、そして幼少期から大人になるまで、子どもの心の健康をライフコースで支援していくための社会のあり方について、議論を深めた。

日時： 2021年12月16日（木）18:00-20:00

会場： オンライン形式（Zoom ウェビナーを使用）

主催： 日本医療政策機構

プログラム（敬称略）

18:00-18:05 開会・趣旨説明

18:05-18:25 基調講演1「『チルドレン・ファースト』社会の実現に向けて」

自見 はなこ（参議院議員／小児科医）

18:25-18:55 基調講演2「子どものメンタルヘルスを育む社会に必要な視点

～ライフコースアプローチ～」

神尾 陽子（お茶の水女子大学 人間発達教育科学研究所 人間発達基礎研究部門客員教授）

19:00-20:00 パネルディスカッション「子どものメンタルヘルス教育と

サポートシステムの構築～ライフコースアプローチで考える～」

パネリスト：

石川 信一（同志社大学 心理学部 教授）

小塩 靖崇（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 常勤研究員）

蟹江 絢子（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター

客員研究員／株式会社ジョリーグッド 上級医療統括顧問）

児島 正樹（厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 精神医療専門官）

神尾 陽子

モデレーター：

吉村 英里（日本医療政策機構 シニアマネージャー）

基調講演1「『チルドレン・ファースト』社会の実現に向けて」

自見 はなこ（参議院議員／小児科医）

- 子どもを取り巻くメンタルヘルスの課題解決のためには、対応する役所の一元化と関連予算の確保が大きな課題であった

日本において子どもを取り巻く多くの課題があるなかで、対応する役所はそれぞれ異なり、司令塔が不在であることによる課題が指摘されてきた。児童生徒の自殺者数は 499 人（統計開始以来過去最多）、子ども精神的幸福度は OECD38 カ国中 37 位など、この新型コロナウイルス感染症拡大下において、事態はさらに深刻度を増している。こうした状況にもかかわらず、日本の子ども関連予算は、デンマーク、スウェーデン、英国に比べて半分の水準でしかない。

➤ **チルドレン・ファーストの実現に向けて、専門家のみならず一般市民、地方の声も数多く取り入れて
こども庁⁸創設の議論を実施してきた**

2018 年 5 月に超党派の「成育基本法推進議員連盟」（事務局長：自見はなこ）を発足し、成育基本法は異例のスピードで同年 12 月に成立した。同法には、妊産婦のメンタルヘルスに関する支援、思春期の自殺の課題、児童虐待の発生予防・早期発見の促進等に光を当てるとともに、検討事項として「総合的に推進するための行政組織等の在り方」を盛り込んだ。これが、こども庁創設の議論へとつながっていく。

2021 年 2 月には、こども庁の創設に向けて「Children First の子ども行政のあり方勉強会」を立ち上げた。これまでに数多くの勉強会を開催し、日本の第一人者の講師からのヒアリングに加え、一般市民、地方議員、地方公務員の声アンケートで収集し、知事会からの要望も含め提言に反映している。これまでの勉強会の開催実績、提言、アンケート結果、呼びかけ人等は、「[こども庁の創設に向けて](#)」⁹特設ウェブサイトで公開している。

➤ **子ども課題の解決のためには、「専任大臣設置」、「強い調整機能権限」、「子ども関連予算の一元的策定と確保」、「包括的な子どもの権利条約」、「エビデンスに基づく政策立案と実践の展開」が重要な 5 項目である**

第二次提言では、①専任大臣設置、②強い調整機能権限（調査、課題設定、施策立案、解決実施）、③子ども関連予算の一元的策定と確保、④子どもの権利条約を包括的に取り扱う、⑤ EIPP（Evidence Informed Policy and Practice：エビデンスに基づく政策立案と実践の展開）を基本的考え方とし、従来の縦割り×横割り×年代割りのバラバラな行政組織から、府省庁、市区町村と都道府県、年代割りをつなぐ「子ども課題解決のプラットフォーム」として機能する組織への転換を示した。

➤ **Children First の社会の実現に向けての今後の期待**

2021 年 6 月には、未来を担う子どもの安心の確保のための環境づくり・児童虐待対策が盛り込まれた経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2021 が閣議決定し、翌 7 月、加藤官房長官をヘッドとする「子ども政策の推進に係る作業部会」が発足した。さらに 9 月、内閣官房「子ども政策の推進に係る有識者会議」が設置され、11 月に岸田総理大臣へ報告書が手渡された。この 12 月、「こども庁」の創設に向けた基本方針が閣議決定される見通しである。

⁸ 本会合開催後の 2021 年 12 月 21 日に、「こども家庭庁」に関する基本方針が閣議決定され、2023 年に創設されることに決定。本報告書では、会合開催時点の呼称に則り、旧称「こども庁」と表記

⁹ 自見はなこ国会事務所「こども庁の創設に向けて」<https://www.child-department.jp/>（アクセス日 2022 年 3 月 16 日）

Children First の社会の実現に向けて、日本財団、日本医療政策機構の関係者の皆様にご尽力いただいていることに心から感謝を申し上げたい。全ての子どもたちが、すくすく、のびのび、たくましく、個性を發揮していける社会に向けて努力を続けていきたいと考えている。

基調講演 2

「子どものメンタルヘルスを育む社会に必要な視点 ～ライフコースアプローチ～」

神尾 陽子（お茶の水女子大学 人間発達教育科学研究所 人間発達基礎研究部門 客員教授）

➤ **子どものメンタルヘルスの課題は、大人の社会生活にかかわる重要課題であり、近年は予防や早期対応に注力する「公衆衛生モデル」へパラダイムシフトを遂げている**

世界保健機関（WHO：World Health Organization）は、メンタルヘルスとは、人が考え、感じ、行動することに関わっており、日常のストレスをやり過ぎ、人とかわり、自分らしい選択をする「バランスのとれた状態」と定義している。

つまりメンタルヘルスは、精神疾患にかかっていない状態を指すものではなく、子どもから大人まで、全ての人がある当事者といえる。従来の取り組みは、深刻なケースだけを対象とする医療モデルであったが、近年は、全ての人を対象とする予防、早期対応に注力する公衆衛生モデルへと考え方が大きくシフトしてきた。

子どものメンタルヘルスの課題は、大人の社会生活にかかわる重要課題である。2人に1人は生涯でメンタルヘルスの課題を経験し、5人に1人の子どもがメンタルヘルスの課題を抱えているという報告結果がある。また、うつ病や不安症の成人の約半数は、児童期に初発しており、たとえ一時的で診断レベル未満の課題であっても、対処しなければ、成人後、メンタルヘルスのみならず、身体の健康、司法、経済、社会生活など広汎にダメージを与え、自殺リスクを高めることが指摘されている。

先進諸国の施策には、“No health without mental health”（メンタルヘルスなくして健康なし）というキャッチコピーが見られるが、こうした研究データを踏まえると、“No life without mental health”（メンタルヘルスなくして生活なし）ともいえるであろう。

➤ **メンタルヘルスの課題を「生物-心理-社会モデル」で理解し、当事者を中心とした、予防、早期対応、教育などの長期的な制度設計が重要である**

ゲノム医療が進展する現代において、遺伝的な多様性の課題は、もはや常識になっている。メンタルヘルスは、数十年前から提唱されている、健康の「生物-心理-社会モデル」で考える必要がある。つまり、生物学的、心理的、社会的な側面はすべて密接していて、それらを統合して考える必要がある。このことから、施策の分断が大きな支障を及ぼすことは明らかである。

2020年6月、渡辺美代子前日本学術会議副会長と「新型コロナウイルス感染拡大で顕在化してきたメンタルヘルスの課題：収束期そして収束後に向けて」と題し、対談を行った。新型コロナウイルス感染症拡

大下ではやはり、身体、経済の課題の後からメンタルヘルスの課題が表面化した。その際に強調した点は、それまでもそこにあった課題が、子どもや女性といった弱い立場の人で強調されて現われただけに過ぎないという点である。

必要なことは、給付金といった一時しのぎの対応だけでなく、エビデンスに基づいた長期的なメンタルヘルス対策の制度設計である。未来を見据えた予防、早期対応、メンタルヘルス教育（科学的知識とスティグマの払拭）などの長期的観点が含まれなければ、SDGs に沿った政策にはなり得ない。課題を切り分けて別々の部署で対応するのではなく、人を中心としたメンタルヘルスケアの仕組み（多領域・多職種連携）が必要である。そうでなければ、サービスがあっても、アクセスすることができない。

➤ **プライマリケアにおけるメンタルヘルスの課題は、初診年齢の遅れ、専門機関への過度の集中による診察の長期待機、多職種との連携不足等があげられ、ライフコースアプローチの重要性が益々求められている**

児童精神医療への初診に関する全国実態調査から窺える日本の実情（日本児童青年精神医学会総会, 2019）として、初診時年齢が就学前から中高年と幅広く、特に女性の診断時期が遅れる傾向があげられる。多くのケースで発達障害の併存が認められ、メンタルヘルスの包括的診断と治療が重要となっている。また、医療機関は学校への意見書や診断書作成などに追われている現状がある。

質的課題としては、プライマリケアにおけるメンタルヘルス対応が挙げられる。量的課題として、専門機関への過度の集中から診察の長期待機が慢性化している。また領域間の分断により、教育・福祉等多領域との縦・横の情報共有の困難が生じている。

ライフコースを通じたエビデンスが示す子どものメンタルヘルスの重要性については、日本医療政策機構が 2020 年 7 月に発表した「メンタルヘルス 2020 明日への提言～メンタルヘルス政策を考える 5 つの視点～」にも示されている。さらに、臨床精神医学（2021 年 9 月号）では、「ライフコース全体で考えるメンタルヘルス」が特集された。

メンタルヘルスを理解するためには、スペクトラム（横の連続性）とライフコース（縦の連続性）という 2 つの視点が欠かせない。こども庁の基本方針には、ライフコースを見据えた「予防」という文言を含めていただきたいと考えている。

➤ **子どものメンタルヘルス政策にライフコースアプローチを取り入れるためには、省庁横断によるギャップの解消が必要であり、さらなる学校でのメンタルヘルス教育の導入や、地域で包括的に支援ができる仕組みづくりの促進が求められる**

今後の子どものメンタルヘルス施策への提言として、これまでの児童青年メンタルヘルス施策は、研究事業は厚生労働省および日本医療研究開発機構（AMED: Japan Agency for Medical Research and Development）や文部科学省、母子保健施策・子どもの心の診療研修は母子保健課、発達障害者支援施策（かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業や発達障害専門医療機関待機解消事業など）は障害児福祉課、学校メンタ

ルヘルスは文科省というように行政担当部署が分断され、ギャップが生じていた。そこで、限られた資源を効率的に、エビデンスに基づいて配分する必要がある。

「健やかな次世代育成に関する提言」（日本学術会議 臨床医学委員会 出生・発達分科会 2014.8.21）では、「子どもの心の健康対策の推進」のためには、子どもの心の課題への国民的関心の惹起と偏見の排除が不可欠と指摘している。そして、子どもへのメンタルヘルス学校教育の導入推進が求められる。また1次対応（プライマリケア）の人材育成が必要であり、これにより紹介数、処方、医療コスト減が期待できる（Cochrane Review, 2010）。

さらに、予防・治療法開発のための包括的研究体制の創設（情報収集と共有のあり方についての社会の合意形成、ビッグデータ活用）、子どものメンタルヘルスの課題にも対応した地域包括ケアのネットワーク構築（医療保健・福祉・教育）を推進しなければならない。

子育て支援、発達支援、就労支援にわたり、一次医療・保健（かかりつけ医や園医・校医）、二次医療（診断）、三次医療（専門機関）の役割分担と補完的連携によって、効率的な支援が可能となる。教育と医療経済との望ましい連携としては、学校内でエビデンスに基づいた専門的知見からのケアができ、学校外のサービスに偏らないあり方を目指すべきと考えている。そして医療機関に行った後も、PDCA サイクルを回していける余裕のある取り組みが求められる。

パネルディスカッション

「子どものメンタルヘルス教育とサポートシステムの構築 ～ライフコースアプローチで考える～」

「メンタルヘルスを自分ごと」にできる機会の提供を

小塩 靖崇（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 研究員）

➤ 近年の新学習指導要領には、小中高を通してのメンタルヘルスに関する内容が拡充されており、2022年度からは高校保健体育において「精神疾患の予防と回復」が扱われる

新学習指導要領から、小中高を通じて心の健康、メンタルヘルスに関する内容が拡充されている。小学5年生（2020年度から開始）では、心の健康の目標として「心の発達及び不安、悩みへの対処について理解できるようにする」から「理解するとともに、簡単な対処をすること」に変更された。中学（2021年度から開始）では、これまで中学3年生で扱っていた「健康な生活と疾病の予防」を1～3年生に分けて実施することになっている。

高校保健体育では、2022年度から「精神疾患の予防と回復」が扱われる。既に「こころの健康教室 サニタ」という映像教材（アニメ）がウェブ上で公開されている。ストーリー、ドキュメンタリーを用いた感情へのアプローチにより、思春期の若者におけるメンタルヘルスリテラシーの向上や、スティグマの軽減を目指している。またサニタでは、精神疾患を経験した人の話を聞くインタビュー映像も視聴できる。

➤ **子どもの行動変化に影響を与えうる、学校以外の周囲の大人のメンタルヘルスリテラシーの向上も同時に求められる**

学校におけるメンタルヘルスリテラシーの教育によって、精神疾患やその対処に関する知識の向上、精神疾患そのものや経験者に対する態度の改善、「不調時には相談する、手を差し伸べる」という行動の変化などが期待される。ただし実際の行動の変化には、その他の要因・要素も影響するため、教諭、保護者、地域住民、かかりつけ医など、周囲の大人のメンタルヘルスリテラシーの向上も同時に求めている。

現在「よわいはつよいプロジェクト」は、「アスリートの、アスリートによる、みんなのためのメンタルヘルスプロジェクト」として、日本ラグビーフットボール選手会との取り組みを推進している。このよわいはつよいプロジェクトでは、不調を含めて心の状態を受け入れることや、一人で耐えるのではなく信頼できる人と支え合うこと、共に課題を解決して前に進む、といった心のあり方について、影響を与えられるアスリートが発信している。

学校で実施するメンタルヘルス予防アプローチ

石川 信一（同志社大学 心理学部 教授）

➤ **近年の学校におけるメンタルヘルス予防プログラムの一部には、マンガによる導入やグループ活動などにより、子どもが無理なく学べる工夫が施されている**

学校におけるメンタルヘルス予防プログラムの研究推移として、2000年に学校ベースの集団社会的スキル訓練、2008年には抑うつ防止プログラム、2014年からはメンタルヘルス予防プログラムを実施してきた。学校の先生が、教室内の授業形式で、全ての児童生徒対象に保護要因を増進するための心理社会的支援をエビデンスに基づいて実践（EBP: Evidence-Based Practice）している。

令和2年度の国立研究開発法人科学技術振興機構 社会技術研究開発センター(RISTEX:

Research Institute of Science & Technology for Society) によるSDGsの達成に向けた共創的研究開発プログラム(SOLVE for SDGs)に、「幼児から青少年までのレジリエンス向上を目指したプログラムと人材育成体制づくり」(研究代表者:石川信一)が採択された。指導案とワークシートの準備、マンガによる導入、キャラクター例示による課題の提示、メタファーを用いた前向きな説明、グループ活動の重視などにより、子どもたちがメンタルヘルスに関する対処法を無理なく学べるよう工夫している。

➤ **近年では、子どもを対象とした教育介入による自己効力感の向上や、全般的な困難さの低下などのエビデンスの蓄積も進んでいる**

例えば、小学校8校、4~6年生396名(Oka et al., 2021)が参加したトライアルでは、全体の効果として、自己効力感、社会的スキルの向上、全般的な困難さの低下といった有意な効果が示された。さらに自閉的特性が高い群でも同様に、自己効力感の向上、全般的な困難さの低下といった有意な効果が認められた。

また自閉的特性が高い群に対しては、研修未実施の比較的薄い介入でも一定の効果があること(Kishida et al., under review)や、新型コロナウイルス感染症の影響による一斉休校後のトライアルにおいて、全体で

も不安は有意に低下しているが、特に不安が高い群において高い効果が見られている。

➤ **メンタルヘルス予防の普及においては、その目的、実施主体、導入の時期や期間を明確にし、エビデンスに基づいた取り組みが採用されることが重要である**

こうした全ての人に対する支援（Universal Prevention）は、教育、福祉、医療といったさまざまな場面で提供することができる。メンタルヘルス予防の普及の課題として、まず診断横断的アプローチ、初発予防、リスク予防など「何を目的とするか」を明確にすることが大切である。また教師、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「誰が実施するか」、教育、心理、福祉、医療といった「どの領域で実施するか」、どの学年から「いつ導入するか」、「いつまで追跡するか」といった課題もある。特に「どのような取り組みを採用するか」については、エビデンスに基づいて検討されるべきである。

デジタル医療で「人」に寄り添う

蟹江 絢子（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 客員研究員／株式会社ジョリーグッド 上級医療統括顧問）

➤ **全世代を通じた切れ目のないアプローチのために、デジタル医療が大きなポテンシャルを有している**

全世代を通じた切れ目のないアプローチをする場合、全員に寄り添うことができないという課題に直面する。それを解決するのが、デジタル医療だと考えている。「デジタルで人の温かさをどう作るか」という問いについて、私が経験した事例を紹介したい。

1 つ目の事例は、妊娠中・産後の母親のパートナー、つまり父親へのソーシャルネットワークサービス LINE による介入である。父親のうつ病は 1 割程度と、妊娠・産後のうつ病 1~2 割に比べてけっして少なくない。周産期の精神疾患は養育の質の低下や虐待リスクを増加させ、子どもの神経情緒発達の遅れや精神疾患の発症リスク増加につながる。

父親はメンタルヘルスの課題において援助を求めにくいということが分かっており、テキストメッセージでの介入が有効とする豪州の研究が報告されている。LINE であれば、毎回援助を求めなくても、メッセージが勝手に送られてくるため有効と考えた。きずなメール・プロジェクトでは、妊娠週数や産後の週数に合わせた医学的に正しい、かつ優しい文章を LINE 等で配信していた。

そこで、国立神経医療研究センター（NCNP）認知行動療法センターときずなメール・プロジェクトの共同研究として、「テキストメッセージングによる周産期の父親のメンタルヘルス向上のためのランダム化比較試験」を行った。デジタルでつくる「人の温かさ」として、ユーザー属性に合わせて、最適なタイミングで、専門家監修の優しいメッセージを父母に届けることができる。

2 つ目の事例は、中高生を対象としたスマホアプリによる介入である。中学生・高校生 2 万人を対象にした思春期アンケート調査によると、中高生の悩みは、「成績」「将来の進路」「身体」「友だちとの関係」

に関するものが多く、過去に自殺を試みた中高生は5%と多いという現状が明らかになった。

アプリのレスポンスは、ネコのキャラクターが思春期の子どもの悩みを解決する内容で、LINEのように読みやすい工夫をしている。認知行動療法のエビデンスに基づいた情報に基づき、日々の記録ができるようになってきている。デジタルでつくる「人の温かさ」として、24時間寄り添い自殺を防ぐとともに、自分のストレスや感情に気づき、対処や援助を求めるスキルを早期に身につけることができる。

3つ目の事例は、子どもの自閉スペクトラム症のソーシャルスキルトレーニング（SST）をバーチャルリアリティ（VR）で支援するというものである。VRでの現実空間を教材とし、友達との会話、上司とのやりとり、トラブル対応など、安心して失敗できるVR空間で繰り返し練習し、自己理解を深め、対応方法を学ぶことができる。また、進行を自動化することによって、支援者は、経験や能力によらず本当に必要な関わりに集中することができる。

➤ **人の温かさを届けられるデジタル医療の活用を進めることで、人でしかできないものに人が注力できる仕組みを実現していくことが可能である**

今後のメンタルヘルスケアにおいて、人の温かさを保ちながら、より多くの人に寄り添うには「デジタルで人の温かさをどう感じさせるか」がキーとなる。毎日タイムリーなメッセージが届く、24時間そばで見守る、安心安全な空間をつくる、といった人間ではできないことをデジタルで提供していく試みも重要である。こうしたデジタル医療を通し、「人の暖かさ」を届けることはできる。

しかし、けっしてデジタルで代替されない最後に残るものがある。それは、共感、気遣い、ハグをすることである。切れ目のない支援のためには、デジタル医療で可能なことは代替し、能力や経験を問わず、人が目の前の人に集中できることで、より優しい未来を実現することができる。

児童・思春期精神疾患の概要

児島 正樹（厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 精神医療専門官）

➤ **近年、児童・思春期の精神疾患患者数は増加傾向であり、疾患の分類も発達障害等、統合失調症、神経症性障害など、成人に比べて多様である**

児童・思春期精神医療は、主に20歳未満の心の課題を対象としている。発達障害やうつ病等の精神疾患以外に、「不登校」「3歳になっても話さない」等の理由で受診する場合もある。学校や児童相談所など他機関との連携が求められ、実践されていることが多い。

20歳未満の精神疾患総患者数（疾病別内訳）を見ると、平成29年に医療機関を継続的に受療している20歳未満の精神疾患を有する総患者数は27.6万人であり、平成11年の総患者数の11.7万人から増加傾向にある。特に発達障害などを含む「その他精神及び行動の障害」が増加している。

20歳未満の精神疾患在院患者数（入院形態別／疾患分類別）は、若干増加傾向にある。その要因の1つ

として、児童・思春期の精神医療に対応した入院病床の増加が挙げられる。20歳未満の精神疾患在院患者（調査日時時点で精神病床に入院していた患者）においては、心理的発達障害（発達障害等）、統合失調症、神経症性障害など、疾患分類が成人に比べて多様である。

➤ **国の政策としては、思春期精神保健研修の実施や、診療報酬において児童・思春期精神科入院医療管理料が設けられる等の積極的な取り組みが行われている**

政策動向として、厚生労働省は平成13年度より、児童思春期の心の課題に関する専門家を養成するために、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等を対象に「思春期精神保健研修」を行っている。平成24年度より、診療報酬において児童・思春期精神科入院医療管理料が新設され、平成28年時点では、19都道府県に所在する医療機関において算定されている。

医療提供体制に関する検討課題としては、第7次医療計画において、児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にする必要があること、また、児童・思春期精神疾患に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進のため、地域連携拠点機能及び都道府県連携拠点機能の強化を図る必要があり、この際、「思春期精神保健研修」を活用することが挙げられている。

こころの健康づくり対策事業「思春期精神保健研修」では、児童・思春期精神保健の網羅的な系統講義、グループディスカッション等の実践的研修、「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」についての全般的研修が実施されている。

ディスカッションテーマ①

ライフコースアプローチによる子どものメンタルヘルスの重要性と課題

➤ **子どものメンタルヘルスの予防には、幼少期からの年齢に応じたソーシャルスキル教育の実施が重要である**

ソーシャルスキル教育を実施している幼稚園や保育園もある。幼い頃から仲間関係の作り方などを学び、それをベースにして、小学校で自分の言いたいことを主張するといった場面に活用することができる。つながりを持って学ぶことができ、難しい場面に直面した時に応用が利くようになる。年齢に応じ、できるところから始めていくことが大切である。例えば、「愛着」は、友人、兄弟、先生をはじめ多くの人々との間で作っていくものというライフコースで考えるべきである。こども庁発足にあたり、愛着を幼児期や親子関係だけに限定する考え方は、科学的エビデンスに基づいて払拭すべきである。

➤ **家庭の社会経済的な状況やヘルスリテラシーの違いによって、メンタルヘルスサービスへのアクセスに格差が生じているが、それを解消するためには専門家による積極的な正しい情報発信と誰もが手に取れるデジタル技術を通じた支援は一つの方策である**

ヘルスリテラシーが高く経済力のある家庭では、1歳頃から発達障害の親子相互交流療法（PCIT: Parent-Child Interaction Therapy）を受けている家庭も見受けられる。こうした家庭の社会経済的な状況やヘルスリテラシーの違いによって、受けられるメンタルヘルスサービスへのアクセスにおける格差が生じてい

る現状がある。家庭の状況に関わらず、生活を犠牲にせず利用できるデジタル技術を取り入れるのも1つの方策だと思われる。さらに、多くの人にメンタルヘルスに関する情報が届くよう専門家が正しい情報を積極的に発信していくことが大切である。

➤ **メンタルヘルスに関するリテラシーは、子どもに関わる支援職の全ての人々が身につけることが大事である**

かかりつけの小児科医や保健所の保健師等子どもが小さいときに接する専門職が、「児童精神科の専門医の受診を勧めたら傷つけてしまうのではないか」と気を遣っているうちに時間が経過してしまい、子どもによる自傷行為等重大な状況に至るまで課題が放置され、診断が遅くなるケースも多い。メンタルヘルスに関するリテラシーは、子どもに関わる支援職の全ての人々が身につけることが大事である。「育てにくい」という段階であれば、エビデンスがある汎用性の高い療法などを活用し、専門医でなくとも対応が可能である。高度専門医療ではなく、地域で子どものメンタルヘルスに注力できるための行政の手厚い支援が求められる。

ディスカッションテーマ②

教育と医療、行政が連携していくこと（縦割り解消）の重要性と課題

➤ **メンタルヘルスの課題は分野横断的であり、円滑なメンタルヘルス教育の実施、運営には各関連機関との連携が強く求められる**

メンタルヘルスは1つの機関で完結できるものではなく連携が重要である。新型コロナウイルスの感染拡大以降、オンラインや動画の活用が増えている。こうした中、今までとは異なる心のケアも進んでいる。関係機関が連携しているところは、プログラムが円滑に進んでいると感じている。メンタルヘルスのプログラムを現場で実施していくうえでも、学校の先生とスクールカウンセラーの連携など、横のつながりが大切である。

➤ **メンタルヘルスの課題をライフコースアプローチで考える際、データの共有も含めた縦割りの解消が必要である**

またライフコースアプローチにおいては、データの連携も含めた各部門の協力体制が重要だと考える。例えば、産婦人科と精神科が連携し、助産師が認知行動療法を実施できるプログラムもすでに作成しているが、さらに、健診を行っている小児科に合わせた認知行動療法のプログラムのアプリを開発することで、連携が容易になると考えている。これもデジタルの大きな役割である。

また、データだけで見せるのではなく、サニタでの取り組みのように、精神疾患を経験した若い人がメッセージを発信することで、より子どもたちが実感を持って考える機会になる。精神疾患を診断された人だけでなく、全ての人当事者という意識を持つべきである。

7.2. 第2回専門家会合

テーマ：「子どものメンタルヘルスに対する教育現場の課題と解決に向けた方策」

- ・日時：2022年3月17日（木）18:00-20:00
- ・会場：オンライン形式（Zoom ウェビナー）
- ・主催：特定非営利活動法人 日本医療政策機構

プログラム（敬称略・順不同）

18:00-18:05 開会・趣旨説明

18:05-18:25 基調講演「子どものメンタルヘルスを取り巻く環境と支援体制」

永光 信一郎（福岡大学医学部小児科 主任教授／日本小児心身医学会 理事長）

18:30-18:45 報告「日本医療政策機構実施小中学生向けメンタルヘルス教育介入とその効果」

吉村 英里（日本医療政策機構 シニアマネージャー）

小関 俊祐（桜美林大学 リベラルアーツ学群 准教授）

18:45-19:50 パネルディスカッション「教育現場における子どものメンタルヘルス課題と支援の在り方～
教育現場を超えて現場と政策のギャップを埋める具体的な打ち手とは～」

パネリスト：

永光 信一郎

田中 恭子（国立成育医療研究センターこころの診療部 児童思春期リエゾン診療科 診療科長）

久保 賢太郎（東京学芸大学附属世田谷小学校教諭）

松崎 美枝（文部科学省 初等中等教育局 健康教育・食育課 健康教育調査官）

外川 大希（株式会社ジョリーグッド DTx 事業部 アソシエイトプロデューサー）

大谷 哲弘（立命館大学 産業社会学部 教授）

モデレーター：

河田 友紀子（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）

19:50-20:00 Q&A セッション

20:00 閉会

基調講演「子どものメンタルヘルスを取り巻く環境と支援体制」

永光 信一郎（福岡大学医学部小児科 主任教授／日本小児心身医学会 理事長）

➤ **小児医療のパラダイムシフト：からだを診る医療から、こころを診る医療に変化している**

今、小児の医療提供体制が大きく変わってきている。からだを診る医療から、こころを診る医療へのパラダイムシフトが起きつつある。医療の高度化により、急性期治療の進歩、急性期疾患の軽症化と減少、予防接種の開発と普及、重症疾患の慢性化等が進む一方で、行動やメンタルヘルスの問題、発達や学習の偏り、児童虐待の増加、育てにくさの実感、慢性疾患の診療、そして健康増進・保健活動、生活習慣の支援に注意が注がれるようになった。

➤ **新型コロナウイルス感染症の影響による子どものメンタルヘルス課題の増加、さらに家庭・地域・国・政策等の包括的かつ社会的な支援が求められている**

ご存知のように、新型コロナウイルス感染症によって医療機関の受診控えが起こった。特に急性期疾患を扱っていた小児科・耳鼻科では患者が激減し、緊急事態宣言が解除された後、現在でも元の水準には回復していない。

一方で、以前と変わらなかった、あるいは増えたものがある。それは不登校、過敏性腸症候群（IBS: irritable bowel syndrome）、摂食障害、アレルギーの子どもたちである。新型コロナウイルス感染症によって、それまで潜在化していた心理社会的な問題が顕在化してきたと考えられる。2021年10月には、新型コロナウイルスの感染拡大によって小中学生の不登校と自殺者が過去最多になったことが、文科省によって発表された。

学校再開後に子どもの心の問題が増加したことは、日々人と人が接触するということが、子どもたちの心身の発達にとっていかに重要であったか、あるいは負担でもあったかを示している。長期休校という生活様式の変化の中、人と人の関係がリセットされ、リスタートするときに、大きなエネルギーを必要として負荷のかかった子どもたちが多くいたものと思われる。友達関係に悩んでいた子、勉強を負担に思っていた子にとっては、長期休暇後の学校再開は、相当の負担になったことが推察される。

一方で、その逆もある。家庭に息苦しさを感じていた子が、唯一学校がこころの拠り所であったのに、その学校が閉鎖されたことにより、心身の不調をきたした子もいると考えられる。障害調整生命年（DALY: Disability Adjusted Life Years）の疾病別第1位は精神疾患であり、その多くは思春期から発症している。これまで私たち小児科医は、からだの病気として子どもを診ていたが、今後は行動面・精神面、そして社会が病気に及ぼす影響を考えるバイオソーシャルモデルとして診ていく必要がある。

子どもは、保護者や家族に守られている。その家庭は、コミュニティによって守られている。そしてコミュニティを守っているのが国、政策である。子どもの健康を阻害する社会的な決定因子は、どこにあるのか。そういったことを考えながら、子どもたちと接していくことが大切である。

➤ **5%の中高生が自傷行為の経験があり、その理由の第1位は将来の進路・成績への悩みであった。さらに希死念慮に影響を及ぼす特に強いリスク因子は「ネットでのいじめ」であることが明らかに**

数年前、2万人の中高生を対象として、思春期に関する意識調査（アンケート）を実施した。すると、「過去に死にたいと思ったことはありますか」との問いに、「過去に自分自身を傷つけたことがある」と答えた割合は各学年とも5%程度、そして2~3割は、ときどきあるいは常に死にたいと思っていることが明らかになった。では、彼らは何に悩みを持っているのか。彼らが最も悩んでいるのは、将来の進路、成績であった。そして3番目にボディイメージが来る。続いて友だちとの関係、両親との関係となっている。

また「死にたい」気持ちのリスク因子として、「ネットでのいじめ経験あり」と答えた1.8%（約400人）の子どもたちは「死にたい」気持ちが非常に強く、オッズ比3.6であった。その次は、「両親関係の悩みあり」と回答した子どもたちで、オッズ比2.1であった。その他、成績や将来の進路、友達の悩みがあったとしても、オッズ比は1.1に留まった。

➤ **思春期の子どもたちが抱える健康課題への支援の必要性：思春期健診とアプリ介入の効果**

国民1人あたりの年間平均医療費（年代別）を見ると、0~4歳に20.1万円、また80~84歳は86.9万円

であるのに対し、思春期の15～19歳は6.7万円に過ぎない。実はこの思春期の時期は、若年妊娠・避妊・中絶・性感染症、喫煙・飲酒、スマートフォン依存、いじめといった保健課題が重要であり、十分な手当がなければ、こうした問題を背負ったまま大人にならざるを得ない。2018年に成育基本法が成立し、今後改善していくことを期待している。

私たちは、ICTと医療・健康・生活情報を活用した「次世代型子ども医療支援システム」の構築に関する研究（平成30年度日本医療研究開発機構 成育疾患克服等総合研究事業 – BIRTHDAY）を実施した。成人期の病気は、実は子どもの頃から始まっている。思春期の疾病負担はメンタルヘルス不調が多く、新型コロナウイルス感染症の拡大によって子どもの自殺が増加した。そこで、子どものヘルスプロモーション向上を目的に、日本では実施されていない思春期健診とセルフモニタリングアプリを活用した介入研究を実施したところ、子どもたちの抑うつが軽減し、希死念慮も抑制された。

「君を知ってる？」プロジェクト～ティーンズ健診とCBTアプリによるヘルスプロモーション～には、全国から38校217名が参加した。福岡でホームページを通して応募した180名のうち来院者数は160名であった。それぞれ1時間かけて保護者同席で同意取得を行った後、隣室で実施した問診（アンケート）の結果は、驚くものであった。「この2週間、死んだほうがまだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある」という設問に対し、「半分以上」「ほとんど毎日」と回答した子が、8名もいたのである。その子どもたちは、希死念慮のため研究に参加することはできず、病院を受診することになる。つい先ほどまで元気に会話をしていた子どもが希死念慮を抱いているとは思ってもよらず、見分けることは不可能であると感じた。

介入研究では、エントリーした217名のうち希死念慮で脱落の6名を除き、思春期健診群（n=68）、健診／アプリ群（n=70）、コントロール群（n=71）に割り付けた。介入開始から1カ月後に1名、2カ月後に1名、4カ月後に4名が希死念慮を訴えたが、健診もしくはアプリによって介入した138名から1名（0.7%）、自宅でアンケート回答を行ったコントロール群71名から5名（7%）となり、10倍もの差を生じた。つまり健診やアプリによって介入することは、中高生のメンタルヘルスあるいは希死念慮の抑制に有用である可能性が示唆された。また、セルフモニタリングアプリを実施するほど抑うつ症状は軽くなり、セルフモニタリングの力は向上することが示された。

➤ データ利活用とデジタル介入による子どものメンタルヘルス予防・改善と医療・教育連携促進が望まれる

将来的には、「次世代型子ども医療支援システム」として、地域にいるハイリスクの子どもたちの出生情報、健診情報、アプリに入力した内容等を機械学習し、早期に医療支援を受けるべき子を抽出し、健康の層別化ができればいいと考えている。GIGA（Global and Innovation Gateway for All）スクール構想¹⁰により、現在、児童生徒は1人1台端末を持っている。においてセルフモニタリングアプリ「むぎまる」をWEB仕様で実施し、教育機関と医療機関を結ぶ架け橋になればいいと思っている。

新型コロナウイルス感染症の影響で、医療提供体制は大きく変わってきた。メンタルヘルスやヘルスプロ

¹⁰ 2019年に開始された全国の児童・生徒1人に1台のコンピューターと高速ネットワークを整備する文部科学省の取り組み。

モーションのニーズが増加している。思春期を含む健康な子どもの健康増進が大切であり、私自身、小児科医として保健課題に取り組んでいきたいと考えている。そうした中で、ICTを活用していくことも大切かもしれない。

報告「日本医療政策機構実施 小中学生向けメンタルヘルス教育介入とその効果」

吉村 英里（日本医療政策機構 シニアマネージャー）

小関 俊祐（桜美林大学 リベラルアーツ学群 准教授）

2021 年度 HGPI 実施「子どもを対象としたメンタルヘルスプログラムの構築と効果検証」プロジェクト実施の背景と概要

吉村 英里（日本医療政策機構 シニアマネージャー）

➤ **メンタルヘルス課題の早期発見、早期介入が重要であり、予防のための教育機会の提供が望まれる**
精神疾患は、がん・脳卒中急性心筋梗塞・糖尿病に並ぶ 5 大疾病の 1 つである。統合失調症、認知症、うつ病、発達障害、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症などの精神疾患の多くは、その原因は不明と考えられている。一方で、日本を含む国際調査や研究において、約 4-5 人に 1 人が一生のうちに精神疾患にかかり、その約半数が 15 歳までに発症していることが報告されている。世界では、5 人に 1 人の子どもがメンタルヘルスの問題を抱えているといわれ（2000 年 WHO）、子どもの時期からの早期発見、早期介入が重要である。

2020 年 7 月、日本医療政策機構は「メンタルヘルス 2020 明日への提言」を発表した。その中で提言の一つにも挙げたが、ライフコースに応じたメンタルヘルスに対処できるよう、初等中等教育におけるメンタルヘルス教育及び支援体制を充実させることが重要であり、5 歳頃から精神および行動の障害が上位を占めることから、低年齢層にも心の健康教育を通じたメンタルヘルスリテラシー獲得の機会が求められる。

新型コロナウイルス感染症の拡大により、子どもを取り巻くメンタルヘルスは世界的に状況が悪化し、既存課題が表面化してきている。海外の一部では児童・青年層に対するメンタルヘルス教育が日本より進展し、知識のみならず具体的な対処方法や支援体制の構築まで教授するプログラムが充実しつつある。

日本では、新学習指導要領から、小中高を通じてメンタルヘルスに関する内容が拡充されているものの、学校教育を通じたメンタルヘルスリテラシーの向上や実践的な不安やストレスへの対処についてはさらに充実させる必要があると考えられる。

➤ **成人を対象にした世論調査の結果でも学校でのメンタルヘルス教育のニーズは高く、新設のこども家庭庁の役割としてもメンタルヘルスに関連する施策への期待が大きい**

HGPI が 2021 年度に実施した 20 歳以上の一般男女 1,000 人を対象とした世論調査の結果、学校で心の健康について学んだことがあった人は全体のわずか 25%に留まる一方で、学んだことがない人のうち、60%以上が「学びたかった」と回答している。

また、2023 年 4 月に新設予定の「こども家庭庁」で特に取り組んでほしい課題について尋ねたところ、回答の中で最も多かったのは、いじめ対策（48.6%）、虐待予防（34.7%）、不登校・引きこもりの児童生

徒への支援（24.9%）、心の健康支援（20.8%）と、いずれもメンタルヘルスに影響を与える、あるいは関係するテーマであった。

以上を踏まえ、2021年度HGPIは、子どものメンタルヘルス教育を通じた予防と政策推進に資するべくプロジェクトを実施した。実施内容は主に「1.多職種によるメンタルヘルスプログラムの作成」「2.教育プログラムの介入による効果検証（各約1時間、問題解決訓練、認知再構成法、行動活性化療法、SSTの4技法別の授業をクラス別に実施）」「3.子どもに必要と考えられるメンタルヘルス予防・対策サポートシステム等を検討する産官学民専門家会合の開催（本会合）」「4.政策提言書作成・アドボカシー活動」である。

教育現場で求められるメンタルヘルス教育：実施した教育内容のご紹介

小関 俊祐（桜美林大学リベラルアーツ学群 准教授）

イライラ、不安、落ち込みといった児童生徒が抱える心理的諸問題に対し、認知行動的介入の有効性が報告されている。その中でも、学級単位などの集団認知行動的アプローチが実施され、効果を上げている。

- ・ 認知的評価に焦点を当てた認知再構成法（小関ら 2007）
- ・ ストレッサーの低減に焦点を当てたソーシャルスキルトレーニング（小関ら 2009）
- ・ ストレス反応後の対処に焦点を当てた問題解決訓練（小関ら 2014）
- ・ 対処方略の実行とその結果に着目した行動活性化療法（小関ら 2016）

「認知再構成法」は、出来事（特にストレス喚起場面）と感情（特にストレス）の間には考え方（認知）という要素があることを知り、認知の多様性（認知にはいろいろな考え方がある）に気付くことで、ストレス場面に対処する方法を身に付けることをねらいとする。

「行動活性化療法」は、「行動するといいことが起こる!」という気付きを促し、「行動しないことで避けている状況（例えば不登校など）を抑制することをねらいとする。

「SST（ソーシャルスキルトレーニング）」は、適応行動の理解と自分の行動によって他者に及ぼす影響について理解するとともに、自分の行動によって他者からの評価が変わることに気づくことをねらいとする。

「問題解決訓練」は、自分の持っているストレス対処方法を整理し、①自分にとってのメリット、②他者にとってのメリット、③実行可能性、④ネガティブな要素の基準に基づいて評価する方法を身につけること、をねらいとする。

小中学生を対象にした教育介入効果の報告

小関 俊祐、吉村 英里

- ① 授業の効果について

90%以上の児童生徒に対して、有効であったとの回答が得られている。今回は、各1回（小学校45分、中学校50分）の限定的な時間であったにもかかわらず、一定の効果が得られたことは、対象となった児童生徒にとって内容的に適切なものであったと理解できる。

② 授業に対するニーズについて

通常学校に継続して登校することができている児童生徒が対象となっているにもかかわらず、4人に3人程度の児童生徒が、同様の授業に対するニーズを感じていることが明らかになった。どの児童生徒にも、メンタルヘルスの不調や、それが重篤化した際の不登校等のリスクを抱えていることを考えると、予防的な観点からも、このような授業実践を全ての児童生徒に対して、定期的に提供する仕組みづくりが必要である。

③ 抱えている不安や悩みについて

授業前後で、不安や悩みを抱えている児童生徒の数が減少している結果が得られた。授業で扱った内容を活用することで、不安や悩みに対応できた可能性がある。今回の介入のように、ワークシートを用いて1人1人の抱えている悩みに具体的に焦点をあてて取り組むことで、児童生徒が解決策を習得できることが期待できる。

④ 嫌な気持ちになったときの助けについて

依然として、友だちや家族をサポート源とする回答が多いことを踏まえると、今回の介入のように、日常生活をともにするクラスメイトと同じ内容の授業を受けることで、対処方法や解決策を共有することは、通常時の相互支援にも活用されることが期待できる。

パネルディスカッション

「教育現場における子どものメンタルヘルス課題と支援の在り方 ～教育現場を超えて現場と政策のギャップを埋める具体的な打ち手とは～」

モデレーター：河田 友紀子（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）

田中 恭子（国立成育医療研究センターこころの診療部 児童思春期リエゾン診療科 診療科長）

▶ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大が子どものこころとからだに深刻な影響を及ぼしている

当科の外来受診に訪れる多くの子ども達が、「大人は信じられない」「誰も聞いてくれない」と言う。自分の気持ちや考えを心の奥底に抑圧し、無意識の領域まで押し込めしまうと、子どもたちのストレスは身体症状として現れたり、他害行動や自傷行為といった行動として現れたりする。

そのような子どもたちが増えていると感じていた矢先、新型コロナウイルス感染症による環境変化が子どものストレスを悪化・持続させていることが、国立成育医療研究センター社会学研究部の有志、こころの診療部有志で立ち上げた「コロナ×子ども本部」の調査結果からも証明されてきている。第6回調査（2021年9月13日～9月30日実施）では、約7割の子どもにストレス反応がみられた。

新型コロナウイルス感染症の拡大で、子どもの摂食障害が増えていることを示すデータもわが国で出てきた。海外では、18歳以下の児童青年の抑うつおよび不安症状は、新型コロナウイルスのパンデミック前に比べて2倍増加しているという研究結果も報告されている（Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID 19: A Meta-analysis: JAMA Pediatr. 2021）。

➤ **新型コロナウイルス感染症の拡大による教諭へのストレスも大きく、子どものメンタルヘルスを教育機関の対応のみに依存するのは望ましくない**

私たちは2021年1月から2月末にかけて、世田谷区教育機関・人権擁護機関を対象に、教諭のストレス等について調査を実施した。その結果、学校の教諭も新型コロナウイルス感染症によって大きなストレスを抱え、多少なりとも仕事に対する意欲低下をきたしている割合が多いことが明らかになった。このことから、子どもたちのメンタルヘルスを教育機関のみに頼ってしまうのは、望ましくないと考えている。

教諭から見た新型コロナウイルス感染症の感染拡大以前と比べて増加していると感じる児童の健康状態については、「虐待など家庭内不和」、「うつや不安症などの精神疾患」を選ぶ割合が高かった（n=106複数回答可）。実臨床でも、もともとあった家庭内不和が新型コロナウイルス感染症拡大でさらに険悪になり、介入してもなかなか良い支援につながらないケースが多いと感じている。

➤ **子どもからのメンタルヘルス・人権対策、政策に対する改善への期待の声が上がっている**

2022年3月31日まで、小学校1年生から高校3年生相当（6～18歳）を対象に「子どもの権利（けんり）について考えよう！子どもの意見・希望調査」を実施している。中間報告として、子どもたちの回答の一部を紹介する。

- 子どもの意見をもっと聞いて欲しい
- 安心して甘えたり、素直な自分を認めてもらえたりしたい
- 偏見の混じった人権学習をやめて欲しい
- 助けを求められたらもっと真剣に聞いて欲しい
- 今実現しようとしていることが本当に子供のためなのか、また子供の立場を理解した上で成り立っているのか常に考えるといいと思う
- 大臣などのお偉いさんが1週間程困っている子どもの家に密着して、子どもたちの困りごとに向き合っていく
- 大人が子どもの権利を学ぶべき。心の相談が最もしにくい悩みだ

➤ **米国で今求められるとされる子どものメンタルヘルス支援策は、我が国の施策の参考になり、特に「学校でのメンタルヘルスケアの効果的なモデルの支援」、「プライマリケア（小児科）におけるメンタルヘルスケアの統合の加速」が重要である**

米国児童青年精神医学会（AACAP: The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry）は、今求められていることとして、次のような点を挙げている。

- 全ての家族がメンタルヘルスサービスを受けられるようにするための連邦政府の資金増補
- 遠隔医療へのアクセスの改善
- 学校を拠点としたメンタルヘルスケアの効果的なモデルの支援
- プライマリケア（小児科）におけるメンタルヘルスケアの統合の加速
- 子どもや青年の自殺リスクを減らす取り組みの強化
- 子どもがどこに住んでいてもメンタルヘルスサービスを利用できるように労働力の課題と不足の解決

特に「学校を拠点としたメンタルヘルスケアの効果的なモデルの支援」や「プライマリケア（小児科）におけるメンタルヘルスケアの統合の加速」が重要と考えている。わが国では、学校における心理教育ツールの開発と 2022 年実装に向けて、リーフレットを作成した（令和 2 年度 厚生労働科学研究費補助金 学童・思春期のレジリエンス等心身の保健向上のための研究）。来年度からこのリーフレットを活用し、精神科医・小児科医が学校へアウトリーチし、先生とともに心理教育を行っていく計画である。

ストレスとコーピングの支援は、まず大人が、子どもとやさしく対話をするためのスキルを身につけることから始まる。子どもと関わりやすくするためのリーフレット等を活用し、人権教育を小学校からしっかり行うことが大切である。自分にとって必要な支援、必要と思わない支援は何なのか、子どもたちの声を聞き、それを体制にしっかり反映させていかなければならない。

一方、心身症や不登校は、ストレス関連性疾患として医療との連携が必要となる。心身症・不登校などストレス関連性疾患の要因をバイオソーシャルモデルで考える上でも、教育と医療の連携が今まさに求められている。

新型コロナウイルス感染症に関連した課題をばねに、子どものレジリエンスが向上するためには、子ども自身への働きかけとともに、子どもを取り巻く生育環境に働きかけることが大切である。特に、学校における対話を通じた心理教育は、子どものメンタルヘルスにとって重要である。

久保 賢太郎（東京学芸大学附属世田谷小学校 教諭）

- **教育現場において、現代の子どもたちは集団の中での同調圧力、比較、序列、分断によるストレスを抱えていると感じており、産業革命以降に形成された旧態依然の学校システムがもたらす課題ともいえる**

日本、特に都市部の子どもたちを取り巻く状況として、受験との戦い、同調圧力へのアジャスト、集団の中での序列、分断、ラベリングの固定化などが、学年が上がるにつれて強まっていく。さらに子どもたちは、新型コロナウイルスの感染拡大によって「つながり」「他者」の欠如、「遊び」の消失、解放のない「日常」の連続、我を忘れる「今」との出会いの消失、といった状況を強いられている。

学校の子どもたちの様子を見ていると、iPad と睨めっこして、そこを逃げ場にしている、さらに自分を見つめざるを得ない情報とたくさん出会い、結局は逃げ場がないという状況がある。そして比較、序列、ラベリングが横行する集団の中で、また自分を演じなければならない。

そもそも学校教育自体、産業革命以降に形成された「標準モデル」に、本来異なる子どもたちを当てはめていくというシステムである。そこでは当然、同年齢の子どもたちとの「比較」「序列」「分断」が生まれるため、学校というシステムそのものが抱える課題は多い。

- **子どもは自己肯定感と自己効力感の両方を持つことが大切であり、認知行動療法をベースにした実践的なメンタルヘルス教育の実施と現場での継続的なフォローアップが必要である**

小学校におけるメンタルヘルスの教育は、学級担任の裁量で似たような話をすることもあるが、それどこ

ろではないという状況もある。5年生の「保健」で扱われてはいるものの、日常的な子どもたちとの関わりの中で、メンタルヘルスのフォローをしていく必要があると思われる。小関氏の報告にあったような認知行動療法をベースにした子どもたちとの関わり方、見通しの持たせ方、解決の仕方などを、皆で身につけていくための体制づくりが求められる。

近年、自己肯定感をもつことが大事だと言われている。しかし子どもたちが生きている現実、「あなたのもままでいいですよ」と言われてそのように生きていける訳ではなく、色々な荒波にもまれて苦しまなければならない。そういう矛盾したダブルバインド（二重拘束）の状態にある。

そのため、ありのままを肯定しながらも、何か問題が起きた時は、どういう方策をとれば見通しが持てるようになるのか。その解決の仕方を経験し、自己効力感（ある状況下で結果を出すために適切な行動を選択し、かつ遂行するための能力を自らが持っているかどうか認知する）を高めることも大切である。こうした「自己肯定感」と「自己効力感」の両方が必要と感じている。

➤ **子どもと教諭のメンタルヘルス課題の解決策として、社会に開かれた学校の在り方を検討していくべきだ**

学校教育と子どものメンタルヘルス教育を取り巻く諸問題として、まず、その重要性の理解が教諭側にも不足しており、その子自身が自然と身に付けていくもの、失敗して気づくものだと思っている。また、学級経営的対応の一環にすぎず、教育すべき内容として科学的・実証的に整理されているとは言い難い。

結局、担任が背負わざるを得ないのが現状である。学校の中の職員の役割や横の関係性により透明性を持たせ、学校の外ともシームレスに橋をつないでいければいいと思っている。子どもを「社会化しよう」という社会のまなざしと学校への要求、こうしたダブルバインドに子どもも教諭も疲弊しているのが現状かもしれない。

大谷 哲弘（立命館大学 産業社会学部 教授）

➤ **東日本大震災の経験を通じて：教諭は子どもたちが受けた被害の大小に関わらずメンタルヘルス課題に向き合い、身近な立場から「健康教育」を施すべきである**

東日本大震災の発生時、研修指導主事（臨床心理士）として、教育相談を担当（支援・研修）していた。発災後は、いわて子どものこころのサポートチーム、こころとからだの健康観察分析チーム（継続中）、被災高校におけるスクールカウンセラーとして活動した。そうした経験に基づき、被災当初の学校における支援について話題提供したい。

震災が突然起こり、まず誰を支援したらいいのか、誰が支援をすればいいのかという戸惑いがあった。教育委員会としては、組織的・継続的支援のための原則を検討し、それに基づいた支援を構築した。

心理支援の原則その 1 として、全県が被災しているという共通理解に立つことである。激甚被災地（沿岸）ではない内陸でも震度 6 弱の地域があり、家族が迎えに来られないケースもあった。児童生徒の出来事のとらえ方（とらえ方を作った過去の経験と蓄積）や児童生徒の認知的処理の過程にもよるため、「被害の大小＝恐怖の大小」ではなく、全県が被災しているという認識に立った。

心理支援の原則その 2 は、あくまで教諭であるため、「ケアではなく心の健康教育を」という認識である。身体症状など急性期にストレス反応が生じるのは自然なことであり、学校生活など諸資源を回復に生かそうとする子ども自身の取り組みを支援すべきと考え、子どもの回復力を尊重するという発想に立った。

心理支援の原則その 3 として、直接支援の担い手は教諭という認識である。教諭による教育活動は、ストレスマネジメントそのもの（基本的要素をもっているはず）と捉えることができる。そのため、スクールカウンセラーや外部の専門家が支援を行うのではなく、あくまでも直接の支援の担い手は教諭という原則を立てた。

心理支援の原則その 4 は、支援のない査定はしないという考えである。「調査」は、子どもの心の傷を想起させるだけで終わる。阪神淡路大震災では、それが批判の対象となった。そのため「心とからだの健康観察」という「教材」を作成し、こころのサポート授業（心理教育・リラクゼーション）、心とからだの健康観察、担任による個別面談・経過観察の 3 点セットで実施した。不快な刺激を提示したら、子どもの利益になることまでを一对として提供する。つまり、支援のない査定はしないという原則をつくった。

- **年月の経過に伴い震災の影響は収束傾向にあり、震災以外の理由によるメンタルヘルス課題を抱える子どもを支援しているが、大人は対処法の教授にとどまらず、子どもの心に真摯に向き合う必要がある**

公表されたデータに基づいた分析結果によると、心とからだの健康観察による要支援者率は、小学生で 5 年後、中学生で 11 年後、高校生で 13 年後に収束した、あるいは収束する見通しである。岩手県では、収束後は、日常生活のストレス反応であるという理解をしている。

高い反応を呈した生徒の中には、面談の過程で学級への不適応やいじめを訴える者もいる。父母間の日常的な不和と暴力を話し、心理的な虐待に曝されていることが明らかになった事例もある。このように非震災由来の要支援者がいるということで、岩手県では、いじめ対応・自殺対策へ対象を拡大し、子どものメンタルヘルスに対応している。

現状求められる支援としては、「メンタルヘルス課題への対処法を子どもに教えて、身につけさせて解決へ」が必要と考えるが、「教えて解決する」という発想のみで十分だろうかという疑問を持っている。受け取る大人側が、どういう態度で子どもの話を聞いていくかということも重要である。

外川 大希（株式会社ジョリーグッド DTx 事業部 アソシエイトプロデューサー）

- **放課後等デイサービスと学校の連携を通じて、より支援目的や内容を子どものニーズに合わせるこ**
とが可能となり、さらには保護者の養育態度の改善にもつながった

多くの放課後等デイサービスが抱える課題として、学校の指導方針と放課後等デイサービスの支援方針では児童を視る視点が異なっており、内容の整合性を取りつつ教育や支援を実施することへのハードルが高くなっている。

私が以前所属していた施設では、施設内での適応よりも学校や家庭での生活における適応に焦点を置いて療育（主に SST）を実施していたこともあり、学校での生活の様子や適応度合いを知っておく必要があった。学校ではどれくらいスキルが定着しているのか。情報共有を目的に、児童を学校へ迎えに行く送迎時の些細なやり取りから連携が始まった。関わる意図が明確になっていることで、教諭とのやり取りもより具体的になる。保護者からの意見は、保護者本人が感じている困りごとに強く影響を受けるため、第三者的な視点がより重要になってくる。

連携先としてやり取りが始まった特別支援学級では、授業内で試験的に「仮想現実（VR: Virtual Reality）を活用した SST」を実施しており、授業に参加した児童 1 人 1 人の行動データが蓄積されていたため、非常に連携が取りやすかった。VR ツールを活用することによって、自動的に記録が生成される。特に視線データが有効で、通常の SST ではあいまいになりがちな「相手の顔を見る」という行動にフォーカスすることができる。

そこで特別支援学級と同様のツールを活用することによって、より共通の目的意識を持って連携を行うことが可能となった。また、ツールが同様でも SST の実施場所によって児童の反応が変わるといった行動の変化も観察され、より詳細な様子を保護者にフィードバックすることに繋がった。特別支援学級と放課後等デイサービスの一貫した支援を望む保護者は多く教諭と支援者が繋がっているという安心感は、家庭の養育態度の向上をもたらした。

➤ **VR を利用した SST は子どもに合わせた個別課題にも対応することができ多様なニーズに対応できる**
従来の SST では、前提となる場面を絵カードや言葉で伝えることが中心で、場面の共有が非常に難しかった。しかし VR では前提となる場面をそのまま体験できるので、児童にとって分かりやすい SST が実現できる。体験することのできる場面は様々あり、学校や職場で「よく遭遇する場面」をテーマにしている。場面体験を通じて、独自に定義しているソーシャルスキルを学ぶことができる。VR コンテンツはそれぞれソーシャルスキルの項目ごとにカテゴリー分けされており、挨拶をする、上手に話を聞く、上手に断る、自分を大事にする、気持ちをコントロールする、気持ちを理解行動する、仲間に入る、トラブルの解決策を考えなど、本人の課題に合わせた SST のテーマを選定できる。

➤ **多職種連携が児童の成長促進という目的で共に協働し、さらにエビデンスに基づいた介入と実証を継続することで、より最適なメンタルヘルス支援に繋がる**

児童の成長を促進するという点では、特別支援学級と放課後等デイサービスの目的は共通している。同じ目的を持った職種同士であれば、協力できないということはないであろう。頭打ちになってしまった時に、多職種がお互いにコンサルテーションし合えるという関係性は、重要になってくると考える。

これからの特別支援教育及び療育では、教諭や支援者の経験や感覚に基づいた介入ではなく、エビデンスに基づいた介入が求められる。その結果として、どのような成果が得られたのかを実証することで、児童一人ひとりに最適な方法が見つかるであろう。

松崎 美枝（文部科学省 初等中等教育局 健康教育・食育課 健康教育調査官）

➤ **養護教諭は子供の心身の健康促進のため、学校内外の関係者間の連携コーディネーター的な役割を**

果たしており、健康相談等の継続支援事例は学年が上がるにつれて増加傾向にある

養護教諭の職務については、救急処置、健康診断や疾病の管理と予防などの保健管理、保健教育、保健組織活動、保健指導、健康相談などが主な役割となる。その際、教職員、保護者及び校内組織、学校医、学校薬剤師、地域の医療機関等の関係者と連携することが重要であり、養護教諭はそのコーディネーター的な役割を果たしている。

日本学校保健会による保健室利用状況に関する調査報告書（平成 28 年度調査結果）によると、養護教諭が過去 1 年間に把握した心の健康に関する状況として、小学校では「発達障害（疑いを含む）」に関する問題」「友達との人間関係の問題」「いじめに関する問題」の順に多く、中学校・高等学校では「友達との人間関係の問題」「発達障害（疑いを含む）」に関する問題」「家族との人間関係」の順に多かった。

健康相談における主な相談内容では、「身体症状」「友達との人間関係」「漠然とした悩み」が多く、その他「学習に関する悩み」「発達障害（疑いを含む）」「睡眠」「家族との人間関係」「体の発育・発達」「教職員との人間関係」「性に関する問題」「いじめ」「児童虐待」なども挙がっている。このようなことから、養護教諭は、多様な心身の健康問題に対応していることがわかる。

➤ 文部科学省では養護教諭を主に想定し、子どもの健康課題への対応方法のガイドを作成・発信している

文部科学省では、児童生徒が抱える様々な現代的な健康課題について、養護教諭に期待される役割と、養護教諭のみならず管理職や学級担任等の全ての教職員が、学校医、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の専門スタッフとも連携した取り組みを示す参考資料として「現代的健康課題を抱える子供たちへの支援～養護教諭の役割を中心として～」（平成 29 年 3 月）を作成した。

その中で、「第 2 章 学校における児童生徒の課題解決の基本的な進め方」として、様々な健康課題を抱える児童生徒の生徒における 4 つのステップを示している。

ステップ 1「対象者の把握」では、学校内及び地域の関係機関との連携について、学校として体制を整備しておくことが重要である。早期発見・早期対応は、問題の深刻化を防止するとともに、スムーズな解決にもつながる。教職員等は、全ての児童生徒の学校生活の様子を丁寧に観察し、児童生徒の心身の健康状態の変化や児童生徒のサインを、できる限り早期に発見することに努める。変化やサイン等を発見した場合には、その情報を関係者で速やかに共有するとともに、管理職に報告する。

ステップ 2「課題の背景の把握」では、学級担任や養護教諭、管理職、専門スタッフは様々な方法で情報収集に努めるとともに、その情報をそれぞれの立場から分析する。健康課題についてアセスメントするため、管理職や学級担任、養護教諭等の関係教職員等が校内委員会を開催し、校長のリーダーシップの下、児童生徒の健康課題の背景を正確に把握する。児童生徒の課題の背景は、複数の要因（家族の経済状況、家族の問題、交友関係、地域性等）が複雑に絡んでいることがある。同じような行動でも、理由や背景によって必要とされる支援や支援方法が異なることを常に意識する。

ステップ 3「支援方針・支援方法の検討と実施」では、長期目標、短期目標を設定し、具体的にどのような方法で、だれが、どこで、何を実施するか等を決定するとともに、全職員で共通理解を図る。学級担任

等が一人で抱え込まないように、担当教職員や学年主任、養護教諭等が支援に協力する。組織で支援することを意識し、それぞれの役割を明確にする。校内だけで解決することに固執せず、児童生徒の課題を解決することを第一の目標とする（関係機関等との連携）。教職員が判断に迷うときは、学校医やスクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー等の助言を求める。

ステップ4「児童生徒の状況確認及び支援方針・支援方法等の再検討と実施」では、児童生徒の状況の変化について、それぞれの立場から正確に把握し、支援後、状況に変化がない、悪化している場合については、原因を分析し、支援を見直して実施する。改善している場合でも、時点だけで見るとはならず、経過等を必ず確認するなど、継続的に児童生徒の状態を確認する必要がある。

本冊子は全国の学校に配布し、各種研修会等を通して内容の周知に努めている。

ディスカッション（QAセッション）

➤ **子どもたちのメンタルヘルスについて、医療と教育の連携が重要と考えるが、実際はケースごとの関わりにとどまっており、包括的に地域で子どもたちを支えるような連携は、人手も時間も足りず難しい。国や地方における先事例を知りたい。**

- 子どものメンタルヘルスの重要性を、全ての学校教諭がよく理解することが必要である。そして、「自分だけでやってしまったほうが早い」と思わず、他職種と連携し、現場レベルでお互いの理解を深めていくことが必要である。
- また、かかりつけ医とメンタルヘルスの専門家が連携するためのシステム構築が必要である。まずは、ケースカンファレンスの開催から開始し、そこに複数の組織や職種をコーディネートするキーパーソンを置くことが、継続的かつ強固な連携促進に繋がる
- 文部科学省では「教職員のための子供の健康相談及び保健指導の手引」を今般改訂し、様々な課題の事例をとおして、基本的な支援や連携の方法等を示している。参考にさせていただきたい。

➤ **HGPIが実施した調査研究事業のようなメンタルヘルス教育を学校に導入する過程では、誰がどのような形式で実施するのか。心理師がオンラインで複数の学校・クラスに対して実施することも可能か**

- オンラインでも実施可能であるが、日常生活の中に落とし込むことが、介入実践には重要となる。その中で、日常の生活を見ている学校の先生やスクールカウンセラー等が上手く働きかけ、実践していくことが有効と考えられる。あるいはアプリ等を活用し、学んだことが日常生活でどの程度活用できているかを確認することで、効果が高まる。担任が教授できること、スクールカウンセラーや心理の専門家ができること、学校と医療が連携して進めていくべきこと、これらを上手く分けていく必要がある。適切にアセスメントを行いつつ、専門家間、領域間の協働体制を構築の上シームレスな支援を進めていくことが重要である。

8. 提言と今後推進すべき施策

本事業を通じて、メンタルヘルス教育の頒布に加えて、家族や教諭等、周囲の大人がメンタルヘルスに関するリテラシーを高めるとともに、さらには教育現場を超えた地域、行政、福祉、医療等との連携の強化並びに社会的支援が今後さらに求められると考えられる。本事業の教育プログラム構築と介入・効果測定調査、並びに専門家会合を踏まえて、子どものメンタルヘルス予防・支援に必要な施策を日本医療政策機構が中立的な立場で以下提言する。

➤ 提言 1: 【小中学生へのメンタルヘルス教育の導入】全ての小中学生に対して学校における実践的なメンタルヘルス教育の導入と継続的フォローアップを実施すべき

- **メンタルヘルス教育のさらなる充実に対する小中学生の高いニーズに応える必要がある。**

新学習指導要領から、小中高を通じて心の健康、メンタルヘルスに関する内容が拡充されている。しかしながら教育現場における現状として、何を、誰が、どのように教えていくのかという観点については、十分な議論がなされていない。本調査研究で示してきたとおり、実証性と再現性が担保された認知行動療法に基づく不安やストレスへの対処法の習得や、個々の課題やニーズに十分対応した授業を、小中学生に対して継続的かつ計画的に提供することをねらいとして、日常生活に根差した実践的な取り組みを可能にするメンタルヘルス教育が必要である

本調査においては、ワーク等を通して一人一人の悩みに具体的に焦点を当てて取り組み、解決策の習得や、9割以上の小中学生から教育内容へのニーズがあった。早期からのメンタルヘルス教育の導入や充実化に向けた対応が早急に求められる。

✓ 関連する調査結果

- 今回受講したメンタルヘルス教育の内容を 90%の小学生、97%の中学生が「役に立ちそう」（図 2）、93%の小学生、96%の中学生が「実際に使えそうな場面が想定できる」（図 3）と回答した。
 - 97%の小学生、100%の中学生が、「再度このようなメンタルヘルス授業を受けてみたい」（図 4）、58%の小学生、64%の中学生が同様の教育に対する同世代のニーズが「あると思う」（図 5）と回答した。
 - 授業の内容で「よかった点」としては、小中学生共に「この先困ったときに対処できそうだった」（小学生 58%、中学生 66%）と回答した割合が最も大きかった。さらに、小中学生全体の約 50%が「心の悩みや困っていることを解決できそうだった」「困っている周りの人を手助けできると思った」（図 7）と回答した。
- **予防的な観点から、全ての小中学生に対して同水準の認知行動療法に基づく教育を提供する仕組み作りが必要である。**

本調査では、学校に継続して登校できている小中学生を対象にしているにも関わらず、小学生の 69%、中学生の 77%（図 29）が同様の授業に対するニーズを感じていることが明らかになった。これを踏まえると、誰もがメンタルヘルス不調やさらなる重篤化した際の不登校等のリスクを抱えていることを考えると、学校での全員を対象にした実践が必要である。また、今回の

新型コロナウイルス感染症や震災等の危機的状況下においても、このようなポピュレーションアプローチは有効であると考えられる。また、友達や家族に支援を求める声が多いことから、日常生活を共にするクラスメイトと同じ内容の授業を受け、対処方法や解決策を共有することは通常時の相互支援にも活用、促進できると期待でき、さらにはメンタルヘルスに関する偏見やスティグマの払拭にとっても重要である。

- **メンタルヘルス教育で習得した内容を小中学生の日常生活に根付かせるため、教諭・支援する心理師への研修を通じたメンタルヘルスリテラシーの向上と小中学生への継続的なフォローアップが必要である。**

本調査研究において、1回の教育介入ではあったものの、一部の知識や行動変容の項目において、授業後や3か月後に効果、定着が見られた。一方で、行動まで移せなかった項目や定着しなかった知識も数多くあった。今回実施したようなメンタルヘルス教育は、1回の介入で有効性を高めるといよりは、1つのきっかけとして、日常生活に根差した活用を促進させることが不可欠である。そのためには、子ども近くで見守る教諭による教育の実践とフォローアップが理想的であるものの、メンタルヘルス教育の実施についての十分な専門性が担保されているとは限らない。また、メンタルヘルスプログラム展開においては、教諭の支援に適任と考えられる公認心理師についても、必ずしも教育の実践ができるとは限らないことから、公認心理師への研修も併せて実施することが必要である

なお、メンタルヘルス課題を抱えた小中学生に対して、教諭はケアではなく子どもの回復力を尊重した上であくまで、メンタルヘルス教育を実施するべきである。調査・診断だけでは子どもをさらに傷つけることから、支援のない査定は行わないことが原則である。

推進すべき施策

【国】

- 全国一律で全ての小中学生に対して、実証性と再現性が担保された認知行動療法に基づく同水準の教育プログラムの導入が必要。不安やストレスへの対処法の習得を目的に、個々の課題やニーズに十分対応した教育を継続的かつ計画的に提供できる体制を整えるべき
- 小中学校でのメンタルヘルスプログラムの構築に向けた研究機関等での研究を促進させるための支援を拡充するべき

【地方自治体・教育委員会】

- 地域住民のニーズを踏まえて、教育大綱・教育振興基本計画策定等において、小中学校でのメンタルヘルス教育の導入を検討するべき
- 教諭や、教諭を支援する公認心理師等が、子どものメンタルヘルス教育を実施できるよう、教育やトレーニング機会を定期的かつ継続的に提供するべき

【研究機関・学会】

- 小中学生へのメンタルヘルスプログラムの構築に向けた具体的な支援ニーズの把握と効果の検証、および教育現場における実施可能性に関する検討について研究を促進すべき
 - 学会等の関連団体を通じて、メンタルヘルス教育の全国的な導入・充実の必要性について、情報発信を強化すべき
 - 教諭や、教諭を支援する公認心理師等が、子どものメンタルヘルス教育を実施できるよう、教育やトレーニング機会を定期的かつ継続的に提供すべき
- 【研究機関・教育機関・医療機関】
- メンタルヘルス課題を抱えた子どもに対して、支援を伴わない査定（調査・診断）は避けるべき

➤ **提言 2: 【子どものメンタルヘルス支援のための地域支援体制の構築】子どもの包括的なメンタルヘルス予防・支援のため地域での分野を超えた多職種連携を推進すべき**

- **子どものメンタルヘルス支援を学校や教諭のみに依存するのではなく、学校は外部との連携を強化し、より開かれた場所となるべきである。さらに地域・福祉・医療等の領域を超えた多職種での連携、社会全体での支援が必要である。**

全ての教諭がメンタルヘルス予防・支援の重要性を理解・認識することは重要であり、教諭のリテラシーを高めるための研修機会の提供が必要である。しかし、一方で、学校のみ小中学生のメンタルヘルス支援を依存するのは、教諭の負担増と専門性の見地から望ましくない。メンタルヘルス教育等を通じた子ども全体への予防や、メンタルヘルス不調を抱えた子どもへの対応を学級運営の一環、担任教諭の責任ととらえるのではなく、外部専門家による科学的エビデンスに基づいた支援を受けられる体制を構築すべきである。学校はより社会に開かれた存在でなくてはならず、学校（教諭・養護教諭）は、スクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラー、心理師等と連携し、小中学生、教諭の両方が領域を超えて外部に相談できる体制づくりをしていくことが望ましい。本調査結果からも、特に中学生と教諭から「知らない専門家」への相談を求める声があった。このような業務の専門化と連携は、昨今課題に挙げられている教諭のメンタルヘルスにも寄与できる可能性がある。

多職種連携の際は、各専門職の役割を切り分けて、適切にアセスメントし、PDCA（Plan Do Check Action）サイクルを回しながら連携体制を構築することが重要である。

✓ **関連する調査結果**

- 「求める支援」としては、小中学生ともに「友達」「家族」への相談とする回答が多かったが、一方で、中学生においては「知らない専門家への相談」が小学生に比べて比較的高く（18%）、教諭からも中学生および教諭自身に対する専門家支援を必要とする声があがった。（図 31、教諭向け定性調査）

- **子どもに関わる大人、特に支援職に就く全ての人へのメンタルヘルスに関する教育機会が提供される必要がある。**

教諭以外にも、かかりつけ医、保健師、保護者、地域住民等、子どもに関わる周囲の大人は、子どもの行動変化に影響を与えうることから、大人のメンタルヘルスリテラシーの向上も同時に求められる。メンタルヘルス不調に気づくのが遅れ、高度専門医療を受診する以前に、子どもの異変に気付く大人を増やすことで、早期発見、早期介入を促すことができる。

なお、教育を通じたメンタルヘルス予防の普及においては、教育現場のみならず、福祉・医療等様々な場面で提供できる。その際、診断横断的アプローチ、初発予防、リスク予防等、目的を明確に科学的エビデンスに基づいて実行されるべきである。また、何をどの領域で実施、導入し、いつまで効果追跡するかについても検討の上、導入する必要がある。

- **子どもの健康に関するデータを分野や組織を超えて共有し、さらなる連携強化と効果的な支援・介入を推進すべきである。**

子どものメンタルヘルスに関する課題は、ライフコースアプローチでとらえることが重要である。その際に課題となる点は、分野や組織を超えた支援体制に加え、適切な情報、データ共有である。例えば、未就学期の健診から就学後へのデータ連携、同一医療機関内においても産科と小児科間、産科と精神科間など、診療科横断でのデータ連携や協力体制の構築が必要である。現在、小児科での認知行動療法プログラムのアプリ導入、産科―精神科の連携による助産師による認知行動療法の実施等の好事例が出始めている

推進すべき施策

【国】

- 未就学期からのメンタルヘルスを含めた子どもの健康に関するデータの一元化・共有に関して、地域において分野を超えた連携を促進しやすい基盤・体制を構築すべき

【地方自治体・教育委員会】

- 地域住民のニーズの把握を踏まえて、教育大綱・教育振興基本計画策定等においてメンタルヘルスに関わる多分野・多職種の連携促進のための支援・施策を検討すべき
- 地域での多職種連携を促進するための会議の設置や地域で連携可能な機関について、マップの作成等情報の一元化を行い、組織を超えた連携強化を促進すべき
- 教諭をはじめ地域の子どもの関わる支援職に就く人のメンタルヘルスリテラシー向上のため、教育・トレーニング機会を定期的かつ継続的に提供すべき
- 未就学期からのメンタルヘルスを含めた子どもの健康に関するデータを一元化し、異なる専門科の医療機関間で連携、共有できるように体制を構築すべき

【教育機関】

- 養護教諭等をハブに学校外の専門職や組織との連携を強化し、子どもと教諭が相談、支援を求める体制構築を積極的に行うべき

【研究機関・企業】

- 子どもに関わる保護者や支援者に対して、子どものメンタルヘルスに関する知識を提供する際により効果的な介入方法や情報提供体制についての研究、およびツールの開発を促進すべき

【医療機関・関連団体】

- 地域の医師会等と教育・福祉施設等との連携を強化し、子どものメンタルヘルスに関する専門的知識の提供や、医療や福祉サービスの提供が必要な際の受け皿となるべく、積極的に支援を行うべき

➤ **提言 3: 【メンタルヘルス支援へのアクセスの改善】社会経済的な家庭状況の差異に関わらず、全ての子どもにメンタルヘルス予防、早期発見・介入が届く体制を構築すべき**

- **就学後の健康診断、特に思春期健診によるメンタルヘルス課題の早期発見・介入とデジタル技術を用いたメンタルヘルス支援には社会経済的な家庭状況に関わらず教育・医療・福祉等の支援の狭間を埋める可能性があり、今後さらにエビデンスに基づき頒布、拡大するべきである。**

就学後の健康診断、特に思春期は、性に関する健康課題や喫煙、いじめ等のメンタルヘルスに関する悩みを様々に抱えていることから、思春期健診の実施がメンタルヘルス不調の改善に有効であることが明らかになっている。健康診断の実施・拡大を通じた健康課題の早期発見・介入が重要と考えられる。

さらに、デジタル医療の活用は、特にメンタルヘルスというセンシティブな領域において有効であることが研究を通じて明らかになってきている。実際に、メンタルヘルス不調を抱える子どもや産前産後うつのお母さんを対象にデジタル医療を通じた見守りや寄り添いといった支援とその効果が現れている。現在、小中学生も一人一台端末を持つ時代であるが、アプリによる情報提供やセルフモニタリング等が有効であり、さらにメンタルヘルス不調の予防においても VR を利用した SST の教育・支援は様々な個別ニーズに対応することが可能である。これらの施策は、保護者のヘルスリテラシーや家庭の社会経済的な状況に左右されにくく、既存の支援の狭間にいる子どもに支援を届けるための方法、ツールとして可能性を秘めている。

- **専門家による正しい情報提供と若い世代のメンタルヘルスに関する経験談の発信を促進し、子どもを含めた人々へメンタルヘルスに関する当事者意識を喚起するべきである。**

メンタルヘルス不調に対する社会的な偏見やスティグマの払拭には、専門家がエビデンスに基づいた情報提供を積極的に実施することが必要である。さらに、子どもを含めた全ての人々がメンタルヘルス不調を抱える可能性があるという当事者という意識を持つためには、データを開示するだけでなく、当事者に届く支援やメッセージの在り方を検討する必要がある。インフルエンサー等、若い著名な人の経験の共有等の発信は子どもに対して前向きな影響を与えうることから、メンタルヘルスに関して躊躇なく発信し、それを受け入れる社会を構築していくことが必要である。

推進すべき施策

【国】

- 就学後の健康診断（思春期健診の実施・拡大の検討を含む）項目の中にメンタルヘルスを含めることをエビデンスに基づいて検討すべき
- 全国一律の同水準の医療・教育等を提供できる体制の整備に向けて、情報の一元化やデジタル技術の導入・拡充を一つ的手段として検討すべき
- 子どものメンタルヘルス課題において、研究機関や企業がデジタル技術を用いた支援に関する研究や製品・サービスの開発を促進するための支援を拡充すべき
- 子どもを含めた国民がメンタルヘルスに対する偏見やスティグマを払拭し、当事者意識を持つことができるようなコミュニケーション、情報発信をするべき

【地方自治体】

- 社会経済的に弱い立場にある人たちへメンタルヘルス予防、支援が届くような施策を検討すべき

【研究機関・学会】

- 専門家がエビデンスに基づいた正しい情報提供を積極的に実施すべき
- 最新のデジタル技術等を用いた子どものメンタルヘルスケアの予防や改善に関する効果検証、ヘルスケアデータの有効な利用方法の検討と予防・支援のための活用の検討を推進すべき

【企業】

- 分野横断的に利用可能な情報の一元化、および、医療・福祉・教育現場にデジタル技術の導入・拡充を加速させるための技術開発を促進すべき
- 当事者のニーズを中心に、産官学民が連携した技術開発への参画を積極化していくべき

➤ **提言 4: 【国レベルでの効果的かつ効率的なリソースの配分に基づく政策推進】小中学生のニーズに合わせた政策の推進を目的に、省庁間・領域間の分断をなくし、エビデンスに基づいて効率的に資源を配分・活用すべき**

- **課題の切り分けや別々の省庁や部署での対応ではなく、人を中心に据えたライフコース全体で考えメンタルヘルス政策を推進すべきである。**

当事者である子どもの声に耳を傾け、必要な支援とそうでない支援を適切に把握した上で、体制や施策に反映させることが必要である。政策設計の段階から当事者である子どもへのアンケート調査やインタビュー、会合への参加機会の提供等を積極的に行うことで、当事者のニーズに合わせた支援が可能になると考える。また必要な支援は省庁間・領域間ごとに捉えるのではなく、当事者である子どもやその保護者・支援者のライフコースに沿った支援提供体制が必要である。

- **科学的エビデンスに基づいた長期的なメンタルヘルス対策の制度設計を実施すべきである。**効率的に資源を分配するためには、科学的エビデンスに基づいた効果的なメンタルヘルス政策の実施が必要である。またライフコースアプローチや疫学的アプローチ等を用いた、長期的な視点での科学的エビデンスの構築も求められる。これらの科学的エビデンスの構築を促進する

ための研究への継続的な支援や、医療・教育・介護等の分野および官民を超えた連携の促進も求められる。

推進すべき施策

【国】

- 子どものメンタルヘルス課題の解決にむけて、各役所の役割やサービス提供窓口の一元化と関連予算の確保がなされるようリーダーシップをとるべき
- 政策設計の段階から、当事者である子どもへのアンケート調査や会合への積極的な参画等を促すべき
- 長期的な視点での科学的エビデンスに基づいた政策決定が可能になるよう、科学的エビデンスの構築のための継続的な支援を促進するべき

【研究機関・学会】

- 分野横断および官民連携をして、ライフコースアプローチや疫学的アプローチを用いた長期的な視点にたった科学的なエビデンスの構築を促進するべき
- 子どものメンタルヘルス課題の解決に必要な分野横断でのアプローチの重要性の発信を強化するべき

9. 謝辞

本プロジェクトの実施にあたり、ご協力・ご指導いただいた方々に感謝申し上げます。（敬称略・順不同、ご所属・肩書はご参画当時）

教育プログラムの構築・効果測定調査

- 石川 信一（同志社大学 心理学部 教授）
- 小関 俊祐（桜美林大学 リベラルアーツ学群 准教授）
- 高橋 高人（宮崎大学 教育学部 准教授）

教育介入・調査実施

- 小関 俊祐（桜美林大学 リベラルアーツ学群 准教授）
- 杉山 智風（桜美林大学 桜美林大学大学院博士後期課程、日本学術振興会 特別研究員(DC2)）

専門家会合

- 自見 はなこ（参議院議員・小児科医）
- 神尾 陽子（お茶の水女子大学人間発達教育科学研究所客員教授・国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 客員研究員）
- 石川 信一（同志社大学 心理学部 教授）
- 小塩 靖崇（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 常勤研究員）
- 蟹江 絢子（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 客員研究員／株式会社ジョリーグッド 上級医療統括顧問）
- 児島 正樹（厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 精神医療専門官）
- 永光 信一郎（福岡大学医学部小児科 主任教授／日本小児心身医学会 理事長）
- 田中 恭子（国立成育医療研究センターこころの診療部 児童思春期リエゾン診療科 診療科長）
- 久保 賢太郎（東京学芸大学附属世田谷小学校教諭）
- 松崎 美枝（文部科学省 初等中等教育局 健康教育・食育課 健康教育調査官）
- 外川 大希（株式会社ジョリーグッド DTx 事業部 アソシエイトプロデューサー）
- 大谷 哲弘（立命館大学 産業社会学部 教授）

教育介入先の小学校、中学校の教諭のみなさま

10. プロジェクトチーム

- 吉村 英里（日本医療政策機構 シニアマネージャー）
- 河田 友紀子（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
- 栗田 駿一郎（日本医療政策機構 マネージャー）
- 島袋 彰（日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）
- Zack Scott（日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）
- Niaya Harper Igarashi（日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）
- 平井 麻祐子

本プロジェクトは公益財団法人 日本財団の助成金をもとに、特定非営利活動法人 日本医療政策機構が主体となって実施した。本レポートの著作権は日本医療政策機構に属する。

■ 本調査の問い合わせ先：
特定非営利活動法人 日本医療政策機構 子どもの健康チーム
Mail: info@hgpi.org
Tel: 03-4243-7156