

学校における精神保健福祉教育プログラムの開発

早期介入を目指したメンタルヘルスリテラシー教育 (精神保健福祉教育)のあり方に関するニーズ調査

～ 結果まとめ ～

2009年度

. 調査の概要

1 . 調査目的

学校におけるメンタルヘルスリテラシー(以下、MHL)教育の実態と本研究会が開発した MHL 教育プログラムのニーズを把握し、導入可能性を考察する

2 . 調査概要

1) 調査名

『早期介入を目指したメンタルヘルスリテラシー教育(精神保健福祉教育)のあり方に関するニーズ調査』

2) 調査主体

NPO 法人地域精神保健福祉機構コンボ

3) 調査対象と方法

東京都、神奈川県、埼玉県、島根県における公立中学校 593 ヶ所(全数の 1/3 無作為抽出)を調査対象にした。調査方法は、調査票(アンケート用紙)を用い、郵送法で実施した。

4) 調査時間

2009 年 10 月 2 日 ~ 12 月 14 日

5) 回収状況

回収数 : 246 通 (回収率 : 約 41%)

6) 調査事項

調査票の様式のとおり(巻末:資料)

. 調査結果

第1章 基礎集計

1. 回収状況

東京都、神奈川県、埼玉県、島根県の公立中学校のうち無作為抽出した3分の1（島根県のみ全数）の公立中学校593校を対象とした。そのうち246校から回答を得て、回収率は41.4%であった。全データのうち、都県別では、埼玉143校中70校（48.9%）、東京212校中68校（32.1%）、島根102校中67校（65.7%）、神奈川137校中41校（29.9%）であった。

2. 回答者の属性

回答者は、養護教諭が157人（63.8%）で一番多く、副校長・教頭44人（17.9%）、校長27人（11.0%）などであった。対象校の生徒数の平均は、325.9人（SD:210.0）であり、対象校存在地域は、「住宅地域」が136校（55.7%）で最も多かった。対象校存在地域人口規模は、「10万以上のその他の市」が60校（26.3%）で一番多かった。上記の属性とニーズ総合得点（後述）の関係を相関分析にて検討した結果、有意な相関関係は認められなかった。

職種	N	%
校長	25	11.16
副校長・教頭	43	19.20
養護教諭	152	67.86
生活指導主任	4	1.79
スクールカウンセラー（以下、SC）	0	0.00
合計	224	100.00
地域	N	%
住宅地域	131	55.5
商業地域	25	10.6
工業地域	3	1.3
農林漁業地	57	24.2
その他	20	8.5
合計	236	100
人口	N	%
政令市	44	19.8
中核市	19	8.6
10万以上のその他の市	59	26.6
10万未満の市	52	23.4
町	45	20.3
村	3	1.4
合計	222	100

第2章 生徒のこころの健康に関する現状

1. 生徒のこころの健康課題および対応困難度

生徒のこころの健康課題では、「いじめ」「不登校・ひきこもり」など学校における生徒のこころの健康課題 12 項目をもちい、どのくらい課題となっているか「大きな課題である」「ある程度課題である」「あまり課題ではない」の3段階で質問し、結果では「大きな課題である」と回答した割合を集計した。

一方、生徒のこころの健康対応困難度では、生徒のこころの健康課題 12 項目に対してどのくらい対応ができていないかを質問し、「十分対応できている」「ある程度対応できている」「あまり対応できていない」「課題がなく対応は不要」の4項目のなかから、「あまり対応できていない」の項目のみカウントした。

生徒のこころの健康課題	(%)	生徒のこころの健康対応困難度	(%)
(大きな課題である)		(あまり対応できていない)	
1. 不登校・ひきこもり	64.2	1. 気分障害/統合失調症	25.6
2. AD・HD・LD	52.8	2. 思春期に伴う性の悩み	23.4
3. いじめ	31.7	3. 神経症・ノイローゼ	23.3
4. すぐキレる生徒	31.3	4. AD・HD・LD	20.3
5. 思春期に伴う性の悩み	22.4	5. リストカット・自殺	19.1
6. タバコ・アルコール・薬物	22.4	6. 児童虐待家庭内暴力	18.6
7. 児童虐待・家庭内暴力	19.1	7. 摂食障害	16.6
8. リストカット・自殺	18.3	8. すぐキレる生徒	16.5
9. 気分障害/統合失調症	11.4	9. 不登校ひきこもり	11
10. 神経症・ノイローゼ	9.8	10. タバコ・アルコール・薬物	6.8
11. 摂食障害	8.1	11. 学級崩壊	4.7
12. 学級崩壊	7.3	12. いじめ	0.8

その結果、生徒のこころの健康課題に関しては、不登校・引きこもりが64.2%でもっとも高く、次いでAD/HD/LDが52.8%、いじめ31.7%の順であった。

一方、生徒のこころの健康課題に対する対応困難度については、1位であった不登校・ひきこもりは9位に、2位のAD・HD・LDは4位に、3位はいじめは2位へと順位が下がる反面、生徒のこころの健康課題で、11位であった摂食障害は7位、10位の神経症・ノイローゼは3位、9位的气分障害統合失調症は1位、8位のリストカット自殺は5位へと順位の上昇がみられた。

2. 学内の取り組みの現状

1) 実施可否

過去1年に生徒の「こころの健康」に関する授業・取り組みを実施したかの問に対し、「実施した」140校(56%)、「実施していない」85校(39%)、無回答5%であった。

2) 実施対象

「実施した」と回答した141校のうち、「全学年」に一律に実施した学校が81校(57.9%)で最も多く、次いで「特定学年」が74校(51.7%)であった。一方、「教員に実施した」と回答した対象校は24校(17.1%)、

「保護者に実施した」対象校は、15校（10.7%）であり、両方とも20%を下回った。

3) 実施頻度

学内の取り組みを実施した141校の1年間の実施頻度を尋ねたところ、平均2.04回が示された。

4) 実施時間

一回当たりの実施時間の長さは、45分 50分の授業を1時間と見なした場合、1時間が69.9%、2時間、その他の順であった。

5) 実施テーマ

「たばこ・アルコール・薬物」が61.7%で最も多く、「自殺・精神障害・知的障害への偏見に関する教育」「精神障害の初期の病状や支援」「神経症・ノイローゼ・摂食障害」に関しては、10%未満であった。

テーマ	N	%
たばこ・アルコール・薬物	87	68.5
ストレスの対処法	61	48.0
いじめ	50	39.4
性の悩み	49	38.6
自殺・リストカット	9	7.1
精神障害・知的障害への偏見に関する教育	9	7.1
精神障害の初期の病状や支援	7	5.5
神経症・ノイローゼ、摂食障害	7	5.5
その他	3	2.4

6) 実施しない理由

一方、学内でこころの健康に関する取り組みを実施していない対象校93校に、実施していない理由を尋ねたところ、「時間的に余裕がない」と回答した対象校が72.9%で最も多く、「他の業務で手いっぱい余裕がない」「専門のスタッフがいない」の順であった。

実施していない理由	N	%
時間的余裕がない	62	72.9
他の業務で手一杯で余裕がない	40	47.1
専門のスタッフがいない	28	32.9
ニーズを感じない	12	14.1
実施に必要な資金がない	8	9.4
その他	1	1.2

3. 学内と外部の専門機関との関係

1) 外部の専門機関への依頼

過去1年間に生徒や保護者のこころの健康の問題について、外部の医療機関や相談機関（専門機関）に相談や助言を求めたり、その生徒や保護者の受け入れをお願いしたことがあったかの問に対し、「ない」と回答した

対象校は 36 校 (15.8%)、「ある」と回答した対象校は 192 校 (84.2%) であった。

2) 学内のスタッフの関わり方

学内のスタッフの SC や養護教諭が外部の専門機関に相談や受け入れを依頼した際、依頼後も専門機関と連携して援助したか、援助を専門機関に委ねたかの問に対し、「連携して援助する」が 116 校 (63%)、「外部に委ねる」が 70 校 (37%) であった。

第 3 章 メンタルヘルスリテラシー(以下、MHL)教育プログラムに対するニーズ

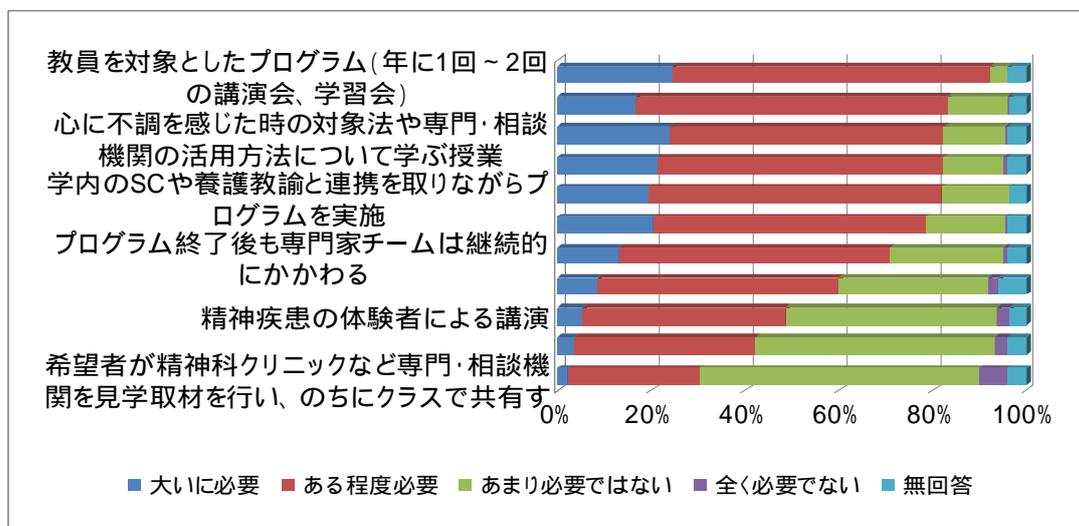
1. MHL 教育プログラムの役立ち度

MHL 教育プログラムが学内の様々なこころの健康の問題の解決にどのくらい役に立つと思うかの問に対し、「とても役立つ」「ある程度役立つ」と回答した割合を合わせると 92.7% であった。

MHL 教育プログラムの役立ち度	とても役に立つ	ある程度役に立つ	あまり役に立たない	特に役に立たない	無回答
N	27	190	16	1	12
%	11.54	81.20	6.84	0.43	4.88

2. MHL 教育プログラムの構成要素別ニーズ

MHL 教育プログラムの構成要素 11 項目に対し、「大いに必要である」「ある程度必要」「あまり必要でない」「全く必要でない」の 4 件法から、「大いに必要である」「ある程度必要である」を合わせた割合をみると、「教員対象プログラム」への必要度が最も高く、次いで「保護者対象プログラム」の順であった。一方、「大学生がアシスタントとなり、生徒に近い目線でプログラムを実施する」また、「希望者が専門機関への見学を行い、のちにクラス内で共有する」項目については、「あまり必要ではない」「まったく必要ではない」と回答した割合が必要度より大きくみられた。



．まとめ

1．生徒のこころの健康に関する現状とMHL教育プログラムの必要性

中学校内では、生徒のこころの健康課題のなかでも、精神保健福祉に関するこころの健康課題の対応にもっとも困難を抱えていることから、対応の困難を解決する取り組みが必要であることが考えられる。

一方で、学内で自治的にこころの健康に関する取り組みを実施している中学校もその実施時間は、1時間（45分-50分）の長さで2回（年）の実施が最も多く、生徒の教育を支える教員や保護者を対象にしたプログラムは全体の20%未満であることから、学内での取り組みは十分ではないと考えられる。また、実施テーマにおいても、精神保健福祉に関するテーマは10%未満であることから、対応の困難さが生じるのではないかと推測される。

学内でこころの健康に関する取り組みを実施していない理由として「時間的な余裕がない」が圧倒的に多く、ニーズそのものを感じないとの回答は比較的に低かったことから、ニーズを感じていても、学内で取り組み時間の余裕がないほどの中学校における多忙さが伺われた。このようなことから、学内を外部の専門チームがサポートする必要があることが考えられる。

2．MHL教育プログラムへのニーズが高い対象校の特徴

MHL教育プログラムへのニーズが高い対象校は、生徒のこころの健康課題も高く、対応困難度も全体的に高くみられた。また、こころの健康に関する学内の取り組みも特定学年や教員・保護者を対象に取り組んでいる対象校が多く見られた。このようなことから、学内で体系的に取り組んでいることが伺われる。しかし、学内で体系的に取り組んでいるにもかかわらず、本研究会のMHL教育プログラムへのニーズが高いことは、学内の取り組みの内容の不充実さにつながる可能性が高い。

また、学内の専門スタッフであるSCや養護教諭が外部の専門機関に援助を求める際、依頼後もその支援にかかわる対象校がMHL教育プログラムへのニーズが高く見られた。このことは、メンタルヘルスに関する認識が高い専門スタッフの存在が、MHL教育プログラムのニーズに関連しているといえる。

3．導入可能性

MHL教育プログラムがこころの健康課題に役に立つかについて9割以上が役立つと回答したことから、MHL教育プログラムに寄せられる期待は高いと考えられる。構成要素別必要度に関しては、「教員プログラム」「保護者プログラム」へのニーズが高くみられたことから、MHL教育プログラムを実施する際には、生徒と毎日関わっている支援側へのフォローアップが必要であることが示唆された。

また、「保健福祉の専門家チームが関わる」「学内のSC,養護教諭との連携」へのニーズが高いことから、専門性をもった職種の関わりが必要であると考えられる。

今後、このようなことを踏まえて研究会では、「教員プログラム」「保護者プログラム」の枠組みを整える。

また、専門性をもった職種として、外部チームでは精神科の看護師・精神保健福祉士・当事者グループ、家族会の会員と協力し、講師育成のための研修会を開き、MHL教育プログラムを普及していくことが課題となった。



この報告書は競艇の交付金による日本財団の助成金を受けて作成しました。