

厚生労働省障害者保健福祉推進事業【障害者自立支援調査研究プロジェクト】

平成 20 年度 報告書

精神的困難を抱える思春期児童への 早期からの啓発・相談・支援策の開発事業 ～精神疾患への移行と慢性化防止～

社会福祉法人カメリア

大村椿の森学園

精神的困難を抱える思春期児童への早期介入事業検討会（略称、早期介入検討会）

研究代表者 田崎 耕太郎（大村椿の森学園）
検討会委員 ○岡崎 祐士（東京都立松沢病院）
長岡 和（大村共立病院）
今村 義博（大村共立病院）
宮田 雄吾（大村共立病院）
原田 雅典（三重県立こころの医療センター）
藤田 泉（ささがわ通り・心身クリニック）
藤田 康平（総合心療センターひなが）
伊勢田 堯（東京都立松沢病院）
針間 博彦（東京都立松沢病院）
野中 猛（日本福祉大学）
谷井 久志（三重大学大学院）
西田 淳志（東京都精神医学総合研究所）

○検討委員会 委員長

目次

はじめに	p 4
全体要約	p 6

普及啓発事業 I

学校・地域をベースとした精神保健啓発・相談・支援に関する研修事業

目的と事業概要・結果	p 8
津市における学校・一般医と連携した早期支援地域モデルの構築	p 10
中学3年生に対する精神保健啓発授業の開発と実施	p 27
中高生向け精神保健啓発ツール開発と配布に関する事業	p 29

普及啓発事業 II

精神保健医療スタッフに対する早期支援・治療実践専門技術研修事業

目的と事業概要・結果	p 32
精神病早期介入専門スタッフ育成のための教材および研修プログラム開発	p 33

調査研究事業

思春期児童・生徒の精神的悩み、メンタルヘルスリテラシー、および保護者の相談行動等の実情に関する調査研究事業

目的と事業概要・結果	p 41
津市における思春期精神病理疫学調査	p 44
大村市における思春期精神病理疫学調査	p 48

資料編

- 1). 早期介入ケースマネジメントマニュアル（日本語版）
- 2). 精神保健医療専門職早期介入技術研修会 研修資料（日本語版）
 - 研修1日目スライド資料
 - 研修2日目スライド資料

はじめに

少子高齢化社会において、地域や社会の支え手となる若者の健康の維持・増進は社会全体の最重要課題の一つとなる。精神疾患は、10～20代の若者の健康を最も障害している疾患群であり、それゆえ、若者の精神保健対策は地域社会全体で取り組むべき喫緊の課題である。しかしながら、我が国の精神保健医療体制は、未だこの若年層を意識したサービス体制の整備が不十分であり、その結果、精神疾患の発病後の未治療期間の長期化、それによる障害の慢性化・重症化という事態が生じている。また、精神疾患の多くは、10～20代にかけて発症するため、その治療が遅れることにより、若者の人生にとって重大なダメージをもたらすこととなる。近年の諸外国における疫学研究では、精神疾患を患う人々の約半数は、すでに10代前半から精神的不調や精神疾患を抱えていることが明らかとなっており、若年層、特に「思春期」の子どもたち・若者たちへの精神保健的支援の重要性が強調されるようになっている。

上記の理由から、我が国においても、精神的困難を抱える思春期児童が、そのことを早期に相談でき、適切な支援と治療を受けられる体制を整備することが重要である。それにより、統合失調症をはじめとする精神疾患の早期発見・早期支援が促進され、重症化・慢性化を予防の実現も期待される。本事業は、精神的困難を抱えた思春期児童が、早期に適切な相談・支援・治療を受けられるために必要な課題を調査事業ならびにモデル事業の試行によって明らかにすること目的として実施された。

本事業は、思春期の精神保健問題の実態把握のための調査事業、さらに二つのモデル事業（学校・地域と連携した早期介入モデルの構築事業、早期介入を提供する専門スタッフの人材育成研修事業）の計3つの要素から構成されている。

調査事業においては、津市・大村市における中学生やその保護者等を対象とした精神保健調査を実施し、精神保健問題を抱えている生徒がきわめて多いこと、そうした生徒の一部にはそのこと相談できないまま困っていること、また、保健室にはそうした子どもたちが身体の不調等を訴えて多く来室していることなどが判明し、学校、特に保健室の早期発見の役割が大きいことが示唆された。一方、生徒、保護者ともに統合失調症についての認知度が低いことが明らかとなった。

また、津市・大村市においては、学校と地域をベースとした精神保健啓発・相談・支援のあり方を模索するモデル事業が実施され、精神的不調を抱える生徒の早期発見と早期支援の試み、それを促す啓発手法・プログラムの開発等が行われた。

さらに、早期介入サービスを提供できる専門家の育成研修事業として、各国の選りすぐりの教材を収集・翻訳するとともに、国際的に著名な早期介入専門家を英国から招請し、専門研修を行った。

こうした一連の事業を多くの関係者のご協力により、スムーズに実施することができた。この事業で得られた資料・知見を踏まえ、今後、我が国におけるユースメンタルサポートサービス、精神疾患の早期発見・早期支援の体制がさらに発展していくことを期待したい。

精神的困難を抱える思春期児童への早期介入事業検討会

全体要約

[目的]

統合失調症をはじめとする精神疾患の多くは、思春期・青年期以降に顕在発症する。しかしながら、それ以前の10代早期からすでに精神的困難を抱えたまま生活を送り、誰にも相談できないまま時間とともに不調を深め、本格的な精神疾患の発症に至る思春期青年期の若者は少なくない。本事業では、思春期の若者が正しい精神保健に関する知識を持ち、心の健康・疾病を正しく理解し、精神的困難を抱えた際には、早期に相談をし、必要な際には適切な初期支援が円滑に提供されるよう学校・家庭・精神医療機関が連携したサポート体制のあり方を調査事業に基づいて検討し、モデル構築を試みた。

[事業内容]

思春期児童の精神的健康の実情、思春期児童・生徒および保護者のメンタルヘルスリテラシーに関する実態を把握するため調査事業を行うとともに、児童・生徒、保護者、教職員等を対象とした早期発見・早期支援につなげるための啓発手法を開発、それを活用した啓発プログラムを行った。また、学校関係者の児童・生徒の精神的不調の早期発見能力を高め、精神的不調の相談を受けた際の適切な対応に関する研修を行った。さらに学校精神保健をサポートする地域精神医療機関専門職が適切な早期支援・治療を提供するための研修を行う。

[結果概要]

思春期児童・生徒、およびその保護者を対象としたメンタルヘルスリテラシーに関する本調査事業によって得られた知見は、今後の普及啓発のあり方を検討する際の重要な資料となる。また、学校と地域精神科医療機関が連携した早期支援モデルを構築した。「精神疾患学校教育プログラムキット」、「中高生のための心の病気ハンドブック」など啓発ツールを開発した。今後、他の地域における同種取り組みにおいても活用可能である。早期支援・治療に携わる精神保健医療スタッフを対象とした早期支援専門研修を実施し、当該分野の専門家の育成、および研修教材の開発を行った。

普及啓発・研修会事業 I

学校・地域をベースとした

精神保健啓発・相談・支援に関する研修事業

学校精神保健コンサルテーション委員会

- 委員長 原田 雅則 (三重県立こころの医療センター)
協力者 中村 友喜 (三重県立こころの医療センター)
前川 早苗 (三重県立こころの医療センター)
西田 淳志 (東京都精神医学総合研究所)

学校精神保健啓発教育授業プログラム委員会

- 委員長 針間 博彦 (東京都立松沢病院)
協力者 白井 有美 (東京都立松沢病院)
石倉 習子 (日本福祉大学)
高濱 三穂子 (東京都立松沢病院)
石川 博康 (東京都立松沢病院)

精神保健啓発ツール開発委員会

- 委員長 長岡 和 (大村共立病院)
協力者 宮田 雄吾 (大村共立病院)
今村 義博 (大村共立病院)

普及啓発・研修会事業 I

学校・地域をベースとした精神保健啓発・相談・支援に関する研修事業 概要

[目的]

精神的不調を抱えながらも誰にも相談できず、時間とともに不調を深め、不登校や精神疾患の発病に至る生徒も少なくない。本事業では、生徒や教師、保護者など学校に関わるすべての人々のメンタルヘルスリテラシーを高め、精神的不調を抱える生徒が適切な相談と支援を早期から受けられるシステムを学校・家庭・精神科医療機関が連携して構築するための事業であり、その過程で必要となる研修プログラムを開発するものである。

[事業概要]

三重県津市、および長崎県大村市においてモデル校区を定め、校区内中学校を対象とした啓発・相談・支援事業とそれに関連する研修プログラムの開発・実践を行った。三重県津市A中学校においては、中学3年生を対象とした精神疾患学校教育プログラム授業を実施し、生徒の精神疾患の正しい理解と早期支援の重要性について啓発を行った。また、保護者を対象とした精神保健啓発講演会や、教職員を対象とした早期事例に対する相談・支援研修（早期事例ケースマネジメント研修）等を行った。また、三重県立こころの医療センター早期支援多職種チームの協力を得て、教職員に対する定期的な学校精神保健コンサルテーション（研修）を行い、学校内の精神保健活動や精神保健相談体制の整備を進めた。また、その一環として養護教諭やスクールソーシャルワーカーと早期支援多職種チームが連携し、保健室における早期発見の取り組みを進めた。長崎県大村市B中学校の生徒に対しては、「中高生のための心の病気ハンドブック」を配布した。以上の啓発活動・啓発研修を進めるにあたり、必要な啓発ツールの開発も行った。

当啓発研修事業を実施するにあたり、学校精神保健コンサルテーション（研修）委員会（委員長：原田雅典）、学校啓発教育授業プログラム委員会（委員長：針間博彦）、啓発パンフレット開発委員会（委員長：長岡 和）を設置し、各委員会のイニシアチブによりそれぞれの課題を進めた。

[事業結果]

諸外国の学校精神保健教材等を参照しつつ、中高生を対象とした「精神疾患学校教育プログラムツールキット～10代のこころを守るために～」を開発し、それをを用いた2時間枠の授業プログラムを実施した。授業プログラムに対する生徒、教師の評価は高く、特に「精神病状態」、「抑うつ状態」などの説明についても理解がしやすいという意見が多く得られた。また、精神的不調を抱えた際の早期の支援、治療の重要性についても理解が深まり、受診・相談を躊躇していた生徒が本事業プログラムを受けて相談・受診に至った事例も報告された。また、中高生に対して心の病気の早期発見を促す啓発パン

フレット「中高生のための心の病気ハンドブック」が開発され、中学生に配布された。このハンドブックは、生徒手帳にはさめるサイズを意識して作られており、常に生徒に携帯されることを意図している。これら当事業において開発使用された「精神疾患学校教育プログラムツールキット」および「中高生のための心の病気ハンドブック」については、今後の他の地域においても活用され、同様の成果が得られることが予想される。

生徒に対する精神保健啓発を行う際には、かならずその保護者を対象とした啓発講演会を実施することも重要である。親子で同程度の精神保健に関する知識を有する状態が望ましい。保護者が子どもの早期受診を躊躇することも少なくないため、保護者に対する定期的な精神保健啓発活動を行うことも重要である。当事業においては、保護者の啓発講演会を生徒を対象とした啓発授業の前に行ったことで、保護者の理解も得られやすかった。

教職員を対象とした早期事例に対するケースマネジメント研修、学校精神保健コンサルテーション事業等により、モデル校区学校関係者の精神保健の重要性に関する認識が高まり、精神保健に関する取り組みの優先度が校内で高まった。また、すでに専門支援が必要な生徒が見つかった際の校内関係者の連携・対応、保護者との連携、三重県立こころの医療センター多職種早期支援チームとの連携等の体制が整備され、発見・相談・支援・治療の一連のプロセスが円滑となった。また、養護教諭やスクールソーシャルワーカーを対象とした早期発見研修を行うことにより、保健室における精神疾患の発見頻度が高まった。

当事業により、生徒・保護者・教師のメンタルヘルスリテラシーが向上し、また、こころの不調・病気の早期発見の感度が高まり、発見後の校内関係者・校外専門支援チームとの連携体制が整備されたことで早期支援・治療へと導く体制が整った。すでにこうした取り組みの成果として、精神病発症危険状態（ARMS）の生徒の早期支援が開始されるなど学校をベースとした早期支援の実践モデルが地域との連携体制と効果的な啓発により有効に機能することが示唆された。

津市における学校・一般医と連携した早期支援地域モデルの構築

中村友喜、栗田弘二、前川早苗、濱幸伸、岩佐貴史、原田雅典、西田淳志

目的 ～地域モデル構築に向けて～

精神的困難を抱える思春期児童の早期発見・介入の基盤は家庭・学校・地域にある。なかでも学校、とりわけ中学校は義務教育期間に該当するためほぼすべての若者が通過する教育過程である。近年の学校は、不登校、学級崩壊、摂食障害、自殺、いじめなど、多くの精神保健問題を抱えており、それらの対応に苦慮している現状がある。

本事業では、地域の精神保健早期介入専門機関から中学校に精神保健専門家を派遣し、相談・支援システムを構築することで、精神疾患の早期発見・介入地域モデルを形成し、その効果と課題について検証を試みた。

また、不眠や食欲不振、さまざまな身体愁訴を受診理由として、精神保健問題を抱える若者や、前精神病状態、初発精神病の若者が一般科に受診していると考えられるが、一般医の精神科に対する知識や理解は十分ではなく、地域の偏見も存在するなかで、精神科専門医との連携は立ち遅れたままとなっている。

これらのことから地域医師会に所属する一般医を対象に啓発パンフレットを作成、配布し、早期発見・介入のための一般医教育、精神科専門医との地域連携モデルを構築した。

1. ユース・メンタルサポートセンター MIE の設立

三重県立こころの医療センターは津市の南端にあり、400床の精神科単科病院である。この中に、精神科医、看護師、臨床心理士、薬剤師、精神保健福祉士等で構成された早期介入コア・チームが組織され、平成20年10月には三重県における早期介入の中核となる「ユース・メンタルサポートセンターMIE」が立ち上げられた。

「ユース・メンタルサポートセンターMIE」の主な特徴と役割としては次の3つがある。

早期発見

『DUPの短縮』を主な目標とし、次の2点について事業を展開する。

- ・サポートチームによる学校と連携したアウトリーチサービス
- ・一般医（内科・小児科等）を中心とした地域に向けた啓発

早期治療

臨界期における治療及び治療継続に向けたサポート体制の構築を目指し、入院治療及び外来治療体制の充実に向けた取り組みを進める。

人材育成

『地域における精神科医療推進のための人材育成』は県立病院としての責務であり、院内外に向けた早期介入チームの人材育成プランの策定と実施を進める。

当センターにおける早期介入チームの構成及び役割を図 1 に示す。介入の中心となるコアメンバーの構成は精神科医 1 名、看護師 2 名、臨床心理士 1 名、薬剤師 1 名、精神保健福祉士 1 名の計 5 職種 6 名からなる。それぞれの職種が職能に応じた役割を担っているが、全てのメンバーに共通しているのは、①アセスメントを行う②アウトリーチサービスを行うことである。

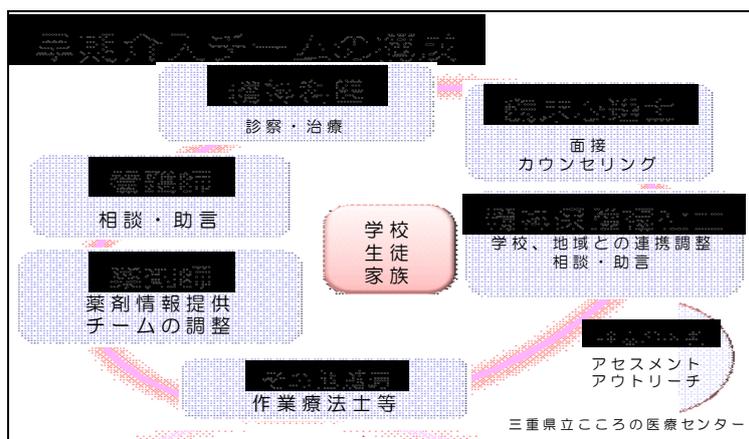


図 1 早期介入チームの構成及び各職種の役割

2. 事業内容

本年度は以下の取り組みを行った。

- 1) 津市立モデル中学校への、三重県立こころの医療センター多職種チームによるアウトリーチ型支援
- 2) 保健室利用状況調査上記中学校保健室へのスクールソーシャルワーカーの試験的配置による相談・支援
- 3) 上記中学校教員へのアンケート調査による効果検証
- 4) 学校と医療チームの連携における課題の抽出
- 5) 一般医向けパンフレットの内容検討

1) モデル学校への多職種チームによるアウトリーチ型支援

津市は人口約 29.2 万人の市であり、市立中学校数は 22 校、総生徒数 7157 人である。今回はこのうちの 1 校（生徒数 404 人）を連携モデル校として実施した精神科病院と中学校による連携モデル構築に向けた取り組みについて報告する。

本研究は当センターの及び対象施設及び当センターの倫理委員会において承認を受けており、それらの倫理規定に沿って進めている。各事例の個人情報に関しては、事前に本人・

家族に対して個人情報や学校外の機関と共有することの同意を得た上で、対象生徒をコード化し個人が特定されないように配慮している。

学校との連携体制

今回の事業において当早期介入チームと学校との連携図を示す（図 2）。本事業の取り組みでは、モデル校に『学校特別支援委員会』を設置し、校内における問題事例の把握を行った。学校特別支援委員会のメンバーは校長・教頭・養護教諭・特別支援コーディネーター・スクールカウンセラー・各学年担当者・スクールソーシャルワーカー（SSW）によって構成されている。この委員会とユースメンタル・サポートセンターMIEにおける早期介入チームとの合同会議を毎月1回開催し、『学校特別支援会議』で挙げてきた事例のうち、医療的な介入が必要と思われる事例についての検討を行った。また、SSWと介入チームとは毎週1回のミーティングを実施し、事例に関する情報共有を行った。更に緊急性の高い事例についてはアルタイムな情報交換を行うこととした。

今回の連携に関する生徒・家族への周知については、学校より生徒・保護者向けに発行されている『学校だより』にて情報提供を行った。

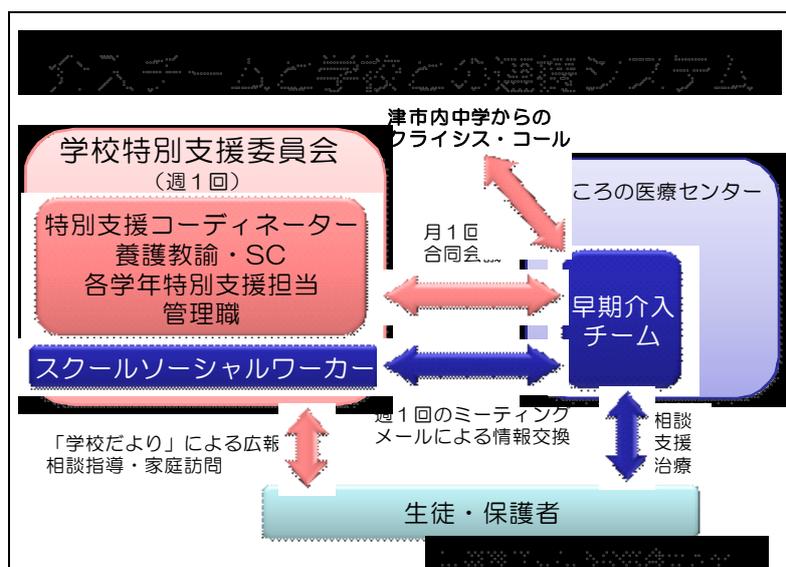


図2 早期介入チームと学校との連携システム

事例検討合同会議、及びサービスの提供

平成20年8月から平成21年1月末日までに学校と早期介入チームとの合同会議にて検討した事例数は17例であった。

合同会議で検討されたケースは精神病の臨床段階モデル（図3）などを参照しつつ、精神病のリスクについても評価した。当チームでは図4に示すように、介入チームがアセスメントを行い、相談あるいは診察の結果によって必要に応じて学校と介入チームによる継

続的サポートを行うシステムをとっている。

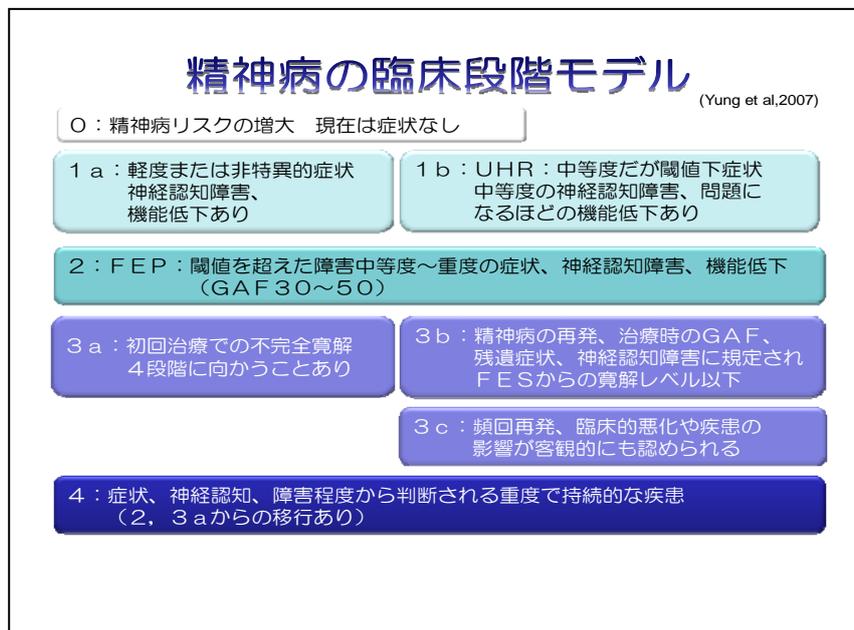


図3 精神病の臨床段階モデル

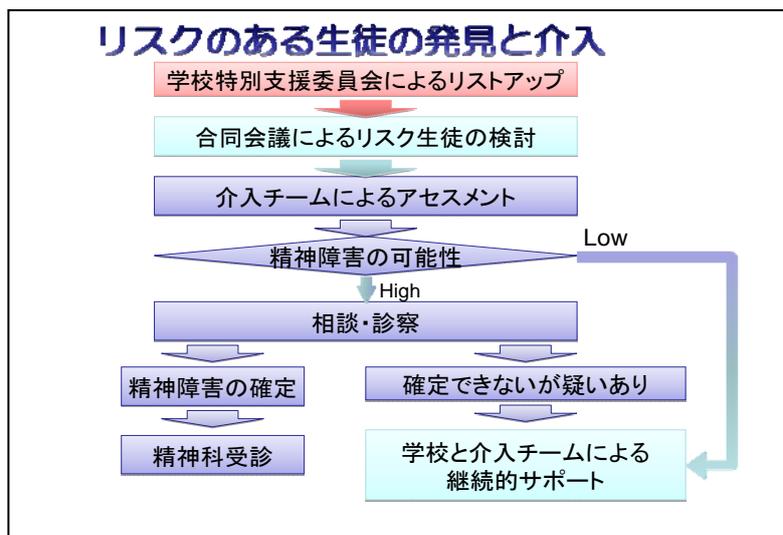


図4 リスクのある生徒の発見と介入

これらの評価の結果、実際に早期介入チームが直接介入した事例は2例であり、いずれの場合も保護者同席の上、モデル校の保健室にて精神科医による診察を実施した。その後は介入チームのメンバーよりケアコーディネータを選任し、継続的な支援を行った。本人と家族に対する継続的なサポートを実施する上で、次のような点に注意を払った。

- ① アセスメントと計画は本人と家族の意向を入れる
- ② 日常生活行動の困りごとについてサポートする

③ 家族へのサポートを行う（少なくとも月1回）

④ 復学についての方向性を立てる

特に『④復学についての方向性を立てる』については、本人・家族以外にも担任及び生徒指導担当と連携しながら実施した。

学校と連携して介入した事例

<中学1年生Bさん>

足の怪我で保健室に来室するが、「足が腐る」「細菌に感染する」とニヤニヤしながら視線も合わないといった様子に養護教諭が気づき、怪我の具合を聞く目的で保健室への来室を依頼する。

[支援開始までの生活状況]

中学生になった頃より熟睡感がない。普段の就寝時間は12時か1時頃で、授業中うとうとしてしまうこともあり、自宅でも、気づかない内に眠ってしまい、気づくとベッドにいるということもよくある。友人は少なく、人と話したい気持ちはあるものの、恥ずかしい、悪口を言われているような気がし、輪の中に入っていけない。自分以外誰もいない教室や自室から声が聞こえることがあると言い、頻度は週に3回程度ある。普段、教室に居づらく感じる時は、特別支援学級や保健室で過ごしている。試験の成績が下がり、原因は寝不足で集中力がないこと、忘れっぽいことと話す。

[ケアコーディネーターの支援開始までの経過]

養護教諭とスクールソーシャルワーカー（SSW）が連携し、週に1回程度、Bさんと面接を行った。当初、Bさんは、病的体験について「誰にも言わないで」と養護教諭・SSWに話していたが、本人の心配ごとを聴く中で「病院に行かなくても保健室に専門のお医者さんが来てくれるので、相談しようか」と持ちかけると素直に了承する。養護教諭・SSWがユース・メンタルサポートチームについて本人と保護者事前に説明し、了承を得る。

初回訪問時、精神科医が面接を行った。現時点では、幻聴体験はあるものの明らかな精神病状態でないと判断された。ケアコーディネーターによる継続的な相談・支援を行っていくことが精神医から本人・保護者、学校側に提案があった。その後、本人・保護者にケアコーディネーターのサポートについて説明し、了解を得た。ケアコーディネーターを中心として介入チームの支援体制を図5に示す。

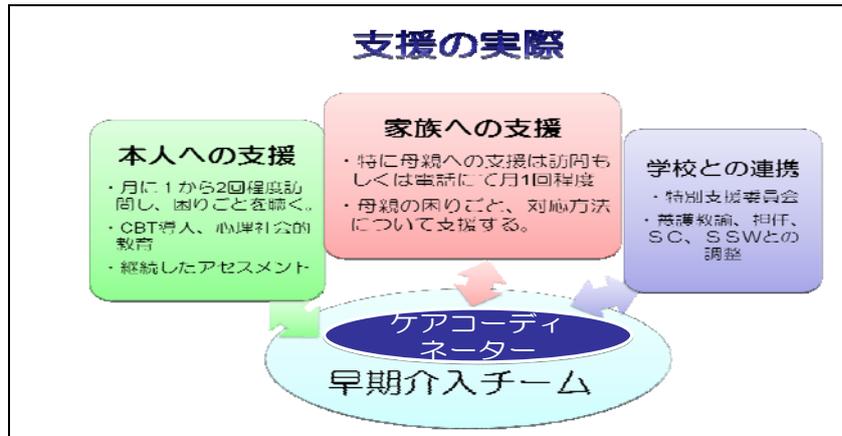


図5 支援体制

[ケアコーディネーター支援の経過]

(1) 第一回面接

自己紹介と関係作り、アセスメント。本人の困りごととしては、「誰もいないのに呼ばれた気がする」ということであると話す。音への敏感さについて更に問うと、6歳くらいからずっと音には敏感であり、ドアを閉める音やトイレを流す音が怖くては走って逃げていた、パソコンの電源を切る際に出る「プツン」という音が何故か自分でも分からないが怖くて化け物がでてくるのではないかと思って逃げるのがあったといったエピソードを話す。

Bさんとしては「音や呼ばれる声の恐怖感が減るといいのに」と話し、ケアコーディネーターもそのお手伝いをしていきたいことを話し合っ面接を終える。

(2) 第二回面接

冬休み以降に幻聴が減ったと報告があり、本人なりに理由として考えられることを問い返すと「友達や家族と沢山でかけて楽しかったから。やっぱりストレス少ないのがいいね」と話す。本人にストレスとなることを減少させて楽しいことを増やすことは前回の課題にあった「音の恐怖を減らす」ということに役立つことを裏づける。

一方では、面接中に「悪くなると薬?」「病院?」と精神科受診への恐怖感があり「薬いやだ」「病院には行きたくない」と話し、「うつは自殺する病気、怖い」と言った思い込みがあることを話した。Bさんの気持ちの中には「薬を飲まないで済むように症状を軽く言ったほうがよいかも」「病院に行くのは嫌だ」という思いがあり、症状自体に焦点を当てるよりも、生活の中でできる困りごとへの工夫や良い点の強化を行うことで、ストレスマネジメントを上手く行えることを目的とした。

(3) 第三回面接

「最近は声がほとんどなくなってきた。月に1回か、そのくらい」と話し、更に何がよくなったのか問うと「友達ができる。友達と話ができるようになった。向こうから話かけてくれる」と嬉しそうな声で答えた。生活の楽しさは今までが10くらいだったのに対して今

は50位に上がった評価した。再度、生活上の変化をフィードバックして面接を終える。

担任との調整において次回の母親との面接を依頼した。また、担任からの情報としては、「連絡帳の文字が最近はしっかりしてきている、具合が悪いときには薄い字で書いてあるが現在はしっかりとした字で濃く書かれている」とのことであり、実際に明らかに文字の濃さは変化していた。ただ、成績については今までと変わらず、クラスの中でもかなり低い。

[精神症状の評価]

(1) PLE (精神病様症状体験)

- ・テレビ・ラジオ・新聞などのマスコミが、自分への個人的なメッセージや暗号を送ってくる
 - ・不特定多数の人が、あなたをついまわしたり見張っている
 - ・他の人には聞こえない「声」が聞こえたことがありますか
- 以上、3項目について経験があると回答した。

(2) SIPS/SOPS

P-1 不自然な思考内容・妄想=1 存在が疑われる

困惑と妄想気分、誇大性について該当項目があったが、錯覚やちょっとした違和感として表現されているものの本人にとっての煩わしさや行動への影響はない

(ア) 困惑と妄想気分

- ・自分が経験したことが現実かそうでないかわからなくて混乱した経験—小さい頃にあった。今はない

(イ) 一級症状 該当項目なし

(ウ) 誇大性

- ・空想にふけったり、気付くと架空の物語や夢想—自分が見たことのない家のようなものがあって目が回って混乱する。いつからかは不明であるが、2か月に1回程度ある。ほったひっぱっても目が覚めない。ちょっと外れた感じがある

(エ) 他の不自然な思考・妄想 該当項目なし

(オ) 追跡を除く関係念慮 該当項目なし

P-2 猜疑心・被害念慮 該当項目なし

P-3 誇大観念

P-4 知覚の異常・幻覚=3：中等度

幼少期から続く幻聴があり、本人も幻聴に対して恐怖感を感じている。頻度は月に2回程度であり現在のところは頻度が増えることはない

① 聴覚の障害、錯覚、幻覚

- ・音への敏感さ—微妙に毎日ある。小さい頃から。怖い気がして走って用事を済ませる。

- ・他の人には聞こえないような声—小学校に入る前からある。週に1回くらいの時もあるが、最近は月に2回くらい。名前呼んだ？と確認に行くが呼んでないといわれる。怖い感じがする

- ②視覚の異常、錯覚、幻覚 該当項目なし
- ③身体感覚の異常、錯覚、幻覚 該当項目なし
- ④味覚の異常、錯覚、幻覚 該当項目なし

P-5 解体した会話＝1：存在が疑われる

会話中に「3日にならないと忘れない」「見て嬉しそうな感じ」といった独特の言い回しがあり、面接者が文脈を読み取って確認することができる。全体的な会話の流れとしては、大きく脱線することがない。自宅ではポルトガル語も使用しており、精神症状としての判断よりも現段階では環境的な要因が大きい可能性がある

(3) 前駆症状診断の要約

①現在の精神病状態の除外 (POPS)

- A) SOPS P1 から P5 スケールのうち一つでも6点以上があったか (なし)

②前駆症状の検討 (COPS. 3. 0)

- A) 短期間の間歇的な精神症状

SOPS P1 から P5 スケールのうち一つでも6点以上があったか (なし)

- B) 微弱な精神症状

SOPS P1 から P5 スケールのうち一つでも3－5点があったか (あり)

それらの症状は1年以内に始まったか、あるいは1年前に比べて1以上上昇したか (なし)

- C) 遺伝的なリスクおよび機能の低下

分裂病型人格障害の診断基準を満たすか (いいえ)

精神障害をもつ第一等家族がいるか (いいえ) ただし叔父は精神科治療中

最近1か月のGAFの値が1年前に比べて少なくとも30%以上低下しているか (情報なし)

[本事例についての考察]

精神症状の評価とチームの介入方法

精神症状の評価、日常生活行動から、本ケースは微弱な精神症状が持続していることを考慮し、継続的な観察と精神病顕在発症の予防を視野に入れた相談・支援必要と考えた。介入方法の選択として、明らかな精神病症状には至っていないこと、微弱な精神症状の持続について最近の悪化徴候がないこと、本人が薬物療法への強い抵抗感を抱いているという点を検討して認知行動療法を第一選択とした。薬物療法については、スティグマや副作用による治療への抵抗感を助長する可能性があり、精神症状の悪化や自傷他害のリスクが生じた際には迅速にアセスメントを行い早期に適切な介入が行えるように支援していく体制を整えておく。

具体的には1か月に2回程度の直接支援、1か月に1回程度の家族支援を行うことと、症状の変化があった場合に学校側から報告を受けるといった体制を整備しておくことによって精神症状の変化に対して早期に対応することとする。

認知行動療法（心理教育）の必要性

精神症状として現在は大きな変動はないものの、「音が怖い」「声が怖い」といった体験に対する苦痛の自覚があること、はっきりとした裏づけはできていないもののストレスと症状が関連していることについても気がついており、生活上の困り事については認知行動療法を取り入れていくことによって本人の苦痛を軽減できる可能性がある。また、その場所としては学校や家庭訪問といった方法をとることによって今後も継続的な支援を受け入れることができると思われた。

本人は精神科に対する恐怖心があり、「悪くなった病院？」と言い症状を軽く話すということもある。本人および家族に対しての心理教育が必要であり、精神病予防に関すること、症状悪化の関連因子とその対処方法についての説明を行うことによって発症を予防や軽症化できる可能性がある。

しかし、具体的な方法として、本人や家族に不必要なラベリングを行ってしまう可能性やスティグマにつながらないようにといった配慮を行い、まずは家族に対して心理社会的教育を実施していくことが現実的課題となる。そして、精神科治療への抵抗、うつは自殺する病気といった誤った認識がある本人に対して、どこまでどのように説明するかという点について、年齢や理解度を判断した上で方針を検討する。

アウトリーチによる支援

本人は「怖い」「困る」と自覚しており長年に渡って生活上の苦痛を感じてきた。当初は自分の中に起こっている状況について家族にも言わないで欲しいと話していたが、現在はチームの支援を受け入れられている。チームのメンバーが学校に来てくれるということは本人が支援を受け入れる大きな要因となっており、アウトリーチという手段でこそ支援が開始できたケースと言える。現在も精神科に通院すること薬物療法に対する恐怖心が強くあり、支援方法について本人や家族と十分に話し合いをもちながら行っていく必要がある。

2). 保健室利用状況調査とスクールソーシャルワーカーの試験的配置

保健室利用状況調査

上記モデル校において2008年4月から9月末日までの期間における来室状況は、生徒の延べ数は605人であった。1日の平均利用生徒数は6.3人で(財)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』の平成18年度における1日平均保健室利用人数は30.4人(中規模中学校)、記録の必要性「有」の1日平均の利用者数18.6人(中学校全体)と比較すると少ない結果であった。

保健室利用の理由は痛み47%、創傷・出血13%、気分不快13%、打撲・突き指10%、倦怠感5%、不明・その他12%であった。また、痛みのうち、腹痛が32.9%と最も多く、次いで頭痛23.1%、足・膝の痛み13.7%であった。

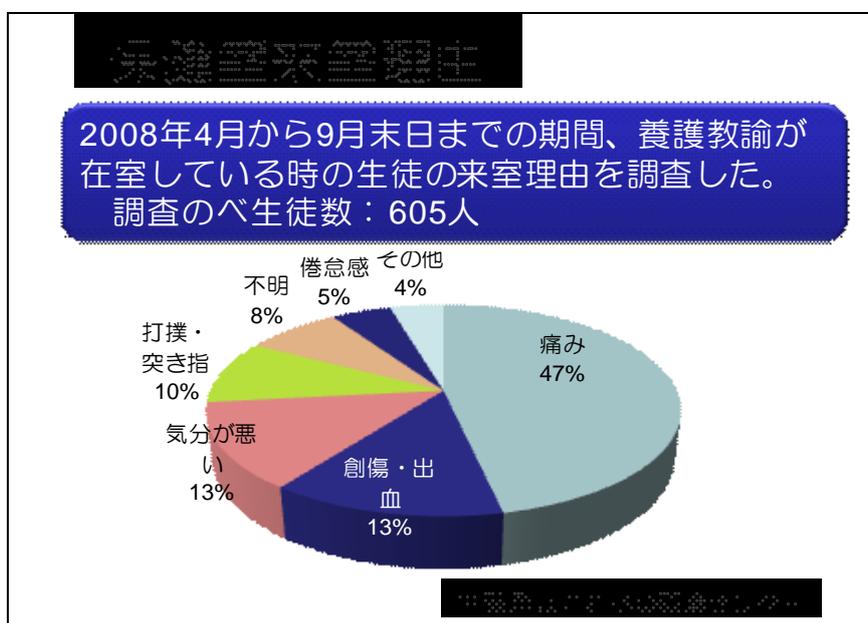


図6 保健室来室理由

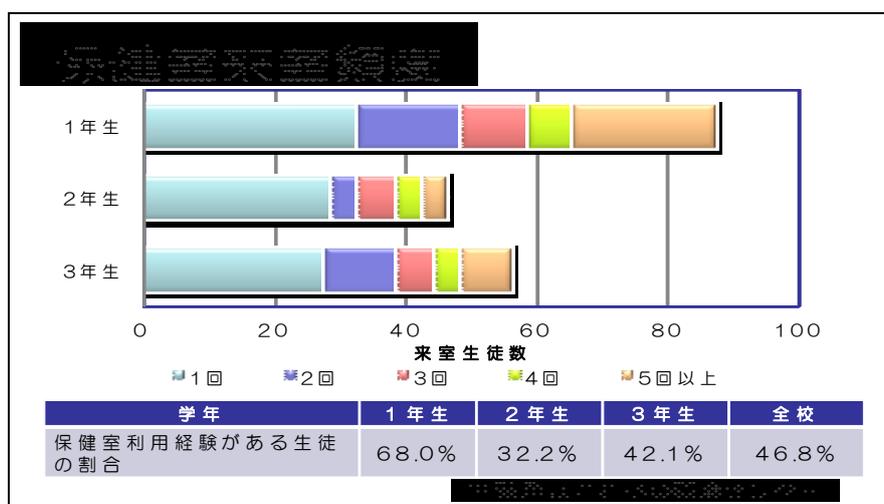


図7 保健室来室頻度

学年により保健室の利用率に差はあるが、約半数の生徒が利用する保健室をスクールソーシャルワーカーの相談窓口とすることにより、気軽に相談できる環境を整えることができる可能性がある。また、問題を抱える生徒に関して、身体疾患に関する情報など養護教諭が持っている情報を共有しながら総合的に判断でき、問題を多面的にとらえることができると言う点で、保健室におけるSSWの介入が効果的に機能する可能性がある。生徒との関係づくりという点では、関係性が形成しやすく何か問題を抱えた場合でもあってもサポートしやすいと考えられる。

保健室へのスクールソーシャルワーカーの試験的配置による相談支援

2009年1月までにスクールソーシャルワーカーに相談した生徒数は25名であり、1人あたりの平均相談回数は3.4回であった。生徒の紹介経路別にみると、養護教諭40%、担任20%、特別支援会議20%、保護者8%、友人8%、生徒指導4%であった(図8)。

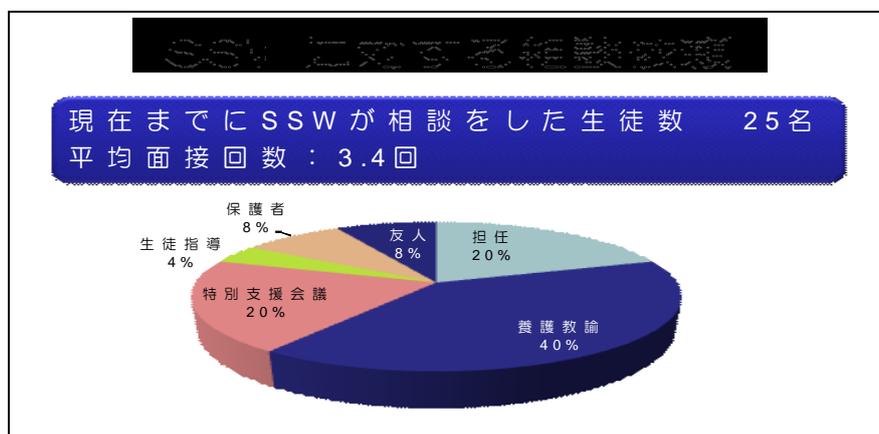


図8 SSWに対する相談依頼

モデル中学校教員へのアンケート調査による効果検証

モデル校の教員29名に対して、早期介入チーム及びスクールソーシャルワーカーに関する効果について記述式のアンケート調査を実施した。回答率は62.1%であった。

(早期介入チームに関するアンケート結果)

早期介入チームに関する項目について、全ての教師から『早期介入チームは有効である』との回答が得られた。また、『介入チームに事例を相談したことがある』と回答したのは71%であった。

相談した結果感じたことについては「自分の考えに自信がもてなかったので、方向性を出していただいて大変ありがたかった」「医療面でのアドバイスは心強い」「悩んだとき、行き詰まったときに相談出来る場所があることで、私の心がかなり軽くなった」「『病院を受診して下さい』で終わらずに、確実に治療に繋がることで安心できる」等の回答がみられた。

精神保健に関する相談機能が乏しいために疲弊する教職員も多く、今回の介入は生徒に対する早期介入の効果以外にも教師のメンタルヘルスに対する効果が得られたという点においても学校精神保健に精神科多職種チームが介入することは有益であると考えられる。

(スクールソーシャルワーカーに関するアンケート結果)

スクールソーシャルワーカーに関する項目について、全ての教師から『スクールソーシャルワーカーは有効である』との回答が得られた。また、『スクールソーシャルワーカーに事例を相談したことがある』と回答したのは65%であった。相談した結果感じたことについては、「不登校対応等ですでに結果が出ており、スクールソーシャルワーカーの存在は有効だと思う」「教師はどうしても生徒に上からものを言うてしまうが、うまく対応していただけた」「心の問題を抱えた生徒が多い。教師とは違う立場で子どもにあたってもらえるので子どもも心を開きやすい」等の回答がみられ、早期介入チームとの連携による改善効果以外にも、スクールソーシャルワーカー単独でも学校精神保健にとっては非常に有効であることが示された。

学校と医療チームの連携における課題の抽出

医療者側からみた課題

医療者側からみた学校精神保健に関する今後の課題としては、医療者側に求められるものが医療の対象となるかどうかの判断に短絡しがちであること、学校側から提供される情報量は多いが、医療者側が求める必要な情報が十分でないことがある。リスクのある生徒や家族への対応方法に自信がない、治療開始～復学までの対応を医療側に依存する、等が挙げられる。特に『①医療者側に求められるものが医療の対象となるかどうかの判断に短絡しがち』については、学校側は『学校という社会に対する生徒の適応性』を重要視するあまりその生徒の精神状態に対する環境的要因を軽視している、または環境調整に対する手段やそれを担う機関との連携が不十分であることから、『生徒の精神的な問題行動はすべて医療でなんとかなる』との認識があると思われる。また、前述の通り、医療と教育では必要とする情報・視点が異なるため、今後は情報共有に関する相互的なスキルアップが必要であると考えられる。

また、学校との連携に関する今後の課題としては、学校の役割とサポートチームの役割が十分に整理されていない、介入サービスの調整に時間がかかる場合がある、アセスメントや方針についての情報共有が困難、危機介入における即時対応、アウトリーチに要するチームスタッフの時間の確保、等が挙げられる。

介入連携に必要な学校内の取り組み

今回の事業を通じて、精神科早期介入を教育現場にて実践する上で必要と思われるもののうち、重要なものは次の3つである。

- 1) 早期介入に関する研修の必要性

今回の事業は、事前に早期介入の重要性が理解された上での活動開始であったため、スムーズに活動をスタートさせることができた。しかし、周囲や授業に影響を及ぼす事例は特別支援会議でも時間を割き検討されるが、周囲に迷惑をかけず目立たない事例は後回しにされてしまう傾向があった。また、学年を取りまとめる教師の考えにも大きく影響を受け、ボトムアップ機能が有効に働かず、問題として挙がりにくいことがあった。

2) 支援体制の構築

担任のみに介入の必要性を判断を任せるのではなく、特別支援コーディネーターや教科担任などと十分な情報交換をすることで、さまざまな視点から生徒の異変に気づくことができるものと考えられる。

3) スクールソーシャルワーカーの正式な人事配置

スクールソーシャルワーカーが外部の人間ということに対し、不信感を抱く教師もみられた。外部性ゆえに教師側が相談しづらく感じるならば、枠組みからの変更も必要といえる。

3). 一般医向けパンフレットの内容検討

三重県津市の診療所は 210 件あり、開業医師数をみると内科医最も多く 153 名であり全体の 43%を占める。次に外科の 36 名 (10%)であり、小児科は 20 人 (6%)、ついで精神科医は 16 名 (4%)、その他が 37%である。このように精神科以外の開業医師が 95%以上を占めており、精神科以外の医師に対する精神疾患の啓発を検討した。

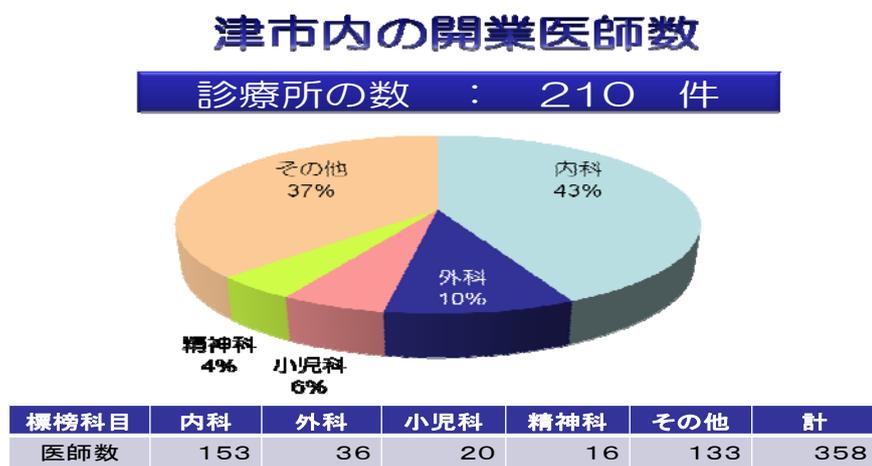


図9 津市の開業医師数

当院の地域医療機関への訪問は、当センターの地域連携グループに所属する精神保健福祉士2名が行っており、2007年度の地域医療機関訪問件数は323件である。

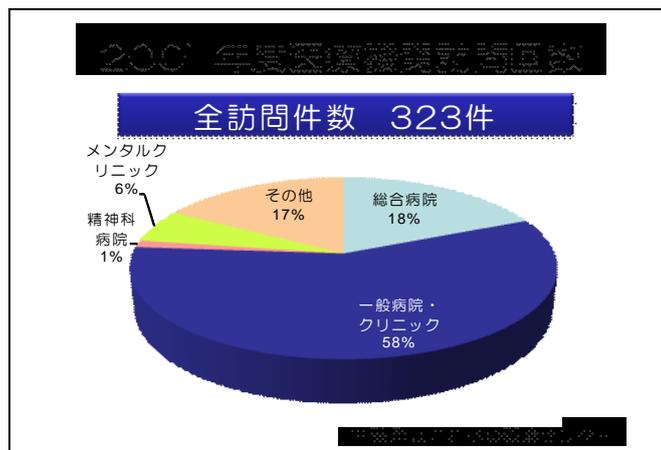


図 10 医療機関訪問回数

また、2007 年度における当センターへの紹介患者件数は 755 件であり、その 63%が総合病院、一般病院・クリニックからの紹介であった。このことから、少なくとも精神科病院を受診する前に、一般医を受診していることが分かる。

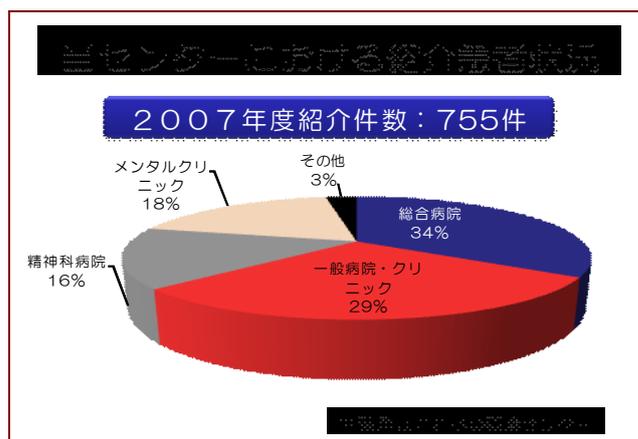


図 11 当センターにおける紹介患者状況

F2 統合失調症の紹介元をみると、総合病院からの紹介のうち 14%、一般病院およびクリニックからの紹介のうち 8%である。

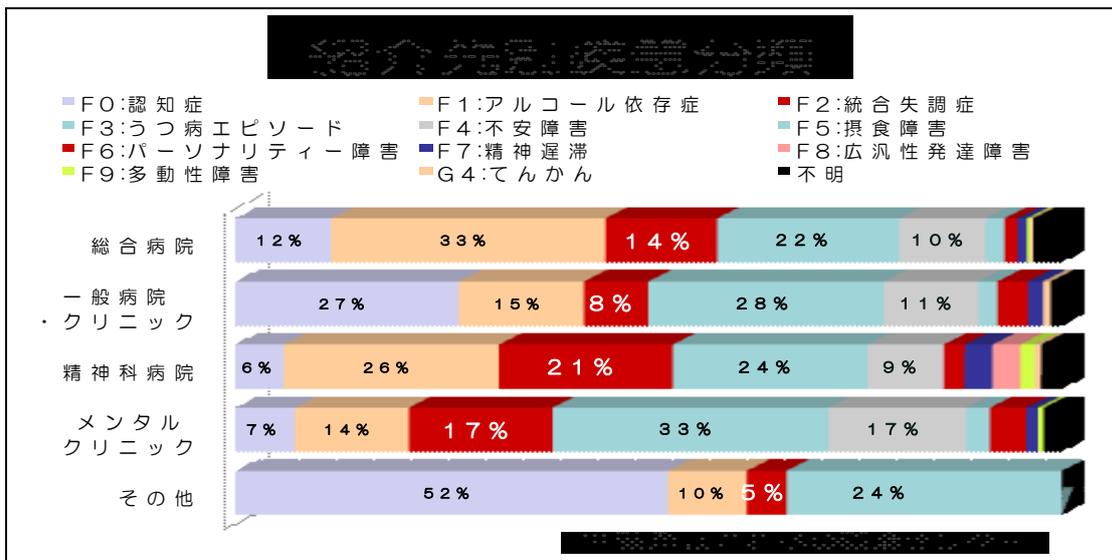


図 12 紹介元別疾患分類

一般医を対象とした早期発見啓発リーフレットの開発

1) 用語の定義

今回、一般医向けのリーフレットを作成するに当たり、用語の整理を行った。

- ・一般医→かかりつけ医
- ・精神病→統合失調症
- ・若者→ユース
- ・介入→サポート

2) 内容

パンフレットに記載する内容については以下の点とした。

- ・ 思春期・青年期の精神病発症の多さについて
- ・ ユースメンタルサポートセンターMIEの紹介
- ・ 統合失調症の前兆（前駆症状について）
- ・ 早期発見・早期治療について
- ・ 精神科への紹介推進

今後の予定

平成 21 年 2 月下旬リーフレット第 1 版が完成しており、地区医師会等との調整が続き次第、直接介入を行っているモデル中学校の周辺地域の内科・小児科を中心に訪問を行う予定である。

一般医を対象とした早期発見啓発リーフレット

統合失調症の予防と早期治療



三重県立こころの医療センター内
ユース・メンタルサポート センター MIE

まとめおよび今後の課題

今年度は、先行疫学調査より得られた結果である、10 歳代早期に精神病様症状 (PLEs : psychotic-like experiences) を体験している児童思春期の一群が存在すること、発症前にハイリスクを同定し、発症を回避したり発症しても重症に至らせないことに注目した。発症後の転帰と関係するといわれる精神病未治療期間 (DUP: duration of untreated psychosis) 短縮することが良好な予後に繋がることを考慮し、中学校ベースの早期介入モデルとして、精神科医、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、薬剤師によるアウトリーチ・チームを学校に派遣し、学校精神保健に関する問題への相談・支援・治療をサポートしていくシステムを構築した。

また前精神病状態や早期精神病の若者の多くが一般医に初診するにもかかわらず、一般医の精神医学に対する理解が低いことや、精神科専門医との連携が進展しないために発見・介入が遅れること等を考慮し、一般医を対象とした啓発パンフレットを作成し、配布することとした。

次年度以降の目標としては、前述した早期介入システムの更なる充実に加え、実際に精神病初発エピソード患者に対する臨界期治療の確立と寛解遷延例へのフォローシステムが当面の戦略目標となると考えられる。これらのシステムを実現するためには多職種で組織された委員会を設置し積極的な取り組みを行うという病院全体の事業として組織化する必要がある。

中学 3 年生に対する精神保健啓発授業の開発と実施

針間博彦、白井有美、石倉習子、高濱三穂子、石川博康、西田淳志

学校における精神保健啓発授業の必要性

精神疾患を含めたこころの健康の問題は多くの若者が経験するものであり、学校での精神保健、特に精神疾患に関する教育の導入は、今後の重要な検討課題であろう。オーストラリアの学校精神保健増進プロジェクトであるマインドマターズを介した精神保健啓発授業のような先駆的取り組みは、我が国における精神保健教育にとっておおいに参考になるものと思われる。そこで、マインドマターズのテキストのうち、特に精神疾患を学ぶための『精神疾患を理解する』を参考とし、中学生が精神疾患を学習するための授業案、知識習得のためのファクトシートを作成し、生徒が精神疾患に関する理解を深め、スティグマが減じることを目的として三重県津市中学 3 年生約 160 名に対して、医療関係者（医師、看護師、ケースワーカー）による実験的授業を実施した。

授業プログラムの開発経緯とその実施

『精神疾患を理解する』では学習の導入として、精神疾患に関して知っている単語などを自由に発表させ生徒のブレインストームとし、次に正しい知識教育を行い、その知識を基にロールプレイやケース検討といった生徒参加型の授業を展開している。その流れを踏襲した 2 時間授業用の授業案を作成し、概ねそれに沿った授業を実施することができたといえる。摂食障害、うつ状態、精神病状態に関するファクトシートを使用した講義後に、ケース検討のワークショップを実施した。授業後、生徒の理解を調査するアンケートを実施したが、これは『精神疾患を理解する』の理解度調査を改変して作成したものであり、正答率は 94～98% と高いものであった。生徒による授業の評価は 95% が「わかりやすかった」と回答し、授業を受けた感想は好意的なものが多かった。

なお、マインドマターズではアンチスティグマが重視されており、疾病に関する正確な知識を学ぶことこそがアンチスティグマにつながるという理念が根底にあるが、それに従い、授業では生徒がタブー視せずに正確な知識を習得することを目的として難しい漢字にはふり仮名を振り、精神疾患に関する用語や定義を簡易化せずにそのまま使用した。

まとめ

実験的授業の実施は、授業運営の円滑さと生徒の理解度/感想から、概ね成功したと思

われる。マインドマターズを先達とした具体的な指導プログラムとファクトシートなどの資料が、精神疾患を学ぶ際に有効であったことが示されたといえる。

教える側が学校教育の中で精神疾患を正面から取り上げれば、中学生の反応はそれに呼応して、正面から学び、正しい知識を得ようとするものであった。生徒が疾病に関する知識を得て、スティグマを減じることで、症状を有する自分自身あるいは周囲の人に気づく力が育まれ、早期の介入につながる可能性が高まる。今後、教育プログラムと資料に実施を介してさらなる改良を加えながら、精神疾患を教える側がタブー視せずに身近な問題として捉え、正確な知識教育をしていくことが重要であると思われる。



中高生向け精神保健啓発ツール開発と配布に関する事業

長岡 和、宮田雄吾、今村義博

[目的]

精神疾患の好発年齢域にある中高生に対して、正しい精神疾患についての情報を届け、偏見を解消していくことは、若者の精神保健問題の早期発見とその後の早期支援において不可欠である。しかしながら、現行の学校教育においては、精神疾患についての具体的な教育がなされていない。本事業では、中学生および高校生を対象とした精神疾患についての啓発ツール、具体的にはミニリーフレットを開発し、教育機関の協力得て、具体的に配布することを試みた。

[事業内容]

若者を対象とした疾患教育、啓発の先行例として HIV について取り組み参考にしながら、精神疾患の啓発・教育ツールのあり方を児童思春期精神科医ら複数名の専門家によって検討した。その結果、HIV の啓発において成功した生徒手帳サイズの小型リーフレットを作成することとした。

リーフレットの内容は、統合失調症やうつ病、不安障害など中高生が体験しやすい精神疾患についてイラストを交えてわかりやすく説明し、早期発見・早期治療の重要性を強調するメッセージを組み入れた。

[結果概要]

上記のプロセスを経て作成した小型リーフレット「中高生のための心の病気ハンドブック」を長崎県大村市B中学校の協力を得て、全校生徒に対して配布した。今後、中高生からこの啓発ツールについてのフィードバックを得て、さらに改良した啓発ツール作成を試みたい。

「中高生のための心の病気ハンドブック」

中高生のための 心の病気ハンドブック



**見逃さないで、
小さなサイン!**

HELP!

影響の心、
専任ケア・プロジェクト

心の病気にはどんな種類があるの？

1 気分が不調になる病気
～うつ病・躁うつ病など～

神経伝達物質が不足し、脳細胞間で情報をうまく伝えられなくなり、脳が機能不全を起こしている状態です。小学生ではクラスに1人、中学生ではクラスに2～3人の割合でうつ病状態の人がいるといわれています。

症状

気力が出ない
何事にも興味がなくなる
物事に集中できない
寝れない
食欲がない
体がだるい
↓
自分を責めてしまう
不安感で押し潰されそうになる
死んでしまいたいくなる



心の病気にはどんな種類があるの？

2 食事に関する行動が異常になる病気
～摂食障害(拒食症・過食症)～

食事を極端に制限したり(拒食症)、逆に大量摂取してしまう(過食症)病気で、自分の力ではこうした行動を止められなくなります。ダイエットなどから始まることが多く、女子の10人に1人くらいの割合でこの病気の危険性があるとされています。

症状

【拒食症】
体重がみるみる減り、やせ極まる
自分が太っていることを恐れる
太ることに強がりや恐怖がある
生活が不調になる

【過食症】
無意識に食べたり吐き
嘔吐や下剤の乱用で体重をコントロールする
摂食への病的な執着がある



次第にうつ病や強がり、リストカット、大量服薬など自分を傷つける行為や、食物依存などの強迫行動に発展していく場合が多いようです。

普及啓発・研修会事業Ⅱ

精神保健医療スタッフに対する

早期支援・治療実践専門技術研修事業

研修プログラムおよび教材開発委員会

委員長 針間 博彦 (東京都立松沢病院)

協力者 白井 有美 (東京都立松沢病院)

石倉 習子 (日本福祉大学)

高濱 三穂子 (東京都立松沢病院)

石川 博康 (東京都立松沢病院)

浅野 未苗 (東京都立松沢病院)

大島 淑夫 (東京都立松沢病院)

岡田 直大 (東京都立松沢病院)

崎川 典子 (東京都立松沢病院)

徳永 太郎 (東京都立松沢病院)

豊田 英真 (東京都立松沢病院)

普及啓発・研修会事業Ⅱ
精神保健医療スタッフに対する早期支援・治療実践専門技術研修事業
概要

[目的]

学校や一般医、または若者本人やその家族から早期精神病に関する相談を受けた際、適切な相談・支援・治療を提供し得る精神保健医療専門職の育成が今後、一層重要となる。当研修事業においては、英国の早期支援国家プロジェクト委員を招請し、日本においてすでに早期支援に携わっている、または、今後携わる精神保健医療スタッフを対象とした技術研修を行う。また、本研修事業を通じ、今後、日本における人材育成研修で必要となる各種教材や資料を翻訳、開発する。

[事業概要]

諸外国ですでに実践されているような包括的な精神病早期支援サービスを提供できる専門機関は、我が国において皆無に等しい。そのため、精神保健医療専門職が正しい早期支援の概念、技術を学ぶ研修システムを構築する必要がある。本事業においては、すでに精神病早期支援サービスが公的サービスとして普及している英国から、早期支援国家プロジェクト専門委員2名（Dr. Jo SmithとDr. Paul French）を招請し、2日間にわたる集中研修を行った。研修内容は、トリアージ、初回アセスメント、ケースマネージメント、エンゲイジメント、アウトリーチ、家族支援、ARMS症例に対する支援など包括的なものである。2日16時間におよぶ集中研修を、112名の精神保健医療専門職（精神科医31名、PSW32名、看護師・心理士・作業療法士49名）が受講した。その際、英国で使用されている研修教材、研修資料等を翻訳し、今後の日本における研修で使用する許可を英国関係者から得た。また、研修後、それぞれの地域での実践がより円滑に進むようオーストラリアメルボルンEPPICから出版された早期治療に関する三部作をメルボルン大学McGorry教授の許可を得て翻訳し、研修資料とした。

当研修事業を実施するにあたり研修委員会（委員長：針間博彦）を設置した。

[事業結果]

2名の講師による質の高い研修により、参加した多くの精神保健医療スタッフが早期支援の概念、実践方法等を正しく理解した。研修のなかで各参加者が今後それぞれの施設で行うべき準備や実践も明確化された。今後は、こういった研修を定期的に行い、早期支援の実践者を増やすとともに、その技術の向上を促すための継続的な研修を行う必要がある。今回の研修で得た研修プログラムのプロトコルや研修資料、教材等は今後の我が国における同種研修システムを構築するうえで極めて重要な資料となる。

II

精神病早期介入専門スタッフ育成のための教材

および研修プログラム開発

針間博彦

はじめに

2004年にWHO(世界健康機関)とIEPA(国際早期精神病協会)が共同で発表した早期精神病宣言では、精神病の早期発見とマネジメントの改善の重要性と機会に関するコミュニティへの啓発活動と、精神病を有する若者に関わる全ての専門家に対する専門的研修が、早期精神病のための包括的プログラムの中に含まれている。求められる具体的なアウトカムとして、前者については15歳時に全員が精神病についての理解と対処について教育を受けていること、また教師や他のコミュニティ関係者が精神病に関するトレーニングを受ける機会があることを、また後者に関しては精神病を有する若者の発見、ケア、治療を全ての一次医療従事者の研修カリキュラムの必須項目とし、また専門の早期介入研修を実施し評価することを挙げている。

早期精神病に関してこれらの領域はいずれもわが国においていまだ不十分であり、今後の取り組みが求められているものである。精神疾患に関する学校教育については本事業の他の取り組みとして報告されているので、ここでは早期介入サービス提供者のために教材・研究プログラムの開発について報告する。

また、英国および豪州の精神病早期介入従事者を対象とした研修教材およびプログラムの解析を進め、英国において先駆的取り組みを行っている専門家を講師とした精神病早期介入研修会を実施し、ひいては今後のわが国に必要な早期介入のための人材育成研修プログラムの作成検討を開始する。

精神病早期介入教材の準備

IRIS ガイドライン

英国では精神病早期介入の先駆的役割を果たした団体IRIS(統合失調症の影響を減少させる運動)が、政府からの委任により2000年に臨床家向けの指針「精神病早期介入-臨床ガイドラインとサービスの枠組み」を発表した。これは英国全体のスタンダードとなり、英国の国家政策に、ひいてはWHOの早期精神病宣言に影響を及ぼすことになった。これは、1)若者とクライアントを中心とする、2)関わりに失敗してもケースを終了させない、3)社会的役割に重点を置く、4)精神科治療は最もスティグマの少ない環境で行い、クライアントによる選択と低用量の抗精神病薬に重点を置く、5)診断の不確定さを受け入れる、6)家族と一緒にあったアプローチという6つの原則に基づく1

0のガイドラインである。本事業ではその全文を日本語に翻訳し、早期介入の基本テキストとして用いられるよう準備した。

英国「早期介入研修マニュアル」

これは精神保健の専門家および非専門家（教師、ソーシャルワーカー、警察など）を対象として作成され、2006年以降英国全土に配布されている精神病早期介入のための研修プログラムである10のセッション、スライド290枚からなり、講義とグループワークからなる計23.5時間（3日間）のコースである。その内容は、1）精神病とは何か、2）ストレス脆弱性と精神病、3）精神病早期介入入門、4）若者とその家族との関わり方、5）初回エピソード精神病における評価、6）早期精神病における心理学的介入、7）早期精神病における薬物療法、8）物質乱用と初回エピソード精神病、9）社会参加、10）精神保健サービス案内、という構成である。本事業ではこれらすべてのスライドを日本語に翻訳し、まず関係者の自己研修のための教材として用いている。

EPPIC 早期精神病マニュアル（資料編参照）

豪州メルボルンの精神病早期予防・介入センター(EPPIC)は、その臨床実践および研究成果に基づき、2001年以降、*The acute phase of early psychosis: a handbook on management.*（早期精神病的急性期：マネージメントハンドブック）、*ProLonged Recovery in Early Psychosis: A Treatment Manual*（早期精神病的回復遷延：治療マニュアル）*Case Management in Early Psychosis: A handbook.*（早期精神病的ケースマネージメント）という3冊のマニュアルを公表している。ここで早期精神病とは、疾患を問わず初めて精神病症状を呈する初回エピソード精神病に関して、その前駆期、急性期、回復期を包括的に捉える概念であり、これらのマニュアルは有効な急性期治療によって予後を改善すること、早期に寛解に至らない例に対する治療的戦略、およびこの早期精神病的期間を通じて重要なケースマネージメントの実践について要点がまとめられたものである。

研修会「精神病早期介入トレーニングセミナー」の開催（資料編参照）

本研究班は、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「思春期精神病病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究」（代表研究者：岡崎祐士）と共同で、平成21年3月15日・16日、「精神病早期介入トレーニングセミナー」を開催した。これは先に挙げたIRISの中核メンバーであったSmith, Jと早期精神病における認知行動療法を主導するFrench, Pの2人を英国より講師として招聘し、わが国における精神病早期介入の実践に現在あるいは今後携わる臨床家約100名を対象に行われた。

研修プログラム（資料A-1）

2009年3月15日、16日

精神病早期介入セミナー概要

演者:

Dr Jo Smith, Consultant Clinical Psychologist and Early Intervention Lead with Worcestershire Mental Health Partnership NHS Trust and NIMHE Joint National Early Intervention Programme Lead for England

Dr Paul French, Nurse Consultant, Associate Director for Early Intervention in Greater Manchester West Mental Health NHS foundation Trust and CSIP North West Associate for Early Intervention

セミナーの目的:

1. 精神病早期介入および精神病発症「危険状態」の人に対する早期発見・早期介入の理論的根拠およびエビデンスを理解する
2. 早期介入サービスの中心となる構成要素を理解する
3. いかなる種類の介入が誰にとって適切であるか検討する
4. 早期介入サービスを実施する際の主要な臨床上およびサービス上の問題を検討する
5. 日本の状況での早期介入および早期発見サービスの実施を検討する

教授方法:

演者からの発表

小グループでの話し合い

小グループでの課題

精神病早期介入セミナー
第1日(3月15日)のプログラム概要

挨拶

精神病早期介入:

論理的根拠 Rationale

エビデンス Evidence base

原則/ガイドライン Principles/Guidelines

中心となる構成要素 Core components

サービスモデル Service Models

サービスでの実施 Implementation in a service setting

転帰の評価 Outcome evaluation

小グループでの話し合いと質疑応答

関わり、評価、整理 Engagement, Assessment and Formulation:

積極的訪問モデル Assertive outreach model

関わりを容易にするには Facilitating engagement

診断上の不確定さ Diagnostic uncertainty

併存症 Co-morbidities

有用な評価ツール Useful assessment tools

整理 Formulation

ケースマネジメントと治療計画 Case management and care planning

小グループでの演習 Small group exercise

心理・社会的介入 Psycho-social Interventions:

心理教育 Psycho-education

再発予防ツール Relapse prevention tools

認知行動療法による介入 CBT interventions

二次的病態への対応 Tackling Secondary Morbidity

集団療法 Group Work

小グループでの演習 Small group exercise

他の介入 Other Interventions:

入院治療と在宅治療 Inpatient care and home treatment

薬物療法と副作用の管理 Pharmacotherapy and side effect management

薬物/アルコールの問題 Drug/Alcohol problems

認知の問題 Cognitive difficulties

学業上、職業上および社会的役割 Educational, vocational and Social Roles

実務:住居と生活費の援助 Pragmatics: help with housing and finance
身体的健康の検討 Physical Health reviews
コミュニティでの能力開発と教育 Community Development and Education
小グループでの話し合いと質疑応答 Small group discussion and questions
家族支援 Working with Families:
家族のニーズ Needs of families
心理教育 Psychoeducation
家族介入と支援 Family Intervention and support
同胞のニーズ Needs of Siblings
症例による演習 Case vignette exercise

初日終了

精神病早期介入セミナー 第2日(3月16日)のプログラム概要

挨拶と初日の復習 Welcome and review from day 1

早期発見:概観 Early Detection: Overview.

理論的根拠 Rationale

エビデンス Evidence base

原則/ガイドライン Principles/Guidelines

介入 Interventions

実施 Implementation

質疑応答と話し合い Questions and Discussion

啓蒙活動 Awareness Raising

教育キャンペーン Education campaigns

多くの機関と連携する Working with multiple agencies

質疑応答と話し合い Questions and discussion

発症危険精神状態(ARMS)の介入方策 Intervention strategies for At Risk Mental States

実行可能な介入の概観 Overview of potential interventions

文献のレビュー Review of literature

治療の選択肢 Treatment options

ARMS の認知行動療法 CBT for ARMS

質疑応答と話し合い Questions and discussion

日本における早期発見・早期治療の実施

Implementing early detection and early Intervention within Japan

新たな段階 Next steps

追加支援 Additional support

追加研修の必要性 Further Training needs

有用な資源 Useful resources

評価方策 Evaluation strategies

質疑応答と話し合い Questions and Discussion

セミナー終了 Workshop end



資料A-2 第1日用スライド

資料A-3 第2日用スライド

本研修会の目的は、1) 精神病早期介入および精神病発症「危険状態」の人に対する早期発見・早期介入の理論的根拠およびエビデンスを理解する、2) 早期介入サービスのコア構成要素を理解する、3) いかなる種類の介入が誰にとって適切であるかについて考える、4) 早期介入サービスを実施する際の主要な臨床上およびサービス上の問題について考える、4) 日本の状況での早期介入および早期発見サービスの実施について考える、というものである。

研修プログラムは先に挙げた IRIS の6つの原則と早期精神病宣言に基づいたものであった。初日は精神病早期介入の概観に関する研修が講義と早期精神病宣言自己評価ツールを用いたセルフチェックを通じて行われ、次いで対象者との関わり方・評価・定式化についての講義とケーススタディが行われ、さらに心理・社会的介入を中心とした介入方法についての教説が行われた。二日目は初回エピソード精神病が発現する前の段階での介入方法について講義があり、最後にわが国における精神病早期介入の実施の現状と今後の課題について活発な議論が行われた。

調査研究事業

思春期児童・生徒の精神的悩み、メンタルヘルスリテラシー、
および保護者の相談行動等の実情に関する調査研究事業

三重県津市調査実施委員会

委員長 西田 淳志 (東京都精神医学総合研究所)

協力者 谷井 久志 (三重大学医学部)

大村市思春期児童調査 実施委員会

委員長 今村 義博 (大村共立病院)

協力者 田崎 耕太郎 (大村椿の森学園)

調査研究事業

思春期児童・生徒の精神的悩み、メンタルヘルスリテラシー、 および保護者の相談行動等の実情に関する調査研究事業

概要

[目的]

思春期の児童・生徒の精神的不調等の頻度、メンタルヘルスリテラシー、精神的不調を抱えた際のhelp-seeking行動の実情を明らかにし、学校における精神保健活動の今後の課題等を把握する。また、保護者が思春期の子どもの精神的不調に気づいた際の対応、相談行動、相談先、メンタルヘルスリテラシー等の実情についても調査し、保護者・学校・地域を巻き込んだ今後の精神保健啓発や相談体制のあり方を検討するための資料を作成する。

[事業概要]

三重県津市、長崎県大村市の協力校区において、思春期の生徒および保護者を対象とした無記名自記式質問紙調査を実施した。予め各学校長を通じ、保護者の同意を得た上で、児童・生徒に対し任意の協力要請を行った。各学級のホームルーム等の時間内で30分～40程度の回答時間を設けた。回答後、児童・生徒自らによって厳封された回答を各担任が回収し、それらを学校長がとりまとめ各調査担当者へ送付した。また、三重県津市のモデル校区の学校を通じ、小中学生の保護者に対し、任意の調査協力要請を行った。保護者によって厳封された回答は、各学校を通じて回収された。結果、小学校高学年児童446名、中学生846名、小中学生保護者1174名の回答が得られた。

思春期児童・生徒の精神的不調等をGHQ-12、DSRSCなどを用いて評価するとともに、精神的不調の自覚、精神的不調を抱えた際のhelp-seeking行動、若者がかかりやすい精神疾患の病名認知度等メンタルヘルスリテラシーに関する項目等を含む調査を実施した。また、保護者に対しては、子どもの精神的不調に気づいた際の相談先、保護者自身のメンタルヘルスリテラシー等に関する項目を含む調査を実施した。本調査の倫理的妥当性については、三重大学医学部研究倫理委員会、および東京都精神医学総合研究所研究倫理委員会にて承認を受けて実施している。

本調査事業を実施するにあたり4名からなる調査委員会を設置した。長崎県大村市の調査については、今村芳博委員（大村共立病院）と田崎耕太郎委員（大村椿の森学園）が担当し、三重県津市における調査は、谷井久志委員（三重大学医学部）と西田淳志委員（東京都精神医学総合研究所）が担当した。

[事業結果]

1. 思春期児童・生徒の精神的不調等の頻度、精神的不調の自覚
調査協力の得られた小学校高学年の児童のうち9.3%に抑うつ状態(DSRSCによる評価)

が認められた。また、調査協力が得られた中学生の約3人に1人が精神的不健康群 (GHQ-12)に該当していた。また、「精神的不調やストレスで、現在、困っている、やや困っている」と回答した生徒は30%以上に及んだ。また、「精神的不調やストレスを抱えているものの誰にも相談できていない」と回答した生徒は全体の20%程度存在した。(三重県津市調査結果)

2. 精神的不調を抱えた際の相談先

中学生に対し、精神的不調のために困った場合、最初に相談しようと思う相談相手や相談機関について質問したところ、「友人」との回答が最も多く(64%)、次いで「家族」(61%)、「学校の担任」(8.5%)、「保健室の養護教諭」(5.6%)、「精神科クリニック」(5.6%)¹、「近所の内科・小児科」(4.0%)の順であった。一方で、精神的不調のため困った場合でも、「誰にも相談しようと思わない」と回答した生徒が16%程度存在した。(長崎県大村市調査)

3. メンタルヘルスリテラシー

中学生に対し、若者がかかりやすいところの病気として「うつ病」、「摂食障害」、「統合失調症」、「対人恐怖症」、「薬物依存症」の5つの病名を提示し、それぞれに対し3件法(「よく知っている」、「名前は聞いたことがあるが、具体的には知らない」、「聞いたこともない」)で回答を求めた。その結果、「うつ病」や「薬物依存症」については、それぞれ35%、47%が「よく知っている」と回答した。それに対し、「統合失調症」については、3%のみが「よく知っている」と回答し、「名前も聞いたことがない」と回答した生徒の割合は82%に及んだ。(長崎県大村市調査)

4. 保護者のメンタルヘルスリテラシーと相談先

小中学生の保護者に対し、子どもの精神的不調に気づいた際、最初に相談しようと思う相談先について尋ねたところ、「学校の担任」との回答が最も多く(75%)、次いで「近所の内科・小児科」(27%)、「保健室の養護教諭」(10.4%)、「学校のカウンセラー」(7.3%)の順であった。一方で、「誰にも相談しようと思わない」と回答した保護者は3%程度にとどまった。

また、保護者に対して、若者がかかりやすいところの病気として「うつ病」、「摂食障害」、「統合失調症」、「対人恐怖症」、「薬物依存症」の5つの病名を提示し、それぞれに対し3件法(「よく知っている」、「名前は聞いたことがあるが、具体的には知らない」、「聞いたこともない」)で回答を求めた。その結果、「うつ病」、「摂食障害」、「対人恐怖症」、「薬物依存症」については、50%程度、もしくはそれ以上が「よく知っている」と回答したのに対し、「統合失調症」のみ「よく知っている」との回答が20%程度にとどまっていた。(三重県津市調査)

(結果を踏まえた今後の課題・展開について)

以上の結果の要点を踏まえると、以下の点が明らかとなった。

- ① 少なからぬ思春期児童・生徒が精神的不調を実際に抱えている。
- ② 中学生の3人に1人は、精神的不調やストレスで困っている。
- ③ 精神的不調やストレスを自覚しているが、誰にもそのことを相談できていない中学生は2割近く存在する。
- ④ 中学生が精神的不調で困った際の最初の相談先としては、「友人」、「家族」が圧倒的に多い。
- ⑤ 中学生の「統合失調症」の病名認知度が、他の精神疾患のそれに比べ著しく低い。
- ⑥ 保護者についても「統合失調症」の病名認知度が、他の精神疾患のそれに比べ著しく低い。
- ⑦ 保護者が、子どもの精神的不調に気づいた際の最初の相談先としては、「学校の担任」が圧倒的に多く、次いで「近所の内科・小児科・」であった。

以上の点から、今後の課題・展望は以下と考えられる。

1. 実際に精神的不調を抱えている生徒は、学校内に高頻度に存在するが、そのうち半数以上は誰にも相談できていない実情がある。精神的不調は思春期に高頻度で出現するが、それについて相談行動を起こす閾値は低くない。精神的不調を抱える生徒が、不調を深めたり、不登校となったりする前に早期に相談しやすい校内環境、校外環境を整える必要がある。
2. 精神的不調を抱えた際、生徒自身は「友人」にもっとも多く相談する。そのため、若者の精神的不調に関する相談を最も早期に受けるのは、また、「若者」である。相談を受けた若者が適切な対応ができるよう若者を対象とした精神保健啓発活動を推進することが重要である。
3. 保護者が子どもの精神的不調に気づいた際、そのほとんどは、まず「学校の担任」等の学校関係者に相談する。保護者から持ち込まれる精神保健的相談に、学校関係者が適切に対応し、早期支援につなげる必要がある。学校関係者を対象とした精神保健研修が不可欠である。
4. 思春期児童およびその保護者ともに、「統合失調症」に関する認知度・理解が、他の疾患に比べ著しく低い。今後、統合失調症など精神病に関する啓発を重点的に推進する必要がある。

III-1

津市における思春期精神病理疫学調査

西田淳志、谷井久志

精神的困難を抱える思春期児童の実態を把握するため、三重県津市教育委員会ならびに津市公立中学校 13 校の協力得て、思春期の精神保健・精神病理に関する疫学調査を行った。また、津市内モデル校区の協力を得て、小中学生の保護者を対象としたメンタルヘルスリテラシー調査ならびに子どもの精神保健問題の相談先についての調査を実施した。

1). 津市内中学校 5000 名調査（精神病様症状体験を有する思春期児童の援助探索行動）

[目的]

近年の疫学研究により、思春期早期から精神病様症状体験(Psychotic-like experiences; PLEs)を有する子どもの一群が存在し、かかる子どもたちの精神保健的予後が不良であることが報告されている。本調査では、思春期地域標本を対象とした疫学調査を実施し、PLEs を体験している思春期児童の help-seeking 行動について検討を行う。

[方法]

本研究は、東京都精神医学総合研究所および三重大学医学部研究倫理委員会にて承認を受けて実施している。(対象) 2008 年 10～12 月に三重県津市教育委員会および津市学校保健会の協力のもと津市内 13 の公立中学校の協力を得て 12～15 歳の思春期の生徒 5313 名を対象に質問紙に調査を行っている。(調査内容) 先行研究によって後の統合失調症様障害の発症を高率に予測することが示された PLEs4 項目(Poulton et al, 2000)を含む質問紙(Nishida et al, 2008)に、あらたに「精神的不調に関する自覚」、「精神的問題について相談行動」、「保健室の利用状況」など help-seeking に関連する項目を加えた質問紙調査を行った。(統計解析) PLEs 体験児の help-seeking 行動とその関連要因をロジスティック回帰分析により検討する。

[結果]

調査協力校 13 校の全生徒 5313 名のうち、調査日欠席者 210 名と調査協力拒否・不完全回答 198 名を除く、4905 名(男子 51.2%) (平均年齢 13.7±0.9) の有効回答(92.3%) が得られた。PLEs4 項目のうち 1 項目以上該当すると回答した生徒(PLEs 群)の割合は 15.6% であり、さらに、そうした PLEs が苦痛感を伴うものだと回答した生徒(PLEs with distress 群)の割合は 9.4%であった。苦痛感を伴う PLEs を体験した生徒(全体の 9.4%)のうち、「精神的問題があり、すでに誰かに相談している(A 群)」生徒が 45.1%、「精神的な問題はあがるが誰にも相談できていない(B 群)」生徒が 27.4%、「精神的問題はないので相談す

る必要がない (C 群) 生徒が 27.4%であった。上記 3 群それぞれについて GHQ-12 (全般的精神健康尺度) 合計得点 (0~12 点) の平均値をみると A 群が 6.0 ± 2.9 、B 群が 7.4 ± 2.9 、C 群が 3.1 ± 2.5 であり、B 群は A 群に比べ精神的不健康度が有意に高いことが示された ($0.01 > p$)。苦痛感を伴う PLEs を体験し、さらに精神的問題を自覚している者のうち、「すでに誰かに相談できている群 (A 群)」では「誰にも相談できていない群 (B 群)」に比べ「希死念慮」があると回答した者が有意に少ない ($OR=0.37$ 95%CI 0.17-0.84) ことが明らかとなった。一方で、苦痛感を伴う PLEs を体験し、精神的問題を自覚しながらも、誰にも相談できていないと回答した群 (B 群) においても、その 35%は過去 1 ヶ月間に 1 回以上保健室を利用しており、さらに 20%は 2 回以上保健室を利用していることが明らかとなった。

[考察]

今回、約 4900 名の中学生を対象として調査を行ったところ、15.6%の生徒が、PLEs があつたと回答した。この頻度は、2 年前 (2006 年 7 月) に三重県津市において行った同様の調査 (5073 名の中学生を対象) による結果 (15.2%) (Nishida et al, 2008) と極めて近似するものであつた。近年の諸外国における研究では、苦痛感を伴う PLEs は、苦痛感を伴わない PLEs に比べ、後の精神病への移行リスクが高いことが示唆されている (Yung et al, 2006; van Os et al, 2008)。今回のベースライン調査では、苦痛感を伴う PLEs を体験したと回答した生徒が全体の 9.4%存在し、そうした生徒のうち 73%が「精神的問題を自覚」していることが明らかとなった。苦痛感を伴う PLEs を体験した生徒のうち、精神的問題を自覚し、すでに誰かに相談していると回答した生徒は 45.1%存在した。一方、同様の体験と自覚を持ちながらも、誰にも相談できていないと回答した生徒は 27.4%存在した。この精神的問題を自覚しながらも誰にも相談できていない一群は、すでに誰かに相談できている一群に比べ、GHQによる精神的不健康度が有意に高く、希死念慮を体験している者が有意に多いことが明らかとなった。以上のことから、苦痛感を伴う PLEs を体験し、精神的問題を自覚しているものの、誰にも相談できずに抑うつ・不安症状や希死念慮などの困難を抱えている思春期の生徒が地域標本中に 2.6%程度存在することが示唆された。こうした精神的不調・問題を自覚しながらも help-seeking をしていない一群を日常的に早期に発見し、支援・相談につなげる必要があるが、学校保健室はその重要な役割を果たす可能性がある。 苦痛感を伴う PLEs を体験し、精神的不調を自覚しながらも誰にもそのことを相談できていない生徒のうち 35%は、過去 1 ヶ月以内に保健室を利用している。 こうした help-seeking をしていないが、精神的問題を自覚している生徒を保健室の養護教諭が早期に発見し、適切な支援・相談・治療につなげる事が重要と考えられる。

1). 小中学生保護者調査 (保護者の精神疾患病名認知度と相談先に関する調査)

[目的]

10代の思春期は、精神疾患に最も罹患しやすい時期である。一方で、近年の諸外国における調査結果からは、この時期の若者は、精神保健問題で最も助けを求めたがらない年代であることが示唆されている。そのため、若者の精神的不調に周囲の大人、特に保護者の早期発見における役割は大きい。本調査では、思春期児童を持つ保護者を対象としたメンタルヘルスリテラシー、および子どもの精神保健問題に気付いた際の相談先について調査し、早期発見において重要な保護者の知識・予測行動を明らかにする。

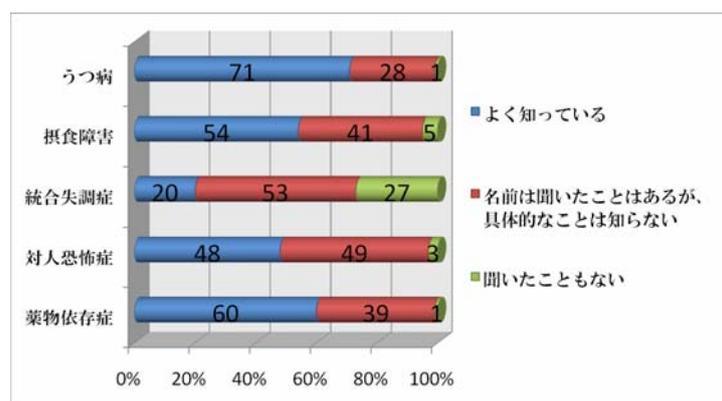
[方法]

三重県津市のモデル校区の学校を通じ、小中学生の保護者に対し、任意の調査協力要請を行った。保護者によって厳封された回答は、各学校を通じて回収された。結果、小中学生保護者 1174名の回答が得られた。

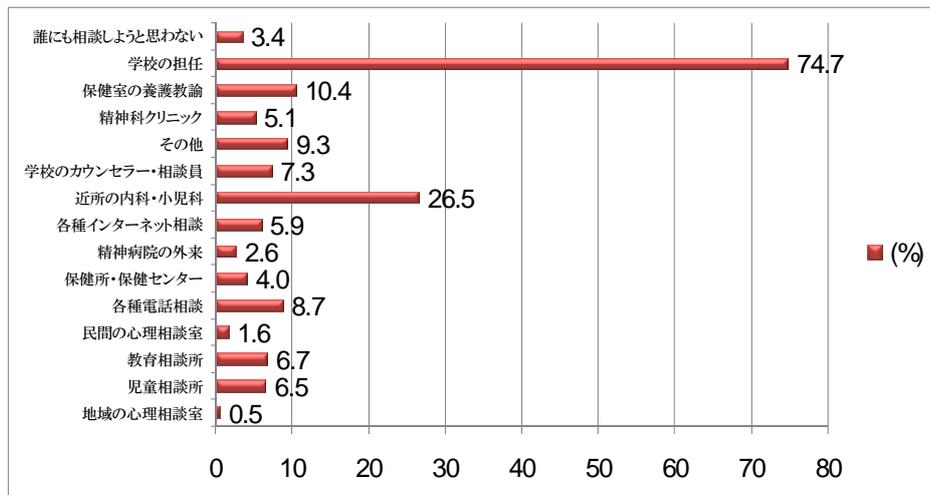
保護者に対しては、子どもの精神的不調に気づいた際の相談先、保護者自身のメンタルヘルスリテラシー等に関する項目を含む調査を実施した。本調査の倫理的妥当性については、三重大学医学部研究倫理委員会、および東京都精神医学総合研究所研究倫理委員会にて承認を受けて実施している。

[結果]

保護者の精神疾患病名認知度については、うつ病、薬物依存症、摂食障害、対人恐怖症については、約 50%以上が「よく知っている」と回答していたのに対し、統合失調症に関してのみ低い認知度（「よく知っている」20%）であることが確認された。また、子どもの精神的不調に保護者として気付いた際に、まず誰に相談するかについて確認したところ、75%の保護者が「学校の担任」と回答している。続いて、「近所の内科・小児科」（27%）であった。



小中学生保護者 精神疾患病名認知度調査



子どもの精神的不調に気づいた際、保護者として最初に相談しようと思う相談先

[考察]

思春期児童を持つ保護者の精神疾患病名認知度調査の結果、他の疾患に比べ、「統合失調症」の病名認知度が顕著に低いことが明らかとなった。また、子どもの精神的不調に保護者が気付いた際、多くが「学校の担任」「近所の小児科・内科」に相談することが明らかとなった。特に「学校の担任」に保護者からの相談のほとんどが持ち込まれる可能性があることが確認された。統合失調症をはじめとする精神疾患について啓発を保護者・学校教職員・内科小児科をはじめとする一般医に対して積極的に行う必要性が示唆された。

III-2

大村市における思春期精神病理疫学調査

今村義博、田崎耕太郎

大村市アンケート調査概要

平成 21 年 2 月 4 日、桜が原中学校第 1・第 2 学年生徒 515 名に対して、「中学生のこころとからだの健康アンケート」、「若者がおちいりやすいところの不調に関するアンケート」を行った。また、当日の出席状況、過去半年間に 30 日間以上長期欠席している不登校児童数を各学級担任に回答してもらった。

事前に 2 名の保護者からアンケート拒否の意向があり、その生徒には担任がアンケート用紙を配布せずその他の生徒だけに実施した。アンケート当日の生徒から拒否はなかった。

実施当日は上述の拒否者 2 名の他に欠席者が 52 名おり、白紙など不備なもの 6 名を除いて有効回答は 455 名 (88.4%) であった。不登校者は 12 名であった (表 1)。

表 1. 調査当日の生徒数、欠席者数、不登校数

	1 年生	2 年生	計
生徒数	250	265	515
欠席者	25	27	52
不登校	4	8	12

次頁からアンケート結果を詳述する。

結果

1. 中学生のこころとからだの健康アンケート

この調査は東京都精神医学総合研究所西田淳志分担研究者らが 2006 年から三重県津市の公立中学 14 校の生徒約 5000 人を対象として実施したのを皮切りに、長崎県、高知県、愛知県の研究者らと共同で行ってきた「思春期精神病理に関する疫学調査」に用いられた質問紙と同様のものを用いた。61 項目からなる自記式アンケートを実施した。

問 1 年齢、問 2 性別

回答者は中学 1・2 年生であり、12 歳 - 15 歳の均一な集団であった。また性別は男性 220 名、女性 233 名、無回答 2 名であった (表 2)

表 2 性・年齢分布 (人)

年齢(歳)	12	13	14	15	計
男性	15	104	100	1	220
女性	21	116	96	0	233
計	36	220	196	1	453

無回答：2

問3 誕生月

回答者の誕生月は各月とも31-45人の範囲に分布しており差はなかった。

問4 兄弟姉妹の有無、問5 最も近い年齢の兄弟姉妹

兄弟姉妹のいない者は36人(7.9%)、いる者は417人(91.6%)、無回答2人であった。そのうち最も近い年齢の兄弟姉妹は11歳が最も多く68人(14.9%)、次いで16歳55人(12.1%)、15歳51人(11.2%)、10歳49人(10.8%)であった。その他の年齢では10%を下回った。兄弟姉妹が同年齢という双生児の可能性のある者は7人(1.5%)であった。

問6 同居人

複数回答による同居人の有無については、父親380人(83.5%)、母親429人(94.3%)、祖父31人(6.8%)、祖母49人(10.8%)、兄弟247人(54.3%)、姉妹240人(52.7%)、その他33人(7.3%)であった。

問7 身長、問8 体重

平均身長は157.8±7.7cm(最小値130cm、最大値180cm)、平均体重は46.0±8.2kg(最小値30kg、最大値100kg)であった。

問8 起床時間、就寝時間、問9 睡眠時間

起床時間は最も早い者が午前3時、最も遅い者が午前10時であった。午前7時と回答した者が最も多く249人(54.7%)、次いで6時110人(24.2%)、6時30分54人(11.9%)であった(表3)。

表3 起床時間

時刻	午前3-4時台	5時台	6時台	7時台	8時台	9-10時台
人数	3	5	181	262	1	2
割合(%)	0.6	1.1	39.9	57.7	0.2	0.4

無回答：1

就寝時間は最も早い者が午後7時30分、最も遅い者が午前3時であった。午後11時と回答した者が最も多く177人(38.9%)、次いで午前0時102人(22.4%)、10時94人(20.7%)、10時30分26人(5.7%)、午前1時21人(4.6%)であった(表4)。

表4 就寝時間

時刻	午後7-8時台	9時台	10時台	11時台	午前0時台	1-3時台
人数	1	10	121	190	104	29
割合(%)	0.2	2.0	24.2	38.0	20.8	5.8

無回答：1

睡眠時間は最も短い者が1時間、最も長い者が12時間であった。8時間と回答した者が最も多く127人(27.9%)、次いで7時間91人(20.0%)、7時間30分53人(11.6%)、6時間30分34人(7.5%)、6時間27人(5.9%)、9時間26人(5.7%)であった(表5)。

表5 睡眠時間

時間	4時間未満	4-5時間未満	5-6時間未満	6-7時間未満	7-8時間未満	8-9時間未満	9時間以上
人数	1	4	11	67	158	173	38
割合(%)	0.2	0.9	2.4	14.8	35.0	38.3	8.4

無回答：3

問 10 就寝時間の規則性

就寝時間は「ほぼ同じ」とする者が最も多く 237 人 (52.1%)、「時々バラバラ」とする者が 133 人 (29.2%) であった。「いつもバラバラ」な者は 71 人 (15.6%) であった。「いつも同じ」者は 14 人 (3.1%) に留まった (表 6)。いつも・時々バラバラな者は半数弱の者は半数弱に上っていた。

表 6 就寝時間の規則性

就寝時間	いつも同じ	ほぼ同じ	時々バラバラ	いつもバラバラ
人数	14	237	133	71
割合 (%)	0.2	52.1	29.2	15.6

無回答 : 0

問 11 まわりの音が気になって眠れないこと

アンケート時までのこの 1 カ月間について、「まわりの音が気になって眠れないこと」について「1. いいえ 2. どちらかといえばいいえ 3. どちらかといえばはい 4. はい」の 4 段階で質問した。「いいえ」とする者は最も多く 328 人 (72.1%)、「どちらかといえばいいえ」とする者が 77 人 (16.9%) であった。「どちらかといえばはい」とする者は 34 人 (7.5%) であった。「はい」とする者は 15 人 (3.3%) であった (表 7)。「どちらかといえばはい」「はい」を合わせた何らかの程度で不眠の体験をしている者は 49 人 (10.8%) であった。

表 7 まわりの音が気になって眠れないこと

	いいえ	どちらかといえ ばいいえ	どちらかといえ ばはい	はい
人数	328	77	34	15
割合 (%)	72.1	16.9	7.5	3.3

無回答 : 1

問 12 周囲の会話が気になって勉強できないこと

アンケート時までのこの1カ月間について、「まわりでしゃべっている人の声や雑音が気になって、読書や勉強に集中できないこと」について同様に4段階で質問した。「いいえ」とする者は最も多く217人(47.7%)、「どちらかといえばいいえ」とする者が95人(20.9%)であった。「どちらかといえばはい」とする者は89人(19.6%)であった。「はい」とする者は53人(11.6%)であった(表8)。「どちらかといえばはい」「はい」を合わせた何らかの程度で周囲が気になり勉強できない体験をしている者は142人(31.2%)であった。

表8 周囲の会話が気になって勉強できないこと

	いいえ	どちらかといえ ばいいえ	どちらかといえ ばはい	はい
人数	217	95	89	53
割合(%)	47.7	20.9	19.6	11.6

無回答：1

問 13 食欲

アンケート時までのこの1カ月間、「食欲はありますか」と同様に4段階で質問した。「はい」とする者は最も多く321人(70.5%)、「どちらかといえばはい」とする者が93人(20.4%)であった。「どちらかといえばいいえ」とする者は31人(6.8%)であった。「いいえ」とする者は10人(2.2%)であった(表9)。「どちらかといえばいいえ」「いいえ」を合わせた食欲不振を訴える者は41人(9.0%)であった。

表9 この1ヶ月間の食欲はありますか

	いいえ	どちらかといえ ばいいえ	どちらかといえ ばはい	はい
人数	10	31	93	321
割合(%)	2.2	6.8	20.4	70.5

無回答：0

問 14 バランスのとれた食事を食べているか

「バランスのとれた食事を食べていますか」について同様に4段階で質問した。「はい」とする者は最も多く211人(46.4%)、「どちらかといえばはい」とする者が174人(38.2%)であった。「どちらかといえばいいえ」とする者は56人(12.3%)であった。「いいえ」とする者は14人(3.1%)であった(表10)。

表10 バランスのとれた食事を食べていますか

	いいえ	どちらかといえ ばいいえ	どちらかといえ ばはい	はい
人数	14	56	174	211
割合(%)	3.1	12.3	38.2	46.4

無回答：0

問 15 ダイエットの経験、問 16 ダイエットの回数

「これまでに、ダイエットをしたことがありますか」について「ある」「ない」で回答するよう質問した。「ある」とする者は最も多く61人(13.4%)、「ない」とする者が373人(82.0%)であった。無回答者は21人(4.5%)であった。「ある」とする者61人にダイエットの回数を尋ねたところ、「2回」とする者が最も多く20人(ダイエット経験ありとする者のうちの32.8%)、「3回」が15人(同24.6%)、「1回」とする者は12人(同16.7%)であった(表11)。多い者では「10回」「70回」とする者が1名ずつであった。

表11 ダイエットの回数

回数 (回)	なし	1	2	3	4	5	10回 以上
人数	373	12	20	15	5	7	2
割合 (%)	82.3	2.6	4.4	3.3	1.1	1.5	0.4

無回答：21

問 17 現在の体重をどう感じるか

「現在の体重についてどう感じていますか」について、「1. 太りすぎている 2. 少し太っている 3. ちょうどよい 4. 少しやせている 5. やせすぎている」の5段階

で質問した。「ちょうどよい」とする者は最も多く 188 人 (41.3%)、「少し太っている」とする者が 153 人 (33.6%) であった。「少しやせている」とする者は 59 人 (13.0%) であった。「太りすぎている」とする者は 35 人 (7.7%)、「やせすぎている」とする者は 9 人 (2.0%) であった (表 12)。

表 12 現在の体重についてどう感じていますか

	太りすぎて いる	少し太って いる	ちょうどよい	少しやせて いる	やせすぎて いる
人数	35	153	188	59	9
割合 (%)	7.7	33.6	41.3	13.0	46.4

無回答 : 11

問 18 理想とする身長体重の有無、問 19 理想身長体重の数値

「理想とする身長や体重がありますか」について「ある」「ない」で回答するよう質問した。「ある」とする者は 160 人 (35.2%)、「ない」とする者が 279 人 (61.3%) であった。無回答者は 16 人 (3.5%) であった。「ある」とする者 279 人に理想身長体重の数値尋ねたところ、理想とする身長の平均は 166.8 ± 11.1 cm (最小値 149cm、最大値 203cm) であった。具体的な身長の理想は、160cm が 73 人 (理想身長を記入している 283 人の 25.8%)、180cm が 33 人 (同 11.7%) であった。理想とする体重の平均は 50.9 ± 12.1 kg (最小値 30kg、最大値 100kg) であった (表 13)。具体的な体重の理想は、45kg が 45 人 (理想体重を記入している 265 人の 17.0%)、40kg が 31 人 (同 11.7%) であった (表 14)。

表 13 理想とする身長 (n=283)

身長 (cm)	-149	150-159	160-169	170-179	180-189	190-199	200-
人数	1	58	120	48	44	8	4
割合 (%)	0.4	20.5	42.4	17.0	15.6	2.8	1.4

表 14 理想とする体重 (n=265)

体重 (kg)	30-39	40-44	45-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-100
人数	20	65	68	46	37	19	8	2
割合 (%)	7.5	24.5	25.7	17.4	14.0	7.2	3.0	0.8

問 20 自己誘発嘔吐の有無

「これまでに、太るのがイヤで食べたものを吐き出したり、もどしたりしたことがありましたか」について「あった」「なかった」で回答するよう質問した。「あった」とする者は 13 人 (2.9%)、「なかった」とする者が 437 人 (96.0%) であった。無回答者は 5 人であった。

問 21 この 1 カ月間の体調不良、問 22 あてはまる体調不良の種類

「この 1 カ月間、体調がすぐれないことはありましたか」について「1. いいえ 2. どちらかといえばいいえ 3. どちらかといえばはい 4. はい」の 4 段階で質問した。「はい」とする者は最も多く 228 人 (50.1%) であり、「どちらかといえばはい」とする者は 48 人 (10.5%) であり、両者を併せると全体の約 6 割が身体の不調を訴えていた。「どちらかといえばいいえ」とする者は 46 人 (10.1%)、「いいえ」とする者は 128 人 (28.1%) であった。無回答者は 5 人であった。「いいえ」と回答した者に体調不良の種類を 9 つの中から複数回答させたところ「頭痛」が最も多く 130 人 (全対象者 455 人の 28.6%) であった。以下、腹痛 99 人 (21.8%)、発熱 93 人 (20.4%)、だるさが続く 69 人 (15.2%) と続いた (表 15)。

表 15 体調不良の種類

	頭痛	腹痛	下痢	めまい	発熱	耳鳴り	だるさ	肩こり	その他
人数	130	99	38	45	93	33	69	38	54
対象者における割合 (%)	28.6	21.8	8.4	9.9	20.4	7.3	15.2	8.4	11.9

問 23 現在治療中の病気の有無

「現在、病院などで治療を受けている病気やケガなどはありますか」について「ある」「ない」で回答するよう質問した。「ある」とする者は 81 人 (17.8%)、「ない」とする者は 372 人 (81.8%) であった。無回答者は 2 人であった。

問 24 現在使用中の治療薬の有無

「現在、病気やけがなどのために使っているお薬はありますか」について「ある」

「ない」で回答するよう質問した。「ある」とする者は 104 人 (22.9%)、「ない」とする者は 350 人 (76.9%) であった。無回答者は 1 人であった。

問 25 ドラッグの使用

大村市教育委員会の要請により削除された。

問 26 この 1 カ月間の喫煙の有無、問 27 喫煙回数

「この 1 カ月間に、タバコを吸ったことはありましたか」について「ある」「ない」で回答するよう質問した。「ある」とする者は 6 人 (全対象者の 1.3%)、「ない」とする者は 429 人 (94.3%) であった。無回答者は 20 人 (4.4%) であった。この 1 ヶ月間のタバコを吸った回数を尋ねたところ 1 回が 1 人、2 回が 3 人、3 回が 1 人、5 回が 1 人であった。

問 28 この 1 カ月間のアルコール飲用の有無、問 29 飲酒回数

「この 1 カ月間に、ビールやお酒などアルコールの入った飲み物を飲んだことはありましたか」について「ある」「ない」で回答するよう質問した。「ある」とする者は 47 人 (全対象者の 10.3%)、「ない」とする者は 389 人 (85.5%) であった。無回答者は 19 人 (4.2%) であった。この 1 ヶ月間の飲酒回数を尋ねたところ 1 回と 2 回が 15 人 (3.3%) ずつ、3 回が 6 人 (1.3%)、5 回が 4 人 (0.9%)、6 回が 2 人 (0.4%)、8 回が 1 人 (0.2%)、10 回が 2 人 (0.4%)、20 回が 1 人 (0.2%) であった。

問 30 精神病様症状体験 (Psychotic Like Experiences: PLEs)

次ページに後述する 9 項目の精神病様症状体験 (PLEs) をこれまでに体験したか否かについて、「1. なかった 2. あったかも知れない 3. 1 回のみあった 4. 2 回のみあった」の 4 段階で質問し、1 回以上あったと回答した者について「その体験をしたときにどのように感じたか、「1. 平気だった、2. 少しイヤだった、3. とてもイヤだった」の 3 段階でそれぞれ答えてもらった。各質問における回答者の分布を表 16 に示す。精神病症状として代表的な幻声の体験（「他の人には聞こえない「声」を聞いたことがありますか？」）については、48 人 (10.6%) が少なくとも 1 回は体験しており、2 回以上体験した者は 39 人 (8.6%) に及んだ。その体験をした時どのような感じがしたかについて回答した 56 人中 25 人 (44.6%) は多少なりとも不快な感じを抱いていた。

表 16 精神病様症状体験 (PLEs) とその体験人数および対象者 455 人に対する割合 (%)

	なかった	あったかもしれない	1回のみあった	2回以上あった	平気だった	少しイヤだった	とてもイヤだった
超能力などによって、自分の心の中を誰かに読み取られたことがありましたか？	406(89.2)	30(6.6)	2(0.4)	5(1.1)	8(1.8)	2(0.4)	3(0.7)
テレビやラジオからあなただけにメッセージや暗号が送られてきたことがありましたか？	436(95.8)	5(1.1)	1(0.2)	0	6(1.3)	0	0
誰かに後をつけられたり、こっそり話を聞かれたりされていると感じたことがありましたか？	340(74.7)	69(15.2)	7(1.5)	26(5.7)	7(1.5)	10(2.2)	20(4.4)
他の人には聞こえない「声」を聞いたことがありますか？	355(78.0)	37(8.1)	9(2.0)	39(8.6)	31(6.8)	12(2.6)	13(2.9)
他の人には見えていない物や人が、自分には見えたことがありますか？	350(76.9)	40(8.8)	16(3.5)	35(7.7)	31(6.8)	10(2.2)	18(4.0)
自分の体が、何だかわからない原因で、変えられてしまったと感じたことがありましたか？	417(91.6)	16(3.5)	3(0.7)	6(1.3)	7(1.5)	2(0.4)	6(1.3)
何らかの特別な力によって、自分がコントロールされていると感じることはありましたか？	411(90.3)	20(4.4)	4(0.9)	6(1.3)	12(2.6)	3(0.7)	2(0.4)
他の人の考えていることを、その人がそれを話していないのに、自分にはわかってしまうことがありましたか？	333(73.2)	69(15.2)	12(2.6)	28(6.2)	36(7.9)	5(1.1)	3(0.7)
他の人々が持っていない特殊な能力(例:超能力)が、自分にはありますか？	402(88.4)	27(5.9)	2(0.4)	9(2.0)	15(3.3)	1(0.2)	1(0.2)

PLEs について、9 項目の質問において少なくとも 1 項目に 1 回以上体験がある者は有効回答 443 人中 99 人 (22.3%) であった。また、少なくとも 1 項目に 2 回以上体験がある者は 79 人 (17.8%) であった。複数の症状について少なくとも 1 回以上体験した事がある者の分布を表 17 に示す。1 つの症状のみ体験している者は 42 人 (10.6%) であった。総合すると、52 人 (11.1%) の者は複数の症状を体験しているといえる。

表 17 1 回以上体験している精神病様症状の項目数 (n=443)

項目数	1	2	3	4	5	6	7
人数	47	22	18	5	4	2	1
対象者 における割合 (%)	10.6	5.0	3.4	1.1	0.9	0.5	0.2

問 31 対人緊張感、不安

「この 1 カ月間に、人前で話をする時、緊張して手がふるえたり、声がふるえたり、声がでなくなったりしたことがありましたか」という質問について 4 段階で質問した。「いいえ」とする者は最も多く 274 人 (60.2%)、「どちらかといえばいいえ」とする者が 75 人 (16.5%) であった。「どちらかといえばはい」とする者は 58 人 (12.7%) であった。「はい」とする者は 38 人 (8.4%) であった (表 18)。

表 18 対人緊張感、不安

	いいえ	どちらかといえ ばいいえ	どちらかといえ ばはい	はい
人数	274	75	58	38
割合 (%)	60.2	16.5	12.7	8.4

無回答 : 10

問 32 これまでに抱いた希死念慮、問 33 現在の希死念慮

「これまでに、生きていても仕方がないと考えたことはありましたか」という質問について 4 段階で質問した。「いいえ」とする者は最も多く 213 人 (46.9%)、「どちらかといえばいいえ」とする者が 76 人 (16.7%) であった。「どちらかといえばはい」とする者は 58 人 (12.7%) であった。「はい」とする者は 99 人 (21.8%) であった (表 19)。

表 19 これまでに抱いた希死念慮

	いいえ	どちらかといえ ばいいえ	どちらかといえ ばはい	はい
人数	213	75	58	99
割合 (%)	46.8	16.5	12.7	21.8

無回答 : 9

「そういった考えは今もありますか」という質問について「はい」「いいえ」で回答するよう質問した。「はい」とする者は 34 人 (全対象者の 7.5%)、「いいえ」とする者は 64 人 (14.1%) であった。98 人中 34 人 (34.7%) は現在も希死念慮を抱いている事になる。

問 34 この 1 年間の自傷行為、問 35 自傷行為をした体の部分と方法

「この 1 年以内に、自分で自分を故意に傷つけてしまったことはありましたか」という質問について「なかった」「あった」の選択で回答してもらった。「なかった」とする者は 412 人 (90.5%)、「あった」とする者が 26 人 (5.7%) であった。具体的な自傷をした体の部分と方法を自由記述で回答を得た (表 19、20)。自傷した体の部分は手先から上腕にかけて多いようだ。方法としては適切ではないが、「リスカ」「リストカット」という表現が見られた。方法ではカッターナイフを用いる事が多いようだ。

表 19 自傷した体の部分 (複数回答)

	手首	腕	手、手 のひら	太もも	足、足 首	首	膝	肘	髪
回答数	5	10	4	2	4	1	1	1	1

表 20 自傷方法 (複数回答)

	リスカ、 リストカ ット	カッター	はさみ	爪、かき むしる	叩く	机など に当て る	ガラスで 切る	コード スプレー
回答数	4	7	3	5	4	1	1	1

問 36 この1年間イライラして物を壊した事

「この1年以内に、イライラして物をこわしてしまったことはありましたか」について「あった」「なかった」で回答するよう質問した。「あった」とする者は188人（全対象者の41.3%）、「なかった」とする者は261人（57.4%）であった。無回答者は6人（1.3%）であった。

問 37 この1年間家族や友人などに暴力をふるった事

「この1年以内に、家族や友人、他人などに暴力をふるってしまったことはありましたか」について「あった」「なかった」で回答するよう質問した。「あった」とする者は142人（全対象者の31.2%）、「なかった」とする者は306人（67.3%）であった。無回答者は7人（1.5%）であった。

問 38 抑うつ症状、学校や家庭での悩み

この数カ月間の抑うつ症状や登校・学業への意欲、集中力、成績不振の悩み、友人や家族との関係の悩みについて次のページのような8項目の質問に4段階で回答してもらった（表21）。感情の乏しさ、集中困難、思考の停滞感、孤立傾向について明確に「はい」と回答した者は全対象者の10%前後であった。登校することのつらさ、家族や友人との関係の問題について「はい」と回答した者は9%弱であった。勉強が手につかない、成績不振の悩みをもつ者は「どちらかといえばはい」「はい」を合わせてどちらも約半数にのぼっていた。

表 21 抑うつ症状、学校・家庭での悩み 人数 (%)

	いいえ	いいえ どちらかといえば	はい どちらかといえば	はい
怒ったり、悲しんだり、喜んだり、楽しんだり、気持ちに変化が生じることが、まわりの友達よりも自分は少ないと感じますか？	256(56.3)	117(25.7)	45(9.9)	32(7.0)
この数ヶ月間で、集中力が低下してきていると感じますか？	147(32.3)	111(24.4)	128(28.1)	62(13.6)
この数ヶ月間に、人と会話をしている時に、考えがまとまらず、話し始めるまでに時間がかかってしまうことはありましたか？	254(55.8)	98(21.5)	60(13.2)	39(8.6)
誰かというよりも一人の方が好きですか？	242(53.2)	108(23.7)	54(11.9)	44(9.7)
最近、学校に行くことがつらくなっていますか？	267(58.7)	83(18.2)	60(13.2)	40(8.8)
最近、勉強が手につかず困っていますか？	141(31.0)	108(23.7)	106(23.3)	94(20.7)
最近、成績(せいせき)が落ちて困っていますか？	91(20.0)	78(17.1)	106(23.3)	174(38.2)
最近、友達や家族との関係がうまくいかず困っていますか？	281(61.8)	74(16.3)	52(11.4)	43(9.5)

問 39 悩みや心配事を相談できる人数

悩み事や心配事を相談できる人数を、「いない」から「4人以上」までで回答してもらった(表 22)。「4人以上」とする者が半数を占めていたが、「いない」とする者も 12.3%存在した。

表 22 悩み事や心配事を相談できる人数 (n=443)

相談できる人数	いない	1	2	3	4人以上
人数	56	35	73	54	231
割合(%)	12.3	7.7	16.0	11.9	50.8

無回答：6

問 40 相談の対象(複数回答)

「気持ちが落ち込んだり、精神的につらくなったりしたときに、最初に誰に相談しますか」という質問に以下の選択肢をあげて複数回答してもらった(表 23)。「友人」が最も多く 61.1%、次いで「家族」が 44.0%であった。「その他」を選んだ者は 11名(2.4%)いたが、具体的な記述はなかった。

表 23 最初に相談する相手

	回答数	回答合計数に対する割合(%)
誰にも相談しない	92	20.2
友人	278	61.1
家族	200	44.0
教師	16	3.5
医者	2	0.4
カウンセラー	3	0.7

問 41 現在ストレスや精神的な問題があるか、問 42 現在の相談者

「現在、ストレスや精神的な問題で困っていますか」という質問について 4段階で質問した。「いいえ」とする者は最も多く 257人(56.5%)、「どちらかといえばいいえ」とする者が 68人(14.9%)であった。「どちらかといえばはい」とする者は 57人(12.5%)であった。「はい」とする者は 59人(13.0%)であった(表 24)。

表 24 現在、ストレスや精神的な問題で困っているか

	いいえ	どちらかといえ ばいいえ	どちらかといえ ばはい	はい
人数	257	63	57	59
割合 (%)	56.5	14.9	12.5	13.0

無回答：14

現在相談している相手について問 40 と同様に選択してもらったところ、「誰にも相談していない」が 59 名 (13.0%) と最も多く、友人が 43 人 (9.5%)、家族が 23 人 (5.1%)、教師が 5 人 (1.1%)、医師やカウンセラーには 2 人 (0.4%) であった (表 25)。

問 43 この 1 カ月間の保健室使用回数

この 1 カ月間の保健室使用回数を、「いいえ (0 回)」から「4 回以上」までで回答してもらった (表 23)。「いいえ」とする者が 76.7% を占めていたが、「4 回以上」とする者も 11 人 (2.4%) 存在した。

表 23 この 1 カ月間の保健室使用回数

保健室使用回数	なし	1	2~3	4 回以上
人数	381	66	24	11
割合 (%)	83.7	14.5	5.3	2.4

無回答：5

問 44 この 1 カ月間に同居している大人からの被暴力

「この 1 カ月に、同居している大人から暴力を受けたことはありましたか」について「あった」「なかった」で回答するよう質問した。「あった」とする者は 21 人 (全対象者の 4.6%)、「なかった」とする者は 429 人 (94.3%) であった。無回答者は 5 人 (1.1%) であった。

問 45 この 1 年以内のいじめられた体験

「この 1 年以内に、誰かにいじめられたことはありましたか」について「あった」「なかった」で回答するよう質問した。「あった」とする者は 68 人 (全対象者の 14.9%)、「なかった」とする者は 381 人 (83.7%) であった。無回答者は 6 人 (1.3%) であった。

問 46 この1年以内のいじめた体験

「この1年以内に、誰かをいじめたことはありましたか」について「あった」「なかった」で回答するよう質問した。「あった」とする者は99人（全対象者の21.8%）、「なかった」とする者は351人（77.1%）であった。無回答者は5人（1.1%）であった。

問 47-58 全般健康調査 (General Health Questionnaire、GHQ-12)

問 47-58 の 12 の質問は Goldberg D.らによって開発された全般健康調査 (General Health Questionnaire、GHQ-12) である。これを用いて対象者の精神的健康度を評価した。GHQ-12 の採点方法は GHQ 法を用い、質問に対する回答のうち、「ない」「いつもより多くはない」は 0 点、「いつもより多い」「特に多い」を 1 点とし、12 項目の得点を加算して総合的な得点として 4 点以上を高得点群とした。結果、GHQ-12 を完遂した者は 455 人中 443 人(97.4%)であった。このうち 265 人(59.8%)は低得点群、178 人(40.2%)が高得点群であった。

問 59 自分用の携帯電話の有無、問 60 携帯を持っている期間、問 61 消灯後携帯使用

「自分用の携帯電話を持っていますか」について「はい」「いいえ」で回答するよう質問した。「はい」とする者は 122 人（全対象者の 26.8%）、「いいえ」とする者は 319 人（70.1%）であった。無回答者は 14 人（3.1%）であった。携帯を持っている期間「12 カ月以上」が 116 人（持っている人の 73.7%）、「7～11 カ月」が 22 人(19.0%)、「2～6 カ月」が 9 人（2.0%）であった。消灯後に携帯で通話やメールをしている回数に回答した者は 120 人おり、その頻度は「ない」が 64 人（全対象者の 14.1%）、「1 カ月間に 1～3 回」が 20 人（4.4%）、「1 週間に 1 回程度」が 19 人（4.2%）、「毎日」が 17 人（3.7%）であった。

問 62 この1週間の携帯電話のメールのやりとりでイライラしたこと

「この 1 週間に、携帯電話のメールのやりとりでイライラしたことはありましたか？」について「ない」「1 回あった」「2～3 回あった」「4 回以上あった」のうちから一つ選択で回答するよう質問した。「ない」とする者は 342 人（全対象者の 75.2%）、「1 回あった」とする者は 19 人（4.2%）、「2～3 回あった」とする者は 20 人（4.4%）、「4 回以上あった」者は 9 人（2.0%）、無回答者は 65 人（14.3%）であった。

（「中学生のこころとからだの健康アンケート」結果 以上）

2. 若者がおちいりやすいところの不調に関するアンケート

学校において児童生徒の精神的健康度を高めるためには、彼らが精神疾患についての程度の理解をもち、自らの不調に対して相談などの help-seeking behavior を行う事ができるかという事を把握する事は重要である。今回のリテラシー調査は豪州メルボルン大学で用いられている調査用紙を西田らが邦訳したものをを用いた。これを用いて①病名認知度、②支援を求める際の最初の相談先、③相談先として抵抗のある機関、④症例正答率を調査した。

Q1 病名認知度

「若者がかかりやすい『こころの病気』として、「うつ病」「摂食障害」「統合失調症」「対人恐怖症」「薬物依存症」「パニック障害」を挙げ、それについて「よく知っている」「名前は聞いたことがあるが、具体的なことは知らない」「聞いたこともない」の3段階を一つ選択してもらった。以下に詳細を示す(表 24)。「よく知っている」として病名認知度が最も高かったのは、「薬物依存症」であった。以下、「うつ病」「パニック障害」「対人恐怖症」「摂食障害」の順であり、「統合失調症」を良く知っているとは回答した者はわずか2.7%に留まった。

表 24 病名認知度 回答人数 (%)

	よく知っている	名前は聞いたことがあるが、具体的なことは知らない	聞いたこともない	無回答・不適切な回答
うつ病	155 (34.5)	254 (56.6)	27 (6.0)	13 (2.9)
摂食障害	59 (13.1)	135 (30.1)	238 (53.0)	17 (3.8)
統合失調症	12 (2.7)	64 (14.3)	356 (79.3)	17 (3.8)
対人恐怖症	83 (18.5)	151 (33.6)	196 (43.7)	19 (4.2)
薬物依存症	205 (45.7)	180 (40.1)	48 (10.7)	16 (3.6)
パニック障害	101 (22.5)	234 (52.1)	100 (22.3)	14 (3.1)

Q2 支援を求める際の最初の相談先

「あなたが何らかの精神的不調のために困った場合、最初に相談しようと思う相談相手や相談機関はありますか。あてはまるものすべてに○印をつけてください。」として、「誰にも相談しようと思わない」「友人」「家族」など、15項目にわたって複数選択してもらった。以下に詳細を示す(表25)。最も多かったのは「友人」であり、「家族」も若干少ない者の61.2%の回答があった。「誰にも相談しようと思わない」は16.3%にものぼり、「学校の担任」や専門機関である「精神科クリニック」などは10%にも満たなかった。

表25 支援を求める際の最初の相談先

相談先	回答数	全回答数 に対する 割合(%)
誰にも相談しようと思わない	73	16.3
友人	289	64.4
家族	275	61.2
行き慣れた近所の内科の先生	18	4.0
学校の担任	38	8.5
精神科クリニック	25	5.6
学校の保健室の職員	25	5.6
精神病院の外来	8	1.8
学校のカウンセラー・相談員	6	1.3
各種電話相談	1	0.2
児童相談所	3	0.7
各種インターネット相談	8	1.8
保健所・保健センター	2	0.4
地域で開業している心理相談室	4	0.9
その他	7	1.6

Q3 最初の相談先として抵抗のある機関

「あなたが何らかの精神的不調のために困った場合、相談しにくい、または、相談先として抵抗のある相手や機関はありますか。あてはまるものすべてに○印をつけてください。」として、「誰にも相談しようと思わない」「友人」「家族」など、15項目にわたって複数選択してもらった。以下に詳細を示す(表26)。これは前の質問とは表裏一体の関係にあると思われるが、最も抵抗感が強かったのは「行き慣れた近所の内科の先生」であり、「学校のカウンセラー・相談員」「児童相談所」も同様に50%近くの回答があった。「精神病院の外来」は41.6%、「学校の担任」や専門機関である「精神科クリニック」などは30%近くが、抵抗感があると回答した。

表26 最初の相談先として抵抗のある機関

相談先	回答数	全回答数 に対する 割合(%)
誰にも相談しようと思わない	81	18.0
友人	98	21.8
家族	121	26.9
行き慣れた近所の内科の先生	228	50.8
学校の担任	140	31.2
精神科クリニック	138	30.7
学校の保健室の職員	136	30.3
精神病院の外来	187	41.6
学校のカウンセラー・相談員	211	47.0
各種電話相談	195	43.4
児童相談所	200	44.5
各種インターネット相談	172	38.3
保健所・保健センター	171	38.1
地域で開業している心理相談室	16	3.6
その他	7	1.6

Q4、Q5 症例認知度（うつ病）

(Q4)

うつ病の症例を簡明に提示された後、「このことを誰に相談したらよいと思いますか」として、「誰にも相談する必要はない」「友人や家族」「学校の先生」など、7項目のうちから1つ選択してもらった。以下に詳細を示す（表 27）。「友人や家族」が66.6%に回答され、「精神科専門の医師」は9.1%、その他は5%近くであった。「相談の必要はない」とした者は3.6%であった。

表 27 相談先として適当と思う所

	回答数	%
誰にも相談する必要はない	16	3.6
友人や家族	299	66.6
学校の先生	23	5.1
心理カウンセラー	25	5.6
近所の内科の医師	3	0.7
精神科専門の医師	41	9.1
その他	2	0.4
無回答・複数回答など不適切な回答	40	8.9

(Q5)

「この状態は以下のうち、どれにあてはまると思われますか」として、「特に病気ではない」「うつ病」「統合失調症」など、6項目のうちから1つ選択してもらった。以下に詳細を示す（表 28）。「別に病気ではない」とする者が次いで多く10.5%に回答された。

表 28 症例認知度

	回答数	%
別に病気ではない	47	10.5
うつ病	129	28.7
統合失調症	43	9.6
摂食障害	17	3.8
対人恐怖症	6	1.3
よくわからない	188	41.9
その他	2	0.4
無回答・複数回答など不適切な回答	19	4.2

Q6、Q7 症例認知度（統合失調症）

(Q6)

統合失調症の症例を簡明に提示された後、「このことを誰に相談したらよいと思いますか」として、「誰にも相談する必要はない」「友人や家族」「学校の先生」など、7項目のうちから1つ選択してもらった。以下に詳細を示す（表29）。「精神科専門の医師」が49.9%に回答され、次いで「心理カウンセラー」が21.2%、「友人や家族」は13.8%、その他は3%、未満であった。「相談の必要はない」とした者は2.0%であった。

表 29 相談先として適当と思う所

	回答数	%
誰にも相談する必要はない	9	2.0
友人や家族	62	13.8
学校の先生	8	1.8
心理カウンセラー	95	21.2
近所の内科の医師	3	0.7
精神科専門の医師	224	49.9
その他	5	1.1
無回答・複数回答など不適切な回答	43	9.6

(Q7)

「この状態は以下のうち、どれにあてはまると思われますか」として、「特に病気ではない」「うつ病」「統合失調症」など、6項目のうちから1つ選択してもらった。以下に詳細を示す（表30）。「よくわからない」が38.8%、「対人恐怖症」が36.1%であった。「統合失調症」と正答した者はわずか3.1%に留まった。「別に病気ではない」とする者は3.3%に回答された。

表 30 症例認知度

	回答数	%
別に病気ではない	15	3.3
うつ病	60	13.4
統合失調症	14	3.1
摂食障害	1	0.2
対人恐怖症	162	36.1
よくわからない	174	38.8

その他	15	3.3
無回答・複数回答など不適切な回答	23	5.1

(考察)

今回我々が行ったアンケート調査は、学校における精神病予防介入および普及啓発事業に先だつてのベースライン調査として行われたものである。

これまで西田らが報告しているように、日本の中学生を対象にした精神病様症状体験 (PLEs) をもつ子ども達が対象者の 15%に存在すると言われているが、今回の対象者においては、9 項目の PLE 症状のうち少なくとも 1 項目について 1 回以上体験している者の割合は有効回答 443 人中 99 人 (22.3%) であった。また、少なくとも 1 項目に 2 回以上体験がある者は 79 人 (17.8%) であった。この結果は対象者の少なさに起因した差異であると思われるが、これまでの知見を追認できる範囲であると考えられる。

また、GHQ-12 を完遂した者は 455 人中 178 人 (40.2%) が高得点群であった。一般に若年者では高得点者割合が高いとされている。今後解析を進め、精神的健康度と対象者特性との関連を継続して調査していく。

リテラシー調査においては、病名認知度が最も高かったのは、「薬物依存症」であった。今回大村市教育委員会が「刺激が強すぎる」「これを見て生徒が興味を抱いて薬物を使用するようになったらどうするのか」という理由で薬物使用に関する質問を削除する事を要請したが、生徒側は最もこの病名を認知しており、教育者側の認識と大きく異なっている。また、「統合失調症」を良く知っていると回答した者はわずか 2.7%に留まり、続いて行った症例認知度においても「統合失調症」と正答した者はわずか 3.1%に留まった。前述の調査結果とともに、精神病様症状の理解を高める事が急務である。

平成 20 年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業
精神的困難を抱える思春期児童への
早期からの啓発・相談・支援策の開発事業
～精神疾患への移行と慢性化防止～

平成 21 年 3 月 31 日発行

編集・発行 社会福祉法人カメリア 椿の森学園
〒856-0023 長崎県大村市上諏訪町1088番地2
TEL: 0957-48-5678 FAX:0957-50-1225