

第1章

MHL 教育の立ち上げ方、進め方 ツールキットの概要と意義、その歴史

1 節 MHL 教育の立ち上げ方、進め方 ツールキットの構成の概要

本書はメンタルヘルスリテラシー（以下、MHL）教育を、学校教育の現場に導入・実施・定着させるための実施方法、実施プロセスを示し、必要な時にはいつでも利用できるようにしたものです。

私たち「学校 MHL 教育研究会（前：MHL 研究会）」が、本格的に中学校での MHL 教育を学校現場で開始したのは 2004 年でした。諸外国での予防教育がすでに活発化する中、国内の学校教育において、メンタルヘルスをテーマとした教育を導入しようとする動きや実践例はほとんどありませんでした。もちろん手がかりや参考となるものはありません。そのため手さぐりで資料を集めたり、学校と話し合いを重ねたり、教育の開発や遂行、事前の調査など数年間の準備期間を経て、試行的な実践からはじめていきました。経験的にわかったこととして、教育の実施や導入には困難さがあります。またいったん導入したとしても、継続することが何よりも難しいのが教育です。

そこで学校教育にメンタルヘルスの内容を導入し継続するためには、何が必要なかと考えました。1つはお手本となるマニュアル、またそれを活用するための手順書となるものです。はじめた時に、本書のツールキットのような針路を示すものがあれば、ずいぶんと気が楽だったことでしょう。今後、学校での MHL 教育をはじめたいと思う人、深めていきたいと考える人に、本書を役立てていただければと願います。

本書の構造を述べます。Part 1 では「MHL 教育の立ち上げ方、進め方ツールキットとは」として、教育が必要とされる背景や、これまでの実績をまとめました。Part 2 では「MHL 教育プログラムの実際」として、開発してきた教育プログラムの概要と内容を紹

介します。Part 3では「学校 MHL 教育プログラムの立ち上げ方、進め方ガイド」として一番困難であろう教育の導入に向けた実際の動き方について、これまでの経験をもとにまとめました。

2 節 ツールキットが必要とされた背景と意義

1 項 児童・思春期のメンタルヘルスの問題の特徴と早期支援の遅れ

私たちが行ってきた MHL 教育は、主に児童・思春期の中学生を想定しています。この年代は不登校、ひきこもり、リストカット、拒食など、精神保健上のさまざまな不適應が多く発生しはじめる時期です。

また、生涯に罹患する精神疾患（DSM-IVによる）は、24歳までに4分の3が開始するといわれ（Kessler RC, et al, 2005）、児童期から思春期は精神障がいの初発期にもあたります。しかし、こうした問題の多さにもかかわらず、精神的な不調を抱えた多くの生徒（約5～8割）は、精神科や心療内科などの医療機関、心理カウンセリング、保健所など専門相談場所へ赴き、それを利用する、といったことを行っていません（Rickwood DJ, et al, 2007）。

また中学校内にスクールカウンセラーや養護教諭などの専門家がいますが、身体的な不調であれば早めに手当てができるものの、こころの相談を行うことには遅れが生じたり、十分に活用されていない傾向にあります。このように、手当てが必要な生徒に対する専門的な支援の遅れる現状が指摘されています。

精神疾患は、初発から治療開始までの期間（DUP：duration of untreated psychosis / 精神病未治療期間）が非常に長いことが特徴となっており、その弊害が指摘されています（McGorry PD, 1992）。精神科医療に携わる方々は、その経験からも、患者さんに対して「もう少し早く来院されていれば……」という思いをもった方も少なからずおられるのではないのでしょうか。

必要時に専門家に援助を求める行動は「援助希求行動（help-seeking behavior）」といわれ、精神保健領域においてこの行動が遅れるのには、さまざまな要因が絡みあっていることがわかってきました（McGorry PD, 1996）。たとえば、精神の健康について正確に認識できないために援助希求が遅れるという理由。つまり、こころの病気や症状についての知識の不足です。知識の不足には、「不調時に相談する場所がわからない」といった、相談先に関する知識も含まれます。

さらに精神疾患への否定的なイメージや偏見もあります（Takamura S, et al, 2008）。近年、徐々にこうしたイメージは肯定的な方向に変化しつつあるように感じられますが、いまだ

精神的な不調を人にあきらかにすることには抵抗があると感じられます。こうしたことも、不調時に相談を非常にためらわせる要因の1つとしてあるようです。

このように人生の早い時期に精神疾患や、そのほかの精神的な不調を抱える割合が高いこと、そして問題を抱えたのちにもしばしば対応が遅れ、医療を受けられない、また専門家を活用できない実態があります。対応の遅れは、精神的な不調を抱えた当人の予後の中長期的に悪化させます。逆に早期に対応することが、その人に良好な予後をもたらすのです。こうした問題を改良するための1つの方法として、教育が位置づけられると考えています。つまり私たちが行ってきた研究会の活動の趣旨（目的）はMHLを向上させることであり、最終的には早期介入・支援を実現することにあります。

2項 本教育プログラムを誰が使うことを想定しているのか

私たちは地域ごとの精神保健福祉の専門職が、学内のキーパーソンと連携して教育を推進するという形式をとっています。以前に調査した学校ニーズのアンケート結果から、こころの健康についての授業を実施しない理由の1つとして「専門のスタッフがない」ことが上位となっていました。この結果から考えれば、学校外の専門家が専門的知識を提供し、サポートすることで、MHL教育の実施につながり、ひいては生徒が精神的に不調な際にいち早く、早期介入へとつなぐことができると考えられます。

しかし、だからといって学校外の人材だけに限っているわけではありません。本教育プログラムは使う者をあえて特定してはいません。学校内外の誰でもが使えるようなツールキットになっています。過去に協力を求めて働きかけてきた人たちには共通の意思がありました。それはMHL教育をやってみたいという思いをもっていることでした。しかし、その理由はそれぞれでした。

たとえば精神科の看護師が教育を実施する動機となることは何でしょうか？ 地域の方からの依頼があった、社会の偏見を少しでも軽くするために、新たな分野に挑戦したいという欲求から、研究のために、医療機関の所属長から言われて、など多くの背景が考えられます。また精神疾患の当事者やその家族にとっては、自らの体験を伝えることで精神障がいの実情を知ってほしい、予防のためのメッセージの必要性を感じたという動機があるでしょう。

そもそも私たちの活動のはじまりは「偏見の除去（アンチスティグマ）」を目的としたものでした。その目的を果たすための方法が、MHL教育であったわけです。アンチスティグマとMHL教育は大きく関連しています。啓発活動によって偏見をなくすことはMHLを向上させることの一部であり、早期介入にもつながるのです。参加する者の動機がそれぞれでも、対象者となる生徒に利益がもたらされれば、そこに価値があります。

本書を使用して教育をしたいという動機や目的は、立場によってさまざまでしょう。学校で働く教員にとっては最前線で接している生徒たちのニーズを察知し、早目に手当てをしたいと望むかもしれません。それぞれの立場にとって表1のような特徴があるといえる

表1 本書を使うことが想定される立場とその特徴

使うことを想定する者と種別		学校内外	長所や短所等の特徴
精神保健の専門家	看護師	外	専門性に長けている 学校外の相談資源に詳しい 時間がとりにくい
	保健師		
	精神保健福祉士		
	作業療法士		
	精神科医		
学校関係者	教員	内	生徒と距離が近くサポートしやすい 専門性については学習が必要
	養護教諭		
	保健体育の教諭		
当事者	当事者本人	外	意識が高く説得力に長けている 時間がとりにくい 参加する者が限られる
	当事者の家族		
	社会復帰施設(見学)		

ので、教育を実施する場合には、これらの特徴を知ったうえで相補的に支援できる実施体制をつくることが大切であると考えます。

3節 MHL 教育開発の歴史と経過

1項 教育プログラムを開発してきた手順

現在推進する MHL 教育の経過について大まかに述べます (図1)。

私たちの MHL 教育の開発プロセスについて、大まかにいうと図1の a～h の手順で教育プログラムの開発を行いました。詳しい内容については以下の通りです。

- a) 教育による効果をあげ、事前に考えられる生徒に対するネガティブな侵襲をできるだけ減らすためには、さまざまな専門分野からの検討が必要であると考え、こころの専門家 (精神保健学・精神看護学・心理学・社会福祉学など) が集い、定期的に教育プログラムの検討を行った。
- b) プログラム理論をベースとして健康教育の仮説モデルの枠組みに沿い、主に健康教育概念の「知識」および「意識」に働きかける教育プログラムを作成した。つまり、知識や意識を向上・変容させることが最終的には態度や行動を変容させると仮定し、それにもとづいて教育を構成した。
- c) 開発した教育プログラムを実施し、短期的な効果を評価した。ここでは数カ月単位での効果を検証した。
- d) 精神保健福祉教育が、中学生の精神保健ニーズに合致し、教育内容として妥当であ

るかを再度中学校に点検を依頼した。

- e) 短期的な効果から教育プログラム内容が妥当であるのかどうか、学校が所有する精神保健ニーズと合致するのかどうかを聴取し、学年の進度にそって、中学校3年間にわたる体系的なプログラムを構築した。そして教員および保護者プログラムを開発した。
- f) 教育プログラムの実施を予定する中学校に対して、教育プログラムのプレゼンテーションを教員に対して行い、内容を点検した後に生徒に対してプログラムを実施した。実施時には参加を呼びかけ、すべての教育実施時には養護教諭や担任教諭などと同席していただいた。また、生徒に対する質問紙および教員などからの評価を行った。
- g) 評価を経て、教育プログラムを改良した。目的に添うよう教育プログラムの改訂を行い、臨席教員から教育実施ごとに得られた意見も内容の修正に活かした。

なお、e)～g)は同時並行で行っています。

- h) 教育プログラムの完成としたが、教育プログラムは時代や場所によって常に変容させることが必要なことと考える。

このような教育を予防の方法として位置づけ、対象者に合わせてつくりあげ、そして実践する。またその効果を測るとというのが大まかな手順です。

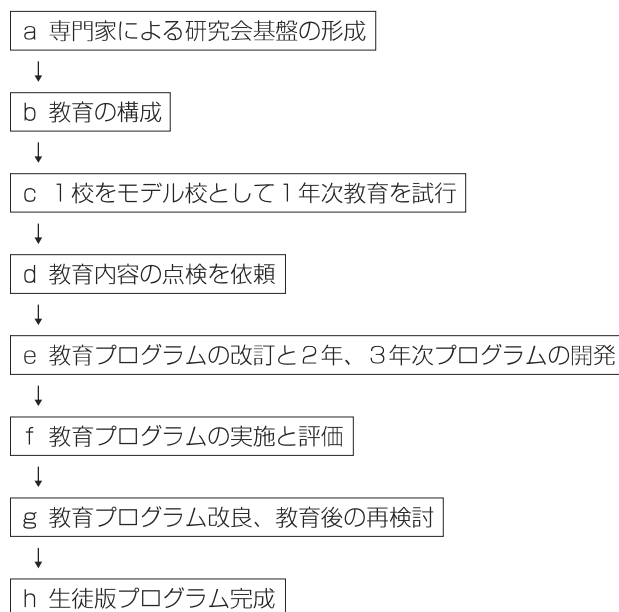


図1 MHL 教育の開発プロセス

2 項 国内外の学校教育における MHL 教育の現状

1) 日本国内の動向

わが国における MHL 教育活動の動向について、授業内容や指導上の留意点などがパッケージ化されている教材や、継続的に学校現場で教育活動が行われている例を中心に、代表的なものを取り上げます。

2004 年、私たちの組織する「学校 MHL 教育研究会」が「精神保健福祉教育プログラム」を開発し、鳥根県や東京都清瀬市の中学校において教育活動を開始しました。

2008 年には NPO 法人企業教育研究会、アンチスティグマ研究会、NPO 法人全国精神保健福祉会連合会が共同で教材を開発し、『こころの病気を学ぶ授業 統合失調症編』として発表しています（NPO 法人企業教育研究会、2008）。2009 年には続編として東京学芸大学が中心となって『こころの病気を学ぶ授業 うつ病編』を開発しています。いずれの教材も中学校、高校などの教育機関や関連施設の希望者に無償提供され、総提供数は 2,000 以上にもなり、実際に学校の教員がこの教材を利用して授業を行っているとの報告もあります（日本イーライリリー株式会社、2012）。

2009 年からは東京都世田谷区、三重県津市、三重県四日市市、長崎県大村市の 4 地域を中心とした学校への啓発事業が始まりました。都立松沢病院の針間らは、雑誌『こころの科学』にオーストラリアの学校精神保健増進プロジェクト「Mind Matters」の教材テキストの翻訳の連載を開始しました（巻末参考文献・資料参照）。その後、「Mind Matters」を参考とした中学生・高校生向け教材として『10 代の心を守るために 精神疾患学校教育プログラムキット』を開発し、全国の学校および関係機関へ配布しました。また、2009 年 2 月には三重県津市内の協力中学 3 年生約 160 名に対して、医療関係者 6 名による実験的授業も実施しています。その後、2010 年にかけて、長崎県大村市の中学校、東京都世田谷区の定時制高校においても医療関係者による授業が行われました（医療法人カメラ、2009）。

2011 年以降、三重県では自殺予防につなげることを目的とした『Teaching Kit For Youth Mental Health 中学生のための精神保健授業ツールキット』を新たに開発し、中学生を対象とした「心の病気」の理解として、疾病とストレス対処に関する内容を中心に教育活動を継続しています（内閣府、2014）。

2012 年度からは、東京都三鷹市の社会福祉法人「巣立ち会」が組織する「ユースメンタルサポート Color」が、東京都立世田谷泉高校、都立松沢病院と連携し、精神疾患をもつ高校生への早期支援事業を開始しています（社会福祉法人巣立ち会、2009）。定期的に支援員を派遣し、生徒や保護者への相談支援、職員との連携を行いながら、メンタルヘルスについての授業や教職員向け研修などを行っています。

2013 年には、公益財団法人精神・神経科学振興財団が中心となり、中学校の保健体育副読本として『悩みは、がまんするしかないのかな？』を作成しました（こころの健康副読

本編集委員会、2013)。この副読本は、中学校関係者、医療関係者、支援者らにより編集され、学校の教科書を補完するものとして東京、神奈川、千葉、埼玉の公立中学校を中心に配布されました。今後は、中学生を対象にした、こころの健康に関するボランティア出前授業の実践も行っていくとのことでした。

近年では、東京大学大学院教育学研究科（健康教育学分野）や日本学校精神保健研究会が組織する学校精神保健プロジェクトにおいて、「こころの健康教育プログラム」の開発（Ojio Y, et al, 2015）、授業用のアニメーション動画の作成が進められています（種市、2014）。芦屋学園短期大学幼児教育学科の木下による研究調査において、2005年～2011年までの期間でリーフレット教材として使用されているものを収集した結果、22資料が該当したとの報告（木下、2014）があることから、今回ご紹介した教材や教育活動実践例のほかにも、問題意識を同じくする有志の方々による活動が多数存在し、全国各地で展開されていることがうかがわれます。

2) 海外の動向

世界的に MHL 教育の効果検証に関する研究は多く行われており、枚挙にいとまがありません。海外主要国の中でもオーストラリア、イギリス、カナダ、アメリカ合衆国の4カ国は、10代を対象とした MHL 教育を実施しています（Appelhoff R, 2013；小塩ら、2013）。

特にオーストラリアは他国に先駆けて実践をはじめたことで知られています。1998年、豪州政府の国家精神保健計画で年齢階層別の精神疾患予防対策が課題にあげられ、10～20代の若者を対象とした予防的取り組みの必要性が明示されました。2000年より学校精神保健プログラム「Mind Matters」が実施されるようになり、普及率は全中学校の約7割に及びます。「Mind Matters」以外のプログラムとして、精神疾患の当事者らが講師をとする「mental illness education act : mieact」、不安や抑うつ状態への対処やうつ病予防を目的とする「youth beyond blue」などがあり、これらを採用している学校もあります（巻末参考文献・資料参照）。

イギリスでは、イングランドとウェールズを中心に、児童生徒は「人格、社会性、保健と経済の教育（personal, social, health and economic education : PSHE）」を学ぶことが推奨されています（国立教育政策研究所編、2004）。この教育内容の一部である「health and wellbeing」の項に思春期の精神発達過程、精神疾患の特徴、差別偏見への対応に関する学習が含まれています。これらの学習に加えて、社会生活能力や感情活用能力の育成を目的とした教育プログラム「Social and Emotional Aspects of Learning : SEAL」を取り入れているところもあります（巻末参考文献・資料参照）。

カナダでは、精神保健促進プログラム「Ever Green」の中に、「A School-Based Integrated Pathway to Care Model」が含まれており、政府指定の教材を用いてプログラムを実施しています。内容は精神疾患の予防や早期発見、早期支援、学校と他機関との連携に重点が置かれています（Evergreen, 2010；小塩ら、2013）。

アメリカ合衆国では、全国保健教育基準（National Health Education Standards : NHES）

に明示されている保健教育に関する学習目標のうち、「感情と精神の健康」について、各州の状況や課題を踏まえた独自授業を実施しています。約6割の州がこの学習内容を必修としています（国立教育政策研究所編、2004；巻末参考文献・資料参照）。

これら全国規模のMHL教育活動の共通点について、東京大学大学院教育学研究科の小塩らは、「いずれの国でも学校のみでなく家庭、地域住民、精神保健サービス資源など学校に関わる地域全体への働きかけから、支援を必要とする各生徒への個別対応までを網羅するシステムが構築されており、その中でMHLを含む精神保健教育が学校で行われている」ことを指摘しています（小塩ら、2013）。精神疾患に関する知識、偏見改善、援助希求行動の3つの柱に関する教育活動と並行して、地域啓発から個別支援までを扱うシステムの構築も行うことが重要であることがうかがわれます。このような考え方は日本国内においては三重県四日市市での取り組みに生かされています。

今回ご紹介した内容は、MHL教育の3つの柱（精神疾患に関する知識、偏見改善、援助希求行動）を踏まえた活動例が中心でしたが、このほかにも自殺予防や生きる力の育成などを目的とした教育プログラムも数多く開発されています。代表的なものとしてはオーストラリアで開発され、日本を含む世界各地で活用されている「FRIENDS」プログラム、ニュージーランドの「Travellers」、イギリスの「Zippy's Friends」などがあげられます（巻末参考文献・資料参照）。

3項 学校教育の必要性について

学校外の施設スタッフが学校へ出かけていって教育をすることは、とても大きな意義があります。オーストラリアのメルボルンでは、精神疾患の予防や早期介入を行うセンター（<http://www.eppic.org.au/>）の精神科看護師らスタッフが、地域の学校へ出かけて授業を行っています。

しかし日本においては、学校現場の障壁はいつそう大きいかもしれません。私たちの研究会でもメンタルヘルス教育を導入する際には、かなりの苦労を要しました。

学校は誰もが少なくとも一度は通った経験があり、なじみのある場所であると思います。しかし、教育導入の困難さに接すると、あれほど慣れ親しんだ学校がやや閉鎖的な場所に映ることもあります。

現行の学校教育のカリキュラムでは、精神疾患などをはじめとする専門性の高いメンタルヘルス教育は、学校にとって義務ではありません。学校も与えられた修業期間に必要な学習内容の指導を行わねばならないため、時間の制約もあり、ほとんど行われていないのが現状です。

しかし、メンタルヘルス教育が行われていないのには、それを実施するためのスキルが学校側になくとも背景の1つでしょう。生徒は非常に精神的な危機にある時期にありながら、早期の予防につながる正しい知識を身につける機会が少なく、症状がわからないまま放置したり、手当てがわからなかったりするため、問題が深刻化してしまう傾向にあり

ます。

そのような現状の中、精神疾患における早期介入・早期支援をめざす動きが各地で活発になりつつあります。それはDUP（未治療期間）を短くし、早期介入を実現することが、精神的健康を害した者の経済的そして心身の負担を軽減し、何よりもよりよい予後が得られる可能性があるためです。

予防的な取り組みには個別に対する支援と、集団を対象にした支援がありますが、研究会では集団を対象とした心理教育的なアプローチを、児童・思春期にある対象者が生活の大半を過ごす場所である学校で行うことにしています。

こうした取り組みを実施する場所として、私たちは学校での教育が特に重要であると考えました。それは人生早期に、全体に働きかけられるメリットがあると考えたからです。人生早期というのは、発症以前に、ネガティブなイメージが生じる前に、という意味があります。さらに、早期の教育によって得られる効果は、大人になってから得る教育効果と比較して高いと考えられます。また、全体に対して働きかけられるメリットについていえば、事前の調査によると、生徒が困った際にもっとも相談相手として選択するのは友人であることから、自分が不調になった場合だけではなく、まわりの友人が困った時にも、支え手として適切な助言を与えられることが期待される点からです。

メンタルヘルス教育の特長は、知識や意識を底上げできるということです。自分だけでなく、友人同士の関係性の中で支え合いが生まれる利点があります。このように学校環境を活用することは、多くの利点があると考えられます。

4節 まとめ

教育をはじめた当初は、受け入れる学校の姿勢は「いったい何をするのか？」と、比較的ネガティブで、警戒心が強いといった印象がありました。しかし、いったん学校にこの教育が導入されると、おおむね教育への態度が肯定的に変化し、受け入れが格段によくなりました。多くの中学校から、環境を整えば教育プログラムを引き続いて受け入れてもよいといった意向をうかがっています。

生徒に向けて教育プログラムを実践することは、生徒自身もさることながら、先生たちの精神的なストレス予防にも効果があるように感じられます。また、学校側の意識の変容の根底には、学校をめぐる過酷な現状があるかと思えます。学校を訪問すると先生たちからは非常に困っているという声を耳にします。個々の事例について、対応をどうすればよいのかといった相談をされることがあります。希望を託すかのように学級崩壊の現状を訴えられることもあります。こうした困った状況の背景を私たちのような外部スタッフが

受けとめ、理解を示してきたこと、そして学校全体の MHL の底上げに貢献する効果などが、受け入れられる理由だと考えられています。

学校を1つのシステムとして考えれば、生徒には教員も保護者もそれぞれが密接に絡みあって影響を及ぼしています。もともと私たちの教育プログラムは、個々の対応をうながし、さらに全体的な知識の普及をめざしており、当初は、生徒版のみでの教育プログラムの構成でした。しかし、学校システム全体に働きかける重要性を感じ、教員・保護者も含めた教育プログラムおよびその実施ツールキットの開発を模索してきました。

学校がさまざまなプレッシャーを抱えて、多くの教員が精神的な健康を害している中、学校周辺の精神保健の専門家が外部から訪問する取り組みは、地域で学校を支える貴重な機会となろうかと思えます。

私たちが実施する MHL 教育の目的は、こころの健康を害しがちな中学生に対してメンタルヘルスについての知識を総合的に提供し、さまざまな体験をしてもらうことで、最終的には生徒が不調を感じた際にみずから援助を求める行動を促進しようというものです。これは、メンタルヘルスに関する知識や信念、また特定の問題を精神的不調と認識する能力、精神健康に役立つ態度や行動などの「メンタルヘルスリテラシー能力」を向上させることが治療へのアクセスを促進し、早期介入を可能にするという考え (Jorm AF, 2000) が基盤にあります。つまり MHL 教育の主たる目的は早期介入・支援の実現です。