博士論文（要約）

学校で実施するメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの開発に関する研究

小塩　靖崇

目次

第1章　序章 4
第1項　思春期の子どもへの精神保健対策の必要性 4
第2項　学校での精神保健教育 5
第3項　海外先進国で行われている学校でのメンタルヘルスリテラシー教育 5
第4項　日本における学校でのメンタルヘルスリテラシー教育 8
第5項　本研究の目的と構成 9

第2章　わが国の学校で実施するメンタルヘルスリテラシー教育の作成 10
第1節　学校精神保健リテラシー教育の効果検証と各国の現状に関するレビュー 10
第1項　背景 10
第2項　方法 11
第3項　結果 13
第4項　考察 17
第2節　学校メンタルヘルスリテラシー教育プログラムの作成 28
第1項　背景 28
第2項　初版プログラムの作成 30
第3項　初版プログラムの課題と改訂版プログラムの変更点 32
第4項　改訂版プログラムの作成 33

第3章　作成したプログラムの効果検証 42
第1節　初版プログラムの効果検証-中学生を対象に行った予備的検証 43
第2節　改訂版プログラムの効果検証-小学生を対象とした効果検証- 55
第3節　改訂版プログラムの効果検証-中学生を対象とした効果検証- 56
第4節　改訂版プログラムの効果検証-高校生を対象とした効果検証- 57
第5節　小中高でのプログラム効果検証の考察 58

第4章　実施者用トレーニングプログラムの効果検証 63
第1項　背景 63
第2項　方法 64
第3項　結果 68
第4項　考察 69

第5章　今後のプログラム改良に向けた検討-日本の思春期中高生における睡眠時間と不安抑うつの関係-推奨睡眠時間の推定-(Sleep Duration Associated with the Lowest Risk of Depression/Anxiety in Adolescents) 77
第1項　背景 78
第2項　方法 80
第3項　結果 83
第4項　考察 84

第6章　総合考察 94
第1項　研究成果 94
第2項　先行研究との比較 96
第3項　本研究の意義 98
第4項　今後のプログラムの改訂に向けて 99
第5項　今後の課題 105
第6項　結論 106
第7項　おわりに 107

参考文献 108
参考資料 117

第1章　序章

第1項　思春期の子どもへの精神保健対策の必要性

精神疾患は、誰もがかかる可能性のある病気である。精神疾患の生涯有病率は、わが国を含めた国際調査によれば、18～36%に達する[1]。わが国においては約 20%で、つまり、約 5 人に 1 人が一生のうちに一回は何らかの精神疾患に罹患することを意味する[1]。疾病による生活や生命への負担を示す指標である DALY(Disability Adjusted Life Years)[2]を用いた報告によれば、精神疾患は心疾患や癌をその数値で上回っており、人々の生活や生命に甚大な影響を及ぼしていることがわかっている[3]。精神疾患の好発時期は、思春期に始まる。Kessler らの報告によれば、成人の精神疾患罹患者のうち 50%は 15 歳までに、75%は 24 歳までに発症するとされている。

思春期は、心身の成長にとって、また、社会人としての生活への準備において極めて重要な時期である。しかし、精神不調を抱える思春期の子どもの多くは、医療・保健サービスなどの支援を求めず、発症の初期段階で適切な支援や介入がなされていない状況にある[5]。精神不調が適切に対処されていないことで、病気の経過やその後の社会的適応に大きな影響を及ぼしている可能性がある。精神疾患でも、身体疾患と同様に、発症から最初の治療までの未治療期間が長いことが、その後の病気の経過不良や社会への適応不良と関連することが知られている[6]。思春期の子どもの精神疾患対策として、精神疾患の早期発見と適切な対処を促すための介入が求められている。

第2項　学校での精神保健教育

思春期の子どもの精神疾患対策の一つとして、近年、Mental Health Literacy (以下、メンタルヘルスリテラシー) の問題が注目されつつある。メンタルヘルスリテラシーは、Jorm が「精神疾患への気付と対処、予防を助ける知識や考え」と定義した [7]。さらに、その構成要素を具体的に、1) 疾患を認識する力、2) 背景因子や疾患の原因についての知識や考え、3) 自身での解決方法についての知識や考え、4) 専門家の支援についての知識や考え、5) 援助行動についての知識や考え、6) 正確な情報入手方法についての知識としている [8,9]。これらの要素を含むメンタルヘルスリテラシーは、精神疾患の予防、ならびに必要且つ適切な援助希求・支援の受け入れに影響し、つまり、メンタルヘルスリテラシー向上により精神疾患の早期発見・介入が促されると考えられている [8,10,11]。そこで、思春期の子どものメンタルヘルスリテラシー向上を目的に、精神保健教育（メンタルヘルスリテラシー教育）を学校で行う取り組みが始まっている。メンタルヘルスリテラシー教育を行う場として、学校は絶好の環境であると考えられており、国際機関である WHO (World Health Organization) は、子どもの精神保健向上や精神疾患の早期発見・介入の促進のために、学校で全ての生徒・教員を対象に精神疾患の知識啓発を実施することを提案している [12]。精神疾患の早期発見・介入のみならず、精神疾患を持つ人への偏見・無理解・誤解の解消、また 1 次予防としての適切な生活習慣の学習との関連といった点から、思春期の子どもに対して学校でメンタルヘルスリテラシー教育を実施することには大きな意義があると考えられている [13-14]。

第3項　海外先進国で行われている学校でのメンタルヘルスリテラシー教育

近年、オーストラリア、英国(England & Wales) など複数の国では、学校でのメンタルヘルスリテ

ラシー教育が全国規模で進められている[15]。これらのうち、最初に取り組みが始められたのは、オーストラリアの Mindmatters であった[16]。Mindmatters が掲げる目的は、「若者がその後の人生において遭遇する様々な精神的危機を効果的に乗り越えていくために必要となる技術や知識、および資源を提供できる学校環境を実現すること」である。Mindmatters は、1996 年に特定非営利活動法人(Not for Profit Organization, NPO)で始められた。現在、オーストラリア国内の 6 割以上の学校が MindMatters を取り入れており、欧米やアジアの一部にも広がっている[16-17]。

Mindmatters の授業は、トレーニングプログラムを受講した学校の教員が実施する。実施のための教員用テキストと子ども用テキストがあり、実施校の全生徒、全教員に配布される。教員用テキストには、学校教育で精神疾患を含めたメンタルヘルスの問題を扱う重要性とその方法、子どもの健康問題を地域社会と連携して取り組む方法に関する記述がある。子ども用テキストには、自己と他者の関係性、いじめやいやがらせに取り組む方法、ストレスとその対処方法、精神疾患に関すること、喪失体験とその対処方法が、それぞれ個別の冊子に示されている。MindMatters は、学校教育で必修科目の Health and Physical education, The Arts, English, Science, Society and Environment の授業内で行われ、その対象年齢は、Secondary school (13～18 歳) だが、それ以前の Primary school (5～12 歳) の子どもには KidsMatter というプログラムを実施しているところもある[16]。また、オーストラリア国内のその他の学校では、Beyondblue（うつ病を中心にして、幼児から高齢者までを対象とするプログラム）など[18]、別の学校精神保健プログラムが使用されている。Mindmatters や Beyondblue といった学校での精神保健教育プログラムがオーストラリアで普及した背景には、1998 年に国家精神保健計画において、精神疾患の予防対策が課題としてあげられ、また 2000 年には政府・保健省主導の学校精神保健増進のための国家的取り組みとして

位置付けられたことがある[17]。英国では、学校のカリキュラムに含まれる PSHE(Personal, Social and Economic Education)という科目で、メンタルヘルスリテラシー教育（精神疾患を含む精神保健教育）が行われている[19-22]。PSHE は、必修ではないが、子どもが学ぶべきものと推奨される学校独自の教育活動と位置付けられている。学校独自の教育活動、に割り当てられる時間（全体で年間 90 時間）で行われているが、England では 99％の学校が実施していると報告されている[22]。PSHE は、5～16 歳までの義務教育期間の子どもを対象に行われる保健教育であるが、この中で、「精神的健康が身体的健康と同様に重要であること」が強調され、精神疾患の具体的知識を含む精神保健教育が行われている。精神保健教育は 8 歳から始められ、13 歳で精神疾患の解説が行われる。この精神疾患の解説では、不安・抑うつを伴う様々な精神疾患の症状と原因、不調時に適切な行動を選択するための知識や考え方が扱われている。

いずれの国でも、学校でメンタルヘルスリテラシー教育を実施する背景には、WHO が提唱する「子どもの精神的健康に向けた学校全体での取り組みのモデル」が用いられ、プログラムが構築されている[12]。具体的には、「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」までカバーすることを求めるものであり、学校（教員、子ども）、家庭（保護者）、地域住民、サービス提供者（保健機関）の連携を体系的に構築し維持することの重要性が強調されている。すなわち学校に関わりをもつ全ての人々や機関が連携して子どもの精神的健康の向上につながる環境づくりを行い、また学校においては、全生徒・全教員を対象に精神保健教育が行き届くようにするものである。また問題を抱えている子どもや精神医療専門家の評価や治療を要する子どもを同定し、早期に支援・対応ができるシステムの構築も目標に含まれている[12]。

第 4 項　日本における学校でのメンタルヘルスリテラシー教育

わが国の学校教育で扱う内容は、全て学校教育法施行規則のもと設置された学習指導要領に規定されている。健康に関する内容は、小学校では体育科（保健領域）、中学校では保健体育科（保健分野）、高等学校では保健体育科（科目保健）及び関連教科における保健に関する内容（以下、保健学習とする）で扱われる。現在施行中の学習指導要領では、その中に「心の健康」、「心身の機能の発達と心の健康」、「精神の健康」等の記載はあるものの、「精神疾患」に関係する内容は、不安や悩みへの対処、心身相関、ストレスやその対処にとどまっており、精神疾患そのものについての記載は全くない。精神疾患が一生のうちに約 5 人に 1 人がかかり[1]、好発時期が思春期に始まること[4]、精神疾患はあらゆる疾患の中で子供の生活に最も大きな影響を与えていること[3]を考えると、現在の学習指導要領や使用教材では、精神疾患に関する情報は不十分と考えらえる。一方、過去を振り返ると、これまでのわが国の学校教育で精神疾患について全く扱ってこなかったわけではない。小塩ら[23]（2013）、中根ら[24]（2013）の報告にあるように、1970 年代後半までは学習指導要領に精神疾患の記載があったが、その後記載は削除され現在に至っている。さらに、特筆すべき問題は、教科書に精神疾患について記載があった当時の記載内容には、精神疾患に対する偏見を増長させる内容が含まれていたことである。1977–78 年以前の教科書には、「精神障害（者）は理解し難い言動をとったり、問題行動に走る人たちで最終的には廃人同様になる。かつ社会的に見ても優性手術の対象となるべき人たちである」等の記載が行われていた[23,24]。その後、1970 年から数年間「精神疾患に対する適切な理解や認識が必要である」という記載もあったが、1980 年以降はそれを含めて全ての記載が削除されている[25-26]。当時の文部省は、内容削除の理由を「授業時間数・卒業総単位数の減少のため」とのべている[23]。

第 5 項　本研究の目的と構成

本研究の目的は、日本の学校で実施するメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを開発することである。プログラム開発の過程で、第一に、プログラム作成として、海外先進国で実施されてきた学校でのメンタルヘルスリテラシー教育研究について系統的に文献調査し、その中から効果的なプログラムに含まれる内容を検討した（第2章第1節）。第二に、わが国の学校教育での実施・普及・継続性を意識したプログラムの作成を行った（第2章第2節）。第三に、作成したプログラムの効果検証を行った（第3章）。まず、初版プログラムの効果検証を、中学 3 年生を対象に実施し、改訂版のプログラムの検証として小学 5-6 年生、中学 3 年生、高校 1 年生を対象に効果検証を行った（第3章第1-4節）。また、学校教員が、メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施するためのトレーニングプログラムを作成し、その効果検証を行った（第4章）。さらに、今後のプログラム改訂のための検討として、プログラムの一部である「睡眠習慣（夜更かしや睡眠不足）と精神的不調の関係」について、調査データの解析を行った（第5章）。

第2章 わが国の学校で実施するメンタルヘルスリテラシー教育の作成

第1節 学校精神保健リテラシー教育の効果検証と各国の現状に関するレビュー

第1項 背景

メンタルヘルスリテラシー向上を目的とした精神保健教育を行う場として、学校は絶好の環境であると考えられている[12]。WHO は、児童生徒の精神保健向上や精神疾患の早期発見・介入を促すために、学校で全ての子ども・教員向けに、精神疾患の知識啓発を行うことを提案している[12]。また、精神疾患の早期発見・介入のみならず、精神疾患を持つ人への偏見・無理解・誤解の解消や心身の健康保持のための生活習慣を獲得するという点からも、思春期の子どもに対して学校でメンタルヘルスリテラシー教育を実施することには大きな意義があると考えられている[13-14]。 近年、そのような学校でのメンタルヘルスリテラシー教育が、オーストラリア、英国(England & Wales)など複数の国で全国的な規模で進められている[15]。一方、現在の日本では、精神疾患に関する記述は小学校・中学校・高等学校のいずれの段階の教科書にも含まれていないため、メンタルヘルスリテラシー教育は行われていない[27]。現在、自殺対策の提言で見られるように学校での精神保健教育の充実が求められているものの、精神疾患に関する教育は養護教諭による保健活動、保健指導の一環[28]としてそれぞれ独自に行なわれるのみで、効果検証の結果に基づく、その具体的な手法やプログラムは日本では確立されていない可能性がある。

このような現状に鑑み本研究では、メンタルヘルスリテラシー教育の内容とその効果について、国内外の研究現状を明らかにすることを目的とし、思春期の子どもを対象にした学校でのメンタル

ヘルスリテラシー教育の内容及びその効果検証の研究について、系統的な文献調査により検討した。

第2項　方法

レビュー1. プログラム作成時のレビュー（検索日時: 2012 年 6 月 23 日）

学校でのメンタルヘルスリテラシー教育の効果を検証している研究について文献検索を実施した。検索は、英文論文は Pubmed , Web of Science を用いて、和文論文は Cinii を用いて、2012 年 6 月 23 日に行った。論文の種別は指定していない。英文論文については、「“school” and “mental health literacy”」をキーワードとして検索したところ、Pubmed で 173 本、Web of Science で 68 本が該当した。うち 34 本は重複していたため、両データベースから得られた英文論文は計 207 本であった。和文論文は「“学校” and（“精神保健教育” or “メンタルヘルスリテラシー”）」のキーワードで検索し、11 本が該当した。これらの計 218 本（英文 207 本、和文 11 本）の論文の中から、本研究の目的に従って以下の基準全てを満たす論文を選択した。

・メンタルヘルスリテラシー向上、精神疾患の適切な知識を獲得することを目的とした教育プログラムを実施した論文

・日本の中等教育（13～18 歳）にあたる生徒を対象としているもの

・学校授業内で実施した論文

・メンタルヘルスリテラシーの授業効果を量的に評価した論文

レビュー2. 本博士論文執筆時のレビュー（検索日: 2016 年 9 月 20 日）

本博士論文をまとめるにあたり、最新の国内外における学校でのメンタルヘルスリテラシー教育の効果検証に関する研究状況を明らかにするため、再度レビューを行なった。なお、できる限り網羅的なレビューを可能にするため、検索語・使用するデータベースを追加し、また、選択した論文の参考文献の中から、以下の基準を満たす論文があれば、検討論文に含めることとした。

検索は、英文論文は PubMed , Web of Science, ERIC (Education Resources Information Center)を用い、和文論文は医中誌を用い、2016 年 9 月 20 日に行った。論文種別は指定しなかった。英文論文は、「(“mental illness” OR “mental disorders”) AND (“health education” OR “mental health knowledge” OR “attitude” OR “help-seeking” OR “literacy” OR ”stigma”) AND (“adolescent*” OR “student*” OR “teen*”) AND (“evaluation” OR “program development” OR “assessment” OR “effective*” OR “effica*”) AND (“school” OR “school-based”)」を検索語として検索したところ、PubMed で 362 本、Web of Science で 81 本、ERIC で 79 本が該当した。うち 52 本の重複を除いて、両データベースから得られた英文論文は計 470 本であった。和文論文は「“学校” and（“精神保健教育” or “メンタルヘルスリテラシー”）」のキーワードで検索し、27 本が該当した。これらの計 497 本（英文 470 本、和文 27 本）の論文から、本研究目的に従い、以下の基準全てを満たす論文を選択した。

・メンタルヘルスリテラシー向上、精神疾患の適切な知識を獲得することを目的とした教育プログラムを実施した論文

・日本の初等中等教育（6～18 歳）にあたる児童生徒を対象とした論文

・学校授業内で実施した論文

・メンタルヘルスリテラシーの授業効果を量的に評価した論文

レビュー1、レビュー2ともに、選択された論文について、著者・発表年・国、対象者の年齢・人数（対照群の有無）、実施者、実施形態（授業形態・セッション数・時間・期間）、授業で扱う内容（生徒に伝える内容）、効果の有無を分析した。

第3項　結果

レビュー1

学校でのメンタルヘルスリテラシー教育の効果を検証している研究として、13 本の論文（全て英文、和文は 0 本）が上記の選択基準に該当した。表1_a に、これら 13 論文の要約を示した。研究が実施された国はセルビア、米国、カナダ、オーストラリア、香港、英国、ドイツ、パキスタンであった。実施者からみると、1) 精神医療・精神保健の専門家（精神科医、心理士、カウンセラー、研究者）が実施しているプログラム、2) 学校の教員が含まれるプログラム、3) 精神疾患を持つ人やその家族が実施者に含まれるプログラムの三通りに分けられた。

授業形態は、1つの研究 (Rahman 1998)[30]を除く全てのプログラムが講義を採用していた。ほとんどの研究（12 本/13 本）で、講義に加えて議論、グループワークが行われていた。ロールプレイやゲーム、クイズ、アート展示、精神疾患に関するスピーチ、ポスター・エッセイ・劇の作成などの参加型プログラムも実施されていた。精神疾患を持つ人やその家族が実施者として含まれる場合には、その当事者との対話が実施されていた。セッション数は1回から 8 回、1回あたりのプログラ

ム時間は 45 分から 90 分、実施期間は1日から4ヶ月と各研究で異なっていた。

授業で扱う主な内容（生徒に伝える内容）は、「精神疾患の適切な理解」、「偏見の改善」、「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」、「その他」に分類できた。「精神疾患の適切な理解」については全てのプログラムで扱われていた。精神疾患の症状や兆候についてはほとんどのプログラム(10 本/13 本)で教えられていたが、内容を統合失調症やうつ病に内容を絞っているものもあった。一方、思春期に起きやすい精神疾患や精神保健上の問題も扱うものもあった。「偏見の改善」に関しては、ほとんどのプログラム(9 本/13 本)で、精神疾患への偏見や差別が存在する事実を伝えていた。「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」では、ほとんどのプログラム(8 本/13 本)で、早期に発見し医療機関を受診することが重要であることを伝えており、他には実際の医療機関での診療や実際の治療を伝えているものもあった。「その他」として、心理社会的能力の向上を目的に感情コントロール、ストレス対処方法や他者との関係性が扱われていた。

全ての研究で授業前と授業後に評価して効果を判定していたが、授業後の評価時期や事後評価の実施時期は様々であった。授業後の評価時期は多くの研究(8 本/13 本)では、授業終了の直後であった。事後評価の時期は授業終了後 1 ヶ月から 6 ヶ月後と様々であった。

表 1_a では、授業で扱う主な内容（生徒に伝える内容）ごとに、各研究の効果の検証結果をまとめた。統計的に有意な教育効果が確認されたものを（+）、評価されていないものは(/)で示した。全ての研究で、授業による有意な学習効果が認められていた。「精神疾患の適切な理解」、「偏見の改善」に関して、授業後に学習効果を評価されている研究では、全て有意な学習効果が認められていた。「Help-seeking（援助希求行動）の促進」に関しては、1 つの研究(Rickwood 2004)[35] を除く全ての研究で、授業後に有意な学習効果が認められていた。ただし、多くの論文で

は、対象者の属性や授業の具体的な内容、進行方法、評価手順など、授業の方法についての詳細な内容が記載されていなかった。また、授業実施によって児童・生徒に心身の不調やいじめなどの弊害が生じたと記載されている論文はなかった。

レビュー2

35 本の論文（英文 32 本、和文 3 本）が、学校でのメンタルヘルスリテラシー教育の効果検証をした研究として、上記の選択基準に該当した。なお、検索語を用いて見つかった論文は、27 本（英文 25 本、和文 2 本）であった。これらに、レビュー1で該当した論文は全て含まれた。表 1_b には、レビュー1の結果を含む、該当の 35 論文の要約を示した。海外での研究実施国は、アメリカ、パキスタン、中国、イギリス、ドイツ、オーストラリア、カナダ、セルビア、ギリシャ、ノルウェー、スペインであった。実施者は、1) 精神医療・精神保健の専門家（精神科医、看護師、心理士、カウンセラー、研究者）が実施するログラム、2) 学校教員が実施するプログラム、3) 精神疾患を持つ人やその家族が実施するプログラムの三通りに分けられた。

授業形態は、2 つの研究 (Rahman 1998)[30]（Pitre ら 2007）[45]を除く、全てのプログラムが講義を採用していた。講義を採用しているプログラムは、講義に加え議論、グループワークが行われていた。ロールプレイやゲーム、クイズ、アート展示、精神疾患に関するスピーチ、ポスター・エッセイ・劇の作成などの参加型プログラムも実施されていた。精神疾患を持つ人やその家族が実施者として含まれる場合には、その当事者との対話が実施されていた。セッション数は1-8 回、1回あたりのプログラム時間は 45 分から 180 分、実施期間は1日から4ヶ月と各研究で異なっていた。

授業で扱う主な内容（生徒に伝える内容）は、「精神疾患の適切な理解」、「偏見の改善」、

「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」、「その他」に分類できた。「精神疾患の適切な理解」は全てのプログラムで扱われており、具体的には、精神疾患の症状や兆候は、全てのプログラムで教えられていたが、その内容を統合失調症やうつ病に絞っているものもあった。「偏見の改善」は、ほとんどのプログラム (27 本/56 本)で、精神疾患に対する偏見や差別が存在する事実を伝えていた。「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」は、扱っているほとんどのプログラムで、利用できる相談先などの精神保健サービスの情報を伝えていた。「その他」として、心理社会的能力の向上を目的に感情コントロール、ストレス対処方法や他者との関係性が扱われていた。

教育効果の判定については、全ての研究で授業前と授業後に評価して効果を判定していたが、授業後の評価時期や事後評価の実施時期は様々であった。事後評価の時期は授業終了 1 ヶ月から 27 ヶ月後と様々であった。なお、評価質問紙の情報は表に載せていないが、ほとんどの研究で、独自の質問紙を用いていた。

表 1_b では、授業で扱う主な内容（生徒に伝える内容）ごとに、各研究の効果の検証結果をまとめた。統計学的に有意に教育効果が確認されたものを（+）、評価されていないものは(/)で示した。全ての研究で、授業による有意な学習効果が認められていた。「精神疾患の適切な理解」、「偏見の改善」「Help-seeking（援助希求行動）の促進」に関して、授業後に学習効果を評価されている研究では、全て有意な学習効果が認められていた。それらの効果の持続性は、研究によってまちまちであった。ただし、多くの論文では、対象者の属性や授業の具体的な内容、進行方法、評価手順など、授業の方法についての詳細な内容が記載されていなかった。また、授業実施によって児童・生徒に心身の不調やいじめなどの弊害が生じたと記載されている論文はなかった。

第4項　考察

本研究の目的は、わが国における学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの開発に資するため、思春期の子どもを対象とした学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラム実施の効果を検証した研究について、系統的な文献調査により概観、検討することであった。表 1_a、表 1_b でまとめたように、海外先進国の複数国では、既に学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの効果検証が行われているが、我が国での検証は、4件のみであった。これまでに行われてきたメンタルヘルスリテラシー教育プログラムのほとんどは、「学校外の精神医療の専門家が実施するもの」あるいは「長時間かけて実施する」、またその両方が求められるプログラムであった。プログラムに含まれる内容は、「精神疾患の適切な知識の提供」、「偏見の改善」、「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」、の 3 つにまとめることができた。これらを合わせたものは、Jorm によるメンタルヘルスリテラシーの定義[7]にほぼ一致する。また、全ての研究で、プログラム実施により有意に効果が得られたと報告していた。思春期の子どもを対象にしたプログラム実施に際しては、いじめの問題の派生や、不調を訴える生徒の出現も懸念されるが、いずれの研究でもそうした弊害の発生については報告されていなかった。

しかし、学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラム効果研究には、以下のような課題があることも明らかになった。第一に、授業の実施者、実施形態、授業で扱う内容、評価手法などは研究ごとに違いがあるため、複数の研究を比較しどのような方法が最良かどうか判断することが困難であった。この点に関しては、Kelly(2007)[64]は、「学校でのメンタルヘルスリテラシー教育研究は標準化されていない」と指摘している。第二には、本研究において解析の対象とし研究報告の多くで、研究方法に関する詳細な情報が記載されていない点である。対象者の属性、授業の詳細な

内容、評価の方法などに関する明確な情報が得られず、現状では、再現性を検証することが難しい。今後の研究では、これらの課題に留意する必要があると考えられた。

オーストラリア、英国(England & Wales)、カナダ、米国では、全国規模でメンタルヘルスリテラシーを含む学校精神保健教育プログラムが行われていた（表 2）。カナダ、米国では、州ごとにプログラムの詳細に違いはあるものの、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、その中でメンタルヘルスリテラシーを含む精神保健教育が学校で行われているという点が共通していた。授業内で扱われる内容は、メンタルヘルスリテラシー教育の効果検証研究と同様に、「精神疾患の適切な知識の提供」、「偏見の改善」、「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」に分類され、全ての内容が個々のプログラムで網羅されていた。しかしながら、これらのプログラムによる教育効果を検証したものはない。この理由は、これらのプログラムが作成されたのは、地域住民を対象としたメンタルヘルスリテラシー向上プログラムによって精神疾患の早期発見・介入が促進されたという実証研究[10,11]を背景としているためと考えられる。また、学校でプログラムを導入することにより、精神疾患の早期発見・介入が児童・生徒で促されるかどうかについても現段階では明らかにされていない。従って、全国規模のプログラムがいくつか存在するものの、Wei (2013)[70]が指摘するように、学校でのメンタルヘルスリテラシー教育は質・量ともに未熟であり、明確な根拠となるよう実証研究を数多く積み重ねることが今後必要であると考えられる。

本研究で検討した、学校で実施するメンタルヘルスリテラシー教育効果に関する文献には、わが国で実施された研究は、4本であった。また、学校以外で実施されている児童生徒向けのメンタ

ルヘルスリテラシー向上を目的としたプログラムに関する文献は見つからなかった。したがって、日本では思春期のメンタルヘルスリテラシーの向上を目的とした教育研究が現時点ではほとんど行われておらず、日本の思春期生徒へのメンタルヘルスリテラシー教育の研究データは非常に乏しいといえる。日本では思春期の自殺者が他国と比較して極めて多いことや、精神疾患の罹患率が他先進国と同様に高いことを考えると、思春期の精神保健の向上を目指した研究や対策は不十分といえる。まずは、日本の思春期の子どものメンタルヘルスリテラシーの程度や学校での精神保健教育の現状、学校授業で精神疾患が扱われない理由を明らかにし、思春期の生徒への「精神疾患の適切な理解」、「偏見の改善」、「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」を含むメンタルヘルスリテラシー教育の必要性を示す必要があるだろう。また、比較あるいは追試可能な実証研究による結果を蓄積し、学校精神保健教育の発展と日本の思春期生徒の精神保健の向上のための基盤を築いていく必要がある。他国で実施されているメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの長期的な効果は未だ明らかではないものの、わが国で学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを作成する上で、それらのプログラムの共通点は参考になるかもしれない。表2でまとめたように、全国規模で先進的なメンタルヘルスリテラシー教育を含む学校精神保健プログラムを進めている国々では、学校全体と地域の関連機関とが連動して活動が進められている。これは教育行政と保健行政の連携によって成り立っている。オーストラリアの MindMatters[16-17] を例にとると、我が国の厚生労働省と文部科学省にあたる保健高齢者省と教育労働省が強力な協調関係を維持してプログラムが進められている。わが国においても、学校だけではなく、地域や他機関の連携を実現しうるような体制づくりと効果検証は、重要な課題かもしれない。

本研究では、わが国における学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの開発に資す

るため、これまでに国内外で行われてきたメンタルヘルスリテラシー教育プログラムについて、その内容・構成・実施方法・効果の有無を検討した。これまでに行われてきたプログラムのほとんどは、「学校外の精神医療の専門家が実施するもの」あるいは「長時間かけて実施する」、またその両方が求められるプログラムであり、わが国の学校の時間枠組みなどの現状を考えると、このままの方法で実施することは難しいと考えられた。授業内で扱われる内容は、メンタルヘルスリテラシー教育の効果検証研究と同様に、「精神疾患の適切な知識の提供」、「偏見の改善」、「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」が多くのプログラムに共通して含まれることが明らかになった。しかし、本研究で検討に含まれた論文は、35 本中 27 本は、データベース（PubMed、Web of Science、ERIC、医中誌）を用いて抽出した。一方で、残りの 8 本は、該当した論文の参考文献から見つかったものであった。つまり、用いたデータベース及び検索語から見つけられなかった論文が存在する可能性が、本研究の限界としてあることを述べておく。

表 1_a 学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの効果検証に関する研究

著者 (発表年) 国	対象者年齢・人数	†研究デザイン	実施者	セッション数・時間	実施形態	授業で扱う内容(生徒に伝える内容)				効果判定		
						A:精神疾患の適切な理解	B: 偏見の改善	C: Help-Seekingの促進	その他	A	B	C
Battagria et al.[29] (1990) US	13-18y n =1662	非ランダム化比較 介入:1380 比較:282	医学生・学校教員・心理士	45 分 3 回: 135 分	講義・議論・グループワーク	思春期の自殺・抑うつ・アルコール・薬物使用の影響	精神疾患を持つ生徒との接し方	精神保健サービスの利用情報	/	NA	♯直後: +	♯直後: +
Rahman et al.[30] (1998) Pakistan	12-16y n = 100	ランダム化比較 介入: 50 比較: 50	学校教員	4 ヶ月間	生徒たちがスピーチ、ポスター・エッセイ・劇を作成	精神保健上の問題・精神疾患の基礎知識	/	/	/	♯直後: +	NA	♯直後: +
Ng and Chan.[31] (2002) China	15y n = 169	非ランダム化比較 介入: 79 比較: 90	NGO スタッフ・学校教員・当事者	40 分～10 週間	講義・議論・グループワーク・ゲーム実施・対話(精神疾患を持つ人や家族)	精神保健上の問題・精神疾患の基礎知識	精神疾患への偏見・差別	精神的不調時の相談先 地域精神保健サービスの利用情報	/	NA	♯直後: +	NA
Pinfold et al.[32] (2003) UK	14-15y n = 472	前後比較	研究者・当事者	60 分 2 回	講義・議論・ワークショップ・冊子・ビデオ上映・対話(精神疾患を持つ人や家族)	統合失調症・うつ病の症状	精神疾患を持つ人とその家族の体験・精神疾患への偏見・差別	/	/	※直後: +	※直後: +	NA
Schulze etal.[33] (2003)Germany	14-15y n = 150	非ランダム化 介入: 90 比較: 60	研究者・当事者	5 日間 5 回	講義・議論・ゲーム・アート展示・対話(精神疾患を持つ人や家族)	身体疾患と精神疾患の違い 精神疾患の症状・治療・予防	精神疾患を持つ人の生活 精神疾患への偏見・差別	/	/	NA	♯直後: +	NA
Watson et al.[34] (2004) US	12-14y n = 1566	前後比較	学校教員	45 分×8 回	講義・ 議論・グループワーク ・website・冊子・アニメ・ビデオ上映	脳機能の基礎知識・精神疾患の生物学的基礎知識・精神疾患の症状・実際の治療 (統合失調症・うつ病・注意欠陥多動性障害)	精神疾患への偏見・差別	精神保健サービスの利用情報・精神的不調時の相談先	/	※直後: +	※直後: +	NA
Rickwood et al.[35] (2004) Australia	14-18y n = 457	非ランダム化比較 介入:309 比較:148	不明	不明	講義・議論・ロールプレイ	精神疾患の症状・兆候・原因	精神疾患への偏見・差別	精神保健サービスの利用情報	/	♯直後: +	♯直後: +	NS
Pinfold et al.[36] (2005)UK/Canada	n = 2136	前後比較 UK:635 Canada:1501	医療者・当事者	UK 2 回 Canada 1 回	講義・議論・グループワーク 対話(精神疾患を持つ人や家族	統合失調症・うつ病の症状	精神疾患を持つ人の体験 精神疾患への偏見・差別	精神保健サービスの利用情報	/	※1W: +	※1W: +	NA
Stuart[37] (2006) Canada	13-18y n = 571	前後比較	不明	2 回	講義・ビデオ上映・議論・ロールプレイ	統合失調症の症状・兆候	精神疾患への偏見・差別	精神的不調時の相談先精神科医療機関の情報	/	※3W: +	※3W: +	NA
Essler et al.[38] (2006) UK	13-14y n = 104	前後比較	研究者	60 分	講義・ドラマ上映・クイズ・ゲーム	精神疾患の症状・兆候	偏見の存在	/	/	※直後: +	※直後: +	NA

Spagnolo et al[39] (2008) US	15-18y n = 426	前後比較	研究者・精神科医・心理士・当事者	60-90 分 5 回	講義・グループワーク・対話（精神疾患を持つ人や家族）	精神疾患の症状・実際の治療・回復例・症状管理方法	精神疾患を持つ人や家族の体験	精神保健サービスの利用情報	／	NA	※直後: +	NA
Naylor et al.[40] (2009) US	14-15y n = 356	非ランダム化比較 介入:149 比較:207	学校教員	50 分 6 回	議論・ロールプレイ・ネット検索 実施教員によって異なる方法	若者に起きやすい精神保健上の問題（ストレス・抑うつ・自殺・自傷行為・摂食障害・いじめ・知的障害）	／	／	／	NA	＃直後: +	NA
Pejovic-Milovancevic et al.[41] (2009) Serbia	15y n = 63	前後比較	精神科医	60 分 6 回	講義・議論・ロールプレイ	精神疾患の症状・治療 身体疾患と精神疾患の違い	差別や孤立、拒絶されることの意味 精神疾患への偏見・差別	精神的不調時の相談先 精神科医療機関の情報	自己と他者の関係	NA	※6M: +	NA

†研究デザイン（ランダム化比較研究…無作為に実験群と対照群を割り付けて授業前後での比較を行う研究,非ランダム化比較研究…無作為でなく対象群を設けて授業前後での比較を行う研究,前後比較研究…対照群を設けず授業前後での比較を行う研究）。 授業で扱う内容の「/」は,その項目の内容が含まれていなかったことを示す。効果判定の「＋」は有意差があり介入効果があったことを示す。「NA」は評価されていないことを示す。「NS」は有意差なしを示す。※介入前 vs 介入後,＃介入無 vs 介入有 W:週（1W は 1 週間後）, M:月（1M は 1 ヶ月後）

表 1_b 学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの効果検証に関する研究（表 1_a の 13 論文を含める）

著者 (発表年) 国	対象者年齢・人数	†研究デザイン	実施者	セッション数・時間	実施形態	授業で扱う内容（生徒に伝える内容）				効果判定		
						A:精神疾患の適切な理解	B: 偏見の改善	C: Help-Seeking の促進	その他	A	B	C
Petchers et al.[42] (1988) US	17y n = 102	非ランダム化比較 介入: 46 比較: 56	学校教員	不明	講義・ビデオ視聴・議論	精神疾患の症状	偏見の存在 当事者の生活の様子	/	/	# 直後: +	NA	NA
Battagria et al.[29] (1990) US	13-18y n =1662	非ランダム化比較 介入:1380 比較:282	医学生・学校教員・心理士	45 分 3 回: 135 分	講義・議論・グループワーク	思春期の自殺・抑うつ・アルコール・薬物使用の影響	精神疾患を持つ生徒との接し方	精神保健サービスの利用情報	/	NA	# 直後: +	# 直後: +
Esters et al.[43] (1998) US	13-17y n = 40	非ランダム化比較 介入: 20 比較: 20	不明	3 日で 3 回 計 270 分	講義・ビデオ視聴・議論・当事者との対話リーフレット	不安症・統合失調症の症状	偏見の存在	精神保健サービスの利用情報	/	NA	# 直後: + 3M: +	# 直後: + 3M: +
Rahman et al.[30] (1998) Pakistan	12-16y n = 100	ランダム化比較 介入: 50 比較: 50	学校教員	4 ヶ月間	生徒たちがスピーチ、ポスター・エッセイ・劇を作成	精神保健上の問題・精神疾患の基礎知識	/	/	/	# 直後: +	NA	# 直後: +
Ng and Chan.[31] (2002) China	15y n = 169	非ランダム化比較 介入: 79 比較: 90	NGO スタッフ・学校教員・当事者	40 分～10 週間	講義・議論・グループワーク・ゲーム実施・対話（精神疾患を持つ人や家族）	精神保健上の問題・精神疾患の基礎知識	精神疾患への偏見・差別	精神的不調時の相談先 地域精神保健サービスの利用情報	/	NA	# 直後: +	NA
Pinfold et al.[32] (2003) UK	14-15y n = 472	前後比較	研究者・当事者	60 分 2 回	講義・議論・ワークショップ・冊子・ビデオ上映・対話（精神疾患を持つ人や家族）	統合失調症・うつ病の症状	精神疾患を持つ人とその家族の体験・精神疾患への偏見・差別	/	/	※ 直後: +	※ 直後: +	NA
Schulze etal.[33] (2003)Germany	14-15y n = 150	非ランダム化 介入: 90 比較: 60	研究者・当事者	5 日間 5 回	講義・議論・ゲーム・アート展示・対話（精神疾患を持つ人や家族）	身体疾患と精神疾患の違い 精神疾患の症状・治療・予防	精神疾患を持つ人の生活 精神疾患への偏見・差別	/	/	NA	# 直後: +	NA
Watson et al.[34] (2004) US	12-14y n = 1566	前後比較	学校教員	45 分×8 回	講義・ 議論・グループワーク ・website・冊子・アニメ・ビデオ上映	脳機能の基礎知識・精神疾患の生物学的基礎知識・精神疾患の症状・実際の治療（統合失調症・うつ病・注意欠陥多動性障害）	精神疾患への偏見・差別	精神保健サービスの利用情報・精神的不調時の相談先	/	※ 直後: +	※ 直後: +	NA
Rickwood et al.[35] (2004) Australia	14-18y n = 457	非ランダム化比較 介入:309 比較:148	不明	不明	講義・議論・ロールプレイ	精神疾患の症状・兆候・原因	精神疾患への偏見・差別	精神保健サービスの利用情報	/	# 直後: +	# 直後: +	NS

Pinfold et al.[36] (2005)UK/Canada	n = 2136	前後比較 UK:635 Canada:1501	医療者・当事者	UK 2 回 Canada 1 回	講義・議論・グループワーク 対話（精神疾患を持つ人や家族	統合失調症・うつ病の症状	精神疾患を持つ人の体験 精神疾患への偏見・差別	精神保健サービスの利用情報	/	※ 1W: +	※ 1W: +	NA
Desocio et al.[44] (2006) US	10-12y n = 370	前後比較	看護師	45 分×6 回	講義・議論	精神疾患の症状	/	利用できる相談先の紹介	ストレス対処方法	※ 直後: +	NA	NA
Stuart[37] (2006) Canada	13-18y n = 571	前後比較	不明	2 回	講義・ビデオ上映・議論・ロールプレイ	統合失調症の症状・兆候	精神疾患への偏見・差別	精神的不調時の相談先精神科医療機関の情報	/	※ 3W: +	※ 3W: +	NA
Essler et al.[38] (2006) UK	13-14y n = 104	前後比較	研究者	60 分	講義・ドラマ上映・クイズ・ゲーム	精神疾患の症状・兆候	偏見の存在	/	/	※ 直後: +	※ 直後: +	NA
Pitre N et al.[45] (2007) Canada	8-12y n = 144	非ランダム化比較 介入: 93 比較: 51	不明	45 分	人形劇	精神疾患の症状（統合失調症，うつ病，不安症，認知症）	/	/	/	NA	# 2W: +	NA
Spagnolo et al[39] (2008) US	15-18y n = 426	前後比較	研究者・精神科医・心理士・当事者	60-90 分 5 回	講義・グループワーク・対話（精神疾患を持つ人や家族）	精神疾患の症状・実際の治療・回復例・症状管理方法	精神疾患を持つ人や家族の体験	精神保健サービスの利用情報	/	NA	※ 直後: +	NA
篁 [46] （2009）日本	13-15y n = 160	非ランダム化比較 介入: 116 比較: 44	精神科医療者・学校教員	3 年間・1 年次 50 分 5 回, 2 年次 70 分 1 回, 3 年次 80 分 1 回	講義・議論・施設の見学・当事者との対話・ロールプレイ・プレゼンテーション	精神疾患の罹患率・症状（統合失調症・強迫性障害・うつ病）	当事者との交流・当事者の生活の様子	精神保健サービスの利用情報・見学	ストレス周囲の人との関係作り	# 4W: + 12M: + 24M:NS 27M: +	# 4W: + 12M: + 24M:NS 27M: +	# 4W: + 12M: + 24M:NS 27M: +
Chan et al.[47] (2009) China	14-15y n = 255	ランダム化比較（授業方法で 3 群に割付: 授業のみ: 88 人 授業をしてから当事者と面談する: 94 人，当事者と面談してから授業を受ける: 73 人）	精神科医療者	45 分	講義・ビデオ（統合失調症当事者が語るもの）	統合失調症の症状，要因，経過，回復可能性	偏見の存在 当事者の生活の様子	/	/	※ 直後: + 1M: +	※ 直後: + 1M: +	NA
Naylor et al.[40] (2009) US	14-15y n = 356	非ランダム化比較 介入:149 比較:207	学校教員	50 分 6 回	議論・ロールプレイ・ネット検索 実施教員によって異なる方法	若者に起きやすい精神保健上の問題（ストレス・抑うつ・自殺・自傷行為・摂食障害・いじめ・知的障害）	/	/	/	NA	# 直後: +	NA
Pejovic-Milovancevic et al.[41] (2009) Serbia	15y n = 63	前後比較	精神科医	60 分 6 回	講義・議論・ロールプレイ	精神疾患の症状・治療身体疾患と精神疾患の違い	差別や孤立、拒絶されることの意味 精神疾患への偏見・差別	精神的不調時の相談先 精神科医療機関の情報	自己と他者の関係	NA	※ 6M: +	NA

Swartz et al.[48] (2010) US	14-15y n = 4299	前後比較	当事者・ 精神科医 療者	180 分	講義・議論・ビデオ	精神疾患の症状（うつ病・双極性障害）・診断方法 具体的な治療方法	/	/	/	※ 6W: +	NA	NA
Ventieri D et al.[49] (2011) Australia	9-12y n = 228	非ランダム化比較 介入: 69 比較:126	研究者	75-90 分	講義・議論・ロールプレイ	精神疾患の症状 罹患率（誰でもなりうること） 要因（弱さや怠けが原因ではないこと） 回復可能であること（回復可能性）	偏見の存在・偏見による弊害・当事者の生活の様子	/	/	# 1W: + 4M: +	# 1W: + 4M: +	NA
Wahl et al.[50] (2011)US	13-14y n = 193	非ランダム化比較 介入:106 比較: 87	学校教員	40-50 分 3 回	講義・議論・ビデオ	精神疾患の症状（うつ病，統合失調症，強迫性障害） 具体的な治療方法	偏見の存在・偏見による弊害	/	/	# 1W: + 6 W: +	# 1W: + 6 W: +	NA
佐藤ら[51] （2014）日本	16-17y n = 41	非ランダム化比較 介入: 21 比較: 20	不明	50 分×2 回	講義	うつ病の症状と実際の治療方法	/	/	ストレス 周囲の人との関係作り	# 直後: NS 3M: NS	# 直後: + 3M: NS	NA
Mcluckie et al.[52] (2014)Canada	14-15y n = 265	前後比較	学校教員	10-12 時間	講義・議論・ビデオ・Powerpoint	精神疾患の症状（ADHD，不安症，うつ病，統合失調症，双極性障害）	偏見の存在・偏見による弊害・当事者の生活の様子	相談先の紹介	ポジティブメンタルヘルス	NA	# 直後: +	NA
Sakellari E et al.[53] (2014)Greece	13-16y n = 59	非ランダム化比較 介入: 28 比較: 31	研究者	90 分 1 回	講義・議論	精神疾患の症状（うつ病，統合失調症，双極性障害） 精神疾患の生物・心理・社会要因 具体的な治療方法	偏見の存在	利用できる精神保健サービス	/	# 直後: +	NA	NA
Ruble A et al.[54] (2013) US	14-16y n = 475	非ランダム化比較 介入:332 比較:143	ボランティア	180 分	講義・議論・ビデオ	うつ病・双極性障害の症状（診断基準） 回復可能性	当事者の生活の様子	/	/	# 直後: +	NA	# 直後: +
Skre I et al.[55] (2013) Norway	13-15y n = 1070	非ランダム化比較 介入:520 比較:550	学校教員	3 日間	講義・議論・ビデオ視聴	精神不調の症状 精神疾患の症状（うつ病，統合失調症，摂食障害，ADHD，双極性障害，身体表現性精神病）自殺関連行動	偏見と誤解の存在	相談先の紹介	ポジティブメンタルヘルス	# 2M: +	# 2M: +	# 2M: +
Bentham C et al.[56] (2013) UK	12-13y n = 230	前後比較	医学生・ 精神科医	50 分	講義・ロールプレイ・ビデオ	精神疾患の症状（うつ病，不安症，物質使用障害） 精神疾患の生物・心理・社会要因 具体的な治療方法	偏見の存在	相談先の紹介	/	※ 直後: +	※ 直後: +	※ 直後: +

肥田ら[57] (2015) 日本	11-12y n = 82	前後比較	心理士	120 分	講義・グループワーク	不安症状 不安などの心の不調は誰にでも起きること	/	利用できる相談先の紹介	ストレス対処方法	※ 1M: +	※ 1M: +	NA
Kutcher et al.[58] (2015) Canada	14-15y n = 175	非ランダム化比較	学校教員	10-12 時間	講義・議論・ビデオ・Powerpoint	精神疾患の症状（ADHD, 不安症, うつ病, 統合失調症, 双極性障害）	偏見の存在・偏見による弊害・当事者の生活の様子	相談先の紹介	ポジティブメンタルヘルス	# 直後: + 2M: +	# 直後: + 2M: +	NA
Ojio et al.[59] (2015) 日本	14-15y n = 118	前後比較	学校教員	50 分×2 回	講義・アニメ・グループワーク	精神疾患の症状（うつ病, 統合失調症）	/	相談の方法/利用できる相談先の紹介/実際の治療	/	※ 直後: + 3M: +	NA	※ 直後: + 3M: +
Hart LM, et al.[60] (2016) Australia	15-18y n = 345	前後比較	研修受講者	75 分×3 回	講義・議論・Powepoint・ビデオ・ロールプレイ・グループ活動	思春期に起きやすい精神疾患の症状	偏見の存在	相談先の紹介 不調時の相談方法	友達が不調時の援助方法	※ 直後: + 3M: +	※ 直後: + 3M: +	※ 直後: + 3M: +
Vila-Badia R, et al.[61] (2016) Spain	14-18y n = 280	非ランダム化比較 介入:128 比較:152	精神科医療者	不明	講義・視聴覚教材, 議論, 精神科医療者との対話	精神疾患の症状	偏見の存在	/	/	NA	# 直後: +	NA
Milin R et al.[62] (2016) Canada	14-16y n = 534	ランダム化比較 介入:308 比較:156	学校教員	10-12 時間	講義・議論・ビデオ・Powerpoint	精神疾患の症状（ADHD, 不安症, うつ病, 統合失調症, 双極性障害）	偏見の存在・偏見による弊害・当事者の生活の様子	相談先の紹介	ポジティブメンタルヘルス	# 直後: +	# 直後: +	NA
Chisholm K et al.[63] (2016) UK	12-13y n = 657	ランダム化比較 （授業方法で2群に割付: 授業のみ: 303 人 当事者との面談を含める授業: 354 人）	精神科医療者	240-300 分	講義・議論・ドラマ視聴（当事者との会話）	精神疾患の症状（うつ病, 統合失調症）	偏見と誤解の存在	実際の治療と効果, 援助希求行動の障害になりうるもの	人それぞれ考え方・感情・行動の違いがあること	※ 2W: +	※ 2W: +	NS

†研究デザイン（ランダム化比較研究…無作為に実験群と対照群を割り付けて授業前後での比較を行う研究,非ランダム化比較研究…無作為でなく対象群を設けて授業前後での比較を行う研究,前後比較研究…対照群を設けず授業前後での比較を行う研究）。 授業で扱う内容の「/」は,その項目の内容が含まれていなかったことを示す。効果判定の「＋」は有意差があり介入効果があったことを示す。「NA」は評価されていないことを示す。「NS」は有意差なしを示す。※介入前 vs 介入後,＃介入無 vs 介入有 W:週（1W は 1 週間後）, M:月（1M は 1 ヶ月後）

表 2. 全国規模で実施されている学校精神保健教育プログラム

国	精神保健プログラムが行われる年齢 （精神疾患に関するん内容を扱う年齢） 授業の実施規模 使用教材	学校授業で扱う精神保健プログラムの内容	学校での精神保健プログラムの背景となっているプログラムやモデル・資源
オーストラリア	6～18 歳 （15～18 歳） 全国の 66%の学校で実施 プログラムで開発した専用の教材を使用	生徒用（授業用）テキストの内容 ・自己と他者との関係性 ・いじめといやがらせへの取り組み ・ストレスとその対処方法 ・精神疾患の理解 ・喪失体験への対処方法 教員用テキスト（学校環境整備が目標）の内容 ・学校での心の健康の発見と管理 ・生徒の健康ニーズを学校コミュニティで管理する取り組み ・自傷行為と自殺を予防する取り組み	＜KIdsmatter(6～11 歳)[65]，　MindMatters(12～18 歳)[16-17] ＞ 基盤モデル：WHO の学校精神保健活動モデル（1994）[12]※本文で説明 1）心理社会的健康増進を促すための地域全体を含む学校環境整備 2）精神保健カリキュラムの実施（全生徒・全教員） 3）問題を抱えている生徒（全生徒の 2~3 割に相当）への介入 4）専門治療機関との連携介入（生徒の 3～12%）
英国 (England ＆ Wales)	5～16 歳 （14～16 歳） England では 99%の学校で Personal , Social and Economic Education(※PSHE)＝保健教育を実施[22)] 各学校で教材を選んで実施	・感情コントロール ・自己と他者との関係性 ・いじめへの対応 ・ストレスへの対処方法 ・思春期の精神保健（摂食障害、アルコール、タバコ、薬物、性感染症） ・差別、偏見への対応 ・精神疾患の特徴 詳細な内容は教材によって異なる	＜Primary(5～11 歳) and Secondary(12～16 歳)Social and Emotional Aspects Of Learning(SEAL)＞[19)] 1）心理社会的健康増進を促すための地域全体を含む学校環境整備 2）社会的・情動的スキルを育むための教育の実施（全生徒・全教員） 3）追加援助が必要な生徒、および家族への介入 4）地域の関係機関との連携
カナダ	6～18 歳 （12～18 歳） 実施規模の記載なし 各学校で教材を選んで実施 （以下は国が指定する教材） ・the Mental Health and High School Curriculum Guide[66)]	・偏見への取り組み ・精神保健・精神疾患の理解 ・思春期に起きやすい精神疾患 ・精神疾患を持つ人の日常生活 ・援助要請とサポート資源の利用 ・精神的健康な生活 詳細な内容は教材によって異なる	＜子どもと若者のための精神保健促進プログラム「EverGreen」に含まれる[66] 学校での精神保健教育プログラム「A school-Based Integrated Pathway to Care Model」＞[67] 基盤モデル：WHO の学校精神保健活動モデル（1994）※本文で説明 1）精神保健カリキュラムの実施（全生徒・全教員） 2）問題を抱えている生徒の特定、介入 3）専門治療機関との連携介入 （予防、早期発見、介入、学校と地域との連携に重点を置いている）
米国	6～18 歳 （各州によって異なる） 6 割以上の州が National Health Education Standards（NHES）に準拠 各州の状況や課題に応じて、州独自に目標・内容を設定し、学校授業を実施[68)] 各学校で教材を選んで実施	・適切な感情表現、人間関係 ・いじめとからかいへの取り組み ・ストレスの予防、管理 ・食行動とボディイメージ ・アルコール、タバコ、薬物、性感染症の予防 ・自傷行為、自殺 ・精神疾患の特徴（兆候、症状） ・援助要請行動、専門家への相談 ※詳細な内容は州ごとに異なる	＜Centers for Disease Control and Prevention(CDC)が作成した学校保健教育の枠組み＞[69)] 1）心理社会的健康増進を促すための地域全体を含む学校環境整備 2）National Health Education Standards（NHES）の精神保健カリキュラムの実施（全生徒） 3）追加援助が必要な生徒への介入 4）専門家との連携介入 ※NHES…全米の学校を対象とする保健教育カリキュラムの基準 （児童・生徒が獲得すべき知識や行動目標が示される）

第2節　学校メンタルヘルスリテラシー教育プログラムの作成

第1項　背景

第2章第1節の研究では、これまでに行われてきた学校メンタルヘルスリテラシー教育プログラムに含まれる内容が、「精神疾患の適切な知識の提供」、「偏見の改善」、「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」にまとめられること、また、そのようなプログラム（授業）実施により、子どものメンタルヘルスリテラシー向上の効果が得られてきたことを示した。しかし、これまでに海外を中心に実施されてきた全てのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムは、「実施に長時間かかること」や「学校外の専門家が実施する必要がある」プログラムであったことも明らかとなった。時間やその他の余裕に乏しいわが国の学校現場では、こういった特徴のプログラムをそのまま活用して普及させることは困難である。わが国の学校で実施するメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの開発に向け、内容だけでなく、実施方法についても工夫が必要であると考えられた。

Han & Weiss (2005)[71] や Santor & Bagnell (2013)[72] によれば、学校で実施する教育プログラムの普及性・継続性を高めるには、1）短時間であること、2）学校外の専門家でなく学校教員により実施されることが重要とされている。この点は、わが国の学校の現状によく当てはまる。授業で扱う内容は学校教育法施行規則のもとに設置された学習指導要領に規定されているが、授業時間数についても、学習指導要領の中で明確に規定されている。保健学習は、小学校高学年（5-6 年生）は 16 時間程度、中学校 3 年間で 48 時間程度、高校は 2 学年までに 2 単位（70 単位時間：1 単位時間は 50 分）と限られている。この限られた時間内に、精神疾患に関する学習のような新しい内容を追加するには、短時間で実施できるプログラムとしておくことが大切である。2）について、も

し精神医療の専門家にしか実施できない教育プログラムの場合、学校や子どものことをよく知る適任の専門家が非常に少ないこと、あるいは適任者が見つかったとしても資金不足に陥り謝金が払えなくなれば授業も終了せざるをえない状況となる。一方、学校の教員による実施が可能であれば、これらの問題は容易に解決し、多くの学校で継続的に実施できる可能性が高まる。それに加え、日頃から子どもに接している教員が授業を実施するメリットも大きい。その一つは、子どもから学校教員への相談行動が促される可能性である。具体的には、授業中に教員から子どもに「いつでも相談に来てください。」とメッセージを送ることで、子どもは学校の教員を信頼できる身近な大人（精神不調や精神疾患を相談できる人）と認識する可能性が高まる。また、精神疾患の罹患率が実際には非常に高いことを考えれば授業実施のクラス（あるいは学校）には、不調を抱えた子どもが含まれる可能性も十分あるが、日頃から継続的に接している学校の教員が授業を実施することによって、このような子どもへの必要な配慮も行いつつ授業が進められると考えられる。

また、わが国の学校で、メンタルヘルスリテラシー教育を実施する際には、養護教諭が重要な役割を果たすと考えられる。養護教諭には、学校教育法において「児童生徒の養護をつかさどる」と定められた職務があるからである。具体的には、救急処置、健康診断、疾病予防などの保健管理、保健教育、健康相談、保健室経営、組織活動などを行うことが求められ、学校保健活動の推進にあたって中核的な役割を果たし、現代的な健康課題の解決に向け、学校内で重要な責務を担っている。メンタルヘルスリテラシー教育の実施により期待される効果の一つに、精神不調時に援助希求行動をとる児童生徒が増えることがあるが、学校内の相談先として位置付けられているのが、養護教諭が在室する保健室である。保健室は、どの学校にも必ず設置されている。養護教諭も同様で、どの学校にも養護教諭が一人は常勤で配置されている。[73] これらの理由から、学校

における保健医療の専門家である養護教諭には、わが国の学校でメンタルヘルスリテラシー教育を実施する際、中心的に関わることが期待される。

第2項　初版プログラムの作成

精神科医、保健師、養護教諭で構成されるチームで、プログラム内容や構成を検討した。プログラムは、50 分 2 回で保健体育の授業時間内で、学校教員により実施されるものであった。主な対象は、中学生から高校生を想定した。第2章第1節の研究により、「精神疾患の適切な知識の提供」、「偏見の改善」、「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」に関する内容を含むよう調整をしたが、本プログラムでは、「短時間」のプログラムという特徴を優先し、主に「精神疾患の適切な知識の提供」と「Help-Seeking（援助希求行動）の促進」について扱い、「偏見の改善」については内容を絞って作成した。表3に扱う主な内容を示した。また、参考資料として、学習指導案、教員用指導書、生徒用ワークシート、教材として使用したアニメの概要を示した。学習指導案には、学習目標及び授業の流れが記載されている。また、教員用指導書には、実施者である教員の発言や注意事項が記載されている。

本プログラムの目的は、「精神疾患を理解し、精神不調が起きた時に一人で抱え込まずに相談できるようにすること」とした50分2回で実施され、1時間目と2時間目の実施は、一週間あけるようにした。1時間目の授業では、まず授業目的と注意事項を生徒に伝えるようにした。授業目的は上記の通りで、注意事項は、「授業で扱った内容を、いじめやからかいの材料にしないこと」であった。1時間目の大まかな流れは、①授業者（学校教員）による口頭説明②アニメ視聴、③1 時間目の学習内容のまとめとした。1 時間目の学習目標は、「精神的不調時に起こりやすい症状を理解

すること」「精神疾患は誰にでもかかる可能性があることを理解すること」とした。①では、「精神疾患の知識を身につけよう」とし、「精神疾患には様々な種類があること」「精神疾患は誰でもかかりうる病気であること」「精神疾患は思春期に起こりやすく、生徒達に身近な問題であること」「精神疾患は複数要因が積み重なって起きること」「身体不調が精神不調のサインであること」「精神疾患への誤解が治療の妨げになること」「精神疾患は早くに発見し、適切な治療を始めることが大切であること」について、図を用いながら 15 分程度で扱うようにした。次に、②のアニメ視聴であるが、これは、厚生労働省の Website（こころもメンテしよう～若者を支えるメンタルヘルスサイト～から、こころの病気のサイン（ひとりで悩まないで）[74] で描かれている5種類の精神疾患（うつ病、不安症（パニック症）、不安症（社交不安障害）、統合失調症、摂食障害）のうち、うつ病と統合失調症の症状を扱うようにした。このアニメは、それぞれ 4 分程度のもので、疾患を抱える子どもを事例とし、うつ病・統合失調症の特徴的な症状が示されるものであった（参考資料）。生徒にアニメを見せ、具体的なイメージを持たせた上で、実施者（学校教員）がアニメのシーンを振り返りながら、改めて特徴的な症状を確認するものとした。特徴的な症状を知ることは早期発見が目的であるが、具体的な対応として「早めにこころの専門家に相談して治療を始めることが大切であること。相談することに迷った場合には、信頼できる人に相談すること。」と伝えた。③では、実施者が口頭説明でまとめを行い、それに加え、友達から相談を受けた場合の対応として「避けたいこと（叱咤激励や相談内容の否定）」と「理想的な対応（共感的態度で接すること）」を説明するようにした。

2時間目は、①授業者（学校教員）による口頭説明と②グループワーク③学習内容のまとめといった流れで進められるようにした。2時間目の学習目標は、「子ども自身や友達の精神不調時に適切な援助や支援の意思を向上すること」とした。①では、「精神科診療について知ろう」につい

て、実際の精神科診療施設の写真や行われる検査のイラストを用いながら、口頭説明を 15 分程度で行うようにした。また、精神科診療に対するよくある誤解（「治療中は学校を休まなくてはいけない」「入院期間が年単位と長い」など）を扱うこととした。また、実際の治療（薬物療法を中心に）について、イラストを用いながら説明するようにした。②では、4人1組となり、二つのテーマ（「自分がもし精神疾患にかかったとしたら、自分の調子をどのような観点でチェックしたらよいと考えますか？また具体的にどのように対処しますか？」「友達や知り合いの人が精神疾患になったとしたら、あなたはどうしますか？」）について、それぞれ 6 分間ディスカッションさせ、終了後にはグループから代表者 1 名に発表させた。その後、実施者の口頭説明を 4 分間行うようにした。③学習内容のまとめでは、1-2時間目の全体を通じての学習内容を確認するようにした。最重要ポイントとして、授業目的に含まれる「精神不調が起きた時は、一人で抱え込まず相談できるようにすること」については強調して伝えるようにした。

第3項　初版プログラムの課題と改訂版プログラムの変更点

初版のプログラムの改善すべき課題を、精神科医、保健師、養護教諭で構成されるチームで検討した。初版プログラムでは、授業実施者による講義を中心に授業が進められるため、授業の実施者によって説明にばらつきが出る可能性があった。第二に、プログラム内容について、学校の保健体育の授業で実施するプログラムを目指しているものの、保健体育（小学校では体育）で扱われているその他の項目との関係が考慮されていなかった。主に、この 2 点の課題解決に向け、プログラムの改訂を行った。

授業実施者によるばらつきを小さくするために、視聴覚教材を中心に授業を進められるようにし、

実施者による説明は、視聴覚教材の内容を補足する程度にとどめることにした。子どもに伝えるべき内容を視聴覚教材に含めておき、それを用いることで、視聴覚教材に含まれる内容に関しては授業内で確実に伝えられることができるというメリットがある。次に、現行の保健体育（あるいは体育）のカリキュラム内容に合わせた授業を作成するために、まず現在施行中の学習指導要領で扱われる内容を確認した。小学5年生では、「心の健康」の項目で、不安や悩みへの対処、6年生では、「病気の予防」の項目で、生活行動が関わって起こる病気の予防を扱っていた [75]。中学生になると、「心身の機能の発達と心の健康」の項目で、欲求やストレスへの対処と心の健康、また「健康な生活と疾病予防」の項目では、生活行動・生活習慣と健康、薬物乱用と健康、保健・医療機関の有効利用を扱っていた [76]。高校生では、「現代社会と健康」の項目で、精神の健康、「生涯を通ずる健康」の項目では、生涯の各段階における健康や保健・医療制度及び地域の保健・医療機関、「社会生活と健康」では労働と健康の問題を扱うことになっていた [77]。以上の点を考慮して、改訂版プログラムには、「精神疾患の症状」や「精神科医療機関の実際の様子」といった早期発見や早期対処に役立つ内容だけに加え、現行の学習指導要領の保健科目で扱われる内容と関係するように、また、子どもの生活実態とも関係の強い「睡眠習慣（夜更かしや睡眠不足）と精神的不調の関係」について含めるようにした。

第4項　改訂版プログラムの作成

改訂版プログラムは、精神科医、保健師、養護教諭で構成されるチームで作成した。学校教員により実施されるもので、小学生向けの授業は 45 分 1 回、中学高校生向けの授業は、基本的には 50 分 2 回で実施されるものとした。中学高校生向けの授業については、方法によっては 50 分

1 回でも実施可能とした。表 4 にその内容を示す。また、参考資料として、小中高生用それぞれの授業の学習指導案、教員用指導書、生徒用ワークシート、教材として使用したアニメのいくつかのシーン及び台詞を示す。学習指導案には、学習目標及び授業の流れが記載されている。また、教員用指導書には、実施者である教員の発言や注意事項が記載されている。

小学生向け授業は、45 分 1 回で行われるものであるが、主な対象は 6 年生を想定した。より具体的には、既に、体育の保健科目の「病気の予防」の項目のうち、生活行動が関わって起こる病気の予防について学習している児童を想定した。参考資料の学習指導案に記した目標は、6 年生の児童で学習する場合のものである。目標設定は、学校で広く使われている学習指導案に示されている「関心・意欲・態度の目標」「思考・判断の目標」「知識・理解の目標」に合わせ、以下の通りにした。「精神不調や精神疾患について、課題の解決に向けて、言ったり、書いたりして意欲的に取り組もうとしていること（関心・意欲・態度）」、「精神不調や精神疾患への対処について、考えられる要因の対処などについて学習した内容を基に、事例と自身の生活習慣を比較して、今後気を付けることについて説明することができるようにすること（思考・判断）」、「精神不調や精神疾患は思春期から増加すること，誰にでも起きること，生活習慣も影響する−睡眠（夜更かしや睡眠不足）など−こと,また、自分や友達の精神不調時には、（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であることについて、書いたりすることができること（知識・理解）」。おおまかな流れは、①アニメ視聴と②授業者（学校教員）による補足説明③学習内容のまとめとした。

授業は、目的と内容を伝えることから始めるようにした。また、導入として、授業で扱う「思春期に起こりやすい精神疾患とその対処」に関する内容が子供たち自身に関わる問題であると認識されるよう、「子供たち自身が今まさに思春期にあること」や「その思春期は体の成長だけでなく心の変

化や精神不調が起きやすいこと」を説明するようにした。その後、①のアニメ視聴は、視聴前に、アニメのシーンの1つである「たすく君が心の不調になっている様子」がわかるイラストを子供たちに見せ、それがどんな状態なのか、またなぜそのような状態になってしまったのかを子供たちに予想させて、まずはアニメ教材（精神保健リテラシー教育アニメ教材（1）の前半を視聴させた。ここでは、主人公である「たすく君」が精神不調になるまでの生活の様子が描かれている。視聴により、睡眠などの生活習慣が精神不調に影響することを学習させた。次に、アニメ教材（精神保健リテラシー教育アニメ教材（1）の後半を視聴させるが、この後半部分には、「たすく君」が精神不調について母親に相談し、専門機関の受診につながり、回復する様子が描かれている。また、学習のポイントとして、「1. 精神不調や病気は誰にでも起きること」「2. 睡眠などの生活習慣も精神不調に影響すること」「3. （一人で抱え込まず）早めに誰かに相談することが大事であること」がまとめられている。視聴後には、実施者が 1-3 の内容について補足説明を行うようにした（②）。1.は、具体的に、身体と同じように心にも不調や病気があること、思春期は身体・精神の両面で成長・変化が著しく、不調も起きやすいこと、人口の約 5 人に 1 人が生涯に一度は何らかの精神疾患にかかる可能性があることを説明する。これを通じ、子供には、精神的不調や精神疾患が珍しいものではなく、誰もがかかる可能性のあること、従って自分やまわりの友達、家族にも無関係でないことを理解させるようにした。2.は、アニメ（前半）のたすくくんの生活を振り返ることで説明する。精神不調や精神疾患には、様々な要因があるが生活習慣もその一つであることを伝える。その中でも、子供にとって身近な睡眠習慣（夜更かしや睡眠不足）に焦点を当てて考えさせ、1. と同様に、特別な人だけがかかるわけではないことを理解させる。実際に、悪い睡眠習慣（特に夜更かしや睡眠不足）は、精神疾患の大きな要因となっていることについては、調査や研究による知見が積み重ねられてい

る[78-81]。3.は、精神不調や精神疾患が回復可能であること、できるだけ早く気付いて適切な対処をとることが回復に重要であることを理解させるようにした。次に、対処方法として、2. のように生活習慣を改善することも大切であるが、一人で抱え込まず、適切な人に相談することも重要であることを説明するようにした。これらの補足説明の後は、「精神不調時の相談先を予め考えておく」ために、「もしあなたが精神不調になったら、誰に相談しますか？」を子供に問いかけ、ワークシートに記入させるようにした。この回答の内容について、個々に発表はさせないが、実施者（学校教員）は子供たちに向けて、「私たちのところにいつでも相談に来てください」とメッセージを届けるようにした。③の授業のまとめでは、アニメ後半でまとめられていた「1. 精神不調や精神疾患は誰にでも起きること」「2. 睡眠などの生活習慣も精神不調に影響すること」「3. （一人で抱え込まず）早めに誰かに相談することが大事であること」の 3 点についてもう一度確認をするようにした。

中学高校生向けの授業は、上記の小学生向け授業に加え、さらに、「早めの発見のために知っておくべき症状」と「友達に相談された時の適切な対応」を扱うものとした。中学生の主な対象は 3 年生、高校生は 1-2 年生を想定し、中学 3 年生の場合には、「健康な生活と疾病の予防ーイ. 生活行動・生活習慣と健康」の単元で実施されること、高校生では「現在社会と健康ーウ. 精神の健康」の単元で実施されることを期待し、内容を構成した。授業の目標は、小学生版と同様に「関心・意欲・態度の目標」「思考・判断の目標」「知識・理解の目標」のそれぞれの項目に対して、以下のように設定した。1 時間目の目標:「心の不調や病気への対処について、考えられる要因の対処などについて学習した内容を活用し、事例と自身の生活習慣を比較して、今後気を付けることについて、具体例を挙げながら筋道を立ててそれらを説明することができること（思考・判断）」「精神不調や精神疾患は思春期から増加すること、 誰にでも起きること、夜更かしや睡眠不足な

どの生活習慣が影響すること、精神不調時には、一人で抱え込まず早めに相談することについて、理解したことを言ったり、書き出したりすることができること（知識・理解）」。1 時間目で扱う内容は、小学生用の授業内容に、「学校や地域にある利用可能な相談先（メンタルヘルスサービス）」の学習を加えたものとした。2 時間目の目標:「心の不調や病気の症状について基本的な事項について書き出したり、発言したりして学習活動に取り組むことができること（関心・意欲・態度）」「事例から学んだことを基に、心の不調や病気の特徴を関連付けて、課題や解決の方法を見つけたり、選んだりするなどして、それらをワークシートに記入したり、説明したりできること（思考・判断）」「心の不調や病気の早期発見のために知っておくべき症状、友達から心の不調について相談を受けた場合の適切な対処について、理解したことを言ったり、書き出したりすることができること（知識・理解）」とした。2 時間目の授業の流れは、1 時間目と同様に、①アニメ視聴と②授業者（学校教員）による補足説明③学習内容のまとめとなっている。2 時間目は、1 時間目の復習から始められるが、復習後は、①の「精神保健リテラシー教育デジタル紙芝居−思春期に起こりやすい心の不調とその対処」の前半を視聴させる。この視聴覚教材の前半には、思春期に起りやすい精神症状（例えば、気分の落ち込みや意欲低下、不安、イライラ、頭痛や腹痛などの身体症状、睡眠の症状、食欲の変化、その他幻聴や妄想等）について、うつ病・不安症（パニック症）・統合失調症を想定した模擬例を用いて描かれている。なお、これらの疾患を選んだ理由は、うつ病と不安症はいずれも 10 代から 20 代に急増し多くの人が罹患する病気で（一生のうちで全人口の 10 人に 1 人以上がかかる）あるからである。また、統合失調症は、発症率はうつ病・不安症より低いが、発症が 10〜20 代に集中し、かつ症状や経過が重篤で、緊急の対処を要することも少なくないからであった。生徒は、教材を視聴しながら（9 分）、思春期に起こりやすい精神疾患の特徴的な症状についてワー

クシートに記入する(①)。視聴後、生徒はワークシートの回答を発表し、実施者はその答えを板書し、必要であれば補足説明するようにした(10 分)(②)。次に、「友達が心の不調に陥った場合にどのように対処したら良いか」について、グループディスカッションを用いて学習させた。これは、「友達から、最近よく眠れないし朝起きれなくてつらいんだ。」と相談された時の対応について考えさせるものであった。意見交換をさせた後に、視聴覚教材の後半を見せた。ここで示される具体的なメッセージは、友達から相談された場合であっても一人で抱え込まず信頼できる人に相談することが大事であることを理解させ、友達の相談を受ける際には、優しい気持ちで共感して聞くことが大事であることであった(15 分)。授業の最後に③の学習内容のまとめとして、「心の不調や病気は思春期から段々と増えてくるもの」「心の不調や病気は誰にでも起きる可能性があること」「心の不調や病気は睡眠等の生活習慣が予防や回復に影響すること」「一人で抱え込まず早めに相談することが大事であること」の 4 点を確認するようにした。

高校の授業内容及び流れは、50 分 1 回で実施する場合の例を以下に示す。参考資料の学習指導案には授業の流れを記載した。授業で扱う内容は、前述の 50 分 2 回で行う中学生向けプログラムと同じである。2 種類の視聴覚教材(アニメ, デジタル紙芝居)を用い、その内容についての実施者による補足説明が含まれる。生徒に伝える内容や要点に違いはない。しかし、授業の実施方法は時間短縮のために若干異なる。具体的には、生徒の発表時間や意見交換の時間を削り、また実施者による説明の際には、板書に書かず、予め準備してあるパワーポイントスライドの資料を用いて説明を行うようにした。中学生向けプログラムからの発展として、「友達から心の不調について相談を受けた場合の適切な対処方法を理解するだけでなく、実践する姿勢を持つことができるようにすること」を授業目標に加えた。それに対応して、中学生向けプログラムのグループディ

スカッションで用いたテーマ（「友達から、最近よく眠れないし朝起きれなくてつらいんだ。」と相談された時の対応）について、ロールプレイングで疑似体験することを、プログラム内容に含めた。授業の最後には、学習内容のまとめを行うようにしたが、このポイントは、中学生向けプログラムと同じ 4 点とした。

表 3. 初版プログラムで扱う内容と実施方法

	講義形式	アニメ	ディスカッション
Lesson 1 (50 分)	精神疾患の基礎知識（罹患率・好発時期・原因やリスク・回復可能性・思春期に現れやすい症状）	精神疾患の具体的な例（うつ病・統合失調症）・典型的な症状・適切な対処方法	-
Lesson 2 (50 分)	精神科医療機関の様子（写真を見せて説明）・診断方法・治療・経過	-	（テーマ） ・精神的不調をどのような観点でチェックするか ・精神的不調の場合、自分はどう対処するか。 ・友達が精神的不調時に自分はどうするか。
Lesson1 の授業目標	・子どもが精神的不調時に起こりやすい症状を理解すること ・子どもが、精神疾患は自身や友達がかかる可能性があることを理解すること		
Lesson2 の授業目標	・子ども自身や友達の精神的不調時に適切な援助や支援の意思を向上すること		

表 4. 改訂版プログラムで扱う内容と実施方法

	アニメ	講義形式 （アニメに含まれる内容を補足する程度）	ディスカッション
小中高共通の内容 Lesson1 （小学生 45 分） （中高生 50 分）	精神疾患は 1） 誰にでも起こること 2） 生活習慣も影響すること-睡眠（夜更かしや睡眠不足等）- （一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であること	・心にも不調や病気があること ・精神疾患の好発時期、罹患率 ・生活習慣との関係 ・精神的不調について相談しても構わないこと ・学校には相談できる人（担任，養護教諭，スクールカウンセラー）がいること	（テーマ） もし自分が精神的に不調になったら誰に相談しようと思うか
中学高校の内容 Lesson2（50 分）	1） 早期発見のために知っておくべき症状 ・ 精神疾患の特徴的な症状（うつ病，パニック症，統合失調症） 2） 友達から精神的不調を相談された時の適切な対応	・繰り返す場合や続く場合には精神的不調を疑うこと ・当てはまる症状があるからといって必ずしも病気というわけではないこと ・友達の話を否定せず優しい気持ちで聞くことそのものが大切であること ・自分が不調になった場合と同様に一人で抱え込まず適切な人に相談すること	（テーマ） もし友達から「最近、夜よく眠れないし朝起きられなくてつらいんだ。」と相談されたら、あなたはどうしますか？
Lesson1 の授業目標	・精神疾患を含め精神的不調は、「誰にでも起こること」「生活習慣も影響すること-睡眠（夜更かしや睡眠不足等）-」「（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であること」を理解すること		
Lesson2 の授業目標	・精神的不調を早期発見するために知っておくべき症状を理解すること ・友達に心の不調を相談された時の適切な対処方法がわかること		

第3章　作成したプログラムの効果検証

学校は、子どもが日中のほとんどの時間を過ごす場所であることから、メンタルヘルスリテラシー教育を行う場として絶好の場所だと考えられている[12]。実際に、複数の海外先進国では、既に学校の授業内でメンタルヘルスリテラシー教育が行われており[70,82]、それらの効果検証に関する研究では、子どもの精神疾患に関する知識向上や態度の改善に効果があると報告されてきた[70,82]。しかし、その多くは、「実施に長時間を要し」「学校外の精神医療の専門家が実施する」ものであり[70]、わが国の学校教育にそのまま導入することは難しいと考えられた（第2章第 1 節）。長時間を要すプログラムでは、学校の膨大なカリキュラムや行事、部活、補講等の状況を考えると現実的ではなく、学校外の専門家が実施するプログラムでは、学校外の専門家の中で、学校や子どものことをよく理解している適任者を見つけてくることは難しいことから、これも現実的ではない。これらの理由から、第2章第2節では、わが国の学校で実施するメンタルヘルス教育プログラムとして、「短時間」且つ「学校の教員が実施する」メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを作成した。

本章では、作成したプログラムの効果検証を行う。第1節は、第2章で作成した初版プログラムの効果検証である。第2節から第4節は、改訂版プログラムを、小学5−6年生（第2節）、中学3年生（第3節）、高校1年生（第4節）を対象に行った研究である。第5節では、一連の効果検証の結果の考察を行う。

第1節　初版プログラムの効果検証-中学生を対象に行った予備的検証-

第1項 背景

海外先進国を中心に実施されてきた学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムは、子どもの精神疾患とその対処に関する知識向上や態度の改善、援助希求行動を促進すると考えられる。しかし、それらのプログラムは全て、「実施に長時間を要し」、「学校外の専門家が実施する」ものであった。これが、「短時間」且つ「学校の教員が実施する」プログラムであっても、子どもの精神疾患とその対処に関する知識向上や態度の改善、援助希求行動の促進に効果があるかどうかは、これまでに検討されてこなかった。そこで、本研究では、「短時間」且つ「学校の教員が実施する」プログラムであっても、子どものメンタルヘルスリテラシー向上に有効かどうかを検討する。なお、先行研究の多くは、日本の中学3年生の年齢（14~15 歳）を対象にしたものであり（表 1）、また、全国規模で実施されている学校精神保健教育プログラムでも、精神疾患に関する内容を扱う年齢は 14-15 歳が含まれる（表2）。このことから、本研究では、中学生（14-15 歳）を対象に、「短時間」且つ「学校の教員が実施する」メンタルヘルスリテラシー教育プログラムの予備的効果検証を行うこととした。

第2項　方法

・プログラム内容

第2章第2節の研究で作成した初版プログラムを使用した。実施者は、プログラム作成メンバーである養護教諭であった。実施者とは、プログラムの実施前に、精神科医、保健師とで、2時間程度

の打ち合わせを行い、プログラム内容及び方法の理解度を確認した。

・研究参加校及び研究デザイン

東京都の国立大学附属中学校に通う中学 3 年生 118 名（男子は 61 名、女子は 57 名、年齢は 14–15 歳）を対象とした。対象校は、それまでに本研究内容とは直接関係しない調査研究で協力を得てきた学校であった。まず、学校長宛てに、研究目的や研究内容を記した研究協力依頼書を送付し、その後、校内会議において承認を受け、本研究への協力が得られることが決定した。対象校は、入学試験のある中高一貫校で、1学年 120 名前後の全校生徒数は 720 名である。また、中学校受験時の全国偏差値は約 50 であり、9 割以上の生徒が大学進学を希望する学校であった。効果検証デザインには、比較群なしの前後比較研究デザインを用いた。プログラム実施の 1 週間前、実施直後、実施終了から3ヶ月後に、自記式質問紙に回答させた。

・評価方法

自記式質問紙は、約 10 分で回答可能なもので、精神疾患とその対処に関する知識と態度を評価するものであった。「精神疾患とその対処に関する知識」は、12 問の正誤問題を用意した。6 問は精神疾患に関する内容であり、残りの 6 問は精神疾患の対処及び治療に関する内容であった（表5に示す）。それぞれの項目に対し、「正しい」「正しくない」の選択肢から1つずつ選ばせた。次に、うつ病の症状を表す事例を示し、その後で a)～c)の質問に回答させるものを用意した。事例は、先行研究（Jorm et al.）[7] で用いられているものを、中学生用に平易な文章に改変して用いた。a)は、「事例が示す症状は以下のうちどれでしょうか？」 に対し、「別に病気ではない」,「うつ病」,「統

合失調症」,「摂食障害」,「対人恐怖症」,「よくわからない」の 6 つから 1 つ選択させた。b)「もし自分が A さん/B さんと同じ状態だったらどのような行動をとりますか？」の問いに対し、「病気ではないので何もしない」,「もう少し様子をみる」,「信頼できる人に相談する」,「どうしたら良いかわからない」から 1 つ選択させた。c)「もし友達が A さん/B さんと同じ状態だったらどのような行動をとりますか？」の問いに対し、「病気ではないので何もしない」,「もう少し様子をみる」,「なるべく関わらないようにする」,「叱咤激励する」,「信頼できる人に相談する」,「どうしたら良いかわからない」から 1 つを選択させた。b) は「信頼できる人に相談する」、c) は、「信頼できる人に相談する」をそれぞれ適切な援助希求行動、適切な援助行動とした。a) を「精神疾患の症状を認識する力」、b) を「精神的不調時の援助希求行動の態度」、c)「友達が精神的不調時の援助行動の態度」として評価した。

・統計解析

精神疾患とその対処に関する知識を問う正誤問題の正解数についてのプログラム前後及び 3 ヶ月後の比較には、一元配置反復測定分散分析を用いた。被験者内要因を評価の 3 時点（プログラム前後及び 3 ヶ月後）とした。正誤問題それぞれの正解者割合についてのプログラム前後及び 3 ヶ月後の比較には、コクランの Q 検定及びマクネマー検定を用いた。なお、コクランの Q 検定で統計学的有意差がみられた場合に、ボンフェローニ法で有意水準を調整した上で、プログラム実施後と実施から3ヶ月後時点のそれぞれについてプログラム前との比較のためマクネマー検定を行った。事例問題の a) 精神疾患の症状を認識する力、b) 精神的不調時の援助希求行動の態度、c) 友達が精神的不調時の援助行動の態度についても、コクランの Q 検定及びマクネマー

検定を用いて、プログラム前後及び 3 ヶ月後の 3 時点間での比較を行った。全ての解析には SPSS 23.0 for Mac（SPSS Inc., Chicago, IL, USA）を使用した。

・倫理的配慮

東京大学倫理審査委員会による承認を得て実施された。メンタルヘルスリテラシー授業は、通常の授業として進めるため、授業参加について、保護者から特別な同意はとらなかった。生徒には、メンタルヘルスリテラシー授業開始前に「思春期のこころの不調とその対処方法」について学習すること、また授業の効果検証のために質問紙を実施することを口頭で説明した。なお、質問紙への記入実施の際には、教員は回答を見ないこと、成績には関係ないこと、回答したくない場合には回答しなくても良いことを加えて説明した。質問紙は無記名で実施した。

第3項　結果

118 名の対象者のうち、102 名（86.4%）が 2 回のプログラム（授業）を受講し、102 名のうち 94 名（92.1%, 男子 47 名, 女子 47 名）が、プログラム前後及び 3 ヶ月後の 3 回のアンケートに回答した。プログラム（授業）への参加拒否の意思を示した生徒はおらず、参加しなかった生徒は、プログラム実施当日に欠席した生徒であった。また、3 ヶ月後の評価日の脱落者も同様に、その当日に欠席をした生徒であった。なお、プログラム実施日、また 3 ヶ月後の評価日の欠席の理由は不明であった。

・「精神疾患とその対処に関する知識」に対する効果

信頼性係数（クロンバック α）は、12 問全体では、α = 0.44、精神疾患に関する内容を問う 6 問では、α = 0.43、精神疾患の対処に関する内容を問う 6 問では、α = 0.30 であった。正解数（平均値（標準誤差），プログラム前–後–3ヶ月後）は、12 問全体では、9.3 (0.2)–11.5 (0.1)–10.9 (0.1)で、プログラム実施後・プログラム実施から 3 ヶ月後には、プログラム前と比べて、有意に平均正解数が向上していた（プログラム前-プログラム後 = -2.2(0.2), p < .001, プログラム前-プログラム3ヶ月後 = -1.6(0.2), p < .001）。プログラム実施から 3 ヶ月後時点では、プログラム後と比べて平均正解数は有意に小さかった（プログラム後-プログラム3ヶ月後 = 0.6(0.1), p < .001）。12 問中、精神疾患に関する知識を問う 6 問では、5.1(0.1)–5.8(0.04)–5.8 (0.04)であった。プログラム実施後・プログラム実施から 3 ヶ月後には、プログラム前と比べて、有意に平均正解数が向上していた（プログラム前-プログラム後 = -0.8(0.1), p < .001, プログラム前-プログラム3ヶ月後 = -0.8(0.1), p < .001）。プログラム実施から 3 ヶ月後時点では、プログラム後と平均正解数に有意な違いは見られなかった（プログラム後-プログラム3ヶ月後 = -0.1(0.1), p = 1.00）。精神疾患の対処に関する知識を問う 6 問では、4.2(0.1)–5.7 (0.1)–5.1 (0.1)であった。プログラム実施後・プログラム実施から 3 ヶ月後には、プログラム前と比べて、有意に平均正解数が向上していた（プログラム前-プログラム後 = -1.5(0.1), p < .001., プログラム前-プログラム3ヶ月後 = -0.9(0.1), p < .001）。また、プログラム実施から 3 ヶ月後時点では、プログラム後と比べて平均正解数は有意に小さかった（プログラム後-プログラム3ヶ月後 = 0.6(0.1), p < .001）。

プログラム実施前時点では、「血液などの検査が、診断に必要なことがある（28.7%）（正）」「精神疾患に薬が有効である（29.8%）（正）」という項目で、正解率が低かった。一方で、「精神疾患は治

療せずとも回復する（92.6%）（誤）」や「こころの病気と診断されると将来仕事につきにくくなる（96.8%）（誤）」「適切な治療で回復しうる（95.7%）（正）」「できるだけ早めに治療をすると改善しやすい（94.7%）（（正））」で9割以上の生徒が正解であった（表5）。

・「精神疾患の症状を認識する力」に対する効果

思春期に起こりやすい精神疾患の症状を示す事例を読ませ、その事例が示す疾患名を回答させた。プログラム実施前は、うつ病事例の正解者割合は 38.3%、統合失調症事例の正解者割合は 19.1%であった。プログラム実施後にはそれぞれ 94.7%、93.6%と向上し、3ヶ月後はそれぞれ 91.5%、86.2%であった。プログラム後、プログラム終了から3ヶ月後のいずれも、プログラム実施前よりも正解率が有意に向上していた（表6_a, 表7_a）。

・「精神的不調時の援助希求行動の態度」に対する効果

適切な対処行動である「信頼できる誰かに相談する」と回答した割合は、プログラム実施前はうつ病 46.8%、統合失調症 54.3%であったのが、プログラム実施後にはうつ病 87.2%、統合失調症 88.3%、プログラム終了から 3 ヶ月後にはうつ病 74.5%、統合失調症 76.6%で、プログラム実施前よりも、その割合は有意に向上していた（表6_b, 表7_b）。

・「友達が精神的不調時の援助行動の態度」に対する効果

適切な援助行動である「信頼できる誰かに相談する」と回答した割合は、プログラム実施前はうつ病 33.0%、統合失調症 47.9%であったのが、プログラム実施後にはうつ病 74.5%、統合失調症

86.2%、プログラム終了から3ヶ月後はうつ病 72.3%、統合失調症 74.5%で、プログラム実施前よりも、その割合は有意に向上していた（表6_c, 表7_c）。

第4項　考察

本研究では、短時間で、学校の教員が実施するメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを、中学 3 年生を対象に実施し、プログラム実施前-後-実施から 3 ヶ月時点での自記式質問紙を用いて、その効果を検証した。「精神疾患とその対処に関する知識」を、12 問の正誤問題で評価し、プログラム実施後時点で、実施前よりも正解数が向上していた。また、その正解数は、プログラム実施から3ヶ月後時点ではプログラム実施後よりも若干下がっていたものの、プログラム実施前よりも多かった。つまり、プログラム実施により、「精神疾患とその対処に関する知識」が向上し、その効果は 3 ヶ月後まで持続したと考えられる。また、「精神不調時の援助希求行動の態度」について、うつ病と統合失調症のいずれの疾患でも、「信頼できる人に相談する」と回答する生徒の割合が、プログラム実施後に向上していた。つまり、プログラム実施により、「精神不調時の援助希求行動の態度」が改善したと考えられる。また、実施から 3 ヶ月後時点でもプログラム実施前と比べて高かったことから、効果は 3 ヶ月後まで持続していたと考えられる。「友達が精神不調時の援助行動の態度」も、同様に、うつ病と統合失調症のいずれの事例についても、「信頼できる人に相談する」と回答した生徒の割合が、実施から3ヶ月後ともにプログラム実施前と比べて高かった。つまり、プログラム実施により、「友達が精神的不調時の援助行動の態度」が改善したと考えられた。

「精神疾患とその対処に関する知識」を、より詳細にみると、「精神疾患に関する基本的な内容」の

6問と、「精神疾患の対処及び治療」の6問に分けられ、両方ともプログラム後には、プログラム実施前よりも正解数は多かったが、実施から3ヶ月後までの効果の持続性には違いが見られた。「精神疾患に関する基本的な内容」を問う6問では、実施から3ヶ月後時点で、プログラム実施後と正解数に違いはないが、「精神疾患の対処及び治療」に関する6問では、実施から3ヶ月後時点でプログラム実施後よりも正解数が下がっていた。「精神疾患に関する基本的な内容」は、視聴覚教材に含まれており、「精神疾患の対処及び治療に関する内容」は、実施者（学校の教員）の口頭説明で扱ったという点で異なっていた。したがって、視聴覚教材がプログラムの効果を高め、その効果を持続させることに寄与した可能性がある。

プログラム実施前後で正解者割合が変わらなかった 5 項目のうち 3 問（「6. こころの病気と診断されると将来仕事につきにくくなくなる（誤）」「7. 適切な治療によって回復しうる（正）」「8. できるだけ早めに治療をすると改善しやすい（正）」）は、プログラム実施前の時点での正解者割合が高く、天井効果があったと考えられた (6: 96.8%[93.2-100], 7: 95.7%[91.6-100], 8: 94.7%[90.1-100]) 。また、これらの3問に加え、「精神疾患は治療せずとも回復する（92.6%）（誤）」は、プログラム実施前時点から、9割以上の生徒が正解し、ほとんどの生徒で既知の情報であったと考えられた。一方で、「血液などの検査が、診断に必要なことがある（28.7%）（正）」「精神疾患に薬が有効である（29.8%）（正）」は、プログラム実施前時点での正解率が低く、多くの生徒に知識が不足した可能性がある。これらは、プログラムに含める内容を検討する上で、有用な情報となった。

本研究の結果を解釈する上での限界点は、第一には、1校のみを対象とし、比較群を設けなかっ

たことである。プログラムで得られた効果には、対象者が持つ学力や過去の経験などの特性による影響が含まれる可能性がある。また、学校や地域の特性によって、プログラムの効果に違いがある可能性があるが、本研究のデザインではそれについて言及することはできなかった。第二に、効果検証は、質問紙を用いて行われたことである。特に、本研究では、プログラム実施により「精神的不調時の援助希求行動」と「友達への援助行動の態度」は改善されたが、これらは態度の変化を示すものであり、実際の行動の変化については評価していないため、行動レベルでの変化の有無は不明であった。それに関係して、質問紙の回答には、社会的望ましさバイアスが含まれている可能性があり、生徒の回答が真の態度を反映しているかは不明である。その他、「精神疾患とその対処に関する知識」を問う 12 問の回答は、「はい」か「いいえ」の二択から選択させたため、知識が過大評価されてしまった可能性があった。

本研究は、先行研究で効果が確認されてきた「学校外の専門家が長時間かけて実施する」プログラムに対し、「短時間」且つ「学校の教員が実施する」プログラムであっても、思春期の子どものメンタルヘルスリテラシー向上の効果が得られることを示した初めての研究であった。今後、他の学校や年齢が違っても、同様に効果が得られるのか、追加検証を行う必要がある。

表5. 精神疾患とその対処に関する知識を問う質問とそれぞれの正解者の割合（人数）(中学生 94 名)

項目	正解	正解者の割合%(人数) [95%CI] n = 94 授業前	授業後	3ヶ月後
1. 思春期から起こりやすくなるものが多い	正	69.1 (65) [59.6-78.7]	100 (94)*** [100]	93.6(88)*** [88.6-98.7]
2. 精神力の弱い人や、性格の悪い人がかかりやすい	誤	75.5 (71) [66.7-84.4]	98.9 (93)*** [96.8-100]	94.7 (89)*** [90.1-99.3]
3. 睡眠などの生活習慣を改善することが予防や改善の役に立つ	正	86.2 (81) [79.1-93.3]	90.4 (85) [84.4-96.5]	96.8 (91)* [93.2-100]
4. 不眠・身体のだるさ・下痢・吐き気といった身体の症状に出る事がある	正	86.2 (81) [79.1-93.3]	96.8 (91)* [93.2-100]	97.9 (92)** [94.9-100]
5. 放っておくと自然に治る事が多い	誤	92.6 (87) [87.1-98.0]	96.8 (91) [93.2-100]	100 (94) [100]
6. こころの病気と診断されると将来仕事につきにくくなくなる	誤	96.8 (91) [93.2-100]	98.9 (93) [96.8-100]	100 (94) [100]
7. 適切な治療によって回復しうる	正	95.7 (90) [91.6-100]	100 (94) [100]	100 (94) [100]
8. できるだけ早めに治療をすると改善しやすい	正	94.7 (89) [90.1-100]	94.7 (89) [90.1-99.3]	96.8 (91) [93.2-100]
9. 血液などの検査が、診断に必要なことがある	正	28.7 (27) [19.4-38.0]	86.2 (81)*** [79.1-93.3]	52.1 (49)*** [41.8-62.4]
10. 薬が有効な病気が多い	正	29.8 (28) [20.4-39.2]	91.5 (86)*** [85.8-97.2]	76.6 (72)*** [67.9-85.3]
11. 治療中は、学校や仕事を休まなくてはいけない	誤	89.4 (84) [83.0-95.7]	97.9 (92)* [94.9-100]	95.7 (90) [91.6-100]
12. 多くの場合、入院して治療を行う	誤	84.0 (79) [76.5-91.6]	97.9 (92)** [94.9-100]	89.4 (84) [83.0-95.7]

コクランの Q 検定で有意差のあった項目については、ボンフェローニ法を用い有意水準を調整した上で、授業後・3ヶ月後それぞれで授業前と比較するマクネマー検定を行った。

*: 授業前と比べて正解者割合が有意に高い。*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

表6. うつ病症状の認識、援助希求行動及び援助行動に対する態度　(中学生 94 名)

	正解者の割合%(人数) [95%信頼区間]		
	n = 94		
	授業前	授業後	3 ヶ月後
a) 事例が示す症状をうつ病と正しく認識	38.3 (36) [28.3-48.3]	94.7 (89)*** [90.1-99.3]	91.5 (86)*** [85.7-97.2]
b) もしあなたが事例のような状態にある時、どのような行動をとりますか？			
病気ではないので何もしない	16.0(15) [8.4-23.5]	3.2(3)** [0-6.8]	1.1(1)*** [0-3.1]
もう少し様子をみる	27.7(26) [18.4-36.9]	9.6(9)*** [4.5-15.6]	22.3(21) [13.8-30.9]
信頼できる人に相談する	46.8(44) [36.5-57.1]	87.2(82)*** [80.4-94.1]	74.5(70)*** [65.5-83.4]
どうしたら良いかわからない	9.6(9) [3.5-15.6]	0(0)** [0]	2.1(2) [0-5.1]
c) もし、友達が事例のような状態にある時、あなたはどのような行動をとりますか？			
病気ではないので何もしない	5.3(5) [0.7-9.9]	0(0) [0]	1.1(1) [0-3.2]
もう少し様子をみる	34.0(32) [24.3-43.8]	18.1(17)* [10.2-26.0]	18.1(17)* [10.2-26.0]
なるべく関わらないようにする	1.1(1) [0-3.2]	0(0) [0]	1.1(1) [0-3.2]
叱咤激励する	10.6(10) [4.3-17.0]	4.3(4)* [1.0-84]	3.2(3)* [0-6.8]
信頼できる人に相談する	33.0(31) [23.3-42.7]	74.5(70)*** [65.5-83.4]	72.3(68)*** [63.1-81.6]
どうしたら良いかわからない	16.0(15) [8.4-23.5]	3.2(3)* [0-6.8]	4.3(4)* [0-8.4]

コクランの Q 検定で有意差のあった項目については、ボンフェローニ法を用い有意水準を調整した上で、授業後・3 ヶ月後それぞれで授業前と比較するマクネマー検定を行った。
*: 授業前と比べて正解者割合が有意に高い/低い。*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

表7. 統合失調症症状の認識、援助希求行動及び援助行動に対する態度 (中学生 94 名)

	正解者の割合%(人数)		
	n = 94		
	授業前	授業前	授業前
a) 事例が示す症状を統合失調症と正しく認識	19.1 (18) [11.0-27.2]	93.6 (88)*** [88.6-98.7]	86.2 (81)*** [79.1-93.3]
b) もしあなたが事例のような状態にある時、どのような行動をとりますか？			
病気ではないので何もしない	4.3(4) [0-8.4]	2.1(2) [0-5.1]	0(0) [0]
もう少し様子をみる	7.4(7) [2.0-12.9]	4.3(4) [0-8.4]	13.8(13) [6.7-20.9]
信頼できる人に相談する	54.3(51) [44.0-64.5]	88.3(83)*** [81.7-94.9]	76.6(72)** [67.9-85.3]
どうしたら良いかわからない	34.0(32) [23.3-42.7]	5.3(5)*** [1.7-9.9]	9.6(9)*** [4.3-17.0]
c) もし、友達が事例のような状態にある時、どのような行動をとりますか？			
病気ではないので何もしない	2.1(2) [0-5.1]	0(0) [0]	0(0) [0]
もう少し様子をみる	9.6(9) [3.5-15.6]	9.6(9) [3.5-15.6]	9.6(9) [3.5-15.6]
なるべく関わらないようにする	8.5(8) [2.8-14.3]	2.1(2) [0-5.1]	4.3(4) [1.0-8.4]
叱咤激励する	7.4(7) [2.0-12.9]	0(0)* [0]	3.2(3) [0-6.8]
信頼できる人に相談する	47.9(45) [37.6-58.2]	86.2(81)*** [79.1-93.3]	74.5(70)*** [65.5-83.4]
どうしたら良いかわからない	24.5(23) [15.6-33.3]	2.1(2)*** [0-5.1]	8.5(8)** [2.8-14.3]

コクランの Q 検定で有意差のあった項目については、ボンフェローニ法を用い有意水準を調整した上で、授業後・3 ヶ月後それぞれで授業前と比較するマクネマー検定を行った。
*: 授業前と比べて正解者割合が有意に高い/低い。*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

「やむを得ない事由の 8」にある「博士論文の全部または一部が、単行本もしくは雑誌掲載等の形で刊行される予定である」に該当します。

「やむを得ない事由の 8」にある「博士論文の全部または一部が、単行本もしくは雑誌掲載等の形で刊行される予定である」に該当します。

「やむを得ない事由の 8」にある「博士論文の全部または一部が、単行本もしくは雑誌掲載等の形で刊行される予定である」に該当します。

第5節　小中高でのプログラム効果検証の考察

第3章1節から4節の研究では、これまで海外先進国を中心に行われてきた「長時間」且つ「学校外の専門家が実施する」プログラムに対し、「短時間」且つ「精神医療の専門家ではない学校の教員が実施する」プログラムであっても、思春期の子どものメンタルヘルスリテラシー向上に効果があることを示した。1節では、初版プログラムとして、「精神疾患に関する基礎知識（罹患率・好発時期・原因やリスク・回復可能性・思春期に現れやすい症状）」「精神疾患の具体的な症状（うつ病・統合失調症）」「精神科医療機関の様子・診断や治療の方法」について、学校教員の口頭説明を中心としてアニメやグループワークを適宜用いながら行う授業が、中学3年生の「精神疾患とその対処に関する知識」の向上、「精神的不調時の援助希求行動に対する態度」「友達が不調時の援助行動に対する態度」の改善に効果があることを示した。2−4節では、初版プログラムに改良を加えた改訂版プログラムが、小学 5-6 年生・中学 3 年生・高校1年生の「精神疾患とその対処に関する知識」の向上、「精神的不調時の援助希求行動に対する態度」や「友達が不調時の援助行動に対する態度」の改善に有効であることを示した。初版プログラムから改訂版プログラムへの改良点は、第2章に記したが、主にプログラム実施方法・構成とプログラムで扱う内容であった。プログラム実施方法・構成は、実施者による口頭説明を中心にした授業ではなく、視聴覚教材を中心に進めるものとした。プログラムで扱う内容は、現行の学習指導要領に沿った保健体育科目で扱われる内容に関係させて、メンタルヘルスリテラシー教育プログラムの要素である「精神不調や精神疾患の対処」を扱うようにした。具体的には、睡眠などの生活習慣と精神疾患の関係を詳しく扱うようにした。その他には、精神疾患とその対処に関することを、児童生徒が自身に関係する問

題であると認識できるような授業の流れとした。2−4節で示したプログラム効果検証の結果から、改訂版プログラムも、初版プログラムと同様に、子どもの精神疾患とその対処に関する知識向上及び態度の改善に効果があることを示した。このことから、「短時間」且つ「学校教員が実施する」のプログラムであっても、子どものメンタルヘルスリテラシー向上に有効であると考えられた。

第3章2節から4節の改訂版プログラムについて、学年間での効果の違いも検討した。まず、「精神疾患とその対処に関する知識」、「援助希求行動に対する態度」、「友達への援助行動に対する態度」は、小学 5-6 年生・中学 3 年生・高校 1 年生のいずれの学年でも、プログラム実施後時点で向上していた。また、「精神不調や精神疾患の症状を認識する力」は、高校生では検証していないが、検証をした小学 5-6 年生・中学 3 年生で、プログラム実施後時点で改善の効果を確認した。プログラム実施から 3 ヶ月後時点まで、その効果が持続するかどうかは、学年や評価項目によって、その結果は違っていた。「精神疾患とその対処に関する知識」「精神不調や精神疾患の症状を認識する力」は、いずれの学年でも、プログラム実施から 3 ヶ月後時点まで、プログラム実施による効果は持続していた。「援助希求行動に対する態度」は小学 5 年生で、「友達への援助行動に対する態度」は小学 5 年生と中学 3 年生で、プログラム実施から 3 ヶ月後時点でもその効果の持続性が示された。しかし、それ以外の学年では、プログラム実施から 3 ヶ月後時点での結果は、プログラム実施前との比較において統計学的に有意な差を確認することはできなかった。小学5年生では、3 ヶ月後時点まで効果が持続し6年生ではそれがみられず、また、中学生 3 年生では効果の持続性が確認でき、高校 1 年生ではそれがみられなかった理由は不明である。中学 3 年生と高校 1 年生の2学年を比べた場合には、同様の内容の授業を、中学3年生では 50 分 2

回で、高校1年生では 50 分 1 回で実施した点の違いが、効果の違いを生じさせた可能性があると考えられる。小学5年生と6年生の「援助希求行動に対する態度」「友達への援助行動に対する態度」への効果の持続性に違いが生じた理由の1つには、「解析対象者数の違い」が考えられる。統計学的有意差を示さなかった6年生でも、プログラム実施から 3 ヶ月後時点での「援助希求行動/援助行動に対する態度」が改善している児童の割合は、有意差を示した学年と同程度に高くなっていた。つまり、検定力不足の問題が生じていた可能性がある。今後、対象校を拡大し、解析対象者数を増やして再検討を行う必要がある。

第3章1-4節の研究に共通する限界点は、第一には、効果検証デザインである。第2節の小学 5-6 年生を対象にした検証では複数校、第4節の高校生を対象にした検証では比較群を設けているものの、それらの検証デザインでは、対象者が持つ特徴や地域の特性による影響を考慮することができない。先行研究によれば、メンタルヘルスリテラシーの程度は、対象者が住む地域特性を含めそれまでの精神疾患を持つ人と接した経験の有無などに影響される可能性がある [86]。つまり、他の学校や地域では、精神疾患に関する経験が異なるため、本研究と同様の結果が得られるかどうかはわからない。第二に、本研究で作成された質問紙を用いて評価を行ったことである。特に、プログラムの実施により改善された「精神不調時の援助希求行動に対する態度」と「友達への援助行動に対する態度」は、そのまま実際の行動変容を示すわけではないため、解釈には注意を要する。Santor et al.(2007)[89] や Gulliver et al. (2010)[90] によれば、精神的不調時に、援助希求行動に至るには、1) 自身の不調に気がつくこと、2) 援助や支援の必要性を認識すること、3) 精神疾患を含め精神的不調が回復、治療可能であること、を理解し、4) 援助希求行動の意思を持つ、

というステップが必要である。本研究では、プログラム実施により、プログラムを受講した生徒の多くが 1)〜3)まで至り、4)の段階に到達したかは確認できなかった。実際の行動に至る前段階の 4)援助希求行動に対する意思決定には、精神疾患やその対処方法に対する偏見 [91-92] が影響する可能性がある。その他にも、生徒の援助希求行動には、生徒の周囲の状況も関係すると考えられる [90]。第2節の研究では、実際の援助希求行動の変化も聴取しているが、「援助希求行動に対する態度」を「実際の援助希求行動」に変容させる要因については評価していなかった。

本研究対象者のプログラム実施前の精神疾患に関する知識や態度の一部を、国内外で行われた他の調査と比較することができる。中学生を対象にした検証での「精神疾患の症状認識」の項目の回答結果は、いくつかの先行調査との比較が可能であった。うつ病、統合失調症の症状を示す事例を読ませ、それぞれそれらの症状に合った疾患名を選択させることで評価した。プログラム実施前時点での正解者（第1節の研究, 第2節の研究）は、うつ病は 38.3%, 41.2%、統合失調症は 19.1%, 12.7%であった。これに対し、三重と高知の中高生約 2 万人を対象に 2008-2009 年に実施された先行調査では、うつ病は 46.7%、統合失調症は 7.5%が正解し [93]、豪国の若者（16-24 歳）を対象に 2011 年に実施された調査では、うつ病 76.5%、統合失調症 35.9%の若者が正解していた [94]。本研究の対象者の「精神疾患の症状を認識する力」は、三重高知の大規模サンプルと比べると、うつ病ではやや低く、統合失調症では高かった。豪国の若者と比べると、うつ病と統合失調症は低かった。つまり、豪国では「うつ病や統合失調症の症状を認識する力」が本研究の対象者よりも高いということであるが、これは豪国では既に、全国規模で学校教育にメンタルヘルスリテラシー教育が導入されていることが関係していると考えられる。

本プログラムは、精神医療の専門家ではない学校の教員が実施するものであるが、これには課

題もある。例えば、ほとんどの教員は思春期の精神保健に関する専門的な教育は受けておらず、精神疾患とその対処についての理解の個人差は少なくない。また、学校の授業内容を規定する学習指導要領には、精神疾患に関する内容は 1977-78 年以降削除されていることから[23,24]、ほとんどの教員が授業で精神疾患について教えた経験がない。したがって学校の教員によるメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを広く普及させるためには、教員がメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施できるようにするための学校の教員向けトレーニングプログラムが必要である。この点については、第4章の研究で扱うこととした。

第4章　実施者用トレーニングプログラムプログラムの効果検証-

第1項　背景

わが国の学校で、メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施する場合、その実施者は人的資源の観点から、学校外の精神医療の専門家ではなく学校の教員が第一候補である。また、学校の教員がプログラムを実施することは、継続・普及性の観点からも有効と考えられる[71,72]。第3章第1節−4節の研究では、「短時間」且つ「精神医療の専門家ではない学校の教員が実施する」プログラムであっても、欧米諸国を中心に実施されている「長時間」且つ「学校外の専門家が実施する」プログラムと同様に、精神疾患とその対処に関する知識向上、および援助希求行動に対する態度の改善の効果を示してきた。しかし、精神保健医療の専門職でない学校の教員がメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施するには課題もある。例えば、ほとんどの教員は思春期の精神保健に関する専門的な教育は受けておらず、精神疾患とその対処についての理解の個人差は少なくない。また、学校の授業内容を規定する学習指導要領には、精神疾患に関する内容は 1977-78 年以降削除されていることから[23,24]、ほとんどの教員が授業で精神疾患について教えた経験がない。したがって学校の教員によるメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを広く普及させるためには、教員がメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施できるようにするための学校の教員向けトレーニングプログラムが必要である。

カナダでは、既に学校の教員向けのトレーニングプログラムが実施されており、その効果として、教員のメンタルヘルスリテラシー向上と授業実施に対する自信や意欲の向上が確認されている[95]。カナダのプログラムは1日8時間の講義で行われる。思春期に起きやすい精神疾患の症状とその対処について、冊子（Mental Health Curriculum Guide）を用いて説明し、さらに子どもに対する授業で活用可能な教材をいくつか紹介する[95]。Mental Health Curriculum Guide は 6 つのモジュールで構成されており、内容は幅広く、脳機能と精神症状の関係といった内容から、精神疾患を持つ人やその家族に対する偏見の是正といった社会課題までを詳細に扱っている。受講する教員は基本的に学校長に指名された教員である。一方、我々も、自分たちが開発したメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの普及に向けて教員向けトレーニングプログラムを開発した。ただし我々のものは、わが国の多忙な教員でも受講が可能なように、子ども対象のメンタルヘルスリテラシー授業で扱う内容とそれに関連する最低限の話題に内容を絞り、より短時間（2 時間）で受講できるようにした。ただし実際の授業をイメージすることで授業実施に対する自信が高まるように、模擬授業をプログラムに含めた。本研究では、この我々が開発したメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施するための学校の教員向けトレーニングプログラムの効果を予備的検討した。

第2項　方法

・トレーニングプログラムの内容（表25）

トレーニングプログラムの受講は、我々が主催した教員向け精神保健研修会の一部として行った。研修会は、2015 年の 7-8 月に国内の 3 か所で、参加費無料で開催した。研修会への参加募集は、我々の研究室のホームページおよびチラシ配布、学校への校長及び養護教諭宛てのダイレクトメールで行った。研修会では本プログラムのトレーニング講習のほか、いじめ対策プログラムの紹介や精神的不調スクリーニングツールの紹介を行った。本プログラムのトレーニング講習としては、模擬授業の見学および思春期の子供の精神保健の基礎知識を行った。トレーニング講習の効果検証は、受講前と直後にアンケートを実施した。なお研修会での他の講演の効果が混ざらないように、本トレーニング講習は、講習会の最初（午前 9 時半から）に実施した。トレーニング講習の具体的内容は、表25に示した通りである。講習では視聴覚教材を用いつつ、まず思春期の精神保健とその実践に関する基礎知識を講義形式で精神科医が解説し（60 分）、その間に開発にともに携わった教員が保健師の解説のもとに模擬授業を行った（60 分）。

・効果検証の方法

一群事前事後比較デザインでの効果検証を行った。プログラム実施前後に、10 分程度で回答する自記式質問紙を用いて評価した。質問紙の項目は、1) 精神疾患とその対処に関する知識、2) メンタルヘルスリテラシー教育の必要性に対する考え、3) メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施することに対する自信、が含まれる。1) は、20 問の「正しい」「正しくない」「わからない」で回

答させた。2) は、「学校の授業時間内で「精神疾患」に関する授業を行うことについてどのように思いますか」の問いに「必要である」「必要ない」「わからない」の3段階で回答させた。3) は、「あなたはメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施する自信がどのくらいありますか」の問いに「十分ある」「少しある」「あまりない」「全くない」「わからない」の 5 段階で回答させた。

・解析対象者

研修会参加者は全部で 314 名、そのうち 286 名から研究参加の同意をえた。その内訳は、養護教諭 190 名（66.4%）、一般教諭 11 名（3.8%）、管理職 6 名（2.1%）、スクールカウンセラー8 名（2.8%）、医療関係者 9 名（3.1%）、一般聴講者 62 名（21.7%）であった。養護教諭 190 名の所属校種は、幼稚園 1 名（0.5），小学校 72 名（37.9%），中学校 78 名（41.1%），高校 32 名（16.8%），特別支援学校 4 名（2.1%）、専修学校 3 名（1.6%）であった。解析対象は、メンタルヘルスリテラシー授業を実施する可能性のある校種（小学校、中学校、高校）に所属する教員とした。我々のプログラムで想定している授業実施者は、一般教諭（学級担任や保健体育科教諭）及び養護教諭であったが、今回の研究参加者では一般教諭は 11 名と少なかったため、解析は小学校・中学校・高校に所属する養護教諭 182 名とした。その内訳は、全て女性で、72 名（39.6%）は小学校、78 名（42.9%）は中学校、32 名（17.6%）は高校に所属していた。年齢は 43.5±11.1 歳（22–62 歳）で、経験年数は 20.6±11.6 年（0–40 年）であった。特別支援学校および専修学校の養護教諭も、これま

で我々が開発したプログラムでは授業実施を想定していなかったため、解析から除外した。

・解析方法

基本的項目（性別，年齢，所属学校種，教員経験年数）の度数や平均値を示した後、授業で扱う精神疾患とその対処に関する知識問題への正答率、メンタルヘルスリテラシー教育プログラムの必要性に対する考えやメンタルヘルスリテラシー教育プログラム実施に対する自信の回答割合を示した。それぞれの問いへの正解者や回答の割合については、正規性が確認されなかったため、受講前後の比較は対応のあるマクネマー検定を用いて行った。また、精神疾患とその対処に関する知識（20 問）の正解数のプログラム実施による変化は、プログラム前後共に回答が得られた 176 名を対象に、対応のある t 検定を行った。プログラム前後の正解数の平均値差とその不偏標準偏差を用い、標準化平均値差 d'を求めた。全ての解析には SPSS 23.0 for Mac（SPSS Inc., Chicago, IL, USA）を使用した。

・倫理的配慮

本研究は、東京大学ライフサイエンス委員会倫理審査専門委員会での承認を得て実施された。

第3項　結果

以下 9 項目で、プログラム受講前と比べ、プログラム受講後に正解者割合が有意に向上していた「2. 多くの精神疾患は小学校高学年から起きやすくなる（正）」「3. 一生のうちに何らかの精神疾患に罹る割合は、全人口の20人に1人である（誤）」「5. 夜更かしや睡眠不足は、精神疾患の要因の一つである（正）」「8. 精神疾患は、時間が経つと自然に治ることが多い（誤）」「10.気分の落ち込み,意欲低下,興味の減退が続く場合には「うつ病」の可能性がある（正）」「16. 一生のうちに1割以上の人が、うつ病や不安症に罹る（正）」「17. 統合失調症は、一生のうちに約1％の人が発症する（正）」「18. 友達の相談を受ける時には、相談内容が事実に反する場合にはそのことを指摘することが大切である（誤）」「19. 希死念慮について尋ねることは、自殺企図を促すので避けるべきだ（誤）」。残りの 11 項目は、プログラム受講前後で正解者割合に変化がない、あるいは正解者割合が下がっていた。（表26）

これら 20 問の正解数について、プログラム受講前は 14.3 問 [95%CI: 13.9-14.7]、受講後は 16.2 問 [95%CI: 15.9-16.4]であり、プログラム受講前と比べプログラム受講後に有意に増加していた（$t = -11.6$, $df = 175$, $p < .001$）。効果量は $d' = 0.9$（プログラム前後の平均値差及び不偏標準偏差: 1.9 ± 2.1, プログラム前後の相関係数: 0.55）であった。なお 20 問の内的一貫性（クロンバック α ）は 0.685 であった。

学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの必要性に対し「必要である」と回答した者の割合は、プログラム受講前 172 名/180 名（95.6%）、プログラム実施後 175/177 名（98.9%）（それぞれ有効回答数で示す）であった。メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施する自信は、プログラム受講前では 70 名/181 名（38.7%）が「十分ある（4 名/181 名（2.2%））」「少しある（66 名/181 名（36.5%））」と回答し、プログラム受講後には、135 名/178 名（75.8%）が「十分ある（18 名/178 名（10.1%））」「少しある（117 名/178 名（65.7%））」と回答しており、プログラム受講前と比べ、受講後で（授業を実施する自信が）「十分ある」と「少しある」と回答した割合は有意に高かった（$\chi^2 = 56.1$, $df = 1$, $p < .001$）

第4項　考察

本研究では、学校でメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施するためのトレーニングプログラムを、教員を対象に効果検証を実施した。実施したプログラムの効果として、精神疾患とその対処に関する知識向上が確認され、また、メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施する自信があると回答する人の割合も高くなっていた。対象者のほとんど（95.6%）が、プログラム受講前には、学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの実施に対して「必要」と考えていた一方でメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施することに対して自信がある（「十分ある」「少しあ

る」）と回答したする対象者は 38.7%にとどまっていた。つまり、学校でメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを行う必要性を感じているが、どのように授業を実施すると良いのかわからない状況にあったと考えられる。メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施するためのトレーニングプログラムの必要性を示す結果と考えられる。プログラム受講後には、メンタルヘルスリテラシー教育プログラムの実施の必要性を感じる人の割合を維持したまま、メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施することに対する自信が「十分ある」「少しある」人の割合は有意に向上しており、知識向上のみでなく、授業実施に対する教員の自信向上にも、本トレーニングプログラムの有効であることが示唆された。

これらの結果のうち、精神疾患とその対処に関する知識については、プログラム受講後は受講前に比べて、20 項目中 9 項目で正解者割合が有意に高くなった。その他 11 項目は、プログラム受講前後で正解者割合が変わらない、あるいは下がっていた。本プログラムは、視聴覚教材（アニメ）を用いた講義形式での説明と模擬授業で構成され、20 項目のうち 12 項目（1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 13, 14, 16, 17, 18）はアニメ教材の中に含まれる内容である。プログラム受講前後で有意に正解者割合が高くなった項目のほとんどはアニメ教材に含まれており、その後の口頭説明でも模擬授業でも扱っていた。一方で、プログラム受講前後で正解者割合が変わらない、あるいは正解者割合が下がった 11 項目の多くは、アニメ教材には含まれておらず口頭説明でのみ伝えた内容であった。したがって、アニメ教材が、プログラムの効果を高めることに寄与した可能性がある。プログラム受講前

後で正解者割合が変わらなかった 11 項目のうち 4 問（「1. 身体は病気なるが心は病気にならない（誤）」「4. 精神疾患は、主に精神力や意志の弱い人が罹る（誤）」「13. 精神疾患の症状により、乗り物に乗れず通学が困難になることがある（正）」「14. 幻聴や妄想は覚せい剤や危険ドラッグを使った場合にのみ起きる（誤）」）は、プログラム受講前の時点での正解者割合が高く、天井効果があったと考えられる(1: 99.9%[97.3-100], 4: 97.8%[95.6-100], 13: 98.9%[97.3-100], 14: 99.4%[98.3-100])（表26）。プログラム受講前の時点から正解者割合が8割を超えている項目は、上の4項目の他に、「6. いじめが原因で精神疾患に何十年も苦しむことがある（正）」「8. 精神疾患は、時間が経つと自然に治ることが多い（誤）」「10.気分の落ち込み,意欲低下,興味の減退が続く場合には「うつ病」の可能性がある（正）」「11. うつ病では眠れなくなることも眠りすぎることもある（正）」「18. 友達の相談を受ける時には、相談内容が事実に反する場合にはそのことを指摘することが大切である（誤）」があった。一方で、以下の 4 項目（「3. 一生のうちに何らかの精神疾患に罹る割合は、全人口の20人に1人である（誤）」「15. 幻聴や被害妄想についても、話を聞くことで改善をはかることが大切である（誤）」「17. 統合失調症は、一生のうちに約1％の人が発症する（正）」）については、プログラム受講前時点で、正解者割合が 30%未満であり、ほとんどの教員が知らない内容であると考えられた。

学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの実施は、子供の精神保健向上あるいは精神疾患の予防や早期発見を促す可能性がある。精神疾患はありふれた病気であり、その好発時期は

思春期に始まることから、精神疾患に関わらない子供はいないと考えられる。その子供本人が罹患する可能性、あるいはその子にとって重要な他者（友達や家族）が精神疾患に罹患する可能性もある。Yap et al. (2012)[96] の報告では、メンタルヘルスリテラシーが高い子供は、不調を抱える友達への援助行動をしている割合が高いことを示している。一般の大人の多くは、メンタルヘルスリテラシーが十分とは言えず、実際に精神疾患やその対処に関して誤った認識をしていることが少なくない [91,92]。今回の結果でも「3. 一生のうちに何らかの精神疾患に罹る割合は、全人口の20人に1人である（誤）」や「15. 幻聴や被害妄想についても、話を聞くことで改善をはかることが大切である（誤）」については教員の正答率も受講前には極めて低かった（3: 18.4%, 15: 29.6 %）。教員の多くは、思春期の精神疾患に関する十分な教育を受けていないことを考えると、メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施するためには、事前の教員研修とそのためのプログラム開発は必要不可欠と考えられる。本プログラムは、子ども向けメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの開発に携わった精神科医，保健師，教員（養護教諭）により実施されたが、メンタルヘルスリテラシー教育プログラムの普及に伴い、教員向けの本トレーニングプログラムそのものも、経験とトレーニングを重ねた教員の手で行えることが望ましい。したがってプログラム内容も講習を実施する講師による効果の違いを抑えられるように、視聴覚教材の工夫・開発等、改善をさらに進めていきたい。

・研究の限界と課題

本研究で使用した質問紙は、本研究のために作成された自記式質問紙で、妥当性の検証はされていない。信頼性を保証するクロンバックαは0.685と高くない値であった。さらに、効果検証に比較群を用いてはいない。また事後評価は、プログラム受講直後に実施しており、効果の持続性は検討できていない。本プログラム及び効果検証に参加した教員は、学校精神保健に対し関心があり自身の希望により参加しているため、必ずしも一般的な教員の結果を反映しているわけではないと考えられる。本研究の解析では、教員の中でも学校保健において教員内で中核的な役割を持つ養護教諭を対象にしている。特にプログラム前の知識については一般教諭と乖離している可能性がある。

精神医療の専門家ではない学校の教員に向けたトレーニングプログラムを作成し、このトレーニングプログラムが「精神疾患とその対処に関する知識」「メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施する自信」に対して有効であることを示した。学校に子ども向けメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを導入する際には、学校の教員向けのトレーニングプログラムも合わせて提供することで、学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの実施可能性を高めることが期待出来る。本研究で作成した「短時間」且つ「学校の教員が実施する」プログラムは、これまでに海外先進国で行われてきたような、学校外の専門家が長時間かけて実施するプログラムと比べ、わが国の学校教育

に導入しやすく、その後の継続性も高いと考えられる。今後の追加検証は必要だが、学校教育の中で「短時間で」「学校教員が実施する」メンタルヘルスリテラシー教育プログラムは、思春期の子どもの精神疾患対策において、有効な策として位置付けられると考えられる。

表25. 学校メンタルヘルスリテラシー授業 実施者向けトレーニングプログラム

	扱う内容
精神医療の専門家による講義(60分)	1_1' 精神疾患は誰にでも起こること ・一生涯に数人に一人がかかること(特にうつ病や不安症は頻度が高い) ・10代(思春期)から急増し始めること ・症状が本格化すると回復に時間がかかり、生活への負担が大きいこと 1_2'精神疾患の発症・悪化には生活習慣も影響すること-睡眠(夜更かしや睡眠不足等)- ・発症・悪化に関わる要因 ・要因の改善により予防や回復も可能であること ・睡眠習慣の不良(夜更かしや睡眠不足等)は多くの子どもが抱え、改善が可能な要因であること 1_3'(一人で抱え込まず)早めに相談することが大事であること ・生活習慣の改善も大切だが、悩みを一人で抱え込まず、適切な人に相談することが大事であること ・学校と地域の相談先 2_1' 精神疾患の早期発見のために知っておくべき症状 ・子どもは精神的不調を身体的不調として表現することが多い ・思春期に起こりやすい精神疾患の特徴的な症状(うつ病, パニック症, 統合失調症) ・症状が繰り返す場合や続く場合には精神疾患を疑い、対処することが大事であること 2_2' 友達から心の不調を相談された時の適切な対応 ・子どもの相談先のほとんどが友人または家族であること ・相談内容は否定せず優しい気持ちで聞くことそのものが大切であること ・自分が不調になった場合と同様に一人で抱え込まず適切な人に相談すること
模擬授業(60分)	説明) ・学校メンタルヘルスリテラシー教育の必要性と期待する効果 ・学習指導要領との関わりと授業の位置付け(保健学習あるいは保健指導で実施) ・学校でのプログラム評価の必要性について 中学高校用の授業を実施 ・参加者は生徒役で参加する

表26. 精神疾患とその対処に関する知識問題の正解者割合(%) [95%信頼区間]（養護教諭 182 名）

項目	実施前	実施後
1. 身体は病気になるが、心は病気にならない（誤）	99.9 [97.3-100]	97.2 [94.7-100]
2. 多くの精神疾患は小学校高学年から起きやすくなる（正）	52.0 [44.6-59.3]	93.8 [90.2-97.4]***
3. 一生のうちに何らかの精神疾患に罹る割合は、全人口の20人に1人である（誤）	18.4 [12.7-24.2]	83.1 [77.6-88.7]***
4. 精神疾患は、主に精神力や意志の弱い人が罹る（誤）	97.8 [95.6-100]	99.4 [98.3-100]
5. 夜更かしや睡眠不足は、精神疾患の要因の一つである（正）	78.8 [72.7-84.8]	99.4 [98.3-100]***
6. いじめが原因で精神疾患に何十年も苦しむことがある（正）	94.8 [91.7-98.2]	94.4 [91.0-97.8]
7. 精神疾患の症状は、脳機能の不調を反映している（正）	71.5 [64.8-78.2]	51.7 [44.3-59.1]
8. 精神疾患は、時間が経つと自然に治ることが多い（誤）	90.5 [86.2-94.8]	95.5 [92.4-98.6]*
9. 頭痛、腹痛、吐き気といった身体の症状だけしか出ない場合がある（正）	73.2 [66.6-79.7]	78.1 [72.0-84.2]
10.気分の落ち込み,意欲低下,興味の減退が続く場合には「うつ病」の可能性がある（正）	95.5 [92.5-98.6]	100*
11. うつ病では眠れなくなることも眠りすぎることもある（正）	90.5 [86.2-94.8]	75.2 [68.9-81.7]
12. うつ病では、食欲が減ることはあるが、増すことはない（誤）	77.1 [70.9-83.3]	52.8 [45.4-60.2]
13. 精神疾患の症状により、乗り物に乗れず通学が困難になることがある（正）	98.9 [97.3-100]	100
14. 幻聴や妄想は、覚せい剤や危険ドラッグを使った場合にのみ起きる（誤）	99.4 [98.3-100]	99.4 [98.3-100]
15. 幻聴や被害妄想についても、話を聞くことで改善をはかることが大切である（誤）	29.6 [22.9-36.4]	27.0 [20.4-33.5]
16. 一生のうちに1割以上の人が、うつ病や不安症に罹る（正）	49.7 [42,3-57.1]	86.5 [81.5-91.6]***
17. 統合失調症は、一生のうちに約1％の人が発症する（正）	22.9 [16.7-29.1]	81.5 [75.7-87.2]***
18. 友達の相談を受ける時には、相談内容が事実に反する場合にはそのことを指摘することが大切である（誤）	82.1 [76.5-87.8]	94.9 [91.7-98.2]***
19. 希死念慮について尋ねることは、自殺企図を促すので避けるべきだ（誤）	49.2 [41.8-56.6]	62.9 [55.8-70.1]**
20. 授業への復帰は服薬治療を終えて十分時間が経ってから行う（誤）	55.3 [48.0-62.7]	44.9 [37.6-52.3]

マクネマー検定

*: 5%有意確率をもって、プログラム前と比べプログラム後に正解者割合が有意に高い

***: 0.1%有意確率をもって、プログラム前と比べプログラム後に正解者割合が有意に高い

第5章　今後のプログラム改良に向けた検討-日本の思春期中高生における睡眠時間と不安抑うつの関係-推奨睡眠時間の推定-(Sleep Duration Associated with the Lowest Risk of Depression/Anxiety in Adolescents)

改訂版プログラムには、「精神不調には、生活習慣も影響すること−睡眠（夜更かしや睡眠不足）など」が含まれている。これは、小中高生共通で扱うコアメッセージの1つであり、また現行の保健科目で扱われている項目と大きく関連し、睡眠の問題は、思春期の子どもの多くに関わる健康課題である。プログラム内のこの項目では、「短い睡眠時間等の睡眠習慣の不良は、精神的不調を引き起こす可能性があること」を学習するが、より詳細な「精神不調の予防のために必要な睡眠時間」は含めてこなかった。また、授業で用いたワークシートに書かれた児童生徒の感想には、「精神不調の予防のために必要な睡眠時間は実際にどれくらいか？」といった内容が多く書かれ、また、実施者である学校教員からも「精神不調の予防のために、目安となる睡眠時間を提示することで、授業の効果が高められるかもしれない」といった意見が聞かれた。本プログラムの改訂にあたっては、コアメッセージの1つである「精神不調には、生活習慣も影響すること−睡眠（夜更かしや睡眠不足）など」をより詳細に、具体的に「精神不調の予防のために必要な睡眠時間」はどれくらいか」を検討する必要があった。

この改訂に必要な根拠を求めるため、国内外の先行研究を検索したが、先行研究には、「推奨される睡眠時間」について調査データから具体的に示した研究が皆無であった。National Sleep Foundation（NSF）は、思春期の子どもにとって適切な睡眠時間に関するガイドラインを示しているものの[97]、「精神保健に着目して検討されたものではないこと」、「6−13 歳, 14−17 歳, 18−25 歳と年

齢幅を比較的広くとっていること」、「性別を分けて検討していないこと」等、検討すべき点があり、NSF が推奨している睡眠時間をそのままプログラム内容に含めることはできなかった。そこで、本研究では、「精神保健の観点から、思春期の子どもに推奨される睡眠時間」の根拠を得るための研究を行った。

第1項　背景

思春期の子どもの睡眠時間は、年齢があがるごとに短縮する [98-104]。この思春期における加齢による睡眠時間短縮は、子どもたちの起床時刻が学校の始業時刻で規定されているにも関わらず、就寝時刻が、年齢が上がるとともに遅くなることと関係している [105]。米国の調査（National Longitudinal Study of Adolescent Health）によれば、平日の睡眠時間が 6 時間未満の子どもは、13 歳時点で 1.1%、18 歳時点で 8.5%にまで増加する [81]。また、欧州、豪国、アジアでも同様に、思春期の子どもの睡眠時間短縮が報告されている [81,98,102]。なお、Olds らが行った 23 カ国の 13 歳から 18 歳の子どもを対象に平日夜間の睡眠時間を調べた研究によれば、日本を含むアジアの子どもは、米国の子どもと比べて 40-60 分、欧州諸国の子どもと比べ 60-120 分短い [103]。つまり、睡眠時間短縮の問題は、日本人でより顕著であると考えられる。

思春期は、うつ病や不安症等の精神疾患の好発年齢が始まる時期である [106-108]。Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study の報告によれば、大うつ病の累積罹患率が思春期の前半では約 5%であったのが、思春期の後半になると約 20%まで増加する [107]。不安症は、National Comorbidity Replication Survey の報告によると、約半数が 11 歳までに、75%が 21 歳までに発症する [4]。

近年、短い睡眠時間が精神的不調を抱えるリスクを高めるといった報告がされ始めている[78-81]。米国での縦断調査によれば、学校のある平日の睡眠時間が 6 時間未満の子どもは、その後抑うつ気分や大うつ病を抱えるリスクが高い[79]。欧州 11 カ国の思春期の子どもを対象とした横断調査によれば、学校のある平日夜間の睡眠時間が短い生徒は、抑うつを抱えるリスクが高い[81]。わが国の状況は、Kaneita らが報告しており、睡眠時間が 6 時間未満である子どもは、睡眠時間が 7-9 時間の生徒と比べ、不安抑うつを抱えている子どもの割合が高いとしている[78]。

思春期の子どもでの、精神疾患による生活や生命への負担は、他のどの疾患群よりも大きい[109]。思春期の子どもの睡眠時間と精神的健康度は強く関係することから、精神保健の観点から思春期の子どもにとって必要な睡眠時間を検討する意義は大きい。National Sleep Foundation（NSF）は、適切な睡眠時間に関するガイドラインとして、以下の睡眠時間を推奨している。具体的には、6-13 歳では 9-11 時間、14-17 歳では 8-10 時間、18-25 歳では 7-9 時間が、NSF による推奨睡眠時間である[97,110]。この推奨睡眠時間は、複数の専門家が過去の研究の知見を用いて議論した上で示されているが、さらに検討の余地がある点として 3 点考えられる。第一に、NSF による推奨睡眠時間は、精神保健に着目して検討されたものではないことである。精神疾患による生活や生命への負担は、他のどの疾患よりも大きく、その程度が思春期においては大きいことから、思春期の子どもにおける推奨睡眠時間を検討する上で、精神保健の観点を無視することはできない。第二に、6-13 歳、14-17 歳、18-25 歳と年齢幅を比較的広くとっていることである。思春期は、身体の発達と共に環境も変化し、必要な睡眠時間も変化する可能性がある。第三に、性別を分けて検討していないことである。睡眠時間は性別によって異なることから、睡眠時間と精神的健康度の関係も性別によって異なる可能性がある[78-81,111]。Kaneita らの研究では、日本の思春期中高生の睡

眠時間と精神的健康度の関係について、7-9 時間を底とした U 字型の関係があることを明らかにし、中高生男女全体の推奨睡眠時間を 7-9 時間と考察しているが [78]、性別や年齢(学年)を分けて検討されていなかった。その他の研究でも、精神保健の観点から必要な睡眠時間について、調査データを用いて定量的に解析し、さらに、性別と年齢を別々に検討した研究はない。

そこで、本研究では、精神保健の観点から、思春期の子どもに推奨される睡眠時間を導くことを目的に、睡眠時間と精神的健康度(不安抑うつ)の関係について、精神的健康度が最も高く、不安抑うつを抱える可能性が最も低くなる睡眠時間を、年齢(学年)及び男女別々に検討した。年齢(学年)は、わが国の学校種区分から、中学生(12-15 歳)と高校生(15-18 歳)の2群に分けた。また、就寝時刻のばらつきは、概日リズムの乱れが睡眠の質へ影響を与えること [112]、また睡眠時間と精神的健康度の両方に関係していることから [113,114]、それらの変数を調整変数として影響を考慮して検討するようにした。

第2項　方法

・対象者

2006 年に実施された横断調査 [115] から得られた 19,436 名の中高生のデータを用いた。三重県津市の全ての公立中学校(20 校/20 校)、高知県の公立中学校 25 校(118 校中)、高知県の県立高校 28 校(35 校中)から回答を得た。19,436 名のうち、調査日に 798 名(4.1%)が欠席、388 名(2.0%)が調査に不同意であった。18,250 名(93.9%)が調査に参加した。18,250 名のうち、2,522 名は本研究で用いるデータが欠損していたため除外した。また、睡眠時間を 180 分(3 時間)未満あるいは 720 分(12 時間)よりも長い時間と回答した者(57 名)は除外した。最終的に、男子 7,953 名

(51%)、女子 7,684 名(49%)の合計 15,637 名のデータを用いて解析した。

・調査項目

精神的健康度(不安抑うつ)の評価には、日本語版 General Health Questionnaire-12(GHQ-12)を用いた [116]。GHQ-12 は、不安抑うつ症状を自記式質問紙により評価した [117]。GHQ-12 は、Goldberg によって開発され、その後 15 ヵ国で妥当性・信頼性が検証されている [118]。元々は一般成人を対象に作成されたものであるが、思春期の子どもであっても一般成人と同様の方法で扱うことが可能であることも検証済みである [119-121]。日本人の思春期の子どもでも妥当性・信頼性が保証されている [122]。使用方法は、12 項目の質問それぞれに対し、4つの選択肢(1, 2, 3, 4)で回答させる。(0-0-1-1)点と点数化され、12 点満点である。先行研究では、合計点が 4 点以上であると、「対処を要する不安抑うつの可能性が高い」とされている [78,123]。本研究でも先行研究にならい、4 点以上を「不安抑うつのリスクあり」とした。睡眠時間は、“学校のある日は、何時間何分くらい寝ますか？”の問いに、直接に数値を記入させた。さらに、その時間数を、5.5 時間未満、5.5-6.5 時間、6.5-7.5、7.5-8.5、8.5-9.5、9.5 時間以上の 6 群に分類した。就寝時刻および起床時刻は、”学校のある日は、何時何分に寝ますか？(あるいは、起きますか？)” の問いに、数値を直接記入させた。就寝時刻のばらつきは、”夜、布団やベッドに入る時間帯は同じですか、バラバラですか？”の問いに対し、「1. いつも同じ、2. ほぼ同じ、 3. 時々バラバラ、 4. いつもバラバラ」の 4 つの選択肢から 1 つ選ばせた。4. いつもバラバラの回答を、就寝時刻のばらつきありとした。

・解析方法

睡眠時間、就寝時刻、起床時刻、GHQ-12 のスコアの学年及び性別による違いの有無を、二元配置分散分析を用いて検討した。さらに、ボンフェローニ検定により事後検定を行った。後に行うロジスティック回帰分析及び一般化加法モデルは、対象者属性から中学生と高校生、男子と女子の 4 群に分けて行った。カテゴリー化した睡眠時間(6 区分; 5.5 時間未満、5.5-6.5 時間、6.5-7.5、7.5-8.5、8.5-9.5、9.5 時間以上)と GHQ-12≧4 点の関係は、ロジスティック回帰分析を用いて検討した。なお、従属変数を GHQ-12≧4 点、説明変数を睡眠時間、調整変数を学年と就寝時刻のばらつきとした。基準群は、GHQ-12≧4 点の割合が睡眠時間 6 区分の中で最小であった睡眠時間とした。男子は、中学高校ともに 8.5-9.5 時間、女子は中高ともに 7.5-8.5 時間とした。次に、睡眠時間と GHQ-12 を共に連続値として用いて、GHQ-12 スコアが最小となる睡眠時間を、一般化加法モデル[124]を用いて計算した。学年と就寝時刻のばらつきを調整変数として投入した。解析には、SPSS 及び R を用いた。

・倫理的配慮

本調査は三重大学及び高知大学の倫理審査委員会による審査及び承認を受けて実査された。それぞれの学校での自記式質問紙調査は、学校長の承諾を得て実査された。参加者には「調査への参加は自由意思に委ねられ、参加に不同意であっても当人に不利益は生じないこと」を説明した。質問紙配布、実施、回収は、学校の授業時間内に行われた。実施前に学校の教員は生徒に、「参加は自由意思に委ねられ、無記名で回答すること、回答を教員が見ることはないこと」を説明した。実施された質問紙は、教員が回収し生徒の前で封筒に入れ、封をし、研究者に送付した。

第3項　結果

表27には、平日夜間の睡眠時間、就寝時刻のばらつきの有無、GHQ-12≧4 点を示した。睡眠時間は、中学高校ともに、女子の方が男子よりも短かった（$p < 0.001$）。就寝時刻のばらつきがある生徒の割合は、中学では男子の方が女子よりも高かった（$p < 0.01$）。GHQ-12 スコアと GHQ-12≧4 点を示す生徒の割合は、中学高校ともに、男子より女子で高かった（$p < 0.001$）。

表28には、睡眠習慣と GHQ-12 スコアの学年による変化、および性別による違いを示した。学年が上がるごとに、就寝時刻は遅くなり、また睡眠時間は短くなっていた（$p < 0.001$）。中1から高3にかけて、男子では 7.9 時間から 6.8 時間、女子では 7.5 時間から 6.6 時間に短縮していた。睡眠時間は、全ての学年で、女子の方が男子よりも有意に短かった。起床時刻は、学年によって違いはあるものの（$p < 0.001$）、学年に沿った規則的な変化ではなかった。睡眠時間の短縮や就寝時刻の遅れの変化の大きさは、中学 1 年生から 3 年生までの 2 年間と、高校 1 年生から 3 年生までの 2 年間で異なっており、中学での変化の方が高校での変化よりも大きかった。GHQ-12 スコアでは、男女とも学年による違いがあった（$p < 0.001$）。また、中学 1-3 年と高校 1-3 年で有意に異なり、中学よりも高校で高くなっていた（$p < 0.001$）。

表29には、平日夜間の睡眠時間及び就寝時刻のばらつきの有無ごとの GHQ-12≧4 点の生徒の割合を示した。6群にカテゴリー化した睡眠時間のうち、男子では、中高ともに 8.5-9.5 時間の睡眠をとっている生徒、女子では中高ともに 7.5-8.5 時間の睡眠時間の生徒で、GHQ-12≧4 点である生徒の割合が小さかった。また、就寝時刻のばらついている生徒は、それがない生徒に比べ GHQ-12 スコア 4 点以上の生徒の割合が、中高男女全てのカテゴリーで高かった（$p < 0.001$）。

平日夜間の睡眠時間と GHQ-12≧4 点の関係は、ロジスティック回帰分析を用いて検討した（図

1)。表29より、男子は、中高ともに 8.5-9.5 時間、女子では、中高ともに 7.5-8.5 時間の睡眠であった生徒を基準群とした。男子では中高ともに 7.5 時間未満、女子では中高共に 7.5 時間未満と 8.5-9.5 時間寝ている生徒が基準群と比べて、GHQ-12≧4 点となるリスクが高かった。51.3%～93.8%の生徒が基準群よりも短い睡眠時間であり、基準群よりも長く寝ている生徒は 2.0～13.5%であった(表27)。就寝時刻のばらつきがある生徒は、就寝時刻のばらつきがない生徒よりも、GHQ-12≧4 点となるリスクが高かった(オッズ比の範囲: 1.53-1.75, $p < 0.001$)。

睡眠時間と GHQ-12 スコアの量反応関係は、一般化加法モデルを用いて検討した結果を図2に示した。睡眠時間と GHQ-12 スコアの関係は非線形であり、GHQ-12 スコアが最小になる睡眠時間が存在した。その睡眠時間は、男子では中学生 527 分(8.8 時間)、高校生 512 分(8.5 時間)であった。女子では中学生 481 分(8.0 時間)、高校生 447 分(7.5 時間)であった。それぞれ、GHQ-12 スコアは、男子中学生 1.78 [95%CI: 1.53-2.02]、高校生 2.99 [95%CI: 2.40-3.58]であった。女子では中学生 3.25 [95%CI: 2.96-3.54]、高校生 4.67 [95%CI: 4.08-5.26]であった。

第4項　考察

本研究では、不安抑うつを抱えるリスクを最小にする平日の夜間の睡眠時間を明らかにするために、精神的健康度と睡眠時間の関係を、中高男女別々に検討した。男子では中高ともに、夜間の睡眠時間が、5.5 時間未満, 5.5-6.5 時間, 6.5-7.5 時間, 7.5-8.5 時間, 8.5-9.5 時間, 9.5 時間以上の 6 群のうち、8.5-9.5 時間、女子では中高ともに 7.5-8.5 時間寝ている子どもで、不安抑うつを抱える(GHQ-12≧4)割合が最小であった。さらに、睡眠時間を連続値で扱った解析では、男子では中学で 527 分(8.8 時間)、高校で 512 分(8.5 時間)、女子では中学で 481 分(8.0 時

間)、高校で 447 分(7.5 時間)の睡眠時間で、不安抑うつの程度(GHQ-12 スコア)が最小だった。これらの結果から、また長時間睡眠の不安抑うつへの影響は不明であることから、最適な睡眠時間には個人差はあるものの、男子では約 8.5 時間以上が不安抑うつのリスクを最小にする睡眠時間であると考えられた。この睡眠時間は、National Sleep Foundation(NSF)が推奨する睡眠時間(8.0-10.0 時間)と重なっていた。一方、女子は、男子よりも 1 時間短い 7.5 時間以上が不安抑うつを抱えるリスクが最小と考えられたが、女子の方が男子よりも GHQ-12 スコアが高いこと、また女子の方が男子よりも睡眠時間が短いことから、必要睡眠時間に性差があるかどうかは、検討を要する。

本研究の対象である中高生 15635 名のうち、中学高校、男子女子いずれも半数以上で、本研究で示した必要睡眠時間よりも短い睡眠時間であった。同時に、年齢が上がるとともに睡眠時間が短くなり、必要睡眠時間に満たない子どもの割合が増えていた。思春期の子どもに必要な睡眠時間は、年齢が上がり身体発達が進むとともに短くなる可能性もあるが、睡眠時間の短縮の現状はその程度を超えている可能性がある。生理的に必要な睡眠時間には個人差がある。それは、人種や民族によっても異なる可能性がある [125]。本研究で示された結果をどの程度、一般化可能かどうかは不明だが、本研究の対象者は日本人中高生の大規模サンプルであるため、日本を含めた東アジア諸国には適用することができると考えられる [126-128]。

先行研究によれば、思春期では、短い睡眠時間の子どもでは、不安抑うつが高い [78,79]。本研究でも同様の結果を示した。また、本研究では長時間睡眠と不安抑うつの関係も示した。男子では 9.5 時間以上、女子では 8.5 時間以上寝ている子どもは、それぞれ 8.5-9.5 時間、7.5-8.5 時間寝ている子どもよりも不安抑うつを抱えるリスクが高かった。過去には、長時間睡眠と精神的不調

の関係を示す知見もある [78,129-131]。臨床知見には、双極性障害のうつ層や非定型うつ病の症状の一つとして過眠が生じることがよく知られている [132-134]。しかし、長い睡眠時間が、不安抑うつなどの精神的不調の原因となりうるかどうかは明らかではない。本研究においては、対象者の中で、必要睡眠時間よりも長く寝ている子どもの数が小さく、詳細に検討することができなかった。一方、本研究では、ほとんどの中高生の睡眠時間は必要睡眠時間よりも短いことが明らかとなった。つまり、ポピュレーションアプローチの観点からより多くの人を対象に介入を行うことを考えると、その目的は「睡眠時間を長くすること」であると考えられた。

本研究で示した「不安抑うつリスクが最小の平日夜間の睡眠時間（必要睡眠時間）」は、男子よりも女子で短かった。男子よりも女子で必要睡眠時間が短いかどうかについては、再検討を要する。GHQ-12 スコアの分布は男女で違いがあった。女子では、不安抑うつリスクが最小の平日夜間の睡眠時間である 7.5-8.5 時間寝ている子どもの GHQ-12 スコアの平均値が、中学で 3.39、高校で 4.21 である。一方、男子では、不安抑うつリスクが最小の平日夜間の睡眠時間の 8.5-9.5 時間寝ている子どもの GHQ-12 スコアの平均値が、中学で 2.04、高校で 2.56 であった。また、不安抑うつの程度が最小の平日夜間の睡眠時間での GHQ-12 スコアは、男子では中学で 1.78、高校で 2.99 であった。一方、女子では中学で 3.25、高校で 4.67 であった（図 2）。先行研究においても、GHQ-12 スコアは男子より女子で高く示されるものの [78,135-137]、睡眠時間の精神的健康度（不安抑うつ）に対する影響の大きさは、男女で異なる可能性がある。また、女子の長時間睡眠者（8.5 時間以上）には、不調者も含まれている可能性がある。実際に、男子と女子では、各睡眠時間群における GHQ-12 スコアの分布が大きく異なっている（図 3）。女子の長時間睡眠者では、GHQ-12 スコアが 4-7, 4-9 点の子どもの割合は小さくない。睡眠時間の性差は、国ごと、あるいは民族ごと

に異なる可能性がある。韓国や米国では、日本と同様に男性の方が女子よりも睡眠時間は長い[78,126,127]。一方で、豪国では女子の方がやや長い[99]。さらに、米国での別の研究によると、黒人と白人では女性より男性が長く、アジア人やヒスパニックでは性差がないことが示されている[125]。

本研究の限界を以下に示す。第一に、本研究では横断調査データを用いていることから、睡眠時間と精神的健康度（不安抑うつ）の関係に因果関係を示すことはできない。第二に、睡眠習慣や精神的健康度（不安抑うつ）は、自記式質問紙を用いて聴取したものである。より客観的なアクチグラフ等による測定やインタビューによる聴取を行うことが今後の課題である。精神的健康度（不安抑うつの程度）の評価には、GHQ-12を用いた。GHQ-12は最も広く使われている指標ではあるものの、インタビューによる評価を用いることで、より正確なデータを得ることができる。第三に、睡眠時間について、本研究では平日のみの睡眠時間を用いた。また、その睡眠時間は、就寝時刻のばらつきによって影響を受ける可能性もあった。その他に、社会経済的要因や遺伝要因を特定するための情報は含まれていなかった。本調査や結果は、日本の思春期の子どもを対象としているため、他国や他地域でも同様の結果が得られるかどうかは不明である。さらに、本研究で示した結果は、平均的な思春期の子どもの精神保健の観点から必要な睡眠時間であり、必要な睡眠時間には個人差があることには留意しておく必要がある。また、今回のデータからはその個人差を検討することはできなかった。

本研究は、精神保健の観点から、思春期の子どもに必要な睡眠時間について中高男女別々に検討を行った初めての研究であった。不安抑うつを抱えるリスクを最小にする平日の夜間の睡眠時間は、男子では中高とも、約8.5時間以上が不安抑うつのリスクを最小にする睡眠時間であると考えられた。女子については、中高とも男子よりも1時間短い7.5時間以上が不安抑うつのリスク

が最小であったが、この性差の有無については、さらなる検討を要する。必要な睡眠時間には個人差があるものの、本研究で示した精神保健の観点から中高生に必要な睡眠時間は、学校での精神保健教育及び睡眠教育で十分に活用可能な内容であると考えられる。

表27．中高生の睡眠習慣（睡眠時間と就寝時刻のばらつき）と GHQ-12 スコア (n = 15637)

	中学生		高校生	
	男性	女性	男性	女性
睡眠時間				
5.5 時未満	122 (3.1)	178 (5.1)***[a]	356 (8.8)	483 (11.6)***[a]
5.5 時間以上 6.5 時間未満	350 (8.9)	488 (13.9)	908 (22.6)	1155 (27.6)
6.5 時間以上 7.5 時間未満	1087 (27.7)	1133 (32.3)	1474 (36.6)	1524 (36.5)
7.5 時間以上 8.5 時間未満	1557 (39.6)	1231 (35.1)	1037 (25.8)	820 (19.6)
8.5 時間以上 9.5 時間未満	625 (15.9)	374 (10.7)	170 (4.2)	156 (3.7)
9.5 時間以上	187 (4.8)	99 (2.8)	80 (2.0)	43 (1.0)
就寝時刻のばらつきあり	637 (16.2)	488 (13.9)**[b]	637 (15.8)	694 (16.6)
GHQ-12 スコア ≥ 4 点	1090 (27.7)	1703 (48.6)***[c]	1529 (38.0)	2519 (60.1)***[c]
GHQ-12 スコア (平均 ± 標準偏差)	2.47 ± 2.8	3.82 ± 3.2***[d]	3.16 ± 3.0	4.64 ± 3.2***[d]

[a-d] 性別による違いの検討 (** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, a-c: カイ二乗検定, d: t 検定)
[a] カイ二乗値 = 138.5 and 83.8 in grades 7–9 and 10–12, respectively (df =5).
[b] カイ二乗値 = -7.5 and 0.9 in grades 7–9 and 10–12, respectively (df = 1).
[c] カイ二乗値 = 343.7 and 406.6 in grades 7–9 and 10–12, respectively (df =1).
[d] t 値 (自由度; 中学生 = 7249, t 値=19.6., 高校生 = 8204 t 値=21.9)
GHQ-12; General Health Questionnaire-12.

表28. 学年及び性別による睡眠習慣と精神的健康度の違い[a]

学年		7	8	9	10	11	12	F 値[b] *p* 値 (学年間)	Bonferroni post-hoc test
男性 (n = 7953)		1284	1410	1234	1598	1398	1029		
年齢	歳	12.8 ± 0.39	13.8 ± 0.43	14.7 ± 0.44	15.7 ± 0.46	16.8 ± 0.43	17.7 ± 0.44		
睡眠時間	分	471 ± 68	458 ± 64	434 ± 71	418 ± 69	410 ± 68	406 ± 76	191.9 < 0.001	7>8>9>10>11,12
就寝時刻	時間：分 (n)	22:40 ± 1:05 (1281)	22:59 ± 1:09 (1410)	23:38 ± 1:23 (1232)	23:36 ± 1:04 (1590)	23:47 ± 1:04 (1397)	23:58 ± 1:14 (1029)	238.8 < 0.001	7<8<9,10<11<12
起床時刻	時間：分 (n)	06:36 ± 0:38 (1281)	06:40 ± 0:38 (1408)	06:57 ± 0:42 (1233)	06:37 ± 0:45 (1591)	06:42 ± 0:46 (1394)	06:49 ± 0:49 (1029)	43.2 < 0.001	7,8,10<11<12<9
GHQ-12 スコア		2.27 ± 2.7	2.45 ± 2.7	2.68 ± 2.9	3.22 ± 3.0	3.12 ± 2.9	3.15 ± 3.0	26.1 < 0.001	7,8,9<10,11,12
女性 (n = 7684)		1099	1286	1118	1698	1428	1055		
年齢	歳	12.8 ± 0.39	13.8 ± 0.43	14.7 ± 0.44	15.7 ± 0.46	16.8 ± 0.42	17.7 ± 0.45		
睡眠時間	分	453 ± 68*	436 ± 65*	418 ± 69*	400 ± 67*	397 ± 65*	398 ± 71*	144.5 < 0.001	7>8>9>10,11,12
就寝時刻	時間：分 (n)	22:56 ± 1:07* (1099)	23:18 ± 1:15* (1285)	23:44 ± 1:28* (1114)	23:45 ± 1:03* (1693)	23:48 ± 1:04 (1424)	23:57 ± 1:07 (1053)	123.4 < 0.001	7<8<9,10,11<12
起床時刻	時間：分 (n)	06:32 ± 0:35* (1096)	06:40 ± 0:39 (1282)	06:51 ± 0:34* (1118)	06:31 ± 0:44* (1694)	06:34 ± 0:43* (1427)	06:40 ± 0:42* (1052)	40.9 < 0.001	7,10,11<8,12<9
GHQ-12 スコア		3.59 ± 3.2*	3.89 ± 3.1*	3.97 ± 3.1*	4.65 ± 3.2*	4.76 ± 3.1*	4.48 ± 3.2*	28.7 < 0.001	7,8,9<10,11,12

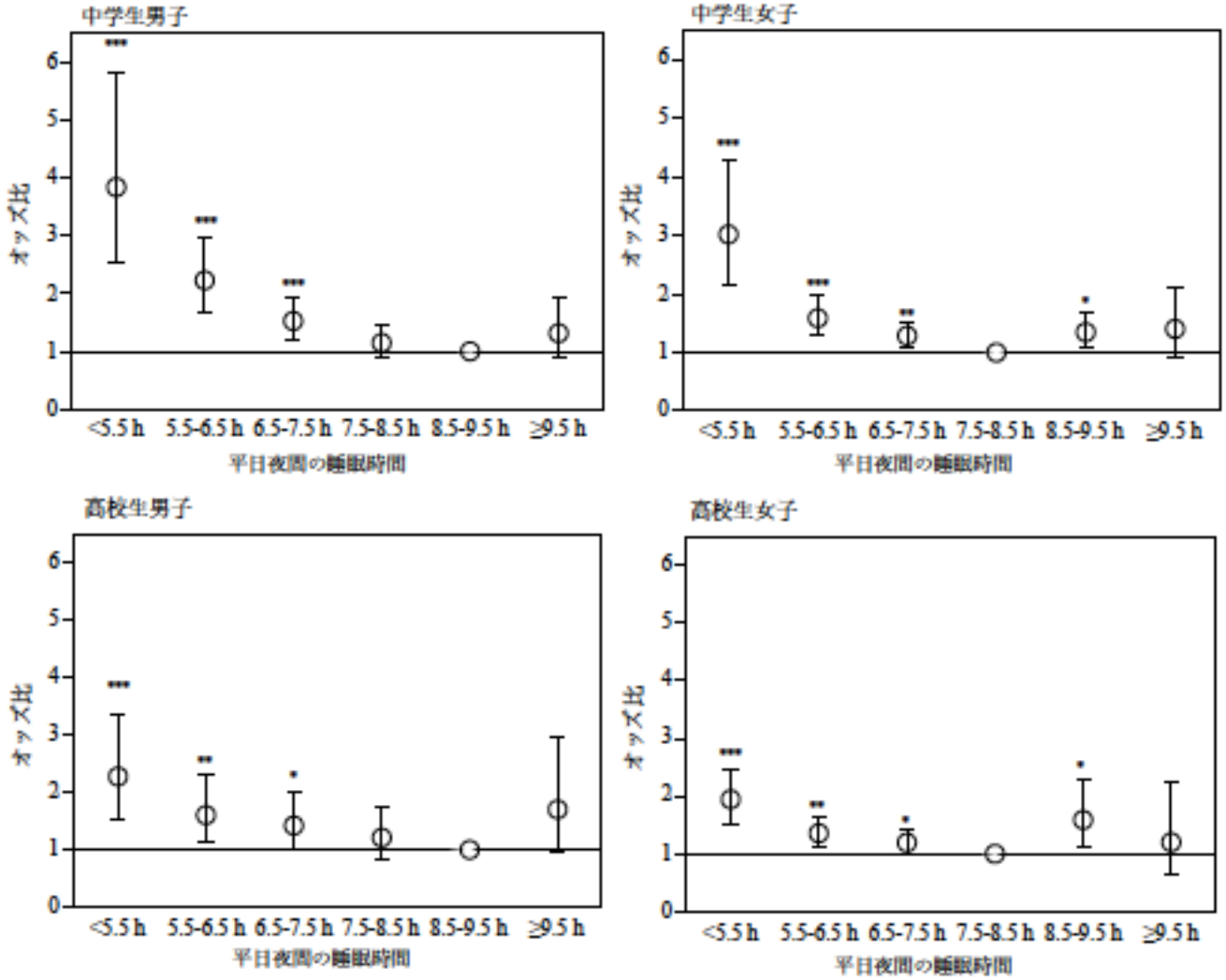
* *性別*により有意に異なることを示す（$p < 0.05$）
[a] 二元配置分散分析（要因: 学年及び性別）[b] df = 5

表29.「各睡眠時間区分」及び「就寝時刻のばらつきの有無」ごとの GHQ-12 ≥ 4 の割合

	中学生		高校生	
	男性	女性	男性	女性
睡眠時間				
5.5 時未満	67/122 (54.9)	126/178 (70.8)	181/356 (50.8)	343/483 (71.0)
5.5 時間以上 6.5 時間未満	140/350 (40.0)	270/488 (55.3)	367/908 (40.4)	718/1155 (62.2)
6.5 時間以上 7.5 時間未満	327/1087 (30.1)	556/1133 (49.1)	551/1474 (37.4)	892/1524 (58.5)
7.5 時間以上 8.5 時間未満	374/1557 (24.0)	519/1231 (42.2)	346/1037 (33.4)	440/820 (53.7)
8.5 時間以上 9.5 時間未満	132/625 (21.1)	182/374 (48.7)	50/170 (29.4)	101/156 (64.7)
9.5 時間以上	50/187 (26.7)	50/99 (50.5)	34/80 (42.5)	25/43 (58.1)
就寝時刻のばらつき				
なし	852/3291 (25.9)***	1412/3015 (46.8)***	1217/3388 (35.9)***	2020/3487 (57.9)***
あり	238/637 (37.4)	291/488 (59.6)	312/637 (49.0)	499/694 (71.9)

*** 就寝時刻のばらつきがあると、GHQ-12 ≥ 4 の子どもの割合が有意に高いことを示す($p < 0.001$, カイ二乗検定)
カイ二乗値, 中学生男子 = 35.0, 中学生女子 = 27.5, 高校生男子 = 38.8, 高校生女子 = 47.2 (df=1).

図 1. GHQ-12≧4 と睡眠時間の関係

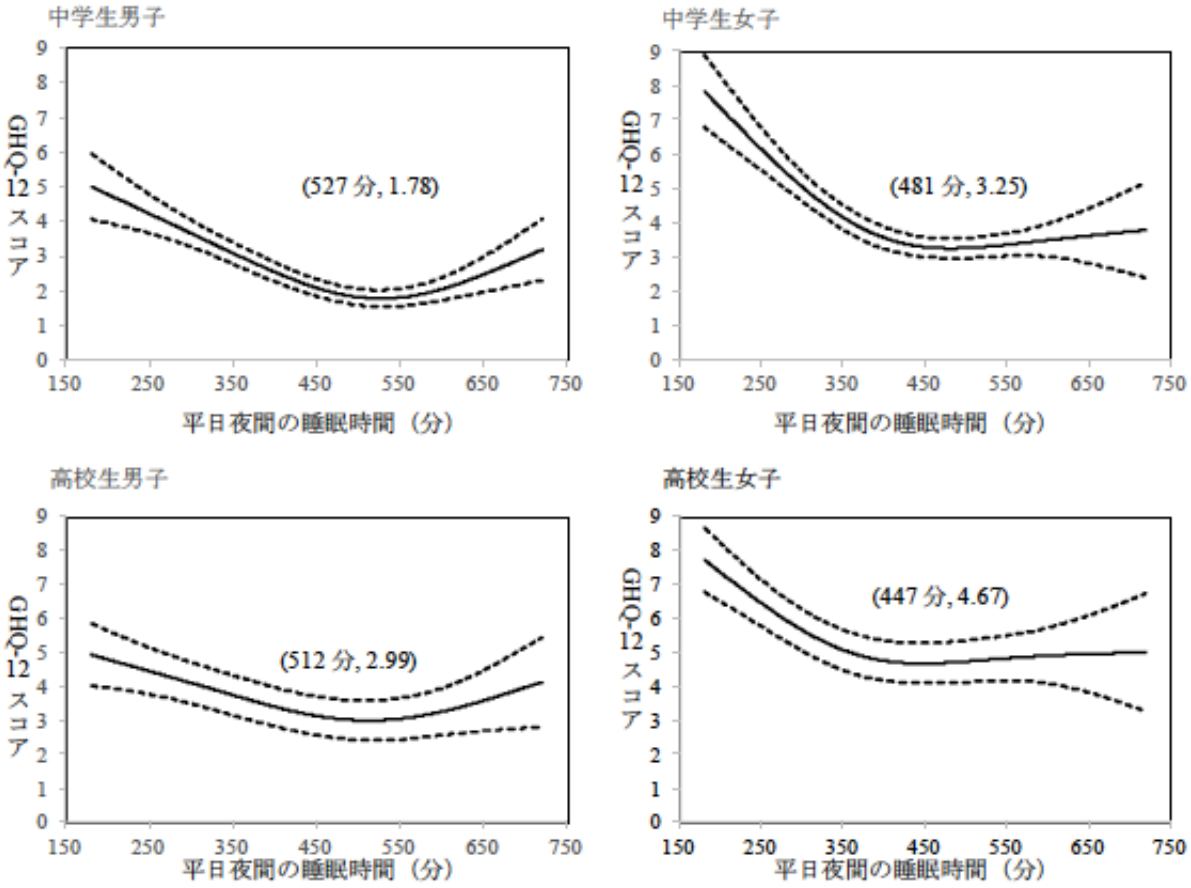


オッズ比: 基準群(男子 8.5-9.5 時間, 女子 7.5-8.5 時間)と比較しての相対リスク

*: 基準群と比べての不安抑うつを抱えるリスク(GHQ-12≧4)が統計学的に有意(p<0.05)に、高いことを示す

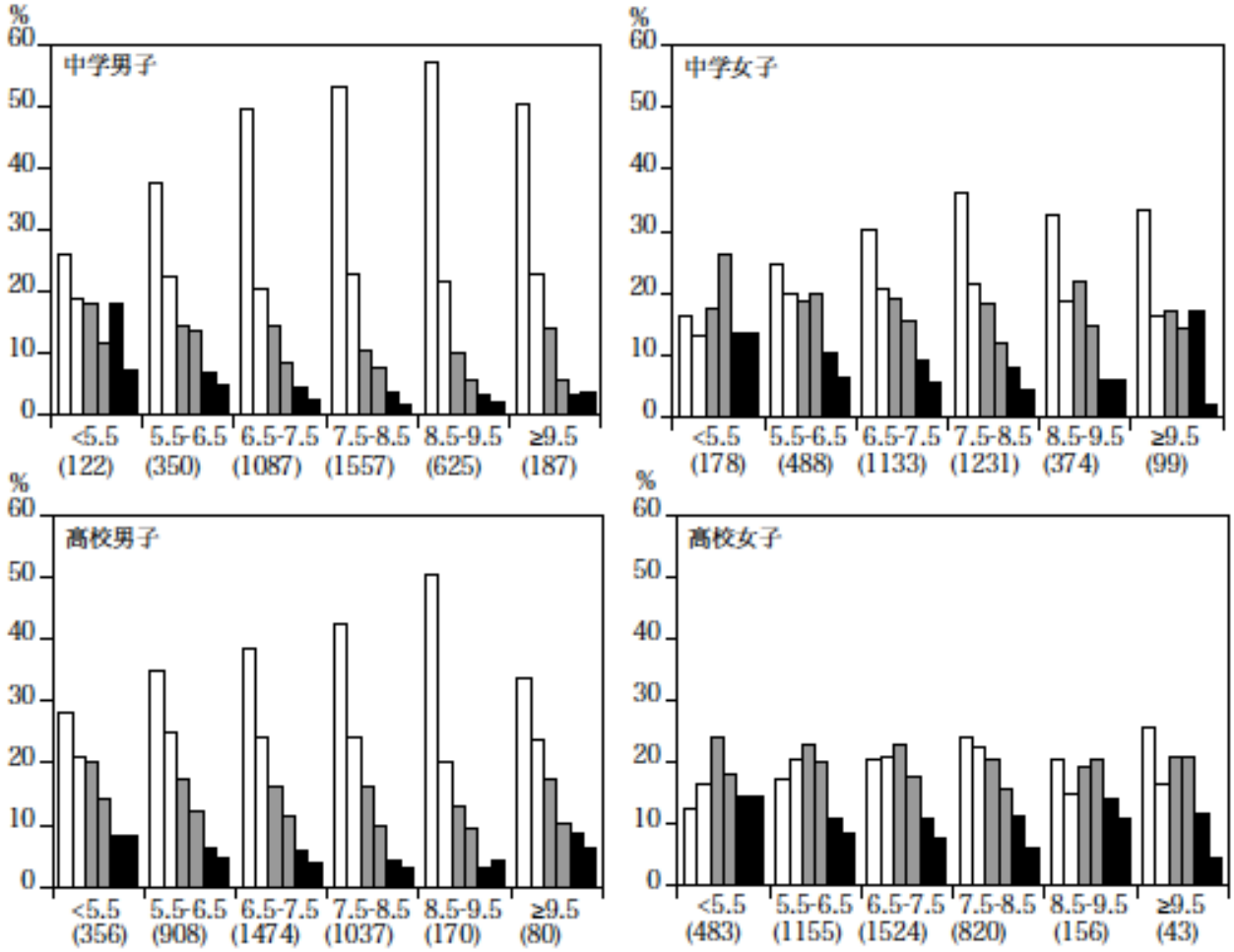
***: p < 0.001, **: p < 0.01, *: p < 0.05

図 2.　GHQ-12 スコアと睡眠時間の量反応関係



図中（　　）内の時間（分）は、不安抑うつの程度（GHQ-12 スコア）が最小になる睡眠時間を示す。
点線は、95%信頼区間を示す

図 3. 睡眠時間ごとの GHQ−12 スコアの分布



GHQ-12 が 0–3 点は白色のバー、GHQ-12 が 4-7 点は灰色のバー、GHQ-12 が 8–12 点は黒色のバーで示す。図中（　　）内は人数を示す。

第6章 総合考察

第1項 研究成果

本研究では、わが国の学校で実施するメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの開発に向け、これまで国内外で行われてきた学校でのメンタルヘルスリテラシー教育に関する系統的レビュー（第1章）、プログラムの作成（第2章）、作成したプログラムの効果検証（第3章）、実施者用トレーニングプログラムの効果検証（第4章）、今後のプログラム改訂のための検討（第5章）を行った。具体的には、まず、プログラム作成のため、国内外で実施されてきた学校メンタルヘルスリテラシー教育プログラムを系統的に文献調査し、効果が得られているプログラムに含まれる内容を抽出した（第2章第1節）。作成したプログラムは、第2章第1節の研究で明らかにした内容を含めつつ、学校でのプログラムの普及・継続性を考慮して、プログラム構成を「短時間」且つ「学校の教員が実施する」ものとした（第2章第2節）。プログラムは視聴覚教材を用いるものとした。初版プログラムでは、授業実施者による講義を中心に授業が進められ、その補足として視聴覚教材を用いた。これでは、授業の実施者によって説明にばらつきが出る可能性があった。また、学校での実施を考えた場合に、現行の保健科目で扱われている内容と関係させる必要があった。そこで、改訂版では視聴覚教材を中心に授業が進められるような構成にし、プログラム内容は、現在の保健体育（小学校では体育）で扱われるその他の項目との関係を考慮し、「生活習慣との関係」に着目し、特に、子どもの生活実態とも関係の強い「睡眠習慣（夜更かしや睡眠不足）と精神的不調の関係」を扱うようにした。さらに、児童生徒がプログラムで扱う「精神疾患とその対処」について、自分に関わる内容として認識できるように、授業の流れを工夫した。作成したプログラムの効果検証として、

まず初版プログラムについて、中学 3 年生を対象に検証を行った（第3章第1節）。改訂版プログラムは、小学 5-6 年生、中学 3 年生、高校 1 年生を対象に検証を行った（第3章第2−4節）。初版・改訂版ともに、いずれの学年でも、「短時間」且つ「学校の教員が実施する」プログラムが、海外でこれまで行われてきたような「長時間かけて」「精神医療の専門家が実施する」プログラムと同様に、子どものメンタルヘルスリテラシー向上に有効であることが示された。第4章では、本プログラムを、学校の教員が自身の学校で実施するためのトレーニングプログラムを作成し、効果検証を行った。作成したトレーニングプログラムが、学校の教員の精神疾患とその対処に関する知識向上とプログラム実施に対する自信の向上に有効であることを示した。第5章では、今後のプログラム改良に向けた検討として、まず、プログラム内容の一部である「精神不調の予防のために、思春期の中高生に必要となる具体的な睡眠時間」を調査データの解析から明らかにした。

第2項　先行研究との比較

欧米諸国を中心に行われてきたプログラムの多くは、子どものメンタルヘルスリテラシー向上に効果的だが、「実施に長時間を要するもの」や「学校外の専門家が実施するもの」、あるいはその両方が求められるプログラムであった。それに対し、本研究では、「短時間」且つ「学校の教員が実施する」プログラムであっても、子どものメンタルヘルスリテラシー向上に効果があることを示した。本プログラムの「短時間」且つ「学校の教員により実施される」という特徴は、授業時間数の制限や適任の専門家が見つからないために、メンタルヘルスリテラシー教育の実施ができないといった問題の解決、つまり学校での普及・継続性及び実施可能性を高める可能性があると考えられる。

先行研究のうち、Pinfold らは、60 分 2 回のメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの効果検証を行っている [32]。このプログラムは、精神疾患とその対処に関する知識向上と精神疾患を持つ人に対する偏見の是正を目的に作成され、視聴覚教材、講義、リーフレットを用いて実施される。また、精神疾患を持つ人に対する偏見の是正のために、精神疾患を持つ当事者との会話も含めている。このプログラムの実施により、知識向上と態度の改善の効果が得られていた。その他にも、Bentham[56] は 50 分 1 回、Sakellari[53] は 90 分 1 回、Chan[47] は 45 分 1 回、Essler[38] は 60 分 1 回のように短時間で実施されるものがあったが、これらは学校外の精神医療の専門家が実施するものであった。一方で、「学校の教員が実施する」プログラムであるが「実施に長時間を要する」ものもあった。学校の教員が実施するメンタルヘルスリテラシー教育プログラムは、Mcluckie[52]、Naylor[40]、Petchers[42]、Rahman[30] らによって効果検証が行われていた。Kutcher[58], Milin[62], Mcluckie[52] では同じプログラムを用いているが、これは 6 つのモジュールで構成されるプログラムを 10-12 時間かけて実施するものであった。Naylor[40] では、60 分 6 回の講義である。Watson[34] では 45 分 8 回、Petchers[42] では 6 回、Skre[55] では 3 日間、Rahman[30] はすべてのプログラムを終了するまでに 4 ヶ月間必要とされていた。これらのプログラムは長時間かけて実施するプログラムであり、その効果は比較的大きいかもしれない。わが国の学校で実施するメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを作成するには、効果と現場での実施可能性のバランスを考慮した上で、検討を進める必要があるが、これらの長時間かけて実施するプログラムでは学校での実施可能性は低いと考えられた。

篁らのプログラム [46] は、日本の学校で実施したものであるが、これは精神科で勤務経験のある看護師が授業を実施するものであった。その内容は、1 年次には「ストレスとこころの病」「こころの相談施設の紹介・説明」「メンタルヘルスに関する相談施設の見学」「体験内容の振り返り」「シャアリ

ング」「当事者との交流プログラム・まとめ」、2 年次は「こころの健康に関する体験学習」、3 年次には「こころの健康に関する体験学習」である。プログラムは比較的長期間、継続的に実施されるものであった。そのプログラムの効果として、精神疾患やその対処に関する知識向上や援助希求行動に対する態度の改善のみでなく、実際の援助希求行動も増加していた。

第3項 本研究の意義

学校の教員がメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施することの意義は大きい。学校の教員は、日頃から子どもの様子を観察しているため、授業実施の前後で配慮が必要な子どもにはケアを行うことができる。さらに、学校の教員がメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの実施者になることで、子どもは学校の教員のことを「精神的不調について相談することができる人と認識する」可能性がある。実際に、第3章第3節で中学生を対象に行った研究では、プログラム実施後に、授業をした教員を相談先として認識した生徒の割合が高まっていた。一方、学校の教員がメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの実施者となるには課題もある。学校の教員は、精神医療の専門家ではなく、また精神疾患を扱う授業をした経験がないため、プログラムを実施するためのトレーニングプログラムが必要である。第4章の研究では、トレーニングプログラム実施が、学校の教員の精神疾患とその対処に関する知識向上と、プログラム実施に対する自信向上に効果があることを確認した。学校に子ども向けメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを導入する際には、学校の教員向けのトレーニングプログラムも合わせて提供する必要がある。海外でも学校の教員がメンタルヘルスリテラシー教育プログラムを実施しているところでは、学校の教員のために「精神疾患とその対処に関する知識」を向上させるための研修が行われている[95]。今後は、トレーニング

プログラムを受講した教員による子どもへのメンタルヘルスリテラシー教育プログラム実施の効果を検証する必要がある。これによって得られる結果は、学校での本プログラムの普及性及び実施可能性を保証すると考えられる。

本プログラムでは、養護教諭に授業実施に関わることを求めた。これは、養護教諭が、学校の常勤職員では唯一、健康・保健の専門家であり、またその職務役割[73]から、メンタルヘルスリテラシーが高いことや、保健室が精神不調時の援助希求先になりうることを想定してのことであった。今後メンタルヘルスリテラシー教育が学習指導要領に導入されれば、その授業実施者は、一般教諭が考えられる。その場合に、一般教諭のメンタルヘルスリテラシーの程度がプログラムの実施可能性や子どもに与える効果に影響すると考えられるが、一般教諭のメンタルヘルスリテラシーの程度を調べた調査はなく、また当然養護教諭とそれを比較した調査・研究はない。第3章で行った一連の効果検証は、養護教諭が実施に関わっており、養護教諭が関わった場合にはプログラムの効果が得られると考えられるが、実施者が一般教諭であっても同様に効果が得られるかどうかはわからない。第4章のトレーニングプログラムが一般教諭に有効かどうかの検討と合わせて、本プログラムの一般教諭による実施可能性についても検討する必要があるだろう。

第4項　今後のプログラム改訂に向けて

本プログラムで扱う内容や実施方法をさらに改訂することで、子供のメンタルヘルスリテラシー向上の効果やその持続性を高める可能性がある。第5章で行った「精神保健の観点から思春期の子どもに必要な睡眠時間」の検討は、プログラムの一部である「睡眠などの生活習慣は精神疾患に関係すること」を、より詳細に扱うために行った検討であった。本プログラムでは、多くの児童生

徒に関係し、現行の保健科目の他の項目との関連を意識し、生活習慣と精神疾患の関係を重点的に扱うようにしたが、この扱い方が最適なのか判断することには注意を要する。学校での「癌教育プログラム」の開発に関する議論を参考にしたい。癌教育のあり方に関する検討会が文部科学省で行われている[138]。がんの発生の原因として生活習慣を強調すぎることで、がんの原因は全て生活習慣であるといった誤解につながる可能性があるとも考えられている。また、生活習慣が不良だと癌になると記憶され、他の病気にもなりうることが忘れられてしまう可能性もある。これは、精神疾患を扱う本プログラムにも言及できることであり、生活習慣と精神疾患の関係を重点的に扱うことで、生活習慣の不良が、精神疾患発症の唯一の原因と誤解させてしまう可能性には注意すべきである。なお、本研究での検証では、そのような誤解が生じているかどうかを検討することはできなかった。

思春期の子どもたちのメンタルヘルスリテラシーがどの程度なのかを知っておくことは、プログラムの内容に何を含めるべきかを検討する上で参考になる。精神疾患の症状をどの程度認識できるのかは、三重と高知で中高生約 2 万人を対象に 2008-2009 年に実施された調査が参考になる[93]。うつ病・統合失調症の症状を示す事例について、それらがきちんと「うつ病」「統合失調症」と認識できるかどうかを問うている。それによればうつ病は 46.7%、統合失調症は 7.5%の子どもが正解をしていた。豪国でも同様の調査が、若者（16-24 歳）を対象に、2011 年に実施されている[95]。この調査によれば、うつ病 76.5%、統合失調症 35.9%の若者が正解していた。この結果から、豪国の対象者の方が日本よりも平均年齢がやや高いことには注意が必要だが、豪国の子どもの方が精神疾患の症状をきちんと認識できていると考えて良いだろう。これは、豪国では既にほとんどの学校にメンタルヘルスリテラシー教育が導入されているためと考えられる。我が国の子どもが、精神

疾患に関して具体的にどのようなことを知っているのかを知るために参考できる調査は行われていない。本研究のプログラム評価におけるプログラム実施前の「精神疾患とその対処に関する知識」に関する回答結果は参考にできるかもしれない。なお、この調査に用いた「精神疾患とその対処に関する知識」を評価する質問項目は、精神科医と保健師が思春期の子供に必要と考えられる内容を含めて作成した。小学生では「体と同じように心にも病気が起きることがあること（正）」「（精神疾患では）頭痛、腹痛、吐き気が起きることがある（正）」では、それぞれ 61.1%, 65.2%と6割以上の子どもが正解していた。中学生高校生では「身体に様々な病気がおこるように、心にも病気（精神疾患）が起こることがある（正）」「夜更かしや睡眠不足は、精神疾患を悪化させる（正）」「いじめ被害は精神疾患を発症する一つの要因である（正）」「気分の落ち込みが続いたり、繰り返し起きる場合にはうつ病の可能性がある（正）」については共通して6割以上の生徒が知っていた。これらの項目については、全員ではないが、多くの子どもが知識として有していると考えられた。しかし一方で、「精神疾患が、一生のうちに一回5人に1人に起きること（正）」を知っている子どもは小学生・中学生・高校生ともに2割未満と少なく、つまり、精神疾患が誰にでも起きることが十分に知られていなかった。このことから、プログラムでは、小中高生に共通して、「精神疾患が誰にでもかかる可能性があり、自身に関係すること」を認識させる必要があることが示唆された。本プログラムでは、特に改訂版プログラムでは、「精神疾患が自身に関係すること」と認識できるようにプログラム内容や流れに作成した。また、プログラム実施後には、それに関する知識はきちんと向上していた。行動変容理論によれば、ある問題を自身にとって重要であると認識することで、行動変容のための態度の改善や意思の向上が期待される [139,140]。つまり、「精神疾患が自身に関係すること」と認識できることで、本プログラムの効果として他の精神疾患とその対処に関する知識、援助希求

行動への態度や援助行動への態度が高まるかもしれない。

その他に、精神疾患の早期発見や適切な対処を促すために子どもに何を教えるべきなのか、精神疾患やその対処について具体的にどんな知識が精神疾患の早期発見や適切な対処を促すかについて検討する必要がある。これまでに、こういったことに言及した研究は数少ないが、そのうちの1つに、Angermeyer が、一般成人を対象にした研究がある。Angermeyer の報告によれば、「精神疾患の生物学的要因に関する知識が高いこと」が、「精神疾患を持つ人に対する否定的な態度」と関係していることを示した [141]。本研究で作成したプログラムでは、「精神疾患は誰にでも起きる可能性があること」として、初版プログラムに含まれた「精神疾患の発症には、遺伝のみでなく環境の影響も大きいこと」の説明が、「精神疾患の生物学的要因に関する知識」にあたる可能性がある。初版プログラムの効果検証の結果からは、この知識を持つ生徒が、精神不調時の援助希求行動や援助行動に否定的な態度を示したかどうかは不明であった。改訂版プログラムでは、この部分を「生涯有病率が約20％であることから、精神疾患は誰にでも起きる可能性があること」を説明するようにした。

国内外で行われてきたメンタルヘルスリテラシー教育プログラムでは、「精神疾患に対する偏見の軽減」を主な目的としているものも多い。本プログラムでの「偏見の是正」に関する内容は、「精神疾患は誰にでも起きる可能性があること」のみであり、今後のプログラム改訂で検討すべき点である。精神疾患に対する偏見の軽減のためには、精神疾患を持つ人々と直接に対話することが、成人の場合には最も有効なアプローチであると考えられている。このアプローチが、思春期の子供にも有効であるかの検証が行われている。Chan ら [47] は、中学3年生を対象に、座学のみのグループ、座学の後に当事者と対話したグループ、当事者と対話した後に座学を行ったグループとで、

プログラム実施から 1 ヶ月後の「精神疾患に関する知識」「精神疾患を持つ人に対する偏見」の程度について比較した。その結果、プログラム実施から1ヶ月後、座学の後に当事者と対話したグループは、座学のみのグループ・当事者との対話の後に座学を行ったグループよりも、知識の程度は高く、偏見も大きく軽減していた。また、座学のみのグループと当事者との対話の後に座学を行ったグループの間に、知識と偏見の程度に差はなかった。この結果は、当事者との対話を座学の後に組み入れることで、プログラムの効果を高められる可能性を示している。しかし、Chan らの研究とやや異なる結果を示したのが、Chisholm らによる研究である。Chisholm ら [63] は、高校生を、座学のみのグループと、座学と精神疾患を持つ患者との直接の対話を合わせてプログラムを実施するグループに分けて、精神疾患に関する教育プログラムの精神疾患に対する偏見に対する効果を検討した。なお、精神疾患を持つ患者との対話は、座学の途中で行われていた。その結果、プログラム実施により、両グループともプログラム実施前と比べて偏見は改善されていたものの、座学のみのグループの方が精神疾患を持つ患者との対話を行ったグループよりも偏見的態度が大きく改善していた [119]。つまり、高校生への精神疾患に関する教育においては、精神疾患を持つ人との対話を含めずに、座学のみで実施する方が有効であることを示すと同時に、精神疾患を持つ人との対話は座学のみで行った授業の効果を弱める可能性があることが示唆している。Chan らの研究と Chisholm らの研究の結果は一致しておらず、思春期の子供において、当事者と対話させることが、精神疾患に対する偏見の軽減に効果があるのかないのかについて結論づけることはできない。結果が一致しなかった理由の1つには、児童生徒と対話する当事者が異なることが考えられる。Thornicroft らも、介入に参加する当事者には、きちんとトレーニングを積ませることが重要と述べている [142]。

その他のアプローチとして、直接の対話ではないが、当事者が自身の生活や経験を語る視聴覚教材は有効かもしれない。Janouskova ら[143]は、当事者が出演するビデオを用いたプログラムの実施が、精神疾患に対する偏見の軽減に有効であることを示している。また、学校での実施可能性を考えても、実際に当事者が授業に参加しなくてはいけないプログラムの普及・継続性は低いが、視聴覚教材であれば、物理的な弊害はないと考えられる。本プログラムの実施方法の特徴の1つに、視聴覚教材を用いることがあった。これは、実施者による効果のばらつきを小さくするために採用したものであったが、本プログラムの効果検証では、初版・改訂版プログラムともに、またいずれの学年でも、視聴覚教材を用いて伝えた内容に関する知識定着の効果が大きかった。実際の授業でも、子どもたちは、この視聴覚教材には特に集中している様子があった。このことから、視聴覚教材を用いることにより、子どもの学習効果を高めることができる可能性があると考えられた。

本プログラムは、小学校は 45 分 1 回、中学・高校は 50 分 2 回の短時間で実施されるものであるが、それだけでは、効果の持続性については限定的な結果であった。篁らのプログラム[44]の特徴は、援助希求行動を促すことを目的とした授業を、毎年、数回ずつ実施したことであったが、この点は、本研究プログラムの効果の持続性を高めるために活用することができるかもしれない。本プログラムのポイントは、「精神的不調や精神疾患は、1. 誰にでも起きること、2. 生活習慣も影響すること-睡眠（夜更かしや睡眠不足）など、3.（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であること」の 3 点であった。また、これらのメッセージに加えて、中高生には「早期発見のために知っておくべき精神疾患の症状」や「友達に精神不調を相談された時の対応」について学習するものであった。篁らのプログラムの特徴を参考にして、学校で定期的に配布される保健便りや、平日は毎日行われるホームルーム等の時間を活用し、定期的に繰り返し、子どもに伝えることで、効果

の持続性が保たれる可能性がある。

第5項 今後の課題

本プログラム実施による、子どもの周囲の大人への波及的効果については、今後検証する必要がある。プログラム実施者としての学校教員向けトレーニングプログラムで扱う内容は、基本的な精神疾患に関する予防とその対処に関するものであるため、トレーニングプログラムを受講することで、教員自身の精神保健向上・精神疾患予防にも有効と考えれる。保護者のメンタルヘルスリテラシーは、子どもの精神的健康度やそれに関する行動に与える影響は大きいと考えられるため、思春期の子どもの精神保健向上を考える上で重要な課題である[87]。このために、本プログラムの実施を活用するとすれば、学校保健委員会や保健だより等を活用することで、子供が学んだ内容が保護者にも伝わり、子供と保護者がメンタルヘルスに対して共通認識を持つ可能性がある。学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムの導入は、学校コミュニティ全体の精神保健向上の可能性が期待される[86]。また、本プログラム実施により子どものメンタルヘルスリテラシーが向上し、学校の教員や保護者などの身近な大人への子どもからの相談が増える可能性がある。この点においても、教員や保護者向けに、子供から相談を受けた際の適切な対処に関する教育プログラムの作成は、今後の重要な課題である。

さらに、学校でのメンタルヘルスリテラシー教育の導入に向けて、学校全体と地域の関係機関の連携の強化が望まれる。全国規模で既に学校でのメンタルヘルスリテラシー教育が行われている国々では、学校全体と地域の関連機関とが連動して活動が進められている。これは教育行政と保健行政の連携によって成り立っている。オーストラリアの MindMatters[16,17] を例にとれば、我が国の

厚生労働省と文部科学省にあたる保健高齢者省と教育労働省が強力な協調関係を維持してプログラムが進められている。わが国においても、学校だけではなく、地域や他機関の連携を実現しうるような体制づくりは、重要な課題である。

第6項 結論

本研究では、従来の学校でのメンタルヘルスリテラシー教育プログラムにはなかった「短時間」且つ「学校外の精神医療の専門家ではく、学校の教職員により実施される」プログラムを作成した。この「短時間」且つ「学校教員が実施する」プログラムは、学校での普及・継続性を含め実施可能性が高いものである。学校へのプログラム導入方法やプログラム内容・実施方法など、今後もさらに検討を続ける必要はあり、また、より厳密且つ学校地域の特徴をマッチさせた比較群を設けた検証デザインを用いた効果検証を続けることが求められるが、本研究の一連の結果から、思春期の子どもの知識向上や態度改善への効果が確認され、またプログラム実施による弊害はほとんどなかったことからも、本プログラムを学校教育に導入することは、思春期の精神保健対策として有効に機能すると考えられる。

第7項 おわりに

現在の我が国の学習指導要領においては、身体と同じように心にも病気があることすら含まれず、メンタルヘルスリテラシー教育が行われていないことは、思春期の子どもの精神保健の現状（不登校、いじめ、自殺等）からは乖離しており、大きな問題であった。精神疾患は国民の約5人に1人がかかる頻度の高い病気であるにも関わらず、「精神疾患」というフレーズをニュースで初めて聞いたという人も少なくない。このような知識不足が精神疾患や精神科医療に対する誤解や偏見に影響している可能性もある。精神疾患が子ども自身に関わることとして、きちんと学校教育の中で扱われ、メンタルヘルスリテラシーが健康な生活を営む為に必要な知識として位置づけられることが望まれる。

参考文献

1. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 2007;6(3):168-176
2. Murray CJL and Lopez, AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global Burden of disease and Injury Series, Vol. 1. Cambridge Harvard University Press,1996.
3. Mathers CD, Loncar D Projections of Global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med, 2006;3(11):e442.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry, 2005; 62(6):593-602.
5. Vanheusden K, Mulder CL, Van DEJ, et al. Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. Patient Education and Counseling, 2008;73(1): 97–104.
6. Perkins DO, Gu H, Boteva K, et al. Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry, 2005;162(10):1785–1804.
7. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. 'Mental health literacy': a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust, 1997;166(4):182-186.
8. Jorm AF. Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. Am Psychol, 2012; 67(3):231-43.
9. 中根允文，吉岡久美子，中根秀之．日本人のメンタルヘルスリテラシー．心のバリアフリーを目指して-日本人にとってのうつ病,統合失調症, pp15-43，勁草書房,東京,2010
10. Joa I, Johannessen Jo, Auestad B, et al. The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. Schizophr Bull, 2007;34(3):466-472.
11. Melle I, Larsen TK, Haahr U, et al. Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. Arch Gen Psychiatry, 2008;65(6):634-640.
12. Hendren R, Weisen RB, Orley J. MENTAL HEALTH PROGRAMMES IN SCHOOLS. WHO/MNH/PSH/93.3 REV.1 1994.
    Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_PSF_93.3_Rev.1.pdf Accessed December 14, 2012
13. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet, 2007; 369(9569):1302-13.
14. Pinto-Foltz MD, Logsdon MC. Conceptual model of research to reduce stigma related to mental disorders in adolescents. Issues Ment Health Nurs, 2009;30(12):788-95.

15. Wei Y & Kutcher S. International school mental health: global approaches, global challenges, and global opportunities. Child Adolesec Psychiatr Clin N AM, 2012;21(1):11-27.
16. MindMatters: Available at: http://www.mindmatters.edu.au/default.asp Accessed December 14,2012
17. 中根允文, 吉岡久美子, 中根秀之. オーストラリアにおける啓発活動と成果. 心のバリアフリーを目指して-日本人にとってのうつ病,統合失調症, 101-121, 勁草書房, 東京, 2010.
18. BeyondBlue. Available at: http://www.beyondblue.org.au/index.aspx Accessed December 14, 2012.
19. Department for Education, UK(DFE). Social and emotional aspects of learning(SEAL) programme in secondary school:national evaluation. 2010. Available at: https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/DFE-RB049.pdf. Accessed December 14, 2012
20. 文部科学省. 諸外国の初等中等教育 School Education Systems in Eight Countries.イギリス, pp40-62, 2002.
21. 国立教育政策研究所. 保健のカリキュラムの改善に関する研究 - 諸外国の動向 -.イギリス, pp31-42, 2004.
22. The Office for Standards in Education, Children's Services and Skills (Ofsted). Personal, social, health and economic education in schools. 2010
23. 小塩靖崇, 股村美里, 佐々木司. 日本におけるメンタルヘルスリテラシー教育. 精神科, 2013;22(1); 12-19.
24. 中根允文,三根真理子. 精神障害に係る Anti-stigma の研究 教科書に見るメンタルヘルス教育~中学校・高等学校の教科書における記載を通して~(1950~2002 年までの「保健体育」教科書調査から). 日本社会精神医学会雑誌, 2013;22(4); 452-473.
25. 学習指導要領データベース作成委員会:学習指導要領データベース. Available at: http://www.nier.go.jp/guideline/index.htm. Accessed December 14, 2012
26. 文部科学省:これまでの学習指導要領の変遷. Available at: http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/idea/1304372.htm. Accessed December 14, 2012
27. 白井有美, 崎川典子, 岡田直大ほか:マインドマターズの概要とスクールマターズ.こころの科学, 2009;143:119-126.
28. 三木とみ子:保健指導及び保健学習、総合的な学習. 養護概説（三訂）, 116-152, ぎょうせい, 東京, 2005
29. Battaglia J, Coverdale J, Bushong C. Evaluation of a Mental Illness Awareness Week program in public schools. Am J Psychiatry, 1990;147(3):324–329.
30. Rahman A, Mubbashar MH, Gater R, et al. Randomised trial of impact of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. Lancet, 1998;352(9133):1022-5.
31. Ng P, Chan K: Attitudes towards people with mental illness. Effects of a training program for secondary school students. Int j Adolesc Med Health, 2002;14(3):215-224.

32. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, et al. Reducing psychiatric stigma and discrimination:evaluation of educational interventions in UK secondary schools. British Journal of Psychiatry, 2003;182:342-6.
33. Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H, et al. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. Acta psychiatr Scand, 2003; 107(2):142-50.
34. Watson AC, Otey E, Westbrook AL, et al. Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. Schizophr bull, 2004;30(3):563-72.
35. Rickwood D , Cavanagh S, Curtis L, et al. Educating Young People about Mental Health and Mental Illness: Evaluating a School - Based Programme. International Journal of Mental Health Promotion, 2004;6:23-32.
36. Pinfold V, Stuart H, Thornicroft G, et al. Working with young people:the impact of mental health awareness programmes in schools in the UK and Canada. World Psychiatry; 2005;4:48-52.
37. Stuart H. Reaching out to high school youth. The effectiveness of a video-based antistigma program. Can J Psychiatry, 2006;51(10):647-53.
38. Essler V, Arthur A, Stickley T. Using a school-based intervention to challenge stigmatizing attitudes and promote mental health in teenagers. J Mental Health, 2006;15:243-250.
39. Spagnolo AB, Murphy AA, Librera LA Reducing Stigma by Meeting and Learning from People with Mental Illness. Psychiatr Rehabil J, 2008;31(3):186-93.
40. Naylor PB, Cowie HA, Walters SJ, et al. Impact of a mental health teaching programme on adolescents. Br J Psychiatry, 2009;194(4):365-70.
41. Pejovi M, Tenjovi L, Popovi S, et al.: Changing attitudes of high school students towards peers with mental health problems. Psychiatr Danub, 2009;21(2): 213-219.
42. Petchers MK, Biegel DE, Drescher R. A video-based program to educate high school students about serious mental illness. Hosp Community Psychiatry, 1988;39(10): 1102-3.
43. Esters IG, Cooker PG, Ittenbach RF. Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. Adolescence, 1998;33(130): 469-76.
44. Desocio J, Stember L, Schrinsky J. Teaching children about mental health and illness: a school nurse health education program. J sch Nurs, 2006;22(2):81-6.
45. Pitre N, Stewart S, Adams S, et al. The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness. J Mental Health, 2007;16(3): 415-429.
46. 篁宗一. 援助希求行動促進による早期介入を目的とした中学生の精神保健教育プログラムの効果評価. 博士論文, 東京大学. 2009.
47. Chan JY, Mak WW, Law LS. Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: "The Same or Not the Same" anti-stigma program for secondary school in Hong Kong. Soc Sci Med, 2009;68(8): 1521-6.
48. Swartz KL, Kastelic EA, Hess SG, et al. The effectiveness of a school-based adolescent depression education program. Health Educ Behav, 2010;37(1): 11-22.

49. Ventieri D, Clarke DM, Hay M. The Effects of a School-Based Educational Intervention on Preadolescents' Knowledge of and Attitudes towards Mental illness. Advances in School Mental Health Promotion, 2016;4:3, 5-17.
50. Wahl OF, Susin J, Kaplan L, et al. Changing Knowledge and Attitudes with a Middle School Mental Health Education Curriculum. Stigma Res Action. 2011;1(1):44-53.
51. 佐藤修哉，内田知宏，高橋由佳．高校生のメンタルヘルスリテラシーおよび相談意欲の向上を目的とした介入の効果の検討．東北大学大学院教育学研究科研究年報.2014;第62集・第2号.
52. McLuckie A, Kutcher S, Wei Y, et al. Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. BMC Psychiatry, 2014;14:379.
53. Sakellari E, Sourander A, et al. The impact of an educational mental health intervention on adolescents' perceptions of mental illness. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2014;21(7): 635-41.
54. Ruble AE, Leon PJ, Gilley-Hensley L, et al. Depression knowledge in high school students: Effectiveness of the adolescent depression awareness program. J Affect Disord, 2013;150(3):1025-1030.
55. Skre I, Friborg O, Breivik C, et al. A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. BMC Public Health, 2013; 13:873.
56. Bentham C, Daunt A, Taylor C, et al. Mental health workshops delivered by medical students in Cambridge secondary schools: an evaluation of learning. Psychiatr Daub, 2013; Sep;25 Suppl 2:S224-30.
57. 肥田乃梨子，石川信一，高田みぎわ．メンタルヘルスリテラシーへの介入プログラムの実践 -中学校におけるパイロット・スタディ- 心理臨床科学, 2015, vol5, No.1 pp35-45.
58. Kutcher S, Wei Y, Morgan C. Successful Application of a Canadian Mental Health Curriculum Resource by Usual Classroom Teachers in Significantly and Sustainably Improving Student Mental Health Literacy. Can J Psychiatry, 2015;60(12):580-6.
59. Ojio Y, Yonehara H, Taneichi S, et al. Effects of school-based mental health literacy education for secondary school students to be delivered by school teachers: A preliminary study. Psychiatry Clin Neurosci. 2015; 69(9): 572-9.
60. Hart LM, Mason RJ, Kelly CM, et al. "teen Mental Health First Aid": a description of theprogram and an initial evaluation. Int J Ment Health Syst, 2016;19;10:3.
61. Vila-Badia R, Martinez-Zambrano F, Arenas O, et al. Effectiveness of an intervention for reducing social stigma towards mental illness in adolescents. World J Psychiatry, 2016; 22;6(2):239-47.
62. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, et al. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial. J AM Acad Child Adolesc Psychiatry, 2016;55(5):383-391.

63. Chisholm K, Patterson P, Torgerson C, et al. Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: the SchoolSpace cluster randomized controlled trial. BMJ Open, 2016; 19;6(2):e009435.
64. Kelly CM, Jorm AF, Wright A.: Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. MJA, 2007;187:26-30.
65. KidsMatter: Available at: http://www.kidsmatter.edu.au Accessed December 14,2012
66. Kutcher SP, McLuckie A for the Child and Youth Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada. Evergreen:A child and youth mental health framework for Canada. Calgary, Alberta(Canada):Mental Health Commission of Canada, 2010
67. Wei Y, Kutcher S, Szumilas M:"Comprehensive School Mental Health: An integrated "School-Based Pathway to Care" model for Canadian secondary schools". McGill J Edu, 2011;46:213-229.
68. 国立教育政策研究所:保健のカリキュラムの改善に関する研究 - 諸外国の動向 -.アメリカ合衆国, 2004;3-30.
69. The Centers for Disease Control and Prevention's Division of Adolescent and School Health. Available at: http://www.cdc.gov/healthyyouth/cshp/index.htm Accessed December 14, 2012
70. Wei Y, Hayden JA, Kutcher S, et al.: The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. Early Intervention in Psychiatry, 2013;7(2):1-13.
71. Han SS and Weiss B. Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs. J. Abnorm. Child Psychol, 2005; 33(6): 665-679.
72. Santor DA and Bagnell AL. Maximizing the uptake and sustainability of school-based mental health programs: Commercializing knowledge. Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. AM. 2013; 21(2): 81-92.
73. 三木とみ子: 保健指導及び保健学習. 総合的な学習. 養護概説（三訂）. ぎょうせい. 東京. 2005.
74. 厚生労働省 こころもメンテしよう～若者を支えるメンタルヘルスサイト～, Available from URL: http://www.mhlw.go.jp/kokoro/youth/movie/b/index.html.
75. 文部科学省. 小学校学習指導要領解説体育編, 2008. http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/afieldfile/2011/01/19/1234931_010.pdf (2016 年 2 月 18 日 9 時 04 分)
76. 文部科学省. 中学校学習指導要領解説保健体育編, 2008. http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/afieldfile/2011/01/21/1234912_009.pdf (2016 年 2 月 18 日 9 時 02 分)
77. 文部科学省. 高等学校学習指導要領解説保健体育編, 2009. http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/afieldfile/2011/01/19/1282000_7.pdf (2016 年 2 月 18 日 9 時 01 分)
78. Kaneita Y, Ohida T, Osaki Y, et al. Association between mental health status and sleep status among adolescents in Japan: a nationwide cross-sectional survey. J Clin Psychiatry 2007;68(9):1426–35.

79. Roberts RE, Duong HT. The prospective association between sleep deprivation and depression among adolescents. Sleep 2014;37(2):239–44.
80. Fitzgerald CT, Messias E, Buysse DJ. Teen sleep and suicidality: results from the youth risk behavior surveys of 2007 and 2009. J Clin Sleep Med, 2011;7(4):351–6.
81. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. Sleep Med, 2014;15(2):248–54.
82. Yamaguchi S, Mino Y, Uddin S. Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: A narrative review of educational interventions. Psychiatry Clin. Neurosci. 2011; 65(5): 405–415.
83. 大山建司．思春期とジェンダー，生物学的立場から: 思春期の成長と性差．思春期学, 2002; 20: 221-226.
84. Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand. WHO-Five Well-being Index (WHO-5). http://www.who-5.org/ Accessed Sep 23, 2016.
85. Awata S, Bech P, Yoshida S, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. Psychiatry Clin Neurosci, 2007; 61(1):112-119.
86. Heaney CA and Israel BA. Social Networks and Social Support, In K Glanz, BK Rimer, and K Viswanath (Eds.), Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (4th ed., pp.189-210). San Francisco: Jossey-Bass, 2008.
87. Rüsch N, Evans-Lacko SE, Henderson C, Flach C, Thornicroft G. Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. Psychiatr. Serv. 2011; 62(6): 675–678.
88. Clement S, Schauman O, Graham T et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med. 2015;45(1): 11–17.
89. Santor DA, Poulin C, LeBlanc JC, Kusumakar V. Online health promotion, early identification of difficulties, and help seeking in young people. J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry, 2007;46(1): 50–9.
90. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. BMC Psychiatry,2010;10:113.
91. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. Lancet, 2009; 373(9661); 408-15.
92. Ando S, Yamaguchi S, Aoki Y, Thornicroft G. Review of mental-health-related stigma in Japan. 2013; 67(7); 471-82.
93. 下寺信次，西田淳志，佐々木司．高校生のこころとからだの健康アンケート. 2009.
94. Reavley NJ and Jorm AF. National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. 2011.
95. Kutcher S, Wei Y, McLuckie A, Bullock L. Educator mental health literacy: a programme evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. Adv Sch Ment Health Promot, 2013; 6(2); 83-93.

96. Yap MB, and Jorm AF. Young people's mental health first aid intentions and beliefs prospectively predict their actions: finding from an Australian National Survey of Youth. Psychiatry Res, 2011; 196(2-3); 315-319.
97. National Sleep Foundation [NSF]. How Much Sleep Do We Really Need? Available at: http://sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need. Accessed May 21, 2015.
98. Olds T, Maher C, Blunden S, Matricciani L. Normative data on the sleep habits of Australian children and adolescents. Sleep 2010;33(10):1381–8.
99. Carskadon MA. Sleep in adolescents: the perfect storm. Pediatr Clin North Am 2011;58(3):637–47.
100. Maslowsky J, Ozer EJ. Developmental trends in sleep duration in adolescence and young adulthood: evidence from a national United States sample. J Adolesc Health 2014;54(6):691–7.
101. National Sleep Foundation. 2006 Sleep in America Poll, Summary of findings. http://sleepfoundation.org/sleep-polls-data/sleep-in-america-poll/2006-teens-and-sleep. Accessed August 5, 2014.
102. Ohida T, Osaka Y, Doi Y, et al. An epidemiologic study of self-reported sleep problems among Japanese adolescents. Sleep 2004;27(5):978–85.
103. Olds T, Blunden S, Petkov J, Forchino F. The relationships between sex, age, geography and time in bed in adolescents: a meta-analysis of data from 23 countries. Sleep Med Rev 2010;14(6):371–8.
104. Matricciani L, Blunden S, Rigney G, Williams MT, Olds TS. Children's sleep needs: is there sufficient evidence to recommend optimal sleep for children? Sleep 2013;36(4):527–34.
105. Adolescent Sleep Working Group; Committee on Adolescence; Council on School Health. School start times for adolescents. Pediatrics 2014;134(3)642–9.
106. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. Lancet 2012;379(9820):1056–67.
107. Hankin B, Abramson L, Moffitt T, et al. Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. J Abnorm Psychol 1998;107(1):128–40.
108. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN, Gotlib IH. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. Am J Psychiatry 2000;157:1584–91.
109. Public Health Group. Victorian burden of disease study: mortality and morbidity in 2001. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services, 2005.
110. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. Sleep Health 2015; 1(1):40–3.
111. Watson NF, Badr MS, Belenky G, et al. Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: Methodology and Discussion. Sleep 2015; 1;38(8):1161–83.

112. Jiunn-Horng Kang, Shih-Ching Chen. Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality, daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan. BMC Public Health 2009;9:248.
113. Li S, Zhu S, Jin X, et al. Risk factors associated with short sleep duration among Chinese school-aged children. Sleep Med 2010;11(9):907–16.
114. Lung HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. J Adolesc Health 2010; 46(2):124–32.
115. Kinoshita Y, Shimodera S, Nishida A, et al. Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. Schizophr Res 2011;126(1-3):245–51.
116. Doi Y, Minowa M. Factor structure of the 12-item General Health Questionnaire in the Japanese general adult population. Psychiatry Clin Neurosci 2003;57:379–83.
117. Goldberg DP, Rickels K, Downing R, Hesbacher P. A comparison of two psychiatric screening tests. Br J Psychiatry 1976;129(1):61–7.
118. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychol Med 1997;27(1):191–7.
119. Tait RJ, French DJ, Hulse GK. Validity and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. Aust N Z J Psychiatry 2003;37(3):374–81.
120. Baksheev GN, Robinson J, Cosgrave EM, Baker K, Yung AR. Validity of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) in detecting depressive and anxiety disorders among high school students. Psychiatry Res 2011;187(1-2):291–6.
121. Banks MH. Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. Psychol Med 1983;13(2):349–53.
122. Nakagawa Y, Daibo I. Validity and reliability of the Japanese versions of General Health Questionnaire and their clinical use. National Institute of Mental Hygiene (Tokyo), 1981.
123. Matamura M, Tochigi M, Usami S, et al. Associations between sleep habits and mental health status and suicidality in a longitudinal survey of monozygotic twin adolescents. J Sleep Res 2014;23(3):290–4.
124. Hastie T, Tibshirani R. Generalized additive models. Stat Sci 1986;1(3):297–318.
125. Organek KDM, Taylor DJ, Petrie T, et al. Adolescent sleep disparities: sex and racial/ethnic differences. Sleep Health 2015;1(1):36–9.
126. Munezawa T, Kaneita Y, Osaki Y, et al. The association between use of mobile phones after lights out and sleep disturbances among Japanese adolescents: a nationwide cross-sectional survey. Sleep 2011;34(8):1013–20.
127. Lee YJ, Cho SJ, Cho IH, Kim SJ. Insufficient sleep and suicidality in adolescents. Sleep 2012;35(4):455–60.
128. Chen T, Wu Z, Shen Z, et al. Sleep duration in Chinese adolescents: biological, environmental, and behavioral predictors. Sleep Med 2014:15(11):1345–53.
129. Watson NF, Harden KP, Buchwald D, et al. Sleep duration and depressive symptoms: a gene-environment intervention. Sleep 2014;37(2):351–8.
130. Van Mill JG, Vogelzangs N, van Someren EJ, et al. Sleep duration, but not insomnia, predicts

the 2-year course of depressive and anxiety disorders. J Clin Psychiatry 2014;75(2):119–26.
131. Liu X, Buysee DJ, Gentzler AL, et al. Insomnia and hypersomnia associated with depressive phenomenology and comorbidity in childhood depression. Sleep 2007;30(1):83–90.
132. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
133. Singh T, Williams K. Atypical depression. Psychiatry 2006;3(4):33–9.
134. Dauvilliers Y, Lopez R, Ohayon M, Bayard S. Hypersomnia and depressive symptoms: methodological and clinical aspects. BMC Med, 2013,11:78.
135. Marinoni A, Degrate A, Villani S, et al. Psychological distress and its correlates in secondary school students in Pavia, Italy. Eur J Epidemiol 1997;13(7):779–86.
136. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, et al. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158(8):760–5.
137. Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Risk for depression: 6-year follow-up of Finnish adolescents. J Affect Disord 2003;77(1):41–51.
138. 文部科学省.「がん教育」の在り方に関する検討会（第 3 回）, 2014 年. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/sports/022/shiryo/1355387.htm (2017 年 1 月 29 日 7 時 18 分)
139. Azjen I, Driver BL. Prediction of leisure participation from behavioral, normative, and control beiefs: an application of the theory of planed behavior. Leisure Science, 1991;13:185-204.
140. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983;51 (3):390-395.
141. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. Br J Psychiatry 2011; 199(5):367-72.
142. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. Lancet, 2016; 387(10023): 1123-32.
143. Janouskova M, Tuskova E, Weissova A, et al. Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? systematic review. Eur Psychiatry, 2016; 41:1-9.

参考資料

1．初版プログラム
・ 学習指導案
・ ワークシート
・ アニメ教材ストーリー概要
・ 教授用指導書

2．改訂版プログラム
1) 小学生用プログラム
・ 学習指導案
・ ワークシート
・ アニメ教材ストーリー概要（精神保健リテラシー教育アニメ（1））

2) 中学生用プログラム
・ 学習指導案
・ ワークシート
・ アニメ教材ストーリー概要（精神保健リテラシー教育デジタル紙芝居）

3) 高校生用プログラム
・ 学習指導案
・ ワークシート
・ パワーポイントスライド

4) 改訂版プログラム教授用指導書

1. 初版プログラム

・　学習指導案

『こころの健康』学習指導案

対象: 中学３年生

（１）授業目的

こころの病気について理解し、こころの不調が起きたとき、一人で抱え込まず相談出来るようにする。

（２）準備するもの

学習指導案、指導用資料、生徒用配布資料、授業前後質問紙

（３）授業展開

指導項目	実施者がすること	使用するもの
授業目的・注意事項の確認 授業前質問紙実施 （10 分）	授業目的と注意事項の説明 授業前用質問紙を配り、10 分程度で記入させる。 終了後回収する。	指導用資料① 授業前質問紙
①こころの病気についての知識を身につけよう（15 分）		
こころの病気は様々な種類がある	授業前アンケート結果を伝える。 その他のこころの病気をいくつかあげて、今回は統合失調症とうつ病を取り上げることを伝える。	指導用資料①
こころの病気は誰でもかかりうる病気である	こころの病気は誰でもかかりうる病気であることを説明する。 生徒への質問、挙手を求める 「こころの病気は、一生のうちに一回何人のうち１人がかかる割合でしょうか？」 黒板に正解『５人に１人』を書く。 生徒には配布資料の空欄に記入させる。	指導用資料②

こころの病気は思春期に起こりやすく、生徒達に身近な問題である	こころの病気は思春期に起こりやすく、生徒達に身近な問題であることを説明する。 『75%は 24 歳。思春期』を黒板に書く。 生徒には配布資料の空欄に記入させる。	指導用資料②
こころの病気は複数の要因が積み重なって起きる	こころの病気は複数の要因が積み重なって起きることを説明する 指導用資料③の簡略図を黒板に書き説明する。 生まれつき発症が決まっているわけではないこと。日常生活で受けるストレスが大きく影響していることを話す。	指導用資料③
身体的な不調がこころの不調のサインである	身体の不調（体のだるさ、下痢、吐き気、不眠）がこころの不調と関係していることを説明する。自分の身体の調子の変化に気を配ることの大切さを話す。 睡眠などの生活習慣を整えることが、病気の予防や症状の改善に役立つことを話す。	指導用資料③
こころの病気への誤解が治療の妨げになる	こころの病気への誤解が病気の発見や治療の妨げになることを説明する。指導用資料④から誤解例を３つ挙げて、これまでに扱った内容からその誤解を指摘して正しい認識に修正する。	指導用資料④
こころの病気は早くに発見し、適切な治療を始めることが大切	こころの病気は適切な治療により回復しうること、治療が遅れることでの弊害を説明する。 こころの病気の早期発見・治療開始の重要性を認識させる。	指導用資料④

思春期に出現しやすい代表的なこころの病気を学ぼう（うつ病・統合失調症）　（DVD4 分＋説明 6 分）×２		
DVD を見てうつ病を学ぶ うつ病で現れる特徴的な症状 うつ病に早く気づくために	うつ病の事例 DVD を見ながら、配布資料の空欄を埋めるよう説明する。 DVD の事例を振り返り、配布資料の空欄への解答を黒板に書きながら、うつ病の特徴的な症状を確認する。 抑うつ症状が長期間続くこと、これまでできていたことがなかなかできないこと、身体症状として現れやすいことをうつ病のサインであることを説明する。 適切な治療を早めに行なうことが大切であることを話す。	厚生労働省 DVD ワークシート 指導用資料⑤
DVD を見て統合失調症を学ぶ 統合失調症で現れる特徴的な症状 統合失調症に早めに気づくために １時間目のまとめ もし、友達から相談を受けたら…	統合失調症の事例 DVD を見ながら、配布資料の空欄を埋めるように説明する。 DVD に事例を振り返り、配布資料の空欄への解答を黒板に書きながら、統合失調症の特徴的な症状を確認する。症状によって、現実と非現実の境目が曖昧になり、自分では病気と認識しにくいことを説明する。 統合失調症の初期症状として現れやすいものを説明する。 早めに治療することで症状が重くなりにくいこと、早期発見早期治療が予後に大きく影響することを伝える。 こころの病気の知識について要点を振り返る こころの不調で苦しんでいる友達に相談された場合の対応として、良い例、悪い例を示す。 ２時間目は、『精神科の診療について知ろう』をテーマに行うことを話して授業を終了する。	指導用資料⑥ 指導用資料⑦

＜２時間目＞ 精神科の診療について知ろう（15 分）		
精神科医療についてイメージを描けるようにする	こころの病気を専門に診ているところ、診療科名（精神科、精神神経科、心療内科、…）を挙げて様々だが、同じ精神科診療をしていることを説明する。 診療施設のイメージを描けるようにするために、待合室、診察室の写真（配布資料）を見せる。静か、個人情報は守られているなどを伝え、他の診療科と変わらないことを説明する。	指導用資料⑧
どのように診療しているのか	こころの病気をどのように診療しているのか説明する。 配布資料のイラストを見せながら説明する。 精神科医が国際的なルールに基づいて、こころの病気を診断していること、血液検査や脳画像検査がこころの病気の診断に役立つことを説明する。他の診療科と大きく違いはないことを理解させる。	指導用資料⑨
治療への誤解を訂正する	精神科医療における治療への誤解を示し、一つずつ訂正する。 配布資料のイラストを見せながら説明する。	指導用資料⑨
どんな治療をしているのか	こころの病気の治療について説明する 薬物治療とカウンセリングでの治療が中心であることを説明。 薬物治療について詳しく説明することを話す。 写真を使ってこころの病気に効果的な薬には様々な種類があることを示す。 主に統合失調症で使われる抗精神病薬について説明する。統合失調症の症状を振り返る。配布資料のイラストを見せ、抗精神病薬の作用について説明する。黒板には簡単なイメージ図を書く。	指導用資料⑩

グループワーク１ 自分がもしこころの病気にかかったとしたら、自分の調子をどのような観点でチェックしたらよいと考えますか？また具体的にどのように対処しますか？（6 分＋説明４分）		
こころの病気によって現れる症状を確認する	グループワークのテーマを説明し、グループワークを始める。終了後、グループから代表者１名が発表する。 発表者の意見をまとめ、指導用資料から要点を補足して説明をする。	指導用資料⑩
グループワーク２ 友達や知り合いの人がこころの病気になったとしたら、あなたはどうしますか？（6 分＋説明４分）		
家族、教員、養護教諭に相談して、早く専門家につながるようにする	グループワークのテーマを説明し、グループワークを始める。終了後、グループから代表者１名が発表する。 発表者の意見をまとめ、指導用資料から要点を補足して説明をする。	指導用資料⑪
授業後質問紙実施（10 分）		
授業後質問紙を実施する	質問紙を配布して記入させる	質問紙

1. 初版プログラム

・ワークシート

３年生　保健　『こころの健康』　資料１-1

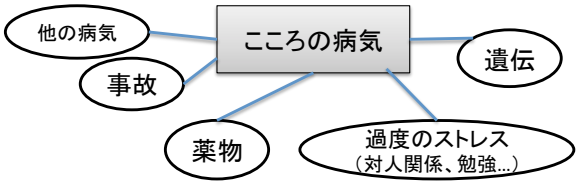
「こころの健康」授業

こころの病気について知ろう！

＜「こころの病気」と聞くと何か特別な病気だと思っていませんか？＞

実は・・・生涯で（　　）人に1人がこころの病気にかかるといわれています。
さらに…（　　期）は、こころの病気の発症がとても多い時期であるということが知られています。

＜こころの病気は様々なことが積み重なって起きます＞



＜体の不調もこころの不調のサイン？？＞

こころの病気は体のだるさ、下痢、吐き気や、夜なかなか眠れないといった体の不調を引き起こすこともあります。
また、生活習慣を改善することで病気の予防、症状の改善が可能です。

＜こんな誤解していませんか？＞

こころの病気って治療しても治りにくいんでしょ？

あいつ性格悪いからこころの病気になるんだよ。

こころの病気になるなんて精神力が弱いのかな。
もっと我慢しなきゃ。

このような誤解は、相談や治療の妨げになります。
こころの病気を正しく理解することで、精神不調に陥ったとき、友達から精神不調を相談されたときに適切な行動をとれるようになりましょう。

<u>こころの病気は、適切な治療によって回復しうる病気であり、もしも不調に陥ったらなるべく早く治療をすることが大事です！</u>

代表的な思春期のこころの病気を知ろう！

こころの病気についてのビデオを見ながら空欄を埋めてみましょう。

うつ病

うつ病の代表的な症状は、（　　）、（　　）、（　　）

体の不調として、

（　　）、（　　）、（　　）、（　　）、

が現れることも多い。

統合失調症

統合失調症の代表的な症状は、

・実際には聞こえるはずのない声や音が聞こえる、（　　）

・嫌がらせをされている、自分の噂をされていると思い込むなどの（　　）

その他に

会話や行動のまとまりがなくなる、自分が他者に操られている気がする

などの症状がある。

うつ病も統合失調症も治療によって回復する病気です。

もし、このような症状を経験したら早めに周りの人に相談するか、専門機関を受診しましょう。

もし、友達から相談をうけたら・・・・

―「最近だるくて、なんもやる気が起きないんだ。」

うつ病では、「もうちょっと我慢して頑張ってみよう」、「ただ怠けているだけじゃないの」という言葉がさらに友達を苦しめることになってしまいます。

―「誰もいないはずなのに声が聞こえるんだけど。」

統合失調症では、幻覚や妄想も自身にとっては現実と同じように感じられるので、なかなか相談するのが難しい病気です。特殊な症状でもあるので、知らないとなかなか信じてもらえないかもしれません。

自分や友達がこころの病気にかかった時などに、適切な対処ができるように、こころの病気について学び、正しく理解しましょう。

３年生　保健　『こころの健康』　資料2-1

＜実際に、精神科の診療では何をしているか知っていますか？＞

ーこころの不調に陥った時、どこに行ったらいいの？
こころの不調、病気を専門的に見てくれる人のところに行きましょう。

「精神科」「精神神経科」「心療内科」「メンタルクリニック」などなど

ーどんなところでしょうか？
実際にある、こころの病気の診療施設を見てみましょう

待合室

診察室

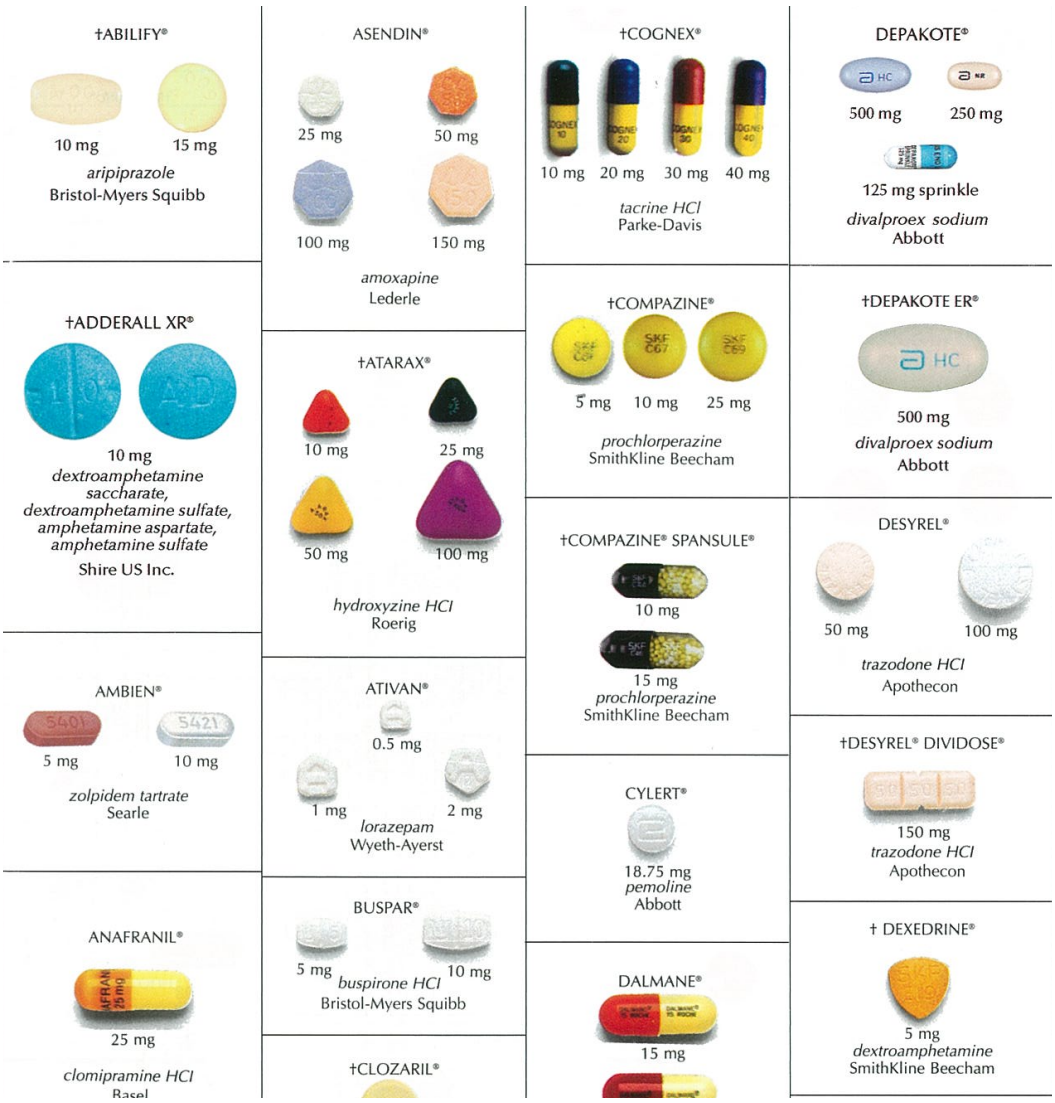
ーこころの病気をどのように診ているのでしょうか？
・医師が診察をして、国際的なルールに基づいて診断をしています。
・血液検査や脳画像検査を行って、診断の補助としています。

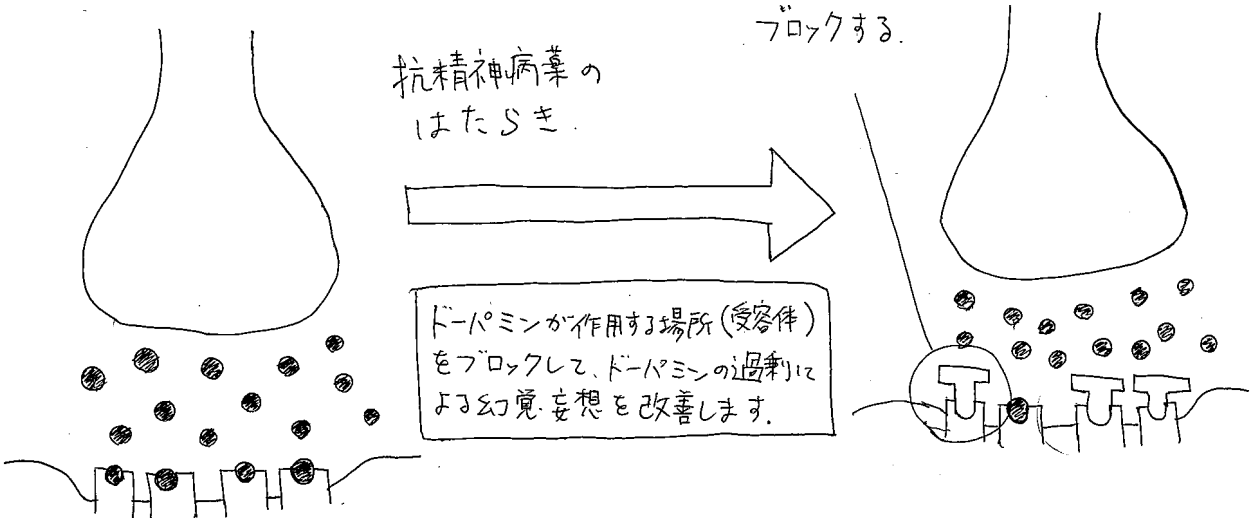
３年生　保健　『こころの健康』　資料2-1

ーどんな治療をしているのでしょうか？

・薬を使ったり、カウンセリングによって治療をします。

＜こころの病気に使う薬＞





＜こんな誤解をしていませんか＞

治療中は、入院して学校を休まなくてはいけないのですか？

治療のほとんどは、通院治療です。ただし、症状が重かったり、命の危険のある場合は入院治療をすることもあります。
休養することはとても大事ですが、状態に応じて、学校に通ったりお仕事をすることは問題ありません。そのように生活されている方はたくさんいます。

初めて受診する時は、大きな病院に行かなくてはいけませんか？

いいえ。通いやすいところにある診療施設に行ってみましょう。

一度入院すると数年間退院できないのですか？

入院期間は、その人の状態によりますが、１～３ヶ月です。
治療の中心は、通院治療です。

グループワーク１
もしかしたらこころの病気？そんな時、どのような観点でチェックしますか？また具体的にどうしますか？

グループワーク２
友達からこころの不調を相談されました。あなたはどうしますか？

1. 初版プログラム

・アニメ教材ストーリー概要

厚生労働省「こころもメンテしよう」
こころの病気のサイン「ひとりで悩まないで」のアニメストーリー概要

うつ病

女子中学生が朝起きられないシーンから始まる。母が起こしに来るが、本人は「ああダメ、体が重い。全然眠れなかった。起きられない。最近私どうしちゃったんだろう。」となかなか起きることができない。母にせかされてなんとか起きて学校に行くが、学校では、会話や授業に集中できない、食欲がない、何をやっても楽しくない状態、無表情になっている。友達からも「最近元気なくない？いつもだるそうだよ。」と言われる。
その後、ナレーションでうつ病症状の説明がされる。気分の落ち込み、興味の減退、意欲の低下、について説明される。その他の、睡眠や食欲、身体症状についても説明される。
周囲の人の対応についても説明される。母に相談するシーンが描かれる。ここでは、本人が「私、最近調子がよくないの」と相談すると、母は「つらかったんだね。私も何か変だと思ってた。よく話してくれたね。どうしたらいいか一緒に考えてみようか」と話す。（約 4 分）

統合失調症

男子中学生が、人とすれ違いで違和感を持ち、「ん？今俺のことじっと見てた。今日これで何人目だ？」、発言するというシーンから始まる。友達と合流し、友達はいろいろと話しかけてくるが、周囲が気になって全く耳に入っていない。家では、全く眠れず（「3 日も眠れていない」のセリフ）、そのうちに「いい気なもんだな」「まーた寝てるのかよ」「ばーか」という幻聴が聞こえて来る。「今日も誰かに 1 日中見張られていた気がした」と恐くなり、窓に目張りをし始めて焦った様子が描かれる。その後、ナレーションで統合失調症の説明がされる。幻聴、妄想、思考の混乱、について説明される。周囲の人の対応についても説明される。カウンセラーに「僕いつも見張られているみたいで・・・いつも不安なんです」と相談すると、カウンセラーは「いつも不安なんだ、よく話してくれたね。来てくれてありがとう」と話す。
URL:
http://www.mhlw.go.jp/kokoro/youth/movie/b/index.html

1. 初版プログラム

・教授用指導書

『こころの健康』授業
指導用資料

実施者がすること	実施者が話すこと
■『こころの健康』 授業の目的と注意事項の説明	「本日から2回、こころの健康について授業をします。 授業目的は…　　注意事項は…です。」
・質問紙を配布し、10分程度で記入させる ・終了後回収する。 生徒用資料を配る。	「授業の効果を知りたいので、 授業前にいくつか質問に答えてください。 学籍番号を書き忘れないようにしてください。」
・授業前アンケートの結果 （こころの病気について何か知っていることはありますか？） を伝える。	「以前に書いてもらったアンケート結果をお伝えします。 『こころの病気について何か知っていることはありますか？』 という質問に、ほとんどの人がうつ病と書いてくれました。」
・こころの病気には様々な種類があることを説明する	「こころの病気には他にも統合失調症、躁鬱病、不安障害、 摂食障害など様々な種類があります。 この授業では代表的なものとして、統合失調症とうつ病を 勉強します。」

①

＜1時間目＞

■指導項目

授業目的
こころの病気について理解し、こころの不調が起きたとき、一人で抱え込まず相談出来るようにする

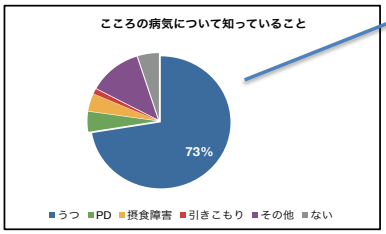
注意事項
こころの授業で学んだことを、人をいじめたりからかったりする材料にしてはいけません。

こころの病気について一般的な知識を身につけよう

こころの病気は様々な種類がある

授業前アンケートの結果

『こころの病気について何か知ってることがあれば書いてください』



ほとんどの人（73%）が、うつ病と記入

こころの病気には様々な種類がある

（統合失調症、うつ病性障害、双極性障害、不安障害、物質関連障害、摂食障害など…）

実施者がすること	実施者が話すこと
■こころの病気は誰でもかかりうることを説明	
・生徒に質問し、挙手を求める 2～3人に答えさせる	「こころの病気に、一生のうちに一回かかる人の割合は何人のうちに1人くらいでしょうか？」
・正解を黒板に書く 生徒には配布資料の空欄に記入させる	「正解は5人に1人です。 どれくらいの人がこころの病気にかかるのかを知るために、世界規模で行われた調査では18%以上という結果でした。日本は18%です。だいたい5人に1人がこころの病気にかかると言われています。 こころの病気は、特別な人がかかるというわけではなく、誰でもかかりうる病気であるということなのです。」
■思春期に起こりやすく生徒達にとって身近な問題であることを説明	
・黒板に『75%は24歳、思春期』と書く ・生徒には配布資料の空欄に記入させる	「こころの病気はいつ起きるのだろうかということも調査されています。皆さんにはとても身近な問題で、思春期に起きやすいと言われています。 調査ではこころの病気を持つ人の75%は24歳までに病気が起きていたと分かりました。」

②

■指導項目

こころの病気は誰でもかかりうる病気である

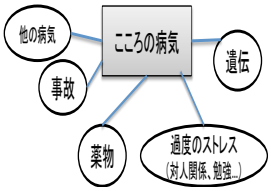
国際的な調査報告では生涯有病率は18~36%（日本18%） (Kessler 2007)

一生のうちに一回5人に1人がかかる

思春期に起こりやすく、生徒達に身近な問題である

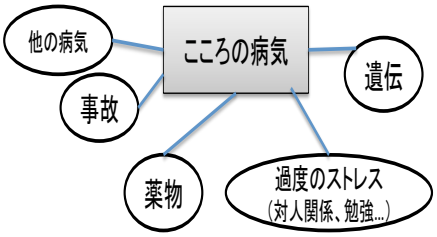
精神疾患を持つ人の75%は24歳までに発症している(Kessler 2005)

こころの病気は思春期で起きやすい

実施者がすること	実施者が話すこと
■複数の要因が積み重なって病気になることを説明  左の簡略図を黒板に書く	「では、何が原因でこころの病気が起きるのでしょうか。いろいろな要因が積み重なって病気になります。例えば、風邪の後に憂鬱な気分が続いてしまうことがありますが、身体の病気と関係しています。事故で脳を損傷したり、アルコールや薬物の使用もこころの病気の原因の一つと言われています。 身近なところでは、日常生活での対人関係や勉強などによる過度のストレスも影響しています。睡眠などの生活習慣もその一つです。よくある誤解として、こころの病気は生まれつき、つまり遺伝のみで決まっていると言う人がいますが間違いです。こころの病気は複数の要因が積み重なった結果起きるものです。」
■身体的不調がこころの不調のサインであることが多いことを説明	「こころの病気になってしまう前に、こころの不調が体のだるさ、下痢、吐き気、夜なかなか眠れないといった体の不調として出てくることがあります。」
・睡眠などの生活習慣を改善することが予防や改善に役立つことを説明する	「こころの健康を保つために、自分の身体の調子の変化に気を配っておくことはとても大事です。」 「睡眠などの生活習慣が乱れることによってこころの病気を起こしやすくなります。自分の身体管理として、睡眠などの生活習慣を整えることはとても大切です。それが、こころの病気の予防に役立つことがあるのです。」

③

複数の要因が積み重なって病気になる



影響する要因には以下のようなものがある

・身体の病気（例　風邪の後の憂鬱な気分）
・事故による脳の損傷
・アルコールや薬物の使用
・対人関係や仕事、勉強などの日常生活での過度のストレス
・睡眠などの生活習慣

複数の要因が積み重なって病気になる
（遺伝も影響するが、それだけではない）

身体的不調がこころの不調のサインであることも多い

倦怠感、下痢、吐き気、不眠などの症状をしばしば伴う

睡眠などの生活習慣を改善することが予防や改善に役立つ

実施者がすること	実施者が話すこと
■こころの病気への誤解が治療の妨げになることを説明 ・こころの病気についての誤解を示す	「次に、プリントにはこころの病気について誤解の例を書いています。こころの病気になる人のことを性格が悪い、精神力が弱いと考えている人もいるかもしれません。先ほど学んだ通り、こころの病気はいろいろな要因が積み重なって起きます。性格が悪い、精神力が弱いというのは、こころの病気の原因とは関係ありません。
■こころの病気は早くに発見し、適切な治療を始めることが大切であることを説明	「もう一つ、こころの病気は治療してもほとんど治らないと思っている人がいるかもしれません。治療についてはまた後で話しますが、適切な治療を受けることで回復します。そしてどんな病気でも同じですが、こころの病気も治療は早い方が良いということが言われています。治療が遅れることによって症状が進んでしまい、つらい状況が長引くことがあります。早めに治療をした人は、治療が遅れた人と比べると、治療しやすく、回復しやすいということが言われています。」
・こころの病気について正しく理解することが自分や友達の助けとなることを認識させる	「もしみなさんがこころの不調や病気があった時には、精神力が弱いからこころの病気になってしまった、我慢しないと。と思わずにまずは、信頼できる人に相談をして、最終的にはこころの専門家につながるようにしましょう。 こころの病気について誤解してしまっていると、それが治療の妨げになってしまいます。正しく理解していることで、自分の調子が悪い時や友達に相談された時に適切な対処ができるようになります。」

④

■指導項目

こころの病気への誤解が治療の妨げになる

誤解

・あいつ性格悪いからこころの病気になるんだよ

・こころの病気になるなんて精神力が弱いのかな
我慢しなきゃ

・こころの病気って治らないんでしょ

正

・『精神力の弱い人や性格の悪い人』と
『こころの病気』は関係ない

・こころの病気は、我慢するより早めに治療することで
良好な回復をたどる

こころの病気は早くに発見し、適切な治療を始めることが大切

不治の病ではなく、こころの病気は適切な治療によって回復しうる

早めに治療を開始することで、治療開始が遅れた場合に比べて治療しやすく、改善しやすい。

治療の遅れによって、症状の悪化や入院治療をしなければいけなくなることもある。

こころの病気を正しく理解することで、精神不調の時、友達からの相談を受けた時に適切な行動をとれるようになりましょう。

実施者がすること

■うつ病で現れる特徴的な症状

・事例DVDを見て、代表的なこころの病気を
学ぶことを説明する

・DVDを見ながら配布用紙の空欄に回答するように指示する

・DVDを見せながら、黒板には
『気分の落ち込み、意欲低下、興味の減退』を
書いておく

・DVD終了後、補足的な説明をする

・代表的な症状の説明をする。
体に生じる不調については生徒に発言させる

・生徒の回答で正解のものは黒板に書く「夜眠れない、朝起きられない、食欲がない、体がだるい」発表されなければ、説明する。

実施者が話すこと

「代表的な思春期のこころの病気であるうつ病と統合失調症について学びましょう。まずはうつ病の事例を見てもらいます。みなさんは、配布した用紙の空欄に症状を書くところがあるので、DVDを見ながら記入してください。」

「空欄に入るものは、この3つ（気分の落ち込み、意欲低下、興味の減退）でした。事例の女の子は「私なんて…」という悲観的な状態でした、気分が落ち込んでいます。「何もしたくない、やる気が出ない」とも言っていました。意欲の低下です。これまで好きだったことも楽しく感じない、何も楽しくない。これは興味の減退です。
誰でも、少しの期間ならこういう気持ちになることはありますが、このような気持ちが1～2週間続くのがうつ病です。「人と話したくない」「学校に行きたくない」など生活に支障が出てきてしまいます。
事例の子は体の不調も現れていました。発表して教えてください。」

「事例の子は、朝なかなか起きられず、体がだるいことを頻繁に訴えていましたね。夜ぐっすり寝られない、朝起きられない。体がとても重く感じます。食事も美味しく感じれなくて、なかなか食べられなくなってしまいます。他に頭痛やめまい、吐き気などが出てくることもあります。
思春期では、こういった体の症状が先に出てくることが多くあります。」

「精神的な症状と体の症状といくつか出てきました。気分の落ち込みや意欲低下、興味の減退など誰でもたまには感じる気持ちが、なかなか消えず長く続く時はうつ病になっているかもしれません。」

「うつ病はきちんと治療を行うことで、症状は改善します。出来るだけ早くに症状に気づいて治療を始めることが大切です。」

⑤

思春期に出現しやすい代表的なこころの病気を学ぼう（うつ病）

■指導項目

うつ病で現れる特徴的な症状

- 悲しく憂うつな気分が続く
- 好きだったことに興味がわかない、何をしても楽しくない
- 食欲が減る、あるいは増す
- 眠れない、あるいは寝すぎる
- イライラする、怒りっぽくなる
- 疲れやすく、何もやる気になれない
- 自分に価値がないように思える
- 集中力がない、物事が判断できない
- 死にたい、消えてしまいたいと思う

上記の症状が続く場合にはうつ病の可能性がある

思春期のうつ病では身体症状や行動の変化が現れやすい

食欲、睡眠の変化

だるさ、頭痛、
めまい、吐き気

＜うつ病に早く気づくために＞

物事がうまく進まない、ショッキングなことがあった時は誰でもつらい気持ちになる。

しかし、その気持ちがなかなか消えない。
左枠内の症状が長く続いていて、
「これまで出来ていたことができない」
「人と話したくない」「学校に行けない」など、
症状による苦痛によって生活に支障が出ている時は
『うつ病』になっているかもしれない。

一人で抱え込まないで、
信頼できる人に今の苦しさを話してみる。
こころの専門家に
相談できるようにすることが大切。

うつ病の症状によって、
自分から相談できない状態にあることも多い。
周囲の人のサポートが大切。

実施者がすること

■統合失調症で現れる特徴的な症状

・統合失調症の事例DVDを見せる
配布資料の空欄に記入するよう説明する

・黒板には『幻聴、妄想、まとまりのなさ』を書いておく

・DVDを振り返りながら、統合失調症の陽性症状を説明する

・初期症状について説明する

・早期に発見して対応することが重要であることを説明する

実施者が話すこと

「次は、統合失調症の事例DVDを見てみましょう。統合失調症は珍しいと思うかもしれませんが、100人に1人がかかる思春期に起きやすい病気と言われています。自分にも関係するものとして学びましょう。こちらも空欄に記入してください。」

「統合失調症の症状は分かりましたか？事例の子は、聞こえるはずのない声が聞こえてつらい気持ちになっていました。幻聴です。誰かに見張られているような、嫌がらせを受けているように考えていました。妄想の内容は様々です。幻聴も妄想も自分を否定するものが多いです。幻覚も妄想も本人にとっては現実と同じように感じられてしまいます。現実と非現実とがあいまいになってしまう状態です。その他の特徴に話が支離滅裂になってしまうなど、まとまりのなさが出てくることもあります。これらが統合失調症の特徴的な症状です。このようなことが繰り返し続くようであれば統合失調症の可能性があります。」

「このような特徴的な症状が現れる前に、現れてくる症状がいくつかあります。サインとして覚えておくと良いでしょう。いろいろなことが気になってしまい、不安になる、頭がそのことで一杯になってしまい考えがまとまらない。眠れないなどが出てきます。これまで出来ていたことが出来なくなってしまう、いつの間にか世の中が変わってしまった気がするなど、これまでの自分とは違う感覚も初期症状の一つです。」

「これらのサインがあれば、早めにこころの専門家に相談して治療を始めることが大切です。迷ってしまう時は、まずは信頼できる人に相談することが大事です。」

⑥　思春期に出現しやすい代表的なこころの病気を学ぼう（統合失調症）

■指導項目

統合失調症で現れる特徴的な症状

・幻聴
自分の悪口を話しているような声や噂しているような声
「～しろ」と命令するような声が聞こえてくる
・妄想
例：周囲の人が自分を陥れようとしている、
常に誰かに見張られているなどと思い込む
・考えの混乱
考えをまとめられない
支離滅裂で話に脈絡がなくなる、
話が途切れたり脱線する

現実と非現実の境目があいまいになり
自分では病気だと認識できないことが多い

＜統合失調症に早く気づくために＞

初期症状として

集中力ややる気がなくなる、眠れないなど
うつ病のサインに似ている

不安や緊張で神経過敏になったり、
考えがまとまらなかったりする

いつの間にか世界が変わってしまった気がする
これまで出来ていたことが出来ない
家から出られない、眠れなくてつらい

早めに信頼できる人に話して、
こころの専門家に相談する

実施者がすること	実施者が話すこと
■1時間目のまとめ	
・こころの病気を知ろうの項目をもう一度簡単に振り返る	「こころの病気は誰でもかかり、思春期のみなさんにとって身近な問題でした。病気はきちんとした治療を受ければ回復するもので、早い方が治療しやすく、改善しやすいということを学びました。こころの病気の原因は一つだけではなく、様々な要因が積み重なって起きるのでした。予防や早期発見が大事ですが、こころの病気は身体的な不調として先に現れることが多いのでした。様々な病気がある中で、今日はうつ病と、統合失調症について学びました。もし自分や友達がこころの不調がある時に助けとなるようにしてください。」
・友達から相談を受けたときの対応について説明する ・抑うつ状態にある友達に相談された時の対応について説明する	「最後に友達から相談を受けたらどのような対応をするか少し考えてみましょう。配布資料にもあるように、うつ病でつらい気持ちでいる友達にもう少し頑張ろうという言葉やただ怠けているだけという否定の言葉は逆効果になってしまいます。うつ病の特徴に、悲観的な考えなどの気分の落ち込みがありました。叱咤激励をすることで、うつ病の症状を悪化させてしまうことがあります。DVDの最後にあったように、共感する姿勢で、自分に相談してくれたことの感謝を伝えるなどすると良いでしょう。」
・統合失調症様症状で相談された時の対応について説明する	「統合失調症であっても本人の話を初めから否定してしまってはいけません。幻覚や妄想で起きていることは本人にとっては現実です。それを否定されることで、他人を信用できなくなり、だんだんと孤立してしまいます。心配事や不安なことを聞いてあげることが良いでしょう、本人を独りぼっちにしないことが大切です。」
	「自分や友達がこころの病気にかかった時などに、適切な対処ができるように、こころの病気について正しく理解しておくべきです。」
・2時間目のテーマを伝え、1時間目を終了する	「2時間目は精神科の診療はどのように行われているかについて学びましょう」

⑦

■指導項目

1時間目のまとめ

こころの病気は…

・誰でもかかり、思春期の生徒にとって身近な問題である

・適切な治療を受けることで回復しうる。早い方が治療しやすく、改善しやすい。

・発症には、様々な要因がかかわっている。

・身体的不調として現れることも多い。そのサインを見逃さないようにすることが大切。

・様々な種類があり、うつ病と統合失調症を学んだ

もし、友達から相談を受けたら…

避けたいこと

・「もうちょっと頑張れよ。つらくても我慢しろよ。」という叱咤激励
➡本人が思い通りに動けないことで最も苦しんでいる

・本人の話を全て否定する
➡本人が感じている苦痛は事実。統合失調症で生じる幻聴や妄想も本人にとっては現実。
それを否定されることで、信用できなくなり、不安・恐怖を増強し、孤立してしまう。

こうすると良い

・つらいことを話をしてくれたことに対する感謝の気持ちを伝える

・否定せず、共感的に話を聞く。そばに寄り添って一人にしない

自分や友達がこころの病気にかかった時などに、適切な対処ができるように、こころの病気について学び、正しく理解することが大切です。

・2時間目のテーマを伝え、1時間目を終了する

実施者がすること	実施者が話すこと
・2時間目の授業について説明	「前回は、こころの病気で現れやすい症状と、代表的な病気であるうつ病と統合失調症について学びました。こころの不調がある時に、適切な対処ができるように、こころの病気について正しく知っておくことが大切でした。 そして、自分や友達のこころの不調に早くに気づいて、こころの専門家に相談しましょうということでした。 それでは、こころの専門家に相談する時にはどこに行ったらいいでしょうか。なかなかイメージを描きにくいかもしれません。今日はそのこころの病気をみている診療施設ではどんなことをしているのかを学びましょう。」
■精神科医療についてイメージを描けるようにする	「実際に、精神科の診療では何をしているか知っていますか？のところです。」
・こころの病気を専門に扱っているところを説明する	「近所や駅前で精神科や精神神経科、心療内科、メンタルクリニック、という看板を見たことがありますか？全部こころの病気を診ている精神科診療施設です。今はこころの病気を診てもらえるところが増えてきています。」
・待合室、診察室の写真を見せる	「資料に写真が載っています。これはこころの病気を診ている実際の診療所です。左が待合室で右が診察室です。」
・生徒に写真を見ての感想を聞く	「思っていたところとイメージが違いましたか？あまり変わりませんか？」
・内科や小児科と診療環境は大きく変わりないことを認識させる	「静かで落ち着いた環境に配慮されています。また誰が受診したかなどの個人情報はしっかり守られています。そういった点で内科や小児科の病院と同じです。」

⑧
■指導項目

精神科の診療について知ろう

精神科医療についてイメージを描けるようにする

こころの病気の診療が行なわれているところ

・精神科、精神神経科、心療内科、メンタルクリニックなど…看板の名前は様々

・こころの病気を専門にして外来診療を行なっているところが増えている

・静かで落ち着いた環境

・誰が受診しているかの個人情報は保護されている

・内科や小児科など普通のクリニックと変わりない環境

待合室

診察室

実施者がすること	実施者が話すこと
■こころの病気をどのように診療しているのか ・こころの病気の診断方法を説明	「どのようにしてこころの病気を診療しているのでしょうか。医師が直感だけで病気を判断しているわけではなくて、こころの病気を専門としている医師が国際的に決められたルールに基づいて診断をしています。 これも他の内科や小児科と同じです。」
・精神科医療での検査について説明	「医師がじっくりと話を聞いて、どのような症状があるのか判断をして診断しています。」 「また、血液検査や脳画像検査など目で見て判断できるような検査や、性格検査を行って、その結果を診断の補助としています。」 「だんだんと新しい検査方法の開発が進んできて、目で見て判断できるようなものや、診断や治療の計画に役に立つ検査が出てきています。」
・精神科医療で行われる治療について説明	「患者さんがどのような病気の症状で苦しんでいるのかを判断した後で、治療が始められます。治療方針は、その患者さんの状態に合った方法で進めていきます。薬を使ったり、カウンセリングによる治療がよく行われています。」

⑨

こころの病気をどのように診療しているのか

国際的に決められたルールで医師が診断をしている
採血や脳画像検査を行なって診断の補助としている
薬を使ったり、カウンセリングによって治療をする

主な検査

血液検査

脳波検査

脳構造画像検査（MRI）

脳機能画像検査（NIRS）

血液検査：血中ホルモンの濃度や貧血の程度を調べることで、他の身体疾患との鑑別を行う。
健康状態を把握して治療計画を行うための材料にする。使用している薬剤が適量かどうかを判断する。

脳波検査：疾患の特定（てんかん）や脳の局所的な異常、また意識障害の有無などを判断している。

MRI：脳の形や体積を見て、脳に基質的な病変や異常があるかどうかを判断している

NIRS:うつ症状の原因となる病気を診断する材料となる検査、脳の働きを反映する血液変化量を知る検査。非侵襲的。

心理検査

・一定条件のもとで、一定の課題に取り組み、その課題への取り組み方、応答の内容、課題解決の方法から、その人の心理的特徴を理解する。

・家庭生活や学校生活や専門的治療に、具体的アドバイスや具体的指針として活かされる。

実施者がすること

・治療についてよくある誤解を説明

実施者が話すこと

「ここで、治療についてよくある誤解をいくつか説明します。配布したプリント資料2-2を見てください。」

「治療中は、入院して学校を休まなくてはいけないと思っている人がいるかもしれません。
治療のほとんどは通院治療で行なわれます。症状が重い時や命の危険がある場合には、入院治療をすることもあります。通院治療中は、学校に通っても問題ありません。」

「こころの病気かなと思った時に、最初は大きな病院に行かなければいけないと思っている人がいるかもしれません。
通いやすいところに行ってみましょう。通院治療を専門にしている病院が近所や駅前にあると思います。先ほど写真で見たようなところです。」

「一度入院すると数年間退院できないと思っている人もいるかもしれません。
もし症状が重くて、これは自分を傷つけてしまったり命の危険がある場合ですが、入院治療が必要だということであっても、その期間は最近では1~3ヶ月です。通院治療が中心になっています。」

⑩

治療に関する誤解
（こんな誤解をしていませんか？）

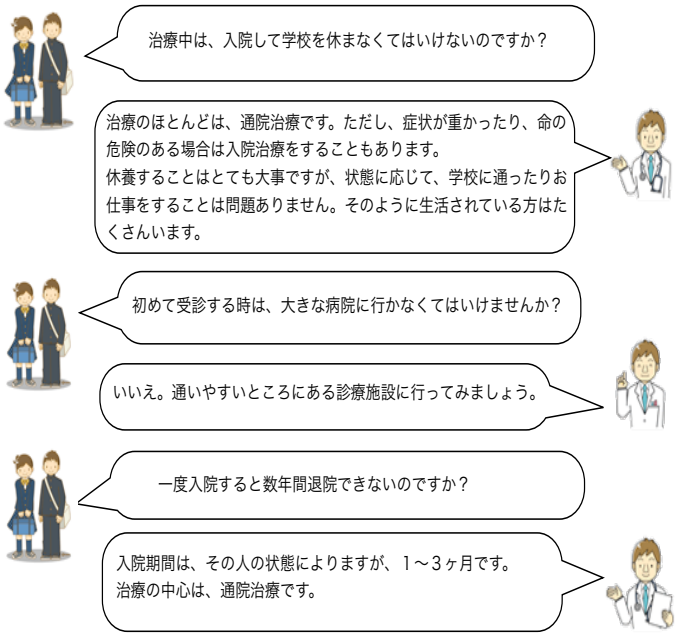
伝えたいこと

・治療の中心は通院治療

・治療をしながら学校に通ったり、仕事をすることも可能

・入院期間は年単位と長くはない

生徒資料



実施者がすること

■こころの病気の薬物治療（プリント2-1）

・薬物療法について説明を始める

・こころの病気に使われる薬は様々な種類があることを説明する

・こころの病気の症状と薬の作用について説明する

・抗精神病薬の作用について説明する

実施者が話すこと

「ほとんどのこころの病気に、薬を使った治療が行われます。薬を使った治療について少し詳しく学んでみましょう。」

「こころの病気にも様々な種類があり、症状も様々であるのと同じように、こころの病気に使う薬の種類もたくさんあります。
この中から、その人に合った薬を使っていきます。」

「これらの薬を飲むとどうやってこころの病気の症状が和らぐのでしょうか。
こころの病気の症状は、脳の中のドーパミンやセロトニンという神経伝達物質のバランスが崩れることで生じています。薬はそのバランスを整えることで、症状を改善して苦痛を和らげています。」

「一つ分かりやすい例を見てみましょう。統合失調症によく使われるお薬です。抗精神病薬といいます。統合失調症の症状は覚えていますか？
幻覚や妄想が特徴的な症状でした。幻覚や妄想といった症状は、ドーパミンが脳内で過剰に分泌されていると現れてくる症状です。
この薬は、ドーパミンが作用するところ、受容体といいますが、ここをブロックしてドーパミンの過剰分泌による幻覚・妄想といった症状を改善させ、苦痛を和らげる作用をしています。」

「薬をきちんと飲み続けることで、症状は改善して苦痛は和らぎます。楽になったからといって、自分の判断で薬を止めてしまうことはいけません。医師に相談をするようにしてください。」

⑪

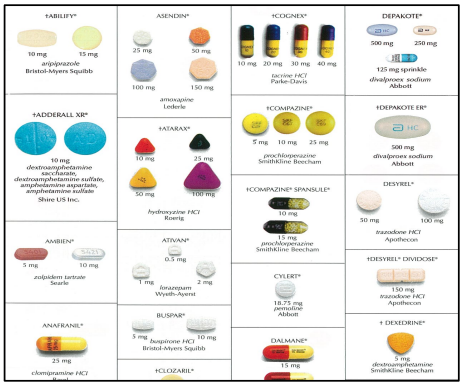
■指導項目

精神科の診療について知ろう

こころの病気の薬物治療

ドーパミンやセロトニンなどの神経伝達物質のバランスが崩れると様々な症状が現れる。

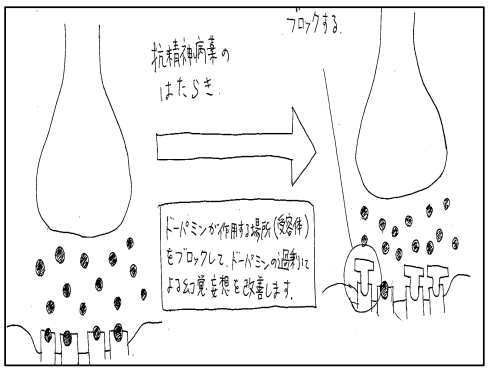
薬はそのバランスを整えることで
症状を改善し、不安などの苦痛を和らげる



例（抗精神病薬の場合）

ドーパミンが脳内で過剰に分泌されていると、
幻覚・妄想といった統合失調症の症状が現れやすい

抗精神病薬は、
ドーパミンが作用する場所（受容体）をブロックして、
ドーパミンの過剰による幻覚・妄想を改善する



実施者がすること

■グループワークを実施し、こころの病気で現れる症状を確認する

・グループワークを行なうことを説明する

・終了後、各グループの代表者1名にグループの意見をまとめて発表させる（2~3グループ）

・出てきた意見を要約して黒板に記入する

・要点の中で出てこなかったものについて補足する（身体的不調、行動の変化が現れてくること。うつ病、統合失調症の症状について）

実施者が話すこと

「先週の授業で使ったプリントを見て、こころの病気でどんな症状が出るか振り返りながら、グループワークを進めましょう。
配布したプリントにテーマが書いてあります。もしかしたらこころの病気？そんな時どのような観点でチェックしますか？また具体的にどうしますか？です。では始めて見ましょう。」

「話し合いで出てきた意見をまとめて発表してください。」

「こころの病気は、様々なことが影響して起きてくるものでした。
食事や睡眠などの生活習慣の乱れもその一つです。生活習慣の乱れによって、こころの不調が現れ、身体的不調が生じている可能性もあります。精神的にも身体的にも、普段の自分とは違うように思えてしまう場合はこころの病気が起きているかもしれません。」

「うつ病の特徴的な症状は、気分の落ち込み、意欲低下、興味の減退でした。身体的な不調には夜眠れない、朝起きられない、食欲がない、身体がだるいといった症状が現れやすいのでした。
これらは、1～2日なら誰しもあることですが、2週間以上続く場合はこころの病気が起きているかもしれないのでしたね。」

「統合失調症の特徴的な症状は幻聴、妄想、その他に会話や行動のまとまりのなさがありました。これらが繰り返し続くようであれば、統合失調症が起きているかもしれないのでした。」

こころの病気は出来るだけ早くに見つけて、専門家に相談することが大切でした。それが難しい場合は、家族や友達、学校の先生、養護教諭など信頼できる人に相談してみましょう。

⑫　　グループワーク1

もしかしたらこころの病気？
そんな時、どのような観点でチェックしますか？
また具体的にどうしますか？

■指導項目

こころの病気で現れる症状を確認する

要点

・食事や睡眠など生活習慣の乱れが出ていないか

・身体的不調（倦怠感、下痢、吐き気、不眠など）
意欲がない、イライラ、落ち着きのなさ
いつもと違う自分は、こころの病気のサインかもしれない。

・抑うつや統合失調症様の症状で『普段の自分とは違う自分』の状態が
長く続いている時は、こころの病気になっているかもしれない

うつ病の特徴的な症状

・気分の落ち込み、意欲低下、興味の減退

・夜眠れない、朝起きられない、食欲がない、身体がだるい

統合失調症の特徴的な症状

・幻聴、妄想、会話や行動のまとまりのなさ

・世界が変わってしまった気がする、今まで出来ていたことが出来なくなってしまった。

友達や家族、教員、養護教諭、信頼できる人に相談してみる。
できるだけ早くに専門の治療機関に行く

実施者がすること	実施者が話すこと
■こころの病気を適切に対処する 家族、教員、養護教諭に相談して、早く専門家につながるようにする ・グループワーク2のテーマを説明してグループワークを始める	「次は、友達や知り合いの人がこころの病気になった時に、あなたはどうしますか？のテーマについてグループで意見を出し合ってください。1時間目に、こころの不調を抱えている友達への関わり方を少しだけお話しました。思い出しながら話し合いを進めてみましょう。」 「話し合いで出てきた意見をまとめて発表してください。」
・終了後、各グループの代表者1名にグループの意見をまとめて発表させる（2~3グループ） ・出てきた意見を要約して黒板に記入する	「うつ病や統合失調症のようなこころの病気の症状を思い出してみてください。本人は症状に苦しんでいても、人になかなか相談できない、一人になってしまいがちです。自分に相談してくれたことに感謝の気持ちを伝えることが大切です。話を共感的に聴いてあげることがとても大切です。否定したり、叱咤激励するというのは、避けた方がいいことでしたね。」
・要点の中で出てこなかったものについて補足する	「友達から症状について黙っておいてほしいと言われるかもしれません。その内容が命に関わることかもしれません。こころの病気は、治療すれば回復します。一人で抱え込まず、こころの専門家につながるように、学校の先生や養護教諭、自分の親でも言える人に伝えましょう。」
・授業後アンケート実施	「こころの病気は、早くに気づいて早くに適切な治療を始めることが大切です。『こころの健康』授業では、早くに気づくことが出来るように、いくつかポイントを示しました。復習をしておいてください。」 「この授業の内容の復習にもう一度アンケートを行います。」
・注意事項を確認して、授業を終了する	「注意事項ですが、今回学んだことを、人をいじめたりからかったりする材料にしてはいけません。」

⑬　グループワーク2

友達からこころの不調を相談されました。あなたはどうしますか？

■指導項目

こころの病気を適切に対処する。
家族、教員、養護教諭に相談して、早く専門家につながるようにする

要点

・友達の変わった様子に気がついたら、きちんと担任や養護教諭に伝える
・「命に関わること」を秘密にしない
・「あなたのことを心配している」という気持ちを伝える
・症状を責めたりバカにしたりしない
・「気のもちようだ」と言わない
・叱咤激励しない
・独りぼっちにしない
・尽くしすぎたり、抱え込んだりしない
・自分に出来る範囲のことをする

・症状による苦痛で、本人はなかなか人に相談できない
・自分がこころの病気だという自覚を持てないことも多い

・友達が相談してくれたら、自分を信頼して話をしてくれたことに対する感謝の言葉を伝える
・「こころの病気だからかもしれない」ということ、「早く良くなってほしい」ことを伝える

なるべく早く、友達の親や、自分の親、学校の教員、養護教諭に相談をして
早く専門家につながるようにすることが何より大切

2. 改訂版プログラム

1) 小学生用プログラム

・ 学習指導案

小学６年生版「心の不調や病気（精神疾患）への対処」（5 年生でも可）

1　扱う単元
・　病気の予防–病気の起こり方

2　単元の目標
１）病気の起こり方と予防の方法について関心を持ち、進んで課題を見つけたり、意欲的に課題解決に取り組んだりすることができる。【関心・意欲・態度】
２）病気の起こり方や予防方法について、課題の解決を目指して、知識を活用した学習活動などにより、実践的に考え、それらを表すことが出来る。【思考・判断】
３）病気の起こり方とその予防の方法、地域の保健活動について、課題の解決に役立つ基礎的な事項を理解することができる。【知識・理解】

3. 本授業について
　心の健康を保持増進するために重要である心の不調・病気への対処について理解するとともに、対処に関する課題解決のための方法を選ぶ学習を意図したものである。視聴覚教材を用い、それを基にグループディスカッションによる話し合いや意見交換を行い、主体的な学習を引き出すものとした。

4.　本時の評価基準

	【関心・意欲・態度】	【思考・判断・表現】	【知識・理解】
単元の評価基準	心の不調や病気への対処について関心を持ち、学習活動に意欲的に取り組もうとしている。	心の不調や病気への対処についての課題解決を目指し、知識を活用した学習活動により、実践的に考え、判断し、それらを表している。	心の健康を保持増進するには、心の不調や病気に適切に対処していくことが重要であることについて基礎的な事項を理解している。
学習活動に即した評価基準	心の不調や病気への対処について、課題の解決に向けて言ったり、書いたりして学習活動に意欲的に取り組もうとしている。	心の不調や病気への対処について、学習したことと自分の生活との繋がりをふまえて、説明している。	心にも不調や病気が起きること,それらは思春期から増加すること、心の不調や病気への対処として、生活習慣の改善や（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であることについて、言ったり書いたりしている。 [アンケート] 知識得点が、授業前と比べて授業後に向上している。

5. 指導と評価の計画

	ねらい・学習活動	評価方法
心の不調/病気への対処	＜ねらい＞ 心の不調や病気は、思春期から増加すること，誰にでも起きること，生活習慣も影響する–睡眠（夜更かしや睡眠不足）など–こと、また自分や友達の心の不調時に、（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であることを理解し、自分や友達の心の不調時には、一人で抱え込まず、学校の先生や専門的知識のある養護教諭、スクールカウンセラーに相談しようとする姿勢を持つことが出来るようになる	アンケート得点の授業前から授業後の変化（及び３ヶ月後の得点） 観察 ワークシート
	（学習活動） 1. 心の不調や病気は、思春期から増加すること，誰にでも起きること，生活習慣も影響する–睡眠（夜更かしや睡眠不足）など–こと、また、自分や友達の心の不調時には、（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であることを理解し、まとめる 2. 心の不調や病気への対処について、視聴覚教材を見てそれを基にした意見交換などの学習活動に取り組む 3. 心の健康を保持増進のために、視聴覚教材の事例と自身の生活習慣を比較して、まとめる	

6. 本時の指導

(1) 本時の目標

・　心の不調や病気（精神疾患）について、課題の解決に向けて、言ったり、書いたりして意欲的に取り組もうとしている。（関心・意欲・態度）

・　心の不調や病気への対処について、考えられる要因の対処などについて学習した内容を基に、事例と自身の生活習慣を比較して、今後気を付けることについて説明することができるようにする。（思考・判断）

・　心の不調や病気は思春期から増加すること，誰にでも起きること，生活習慣も影響する–睡眠（夜更かしや睡眠不足）など–こと，また、自分や友達の心の不調時には、（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であることについて、書いたりすることができるようにする。（知識・理解）

(2) 学習過程；1時間目

	学習内容・活動	指導上の留意点及び評価	資料
授業前	[アンケート①記入] (7-10 分)	[アンケート①を実施させる]（直前）	
導入(6分)	1. 本時の内容を聞く 2. 図（思春期とは）を見て、気がついたことを発表する	【説明】本時は、アニメ教材の事例（たすく君）を基に、心の不調や病気（精神疾患）と適切な対処方法について学習することを伝える *ワークシートを配布する 【説明・指示】イラスト（ワークシート 1）を提示し、自分たちがどのような時期にあたるのかを考えさせ、発表させる ワークシート１の（　　）に「思春期」を書かせる。ここで本時のテーマが自身に関わる問題であると認識させる	ワークシート 1
展開①(12分)	1. たすく君が布団をかぶっているシーンのイラストを見て、どのような状態であるかを予測する 2. アニメ教材（前半）を視聴し、たすく君が「心の不調」になった原因を考え、ワークシートに記入する	【説明・指示】たすく君が布団をかぶっているシーンのイラスト（ワークシート２）を提示し、予想させ書かせる。たすく君が「心の不調」であることを伝え、この後、たすく君が「心の不調」になるまでの生活の様子を描いたアニメ教材（前半）を視聴させる 【指示】たすく君の「心の不調」の原因として考えられるものをワークシート 3. に書かせる ＊机間指導 記入状況を確認し、必要であれば、ヒントとしてたすく君の生活習慣イラスト（ワークシート３）を提示し再考を促す。 意見としてスマホ，夜更かし等が出てくることが望ましい 評価　心の不調や病気の原因について自分の考えを言ったり、書き出したりして学習活動に取り組もうとしている。	ワークシート 2 ワークシート 3
展開②（16分）	3. アニメ教材（後半）を視聴し、たすく君がその後どうなったのか、心の不調や病気の特徴を確認し、ワークシートにまとめる	アニメ教材（後半）を視聴させる 【説明】アニメ終了後、心の不調や病気の特徴 1.　心の不調や病気は誰にでも起きる 2.　睡眠等の生活習慣も心の不調に影響する 3.　（一人で抱え込まず）早めに誰かに相談することが大事であることを説明する。 アニメ教材（後半）の心の不調のまとめシーンを提示すると良い ワークシート 4.の空欄に記入させる 【説明】1. は、心の病気（精神疾患）の生涯罹患率（約 5 人に 1 人）のイラストを使って説明する。2.は、アニメ（前半）のたすくくんの生活を振り返ることで説明する。3.は、身体の不調と同様に早期発見と対処が良いことを説明し、次の展開につなぐ。 評価 心の不調や病気の原因について事例を基に考えたり、自分と比較したりして、ワークシートに書き出したり、意見をまとめて説明したりしている。〈思考・判断〉	ワークシート 4
展開③(5分)	1. 相談先を予め考えておく	【指示】ワークシート６の「もしあなたが心の不調になったら、誰に相談しますか？」を記入させる。＊発表はさせない。 【説明】学校には教員・養護教諭・カウンセラーがいること、また「いつでも相談に来てね。」とメッセージを伝える。 ＊イラストを用いても良い	ワークシート 5

まとめ（6分）	1.学習したことを基に、心の健康の観点から、これからの生活で何に気をつけて生活していくことが大切なのか、自分なりの考えを書く	【説明】本時のまとめとして、 1　心の不調は誰にでも起きること 2（睡眠等の）生活習慣も心の不調に影響していること 3（一人で抱え込まず）早めに誰かに相談することが大事であることを再度説明する。 心の不調や病気は思春期から増えてくることについてもワークシートを振り返って確認する。 【指示】授業の感想をワークシート６に記入させる 評価 心にも不調や病気が起きること,それらは思春期から増加し、生活習慣と関係すること、また対処として生活習慣の改善や（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であることを理解したことを言ったり、ワークシートに書いたりしている。〈知識・理解〉	ワークシート６
授業後	[アンケート②記入] ↓ [アンケート③記入]	[アンケート②を実施させる]（直後） ↓ [アンケート③を実施させる]（３ヶ月後）	

2. 改訂版プログラム

1) 小学生用プログラム

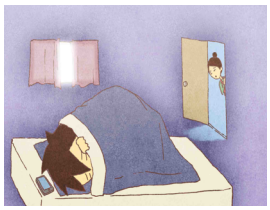
・　ワークシート

心の不調(ふちょう)とその対処(たいしょ)

6 年(　　)組なまえ

左（まもる君）右（たすく君）

1.「たすく君」はなぜ元気がなくなってしまったのでしょう？



2. お医者さん（たすく君）は３つの大切なことを言っていました

①心の不調は（　　）

②（　　）が心の不調に影響(えいきょう)します

③早めに（　　）ことが大事です

3. たすく君と同じように心の不調になったら、誰に相談しますか？

わたしは、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に相談します。

理由は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

だからです。

4. ３つのキーワードを使って、授業まとめをしましょう

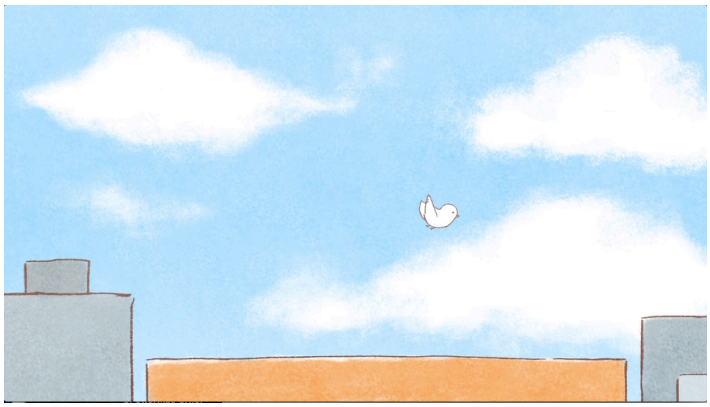
『誰にでも起きます』・『生活習慣』・『早めに相談』

5. 授業の感想や考えたことを書きましょう

2. 改訂版プログラム

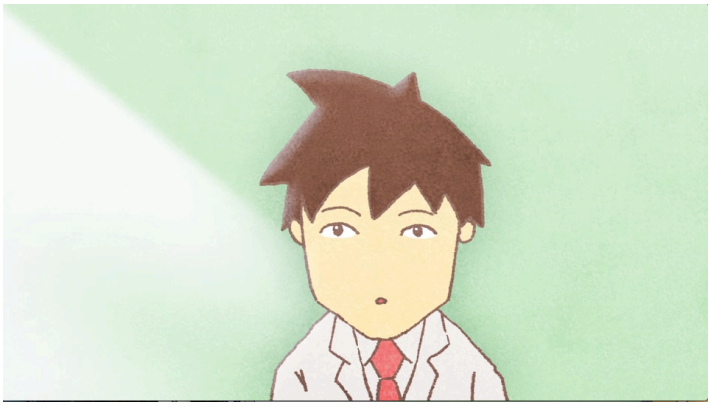
1) 小学生用プログラム

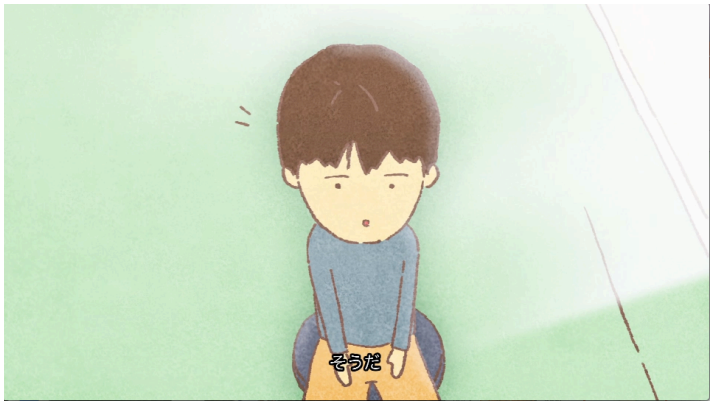
・　アニメ教材ストーリー概要（精神保健リテラシー教育アニメ（１））



○○クリニック
どうぞよろしく

お母さんから少し聞いたんだけど




そうだ

同じようなことがあってね…

ぼくがちょうど君くらいの年の頃のはなし

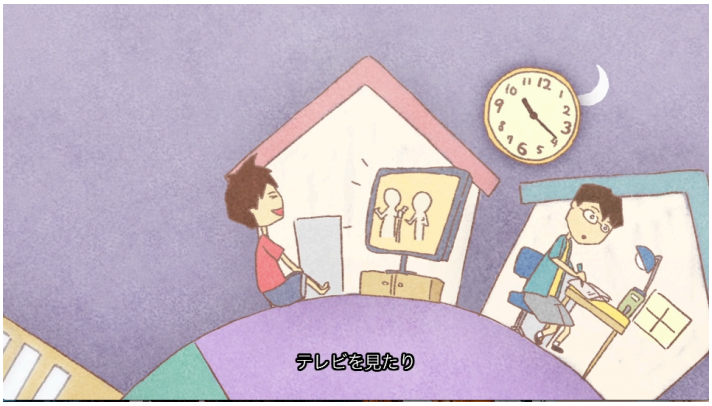
ぼくにはまもる君という親友がいた

ぼくにはまもる君という親友がいた

学校は楽しくて

放課後はクラブ活動

進学塾
受験をひかえてからは


テレビを見たり

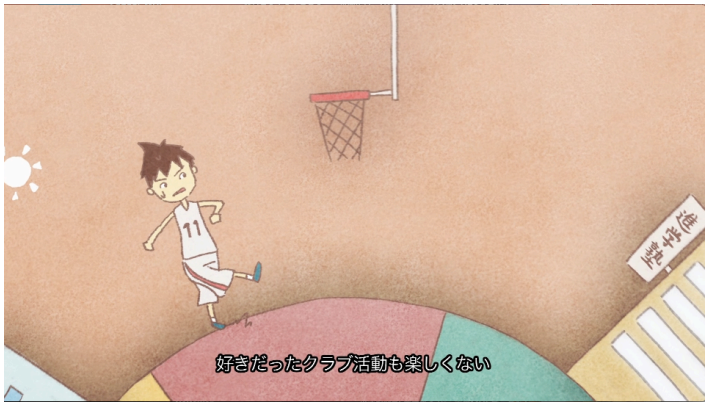
宿題をやったり

寝る前に携帯でメールしたりして

ある日…
そんな生活を続けていたある日…

たすく君…？

疲れがたまって…


好きだったクラブ活動も楽しくない

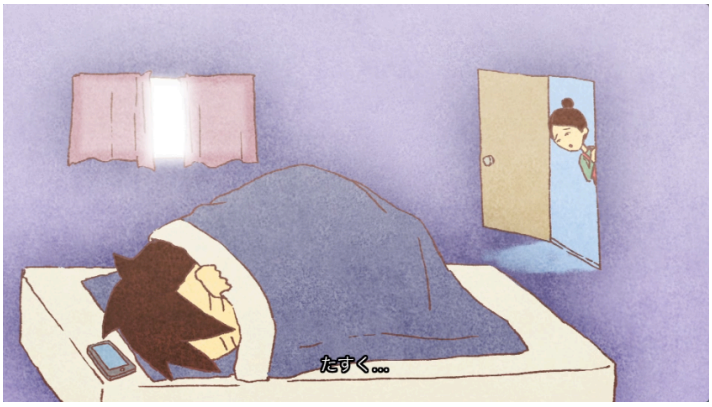
進学塾
塾でも全然　集中できなかった

普段できていたことができなくて

それでも強がって

進学塾
あとから考えると一人で無理をしてたんだね

メール
まもる
大丈夫?


たすく…

第一部

たすく医師：こんにちは。医師の大塩たすくです。どうぞよろしく。
では そこに座ってください。

たすく医師:お母さんから少し聞いたんだけど、朝、起きられなくて 学校に行けてないのかな？
他に困ったことがあれば教えてくれる？

たすく医師：そうだ、…実はぼくも昔、同じようなことがあってね…

たすく医師：ぼくがちょうど君くらいの年の頃のはなし。

たすく医師：ぼくには、まもる君という親友がいた。

子役まもる：「たすくくーん、おはよう！」
子役たすく：「おはよう！」

たすく医師：毎朝、二人で待ち合わせて、一緒に学校に通ってたんだ。

たすく医師：学校は楽しくて、二人とも一生懸命、勉強したよ。

子役たすく＆まもる：(手をあげて)「はい、はい、はい！」

たすく医師：放課後はクラブ活動。二人ともバスケ部だった。二軍だったけどね。

たすく医師：受験をひかえてからは、夜まで塾で勉強。

子役まもる：「ふぁ～～～（あくび)」

子役たすく＆まもる：笑い声

たすく医師： 家に帰ってからも、テレビを見たり、宿題をやったり、寝る前に携帯でメールしたりして、結局寝るのはいつも 12 時すぎだった。

子役たすく：(テレビをみているときの笑い声)

たすく医師：そんな生活を続けていたある日…

たすく医師：いつの間にか調子を崩してしまったんだ

子役まもる：「あれ…たすく君…？」

たすく医師：疲れがたまって…授業中も集中できない。

たすく医師：好きだったクラブ活動も楽しくない。

たすく医師：塾でも全然、集中できなかった。

たすく医師：普段できていたことができなくて、ずっとイライラしてばかりだった。
それでも強がって、なんとかがんばろうと思ってたんだけど…

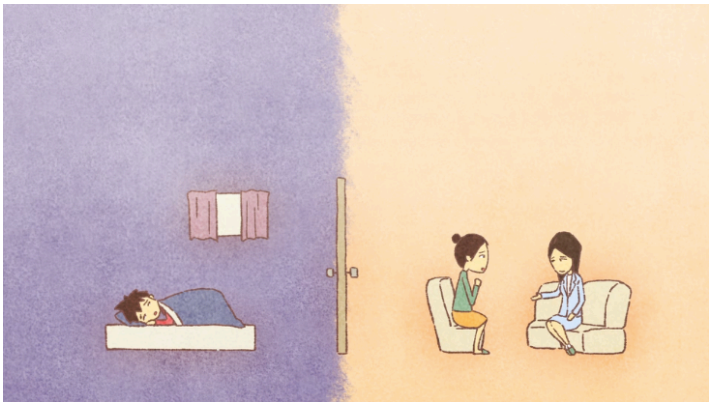
たすく医師：あとから考えると一人で無理をしてたんだね。結局、学校にも全然行けなくなってしまったんだ…

子役たすく：「はぁ、はぁ、はぁ（つかれた息づかい）」
子役たすく：「(頭をかきむしって）あ〜〜〜〜〜〜」
子役たすく：「なんなんだよ。。」

母：「たすく..」

どうしても学校に行けなかった

たすく君の担任ですが



たすく君
大丈夫かな?
お友達もすごく心配しています

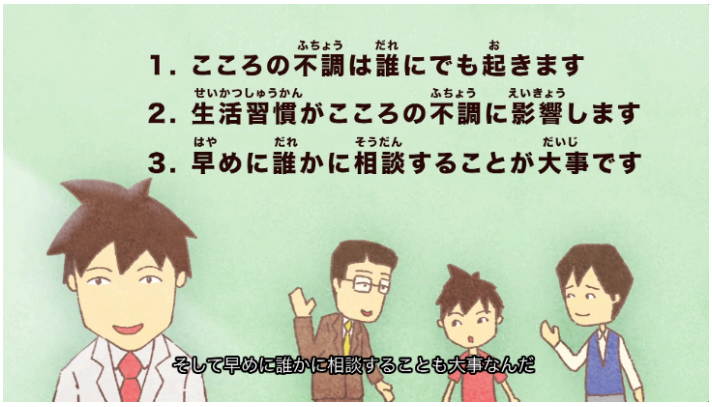
一度専門の先生に相談してみてはどうでしょう

そのときやっと 母につらさを伝える事ができたんだ

○○クリニック
そうして　母と二人ではじめてクリニックへ行った

お医者さんは　ぼくにこう言ってくれたんだ

きっと良くなるからね


1. こころの不調は誰にでも起きます
2. 生活習慣がこころの不調に影響します
3. 早めに誰かに相談することが大事です
そして早めに誰かに相談することも大事なんだ

さて　そろそろ昼休みか

昼休みにまたバスケしない？

© 2014 東京大学大学院 教育学研究科 健康教育学分野
東京藝術大学大学院 映像研究科 アニメーション専攻

第二部

たすく医師：毎日すごくつらくて、どうしても学校に行けなかった。

母「はい、もしもし」

担任「たすく君の担任ですが…その後どうですか？おうちでの様子はいかがでしょうか…」

母「それが…今日も部屋から出てこなくて…」

担任「そうですか…。…わたし、今日の午後、すこし様子を見に伺いますね」

母「わざわざありがとうございます」

担任「これまでは、たすく君、いつも元気にしていたんですが…。最近は、授業中に眠ってしまうこともあって。…お友達もすごく心配しています。

母「わたしにはどうしていいのか…」

担任「一度、専門の先生に相談してみてはどうでしょう」

母「……そうですか……考えてみます。ありがとうございます。」

（扉が開き、たすくが部屋から出てくる）

母「たすく…。先生が、心配してきてくれたのよ。まもる君も心配してるって。」

たすく医師：そのとき、やっと、母につらさを伝えることができたんだ…。

たすく医師：そうして、母と二人ではじめてクリニックへ行った。

たすく医師：お医者さんはぼくにこう言ってくれたんだ…

たすく医師：「一緒に治していこう、きっと良くなるからね」

たすく医師「あの頃、ぼくもそうだったように、こころの不調は、誰にでも起きる。…だから心配しないで、できることからはじめよう」

たすく医師「今日は勇気を出して相談に来てくれて、ありがとう。」

（以下、テロップにあわせて）

たすく医師「こころの不調って誰にでも起きるものなんだ。特別なことじゃない。」

たすく医師「睡眠などの生活習慣は、こころの不調に影響する。まずは規則正しい生活をすることが大切だ。」

たすく医師「そして早めに誰かに相談することも大事なんだ」

たすく医師「今はまず休んで、それから少しずつ。…きっと良くなるよ」

（少年、小さくうなずく）

（窓越しに少年と母親を見送るたすく）

たすく医師「さて、そろそろ昼休みか」

（ドアをノックする音）

まもる医師「たすく、昼休みにまたバスケしない？」

子役まもる「たすく君、バスケしようよ。きっと良くなるよ」

子役たすく「うん」

子役たすく「ありがとう」

2. 改訂版プログラム

2) 中学生用プログラム

・学習指導案

中学３年生版「心の不調や病気への対処」

1.　扱う単元

・健康な生活と疾病の予防−イ．生活行動・生活習慣と健康，オ．保健・医療機関や医薬品の有効利用

2.　単元の目標

1）健康な生活と疾病の予防について関心を持ち、学習活動に意欲的に取り組むことができるようにする。【関心・意欲・態度】

2）健康な生活と疾病の予防について、課題解決を目指して、知識を活用した学習活動により、科学的に考え、判断し、それらを表すことができるようにする。【思考・判断】

3）健康な生活と疾病の予防について、課題解決に役立つ基礎的な事項及びそれらとの関わりを理解することができるようにする。【知識・理解】

3. 本授業について

近年の健康課題のひとつに精神疾患が挙げられる。思春期に精神疾患の症状を呈するものも少なくない。そこで、本授業では、「心の不調や病気へ対処」を題材に取り上げ、精神疾患の予防や早期発見・早期対応について、視聴覚教材を用いて学習する。自分自身のこととして捉えることができるよう教材や展開を工夫している。

4.　評価基準

省略

5. 指導と評価の計画

時	学習内容	観点別評価規準			
		関心 意欲 態度	思考 判断	知識 理解	評価規準と方法
1～6	省略				
7	〈心の不調や病気への対処〉 ・心の不調や病気は思春期から増加すること、 誰にでも起きること、夜更かしや睡眠不足などの生活習慣が影響すること、心の不調時には、一人で抱え込まず早めに相談すること。		○	○	・心の不調や病気への対処について、考えられる要因の対処などについて学習した内容を活用し、事例と自身の生活習慣を比較して、今後気を付けることについて、具体例を挙げながら筋道を立ててそれらを説明している。 （観察・ワークシート） ・心の不調や病気は思春期から増加すること、 誰にでも起きること、夜更かしや睡眠不足などの生活習慣が影響すること、心の不調時には、一人で抱え込まず早めに相談することについて理解したことを言ったり、書きだしたりしている。 （観察・ワークシート・アンケート）
8	〈心の不調や病気への対処〉 ・心の不調や病気の早期発見するためには症状を理解することが必要であること、自分の不調時だけでなく、友達の不調について相談を受けた場合の対処についても取り上げること。	○	○	○	・心の不調や病気の症状について基本的な事項について書き出したり、発言したりして学習活動に取り組もうとしている。（観察） ・事例から学んだことをもとに、心の不調や病気の特徴を関連付けて、課題や解決の方法を見つけたり、選んだりするなどして、それらをワークシートに記入したり、説明したりできる。（観察・ワークシート） ・心の不調や病気の早期発見のために知っておくべき症状、友達から心の不調について相談を受けた場合の適切な対処について、理解したことを言ったり、書き出したりしている。（観察・ワークシート・アンケート） ※アンケートについては、授業前から授業後の変化（及び３ヶ月後の得点）

6. 本時の指導

１）学習過程１時間目

（1）　本時の目標

・心の不調や病気への対処について、考えられる要因の対処などについて学習した内容を活用し、事例と自身の生活習慣を比較して、今後気を付けることについて、具体例を挙げながら筋道を立ててそれらを説明することができる。【思考・判断】

・心の不調や病気は思春期から増加すること、 誰にでも起きること、夜更かしや睡眠不足などの生活習慣が影響すること、心の不調時には、一人で抱え込まず早めに相談することについて、理解したことを言ったり、書き出したりすることができる。　【知識・理解】

（2）学習過程

	学習内容・活動	指導上の留意点及び評価	資料・指導書
授業前	[アンケート①記入] (7-10 分)	[アンケート①を実施させる]（直前）	
導入(6分)	1. 本時の内容を聞く。 2. イラストを見て、気がついたことを発表する。	○本時は、アニメ教材の事例（たすく君）を基に、心の不調や病気と適切な対処方法について学習することを伝える。 *ワークシートを配布する。 ○イラスト（ワークシート 1）を提示し、自分たちがどのような時期にあたるのかを考えさせ、発表させる。 ○ワークシート１の（　　）に「思春期」を書かせる。 ここで本時のテーマが自身に関わる問題であると認識させる。	ワークシート 1 指導書 p
展開①(12分)	3. たすく君が布団をかぶっているシーンのイラストを見て、どのような状態であるかを予測する。 4. アニメ教材（前半）を視聴し、たすく君が「心の不調」になった原因を考え、ワークシートに記入する。	○たすく君が布団をかぶっているシーンのイラスト（ワークシート２）を提示し、予想させ書かせる。たすく君は「心の不調」であることを伝え、この後、たすく君が「心の不調」になるまでの生活の様子を描いたアニメ教材（前半）を視聴させる。 ○たすく君の「心の不調」の原因として考えられるものをワークシート 3 に書かせる。 ＊机間指導 記入状況を確認し、必要であれば、ヒントとしてたすく君の生活習慣イラスト（ワークシート 3）を提示し再考を促す。 意見としてスマートフォン、 夜更かし等が出てくることが望ましい。 評価 ・心の不調や病気への対処について、考えられる要因の対処などについて学習した内容を活用し、事例と自身の生活習慣を比較して、今後気を付けることについて、具体例を挙げながら筋道を立ててそれらを説明している。【思考・判断】	ワークシート 2 アニメ教材（前半） ワークシート 3 指導書 p
展開②（16分）	5. アニメ教材（後半）を視聴し、たすく君がその後どうなったのか、心の不調や病気の特徴を確認し、ワークシートにまとめる。 6. 学校や地域で利用可能なメンタルヘルスサービスをワークシートに記入する。	○アニメ教材（後半）を視聴させる。 アニメ終了後、心の不調や病気の特徴 ・心の不調や病気は誰にでも起きる。 ・睡眠等の生活習慣も心の不調に影響する。 ・(一人で抱え込まず）早めに誰かに相談することが大事。 であることを説明する。 アニメ教材（後半）の心の不調のまとめシーンを提示すると良い。 ○ワークシート 4 の空欄に記入させる。 ○学校や地域の利用できる相談先（メンタルヘルスサービス）について説明する。イラスト（ワークシート 5）を示す。	アニメ教材（後半） ワークシート 4 指導書 p ワークシート 5 指導書 p
展開③(8分)	7. 相談先を考える。	○ワークシート 6 の「もしあなたが心の不調になったら、誰に相談しますか？」を記入させる。＊発表はさせない。 ○学校には教員・養護教諭・カウンセラーがいること、また「いつでも相談に来てね。」とメッセージを伝える。 ＊イラストを用いても良い。	ワークシート 6 指導書 p
まとめ（8分）	8.学習したことをもとに、心の健康の観点から、これからの生活で何に気をつけて生活していくことが大切なのか、自分なりの考えを書く。	○本時のまとめとして、 ・心の不調は誰にでも起きること ・(睡眠等の）生活習慣も心の不調に影響していること ・(一人で抱え込まず）早めに誰かに相談することが大事であることを説明する。 また、心の不調や病気は思春期から増えてくることについてワークシートを振り返って確認する。 ○授業の感想をワークシート 7 に記入させる ○次回は、心の不調や病気の症状を早期発見するために特徴的な症状を学ぶことを説明して終了する。 評価 心の不調や病気は思春期から増加すること、 誰にでも起きること、夜更かしや睡眠不足などの生活習慣が影響すること、心の不調時には一人で抱え込まず早めに相談することについて理解したことを言ったり、書き出したりしている。【知識・理解】	指導書 p ワークシート 7

2）学習過程 2 時間目

（1） 本時の目標

・心の不調や病気の症状について基本的な事項について書き出したり、発言したりして学習活動に取り組むことができる。【関心・意欲・態度】

・事例から学んだことを基に、心の不調や病気の特徴を関連付けて、課題や解決の方法を見つけたり、選んだりするなどして、それらをワークシートに記入したり、説明したりできる。【思考・判断】

・心の不調や病気の早期発見のために知っておくべき症状、友達から心の不調について相談を受けた場合の適切な対処について、理解したことを言ったり、書き出したりすることができる。【知識・理解】

(2) 学習過程

	学習内容・活動	指導上の留意点及び評価	資料・指導書
導入（5分）	1.前時の内容を確認する。 2. 本時の内容を聞く。	○ワークシートを配布する。 ○ワークシートを用い「心の不調は思春期から増加する」「心の不調は誰にでも起きること」「心の不調や病気には生活習慣も影響する-睡眠（夜更かしや睡眠不足）など-」「（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事」を確認する。 ○本時は、デジタル紙芝居を基に、早期発見のために心の不調・病気の特徴的な症状を学習することを伝える。	
展開（20分）	3. デジタル紙芝居前半（模擬事例 A,B,C）を視聴し、早期発見のため気を付ける症状を、ワークシートに記入する。	○デジタル紙芝居前半を視聴させる。 ○３人の症状に注目して視聴するように、確認する。 ○模擬事例 A, B, C のそれぞれの特徴的な症状をワークシート１に記入させる＊机間指導で記入状況を確認する。 それぞれの症状を示すイラストを使い、確認する。 ○意見を出し合い、発表させる。 評価 ・心の不調や病気の症状について基本的な事項について書き出したり、発言したりして学習活動に取り組もうとしている。【関心・意欲・態度】	デジタル紙芝居（前半） ワークシート１ 指導書ｐ
展開（15分）	4. デジタル紙芝居後半を視聴し、友達が心の不調に陥った場合にどのように対処したら良いかを考えさせ、発表する。	○ワークシート２を使い、友達から「最近、夜よく眠れないし朝起きられなくてつらいんだ。」と相談された時の対応について考えさせ、ワークシート２の吹き出し部分に記入させる。意見を出し合い、意見交換させる。 *ここでは、生活習慣に関するアドバイスが出てもよい。 ○デジタル紙芝居後半を視聴させる。 ○友達から心の不調について相談された場合でも、自身の場合と同様に、１人で抱え込まず信頼できる人に相談すること、また友達に信頼できる人に相談するように伝えることが大事であることを説明する。 評価 事例から学んだことをもとに、心の不調や病気の特徴を関連付けて、課題や解決の方法を見つけたり、選んだりするなどして、それらをワークシートに記入したり、説明したりしている。【思考・判断】	ワークシート２ 指導書ｐ デジタル紙芝居（後半）
まとめ(10分)	1. 学習したことをもとに、心の健康の観点から、これからの生活で何に気をつけて生活していくことが大切なのか、自分なりの考えを書く。	○全体のまとめとして、 ・ 心の不調や病気は思春期から段々と増えてくるもの ・ 誰にでも起きる可能性があること ・ 睡眠等の生活習慣が予防や回復に影響すること ・ 一人で抱え込まず早めに相談することが大事であること を説明する。 ○授業の感想をワークシート４に記入させる 評価 心の不調や病気の早期発見のために知っておくべき症状、友達から心の不調について相談を受けた場合の適切な対処について、理解したことを言ったり、書き出したりしている。【知識・理解】	ワークシート３ 指導書ｐ
授業後	[アンケート②記入] ↓ [アンケート③記入]	[アンケート②を実施させる]（直後） ↓ [アンケート③を実施させる]（３ヶ月後）	

2. 改訂版プログラム

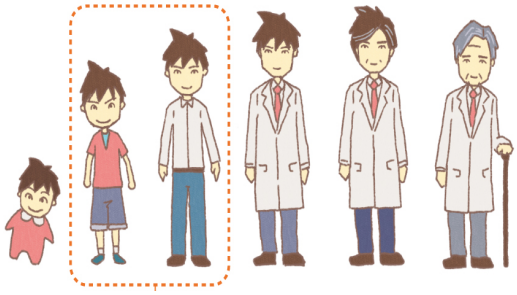
2) 中学生用プログラム

・ワークシート

2015 年度「心の不調や病気（精神疾患）への対処」ワークシート（1 時間目）

クラス＿＿＿＿＿名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 今、あなたたちは人生の中でどのような時期にあたるでしょうか。



（　　）は、
心の病気（精神疾患）の発症がとても多い時期であるということが知られています。

2. なぜ、たすく君は心の不調になってしまったのでしょう
（考えたことがあれば空欄に記入してください）

3.「たすく君」が調子を崩した原因と思われることを書きましょう

（「たすく君」と「まもる君」の大きな違いは何？）

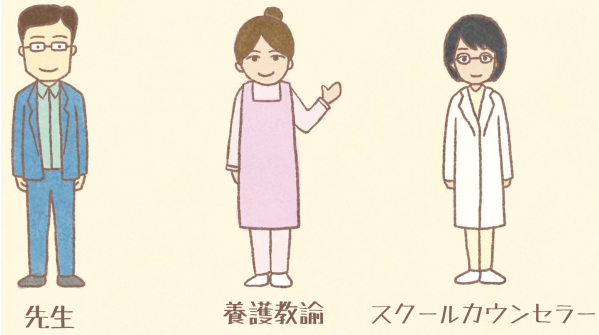
４. 心の不調や病気（精神疾患）への対処をまとめましょう

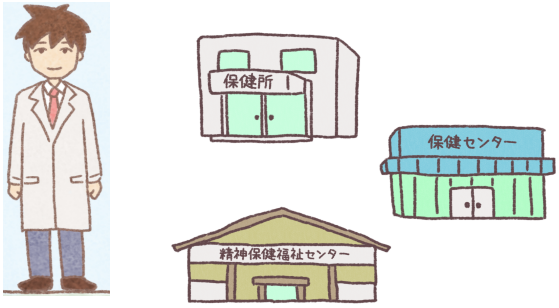
①心の不調や病気は（　　）。

②（　　）が心の不調や病気に影響します。

③早めに（　　）ことが大事です。

５. 具体的にどんな人に相談することができるでしょうか。あなたが利用できる相談先はたくさんあります。





６. もしあなたが心の不調になったら、誰に（どんな人に）相談しますか？

わたしは、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に相談します。

理由は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
だからです。

７. 授業を受けて考えたことや、自身の生活を振り返って気がついたことを書きましょう。

2015 年度「心の不調や病気（精神疾患）への対処」ワークシート（２時間目）

心の不調や病気も身体と同様に早期発見が大事です。
本日の授業では、どのような観点で心の不調をチェックしたら良いかを学びます。

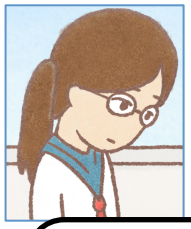
１．デジタル紙芝居（第一部）を視聴し、A さん，B さん，C さんの症状を空欄に記入しましょう。

A さんの症状

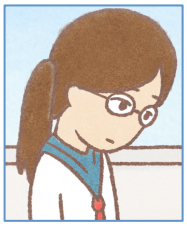
B さんの症状

C くんの症状

２．友達に心の不調を相談された時の適切な対応方法を考えてみよう



最近、夜よく眠れないし朝起きられなくてつらいんだ。



・・・うーん・・・。

３．授業を受けて考えたことや、自身の生活を振り返って気がついたことを書きましょう。

2. 改訂版プログラム

2) 中学生用プログラム

・アニメ教材ストーリー概要（精神保健リテラシー教育デジタル紙芝居）

エミ先生
この学校で保健室の先生をしています

たすく先生
よく相談にのって頂いている精神科医の先生です

相談に来てくれた生徒が３人いるんですが…

Aさん
１人目はAさん

「最近あまり眠れないし」

「食欲がわかない」

「好きだったテレビ番組を見てもつまらない」と

勉強にもなかなか集中できず辛くなってきているそうです

Bさん
２人目はBさん

元々バス通学をしていたのですが

手が冷たくなり　冷や汗や震えが止まらず

その時はこのまま死んでしまうのではないか

Cくん
3人目はCくん

本人に直接話を聞いてみると

「クラスの皆が自分の悪口を言っている」

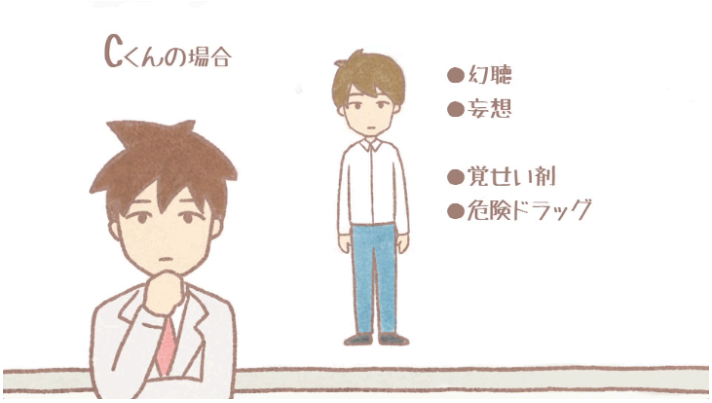
「知らない人からもすれ違いざまに悪口を言われる気もして」

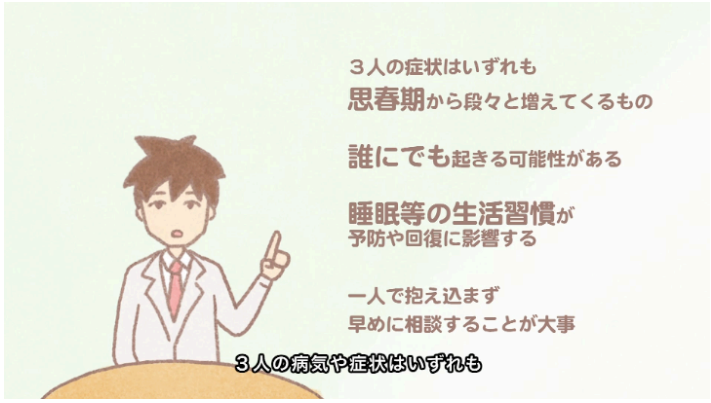
「周囲の物音や話し声がすごく気になる」と話すそうです

そうですね…ちょっと整理してみましょうか

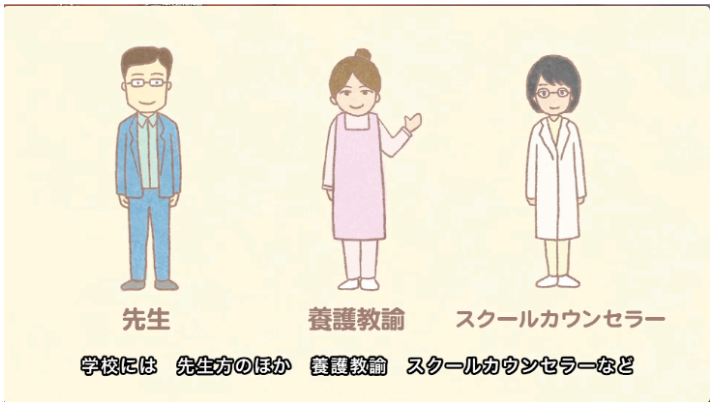
Aさんの場合
●気分の落ち込み
●意欲の低下
●興味の減退
●不安やイライラ
●睡眠の症状
●食欲の変化
●身体の症状
Aさんの場合

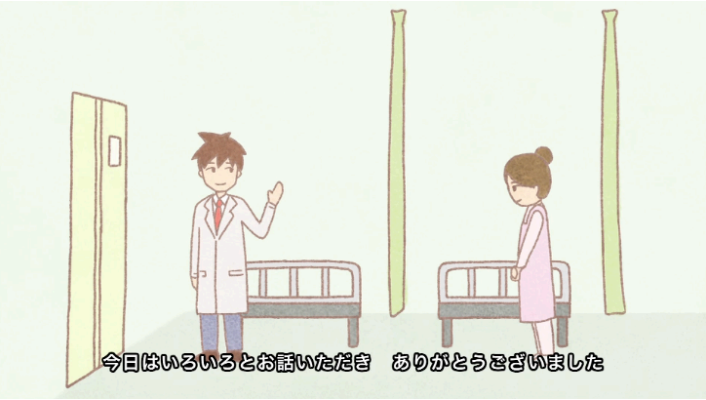
Bさんの場合
●心臓のドキドキ
●息苦しさ
●冷や汗
●手足のしびれ
●手足の冷たさ
●これらが強烈な
恐怖と共におこる
冷や汗　手足のしびれや冷たさなどが

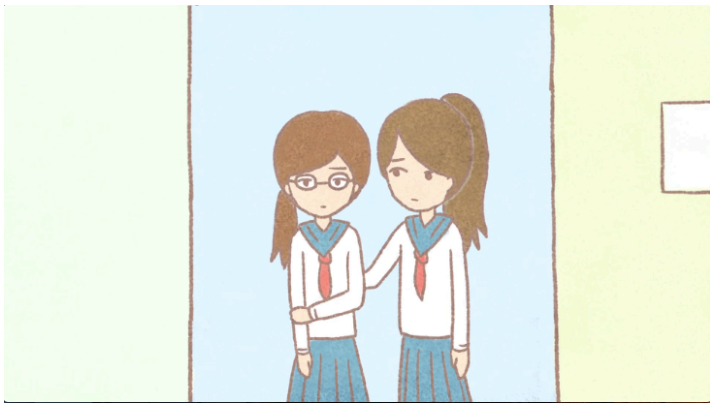

Cくんの場合
●幻聴
●妄想
●覚せい剤
●危険ドラッグ


３人の症状はいずれも
思春期から段々と増えてくるもの
誰にでも起きる可能性がある
睡眠等の生活習慣が
予防や回復に影響する
一人で抱え込まず
早めに相談することが大事
３人の病気や症状はいずれも

こういう時に生徒は誰に相談するのが良いのでしょうか？


先生
養護教諭
スクールカウンセラー
学校には　先生方のほか　養護教諭　スクールカウンセラーなど


今日はいろいろとお話いただき　ありがとうございました



第一部

エミ先生：私の名前はエミです。この学校で保健室の先生をしています。

エミ先生：よしっ。あ、ひこうき雲。

エミ先生：さて。今日はお客さんが保健室に来てくれることになっていまして…

エミ先生：あ、いらっしゃいました。

エミ先生：この方はたすく先生。よく相談にのって頂いている精神科医の先生です。

たすく医師：今日はご相談があるとか

エミ先生：そうなんです。最近心の不調を訴えて相談に来てくれた生徒が３人いるんですが・・・

エミ先生：１人目は A さん。A さんは「頭痛がする」「お腹も痛い気がする」「だるい」と言って保健室にやってきました。彼女に詳しく聞いてみると「最近あまり眠れないし」「食欲がわかない」「好きだったテレビ番組を見てもつまらない」と話してくれました。勉強にもなかなか集中できず辛くなってきているそうです。最近は学校も遅刻しがちになっているみたいです。

エミ先生：２人目は B さん。B さんは今、学校になかなか来られなくなってしまっているんです。もともとバス通学をしていたのですが、通学途中のバスの中で急に心臓がドキドキして呼吸が苦しくなることがあったみたいで、手が冷たくなり、冷や汗や震えが止まらず、その時はこのまま死んでしまうのではないかと思うほどの恐怖だったと話してくれました。それがあってから、また同じようになることが恐くて、バスに乗れなくなってしまったらしいです。

エミ先生：３人目は C くん。彼は最初担任の先生方相談がありました。以前と違って授業にも集中できていない様子で宿題もわすれがり、休み時間には耳を塞いだりしていることがあったそうです。本人に直接話を聞いてみると、「いつも誰かに見張られている気がする」「クラスの皆が自分の悪口を言っている」「知らない人からもスレチアギざまに悪口を言われる気もして」「周囲の物音や話し声がすごく気になる」と話すそうです。

たすく医師：うーん・・・なるほど

エミ先生：どうでしょうか？

たすく医師：そうですね・・・ちょっと整理してみましょうか

たすく医師：A さんの場合，気分の落ち込み、意欲の低下、興味の減退、不安やイライラのほか、睡眠の症状、食欲の変化、それに頭痛腹痛など体の症状もみられます。こういった症状はどのような子どもでも普段から多少は経験するものです。なのでそういうことがあるからといって必ずしも不調や病気というわけではありません。でもなかなか改善しない時やますます悪化する場合には「うつ病」などの可能性を疑う必要があります。

たすく医師：B さんの場合，心臓のドキドキ、息苦しさ、冷や汗、手足のしびれや冷たさなどが強烈な恐怖感とともに急におこっています。これはパニック発作と呼ばれる症状です。B さんはこのパニック発作が乗り物の中で起こり同じような発作がまた起こるのでは、との不安から乗り物に乗れないとう状態ですね。これらがよく見られるのは、不安症の１つである「パニック症」です。乗り物に乗ると急にお腹が痛くなって下痢がおこることもあります。

たすく医師：C くんの場合は，２人に比べると稀ですが注意すべき症状です。幻聴や被害妄想は覚せい剤や危険ドラッグでとても起こりやすいことは教科書にものっている通りです。ただし病気、特に統合失調症でもこのような症状が起きることがあり、早めの対処がとても大切です。

エミ先生：わかりました

たすく医師：３人の病気や症状はいずれも思春期から増えてくるものです。また誰にでも起きる可能性があります。睡眠などの生活習慣が予防や回復に影響することも少なくありません。いずれも１人で抱え込まず、早めに相談することが大事です。

エミ先生：なるほど、ありがとうございます。 こういう時に生徒は誰に相談するのが良いのでしょうか？

たすく医師：この３人の場合、エミ先生のところまで相談に来てくれた事がよかったと思います。学校には先生方のほか養護教諭、スクールカウンセラーなど、専門の知識をもった人がいます。まずはそういった先生達に相談してほしいですね。

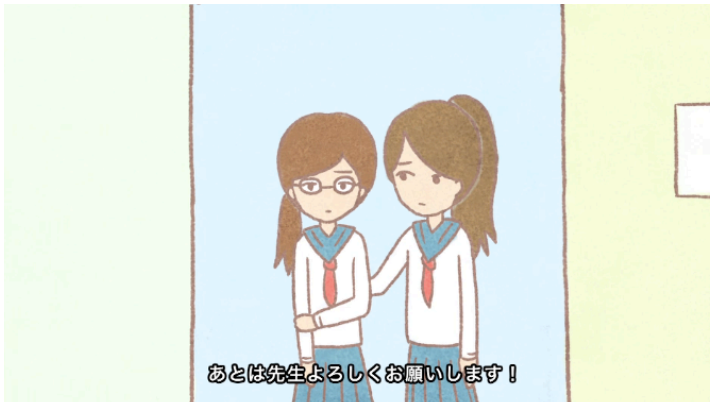
エミ先生：そうですね！

エミ先生：今日はいろいろとお話いただきありがとうございました。

エミ先生：生徒のためにがんばらないと。お、さっそく。はーい、どうぞー。

女子生徒２人：失礼します
＊＊

友達の相談は優しい気持ちで　相づちを打ちながら聞きましょう

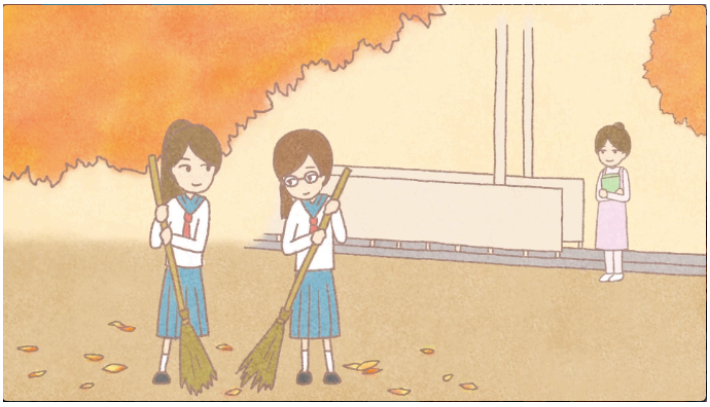


早めに相談することが大事です

保健室においてよ

あっ　エミ先生

だいぶ元気になったみたいだね　良かった



第二部

友達：あー授業終わった！終わったぁ！帰ろ？ナオリ！

ナオリ：うん・・・

友達：元気ないけど　どうしたの？

ナオリ：うん・・・最近学校がつまんなくて

友達：えっ・・・どんなこと？よかったら話聞かせて

ナレーション：友達の相談は優しい気持ちで相づちを打ちながら聞きましょう

友達：そっか辛かったね。話してくれてありがとう。保健の先生に話してみようよ。

ナオリ：うーん・・・

友達：保健の先生やさしいからけっこう相談にのってくれるんだよ？この前私の恋愛相談も聞いてくれたんだ。

ナオリ：うん・・・そうだね。話してみようかな。

ナレーション：相談を受けた場合にも自分が不調になった場合と同様に、1 人で抱え込まず適切な人に相談しましょう。学校には先生や保健の専門的知識を持った養護教諭、スクールカウンセラーなどがいます。

エミ先生：はーい、どうぞー。

友達：失礼します。

ナオリ：先生ちょっと相談があるんですが・・・

エミ先生：はい、どうぞ。

友達：私も一緒にいた方がいい？

ナオリ：ううん大丈夫、ありがとう

友達：あとは先生よろしくお願いします！じゃあね。

ナオリ：実は・・・最近何をしても詳しくなくてつらいんです。

エミ先生：そう、詳しく話をきかせてくれるかな？

ナレーション：心の不調が起こった時は１人で抱え込まず早めに相談することが大事です。

（数ヶ月後）

男子生徒：最近眠れなくてつらいんです。

エミ先生：そう、詳しく話をきかせてくれるかな？保健室においでよ。ゆっくり話聞くから。
待ってるね。

男子生徒：はい、そうします。

ナオリ：あっエミ先生

エミ先生：あらナオリさん、こんちには。だいぶ元気になったみたいだね。よかったね。

ナオリ：はい、ありがとうございます。でも無理しないように注意しています。

エミ先生：そうね。じゃあまた様子を聞かせてね。。

2. 改訂版プログラム

3) 高校生用プログラム

・学習指導案

高校 1~2 年生版「心の不調や病気への対処」　≪1 時間バージョン≫

1. 扱う単元

・現代社会と健康−ウ. 精神の健康　（ウ）ストレスへの対処

2.　単元の目標

1)ストレスへの対処について関心を持ち、学習活動に意欲的に取り組むことができるようにする【関心・意欲・態度】

2)ストレスへの対処について、課題解決を目指して、知識を活用した学習活動により、総合的に考え、判断し、それらを表すことができるようにする【思考・判断】

3)精神の健康を保持増進するには、ストレスに適切に対処していくことが重要であることについて基礎的な事項を理解することができるようにする【知識・理解】

3. 本授業について

近年の健康課題のひとつに精神疾患が挙げられる。思春期に精神疾患の症状を呈するものも少なくない。そこで、本授業では、「心の不調や病気への対処」を題材に取り上げ、精神疾患の予防や早期発見・早期対応について、視聴覚教材を用いて学習する。自分自身のこととして捉えるとともに、友達の不調時に適切な対処ができるよう教材や展開を工夫している。

4.　指導と評価の計画

時	学習内容	観点別評価規準			
		関心 意欲 態度	思考 判断	知識 理解	評価規準と方法
1～16	省略				
17	〈心の不調/病気の知識と理解〉 ・心の不調や病気は思春期から増加すること、 誰にでも起きること、夜更かしや睡眠不足などの生活習慣が影響すること、心の不調時には、一人で抱え込まず早めに相談すること。		○	○	・心の不調や病気への対処について、考えられる要因の対処などについて学習した内容を活用し、事例と自身の生活習慣を比較して、今後気を付けることについて、具体例を挙げながら筋道を立ててそれらを説明できるようにする。 （観察・ワークシート） ・心の不調や病気は思春期から増加すること、 誰にでも起きること、夜更かしや睡眠不足などの生活習慣が影響すること、心の不調時には、一人で抱え込まず早めに相談することについて理解したことを発言したり、記述したりすることができるようにする。 （観察・ワークシート・アンケート）
	〈心の不調や病気への対処〉 ・心の不調や病気の早期発見するためには症状を理解することが必要であること、自分の不調時だけでなく、友達の不調について相談を受けた場合の適切な対処方法についても取り上げ、ロールプレイングで体験したりグループディスカッションをしたりすること。	○	○	○	・心の不調や病気の症状について基本的な事項について記述したり、筋道をたてて説明したりできるようにする。 （観察・ワークシート） ・事例から学んだことをもとに、心の不調や病気の特徴を関連付けて、課題や解決の方法を見つけたり、選んだりするなどして、それらをワークシートに記入したり、説明したりできるようにする。　（観察・ワークシート） ・心の不調や病気の早期発見のために知っておくべき症状、友達から心の不調について相談を受けた場合の適切な対処方法を理解し、実践する姿勢を持つことができるようにする。　（観察・ワークシート・アンケート） ※アンケートについては、授業前から授業後アンケート得点の変化（及び３ヶ月後の得点）
18～24	省略				

5. 本時の指導

(1) 本時の目標

・心の不調や病気への対処について、考えられる要因の対処などについて学習した内容を活用し、事例と自身の生活習慣を比較して、今後気を付けることについて、具体例を挙げながら筋道を立ててそれらを説明できるようにする。【思考・判断】

・心の不調や病気は思春期から増加すること、 誰にでも起きること、夜更かしや睡眠不足などの生活習慣が影響すること、心の不調時には、一人で抱え込まず早めに相談することについて理解したことを発言したり、記述したりすることができるようにする。【知識・理解】

・心の不調や病気の症状について基本的な事項について記述したり、筋道をたてて説明したりできるようにする。【関心・意欲・態度】

・事例から学んだことをもとに、心の不調や病気の特徴を関連付けて、課題や解決の方法を見つけたり、選んだりするなどして、それらをワークシートに記入したり、説明したりできるようにする。　【思考・判断】
・心の不調や病気の早期発見のために知っておくべき症状、友達から心の不調について相談を受けた場合の適切な対処方法を理解し、実践する姿勢を持つことができるようにする。　【知識・理解】

(2) 学習過程

	学習内容・活動	指導上の留意点及び評価	資料・指導書
授業前	[アンケート①記入] (7-10 分)	[アンケート①を実施させる]（直前）	
導入(4分)	1.本時の内容を聞く。 2.イラスト（思春期とは）を見て、気がついたことを発表する。	*ワークシートを配布する。 ○本時は、2つのアニメ教材の架空の事例をもとに、心の不調や病気と適切な対処方法について学習することを伝える。 ○イラスト（PP スライド）を提示し、自分たちがどのような時期にあたるのかを考えさせ、発表させる。 ワークシート１の（　　）に「思春期」を書かせる。 ここで本時のテーマが自身に関わる問題であると認識させる。	・ワークシート１ ・PP スライド
展開①(8分)	3. たすく君が布団をかぶっているシーンのイラストを見て、どのような状態であるかを予測する。 4.アニメ教材①（前半）を視聴し、たすく君が「心の不調」になった原因を考え、ワークシートに記入する。	○たすく君が布団をかぶっているシーンのイラスト（PP スライド）を提示し、予想させ発表させる。たすく君は「心の不調」であることを伝え、この後、たすく君が「心の不調」になるまでの生活の様子を描いたアニメ教材①（前半）を視聴させる。 ○たすく君が調子を崩した原因として考えられるものを発表させる。必要であれば、ヒントとしてたすく君の生活習慣イラスト（ワークシート 2）を提示し再考を促す。 意見としてスマートフォンの使用, 夜更かし等が出てくることが望ましい。 評価 ・心の不調や病気への対処について、考えられる要因の対処などについて学習した内容を活用し、事例と自身の生活習慣を比較して、今後気を付けることについて、具体例を挙げながら筋道を立ててそれらを説明している。【思考・判断】	・ワークシート２ ・PP スライド ・アニメ教材① 前半 3 分 ・PP スライド
展開①(5分)	5.アニメ教材①（後半）を視聴し、たすく君がその後どうなったのか、心の不調や病気の特徴を確認する。	○アニメ教材①（後半）を視聴させる。 ○アニメ終了後、前半のまとめをする 心の不調や病気の特徴 ・心の不調や病気は誰にでも起こる ・睡眠等の生活習慣が心の不調に影響する ・一人で抱え込まず早めに誰かに相談することが大事 であることを説明する。 ○5 人に 1 人が心の不調や病気になる可能性があること、様々な要因（いじめもその一つ）で心の不調が起こること、回復可能なので早期発見が大事であることを補足する。	・アニメ教材① 後半 3 分 ・PP スライド
展開③(8分)	6.アニメ②教材（前半）（模擬事例 A,B,C）を視聴し、早期発見のため特徴的な症状を考える。	○A,B,C 3 人の症状に注目して視聴するように確認する。 ○アニメ教材（前半）を視聴させる。 ○模擬事例 A, B, C のそれぞれの特徴的な症状をワークシート 3 に記入させる。 ○それぞれの症状についてのイラスト（PP スライド）トを 1 人ずつ示して確認する。 ○これらの症状があるからといって、必ずしも病気とは限りませんが、「変だな」と思ったら、早めに相談してくださいと説明する。 評価 ・心の不調や病気の症状について基本的な事項について書き出したり、発言したりして学習活動に取り組もうとしている。【関心・意欲・態度】	・ワークシート 4 ・PP スライド ・アニメ教材②前半 6 分 ・PP スライド

展開④(15分)	7.アニメ教材②（後半）を視聴し、友達が心の不調に陥った場合にどのように対処したら良いかをロールプレイングで疑似体験する。	○中高生２万人へのアンケート「精神的不調で困った時にだれに相談するか」で一番多い相手を考えさせ、発表させる。 ○友達に相談される可能性があるため、友達から心の不調を相談された時の適切な対応方法を体験する。 ○ワークシート５を使い、ナオリさんから「最近、夜よく眠れないし朝起きられなくてつらいんだ。」と相談された時の対応を、既成の２つの返答をロールプレイングで体験する。二人一組になり「相手の気持ち」や「相談を受けた時の対応」を疑似体験し学ぶ。 ○アニメ教材②(後半)を視聴させる。 ○友達から心の不調について相談された場合でも、自身の場合と同様に、１人で抱え込まず信頼できる人に相談すること、また友達に信頼できる人に相談するように伝えることが大事であることを説明する。アニメ教材は、望ましい話の聞き方（・優しい気持ち・あいづちを打ちながら）の一例であることを伝える。 評価 事例から学んだことをもとに、心の不調や病気の特徴を関連付けて、課題や解決の方法を見つけたり、選んだりするなどして、それらをワークシートに記入したり、説明したりしている。【思考・判断】	・PP スライド ・アニメ教材② 後半３分 ・ワークシート５ ・PP スライド
展開⑤(4分)	8.相談先を考える。	○ワークシート６の「もしあなたが心の不調になったら、誰に相談しますか？」を記入させる。＊発表はさせない。 ○学校には教員・養護教諭・カウンセラーがいること、また「いつでも相談に来てね。」とメッセージを伝える。（PP スライド） ○学校や地域の利用できる相談先（メンタルヘルスサービス）について説明する。（PP スライド）ワークシート７を示す。	・ワークシート６ ・PP スライド ・ワークシート７ ・PP スライド
まとめ(9分)	9.学習したことをもとに、心の健康の観点から、これからの生活で何に気をつけて生活していくことが大切なのか、自分なりの考えを書く。	○全体のまとめとして、ワークシート８に書き込みながら ・　心の不調や病気は（思春期）から段々と増えてくるもの ・　心の不調や病気は（誰にでも）起きる可能性があること ・　（睡眠）等の（生活習慣）が予防や回復に影響すること ・　一人で抱え込まず（早めに相談する）ことが大事であること を説明する。 ○授業を受けて考えたことや自身の生活を振り返って気がついたことをワークシート９に記入させる。 評価 心の不調や病気の早期発見のために知っておくべき症状、友達から心の不調について相談を受けた場合の適切な対処方法を理解し、実践する姿勢を持つことができるようにする。【知識・理解】	・ワークシート８ ・PP スライド ・ワークシート９
授業後	[アンケート②記入] ↓ [アンケート③記入]	[アンケート②を実施させる]（直後） ↓ [アンケート③を実施させる]（３ヶ月後）	

2. 改訂版プログラム

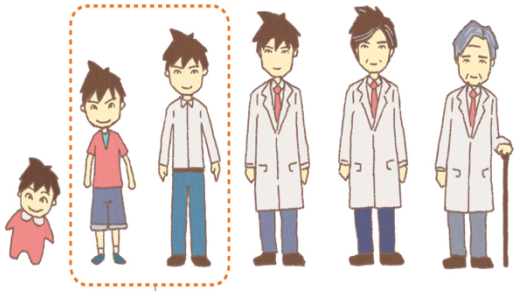
3) 高校生用プログラム

・ワークシート

2015 年度「心の不調や病気への対処」ワークシート

クラス＿＿＿＿名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 今、あなたたちは人生の中でどのような時期にあたるでしょうか。



（　　）は、
心の病気（精神疾患）の発症がとても多い時期であるということが知られています。

2. 「たすく君」が調子を崩した原因と思われることを書きましょう

（「たすく君」と「まもる君」の大きな違いは何？）

3. 心の不調や病気への対処をまとめましょう

①心の不調や病気は（　　）。

②（　　）が心の不調や病気に影響します。

③早めに（　　）ことが大事です。

4. 心の不調や病気も、身体の不調や病気と同様に、早期発見が大切です。
では、どのような観点で心の不調をチェックしたら良いかを学びます。
アニメを見て、A さん・B さん・C くんの症状を空欄に記入しましょう。

気分の落ち込み　　（　　）の変化
（　　）　　食欲の変化
興味の減退　　身体の症状
不安やイライラ

（A さん）

心臓のドキドキ　　手足の冷たさ
（　　）　　手足のしびれ
（　　）
これらが強烈な恐怖とともに起こる
不安やイライラ

（B さん）

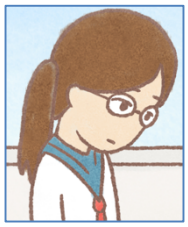
（　　）　　妄想

覚せい剤や危険ドラッグの使用でも起きる

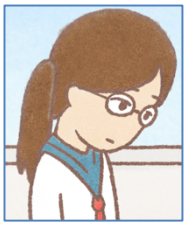
（C くん）

これらの症状があるからといって、
必ずしも病気とは限りませんが、
「変だな」と思ったら、早めに相談してください

5. 友達に心の不調を相談された時の適切な対応方法を考えてみよう



最近、夜よく眠れないし朝起きられなくてつらいんだ。



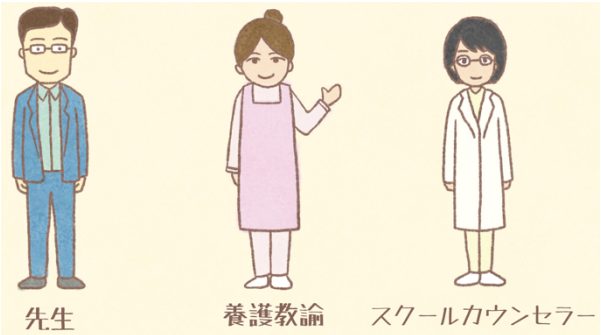
・・・うーん・・・。

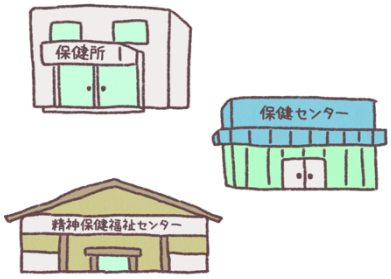
6.もしあなたが心の不調になったら、誰に(どんな人に)相談しますか？

わたしは、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に相談します。

理由は、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿だからです。

7. 具体的にどんな人に相談することができるでしょうか。あなたが利用できる相談先はたくさんあります。





8. 心の不調や病気への対処をまとめましょう

①(　　)から段々と増えてくるもの

②(　　)起きる可能性がある

③(　　)が心の不調の予防や回復に影響する

④一人で抱え込まず、(　　)することが大事

9. 授業を受けて考えたことや、自身の生活を振り返って気がついたことを書きましょう。

2. 改訂版プログラム

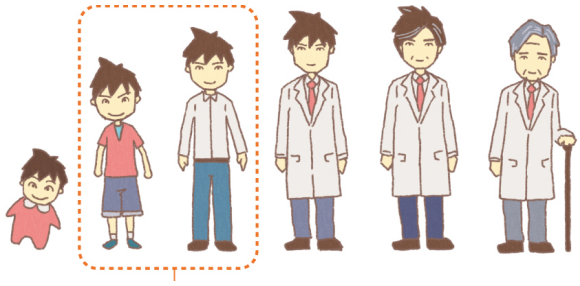
3) 高校生用プログラム

・パワーポイントスライド

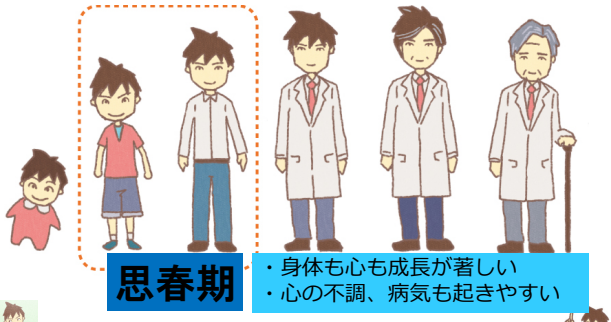
メンタルヘルスリテラシー授業

心の不調と病気への対処

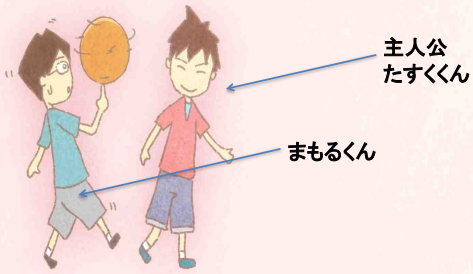
1. 今、あなたたちは人生の中でどのような時期にあたるでしょうか。



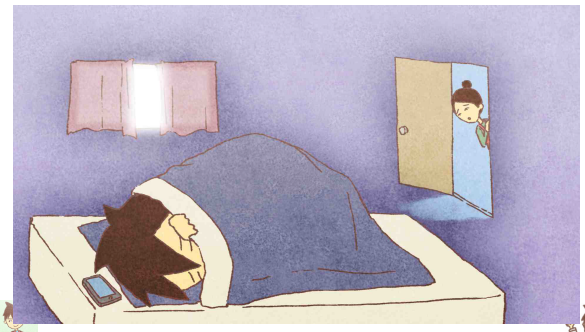
1. 今、あなたたちは人生の中でどのような時期にあたるでしょうか。



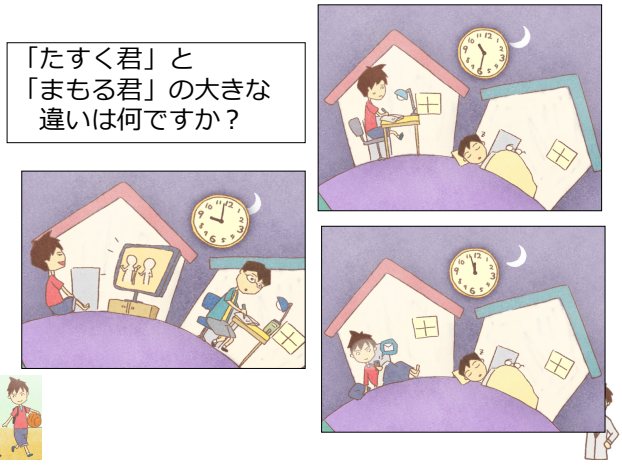
アニメ教材①登場人物



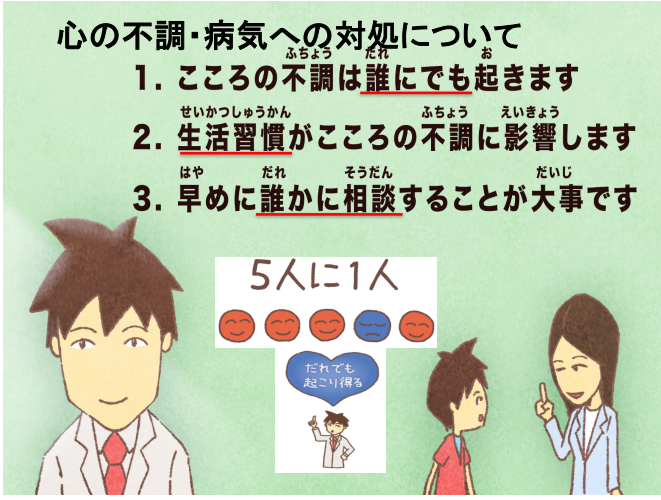
2. アニメを見て「たすく君」が調子を崩した原因と思われることを書きましょう。



アニメ教材①（前半）



アニメ教材①（後半）



3.　アニメを視聴して、3人の症状を記入しましょう。

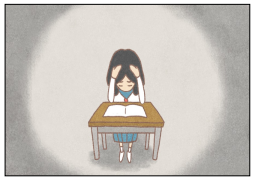
Aさん　　Bさん　　Cくん

アニメ教材②（前半）

3.　アニメを視聴して、3人の症状を記入しましょう。

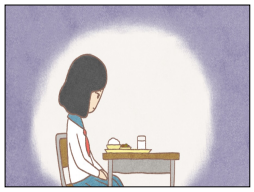
Aさん　　Bさん　　Cくん

Aさんの場合

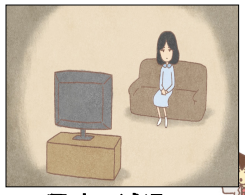


気分の（落ち込み ）

睡眠の症状



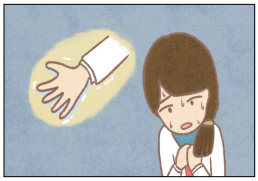
食欲の変化



興味の減退

Bさんの場合

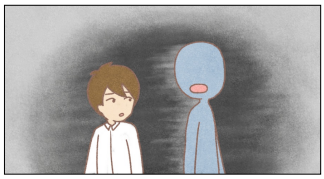
心臓の（ ドキドキ ）
息苦しさ



冷や汗
手足のしびれ・冷たさ

死んでしまうと
思う程の恐怖

Cくんの場合



（ 幻聴 ）

妄想
見張られている？

物音が気になる

4.　友達に心の不調を相談された時には、どのように対応したらよいでしょうか。

ナオリ

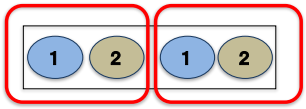
最近、夜よく眠れないし、
朝起きられなくてつらいんだ。

（既成の2つの
セリフパターンがあります！）

友達

ロールプレイング（役割演技）で体験
※2つのセリフパターン
※1回30秒×2回
※役割交代をして同様に

（前）　スクリーン



ナオリ

友達

4．友達に心の不調を相談された時には、
どのように対応したらよいでしょうか。

セリフパターン　その１

ナオリ

最近、夜よく眠れないし、
朝起きられなくてつらいんだ。

遅くまでスマホを見てるから
じゃない？勉強しすぎだし、
とにかくまじめすぎるんだよ！

友達

4．友達に心の不調を相談された時には、
どのように対応したらよいでしょうか。

セリフパターン　その２

ナオリ

最近、夜よく眠れないし、
朝起きられなくてつらいんだ。

それはつらいね。もしよかったら、もう少し詳しく話してくれる？

友達

4．友達に心の不調を相談された時には、
どのように対応したらよいでしょうか。

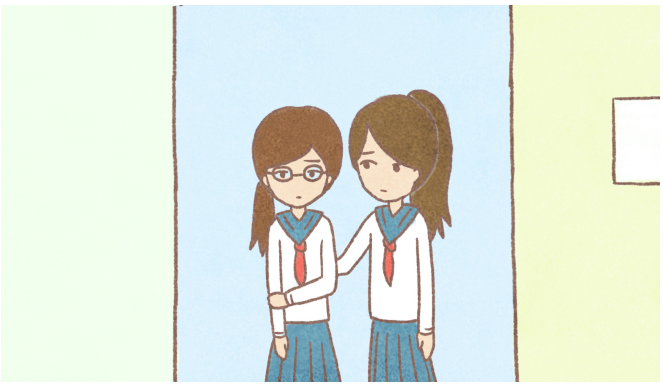
①優しい気持ちで、相づちを打ちながら聞くこと。

②1人で抱え込まず、信頼できる人に相談すること。

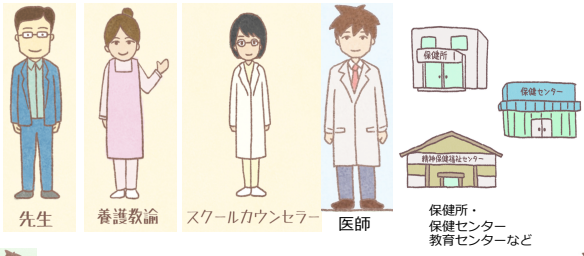
③友だちに、信頼できる人に相談するように伝えること。

アニメ教材②（後半）

5．もしあなたが心の不調になったら、
誰に（どんな人に）相談しますか？



6．あなたが利用できる相談先はたくさんあります。



【本日のまとめ】
心の不調と病気
への対処

3人の症状はいずれも
思春期から段々と増えてくるもの

誰にでも起きる可能性がある

睡眠等の生活習慣が
予防や回復に影響する

一人で抱え込まず
早めに相談することが大事

4) 改訂版プログラム教授用指導書

本書は、学校で「心の不調・病気（精神疾患）を理解する授業」を実施するための学校教員用テキストです。授業の実施手順と必要・参考となる知識を、指導案を中心にまとめました。学校で心の不調・病気に関する授業を行うことについて、教員の多くは「必要だけど扱いづらい」「どう教えたら良いのかわからない」と感じているかも知れません。本書はそのように感じている教員でも容易に授業が実施できるよう工夫しました。

本書は２冊（１.授業の進め方，２.知識編）に分かれています。このうち『１.授業の進め方』を読めば一通り授業が出来るように作りました。小学校、中学校、高校それぞれの指導案が載せてあります。２.知識編では、１）子どもたちの不調への実際の対処で役立つ実践的知識と、２）精神疾患についてのさらに詳しい知識を解説する予定です。

「心の不調・病気を理解する授業」の実施に際して、本書が多くの教員のお役に立つよう願っています。

目次

はじめに 4

・学校生活とメンタルヘルス

・『メンタルヘルスリテラシー』とは

・学校教員はキーパーソン

授業の進め方 8

１. 授業を実施する際に守って頂きたいこと 9

２. 学校でのメンタルヘルスリテラシー教育で伝えたいこと 10

３. 学校教育のどこで扱うか 11

４. 実施者 12

子どもに理解させるポイント 16

１. 心の不調・病気（精神疾患）の特徴を理解させる 17

・理解のポイント１：心の不調・病気は思春期から増加する

・理解のポイント２：心の不調・病気は誰にでも起きる

・理解のポイント３：心の不調・病気には生活習慣も影響する

- 睡眠（夜更かしや睡眠不足）など -

・理解のポイント４：（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事

２. 心の不調・病気（精神疾患）を早期発見できるよう具体的な症状を理解させる 26

・模擬例１. 気分の落ち込み・意欲の低下・興味の減退

・模擬例２. パニック発作・発作への不安でその状況を避ける、その状況になるとお腹が痛くなる

・模擬例３. 幻聴・被害妄想

３. 適切な対処方法について考えさせる 36

・ディスカッションの方法

・友達から心の不調について相談を受けた場合にすること, 考えること

コラム１. メンタルヘルスリテラシー教育と学習指導要領 14

コラム２. いじめが与える影響について 24

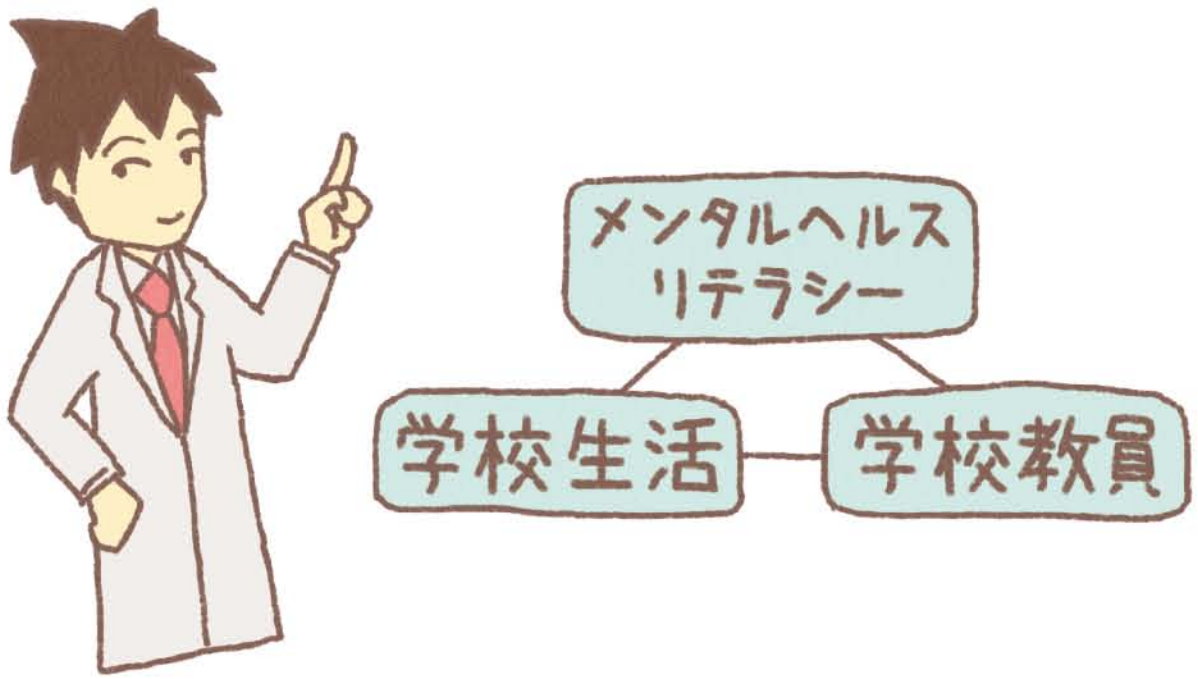
コラム３. 覚せい剤や危険ドラッグ 34

コラム４. 子どもたちの相談先 40

コラム５. メンタルヘルスに関する社会資源 42

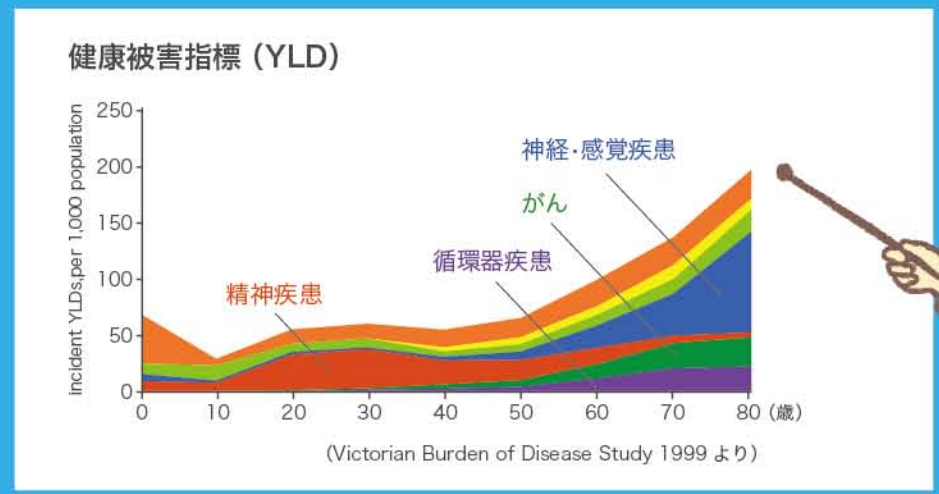
付録　学習指導案（小・中・高）授業実施者用チェックリスト

はじめに



学校生活とメンタルヘルス

心の病気（精神疾患）は頻度が高く、一生のうちで全人口の５人に１人がかかります。このうち半数は 10 代の思春期で病気が始まります。また、あらゆる疾患の中で、心の病気は 10 代の子どもの生活に最も大きな影響を与えています。



心の病気は、学業成績をはじめ子どもの学校生活に強く影響します。学校は子どもたちが将来の生活に必要なスキルや資格（学力や学歴）を身につける場所ですが、心の病気は学校生活を大きく障害し、しばしば「不登校」や「引きこもり」につながり、子ども達の将来に大きく影響します。しかも困ったことに、心の病気には、子ども本人も周りの大人も気づきにくいという厄介な特徴があります。

心の病気も他の病気と同様、出来るだけ早期に発見し適切に対処すれば、本格的な発症を防ぎ、また回復を促進することが可能です。しかし、多くの子どもは、心に「不調や病気」が存在することも知らず、具体的にどのような兆候や症状が現れるのか考えたこともありません。これは保護者をはじめ周りの大人も同じで、その結果、心の病気になかなか気づかず、対処できないことが多いようです。この状況を改善するには、心の病気の存在、その兆候や症状、適切な対処方法について子どもと周りの大人がよく理解しておく必要があります。また心の病気が急増し始める思春期にそれらの知識を身につけておけば、将来にわたって健康で快適な生活を送れる可能性が高まると考えられます。

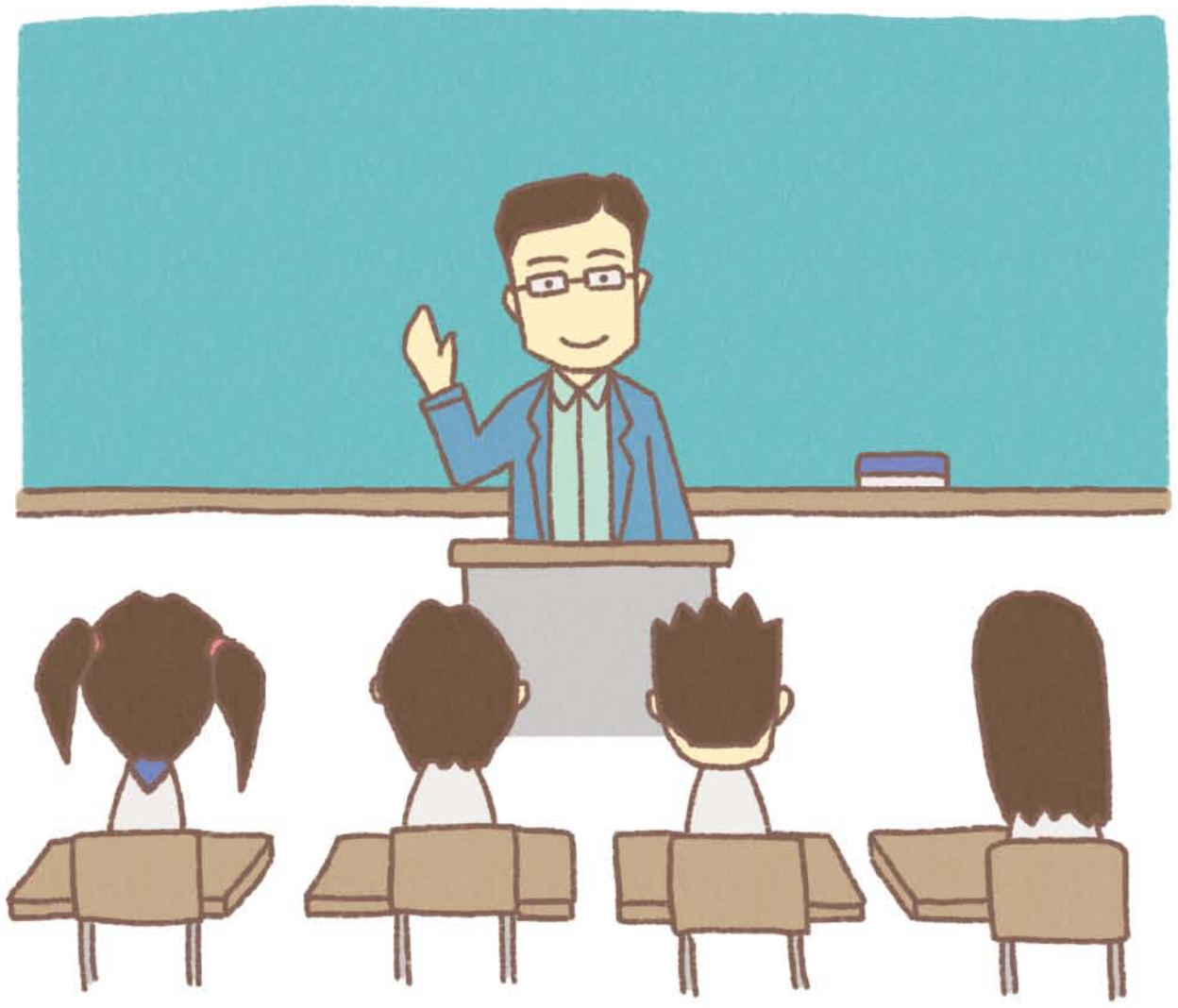
『メンタルヘルスリテラシー』とは

そのような知識あるいは適切な対処に関する考え方や態度は、「メンタルヘルスリテラシー」と呼ばれています。健康に関する正しい知識（ヘルスリテラシー）を持っておくことは、正しい健康行動を築く基盤になります。それは身体のことでも、心のことでも同じです。思春期の子どものメンタルヘルスの現状を考えると、メンタルヘルスリテラシー教育を学校教育内で扱うメリットはとても大きいと考えられます。メンタルヘルスリテラシーを獲得することで、子ども達は、自分や友達の心の不調に気がつき、適切な対処行動がとれる可能性が高まります。つまり、メンタルヘルスリテラシー教育により、子どもの心の不調・病気（精神疾患）への対処の遅れや病状の悪化・慢性化を減らすことができると考えられます。

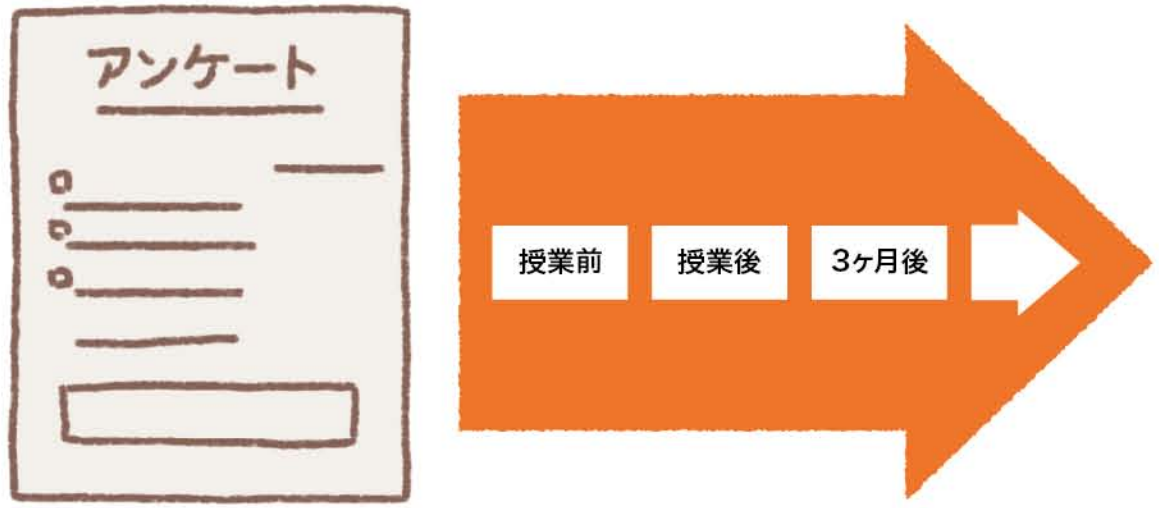
学校教員はキーパーソン

このメンタルヘルスリテラシー教育は、学校で教員が実施します。子どもが一日の大半を過ごす学校は、子どもの変化を観察しやすく、メンタルヘルスリテラシー教育を行うにも絶好の場所です。また学校外の専門家ではなく学校教員が実施することには、利点があります。一つは「普及性・継続性」です。学校外の専門家が行うプログラムを実施するには、適切な専門家を見つけなくてはなりません。また予算の問題もあります。学校教員が実施すればこれらは解決されます。二つめは、子どもから学校教員への相談行動が促される可能性です。授業中に学校教員から子どもに「いつでも相談に来ていいよ」というメッセージを送ることで、子どもは学校教員を「心の不調・病気（精神疾患）を相談できる身近な大人」と認識する可能性が高まります。

授業の進め方



1．授業を実施する際に守って頂きたいこと



私たちは、授業の効果が実証された「根拠」のある教育プログラム作成と普及を目指しています。このために、本授業を実施する際には、次のことを必ず守って下さい。

1）授業の前と後，3ヶ月後の合計3回、授業効果を確認するためのアンケートを生徒に実施してください。

2）必ずこの冊子の指導案に沿って授業を実施し、実施後には、実施者用チェックリストで実際に指導案に沿って授業ができたか、チェックをしてください。

アンケートと実施者用チェックリストについては研究室までお問い合わせください。

jsmhlteam@gmail.com
〒113-0033
東京都文京区本郷 7-3-1
東京大学大学院教育学研究科身体教育学コース佐々木研究室

ここでの「根拠」というのは、行った授業が、実際に子どものメンタルヘルスやそれに関わる行動に効果のあることを、きちんと統計学的に再現性のある形で示すことです。上記のうち、1）は、このメンタルヘルスリテラシーの授業が、子どものメンタルヘルスや

それに関わる行動に本当に効果があるのかを明らかにする上で不可欠です。ですから、この授業を実施して頂く際には、効果検証のためのアンケート調査の実施を必ずお願いいたします。2）は、実際の授業がプログラム通りに行われているかを確認するために必要です。「同じ授業」といっても、学校や実施する教員によって方法がバラバラでは、どのような方法で授業を行うと効果を得やすいのかが分からなくなってしまいます。基本的な授業内容や授業の進め方はどの学校・クラスでも同じにしないと、本プログラムが本当に効果のあるものか実証できなくなってしまいます。なお、本プログラムは今後も検討を重ね、より効果的なプログラムの完成をめざしています。これらの理由から、授業実施に際しては、本書に書かれた授業の進め方の説明をよくお読みいただき、必ずそれに沿って実施して頂くようお願い致します。

2. 学校でのメンタルヘルスリテラシー教育で伝えたいこと

学校でのメンタルヘルスリテラシー教育で子どもに伝えたいポイントは、基本的に以下の４つです。これは小学生、中学生、高校生いずれにも共通しています。

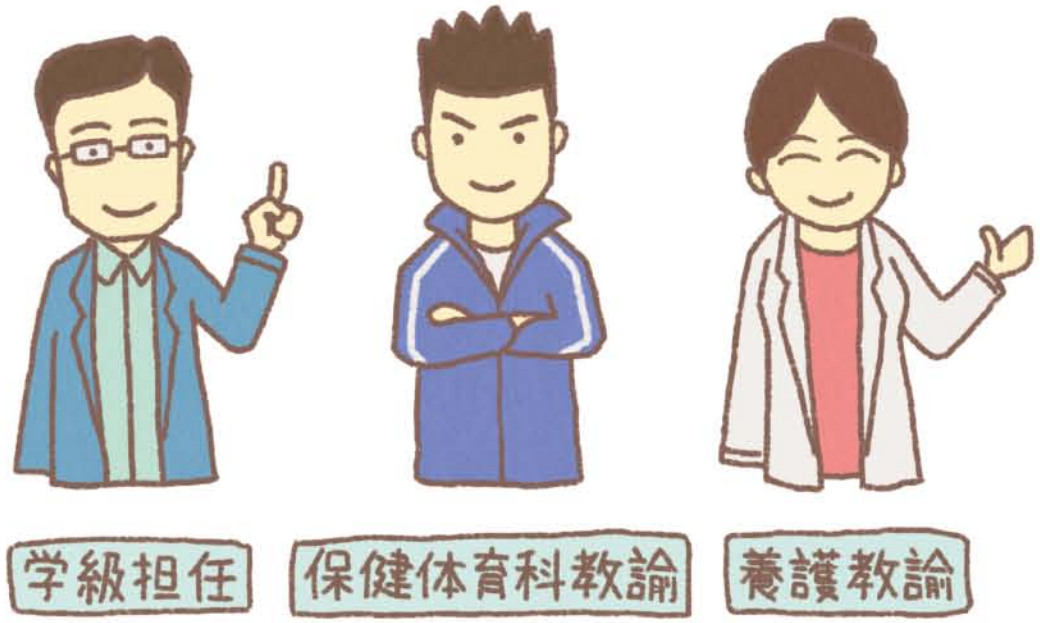
① 心の不調・病気は思春期から増加すること
② 心の不調・病気は誰にでも起きること
③ 心の不調・病気には生活習慣も影響すること
-睡眠（夜更かしや睡眠不足）など-
④（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であること

授業では、この４点について、子どもの発達段階に合わせて、使用する言葉を選びながら、情報の内容や量を調節しながら子どもたちに伝えます。

3. 学校教育のどこで扱うか

保健学習としては、体育の保健領域（小学校）や保健体育の保健（中学・高校）で、あるいは保健指導としては、特別活動（学級活動）・総合的な学習の時間での実施が考えられます。

4．実施者



学級担任、保健体育科教諭、養護教諭が実施の候補者です。一人で実施しても構いませんし、担任と養護教諭あるいは保健体育科教諭と養護教諭での TT (Team Teaching) 形式で実施しても良いでしょう。TT の場合には、養護教諭の専門的な知識や技能を活かせるという利点があります。

＊特に心配な子がいる場合の授業実施時の配慮

メンタルヘルスリテラシーの授業への参加について心配な子どもが実施予定のクラスにいるときは、何らかの配慮が必要になることもあります。場合によっては、その子どもと親に心の不調や病気に関する授業を行うことを事前に知らせておくことや、無理な参加を求めないというのも一つの方法として考えられます。また授業中にその子どもに無理に発言を求めたりせず、様子（顔色や言動）に注意しながら進めることも大切です。なおそれまで教員側で不調に気付いていなかった子どもを含めて、授業実施が子どもからの相談につながる可能性もありますので、授業後に子ども達全員に意見や感想を書いてもらうと良いでしょう。

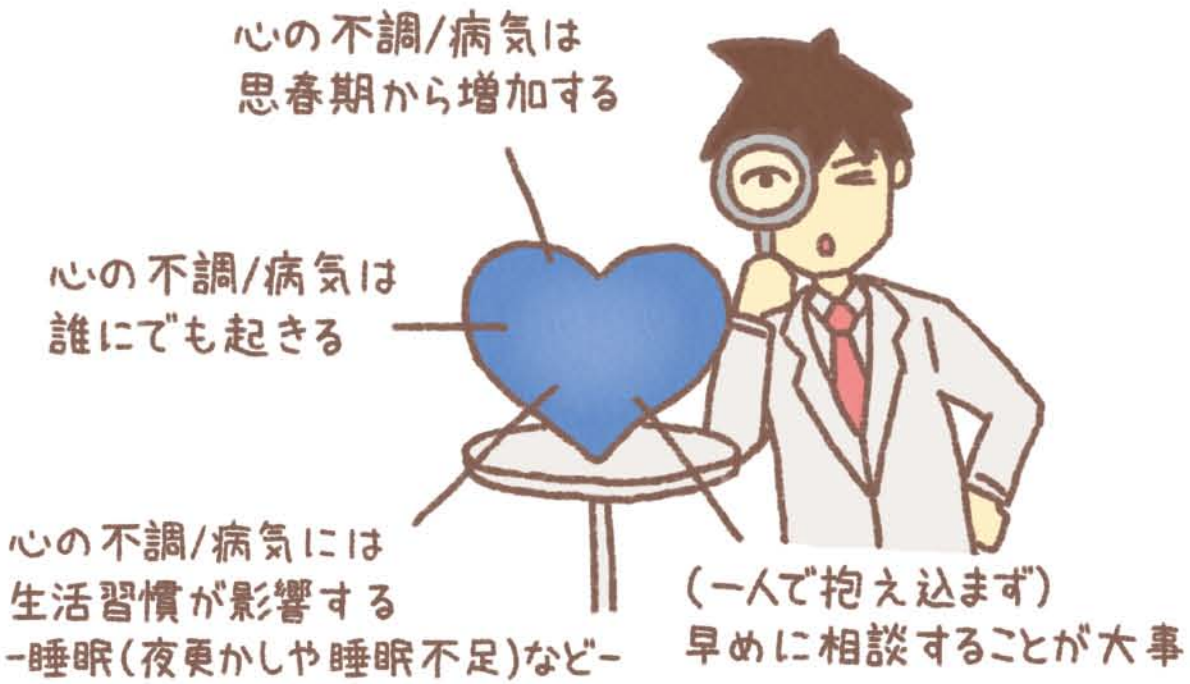
コラム１．メンタルヘルスリテラシー教育と学習指導要領

学校でのメンタルヘルスリテラシー教育は、保健学習として、あるいは、特別活動（学級活動）や総合的学習の時間での実施することができます。現行の学習指導要領には、心の病気（精神疾患）に関する記述はなく、当然教科書にもその内容は含まれていません。しかし、関係する内容は、現行の学習指導要領にも含まれています。例えば、小学校では、「心の健康」で不安や悩みへの対処、「病気の予防」で生活行動が関わって起こる病気の予防が扱われています。中学校では、「心身の機能の発達と心の健康」で欲求やストレスへの対処と心の健康、また「健康な生活と疾病予防」で生活行動・生活習慣と健康、薬物乱用と健康、保健・医療機関の有効利用が扱われています。高校生になると、「現代社会と健康」で精神の健康、「生涯を通ずる健康」で生涯の各段階における健康や地域の保健医療機関、「社会生活と健康」で労働と健康があります。保健学習で実施する際には、これらの項目で、メンタルヘルスリテラシー教育を実施することができます。なお、各校種の児童生徒で起こりやすいと考えられる心の健康課題を表の左側にまとめました。「いじめの増加」「不登校の増大」「（受験等による）ストレス増大」「薬物乱用」「性逸脱行動」「引きこもり」「リストカット」「希死念慮・自殺企図」等です。これらの健康課題に対して、メンタルヘルスリテラシー教育は効果的に機能すると考えられます。

メンタルヘルスリテラシー教育と学習指導要領

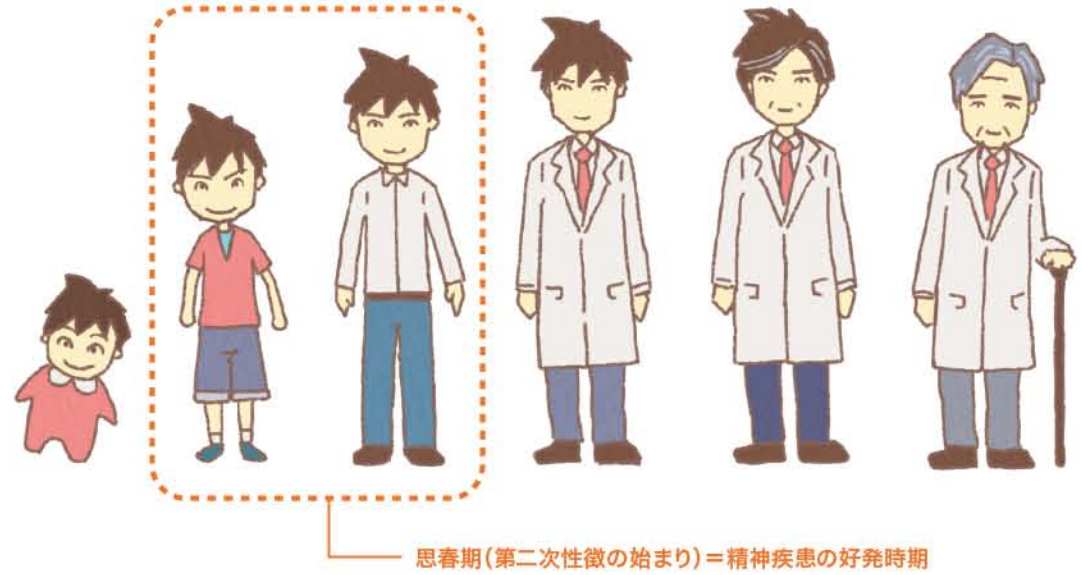
校種	起こりやすい心の健康課題	学習指導要領	メンタルヘルスリテラシー教育で伝えたいこと
小学校	発達障害 児童虐待 いじめの増加 不登校の増大	心の健康 ア．心の発達 イ．心と体の相互の影響 ウ．不安や悩みへの対処 病気の予防 病気の起こり方 ・生活行動が関わって起こる病気の予防	心の不調や病気は、 ①思春期から増加する ②誰にでも起きること ③生活習慣が影響する - 睡眠（夜更かしや睡眠不足）など - こと ④(一人で抱え込まず)早めに相談することが大事であること ＊小中高共通 子供の発達段階に合わせて、情報の内容と量を調整する
中学校	（受験等）ストレス増大 思春期到来 精神疾患の好発時期 過剰なダイエット 薬物乱用 性逸脱行動 引きこもり リストカット 自殺・希死念慮	心身機能の発達と心の健康 ア．身体機能の発達 イ．生殖にかかわる機能の成熟 ウ．精神機能の発達と自己形成 エ．欲求やストレスへの対処と心の健康 健康な生活と疾病予防 ア．健康の成り立ちと疾病発生要因 イ．生活行動・生活習慣と健康 ウ．喫煙、飲酒、薬物乱用と健康 オ．保健・医療機関や医薬品の有効利用	子供達は、 1）自分や友達の心の不調に気がつき、 2）適切な対処行動がとれるようになる
高校		現代社会と健康 イ．健康の保持増進と疾病の予防 ウ．精神の健康 生涯を通ずる健康 ア．生涯の各段階における健康 イ．保健・医療制度および地域の保健医療機関 社会生活と健康 ウ．労働と健康	子供の心の不調や病気への対処の遅れや病状の悪化・慢性化を防ぐことができる

子どもに理解させるポイント



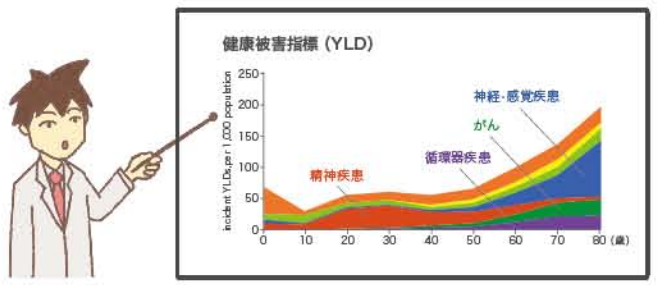
1. 心の不調・病気（精神疾患）特徴を理解させる

理解のポイント 1　心の不調・病気は思春期から増加する



次のことを教え、心の不調・病気が児童・生徒に無関係でないことを理解させます。

- 身体と同じように心にも不調や病気がある
- 思春期は身体・精神両面で成長・変化が著しく、心の不調も起きやすい



高校生では、心の不調・病気は、他のどのような病気と比べても、思春期の子どもの生活に最も大きな影響を及ぼしていることを教えても良いと思います(教える教員側は是非知っておいて下さい。5ページのグラフ; Victorian Burden of Disease Study 1999. を見ると理解しやすいです)。

ここでいう「思春期」とは第二次性徴が始まり心身ともに子どもから大人へと変化し始める小学校高学年頃から高校生くらいまでをさします。この時期に増え始める精神疾患は、大人の精神疾患と同じ種類のものです。つまり「心の不調・病気」の面でも、思春期は大人の始まりなのです。

理解のポイント２　心の不調・病気は誰にでも起きる

・心の不調・病気は珍しいものではない（平均すると全人口の５人に１人が、心の病気にかかる）
・誰もがかかる可能性がある（自分や友達，家族がかかるかもしれない）

を理解させます。

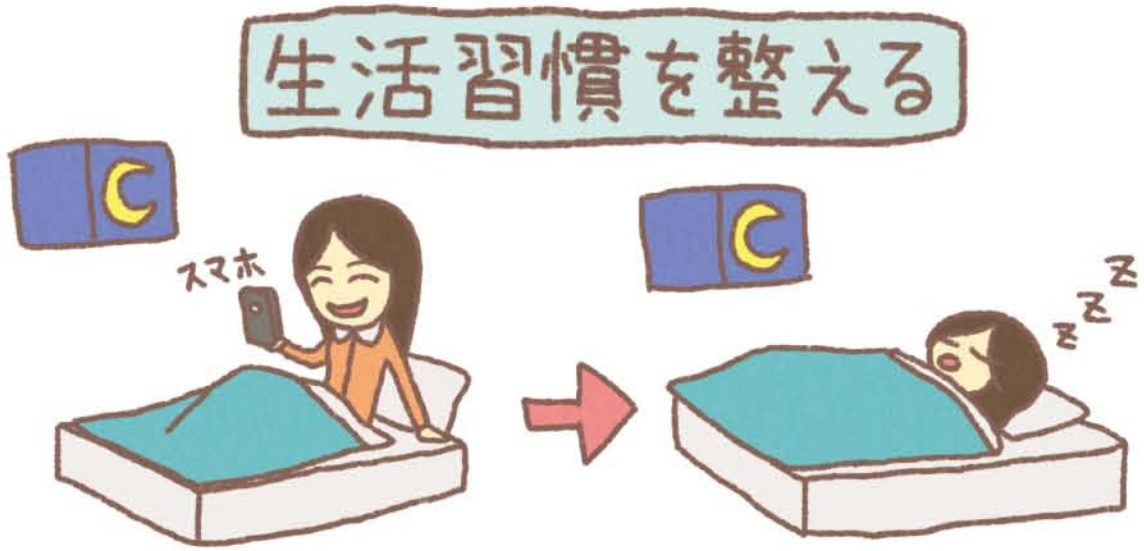
理解のポイント３　心の不調・病気には生活習慣も影響する
- 睡眠（夜更かしや睡眠不足）などを例に -

・心の不調・病気には様々な要因があるが、生活習慣もその一つである
・たとえば夜更かしや睡眠不足は心の不調に影響する

を理解させ、これらの議論を通じ、

・心の不調・病気は「気力」や「精神力」とは別の問題である
　つまり、特別な人だけがなるのではない

を理解させます。

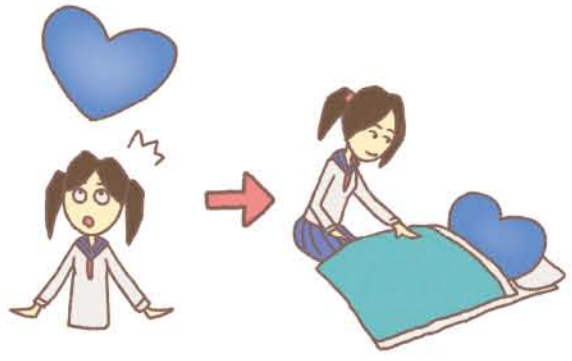


・予防方法として、睡眠等の生活習慣を整えることが役立つことを伝えると良いでしょう。

これらの他に「心の不調・病気」にはどのような原因がありそうかを考えさせ、「いじめの被害」などが例として挙がってくると良いかもしれません（コラム２．いじめが与える影響について，を参照）

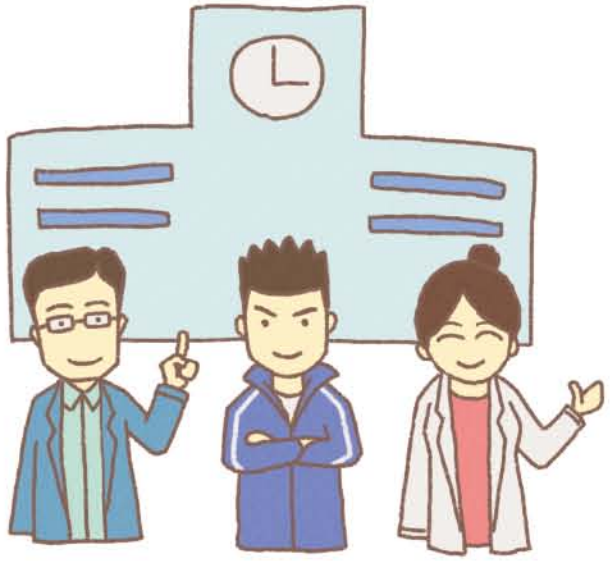
理解のポイント４　（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事

・心の不調・病気は、回復可能である
・できるだけ早く不調に気付き、適切な対処をとることが回復に重要である



対処方法の具体例として、

（生活習慣の改善も大切だが）悩みを１人で抱え込まず、適切な人に相談することが重要であることを教えます。



具体的な相談先として

- **学校には、先生、心の不調について専門的知識を持った養護教諭、スクールカウンセラーなど、相談できる人がいることを教えます。**

中学・高校の授業では、学校以外の具体的な相談先（子ども達が利用できるメンタルヘルスに関する社会資源）として、
地域の保健所や保健センター、精神保健福祉センター、クリニックや病院があり、相談の場として利用できることを教えると良いでしょう。

以下のような説明が可能です。

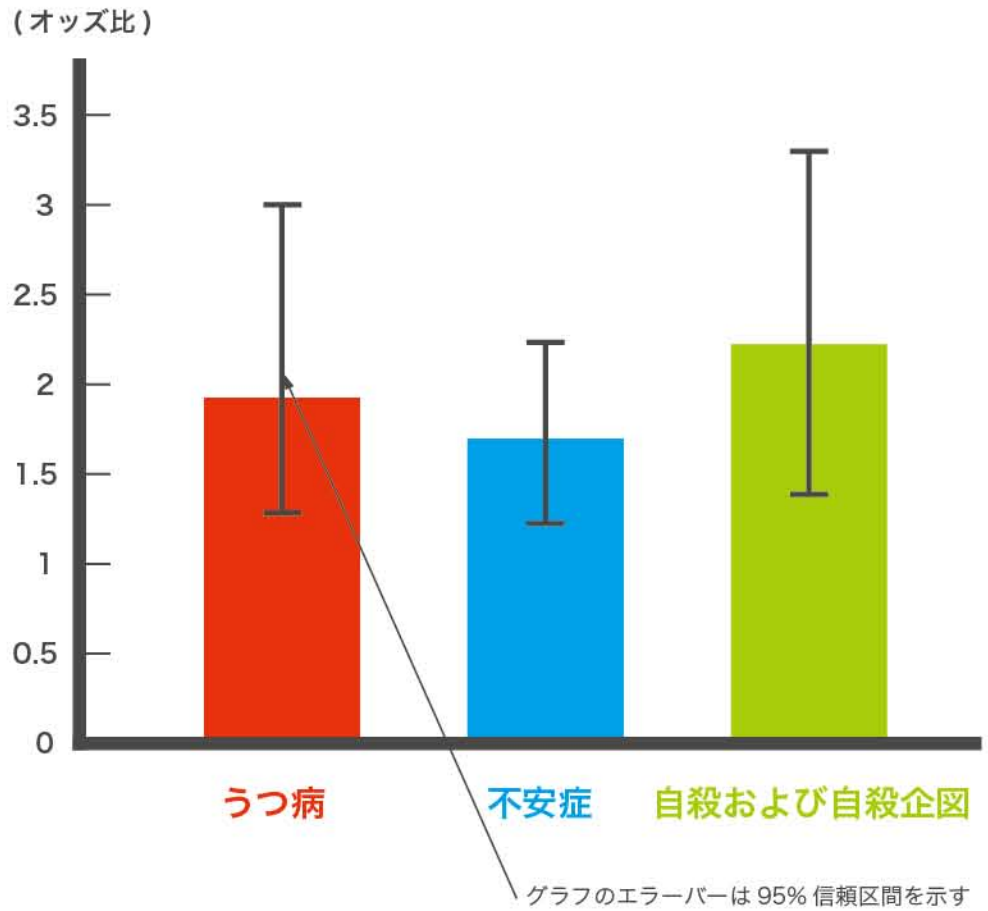
- **誰に（どこに）相談したら良いのか困った時には、保健所や保健センター、精神保健福祉センターを利用できます。これらの施設では保健師・医師など保健・医療の専門家が相談を受けてくれます。医療機関の受診を含めて、どのような対処をしたら良いのか相談できます。**
- **心の不調・病気の専門的治療は、精神科医のいるクリニックや病院で受けることができます。（詳しくはコラム５．メンタルヘルスに関する社会資源を参照）。**

- **授業でのアニメ DVD の使用について**

ここまでの内容の理解を深めるため、授業中にアニメ教材「精神保健リテラシー教育アニメ（1）-心にも不調は起きる-」を児童生徒に見せて下さい。これは授業で使いやすいよう短時間（約６分）[第一部（3 分 22 秒）, 第二部（3 分 03 秒）] に分かれています。第一部では心の不調・病気（精神疾患）が起きる一因としての生活習慣（特に睡眠習慣）, 第二部では心の不調・病気（精神疾患）は誰にでも起こること、1 人で抱え込まず適切な相談をすることの重要性を伝えています。中学高校生では 26 ページから（2 . 心の不調・病気（精神疾患）を早期発見できるよう具体的な症状を理解させる , 3 . 適切な対処方法について考えさせる）についても授業で扱っていただきますが、これについては「精神保健リテラシー教育デジタル紙芝居 - 思春期に起こりやすい心の不調とその対処 -」を見せて授業を進めてください。こちらの教材の第一部（5分55秒）は心の不調・病気（精神疾患）の早期発見のために知っておくべき症状を , 第二部（3 分 01 秒）は友達から心の不調を相談された時の適切な対応方法を扱っています。

コラム２．いじめが与える影響について

子どもの頃にいじめ被害の経験がある人は、そうでない人に比べ、大人になってから精神疾患（うつ病や不安症）または自殺及び自殺企図を持つリスクが高くなる



いじめが心の不調・病気（精神疾患）の原因になることは少なくありません。また心の病気を持つ人の多くが過去にいじめを経験しています。心の病気といじめとの関連性は、いじめを受けている時期だけでなく、それから何年、何十年経った後にも見られます。他方、いじめる側も、精神的な問題を抱えている場合の多いことが知られています。精神状態が最も悪いのは、自分でいじめをしながら、自分自身もいじめを受けたり同居する大人から暴力を受けている子どもであることも知られています。学校では、いじめ防止対策推進法に基づくいじめ防止が義務づけられています。この取り組みをきちんと機能させることで、子ども達の心の不調・病気の予防を進めましょう。

２．心の不調・病気（精神疾患）を早期発見できるよう具体的な症状を理解させる

中学生以上では、心の不調・病気に出来るだけ早く気づけるよう、主な症状について説明します。どのような兆候がみられたら対処が必要なのか、また、特に急いで相談した方が良いのはどういう時かを理解させ、子ども達の予防や早期対処の力を高めるようにしましょう。なお、症状は、「精神保健リテラシー教育デジタル紙芝居 - 思春期に起こりやすい心の不調とその対処 -」の第一部（5 分 55 秒）を生徒に見せて、そこに描かれた３つの模擬例にそって説明します。

模擬例１（A さんの例）　気分の落ち込み・意欲の低下・興味の減退

模擬例１（A さんの例）を使って、「気分の落ち込み」「意欲の低下」「興味の減退」について説明します。

気分の落ち込み、意欲の低下は普段から誰でも経験することで、それが起きたからといって即「心の不調や病気」というわけではありません。問題となるのは、それが１週間、２週間もの間続く場合、あるいは毎日のようにくりかえし起こる場合です（特に何の理由もなく起こる場合は要注意ですが、理由があるからといって必ずしも「不調・病気」を否定できる訳ではありません；具体的説明としては下記の＊を参照してください）。なお「落ち込みや意欲低下」の強さも重要ですが、これについては具体的説明とその理解がやや難しいので省略して下さい。

生徒への説明としては；

「1－2 週以上にわたり続く場合やくりかえし起こる場合にはうつ病の可能性がある」

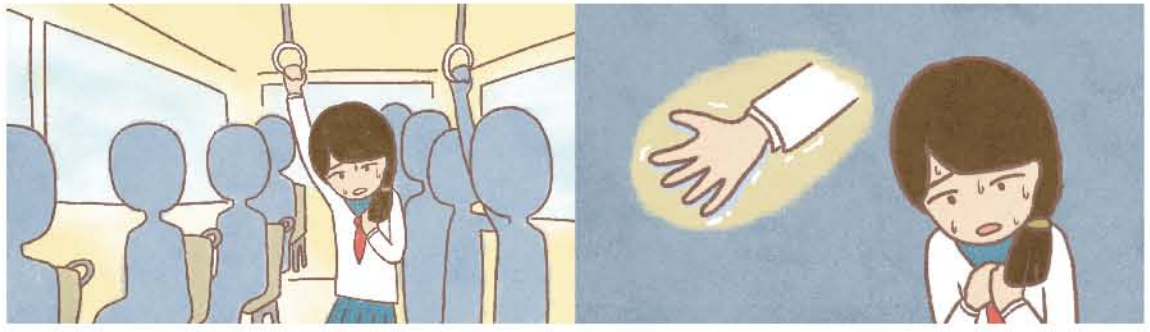
としてください。

＊「ただし、例えば試験のことが心配で気分が晴れなかったが試験が無事終わったら気分もすぐにすっきりした、といった場合には、あまり心配する必要はない」という程度の説明をしておくと良いと思います。
不安やイライラも起こりやすくなり、また子どもでは「落ち込み」の自覚がないまま、イライラが目立つことも多いと言われています。
興味の減退は、「それまで好きだったことも含めて、ほとんどのことに興味がわかない状態」と説明すると良いでしょう。

うつには、睡眠の問題を伴うことが多く、不眠（寝付けない、眠りが浅く途中で目が覚めやすい、朝必要以上に早く目が覚めてしまう）と、過眠（いくら寝ても眠くて仕方がない・起きられない）のどちらも起こり得ます。食欲の変化（減退することも、増加することもあります）もしばしば見られます。
他の体の症状（体の痛み（頭痛等）、だるさ、頭痛、吐き気、めまい等）を伴うことも少なくありません。

模擬例２（B さんの例）　パニック発作・発作への不安でその状況を避ける、その状況になるとお腹が痛くなる

模擬例２（B さんの例）を使って、「パニック発作」「発作への不安でその状況を避けるようになりやすい」について説明します。



パニック発作とは、「強い不安・恐怖とともに、心臓の激しいドキドキや息苦しさ（本人は「息ができなくなるのでは、心臓が止まってしまうのでは」と不安になることがしばしばあります）、手足が冷たく感じたり痺れたり等の症状が起こる」ことを説明します。発作は数分でピークに達し、大抵は数十分で治まってきます。学校内では、試験前や授業中発言させられる時等、緊張感が高まるときに起こりやすいです（＊「過換気発作」と呼ばれているものと基本的に同じものと説明しても良いでしょう）。また、このようなパニック発作が起きることを心配して、発作を起こしやすい場所に行けなくなったり、発作の起きやすい状況を避けるようになります（これを「広場恐怖」と呼びますが子どもには詳しすぎるので、この言葉は教えません）。また、そのような場所や状況で吐き気やおなかが痛くなったり下痢になることもあります。

「これらの症状が繰り返し起きて、なかなか改善しない場合には、「不安症」の一つである「パニック症」を疑う必要がある」と教え、「その場合には専門家による治療が必要な場合があるので、まずは先生や養護教諭、スクールカウンセラーに相談してみるように」伝えてください。

模擬例３（C くんの例）　幻聴・被害妄想

模擬例３（C くんの例）を使って、「幻聴」「被害妄想」ついて説明します。

幻聴は、実際には聞こえないはずの声や音が聞こえてくる症状で、健康な状態では起こらない病的な体験です。声の内容は不快で辛いものが多く、体験した本人に驚きとともに不安と恐怖を引き起こしがちです。具体的には、本人を馬鹿にしたり批判したり、複数の声で噂し合ったり、嫌な命令（「死んでしまえ」等）をしてくることもあります。妄想は、理屈でいくら説明しても訂正できない病的な思い込みのことで、幻聴と同じように不快で辛い内容（馬鹿にされている、噂されている、追われている、危害を加えられる等の被害的なもの）が目立ちます。

これらの症状は、覚せい剤や危険ドラッグ（保健学習「健康な生活と疾病の予防」で取り扱うことになっています）の使用でも起こりますが（コラム３を参照）、それ以外に病気（「統合失調症」）でも起きることがあり、早めの対処がとても大切です。

＜補足情報＞（教員の側では理解しておきましょう。必ずしも授業で直接伝える必要はありません）

＊この授業で幻聴や妄想について教える目的は、そのような症状があることを知識として持たせることにあります。もし予め知識として知っていれば、万が一それが起こった場合でも病気の症状であることに気付き、相談などの対処を早めにとる可能性が高まると考えられるからです。逆に知識がなければ、不安・戸惑いとともに誰にも相談できないまま時間がたち、未治療のまま病気が進行するリスクが高くなります。

＊なお統合失調症の一部では、幻聴や被害妄想よりも、無気力や意欲低下、不安、イライラ、不眠などうつ病と似た症状が目立ち、専門家でも診断に迷うことがあります。病気であると確信してから、あるいは診断の見当がついてから専門家に相談するのではなく、「もしかしたらと思う場合は躊躇せずに相談しましょう」というスタンスが重要です。

３人の症状はいずれも
思春期から段々と増えてくるもの

誰にでも起きる可能性がある

睡眠等の生活習慣が
予防や回復に影響する

一人で抱え込まず
早めに相談することが大事

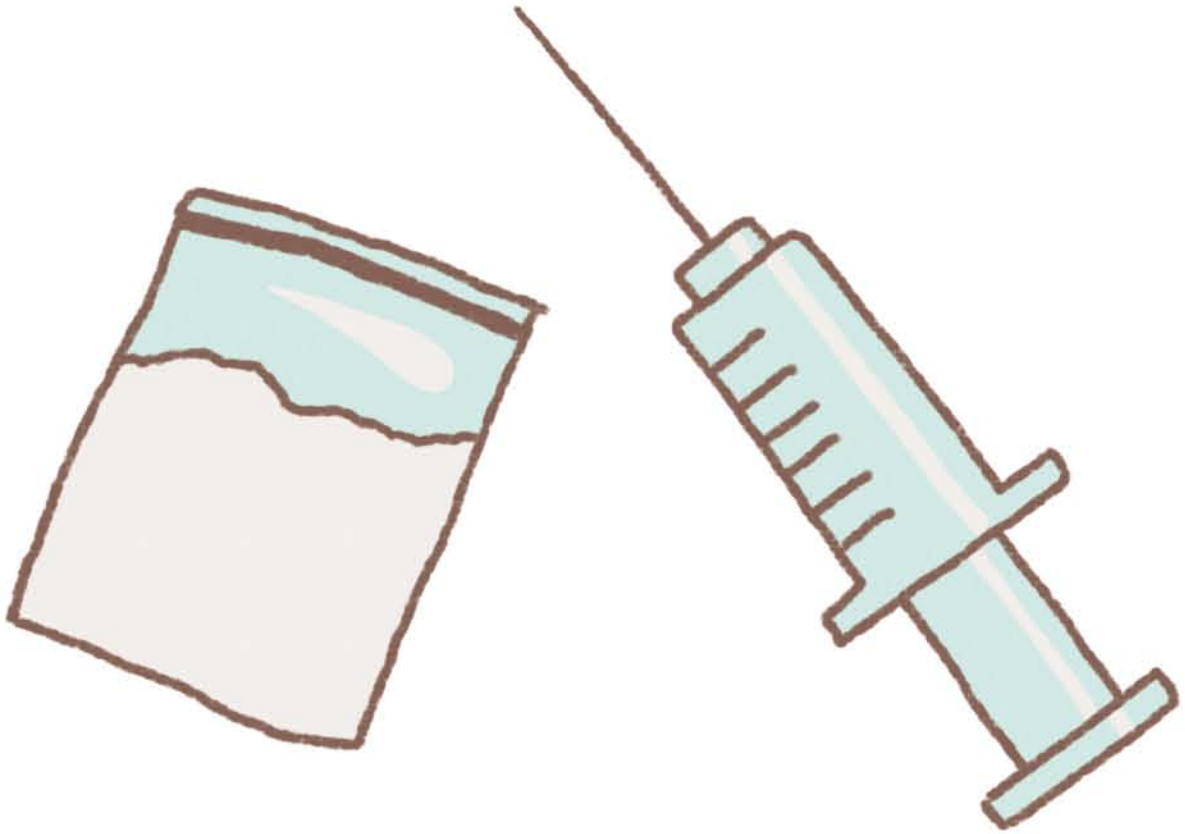
模擬例 1.2.3 のまとめと並行して、再度以下の４点を生徒達と確認しましょう。

① 心の不調・病気は思春期から増加すること
② 心の不調・病気は誰にでも起きること
③ 心の不調・病気には生活習慣も影響すること
　-睡眠（夜更かしや睡眠不足）など-
④（一人で抱え込まず）早めに相談することが大事であること

多くの精神疾患の中からこれらの病気の症状を選んだ理由は、

（１）うつ病や不安症（パニック症はその中の１つ）は罹患頻度が高いこと（ともに一生で１割以上）、
（２）授業への出席や通学の困難が起きやすくなる（パニック症では発症間もなくから通学困難になりやすい）こと、
（３）統合失調症は、頻度はやや低いが（10代から20代を中心に1％弱の人が発症）、症状・経過が重篤で多くの場合至急の対処を要するため、できるだけ早く発症に気付けるように症状を知っておく必要があるからです。

コラム３．覚せい剤や危険ドラッグ



現在の学習指導要領では、中学では「健康な生活と疾病の予防（喫煙，飲酒，薬物乱用と健康）」，高校では「健康の保持増進と疾病の予防（薬物乱用と健康）」で扱われています。身近な店舗やインターネットで購入できることから乱用者が増えています。統合失調症と同様の幻覚・妄想、興奮が起こりやすく、それらの症状を含めて脳への影響が数十年以上にわたって続くこと、また最近では急性中毒による死亡事故も頻繁に起きており、十分な注意喚起が必要です。

覚醒剤や危険ドラッグ使用では、

（１）幻覚、妄想、興奮などの症状が現れます。
（２）脳への影響が一生にわたり続きます。
（３）一度使用すると「依存」が生じやめられなくなることが少なくありません。

3．適切な対処方法について考えさせる

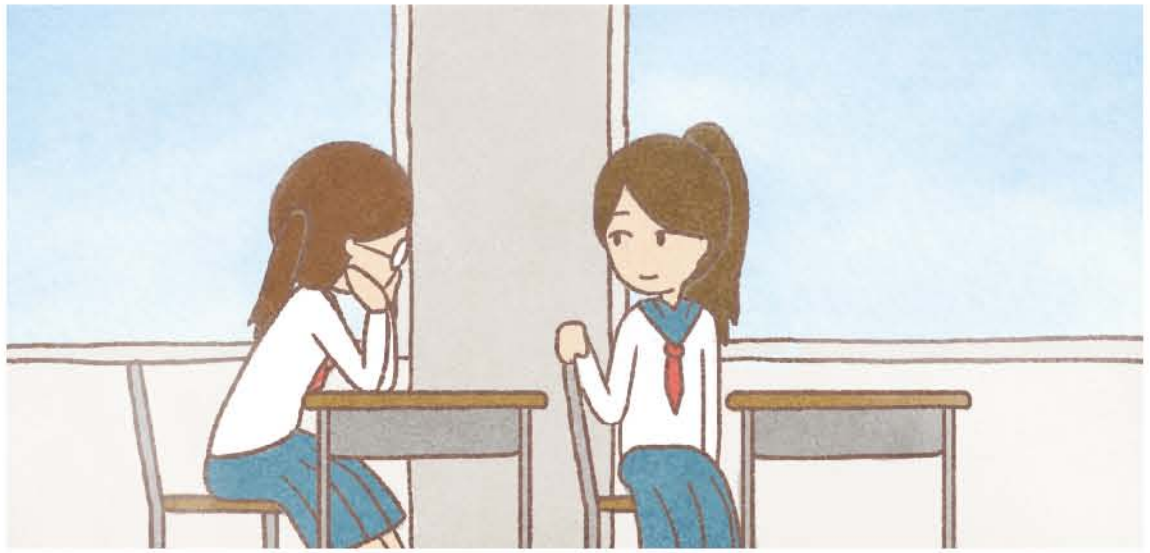
「友達から心の不調について相談を受けた場合」の適切な対処方法について、適宜ヒントを与えつつ、以下の要領で主にディスカッション形式で扱って下さい。

（✓）ディスカッションの具体的テーマは、「もし友達から「最近、夜よく眠れないし朝起きられなくてつらいんだ。」と相談されたら、あなたはどうしますか？」として下さい。
（✓）クラスの特徴に応じて、グループあるいはクラス全体で行ってください。
（✓）ディスカッションの後で、相談を受けた時に注意すべきポイントの理解が深まるようアニメ教材「精神保健リテラシー教育デジタル紙芝居 - 思春期に起こりやすい心の不調とその対処 -」の第二部（3 分 01 秒）を生徒に見せて下さい。

配慮すべきこと
生徒の中には本人や家族にメンタルヘルスの問題を抱えている場合があります。そのような生徒が必ず意見を言わなければならないという状況は避けるようにしてください。例えば、二人一組でディスカッションをさせるのは避けた方が良いでしょう。全体のディスカッションでも無理に発言を求めたりすることは避けましょう。

ディスカッションのまとめでは、以下のポイントを教えて下さい；

（✓）友達から相談を受けた場合にも、自分が不調になった場合と同様に一人で抱えこまず、適切な人に相談すること
（✓）信頼できる人に相談するように伝えること
また、「相談されていなくても、友達のことで心配なことがあれば、学校内の信頼できる大人に相談することが大事であること」も教えてください。



高校生では、発展的内容として、友達から相談を受けた場合の対応のコツを、イラストを利用しながら簡単に説明しても良いでしょう。ただし時間配分や、学校やクラスの特徴を考慮してどの程度扱うべきかご検討ください。かなり高度な内容ですので、扱わなくても問題はありません。
その場合の説明のポイントは以下の通りです。

（1）友達から相談された場合には、友達の話を優しい気持ちで聞くことそのものが大切
（2）相手が話す内容について肯定も否定しない
（3）自分で解決してあげなくてはと思って一人で抱えこまない
（4）「相談への答え」を示したり指示したりはせず、信頼できる人に相談するように伝えること

（1）もし友達から心の不調について話を打ち明けられた場合、相談された場合には、まずは優しい気持ちで話を聞くことそのものが大切です。相槌を打ちながらまずは話を聞いてあげるだけで構いません。もし余裕があれば、「そんな気持ちでいたんだ。辛かったね」「相談してくれてありがとう」と共感の気持ちを伝えてあげるのも良い方法です。

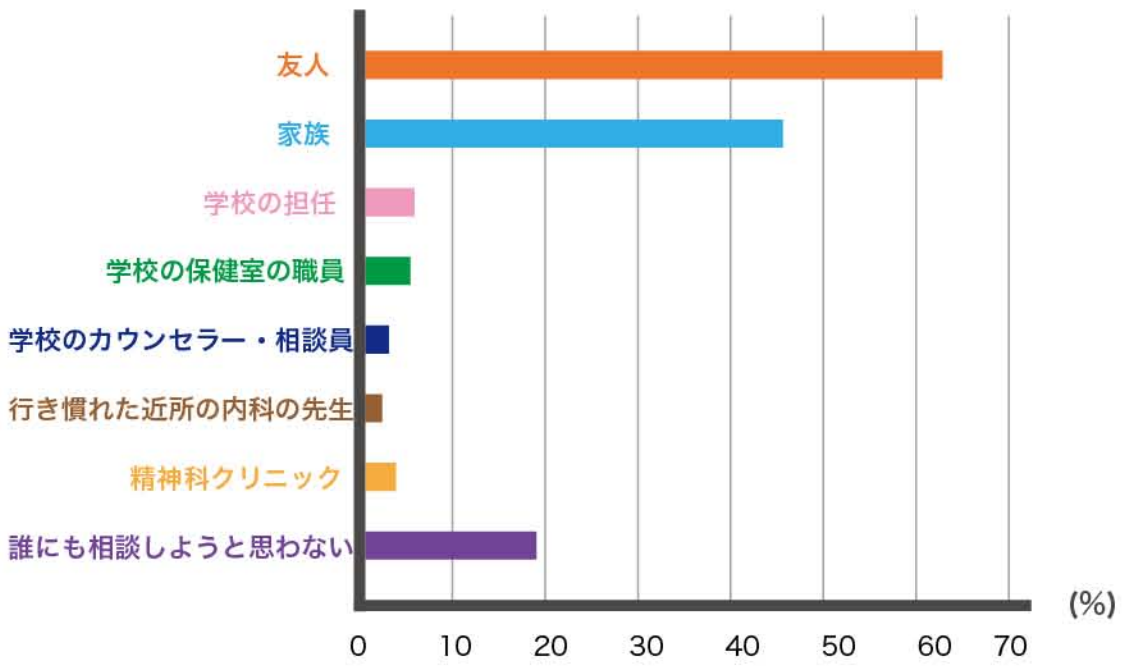
（2）話の内容によっては、「そんなことは有り得ない」とか「大したことはない」「気にしない方が良い」等とコメントしたくなる場合がありますが、そうすると相手は心を閉ざしてしまいます。また「皆が自分の悪口を言っている」等、事実かどうか判断のつかない内容が話に含まれているかも知れません。話の内容そのものについてコメントをしたり、肯定や否定をしてはいけません。このことを実際に高校生が理解し実践することは難しい場合も多いので、生徒や学校の実状に合わせて、適宜扱って下さい。

（3）自分一人で抱え込み、相談を受け続けることは絶対にしないで下さい。「大人には相談したくない」と友達に言われる場合もあるかもしれませんが、そのような場合も同じです。また、「死にたい気持ちになっている」等、深刻な悩みを打ち明けられた場合には、友達から「誰にも言わないで」と言われても、先生など信頼できる大人に必ず伝えて下さい。これらは決して「告げ口」ではありません。不幸な事態が起こることを防ぐために必要不可欠です。相談されたわけではないが、様子が心配、という場合も、是非信頼できる大人に伝えてください。これも「告げ口」ではありません。

（4）実際の悩みの解決については、専門的知識をもった大人の判断が必要な場合が多いです。学校の先生 , 養護教諭 , スクールカウンセラーなど信頼できる大人に相談してみましょう。

コラム 4. 子どもたちの相談先

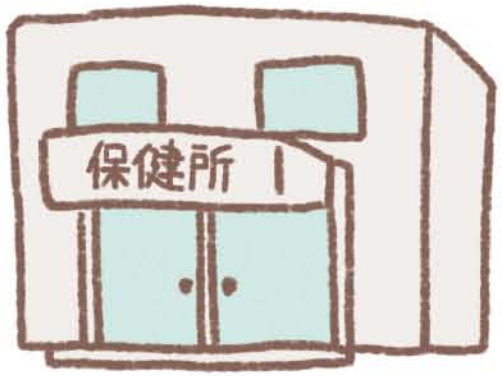
あなたが何らかの精神的不調のために困った場合、最初に相談しようと思う相談相手や相談機関はありますか。
当てはまるもの全てに○印をつけてください。

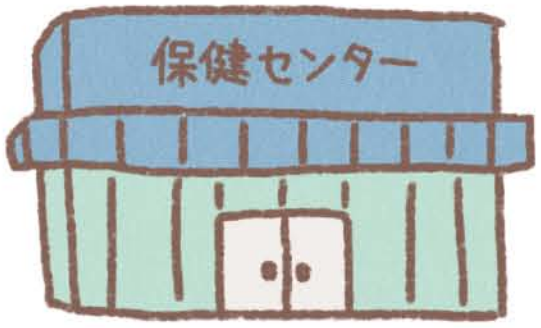


（中高生約２万人のデータより）

中高生を対象とした私たちの調査で、「悩みを相談する相手」として一番多く挙げられているのは「友人」、次いで「家族」です（残念ながら学校の先生という答える子は余り多くありませんでした）。生徒が心の不調や病気について友達から相談されることは稀ではないかもしれません。悩みを打ち明けられた時に、どのような態度で話を聞くべきか、その後にどのように対応すべきかの基本を子ども達が知っておくことは大切と考えられます。

コラム５．メンタルヘルスに関する社会資源





困った時に利用できる社会資源として代表的なものには、保健所・保健センターおよび精神保健福祉センターがあります。児童生徒のメンタルヘルスの問題で困った時の相談の場として利用できます。保健所は各都道府県・政令指定都市・中核都市に、保健センターは各市区町村に、精神保健福祉センターは、各都道府県または政令指定都市に設置されています。このうち一般に最も身近なサービスを行っているのは保健センターですので、まずは地域の保健センターに相談してみると良いでしょう。もちろん保健所や精神保健福祉センターであっても適切な相談先などの助言をしてくれます。これらの公的機関では、各地域の精神科医療機関, その他の相談施設についての情報提供もしています。また、緊急時にすぐに利用できる医療機関を教えてくれる専門の電話対応窓口も備えています。

作成者

監修：佐々木司
執筆：小塩靖崇、芦川恵美、道上恵美子、大沼久美子、種市摂子、佐々木司
制作担当：小塩靖崇
イラスト：野中晶史、村本咲
編集：奥田昌輝
協力：布山タルト

謝辞

本書の作成にあたっては、公益財団法人トヨタ財団の助成を頂きました。心からお礼を申し上げます。