

メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒 に対する支援の実態

－精神科学校医の配備の有無による比較－

留 目 宏 美*・永 吉 雅 人**・大 庭 重 治*

(令和5年1月13日受付；令和5年3月17日受理)

要 旨

本研究は、精神科学校医の配備の有無による比較を通して、メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援の実態を明らかにした。精神科医の学校派遣事業を行っていない新潟県において、全ての公立学校に勤務する養護教諭を対象に、郵送法による無記名自記式質問紙調査を行った。回収率は41.5%であった。現任校に精神科学校医が配備されていると回答した者は2.2%であった。メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒の受診・受療状況および支援体制は、精神科学校医の配備の有無による差がみとめられなかった。そもそもメンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援において、学校医との連携を全く行っていないと回答した者が最も多かったことから、まずは、健康相談における学校医の実質的な役割を検討する必要があることが示唆された。

KEY WORDS

メンタルヘルスに関する問題, 児童生徒, 支援, 学校医 (精神科医)

mental health problem, student, support, Public School Physicians (Psychiatrist)

1 はじめに

社会環境や生活様式の変化に伴い、児童生徒が抱える健康課題も多様化、複雑化の一途をたどっている。岸野ら¹⁾や鈴木ら²⁾によれば、18歳以下の児童・思春期精神科における初診患者が増加している。西田³⁾によれば、12～15歳の15%に「精神病様症状体験」(psychotic-like experiences: PLEs)がみとめられ、傳田⁴⁾によれば、中学生のうつ病有病率(4.1%)が成人とほぼ同じとの指摘もある。以上から示唆されるように、現代的な健康課題の一つがメンタルヘルスである⁵⁾。メンタルヘルスは精神的健康の回復・保持・増進にかかわる事柄を総称する言葉であり、心理的ストレスや心の悩み、虐待や家庭内暴力、発達障害や精神疾患など、健全な精神活動にとって障害となる問題とその治療に関するすべての事柄が含まれる⁶⁾。

特に精神的健康の回復・保持においては、早期発見・早期介入が重要になる。統合失調症などの精神病において、顕在発症の時点から精神科医の治療を継続的に受けるまでの治療開始の遅れを指す「精神病未治療期間」(Duration of Untreated Psychosis: DUP)が長いほど、回復の遅れ、予後の不良性、心理社会的機能の低下などが高まるためである⁷⁾。「精神病未治療期間」の短縮を目指した早期介入プログラムとして、オーストラリアのEarly Psychosis Prevention and Intervention Centre programme (EPPIC programme)^{8,9)}や、ノルウェーのThe Treatment and Intervention in Psychosis early intervention program (TIPS early intervention program)¹⁰⁾などがある。日本では、三重県津市の早期発見・支援モデル事業や、長崎県大村市の学校ベースの啓発と早期介入事業があり^{11,12)}、これらに類する事業を導入している自治体も増えつつある¹³⁻¹⁵⁾。さらなる普及啓発をめざし、水野ら¹⁶⁾は精神疾患の早期介入に関する総合的なエビデンスや実践例を集約している。

さらに言えば、日本の学校医制度は、内科・小児科、耳鼻咽喉科、眼科からなる三科校医体制を採ってきたが¹⁷⁾、三科以外の専門医を学校に派遣する事業を展開する自治体もある。例えば東京都教育委員会は、25期東京都学校保健審議会答申「21世紀を生きる児童・生徒の健康づくりの指針と方途について－ヘルスプロモーションの理念による戦略的健康づくり－」を受け、2004(平成16)年3月に「都立学校における健康づくり推進計画」¹⁸⁾を策定した。4つの取組が掲げられており、一つが「心の健康づくりの取組」(①スクールカウンセラーの適正配置、②精神科医による学校相談活動の実施、③アドバイザースタッフの派遣、④思春期教育相談の実施、⑤学校医研修会の実施)である。

*臨床・健康教育学系 **新潟県立看護大学

上記②は、東京都教育委員会が文部科学省の同名事業を活用し、2003（平成15）年度から3年計画で進めた「健康相談活動支援体制事業」（2004年度より「学校・地域保健連携推進事業」に改称）にもとづいている。当該事業の一環として行われた調査¹⁹⁾によれば、52.3%の都立学校が健康相談活動に伴って「医療機関（精神科）」と連携していたが、校外連携を肯定的に評価しているのは44.5%にとどまり、「医療機関が少なく、受診や相談までに時間がかかりすぎる」「情報不足」など問題点が回答されていた。

著者らが実施した調査からも、医療機関との連携における種々の問題点が見出された。具体的には精神医療機関の不足、予約後から診療までの時間経過の長さ、情報連携の難しさなどである²⁰⁾。こうした実情が背景にあるかどうかは定かでないが、欠ノ下²¹⁾によれば、養護教諭は、精神疾患の診断の有無にかかわらず、自身の見立てをもとに支援している。千田ら²²⁾によれば、養護教諭が医療機関との連携の必要性を最も感じている健康課題は、精神科関係である。

以上のことから、児童・思春期のメンタルヘルスに係る早期発見・早期介入のあり方を検討する必要がある。特に学校医が早期発見・早期介入の一助として機能しうる可能性を勘案し、本稿は、精神科医の学校派遣事業を行っている新潟県を対象に、精神科を専門診療科とする学校医（以下、精神科学学校医と記す）がどの程度存在するのか、また、精神科学学校医の配備の有無によって、メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援に差があるのかを明らかにする。

2 方法

2. 1 調査の対象、時期、方法

新潟県にある全ての公立小学校445校、中学校222校、高等学校（分校を除く）83校、特別支援学校30校、計780校の養護教諭（養護助教諭を含む）を対象とした。

2021（令和3）年1月から3月にかけて、郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。各校の養護教諭宛てに、研究の趣旨と調査協力依頼を明記した文書、質問紙、返信用封筒を各1部送付した。養護教諭の複数配置校には1名に回答を依頼した。返信の締切りは同年3月末日とし、回答済み質問紙の返送をもって、協力の同意が得られたものとみなした。

2. 2 無記名自記式質問紙の構成

本稿に示す項目は、以下のとおりである。

2. 2. 1 基本属性

- ①養護教諭の経験年数、②現任校の校種、③現任校における学校医の専門診療科
①は比例尺度（2021年3月末日時点）、②・③は名義尺度とした（③は複数回答可）。

2. 2. 2 現任校におけるメンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒数

①メンタルヘルスに関する問題を抱え、養護教諭が直接支援している児童生徒数、②①のうち内服治療を受けている児童生徒数、③①のうち精神療法（個人・集団）を受けている児童生徒数
いずれも比例尺度（回答日時点）とした。

2. 2. 3 現任校におけるメンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援体制

①児童生徒本人との共通理解度、②保護者との連携度、③学級担任との連携度、④学級担任以外の校内教職員や管理職との連携度、⑤学校医との連携度、⑥医療機関（主治医）との連携度、⑦行政保健との連携度
いずれも「1. 非常にそう思う」～「5. 全くそう思わない」の5件法による順序尺度とした。

2. 3 分析方法

分析には、Microsoft Excel 2019およびIBM SPSS 24 Statisticsを用いた。

単純集計の後、精神科学学校医の配備の有無について、現任校の校種別に χ^2 検定（イエーツ補正）と残差分析を行った。次に、メンタルヘルスに関する問題を抱え、養護教諭が直接支援している児童生徒数の差を把握するため、現任校の校種別に対応のない一要因の分散分析を行った。その後、内服治療を受けている児童生徒数および精神療法（個別・集団）を受けている児童生徒数が、精神科学学校医の配備の有無によって差があるのかを把握するため、t検定を行った。さらに、メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援体制を把握するため、各項目間の関係についてKendallの順位相関係数を算出し、無相関の検定を行った。また、精神科学学校医の配備の有無による支

援体制の差を検証するため、Mann-WhitneyのU検定を行った。さいごに、現任校の校種による支援体制の差を検証するため、Kruskal-WallisのH検定を行った。有意な差がみとめられた項目については、Bonferroni補正のMann-WhitneyのU検定を用いて多重比較を行った。いずれも有意水準は5%とした。

2. 4 倫理的配慮

2020（令和2）年11月27日付けで上越教育大学研究倫理審査委員会の承認を得た（No.2020-64）。調査協力における自由意思の保障、データ管理の厳重性などに十分に留意した。

3 結果

3. 1 回収数（率）

回収数は324名、回収率は41.5%であった。

3. 2 基本属性

3. 2. 1 養護教諭の経験年数

回答者の養護教諭の経験年数は、平均18.9年（SD=12.8）であった。

3. 2. 2 現任校の校種

現任校の校種は、小学校が165名（50.9%）、中学校が102名（31.5%）、高等学校が46名（14.2%）、特別支援学校が8名（2.5%）、それ以外が3名（0.9%）であった。

3. 2. 3 現任校における学校医の専門診療科

現任校における学校医の専門診療科は、表1に示すとおり、「内科・小児科」が97.8%と最も多かった。次いで、「耳鼻咽喉科」が25.0%、「眼科」が24.7%の順であった。「精神科」は2.2%であった。

表1. 現任校における学校医の専門診療科

	内科・小児科	耳鼻咽喉科	眼科	精神科	整形外科	皮膚科	産婦人科
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
有	317 (97.8)	81 (25.0)	80 (24.7)	7 (2.2)	7 (2.2)	6 (1.9)	5 (1.5)
無	7 (2.2)	243 (75.0)	244 (75.3)	317 (97.8)	317 (97.8)	318 (98.1)	319 (98.5)

3. 2. 4 現任校の校種別にみた精神科学校医の配備の有無の差

現任校の校種別に、精神科学校医の配備の有無の差を検証した結果、表2に示すとおり、有意な差がみとめられた（ $\chi^2=21.956$, $p<0.001$ ）。現任校における学校医の専門診療科を「精神科」と回答した者（＝精神科学校医「有」）の比率が、他の校種と比べて大きかったのは特別支援学校であった。

表2. 現任校の校種別にみた精神科学校医の配備の有無の差

	小学校	中学校	高等学校	特別支援学校	χ^2	p
精神科学校医「有」	2	1	2	2	21.956	<0.001***
期待度数	3.6	2.2	1.0	0.2		
調整済み残差	-1.2	-1.0	1.1	4.5		
精神科学校医「無」	163	101	44	6		
期待度数	161.4	99.8	45.0	7.8		
調整済み残差	1.2	1.0	-1.1	-4.5		

*** $p<0.001$

3. 3 現任校におけるメンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒数

3. 3. 1 受診・受療者数

メンタルヘルスに関する問題を抱え、養護教諭が直接支援している児童生徒数は、全体平均4.5人（SD=5.7）であった。校種別にみると、小学校が平均2.56人、中学校が平均5.42人、高等学校が平均9.66人、特別支援学校が平均3.13人であり、有意な差がみとめられた（ $F(3,310)=23.203$, $p<0.001$ ）。平均人数が最も多かったのは、高等学校

であった。

メンタルヘルスに関する問題を抱え、養護教諭が直接支援している児童生徒のうち、内服治療を受けている児童生徒数は、全体平均1.38人であった。精神療法（個別・集団）を受けている児童生徒数は、全体平均0.78人であった。

3. 3. 2 精神科学校医の配備の有無による受診・受療状況の差

精神科学校医の配備の有無による差を検証した結果、内服治療を受けている児童生徒数に有意な差はみとめられなかった ($t=0.655$, $p=0.732$)。精神療法（個別・集団）を受けている児童生徒数についても、有意な差はみとめられなかった ($t=1.153$, $p=0.576$)。

3. 4 現任校におけるメンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援体制

3. 4. 1 基礎統計量

メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援体制を問うた8項目それぞれの中央値・最頻値は表3に示すとおりである。学校医との連携度は「5. 全くそう思わない」（＝連携できていると全く思わない）と回答した者が最も多かった。

表3. 現任校におけるメンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援体制

	児童生徒本人との共通理解度	保護者との連携度	学級担任との連携度	学級担任以外の校内教職員や管理職との連携度	学校医との連携度	医療機関（主治医）との連携度	行政保健との連携度
中央値	2	2	2	2	5	3	3
最頻値	2	2	2	2	5	2	5

3. 4. 2 項目間の関係

メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援体制を問うた8項目間にどのような関係性が存在するのかを検証した結果、表4に示すとおり、すべての項目間に正の相関関係がみとめられた。強い相関がみとめられたのは、「学級担任以外の校内教職員や管理職との連携度」と「学級担任との連携度」であった ($\tau=0.780$)。次いで相関係数が高く、相関がみとめられたのは、「学級担任以外の校内教職員や管理職との連携度」と「保護者との連携度」($\tau=0.544$)、「学級担任との連携度」と「保護者との連携度」($\tau=0.540$)、「行政保健との連携度」と「医療機関（主治医）との連携度」($\tau=0.498$)であった。「学校医との連携度」は、他項目との間に無相関ではないものの、ほとんど相関がみられなかった。

表4. メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援体制—項目間の関係—

	児童生徒本人との共通理解度	保護者との連携度	学級担任との連携度	学級担任以外の校内教職員や管理職との連携度	学校医との連携度	医療機関（主治医）との連携度	行政保健との連携度
児童生徒本人との共通理解度	—						
保護者との連携度	0.351 ***	—					
学級担任との連携度	0.422 ***	0.540 ***	—				
学級担任以外の校内教職員や管理職との連携度	0.370 ***	0.544 ***	0.780 ***	—			
学校医との連携度	0.246 ***	0.280 ***	0.212 ***	0.262 ***	—		
医療機関（主治医）との連携度	0.211 ***	0.189 ***	0.166 ***	0.200 ***	0.289 ***	—	
行政保健との連携度	0.239 ***	0.256 ***	0.176 ***	0.217 ***	0.218 ***	0.498 ***	—

*** $p<0.001$

3. 4. 3 精神科学校医の配備の有無による支援体制の差

精神科学校医の配備の有無による支援体制の差を検証した結果、表5に示すとおり、いずれの項目も有意な差はみとめられなかった。

表5. 精神科学校医の配備の有無別にみた支援体制の差

		児童生徒本人との共通理解度	保護者との連携度	学級担任との連携度	学級担任以外の校内教職員や管理職との連携度	学校医との連携度	医療機関（主治医）との連携度	行政保健との連携度
精神科学校医の有無	U	1068.0	810.0	1095.5	929.5	934.0	743.5	825.0
	Z	-0.152	-1.258	-0.047	-0.798	-0.728	0.000	-0.575
	p	0.879	0.209	0.962	0.425	0.467	0.381	0.566

3. 4. 4 現任校の校種による支援体制の差

現任校の校種による支援体制の差を検証した結果を表6に示す。

有意な差がみとめられたのは、「児童生徒本人との共通理解度」($\chi^2=17.081$, $p=0.001$), 「保護者との連携度」($\chi^2=9.489$, $p=0.023$), 「学級担任との連携度」($\chi^2=9.718$, $p=0.021$), 「学校医との連携度」($\chi^2=8.521$, $p=0.036$)であった。「児童生徒本人との共通理解度」は、中学校および高等学校に比べて小学校の中央値が小さく、小学校において、本児との共通理解が図られていると回答された。「保護者との連携度」は、中学校および高等学校に比べて特別支援学校の中央値が小さく、特別支援学校において、保護者との連携が図られていると回答された。「学級担任との連携度」は、高等学校に比べて小学校および特別支援学校の中央値が小さく、小学校および特別支援学校において、学級担任との連携が図られていると回答された。「学校医との連携度」は、中学校に比べて小学校および特別支援学校の中央値が小さく、小学校および特別支援学校において学校医との連携が図られていると回答された。

表6. 現任校の校種別にみた支援体制の差（有意な差がみとめられた4項目のみ）

		n	平均ランク	χ^2	p	多重比較
児童生徒本人との共通理解度	小学校	164	179.2	17.081	0.001 **	小<中***・高*
	中学校	102	137.1			
	高等学校	45	145.8			
	特別支援学校	8	138.6			
保護者との連携度	小学校	163	167.9	9.489	0.023 *	小<中*, 特<中**・高*
	中学校	102	144.2			
	高等学校	46	155.1			
	特別支援学校	8	228.1			
学級担任との連携度	小学校	164	170.3	9.718	0.021 *	小**・特*<高
	中学校	102	155.5			
	高等学校	46	130.6			
	特別支援学校	8	195.0			
学校医との連携度	小学校	165	170.3	8.521	0.036 *	小*・特*<中
	中学校	101	141.3			
	高等学校	46	160.1			
	特別支援学校	8	203.9			

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

4 考察

4. 1 専門診療科からみた学校医の配備の特徴

4. 1. 1 新潟県における三科校医体制の現状

本調査結果によれば、現任校における学校医の専門診療科は、「内科・小児科」が97.8%と最も多かった。それに対して、「耳鼻咽喉科」および「眼科」はそれぞれ20%台であり、耳鼻咽喉科学校医や眼科学校医が広く配備されているとは言い難い現状がみてとれた。

耳鼻咽喉科学校医に限っていえば、朝比奈ら²³⁾は、47都道府県の日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会（地方部会学校保健委員長）に対する2007年度のアンケート調査で、耳鼻咽喉科学校医の普及率は73.6%であったことを報告している。ただし、学校医普及率・児童生徒数・学校数には地域差があり、いまだに耳鼻咽喉科学校医が少ないことも特記している。また、大島²⁴⁾は、47都道府県の日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会（地方部会学校保健委員長）に対する2014年度のアンケート調査で、67%が「耳鼻咽喉科学校医が配置されていない学校や地区がある」と回答したこと

を報告している。以上のデータと照合すると、本調査結果は、耳鼻咽喉科学校医の普及率が極めて低いと言わざるを得ない。

4. 1. 2 稀有な存在としての精神科学校医

本調査結果によれば、現任校における学校医の専門診療科を「精神科」と回答した者は2.2%にとどまった。

先述したように、「心の健康づくりの取組」として、精神科医による学校相談活動を実施している東京都さえ、「東京都医師会では精神科学校医を区市町村に配備するよう努力しているが、未設置の自治体もいまだにある。また、たとえ精神科学校医が設置されている自治体でも、学校数に見合う対応は十分にできていない²⁵⁾」。さらに、渡辺²⁵⁾は「内科学校医がかなりの割合で学校精神保健に対応している」が、「専門家でない内科医が学校精神保健の問題に対応するのは実際のところ困難で、手探りの状態」と述べている。自身が内科学校医である宮崎²⁶⁾も、「小児・思春期の患者を見慣れていない内科医にとって、不登校児童生徒への対応は苦手」と述懐していることを踏まえると、精神科学校医の配備は重要な課題と言わざるを得ない。

ただし、ReMHRAD（リムラッド：地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース²⁷⁾によれば、新潟県は、児童・思春期精神疾患の外来診療が可能な病院・診療所が103箇所（人口十万人当たり4.51箇所、全国43位）であり、地域の精神医療体制が充実しているとは言い難い。これより、新潟県は、精神科学校医の配備に大きな制約があると言わざるを得ない。なお、日本医師会学校保健委員会²⁸⁾は、「小学生に対しては児童精神科医が対応することが是非とも必要である。中学生以上に対しても児童精神科医が対応した方がよい場合が多いが、その不足を考慮すると、精神発達や発達障害について一定の知識と経験を有する成人精神科医が対応する機会が増す」と述べている。これより、精神科学校医の配備を考慮する場合はもとより、メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援過程で医療機関と連携する場合、児童精神科医に限定することの非現実性を踏まえておかなければならないだろう。

4. 2 精神科学校医の配備の有無による受診・受療状況および支援体制の差

4. 2. 1 精神科学校医を配備するだけでは児童生徒の受診・受療が進展しない可能性

本調査を実施する上で、精神科学校医が配備されていない学校に比べて、配備されている学校は、メンタルヘルスに関する問題を抱えている児童生徒の医療機関への受診・受療が進展しているという仮説を立てていた。しかしながら、内服治療を受けている児童生徒数および精神療法（個別・集団）を受けている児童生徒数ともに、精神科学校医の配備の有無による差はみとめられず、上記の仮説は棄却された。

背景として推察されることは、次の2点である。一つは、表3に示したとおり、メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援において、養護教諭は、学校医と連携できていると全く思わないと回答した者が最も多かったことである。もう一つは、表5に示したとおり、学校医との連携度は、精神科学校医の有無による差がみとめられなかったことである。このことから、小学校および特別支援学校は、中学校に比べて学校医との連携が図られていたものの（表6）、全体としてみれば、メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒の支援において、養護教諭は学校医と実質的に連携していない現状も示唆される。

千田ら²⁹⁾によれば、学校医に専門外の健康課題について相談したことのある養護教諭は31%であり、精神科的課題、特に不登校や精神面での課題が上位を占めた。このことから、メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に係って、養護教諭が学校医に相談しているケースはあるだろうが、それは、支援過程を通じた実質的な連携ではない可能性がある。

4. 2. 2 精神科学校医を配備するだけでは支援体制が整わない可能性

本調査を実施する上で、精神科学校医が配備されていない学校に比べて、配備されている学校は、メンタルヘルスに関する問題を抱えている児童生徒に対する支援体制が整っているという仮説を立てていた。しかしながら、精神科学校医の配備の有無による差はみとめられず、上記の仮説は棄却された。

一方、校種による支援体制の差を検証した結果、表6に示したとおり、小学校は全体的に支援体制が整っている傾向にあった。校種の年齢段階が高くなると支援体制が整っていない傾向もみとめられた。

これらの結果より、精神科学校医の配備それ自体が、支援体制整備の“特効策”ではないことを踏まえることが重要である。まずは、学校として、様々な関係者と連携できる環境、支援体制を整えることが欠かせず、その一角に、学校医を確かに据える必要があるのではないだろうか。そうした学校としての基盤づくりが最も進展していたのは小学校であったことから、小学校における支援体制の整備の在り方から学ぶところは大きいと考えられる。

4. 2. 3 学校医の執務執行の準則と執務実態の齟齬

学校保健安全法施行規則（第22条）によれば、学校医の職務は、健康診断への従事にとどまるものではない。ただし、日本医師会学校保健委員会³⁰⁾によれば、37.9%の学校医が「健康診断以外の保健管理業務を行っている学校はな

い」と回答している。

同委員会²⁰⁾によれば、「大都市圏では、「各校医が1～2校を担当し、一部の地域では数校を担当する学校医がいるといったイメージ」であるが、地方では、複数校担当が当たり前で、最大値を見ると2桁の学校を担当する内科校医も認められた」という。新潟県の場合、内科校医1人当たり受け持ち学校数は最大7校、眼科校医1人当たり受け持ち学校数は最大16校、耳鼻咽喉科校医1人当たり受け持ち学校数は最大14校であった。つまり、地方では、すべての学校医が健康診断以外の保健管理業務を担うことのできる状況にはないことが推察され、学校医の執務執行の準則と執務実態の間には少なからず齟齬が生じていることが示唆される。

以上を踏まえると、メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援において、学校医との連携をどのように展望できるのだろうか。少なくとも現任校に配備されている学校医との間で、健康診断以外の保健管理業務について協議し、合意形成を図っておく必要がある。学校保健安全法施行規則（第22条1）に、学校医は「学校保健計画及び学校安全計画の立案に参加すること」と明記されている。したがって、学校医が健康相談にどのようにかわるのか、あるいは学校医の従事が難しいケースにおいて健康相談をどのように進めるのかなど、共通理解を図り、見通しを立てておくことが重要であろう。そうした協議、合意形成のプロセスを経ることによって、健康相談における学校医の実質的な役割を検討できるものと考えられる。

とはいえ、各学校レベルの協議に全任すべきではなく、教育委員会と医師会学校保健委員会の協議も必須である。また、そこに保健医療福祉行政も参画することによって、早期介入事業の導入可能性も高まる。先述した先駆的な事業¹¹⁻¹⁵⁾はすべて、縦割り行政とは一線を画しているためである。

さいごに、主治医（学校医ではない場合）を持つ児童生徒に対して、学校医はどのような役割を果たしうるのかについても一考の余地があることを特記しておきたい。

5 おわりに

本稿は、精神科学校医の配備の有無による比較を通して、メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援の実態を明らかにした。現任校の学校医が専門とする診療科を「精神科」と回答した者は2.2%であり、新潟県において、精神科学校医は非常に稀有な存在であることが示唆された。メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒の受診・受療状況および支援体制は、精神科学校医の配備の有無による差がみとめられなかった。そもそもメンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒の支援において、養護教諭は学校医と連携していなかったことから、まずは、健康相談における学校医の実質的な役割を検討する必要があることが示唆された。

謝辞

本調査にご協力くださった養護教諭の皆さまに、深く感謝申し上げます。

付記

本研究は、2020～2022年度科学研究費（基盤研究B）「健康管理に特別な配慮を必要とする子どもの教育的支援に関する地域連携モデルの構築」（責任者：大庭重治）の一環として、令和2年度JSPS科研費JP20H01706の助成を受けて行った「メンタルヘルス上の問題を抱える児童生徒および化学物質に過敏な児童生徒に対する支援に関する研究」（代表：留目宏美）の一部である。

引用文献

- 1) 岸野加苗, 姜昌勲, 根来秀樹, 他: 奈良県立医科大学精神科児童思春期外来における最近の患者動向について, 奈良医学雑誌, 56 (1), 15-21, 2005
- 2) 鈴木俊介, 石川宏伸: 東京都立梅ヶ丘病院における青年期外来-1996年1月～6月と2006年1月～6月を比較して-, 日本社会精神医学会誌, 17, 25-32, 2008
- 3) 西田淳志: 精神病様症状体験児童の追跡転帰研究, 科学研究費補助金研究成果報告書(若手研究 課題番号20890293), 2010
- 4) 傳田健三: 小・中学生にうつ病はどれくらい存在するのか?, 児童心理, No.879, 金子書房, 12-22, 2008
- 5) 中央教育審議会: 子どもの心身の健康を守り, 安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について(答申), 2008

- 6) 心の健康づくり推進委員会：第1章 子どものメンタルヘルス，子どものメンタルヘルスの理解とその対応－心の健康づくりの推進に向けた組織体制づくりと連携－，1，日本学校保健会，2012
- 7) 片桐直之，水野雅文：精神病未治療期間（DUP），医事新報，No.4820，50，日本医事新報社，2016
- 8) Henry, L.P., Harris, M.G., Amminger, G.P. et.al.; Early psychosis prevention and intervention centre long-term follow-up study of first-episode psychosis: Methodology and baseline characteristics, *Early Intervention in Psychiatry*, 1 (1), 49-60, 2007
- 9) Hughes, F., Stavelly, H., Simpson, R. et.al.; At the heart of an early psychosis centre: the core components of the 2014 Early Psychosis Prevention and Intervention Centre model for Australian communities, *Australasian Psychiatry*, 22 (3), 228-234, 2014
- 10) Joal, I., Joahnnessen, J.O., Auestad, B. et.al.; The key to reducing duration of untreated first Psychosis: Information Campaigns, *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), 466-472, 2008
- 11) 精神的困難を抱える思春期児童への早期介入事業検討会：厚生労働省障害者保健福祉推進事業【障害者自立支援調査研究プロジェクト】平成20年度報告書 精神的困難を抱える思春期児童への早期からの啓発・相談・支援策の開発事業～精神疾患への移行と慢性化防止～，2009
- 12) 原田雅典，足立孝子，岩佐貴文，他：特集 早期介入の実際と工夫 三重県立こころの医療センターにおける早期介入の試み，*精神神経学雑誌*，115 (2)，160-167，2013
- 13) 菅原誠，福田達矢，坂井俊之，他：学校へのアウトリーチ法による思春期精神保健支援，*精神医学*，47 (6)，637-645，2005
- 14) 弟子丸元紀，三村孝一，緒方明，他：学校精神保健活動の試み－個人・病院・県全体の活動－，*児童青年精神医学とその近接領域*，47 (3)，223-231，2006
- 15) 全有耳，弓削マリ子，森本昌史：学齢期のメンタルヘルス対策を考える～幼児期の発達障害児支援とのつながりの中で～，*予防精神医学*，4 (1)，102-108，2019
- 16) 水野雅文，鈴木道雄，松本和紀，他：早期精神病の診療プランと実践例－予備的ガイダンス 2017－，2017
- 17) 高石昌弘，吉田瑩一郎，雪下國雄，他：会報「学校保健」300号企画 特別座談会「学校健康診断の今昔」，*学校保健*，No.300 (1)，2013
- 18) 東京都教育委員会：第二部 都立学校における健康づくり推進計画の具体的な施策の展開，第3章 児童・生徒の健康課題に対する環境整備，都立学校における健康づくり推進計画，2005年2月
https://www.kyoiku.metro.tokyo.lg.jp/administration/action_and_budget/plan/health/plan.html（最終アクセス2022年12月24日）
- 19) 教育家庭新聞社：教育家庭新聞 KKS Web News，健康号，2004年7月17日号，2004
https://www.kknews.co.jp/kenko/2004news/news/040717_8a.html（最終アクセス2022年12月24日）
- 20) 留目宏美，永吉雅人，大庭重治：メンタルヘルスに関する問題を抱える児童生徒に対する支援の実態－地域の精神医療体制による比較－，*上越教育大学教職大学院研究紀要*，10，195-204，2023
- 21) 欠ノ下郁子，植田誠治：精神疾患・精神的課題のある児童生徒への養護教諭の支援経験と影響要因，*日本養護教諭教育学会誌*，25 (2)，49-64，2022
- 22) 千田涼夏，上野光博，留目宏美：養護教諭が医療機関と連携したい児童生徒の健康課題について，第49回新潟県学校保健学会研究発表会抄録集，12-15，2022
- 23) 朝比奈紀彦，坂哲郎，矢武克之：耳鼻咽喉科定期健康診断 重点的健康診断の在り方について－各都道府県学校保健委員会委員長・政令指定都市教育委員会へのアンケート結果をもとに－，*耳鼻咽喉科学校保健の動向*，一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会・学校保健委員会，13-15，2021
- 24) 大島清史：シンポジウム1 学校保健における耳鼻咽喉科医の役割 耳鼻咽喉科学校健診の現状と課題，第11回日本小児耳鼻咽喉科学会，37 (3)，236-240，2016
- 25) 渡辺象：はじめに，学校精神保健に関する事例とその解説，1，東京都医師会 学校精神保健検討委員会，平成25年3月
- 26) 宮崎仁：シリーズ 地域医療を実践する内科医とは 具体的な地域医療活動 学校医／産業医としての内科医，*日本内科学会雑誌*，109 (10)，2157-2161，2020
- 27) ReMHRAD地域精神保健医療福祉社会資源分析データベース：多様な精神疾患の指標（医療計画）<https://remhrad.jp/>（最終アクセス日2022年3月19日）
- 28) 日本医師会学校保健委員会：Ⅳ. あるべき学校医活動を実践するための方策，学校保健委員会答申 学校医活動のあり方～児童生徒等の健康支援の仕組みを含めて～，62-68，2018
- 29) 日本医師会学校保健委員会：Ⅱ. 学校医活動の現状と課題，学校保健委員会答申 学校医活動のあり方～児童生徒等の健康支援の仕組みを含めて～，2-58，2018

Psychosocial support for students with mental health problems: a comparison of the availability of public school physicians (psychiatrists)

Hiromi TODOME* · Masato NAGAYOSHI** · Shigeji OHBA*

ABSTRACT

This study examined the existing support for students with mental health problems based on the availability of public school physicians (psychiatrists). An anonymous self-report questionnaire was sent to school nurses working in public schools in Niigata Prefecture, which does not have a program that dispatch psychiatrists to schools, with the return rate being 41.5%. It was found that only 2.2% of respondents worked in a school that had a psychiatrist, and there was no difference in the proportion of students who consulted a medical institution for mental health problems and mental health support from public schools with and without school-based physicians (psychiatrist). The most common response was that there was no cooperation with the public school physicians (not limited to psychiatrists) for students with mental health problems. Based on the above, it is necessary to examine the substantial role of public school physicians (not limited to psychiatrist) in assisting students with health issues.