

学校現場におけるうつ状態児童生徒への継続的メンタルケアの実践

国立大学法人群馬大学 大学教育・学生支援機構 健康支援総合センター（メンタルヘルス部門）教授
（助成時：埼玉大学教育学部学校保健講座 教授）

竹内 一夫

「学校現場におけるうつ状態児童生徒への継続的メンタルケアの実践」について発表いたします。

【ポスター-1】

日本生物学的精神医学会など3団体が2010年に「うつ病対策の総合的提言」を提示し、幼児期から老年期に至るまで、様々な包括的な対策の提言をしていますが、その中で思春期に関しては「学校で可能なうつ病予防および介入のプログラムの開発と施行が望まれる」と明記されています。現実には、学校現場で、全国一律に簡単にできるプログラムは乏しく、それを作成することが本来の目標です。

この場合、うつ状態児童生徒への日常的・継続的なケアを低コスト・短時間で、通常の学校保健活動の中で、学校に負担をかけない形で実施することが理想です。養護教諭などの現場の先生が簡便に実施できるということが、大きな原則になるかと思えます。

【ポスター-2】

本研究の研究目的は、うつ状態の児童生徒の早期発見から早期介入までを、養護教諭らが業務の中で日常かつ継続的に実施できる、簡便なプログラムを学校現場に提示し、かつ実践をしていくことです。

「早期発見」の部分は、先行研究の文部科学省の科研調査でほぼ完成しましたので、次は「早期介入」方法の作成と実践ということで今回の調査をさせていただきました。

ポスター 1

研究の背景

日本生物学的精神医学会・日本うつ病学会・日本心身医学会「うつ病対策の総合的提言」（2010年5月）：「学校で可能なうつ病予防および介入のプログラムの開発と施行が望まれる」

⇒ 低コスト・短時間で、うつ状態児童生徒への日常的・継続的なメンタルケアとそのサポートを、通常の学校保健活動の中で実現することが理想（現場に負担をかけない！）

ポスター 2

研究目的

- うつ状態の児童生徒の早期発見から早期介入までを、養護教諭らが業務の中で日常かつ継続的に実施できる簡便なプログラムを学校現場に提示し、実践する。
- ⇒ 「早期発見」はほぼ完成、次は「早期介入」！

【ポスター -3】

まずStudy1です。早期介入法の探索ということで、疫学的な横断調査を実施しました。埼玉県下の5つの公立・私立の中学・高校の男女生徒370名を対象にしました。

生徒による自記式質問紙と教師による観察チェックリストに基づきデータ採取しました。用いた尺度は3つあり、1番目は「気分の調節不全傾向」8項目という短いものです。これは日本学校保健会の「児童生徒の健康状態サーベランス」という2年毎の全国調査で、かれこれ17、8年、使用されています。

2番目は、厚生労働省の「教師のための児童生徒のうつ状態のチェックポイント」です。これは教師が生徒を観察をしてチェックするもので、改訂をして10項目となっています。この2つを組み合わせると児童生徒のうつ状態を判定するのですが、比較的信頼性・妥当性が保たれており、簡便法のわりに精度が高く、学校現場で使用するにはこれで十分ではないかということで、先行研究で報告させていただいたわけです。

3番目として今回はそれに、早期介入法作成に向けて、どういふストレス対処行動をしているのかということで、ストレスコーピング特性の(簡易尺度ですが)20項目のもの(これは影山らが産業保健現場で数年来使っている非常に簡便なやり方で、信頼性・妥当性が検証されているものです)を生徒用に改変して使用しました。1と2を組み合わせ、まず「うつ状態」の判定を行いました。

ポスター 3

**Study 1: 早期介入法の探索
(疫学的横断調査)
対象と方法**

対象：埼玉県下の5つの公立・私立の中学・高校の男女生徒約370名

方法：自記式質問紙法および観察法

測定手段：

- 1) 「気分の調節不全傾向」8項目 (日本学校保健会、2004)
- 2) 「教師のための児童生徒のうつ状態のチェックポイント」改訂10項目 (こころの健康科学研究事業、2005)
- 3) 生徒版「コーピング特性簡易尺度 (BSCP)」 (影山ら、2011)

*1) と2) を組み合わせて「うつ状態」判定を行う

【ポスター -4】

その判定に、ストレスのコーピングがどういふ影響を与えているのかというのを、表1に示しました。

これはうつ状態の判定に最も影響を与えているコーピング特性は何かということなのですが、上から4番目の「視点の転換」という下位尺度が、(横断調査ですから因果関係には踏み込めませんが)うつ状態の判定のオッズ比を1から少し下げます。「なるほど」ということで、これをわかりやすく文章化して、日頃の養護教諭の保健指導に役立てようと考えました。

ポスター 4

Study 1の結果
表1. 思春期生徒のうつ状態判定におけるコーピング行動下位尺度の影響(多重ロジスティック回帰分析)

	β	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	オッズ比	
SCa	0.13	0.09	2.20	1.00	0.14	1.14	
SCb	-0.12	0.08	2.38	1.00	0.12	0.89	
SCc	-0.05	0.09	0.31	1.00	0.58	0.95	
BSCP	SCd	-0.25	0.09	7.85	1.00	<u>0.01</u>	<u>0.78</u>
下位尺度	SCe	0.12	0.10	1.62	1.00	0.20	1.13
および	SCf	0.10	0.08	1.50	1.00	0.22	1.11
学年・	学年	0.17	0.23	0.57	1.00	0.45	1.19
性別	性別	0.23	0.44	0.28	1.00	0.60	1.26
	定数	-3.25	2.54	1.63	1.00	0.20	0.04

SCa「問題解決」、SCb「支援の相談」、SCc「気分転換」、SCd「視点の転換」、SCe「情動発散」、SCf「抑圧」

【ポスター -5】

「学校や家庭でできる簡単なストレスとの向かい合い方」ということで、嫌な気分をやわ

らげる3つのポイントを挙げています。

これを使った保健指導を、先ほど申しましたスクリーニングで抽出したうつ状態ハイリスクの生徒に、学校の業務の中で継続的にやってみてはどうかと考え、実践しました。

【ポスター -6】

それがStudy2で、この早期介入法を縦断的に実践しました。

パイロット校は1校ですが、約70名の中学生を対象として養護教諭の協力を得て実施しました。

初回のうつ状態の判定陽性者（ハイリスク群）は11名であったのですが、このハイリスク群に対して先ほどの3ポイントを強調して保健指導を継続していき、「夏休み後」と「冬休み後」の2回にわたって、それぞれ同じ調査をしました。

【ポスター -7, 8, 9】

結果です。

陽性者の人数が2回目で3分の1に下がって、3回目はさらに下がりました。

ただ、注意しないといけないのは、この最後の回には、登校が出来ないくらい重度なハイリスク群の3名が含まれています。2回目から3回目にかけてはあまり差がないということです。

学校現場でケアをしても、元々内因的な理由で学校に来られなくなる生徒がたくさんい

ポスター 5

「学校や家庭でできる簡単なストレスとの向かい合い方」(視点の転換)

嫌な気分をやわらげる3つのポイント

1. 「きっと何とかなる」と自分に言ってみる。
2. 嫌なことがあっても、そのよい面だけを考えるようにしてみる。
3. これも自分にはよい経験だと言い聞かせてみる。

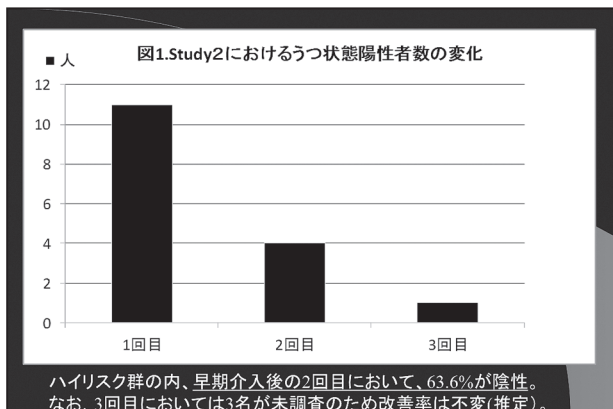
⇒ハイリスク群の生徒に継続的に実施

ポスター 6

Study 2: 早期介入法の実践 (パイロット校における縦断的調査) 対象と方法

対象：埼玉県下公立中学の男女生徒約70名
手順：初回のうつ状態判定陽性者（ハイリスク群）に対して、「視点の転換」による早期介入を、通常の保健指導活動の中で継続的に実施し、3ヶ月後、6ヶ月後に初回の結果と比較した。

ポスター 7



ポスター 8

考察/まとめ 1

疫学的横断調査(Study1)により、うつ状態ハイリスク生徒への早期介入のポイントが明確となった。ストレス対処において、「視点の転換」を重視した保健指導プログラムを作成することが出来た。

実践的な縦断調査(Study2)において、このプログラムを継続的に実施した結果、初回ハイリスク群の2/3が数か月後にうつ状態の改善を見たことは、種々の制限を考慮した上でも、保健指導を実践している学校保健関係者に有益な知見をもたらしたと考えられる。

るわけで、そもそもこういうシビアなケースは専門医の受診という形でやるしかないわけです。問題はその中間の、アクシデンタルな自殺やドロップアウトを含むような層で、このうつ状態陽性率を現場の日常的な保健指導を通じて少しでも下げられないかということです。

本年より新たに科研が取れましたので、これからエビデンスを高めるために大規模調査を行い、このアプローチの有用性を実証しようとしているところです。

以上です。

ポスター 9

考察/まとめ2

ハイリスク群の中には、もともと学校現場における早期介入法では改善を見込めない重篤なケースも含まれていること、観察期間が6ヶ月と必ずしも長期ではないことを考慮すると、パイロット研究としては十分な改善率と考えられる。

今回の縦断調査の標本数は少ないため、複数の学校における大規模標本に基づく検証作業を進めることがエビデンスの確立のために必要である。

今後、本プログラムの普及を推進することにより、児童思春期のうつ病・自殺の発生を少しでも減らすための学校現場の実践力を高めていきたい。

質疑応答

会場： 私は看護師ですが、「視点の転換」について。

うつ状態とうつ病の違いがわからないのですが。うつ病の方に関わる時、「大丈夫よ」と言うのはむしろ負担で、そのまま「学校をさぼれ、会社もさぼれ」という方が支援になると聞きますが、うつ状態の相手に「きっと何とかなるよ」という介入はどうなのでしょう？

竹内： もともとそうした重度のうつ病の方は学校に来られない状態だと思います。一方、先ほどお話ししたように、実際に、初回の調査の時には学校に来られているのですが、だんだんうつが悪くなってドロップアウトして、最後は来られなくなってきている生徒がいます。アクシデンタルな自殺をしかねないような、そうした中間層の子どもたちを、正常の範囲に押し上げるのにこのアプローチを使うということなのです。

先生がおっしゃるように、重度のうつの方に関してはやたら励ますなどというのが原則なのですが、この方法の対象はそうではなくて、軽度から中等度の中間層を元に戻すためのアプローチの仕方と理解していただけたらと思います。

会場： 子どもと大人とでアプローチは違うのでしょうか？

竹内： 全く同じです。