

学校ベースの精神保健医療のあり方について

西村 由貴*

1 はじめに

わが国では、大学保健管理センター（センター）の精神科医療の実態を総合的に評価した研究はなく、また具体的介入プログラムに打ち出している大学はない。帝塚山女子学院では、コーネルメディカルインデックス CMI を用いて学生のチェックを行っている。また人格調査を実施している学校も存在するが、個人情報の取り扱いに厳密さが求められるようになった近年、その活用の仕方は身体検査データをはるかに上回る倫理的配慮が求められるといえよう。

本来センターにおける精神保健サービスの基本的目標は、青少年期に共通して現れる暴力などのハイリスク行動と落ちこぼれをはじめとする精神保健問題の発生を減少させることにあり¹⁾。学校の保健管理センターで特別予防プログラムを実施しているルイジアナ州では、その臨床業務は全米でも最高レベルに至っているという²⁾。合衆国防衛庁内の保健管理センターでは、1300万人の職員および元職員の家族のうち心身面で特別な医療サービスを要する子供への早期介入のためにスクリーニングサービスを、約200万人を対象に行っている³⁾。学校ベースの精神保健（SBMH）プログラムとサービスは合衆国内で急成長を遂げている分野である³⁾。学校環境における介入や臨床実務を、実験研究

を行いエビデンスを収集し、これを根拠に3段階の階層構造を作ってアプローチを行っているところもある⁴⁾。しかし、エビデンスに基づく医療の公立精神保健サービスを集中的に受けている若者の現実的問題にどの程度フィットしているかを、先行研究を総覧してから判断しているところはほとんどないようである⁵⁾。このように近年では、実施される精神保健プログラムは、調査研究に基づいたものであること、エビデンス・ベースであること⁶⁾が、当然のこととして語られている。

一貫教育校としての特徴を有する慶應義塾大学では、保健管理センターは大学だけではなく通常でいうところの小中学校から、中学校、高校、大学まで全体を管理する立場にあり、他大学の保健管理センター業務と趣を異にしている。現在は、7歳から15歳までは心身ともに小児科医がカバーする形で業務が行われており、13から18歳までは、学校カウンセラーが保健室と連携をとりながら学生相談室で生徒の相談にのっている。18歳以降については、学生相談室は保健管理センターではなく学生総合センターの管轄となり、保健管理センターは精神科の外来診療を各キャンパスで提供している。大学の学生相談室では、学校適応に関連した問題を中心にカウンセラー（臨床心理師ないしは教員カウンセラーが業務に当たっている）が相談にのってお

* 慶應義塾大学保健管理センター

り、医療面での対応の必要性が求められる事例や投薬加療が必要と考えられた場合、学生相談室は学生にセンターの受診を勧めているようである。もちろん学生自身が、希望して自ら受診してくることもある。

Taylor は、センターが教育活動を除き、本来持っている能力のおよそ 25-30 % 分しか仕事をしていないという推計を示している。彼によれば、健康や安全教育、エイズ、薬物問題（日本では喫煙も含まれる）、妊娠予防、落ちこぼれ防止など、臨床業務が断片化してしまい、存在感が極めて薄いことを問題視している。特にセンターにおけるメンタルヘルスの断片化の最も重大な問題点は、学生への予防介入活動に、問題となるクラス担当の教員や指導教官といったキーパーソンを含めた活動を行わないことにあるという。学校における精神保健と心理面の問題を積極的かつ有意義に取り上げるには、学校内では教育側の人々と共に問題解決に当たる、さらに学校とコミュニティ資源を組み合わせ、包括的で多面的なアプローチを展開する必要があるとしている⁷⁾。学校における予防介入プログラム活動、学校とコミュニティを協調させる近隣・家族との共同体が、連続性をもって活動を計画し、立案し、展開する必要があるといえよう。また社会にどのような人的資源、財源、物理的資源があるかを分析し、有効活用することもセンターとコミュニティ共同体の役目といえよう⁷⁾。

慶應義塾大学診療所（三田，日吉，信濃町）では2005年4月より、精神科外来を正式に発足させ業務を開始した。そこで学生に、大学保健管理センターで精神面の診療を受けることができることを知っていたかどうかについて、三田キャンパス内でのみ健康診断時調査を実施したところ、7400名より回答を得た。このうち約7割が、診療を受けられることを知らなかったと

いう回答が得られたため⁸⁾、今後保健管理センターの医療サービス業務について学生への普及活動を行う必要があることが明らかとなった。アクセスの供給と早期介入は長い目で見て対費用効果があり、学校ベースの精神保健医療は結果的に中核的診療所と同様の有効性をもっている⁹⁾。イリノイ州では学校内に診療所を設置するに当たり、州と政府の財政援助をうけるため現実の学校場面における学校精神保健スクリーニングと治療プログラムの費用の推計をし、プログラムの実施にかかる経費を算出し、1985年当時の学校診療所の運用経費は学生一人当たり100から125米ドルと推計されていた¹⁰⁾。最近の米国の試算では、6年から8年生で全生徒をスクリーニングするプログラムで、不安障害、うつ病性障害、物質使用障害の有無を調べると、スクリーニング経費は生徒一人当たり149から234ドル、治療プログラム1セッションあたり90から115ドルであった¹¹⁾。慶應義塾のセンターでは、これまで学校カウンセラーの増員や学生相談窓口の時間配分を、系列学校の要求のまま応じてきた。予算の過不足状態とは別に、資源の適性配分は重要課題である。資源問題だけではなく、精神的ケアの過剰供給は、教育側の不安を反映している。成長発達期の学生・生徒に対する精神面の早すぎる過剰介入には、警鐘が鳴らされている。当センターでも、長期的に実現可能で、資源の有効活用につながるような資源配分のためにも、現実的試算を行っていく必要があるのではないだろうか。

また米国の連邦基金調査2003年報告で「学校精神保健プログラムを改善・拡大し、良質なスクリーニングと早期介入を行い、プライマリの健診・医療機関や学校といった偏見の少ない状況で常時アクセス可能になっていく」ことを示唆している¹²⁾。

このためにも、調査を毎年実施し、サービス

業務の啓発に努めることはもちろん、センターのプライマリ業務の範囲内でどのようなサポート業務を行っていくことができるかを検討していくことは急務である。本稿では、国際レベルで学校ベースの精神保健医療の現状について紹介し、若干の考察を行う。

2 青少年期の精神疾患有病率

米国の連邦基金による調査では、国民の46%以上が一生のうちうつ病、不安障害、衝動コントロール障害、薬物ないしアルコール依存症といった精神障害の少なくとも1つに罹ると報告した。それら全精神疾患の半分が14歳までに始まり、4分の3が24歳までに始まるとされている¹²⁾。中でも青少年の自殺の可能性は最も深刻な精神保健問題の1つである。この傾向は、人種や性別によって異なり、さらにこうした問題を抱えている青少年のほとんどが援助を求めているのに、それを獲得できないという¹³⁾。ニューヨーク市コロンビア大学の開発した『ティーンスクリーン』は10代の自殺防止を目的に開発されたスクリーニング・プログラムであり、合衆国内350以上の施設で広く使用されている¹²⁾。これによると11から18歳の少年の17%が自殺について考えたことがあり、9%が自殺企図しており、3%が非常に深刻に実行を考えており、彼らには医療上注意が必要であるとしている¹²⁾。

ケープタウン大学では、学生健康診断に参加した大学生(515名)に軽症精神病の時点有病率の調査を行い、その発症率は29% (信頼区間95%で24.8から32.7%)との結果を出している¹⁴⁾。1981年生まれのフィンランドの青少年2348名の18歳時の6ヶ月前から調査時点までの自傷念慮の有病率は4.0%、自傷行為では2.2%であった。自傷念慮を申告した者の9.7%、自傷行為の16.0%がその前年に精神保健医療の利用経験があった¹⁵⁾。フィンランド人の陸軍

の召集に参加していた1981年生まれの少年2316名(母集団の79%)のうち、調査時前1年以内に2.1%の少年が、不安一抑うつの内在化、引きこもり症状、健康問題、両親と別居、非合法ドラッグの使用、大量飲酒、常習的喫煙といった理由で精神医療を利用したことがあった¹⁶⁾。米国全土での大規模調査を総合した分析によると、精神医療が必要と判断された6から17歳の子供と青少年のほぼ80%が精神科医療を受けておらず、少数民族や、保険に未加入の者の未治療割合がとりわけ高くなっていた¹⁷⁾。

3 全国的スタンダードはない：システム上の問題点

学校や国、地域で調査内容も方法も様々である。Brennerらは、学校ベースの精神保健サービスをより有効なものとするための要素を以下のように挙げている¹⁸⁾。

- ① 財政援助のある包括的システムを提供する
- ② 先見性のある、予防的、多面的アプローチをとる
- ③ 介入とサービスの連携
- ④ 学生の個人差、発達の違い、文化的相違にも配慮した対応
- ⑤ その他教育プログラムと学校改善計画およびサービスを調和させ十分に統合する
- ⑥ 学生の成果に基づいて実施義務と評価に関わっていく
- ⑦ 家族・コミュニティ・適切な機関との強力な連携
- ⑧ 資格を認定された専門の学校カウンセラーの雇用

しかし、全ての教育および社会環境でこれらの項目を全て満たすことができるわけではない。ハワイ州エビデンスベース医療委員会の調査では、診断情報が入手できた2197名の若者のうち1953名(89%)はエビデンスベースの医療

介入に対する問題をもっているが、多くの若者がエビデンスに基づく治療法が確立していない問題をさらに抱えていた⁵⁾。このように全ての問題にシステムチックに対応することは極めて難しく、その妥当性についても答えは一つではないのが現実である。

学校ベースの精神保健医療を発展させていくに当たり、学校保健管理センターで、財政支援、評価と資源、プログラム構成、職員配置と訓練、協力と共同作業、品質保証と評価が共通項目として明らかとなっているという¹²⁾。しかし現実には、学校、学校長、医療機関、個々の臨床医によって様々な扱われ方をしており¹²⁾、わが国も同様であろう。学校の環境とシステムは十人十色であり、総てに当てはまる型というものはない。これは慶應が一貫校とは言え、各校により歴史・伝統・文化・教育・運営方針が異なっており、統一することが困難かつ現実的ではないことを示唆している。しかし生徒のためと称して費用対効果は問わない、ないし開発したプログラムの有効性を評価しないというのは真の意味でのサービスとは言えないであろう。

また何を活動の主眼とするかは、時代・社会・文化によって異なっている。80年代米国では、10代の避妊や妊娠への対応指導が大きな課題であった¹⁹⁾。現代は、青少年の薬物乱用をスクリーニングの対象としている学校が少なくない²⁰⁾。いずれにせよ予防プログラムの実施が、将来彼らの社会一情動面の能力を高めていくのに有効かつ有益である²¹⁾ことは想像に難くない。

4 受益者本位の考え方

青少年期は、自分の問題を内在化させる。「どうして感じていることを誰にも言わなかったの」と尋ねると、「誰にも聞かれなかった」「みんな吐き出す方法がわからないんだ」という答えが返ってくる。医療職や教育者が、ど

らの専門家の意見がより妥当かを議論するのではなく、青少年にとって学校精神保健の利益とは何かが重要なのである。ここで Ambruster は、(1) 不利な条件に置かれているか、十分なサービスが受けられない少年への一つの接近方法、(2) 全組織にわたる共同作業、(3) 迅速な精神科的介入の防止（青少年の場合、精神科ケアより自己治癒力を促すのも発達の一貫であるため）、(4) より迅速で専門化したケアの門番の役割、(5) 自然経過を原則とした中での系統的なプログラム評価、(6) 一定範囲のシステムや文化の中で働く際の専門トレーニング、(7) サービス・援助の従来の限界を超えたコミュニティに根ざしたケアの6つを挙げている⁹⁾。この特徴は専門医療に導入する前の評価と対応という役割を明確に提示していることにある。しかし Lenzer は、プライバシー権ないし親からは養育権の侵害として高校に苦情が寄せられた事例を示し、学校保健スクリーニングは利益どころか自殺予防に有効だという根拠がない²²⁾と反対意見を示している。

5 スクリーニングの意義と是非

ロチェスター大学では、入学時スクリーニングとして1年生にザックス情報プロフィールを実施し、大学への適応の予測因子を調査検討している²³⁾。Gall らは、大学保健管理センターを受診した383名の青年に小児科症状チェックリストを実施し、心理社会的機能障害を評定し、精神保健医療への紹介がどの程度大学での機能改善につながるか評価したところ、機能障害ありとされた学生は、そうでない者に比べ、常習的欠席と遅刻の割合が有意に高く、機能障害があって精神医療に紹介された青年の欠席と遅刻の割合が有意に減少したことを示した²⁴⁾。この結果、心理社会的スクリーニングは有用であり、青年の精神保健問題の認識と治療を促進し、大

学での機能を改善するのにセンターに紹介すべきであることが示された²⁴⁾。

2004年秋ブッシュ大統領は、すでに10州でパイロット研究をスタートさせた上でスクリーニングも含めた青年の自殺防止と介入プログラムを実施させるための自殺防止法案(ガートレットリースミス記念法案)の制定に署名した。これを機に、米国はスクリーニング支持者と反対者に大きく分かれている。支持者は、一見健康そうな10代をスクリーンしてみると表向きの抑うつの中に犯罪被害によるトラウマが隠されているとし、反対者は「子育ての権威の政策的権利侵害であり、市場拡大のための製薬会社による陰謀」と抗議している¹²⁾。反対派は個人情報侵害²²⁾であると疑念を表明しているが、未成年の場合、必ず親の同意書をとることが義務付けられており、参加はあくまで自由意志によることが強調されている。

Sen は合衆国内の 9000 名の学童を調査し、男子のほうが女子に比してうつ病にかかっているにもかかわらず治療を求める傾向が低いという先行研究を支持する結果を示した¹³⁾。さらに抑うつ気分か自傷行為のリスクにある者(男女)の多くが、人に助けを求めない¹³⁾。スクリーニングによって青少年の間で援助や医療を求める割合が上昇したか否か最新データを見ながら、この問題を定期的に再考する必要があるといえよう¹³⁾。

しかし2001年のミネソタ州セントルイス群の16歳の健康診断時の調査から、全体(878名)の57%が少なくとも1度は精神医療の受診を先延ばししていた²⁵⁾。特に受診に際して、「問題が去ってくれるだろう、又はなくなるという思い」(50%)と「親に知られたくない」(36%)という共通の壁を感じていることがわかった²⁵⁾。学校ベースの介入は、とりわけ女子と両親と同居する青少年のニーズに鋭敏な機能を発揮する必要があるといえよう。

青少年の約10%が慢性疾患に罹っており、それが心理社会的発達に影響することが指摘されており²⁶⁾、合併疾患の存在のスクリーニングという内科との共同作業によって、精神保健の新たなアプローチが開かれる可能性がある。このようにスクリーニング自体も何を目的に行うかが重要となる。

スクリーニングの結果、自殺の恐れや精神疾患があると判定された場合、精査の必要性、両親への注意喚起、治療予約といった判断につながっていく必要がある。スクリーニングを行うからには、問題の生徒が即座に援助を受けられるような十分な職員と資源といった的確なバックアップ体制の存在が本来必要とされるのであるが、現実には必ずしもいつもそうとは限らないようである¹²⁾。

6 介 入

全国自殺予防計画といくつかの介入を推進している発展途上国もあるが、その有効性が評価されていない²⁷⁾。わが国も例外ではない。たとえば親がうつ病であるなど家族問題への予防介入プログラムが長期的にみて良好な効果があることがわかった。親の行動の変化に気づき理解することが、子供の変化に結びつくという間接的介入の効果が見出された²⁸⁾。オーストラリアの生徒 882 名(13-16歳)のうつ病をスクリーニングし、『青少年の情動処理』(Adolescents Coping with Emotion, ACE)による早期介入プログラムの有効性を調査したところ、介入後、女生徒の ACE 参加者は対照群に比べて有意に抑うつ症状が軽減され、コーピングスキルが上昇した²⁹⁾。またいじめなど対人暴力を体験した子どものその後の情動的苦悩についてのコミュニティの介入に際して、従来の不安/引きこもり—恐怖—行動化という3因子でなく、内面化と行動化の2因子で考えると介入上有用であっ

たという³⁰⁾。Smokowskiらは、少年期のいじめや被害者になること、その両方の経験が成人期になってから、不安や抑うつ、物質乱用、行為障害などの精神面での問題形成につながることを指摘し、早期発見と介入プログラムの重要性を指摘している³¹⁾。

7 今 後

実際、抑うつ気分や自殺、自傷行為の理由は、本人たちのそぶり、家族の期待、狂信性、コミュニティとの結びつき、医療システムへの信頼感、その他要因といった情報も考慮に入れて検討する必要がある¹³⁾。学校ベースでのスクリーニングを元に、われわれ保健管理センター（センター）が本来の業務をより機能的かつ有効に発揮していくためには、単なる外来診療に留まらず、学生とその家族はもちろん、学校、コミュニティ、地域医療機関との連携をもつことが求められている⁹⁾。われわれセンター職員は、精神保健プログラムを提供するだけではなく、学校や地域医療機関との相互対話により情報を交換することができるようになる。現在コミュニティ介入³²⁾との比較やコミュニティの精神保健機関との協調による拡大学校精神保健サービス³³⁾に注目が集まっている。また、センターに勤務する職員は基本的に保健師であり、精神科プライマリケアおよび救急対応の基礎知識に関する訓練を受けていない。保健師は学生本人や家族に対して専門医療機関を紹介する際のケースマネージャーとして機能することが期待され、学校内では、教育者、学校職員との連携も必要となり³⁾、センター内の職員のみでは効果的機能を発揮できないことがわかるであろう。また次の段階として保健センター職員、精神保健福祉課職員、訪問看護師、ケースワーカーやソーシャルワーカーなどコミュニティの精神保健関係者との連携も必要となってくる³⁴⁾。

Haavistoは、8歳時で自己申告した不安・抑うつ症状や怒りが18歳時の自殺念慮と自傷行為に結びつくとして、学童期に述べられている苦悩に特別な注意を払う根拠があるとしている¹⁵⁾。また、18歳時の精神科医療受診の可能性を予測するような要因が10年前に現れていることが示されており¹⁶⁾、早期発見・予防介入は教育サービスの枠組みで取り組んでいく必要があるといえよう。学校の健診で用いる自記式スクリーニング質問票などの機会を用いて青年の精神科問題を探して対応することは、青年期の自殺予防の有効な方法になる¹⁵⁾。

Weistが掲げるような拡大学校精神保健をわが国においても実現していくには、公的にも私的にも財政支援を受ける必要がある³³⁾、設立から継続までの長期的展望に立つ必要があるといえよう。このためには、システムの新設ではなく、既存の医療福祉サービス・システムと教育システムの情報交換システムと協力体制作りという基盤作りから着手していく必要があるといえよう。

文 献

- 1) Witt JC, et al.: Prevention of common mental health problems among adolescents. National and local best practices in school-based health centers. *J La State Med Soc.* 151: 631-638, 1999
- 2) Williams TV, et al: A national assessment of children with special health care needs: prevalence of special needs and use of health care services among children in the military health system. *Pediatrics* 114: 384-393, 2004
- 3) Weist MD: Fulfilling the promise of school-based mental health: moving toward a Public Mental Health Promotion approach. *J Abnorm Child Psychol.* Dec; 33: 735-41, 2005
- 4) Kratochwill TR, et al: School-based interventions. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 13: 885-903, vi-vii, 2004
- 5) Schiffman J, et al: Evidence-based services in

- a statewide public mental health system: Do the services fit the problems? *J of Clinical Child & Adolescent Psychology* 35: 13-19, 2006
- 6) Weist MD, et al: Expanded school mental health: exploring program details and developing the research base. *Behav Modif.* 28: 463-471, 2004
 - 7) Taylor L, et al: Toward ending the marginalization and fragmentation of mental health in schools. *H of School Health* 70: 210-215, 2000
 - 8) 久根木康子, 他: 大学における学生のストレスの対処方法の現状. 慶應保健研究 (掲載予定) 2006
 - 9) Ambruster P: The administration of school-based mental health services. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 11: 23-41, 2002
 - 10) Kenney AM: School-based clinics: a national conference. *Fam Plann Perspect.* 18: 44-46, 1986
 - 11) Chatterji P, et al: Cost assessment of a school-based mental health screening and treatment program in New York City. *Mental Health Serv. Res.* 6: 155-166, 2004
 - 12) Ashford E: The fight over screening students to prevent suicide. *School Board News* 25: 52-56, 2005
 - 13) Sen B: Adolescent propensity for depressed mood and help seeking race and gender differences. *J Mental Health Policy Econ* 7: 133-145, 2004
 - 14) Gelman T, et al: Minor psychiatric morbidity in students attending a South African university health service. *J of Clinical Psychology in Medical Settings* 8: 131-136, 2001
 - 15) Haavisto A, et al: Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boy. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 40: 912-921, 2005
 - 16) Sourander A, et al: Mental Health Service Use among 18-year-old boys: A prospective 10-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 1250-1258, 2004
 - 17) Kataoka SH, et al: Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. *Am J Psychiatry* 159: 1548-1555, 2002
 - 18) Brenner ND, et al: Mental health and social services: Results from the School Health Policies and Programs Study 2000. *Journal of School Health*, 7, 305-312, 2000
 - 19) Kenney AM: School-based clinics: a national conference. *Fam Plann Perspect.* 18: 44-46, 1986
 - 20) Laux JM, et al: A psychometric evaluation of the SASSI-3 in a college sample. *J of College Counseling* 8: 41-51, 2005
 - 21) Weissberg RP, et al: Prevention that works for children and youth: An introduction. *Am Psychol.* 58: 425-432, 2003
 - 22) Lenzer J: US teenager's parents sue school over depression screening test. *BMJ* 331: 714, 2005
 - 23) Sturm D, et al: The Zax Information Profile: A measure of College adjustment. *J. of Personality Assessment.* 41: 422-426, 1977
 - 24) Gall G, et al: Utility of Psychosocial screening at a school based health center. *J of Mental Health* 70: 292-298, 2000
 - 25) Samargia LA, et al: Foregone mental health care and self-reported access barriers among adolescents. *J Sch Nurs.* 22: 17-24, 2006
 - 26) Suris JC, et al: The adolescent with chronic condition. Part I: developmental issues *Arch Dis Child* 89: 938-942, 2004
 - 27) Mann JJ, et al: Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA* 294: 2064-2074, 2005
 - 28) Beardslee WR, et al: A family-based approach to the intervention of depressive symptoms in children at risk evidence of parental and child change. *Pediatrics* 112: 119-131, 2003
 - 29) Kowalenko N, et al: Short-term effectiveness of a school-based intervention program for adolescent depression. *Clinical Child Psychology & Psychiatry* 10: 493-507, 2005
 - 30) Spilsbury JC, et al: Psychometric properties of the Pediatric Emotional Distress Scale in an diverse sample of children exposed to interpersonal violence. *J of Clinical Child and Adolescent Psychology* 34: 758-764, 2005
 - 31) Smokowski PR, et al: Bullying in school: An overview of types, effects, family characteristics and intervention strategies. *Children & Schools.* 27: 101-110, 2005
 - 32) Wells K, et al: Bridging community intervention and mental health services research. *Am J Psychiatry* 161: 955-963, 2004
 - 33) Weist MD, et al: Funding a full continuum of mental health promotion and intervention programs in the school. *J Adolesc Health* 32:

- 70-78, 2003
- 34) Weist MD, et al: Expanded school mental health: A collaborative community-school example. Children & Schools 28: 45-50, 2006