

メンタルヘルスの早期教育に対する当事者家族の望み

山田 浩雅¹, 中戸川早苗¹, 糟谷久美子¹, 岩瀬 信夫²

Family's hope on a mentally disturbed individual and early mental health education

Hiromasa Yamada¹, Sanae Nakatogawa¹, Kumiko Kasuya¹, Sinobu Iwase²

小・中学生におけるメンタルヘルス教育がどの時期にどのような内容が必要であるのかを明らかにすることを目的に、現況の保健の教科書から作成した冊子を用い、精神障がい者を持つ家族にメンタルヘルス教育への思いや希望についてインタビュー調査を実施した。結果81名の回答から、小・中学校における教育の導入については、80%が賛成であった。また教育を行う時期については初等教育から始めること、具体的な疾患名、症状等を教えていくなど正しい知識が伝えられていくことを望んでいた。

家族は、精神疾患は誰にでも起こる“脳”の病気であることや特別な病気ではないことなど病気のイメージを変えるための教育的な介入を望み、精神障がいへの差別や偏見の悪循環を断ち切るために、疾患・障がいについて知らない学生、教育者や親のためにもメンタルヘルスの早期教育の必要性を望んでいた。

キーワード：早期教育, 精神障がい, 精神保健, 当事者家族, メンタルヘルスリテラシー

I. はじめに

WHOによる健康・生活被害指標（DALY（障害調整生命年）指標）によると、日本等の先進諸国では、がんや循環器疾病に比べて、精神疾患が最も高い政策的重要度のある疾病であることが明らかにされている¹⁾²⁾。2010年「こころの健康政策会議の提言書」が文部科学省に提出され、日本の基本施策に向けた精神保健医療改革の始まりを告げた。さらに2011年7月に国の医療対策において、特に重点を置いているがん・脳卒中・心臓病・糖尿病の4大疾病に精神疾患を追加し「5大疾病」とすることを厚生労働省は決定した。これらの経緯から今後の精神医療・保健・福祉への早急な対策が求められることとなり、精神障害を早期に理解し、精神疾病の早期予防という考え方がますます重要となってきた。

早期発見・早期治療の統合失調症の基本的な考え方として、岡崎は、「①10歳台前半で精神病症状を体験した

子どもへの必要な相談や支援を行うことによって、病気の発症や病状の軽減ができる、②児童期における精神的な症状の理解を深め、対処方法を獲得することによって、その後の長い人生において、多くの選択支を与えることが可能であり、それは生活習慣病予防と同じように精神障害予防を進めることと意味を同じにする³⁾と述べている。さらに西田らは、思春期精神病理の疫学的研究において、精神的不調を抱えた際、相談を受ける側の若者が適切な対応をし、早期支援に導けるよう若者を対象とした普及啓発を重点的に行うこと、家族については、精神疾患について学ぶ機会が少ないことも示唆しており、家族が適切な対応をし、早期支援に導けるよう普及啓発を行うことが必要である⁴⁾⁵⁾と報告している。このことは、早期に教育導入することによって精神疾患・精神障害に関する正しい啓蒙を促し、さらには一次予防、二次予防を推進することにつながる重要性を意味していると考えられる。

2004年に、WHOとIEPA（国際早期精神病学会）に

¹愛知県立大学看護学部(精神看護学), ²日本赤十字広島看護大学看護学部(精神看護学)

よる、「学校に通う15歳のすべての若者が、精神病に対処しうる知識を身につけるべきである」との国際共同宣言があり、若者の精神病からの回復を促進するためのコンセンサスとして早期教育の必要性が唱えられている。また、国際的な早期診断・治療の動向として、DPU (Duration of Untreated Psychosis: 精神病未治療期間) が短いほど再発が少ないことが報告⁷⁾⁻⁹⁾されており、DPUをなるべく早く発症前の前駆期から対処していくべきと、オーストラリア、英国で早期介入が取り入れられ、国民全体の精神的健康を維持するための学校精神保健活動が実施されている。しかし、我が国における精神保健に関する学習では、小・中学校・高校の文部科学省検定済教科書「保健体育」¹⁰⁾⁻¹⁵⁾の「心と健康」に関する項目の内容では、ストレスやその対処についての記載はされているが、具体的な精神疾患の名称や病気に関する名称の表現は全く記されていないのが現状である。

厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業の疫学調査⁶⁾において、若者を対象とした精神疾患病名認知度等の調査報告では、中学生の82.4%が統合失調症を聞いたことがないと回答し、また家族が精神疾患を発病される以前に精神疾患についての学ぶ機会については、95.1%の家族がなかったと回答するなどの結果から、多くの中学生やまたその親も、精神疾患に関する知識がないまま、または偏見を持ち続けながら今日まで至っていたことが推測される。

これらの経緯から、小・中学生に対する「心の健康教育」つまり「メンタルヘルス教育」として、精神疾患および障がいについて、どの時期にどのような教育が必要であるのかを検討することが必要である。今回の研究においては、現在文部科学省指定の小・中学校の「保健体育」の教科書から、各学年に応じたメンタルヘルス領域において記載されている表現および言葉、イラスト、内容について抽出し作成した冊子「現況のメンタルヘルス教育」を用いて、地域で暮らす当事者の家族にインタビューを実施した。そこでメンタルヘルス教育に対して様々な思いを持ち、サポートを継続してきた当事者の家族が望むメンタルヘルス教育への思いや教育へのあり方を明らかにしたいと考える。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象者

研究者の所属する大学と実習で関連のある家族会やA市の家族会連合会で紹介された家族会に所属する研究趣旨・倫理に同意が得られた家族会会員の方々とする。

3. 研究方法

1) 調査期間

平成23年9月から平成24年3月

2) データ収集方法

①平成21年度文部科学省が認可している我が国の小・中学校「保健体育」の授業で使用されている保健体育の指定教科書(5社)¹⁰⁾⁻¹⁵⁾から、学年別に精神保健領域の内容を分析し、各学年で学習するメンタルヘルスや心の健康に関する項目や表現・内容について、および生活習慣病の表記内容を整理し、面接調査の資料となる「現況のメンタルヘルス教育」の冊子を作成した(図1)。

②A市家族会の同意が得られた家族会員に冊子およびインタビュー質問用紙を面接前に配布した。その後、各家族会の開催日に合わせて、個人または複数の家族会員にインタビュー質問内容に沿って面接を実施した。質問用紙には、基本的な個人情報として、性別、年齢、家族会入会歴、障がい者の方の疾患名と同居の有無、さらに a. 精神疾患教育を導入することについて、 b. 早期教育を行う時期について、 c. 教育する具体的な精神疾患に関する知識や内容、 d. 冊子を読んだ感想および生活習慣病の表記との比較について、 e. 過去の経験からどのような教育介入が必要か、 f. 精神疾患に関する早期



図1 作成した「現況のメンタルヘルス教育」の冊子

教育への希望などが記述できるように設定した。また、面接の際は録音と逐語録の記載の許可を得た。

3) 分析方法

インタビューに関しては、回答した記載および録音データを整理し、①早期に必要なメンタルヘルス教育の内容について述べられたセンテンスを抽出し、②意味が変わらないように文章をさらに整理しながらラベル化し、③類似のあるラベルの内容をカテゴリ化しながら質的にまとめた。また、カテゴリに至ったラベル件数を量的に表示した。データの読み取りや分析の偏りを最小限にするため、一連の過程を通して質的記述的研究に熟達した精神看護学を専門とする教員にスーパーバイズを受け、カテゴリ間の関連性を比較・検討しながら抽象化や統合を続けた。分析の妥当性を高めるため複数の研究者間で検討を行った。

4) 倫理的配慮

研究対象者へは、研究の主旨や方法を文書または口頭で説明し、同意の書面が得られた方のみを対象とした。その際、研究への参加が自由意志であり、参加不参加によって何の不利も被らないこと、いつでも研究を中止できること、得られたデータは研究以外の目的では使用しないこと、プライバシーを厳守すること等を説明し、同意書を得ながら実施した。研究者が所属する大学の研究倫理審査委員会の承認（看23-29）を得て実施した。

III. 結 果

1. 対象者の属性

研究同意が得られた対象者は、A市の14家族会会員の中の81名で、男性19名、女性62名。対象者の年齢は、50～59歳14%、60～69歳58%、70～79歳27%で、平均年齢66.4歳±6.5歳であった。当事者との同居の有無に関しては、同居有りが82%、同居無しが14%で、障がい者の83%が統合失調症で、その他うつ病、神経症等であった。家族会の在籍年数については、2年～5年が41%、6年～10年22%、20年以上9%、平均在籍期間は8.6年で、最高在籍期間は30年であった。

2. 小・中学校でメンタルヘルス教育を導入することについて

81名のデータから118件の回答ラベルを抽出し、ラベ

リングした結果（以降カテゴリを【 】,ラベルを〈 〉で表記する）

1) 小・中学校でメンタルヘルス教育を導入が必要である理由（表1）

導入が必要である理由については、95ラベル9カテゴリであった。【病気に関して正しい知識を持つことは大切】【病気に対する差別や偏見がなくなるためには必要である】などのカテゴリに該当した。

2) 小・中学校でメンタルヘルス教育を導入が必要ではない理由（表2）

導入が必要でない理由については、13ラベル6カテゴリであり、【子供のうちは理解できないし難しいと思う】【精神疾患について詳しく教える必要はない】などのカテゴリが該当した。

3) 小・中学校でメンタルヘルス教育を導入はどちらでもよい理由（表3）

どちらでもよい理由については、5ラベル3カテゴリであり、【疾患教育は良いが、小学低学年への理解は早い】【高学年から年々レベルを上げ、中学生位からならよい】【こういう病気がある程度でいい】のカテゴリが該当した。

導入の反対の理由では、例えば〈安易に病名を知り、薬などを早くから与えてしまうことが心配〉〈教育によって自分もなるのではないかという恐怖心を抱かせるのではないか〉のラベルによる【教育することによってで余計に不安にさせる】といったカテゴリもあげられた。一方〈もっと早くこの病気のことを知っていればと思う〉〈知識があれば本人も家族も慌てることなく対処できる〉などのラベルによる【精神疾患の正しい知識を持つことは大切】のカテゴリや〈疾患について知らないことで差別や偏見が生じている〉〈昔、結核教育によって結核を撲滅した例の様なれば良い〉などのラベルによる【病気に対する差別や偏見がなくなるために必要】、〈精神疾患を知ることで早期発見・予防につながる〉〈もっと早くから予防できていたらと思う〉などの【早期発見・早期予防するためには必要】、〈自分とは違う思いや感覚の子がいることを伝えることが大事だと思う〉などの【障がい者のことを理解するために大切】、〈精神的なことについての意識が生じる時期には必要〉などの【精神の病気を理解するためには重要】、〈学校教育者が精神疾患に

表1 小・中学校でメンタルヘルス教育の導入が必要である理由 (n=95)

カテゴリ ラベル件数 (%)	ラベル
病気に對して正しい知識を持つことは大切 21 (22%)	もっと早くこの病気のことを正しく知っていればと思う
	知識があれば本人も家族も慌てることなく対処できる
	多くの人が病気になっているので正しい知識を持てることはいいと思う
	医療にかかる必要がある病気なのかわかる
病気に對する差別や偏見がなくなるために必要 19 (20%)	精神疾患について知らないことにより、差別や偏見が生じている
	腫物にはできるだけ触れない、避けたい事柄などの差別・偏見をなくしたい
	昔、結核教育によって結核を撲滅できた例があったようになればよい
早期発見・早期予防するためには大切 13 (14%)	早ければ早いほどいいと思うし、予防できていたらと思う
	精神疾患を知ることで早期発見・治療につながる
	もっと早くから予防できていたらと思う
障がい者のことを理解することが大切 10 (11%)	自分とは違う思いや感覚の子がいることを伝えることが大事だと思う
	人間として生きていくために大事なことを学校ではしっかり教えてほしい
精神の病気を理解することは重要 9 (9%)	精神的なことについての意識が生じる時期には必要だと思う
	小さい時から周りが知って、対処していかなくてはならないと思う
教育者への精神疾患教育が必要 6 (6%)	学校教育者が精神疾患について学習してほしいと思う
	教育者が親、児童と共に学んでいく必要がある
親への精神疾患教育が必要 5 (5%)	親が子どもの様子を見るが一番多いので親への教育をしてほしい
	親、児童が共に学んでいく必要がある
いじめを少なくすることにつながる 4 (5%)	小中学校でのいじめに関連して精神疾患を発症する人も多いと思う
その他 8 (8%)	国民教育として必要
	受験勉強のための教育でなく、思いやりのある子どもをつくらせたい

表2 小・中学校でメンタルヘルス教育の導入が必要ではない理由 (n=13)

カテゴリ ラベル件数 (%)	ラベル
子どもには理解できないし、難しい 4 (31%)	子どもに教科書の中で精神疾患のことを書いてもわからない
	低学年に精神疾患という難しい言葉を入れても理解できない
疾患について詳しく教える必要はない 3 (23%)	小中の段階で精神疾患について際立てさせるような教育項目があるとまずい
	小学校では精神疾患教育を導入するには早すぎるし詳しく教える必要はない
教育することによって余計に不安にさせる 2 (15%)	安易に病名を知り薬などを早くから与えてしまうことが心配
	教育によって自分もなるのではないかという恐怖心を抱かせるのではないか
疾患を子供がどこまで受け入れられるのか疑問 2 (15%)	子どもたちが精神疾患についてどこまで受け入れられるのか疑問
	正体不明の病気や心について教育することは問題
当事者がいじめの対象 1 (8%)	当事者がクラスにいた場合、ストレートに表現するといじめの対象になる
病気について知らないで治る人もいる 1 (8%)	病気について何も知らないで治る人もいる

表3 小・中学校でメンタルヘルス教育の導入はどちらでもよい理由 (n=8)

カテゴリ	ラベル件数 (%)	ラベル
疾患教育は良いが、小学低学年への理解は早い	3 (38%)	大切だが小学校低学年ではむつかしすぎる
		病気を教えた方が良いが、小学生には教えるのは難しいと思うため
高学年から年々レベルを上げ、中学生位からならよいか	3 (38%)	小中の段階で精神疾患について際立てさせるような教育項目があるとまずい
		小学校では精神疾患教育を導入するには早すぎるし詳しく教える必要ない
こういう病気がある程度でいい	2 (24%)	こういう病気があるよ、という程度でいいのでは

ついて学習してほしいと思う)などの【教育者への精神疾患教育が必要】、〈親、児童が共に学んでいく必要がある)などの【親への精神疾患教育が必要】のカテゴリがあげられ、80%が導入に賛成であった。

3. メンタルヘルス教育を導入する時期 (表4)

メンタルヘルスの教育を行う時期や学年については、幼児期から導入するは2%、小学校1～2年生からは9%、小学校3～4年生からは22%、小学校5～6年生からは37%、中学校1～2年生からは15%、高校性からは1%であった。

4. 現況のメンタルヘルス教育の冊子を読んだ感想(表5)

現況のメンタルヘルス教育の冊子を読んだ感想については、わかりやすいが27%、わかりにくい73%であった。わかりやすいについては〈イラストや絵がわかりやすい〉〈この程度で十分〉などが述べられ、わかりにくいについては、〈精神疾患の具体的な記入がない〉〈疾患については不明で曖昧〉〈病名・症状まで書いた方がよい〉〈精神疾患は脳の病気と述べる〉などと回答していた。

表4 メンタルヘルス教育を導入する時期 (n=81)

	人 (%)
幼児期から	2 (2%)
小学校1～2年生から	7 (9%)
小学校3～4年生から	18 (22%)
小学校5～6年生から	30 (37%)
中学校1～2年生から	12 (15%)
高校生から	1 (1%)
その他	3 (4%)
無回答	8 (10%)

5. 冊子に記載されている生活習慣病の表記と精神に関する内容の感想 (表6)

生活習慣病の表記については、循環器疾患と脳血管疾患について、〈絵や図で示されてわかりやすい〉〈高血圧や脳出血の病名も細かく記載がある〉〈成人になったときに起こる病気といった感じ)などの回答があった。

6. 家族が望む精神疾患の具体的な教育内容 (表7)

小・中学校で取りあげたい具体的な教育について、【病名、症状等を教える】との回答が56% (42名)であった。【偏見をなくすことを伝える】や【誰にでも起こる“脳の病気”を教える】【薬で良くなることを伝える】などがあげられた。

7. 家族が望む精神疾患の具体的な病名・症状名 (表8)

家族が取りあげたい具体的な病名・症状については、「うつ病」「統合失調症」などの疾患名、「発達障害」「自

表5 現況のメンタルヘルス教育の冊子を読んだ感想 (n=137)

	ラベル件数 (%)	
わかりやすい 37件 (27%)	イラストや絵がわかりやすい	15 (11%)
	この程度で十分である	11 (8%)
	感心した	6 (4%)
	理由なし	5 (4%)
わかりにくかった 100件 (73%)	精神疾患の具体的な記入がない	16 (12%)
	疾患については不明で曖昧	15 (11%)
	病名・症状まで書いた方がよい	13 (9%)
	精神疾患は脳の病気と述べる	8 (6%)
	段階を経て述べていく	7 (5%)
	その他	5 (4%)
理由なし	36 (26%)	

表6 冊子に記載されている生活習慣病の表記と精神に関する内容との感想 (n=36)

	人 (%)
絵や図で示されてわかりやすい	12 (33%)
高血圧や脳出血の病名も細かく記載がある	8 (22%)
生活習慣病は割り切って書けるが、精神の病気についてはどう表記すれば伝わるか	7 (19%)
生活習慣の大切さがよく伝わる	5 (14%)
精神の表記で「病気になる事があります」では何が起こるかわからない	2 (6%)
成人になった時に起こる病気といった感じ	2 (6%)

閉症」「アスペルガー」などの障がい名,「幻聴」「妄想」「不眠」などの症状名があげられた。

8. 家族が今後必要と考える教育的介入 (表9)

精神障がい者を持つ家族として、これまでの経験から具体的にどのような知識や教育介入が必要だったと思うかについて、【学校教育に意識を変える改革をすること】【教員が精神に関する知識を持ち、理解して対処できること】、【家庭や親に対する意識を変えていくこと】、【精神の病気は誰にでも起こる脳の病気ということ】、【困った際に相談する場所や社会資源があるということ】、【病気のイメージを変えるための教育】等の7カテゴリにまとめられた。(各ラベルは表9参照)

9. 早期メンタルヘルス教育への家族の望み (表10)

家族の今後の望みとして、【精神の病気は誰にでも起こり、特別な病気ではないこと】【精神疾患について正しく理解できるように教えてほしい】【早期教育で精神の病気への偏見がなくなることを望む】【親・教員・学校、医療との連携、教育環境整備】【心の強さ、弱さ、思いやりの教育】等の6カテゴリにまとめられた。(各ラベルは表10参照)

IV. 考 察

1. メンタルヘルス教育の導入の必要性と時期について

8割の家族が、メンタルヘルス教育の導入に賛成であった。【病気に対して正しい知識を持つことは重要】【病気に対する差別や偏見がなくなるためには必要】【早期発見・早期予防するためには大切である】などに示すように、教育の導入を望んでいることが確認された。差

表7 家族が望む精神疾患の具体的な教育内容 (n=75)

	人 (%)
具体的な病名、症状を教える	42 (56%)
偏見をなくすことを伝える	7 (9%)
誰でも起こる”脳の病気”を教える	5 (7%)
薬で良くなることを伝える	2 (3%)
無回答	19 (25%)

表8 家族が望む精神疾患の具体的な病名・症状 (n = 42)

病名: うつ病, 統合失調症, 躁うつ病, ノイローゼ, 神経症, アルコール依存症, 発達障害, 自閉症, アスペルガー
症状名: 幻聴, 妄想, 不眠, イライラ, 不安

別・偏見が生まれるメカニズムは、正しい教育がなされておらず、知識を得られていないがために起こり、それが次世代へ繰り返される状況となっている。そのためにも教育を行う必要があることを家族は望んでいる。【子供のうちは理解できないし、難しいと思う】【教育することで余計に不安にさせてしまう】などの意見もあった。WHOとIEPAが掲げた“15歳までに精神の知識を身につける”といった国際共同宣言や、こころの健康政策構想会議の“学校教育において精神疾患教育を導入する”¹⁾と述べられている意味において、正しく知識を浸透させていくためには、思春期の段階から教育を導入していく必要があるということである。例えば、早期介入を先駆的に実施しているオーストラリアでは、1990年代から早期精神病の予防・介入の活動がされており、12歳から18歳までに、メンタルなWell-beingの促進と支援するための資源と専門的に開発された学校精神保健プログラムとして「Mind Matters」(2002)への国家レベルでの取り組みがなされている。この背景には、人は、生涯において少なくとも1度は精神疾患に罹患すること、18歳までに若者の24%がうつ病エピソードを体験していること、人生初期における教育的・啓発的な精神保健活動の実践が、国民の精神的健康を維持する上で極めて重要な課題であることの認識をもって実施されている⁵⁾。また、イギリス、カナダ、アメリカでは、大体6歳から18歳時において全国規模で学校精神保健プログラムが実施されている¹⁶⁾。国家レベルで取り組みがされている点においては、かなり日本の実情とは大きな隔たりがあると言わざるを得ないが、どの国も早期の段階でメンタルヘルスプログラムが計画導入されている。現在、日本

表9 家族が今後必要と考える教育的介入 (n=73)

カテゴリ ラベル件数 (%)	ラベル
学校教育に意識を変える改革をすること 23 (32%)	学校教育で、繰り返し精神の教育が行われることによる無知や偏見がなくなる
	教育では、精神疾患名を知り、具体的に教えることで病気の認識と早期の対応をする
	学校教育の中で、自然に病気について理解できるような意識を変えていく
	悩みを打ち明けられる人間関係、人間として成長できるような教育にシフトしていく
教員が精神に関する知識を持ち、理解して対処できること 11 (15%)	学校の教員が精神疾患や障がい者のことを理解してくれたら思う
	教員は病気や障害は個性であり、本人の良さを知って伸ばしてくれるようにする
	教育者に病気や社会指導についての知識があれば早期に対処できる
家庭・親に対する意識を変えていくこと 10 (14%)	親の偏見が子供に影響することによって、早期発見・治療の遅れが出てきた
	親が病気の知識を学ぶことにより、偏見や差別意識の変化が生まれる
	親が精神疾患について学ぶ必要があり、そうすれば子供への対応ができるかもしれない
精神の病気は誰にでも起こる“脳”の病気であるということ 9 (12%)	精神の病気は特殊ではなく、誰にでも起こる脳の病気である
	心や精神の変調が脳の障がいにつながるということを考える
	心の病気という言い方で伝わる時代ではなく、病気や障がいは誰にでもある個性ということ
困った際に相談する人や場所や社会資源があるということ 8 (11%)	精神疾患のために孤立しないで相談できる社会資源を知っておくこと
	本人の気持ちを吐き出せる場所や相談できる場（患者会・家族会等）が必要である
	悩める親や教員をサポートする場がある
病気のイメージを変えるための教育をすること 7 (10%)	差別をなくすためにも、病気について普通の病気だということを教育する
	精神障がいに対する偏見や差別は、誰もが知っていることが必要
	学校・教員・親が、障がいを受け入れられる環境で偏見はなくなり子供たちは成長していける
国・制度への要望 5 (7%)	精神疾患をもつ若い学生を受け入れる社会・医療制度が必要
	精神疾患が早期発見できるような教育・医療・保健体制や連携が必要

の学習指導要領では、精神に関する内容は中等教育からの目標事項となっているが、導入の時期の結果では、早期教育を行う時期は、【小学校5～6年生】【小学校3～4年生】から導入といった初等教育の段階からの回答が多かった。これは、家族による中等教育の段階での導入では遅いというメッセージでもあり、精神の病気について“もっと早く知りたかった”といった積年の思いがあることも示していると考え、家族の経験において病気を患ってからではなく、早期発見・治療も含めた正しい知識を学ぶことを望んでいると考える。

2. 早期教育で行う具体的な内容について

結果では、【具体的な病名・症状を教える】が半数を示し、「うつ病」「統合失調症」や「幻聴」「妄想」「不眠」などがあげられた。先に述べたオーストラリアの学校精神保健プログラム「Mind Matters」では、中学教育向けの教科書があり、その中での表記は例えば「Schizophrenia：統合失調症」が掲載され、「妄想・幻

覚症状」「症状の徴候」「統合失調症を引き起こすもの」「神話・誤解・事実」「治療」について具体的に述べられている。日本の保健の教科書における精神保健については歴史的な背景があり¹⁷⁾、昭和20年代には“精神分裂病”の表記、そして偏見的な用語が多くみられ、昭和50年半ば以降、精神の疾患に関する表記は、健康教育への改正や授業時間の短縮や教育内容の縮小化により、用語としては消失してしまっている。現在、小・中学校の指定教科書「保健体育」の「心と健康」の項目で学習しているが、例えばその内容には、「ストレス」「ストレスラー」は記されてはいるが、『からだの健康が損なわれることがあります』『からだのさまざまな器官に変調をきたします』¹⁰⁾といった表記のみで、どのような状態や病気になるのか、またその病気への対処までは記載されていない。比較として、中学校教科書の「生活習慣と健康」の項目の成人病「がん・脳卒中・心臓病・糖尿病」では、結果の表6にもあるように、病名などが写真や図を用いて明確に載せられ、生活習慣の大切さを示すことができ

表 10 早期メンタルヘルス教育への家族の望み (n=67)

カテゴリ ラベル件数 (%)	ラベル
精神の病気は誰にでも起こり、特別な病気ではないこと 21 (31%)	精神病は誰でもかかりうる病気で特別な病気ではないことを教えてほしい
	三障がいの中でも見えにくい病であり、特に心の病は誰でも罹りやすいという教育をしてほしい
	誰がかかってもおかしくない心の病気として、症状や病名を学び、相談できるような教育を望む
	誰でも発病すること伝え、偏見や差別がないように教育をしてほしい
精神疾患について正しく理解できるように教えてほしい 17 (25%)	普通にかかる病気であることということを分かりやすい形でイメージできるように伝えてほしい
	隠さなくても良いこと、病気に対する正しい理解が広がり、話あえるようになってほしい
	特別な病気ではなく脳の病気だという事ははっきりわかるようにしてほしい
	精神疾患が理解できるように、正しい知識を増やしていく教育にしてほしい
早期教育で精神の病気への偏見がなくなることを望む 10 (15%)	自分も周囲も気づき、早期発見・治療できるような精神に関する病気・症状の教育を望む
	精神に関する早期教育を行うことで差別や偏見を持たない人も少なくなる
	偏見をなくすためにも病気であるということがわかる国民的な教育をしてほしい
	偏見をなくすことができるように、正しい知識の早期導入をしてほしい
親・教員・学校、医療との連携、教育環境整備 7 (10%)	早期教育によって、差別するような考えが薄くなる教育をしてほしい
	親が疾患を受け入れられるような教育を考えてほしい
	教える教師の教育や教育環境を考えてほしい
心の強さ、弱さ、思いやりの教育 6 (9%)	学校が対応できるように医療機関や相談機関の専門家との連携ができるとよい
	心の強さを持てるような教育を望む
	人間は生まれながら弱い部分を持って生まれてきているということを教えてほしい
病気のイメージを変えるための教育 6 (9%)	子供のころから「何が大切であるか」を学習してほしい
	精神病を隠さなくてもよい透明度の高い学校教育をしてほしい
	疾患への差別や怖いイメージがなくなるような教育をしてほしい
	病気について隠さずにオープンに話あえるような教育にしてほしい

る内容であり、やはり一般の病気と精神の病気との表現には、まだまだ大きな差があるといえる。

精神の病気に対して、〈腫物に触るかのようにはできるだけ触れない、避けたい事柄などの差別・偏見をなくしたい〉のラベルに示されるような社会的な風潮がまだまだ続いている。現代社会においては90%以上の小・中学生が当たり前のように携帯・スマホを持ち、様々な情報がメディアを通じて容易く得られる時代となっていることを考えると、病気について蓋をするのではなく、誤った情報を得てしまうことのないよう、正しい情報を“学校教育の場”で伝えられていくことが、より重要となっていくのではないと思われる。また、精神疾患を含む内容がより浸透するための表記として、精神の病気は“心の病気”といった抽象的な内容ではなく、【精神の病気は誰にでも起こる“脳”の病気】というカテゴリが示すように、“脳の疾患”として教えていくことを家族は望んでいた。精神疾患が、生活習慣病と同じくらいの認知

度になるためには、小・中学生の教科書レベルで、脳血管疾患が脳出血や脳梗塞として具体的に表現されている様に、“脳の疾患”をイラスト・図などでわかりやすく伝えていくことが必要である。

3. 教育介入と早期教育の望みについて

どのような教育介入があれば良かったと思うかについては、7つのカテゴリにまとめられた。【学校教育に意識を変える改革が必要】【教員の精神疾患に対する知識と理解が必要】【家庭や親に対する意識を変える改革が必要】に示されるように、家族は変革を望んでいることが伺われる。家族にはこれまでの様々な体験を通して、現況の小・中学校における学校教育に対し、国の対応も含め、さらに改善してほしいという思いがあり、同時に自分達と同じような精神の問題で悩む人が少なくなっほしいという願いもある。そして家族が今後必要と考える教育的介入の中で〈学校教育の中で自然に病気につい

て知っていけるような意識を変えていく)〈学校の先生が精神疾患や障がい者のことを理解し対処してくれていたらと思う)〈障がいは個性であり、その子の良さを伸ばしてくれるようにする)などのように、特に学校・教員に対する理解の向上を望み、また〈親の偏見が子供に影響し、よって早期発見・治療が遅れてきたと思う)にあるように、親自身も教育を受けられなかったがために偏見が生まれ、なかなか理解するにもできえなかったといった悔恨な思いを持ち続けていると考える。

【病気は誰にでも起こる“脳”の病気であるということ】【病気のイメージを変えるための教育】については、もっと疾患や障がい者への理解を広げてほしいといった願いであり、【困った際に相談する人や場所や社会資源があるということ】【国・制度への要望】では、疾患を持っていても、また病気になってしまっても、誰もが人や資源のサポートを受けられ、安心して生きられる社会を求めるメッセージであり、それに応えるためにも国レベルでの改革が望まれているといえる。

早期教育の希望については、6つのカテゴリにまとめられた。【精神の病気は誰にでも起こり、特別な病気ではないこと】、【精神疾患について正しく理解できるように教えてほしい】や【早期教育で精神の病気への偏見がなくなることを望む】の結果のカテゴリが示すように、家族は精神疾患が身近な病気であり、“脳”の病気としてのメカニズムがわかるくらいの知識やメディアでも表現されている主な疾患名も含め、できるだけ早期から浸透していけるような教育を望んでいると考える。【親・教員・学校・医療が連携できるような環境整備】では、これまでの教育環境と精神に関する教育のあり方の問題が提起されていると考える。学生は正しい知識を教えられていないがために、精神の病気を“特別なもの”として捉え、正しい理解のない学生を生み、その学生が親になり「次世代にも同じことが繰り返されるといった悪循環」¹⁸⁾となり、偏見や差別は続いていく。どこかでこの悪循環を断ち切るためには、偏見や差別の源泉でもある教育、具体的には義務教育レベルでの教科書内容の工夫、親も含め誰もが知識を持って対処でき得るような教育体制、他の関連機関との連携などのしくみを作る必要があることは言うまでもない。また教育をする学校や教員らに対し、これまで以上にメンタルヘルス教育に関心を持ち、〈人間は生まれながら弱い部分を持って生まれてきているということを知ってほしい)〈子供のころから「何が大切であるか」を学習してほしい)にある【こころの

強さ、弱さ、思いやりの教育】に取り組んでいけるような教育者の育成と、教員へのメンタルヘルスサポートの取り組みも大切であろう。そして家族は、〈精神病を隠さなくてもよい透明度の高い学校教育をしてほしい)〈疾患への差別や怖いイメージがなくなるような教育をしてほしい)にある【病気のイメージを変えるための教育を願う】と強く望み、これまでの負のイメージを払拭できるような大胆な教育の改革や変化を期待していると考えられる。

現在、国内においてメンタルヘルスリテラシーといった精神保健の向上を目指した研究・教育プログラム¹⁹⁾²⁰⁾がはじめられ、各地で実践的な取り組みが行われつつある。5大疾病の中に位置付けられた精神疾患が、より身近な疾患に一步近づき、精神疾患や障がい者に対する早期教育の必要性についてさらに検討する大切な時期に来ていると考える。これまで適切な支援・治療を受けられず、偏見やスティグマを経験してきた当事者やその家族の方々の様々な障壁を崩すためにも、この時代の趨勢の中で正しいメンタルヘルス教育が初等教育から自然に伝えられるように、保健の教科書を含めた学校教育について検討していく必要性、そして社会全体への啓発活動へとつなげていくことへの重要性が示唆された。

V. 結 論

1. メンタルヘルス教育の導入の必要性和時期については、8割の家族が導入に賛成であり、初等教育時から始めること、そして早期教育で行う具体的な内容については、具体的な病名・症状を教えるなど、正しい情報を“学校教育の場”で伝えられていくことを望んでいた。
2. 家族は、学校教育、教員への意識、家庭や親に対する意識の変革を望み、さらに精神の病気を、誰にでも起こる“脳”の病気として教えていくこと、病気のイメージを変えるための教育的な介入を希望していた。そして、精神障がいへの差別や偏見の悪循環を断ち切ることにつながる早期メンタルヘルス教育の必要性を示唆した。

謝 辞

本研究にあたって、ご協力いただきましたA市家族会連合会の家族会員の皆様に深く感謝申し上げます。また本研究は、科学研究費基盤研究(C)22592602の助成を受けて実施いたしました。

引用文献

- 1) 岡崎祐士他 こころの健康政策構想会議委員. (2010). 当事者・家族・国民のニーズに沿った精神保健医療改革の実現に向けた提言. *こころの健康政策構想会議提言書*. 10-27.
- 2) 山下隆久. (2013). 特集 学校現場のメンタルヘルス 学校現場におけるメンタルヘルスの問題と埼玉児童思春期精神保健懇話会の歴史. *心と社会*. 日本衛生学会. 44-1, 10-23
- 3) 岡崎祐士, 水野雅文 (編). (2007). 特別企画 早期治療をめざす早期精神障害への支援と治療. *こころの科学*, 日本評論社, 133. 13-19.
- 4) 西田淳志, 岡崎祐士. (2008). 初期精神病—臨床的, 神経生物学的観点から思春期早期の精神病様症状体験に関する疫学研究. *脳と精神の医学*. 19 (4), 189-193.
- 5) 西田淳志, 石倉習子, 谷井久志, 岡崎祐士. (2009). 早期の相談・支援・治療につなげるための啓発活動—諸外国の現状と戦略—. *精神神経学雑誌*, 111, 278-281.
- 6) 岡崎祐士ら. (2009). 思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究. 平成20年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業.
- 7) Crow, T. J, et. (1986). A randomized controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *Br J Psychiatry*. 148. 120-127.
- 8) Hirohisa, k. et. (2005). Nagasaki Schizophrenia Study: Influence of the Duration of Untreated Psychosis on Long-term Outcome. *ACTA MEDICA NAGASAKIENSIA*. 50(1). 17-22.
- 9) 岡崎祐士 (編). (2007). 早期治療をめざす 早期治療とは何か *精神医学・医療のニューフロンティア*. *こころの科学* 日本評論社, 133. 7-12.
- 10) 齊藤歎能ら (著). (2010). 人間ってすてきだな 新しい保健. 東京書籍. 5・6年 心と健康12-17, 3・4年, 大人への体と心の変化25.
- 11) 森昭三ら(著). (2010). 新みんなの保健. 学研. 5・6年 心と健康12-21, 3・4年 体の中で起こっている変化 25. 新中学保健体育. 欲求やストレスへの対処・18-21.
- 12) 吉田瑩一郎ら (著). (2010). 新版 小学保健. 光文書院. 5・6年 心と健康16-23. 3・4年 体の中の変化 24. 新編 新しい保健体育. 欲求の発達と欲求不満 ストレスとのつきあいかた 心と健康. 18-23.
- 13) 大津一義ら (著). (2010). 新版 楽しい保健. 大日本図書. 5・6年 心と健康12-21. 3・4年, 心も変化しているよ24-25. 新中学校保健体育. 欲求への対処 ストレスへの対処 心身の調和と心と健康. 52-57.
- 14) 成田十次郎ら(著). (2010) 私たちの保健. 文教社. 5・6年 心と健康12-21. 3・4年, 思春期の心のへんか 22-23.
- 15) 高石昌弘ら (著). (2010) 最新保健体育. 大修館書店. 心身の相関とストレス. こころの健康のために. 40-45. 現代保健体育 (高校) 欲求と適応機制 ストレスへの対処. 36-43.
- 16) 小塩靖崇, 東郷史治ら (2013). 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文献レビュー. *学校保健研究*. 55.
- 17) 中根允文, 三根真理子. (2013). 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年迄の「保健体育」教科書から). *日本社会精神医学会雑誌*. 22-4.
- 18) 山田浩雅. (2015). 特集 精神障がい・精神保健の正しい教育を～世界の教科書比較～. *みんなねっと*. 10. 6-13
- 19) 李載徳, 篁宗一, 大島 巖. (2012). 中学校におけるメンタルヘルスリテラシー教育プログラム. *心と社会*. 43-3. 82-88.
- 20) 小塩靖崇, 東郷史治, 佐々木司 (2013) 日本におけるメンタルヘルスリテラシー教育. *精神科*. 22-1. 12-19,