

リスクという観点からみた子どものメンタルヘルス

尾 久 裕 紀

子どもの安全とリスク・コミュニケーション研究班委嘱研究員
白梅学園大学子ども学部教授・産業医

はじめに

この十数年間、わが国では年間の自殺者数が3万人を超えており、一向に減らない状況が続いている。現在の社会は科学技術の発達も後押しし、便利さが追求され人々は快適な生活を送っているが、一方で競争社会に身を置き、ちょっとしたミスが許されない、成功しないとよい人生が送れないといった息苦しい側面も併せもつ。その結果、ストレスを抱え、将来に希望がもてず、精神的に不健康になっている人も増えている。

この傾向は、大人だけでなく子どもの世界でも同様であり、実際に精神的問題をもつ子どもの数は増え、社会も急速に関心を高めている。学校現場でも不登校、ひきこもり、いじめの問題、アスペルガー症候群や学習障害など発達障害の子ども達への支援など課題は多い。このような状況を受けて2007年4月より特別支援教育も始まった。

本稿では不登校、ひきこもり、いじめ、虐待、自傷、うつなど、子どものメンタルヘルスの現状を概観し、リスクという観点から若干の考察を試みたい。

1 子どもはどちらに向かうか？ —リスク要因と予防要因—

子どもたちは成長、発達途上にあり、様々な環境要因によってよい方向に進んだり、問題となる方向に進んだりする。不登校、虐待、非行、自傷などは後者の例である。子どもの発達が、問題が生じる方向あるいは望ましい方向に向かう要因は何かということを考えながら、適切な介入・援助を行うことが重要である。子どもの進む道は、子ども自身の要因、親との関係、学校に関わる要因、社会的要因、これらが複雑に絡み合って影響しており、問題となる方向に向かった場合、できるだけ早期に介入することで修復が可能なこともある。

ここでよくあるケースを考えてみよう。子育てをする際に母親が一人で奮闘しなければならない場合、ストレスがたまってくる。そうすると母親のイライラが子どもに影響し、子どもは

過敏に反応する。それに呼応して母親のストレスも増大するといった悪循環が起こる。このような悪循環が一定期間にわたって続くと、子どもに問題行動や精神症状が生じることがあり、母親も過度の負荷から精神疾患を患うかもしれない。一方、母親が自分の親と同居していたり、子育て仲間がいる場合は、母親はストレスを一方的に抱え込むことはなくなるので、多少余裕が出る。そしてそのことが子どもにもよい影響を与える。

発達精神病理学では、このように発達を問題が生じる方向に向ける要因をリスク要因、発達を問題の少ない、あるいは望ましい方向に向ける要因を予防要因という。様々な発達段階で出現するこうしたリスク要因をできるだけ減らし、緩和する要因を見つけていくことで将来の子どもの問題、不適応を防ぐことができる。

2 子どものメンタルヘルスの現状

ここで心の悩みを抱えている子ども達の現状について簡単に述べる。

発達障害

発達障害とは、何らかの要因による中枢神経系の障害のため、生まれつき認知やコミュニケーション、社会性、学習、注意力等の能力に偏りや問題を生じ、現実生活に困難をきたす障害で、生まれつきあるいはごく早期からもっている特徴で、その根本的な病理はあまり変化なく終生続くものをいう。発達障害の種類（頻度）として、精神遅滞：境界領域知能（10%）、広汎性発達障害：自閉性障害、特定不能の広汎性発達障害、アスペルガー障害（2.1%）、注意欠陥多動性障害ADHD（5%）、学習障害LD（3%）がある。

精神遅滞（境界領域知能）は、通常の授業に困難をきたし、「低学力」を示すようになることが多い。話す力やことばの理解、形を認識する力や状況を理解する力などの知的な能力が年齢に比して全般的に低い。知能でIQ70～85は境界領域知能とされ、状況によっては理解と支援が必要となる。

自閉症は、コミュニケーション能力、知覚、認知に偏りをもつ障害で、知的能力により高機能、中機能、低機能に分類される。アスペルガー症候群は、自閉症と同じ特性をもつが、言語能力の遅れがみられない。知的能力は正常あるいは高い。アスペルガー症候群には、コミュニケーション、こだわり、学習においてそれぞれ特徴がある。

注意欠陥多動性障害（ADHD）は、不注意、多動性、衝動性といった3つの特徴をもつ。いわゆる落ち着きがなく、教室でじっとしていることができない。

学習障害（LD）は、知的障害がないのに、読み、書き、算数（計算、推論）、聞く、話すなど、特定の学習能力に極端な遅れが出る発達障害で、勉強の理解度に偏りが出て気づかれることが多い。

最近では知的障害のない発達障害、すなわちアスペルガー症候群、学習障害、注意欠陥多動性

障害の存在が注目されている。2005年文部科学省が小学校・中学校の通常の学級対象にこれらの発達障害の子どもがどのくらいいるかを調査したところ、6.3%、16人に1人はいることがわかった。

この十数年間、発達障害による社会的不適応が増加してきたといわれることが多い。これにはいくつかの要因が考えられ、見逃されていたのが取り上げられるようになったこと、実際に増えてきたこと以外にも、家庭機能や社会情勢の変化による側面もあることなどが指摘されている。発達障害による社会的不適応にならないためには、幼少時から周囲が障害の存在に気づき、本人が受け入れやすい適切な対応を考慮することである。それによって思春期以降の社会的不適応を減らすことができる。一方で社会的不適応をきたし、二次障害に至るケースも認められる。

不登校¹⁾

不登校は、何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景によって生じる。文部科学省は、①登校しないあるいはしたくてもできない状況にある。②年間30日以上欠席。③病気や経済的な理由による者をのぞいたもの、以上3つを定義としている。不登校の子どもの数を見ると、1991年度6万6817人であったのが、2006年度には12万6764人と約2倍に増加している。2006年度の内訳として、小学生0.33%（302人に1人）、中学生2.86%（35人に1人）となっている。

不登校の背景として、子どもの要因では、夢や希望をもたず無気力な者が増えていること、耐性がなく未成熟である、学校へ行く義務感や学校へ行かないことに対する心理的負担感が薄れてきている傾向などが指摘されている。保護者の要因では、一部では、放任や過保護・過干渉、育児への不安、しつけへの自信喪失など、家庭の教育力の低下、保護者自身にゆとりがないことが指摘されている。また学校に通わせることが絶対ではないとの保護者の意識の変化もある。学校の要因では、いじめや暴力の問題、個を大切に、学ぶ意欲を喚起する等の配慮が十分に行き届かない、教職員の児童生徒に対する共感的理解が不十分であるとの指摘もある。

不登校で新たに指摘されている課題として、学習障害、注意欠陥多動性障害などの発達障害の生徒が、周囲との人間関係がうまく構築されない、学習のつまずきが克服できないといった状況が進み、不登校に至る例、保護者による子どもの虐待が不登校の背景にある例も報告されている。市川²⁾は、不登校の50%以上に発達障害的背景が指摘されているという。“からかい”“いじめ”も「相手の気持ちがわからない」「自分の気持ちを伝えられない」という発達障害的要素に起因しているためとする。

1) 文科省：不登校への対応について http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/futoukou/main.htm

2) 市川宏伸：発達障害者支援のいま―発達障害者支援法成立まで。市川宏伸監修：発達障害者支援の現状と未来図。1-16、中央法規。2010。

ひきこもり³⁾

ひきこもり（2010）は、6ヵ月以上にわたって家庭にとどまり続けている状態をいい、原則として統合失調症に基づくひきこもり状態とは一線を画すが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性があることに注意が必要である。狭義のひきこもりの出現率は24～26万人（2009年）であり、生涯有病率（生涯に一度はひきこもり経験がある人の割合）は1.2%である。

「ひきこもり」は、人間関係や社会との関係を築けないために、現実から引きさがる状態ともいえる。自分を守るという意味では、適応的行動であり、現実社会と離れているという意味では、不適応的行動である。社会的ひきこもりが増加している背景として、現代社会では、自分の内的世界を言葉で発し、他者とコミュニケーションをとることが必要とされ、価値があるとされること、無口ではあるが自分の考えをしっかりと持っている人、言葉に頼らず人の気持ちを察する能力を持っている人が評価されなくなっていることも一因との指摘もある。

最近のいじめ

いじめ—いじめられ関係が逆転しやすく、誰でもいじめの対象になってしまう可能性がある。いじめめる方はゲーム感覚で行い、執拗に、陰湿化し、エスカレートしていく。またいじめることの罪の意識が低い。一方いじめられる方は、いじめられていることを誰にも相談しない。最近の傾向として携帯やインターネットによるいじめの激増が特徴的である。いじめへの対応としては、その背景に不登校、いじめ、虐待、発達障害など様々な要因が複雑に絡み合っていることを理解したうえで対処することが必要である。

虐待⁴⁾

虐待は、2000年「児童虐待の防止に関する法律」によると、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト（保護の怠慢、拒否）、心理的虐待に分けられる。虐待の実態として、相談対応件数は、2001年23,274件だったのが、2006年37,323件と5年間で14,000件余りも増えている。主な虐待者は、実母62.8%、実父22.0%であった。被虐待者は、小学生38.8%、3歳～学齢前25.0%、0～3歳17.3%となっている。親の状況では、親の未熟52.3%、親族関係の不和31.7%、社会的に孤立22.8%、精神的に不安定22.6%、多額の借金20.6%、精神疾患12.8%となっており、精神不安定、パーソナリティー障害、暴力傾向などの問題がある人は67.2%にのぼる。虐待の発生要因をみると、親自身が虐待経験、生活上のストレス、社会からの孤立、子どもの育てにくさがあげられる。子どもの育てにくさについては、市川⁵⁾は「何を考えているのかわか

3) 厚労省：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006i6f.html>

4) 東京都福祉保健局：児童虐待の実態—東京の児童相談所の事例にみる—

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/syoushi/hakusho/0/01.htm>

5) 前掲 市川宏伸：発達障害者支援のいま—発達障害者支援法成立まで。市川宏伸監修：発達障害者支援の

らない」「可愛くない」と保護者が考え、子どもは「どう振舞ったらよいかわからない」という発達障害の心性がその背景に考えられるとする。

自傷

自傷とは、手首自傷（リストカッティング）を主とした自分で自分を傷つける行為である。10代、20代の女性に多い。生活史に、両親の離婚、別居、幼少時の虐待などが認められることが多い。また不登校、中退例が多い。自傷を行う背景には、様々な原因があり、自分の存在を確認するため、感情の麻痺に打ち克つため、攻撃性の発散、自分に罰を与えるため、衝動コントロール低下のためなどである。自傷は、自己懲罰的・破壊的だが、自己を癒す・自己を守る行為でもある。

子どものうつ

1970年代までは、子どものうつ病は存在しないと考えられていた。ところが1980年以降、子どものうつに関する調査が行われ、実態が明らかになってきた。その頻度であるが、Waslickら⁶⁾は児童期には1%～3%、思春期では3%～9%とする。日本の調査（傳田ら⁷⁾）でも小・中学生のうち、うつ病が2.6%（小1.6%、中4.6%）、抑うつ群が13.0%（小7.8%、中22.8%）、自殺念慮は18.8%に認められた。

子どものうつが問題になる理由として、傳田ら⁸⁾は、うつの子どもは学業成績の低下や人間関係の問題を抱えていること、大うつ病を発症した子どものうち、70%が5年以内に再発すること、軽度のうつでも、治療されずにいるとうつ状態が長期間持続することなどを指摘している。

子どものうつは本質的には成人と同じだが、表現形が異なる。思春期以前では身体的訴え、精神運動興奮、不安が目立ち、思春期では反社会的行動、物質乱用、不機嫌、攻撃性、ひきこもりが目立つ。また不安障害、破壊的行動障害、物質乱用・依存、摂食障害などの合併症状が多いこと、非定型となりやすいことが特徴である。

3 子どものメンタルヘルスにおけるリスク

子どものメンタルヘルスの現状を発達障害、不登校、ひきこもり、いじめ、虐待、自傷、うつを例に述べた。これらの問題を発現させるリスク要因はどのようなものであろうか？ここで

現状と未来図. 1-16, 中央法規. 2010.

6) Waslick BD, Kandel R, Kakouros A: Depression in children and adolescents—an overview. In *The Many Faces of Depression in Children and Adolescents*, Shaffer D, Waslick BD, eds. Washington, DC. American Psychiatric Publishing, 1-36. 2002.

7) 傳田健三：子どものうつ病—見逃されてきた重大な疾患. 金剛出版. 2003.

8) 前掲 傳田健三：子どものうつ病—見逃されてきた重大な疾患. 金剛出版. 2003.

は、子どものメンタルヘルスをリスクという観点から論じている研究について概観する。

浦山⁹⁾は、虐待するリスクとしての育児不安を減らすためには、妊娠中から心理的なサポートが重要であり、従来の保健指導に加えて美德・教育プログラムの方法を取り入れた心理的アプローチが有効であったとする。虐待リスクである育児不安を減らす方法を提示するとともに、虐待リスクを減らすためには早期から支援が必要と主張する。樽木¹⁰⁾も、妊婦の内的ワーキングモデルと親になることに対する態度との関係を妊娠各期において明らかにし、その結果、子ども虐待の予防のため、生まれてからではなく、妊娠初期から、さらに認知的側面からのアプローチが必要であるとし、リスクを減らすのに有効な時期の問題について言及している。中谷¹¹⁾は、虐待リスクの中の母親の認知についてこれまでとは新しい見地を明らかにし、リスクを減らすための根本的な方法について述べている。虐待的行為に影響を及ぼす母親の認知特性は、子どもに対する否定的認知ではなく、母親の自尊感情の低さや育児ストレスの高さからもたらされる被害的認知であることを明らかにした。児童虐待ハイリスクの母親に対して、認知の歪みや育児ストレスなどを考慮して介入することが重要であることを示唆した。鈴木¹²⁾は、児童虐待の背景にはハイリスク家族の存在があり、さらには児童福祉問題の発生する家族や家族を取り巻く社会環境である地域の機能弱化もあると指摘する。家族を内と外から支援するシステムやプログラム作りの重要性を訴え、リスク要因を減らすためのアプローチを広く考えることを提案している。久保¹³⁾は、わが国では、これまで乳幼児の養育環境の研究は後方視的 (retrospective) に行われてきたのに対し、アメリカでは、いかなる家庭内環境が子どもの発達を促し、あるいは遅らせ、歪めるのか実証的に把握する試みがなされてきたことを指摘している。さらに、乳幼児初期の子どもの発達に影響する環境リスク要因として、家庭環境刺激や親の職業をあげ、早期介入を行うことにより、家庭環境を改善し、子どもの発達を保証する保護的要因 (prospective factors) を強化できる可能性があるとしている。子どもの虐待を早期に発見することはリスク軽減において重要であるとする。伊庭¹⁴⁾は、とくに保育者、看護職など専門職においては早期発見能力を高めることが虐待リスク軽減につながるとし、看護職は、保育職よりも、子どもの発達上の問題や身体的な傷に関して意識が高く、子どもの生活行動に関す

9) 浦山晶美：心理的アプローチとして「美德・教育プログラムの方法」(Virtues Approach)を取り入れた「マタニティークラス」の編成とその効果について。母性衛生。50(4), 620-628, 2010。

10) 樽木野裕美、鎌田佳奈美、鈴木敦子：子ども虐待の予防に向けた育児支援 I —妊娠各期における妊婦の Internal Working Modelと親になることに対する態度の関連性—。日本小児看護学会誌。11, 51-57, 2002。

11) 中谷奈美子、中谷素之：母親の被害的認知が虐待的行為に及ぼす影響。発達心理学研究。17(2), 148-158, 2006。

12) 鈴木孝子：グループインタビューによる家族支援ニーズ調査。埼玉県立大学紀要。4, 103-109, 2002。

13) 久保由美子、長尾秀夫：環境的リスク児の早期発見に関する研究—家庭環境要因を中心に—。特殊教育学研究。34(3), 45-54, 1996。

14) 伊庭久江、石川紀子、丸光恵、林有香、富岡晶子、内田昌代：子ども虐待に対する看護職の意識調査—保育職と比較して—。千葉大学看護学部紀要。24, 23-29, 2002。

る問題に意識が低いことを明らかにした。子どもや養育者の生育歴や社会的背景のような、子ども虐待の要因が重要なアセスメント視点であることを強調した研修、事例検討会を重ねることが必要であることを述べている。太田¹⁵⁾は、児童虐待リスクを早期に発見・予防するために、乳幼児健診未受診者調査結果を踏まえて、今後の乳幼児健診のあり方、児童虐待予防の対策、子育て支援システムの課題を検討している。上田¹⁶⁾は、成人期に達した子ども及びその両親の健康状態との関係を調査し、子育てには父母双方が子どもの健康状態や価値観の形成に深く関与していることを明らかにし、子育てにおいて、両親の健康状態はリスク要因になり得ることを明確にした。若井¹⁷⁾は、乳児院に保護された被虐待児の背景分析と乳児虐待の判例から、社会資源を活用した虐待の再発防止の方法を提言している。池上¹⁸⁾は、先進国における社会的排除が子どもに及ぼす影響について、5カ国、13の前方向視的長期追跡研究知見を検討、報告したOECDの研究報告書およびその後の最新知見を概観、検討し、人生早期のハイリスクな状態にあった子どものその後のライフコースに表れた臨床的問題を、精神的健康と反社会的行動の問題に焦点をあてて考察している。その中で、池上はBynner, JとGarmetzyを引用し、社会的排除へと繋がるリスクと（社会的排除からの）保護の要因について述べている。

4 リスクという観点から子どものメンタルヘルスを考える意義

まず、リスクマネジメント論の観点から子どものメンタルヘルスについて考えてみたい。メンタルヘルス不全発生の背景には、「個人の要因」、たとえば、育てにくさを含む子どもの気質、発達の遅れ、「母親の健康状態」「家族の状況」などの要因がある。これらの要因をハザード(Hazard)あるいはリスク要因と呼ぶ。ハザードあるいはリスク要因がメンタルヘルス不全という事態(Peril)を招き、その結果、「人間関係の悪化」「反社会的行動」「学力低下」「社会的排除」などの可能性(Risk)が生じる。事態(Peril)に関しては、うつや自傷など明らかなメンタル不全の症状に加え、ひきこもり、不登校、非行、虐待などすでにメンタル不全になっている状態およびまだメンタル不全には至らない状態も便宜上含む。「子どものメンタルヘルスにおけるハザード～ペリル～リスクの関係」を図1に示す。

多くの研究は、子どものメンタルヘルスにおける、リスク要因とメンタル不全である不適応状態の相関関係を明らかにしたり、リスク要因を減ずる方法を模索することを目的としている。

15) 太田由加里；子育てハイリスクケースにおける困難性と支援の重要性. 人間福祉研究. 7, 97-114, 2004.

16) 上田礼子、平松真由美；中期親の子育て評価と成人初期子どもの健康状態. 沖縄県立看護大学紀要. 2, 45-50, 2001.

17) 若井和子；乳児虐待の早期発見と社会資源活用—再統合にむけた支援体制の組織化_川崎医療福祉学会誌. 14 (2), 287-296, 2005.

18) 池上和子；豊かな国における社会的排除が子どもに及ぼすリスクと保護の研究. 學苑・人間社会学部紀要. 808, 53-61, 2008.

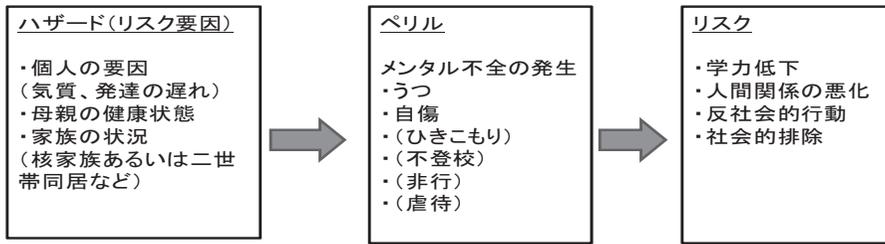


図1 子どものメンタルヘルスにおけるハザード～ペリル～リスクの関係

上田和勇：企業価値創造型リスクマネジメントp203 図表8を参考に尾久が改変

それらの研究によって重要な示唆が得られ、リスク要因を軽減することで不適応を防止できる可能性が高まる。しかし一方で、実際のケースは複雑であり、ひとつのリスク要因とそれに対する不適応の関係だけでは説明がつかない場合も多い。子どもに影響すると思われる要因は複数存在するし、そのひとつひとつがリスクとして作用している場合も、憎悪を防御するように作用している場合もある。さらにはリスク要因それ自体が不適応を引き起こすというより、それが様々な反応を引き起こしていき、その中で不適応が現れてくる¹⁹⁾とも考えられる。このような考え方は力動的精神医学、発達精神病理学に特徴的であり、実際の臨床の中では現実的な考え方であろう。また、治療的対応、方針を考える際にも有用な考え方と思われる。

久保ら²⁰⁾は、先に述べたように子どもの発達に影響するリスク要因と子どもの発達を保証する保護的要因両方について言及している。池上は²¹⁾、子どもが社会的排除に陥るリスク要因としてBynner, Jを引用し、読み書き(国語)・算数の基礎学力の低い習得、学校教育の中断、警察沙汰になる問題、犯罪、アルコール依存症、健康上の問題とくにメンタルヘルスなど9項目あげている。これらのリスク要因を考えるうえで重要なことは、子どもの発達において、どの時期にいかなる経験をし、そのことがその後どのような影響となって表れているのか、その考えられる理由は何かを明らかにすることであるとする。一方、(社会的排除からの保護的要因について)Garmetzy(1985)を引用し、主に①子ども②親・家庭③地域・社会システムの三つの観点からの保護的要因を挙げている。①子どものパーソナリティー、自律性、自尊感情(self-esteem)、前向きな社会志向、②家庭の凝集性、あたたかさ、不和のないこと、③地域のサポートシステム、子どもの努力を強化する社会支援。これに加えて子どもの教育に対する母親の影響の強さや、社会におけるより専門的な支援体制の重要性を挙げている。

19) Cummings EM, Davies PT, Cambell SB: Developmental Psychopathology and Family Process. The Guilford Press, 2000. 菅原ますみ監訳：発達精神病理学. 15, ミネルヴァ書房, 2006.

20) 前掲 久保由美子、長尾秀夫：環境的リスク児の早期発見に関する研究—家庭環境要因を中心に—. 特殊教育学研究. 34(3), 45-54, 1996.

21) 前掲 池上和子：豊かな国における社会的排除が子どもに及ぼすリスクと保護の研究. 學苑・人間社会学部紀要. 808, 53-61, 2008.

また、子どもの反社会的行動の要因について、池上²²⁾は、ダニーデン追跡研究から心理社会的に困難な家庭環境、低い認知能力、self-esteemの低さ、親に対する低い愛着、家庭教育機能の破綻などをあげている。さらに、イギリスの1970年コーホート研究から、公的保護の経験があった人たちにメンタルヘルスの問題を抱える比率が高かったとした。ダニーデン追跡研究において、子どもの時期の外在化、内在化された精神的な症状は、後の成人以降の精神科的問題へと連続するリスクが高く、関連も強いことが明らかにされている。

以上より、メンタルヘルス問題は社会的排除のリスク要因となり、社会的排除はメンタルヘルス問題のリスク要因となると理解できる。

ところで、幼児期・思春期の問題行動（反抗、身体症状、不登校、ひきこもり、自傷など）は、自らが苦しんでいる問題を何とか解決したい、あるいは誰かの援助が必要というシグナルを意味することがあり、あくまで表面に現れた現象と理解される。したがって適切に対応するためには、問題行動の意味を考えることが重要である。その背景、原因として、本人の要因、家族関係、社会環境など考えられるが、中でもとくに家族関係、社会環境は子どもの発達段階の早い時期ほど影響が大きい。

発達の問題に関しては、重度の自閉症や知的障害であれば、1歳半検診、3歳時検診などで発見されるが、知的障害が軽度な発達障害は、気づかれにくく、「ちょっと変わった子」と認知される。今まで見過ごされてきた子ども達に目を向け、早期に支援することが重要といわれている。最近の研究では、発達障害は幼児期より診断可能で、中根²³⁾は、早期から療育を行うことにより、軽症化、適応がよくなるという。またFecteau, Sを引用し、幼児期に初歩的な社会活動を身につけ、周囲からの適切な支援を受けることにより、広汎性発達障害の病像は著しく改善することが少なくないとする。広汎性発達障害児は対人関係の意欲がないわけではなく、一緒に行動しようとするが、そのスキルが不十分なため困難に陥るとされる²⁴⁾。また、広汎性発達障害児は3歳を過ぎると急速に視覚機能が発達し、この時期に絵カードを使用し言語訓練をすると言葉が出るようになり、この時期に言語を獲得することで、その後の知的活動が増えるという²⁵⁾。市川²⁶⁾は知的障害を伴わない発達障害は、幼少時より周りが気づいて本人に適切な対応を行えば、独特な思考や行動があっても、思春期以降の社会的不適応が生じないですむという。

22) 前掲 池上和子：豊かな国における社会的排除が子どもに及ぼすリスクと保護の研究. 学苑・人間社会学部紀要. 808, 53-61, 2008.

23) 中根晃：広汎性発達障害（自閉症スペクトラム）. 中根晃, 牛島定信, 村瀬嘉代子編：詳解 子どもと思春期の精神医学. 536-548. 金剛出版. 2008.

24) 前掲 中根晃：広汎性発達障害（自閉症スペクトラム）. 中根晃, 牛島定信, 村瀬嘉代子編：詳解 子どもと思春期の精神医学. 536-548. 金剛出版. 2008.

25) 前掲 中根晃：広汎性発達障害（自閉症スペクトラム）. 中根晃, 牛島定信, 村瀬嘉代子編：詳解 子どもと思春期の精神医学. 536-548. 金剛出版. 2008.

26) 前掲 市川宏伸：発達障害者支援のいまー発達障害者支援法成立まで. 市川宏伸監修：発達障害者支援の現状と未来図. 1-16, 中央法規. 2010.

一方で社会的不適応が目立つようになったのは、家庭機能の変化（親子・夫婦・嫁姑問題、離婚・蒸発、母子・父子家庭、家庭内離婚・別居など）、社会的背景の変化（景気悪化による緊張・不安・閉塞感、高度社会化による人間関係の希薄化、差別意識の存在など）などの要素もあるとする。

5 今後の課題

以上見てきたように子どものメンタルヘルスの問題は社会的にも重要課題となっている。しかし、その一方で子どもの心の問題に対応できる専門医は欧米に比べ圧倒的に少ないという現状がある。2008年時点で、日本児童青年精神医学会認定医約100名、日本小児神経学会専門医1016名である²⁷⁾。厚労省「子どものこころの診療医の養成に関する委員会」の方針では、子どもの心の診療に関わる医師を(1)一般精神科医・小児科医 (2)子どもの心の診療を定期的に行っている小児科医・精神科医 (3)子どもの心の診療に専門的に携わる医師、と3つに区分している²⁸⁾。しかし、もとより成人対象の精神医学と児童青年精神医学は兼ねるには専門性が広く、欧米では講座が異なり専門医の養成課程も異なる。したがって、上記の方針では、診療の場が少ない、指導医が少ない、診療報酬の問題、専門性を薄める等の問題点が指摘されている²⁹⁾。

一方、日本の特別支援教育は始まってまだ4年弱であり、これから期待される領域である。現時点では対象となる子どもの数は増えているにもかかわらず、対応できる教員の数が少ない。とくに、幼稚園・保育園は、気になる子どもに対し、最も早く気づき、対応ができる場である。現在、特別支援教育は義務教育段階で、障害のある子ども10%以下を対象としている³⁰⁾。さらに障害を持たなくとも、様々な環境要因によって生活や学習に困難さをもつ子ども、被虐待児、不登校、非行なども含めると“特別な支援”が必要な子どもはおよそ20%いると言われている³¹⁾。

子どもの精神的問題の要因をみると、子ども自身の要因、親の要因、保育・教育要因、社会要因などが複雑に絡み合っており、それらの解決には、医療、教育、福祉領域などが連携していく必要があることがわかる。今後、障害だけでなく、病気、不適応状態、一時的な発達途上の問題について理解し、支援できる人材、さらには子どもを取り巻く家族、教師などに対しても力動的な理解を含め、理解し、支援できる人材を養成することが急務である。

27) 山内俊雄：子どもの心の診療医の養成について、精神神経学雑誌，110；294-301，2008。

28) 前掲 山内俊雄：子どもの心の診療医の養成について、精神神経学雑誌，110；294-301，2008。

29) 前掲 山内俊雄：子どもの心の診療医の養成について、精神神経学雑誌，110；294-301，2008。

30) 湯浅恭正：特殊教育から特別支援教育へ、湯浅恭正編：よくわかる特別支援教育，2-3，ミネルヴァ書房，2008。

31) 前掲 湯浅恭正：特殊教育から特別支援教育へ、湯浅恭正編：よくわかる特別支援教育，2-3，ミネルヴァ書房，2008。

付記

本稿は、2010年12月1日開催の第189回産業セミナーにおける講演原稿を加筆修正したものである。

