

に問題があったのは事実のようだが、(だからこそ)器質的障害の検索を怠り、結果的にてんかんが見過ごされていたと考えられる。最近では、簡単に脳波、脳 CT スキャン、MRIなどの検査が可能になっているわけだから、乳幼児期の問題行動を扱う際には器質的障害に関しても適宜必要な検査を実施すべきである。

また、精神科医は治療者としての役割以外に、相談指針のアドバイザー役があることが理解されていない。精神科医に診せることで精神障害者のレッテル付けにつながるのと考えが、教育関係者や保護者に根強く、これが対応を消極的にしている。その背景には、日本の精神科医療施設の劣悪なイメージから脱しきれず、相談・治療に訪れることへの抵抗感が強いためである。

その上、日本ではまだ小児精神科医が少なく、相談したくても適当な医療機関が少ない現状を考慮する必要がある。また、学校現場の実情を知らないままに、治療のみに専心する精神科医が存在するのも事実である。

さらに、精神科の薬物療法に関しても教育関係者や保護者は根強い不信感を抱いていた。「精神科の薬を長く飲むと、かえって悪くなる」といった類いの話である。もちろん、なんでも薬で解決しようとするわけではないが、抗不安薬や抗てんかん薬など精神科薬物療法が劇的に効くことがあるのは事実である。少なくとも、薬物療法を全面的に否定するのではなく、問題解決の1つの選択肢として関係者の頭に置く必要がある。

Ⅲ、教育現場でのメンタルヘルス活動

の課題

1、学校現場でのメンタルヘルス活動の活性化

1)教育現場におけるメンタルヘルス活動の位置づけ

児童・生徒の「こころ」の健康を維持・増進することは教育現場でのメンタルヘルス活動の中心である。子どもが精神的に健康であることは、その子どもに即した固有の発達過程を実現していることを意味し、学校でのメンタルヘルス活動と教育とは共通の目標を有している。

すなわち、児童・生徒が知識や技能を習得する学習活動や仲間づくりは、教育分野だけではなくメンタルヘルスについても強い影響力を与えている。また、障害をもつ人への理解や共感を育てるために、学校現場でのメンタルヘルス活動の活性化は重要な鍵となる。

2)精神医学的な問題に対する学校関係者のスタンス

どの学校においても精神医学的な問題が生じる可能性があるにもかかわらず、メンタルな問題に対して的確な戦略が打ち出せていないのが現実である。

そのため、管理監督者の立場にある校長・教頭が児童・生徒のメンタルな問題に対し過度の責任感を抱いたり、担任教諭が悩んでいることも少なくない。ある程度の規模の学校であれば、児童・生徒に精神医学的な問題が生じていても不思議はなく、問題が発生した際に学校関係者は過度に反応することなく冷静に受けとめるのが原則である。

すなわち、学校の管理責任で精神医学的

な問題が生じているわけではないこと、精神医学的問題が生じる可能性はどの学校のどのクラスにもあることを認識する必要がある。

担任教諭をはじめ、学校関係者が児童・生徒にメンタルな問題を感じたり悩んだ際に、予防活動も含めて気軽に必要な専門機関と連携できるシステムづくりが、メンタルヘルス活動の基盤となる。

3)身近なキーパーソンとなる担任教諭

学校内において、児童・生徒の「こころ」の発達を支える担任教諭の役割の重要性を指摘したが、児童・生徒に生じるさまざまな問題の第一発見者としての役割も重要である。なんといっても身近なキーパーソンであり、児童・生徒の学校生活に対し常に注意深い観察が必要である。そして、児童・生徒の言動に疑問や不信を感じたらすぐに声をかけ、逆に児童・生徒から気軽に相談される信頼関係を構築しておかなければならない。

むしろ、問題が顕在化した際の対応よりも、日頃からの予防活動を通して培われる児童・生徒との信頼関係が問題発見の鍵となる。

4)養護教諭は校内での健康管理の専門家

教育現場での健康管理は、どの立場の先生もキーパーソンとしての自覚が求められるが、とりわけ養護教諭の役割は重要である。とくに保健室での活動は、メンタルヘルスに関して問題の早期発見と予防を担っている。

とはいえ、養護教諭の校内の立場は微妙で、健康管理の専門職であっても精神医

学・心理学の専門家ではない。したがって、学校のメンタルヘルスに関して過度の責任は負わせるべきではない。

また、保健室登校児への対応など、養護教諭の業務は多忙化する傾向にあり、研修会などになかなか参加できないことがある。そのため、養護教諭の複数配置やメンタルヘルスに関する研修に参加できる機会を積極的に与え、養護教諭のやる気を育てることが大切である。

5)教育相談担当者が精神科医に委ねることに消極的になることがある

教育関係者の基本理解として、子どもの世界にも人間関係に軋轢があるにもかかわらず、皆仲良しという理想論があることによって、問題が発生した際に矛盾が生じることがある。そして、教育相談担当者が精神医学的問題が疑われる事例であっても教育相談レベルで抱え込んでしまう可能性が指摘できる。これには、カウンセラーとして今まで実施してきたカウンセリングが否定されるのではないかと、無意識の防衛反応が作用していることも考えられる。

とはいえ、精神医学的治療の開始時期がその予後を大きく左右することから、抱え込みの危険性に十分留意したい。

6)メンタルヘルスに関しても学校医の活用を視野に

(精神科を専門としない)学校医が、メンタルヘルスの問題にも関与すべき時代となった。その際、教育関係者が学校医に期待すべき内容は、精神医学的診断や治療ではなく、外部の専門機関への紹介や調整が中心となる。多くの学校医は地元で開業してい

るので、地域の医療情報に詳しいからである。また、メンタルヘルスの問題としてではなく、健康全般の問題として保護者などに対し働きかけてもらうのも1つの方法である。

7) スクールカウンセラーの活用を探る

スクールカウンセラーが導入されて、すっかり定着した観がある。しかしながら、まだその活用方法は明確でない。児童・生徒への個別の対応が主であったり、先生への指導・助言が中心となることもある。また、精神医学よりも心理学の専門家がほとんどである。

したがって、各学校の現状に即した活動内容を、学校関係者とスクールカウンセラーとが事前によく話し合っておくことでメンタルヘルスのキーパーソンとしての中心的な役割も期待できる。その際、養護教諭や学校医との連携や役割分担について検討される必要がある。

8) 校内でのメンタルヘルス関連の対応組織を整備する

精神医学的な問題が生じていなくても、日頃から予防活動を視野に入れながら学校全体で対応できる体制を整備しておく必要がある。一方、なんらかの問題が生じた際には、担任教諭や養護教諭だけで対応するのではなく、その組織(対策委員会方式など)を活用して、先述したさまざまな立場の人たちの役割分担を決め、連携していくことで問題解決の糸口が開かれる。

9) 事例検討会は組織全体の対応能力を高める

問題発生時に事例検討会がもたれることが多いが、問題解決後にも事例検討会を実施することが大切である。そこで、問題処理に際してうまくいった点と不首尾に終わった点を検討することで、より良い連携の在り方を探ることができるからである。むしろ、問題解決後の方が関係者に余裕が生じているため、客観的に問題を評価でき建設的な意見が生まれやすい。

その結果、学校全体の対応能力が高まれば、つぎに同様の問題が生じた際の対応が非常に適切なものとなる。

10) メンタルヘルス活動は繰り返し実施する

一連のメンタルヘルス活動は、問題のあるなしにかかわらず持続して実施していかなければならない。具体的には、日頃の啓発活動・研修会などに加え、管理職研修などのプログラムの中にメンタルヘルスの項目を入れ、監督者としての責任範囲を明確化させ、キーパーソンとして積極的に育てていく必要がある。

2、精神医学的な問題が生じた際のプライバシー保護の原則

1) 対象児童・生徒のプライバシー保護は重要であるが、緊急性にも配慮する

学校現場において、対象児童・生徒のプライバシー保護は重要である。事例に関する情報を外部に知らせる決定権は学校医や教師にあるのではなく、児童・生徒とその保護者にあることを周知したい。ただし、事例自身が知らない場合や認識できない場合(病識の欠如)には、医師などに委任されて

いると考える。

もちろん、この原則が当てはまらない場合もある。明らかに精神症状が悪化して判断能力が低下していたり、自傷他害(自殺や傷害など)の恐れが感じられる場合には、事故の発生を未然に防ぎ本人を保護する観点から、早急に必要な関係者・家族に伝え、適切な対応を取らなければならない。

2)精神科領域での病名などの管理

学校関係者が児童・生徒の病名に接する機会として、当人や保護者から病状説明を受ける際や、提出される診断書での病名記載が考えられる。この情報を学校関係者のどの範囲まで流すかは、プライバシー保護に配慮しつつ必要最低限という表現になる。とはいえ、学校関係者が正確な情報(病名も含め)が知らされてこそ適切な対応が取れるわけだから、保護者の了解を得て必要部署(校長、学校医、養護教諭、担任教諭など)へは必要な情報を伝達すべきである。

3)同級生などにどこまで病気を伝えるべきか

一緒に過ごす同級生などに、どこまで精神的な病気について伝えるべきだろうか。基本的には当人・保護者の意向に従うほかはない。

年齢やクラス構成や出席状況などによるが、結局は病気を伝えた場合のメリットとデメリットを本人・保護者に説明し判断してもらおう。たとえば、通院のため学校を休む、症状のため動作がにぶい、服薬のため眠気が出て授業中でも寝てしまうなどの可能性があるれば、厳密な精神科の病名を同級生に伝えないまでも、「通院していて、服薬

を続けている」というぐらいの説明があった方が、同級生などの理解と協力は得られやすい。これが、精神科領域でのノーマライゼーション理解の促進にもつながっていると考えられる。

VI、おわりに

教育現場での精神保健活動の実際の進め方について、筆者なりの考えをまとめてみた。教育関係者がメンタルヘルスケアの重要性を理解しているのは事実だが、理想論や親子関係に走りがちで、その具体性に欠くきらいがあることは何度も指摘したとおりである。

精神保健福祉センターの役割をまとめてみると、まず養護教諭を中心とした教育研修、保護者への啓発など日常的な活動があげられる。

また、精神科医が治療者としての役割だけではなく、精神医学的治療の必要性の見極め役や、相談・医療機関の選択に際しての交通整理役があること、そのためには早期の受診・相談が重要なことを周知させる必要がある。

F 健康危険情報

G 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

H 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

I 参考・引用文献

- 1)阿部裕、大西守、篠木満ほか編：精神療法マニュアル。朝倉書店、東京、1997
- 2)学校と医療・相談機関との連携に関する検討委員会：精神医学的視点を必要とする児童生徒への適切な対応。栃木県教育委員会、1999
- 3)大西守、島悟編：職場のメンタルヘルス実践教室。星和書店、東京、1996
- 4)大西守、篠木満、河野啓子ほか編：産業心理相談ハンドブック。金子書房、東京、1998

教育現場でのメンタルヘルス教育・啓発に関する基礎的研究(2)

分担研究者 大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟)

研究要旨：中学校・高等学校の教育現場での精神障害(者)に対する教諭の意識調査を実施し、以下のような大まかな傾向が示唆された。統合失調症に関わる事例の経験については、こうした事例が稀でないことが示唆された。精神障害、とりわけ統合失調症（精神分裂病）については、教育者としてほとんど知識を有していないと考えられた。

統合失調症（精神分裂病）について知識を得る方法として複数回答で質問したところ、“自分で本を読んだり、インターネットで勉強する”、“研修を通して勉強する”、“適当な教育ビデオや副読本を活用する”、“上司・同僚に尋ねる”など何らかの方法が検討されていた。

三障害（身体障害、知的障害、精神障害）という考え方から、精神障害が他の障害と比較して理解や対応に異なる部分があるかについて質問したところ、“他の障害より微妙な部分があって、慎重にならざるを得ない”、“精神医学・心理学の知識が必要になるので他の障害例より難しい”など、精神障害に対する慎重な姿勢がうかがえた。

児童生徒に対し、精神障害(者)への差別や偏見除去のための工夫については、“自分なりに工夫している”、“ビデオや副読本を活用している”などそれなりの活動がうかがえた。

精神障害者が疑われる場合の保護者への対応について複数選択で質問したところ、“スクールカウンセラーに相談する”、“教育相談所への相談を勧奨する”、“専門医療機関などへの相談を勧奨する”、“上司・同僚に相談する”など、何らかの対応をとる用意があることが示唆された。とくに、スクールカウンセラーの期待は、高校教諭の方が強かった。

このように、精神障害(者)への対応は、教育現場でもかなり強く意識されていると考えられる一方、他の身体障害・知的障害と比較して難しい問題と位置づけられており、統合失調症などの知識不足もあり、その対応にとまどうが認められる。

そうした知識不足を補うために、教育資材の開発やスクールカウンセラーの活用が期待されている。

目的

教育分野でのメンタルヘルス活動の一つの目標として、不登校、“ひきこもり”、薬物乱用、家庭内暴力など思春期問題に関して適切な対応である。こうした問題の一部は精神医学的な問題を内包していると考えられることから、教育現場に精神医学的視点をどう持ち込めるかが検討課題となる。

なぜなら、教育現場の混乱の大きな要因として、専門的な対応を必要とする事例に対しても教育相談レベルで対応したり、通常の問題と精神医学的問題を含む事象を混同しがちだからである。当然のことながら、病的レベルにある問題や事例に関しては教師自身の対応ではなく、適切な専門相談機関・医療機関につなげていくノウハウの習得が肝要である。

そこで、教育現場での実情を把握すべく、アンケート調査を実施した。

方法

1. 対象

本研究では中学校、高等学校の教員を対象者として質問紙調査を行った。調査対象施設は京都市立の中学校・高等学校であり、回答は原則として校長、教頭に依頼した。対象者として校長、教頭を選定したのは教員としてのある程度以上の経験年数を確保するためである。調査は自記式調査票を用い、某市教育委員会の事務局を通して市立の中学校・高等学校に対して依頼を行った。調査票の回答は66名(中学校34名、

高等学校32名)から得られた。

2. 調査票の内容

調査票では冒頭で、統合失調症に関する具体的な事例(付録1)を提示し、回答者にそれに関わる経験について質問した。その後、統合失調症についての教育者としての知識、統合失調症の知識を得る方法、三障害(身体障害、知的障害、精神障害)についての考え方、教育活動について精神障害を意識する場面、精神障害の偏見除去にあたる工夫、精神障害が疑われた場合の保護者への対応、についてそれぞれ質問した。また、対象者の基本属性については、年齢、性別、教諭としての教育年数、教員免許状の種類について質問した。

3. 解析方法

回答の特徴を記述するために頻度を用いた。また中学校の教員と高等学校の教員について解答の差を検討するために χ^2 乗検定とt検定を用いた。全ての分析にはSPSS for Windows 13.0Jを用いた。全て両側検定で、有意水準は5%に設定した。

4. 倫理面への配慮

分析の結果は個人、施設が特定されない形式でのみ公表する。調査票および作業上作成した調査票のコピーは研究終了時点でシュレッダーにかけるか焼却して廃棄する。

結果

1. 対象者の基本属性 (表1)

回答者のうち中学校の教員であったのは34名(51.5%)、高等学校の教員は32名(48.5%)でした。平均年齢は51.5(±4.4)歳、教諭としての平均経験年数は26.2(±4.5)歳であった。性別は男性が61名(92.4%)、女性5名(7.6%)であった。取得してる教員免許としては、小学校が4名(6.1%)、中学校が52名(78.8%)、高等学校が57名(86.3%)、養護学校が6名(9.1%)、幼稚園、盲学校、聾学校が全て0名であった。

2. 統合失調症に関わる事例の経験について(表2)

付録1で提示した事例について、これに類する経験を質問した。“まったくない”という回答が17名(25.8%)、“自分自身ではないが他の教諭が経験している”が24名(36.4%)、“似ているような経験はしたが明確でない”が20名(30.3%)、“自分自身が大いに苦労した”が5名(7.6%)

3. 精神障害についての知識 (表3)

精神障害、とりわけ統合失調症(精神分裂病)について、教育者としてどの程度の知識をもっているかについて質問した。回答としては、“そもそも精神障害という概念が分からない”が3名(4.5%)、“統合失調症の知識は全くない”が8名(12.1%)、“統合失調症の名称がわかる程度である”が27名(40.9%)、“統合失調症につい

て、ある程度の知識はある”が25名(37.9%)、“統合失調症について、十分知識を有してる”が1名(1.5%)、“わからない”が2名(3.0%)であった。

4. 統合失調症について知識を得る方法(表4)

統合失調症(精神分裂病)について知識を得る場合、どのような方法が好ましいかについて、複数回答で質問した。“知識を得る必要性を感じない”が0名、“自分で本を読んだり、インターネットで勉強する”が39名(59.1%)、“研修を通して勉強する”が58名(87.9%)、“適当な教育ビデオや副読本を活用する”が16名(24.2%)、“上司・同僚に尋ねる”が19名(28.8%)、“わからない”が0名。

5. 三障害についての考え (表5)

三障害(身体障害、知的障害、精神障害)という考え方について、精神障害が他の障害と比較して理解や対応に異なる部分があるかどうかについて質問したところ、“別に同じだと思う”が3名(4.5%)、“他の障害より微妙な部分があって、慎重にならざるを得ない”が26名(39.4%)、“精神医学・心理学の知識が必要になるので他の障害例より難しい”が30名(45.5%)、“わからない”が5名(7.6%)、“その他”が2名(3%)

6. 精神障害への意識 (表6)

日ごろの教育活動において、精神障害(者)を強く意識することがあるかについては、“まっ

たくない”が4名(6.1%)、“時々、意識する”34名(51.5%)、“常に意識する”が11名(16.7%)、“精神障害が疑われる児童生徒がいれば意識する”が15名(22.7%)、“その他”が2名(3%)であった。

7. 偏見除去についての工夫(表7)

教育現場において児童生徒に対し、精神障害(者)への差別や偏見除去のための工夫について質問したところ、“具体的には何もしない”が2名(3%)、“自分なりに工夫している”が34名(51.5%)、“ビデオや副読本を活用している”が17名(25.8%)、“わからない”が5名(7.6%)、その他が3名(4.5%)、欠損値が5名(7.6%)であった。

8. 保護者への対応(表8)

最後に精神障害者が疑われる場合の保護者への対応について、複数選択で質問した。“何も働きかけはしない”が0名、“スクールカウンセラーに相談する”が50名(75.8%)、“教育相談所への相談を勧奨する”が36名(54.5%)、“専門医療機関などへの相談を勧奨する”が49名(74.2%)、“上司・同僚に相談する”が23名(34.8%)、“わからない”が0名、“その他”が3名(4.5%)であった。

9. 中学校教員と高等学校教員の回答の差

χ^2 乗検定とt検定で、中学校教員と高等学校教員の回答と基本属性の差を検討したところ、

有意差があったのは2項目であった。差別や偏見除去のための工夫について($p < 0.05$)では有意差があったが、“具体的に何もしていない”と回答したのが両群とも17名であり実質対応に差はないと考えられる。有意差があった要因としては“自分なりに工夫している”で中学11名、高校6名、“ビデオや副読本を活用している”で中学0名、高校5名、と工夫の内容の内訳が異なっていたためであると思われる。

また保護者への対応に関する項目では“スクールカウンセラーに相談する”と答えた中学教員が22名であったのに対し、高等学校教員は28名と、スクールカウンセラーを活用していた割合が高かった($p < 0.05$)。

考察

本調査は中学校・高等学校の教育現場での教諭の実感を知ることが主目的としたため、対象選択など統計的な意義に若干乖離する可能性があるが、以下のような大まかな傾向が示唆されたと考えられる。

統合失調症に関わる事例の経験については、“まったくない”という回答が17名(25.8%)に対し、“自分自身ではないが他の教諭が経験している”が24名(36.4%)、“似ているような経験はしたが明確でない”が20名(30.3%)、“自分自身が大いに苦労した”が5名(7.6%)と、こうした事例が稀でないことが示唆された。

精神障害、とりわけ統合失調症(精神分裂病)について、教育者としてどの程度の知識をもっ

ているかについては、“そもそも精神障害という概念が分からない”が3名(4.5%)、“統合失調症の知識は全くない”が8名(12.1%)、“統合失調症の名称がわかる程度である”が27名(40.9%)、“統合失調症について、ある程度の知識はある”が25名(37.9%)、“統合失調症について、十分知識を有してる”が1名(1.5%)、“わからない”が2名(3.0%)とほとんど知識を有していないと考えられた。

統合失調症(精神分裂病)について知識を得る方法が好ましいかについて、複数回答で質問したところ、“知識を得る必要性を感じない”ものはおらず、“自分で本を読んだり、インターネットで勉強する”が39名(59.1%)、“研修を通して勉強する”が58名(87.9%)、“適当な教育ビデオや副読本を活用する”が16名(24.2%)、“上司・同僚に尋ねる”が19名(28.8%)と何らかの方法が検討されていた。

三障害(身体障害、知的障害、精神障害)という考え方から、精神障害が他の障害と比較して理解や対応に異なる部分があるかどうかについて質問したところ、“他の障害より微妙な部分があって、慎重にならざるを得ない”が26名(39.4%)、“精神医学・心理学の知識が必要になるので他の障害例より難しい”が30名(45.5%)など、精神障害に対する慎重な姿勢がうかがえた。

児童生徒に対し、精神障害(者)への差別や偏見除去のための工夫について質問したところ、“自分なりに工夫している”が34名(51.5%)、

“ビデオや副読本を活用している”が17名(25.8%)など、それなりの活動がうかがえた。

精神障害者が疑われる場合の保護者への対応について、複数選択で質問したところ、“スクールカウンセラーに相談する”が50名(75.8%)、“教育相談所への相談を勧奨する”が36名(54.5%)、“専門医療機関などへの相談を勧奨する”が49名(74.2%)、“上司・同僚に相談する”が23名(34.8%)など、何らかの対応をとる用意があることが示唆された。とくに、スクールカウンセラーの期待は、高校教諭の方が強かった。

このように、精神障害(者)への対応は、教育現場でもかなり強く意識されていると考えられる一方、他の身体障害・知的障害と比較して難しい問題と位置づけられており、統合失調症などの知識不足もあり、その対応にとまどうが認められる。そうした知識不足を補うために、教育資材の開発やスクールカウンセラーの活用が期待されている。

F 健康危険情報

G 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

H 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

I 参考・引用文献

付録 1

■事例■

中学3年生の男子生徒。一人っ子。元来、親や先生の言うことをきく良い子だったが、ひ弱な面があった。

中学2年までは成績は上位だったが、中学2年の夏休み明けから急に行きしぶりが始まり、成績が下降する。その頃から友人とのささいなトラブルが生じ、孤立化する傾向にあった。

中学3年生になると、ほとんど家にひきこもる状態に陥る。母親が理由を何とか聞き出すと、「友人に馬鹿にされている」「近所のおばさんが、盗聴器で監視している」といった唐突なものであった。自分の部屋に閉じこもり、最近では窓に日張りをしているという。

担任の教諭は、家庭訪問を試みた。しかし、母親がいくら説得しても会うことはできなかった。訪問目的と次回の訪問予定を記した手紙を母親に託したが、その後の訪問でも本人に会うことはできなかった。

母親とは、何度か面談したが、小児科や教育相談所に行くことなどは消極的であった。担任の教諭は精神障害も疑われる気がしないではなかったが、そのことも言い出せないままになっている。

結局、不登校状態のまま卒業となる。

表1 対象者の基本属性 N=66

		平均	標準偏差
年齢		51.5	4.4
教諭としての経験年数		26.2	4.5
		N	%
所属	中学校	34	51.5
	高等学校	32	48.5
性別	男性	61	92.4
	女性	5	7.6
取得している教員免許	小学校	4	6.1
	中学校	52	78.8
	高等学校	57	86.3
	幼稚園	0	0
	盲学校	0	0
	聾学校	0	0
	養護学校	6	9.1

表2 シナリオに類する事例を経験したか N=66

	N	%
全くない	17	25.8
自分自身ではないが他の教諭が経験している	24	36.4
似ているような経験はしたが明確ではない	20	30.3
自分自身が大いに苦労した	5	7.6
欠損値	0	0

表3 精神障害、とりわけ統合失調症(精神分裂病)について、教育者としてある程度の知識をもってるか N=66

	N	%
そもそも精神障害という概念がわからない	3	4.5
統合失調症の知識は全くない	8	12.1
統合失調症の名称がわかる程度である	27	40.9
統合失調症について、ある程度の知識はある	25	37.9
統合失調症について、十分知識を有している	1	1.5
わからない	2	3
欠損値	0	0

表4 統合失調症(精神分裂病)について知識を得る場合の好ましい方法(MA) N=66

	N	%
知識を得る必要性を感じない	0	0
自分で本を読んだり、インターネットで勉強する	39	59.1
研修を通して勉強する	58	87.9
適当な教育ビデオや副読本を活用する	16	24.2
上司・同僚に尋ねる	19	28.8
わからない	0	0
その他	3	4.5

表5 三障害(身体障害、知的障害、精神障害)という考え方について、精神障害が他の障害と比較して理解や対応に異なる部分があるか N=66

	N	%
別に同じだと思う	3	4.5
他の障害より微妙な部分があって、慎重にならざるを得ない	26	39.4
精神医学・心理学の知識が必要になるので他の障害例より難しい	30	45.5
わからない	5	7.6
その他	2	3
欠損値	0	0

表6 日ごろの教育活動において、精神障害(者)を強く意識することがあるか N=66

	N	%
まったくくない	4	6.1
時々、意識する	34	51.5
常に意識する	11	16.7
精神障害が疑われる児童生徒がいれば意識する	15	22.7
その他	2	3
欠損値	0	0

表7 教育現場において児童生徒に対し、精神障害(者)への差別や偏見除去のために行っている工夫 N=66

	N	%
具体的には何もしていない	2	3
自分なりに工夫している	34	51.5
ビデオや副読本を活用している	17	25.8
わからない	5	7.6
その他	3	4.5
欠損値	5	7.6

表8 精神障害が疑われる場合の保護者への対応(MA) N=66

	N	%
何も働きかけはしない	0	0
スクールカウンセラーに相談する	50	75.8
教育相談所などへの相談を勧奨する	36	54.5
専門医療機関などへの相談を勧奨する	49	74.2
上司・同僚に相談する	23	34.8
わからない	0	0
その他	3	4.5

女性労働者のライフステージとメンタルヘルス

分担研究者 大西 守
(社)日本精神保健福祉連盟)

研究協力者
寺沢 英理子
(ルーテル学院大学臨床心理学科 助教授)
長谷部 マリ子
(株)NCR 健康保険組合芝診療所 看護師)

I、はじめに

1、女性労働者のライフステージとメンタルヘルスの関連性

女性労働者のライフステージとメンタルヘルスとの関連を考えていく場合、女性のライフステージごとの問題点と、女性労働者として特有のストレスの両方が混在してくることが前提となる。

とくに女性の場合、結婚して妊娠・出産・育児という一連の役割が求められ、妻として母として役割や立場は大きく変化する。嫁-姑といった新たな家族関係をはじめ、結婚後も就労する場合には、仕事と家庭の両立に苦勞する。

また、40歳を過ぎた頃より卵巣機能が衰えはじめ更年期に入る。いわゆる更年期障害として、各種身体不定愁訴が多くなり、抑うつを呈することも少なくない。月経不順、閉経と心身ともに不安定な時期を迎える。女性性に自身がもてなくなり、性生活を拒んだり性交痛に悩まされるなど夫婦間の危機に直面することもある。

性にかかわる問題は思春期や青年期の問題だけではなく、高齢化を迎えたわが国においては、壮年期や老年期の性の問題も重要テーマであるが、あまり語られることはない。

そのなかで、本研究では、若年期から壮年期にかけての女性労働者のライフステージとメンタルヘルス問題に焦点を当てて検討していく。

2、女性労働者をめぐる職場環境の変遷

日本において、職場への女性進出はめずらしいものではなくなった。しかしながら、バブル経済崩壊後の深刻な経済情勢は、産業精神保健分野においても多大な影響をもたらしている。

その1つは、職場においてストレスが増大したと推測される点である。職場でのうつ病者の増加を招き、近年の男性中高年齢者の自殺者急増が強調されているが、女性労働者においても同様に深刻である。また、結婚、妊娠、育児、家事など女性労働者特有のライフステージの変化によるストレスには深刻なものがある。

さらに、リストラに象徴される職場での余裕の

なさは、育児休暇や養育休暇を取りにくい雰囲気
を醸しだしている。男女雇用機会均等法が施行さ
れて久しいが、依然としてさまざまな差別も存在
するのも事実である。

また、正社員の削減をはかり、それを補完する
ためにパートタイマーや派遣社員として女性が活
用されることも多く、当然ながらその立場は弱く、
その支援体制は脆弱である。

従来より、日本の女性労働者にとって職業人と
してのアイデンティティの確立と、家庭人(妻とし
て、母として)のアイデンティティの確立の両立の
困難性が指摘されているが、先述したように、本
研究調査においては、実際の職場で悩む女性労働
者の事例を検討しながら、ライフステージに即し
たメンタルヘルス不全の予防に資する基礎的な資
料とするものである。

II、女性労働者に認められる特有のスト レス

1、女性総合職のアイデンティティの危機

1986年の男女雇用機会均等法の施行によって、
正式に女子総合職が誕生した。それまでの男女別
の雇用・人事管理から、労働者を総合職と一般職
に分ける「コース別雇用管理制度」に切り替える
企業が増えたのである。総合職は企画・総合的な
業務にあたり、全国・海外転勤など任地の制限が
ない場合が多い。一方、一般職は事務や補助的な
業務で、原則として転居を伴う異動がないとされ

た。法律の趣旨は、意欲や能力に応じて男女差の
ない扱いを事業主に求めたものである。

ところが、施行から20年近く経緯した現在も、
女性総合職のストレスは少なくない。実際には、
総合職としての本来業務だけでなく、お茶出しや
伝票作成など庶務的な業務が回されることも少な
くないからである。

とはいえ、総合職を理由に雑務的なことを回避
すれば、一般職の女性労働者との関係にも悪影響
が出かねない。事実、忙しく働いている男性労働
者には手をさしのべる一般職の女性労働者が、女
性総合職の窮状には見てみないふりをするなど、
両者の関係は微妙である。

さらに、一般職・総合職とに分類する人事制度
そのものも見直す動きが企業の間広がってきて
おり、一般職の女性といえども異動などの可能性
が高まってきた。

事例：ある日、失踪事件を起こした女性総合職

44歳の女性Yさんは、コンピュータ関連会社
の開発職として活躍していた。夫と2人の子ども
の4人暮らし。女性総合職として努力を重ね、3年
ほど前には抜擢人事で管理次長となり、張り切っ
て仕事を続けていた。しかし、育児・家事をこな
しながらのハードな毎日で、残業も多かった。

とくに6カ月前に、新規のコンピュータ納入を
めぐり、男性の部下が顧客とトラブルを起してか
らは、その対応に追われ休日も返上という状況だ
った。開発業務は得意なYさんだが、顧客との対

応、男性の部下への指導には随分とまどうことも多かった。

また、若い一般職の女性の部下からは、その男性社員を庇うような言動や、指導方法に関して暗に批判するようなことを言われ、非常に傷ついたりもした。しかし、そんな努力がやっと実り、トラブルは解決し、コンピュータも無事稼働始める。

ところが2カ月ほど前より、何か仕事に身が入らない、疲れがたまる、人と話をするのが億劫などを感じるようになり、家事も最低限の状態に陥る。日頃のYさんの行動パターンからみると考えられないことであった。夫もそんな様子に不審はいただいたが、疲れのためと傍観していた。

ところが、その2週間後に自宅を出たまま失踪してしまう。死に場所を求めて全国を転々とするが、死にきれずに自宅に戻ったところを夫に連れられて精神科受診となる。

初診時、本来の抑うつ感に加えて、総合職の立場にもかかわらず無断欠勤してしまったことへの自責感が強く、非常なショックを受けている様子だった。むしろ、死にたい気持は強まっているように思われた。

そのため精神科への入院が勧められたが、Yさん自身の強い希望から外来治療とし、当分は休職してもらうこととした。そして薬物療法とカウンセリングを主体とした治療が進められたが、総合職としての出世コースからはずれたという気持が強く、一進一退の状況がしばらく続く。

ところが、4回目の診察の際、Yさんは現在までの生き立ちを自分史のような形で自主的にワー

プロで書いてくる。動機を尋ねてみると、現在の自分に自信がもてないので、過去を振り返って見たかったのだと説明してくれる。それを境に、気持ちの整理がついたのだろうか、Yさんは目にみえて状態が安定し、2カ月ほどで職場復帰をはたすことができた。

復職に際しては、総合職へのこだわりが強いためそのままとし、今後は男性の部長が積極的にサポートする体制が取られた。また、必ずしも肌が合わなかった部下の女性とも、お茶を飲むなど積極的に交流をはかり、職場全体のまとまりが出てきた。

入社して15年・20年と経過し、中間管理職的な立場におかれている人たちにも危機が訪れる。これらの人々は、家庭でも、職場でも立派に仕事や役割をこなし、周囲から信用を得ていた人たちである。それがある日、突然とも思われる”失踪騒ぎ”や長期欠勤が始まるので、周囲の上司や家族にとって合点がいかないことが多い。

とはいえ、突然のスランプのように感じられる不調も、当時の様子を詳しく調べてみると、それなりの前兆を認めることが少なくない。1つは残業や休日出勤が続き、心身ともになりに消耗していたと考えられるである。また、「朝起きにくい」「新聞やテレビをみるのが億劫」「家事が面倒」「食欲がない」「人と顔を合わすのが面倒だ」「夫婦生活が疎遠になる」「朝早く目が醒めてクヨクヨ考え込んでしまう」といった兆候も不調を知らせるシグナルである。

もちろん、専門家でない限りこういう症状を的確に判断するのは難しいが、家族に後日尋ねてみると、「そういえば、何か元気がなくて苦しそうだった」というような感想が聞かれることも多い。Yさんの夫も不審をいただいていたが、精神的な病気とまでは思い至らなかったようだ。

Yさんの診断名としては、うつ病の可能性がもっとも高い。幸いなことに自殺にまでは至らなかったが、非常に危険な状態にあったと推測される。

過去のYさんの仕事の進め方をみてみると、総合職としての気負いからか、何でも自分が先頭に立って業務を遂行する姿勢が強すぎ、部下への事前の指導にまで頭が回らない傾向にあった。また、多忙のため、部下の女性たちと休み時間などでの会話は少なく、結果的に職場で浮いた存在になっていた。

今回の病気をきっかけとして、Yさん自身も仕事への取り組み方や職場での人間関係について反省するところも多かった。現在はすっかり元気になって働いているYさんに対し、一回り大きくなったと職場の評価は上々である。とはいえ、つつい仕事にのめり込む傾向の強いYさんに対して、職場としても定期的なチェックと業務量を調整して適度の休養に心掛ける必要がある。

2、女性労働者と異動の問題

リストラや組織改変が進む日本において、予期せぬ異動や単身赴任といった問題が生じている。例えば、地元工場の閉鎖や、職場単位での海外移転などは、一個人では対応できない事態が生じて

いる。女性総合職において、そのことが織り込みずみであったはずでも、実際にはその対応に苦慮せざるを得ない場合も少なくない。また、先述したように一般職であっても異動の可能性が高まっている。

また、単身赴任そのものは男性労働者例が多いが、その配偶者として留守家庭をあずかる妻(母)にとっても大きなストレスをもたらしている。具体的には、老親の介護の問題、子弟の教育問題、2世帯維持のための負担増の問題などである。

したがって、職場での対応は当該労働者のみではなく、家族全体に対する援助体制が不可欠である。職場としても経済的な優遇はもちろん、家族も含めて気軽に相談できる窓口の設置などが望ましい。

とりわけ、昇進、異動(とくに単身赴任)対象者は、男女を問わずうつ病の発症など精神的にハイリスクグループと考えられており、産業保健スタッフによる予防的な職場巡視や面談が必要である。

3、職場におけるセクシャルハラスメントの最近の傾向

女性の職場進出にともなって顕在化してきているもう1つの問題が、職場でのセクシャルハラスメント(セクハラ)である。一般に、セクシャルハラスメント(sexual harassment)とは職場などにおいて、相手(女性とは限らない)の意に反する性行動」をさし、具体的には

- ①言葉によるもの：性に関連のある愛称をつけて人前で呼ぶ、身体の性的な内容を中傷するなど。

②肉体的なもの：暴力的に身体を触ったり、抱きしめたりするなど。

③視覚に訴えるもの：性に関連のある写真やポスターを貼ったり、見せたりするなど。

④行為によるもの：性的な関係を強要するなど。

また、職場の上司などからのセクハラ行為は、地位などの利用や仕事上の差別といったパワーハラスメント(power harassment)を伴うことも多く、事態は深刻である。また、女性の権利意識の向上や、労働者のモラルの低下といった背景要因も考えられる。

1997年に男女雇用機会均等法が改正されたのを機に、セクシャルハラスメントに関する規定が設けられ、事業主に対しても注意を喚起している。すなわち、「事業主は、職場において行われる性的な言動に対するその雇用する女性労働者により当該労働者がその労働条件につき不利益を受け、または当該性的な言動により当該女性労働者の就業環境が害されることのないよう、雇用管理上必要な配慮を行わねばならない」と明示された。

前者は①対価型セクシャルハラスメント：事業主が女性労働者に対して性的な関係を要求したが、拒否したため解雇した。上司が部下の女性の胸や腰に触ったところ抵抗したため、不当な配置転換を実施したなど。後者は②環境型セクシャルハラスメント：同僚が取引先で「性的にふしだらである」と噂を流したため、その女性労働者が苦痛を感じて取引先に行きにくくなった。上司がたびたび女性社員に性的な身体特徴を口にするため、女性社員の就業意欲が低下したなど。と呼ばれてい

る。

もちろん、職場とは直接関係ない私的生活の部分から職場でセクハラ的な問題が発生することもあり、男女雇用機会均等法の枠を超えて民事・刑事事件として扱われることもある。

Ⅲ、女性労働者に関するメンタルヘルス活動の基本

1、女性労働者のプライバシー保護

1)女性労働者に関するプライバシー保護の原則

メンタルヘルス相談対象者のプライバシー保護の原則として、相談者に関する情報を職場に知らせる決定権は、医師や産業看護職にあるのではなく相談者側にある。ただし、相談者自身がいけない場合や認識できない場合(病識欠如や判断力低下など)には、医師など専門家が委任されると考える。

また、相談内容以前の問題として、メンタルな事由で相談を受けたり受診したこと自体を隠しておきたい相談者の気持ちを常に留意する必要がある。したがって、相談内容はもちろんのこと相談に訪れたことに関しても、不用意に上司や人事労務担当者に教えるべきではない。

とりわけ、女性労働者の場合セクシャルハラスメントやパワーハラスメントがらみのメンタルヘルス不全も散見されることから、相談窓口には女性を配するといった体制も求められる。

もちろん、職種・職場によってはこの原則が当

てはまらない。航空会社のパイロットや高所で働く人が脳波異常を呈したり、明らかに奇妙な言動が出た場合などである。こうした場合は、事故の発生を未然に防ぎ、本人を保護する観点から早急に職場関係者・家族に伝え、適切な対応を取らなければならない。

2) 上司・同僚への情報提供とプライバシー保護との関係

精神疾患に罹患した労働者が発生した場合、一緒に働く同僚・上司にどこまで精神的な情報を伝えるべきか難しい問題である。原則的には当人・家族の意向に従うほかはないが、職場で一緒に働く場合には、了解を得て直属上司など職場でのキーパーソンになる人にはぜひ伝えておきたい。これは、病気再発の兆候を早期に把握し適切な対応を取るために重要である。

一方、職場の同僚などへの情報開示はどうだろうか。職種(単独でやる仕事か、共同でやる仕事か)や職場環境(危険な作業の有無)によるが、結局は精神的疾患に罹患したことを伝えた場合のメリットとデメリットを本人に説明し、本人・家族に判断させるしかない。例えば、通院のために仕事を休む、症状のため動作がにぶく仕事が遅い、服薬のため眠気が出て昼寝をしてしまうなどの心配があれば、厳密な精神科病名を伝えなくても、「精神科に通院して、服薬を続けている」というぐらいの説明があった方が、同僚など周囲の理解は得られやすい。

2、職場でのモラルの確立

職場においてセクシャルハラスメントやパワーハラスメントを防止するためには、男女を問わずモラル確立が鍵となる。具体的には、以下の活動が推奨される。

- ①職場におけるセクシャルハラスメント・パワーハラスメント防止の教育啓発活動：職場でのさまざまな研修やパンフレットを作成して、セクシャルハラスメント・パワーハラスメントの概念、職場での対応理念を明確化し、労働者のモラルを向上させる。
- ②セクシャルハラスメント・パワーハラスメントに関する相談窓口・対応部署の設置：被害に遭った労働者が安心して相談できるよう、プライバシー保護に細心の注意を払う。
- ③責任のあるきちんとした対応：セクシャルハラスメント・パワーハラスメントに関する事実関係を迅速かつ性格に把握し、職場として毅然とした対応・処置を講じる。
- ④被害労働者へのフォロー：セクハラ・パワハラ事件に関連して被害労働者の精神的苦痛が大きい場合には、精神科医やカウンセラーなど専門家からの援助も考慮していく必要がある。

3、メンタルな問題が疑われた際の対応原則

1) 「事例性」と「疾病性」とに分けて把握する

職場関係者は原則として精神科医など専門家ではないので、必要以上に精神医学を持ち出す必要はない。また、女性労働者に対してプライベートなことも含め、男性上司などからなかなか話を聞