

キーパーソンとして、児童・生徒の学校生活に対し常に注意深く観察し、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メンタルな問題に関しても発見の鍵となる。

4)メンタルな問題に関して養護教諭への過度の期待は禁物である

教育現場での健康管理は、どの立場の教諭もキーパーソンとしての自覚が求められる一方で、とりわけ養護教諭の役割は重要である。保健室での活動はまさにメンタルな問題の早期発見と予防を担っている。

しかしながら、養護教諭の校内の立場は微妙である。健康管理の専門職であるが精神医学・心理学の専門家ではない。したがって、教育現場でのメンタルヘルス活動に関して過度の期待は禁物である。

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。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、養護教諭の専門性を高めることが大切である。

5)スクールカウンセラーを有効的に活用させる

教育現場においてメンタルな問題に対応する専門家としてスクールカウンセラーが定着した観がある。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ため、医学的な対応が不十分になることがある。

各学校の現状に即した活動内容を、教育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、メンタルヘルスの専門家としての役割が期待できる。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する必要がある。

とくに、スクールカウンセラーは非常勤職員として接することがほとんどなため、常勤職員の養護教諭や担任教諭との連携が鍵となる。

6)メンタルヘルス活動に関しても学校医の活用を視野に入れる

精神医学を専門としない学校医であっても、メンタルな問題にも関与すべき時代となった。ただし、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保護者への説明が中心となる。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。メンタルな問題が疑われた際には、精神医学的問題に限定することなく、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)教育相談担当者は精神科医に委ねることに消極的であってはならない

教育相談所などの教育相談担当者は、メンタルな問題への介入の第一歩となることが多い。しかしながら、メンタルな問題が疑われる児童・生徒の相談に乗る際に、教育相談レベルでの対応でよいのか、精神医学的な対応が必要なのか判断に迷うことがある。

事実、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っていることがある。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という無意識の防衛が作用している背景もある。しかしながら、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、専門家として抱え込みの危険性に十分留意し、必要に応じて精神科医などにつなげていく。

2、学校内においてメンタルヘルス活動関連の組織を整備する

1)日頃からの体制づくりを心がける

メンタル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を確認し、連携していく。

2)校内での事例検討会・研修会を定期的を開催する

さまざまな学校現場での問題に、メンタルな問題が内包している可能性が高い現状を考慮した場合、学校において事例検討会や研修会を定期的を開催していく必要がある。

校内だけの話し合いの場合も重要だが、事例検討会・研修会を実施するにはスーパーバイザーや講師として精神科医やスクールカウンセラーなど専門家の参加が望ましい。専門的視点の獲得だけでなく、学校関係者と精神科医など専門機関・専門家との相互交流につながる。

3)事例検討会の開催準備には一連の手順が求められる

学外の関係機関に援助を依頼する際には、まず事前に参加者に電話連絡して開催趣旨を説明して内諾を得る。その後、所属長および参加者に対して公文書で依頼する。

また、事前に事例の概要を参加者に配布する必要があることも少なくないが、プライバシー保護に留意し、そのやりとりも直接または封書で行なうべきで、FAXでのやりとりは極力控えたい。

なお、精神科医や精神科医療機関の情報に関しては、地域の保健所、児童相談所、精神保健福祉センターなどへ問い合わせるのも1つの方法である。

4)事例検討会の目的は犯人探しではないことを徹底させる

短時間で能率的な検討会を実施するためには、開催者側がその目的と検討事項を事前に可能な限りしぼり込んでおく必要がある。関係者間での犯人探しや責任の押しつけ合いは、問題解決にならないことを司会者は気をつける。

司会の進行および記録は主催機関で行なうのが原則である。ただし、専門性が高く主催者側で進行に自信がない場合は、他の参加者に依頼する場合もある。

また、プライバシー保護の観点から、会で知り得た情報を洩らさないことを事前に確認し、配付資料などは終了後に回収することが望ましく、その旨を参加者に告げておく。

5)問題解決後の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も大切である。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れるからである。問題解決後の方が関係者に心理的な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。

IV、教育現場でメンタルな問題が疑われた際の介入方法

教育現場でメンタルな問題が疑われた際の対応方法について、教育関係者が苦慮することが多い。「対応に困っている児童・生徒に、精神医学的な対応が必要なのか判断して欲しい」「どうやったら精神科に受診させることができるか」といった類である。こうしたとまどいは教育関係者にとって切実な問題である。

教育現場でメンタルな問題が疑われる際の原則的な介入方法についてまとめる。

1、「こころの病気」も「からだの病気」も基本的スタンスは同じ

まず強調しておきたいのが、健康問題に関しては本人・保護者に基本的な責任があり、学校側が治療の前面に出る必要はないことである。

「お腹が痛い」と訴える児童を想起してみよう。教室の隅で元気のない児童に気がついた担任教諭は、「どうしたの」と声をかけるだろう。腹痛があることがわかれば、保健室に連れていく。養護教諭は熱を計り、どんな痛みかを尋ねるかもしれない。そして、回復しないようであれば、学校から保護者に電話連絡がいき、保護者が子どもを引きとるのが一般である。そして、引きとりにきた保護者の判断によって、そのまま病院に連れていく場合もあるだろうし、自宅で様子を見る場合もある。

つまり、ここで指摘したいのは学校側で腹痛の存在を把握できても、養護教諭の立場であっても虫垂炎や腹膜炎という診断はしていない(できない)ことである。学校は医療機関ではないので、学校生活上の健康問題を早期に的確に把握することが重要だが限界がある。

さらに、医療機関を受診するかの判断は保護者がしている点にも留意したい。学校側で、「どこそこの、〇〇病院に受診すべきです」など医療機関を指定したり、治療の可否を判断することはない。

この原則は、メンタルな問題でも同じはずである。異常性の判断や診断を下すのは精神科医であって、教育関係者ではない。また、医療機関・相談機関に行くかどうかの判断を下すのは保護者であり、学校側は困ったり気になる点を報告するだけである。

ただし、メンタルな問題の場合には保護者側にもとまどいが多く、その対応方法に不慣れで、適当な医療機関・相談機関の紹介を求めてくることがある。その援助要請があってはじめて、しかるべき医療機関や相談機関を紹介するのである。

2、「事例性」と「疾病性」と2つに分けて把握する

教育現場で生じるメンタルな問題が疑われる事例に対しては、教育関係者は精神科医など専門家ではないので、素人の視点でいかに的確に把握していくかが鍵になる。その際、「事例性」caseness と「疾病性」illness との2つに分けて把握すると理解しやすい。事例性とは「元気がない」「お腹が痛い」「友だちとケンカする」という実際に呈示されている現実で、教育関係者がすぐに気づくことができる。一方、疾病性とは病気の確定や診断などで、「腹膜炎が疑われる」「急性虫垂炎の可能性はある」といった専門家の判断である。

したがって、教育現場では病気の確定(疾病性)以上に、学校生活を送っていくうえで何が問題になって困っているか(事例性)を優先する基本姿勢が求められる。

たとえば、「何か奇妙な行動をとる生徒がいる」と教育関係者が感じた際には、「統合失調症だ」「被害妄想が疑われる」といった精神医学的な診断を下す(疾病性)のではなく、本人もしくは周囲にどう影響しているかの現実を捉えることが先決である。「出席状況が悪い」「勉強に集中できず、周囲に負担をかけている」「そうした状況を本人は自覚していない」など具体的に把握していくのである。これが事例性であり、教諭がもっとも多く把握している情報である。

その結果、メンタルな問題がありそうと判断されれば、どうやって保護者に説明するか、その方法と役割分担を考えていく。

〔事 例〕

13歳のAさん。公立中学校2年の女子生徒である。先生や親の言う事をよく守る良い子だが、やや神経質なところがあった。

こんなAさんだったが、1年ほど前に通学途中にうっかりカバンを置き忘れてしまう。カバンの中には家の鍵や住所を記した手帳が入っていた。結局、カバンは見つからず、一度いたずら電話がかかってくるがあった。そのため、家の鍵も全て取り替える。

しかし、それ以来Aさんは家の戸締りに関してはことのほか気を遣うようになる。夜、寝る前には必ず家中の戸締りを点検し、時には大丈夫とわかっているにもかかわらず、夜中に起き出して点検するといったこともあった。

ところが半年程前に、友人との間で些細なトラブルが重なり、そのため漠然とした不安

を抱くようになる。戸締りに関しても点検回数が増え、そのため家から出かけるのに時間がかかるようになってしまい、遅刻の回数が増えてくる。

そして、ある日とうとう通学途中の電車の中で家の戸締りが気になってたまらず、家に引き返してしまう。その日は、たまたま進学に関係する大事な試験がある日で、その試験を受けられない事態となってしまった。

最近になって遅刻の回数が増えていること、大事な試験に欠席したことなどを不審に思った担任教諭がAさんを問いただし、保護者とも相談のうえ精神科受診となる。

このAさんの事例の「異常性」を判断すると、まず重視すべき点は、学校生活や家庭生活へどれだけ影響を及ぼしているかである。この事例では「遅刻の回数が増えた」「大事な試験を欠席した」という学校生活を送るうえで具体的な支障を来している点に着目したい。もちろん、それまでの夜中の戸締りの確認もやや逸脱した印象をもつが、その程度であれば「心配症」「神経質な人」と片付けられる。

ここで強調したいのは、戸締りの確認行為 10 回以上が「異常」で、5 回以下が「正常」といった数量的なものではなく、あくまでも日常生活に具体的な支障を来しているかで判断している点で、これが事例性重視の考え方である。

3、保護者に説明する際にも「事例性」を心がける

教育関係者は保護者への対応や説明にも苦慮することが多い。これは問題になっている現象や行動に対し、精神医学的な説明を加えようとして無理が生じているからである。つまり、知らず知らずのうちに「疾病性」を優先させてしまうのだ。教育関係者は精神医学の専門家ではないのだから、あくまでも学校現場で実際に困惑している「事例性」に焦点を当てながら説明すればよい。

その際、以前との比較が理解されやすい。たとえば、「以前はおとなしく勉強できていたのに、最近では落ち着きがなくなりました」「以前は友だちが多かったのに、最近はクラスで孤立しています」といった具合で、精神疾患・精神障害と断定するものではない。また、必要により学校医(多くは精神科医以外)から健康問題として説明してもらうのも 1 つの方法だろう。

逆に、学校側から「おたくのお子さんは精神的に変だから、精神科に連れていった方がいいですよ」といった伝え方は誤解を招きやすい。原則的な問題解決の方法は、体の病気と同じように保護者自身にまかせるのは先述したとおりである。

もちろん、求められれば相談機関などの情報を提供していかなければならない。そのためには、日頃からの情報収集が必要で、児童相談所、精神保健福祉センター、精神科医療機関などの業務内容やその特性を知っておきたい。

また、家庭環境や養育態度に関して保護者自身に明らかに問題があると考えられる場合でも、学校レベルでの対応には限界があることを認識すべきである。両親のゴタゴタが要因となって児童が不安定になっていると考えられる場合でも、まさか「お母さん、男性関係をきちんとしてください」などと言えるはずもなく、言うべきでない。

ただし、児童虐待が疑われる場合はこの限りではない。児童相談所への通報など、迅速

かつ積極的に関わっていかなければならない。

4、「障害」のどのレベルが問題になっているのかを意識して対応する

メンタルな問題が生じている場合、被害妄想や幻聴といった精神症状で困るとは限らない。福祉分野で用いられている障害の概念がわかりやすい。

脳卒中を例にとると、脳卒中で倒れたことで右片マヒという機能障害(医療の対象となるもの impairment)が出現する。そのマヒが続くと、字がかけない・歩けないといった能力低下(教育によって改善・克服が期待されるもの disability)が生じてくる。さらに、こうした事態が長引けば家庭や職場での生活上の制約といった社会的不利(福祉的対応などによって補うことが期待されるもの handicap)に遇うことになる。したがって、その対応を考える際にも、右片マヒという機能障害に対しては医学的治療を、歩けないなど能力低下に対してはヘルパーの派遣を、生活上の社会的不利に対しては民生委員が相談に乗るという具合に、障害のレベル別に対応を考えていく必要がある。

これを教育現場でのメンタルな問題に当てはめてみると、精神障害によって被害妄想や奇妙な言動という機能障害が出現する。そのため、動作がちぐはぐになったり、仲間の輪に入っていけないという能力低下が生じてくる。結果的に、差別や“いじめ”の対象になるなど社会的不利を受けているといった図式が浮かんでくる。したがって、その対応を考える場合、奇妙な言動に対しては精神医学的治療を、仲間の輪に入っていけないことに関しては担任教諭や養護教諭などによる仲間との接し方や適応能力の向上を目指した生活指導を、差別や“いじめ”の問題に対してはホームルームの活用をとった具合に画策していくのである。

つまり、学校現場で重要なのは機能障害(精神症状)そのものへの対応ではなく、むしろ能力低下や社会的不利といったことへの対応が中心となる。

5、cure(治療)と care(ケア、癒し)を混同しない

日常的に幅広く用いている治療や援助と称するものは、厳密には cure(治療)と care(ケア、癒し)に大別される。cure とは手術をしたり投薬するなどの医療行為に類するもので、医師など専門家の領域である。一方、care は非専門家が疾病レベルに達していないものにカウンセリングなどの技法を通して対応するものである。

ところが、学校現場においてカウンセリング技法を学び、カウンセリングマインドを身につける教諭が増加するにつれて、若干の混乱が生じている。カウンセリング技法を習得したりカウンセリングマインドを身につけることは、こころの健康を扱う際の有力な武器となる。しかしながら、カウンセリングのできる対応の限界や対象を常に意識しておかないと、cure と care を混同してしまう危険性がある。

教育現場での care 能力の当面の目標は、日常的な聞き手としての能力を高めることと、care の限界をわきまえて疾病レベルの問題の可能性を感じたら速やかに cure につなげられることで、教諭自身が専門の治療者になることではない。熱心にカウンセリングを学ぶあまり、事例を抱え込んだりミニセラピスト化してしまう落とし穴がある。

また、カウンセリングを実施する際には、より経験を積んだ専門家からの助言やチェックが必要である。カウンセリングの枠組み(目的、時間、回数など)をきちんと設定しないまま、「傾聴」と称して際限なく相談に時間をかけることは本当のカウンセリングではない。

6、緊急度によっても介入方法が異なる

メンタルな問題への介入を考えるうえで、緊急性にも考慮する必要がある。たとえ、学校という特別な場であっても、緊急度が高い場合には精神科受診のためにあらゆる努力を払わねばならず、必要によっては警察などの介入も躊躇すべきではない。具体的には自傷他害(人を傷つけたり、自殺など)の恐れがある際には、警察などの協力を仰ぎながら精神科医療施設への措置入院も検討されるべきだろう。

また、シンナーや覚醒剤などの薬物乱用に関しても警察の介入が検討される。教育関係者の中には司法・警察に対し、精神科同様に抵抗感をもっている者が少なくない。しかしながら、薬物乱用に対する初期対応の遅れから脳器質障害など重篤な後遺症が出現したり、犯罪を犯す事例が出現しており、「警察沙汰にだけにはしたくない」という気持ちを捨て、本人や家族に現実問題を直視させる姿勢が必要である。もちろん、警察は治療機関ではないが、警察の介入が治療ベースに乗せる1つの選択肢であることを認識したい。

一方、慢性的にメンタルな問題が生じている場合には、本人に病識が欠如(自分が病気になっていることを認識できない)していることが少なくないので、保護者への働きかけが基本となる。しかしながら、保護者自身もわが子が精神障害とは思いたくない気持ち(心理学的には否認という)が強く働いていることもめずらしくない。その場合には、事例性にのっとり実際に学校で困っている点や心配な点を繰り返し伝えていくほかはないだろう。

また、保護者自身が自分の養育態度やしつけに問題があったと負い目を感じている場合にも、教育関係者に対して防衛的な態度を示すことがある。教育関係者は問題解決のために一緒に考えていく立場にあることを明確に伝え、保護者への批判的な言動は厳に慎むべきである。

V、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

教育現場において、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諭にあるのではなく、児童・生徒(実際には保護者)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、医師など専門家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、早急に関係者・保護者に必要な情報を伝え、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を厳重に実施する

教育関係者が児童・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。この情報を教育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、教育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で、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される必要がある。

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、どこまでメンタルなことについて伝えるべきだろうか。基本的には本人・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、結局はメンタルなこと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の理解促進にもつながっていく。

VI、外部機関、他職種への紹介の仕方

1、専門機関・専門職種に関して日頃から情報収集を心がける

まず前提となるのが、どういう専門機関・専門職種があって、どういう機能を持っているのかを日頃から勉強しておくことである。実際には、関係する研修会や研究会が情報源となることが多い。また、インターネットの活用なども考えられるが、人脈に頼る部分が大きい。

ただ「適当な精神科に行きなさい」という指導と、「〇〇病院精神科の××先生に相談したら」「◇◇療法を施行している△△診療所はどうですか」というようなアドバイスとでは、その情報提供の質はまったく違ってくる。

2、依頼目的を明確化させる

「よくわからないから外部に依頼する」というのも1つの考え方だが、少なくとも問題解決の流れのなかで外部機関がどの位置を占めるか、関係者がよく話し合う必要がある。その結論によって、依頼内容は異なるはずだ。

現実には、何と表現したらよいのかわからない場合もあるが、事例性を優先させて教育

現場で困っている具体的な事実を客観的に記述して依頼すればよい。依頼内容としては、診断の確定、精密検査、治療、保護者への説明などさまざまな内容が想定され、可能な限りより具体的な内容が望まれる。当然のことながら、依頼される側にとっても依頼内容が具体的であれば、その対応も適切なものになる。

3、依頼は文書によることが望ましい

親しい関係にある外部機関への依頼は、電話1本で済まされることも少なくない。しかし、そうした場合においても文書による依頼(紹介状、医療情報提供書など)が重要である。なぜなら、日本の医療・保健分野の一般的な慣習として、文書で依頼があった場合には文書でもって返答されるのがほとんどである。すなわち、依頼したものの、その後の経過が不明になるといった事態を避けるためにも文書での依頼を心がけたい。また、文書で依頼したにもかかわらず報告が無い場合も、文書での回答を求めやすい立場となる。

4、医療機関への依頼は学校医からが望ましい場合がある

医療機関への依頼は医師など同一専門職種からの方が好ましいことがある。そうした場合には、学校医などに簡単でもよいから一筆したためてもらおう。学校医から多忙や事情をよく知らないことを理由に難色を示されることがあるが、1行でもよいから依頼を書いてもらい、それに担任教諭や養護教諭が附属の説明文や資料を添えるのが現実的である。

5、学校での対応・問題解決の過程は文書で残されることが望ましい

学校での対応・問題解決のための活動内容は文書で残されることが望ましい。関係機関や校内でのさまざまな記録を一括して収集・保管することが、対象事例のプライバシー保護の観点からも重要で、校長・教頭の管理責任は重大である。

VII、精神医学の基礎知識

1、精神科などの名称に関して

通常、精神医学的問題を扱う診療科目は精神科と呼称されるが、精神神経科、神経科、メンタルクリニックなどと表現されることも少なくない。こうした科においては、統合失調症、うつ病、神経症(不安障害)、認知症(痴呆症)、てんかん、人格障害、一部の発達障害などが対象疾患となる。

対応方法はさまざまだが、精神科薬物療法、精神療法、精神科リハビリテーション(デイケア)などが単独・複数で組み合わせられ、原則的には健康保険内での診療行為である。

また、心療内科は基本的には心身症と呼ばれるストレス要因の強い身体疾患を対象としている。具体的には、胃潰瘍(ストレス潰瘍)、気管支喘息、円形脱毛症、過敏性腸症候群、

突発性難聴などである。しかしながら、実際には精神科と重複して対応している部分も多く、比較的軽度な神経症やうつ病にも対応している施設がほとんどである。

ただし、街のクリニックなどにおいては、実際は精神科中心の医療施設であっても、患者の受診しやすさに配慮して、心療内科を前面に出して標榜していることが少なくない。また、教育関係者が精神科受診の抵抗感を和らげるために、精神科ではなく心療内科を勧めることもある。

また、カウンセリングセンターのような表記は、非医療機関の施設が多く、健康保険の適用外で、メンタルな相談に乗ってくれる対応職種も臨床心理士とは限らず、さまざまなカウンセラーの存在が考えられる。

一方、脳神経外科(脳外科)は脳損傷、脳出血、脳腫瘍など器質的障害を主として扱い、神経内科はマヒやけいれん(てんかんも含む)などに対応し、いずれも精神科とは対象疾患が異なる部分が多い。

とくに注意したいのは、精神科や心療内科での初診は問診を含め時間がかかることが多いため、予約したうえで初診しか受け付けないところが多い。したがって、受診したい医療機関を見つけたら、まずは電話して初診の予約状況を確認することが勧められる。

2、精神疾患・精神障害の原因と要因について

精神疾患・精神障害の発症に関し、原因と要因(きっかけ)が混同されることが少なくない。

風邪を例にあげよう。「お腹を出して寝たら風邪をひいた」と表現されるが、風邪の真の原因は風邪のウイルスであって、「お腹を出した」「無理をした」「冷たい風に当たった」といった事柄は要因にすぎない。つまり、ウイルスを持っていたところに、お腹を出して寝たというきっかけ(ストレス)で風邪という病気が発症するのである。

精神疾患も基本的には同じである。統合失調症やうつ病などの多くの精神疾患・精神障害の真の原因は、脳の機能障害を生じさせている物質やメカニズムである(残念ながらまだ解明されていない)。こうした原因を背景に、さまざまなストレスが要因(きっかけ)となって、精神疾患が発現するのである。したがって、「ストレスが溜まって精神的に具合が悪くなる」というように表現されるが、実際には本人に病気になる素質・素因があって、そこにストレス要因が働いたため発病したと考えられることが多い。

一方、脳の具体的な損傷(器質障害)が原因となることがある。頭部打撲の後遺症や、脳腫瘍や脳出血などが発症して、精神症状が出現する場合である。

もちろん、ストレス障害(心因反応)というようにストレスが要因ではなく直接的な原因と考えられることがある。その場合は、阪神淡路大震災の後にストレス障害が話題になったように「全財産を失なった」「家族と死別した」、さらには「性的虐待を受けた」というように明確かつ深刻なストレスが存在するのが一般的である。すなわち、「先生にしかられた」「親とケンカした」といったことは、よほどの場合を除いて1つの発症要因にすぎないが、日本においては拡大解釈がされがちである。

ただし、児童の情緒・行動障害において心因性と考えられる部分は多く、厳密な意味での精神障害ではないとしても、教育相談レベルでは心因的な検討も重要な視点である。

3、精神医学的治療に関して

1)脳に障害・損傷がある場合はその治療が優先される

まず、前提として脳に明らかな器質障害(脳損傷、脳出血、脳腫瘍など)がある場合は、その治療が優先される(必要により脳外科などで対応される)。そのため、神経学的検査、脳波、脳 CT スキャン、脳 MRI などの諸検査が必要により実施され、器質障害の有無を確認したうえで精神医学的治療が開始される。

2)精神科薬物療法が中心となる

精神医学的治療というと長椅子に横になって悩みを聞いてもらうようなイメージを持っている人も多いが、それは一部の精神分析や精神療法の技法で、治療の中心は精神科薬物療法という薬物の使用である。

ところが、精神科の薬物療法に関して学校関係者や保護者には根強い不信感がある。「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。また、精神科の薬というと精神安定剤と思われがちだが、それ以外にも幻覚や妄想に作用する抗精神病薬、うつ状態に作用する抗うつ薬、てんかん発作をコントロールする抗てんかん薬、睡眠を改善させる睡眠薬など多くの種類がある。

3)医師の指示に従えば、薬物の副作用はあまり心配ない

よく依存性の心配が口にされるが、医師の指示できちんと服用すれば依存性の問題は少ない。むしろ、勝手に薬を減量したり不規則に服用する方が、効果発現を遅らせ結果的に長期服用になってしまう危険性が大きい。

副作用として、ときに眠気、ふらつき、便秘、動作の緩慢、手のふるえなどが認められることがあるが、適切な対応で軽減される。したがって、こうした随伴症状が出ればきちんと精神科主治医に伝えて対応を求めるべきである。

4)児童においては精神療法、遊戯療法、家族療法などが併用されることが多い

児童に対しては、成人に較べて問題への洞察性や言語での表現能力が劣るため、成人の精神療法と異なる部分も多い。そのため、絵画療法や遊戯療法など非言語的な方法を用いたり、個別ではなく集団のなかで対応する集団療法を導入することが少なくない。

また、家族全体の問題ととらえる場合、家族全体を対象とする家族療法や家族教育を実施することもある。

VIII、今後の課題

1、関係機関(者)が定期的に情報交換できる場を確保する

教育現場でのメンタルな問題は、一専門職・一機関で対応できるものではなく、結局は関係機関(者)の専門性や立場を超えた活発な討議が繰り広げられ、共通理解が促進されることにある。したがって、日頃からの関係者間の情報交換の場の確保が必要と考えられ、各地域において何らかの定期的な協議会開催が求められる。

2、メンタルヘルス分野における学校保健部会の活性化させる

学校保健のキーパーソンの一人と考えられる学校医において、メンタルヘルスに関わる問題に対しても対応が求められている。したがって、メンタルヘルスに関する専門性の向上を目指した研修システムが不可欠で、学校医を積極的に活用する姿勢が望まれる。

また、その基盤となる学校保健部会などを活性化させるために、スクールカウンセラーなどの積極的関与も必要である。

3、教育相談機関において精神科医など医療専門家を確保する

教育相談機関が相談を受理するにあたり、当初から精神医学的対応が必要と考えられる事例が存在し、その見極めのため初期段階での医療専門家によるチェックが大切である。そのため、各教育相談機関において精神科医など医療専門家を嘱託などの形で確保することが望まれる。

保護者から精神科医療機関への直接的なルートだけではなく、教育相談機関が介在し、適宜、精神科医療機関につなげるルートも拡充させていく必要がある。

4、メンタルヘルスにおいて小・中・高校の一貫した健康管理体制を整備する

児童・生徒が発達途上であることを考えれば、問題の発見や対応に関しては長期的かつ持続的な展望にたった健康管理の視点が求められる。具体的には、小学校就学前の養育相談や就学相談の時点からメンタルな問題も視野に入れておく必要がある。また、小学校、中学校、高等学校へのそれぞれの区切りにおいて、援助を必要とする児童・生徒に関する情報伝達や連携方法について体制整備していく必要がある。

5、教育関係者の研修カリキュラムにメンタルヘルス関係プログラムを拡充させる

教育関係者の研修カリキュラムの中に、基本的な精神医学の習得や児童・生徒にメンタルな問題が疑われた際の対応方法を学べるプログラムを拡充させる必要がある。そのため、研修カリキュラムの見直しや実施方法の再検討が必要である。

参考文献

- 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
- 4)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
- 5)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
- 6)大西守：学校と医療・相談機関との連携。病院・地域精神医学：470-474,2002

フランスにおける学校での精神保健活動

分担研究者：

大西 守

(社)日本精神保健福祉連盟 常務理事

研究協力者：

村橋明子 フランス臨床心理士

目 次

1.序論

2.教育現場での精神保健活動の歴史

2.1.学校心理士

2.2.心理指導相談員

3.学校心理士と心理指導相談員の資格と役割

3.1.資格習得条件

3.2.学校内での役割

4.フランスにおける学校での精神保健活動の課題と展望（文部省公式報告書「学校の精神保健に関する5カ年プログラム」より）

4.1.生徒の精神障害発見の遅れ

- 学校職員への実践的なワークショップ
- メンタルヘルスの評価ソフトの導入

4.2.治療中断と再発

5.総括

1.序章

フランスにおける学校での精神保健活動は主に 1989 年に国家資格となった幼稚園、小学校などの初等教育に関わる学校心理士(Psychologue Scolaire)と 1991 年に国家資格となった中学校、高校の中等教育に関わる心理指導相談員 (Conseiller d'Orientation·Psychologue)とが中心となって行なわれている。このレポートでは、学校心理士、心理指導相談員といった役職が設立されるまでの歴史、学校での主な役割を概観しながら、フランスにおける精神保健教育の現状について報告し、ついで 2003 年に文部省により発表された「生徒の健康、予防と教育の 5 カ年計画」という研究報告書の中の「学校における精神保健に関する調査研究」を紹介し、今後の課題と展望を提示する。

現在、フランスにおける学校心理士の数は初等教育(フランスの場合は幼稚園、小学校に通う 2 歳から 11 歳を指す)の生徒数 500 万人に対して 3 千 5 百人で、パリなどの都市部では、学校心理士 1 人当たり 1,000 人から 2,000 人の生徒を管理していることとなる。

一方、心理指導員においては 1 人に対して、平均 1,400 人の生徒をみており、パリでは 4 万人の中等教育の生徒を心理指導相談員 1 人で担当している場合もある。移民二世、三世による非行が社会問題となって深刻化している現在では、学校で起こる問題も多様化し急速に増加している。にもかかわらず、このように学校心理士、心理指導相談員はフランスの教育現場において不足しているのが現状である。

すなわち、精神保健活動に関わる人員不足と学内での心理的問題の増加および多様化の問題を抱えていることから、フランスでは学校職員の児童精神障害に関する知識の普及や児童の精神保健に関わる学外の機関との繋がりの強化など、精神障害の早期発見、予防プログラムの研究に力を入れている。

2.教育現場での精神保健活動の歴史

フランスの精神保健を担う役割は、初等教育(幼稚園、小学校)の学校心理士と中等教育(中学校、高校)の心理指導相談員に分けられるが、それぞれ異なる起源を持ち独自に発展してきたという経緯がある。

2.1.学校心理士

第二次世界大戦後 1945 年にパリ心理学研究所 (l'institut de Psychologie de Paris) が設立され、そこで学校内での心理学的介入の重要性が取り上げられ、初めて学校心理士の養成が試みられた。その後、セヌ教育局により 7 名の学校心理士が実験的にパリの公立小学校に配置される。当時の教育心理学の研究と実践は主に初等教育に適用され、その役

割は、1)生徒の学校への適応を援助し、また学校側が各生徒の状況に対応できるように取りはからう、2)身体、精神障害の調査、およびそのような児童に対する援助を保証する、3)教育法および教育プログラムにおける児童の心理学的結果を調査することが目的であった。

このように学校心理士は戦後まもない学校教育再建のなか、学校が児童の身体および精神障害に対し適切な対応と教育を施すことを目的として教育心理学研究の実践的な試みの中から生まれた。その後、数々の研究結果を踏まえ、1961年に初等教育を対象とした学校心理士の大学認定資格制度が設立され、一定スキルを持つ学校心理士の養成が可能となった。

しかし、その後国家資格をめぐる学校心理士は受難の時期を迎える。当時、サイコロジスト (Psychologue) の国家資格制度も整備されておらず、学校心理士の資格をサイコロジスト資格の中に組み込むか、もしくは独立させるかなどが問題となった。結局、1985年のサイコロジスト国家資格制度の確立の4年後の1989年に、これまで教育現場に根ざして独自の活動を展開してきた学校心理士の国家資格制度がサイコロジストとは別に設立されるに至った。

2.2.心理指導相談員

一方、中等教育(中学校、高校)においては、第二次世界大戦前に生徒達の進路に関して援助する相談員がすでに存在し、戦後も変わらず進路指導を中心に活躍していた。その後メンタルヘルスの重要性が注目されるなか、1985年のサイコロジストの国家資格、1989年の初等教育の学校心理士の国家資格の設立の煽りを受け、1991年にこれまでの進路相談員の枠に中等教育(中学校から高校まで)の心理的なサポートを担当する目的を加え、心理指導相談員としての国家資格が設立された。

このような経緯から、フランスの学校心理士と心理指導相談員の国家資格は、サイコロジストのそれとは応募条件など性質が異なる。後述の資格習得の条件の項で詳しく触れるが、学校心理士は、発達心理学、教育心理学に精通した教育者という認識であり、心理指導相談員は心理学的にサポートしながら学業と進路の援助をしていくことが目的となっている。

学校の精神保健に関する年表

1930年

フランス相談員(中等、高等教育の進路相談員)協会 AGOP (Association générale des orienteurs de France)が設立される。

1945年

パリ心理学研究所 (l'institut de Psychologie de Paris)が開設され、そこで、学校心理士の研修が初めて試みられた。

グルノーブルにおいて Bernard Andrey が初の学校心理士としての役職を得る。

1946年

セーヌ教育局 (Service d'Enseignement de la Seine) の局長 L.David の任命により7名の学校心理士がパリの公立小学校に配置される。

1947年

Langevin-Wallon による学校心理士の基本原則に関する提言。

- 1) 学校と生徒の相互的な適合
- 2) 障害児に対する検診と援助の保証。
- 3) 教育法と教育プログラムの心理学的結果の調査

1948年

中等教育研究者の G.Monod 博士によって実験的にパリの公立高校に学校心理士を配置する。*本来学校心理士は小学校までの役職である。

1949年

セーブルにて第一回学校心理学研究デーが開催される。

1950年

グルノーブルにて第二回学校心理学研究デーが開催される

1951年

初の学校心理士協会 が設立されるが1954年に一時解散する。

1954年

セーヌ教育サービス局はパリ市内でのスクールカウンセラーの配置の試みを中断し、研修制度も廃止する。

「フランス相談員 (中等、高等教育の進路相談員) 協会 AGOP」 から「フランス指導相談員協会 ACOF」 (Association des conseillers d'orientation de France)に改名する。

1960年

セーヌ教育サービス局はパリ市内での学校心理士の研修制度を復活する。

1961年

学校心理士大学認定資格(国家資格とは別)が設置される。

1962年

「フランス学校心理士協会 A.F.P.S.」(Association Française des Psychologues scolaires)が設立される。

エクサンプロバンス、ボルドー、グルノーブル、ブザンソン、カーンの国立大学にて学校心理学研修センターが設立される。

1968年

H.Gratiot-Alphandery によってオベルヴィエールにて学校心理学（教育心理学とは別）に関する研究所が設立される。

1970年

普通学級に適応するための「心理教育援助グループ G.A.P.P.」(Groupes d'Aide Psycho-Pédagogiques)の設立。学校心理士はこのメンバーに任命される。

1985年

サイコロジスト(Psychologue)国家資格制度が設立される。

1989年

学校心理士国家資格制度が設立される。

1990年(3月22日)

学校心理士国家資格の実施

「心理教育援助グループ G.A.P.P.」から「問題児童に対する特別援助ネットワーク R.A.S.E.D. 」(Réseaux d'Aides Spécialisées aux Elève en Difficulté)へ変わる。

1991年

学校心理士の役割を定義する(初の公式文書の発表)。

1992年

問題行動のある子供たちが学級に統合できるように援助する特別クラスを各公立学校に設ける。

1993年

「フランス指導相談員協会 ACOF\$」からフランス「心理指導相談員協会 ACOP· France」(Association des conseillers d'orientation·psychologue de France)に改名する。

1997年

フランス学校心理士協会(A.F.P.S.)による「教育現場での心理学実践マニュアル」を発表する。

3. 学校心理士と心理指導相談員の資格と役割

3.1. 資格習得の条件

学校心理士、心理相談員の国家資格習得の条件はサイコロジストと比較して以下の通りである。

学校心理士

- 教職免許修得者
- 3年以上の教職経験
- 心理学の学士号を所有しているもの
- 書類と面接選考後1年間の学校心理士国家資格研修(年間700時間の研修教育)
(文部省)

心理指導相談員

- 心理学部の学士修得者
- 書類と面接選考後2年間の心理指導相談員の国家資格研修
(文部省)

サイコロジスト (臨床心理士を含む)

- 心理学研究の博士前期課程を終了
- 精神医学関係機関での1年間の臨床研修を終えたものである。
(厚生省)

これらの応募資格から見てわかるように、学校心理士と心理指導相談員の大きな違いとして学校心理士は心理学的介入が可能な教育者という認識である点である。3年間の教員としての経験を問うなど、学校側の視点を十分に持ち合わせていることが特徴である。

フランスの教員資格に関して日本と異なる点を説明すると、フランスの場合教育機関は、(カトリック学校、日本人学校やアメリカンスクールなどの外国人対象の学校を除いて)ほとんどが公立で、幼稚園から小学校まで(2歳から11歳まで)の初等教育の教員免許は同様である。

また、サイコロジストの国家資格は厚生省であるが、学校心理士、心理指導相談員は文部省の管轄となっている。

3.2. 学校での役割