

本書の活用にあたって

昨今の教育現場において、メンタルな問題が疑われる児童・生徒の問題は深刻である。日常からの啓発予防活動はもちろんのこと、実際に問題が発生した際の対応など、関係者の悩みや疑問はつきない。本マニュアルでは、教育現場という枠組みを意識し、教育現場で「できること」「できないこと」を明確にしながら、一連の対応の流れをしめした。

小学生から高校生までを対象として想定しているため、各学校や年齢層の相違から問題意識が異なる部分もあるだろう。したがって、より精神医学的な知識を深めたい場合は、他の成書を参考にされるとよい。

精神障害、精神障害者という語句の使用について若干つけ加えておきたい。精神障害、精神障害者という語句への差別・偏見が存在する以上、対応事例への人権の配慮が最優先されるのはいうまでもない。それでもあえてメンタルな問題を持ち出しているのは、教育現場において精神障害が疑われる児童・生徒において、精神疾患・精神障害の存在が見過ごされ、結果的に適切な対応がなされていない場合があると考えからである。言い換えれば、適切な精神医学的治療によって回復する可能性があるにもかかわらず、回復する権利が阻害されているのである。

もちろん、最終的な判断は児童・生徒・保護者と精神科医など専門家との間において行われるものであるが、教育現場においてもメンタルな問題に対し早期に積極的に介入する姿勢が求められる。

教育現場の問題は多様で刻々と変化しており、マニュアル通りの対応はあり得ないが、本書の活用によって、教育関係者のメンタルな問題・事例についての理解が向上し、教育現場での対応と指導がより適切なものになることを期待する。

目 次

I、児童・生徒のメンタルな問題への精神医学的視点とは……………	87
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	
2、医療関係者と教育関係者とは基本的スタンスが異なる	
3、精神疾患・精神障害の早期発見は重要である	
4、cure(治療)とcare(ケア、癒し)を混同しない	
5、児童精神科医の確保や精神医学的知識の習得に努める	
II、教育現場でメンタルヘルス活動を推進するには……………	88
1、教育現場においてメンタルな問題をタブー視しない	
2、教育関係者のメンタルヘルス活動を支援する体制を構築する	
3、メンタルな問題でも担任教諭はキーパーソンである	
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	
5、スクールカウンセラーを有効活用させる	
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	
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	
III、学校内において事例検討会・研修会を開催するには……………	90
1、校内での事例検討会・研修会を定期的を開催する	
2、事例検討会の開催には一連の準備が求められる	
3、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	
4、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	

IV、教育現場でメンタルな問題が疑われた際の介入方法……………91

- 1、「事例性」と「疾病性」と2つに分けて把握する
- 2、保護者に説明する際にも「事例性」を心がける
- 3、「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
- 4、緊急度によっても介入方法が異なる

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……………94

- 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
- 2、精神科領域での病名などの管理を厳重に実施する
- 3、同級生などにどこまで病気を伝えるべきか

VI、外部機関、他職種への紹介の仕方……………95

- 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
- 2、依頼目的を明確化させる
- 3、依頼は文書によることが望ましい
- 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

VII、今後の課題……………96

- 1、関係機関(者)が定期的に情報交換できる場を確保する
- 2、メンタルヘルス分野における学校保健部会を活性化させる
- 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
- 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
- 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

参考：精神科などの標榜科に関して..... 97

参考文献

I、児童・生徒のメンタルな問題への精神医学的視点とは

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である

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を強調したい。

「お腹が痛い」と訴える児童を想起してみよう。教室の隅で元気が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。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。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、保護者の判断によって病院に連れていく場合もあるし、自宅で様子をみる場合もある。

つまり、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。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、〇〇病院を受診すべきです」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当てはまる。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。

2、医療関係者と教育関係者とは基本的スタンスが異なる

児童・生徒に接する際に、医療関係者と教育関係者との間には、基本的スタンスに相違がある。医療関係者は病的部分を早期に発見し治療することを原則とする。一方の教育関係者は、健康な部分を見つけ時間をかけて育てるという姿勢の違いである。また、精神科医に診せること自体が精神障害者のレッテル付けにつながるとの偏見が、教育界に根強いことも指摘される。

3、精神疾患・精神障害の早期発見は重要である

精神医学的な立場から、早期の精神科受診の重要性を強調する理由は、不登校や“ひきこもり”の背景に、中学生以上では精神疾患・精神障害(主に統合失調症やうつ病など)の可能性があるからである。ところが、精神科医は治療者というイメージが強いため、精神医学的治療の必要性の判断を精神科医に求める発想に欠けるきらいがある。病気であれば、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のはいうまでもない。

また、乳幼児期からの発達障害や行為障害に関して、関係者が母親の養育態度など母子関係や養育環境に焦点をしばるあまり、脳器質性障害の検索が軽視される傾向も見受けられる。

4、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、教育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限界や対象を常に意識しないと、cure と care を混同してしまう危険性がある。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求められる。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。

5、児童精神科医の確保や精神医学的知識の習得に努める

日本では児童精神科医が少なく、相談したくても適当な医療機関が少ない現状がある。しかし、事例検討会や研修会などを通じて、地元の精神科医と交流をはかり、教育関係者が気軽に相談できる精神科医の確保に努めたい。

精神科薬物療法に関しても教育関係者や保護者は不信感を抱いていることがある。「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。なんでも薬物療法で解決するわけではないが、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性がある。

II、教育現場でメンタルヘルス活動を推進するには

1、教育現場においてメンタルな問題をタブー視しない

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、メンタルヘルスに関し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、教育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。そのためには、メンタルな問題をタブー視することなく、真摯に受け止める姿勢が求められる。

2、教育関係者のメンタルヘルス活動を支援する体制を構築する

教育関係者への支援体制として、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相談できる専門家・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、メンタルな問題でも担任教諭はキーパーソンである

児童・生徒に生じるさまざまな問題の第一発見者として担任教諭の役割は重要である。身近な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。

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、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、養護教諭は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、養護教諭の複数配置やメンタルヘルスに関する研修など、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活用させる

教育現場においてメンタルな問題の専門家としてスクールカウンセラーが定着したが、まだその活用方法は不明瞭である。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。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多く、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である。ただし、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、健康全般の問題として保護者などに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。

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、必要に応じて精神科医などにつなげていく。

Ⅲ、学校内において事例検討会・研修会を開催するには

1、校内での事例検討会・研修会を定期的に開催する

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ことから事例検討会や研修会を定期的に開催する必要がある。

校内だけの話し合いの場も重要だが、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、学校関係者との相互交流につながる。

2、事例検討会の開催には一連の準備が求められる

学外の関係機関に援助を依頼する際には、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。

事前に事例の概要を参加者に配布する必要がある際には、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い、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、地元の保健所、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。

3、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。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。

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。

4、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

1、「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、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。

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。

2、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。知らず知らずのうちに「疾病性」を優先させている。教育関係者は、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。「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するのも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、教育相談所をはじめ、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。

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。

3、「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のるという具合に、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、動作がちぐはぐだったり、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ぶ。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。

学校で重要なのは、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ことである。

4、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。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、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。

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、事例性ののっぴ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。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用がある。

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

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。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、人脈に頼る部分が多い。

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来る。

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。

実際には、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。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。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。そうした場合でも、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。医療・保健分野の慣習として、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だからである。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。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。

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、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、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で、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：精神科などの標榜科に関して

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。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、医療機関付属施設を除いて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いる。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、予約したうえでの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。

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
- 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
- 5)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

ヨーロッパにおける精神保健の現状と課題

分担研究者：

大西 守 (社)日本精神保健福祉連盟)

研究協力者：

村橋明子 (パリ大学)

I、序論

WHO にみる精神保健活動の基本的な理念は、「社会の中における個人の QOL の向上または維持」である。この理念には大きく分けて 2 つの方向性があると考えられる。一つは従来の精神障害に関する対応であり、もう一つは精神障害の予防の問題、例えば児童思春期の精神保健問題、労働者の雇用問題、高齢者の QOL 問題などである。

本調査研究の目的は WHO の精神保健活動の方向性の概略を紹介し、ヨーロッパではどのような問題があり、どのような解決策を講じているのかを概観する。

II、精神疾患の世界的罹病率

現在、アルコールと薬物使用者を含み、4 億 5000 万人が何らかの精神もしくは脳疾患により苦しんでいる。罹病率の順に、うつ病が 1 億 2000 万人、アルコール関連問題が 7000 万人、てんかんが 5000 万人、アルツハイマーが 3700 万人、統合失調症が 2400 万人 (WHO 2001 年)、自殺が 81 万 5000 人 (WHO 2002 年) となっている。

特に、うつ病 (男性 1.9%, 女性 3.2%) と薬物使用 (男性 2.8%, 女性 0.5%) の罹病率における性による格差は注目すべきである (WHO 2001 年)。女性に罹病率の高い精神疾患があることには遺伝的もしくは生物学的因子など多くの理由が考えられるが、加えて女性は社会における不公平な立場、すなわち雇用や教育などにおける差別を経験するため、精神的社会的因子も重要な役割を果たしていると考えられる。つまり、これらの社会的環境が女性により強いストレスをもたらしているということである。

一方、男性においては薬物使用の罹病率が高いことは全世界的な現象で、生物学的、精神医学的および精神社会的因子によると言われ、女性の薬物使用の罹病率も世界中の多くの地域で急速に増加していることが注目されている。

この罹病率をうけて、WHO はどのように精神保健を定義し、その活動を展望する。

III、WHO による精神保健政策

1、定義

精神保健とは、精神障害におかされていない状態のみを示すのではない。精神保健の積極的な意義は WHO の健康に関する定義の中で次のように示される。「健康とは身体、精神、社会において完全に充足されている状態のことであり、たんに病気や障害がない状態を示しているのではない」。191 名の WHO のナショナルメンバーは、さらに詳しく以下のような精神保健に関する基本的な政策の枠組みを承認した。

-個人が自己実現し、日常生活で起こりうるストレスを乗り越え、生産的で有益な労働を果たし、それぞれのコミュニティに貢献している状態を保つこと。

- 精神保健の向上を目指し、あらゆる方面での援助を見直す。その一つとして 個人の資力や能力 といった 社会的経済状況を支援することも含まれている。
- 精神保健のケアに定められた資金は一般的に精神障害者のための特別な手当や治療に使われ、次に共同体の待遇に関して彼らの社会復帰サービスに当てられる。そして残りを精神保健のプロモーションに貢献される。
- 精神保健のプロモーションは保健、産業、雇用、教育、環境、交通機関、福祉厚生局及び経済局などの公共事業や支援団体及び NGO と協力しながら活動を行なう。

このように、WHO は精神保健に関して精神障害者に関わる問題に限らず、予防の意味でも社会のあらゆる分野における精神保健の問題を認識し解決するように勤めるべきであると各国政府に呼びかけた。

それは、社会の中でアウトサイダー化した難民、災害被害者、移民、精神障害者、高齢者、身体障害者、虐待児童、貧困者などを社会に統合することを目的とした。とりわけ、早急に向き合うべく課題として、児童思春期、雇用、高齢者の精神保健の向上という3つの課題が問題となっている。

2、子供と思春期の精神保健の向上

子供の精神保健に関して WHO は母親と乳児の相互関係の向上と児童の学校環境の向上といった2つの精神保健プログラムを制作した。新生児や乳児の心理的発達、親との相互的な関わりによるところが大きく、WHO は子供の愛着、社会性、認知、身体の発達を敏感に促進することができるよう親子の相互関係の質を改善することに焦点をあてている。このように WHO は特に社会的にストレスな環境にある母親と乳児の相互関係を改善するための国際的なプログラムを準備している。

さらに、WHO は教育機関が子供の教科学習だけでなく、社会生活に関して学ぶ重要な役割、例えば児童の健全な愛着や社会的発達を促すための全人的な教育の役割を積極的に行なうべきであると明示している。つまり、学校では基礎学力に加え、問題解決能力、批判精神、コミュニケーション力、人間関係の維持、共感性、感情の自制などの能力が児童や思春期の精神衛生上の大きな役割を担っていることは、子供の精神保健に関して要といえる。よって、WHO は学内にてより良い心理社会的な環境を促進することに焦点を当て、子供たちにとって開かれた学校となるように活動を促している。

開かれた学校とは、具体的に男子生徒と女子生徒のジェンダーフリーや同様に異文化、異なる宗教、異なる社会階級のジェンダーフリーを推進することを意味する。また、生徒間での協力や共同活動を支援し、身体へのからかいやいじめを赦さないという支援的で、精神的に豊かな環境を与えることを目指している。特に、児童の現実の精神生活に適した教育、すなわち友人関係や家族生活を構築することを援助し、学業の適正と同様に創造性を支援することで、高い自尊心と自己信頼感を促す教育を目指すことである。

3、雇用環境の向上

雇用環境に関する精神保健活動は2つの観点から述べられる。一つは職場での精神保健、もう一つは失業時の精神保健活動である。

まず、職場における精神保健活動で重視すべきことは、職場において他の労働者との価値の共有ができていないか、個人の仕事内容に対する肯定的な感情が保たれているか、仕事と個人の能力のバランスはとれているかに注目し、個人の社会的な適応能力や職場での心理的な発達、仕事のスキルの向上を支援する事があげられるのである。

失業に関しては、特に若者の失業が問題になっており、若者の雇用には仕事を速やかに見付け就職できるような適時性を重視したプログラムが必要となる。例えば、雇用のポストを新たに作り、複雑な研修を免除し、社会的な適応能力や就職活動のスキルに関して若者に教育することで、社会経験や習得スキルの少ない若年層の雇用を促すことの必要性が訴えられている。

4、老人の精神保健の向上

世界中で人口の高齢化は大きな問題となっており、2050年には10億2千万の高齢者が先進国の4分の3を占める計算となっている。このような予測を踏まえて、高齢者の精神保健の向上を促す活動として最も力をいれるところとして、QOL（生活の質）の向上があげられる。具体的な取り組みとして、WHOでは疾病率及び死亡率に関する資料を制作し、それら高齢者のQOLを評価するツールとして考えられている。

WHOは、国の活動プログラムの中に精神保健を組み入れていくことを各国に要請している。それは従来の精神障害に関しての取り組みだけでなく、上記のように精神障害者も含めた社会における個々人のQOLの向上を目指し、ひいては精神障害の最大の予防となりうるというのが、WHOの精神保健活動に関するグローバルな展望である。

WHOの世界的な精神保健活動の展望を受けて、ヨーロッパではどのような問題に直面しており、どのような対策が講じられているのかをWHO Europeにより概観していく。

IV、ヨーロッパにおける精神保健の現状

1、罹病率からみるヨーロッパの精神保健政策の必要性と意義

近年、ヨーロッパにおける保健衛生政策の検討課題として精神保健が重要な位置を占めつつあることが顕著となった。"The World Health Report 2001"は精神保健の問題について大半が占められている。

また、世界銀行の調査では閉塞した経済状況を改善するためによりよい精神保健衛生の確立が重要な戦略の一つとしている(World Bank 2002)。EU、Council of EuropeならびにWHOヨーロッパ地域加盟国すべての52カ国が"Declaration and Action Plan on mental health in 2005"(World Health Organization 2005a, 2005b)にて精神保健の重要性を支持している。

さらに、EU は同年、ヨーロッパにおける精神保健の状態に関する報告ならびに EU の精神保健向上に関する対策 (Commission of the European Communities 2004; G.Henderson et al. 2004; Jane-Llopis and Anderson 2005) に続いて、精神保健における Green Paper (政策提案書) を発表している。

こうした精神保健政策に対する世界的な関心の高まりは、遅すぎるとも言える。ヨーロッパでは 4 人に 1 人が生涯に明らかな精神疾患のエピソードを経験しているが、その必要性と適切なサービスを受けることができるかに関しては、まだまだ大きな隔たりが存在する (Kohn et al. 2003)。例えば、自殺はヨーロッパにおける若年死亡の原因のトップ 10 にランクされ、the overall burden of illness をさらに 2% 上昇させている原因であることが分かっている (World Health Organization 2005c)。自殺率は女性より男性に非常に高く、そして交通事故後に高くなることも分かっており、15-35 歳の男性死亡率における重要な原因となっている。

ヨーロッパにおいては、精神保健問題が全ての disability burden of ill health の 40% にあたると考えられている。しかし、全保健衛生支出における比率は 5% 以下と、非常に低い数値となっていることもヨーロッパでの精神保健に関する現実への対応の鈍さを示している。

精神保健の disability of burden calculations が過小評価されてきた理由として、精神保健の問題が多くの人々の人生の局面、すなわち身体的な健康問題、家族関係、社会ネットワーク、雇用状況、所得、より包括的な経済状況においての影響を認識できなかったからである。さらに、この問題が他の家族に与える影響が実に深刻であるのもかわらず、問題として扱われることはいまだに少ない。

ヨーロッパでは、ほとんどのケースにおいて精神保健問題に伴う不名誉が差別を生み出しており、精神保健問題に予算を投じることに露骨に反対する政治家さえもいる (WHO Europe 2005)。問題の認識や治療における進歩に加え、政治的な関心が高まっているにもかかわらず、ヨーロッパでは状況が改善するよりも悪化している地域すらあるのが懸案事項である。中央および東ヨーロッパにおける急激な経済成長と社会的変化によって、アルコール問題、暴力、自殺が増加し、精神保健のケアを受けることができる人口が減少しつつあるのが現状である。紛争、虐待、経済難民などに巻き込まれた人々の精神保健の必要性はますます危機にさらされている。

また、ヨーロッパの人口統計の変化によると明らかに加齢に関連した必要性がこれから数十年続くと予想される。一般的にほとんどの精神疾患において年齢に特異的な疾患発生率の上昇というものは考えにくいですが、国によっては経済および社会の不安定によって容赦ないプレッシャーがもたらされている。

ついで、精神保健にとって無視できない問題として貧困がある。ヨーロッパでは劣悪な精神保健と社会的貧困の両者には強い相関関係があり、両者はともに影響し合う。つまり、失業率の高い地域では精神保健問題のリスクが上昇し、精神疾患を抱えた患者においては高い率においてホームレスになる傾向が見られる。特に、精神疾患を抱えた患者の子供における長期的な影響は実に深刻であるとの報告がある (WHO Europe 2005)。

もちろん、精神保健問題に対する経済的なコストは甚大である。数年前の国家予算によると、EU-15 の GNP 3-4% に相当する。職場においては欠勤やパフォーマンスの低下から、