

学校と医療の連携 ～宮城県仙南地区における取り組み～

大塚達以¹⁾、木戸口千尋²⁾、佐藤純子³⁾、鈴木春香⁴⁾、齋藤和子⁵⁾

キーワード：1. 学校メンタルヘルス 2. 学校と医療の連携 3. メンタルヘルスの普及啓発
4. 精神疾患の早期発見・早期介入

Key words：1. school mental health, 2. school based mental health care, 3. mental health promotion, 4. early intervention in mental illness

抄 録

子どもの心の問題への対応には、学校と医療の連携が不可欠である。児童精神科臨床においては、子ども達の心の問題の背景に様々な環境要因が関与するため診察室内だけで完結せず、学校情報や学校介入を要することが多い。一方、学校現場では教育の範囲で様々な取り組みが行われているが、医療的視点からの対応を要し学校内対応では不十分な場合も多い。しかし、効率的で有効な学校と医療の連携の形は未だ確立してはおらず、相互理解の乏しさや、精神疾患への偏見も存在し、スムーズな連携が行われているとは言い難い。そのような中、学校現場におけるメンタルヘルスの普及啓発や精神疾患の早期発見・早期介入を目的として、平成22年より宮城県仙南地区にて、3つの高校と1つの中学校を対象に、県主導のモデル事業が展開された。本事業の主な内容は、①学校内で行われる支援委員会、②教師・生徒向けの研修会、③心の健康調査、④合同事例検討会、⑤専門外来の開設であり、医療スタッフが学校現場に積極的に介入した。学校と医療の連携のコアとなったのは、モデル校で開催された支援委員会での事例検討会であり、検討会を通して学校と医療の相互理解が深まり、学校現場でのメンタルヘルスに対する理解や生徒への対応力が向上したと考えられた。学校と医療の連携のためには、顔の見える関係の構築とその継続を可能とする連携システムが必要である。

本論文の内容は第19回日本精神保健・予防学会学術集会でシンポジウム2（2015年12月12日、仙台国際センター、座長 大塚達以、齋藤和子 宮城県立精神医療センター）として発表したものを中心にまとめた。

Collaboration between Schools and Mental Health Services

OTSUKA Tatsui, KIDOGUCHI Chihiro, SATO Jyunko, SUZUKI Haruka, SAITO Kazuko

- 1) 宮城県立精神医療センター児童精神科、Miyagi Psychiatric Center
- 2) 宮城県立精神医療センター社会生活支援部、Miyagi Psychiatric Center
- 3) 角田市立角田中学校校長（現）角田市立図書館館長、Kakuda Junior High School
- 4) 宮城県立名取北高等学校養護教諭（現）宮城県立蔵王高等学校養護教諭、Miyagi Prefecture North-Natori Senior High School
- 5) 宮城県立精神医療センター社会生活支援部（現）みやぎ心のケアセンター、Miyagi Psychiatric Center

「学校と医療の連携 ～宮城県仙南地区における取り組み～」

I. はじめに

児童精神科臨床に携わる関係者であれば、「学校との連携をどのように行うのがいいのか？」という問いについて、一度は考えたことがあるのではないだろうか。児童精神科の診療は診察室内だけで完結することは少なく、多くは家族問題や学校問題などを孕んでおり、家庭や学校の情報や介入なくして治療を語ることは難しい。治療の枠組みの中における学校との連携のあり方については、個別性が高く医療機関によって千差万別であると思われるが、何らかの形で学校から情報を頂き、その上で医学的なアセスメントをフィードバックし、学校対応についてのアドバイスを行っていると思われる。一方で子ども達が日々通う学校現場では、子ども達の“心の問題”への対応に迫られており、個別対応をはじめとした臨機応変な対応、研修会などを通じた理解の促進、巡回相談、スクールカウンセラー（以下、SC）・スクールソーシャルワーカー（以下、SSW）の導入など、様々な取り組みが行われているが、学校現場だけで対応しきれない場合も少なくないのではないかとと思われる。通院している子どもの場合、すでに医療機関と情報共有を行っているが必ずしも効果的な連携になっていないことや、どのように医療機関とコンタクトを取ればいいのか迷っていることもあろうかと思う。また一次予防の観点から、学校における子ども達のメンタルヘルスへの感度を高くし、心の問題が生じたごく早い段階で迅速にかつ的確な対応が行えるような体制の構築が求められ、医療機関や相談機関へ繋げる必要性の適切なアセスメントなど、学校には“心の問題”への高い対処能力が求められるようになってきている。しかし、子ども達の抱える“心の問題”は現場で対応できる容量を超えており、何らかの形で医療が学校の対応をサポートする必要があると思われる。そのためには現場の実態とニーズを知り、実情に合ったサポートを行えるような学校と医療の連携が必要である。

学校と医療が連携して子どもの心の問題に取り組んでいくことが必要であることに異論はないが、有効で効率的な“学校と医療の連携”とは如何なるものか、総論的に語られることが多く各論となると答えを見出すことは容易ではない。本稿では、宮城県仙南地区にて実践している学校と医療の連携の実態を現場の声を中心に紹介し、その実態から見えてきた課題や今後の展望について考えてみたい。

II. 宮城県における若年者メンタルヘルス対策

全国的に子ども達の“心の問題”は注目されており、厚生労働省による「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において若年者に向けた普及啓発・早期介入の重要性が指摘されている。しかしながら、これまで宮城県において、“心の問題”については、精神疾患への不安や偏見が先行しているという実情もあり、対策は十分に行われているとは言えない状況であった。

そのような中、宮城県では平成20年度に開催した宮城県精神保健福祉審議会において「若年者に対する精神保健福祉施策の充実」に関する部会設立提案を受け、平成21年8月に「若年者対策検討部会」を設置し、若年者の自死対策を含めた精神保健対策の検討を行うこととなった。平成24年2月には若年者の自殺対策を含む精神保健対策として、「普及啓発活動の推進」、「診療・相談・支援システムの整備」、「学校における精神保健の強化」、「精神保健従事者の研修と育成」、「調査・研究活動」、「施策推進体制の確立」の取り組むべき6つの課題と方向性について取りまとめ、平成24年3月に宮城県精神保

健福祉審議会に報告し、県への答申が行われた。

こうした検討の過程で試行的事業や調査の実施などが必要との意見が出され、若年者に対する早期介入のモデル事業として、宮城県では平成22年度から、「地域や教育機関と連携し、精神疾患を発症し始める若年層に対して、精神疾患に関する正しい地域の普及や偏見を取り除くための啓発活動を実施し、未然防止及び発症をした場合であっても、早期に医療に繋がり、予後改善が図られること」を目的として、宮城県南部の高等学校3校を対象に早期介入・普及啓発事業（以下、「EI事業」とする）を宮城県立精神医療センター（以下、精神医療センター）に委託し実施することとなった。平成25年度にはこのEI事業についての中間報告がなされ、学校がもともと持っている精神保健機能の底上げが重要であるとの意見や、早期介入の視点からさらなる試行事業が必要との意見が出された。これを受けて、平成26年度からEI事業の対象を中学校に拡充し、新たに県南部の中学校1校へのモデル的な取り組みを行うこととなった。宮城県全体として、このようなモデル事業を通して、若年者のメンタルヘルス対策の取組を推進している。

Ⅲ. EI事業 ～宮城県立精神医療センターにおける取り組み～

1. 精神医療センターとEI事業の概要

精神医療センターは、宮城県仙台市の南に隣接した名取市にある精神科病院で、宮城県南部（仙南地区）を中心に、精神科救急、精神科リハビリ、訪問等の地域連携など幅広く精神科医療を提供している。精神医療センターでは、宮城県からの委託を受け、平成22年度からEI事業を実施し、精神医療センターの所在地である名取市と精神疾患に対する早期介入（Early Intervention：EI）にちなんで「名取EI事業」と称している。名取EI事業は、15歳～19歳の若年者層を対象とし、精神疾患の早期発見・早期介入を目的とした啓発活動を行う「普及啓発チーム」と、初回精神病エピソードに対する心理社会的プログラムを通して早期治療を行う「早期精神病介入チーム」の2つの活動から構成されている。

2. 「普及啓発チーム」の取り組み

1) 支援委員会への参加と合同事例検討会

平成22年度から平成26年度までの5年間は高校3校へ、平成26年度から現在までは中学校1校への精神医療センターのスタッフが学校で開催されている支援委員会に参加している。支援委員会とは、各学校で既存していた不登校の生徒や教員が気になる生徒など生徒のメンタルヘルスについて検討する委員会へ精神医療センタースタッフがオブザーバーとして参加したものである。

宮城県のEI事業が実施開始された初年度の平成22～26年度まで高校3校の支援委員会に参加し事例検討会を行った。精神医療センターから精神科医・保健師（以下、PHN）・精神保健福祉士（以下、PSW）・臨床心理士（以下、CP）・作業療法士（以下、OT）、学校からは、教頭、保健厚生部の教員、各学年主任、担任、養護教諭、SC、SSW等多種職が参加した。支援委員会は、月1回から3ヶ月に1回、授業終了後の15時半より約1時間半実施された。ロの字形で机が配置され、教頭や保健厚生部の教員が委員会を進行した。学年主任や担任から参加者へ精神的に不調をきたしてしていると懸念される生徒について概要が説明され、参加者での情報交換や、精神医療センタースタッフから教員へアドバイスやコンサルテーションを行った。

平成26年度からは、EI事業の対象が中学校に拡大され、県南部の中学校1校の支援委員会へ参加し

事例検討会を行うこととなった。同委員会には高校における支援委員会への参加職種に加え、市町村教育委員や保健師が参加した。支援委員会は、月1回、16時～17時の1時間で実施された。構成や進行、内容については、上記高校3校と同様に行われた。高校における支援委員会での事例検討会からの変更点とは、「事例検討会用インテーク用紙」を作成し活用している点である。インテーク用紙には検討課題の項目を設け問題点を明確にし、家族背景、生活史、趣味・特技、校内活動、交友関係、学習面などを含め生徒自身を多面的に理解できるようにした。全体像の把握がその主な目的ではあるが、学校現場で医療的視点の理解促進を図ることも視野に入れ導入することとなった。

2) 教師・生徒向け研修会の実施

学校にて疾病理解や心の健康問題などについて講演会や研修会を実施した。教員対象は、疾病や発達障害への理解を深めるもの、生徒対象は、ストレスやこころの健康について学ぶもののニーズが高かった。規模や内容に合わせて講義やグループワークを取り入れながら実施した。

3) 高校3校への心の健康調査の実施

平成23年3月11日に発生した東日本大震災に伴い、生徒のストレス度調査のため「うつ病評価尺度」「不安自己評価尺度」「出来事インパクト尺度」を用い、記名式で調査を実施した。生徒・保護者へ説明を行い、同意を得た場合のみ調査を行った。学校のみ個人が特定できるようにし、学校で個人面談の実施や、医療へのコンサルテーションを行うなど生徒の健康を守るツールとして活用された。

4) 高校3校合同での事例検討会の実施

精神医療センターを会場とし、3～4ヶ月に1回、授業終了後の16時～17時に開催した。精神医療センターから精神科医、PHN、PSW、CP、OT、学校からは養護教諭が参加した。各高校が順番に事例発表を担当し、気になる生徒について、共通のインテーク用紙を用いて事例検討会を実施した。担当した学校の教員が生活歴や家族歴、学校での様子について概要を説明し、検討課題の共有や医療スタッフ・教員それぞれの視点からの意見交換を行った。

5) 専門外来の開設

地域との連携を重視した活動を充実させることとし、若年者層の診療・相談システム強化を目的に平成23年7月に精神医療センター内に専門外来「ユース外来」を開設した。対象年齢を15歳～19歳までとし、学校・保健所・市町村などの相談機関からの紹介に限定した。受診相談のインテーク後に児童精神科医、PHN、PSW等多職種で受診調整会議を実施し、受け入れを決定した。受診対象外となったケースについても、対応や適切な相談先を提案するなど助言を行った。開設当初は、支援委員会参加3校の高校からの紹介が多かったが、事業終了前の1年間にはモデル校からの紹介が減る一方で、モデル校以外の学校からの相談は増加するようになった。

Ⅳ. 学校・医療連携の実践 ～名取北高校～

本校は宮城県仙南地区の公立高校であり、840名が在籍している。生徒は名取市内・仙台市内を中心に、亘理・岩沼・角田方面より通学している。平成23年3月11日に発生した東日本大震災では、自宅

が倒壊・半壊した、家族や友人を亡くしたといった非常に辛い経験をした生徒も多数在籍している。

本校が名取EI事業に参加したのは、平成22年のことだった。精神医療センターが「若年者のメンタルヘルス向上を目的とした早期介入のための試行事業」として始めた本事業において、本校を含む宮城県仙南地区の公立高校3校が普及啓発のモデル校となったことがきっかけであった。名取EI事業が始まる前までは、本校と医療機関との関わりはほとんど無く、生徒が心の健康問題を抱え受診しているケースでも、主治医との情報交換が難しいことがほとんどであり、生徒の状況がつかめないことが多かった。プライバシーの問題があるため、学校が踏み込める範囲も限られていることから、学校は「生徒にふさわしい支援」「生徒が望む支援」をどのように行うべきか迷うケースが非常に多かった。本事業に参加してからは、精神医療センターからの的確な助言を受けることができるようになり、生徒への支援が充実したものとなった実感がある。また、医療機関との連携の取り方についても助言を受けることができ、学校がどのように医療機関と関わり、役割分担をしながら生徒を支援していくべきか明確化したことも、大きな成果であったと感じた。名取EI事業開始後5年間にわたって、様々な活動へ参加することとなった。

本校が参加した事業内容は、大きく2つであった。

1. 「事例検討会」の開催

1つ目は「事例検討会」の開催である。事例検討会は校内の関係者(支援委員会)で行うもの、事業へ参加している公立高校3校の代表者が集まり合同で開催したものと2つある。それぞれ年3～5回行った。

支援委員会内での事例検討会は「気になる生徒」について情報を共有し、今後の支援方針を検討することが目的であった。事例として挙げられる生徒は不登校・学校不適應の生徒、精神疾患や発達障害やその疑いのある生徒、震災後の精神的不安定など多岐にわたる。参加者は校長・教頭・学年主任・担任・部活動顧問・校内教育相談担当者等であった。事例のほとんどは、複数の問題が重なり複雑化しているケース、校内支援だけでは解決が難しいケースであった。教員は心の健康問題について知識不足であり、表面上にある問題や経験にとらわれがちであることから、本質となる問題背景を見落としたり、本人や保護者への具体的な支援方針の検討まで至らなかつたりといった問題があった。

そのような中、平成22年度より本会議へ精神医療センターの医師・PSWが参加し、事例に対して指導助言をいただくこととなった。校内の支援委員会での事例検討会へ精神保健の専門家に参加していただいたことにより、医学的見地より助言をいただくことができた。今まで教員が見落としがちだった「事例の中の注目すべきポイント」が明確となり、心の健康問題へ早期介入・早期対応が可能となった。更には、今まで一辺倒だった生徒への支援の幅が広がり、生徒の事例に添った的確な支援が可能となった。

精神医療センターとの連携は、生徒だけでなく教員の支えにもなっていた。教員が身近な事例から心の健康問題について学び、視野を広げ認識を深める契機となった。心の健康問題への理解が深まったことで、支援を必要とする生徒を早期に発見し、粘り強く関わるることができたことで、深刻化するケースが減少した。また、学校内でのスクールカウンセラーの重要性が再認識されるきっかけとなり、校内の役割分担が明確化し支援の幅が広がった。

2. 「心の健康調査」の実施

2つ目は「心の健康調査」の実施である。東日本大震災後の心のケアの一環として、平成24年から3年間にわたって、全校生徒を対象に調査を実施した。調査の作成・分析は精神医療センター及び北海道大学大学院保健科学研究院へ依頼した。項目は自殺念慮・抑うつ症状・不安症状・PTSD傾向・自己回復力の5つであり、個別結果をフィードバックに生かせるよう記名式で実施した。

調査結果を見ると3校全体平均で自殺念慮が8%という高い出現率であり、予想を大きく上回るものであった。日常生活では心配なさそうに見える生徒が、実は自殺念慮を持っていたというケースが多く見られた。PTSD傾向については、震災当時の年齢が低い学年ほど、カットオフ値を超える生徒が多い傾向が見られた。全国の高校生の平均と比較すると、3校では抑うつ・PTSD傾向が高いという特徴が見られた。

調査結果を元に、各校の実情に合わせフィードバックを実施した。集団指導で心の健康問題について指導した高校もあったが、本校では個別の調査結果をもとに養護教諭及びスクールカウンセラーが個別面談を実施した。面談対象者は1つでもカットオフ値を超えた生徒としたが、初年度は全校の7～8%の生徒が該当者となった。1人ひとりに調査結果を説明しながら、自殺念慮や抑うつ症状、不安症状、PTSD等に心当たりはあるか聞き取りを行うと、震災や過去のいじめ等、忘れられない経験を抱えている生徒が多く見られた。彼らにとって今回の面談は、今まで誰にも言えなかった悩みや不安を打ち明けたり、自分の心の整理の仕方やリラクゼーション法を学んだりする場となった。

3年間にわたり調査を継続してみると、個別面談の成果が顕著に見て取れた。前年度にカットオフ値を超えた項目のあった生徒は、個別のケアを重ねることで翌年には数値が大きく改善していた。また調査に回答するという行為そのものにより、生徒が自分の心の状態を客観的に評価し、自分自身で早期にケアをしようと思うきっかけとなっていた。特に自殺念慮・PTSD傾向の値においては、個別ケアが効果的に働き、翌年以降の数値に大幅な改善が見られた。

調査実施により、教員の中に「ケアをすればしっかりと生徒に届く」という前向きな意識が芽生えた。また、生徒の「教員やスクールカウンセラーに気持ちを受け止めてもらえた経験」は、今後の彼らの人生で生かされるのではないだろうかと感じている。今回のように調査を記名式で行い、丁寧に個別ケアをすることは、生徒の心の健康問題に向き合う上で重要であると感じた。

今回の名取EI事業への参加を通して、教育現場と医療機関の連携により、学校精神保健が大きくレベルアップした。「いつでも相談できる身近な精神科がある」という大きな安心感が学校を支え、従来よりも積極的な支援を行うことができた。本事業開始前までは、本校と医療機関との関わりはほとんど無かった。生徒が心の健康問題を抱え受診しているケースでも、主治医との情報交換が難しいことが多く「生徒にふさわしい支援」「生徒が望む支援」をどのように行うべきか迷うケースが非常に多かった。

本事業に参加したことにより、医療機関との連携の取り方についても助言を受けることができ、学校がどのように医療機関と連携し生徒を支援していくべきであるか明確化した。その一方で、今後の課題となるのが「心の健康調査」の実施方法であると感じる。本調査は学校現場にとって有用性の高いものであるが、調査後の集計・分析は学校ではなく精神医療センターや北海道大学大学院へ依頼し実施してもらおう等、学校だけで手軽にできる調査とは言いがたかった。本調査を入学から卒業まで3年間実施した学年を見ると、各項目に大きな改善が見られることから、学校現場だけで調査の集計・

分析ができるとより身近な調査になると感じた。

事業終了後も、精神医療センターは本校の心強い相談役となっており、欠かせない存在である。本事業がなければ、このように学校と精神科が密に連携を取るの是非常に難しいことである。近年、学校現場において心の健康問題や発達障害等の精神科に関わる問題は切っても切れない状況にある。学校医や学校歯科医・学校薬剤師のように、生徒の健康状態について身近に相談できる精神科が学校にあればと切に願う。

今後、東日本大震災をより若い頃に経験した子ども達と関わっていくことになる。教育現場で働く教員が、心の健康問題への理解を更に深め知識を身につけていくこと、学校現場と医療機関との積極的な連携が大きな課題である。

V. 学校・医療連携の実践 ～角田中学校～

1. 学校現場は今 ～生徒の心の健康を誰が見立てているの～

学校では、精神機能の発達や自己形成、欲求やストレスの対処等心の健康について科学的に理解させ、生涯にわたり直面したときには的確な思考・判断ができるよう保健体育の時間に設定している。しかし、メカニズムは学んでも自分のこととして受け止め自己解決につなげるまでに深まっていない。

指導者といえば、思春期の揺れ動く生徒の心に寄り添う的確なすべを持った人はほとんどおらず、個人の経験知だけで生徒を支え、精神医療につなげる判断とタイミングを逃し、気がつけば悪化した状況に陥ることもある。次世代を担う若者の精神保健の深刻化した状況は加速度的で多岐にわたっている現場にあって、学校と精神保健医療の適切な連携が必要不可欠なことは熱心な指導者ほど強く感じているはずである。

本事業開始前の学校の現状は、全校生徒450人を超す学校で養護教諭・SC・SSWが的確に対応していても30人近くの不登校生徒がいた。出現率6.7%と、県平均3%をはるかに超していた。教員は、部活動終了後に家庭訪問や電話連絡を行う等熱心に関係を保つようにしているものの、入学式に会って以来一度も会うことのできない生徒や学校への対応の不满をぶつける家庭等多岐にわたる問題は山積であった。

指導者である教師の対応能力の実態は、大学で教職免許を取得するのに「教育相談」「発達障害」で広く浅く学ぶものの、発達に問題のある生徒への判断・適切なケア・精神医療への見立て等、極論だが無免許運転状態である。現場で「あの時こんな方法で成功したな」と経験知に頼り、生徒への理解が浅く失敗して引きこもりや自傷行為に至ったり、生徒の心の理解もなく闇雲に対応し、学校として共通行動のできているところは少ないのが現状である。

2. 生徒の心の健康「こころ元気プラン」～指導の質を高める連携はどうしたの～

平成26年度名取EI事業への参加は、本校にとってビッグチャンスであった。不登校生出現率全国ワースト1位宮城県にあってその数値を上回る本校だったからである。本校内では本事業を「こころ・元気プラン」と称し、校内の支援委員会において事例検討会を開催することとなった。本事業開始後、1年目の取り組みから画期的に変容した実践を紹介する。

第一には、生徒の心の現状がわかり、教師の取組が現状に沿った具体的なものになったということであった。「こころ・元気講演会」事前調査に教師は驚いた。全校生徒の30%以上が「消えたり、死にた

くなったりすることがある」、80%以上が「今の悩みは友人や家族のこと」など具体的にはLINEやスマートフォンでの友人との付き合い方、家族の不仲や親の異性関係に心痛め、危険な自傷行為の現実もあった。さらに「誰に相談したらよいかわからない」に加え「病院には心療内科や精神科がある」ことを全校生徒20%程度しか認知しておらず、予想はしていたものの生死にかかわる生徒の心の空洞状況を疑うものであった。事前調査を踏まえ精神医療センターの医師に講演を依頼した。講演会後の調査で「かぜをひいたら病院に行く、歯が痛んだら歯医者に心が痛んだら診てもらおう病院がある」「つらいとき、自分で心をほぐす方法を知った」「自分から心を伝える方法や友人の話を聞いてあげる方法も知った」「心が少しだけ軽くなった」と生徒の気づきに繋がった。教師は、生徒の心の理解の重要性を痛感したようであった。

第二には、教師の変容であった。「どうして学校に来ないのでしょうか」「どう対応しましょう」と解決策の質問攻めであったが、医師やPSWからは、生育歴や家庭環境、特に親子の関係等「生徒を知る」ことの必要性の指摘を受けた。担任や養護教諭、SCやSSW、市関係者も含め「生徒を知る」情報の共有から、担任が闇雲に指導することよりも関係者の役割分担により生徒理解や対応についての深まりができた。事例検討会で検討を要した生徒の8割程が両親の不和・度重なる離婚(結婚)・DV・警察の介入等があり、親自身が精神医療等通院中であることも現状であった。そのような環境で、乳幼児期からの不安感や恐怖感を引きずりながら、言葉少なくチック症や引きこもり、自傷行為に陥っている生徒の状況を養育歴から知ることとなり、教師は救いの糸口に目を向け、組織として手を差し伸べ介入の選択肢を広げる見立てにつながることにより指導の質を高めていったのである。不登校生徒の数に変わりはなくとも教師と生徒のつながり方が画的に変容した。

3. 生徒の心の健康「心の限界を知る」～豊かな指導に繋がる連携はどうしたの～

1年目は、心に課題を持つ生徒の理解と関係機関、精神保健医療につなぐ「生徒の心の限界を知る」点において学校関係者の一部が対応の質を高める連携につながった。しかし、学校が組織として豊かな指導をするためには、全教職員で対応できる取組が必要であると課題をつかんだ。課題を受け「教師向けこころ元気プレゼン」を精神医療センター医師に依頼し、全教職員で取組と学校の具体的な方向性を明らかにした。内容的に充実したのは「事例検討インタビュー用紙」を用いて生徒の背景をなすもの・普段の具体的な活動・課題を準備し、会議に臨むようになり、回を重ねるたびに「どうしたら」ではなく「こうしたらどうか」と担任の意見が主体的に出されるようになったことであった。具体的に医療につなげなくてもよい生徒や早急に医療につなげなければならない生徒の見立てを担任の観察を交えてできるようになり、医療との連携で豊かな指導となったと自負している。まさに、生徒の心の限界を知る全職員の力量が豊かになったことである。

<医療につながらなかった事例>

生徒Aは、教室で突然下着になり筋トレをする。常におつおつ言葉にしている。興味あることにしか反応しない。何でもベロベロなめる。ADHD等疑うところだが事例検討会では「生徒が困っていることは何」「周囲の生徒が困っていることは何」「親は困ってるのかな」の問いかけに啞然とした。生徒はクラスに満足し、周囲はそんなやつと許容し、人との関係ができていた。医療機関や個別指導を考えるより「生徒の伸ばすべき個性」と「必要な社会性」を育てる取組から学級に居場所をつくっている。

<医療につなぐことを急いだ事例>

生徒Bは、死にたいとリストカットを繰り返し傷が深く縫合手術もあった。乳幼児期に家庭が崩壊し父親と暮らしているが関係が希薄である。不登校に対し祖母の過干渉が心の居場所をなくしている。関係者の情報を相互的に判断し、父親と話し合い、精神医療へ勧め、数ヶ月の入院後落ち着きを戻した。過干渉的な関係を絶つことと父親との関係を復活させ生徒Bは自分の思いを話せるようになっている。放課後、担任と学習する日もあり声を出して笑うその声にレジリエンス（踏ん張る力）を全職員で感じており、生徒の心の限界を知る手段を明らかにし、全職員共通して豊かな指導につながってきている。

4. 生徒の心を教師一人で背負わない 学校と医療の連携生かしていこう～

豊かな指導への大きな変化は、生徒の心のつらさを受容し、つらさの限界を超えないうちに対応できるようになったことであり、同時に指導者が「がんばらなくていいよ。今日は休んだら」と言えるようになっていることである。さらに、見立てについては、教師が一人で背負わず学校の職員間の協力と医療との連携が適切な判断につながっている。加えて精神医療を受けた生徒の学校への心元気な復帰にも連携ができており相互補完している。

学校現場は少子化でありながら、個に応じたニーズによる教育が求められきわめて複雑化している。本事業により、該当校では生徒も教師も「がんばり過ぎない」「教師が一人で背負わない」という教訓を元に心の問題の対応に向かっている。指導者の力量を高めながら、精神医療との定期的な連携を実現することは、生徒への生きることへの支援ばかりでなく、指導者の指導意欲と資質の向上につながると考えられる。

今後、先進的な取組として医療機関との定期的な連携、保護者や生徒の学習会を活発に行なうことで閉鎖的だった心の問題を前向きに推進できる環境づくりが必要ではないだろうか。

全校に学校医がいるように精神科医との連携のできる体制づくりを夢で終わらせたくない。

Ⅵ. 精神医療センター児童精神科の取り組み

名取EI事業の取り組みや若年者のメンタルヘルス拡充に対する機運の高まりから、精神医療センターでも本格的に児童精神科を開設し、児童精神科医療の充実を図ることとなった。

1. 児童精神科の開設

精神医療センターでは、平成26年4月から児童精神科を標榜し、外来部門を開設した。診療体制は平成27年12月時点で、児童精神科医3名、看護師（以下、NS）2名、CP2名、PSW3名（うち1名は受診インテーク対応）で対応している。対象年齢は18歳までとし、新患は完全予約制とし、PSWが面接や電話でインテークを実施し、医療の必要性を検討した上で受け入れを決定している。診察室は、成人の診察室から離れた場所に改築し、壁やドアなど暖色系の色のもや木材調の素材を採用し、子どもたちが受診しやすい雰囲気を作るような工夫を行った。入院部門としては、成人病棟を改築し、平成27年11月より14床の入院ユニットを開設した。全個室、男女混合病棟で中学生を中心に入院治療を行っている。入院中の活動としては、心理プログラムやグループ活動を導入し、教育に関しては、県の特別教育支援室・支援学校からの訪問教育を受けている。

2. 学校連携

名取EI事業を通して学校との連携を行ってきたが、児童専門の外来部門開設以降、本人・保護者の了承が得られるケースについては、積極的に学校連携を行っている。精神医療センター児童精神科では、初診後、児童精神科医、外来NS、CP、PSWが参加した多職種カンファレンスを実施しており、各職種で役割分担後、本人との面談、家族面談、他機関との連携などを行っている。

実際の連携内容は、教員との電話や面談での情報交換、学校訪問(授業見学・情報交換会)、ケア会議の開催である。特に、精神医療センターで重点的に取り組んだことは、児童精神科医、NS、CP、PSW等の多職種で実施した学校訪問である。通院患児全体の3割に対して学校訪問を実施し、学校と顔の見える関係づくりを目指した。学校訪問時の対応職種は、担任教員が4割、教頭や学年主任など管理職の教員が2割弱、養護教諭1割、次いでSC・SSW教育支援コーディネーター・部活顧問らの参加がみられた。訪問時に実践したことは、授業風景・教室等の見学、情報交換会の実施であった。

学校における情報交換会には、学校側からは管理職・担任・コーディネーター教員、養護教諭、SC・SSWなど複数の職員が参加し、精神医療センターからは児童精神科医を中心に2名前後で参加した。場所は応接室等に円形に机が配置されることが多く、時間は1回につき1～2時間ほどを要した。

訪問を開始した当初は、学校側の組織で対応する姿勢や丁寧すぎる程の対応に病院側に対して防衛するような印象が窺えた。しかし、訪問終了時には、学校から「病院から何を言われるのかと不安を抱えていた」「困ったら相談していいと安心できた」との意見を聞くことが多く、医療との連携に関するイメージを変化させることができたと考えられた。また、子ども自身や家族について全体像を多面的に評価することもでき、実際に顔を合わせながら、学校の実情や不安、今後の方向性について検討することの重要性を再認識できた。

Ⅶ. 課題と今後の展望

EI事業および精神医療センター児童精神科における学校との連携を通じて、その課題と今後の展望について考えてみたい。

まず始めに教育現場に医療が介入することの困難さがあった。本事業は宮城県が主導し精神医療センターが県からの委託を受け教育現場への介入を行っているが、医療が教育現場に介入するにあたり、教育現場における本事業への理解と協力が必要であった。本事業開始前に県所轄部門との調整や学校の管理職等への事業説明等を行い、各校の協力を得て本事業が開始された。本事業が展開される以前は教育現場に医療が介入するということは稀で、本事業開始当初は、教育現場への医療の介入に対する戸惑いは大きく、医療側もまた現場のニーズに合った支援を模索する状況であった。学校と医療の間に存在した壁は、回を重ねるごとに低くなり、試行錯誤の中でお互いが共通理解を持つようになったと思われる。本事業はモデル校を指定して推進されており、顔の見える関係が継続して行われたことが相互理解には重要であり、今後本事業をモデルとした学校と医療の連携を展開するにおいては、数年単位の継続性が必要となると思われる。

本事業の目的である「若年者への早期支援・介入」を行うためには、教育現場に対して「精神疾患に対する正しい知識」等の情報を提供し、差別や偏見を払拭する必要があった。精神保健の普及啓発を目的に、教員向けの研修会や生徒向けの講演会などを行った。広く知識を得るためには効率は良い方法であり、精神保健に対する理解の促進に対して一定の効果はあったと思われるが、現場のニーズに

即したものである必要があり、研修会場で得た知識を実践で利用するためには研修会等の座学だけでは不十分であると思われた。

そのため、本事業ではもう一步踏み込んだ介入、特にモデル校で行っている支援委員会における事例検討会を通じたコンサルテーションを行った。研修会で得た知識を元に、事例検討会を通して実際に関わっている生徒についての理解を深め、具体的な対応を検討し、必要に応じて医療機関につなげていくなど、実践を積み重ねる中で経験値を高め、対応力の向上とともに、精神保健に対する理解も促進されていったと思われる。事例検討会の在り方については、いくつかの課題がある。ひとつは事例提示の方法である。医療現場では、診断や治療方針の決定において必要事項をコンパクトにまとめて症例を提示することは普段の業務の中で日常的に行われていることだが、事業開始当初、事例検討会での事例提示の方法は各教員に任されており、メンタルヘルスの視点から多面的に生徒を理解することが困難であった。生徒への対応の経験値をより効率的に高めるためには、ある程度の「型」が必要であると感じ、これまでは事例を提示する教員が独自にまとめていた提示方法を改め、医療的視点を盛り込んだ共通のフォーマットである「事例検討会用インテーク用紙」を導入した。このことにより事例を提示する教員も生徒を多面的に見ることができるようになり、検討会でも共通の理解が進んだものと思われる。生徒の理解や対応を検討することにおいて情報量が多い方が望ましいが、事例を提示する教員の負担が増えないようインテーク用紙の内容については今後さらに検討する必要があると思われる。またインテーク用紙を用いた事例検討会を行う中で、教育現場では家族背景や生活歴など家庭状況に対する情報量が非常に少なく、家族の協力を得られずに教員たちが対応に苦慮している姿が浮き彫りになった。児童精神科医療においては、家庭状況を理解し、家族への介入を行っているケースが多いが、教育現場では家庭状況について情報を得ることが非常に難しく、そのため学校内では十分な対応を行っていても、生徒の状態が変わらないという問題が存在しており、今後学校保健の中で検討すべき課題であると思われる。

自らも関わっている生徒についての事例検討会は教員のスキルアップには有効であると思われるが、関わるができる生徒の数は限られており、事例を提示する負担なども考慮すると、経験の蓄積はなかなか進んでいかない。そこで、モデル校となった3高校合同での養護教諭を対象とした事例検討会を開催した。この合同事例検討会は、参加した養護教諭の経験値を高める狙いもあるが、各学校内での事例検討会を養護教諭主導で開催し、養護教諭が広い視野から教員へのアドバイスを行えるようになることを目的とした。学校における精神保健の普及啓発や生徒への対応力の向上のためには事例検討会は有効な方法であると思われるが、病院スタッフが学校に赴いて事例検討会に参加することは現実的には時間的な制約がある。今後は養護教諭やSCが中心となって校内で事例検討会を開催し、各校内の事例検討会で課題となっているケースについて、複数校から養護教諭やSCが集まって事例検討会を行い、その場には医療スタッフも参加して、多方面からのアドバイスなど受けて、再び自校に持ち帰り合同事例検討会での結果を伝えていくような、2段階で行っていくなどの工夫が必要と思われる。そして何より、事例検討会を有効に利用するためには、本当に困っている事例を提示することが重要であり、対応している教員を後押しするような雰囲気づくりも必要となってくると思われる。医療側も本事業開始当初は手探りであったが、事例検討会を通して現場のニーズを知ることができ、より現実的なアドバイスが可能となっていくと思われる。

学校現場における子どもの“心の問題”について、医療モデルでとらえるべきか、どこまで医療が関わるべきか、という点について、その情報の取り扱いも含めて慎重に考える必要があると思われる。

本事業の普及啓発チームの活動では、個別的に生徒やその保護者に関わることは行わずに、間接的な介入であった点も重要であったと思われ、教育と医療のそれぞれの立場や役割を理解し合い、双方の強みを生かすことができたのではないと思われる。

本事業を行う中で精神医療センター内に専門外来「ユース外来」を開設し、その後児童精神科外来、さらに児童精神科入院ユニットが開設され、精神医療センター通院中の患児について学校と医療の連携も展開された。教員から患児の学校での様子を聞き、家族の意向も含めて学校での対応について依頼するなどが主なる連携の内容になるが、児童精神科外来開設以降は、連携の密度を高くする必要があると判断した場合、多職種での学校訪問を積極的に行った。電話や文書等で行う連携に比べて、学校側も医療側からも多職種が参加して話し合いが行われたこともあり、情報量は多く、その後の連携も比較的スムーズになったと考えられた。しかしながら、学校訪問は時間的な制約や移動距離の問題などから効率が悪いとため、連携の密度については検討する必要がある。さらに、通院中の患児について学校と連携を行う上で問題となってくるのは、医療情報をどこまで学校側と共有できるかということであった。家族からは学校訪問と情報の共有についての了承を得た上で行ってはいるが、情報の守秘性については今後の課題であり、可能な限り家族の同席の元で行うことが望ましいと思われる。

今回、宮城県仙南地区において学校と医療の連携の実践を行ってきたが、連携は関わる密度と継続性が重要であり、今後は医療圏別にコアとなる医療機関を設定し、その医療機関を中心いくつかのモデル校を指定して支援委員会内での事例検討会を行うなど、学校と医療の連携を深めていくことが重要である。また、今後本事業を展開するためには、その効果についての検証を行う必要がある。現状ではアンケート調査などの主観的なフィードバックによる評価しか行われていないため、客観的な指標を基に費用対効果を検討する方法を考案していく必要もあると思われる。

VIII. さいごに

「どのような連携が望ましいのか？」という問いに対して、学校と医療の連携のひとつの形を示すことができたのではないと思われる。学校と医療の連携のあり方を考えた場合、普段は接点の少ない学校の教員と医療スタッフが顔の見える関係を作り、それを継続していくという、ごく当たり前のことではあるが、結局のところそれが一番重要であることを再認識した。しかしその当たり前のことを行うためには、連携を行う“場”が必要であり、連携の“形”が必要であり、それが本事業であったと思う。“何かあった時に”ではなく、“何もない時でも”、顔の見える関係を継続していく必要があろう。本事業の連携システムを取り入れることで、学校と医療の連携がスムーズになり、さらには学校におけるメンタルヘルスへの理解が進んでいくことが期待される。今後は、対象地域を広げ、現在は行政主導のモデル事業ではあるが、いずれ地域に根差した連携システムになることを望みたい。

本事業を推進するに当たり、宮城県保健福祉部障害福祉課の担当者、本事業にモデル校として参加していただいた学校の先生方、また精神医療センターのスタッフには、多大なる協力を頂きました。この場を借りて御礼申し上げます。ありがとうございました。