

3-v. 教育と医療（児童精神科）との良い連携のあり方

原田 剛志

パークサイド心の発達クリニック，日本児童青年精神科・診療所連絡協議会

岡 琢哉

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所，発達障害クリニック

神尾 陽子

発達障害クリニック附属発達研究所，日本児童青年精神科・診療所連絡協議会

1. はじめに

学校における児童生徒のメンタルヘルス支援の意義は個々の児童生徒のメンタルヘルスの観点からだけでなく、学校の教育力の向上の観点からも極めて大きい。かつてはメンタルヘルスの問題を抱えた子どもは、事例化されると学校教育から遠ざかってしまうことも少なくなかった。今日では、児童生徒のメンタルヘルスの問題に対して、子どもの生活の中心となる学校をプラットフォームとして、地域の保健・医療・福祉領域の専門家によるバックアップ体制が整備されている地域も少しずつ増えているが、今後ますます学校に体制づくりのノウハウの蓄積と実践の拡がりが必要とされる（神尾，2017；全，2018）。重度の病態水準のメンタルヘルスに対応できる児童精神科医は、そのニーズに比して圧倒的に不足しており、受診までの待機リストは依然として長い。一方、児童青年期の軽度から重度までのメンタルヘルスの問題は5人に1人にみられるありふれた問題である（The World Health Report, 2000）。このことから、子どものメンタルヘルスの問題への対応は、少ない専門医療にだけ依存しては追い付かないことは明白である。その代わりに、学校が地域の多職種連携システムを構築して、現状に合った形ですべてのニーズのある子どもたちのメンタルヘルスを守っていくという意識が重要と考える。

本章では、今日、学校が児童生徒のメンタルヘルスの問題に対応する際に、必要不可欠な教育と医療の連携のあり方について、国内外の動向を踏まえて具体的に提案を行う。

2. 医療機関受診を勧める前に

学校での児童生徒のメンタルヘルスの問題への対応は、図1に示すような一次的支援、二次的支援、三次的支援で構成される多層的支援システム（Multi-Tier System of Supports; MTSS, Batsche et al.,

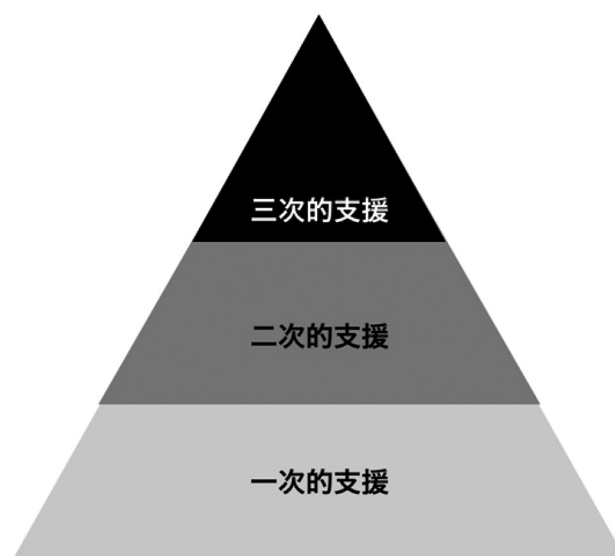


図1 学校全体での多層的支援システム (MTSS)

注) このシステムは、学習、社会性、情緒・行動などさまざまな問題解決に対応する

2005) として考えると理解しやすいと思われる。MTSSは米国で提唱され、多くの国で取り入れられており、わが国でもしばしば言及されるようになった。このシステムでは、一次的支援とは、すべての児童生徒を対象とする、学校全体、クラス全体での予防的取り組みを指す^{脚注1)}。二次的支援とは、一次的支援でカバーしきれない少数の児童生徒、たとえば、発達障害（の疑い）、不登校、孤立、いじめ、貧困、マルトリートメントなど配慮を要する子どもを対象とする少人数プログラムなど、校内支援を指す^{脚注2)}。二次的支援を行ったにもかかわらず、問題の解決が期待できないような場合に、校内での多職種によるアセスメントや保護者との話し合いなどを経て包括的な情報収集と統合的な計画のもと、最も手厚い個別支援を開始する。ここでは児童生徒の問題を取り上げるのではなく、彼らが学校でより学ぶための手助けをすることが目標とされることに注目していただきたい。その過程で、外部の医療機関やその他の行政機関でのサービスが必要と判断された場合に紹介を行う。本章では、学校から医療（児童精神科）への紹介を含む連携のあり方がメインのトピックであるので、三次的支援の段階に焦点を当てており、一次的支援、二次的支援の詳細については他書を参考にされたい。また、わが国では、諸外国と違って、学校の個別支援計画作成に関して専門家の参加が義務付けられておらず、校内の専門性の質の向上が大きな課題である。したがって、学校内での多層的支援システム（図1）に基づく支援体制と同時に、学校内外の養護教諭、特別支援コーディネーター、スクールカウンセラー、巡回相談員（心理士）、スクールソーシャルワーカー、校医など多職種のメンタルヘルスの専門家を含む地域連携ネットワークを構築することは必要不可欠である。参考にすべき地域連携での学校メンタルヘルスへの取り組みについては第4章の京都府における取組の項を参照されたい。

学校での対応が十分なされないまま、医療機関の受診を勧めるだけというのは、連携とはかけ離れたものであり、学校と家族との信頼関係を損なうリスクの高い行為であることに注意を喚起したい。さらに、児童精神科の医療資源はきわめて限られているので、社会全体の平等性の観点からは、当然、

医療機関は重症の患者を優先せざるをえない。そうなると軽度の精神症状を持つ多数の子どもは重症になるまで学校や家庭はただ待つしかできないのか。答えは否である。メンタルヘルスの問題に気づくこと、そして学校でできる支援をすることを通して、その過程のなかで、学校は子どもの支援に有用な情報を得ることができ、次に述べる医療ニーズについて保護者と根拠をもって前向きに話し合うことができる。

3. 医療ニーズの有無の判断

三次的支援に相当する手厚い個別支援を行うなかで、子どものメンタルヘルスの問題が医療ニーズに該当するかどうかの判断を行う。メンタルヘルスの問題は、医療ニーズが有るか無いか、といった白か黒かではなく、その時点での程度の違いによって正常範囲、境界レベル、臨床レベルと分けられる。臨床レベルに相当するケースはメンタルヘルスの専門家（心理士などを含む）の関与が必要であり、精神症状が重篤なケースは児童精神科医あるいは精神科医の関与を要する。もちろん、境界レベルや初期の臨床レベルのニーズへの早期対応によって医療ニーズになるのを予防することも可能である。実際、医療に期待できるのは、発達障害を含む精神障害の症状の把握と精神障害全般の診断、そして治療（非薬物的および薬物治療）などである。子どもの場合は、原則として、環境調整がまず先に必要で、次いで非薬物治療（エビデンスに基づく心理療法）、最後に薬物治療が来る。したがって、環境調整の段階では、医療ケースの場合でも学校の積極的な関与が必要不可欠となる。

実際に、学校が医療ニーズを検討するケースは、不登校の長期化ケース、あるいは教室での逸脱行動（多動、パニック、対人トラブルなど）といったいわゆる「問題行動」、が多い。不登校は複雑な要因が絡んでいるので一概には言えないが、一部のケースの背景にうつ症状、不安症状、睡眠の障害など、治療可能な健康問題が潜んでいることがある。パニックや対人トラブルは発達障害が疑われることが多いと思われるが、これらは発達障害の症状ではなく、消去すればよいというものでもない。子どもの内面が環境の負荷に耐え切れなくなって外在化したと解釈すべきである。発達障害のある子どもは、感覚過敏や情報処理の問題から一度に処理できる容量に制限があると捉えるべきであり、実は医療介入の前になすべき環境調整のポイントは多数ある。また子どもをサポートする力の弱い家庭については、医療受診が継続できないことが多いので、医療ニーズよりも地域の福祉サービスの利用開始など、続けやすく家庭全般の生活支援を優先するのが望ましい。医療サービスの利用についても、福祉のサポートがあって継続可能となることが多いからである。

4. 保護者に医療機関受診を勧める

保護者が納得していないまま医療機関受診を勧めることは、保護者の警戒心につながってしまい、受診後の治療関係に影響を与えてしまうことも少なくない。医療機関の利用について、保護者の理解と納得を得るためには、子どもをよく理解してもらえているという学校への信頼感が必要である。それは、それまでの問題解決に向けて学校と保護者との間で情報共有の努力がなされ、それを通して相互理解の信頼関係が築かれているかどうかにかかっている。保護者の心理として、病院受診イコール「診断をつけられ学校から排除されるのではないか」という不安があることは念頭に置いておく必要

がある。学校から排除されるということは、子どもの将来がなくなるに等しい恐怖に近いものである。そうした保護者の不安に十分に配慮して、子どもにとってどういうメリットがあるか、医学的見地から学校での支援がよりよくなる可能性があることをしっかり伝えていただきたい。決して思いこみで決めつけず、率直な態度で相手に訊ねるという態度から始めるのがよい。ポイントを以下に要約する。

①家庭で何が起きているのか具体的に知る

学校が問題と考える子どもの行動に関連のありそうな、家庭での出来事や事実について訊ねる。できるだけ具体的に学校外では何が起きているか、何が変わったか、を知る。

②話し合いに具体性を持たせる

「何か困っていることはありませんか？」といった曖昧な質問ではなく、仮説に基づいた具体的な質問（例：「こんなことに困っていませんか？」）をする。この時の仮説は、学校での丁寧な観察がなければ立てることができない。質問が保護者との話し合いに役に立つということは、学校がしっかりとその児童生徒に対応ができてきていることの証でもある。これにより、保護者がこれまで気づかなかったニーズに気づきやすくなり、学校も仮説に役立つ情報を入手することにつながる。

③保護者が問題解決の必要性を認識させる

現在の問題が続くと、今後どんなトラブルが起これるか、さまざまなリスクを一緒に考える。と同時に、それを回避する手立てがあることもしっかり伝え、早期解決の必要性を認識させる。

④問題が解決した状態をイメージさせる

「どんな風になるとよいですか？」と保護者の描く理想の状態をイメージしてもらう。過剰な期待を抱かせるのは避けるべきだが、将来に希望を持つことは大事である。

5. 医療受診に必要な学校が準備すべき最低限の情報

医療機関を受診する際に保護者から医療機関に渡す「情報提供書」を作成していただく。ご存知の通り、医療機関同士で患者さんを紹介する際には、診療情報提供書（紹介状）を作成するのが慣例となっている。これは紹介された患者さんの状態を迅速に把握し、よりよい医療を提供するために行われており、検査の重複などの無駄を省くといった患者さん側の負担の軽減もメリットとなる。教育と医療といった異なる領域間の連携においては、こうした文書を通じた情報共有（紹介状の作成）の必要性はさらに大きいと考えられる。学校から医療機関への紹介状は、すでに学校が作成済みの「個別の指導計画」、「個別の教育支援計画」を添付すれば、以下のような項目を記載するだけで十分である。

- ①紹介の目的：学校がどのような「問題」を懸念し、どのような医療的ニーズがあると判断したのかわかるように記載する。
- ②これまでの学校での「問題」の経過と学校の対応（保護者との話し合いの経過も含めて）
- ③現在の子どもの適応状況と学校の対応

④その他、学校の成績（得意、不得意）や実施した検査や健診時の記録などの情報

個人情報の取り扱いは、情報共有の意義を説明し、保護者から同意をできれば書面で得ておくことが重要である。多職種での連携支援においては、支援に必要な情報を共有することが必要不可欠であるため、プライバシーに配慮し、漏洩を防ぐための校内対策を講じる必要がある。教育と医療は、専門性が異なるだけでなく、こうした情報の扱い方など多くの側面で異文化といえる。だからこそ、連携する際には、専門性を活かしてそれぞれが何を担当し、限界はどこまでか、互いに明確に意識することが成功の秘訣のように思われる。

事例 9歳の男児事例

運動発達・言語発達に明らかな遅れを認めない。乳幼児健診での指摘はなかった。幼稚園は登園しづりがあったが、登園した日は大きな問題なく、よく遊んでいる様子が見られた。

就学時健診でも特に指摘なく、通常級に入級。低学年の頃は運動は苦手だったが、積極的に頑張っていた。小学校3年生で担任が交代になった頃から、宿題の量が増えて、全部終わるのに時間がかかり、就床時間が遅い日が増えた。腹痛や体調不良を訴えることが増え、小児科を受診し感染性腸炎と診断された。その後、体調が回復した後も、朝が起きられず、自宅で連日泣くようになった。母が担任に相談し、教育相談に通うことになった。約1年間、週に1回の教育相談に通い、本児は心理療法の、そして家族もカウンセリングを受け、その結果、本児の情緒は安定し、家族も余裕を持って見守れるようになってきた。その頃、本児からセラピストに、級友と会うとうれしい気持ちの反面、こういっただろうと思われるだろうかといった予期不安が次々と頭に浮かび、どうしていいかわからなくなり何もできなくなるという困り感を話すようになった。セラピストから医療受診を勧め、地域の三次機関である医療機関を受診した。はじめは小児科を受診し、次に児童精神科を受診することになったが、医療ニーズなしと判断され、結果的に継続診療につながらなかった。

このように医療受診に至っても、家族が短時間の診療時間の中で情報のごく一部しか伝えられない場合、様子を見ましょと終了となったり、逆に客観的な情報がないなかで問題行動ばかりが強調されすぎると、環境調整や非薬物治療を検討せずに薬物治療を急ぐことがある。学校が医療ニーズありと判断した精神症状と関連すると考えられる言動など、学校場面で観察される情報を整理して文書化しておく、担当医は、学校の情報と合わせて家庭でみられる行動から客観的な判断を行うことができるだろう。この事例の続きは、以下のようなものである。

外部のメンタルヘルスや教育専門家を招いて、教育相談を含む本事例の学校関係者でケースカンファレンスを持った。あらためて約1年間の教育相談や担任からのかかわりを振り返って整理し、見立てと今後の見通しおよび支援方針を話し合った。経過からは、当初の身体症状を通しての訴えは減り、本児みずからが自分の困り感を家族やセラピストに話せるなど、気持ちの持ち方に変化が確認された。保護者も不登校の背景にある本児のメンタルヘルスをサポートしたいという気持ちを述べるようになった。このカンファレンスで外部の専門家から助言されたように、この時のカンファレンス資

料をもとに、地域の児童精神科医や子どもの心の診療医に関する情報を探して（<https://jascap.info/>、<https://www.ncchd.go.jp/kokoro/kyotenmap.php>）紹介状を作成し、保護者に渡した。その後、近くのクリニックを受診し、不安症の診断を受け、これを受けて、学校での受け入れ学級の検討を始めたところである。本児の問題は長期化することを前提に、まず安心できる環境を学校内に用意し、個別教育をすすめると同時に、どこまでが今の本児に適切な集団参加なのか、主治医からの意見を参考にしつつ、手厚く学校で対応することとなった。

4、おわりに ～病院に紹介したら終わりではない

医療機関が行うことは、診断と治療である。治療対象となるのは、治療可能な症状、たとえば不安症、うつ病、ADHDなどの症状に限定される。児童精神を専門とする医療機関では、マンパワーの問題から、可能な治療が薬物治療や本人、家族への助言や指示に限定される医療機関も少なくない。したがって、受診によって期待できることは、医療の観点からの見立てを得ることができるということになる。保険診療の枠組みにおいては、診断がつくレベルの症状に対してのみ、治療ができるに過ぎず、予防的対応はできない。こうした限界についても教育側に認識していただくと、医療の関与の有無にかかわらず、問題を解決するための環境調整や日々の手厚い対応は学校と家庭が中心となることになり変わらないことが理解していただけたと思う。医療的観点からの見立てを踏まえて、学校では関係者全員（担任、学年主任、教頭、特別支援教育コーディネーターなど）で当該児童への個別対応について、継続的に検討、実践、再評価をしていただきたい（参考資料 https://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/H29_dd_3.pdf; http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1340250.htm; <http://www.nise.go.jp/portal/elearn/shiryoku/byoujyaku/supportbooklet.html>）。

繰り返しになるが、子どものメンタルヘルスの問題への対応の原則は、予防と早期対応である。学校での予防や早期対応が成功すると、医療を必要とする児童生徒は少なくなるはずである。また真に医療を必要とする児童生徒には、スムーズな医療との連携がなされる必要があり、そのためには本章で述べたような、学校内外の支援システムを作っていくことが重要であることを強調したい。

注

脚注1) 一次的支援で最も重要なのは、児童生徒が主体的に自らの心の健康の維持・向上に取り組めるようになるための健康教育である。生涯にわたって心の健康を維持することを目標に置けば、健康教育は、より日常的な心の健康から、必要な時に適切に保健医療サービスを利用できる力（メンタルヘルスリテラシー）、そして（将来持つかもしれない）5番目の国民病に追加された精神疾患に至るまで一連の心の問題を教える必要がある。図1に示すように、すべての児童生徒を対象とする支援は、児童生徒を選択せず平等に扱うという点で倫理的観点からも学校の授業に取り入れやすいアプローチと言える。ユニバーサルな予防的介入の包括的メンタルヘルス予防プログラムについての詳細は、第4章（「小学校におけるメンタルヘルス予防プログラムの実装」石川、村澤、岡、桑原、神尾）を参照されたい。

脚注2) 二次的支援は、図1に示すように、症状のある子どもやハイリスク児を対象として、子どもが問題とつきあいながら成長することを目指す（レジリエンシーを育てる）ものである。わが国の学校では、適応指導教室や通級指導教室で行われているソーシャルスキルあるいはライフスキルのトレーニング、メンタルヘルスプログラムなどがこれに相当する。

文献

Batsche, Elliott, J., Graden, J., Grimes, J., Kovalski, J., Prasse, D., et al. (2005). Response to intervention: Policy considerations and implementation. Alexandria, VA: National Association of State Directors of Special Education.

神尾陽子 (2017). 子どもの心の健康を学校で育て、守る：教育と医療を統合した心の健康支援. 叢書23子どもの健康を育むために—医療と教育のギャップを克服する—. pp.99-114. 編集 神尾陽子, 桃井真里子, 児玉浩子, 山中龍宏, 高田ゆり子, 衛藤隆, 原寿郎, 水田祥代, 日本学術協力財団, 東京, 2017.3.28.

国立特別支援教育総合研究所. 病気の児童生徒への特別支援教育～病気の子どもの理解のために～. <http://www.nise.go.jp/portal/elearn/shiryoku/byoujyaku/supportbooklet.html> (2019年9月30日現在)

丹羽登 (2018). 発達障害, 精神疾患の児童生徒等に対する今日の教育支援の現状と課題. かかりつけ医等発達障害対応力向上研修 (監修: 神尾陽子). https://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/H29_dd_3.pdf (2019年9月30日現在)

文部科学省. 教育支援資料. http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1340250.htm (2019年9月30日現在)

World Health Organization. (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization.

全有耳 (2018). 地域機関との連携による学校における思春期メンタルヘルス対策. 特集・発達障害支援における包括的かつ連携した多領域支援—医療・教育・福祉の垣根を超えるために—. 発達障害研究, 40(4-1), 299-304.