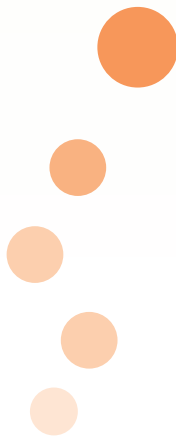


学校精神保健に関する事例とその解説（3）

平成 29 年 3 月
東京都医師会 学校精神保健検討委員会

目 次

はじめに	1
心の成長について ～10歳までと10歳から～.....	2
学校と家庭とのはざまに対応に苦慮した例.....	6
低身長(身体的なひきめ)の治療がQOLを改善した例.....	8
小学生時代のいじめの後遺症に10年以上も苦しむ例.....	10
発達障害のある児がいじめと受け止めてしまった例.....	12
いじめへの対応とこころのケア	14





はじめに

複雑化する現代社会において、学校現場でもさまざまな問題が蓄積している。いじめ、不登校、発達障害、薬物乱用、スマホ依存、性同一性障害など、内科学校医が相談を受けることも多いと思われる。

東京都教育委員会では「都立学校における専門医派遣事業」（精神科医、産婦人科医）を通じて、学校における組織的な健康相談や保健指導などの学校保健活動について整備・支援を行っているが、十分とは言えない。

東京都医師会学校精神保健検討委員会では、平成25年に「学校精神保健に関する事例とその解説」の第1弾を、平成27年に第2弾を発刊してきたが、このたび第3弾を発刊する運びとなった。内容は「いじめ」についてであり、4つの事例に対して、それぞれ経過や背景、考察などが述べられている。

学校医の先生方に、少しでも寄与できれば幸いである。

平成29年 3月

東京都医師会理事 正 木 忠 明

心の成長について ～ 10歳までと10歳から～

1. 基本的生活習慣の大切さ

(1) 基本は睡眠

子どもの心身の自然な成長・発達が保証されるためには、子ども自身の生活の基盤がしっかりとしていなくてはならない。生活の基盤とは、生活リズムの確保、基本的生活習慣の確立をいう。つまり、日常生活を構成している一つひとつの要素がきちんと機能し、バランスがとれているということである。

基本的生活習慣が確立するためには、生活リズムが安定していなければならない。生活リズムの基本は睡眠覚醒リズムである。睡眠リズムがすべてのリズムの基本である。ゆえに、子どもの生活が健康でなくなると、そこには睡眠障害が必ず出現する。

もちろん早寝早起きが理想であるが、実生活では子ども、大人ともに遅寝早起きがまかり通っている。生活の疲れがたまってくると、徐々に早寝遅起きのリズムとなり、それで疲れが回復せず、心身のバランスが崩れはじめると、遅寝遅起き、いわゆる昼夜逆転となる。

(2) コミュニケーションの始まり

コミュニケーションの始まりはスキンシップである。保清、授乳、抱っこ、おんぶ、トイレットトレーニングなど、肌と肌とのふれ合いがコミュニケーションの始まりである。そこに必ずしも言葉は必要でない。発語以前の二者関係が重要で、そこから愛着行動、後追いなどが生まれる。

視線が合うか、視線が合ったあと自然な笑みがあるか、抱きごこちがよいか、おんぶしやすいかなどに、子どもの気質、親との相性などの元型がある。主たる養育者との愛着行動に支えられた二者関係の確立が、基本的信頼感につながっていく。

(3) 言葉の働き

基本的生活習慣は、0歳からの生活の積み重ねによって確立する。したがって、子どもの基本的生活習慣が確立するかどうかの責任は、基本的には親にある。

0歳から10歳までの間に、親が責任を持って基本的生活習慣を子どもに身につけさせる。基本的生活習慣を身につけながら、子どもは基本的信頼感を確立していく。基本的信頼感が確立することにより、人間関係に意味が生じ、言葉が心の状態を伝える道具として機能し、言葉によるコミュニケーションが成立していく。基本的生活習慣が確立していない子どもに幾ら言葉を投げかけても対話にならない。言葉による躰・教育の限界、無力感を感じてしまう理由はここにある。

(4) 実体験

生活体験を積み重ねたあとに、その体験に見合った言葉が付与されて、初めて子どもは言葉で納得することができる。その言葉と体験の付き合い合わせが間違っていないかを確認する作業が躰・教育である。10歳までに、さまざまな人間と時間と場所を共有する実体験が豊富であればあるほど、子どもの心は豊かに育つ。スマホやインターネットとのやり取りだけで心が成長するわけでは決してない。

2. 共感能力の大切さ

(1) 比較できる力

10歳を過ぎると、早熟な子どもは心理的には思春期を迎える。自他の区別が可能となり、比較検討能力、内省力が育っていく。そのため、他者と比較する中で劣等感コンプレックスや優越感を強く意識することとなる。

10歳までの子どもに対しては、子ども自身の成長の変化を個人内比較して、経時的に評価することが重要で、決していたずらに他者と比較してはいけない。子どもが10歳を過ぎたら、個人内比較だけでは不十分で、他者と比較しながら子どもの個性を発見し、その点を評価して子どもに自信をつけさせる。さらに、他者比較をしながら到達目標をつくり、子どもの向上心を刺激させる。

子どもの自尊心を育て、心をいきいきと伸ばすには、褒めることである。

(2) 考える力

自他の区別ができるようになると、自分・個を強く意識することとなる。10歳過ぎの子どもに何か注意するときは、一般論をいきなり述べるのではなく、主語を明確にして「先生はこういう理由でこう考える」と具体的な話をする。

「こんなことをしてはいけない」「そんなことをしては世間に通用しない」という言い方はしない。できるだけ子ども自身に自分で考えさせるように導く。そのためには、主語を明確にすること、内容の具体性が不可欠である。

考える力は内省力となり、主体性につながり、自我が確立していく。

(3) 他者の主観への関心

心が成長していくと、他者の主観への関心が生まれる。そして、これが共感能力へとつながる。自分と相手は立場が違い、別のことを考えている。考えというものは、自分の力で下した主体的・自主的なもので、他者によって与えられたものでも、押しつけられたものでもないこと。それは、お金や物といった即物的なもので置き換えることはできないものであること。それが心というものであること。

心というものの存在を知り、理解し、相手のことを分かろうとする興味と関心が生まれるのが10歳からである。このような心の成長の結果、共感能力が育ち、相手を信頼することの大切さ、信頼できる仲間は自分を支えてくれること、相手の心を傷つけてはいけないことの意味などを、子どもは生活の中で学び成長していく。その子どもの生活を支えるのが大人である。

共感能力を持つ子どもは、決して相手をいじめない。

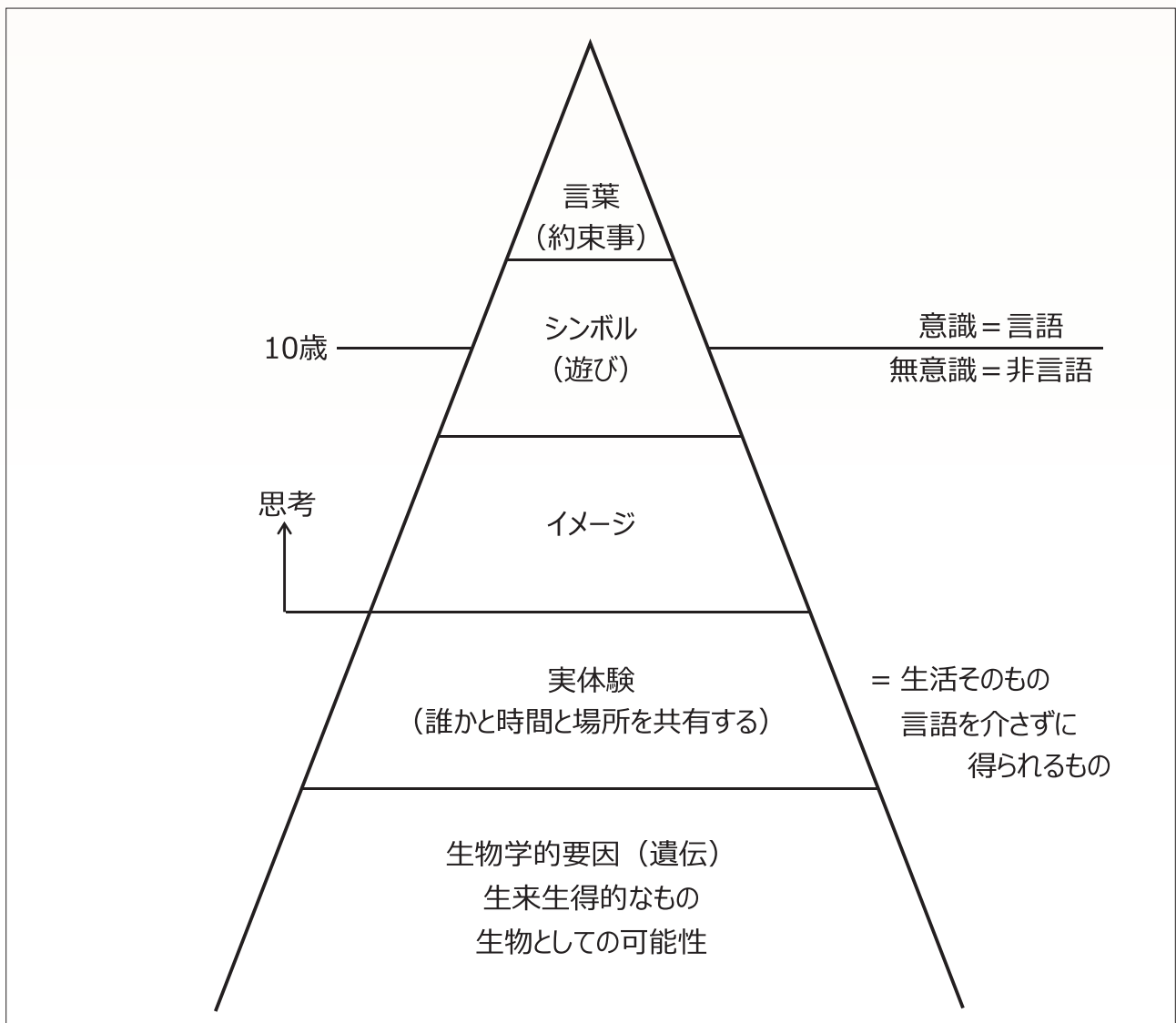
3. こころの発達過程

言葉というものは、図のように氷山の一角と考えられる。言葉とは、狭い意味で考えると約束事で、言葉で約束事ができる人は大人といえる。言葉とは、意識されている世界で、水面下の部分にはその人に関する情報がたくさんあり、無意識の世界ともいえる。だからこそ言葉には重みがある。

誰かと時間と場所を共有する実体験は、その人自身のものであり、言語を介さずに得られるものである。つまり、言語的描写がしにくいものほど、より実体験といえる。こうした実体験の極端に少ない人は、人間や物との関係性に極度にこだわる傾向が強い。そして、その関係が少しでも汚れ、傷つくと、やたらとひどい反応をする。

実体験は、生物としての可能性とイメージをつなぎ、言葉へと引き上げていく機能がある。実体験が増えるためには「工夫」という主体的な働きが必要である。工夫とは、主体的、積極的なこともあるので、実体験を増やすことは心の成長の糧となる。不登校、引きこもり、スマホ依存などの子どもたちが、山村留学などに参加し、元気に成長する理由はここにある。

図 こころの発達過程



反抗期の“反抗”とは

子どもの反抗期の“反抗”とは、文字どおりの意味のほか、発達心理学的には意志の表出という意味がある。

子どもの成長発達課題のひとつに自我の確立、主体性の獲得がある。イヤなものはイヤ、嫌いなものは嫌い、できることはできる、できないことはできないと、ちゃんと言えるようになるのか、そこに自分なりの判断根拠があるのか、である。

子どもはまだ言語表現が拙く、生活体験も乏しいため、自分なりの意見を言う際に、そこどころがうまく言えず、ややもすれば感情的になり、大人からしてみれば短絡的判断に映ったり、焦っていたり、自分のことを棚上げにして大人を追いつめ、問いつめ、あたかも大人を試すかのようなことを言う。その姿が大人から見れば反抗そのものであるため、反抗期という言葉が大人が作ったのである。

子どもにしてみれば大変迷惑な話で、子どもの立場からすると、あくまで意志の表出の始まりである。もちろん、これも基本的信頼感があってこそ、意志の表出が対話となり、お互いの成長へとつながる。



学校と家庭とのはざまに対応に苦慮した例

事例1 中学3年生、男子

【主訴】 不登校、母親への暴力

【家族構成】 父、母、本人、弟、妹（父は単身赴任で不在）

【既往歴】 低身長のため、X-1年より大学病院に通院

【現病歴】

X年4月、中学3年生になった頃から、塾の帰りに同級生たちから身長が低いことをからかわれるようになった。それが嫌で塾をやめたが、Aの希望で学校には伝えなかった。Aがからかわれていることに気づいた担任教員が、からかっているグループの保護者に事情を説明した結果、保護者から謝罪したいとの申し出があったが、Aは受け入れなかった。

嘔気、嘔吐が生じ、6月から登校できない日が増えるようになった。その頃から、しばしば大声を上げたり、母親に暴力を振るったりするようになった。ただし、父親が単身赴任先から帰宅したときは、大声を上げることも、母親に暴力を振るうこともなかった。7月の修学旅行は発熱のために参加できず、夏休み明けからはほとんど登校できなくなった。

両親はAが受験する高校として、父親が単身赴任している土地の私立高校を選び、一家で引っ越すことを考えていたが、過去に父親から暴力を受けたことがあるAは父親と一緒に暮らすことを嫌がり、引っ越しに応じようとしなかった。思い余った母親が、Aを伴ってX年10月に精神科クリニックを受診した。

【治療歴】

Aはからかわれているグループだけでなく、同級生に会うことを考えただけで不安が募り、母親に当たり散らすというので、抗不安薬の投与を開始した。

進路について11月に三者面談があったが、Aは直前に泣いたり暴れたりして出席できなかった。両親は引っ越し先での進学を、教員は地元での受験を主張し、結論は出なかった。Aは引っ越さないで残ると言った手前、登校すると宣言したものの、保健室で寝ているのが精一杯で、定期考査も欠席し、再び登校できなくなった。

主治医は、Aがこれ以上登校するのは困難と考え、地元で受験するよりも、引っ越し先で高校に進学したほうが無難であろうと進言した。引っ越しを嫌がっていたAだったが、冬休みに入る1週間前から保健室登校を始め、校長に模擬面接をしてもらったりするようになった。

X+1年1月、Aは父親の赴任先の私立高校を受験し、合格した。これを契機にAは表情が穏やかになり、抗不安薬も必要がなくなった。

【考察】

1. 本事例のいじめについて

このケースのいじめの原因は低身長である。一般に人より劣っていると思われることがいじめの原因になるが、本来、子どもには何ら責任がないはずの事柄がいじめの原因になり得るところに、いじめ問題のやりきれなさがある。

また、Aはいじめられていると思っているが、いじめている当人は面白半分にからかっているだけで、Aをいじめているという自覚がないために、からかいはますます執拗となり、Aを追い込む結果になった。

2. 主治医としての反省点

Aは確かに身長が低かったが、受診した大学病院でも格別の治療がなされなかったように、異常といえるほどの低身長ではない。主治医はそのことを伝えたが、Aは聞く耳を持たなかった。また、いじめているグループから謝罪の申し出があったと聞き、謝罪を受け入れて、済んだことを水に流してはどうかとも提案したが、やはりAには通じなかった。

担任教員は、Aの意思を尊重して地元での高校受験を勧めたが、容易に登校できないように、登校しても教室に入ることができずに保健室で寝ているAを見て、主治医は父親の赴任先の私立高校へ進学することを勧めた。

問題の本質であるいじめに正面から取り組もうとせず、そこから目をそらすことで解決を図ろうとしたのは、誤った対応ではなかったかと反省している。

3. 当事者の思惑

A：地元の高校に進学したかった。

両親：父親の赴任先の私立高校への進学を勧めた。

校長と担任教員：Aの意思を尊重して、地元の高校に進学する道を探そうとした。

それぞれの思惑がある中で、主治医は最終的に両親の思惑に加担する結果になったが、もう少しAの意思を尊重し、校長や担任教員を支援すべきだったかもしれない。

これについては、学校関係者から他にやり方がなかったかどうか、意見を聞きたいところである。

低身長(身体的なひけめ)の治療がQOLを改善した例

事例2 10歳、男子(1月15日生まれ)

【周産期】 異常なし(出生時体重3,201g、出生時身長50.4cm)

【家族歴】 両親と妹の4人(父170cm、母158cm)

【現病歴】

保育園では、周りの子どもと比べて「やや背が小さい」印象であった。幼稚園児になり、他の子どもたちより、いわゆる「頭ひとつ分小さい」ことが気になっていた。しかし、早生まれだったので、4月生まれの子どもと比較すると、身長が多少低いのではないかと考えていた。

小学校入学以降、さらに他の子どもと比較すると、背が小さいことが目立つようになった。両親ともに身長に関して悩んだこともなく(父170cm、母158cm)、本人に聞いても、幼稚園の頃から「別に悩んではいない」と答えていた。学校では、身長が小さいことを友人から指摘されても、ふざけて受け流していた。さらに、背の低いことを自ら冗談として話し、クラスでは人気者であった。成績は中程度であったが、体格の面からか体育が苦手であった。

【経過】

8歳になり、3歳下の妹と身長があまり変わらなくなり、母親から「念のため、診察を」と促されて病院を訪れた。

受診時(8歳4か月)は身長112.2cm(-2.8SD)^(注)、体重23.0kg(-0.8SD)、妹は5歳8か月で110.5cm(0.1SD)、体重19.3kg(0.3SD)であった。

その後、手根骨撮影による骨年齢測定、成長ホルモン分泌負荷テストなどの精査が行われ、特発性成長ホルモン分泌不全性低身長症との診断が下され、成長ホルモンの投与が開始された。

成長ホルモン投与により、身長の改善が見られた。以前にも増して精神的にも余裕が出て、性格もより積極的になり、成績も向上した。身長が伸びたことにより、友人たちからも低身長のことからかわれることも少なくなった。

1年後の身長は120cm(-2.2SD)、2年後の身長は126cm(-2.0SD)であった(最終身長〈成人期の身長〉は-1SD)。

(注) SDとは統計用語で標準偏差のこと。この値は0がその集団での平均値。±1SDの間であれば、いわゆる標準。+2SDを超える数値は大き過ぎ、-2SDを下回る数値は小さ過ぎと評価する。

【考察】

友人と比較して身長が低いことを気にしていたが、近所の診療所では「お父さんもお母さんも普通の身長だから、いずれ伸びるよ。大丈夫。人間は外見だけを気にするものじゃない」といわれたことがあり、両親に心配をかけたくないとの思いから、身長の件について話すことはなかった。

成長ホルモンの投与が開始されてからは身長の改善がみられ、本人にも満足のいく結果が得られた。後日、本人から「学校で自分から低身長であることを発言したのは強がっていただけ。治療を行っていることで身長の改善が期待でき、不安が軽減した」と話してくれた。

低身長症の子どものなかには、適切な診断や治療を受けられず、コンプレックスを抱きながら「良い子」を演じていたものの、長年悩んだ末に登校拒否や、友人の何気ない言動がきっかけでいじめとして問題化した症例もある。

本人はコンプレックスを気にしていないように振る舞っていても、実は悩んでいることもあり留意したい。本症例だけではなく、身体的なコンプレックスが精神的な症状の一因になる場合もあり、成長ホルモン治療のような内科的な治療が、精神的な問題を改善できる場合もある。

ところで、成長ホルモン治療は本人だけでなく、家族も過剰な期待を持つ場合が多い。期待する気持ちは痛いほど分かるが、「高身長も夢ではない」くらいに想像していた場合も多く経験した。根拠のない過剰な期待は、結果が得られないと落胆し、治療を中断するきっかけにもなり、当初予測していた医学的な効果が得られないことにつながる。

このため成長ホルモン治療の場合は、効果がすぐには現れないこと、1年間の平均的な身長の伸びなどを参考に、それぞれの年齢に即した効果などを、あらかじめ詳細に話しておくことが重要である。

小学生時代のいじめの後遺症に10年以上も苦しむ例

事例3 女子（初診時14歳）

成育した家庭は不安定で、父親から母親へのたび重なる暴力があり、A子が幼児期に両親は離別、食堂を自営する母親と暮らすようになった。気丈で正義感が強く、曲がったことを黙って見過ごせない性格である。

A子は、小学校では活発で、周囲の女子からも頼られる存在だったが、男子たちをしばしば言葉でやり込めてしまうために、やがて男子グループからの反発を買うようになった。小学5年生のある時期から、数人の男子から暴力的ないじめを受けるようになり、A子がなお男子に屈服しないために、この関係は1年以上にわたって続いた。暴力の現場は巧みに隠されていたため、学校はこれをいじめとは認識せず、むしろ仲の良いグループのふざけ合いとみていて、A子の何度かの訴えも取り上げられず、やがて不信感と反発から声を発することを止めてしまった（実際に声が出ない失声の状態になった）。

6年生になって男子たちの暴力はさらにエスカレートするようになり、ついにA子は歩行が難しくなるほどの外傷を負わされるまでになった。負った怪我について、A子ははじめ、母親にも経緯を隠していたが、登校できなくなったことから隠しきれなくなり、さらに歩行困難や繰り返し悪夢に脅かされるために、明け方まで入眠できないなどの問題を生じ、児童精神科クリニックを受診することになった。

クリニックでは解離症状も認められるとして、PTSDの診断で治療が開始された。学校の担当者がクリニックに呼ばれ、A子の心理的被害についての説明を受けるが、いじめがあったとの認識は得られなかった。小学校へは登校を停止したまま卒業となり、このことはA子の中に、学校に対する不全感と強い不信感とを残す結果となった。

男子たちと違う中学校を選んで進学をするが、その後も歩行困難があるために登校できない状態が続いた。整形外科的な所見がないために、学校からは不登校とみなされ、母親からも登校を強く促されるために、家にも居場所をなくした。理解を得られる人間関係もないために、仕事から戻った母親とはしばしば諍いとなり、動揺が大きいときには生活実感が持てなくなり、それから脱するためにリストカットなどを繰り返すようになった。

このことにより、さらに母親との関係が難しくなることの繰り返しとなり、A子と母親いずれかが暴力的になると、A子には小学校のいじめ場面が急激に想起され、パニック状態に陥った。また、自分を攻撃する声が聞こえるような感覚に襲われたり、自分に危害を加える人がすぐそばにいるような感覚にとらわれたりするようになった。

中学3年生の6月、こうした状態に耐えきれなくなり、母親が仕事に出ている際に縊首を試みるが失敗、放心しているところを母親に発見され、児童精神科病院に緊急入院となった。

入院当初、A子はあらゆる人を信じることができず、医療スタッフとのかかわりも、自分に侵入されるように感じて硬く殻を閉ざした。看護スタッフがA子のあり方を批判せずにかかわり続けることによって、ようやく他者からのかかわりを受け入れることができるようになり、院内学級の行事を見学した。その場で他児らが、思いのほか自分を気にかけてくれることに気づくことができ、学級への参加が可能になったが、集団行動のための自信を多少つけたところで卒業の時期となり、A子は高校に行く決意をして退院した。

しかし、その後の経過も順調ではなく、高校は1年で退学、母親の仕事の助手として店に入るが、「職場に入ったら親子の甘えは許されない」と考える母親との関係が悪化し、継続が難しくなった。だが、他の仕事に就こうとすると原因不明の疼痛や失声など身体症状が悪化し、継続的に就労することも次第に難しくなっていた。

いじめに対する対応をしてくれなかった学校を相手取った訴訟を起こすことまで考えたが、いじめの実態の聞き取りをしようとする、否応なくA子の中に当時の記憶が生々しく再現され、記憶が飛び飛びになるほどの心理的な混乱をきたした。

A子の混乱によりやく収拾の兆しが見えはじめたのは、いじめのエピソードから10年近くを経てからである。A子がどのような状態になっても、ひたすらかたわらにいて話を聞き続けてくれる友人と出会うことができ、家以外に居場所を得ることができたことで、ようやく当時の自分の姿と、混乱の中で過ごした年月とを客観視することができるようになった。不意に訪れる身体症状はいまだ十分に収まっていないが、ようやく混乱の中から立ち上がろうとする気力を得ることができたのである。

【解説】

長期にわたるいじめにさらされた子どもたちには、複雑性PTSDと呼ばれる深刻な情緒的な混乱が残ることがある。この状態の特徴は、感情コントロールや自己意識、衝動のコントロールなどに長期的な影響が現れることで、この事例のA子の場合、フラッシュバックや侵入体験といった通常のPTSD症状に加えて、この複雑性PTSDの症状と思われる情動の障害や身体症状が重なり、長期にわたり通常の社会参加が難しい状態を強いられることになったものと考えられる。また、ときおり出現する解離（意識や記憶の断裂）も、深い心理的な傷つきがあったことを示唆している。

生きる世界が狭くなると、自分についても狭くしか考えることができなくなる。ある子どもたちはそのような中で「生きる意味がない」と思い詰めてしまうのである。A子は苦渋に満ちた状況の中を、誰も助けてくれない世界を「いつか見返す」ために、必死の思いで命をつないでいくのであるが、そのような復讐がいつしか目的と化した生活も、また辛いものなのである。そのようなとらわれを脱する契機は、深い信頼関係の中からしか訪れないことを、この事例はまた教えている。

発達障害のある児がいじめと受け止めてしまった例

事例4 男子、初診時8歳、いじめのエピソードは17歳

【家族構成】 父母と双子の妹（発達に問題なし）

【既往歴】 特記すべきことなし

【現病歴】

幼児期よりことばの発達が遅れ、多動性が目立ち、地域通園施設に通ったり、専門医療機関に通ったりしていた。小学校は特別支援級に通学。8歳で当クリニック初診。ADHD、自閉症スペクトラム障害の特性がある知的障害として、生活指導や言語聴覚士によるコミュニケーションの指導を行ってきた。

小・中学校は特別支援級に通学。小学校高学年よりやや情緒不安定。高等部は特別支援学校の就労支援科に通学。怒られたこと（教師は教えたり、注意をしたりしていたと思われる）や、自ら他児と比較をして自信をなくしていき、不眠傾向にもなり、学校に行かない日が出てきていた。学校は本人の意思を尊重し、また、集団活動など無理をさせない方針とし、高等部2年になり毎日登校するようになっていた。

そのような中の5月（17歳）、ADHD特性が目立つ児から突然胸倉をつかまれ、殴られそうになり、教師が仲裁に入った。本人はかなりの恐怖感を感じたようであった。その後、このアクシデントのフラッシュバックがたびたび起こり、緊張感、恐怖感も強く、カウンセリングとともに薬物治療の継続が必要となった。学校では乱暴した子に謝罪をさせ、精神科学校医の指導も受け、その子と会わせないようにするといった配慮がなされ、定期的なカウンセリングも設定された。

【経過】

その後、クリニックでは本人の気持ちの受け入れや、生活リズムを保つことの指導を行いつつ、向精神薬、フラッシュバックを軽減させるといわれる漢方薬治療を行っていたが、学校に行くと乱暴を受けたことのフラッシュバックが起こり、再び登校できない日が増えた。

高等部3年になっても同様の状況が続き、地域の精神障害の方たちのためのデイケアに通所。無理をしない対応、毎日行う作業、運動などがあり適応していたが、対人関係でトラブルが生じて退所せざるを得なくなり、再び引きこもり気味となった。

卒業後はLINEやゲームにはまり、ますます家から出られなくなり、家族にそれを注意されたとき、包丁を持ち出して暴れるなどの状況になった。在宅では生活リズムが保てず、ネット依存となっているような生活から抜け出せない状況と判断し、入院も可能で発達障害に理解のある医療機関に転院した。

現在20歳であるが、転院した医療機関に入退院を繰り返し、精神療法、作業療法、薬物治療、デイケアでの治療的な対応と指導を受けながら、自らの特性の受容や適度な家族との関係、安定した生活に向けて模索中である。

【考察】

自閉症スペクトラムの特性とADHDの特性を持ち、もともと自信がなかった児が、就労を目指して、スムーズなコミュニケーション、作業への集中などを要求され、さらに自信がなくなっていた状態であった。

そのような中、理不尽な恐怖体験をし、ますます学校での不安、緊張を強くした。学校では環境調整、精神科相談、心理士によるカウンセリングが行われ、医療機関でもカウンセリングや生活指導、薬物治療が行われたが、明らかな改善はなかった。一方、学校以外の場所では、適応状態は良かったが、対人トラブルで通所が不可能になり、これも失敗体験として残ってしまった。

一度のいじめられた体験が、心的外傷（PTSD）として残ってしまったが、これはベースに自信のなさ、学校不適應があったために起こったと思われ、環境調整やカウンセリング、医学的な治療があっても好転が難しかったと考えられる。

すなわち、この事例はいじめという視点より、発達障害があり自信を持ってない児の学校不適應の視点での対応が必要であり、また、突然の出来事に弱く、フラッシュバックを起こしやすい自閉症スペクトラム障害の特性への理解も必要であった。

いじめへの対応とこころのケア

1. いじめの認知と対応

「いじめ防止対策推進法」（平成25年9月施行）第2条によると、いじめの定義は「この法律において『いじめ』とは、児童等に対して、当該児童等が在籍する学校に在籍している等当該児童等と一定の人的関係にある他の児童等が行う心理的又は物理的な影響を与える行為（インターネットを通じて行われるものを含む。）であって、当該行為の対象となった児童等が心身の苦痛を感じているものをいう」とされている。

「対象となった児童等が心身の苦痛を感じているもの」という部分の狙いは、いじめ認知の感度を高めるところにあると推察され、外形的には軽微と見なされがちな行為であっても、いじめを受ける側には非常に深刻であるものをしっかり認知することを求めている。

東京都教育委員会が実施した平成28年4月～6月の調査¹⁾では、いじめとして認知された数が、小学校1,710（1,392）件、中学校1,298（1,400）件、高等学校48（26）件、特別支援学校6（5）件、総数3,062（2,823）件であった（カッコ内は前年度同期）。この数字は総数、また、とくに小学校において前年度より増加しているが、東京都教育委員会では軽微ないじめを見逃さず、確実に認知しようとする学校の姿勢が反映された結果であると捉えている。また、学校が初期段階でいじめを認知し、対応につなげることができるようにするため、校内研修等を通じて「いじめ」の定義について、教職員個人の解釈に差が生じないように、学校全体で共通理解を図る必要があるとしている。

「いじめ防止対策推進法」第23条では、いじめへの初期対応が規定されている。以下に要約すると、①教職員や相談機関、保護者などが、児童等からいじめの相談を受けた場合に、在籍する学校への通報その他の適切な措置をとること、②通報を受けた学校は、速やかにいじめの事実の有無の確認を行い、③複数の教職員によって、心理、福祉等の専門的な知識を有する者の協力を得ながら、いじめを受けた児童等やその保護者に対する支援、いじめを行った児童等に対する指導またはその保護者に対する助言を継続的に行うなどとされている。このほか、④いじめを行った児童等についての対応、⑤保護者への対応、⑥犯罪行為として扱われるべき重大ないじめへの対応、などが定められている。

2. いじめ体験と心のケア

精神保健福祉センターや保健所の精神保健相談場面でも、生活歴におけるいじめ体験を話される方が少なくない。過去を振り返りつつ、何か悔しそうな表情をされ、何年たってもいじめられた記憶が薄らぐことなく、心に残っていることがよくわかる。「学校では何もしてくれなかった」という声もしばしば聞く。心的外傷（トラウマ）として、その後の人生に残るのである。

上記③にあるように、いじめを受けた児童への支援は、複数の教職員が心理、福祉等の専門的な知識を有する者の協力を得て行うことになっているが、その具体的方法についての言及はなく、現場に任されているものと思われる。支援の主体たるべき教職員も、一方でいじめられた生徒を、他方でクラス運営を、また、保護者や関係者への対応等を迫られるのは非常に困難なことであろう。このような状況下では、専門家というより、苦しみの現場に立ち会っている、普通の善意の人として行う支持的な対応（応急手当）が有用ではないだろうか。いじめにあった児童生徒とどのように接するべきか、身近な支援者として何を心がけるべきかを考えてみよう。

WHO（世界保健機関）が提唱しているPFA（Psychological First Aid:心理的応急処置）という技法がある。災害やテロ、犯罪被害、事故などの重大なストレスにさらされた人々に対して、必ずしも専門家ではない支援者が心がけるべき事柄をまとめた「WHO版心理的応急処置（PFA）現場の支援者のガイド」²⁾が公表されている。そのなかから「良好なコミュニケーション」のために「言った方が良いこと、した方が良いこと」「言ってはならないこと、してはならないこと」の一覧を引用する。災害などが想定されているので表現に若干の違和感があるかもしれないが、本質的なところは共通している。

3. PFAにおける良好なコミュニケーションのために

言った方が良いこと、した方が良いこと

- ・気が散らないように、できるだけ静かな場所を見つけて話しましょう
- ・プライバシーを尊重し、相手の秘密を守りましょう（やむを得ない場合を除く）
- ・被災者のそばにいきましょう。ただし、年齢や性別、文化によって適切な距離を保つこと
- ・話を聞いていることが相手に伝わるように、うなずいたり、相づちを打つようにしましょう
- ・忍耐強く冷静でいきましょう
- ・もし事実についての情報があるなら伝えてください。知っていること、知らないことを正直に話しましょう。「私には分かりませんが、調べてみます」などというのも良いでしょう
- ・相手が理解できるような方法で、情報を簡潔に伝えましょう
- ・人びとの気持ちや、話に出たあらゆる損失や重大な出来事（家屋の損失、大切な人の死など）をしっかりと受け止めましょう。「本当に大変でしたね。どんなにか、おつらいことでしょう」など
- ・相手の強さと、これまでどのようにしてつらさを乗り越えてきたのか、ということをしつかりと認めましょう。
- ・沈黙を受け入れるようにしましょう

言ってはならないこと、してはならないこと

- ・無理に話をさせてはなりません
- ・相手の話をさえぎったり、急がせてはなりません（たとえば腕時計を見たり、早口でしゃべるなど）
- ・適切であることが確信できない場合には、相手の体に触れてはなりません
- ・被災者がしたことや、しなかったこと、あるいは感じていることについて、価値判断をしてはなりません。「そんなふうには思っはけませんよ」「助かって良かったじゃないですか」は禁句です
- ・自分が知らないことをごまかして、作り話をしてはなりません
- ・専門的すぎる言葉を使っはなりません
- ・他の被災者から聞いた体験談を話してはなりません
- ・あなた自身の悩みを話してはなりません
- ・できない約束や、うわべだけの気休めを言っはなりません
- ・相手の問題を全部解決しなければならないかのように考えたり、行動してはなりません
- ・自分のことは自分でできるという強さや自尊心を弱めてはなりません
- ・誰かについて否定的な言葉で話してはなりません。（「頭がどうかしている」「めちゃくちゃ」などの言葉を使わない）

これらは当たり前のようにも見え、また、些細に感じられるかもしれないが、よく考えてみるとなかなか含蓄が深い。ある種の対人マナーのようなものでもあって、いかに相手を思いやり、安全を確保し、尊厳を冒さないか、また、支援するつもりでさらに相手を傷つけてしまうことを回避するか、というところに本質がある。

ケアが必要な人に寄り添い、耳を傾けることによって、気持ちを落ち着かせ、いずれは自分で物事に対処できるように手助けをすることが目標である。もちろん、抱え込んでしまっはならず、必要なら、適切な専門家や社会的支援に結びつけることも忘れてはならない。

《参考文献》

- (1) 東京都教育庁指導部指導企画課、2016、「平成28年度東京都公立学校における『いじめの認知件数及び対応状況把握のための調査』結果について」
<http://www.kyoiku.metro.tokyo.jp/press/2016/pr161110a.html>
- (2) 世界保健機関、戦争トラウマ財団、ワールド・ビジョン・インターナショナル、2011（翻訳：国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、ケア宮城、公益財団法人プラン・インターナショナル・ジャパン、2012）、「心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエイド：PFA）フィールドガイド」
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44615/18/9789241548205_jpn.pdf

平成27・28年度
東京都医師会 学校精神保健検討委員会

委員長	曾根 維石	中野区医師会
副委員長	塙 佳生	日本橋医師会
委員	岡田 謙	江東区医師会
〃	石崎 朝世	北区医師会
〃	田中 哲	東京都立小児総合医療センター
〃	野津 眞	東京都立中部総合精神保健福祉センター
〃	小寺 康裕	東京都教育庁

学校精神保健に関する事例とその解説 (3)

平成29年7月1日発行

発行責任者 東京都医師会理事 正木 忠明
発行 公益社団法人 東京都医師会
東京都千代田区神田駿河台2-5
TEL: 03-3294-8821 (代)
印刷 合同印刷株式会社
TEL: 03-3624-6111 (代)

