

開業医医療研究会報告

これからの学校保健の在り方を求めて—小児科医の立場から
：疾病対策中心の保健から心の健康を守る保健への新たな展開

城 後 俊 明

尾西市立三条小学校校医・尾西市立北今保育園園医・尾西市発達障害児保育施設「杉の子教室」嘱託医
尾西市障害児就学指導委員会委員長・城後小児科（尾西市）

はじめに

我国の学校保健制度は、1958年の学校保健法制定により、国際的にもかなり高い水準に達したと言える。しかしながら、我国の学校保健は身体中心、疾病予防対策中心の学校保健であり、急激な経済成長、先進化、都市化に連動して、激しく変容を遂げて行く社会や家族構造の変化が進行する中で、子供達の心の健康に危機的状態が起こりかけている。

今こそ、新しい体制を早急に整える必要があることを諸賢に訴えたい。

1. 学校保健の現状と問題点

この子供達の心の健康の危機に際して、果して、我国の学校保健は今の形のままで、これに適確に対応し得るシステムになっているのであろうか。私はかつて、ドイツの小児科学会誌 *Monatschrift für Kinderheilkunde* にヘルシンキ小児病院の W. Höckert が 1983 年に書いた思春期医療に関する論文「フィンランドの経験に基づいたドイツ連邦共和国への提言 (Vorschläge für die Deutch Bundesrepublik auf Grunde der Erfahrungen in Finland)」を読んだときの強烈な感動を忘れることが出来ない。

フィンランドでは、原則として小児科医を中心にして、複数の専門医が学校医を担当し、校医は毎日、交替で、午後何時間か時間を決めて学校に行き、子供達の心や体の親身な相談相手をつとめる事になっている。そしてフィンランド政府は、校医に対して、国家公務員に準ずる手厚い待遇を

しているとのことである。殊に、思春期前後の子供達に対しては、心身両面の悩みごと相談が多いので、身体の診察や病気の相談だけでなく、心の相談についても重視して指導しているのである。Höckert はこの優れたフィンランドの学校保健システムをドイツの学校保健にもぜひ導入すべきであると提案している。

ひるがえって、我国の厚生省が、現在、世界に誇るべき高水準の制度と自画自賛している学校保健の現状はいかかなものであろうか。1983年のフィンランドのシステムと比較して、恥ずかしくないであろうか。学校保健にそれだけの熱意を注いでいるであろうか。現状は誠にお寒い限りである。我々は政府に対して、次の世代のために、地方自治体が学校保健を充実できるように、一層の強力な指導を行うと共に、財源の確保の為に、用途を限定指定した上で、財政上特別な配慮を行うように求めて行くべきである。現在のように「貴校は学童数が1,000名を切りましたので、条例により校医を2名から1名に減じます」と教育委員会から一方的通知が来るようでは論外である。900人を超える学童に校医一人では、身体検査、心電図検査と予防注射で精一杯になる。とても学童全体に対するきめ細かな気配りや指導は、物理的、時間的、経済的にも不可能である。おまけに、校医もその一校だけに専念できず、外にも保育園や他の療育施設の保健任務も兼任していると、自己の診療もかなり犠牲にしなければならなくなり、極めて苦しい立場に追い込まれる。我々が安心して学校保健に専念できるようなシステムの構築を強く

表1 登校拒否（学校ぎらいを）理由とする長期欠席者数

年度間	昭50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
小学校	2,830	2,951	2,965	3,211	3,434	3,679	3,625	3,624	3,840	3,976	4,071	4,402
中学校	7,704	8,362	9,808	10,429	12,002	13,536	15,912	20,165	24,059	26,215	27,926	29,694
合計	10,534	11,313	12,773	13,640	15,436	17,215	19,537	23,789	27,899	30,191	31,997	34,096

注) 1. 学校基本調査による。 2. 年間50日以上欠席したものの数である。

希望する次第である。

2. 学校保健医の業務

(1) 年間学校保健計画案の立案への参与

環境衛生、健康診断（定期健康診断、運動クラブ健康診断、新入学児健康診断）、保健指導、健康相談、予防接種、体育行事、修学旅行、校内就学指導委員会等

(2) 学校保健委員会への出席

学校保健委員会委員、医学教育講演講師

(3) 健康診断

定期検診：既往歴、日常学校生活記録、生育歴等をチェック。

運動クラブ健康診断：なるべく競技会の直前日に行う。

新入学児健康診断：既往歴、現在の状態の正確な問診を教師に指導

学童心臓検診・心電図検査（1年生、2年生及び各学年有所見者）

(4) 保健指導学校新聞に保健指導記事を掲載、教員、児童生徒への保健教育講演

(5) 予防接種

ツベルクリン・BCG、DTP3種混合、DT2種混合、D単独、日本脳炎、風疹

(6) 体育行事

各種運動競技会や運動会の前に参加選手の健康チェック体育行事の救護班

(7) 修学旅行

旅行参加者の事前健康を把握するよう担任に指示して、異常ある者は医師の診察を事前に受けさせる。

(8) 学校就学指導委員会

市教育委員会主催の就学指導委員会に先立って、校内就学指導委員会を開催して検討し、学校としての意見を集約して、市の委員会に向けて準備する。

3. 学校保健上特に注目すべき問題

1) 成人病の若年化傾向

肥満、高脂血症、消化性潰瘍、糖尿病

2) 心の健康問題（学校不適応症候群）の増加

近年、登校拒否、校内暴力、いじめ、非行等の不適応行動が加速度的に増加しているのは周知の通りである。学校側ではこれを児童・生徒指導上の問題として対処している場合が多いが、これこそ、まさに心の健康の問題であって、学校保健としても特に注意すべき課題である。

実際に、保健室には、これらの問題を抱えた児童・生徒がしばしば来訪し、養護教諭は、それらの来訪者に受容的に対応して、保健指導・生徒指導を行い、子供達の間人形成に大事な教育機能を果していることが多い。

登校拒否も昭和50年から12年間の学校基本調査²⁾で見ると、小学校は1.6倍、中学校は約3.9倍と著しい増加を見せている（表1）。

校内暴力は昭和50年より増加を初め、56年、57年をピークにして減少傾向を示し、代わりに「いじめ」が大きくクローズアップされて来た。

統計的な「いじめ」の件数は一応、表2のような報告があるが、「いじめ」は本来一目につかぬように行われるのが常態であるので、実際の数はこの数字の何倍にもふくらむものと思われる。

特に最近の「いじめ」は次第に陰湿化しており、次のような特徴が顕著となって来ているので対応

表2 いじめの発生学校数・いじめの発生件数（昭和61年度）

	公立学校総数	発生学校総数	発生率 (%)	発生件数	1校当たり発生件数
小学校	24,739 (24,796)	6,560 (12,968)	26.5 (52.3)	26,306 (96,457)	1.1 (3.9)
中学校	10,517 (10,346)	4,532 (7,113)	43.1 (68.8)	23,690 (52,891)	2.3 (5.1)
高等学校	4,178 (4,273)	1,130 (1,818)	27.0 (42.5)	2,614 (5,718)	0.6 (1.3)
計	39,434 (39,415)	12,222 (21,899)	31.0 (55.6)	52,610 (155,066)	1.3 (3.9)

注) 1. () 内は、昭和60年4月～10月間の発生状況である。

2. 1校当たりの発生件数は、 $\frac{\text{発生件数}}{\text{公立学校総数}}$ である。

には慎重な姿勢と、注意深く、正確な情報を収集することが必要であることは言うまでもない。

① 欲求不満の解消手段としていじめる。

② 多く的人数で、集団的に、特定少数のものを標的にして、長期に亘って、絶え間無く、執拗に、陰湿に、繰り返して徹底的にいじめ続ける。

③ しかも、これらの「いじめ」の在り方は多分に「ゲーム性」を帯びていて、いじめる側はむしろ楽しんでさえおり、ある構成集団の中で選出されたスケープゴートに対して、圧倒的な落差で襲い掛かるのである。そして、みんなで徒党を組み「赤信号、みんなで渡れば怖くない」式の転倒した論理が横行し、一人一人の責任感は希薄で、殆どが罪悪感欠落している。

④ 方法としては、脅し、無視、からかい等から暴力に至るまで多種多様であり、時には常軌を逸した、歯止めを失った行動に走ることがある。

⑤ その結果、標的に選ばれた哀れな犠牲者は、心を深く傷付けられるだけでなく、毎日毎日が無限地獄であり、段々追い詰められて、絶望し、疲れ果てて、ついには自殺に走る事例も出てくるのである。

4. これからの学校保健と小児科医の役割

我が国の学校保健行政を見ると全く場当りので、何か事が起こってから、その対策に大慌てで狂奔している有り様である。

今、最も大事なことはプロスペクティブな対応が取れる体制を早急に確立することである。それは、学校保健にかかわる情報の収集と分析、その

結果に基づく学校保健の実施計画の立案と実施、さらにその成果の評価とフィードバックに外ならない。

1) 情報収集の重要性

学校保健に関連した情報は、健康診断のみでなく保健室において、更に教室や運動場、体育館、プールにおいて、更に登下校の通学路において、広く収集する必要がある。健康診断のみでは、心の健康に関する情報は殆ど集まらない。教室での態度の異常さ、保健室における身体的訴え、通学途上での振る舞いは、行動問題の初期症状であることが多い。

これらの情報を集積し、プールし、長期間に亘って、個々のケースをfollow upし、交友関係、家庭環境関係の情報が更にこれに加われば、情報の質は更に向上し、行動問題を判断する上で、極めて信頼性の高い資料となるであろう。

2) 情報の分析

各方面から収集した情報は、整理分析することによって、初めて対策、対応案が立てられ、その実施計画案が練られることになる。

分析に当たっては、校医、小児科医、精神科医、養護教員、心理専門家等によるチームワークが望ましい。

3) 情報の集積解析結果の評価と学校保健計画への反映をもとめて

これらの学校保健情報を適確に収集解析して、システムが正常に機能すれば、「いじめ」を初めとする学校保健上の数々の危機をあらかじめ予見して、それに対応することが可能となり、危機を

表3 当院における心身症児への対応

I. クライアント情報収集

- (1) クライアントの本音の訴えを聞き出す。
- (2) 個人情報 (周産期エピソード, 発育史, 交友関係, 趣味, 習癖等)
- (3) 家族情報 (家族構成, 家族相互間の関係, 遺伝, 精神病等)
- (4) 学校, 職場環境の情報 (学校におけるクライアント, 学業への態度, クラスメイトとの人間関係, 教師との関係, いじめや体罰の有無等)

II. 心理学的治療

- (1) クライアント中心カウンセリング (C.R.Rogers : Person Centered Approach)
- (2) 交流分析 (Transactional Analysis)
- (3) 家族療法 (Family Therapy)

III. 薬物療法

- (A) 現代医療
 - ① 身体症状に関する薬剤, ② 抗不安剤, ③ 抗うつ剤
- (B) 漢方医薬

表4 患児 (クライアント) へのアプローチの仕方

1. 彼らの示す身体症状に心からの同情を表し, そのまま病気として受け入れて, 症状の軽減に, 本人と共に努力する。間違っても, 「気の病」等と決めつけてはいけない。
2. 治療者が親や学校教師の価値観や願望の代弁者ではないという立場を患児に明瞭に理解させる。本人が学校に行く, 行かないは, 治療者とは全く無関係のことで, 治療者の関心は, ただ本人の示している身体症状とその病因に向けられていることをよく分からせる。
3. 「できないでいること」より「できたこと」に目を向けさせ, 自信を高め自尊心を抱かせる。
4. 両親, 家族や, 必要があればクラス担任に, 彼らの「病氣」という身体症状への退行現象, 無気力, 異常行動などの原因と思われる心理的, 社会的背景を理解させ, 彼らと治療者の間にアプローチ上の不整合が起きないように気を配ること。
5. 拙速を避け, 長期的展望で治療し, 自立の援助を第一目標にすること。

回避することができると思われる。

5. 当院 (城後小児科) における学校保健活動³⁾

—登校拒否児を中心としたメンタルヘルスケアの実践—

登校拒否のごく初期の段階 (高木分類第一期) では, 子供達は多彩な身体症状を訴えて, 小児科の外来を訪れることが多い。この時に子供達が出しているアラーム信号を適確に把握することが肝要である (表3)。

クライアントの訴えを聞き, 診察所見, 検査所見等から彼らの示す諸症状が心困性の原因に起因すると思われる時は, 原則として予約で, 外来診療終了後の時間を指定して来院させ, カウンセリングを始める。

家庭環境, 生育環境に関する情報を収集しながら,

ら, Carl R.RogersのPCA (Person centered approach)⁴⁻⁶⁾を軸にして家族療法 (Family therapy)⁹⁻¹⁴⁾, 交流分析¹⁵⁻¹⁸⁾等を加味してカウンセリングを進めて行く。一方, 学校の担任, 養護教員に連絡して, 出来る限りのクライアントに関する情報を集めて来てもらい, 情報の交換, 解析をする相談会を何回も開いて対策を一緒に相談する。時には親にも参加をしてもらう。これらの情報を集積し, 解析をして, 受容的にカウンセリングを行うことにより, かなり望ましい効果が得られて来た。

カウンセリングの目的は, あくまでもクライアントである子供達が自分自身の問題を背負いながら生きて行く気力を蘇らせてやることにある。そのために, 表4に示した仕方でもクライアントに接している。勿論, 「いじめ」「体罰」等の原因が露

病名	小5	小6	中1	中2	中3	高1	高2	高3	計	●	○
チック	●●●● ●●	●●●●	●●	●					11	11	0
不定愁訴心気症 (OD、腹痛、心因性 熱、咳)	●●●● ○○○ ○	●●●● ○○○	● ○○○ ○○	○	●● ○○○	○○	○		29	9	20
登校拒否	● ○○	●	●● ○○	○○	●●●● ●● ○○○ ○○○	○	○○	● ○	26	10	16
神経性拒食症					○	○	○		3	0	3
過食症		○		○	○○				4	0	4
家庭内暴力								●●	2	2	0
非行					● ○		○		3	1	2
精神病様症状					●			○	2	1	1
計	15	11	12	6	22	4	5	5	80		
男子：●	9	7	5	1	9	0	0	3		34	
女子：○	6	4	7	5	13	4	5	2			46

図1 心理的ケアを必要とした子供達 (1985~1990年・城後小児科)

見した場合には、原因の除去に努めると共に、関係者に強力な教育的指導を行うことはいうまでもない。

最後に、1985~1990年の間に当院で心理ケアを要した心身症の子供達80名の疾病別、学年別の図⁹⁾を参考に示した(図1)。

この図を疾患別に横覧し、学年別に縦覧し、かつ性別の特徴を見て行くと、次に示した諸点に気付かれるであろう。

- ① チックは小学校、中学校の男子に多い。
- ② 頭痛、倦怠感、無気力、立ち眩み等の起立

性調節障害の症状、動悸、不安、過呼吸症候群等の自律神経失調症状、更に反復性腹痛や心因性発熱、心因性咳嗽等の多彩な症状、いわゆる不定愁訴、または心気症状と呼ばれるものは、小学上級から高校に至るまでの各年齢層に幅広く分布してみられる。男女の比率は1:2の割で女性に多く、ことに中学以降は女性の比率が男性を圧倒的に凌駕する。

③ 登校拒否は、初期は心気症状をもって始まるが、症状の進行につれて、次第に登校拒否症状そのものが症状として固定化していく。当院にお

ける心理相談統計の男女の比率は2:3で女性に多く見られた。

年齢別特徴としては中学3年に一極集中を示し、他の学年の発生率に比し5倍の増加を見た。このことは中学3年という時期が、高校受験を目前に控えて、子供達に大きな心理的圧力を加えていることを示していると言えよう。

おわりに

これからの学校保健の進むべき方向について地方都市の一小児科医、一学校医として抱いているビジョンについて述べた。

しかし、登校拒否児等の心身症児のメンタルヘルスケアには莫大なエネルギーと時間を要し、しかも、現在の保険診療では、全く「骨折りのくたびれ儲け」である。

次の世代を担う子供達、未来の大事な納税者達のために、福祉先進国フィンランドに習って、学校保健に格別の財政的配慮を希望しておわりの言葉としたい。

〔文 献〕

- 1) O.Wasz H öckert : Adoleszentmedizin; Vorschläge für die Bundesrepublik Deutschland auf Grund der Erfahrungen in Finland., Monatschrift für Kinderheilkunde (1983) 131: 566-569, Springer Verlag 1983.
- 2) 小倉学: 児童生徒の健康状態と学校保健の課題. 小児科臨床, 第41巻・増刊号 [学校保健] (1988) : 2676-2684, 日本小児医事出版社.
- 3) 城後俊明: 思春期心身症に対する漢方治療; 松橋俊夫編「青年期漢方治療ケース集」(1992), 196-225, 誠

信書房.

- 4) Meador, B.D. & Rogers, C.R. "Client-centered therapy" in R.Corcini (ed.) Current Psychotherapies. 119-165, F.E. Peacock Pub., 1974.
- 5) Rogers, C.R. : The Necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change "Journal of Consulting Psychology" 95-103, American Psychologist, 1958.
- 6) Rogers, C.R. "A Process conception of Psychotherapy", 142-149, American Psychologist, 1958.
- 7) Rogefrs, C.R. "The concept of the fully functioning person" Psychotherapy : 17-26, Theory Research and practice, 1964, 1.
- 8) 友田不二男: カウンセリングの技術—クライアント中心療法による—, 第2版, 1996.
- 9) 岡堂哲雄, 編集・解説: 家族療法と親教育 [現代のエスプリ] No.215 (1985/6), 至文堂.
- 10) 佐藤悦子, 稲村博, 編集: 家族療法の理論と技法; 家族療法シリーズ① [現代のエスプリ] No.242 (1987/9), 至文堂.
- 11) 佐藤悦子・稲村博, 編集: 家族療法の実際; 家族療法シリーズ② [現代のエスプリ] No.243 (1987/10), 至文堂.
- 12) 稲村博, 佐藤悦子, 編集: 日本的家族療法の模索; 家族療法シリーズ③ [現代のエスプリ] No.244 (1987/11), 至文堂.
- 13) 岡堂哲雄: 家族心理学の理論と実際, 金子書房, 1988.
- 14) 石川元, 編集: 家族療法と行動療法 [現代のエスプリ] (1990/3), 至文堂.
- 15) 池見西次郎, 杉田峰康: セルフコントロール, 創元社, 1974.
- 16) 池見西次郎, 杉田峰康, 新里里春: 続セルフコントロール, 創元社, 1979.
- 17) デュセイ, J.M. (新里里春訳) : エゴグラム, 創元社, 1980.
- 18) 杉田峰康: 交流分析; 講座サイコセラピー第8巻, 日本文化科学社, 1985.