

医師が学校との連携をどのように考えているか —修正版グラウンデッド・セオリーを用いた質的分析—

石川美智子*, 松本みゆき**

What Do Doctors Think About Cooperation with Schools:A
Qualitative Analysis by a Modified Grounded Theory Approach

Michiko ISHIKAWA*, Miyuki MATSUMOTO**

2018年11月5日受理

抄 録

本研究の目的は、医師が学校との連携をどのように考えているか、明らかにすることである。半構造化面接法等によって収集された21名の医師の聞き取り調査によるデータを、修正版グラウンデッド・セオリー法を用いて分析した。その結果、医師は①「教育と組織の特徴についての相互理解」の重要性を指摘した。また、学校が福祉や医療の最前線になっており②「多職種チームの必要性」を感じ、③「多職種チームのための条件と姿勢」をあげた。さらに教師や教育委員会、専門医とつなげる④「家庭医・学校医等の役割」が示された。

キーワード：医師，学校，多職種チーム，家庭医，学校医

医療機関と学校の連携の必要性

日本の特別支援教育は、障害をベースに制度設計がなされている（文部科学省，2003）。文部科学省（2015）は、小・中学校の通常の学級に、6.5%の割合で、学習面又は行動面において困難のある児童等が在籍し、この中には発達障害を持つ児童等が含まれる可能性があるとしている。欧米の特別支援教育は、Special Educationと呼ばれ、障害ばかりでなく、社会・経済的、文化的、あるいは言語的な要因によって生じると見なされる児童生徒の教育的ニーズも含むため、支援を要する児童生徒が増加する。アメリカでは、初等中等教育段階全体で11.3%、イギリスでは20%、スウェーデンでは21.9%、フィンランドでは21.2%といわれている（石川，2015）。したがって、日本においても、実際は、通常学級に困難を抱えた児童生徒は6.5%以上存在してい

* 常葉大学大学院 初等教育高度実践研究科

** Christ University, Department of psychology

る可能性がある。

学校における専門家の配置は、アメリカでは、州によって異なっている。基本的には常勤で、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、スクールサイコロジスト、ティーチャーコンサルタントが配置されている。

フィンランドは、佐藤（2006）、徳永（2006）、増田（2008）の調査によれば、学校に常勤の特別教師、言語教師、教師アシスタントが配置されている。このほか、母国語教師、母国の宗教教師が学校を巡回訪問している。さらに、生徒保護の取り組みのため、学校常勤の学校看護婦とスクールカウンセラー（いじめやけんかななどの生活面の対応）、週3日来校するスクールサイコロジスト（家庭の悩み、ADHD、精神面の問題の対応）が配置されている。また、子どもの健康管理を行う子ども健康センターがあり、0歳から早期発見介入が行われ重要な役割を担っている。

イギリスは、土谷（2003）、藤原（2005）の調査によれば、地方教育局に、常勤の多様な専門家が配置されている。地方教育局の専門家は、Baseスタッフと呼ばれている。Baseスタッフは、Baseコーディネーター（責任者）、教育心理士（Education Psychologists）、教師、セラピスト（音楽療法士、遊戯療法士、心理療法士、ドラマ療法士、芸術療法士）、インストラクター（ヨガ、アロマセラピー、ダンス）、アシスタントなどである。成田（1999）は、小児科医師が医学的視点から、教育心理士が発達心理学的視点から助言を行うとしている。

アメリカ・イギリス・スウェーデン・フィンランドでは、障害の有無に関わらず、困難を抱えた児童生徒の援助のために多様な専門家が校内に配置されている。そればかりでなく、児童生徒が発達する支援に何らかのかたちで医師が関わるように、システムとして設計されている。したがって、医師によるアセスメントが行われ、援助方針が立てやすく、効果的な支援が行われやすいと思われる。

日本における学校と医師との連携の課題

日本の場合、学校医の職務は学校保健安全法施行規則第22条に規定されている。具体的な職務内容は次のとおり。①学校保健計画、学校安全計画の立案への参与。②学校環境衛生の維持や改善に関する指導、助言。③健康相談。④保健指導等となっている。したがって、医学的視点から発達の支援への助言が個々の児童生徒に行き届いているはずである。

CiNiiにおいて、「特別支援学校・養護学校」を除く「学校」「連携」「医療機関または医師」で検索したところ、100論文あった。そのうち、特別支援学校以外の、特別支援教育3論文、非行、不登校等43論文を対象に論文を検索した。松本・須川（2013）は、小学校の教師は、子ども本人とその保護者の想いを大切にしながら、教育学、心理学及び医学領域などの専門家並びに関係機関との連携も交えた個に応じた支援が必要であると考えている。そして、薬物療法に関しては、学校側としては踏み込む領域ではないが、ある程度薬物療法の効果を認めている教師も多いと述べている。さらに、岡田・岡・田中（2008）は、養護教諭への調査で、養護教諭が学校単独では児童の心の問題をケアすることはできないと判断している。学校と心療内科や精神科専門医と

の連携はほとんどなく、養護教諭が連携に困難を感じていることを示唆している。医学的視点による発達の支援への助言が個々の児童生徒に行き届いていない現状が示された。

一方、高芝・藤河・近藤（2010）は、小児科医が徳島県教育委員会より委託されたスクールアドバイザーとして、患児が在籍している学校に赴くなど院外連携も重視して成果をあげていることを報告している。そして、学校と医師が連携できるシステムの重要性を指摘している。医師も教師も連携の必要性を感じているが、多くの県では、連携できるシステムが整っておらず、課題となっている。

このように、国内外の研究から、学校と医師との連携が、発達の支援等において必要であると考えられる。しかし、医師が連携をどのように考えているか、明らかになっていない。そこで、本研究は、医師が、学校との連携をどのように考えているか、プロセスを明らかにすることが目的である。学校と医師との連携は長年の課題である。しかし、連携の当事者である医師が連携をどのように考えているか、外部の者が知ることは難しい。医師から意図的に聞き取る必要がある。学校と連携した経験のある医師に対して聞き取り調査を行い、連携についての資料を収集する。質の高い連携についての知見が深められれば、その知見を応用し学校と医師ばかりでなく、子どもの健全な育成の参考になる可能性が大きいと考える。

方法

研究方法の選択

医師が学校との連携をどのように考えてきたか、そのプロセスについて検討した先行研究は見あたらない。このような場合、質的研究が有効であるとの指摘がある（能智，2011）。そして、本研究は質的研究の修正版グラウンデッド・セオリー法（以下 M-GTA と記す）を用いた。M-GTA を用いた理由は、①質的研究としての分析手法が明確である、②学校と医師との連携という本研究の分析対象が、対人援助過程における相互作用であり、M-GTA が適している、③「実践的な活用のための理論」であり、「応用が検証であるという視点」と「応用者が必要な修正を行うことで目的に適った活用ができる」とされているためである（木下，2007）。

研究協力者の依頼方法

筆者が、子どもに関わる学会や研究会で知り合った医師に研究協力依頼書を送り、承諾の確認をした。また、医師が多く参加する研修会の主催者に研究依頼書を送り、聞き取り調査の承諾を得た。そして研修会初日に、主催者が、全体に口頭で筆者の研究の目的等を説明し参加者の医師に研究協力をお願いをしてくださった。聞き取り調査をする直前にも筆者が説明し、承諾を得た。

研究協力者・データの収集

研究協力者の一覧を Table 1 に示す。全国 6 地区の医師（開業医 9 名：内学校医

を兼ねている医師が6名、勤務医7名、大学教員5名：全て開業医又は勤務医の経験有り、) 合計21名である。

Table 1 研究協力者一覧

番号	年齢	現在の職業・役職	専門	性別	地方	概念数
1	36	開業医	精神科	女	A	10
2	38	開業医・学校医	小児科	女	B	9
3	67	開業医・学校医	小児科	女	C	6
4	64	大学教員(20年間学校へボランティア)	小児科	男	B	8
5	62	開業医・学校医	小児科	女	B	5
6	49	勤務医	小児科	男	D	5
7	34	勤務医	小児科	女	B	4
8	40	開業医	小児科	女	A	7
9	53	開業医・学校医	小児科	男	B	3
10	28	勤務医	児童精神科	女	A	1
11	56	開業医・学校医	小児科	女	A	6
12	54	大学教員	精神科	男	F	3
13	52	大学教員	精神科	男	A	2
14	59	勤務医	小児科	女	B	3
15	72	勤務医	精神科	男	A	3
16	50	大学教員	小児科	男	B	4
17	50	大学教員	精神科	男	B	2
18	45	開業医・学校医	小児科	男	G	5
19	40	勤務医	小児科	男	G	3
20	50	開業医	精神科	男	F	2
21	50	勤務医	児童精神科	男	G	2
		開業医 9名(内学校医と兼務6名) 勤務医 7名 大学教員 5名 (全て開業医又は勤務医の経験有り)	精神科 8名 小児科 13名	男 12名 女 9名	A 6名 B 8名 C 1名 D 1名 F 2名 G 3名	

2018年4月～10月まで、基本的には筆者が医療機関や研修会に出向いて面接を行った。面接内容は、筆者がその場で逐語録に近い形で記録した。5名の研究協力者からはICレコーダーによる音声記録の許可も得た。研究協力者または所属機関から質問紙調査を依頼され、メール・郵送で調査を行ったのは4名であった。なお、1名の医師は、筆者の勤務先に来ていただいた。勤務場所・施設については、様々であったが、いずれも、子どもの治療経験があり、学校との連携について、何らかの経験や知見を持っていた。本研究では、医師に対して、学校との連携を振り返ってもらう形で聞き取り調査を行った。

聞き取り調査をするにあたり、リサーチ・セッションに従って「学校との連携をどのように考え工夫したか教えてください」と質問し、答えてもらった。面接中には、内容を深めるため必要に応じて、「スクールカウンセラー（以下SC）やスクールソーシャルワーカー（以下SSW）との連携」「学校と連携して思ったこと」「学校と連携して上手くいったこと、困難だったこと」と、詳細な説明を求めることもあった。聞き取り時間は、1時間から5時間であった。聞き取り調査実施後、筆者の発言も含めて文字化したものをデータとした。文字化の際には、仮名表記とし、個人情報に配慮した。なお、文字化は全て筆者が行った。合計 23,453 文字であった。

Table 2 概念生成過程の例示

概念名	【教師の子どもへの姿勢】
定義	医師が子どもを見ている教師と見ていない教師、見ているが援助できないと判断している教師がいると考えていること
	<ul style="list-style-type: none"> ・お母さんを通して、進路先を担当に相談してもらったら、「行く高校はない」と言われました。勤3 ・小学校の先生は、お山の大将的などころがあって、決めつける先生もいます。先生の中にも、困難をかかえている子どもの支援を避けている人もいるのかなと思います。不登校は長期化していて、なぜいけないかということの背景を考えない人もいます。行きたくない理由を、聞かないし友達関係も見えていない先生もいて、それでも学校ではうまくやっていますと答える人もいます。勤2
	<ul style="list-style-type: none"> ・学校の先生は子どもの近いところにいる。自分が子どもをどう理解するかが大切。どういうふうに教育するかが大事。当然保護者とも一緒にいない。時々教育に他の専門家を引き込む。専門家というのは専門的な立場で関わる人、親とか子どもに対して、学校の先生はゼネラリストならば、もっと子どもに近いところで関わらなければいけない。どうしたらいいかどうなったらいいか、専門家ならばそれについてどうしたらいいか言わなければならない。この状態を評価してどうならないといけな踏み込んで言わないといけない。一人一人の子どもをどうするかそれをしない。しないで教育の方に逃げちゃう。それではだめなんや。大1 ・先生はほかの子を見ているので特別扱いできないというのは重たい言葉だと思います。勤1 ・親が渋っているところに先生がついて来てくれます。お菓だして落ち着いてくると親と本人だけで来るようになります。最近は先生がアクティブに来る人も多いです。開1
理論メモ	医師は<否定的に教師をみている>人もいるが、<集団をみている教師の大変さを理解している>人もいる。合わせて<教師の子どもへの姿勢>とする。 ゼネラリストならば、もっと子どもの近いところで関わるとはどのようなことか？ 教師が個別対応を行うようになったため、医師との連携の意識が強くなっているような気がする。

M-GTA の分析手順

M-GTA は、聞き取りデータから概念を生成し、複数の概念間の関係を解釈的にまとめ、最終的に結果図として提示する。このプロセスの厳密さが M-GTA では重視されるため、逐語記録を分析した過程を以下に述べる。

「医師が、学校との連携をどのように考えているか」というリサーチ・セッション

ンのもと、データの分析を下記の手順で進めた。①リサーチ・セッションに関連した文章に着目し、具体例(ヴァリエーション)とし、類似の具体例も説明できる場合に概念を生成した。②概念を作る際に、概念ごとに分析ワークシートを作成し、概念名、定義、最初の具体例などを記入した。(Table 2) ③類似の具体例は、ワークシートの具体例欄に書き込んだ。④また、反対の具体例も検討し、概念からデータが作られるか比較検討し、ワークシートの理論的メモ欄に記入した。⑤新しい概念の可能性が見出された場合は、以前の事例に立ち戻り、それを確認するという作業を繰り返した。⑥複数の似通った概念からなるカテゴリーとした。⑦カテゴリー相互の関係から分析をまとめ結果図とした。⑧ストーリーラインとして文章化した。執筆段階にも、つながりの悪い部分は、カテゴリー化、概念名も再検討した。その場合には、聞き取り調査に立ち戻り、概念やカテゴリーを確認した。

分析の具体的経過

面接の半ばの時点で、語りの内容が一番豊かだと思われた研究協力者1と2から分析を開始した。分析手順に従って、まず14の概念を創出した。この概念を基本に、順次面接を行い、他のデータの分析も進め、最初に生成された概念を確認すると共に、新たな概念の可能性が見出された場合は、以前の事例に立ち戻り、確認し生成した。概念の生成過程で、類似の具体例が見つからなければ削除した。これらの作業を繰り返した。執筆段階に入った後も、事例に立ち戻り、概念やカテゴリーの確認を行いながら修正した。

倫理的配慮

計画段階で、学校との連携について研究の趣旨と中止の自由、データは研究目的以外に使用しないこと、また、個人や都道府県が特定されないよう配慮することを書面であらかじめ医師に伝えた。面接当日も、研究協力者に口頭で同様の説明をした。

分析者の立場

質的研究方法による分析は、研究者の思考を通し、研究者が分析データの解釈者となり、仮説を述べる(木下, 2007)。そのため、筆者の研究者としての立場を開示する。筆者は、36年間教師として学校現場に勤め、その内20年間は教育相談担当教師として、相談活動および研究を行ってきた。また同時期に、大学教師および小中高校の教師や大学カウンセラーが参加する研究会に所属し、実践的な議論を行ってきた。学校での実践を積み重ねるごとに、教師と教師以外の専門家によるチーム援助へと研究が変化してきた。これらの経験は、本研究の分析に大きな影響を与えている。

分析の質の担保

客観性を高めるために、分析開始から大学教師および学校教師・大学院生が参加する研究会で2回検討した。さらに、教育学や心理学を専門としている大学教師から2回個人的にスーパービジョンを受けた。執筆後、医師に検討とご意見をいただき修正した。

結果と考察

M-GTA による分析を通して生成された、4つのカテゴリーと12の概念との関係を結果図として Figure 1 に示した。

各カテゴリーにおける医師の連携の考え方

分析結果より、「医師が、学校との連携をどのように考えているか、変化のプロセス」を概観する。カテゴリーを構成する概念の関係を中心に、説明する。《》をカテゴリー、【】を概念、<>を概念の定義、具体例を“ ”で示す。カテゴリー・概念の定義およびヴァリエーションを Table 3 に示した。

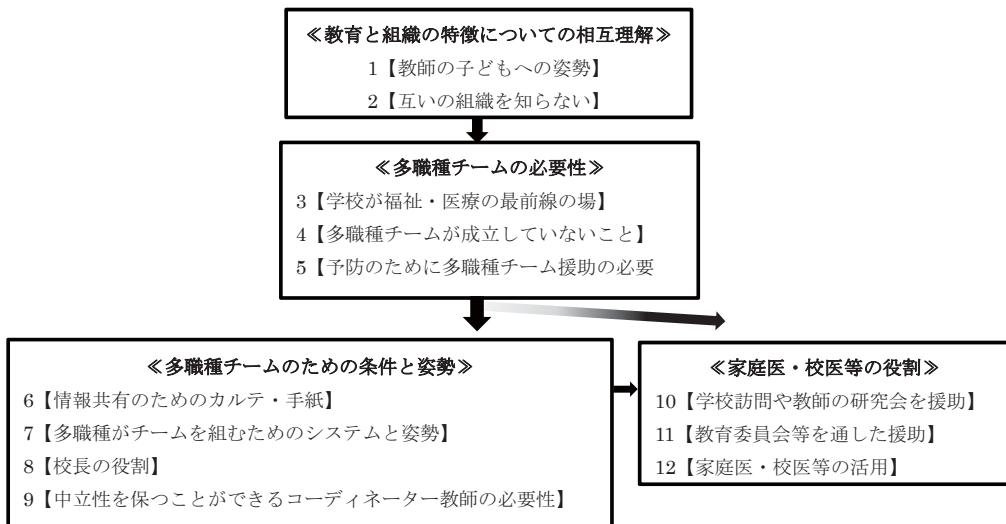


Figure 1 医師は学校との連携をどのように考えているか 結果図

医師が学校との連携をどのように考えているか〈論文〉

《カテゴリー》 定義	【概念名】 定義	ヴァリエーション	人数
<p>《教育と組織の特徴についての相互理解》</p> <p>医師は、それぞれの教育と組織の特徴の理解が重要であると考えていること</p>	<p>1【教師の子どもへの姿勢】 医師が子どもを見ている教師と見ていない教師、見ているが援助できないと判断している教師がいると考えていること</p>	<ul style="list-style-type: none"> 先生はほかの子も見なければならぬので、特別扱いできないというのは重たい言葉だと思います。動1 お母さんを通して、進路先を担任に相談してもらったら、「行く高校はない」と言われました。動3 小学校の先生は、お山の大将的なところがあって、決めつける先生もいます。先生の中にも、困難をかかえている子どもの支援を避けている人もいるのかなと思います。不登校は長期化していて、なぜいけないかということの背景を考えない人もいます。行きたくない理由を聞かないし友達関係も見えていない先生もいて、それでも学校ではうまくやっていますと答える人もいます。動2 学校の先生は子どもの近いところにはいない。だから、子どもを理解していない。自分が子どもをどう理解するかが大切。どういうふうな教育するかが大事。当然、保護者とも一緒にいない。時々教育に他の専門家を引き込む。専門家というのは専門的な立場で関わる人、親とか子どもに対して、学校の先生はゼネラリストならば、もっと子どもに近いところで関わらなければいけない。どうしたらいいかどうなったらいいか、専門家ならばそれについてどうしたらいいか言わなければならぬ。この状態を評価してどうならないといけな踏み込んで言わないといけな。一人一人の子どもをどうするかをしない。しないで教育の方に逃げちゃう。それではだめなんや。大1 親が渋っているところに先生がついて来てくれます。お薬だして落ち着いてくると親と本人だけで来るようになります。最近先生がアクティブに来る人も多いです。開1 	6
	<p>2【互いの組織を知らない】 医師・教師も相互の組織を知らないこと、医師の仕事の現状を理解してもらうこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> 医師は学校組織を知らない。大3 家庭医も教育センターがあることを知らない。友人の医師と教育センターがどんなところなのか見学にいきました。でも、教育センターと定期的なつながりはない。話し合う場もない。したがって、医師が予防的な関わりを教育センターで持つことはない。開校2 医師が学校の事情に詳しくないこと、反対に学校の教員が医療について理解が足りないのは当然のことであり、そのことでずれ違いが生じるのではないか。大3 一般の精神科医は1日50～60人、一人5分程度の診察を外来でせざるえない状況であることを学校側に知ってもらう必要があります。大2 ペースが違う。教師はケース会議をやりましょうという。出かけて行って一時間やっても医師は100人の患者が待っています。大1 	7
<p>《多職種チームの必要性》</p> <p>医師が学校現場の大変さを理解した上で、多職種チーム援助の必要性を自覚していること</p>	<p>3【学校が福祉・医療の最前線の場合】 医師は、学校が福祉・医療と近くなっていると感じていること</p>	<ul style="list-style-type: none"> 学校は本当に大変だと思います。いろいろな子がいますので、子どもが安全のようにいろいろな人が関与することが重要だと思います。いろいろな人の力が必要だと思います。これから学校は警察もいますよね。開1 学校が福祉の窓口になっていますね。学校のすみわけができなくて、注入や吸引のような軽い医療ケアをやっている方もいます。特別支援学校に重症の患者が行くようになって、軽度の方は通常学校に行くようになってきています。大5 早期発見において学校現場は最前線です。早期発見早期予防は重要です。先生方がそのぐらい危機意識を持ってほしい。先生方は最前線にいて、おかしきという可能性があれば、自覚してつないでほしい。緊張感をもってほしい。けど、逆にストレスにならないように注意してほしい。大5 	5
	<p>4【多職種チームが成立していないこと】 教師・医師・教育センター心理士がつながっていないこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> SCから連絡があるということはありません。WISCの検査を日常生活で生かすことができていない。学校や家庭で生かしてくださいという文章を出しています。数字を一人歩きさせないという意味では、開示しないことはいいと思いますが、本人は日常生活に困っているのに学校の先生に伝わらない。WISCの結果を生かすことができない。動1 市教育センターが発達検査をしている。スゴイ優秀な心理士さんだと思う。しかし、結果の返し方がお母さんに入っていかない。「でこぼこがあります。視覚優位です」としかお母さんは理解していない。強みをどう生かしたらよいかまったく理解していない。やっぱり、医療につながらない。学校(先生)も、教育センターに行っているからよしとしている。発達検査の結果を授業でどう生かすかが、担任がどう生かすかが重要だと思う。家庭医は、小さい頃から診ているから発達障害がわかる。みんなで協力して、診るのがいやならば他の専門医につなげばいい。今はつながらない現状。つながれば予防ができる。さっきの子は、発達障害を専門としている医師の先生のところにつないだ。学校ともつながってほしい。教育センターに行っているからよしとしている先生方には、あきれた。ちょっと違う。開校2 開業医として学校の先生来てくださいということはなかなか言えません。診断書が出ると、それで終わりです。動2 	15

医師が学校との連携をどのように考えているか〈論文〉

	<p>5【予防のための多職種チーム援助の必要性】 問題が起こったり、教師・保護者が困ったりしてから医師のところに行くことが多く、その前にチームを組むことが必要であると思われること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病院で医師が治すのではなく、なんでも使って総合的に癒しの技を使うことが大切だと思います。その一つに WISC があり、養護教諭の先生がいると思います。勤 5 ・地域の医師にもうちょっと相談してほしい。地域の小児科の先生・家庭医には、情報がいっぱいある。大きな問題になる前に声をかけてほしい。開校 2 ・先生方も問題点を分からない状態で 1 年間すごさないといけないので、WISC 等のデータを理解できなければ対応もできないから、問題行動が起きてから対応すると思います。それでは大変ですね。保健所にいたときには、K 式をやっていました。しかし、保護者にはだいたいのことしか言いませんでした。それは変わる可能性があるからだと思います。学校になるともっと（連携の）ハードルが高いです。若いころ特別支援学校の先生とチーム会議をしました。チーム会議をやれば先生はできるということも分かっています。勤 7 ・学校が困って「受診しなさい」という子は一杯増えて、先生からの相談が増えましたね。行き来は確実に増えていったのではないのでしょうか。学校で問題が起きているようなときは SC と先生がみえたり、先生だけがみえたりします。開 1 ・SC は障害について専門的に学んできた方は少ないので、現状のような連携の問題が生じるのではないかと考えます。医療の専門職である看護師や作業療法士のように、多数の障害を持つ子どもの治療経験がある方が常置されればかなり対応できるようになると思います。勤 3 ・しつけをどこでするかという課題があると思います。家庭でも学校でも父性的なことが欠けていて却って自尊感情が育たないということを聞きます。打たれ弱い、被害者感が強くなるとか、すべての人に母性的対応のみでよいかという課題があると思います。医療は診断という真実を言わなくては行けないので、保護者の気持ちを押し量りつつバツサリいうことが必要な場合があります。大 5 	18
<p>《多職種チームのための条件と姿勢》 多職種チーム援助のための条件と専門家の姿勢のこと</p>	<p>6【情報共有のためのカルテ・手紙】 多職種チーム促進のための校内での申し送りやカルテ・手紙による情報交換が重要であること</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・SSW・SC・教師の役割が分担されているようですが、それがチームです。チームでやる以上情報を共有しないと機能しません。いろいろ感情的な行き違いや領域の縄張り争いがあるようですが、問題は子どもです。だから縄張り争いをする前に風通しをよくしておかないといけません。子どもの現実の問題の対処をオールマイティーに何でもでき体験することが大切で、その中で専門的なものを見つけていけばいいと思います。子どもを中心に情報を共有する。そのためにチームミーティングを重ねることが重要です。時間がなくても。病院臨床から学んだことはそこです。大 5 ・二次的要因が加わって不登校になっている事例では、連携がうまくいくことによって劇的な改善がみられました。今後の課題としては、お互いに非常に忙しい医師と教師が面談を設定できる回数が非常に少ないため、教師から医師に聞きたいポイントをあらかじめ医師に伝える短い手紙等の手段が工夫できると良いと思います。開校 7 ・熱心な先生だと、学校の様子をカルテとして持ってきてくれます。ポイントをつけて書いてくれるとありがたいです。定期的に先生がお手紙や連携をしてくれるといいです。定期的に先生がお手紙や連携をしてくれるといいです。開 1 ・理想としては、顔の見える関係で密に情報共有できると良いと考えているが、教師の方の忙しさを考えると、「どのタイミングで」「どのような形で」（場所・時間等）やりとりすれば良いのか悩む。大 6 	10
	<p>7【多職種がチームを組むためのシステムと姿勢】 多職種がチームを組むための各専門家に対する敬意と使命感が必要なこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・システムがないとだめだと思います。断ち切られるからです。その後で使命感を持ってやることだと思います。勤 2 ・「専門が違うので先生にご相談します。こんなやり方もできますか？」と人に対する敬意は大切です。親は親で将来が心配。先生の気持ちを尊重し、親御さんの気持ちを尊重しこんなやり方はどうですかとやっていくと、うまくいきます。とっても良い状態になっていく、それは急にはできない。そういう価値観のなかで急には変えられないので当然で困った子と思われる。困っているからそのような行動ができる。先生方はああそうだと少しずつ納得してくれる。学校の先生と協力関係でやっていく。開校 4 	3
	<p>8【校長の役割】 学校は校長の影響力が強いこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・学校によって違うし、校長先生によっても違う。校長のカラーが出ますよね。意志疎通がとれるとラッキーですよ。特にトップの人の校長・校長が任せている教頭と連携ができると本当にスムーズですよ。後、共感できるとラッキーですよ。担任の先生が自由になっているといいですよ。開 8 ・私も校医をしていた学校は分かってくる。しかし校長先生が変わると「●●医師はやさしすぎる」と言います。一つの学校で校医を続けていても広がらないと、早めに辞めさせていただきました。校長先生は一国一城の主です。開校 4 	8

医師が学校との連携をどのように考えているか〈論文〉

	<p>9【中立性を保つコーディネーター教師の必要性】 連携をする上で中立性を保つことができる教師係が必要なこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・SCでも、学校寄りの方もいます。私自身は子どものペースを大切にしたいと考えていますので、時間がかかる場合があります。開校4 ・心理的な知識がなくて担任が来てくれてもあまり通じないです。結局学校側の立場になってしまいました。学校の中に中立で困難を抱える子の立場になれる人がいたらそんなにもめなかったと思います。学校の立場を体現する人になってしまうことが心配です。中立性を保つことが難しいと思います。学校を守る立場になってしまうおそれがあります。心理的なペースを持って、中立性を持ってコーディネーターの立場の教師がいいなと思います。SSWだけでなく教師のコーディネーターも必要だと思います。開1 ・医師、教師も大変多忙の中仕事をしているため、お互いの業務状況の理解と両者をつなぐコーディネーター役（SSWと病院のケースワーカー）が密に連絡をとりあい、医師と教師が上手く面談・情報交換できるとよいと思われます。大2 	6
<p>《家庭医・校医等の役割》 医師と教師とは、支援について認識が違うが、そのことをなんとか理解のために工夫しようとしている医師がいること、家庭医や校医等の役割が重要であること</p>	<p>10【学校訪問や教師の研究会を援助】 学校訪問や教師と研究会等つながる工夫をしている医師がいること</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・学校での問題の症例研究を先生方に提示して、医師がアドバイスをしていました。地域の先生は医師との連携がとれるので、ありがたいと言っていました。年4回症例検討研究会を30年間やっています。会費1000円で、ボランティアでやっていたら不登校の対応を上手にできるようになりました。学校の先生はどのように細かい対応ができるのかと驚きました。勤5 ・20年ずーと学校に行ってきました。見えない部分はどうなっているかとボランティアで行っていた。真面目な先生もいました。しかし、先までみている人はいない。学校は、発達期にある子供にいい環境を与えて育てるところ。学校に行くことは、僕に与えられた役割です。教育の世界は狭い。医療が何をしているか知らない。学童しかみない。大1 ・困っていることが起こっている現場に行くのがいいと思います。お家にいくのが一番分かると思います。週2で働いています。学校に行くために忙しくなってカウンセリングルームをたってみました。何か現場をみたいと考えています。ドクターによって違うと思います。開5 	5
	<p>11【教育委員会等を通した援助】 教育委員会等と連携して働きかけている医師がいること</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・25年ぐらい前に、病院でも不登校やりました。教育委員会や福祉もバラバラに不登校対策をやっていました。それではだめだと思い、今のフリースクールの走りをやりました。具体的には、不登校の子の治療及びケアをやりたいからと言いつつ、一つの施設にお願いしました。そこに行ったら学校に登校したことに認定してもらうように教育委員会にお願いしました。そこで、子どもが勉強するにしても遊ぶにしても、専門的なカウンセリングも並行すると治療効果があがりました。勤5 ・個別の先生でなく教育委員会に相談したら生徒指導課が集まって下さって、そういう研修会を開催して下さることになりました。自分が一人よがりにならないように、一つの考え方で聞いてくださいました。主張していれば機会が巡ってくると思っています。開4 	4
	<p>12【家庭医・校医等の活用】 多職種専門家チームをつくるためには、家庭医や校医の活用方法があると思っていること、専門が異なる場合でもつなぐ機能を持つこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・校医の中には発達障害までみていこうという声が少なくなっている。しかし、校医である多くの家庭医は小さい頃から子どもをみているため、「発達障害の有無」がわかる。私は、もっと見なくてはいけないと思っている。でも、医者でも「発達系が嫌だ」という人もいる。苦手やからやらないのではなく、他につなぐことが大切だと思う。みんながスペシャリストにならなくていい。開校2 ・自分は小児専門医ではないのですが、小さい頃からみているため発達障害かどうかわかります。しかし、治療には積極的に関わりたいと思いません。つなぐ役割はできます。選択できればと思います。開校6 ・検診しているとき虐待の子を発見したよ。先生に話をしたら、教頭が通告していいですかと言うから、「いいよ」と言いました。父子家庭で「家に帰るのは嫌だ」と子どもは言いました。お父さんも私の患者でした。結局おばちゃんに来てもらうことになりました。お酒のみでいつもお酒のおいはしていました。また、働いていました。何年かして、また来院しました。笑ってしまいました。開校3 ・学校には校医がいます。精神科医が校医としてどのようにからむかという課題があると思います。小学校中学校では、内科医小児科医が多いですが、精神科医が巡回することは難しいと思います。公認心理師は医師の指示が必要です。チームとして情報をおきえてそれを総合的に判断する精神科医が必要だと思います。大5 ・教育委員会に特別支援学校の質を上げるといいます。地域で育てることが大切。もちろん医師も関わる。校医は学校医 開校3 ・あまり学校のことを知りません。学校医は小学校で2校担当していますが、年1回健診と就学児童健診を行うのみです。開校7 	6

ヴァリエーションの文章末の数字は、職種別番号

職種別番号とは、職種事に番号をつけたもの。

開：開業医、校：校医、勤：勤務医、大：大学教員（開業医又は勤務医の経験有り）

SC：スクールカウンセラー、SSW：スクールソーシャルワーカー

《教育と組織の特徴について相互理解》カテゴリー

医師は、医学研究の対象とされる人々を含め、患者の健康、福利、権利を向上させ守ることは医師の責務であると教育される。そして、医師の知識と良心はこの責務達成のために捧げられるという倫理教育のもと一人一人の命を大切にする臨床家として訓練される（ヘルシンキ宣言、2013）。その上で、医師は、【教師の子どもへの姿勢】をあげる。“先生はほかの子も見なければならぬので、特別扱いできないというのは重たい言葉だと思います”という医師もいる反面、半数近くの医師が“先生の中にも、困難を抱えている子どもの支援を避けている人もいるのかなと思います。不登校は長期化していて、なぜいけないかということの背景を考えない人もいます”、“学校の先生は子どもの近いところにはいない。だから、子どもを理解していない。自分が子どもをどう理解するかが大切。どういうふうに教育するかが大事。当然、保護者とも一緒にいない。時々教育に他の専門家を引き込む。専門家というのは専門的な立場で関わる人、親とか子どもに対して、学校の先生はゼネラリストならば、もっと子どもに近いところで関わらなければいけない。どうしたらいいかどうしたらいいか、専門家ならばそれについてどうしたらいいか言わなければならない。この状態を評価してどうならないといけなかつ踏み込んで言わないといけなかつ。一人一人の子どもをどうするかをしない。しないで教育の方に逃げちゃう。それではだめなんや”と述べている。そして、医師と教師の関係を相対的に考え“医師が学校の事情に詳しくないこと、反対に学校の教員が医療について理解が足りないのは当然のことであり、そのことですれ違いが生じるのではないかと【互いの組織を知らない】ことをあげる。また、“一般の精神科医は1日50～60人、一人5分程度の診察を外来でせざるをえない状況であることを学校側に知ってもらう必要があります”と、医師と学校との連携において、相互理解の重要性をあげる。

これらの2つの概念は、学校と医療機関とのチーム援助の流れを作るものとして、《教育と組織の特徴について相互理解》カテゴリーと命名し、〈医師は、それぞれの教育と組織の特徴の理解が重要であると考えていること〉と定義した。

《多職種チームの必要性》カテゴリー

医師は学校をどのような場としてとらえているか述べられている。“学校は本当に大変だと思います。いろいろな子がいますので、子どもが安全なようにいろいろな人が関与することが重要だと思います。いろいろな人の力が必要だと思います。これから学校は警察もいますよね”“学校が福祉の窓口になっていますね。学校のすみわけができなくて、注入や吸引のような軽い医療ケアをやっている方もいます。特別支援学校に重症の患者が行くようになって、軽度の方は通常学校に行くようになってきています”と学校の状況を【学校が福祉・医療の最前線の間】ととらえている。そのうえで、“SCから連絡があるということはありません。WISCの検査を日常生活で生かすことができていない。学校や家庭で生かしてくださいという文章を出しています。数字を一人歩きさせないという意味では、開示しないことはいいと思いますが、本人は日常生活に困っているのに学校の先生に伝わらない。WISCの結果を生かすことが

できない”“市教育センターが発達検査をしている。スゴイ優秀な心理士さんだと思う。しかし、結果の返し方がお母さんに入っていない。「でこぼこがあります。視覚優位です」としかお母さんは理解していない。強みをどう生かしたらよいかまったく理解していない。やっぱり、医療につながらない。学校（先生）も、教育センターに行っているからよしとしている。発達検査の結果を授業でどう生かすかが、担任がどう生かすかが重要だと思う。家庭医は、小さい頃から診ているから発達障害がわかる。みんなで協力して、診るのがいやならば他の専門医につなげばいい。今はつながらない現状。つながれば予防ができる。さっきの子は、発達障害を専門としている医師の先生のところにつないだ。学校ともつながってほしい。教育センターに行っているからよしとしている先生方には、あきれた。ちょっと違う”と【多職種チームが成立していないこと】をあげている。そして、【予防のための多職種チーム援助の必要性】を訴える。“病院で医師が治すのではなく、なんでも使って総合的に癒しの技を使うことが大切だと思います。その一つにWISCがあり、養護教諭の先生がいます”“先生方も問題点を分からない状態で1年間すごさないといけない。WISC等のデータを理解できなければ対応もできないので、問題行動が起きてから対応することになると思います。それでは大変ですね。保健所にいたときには、K式をやっていました。しかし、保護者にはだいたいのことしか言いませんでした。それは変わる可能性があったからだと思います。学校になるともっと（連携の）ハードルが高いです”と、医師は、診断に基づいて治療をするのであるが、医師だけでは完結しないこと、教師・心理職等チームを組まなければならないことを理解している。

この3つの概念を、《多職種チームの必要性》カテゴリーとして〈医師が学校現場の大変さを理解した上で、多職種チーム援助の必要性を自覚していること〉とした。
《多職種チームのための条件と姿勢》カテゴリー

WHO (2002) は、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティー・オブ・ライフ（QOL：生活の質）を改善するアプローチである」との定義を示している。そのためには、医師は、多職種チームを経験し、チーム援助の条件をあげている。“SSW・SC・教師の役割が分担されているようですが、それがチームです。チームでやる以上情報を共有しないと機能しません。いろいろ感情的な行き違いや領域の縄張り争いがあるようですが、問題は子どもです。だから縄張り争いをする前に風通しをよくしておかないといけません。子どもの現実の問題の対処をオールマイティーに何でもでき体験することが大切で、その中で専門的なものを見つけていけばいいと思います。子どもを中心に情報を共有する”“熱心な先生だと、学校の様子をカルテとして持ってきてくれます。ポイントについて書いてくれるとありがたいです。定期的に先生がお手紙や連携してくれるといいです”と具体的に【情報共有のためのカルテ・手紙】を提言する。また、“システムがないとだめだと思います。断ち切られるからです。その後で使命感を持つ

てやることだと思います” “「専門が違うので先生にご相談します。こんなやり方もできますか？」と人に対する敬意は大切です” と【多職種がチームを組むためのシステムと姿勢】を述べている。そして，“学校によって違うし，校長先生によっても違う。校長のカラーが出ますよね” “校長先生は一国一城の主です” と多職種チームのために【校長の役割】を指摘している。“心理的な知識がなくて担任が来てくれてもあまり通じないです。結局学校側の立場になってしまいました。学校の中に中立で困難を抱える子の立場になれる人がいたらそんなにもめなかったと思います。学校の立場を体現する人になってしまうことが心配です。中立性を保つことが難しいと思います。学校を守る立場になってしまうおそれがあります。心理的なベースを持って，中立性を持ってコーディネーター的立場の教師がいいなと思います。SSW だけでなく教師のコーディネーターも必要だと思います” と【中立性を保つことができるコーディネーター教師の必要性】も述べている。

この4つの概念を，「多職種チームのための条件と姿勢」として医師が考える「多職種チーム援助のための条件と専門家の姿勢のこと」と定義した。

《家庭医・校医・勤務医の役割》カテゴリー

忙しい中，学校への援助を惜しまない医師がいる。具体的には【学校訪問や教師の研究会を援助】する。“学校での問題の症例研究を先生方に提示して，医師がアドバイスをしていました。地域の先生は医師との連携がとれるので，ありがたいと言っていました。年4回症例検討研究会を30年間やっています。会費1000円で，ボランティアでやっていたら不登校の対応を上手にできるようになりました。学校の先生はこのように細かい対応ができるのかと驚きました” “20年ずーと学校に行っていました。見えない部分はどうなっているかとボランティアで行っていた。真面目な先生もいました。しかし，先までみている人はいない。学校は，発達期にある子供にいい環境を与えて育てるところ。学校に行くことは，僕に与えられた役割です。教育の世界は狭い。医療が何をしているか知らない。学童しかみない” と，研究協力者の多くの医師は，医学研究の対象とされる人々を含め，患者の健康，福利，権利を向上させ守るという医師の責務（ヘルシンキ宣言）を自覚し，医師の立場で，学校や教師に支援している。また，【教育委員会等を通じた援助】で多職種チーム援助を促進している医師もいる。“25年ぐらい前に，病院でも不登校やりました。教育委員会や福祉もバラバラに不登校対策をやっていました。それではだめだと思い，今のフリースクールの走りをやりました。具体的には，不登校の子の治療及びケアをやりたいからと言いまして，一つの施設にお願いしました。そこに行ったら学校に登校したことに認定してもらうように教育委員会にお願いしました。そこで，子どもが勉強するにしても遊ぶにしても，専門的なカウンセリングも並行すると治療効果があがりました” “個別の先生でなく教育委員会に相談したら生徒指導課が集まって下さって，そういう研修会を開催して下さいになりました。自分が一人よがりにならないように，一つの考え方として聞いてくださいました。主張していれば機会が巡ってくると思っています” と，医師は学校における援助だけでなく，教育委員会等とも連携していた。教育委員

会は、教育行政を司り、地域の学校に指導助言するところである。研究協力者の一部の医師が地域の多職種チーム援助の促進を実践していた。さらに、“校医の中には発達障害までみていこうという声が少なくなっている。しかし、校医である多くの家庭医は小さい頃から子どもをみているため、「発達障害の有無」がわかる。私は、もっと見なくてはいけないと思っている。でも、医者でも「発達系が嫌だ」という人もいる。苦手やからやらないのではなく、他につなぐことが大切だと思う。みんながスペシャリストにならなくていい”と、子どものために医師の得意分野やニーズを生かす【家庭医・校医等の活用とつなぐ機能】を指摘している。

これら、3つの概念を、学校の身近にある医療機関を活用する≪家庭医・校医等の役割≫カテゴリーとして〈医師と教師とでは、支援について認識が違うが、それをなんとか理解しようと工夫している医師がいること、家庭医や校医等の役割が重要であること〉と定義した。

総合考察

医師のチーム援助の理解

中川(1987)は、古典的な患者—医師関係を前提にした権威主義的で断定的指示的な態度は、これからは次第に維持困難になるのではなかろうかと述べている。さらに、平山(1991)は、現代医療は、専門化、技術の強調、権威主義などによって非人間化することに対して批判されているとしている。近年では、吉中・西山(2010)は、医の倫理と医学概論はほとんどの医学部・医科大学で教えているとしている。そして、日本医師会(2018)も、平成12年には新たな「医の倫理綱領」を採択し、平成16年には「医師の職業倫理指針」を作成し、倫理についての情報の提供などを通じて会員に自覚を促してきたとしている。医療綱領の中には、守秘義務、患者の自己決定権、医師の説明、応招、注意義務、生命の尊厳、チーム・ワークの必要性、家族や患者への接し方、健康の概念、病いの意味、病気や死の受容、実験についての考え方等について記されている。チーム医療が進んでいる現代では、医師は一般の職業に比べ学校とのチーム援助の理解が高いと考える。

困難を抱える児童生徒への家庭医・校医の役割とそのチーム援助の姿勢

特別支援教育が進んでいるフィンランドでは、子どもの健康管理を行う子ども健康センターがあり、0歳から早期発見介入が行われ重要な役割を担っている。また、イタリアでは、統合教育が進んでいる。その大きな役割を担っているのは家庭医制度で、障害児の発見やケアなどを行っている(石川, 2015)。

日本でも、困難を抱えている児童生徒のために医療関係者を積極的にチーム援助の支援者として検討する必要がある。特に、家庭医や校医は、その対象となるであろう。一般的に、家庭医は内科や小児科を専門としているものが多い(桑門・田中・澤田ら, 2013)。しかし、幼い頃から、児童生徒を診ている家庭医は、児童精神科医でなくとも、アセスメントができると考える。本研究でも、家庭医・校医である医師は“家庭医は、

小さい頃からみているから発達障害がわかります。みんなで協力して、診るのがいやならば他の専門医につなげばいい。今はつながらない現状。つながれば予防ができる。・・・学校ともつながってほしい”としている。また、別の家庭医・校医は“自分は小児専門医ではないのですが、小さい頃からみているため発達障害かどうか分かります。しかし、治療には積極的に関わりたいと思いません。つなぐ役割はできます。選択できればいいと思います”と述べ、【家庭医・校医等の活用とつなぐ機能】を指摘している。

岩淵・春日・小林（1974）は、健康上のことなら、病気のことなら家ぐるみ面倒をみてもらっているあの先生、という患者側の自然の発想とあいまって、ごく自然に「家庭医誕生」につながることを指摘している。本研究においても、“検診しているとき虐待の子を発見したよ。先生に話をしたら、教頭が通告していいですかと言うから、「いいよ」と言いました。父子家庭で「家に帰るのは嫌だ」と子どもは言いました。お父さんも私の患者でした。何年かして、また来院しました。”と、困難を抱える児童生徒への家庭医つまり開業医の役割が明らかになった。

京極（2012）は、チーム医療促進のために信念対立解明アプローチを示唆している。信念対立では、まず「多職種の視点の違いを明らかにすることから、問題の本質をとらえること、次に問題を掘り下げ共感や思いを見出していく。構造主義の理論的基盤を基に、人は皆自分の関心に応じて物を見る。すなわち自分の関心から、ある価値観を持ち、ものを見ているが、絶対正しいという考えを変え、相対化でき共通理解を得ることが大切である」と述べている。医療以外にもチーム援助を促進するためには、このように、問題を掘り下げ共感や思いを見出す必要がある。自分の関心からの価値観でなく、相対化する必要があると考える。本研究においても、“先生はほかの子を見ているので特別扱いできないというのは重たい言葉だと思います”“医師が学校の事情に詳しくないこと、反対に学校の教員が医療について理解が足りないのは当然のことであり、そのことでずれ違いが生じるのではないか”という、学校組織への共感を示す医師がとても多かった。

促進する教師の役割と教師に専門家の助言を振り返る時間の確保

佐藤・鹿取（1998）は、問題の内容によっては学校外の医療機関や相談機関につなぐこと、あるいはそれとの連携を必要とし、この際学校の現実を踏まえたうえで判断することが肝要である。さらに、教職員への精神的サポートや事例に関する理解を関係者が共有できるように心掛ける必要があると述べている。つまり、チーム援助を行うにあたって、連携の中心となる者が必要である。それぞれの立場や事情に精通する者である。文部科学省（2016）は、今後の相談活動のあり方として、「チームとしての学校」ばかりでなく「コーディネーター」の重要性を指摘している。生徒を援助する校内外サポートチームを作ることや、連絡調整などを行うコーディネート教職員を位置づけることを促している。石川は（2015）、この役割を受けてコーディネーターは「生徒のニーズにあった援助を目的に、援助チームを形成促進し、援助が的確なも

のようになるように統合する者」とし、教師コーディネーターの重要性を指摘している。コーディネーターがいることにより、各専門家の援助を、困難を抱えた児童生徒にタイミングよく、生かすことができるのである。常勤でスクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーを設置している名古屋こども応援委員会も、教師以外の専門家からの要望で教師コーディネーターを設置した(石川, 2017)。さらに、静岡市教育委員会も、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーの常勤化を進める一方、コーディネーター役に教頭を指名し、研修を行っている(石川, 2017)。

本研究において、医師は“一般の精神科医は1日50～60人、一人5分程度の診察を外来でせざるをえない状況であることを学校側に知ってもらう必要があります”と述べている。また、20年間学校にボランティアにいらしている医師も“ペースが違う。教師はケース会議をやりましょうという。出かけて行って一時間やっても医師は100人の患者が待っています”として、連携のための時間の確保の難しさを述べている。したがって、コーディネーターは、連携時間短縮のための、文章化、校内の情報の一元化、報告・連絡・相談の場面、医師との連携のイメージ化等演習も含めた訓練が必要であろう。これらは、発達障害の支援ばかりでなく、虐待の早期発見にもつながると考える。

さらにコーディネーターは、各専門家の知見をどのように教師に伝えるかが重要である。“学校の先生は子どもの近いところにはいない。自分が子どもをどう理解するかが大切”“心理的な知識がなくて担任が来てくれてもあまり通じないです。結局学校側の立場になってしまいました。学校の中に中立で困難を抱えた子の立場になれる人がいたらそんなにもめなかったと思います。学校の立場を体現する人になってしまうことが心配です。中立性を保つことが難しいと思います。学校を守る立場になってしまうおそれがあります。心理的なベースを持って、中立性を持ってコーディネーター的立場の教師がいいなと思います。SSWだけでなく教師のコーディネーターも必要だと思います”と医師が述べているように、困難を抱えた児童生徒の心情を、教師に伝えることが必要であろう。具体的には、学校は多くの児童生徒が集団生活をするところでもあり、教師にとって個と集団のバランスは葛藤となる(曾山, 2016)。立場が異なる専門家に、分かるように伝えるコーディネーター研修も必要となる。また、文部科学省(2018)は、学校現場における業務の適正化に向けて、教師の多忙化解消の通知をした。教師の多忙化解消の中で、教師以外の専門家の助言が児童生徒の支援の振り返りになるよう時間を確保しつつ、教師の効力感を支えながら助言・相談にのる必要があろう。

情報の共有と個人情報保護法第23条(第三者提供の制限)

校外専門家とチーム援助を行うためには、児童生徒に関わる情報を共有する必要がある。また、場合によっては記録もとっておくことが重要となる。コーディネーターは、保護者に情報開示の承諾を得る必要がある、そのことを各専門家にも伝える(石川, 2017)。しかし、生命に関わることは、承諾を得る時間がなかったり、難しかった

たりする場合もある。個人情報保護法第23条（第三者提供の制限）では、次に掲げる場合を除いて、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならないとなっている。

- ① 法令に基づく場合
- ② 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。
- ③ 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

いずれも、教師には判断が難しいことがあるので、管理職が教育委員会に相談できるシステムが必要である。特に、文部科学省（2016）は、困難な生徒指導上の問題における教育委員会の役割も明らかにした。学校設置者である教育委員会は、所管の学校が報告を行うべき事案、その報告方法等について明確にし、所管の学校に対し周知・徹底させること、その上で、いじめや暴力行為等問題行動等、子供の貧困、児童虐待といった具体的な事案が生じている場合は、学校の対応状況、児童生徒の態様等を継続的に把握し、事案に応じて指導・助言を行うことが必要であると答申した。個人情報開示の判断が難しい場合、教育委員会に相談できるシステムが必要と思われる。

本研究の課題

本研究の結果を、研究協力者に説明し、聞き取り調査の内容が生成された変化のプロセスに十分反映されているとの評価を得た。さらに、医師13名・教師3人に、概念およびカテゴリーの内容を説明したところ、同様の評価を得た。本研究はこれによって、理論的飽和と判断した。

今後は、聞き取り調査をもとに、学校のコーディネーター役を担う教育相談担当教師や養護教諭等が、医師との連携について知識を持って適切に行動ができるかという調査が必要であろう。それに基づいて、研修制度を充実させる必要であろう。

謝 辞

本研究にあたり、公益財団法人俱進会より助成を受けました。ここに謝意を記す。

引用文献

- 石川美智子（2015）高校相談活動におけるコーディネーターとしての教師の役割－その可能性と課題－ミネルヴァ書房
- 石川美智子（2017）困難事事例におけるコーディネーターの役割 ほんの森出版 60-63
- 岡田三津子・岡 孝和・田中くみ（2008）小児うつ病早期発見を目指した養護教諭と精神科専門医との連携の確立：小学校養護教諭の視点から見た現状 九州女子大学紀要・自然科学編 45(2), 43-61.
- 岩淵勉・春日豊和・小林 登・渡辺 登・吉岡昭正（1974）家庭医とその卒後教育をめぐっ

- て医学教育 5(3), 182-192.
- 京極 真 (2012) チーム医療・多職種連携の可能性をひらく信念対立解明アプローチ入門 中央法規出版
- 佐藤仁美 (2006) スクールカウンセラーと教師の協働心理臨床学研究, 24(2), 201-211.
- 佐藤いづみ・鹿取淳子 (1998) 学校臨床における母子並行面接の試み こころの健康 日本精神衛生学会誌 13(2), 65-71.
- 曾山いづみ (2014) 新任小学校教師の経験過程—1年間の継時的インタビューを通して 教育心理学研究 62(4) 305-321.
- 高芝朋子・藤河周作・近藤梨恵子・七條光市・梅本多嘉子・杉本真弓・東田栄子・生越剛司・渡邊 力・中津忠則・吉田哲也 (2010) 心身症外来における小児科医と臨床心理士の連携 2年間 133例の検討 徳島赤十字病院医学雑誌 15(1), 9-12.
- 木下康仁 (2007) ライブ講義 M-GTA —実践的質的研究法 グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて 弘文堂
- 桑門克治・田中紀子・澤田真理子・藤原充弘 (2013) 小児期からのCKD 対策には県全域の園医・学校医を支援する組織が必要 日本小児腎臓病学会雑誌 26(1), 52-57
- 土谷良巳 (2003) 学校事例4 Lord Williams's School: Upper schoolのSENコーディネーターとのインタビュー 国立特別支援教育総合研究所 <http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/pub_f/F-101/chapter03/chapter03_e07.html>
- 徳永 豊 (2006) 国際セミナー PISA 研究におけるフィンランドに参加して—基礎教育 (Basic Education) における学習支援と生徒保護 (Welfare) <http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/pub_d/d-241.html>
- 中川米造 (1987) 医学教育第 18 巻第 3 号, 19.
- 成田 滋 (1999) イギリスの障害者教育と個別教育計画個別障害者法 (IDEA) 第 20 回議会報告書
- 日本医師会 (2018) 医の倫理の基礎知識 < <http://www.med.or.jp/doctor/member/001014.html> >
- 能智正博 (2011) 質的研究法—臨床心理学を学ぶ 東京大学出版会
- 藤原正光 (2005) イギリスの教育心理士の養成と仕事 文教大学教育学部紀要 39, 33-42.
- 増田ユリア (2008) 教育立国フィンランド流教師の育て方 岩波書店
- 松本禎明・須川果歩 (2013) 発達障害の子どもの支援に関する小学校教諭の意識に関する調査研究 九州女子大学紀要 50(2), 169-185.
- 文部科学省 (2003) 今後の特別支援教育の在り方について (最終報告)
- 文部科学省 (2015) 特別支援教育の対象の概念図 (義務教育段階)
- 文部科学省 (2016) 平成 27 年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査
- 吉中丈志・西山勝夫 (2010) 戦争と医学に関する医療倫理教育の課題 医学教育 41(1), 13-16.