

## 常勤型スクールカウンセラーによる枠組み作りの工夫

松岡靖子<sup>1)</sup>

### 問題と目的

文部省（現・文部科学省）は平成7年度から調査研究委託事業としてスクールカウンセラー（以下、SCと略記）の配置を開始した。それから十数年がたち、教員との協働や問題の早期援助、危機状況へのタイムリーな介入など、近年SCに求められる役割は大きくなっている。しかし、SCの勤務体制については配置事業開始当初の「年35週、週に2回、1回あたり4時間」（村山、2000）から大幅には変わっておらず、自治体によって少しずつ違いはあるものの、非常勤型の勤務体制であるという点では共通している。そのため、SCに関する様々な研究も基本的に週に1回勤務の非常勤型を前提として行われていることが多い。

その一方で、SCの勤務回数の増加や、常勤化を望む声も一部で上がっている。文部科学省の「教育相談等に関する調査研究協力者会議報告書」（2007）によると、小学校、中学校、高等学校及び教育委員会ともに1週間に複数日の勤務が望ましいとする学校等が約5割あり、SCの相談時間が短いことや、曜日に限られていることから、児童生徒や保護者が相談したいタイミングに相談できないという課題があるとしている。また、吉澤・古橋（2009）の「中学校におけるSCの活動に対する教師の評価に関する調査」によると80%の教師がSCの現在の勤務形態を課題として挙げており、58%の教師がSCの勤務形態として「常勤」を求めている。

そのためこういった教育現場の事情から、一部の私立中学校・高等学校や、サポート校などの特殊なニーズを持つ教育施設は常勤型SCを導入している。しかし実際常勤型となったときにどのような問題が生じるのかという研究は未だ少なく、一部の常勤型SCの実践から常勤型ならではの有効性と課題について少しずつ論じ始めて

いる段階である（西山、2005、松岡、2012など）。公立と私立の違い、学校の設置目的の違いなど、学校の背景や組織に様々な違いがあるなかで、これらの実践をそのまま公立中学校・高等学校に当てはめることは難しいが、SCの常勤化を検討するには、予算などの問題の解決と同時に、実際常勤型となったときにどのようなことが生じるのかということを、こういった実践から積み重ねることが必要であると考えられる。

これまでの実践から、常勤型SCには内部性を活かした活動が提案されている（西山、2005）。また常勤型SCには即時性という特徴もあり、常勤型SCは即時性が生徒の病理水準によってはマイナスに影響する可能性を理解した上で、即時性を含有した枠組み作りを行うことが必要であると考えられている（松岡、2012）。

このような枠組みは治療構造とも呼ばれ、心理的援助を行う上で前提となるものである。治療構造という概念の重要性をはじめに指摘したのはFreud（1913）であり、更に小此木（1981）は治療構造を外的治療構造と内的治療構造に分類した。外的治療構造には面接室のありさま、治療者の存在、治療者—患者の位置取り、時間的要因が含まれ、内的治療構造には治療目標をはじめとした契約内容、患者に要請されること、秘密の保持のあり方、暗黙の了解事項が含まれる。

元々学校場面での相談や援助においては時間や場所という構造に関して「柔軟な構造」あるいは「自由度の高い構造」で援助を行っていると言われていたが、いわゆる自我の発達水準がさほど高くない、または不安定な被援助者を継続的に支え、援助する際には高い構造度のもとでなされる援助が有効である（磯邊、2004）。つまり、柔軟で自由度の高い学校現場で、更に即時性を持つ常勤型SCが、それでも不安定な状態にある生徒を援助する必要が生じた場合には、この枠組みを作ることが大きな課題となり、工夫が必要であると考えられる。

よって本研究では境界性パーソナリティ障害様の症状を呈していた生徒に常勤型SCとして対応した事例から、常勤型SCの枠組み作りの工夫について検討を行うこと

1) さいたま市スクールカウンセラー（元名古屋大学大学院教育発達科学研究科心理危機マネジメントコース）

を目的とする。

境界性パーソナリティ障害とは、DSM-IV-TRの診断基準 (American Psychiatric Association, 2003)によると、①現実、または想像の中で見捨てられることを避けようとする気も狂わんばかりの努力、②理想化と脱価値化との両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる不安定で激しい対人関係様式、③同一性障害：著明で持続的な不安定な自己像や自己観、④自己を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの、⑤自殺の行為、そぶり、脅し、または自傷行為のくり返し、⑥顕著な気分反応性による感情不安定性、⑦慢性的な空虚感⑧不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難⑨一過性のストレス関連性の妄想様観念、または重篤な解離性症状、という9項目のうち5項目以上を満たすとされている。本事例の生徒は境界性パーソナリティ障害と医療機関でははっきりと診断はされていなかったが、この5項目以上を満たし、境界性パーソナリティ障害が疑われる状態であった。境界性パーソナリティ障害は、特定の場の持つ構造や秩序と衝突しやすく、そこからはみ出しやすい。そして特に思春期・青年期にあっては、教育と言う目的のための構造と秩序とをもつ学校という場において、彼らのこのはみ出しやすさが露呈してくることが多いと言われている (山崎, 1997)。このような「型にはまれない」「型を壊していく」(町沢, 2003)という特徴を持つ生徒へ対応するなかで、枠組み作りの工夫を行うことは非常に重要であると考えられるため、今回本事例を取り上げ、検討することとした。

## 事例

### サポート校の概要

本論の事例はサポート校での事例である。サポート校とは、通信制高校に在籍する生徒が3年間で卒業を実現できるように学習面・生活面での支援をする民間の教育施設である。A学院は広域性の通信制高校と提携関係を結んでいるサポート校であり、クラス編成を行い、クラスごとの時間割に沿って教科担当の教員が授業を行うという全日制高校に近いスタイルを採用している。年間入学者数は約100名前後であり、そのうち約3分の1が不登校経験者である。母体は株式会社であり、SCも含め教職員はその従業員となっている。SCが勤務する校舎を本校とし、その他他県にも姉妹校が数校存在する。

このようなサポート校には、一般的な全日制高校と比較し、学校としての枠組みがゆるやかであり、生徒個人にあわせた枠組みを調整していくことがある程度可能であるという長所がある。ただしその一方で病理水準の重い生徒が多く、状態に合わせた目標やペースを設定し

ていく必要もより多く出てくるといった枠組みの特殊性もある。しかし、生徒にとってはサポート校が毎日通って高校卒業のために学ぶ「学校」である以上、①SCが生徒と「学校内に常に存在する」状態に関わることで、②SCと生徒との関わりが1対1のみで終始することはあり得ず、担任をはじめとした教職員とも関わるということ、この2点は学校の形態がどうあれ、示唆を与えうるものであると考える。

### SCの立場と教員との連携

A学院は母体が株式会社であるため、SCの身分は他の教職員と同様、社員である。校内の分掌としては教員とは異なる専門職として位置づけられており、勤務内容の中心は生徒対応である。相談申込時に相談室を利用し面接する他、職員室にて日常的な生徒対応や、相談室登校の生徒の対応を行う。

教員との連携としては、教育相談部会に当たるような会議はないが、月に1回の職員会議では生徒情報交換の項目が設けられ、担任から各クラスで“気になる生徒”の情報が挙げられる。その他毎日生徒が下校した時間から教員が退勤するまでの時間は職員室で情報交換が行われる。担任とSCの間での情報交換に加え、他学年、他クラスの担任からも日々様子の変化についての情報が寄せられる。

### 倫理的配慮について

本事例は筆者が名古屋大学大学院入学前に対応した事例である。事例の発表に関しては対象となった生徒及びその保護者に内容と目的を説明の上、同意書に署名・捺印を頂き、更に学校長からも事例論文の公刊許可を得た。また、プライバシーへの配慮から、事例の内容を損なわないように内容の一部に変更を加えている。

### 事例の概要

常勤型という特性上、SCの生徒との関わりは相談室内に限られていない。そのため面接室内に限らず主なSCと生徒との関わりと、SCと担任の連携を取り上げ、事例の経過を整理した。

クライアント：女子生徒B 1年生 (入学時15歳)

歌手になりたいという夢を持ってA学院に入学した。提携の学生会館で一人暮らしをしながら通学する。主訴は不眠と希死念慮。不定愁訴の他、リストカット、多量服薬などの行動化や、ヒステリー性と見られる足の麻痺・睡眠状態などが見られる。

## 家族構成

実家では母（以下、M）、妹（Bの4歳下、病気がち）との3人暮らしであった。父（以下、F）は小4時離婚し、現在は一緒に暮らしてはいるが交流はある。交際している女性がいる様子。父方、母方の祖父母は共に自宅近くに住んでいる。両親が離婚したBを不憫に思い、頼まれると何でもしてあげてしまうところがある。

## 生育歴・現病歴

小さい頃は喘息があったが、理解力がよく、大人の話がよくわかるような子どもだった。小4時に両親が離婚し、Bと妹はMが引き取った。小6までは特に問題はなく、勉強もよくでき、リーダーシップを取る子どもだった。小規模校であった小学校から大規模校の中学校に入ってなじみず、学級委員に立候補したりもするが、リストカットや登校しぶりがはじまった。本人の希望で中2から総合病院の精神科へ通い始める。はじめから入院を勧められ、BとMも希望し、入院した。主治医とは関係が悪かったが、院内学級もあった病院自体は居心地がよかった。半年後に退院するも病院に戻りたい、と激しいリストカットと摂食障害が起り、本人とMの強い希望で2度目の入院。しかし最終的には規則が守れなかったため強制退院となる。

退院後は中学校に再登校しはじめるも、学校内でのリストカットなどもあった。その後通院先をX精神医療センターへと替え、はじめは主治医との関係性もよかったが、状態は変わらず、行動化も激しかったため、Mは本人の言うままに薬を出してしまう病院や薬に対する不信感を抱いていた。

歌手になりたいという夢を叶えたいとA学院本校に入学を希望。自宅近くにも姉妹校であるC校があったが、ポイストレーニングの授業の多い本校を選び、提携している学生会館に入る。

## 通院歴

中2 5月～ 総合病院精神科通院 診断名小児神経症（中2 5月～10月、中3時4月～6月 入院（院内学級在籍））

中3 後半～ 精神科単科X精神医療センター

高1 4月～ 精神科単科のYクリニック通院

## 事例の経過

### I：学校内での枠組み作り

4月

授業開始前のガイダンス時から、驚くほどハイテンションな様子を見せたかと思うと急にぐったりしてしまうなど浮き沈みが激しい。腕の内側全体、太ももに自傷

と見られる傷跡が多数観察された。

授業開始後は、職員室にいるSCとよく話すが、そのうちに薬が変わってから眠くて仕方ないといった話が出たため通院について尋ね、現在は学生会館近くの単科の精神科であるYクリニックを自分で見つけ、2週間に1度程度通っているということが確認された。

5月17日

Bが爪で自分の腕をつかみながら、「切りたくなった」と職員室へ来る。相談室へ誘導し話を聞くと、今授業している先生が授業中関係のないことを話すのが嫌だと訴える。切る前に言いに来たこと、切るのではなく何が嫌だということを言葉にしたことを肯定する。

SCから自傷行為について聞くと、はじめてのリストカットは中1のときであり、黒魔術に血が必要だったのがきっかけ、と抵抗なく話していく。切るとスッキリすると感じてやめられなくなり、血が見たくなったとき、痛みを感じたいとき、眠気をさましたいとき、一人のときに切ってしまうが、最近はバイトもしたいと思い、我慢してるとのこと。我慢するために、血が見たくなると、前に切ったときの写真を見る、と写真をSCに見せる。SCは、「切りたい」と先に伝えてくれたり、写真で代わりにしたり、そういう方法を持っているのは大切だと伝え、切りたい程の気持ちを解消していく方法を一緒に考えていこうと提案する。

### SCから担任へ報告

Bの担任は20代後半男性。Bと担任の関係性は良く、出席などに関して担任の指導は入りやすい。健康的な部分への対応は担任が、病理的な部分はSCが対応するという役割分担を確認する。学校内でカウンセリングができる病理水準ではないと思われるため、混乱を受け止め、現実的な適応を援助していく方針をたてる。「目が違うときがあるよね」というようにBの不安定さは担任も感じており、一人暮らしというのが担任・SCの一番の懸念材料である。

5月19日

Bが授業終了後、職員室へ入室し、薬があと4日分しかないが、4日後は平日で学校があること、もうお金がないことを訴え、SCにMに電話して欲しいと頼む。SCはお金をどうしてくれ、という話ではできないけれど、病院へ行くときのお金のもらいかたのルールについて、今のルールで無理なら一緒に考えるよ、と伝え、紙に書いて確認、整理する。するとBが携帯でMに電話をし、話して欲しいと再び頼むため、まずは自分で話すように促

す。しばらく話した後、SCに電話を渡す。SCは自己紹介をし、経緯を話す。

Mはお金を渡すと、あるだけ使ってしまうと困ったようにSCへ話し、この機会に、自分でやらなければいけないことは自分でやる、というクセをつけたい、薬に頼るのも何とかしたいと話す。今の病院は、今まで出てなかったような強い薬が出ているようで心配であること、以前も薬を一気に飲んでしまったりなど、薬の管理も心配であることを話す。SCもMが一度一緒に病院に行く必要があると思うと伝えると、今の病院は本人が勝手に見つけてきてしまったところであり、代えたいと思っているが、仕事のためすぐ東京の方に行くということもできないので、SCに紹介して欲しいと要望する。SCからはそれも含めて改めてお話ししたいと伝える。再度BとMで話し、今日昼過ぎに1万円振り込む約束が出来たとのことで、Yクリニックに予約の電話を入れ、帰宅する。帰宅前にSCからMに電話することをBに伝え、了承を得る。

その日の夕方、Yクリニック職員よりSCあてに電話があり、Bに統合失調症の疑いがあると告げられる。なぜ家族ではなく学校に連絡したのか？と尋ねると本人が折り合いが悪いので、学校に伝えてほしいと言ったとのこと。未成年であること、本人とMに意志の疎通がないわけではないことから、主治医から家族に説明をして欲しいと伝えると、病院側からは連絡できないと断られる。保護者から病院の方へ連絡を入れた場合は、説明してもらおうという約束をする。

#### SCから担任と校長へ報告

病院への対応には不安もあったが、報告をすることで冷静さを取り戻す。Bの精神的な不安定さが、SCにとっても大きな精神的負荷となっていることを感じる。Bを学校だけで抱え切れるかが懸念され、Bを受け止める枠組み作りを再考する。まずはMと連絡を取り、情報を共有することを担任と確認する。

## II：家庭・病院との連携による枠組み作り

5月20日

SCよりMへ電話をかけ、生育歴、病院の経緯などを尋ねる。Mは抵抗なく淡々と話していく。Mから見たBの現在の状態として、激しい症状がある一方でやりたいことには意欲的であること、病院や薬への不信任などの戸惑いが語られる。仮病ではないかと思うという言葉も出たため、SCからはおそらく仮病ではなく、今の病状は、きちんと薬を飲んで、通院しなければいけない状態だと思つと伝える。

すると、M自身がBの側にいることに限界を感じている、と話す。以前もBが自信を喪失し、精神的に2回くらい不安定な時期があった。これからは自分がすぐには行けない場所で、何でも自分の手で経験して欲しいと思っている。いなければ甘えず落ち着くのかもしれないという考えもある。経済的にも厳しく、進学が無理だったら働きなさい、と言っていたが、本人がF方GMにねだってお金を出してもらってしまった。できないと拒否したときの行動が恐くて、ある程度周りも言うことを聞いてしまう。言っても聞かないかなど…死なないで帰ってくればいかなと淡々と話す。

Yクリニックへ連絡することは了承するが、元々薬のことも心配な病院であるので、病院に通うのであれば、できれば学校近くにあるところを紹介して欲しいという要望が出る。

SCはM自身の抱え切れなさ、葛藤もありながらも学校に押し付けてしまいたいという思いを感じ、連携の難しさを感じる。

#### SCから担任と管理職へ報告

病院紹介と付き添いの許可は出る。担任とはMに対する戸惑いを共有する。

5月26日

Bがカギを落とし、定期も忘れたと職員室へ来る。どこで落としたかわからず、全然お金がないのにお金もかかってしまった、と混乱。話しているうちにイライラが高ぶり、ふいっと出て行く。SCは嫌な感じがするが、戻ってくるのを待つ。数分後リストカットをして戻ってきたため、相談室へ連れて入り、消毒・止血する。Bにどうして追いかけてくれなかったの？と尋ねられ、切らないでいられるようになるお手伝いはしたいと思っているけれど、ずっと監視していることはできないと伝える。カギと定期を見つけるための駅での現実的な手続きについて話していると落ち着きを取り戻して教室へ戻る。

#### SCから担任と他教員へ報告

担任への報告の他、他学年の生徒が廊下の血痕を見ており、Bのリストカットに気づいた可能性が高いため、他学年の教員にも報告。様子の観察をお願いする。リストカット経験のある生徒が多いため大騒ぎをされる可能性は低いが、目撃した生徒本人への影響が心配される。また、ハイテンションなときのBの行動に不快感を訴えてくる上級生もいるため、他教員と連携しながら対応に当たる。



5月29日

Bが職員室へ来て、病院を変わりたいと訴える。葉が重く、飲むと起きられないため飲んでいないとのこと。MからSCに紹介してもらおうと言われ、そうして欲しいと思っている。SCが、何度か生徒を紹介している、学校近くの単科の精神科クリニックであれば付き添えと提案すると了承し、自分で予約の電話を入れる。

6月5日～12日

SCが付き添い、単科の精神科クリニック、総合病院の精神科を受診するが、どちらも断られる。

単科の精神科クリニックでは問診表を記入後、SCのみ先に呼ばれ、問診表を元に「これだけ重いクライアントは、クリニックでは診れない。入院施設もある病院ではない。クリニックは夜間は無人になるため、夜間に何かあっても対応できない。本人にはその旨説明する。カウンセラーさんも大変ですね。でも彼女はもう心理の範疇じゃない。」と告げられる。

総合病院の精神科においてもSCのみ先に呼ばれ、問診表を元に「この病院はこの患者さんを受け入れられる体制ではない。今回は診察料もなしでいいので、受診キャンセルという形に。」と告げられ、「ここであれば…」とZ病院の紹介をされる。

それぞれBにはSCより説明する。Bはいったん苛立つが、SCへ「病院あるかなあ？」と尋ねる。SC自身が何とかしてあげたいという気持ちになると同時に、巻き込まれていると感じる。

SCから担任へ報告

ねぎらわれるが、病院の付き添いが続くようでは、SCの留守が続き、他の生徒への対処ができないため、学校としてどうにかしなければいけないだろうという話し合いとなる。SCがBをなんとかしてあげたいという気持ちになっていることは正直に伝える。担任もBが頑張っていることは認めている。職員会議にて報告と、一人暮らし生徒の今後の受け入れについて話し合うこととする。

6月職員会議

担任とSCから全体へケースの内容について報告。

一人暮らしの生徒の受け入れについてのルール作りの必要性について話し合う。通院歴があるが実家を離れる生徒に関しては、医療機関の決定を入学前に確認することとする。学生会館との連携としても、リストカットが続くようであれば受け入れを続けることは難しいため、学生会館へは担任が連絡を取り、Bの様子を注意して見

ていてもらうこととする。次回受診予定のZ病院へはMに来てもらうことを要請することとし、そのために必要であれば校長からもMへ話をする事とする。

6月14日

Bの友だちから、「具合が悪いので実家へ帰ります。連絡はこの番号をお願いします。」との伝言と共に、携帯の番号が渡される。SCが番号へ電話をすると、Mが出て、今実家に帰ってきていると話す。病院のことを気にはしているが、今までも断られることは多くて、と断られたことへの驚きはない。紹介されたZ病院について伝え、直接診察について問い合わせてもらい、今回は付き添ってもらうようにと要望を伝えると、了承。その後Mから診察日の連絡が来て、SCも付き添いを依頼される。

6月26日 Z病院受診

BへMが付き添って待ち合わせ場所へ来る。自宅では飛び出そうとしたり、荒れていたとのこと。家に帰ると甘えたり暴れたり、極端な様子を見せている様子。

Z病院の診察では医師より本来なら閉鎖病棟がある病院でないと預かれないレベルであると外来での受け入れを渋られるが、Mが入院は考えておらず、学校が生きがいだと言っているの、学校は行かせてあげたいと強く伝え、入院が必要と判断された場合はすぐに外来治療を打ち切り自宅近くの病院で入院するという条件で通院することとなる。

7月19日

Bが教室で補習中、机の上のものをすべてなぎ落とし、そのまま意識を失って眠ってしまう。その後2時間程で目を覚まし、切りたいと訴える。相談室で話す？と尋ねると頷き、相談室へ移動する。

相談室へ入ると、友だちから大切にしていた好きなタレントのグッズを無くしてしまったと泣いて電話があった、と話す。電話ではなぐさめて、一緒に泣いてあげたが、心のなかでは、バカじゃないのかと思っていた。友だちにそんなこと思うなんて私は汚いから、切って血を抜きたい。血を入れ替えたい、と話す。徐々に感情が高ぶり、みんなどうせ私のことなんて汚いって思ってるんですよ！と相談室から飛び出そうとする。引き留め、帰りたいのなら帰るのはかまわないけれど、Bが学校に通えて、卒業できるようにと思っており、そのための手助けをしていきたいと思っている、と伝える。Bから次回の来室の約束をし、帰る。

#### SCからMへ電話連絡

今日の経過を伝え、もしかしたら自宅でリストカットをしてしまうかもしれないということを連絡する。Mは友だちの話は連絡が来ており、後で電話して具合が悪いようなら帰っておいでと言いますとのことであった。

#### SCから担任へ報告

現状のままでは学校に通うことも難しいことから、担任から「Mを説得し、自宅近くの姉妹校であるC校へ移り、実家へ帰ることを勧める方向で考えようかと思う」という提案が出され、SCも同意する。

### Ⅲ：組織全体で家庭・病院と連携する枠組み作り

7月26日

#### 担任からSCへ三者面談について報告

担任からBとMに、「Bの今の体調を考えると、実家に戻ってC校に通学した方がいい」と勧めた、とのこと。そのときの表情を見てみると、「Bは本当は実家に帰りたいんじゃないか」と担任は感じた。Mは「私も働いているし実家でも一人になってしまう時間があるのは同じ」と言い、それは拒否したが、「じっと目を見ていたら目が泳いでいたので、抱えきれないんだろうと思う」というのが担任の印象として語られる。「Bの状態からその気持ちはわかるが、学校でできる範囲というのは限りがあるし、無理があると思う。Bに進路の話をしたら、『歌手か、自殺』と言っていた。本当に命の問題だと思うので、できるだけ早く対応をしていきたい」とSCへ話す。

9月

Bと友人とのトラブルがあり、SCが仲裁を依頼され、相談室で話し合いをもつ。Bは伝えたいことをあらかじめ相談室で整理し、冷静に友人へ気持ちを伝え、和解する。それ以外では通院を続けながら学校生活を送る。

10月20日

Mより担任、SCへ電話連絡が入る。Bが友人とテーマパークへ遊びに行き、夜9時頃倒れたとのこと。友だちと別れて帰宅する途中、一人できているときに倒れた様子。テーマパークから自宅へ連絡が入り、迎えに行った。起きたら記憶障害になっており、友だち2人のことを忘れてしまっていた。通い始めた病院にもまた少し行けておらず、しばらくは自宅で休ませ、X病院で薬をもらうことにする、とのこと。SCからもMへ今の病状ではしばらく学校を休んでも実家から継続的に病院に通院することが必要だと考えたと伝える。

10月30日

Bが久しぶりに登校するが、2時間目途中職員室へ来て、切りたいと訴える。相談室へ移動し、話を聞く。先日飛び降りたらしいが覚えていない、リストカットも知らないうちにやっていた、血を流していい子になりたいと話す。しばらく話すと落ち着き、教室へ戻る。

10月 職員会議

担任とSCから全体に今後のB対応の方向性について報告。

実家から通える別校舎への転校を進めることを検討。退学の可能性も出てくるため、校舎間であっても学校側から転校を進めることはほとんど前例がないが、本人の健康度を考えると自宅通学が必要と考えられると、校長にも伝え、許可を取る。SCは最後まで関わりたいという気持ちもあり無力感を感じるが、放り出すのではなく、学校全体での対応が必要だと考えを切り替える。

11月

しばしば実家に帰り、実家からX病院に通院しながら時々登校する。

12月

Bが授業中に倒れて、意識を失う。数時間たっても目が覚めないため16時頃Mに連絡したところ、向かうけれども時間がかかるとのこと。SC、担任、校長が残り、到着を待つこととなる。20時頃Mが到着する直前に目を覚まし、付き添われて帰宅。

Bの帰宅後SC、担任、校長で話し合い、また同様のことが起こると予測されるため、Mが対応可能な範囲でなければ通学が難しいだろうことから、やはりC校への転校を具体的に提案することとする。C校の責任者とも連絡を取り、転校を勧める了承を得る。

12月末

#### 担任からSCへ報告

担任とMで連絡は取れているが、しばらく登校するのは難しいとのこと。担任から現在のBの状態では一人暮らしは難しいことを伝え、C校への転校を提案。MはBが自宅に戻ることを受容できず、別の学校への転校も考えるとのこと。そうであっても、転校先の相談などは受けることを伝える。

1・2月

Bは普段は登校できないが、補習に自宅から登校し、

自宅へ戻るとい生活が続ける。時々BからSCへ電話が入り、自宅で欠席分の課題をやるのが大変、などと話す。SCは補習を頑張っていることに対してねぎらい、話したい時はまた連絡しておいで、と伝える。

3月

担任との数回の電話での話し合いの後、Mが転校を申し出る。Bと面識のある教員がC校の校長であったため、SCとC校校長で事前打合せを行った後、C校校長、B、Mで面談を行った。医療機関への通院の継続と、無理のないペースでの通学、Bが受けたいと考えているボイストレーニングの授業が受けられることについて話し合い合意した。その後SCからC校SCへと引き継ぎを行った。

その後

Bは転校後も半年ほど不安定な状態は続き、C校SCから数回SCにBへの対応について相談の電話が入る。しかし徐々に落ち着き、3年時には大きな問題はなく過ごしているとC校SC、校長から報告を受ける。転校から2年後には無事に卒業を迎え、卒業式は全校舎合同であったため、卒業式会場にて「当時はお世話になりました」とSCに挨拶に来てくれ、「あの頃の自分は黒歴史だから恥ずかしいな」と笑って話すほどの余裕を見せる。また、今回の論文作成にあたり了承をいただけるか連絡した際にも、BとM共に「大変な時期があっても、このように落ち着くということが他の方にもわかっていただければ」と快諾していただいた。

## 考察

### Bの見立てについて

B自身は知的能力も高めであり、リーダーシップを取れる所もあった。MとFは不仲であり、家庭内での関わりが不安定である一方で、その分祖父母宅では甘やかされるという環境で育っていた。Mに虐待などは見られなかったが、身体の弱い妹に注目しがちでもあり、Bに情緒的に寄り添うことが難しかった。BはFへの想いが強かったが、Fは家庭外に女性関係があり、B自身もそれを知っていた。そのなかでBは小学校までは完璧な自分であることで、家庭でも祖父母にも注目される中心的存在であるという自己像を保っていたが、中学校でその自己像が保てなくなり、黒魔術のような心霊的なものへ傾倒したり、血を抜くことで「汚い自分」から「綺麗な自分」になるというファンタジーを抱いたりするようになっていた。境界性パーソナリティ障害の特徴のうち、一過性の精神病状態、自傷行為、大量服薬などの激しい行動化、激しい怒り、情緒や衝動統制の困難さに

は、生得的な脆弱性が影響していると指摘されている(Kernberg, 1984)。生得的な脆弱性にこのような生育環境が加わり、Bは境界性パーソナリティ障害様の症状を呈すようになったと考えられる。

A学院に入学した当時には既に極端な人間関係と行動化を繰り返しており、SCは当初から境界性パーソナリティ障害を疑いながら関わったが、一時的には一過性の精神病的エピソードから、医療機関において統合失調症も疑われ、症状の激しさは通常思春期に対応する単科のクリニックでも拒否されてしまう程であった。誰が見ても親元を離れての生活は難しいと思う様子であったが、MもBの対応に疲労し、感情を麻痺させているところがうかがえた。

### 枠組み作りの工夫について

境界性パーソナリティ障害は特定の場の持つ枠組みへの「はまれなさ」という特徴を持っており、対応する際は本来であれば、治療の基本的な構造を作ることが求められる。例えば、決められた時間、場所で定期的な面接を持つことである。このような基本的ルールにはカウンセラー・クライアントの抵抗あるいは治療からの逸脱を早期に気づきやすくするための機能がある。「枠」がはっきりした形であるために、「枠からはみ出したい気持ち」の存在を明確化できる(小羽, 2009)と言われている。しかし治療という目的のためにあるのではない学校という場でどのようにこういった特徴を持つ生徒を抱えていくかということは難しい課題である。特に常勤型SCの場合、松岡(2012)が常勤型SCの特徴として挙げた即時性により、限界設定が難しいという課題がある。今回の事例でも自傷行為などの行動化に加えて解離性症状なども見られ、その場ごとにSCが対応することが不可避であったため、SCと生徒との1対1の面接としての枠組みの構築は難しかった。そのため、学校全体を枠組みとしてとらえ、更に、その枠組みを学校全体で守るという意識が必要であった。

サポート校という全日制高校ではないところに入学すること自体、「はまれなさ」の表れであるとも考えられ、こういった特徴を持つ生徒が入学してくることが多い。サポート校は単位制であること・校則のゆるやかさ・教師と生徒関係のゆるやかさなどの特徴を持ち、全日制高校の枠組みには「はまれなさ」生徒であっても、まずは自分のペースで通うことができる。しかし、枠組みがゆるやか過ぎることはその後の社会への適応を難しくし、「はまれなさ」を特徴とする生徒が徐々に不安定になることもあるため、ゆるやかさを利用して一度受け入れたのち、その生徒にあわせた枠組み(ルール・関

わりのパターン)を構築していく必要がある。この枠組みを共に作っていくのが教員とSCの連携の主な作業である。そしてこの「はまれなさ」自体に関わり、対応していくこと自体が治療的であるとも考えられるが、この対応は抱える側への負担も激しく、生徒の心理的危機が担任・SCの心理的危機を引き起こすため、連携しての組織的な枠組み作りをしなくては不可能である。

そのためまずは「Ⅰ 校舎内での枠組み作り」を行い、次に「Ⅱ 家庭・病院との連携による枠組み作り」を行った。しかし、本事例ではそれでも抱え切れず、更に枠組みの立て直しが必要とされた。それが「Ⅲ 組織全体で家庭・病院と連携する枠組み作り」であった。今回の事例において、Ⅰの段階ではまずは生徒の状態を把握し、校舎内で一時的にでも抱えていくための枠組み作りを試み、SCと担任が連携し、SCはBの気持ちに寄り添い、支えていく役割、担任は現実的なものを提示していく役割を取った。しかしBの状態からMを巻き込んでいく必要性が強く感じられ、早急なⅡの対応が必要となった。担任・SC共にMとの関わりを増やしていき、Mのこれまでの苦労をねぎらいながらも、MのBの状態に対しての理解を促進し、学校のできることとできないことの提示を行っていった。しかし、Bが一人暮らしのままでは家庭・医療との連携が確立しきれず、Bを安定させるためであるはずの枠組みが安定することも難しかった。そのためⅢ段階として、周囲の教員や管理職との連携のなかで、姉妹校も含めた組織全体でBと家庭に関わり、Bを受け止められる枠組みを作るという工夫を行い、Bの状態は徐々に安定した。

境界性パーソナリティ障害の治療における枠組みの考え方について、小羽(2009)はルールや枠組みは決して固く固定されたものではないという考え方が重要であると述べたが、この考え方と同様、本事例では1対1の枠組みではないが、ルールや枠組みを生徒との関係の中でどう取り扱うか、相互理解の中からルールや枠組みをどう創造するかによって、SCは生徒への理解を表現していたと言えよう。

転校後は、自宅に戻ることによってMを含めた家庭を巻き込んだ構造が構築され、学校でもBにとって無理のないペースを作ったことで、Bを受け止める枠組みが形成された。境界性パーソナリティ障害はストレスの減少や状況の構造化で現実検出力を回復する(Kolb & Gunderson, 1980)と言われており、これがBの状態の改善につながったと考えられる。また、病院や家庭などから「放り出される」経験の多かったBに対し、退学というような「放り出される」結果ではなく、枠組みの再構成である姉妹校への転校という結果となったのも治療

的体験になった可能性がある。このような複数の学校を抱えた組織全体の枠組み作りというのは一般化されるものではないが、全日制高校で転校や高校中退が生じた時にも、新たな枠組みにつなげていくという対応は必要であると考えられる。

また、本ケースは学校から生徒への関わりというだけではなく、職員会議で一人暮らし生徒の受け入れのルールについて話し合われるなど、生徒が学校全体の枠組みに影響を与えた部分もある。サポート校のゆるやかな枠組みのなかでは生徒の行動が場の枠組み作りに影響を与えるということはしばしばあり、ルール・パターンの再構成が行われるため、生徒と学校の枠組みの相互作用が起きていると考えられた。

## 本研究の意義と問題点

本研究ではまだ事例の少ない常勤型SCの活動について、特にその活動のなかで重要なポイントとなる枠組み作りには焦点をあて、常勤型SCならではの具体的な工夫がどのような結果につながったかということを検討した点に意義があると考えられる。先述したように不安定な生徒を継続的に支え、援助するには高い構造度のもとでなされる援助が有効であると考えられるが、生田(1996)の調査において専任のスクールカウンセラーの設置に賛成する理由の最も大きいものは「指導に困難を感じる子どもが多くなり、担任のみで対処するには時間的ゆとりがない」というものであったように、不安定な生徒を援助する場合にこそ、教員はSCが常に存在してすぐ対応することができることを求めている。常勤型SCは常勤型であることで構造度が下がるという問題に、枠組み作りの工夫によってどのように対応するかということが大きな課題であると言えるだろう。

本事例では、対応時点でSCのBの見立てが未熟であり、病院で診察を断られるなど、対応に力量不足であるところがあった。また、医療機関への付き添いなども、常勤型であるからこそ可能であったと言えるが、厳密な心理面接という枠組みからは大きくはずれたものであり、批判的に捉えられる可能性もあるだろう。しかし、常勤型SCには活動のモデルがなく、公立中学校のSCのようなSC間のつながりによるピアサポートも希少であるため、現在は手さぐりで活動を行うしかない部分がある。複数の現場での事例を蓄積していくことによって、常勤型SCの活動モデルを生成していくことが今後必要であろう。

## 引用文献

American Psychiatric Association (2000). *Quick*



- reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, DC and London, England: American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸 (訳) (2003). DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引 新訂版 医学書院)
- Freud, S. (1913). On Beginning the Treatment (Further Recommendations on the Technique of Psycho-Analysis, I) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works*. Vol. XII. New York: Norton. (小此木啓吾 (訳) (1983). 分析治療の開始について フロイト著作集IX 人文書院 Pp.87-107.)
- 生田純子 (1996). 学校教育相談の動向 (2): 学校カウンセラーの資格認定を巡って 東海女子大学紀要, 16, 107-121.
- 磯邊聡 (2004). 「治療構造論」と学校臨床 千葉大学教育学部研究紀要, 52, 141-147.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. London: Yale University. (西園昌久 (監訳) (1996). 重症パーソナリティ障害 岩崎学術出版社)
- Kolb, J. E., & Gunderson, J. G. (1980). Diagnosing borderline patients with a semistructured interview. *Archives of General Psychiatry*, 37, 37-41.
- 小羽俊士 (2009). 境界性パーソナリティ障害—疾患の全体像と精神療法の基礎知識— みすず書房
- 町沢静夫 (2003). ボーダーライン 自己を見失う日本の青年たち 丸善株式会社
- 文部科学省 (2007). 児童生徒の教育相談の充実について—生き生きとした子どもを育てる相談体制づくり— (報告)
- 松岡靖子 (2012). 自傷行為を呈した生徒への常勤型スクールカウンセラーの対応—即時性と連携体制—カウンセリング研究, 45 (1), 51-61.
- 村山正治 (2000). 臨床心理士によるスクールカウンセラーの展開 (現代のエスプリ別冊 臨床心理士によるスクールカウンセラー—実際と展望—) 至文堂 9-22.
- 西山久子 (2005). 専任スクールカウンセラーの仕事—内部性からの展開— 月刊生徒指導, 35 (11) Pp.20-24.
- 小此木啓吾 (1981). 精神療法の構造と過程 その1 その2 小此木啓吾・岩崎徹也・橋本雅雄・皆川邦直編著 精神分析セミナー I 岩崎学術出版社 Pp.1-83.
- 山崎篤 (1997). 境界例の生徒を学校内で抱えていく試み 心理臨床学研究, 14 (4), 456-466.
- 吉澤佳代子・古橋圭介 (2009). 中学校におけるスクールカウンセラーの活動に対する教師の評価 福岡県立大学人間社会学部紀要, 17 (2), 47-65.

(2012年8月31日受稿)

## ABSTRACT

### Full-time school counselor's device to establish framework

Yasuko MATSUOKA

Due to the fact that the number of the people who works for either private school or free schools as full-time school counselor is much smaller than the number of people who work for public junior high schools as part-time school counselor, the studies on the activities of full-time school counselors are also limited.

However, there are not a few calls for full-time school counselors in the educational context, and a need is thought to exist for a consideration, through accumulated actual practice, of the effects of the full-time presence of school counselors. For that purpose, this paper has as its objective a consideration of the means of creating a framework for full-time school counselors. This framework is also called therapeutic structure, and is a precondition for carrying out psychological support. Counselors seem to carry out support through a flexible structure in the school situation in any case, but when supporting an unstable client long-term, it is said that more effective support can be achieved with a higher degree of structure.

Regarding the creation of this framework, in order for a full-time school counselor to function effectively in the school setting, they are said to be required to consider a system of cooperation with teachers as the framework for treating students and to put that framework in order; however, with regard to unstable students with borderline personality disorder, building this framework is extremely difficult. However, the construction of the framework itself has a therapeutic meaning and is also significant.

This paper introduces a case study in which a full-time school counselor worked with a high school student suspected of having borderline personality disorder, and discusses the process of building a framework for a full-time school counselor. The student in this case study at first displayed severe symptoms such as self-injury and loss of consciousness, making a one-to-one interview framework with the school counselor difficult to build. The counselor thus worked in cooperation with teachers, parents and medical personnel, building frameworks on three levels: 1) "framework building within the school," 2) "framework building through cooperation with home and hospital," and 3) "framework building through cooperation with home and hospital on an all-organization level." Through this process, the student's condition eventually stabilized.

In the future, through accumulating still more case studies of various situations, it will be necessary to generate an activity model for a full-time school counselor.

Key words: full-time school counselor, borderline personality disorder, cooperation