

講演会 & ライブ な日々 ㉔

古川 秀明

『SC・SSW・養護教諭による新しい学校内対人援助システム物語』 第一話・久木山さんとの再会

今から30年ほど前、京都の片隅の、丘の上にある研修センターで団士郎、早樫一男、両先生が講師を務める家族療法講座に参加した。

一緒に学んでいたのは、だいたい10人くらいだったと記憶している。

今は立派な建物になっているが、当時は木造の古い建物で、家族療法講座は参加人数が少ないので、大きな研修室ではなく、図書室で行われていた。

ほとんどの参加者が児童相談所関係の人で、福祉施設からの参加は私ひとり、後は医療関係者だった。

その中に、団先生、早樫先生と同じ児童相談所で働いていた久木山さんが参加していた。

久木山さんは団先生、早樫先生と同世代で、私より一回り以上年上の先輩。

帰り道の方が同じだったので、道すがら、いろんな話をした。

児童相談所の現場で、いかに家族療法が役に立つかを教えてもらった。

私はその研修センターで家族療法を学ぶ動機は、臨床心理士の資格を取るために、何でもいから受験資格の研修時間を稼ぎたいという、とても不純なものだった。

だから、久木山さんが児童相談所職員の奮闘ぶりや、児童虐待の現状とその解決方法に家族療法がいかにか有効であるかを熱く語られる度に、なんだか不純な動機の自分が恥ずかしくなったのを覚えている。

しかし、不純な動機で参加した研修センターで、団士郎、早樫一男、千葉晃央という、私の人生に欠かせない人たちに出会えたのは、私の中の不純な動機も捨てたものではないなあと、少なからず思う。

そして久木山さんもその一人になるとは、その時は思いもしなかった。

時は流れて、昭和から平成、そして令和の時代になった。

ちょっとしたご縁があり、奈良に近い京都の小学校にスクールカウンセラーとして赴任した。

その養護教諭の先生が、「うちの学校のスクールソーシャルワーカー（SSW）さんはとても有能な方で、いつもお世話になっている」という話を聞いた。

私はその話に興味を湧いた。

数年前から、学校内で、SSW、養護教諭との連携による、学校内オープンダイアログ（家族療法の技法のひとつ）を試していて、とても効果があった。

この小学校でも是非実施したいと思っていた。

しかし、そのためにはベースとなる人材が必要だ。

今までの学校では、SSW や養護教諭に私の研修を受けてもらい、実施していた。

もちろんやる気も問われる。

この小学校のSSW がいくら有能でも、私のやり方に否定的であれば、無理強い

はできない。

その SSW さんの名前を聞くと、久木山さんと言う名前だった。

久木山という苗字は珍しい。

しかも、私が知っている久木山さんはたった一人しかいない。

もう 25 年も前、丘の上の研修センターと一緒に家族療法を学んでいた、あの久木山さんである。

しかし、同じ苗字の人だっているかも知れない。

養護教諭の先生に、その久木山さんに私のことを知っているかどうか聞いてみて欲しいとメールすると、翌日、よく知っているとの返信がきた。

間違いない。あの久木山さんだ。

初顔合わせの日、職員室に座っていたのは、まぎれもなくあの久木山さんだった。

私達は思わずハグしあった。

25 年の歳月は、お互いの風体を、まるで玉手箱を開けた後の浦島太郎のように変化させていたのだが、すぐに昔のように打ち解けた。

それと同時に、私がやりたかった学校内オープンダイアログが一気に現実味を帯びた。

久木山さんなら、一緒に家族療法を学んだので、改めて家族療法をレクチャーする必要はない。

即、実践可能だ。

早速私の実践例を話し、ここの小学校でも SC と SSW が連携して家族療法を実施したいと持ちかけると、それは面白いなと言って、すぐに賛成してくれた。

久木山さんは児童相談所を定年退職後、社会福祉士の資格を取り、SSW として

勤務されていた。

つまり、児童相談所の経験と社会福祉士の知識を両方兼ね備えている。

知識だけを持っているのではなく、実践経験があるのは、現場では何物にも代えがたい。

何よりも私と久木山さんのベースが「家族療法」という共通の技法であることが大きい。

『なぜ、SC と SSW が一緒に同室で家族療法を実施するのか』

まず久木山さんが私に投げかけた質問は、なぜ SC と SSW が一緒に同室で家族療法を行うのか・・・というものだった。

その答えには、2つのキーワードがある。

- ①ワンウェイミラー
- ②オープンダイアログ

<①ワンウェイミラー>

家族への支援は 1950 年代から同時多発的に出始めた。

Bateson が、Jackson・Haley・Weakland と共に統合失調症を家族コミュニケーションから説明したダブルバインド理論を提出したのが有名。

カリフォルニア州ではダブルバインド理論を提出したグループから Bateson が抜け、Jackson を中心に家族療法を行うようになり、この集まりを「MRI グループ」（コミュニケーション学派）と呼ぶ。

コミュニケーション学派の提出した概念は数多くあるが、物質的などころで言う「ワンウェイミラー」「インターホン」「VTR（ビデオ）」が三種の神器と呼ばれている。

ワンウェイミラーとは、いわゆるマジックミラーのこと。

ワンウェイミラー自体は、コミュニケーション学派に限らず使われている。

実際に家族療法を行っているチームがいて、それをワンウェイミラー越しに見ている別チームがいる。

家族療法を行っているセラピストが行き詰まりを感じたときに、別チームに助言を求めるというもので、セラピストのトレーニングとしても活用されている。

ワンウェイミラーについてはこうした使われ方が、家族療法の中でされている。(別室でスタッフが観察していることは、最初に家族に告知してある)

実は私の家にもワンウェイミラーがある。

自宅で開業する時に、ガレージを改装し、早樫先生に監修してもらい、ワンウェイミラーとマイクを設置した。

これで面接室の様子を、隣室からワンウェイミラー越しに観察できて、音声も拾えるし、インターホンでこちらの声も届く。

天井にカメラを設置することも可能な配線にしてもらった。

工務店の人が「今までこんな設備をしたのはラブホテルくらいなもんや。おたく、いったいここで何しゃはりますのん？」と聞かれ、苦笑いしたのを思い出す。

ところが、ここでとんでもない壁に当たった。

ワンウェイミラー、インターホン、VTR という設備は整ったが、バックスタッフがない(笑)

セラピストは私なので、私がバックスタッフをするわけにはいかない。

そうかと言って、バックスタッフをお願いする経済的余裕もない。

頂いた相談料の中からバックスタッフの報酬を差し引くと、経営が成り立たない。

それに、もしバックスタッフをお願いできたとしても、スケジュール管理が大変だ。

相談者の予定とバックスタッフの予定に、私の予定も合わせないといけない。

大きな組織の構造化された中で、報酬を気にせずワンウェイミラーを使い、訓練されたスタッフが仕事として配置されるのなら、なんの問題もない。

しかし、個人開業で、ワンウェイミラーを使った、複数のスタッフでのアプローチは、物理的にも経済的にも無理があった。

対マガスタッフの千葉くんにはボランティアでよく来てもらったが、彼も忙しいので、そうそう無理も言えない（この場を借りて、千葉君、あの時はありがとう）。

結果的に百万円近くかけて改装したガレージとワンウェイミラーの装置はほとんど使うことなく、現在も私の髭剃りや身だしなみを整える鏡以外の活用方法がない（笑）

この状況は個人開業に限らず起きている。

日本に家族療法が入ってきたころ、一時期家族へのアプローチとして急激に広まり、そのころ建てられた設備の中にはワンウェイミラーが残っているところがある。

しかし現在は別チームが控えるほどの人的余裕がある組織は無いに等しいので、使われるとしてもセラピストと子どもの関わりを保護者に見てもらおうプレイセラピー等のために活用することがあるくらいだろう。

いずれにせよ、ワンウェイミラーを行動観察で使っているところはあっても、少数であることは間違いない。

このような現状の中、学校の中にワンウェイミラーを設置し、バックスタッフを置いて欲しいという要望を SC がしても、予算的にも通るわけがない。

ところが、この状況をオープンダイアログが一変させた。

<②オープンダイアログとは>

家族療法を学んでいる人には釈迦に説法だが、対マガ読者の方には知らない方もおられると思うので、簡単に説明する。

オープンダイアログとは「開かれた対話」という意味で、フィンランドの西ラップランド地方で生まれた、家族療法が発展したアプローチのこと。薬物を使わずに（あるいは少量しか使わずに）、「統合失調症が治る（よくなる）」というふれこみで一躍広まった。

フィンランドでは、公費医療として無償で行われている。

急性期の統合失調症に対し、原則24時間以内にチーム（家族療法のトレーニングを受けたスタッフから成る）が駆けつけ、危機が解消するまでの十数回、一回90分以内のミーティングが毎日のように行われる。

ミーティングは、モノログ（独語）にならずダイアログ（対話）になるように行われ、今後に関する何らかの決定は、必ず患者当事者の目の前で話し合われる。

対象は統合失調症だけではなく、全ての精神疾患といわれている。

『オープンダイアログが広がらない理由』

日本やアメリカで、オープンダイアログをそのままの形で導入するのは不可能だと言われている。

オープンダイアログが持つ、他にはない以下の4つの特長と強みが、そのまま今の日本（アメリカも同様）の医療制度では大きな壁になっているからだ。

- ①原則24時間以内に対応。
- ②チーム（家族療法のトレーニングを受けたスタッフから成る）が駆けつける。
- ③危機が解消するまでの十数回実施。
- ④一回90分以内のミーティングが毎日のように行われる。

児童相談所や病院でこんなことをしたら、即、労働基準法に触れる。

虐待の通告対応だけでも大変な児童相談所のワーカーに、さらに24時間体制で90分の面接を毎日、よくなるまで十数回させれば、まちがいなく彼らはバーンアウトしてしまう。

医療機関でも、労働条件の問題と保険点数が付きにくい問題などがあり、精神科医の森川すいめいさん、斎藤環さんらの努力が続けられている。

世界的に見ても、オープンダイアログが実施されているのは、フィンランドだけで、そのフィンランドの中でも、この西ラップランド地方のみである。

なぜそれが実現可能なのかというと、その町全体がオープンダイアログに理解があり（住民に抵抗がない）、公費が支給されるからである。

日本でオープンダイアログをそのままの形で実施するのは不可能とまでは言わないが、かなりのハードルがある。

だけど、この4つをクリアすれば、純粋な意味での精神科医療における治療的関わりは出来なくても、その理論の核である「対話」と社会構成主義的な「つながりの構築」は実現できる。

なによりも家族療法との親和性が非常に高いのも私にとっては大きな魅力。

そして、もう一つの魅力を発見した。

それは家族療法のみならず、学校との親和性も高いということだ。

さっきの4つの問題を、それぞれ学校現場にあてはめて考えると、なんとなくそれぞれの解決の糸口が見えてきた。

①24時間対応

さすがに学校で24時間対応は不可能だ。

しかし、登校時から放課後の時間までの時間であれば対応できる。

登校が午前 8 時、下校が午後 4 時としても 8 時間は対応できる。

オープンダイアログの直接ターゲットは急性期の統合失調症だが、小中高の学校で急性期の統合失調症の対応はまずない。

多くは「不登校」「いじめ」「勉強」「友人関係」「家族関係」「発達障害」などである。

それらの問題が統合失調症よりも軽く扱われるべきだとは思わないが、まずは児童生徒が学校にいる 8 時間から始めてみる価値はある。

②チーム（家族療法のトレーニングを受けたスタッフから成る）で対応する。
学校内でのチーム作りは、文科省の指針でもある「チーム学校」の概念と一致する。

学校の中には、担任はもちろん、養護教諭、育成担当、生徒指導、SSW、とその人材に事欠かない。

家族療法については、職員研修会等の時に学んでもらう。

「対話」と「つながり」の効果を、自分の体験として理解してもらえれば、学ぶモチベーションも上げてもらえるだろう。

③危機が解消するまでの十数回実施。

教師も子どもも、毎日登校してくるので、わざわざ相談機関に出向く手間はかからない。

家族は校区内に住んでいるので、家族に学校に来てもらうのも便利。

スケジュールの調整や変更も教師と家庭のやり取りですぐにできる。

回数についても、スタッフはみんなちゃんと給料が支払われているので、料金が発生しないし、チームも相談室も使いたい放題。

④一回 90 分以内のミーティングが毎日のように行われる。

さすがに毎日は無理だが、60 分以内で、学校のある月～金は毎日可能だ。

②の<チームで実施>することは、まさにワンウェイミラーの向こうにいるスタッフを同席させることと同じ意味だ。

これなら、面接室の隣の部屋も、ワンウェイミラーやマイク、VTR の設備もない。

つまり、新たな予算がかからない（これは大きい）。

もうこうなったらやってみるしかない。

いや、是非やってみたい。

そこで私は、自分が勤務している京都市で一番生徒数の多い K 中学で実施することにした。

ケースの数は半端なく多い……。

続きは次号の第二話・実践編にて

最後までお読みくださり、ありがとうございました。