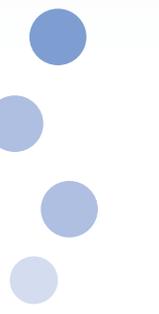


学校精神保健に関する事例とその解説

平成 25 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
食事と睡眠がきちんととれない子ども ～基本的生活習慣の大切さ～	2
ゲームに依存する子ども	4
不登校	6
発達障害	8
摂食障害	10
子どもにとっての遊びとは ～発達における遊びの効用～	12
おわりに	14





はじめに

現在の学校精神保健においては、いじめ、不登校、引きこもりや発達障害、気分障害等の精神疾患や睡眠障害など、さまざまな課題が惹起され、児童・生徒や保護者、教職員にとって大きな負担となっている。

東京都医師会では精神科学校医を区市町村に配備するよう努力しているが、未設置の自治体もいまだにある。また、たとえ精神科学校医が設置されている自治体でも、学校数に見合う対応は十分にできていないのが現状である。

平成 23 年度に東京都医師会学校精神保健検討委員会で、精神科学校医が未設置である自治体の内科学校医にアンケート調査を実施したところ、内科学校医がかなりの割合で学校精神保健に対応していることが判明した。しかし、専門家でない内科医が学校精神保健の問題に対応するのは実際のところ困難で、手探りの状態であることも浮かび上がってきた。

これらの問題を東京都医師会学校精神保健検討委員会では重視し、精神科の専門家でない内科をはじめとする学校医が学校精神保健の課題に直面した際に、手引きがあれば大きな支援となるのではないかと考えた。内容は具体的に事例を挙げて、より身近な問題としてとらえ、さらに各疾患について解説し、理解を広げる工夫を行った。学校の現場で苦勞されている学校医の先生方に、少しでも寄与できれば幸甚である。

平成 25 年 3 月

東京都医師会理事 渡 辺 象

食事と睡眠がきちんととれない子ども ～基本的な生活習慣の大切さ～

1. 子どもの生活リズムの変化

1980年頃から2000年頃にかけて、子どもの就寝時刻が遅くなっていることが、小児科医など識者から指摘されてきた。2006年には文部科学省が「早寝 早起き 朝ごはん」キャンペーンを開始し、幼児から小・中学校の教育関係者、自治体等の啓発活動も活発化した。その成果もあって、幼児の場合は22時以降に就眠する割合が、2000年の49%をピークに、2010年には30%に減少したといわれているが、それでもなお、かなり多いようである。

学童期から思春期の子どもでは、受験勉強やテレビ以外にも、携帯サイトやメール、インターネットなどの、いわゆる「メディア漬け、メディア依存」の影響が深刻化している。ある民間の調査によると、小学校高学年の約30%が自分専用の携帯電話を持っており、1日のテレビの平均視聴時間は約2時間、約1/3の小学生が毎日30分から1時間はゲームをするという。

放課後、ただでさえ塾や習い事で忙しい小学生が、帰宅後にテレビ、ゲーム、友だちとのメールを行うとなると、就寝時刻に影響のないはずがない。「平成20年度文部科学白書」によれば、平日23時以降に就寝する小学生は19%、24時以降に就寝する中学生は31%であるという。このような生活リズムの崩れは、脳の発達や学力、情緒の安定などに大きな影響を与えている可能性がある。

2. 睡眠不足の影響

夜更かし・就寝時刻の遅れは、必然的に睡眠時間の不足をもたらす。各種の調査によると、小学生、中学生の睡眠時間が少ないほど、学力が低いという傾向が指摘されたり、夜遅く寝る子どもには「日中の眠気、居眠り」「イライラ」「朝食を抜く」「元気がない」という特徴が認められたりしている。健全な学校生活や学習を支える出発点は「早寝」であるといえる。

生理的には、睡眠覚醒リズムに関連するホルモンの分泌が、夜更かしや睡眠不足によって阻害される。メラトニン、成長ホルモン、副腎皮質ホルモンや、脂質代謝に関係するレプチン、グレリンなどのホルモンの異常は、健康な成長の妨げになり、将来の生活習慣病への入り口にもなるであろう。

3. 朝食をとらない子ども

早寝・早起きとともに、朝食をきちんと取ることも大切である。学校で午前中の学習や活動を集中してしっかり行うためには、バランスのよい朝食が欠かせないが、前出の文部科学白書によると、朝食をとらないことがある小学生は13%、中学生は19%であるという。

一生の間で一番脳が発達する時期にバランスのよい栄養をしっかりととり、日中に集団のなかで学習して体を動かすことは、脳そのものを質のよい発達に導き、ストレス耐性をもつ脳神経系の構築、安定した情緒や知的能力を順調に発展させる大きな素地にもなる。

4. 事例の実際

午前中からボーッとした様子で授業に集中できず、不活発であったり、提出物などの忘れ物が多く、成績も芳しくなかったりする子どものなかには、明らかに慢性的に睡眠が不足している場合がある。

これらの子どもの体型は、しばしば肥満や痩せなどの偏りがあり、性格も消極的で緩慢、あるいは多動でそわそわ、イライラしているように見える。また、表情が暗く沈んだ様子をしているということから「子どものうつ病」ではないかと疑われる場合もあるが、よく本人の話を聞いてみると、案外に生活リズムの不整が原因で、これを改善すると本来の明るい子どもに戻ることもある。

背景となる生活習慣にはいろいろあり、保護者の生活が夜型で、幼児期から子どもも一緒に起きているのが習慣になってしまったというものや、小学校高学年で中学受験のために連日 21 時過ぎまで進学塾に行き、夕食をとって就寝するのは 24 時頃というものもある。なかには子どもにゲーム機を買い与え、夜中に何時間遊んでいても問題を感じていないという保護者もあり、啓発活動の重要さを示している。

また、朝食をとらない子どものなかには、夜更かしをして朝はぎりぎりまで寝ているため、食欲が出ないので何も食べないという例や、共働きの両親が 2 人とも朝早く出勤するので、1 人で起きて登校するという子どももいる。せっかく朝食を用意してくれていても、実際には食わずに登校してしまうのである。

保健室に頻繁に不定愁訴でやってくる生徒の話を聞いてみると、常態的に朝食をとっていないと伝えてくれることがある。

5. 精神科医との連携

発達障害や知的障害をもつ子どもは、しばしば多動やイライラがあり、睡眠リズムの障害や食事の好き嫌い、ゲームへの過度の没頭も少なくない。保護者への療育指導が不可欠だが、アドバイスには障害のない子どもとは違った工夫が必要なので、専門家への相談を勧めたい。

最近では「子どものうつ病」が、従来信じられていたよりも多く存在するといわれている。症状としては「抑うつ気分」「思考や行動の抑制」「興味や意欲の減退」などのほか「食欲不振」や「睡眠障害」なども生ずるので、習慣に基づく生活リズムの乱れによるものと鑑別が難しい。加えて、しばしば子どもは内面の言語化が困難で、身体的愁訴や行動上の問題としてのみ顕在化することがあるので、生活指導で改善がみられない場合は、(児童)精神科医を紹介することが望ましいであろう。

また、しつけや生活習慣にあまり関心や理解のない保護者がときにみられるが、子どもの身体的発育不良や不衛生、う歯(虫歯)が多発しているような場合は、ネグレクト(養育放棄)の可能性も念頭におく必要がある。このような場合や、保護者自身に何らかの精神疾患が疑われるような場合には、精神科医に相談するだけでなく、校長以下、学校全体で取り組む必要があるだろう。

ゲームに依存する子ども

事例 小学4年生（10歳）女子

【主症状】 目のかすみ感

【現病歴】

小児科で、てんかんの加療中の児。

以前から、下校後に自宅において、携帯型ゲーム機で2～3時間遊ぶことが多かった。両親と「1日2時間までならゲームをやってよい」とルールを決めていた。

しかし、小学4年生になってから帰宅後2～3時間だけでなく、夕食後や就寝時までゲームをするようになった。また、それに伴い、就寝時間が21時頃であったのが、23時頃になることが散見されるようになった。このため、両親からゲームの時間を少なくするように言われたが、本人は聞き入れなかった。

夏休み前になり、目のかすみを訴えることが多くなったため、自宅近くの眼科を受診すると、4月の健康診断では両眼視力ともに1.0であったものが、右目の視力が計測できないまでに低下していることが判明した。

原因の検索のために病院の眼科を受診したところ、明らかな視神経萎縮を伴わないものの、視力は0.01にまで低下していた。病院でも視力低下の原因は特定できず、経過観察が必要と判断された。ゲームの時間の増加と視力低下の時期が一致していることもあり、ゲームをやる時間を制限するように言われた。

【経過】

家族で話し合い、一切ゲームをやらないようにし、テレビの視聴時間にも制限を設けた。約6か月後、視力は徐々に回復したものの、0.2程度である。

その後も、明らかな視神経萎縮の所見はみられていない。

【診断のポイント】

ゲームだけが悪いわけではなく、いわゆる「メディア漬け」と呼ばれる広範囲のメディアによる弊害についても考慮する必要があるだろう。

【治療のポイント】

- (1) メディアと付き合う（利用する）時間や、利用する内容を吟味すること
- (2) 吟味するための能力を習得させること

ゲームを「やめさせる」ことも必要ではあるが、「上手な付き合い方」をともに考えることが必要ではないか。今までゲームだけに限っても、さまざまな弊害が言及されている。しかし、ゲームをやりすぎたからといって、明らかに必ず何らかの弊害が起きるということは、保護者や子どもには明言できない。

一時期、「ゲーム脳」なる言葉が話題となったが、今のところ明確な医学的根拠が証明されていないのが現状である。しかし、ゲームだけではなく、いわゆる「メディア（テレビ、DVD、ゲーム、インターネット、携帯電話）漬け」と呼ばれる「メディアへの長時間の依存」が起こす広範囲での弊害としての視点も必要ではないだろうか。ゲームをしないからといって、テレビや携帯電話などの他のメディアに長時間依存し、生活リズムが乱れてしまうのでは本末転倒であろう。

生活リズムの乱れは、「早寝 早起き 朝ごはん」とは真逆の「夜更かし、朝起き不良、朝食抜き、登校してもぼーとした午前中」を引き起こしてしまうだろう。成長ホルモンは就眠2時間後に多く分泌されるといわれており、「夜更かし」により良好な睡眠が障害されれば、影響を受ける可能性があるかもしれない。

今回の症例でもそうであるが、モニターを見続けることによる視力障害は、少なからず影響があるといわれている。また、「メディア依存」により、家族や友人とコミュニケーションをとる時間が制限され、良好な社会性や人間関係を構築することの障害になりうるとも考えられる。

それならば……と、今やゲームを含めたすべてのメディアを児童に禁止することは現状として困難であるので、ゲームを含めたメディアの節度ある利用法を、児童・生徒、保護者、教職員との間で話し合うことが必要かもしれない。

【付 記】メディアとの付き合い方への提言（※）《一部抜粋》

『影響の一つめは、テレビ、ビデオ視聴を含むメディア接触の低年齢化、長時間化です。（略）外遊びの機会を奪い、人とのかわり体験の不足を招きます。実際、運動不足、睡眠不足そしてコミュニケーション能力の低下などを生じさせ、その結果、心身の発達の遅れや歪みが生じた事例が臨床の場から報告されています。このようなメディアの弊害は、ごく一部の影響を受けやすい個々の子どもの問題としてではなく、メディアが子ども全体に及ぼす影響の甚大さの警鐘と私たちはとらえています。』

また、同提言には、メディアと付き合う時間の一例として、ゲームは1日30分、そのほかテレビを含めて2時間程度を目安とするよう言及されている。

※「子どもとメディア」の問題に対する提言

（一般社団法人 日本小児科医会「子どもとメディア」対策委員会、

2004年2月6日、<http://jpa.umin.jp/download/media/proposal02.pdf>）

不登校

事例 小学6年生（11歳）女子

【現病歴】

A子は出生後間もなく母親が家出したため、父方の祖父母に育てられるが、3歳頃から落ち着きがなくなり、イライラした態度をとることが多く、祖母からいつも注意されていた。

小学校入学後、A子には「授業中に落ち着きがないこと」「本人がふざけているつもりでも、他児から乱暴と受けとられていること」などが散見されていた。

低学年のときは2～3人の友人が存在したが、学年が進むにつれて徐々に仲間はずれにされ、孤立していった。さまざまな行事でのパートナーは、いつも担任という状況だった。

小学5年生になり、友人になろうとして女子に次々と接近するが、その加減が分からず、乱暴や悪ふざけのため相手にされなくなったので、今度は男子集団に近づくようになった。しかし、そこでもA子の存在は邪魔とみられてしまい、授業中に「大声」を上げたり、休み時間に「リストカット」をしたりしては、荒れた姿をみせるようになった。

小学6年生になると「先生（担任）の家の子になりたい」「もうだめだ、死んでしまいたい」と言うようになり、担任でも対応できなくなった。そこで担任は、祖父母を呼んで治療の必要を説明した。帰宅した祖父母からそのことを聞いたA子は、担任に対して腹を立て、以降、不登校が始まった。

その後、A子は「先生に裏切られた。もう誰も信じられない」と祖母を激しい口調で責めたり、突き飛ばしたりするなど、家庭内暴力が悪化したことから、担任が養護教諭へ相談した。そして、内科学校医と精神科学校医との協議により、児童精神科を受診することとなった。

最初は外来治療を続けたが、「※行動化」「希死念慮」が強いため、小学6年生の終わりに入院となった。

本例のキーワードに「リストカット」「もうだめだ、死んでしまいたい」「※行動化」「希死念慮」などが挙げられる。これらは重症化の指標であり、今後、パーソナリティ障害へ発展する危険性が強い。しかし、本事例は学校医と教職員との連携により、早期介入、早期治療ができた事例である。

※行動化……自傷行為（自殺未遂）、大量服薬、性的逸脱、非行などの問題行動を起こすこと

【診断のポイント】

1. 背景疾患の診断

(1) 不安・恐怖群

- ・社会恐怖 : 人前で活動することへの恐怖と回避
- ・過剰不安障害: 行動上の失敗によって恥をかくことへの恐れと予期不安
- ・分離不安障害: 親や家族から離れることへの恐れ
- ・強迫性障害
- ・パニック障害

(2) 適応障害群 : 家族の病気や転校、いじめ等のストレス因子に続いて生じるもの

(3) 身体化障害群: 転換性障害、心気症

(4) 抑うつ群、その他

2. 発達障害の診断

- ・広汎性発達障害 (PDD)
- ・注意欠陥・多動性障害 (AD/HD)
- ・学習障害 (LD)
- ・発達性協調運動障害、コミュニケーション障害、精神遅滞

3. 不登校発症時の出現パターン

(1) 過剰適応型 (約 50%) : 良い子で頑張り過ぎるため、燃え尽きてしまう。

(2) 受動型 (約 40%) : 自己主張できず、すべてを受けとめてしまう。

(3) 衝動型 (約 10%) : 衝動的で言動や行動に出してしまう。

【治療のポイント】

(1) 学校を嫌っているのではなく、人間関係のつまずきであることが多い。

(2) 自立のときの心のつまずきであり、まず、ゆっくり休ませて見守るようにする。

(3) 親の問題: 逃避的父親 (母親) と支配的母親 (父親) への対応を考える。

(4) 本人の性格の問題: 脆弱で傷つきやすい自我の育成を援助する。

(5) 抑うつ症状 (不眠、食欲低下等) や ※行動化などが認められたときは、専門医へ相談し、判断のアドバイスを受けることが好ましい。

(6) 本人が元気になることが最も大切であるが、登校を促すことも必要である。

【利用できる社会資源】

(1) 学校内 : 学校精神科医 (設置されている場合)、スクールカウンセラー、養護教諭など

(2) 学校外 : 東京都教育相談センター、区市町村教育相談所 (室)、東京都児童相談センター・児童相談所、子ども家庭支援センター、カウンセリング機関、フリースクールなど

(3) 医療機関: 精神疾患が疑われる場合は (児童) 精神科医に紹介

【付 記】

(1) 文部科学省は不登校の児童・生徒を、年間 30 日以上欠席した者のうち、病気や経済的理由を除いた者と定義している。平成 23 年度は全国で小学生約 2 万人、中学生約 9 万人が不登校となっている。

(2) 以前、不登校は子どもの特有な神経症の一種と理解された時代もあったが、最近では病因、症状、治療における一定の均質性のある疾患概念とするには無理があるというのが一般的である。この概念も、学校恐怖症という用語から、登校拒否、さらに不登校と変遷してきている。

発達障害

事例 小学3年生（9歳）女子

【主症状】 落ち着きがない、集中できない、カッとなりやすい。

【家族歴】 他に兄弟姉妹はいない。夫婦の関係は良くない。母と本児の関係も良くない。

【生育歴】

幼少時の発達指標に大きな問題はない。

生後6か月より保育園に通うが、多動で集団行動は苦手であった。

保育園では昼寝をせず、寝ている他児を起こすため、よく注意されていた。

叱られると、身近にある物を壊したり、自分の髪の毛や洋服を切り刻んだりした。

【現病歴】

5歳のときに、落ち着きがなく、他児とのトラブルが多いため小児科を受診したが、「病気ではない」とされ、遊戯療法が行われた。

小学校入学後も、じっとしていられず、教室から出て行くこともあった。他児との関係も良くなく、クラスで“いじめ”の対象になることもあった。家庭では父や母のお金を盗み、叱られると家から出て、帰ってこなかった。

9歳のときに、家庭対応困難という主訴で（児童）精神科医を受診した。学童病棟に入院して院内学級に通ったが、毎日のスケジュールが決まっているからか、大きな問題なく自宅に戻った。自宅に戻り、自分の判断で生活を始めると、さまざまな問題が生じてきた。虚言、万引き、乱暴、家出など、状態が悪化し、再び入院となった。

中学校進学後、集中困難、衝動性亢進、気分のコントロールの悪さが目立った。母との関係は悪く、いつも諍いが生じていた。

家庭への復帰を望まず、18歳のときに自立支援ホームに入所となった。心理検査では平均以上の知的水準はあるが、言語性と動作性の乖離があった。脳波上の軽度異常を認めた。

WISC-Ⅲ：FIQ117（VIQ124、PIQ107）

EEG：軽度脳波異常（棘波の混入）

診断：注意欠陥・多動性障害（AD/HD）、行為障害

【診断のポイント】

操作的診断基準（ICD、DSM）に従って行う。心理検査（WISC、ITPA、K-ABC など）、質問紙（PARS、DISCO、ADHDRS など）は重要な補助手段となる。幼少時期の状況を、養育者などから詳しく聞くことが重要である。

【発達障害の代表的症状】

必ずしもすべての症状が揃わなくてもよい。

2つ以上の発達障害が重なることもある。

- (1) 広汎性発達障害 : ①対人関係がうまく成立しない
 ②コミュニケーションがとりにくい
 ③独特の思考・行動様式が目立つ
 （自閉症：①～③、アスペルガー障害：①と③）
- (2) 注意欠陥・多動性障害：集中困難、多動、衝動性亢進
- (3) 学習障害 : 読み、書き、計算の障害
- (4) 運動能力障害 : 発達性の協調性運動障害
- (5) コミュニケーション障害：話すこと、理解すること、イントネーションの障害、吃音

【治療のポイント】

(1) 薬物の効果

薬の効果は直接的ではなく、間接的と考えられる。AD/HD 治療薬は、不注意、多動、衝動行為の軽減など、治療導入に重要である。AD/HD 評価尺度などで効果を確認しつつ、食欲低下、不眠、頭痛などの副作用に注意する必要がある。

(2) 治療と対応

- ①少人数で、情報が少なく、静かな環境が落ち着く。学校であれば、教室よりも保健室、図書室などのほうが落ち着く。短く、分かりやすく、はっきりとした物言いをしたほうが理解しやすく、落ち着く。
- ②発達障害の場合、いつも注意されて誉めてもらえないために、二次的に自信を失い、劣等感にさいなまれている場合がある。優れた自信のある点を見つけて誉めることが重要である。
- ③発達障害は連続体（スペクトラム）であり、障害といっても境界ははっきりしない。発達障害は特性・特徴と見られる点もあり、すべてが否定されるものではない。本人が社会適応に困難を感じていたり、生きにくさを感じていたりするのであれば、この点を改善するように努めるべきである。発達障害とされる人のなかには、芸術家、研究者、政治家など、偉大な業績を残している人がいることも知られている。

摂食障害

事例 中学1年生（13歳）女子

【主症状】 食思不振、体重減少、無月経

【家族歴・既往歴】 特記すべきことなし

【現病歴】

小さい頃からまったく手のかからない、育てやすい子だった。X年2月からダイエットを開始して、同年5月から無月経となる。

同年7月18日、小児科クリニックを初診。7月28日、再診時の体重が39.2kgに減少。話を聞くと、7月21日から下剤を使用したとのこと。

8月4日には体重が38kgまで減少。精神科受診を勧められたが通院できず、総合病院の小児科、精神科を受診することとなる。そこで、栄養剤（エンシュアリキッド）を処方されたが、本人は拒否。8月26日からは経口摂取がなくなり、8月28日に小児科クリニックを再診する。

その後、傾眠傾向（そのままにしておくとも眠ってしまうが、声をかけるなど周囲からの刺激があれば目が覚める状態）が出現したため総合病院の救急外来を緊急受診し、低血糖状態と診断され、小児科に緊急入院する。輸液にて血糖値が安定したため、今後の専門科治療を目的に、筆者の勤務する精神科病院へ8月31日に転院（入院）となる。

【入院時所見】

身長156cm、体重34.4kg、BMI14.13。

表情が固く、こちらの問いかけには頷くのみであった。

【入院後経過】

入院してからも食事にはまったく手をつけず、経口摂取は水分のみであった。徐脈傾向が見られたため、心電図モニターを装着。本人に生命の危険性を伝え、本人の了承を得たうえで点滴を開始した。

面接では「私は病気ではない。健康である。痩せてなんかいない。食事は一切食べない」と述べていた。点滴のみでは体重の減少が続き、しかも食事にはまったく手をつけようとしないうえ、このままでは鼻チューブから栄養をとることになると伝える。すると本人は「鼻のチューブは絶対いや。食べる」と言ったため様子を見ると、ひと口から数口食べられるようになる。

面接においては「周りの人は皆、痩せたというが、自分にはその実感がない。ずっと体重は同じままだと思う。食べられない。なぜ食べられないのかは自分でも分からない。体重が増えるのはいや。もっともっと減らしたい」と述べていた。主治医は、病気であること、栄養が必要であることを繰り返し説明した。

入院後3週間目に入ると、本人から「早く学校へ行きたい。でも、自分ではどうしたらよいのか分からない。自分がどうしたらよいのか教えて欲しい。最近では病気かもしれないと考えるようになった」などの話をするようになる。そこで主治医は、経口摂取ができるようにならないと学校へは行けない、行けるようになるためには食事をきちんと食べる必要があることを繰り返し強調した。

その後、徐々に1/4食、1/2食、全量摂取可能となり、約10週間の入院生活ののち退院となった。外来通院治療に切り替え、体重も38kgまで回復し、X年12月から登校できるようになった。



摂食障害とは、食事にこだわり、健康な食生活が破綻した状態で、拒食が初発症状であるが、途中から過食となる事例もある。

【診断のポイント】

1. 拒否、拒絶的態度

拒食に象徴されるように、治療的かかわりに対して頑なに拒否・拒絶する。

2. 病識の欠如

自分は病気ではない、健康であると主張し、治療契約を結ぶことが難しい。

3. 身体イメージの障害

いそが顕著であっても、自分は痩せていない、むしろ太っている、だからもっと体重を減らしたいと主張する。

4. 痩せ願望

徹底的に痩せる努力をする。目的のためには手段を選ばず、下剤を乱用したり、嘔吐を繰り返したりする。

【治療のポイント】

1. 身体的管理

顕著ないそを認める場合、低血糖状態が出現する場合などは入院適応となる。身体面での治療を優先し、必要に応じて点滴や鼻チューブ栄養などを行う。

2. 精神面への対応

根気強く丁寧に、身体的には危機的状況であることを繰り返し説明して治療契約を結び、病識の形成に努める。性格的に未熟で、対人関係がうまくいかず、こだわりの強いところがあって、不安を抱えている場合が多いので、カウンセリングが有効となる。

3. 精神科医への紹介

摂食障害の原因は不明であるが、心理的な援助が必要な場合が多いので、小児科医、内科医での対応に限界を感じた場合は、積極的に（児童）精神科医へ紹介することが望ましい。

子どもにとっての遊びとは ～発達における遊びの効用～

1. 手遊び

生まれて間もない赤ちゃんが、自分の手を不思議そうに見ていることがある。手を握ったり開いたりするのは運動機能であるが、それを見ているのは視覚機能である。手をたたけば、それを音としてとらえる聴覚機能が働くし、手と手が触れあう触覚機能も働くことになる。

こうした手遊びに代表されるように、子どもは身体を動かすことによって、各部位の運動機能を発達させるとともに、その動きをとらえる感覚機能も発達させることになる。子どもにとっての最初の遊びは、自分の身体に出会うことである。

2. 玩具

乳児用の玩具は握りやすい形をしており、振ったりたたいたりすると音が出たり、握ったときの感触が心地よいものだったりする。投げると転がっていくボールも、乳児の好きな玩具のひとつである。色もカラフルで、子どもが最初に出会う玩具は、握る・たたく・投げるなどの粗大運動（胴体や四肢を使った大きな運動）を発達させるとともに、視覚・聴覚・触覚を楽しませる工夫がなされている。

やがて玩具も色合わせや形合わせという、やや抽象的な側面をもつようになっていたり、積み木やブロックのように、手指の巧緻な運動を必要とするものになっていく。子どもは玩具に出会うことによって、運動機能と感覚機能をさらに発達させていくことになる。

玩具の延長上にハサミやナイフなどの道具があり、さらに大工道具や裁縫道具など、日常生活に欠かせない道具類がある。それらを扱うための初期訓練を、子どもたちは玩具を通じて行っているのである。

3. コミュニケーションとしての遊び

以上のように、遊びは子どもにとって自分の身体と出会い、その運動機能と感覚機能を錬磨する手段であると同時に、コミュニケーションツールとしての側面も有している。乳幼児期に、最初に遊びの相手をしてくれるのは両親で、一緒に遊んで喜んでくれる両親とのかかわりは、喜びを分かち合うというコミュニケーションの始まりであり、同時に自分の行為が他者を喜ばせることができるという貴重な体験の場ともなる。

やがて子どもはひとり遊びの段階から、同年齢の子どもたちとの遊びへと移っていく。そこで子どもたちは互いに自分と同じように感じ、考える他者がいることに気づく。遊びを介して他者と喜怒哀楽の感情を共有し、共有することで他者とのコミュニケーションの基盤ができあがっていく。相手の心情を慮るというコミュニケーションの原則は、同じ感情を共有できない限り、成り立たないものである。

4. ルールのある遊び

遊びもだんだん高度になると、ルールが適用されるようになる。最も洗練されたルールは各種スポーツ競技にみられるが、子どもの遊びのルールは「楽しく遊ぶための約束事」のようなものである。

いったん遊びにルールが適用されると、たとえ自分に不満な展開になっても、それに従わなければならない。みんなが楽しく遊ぶという目的のために、自分の感情を抑えなければならないわけで、こうした遊びを通じて、子どもたちは他者のために自分を抑制することを学んでいく。

遊びにおけるルールは、将来の社会規範のモデルになるものであり、子どもたちはルールのある遊びを通じて、社会生活を営むうえで必要とされる忍耐の精神を養っていくことになる。

5. 遊びと発達

言語の習得には臨界期があり、13歳頃までに言語に接したことがない者は、その後いくら教育しても言語を習得できないと言われているが、遊びにも似たような側面がある。遊びを通じて子どもたちは自分を知り、他者と出会い、集団生活を送るうえで必要なルールを身につけていく。ここで重要なことは、子どもたちが生身でぶつかり合い、泣いたり笑ったりしながら、互いに相手の考えや気持ちを共有できることで、これは子ども時代にしか経験できないものである。

とりわけ就学前の遊びは非言語的学習の場であり、身体における運動と感覚の発達、精神における情緒の発達と密接なかわりがある。子ども時代にしっかり遊べなかった子どもは、コミュニケーション能力に乏しく、社会規範を守ることが難しい大人に育つ可能性がある。

6. 遊びの効用

乳児期と幼児期の前半は、親が遊び相手になって、子どもと親密にかかわる時期である。子どもは親との親密な関係のなかで、世界に対する信頼感を獲得し、遊びを通じて運動機能と感覚機能を発達させていく。親との親密なかわりは将来、自分が父親や母親になったときのモデルにもなる。

幼児期の後半は、子ども同士の遊びのなかで喜怒哀楽を共有し、他者との関係性を学ぶ時期である。また、簡単なルールのある遊びを通じて自分を抑制することを覚え、集団生活に必要な社会的規範を学び始める時期でもある。

学童期になると、遊びの種類はますます多彩となり、遊びを通じて友情や連帯感が培われるほか、嫉妬や憎悪なども体験し、人間性に厚みと深みが生じるようになる。学童期の子どもにとって、遊びの世界は社会の縮図であり、遊びを介して、子どもたちは規範の遵守、忍耐と寛容などの社会性を身につけていくことになる。

子どもが将来、一人前の社会人へと成長していくうえで、遊びは重要な役割を担っている。昨今はゲーム専用機のほか、携帯電話やインターネットを介したさまざまなゲームが氾濫しているが、こうしたゲームが子どもたちの発達に資するところがあるかということ、はなはだ心もとない。やはり子どもは機械相手ではなく、人間を相手に遊んでこそ健全な発達を遂げるものと思われる。そういう意味で、今後は年齢に応じた適切な遊びを提供できるような環境づくりが必要となるであろう。



おわりに

この小冊子は、精神科が専門ではない学校医でも、実践的かつ適切な対応ができるよう作成されたものである。

昨今、学校現場では精神科的なアプローチが必要な事例が多く発生している。しかも、それらに対して、必ずしも精神保健に精通していない医師が初期対応しなくてはならない場合が多い。

ここに記載されているのは、個々の事例に対して専門医がどのように考え、対処するのかについてのエッセンスとあってよい。また、非専門医が専門医へ紹介するきっかけや方針が示されていることも特徴である。

しかし当然ながら、ここに挙げた事例や対処法は、あくまでも例示的なものであるので、すべての事例に完全に当てはまり、書かれているとおりに対応すればすべて解決するというわけではない。精神疾患だけでなく、すべての事例が教科書的な対応で解決するわけではないことは、臨床に携わっている医師であれば自明の理であろう。

実際には、個々の事例に対しては柔軟な対応が必須となる。しかし、この小冊子は精神科が専門ではない学校医にとって、個々の事例への対応のよりどころになると考える。

この小冊子が学校現場で起きている事例を、そして子どもたちを一人でも良い方向に導くことができる端緒になることを期待している。



参考文献

- 1) 神山 潤：早寝早起き朝ごはん—啓発活動の実際—, 「睡眠医療」第5巻 P.432-438, 2011年
【http://www.j-kohyama.jp/report_focus.cfm?report_ID=595】
- 2) 文部科学省：平成20年度文部科学白書, 2009年
【http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpab200801/index.htm】
[食事と睡眠がきちんととれない子ども～基本的生活習慣の大切さ～]
- 3) 日本小児科学会 生活環境改善委員会：乳幼児のテレビ・ビデオ長時間視聴は危険です, 2004年
[ゲームに依存する子ども]
- 4) 村上佳津美：不登校の早期対応, 日本小児心身医学会ホームページ「小児の心身症—各論(16)」
【<http://www.jisinsin.jp/detail/16-murakami.html>】
- 5) 日本小児科学会 学校保健心の問題委員会：「提言」2010, 2010年
【http://www.jpeds.or.jp/saisin/saisin_100402.html】
- 6) 文部科学省：平成23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」, 2012年
【http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/24/09/1325751.htm】 [不登校]
- 7) 日本小児科学会 栄養委員会：朝食は毎日食べよう, 2003年
【<http://www.jpeds.or.jp/saisin.html#68>】 [摂食障害]



平成 23・24 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	埴 佳生	日本橋医師会
委員	岡田 謙	江東区医師会
〃	浅川 雅晴	江東区医師会
〃	市川 宏伸	東京都立小児総合医療センター
〃	野津 眞	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
〃	酒井 泰	東京都教育庁

学校精神保健に関する事例とその解説

平成 25 年 6 月 1 日発行

発行責任者	東京都医師会理事 渡辺 象
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)

