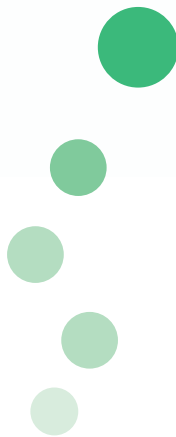


学校精神保健に関する事例とその解説（2）

平成 27 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
子どもが育つために	2
乱暴・粗暴な子	4
集団になじめない子	8
学業不振	10
身体症状のとりえ方	12
専門相談へのつなげ方（地域の専門相談機関との連携について）	14





はじめに

複雑化する現代社会において、学校現場でもさまざまな問題が蓄積している。いじめ、不登校、発達障害、薬物乱用、スマホ依存、性同一性障害など、内科学校医が相談を受けることも多いと思われる。東京都医師会としては、各問題の適切な対応のために専門医の設置を求めているが、予算の問題もあり十分とは言えない。

東京都医師会学校精神保健検討委員会では平成25年3月に「学校精神保健に関する事例とその解説」を発刊したが、このたび続編を発刊する運びとなった。具体的な事例と問題解決方法および、地域の専門相談機関との連携について分かりやすく書かれている。診察室のデスクのかたわらに置いていただきたい。

平成27年3月

東京都医師会理事 正 木 忠 明



子どもが育つために

文明が栄え、通信手段や伝達方法がいかに発達・多様化したにせよ、子どもの本来の姿は30年前と変わってはいない。ここでは子ども世界の特徴を述べる。

1. 子どもは適応能力で生きている

子どもは本能的に、自分一人だけでは生きていけないことを知っていて、適応能力を駆使しながら生きている。適応能力が高いか低いかによって、子どもの今後が決まるといっても過言ではない。環境が自分に合わないと感じても、自分一人だけで環境を変える力がないので、子どもは環境に合わせることに一生懸命になる。

たとえば、親の愛情を得ようと顔色をうかがい、喜びそうな仕草をすることは朝飯前のことである。親はその点をわかって、子どもに優しく接するとよい。優しさに裏打ちされた厳しさによって、子どもは我慢することや辛抱することを学習する。びくびくさせないこと、反抗（意思の表出）を無理やり抑え込まないことが上手な子育てとなる。

2. 子どもは時と場所と相手によって見せる顔が違う

子どもは環境に合わせて生きているため、置かれている立場をそのつど、感覚的に察知し、自分なりの役割を判断して行動する。そのため、時と場所と相手によって、まったく違ったことを言ったりやったりすることがある。一見、一貫性のない言動に見られがちなこと、大人のように事の成り行きが分かったうえでの総合的、現実的な判断ができていないからであって、子どもとしてはその瞬間瞬間を必死になって生きているのである。子どもにいろいろな体験をさせてみて、自由に振る舞える時間を保証してやると、子どもは伸び伸びと成長し、才能が開花していく。

3. 子どもは力本位の世界で生きている

子どもの人間関係は、大人が考えている以上に力関係によって成り立っている。ときには大人社会以上に厳しく、冷酷である。そこにいじめが発生する危険性が潜んでいる。

遊びを通していろいろな人間関係を体験することで、子どもは秩序とルールの大切さを知り、嘘をついてはいけないことを学ぶ。

4. 子どもは自分の内面のことよりも、外の世界に関心を持っている

何事にも興味と関心を持ち続けることは、脳を刺激し、心を豊かにする。子ども時代に、何でもやりたいことをやりたいようにやらせてやるのが良い理由はここにある。

子どもの興味と関心の対象は、自分の内面にあるのではなく、外の世界に向けられている。子どもの「なぜ？」という言葉は、知りたいという欲求のあらわれで、子どもの「なぜ？」という問いには、すぐに答えてやるとよい。すると子どもは知識欲求を満たされて喜び、もっと知りたくなり、知る努力をし、心が豊かになっていく。外に対してだけでなく、自分の内面に心の目が向かうようになるのが思春期である。

5. 子どもはすぐに反応する

大人のように建前と本音をうまく使い分けることができず、適当に受け流すことができない子どもは、一瞬一瞬を懸命に応えようとしながら生きている。外界からの刺激に、瞬時に反応するのが子どもである。一瞬一瞬の大切さを体験しながら成長した子どもは、待つことの意味を考えるようになり、待つことができるようになる。

6. 子どもが大人に分かってもらいたいこと

大人になるためには、自分らしさを自分の力で作り上げる必要がある。その過程を成長という。

子どもは言語表現能力が十分育っていないため、自己主張が大人から見ればただの反抗、反発、わがままにしか映らない場合がある。内容的には意思の表出であっても、攻撃性や破壊性が増してくると問題行動となる。成長にとって必要な子どもの言動は、常に問題行動と紙一重のところにあると言ってもよい。

自由を求め、自由にこだわる割には、自由に伴う責任が学習されていないのが子どもである。子どもに教育が必要な理由はここにある。

子どもが成長するために一番大切なものは、自由にして保護された環境である。失敗することを恐れずに、やりたいことをやりたいときにやりたいようにでき、何か危険なことが起こりそうになったならば、すぐに大人が守ってくれるような環境の中で育つと、子どもは資質を自然に開花させることができる。自然に触れることで、生きるために何が必要であるかを学ぶことができる。人間関係にもまれながら、人間として大切にしなければいけないものが何であるかを知ることができる。そうすることで子どもは成長し、大人になる。

乱暴・粗暴な子

1. はじめに

乱暴、粗暴な子、すなわち、他の人に手が出やすい、我慢ができない、衝動的に行動しやすい、ひどく反抗的、そんなところが目立つ子のことかと思われるが、ここではそんな子についての考え方と問題への解決方法を、主に事例を挙げて解説する。

子どもの乱暴、粗暴な行動だけを見て対処するのではなく、どうしてそのような行動が起こりやすいのかを考えなければならない。以下にそのような子について鑑別すべき、主な状態を挙げる。

- ①ちょっと乱暴になりやすい元気な子
- ②注意欠如・多動性障害（ADHD）
- ③自閉症スペクトラム
- ④上記②③の特性を持つ場合
- ⑤愛着障害（親などに十分に受け入れられず、愛されずに育ってしまい、精神に問題を来してしまっている状態）
- ⑥その他のストレスが続く、あるいは子どもが集団に適応できずにいて、情緒や行動のコントロールができにくくなっている場合

しばしば上記①～④に⑤⑥が加わって症状を増強させ、周囲が困るほどの状態になってしまう。

2. 具体的な事例と問題の解決方法

事例1 小学1年生（7歳）男子

A君は幼児期から元気で活発な子どもであった。自由保育が方針の幼稚園では大きなトラブルはなかったが、小学校に入り、徐々に元気さの度が過ぎていき、先生が心配するほどになった。やはり元気なB君とつるんで、授業中に教室から出て行ったり、他の子にチョコカイを出したり、いたずらをはじめたりするようになった。親も先生も、学校に慣れたら収まるとみていたが、2学期になっても酷くなるばかりで、学校医に相談があった。

個別にA君と話したが、学校がそもそも勉強するところとはしっかり認識していなかったようであった。個別に話すと落ちついて話を聞けて、共感性も十分で、これといった発達の問題はないとわかった。家庭状況を家族に聞いたところ、最近、弟に手がかかるようになり、A君はやや放っておかれ気味で、親がかかかわるときは怒られるときがほとんどということであった。A君は、学校はB君と遊べるから楽しいと言っていた。

- 担任の先生からも、A君に学校ですべきことをわかりやすく教えてもらい、B君とは席を離れた。家では、親にまだまだ甘えたい年頃と認識してもらい、A君とかかわる時間を多くしてもらった。このような工夫により、徐々に問題行動は落ちついていった。

事例2 小学4年生（10歳）女子

Cさんは幼児期から落ちつきがなく、やや怒りやすい子どもであった。小学校に入り、授業に集中できず、また我慢ができにくいことから、すぐ友だちとトラブルになっていた。家では、家族が宿題をさせようとするときレキレキと乱暴するといった状態であった。

本人は学校生活も家庭生活もうまくいかず、イライラが募っていた。イライラしたときには、衝動的に万引きをしてしまうこともあった。

- 担任教諭は、席を前にする、相性が悪い子とは席を離すなど工夫をしたが、うまくいかず、家族がADHDを疑い、小児科を受診した。社会性も未熟なADHDと診断され、学習でも日常生活でも支障が大きく、本人も辛い状況であったため、薬物治療が必要とされた。

家族は地域で行われていたペアレントトレーニングに参加し、本人の理解とかかわり方を学んだ。薬物治療は注意集中困難と衝動性や易興奮性の改善に役立ち、学校でもうまくできたことをしっかり褒められるようになり、本人が自信を持てるようになって、よい循環となり落ち着いた。

事例3 小学5年生（11歳）男子

D君は幼児期から他児と遊べず、多動性が目立つことから、地域の発達支援センターで生活指導などを受けていた。知的には問題がなく、小学校は普通級に入ったが、入学当初から集団適応は難しく、集団登校は困難で、学校の入口では他児に手を出す、先生が近づくと逃げるなどがあり、教室にも短時間しかいられず、学校は対応に苦慮していた。

家庭では母親の言うことは聞かず、母親に対しては暴力があった。母親も感情的になって怒ったり、抑うつ的になって本児とかかわることができなくなったりすることもあった。

→ 幼児期から専門機関に通い、自閉症スペクトラムとADHDをあわせ持つとされていたので、通級指導教室にも通級し、担任教諭だけでなく、学校全体でまずは本児を受け入れ、ときには保健室、ときには校長室で個別にかかわった。担任教諭は母親の相談によく乗った。

医療機関では薬物治療も行ったが、母親の相談にも乗り、主に母親を通して学校と連携した。年単位で症状が落ちついていき、高学年ではほとんど教室で授業を受け、趣味の合う友だちと放課後のかかわりを持てるようになった。

事例4 中学2年生（14歳）女子

Eさんは言葉の発達が遅れ、幼児期に知的障害が明らかとなった。眼球上転して短期間ボーっとする発作があり、4歳時にてんかんと診断され、薬物治療が開始された。小学校では特別支援学級に入り、やや落ち着きはないものの、E子さんなりに発達をしていた。

筆者のクリニックには小学3年生のときに初診したが、やや自閉症スペクトラムの特性があり、てんかんを有する中度の知的障害と判断し、生活指導とてんかんの治療を続けた。てんかん発作はない状態が続いた。

中学校も特別支援学級に入ったが、まもなくして、表情が乏しくなって落ち着きもなくなり、学校から飛び出す、先生や他児に手が出るなど、問題行動が目立つようになった。家からも飛び出してゲームセンターに行き、夜遅くまで帰ってこないなどの行動が起こってきた。発作も再燃した。

→ 学校でも医療機関でも、中学校での環境の変化や、思春期のてんかんの増悪を考えて対処したが、状況は良くならなかった。その後、母親の話を聞く、本人の気持ちも受け入れるように努めるという姿勢で経過をみていたが、中学1年生の終わりに、医療機関でも学校でも把握できていなかったが、母親から家庭環境がかなり悪くなっていたと伝えられた。しばらくして母子家庭となったが、かえって落ち着き、乱暴な行動もなくなって発作も軽減した。

3. おわりに

事例1は、もともとちょっと乱暴になりやすい児が、学校で何をすればよいかわからないまま、やや似たタイプの子と同じクラスになって盛り上がり過ぎ、また、家庭の環境が変わったことも影響して不安定になっていたが、担任教諭が状況を理解し、似たタイプの子と距離をとるように仕向け、家族のほうでも対応を変えることで落ち着いたという事例。

事例2は、ADHDでやや社会性の未熟な児が、学校でも家庭でもストレスを抱え、よりイラつきやすくなって万引きも行ってしまっていたが、家族や学校が対応を工夫し、また、薬物治療が影響して集中力もつき、衝動の抑制ができるようになって自信が持てるようになり、落ち着いたという事例。

事例3は、自閉症スペクトラムとADHDをあわせ持つ児が、新しい環境で不安定になり、著しい症状が出現、また、家族はそのストレスのため、感情的になったり、抑うつ的になったりして適切な対応ができなくなっていたが、学校や医療機関での、子どもと家族の両方への対応や薬物治療で状況が改善できたという事例。

事例4は、やや自閉症スペクトラムの特性とてんかんを有する中度の知的障害の児が、家庭環境の悪化を契機に落ち着きがなくなったり、乱暴な行動が多くなったりして、さらにてんかん症状も再燃した。児は障害のために自らストレスが多い状況を話せず、その状況の回避もできずに、衝動的な行動や乱暴な行動を起こしてしまっていたと考えられたが、ある程度の環境改善でそれが改善したという事例。

以上の事例で示したように、対応すべき行動があった場合、子どもの行動だけを見るのではなく、子どもの発達上の問題、子どもが置かれている環境、不適切な行動の誘因など、そのような行動になりやすい理由を考え、子どもの立場に立って、改善できることをともに改善していき、子どもの発達を促すことが大切であると考えます。

また、現在の状態で子どもの個性を決めつけず、子どもは発達して変化していくものであるといった認識も忘れてはならない。

集団になじめない子

事例 小学4年生（10歳）男子

【主症状】 友達ができない。いじめの対象になりやすい。

【生育歴・家庭背景】

一人っ子で、父方の祖父母・両親と同居。祖父は細かいことに厳格で頑固、母親は幼児期から本児の発達を案じ、やや過剰な干渉がある。父親の影は薄い。

発達に問題は指摘されていないが、保育所時代から独り遊びをしていることが多かったといわれる。

【問題歴】

小学校に入学すると、やや落ち着きのなさが目立つようになった。通級指導教室の利用も考慮されたが、祖父が猛然と反対して実現しなかった。

2年生の半ばから立ち歩きなどはなくなったものの、決まりが守れない、提出物が出せないなどの「静かな」逸脱が目立つようになった。勉強は母親がほとんどつききりでフォローすることでカバーしていたが、本人が周囲が求めるように「きちんと」することはなかなか難しい状態だった。

3年生の夏休み明けから登校を渋るようになった。秋の運動会が明けると少し登校するようになったが、3学期になるとまったく登校しなくなってしまった。

4年生で担任教諭が替わると登校を再開するが、クラスの中では孤立していることが多かった。家に帰ってから親に反抗的な態度を取ることが増え、そのたびに祖父から厳しい叱責を受けていた。本児が健康に成長していけるかを案じた母親の希望で児童精神科を受診した。

【治療経過】

母親との同席場面では、本児への質問にも母親が答え始めてしまい、本児もそれに依存して母親の顔を覗き込むばかりなので、別席面談とした。

ひとりになると滞りなく話すようになるが、会話は表面的になりがちで、本人は「とくに困ったことはない」と繰り返すばかりだった。

しかし、数回面談を繰り返すうちに、家の金を持ち出していることが発覚。さらに話を聞いていくと、それが同級生2人による執拗ないじめの対象になっていたためであることが明らかになった。

この時点で再び不登校が始まってしまったため、学校と協調して事態に介入することでいじめの問題は解消したが、登校は再開しなかった。

不登校のまま6年生になり、夏休み前から父親の知人の大学生が定期的な勉強を見に来てくれるようになり、その大学生と外出などができるようになった。本人なりの決意があって、中学校に入学してからは登校できている。友だちは相変わらず多くないが、気のあった友だちとパソコン部に入り、エンジニアになりたいと言うようになった。

【事例の解決方法】

集団になじめないという問題は、社会性の発達に何らかのつまずきを生じていることを意味する。その要因として、近年は（発達障害診断の有無にかかわらず）本人の発達特性としての問題に注目が集まりがちであるが、生まれながらの特性は問題の半分ではない。残るは本人を取りまく環境の問題である。

社会性の発達に影響を及ぼしうる環境の問題は、一般に想像されるよりはるかに多様である。事例として挙げた子どもの場合、家族の養育態度、保育所や学校の養育者としての力量、いじめっ子たちの存在、クラスメートたちの受容度、勉強を見てくれるお兄さんの存在などである。さらに直接的ではないが無視できない要因として、家族相互の関係、同世代の子ども集団がつくる教育的な風土、インターネットなどの電子メディア環境、地域の文化的環境などがあり、さらに間接的なものを挙げればきりがないほどである。社会性の発達がこれらの要因の総和であるということは、これらのどこに不具合があっても集団に馴染めないという問題が起こりうるということである。

また、集団に馴染めないという問題は不登校以外にも、粗暴さ・規則破り・家庭での脱抑制・チックなどの神経症性の症状として表出されることも珍しくない。症例の子どもの、一見するとADHDを思わせる行動パターンもそのように理解しうる。

したがって対応としては、集団不適応の要因をできる限り包括的に理解して、多面的な対応を心がける必要がある。すなわち、本人に社会性の不足や衝動性などの問題があれば、発達支援的な介入を行う（行動療法やSSTの技法が応用できる場合も少なくない）。この場合、本人の特性に対して周囲の子どもたち（やその背後にいる大人たち）が受容的にかかわれるような働きかけも必要である。それと同時に、本人の傷ついた自尊感情をくみ取り、修復する働きかけも重要である。

また、それとともに周囲の子どもたちに対する認知の偏り（どうせみんな僕のことを嫌っているんだ……）や、不安や怒りへの耐性の低さ（固まりやすい、キレやすいなど）に対しても配慮し、自己統制が可能になるように支援していくことが必要である。さらに、子どもにとっての重要なこころの環境である家庭とこうした課題を共有し、本人に対する働きかけを根気よく進めるとともに、可能な限り子どもの特性理解に根ざした生活環境の調整を行う。

本人の集団適応力が増していくとしたら、こうした総合的な働きかけが実を結んだときなのである。

学業不振

事例 小学5年生（11歳）男子

【主症状】 学習についていけない。

【家族歴】 ほかに兄弟姉妹はいない。父親は強圧的、母親は従順な性格。

【生育歴】

首のすわり、歩きはじめなど、運動発達は正常範囲内であったが、言葉の習得が遅く、3歳児健診で精神発達の遅れを指摘された。就学前相談では心身障害児学級を勧められ、母親はその気になったが、父親がどうしても受け入れず、普通学級に編入された。

【現病歴】

低学年の間はそれほどでもなかったが、中学年になると学習内容についていけなくなり、授業中は鉛筆や消しゴムなどで遊んだり、机に突っ伏して寝たふりをしたりするようになった。同級生にからかわれるのがいやで登校を渋るようになったが、父親に叱られるのが怖くて、しぶしぶ登校は続けていた。

これでは児童のためにならないと考えた担任教諭は、面談のたびに、せめて通級を利用してはどうかと母親に勧めたが、その話を持ち帰ると父親が不機嫌になるので、事態は一向に進展しなかった。

高学年になって、あとを引き継いだ担任教諭が校長に相談し、特別支援教育の施行に合わせて導入された精神科医の巡回相談を申し込むことになった。

【経過】

巡回相談にきた精神科医は、授業中や休み時間の児童の様子を観察し、精神遅滞であろうと診断した。しかし、その診断結果を伝えても、母親はともかく、父親は受け入れられない可能性が高かった。

そこで担任教諭は、母親を介して父親に辛抱強く働きかけ、医療機関ではなく、区の教育センターにつなぐことを得た。センターの職員から知能検査の結果を聞かされた父親は、ひとまず児童を通級に通わせることに同意した。週1回の通級ではあったが、児童はみるみるうちに元気を取り戻した。それを見た父親は従来の考え方をあらため、児童の中学校進学に際して、固定級への編入を希望することになった。

【診断のポイント】

学業不振には精神疾患のみならず、親の教育方針や家庭内の養育環境などが複雑に絡み合っている。学業不振にかかわる主な精神疾患を挙げると以下のようなになる。

①精神遅滞

WISC-IVなどの知能検査を用いてIQ（知能指数）を測定し、IQが50～69を軽度、35～49を中等度、20～34を重度、19以下を最重度精神遅滞と診断する。

②学習障害

読み、書き、計算に関する障害を指す。国語はできるのに算数が苦手であるとか、逆に算数はできるのに国語が苦手であるという、学力に不均衡がみられる児童は学習障害の可能性がある。

③注意欠如・多動性障害（ADHD）

不注意が目立つタイプと、多動性や衝動性が目立つタイプ、それらのすべてが認められるタイプがある。

④自閉症スペクトラム障害

自閉症をはじめとして、特別支援教育の対象となる高機能自閉症やアスペルガー症候群がこれに含まれる。

【対応のポイント】

学業不振は、学習意欲の低下から不登校の原因になったり、いじめやからかいの対象にされたりすることで、当該児の心に深い傷を負わせる結果を招く。学業不振者への対応の主眼は、その児の将来にとって、いま何が一番必要とされているかということである。親が何を望んでいるかということではない。

本事例では、父親がわが子の精神遅滞を容易に受け入れようとしなかった。担任教諭は当該児の将来を見据えて、根気強く父親に働きかけ、通級の利用から始めて固定級への進学を決意させるに至った。級友にからかわれ、不登校になりかけていた当該児にとって、これが最良の選択であったことは間違いない。

学業不振に限らず、学校で生じた児童生徒の問題を、親の協力なしに解決することは難しい。そして、親はいつも学校に協力的であるとは限らない。そんな中で、あくまでも当該児の将来に焦点を絞り、最初は批判的だった父親を説き伏せた担任教諭の粘り強さは賞賛に値する。学校教育の主役は常に児童生徒であるという視点が、対応の最重要ポイントと言えるであろう。

〈参考文献〉 岡田謙『事例でわかる教師のストレス対処法』金子書房，2014年。

身体症状のとりえ方

事例 1 10歳 男子

【主 訴】 起床時に突然発症した右下肢麻痺。

【既往歴・家族歴】 とくになし。

【初診時所見】

意識は清明で、知覚、深部腱反射などの神経学的な異常もなかった。右下肢の筋萎縮も認めず、そのほか、診察所見にも異常がないことから、精査加療のため入院となった。

【経過および検査結果】

血液、画像診断、神経筋伝導速度検査にも異常はみられなかった。右下肢には筋拘縮や萎縮もなく、他動的な可動制限もなかった。しかし「右足が動かさない」症状は持続した。心理的な側面も考慮し、臨床心理士によるカウンセリングも並行して行ったものの、麻痺の原因になるようなエピソードも判明しなかった。

入院1週間後、面会時間中に母親と談笑しながら病棟にこっそり持ち込んだお見舞いのお菓子を食べたとたん右足が動くようになり、その後は症状の再燃もなく、退院となった。外来再診時にも症状の再燃はみられなかった。右下肢麻痺が軽快しており、本人および家族からカウンセリング継続の希望もなく中止となった。

【考 察】

急な発症と症状から、当初は脳血管疾患などの器質的疾患も考慮した。

しかし、入院後の診察所見で異常所見が判明することもなく、検査結果にも異常がみられず、診断は確定できなかった。ただし、画像検索では、後になって異常所見が判明することもあり再検査も考慮した。さらに精神的な原因も考慮して、カウンセリングも並行して行った。数回のカウンセリングしか行えなかったこともあり、精神的な原因の判明にも至らなかった。退院後もカウンセリングが続行されれば、原因が判明できた可能性はあったが、中断されたため原因は判明しなかった。

事例2 13歳 女子

【主訴】 2週間前から続く全身倦怠感、嘔気、嘔吐。症状が強いため不登校。嘔吐時には頭痛を訴える。

【家族歴】 一人っ子。父親がしつけに厳しい。その反面、母親が本人のわがままを許容している「甘い母親」のように考えられた。

【既往歴】 今までは健康。どちらかというとおとなしい子で、成績は優秀。ほとんど欠席もなかった。中学校ではクラスのリーダー的存在であったとのこと。

【初診時所見および経過】

近医で急性胃炎の診断により、鎮吐剤などを投与されて加療が行われていたものの、症状の改善がなく、「胃がん精査目的」で紹介受診。来院時、診察所見には明らかな異常はなく、精査目的で入院となった。

【入院後経過および検査結果】

血液検査では異常がなく、胸部・腹部の単純レントゲン、胸腹部CTにも明らかな異常はなかった。上部消化管検査（内視鏡）も行ったが異常所見はみられなかった。

入院後、診察所見でも明らかな異常所見は判明しなかった。精神的な原因も考慮し、臨床心理士によるカウンセリングも諸検査と並行して行った。数回のカウンセリングだけでは、嘔吐や不登校の原因となるような明らかなエピソードは判明しなかった。

強い頭痛は訴えなかったが、嘔気が強いため、鑑別診断として頭蓋内圧亢進をきたす疾患の検索を行った。頭部CTで脳幹部脳腫瘍、水頭症が判明した。加療のため脳神経外科に転科した。繰り返す強い嘔気はこのためと考えられた。

【考察】

症状の出現が2週間前からと短期間で、かつ発症時期が明確であること。家族歴から、父親が「しつけにとっても厳しい」、母親が「とても甘い」こと。入院前のプロフィールからは、本人が「いわゆるいい子」であったことから、初診時は精神的なきっかけから発症した「いわゆる登校拒否」の可能性も考えた。

初診時の判断は、思い込みと常に表裏一体であることも考慮し、仮に精神的な要素が強いと考えられる症例でも、除外診断の重要性が再認識された。

【診断のポイント】

今さら言うまでもないが、鑑別診断が重要である。事例1のような場合は病初期から医療がかかわるため、器質的疾患があっても早期発見が可能であろう。

しかし、事例2のように一見、精神的な因子が強く示唆されるような場合、器質的疾患の検索が遅れて、診断加療が遅れる可能性を留意しなくてはならない。

精神的因子が関与していることの判断は、身体症状を起こしうる器質的疾患の除外診断を行ったうえで「ようやく行える」と再認識してもよいのではないだろうか。

専門相談へのつなげ方

(地域の専門相談機関との連携について)

1. 一人でできることには限度がある (学校内の体制整備)

児童生徒の心の健康問題は非常に幅広く、対応も難しい。家庭や友人関係などの複雑さも加わり、担任教諭や養護教諭が個別相談に応じるだけでは済まないことも多い。

そこで、学校内に対応体制が整備されていることが望ましい。担任教諭、養護教諭、学年主任、管理職、スクールカウンセラー、学校医などが事例を共有して知恵を寄せ合えば、問題解決に大きな力になるであろう。

しかし、問題の性質によっては、学校内のみでは対応しきれないこともあり、また、学校より他機関のほうが、より適した援助を行うことができる場合もあるので、精神科医療機関や地域の専門相談機関などとの連携が必要となってくる。

2. ケースを紹介するには (本人・保護者への説明と勧奨)

専門機関には、学校を含む地域の関係機関からの相談を受け付けるところもあるが、個別事例に関しては、本人・保護者の申し込みが前提となる。すると、本人や保護者が主体的に相談に赴く必要があるが、それを勧奨するところから連携が始まるといってよい。

本人にどう話すか、保護者にどう説明するかは事例ごとに工夫が必要であるが、いくつかポイントがある (岡田謙『事例でわかる教師のストレス対処法』より引用、一部改変)。

- ①「病気」「障害」「診断」といった言葉は使わない。
- ②問題となる本人の行動や状態を、ひとつだけ丁寧に指摘する。
- ③本人が納得しない場合でも、保護者が了解すれば、まず保護者だけでも相談してもらう。
- ④保護者が納得せず、学校側の対応を批判するようであれば、保護者の不満をまず聞いて、可能なものは対応する。

3. 地域の専門相談機関との連携 (ケースカンファランス)

地域における多機関の連携の方法はいろいろありうるが、難しい事例の場合はカンファランスを開いて検討するのが一般的である。学校の担当者や学校医も含めて、必要に応じて教育相談所、子供家庭支援センター、児童相談所、保健所・保健センター、精神保健福祉センター、警察など (場合によっては本人・保護者も) が参加することになる。

4. 学校外の専門相談機関にはどのようなものがあるのか

(1) 公的相談機関

主な公的相談機関を右に掲載した。それぞれの連絡先はインターネット等で検索していただきたい。


(2) 医療機関

インターネットで「児童精神科」を検索すると、大学病院をはじめ、多くの医療機関がヒットするのでご利用されたい (まとめたサイトもある)。

なお、東京都立小児総合医療センター「こころの電話相談室」では、幼児 (3歳前後) から高校生までの行動や、こころの発達・問題に関する相談を受け付けている (相談は電話のみ)。本人・保護者だけでなく、学校などの関係者からの相談にも応じている。

東京都の公的専門相談機関

相談機関名	対象者	事業・主な相談事項	相談担当職種	備考
保健所・保健センター	担当区域あり。 年齢制限はない。	こころの健康相談、 児童思春期相談など。	精神科医(嘱託)、 保健師。	保健所の設置主体は、東京都（複数の市町村を担当）、特別区（自区を担当）、保健所政令市（自市を担当）に区分されるほか、区市町村の設置する保健センター（名称はまちまち）がある。
精神保健福祉センター	担当区域あり。 年齢制限はない。	思春期特定相談、精神保健福祉相談など。	心理職など。 精神科医によるスーパービジョンあり。	設置主体は東京都で都内3か所。精神保健福祉センター（東部13区および島しょ）、中部総合精神保健福祉センター（西部10区）、多摩総合精神保健福祉センター（多摩地域）。
東京都教育相談センター	全都対象。 幼児から高校生(相当年齢)まで。 保護者・教職員等も可。	教育相談（いじめ、不登校、集団不適応、学業不振等）、高校進級・進路・入学相談など。	心理職、教育相談員など。	設置主体は東京都教育委員会。 東京都子供家庭総合センター内に設置。 立川出張相談室あり。
区市町村教育相談所	区市町村ごとに異なる。	教育相談（いじめ、不登校、集団不適応、学業不振等）、心理検査ができるところもある。	心理職、教育相談員など。	設置主体は区市町村教育委員会。 名称はまちまち。
児童相談所	担当区域あり。 18歳未満。 本人・保護者。 学校・地域の関係者等も可。	児童虐待、不登校、非行など。検査もできる。	児童福祉司（ソーシャルワーカー）、児童心理司、医師など。	設置主体は東京都で都内11か所。児童相談センター（中央児童相談所）、北、品川、立川、杉並、江東、小平、八王子、足立、多摩、世田谷。児童相談センターは東京都子供家庭総合センター内に設置。
区市町村子供家庭支援センター	18歳未満。 本人・保護者。 学校・地域の関係者等も可。	児童虐待や不登校、発達障害児等に対するケアなど。	ソーシャルワーカー、心理職、保健師など。	設置主体は区市町村。 児童相談所の機能を補完する役割。 名称はまちまち。
警視庁少年センター	担当区域あり。 未成年者、保護者。 学校・地域の関係者等も可。	非行問題、いじめや犯罪被害による心理的トラウマなど。	心理職など。	都内8か所。大森、世田谷、新宿、巣鴨、台東、江戸川、立川、八王子。 新宿少年センターは東京都子供家庭総合センター内に設置。
東京都発達障害者支援センター（通称：トスカ）	発達障害を持つ本人、保護者。 医療・教育・福祉等の関係者等も可。	日常生活における諸問題の相談、助言指導、福祉等に関する情報提供など。	心理職など。	都内に1か所。 東京都の事業委託。 関係機関との連携にも重点。



平成25・26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	塙 佳生	日本橋医師会
委員	岡田 謙	江東区医師会
〃	石崎 朝世	北区医師会
〃	田中 哲	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
〃	小寺 康裕	東京都教育庁

学校精神保健に関する事例とその解説（2）

平成 27 年 6 月 1 日発行

発行責任者	東京都医師会理事 正木 忠明
発 行	公益社団法人 東京都医師会 東京都千代田区一ツ橋 1 - 2 - 2 住友商事竹橋ビル 13F TEL：03-6256-0256（代）
印 刷	合同印刷株式会社 TEL：03-3624-6111（代）

