

# 事例から見る子どものメンタルヘルスの理解と対応

## 1 事例から見る心の健康観察の視点や疾患等の理解と対応

本章では、子どもの抱えるメンタルヘルスの問題のうち、相談の頻度が高いと思われるものや特に慎重な対応を要するものを取り上げ、支援の進め方の例を事例の形で解説した。

実際には、疾患・障害や問題の種類とともに、当然ながら子どものそれぞれの個性や環境に応じた取り組みが求められる。従って、例えば同じ診断名をもつ場合でも、事例に記載した内容とは異なる対応を要するケースがあることに充分注意する必要がある。

\*注：本章にあるすべての事例は、メンタルヘルスの問題の種類ごとに、典型例と考えられる幾つかのケースを基に創作された仮想事例である。

## 2 事例の構成

「代表的な精神疾患とてんかん」(13 事例)、「発達障害とその関連障害等」(14 事例)、「虐待と性被害」(4 事例) の3つの領域について計 31 事例を提示した。

### (1) 代表的な精神疾患とてんかん

#### 事例 1 統合失調症の事例／高校2年男子

勉強にもまじめに取り組む生徒であったが、1 学期の期末試験で成績が急に下がった。最近、表情が固く、やや落ち着きのない様子であったが、休まず登校できていたため担任は様子を見ていたところ、保護者から週末に精神科へ入院したと連絡が入った。

##### ①対応と経過

担任が家庭訪問して様子を尋ねたところ、母親から次のような説明があった。先週より不眠がひどくなり、街中で自分のうわさをしていると言ったり、夜中に支離滅裂なことを大声で叫んだりしたため、大学病院の救急外来に連れて行ったところ統合失調症と診断され、そのまま入院となった。主治医によると、幻聴（人の声が聞こえてくる幻覚）もあり、薬（抗精神病薬）による治療と安静休養が不可欠で、しばらく家族以外との面会は避ける方が望ましいという説明を受けたとのことであった。

担任は、これらについて管理職と養護教諭に報告し、対応について話し合った結果、母親には定期的に電話での報告を依頼するとともに、回復状況に応じた復学の方法について、適時、学校と保護者が話し合うことにした。約 1 か月で症状はかなり軽減し、3 か月後には退院となったが、自宅でもしばらく安静を保つ必要があるとのことであった。

退院から 3 か月後、主治医から“再発に充分注意しながら復学の準備を始めても良い”との判断が出され、保護者から復学について相談したいとの申し出があった。担任と養護

教諭が家庭訪問し、生徒の様子を直接確かめ、保護者と話し合った。母親によると、最近  
はよく眠り、一応、規則正しい生活を送れているが、意欲や活力は戻っていないとのこと  
であった。

状況を把握した上で、校内委員会で対応について話し合い、新学期からの完全復学を目  
指して週1日1時間、本人の希望により相談室で過ごすことから始めることにした。その  
後、少しずつ時間や回数を増やししながら、級友と過ごす時間も設けたところ、徐々に学校  
に慣れてきた様子が見られた。しかし、学年末3月の時点で、担任及び養護教諭が生徒及  
び保護者と面談したところ、普通の学校生活のペースに戻るのには、今の自分には難しい。  
通信制高校に転校したいと本人から申し出があった。保護者と主治医もその方針に納得し  
ていたので、校長は、転校の意向を受け入れ、保護者と本人の同意の下に疾患と経過を含  
めた申し送りを転校先に行った。

転校後、折に触れて担任が母親に連絡をとったところ、通信制高校への通学は順調との  
ことであった。その後、大学受験にも合格し、服薬を続けながら無事に大学生活を開始し  
たとの連絡が保護者から学校にあった。

## ②まとめ

統合失調症を発症し入院した高校生を、退院後復学に向けて支援したが、回復状況と本  
人の希望を基に判断した結果、通信制高校への転校という方針を選択し、それが適切であ  
ったと考えられた事例。

### 事例2 午前中のうつ状態が目立った事例／中学3年女子

表情の明るい行動力のある生徒であったが、3年生の夏休み明けから、時々遅刻す  
るようになった。担任が理由を尋ねても暗い表情で答えず、しんどそうな様子を示した。  
母親に連絡を取ったところ、家族も心配しているとのことだった。

#### ①対応と経過（※第6章 参考資料「気分障害」参照）

担任が家庭での様子について母親に尋ねたところ、元気がなく動きも緩慢で、口数も減  
り、好きな音楽も聴こうとせず、食欲も落ちているが、夜になると元気になり快活に話す  
こともあった。家族から見て、このように調子が変わる理由は思い当たらず、本人にも  
分からないと言うとのことであった。

担任は、養護教諭と相談し、抑うつ状態の可能性があるので専門機関の受診を勧めたが、  
本人が受診を嫌ったため様子を見ていたところ、1か月ほどで元気を取り戻した。文化祭  
の準備が始まると、生徒はとても張り切って参加した。文化祭当日、はしゃぎ過ぎる様子  
があり、担任は少し心配した。文化祭の後しばらくして、再び遅刻が始まり、夏休み明け  
と同じ抑うつ状態が見られた。今回は、本人も専門医の診察を受けることを了解したので、  
家族とともに専門機関を受診し、検査を受けた結果、“うつ症状が中心となる軽度の双極  
性障害（躁うつ病）”という診断を受け、薬による治療が開始された。

---

その後もしばらく遅刻が続き、午前中はけだるそうな様子だったが、夕方の部活動では元気な様子となり笑顔も見られた。生徒の病状をもっとよく理解したいという担任からの要望があったため、養護教諭は保護者と本人の了解を得て主治医と相談した。この病気ではささいなことがきっかけで落ち込むなど、1日の中で気分が大きく変化することも珍しくないが、静かに様子を見守れば良いとの説明であった。校内委員会で、対応に当たっての共通理解をするため主治医の説明や助言の周知を図ったところ、教職員の多くも戸惑わずに対応できるようになった。

## ②まとめ

不規則な周期で抑うつ状態と軽い躁状態とを繰り返している生徒が、学校側の適切な指導により、専門医の的確な診断（双極性障害）を受け、治療が開始された結果、改善が図られた事例。

## ③健康観察のポイント

- # 思春期の子どもが抑うつ状態を示したとき、双極性障害の可能性を念頭に置く必要がある。
- # パニック発作、リストカット、睡眠覚せいリズムの乱れは双極性障害によく見られる。

### **事例 3 双極性障害を背景に大量服薬し自殺しようとした事例／高校2年女子**

もともと明るく活動的な生徒であり、2学期の学校祭ではクラスの中心的存在として準備に熱心に携わっていた。ところが、学校祭からしばらくたったある日、保護者から担任へ、生徒が風邪薬を大量に服用して救急病院に搬送されたという連絡があった。

## ①対応と経過

数日後、母親から連絡があり、生命には別状がなく、本人はけろっとしており、入院は不要だが通院はしてほしいと精神科医から言われ、診断は双極性障害（躁うつ病）とのことであった。

養護教諭は、家庭でのこれまでの様子について保護者に尋ねたところ、「学校祭が終わってから、なかなか朝起きにくくなり、元気がなかったが、学校にはどうにか行けるという様子だった。夜はかなり元気になり、いつもの状態に戻っていったが、大量服薬する数日前から何故かイライラとして怒りっぽいことが気になっていた。」という。

学校での対応について、保護者と本人の了解を得て担任と養護教諭の二人で主治医を訪問して助言を受けることにした。主治医から、「子どもの双極性障害は気分の浮き沈みが分かりにくいいため、病気が見過されやすく、今回のような出来事があって初めて病気に気付かれることが多い。うつ状態については、注意して観察すると、悲しげな様子や体が重そうなしぐさなどから変調に気付くことができるかも知れない。治療をきちんと受けていれば高校生活を無事に送ることができる。時々個人面談をして体調を尋ねるのが良い。」

という助言を受けた。

退院後まもなく登校を再開したが、担任が朝と下校時に注意深く様子を観察するとともに、毎週、保健室で養護教諭と話をするなどの対応を図ったところ、その後は、特に目立った問題は見られず、高校3年に進級することができた。

## ②まとめ

自殺企図が出現しやすい精神疾患の一つである双極性障害（躁うつ病）を発症した生徒が、その症状のために薬を大量に服薬した事例。

## ③健康観察のポイント

- # 自殺企図・自殺が高率に見られる精神疾患の一つとして双極性障害がある。
- # 児童・思春期の双極性障害は大人と違い、躁やうつなどの症状が分かりにくく周囲を驚かすような行動をきっかけとして、発症に気付かれる場合が多い。

### 事例4 リストカットの事例／高校2年女子

明るく、活発な生徒だったが、10月ころから元気がなくなり、学校祭の数日後、朝のホームルームで制服の袖口から手首に包帯が巻かれているのに担任が気付いた。生徒に尋ねたところ、昨夜、自分で手首を切ったことをためらいながら話した。

#### ①対応と経過

担任は、本人の了解を得た上で、母親から家庭での様子について聞いた。母親は、手首を切ったことを知らず驚いた様子であったが、「最近、イライラとして怒りっぽいことが気になっていた。」という。医療機関の受診が必要であると思われたが、本人が敬遠したため、担任と養護教諭が保護者と話し合い、その後、養護教諭が生徒と面談を行い、詳しく話を聞くことにした。面談を通じてリストカットが次のような状況で生じることが明らかとなった。

「リストカットをするのはたいてい夜の寝る前で、入浴を済ませて2階の自室に行き、勉強を始めてもなかなか集中できない。ぼんやりしているといろいろな考えが勝手に頭の中に出てきて、そのうちに考えが頭の中をぐるぐるとまわりだす。次第にボーッとしてきて、ひどく嫌な気分となり、半ば知らないうちに手首を切ってしまう。」という。その話を聞いた養護教諭は、背後に何らかの精神疾患があるのではないかと疑った。

生徒、母親、担任及び養護教諭で面談を行い、専門医による診察を受ける必要性について説明したところ、母親も生徒も納得した。学校医の紹介で近隣の大学病院の児童精神科を受診したところ、生徒のリストカットは、心理的な問題ではなく、双極性障害（躁うつ病）の症状によるものであり、治療を開始する必要があるということであった。生徒はそれを聞いて、かえって安心できたと語り、その後はきちんと通院し規則正しく服薬を続けた。養護教諭が生徒の様子を毎日確認していると、治療を開始してまもなくすると、リストカットをもたらした症状が治まってきた。

## ②まとめ

双極性障害(躁うつ病)があり、特に調子が悪くなる時間帯にリストカットに至った事例。

### <コラム：リストカット（手首自傷）>

リストカットは思春期に見られる代表的な自傷行為の一つである。手首ではなく、上腕や大腿を切る場合、腕や脚をたたく場合、たばこの火を押し付ける場合も自傷行為と考えられる。意識がはっきりとした状態で意図的に行う場合、不安・イライラを解消する目的で行う場合、本事例のように半ば無意識の状態（解離状態）で行い、本人が後からリストカットしたことに気付く場合などがある。

リストカットが見られる場合、通常の悩みやストレスのほか、虐待、精神疾患や発達障害などが背景にあることが多いため、専門医の所見を得て、それぞれに応じた対応を取ることが必要である。

### 事例5 文字を何回も書き直して苦しんでいる事例／中学2年男子

中学校2年になり少し疲れが見られて欠席が数日続いた後に、「文字を何回も書き直さずにはいられない強迫症状があり、黒板を写すのが負担なので配慮してほしい。」という主治医からの手紙を母親が学校に持参した。それまで几帳面さはあったが、学校では同じ行動の繰り返しや確認行為には気付かれていなかった。

#### ①対応と経過

担任が母親に尋ねたところ、「幼稚園のころから様々なチックがあったが、中学校に入ったころからこだわることの方が目立つようになり、強迫性障害の診断で治療中である。主な症状は確認行動であり、ノートに書いたことが正しいかどうか不安になり、何度も書き直さなければ気がすまない状態である。これは単なる几帳面さとは異なるもので、本人も確認行動の無意味さに気付いているが、止めることができず苦しんでいる、そのため勉強が進まず登校しづらくなっている。」とのことであった。学校では、主治医の助言に基づいて教育相談部会で検討し、教職員間で強迫行為について共通理解を図り、板書の書き写しを強制しないようにして対応することにした。

しかし、朝から1日中授業に参加できたかと思うと何日間も欠席し、やがて全く登校しなくなった。担任が再び母親に尋ねたところ、「書き直しのほかに、何度も母親に大丈夫かと確認すること、ガラスのように壊れやすいものをたたいてしまうこと、学校が汚いと言って学校に持って行った物を避けることなども目立つようになった。」という。担任は、教育相談部会での検討を踏まえ、当面は無理に登校を促さないこととした。

その後、確認に付き合うことを母親に強制し、思いどおりにいかないと暴力を振るうことが目立つようになったため、母親及び本人の了解を得て主治医と連絡を取った養護教諭が病院に行ったところ、主治医から、「本生徒は重症の強迫性障害であり、周囲を巻き込む行為はしばしば見られ、症状の苦しきから抑うつ的となっている状態である。」と説明された。養護教諭は、母親とも定期的に面談を重ね、不安を募らせる母親を支えるよう努めた。

一時期はすべてに拒否的であった生徒も、治療や支援を受け入れるようになった。しかし、学校にはすぐに戻れそうもなかったため、焦らずゆっくりと生活の立て直しを図るのが適切と考え、不登校対象の適応指導教室を活用し、様子を見ている。

## ②まとめ

強迫性障害の症状であるこだわり行動に対して、無理に止めさせようとせず、専門医の助言に沿った対応をしながら、担任、養護教諭が母親と連携し生徒の支援を行った事例。

### 事例6 頻繁な手洗い行動等による不登校が見られた事例／高校2年男子

高校入学時から、おとなしい生徒だが特に目立って孤立している様子もなく、成績も問題になることはなかった。1学期は、欠席はなかったが、秋ごろから早退や欠席がやや目立ち始めた。

#### ①経過と対応

欠席がやや目立ち始めたので、担任は、欠席した日には必ず本人に欠席理由を尋ね、その日のクラスの様子や次の日の予定を伝えた。細かい内容については、FAXを利用して、生徒が登校した際に困らないように配慮した。生徒は、担任と少しずつ関係が取れるようになり、不安定ながらも登校できたため、高校1年を無事に過ごすことができた。

2年に進級した途端、欠席が続いたため、担任が母親に電話で生徒の家庭での様子を尋ねたところ、「頻繁な手洗いが日増しに激しくなっている。自分の大切にしている物に触れる前には必ず何度も手を洗い、タオルを何枚も変えてふく行動を日に何度も行っている。また、登校前の限られた時間に、手洗い行為に加え本人の決めた手順にこだわって登校準備をするので、始業時間に間に合わない日があり、とても心配している。」ということが分かった。驚いた担任は、養護教諭とスクールカウンセラーに相談し、教育相談部会で対応を検討した。養護教諭が対応の仕方を学校医に相談すると、精神科を受診するようとの指示があった。養護教諭は、担任に相談した上で母親に連絡を取り、手洗い行動を無理に止めさせようとしても効果がないこと、精神科を受診して相談する必要があることを助言した。頻繁な手洗い行動を止められないことに苦痛を感じていると訴えた生徒に対して、専門医を受診するよう勧めた。

その後、生徒は専門機関を受診し、強迫性障害と診断され、薬による治療を受けることにより手洗い行動は減少したが、気分の波があり不登校は完全には解決しなかった。主治医からは、強迫性障害による不登校はゆっくり休むことでは解決せず、本人の意欲を確認した上で、学習・登校を積極的にサポートする体制が望ましく、学校側にも協力を求めたいとの依頼があったので、助言に基づいて支援を行った。生徒の学習意欲を学校全体で支援した結果、本人に頑張ろうという思いが高まり、治療も受け入れた。出席日数についても特別措置をとる配慮などを行ったところ、無事に進級することができた。

## ②まとめ

家庭で強迫症状が強くなったために欠席や遅刻が増加したが、学校医の助言を受けて早期に精神科受診につなげることができ、正確な診断と助言の下、学校として適切な支援ができた事例。

### 事例7 体重が減り続ける事例／中学3年女子

勉強、部活動とも熱心に取り組むまじめな生徒であったが、中学2年の終わりごろから痩せていることが目立つようになった。養護教諭が中学3年の定期健康診断で体重の著しい減少に気付き担任に報告した。担任が母親に連絡を取ったところ、生徒が無理なダイエットを行っていることが分かった。

## ①対応と経過

生徒の家庭での様子について養護教諭が母親に尋ねたところ、学校での様子とは対照的に、家庭ではダイエットをするための無理な要求が多く、暴言を交えて母親を責め立て、父親には反発的であることが分かった。担任、養護教諭が学校医（小児科医）と相談したところ、恐らく“拒食症（神経性無食欲症）”の状態、放置すると生命の危険に及ぶこともあり、専門医を受診する必要があるとのことであった。それを保護者に伝えたところ、本人には病気の認識がなく、受診の必要もないと言ったために、まず保護者のみが専門医を訪れた。専門医からの指導助言を保護者から聞き取った担任は、養護教諭に伝え、教育相談部会で、関係職員と共通理解を図った上で支援を進めていった。生徒には、保健室へ体調を報告するように養護教諭が指導し、担任、学年主任、養護教諭、母親が定期的集まって、体重、授業中や学校行事の様子、家庭での状態を確認しながら経過観察した。更に、スクールカウンセラーが母親と面接し、生徒への対応に関する相談を担当した。

2学期となり本格的に受験勉強を開始すると、生徒も体力低下を自覚したため、養護教諭が受診を勧めたところ同意した。“拒食症（神経性無食欲症）”と診断され、検査結果の異常も明らかになり、具体的な改善目標が立てられたことにより、本人にも治療への意欲が見られるようになった。主治医の治療方針により、保健室でダイエットに関する保健指導を受けながら、体重管理を主に学校で行った。受験に合格し、進路が決まったころから、ダイエットへのこだわりが少なくなり、家庭でも小康状態が現れるようになった。

## ②まとめ

学校での日常的な健康観察と定期健康診断結果から養護教諭が体重の減少に気付き、学校医の助言をもとに早期に専門医につなげることができた結果、高校受験を無事に終えることができた事例。

## ③健康観察のポイント

＃ 体重減少の原因の一つとして拒食症（神経性無食欲症）があることを念頭に置く。

# 拒食症（神経性無食欲症）と単なるダイエットかの区別は難しく、家族からの情報や身長・体重を用いた客観的指標、さらに専門医の診察により初めて明らかになることがある。

### 事例8 心理的原因から腹痛と呼吸困難が生じた事例／中学校2年女子

以前は健康上の問題はなかったが、中学2年生になって腹痛と下痢を繰り返し訴え、しばしば保健室を訪れたり、腹痛が強くて学校を休んだりするようになった。ある日、教室で息が苦しいと訴え、総合病院を受診した結果、身体表現性障害（心因性過呼吸）と言われた。成績は中の上で、いつもは仲の良い数人の女子と過ごすことが多かった。しかし、学級内の女子の中では衝突がしばしばあった。

#### ①対応と経過

養護教諭が保護者と面談した様子では、家庭内に目立った問題はなかった。これまでに病院を2回受診していたが2度とも検査には異常なく、2回目には医師から心理的な要因はないかと尋ねられたという。養護教諭が学校医に相談すると、友人関係や生活面などの心理的な負担感について考えてみてはどうかと助言された。

担任は、クラスにおいて友人関係についての話し合いをもつことにした。その最中に生徒は再び過呼吸を起こし、保健室に運ばれた。周囲の生徒の動揺を沈めるため、養護教諭から過呼吸を起こしても心配がないことを説明した。本人には過呼吸が起りそうなきにはすぐに申し出るように指示し、意識してゆっくりと呼吸するなどの対処方法を教えた。更に過呼吸や腹部症状は重大な身体疾患が原因ではないことを説明して安心させ、普段から睡眠や食事の生活のリズムを大切にすることを確認し経過を観察することとした。

家族や学校関係者には、養護教諭から身体に異常があるわけではなく、不安から過呼吸症状が生じることや、症状を受け止める態度で接することの重要性を説明した。

クラス内の対人関係のいざごは担任が介入して調節を試みた結果、生徒は過呼吸が起りかけても自分で対処できるようになった。しかし、腹部症状、食事の匂いで気分が悪くなり食べられない、不眠などの訴えも出てきたため、精神安定剤を処方された。3年生に進級してクラス替えになったころから、訴えは徐々に少なくなり、腹部症状の頻度も減っていき学校も休まずに登校できるようになった。学級内での人間関係が、大きな要因であったことが伺えた。

#### ②まとめ

心理的な原因から身体症状が現れた生徒に対して、心理面のみならず、身体面からの支援をも併せて行い、養護教諭や担任等の適切な対応により改善が図られた事例。

心理面が原因であることが推測されても、医療機関で身体の疾患が本当はないことを確認してから対応をすることが基本である。



### <コラム：身体症状とパニック発作>

本事例とは異なり、実際に身体疾患（ぜんそく、アトピー性皮膚炎など）があり、心理的原因により、その症状が変動する場合には“心身症”と呼ばれる。

一方、心理的に無関係な状況で、パニック発作、過呼吸などの症状が反復するようになると、パニック障害と診断される。パニック障害におけるパニック発作では、浅く早い呼吸、心拍亢進、一過性の意識消失を来すが、いずれも不安に対する正常な自律神経反応によるものであり、個々のパニック発作は、経過観察のみで自然に回復する。発作がまれにしか起きない場合には特に治療を必要としないが、発作が頻回になると薬による治療が必要になることが多い。パニック発作が特定の状況（電車に乗るとき、人と会うとき等）で起きようになると、発作を恐れるあまり日常生活が制限されるようになることもある。

### 事例9 リストカットと大量服薬を繰り返す事例／高校2年女子

高校入学時は活発でクラスでも目立つ存在であった。1年の秋ごろから授業中に体調不良を訴え、早退することが多くなったが吹奏楽部の活動は熱心に行っていた。しかし、2年の春の演奏会を前に練習を無断で休むようになり、思うように演奏できない、部長と意見が対立するなど訴えるようになった。

#### ①対応と経過

部活動の顧問（男性教諭）が心配して相談に乗っていたが、頻繁に悩みを聞いてほしいと要求するようになり、相談時間も長引くことが多くなった。要求がエスカレートすることを危惧した顧問が、遅くなる前に相談を切り上げて帰宅を促したところ、生徒は態度を一変させて顧問を激しく非難し始めた。翌日、部室に現れたとき、リストカットした傷を見て驚いた顧問は直ちに担任と養護教諭に連絡を取り、生徒を保健室に連れてきた。

養護教諭が傷の手当てをしながら話を聞くと、生徒は顧問から見捨てられるのではないかという絶望感に襲われ、トイレでリストカットを行ったと話した。生徒が、極端な行動に走りやすいことを察知した養護教諭は、あなたのことが心配だから傷の手当てをしたことをご両親に連絡しておくことと生徒に伝えた。担任が保護者に連絡を取り家庭での様子を尋ねたところ、家でも手首をかみそりで切ったり、市販薬を大量に服薬したりすることがあると分かった。これらの情報を受け、養護教諭が学校医（精神科医）に相談したところ、生徒には境界性パーソナリティ障害の可能性があるが、周囲が障害を考慮した対応を行わないと不安定さが増すこと、更に、精神科医あるいは熟練した心理療法の専門家による治療が望ましいが、本人に治療意欲が現れるまで時間が必要と予想されるため、当面は自傷行為や精神的不安定を最小限にとどめるような対応を学校で行うことが適切であるとの助言を得た。

校内委員会を開催し、学校医の助言を基に対応を協議した結果、①顔色の悪いときには保健室で休ませる、②学校でリストカットしたときは保健室で静かに傷の手当てを行う、③周囲の生徒がリストカットに動揺せず落ち着いて対応できるように指導する、④生徒から相談があった場合、相手の教員に過度に依存しないよう適度な相談を心がける、⑤養護

教諭が保護者と定期的に面談して生徒の様子を確認する、という対応を行うことにした。

生徒は、学校内のトイレでリストカットをしたり、家で頭痛薬を飲み過ぎたと訴えて保健室に訪れたりすることがあったが、毎回、養護教諭は生徒の話に耳を傾けながら、手当てと安静に重点を置いて対応を行った。不安と自責感に悩む母親に対しては、生徒の不安定さはすぐには改善しないが、保護者が振り回されることなく落ち着いた態度で見守りながら普通の家庭生活を続けるよう努めることが、生徒の情緒の安定につながるという学校医の助言を養護教諭から伝えた。

その後、リストカットは時折出現したが、大量服薬はなくなり、受験勉強には熱心に取り組む様子が見られた。学校内では大きなトラブルなく卒業に至り、大学へ進学した。

## ②まとめ

不安定な対人行動やリストカットが見られ、パーソナリティ障害が疑われる生徒に対して、精神科医の助言を基に、教員と保護者が連携して冷静な対応を続けた結果、無事に高校生活を終えて大学に進学した事例。

## ③健康観察のポイント

# 自傷行為の背景の一つとして境界性パーソナリティ障害がある。

### <コラム：境界性パーソナリティ障害>

境界性パーソナリティ障害は思春期以降の女性に多く、著しい情動の不安定さや不安を特徴とする。張り切って物事に打ち込む時期があるかと思えば、周囲の援助者に極端に依存し、自分の（行き過ぎた）要求が受け入れられないと、手のひらを返したように相手を攻撃し、見捨てられるという不安が高まり、落ち込むというパターンを示しやすい。

拒食や過食（おう吐）、不安や抑うつ感からの一時的開放を求めてリストカットを繰り返すことが多く、一時的に幻聴や被害妄想が出現することもある。本人を助けようとして個人的なかかわりを深め過ぎると、依存を生むだけでなく、結果的に個々の支援者が生徒のペースに振り回されてしまうことが多い。そのため、専門家の助言を基に関係者が足並みをそろえて対応することが生徒の安定にとって重要である。

## 事例 10 授業中に突然ボーッとなる事例／小学4年女子

普通に学校生活を送ってきたが、小学4年の2学期、授業中に突然ボーッとして、先生に指名されても黙ったままになっていることがあった。それ以後、時々ボーッとする状態があったが、それ以外は普通に過ごしていた。

### ①対応と経過

担任が、授業中にボーッとする理由を児童に尋ねたが、本人もよく分からない様子だった。母親に連絡を取ったところ、子どもは家でも一瞬ボーッとなることがあるが、それ以外は元気なので特に心配していないとのことであった。そこで、担任は養護教諭に依頼して、もう一度、母親から詳しく様子を聞いた後、学校医を交えて相談することにした。学校医からは、物事の理解や周囲への反応が乏しくなる意識障害があるかもしれないので医

療機関を受診した方が良いとの助言を得た。それを受けて、担任と養護教諭が母親と会い、児童がボーッとしていることでけがをしたり友達からからかわれたりしないように、安全・安心な学校生活を送るために医療機関への受診を勧めた。

両親とともに小児科を受診した結果、脳波検査で異常が見つかり、てんかんに対する薬の治療が開始された。その後、主治医から保護者への説明に養護教諭が同席する機会を設け、治療の見通しと発作をなるべく起こさないための注意事項について説明があった。そして学校が行うべき健康管理について検討した。学校に期待されたのは、主に発作が起きたときの観察であった。発作の観察は、担任が観察できる授業場面、朝の会や帰りの会などに意識が途切れてボーッとしている発作があるかどうかを観察した。発作が観察されたときには、発作が起きた時刻、発作時の様子、持続時間、発作後の様子を記載して保護者に報告した。昼休みの服薬については、治療が始まってからしばらくの間、飲み忘れがないか担任が確認することにした。治療開始後、授業中の発作は起こらなくなったが、主治医による薬の調節が決まるまでは、担任が毎日、教科担任とも連絡を取って健康観察に当たり、健康観察の集約を養護教諭が行う体制を取った。学外での行事に際しては、養護教諭が（保護者に了解を得て）主治医に連絡を取り、注意事項について確認を行っている。

## ②まとめ

担任が児童の授業中の様子の変化に気づき、養護教諭や学校医と相談し、保護者に医療機関の受診を勧めたことで、てんかんの早期発見につながり、学校において適切な対応が図られた事例。

## ③健康観察のポイント

# “ボーッとする”原因の一つとして、てんかん発作による一過性の意識消失のことがある。

### **事例 11 周囲の状況に関係なく他の生徒の物を持ちたり動き回ったりする事例／中学1年女子**

中学1年の2学期、突然友達の机の上に置いてあったペンを持って行こうとした。友達に返すように言われると怪訝<sup>けげん</sup>そうな顔をしたまま持っていたペンを机の上に戻した。その後も、時々教室で急に理由もなく動き回ったり、筆箱の開け閉めを繰り返していたりすることがあった。普段は普通に振舞い部活の練習にも熱心な生徒だったため、担任だけでなく学級内の生徒達もこの行動を不審に思った。

## ①対応と経過

担任が生徒の不思議な行動について尋ねたところ、生徒は戸惑いながら時々体調が悪くなるが、その間のことはよく覚えていないと答えた。心配した担任が母親に連絡して学校での出来事を伝えると、母親は即座に、てんかん発作の症状かも知れないのですぐに相談に行きたいと申し出た。担任は、養護教諭に相談し、てんかんは心理的な問題ではなく薬による治療が必要な病気であることを確認した。

母親、担任、養護教諭の面談では、生徒には幼児期からてんかんがあったが、学校で見られた不思議な行動はこれまではなかったことが明らかとなった。養護教諭が学校医に相談したところ、今回問題となった行動の様子を詳細に記録して、母親を通じて生徒の主治医に報告するよう指示を受けた。

その報告を受けた主治医は、検査の結果と合わせて考えると、この時期の急速な身体発育、生活の変化や生活リズムの崩れなどを背景に、新たなタイプの発作が現れたようだと語った。更に、薬による治療と生活リズムの調整を行えば恐らく発作を減らすことができると説明があった。できる限り規則正しい生活を送ること以外、学習面や生活面での制限は特にないとのことであった。学校に対しては、生徒の不思議な行動は、無意識に行われる発作の症状であることを教職員が知り、発作が見られた場合には無理に行動を抑えようとせず意識が回復するまで傍らで見守り、周囲に危険なものがあったら取り除くこと、発作後は本人が不安にならないように普段どおり平静に振る舞うよう依頼があった。発作の症状は治療にとっても重要な情報であるため、発作の詳しい様子、発作の起きた時刻や持続時間などを必ず家族に連絡してほしいと要請された。

その後、直ちに校内委員会を開いて主治医からの情報及び要請の周知を図った。他の生徒達に対しては、主治医の助言に基づき、てんかんのことをそのまま伝えるのではなく、本生徒は普段とは違う行動を一時的にすることがあるが、しばらく静かに見守ると回復するので何も心配することはないと説明した。更に、保護者とは養護教諭が定期的に面談を行うことにした。

治療が開始されて数か月後には、不思議な行動（発作症状）は現れなくなり、母親は面談の際、養護教諭に、娘のてんかんのことを勇気を出して打ち明けて良かった、クラスメートが以前と同じように接してくれるので安心したと語った。

## ②まとめ

担任が生徒の不思議な行動に気づき、それがてんかんの症状であると理解できたことで、関係教職員と生徒に対して適切な対応を求めることが可能になった事例。

## ③健康観察のポイント

# てんかん発作の症状は多彩であり、一見、発作には見えないようなタイプの症状がある。

### 事例 12 学校でてんかん発作がたびたび起きる事例／特別支援学校小学部1年男子

小学校入学後に、授業中に突然意識がなくなり、小声でウーと言いながら身体を硬くしたまましている状態が週に1、2回の頻度で観察された。周囲の子どもたちは心配そうにその様子を眺めていた。

## ①対応と経過

担任は、入学当初に保護者から児童にはてんかんがあり、てんかん発作が時々見られる

ことを聞いていた。養護教諭も母親と面談し、てんかん発作の症状や服薬の状況、緊急時の家庭への連絡方法、かかりつけの医療機関との連絡方法などについて確認した。実際に教室内で何回かてんかん発作が見られたので、担任は発作時の危機管理やクラスの児童への対応を早急に行う必要があると考えた。

保護者の了解を得て、担任と養護教諭が主治医に連絡を取り、授業中に発作が起きたときの対応や教員が他の児童に対応する仕方について相談した。主治医からは、発作に関する詳しい説明の後、発作は突然に起こり、転倒して受傷する危険があるため、当分の間は移動中の階段や運動場などでは発作への配慮が必要であると言われた。また、学校生活を安全に送るため、危険場所の予測や指導方法の工夫などが大切であるとの助言を受けた。プールの使用については、そのときの治療状況と学校側の危険への対応状況（安全な指導形態と人員の確保等）が大丈夫であれば、必ずしも禁止する必要はないとの説明であった。

発作時の対応については、まず周囲に危険な物があれば取り除き、不必要な声かけを控えること、担任が冷静に他の児童を落ち着かせ、児童をいたわりの気持ちで見守れるよう導くこと、回復後は発作前と変わらないよう振る舞うことなどの助言があった。また、学校で起きたてんかん発作は、なるべく詳しく記録し、保護者を通じて主治医に連絡してほしいとの要請があった。

これらの事柄について、養護教諭と担任は校内委員会にて報告し、主治医からの助言を実現するために学校として実施すべき具体的内容について話し合った。実施状況については、担任が中心となってチェックを行い、養護教諭は保護者と定期的に面談を行って治療の状況を確認することにした。

このような支援体制が実施されて以来、てんかん発作の回数は大きく変わらないものの、発作時の事故や受傷は一度もなく、クラスの児童も発作を落ち着いて見守るようになり、他の児童と変わらない学校生活を送ることができている。

## ②まとめ

学校でてんかん発作が頻発する児童に対して、教職員、保護者、主治医の連携を基に適切な支援体制を築くことにより、安全で過ごしやすい学校生活を送れた事例。

### **事例 13 睡眠障害のために不登校となった事例／中学2年男子**

真面目で几帳面な生徒だったが、遅刻が少しずつ多くなり、やがて不登校となった。担任が母親に連絡を取ったところ、朝に熟睡しており、目覚めさせることが非常に困難であるとのことであった。

#### ①対応と経過

家庭での様子について、養護教諭が母親に尋ねたところ、朝の起床困難を除き、母親には不登校の理由について思い当たることが全くないと語った。母親によれば、起きているときはごく普通だが、登校していないことに引け目を感じるせいか最近では表情が暗く、夜

なかなか眠れないと本人も困っている様子で、睡眠時間帯がバラバラであるという。担任が生徒に会うと、特に嫌がる様子もなく、それまでと変わらない真面目な態度であったため、担任も通常の不登校とは異なる印象を受けた。担任と養護教諭が学校医に相談したところ、睡眠のリズムの問題かもしれないため、睡眠外来のある病院を受診した方が良いと専門医を紹介してもらった。

受診の結果、「概日リズム睡眠障害」という診断がつけられ、通院治療が開始された。担任が定期的に家庭訪問し、学校の情報を知らせ、学習の課題を与えた。一方、クラスの生徒に対しては、本人に確認した上で、会いに行ってもかまわないことを伝えた。両親からは、不登校の原因が分かり安心できたことと、通院治療を受けるようになってから睡眠の不規則性が徐々に改善していることが伝えられた。治療開始から2か月たった時点で、午後から登校できるようになった。

## ②まとめ

真面目な生徒にもかかわらず、睡眠障害が原因で一日の睡眠覚せいリズムが乱れることにより朝の起床が困難となり、結果として不登校となった事例。

## ③健康観察のポイント

- # 不登校の原因の一つとして生活態度の問題とは無関係に生じる睡眠障害がある。
- # 寝ている時間帯をグラフにして記録を続けると概日リズム睡眠障害に気づきやすい。

### ＜コラム：概日リズム睡眠障害＞

睡眠覚せいのリズムがずれ易い病気の一つであり、本人の怠けや夜更かしなど生活態度の問題ではない。  
専門医療機関（睡眠外来）を受診し、睡眠障害に対する治療を開始する必要がある。

## （2）発達障害とその関連障害等

### 事例 14 知的発達の遅れがあるかどうかの判断が難しい状態があり、学校での適応に困難を来していた事例／小学5年女子

友達が悪口を言っているという理由から登校を渋るようになり、本人の希望により保健室で過ごすようになった。夜になると不安が強まり大声で泣き始める。朝は母親にすがるようにしながら不安な表情で登校してくる。今まで経験していない学習や行事には参加したがらず、気が進まないところに参加を促すと胃痛を訴えた。

#### ①対応と経過

気持ちが悪いという理由で欠席が続いたため担任が家庭訪問をしたところ、友達関係で悩んでいることが分かった。保護者と本人が保健室登校を希望したため、校内で協議した上で了解すると安心して登校できるようになった。

養護教諭が保健室登校に付き添う母親と面談すると、家庭では、疲れたと言ってゴロゴ

---

口横になっていることが多い、夕方イライラしてくると大声で泣き叫ぶ、荒れると自分の体をたたいたり引っ掻いたりする、縄跳びやゲームなどをすると自分が勝つまで泣きながらでも続ける、毎日母親と一緒に寝ている、と話した。養護教諭は、児童に疲れやすさ、イライラ感から生じるパニック、自傷行為、ストレスによる身体症状（胃痛）が見られることから、専門医への受診が必要と判断し、学校医及び管理職等と相談した上で保護者に受診を勧めることにした。養護教諭は、母親に家庭で見られるイライラ感や自傷行為などを改善するためには、児童精神科医などの専門医の診察を受けることが必要であることを説明し、受診へつなげることができた。受診の結果、児童には知的能力にやや課題があることで、学習だけでなく対人関係がうまくもてないことを指摘され、学校生活でのストレスが大きいことが、必要以上に被害感を強くしていることが分かった。担任と養護教諭が主治医と相談した結果、本人の受けるストレスを最小限にとどめるようにして、必要以上の被害感をもたせないようにすることで本人の不安を軽減することが必要だとの助言を受けた。

校内委員会（教育相談部）で話し合った結果、①勝つまで続けてしまうなど気持ちの切り替えができないことに対しては、縄跳びやゲームの前後のタイムスケジュールを示し、次の予定があることを理解させる工夫をする、②現在の学習や行事の予定と内容を絵や写真を使って分かりやすく説明し、本人の不安を和らげる、などの対応を行うことにした。

その結果、休み時間や給食の時間には仲の良い友達と過ごせるようになり、少しずつではあるが、学習や行事への不安が改善する様子が見られたので、特別支援教育コーディネーターは、担任と学習環境の調整について話し合い、児童の様子を見ながら特別支援学級の利用を提案することにした。

また、養護教諭は、母親が児童に振りまわされて親子関係がうまくとれていないことにも問題があると考え、引き続き母親に受診状況を確認しながら支援を行っていった。児童には身辺自立ができるように、日常生活の中で、自分ですることを決め、毎日できるように約束表を作った。母親には、子どもの意欲を引き出す方法や、子どもに声をかけるタイミングなどの具体的なかわり方を提案したりして母親の養育を支えた。

## ②まとめ

専門医との連携により、児童に対する教職員と保護者による理解が進み、学習面への配慮をしたことで児童の自信等が回復し、安定した学校生活を送れるようになった事例。

## ③健康観察のポイント

＃ 学校への様々な不適応や精神的不調の背景として、学習の困難さをもたらす知的発達の遅れが関係する場合がある。

### ＜コラム：社会性と知能＞

学校生活への不適応を考える際、集団生活と関連した社会性の要因と、学習面と関連した知的能力の要因の両方を念頭に置く必要がある。知的発達に明らかな遅れはないが、何らかの学習上又は生活上の困難さを抱える生徒は、周囲からその問題に気付かれにくい場合が多く、無理をして学校に適應しようとした結果、様々な問題を来すことがある。その場合、“心の問題”と誤解されると適切な支援につながらないため注意が必要である。

### 事例 15 読み書きが苦手な学習障害 (LD) の事例／小学4年男子

4年生の6月ごろ、保護者から児童が学校に行くのを嫌がっているとの連絡を受けた。担任には、授業中の様子や元気さ、友人関係に特に気にかかる点はない。しかし、漢字の書き取りが苦手で、平仮名や片仮名の読み書きに時々つまずくという様子がみられた。特に、初めて読む文ではいつも以上に時間がかかり、読みづまり、読み誤り、読み飛ばしが多く、すらすらと読めずに内容の把握もできていないようだった。

#### ①対応と経過

母親との面談では、家庭でも学習面に心配があったので、入学前から平仮名を教え、入学後の読み書き練習ではほとんどの平仮名の読み書きができるようにはなったが、一字一字たどり読みの期間が長く続き、漢字の書き取りはなかなか習得できない状況である。読み書き以外は特に問題がないということであった。

そこで担任は、特別支援教育コーディネーターに相談したところ、教育センターで学習の基礎技能に関するテストを受けることとなった。その結果、全般的な知的能力は平均的な力をもっているが、「書く」ことだけでなく「読む」ことの基礎的技能も同じ学年の児童や本人の他の能力と比べて明らかに低く、書字障害と読字障害の両方が見られる発達性読み書き障害であることが分かった。担任と特別支援教育コーディネーターが校内委員会で児童への支援を検討した結果、読み書きの訓練を通級指導教室に頼み、担任と特別支援教育コーディネーターとが通常の学級でできる対策を考えることになった。担任から保護者と本人に通級指導教室の活用と通常の学級での支援について説明を行い、了解を得た。

通級指導教室で指導を受けながら、通常の学級では、未修得の漢字には振り仮名を振ること、長文はまず他の人が読むのを聞かせて内容を把握させること、「読む」、「書く」の作業に少し時間の余裕をもたせること、漢字の宿題の量を制限することなどを実施した。最初、児童は特別な対応を嫌がっていたが、支援により学習がうまくいくことが実感できるようになると気にしなくなり、登校渋りもなくなった。

#### ②まとめ

学習障害のある児童に対して、全般的な知的水準に比べ読字、書字が苦手な点に気づき、専門的な評価と支援を受け、通常授業での学習にも配慮した結果、学業全般に対する拒否的態度を生じることなく学習ができるようになった事例。



### ③健康観察のポイント

- # 全般的能力と比べ苦手な点に注目すると学習障害（読み障害）に気づきやすくなる。
- # 読み障害では、読みに時間がかかり誤りも多い。
- # 文章音読の力を調べる場合、初めて読む文を用いると読み障害に気づきやすい。
- # 学習障害では、漢字の書字の問題には気づきやすいが、仮名の書字や読字の問題は見逃しやすい。

### 事例 16 多動などの養育困難による虐待が心配された事例／小学3年男子

小学校1、2年生のころは、授業中の立ち歩きや教室外への飛び出しがあった。3年生になり授業中の離席はなくなったが、常に体を動かすか、ボーッとすることが多い。担任の指示が頭に入らず、何をするにも他の児童より遅れがちである。

#### ①対応と経過

担任は、保護者に、1、2年生のころに比べるとかなり落ち着き、成長した部分も見られるが少し心配な点があることを伝えて面談の機会を設けた。母親は、児童は小さいころからよく動き、聞き分けがなくて苦労したこと、今も母親の言うことを聞かず、宿題をしないことなどを話した。担任が子育てに関する母親の労をねぎらうと、母親は、「兄弟の中でも育てにくい子で、持て余したときには、もう育てたくない施設に入れるなどと怒鳴ったり、ときに手が出てしまったりすることもある」と話した。

担任は、心理的・身体的虐待の可能性を念頭に置きつつ、母親側に相談意欲が認められたため、校長、養護教諭に相談し、校長が直ちに児童相談所に連絡を取った。母親も児童相談所との相談に同意し、学校と児童相談所が連携して対応することにした。児童相談所では、児童福祉司による母親との面接、医師による診察と知能検査が行われた。その結果、児童は注意欠陥多動性障害（ADHD）と診断され、知能指数については、正常と知的障害の境界水準にあることが判明した。児童相談所の医師からは多動と不注意の症状を改善するための薬が処方され、児童の理解力にあった分かりやすい指示の出し方や、良い点を褒めて行動の改善を図る方法についての説明があった。

校内委員会を開いて児童への対応を話し合った結果、授業中は特別支援教育コーディネーターが学習を支援しつつ行動面への対応を行い、昼休み時間は養護教諭が保健室で見守りながら家での様子などを聞くことにした。薬による治療を始めると、学校でも家でも落ち着きを増すようになった。また、忘れ物が少なくなり、担任の指示も守れるようになった。褒められる体験を重ねる中、授業中に手をあげて積極的に発言する姿も見られるようになった。

3か月後、学校は児童相談所と連絡会議を行った。児童福祉司から、母親の表情が明るくなったことや、母親から「昔、母親が児童のことを相談機関で相談したとき、原因は自分にあると言われ落ち込んだが、今の担任は自分の苦しさを分かってくれたので前向きに

なれた。」との発言があったとの報告を受けた。薬による治療を開始した後は、昼食時の食欲が少し低下した時期もあったが、薬の効果は本人も自覚している様子であり、毎朝、自分から忘れず服薬している。

## ②まとめ

境界線知能を伴う注意欠陥多動性障害（ADHD）のため、育てにくさがあり、家庭での虐待が心配されたが、学校が関係機関と連携した結果、服薬と環境調整により多動が改善し、母子ともに安定した事例。

### 事例 17 トウレット障害の事例／小学6年男子

低学年のころから、目を何度か素早くパチパチさせる癖が見られた。6年生になると、首をグッと後ろにそらしたり、手を大きくビクッとさせたりするようなくさが目立つようになるとともに、同級生とささいなことで衝突するようになった。

## ①対応と経過

6年生の担任が保護者に連絡すると、家庭では全身で飛び跳ねるような動きやアッという叫び声を出すこともあり、児童精神科へ通院治療中であることが分かった。そこで、母親と面談を行ったところ、これらの動きや声はチックという症状であり、現在、薬による治療を行っているが、すぐに症状がなくなるわけではなく、本人及び周囲が症状について正しく理解することが重要であるとの説明を主治医から受けたとのことであった。更に、母親は、本人が病気であることや治療を受け入れつつあるので学校にも伝えようと思っていたと述べた。

児童への対応を検討するため、母親及び本人の了解を得て、担任と養護教諭が診察に同行し、主治医の助言を受けることにした。「基本的には心の問題ではなく、体の動きの調節にかかわる脳の働きが発達過程で少しアンバランスを来しているために起きる症状である。このことを理解した上で、チックで困っている児童を支援することが大切である。」との説明がなされた。この助言を受け、担任は普段どおり自然体で児童と接することにした。

まもなく、テスト中にウツという声が出るようになった。本人から「教室で声を抑えられなくなった。友達に迷惑をかけてしまう。」と担任に相談があり、養護教諭を交えて話し合った結果、声が出てしまい、教室に居るのがつらくなったときには保健室で休養することにした。この対応で児童は少し安心した様子だったが、主治医から学校へ、「特別な対応をしてもらうと同級生から何か言われぬか。ひいきされていると思われぬか。」と本人が心配しているので、同級生にも説明をして理解してもらう必要があると連絡があった。そこで、本人の意見も聞きながら、保護者、担任、養護教諭で相談した結果、担任はクラスの生徒に対して、「本児童は、くしゃみやしゃっくりのように勝手に声が出たり体が動いたりすることがあり、少し疲れやすいことを分かってあげましょう。」という

内容の説明をした。

同級生は、意外とあっさりと説明を受け入れた。その後、児童は以前よりも落ち着いた様子で過ごせるようになり、チックも以前ほど目立たなくなった。

## ②まとめ

音声を出すチックに悩む児童に対して、学校が保護者や主治医と連携して、疾患を正しく理解し、周囲の児童にも理解を促すことで安心して学校生活を送れるようになった事例。

## ③健康観察のポイント

- # チックの症状には顔や手足の動きの症状のほかに、声が出るという症状もある。
- # チックは学校よりも家庭の方が激しいことが多いため、家庭での様子も知っておく必要がある。
- # チックについて本人がどのように理解しているかを把握しておくことが重要である。

### 事例 18 家庭で攻撃的な行動が見られた事例／中学 1 年男子

中学校入学後の 1 学期から遅刻や欠席が目立ち、1 週間の半分程度を欠席するようになった。登校すると特に悪びれた様子もなく、ときに悪ふざけから同級生と軽い小競り合いになることがあった。担任が家族に連絡したところ、両親がそろって来校し、小学校 6 年生のときから家庭での攻撃的行動に悩んできたと言った。

## ①対応と経過

保護者の話では、「小学校のころからあったチックが減少したのと入れ替わりにささいなことで抑制がきかなくなり家族に暴言を吐いたり暴力を振るったり家具などを壊したりするようになった。」という。複数の医療機関や児童相談所などで治療や相談を受けた結果、養育の問題や単なるわがままではなく、もともと衝動性のコントロールに問題があり、反抗挑戦性障害であると言われている。これまでのところ抑制がきかなくなることに改善の兆しはないが、生徒は小心なところもあり、厳しい担任の前ではおとなしくしているとのことであった。

担任は、養護教諭と連携して保護者と相談を続けるとともに、保護者を介して児童精神科の主治医や児童相談所の担当心理職、更には卒業した小学校の担任等から情報を収集した。教育相談部会でも検討して、部活動が登校の励みになっているという保護者の話から、担任と部活動の顧問とも連携を取るようにした。

学校では、服装一つをとっても自分のイメージどおりにいかないとイライラとして周囲の生徒に大声で怒鳴ったり、担任に反抗してドアを蹴ったりするなどした。主治医から担任や父親に対して、単なる身勝手に映る面もあるが、障害に由来する部分が大きいいため、本人が少しでも努力したら評価するよう助言があった。教育相談部会では、保護者と担任の相談に、養護教諭や教頭も加わり、生徒の学校での居場所づくりを検討した。

3 学期になると、登校する日が増えるようになり、特定の教員に自分からよく話しかけ

るようになった。更に、教員とコミュニケーションが取れるようになる中で、生徒はいじめの加害者であるだけでなく、被害者にもなっていたことが判明した。そこで、2年生では、生徒をよく挑発する他の生徒とは別の学級にした。新しい担任は生徒との信頼関係を築くよう力を注ぎ、個別に面接する機会を何度か設けた。遅刻や欠席はすぐにはなくならなかったが、担任が学校で待っているという気持ちを根気よく伝え続けて登校を促す中で、その期待に応えたいという思いが生徒に生じてきた。担任は、保護者と定期的に面談している養護教諭とも常に情報交換し、主治医の治療方針と一致するよう心がけた。その結果、家庭での暴言・暴力も次第に減少した。

## ②まとめ

もともと衝動性のコントロールを苦手とする障害があることに加え、学校での不適応状態が重なり、家庭でよく抑制がきかなくなるとともに、学校でのトラブルや欠席が目立ったが、保護者と連携しながら、教職員が障害の正しい理解に基づいて対応を行なうことで障害の影響が軽減していった事例。

## ③健康観察のポイント

- # 反抗挑戦性障害では、ささいなことでかっとなったり物に当たったりする攻撃的な行動が目立つ。
- # 反抗挑戦性障害にみられる激しい行動は、単に生活環境の問題から来るものばかりではないことに留意する。

### 事例 19 好きな女子生徒への行動が問題となった事例／中学2年男子

授業中は他の生徒に比べて気になることは見られなかったが、1か月前から休み時間や放課後に時々好きな女子生徒の机に頼ずりをしたり、急に近づいて髪の毛を触ったりするようになった。

## ①対応と経過

担任が、生徒指導主事に生徒の行動について相談した。生徒指導主事は、校長や教頭に相談した上で、2年の学年主任、担任、養護教諭とともに最近の生徒の行動について話し合った。その結果を担任が保護者に説明したところ、保護者は、生徒が小学校時代に、自閉性障害（自閉症）と診断を受けていたことを打ち明けた。中学校では、入学当初に小学校から生徒についての報告を受けていたが、保護者からは特に生活面での問題については連絡を受けていなかった。校内委員会を開き、養護教諭を中心として、特別支援教育コーディネーターを含めて2年の担当者全員と保護者とで、自閉症の特性である対人面や社会性の弱さ、興味のあることへの没頭しやすさやこだわりの強さ等を考慮しながら生徒の行動について話し合った。その結果、生徒の行動は、①自分の行動が相手の女子生徒にどのように思われるかが分からない、②女子生徒に対して自分が好きであるという気持ちを伝える方法が分からない、③周囲の生徒達が生徒の行動をどのように感じているのかが分か

らない（その場に応じた異性への接し方が理解できない）などの問題が背景にあることが推測された。

対応策としては、①では養護教諭とスクールカウンセラーが女子生徒の気持ちを代弁し、その理解を促す、②では担任と養護教諭がロールプレイを用いて女子生徒に気持ちを伝える適切な行動と相手に近づく場合の距離の取り方を教える、③では養護教諭が解説用の絵カード等を使用して異性への接し方に関するマナーを教えることにした。更に相手の女子生徒には、養護教諭が機会を設けて生徒への適切な対応の仕方を助言した。

その後、生徒は好きな女子生徒に対して奇妙に見える振る舞い方をすることがほとんどなくなり、女子生徒も本生徒と安心して接することができるようになった。

## ②まとめ

発達障害のある男子生徒が、女子生徒への好意を相手に受け入れられない行動で示している状況に対して、教職員とスクールカウンセラーが役割分担して障害の特性に基づく指導を行い、異性に対してより自然に振る舞えるようになった事例。

## ③健康観察のポイント

# 広汎性発達障害のある児童生徒が異性への関心を抱くようになったとき、異性に対する一般的な社会的規範への配慮に乏しい行動を取ってしまうことがある。

### <コラム：思春期の広汎性発達障害>

広汎性発達障害の子どもが、思春期になり異性への関心が芽生えると、異性への振る舞い方が分からずに学校生活に支障を来すことがある。思春期にある広汎性発達障害の生徒には、異性への接し方を丁寧に教えることが役立つ場合がある。

## 事例 20 突然激しく泣き、パニックとなる事例／小学3年男子

小学3年の1学期に他県から転居してきた。学習面でのつまずきはほとんどなかったが、学級になじめず一人であることが多かった。新しい環境に慣れないためかと思い、しばらく様子を見ていたが級友の言葉を悪口だと思い込み、暴言を吐いたり、遊んでいる最中に突然激しく泣き出したりすることが続いた。また、しばしばパニックを起こして保健室に駆け込んでくることもあった。

### ①対応と経過

担任は夏休み前に、保護者との面談で前の学校での級友関係や生活の様子を確認したところ、入学当初は大泣きし、パニックを起こしていたが、小さい学校だったこともあり周囲が理解してくれたことにより転校前までは落ち着いていたとのことであった。校長に依頼して前籍校に問い合わせたところ、ほぼ保護者の説明どおりの状況であったことが確認された。保護者によると、幼児期からかんしゃくとこだわりが強かったため小児科を受診したことがあるが、特に診断は告げられず、しばらく様子を見るように言われたとのこと

であった。

発達障害の可能性を疑った養護教諭は、担任と話し合い、母親に学校と日ごろから連携のある総合病院の児童精神科の受診を勧めた。保護者は早速、本人を連れて受診し、面接や検査の結果、アスペルガー症候群と診断されたことを担任に報告した。校内委員会で話し合い、学校での支援を検討するため、担任と養護教諭が児童の診察時に保護者と同行することを申し出て、了解を得た。主治医からは、児童について、①学業成績に比べて、対人関係の持ち方や社会性が幼く、思い込みやこだわりを持ちやすい、②本人に合わせてくれる大人とは話ができるが、同年齢の子ども同士だと難しい、③授業中はやることがはっきりしているし周囲も静かなので、本人も落ち着いているが、休み時間の過ごし方がどうして良いか分かりにくい、④大泣きやパニックになったときには、無理な制止や声掛けを控え、落ち着くまで静かに見守る、⑤パニックが治まりにくいときには、落ち着きを取り戻す場所として保健室を利用する等の方法がある、という助言を得た。

校内委員会において主治医の助言を参考に対応を検討した結果、休み時間は担任が見守り、本人には理解しやすい言葉かけをするとともに、疲れた様子ときは保健室の利用を勧めることにした。その後、パニックを起こしたり、泣き出したりする回数は徐々に減り、思い込みの強さや柔軟性の乏しさはあるものの、真面目さや几帳面さなど本人の良い面が級友からも受け入れられるようになり、学校生活は次第に落ち着いていった。

## ②まとめ

アスペルガー症候群のため、新しい環境に慣れるまで混乱しやすく、パニックに陥りやすかった小学生が、障害の特性を踏まえたきめ細かな対応によって安定した学校生活に向かった事例。

## ③健康観察のポイント

# 広汎性発達障害のある児童では、新たな環境に慣れるまで時間がかかり、他人のささいな言葉に反応してパニックに陥りやすいことがある。

### ＜コラム：広汎性発達障害の子どもに見られるパニックへの対応＞

広汎性発達障害の子どもがパニックに陥ったとき、周囲の人々は騒がずに、まず危険な物がないかどうか安全に配慮した上で、パニックが治まるのを冷静に待つことが大切である。無理にパニックを制止しようとすると、子どもは落ち着きを一層失い、かえってパニックが長引きやすい。常に緊張や興奮が強い子どもの場合、静かな部屋や室内の一角を本人の居場所にするなど、本人が落ち着きを得やすいよう工夫することが、パニックを減らすことにつながる。

## 事例 21 からかわれるとすぐに相手を殴ってしまう事例／小学2年男子

授業中に勝手に席を立って校庭に出て行ったり、友達の言動にすぐに怒り出して手加減せずに殴ったり蹴ったりしてしまうという行動が見られた。担任がその都度言葉で指示したり個別に話をしたりしても、暴言を吐くばかりで行動は全く改善しない様子であった。

### ①対応と経過

担任は、児童について養護教諭と相談したところ、保健室に来る児童たちからの情報と合わせると、対人関係の持ち方に幼さがあることから、広汎性発達障害の可能性を念頭において話を進めることにした。担任が保護者に連絡を取り、児童の状況を確認したところ、てんかんの疑いがあったため、以前から通院しているとのことであった。校内委員会で児童への対応を検討した結果、児童が通院している医療機関からの情報を得た上で方針を考えることにした。

保護者の了解を得て、担任、養護教諭、学年主任が医療機関に出向いて説明を受けたところ、小学1年のときにアスペルガー症候群と診断されていることが分かった。障害を踏まえて学校での行動の原因について検討した結果、次の三つのことを行っていくことにした。

第一に、子どもが安心して過ごせる居場所を確保するため、授業への参加が困難なときには、一時的に保健室を利用する。

第二に、担任とのコミュニケーションと信頼関係を築くため、週に何度か担任が個別面接の機会を設け、学校や家庭での出来事や感想を話す時間を作る。養護教諭は、同級生に対して、どのように話しかけたり振る舞ったりすれば良いのかについて本人に教える。

第三に、クラスの児童に対しては、本児童の良いところを気付かせるような指導を担任が行う。

次に、担任は個別指導計画について校内委員会で話し合い、①取り組みやすい授業に参加させる、②自分の気持ちを担任に伝える、③友達の意見を聞いた上で、自分の言いたいことを分かりやすく相手に伝えることとした。

このような取り組みを開始して数か月後には、授業中に児童が離席することはほとんどなくなり、友達にからかわれたときでも言葉だけで反論できるようになった。休み時間に担任が話しかけると笑うことが多くなり、自分からも授業で我慢したことや頑張ったことを得意げに話すようになった。

### ②まとめ

アスペルガー症候群を背景に小学校の生活への適応に支障を来していた児童に対して、主に学級と保健室における支援を行った結果、学校生活が円滑に送れるようになった事例。

### ③健康観察のポイント

＃ 児童に衝動的行動や暴言が繰り返し見られた場合、発達障害を背景にした学校環境への不適応を念頭において原因を探る必要がある。

#### 事例 22 インターネットへの依存が見られた事例／小学6年女子

学校では表情に乏しく、あいさつもほとんどしないが、自分が興味のある事柄についてはよくしゃべる児童であった。欠席が月曜日に多いことに気付いた養護教諭が担任に連絡し、担任が母親に尋ねたところ、夜遅くまでコンピュータに向かい、朝起きられないため登校に支障を来している様子であった。そして次第に登校しなくなった。

#### ①対応と経過

登校が不安定なことに気付いた養護教諭が、担任に相談し、担任が母親に連絡を取ったところ、保護者から、児童が夜遅くまでコンピュータで作業しているので登校できないという状況が確認された。担任と養護教諭が母親と面談したところ、遅刻したときは教室に入りづらいと本人が訴えていることが分かった。保護者と児童が保健室登校を希望したので、校内で協議した結果、当面は保健室登校しながら生活習慣の改善を図り、養護教諭が母親との面談を続けることにした。

養護教諭が保健室で児童の話聞いたところ、「教室はつまらない。授業はすべて理解できる。インターネットはあらゆる情報が手に入りおもしろい。教室に入ろうとは思わない。」と言った。母親との面談からは、「児童はほぼ毎日、深夜までコンピュータに向かいインターネットを見ており、知識は多く、家族や同級生を見下している様子であること、家でのコンピュータ使用に制限を設けることは児童の機嫌を損ねるだけであり、これまで試みたが無駄であったこと。」が分かった。

養護教諭は、管理職、学年主任、担任、教育相談担当と特別支援教育コーディネーターを交えた教育相談部会で児童の状況を報告し、保健室登校から教室復帰へ向かうための対応策について話し合った。担任は、養護教諭及び特別支援教育コーディネーターと相談し、児童の広い知識を学習に結び付けた新聞作りを保健室での学習課題とすることにした。出来上がった新聞をクラスの他の児童に紹介し、それを話題として他の児童との交流が生まれることを目指した。また、毎日の授業内容を説明して、児童が得意な科目や参加しやすい授業があれば、教室へ誘うようにした。また、クラスでの友達関係づくりができるよう、少人数で行うルールの分かりやすいゲームへの参加を促した。

養護教諭は、母親にコンピュータを使用する時間の枠組みと生活習慣の改善に対する具体的な対応策と一緒に考えることを提案した。コンピュータの使用時間については、終了の時刻にタイマーをセットし、その合図をきっかけにコンピュータのスイッチを切るなどの方策を実施するようにした。生活習慣改善では、家族と一緒に朝食をとれる時間に起床することから始めるようにした。また、これらの約束を紙に書いて貼り、実行できた場合



には家族が褒めるよう促した。更に、簡単な家事を母親が見本を示しながら一緒に行い、コンピュータ以外の活動をしながら親子で交流する時間を設けるようにした。

一方、保健室では、養護教諭があいさつの仕方や基本的な言葉づかいを中心にソーシャルスキルを教え、うまく友達と交流できるように支援した。学校及び家庭での取り組みを続けて約半年が経過すると、次第に児童は欠席しなくなり、ほとんどの時間を教室で過ごすようになった。この間、養護教諭は、学校医に相談し、児童には広汎性発達障害が疑われ、専門医を受診する方が良いとの助言を受けた。

児童の様子がかなり安定し、母親に余裕ができてきたことを踏まえ、面談の際に養護教諭から、インターネットへの没頭の仕方やコミュニケーションの苦手さなど、広汎性発達障害の特徴と思われる部分が児童にあることを伝えた。そして、順調な精神発達に向けた今後の支援を考えるため、一度、児童精神科を受診して、その結果を基に長期的な方針を立ててはどうかと伝えた。母親は、本児が兄弟とは違う育てにくさがあり、自分も気になっていたと述べ、しばらくして大学病院の児童精神科を受診した。受診の結果、本児はアスペルガー症候群と診断され、学校及び家庭での現在の対応は妥当であること、そして、今後は思春期に備えての支援を念頭に置く必要があるという説明を受けたとのことであった。

## ②まとめ

インターネットへの依存により生活習慣が乱れ、遅刻、欠席を生じた児童に対して、児童の特徴を踏まえた対応により、家庭及び学校での生活が改善するとともに、医療機関の受診を通じて児童の発達障害に気付くことができた事例。

## ③健康観察のポイント

# インターネットに限らず、特定のテーマへの極端な熱中や、年齢不相応に見える知識の習得に没頭し、生活に支障を来している場合、児童生徒の置かれた環境とともに、発達障害の可能性も念頭に置いておく必要がある。

### 事例 23 選択性緘黙から不登校になった事例／小学2年女子

小学校入学時、保育所からの申し送りがあり、家庭では話をするが保育所では一切話をしない、理解力には問題がなく集団行動は取れるということであった。通常の学級へ入学後、1年生の間は表情が硬いながらも学級で過ごせていたが、2年生になると、登校すると教室の前で立ち止まり、教室に入ること拒むようになった。

#### ①対応と経過

担任が母親と面談し、家庭での様子を聞いたところ、1年生の終わりころから、「勉強が分からない。学校が楽しくない。」と言い始め、「ほかにも学校に行かない友達がいる。私も学校を辞める手続きを取れば学校に行かなくてもいいはずだ。」と言い続けていることが分かった。母親が学校まで連れて行くと、校門の前で30分ほど激しく泣くが、家庭

での様子に変化はなく、好きな絵を描いたり本を読んだりして過ごしているという。

2年生の担任は養護教諭と相談し、母親に児童精神科医の受診を勧めたが、本人が受診を嫌がったため、母親と養護教諭とで専門医へ相談に行った。主治医から、「緘黙<sup>かんもく</sup>の背景に広汎性発達障害がある可能性があり、無理やり登校させるのは良くない。しかし、このままだと欠席が長期化する可能性もある。保育所のころから集団の中では緊張して過ごしていたであろうから、学校では、授業とは別に1対1で本人が安心して過ごせる時間を特別に設け、まずは、その時間だけ登校するように促してはどうか。」という助言を受けた。

校内委員会で検討した結果、児童は毎週1回1時間、放課後に担任と相談室で過ごし、その間、母親は保健室で養護教諭と面談することを保護者に提案した。児童には、その時間は絵を描いても本を読んでも良いことを伝えた。児童は特に抵抗なく相談室に通い、言葉は発しないものの、絵を通してやり取りすることを始めた。しばらくして、担任が児童用に作成した学習用のプリントを渡すと、家でやってくるようになった。担任が採点し、児童の頑張りを評価するコメントを書いて渡すことを繰り返すうち、なじむようになった。担任が相談室で過ごす時間を少しずつ増やしながらか、教室に児童の絵や作文を掲示し、児童の様子を級友に伝えるようにした。

3学期には、児童の得意な図画工作や国語の時間には教室に入るようになり、クラスの児童から褒められると嬉しそうにする様子も見られた。このころから登校もスムーズとなり、学校を辞めたいと言わなくなった。依然として言葉は少なく、集団行事には参加しようとしなないものの、穏やかな表情で教室で過ごす時間が増えつつある。

## ②まとめ

恐らく広汎性発達障害を背景として、幼少期から集団への苦手さと場面緘黙<sup>かんもく</sup>が続き、小学校で不登校となったが、担任、養護教諭が役割を分担して対応に当たり、少しずつ学級に戻れるようになった事例。

### 事例 24 母親との分離不安を示した事例／小学2年女子

小学校1年生のときには特に問題なく過ごした。担任の指示にもよく従い、成績も良い児童であった。2年生の1学期の始めに「授業時間数が増えたから」という理由で1週間欠席し、担任は不思議に思ったが、その後は、休まず登校していた。しかし、1学期の半ばに風邪で欠席したことをきっかけに、全く登校しなくなった。

## ①対応と経過

最初の家庭訪問時、特に元気のない様子は見られなかったが、担任と折り紙をしながら遊んでいるとき、折り目が思うようにきっちり折れないと児童がかんしゃくを起こすことがあった。母親は、児童がたまにかんしゃくを起こすこと、幼稚園への行き渋りがあったこと、記憶力が良く、文字をひとりで覚えたこと、現在でも爪かみが激しいことなどを述べ、今回は不登校の原因が分からず困っていると語った。

家庭訪問開始から3か月後、訪問時に落ち着いた様子を示すようになったため、登校を促すことにした。最初は好きな給食献立の日に母親と登校し、保健室で養護教諭と話をし、帰ることにした。それができるようになると、担任は、興味ある授業や行事に児童が参加してはどうかと、分かりやすく説明しながら誘った。次第に、学校で過ごせる時間が長くなってきた。母親は、教室の後方で待機していたが、児童は、母親がいることを確認しながら午後の授業にも出席するようになった。そのころになると、家庭でも母親と離れて友達と遊ぶことができ、2学期の半ばには、登校時、母親と校門で別れられるようになった。

養護教諭は、母親との面談を続ける中で、児童にコミュニケーションの苦手さ、こだわりの強さ、パニックの起こしやすさが見られることを母親に伝え、子育ての不安を解決するためにも、児童に発達障害がないか専門機関で診てもらったらどうかと勧めた。早速、母親が本人を連れて児童精神科を受診したところ、担当医からは、特徴が目立ちにくいタイプの広汎性発達障害があり、児童期に強い分離不安を示す場合があることや、集団の苦手さから特別な原因がなくても不登校になりやすいこと、それらの特徴は養育上の問題から生じるのではないことなどの説明があった。母親は、受診の翌日、学校を訪れ、医師の説明を聞いてそれまで疑問に思っていたことが解消し、かえって安心できたと報告した。担任と養護教諭は、校内委員会でそのことを報告し、障害特性を念頭に、別室での授業と保健室での休息を取り入れた授業計画を考案した。これらの支援を実施するようになると、児童は更に安定し、3学期には毎日、通常どおり学校で過ごせるようになった。

## ②まとめ

知的には問題のない児童が、進級を契機に母親との分離不安が高まり、不登校となったが、その背後にある発達上の問題に学校が気づき、支援を開始しながら医療機関の受診につなぐことができ、学校への適応が改善していった事例。

## ③健康観察のポイント

# 分離不安の背景として、愛情不足のほか、子どもによっては広汎性発達障害のため母親への依存的執着がかえって強まり、環境の変化に対して激しい不安を抱いた結果、母子分離の問題（分離不安）が起こる場合がある。

### <コラム：不登校という現象>

不登校の原因は、生物学的側面（精神疾患・身体疾患）と、心理社会的側面（家庭環境や人間関係等）から総合的にとらえる必要があり、児童精神科専門医を含めた専門機関への相談を通じて、本人の状態を正しく理解して対応する必要がある。

学校は、不登校状態を単に見守るだけでなく、本人や保護者の気持ちを十分に聞いた上で、専門医の助言を仰ぎつつ、放課後の登校や参加しやすい授業・行事への参加などを促すような働きかけをすることにより、不登校の長期化やそれに伴う二次的障害（引きこもり、社会性の低下、学習の遅れ等）を回避できることがある。

**事例 25 保護者に精神疾患があり家族への支援を必要とした事例／中学1年男子**

小学生のときに不登校傾向があり、こだわりが強く、急に強い口調で級友の欠点を指摘することや教科の成績に大きなアンバランスが見られたため、児童精神科に通院していた。アスペルガー症候群の診断を受け、小学校から特別支援学級に在籍しているが、最近欠席が増えたり頭痛を訴えてたびたび保健室に来たりすることが目立つようになった。

**①対応と経過**

担任は、養護教諭と相談して、頭痛を訴えて保健室に行くことが多いので心配であると母親に伝えた上で、養護教諭とともに母親と面談した。母親は、離婚して母子家庭であり、母親自身が統合失調症のために精神科へ通院していることを話した。5歳年下の弟が多動（ADHDと診断）で、母親は生徒よりも弟の対応に追われて大変であることも分かった。母親は、二人の子どもの抱える問題が自分の育て方のまずさにあるのではないかと気にして、生徒が学校を欠席すると母親の不安感や罪責感が強くなり、自分の病状の悪化を招いた。以前から母親の相談に乗っていた市の保健師が主治医と連絡を取り、家庭訪問等を行って母親を支えていた。

担任と養護教諭は、了解を取って生徒が児童精神科を受診する際に母親と同行した。医師から、生徒の不応は母親の養育の仕方に問題があったためではないと説明した上で、特別支援学級では明確な一日のスケジュールを立て、それを分かりやすく提示するなど教育環境の構造化を図ることで、生徒が安心して過ごしやすくなると助言した。学校では主治医の助言に従い、教室内の机の配置やスケジュールの提示を工夫するなど分かりやすい環境設定に努めた。

次第に、生徒の不登校はなくなり、母親は以前ほど不安な様子を示さなくなった。更に、保健師の勧めで母親は市の福祉課に相談し、放課後や長期休みは障害者自立支援法による日中一時支援事業のレスパイトサービスを利用し、母親の負担の軽減を図った。支援者間で一致した対応をするために、学期ごとに、母親、養護教諭、担任、レスパイトサービス事業所の支援員、市の担当保健師とで支援会議を開き、母親及び本人の意向、各主治医の助言も参考にしながら支援を続けた。現在は、本人、母親とも安定し、生徒は特別支援学級で落ち着いて過ごしている。

**②まとめ**

本生徒は、アスペルガー症候群と診断され、母親は精神疾患を患っていた。生徒の学校生活の安定には家族への支援が必要であったため、地域の保健福祉関係者と連携しながら、医療機関と連携を取りつつ、担任と養護教諭が中心となって有効な支援ができた事例。

## [用語説明]

### \* 構造化された環境

「この場所は何をすることで（空間の構造化）」、「何時まで何をやるか（時間の構造化）」を視覚的に分かりやすく提示することで、本人がこれから何をすべきか見通しがつきやすくなるような環境設定の仕方の一つを指す。広汎性発達障害の児童生徒は、言葉による指示や場面の状況のみから次に自分がやるべき行動を理解することは苦手なことが多いため、活動内容や課題がひと目で分かるようにしておくこと、本人もスムーズに行動でき、安心して過ごしやすいようになる。構造化はあくまで支援の一方法であり、視覚的な手がかりに限らず、本人が混乱せず見通しをもてるような学級運営や支援者側の明確な役割分担などの環境が重要である。

### \* 日中一時支援事業（「レスパイトサービス」「タイムケア」等）

障害者自立支援法に基づく事業。日中世話をするものがないため、一時的に見守り等の支援が必要な障害者等の活動の場を確保し、障害者等を介護する家族の一時的な休息を図る。地域生活支援事業であり、市町村によって名称や利用方法は異なるが、障害児の放課後支援策等に活用されている。

## 事例 26 うつ状態を合併したアスペルガー症候群の事例／高校1年男子

口数が少なく、まじめそうな生徒であったが、最近、元気がなく、欠席が目立ち、提出物等の出し忘れが見られるようになった。親しい友人もいるようには見えなかった。

### ①対応と経過

担任が保護者に家庭での様子を聞いたところ、生徒が「学校を辞めたい。僕は人と違う。精神科を受診したい。」と言い出していることが分かった。早急に保護者に来校してもらい、担任と養護教諭と一緒に話を聞き、小学1年のころ一度だけ受診し、アスペルガー症候群と診断されたが、担任や級友の受け入れも良く特に困ることもなく学校生活を送ってきた、という経過が分かった。

生徒が希望していることから、本人と保護者で近くの精神科医を受診した。「アスペルガー症候群に加え、抑うつ状態」という診断で薬による治療が開始された旨、保護者から連絡があり、更に、数人の男子生徒から言葉によるいじめを受けていたことも分かった。

学校での対応を考えるため、生徒と保護者の了解を得て、担任と養護教諭が診察に同席し、主治医から説明を受けた。主治医から学校での対応として、①人数の多い集団が苦手なので保健室を安心できる居場所として使用できるよう配慮すること、②予測や段取りが不得手なので提出物は期限を明示し提出を促すこと、③人とのやり取りが苦手な、級友の冗談や相手の感情を察しにくいので、いじめの被害を受けないように見守ってほしいことなどを依頼された。

担任は、生徒へなるべく具体的かつ肯定的な表現で指示をするようにした。進級によるクラス替えの際は、生徒の状況をよく理解している現担任が受け持つこととした。養護教諭は翌年には転勤したが、生徒への支援方法について後任に引き継いだ。その結果、生徒も次第に学校生活が楽しいというようになり、主治医が薬による治療を中止した後も、元

気よく登校でき無事に高校を卒業した。

## ②まとめ

アスペルガー症候群の生徒が、障害を背景にした不適応から抑うつ状態に陥り、欠席がちとなったが、精神科で抑うつ状態の治療を受けながら、主治医の助言に基づいた支援を学校で行った結果、無事に高校生活を終えることができた事例。

### 事例 27 高校合格が決まった直後から不登校になった事例／高校1年女子

中学校から、学習や部活動に熱心に取り組んでいたが、高校の推薦入学が決まった翌日から突然不登校となった。高校入学後の登校状況に気を付けてほしいと申し送りがあり、高校1年の担任は入学直後から登校状況や友達関係などに気を付けていた。1学期の間、欠席が見られなかったが、毎日母親の送迎が必要な様子であった。2学期に入り、風邪で数日欠席した後、回復しても登校しようとせず、「学校は辞める」と家で言っていることが分かった。

## ①対応と経過

保護者に様子を尋ねると、学校では何か嫌なことがあったわけではないが、もう行かないと言い続けて部屋にこもっているとのことだった。クラスではどちらかという学習に熱心で落ち着いた印象の生徒だったので担任は驚いた。担任が母親と連絡を取り、養護教諭が面談を行うこととした。母親からは、小、中学校ではずっと、模範的な優等生と評価されたこと、家庭では喜怒哀楽を表さない子どもだと感じていたこと以外に問題なかったことが報告された。また中学校からの申し送りでは、高校進学と関連した行事のときに登校を促すとスムーズに登校したことや、登校によって調子を崩したことはなかったとのことであった。

生徒と面談すると、「もともと学校は大勢人がいるので嫌いだった。勉強は好きだ。一人で居る方が落ち着く。このような自分の本当の気持ちを話したのは初めてである。」などと語った。保護者の勧めで精神科を受診し、“うつ傾向”と診断されて薬を飲み始めたことも分かった。家庭では自分の好きなことをしながら快適そうに過ごし、学校に行かないことを悩む様子はなく、このまま不登校が長期化することが予想された。担任は、まず教育相談部に本人の対応の検討を求めた。

担任、養護教諭、学年主任等で話し合った結果、生徒への支援方法を考えるため、保護者と本人の了解を得て、養護教諭が主治医を訪れて助言を求めることにした。

主治医は、「今回のうつ状態は発達障害を背景とした不適応が原因であろう。アスペルガー症候群のように目立たないが広汎性発達障害（特定不能型の広汎性発達障害）と診断できる。登校に関する明確な目標を呈示した上で登校を促すことが望ましい。」と助言した。そこで担任は、生徒に大学受験の意志があることを確認した上で、高校での単位取得には必要な出席日数が定められていること、自分で単位を取るための出席スケジュールを作り、

それが達成できたか担任とチェックすることとし、登校を再開することにした。その後は問題なく登校し、2年生へ無事進級できそうなことが分かると本人は嬉しそうにした。

## ②まとめ

小・中学校時代には周囲から模範的な子どもと受け取られてきたが、高校進学と関連した不登校の出現を契機として受診に至り、本人の発達障害に関係者が気付くことで、適切な方法で不登校の問題を解決できた事例。

### <コラム：引きこもり>

不登校状態で安定し、不登校が長期化して引きこもりの原因となることもある。学校で、模範的な優等生と評価される生徒が、突然、不登校になると、一般に、頑張りすぎてエネルギー切れになったのだから、少し休んでエネルギーが溜まったら登校するだろうと判断されるケースが多い。しかし、登校へのきっかけや次の目標が自分で見出せないことで、引きこもってしまう場合もある。問題が見えにくい生徒の不登校の場合は、発達障害の可能性も含めた広い視野で生徒をとらえるように心がけたい。

特定不能型の広汎性発達障害のように気付かれにくい障害のある子どもの場合には、家族関係だけでなく、前籍校と連絡を取るなどの情報収集により、子どもの特性の理解を進めていくことで、不登校へ介入することができる場合もある。

できれば、保育所や幼稚園など初めて集団場面に参加した時期からの同年齢との対人関係やコミュニケーション能力などの情報を正確に把握することが有効である。それらを基に、児童精神科への受診を通してその子どもの特性を発達の視点から総合的に理解した上で、本人に応じた対応を取ることが不登校改善や引きこもりの予防につながる。

## （3）虐待と性被害

### 事例 28 学校外で性的被害を受けた事例／小学6年女子

明るく活発で勉強も委員会活動も一生懸命に取り組み、4年生から習い始めた武道の稽古は特によく頑張っていた。6年生の秋ごろから、腹痛や頭痛で保健室を利用することが多くなり欠席も増えてきた。一人で本を読むことが多くなり、友達との会話は次第に減っていった。

#### ①対応と経過

養護教諭は保健室の利用が多くなったこと、友達と話さなくなったことなど児童の様子がおかしいので担任に相談したところ、担任も授業中に児童がぼんやりしていることがあることを思いだした。そこで、担任は保護者に連絡し自宅での様子を聞いたところ、「初経を迎えた後から体調不良を訴えることが多くなった。気長に見ていいと思っている。」と言われた。担任は、児童の様子に注意しながら、他の教員とも情報交換を継続することにした。

冬休み前になり、腹痛で保健室に来室した児童に養護教諭が生活習慣などを尋ねると、中学生になったら武道の稽古は辞めたいけど、辞めるとお母さんが残念がる。稽古のとき、

先生は私が強くなるために特別に面倒を見てくれているのだから。」と急に顔を伏せ泣きだしてしまった。養護教諭は、稽古場でトラブルが何かあったと考え、悩んでいることがあるなら先生に話してみない？と問いかけたところ、武道の指導者から性的暴行を加えられていたことを打ち明けられた。本人からの告知を受けた養護教諭は、あなたを守るためには、他の人の助けを借りることが必要であると説得し、児童から母親に事実を伝えることの詳細を得た。管理職や担任には、本人が同意した範囲で対応に必要な内容のみを伝えることを確認した。

養護教諭はすぐに管理職に相談し、校長から保護者に連絡をした。保護者は、悩みながらも本人を交えて十分に話し合った結果、警察へ通報することにした。また、児童の精神面のケアを目的として、児童精神科を受診することにし、また専門機関（犯罪被害者支援センター）で対応してもらえるように、保護者が警察に要望した。学校では、教職員に対して管理職から事件があった事実のみを伝え、周囲の児童にうわさが広まったり、本人が嫌な思いをしたりすることがないように十分配慮をした。その後、保護者から管理職、担任、養護教諭に児童への支援状況の説明がなされたことを受けて、毎週、養護教諭が保健室で個別に面談して様子を尋ねるなど、校内での連携を保ちながら継続的に児童の支援をすることと母親との相談を定期的に行うこととした。

## ②まとめ

教職員が毎日の健康観察をもとに児童と関わったことで、本人が性被害を養護教諭に告白し、問題解決に歩み始めることにつながった事例。

## ③健康観察のポイント

# 性被害に気付くことは難しいことが多いが、日常の健康観察の中で理解しがたい様子が見られた場合、その可能性に留意する必要がある。

### <コラム：性的被害>

性的被害は、体だけではなく心理的に深く傷ついているため、対応は慎重に進めなければならないが、PTSDを発症する事例が極めて多く、性的被害者のケアは、できるだけ早期に専門家につなぐことが大切である。また、事情を知った関係者が、問題の深刻さのため、二次的に精神的不調（うつ症状など）を来すことがあり、その場合にも専門家によるケアが必要である。

性的被害を受けた場合、警察へ被害届けを出すことに本人・保護者がちゅうちょする場合があるが、警察では犯罪被害者支援の取り組みがあり、（被害者が女子の場合）婦人警官が対応するなど、被害者の心理状態に配慮した体制が取られていることを十分説明するようにしたい。



## 事例 29 理由なく遅刻や早退が見られた事例／中学2年男子

入学時から単独で行動することが多く口数の少ない生徒で、週に2～3回は遅刻や早退があったので担任は気にかけていた。学年会や教科担当者との情報交換を行ったところ複数の教員から、日によって授業中の態度が大きく変わる、おとなしいが妙に印象に残る、何を考えているか分からないがイライラしている様子があるなどのことが分かった。

### ①対応と経過

担任が折を見てそれとなくクラスのことや日ごろの生活について尋ねると、「クラスは嫌ではないが一人の方が楽。時々理由もなくイライラし、夜眠った気がしないときがある。」と硬い表情で答えたため、養護教諭に伝え、生徒が保健室を利用したときに時間を取って話を聞いてほしいと依頼した。

養護教諭との面談では、家にいるとイライラして、親をどうにかしたいと半年くらい考えている。小学校では担任に相談し、気持ちが落ち着いていたけど、最近、友達の家と比べ、俺の家は普通じゃないと分かったと両親からの虐待について話し始めた。「父親からはささいなことですぐに殴られ、機嫌が悪いと蹴りも入る。(養護教諭は生徒の腕や脚に暴力を受けたアザを確認した。) 母親は、暴力を振るわないが、父親の暴力を止めてくれず、一緒になって罵声を浴びせる。食事や洗濯など身の回りの世話をしてくれることはなく、時々渡されるお金で弟と弁当や菓子を買っている。家に帰っても親の帰宅が気になり、布団に入ってじっと寝たふりをするが、両親は喧嘩も多く何が起こるか不安でゆっくり眠れることはない。」とポツポツと話した。「父親から暴力を受けるのは自分が悪いからで、母親の叱責も自分がきちんと家事をしていないからだ。」と両親をかばい自分を責めることで話を終えた。

養護教諭は、生徒の安全が確保されていない段階なのでこのような発言が出てきていることを考慮した上で、①生徒自身が悪いのではないこと、②家庭状況を改善して安心して生活ができることが大切なこと、③家庭状況を解決するために専門の相談機関に相談する必要があること、④相談することで生徒自身が守られる等のことを説明した。生徒は、現状を改善するための支援を受けたいとの気持ちを示した。そこで、支援を進めるために担任と管理職に今の状況を説明する必要があると伝え、本人の了解を得るとすぐに担任に伝え、管理職に報告した。管理職から児童相談所に通報し、関係機関が集まる会議が招集された。会議には生徒の中学校の関係者に加え、児童相談所、生徒の弟がいる小学校の関係者、地域の民生児童委員も加わり、今後の対策を話し合った。

その後、生徒の希望で児童相談所の担当者との面接場所を学校とし、初回面接が行われた。管理職・担任・養護教諭には担当者から、①虐待を両親から兄弟ともに受けている、②児童養護施設の説明を生徒にしたこと、③生徒は養護教諭を信頼している等の説明を受

け、児童相談所との対応窓口を養護教諭として進めていくこととなった。

生徒の心のケアは、児童相談所の精神科医や臨床心理士が担当し、学校での対応については、養護教諭が教育相談部会において児童相談所からの助言を教職員に周知した。家庭状況への介入が児童相談所からなされ、保護者面接や生徒の一時保護（施設入所）についての話し合いが進んでいる。

## ②まとめ

生徒が助けを求め、養護教諭や児童相談所に相談できたことで支援体制を整えることができた事例。

## ③健康観察のポイント

# 虐待に気付くきっかけとしては、本人からの告白のほか、表情が硬い、心を閉じて人を寄せ付けない、感情表現が乏しい、イライラして落ち着かないなどの様子が重要である。

# 理由の明らかでない遅刻や早退、欠席が続く場合、虐待をはじめとする家族の問題を念頭に置くようにする。（\*「養護教諭のための児童虐待対応の手引」H19.10 文部科学省 参照のこと）

### <コラム：身体的・心理的虐待>

子どもが登校しない場合には、一般的な不登校か虐待により登校できていないのかを見極める必要がある。虐待の発見には、暴力を受けたアザや火傷の痕など以外に、基礎疾患がないのに体格が子どもの年齢の平均より小さく、発育不良であることや全身の衛生状態（お風呂に入っていない、衣服が洗濯されていないなど）にも注意して観察することが大切である。

虐待を受けている子どもには、①本人は何も悪くないこと、②安全で安心できる生活を取り戻さないといけないこと、③相談することで本人は守られることをはっきり伝え、子どもが安心して自分の体験を話すことができるように配慮する必要がある。母親も夫から暴力を受けていることが判明したときには、母親の安全を確保するため、配偶者による暴力防止法による相談機関（配偶者暴力相談支援センター、女性相談センター等）へ結び付けるようにする。

## 事例 30 家に帰りたがらない女子生徒の事例／高校1年女子

入学以降、遅刻や欠席が目立つため担任が保護者に連絡を試みるが、連絡が取れずにいた。授業中は、真面目に取り組んではいたが、宿題や予習などはほとんどしてこなかった。中間テストも特に不得意科目の点数が悪く、自宅での学習が足りないと担任は考えていた。部活動には所属しておらず、特定の男女8名程と一緒に楽しそうに行動している場面を見かけていたが、時々暗い表情をしていることが気になっていた。

### ①対応と経過

入学以降、担任が保護者に何度か連絡していたが6月に初めて母親に連絡が取れた。母親は、子どもが4月下旬から家に帰って来ていないと言い、学校にも行っていないと思っ

---

ていたようだったが、心配している様子は感じられなかった。担任が生徒を呼び、母親との電話のことを伝えると、何人かの友達の家に行っていた。学校はきちんと来るし自宅にも帰るよと言うが、家庭のことは話したがらなかった。担任は、遅刻や欠席が目立つことを心配していた養護教諭に母親との電話内容と本人が家に帰っていない状況を伝え、生徒から保健室でゆっくり話を聞いてもらうことにした。

放課後、保健室に来室した生徒は養護教諭に、「家には帰りたくない。入学式は祖父母が来てくれた。」と語り、急に震え泣き出した。養護教諭は、生徒が虐待を受けているのではないかと疑い、管理職にそのことを報告した。更に詳しい状況を聞くと、小学3年から父親の性的虐待を受け、5年のころ、母親に打ち明けたが怒られた。自分の部屋をもつことで虐待から逃れ忘れるようにしていたが、中学2年のころから母親が妹には食事の準備をしても自分には作ってくれなかったり、無視されるようになったりしたので、友達や祖父母のところに泊りに行くことが増えたと話した。生徒の話から、生徒にとって祖父母の存在が大きいと考えられた。父親を避けることで母親からは怒られ、ときには食事を作ってもらえなかったこと等は、祖父母には話せていたようだった。

このような状況を改善するために適切な機関に助けを求めた方が良くと生徒に説明すると、了承したため、管理職から児童相談所に通告すると同時に、児童相談所を交えた関係者による会議を校内で持ち、今後の方針について話し合った。校内では、担任と養護教諭が生徒に対応し、児童相談所との窓口は養護教諭が引き受けた。

養護教諭が本人との面談で、児童相談所に協力を求めることを説明すると当初はちゅうちょしたが、児童相談所の仕組みや協力を得ることが本人のためであることを生徒に十分説明したことで納得することができ、児童相談所の精神科医や臨床心理士との面接が行われている。また、児童相談所で保護者や祖父母の面接が進み、生徒の状況改善に向かって話し合いがなされている。養護教諭は、しばらく祖父母の下で生活することになり家を離れるが大丈夫であることを生徒に伝え、担任と養護教諭が生徒の学校生活が安定するように学習状況やメンタルヘルスに気を配っている。

## ②まとめ

父親からの性的虐待と母親からの心理的虐待とネグレクトがあり、高校に入学するまで子どもなりに耐えていたが、家出により状況を変えようとして告白に至り解決に向けての支援が開始された事例。

## ③健康観察のポイント

# 性的虐待の発見は難しいことが多いが、家を嫌がったり男性を避けたりする等の行動が見られた場合、その可能性に留意する必要がある。（「養護教諭のための児童虐待対応の手引」H19.10 文部科学省 参照のこと）

**事例 31 性被害に遭遇した事例／高校1年女子**

普通に高校生活を送っていたが、突然、登校しなくなった。母親からは、体調が優れないので、しばらく休ませるというあいまいな連絡のため、担任は状況を把握しかねていた。

**①対応と経過**

数日後、母親から担任と2人だけで内密に相談したいという連絡があった。面談で母親は次のような事件があったことと、事件後の本人の様子について話した。「休み始めた日の前日、2人の男に襲われ、車中で乱暴された。帰宅してから泣きじゃくるばかりで何も話さない。仲良しの姉が辛抱強く寄り添ってようやく出来事を聞きだしたが、『父親には知らせないでほしい。家の外の誰にも話さないでほしい。』と言い。自室に閉じこもっている。夜は怯えた様子で眠りが浅い。テレビを見ようとしない、ソファでうたた寝しているときに叫び声をあげることがある。ボーッと声をかけても返事のないことがある。以上のような状況であり、どうしたら良いか、ただだれと相談すれば良いのか分からない。」と述べた。

担任は、校長と相談し、母親からの相談窓口を担任と養護教諭とするように指示を受けた。担任、養護教諭、母親の三者で精神科医を訪れることとし、対応方法について助言を受けた。精神科医からは、性暴力被害を原因としてPTSDを来すことは極めて多く、事件のことを繰り返し突然思い出して苦しむほか、不眠や不安・抑うつなどの症状が見られるため、専門家による治療が必要なことが説明された。警察への届け出は、本人が強く拒否するため保留した。

担任は、本人の様子について母親から定期的に報告を受けた。事件から3か月後、不眠を治すために精神科医を受診した。事件と関連した問題については主治医に任せ、時々、担任と養護教諭が本生徒の回復状態について主治医から説明を受けるという方針で対応することにした。

半年後には少し元気になり、友達や学校の話題が出るようになった。その後、親友と担任が家庭を訪問したところ、本人も姿を現して会話をした。本人は留年して4月から1年生を繰り返したいと述べた。それまで、担任と友人が時々本人に会いながら経過観察し、翌年の新学期に備えた。

**②まとめ**

性暴力被害に遭遇した女子高校生を、専門家と連携を図りながら本人の気持ちの回復を待って登校へと支援していった事例。

**③健康観察のポイント**

# 性暴力被害者は高率でPTSDを発症する。

(参考資料2(子どもの心のケアのために－PTSDの理解とその予防－)を参照のこと)

## 主な疾患等の解説

## 1 主な身体疾患等

## (1) 一般的な身体症状と身体疾患

心理的な問題が原因で子どもが体の不調を訴えることはまれではないが、身体疾患が症状の原因であることももちろん多く、更に体と心の問題が両方とも並存していることもある。たとえ心理的な問題が疑わしいと思っても、まずは身体疾患の有無を調べてみるのが基本である。

以下に一般的な身体症状と関連する主な身体疾患について説明する。

## ①頭痛

感冒（かぜ）などで熱があるとき、しばしば「頭が痛い」と訴える。一時的な頭痛は休息をとるなど一般的な対処でよいが、ときには慢性的に頭痛を訴える場合もある。片頭痛、緊張型頭痛などの慢性頭痛のほかに、髄膜炎、脳腫瘍などの頭蓋内の脳に関連する病気や、副鼻腔炎、眼の疾患、三叉神経（顔の知覚神経の神経痛）痛など、脳以外の頭部の病気も考えられる。

頭が痛いという訴えのほかに、発熱、おう吐、けいれん、行動の異常などが伴うか注意して観察する。

## ②腹痛

腹痛も子どもによく見られる訴えである。多くの場合、ウイルスや細菌による胃腸炎が原因で、発熱や下痢、おう吐を伴いやすい。ウイルス性胃腸炎は地域流行することが多いので、その情報も参考になる。胃腸炎のほかに、虫垂炎など腹部の臓器の炎症や消化性潰瘍（胃潰瘍や十二指腸潰瘍）、や膀胱炎などの腎臓や膀胱の病気、月経困難症、アレルギー性紫斑病（皮下出血、腹痛、関節痛、腎障害を起こす）など、腹痛を起こす身体疾患の種類は多い。

発熱、便の様子（下痢、便秘、血便など）、おう吐、長く続く場合には食欲、体重減少などに注意する。

## ③せき

風邪などで一時的にせきが出ることが多いが、せきが長く続くときには鼻や喉、気管、肺など空気の通り道（気道）の炎症や異物の存在、あるいは気管支ぜん息などを考える。発熱、分泌物や（ヒューヒュー、ゼロゼロという呼吸音）の有無に注意する。百日咳では激しいせきが数か月続くのが特徴である。気管支ぜん息では、埃、臭気、冷氣などにさらされることや運動が引き金になることがある。また、天気、気候、季節の影響を受けることもある。

**④頻尿**

不自然なほど頻回の排尿を認めるとき、水分を飲む量や尿量に注目する。尿量が多いとき（多尿）は糖尿病、尿崩症（ホルモンの異常で尿の量が多くなる）が、尿量が正常のときには膀胱炎が考えられる。心因性の頻尿は通常、就学前から低学年の子どもに多い。

**⑤関節痛**

成長途中の関節に運動の負荷がかかり過ぎると、関節を形作る軟骨や腱が傷つくスポーツ障害（リトルリーグショルダーやテニス肘など）、オスグッドシュラッター病などの骨端症（骨の端の一部が損傷する）が起こることがある。関節の痛みがすぐに治まらないときには注意が必要である。

**⑥湿しん**

アレルギー体質が関係していることが多いが、そのほかに、皮膚をこするなどの物理的刺激や皮膚に何かがつくことによる化学的刺激が原因となって湿しんが生じる。原因が何であれ、汗や皮膚の汚れや、かきむしることにより湿しんは悪化するので、皮膚の清潔を保ち刺激を避けるように心がける。

**（2）子どもによく見られる感染症**

ウイルス疾患には麻しん、風しん、水痘、流行性耳下腺炎など潜伏期間が比較的長いものが多く、最初の発症者が出てしばらくたってから二次感染者が発病することに注意が必要である。地域の流行情報に注目すると早期発見がしやすい。

**①インフルエンザ**

インフルエンザウイルスによる伝染性疾患である。潜伏期間は短く1～3日。突然の発熱と全身倦怠感、筋肉痛など全身症状が特徴的で、喉の痛みなどを伴う。約1週間で治る。抗ウイルス剤の投与を受けることがある。肺炎などの合併症が多いが、頻度は少ないものの重要な合併症に脳症がある。解熱後2日まで出席停止。

**②麻しん（はしか）**

麻しんウイルスによる伝染性疾患。潜伏期間は約10～12日である。38℃台の発熱、せき、鼻汁、めやに、目が赤くなる。発病したときには特有の発疹は見られず、数日間高熱の後に全身に赤い発しんが現れる。発しんは治った後もしばらく赤黒く残ることがある。中耳炎、気管支炎、肺炎などの気道の合併症が多い。解熱後3日を経過するまで出席停止。

**③水痘（みずぼうそう）**

潜伏期間は約14～16日である。全身の皮膚に、中心に水疱をもった赤い発しんが出て、水疱が破れた後、赤黒いかさぶたができ、やがてかさぶたもとれる。かゆみを伴うことが多い。発熱はあることもないこともある。抗ウイルス剤の投与を受ける場合がある。すべての発しんがかさぶたになった時点で登校可能となる。

#### ④風しん（三日ばしか）

潜伏期間は14～21日位である。せきや鼻汁があり、全身の皮膚に淡い紅色の発しんが見られる。首や耳の後ろ、後頭部のリンパ節が腫れる。発熱することもある。発しんが消えれば登校可能で、通常2～4日位で治る。妊娠初期にかかると、胎児に先天性風しん症候群（CRS）を起こす危険性がある。

#### ⑤流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）

潜伏期間は12～20日位である。だ液を作る器官（耳下腺、顎下腺、舌下腺の三種類のだ液腺、頬や顎の下にある）が腫れて痛む。通常、顔の下半分が腫れるが、顎の下のだ液腺だけ腫れることもある。髄膜炎、難聴の合併に注意が必要である。腫れと痛みが消えれば登校可能となる。

#### ⑥咽頭結膜熱（プール熱）

アデノウイルスによる伝染性疾患である。発熱、喉の痛み、結膜の充血などを認める。潜伏期間約5～7日。出席停止は主な症状が消えた後2日経過するまで。

## 2 主な精神疾患等

主な精神疾患等については、理解しやすいように疾患等についての基本概念、症状、治療方針と関係者の対応に分けて解説する。

### （1）主な精神疾患

#### ①統合失調症

##### ア 基本概念

青年期に好発する代表的な精神病であり、幻覚や妄想が主な症状である。約120人に1人という高い割合で発症する。以前は治りにくい疾患と思われていたが、早期治療と適切なケアにより3人に1人は治癒し、完治しなくても治療を受けながら復学できるケースも多い。

##### イ 症状

代表的な症状は、「幻覚」と「妄想」である。幻覚には「悪口やうわさ話が聞こえる」などの幻聴が多いが、幻視、幻嗅、幻味、幻触のこともある。幻聴には、はっきり声として聞こえるもの、頭の中で聞こえるものなど様々なタイプがある。代表的な妄想は、被害妄想（「自分が秘密組織に狙われている」等）と誇大妄想（「自分は神の生まれ変わりだ」等）である。「周りの人が自分をジロジロ見る」、「通行人が自分をあざ笑った」、「店員が自分を無視する」など身の回りの出来事を必要以上に自分と悪く関係付ける「被害関係念慮」という症状もよく生じる。

統合失調症のなかには幻覚や妄想がなく、日常生活が徐々にだらしなくなり、独語（ひとり言）や空笑（ひとり笑い）が出現し、部屋に閉じこもるといった形の症状や、短期間の

うちに急激に支離滅裂（つじつまの合わないことを口にする）となり、興奮して行動がまとまらなくなるという急性錯乱で発症することもある。ただし、最近では統合失調症の症状が軽症化していると言われており、何となくぼんやりするようになった、口数が減った、成績が下がったなどが初期症状のことがある。統合失調症を発症した多くのケースが不眠傾向に陥る。

### ウ 治療方針と関係者の対応

早期発見、早期治療が最も重要である。最初は、抗精神病薬を用いて幻覚や妄想、興奮や緊張、睡眠障害などを治療する。治療薬は年々進歩しており、以前より副作用が軽減し、治療には必要不可欠である。家族が最初に発症に気付くことが多いが、綿密な健康観察により、学校でも子どもの様子の変化をとらえ、早期の段階で異変に気付くことができる場合もある。治療開始後は、家族ときめ細かに連絡を取り、病状や治療薬に関する情報を把握しておくことが大切である。治療により一旦症状が改善した後でも、軽微なストレスで容易に再発や悪化をすることがあるため、復学に当たっては長期にわたる支援計画と継続的配慮が求められる。

## ②気分障害

### ア 基本概念

うつ状態だけが認められる「うつ病」、うつ状態と躁状態の両方が現れる「双極性障害」（以前は“躁うつ病”と呼ばれた）の2つが気分障害の代表である。気分障害では、心の働きのうち、「気分」「思考」「意欲」の3つが変調を来す。例えばうつ病では、憂うつで（気分の症状）、頭の働きが低下し（思考の症状）、やる気が出ない（意欲の症状）という形をとる。

子どもがうつ病になることは一般にも知られるようになったが、“元気がない＝うつ病”ではないことに注意する必要がある（理由のはっきりした一時的な落ち込みはうつ病ではない）。また、子どもには、うつ病に劣らず双極性障害が多いことが指摘されつつある。更に、子どもがうつ状態に見えるとき、「うつ病」であるよりも、他の疾患や障害（虐待、PTSD、アスペルガー症候群など）が基盤にあることが多い。

### イ 症状

うつ病の症状は、憂うつな気分、集中力の低下、意欲の減退、疲れやすさ、不眠、食欲の低下、自責的で悲観的な考えなどである。躁病の症状には、爽快な気分、頭の働きが速くなる、体が軽く何でもできそうな感覚、自信が湧いてくる、楽観的な考え、睡眠時間が短くても疲れを感じず活動するなどがある。気分障害には睡眠障害を伴うが、うつ病では早朝覚せい、双極性障害では過眠（うつ状態）か不眠（躁状態）の形を取ることが多い。また、子どもの場合、うつ病、躁病のどちらでもイライラや混乱が出現しやすく、そのときにリストカットを行うことがある。

双極性障害では、重い躁病よりも軽度な躁状態（軽躁病）が見られることが多いため、



---

単に“テンションが高い”と受け取られ、病的には見えないことがある。しかし、躁状態では、上機嫌だけではなく、ささいなことで怒り発作が誘発され、家族やクラスメートとのトラブルに発展することもある。また、子どもの場合、躁状態とうつ状態の両方が1日の中で交代することや、一時的に幻覚（主に幻聴）が出現することもある。

気分障害のある子どもには不安症状（強い場合にはパニック発作）が多いこと、注意欠陥多動性障害（ADHD）、アスペルガー症候群などを併せ有することが少なくない点にも注意を要する。

### ウ 治療方針と関係者の対応

何よりもまず正確な診断が必要である。その最大の理由は、うつ病の治療法と双極性障害の治療法とは異なり、診断を誤ると症状が悪化する危険があるためである。そのため、学校で気分障害が疑われた場合は、専門医への受診の必要性を保護者に適切に勧める必要がある。

大人と子どもでは症状の現れ方が異なるため、専門医を受診することが大切である。学校では、抑うつ症状、軽躁病の症状、朝と午後での気分の変動、イライラ、パニック、周期的にリストカットやトラブルが起きやすいかどうかなどに注目した健康観察が早期発見にとって重要である。

## ③強迫性障害（OCD）

### ア 基本概念

強迫性障害とは、「強迫観念」あるいは「強迫行為」という症状によって生活に支障が生じる疾患である。強迫観念とは、不潔に対する過剰な心配のように、考えたくないにもかかわらず繰り返し頭に浮かぶ症状を指し、強迫行為とは、必要以上の戸締まりの確認のように、やめたいと思いつつも行動を繰り返さずにはいられない症状をいう。子どもの場合、自分の症状に対して苦痛や抵抗を感じず、自分から辛いと訴えないことがある。

強迫性障害は、家庭環境や学校での出来事が発症の引き金となることはあるが、それらは根本的原因ではない。また、本障害に見られる強いこだわりは、単なる神経質、性格や習慣の問題ではないことを頭にとどめる必要がある。

### イ 症状

強迫観念には、汚れやばい菌などに関する心配（不潔恐怖）、物をぴったりと並べたいという欲求、将来使うかもしれないという不安から物を捨てられないなどがある。強迫行為には、長時間にわたり手を洗う、戸締まりを必要以上に繰り返し確認する、何度も敷居をまたいだり戻ったりするなどがある。

典型的な例では、手にばい菌がついて病気になることを心配する強迫観念が出現し、その不安を打ち消すために手洗いを繰り返すという強迫行為が始まり、手洗いを止めると不安が更に高まるため強迫行為が習慣化するというパターンを取りやすいが、子どもでは最初から強迫行為が出現することがある。子どもの場合、症状に伴って、自分の手がきれい

かどうか親に何度も確認したり、掃除や入浴の手伝いをさせたりするなど、家族を巻き込むケースが多い。

### ウ 治療方針と関係者の対応

強迫症状は改善に時間を要することが多く、放置すると悪化して身動きが取れなくなることもあるため、本障害が疑われたら児童精神科を早期に受診する必要がある。家庭と学校では症状が大きく異なることが多いため、学校では強迫症状より、遅刻や体・身辺の様子（洗い過ぎによる手荒れ、あまり入浴してないなど）から気付かれやすい。有効な治療法の代表は、薬（抗うつ剤）で症状を軽減しながら、強迫症状を制御するための行動療法（暴露反応妨害法）を行う方法である。その際、家庭や学校における不安が少しでも軽減するような環境調整は治療の促進に役立つ。

周囲の対応としては、「症状」であることを充分理解して無理な要求を避け、本人が症状を持ちながらもできていることを認めることで自信と治療への動機付けを高めるような支援が望まれる。症状の治療と同時に、症状に伴って生じた親への依存や巻き込みを解消し、健全な精神発達が阻害されないよう、保護者と連絡を取り合いながら生活指導を行っていく必要がある。

## ④摂食障害

### ア 基本概念

摂食障害は、一般に拒食症・やせ症、過食症の通称で知られるが、正式には、前者は「神経性無食欲症」、後者は「神経性大食症」である。神経性無食欲症は、中学生・高校生（まれに小学生）でも発症するが、神経性大食症の発症は20歳代が多い。両者とも女性（特に都会）に多く、前者から後者に移行することがあり、拒食のみより、拒食と過食を併せもつ方が回復に時間を要する傾向がある。

食事以外に対人関係の問題も見られるケースでは、境界性パーソナリティ障害やアスペルガー症候群などが摂食障害の背景に存在することがある。

### イ 症状

神経性無食欲症の症状は、第1に体重減少（標準体重の85%以下）、体重が増えることや肥満への恐怖、体型への過剰なこだわりや自分がやせていることの否認、無月経（女子）などである。これらに加え、食べた物のおう吐や下剤の使用が見られることもある。神経性無食欲症の中には、夜中に目覚めたときなどに発作的に過食するケースがある。

神経性大食症の症状は、過食が止められないこと、体型を強く気にすること、体重増加を防ぐためのおう吐や下剤の使用などである。過食だけを繰り返す場合には体重減少はない。過食の直後、自分の手を口に入れておう吐すること（自己誘発おう吐）が習慣化している場合、手背にいわゆる“吐きダコ”ができやすい。

### ウ 治療方針と関係者の対応

神経性無食欲症の場合、放置すると症状が悪化することが多く、専門医を受診する必要

---

がある。体重減少が著しいときは生命の危険があり、必要に応じて内科医（小児科医）による身体機能のチェックが求められる。多くの場合、予後は悪くないが、ときに自殺の危険性があることを忘れてはいけない。

一般に治療への動機付けが難しく、本人は自分の意志で食事を制限しており、それが病的であるとは感じていない。そのため、治療関係をじっくりとつくり上げる中で、病識と治療意欲の確立を目指すことが多い。行動療法を中心として、精神療法を平行して行う方法が治療の基本である。治療の指標として、計測して数値化できる体重と体形、内科的検査が有用である。

学校では、神経性無食欲症は体重測定によって気付かれやすいが、神経性大食症は分かりにくく、親しい友人や家族からの情報で初めて異変に気付くことが多い。食事の症状について知られたくないと思う子どもが多いため、学校では養護教諭が定期的に面接を行うなど、担当者を固定することが望ましい。

また、保護者（特に母親）の対応方針が大きく影響するため、必要に応じて、保護者が専門医と相談したり、保護者の不安をスクールカウンセラーが受け止めて助言したりするなどの体制が求められる。学校生活上、特別の措置を必要とする場合は少ないが、治療過程で様々なアクシデントが起きることがあるため、学校と保護者が綿密に連絡を取り、本人の状況を常に把握しておくことが重要である。

## ■ (2) 発達障害とその関連障害

### ① 広汎性発達障害

#### ア 基本概念

広汎性発達障害は、コミュニケーションをはじめとして人との自然なやり取りや交流に困難を生じる「対人相互的反応の障害」と、限られた事柄にのみ過度に没頭したり同じ行動パターンを繰り返したりする「強迫的傾向」の2つが大きな特徴である。

広汎性発達障害の中にはいくつかの下位診断が含まれており、上の2つの特徴に加え、言葉の発達に明らかな遅れがある場合には、「自閉症」と診断し、遅れがない場合には「アスペルガー症候群」と診断する。同じような特徴が軽度に見られる場合には、「特定不能型の広汎性発達障害」と診断する。いずれも、障害が日常生活に著しい支障を来すような場合にのみ診断されるため、診断名がついているということは、本人に支援が必要であることを意味している。広汎性発達障害のある人の割合は人口の1～2%程度に及ぶのではないかとの報告もある。

支援の必要な子どもの保護者に同じ障害が認められる場合もあることから、その保護者自身の認知特性に配慮して支援のためのやり取りを進めていくことが肝要である。

## イ 症状

幼児期から特徴が現れていることが多い。対人相互性の障害と強迫的傾向の現れ方としては、視線が合いにくい、人見知りをしないか人見知りが激しい、一人で遊ぶ、コミュニケーションがとりづらい、マイペース、変わったものを好む、同じ服や食べ物ばかりにこだわる、夢中になるなどがある。

それ以外にしばしば見られる特徴として、パニックへの陥りやすさ、感覚過敏（音、臭い、味、肌触りなど）、自律神経機能の問題（便秘と下痢を繰り返す、温度や湿度への反応が通常とは異なる）、身体や手指の動作がスムーズではなく不器用となりやすいこと（発達性協調運動障害）、ADHDに類した多動や注意持続の困難などがあげられる。

以上の特徴とともに、良好な記憶力をはじめとする優れた技能をもつ子どもがしばしば見られるが、その反面、学習障害を併せ有するケースも少なくない。

## ウ 治療方針と関係者の対応

学校での集団生活になじめない子どもやパニックを起こしやすい子どもの場合、しばしば養育や家庭環境の問題、わがまま等と誤解されやすい。何よりも重要であるのが、子どもが広汎性発達障害があることに気付き、関係する教職員が障害の特性を十分に理解し、それに応じた支援を行うことである。自律神経機能など身体面でも配慮を要する特徴を有するため、なるべく早期の段階で児童精神科を受診することが望ましい。

学校における支援で重要となるのは、本人に無理のない範囲で、学校生活への参加を通じて対人的能力と社会性の向上を目指すことである。その際、教職員の本障害の理解に基づく対応を行うことに加え、クラスの生徒が落ち着いて授業を受けたり行事に参加できる状態をつくることが重要である。その上で、個々の子どもに応じた特別支援教育の体制を築く必要がある。

## ②学習障害

### ア 基本概念

何らかの脳機能障害が原因で、学習に必要な基本的技能（聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する能力）の習得や使用に、年齢、知能、学習量から予測される以上の困難が生じる障害を指す。学習障害は、全般的な知的障害による学習の遅れ、視覚・聴覚など感覚器の障害、注意集中の障害、学習に対する意欲や姿勢の問題などに由来する“学習困難”とは異なる。

### イ 症状

#### ①「聞く」、「話す」力の障害

言葉の発達に問題がある場合、程度が軽ければ日常会話にほとんど差し支えることはないが、学習には支障を来すので注意が必要である。語彙の数、文法、話の流れの中での意味のとらえ方など、言語機能の様々な領域の障害が「聞く」、「話す」力を阻害する。

#### ②「読む」、「書く」力の障害

---

文字を見て音に変えることが困難な場合（読字障害）は、音読がたどたどしく、読むことを嫌がることなどから気付かれることが多い。また、音読はすらすらできるが読解に問題が生じる場合もある。

読み能力に障害がある場合、「書く」能力も低下する（発達性読み書き障害）。平仮名の読み書き困難は、比較的軽くて目立ちにくいですが、漢字の読み書きは困難なことが多い。学習障害の中では、漢字の読み書きが困難である場合が多い。「読み」には問題がなく、文字の「書き」だけが困難な場合（書字表出障害）もある。誤った文字を使う、書くことを嫌がるなどの形で現れやすい。

### ③「算数」の力の障害

数の概念があいまいである、計算の手順が習得しにくい、算数的推論が難しいなどの障害を算数障害と呼ぶ。算数障害には、図形の視覚的認識や時間・距離などの量的把握の障害もある。

## ウ 治療方針と関係者の対応

まず、学習上の問題が学習障害以外の原因で起こっていないことの確認と、どの部分に障害があるかの検査が必要である。

対応は大きく分けて二つある。一つは、子どもの能力、年齢、モチベーションなどを考慮した上で苦手な技能を訓練することである。もう一つは、障害のある技能を使わずに学習内容を習得できるように工夫すること、例えば、「時間を多めに与える。初めての文章は読んで聞かせる。漢字に振り仮名を振る。計算手順を書いて参照できるようにする。場合によってはワープロ・計算機を利用するなどの方法が考えられる。

前者には特別な訓練が実施できる場が必要だが、後者は通常の学級でも可能な場合が多い。

学習障害のある子どもは、障害に気付かれないと、努力不足だと叱られたり、否定的な評価を周囲から受けたりした結果、周囲への劣等感や大人への不信感を抱いてしまい、不登校や抑うつ状態に陥りやすくなることがある。また、子どもが、学習障害だけでなく、注意欠陥多動性障害（ADHD）などを併せ有することは珍しくない。

## ③注意欠陥多動性障害（ADHD）

### ア 基本概念

①多動・衝動性、②不注意が基本症状である。①又は②、あるいはその両方がある、その症状が子どもの発達段階にそぐわないほど程度が強いこと、7歳以前から症状があること、教室と家庭のように異なる場面で認めることなどを満たすものをいう。広汎性発達障害や被虐待児でも、同様の症状が見られるが、他の原因が考えられるものは除外する。

### イ 症状

多動は、じっとしていない、落ち着きなく動き回る、教室などで席を離れる、いつも体のどこかが動いている、走ってはいけない場所で走り回る、静かに遊べない、しゃべりす

ぎるなどの症状で、低学年で目に付くことが多く、危険な行動に結びつくこともあるが、年齢とともに徐々に軽くなっていく。

衝動性は、質問の途中で答えてしまう、順番が待てない、他の人の会話に口をはさむなど抑制すべき行動を抑えることができないことで、他人に対して攻撃的という意味ではない。

不注意は、注意を払うことが苦手でケアレスミスを犯す、注意集中する時間が短い（途中でボーっと考え事をしている、外からの刺激に気を取られる）、精神的努力が必要な課題を避けようとする、課題を最後までやり遂げない、話しかけても聞いていないように見える、忘れ物、なくし物が多い、段取りを立てることが苦手などの症状である。

多動・衝動性と不注意を併せ有する混合型の頻度が一番高く、次いで不注意症状だけの不注意優勢型が多い。不注意優勢型の子どもは他人に迷惑をかけることが少なく目立ちにくいですが、情報を逃しやすいので学業、社会生活で不利が生じやすい。全体としては男子に多いが、女子では不注意優勢型の比率が高くなる。

#### ウ 治療方針と関係者の対応

気が散りにくいように座席の位置や教室内や黒板周辺のレイアウトを配慮するなどの環境調整と、ADHDの特性の理解に則った対処が必要となる。具体的には、指示や叱責を分かりやすく手短にする、叱責だけでなく適切な行動には賞賛をする、課題を短く区切る（短時間で完遂できる課題を工夫）、時々体を動かす課題をはさむ、紙に手順を書いておくなど、子どもの特性を観察しながら工夫する。提出物の順守、忘れ物、なくし物を減らすためには手助けをするなどの方法がある。

薬による治療を行っている子どもに対しては、薬の効果によって子どもの活動に影響を与えることが予測されるので、保護者と連絡を取ることが大切である。

### ④チック障害

#### ア 基本概念

チックとは、顔をしかめたり肩をすぼめるなどのように、突然起こる、素早く、ひきつったような体の動きや発声が反復して起きる状態である（前者を運動チック、後者を音声チックと呼ぶ）。

チックは、意図的に行うものではなく、やむにやまれず生ずるものであるが部分的にはコントロールできることがある。チック障害とは、このような症状が中心をなす障害であり、小学生の間に発症することが多い。子どもの10～20%が一時的にチック障害に当てはまるが、多くは1年以内で治まり、大きな問題にならない。

一方、症状が1年以上持続し、運動チックと音声チックの両方がある場合はトゥレット症候群（トゥレット障害）と呼ばれ、専門医による治療を要することが多い。

#### イ 症状

運動チックとしては、目をパチパチさせることが最も典型的である。鼻をヒクヒクさせ

---

る、顔をクシャッとさせるなどの顔面のチックも多い。首を振る、肩をすくめるなど身体のだこでもチックが起こる。また、人やものを触るとか地団太を踏むとか意図的に行っているように見えるチック（複雑運動チック）もある。

音声チックに多いのは“せき払い”であり、風邪を引いているなどの原因がなくても行う。それ以外の音声チックには、“鼻を鳴らす”、“奇声をあげる”などがある。更に、せき払いをするように言葉を発するチック（複雑音声チック）、言ってはいけないような言葉（罵倒、猥雑な内容など）が口を突いて出てしまうというチック（汚言症）があることにも留意する必要がある。

チックは、回数が増えたり減ったりすることを繰り返したり、次々に違った身体の出所に出現したりして、変動することが少なくない。

### ウ 治療方針と関係者の対応

チック障害の原因は、家族の育て方や子どもの性格の問題では決してなく、「その児童がもともとチック障害になりやすい脳の働きを有している」という理解に基づいて、本人と一緒にチックとうまく付き合っていくことが治療の基本である。

学校での対応としては、チックを無理にやめさせるよう叱らないと同時に、子どもの特徴の一つとして受け入れて自然体で接することが望ましい。不必要な不安や緊張は、かえってチックを悪化させることに注意を要する。

このように対応してもチックが持続して生活に支障を来す場合、あるいは、チック症状に加えて心理面や行動上の問題が見られる場合には、児童精神科を受診する必要がある。

薬を用いた治療によりチックが軽減することが多く、家族への教育的指導や本人への精神療法も併せて行うのが一般的である。

## ⑤ 反抗挑戦性障害・行為障害

### ア 基本概念

反抗挑戦性障害と行為障害はともに、反社会的、攻撃的あるいは反抗的な行動を繰り返す、それが年齢や発達水準から大きく逸脱し、生活に支障を来している状態である。このうち、行為障害は他人の基本的な人権や社会的規範を侵害する場合をいう。いずれの障害も、理由のある反抗や環境要因から予測される問題の程度や範囲を超えていることがポイントである。

### イ 症状

反抗挑戦性障害の子どもは、大人の要求や規則に積極的に背き、大人と口論し、他人を故意にいらだたせ、自分の失敗を他人のせいにする傾向がある。また、他人からイライラさせられやすく、怒りっぽく、かんしゃくを起こしやすい。しかし、行為障害の診断基準を満たすほど重大な反社会的、攻撃的行動は示さない。

行為障害の症状には、人や動物に対する攻撃性、放火を含め所有物の破壊という暴力的な行為、嘘をつくことや窃盗、家出や学校のずる休みを含めた重大な規則違反などがある。

このような症状が早期（10歳未満）に出現した場合、反社会性が成人期以降も継続して問題となることが多い。

### ウ 治療方針と関係者の対応

反抗挑戦性障害と行為障害には、もともと衝動性や攻撃性をもちやすい子どもにおいて、周囲の対応がマイナスに作用し、それが蓄積して一層の悪循環に陥る、という具合に多要因が関与する。そのため、問題となる要因を整理して統合的に働きかけていく必要がある。実際には、教育に加え、医療、保健、福祉、司法などの関連機関が連携し、児童相談所がその中心となることが多い。

反抗挑戦性障害・行為障害を引き起こしやすい背景のうち、子ども側の要因として、一部のケースでは注意欠陥多動性障害（ADHD）などの障害が指摘されており、環境側の要因としては、虐待がしばしば存在するが、それらは常に認められるわけではない。

子どもへの働きかけには、薬で落ち着きを回復する治療法、ソーシャルスキルトレーニングをはじめとする認知行動療法などがある。環境への働きかけには、子どもへの適切な対応の仕方を教えるペアレントトレーニングなどがある。

学校の果たす役割も大きく、自己評価が低下しやすいことへの対応として、学習課題の進め方や子ども集団への参加の仕方などに配慮して自尊心の回復を図ることが大切である。担任あるいは養護教諭が子どもとの1対1の信頼関係を築くことで、子どもが自分自身の気持ちに気付き、それをうまく教員に伝えることができるようにすることが、子どもの成長と治療にとって大切である。

## （3）てんかん、その他

### ①てんかん

#### ア 基本概念

てんかんとは、てんかん発作を繰り返す疾患であるが、発作の症状は意識喪失やけいれんに限らず様々なものが含まれる。発作の反復に伴い、体調、学習、心理面、社会生活などにも障害が現れやすい。てんかん発作は脳の異常な神経活動によるものであり、心理的な原因によるものではない。

てんかんは100～120人に1人の割合で見られ、乳幼児と高齢者に多いが、子どもにもまれではない。てんかんの原因には、特発性と症候性（原因となる脳障害が分かっているもの）がある。てんかんには幾つかの病型があり、それによって治療法が異なるため、専門医による診察が必要である。てんかんの診断にとって、幾つかの検査（特に脳波とMRIなどの脳画像）と、発作の様子や発生時刻などの情報が重要となる。

#### イ 症状

脳内で発作活動の起こる場所やその広がり方に応じて症状も様々である。例えば、意識



---

のある状態で運動症状（体の一部がひとりで動く）、自律神経症状（急に腹鳴が起きるなど）、感覚症状（視覚、聴覚、触覚などに幻覚が生じる）、認知症状（言語、記憶、情動に異変が現れる）などが出現する場合（単純部分発作）、あるいは意識が途絶えた状態で手や口を自動的に動かしたり、意味不明の動作をしたりする場合（複雑部分発作）、倒れて全身がけいれんを起こす症状などがある。これら以外にも、短い意識消失（欠神発作）、筋肉が一瞬ピクッと縮むミオクロニー発作などの症状がある。

てんかんの背景として脳の一部に明らかな病変が存在し、それが発作以外の症状（運動や学習の困難など）をもたらしていることがある。発作症状とともに、これらの症状が子どもの発達や心理社会的機能にもたらす影響について十分に配慮することが重要である。

### ウ 治療方針と関係者の対応

抗てんかん薬による治療が最も一般的であり、60～80%の患者で発作が治まる。眠気などの副作用やそれが学校生活に及ぼす影響について観察し、保護者及び主治医に現状を伝え、必要に応じて服薬の確認を行う。生活習慣（特に睡眠と覚せい）に乱れがあると、発作が起きやすくなるため、生活指導も大切である。発作に誘因（光刺激など）がある場合には、それを回避するよう努める。抗てんかん薬による治療で発作が抑制されない場合、専門病院での外科治療が考慮されることがある。

既にてんかんの治療が開始されており、保護者から学校に報告のあるケースでは、発作の症状や起きやすい時間帯、発作後の対処、発作以外の症状等について聴取し、発作による受傷の危険や学習面・心理面への影響に配慮することで、安全な学校生活が送れるように支援する。

## ②心身症

### ア 基本概念

本来は内科・小児科疾患の症状であるが、発病のきっかけや症状の改善、悪化の誘因に、心理的なことや社会環境要因がかかわっているものを心身症と呼ぶ。例えば精神的ストレスが気管支ぜん息の発作を誘発するような場合には心身症と考えるが、気管支ぜん息がすべて心身症というわけではない。

また、うつ病などの精神疾患に伴う身体症状（便秘、胃潰瘍など）は心身症に含めない。

### イ 症状

子どもの場合、頭痛、胸痛、腹痛、下痢、嘔吐のように単一の症状だけが現れることも多いが、胸痛（心臓や胸郭）と下痢（消化器）のように臓器系列の一貫性に欠ける症状の組み合わせが見られることもある。

また、例えば気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎などのように、身体の変化を伴う疾患の経過に心理的要因が影響を及ぼす場合もある。過敏性腸症候群、過換気症候群、夜尿症、起立性調節障害、消化性潰瘍、円形脱毛症などがしばしば心身症として起こる。

誘因に引き続いて症状が現れ原因を取り去ると症状が消えるというように、心理的問題

や社会環境要因と心身症の関係が比較的明らかなことがある一方で、長い間ストレスにさらされた後に発症してくることや、原因を取り除いても症状がすぐに消えないものもある。いずれの場合も子どもは実際に苦痛を体験しており、単なる大げさな訴えや仮病ではない。

### ウ 治療方針と関係者の対応

一過性ですぐに治まるもの以外、症状が繰り返し出るものや長引くものは、たとえ心理的要因が疑われても身体疾患の検査をしておくことが大切であり、子どもの訴えを真剣に受け止め、苦痛を緩和するように努める必要がある。実際、対症的に薬による治療を行うことがある。

その一方、周りが心配しすぎていたずらに不安を増長させるようなことなく、子どもに信頼と安心感をもたせるように振る舞い、症状を軽減するような生活上の具体的な対処法や工夫ができるよう支援する。

心身症の原因は様々で、家庭にあることも学校にあることもあるので、保護者と連絡を取り可能な限り原因を取り除くように努める。明確な原因が分かりにくい、あるいは判明しても取り除くことが難しい場合や、原因を取り去ってもすぐには症状が消えない場合があり、しばしば長引くことがある。その場合、保護者との連携のみならず、できるだけ主治医とも連絡（保護者の了解の下）を取り、見通しをもって対応に当たるようにすることが望ましい。

## ③心的外傷後ストレス障害（PTSD）

### ア 基本概念

地震・火事などの被災、事件・事故の被害や目撃、親しい人の急死など、強い恐怖・戦慄・無力感に襲われるような、生命にかかわりかねない出来事を体験又は目撃したことによる後遺症が一過性で収まらずに持続している状態を指す。

### イ 症状

PTSDに特徴的な症状として、第一に「再体験症状」がある。具体的には、フラッシュバック（そのときの情景が生々しく想起されて動揺する）、夢にトラウマ体験が現れる、トラウマを連想する場面で苦痛を感じる、（幼児の場合）遊びの中でトラウマ場面を再現するなどがある。第二の症状は、「回避・麻痺症状」であり、トラウマを想起させる場所や状況を避ける（例えば、事故を目撃した道を通らない等）、トラウマの中心部分（性被害等）が思い出せない、周りとの間に隔絶を感じる、未来がないような感覚を持つ等の症状が含まれる。第三は覚せい亢進症状であり、過剰な警戒感（すぐにビクッとする等）、不眠、イライラ、集中困難などがある。これらに加え、一人にされたり、電気を消すのを異常に恐がったり、幼児返りのような行動（心理的退行）を示すことがある。子どもはトラウマ体験を報告しない場合があること、トラウマが犯罪被害の場合、“自分が悪い”という誤った罪責感を本人が抱きやすいことに注意する必要がある。

## ウ 治療方針と関係者の対応

放置すると慢性化し、生活に大きな障害が現れるため、なるべく早期に児童精神科を受診する必要があるが、本人の意志とトラウマへの過敏性に充分配慮することが重要である。治療法として、抗うつ剤や安定剤を用いた症状の軽減、それらと並行した精神療法、眼球運動を活用したトラウマの脱感作療法（EMDR）などがある。

周囲の対応としては、本人に大丈夫であるという安心感を与えつつ、なるべく普通に穏やかに接することが重要である。また、だれでも怖い目に遭うと同様の症状が現れること、症状は必ず良くなることを伝えた上、無理のない範囲で学校生活に参加させて行くことが肝要である。

### <トラウマ>

「トラウマ」とは、もともと“けが”を意味する言葉であるが、それを現在の“心的外傷”の意味に用いたのは精神分析の創始者フロイトである。当初は、心因性の症状(歩けなくなる、失神するなど)を生み出すような情緒的にショッキングな出来事を指していたが、最近では、長く記憶にとどまる辛い体験を一般にトラウマと呼ぶことが多い。一方、PTSDにおけるトラウマ(心的外傷)とは、災害や事件など生命の危機や身体の安全が脅かされるような状況を体験するか目撃し、強い戦慄や恐怖を味わった場合に限定されている。一般的な意味でのトラウマは時間の経過とともに自然に解消することがあるが、PTSDの場合には治療が必要である。

## ④ 選択性緘黙<sup>かんもく</sup>

### ア 基本概念

選択性緘黙は、単なる人見知りや恥ずかしがりではなく、言葉を話す機能に障害がないのに、特定の場面、例えば、教室の中や決まった人物に対して話をするできない状態を指す。

以前は、原因は心因性であると考えられてきたが、虐待(ネグレクトなど)やトラウマ(心的外傷)よりも、不安・緊張をより強くもちやすい抑制的な気質が大きな要因ではないかという指摘もある。最近では、選択性緘黙の背景に発達障害と関連した不適応が認められる場合も多い。

### イ 症状

選択性緘黙の子どもの多くは、家庭内では家族と普通に話ができるにもかかわらず、家から一步出た途端に、あるいは幼稚園・保育園や学校の中に入った途端に話さなくなる。特定の子どもや先生と話ができる場合もあるが、話をしないだけでなく、行動に時間がかかったり、まったく動けない(体を固くしている)状態を伴うことがある。幼稚園・保育園への入園、小学校入学など新しい環境への参加をきっかけに選択性緘黙となることが多い。さらに、腹痛・吐き気・おう吐・下痢・頭痛など、不安の強さを示唆する身体症状を示すことがある。集団が苦手なため不登校となることもあるが、家庭では問題なく過ごしていることが多いため介入が遅れがちとなり、不登校の長期化を招きやすい点に注意が必

要である。

### ウ 治療方針と関係者の対応

成長とともに自然に改善することを期待して放置すると、適切なコミュニケーションがとれず、不適応が拡大する可能性があるため、早期に児童精神科医の診察を受ける必要がある。薬による治療と心理療法（遊戯療法など）を組み合わせた治療を用いることが多い。

学校での対応は、無理に話すことを強要せず、不安・緊張を和らげる配慮が大切である。本人が安心して過ごせる場所や時間をつくること、例えば子どもがいない放課後の教室を利用する、教員と1対1で過ごす時間を持つことなどで、不安や緊張が低い場面に慣れることから始め、本人に自信をもたせること、文書など口頭以外のコミュニケーションから出発して、少しずつ会話を増やすような取組が必要である。不登校となった場合、家族以外の人との関わりや学校に似た小集団（適応指導教室）に参加することで引きこもりを予防したり、保健室登校を足掛かりに学校復帰を目指したりするなど、本人の状態に応じた無理のない対応が望まれる。

## （4）児童虐待

### ①児童虐待の種類

児童虐待とは、保護者が児童の心身を傷つけ、健やかな成長・発達を損なう行為を指す。次の4種類に分類されるが、これらは必ずしも単独ではなく重複して生じることがある。

#### ア 身体的虐待

虐待の中では最も発見しやすく、最も相談件数が多い。虐待の行為としては、首を絞める、投げ落とす、熱湯をかける、布団蒸しにする、風呂で溺れさせる、逆さ吊りにする、異物を口に入れる、寒い戸外に長時間放り出すなどがあり、生命にかかわる危険なものがある。

#### イ 性的虐待

子どもにわいせつな行為をするか、わいせつな行為をさせることを指す。ポルノグラフィの被写体を強要する、子どもにポルノビデオを見せる等の行為もこれに含まれる。性的虐待は発見が難しいことが多いが、子どもに心的外傷後ストレス障害（PTSD）を引き起こさせる可能性が高い。

#### ウ ネグレクト

保護者としての監護を著しく怠ることである。心身の正常な発達を妨げるような衣食住に関する養育の放棄や、健康や安全に配慮がなされていない状態への放置などである。同居人による虐待を保護者が放置することも含まれる。低年齢の場合、食事を与えない等により死亡に至る危険性を伴うものもある。ネグレクトは日常的な子どもの様子、例えば衣服が汚れているなどのことから、発見されることが多い。

---

## エ 心理的虐待

児童に対する激しい暴言、拒絶的・否定的な態度、子どもの目前での配偶者への暴力など、子どもに著しい心理的外傷を与える振る舞いをするを指す。具体的には、言葉による脅し、大声での罵倒罵声、自尊心を傷つける言動、無視、兄弟姉妹間での差別的扱いをするなどが含まれる。

### ②児童虐待に関する学校の役割

学校及び教職員に求められている役割は、児童虐待防止法で以下のように規定されている。

ア 児童虐待の早期発見に努めなければならない（第5条）

イ 虐待防止のための子どもへの教育に努める（第5条）

ウ 虐待を受けたと思われる子どもについて、速やかに児童相談所等へ通告しなければならない（6条）

エ 虐待を受けた子どもの保護・自立支援に関し、関係機関への協力を行う（第8条）

（詳細については、「養護教諭のための児童虐待対応の手引」文部科学省 H19.10 参照のこと）