

9, 公立小・中学校児童生徒の身体愁訴を日本とスウェーデンで比較し、日本の中学生では疲れやすい(日本 22.8%, スウェーデン 13.8%)や腹痛(日本 10.5%, スウェーデン 4.6%)といった身体愁訴の頻度が高いことを示した。

小児科外来を受診した子どもを対象としたものでは、1979年の1年間を調査期間としたニューヨークのモンロー・カウンティの疫学調査があり⁹, 5.09%に心身症が認められた。なお、モンロー・カウンティは、ロチェスター市と周辺の19の町から成り、子どもの人種は白人が83%, 黒人が16%であった。Starfieldらは5箇所のプライマリーケア病院・施設を受診した47,145人のデータをまとめ¹⁰, 心の健康問題によって身体症状を訴える子どもの頻度は、各施設間でもほぼ一定しており5.7-10.8%だったこと、および収入の低い家庭で頻度が高かったことを報告している。

IV. 全国医療機関・学校一斉調査結果

子ども達の心身症の増加に対して、養護教諭や校医の充実、スクールカウンセラーの増員が求められていますが、我が国における母数の明らかな全国的規模の心身症の疫学調査は行われていなかった。このため、厚生科学研究「心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究」班では、平成11年10月に医療機関、学校を対象とした全国的な規模での調査を行なった。心身症の判定は、医療機関では直接診察した医師が、学校調査では保健室を訪れた児童生徒の問題点を養護教諭がアンケート用紙に全て記入し、筆者らが行なった¹¹。

全国の医療機関の調査は、平成11年10月18日(月曜日)に全国の小児科学会認定医制度研修施設565か所の小児科外来を受診した子ども全てを対象とした。454か所(80.4%)から回答があり、調査日に外来を受診した子どもは36,378人で、男子が55.1%, 女子が44.9%であった。認定医制度研修病院は少な

くとも小児科の常勤医が3名以上いる医療機関で、調査日の小児科外来受診者の内訳は、専門外来受診が14.5%, 乳幼児健診が2.7%, 一般診療が88.2%であった。回収できた調査用紙のうち記載が完全な3歳以上12,719人分を分析の対象としたところ、740人(5.8%)に心の健康問題による身体症状があった。図1に示したように、年齢が進むにつれて心の健康問題を抱える子どもが増加し、10歳を超えると女子における頻度が男子を上回った。男子のピークは14歳で18.3%, 女子は15歳で26.8%であった。小・中学生に相当する6-15歳に限定すると、7,187人中586人(8.2%)に心の健康問題が認められた。

学校調査は、全国の小・中学校、高等学校から無作為に5%を抽出して行い、平成11年10月18日(月曜日)・22日(金曜日)の1週間に保健室を訪れた全ての児童生徒を対象とした。小学校は1,208校中709校(58.7%), 中学校は545校中330校(60.6%), 高等学校は255校中185校(72.5%)から回答があり、学校調査の回収率は61.0%であった。保健室を訪れた児童生徒は、期間中に小学校では202,760人中15,683人(7.7%), 中学生は120,858人中12,488人(10.3%), 高校生は138,997人中10,446人(7.5%)であった。期間中に保健室を訪れた児童生徒の13.5%に心身症があった。学年別の結果を図2に示す。Takataらの報告のように¹², 学年が進むにつれて頻度は増加し、学校種別が変更すると一旦減少するのが特徴であった。小学生の心身症の頻度は12.6%であり(男子11.1%, 女子13.7%), 中学生は14.6%(男子13.9%, 女子15.4%), 高校生は13.5%(男子12.5%, 女子14.3%)であった。

最後に心身症でみられる身体症状について述べる。医療機関・学校の一斉調査では、心の健康問題の有無を従属変数とした多変量ロジスティック解析(見込み:オッズ比で表し、値が大きいかほど従属変数の有無で出現頻度に差があることを示す)を行なった。図3に示したように、医療機関・学校ともだるい・疲

れやすい、頭が痛い、お腹が痛い、吐き気のオッズ比が高く、心の健康問題を抱えた子どもで出現しやすいことがわかった。例えば、医療機関の調査で、だるい・疲れやすいは、12-14 歳の心の健康問題がある子どもの 236 人中 156 人(66.1%)にみられ、心の健康問題がない 1,249 人中 354 人(28.3%)に比べ有意に高率であった。また、睡眠の問題や対人関係の問題も、心の健康問題がある 12~14 歳 236 人中のそれぞれ 169 人(61.6%), 103 人(43.6%)にみられ、心の健康問題がない 1,249 人の 486 人(38.9%), 188 人(15.1%)の 2-3 倍の頻度であった。これに対して、吐く、微熱は、心の健康問題の有無で、頻度の差はなかった。すなわち、吐き気は心身症で多く見られるが、実際に吐くという症状が長引いた時は、消化器系の疾患ばかりではなく、脳腫瘍なども念頭においた診断の見直しが必要であると考えられた。

V. まとめ

日本の自己申告制による身体症状の調査では、中学生の約半数に疲れやすい、頭痛、腹痛といった症状があった。心の健康問題の有無を検討した心身症の頻度は、諸外国の論文によると中学生の年齢に相当する男子の 5-10%、女子の 10-15%であった。さらに、両親が揃っていない家庭、本人の学力が低い場合にも心身症が高率になることも明らかになった。

平成 11 年に行なった厚生科学研究班の調査による心身症の頻度は、小児科外来を受診した 3 歳以上の 5.8%、6-15 歳に限ると 8.2%であり、保健室を訪れた児童生徒の 13.5%であった。学校調査では、医療機関と同様に年齢が進むにつれて心身症の頻度は増加したが、校種が変更すると一旦減少するという特徴があった。

文献

- 1) 久留一郎, 餅原尚子, 石原千草, 森 吉里, 羅 丹: 児童期・青年期の精神的健康に関する心理学的研究(第 11 報). 鹿児島大学教育学部研究紀要 2001 ; 52 : 173-223.
- 2) 伊藤淳一, 石井朋子, 沖 潤一: 小中学生の不定愁訴に関する検討. 日本小児科学会雑誌 2000 ; 104 : 1019-1026.
- 3) 千賀悠子: X. 子どもの行動問題. 日本子ども資料年鑑 2001, KTC 中央出版, 名古屋, 2001 ; 327-364.
- 4) Offord DR, Boyle MH, Szatmari P, et al.: Ontario child health study. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 832-836.
- 5) Aro H, Paronen O, Aro S.: Psychosomatic symptoms among 14-16 year old Finnish adolescents. Soc Psychiatry 1987; 22: 171-176.
- 6) Berntsson LT, Gustafsson J-E.: Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. Scand J Public Health 2000; 28: 283-293.
- 7) Eminson M, Benjamin S, Shortall A, Woods T, Faragher B.: Physical symptoms and illness attitudes in adolescents: an epidemiological study. J Child Psychol Psychiat 1996; 37:519-528.
- 8) 田中英高, Borres M.: 公立小中学校児童生徒の身体愁訴, 精神愁訴の国際間比較. -Nazism が潜む日本の教育下の子どもとスウェーデンの子どもの比較-. (財)明治生命厚生事業団第 6 回健康文化研究助成論文集 平成 10 年度 pp73-81, 2000.
- 9) Goldberg ID, Roghmann KJ, McInerney TK, Burke JD.: Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management. Pediatrics 1984; 73: 278-293.
- 10) Starfield B, Gross E, Wood M, et al.: Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children. Pediatrics 1980; 66: 159-167.
- 11) 沖 潤一. 子どもの心身症と神経症の実態調査から: 小児科臨床 2001 ; 54 (増刊号) : 1077-1082.
- 12) Takata Y.: Research on psychosomatic complaints by senior high school students in Tokyo and their related factors. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2001; 55: 3-11

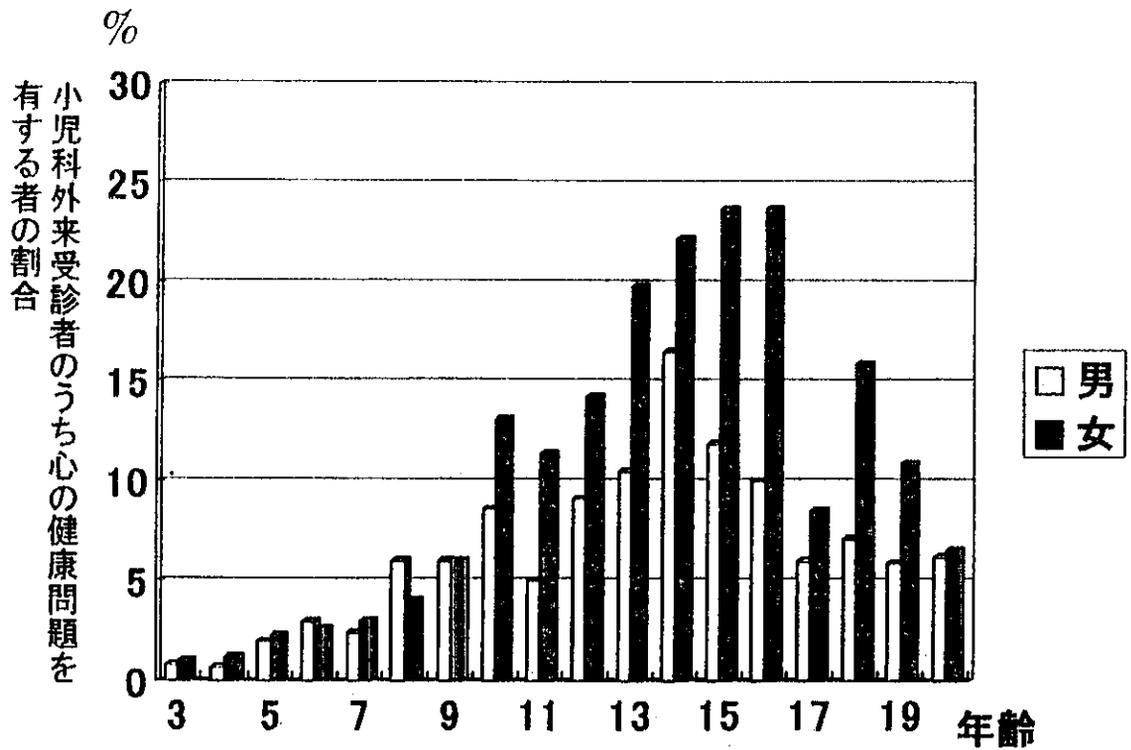


図1. 小児科外来を受診した3歳以上の患者で心の健康問題による症状を呈していた割合 (平成11年10月の全国医療機関調査¹⁾)

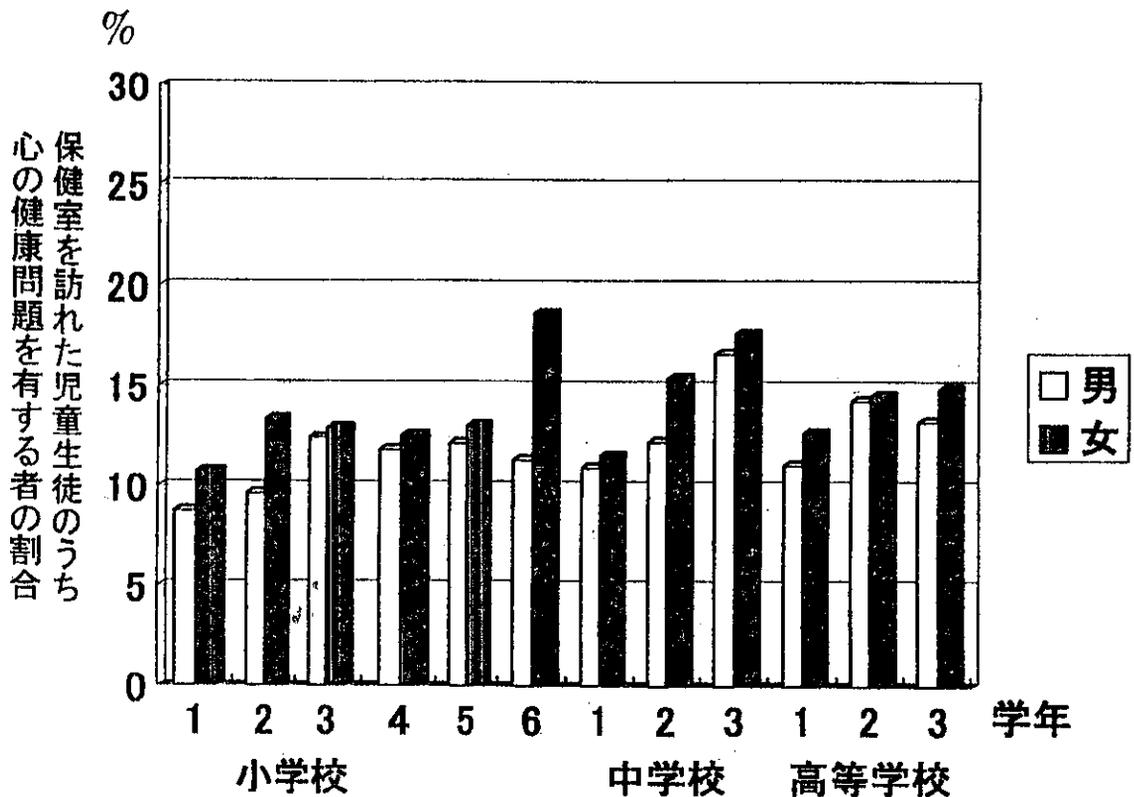


図2. 保健室を訪れた児童生徒のうち、心の健康問題を抱えていた割合 (平成11年10月全国学校調査¹⁾)

Odds
ratio

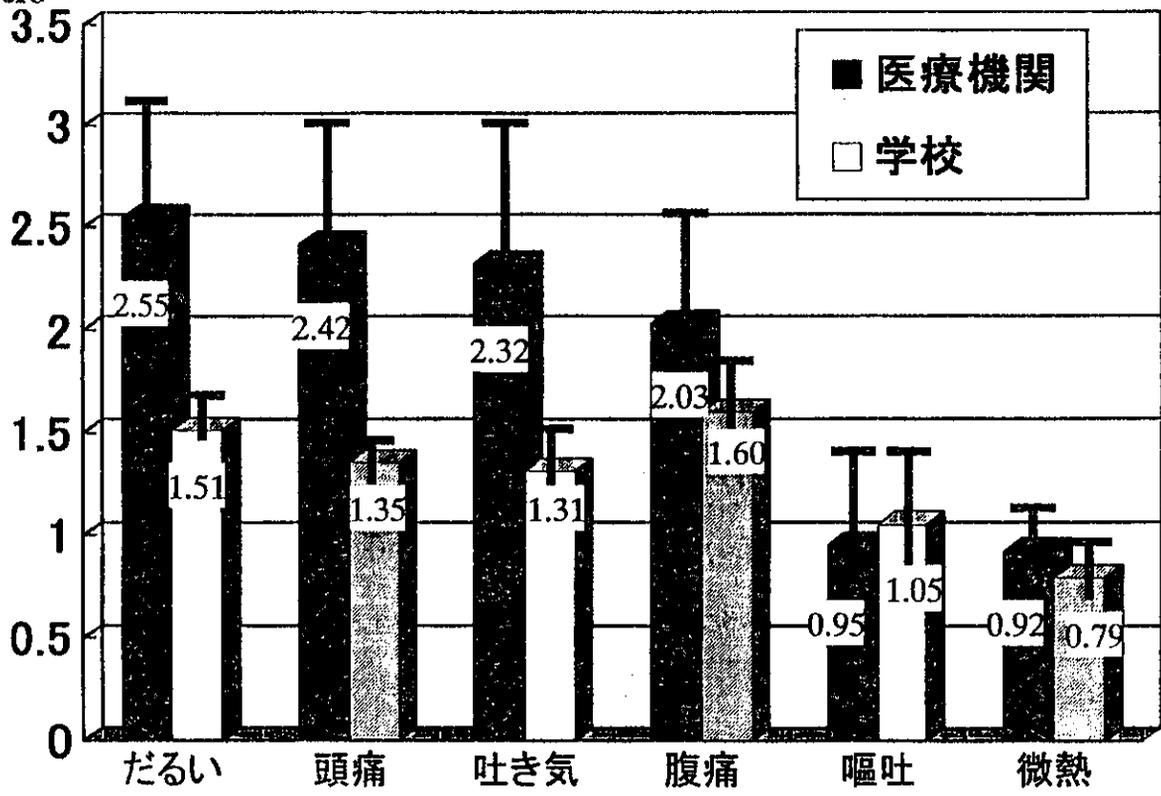


図3. 心の健康問題の有無で検討した各症状のオッズ比

4. 子どもの心の問題の評価法

石崎 優子

関西医科大学小児科学教室

キーワード：診断面接、心理検査、情報提供者、信頼性

I. はじめに一子どもの心の評価にあたって—
子どもの心の問題を評価する際には、それは心の問題が主であるのか体の問題が主であるのか、あるいはそれらが相互にかかわりあっているのか、またその子自身の持つ素因が問題の核であるのか、あるいは両親や家族など子どもを取り巻く環境の問題が大きいのかなどを慎重に見極める必要がある。子どもの心の評価にあたっては、まず以下のような点を念頭におく必要がある¹⁾ (表1)。

表1に沿って考えると、①子どもの情報の信頼性、が挙げられる。情報の信頼性は子どもの年齢や回答の状況(例：母子同室で得られた情報か、保護者のみもしくは本人のみから得られた情報か)により異なる。次に②子どもの問題が将来にまで続くのか(症状・問題の持続性)を考えなければならない。たとえば、子どもの反抗的態度が思春期におこる心の動揺の現れであって成長を温かく見守るべきであるのか、反社会行動や成人した後の犯罪に結びつく早期介入が必要な程度のものであるのか検討する姿勢が必要である。問題が生じた時点で、それは正常範囲であるのか病的であるのかも考慮しつつ検討を進めるが、実際には将来の予測が非常に難しい場合がある。③最も適切な情報提供者は誰かを考える。年少児の場合、自分の言葉で語ることは難しく、家族を主たる情報提供者として選ぶことが多いが、問題の根源が家族にある場合、問題の本質を歪めて理解してしまう危険もある。④子ども、家族、学校関係者など多くの情報が寄せられ、それらの内容に食い違いが見られる場合、どう対応するか考えなければならない。まずは主観性を重視すべき内容と客観

性の方が優れている情報に分ける必要がある。また、学校と家庭で様子が別人のような場合、その事自体が重要な情報と考える。続いて、⑤心理検査は何を計っているのか、言い換えれば種々の検査の適応と限界を知った上で選択する必要がある。最後に⑥包括的な評価にあたっては、発達に伴う変化と個体差は常に念頭におく必要がある。子どもの心は身体の成長以上に個体差が大きく、それを疾患として治療するのか個性として育てるのかを考えなければならない。

II. 領域別に見た心の問題

「子どもの心の問題」は非常に幅広い領域にわたる概念であり、大まかに分類すると、①精神疾患(児童精神医学領域)、②神経疾患(小児神経医学領域)、③心身症(小児心身医学領域)、④反社会的行動・犯罪、⑤不登校・いじめ、⑥その他、のような領域に分かれる²⁾。しかし、それぞれの領域は明確に区別できないことが多く、また一人の子どもが複数の領域にまたがる問題を持つことも多い。自閉症(①の領域)の子どもが、てんかん(②の領域)を合併したり、対人関係の困難さから集団に適応しにくく不登校(⑤の領域)になることがある。この場合、それぞれの問題に沿った療育訓練、薬物療法、心理療法を組み合わせる必要がある。子どもの心の問題に対して、遺伝要因、身体要因、環境要因などの要因別に問題を整理して評価することは不可欠であり、不適応行動やあ精神・身体症状のすべてを心の問題と決め付けてはならない。

III. 面接と心理検査

問題の評価にあたって聞き取りが必要な項目

を表2に示す。これらの情報を面接で質問しても問診票に記入してもらってもよい。そしてさらに情報を得るために、診断面接と心理検査が用いられる。面接は言葉だけではなく、表情、仕草や話す様子など全てが情報となるが、忙しい一般外来では時間がかかりすぎるし、十分に言語化が出来ない子どもや年少児では難しい。心理検査は適切な使用方法に従って使用すると短時間でより多くの情報を得ることが出来るが、反面、検査を受ける子どもに精神面や経済面での負担をかけることにもなる。また心理検査で子どもの心を全てを評価できるわけではないので過信は禁物である。

1. 面接

面接には個人面接、親子面接、家族合同面接などがあり、子どもの年齢と問題に応じて適切な方法を選択する。他の患者にも話声が聞こえるような状況での面接は避け、別に落ち着いた状況を設定して面接を行う。

一般的には家族歴、既往歴、発達歴や現在までの治療歴、学校や家庭における行動上の問題については、家族のほうが正確な情報を提供してくれるが、不安や抑うつといった内面の問題や秘密の反社会的な行為については子どもの報告が正確である。実際に親のみ、子どものみの面接を行うと、子どもは往々にして親に聞かれない秘密を持っているし、親の方でも嫁姑や夫婦関係のトラブルは子どもの前では話せないと言うことがある。

面接の方法として、構造化面接と非構造化面接がある。構造化面接とは、確認すべき内容・項目が明示され、その手順にのっとり行われる方法である。構造化面接では質問が厳密に設定されているが、面接項目を設定していながら状況に合わせて面接者が臨機応変に対応するのが半構造化面接である。これに対して、面接方法や項目に指定がなく、自由に面接を進めるのが非構造化面接である。構造化面接には診断に対して必要な情報を聞き漏らさないという利点があるが、設定以外の重要な情報を聞き漏らす恐れがある。非構造化面接は構造化面接の設定がないような重要な情報を得ることができるが、

ともすれば漫然と話を聞いてしまいがちになる。診察室のスペースや時間の配分を考慮して、表2に挙げた項目の聞き漏らしのないよう、自らのスタイルを検討しておく。

2. 心理検査

心理検査には、発達検査、知能検査、性格検査、精神作業検査がある。それぞれの目的によって、選ぶ検査が異なるので、目的がスクリーニングなのか診断なのか、症状の程度を調べるのか、人格の傾向を知りたいのか、といった目的を明確にし、検査方法を選択する。何を見ているのか、結果から言えることはどういうことなのかは、結果を患者側に伝える際にも明確に示さなくてはならない。

年齢・発達の程度によって使用可能な検査は異なる。実施や評価の方法が簡便なものから、専門家による評価を要する複雑なものまで多岐にわたっている。一般的に心身症の臨床で用いられる性格検査にも評価が簡単な質問紙法とやや複雑で専門的知識が必要な投影法とがある。後者にはバウムテスト（樹木画テスト：「実なる木」を書いてもらい、幹や枝の広がり方などから自我や外界との関わり方を評価する）、文章完成テストなどがある。心身症を専門としない医師が、専門機関への紹介を考慮する場合や心理療法の導入・心理治療的效果を期待しない場合は、複雑なものより、使用法が簡便でかつ短時間で評価できるものが実用的であろう。このような目的では性格検査の質問紙法が適当であると思われる。表3に目的と検査法の特徴を示す。

心理検査の実施の際には、適応範囲と実施のルールを守ることが必要である。実際に臨床面で犯しやすい誤用としては、子どもが回答すべき質問を親に回答してもらい、また子どもの回答に一々親が口をはさむ、といったことがある。そのような場合、親から見た子どもを評価していることになるので、医師や看護婦が実施のルールを守らせるよう注意する。

IV. 結果のフィードバック

心理的問題の評価を行った場合は、基本的に

その結果を患者側にフィードバックする。子どもと親と一緒に伝えるか、別々に伝えるかは個々の事情によって異なる。結果に沿ってどのような治療プログラムがあるのか、その選択のプロセスにも参加させる。子どもが自ら治療参加することは非常に重要と考える。なぜなら、治療に対するモチベーションの有無が効果を決定する大きな因子になるからである。

また、専門機関に紹介する場合も「紹介状に書いてあるから説明を省く」といったことは避け、結果の説明を心がける。

V. まとめ

子どもの心の問題を評価するにあたり、面接、心理検査のいずれにせよ、一つの方法では限られた面しか評価できないことが多い。心の問題の評価はその子どもの発達段階と得手不得手を考えて、子どもの負担にならないよう熟慮しながら何種類かの方法を組み合わせて行うことが必要である。

文献

- 1) 石崎優子：米国における思春期医学。治療。83:1227-1233,2000.
 - 2) 石崎優子：子どもの心の問題とその評価法。保健の科学。42:860-865,2000.
- 心理検査の参考文献（日本語文献のみ）
- PSC 日本語版
- 1) 石崎優子、深井善光、小林陽之助：米国マサチューセッツ総合病 Jellinek らの開発した Pediatric Symptom Checklist の日本語版の作成—小児心身症早期発見のために—。日児誌 101:1679-1685,1997.

- 2) 石崎優子、深井善光、小林陽之助、小澤亨司：Pediatric Symptom Checklist 日本語版のカットオフ値。日児誌 104:831-840,2000.

STAI

- 1) 水口公信、下中順子、中里克治：日本版 STAI 使用手引、三京房、京都、1991.

MAS

- 2) Taylor JA, 阿部満洲、高石昇：日本語版 MMPI 顕在性不安検査使用手引、三京房、京都、1985

CMAS

- 1) 坂本龍生：日本版児童顕在性不安検査 CMAS 使用手引、三京房、京都、1989

SDS

- 1) 福田一彦、小林重雄：日本語版 SDS 使用手引、三京房、京都、1983.

CBCL

- 1) 中田洋二郎、上林靖子、福井知美、藤井浩子、北道子、岡田愛香、森岡由紀子：幼児の行動チェックリスト (CBCL/2-3) の日本語版作成の試み。小児の精神と神経。39:305-316,1999.

- 2) 中田洋二郎、上林靖子、福井知美、藤井浩子、北道子、岡田愛香、森岡由紀子：幼児の行動チェックリスト (CBCL/2-3) の標準化の試み。小児の精神と神経。39:317-322,1999.

YG 性格検査

- 1) 辻岡美延：新性格検査 Y-G 性格検査実施応用研究手引、日本心理テスト研究所、1979.

AN エゴグラム

- 1) 赤坂 徹、根津 進：エゴグラムの小児科領域における標準化とその応用。心身医学。25:36-44,1985.

表1 小児・思春期の心と行動の問題の評価にあたっての留意点
(文献1)を改変)

1. 子どもの情報はどの程度、信頼できるのか。
2. 現在ある問題が子どもの将来にどの程度影響するのか。
3. 子どもの心理社会的問題の適切な情報提供者は誰か。
4. 子ども、両親、関係者の情報をどう取り扱うか。
5. どのような心理検査を選択するか。
6. 包括的評価にあたって、個人差をどう取り扱うか。

表2 評価にあたって聴取すべき項目

1. 主要症状と現病歴
 - ・ 症状出現時の状況
 - ・ 症状に対する子どもの親の態度
 - ・ 症状が増悪、軽減する状況
 - ・ 今までに受けた治療
2. 既往歴・発達歴
 - ・ 周産期の状況
 - ・ 幼児期の問題、健診における問題
 - ・ 発達状況
 - ・ 内科的既往歴
 - ・ 精神科的既往歴
3. 家族歴
 - ・ 身体疾患
 - ・ 精神疾患
4. 心理社会的問題
 - ・ 家族関係、兄弟関係
 - ・ 集団生活における問題
 - ・ その他のストレス要因

表3 簡便な質問紙法心理検査の目的と特徴

目的	心理検査名	適応年齢	回答者	特徴	発行所・連絡先
スクリーニング (早期発見)	PSC 日本語版	6～15歳	親	子供の日常生活全般から心理社会的問題をスクリーニングする。	文献 参照
不安尺度	STAI	中学生以上	子ども	不安を「状態不安」と「特性不安」に分けて、5段階で評価する。	三京房
	MAS	16歳以上	子ども	不安を、5段階で評価する。	三京房
	CMAS	小学4年 ～中学3年	子ども	不安を、5段階で評価する。 MASを子ども向きに翻案したもの。	三京房
うつ症状	SDS	質問文を読解可能なもの	子ども	うつ症状を3段階評価する。	三京房
情緒と行動	CBCL	2～18歳	親	身体、不安・抑うつなど9つの領域について評価される。	文献 参照
性格傾向	YG 性格検査	小学2年以上	子ども	抑うつ性、活動性など12の性格特性に関する質問からなる。	日本心理 テスト研究所
自我状態の分析	AN エゴグラム	小学1年 ～高校2年	子ども	交流分析の理論に基づき、5つの自我状態を分析する。	千葉テスト センター

5. 一般小児科医における心身症診療

藤本 保
藤本小児病院

キーワード：小児心身症、初期対応、カウンセリング、保険診療、緊張と不安、安心と信頼、受容と共感

I. はじめに

一般小児科外来において心身症を診療する機会が多い¹⁾。子どもは心身の相関が強く、何らかの要因で心に緊張と不安や葛藤が生じると、身体症状や行動の問題が現れやすい。身体症状や問題の出現には、年齢による特徴がある。各年齢による特徴的疾患群を表1に示す^{2,5)}。これらの多くは予後が良好で、基本的な心身医学的知識に基づいて対応すれば解決出来るものが多い。

II. 一般小児科医が心身症患者児に対応する際の心得

小児の心身症は、助けを求めるサインであり、全てに救急の対応が必要である。夜間などの診療時間外に対応を求められることが多い。「またなの、困ったねえ」「どこも異常ない、気持ちの持ち様だ」などとは言わず、面倒がらず、優しく丁寧にみて頂きたい。外来で慎むべき言葉『べからず』集を表2に示す。子どもには、「頑張ったね、無理してはだめだよ」など言葉をかけ、緊張と不安を取り除き、信頼関係を築く様、努力する。家族全員を治療の場に引き込み、「お母さんの所為ではありませんよ」と母を擁護し、決して誰をも責めないことが大切である⁶⁾。

III. 初期対応の方法とその限界

1. 乳児期・幼児期前半 (3歳未満)

1) 親の不安を取り除く

特別な事が起こったのではないことを伝える。不適切な環境や親の不安が乳幼児特有の心身症を引き起こすことがある。いつでも、どんな内容でも相談に乗り、診察することを

約束し、連絡方法などを具体的に教えておくことが望ましい。夜間や休日など対応が困難な場合には、夜間救急センター等の救急医療機関の利用方法を教え、紹介状を渡しておくが良い。

2) 解決方法を親と共に考える

なぜその症状が起こったのかを考えさせる。恐怖体験、不安、不快を感じたときに症状を示すことが多いことを説明し、それらの原因となった出来事を親と共に推測し、解決方法を考え、気付かせることが重要である。いきなり原因と思われることを指摘し、解決方法を指示してしまうと、親が自信を失い、育児不安を助長させる危険性がある。

3) 具体的対応法・治療法

この時期の心身症には、夜驚症や夜泣きのように我慢強く対処することが主体で、問題解決に薬物治療を必要としないものが多い。しかし、便秘や下痢では症状を速やかに取り除くことが子どもと親にとって重要である。詳細は、それぞれの疾患の治療指針を参考にしていきたい。

2. 乳児期後半 (3歳から就学前)

1) しつけや子どもへの接し方を見直す

この時期は、トイレトレーニングやしつけと関連した症状が多く、消化器系や泌尿器系の症状が現れやすい。例えば、厳しすぎるしつけや、弟・妹の誕生で兄や姉として過剰な期待や行動が求められることにより子どもの心に緊張が生じる。同胞に母を奪われたと感じ、競い合う気持ちが起こると不安や葛藤が生じる。親の態度が威圧的で拒否的な場合、分離不安を示す。不当な要求でなければわがままも受け入れてあげること、反抗する

ことは成長の証であることを説明する。

2) 具体的対応法・治療法

「ああしなさい、こうしなさい」とやたら指示したり、「あれもだめ、これもだめ」と禁止せず、まず思い通りやらせてみる。出来た場合は「すごいねよく出来たね」「さすがお兄ちゃんね」「偉いね」「よくがんばったね」と誉め、うまく出来なかった場合は「残念だったね」「辛かったね」と共感・理解を示す。この時期の症状は反復したり長期化する傾向にあるが、決して困った表情や厳しい態度はとらず、根気強く優しく接するよう指導する。

疾患別の対応では、周期性嘔吐症では速やかに輸液を行う。反復性腹痛や心因性頻尿では、症状発現時にその都度対症療法としての薬物療法を行う。遺糞症では浣腸など必要な処置を行う。その際に注意すべきことは、浣腸のように子どもが不快感や痛みを伴う「嫌な事」は決して自宅で母親にさせず、受診させて行うよう心がける。

3. 学童期

1) 不登校との鑑別と対応

種類の不定愁訴が不登校の初期症状として現れることが多いので、注意が必要である。最も重要なことは、治療者として子どもに安心を与えることである。登校を強く拒否するときには、過剰な登校刺激をせず思う存分休ませるよう、保護者や教師に説明する。良い初期対応が行われると子どもは親や教師を信頼し、問題解決への援助を求めるようになる。これらの初期対応の過程では、種々の関連機関との連携が必要である。

2) 緊張と不安を取り除く

学校での長時間の着席や周囲の期待や励ましなどによる緊張と不安、集団不適合、あるいは、いじめ、学業の過重などが引き金となって、行動の問題や習癖、自律神経症状が引き起こされることが多いのが特徴である。決して、子どもが弱い訳ではない。無理に励まさず、ゆとりを持って接し、優しく指導する。

3) 具体的対応法・治療法

①カウンセリング

低学年では、言語化が十分に出来ないことが多いため、親への説明と指導が主となる。子どもに対して「先生はいつでもあなたの味方だ」ということを強調し、子どもの示す状態に理解を示し、訴えをよく聴く事が重要である。是正することが望ましい点については、決して非難せず、「この次はこんな風にやれるかな」「約束しよう」と持ちかける。

②指導と援助

子どもにとっては、「約束」という形で基本的な生活習慣を確立させる。担任教師や同級生に学校での様子を尋ね、友人関係やいじめの有無を調べる。低学年では集団不適合も多いので、自宅に同級生を招待したり、面倒見の良い友人に仲間の中に引き込んでもらうなど、親や教師が友達づくりを手伝うように指導する。学業が負担となっている場合は、親が宿題を手伝ったり、学業以外での得意なことやその子の持つ良さを認め、それを誉めて自信を持たせ、伸ばすように教える。過剰な期待や励ましは、むしろ悪影響を及ぼすだけなので慎むように説明する。子どもが自発的に表した計画・判断や意志・意欲には、「それでいいよ、やってみようね」と同意を示し行動を保証する。

③薬物療法

学童期の反復性腹痛は、胃炎や胃・十二指腸潰瘍であることも多いので、胃粘膜保護剤や抗潰瘍剤を使用して効果をみる。対症療法による苦痛の除去・軽減は信頼関係を築く上でも是非必要である。

4. 思春期

思春期になると、一般小児科外来では対応困難、解決困難なものもある。思春期の特性やパーソナリティを理解する必要があり、心理検査や精神的診断（うつ病、人格障害との鑑別）および治療が必要な者もある。専門医と連携して対応するのが望ましく、治療法の選択と決定は専門医に任せる。

1) 具体的対応法・治療法

過換気症候群では、医師をはじめ周囲の者が過剰に反応すると、疾病利得を助長する可

能性がある。ペーパーバッグによる対処を指導し、周囲には生命に係わることではないので、落ち着いてペーパーバッグ法(各論参照)を行うよう教えておく。

神経性食欲不振症では、患児に病識がないことが多いので拒食を批判したり、ここまで何故放置していたのかと家族を責めてはならない。患児のボディイメージを受け入れ、「太らないように栄養バランスが壊れたところを治す」と説明すると治療の同意が得やすい。

IV. 保険診療

一般小児科外来における小児心身症診療での保険請求の例を表3に示す。ある心身医学的問題でその月に最初に診察したときに初診料を算定し、二度目からは再診料となり、小児特定疾患カウンセリング料(710点)が月に一回加算できる。この小児特定疾患カウンセリング料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、15歳未満の喘息、周期性嘔吐症、自閉症、登校拒否等の小児心身症及び神経症の患者であって入院中以外の者に対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に加算出来る。限度は1年間として月一回限り、同一暦月において第一回目のカウンセリングを行った日に算定する。また、小児科を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、小児科のみを専任する医師が本カウンセリングを行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあつては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はその限りではないとある。15歳以上では

心身医学療法(90点)を請求する。その他、医師自らが検査及び結果処理を行った場合のみ心理検査も加算できる。遠城寺式乳幼児分析的発達検査など操作が容易なものを概ね40分以上かけて行った場合は135点を、WISC知能検査など操作が複雑なものを概ね一時間以上かけて行った場合は280点を加算できる⁶⁾。

V. おわりに

子どもの診療には常に心身医学的配慮を求められており、ある程度の経験を持つ小児科医は、心身症診療の素養は出来ていると考えられる。しかし初めのうちは、時間がかかり、種々の配慮を必要とする心身症診療は敬遠されがちである。子どもの心の問題は、時間をかけ優しさと誠意をもって取り組みれば解決することが多い。専門医と相談しながら積極的に対応し、一般小児科医が子どもと家族を援助できることが望ましい。

参考文献

- 1) 山下文雄編集企画 小児科 MOOK 子どもの心の問題、金原出版、1991.
- 2) 吾郷晋浩、生野照子、赤坂徹編集: 小児心身症とその関連疾患、医学書院、1992.
- 3) 高木俊一郎: 小児心身症の発症機序とその特徴 小児内科 Vol. 23 臨時増刊号 小児の心身症、6-11、1991.
- 4) 村山隆志: 年齢層別にみた小児の心身症の特徴 小児内科 31: 653-659、1999.
- 5) 富田和巳: 子どもの心身症. 小児科臨床 54: 1171-1180、2001.
- 6) 社会保険研究所: 社会保険・老人保健診療報酬医科点数表の解釈、平成12年4月版.

表1 年齢段階による症状及び疾患

	乳児期	幼児期前半	幼児期後半	学童期	思春期
症状および疾患	吐乳 夜泣き 食欲がない (飲まない・食べない)	人見知りが強い 親から離れない 夜驚 臍痛 憤怒けいれん 便秘 下痢 異食症 心因性嘔吐 吞気症	周期性嘔吐症 反復性腹痛 心因性頻尿 昼間遺尿 遺糞症 吃音 緘黙 爪かみ 指しゃぶり 性器いじり	チック 心因性発熱 起立調節障害 気管支喘息 心因性咳嗽 胃・十二指腸潰瘍 過敏性腸症候群 めまい 反復性頭痛 心因性視力障害 抜毛症 夜尿症 転換ヒステリー反応	過換気症候群 神経性食欲不振症 過食症 月経前症候群 月経痛 転換ヒステリー反応

表2 べからず(慎むべき言葉)集

1. 医師として

ことば	態度
どことも悪くありません。 こころの病気です。 小さいときの育て方が悪かった。 お母さんが変わらなければ。 これくらい我慢しなさい。 みんな頑張っているのよ。	矢継ぎ早の質問 せつせとカルテにメモをとる。 時間を気にする。

2. 両親として

ことば	態度
またなの。 うそつき。 我慢しなさい。 怠け者。 勝手にしなさい。 あんたなんかお母さんの子じゃない。 出て行け、死んでしまえ。 ごはん食べさせないよ。 大嫌い。	困惑 疑念 失望 面倒くさい イライラ、セカセカ 指示的 威圧的 暴力

3. 教師として

ことば	態度
時間がない。 生徒は君一人じゃない。 落第。 頑張りなさい。 規則だから。 家庭に原因。	支配的 性急的

表3

		初診料	再診料	再診継続管理加算 (1/月)	外来管理加算	小児特定疾患 カウンセリング (1/月)	心理検査	心身医学療法	合計 (点)
3才未満	初診月・初診日	452				710			1,162
	初診月・再診日		94		52		280		426
	初診月 計								1,588
	継続(再診月)・再診日		94	5	52	710			861
	継続(再診月)・再診日		94		52		280		426
	継続月 計								1,287
3才以上 6才未満	初診月・初診日	322				710			1,032
	初診月・再診日		86		52		280		418
	初診月 計								1,450
	継続(再診月)・再診		86	5	52	710			853
	継続(再診月)・再診		86		52		280		418
	継続月 計								1,271
6才以上 15才未満	初診月・初診日	250				710			960
	初診月・再診日		59		52		280		391
	初診月 計								1,351
	継続(再診月)・再診		59	5	52	710			826
	継続(再診月)・再診		59		52		280		391
	継続月 計								1,217
15才以上	初診月・初診日	250						90	340
	初診月・再診日		59				280	90	429
	初診月 計								769
	継続(再診月)・再診		59	5				90	154
	継続(再診月)・再診		59				280	90	429
	継続月 計								583

6. 各種の関連機関との連携

この項では、子どもの心身症診療の上で連携して対応することが多い関連機関と、そのアクセス方法について述べる。

1). 広義の心身症専門機関の探し方

井上登生

井上小児科医院

キーワード：保健所、保健婦、精神保健センター、児童相談所、郡市医師会、子どもの心相談医
日本小児保健学会、日本小児心身医学会

I. はじめに

今回のハンドブックの目的が、「一般小児科医、小児科医を専門としない校医などの臨床に役立つものをつくる」という大前提に立ち私に与えられたテーマを再考すると、すでに多くの著書¹³⁾で見られるような、純粋に心身症専門機関だけの話でまとめると、大都市近辺ではなく、日本全国で子ども達の問題に携わっている多くの先生方にとっては、「大都市近辺は良いな。この近くでは何も出来ない。」というつぶやきに終わる可能性が高い。そこで、各機関の各論は本章「各種の機関との連携」のそれぞれの先生にお願いし、それらの機関をどのような問題の時に、どのように利用したらよいのかという点につき触れ、これらをうまく機能させるための今後の検討課題について述べることにする。

II. 子どもや養育者が助けを必要とする問題

地域の開業医の診療所では、子どもや養育者はどのような時、専門機関を必要とするのであろうか。全てをあげることはできないので、ポイントのみ示す。

①第1子との適応の問題：大人だけの生活から子どものいる家族への変化の時、②養育者が身体的・精神的な問題がある、③未熟児・多胎・先天異常・仮死など出生時に問題がある、④生後1年半までの育児不安、⑤健診未受診を含む乳幼児健診上の問題、⑥自閉症な

どを含む言葉の遅れ・多動の問題、⑦保育園・幼稚園で気づかれた問題、⑧就学时気づかれた問題、⑨就学後2年までに気づかれた問題（適正就学指導上の問題を含めて）、⑩慢性疾患に伴う適応の問題、⑪いわゆる心身症としての問題、⑫不登校・行為障害・非行などの行動上の問題がある。

III. 専門機関をどのように利用するのか

ここでいう専門機関を考えると大事なことは、通常の人達にとって、小児科医あるいは医師であるだけでも専門医と思っている点である。地域医療では、その地域の現状にあった医療者自身の意識改革が必要となる。その際、相談を受けた医師の役割を、コンサルテーションもしくはガイダンスとするのか、直接治療的なかかわりをするのかを選択する。地域で長く臨床活動を続けていると、両者を含むことが最終的には多くなる。

コンサルテーションもしくはガイダンスは、基本的に患児あるいはその養育者の訴える主訴を良く聞き、治療者の知識をもとに少し整理する。その問題の誘因がある程度みえたら、「とりあえず、今何をすべきか」ということを患児あるいはその養育者に伝えることである。ここで重要なことは、①コンサルテーションはあくまでも次の本格的な心理治療につなげていくための過程であることを意識する、②そのためにコンサルテーションを行う者は、

紹介先の治療者についてある程度の知識あるいは面識を持ち、必要以上に良さを強調しすぎたり、選択の可能性を広げすぎたりしないようにする、③あくまでも患児あるいは養育者が問題を前にして混乱しているのを整理するのを援助する姿勢を保つ、④紹介先で、もしうまくいかない場合は再度来院することを勧め、相談者の行き場を確保する、などがある。

以上述べたコンサルテーションのためにも地域の関連機関との連携は重要となる。図1は、地域の子どもと家族支援のためのネットワークを示し、大きくコミュニティ・ケアとスペシャル・ケアに分けている。この中で、地域の開業小児科として、乳幼児健診、精密健診、適正就学指導委員、園医・校医などの業務をしながら、保育園・公民館などで講演活動や研修会などを行っているると徐々に子どもにかかわる他の職種の人達とのコミュニケーションが広がってくる。以下連携のポイント⁴⁶⁾を述べる。

1. 治療者が関係する市町村地図および県全体を市町村区分で分けた地図を用意する。資料については、県庁もしくは各市町村の統計課、県立図書館などとコンタクトをとれば教えてくれる。
2. 上記市町村の人口動態を次の内容でチェックする：全人口、年間出生数、0-3歳未満、3-6歳未満、6-12歳未満、12-15歳未満、その他興味のある年齢人口(例えば、労働人口など)につき、実数および比率について。できれば3年毎、もしくは5年毎の変化が分かれば、その地域の情報が広がってくる。各市町村、もしくは県の統計課に行けば資料(統計年鑑など)が手に入る。
3. 上記市町村の保育園、保育所、託児所、幼稚園、小学校、中学校の所在地と子ども数を調べる。電話帳(タウンページ)で調べても良いが、所轄の福祉事務所と教育事務所に連絡をとればすぐ分かる(県教育委員会発行の教育便覧や各教育事務所発行の教育事務所要覧などが有用)。

4. 福祉事務所では、地域の子育て支援事業の実態や障害児・者福祉に関する情報を手に入れる。同時に社会福祉協議会からも情報を得る。

5. 福祉事務所が市町村役場にある場合は、健康対策課(各市町村で若干名前が違うことがある)に行き、市町村保健婦から乳幼児健診の実情や精密健診などのフォローアップ状況を確認する。同時に母親同士の自助グループ活動や育児相談活動の状況も調べる。予防接種の実施状況も各市町村でかなり違いがあるので確認する。まず小児科的な一般的な話から入り、その後虐待などの話を聞くようにしないと地方ではまだまだ敷居の高い所もあるので注意する。

6. 市町村保健婦より、その市町村を所轄している保健所保健婦で未熟児のフォローアップや精神保健相談、乳幼児精密健診を担当している保健婦を紹介してもらう。

7. 保健所には是非一度訪問する。上記の保健婦を通し、地域の小児科医会あるいは医師会として、何かできることはないかなど話し合う。特に、未熟児のフォローアップ体制の話から地域の産婦人科との連携のあり方(プレネイタルビジットを含む)や、精神保健相談の実態の話からは思春期の子ども達や精神障害を持つ養育者の精神保健に関する地域の実情について情報を得る。保健婦さんは小児科医や小児医療にかかわる医師との連携を望んでいることが多いように思われる。

8. 乳幼児の精密健診は保健所保健婦も一緒に仕事をするが、事業の主体は所轄の児童相談所になる。精密健診には通常、ケースワーカーと心理判定員(通常は心理士)が来るので、その地域における精密健診のフォローアップの状況などを聞きながら、その一環として児童虐待問題の地域の現状やネットワーク事業について情報を集める。できれば、地域の小児科医会あるいは医師会としてできることを話し合う。

9. 児童虐待の相談状況を聞く中で、援助ができる地域の保育所の存在を、最初の保育所

の資料を用いながら確認する。地域の保育所
の名前を知っているだけで情報交換の雰囲気
が変わってきますので、まず自分なりに地域
の知識を増やすことは重要です。ついで、学
童の中で虐待を考える事例があるか尋ねてみ
る。もしあった場合は、学校現場との連携の
状態、取り扱いの地域格差、警察や家庭裁判
所、児童養護施設の状況など教えてもらう。
この問題は、通常の開業小児科業務の中では
取り扱いが困難なことが多いが、地域の現状
を知ることと、もし心配な子どもや家族に気
付いた場合、相談できるラインを持つことは
有効である。またこのことを通して、地域の
いわゆる非行と呼ばれている子ども達の状況
も知ることができる。そのことが分かると、
徐々に地域の学校の実態なども分かってくる
ので、結局、外来での年長児の不定愁訴や不
登校傾向を診るのに役に立つことが多くなる。

10. 学校について気になることがあれば、積
極的に教育委員会に連絡を取る。その時重要
な配慮は、連携を取るためには意見を述べる
前に、地域の子どものついて多面からの意
見を引き出すという姿勢の方がスムーズにい
くと思われる。最初から「一言もの申す」と
いう雰囲気はマイナスこそあれ、プラスには
ならない。地域の特殊教育の現状や適正就学
指導委員会の内科系の担当と精神の担当ある
いは学校保健の担当を教えてもらい、まず学
校にかかわっている医師から先に情報を得る
ことが必要なこともある。

11. 学校へのかかわりが難しい時は地域の医
師会に連絡をとり、その時点での校医が誰か
確認する。同様に、園医についても情報を集
める。予防接種相談、一般検診、心臓・腎臓
検診、教育相談などの場を通し、小児科医の
専門性を出していくことが重要と考える。

IV. 心理治療

小児科医がなじみやすい心理治療としては、
カウンセリング、遊戯療法、描画法、家族療
法的なアプローチ（ソリューション・フォー
カスト・アプローチ）などがあるが、季節に

よって外来の忙しさに差が大きい開業小児科
医では、途中で放り出すような結果だけは避
ける必要がある。

V. 今後の検討課題

日本全国すみずみまで、小児の心身医学の
専門医を直ちに配置することは難しい。本格
的な研修システムがあれば3年で形を作るこ
とは可能であるが、出来ないことを願っても
仕方がない。とりあえず、連携には下記のこ
とが重要と考える。

①保健所保健婦の母子保健専門、思春期精
神保健専門の研修を充実させる、②市町村保
健婦が3人以上いる所は、一人は母子保健専
門員として育て、前述の保健所保健婦との連
携を明確に指示する、③保健所が精神保健セ
ンターだけでなく児童相談所との連携を再構
築するよう指示する、④各郡市医師会の乳幼
児健診・園／学校医・予防接種担当医を通し、
各地域の思春期を含む子どもの心身医療の現
状を把握する。⑤日本小児科医学会子どもの心
担当医（事務局電話：03-3388-5561）・日本
小児保健学会（事務局電話：03-3359-4964）・
日本小児心身医学会（事務局：06-6445-8701）
所属の医師との連携を進め、関係医師の了承
をえた上で郡市医師会と教育委員会に名簿を
配布する。

文献

- 1) こども心身医療研究所編：小児心身医学 臨床
の実際、朝倉書店、1995.
- 2) 山下文雄編：子どもの心の問題、小児科
MOOK60、金原出版、1991.
- 3) 吾郷晋浩・他編：小児心身症とその関連疾患、
医学書院、1992.
- 4) 井上登生：子どもの心に影響を与える学校・地
域社会の問題、小児科臨床 54(増刊号:子どもの心
のケア)：1103-1110、2001.
- 5) 井上登生：心の問題への対応—診療現場から、日
本医師会雑誌 123: 1451-1454、2000.

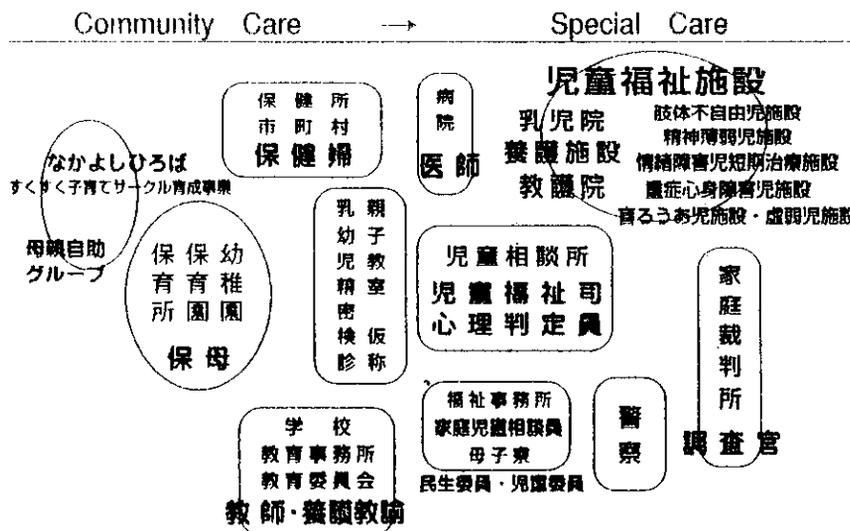


図 コミュニティケアおよびスペシャルケアのネットワーク

2). 保健所、地域における連携

山口仁

中町赤十字病院 小児科

キーワード：母子保健、保健婦、保健所、保健センター、育児支援

I. 保健所

母子保健法が改正され、平成9年から母子保健事業は住民に身近な市区町村が実施主体となっていくことになった。その後、地方自治体によっては、保健所は福祉事務所と連携し、保健福祉事務所あるいは健康福祉事務所と名前を変え、各市区町村と連携しながら、より専門性の高い母子保健事業にあたっている。母子保健に関する市区町村の保健センターの事業内容は①新生児訪問指導②乳幼児健康診査〔4ヶ月児健康診査、1歳6ヶ月児健康診査、3歳児健康診査〕③育児相談④訪問指導⑤子育てセミナー・両親（母親）学級などの育児情報の提供・育児支援活動などである。保健所の事業は、より広域化、専門化して市区町村の事業を指導・支援するものとなり、その事業内容は、個別相談として、①乳幼児発達相談（乳幼児健康診査で発達の遅れが見られた児が対象）および②子育て相談が、小児科医・心理判定員・言語療法士・理学療法士・栄養士・保健婦などにより行われる。また集団指導として、③親子遊びの教室（発達障害児や境界児、あるいは問題行動のある児とその親とに対し、発達支援、育児支援、不安の解消を遊びを通じて行う）および④アトピー教室、離乳食教室などが、心理判定員・言語療法士・保育士・保健婦・栄養士などにより行われる。その他、⑤低出生体重児訪問指導、⑥慢性特定疾患児に対する指導・相談、⑦家庭訪問（依頼に応じて）が行われている。

II. どのような子どもが利用するのか

保健センターや保健所は、すべての乳幼児と、健康診査で発達の問題を指摘された子どもたちはもちろんのこと、育児に様々な不安のある母親が主な利用者となる。その他、幼

少時から発達に問題があるためフォローアップされていた事例や、育児不安が強い母親には、就学後も、希望により相談が継続される。しかし現在、保健センター・保健所の意識は、地域の子どもたちの“心の健康”にも向けられており、今後は学校や医療機関との連携により、小児心身症や不登校、児童虐待やいじめ、閉じこもりなど、子どもたちの心の健康問題への支援も行われていくものと考えられる。

III. 保健所と小児心身症

保健婦の活動は自由度が高く、家庭訪問により生活状況を観察しながら、より現実的な指導を行うことができる。また療育に関しては、児童相談所（地域によっては、こどもセンター・こども家庭センターなどの名称を付けている）、ことばの教室、療育施設などの専門療育機関をはじめ、保育所などの児童福祉施設、幼稚園、小・中・高等学校、盲・聾・養護学校などの教育機関、および専門医療機関との連携も多く、保健婦は子どもを取り巻く様々なシステムの橋渡しの存在である（図）。小児保健に携わる医師が心の問題に対応する際、地域の様々なシステムとの連携は不可欠であり、地域の事情に詳しい保健婦との密接なコミュニケーションを維持することは極めて有効な方法である。

近年、就学後に起こる様々な対人関係の問題や不登校、あるいは問題行動、心身症などのため小児心身症外来を受診する子どもたちの中で、注意欠陥/多動性障害、学習障害、広汎性発達障害、境界知能などの発達障害を持つ児の割合が高くなってきている。このような子どもたちの中には、幼児期に発達の遅れを指摘され、もしくは問題行動を持つ児とし

て、保健婦によりフォローアップされていた事例が多くみられる。特にそのような場合は、保健婦と連絡をとることで、より詳しい発達状況や家族の情報が得られ、診断や治療に役立つことも多い。また、虐待が疑われる事例、あるいは家庭事情により不登校や問題行動を起こしていると推定される事例では、地域の保健婦に相談してみるのがよい。また、小児科医ではない学校医や開業医、あるいは一般小児科医の場合には、心身症もしくは神経症、発達障害を疑っても具体的な診断に苦慮する事例が多いと思われるが、積極的に連絡をとり関わってもらうことを勧めたい。

IV. アクセス方法

母子保健事業と医療機関との連携は、現在必ずしも十分でない状態にあり、今後の大きな課題である。地域の母子保健に関する連携組織（母子保健連絡協議会など）や乳幼児健康診査などを通じての医師と保健業務担当者との連携の機会はあるものの、問題を抱える一人一人の子どもを紹介方法として確立された方式は存在しない。従って現時点でのアク

セス方法としては、心理社会面からのアプローチが必要な児が医療機関を受診した場合、心理面からの関わりが必要であることを家族に話し、了解を得たうえで、地域の母子保健担当の保健婦に電話で直接相談や依頼をすることであろう。後日、保健婦による電話や家庭訪問、もしくは患児に市区町村保健センターに向いていただく方式でフォローアップが可能となると思われる。紹介状は必ずしも必要ではないが、必要な場合には医療機関同士の紹介の場合とは異なり、郵送ではなく直接患者に手渡すように心がけたい。乳幼児健康診査などを通じて日頃から地域の保健婦と医師とが親しく知見を交換し合っておくことが、事例発生時の連携に役立つであろう。

参考文献

- 1) 中川英一、平山宗宏（編）：小児保健。P399-431, 日本小児医事出版社、1997.
- 2) 財津裕一：小児科臨床。50:11263-1270, 1997.
- 3) 母子保健事業団：母子保健マニュアル。1996.
- 4) 青木 徹：小児科臨床。53:1169-1173, 2000.

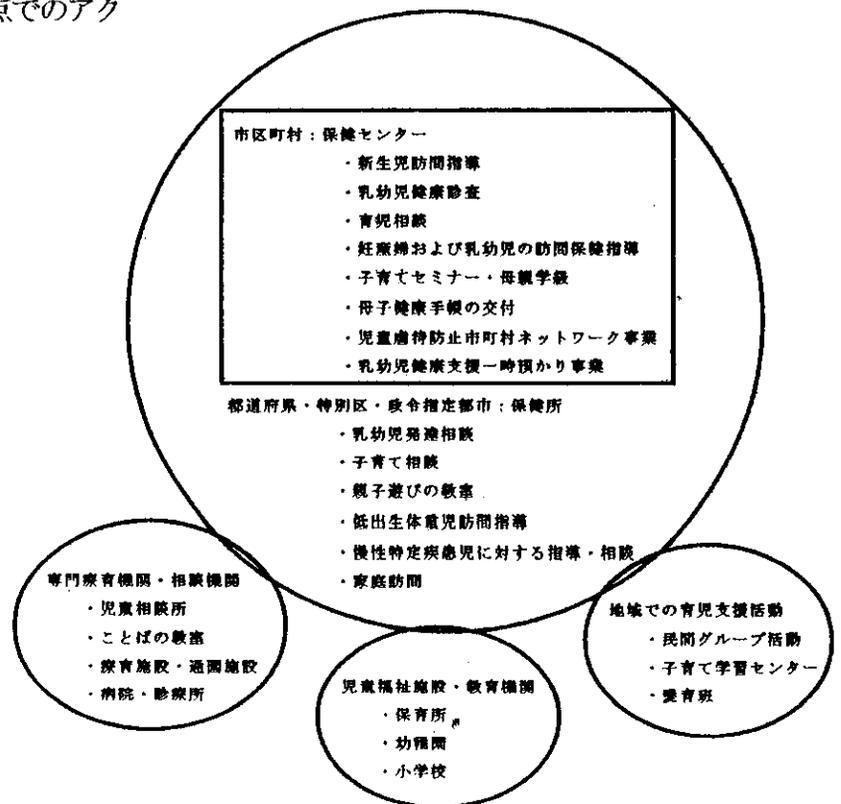


図 保健所における母子保健事業とその連携機関

3). 学校

衛藤 隆

東京大学大学院教育学研究科身体教育学コース (健康教育学分野)

キーワード：学校教育法、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、幼稚園、特殊教育、養護教諭、保健主事、スクールカウンセラー、保健体育審議会

I. 学校とは

わが国において学校教育法第1条により定められている学校とは、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、大学、高等専門学校、盲学校、聾学校、養護学校および幼稚園である。この中で、中等教育学校とはいわゆる中高一貫校が制度化されたものである。

II. 学校に通う子どもの名称

学校に通い、学ぶ主体についての名称については、通常次のものが用いられている。なおカッコ内は学校種別を示している。幼児(幼稚園)、児童(小学校)、生徒(中学校、高等学校、中等教育学校、盲学校、聾学校、養護学校、専修学校、各種学校)、学生(高等専門学校、大学)。

III. 入園、入学の資格・条件

学校教育法により各学校の入学(園)資格は以下の通りである。

幼稚園： 満3歳から小学校就学の始まりの時期に達する幼児。

小学校： 満6歳に達した日の翌日以後の最初の学年から、満12歳に達した日の属する学年の終わりまで。修業年限は6年。保護者は就学させる義務がある(学校教育法第22条〔就学義務〕)。就学義務に関して、盲学校、聾学校、養護学校の小学部の課程は小学校に準じている。

中学校： 小学校または盲学校、聾学校、養護学校の小学部の課程を修了した日の翌日以後における最初の学年のはじめから、満15歳に達した日の属する学年の終わりまで。修業年限は3年。保護者には就学させる義務が

ある。就学義務に関して、盲学校、聾学校、養護学校の中学部の課程は中学校に準じている。

高等学校： 全日制、定時制、通信制がある。入学資格は、中学校もしくはこれに準ずる学校を卒業した者、または監督庁の定めるところにより、これと同等以上の学力があると認められた者。修業年限は、全日制は3年、定時制、通信制は3年以上。

大学、高等専門学校、特殊教育諸学校(盲学校、聾学校、養護学校)については略す。なお、特殊教育諸学校には小学部、中学部を置くこととなっており、これらのほか幼稚部、高等部を置くことができるとされている。

IV. 教職員

学校教育法の規定では、小中学校には校長、教頭、教諭、養護教諭、事務職員を置かなければならないとされている。高等学校については校長、教頭、教諭、事務職員を置かなければならないとされ、これらのほか、養護教諭、養護助教諭、実習助手、技術職員、その他必要な職員を置くことができるとされている。幼稚園については園長、教頭、教諭を置かなければならないとされ、これらのほか、養護教諭、養護助教諭、その他必要な職員を置くことができるとされている。

その他の職員に含まれる職種として、学校栄養職員(管理栄養士、栄養士)、スクール・カウンセラーなどがある。これらのほか学校保健法により各学校に学校医、学校歯科医、学校薬剤師が任命もしくは委嘱される。ただし、後2者は大学は規定から除かれている。

各学校では学校の運営上、教諭・養護教諭