子どもの健康科学5 (1) 47－50 2004 (平16)

〔特集1：子どもの危機を突破せよ　故飯倉洋治教授と歩んだ道〕

第3部：学校と小児科の連携
学校教育現場における臨床心理士と小児科医による健康相談室の開設意義について

昭和大学小児科

小田島安平、根本芳子、松嵜くみ子、柴田玲子、渡邉修一郎

〔抄　録〕

近年、小中学校における「いじめ」「校内暴力」「不登校」等々の問題が多発し、社会問題化している。しかし、一定の解決策はなく、個々に担当教諭、養護教諭、教頭、校長等の管理職、教育委員会等が対応しているのが現状である。以前より昭和大学小児科では近隣の小学校内に健康相談室を設置し、当教室の心理スタッフおよび、小児科医を派遣し、休み時間のオープンルームや授業参観を実施して学校での現状を把握するとともに、こどもたちの相談、種々の疾患に対する保護者と先生からの相談を受けてきた。

健康相談室内のオープンルームでは、学年を超えた守られた自由な空間で遊びが広がり、支援の必要な児童の早期発見が可能となった。また、健康相談室では相談してくる保護者、児童の個々の問題解決への支援や児への対応に困難を感じている教員への支援も行われている。

こどもたちを取り巻く種々の問題に対して、本人、保護者、教員、社会など原因探しばかりが先行している。しかし学校での問題は多くの要因が関わって生じていることが多く、多因子的論的、包括的発想が重要である。今回の小学校での健康相談室での活動は教師とは異なり第3者として、小児科医と臨床心理士が学校に入ることで、学校での適切な対応が生み出されていく一助となっている。

今後の問題として、正常な社会が小学校内で作られないと、そのとき小学校内で起こったこと異常な社会現象は10～20年後には一般の社会現象化することになる。小中学校の小さな社会での常識はやがて広く社会に出て行ったときの常識となっていく。このため、正常な社会を小中学校内で作る必要がある。その第一段階として、教師でもなく生徒でもない第三者である小児科医や臨床心理士が教育現場に入っていくことは「いじめ」「校内暴力」「不登校」等々の問題の解決の端緒を開く試みとして意義があることと考えている。

◆ *Key words*：臨床心理士、学校、健康相談室、小児科医

１．はじめに

近年、小中学校における「いじめ」「校内暴力」「不登校」等々の問題が多発し、社会問題化している。しかし、一定の解決策はなく、個々に担当教諭、養護教諭、教頭、校長等の管理職、教育委員会等が対応しているのが現状である。以前より昭和大学小児科では近隣の小学校内に健康相談室を設置し、当教室の心理スタッフおよび、小児科医を派遣し、休み時間のオープンルームや授業参観を実施して学校での現状を把握するとともに、こどもたちの相談、種々の身体的、心理的、精神的な疾患に対する保護者と先生からの相談を受けてきた。今回、この近隣小学校内に設置した「健康相談室」の現状と今後の展望を検討した。

２．健康相談室の概要

１）「健康相談室」の目的

近隣小学校の教師やその自治体の教育委員会等と協力しながら小児科医、臨床心理士が共同して心理面身体面ともに幅広い小児の健康管理を行うことを目的とした。

２）品川区立第二延山小学校「健康相談室」の概要

品川区立第二延山小学校生徒数は約440名（1学年2クラス～3クラス）である。健康相談室の開設時間は火曜日・木曜日（10:00～16:00）とし、スタッフは臨床心理士1名と文学部心理学科の大学生または大学院生をボランティアとして募集し、これらの大学生または大学院生を実習生として２名が交代で常駐し，医師は火曜日の朝と木曜日の昼休みに，必要に応じて在室した。設備/遊具としては箱庭，ジェンガ，おはじき，囲碁、将棋，オセロ，パズルなどを用意した。

３）提供しているサービス内容

①オープンルーム

20分休みと昼休みは、どの子も自由に利用することができるオープンルームを設置した。オープンルーム設置に当たっては、文学部心理学科の大学生または大学院生ないし臨床心理士がオープンルームを解放している時間には必ず常駐し、事故やけんか等が起こらないよう配慮した。また、遊びを観察し、問題行動のある児や相談があるがなかなか自分で切り出せない児等支援の必要な児童の早期に発見するように努力した。オープンルームに来た児童数は10月が最も多くで１ヶ月で延べ約1000人であり、少ない月は３月で延べ約250人である。３月が少ないのは、卒業や学年の変わり目で実質授業数が少ないためと考えられる。

②医療相談

体調の不調を医師に相談し、必要な場合は専門医の受診をすすめた。第二延山小学校健康相談室より校医を介して、専門医療機関あての紹介状を用意した。

③個別心理相談

児童・保護者・教師のどの依頼にも応じた。平成13年度には保護者の相談件数27件、平成14年度には37件であった。保護者の相談には臨床心理士が当たった。

④保健室登校児の対応

平成13年度には不登校児２名、保健室登校児３名、その他26名の対応を行った。平成14年度には保健室登校児３名を健康相談室で対応した。

⑤「健康相談室からのお知らせ」の発行（月１回）

その月の流行性疾患の状況や注意事項等をお知らせとして毎月一回全校に配布した。

⑥医師による道徳などの授業の協力

道徳等の授業を年間数回全校児童を対象に行った。

４）平成13年度の健康相談室個別相談の実態

相談件数は延べ年間108件になり５月から11月に多く１月当たり15～25件に上るが、１月から４月は少なく月に５件以下であった。４月は新しい学年で新しいクラスメイトや新しい先生と始まったばかりで、相談が少ないと考えられた。学年では５年生が最も多く次に４年生、３年生、６年生、２年生の順で、１年生は０件であった。

小田島安平　根本芳子　松嵜くみ子　柴田玲子　渡邉修一郎

こどもからの相談内容は友達関係80%、学習に関することが6%、先生との関係5%、次に親との関係、身体症状が各4%、2%と続いた。

全校児童数が440名であることを考えると約4人に1人が相談に訪れたことになる。中でも実質的に相談が成立しにくい1年生などを除くともっと多い確率になる。

3．考案

健康相談室内のオープンルームでは、学年を超えた守られた自由な空間で遊びが広がり、支援の必要な児童の早期発見が可能となった。また、健康相談室では相談してくる保護者、児童の個々の問題解決への支援や児への対応に困難を感じている教員への支援も行われている。

近年、小中学校における「いじめ」「校内暴力」「不登校」等々の問題が多発し、社会問題化している。しかし、学校での問題は多くの要因が関わって生じていることが多く、多因子的論的、包括的発想が重要である。今回の小学校での健康相談室での活動は教師とは異なり第3者として、小児科医と臨床心理士が学校に入ることで、学校での適切な対応が生み出されていく一助となっている。

こどもたちを取り巻く種々の問題に対して、本人、保護者、教員、社会など原因探しばかりが先行している。しかし、一定の解決策はなく、個々に担当教諭、養護教員、教頭、校長等の管理職、教育委員会等が対応しているのが現状である。我々は種々の疾患に対する保護者からの相談に応じるとともに、「いじめ」「不登校」等の心理的問題の相談やカウンセリングを行ってきた。「いじめ」「校内暴力」「不登校」等には大きく分けて見方が2つある。端的に言うと生徒原因論と教師原因論である。当健康相談室は学校内に初めて教師、生徒以外の立場の第3者が常駐することになり、この2元論では問題が語れない多くの場面に遭遇し、結果的に教育現場には多くの問題があることが判明した。

今後の問題として、正常な社会が小学校内で作られないと、そのとき小学校内で起こった異常な社会現象は10～20年後には一般の社会現象化することになる。小中学校の小さな社会での常識はやがて広く社会に出て行ったときの常識となっていく。このため、正常な社会を小中学校内で作る必要がある。その第一段階として、教師でもなく生徒でもない第三者である小児科医や臨床心理士が教育現場に入っていくことは「いじめ」「校内暴力」「不登校」等々の問題の解決の端緒を開く試みとして意義があることと考えている。

The Health consultation room opening in the elementary school by clinical psychologists and the pediatricians

Department of Pediatrics, Showa University of Medicine

Yasuhei Odajima,Yoshiko Nemoto,Kumiko Mastuzaki,
Reiko Shibata,Shuichiro Watanabe

Recently, problems such as "bullying" "school violence" "school absentism" at the elementary school occur frequently, and become seriously. To soluve those problems, as a trial for soluving those problem, we opened a health consultation room in the nearby elementary school. And We consulted by the parents and teachers in the health consultation room.We are doing support to children and parents and teachers.

子どもの健康科学5（1）51－52　2004（平16）

〔特集1：子どもの危機を突破せよ　故飯倉洋治教授と歩んだ道〕

第3部：学校と小児科の連携
学校教育現場における臨床心理士と小児科医による健康相談室の開設意義について
<コメント>　―保健室登校児への対応と今後の課題―

昭和大学小児科

根本芳子

1．保健室登校児への対応

近年、保健室登校の児童の数は小学校においても増加しており、養護教諭の負担は大きくなっている。健康相談室は保健室登校の児童の相談にも乗り、必要に応じて授業中健康相談室で過ごせるように対応している。今までに教室で過ごすことができない児童が健康相談室に一定の期間登校し、学校の先生と連携をとりながら対応していくことにより、教室に戻れるようになった児童も数名いる。その一例を紹介する。

【症例】

6年生、男児。気管支喘息。4年生の二学期後半より頭痛、吐き気、気持ちが悪い、せきなどの不定愁訴があり、父親に連れられいやいやながら登校するものの、保健室に頻繁に行くようになってきた。「風が吹くと学校に行きたくない。」「給食がいや、食べられない。」と訴えていた。

経過：

学校の先生方や健康相談室のスタッフと話し合い、本人も承諾して、健康相談室登校をすることになった。今まで喘息の治療も中途半端になっていたため、保護者と健康相談室スタッフの面接により、喘息の治療を勧め、小児科外来を紹介した。家庭にも問題があると思われたため、保護者面接により、母親のストレスを緩和し、父親にも協力を求めた。最初は、言葉で気持ちを表現できず、狭いところに閉じこもったり、物を投げつけたりしていたが、家庭での対応の変化とともに時折、明るさや素直さが見られるようになり、気持ちが徐々に落ち着いてきた。それと同時にしだいに食欲が少しずつ向上し、体調がよくなってきた。また、自分の気持ちを言葉で伝えられるようになり、学習意欲もでてきた。

結果：

喘息の治療にともない、体調が改善してきた。家族の協力が得られ、子どもらしい明るさが戻り、友達と外で遊ぶ姿も見られるようになった。担任も課題を出し、健康相談室で個人的に学習指導をしたり、入れそうな授業には声をかけるなどの協力の結果、自信のある算数の授業から教室に戻ることができるようになった。現在はすべての授業を教室で過ごしている。

2．健康相談室の意義

現在小学校において校医は常駐しているわけではなく、日常の児童の健康管理は養護教諭が行っているが、一人で心身両面のサポートをしていく

のは大変で、負担が大きくなっている。上記の症例に示されるように、健康相談室は医師と教師の間に心理士が介入しているところに意義がある。心理士は医師と各症例について検討し、教師とは月一回以上連絡会議を開き児童の状態を把握してもらうほか、必要に応じて話し合いを持ち、連携しながら心身両面から児童をケアしている。また両親のサポートも医師と心理士が身体的側面と心理的側面の両方からしている。特に医師は必要に応じてすぐ連絡がとれ派遣できるようなシステムになっているので、身体の病気に関して病院に行く前に気軽に相談ができる。

現在ほとんどの中学校にはスクールカウンセラーが配置されているが、小学校ではスクールカウンセラーがいるところは少なく、配置されているところでも週一回で、医療との連携は積極的になされていないのが現状である。

医療と教育は日本では厚生労働省と文部科学省というそれぞれ別の管轄なので、日本のような縦割り社会では連携が難しい面がある。喘息など慢性病の子どもの不登校の確率は高いといわれているが、病院と学校との連携は難しく、患児の病状をもっと教師に理解してもらえればと思うことが外来でもよくある。また、学校側から医療への働きかけも積極的にできないということも言われている。そのような状況の中、この健康相談室は医療側から学校側に働きかけて開設したとういう点において意義が大きいと思われる。

日本はとかく問題が具体的に発生してから対処するという傾向が強いが、問題が表面化してくる中学生になってから対処するのでは遅く、小学校での病気の予防・早期発見と心身の健康維持が本来重要である。

3．今後の課題

今後、教室に適応できず、行き場所がない児童の数は増加していく可能性があり、健康相談室は心身の健康維持のためには必要であると思われるが、このような試みは全国で初めてのため以下の課題を検討していかなければならない。

①同区内のほかの小学校からも問題のある可能性の児童をみてくれないかという要望がたくさんあるが、今のところ人手が足りず、それらの要請をどこまで引き受けるか。

②現在は予算がもらえず、ほとんどボランティアでしているが、今後必要経費はどこから捻出するか。

③教師・小児科医・心理士の連携維持の継続性をどのようにしていき、学校現場における相談を中心にしたケアシステムをどのように組み立てていくか。

身体症状を訴え「健康相談室」登校となったA君（小4男児）が教室に戻るまで

柴田 玲子[1)2)]　松嵜 くみ子[2)]　根本 芳子[2)]
1）聖心女子大学大学院文学研究科　2）昭和大学医学部小児科

要約

小児科医と臨床心理士が連携して子どもの幅広い心身の健康管理を行うことを目的に，公立小学校内に健康相談室が開設されていた。本稿では，その相談室において「風が吹いているから学校に行きたくない」と訴えていた小学4年生A君（男児）が教室に戻れるようになった過程を通じて，なにが子どもにとって必要であったか，相談室ができる支援とはなにかについて検討した。具体的には，(1) 家族への支援，(2) 身体的マネージメント，(3) 相談室での関わりについて，を検討したところ，医師によるきちんとした病気の治療とともに，支える環境の重要性，さらに子どもにとっての遊びの大切さを再認識し，学校における臨床心理士による心理的側面だけでなく，身体的マネージメントの視点が重要であることがわかった。本事例は，心理士と医師との連携体制の有効性を示した。

キーワード： 身体症状，健康相談室，連携，小児科医，臨床心理士

I．問題

本稿に登場する「健康相談室」は，小児科医と臨床心理士がチームを組んで子どもの幅広い心身の健康管理を目的に，地域の公立小学校と協力してできたものである。

喘息，アレルギー疾患などの慢性疾患児の治療を専門医として数多く手がけてきた小児科医は，身体的側面が治癒しているにもかかわらず，不登校になっている多くのケースに直面していた。そこで，身体的側面と心理的側面の両面を同時にサポートしていくことが極めて重要であるばかりでなく，医師が学校のなかに入っていく必要性も感じていた。その医師の考えを知った子どもの母親が保護者として学校側に働きかけ，校長先生もその考えに共鳴し，校長先生の決断で校内の1教室に相談室が開設されていた。

本事例は，この相談室において小学4年生から6年生まで関わった児童A君である。

児童から思春期にかけては成人に比べて認知能力や言語化能力がまだ十分に発達していないために，精神的ストレスや内的葛藤によって身体化を起こしやすく，不登校児童の多くが身体症状を訴え，学校に行けない理由として「身体症状のため」をあげている（山崎，1998）。身体症状の訴えは頭痛，腹痛，吐き気などの順で多かった（星加ら，1988；小松ら，1982）。

本事例も頭痛，腹痛，吐き気などを訴え保健室に頻繁に顔を出して休みが多くなったために養護教諭から「健康相談室」に紹介されたケースである。本事例の場合は，子どもの心の変調が身体に現れやすいことだけでなく，一方では身体疾患による症状が子どもの心的エネルギーを枯渇させていると考えられた。

A君は，小学4年生の12月から保健室登校とな

ったが，5年生後半から徐々にクラスのなかに溶け込んでいった。その過程のなかで，何が子どもにとって必要であったか，相談室ができる支援とは何かについて考察した。

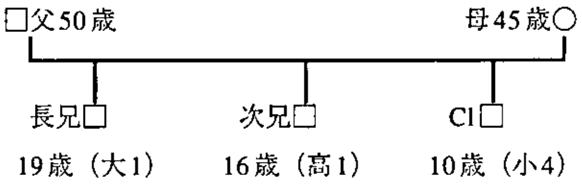
Ⅱ．事例の概要

事例：A君，10歳（小4）男児

主訴：気持が悪い，吐きそう，風が吹いているから学校に行きたくない

来談経緯：11月頃から，頭痛，吐き気などの不定愁訴を訴え，保健室に行くことや休みが多いので，養護教諭より相談があった。養護教諭は保護者に相談室を紹介していた。Clが他の保健室登校の児童と一緒に来室したので，母親に連絡をとり，その後に家族と学校の依頼によって健康相談室の開室時は相談室で対応することになった。

家族構成：



父：会社員，海外出張などのため留守が多い。中肉中背，骨太な感じ。厳格な所がある。

母：会社員，Clの幼少のときから外で仕事。細面のきゃしゃな感じ。やさしいが，身体接触にやや抵抗がみられる。

長兄：大学生，彼女もいてマイペースな様子。

次兄：当初，ケンカ騒ぎをおこしていて，連日父親と口論することが多かった。

生育歴：2歳のとき気管支喘息と診断された。小学1,2年生では，給食を吐いてしまうこともありやせていた。熱性けいれん，ひきつけなどがあった。3年生になり，学童クラブに行きはじめて，食欲も増し，太り始めて元気に通学していた。4年生から空手を始めたが，寒くなってからは行きたがらなくなっていた。

見立て：天候によって学校に行きたくないと訴えるのは，家族や学校など周囲の人たちからは精神的なものによるものと受けとめられていた。しかし，喘息の症状による体調不良の影響が大きく，これまで発作時の応急的処置だけの対応しかなされてこなかったことに問題があると思われた。また，兄たちと年齢差があるために，家庭内に問題があってもその話し合いの時には入れてもらえず，A君としてはひとり置き去りにされていると感じているようだった。家庭内での安心感が得られていないことに加えて，学校では，身体的不調によって皆の前で吐いてしまうかもしれないとか，苦しくなるかもしれないなどの漠然とした不安感が強いと考えられた。

サポート方針：相談室の開室時には相談室のスタッフが対応し，経過を見ながら教室にもどれるようにしていく*。まずA君にとって相談室が安心できる居場所となり，いやなことはいやと自分の気持を自分ではっきり伝えられるようになることを当面の課題とした。また，保護者に病院外来での喘息治療を促し，身体症状の改善を図ることをサポートしていく。さらに，A君を支える環境を整えていくために，母親のストレスを緩和し，家族への支援として継続的に保護者面接を行うことにした。

* 学校での取り決め：すでに保健室登校していたB君やC子たちと同様に，毎日担任とのつながりがつけられるように担任から課題（勉強など）を受取ってから相談室に来室すること，10時までは保健室で過ごし，給食は保健室でとることなどを教師たちと申し合わせた。

面接経過：筆者が保護者面接を担当したことから母親の面接を軸とする。Clの様子は《　　》で記す。筆者が直接関わっていないところは，＜*イタリック体*＞でスタッフの日誌から抜粋したものを加える。なお，プライバシーを考慮し，一部修正した。

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
第1期 ×年12月 〜 ×+1年2月	【母親自身がかかえていた不安を語った時期】 Clと会った日の夜に，母親に電話を入れ，相談室でのA君の様子を伝え，次回の約束と小児科の受診を薦める。インテーク面接時に，A君の幼少時から今までの様子を聞く（⇒生育歴）なかで，「保育園のときも同じようなことがあり，急に起きて泣き叫ぶ。息が苦しいといって，てんかんのようなひきつけを起こした。2，3ヶ月に1度高熱がでて，へんなことをくちばしる，うわごとでごめんとか・・」などあり，「その時は，引越しもあって，父親も仕事のため家にいなかった」と，今まで母親が一人で対応し，心配してきた様子が語られた。涙ぐむこともあり，母親自身の疲れ，不安の大きさが感じられた。最近は，次兄がケンカ騒ぎをおこしたことで，A君が寝てからこの兄のことを家族で話し合ったり，この兄と父親とが口論になったりしているという。その声のせいでA君は目を覚まして寝付けず，母親に「一緒に寝てほしい」といいに来るという。厳格な父親や家族からは母親が甘やかすからだといわれ，どうしたらいいかと自信なく語る。 「先週の木曜日の風がひどくてい	《相談室にやって来る》 これまでに何度か養護教諭から相談を受けていたA君が養護教諭と同学年の保健室登校児B君とともに来室した。A君は「体育と給食がいや」，「体育は，ドッチボールは好きだけど，やっているとゼーゼーしてきてつらくなる」，「給食は食べると吐きそう，皆の前で吐かないか心配」とだるそうな様子ではあったが，理由も話すことができた。 《風を怖がり，閉じこもりの時期》 ＜*スタッフの遊びへの誘いにはのらず，一人でだるそうに過ごす。しかし，B君が来室すると2人で楽しそうに遊ぶ場面も見られたが，ちょっかいをだしすぎてB君が怒り出し，B君はかたまってしまった*＞＜*給食の時間が近づくにつれ「気持ち悪い」「家に帰りたい」と繰り返す。ThやC子，B君にちょっかいを出し，ぬいぐるみをなげつけたり，ふらふら過ごす*＞言葉で気持ちを表現できず，ものを投げつけるなど健康相談室登校の他児とのトラブルも多かった。	[抜本的喘息治療がはじまる] これまでは年に数回喘息発作時に，救急外来にかかっていただけであったが，面接後小児科医を受診し，継続的な喘息の治療が始まった。 小児科医を受診したA君は，自分から，苦しくて夜眠れないと訴えていたと医師から報告があり，心理士からは家庭や学校でのA君の様子を伝え情報交換した。

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
	るときに，風が吹いているときは(学校に）行きたくない，苦しいと言って，途中の陽だまりに座り込んでしまった。てこでも動かないので，私の仕事の時間もせまっていたので，仕方なくお父さんと学校に電話して，(そこに）おいていった。お父さんより先に先生が捜しにきて，お父さんがすごくおこられてしまった」と困ったように話された。(この件については学校の教師からも告げられていた。そこで，学校の教頭先生や担任教師に，母親の養育態度に焦点を当てても問題解決にはならないことやこちらの見立てを伝えた。)「年末には学校の友だちが遊びに来てくれて，そのときは楽しそうだったが気を使っているらしく，友達が帰った後には疲れたからもう遊びたくないといい，始業式の日には皆と会いたくない。友だちがいると緊張する」といっていたそうだ。また，「夜になると，私が一緒でないと，寝むれないと言って，ときどきおっぱいをさわって来る」「もう4年生になっているのに，気持ち悪い。母乳の止め方がいけなかったのかもしれない」と，不安そうに話されたが，今は充分甘えさせた方がよいことを伝えた。毎回，話を次々と語られ，立ち上がっても又立ち話になった。A君にふりまわされ，家族からは甘やかしたせいのように言われ，心身ともに疲れている様子だった。	*＜給食の時間が近づくにつれ「気持ち悪い」「家に帰りたい」を繰り返す。夕方，雨風が強まると「すごい風だ」と怖がる。風に対する怯え方ひどい＞，＜・・・木製の収納箱の中にはいっていた。今朝は父親に連れられ，泣きながら登校したという＞＜「風がいやだ。死にたい」といい，相談室のソファの下にもぐりこんでいた＞*窓から木の葉をみて，ゆれていると，風がふいているからと外に出るのをいやがり，相談室内にある木製の収納箱や椅子の下など狭いところに閉じこもっていた。しかし，*＜カンファレンスのために来室した小児科医には「心臓と胃の間が痛い」などといって，小児科医とは臆せず話している＞*という。	[継続治療の重要性を理解] 母親から小児科受診後は「薬を飲んでいることもあり，最近は夜中咳をしないで寝ている。喘息日誌をつけはじめた」と報告され，継続的な喘息の治療の必要性を理解されたようだった。

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
第2期 ×+1年3月	【父親が面接に参加した】 父親と母親が一緒に来室した。父親は「今はゆっくりかまえようと思っている。この前，校長先生からもいろいろ言われ，今までの自分の態度を反省し，なるべく遊ぶ時間を持ってコミュニケーションをとろうとしている。家の中は，男ばっかりで皆強くてAはついていけなかったのだろう。この間，将棋をやって，1回だけ私が負けたらすごく喜んでいた。ボート乗りに連れ出したこともよかった」と，A君と身体を使って一緒に遊んで，父親自身も楽しめた様子だった。こちらからもA君が将棋をして勝ったことをうれしそうに話していたことや父親との楽しい関わりがA君によい影響をもたらしていることを告げた。「まだ，一緒に寝たがり，布団にはいってくる」というので，前回と同様に，今は甘えをしっかり受け止めることが自立につながるから本人の好きなようにさせたほうがよいと答えると，父親の了解を取るかのように父親の顔をみた。父親の登場で，この日の母親は肩の力が少し抜けたようだった。	《家庭環境，身体的症状が少しずつ変化し始めた時期》 喘息治療がはじまるとともに，食欲が少しずつ向上してきた。*<いやいやながらドリルをやってから，B君と一緒に将棋をやっていたが，今日はもめることなく楽しそうに過ごしていた><「いつもより給食もたくさん食べた」と保健室から帰ってきて報告していた><「昨日学校休んでお兄ちゃんとおじいちゃんと外食したんだ」とうれしそうに話す。顔色よい。今日は自分から課題にとりかかった。きちんと座って勉強しているところに〇〇先生（担任）が来室し，ほめられていた>*と，時折明るさや素直さが見られるようになった。	[喘息症状の改善] 「I先生（小児科医）のお陰で，今は，咳も出ないし，寝ていて咳や過呼吸で苦しくて起きることがなくなった。去年の今頃は，過呼吸になって苦しがり，救急にかかったりした。熱がでると，うなされるように，ワーとなっちゃう。助けてと声をあげたりしていた」と，喘息の症状が少し改善してきたと母親から報告があった。
第3期 ×+1年4月 | 7月	【父親の協力や学校の対応に母親が信頼感を持ち始めた時期】 学年が変わり，なんとか教室に戻れるように父親がAと話し合い，「朝は遅れないように登校，帰りはスマイルスクール（放課後，指導員の下	《学校での変化の兆しの時期》 今までは，朝は父か母が送り，帰りは兄たちが迎えに来ることが多かったが，*<一人で帰ることが増えてきた>*また，*<B君がクラスの男の子とケンカした*	[喘息症状の改善とともに笑顔が増える] 父親と小児科を受診しており，小児科医よりずいぶん笑

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
	で，子どもたちが自由に遊んだり学んだりできるシステム）に行く，1日1回は教室に行くと決めた」という。「近頃は，友達がよく遊びに来てくれるが，以前と違って楽しそう」「朝の登校はスムースになって，帰りのお迎えもなくなった」と状況は改善していた。また，「3ヶ月出張に行くお父さんに財布を作って，行く前の日に"やるよ"と口のきき方はかわいげがないが，思いをこめて渡していた。お父さんもうれしそうにそれを持ってでかけた」「個人面談で担任の先生からこの頃反応が早くなって意思表示がはっきりしてきたといわれた」と，5年生になって担任がかわり，A君との関係性もよく，ほっとしている様子だった。	*ことを気遣うような場面がみられた*＞＜*放課後D君の家で遊ぶ約束をする*＞などの記録もあった。＜*1，2時間目の社会科の授業を教室で過ごしてから来室し「がまんしていた。うざい。つまらなかった」と訴えていた*＞先生も心配して相談室に様子を見に来られた。この次の日から3日間欠席した。しかし＜*B君と家庭科室へ行き，とても楽しそうに帰ってくる*＞こともあった。まだ教室にすんなり入れてはいないが，本人のがんばりがみられることを担任に報告した。	顔がふえてきたと伝えられた。喘息の治療状況や診察室での様子などを小児科医から聞くと同時に，相談室での様子や母親の変化を心理士が報告したことで，A君の状況を医師と心理士が共有できた。担任から授業に参加できるように働きかけをしてもらうことなどを話し合った。
第4期 ×+1年9月 ～ 12月	【A君と父親の関係が良好になり，母親自身も安定してきた】 「お父さんが出張から帰ってきてからずっと学校は休んでいない。食事も朝，昼，夕ときちんと食べられるようになった」と，母親の表情が明るくなっていた。「このあいだ雨が降ってきたときにお父さんが傘を持って（行き始めたばかりの）塾に迎えにいった」と，やさしい父親像を母親も嬉しそうに語った。朝，学校に行くのもスムースになり，父親との関係も良くなり，今では父親の存在が励ましとなっているようだった。学校の先生とも話し合い，担任から	《体力がつき周りに目が向き始めた時期》 顔色もよくなり，笑顔も増え，小児科医も父親もクラスにもどれるのではないかとの期待が強まったが，本人のペースはゆっくりだった。11月の社会科見学は担任と話し合って結局行かなかった。しかし，朝食をとってきているのに＜*「はらへった」と給食を楽しみに*＞するようになった。＜*○○とボール投げをし，暴れたくてたまらない様子*＞が見られた。さらに，＜*B君が他児と言い争うのを止めに*	［喘息治療のフォローアップ］ 小児科受診の時に，A君は1日に1～2時間は授業に出ていることを自分で医師に報告し，診察後も学校へ来たという。「医師に乾布摩擦がよいと勧められ」「天候が急変すると夜中に咳が多くなるがこのところ薬もきちんと飲んでいるので，去年に比べ

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
	教室に誘ってもらうように働きかけた。「朝もすんなり登校している。友だちと遊びたいからと少々頭が痛くても学校に行くようになった。食欲もでてきて，朝食もとって，夜も10時くらいには寝ている」と生活のリズムが改善された報告があった。	*入る姿が見られる*＞などいつも一緒にいるB君に対する気づかいがみられるようになってきた。	ると体調ずっとよい。食事もきちんととるようになっており，気分の波も少なくなってきた」と母親から報告された。
第5期 ×+2年1月 〜 3月	【家族全体も安定してきた時期】 「一人の部屋になり，喜んでいる。夜ぐっすり眠れている。昼食もきちんととり，登校渋ることもなくなった。公開授業にも参加した」「少しずつ皆の中にいる時間をふやしたい」とおだやかに語り，次兄の進路も決まり，家の中も落ち着いてきたと話された。 「登校はスムース。クラスにも1日1〜2時間でている。友だちとも楽しそうに遊んでいることが多くなっている。夜は疲れていつの間にか寝ている。」という。こちらからも，子どもらしい明るさがもどり，放課後友だちと外で遊んでいる様子を伝えた。お腹がすいて家に帰ってくるので食欲も増し，夜もぐっすり眠れるようになったと母親もうれしそうに語り，ともに喜んだ。	《子どもらしさが戻った時期》 相談室のスタッフが課題に取り組むのをサポートするとともに，一緒に遊んだり，遊びを考えたりした。スタッフと一緒に考え出した＜*ミニバッスケットやミニ卓球ゲームがとても気に入った様子*＞と，手作りのゲームにB君と夢中になり始めた。このような遊びをきっかけに相談室のスタッフや他の相談室登校児との関わりを自分から求めるようになった。卓球をしたいために，B君，クラスのD君，E君たちとスマイルスクールにも積極的に行きはじめた。スマイルスクール帰りに外から相談室の窓をたたき，汗びっしょりになって「疲れたー」「腹減ったー」と話しかけてきた。	[継続治療の重要性] 一度症状がよくなったので，薬を飲まなくなって，体調を崩した。よい状態を続けるためには，薬をきちんと飲むことなど日常の心がけの重要性を話した。
第6期 ×+2年4月 〜 11月	【引き続き母親の安定した時期】 「新学期になって，少々緊張気味だったが，休まずがんばっている。食欲もあり，体調もまずまず。授業にも参加している」と担任も変わら	《相談室を安全基地にしながら教室に戻っていく時期》 5月の移動教室（2泊3日）に参加し，それからは自信のある算数などの授業から教室に戻	[担当医は変更したがケアは続く] 担当の小児科医は変わったが，喘息のケアは引続き続け

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
	ず，本人の調子もよいので，ほっとした様子で語られた。「1年生のお世話のため，登校時間が早くなり，自分から行ってしまう。苦手な科目以外は授業に出ている。帰ってきてからの疲労感も少なく，親がみていても安心になってきた。（前年は準備をしていても直前で行けなかった）移動教室の準備を自分からしており，緊張しつつも前向きな様子だ」という。移動教室に関する養護教諭，担任，校長先生とのミーティングに参加していたので，教師の細やかな配慮もあり，充分なサポート体制になっていることを伝えることができた。	ることができた。*<友だちが誘いに来て，授業に参加。6時間目のみ来室><20分休みに顔を見せたが，休み時間が終わると友だちと教室へ>*2学期には，給食以外はほとんど教室で過ごすようになった。放課後は塾のない日は校庭でサッカーや体育館でバスケットボールをしている姿が見られた。友だちと帰りがけにちょっと立ち寄ったり，窓から顔を見せ，たわいのない話をして帰っていった。	られた。発作はおきていない。
第7期 ×+2年12月 〜 ×+3年3月	**【母親と父親ともに振り返り】** 12月父親と母親がともに来室された。母親は「食欲もあり，睡眠もとれている。朝もきちんと学校に行くので安心してみていられる」，父親は「バスケットを楽しんでいるようで，体力もついてきたと思う」と語りはじめ，その後今までの振り返りとなり，終始二人とも穏やかな笑顔だった。卒業式にもご両親が来られ，「お父さんは遊ぼうと待っているのに，近頃は友だちの方がよくって」と頼もしくなった様子を語られた。	《教室に戻っていた》 3学期には給食も教室でとれるようになった。謝恩会の時には，当時は参加できなかった5年生の運動会の催し物"ソーラン節"をみんなと一緒に大きな声で力強く踊っていた。担任は「Aのことを意識しなくなった」と表現した。そして，何事もなかったかのように元気で卒業していった。	［経過観察］ 母親からまだ通院はしているが，体力がついてきて発作もおきていないと報告された。

Ⅲ．考察

１．家族への支援について

Ａ君が相談室に来るようになると同時に，切羽詰った様子の母親との面接が始まった。「母親が甘い」と家族から言われ，学校の先生からも「親の養育態度が問題だ」と言われて，Ａ君の問題を自分の育て方が悪かったせいだと不安になっていた。しかし，表面的な原因の追求よりもむしろ重要なことはＡ君の不安を取り除くことであり，そのためにはＡ君を支える環境－両親など含めた－の不安（Winnicott, 1989）を解消する必要があると思われた。心理士は，母親のこれまでの大変さを理解し，父親の参入に対して母親とともに喜び，その喜びの気持やＡ君の学校での変化を父親に具体的に言葉で伝えるように母親に促してきた。このようにして，母親が一人で不安を抱え込むことなく，夫婦でＡ君の問題を取り組みはじめたことは，Ａ君を支える環境－家庭環境全体－を安定させたと考えられる。そして，当初は兄自身の問題もあり，年の離れた兄たちは自分のことしかみえていなかったが，不安定なＡ君に気づき，Ａ君の学校の送り迎えを協力するようになった。望ましい初期対応として，母親の過去の育児を否定するような言葉は避け，将来に向けて母親の自信を取り戻させるよう心がけ，親子の自力での回復を支えることが重要である（松嵜ら，2001）と言われているが，振り返ってみると，本事例においてもこのような初期対応を行うことは有効であった。また，男の子はかくあるべきという信念のもと厳格な対応をしていた父親が次第にＡ君の様子をみながらの柔軟な対応へと変わっていった。Ａ君にとって厳しい，恐い父親像から次第に強く頼もしいが自分の気持も理解してくれて話のできる父親像に変化していった。そして，父親の子どもに対する対応の変化は，同時に母親の精神的安定をもたらし，母親自身も次第に明るくなっていった。本事例の場合，父親をキーマンとする家族システムの安定がＡ君を支える環境として機能し始めた意義は大きい。このことは，Ａ君が教室にもどり落ち着き始めた頃に，母親から「お父さんがどうしても行こうといって，兄たちは家はまかせろというし，Ａもいいよというので思い切って（夫婦）二人で海外旅行に行って来ようと思う」と報告を受けたときに，夫婦関係も改善されていることを確信した。

２．Clの身体的マネージメントについて

本事例では，学校に行きたくないことを単に心理的問題ととらえず，適切な喘息の治療が医師によってなされた。つまり，適切な薬が処方され，発作がないときも長期管理薬を続け，ほこりやダニ対策による環境の整備，風邪の予防もしっかりなされて，なるべく発作がおこらないような対策がなされた。さらに，日誌やピークフローの利用などで喘息の状況，呼吸器機能の状態などを把握し，乾布まさつや適切に運動することも指導された（飯倉ら，2003）。次第に，症状は目に見えて改善していき，発作に対する不安が軽減し解消していった。　症状を治してもらえる安心感を小児科医から与えてもらうことによって，心理的な観点からみると，発作がおきるのではないか，苦しくなるのではないか，吐くのではないかという予期不安を解消していったと考えられる。また，＜*カンファレンスのために来室した小児科医が相談室にいたＡ君に話しかけていた。「心臓と胃の間が痛い」などといっていたが，小児科医とは臆せず話している*＞と記されているように，病院ではなく学校の相談室というより日常的な場所でも会える気安さと前述の安心感とが，“恐い父親像”から“頼りになるやさしい父親像”に変わる心的体験となり，現実の父子関係にも少なからず影響を与えていたかもしれない。

そして，何よりもまず喘息の身体症状の治療が先決であることに，小児科医と心理士の働きかけによって，家族が気づくことができ，家族だけでなく学校もその理解を共有していった。気管支喘息の心身医学的治療構造としても患児を支える環境のマネージメントができたといえよう。

3．相談室での関わりについて

学校に行きたくなくても家に引きこもらずに，保健室や相談室に通ってくることで，健康相談室の若いスタッフとの関わりや相談室の他児とのふれあいができた。Winncott (1979) が「遊ぶことは創造的体験であり，遊ぶことそれ自体が治療である」といっているように，若いスタッフが子どもと一緒になって遊び，楽しい遊びを創りだしたり，工夫したりすることで，遊びに対するわくわくするような楽しさを知ったようである。さらに，一人より仲間と遊ぶことの楽しさを体感でき，そのことが，自分の気持をうまく伝える人間関係のスキルや耐性を一気に向上させたと思われる。また，身体を使って楽しく遊べば，お腹がすいて，眠くなるという自然の摂理を身体が体得し，喘息の症状からおこる予期不安がいつしか解消されていったと考えられる。

相談室では，治療構造からみると1対1の対応ではないデメリットも考えられたが，小児科のスタッフがA君と日常的に関わり，情報交換を頻繁に行うことができ，現場の子どもの姿をより正確に状況把握できた。そして，相談室が学校内にあることで，教師にもリアルタイムで子どもの心身両面の状況を伝えられた。そのことによって，教師も理解を深めA君により適切に対応ができた。そして，相談室という教室よりは小さな社会ではあったが，成長過程にあるA君がここでいろいろな人との関わりがもてたことの意義は大きいと思われる。

小児科医と学校の連携の試み（赤坂ら，2000）も一部ではなされつつあるが，現状では経済的な面，時間の制約などの負担が大きいために，一般化されるには至っていない。医療と教育現場の連携は必須なものであり，小児科医と臨床心理士，さらに学校の教師とがチームをつくって患児を支えていくこと，そしてそのための相談室が必要である。この相談室では，スクールカウンセラーのみが在室する相談室とは異なり，小児科医が下支えとなり，心理的な相談の対応だけでなく，身体的にも対応できるという二重のサポート体制であった。

医学的な問題をクライアントが抱えているかどうかをセラピストが気づくことが大切であり，そのためのトレーニングも必要であるといわれており，心理士が心理的側面のみでなく身体面に対する気づきができるように幅広い勉強をしていくことが重要であろう。そして，さらに，これからの相談室には心理士だけでなく，小児科医や児童精神科医との連携がスムースにできる体制つくりが極めて重要になってくると筆者は思う。また，本事例を振り返り，相談室において学校と医師をつなぐ立場としての心理士の役割ということについても認識を新たにした。

付記

本論文は，日本心理臨床学会第23回大会での発表事例を加筆修正したものです。その発表と原稿を書く旨を本人並びにお母様に連絡したところ，快諾が得られました。その折に，運動部に入り元気に学校生活を楽しんでいるという現状を知りうれしいかぎりでした。A君の成長を直接的に間接的に惜しみなくサポートし，さらにスタッフをも常に支えてくださった今は亡き小児科医飯倉洋治先生（昭和大学医学部教授）に，心から感謝いたします。

文献

赤坂徹・小原理枝子・山口淑子・和田博泰・白崎和也　2000　不登校児例における医療・教育現場での連携の試み　心身医学　40-7　534-539

星加明徳・根本しおり・宮島祐・萩原正明・松野哲彦・本田輝夫　1988　小児科における不登校児—初期の症状について　小児の精神と神経　28　219-222

飯倉洋治　2003　杉本日出雄　斎藤博久（編集）小児喘息治療マニュアル　フジメ　ディカル

小松保子・徳重洋子・奥山真紀子　1982他　身体症状を主訴とする不登校児　小児の精神と神経　22　177-182

松嵜くみ子・大矢幸弘・赤澤晃・古荘純一・飯倉洋治　2001　小児アレルギー疾患と不登校　心理臨床学研究　19-5　501-512

村瀬嘉世子　1996　地域社会におけるネットワーク　子どもの心に出会うとき　金剛出版　163-189

Winncott.D.W.　北山修監訳　1989　抱えることと解釈　岩崎学術社

Winncott.D.W.　橋本雅雄訳　1979　遊ぶことと現実　岩崎学術社

山崎透　1998　不登校に伴う身体化症状の遷延要因について　児童青年精神医学とその近接領域　39-5　420-432

ABSTRACT

The Processes of a Forth-grade Boy's Return to the Classroom Following Complaints of Physical Illness at a Health Counseling Room

Reiko Shibata [1)2)] Kumiko Matuzaki [2)] Yoshiko Nemoto [2)]

1) Department of Psychology, Counseling room, University of the Sacred Heart

2) Department of Pediatrics, Showa University School of Medicine

This paper is a case study of a 4th grade boy in an elementary school (Boy A) who had insisted " I do not want to go to school since the wind is blowing" at a health counseling room, which had been established in a public elementary school for the purpose of physical and mental health management by clinical psychologists cooperating with a pediatrician. We discuss the needs of the child and the support which a health counseling room can do specifically, (1) family's support as a supporting environment, (2) physical health management, and (3) relationships among Boy A, his friends and the staff of the health counseling room. The investigation gives a new appreciation of the importance of the supporting environment and play for children, and the needs of a child to be supported by medical treatment by a doctor. It is clear that the clinical psychologist in a school is important not only for mental care but also from the viewpoint of physical health management. The following case showed the effectiveness of systematic cooperation between clinical psychologists and a doctor.

Key words: general physical complaints, a health counseling room, cooperation, a pediatrician, a clinical psychologist

日本小児科学会雑誌　108巻6号　870～873（2004年）

注意欠陥／多動性障害と診断されていた被虐待児の3症例

青山学院大学文学部教育学科[1]，川崎市立川崎病院精神神経科[2]，松戸クリニック[3]
古荘　純一[1]　久場川哲二[2]　丸山　博[3]

要　旨

乳幼児期に被虐待体験があり，幼稚園や小学校で出現した多動症状により，教師，スクールカウンセラーや小児科医に注意欠陥/多動性障害（AD/HD）と診断され，カウンセリングやメチルフェニデート投薬などの治療を受けた3例を報告した．AD/HDは行動評価をもとにした臨床診断名であり，AD/HDの小児に見られる多動・衝動性と被虐待児の多動・衝動性は臨床症状で区別することが難しいのは事実である．しかし，AD/HDは，近年の研究で，遺伝・前頭前野の機能障害・周産期の脳損傷，などに基づく自己抑制の発達障害と指摘されている．虐待などの環境因子による行動異常とは明確に異質なものである．AD/HDが不適切な養育を引き起こすことはあるが，今回我々が提示した3症例は，虐待が多動・衝動性の誘因となったものである．それぞれの症例について，本人の成育歴や家族背景を十分に把握し，その症状の発現時期や病態を察知し治療的対応を行い，その対応により子どもの行動面や家族の不安の改善がみられることについて言及した．以上より多動性・衝動性という臨床症状のみで安易にAD/HDと診断することに注意を促したいと考え報告する．

キーワード：注意欠陥/多動性障害，虐待，メチルフェニデート，カウンセリング，学習障害

はじめに

最近，注意欠陥/多動性障害（Attention deficit/hyperactivity disorder，以下AD/HD）が医学のみならず教育の現場でも注目されている．また，一般小児科医や学校医の立場で安易に診断され，子どもの将来への不安と誤解を招く傾向も一部に存在している．

今回我々は，過去に被虐待体験があり，学校で多動を認め，AD/HDとして対応されていた3例を経験し，AD/HDの概念が的確に理解されていないことを経験したので報告する．

症　例

症例1：11歳（小学5年）男子．

主訴：多動について，教師が対応困難である．

家族歴：祖父母，母親（本例が2歳時離婚），本例の4人暮らし

既往歴：特記すべきことなし．

現病歴：本例は，母親が離婚し就労したことを契機に3歳頃から，いらつき祖父母や母親の帰宅時当たりちらすなどの衝動的な行動がみられた．

祖父から躾と称し，竹刀でたたく，縄で身体を縛る，蹴る・殴るなどの身体的虐待を受けた．幼稚園時代は，多動が著しく，保育士の注意を無視し問題児扱いされていた．小学校入学後1～2年間は，担任は本児の落ち着きのない行動には比較的寛大に対応して特別問題はなかった．3年時に担任が交代し，授業中に，同級生の邪魔をする，落ち着きがない，などの行動を厳しく注意された．そのことを同級生がからかうと，他児への乱暴，邪魔が増悪し，再度担任が注意をすると授業を抜け出すなどの行動が見られた．スクールカウンセラーによる心理相談を受けるも奏功しなかった．小学校4年の3学期に養護教員より診察を依頼された．本例は，切れやすいことを指摘されること，母親が面倒をみてくれないこと，学校で落ち着きないことを担任に指摘されることが辛いことを語った．さらに祖父の幼児期からの虐待に関して憎しみを込めて語った．一方診察に同伴した祖母は，本例は育てづらく面倒をみきれない，母親が育児をしないと訴えた．本例に対し投薬を開始した．投薬内容は，リスペリドン1mg，カルバマゼピン100mgであった．脳波，知能検査など神経心理学的検査は異常なかった．2回目の受診で，祖母は服薬後から，行動が随分と穏やかになり前述の衝動性が見られなくなったと語った．3回目の受診で，本例は自ら，自分は些細なことで切れていた，人を叩いてしまう，と語り今後自ら治してもらいたいと治療者に頼んだ．また家族の養育姿勢も改善した．母親が本例と十分に接する機会を持つようになった．現在も通院中であるが衝動行動は落ち着いている．

本例の多動は，母親の愛情剥奪と祖父からの身体的虐待が大きな要因となっていたと思われる．

（平成15年10月30日）（平成16年4月6日）
別刷請求先：（〒150-8366）渋谷区渋谷4―4―25
青山学院大学文学部教育学科　古荘　純一

症例2：10歳（小学5年）男子.
主訴：不登校，怖い夢を見る，多動
家族歴：両親と本例と7歳の弟の4人暮らし.
既往歴：特記すべきことなし
現病歴：小学校4年生の，10月に学校で悪口を言われたり叩かれたりするイジメによる，間歇的不登校．その後友人に悪口を言われ悪夢を見た．不登校以降，親に注意されると，自分の頸を締めたりする，また学校に行っても，大人しい子どもや，担任に誉められることの多い同級生に対し生意気だなどの理由で暴力行為があった．スクールカウンセラーにより，AD/HDと診断され，近医によりメチルフェニデート（methylphenidate 以下 MPH）20mgを投薬されたが症状の改善がないため受診．問診により，本例の弟が生まれた後，3歳頃より父親から，弟と比較して殴る・蹴るなどの身体的虐待が存在した．本例はそのストレスを弟に向け，弟へ殴る・蹴るなどの行動が見られた．治療者は，父親が暴力の対象とした本例の行動は，弟が生まれたことによる母親への一過性の退行現象などであり，発達年齢を考えると正常と考えた．従って，本例の行動は，AD/HDの症状ではなく，幼児期からの虐待後の攻撃的行動と判断し，MPHを中止し，リスペリドン1mg，カルバマゼピン100mgを開始した．2回目の受診時，本例の多動性はなく，自ら落ち着いたと語った．母親は不安が強く，夫の育児への不参加などの家庭生活に対して非難をした．上記の父母の葛藤があり，精神科と連携し対応中である．

本例の多動は，父親からの身体的虐待とその背景にある，父母の葛藤と，弟への嫉妬感情が要因となっていたと思われる．

症例3：9歳（小学3年生）
主訴：小児科医にて学習障害児と診断（8歳時）
家族歴：父親（会社員），母親（学校の事務員），長男12歳（小学6年），3男6歳（幼稚園年長）と本例の5人暮らし.
既往歴：特記すべきことなし.
現病歴：幼稚園頃より，落ち着きのなさ，他児への攻撃的行動を指摘されていた．小学1～2年は，担任と折り合い良く，問題はなかった．3年時より，担任変更．担任は神経質で本例の言動に厳しく注意をしていた．3年の1学期後半頃から，授業を抜け出す，他生徒への攻撃，授業への集中が困難でAD/HDと判断された．小児科医へ受診を勧められ，治療必要な学習障害児と診断され，MPH 5～10mgを投与された．その後，家族の判断で当科を受診し，本例及び家族から過去の生育歴および学校での生活状況を問診した．その際判明したことは，①2～3歳頃から6歳ころまで父親が帰宅後酩酊して，本例および長男に自身の感情で殴る・蹴るなどの身体的虐待があったこと，②父母間の仲が悪く，母親は本例の幼稚園や学校での多動性および逸脱行為を，教師に指摘されたことに対して強い不安を持ち一人で悩んでいたこと，③本例の言で，学校内で絶えず邪魔者扱いを受けていたこと，④幼稚園で指摘されていた多動も，暴力や叱責に対しての反応であったと思われたこと，などであった．以後父母と本例を同時に受診させ，心理相談を中心に加療した．臨床場面では，本例は落ち着いて，知的水準の低下は伺わせない．本例は，担任が自分を認めてくれない，家庭内で父親が自分に対して物心ついてから厳しい躾をしてきたと語った．現在は父親の暴力はないものの，父母間の喧嘩が絶えず自分の気持ちを分かってくれないと述べた．主治医は，両親及び教師へ，本例が述べた意見をふまえて，本例は善悪の判断は十分可能であり，良い行動は認めて誉め，注意する時は最小限簡潔に指摘するだけで十分であり，その他の特別な対応は必要ないことを説明した．家族への指導として，本人を自身の感情で叱らないこと，育児の困難性はあるも，本例の将来については，明るい展望を持つように助言した．また本人の希望を聞き，動物が好きなため，魚の飼育日記を書かせた．その後本例は，治療継続中であるが，家庭・学校でも問題なく，一時期登校を渋っていたが，現在問題ないため治療は中止した．本例は投薬なしで経過改善した．

本例の多動は，父母の葛藤と父の身体的虐待および学校の適正を欠く対応によると思われる．

考　察

AD/HDは，行動評価をもとにした臨床診断名である．現在我が国の専門家においてAD/HDの診断にはDiagnostic and statistical manual of mental disorders（以下 DSM-IV[1]）が最も用いられている[2]．DSM-IVにおけるその診断基準の概要は，A項目で発達の年齢にそぐわない不注意もしくは衝動性―多動性が6カ月以上持続すること，B項目で7歳以前の発症，C項目では2つ以上の状況で存在すること，D項目で臨床的に著しい障害があること，E項目で除外項目，である．しかし実際はA項目のみが注目され診断される傾向があると思われる．また，E項目で広汎性発達障害は除外すべき項目とされ，その診断はAD/HDに優先することになっているが，両者の相違は必ずしも明確でなく議論がなされている．しかし我々の症例は広汎性発達障害の症状は該当せず，今回は言及しない．

Barkley[3]は，DSM-IVの診断基準においては，鑑別についての基準がほとんど示されておらず，基本症状が一次的なものか，その他の精神疾患の二次的な症状によるのかは十分に注意すべきと述べている．ところで，今回の自験例の多動症状は，幼児期からの虐待体験後にはじめて指摘されており，それぞれ両親の葛藤や母親の愛情剥奪，学校での適切を欠く対応で急性に増悪などの背景より，二次的なものであると判断した．上