

心理的問題や行動の問題を持つ子どもを診る際の カウンセリング機関と医療機関の連携の重要性

古 莊 純 一 松 嵯 くみ子 森 田 孝 次
草 尾 優 美 久場川 哲 二

「小児の精神と神経」第44巻第1号 別刷

(2004年3月)

日本小児精神神経学会
(株)アークメディア

心理的問題や行動の問題を持つ子どもを診る際の カウンセリング機関と医療機関の連携の重要性

古 莊 純 一*、** 松 壽 くみ子** 森 田 孝 次**
草 尾 優 美** 久場川 哲 二***

Key words : カウンセリング, 連携, 不登校, 教育相談機関, 小児精神科

要旨：心理的問題や行動の問題を持つ子どもの家族は、多くは教育相談機関を初めに訪れる。しかしその子どもの中には、精神医学的治療を必要とする事例もみられる。現状では、精神科という言葉に強い偏見があるため、事例によっては、教育的カウンセリングを初めとして複数の機関でのカウンセリングが続けられることもある。しかし、教育的カウンセリングのみではその病的状態が遷延し、医療とそれに対応した教育的カウンセリングの治療が遅れることがみられるのも事実である。一方で強引な医療の介入により、家族や児童を不安にさせることもある。今回われわれは、幼児期や学童期から問題行動を起こす子どもに対しての教育的カウンセリングのみでは治療が奏功しなかった5事例を提示することにより、教育相談機関単独での対応の適否と、医療機関などの各種機関の連携・役割分担の必要性について提言した。

I. はじめに

最近、心理的問題や行動の問題を持つ子どもの対応についてさかんに議論されている。相談機関としては、①教育相談機関、②スクールカウンセラー、③医療機関で、小児科・小児科外来の中での精神神経専門外来（以下小児精神科）・精神科外来の中での小児・青年期専門（以下児童精神科）などあげられる。今回われわれは、カウンセリングのみでは治療効果があがらず、医学的な治療開始まで時間を要した自験例

5例を提示し、それぞれの役割とその適応について検討した。

II. 症例呈示

症例1：11歳，男子（小学5年生）

主訴は、不登校，洗浄行為である。家族歴，既往歴に特記すべきことなし。臨床経過は，小学校入学後，不潔な物に触れた後，手洗いをしないと不安になり外出から帰宅後何回も手を洗うことがあった。小学校3年生より，洗浄恐怖が増悪し，学校に行くと不潔な物に触れること

Junichi FURUSHO et al : A Proposition for the Indication of Counseling for Patients with Psychiatric Disorder
— Collaboration of Teachers, Counselors and Child Psychiatrist —

*青山学院大学文学部教育学科〔〒150-8366 東京都渋谷区渋谷4-4-25〕

昭和大学医学部小児科，*川崎市立川崎病院精神科

が多いが、授業中など簡単に手洗いができないという理由で、登校が困難になり不登校を呈した。家族は本例の不登校について、数カ所の教育カウンセリングを受けた。その概要は、「暖かく見守る」「登校刺激はしない」「自立を待つ」という助言であった。しかし家族は本人の不登校状態が改善せず、さらに洗浄恐怖が増悪し、最近トイレに4時間いるなどの奇妙な行動に疑問を持ち、教育相談機関を最初に訪れてから約2年後に児童精神科医を受診した。児童精神科医は、家族からの問診などで、強迫性障害と診断し、家族に説明と同意を得た上で、フルボキサミンの投与とカウンセリングを施行した。症状は数カ月で軽快し通学が可能となった。

症例2：8歳、男子（小学2年生）、主訴は多動。家族背景は、幼児期より父からの物理的虐待。母も精神不安定で抑うつ状態であった。既往歴に特記すべきことなし。臨床経過は、幼稚園の時に保育師から、集団行動がとれない、他児を攻撃してしまうということで「多動性障害児」と指摘され、保健所や地域の相談機関で母子のカウンセリングを受けていた。主な助言は「幼稚園や学校と連携をとるように、あせらないこと」であった。しかし小学校入学後も症状が改善しないため、母親が心配し小児神経科医を受診した。そこでLD児（学習障害児）と診断され、メチルフェニデートを投与された。小学2年の2学期より症状悪化したため母親は自主的に児童精神科医を受診した。診察室場面では、多動はなく、本児は「学校はつまらない。先生も同級生も話をしてくれない。僕の楽しみは保健室に行くこと。カウンセラーの先生は自分のいやな過去ばかりを聞く。そのためいららして他人に当たってしまう。悪いこととはわかっている。」と述べた。本児の多動は、虐待による心的外傷体験と反応性の多動症状と判断した。治療としては、少量の穏和安定剤を投与しメチルフェニデートを中止した。本人へのカウンセリングと共に家族への育児指導を行い、また学

校にも家族背景を説明し連携し対応した。本児の学校での多動や衝動行為はほぼ消失した。

症例3：13歳、男子（中学1年）

主訴は、不登校、母親への攻撃的行動である。家族歴、既往歴に特記すべきことなし。臨床経過は小学4年時“イジメ”に遭い不登校状態となった。その後心気的症状、母親への攻撃的行動が見られた。母親は数カ所の教育相談機関に行くが本人は同行することはなかった。相談機関では、「本人を焦らせないこと。暴力に対しては過去の愛情が足りないから甘んじて受けなさい。」という助言であった。本例はその後内閉的生活状態を3年間送り、母親の知人の紹介で、中学入学後、親のみ児童精神科を来院。家族からの問診で被害妄想や注察妄想があり、また本人が書いた文章（図1-a）を参考にして、統合失調症と診断した。治療としてリスペリドンを投与した。服薬に伴い内閉的生活は3カ月で改善した。家族が外来に持参した本人の文章による治療効果を示した（図1-b, c, d）。

症例4：9歳、男児（小学3年生）

主訴は、学校で集団行動がとれないなどの不適応。嫌なことを見聞きするといつまでもそのことを覚えていて怖がってしまうこと。

家族歴は母親が軽度の気分障害で治療歴あり。既往歴に特記すべきことはなし。臨床経過は、幼稚園で時々、場違いな大声・奇声をあげたりすることもあったが、友人と遊ぶことは可能であった。言語の発達のこと某病院の小児科を受診するが、発達検査で正常範囲と指摘され経過観察もされていなかった。小学校に入学後、①同級生と視線を合わせず集団行動ができない、友人からの誘いには興味を示さないが、逆に一方的に友人関係を作ろうとする、②特定の音や物を異常に避ける、③担任に注意されると、泣き出して学校を飛び出してしまう、などの問題が出現。担任は家族の養育に問題があるのではないかと、母親に学校に付き添うように指示した。さらに担任は、教室内での本例の問題行動

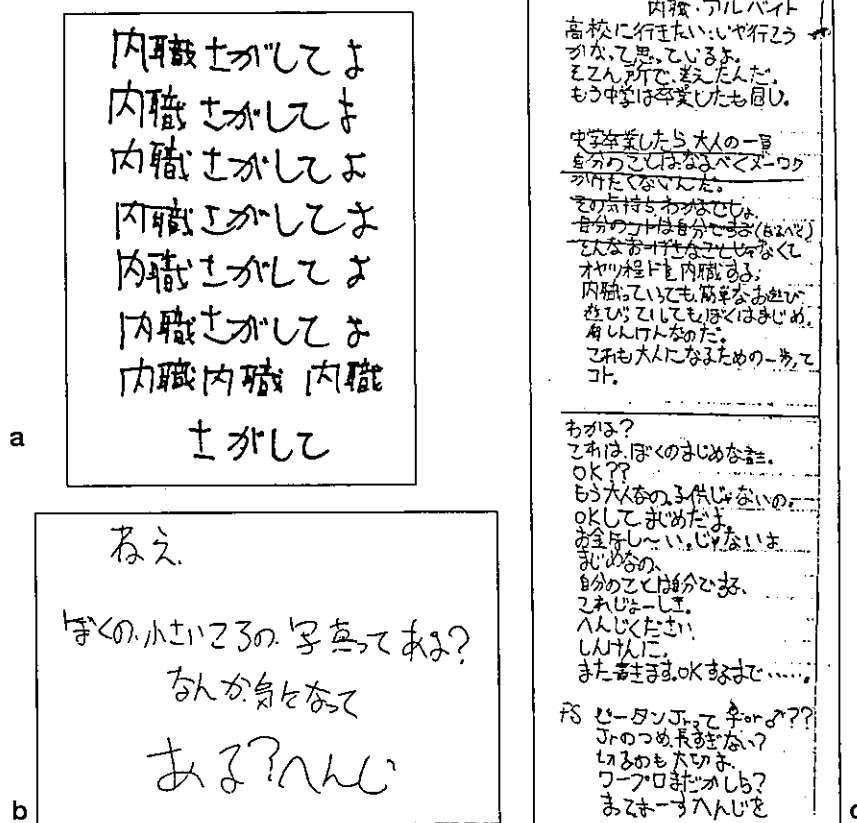


図1 症例3の親への文章による自己表現の治療による変化

なお、この文章は家族の承諾を得ている。手書きのもの、ワードプロセッサで作成したものともに、家族が外来に持ってきた物を複写し使用した。ただし固有名詞など本人が特定できる可能性のある部分は黒枠で削除した。

- a : 治療開始前。本人の親への要求文。一つの要求(単語)を強迫的に文章として列記されている。
- b : 治療開始1カ月目(抗精神病薬開始)で言葉は少ないが感情がこもっている文章になっている。
- c : 治療開始2カ月後。年齢に比して幼稚性を伺わせるが文章としてはまとまっている。しかし、追伸(PS)の項など若干違和感を受ける内容がある。
- d : 治療開始3カ月。内容としてはごく普通の文章であるが、追伸(PS)の部分に本人の強迫性格が現れている点が見られる。

母上・父上宛て

どうも■■■■です。
今年で高校生になるのです。それは知っているでしょうが、僕にとっては年の変わり目ですね。
そこをお願いします。
高校入学祝いとして、『ノート型パソコンと専用電話回線』がほしい訳なのです。(電話回線はEメール・インターネット)をするためです。父「でももう家に一台あるでしょ?」とおもっているでしょう。でも僕はマイパソコンがほしいのです。
紅茶を飲み飲みインターネットがしたいのです。自分の部屋でね。今の家のパソコンは・・・
【回線が取れたから使えない】
『流行っているから買ってみたいものの、ただの大きいじゃまな箱』という状態でしょう。(本当!)

僕のイメージとは地球とノミの裏くらい違い過ぎるのです。(怒)
これからは一家に一台ではなく、一人に一台なのです。
これが僕からのお願いです
P.S・・・おばあちゃんからも『お祝い』をほしいと思っっています。よろしくあと、■■■■おばあちゃん・おじいちゃんに報告してください。きっと喜んでくれると思います。

d 以上です

を1つ1つ指摘し家庭での指導を促した。母親は心配し教育相談機関を訪れるも、学校と連携し暖かく見守るように助言を受けるのみであった。本例の問題は増悪し、夜間不眠を訴え不登校状態を呈したため、小学2年時に、小児精神神経科医の外来を受診した。成育歴を確認しDSM-

IVの診断基準よりAsperger性障害と診断した。治療として、少量の穏和安定剤と家族のカウンセリングを施行した。本児は現籍校に対しての不安が強いため、家族は新学期より学籍を変更した。変更後の学校の担任・養護教員・校長に本児の症状を説明し、連携し対応にあたるよう

助言した。本児はおおむね通学が可能となった。

症例5：12歳男児，(小学5年生)

主訴は，①他児への乱暴と異常行動。②授業に参加できない。③音声チックである。家族歴は，父親(強迫的で威圧的)。母親(感情の起伏が激しい。兄(中2)と本人の4人暮らし。既往歴は特記すべきことなし。

臨床経過は，親の言によると，本児は幼児期より兄と異なり，言動が変わっていた。何回も数を確認し，幼稚園でも一人遊びが目立っていた。小学1～2年は特に問題なし。小学3年でクラスと担任の変更あり。5月頃より異様な行動が見られた。パンツを脱いで皆の前で踊ったり，跳び箱の中にずっと入ったり，つばを至る所に吐いたりするなど(強迫行為)である。担任が本例に尋ねると同級のA君が命令したと答えた。担任が本例とA君へ仲良くするように助言した。その後本例は音声チックが出現した。母親によると「家ではおかしいようすはない。イジメをうけたためおかしくなった」と語った。担任は校長や生徒指導教員と相談し，スクールカウンセラーに依頼した。約1年半にわたりカウンセリングするも，本例の異常行動は改善をみなかった。5年の1学期に養護教員が専門の医師に一度診てもらった方が得策と考え，児童精神科医に依頼した。本例を問診すると，むしろ同級のA君の生育歴や行動の問題が判明した。その内容は，授業中に立ち歩く，集団行動ができない，他生徒への暴言がある，生育歴の複雑さ，母親の性的倫理観の欠落があったことである。実際A君は，4～5歳頃から，母親の彼氏(A君の実父ではなくまた母との婚姻関係もない)からしつけと称して暴力を受けていた。この体験は本例にとって心的外傷体験となった。保育園では集団になじめず，他児への首を絞める逸脱行為があり問題児として扱われた。小学入学後1～2年はおとなしく緘黙傾向であったが，小学3年から問題行動が出現した。授業中にも暴れるため，担任がA君の母親へ，A君を個別学級

に入学を勧めるも母親は反対し，逆に態度を硬化させて学校側と対立し教育相談を訪れた経緯がある。A君の教育相談機関と本例を担当したスクールカウンセラーの連絡は取られていなかった。本例は本来の強迫性格に加えてイジメによる反応性の多動，A君は物理的虐待による心的外傷体験と反応性の衝動行為と考えた。対応として，A君の衝動的な行為が本児に及ばないように経過を観察するようにし，本例の問題行動は改善した。一方A君の家族にも受診を勧めている。

Ⅲ. 考 案

1. 今回の自験例についての考察

われわれの症例の共通点としては，まずはじめにスクールカウンセラーを含めた教育相談機関を訪れていた。その助言に親は一時的に納得するも，症状改善しないため種々の相談機関やスクールカウンセラーを変遷し相談を求めていくのが現状であった。

症例1は，強迫性障害が小学低学年からみられたため，精神科への受診を躊躇させたと思われる。Swedoら(1989)は，小児の強迫性障害の経過中には，手洗いと確認の儀式はほとんどにみられる行為と指摘している。このことから，引きこもりの子どもを診る場合は，低年齢であっても強迫行為の有無を家族や本人に尋ねることは重要であろう。

症例2は，保健所などの地域の相談機関が低年齢のため精神面における十分な家族歴や生育歴の確認がなされてなかったのではないかと思われる。また小児神経科医が，子どもの症状のみに焦点を当てて治療を開始したが，このことは児童精神科医としても，家族歴や成育歴の把握を十分加える必要があるのではないかと思われる。多動性障害の鑑別には，不適切な生育環境による多動があげられている(白木澤史子，2002)。小児神経科医や児童精神科医は児童への，投薬治療前に十分な背景を考慮すべきであると

思われる。

症例3は、統合失調症の事例である。Asarnow (1994)は、小児期に発症する統合失調症は、明らかな発達的な特徴があり、潜在性発症が一般的で、陽性症状の発症前に、適応障害がみられると述べている。またRusselら(1989)は、統合失調症と診断された子どもの2/3は破壊的行動障害や気分障害など他の精神疾患との鑑別が難しいと述べている。この症例も、相談員が年度ごとに変っていた。また、一度も相談機関に親のみで児童の受診はなかった。本例は内閉的生活に相談員が疑問をもつ配慮が必要であったといえよう。本例の長期間続く内閉的な生活や家族への暴力は、統合失調症の潜在的な発症であったと言えよう。

症例4は、幼児期、言葉の発達は特異なものであったが、発達検査で正常であったため、幼児期に訪れた小児科でも診断されていない。Asperger性障害は、ごく最近まで専門科さえ認識が乏しく誤診が少なくないことが指摘されている(杉山, 2002)。専門家のみならず一般の小児科医や学校関係者の啓蒙が必要であろう。そして、この事例においても生育歴の十分な聴取と、些細な物事に執拗にこだわる点などに注意をすべきであったと思われる。

症例5も、小学校3年で逸脱的問題行動があり、スクールカウンセラーが1年半により相談するも問題行動の改善のみならず強迫行動をみた。養護教員から児童精神科医への依頼があり診察を行った。児童精神科医は相談に来た教員へ次のような指摘をした。本例の症状の対応に苦慮している間に、A君の問題が顕在化した、このことは、クラス運営を任されている担任にとって問題点が顕在したことが逆によかったことと思ふべきである。生徒間の対人葛藤は、潜在しているより顕在化した方がよいことである。その理由は担任一人で対応するよりも、複数の教員で対処することが望ましいと考えられるからである。

2. 各相談機関単独で経過を観察することの問題点

症例5のごとく、現在学校内で児童の起こす問題行動には養護教員も含めた、できるだけ数多くの関係者が参画して情報を公開して考えるべきである。一般的に教育委員会の教育相談機関に専門性が欠落していることが大きな要因となっている現状がある。教育相談機関の多くは教師が中心で専門の臨床心理士でさえも非常勤であり、児童の医療的な配慮には欠けているのではないかと推測される。教育相談機関で児童の問題行動に対応している教師達は、不登校を念頭においた受容的カウンセリングをマニュアル的に慌ただしく学ぶことに追われ、比較的短期間に次々に交代していく職場である。現在のわが国の小児精神神経医学的問題点として、不登校のみならず、多動児、精神疾患(統合失調症や強迫性障害など)の低年齢発症が多くみられている(山崎, 2002)。症例1, 3のごとく、担任変更により、肝心の子どもについての情報の伝達に関しても精神面においては、まだ不十分であったのではないと思われる。養護教員とスクールカウンセラーの連携のあり方も問題になろう。その理由は、症例5のごとく養護教員から医療機関に相談依頼される事例が多い傾向に表れている。この背景にはスクールカウンセラーと医療機関の連携がさらに不十分であり、長時間精神療法のみを行うことにより医学的治療を遅らせているのではないと思われる。

一方、小児科や小児神経科医の問題については、その身体的な訴えに対する対症療法や急性疾患を診療し治療することに専念し、こちらも家族病理を認識した助言・指導は十分であるとは言えない。また診察時間や治療構造の問題から、一般の小児科の医師は精神面の問題を診療することを回避する傾向にある。一方で薬物治療に専念する傾向にあるともいえよう。強引な薬物治療の介入により、家族や児童を不安にさせることも事実である。家族が求めているのは

表1 専門家の受診をすすめるべき子どもの様子

自宅からまったく外出できなくなる。いわゆる内閉的生活。 休日（特に夏休み、冬休み、春休みなど長期の休み）であっても心気的な状態が改善しないこと。 長期間入浴をしないなど、自分の身辺にかまわなくなる。こと。 イライラして家族に激しい乱暴を繰り返すこと。 対人関係で自身のいらだちのため疎通性がとれないこと。 人目を異常に気にすることや人混みの中に出ることができない。（注察念慮） 他人の悪口を気にすること。（関係念慮） 手洗いや儀式的な確認などの行為を繰り返すこと。些細な事柄への執ようなこだわり。（強迫性障害） 幼児期からの奇異な行動やコミュニケーションがとりづらいこと（発達障害） 明らかな理由のない身体愁訴の繰り返しや、睡眠障害。（気分障害） 家庭内においても好きなことを楽しめない。例えば食事やテレビ鑑賞、 ゲーム遊興中も楽しくなさそうである。（気分障害） 急激な学業不振や行動の変化。（気分障害・統合失調症）
--

自身の子どもへの不安を除去する助言と適切な医療である。

また、一般精神科の問題としては、心理的問題や行動の問題を持つ子どもを持つ家族は精神科という言葉に強い偏見があり、精神科を受診することは大きな壁となっている。また精神科医においても、子どもの発達を念頭に置き診察が可能な児童精神科医はほとんどいないことが指摘されている（山崎，2002）。

3. どのような事例を専門家に紹介すべきか （表1）

今回提示したごとく、一部の精神疾患例は、カウンセリングのみでは治療は奏功しない。現状では、子どもの精神状態が深刻な状況を呈すると、家族は混乱し相談機関を変遷する。大澤ら（1991）は不登校を呈した児童のうち約9%が統合失調症であったと報告した。しかし、その子ども達や家族が、児童精神科医を受診する時期は、問題行動が発生してからかなりの期間を要していると言えよう。幼児期や小学低学年から問題行動を起こす子どもに対して教育的カウンセリングのみでは不十分であり、医療との連携が求められる。

齊藤（2002）は、不登校を呈した子どもから除外する疾患として、①気分障害、特に大うつ病性障害と双極性障害における大うつ病性エピソード、②統合失調症、③高機能かつ軽度の広汎

性発達障害、を挙げている。その他、前述したごとく強迫性障害を中心とした不安障害なども挙げられよう。心理的問題や行動の問題を持つ子どもの全員が医療機関を受診する必要はない。教育相談機関を訪れた児童の中で、どのような子どもを小児精神神経科医や児童精神科医に紹介すべきであろうか。われわれの今までの報告（古荘ら1995）や諸家が指摘する（山家，2002，Swedoら，1989，Volkmar FRら，1996，傳田，2003）事項を整理し、専門家へいかなる子どもが受診すべきかを表にまとめた。ただし、多動・拒食・チック症など比較的紹介されやすいと考えられる事項は除外した。また家族歴もしくは生育歴で、不適切な養育が判明したり疑われる事例に関しては、手引き書（子ども虐待対応の手引き編集委員会，1999）や虐待防止法案に基づき通告などの対応を考慮すべきであろう。いずれにせよ、単独でのカウンセリングが困難だと判断された事例は、早期に医療機関を中心に連携を考える必用がある。

本人の受診が困難であれば、無理に受診を勧めず、家族だけでも相談する必要がある。この場合、統合失調症や強迫性障害に対しての知識が念頭にあれば家族からの問診のみでも診断は可能であろう。しかし無理に医療機関に子どもを受診させることが逆に症状の悪化を招くことがあり得る。教育相談機関は言うまでもなく、

一般の小児科医においても児童の精神障害の鑑別は困難であり、一般の小児科医と専門医間の連携が必要である。

4. 各種機関の役割と連携の必要性について

西田ら(2000)によると、広島県では不登校児の治療で、治療的な機関連携(センター化)があるのは2割にすぎないと述べている。さらに相互補完的な機関連携の必要性を述べているが、具体的な事例や方法については述べていない。

われわれが行っている具体的な連携は、①地域の相談機関に児童精神科医が非常勤として相談を受け早期に児童の精神面の相談を発見する方法をとること。②一般の小児科の外来で、小児精神神経科医と臨床心理士が同室で診療を行う(古荘ら, 2001)こと。一般小児科医でも健診などを利用して低年齢から精神面の障害に配慮すべきであるし、心理士との連携は重要である。③臨床心理士が、学校や一般の小児科医からカウンセリング依頼で紹介された事例に十分な問診を行い、その中で専門医の診察が必要な事例を選び、小児精神神経専門外来の予約を入れて、予約時間に医師・心理士同時に面接・診察を行っていること。その結果医師単独では、問診や家族の相談に十分な時間をとれない点、心理士単独では小児精神神経疾患の鑑別や、薬物治療を行えないという、両者の短所を補うことが可能となる。④インターネットを利用し、児童精神科医が学校の養護教員などを対象に学童の精神面の問題に対する質問にsuperviseすること。しかしこのような診療形態はまだ少数であり、多くの機関で試みる価値がある。

今後必要なこととしては、医療機関を含め、各相談機関の役割分担と連携である。そのためには、①教育相談機関における児童の精神面の専門性を有するカウンセラーの養成が不可欠となる。すなわち医療を要する児童を見極めることである。そのためには小児精神科医や児童精神科医の指導や助言が必要である。②教育相談機関と臨床心理士、臨床心理士と専門医の事例

による具体的な連携。③症例検討などを通した一般の小児科医への小児精神疾患への啓蒙。④精神科医への偏見を少なくすること。精神科において、子ども受診しやすいような治療構造を形成すること。最近、診療科名を「精神科」から「こころの診療部」、「児童神経科」「心療内科」あるいは「思春期外来」などと変更されることは、現状では親や子どもが受診しやすい環境を作るのに有益であろうと思われる。また、小児科医が精神的な面の診療に熟達していなければ、小児科外来の診察室で児童精神科医が診療すること(精神科医の出張外来, 久場川ら1991)も一法であろう。⑤熟達した児童精神科医や小児精神神経科医の養成。小児精神科医・児童精神科医とも絶対数、総対数ともに諸外国に比べて不足している(山崎, 2002)。このことが、教育相談機関や心理士と医療機関との連携を困難にしていることも事実である。小児精神科医の育成は急務である。

われわれの事例は決して例外的なものではなく数多いと思われる。心理的問題や行動の問題を持つ子どもを診るにあたり、カウンセリングの適応の適否を速やかに判断すること、専門医療機関との連携は不可欠であることを強調したい。

文 献

- Asarnow JR (1994) : Annotation: Childhood-onset schizophrenia. *J Child Psychia Psychol* 35 : 1345-1371
- 傳田健三 (2002) : 子どものうつ病の症状. 子どものうつ病. (傳田健三) 金剛出版, 東京, pp.42-64
- 古荘純一, 松寄くみ子, 根本芳子, 他 (2001) : 小児科外来における医師・心理士連携同室診療の試み. 小児保健学会講演集, p.340
- 古荘純一, 網戸公美, 加藤俊徳他 (1995) : 視線恐怖を初発とし不登校状態を呈し小児科を受診した精神分裂病の1例. *小児科診療* 58 : 1805-1808
- 久場川哲二, 古荘純一, 丸山 博 (1991) ヒステリー, トリコチロマニア, 登校拒否を伴った1例.

- 小児科診療 54 : 2095-2098
- 子ども虐待対応の手引き編集委員会 (1999) : 子ども虐待対応の手引き, 厚生省児童家庭局監修, 西田 篤, 杉山信作, 片野隆司 (2000) : 広島県下における不当構造の今日の特性. 第2編 不登校治療における機関連携のあり方と医学的関与の意味について. 小児の精神と神経 40 : 195-200
- 大沢多美子, 岡田隆介, 杉山信作, 他 (1991) : 不登校を主訴に来院し, 分裂病と診断された児童の特徴について. 児青精医誌 32 : 232-240
- Russell AT, Bott L, Sammons C (1989) : The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 28 : 361-385
- 齊藤万比古 (2002) : 不登校. 現代児童青年精神医学. (山崎章資, 牛島定信, 栗田 広, 他編) 永井書店, 大阪, pp.343-354
- 白木澤史子 (2002) : 多動性障害. 臨床科が知っておきたい「子どもの精神科」. (佐藤泰三, 市川宏伸編) 医学書院, 東京, pp.154-160
- Swedo SE, Rapoport JR, Leonard H et al (1989) : Obsessive-Compulsive disorder in children and adolescent: Clinical Phenomenology of 70 consecutive cases. Arch Gen Psychiatry 46 : 335-341
- 杉山登志郎 (2002). Asperger 症候群 : 現代児童青年精神医学. (山崎章資, 牛島定信, 栗田 広, 他編) 永井書店, 大阪, pp.137-144
- Volkmar FR, Klin A, Schultz R et al (1996) : Asperger syndrome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34 : 1092-1095
- 山崎晃資 (2002) : 児童青年精神医学の課題と展望. 精神神経誌 104 : 789-809.
- 山家均 (2002) : 子どもの精神分裂病. (子どもの精神障害, 河合 洋, 山登敬之編) 日本評論社, 東京, pp.93-104

*

*

*

[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、松崎くみ子、柴田玲子、渡邊修一郎

〔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三者として、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の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。

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 solve those problems, as a trial for solving 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.

[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 崎 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。

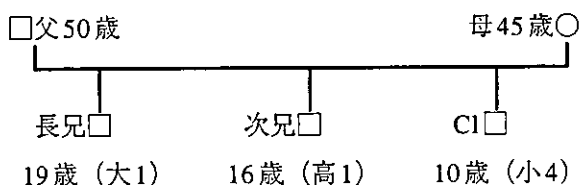
II. 事例の概要

事例：A君, 10歳(小4)男児

主訴：気持ちが悪い, 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。CIが他の保健室登校の児童と一緒に来室したので, 母親に連絡を取り, 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, CI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, ひきつけなどがあつた。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ち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。

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

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。CI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	<p><u>【母親自身がかかえていた不安を語った時期】</u></p> <p>CI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、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」といいに来るといふ。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。</p> <p>「先週の木曜日の風がひどくてい</p>	<p><u>《相談室にやって来る》</u></p> <p>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「体育と給食がイヤ」、「体育は、ドッチボールは好きだけど、やっているとき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。</p> <p><u>《風を怖がり、閉じこもりの時期》</u></p> <p>〈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、ちょっかいをだすすぎて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いたり、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。</p>	<p><u>【抜本的喘息治療が始まる】</u></p> <p>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。</p> <p>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。</p>

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
	<p>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、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、立ち上がった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。</p>	<p><給食の時間が近づくとつれ「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。</p>	<p>[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。</p>

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

	母親の変化	子どもの様子	身体的治療
第2期 X+1年3月	<p>【父親が面接に参加した】</p> <p>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った。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。</p>	<p>《家庭環境、身体的症状が少しずつ変化し始めた時期》</p> <p>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。く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、今日で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お外食したんだ」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。</p>	<p>【喘息症状の改善】</p> <p>「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い、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。</p>
第3期 X+1年4月 7月	<p>【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】</p> <p>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</p>	<p>《学校での変化の兆しの時期》</p> <p>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</p>	<p>【喘息症状の改善とともに笑顔が増える】</p> <p>父親と小児科を受診しており、小児科医よりずいぶん笑</p>