### I. 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状

### 1. はじめに

不登校への対策を考える上では、その背後にある要因・背景と、最初に不登校を引き起こすことになった直接のきっかけ等を整理してとらえ、その対応にあたっては、不登校児童生徒やその保護者等の状況や支援のニーズに配慮した上で、効果的な対策を講じることが求められます<sup>23)</sup>。

その際、多様な不登校の要因や背景に応じた対策を講じることが必要であります。すなわち、不登校は、「学校に行きたいけれども行けない」等の心の問題としてとらえられることが多いですが、不登校としてとらえられている中には、あそび・非行による怠学、LD、ADHD等による不適応、病気、虐待等を要因としたものも含まれ、不登校対策はそれらの多様な実態を視野に入れたものでなければならないのです。例えば、慢性疾患で休みがちで学習の遅れや友人関係の希薄さ、将来への不安が高い不登校と、ADHD等で集団生活からはみ出すことが多く、教師、親、クラスメートから阻害され、「生きにくい」状態が長く続くことが原因で不適応状態になり不登校になるとでは対応策は大きく異なります。多様な要因や背景のある不登校を一括りに扱い、論じることは問題であり、個々の要因に応じた適切な対応策が求められます。

心身症,不安障害,適応障害などは性格傾向や年齢,人生経験などを背景に主に心因によって生ずるといわれています<sup>47)</sup>。慢性疾患の子どもは身体的発育に障害を現すだけではなく,様々な心理的不適応を起こしやすくなる傾向があります<sup>26)</sup>。また,ADHDや高機能自閉症などの子どもの多くが学校の環境に適応できず,身体症状や精神症状を呈し,不登校状態でいることが報告されています<sup>30)</sup>。 近年,病弱教育対象の児童生徒の疾患別人数をみると,精神及び行動の障害が喘息など呼吸器系の疾患や腎炎などの腎臓疾患等の慢性疾患を超え,教育上の大きな課題になっています<sup>36) 37) 40) 48)。</sup>

全国病弱虚弱教育研究連盟(1999<sup>52)</sup>)では、ICD-10による疾患分類を取り入れ、精神・神経疾患(神経症、器質的脳疾患、精神病など)の疾病分類を精神及び行動の障害に変更しました。精神及び行動の障害(以下、情緒及び行動の障害と記述します)に含まれるものとしては、不安障害(社会恐怖、分離不安障害、パニック障害、強迫性障害)、適応障害、身体表現性障害、気分障害、その他神経症性障害などが挙げられます。

ここでは、薬物使用による精神及び行動の障害や精神遅滞は除くものとし、心身症、精神及び行動の障害の児童生徒の実態を主として述べていきます。以下、ICD-10で使用している「精神及び行動の障害」という言葉を「心身症や情緒及び行動の障害」と記述し、述べていくことにします。

心身症の子どもは、発熱、頭痛、腹痛、悪心・嘔吐などの身体症状を示したり、気管支喘息、起立性調節障害、過敏性腸症候群など、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与している身体疾患を伴っていることが多いです<sup>2) 24)</sup>。また、適応障害や不安障害など情緒及び行動の障害のある子どもは、不安感や緊張感、抑うつ感、無力感などの精神症状を呈することもよくあり、不登校、引きこもり、家庭内暴力など適応行動に障害を呈することもあります<sup>47)</sup>。

病弱教育では、小・中・高等学校に準ずる教育を行うほかに、慢性疾患児に対して病気に対する知識、理解、技能の習得など自己管理能力の育成を目的とする自立活動が行われてきました<sup>19)</sup>。しかし、不登校を伴う心身症や情緒及び行動の障害の児童生徒に対する教師による自立活動の指導は、従来行われてきた病気の理解や生活様式の理解、生活習慣の形成などの自己管理支援を主

### 第3節コルタ症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

とする指導だけでは困難である、との報告が多くなされるようになりました<sup>10) 45)</sup>。これらの子どもたちの心理社会的因子を十分考慮し、ストレスがもたらす悪影響を緩和するなどの心理的な援助が教育者、医療者・看護関係者等に今まで以上に求められるようになってきました。

本ガイドブックでは,文部科学省の不登校対策や厚生労働省科学研究で行われた心身症・神経症等の実態把握及び対策に関する研究,また,国立特殊教育総合研究所の調査等を中心に,その 実態を述べます。

### 2. 不登校児童生徒数の推移等

文部科学省の調査によると、国・公・私立の小・中学校で、平成13年度に「不登校」を理由として30日以上欠席した児童生徒数は、小学生2万6,511人、中学生11万2,211人の合計13万8,722人であり、調査開始以来最多となりました。これを全体の児童生徒数との割合で見ますと、小学校では275人に1人(0.36%)、中学校では36人に1人(2.81%)となり、小・中学校の合計では全児童生徒数の約1.2%を占めていることになります<sup>22) 23)</sup>。

学校数について見てみると、全公立小・中学校中、不登校児童生徒が在籍する学校の割合は、 平成3年度は約39.3%であったのが平成13年度は約57.6%となっており、半数以上の学校に不登 校児童生徒が在籍しているという状況となっています。1校当たりの平均の不登校児童生徒数も 平成3年度には約4.8人であったのが平成13年度には約7.0人に増加しています<sup>23)</sup>。

平成16年度には、不登校は123,317人 $^{22}$ )まで減少したかのようにみえますが、適応指導教室の数が増加したり、保健室登校や学校以外の場所での学習も出席にカウントされる形で減少したものとも考えることができます。

また、学年別に見ると、学年が上がるにつれて不登校児童生徒数は増加しており、特に小学校6年生から中学校1年生、中学校1年生から2年生の間で大きく増加しています。

文部科学省においては,不登校の要因や背景についても可能な限り把握し,適切な対応を図るために,不登校状態が継続している理由(不登校の態様・タイプ)についても調査をしており,平成13年度においては,「不安など情緒的混乱」が26.1%,「複合(複合的な理由によりいずれの理由が主であるか決めがたい)」が25.6%,「無気力」が20.5%となっています。推移を見ると近年「複合」の割合が伸びており,不登校の要因・背景の複合化や多様化がうかがわれます。また,小・中学校別に見ると,小学校においては,「あそび・非行」型の占める割合が0.7%であり最も少ないのに対して,中学校においては13.6%を占めていることが明らかになりました。しかし,不登校の典型的な経過をみると,不登校の前駆期の特徴として,心身の不調を訴える時期が挙げられ,次の段階として攻撃的な行動をとる時期,無気力になる時期,そして回復期と経過していくことがいわれています42)。身体症状が激しく出た場合には、心身症と診断され,無気力状態が長く続くと不登校の理由として無気力として分類される可能性があり、心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の児童生徒数は診断を受けている児童生徒数よりも多いことが予測されます。

#### 3.厚生労働科学研究.国立特殊教育総合研究所の研究からみた現状

#### (1) 我が国における心身症・神経症等の調査

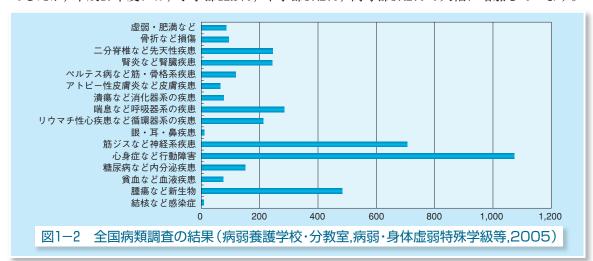
奥野ら(2001<sup>30)</sup>)は、小児科領域における心身症、神経症等の実態把握のための調査を医療機関と学校で、同時期に一斉に行いました。この調査は心身症・神経症等の実態把握の調査とし

ては我が国において最も規模が大きく、最新の調査であります。医療機関を対象にした調査は、日本小児科学会認定医制度研修施設を受診した患者全員を対象とし、有効回答数は25,991(男子14,333人、女子11,658人)でした。このうち3歳以上の患者14,796人について検討した結果、いわゆる不定愁訴に関連する自覚症状として、身体がだるい(16.4%)、頭痛(10.4%)、腹痛(10.4%)、機熱(7.2%)が上位を占めました。これらの諸症状について、診察した医師が明らかな身体疾患ではなく、心身症・神経症等の心の問題によると判断した例は5.9%でした。年齢と共に増加し、男子では14歳(15.7%)、女子では15歳(24.7%)で最大頻度に達しました。また、起立性調節障害、過敏性腸症候群、摂食障害、チック症、学習障害のいずれかに該当するものが4.1%でした。睡眠についてなんらかの問題を抱えているものが約30%でした。登校・登園状況では、月の半分以上休むものが2.7%でいました。対人関係については10.6%が、家族、友人、教師との関係に問題を抱えていることが明らかになりました。

奥野ら(2001)による医療機関と同時期に行った学校を対象にした調査は、全国の小・中学校及び高等学校から無作為に5%を抽出した小学校1,208校、中学校545校、高等学校255校 計2,008校を対象としました。調査期間は、平成11年10月18日から5日間もしくは平成11年10月25日からの5日間とし、調査期間内に保健室を利用した児童生徒の来室理由、睡眠障害の有無等を調査しました。調査協力を得た学校は、1,264校(62.9%)でした。その児童生徒数は450,288人、保健室を利用した児童生徒の実人数は37,598人、延べ人数は61,497人でした。保健室利用率は、小・中・高等学校のいずれにおいても学年が上がると共に増加して、特に中学3年生の利用率が高かったです。来室の理由としては、頭痛(17.2%)、身体がだるい(15.4%)、腹痛(10.6%)などが上位を占めました。来室理由に関する自由記述欄の内容から心身症・神経症等の心の問題に関連すると考えられるものは、延べ利用人数61,497人中6,100人(9.9%)であることが報告されました。

### (2) 全国病弱虚弱教育研究連盟の病類調査

平成17年度の全国病弱教育研究連盟の調査<sup>52)</sup> によると、心身症や情緒及び行動の障害のある児童生徒の占める割合が26.9%と最も高く(図1-2)、平成13年度と比較すると約10%多く占めるようになりました。各学部別にみると、平成13年度は、小学部6.3%、中学部23.6%、高等部24.9%でしたが、平成17年度には、小学部12.9%、中学部37.2%、高等部37.2%で大幅に増加しています。



### (3) 国立特殊教育総合研究所の調査

国立特殊教育総合研究所病弱教育研究部の2つの調査から心身症,情緒及び行動の障害のある 児童生徒の実態について報告します。

1つの調査は、平成10、11年度に実施された「病弱養護学校高等部在籍生徒の実態と進路指導に関する全国調査<sup>38)</sup>」です。この調査で明確になったことは、高等部在籍生徒の不登校経験者は、病弱養護学校高等部で30.2%を占めていることが報告されています。

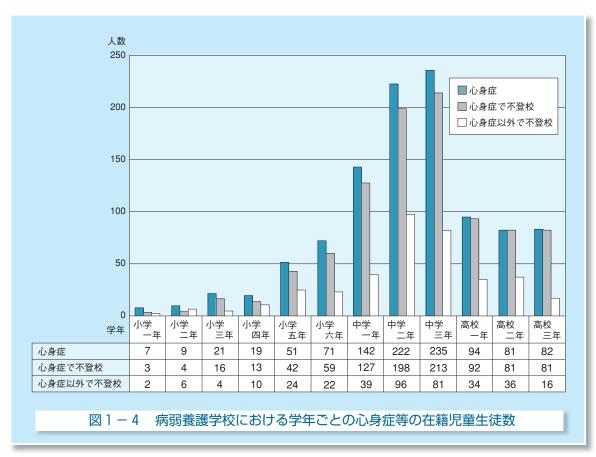
もう1つの調査は、「病弱養護学校における心身症等の児童生徒の教育 – 心身症など行動障害に括られる児童生徒の実態と教育・心理的対応 –  $^{35)}$ 」であります。この調査の結果からその様々な実態が明らかにされました。その一部を紹介します。

慢性疾患,心身症,情緒及び行動の障害のある児童生徒は,年度途中に増加する傾向が強く,5月1日現在で行う統計調査では正確に在籍数を把握することが困難であるという指摘から $^{49}$ ,国立特殊教育総合研究所では平成 $^{14}$ 年度の年間の延べ児童生徒数を調査しました。我が国における平成 $^{14}$ 年度の全国病弱養護学校の月別の在籍児童生徒数の推移を図 $^{1}$ -3に示しました $^{4}$ )。4月が $^{3}$ ,487人で最も少なく,7月には $^{3}$ ,937人に増加し, $^{1}$ 2月には $^{4}$ ,144人で最も多くなっています。学級編制を確定する4月,5月が最も少なく,年度途中で転入してくる児童生徒が多いことが明らかにされました。なお,学校によっては5月1日の $^{2}$  ~ 3倍になることもあることが明らかにされました。



また、図1-4に示したように心身症や情緒及び行動の障害のある子どもの数、心身症や情緒及び行動の障害のある児童生徒と不登校経験者の数、心身症以外の不登校を経験したことのある慢性疾患などの病気の子どもの数を明らかにしました。実際に人数が最も多かったのは中学3年生で心身症235人、心身症で不登校の経験213人、心身症、情緒及び行動の障害のある児童生徒以外で不登校の経験81人でした。次に多かった学年は中学2年生で、心身症、情緒及び行動の障害の

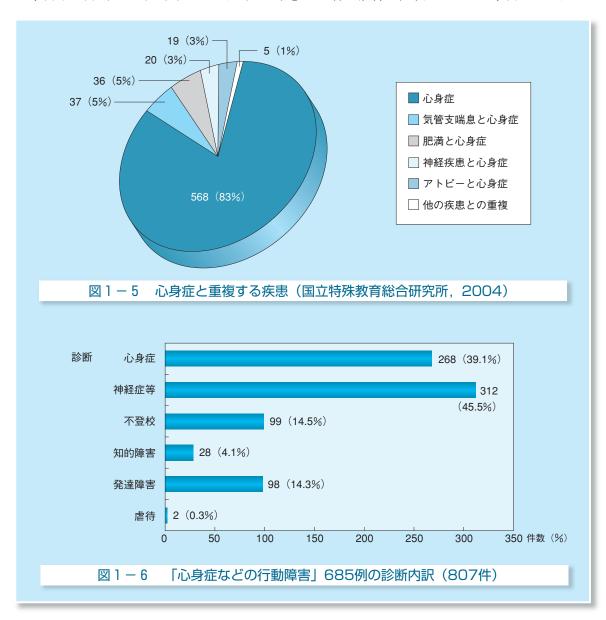
ある児童生徒222人,心身症,情緒及び行動の障害のある児童生徒で不登校の経験198人,心身症以外(主に慢性疾患)で不登校の経験96人でした。小学1~4年生までは心身症,不登校経験者は少なかったですが,高学年,そして中学生,高校生が多いことが明らかにされました。図1-4をみると,高等部の人数が少ないのは高等部の設置率が50%程度であることが挙げられます。



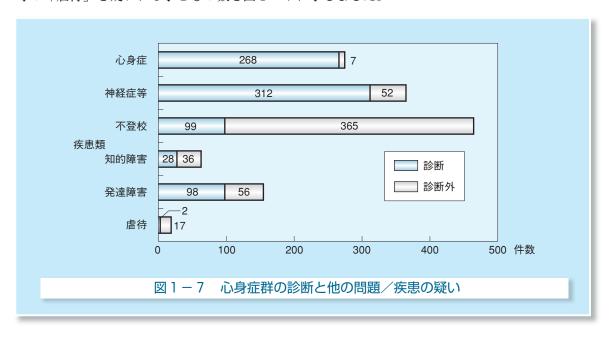
この調査では、さらに、全国の病弱養護学校から「心身症や情緒及び行動の障害」に該当する 児童生徒一人一人について、医学的診断、診断の他に考えられる問題、現在の登校状況、学習の 状況、現在の心理・行動の問題等についてアンケート調査も同時に行いました。

「心身症、情緒及び行動の障害」に該当する疾患・診断は、自律神経失調症や起立性調節障害などのいわゆる心身症、神経性食思不振症等の摂食障害、神経症、統合失調症、気分障害、精神遅滞・学習障害・注意欠陥多動性障害・自閉症等の発達障害、並びに不登校などでした。一人の子どもが複数の疾患を持つ場合は、それに伴って病気分類も複数にまたがりました。「心身症や情緒及び行動の障害」の対象として937例があがってきました。その中で、診断名として「心身症や情緒及び行動の障害」に該当する疾患が記載されていた事例は685例でした。このうち、「心身症や情緒及び行動の障害」に入る疾患のみの児童生徒は568例(82.9%)、残りの117例は他の疾患を併せ持っていました。その主なものは気管支喘息、肥満、てんかんなどの神経疾患、およびアトピー性皮膚炎等でありました(図1-5)。

「心身症や情緒及び行動の障害」に分類される685例の診断内訳をみていくと、「心身症;自律神経失調症、起立性調節障害など」、「神経症等;神経症、統合失調症、うつ病などの気分障害、摂食障害、適応障害、行為障害など、いわゆる情緒及び行動の障害(第2章で詳細に説明)」、「知的障害;精神遅滞」、「その他の発達障害;自閉症、学習障害・注意欠陥多動性障害、高機能自閉症、アスペルガーなど」、そして「不登校」の診断という疾患/障害のグループに整理されます。その件数と発生率を図1-6に示しました。最も多い疾患グループは「神経症等」で312例、発生率は45.5%であり、次に多いのが「心身症」で268件(39.1%)でした。「発達障害」も98件(14.3%)あり、知的障害は28件、(4.1%)でした。「不登校」が医学的診断名に記載されている事例も99例(14.5%)ありました。「その他」の2件は虐待と記載されていた事例でした。



次に、医学的診断の他に考えられる問題や疾患を検討しました。「心身症や情緒及び行動の障害」に該当する疾患を持つ685例のうち、不登校が診断名に記載されていたのは99例でしたが、診断の他に考えられる問題として「不登校」の経験があったと挙げられていた児童生徒は、365例挙げられました。さらに「心身症や情緒及び行動の障害」以外の診断分類の252例(医学的診断が記載されていない29例を含む)の中にも不登校の記載は182例ありました。従って、過去か現在において不登校の経験を持つと教師が判断する事例は全547例となり、診断群99例と合わせると646例で、全体937人の68.9%になりました。同様に、医学的診断は記載されていませんが、診断のほかに考えられる問題として知的障害や学習障害、注意欠陥多動性障害などのいわゆる軽度発達障害や神経症的問題が顕著であると推測される数や養育拒否(ネグレクト)や身体的虐待等の「虐待」を疑われる子どもの数を図1-7に示しました。



また、病弱養護学校での登校状況をア)登校に問題なし、イ)早退・遅刻がみられる、ウ)登校渋ったり、時折休んだりする、エ)保健室を頻繁に利用している、オ)ほとんど登校できない状態であるの選択肢で尋ねました。早退・遅刻と保健室利用の両方に該当するなど、複数回答となっている場合は「複合状態」として整理しました。「登校できない」と他の選択肢を同時に選んでいる場合は「登校できない」に含めました。その結果、現在の登校に問題なしとの回答は472例(52%)でありました。他方、早退や遅刻、時々の欠席は共に94例(10%)あり、保健室利用は14例(1.5%)に留まりました。現在も不登校状態にある生徒は94例(10%)存在しました。また、「その他」の7%には病状や医師の指示によって登校が制限されたり、明らかに家庭の都合で遅刻や欠席がみられたりするケースが含まれています。

学力面(学習到達度)では、現在の学習到達度について尋ねました。その結果、特に問題はないとの回答は35.2%、問題があるとの回答は63.6%でした。遅れの背景にあるものとして考えられる要因については、最も多く挙げられたのは学習するという姿勢がない、学習の仕方がわかっていない、基礎的学力が身についていないなどの「学習態度・習慣の未形成」で310例(33.1%)で

した。そして、「治療や療養による学習空白」は209例(22.3%)、「発達障害」179例(19.1%)、「精神疾患」114例(9.6%)と続きました。その他90例(9.6%)の大半は不登校による学習空白と記述してありました。学習到達度に関して性差あるいは、小学生、中学生、高校生の3群間において明らかな差はみられませんでした。

次に、現在の心理・行動面での問題と配慮ですが、指導にあたる児童生徒の心理面や行動面で気がかりな点、問題と思われる点の有無について尋ねました。その結果は、「問題や気になる点がない」とした回答は137例で、未回答78例を除くと、その割合は15.9%でした。一方、心理面で配慮を要するとして、具体的に記入があった例は312例(36.3%)、行動面のそれは99例(11.5%)、心理と行動の両面に記入があった回答は311例(36.2%)でした。すなわち、心理面で気がかりがあるとした回答の延べは623例(72.5%)、行動面のそれは410例(47.7%)となりました。

現在の心理面の問題点については、以下のような結果を得ました。回答では転入学に係る原疾 患に起因する身体症状、精神症状と考えられる記述があり、それらを「身体的原疾患由来」の状態と「精神的原疾患由来」とに分けました。それぞれ31件、87件ありました。心理面で群を抜い て多かったのは「情緒不安」で、218件ありました。これは、様々な原因による情緒の大きな揺れを表したり、様々な場面や事柄へ緊張の強さを表したりしている記述をまとめたものです。また、ストレスへの脆弱性、自己中心的な考え、いわゆる自我発達の幼さ等は「自我未成熟」と包括し、132件となりました。人前で自分を出せない、言語的に自分を表現することが苦手である などの「自己表現力の不足」は83件ありました。

また、友だちができにくい、友人関係のことで悩んでいる、対人緊張が強い等は「友人·対人関係の乏しさ」とし、73件でありましたが、人に気を遣いすぎて疲れる、頑張りすぎて疲れ等の「過剰適応」を示す事例も48件ありました。その他、親子関係や家庭での問題を気がかりな点として挙げた記述も58件ありました。「学習の問題」は学習面の遅れを、「意欲欠如」は生活全般にわたる気力のなさを意味し、それぞれ19件、14件でした。

行動面の問題としては、現在も登校を渋りがちであるとか、登校できてないという「登校困難」を記載していたのは35件でありました(これは、気になる問題として教師が挙げた件数であり、現在の登校状況での集計数値とは異なります)。社会性に関連する記載は非常に多かったです。その年齢に期待されるような社会的な行動や人との関わりができない、協調性がなく自分勝手な振る舞いが多い、あるいは他人の感情を顧みない等は「社会性の乏しさ」と括り、64件となりました。また、集団の中に入れない、人との関わりを拒む、引きこもる等の「内閉・引きこもり」は49件になりました。また、リストカットや自殺未遂などの「自傷行為」は34件、家庭内暴力や仲間同士の暴力などの「人への暴力」は49件ありました。他方、窃盗、万引きなどの触法行為を指す「反社会的行動」は14件でした。人への直接的暴力ではなく、反社会的な行為にも至ることがありませんが、感情の爆発や衝動的な行動によって周囲の人間を驚かせる、学校を飛び出す、夜間徘徊等の、いわゆる行動化は「衝動的行動」とし、27件となりました。

嫌なこと・困難なことは話さず、行動せずに避け続け、楽しいことだけに意識を向けているような現実からの逃避や葛藤回避の「逃避・回避」は43件ありました。これらは一つの防衛機制であり、心理的な状態とも考えられますが、回答の多くは具体的な逃避行動を記述しており、行動面の問題として取り扱いました。逃避行動の一種とも捉えられますが、自らの病気(主に慢性疾患)を考慮しない行動や自制の欠如は「病気の自己管理不足」として括りましたが、10件であり

ました。基本的な生活の習慣や技能を身につけていない「基本的生活習慣の未獲得」は27件ありました。

### 4. 文献研究

### (1) 心身症・神経症等と不登校との関連

心身症と不登校は関連性が強いです。宮本18)は、心身症全体で62.4%に不登校が認められ、 その内訳は、心身症症候群74.1%、疼痛81.1%、不定愁訴66.7%、摂食障害51.7%、チック障害 13.3%であったことを報告しています。武田・原39) は、病弱養護学校に在籍する中学生におい て,心身症で不登校の経験のある者81.8%であったことを報告しています。また,不安障害と 不登校の関連においては、Last, Francis, Hersen, Kazdin, and Strauss<sup>15)</sup> は、19人の不登校 (a phobic disorder of school) の生徒のうち36.8%が過剰不安障害(多数の出来事又は活動に対 する過剰な不安と心配)であるとし,同じく,11人の不登校の生徒を対象に,社会恐怖(恥ずか しい思いをするかもしれない社会的状況又は行為状況に対する顕著で持続的な恐怖)27.3%,単 一恐怖(限定された対象又は状況に対する持続的な恐怖)18.2%,過剰不安障害18.2%,パニッ ク障害18.2%,強迫性障害(反復する強迫観念又は強迫行為であり,非常に強い苦悩を生じたり 著しい障害を引き起こしたりする)9.1%であったことを報告しています。Last and Strauss<sup>16)</sup> は,不登校 (anxiety-based school refusal) の生徒で,分離不安38.1%,パニック障害6.3%, PTSD3.2%であったことを報告しています。また、Bernstein、 Massie、 Thuras、 Perwien、 Borchardt, & Crosby<sup>4)</sup> は,44人の抑うつ不安の不登校の生徒のうち,過剰不安障害93.2%,広 場恐怖(パニック発作が起きたとき逃げることが困難であるか助けをすぐさま求めることのでき ない場所や状況にいることに非常な不安・恐怖感をもち、このような場所や状況が回避され日常 生活に障害をもたらす)40.0%,分離不安29.5%,パニック障害8.6%であったことを報告してい ます。Kearney<sup>12)</sup> は,これらの4つの研究をもとに不安障害のある不登校の生徒の精神疾患を 合併している割合は、過剰不安障害36.5%、社会恐怖33.6%、分離不安27.0%、単一恐怖11.7%、 広場恐怖10.2%,パニック障害6.6%であるとしています。我が国において,齊藤<sup>35)36)</sup>は,院内 学級に在籍していた106名の不登校と精神疾患との関連において,不安・恐怖群(過剰不安障害, 社会恐怖、分離不安、その他) 35%、適応障害22%、身体化障害18%、抑うつ15%、その他(選 択性緘黙等)10%であったことを報告しています。

#### (2) 慢性疾患と長期欠席との関連

慢性疾患で入院することは、治療を受けるなど様々な規制が生じ、それに対処していかなければならないのです。また、家庭から離れ、自分を直接支えてくれる者がいない状態になります。このような状況の中で医療者や教育関係者は、慢性疾患児の身体的な健康への適応、心理的な適応、社会的な適応を目指していく必要があります。しかし、環境、個人の特性、対人関係に加えて、疾患や治療そのものが認知的評価、対処行動に様々な影響を及ぼします<sup>34)</sup>。赤坂<sup>1)</sup>は、全国8施設における喘息児の保護者が心因の関与を認めた比率は、入院していて比較的重篤な気管支喘息児の333名中178名(53.8%)、外来通院中の喘息児の221名中97名(43.9%)であったことを報告しています。武田・原<sup>43)</sup>は、病弱養護学校に在籍する中学生において、気管支喘息で不登校の経験のあった者が42.4%、同様に肥満で不登校の経験のあった者が35.7%であったことを

報告しています。吉住昭・松野正知・伊藤道夫・山田麗子・高波厚子・山口哲雄・三富暁美50)は、病弱養護学校を併設している全国の61病院小児科の調査において、不登校と心身症の合併率は、気管支喘息25.5%、肥満40.4%であったとしています。

### (3) ADHDと長期欠席との関連の文献研究

ADHDや高機能自閉症などの軽度発達障害で適応障害を起こし、それが身体症状や不安感や緊張感、抑うつ感、無力感などの精神症状を呈したり、引きこもり、家庭内暴力など適応行動に障害を呈したりすることがあります。ADHDの児童生徒については、奥野ら(200130)によって行われた全国病院調査からは、心身症合併率が57.7%、不登校(保健室登校、適応教室などを含む)19.2%であったことが明らかにされています。しかし、これらの数値は、心身症や適応障害を合併しているため小児科外来に受診していることを考えれば高めに出ているものと推測されます。鳥取県で実施された学校調査では、ADHDの小学生で2.3%が、中学生では39.4%が不登校となっていることが明らかにされました<sup>14)</sup>。またHarada Y., Yamazaki T., & Saitoh K.8) によると、ADHDと不登校との合併率は17%であり、ADHDと反抗挑戦性障害(目上の者に対して拒絶的、反抗的、不従順、挑戦的な行動を繰り返す)が合併している場合の不登校の発生率は42%、同様に反抗挑戦性障害のみであると80%であったことを報告しています。

#### (4) 諸外国における心身症の調査

オンタリオ児童健康調査では、オンタリオ州の91%の児童生徒を検討しており、身体化障害(器質的な疾患がないのにもかかわらず、痛みや胃腸症状といった身体症状を繰り返して訴える)の頻度は、 $12\sim16$ 歳の男子で4.5%、女子では10.7%であると報告されています。スウェーデンでは、 $7\sim12$ 歳の1,163人を対象とし、2週間調査をしたところ19.8%が心因性の身体症状を訴えていたと報告しています5)。フィンランドでは、 $14\sim16$ 歳の生徒に健康調査を行い、頭痛を訴える(男子7.2%、女子14.9%)、次いで睡眠障害(男子7.1%、女子9.6%)、食欲低下(男子2.6%、女子5.4%)であり、さらに、両親がそろっていない家庭や学業成績が悪い生徒の方がこのような症状の頻度が高かったと報告しています3'。Eminson、Benjamin、Shortall、Woods、& Faragherらは、イギリスの都市に住む思春期の白人の調査では、男子7.1%、女子9.5%に身体化障害がみられたことを報告しています。奥野らの学校調査は、保健室を利用したものを対象としているため、単純に他の国と比較はできませんが、日本とスウェーデンの比較研究(田中・Borres、 $2000^{41}$ )では、日本の中学生で疲れやすさ(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が報告されています。

### Ⅱ. 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の課題

心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験をもつ児童生徒に対して,将来の自立,社会参加に向けた支援の視点が重要であります。そのためには,各専門機関や専門家間の連携による支援が重要であり、子ども個人への支援の在り方や家庭、学校、地域への支援の在り方など構造化・階層化された支援が必要とされます。

#### 1. 原因・要因の多様化に対応するシステム作り

特に、不登校のうち、心身症や情緒及び行動の障害を伴う場合には、階層・構造化した支援と