

第6章 まとめ

本研究では、心身症・神経症等を伴い不登校児の心理・行動特性及び指導法に関する研究をテーマに、第2章において心身症・神経症等に関する文献研究を行った。奥野ら(2001)により、我が国の心身症・神経症等の実態が把握され、これらの統計を日本全国に当てはめてみると、毎週71,000人の小学生、63,000人の中学生、42,000人の高校生が何らかの心の問題を抱え、心身症・神経症等の症状をもち保健室を訪れていることになるという。いじめや成績の問題、家庭の問題等何かの要因が日頃のストレスに加わることにより、上記の児童生徒も不登校になる可能性が高いと考えられる。

第3章においては、心身症・神経症を伴う不登校児の心理・行動特性に関する調査研究を米国T.M. Achenbachらが開発し、国際的に通用している子ども用の情緒や行動の包括的な質問紙[親用のCBCL(=Child Behavior Checklist), 教師用のTRF(=Teacher's Report Form)と本人用のYSR(=Youth Self Report)]を使用し実施した。教師、親、本人の三者の立場から多面的に情緒や行動を評価を行い、情緒や行動の実態を明らかにしてきた。対象となった児童生徒の属性(病弱養護学校在籍期間、不登校経験者、児童生徒の登校状態等の現状等)を明らかにしてきた。

また、教師(TRF)、保護者(CBCL)、本人(YSR)の実施結果を示し、臨床域、境界域、正常域の割合を示した。CBCLの回答数が少なかったため、教師(TRF)における下位尺度と本人(YSR)における下位尺度の差について対応サンプルのT検定(paired-sample t-test)を行い、以下のことが明らかにされた。社会性の問題尺度と思考の問題尺度は、教師と本人の評価に有意な差が見られなかったが、ひきこもり尺度と身体的訴え尺度は5%水準で有意に教師と本人の評価に差があり、その他の尺度は1%水準で有意な差があり、教師と本人の間に意識の乖離が存在していることが明らかにされた。いずれも教師と本人の評価平均を見ると、有意差が認められた尺度は全て本人

よりも教師のスコア平均の方が高くなっていたことも明らかにされた。

教師における下位尺度のピアソンの相関係数は、全ての尺度間において相関が認められ、身体的訴え尺度と注意の問題尺度は5%水準で、他の尺度間には1%水準で有意な相関がみられた。特に社会性の問題尺度と注意の問題尺度には強い相関が認められた。また、本人(YSR)における下位尺度の相関関係は、社会性の問題尺度は他の全ての尺度と相関が認められなかったが、その他の尺度間において相関係数は1%水準で有意であったことが明らかにされた。

第4章においては、心身症・神経症等の児童生徒の自立活動の指導法について、武田らによる研究をもとに知覚されたソーシャル・サポートと自己効力感を高めることの効用を紹介した。その上で、山本が示した慢性疾患用の自立活動の内容を再構築し、特に、心理的な安定に関する内容について提言した。個別の指導計画の作成に関しては、体調変動、情緒不安定等の実態に視点を置き、医療等との連携を図り、形成的評価を重視した個別の指導計画有効利用のためのサイクルモデルを提唱した。また、4つの評価モデルに構造化し、不安感を軽減する等の内的基準を重視した評価の在り方を提言した。

第5章は、親用のCBCL、教師用のTRFと本人用のYSRのいずれかを又は全てを使用し、本人、親、教師の評価が著しくずれているケースや重症の心身症・神経症等の児童生徒の事例研究を行い、学校適応への障壁、その再適応への過程を探った。病弱養護学校に適応し、CBCL等の下位尺度が臨床域、境界域であったものが数ヶ月後、情緒的に安定し、そのT得点が本人、教師、保護者の三者がまたは本人、教師の二者のT得点が低くなり、教育活動が可能になった事例を示した。病弱養護学校における小集団の中での学校適応への障壁、再適応への過程を事例研究をとおして明らかにしてきた。

今後の課題としては、病弱養護学校に適応してはいるが、なかなか地元の学校や大学、就職などの移行に結びつきにくく、病弱養護学校を核とした地域支援体制を確立していく必要があると考える。