

## 第2章 心身症・神経症等に関する文献研究

### I 心身症・神経症等の児童生徒の実態把握と 教育的対応に関する文献研究<sup>\*1</sup>

#### 1 はじめに

心身症、神経症は性格傾向や年齢、人生経験などを背景に主に心因によって生ずる(山下, 2002)。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(長畑, 1986)。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、不登校状態であることが報告されている(奥野晃正・衛藤隆・星加明德・三池輝久・山縣然太郎・渡辺久子・小枝達也・金生由紀子・沖潤一・武田鉄郎・中村延江・赤松拓・市木美知子・高田憲司, 2001)。

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る(武田, 1997; 2001; 武田・笠原, 2001; 横田, 1995)。

全国病弱虚弱教育研究連盟(1999)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た。精神及び行動の障害に含まれるものとしては、自律神経失調症、心因性発熱、起立性調節障害、神経衰弱、チック症(心因性)、適応障害、不登校、不安障害、強迫神経症、うつ病、摂食障害、慢性疲労症候群などが挙げられる。本稿では、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、神経症の児童生徒を主として論じるために、以下、「精神及び行動の障害」を「心身症・神経症等」と記述する。

彼らは発熱、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(吾郷・生野・赤坂, 1992; 村山, 1998)。また、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事もある(山下, 2002)。

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た(文部省, 1993)。しかし、心身症・神経症等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った(平澤, 1996; 渡辺, 1995)。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心理的な援助が病弱教育、医療・看護関係者に求められるようになってきた。

本稿では、心身症・神経症等の児童生徒の実態把握と教育的対応について病弱教育対象児童

<sup>\*1</sup> この論文は、研究時評：武田鉄郎(2004)心身症・神経症等の児童生徒の実態把握と教育的対応。特殊教育学研究, 42(2), 159-165.に掲載されたものを一部修正加筆して載せた論文である。科学研究費補助金により研究を推進した成果の一つである。

生徒を中心に、最近の動向について整理・検討する。

## 2 心身症、神経症等の児童生徒の実態

### (1) 我が国における心身症の調査

奥野ら(2001)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、同時期に一斉に行っている。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、最新の調査である。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)であった。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%)、微熱(7.2%)が上位を占めた。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%であった。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%であった。睡眠についてなんらかの問題を抱えているものが約30%いた。登校・登園状況では、月の半分以上休むものが2.7%であった。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報告された。

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た。調査協力を得た学校は、1,264校

(62.9%)であった。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人であった。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、特に中学3年生の利用率が高かった。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た。

### (2) 病弱教育対象の心身症・神経症等の児童生徒

平成13年度の全国病弱教育研究連盟の調査によると、心身症・神経症等の児童生徒の占める割合が16%と最も高く、各学部別にみると、小学部6.3%、中学部23.6%、高等部24.9%であった。また、不登校経験者は、武田・箕・原・山本(2003)の調べでは、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る。また、心身症・神経症等の児童生徒は、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(横田, 1997)。

### (3) 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、12～16歳の男子で4.5%、女子では10.7%であった(Offord, Boyle, & Szatmari, 1987)。スウェーデンでは、7～12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る(Berntsson & Gustafsson, 2000)。フィンランドでは、14～16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る(Aro, Paronen, & Aro, 1987)。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事を報告している(Eminson, Benjamin, Shortall, Woods, & Faragher, 1996)。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ないが、日本とスウェーデンの比較研究(田中・ Borres, 2000)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る。

### 3 長期欠席との関連

(1) 長期欠席からみた心身症・神経症等の実態

我が国の国・公・私立小・中学校において、平成 13 年度に 30 日以上欠席した不登校児童生徒数は、小学校 26,503 人、中学校 112,193 人、計 138,696 人であり、全児童生徒数の 1.23 %であった(文部科学省, 2002)。平成 3 年度においては、不登校児童生徒の割合は全児童生徒数に対して 0.47 %であったことから 2.6 倍に増加している。文部科学省は、不登校状態が継続している理由として、「学校生活上の影響」、「あそび・非行」、「無気力」、「不安などの情緒的混乱」、「意図的な拒否」、「複合」、「その他」に分類し、国立、私立小・中学校の児童生徒を除く統計を出している。不登校の理由として心身症・神経症等の児童生徒が含まれる可能性が高いのが「不安などの情緒的混乱」である。この不登校の理由の定義は、登校の意志はあるが身体の不調を訴え登校できない、漠然とした不安を訴え登校しない等不安を中心とした情緒的混乱によって登校しない(できない)である。平成 13 年度は、「不安などの情緒的混乱」の児童生徒数及び割合は、小学生 8,650 人(32.8%)、中学生 26,981

(24.5%)、計 35,631(26.1%)であることが明らかにされている(文部科学省, 2002)。

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(梅垣, 1987)。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・神経症等の児童生徒数はもっと多いことが予測される。

(2) 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。宮本(1994)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る。

武田・原(2000)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る。また、不安障害と不登校の関連においては、Last, Francis, Hersen, Kazdin, and Strauss(1987)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、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る。Last and Strauss(1990)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る。また、Bernstein, Massie, Thuras, Perwien, Borchardt, & Crosby(1997)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の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・恐怖感を持ち、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る。Kearney(2001)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%であるとしている。我が国において、齋藤(2000, 2002)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る。

### (3) 慢性疾患と長期欠席との関連

赤坂(2002)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る。武田・原(2000)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る。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(1995)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%であったと報告している。

### (4) ADHDと長期欠席との関連

また、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る。A

DHDの児童生徒については、奥野ら(2001)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る。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る。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(小枝, 2002)。また Harada Y., Yamazaki T., & Saitoh K.(2002)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る。

これらの心身症・神経症等で長期欠席を伴う児童生徒の場合、心身医学的アプローチが必要であり、医療機関と学校の連携が重要となるであろう。また、彼らのストレス対処過程を明らかにすることで配慮する視点を明確にし、慢性疾患児の指導を中心に行ってきた病弱養護学校等における教育的対応について検討を行いたい。

## 4 不登校の経験をもつ

### 慢性疾患児のストレス対処特性

病弱養護学校においては、喘息など呼吸器系の疾患や糖尿病など内分泌系疾患等の慢性疾患に罹患し、学校に適応できない状態で不登校になり、入院してくる児童生徒が多い。

ストレスを軽減するには、ストレスを解決しようとする対処行動と周りの人々からの支援すなわちソーシャルサポートが重要な役割を果たす(Lazarus & Folkman,1984; 野村, 1998)。

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。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る。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る。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す(Stanton, Collins, & Sworowski, 2001)。

武田・原(2000)は、病弱養護学校に在籍している不登校を経験したことのある慢性疾患児(経験者)と不登校の経験のない慢性疾患児(非経験者)との比較をとおして、経験者のストレス対処過程での特性を検討している。結果は、(1)経験者の方が、父親、母親、兄弟、教師、友人、病院職員のすべてのサポート源において、非経験者よりもサポート期待(知覚されたソーシャルサポート:他者から援助を受ける可能性に対する期待、あるいは援助に対する主観的評価)が低い、(2)ストレス反応では、「不機嫌・怒り」、「身体的反応」、「抑うつ・不安」、「無力的認知・思考」のいずれにおいても経験者の方が非経験者よりストレス反応が高い、ことを明らかにした。

サポート期待には、過去に他者からサポートを受けた経験が多いか少ないか、または他者との親密度が高いか低いか大きな影響をもつといわれている(Cobb, 1976)。サポート期待を高めるためには、他者との間に信頼関係を高め、情緒的サポート、実体的サポート、情動的サポートを高めるかかわりが求められる(Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981)。入院中2、3人の小集団の中で親密な対人関係を十分に学ぶことができた不登校児は、退院後良好な状態を示したことが報告されている(増井・植本・井出 1987)。これらは、不登校の回復に、良好な対人関係が密接に関わっていることを示唆するものであり、小集団の中で親密な対人関係を体験できるような配慮が求められる。このような小集団での環境の確保は、小・中学校よりは病弱養護学校の方が実現しやすいであろう。

## 5 病弱養護学校での教育的対応

心身症・神経症等の児童生徒の教育的対応については、近年全国病弱養護学校校長会や教頭会、全国病弱虚弱教育研究連盟研究協議会等において重要課題として取り上げられている(全国病弱教育研究連盟, 1996-2003)。児童生徒への教育的対応の柱は、ソーシャルサポートをいかに高め、ストレスの軽減を図ることができるかである。そのためには、「受容」することを重視した取組や不安感を軽減し「安心感」を高める取組が大切になってくる。このような取組が学校レベルでいかになされるかが問われてくる。Heyne and Rollings(2002)は、不登校の対策として、学校コンサルティングの重要性を述べ、学校レベルの取組についてその必要性を説いている。

渡辺(2003)は、心身症・神経症等を伴う不登校の経験のある児童生徒を中心に受け入れている北九州市立門司養護学校の取組を報告している。心身症・神経症等を伴う不登校経験のある児童生徒に「受容：子どものありのままを受け入れ、適応する土台を築くことで安心感、信頼感、自尊心を高める段階」、「挑戦：自発性、主体性を育てチャレンジする段階」、「協力：他者との相互理解が深まり協力ができる段階」、「向上：自らの課題を見付け解決していこうし、自己実現に図ろうとする段階」という4つの段階での成長を意図したきめ細かな手立てを講ずれば、児童生徒は情緒を安定させ自立へと進むであろう、という研究仮説を立て、学校レベルの取組を行っている。

また、深澤・棚田(2001)は、山梨県立富士見養護学校旭分校の学校レベルの実践を報告している。渡辺(2003)が報告したように、第1期「安心」：安心感を高めるために、教師との一対一の関係を気づき、生活のリズムを整える段階と位置づけている。第二期「出会う」「気づく」：自分や他者に対する信頼性を高め、自尊心を高め、自信を回復する時期であり、自己の思いの表出

や実現、人数や空間、活動内容の広がりや段階である。第三期「挑戦」：集団活動に積極的に関与したり、新しい活動に挑戦したりする段階である。これらの仮説の順序性は、野口(2002)のいう健康心理カウンセリングをすすめていく上での順序性と合致している。個への介入、親への介入、そして学校レベルでの介入を組織的に行うこれら両校の取組は、出席率や卒業後の社会適応に貢献している。

このような学校レベルでの取組のためには、自立活動を軸とした柔軟な教育課程が必要である。例えば、旭分校では、日課表の1校時枠の中に、自立活動と教科を同時に設け、生徒が自分で選択する形(授業時数は生徒が決定)をとる教育課程を実施している。自立活動は、盲学校、聾学校及び養護学校幼稚部教育要領、小学部・中学部学習指導要領、高等部学習指導要領(文部省,1999)では授業時数が規定されていないため、上記のような取組が行われるようになったものとする。

また、渡邊・鉄井・山下(2003)は、心身症・神経症等の不登校経験者に対して、自分の興味のある職業でその道の達人に出会う、そして弟子入りをするという体験学習を試み、児童生徒の学校適応や社会適応を促進する成果を上げている。これらの実践は、旭分校の仮説である「出会う」、「気づく」、「挑戦」という段階の児童生徒に対して行われていた。

## 6 おわりに

奥野ら(2001)により、今までなされてこなかった我が国の心身症・神経症等の実態が把握されたが、これらの統計を日本全国に当てはめると、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。このような現状に対して、奥野らは、養護教諭を支援する体制作り、スクールカウンセラーや学校医の参画、

地域保健活動の中に小児の心身症・神経症等への対策等の提言を行っている。これら心身症・神経症等で身体症状や行動に著しい異常を呈し、学校へ登校できなくなった者の一部が病弱教育の対象となっているものと予測できる。不登校の状態が長く続くと、高等教育の機会が失われたり、就職等の問題や後に精神障害の危険性が高まるなどの指摘がなされている(Buitelaar, Andel, Duyx, & Strien, 1994; Kearney & Albano, 2000; King. & Bernstein, 2001)。心身症・神経症等の児童生徒が不登校の状態が長く続かないような学校環境を考えていかなければならない。

院内学級や病弱養護学校は、病院で治療しながら同時に教育を行うことができる。院内学級(中学校)を卒業して10年後の生徒の予後研究によると、社会環境に「適応」「やや適応」している者が73%いたことが報告されている(齋藤, 2000)。それに対して適応教室からの学校復帰率は、総務庁の調べで17.9%であった(総務庁行政監察局, 1999)。この二つの数値からものを言うことは少々乱暴ではあるが、一定期間、医療機関で治療しながら同時に小人数のクラスで学習し学習の空白をつくらないことが、不登校児の予後のよさにつながっているのではないかと推測できる。現在のひきこもりの青年の増加を考えると、病院という専門機関と連携した病弱養護学校は貴重な教育機関であることがわかる(中村・村上・中谷, 2003; 緒方・江上, 1996)。

今後、特別支援学校(文部科学省, 2003)として、病弱養護学校はどうあるべきなのか。各地域の実情によって期待されるものは異なるであろうが、基本的には隣接して病院があるという病弱養護学校の利点をいかしていくべきであろう。Wallance and Hall(1994)やNorwich and Lunt(1995)らは、コラボレイト(協働)することは、コーディネイト(調節)やコーポレイト(協力)より各専門家間の関係性が良好であり問題解決志向が高い概念であることを示した(図2-1)。協働チームは、各専門家の立場を生かす形で積極的依存を大切にし、共通の目標を持ち、平等で

あり、責任は全員で負う等を重視する。このようなチームアプローチは、心身症・神経症等の児童生徒個々への質の高い教育やケア、支援を

可能にするものとする。

R  
E  
L  
A  
T  
I  
O  
N  
S  
H  
I  
P  
S

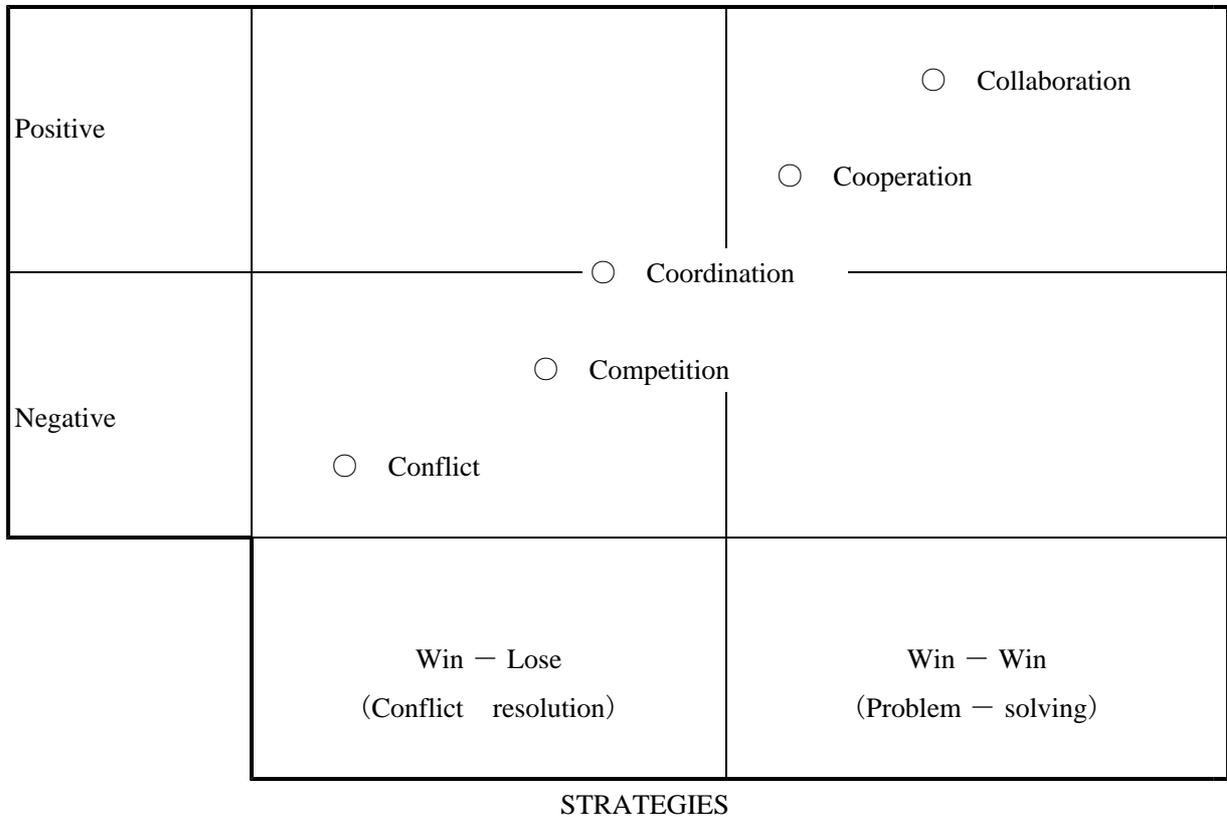


図 2-1 対立から協働に至る関係性と方略の過程

文 献

赤坂徹(2002)呼吸器系. 子どもの心の健康問題  
ハンドブック, 平成 15 年度厚生科学研究費補  
助金(子ども家庭 総合研究事業)小児心身症  
対策の推進に関する研究班編, 60-64.  
吾郷晋浩・生野照子・赤坂徹(1992)小児心身  
症とその関連疾患. 医学書院.  
Aro, H., Paronen, O., & Aro, S.(1987)  
Psychosomatic symptoms among 14-16 year old  
finnish adolescents. *Social Psychiatry*, 22, 171-176.  
Bernstein, G. A., Massie, E. D., Thuras, P. D.,  
Perwien, A. R., Borchardt, C. M., & Crosby, R.D.  
(1997)Somatic symptoms in anxious-depressed  
school refusers. *Journal of the American  
Academy of Child and Adolescent Psychiatry* ,  
36 , 66 1-668.  
Berntsson, L.T. & Gustafsson, J-E.(2000)

Dete,minants of psychosomatic complaints in  
Swedish schoolchildren aged seven to twelve  
years. *Scandinavian Journal of Public Health*,  
28,,283-293.  
Buitelaar, J. K., van Anandel, H., Duyx, J. H. M., &  
van Strien, D.C.(1994)Depressive and anxiety  
disorders in adolescence: A follow-up study of  
adolescents with school refusal. *Acta  
Paedopsychiatrica*, 56, 249-253.  
Cobb, S.(1976) Social support as a moderator of life  
stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.  
Eminson, M., Benjamin, S., Shortall, A., Woods, T.,  
& Faragher, B.(1996)Physical symptoms and  
illness attitudes in adolescents: an epidemiological  
study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,  
37, 519-528.  
深澤修・棚田京子(2001)個の思いや動きを核と

- した教育課程. 育療, 21, 37 - 52.
- Harada, Y., Yamazaki, T., & Saitoh, K. (2002) Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 365-369.
- Heyne, D. & Rolling S. (2002) School refusal. ABPS Blackwell, 47-50.
- 平澤民子 (1996) 心身症等教育研究委員会の動向. 病弱虚弱教育, 36, 128.
- Kearney, C.A. & Albano, A.M. (2000) When children refuse school: a cognitive-behavioral therapy approach-therapist guide. San Antonio TX: Psychological Corporation.
- Kearney, C. A. (2001) School refusal behavior in youth: A functional approach to assessment and treatment. American Psychological Association, Washington, DC.
- King, N. J. & Bernstein, G.A. (2001) School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 40 (2), 197-205.
- 小枝達也 (2002) 注意欠陥／多動性障害 (AD/HD) とその辺縁疾患. 子どもの心の健康問題ハンドブック, 平成 15 年度厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 小児心身症対策の推進に関する研究班編, 88-92.
- Last, C. G., Francis, G., Hersen, M., Kazdin, A. E., & Strauss, C. C. (1987) Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144, 653-657.
- Last, C. G. & Strauss C. C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 31-35.
- Lazarus, R.S. & Folkman S. (1984) Stress, appraisal, and Coping. Publishing Company. New York Springer.
- 増井美保子, 植本雅治・井出浩 (1987) 対人関係からみた不登校児童の入所治療過程. 児童青年精神医学とその近接領域, 28 (3), 192-205.
- 宮本信也 (1994) 小児心身症およびその類縁の状態についての調査 (I). 厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」平成 5 年度研究報告書, 65-73.
- 文部省 (1993) 病弱教育における養護・訓練の手引. 慶應通信
- 文部省 (1999) 盲学校, 聾学校及び養護学校幼稚部教育要領, 小学部・中学部学習指導要領, 高等部学習指導要領.
- 文部科学省 (2003) 今後の特別支援教育の在り方について (最終報告) 特別支援教育の在り方に関する調査協力者会議
- 文部科学省 (2002) 学校基本調査報告書. 生涯学習政策局調査企画課.
- 村山隆志 (1998) 子どもの心身症. 松下正明総編, 児童青年期精神障害. 中山書店, 165-170.
- 中村豊・村上龍助・中谷恭子 (2003) 心身医学的アプローチを必要とする小児を治療するに当たって院内学級が果たす役割. 小児保健研究, 62, 219-223.
- 長畑正道 (1986) 慢性疾患児の臨床心理. 小児内科, 18, 861-864.
- 野口京子 (2002) 健康心理カウンセリングの基本. 健康心理学会 (編), 健康心理学概論, 実務教育出版, 181-190.
- 野村忍 (1998) ストレスの評価と対処—臨床の立場から—. 心理学ワールド, 1, 15-18.
- Norwich, B. & Lunt, I. (1995) Inter-school collaboration for special education needs. In Lunt, I., Norwich, B. & Varma V. (Eds.) Psychology and education for special needs. Biddes Ltd, Great Britain.
- Offord, D.R., Boyle, M.H. & Szatmari, P. (1987) Ontario child health study. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- 緒方明・江上昌三 (1996) 病弱養護学校を卒業した不登校生徒の追跡調査. 小児の精神と神経, 36 (2), 163-170.

- 奥野晃正・衛藤隆・星加明德・三池輝久・山縣然太郎・渡辺久子・小枝達也・金生由紀子・沖潤一・武田鉄郎・中村延江・赤松拓・市木美知子・高田憲司(2001)心身症・神経症等の実態把握及び対策に関する研究. 厚生科学研究子ども家庭総合研究事業, 310-355.
- 齋藤万比古(2000)不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡研究. 児童青年精神医学とその近接領域, 41(4), 337-339.
- 齋藤万比古(2002)不登校. 山崎晃資・牛島定信・栗田広・青木省三(編著), 現代児童青年精神医学. 永井書店, 343-354.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981) The health-related function of social support. *Journal of Behavior Medicine*, 4, 381-406.
- 総務庁行政監察局編(1999)いじめ・不登校問題などの現状と課題. 大蔵省印刷局.
- Stanton, A. L., Collins, C. A., & Sworowski, L. A. (2001) Adjustment to chronic illness: Theory and Research. In Baum A., Revenson T. A., & Singer J. E. (Eds.) *Handbook of health psychology*. Lawrence Erlbaum Associates (PP. 387-403). New Jersey.
- 武田鉄郎(1997)病弱教育対象児の実態の推移と展望. 育療, 7, 12-18.
- 武田鉄郎(2001)心身症・神経症等の児童生徒の実態, 白血病治療後の認知障害に焦点を当てて. 特別支援教育, 4, 56-59.
- 武田鉄郎・篁倫子・原仁・山本昌邦(2003)病弱養護学校高等部における職業教育に関する実態調査. 特殊教育学研究, 41(3), 307-315.
- 武田鉄郎・原仁(2000)不登校の経験をもつ慢性疾患児(中学生)のストレス対処特性. 特殊教育学研究, 38(3), 1-10.
- 武田鉄郎・笠原芳隆(2001)院内学級における学級経営上の課題と教員支援. 発達障害研究, 23(2), 126-135.
- 田中英高・Borres M.(2000)公立小中学校児童生徒の身体愁訴, 精神愁訴の国際比較ー 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ー. 平成10年度(財)明治生命厚生事業団第6回健康文化助成論文集, 73-81.
- 梅垣弘(1987)登校拒否の回復期と学校復帰. 小児の精神と神経, 31(2), 73-78.
- Wallance, M., & Hall, V.(1994) Go collaborative! Subvert reform for the sake of the children. *Support for Learning*, 9(2), 68-72.
- 渡邊直子・鉄井恵・山下英(2003)ハロー達人・プチ弟子入り. 育療, 27, 52-59.
- 渡辺ちえ子(1995)登校拒否(不登校)傾向を示す生徒達への指導ー養護・訓練の指導を中心としてー. 病弱虚弱教育, 35, 21-23.
- 渡辺洋一(2003)心身症等不登校経験のある児童生徒の自立に向けた支援の在り方. 育療, 27, 46-51.
- 山下格(2002)精神医学ハンドブック第4版ー医学・保健・福祉の基礎知識ー. 日本評論社, 187-219.
- 横田雅史(1995)病弱教育の現状と課題. 教育と医学, 7, 4-12.
- 横田雅史(1997)小児医療における教育問題. 小児の精神と神経, 37(1), 41-45.
- 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(1995)施設入院療法を受けている不登校児および心身症児についての調査. 日本小児心身医学会雑誌(4) 42-47.
- 全国病弱虚弱教育研究連盟(1996-2003)病弱虚弱教育.
- 全国病弱虚弱教育研究連盟(1999)全国病弱虚弱教育施設一覧・全国病類調査表.

## II 小児の心身症

### 1. はじめに

人は、自己と外界との相互的関わりの中で様々なストレスを経験しながら生きている。誰にとっても負荷となるストレスがある一方、それぞれの人に対して影響の異なるストレスもある。すなわち、強く、持続的なストレスは人にとって深刻な影響を与える可能性がある。しかし、ストレスの種類と強度に対する感受性はそれぞれの人によって異なり、一つのストレッサー（ストレス源）は、ある人にとっては強いストレスとなるが、別の人にとっては相対的に弱いストレスとなることがある。

日常的にストレスは心理的葛藤や不安を生じさせるが、われわれはその大半を経験的耐性力や心の機能（自我防衛）を用いて処理している。しかし、これらの不安や葛藤がその個人の耐性の限界、すなわち閾値を越えるようになるときや、いくつもの強いストレスが同時に加かるときに、人はさまざまな形で心が危機に面していることを示すようになる。これらは大人も子どもも同様である

ここでは、人が心の不調や危機をどのような形で表現しているかを整理し、身体面でのサインである心身症とその対応について概説する。

### 2. 心理的不適応の現れ方

人の身体面、情緒面、生活面にかかるストレスは、周り巡って人の身体面、心理・情緒面、行動面の症状や問題として表れることが多い。

そもそも適応とは個体（人）が環境とその要請に順応しながら、同時に自らの欲求を満たしている状態と説明される。しかし、外的なストレスと内的な不安や葛藤とは、その人の適応状態や適応水準に支障をもたらしうるものであり、結果として不適応は主に3つの表現系でサイン

として示されることになる。

不適応の兆候が身体面に現れるものは「心身症的発症」であり、行動面に現れるものは「行動異常、習癖異常（習慣的に身体のある部分をいじる行為）」であり、精神面に現れる不適応の兆候は「神経症的発症」である。図2-2にはそれぞれの面での代表的な症状や問題を示している。

心身の発達過程にあり、その心身機能は未分化・未熟な状態にある子どもはことに身体面、行動面、精神面の症状や問題は重複、混在、変動は珍しくなく、明確な区別は困難なことも多い。

### 3. 心身症の理解

#### (1) 心身症の概念

人の心と身体とが密接に影響しあい、切り離して捉えるべきものではないという心身相関の理解は、医学の発展の長い歴史の中で置き去りにされていた時代があった。しかし、人の情緒的反応は自律神経系、内分泌、免疫系の働きとその中枢を同じくするがゆえに相互に作用しあっていることは、近代医学によって証明されてきたことである。

そして、心身医学は病を身体面に限って捉えることなく、全人的に捉え、対処と治療を行うことを目的にして発展してきた臨床的学問である。

日本心身医学会は心身症を「心身症とは身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。ただし、神経症やうつ病など、他の精神障害に伴う身体症状は除外する」（1991）と定義している。

そして、①身体疾患、身体的障害は自律神経系、内分泌系、免疫系などを介して特定の器官系統に出現し、器質的な病変や病態生理的過程

の関与が認められるもの、②心理社会的因子が明確に認められ、これと身体的障害の発症や経過との間に時間的な関連性が認められること、並びに③身体的症状を主とする神経症、うつ病

などの精神疾患は除く、という3つの診断基準を挙げている。

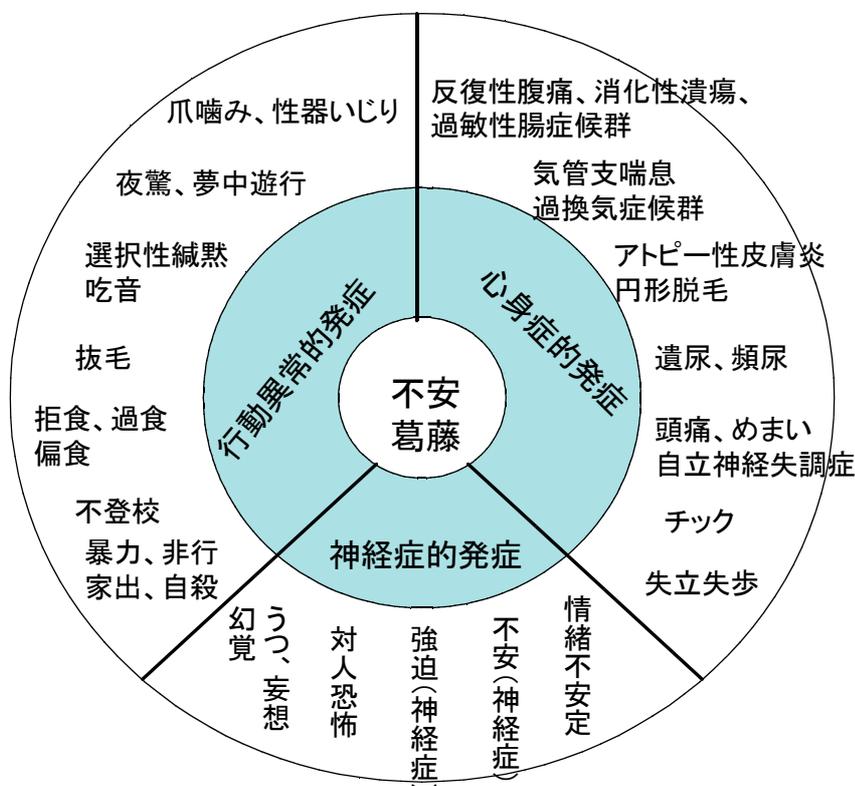


図2-2 心の問題と表れ方

大事なことの一つは、心身症は器質的身体病変、あるいは病態生理的な機能的障害のいずれかを呈する病態像であるという点で、種々の身体症状を訴えながらも、器質的／機能的な病変や障害が認められない「心気症」や、いわゆる仮病とは一線をきすという点である。また、心身症はストレス性の健康障害のうち、身体病として現れるものであるとすれば理解されやすいかもしれない(末松, 1997)。

身体疾患の2～3割は心身症として治療すると改善するとの見立て(吾郷, 1997)は、まさに心身症が現代人にとっては身近なものであることを示唆している。

## (2) 小児の心身症の理解

心身が未分化な子どもにあっては、大人以上に、さまざまな情動の動きは生理学的状態との関連が強く、一般的な傾向として、種々の身体症状を展開させていくものである。

高木(1991)は小児の心身症の特徴として、以下の6つをあげている。

- ①心身発達の未熟性／未分化性からくる精神と身体、自我と環境との境界の曖昧さ
- ②環境要因が直接的誘因となり易い
- ③成人以上に体質／気質の影響性が強い
- ④発症の機序が単純で一過性であり、かつ症状を繰り返す反復性がある
- ⑤成長発達に伴い、症状は変動する
- ⑥病識が乏しい

また、児童精神医学の創始者の一人である Kanner(1974)は子どもの身体症状に以下の5つの意味を捉えている。

#### ①入場券としての症状

症状があることで医療機関を受診する。症状は子どもが援助されるための医療機関へと繋ぐ入場券の役目を持つ。

#### ②信号としての症状

心身に迫り来る危機を知らせる警告信号、シグナルとしての意味を持つ。

#### ③安全弁としての症状

症状があることで、本人を決定的な自我の危機から守る、最悪の事態を回避する。

#### ④問題解決手段としての症状

症状は、子どもの心理的葛藤の要因となっている問題（それは本人の問題に限らず、家族や環境が抱える問題であることも少なくない）を解決していくための手掛かりとなる。

#### ⑤厄介者としての症状

周囲の寛容さが乏しいために、怒りを買うように大げさに訴えられている。

子どもの感情や思考を言語に置き換える能力は発達過程にあるため、不安や怒り、悲しみなどの様々な感情を十分に言語化することが難しい。しかし、子どもは表情、動作、仕草などのいわゆる非言語的な表現方法で自らの思いや、本人にも意識されていない内なる世界を伝えてくる。身体の不調や症状もその一路として、子どもにとっては身体言語、「からだことば」（石川，1987）として存在していると言える。子どもに関わる人はからだことばで伝えてく子どものメッセージやサインを受け取ることができなければならない。

## 4. 治療と心理・教育的援助

### (1)治療の対象と目標

発症に種々の要因や関わっているため、介入や治療の対象も多面的であり、症状や疾患そのものに治療を絞るだけでは不十分であり、問題

の解決には至らないことが多い。

子どもを取り囲む家族や養育態度、教育的環境、人間関係などの環境への介入は、ほとんどの子どもの治療的対応において不可欠なものである。また、子ども自身がより自由な自己表現の手段を獲得し、さらなる適応能力（新たな認知の仕方や行動の学習など）を育てていくことが、治療や介入のゴールであることは間違いないだろう。

### (2) 医学的対応

身体面の症状は、当然ながら、身体病の現われであることを想定し、身体的なチェックを怠らないようにしなければならない。また、身体症状が子どもにとって苦痛を伴う場合は、その苦痛を取り除くことが優先される治療対象であり、疾患や症状に応じた薬物治療も必要となってくる。

### (3) 心理治療

発達過程にある子どもへの心理治療的介入は、人格の変容をもたらすという大人の治療モデルではなく、人格の形成を助けることにその目的があると言える。

心理療法としては、言語的関わりを主とする面接と、玩具、描画、砂（箱庭）、ゲームなど、さまざまな媒体を通して行われる遊戯療法が主となる。いずれの治療方法を採用しても、基本的には、治療過程は以下の5つの「R」指標・段階を経ていくと考えられる（Kanner, 1974）。

①救済 Relieve：周りの大人が子どもの苦痛や問題を可能な限り軽減する

②人間関係の成立 Relate：治療者と子どもとの間に良好な人間関係を築く

③情緒解放 Release：心理的葛藤や不安などの情緒を表出する

④再学習 Relearning：自分自身とその世界に対する態度や認識に検討を加え、より現実的な態度を学習していく

⑤寛解 Relax：前段階までの作業を通して、症状の寛解および次への成長過程へと進む態勢を作る

### (3) 教育的対応

平成 11 年度に行われた全国規模の調査（沖，2000）は，小学校での週間保健室利用が 7.6 % であり，そのうち心の問題が関係していると思われる割合は 12.6 %であったと報告している。同様に中学生については，保健室利用が 10.1 %，心の問題の事例は 14.6 %に達していた（沖，2000）。これらの数値は，子どもの心身症の発症率を予測するものではないが，身体的不調の訴えと心理的不調との関連を示すものであると同時に，学校現場で表される子どものサインとして注目すべきものであることを示している。

学校では，身体的不調，学習状況（態度や達成度），友人関係，教師との関係，問題行動や気になる行動を通して，子どもが送ってくるサインを，教師がいかに気づくことができるかが鍵となる。

### 文 献

Kanner L. (1972) Child Psychiatry, 4<sup>th</sup> ed. - 黒丸正四郎，牧田清志（訳）：カナー児童精神医

学，第 2 版 医学書院（1974）

稲村博(1985)精神衛生兆候，彩古書房.

石川憲彦(1987)からだことばとしての心身症.

石川他（編）子どもの心身症，岩崎学術出版社，pp55 - 91.

高木俊一郎(1991)小児心身症の発症機序とその特徴. 小児内科，vol23: 6-11.

日本心身医学会教育研修委員会（編）(1991)心身医学の新しい診療指針，心身医学 31:537.

末松弘行(1997)心身症の概念と定義，現代のエスプリ「心身症の理論と療法」360:20 - 29.

吾郷晋治(1997)心身症とその治療，現代のエスプリ「心身症の理論と療法」360:5 - 19.

村山隆志(1998)子どもの心身症，臨床精神医学講座 1 1 児童青年期精神障害，pp165 - 169，中山書店.

沖 潤一(2000)心の健康問題の有無による症状の出現頻度の比較，神経症等の実態把握及び対策に関する研究（平成 12 年度厚生科学研究費補助金，研究代表者奥野晃正），pp356 - 366.