

心身症・神経症等を伴う不登校児の 心理・行動特性及び指導法に関する研究

(課題番号 14510182)

平成14年度～平成16年度

科学研究費補助金(基盤研究(C) (2))

研究成果報告書

平成17年3月

研究代表者 武田 鉄 郎
(独立行政法人国立特殊教育総合研究所)

はじめに

我が国の公立小・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が138,722人で、そのうち、登校の意志はあるが不安が強く身体の不調を訴え、登校できない、いわゆる心身症・神経症タイプの児童生徒数の割合は約4分の1であると報告されている。

また、奥野ら(2000)が行った調査研究では、心身症等の心の問題による不定愁訴を訴える子どもの数は、通常の医療機関を受診する者の約6%、学校の保健室利用の児童生徒のうち約10%を占めていることが明らかにされた。

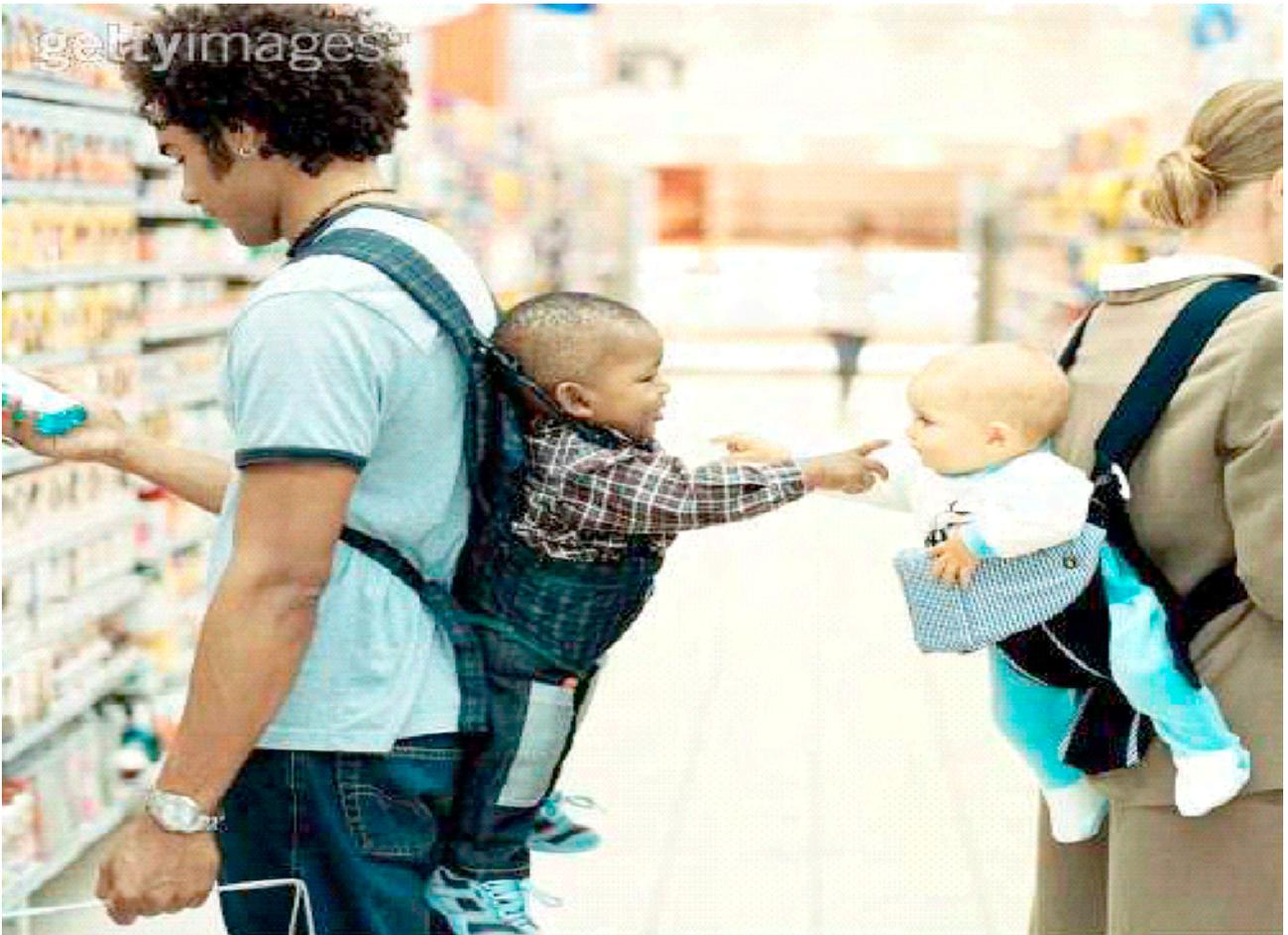
病弱養護学校や院内学級においても入院している生徒のうち不登校の経験をもつ生徒が、高等部で30.2%、中学部で32%を占めるに至って深刻な教育問題になっている。

心身症・神経症等に関する研究は国内外に多く、実用主義的な米国にあってはハイリスク児や地域住民に介入する研究プログラムが実施され、実績を上げている。しかし、我が国においては、心身症・神経症等の学齢児に対する保護者、学校、医療、本人の多面的な評価とその実態把握、それに基づく具体的な対応策が各専門家の連携のもとで組織的に行われていないのが現状である。

心身症・神経症等の病像の範囲は極めて広く、その病態の成り立ちには、子どもの身体的、性格的要因、家庭環境、対人関係(家庭、学校、地域社会)等が複雑に重なり合って生じた個人の生体リズムの変調が深くかかわっている。しかし、多因子が複雑に絡み合っているにもかかわらず、同時期に親、教師、本人の三者の立場からの多面的な評価と、あわせて心理社会的要因による身体症状について検討されることはほとんどなかった。

第1章では、本研究の概要を述べ、第2章においては、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文献研究、心身症に関する文献研究を行った。第3章においては、心身症・神経症等を伴う不登校児の心理・行動特性に関する研究として、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、親、教師、本人の三者の立場から多面的に情緒や行動を評価し、プロフィールの特徴など情緒や行動の実態を明らかにすることを試みた。第4章では、心身症・神経症等の児童生徒の指導法について、また、第5章では、協力校・協力者と共同研究で事例研究を行った。重症なケースの事例研究をとおして、現状では行き詰まっている感の強い、心身症・神経症等で不登校状態の児童生徒の教育的支援の在り方を調査し、考察することは大きな意義があると考えられる。第6章では研究全体をまとめた。

病弱養護学校や院内学級を卒業した心身症・神経症等の不登校児の10年後の予後を見ると73%が「適応」又は「やや適応」を示し、英国においても同様な数値が出ている。しかし、その適応までの過程、あるいは病弱養護学校や院内学級での教育の役割については言及されていない。病弱養護学校は、病院が隣接し連携を取りやすい環境にあり、心身症・神経症等の児童生徒の実態把握と教育的支援をトータルに行うことが可能である。



この写真は、イタリアのボローニアにある S. Orsora 病院のドーラ・スカルポーニ氏が送ってくれた写真である。彼女は医師の資格を持ち、病棟内では心理カウンセラーの仕事をし、白血病等の小児がんや難病で苦しんでいる本人や家族の精神的なサポートをしている。この写真は世界の平和を願い送られてきたものであるとともに、病気で苦しんでいる本人、家族の心の平和を願い送られてきたものである。

また、イタリアの学校を訪れた時、一人の教師から次の言葉をプレゼントされた。それは「ハンディを含め、一人一人の違うことの価値を問い、大切にしていくことはすべての子供にとって富となる」である。心身症・神経症等で苦しんでいる児童生徒の中には人と比較して自分を否定的にとらえている者が多い。

この研究はまだ途上ではあるが、病弱養護学校に在籍している心身症・神経症等を伴う不登校児の心理・行動特性の一面を明らかにしてきた。これらの児童生徒を支援するために、本研究の成果が教育現場に少しでも役立つことができれば幸いである。

研究代表者 武田 鉄郎

目 次

研究組織，経費並びに研究成果

はじめに

第1章 研究の概要	----- 武田鉄郎 -----	1
第2章 心身症・神経症等に関する文献研究	----- 武田鉄郎 -----	2
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	-- 武田鉄郎 ---	2
II 小児の心身症	----- 篁 倫子 ---	1 1
第3章 心身症・神経症等を伴う不登校児の心理・行動特性に関する研究	---- 武田鉄郎 ---	1 5
I はじめに	-----	1 5
II 研究方法	-----	1 5
III 研究結果	-----	1 5
IV まとめ	-----	3 2
第4章 心身症・神経症等の児童生徒の自立活動の指導法	----- 武田鉄郎・山本昌邦 ---	3 4
I はじめに	-----	3 4
II 自立活動の再構築	-----	3 5
III 個別の指導計画による実践	-----	3 6
IV 自立活動の評価の構造化	-----	3 8
第5章 事例研究	-----	4 2
事例1 一人一人に応じた支援の在り方を求めて		
－ CBCL 等の情緒と行動チェックリストをとおして－	-----	4 3
事例2 不安の高い生徒への指導に関する一考察	-----	5 1
事例3 生徒の心理ストレスからの解放と情緒の安定を図るための指導に関する考察		
－ 自立活動の工夫実践をとおして－	-----	5 6
事例4 不登校生徒の変容に効果を上げた「自立活動の指導」の検討	-----	6 1
第6章 まとめ	----- 武田鉄郎 ---	6 7
資料1 ASEBA に関して	-----	6 9
資料2 Achenbach の「子どもの行動チェックリスト TRF」(教師用)	-----	7 1

研 究 組 織

研究代表者

武田 鉄郎

独立行政法人国立特殊教育総合研究所・教育支援研究部・主任研究官

研究分担者

箕 倫子

独立行政法人国立特殊教育総合研究所・教育支援研究部・総括主任研究官(医療・病弱担当)

山本 昌邦

横浜国立大学・教育人間科学部・教授

研 究 経 費

平成 14 年度 1,600 千円

平成 15 年度 900 千円

平成 16 年度 600 千円

合 計 3,100 千円

研究成果の発表

武田鉄郎(2004)心身症・神経症等の児童生徒の実態と教育的対応．特殊教育学研究，42(2)159-165.

武田鉄郎(2004)心身症・神経症等を伴う不登校児の心理・行動特性に関する研究－TRF(= Teacher's Report Form)の結果分析を中心に－．日本特殊教育学会第42回大会発表論文集，574.

箕 倫子・武田鉄郎・海津亜希子・西牧謙吾(2004)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－．国立特殊教育総合研究所病弱教育研究部

第1章 研究の概要

我が国の公立小・中学校において、平成12年度に30日以上欠席した不登校児童生徒数が134,282人で、そのうち、登校の意志はあるが不安が強く身体の不調を訴え、登校できない、いわゆる心身症・神経症タイプの児童生徒数及び割合は33,961人(25.7%)であると報告されている。また、奥野ら(2000)が行った調査研究では、心身症等の心の問題による不定愁訴を訴える子どもの数は、通常の医療機関を受診する者の約6%、学校の保健室利用の児童生徒のうち約10%を占めていることが明らかにされた。病弱養護学校や院内学級においても生徒のうち不登校の経験をもつ生徒が高等部で30.2%、中学部で32%を占めるに至って深刻な教育問題になっている。心身症・神経症等に関する研究は国内外に多く、実用主義的な米国にあってはハイリスク児や地域住民に介入する研究プログラムが実施され、実績を上げている。しかし、我が国においては、入院している心身症・神経症等の学齢児に対する保護者、学校、医療、本人の多面的な評価とその実態把握、それに基づく具体的な対応策が各専門家の連携のもとで組織的に行われていないのが現状である。病弱養護学校や院内学級を卒業した心身症・神経症等の不登校児の10年後の予後を見ると73%が「適応」又は「やや適応」を示し、英国においても同様な数値が出ている。しかし、その適応までの過程、あるいは病弱養護学校や院内学級での教育の役割については言及されていない。病弱養護学校は、病院が隣接し連携を取りやすい環境にあり、重症の心身症・神経症等の児童生徒の実態把握と教育的支援をトータルに行うことが可能である。

本研究の位置づけは、心身症・神経症等で不登校の経験をもつ児童生徒に対して、多面的な実態把握

のもとに自立活動を核とした指導法を示唆できるところにあると考える。近年、心身症・神経症等の診断にて、小児科、児童精神科に入院し、病弱養護学校に在籍する児童生徒が増加しており、その対応に苦慮している。これらの児童生徒の多くは、不登校を経験している。

そこで本研究では、これら心身症・神経症等を伴い不登校経験、あるいは心身症・神経等のハイリスク状態にある児童生徒の実態について文献研究し検討することと、病弱養護学校に在籍している児童生徒を対象に、具体的に次の4点について研究し明らかにすることを目的とした。

(1)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、親、教師、本人の三者の立場から多面的に情緒や行動を評価し、3者間のずれ、プロフィールの特徴など情緒や行動の実態を明らかにする。

(2)その際に、身体症状(心理社会的要因による)、不登校の直接の原因と期間、経過を明確にし、それらと調査結果との関連性を明らかにする。

(3)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る。

(4)(1)(2)(3)を検討する中で、個々の児童生徒の実態に応じ、自立活動の時間における指導法の在り方を明らかにしていく。

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^{*1}

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

*1 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、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

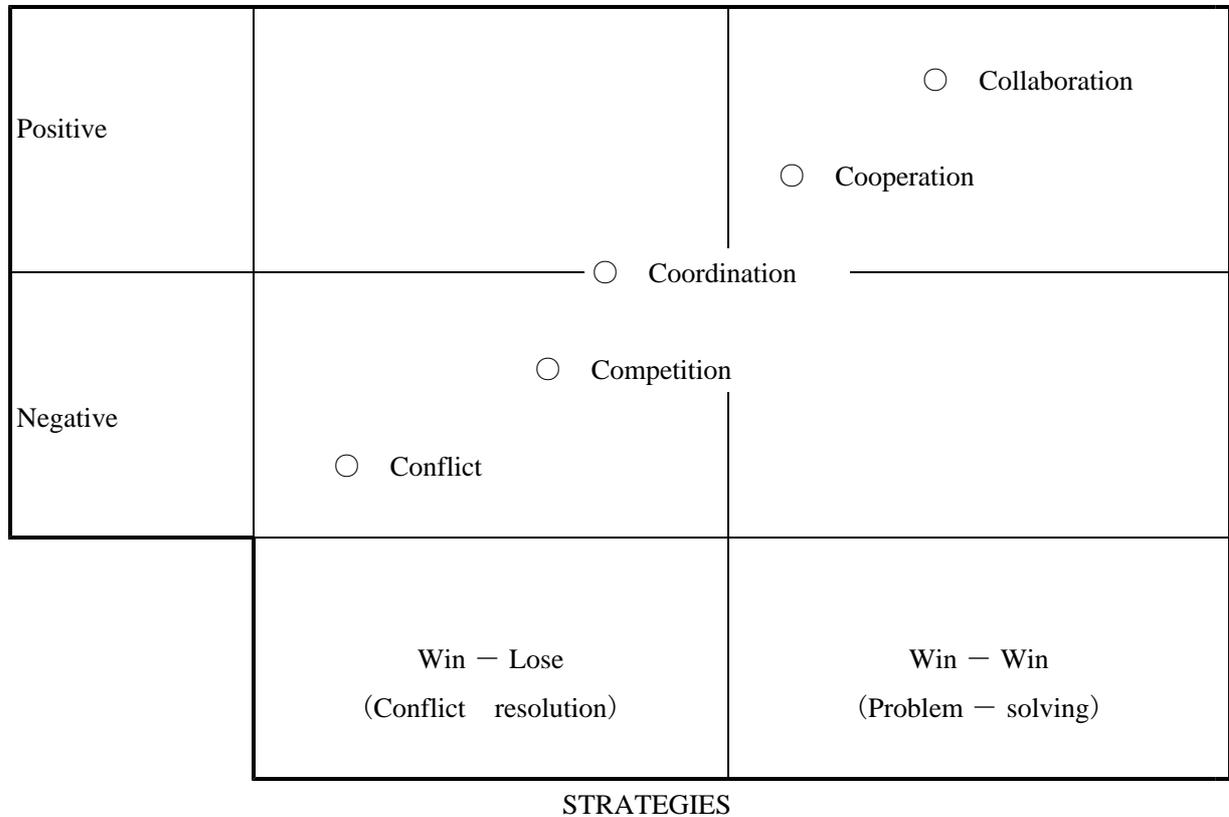


図 2-1 対立から協働に至る関係性と方略の過程

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, 661-668.
Berntsson, L.T. & Gustafsson, J-E. (2000)

Determinants of psychosomatic complaints in
Swedish schoolchildren aged seven to twelve
years. *Scandinavian Journal of Public Health*,
28, 283-293.
Buitelaar, J. K., van Aniel, 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に、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。

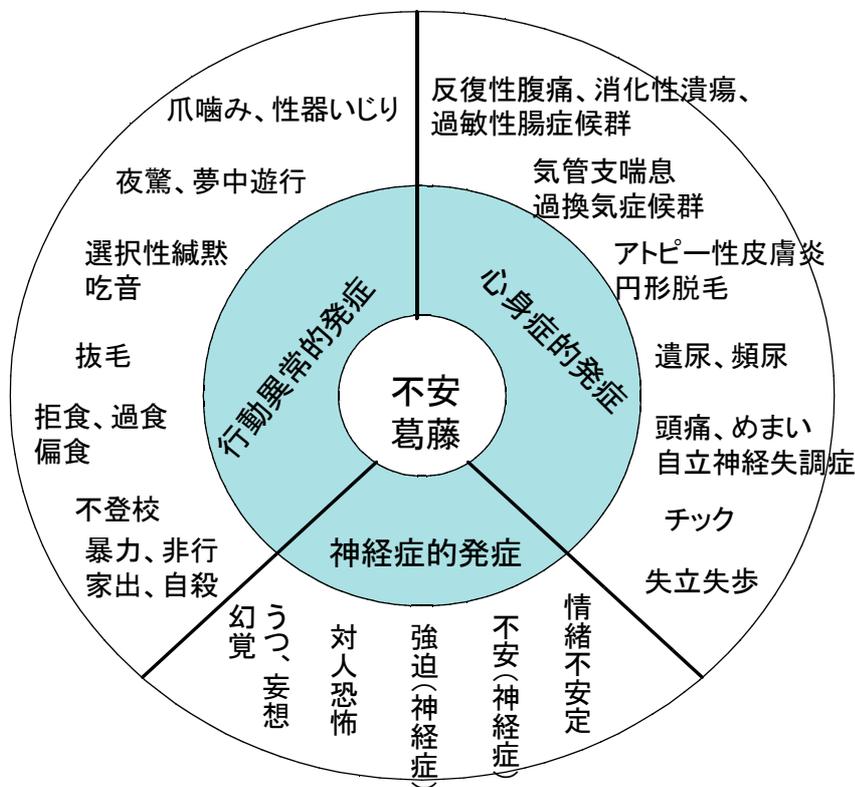


図2-2 心の問題と表れ方

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（それは本人の問題と限らず、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, 4th 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.

第3章

心身症・神経症等を伴う不登校児の心理・行動特性に関する研究

I はじめに

近年、心身症・神経症等の診断で、小児科、児童精神科に入院し、病弱養護学校に在籍する児童生徒が増加しており、その対応が大きな教育課題になっている。これらの児童生徒の多くは不登校経験がある。

本研究では、TRF(=Teacher's Report Form)、親用のCBCL(=Child Behavior Checklist)、と本人用のYSR(=Youth Self Report)]を使用し、親、教師、本人の三者の立場から情緒や行動を評価し、その結果を中心に児童生徒の情緒と行動の問題を評価し、そのプロフィールの特徴を明らかにすることである。

II 研究方法

全国7つ病弱養護学校において対象となる児童生徒に、米国T. M. Achenbachらが開発した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、親、教師、本人の三者の立場から情緒や行動を評価した。なお、CBCL、TRF、YSRのT得点については、CBCL、TRF、YSRともに、各症状群(ひきこもり、身体的訴えなど)のT得点で、正常域は66点以下、境界域は67~70点まで、臨床域は70点を超えた場合としている。また、2つの上位尺度(外向尺度、内向尺度)のT得点では、正常域は59点以下、境界域は60~63点まで、臨床域は63点を超えた場合に標準化されている。

III 研究結果

1. 対象児童生徒

児童生徒163人が対象となり、その結果、教師、本人、保護者の記入漏れや協力を得ることが困難であった者を除くと以下の通りになる。

質問紙(TRF)の回答を得ることができた者は、

155名である。欠損値は8名である。協力を得られたのは下位尺度は、引きこもり、身体的訴え、不安・抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動は155人、内的尺度154人、外的尺度154人、総得点154人であった。

また、CBCLについては、協力を得られたのは下位尺度は、引きこもり89人、身体的訴え90人、不安・抑うつ90人、社会性の問題89人、思考の問題88人、注意の問題90人、非行的行動89人、攻撃的行動90人、内的尺度89人、外的尺度89人、総得点90人であった。

同様に、小学校5年生以上の児童生徒が記入できる本人用のYSRについては、協力を得られたのは下位尺度は、引きこもり135人、身体的訴え134人、不安・抑うつ134人、社会性の問題135人、思考の問題136人、注意の問題134人、非行的行動135人、攻撃的行動135人、内的尺度135人、外的尺度135人、総得点135人であった。

なお、児童生徒の年齢と人数の分布は表3-1に示したとおりである。病弱養護学校在籍期間は、平均月数が19.46か月(SD=17.79)であった。度数分布については、図3-1に示した。在籍期間の最小が0か月で、最大が72か月であった。性別については、男子86人(52.8%)、女子77人(47.2%)であった。

また、不登校の経験者は、経験がない者が27人(16.6%)、不登校の経験がある者は102人(62.6%)、欠損値が34人(20.9%)であった。

また、不登校の原因については、129人からの回答があった。学校の問題が73人(いじめ19人、成績の問題11人、担任との問題6人、友人関係42人)、家庭の問題40人、その他の原因12人であった。

児童生徒の現状については、106名の報告がなされている。「病弱養護学校であればほとんど欠席しない」が80人、「1週間に2から3日欠

表 3-1 児童生徒の年齢と人数

年 齢	人
8	5
9	1
10	3
11	13
12	9
13	17
14	64
15	50

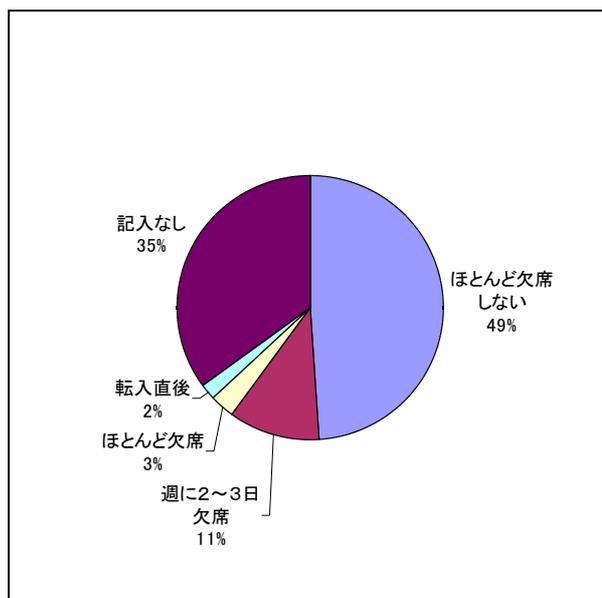


図 3-2 現在の登校状況

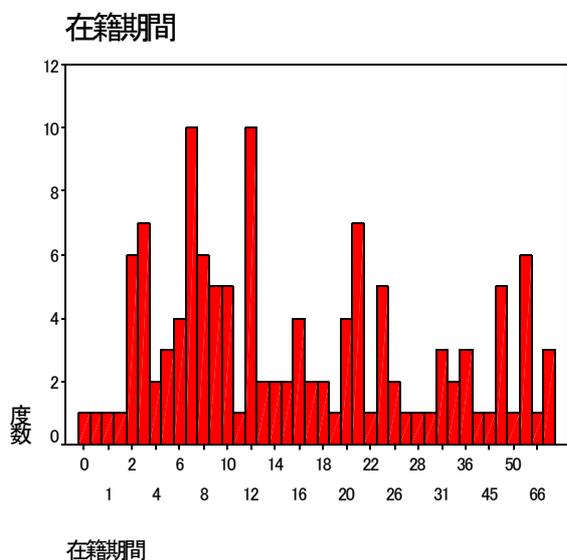


図 3-1 児童生徒の在籍期間の度数分布

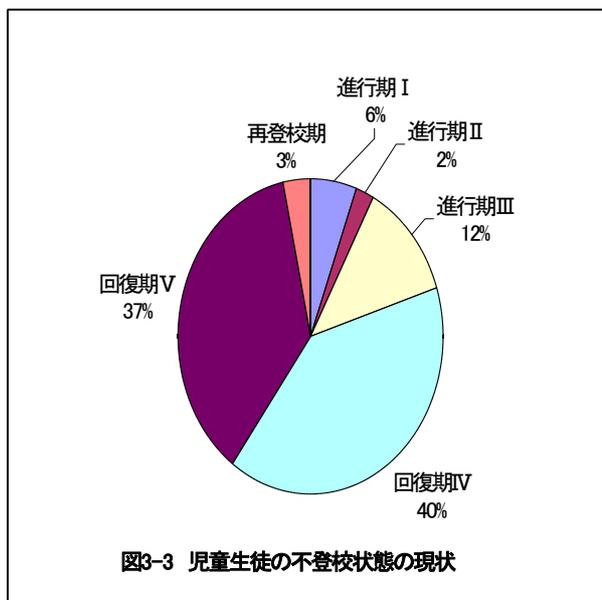


図3-3 児童生徒の不登校状態の現状

席する」が 18 人、「ほとんど欠席」が 5 人、「転入直後」が 3 人であった(図 3-2)。

児童生徒の現在の状況は下記のどの時期にあたるかという質問に対して、進行期 I (不登校の始まりの時期で、心身の不調を訴える時期)が 5 人、進行期 II (攻撃的な行動をとる時期)が 2 人、進行期 III (無気力な生活に陥る時期)が 11 人、回復期 IV (日常生活の立て直しを始める時期)が 36 人、回復期 V (自立への歩みを見せる時期)が 33 人、再登校期(前籍校に試験的に登校を始める時期)が 3 人であった(図 3-3)。

一人で複数の診断を持っている児童生徒は、(気管支喘息+肥満 5 人、心身症+肥満 10 人、心身症+気管支喘息 1 人、心身症+軽度発達障害 1 人、心身症+その他 1 人) 18 人在籍していた。それら複数の診断を持つ児童生徒も含め、以下のような結果を得た。自律神経失調症等の心身症 77 人、気管支喘息 12 人、高脂血症など肥満 27 人、軽度発達障害 4 人、その他の診断 23 人であった。

2 調査1 TRF(=Teacher's Report Form)の結果分析

(1) 目的

心身症・神経症等の児童生徒を対象に、TRF(=Teacher's Report Form)の結果分析を中心に児童

生徒の情緒と行動の問題を評価し、そのプロフィールの特徴を明らかにする。

(2) 結果

表3-2 TRFの結果

	教 師		
	臨床域	境界域	正常域
引きこもり	18(11.6)	21(13.4)	116(75.0)
身体的訴え	18(11.6)	25(16.1)	112(72.3)
不安／抑うつ	25(16.1)	27(17.4)	103(66.5)
社会性の問題	13(8.4)	29(18.7)	113(72.9)
思考の問題	16(10.3)	29(18.7)	110(71.0)
注意の問題	9(5.8)	22(14.2)	126(80.0)
非行的行動	17(11.0)	29(18.7)	109(70.3)
攻撃的行動	16(10.3)	13(8.4)	126(81.3)
内向的尺度	71(46.1)	31(20.1)	52(33.8)
外向的尺度	54(35.0)	37(24.0)	64(41.0)
総得点	64(41.6)	33(21.4)	57(37.0)

*数字は人数()内は%

TRFの結果は、表 3-2 に示したように、引きこもり、身体的訴え、不安・抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動の8つの下位尺度と内向的尺度、外向的尺度、総得点から臨床域、境界域、正常域の人数とその割合を表した。

下位尺度の「引きこもり」においては、臨床域が 11.6%、境界域が 13.4%であった。「身体的訴え」においては、臨床域が 11.6%、境界域が 16.1%であった。「抑うつ・不安」においては、臨床域が 16.1%、境界域が 17.4%であった。「社会性の問題」においては、臨床域が 8.4%、境界域が 18.7%であった。「思考の問題」においては、臨床域が 10.3%、境界域が 18.7%であった。「注意の問題」においては、臨床域が 5.8%、境界域

が 14.2%であった。「非行的行動」においては、臨床域が 11.0%、境界域が 18.7%であった。「攻撃的行動」においては、臨床域が 10.3%、境界域が 8.4%であった。

内向的尺度においては、臨床域が 46.1%、境界域が 20.1%であり、外向的尺度においては、臨床域が 35.0%、境界域が 24.0%であった。総得点としては、臨床域が 41.6%、境界域が 21.4%であり、63 %の児童生徒が臨床域や境界域にあることが明らかにされた。

なお、引きこもり、身体的訴え、不安・抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動の8つの下位尺度と内向的尺度、外向的尺度、総得点の度数分布表を以下の図 3-4 ～図 3-14 に示した。

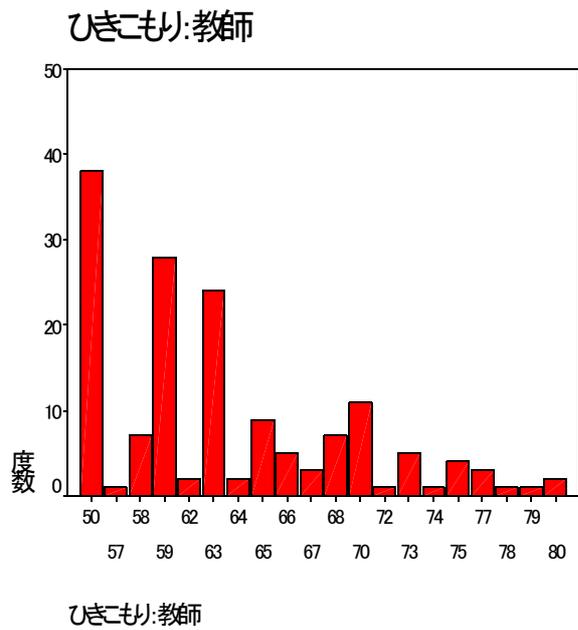


図 3-4 TRFの「ひきこもり」度数分布表

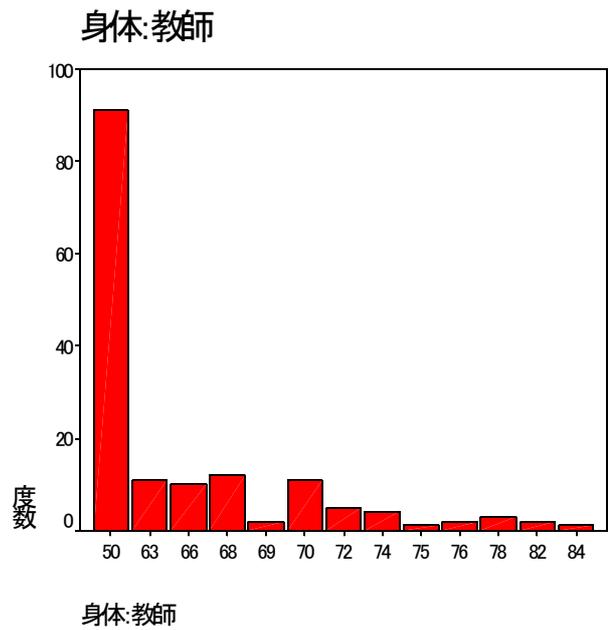


図 3-5 TRFの「身体的訴え」度数分布表

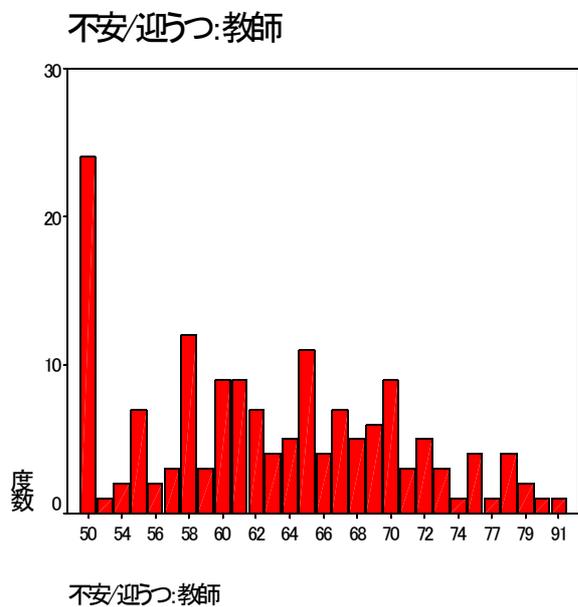


図 3-6 TRFの「不安・抑うつ」度数分布表

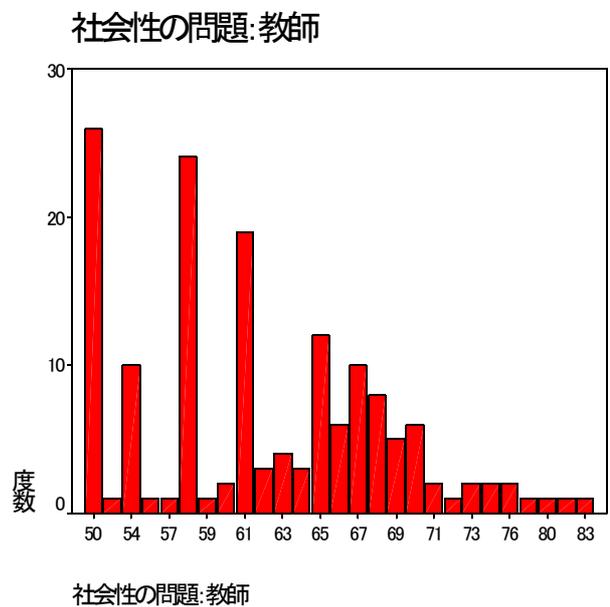


図 3-7 TRFの「社会性の問題」度数分布表

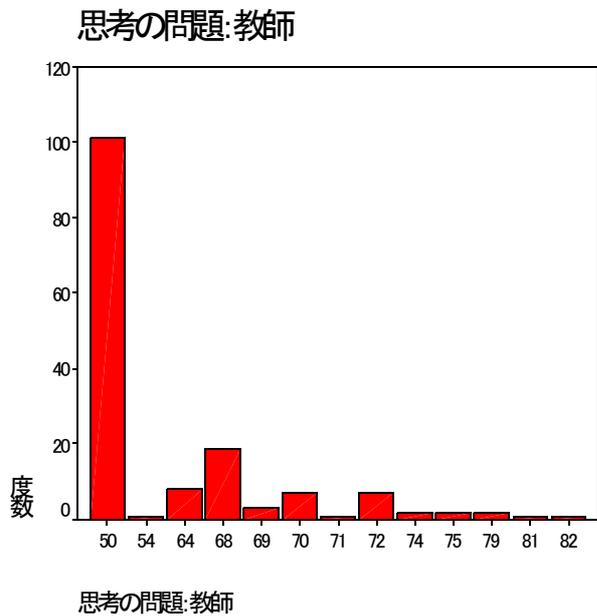


図 3-8 TRFの「思考の問題」度数分布表

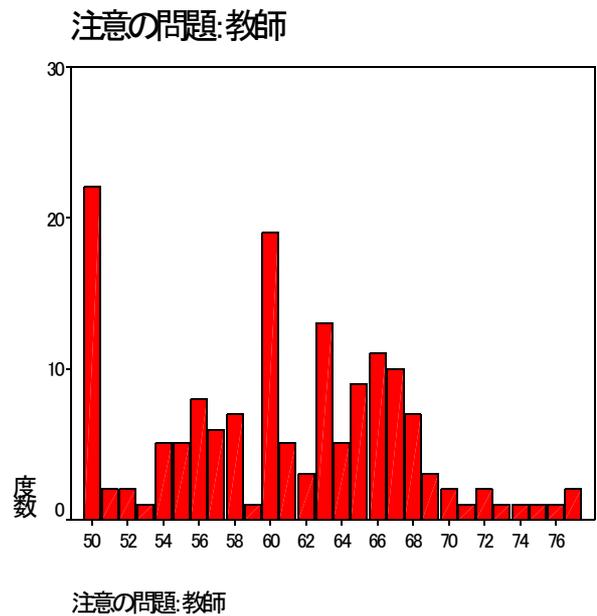


図 3-9 TRFの「注意の問題」度数分布表

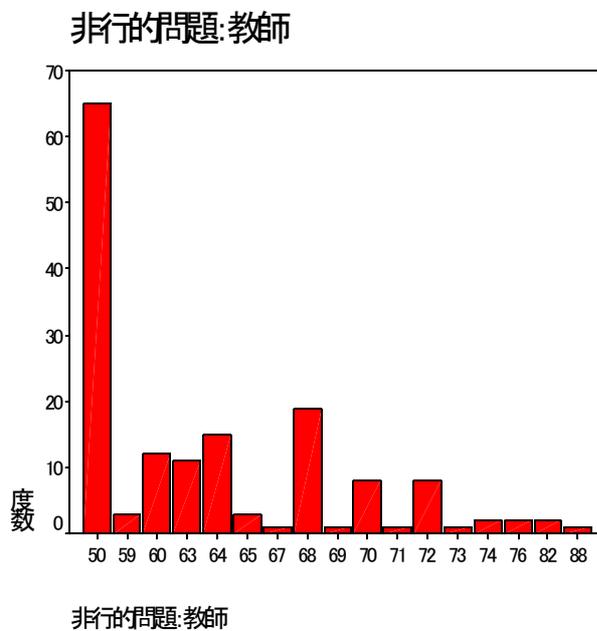


図 3-10 TRFの「非行的行動」度数分布表

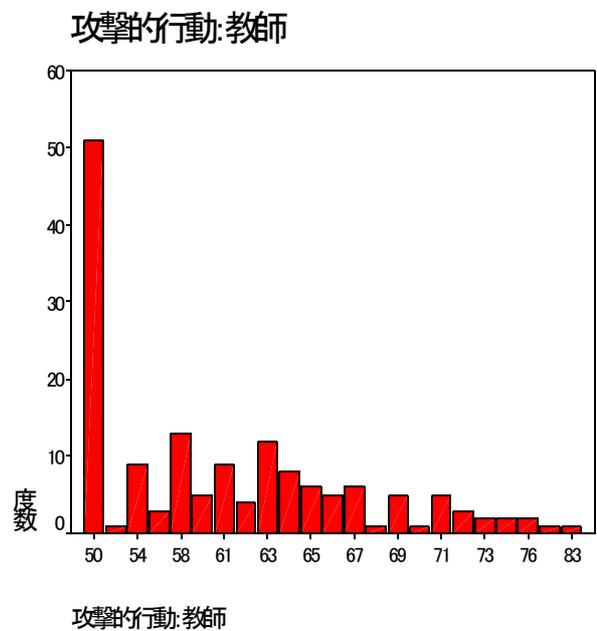


図 3-11 TRFの「攻撃的行動」度数分布表

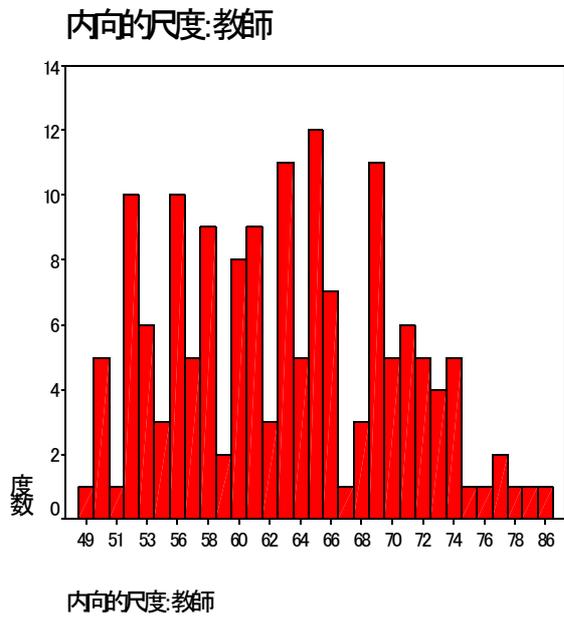


図 3-12 TRFの「内向的尺度」度数分布表

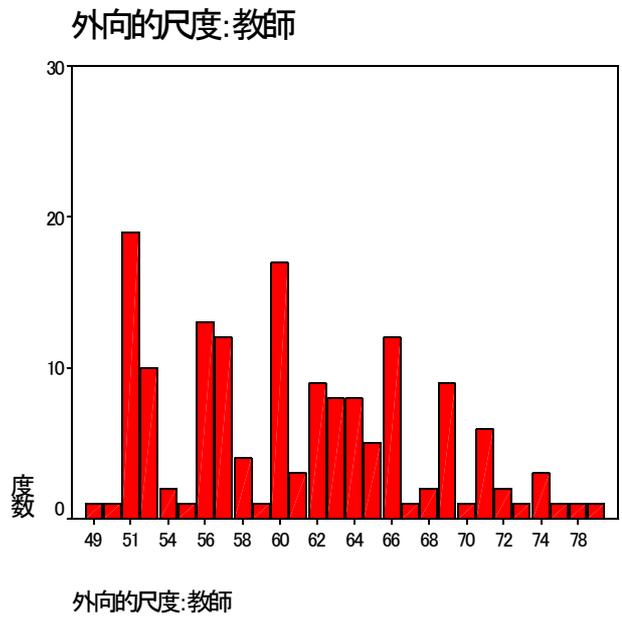


図 3-13 TRFの「外向的尺度」度数分布表

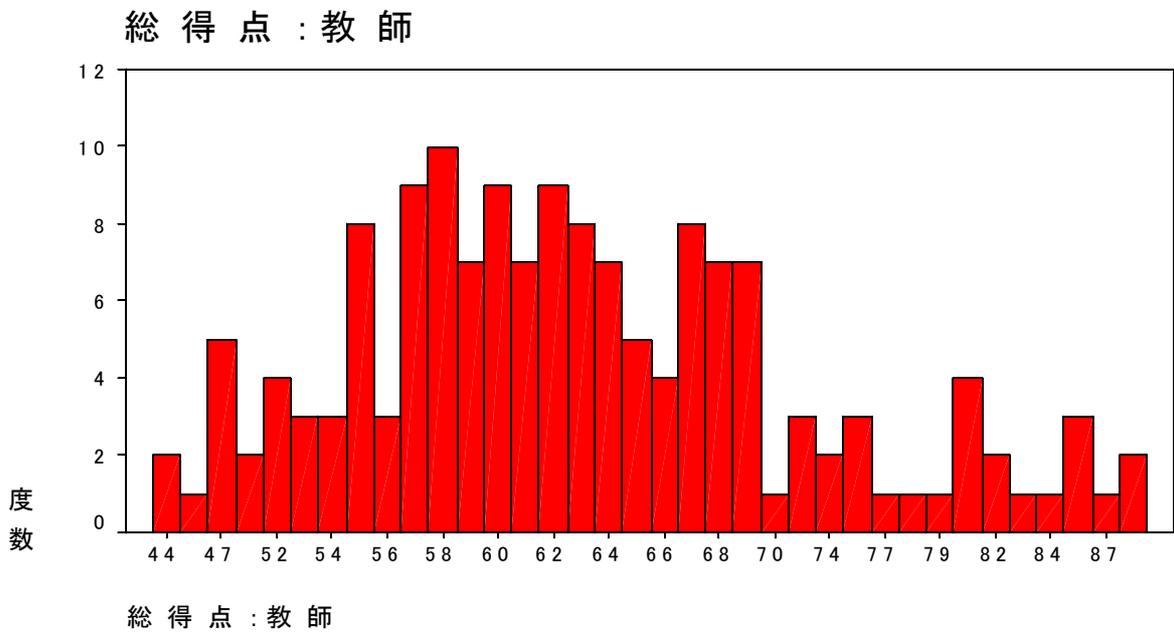


図 3-14 TRFの「総得点」度数分布表

3 調査2 CBCL(=Child Behavior Checklist)の分析結果

(1) 目的

題を評価し、そのプロフィールの特徴を明らかにする。

本研究では、親用のCBCL(=Child Behavior Checklist)の結果分析を中心に児童生徒の情緒と行動の問

(2) 結果

表3-3 CBCLの結果

	家 族		
	臨床域	境界域	正常域
引きこもり	13(14.6)	6(6.7)	70(78.7)
身体的訴え	10(11.1)	9(10.0)	71(78.9)
不安／抑鬱	14(15.6)	7(7.8)	69(76.7)
社会性の問題	8(9.0)	9(10.1)	72(80.9)
思考の問題	11(12.5)	3(3.4)	74(84.1)
注意の問題	5(5.6)	8(8.9)	77(85.6)
非行的行動	7(7.9)	9(10.1)	73(82.0)
攻撃的行動	6(6.7)	4(4.4)	80(88.9)
内向的尺度	33(37.1)	9(10.1)	47(52.8)
外向的尺度	19(21.3)	8(9.0)	62(69.7)
総得点	31(34.4)	9(10.0)	50(55.6)

*数字は人数()内は%

CBCLの結果は、表3-3に示したように、引きこもり、身体的訴え、不安・抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動の8つの下位尺度と内向的尺度、外向的尺度、総得点から臨床域、境界域、正常域の人数とその割合を表した。

下位尺度の「引きこもり」においては、臨床域が14.6%、境界域が6.7%であった。「身体的訴え」においては、臨床域が11.1%、境界域が10.0%であった。「抑うつ・不安」においては、臨床域が15.6%、境界域が7.8%であった。「社会性の問題」においては、臨床域が9.0%、境界域が10.1%であった。「思考の問題」においては、臨床域が12.5%、境界域が3.4%であった。「注意の問題」においては、臨床域が5.6%、境界域

が8.9%であった。「非行的行動」においては、臨床域が7.9%、境界域が10.1%であった。「攻撃的行動」においては、臨床域が6.7%、境界域が4.4%であった。

内向的尺度においては、臨床域が37.1%、境界域が10.1%であり、外向的尺度においては、臨床域が21.3%、境界域が9.0%であった。総得点としては、臨床域が34.4%、境界域が10.0%であり、54.4%の児童生徒が臨床域や境界域にあることが明らかにされた。

なお、引きこもり、身体的訴え、不安・抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動の8つの下位尺度と内向的尺度、外向的尺度、総得点の度数分布表を以下の図3-15～図3-25に示した。

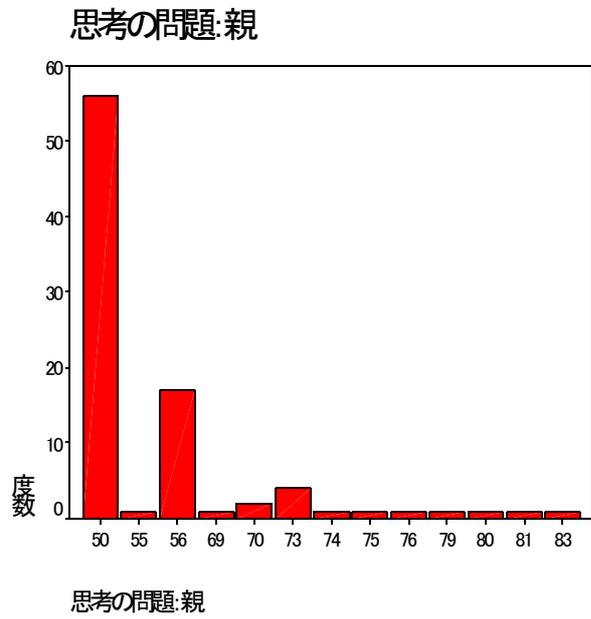


図 3-19 C B C L の「思考の問題」度数分布表

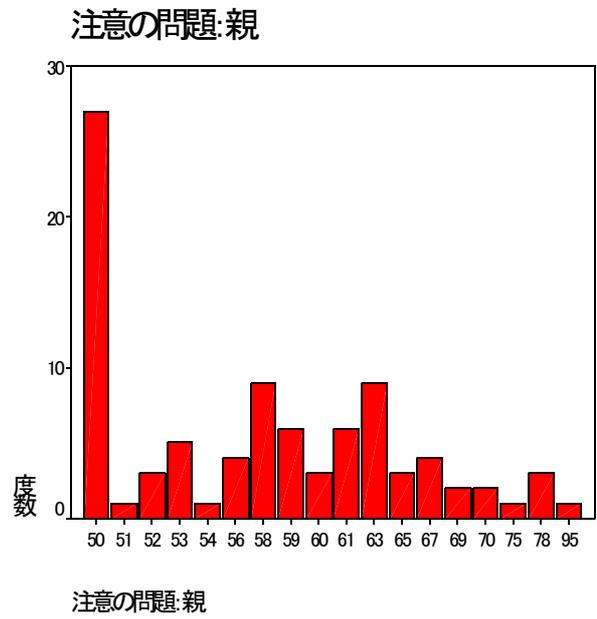


図 3-20 C B C L の「注意の問題」度数分布表

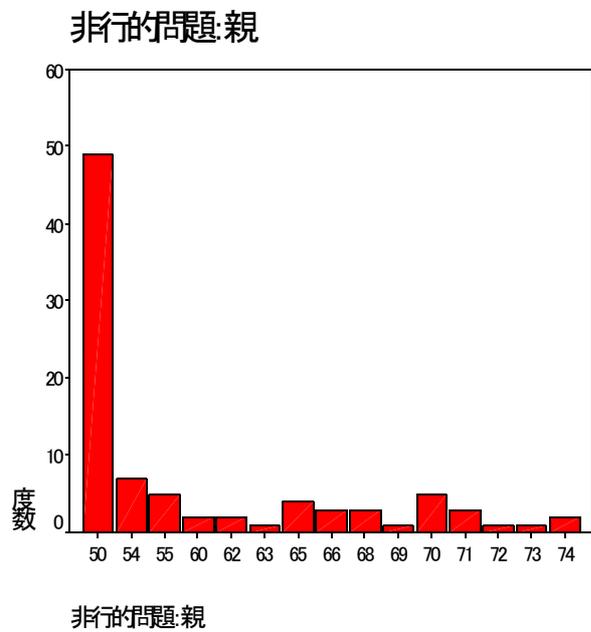


図 3-21 C B C L の「非行的行動」度数分布表

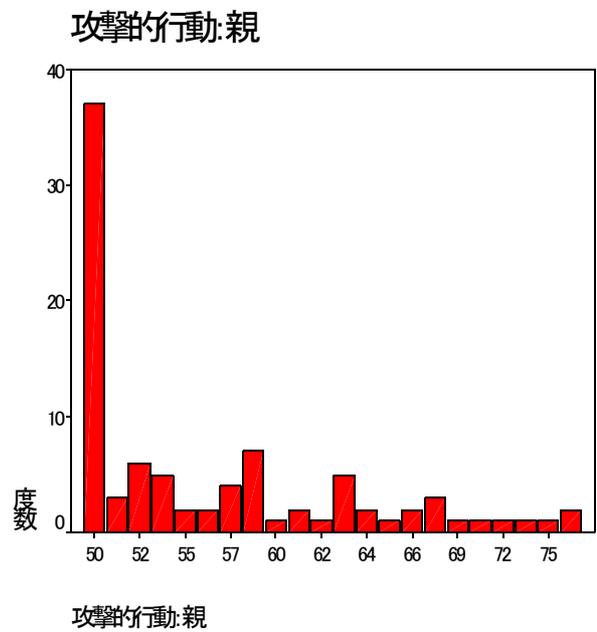


図 3-22 C B C L の「攻撃的行動」度数分布表

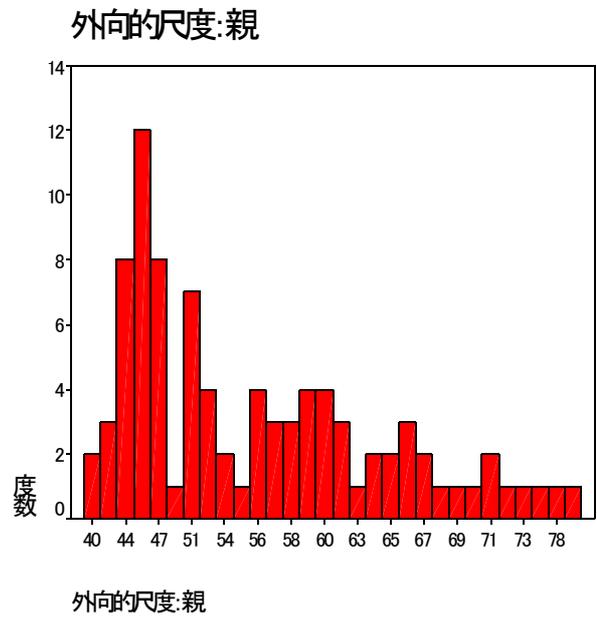
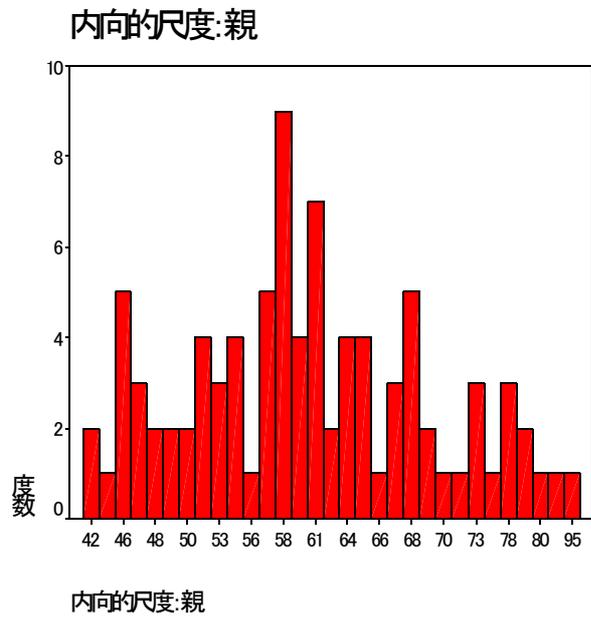


図 3-23 C B C L の「内向的尺度」度数分布表 図 3-24 C B C L の「外向的尺度」度数分布表

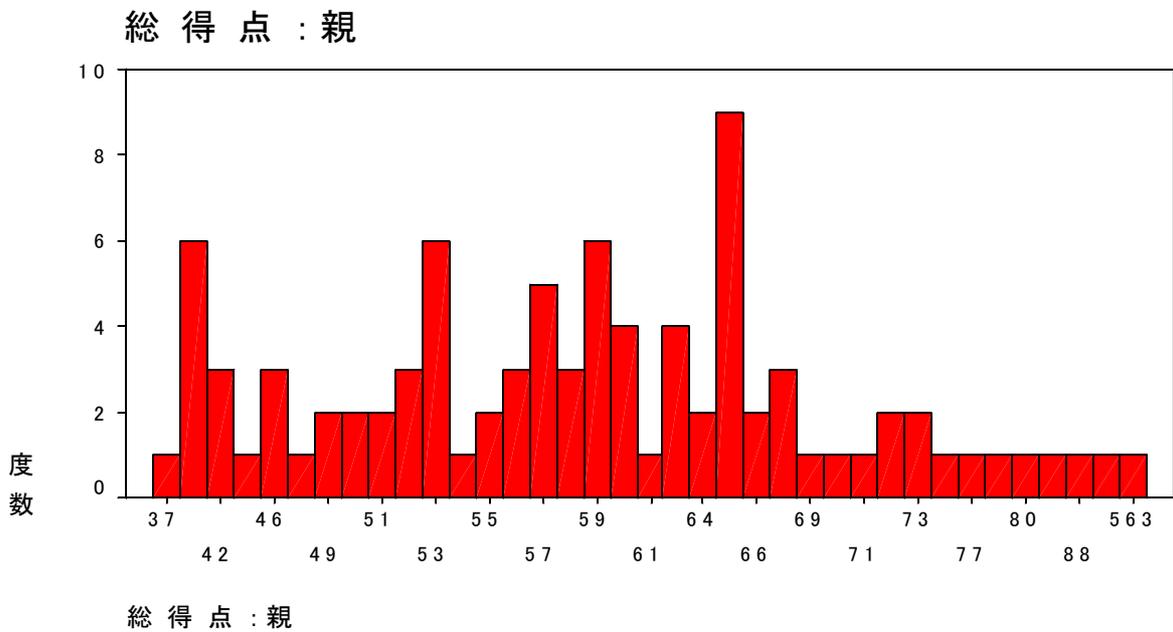


図 3-25 C B C L の「総得点」度数分布表

4 調査3 YSR(=Youth Self Report)の分析結果

(1) 目的

本研究では、YSR(=Youth Self Report)の結果分析を中心に児童生徒の情緒と行動の問題を評価し、そ

のプロフィールの特徴を明らかにする。

(2) 結果

表 3-4 YRSの結果

	本人		
	臨床域	境界域	正常域
引きこもり	12(8.9)	13(9.6)	110(81.5)
身体的訴え	7(5.2)	10(7.5)	117(87.3)
不安／抑鬱	10(7.5)	8(6.0)	116(86.6)
社会性の問題	5(3.7)	5(3.7)	125(92.6)
思考の問題	11(8.1)	8(5.9)	117(86.0)
注意の問題	2(1.5)	4(3.0)	128(95.5)
非行的行動	4(3.0)	8(5.9)	123(91.1)
攻撃的行動	3(2.2)	4(3.0)	128(94.8)
内向的尺度	29(21.5)	23(17.0)	83(61.5)
外向的尺度	13(9.6)	11(8.1)	111(82.2)
総得点	23(17.0)	20(14.8)	92(68.1)

*数字は人数()内は%

YSRの結果は、表 3-4 に示したように、引きこもり、身体的訴え、不安・抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動の 8 つの下位尺度と内向的尺度、外向的尺度、総得点から臨床域、境界域、正常域の人数とその割合を表した。

下位尺度の「引きこもり」においては、臨床域が 8.9%、境界域が 9.6%であった。「身体的訴え」においては、臨床域が 5.2%、境界域が 7.5%であった。「抑うつ・不安」においては、臨床域が 7.5%、境界域が 6.0%であった。「社会性の問題」においては、臨床域が 3.7%、境界域が 3.7%であった。「思考の問題」においては、臨床域が

8.1%、境界域が 5.9%であった。「注意の問題」においては、臨床域が 1.5%、境界域が 3.0%であった。「非行的行動」においては、臨床域が 3.0%、境界域が 5.9%であった。「攻撃的行動」においては、臨床域が 2.2%、境界域が 3.0%であった。

内向的尺度においては、臨床域が 21.5%、境界域が 17.0%であり、外向的尺度においては、臨床域が 9.6%、境界域が 8.1%であった。総得点としては、臨床域が 17.0%、境界域が 14.8%であり、31.9%の児童生徒が臨床域や境界域にあることを評価していることが明らかにされた。

なお、引きこもり、身体的訴え、不安・抑うつ

つ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動の8つの下位尺度と内

向的尺度、外向的尺度、総得点の度数分布表を以下の図 3-26 ～図 3-36 に示した。

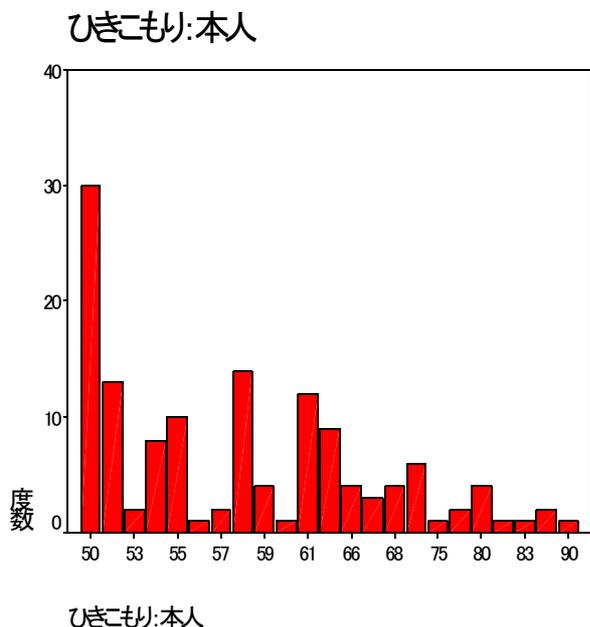


図 3-26 YSRの「引きこもり」度数分布表

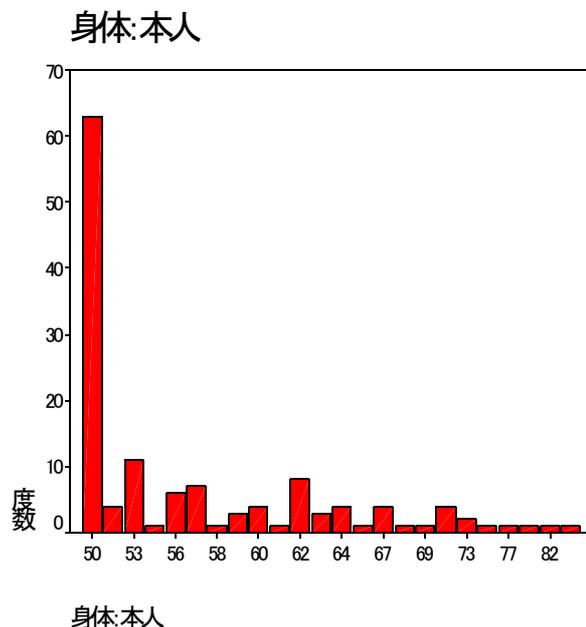


図 3-27 YSRの「身体的訴え」度数分布表

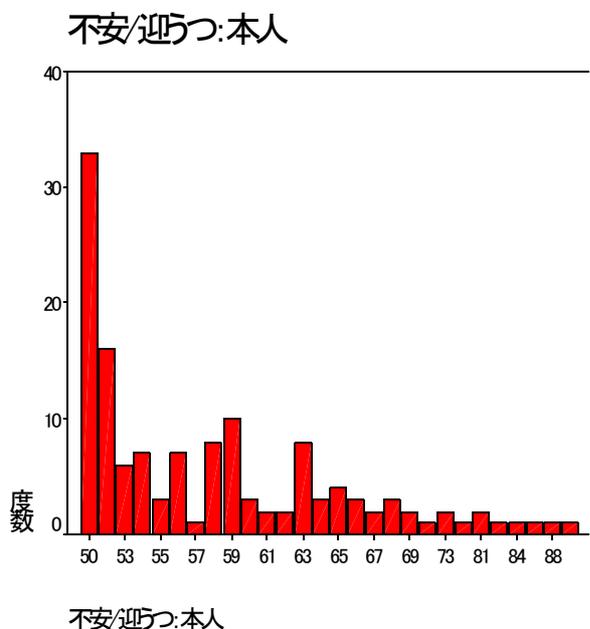


図 3-28 YSRの「不安・抑うつ」度数分布表

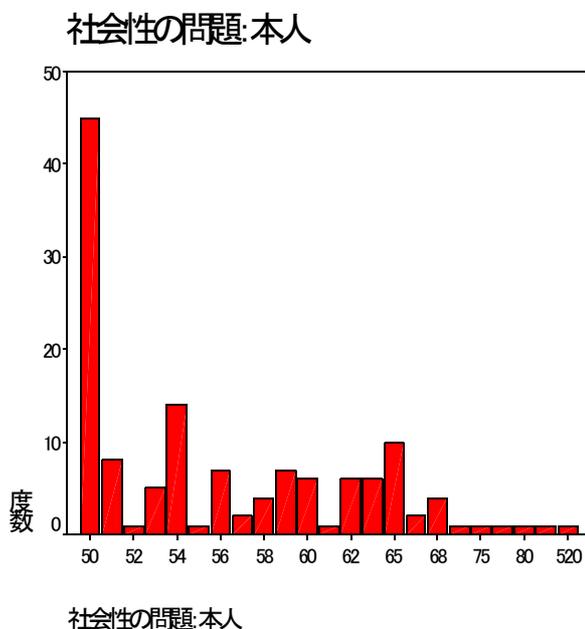
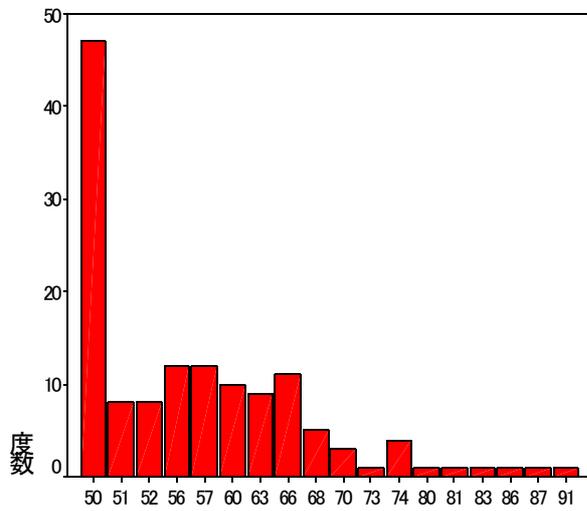


図 3-29 YSRの「社会性の問題」度数分布表

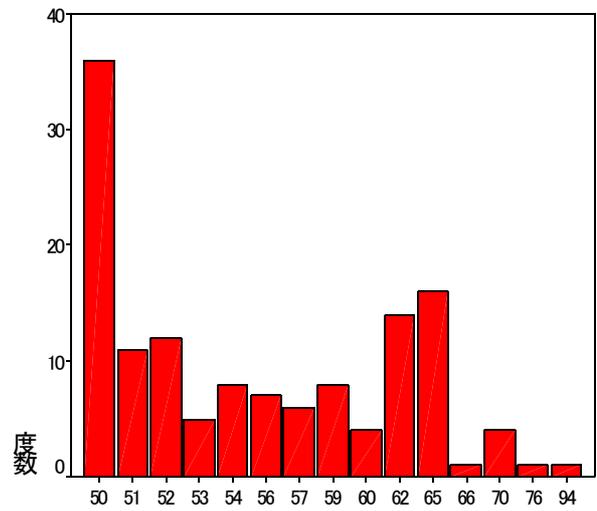
思考の問題:本人



思考の問題:本人

図 3-30 YSRの「思考の問題」度数分布表

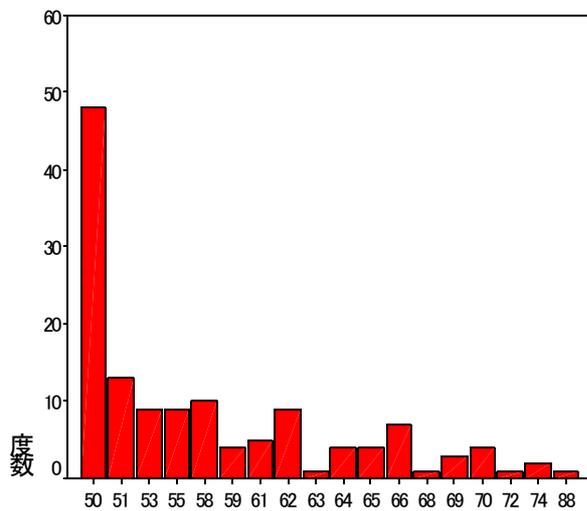
注意の問題:本人



注意の問題:本人

図 3-31 YSRの「注意の問題」度数分布表

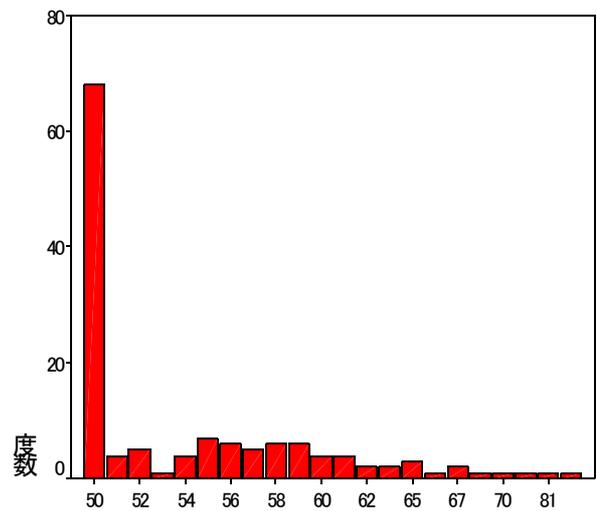
非行的問題:本人



非行的問題:本人

図 3-32 YSRの「非行的行動」度数分布表

攻撃的行動:本人



攻撃的行動:本人

図 3-33 YSRの「攻撃的行動」度数分布表

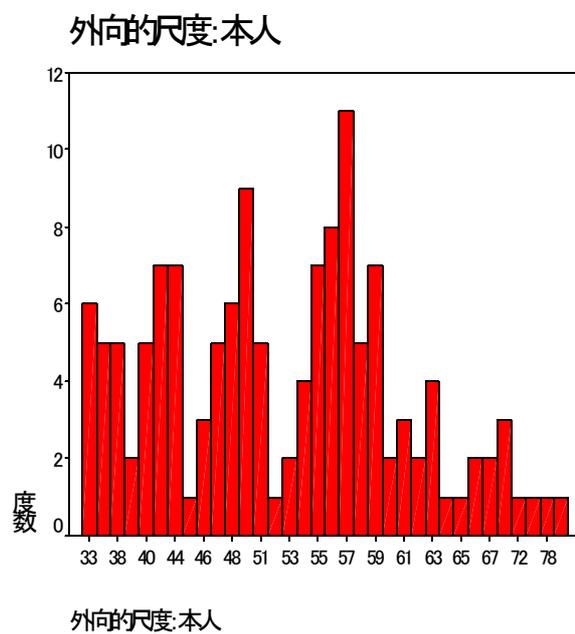
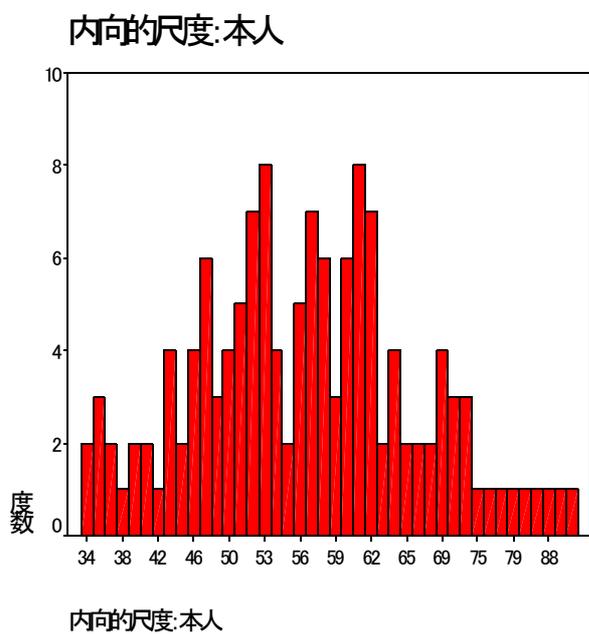


図 3-34 YSRの「内向的尺度」度数分布表

図 3-35 YSRの「外向的尺度」度数分布表

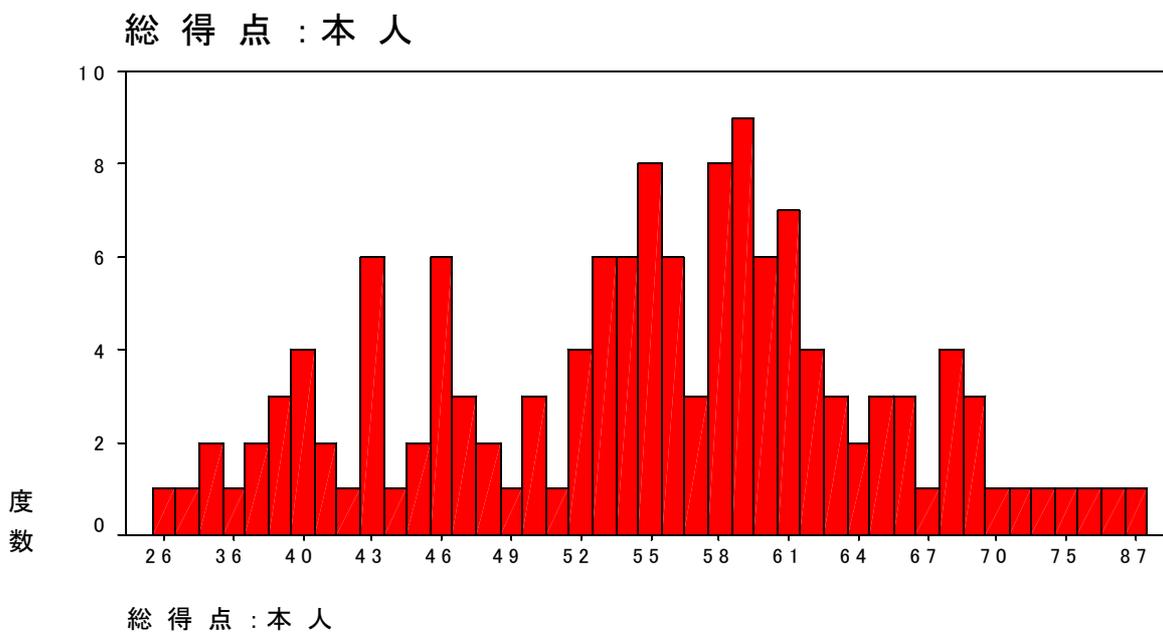


図 3-36 YSRの「総得点」度数分布表

5 各下位項目間の相関関係と教師と児童生徒の意識の差

(1) 教師(TRF)における下位尺度の相関関係
 163 ケースのうち、教師の回答と本人の回答とも有効回答であった 133 ケースを対象に分析を行った。教師における下位尺度のピアソンの相関係数は以下のとおりである(表 3-5)。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見られた。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。

表 3-5 教師(TRF)における下位尺度の相関関係(ピアソン)

	ひきこもり	身体的訴	不安抑うつ	社会性の問題	思考の問題	注意の問題	非行的行動	攻撃的行動
ひきこもり	1.00	.37**	.57**	.50**	.40**	.46**	.33**	.29**
身体的訴え	.37**	1.00	.48**	.32**	.44**	.21*	.35**	.30**
不安/抑うつ	.57**	.48**	1.00	.64**	.52**	.46**	.38**	.52**
社会性の問題	.50**	.32**	.64**	1.00	.48**	.74**	.48**	.60**
思考の問題	.40**	.44**	.52**	.48**	1.00	.40**	.32**	.40**
注意の問題	.45**	.21*	.46**	.74**	.40**	1.00	.51**	.51**
非行的行動	.33**	.35**	.38**	.48**	.32**	.51**	1.00	.46**
攻撃的行動	.29**	.30**	.52**	.60**	.40**	.51**	.46**	1.00

** 相関係数は 1%水準で有意(両側)である。* 相関係数は 5%水準で有意(両側)である。

(2) 本人(YSR)における下位尺度の相関関係
 本人における下位尺度のピアソンの相関係数は以下のとおりである(表 3-6)。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。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。

表 3-6 本人(YSR)における下位尺度の相関関係(ピアソン)

	ひきこもり	身体的訴	不安抑うつ	社会性の問題	思考の問題	注意の問題	非行的行動	攻撃的行動
ひきこもり	1.00	.55**	.67**	.04	.38**	.33**	.37**	.25**
身体的訴え	.55**	1.00	.62**	.01	.34**	.28**	.41**	.33**
不安/抑うつ	.67**	.62**	1.00	.05	.55**	.53**	.44**	.46**
社会性の問題	.04	.01	.05	1.00	.11	1.00	.08	-.01
思考の問題	.38**	.34**	.55**	.11	1.00	.47**	.55**	.59**
注意の問題	.33**	.28**	.53**	.08	.47**	1.00	.29**	.35**
非行的行動	.37**	.41**	.44**	.01	.55**	.29**	1.00	.66**
攻撃的行動	.25**	.33**	.46**	-.01	.59**	.35**	.66**	1.00

** 相関係数は 1%水準で有意(両側)である。* 相関係数は 5%水準で有意(両側)である。

(3) 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
また、教師の評価と本人の下位尺度に差がある

かを見るため、対応サンプルの T 検定 (paired-sample t-test) を行った。

表 3-7 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

	教師 (TRF) の平均値	本人 (YSR) の平均値	t 値	有意水準 (両側)
ひきこもり	61.11 (80.7)	59.08 (9.28)	2.03	.044*
身体的訴え	58.18 (10.17)	56.07 (8.04)	2.30	.023*
不安/抑うつ	62.52 (8.37)	58.08 (8.98)	5.42	.000**
社会性の問題	60.96 (7.32)	59.92 (40.81)	.29	.786
思考の問題	56.71 (9.70)	57.76 (9.16)	-1.05	.297
注意の問題	60.47 (6.37)	56.38 (7.01)	6.01	.000**
非行的行動	59.29 (8.76)	56.53 (7.41)	3.19	.002**
攻撃的行動	58.68	54.47	5.65	.000**

(標準偏差)

社会性の問題尺度 ($t=.29, df=132, p>.05$) と思考の問題尺度 ($t=-1.05, df=132, p>.05$) は、教師と本人の評価に有意な差が見られなかった。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 ($t=2.03, df=132, p<.05$, $t=2.30, df=132, p<.05$)、その他の尺度は 1%水準で有意な差があった。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。

(4) 心身症・神経症等の有無によって教師と本人の下位尺度の差

心身症・神経症等の有無によって教師と本人

の下位尺度に差があるかを見るため、心身症・神経症等の有無別に対応サンプルの T 検定 (paired-sample t-test) を行った。表 3-8 は、心身症・神経症等の児童生徒を対象とした教師 (TRF) と本人 (YSR) における下位尺度の差を示した表であり、表 3-9 は、心身症・神経症等以外の児童生徒の教師 (TRF) と本人 (YSR) における下位尺度の差を示したものである。

表 3-8 心身症・神経症等の児童生徒を対象とした教師 (TRF) と本人 (YSR) における下位尺度の差

	教師 (TRF) の平均値	本人 (YSR) の平均値	t 値	有意水準 (両側)
ひきこもり	61.55 (8.08)	60.78 (10.15)	.52	.607
身体的訴え	59.66 (10.53)	56.78 (8.91)	2.18	.032*
不安/抑うつ	63.30 (8.28)	58.86 (9.58)	3.91	.009**
社会性の問題	60.99 (7.28)	63.04 (54.71)	-.312	.756
思考の問題	58.05 (10.18)	60.05 (10.08)	-1.38	.173
注意の問題	60.71 (6.29)	56.18 (6.32)	4.95	.000**
非行的行動	59.63 (8.89)	57.08 (7.98)	1.98	.052
攻撃的行動	58.59 (7.89)	55.38 (7.01)	3.22	.002**

(標準偏差)

心身症患者において、教師と本人の評価に有意差が見られた尺度は、身体尺度 ($t=2.18, df=72, p<.05$)、不安/抑うつ尺度 ($t=3.91, df=72, p<.01$)、注意の問題尺度 ($t=4.95, df=72, p<.01$)、攻撃的行動尺度 ($t=3.22, df=72, p<.01$) であり、すべてにおいて教師の方が本人よりもスコアが高くなっていた。心身症ではない患者においては、ひきこもり尺度 ($t=2.17, df=36, p<.05$)、不安/抑うつ尺度 ($t=2.76, df=36, p<.01$)、社会性の問題尺度 ($t=2.82, df=36, p<.01$)、注意の問題尺度 ($t=2.63, df=36, p<.05$)、非行的問題尺度 ($t=2.86, df=36, p<.01$)、攻撃的尺度

($t=3.98, df=36, p<.01$) において有意な差が見られ、全ての項目において教師のスコアの方が高い傾向が認められた。

心身症の有無に関わらず、本人よりも教師のスコアが高い尺度は不安/抑うつ尺度、注意の問題尺度、攻撃的尺度の 3 尺度であった。心身症患者の場合に教師のスコアが高くなる尺度は、身体尺度のみであり、心身症以外の症状の場合に教師のスコアが高くなる尺度は、ひきこもり尺度、社会性の問題尺度、非行的問題尺度の 3 尺度であった。

表 3-9 心身症・神経症等以外の児童生徒の教師 (TRF) と本人 (YSR) における下位尺度の差

	教師 (TRF) の平均値	本人 (YSR) の平均値	t 値	有意水準 (両側)
ひきこもり	60.46 (8.10)	57.03 (7.66)	2.165	.037*
身体的訴え	58.95 (10.35)	56.43 (7.51)	1.392	.172
不安/抑うつ	60.89 (9.21)	56.89 (7.60)	2.760	.009**
社会性の問題	60.27 (8.40)	55.84 (5.75)	2.818	.008**
思考の問題	54.51 (8.53)	55.08 (7.66)	-.362	.719
注意の問題	59.14 (6.83)	55.81 (8.37)	2.628	.013*
非行的行動	60.03 (8.95)	55.95 (7.13)	2.862	.007**
攻撃的行動	58.27 (7.35)	53.38 (5.31)	3.979	.000**

(標準偏差)

IV まとめ

近年、心身症・神経症等の診断で、不登校の経験がある児童生徒が、小児科、児童精神科に入院し、病弱養護学校に在籍する児童生徒が増加しており、その対応が大きな教育課題になっている。本研究では、TRF(=Teacher's Report Form)、親用のCBCL(=Child Behavior Checklist)、と本人用のYSR(=Youth Self Report)]を使用し、親、教師、本人の三者の立場から情緒や行動を評価し、その結果分析を中心に児童生徒の情緒と行動の問題を評価してきた。これらの結果については、図 3-3 で示したとおり、回復期Ⅳ、Ⅴに占める児童生徒の割合が 77%であることを念頭に置いて、以下に、明らかになったことをまとめる。

1 TRF においては、下位尺度の「引きこもり」においては、臨床域、境界域と児童生徒を

評価した教師が 25%であった。「身体的訴え」においては、臨床域、境界域が 27.7%であった。「抑うつ・不安」においては、臨床域、境界域が 33.5%であった。「社会性の問題」においては、臨床域、境界域が 27.1%であった。「思考の問題」においては、臨床域、境界域が 29%であった。「注意の問題」においては、臨床域、境界域が 20%であった。「非行的行動」においては、臨床域、境界域が 29.7%であった。「攻撃的行動」においては、臨床域、境界域が 18.7%であった。内向的尺度においては、臨床域、境界域が 66.2%であり、外向的尺度においては、臨床域、境界域が 59.0%であり、内向的尺度の方が 7.2%高かった。総得点としては、臨床域が 41.6%、境界域が 21.4%であり、63%の児童生徒が臨床域や境界域にあることが明らかにされた。

2 CBCL においては、下位尺度の「引きこ

もり」においては、臨床域、境界域と児童生徒を評価した保護者が 21.3%であった。「身体的訴え」においては、臨床域、境界域が 21.1%であった。「抑うつ・不安」においては、臨床域、境界域が 23.4%であった。「社会性の問題」においては、臨床域、境界域が 19.1%であった。「思考の問題」においては、臨床域、境界域が 15.9%であった。「注意の問題」においては、臨床域、境界域が 14.5%であった。「非行的行動」においては、臨床域、境界域が 18.0%であった。「攻撃的行動」においては、臨床域、境界域が 11.1%であった。内向的尺度においては、臨床域、境界域が 47.2%であり、外向的尺度においては、臨床域、境界域が 30.3%であり、内向的尺度の方が 16.9 %高かった。総得点としては、臨床域が 34.4%、境界域が 10.0%であり、54.4 %の児童生徒が臨床域や境界域にあることが明らかにされた。

3 YSR においては、下位尺度の「引きこもり」においては、臨床域、境界域と自分自身を評価した児童生徒が 18.5%であった。「身体的訴え」においては、臨床域、境界域が 12.7%であった。「抑うつ・不安」においては、臨床域、境界域が 13.5%であった。「社会性の問題」においては、臨床域、境界域が 7.4%であった。「思考の問題」においては、臨床域、境界域が 14%であった。「注意の問題」においては、臨床域、境界域が 4.5%であった。「非行的行動」においては、臨床域、境界域が 8.9%であった。「攻撃的行動」においては、臨床域、境界域が 5.2%であった。内向的尺度においては、臨床域、境界域が 38.5%であり、外向的尺度においては、臨床域、境界域が 17.7%であり、内向的尺度の方が 20.8 %高かった。総得点としては、臨床域が 17.0%、境界域が 14.8%であり、31.9 %の児童生徒が臨床域や境界域にあることを評価していることが明らかにされた。

以上の結果を総得点に視点をあて比較すると、TRF では臨床域が 41.6%、境界域が 21.4%であり、63 %の児童生徒が臨床域や境界域にあることが明らかにされたが、CBCL では、臨床域が 34.4%、境界域が 10.0%であり、54.4 %の児童生徒が臨床域や境界域にあることが明らかにされ、YSR では、臨床域が 17.0%、境界域が 14.8%であり、31.9 %の児童生徒が臨床域や境界域にあることが明らかにされた。すなわち、これらの結果は、教師(TRF)の下位尺度結果と本人(YSR)における下位尺度結果の差の分析を裏付けるものであり、教師が最も各下位尺度において厳しく評価していたことが明らかになった。

4 教師(TRF)における下位尺度の相関関係
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見られた。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。

文 献

- 井潤知美・上林靖子・中田洋二郎・北道子他 (2001) Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発. 小児の精神と神経 41(4), 243-252.
- 倉本英彦・上林靖子・中田洋二郎他 (1999) Youth Self Report (YSR) 日本語版の標準化の試み— YSR 問題因子尺度を中心に—. 児童青年精神医学とその近接領域 40(4), 329-344.
- 上林靖子・斉藤万比古・北道子 (2003) 注意欠陥／多動性障害— AD/HD の診断・治療ガイドライン. じほう, 56-57.

第4章 心身症・神経症等の児童生徒の自立活動の指導法

I はじめに

慢性疾患の生徒のうち不登校の経験のある生徒とない生徒との武田らの比較研究(文献研究でも明らかにしたように)においては、不登校の経験をもつ生徒は、ストレス対処過程において、母親、父親、兄弟姉妹、教師、友人、医療者などへの知覚されたソーシャル・サポートが低く、ストレス反応が高いことを明らかにした。同様に武田(2005)は、知覚されたソーシャル・サポートとストレス反応との間には負の相関関係があり、ソーシャル・サポートを高めるとストレス反応が軽減されることを明らかにした。知覚されたソーシャル・サポートの期待が高いことは、過去に他者からのサポートを受けた経験が高いことや他者との親密度が高いこと、すなわちサポートを受ける可能性に対する期待が高いことを意味する。この期待は、ストレスに対する嫌悪性やコントロールの可能性といった

認知的評価に影響を及ぼすことによって、ストレス反応の生起を抑制する機能を持つものとも考えられる。

慢性疾患児の自己効力感と認知的評価、対処行動、主観的健康統制感との関連について検討した武田らの研究において、自己効力感の高い群の方が低い群よりも、①認知的評価においてはコントロール感が強く、②対処行動においては積極的に対処行動が多くみられ、③その結果、ストレス反応が不機嫌・怒り、身体的反応、抑うつ・不安、無力的認知思考のいずれでも低いことが確認された。④また、自己効力感の高い群の方は低い群と比較して主観的健康統制感において内的統制傾向の強いことが確認できた。

図4-1は、知覚されたソーシャル・サポートと自己効力感のストレス対処過程にもたらす効用を表したものである(武田, 2005)。

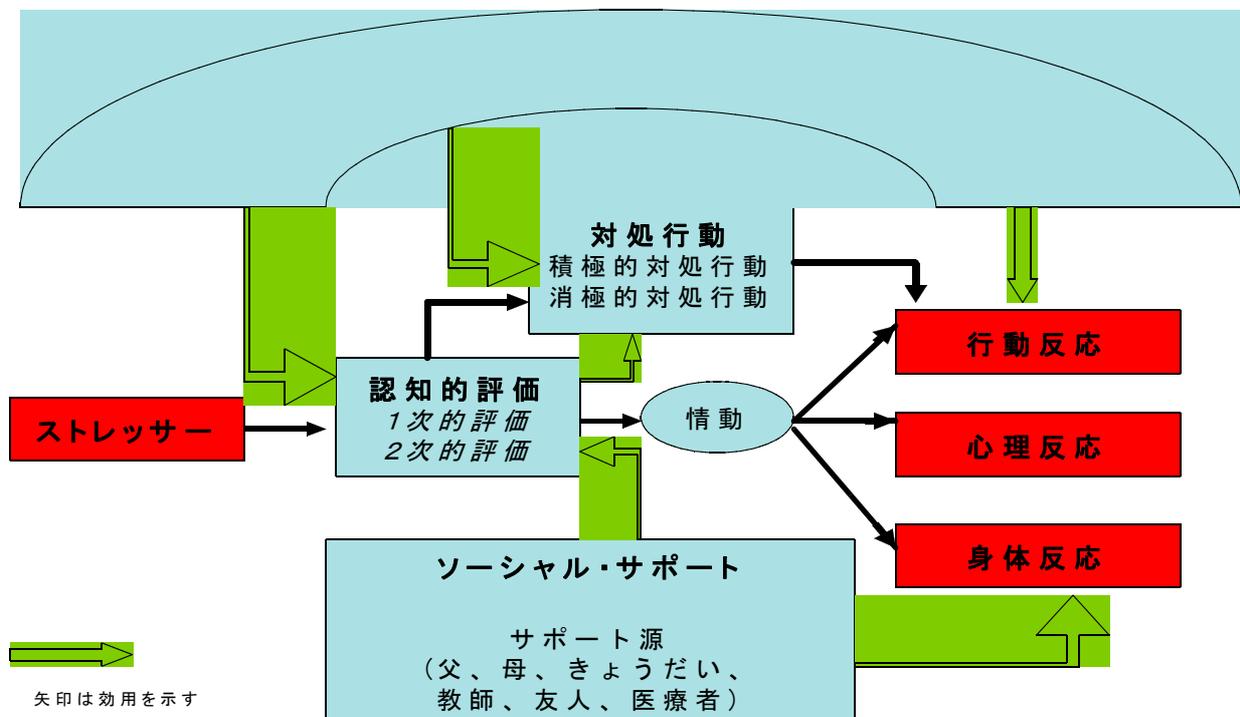


図4-1 ストレス対処過程におけるソーシャル・サポートと自己効力感の効用

心身症・神経症等で入院してくる児童生徒は、病状、環境、本人の個人的背景などは個々に違う。しかし、自分の病状の見通しがもてないことや家族から離れて入院生活をするといった環境変化などから不安の高い者が多いのが特徴である。

健康心理カウンセリングにおいて、健康を維持・増進していく支援として7つの段階が示されている(野口, 1998)。周囲の人との関係性を重視しながら、①不安感、緊張感の軽減を図り、リラクゼーション、安全感の増加を図ること、②問題の見方を検討すること、すなわち、認知的評価の変容を図ること、③自己や他者に対する信頼感を高め、自己や他者を受容すること、④自己評価を高め自尊心を高めること、⑤自己効力感を強化し、高めること、⑥物事に挑戦する気持ちを高めること、⑦自己成長、自己実現を図ること、である。これらの段階において、知覚されたソーシャル・サポートを高めることは不安感やストレス反応の軽減を図り、認知的評価、信頼感、自尊心等にも影響を及ぼす。①から④は、他者からみえにくい心の動きであり、周囲の人々には理解されにくい。また、児童生徒が不安が高く、その不安を意識化することが困難な場合は、病的不安の解消として身体的な症状に出たり(身体化)、退行行動等の問題行動として行動化したりすることがある。これら身体化や行動化のような不安の病的解消に対して、その背景を探り、現実逃避と呼ばれるようなネガティブな行動も対処行動として捉え、その意味を理解し支援していくことが重要である。

本章において、心身症・神経症等の児童生徒に合わせた自立活動のカリキュラム編成や慢性疾患児への自己管理支援に関する具体的な提言を行うことにする。心身症・神経症等で入院してくる多くの児童生徒は、気管支喘息、アレルギー、糖尿病、肥満などの慢性疾患をかかえている場合が多く、それらの慢性疾患への自己管理を支援するための指導法と心身症・神経症等への配慮が重要になってくる。

II 自立活動の内容の再構築

自立活動の内容は、「健康の保持」、「心理的な安定」、「環境の把握」、「身体の動き」、「コミュニケーション」の5つの区分の基に22の項目で構成されている。これらの内容は、全障害を対象としたものであり、心身症・神経症等の児童生徒や慢性疾患の児童生徒を対象につくられたものではない。5つの区分ごとに示された内容の中から、一人一人の児童生徒が必要とする項目を選定し、それらを相互に関連付けて具体的に指導内容を設定する。

山本(1990)は、まずは自立活動の内容から主な慢性疾患のそれぞれに必要な項目を選定し、一般化し、それを基に各病気の種類別に指導内容を明確にしていくことを提案している。心身症・神経症等の児童生徒や慢性疾患をもつ児童生徒にとって一般的に必要な主な具体的指導内容例を次に示してみる(武田, 2000a)。心身症・神経症等の児童生徒に特に重要であると思われる箇所については、強調文字で記述する。

1 病気の理解、生活様式の理解、生活習慣の形成等に関する内容

① 自己の病気の状態の理解

人体の構造と機能の知識・理解、病状や治療法等に関する知識・理解、感染防止や健康管理に関する知識・理解

② 健康状態の維持・改善等に必要な生活様式の理解

安静・静養、栄養・食事制限、運動量の制限等に関する知識・理解

③ 健康状態の維持・改善等に必要な生活習慣の確立

食事、安静、運動、清潔、服薬等の生活習慣の形成及び定着化

④ 諸活動による健康状態の維持・改善

各種の身体活動による健康状態の維持・改善等

2 心理的な安定に関する内容

① 病気の状態や入院等の環境に基づく心理

的不適応の改善

カウンセリング的活動や各種の心理療法的活動等による不安の軽減、安心して参加できる集団構成や活動等の工夫、場所や場面の变化による不安の軽減など知覚されたソーシャル・サポートの期待を高めるための教育的対応に関する内容

② 諸活動による情緒の安定

人との関係性を重視した各種の教育的活動(体育的活動、音楽的活動、造形的活動、創作的活動等)による情緒不安定の改善を図るための教育的対応に関する内容

③ 病気の状態を克服する意欲の向上

各種の身体活動等による意欲・積極性・忍耐力及び集中力等の向上、各種造形的活動や持続的作業等による成就感の体得と自信の獲得など自己効力感を強め、高めていくための教育的対応に関する内容

Ⅲ 個別の指導計画による実践

1 個別の指導計画の作成

自立活動においては、児童生徒一人一人の個別の指導計画を作成することが盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領(文部省、1999; 文部省、2000)によって義務づけられた。

個別の指導計画を作成するに当たっては、個々の児童生徒の病気の種類や病状、障害の状態、発達段階、病気に対する自己管理及び経験等の実態に応じて、指導目標、指導内容及び指導方法などを個別に設定することが必要である。

実態を把握していく上で、教育的立場や心理学的な立場から実態把握を行うことはもちろん、病気による運動制限や食事制限等様々な生活規制に対して医学的な立場から情報の提供を受けたり、助言を得たりすることも重要になってくる。

また、目標を設定するに当たっては、個々の児童生徒の実態把握に基づいて、入院期間や療養期間等を考慮しながら長期的な観点に立った目標を設定するとともに、当面の短期的な観点

からも目標を定めることが必要である。主体的に自立活動に取り組むことができるようにするためには、可能な限り児童生徒が目標設定の段階から個別の指導計画作成に参加し、自ら自己管理する力をつけることも重要なことである。

また、同じ病気であっても、病気の状態や発達段階および経験の程度等が個々に違うため、一人一人の児童生徒の実態に即して、指導目標、指導内容、指導方法などを個別に定め、個別の指導計画を作成することでさらに指導の個別化を図っていくことが求められる。

2 指導上の留意点

自立活動の指導を効果的に進めるには、指導上の配慮すべき点をあらかじめ検討する必要がある。心身症・神経症等の児童生徒の場合、次のことについては留意しなければならない。

(1) 体調把握と医療機関等との連携

心身症・神経症等の児童生徒は、情緒が不安定になりやすく、体調に変動がある。教員は、日々の体調を把握した上で指導を行うことが重要であり(武田,2000b)、そのために主治医や看護師等の医療関係者との連携を密にすることが求められる(図 4-2)。また、退院して家庭や前籍校に戻っても悪化し、再入院するケースも珍しくない。病状にあった生活習慣を形成していくためには家庭や前籍校との連携を図ることも重要である。

(2) 主体的で意欲的に活動できる環境

児童生徒が主体的で意欲的に活動できる環境を整備し、成就感を味わうことができるように配慮することが必要である。そのためには、児童生徒が、目標を自覚し、意欲的に取り組んだことが成功に結びついたということを実感できる指導内容を準備することが必要である。また、自己管理しながら活躍している同じ病気の先輩の話や聞くなど、児童生徒が「あの人にできるのだから自分にもできるのではないか」という経験をもつことなど自己効力感を高めるかかわりと活動が重要である。

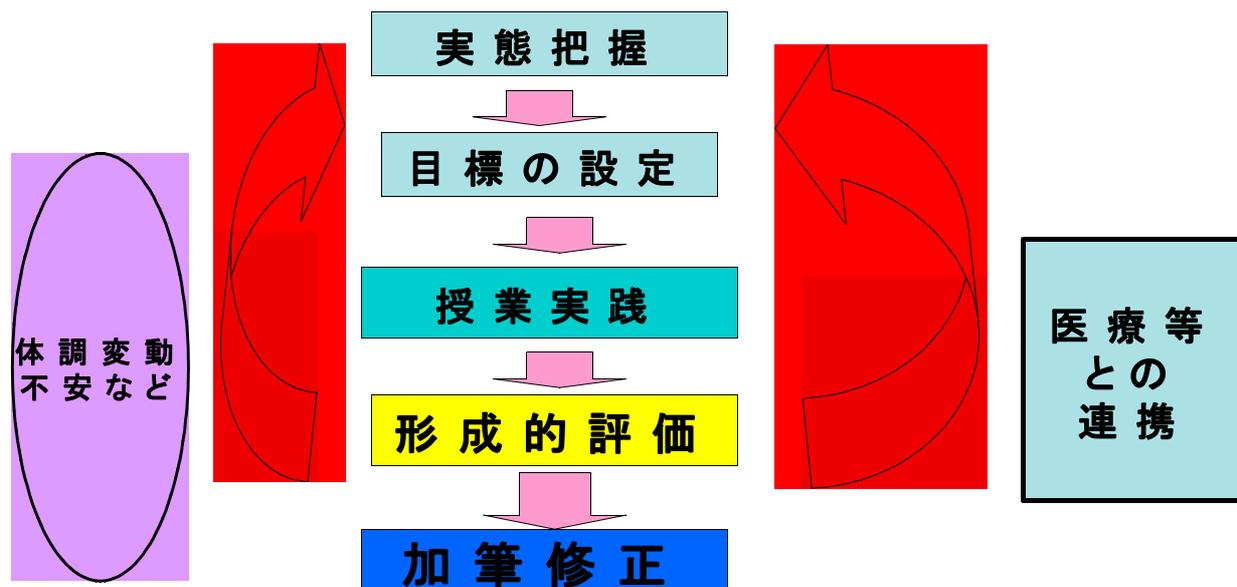


図4-2 医療と連携した個別の指導計画の有効利用のためのサイクル(武田, 2005)

(3) 指導形態

基本的には、児童生徒一人一人の実態に即して個別の指導計画を作成することになっているので、指導形態としては一対一の個別の指導が基本となる。しかし、学習効果や指導の効率を高めるため、病気の種類別のグループ編成による指導、学級単位の指導、ぬき出しなど様々な形態が挙げられる。特に、病状の悪化などから情緒的に不安定になっている児童生徒や、集団の中に入っていきることができない児童生徒に対しては一対一の指導体制を組む必要がある。いずれの指導形態を選択するかは児童生徒の実態、指導内容、教員の数等から検討し、可能な限り児童生徒が主体的に取り組める指導形態を工夫する必要がある。

(4) 評価

評価は、診断的評価(事前の評価)、形成的評価(事中の評価)、総括的評価(事後の評価)に分けられる。指導の過程で行われる形成的評価は、指導後の評価や指導過程の児童生徒の反応を手がかりとして、診断的評価をもとに作成された実態把握や指導計画を修正したり、深化したり

し、より確かなものにするものである。形成的評価をする際に、留意する点としては児童生徒の意欲を高める評価でなければならないことである。児童生徒が成功感、成就感を自覚でき、それらを累積していけるような評価であることが重要である。そのためには児童生徒が自分自身に対して行う自己評価や他の児童に対して行う相互評価を取り入れることも効果的である。評価する主体が児童生徒自身にあるからである。

総括的評価は、毎時間の指導でなされた形成的評価を累積的、総合的に再検討するとともに、診断的評価の時に用いたチェックリストや種々の検査などを終了時に適用して、両者の結果の相違を比較検討し、児童生徒が病気の理解、生活様式の理解や習慣化、自己管理しようとする意欲などについてどの程度変容したかを検討するものである。なお、指導効果が上がらなかった場合には、指導計画や指導方法の見直しが必要となる。

図4-3に示すように、形成的評価を実態把握やニーズの把握、指導内容の修正・改善に活用するという視点を持ち、形成的評価を重視し、活

用していくことが望まれる。同様に、学期末、学年末に行われる総括的評価も活用されることが望まれる。

病状が変動しやすく、情緒も不安定になりやすい子どもに対しては、時間の経過とともに、また、図4-3に示したように教師との関係性を重視した動的（dynamic）な評価が重要になる（黒木・武田，2003；武田・黒木，2003）。このような評価を自立活動の指導にいかしていくことができれば、子どもの知覚されたソーシャル・サポートを高め、自己管理していく力を育成していく上でより有効な支援ができるのではないかと考える。

IV 自立活動の評価の構造化

心身症・神経症等の児童生徒は、病状が変化するなど体調に変動がある。心身症・神経症等の児童生徒の病状が重症化した場合は、病気の進行に伴い不安感が強くなり、自暴自棄になったり、無力感に陥ったりすることもある。学習内容については、病気の知識、理解、技能の習得のように予め構造化でき、客観的に評価できることと、不安感を軽減したり、意欲の向上を図るというように予め構造化できないことがある。当然、評価の観点も違ってくる。自立活動の評価に関しては、表 4-1 に示したように4つのタイプに分けて評価することを提案する（武田，2002a；武田，2002b；水越・奥田，1995）。

表 4-1 評価のタイプとその例示

	**内的基準による評価	**外的基準による評価
*構造化	Aタイプ ・例えば、ロールプレイなど疑似体験、諸活動による心理的な安定	Bタイプ ・例えば、病気の理解
*非構造化	Cタイプ ・例えば、カウンセリング等による心理的な安定	Dタイプ 偶然的教示学習

*構造化とは、学習内容が子どもの学習の前に予め組織されている場合の評価をさす。非構造化とは、予め用意された学習内容ではなく、学習の終了後にはじめて何を学習したかその内容が分かるような場合の評価を指す。

**外的基準による評価とは、外部の規範や権威に基づく評価で学習の開始、進行、評価などを教師がコントロールする。内的基準による評価とは、学習者の内部の基準に基づく評価で学習の開始、進行、評価が学習者に任される。

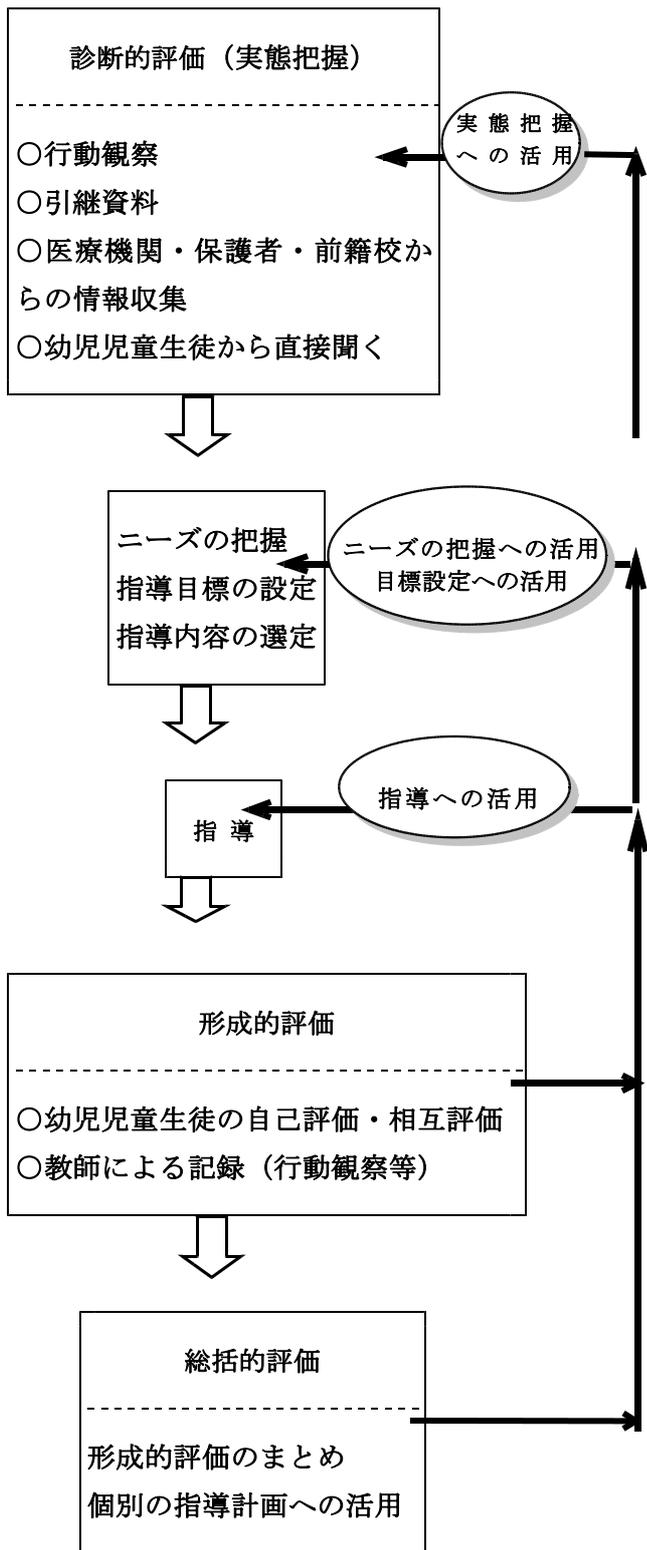


図 4-3 関係性を重視した動的評価

Aタイプは、学習内容が予め構造化されているが、評価は児童生徒自身が行う、いわゆる内的基準で評価される。例えば、腎臓疾患児に対して、退院後、中学校での給食場面を想定し、給食を残さなければならない状況を設定する。その状況下で、他の生徒から給食を残すことについて指摘されたとする。その指摘に対して自分の病気について説明しなければならない事態に、自分の病気を他者に伝えることへの不安感、緊張感、困難さを疑似体験する。その時に、生徒が自分自身の疑似体験した様々な感情や達成感などを評価するものである。

Bタイプは、学習内容が予め構造化されており、教師などによる外的基準で評価される。病気の知識がどの程度理解されているかどうかの評価はこれに当たり、教師が構造化した学習内容についての学習成果をこれも教師が評価する。

Cタイプは、学習内容が予め構造化されておらず、評価は児童生徒自身が行う、いわゆる内的基準で評価される。例えば、不安感の強い児童生徒の心理的な支援を行う場合、予め学習内容を教師が決定せず、その子どもの関係の中で安心感を得られるような関わりをしていくことが大切である。その結果、児童生徒が内的基準として安心感や信頼感を得ることができたり、又は自尊心が高まるなどの評価を児童生徒自身が行ったりする。これがCタイプに当たる。評価に関する情報は、児童生徒の言動や作文等から入手できる。

Dタイプは、学習内容が予め構造化されておらず、教師などによる外的基準で評価される。例えば、たまたま廊下で会った児童生徒に対して、薬を飲み忘れていないかなど生活規制を守ることを指導するというような偶然的教示学習等がこれに当たる。

「病気 (Illness)」は、病気の人々が重大な痛みや衰弱が起こっている感覚上の変化など、自分が病気であることを主観的に感じていることを意味する。評価を行う際に内的基準を重視することは、子どもの主観的状态である「病気」

に対して対処していくことである。「病気」は人の行動に大きな影響を与える。知覚されたソーシャル・サポートと自己効力感、主観的健康統制感の主観的指標であり、外的基準だけを重視し、評価するのではなく、内的基準をも重視したAタイプ、Cタイプの授業の実践や評価が彼らを支援していくためには重要である。

心身症・神経症等の児童生徒の心理的適応、社会的適応、身体的健康適応を図るためには、彼らの主体性を重視しつつ、彼らが自ら自己決定したり、自分の病気の自己管理する能力を高めていく支援が重要である。評価としては、内的基準に基づいたものが有効であると考えるが、外的基準による評価も含め全てのタイプの評価が日々の児童生徒の励ましとなるよう教師は留意しなければならない。指導と評価の一体化が問われている現在、個別の指導計画から授業を創造し実践していく上で、従来各教科等において行われてきたBタイプの評価や授業から、より内的基準を重視したものに移行することが求められている。評価の観点からいうと、4つの次元の違う評価を総合的に評価し、子どもを支援していくことが求められる(武田, 2004)。

児童生徒の内的評価を重視し、寄り添うこと、情緒や行動を受容すること、共感することを重視しながら知覚されたソーシャル・サポートを高め、自己効力感を高めていく指導法を積極的に自立活動の時間を核として児童生徒と関わっていくことが大切である。

第5章においては、研究協力校・協力者から事例研究を学校適応への障壁や再適応への過程を明らかにしていく。

文 献

- 黒木あらた・武田鉄郎(2003)病弱教育における自立活動の評価の在り方に関する研究(1). 日本特殊教育学会第41回発表論文集
水越敏行・奥田眞丈(1995)教育指導の評価. ぎょうせい.
文部省(1999)盲学校、聾学校及び養護学校学習

- 指導要領。
文部省(2000)盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領解説－自立活動編－。
野口京子(1998)健康心理学, 金子書房。
武田鉄郎(2000a)健康障害児の自立活動－病気の多様化への対応－。養護学校の教育と展望 116, 20-25。
武田鉄郎(2000b)病弱・身体虚弱児に対する指導「指導計画の作成と展開」。藤田和弘・香川邦生編：自立活動の指導, 教育出版 135-140。
武田鉄郎(2002b)進行性筋ジストロフィーの指導。盲・聾・養護学校における学習評価の事例集, 国立特殊教育総合研究所, 28-31。
武田鉄郎(2002a)腎臓疾患児の指導。盲・聾・養護学校における学習評価の事例集, 独立行政法人国立特殊教育総合研究所, 24-27。
武田鉄郎・黒木あらた(2003)：病弱教育における自立活動の評価の在り方に関する研究(1)。日本特殊教育学会第41回発表論文集
武田鉄郎編著(2004)慢性疾患児の自己管理支援に関する研究。国立特殊教育総合研究所病弱教育研究部。
武田鉄郎(2005)慢性疾患児の自己管理支援のための教育的対応に関する研究。大阪市立大学博士論文。
山本昌邦(1990)病弱児に対する指導計画の展開。大川原潔編：養護・訓練の基本と展開 138-153。

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。

研 究 協 力 校

宮城県立山元養護学校
新潟県立柏崎養護学校
米子市立米子養護学校
鳥取県立鳥取養護学校
宮崎県立宮崎赤江養護学校
富山県立ふるさと養護学校
北九州市立門司養護学校

研 究 協 力 者

小野 博樹(宮城県立聾学校・教諭)
遠藤由香利(新潟県立柏崎養護学校・教諭)
中静 康弘(新潟県立柏崎養護学校・教諭)
田村 雅彦(新潟県立柏崎養護学校・教諭)
牛島 敬子(北九州市立小倉南養護学校・教諭)
黒木あらた(宮崎県立都城養護学校・教諭)