

慢性疾患, 心身症, 情緒  
及び行動の障害を伴う  
不登校の経験のある子どもの  
教育支援に関する

# Guidebook

## ガイドブック

課題別研究

慢性疾患児(心身症や不登校を含む)の自己管理支援のための教育的対応に関する研究

独立行政法人

国立特殊教育総合研究所

**慢性疾患,心身症,情緒及び行動の障害を伴う  
不登校の子どもの教育支援に関する  
ガイドブック**

**独立行政法人  
国立特殊教育総合研究所**

## まえがき

平成15年3月に文部科学省から「今後の特別支援教育の在り方について」(最終報告)が出され、平成17年12月に中央教育審議会から「特別支援教育を推進していくための制度の在り方(答申)」が出されました。障害の程度等に応じ特別の場で指導を行う「特殊教育」から障害のある児童生徒一人一人の教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行う「特別支援教育」への転換を図るという教育改革がその内容です。

特別支援教育とは、従来の特殊教育の対象の障害だけでなく、LD、ADHD、高機能自閉症、アスペルガー症候群を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的ニーズを把握して、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものです。不登校は、特別支援教育の対象には入りませんが、慢性疾患、心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校の児童生徒は、特別支援教育の対象となります。

また、平成15年3月には文部科学省より「不登校の対応の在り方について(報告)」が出され、「不登校の対応の在り方について」のパンフレットも出されています。これらの内容も紹介しながら、慢性疾患、心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校の子どもの教育支援に関するガイドブックを編集しました。

本ガイドブックの対象は、小学校、中学校、高等学校、病弱養護学校、院内学級の教員、保護者等です。

このガイドブックは、国立精神・神経センター精神保健研究所児童・思春期精神保健部長の齊藤万比古先生、室長の清田晃生先生をはじめ、心身症の専門医である石崎優子先生、糖尿病の専門医である新平鎮博先生、養護教諭を大学で育成する立場で西牧真里先生、そして教育現場の第一線で教育実践をされている先生方の研究協力を得まして作成しました。

多くの関係者に有効に本ガイドブックを活用していただくとともに、忌憚のないご意見をいただければ幸いです。そのご意見をもとにさらにより良いものに改訂していく予定です。

研究代表者 武田 鉄 郎

# 慢性疾患、心身症、情緒及び行動の障害を伴う 不登校の経験のある子どもの教育支援に関するガイドブック

## 目 次

### 第1章 はじめに

第1節	ガイドブックの目的と対象	1
第2節	ガイドブックの対象となる児童生徒	1
第3節	心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題	2
I.	心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状	2
1.	はじめに	2
2.	不登校児童生徒数の推移等	3
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	3
	(1) わが国における心身症・神経症等の調査	3
	(2) 全国病弱虚弱教育研究連盟の病類調査	4
	(3) 国立特殊教育総合研究所の調査	5
4.	文献研究	
	(1) 心身症・神経症等と不登校との関連	10
	(2) 慢性疾患と長期欠席との関連	10
	(3) ADHDと長期欠席との関連の文献研究	11
	(4) 諸外国における心身症等の調査	11
II.	心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の課題	
1.	原因・要因の多様化に対応するシステム作り	12
2.	教室以外の「居場所」の環境整備	
	(1) 適応指導教室の整備充実	12
	(2) 特殊学級以外の校内リソース等を工夫しての支援体制	13
	(3) 病弱養護学校での教育的対応の課題	14

### 第2章 不登校児童生徒にみられる情緒及び行動の障害

第1節	はじめに	19
第2節	不登校の多軸診断システム	20
第3節	情緒及び行動の障害	23
I.	不安障害	
1.	全般性不安障害	23
2.	社会恐怖(社会不安障害)	24
3.	分離不安障害	24
4.	パニック障害	24
5.	強迫性障害	25

II. 適応障害	25
III. 身体表現性障害	25
1. 転換性障害	26
2. (いわゆる)小児心身症	27
IV. 気分障害	27
1. 大うつ病性障害	27
2. 気分変調性障害	27
V. その他の疾患	
1. 統合失調症	28
2. 反抗挑戦性障害と行為障害	28
VI. 発達障害	
1. 精神遅滞	29
2. 注意欠陥／多動性障害 (ADHD)	29
3. 広汎性発達障害	30
第4節 多軸評価システムに基づく不登校児童生徒とへの支援	31
第5節 まとめ	33

### 第3章 慢性疾患の子どもの不登校、それを予防する配慮

第1節 慢性疾患への適応のための課題	35
第2節 発達段階とセルフケアの行動や留意点	36
第3節 慢性疾患の代表的な疾患の心理社会的な課題	39
I. 各疾患ごとに抱えている心理社会的問題	
1. 腎疾患	39
2. 心臓疾患	39
3. 気管支喘息	39
4. 悪性新生物	40
5. 肥満・糖尿病	41

### 第4章 情緒及び行動の問題の評価

第1節 はじめに	47
第2節 包括的評価における留意点	47
I. 心理社会的発達段階	47
II. 情報の収集と取り扱い	47
1. 子どもの情報の信頼性	48
2. 複数の情報提供者からの情報の取り扱い	48
3. 個体差の取り扱い	48
III. 面接における情報収集	49
1. 聴取する内容	49
2. 面接の際の留意点	50

IV. 質問紙評価票(心理検査)	
1. 包括的評価	50
(1) PSC (Pediatric Symptom Checklist) 日本語版	51
(2) CBCL (Child Behavior Checklist)	52
2. 抑うつ尺度	
(1) Children's Depression Inventory (CDI)	53
3. 不安尺度	
(1) State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	53
(2) Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS); 児童顕在性不安検査	53
V. 知能発達検査	53
VI. 結果の活用	54

## 第5章 教育相談

第1節 はじめに	57
第2節 教育相談という枠組み	57
I. 教育相談とは	57
II. 相談対象 (不登校を状態像として捉える視点)	58
III. 教育相談のプロセス	58
IV. 教育相談の準備	59
第3節 不登校を主訴とした教育相談の実際	
I. アセスメントの目的	60
II. アセスメントのポイント	
1. 医療との連携の必要性	61
2. 心の健康度	61
3. 知的能力と学習空白の程度	62
III. 支援の基本姿勢	
1. 自己理解の援助	62
2. カウンセリング・マインド	62
IV. 支援のポイント	
1. 不登校の子どもの心の中で起こっていること	63
2. 遊戯療法 (Play Therapy)	64

## 第6章 不登校にならないための学校づくりと義務教育終了後の進路

第1節 特別支援教育とコーディネーター	65
第2節 養護教諭の役割	65
I. 保健室登校	66
1. 保健室登校とは	66
2. 保健室における対応	66
3. 保健室登校における養護教諭の役割	66

II. 校内研修及び校外諸機関との連携	
1. 関係者による連絡会（支援会議）の開催	67
2. 児童生徒の理解のための事例研修会	67
第3節 校内支援体制	
I. 校内の指導体制及び教職員等の役割	69
1. 学校全体の指導体制の充実	69
2. コーディネーター的な不登校対策担当の役割の明確化	69
3. 養護教諭の役割と保健室・相談室等、教室以外の「居場所」の環境・条件整備	70
4. スクールカウンセラーや心の教室相談員等の外部人材との連携	71
II. 校内の指導体制の構築	71
第4節 不登校を経験した生徒の義務教育終了後の進路について	
I. はじめに	74
1. 通信制課程（単位制）高校のシステムの特徴	74
2. 通信制（単位制）の学習の仕組み	75
II. 事例	75
III. おわりに	76

## 第7章 病弱養護学校や適応指導教室、巡回指導等の様々な取組の実際

事例1 A市の教育・福祉システムとB病弱養護学校の取組	79
事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援	91
事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能	107
事例4 適応指導教室における取組	117
事例5 中学校における通常の学級と特殊学級の間隔的な学級である特別支援教室での生徒への対応について	123
事例6 巡回指導における小学校・中学校のLD、ADHD、高機能自閉症等の子どもへの支援	129

# 第1章 はじめに

## 第1節 ガイドブックの目的と対象

本ガイドブックは、慢性疾患、心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校の子どもの教育支援に関するガイドブックを作成することにより、小学校、中学校、高等学校、病弱養護学校、院内学級の教員、保護者等の子どもの理解を図り、よりよい本人への支援や地域支援が行われるようなガイドブックを作成することを目的とするものです。ガイドブックの対象は、小学校、中学校、病弱養護学校、院内学級の教員、保護者等です。

## 第2節 ガイドブックの対象となる児童生徒

図1-1は、障害と特別な教育的ニーズとの概念図です。カテゴリー(日)は、Disability（障害の状態）はありますが、通常学級で教育が可能であり、特別な教育的ニーズがない状態を示します。カテゴリー(月)は、Disability（障害の状態）があり、特別な教育的ニーズもある状態です。現状の特殊教育の範疇です。盲、聾、養護学校、特殊学級、通級による指導の対象となっている児童生徒は、カテゴリー(月)の範疇に入ります。カテゴリー(火)は、特別な教育的ニーズはありますが、Disability（障害の状態）がない状態をいいます。不登校はこのカテゴリー(火)の範疇に入ります。不登校は、特別な教育的ニーズはありますが、障害がないため特別支援教育<sup>21)</sup>の枠組みには入っていません。しかし、不登校の背景・又は原因に病気や情緒及び行動の障害を伴い、医師から診断を受けている場合には、カテゴリー(火)からカテゴリー(月)の範疇の対象となります。

病弱養護学校や特殊学級(病弱・身体虚弱や情緒)に在籍している様々な慢性疾患の児童生徒や心身症や不安障害、適応障害、気分障害、統合失調症等の情緒及び行動の障害を伴う不登校の場合はカテゴリー(月)の範疇に入ります。

本ガイドブックは、主に、カテゴリー(月)の範疇の児童生徒の現状と課題、病気や障害の解説、評価の方法、教育相談の方法、指導事例を取り上げ、解説していきます。

しかし、学校において不適応になる前の予防の観点が重要です。本ガイドブックでは、そのためにカテゴリー(火)の範疇に入る児童生徒について適応指導教室の取組や、特別支援教室、巡回指導における取組を紹介します。

- ① **Disability**はあるが、特別な教育的ニーズはない
- ② **Disability**+特別な教育的ニーズはある
- ③ 特別な教育的ニーズはあるが、**Disability**はない

カテゴリー①

カテゴリー②

カテゴリー③

図1-1 障害と特別な教育的ニーズとの関係概念図

## 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

### 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、病气、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、不登校状態であ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 心身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%を占めていることとなります<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<sup>22)</sup>まで減少したかのようにはみえますが、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<sup>42)</sup>。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

## 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

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%）、微熱（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。

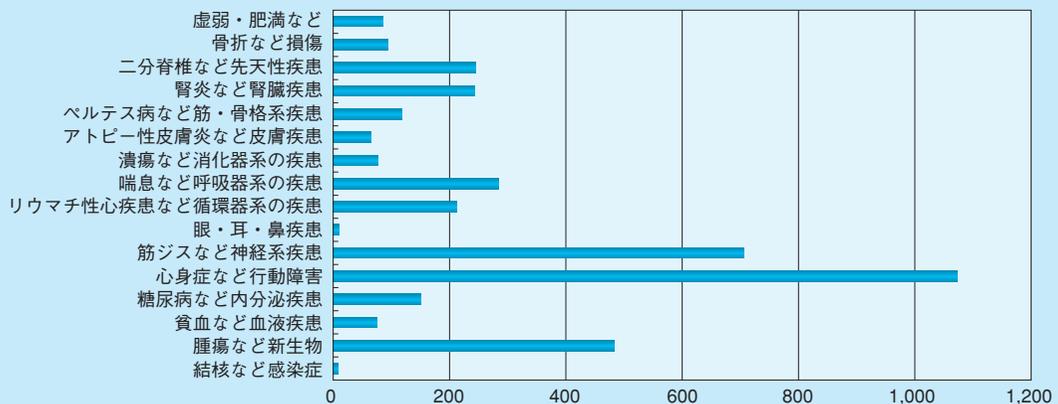


図1-2 全国病類調査の結果（病弱養護学校・分教室、病弱・身体虚弱特殊学級等,2005）

## 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

### (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－<sup>35)</sup>」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<sup>49)</sup>、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<sup>4)</sup>。4月が3,487人で最も少なく、7月には3,937人に増加し、12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。



図1-3 平成14年度全国病弱養護学校月別在籍児童生徒数

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

### 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

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。

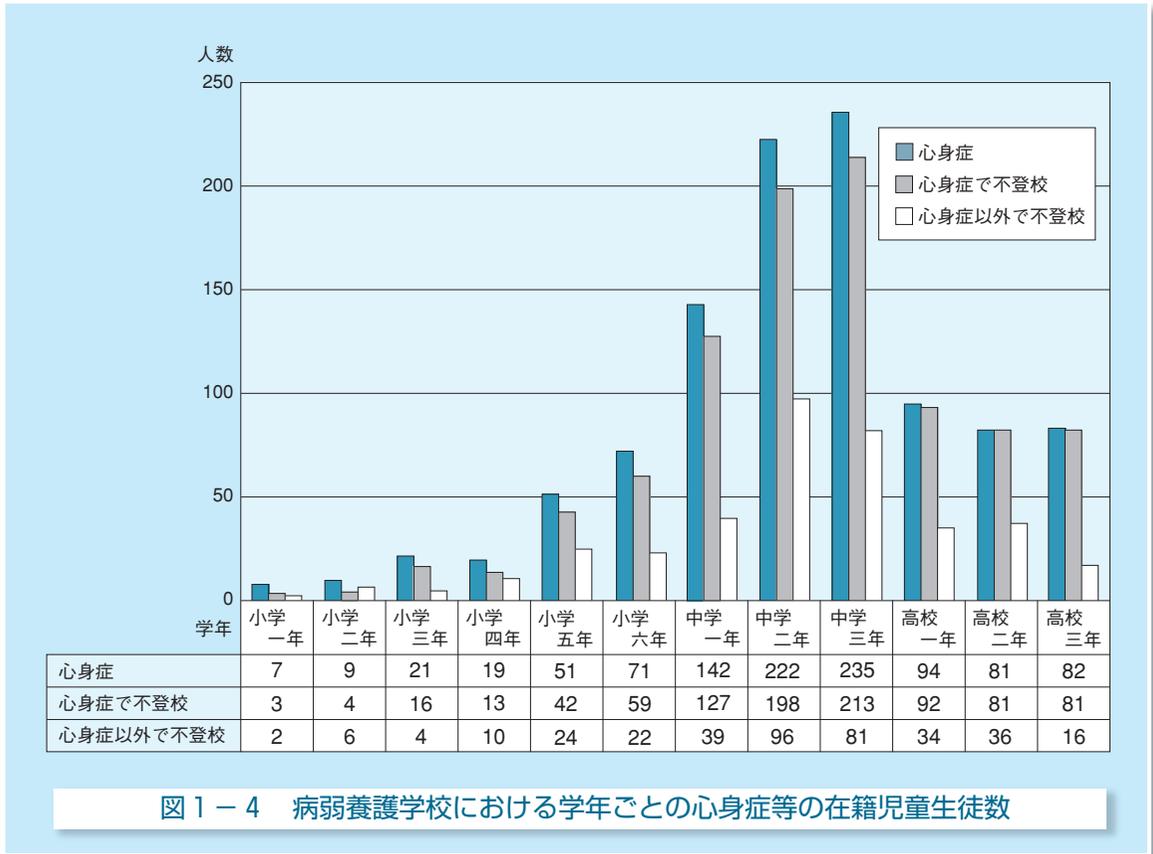


図1-4 病弱養護学校における学年ごとの心身症等の在籍児童生徒数

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）。

### 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

「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。

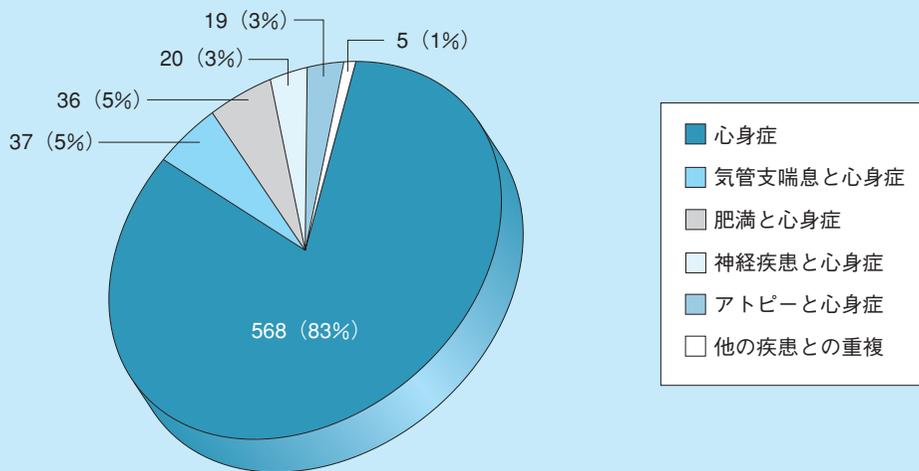


図1-5 心身症と重複する疾患（国立特殊教育総合研究所，2004）

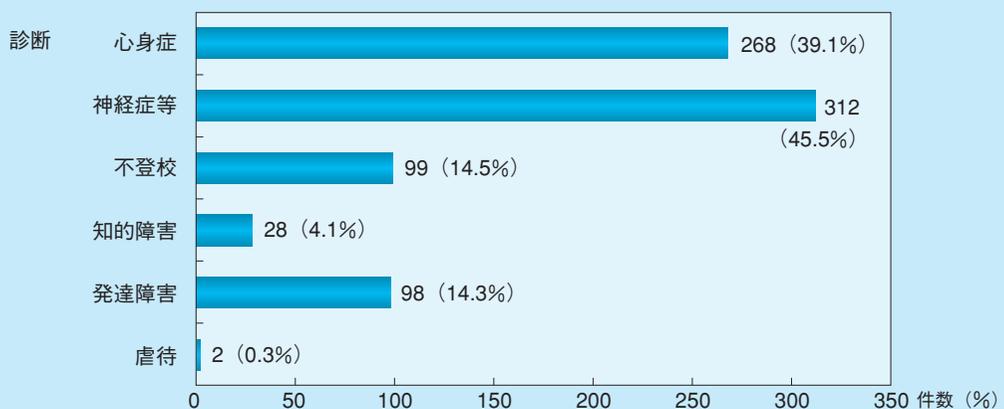


図1-6 「心身症などの行動障害」685例の診断内訳（807件）

### 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

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。

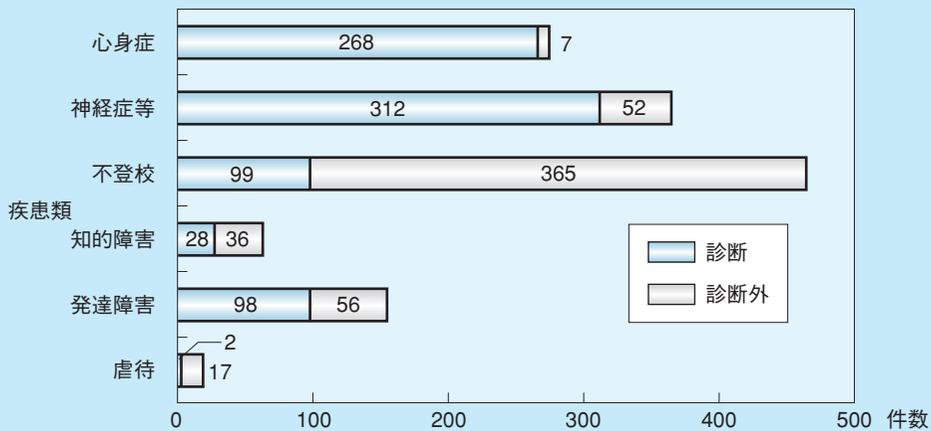


図1-7 心身症群の診断と他の問題／疾患の疑い

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けていないなどの「学習態度・習慣の未形成」で310例（33.1%）で

### 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

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の気がかりな点、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製の欠如は「病気の自己管理不足」として括りましたが、10件であり

## 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

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<sup>18)</sup>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<sup>39)</sup>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)</sup> <sup>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軽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

## 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

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<sup>50)</sup>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(2001<sup>30)</sup>)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.<sup>8)</sup>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%であると報告されています。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ます<sup>5)</sup>。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ます<sup>3)</sup>。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<sup>41)</sup>)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

## 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

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<sup>50)</sup>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(2001<sup>30)</sup>)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.<sup>8)</sup>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%であると報告されています。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ます<sup>5)</sup>。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ます<sup>3)</sup>。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<sup>41)</sup>)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

## 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

治療の体制を準備していく必要があります。齋藤万比古氏の多軸的な評価システムによる支援と治療モデルが有効であると考えます。表1-1に示すように、第1軸の背景疾患の診断、第2軸の発達障害の診断、第3軸の不登校出現過程による下位分類の評価、第4軸の不登校の経過に関する評価、第5軸の環境の評価を行い、様々な専門家が協働することで、診断、教育、環境介入などを行っていくことが大切であります。この多軸的な評価システムによる支援と治療モデルについては、第2章で詳しく紹介します。そして、この多軸的な評価システムによる支援と治療の実現は、教育、医療、家庭、福祉等の協働で行われなければなりません。その際に、核となるものが個別の教育支援計画であります。今後、このガイドブックの対象となる児童生徒に対して、どのような個別の教育支援計画を作成し、それが学校支援や家族支援、地域支援につながっていくかは大きな課題となります。

表1-1 多軸的な評価システムによる支援と治療の構造

第1軸 ; 背景疾患の診断
第2軸 ; 発達障害の診断
第3軸 ; 不登校出現過程による下位分類の評価
第4軸 ; 不登校の経過に関する評価
第5軸 ; 環境の評価

### 2. 教室以外の「居場所」の環境整備

#### (1) 適応指導教室の整備充実

適応指導教室とは、教育委員会が、教育センター等学校以外の場所や学校の余裕教室等において、不登校児童生徒の学校生活への復帰を支援するため、児童生徒の在籍校と連携を取りつつ、個別カウンセリング、集団での指導、教科指導等を組織的・計画的に行う施設として設置したものをいいます。適応指導教室は、不登校児童生徒の学校復帰等の支援に関し、大きな役割を果たしてきた実績があり、今後もその役割は重要です<sup>23)</sup>。

適応指導教室の指導員は、集団への適応、情緒の安定、基礎学力の補充、基本的生活習慣の改善等のための相談・適応指導に必要な知識及び経験または技能、熱意と見識を有している必要があります。これらの資質・能力の向上のため、指導員に対する研修等の充実も不可欠であります。

さらに、適応指導教室の指導体制をめぐっては、専門性の不足や単なる「居場所」的要素が強かったり、医療を必要とする児童生徒に医療機関との連携を図ることなどに課題があります。児童生徒がどのような状態にありどのような支援を必要としているのか適応指導教室が正しく見極め（「アセスメント」）を行い、教育相談を実施することや、地域ネットワークの中核的機能を担うことなどを考えると、カウンセラー等の専門家など多様な人材を配置することも望まれます。このような環境にある事例を、第7章の事例4で紹介します。

そのほか、地域や学校の実情に応じて、不登校児童生徒が在籍する学校の学級担任、その他の教員がコーディネーター的な不登校担当教員、特別支援教育コーディネーター（LD、ADHD、

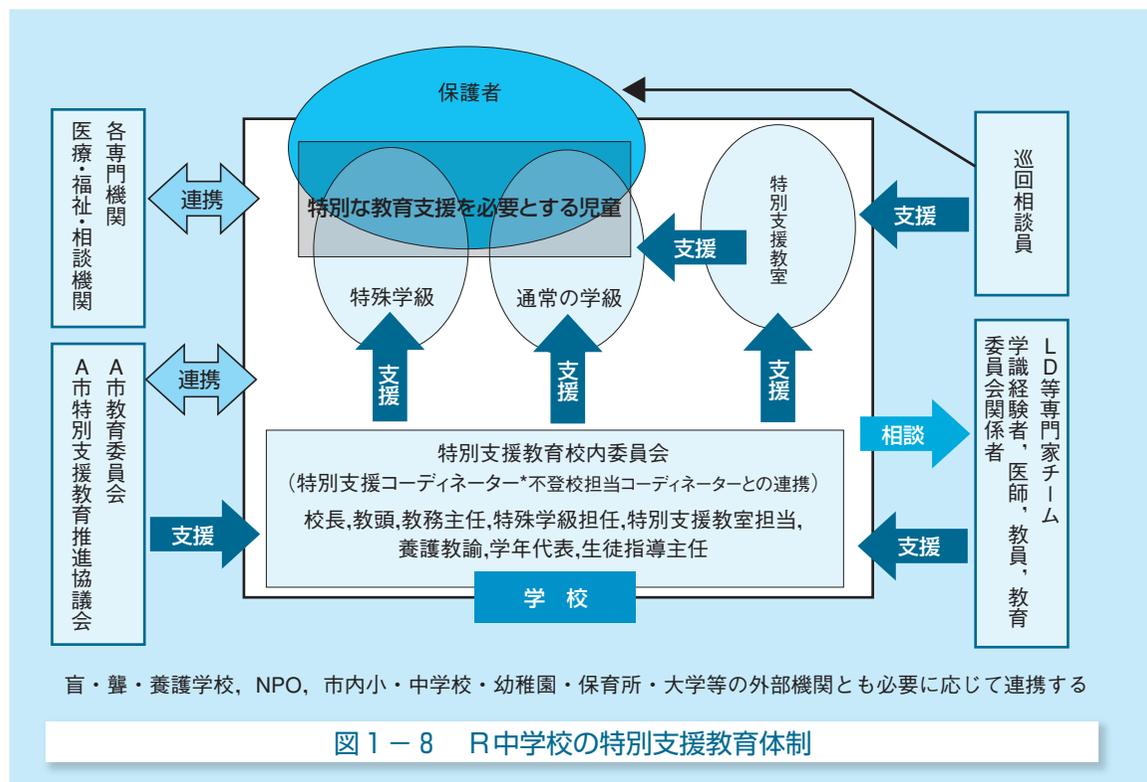
## 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

高機能自閉症、アスペルガーや特殊教育の範疇に含まれる既存の障害など特別支援教育の対象となる児童生徒の場合）や養護教諭との連携の下、機動的に適応指導教室に赴き、保護者や指導員等との情報交換や相談を行ったり、児童生徒の状態に応じて学習指導や教育相談を行ったりすることも考えられます。

不登校児童生徒への支援については、民間施設やNPO等においても様々な取組がなされており、今後、学校、適応指導教室等の公的機関は、民間施設等の取組の自主性や成果を踏まえつつ、より積極的な連携を図っていくことが望ましいです。

### (2) 特殊学級以外の校内リソース等を工夫しての支援体制

学校内で通常の学級と特殊学級の間の校内リソース等を工夫しての支援体制を組み、教育効果を上げている学校を紹介し、その課題について解説します。図1-8に示すように、特別支援教室(学校によって様々な呼び方をしています)は、個別指導を受けたい児童生徒のために設置し、その必要な時間だけ利用します。利用する手続きは学校によって違いがありますが、LD、ADHD、高機能自閉症、アスペルガーなど従来特殊教育の対象でない児童生徒も利用しています。また、数学や国語が苦手であるという児童生徒も利用しています。このような教室を小・中学校内に設置すると、LD、ADHD、高機能自閉症、アスペルガーの児童生徒が学級集団の中で「生きにくさ」を感じ心身症や情緒及び行動の障害を伴う形で不登校になった児童生徒や、様々なタイプの不登校の児童生徒の「居場所」になり、「安心」して登校できる児童生徒も増えてきます。学校内では保健室以外の重要な居場所になり、学習もそこで保障されるようになります。



盲・聾・養護学校、NPO、市内小・中学校・幼稚園・保育所・大学等の外部機関とも必要に応じて連携する

## 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

図1-8に示したように、特別支援教育校内委員会があり、メンバーは、校長、教頭、教務主任、特殊学級担任、特別支援教室担当、養護教諭、学年代表、生徒指導主任と特別支援コーディネーター（不登校対応担当コーディネーターとの連携も図りながら）から構成されています。また、学校外からのサポートとして、LD等の専門家チームや巡回相談員の支援を受けたり、相談をしたりしています。つまり、学校全体で校内、校外の支援を適切に活用し、特別な教育的支援を必要とする児童生徒をサポートしていこうする体制づくりをしている学校事例です。このような事例については、第7章の事例5の中学校の特別支援教室の事例を挙げてあります。

このような中間層の学級を組織すると、例えば、成果としては、児童生徒の学習への意欲向上につながる、学力のレベルアップ、中間層の学級の授業づくりにおける教師の連携、不登校の児童生徒の「居場所」になり得る、通常の学級と特殊学級の連携の架け橋となる「支援の場」などが考えられます。課題としては、加配教師がいる学校では問題がありませんが、加配教師がいない場合の教室運営は、学校全体で授業時数を増やしながら協力し合い、教室運営にあたらなければならない、校長の強いリーダーシップと教職員の連携が必要となってきます。

### (3) 病弱養護学校における教育的対応の課題

心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校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ます(全国病弱教育研究連盟、1996-2003<sup>51)</sup>)。病弱養護学校に在籍する心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある児童生徒は、数年間引きこもっていたり、様々な教育・医療機関を経て最後にたどり着く教育機関です。彼ら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、不安を軽減し、ストレスの軽減を図ることができるかです。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きます。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きます。Heyne and Rollings (2002<sup>9)</sup>)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ます。

渡辺 (2003<sup>46)</sup>)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ます。心身症や情緒及び行動の障害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とし、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ます。

また、深澤・棚田 (2001<sup>7)</sup>)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ます。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ます。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、活動内容の広がり段階です。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す。これらの仮説の順序性は、野口

### 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

(2002<sup>27)</sup>) 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ます。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ます。

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す。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ます。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<sup>20)</sup>）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考えています。

また，渡邊・鉄井・山下（2003<sup>44)</sup>）は，心身症や情緒及び行動の障害を伴う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ます。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，効果を上げてきました。

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ましたが，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推測されます。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や神経症への対策等の提言を行っています。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ます。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ます<sup>6)</sup>。心身症や情緒及び行動の障害を伴う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でしょう。

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ます。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ます<sup>31)32)</sup>。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%でありました<sup>33)</sup>。この2つの数値からものを言うことは少々乱暴ではありますが，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，心身症や情緒及び行動の障害を伴う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ます。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理解されます<sup>25)11)13)</sup>。

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ます<sup>17)</sup>。

Wallance and Hall (1994<sup>43)</sup>) やNorwich and Lunt (1995<sup>28)</sup>) 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ました。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します。このようなチームアプローチは，心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のあるの児童

## 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

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考えます。このような体制づくり，教師の専門性の向上，資質の向上が大きな課題となります。

### 参考文献

徳永豊（2005）「特別な教育的ニーズ」の概念と特殊教育の展開．国立特殊教育総合研究所，325，7-67.

### 引用文献

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) Aro, H., Paronen, O., & Aro, S. (1987) Psychosomatic symptoms among 14-16 year old finnish adolescents. *Social Psychiatry*, 22, 171-176.
- 4) 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.
- 5) Berntsson, L.T. & Gustafsson, J-E. (2000) Deteminants of psychosomatic complaints in Swedish school children aged seven to twelve years. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28,283-293.
- 6) Buitelaar, J. K., van Andel, 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.
- 7) 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.
- 8) Harada, Y., Yamazaki, T., & Saitoh, K. (2002) Psychosocial problems in attention-deficit hyperctivity disorder with oppositional defiant disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 365-369.
- 9) Heyne, D. & Rolling S. (2002) School refusal. ABPS Blackwell, 47-50.
- 10) 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.
- 11) Kearney, C.A.& Albano, A.M. (2000) When children refuse school: a cognitive-behavioral therapy approach-therapist guide. San Antonio TX : Psychological Corporation.
- 12) Kearney, C. A. (2001) School refusal behavior in youth: A functional approach to assessment and treatment. American Ppsychological Associaton., Washington, DC.
- 13) King, N. J. & Bernstein, G.A. (2001) School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of American Acadmy of Child Adolescent Psychiatry*, 40 (2), 197-205.
- 14) 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.

### 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) 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.
- 18) 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 (特). 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.
- 19) 文部省 (1993) 病弱教育における養護・訓練の手引. 慶應通信
- 20) 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.
- 21) 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
- 22) 文部科学省 (2002-2005) 学校基本調査報告書. 生涯学習政策局調査企画課.
- 23) 文部科学省 (2003) 今後の不登校への対応の在り方について (報告)
- 24) 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.
- 25) 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.
- 26) 長畑正道 (1986) 慢性疾患児の臨床心理. *小児内科*, 18, 861-864.
- 27) 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.
- 28) 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.32) Offord, D.R., Boyle, M.H. & Szatmari, P. (1987) Ontario child health study. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- 29) 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.
- 30) 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.
- 31) 齊藤万比古 (2000) 不登校の病院学級中学校卒業後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.
- 32) 齊藤万比古 (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.

### 第3節 心身症や情緒及び行動の障害を伴う不登校の現状と課題

- 33) 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.
- 34) 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.
- 35) 篁倫子・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
- 36) 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.
- 37) 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.
- 38) 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.
- 39) 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.
- 40) 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.
- 41) 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 - 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 -. 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.
- 42) 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.
- 43) Wallace, M., & Hall, V. (1994) Go collaborative! Subvert reform for the sake of the children. *Support for Learning*, 9 (2), 68-72.
- 44) 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.
- 45) 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 - 養護・訓練の指導を中心として -. 病弱虚弱教育, 35, 21-23.
- 46) 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.
- 47) 山下格 (2002) 精神医学ハンドブック第4版 - 医学・保健・福祉の基礎知識 -. 日本評論社, 187-219.
- 48) 横田雅史 (1995) 病弱教育の現状と課題. 教育と医学, 7, 4-12.
- 49) 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.
- 50) 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.
- 51) 全国病弱虚弱教育研究連盟 (1996-2003) 病弱虚弱教育.
- 52) 全国病弱虚弱教育研究連盟 (1999-2005) 全国病弱虚弱教育施設一覧・全国病類調査表.

## 第2章 不登校児童生徒にみられる情緒及び行動の障害

### 第1節 はじめに

20世紀終盤になって、不登校は現象概念であり、その原因や発症要因が多様な異質性の高いものであるという点がコンセンサスとなって以来、不登校の児童生徒を精神医学的疾患概念で診断しようとする試みが我が国でも行われるようになってきました。不登校のベースに何らかの精神病理がある場合、その疾患に特異的な治療を行うことが非常に重要であることは当然です。と同時に、不登校の児童生徒が共通して持つ心理社会的課題の特性を適切に評価していくことも忘れてはなりません。不登校が異質的なものであるという点を考慮すれば、事例ごとの個別性、特殊性を反映し、全体像を俯瞰しうる総合的な評価体系が必要となります。

そこで、本稿では均衡のとれた不登校理解の枠組みとして、表2-1に示す多軸診断システム<sup>1)</sup>の概略を説明し、次いで不登校児童生徒に見られやすい情緒及び行動の障害について疾患ごとに検討していきたいと思います。疾患名については、原則として米国精神医学会の診断基準であるDSM（最新版はDSM-協-TR<sup>2)</sup>）に基づきました。

表2-1 不登校の多軸評価

- 第1軸；背景疾患の診断
- 第2軸；発達障害の診断
- 第3軸；不登校出現様式による下位分類の評価
- 第4軸；不登校の経過に関する評価
- 第5軸；環境の評価

それでは、実際に不登校の児童生徒に見られる情緒及び行動の障害にはどのようなものがあるのでしょうか。表2-2は、国立精神・神経センター国府台病院児童精神科に入院した不登校児童生徒106名についてのDSM-協-R<sup>3)</sup>による主診断です<sup>4)</sup>。類似した疾患をまとめると、多い順に不安・恐怖群、適応障害群、身体化群、抑うつ群となっています。重要なことは、不登校児童生徒に見られるこうした情緒及び行動上の障害は、将来の社会適応状況に影響を及ぼさうという点です。表2-2の106名について、中学卒業後10年目の社会適応状況により適応群と不適応群に二分し、どのような症状を有していたかを示したのが表2-3で、抑うつ症状、家庭内暴力、妄想関連症状は不適応群で有意に多く認められました。

## 第2節 不登校の多軸診断システム

この多軸診断システムでは、不登校児童生徒を総合的に理解するために5つの軸を設定しています。

表2-2 国府台病院児童精神科(院内学級)入院(入級)時の不登校児童生徒の診断<sup>1)</sup>

	人数 (%)
<b>合計</b>	<b>106 (100)</b>
<b>不安・恐怖群</b>	<b>37 (35)</b>
過剰不安障害	15
小児期または青年期の回避性障害	10
分離不安障害	8
その他	4
<b>適応障害群<sup>2)</sup></b>	<b>23 (22)</b>
不安気分を伴う適応障害	8
混合した情動像を伴う適応障害	5
情動と行為の混合した障害を伴う適応障害	3
適応障害	3
引きこもりを伴う適応障害	4
その他	
<b>身体化群</b>	<b>19 (18)</b>
転換性障害	7
身体的愁訴を伴う適応障害	6
心気症&特定不能の身体表現性障害	4
その他	2
<b>抑うつ群</b>	<b>16 (15)</b>
抑うつ気分を伴う適応障害	16
<b>その他の障害群</b>	<b>11 (10)</b>
選択性緘黙	3
反抗挑戦性障害	2
摂食障害	2
妄想性障害	1
特定不能の解離性障害	1
同一性障害	1
注意欠陥・多動性障害	1

1) DSM-5-Rの特軸、(脇軸診断から主診断名を1つ選択した。

2) 適応障害群は「身体的愁訴を伴う適応障害」と「抑うつ気分を伴う適応障害」を除いたその他の適応障害からなる。

## 第2節 不登校の多軸診断システム

表2-3 不登校の随伴症状と中卒後10年目の社会適応状況

	適応群 <sup>1)</sup>	不適応群 <sup>2)</sup>	有意差
身体症状	59 (78)	17 (59)	NS (傾向あり) <sup>3)</sup>
不安・恐怖	40 (53)	20 (69)	NS <sup>3)</sup>
抑うつ症状	19 (25)	13 (45)	p<0.05 <sup>3)</sup>
家庭内暴力	7 (9)	11 (38)	p<0.01 <sup>4)</sup>
引きこもり	7 (9)	7 (24)	NS (傾向あり) <sup>4)</sup>
転換・解離症状	8 (11)	6 (21)	NS <sup>4)</sup>
強迫症状	6 (8)	5 (17)	NS <sup>4)</sup>
妄想関連症状	1 (1)	4 (14)	p<0.05 <sup>4)</sup>

1) 人 (%: 適応群中の比率) 2) 人 (%: 不適応群中の比率)

3) Chi-square test

4) Fisher's Exact Test

第1軸はその児童生徒が持つ背景疾患の診断です。不登校を症状の1つとする子どもの精神状態に関して、それが病的であるのか、どの疾患概念が適用されるのかを評価し、それを医学的診断として明確にする軸です。前述の身体化群のように、不登校児童生徒は多くの身体症状を呈してきます。これら身体症状が真に身体的なものか、精神症状として考えるべきかという判断が必要になります。この点については以下の身体表現性障害で再考したいと思います。

第2軸は発達障害の診断です。不登校の背景に、第1軸の精神疾患とは別に発達障害が認められる場合も少なくありません。その主たるものは、近年軽度発達障害といわれる注意欠陥/多動性障害やアスペルガー症候群、軽度の精神遅滞（疾患ではありませんが、境界知能も含んで考えた方が妥当です）などです。発達障害の特殊性のため、対人関係上の障害を引き起こすなどして不登校が生じる場合があります、特に第2軸として設定しました。以上の2つの軸が（狭義の）精神医学的診断に該当します。

そして第3軸は不登校出現様式による下位分類の評価です。不登校開始までの学校や友人関係における対処法や適応姿勢の特徴を考慮したもので、表2-4には5つの下位分類を示しています。

表2-4 出現様式による不登校下位分類

過剰適応型不登校

受動型不登校

受動攻撃型不登校

衝動統制未熟型不登校

混合型（あるいは未分化型）

## 第2節 不登校の多軸診断システム

過剰適応型不登校は、プライドが高く弱音を吐かずに強がる傾向があり、そうした姿勢の挫折として不登校が発現してきます。受動型不登校は、萎縮し不安に満ちた性格傾向を有し、いわば学校や仲間集団から圧倒されて不登校に陥ったと理解されます。受動型に類似したように見える受動攻撃型不登校は、実は大人の過剰な干渉に対して努力を放棄するという形で不満や怒りを密かに表出していると理解できるタイプで、自虐的な反抗の結果としての不登校とも言えます。衝動統制未熟型不登校は、発達障害などの体質的な衝動性の高さや、保護者や親しい友人などへの強度の見捨てられ不安などの理由から、対人関係場面での衝動統制が上手くいかず、結果として仲間集団から孤立し不登校に至ったものです。以上のいずれにも分類できない不登校を混合型としています。この評価軸は、第1軸、第2軸に基づく援助方法とは別に、その児童生徒の人間関係や社会活動への対処法に応じた援助システムを検討する際に有用となるものです。

第4軸は不登校の経過に関する評価です。不登校の経過には図2-1のような諸段階がありますが、そのどの段階にあるのかによって周囲の関わり方を変えていく工夫が必要となります。

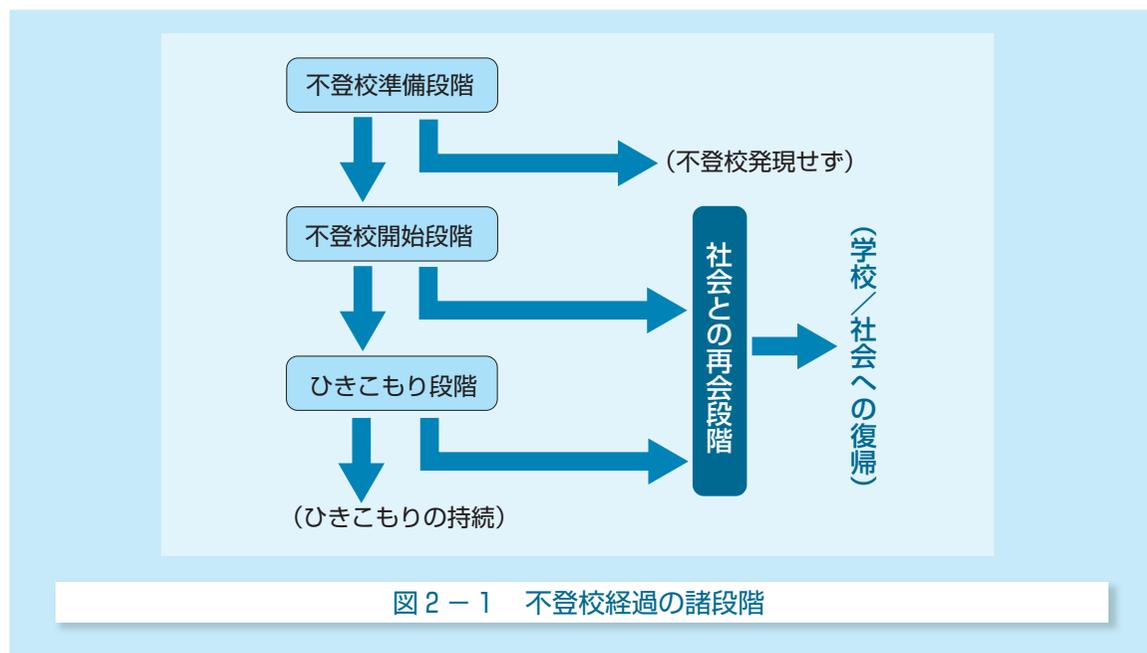


図2-1 不登校経過の諸段階

不登校準備段階では、児童生徒が抱える葛藤はまだ不可視領域で展開し、出現する症状があってもそれは身体症状などの一般的な症状であり、周囲が認識しにくい状態です。身体症状のケアなどを通じて、その子どもの訴えに耳を傾ける姿勢が重要です。不登校開始段階では、激しい葛藤の顕在化が生じ、家庭内での暴言や暴力、諍いなどの不安定さが際だってきます。休養が必要な状態であることを理解し、指示しすぎないような方針が原則です。その後のひきこもり段階では、外界からの回避と退行が前景に出てくる中で、徐々に余裕を回復しつつ自らの葛藤を解決しようとする変化が生じてきます。焦らず見守る姿勢、保護者の不安を支える対応が必要です。そうした経過を経ながら、社会との再会段階に入っていきます。この再会段階の端緒を敏感に察知し、外界への関心をデリケートに育むように心懸けていきます。

## 第2節 不登校の多軸診断システム

最後に第5軸は環境の評価です。不登校の児童生徒の援助に関わる時、子どもを取り巻く環境の質や問題点を正確に評価しようとする姿勢を持つことは、その援助の死命を制するほどの決定的な意義を持つとって過言ではありません。家族機能の質、ライフイベント、学校の特徴、いじめの有無、地域の支援体制などが対象になると考えられます。環境要因は、不登校の治療や援助の最も基礎的な部分であり、最優先の介入対象であると思われます。

以上のような多軸評価を念頭におくことによって、精神医学的にも心理社会的にも偏りすぎず、その事例を総合的に評価することが可能になると考えられます。

## 第3節 情緒及び行動の障害

### I. 不安障害<sup>5)</sup>

不安障害に属するものの多くは、全般性不安障害（小児の過剰不安障害を含む）、社会恐怖（社会不安障害）、分離不安障害であり、それぞれ「傷つきやすいプライド」「過度の内気さ」「家族へのとらわれ」といった不登校児童生徒の代表的心性が病理水準にまで強まった疾患と考えられます。さらにパニック障害や強迫性障害もこの群に含まれます。近年の研究では、不登校と不安障害及びうつ病との関連について言及するものが多く見られます。

#### 1. 全般性不安障害（小児の過剰不安障害を含む）

この特徴は日常生活の多数の出来事や活動に対する制御不能な過度の心配や不安であり、落ち着きのなさや緊張感、過敏さ、集中困難、イライラ感といった精神症状や、疲れやすさ、筋肉の緊張、睡眠の障害、頭痛、動悸、息苦しさ、下痢などの身体症状を伴います。将来の出来事についての非現実的な心配というのがこの障害で共通してみられる不安ですが、一般的には年長の子どもの方がより多くの症状を示すようです。有病率は2.9%から4.6%と報告され、分離不安障害と並んで子どもに多い不安障害です。

この障害を持つ子どもは、もともと神経質で不安を持ちやすく、自分自身に自信が持てずに他者に従順である傾向がありますが、同時に完全主義で、完璧でない行為について過度の不満を感じる傾向も併せ持っています。典型的には、他者からの承認を求めることに熱心だったり、自分の行為や不安に対する保証を過剰に求めたりします。

治療では、薬物療法に関しては抗不安薬や選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）といった抗うつ薬などが使用されますが、薬物単独では効果が不十分であるように思われます。適切な環境調整をしながら、本人が感じる不安の内容や対応方法を一緒に検討したり、保証を与えたりして次第に自信を持てるように努めていきます。こうした内容をシステムティックに行う認知行動療法の有効性も認められてきています。また遊戯療法として、遊びを通じて適切な形で自己主張を促していくことも有効です。治療者の焦りは禁物で、本人に寄り添いながら徐々に変化を促す姿勢が重要になります。

## 第2節 不登校の多軸診断システム

最後に第5軸は環境の評価です。不登校の児童生徒の援助に関わる時、子どもを取り巻く環境の質や問題点を正確に評価しようとする姿勢を持つことは、その援助の死命を制するほどの決定的な意義を持つとって過言ではありません。家族機能の質、ライフイベント、学校の特徴、いじめの有無、地域の支援体制などが対象になると考えられます。環境要因は、不登校の治療や援助の最も基礎的な部分であり、最優先の介入対象であると思われます。

以上のような多軸評価を念頭におくことによって、精神医学的にも心理社会的にも偏りすぎず、その事例を総合的に評価することが可能になると考えられます。

## 第3節 情緒及び行動の障害

### I. 不安障害<sup>5)</sup>

不安障害に属するものの多くは、全般性不安障害（小児の過剰不安障害を含む）、社会恐怖（社会不安障害）、分離不安障害であり、それぞれ「傷つきやすいプライド」「過度の内気さ」「家族へのとらわれ」といった不登校児童生徒の代表的心性が病理水準にまで強まった疾患と考えられます。さらにパニック障害や強迫性障害もこの群に含まれます。近年の研究では、不登校と不安障害及びうつ病との関連について言及するものが多く見られます。

#### 1. 全般性不安障害（小児の過剰不安障害を含む）

この特徴は日常生活の多数の出来事や活動に対する制御不能な過度の心配や不安であり、落ち着きのなさや緊張感、過敏さ、集中困難、イライラ感といった精神症状や、疲れやすさ、筋肉の緊張、睡眠の障害、頭痛、動悸、息苦しさ、下痢などの身体症状を伴います。将来の出来事についての非現実的な心配というのがこの障害で共通してみられる不安ですが、一般的には年長の子どもの方がより多くの症状を示すようです。有病率は2.9%から4.6%と報告され、分離不安障害と並んで子どもに多い不安障害です。

この障害を持つ子どもは、もともと神経質で不安を持ちやすく、自分自身に自信が持てずに他者に従順である傾向がありますが、同時に完全主義で、完璧でない行為について過度の不満を感じる傾向も併せ持っています。典型的には、他者からの承認を求めることに熱心だったり、自分の行為や不安に対する保証を過剰に求めたりします。

治療では、薬物療法に関しては抗不安薬や選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）といった抗うつ薬などが使用されますが、薬物単独では効果が不十分であるように思われます。適切な環境調整をしながら、本人が感じる不安の内容や対応方法を一緒に検討したり、保証を与えたりして次第に自信を持てるように努めていきます。こうした内容をシステムティックに行う認知行動療法の有効性も認められてきています。また遊戯療法として、遊びを通じて適切な形で自己主張を促していくことも有効です。治療者の焦りは禁物で、本人に寄り添いながら徐々に変化を促す姿勢が重要になります。

### 2. 社会恐怖（社会不安障害）

DSM-5-Rで小児期または青年期の回避性障害とされたものの多くが、この社会恐怖に該当すると考えられます。社会恐怖の基本的特徴は、よく知らない人の前に出るような社会的状況や行為状況に対する顕著で持続的な恐れです。そして恐れている社会状況に曝される場合には、泣いたり、かんしゃくを起こしたり、立ちすくんだりするような不安反応が誘発されます。動悸や発汗、手のふるえ、下痢、顔のほてりといった身体症状を伴うことも多く、また緘黙になったり他人との接触を尻込みするような場合もあります。日本では以前から対人恐怖症という概念がありますが、これは自分の赤面や体臭、視線が他人に不快感を与えるのではないかとという持続的な恐怖です。

大規模な疫学調査では、児童・思春期における社会恐怖の有病率はほぼ1%となっています。強いストレス体験や恥をかくような体験に引き続いて突然生じることもありますし、潜在的に徐々に発症することもあります。全体的には持続的な経過をたどることが多いようです。

治療に関しては、抗不安薬や抗うつ薬を中心とした薬物療法と認知行動療法が行われています。また不安から生じる身体症状を緩和するために、自律訓練や筋弛緩法などのリラクゼーション法を併用することが有効な場合もあります。

### 3. 分離不安障害

分離不安とは、子どもが養育者、特に母親から離れるときに示す不安一般を意味します。分離不安自体は決して病的なものではありませんが、そのために登校できないような状態になれば分離不安障害と呼ぶことになります。その基本的特徴は、家や養育者から離れることに対する過剰な不安で、結果として家から出られなくなったりします。年少者の不登校では、大なり小なりこの分離不安障害が関与しています。分離の場面に直面すると、頭痛や腹痛、吐き気といった身体症状が出現することもあります。

一般人口での有病率は、2.4%から4.7%と報告されていますが、小児期から青年期にかけて有病率は減少していきます。こうしたことから分離不安障害は年少者に多い疾患であることが分かります。

治療の面では、養育者が分離不安障害について理解し、子どもに対して十分な安心感を供給できるようにガイダンスすることが重要です。養育者は、子どもが離れていかないことを心配しつつ、自分の育て方に問題がなかったかと自責的になることも多いため、丁寧な心理教育を行っていきます。また時には、実は養育者が不安定で、子どもとの密着により自身の不安を防衛していることがあります。その場合、養育者は子どもが離れていくことに対して無意識にしろ抵抗を示しますから、養育者の気持ちを十分に汲みながら、不安への適切な対応方法を伝えることも必要になります。子どもの不安や身体症状が強い時には、SSRIなどの薬物療法も行います。

### 4. パニック障害

気が狂うことへの恐怖や死の恐怖に加え、動悸や窒息感、発汗、手足のふるえ、吐き気、めまい、感覚の麻痺などの多彩な身体症状が、予期せず突如として生じる不安発作がパニック障害の主症状です。不安発作がまた始まるのではないかとという予期不安のために、社会的活動を回避するようになってしまいます。青年期後期（18歳以降）に発症することが多いのですが、時に小学校

## 第3節 情緒及び行動の障害

高学年から中学にかけて生じることもあります。この障害には薬物が有効であり、同時に少しずつ活動範囲を拡大していく行動療法的介入が行われることが多い疾患です。

### 5. 強迫性障害

強迫性障害では、自分の意思に反してある考えが執拗に心に浮かんできたり（強迫観念）、ある行為を繰り返さないと気がすまない（強迫行為）傾向があり、そのために日常生活が障害されてしまうものです。前思春期である小学校高学年頃から発症頻度が増加してきます。また年少者の場合、家族に強迫行為を肩代わりさせる「巻き込み」を示す割合が高いことも特徴です。この障害も薬物療法が有効な場合が多く、SSRIなどの抗うつ薬が第一選択薬です。さらに、恐怖刺激に暴露した後で強迫行為をがまんしてもらうといった認知行動療法を併用して行うことが有効だとされています。

## II. 適応障害

適応障害は、不登校が何らかの明確な出来事を契機として生じてきた場合に適用される診断であり、基本的特徴は、はっきりと同定されるストレス因子に対する心理的反応で、その結果、臨床的に著しい情緒的または行動的症状が出現するものです。学校でのいじめ、部活動での失敗、友人とのトラブル、転校、天災、家族の病気や死などがストレス因子になり得ます。つまり、単一の場合も複合的な場合もあり、また反復したり持続したりする場合があります。そしてそのストレス因子が始まって3か月以内に出現し、逆にストレス因子終結後6か月以内に解決すると定義されています。

前景に出てくる状態像から、抑うつ気分を伴うもの、不安を伴うもの、不安と抑うつ気分の混合を伴うもの、行為の障害を伴うもの、情緒と行為の混合した障害を伴うもの、特定不能という下位グループに分けられます。思春期では、成人では抑うつ的になって当然であるストレス状態であっても、行為上の問題で反応する場合も多いため注意を要します。

地域調査で得られる有病率は2%から8%と報告されていますが、病院を受診する児童生徒においてはもっと多く、表2でも22%に達しています。女子により多く認められます。

治療に関しては、ストレス因子を同定し、その除去や改善が可能かどうかをまず検討します。時にはストレス因子への本人及び周囲の対応が、却って事態を悪化させている場合もあり、その悪循環をストップすることが優先される事例もあります。同時に、本人が持つストレス対処能力を高めることも必要です。これまでどのように対処してきたのか、利用可能な社会資源にはどのようなものがあるか、などをチェックし、ストレス因子への耐性を高める工夫をしていきます。一時的にストレス状況下を離れて休養をとり、身体的、精神的な回復を図ることが、対処能力の回復に寄与することもあります。短期間薬物療法を行うことも有効な場合があり、特に不安や抑うつ感、不眠などの身体症状に対しては、薬物で症状緩和を図ることが回復に役立つと考えられます。

## III. 身体表現性障害

身体表現性障害の一般的特徴は、身体疾患を示唆するような身体症状が存在しているのですが、それが身体疾患や他の精神疾患によって完全には説明できないものであるという点です。児童・

## 第3節 情緒及び行動の障害

思春期に比較的多いものとして転換性障害があります。またいわゆる小児心身症について検討したいと思います。

### 1. 転換性障害

転換性障害の基本症状は、運動機能あるいは感覚機能に影響を及ぼす症状が存在していること、あるいはそれらの機能に何らかの欠陥があることです。例えば、突然歩けなくなったり、あるいは立てなくなったりすること、声が急にかすれてしまうこと、飲み込みにくさ、手足の感覚が麻痺することなどがあります。そしてその症状や欠陥は身体的病気によるものでなく、心理的要因が関与していると考えられるものです。転換という言葉は、見出される身体症状が無意識的な心理的葛藤の「解決」として機能し、そのことで不安を減少させているという仮説に由来しています。かつてヒステリーと呼ばれたものの一部ですが、ヒステリーという言葉は様々な偏見があるため今日では使用しなくなっています。

診断にあたっては身体疾患の除外が必須ですが、診断技術が万全ではないことから、詳しく状況を聞いて判断することが重要です。また一度転換性障害と診断されると、すべての身体症状を心因性と考えてしまいやすくなりますが、身体疾患を合併することもあるため慎重な態度が必要です。

治療においては、身体症状に注目しすぎないように留意します。というのは、身体症状自体は本質的な問題ではないためであり、また注目されることが本人にとって利得（疾病利得）となる可能性があるからです。したがって身体症状に対しては意図的な無視をすることも治療的に働きます。そして信頼関係を築きながら、本人が抱える困難さなどを話し合っていくことが重要です。無意識的な心理的要因を探るよりも、現実的な問題解決を話していった方が効果的な場合も多いという印象を持っています。年少児など言語能力が乏しい場合や言語化が苦手な子どもには、遊戯療法などの非言語的治療方法が選択されます。薬物療法はあくまで補助手段と考えるべきで、不安や抑うつ、イライラ感のコントロールに抗不安薬や抗うつ薬を用いることもあります。

### 2. (いわゆる) 小児心身症

子どもは様々な状態で身体症状を呈しやすく、精神的な問題であっても身体症状が前景に出るため、小児科などの身体科を最初に受診することもよくあります。身体症状が不登校の初発症状であることも一般的です。したがって身体症状を見た時、それがどういう障害や状態によって出現したのかを適切に理解することが大切になります。感染症などの純粋な身体疾患を除外して、精神医学的に見た身体症状出現のメカニズムを分類すると、第一に、その症状自体が精神疾患であるものがあります。これには前述の転換性障害や、自分が何かの病気にかかっているはずだと思いこみ受診や検査を繰り返す心気症が含まれます。第二に、精神疾患の部分症状として身体症状が出現する場合です。例えば、不安障害や後述の気分障害は頭痛、腹痛、動悸、食欲低下などの各種の身体症状を伴います。つまり、明らかに身体機能の障害が生じているのですが、その原因が精神疾患にある群です。第三は、ストレス状態により身体症状が出現した場合です。この群では、過敏性腸症候群などのように身体症状のベースに既知の病態生理学的過程が存在し、その身体的病態が心理的諸因子に影響されています。本来の心身症と考えられます。DSM-協-TRでは、明らかな原因が存在すれば適応障害に、他の場合は身体表現性障害（鑑別不能型あるいは特

## 第3節 情緒及び行動の障害

定不能)と診断されることが多いと思われます。これら3群では身体症状の意味や重要性は異なりますし、主たる治療方法も当然違うものになりますから、漫然と小児心身症と見なすのではなく、常にこの分類を念頭におきながら必要に応じて小児科と児童精神科との連携を行っていくことが大切であると考えています。

### IV. 気分障害<sup>6)</sup>

気分障害の代表的疾患は、躁うつ病(DSM-協-TRでは双極性障害)やうつ病(同大うつ病性障害)ですが、不登校児童生徒に見られる抑うつ状態の多くは、大うつ病性障害より軽度の抑うつ状態が慢性的に持続する気分変調性障害や、前述の抑うつ気分を伴う適応障害レベルの抑うつであると思われます。

#### 1. 大うつ病性障害

大うつ病性障害の基本的特徴は、抑うつ気分(あるいはイライラ感)と興味・喜びの低下、さらに体重減少(あるいは増加)、睡眠の障害、焦燥感、疲れやすさ、気力の減退、罪責感、集中力の減退、死についての反復思考などが少なくとも2週間持続するという点です。思春期では抑うつ症状が反社会的な行動で表現される場合があります。かつては子どものうつ病はまれであると言われていましたが、近年成人と同様の基準で診断するようになって、子どものうつ病は比較的多いと考えられるようになってきています。成人の診断基準をそのまま当てはめることの妥当性や心因の関与が成人より大きいと考えられる点など、まだ議論の余地は残されていますが、うつ病を見逃さないように注意が必要であるという点は一般に受け入れられてきているようです。成人の基準を用いた研究からは、有病率は児童で2%程度、思春期になると4~8%と報告されています。児童では男女比はほぼ1:1で、思春期になると1:2と女子に多く認められます。

治療は、十分な休養と薬物療法が主体になります。薬物療法については、SSRIの一部で自殺念慮が高まるとされ使用が禁止されていますが、自殺念慮の有無に注意しながら抗うつ薬を投与することが基本であり、必要に応じて睡眠導入剤や抗不安薬も併用します。また子どものうつ病の場合は、心理社会的要因の関与が大きいので、家族への心理教育や家族療法、学校を含めた環境調整、子ども自身に対する支持的な関わりといった精神療法的アプローチが必須です。再発率が高いと報告されており、完全に回復(寛解)してもすぐに治療を中断しないことが大切です。

#### 2. 気分変調性障害

気分変調性障害では、慢性的抑うつ気分あるいは苛立たしさが1年の半分以上で持続的に認められ、さらに大うつ病性障害で述べたような症状のいくつかを伴います。この障害を有する子どもは、自己評価が低く社会的技能が未熟で、悲観的な傾向と同時に気難しさを併せ持ちます。症状自体の重症度は大うつ病性障害より軽度であることが多いのですが、慢性的経過をたどるために心理社会的な障害の程度は必ずしも軽度ではありません。気分変調性障害の中には、大うつ病性障害よりも心理的要因の関与の大きい一群、即ちいわゆる反応性の抑うつ状態やパーソナリティ障害圏の人の慢性抑うつ状態が含まれる可能性があり、大うつ病性障害よりも異質性の高い疾患であると言えます。

## 第3節 情緒及び行動の障害

有病率に関する研究は少ないのですが、児童では0.6%から1.7%、思春期年代で1.6%から8.0%と推定されています。また70%で大うつ病性障害を重畳し、また半数では他の精神疾患を併せ持つと報告されています。

上述した異質性は治療戦略を考える上でも重要です。治療に関する研究もやはり少ないのですが、現在のところ、大うつ病性障害に近いものには抗うつ薬を中心とした薬物療法を十分に行い、反応性のものであるならばより精神療法的アプローチの果たす役割が大きくなると考えられています。慢性的に持続する疾患であるため、積極的な治療が望ましいという意見が提唱されてきています。

### V. その他の疾患

ここでは統合失調症、反抗挑戦性障害と行為障害について簡単に述べますが、それ以外にも例えば、摂食障害のために不登校状態になる事例など、多くの精神疾患が不登校に随伴する可能性があります。

#### 1. 統合失調症

統合失調症の基本症状には、幻覚や妄想といった陽性症状といわれるものと、感情の鈍麻、意欲低下（無為）、自閉、無関心といった陰性症状といわれるものがあります。好発年齢は10歳代後半から20歳代ですが、中学校年代から次第に増加していきます。抑うつ症状や強迫症状が初発症状であることも多く、また不登校から引きこもりの生活になった生徒が間もなく統合失調症を発症したという例もあります。

治療は薬物療法が必須で、早急な受診が必要な疾患です。一般的に陽性症状の方が薬物に反応しやすく、比較的短期間で症状が治まることが多いのですが、陰性症状の方は薬物への反応が乏しく、長期にわたって残存することがあります。陽性症状が改善したら、少しずつ行動を促し、活動レベルを維持していくことが大切です。但しストレスへの耐性が低くなっていますので、負荷の量について医療機関との調整が必要です。

#### 2. 反抗挑戦性障害と行為障害

反抗挑戦性障害の基本症状は、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ことであり、行為障害では、他者の基本的人権や年齢相応の社会的基準を無視する行動様式が持続することです。

怠学傾向の子どもや不良集団に属する場合は別として、彼らが示す問題行動は何らかの危機的信号と考えられます。反社会的な行動で示さざるを得ない状況であるとも言えるかもしれません。したがって、彼らに対応する時にはその行動の背景にある問題は何かという視点を常に持ちながら、その心情に共感する姿勢を失わないようにすることが望まれます。その姿勢がなければ彼らと話し合いを持つことは不可能です。その上でなお社会規範を逸脱する行動をとる場合には、司法的な対応をとることも1つの策として考慮すべきでしょう。関係者が疲労や徒労感を持つことが多く、関係者を支援していく体制づくりや関係機関との連携が重要です。薬物療法の効果は限定的で、本人と協力関係がなければ継続的な服用も困難です。

### VI. 発達障害

発達障害には、精神遅滞、注意欠陥／多動性障害、広汎性発達障害、学習障害などが含まれ、こうした発達障害を有する子どもたちが、何らかのストレス状況下で不登校を生じることがあります。その場合に、上述のような情緒や行動の障害を併存症として発症することも少なくありません。そして治療に当たっては、各疾患で述べた諸点に加え、ベースに存在する発達障害の特性を考慮することが必要になります。また学校不適応を契機に初めて発達障害に気付かれる場合、家族も青天の霹靂という思いを持つことが多く、そうした家族の心情に十分配慮しながら心理教育や助言をすることが重要であることは言うまでもありません。

#### 1. 精神遅滞

精神遅滞は、明らかに平均より低い全般的知的機能を有し、コミュニケーションや自己管理、家庭生活、対人機能、自律性、衝動統制、学習能力、仕事などの領域で適応上明らかな制限を伴うものです。標準化された知能検査で、知能指数が50～55からおよそ70を軽度、35～40から50～55を中等度、20～25から35～40を重度、20～25以下を最重度としており、さらに精神遅滞ではないものの71～84の範囲を境界知能と別に定義しています。

この中で、軽度精神遅滞と境界知能に関しては、学校において学習上の困難を抱えながらも特に診断を受けることなく経過する例が多く存在します。しかし彼らは対人関係を維持したり、規則正しい生活を維持するための能力に制限があるため、時にトラブルを生じたり自信を喪失したりすることが起こりえます。実際には、何らかの問題行動や対人トラブルが端緒となって知的な問題に気付かれることも珍しくありません。彼らは自分の能力の低さをある程度自覚することが可能であり、そのために劣等感に悩み、そのマイナス感情やイライラ感を制御できずに他者に対して攻撃的になったり自傷行為などの問題行動を起こしたりします。

したがって治療に関わる場合は、彼らが持つ劣等感に十分配慮しながら、彼らの自己評価を高めるような対応が求められます。同時に、衝動統制能力の低さに対しては、適宜限界を設定し適切な行動を学習していくように促していくことが大切で、対人関係場面を想定した社会技能訓練（Social skill training）なども効果的です。また家族への丁寧な説明や、必要に応じて福祉的支援制度を活用することもポイントです。情緒が不安定で介入が困難な場合などは、向精神薬や感情調整薬などによる薬物療法を併用します。

#### 2. 注意欠陥／多動性障害（ADHD）<sup>7)</sup>

ADHDは、不注意や多動性－衝動性の症状が7歳以前から持続的に認められる疾患です。不注意は学業的または対人関係の状況で明らかとなりやすく、細部に綿密な注意が払えない、注意の集中が困難、何かを最後まで完成させることが苦手、集中力を要する課題は避ける、などの特徴が認められます。多動性－衝動性は、活動性の亢進や順番を待つことができない、周囲を見ずに飛び出す、といった症状として出現します。有病率は学齢期で3%から7%と報告されており、男子に多く認められます。

多動性－衝動性が主症状の場合は、比較的年少の頃から障害に気付かれやすいのですが、不注意が優性の場合や年長になり多動性が落ち着いてきた子どもの場合には、障害が分かりにくいことがあり、結果として我慢ができない、わがままな子どもなどと誤解されることもあります。

## 第3節 情緒及び行動の障害

対人欲求はあるのですが、衝動性などのため上手くコミュニケーションをとることができず、易怒的で暴力をふるうこともあるために良好な仲間関係の構築に失敗することもよくあります。その結果、抑うつ的になったり、逆に反社会的な行動に染まる子どもたちもいます。実際に、併存症として不安障害や気分障害などの情緒的な問題や、反抗挑戦性障害、行為障害などの行動上の障害を伴うことが少なくないと報告されています。

治療的には、家族や学校に障害について理解してもらい、適切な環境調整や関わり方について学んでもらうことが大切です。その上で、不適切な行動パターンに対して行動療法的な行動修正を行います。この時、周囲の考えを押しつけるのではなく、彼らの感情や思考を尊重する姿勢を忘れてはなりません。また薬物療法としてメチルフェニデート（リタリン<sup>®</sup>）が7～8割の子どもに有効で、第一選択薬として使用されるようになってきています。併存障害がある場合には、それらに対する治療も並行して行います。

### 3. 広汎性発達障害

広汎性発達障害の中で、知的な遅れのない自閉性障害やアスペルガー障害の子どもたちの中には、学校生活を送るようになり初めてその特徴が明らかとなり、不登校を含む不適応状態を呈することがあります。

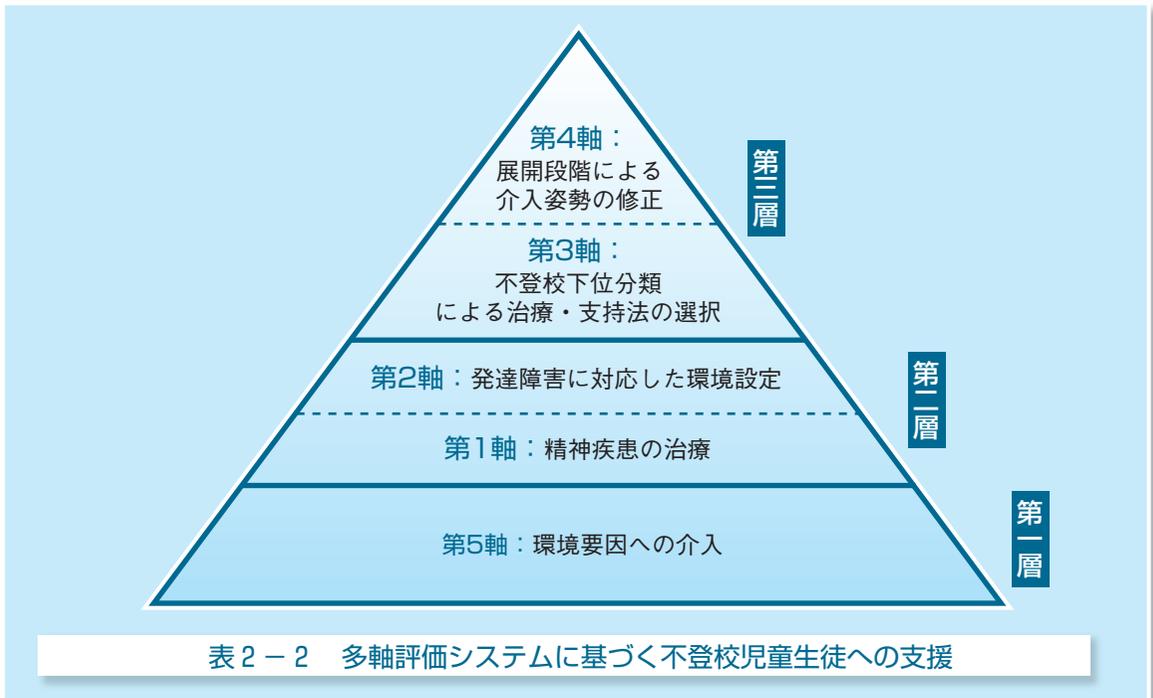
自閉性障害は、相手の気持ちを考えずに一方的に話したりするような対人相互交流の障害、及びオウム返しや独特な言い回しをするコミュニケーション上の異常、さらに1つのことを延々と繰り返したりするような著明に限定された活動と興味を基本的特徴としています。多くは、言語発達や知的な遅れにより幼児期に気付かれます。アスペルガー障害は明らかなコミュニケーション障害を伴わず、知的にも正常域あるいは境界知能のものが多く存在します。自閉性障害の有病率は1万人に2～20例と報告されており、より健常者に近い広汎性発達障害の子どもを含めると、従来考えられてきたよりも広汎性発達障害の有病率は高く、0.2～0.5%とする報告も見られます。

知的に遅れのない、いわゆる高機能といわれる子どもたちは、年少の間はそれなりの対人交流や集団参加をすることが可能であったりするため、周囲からは多少風変わりな子どもという程度に見られることも少なくありません。しかし思春期頃になり、友人関係が小集団化してくる頃になると、彼らの独特な認知構造や対人交流の持ち方、頑なな思考等のため次第に疎外されることが増えていきます。対人関係に無関心な子どももいますが、中には周囲に対する被害感情を強く持ち、結果として不適応状態に至る場合もあります。

不適応状態に至った子どもを支援する際には、彼らの被害感情に理解を示しながら、何とか現実的な対応策を受け入れてもらえるように時間をかけて話し合うことが必要です。受け入れ困難な要求をしてくることも多いのですが、その時にどうやって別の選択肢を提示して話しを継続していくか、支援者側のセンスが問われるといってもよいと思います。そのためにも平時からの信頼関係を構築していくことが肝要で、家族はもちろん学校関係者が広汎性発達障害の一般的特性や本人の特徴を理解し、関わっていくことが重要になります。彼らの被害感情や苛立ちが強い場合や、不安・抑うつ症状を伴う場合には抗うつ薬や感情調整薬、向精神薬などの薬物療法を行います。

## 第4節 多軸評価システムに基づく不登校児童生徒への支援

不登校に対する治療・援助は多軸評価の結果を反映させて、組み立てられるべきものです。ここでは図2-2のように三層構造の「不登校支援システム」として示しておきます。



不登校支援の土台にあたる第一層は、多軸評価第5軸の環境に関する評価結果にもとづいて治療・援助の基本的な方向を定めることが主な課題です。虐待が進行している子どもの不登校では、不登校について考慮する以前に、虐待に対する対応が最優先され、児童相談所への通報を含め、まず子どもを有効に保護することが第一目標となります。その他の家族機能に限界をもたらしている家庭状況やライフイベント（家族の病气、死去、両親の離婚、父親の単身赴任など）が明らかかな場合には、何をどのように支えれば家族機能を回復させ、不登校解決のための有効な援助を提供することができるかを検討しなければなりません。また、学校環境の評価を通じて、学校の誰と連携すべきかが明らかになっていくでしょうし、学校にどのような援助を期待できるかが明確になっていくでしょう。また、民間のフリースクールなど地域に学校とは別の活発な援助システムが存在するなら、それを利用することで、学校には復帰できそうもない子どもを援助することもできます。

不登校支援の第二層は、多軸評価第1軸（背景精神疾患）と第2軸（発達障害）の評価から導かれた不登校の背景に存在する精神疾患及び発達障害を直接治療・援助の対象とする部分です。第1軸評価で精神疾患の診断が確定した場合、その疾患固有の治療を提供し、その結果疾患が軽快していくと不登校も改善するということが少なくありません。例えば、不潔恐怖のため手洗いなどの儀式に長時間束縛され不登校となった中学生が、薬物療法と行動療法などの治療を受け、強迫症状が軽くなるにつれて徐々に登校できるようになっていったという事例もあります。注意欠陥／多動性障害やアスペルガー障害などの発達障害を背景に持つケースの場合、各々の疾患に

## 第4節 多軸評価システムに基づく不登校児童生徒への支援

特有な認知機能の障害を前提とした教室環境の構造化と特別な教育的支援の導入により、子どもの教室での不安と混乱を軽減することが可能となり、不登校傾向を改善できるのです。また、統合失調症や双極性気分障害等の精神病性疾患は、当初「不登校」以外の特徴を見出せないことがあります。そのような場合にも、時間の経過につれて精神病症状や気分の異常な高揚（躁状態）などが明らかになり診断がはっきりしてきたら、速やかに薬物療法を中心とする医療介入を開始すべきです。

不登校支援の第三層は、不登校下位分類の各型に固有な人格傾向や、不登校の各段階特有な心理状態に対応した治療・援助法の組み立てを行うための層です。環境要因への介入（第1層の治療・援助）や疾患特異的治療（第2層の治療・援助）がより一般的な支援であるのに対して、この層は不登校に特異性の高い支援ということになります。支援者は、「過剰適応型不登校」の子どもの過剰適応的な背伸びの背後にある傷つきやすさに共感しつつ、このタイプの子どもの「本当の自分」と直面できる段階まで支えるべきですし、「受動型不登校」の子どもには援助を急ぎすぎて彼らを怖がらせないよう穏やかでデリケートな配慮が必要ですし、「受動攻撃的不登校」の子どもではその見せかけの受動性に惑わされることなく、「命令しない、罰しない、しかし関心を持ちつづける」という姿勢を辛抱強く保たねばなりませんし、「衝動統制未熟型不登校」の子どもの場合、辛抱強さとともに、行動化に対する制限を大人の怒りや嫌悪の表現と感じさせない工夫と姿勢が一貫して求められるでしょう。また、不登校の時間経過によって支援者は段階特異的な治療・援助を行わねばなりません。支援者は「不登校開始段階（図2-1）」の混乱状況への介入は、あまり単一の介入姿勢に原則化しないほうがよいようです。支援者はまず、この時期の混乱状態の中で展開する子どもの状態像、親子関係の特徴、学校の介入姿勢などを偏見なしに観察することから始めましょう。まずは親や学校がそれぞれに持てる手段とこれまでの結びつきの歴史を踏まえて子どもと真剣に向かい合うことに取り組んでもらいましょう。この段階では、いたずらに絶望したり焦ったりせずに、子どもの気持ちに耳を澄まし向かい合うことに意義があると支援者は関係者に伝えましょう。「引きこもり段階」では混乱状態はある程度おさまる傾向にあるものの、変化に乏しい膠着状態が続くため、子どもとの共生関係に陥りやすい母親を孤立させないよう家族、特に両親を支援することが中心になります。「社会との再会段階」に入る頃から、多くの場合で本人が治療・援助の場に登場するようになります。この段階の治療・援助は、前段階で行っていた親機能（家族機能）の支持を続けるとともに、登場したばかりの本人の傷つきやすい心を支え、家と社会を結ぶ中間段階の集団と居場所を提供するとともに、やがては本格的な社会参加への挑戦のためのソーシャル・ワーク的支援へと展開していきます。

不登校支援は、これら三層の支援システムの各支援が有効にかみ合ったとき大きな成功をおさめるものであり、この各支援の食い違いが生じてくる際には多軸評価の再検討を行いながら、支援法の内容や組み合わせの修正を行っていくべきです。

## 第5節 まとめ

不登校の児童生徒をバランスよく評価し対応していくために、多軸診断という考え方を示し、その第1軸、第2軸に該当する代表的な情緒及び行動の障害について概説しました。治療・支援に関しても疾患ごとに説明しましたが、児童・思春期のすべての精神疾患において心理社会的因子の関与は非常に大きく、たとえ薬物療法が治療の主体になる場合であっても、家庭や学校における環境調整や家族及び友人との関係改善などを常に念頭におく必要があります。こうした総合的な治療プログラムを行う上で、家庭を含む関係機関の情報交換や連携が重要であり、不登校児童生徒で見られる障害を正しく理解することはその根幹をなすものと考えます。

### 参考文献：

- 1) 齊藤万比古 (2004) 最近の不登校. 臨床精神医学33 (4): 373-378.
- 2) 齊藤万比古 (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), 377-399.
- 3) American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition-revised (DSM-III-R). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- 4) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, C (2000) American Psychiatric Association.
- 5) American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1997) Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 36 (10S): 69S-84S.
- 6) American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1998) Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 37 (10S) : 63S-83S.
- 7) American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (1997) Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 36 (10S): 85S-121S..

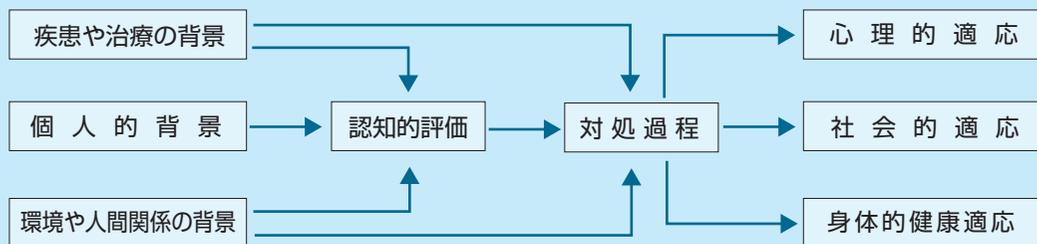
# 第3章 慢性疾患の子どもの不登校,それを予防するような配慮

## 第1節 慢性疾患への適応のための課題

慢性疾患をもつ子どもは身体的発育に障害を現すだけでなく、様々な心理的不適応を起こしやすくなります。そして、慢性疾患の子どもたちが不登校状態になりやすい傾向にもあります。その理由として考えられることは、疾患により生活規制や制約は様々ですが、入院・治療という環境的な要因、病気に対する不安、自尊心の低下、自己コントロール感の低下等の個人的な要因等が考えられます。

慢性疾患の子どもの気持ちに寄り添い支援していくために、図3-1に示した慢性疾患への適応に関する影響モデル<sup>5)</sup>をもとに考えていくことにします。図3-1は、慢性疾患への適応として心理的適応、社会的適応、身体的健康適応を目指していることが分かります。これらの適応に影響を与えるものとして、①個人的背景、②疾患や治療の背景、③環境や人間関係の背景、④認知的評価、⑤対処過程が挙げられます<sup>9)</sup>。

慢性疾患への適応を予測するものとなります①個人的な背景としては、年齢等発達段階やパーソナリティ（ある個人の環境・刺激に対する反応様式の総体）などが挙げられます。この個人的背景が疾患や治療の背景や認知的評価、対処過程に影響を与えるのです。



Stanton A.L., Collins C.A., & Sworowski L.A. (2001)

図3-1 慢性疾患への適応に関するモデル

②疾患や治療の背景については、慢性疾患は、病気の自己管理等によるコントロール可能性、病状の予測可能性及び重症度など多数の概念次元に沿って変化します（例えば、致死性のある疾患、生活崩壊に至る疾患など）。疾患のもつ特異性及び治療のもつ特異性は、少なくとも部分的にはこれらの概念次元に位置付け、考慮していかなければなりません。例えば、疾患がどのように推移していくのかの問題を考えたとき、進行性であるのか、あるいは寛解性であるのかにもよるのです。また、予後、要求されるライフスタイルの変更、副作用の問題も含め、適応に大きな影響を与えます。

③環境や人間関係の背景としては、家庭環境、入院環境、学齢児にとっては学校における教育環境が重要です。また、親子関係、友人関係、医療者等との関係及びそれらの人々とのソーシャル・サポートを高めることがストレス反応を軽減し、慢性疾患への適応によい影響を及ぼすことが期待されます。

## 第1節 慢性疾患への適応のための課題

④**認知的評価**とは、LazarusとFolkman<sup>6)</sup>よれば、一次的評価と二次的評価に区別されます。一次的評価は、出来事がどの程度子どもにとって脅威的であるかどうかというストレスの脅威性、あるいは重要性に関する評価です。例えば、自分が病気になったとき、大変なことだ、困ったことだなどと認知することです。二次的評価は、ストレスに対する対処行動についての評価です。二次的評価において、「何とかできる、原因をなくせる」など積極的に対処しようとする評価をするか、それとも「どうすることもできない、あきらめるしかない」など、コントロール不能感を強く持つかによってその後の対処行動が異なってきます。

⑤**対処過程**では、様々な対処行動がみられます。対処行動とは、ある問題状況に対し、それを解決、予防、回避しようとする行動の総体をいいます。例えば、消極的対処行動には、人を避ける、あたりちらす、いつもより眠る、喫煙、飲酒等で気晴らしをするなどの現実逃避、自分の言動に気をつける、あわてず、ゆっくりと考えて行動するなどの慎重な対応、全てを忘れようとする、何も起こっていないかのようなふりをするなどの問題の極小化、自分自身を責める、問題の責任を自分自身に向けるなどの自己非難があげられます。また、積極的対処行動としては、人に話し自分の気持ちを分かってもらった、人に問題解決の手がかりを求める、信頼できる人からアドバイスを求めるなどのサポートの動員、妥協し困った状況においても何か良いことを見付けようとしたなどの折衝、祈る、人生の意味を再発見するなどの意味の探求があげられます。

慢性疾患の子どもたちは、(田)個人的背景、(月)疾患や治療の背景、(火)環境や人間関係の背景、(水)認知的評価の影響により、対処過程では現実逃避や問題の極小化などの消極的対処行動から、症状に応じて適切な対処行動を選択遂行し、自己管理をしようとする積極的対処行動など様々な対処行動を行います。

慢性疾患と共に生きていく子ども達にとっては、健全な子ども達と比べて、病気に対する多くの課題を乗り越えていく必要があります。

## 第2節 発達段階とセルフケアの行動や留意点

これらの子どもの発達段階とセルフケアに関する行動については表3-1に示しました。Piaget<sup>8)</sup>の認知の発達段階とErikson<sup>2)</sup>の心理社会的な発達要因を示し、特に、小学校から高等学校までの発達段階におけるセルフケアに関する行動やその留意点について概説します。

学童期ではありませんが、幼児期・前学齢期は、入院し家庭と離れることによって分離不安、情緒不安を示しやすくなります。また、治療や入院に伴う苦痛体験やその過程で感じる様々な不安や遊びの欠如などからストレスをためやすく、時には退行行動がみられたり、睡眠や食事などに異常を示したりすることもあります。不安が増大してくると頭痛、腹痛等の身体症状として出現することもあります。これらに対応するには、例えば、保護者との面会を容易にする面会時間の自由化、保護者のための部屋の確保などが重要です。また、遊びを通して情緒的な安定を図り、発達を促す上でも病院内で保育ができる環境作りが重要です<sup>10)</sup>。

Piagetのいう「具体的操作期」では、論理的な思考が始まり、推論が発達します。この時期の子どもは原因と結果を具体的にプロセスで考えることができるようになります。

## 第1節 慢性疾患への適応のための課題

④**認知的評価**とは、LazarusとFolkman<sup>6)</sup>よれば、一次的評価と二次的評価に区別されます。一次的評価は、出来事がどの程度子どもにとって脅威的であるかどうかというストレスの脅威性、あるいは重要性に関する評価です。例えば、自分が病気になったとき、大変なことだ、困ったことだなどと認知することです。二次的評価は、ストレスに対する対処行動についての評価です。二次的評価において、「何とかできる、原因をなくせる」など積極的に対処しようとする評価をするか、それとも「どうすることもできない、あきらめるしかない」など、コントロール不能感を強く持つかによってその後の対処行動が異なってきます。

⑤**対処過程**では、様々な対処行動がみられます。対処行動とは、ある問題状況に対し、それを解決、予防、回避しようとする行動の総体をいいます。例えば、消極的対処行動には、人を避ける、あたりちらす、いつもより眠る、喫煙、飲酒等で気晴らしをするなどの現実逃避、自分の言動に気をつける、あわてず、ゆっくりと考えて行動するなどの慎重な対応、全てを忘れようとする、何も起こっていないかのようなふりをするなどの問題の極小化、自分自身を責める、問題の責任を自分自身に向けるなどの自己非難があげられます。また、積極的対処行動としては、人に話し自分の気持ちを分かってもらった、人に問題解決の手がかりを求める、信頼できる人からアドバイスを求めるなどのサポートの動員、妥協し困った状況においても何か良いことを見付けようとしたなどの折衝、祈る、人生の意味を再発見するなどの意味の探求があげられます。

慢性疾患の子どもたちは、(田)個人的背景、(月)疾患や治療の背景、(火)環境や人間関係の背景、(水)認知的評価の影響により、対処過程では現実逃避や問題の極小化などの消極的対処行動から、症状に応じて適切な対処行動を選択遂行し、自己管理をしようとする積極的対処行動など様々な対処行動を行います。

慢性疾患と共に生きていく子ども達にとっては、健全な子ども達と比べて、病気に対する多くの課題を乗り越えていく必要があります。

## 第2節 発達段階とセルフケアの行動や留意点

これらの子どもの発達段階とセルフケアに関する行動については表3-1に示しました。Piaget<sup>8)</sup>の認知の発達段階とErikson<sup>2)</sup>の心理社会的な発達要因を示し、特に、小学校から高等学校までの発達段階におけるセルフケアに関する行動やその留意点について概説します。

学童期ではありませんが、幼児期・前学齢期は、入院し家庭と離れることによって分離不安、情緒不安を示しやすくなります。また、治療や入院に伴う苦痛体験やその過程で感じる様々な不安や遊びの欠如などからストレスをためやすく、時には退行行動がみられたり、睡眠や食事などに異常を示したりすることもあります。不安が増大してくると頭痛、腹痛等の身体症状として出現することもあります。これらに対応するには、例えば、保護者との面会を容易にする面会時間の自由化、保護者のための部屋の確保などが重要です。また、遊びを通して情緒的な安定を図り、発達を促す上でも病院内で保育ができる環境作りが重要です<sup>10)</sup>。

Piagetのいう「具体的操作期」では、論理的な思考が始まり、推論が発達します。この時期の子どもは原因と結果を具体的にプロセスで考えることができるようになります。

## 第2節 発達段階とセルフケアの行動や留意点

この発達段階のセルフケアに関連することとして、認知能力が発達し、自分の健康や病気に関連した簡単な意思決定ができるようになっていたり、眼と手の協応など身体的な器用さが身に付き、自分の健康行動に責任を引き受けることができるようになっていたりすることが挙げられます。健康増進の価値や栄養、基本的な応急処置、環境に対する認識と安全についての情報を学ぶことができるようになります。療養上の指示に関して責任を引き受けることができるようになるので、適切な支援でそれを実行することができます。その際に、健康行動の目的と役割について説明することが必要です。例えば、糖尿病の子どもがインスリンの自己注射を行うことが可能になり、神経因性膀胱の子どもに対して清潔な自己導尿法を教えることもできるようになります。

Eriksonは、この時期を「勤勉性」対「劣等感」の段階としました。この時期は、勉強のことや仲間関係、身体的な技能の統制が達成すべき課題となり、学校での成績が主な関心の対象となります。自尊感情は、成績や家族、友人、その他の重要な大人の態度によって影響されるようになります。成績は、重要なもので成績を上げるプロセスの障害となる要因には強い関心を示します。例えば、治療や入院などは大きな障害となり、これに当たります。能力の喪失や地位の喪失、自己コントロールの喪失に対する恐怖は、ストレス下にあるときによくみられることです。学級集団の中で、病気という異質な状態にあり、学力面や生活面で皆と同じことができないことが不登校になる要因となり得ます。

この時期には基本的な生活習慣が形成され、家庭外の生活が多くなる時期です。友人との間で競争したり、妥協したり、協調したりして関係の拡大を図る時期であり、社会性が拡大する時期です。先に述べたように学校生活での適応や成績が大きな意味をもち、学校生活にかかわる問題が多くなります。入院や治療のため学校を欠席しがちとなると、学習に遅れがでたり、クラス内で孤立しがちになり、仲間から取り残されるといった恐怖感や不安感が高まることがあります。また、長期間にわたり入院する場合、病院という隔離された環境から、経験不足に陥ったり、仲間関係や社会適応の構築が未発達になることもあります。学習の遅れや行動面や情緒面での問題については、医療者、保護者、教育関係者等がお互いに連携を密に図り、支援していくことが望まれます。

思春期は、成人の能力に近づく時期です。Piagetは、この時期を認知発達の上で形式的操作期と呼びました。これは抽象化、概念化、内面化の能力の発達を意味します。事象の流れを頭の中で整理し、視覚化する能力が育ち、原因と結果とプロセスに関する複雑な科学的な理論が理解できるようになります。思春期に遭遇する課題は、Eriksonによると「アイデンティティ」対「アイデンティティの拡散」であるとしています。この時期は、自立を主張し、自分の価値を確立し、自己を確立するために格闘する時期です。集団に所属することに依存しながらも、徐々に理想的なイメージと比較して自分の外見と役割に気づくようになります。自立性の発達に伴い思春期の子どもは、自分の空間やプライバシー、秘密の保持に関心を示すようになります。両親との関係は、無視する、遠ざかる、そして許容するという態度の間で揺れ動きます。親以外の別の権威的存在に対しても葛藤に近い態度で対応するようになります。この時期の子どもが病気になり、入院する時に経験するストレスには、同一性の喪失やプライバシーの喪失、自己コントロールの喪失に対する恐怖と同時に、死や障害に対する恐怖もあります。思春期は、同一性と自分の能力が不確かなため、病気によって体の機能や概観が変わることと、その変化に対する他者の反応に敏感になり、気にするようになります。この時期の子どもには、概念化していく能力があるので病

## 第2節 発達段階とセルフケアの行動や留意点

気の意味することと、死の不可避性を理解できるようになります。理想的な自分のイメージと自分の容姿や能力を比較することで劣等感をもつなど様々な葛藤がおきやすい時期であり、自分の将来の生活について考えを探求する時期でもあります。この時期に慢性疾患をもつことは、学業の遅れや欠席などの学校生活上の問題や副作用への不安、ボディイメージに関する劣等感、病気の子供や自分の将来についての不安などを抱くようになり、複雑な心理社会的な問題を抱えるようになります。時には、保護者や医療者に反発し、治療拒否にまで発展することもあります。

病気になると日常生活とともに、体のケアも医療者等の他者に依存せざるを得なくなります。思春期では、体のことについて悩み、それとともに自立という課題達成のために病気を抱えながら様々な葛藤を経験します。思春期の発達課題を乗り越えることが健全な子どもにも大変なことと思いますが、慢性疾患をもつことは、その自己管理の維持や病気への不安との格闘等の葛藤を経験する中でさらに思春期の課題を乗り越えていくのです。

表3-1 学齡児の発達段階とセルフケアに関する行動

重要な発達要因	セルフケアに関する行動やその留意点
<b>具体的操作期(Piaget)</b>  <b>心理社会的発達(Erikson)</b> 「勤勉」対「劣等感」 仲間との関係の拡大 競争, 妥協, 協調が発達 障害, 地位の喪失, コントロールを失う ことに対する不安	<ul style="list-style-type: none"> <li>・8～9歳以降はインスリン注射のようなより複雑な器具を扱える。</li> <li>・健康的な食生活, 基本的な応急処置, 運動処方, ストレスの調節を学習できる。</li> <li>・自分の健康や病気に関連した簡単な意思決定ができる。</li> <li>・誤解を正す必要があることが多い。</li> <li>・行動の目的と役割について説明する必要がある。</li> <li>・賞賛はよい強化になる。</li> <li>・集団の状況は学習によい。</li> <li>・プライバシーは重要である。</li> <li>・計画立案を援助することでコントロールの感覚を持たせる。</li> </ul>
<b>形式的操作期(Piaget)</b>  <b>心理社会的発達(Erikson)</b> 「アイデンティティ」対「アイデンティティの拡散」 自立とセルフコントロールのための葛藤 集団に承認されることの重要性 理想的なイメージと自分の容姿や機能との比較 将来の生活についての考えの探求	<ul style="list-style-type: none"> <li>・複雑なセルフケア技能を学ぶことができる。</li> <li>・自分の医療処置のための器具を扱うことができる。</li> <li>・事故防止, 環境内の安全, セクシュアリティ, にぎび, 肥満, 妊娠, 薬物乱用などの健康問題を学習できる。</li> <li>・健康状態の将来の結果を理解できる。</li> <li>・健康に関する自己決定ができる。</li> <li>・可能な限り計画立案の援助をすることでコントロール感覚が持てる。</li> <li>・思春期の子どもと, 親とを別々に働きかけをするべきである。</li> <li>・プライバシーは特に重要である。</li> </ul>

(安酸監訳による一部修正<sup>7)</sup>)

## 第3節 慢性疾患の代表的な疾患の心理社会的な課題

### I. 各疾患ごとに抱えている心理社会的問題

本節では、腎疾患、気管支喘息、心臓病、悪性新生物、肥満・糖尿病の子どもの心理社会的問題について疾患との関連で述べます。

#### 1. 腎疾患

腎疾患は、長期にわたる治療を必要とする疾患であり、疾患の性質から入院生活のみならず、家庭、学校生活においても運動や食事など制約を受けやすいです。また、入退院を繰り返し、長期にわたる服薬、透析などを必要とします。腎疾患の子どもが抱えやすい問題として、食事制限への不満、運動制限への不満、ステロイド剤などの薬剤による副作用への不安、ボディイメージに伴う劣等感、学校を欠席することに対する不安、学業不振、治療や服薬の拒否、親子分離不安などが挙げられます<sup>12)</sup>。

保護者の抱える問題として、ステロイド剤などの薬剤による副作用への不安、後遺症、合併症などの病気と関連した不安、学齢期の子どもの親には、学習の空白、遅れなどが不安としてあげられています。また、思春期の子どもをもつ保護者からは、治療への拒否的態度への困惑、社会的適応の問題、進路の問題などが挙げられています。子どもと家族の抱える心理社会的問題に適切に対応することが重要です<sup>3)</sup>。

#### 2. 心臓疾患

心疾患には、先天性心疾患、不整脈、川崎病既往などがあげられます。ここでは、先天性心疾患の子どもについて述べます。先天性心臓疾患は多くの場合、出生直後あるいは乳幼児検診で発見され、その後病気と共に共存して生きていくこととなります。心臓病ということで家族の不安も強く、幼少児期に引き続き両親や家族により過保護に管理されていることが多いという報告があります。思春期、成人期になっても、両親に対する依存心が強く、患児本人が自分の病気に関する病識が低く、病気に対して無関心、無知なことが少なくないです<sup>4)</sup>。

学校生活を支援する上では、運動制限が主となります。学校生活管理指導表を用い、医師が定める管理区分がその指針となります。先天性心疾患児は、健常な子どもと比較し、突然死の危険性が高く、心臓に負荷をもたらず運動に関して種々の程度の制約を受けます。しかし、修学旅行、レクリエーションなどにおいて過剰な制限を強いられている場合が少なくありません。

思春期は、健康管理を含め、他者任せ状態から自己管理を行うための教育が重要です。しかし、自己管理を行うためにも心理的問題に対して適切に対処していく必要があります。先天性心疾患児は、身体的な問題以外にも多くの精神的・心理的問題を抱えていることが多いです。社会生活に対する不安、自分の健康に対する不安、死の恐怖など、どの患児も少なからず抱えています。抑うつ傾向、行動異常を呈することも多く、パニック発作が、動悸、呼吸困難、胸部圧迫感、発汗などを伴い、心不全や不整脈ととられることもあり配慮を要します<sup>4)</sup>。このような患児の心の問題を解決していくような支援体制を医療者、学校等で連携しながら対応していくことが重要です。

#### 3. 気管支喘息

気管支喘息は多因子性の疾患であり、心理社会的な問題は単に疾患の慢性経過によって生じる2次派生的なものだけではなく、原因又は誘因としても重要な役割を果たすものです<sup>11)</sup>。赤坂<sup>1)</sup>は、幼児期に喘息発作が始まることが多いが、発作をめぐって過保護・過干渉に育てられると、

## 第3節 慢性疾患の代表的な疾患の心理社会的な課題

子どもの自立性・自律性が阻害され、社会性を低下させて、疾病逃避などの悪循環を生じて難治化すると指摘しています。思春期には学校内外の社会環境が複雑になり、治療の主導権が保護者から本人に移行しますが、親に依存した状態から独立できないままであることが問題点として挙げられています。また、発作が起きると欠席が多くなり、学習の遅れや進路等に関する問題が深刻となります。病気に対する自己管理能力を育て、学力を補完するなどの適切な支援が必要です。

### 4. 悪性新生物

白血病は、血液のがんのことをいいます。白血病は小児がんの中でも最も多く、約3分の1を占めます。子どもでは急性が多く、約95%を占め、急性リンパ球性白血病と急性骨髄性白血病があります。経過と予後については、治療法の進歩により、急性リンパ球性白血病では95%以上で、急性骨髄性白血病では80%以上で寛解が得られるようになりました。寛解状態の時には、ほぼ健康な子どもと同じ状態になりますが、維持療法が必要になります。その後の経過は、白血病の型と様々な予後因子によって異なります。急性リンパ球性白血病と急性骨髄性白血病共に、全体として70~80%の長期生存が得られます。

頭蓋骨で囲まれた頭の中の脳、脳を包む髄膜、脳から出る神経などから発生する腫瘍を総称して脳腫瘍といいます。脳腫瘍には良性和悪性に分けられますが、悪性といっても極めて進行の早いものと、比較的進行の遅いものがあります。このため、病名のみで一律に経過を予想することは困難です。経過と予後については、短期に進行するものがありますが、ゆっくりと経過をするもの、治療により全治するものもあり、その経過と予後は脳腫瘍の種類により大きく異なります。このため、学校生活に大きな支障をきたす場合と全く支障をきたさない場合があります。

子どもにみられるその他のがんとしては、ウイルム腫瘍、網膜芽腫、肝芽腫、横紋筋肉腫、骨肉腫など多くの種類があります。

化学療法等による治療は、副作用も強く、免疫力が低下したり、その辛い経験が心的外傷後ストレス障害（PTSD）になったりします。病気が寛解してもとの学校に戻る時に、以下のこと<sup>5)</sup>で困惑し、それが不登校の引き金になることも考えられます。

- ・容貌の変化：脱毛によるカツラや帽子、ムーンフェイス、手術や治療の痕切断や切除による義眼・義足・皮膚の色素沈着など  
周囲の目が気になる
- ・体力の低下：疲れやすい、体力がない、筋力の低下、感染しやすい  
クラスのみんなど同じように授業が受けられない、過ごせない
- ・治療に関連：通院による早退、遅刻  
クラスのみんなど同じように授業が受けられない
- ・学習面：学習の遅れ、授業についていけない
- ・精神的負担：長期欠席した後の戻りづらさ  
発病前と同じように過ごせるかどうかという不安  
周囲の人に病気のことを聞かれたらどう答えるか  
いじめへの恐怖  
容貌の変化、体力の低下、通院による早退や遅刻をどう説明するか  
周囲の無理解な言動にどう対応するか、など

## 第3節 慢性疾患の代表的な疾患の心理社会的な課題

このようなことに加えて、晩期障害（治療終了後に出てくる様々な問題で、治療中に出てくる「副作用」や「合併症」と同じようなものですが、治療中は何でもなかったのに治療が終わってからや治療終了後何年も経ってから出てくるものもあります。）が出てくる場合があります。例えば、成長障害（身長が低い）、肥満、学習障害、不妊などの内分泌的な障害、二次癌などが起こる可能性があります。教育的な支援は、医療者と保護者と学校関係者が連携し、支援していく必要があります。

### 5. 肥満・糖尿病

ここでは、肥満および2型糖尿病群（初期）と1型糖尿病の2群にわけて考えていきます。

前者は、食事制限及び運動療法が重要な意味をもちますが、どちらかというところ、その遂行の継続性が課題であり、それをいかに支えるかが重要です。後者は、インスリン注射を毎日行うというストレスを抱えており、そのケアが重要な課題といえます。不登校や心の問題が生じた結果としては同じであっても至る経緯を考えると、その予防や対応は分けて考える方が望ましいでしょう。

慢性疾患をもつことが不登校にダイレクトに不登校につながるのではなく、様々な要因が付加されて、心の問題を起こします。そこで、心の問題を理解すること、それを予防することが、不登校を理解する上には重要となります。

なぜ不登校になるかについては、医療的側面と疾病的側面があります。

医療的には、外来通院や入院による時間的制約であり、しかも小児科領域では糖尿病の専門医が少ないために、遠距離の病院に通院することもあります。これらは、他の難病と同様であるといえます。また、治療を優先させるとどうしても、子どもの生活規制が増えてくるので、子どもたちの精神的な面に影響します。また、不適切な診療により問題を惹起させることもあります。これは情報をできるだけ提供していくという専門家の責務の一つと認知しています。

一方で、他の慢性疾患同様に、疾病を持つことに行動変容および意識、あるいは、自己イメージの低下などが影響することは予想されます。実際に、慢性疾患を持つ子どもたちの心理的な状況についての研究からも明らかです。例えば他人と異なると理解されると、いじめや不登校に至る例も少なくありません。このように慢性疾患をもつ子どもたちのこころのケアについては忘れてはいけません。私たちは慢性疾患の心理的ケアを行うために子どもたちの心の現状を把握するような研究を重ねてきましたが、見かけより子どもたちの精神面が育っていない面が明らかになってきました。

教育の問題で考えると、私たちの以前の調査において心理的な問題を抱えている率が高く、不登校および退学などの率が高い結果であり、あるいは進学率（高校、大学ともに）が低い結果でもありました。加えて、就職問題や複雑なものが絡んできます。しかしながら、教育が持つ様々な力を考えると、このサポートも可能となるので、きめ細かい教育指導・相談が必要であると考えます。

昨今は、情報の普及や心のケアをする医師が増えてきたので、以前より改善していますが、根本的な治療ではないので、常に、子どもたちの心のサポートと教育における対応を考えることが必要です。

## 第3節 慢性疾患の代表的な疾患の心理社会的な課題

### (1) 具体的に、それぞれの対応について実際にできること

ここでは、医療、学校、家庭、本人という視点で、実際にできることを例示してみました。

#### a) 医療側ができることを

不登校になった場合に心身症的な対応が望まれますが、ここでは、慢性疾患を診療する医師ができることを提示します。不登校になってからでなく、予防を考えて、ささいなことから子どもたちの教育を受けることに配慮することが必要です。

##### ・外来の設定

専門外来をもつ病院は少なく、身近で通院できないことも多いです。しかも、専門外来の曜日は固定されており、多くは午前診が多かったです。そのために、通院のために特定の授業が抜けることが多く、少なからず教育に影響を及ぼすことがありました。それを解消するために、外来の開設時間を延長したり、土曜日を利用したりする病院もできてきました。あるいは、日頃かかる「かかりつけ医」と専門医を両方受診することなども可能です。

##### ・学校側に連絡

学校保健分野では、学校医が最も専門的なアドバイスを行える立場であり、わが国が誇りうる制度です。しかしながら、診療科の細分化や難病の治療が日進月歩であることを考えると、主治医からの情報提供は不可欠です。そこで、必要に応じて、情報を提供することは子どもたちの学校生活をサポートすることになります。

糖尿病の場合は、低血糖対策と昼間のインスリン注射など、具体的にどのようなすればいいかも含めてアドバイスが必要となります。また、野外での学習、宿泊訓練、運動会などの場合には、あらかじめスケジュールを知り、具体的なインスリン量や補食量などのアドバイスを行うことが望まれます。

##### ・子どもたちの教育から医療以外の面での心のケア

慢性疾患の子どもたちは心の問題を抱えやすいことを示しましたが、可能であれば、臨床心理士とペアを組むことが望ましいです。医療制度の中に心理が入ることが特に必要な領域であると言えますが、しかしながら、現在の保険診療体制では、その部分の配慮が必ずしもできていないのが現状です。そこで、現状ではおのずと主治医が担うことが多いので、できる限り、心理面も配慮した診療が望まれます。あるいは、学校のスクールカウンセラーなどの制度も知っておくことが望まれます。

#### b) 学校側ができること

##### ・子どものニーズを知ること

慢性疾患をもつ子どもたちが教育を受ける上で、どのような配慮が必要なのか、保護者や子どもたちとの協議を通じてニーズを知ることが大切です。その時に、同じ疾患であっても必要なことが異なることも注意することが大切です。例えば、疾病のことをクラスに知らせるかどうかにしても子どもによって異なります。また、糖尿病では低血糖対策は重要ですが、子どもによってうまくコントロールされていることもあり、関与する程度が異なります。

##### ・同じ時間が治療のために授業を欠席することに対する補習

外来が決まった曜日、時間のため特定の教科の授業に参加することができない現状があります。

## 第3節 慢性疾患の代表的な疾患の心理社会的な課題

医療関係者はそのデメリットは、理解していますが、診療日を変えることは困難を伴います。できれば教育側の配慮が望まれます。

### ・緊急に対するマニュアル

担任だけでなく、保健室の養護教諭と連携をもち、緊急時の対策などをマニュアル化しておきます。また、機会があれば、教師間でも情報交換をし、情報を共有することが大切です。特に、糖尿病では治療により、過度の運動、食事の遅れなどで低血糖をおこすことがあります。これも、早く補食を行うと大事に至らなくて済むので、補食を保健室はもちろん、担任も常備するとよいでしょう。この低血糖時の補食は、一般的に砂糖を使うことが多いですが、最近は速やかな血糖上昇が期待できるグルコースが商品化されているので利用されることをお勧めします。緊急時の対応がうまくいくと、子どもたちにとって学校生活がストレスとならなくなり、心の問題を回避できることが期待できます。

### ・心のケア

心の問題の最初の気づきは学級担任です。そして、次にヘルスカウンセリングを担当する養護教諭が重要な役割を果たします。もちろん、ひどくなる前に、スクールカウンセリングなども早期に利用することをお勧めします。

### ・医療機関との連携

疾病の内容だけでなく、具体的な学校での対応についても、ぜひ、医療機関に連絡を図ることが大切です。

## c) 家庭ができること

### ・医療機関と学校との調整

医療機関と学校が直接に連絡をすることもありますが、頻度的には、保護者を通じて行うことが最も多いでしょう。そこで、どのようなことを伝えるといいのか、どのような問題があるのかを整理しておくことが望まれます。そして、両者に的確に情報を提供しておく、相互の連携がうまくいきます。

### ・子どもの気持ちを十分聞いていく

子どもたちが話せる場を提供し、安心して生活できる家庭が大切です。疾病の看護や介護だけでなく、場合によっては役割分担として、子どもに寄り添うことだけでもよいでしょう。年齢が高くなると、疾病のことは、できれば本人と医療機関に任せることで、自立を促すことも可能です。というのは、子どもたちの気持ちを知ることが大事ですが、子どもたちにもいろいろな側面があり、教師が知っている子どもの姿、医療機関でみせる子どもの姿、そして本当の子どもの姿など異なることが多いです。家庭においては、ありのままの子どもの姿がみられることが多いので、不登校を予防する上においても重要な役割を果たします。

## d) 本人ができること

子どもたちの行動がなければ問題の解決には至りません。もちろん、そのためにまわりの支援（ソーシャルサポート）が重要ですが、なぜ、そうであるのか、子どもたちに期待したいことは何かを考えることが大切です。それを知ることは、まわりがどうすればよいかというヒントとなります。

## 第3節 慢性疾患の代表的な疾患の心理社会的な課題

### ・自己管理能力を高める

まわりにしてもらっただけでは慢性疾患を克服することはできません。もちろん、疾病によるストレスが心身症を引き起こす要因となりますので、ストレスの軽減が大事ですが、ストレス対処能力を育てることも一方で大事なことです。糖尿病では、インスリンの自己注射、血糖測定など、具体的な行動様式を日常的に行えることが期待されています。あるいは、低血糖の気づきとその対応など、学校生活のトラブルを減らすことは、ストレスを軽減し、心の問題を予防できるのです。

### ・学習をする上で、どのような障壁があるか伝える

自分でいったい何が問題で、勉強をするのに妨げとなるのかを周囲の大人に伝えることが大切です。それが、問題を解決する最初であり、そこから、周りの人が考え、動き始めることを理解して欲しいのです。こんなこと言っても分かってくれないとあきらめるのではなく、まずは、自分の思いを伝えることが大切です。

### ・自分の希望・夢を育てる

子どもたちが人生に希望を持つことは、何よりも心の問題を解決する大きな力となり得ます。自分でこうしたい、ああしたいといったことを夢見て欲しいと思います。自分は病気だからできないんだ、とあきらめることは不要です。あきらめしないで、夢をおってほしいと考えています。

### (2) 大阪市立大学医学部附属病院・小児科（糖尿病グループ）の取り組み例

長年、多くの1型糖尿病患児の治療にあたってきましたが、心の問題も当初より重視しており、多くの情報発信を行ってきました。心身症を起こす実情を報告した後、なぜ、そのような心の問題を起こしやすいかについても最近の研究課題としています。解決できない問題も多いですが、現実には、子どもたちの心のケアを含めて治療を実践せざるを得ないので、日々の診療で行っている例を紹介します。ここでは、教育に関する内容であり、特に不登校を予防するのに役立つことを紹介します。

### ・医療レベルの向上

医療レベルの向上は患児の適応を良くするには当然のことです。よい治療は自己管理しやすくなり、患児のコンプライアンス(患者が医療上の指示を応諾することを指す)を向上させ、社会における適応能力の向上が期待できます。コントロールが良くなることで、子どもたち自身も社会における活動性が高まります。そこで、よりよい治療が必要ですが、しかしながら、子どもたちが受け入れやすく継続しやすいといった側面も重要です。例えば、インスリン治療だけでなく、副作用の防止として早期より利用してきたグルコース錠についても低血糖の対策としては有用であり、子どもたちの学校生活をサポートしてきました。

### ・情報発信からマニュアル本の策定など

私たちが経験したことを学会などに発表することによって、医療を担う人には情報提供できます。研究のための研究ではなく、社会還元を念頭においた研究を重ねてきました。また、多くの経験を少しでも患児や保護者、あるいは、学校の先生に役立つようにとマニュアルなどを作成してきました。昨今は、インターネットで多くの情報が飛び交うことで、患児たちも情報を共有しやすくなってきました。

## 第3節 慢性疾患の代表的な疾患の心理社会的な課題

### ・糖尿病の患者会

糖尿病は各病院での患者会が充実しており、日本糖尿病協会という、主として2型糖尿病である大人の患者会が多い全国的な組織に属しています。当然、大学病院でも患者会を有していますが、1型糖尿病はまれな疾患であるので、様々な医療機関に受診しています。そこで、医療機関を超えた患者会があります。ソーシャル・サポートを高める社会的資源として同じ疾患を抱えた人同士が集まり、苦しみを分かち合ったり、問題解決のために助け合うセルフ・ヘルプ・グループがあげられます。患者自身のためのセルフ・ヘルプ・グループや当事者の家族のグループなどがありますが、これらへの参加は本人や家族にとって大きな力となります。このようなサポートを行ってきました。

### ・キャンプの運営から医療キャンプから楽しみキャンプへ

1型糖尿病が発症すると長い入院をしたり、あるいは、定期的に検査入院なども過去にはありました。当時、入院に代わるものとして、糖尿病児のキャンプが開催されましたが、キャンプのもつ意味を考えると、キャンプによる集団生活により子どもたちが成長することが日頃の生活に役立つことが明らかとなりました。疾病に逃げることをさげ、同じ病気の子もたちとの交流など、楽しみを通じて行うキャンプは、子どもたちの心のケアに役立っています。このような経験をすることで、自己注射など自己管理もできることとなります。このようなキャンプの運営に、長年、協力を行ってきました。

### ・学校の先生方への勉強会

最近始めたことですが、外来終了時間に勉強会を開催して、特に、新学期には学校の先生方に案内を始めました。また、我々の患児の学校の先生だけでなく、希望すれば誰でも参加できるようにして、一人でも多くの理解をめざしています。

### (3) 医療側からみると

糖尿病の医療側からみますと、合併症を予防すること、そして、苦痛のある治療などの負担を軽減することを望んでいますが、医療の進歩はあるものの、今の現実では難しい面もあります。医療により子どもたちの学校生活に制限を加えたり、あるいは、不登校になることは、糖尿病の治療においても望ましくないことが多いです。そこに気づくと、治療の一環として心のケアを行うことが必要となります。子どもたちに教育を無視した医療はできないし、教育を受けることが医療にもよい影響を与えることを改めて強調をします。

## 第3節 慢性疾患の代表的な疾患の心理社会的な課題

### 参考文献

- 1) 赤坂徹 (1992) 気管支喘息児の親子関係. 子どもの心とからだ, 第1巻 (1), 1-9.
- 2) Erikson, E.H. (1963) *Childhood and society*. NY: W.E.Norton & Co., Inc.
- 3) 馬場礼三 (2003) 思春期慢性疾患児への対応, 学校における対応, 小児科, 44 (10), 1469-1473.
- 4) 姫野和家子・赤木禎治 (2003) 思春期慢性疾患児への対応, 先天性心疾患, 小児科, 44 (10), 1482-1488.
- 5) 細谷亮太・武田鉄郎他 (2002) がんの子どもの教育支援に関するガイドライン. がんの子どもを守る会.
- 6) Lazarus R.S., Folkman S. (1984) *Stress, appraisal, and Coping*. New York Springer Publishing Company.
- 7) Nancy, L, Whitman, B.A., et al. (1992) *Teaching in nursing practice*. Appleton & Lange, Inc., Norwalk, Connecticut, USA. (安酸史子:ナースのための患者教育と健康教育. 医学書院, 1996)
- 8) Piaget, J. (1976) *The grasp of consciousness: Action and concept in the young child*. Susan 7) Wedgwood (Trans). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 9) 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, 387-403.
- 10) 武田鉄郎 (2001) 内部障害・病弱・虚弱者の心理. 田中農夫男・池田勝昭・木村 進・後藤守編著: 障害者の心理と支援. 福村出版, 105-115, 2001.
- 11) 豊島協一郎 (1995) 気管支喘息. 西間三馨編集: 厚生省健康政策母子保健課: 小児の心身障害予防療システムに関する研究: 分担研究「長期療養児の心理的問題に関する研究」36-37.
- 12) 山崎宗廣 (1995) 腎疾患: 西間三馨編集: 厚生省健康政策母子保健課: 小児の心身障害予防療システムに関する研究: 分担研究「長期療養児の心理的問題に関する研究」, 37-40.

## 第4章 情緒及び行動の問題の評価

### 第1節 はじめに

心身症、不登校、問題行動、ならびに心の問題をもつ児童生徒の情緒及び行動の問題の評価にあたっては、身体的基礎疾患の病状、子どもの知的発達と心理社会的発達の特徴、子どもを取り巻く環境要因等を包括的に考え併せることが必要になります。しかし、これらの情報を一つ一つ丹念に吟味するには多大な時間と労力を要します。情報の入手ならびに整理を迅速かつ一定の方法で行うためには、効率の良い面接と質問紙評価票とを用いると便利です。

### 第2節 包括的評価における留意点

#### I. 心理社会的発達段階

子どもの心のあり様を評価する際に最も重要なことは「子どもは常に成長と発達とを続けている」を念頭に置き、今その子どもがどのような段階にあるのかを考えることです<sup>1)</sup>。

年少のうちは天真爛漫であった子どもが思春期になって「どうして命はあるのだろう、命を考えると死ぬのは怖い」と悩み始めたり、「体育祭で勝ったけれど、負けた組が私たちより熱心に練習をしていたことを考えると素直に喜べない」と沈んでいたりしたら、どのように評価するのでしょうか。「今まで明るかった子どもがうつ状態になっている」=「病的な状態である」という見方と「幼少時には知らなかったことがわかり始めて悩むこともある。周囲への配慮や感情の表現ができるようになり、勝ち負けの結果だけでは喜べないこまやかな感情が芽生えている」=「健全な成長・発達である」という見方ができますが、当然後者と理解すべきです。反抗する子どもについても同様であり、成人であれば社会規範を破ることは問題視されますが、思春期の子どもが反抗すること、時に大人の作ったささやかな規範を逸脱してしまうことを、全て問題視することは必ずしも適切とはいえません。

またある年齢層の子どもにとっては心理的ストレスになることでも、その年齢以外の子どもでは気にならなかったり、さほどの負担にならないことがあります。年少児では保護者による手厚い関わりが子どもの健全育成に必要ですが、思春期以降の生徒に同じように関わると過保護・過干渉となってかえって弊害を生むことにもなります。同じ行動であってもその子どもの知能と心理社会的発達段階がどの程度であるのかによって理解は異なります。

#### II. 情報の収集と取り扱い

情報は子どもや保護者からのみではなく、可能な限り多方面から収集し、なるべく経時的に観察することが望ましいです。情報の収集と取り扱いについての留意点<sup>2)</sup>を表4-1に示します。

## 第2節 包括的評価における留意点

表4-1 子どもの心理社会的問題の評価にあたっての留意点

1. 子どもの情報の信頼性。
2. 複数の情報提供者（子ども，両親，関係者）の情報の扱い。
3. 包括的評価にあたっての個人差の扱い。

### 1. 子どもの情報の信頼性

回答の信頼性は子どもの年齢や回答した状況（例：母子同室で得られた情報か、保護者のみもしくは本人のみから得られた情報か）により異なります。基本的には「子どもの言葉はすべて子どもにとっての真実」と受けとめねばならない一方で、「客観的事実とどの程度かけ離れているか」も慎重に吟味します。

### 2. 複数の情報提供者からの情報の取り扱い

問題の評価に当たり、最も適切な情報を与えるのは誰かを考えねばなりません。本人、家族、学校関係者など多くの情報が寄せられ、それらの内容に食い違いが見られる場合、どう判断するのかという点は問題を評価する上で最も重要な点です。問題の根源が家族や環境にある場合、家族からの情報に頼ることにより理解を歪めてしまうこともあります。担任教師とのトラブルの場合には、担任以外の教師や友人からの情報の方が客観性が高いと考えます。

主観性を重視すべき内容と客観性の方が優れている情報に分けて考えることも大切です。それぞれと立ち歩き、落ち着きの無い子どもが、自分の行動を冷静に見つめているとは考えにくいです。しかし、子どもが泣きながら「給食の食器の触れ合う音が怖くて落ち着かない、どうしてよいかわからないから笑っている」と訴え、教師が「教室ではとてもニコニコして普通に見えます」と言った場合、どちらの言葉が子どもの心を表しているのかは自明です。子どもの心の内面の問題は子ども自身が語る言葉のほうが、担任教師や親の言葉よりも信頼できます。一般的に心の内面や感情の訴え（internal problem）は子ども自身の情報の信頼性が高く、クラスで落ち着きがない、動き回るといった行動上の問題（external problem）は教師や周囲の人の情報が信頼性が高いとされています。

さらに家庭か学校か、あるいは少人数か多人数かといったように状況が変われば子どもの態度は変わる可能性があります。「授業中ぼんやりしている」「ちょっとした刺激で教室を飛び出してしまう」という学校関係者の情報は、授業中の様子を知らない親の情報よりも正確である可能性が高いです。子どもが一人っ子で家において大人とのやりとりでは落ち着いていることと、教室の中の様子とは同じではありません。

### 3. 個体差の取り扱い

個人における発達に伴う変化と個体差や個性を考慮する必要があります。都市部の子どもと地方の子どもの行動には微妙な差があります。いわんや家庭環境によりさまざまな個人差はあつて

## 第2節 包括的評価における留意点

当然のことです。個性を疾病（障害）とするのか個性とするのか、子どもにとってよりよい理解を熟考せねばなりません。

一つ付記すべき点は、個性か疾病（障害）レベルなのかを考えるとき、あくまでも集団の中の一人としてどうあるべきかを考えねばなりません。保護者の子どもへの思いとして個性の範疇として特別の配慮を願うことは当然ですが、行過ぎるとその子自身の将来のためにもプラスにはならないこと、なわち個性として認めるのには何処かに限界があることは明確にしなければなりません。

### Ⅲ. 面接における情報収集

#### 1. 聴取する内容

子どもの発達の特徴と家族環境の概要を知るために聴取すべき項目を表4-2に示します。これらの情報は面接で直接聞いても問診票に記入してもらってもよいのですが、回答する時の保護者や子どもの様子も含めると面接のほうがより得られる情報は多いと思われます。ただし、口ごもったり不安そうにする場合には「後でこの質問紙に記入してください」等の声かけとともに記述に切り替え、無理をさせないようにします。

表4-2 面接で収集する情報（文献1）より引用一部改変）

1. 主要症状と現病歴
  - ・ 症状出現時の状況
  - ・ 症状に対する子どもの親の態度  
(誰が困っているのか、親？子ども？周囲の人？)
  - ・ 症状が増悪したり軽減する状況
  - ・ 今までに受けた治療
  - ・ 子ども、親ならびに周囲の人が症状をどう理解しているか
2. 既往歴・発達歴（母子手帳を持参してもらう）
  - ・ 周産期の状況
  - ・ 幼児期の問題、健診における問題
  - ・ 発達歴
  - ・ 内科的既往歴
  - ・ 精神科的既往歴
  - ・ 予防接種や歯科検診などの保健活動への参加
  - ・ 小学校入学後の成長曲線
3. 家族歴
  - ・ 身体疾患
  - ・ 精神疾患
  - ・ 親の生育歴（可能な範囲で）
4. 養育者
  - ・ 乳幼児期の主たる養育者と育児に対する考え方
  - ・ 現在の主たる養育者と育児に対する考え方
5. 保育園、幼稚園、学校ならびにその他の集団での様子
  - ・ 就園、就学時の様子（登園しぶり、母子分離不安）
  - ・ 友達関係（いじめ、いじめられ体験の有無）
  - ・ 学業成績（変化はないか、科目別もしくは分野別に差がないか）
  - ・ 課外活動
  - ・ 遊びの様子
6. 心理社会的問題
  - ・ 家族関係
  - ・ 家庭の社会的、経済的問題
  - ・ ライフイベント
  - ・ その他のストレス要因

## 第2節 包括的評価における留意点

### 2. 面接の際の留意点

聞き取りの状況について子どもと保護者を同室で面接するのか別々にするのかは、可能な限り別室（子どものみ、保護者のみ）と同室の両方を行うのが望ましいです。一般的には家族歴、既往歴、発達歴や現在までの治療歴、学校や家庭における行動上の問題については、保護者の方が正確な情報を提供してくれますが、子どもの内面や秘密の反社会的な行為については子どもの情報が正確です。子どもは保護者に、保護者は子どもに聞かせたくない秘密を持っていることもしばしばあります。それぞれが一人ずつでは雄弁であるのに同室にした途端に互いの顔色を見合わせるような場合もあり、家庭における人間関係を推し量るのには重要な情報になります。

## IV. 質問紙評価票（心理検査）

児童生徒の心理社会的問題の特徴は、子どもは心とからだの発達の途上であるがゆえに、何らかのストレスに対して気分障害のみ、行動面の問題のみではなく、子どもをとりまく日常生活のさまざまなところに徴候が現れることです。例をあげると、単にうつや不安といった気分のみではなく、食欲低下、眠れない、学業成績の低下、友達と遊ばないあるいはトラブルをおこす、表情がかたい、ぼんやりとする、といったさまざまな症候が現れます。評価票には、これらの問題を包括的に評価する方法と不安、うつなど特定の気分焦點をあてて評価する方法とがあります。前者の例としては、PSC日本語版、CBCL、後者の例としては、抑うつ尺度、不安尺度があげられます。

### 1. 包括的評価

#### (1) PSC (Pediatric Symptom Checklist) 日本語版<sup>3-7)</sup>

PSCは米国Massachusetts General Hospitalの児童精神科医Jellinekら<sup>3,4)</sup>により開発された子どもの心理社会的問題のスクリーニング検査です。開発目的は多忙な小児科外来における簡便な心理社会的問題の発見でしたが、その後さまざまな現場や疫学調査でも用いられるようになりました<sup>8,9)</sup>。筆者らは原作者の許可を得て日本語版を作成し、心理社会的問題を発見するためのカットオフ値を設定しました<sup>6)</sup>（表4-3）。

PSC日本語版は、35項目の質問文に対し子ども自身ではなく保護者に「全くない」、「時々ある」、「しばしばある」の3段階で記入を求め、それぞれ0, 1, 2点として合計点（PSCスコア）を算出します。PSCスコアが17点以上の場合、スクリーニング陽性とし「心理社会的問題あり」と判定します<sup>6)</sup>が、何らかの最終診断を下すものではありません。すなわちこの検査で陽性であった場合には、子どもが何らかの心理社会的問題を持つと考えて、更にどのような問題であるのかの検索を続けねばならないでしょう。一方でこの検査はそのスコアだけが役立つのではなく、「そわそわして、じっと坐ってられない」「まるで“モーターで駆られるように”ふるまう」といった多動症状、「よく眠れない」「あまり楽しそうに見えない」といったうつ症状など、どの項目がチェックされているのかを見ることにより、次に進むべき検索の方向が推察されます。また特に介入を必要としないような軽度の問題であっても、チェックされた項目がその子どもの今後の観察ポイントであることが理解されます。注意しなければならない点として、保護者が記入するため、問題発現直前の社会適応が良好である場合や、保護者の精神疾患や養育不全などの記入者側に問題が大きい場合には、正確な評価が得られない場合があります。

## 第2節 包括的評価における留意点

表4-3 PSC日本語版

### PSC日本語版健康調査票

お子さんの状態について最もよく合っていると思う所に印(✓)をつけて下さい。

	全くない	時々ある	しばしばある
1 何らかの体の痛みを訴える	_____	_____	_____
2 一人で過ごすことが多い	_____	_____	_____
3 疲れやすい, あまり元気がない	_____	_____	_____
4 そわそわして, じっと坐ってられない	_____	_____	_____
5 先生とトラブルがある	_____	_____	_____
6 学校にあまり興味がない	_____	_____	_____
7 まるで "モーターで駆られるように" ふるまう	_____	_____	_____
8 空想にふけることが多い	_____	_____	_____
9 気が散りやすい	_____	_____	_____
10 新しい状況をこわがる	_____	_____	_____
11 悲しい, 幸せでないと思う	_____	_____	_____
12 いらいらしたり, 怒ったりする	_____	_____	_____
13 希望がないように見える	_____	_____	_____
14 一つのこと集中できない	_____	_____	_____
15 友達と遊びたがらない	_____	_____	_____
16 他の子供達と喧嘩をする	_____	_____	_____
17 学校を休む	_____	_____	_____
18 学校の成績が悪くなっている	_____	_____	_____
19 自分を卑下する	_____	_____	_____
20 (体調の不調を訴え) 診察してもらっても どこも悪い所はないと言われる	_____	_____	_____
21 よく眠れない	_____	_____	_____
22 心配性である	_____	_____	_____
23 以前と比べて親と一緒にいたがる	_____	_____	_____
24 自分は悪い子だと思っている	_____	_____	_____
25 必要がないのに危険なことをする	_____	_____	_____
26 よくケガをする	_____	_____	_____
27 あまり楽しそうに見えない	_____	_____	_____
28 自分の年齢よりも幼稚にふるまう	_____	_____	_____
29 規則を守らない	_____	_____	_____
30 気持ちを表さない	_____	_____	_____
31 他の人の気持ちを理解しない	_____	_____	_____
32 他の人をからかう	_____	_____	_____
33 都合の悪いことを人のせいにする	_____	_____	_____
34 他人の物をとる	_____	_____	_____
35 物を分けあうのをいやがる	_____	_____	_____

## 第2節 包括的評価における留意点

### (2) CBCL (Child Behavior Checklist)

幼児期から思春期にいたる子どもの情緒や行動を包括的に評価する質問紙として、米国 Vermont大学のAchenback<sup>10, 11)</sup> が開発した一連の調査票があります。保護者が記入する Child Behavior Checklist (CBCL), ほぼ同じ内容で本人が回答する Youth Self Report (YSF), ならびに教師が回答する Teacher's Report Form (TRF) です。CBCLは2-3歳の幼児版 (CBCL/2-3) と年長児版 (CBCL/4-18) とに分かれます<sup>12)</sup>。

CBCLなど一連の評価用紙の構成の特徴は、子どもの情緒と行動を多面的に評価することであり、それぞれ男女別に標準化されています。CBCL/4-18は社会的能力尺度と問題行動尺度から構成されています<sup>12)</sup>。社会的能力尺度は、子どもの趣味や友達関係、家族関係など生活状況を調べるものです。問題行動尺度は118の質問項目と書きこみ可能な1項目から構成されています。これらの質問により評価される症状群尺度は、「ひきこもり」、「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つの軸からなり、さらに「ひきこもり」、「身体的訴え」、「不安／抑うつ」からなる内向尺度、「非行的行動」と「攻撃的行動」からなる外的尺度と総得点があります<sup>12)</sup>。これらの得点は標準化されたプロフィール表にプロットするとT得点に換算されます。このプロフィール表には2つの点線が記入されており、2つの点線にはさまれた領域は境界域、その下は正常域、その上は臨床域と評価されます (図4-1)。これらの結果から、子どもの情緒面及び行動面の発達や問題の特徴を一目で包括的につかむことができます。さらに対象年齢がひろいことから追跡調査によるその子どもの変化を観察することが可能です。

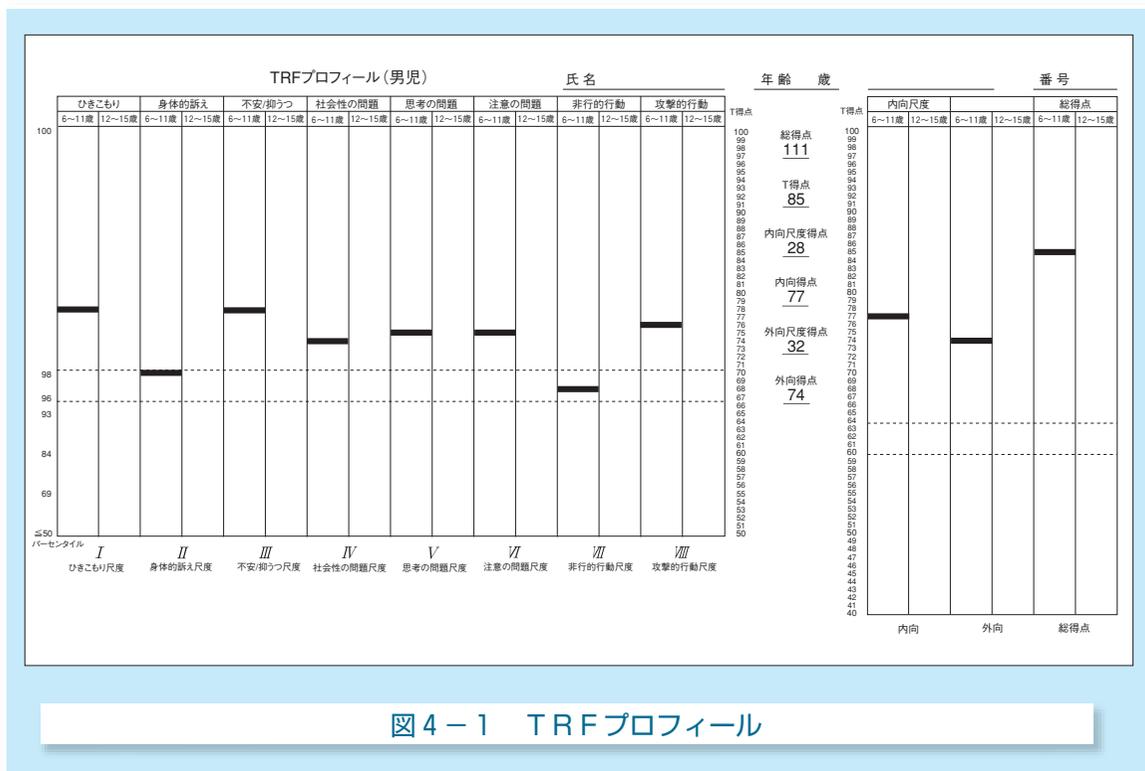


図4-1 TRFプロフィール

## 第2節 包括的評価における留意点

### 2. 抑うつ尺度

#### (1) Children's Depression Inventory (CDI)

CDIはKovacs<sup>13)</sup>により開発された小児のうつを評価する質問紙で、子どもの生活にあわせて、学校や友達との関係に関する質問など27の項目から構成されています。3種類の選択肢の中から子どもが検査時点における自分の気持ちに最も近いものを子ども自身が一つ選んで回答します。対象年齢は6-17歳です。3種類の選択肢にそれぞれ0-2点が配点され、得点を合計します。日本語版の使用に当たって、質問紙はMulti Health System社<sup>14)</sup>に注文して取り寄せます。

### 3. 不安尺度

#### (1) State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Spielbergerにより開発された検査法で、不安を状態不安 (State anxiety) と特性不安 (Trait anxiety) とに分けて評価します<sup>15)</sup>。状態不安とは、人が有害なものだと判断したときに短時間に誘発される不安、つまり「いま」ある不安のことであり、一方特性不安とは人格とも云うべき生来持っている不安、すなわち「いつも」ある不安のことです。検査は状態不安と特性不安に関する質問項目が各々20問、合計40問より構成され、それぞれの質問について不安の程度を4段階で自記式で回答します。対象は中学生以上です。各々の回答に1-4点が配点され、状態不安と特性不安とに分けてそれぞれ20項目の点数を合計し、判定を行います。合計点は、男女ごとに、特性もしくは状態不安別にそれぞれ「非常に低い」、「低い」、「普通」、「高い」、「非常に高い」の5段階で評価されます。

#### (2) Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS) ; 児童顕在性不安検査

Castanedaらが作成した検査であり、日本語版は坂本により開発されました<sup>16)</sup>。42問からなる不安測定項目のほかに虚構性項目 (11問) を含む全53項目から構成されており、回答の信頼性、妥当性を評価することができます。回答は「はい」「いいえ」「わからない」の中から一つを選んでそれぞれ○や×を自記式で記入します。対象は小学4年から中学3年です。採点方法は、用紙の説明に沿って「○」の数をカウントします。合計数により、不安の程度を「非常に低い不安」、「低い不安」、「正常」、「高い不安」、「非常に高い不安」の5段階に分けて評価できます。

## V. 知能発達検査

さらに質問紙ではありませんが知能発達の輪郭を評価する発達検査も、広義の心理検査の範疇に含まれます。児童生徒の知能検査としてはWISC-III (Wechsler Intelligence Scale for Children)<sup>17)</sup> が代表的であり、とりわけ最近では発達障害児の評価に用いられることが多いので、WISC-IIIの基礎知識を付記します。

WISC-IIIでは「絵画完成」や「単語」などの下位項目の課題から、知的水準を測定して平均を100とする指数で表します。全検査による知能指数 (FIQ)、言語性IQ (VIQ)、動作性IQ (PIQ) と言語理解 (VC)、知覚統合 (PO)、注意記憶 (FD)、処理速度 (PS) の4つの群指数が得られます。その結果から、子どもの知能発達のアウトラインと発達の偏りの有無を推察することができます。知的水準はIQ69以下が精神遅滞、70-79が境界線です。VIQとPIQの差が15以上ある場合に学習障害、4つの群指数の中でFDが低い場合に注意欠陥/多動性障害を疑う、あるいは

## 第2節 包括的評価における留意点

「知識」の得点がよいのに対して「理解」が低い場合には言葉の社会的な使用の稚拙さが伺われるなど、発達の特徴とその偏りを知る上で得られる情報は多いです。

### VI. 結果の活用

評価を行う前に得られた結果をその子どものためにどのように役立てるかを必ず考えておく必要があります。単に点数を伝えるだけに終わり、問題の原因の追及に終始してより良い対処法を提示しなければ、事態は更に悪化する可能性があります。決して評価した側の自己満足に終わらせてはならないのです。

結果を伝える際に保護者に伝えるのか、子どもに伝えるのか、あるいは両者同席の上で伝えるのかも非常に重要な問題です。その問題に対してどのような対処法がありどのようなプログラムを提供できるのかを説明する際には、子どもが同席することは、子ども自身が自分を理解し努力するために大切な機会になります。さらにプログラムが複数あるならば、その選択を子どもとともに検討する事は子どものモチベーションを高めるためにも有効です。このように結果の伝え方は一連の評価の中で特に重要なプロセスであり、評価を行うことの意義が問われることを認識して、慎重かつ真摯に行わねばならないでしょう。

#### 文献

- 1) 石崎優子 (2000) 診断. (星加明德, 宮本信也編著) よくわかる子どもの心身症. 永井書店, 41-52.
- 2) 石崎優子 (2000) 米国における思春期医学, 治療, 83, 1227-1233.
- 3) Jellinek MS, Murphy JM, Burns BJ. (1986) Brief psychological screening in outpatient pediatric practice. J Pediatr, 109, 371-378.
- 4) Jellinek MS, Murphy JM, Robinson J, et al.(1988) Pediatric Symptom Checklist: Screening school-age children for psychosocial dysfunction. J Pediatr, 112, 201-209.
- 5) 石崎優子, 深井善光, 小林陽之助 (1997) 米国マサチューセッツ総合病院Jellinekらの開発したPediatric Symptom Checklistの日本語版の作成 - 小児心身症早期発見のために -. 日児誌, 101, 1679-1685.
- 6) 石崎優子, 深井善光, 小林陽之助, 小澤亨司 (2000) Pediatric Symptom Checklist日本語版のカットオフ値. 日児誌, 104, 831-840.
- 7) 石崎優子, 深井善光, 小林陽之助 (2002) Pediatric Symptom Checklist日本語版の小・中学校および教育相談所における有用性の検討. 子どもの心とからだ, 10, 39-47.
- 8) Jellinek MS, Murphy JM, Little M, et al. (1999) Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care. A national feasibility study. Arch Pediatr Adolesc Med, 153, 254-260.
- 9) Murphy JM, Ichinose C, Hicks RC, et al. (1996) Utility of Pediatric Symptom Checklist as a psychosocial screen to meet the federal Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT) standards : A pilot study. J Pediatr, 129, 864-869.

## 第2節 包括的評価における留意点

- 10) Achenbach TM. (1991) Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- 11) Achenbach TM. (2000) The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. Pediatrics in Review, 21, 265-271.
- 12) 井濶知美, 上林靖子, 中田洋二郎, 他 (2001) The Child Behavior Checklist/4-18日本語版の開発. 小児の精神と神経, 41, 243-252.
- 13) Kovacs M. (1980/1981) Rating scales to assess depression in school-aged children. Acta Paedopsychiat, 46, 289-298.
- 14) Multi Health Systems : <http://www.mhs.com/>
- 15) 水口公信, 下中順子, 中里克治(1991)日本版STAI使用手引, 三京房, 京都.
- 16) 坂本龍生 (1989) 日本版児童顕在性不安検査CMAS使用手引, 三京房, 京都.
- 17) 日本版WISC-III刊行委員会訳編著 (Wechsler D著) (1998) 日本語版WISC知能検査法, 日本文化科学社, 東京.

### 検査の入手方法

#### 1) PSC日本語版

利益を伴わないコピー使用は可能であるが、使用にあたっては以下へ連絡する。  
関西医科大学小児科学教室 石崎優子  
FAX : 06-6993-5101 E-mail : ishizaky@takii.kmu.ac.jp

#### 2) CBCL

以下にFAXで問い合わせる。  
国立精神・神経センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健部  
FAX : 042-346-1979

#### 3) CDI

以下のウェブサイトアクセスしカスタマーサービスに問い合わせる。  
<http://www.mhs.com/>

#### 4) STAI, CMASの発売元

三京房 : 075-561-0071

#### 5) WISC-IIIの発売元

日本文化科学社 : 03-3946-3131

## 第5章 教育相談

### 第1節 はじめに

最近数年の「特別支援教育」を推進する動きはその枠組み作りや組織体制作りを焦点としつつ、現在も全国各地で精力的に取り組まれています。特別支援教育が「障害のある子ども一人一人の教育的ニーズに対応する」という命題を遂行する中で、重要な柱の一つとなっているのが盲・聾・養護学校における「地域のセンター的機能」です。

この「センター的機能」においては、地域支援を積極的に行うことが求められておりますが、その一翼として「教育相談」は大きな役割を果たすことが期待されています。盲・聾・養護学校においては、従来「教育相談」は積極的に実施されてきましたが、最近、特に注目を集めている、LD、ADHD、高機能自閉症、アスペルガー症候群等を有する子どもへの支援方法など、新たな課題も浮かび上がってきているところです。さらに今後、地域の小中学校に対する支援を行うなど、その果たすべき役割の拡大等を視野に入れて考えますと、こうした新たな課題へ対応していくための体制作りや人材養成は急務であると考えられます。

こうした新しい課題に対応してだけでなく、今後の教育相談の場面においては、かねてより在りながらも未だその取り組みや対応が困難な問題に対応していくことも求められています。例えば、「不登校」の問題への対応は、以前から教育相談の大きな位置を占めてきましたが、現在では不登校の状態のある子どもの中に、多くのLD、ADHD、高機能自閉症、アスペルガー症候群等を有する子どもが含まれていることも分かってきており、こうした点からも、今後ますます教育相談の果たす役割は重要なものになると考えられます。

そこで、この「不登校」の問題に取り組むために、いま一度、教育相談という枠組みの中で果たすべき役割と対応のポイントを検討していきたいと思えます。

### 第2節 教育相談という枠組み

#### I. 教育相談とは

「相談の対象となる子ども（あるいは保護者）が抱える教育上の課題や困難に対して、子どもの発達の程度や障害の状態に応じて、必要な支援・援助を行う」幅広い活動のことを指します。そこでは、障害そのものに対する支援も考えられますし、不登校のように問題が障害を起因として二次的に発生している場合に行う支援等も考えられます。支援の対象についても、子どもに対する直接的な支援だけでなく、保護者をはじめ、子どもにかかわる教員や学級、学校などへの間接的な支援も含まれています。不登校の問題へのアプローチに際しては、子ども本人が家庭から外へ出ること自体が困難な場合も往々にしてありますので、そうした場合には、保護者や関係者が相談の対象となることも考えられるでしょう。

## 第5章 教育相談

### 第1節 はじめに

最近数年の「特別支援教育」を推進する動きはその枠組み作りや組織体制作りを焦点としつつ、現在も全国各地で精力的に取り組まれています。特別支援教育が「障害のある子ども一人一人の教育的ニーズに対応する」という命題を遂行する中で、重要な柱の一つとなっているのが盲・聾・養護学校における「地域のセンター的機能」です。

この「センター的機能」においては、地域支援を積極的に行うことが求められておりますが、その一翼として「教育相談」は大きな役割を果たすことが期待されています。盲・聾・養護学校においては、従来「教育相談」は積極的に実施されてきましたが、最近、特に注目を集めている、LD、ADHD、高機能自閉症、アスペルガー症候群等を有する子どもへの支援方法など、新たな課題も浮かび上がってきているところです。さらに今後、地域の小中学校に対する支援を行うなど、その果たすべき役割の拡大等を視野に入れて考えますと、こうした新たな課題へ対応していくための体制作りや人材養成は急務であると考えられます。

こうした新しい課題に対応してだけでなく、今後の教育相談の場面においては、かねてより在りながらも未だその取り組みや対応が困難な問題に対応していくことも求められています。例えば、「不登校」の問題への対応は、以前から教育相談の大きな位置を占めてきましたが、現在では不登校の状態のある子どもの中に、多くのLD、ADHD、高機能自閉症、アスペルガー症候群等を有する子どもが含まれていることも分かってきており、こうした点からも、今後ますます教育相談の果たす役割は重要なものになると考えられます。

そこで、この「不登校」の問題に取り組むために、いま一度、教育相談という枠組みの中で果たすべき役割と対応のポイントを検討していきたいと思えます。

### 第2節 教育相談という枠組み

#### I. 教育相談とは

「相談の対象となる子ども（あるいは保護者）が抱える教育上の課題や困難に対して、子どもの発達の程度や障害の状態に応じて、必要な支援・援助を行う」幅広い活動のことを指します。そこでは、障害そのものに対する支援も考えられますし、不登校のように問題が障害を起因として二次的に発生している場合に行う支援等も考えられます。支援の対象についても、子どもに対する直接的な支援だけでなく、保護者をはじめ、子どもにかかわる教員や学級、学校などへの間接的な支援も含まれています。不登校の問題へのアプローチに際しては、子ども本人が家庭から外へ出ること自体が困難な場合も往々にしてありますので、そうした場合には、保護者や関係者が相談の対象となることも考えられるでしょう。

## 第2節 教育相談という枠組み

### Ⅱ. 相談の対象 《不登校を状態像として捉える視点》

周知のことではありますが、不登校そのものは、病気や障害ではありません。多くの場合、子どもや子どもを取り巻く環境（時には、両者）の中で、何かしらうまく機能していない、あるいは歯車の噛み合っていない部分があり、その相互作用の結果としての表現型の一つが不登校という現象になって現れます。— 例えば、家族を一つのシステムと考える家族心理学の考えでは、身体的な病気において身体が一番弱い部分に症状が現れるのと同様に、家族の問題が家族の中で一番弱い存在（往々にして子ども）が家族全体の病理を引き受けて、さまざまな身体症状や問題行動を体現することを考えています。— そこで、教育相談において相談者と相対する際には、不登校を起こしている子どもだけを問題と捉えるのではなく、その家庭や学校場面等についても、何かしらの問題を抱えている可能性を心の片隅に置いておく必要があります。そして、不登校の状態を作り出し、不登校の状態を維持している要因が子どもと環境の双方に存在していることを考えれば、必ずしも子ども本人への直接的な対応でなくとも、保護者等の環境側への対応いかんによっては、不登校の問題が解消されるケースが多いことも不自然ではないでしょう（例えば、夫婦が離婚の危機を抱えている家庭において、夫婦を繋ぎ止める手段として子どもが不登校を起こしているかのように見えるケースなどに会うことがあります）。

また、後に述べていきますが、不登校状態が少しずつ解消へ向かい、子どもが学校生活や社会生活への再適応の意欲を見せ始めた際には、多くのケースにおいて、環境側の対応がキーポイントとなることは十分予想されますので、子ども本人だけでなく家庭や学校との連携も予め視野に入れて支援を進めておくことは重要と考えられます。

### Ⅲ. 教育相談のプロセス

一般的に、教育相談と呼ばれる一連の活動は、大きく分けて二つのプロセスから成り立っており、この二つのプロセスが適切に組み合わさっていくことで教育相談をより効果的に進めていくことができます。

その第一のプロセスが <アセスメント> の段階です。これは、問題の評価や査定、見立ての段階と言い換えることもできるでしょう（学校教育の立場では「実態把握」という言葉の方がピッタリとくるかもしれません）。ここでは、問題解決の糸口を見出すことを目的に、相談者のニーズ、問題の経緯、背景や現在の状況に関する情報収集および行動観察を通して、問題の核となるような要因を特定し、支援の焦点や解決方法に関する仮説を立てます。つまり、この仮説に基づいて、誰が誰にどのような対応をしていくか、あるいはケアをしていくかの計画を練るプロセスですのでたいへん重要な役割を果たしています。ある意味では、このアセスメントで適切な見立てができないと、この後に控えている実際の支援や援助が適切なものとならない可能性もあります。それほど重要なアセスメントですので、問題を客観的に把握・理解するために種々の検査を実施することも必要と考えられます。そして、時には、医療や福祉等の他領域の専門家の意見や助言を仰ぐこともたいへん重要な場合があります。相談支援を振り返る機会として、事例検討会議なども利用すると有用な意見を得られることが多いでしょう。

第二のプロセスとして、アセスメントの結果を受けて、実際に子どもや周囲の人たちにアプロ

## 第2節 教育相談という枠組み

一斉していく〈支援・援助〉があります。これには、前述したような直接的な支援や間接的な支援を含めた、さまざまな支援対象がありますし、またアプローチの仕方や焦点の当て方は、担当者の経験や専門性によって違っており、多種多様な支援の在り方が考えられます。どういった支援が一番適切かは、子どもの状態像や発達の状況、環境側の要因なども大きく影響してきますので、担当者が一人で行う支援に固執するのではなく、柔軟に選択できる余地を残しておくことも必要と考えられます。

これら二つのプロセスは、教育相談が継続していく中でも絶えず絡み合っていく、実際の支援を継続しながらも、アセスメントで立てた仮説が適切であったかどうかの検討がなされていきます。新たな情報を見聞きしたり、子どもの反応を見ていくことでアセスメントの仮説をより適切なものにしていくことが必要ですし、それに応じて支援の方針や対応方法も柔軟に変化させていくことが必要です（そういった意味では、厳密にアセスメントと実際の支援の段階を分けることは困難であるかもしれません）。

不登校の教育相談においても、アセスメントと実際の支援が適切に組み合わせることが重要であります。以下に、この2つを結ぶために必要な「場面の設定」を見ていきます。

### IV. 教育相談の準備

実際に相談の場をどのように設定するかは、とても重要なことです（精神医学や臨床心理学の領域では、これらの設定を「治療構造」と呼んでいます）。

まず、何よりも重要なことは、相談の場で安全感や安心感を得られるような雰囲気を作り出すことがポイントとなってきます。そのためには、心理的な距離が適切と感じられるような広すぎず狭すぎない空間が必要となりますし、秘密厳守の原則を実感できるよう、人の出入りのない部屋を確保することも必要となります。また、話を聴くことに集中したり、考えをまとめるための思考を妨げないような、音の出入りなどにも気を配る必要があります。（相談者の事情によってどうしても相談の時間を変更せざるを得なかったケースの例です。この相談者は、いつもであればかなり積極的に自分の身に起こった経験を語り、内省し、自分の情緒や感情への気付きを語っていたのですが、時間を変更した途端にほとんど話をしなくなってしまいました。どうやら変更した時間帯が悪かったようで、確かに部屋の外を通る人の話し声や足音が多く室内に入ってくる時間帯だったのです）。

さらに、安心して話のできるヒントとしては、座席の配置を工夫することなども効果的です。

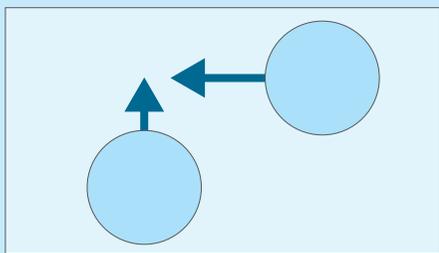


表5-1 教育相談の場面における90°法

一般に正面切って向かい合う座席配置では、互いにどこに視線をおくか迷ったり、相手の視線を意識して緊張が高まったり、相手の表情が気になって考えに集中できないなどの困難が生じやすくなります。そこで、90°法と言って、ちょうど互いの90°の位置に座席を配置する方法があります（図5-1）。こうした配置をすることで、軽く視線

## 第2節 教育相談という枠組み

を向けることで相手の表情や態度を見ながら話をすることもでき、また、自分の内面をじっくりと見つめたい時には視線を自分の正面に置くことで相手の姿を意識しないことができるようになります。

こうした目に見える設定（「外的構造」といいます）だけでなく、他にも、目には見えないけれども重要な設定がいくつか存在します（「内的構造」といいます）。これはルールとでも呼ぶべきもので、相談者と相談担当者の双方がこの原則を守ることで、安心感や安全感をもって相談に臨むことができます。例えばそれは、話された内容の秘密が厳守されることを保証する守秘義務などがこれにあたります。このルールがあることで相談者は安心して真実の心の内を話すことができます。

またあるいは、時間厳守のルールもこれに当てはまります。一般的に、一回の相談時間は5分とされていますが、これは、相談担当者が神経を研ぎ澄まして話に集中できるための限界の時間でもありますし、相談者が内省を深めすぎたり、自分自身の情緒に入り込みすぎて现实生活に戻ることが困難にならないための適度な時間でもあるようです。そして、時間に関する設定で最も重要なことは、一度設定した時間を安易に変更したり、延長したりしないことです。相談者によっては、終了時刻の数分前になってから深刻な話を持ち出す場合なども多く見られますが、これに素直に従って、相談時間をむやみに延長することはできるだけ避けるべきだと考えられます（例えば、終了間際に深刻な話を持ち出すケースの場合、往々にして、相談者の分離不安や依存性がテーマになっていることが多いので、その気付きなしに時間を延長することは、こうしたテーマを解決する方向ではなく、余計に強めていく方向に向かっている可能性があるからです）。この延長線上には、自宅や携帯電話の番号、メールアドレス等を安易に知らせないことも含まれています。不安の強い相談者の場合や心の健康度の低い相談者の場合には、24時間連絡をしてくる可能性がありますし、相談担当者が現実的な理由（会議、睡眠…等々）で対応ができない場合にも「裏切られた」「見捨てられた」といった破滅的な不安を誘発してしまう危険性があるからです。

## 第3節 不登校を主訴とした教育相談の実際

### I. アセスメントの目的

実際の教育相談を、厳密にアセスメントと実際の支援のプロセスに分けることには困難がありますが、大まかにいって、相談の開始（初回面接）から数回の内に行われる相談をアセスメントの期間と考えてよいでしょう。この段階では、子どもの状態像に合った適切な支援方法や支援の焦点を探るために、相談担当者が、より積極的に情報を収集したり行動観察を行ったりします。その際、相談者は子ども本人である場合とそれ以外の保護者等である場合とが考えられますが、いずれにしても、まずは子どもの状態像を確認しておくことと、その状態像を通して、背景にある問題の核となるテーマをおぼろげながらも推測しておくことが、その後の支援の焦点や方法を見極めるためには必須と考えられます。アセスメントの重要な目的は、実際の支援をどのように進めていくか、その焦点を見定めることにあります。

以下に子どもの状態像を理解するために重要と思われる視点を挙げていきます。

## 第2節 教育相談という枠組み

を向けることで相手の表情や態度を見ながら話をすることもでき、また、自分の内面をじっくりと見つめたい時には視線を自分の正面に置くことで相手の姿を意識しないことができるようになります。

こうした目に見える設定（「外的構造」といいます）だけでなく、他にも、目には見えないけれども重要な設定がいくつか存在します（「内的構造」といいます）。これはルールとでも呼ぶべきもので、相談者と相談担当者の双方がこの原則を守ることで、安心感や安全感をもって相談に臨むことができます。例えばそれは、話された内容の秘密が厳守されることを保証する守秘義務などがこれにあたります。このルールがあることで相談者は安心して真実の心の内を話すことができます。

またあるいは、時間厳守のルールもこれに当てはまります。一般的に、一回の相談時間は5分とされていますが、これは、相談担当者が神経を研ぎ澄まして話に集中できるための限界の時間でもありますし、相談者が内省を深めすぎたり、自分自身の情緒に入り込みすぎて現実生活に戻ることが困難にならないための適度な時間でもあるようです。そして、時間に関する設定で最も重要なことは、一度設定した時間を安易に変更したり、延長したりしないことです。相談者によっては、終了時刻の数分前になってから深刻な話を持ち出す場合なども多く見られますが、これに素直に従って、相談時間をむやみに延長することはできるだけ避けるべきだと考えられます（例えば、終了間際に深刻な話を持ち出すケースの場合、往々にして、相談者の分離不安や依存性がテーマになっていることが多いので、その気付きなしに時間を延長することは、こうしたテーマを解決する方向ではなく、余計に強めていく方向に向かっている可能性があるからです）。この延長線上には、自宅や携帯電話の番号、メールアドレス等を安易に知らせないことも含まれています。不安の強い相談者の場合や心の健康度の低い相談者の場合には、24時間連絡をしてくる可能性がありますし、相談担当者が現実的な理由（会議、睡眠…等々）で対応できない場合にも「裏切られた」「見捨てられた」といった破滅的な不安を誘発してしまう危険性があるからです。

## 第3節 不登校を主訴とした教育相談の実際

### I. アセスメントの目的

実際の教育相談を、厳密にアセスメントと実際の支援のプロセスに分けることには困難がありますが、大まかにいって、相談の開始（初回面接）から数回の内に行われる相談をアセスメントの期間と考えてよいでしょう。この段階では、子どもの状態像に合った適切な支援方法や支援の焦点を探るために、相談担当者が、より積極的に情報を収集したり行動観察を行ったりします。その際、相談者は子ども本人である場合とそれ以外の保護者等である場合とが考えられますが、いずれにしても、まずは子どもの状態像を確認しておくことと、その状態像を通して、背景にある問題の核となるテーマをおぼろげながらも推測しておくことが、その後の支援の焦点や方法を見極めるためには必須と考えられます。アセスメントの重要な目的は、実際の支援をどのように進めていくか、その焦点を見定めることにあります。

以下に子どもの状態像を理解するために重要と思われる視点を挙げていきます。

## 第3節 不登校を主訴とした教育相談の実際

### II. アセスメントのポイント

#### 1. 医療との連携の必要性

まず、実際の支援を始める前に、教育相談の枠組みで対応することが子どもにとって適切なのかどうかの判断は重要です。

例えば、特に人間関係にまつわる被害妄想が極端に強かったり、幻聴や幻覚などの症状が語られたりする場合には、統合失調症などの精神疾患の可能性が考えられます。精神疾患に関しては、医学的な対応法が十分に確立してきていますし、薬物療法によって、子どもへの負担も少なく速やかな状態の改善が期待できますので、医療機関への橋渡しが優先されるべきでしょう。(一つの例として、不登校で来談したケースの中に、「道行く人がみんな私の顔を見て笑っている」「学校中の人たちがみんな悪口を言っている」と訴え、「そのために学校に行けない」ことを語り続けていた子どもの言動が、実は統合失調症に基づくものだったケースなどがあります。このケースは薬物療法を優先することで、数ヶ月で小集団への再適応が可能となりました。)

あるいは、近年では子どものうつ病なども増えており、無気力状態やふさぎ込んでしまうような抑うつ気分が数ヶ月も続く、ちょっとしたことで怒りを爆発させるような状態が続く、体重の減少が激しい、不眠の状態が続く…場合などには、こうした疾患の可能性を視野に入れて、医療機関の受診を勧めることも検討すべきでしょう。

#### 2. 心の健康度

上記の疾患とも関連して、子どもの心の健康度(専門的には「病態水準」と呼びます)を予測しておくことも支援の方法を検討する上で、とても重要なポイントになります。

心の健康度を予測するために、以下の3つのポイントを押さえておくとういでしょう。

まず1つめのポイントは、<アイデンティティの保持・一貫性>がどの程度可能かといった視点です。「語られる記憶やエピソードが自分自身のこととして体験されてきたか」を聴きましょう。話を聴いていて、誰の話をしているのか、誰の気持ちを語っているのか分からなくなる場合があります。これは、「これが自分である(=あれは他者である)」というありのままの自己を肯定的に認めたり、受容できていない可能性が予想され、不登校の背景に自己不全感や自己否定感が横たわっている可能性があります。『自己イメージの変容や自己の成熟』が支援の焦点になるでしょう。

2つめのポイントは、<葛藤に対する防衛機制の働き方>がどのようなものかという視点です。防衛機制とは簡単に言えば「不快なエピソードや不快な体験をした時、あるいは悩んだり苦しい時に、どのように対処し解消してきたか」ということです。つまり、子どもの心に葛藤や不安が生じた際に、どのような反応パターンが生じやすいのか、どの程度の欲求不満耐性があるのかなどを知ることが重要です。例えば、不安や不満が生じると、すぐに頭痛や腹痛などに身体化してしまう場合や、後先を考えずに衝動的に振る舞うことでスッキリしてしまう場合、あるいは自分ではどうすることもできないと感じて他者に解決してもらおうことばかり期待する場合などです。これらの症状や言動を通して、子ども自身も気付かずに伝えようとしていることを理解できます。この場合には、子どもが自分自身の症状や言動の意味を内省し、無意識に生じている不安や不満に向き合えるよう『自己の強さを育てる』ことが支援の焦点になるでしょう。

3つめのポイントは、<現実検討>がどの程度可能かという視点です。「自己や自己をめぐる人間関係、あるいは記憶やエピソードをどの程度客観的に理解し語るができるか」を聴いて

## 第3節 不登校を主訴とした教育相談の実際

みましょう。さまざまな人間関係やエピソードをあまりに主観的に体験している場合に、周囲の人が体験する客観的な現実とのギャップが大きく、それゆえに他者との摩擦の大きいことが予想されます。主観的な体験が強すぎると、被害感が強くなったり、全ての悪い出来事は他者の問題＝「悪いのは全部友達、(親、教師等々…)」となってしまう、自己の内省に向かうことが困難になってしまいます。この場合には『自己と他者の関係を客観的に把握する力を育てる』ことが支援の焦点になるでしょう。

これらの少なくとも3つのポイントから心の健康度を見立ててみて、極端な偏りやバランスの悪さ、健康度の低さが認められた場合には、パーソナリティ障害などの疾患も疑われます。教育相談の枠組みでは関係を維持していくことが困難な場合が多く、医療機関等との連携を考慮すべきでしょう。

### 3. 知的能力と学習空白の程度

案外と見落としがちになってしまうのですが、子どもの知的能力を把握しておくことは重要です。不登校の子どもの状態像の把握のために知能検査を実施してみると、いわゆる境界線級レベルの知能である事例に多く出会います。こうした事例では、子どもは教室にいても何もすることがなく、お客さん状態でただ一日ボーッと過ごさざるをえない状況で苦痛を感じている場合が少なくありません。自分がどういう状況に置かれていて、友達との間で何が起きているのかを即座に理解できず、言葉にできないまま漠然とした不安を強く感じている子どもにも多く出会います。こうした子ども達は、一様にみな「教室は怖いところだ」という漠とした不安だけを体験していて、個別の対応であれば不安は少ないものの、集団になるとなかなか適応が進まないことが多いようです。これらの問題が背景に予想される場合には、教育・指導の場を移すだけでも状態が大きく改善する可能性は考えられますので、適宜押さえておく必要があるでしょう。また「学習空白」は、子どもが再適応の意欲を示し始めた段階で大きな妨げとなる場合が多いですから、学校等と十分に連携して対応していくことが重要です。

## Ⅲ. 支援の基本姿勢

### 1. 自己理解の援助

「支援」という言葉には、かなり積極的に働き掛けるようなニュアンスが含まれているかもしれませんが、不登校の状態にある児童生徒に正面から働き掛けることはあまり効果的でない場合もあります。相談担当者が積極的に働き掛けた方が良い場合と、子どもの自発性や自己決定をじっくりと待つことの方が肝要な場合との両側面を慎重に見極めることが必要です。これは、草花を育てることに例えることができるかもしれません。日光が当たるように配慮して、十分に水や栄養を与えてあげるような積極的な養育も必要ですが、無理矢理に種を掘り返さずに芽が出て花が開くのをじっくりと待つ姿勢も必要なことです。

こうしたじっくり待つ態度を「カウンセリング・マインド」と呼ぶこともあります。相談担当者がカウンセリング・マインドを通して育てているのは、子どもの「自己」であり、特に不登校の子どもを育てるために必要な支援は「自己理解の援助」が重要になります。

### 2. カウンセリング・マインド

子どもの成長を支援するカウンセリング・マインドの姿勢は、「傾聴」「共感」「受容」という3つの態度から成り立っています。

## 第3節 不登校を主訴とした教育相談の実際

まず1つめの「傾聴」ですが、これは語るところをじっくりと聴く態度のことです。2つめの「共感」は、あたかも相手を感じているように感じる態度のことです。3つめの「受容」は、相談担当者の価値観や判断基準を押し付けることなく、相談者の長所や短所、弱さや強さ、得意な面や苦手な面の全てを肯定的に認める態度のことです。

具体的な話の聴き方としては、受動性passiveと中立性neutralを保つことがキーポイントとなります。受動性とは、自己理解を促すために、基本的には話の主導権は子どもに託し、話の流れのままに任せることを指しています。また中立性とは、批判や説得をすることなく、子どもの言葉に耳を傾けることを指しています（実際には、これらはなかなか難しい場合が多く、例えば、ゲームや人形遊びの中で保護者や友達を殺し続ける言動を見聞きすると、思わず批判めいた言葉が出てしまいそうになることも多々あります。しかし、これをすると、子どもが心の奥底に貯めていた怒りや攻撃性を示してくれるチャンスは二度と来ないかも知れません）。この2つのポイントを保持し続けていると、子どもの言動に繰り返し現れるテーマの中に、子ども自身も気付いていない感情や情緒を感じることができるよう可能性があります。

### IV. 支援のポイント

#### 1. 不登校の子どもの心の中で起こっていること

不登校の子どもの語りにみられるいくつかの特徴的な心性から、子どもの心を理解してアプローチの焦点を探ってみましょう。

不登校の子どもの心の中では、常に2つの気持ちが戦っています。一つは「学校に行きたい」気持ちであり、もう一つは「学校に行きたくない」気持ちです。多くの子どもは「学校に行きたいけど、〇〇だから行けない」ことを熱心に語ります。相談担当者をはじめ、保護者や教師の聴く側も子どものがんばろうとしている気持ちには共感しやすいものですし、この「〇〇だから」（例えば、いじめ、担任との相性、教室の雰囲気、等々）のハードルを下げることに熱心になってしまいます。ところが、この「〇〇だから」の問題をクリアしたとしても次々に新しい「〇〇だから」が登場してきますし、「行きたい」気持ちに共感するだけでは実はあまり前に進まないことが多いものです。なぜなら、この「行きたい」気持ちにだけ共感していると、もう一方の大事な「行きたくない」気持ちを無視してしまうことになるからです。

不登校の子どもは、自分自身の中に「行きたくない」気持ちがあることに気付いていない場合が多いので積極的に語られることがありません。あるいは、なんとなく気付いていても「行きたくない」気持ちを持っている自分自身を知らず知らずの内に許せないと感じていたり、周囲の人から非難されることを怖れて、この気持ちが自分自身のものであることを認めることができない状況に追い込まれている場合が多いのです。このように自分の心の一部分（時には真実の心の声）を無視し続けることは自己否定を続けることに他なりません。「〇〇だから」を解決しようと熱心になりすぎると、子どもの心の大事な一部分を押し殺すように助けていることになりかねません。これを言い換えると、子どもが「良い子」を演じ続けることを強制していることにもなります。良い子を演じ続けるためには、自分の中の悪い子を押し殺してしまうか、それでも足りなければ、悪い子を自分以外の誰かに押しつけなければならなくなります（この心性が現実的でない「〇〇が自分に嫌がらせをするから」等の被害感につながっています）。自己の一部を否定し続けてい

## 第3節 不登校を主訴とした教育相談の実際

ると、自分自身に生きていく価値がないと感じたり、自分を罪深い存在であると感じたり、徐々に疲弊していきます。無意識にいつ「自分が演技をしている悪い自分であることを見破られるか」と不安でいっぱいになります。このような気持ちを抱えながら教室や学校の中に居続けることが困難なのは当然でしょう。

相談担当者が子どもの中の良い子だけでなく、悪い子を認めてあげることが第一歩です。悪い子を認めたら子ども自身も、今まで押し殺していた真実の自分に気が付きます。時には、今まで忘れていた怒りを噴き出すこともあるでしょうし、悲哀に打ちひしがれることもあるでしょう。今までなぜ自分が良い子を演じ続けなければならなかったのかを発見することもあるかも知れません。このプロセスは子ども（あるいは保護者）と相談担当者にとっても苦痛に満ちた道のりです。激しい怒りや哀しみ（例えば、激しい教師・友達・親への非難、離死別のエピソードや虐待の過去、等々）に直面し続けていると、双方ともに激しく動揺が生じます。時には相談を中断してしまいたい気持ちに駆られることがあるかも知れません。しかし、このプロセスを堪え忍んでいくことで、今まで自己を押し殺すことに傾けていた心のエネルギーを、過去の自己を振り返り、現在と未来の自己へと繋げていくエネルギーに変えていける可能性があるのです。こうした良い自分も悪い自分も含めた両方の自分＝本当の自分に出会うことから、子どもの自己理解は始まります。「本当の自分を理解する」の「本当」の中には、自分の中の「良い子」も「悪い子」もあって、両者をありのままに受け容れることが含まれているのです。

### 2. 遊戯療法 (Play Therapy)

言語の発達が十分でない幼児や小学校低学年の児童、あるいは会話の苦手な児童生徒、時には知的な発達の遅れが認められる生徒においては、カウンセリングのような「言語的なコミュニケーションによる自己理解」は困難な場合があります。

その場合に、言葉の代わりとして「遊び」を通して自己理解を進める方法が遊戯療法と呼ばれるものです。遊びの中には、子どものたくさんの言葉にならないメッセージや真実の心の声が隠されています。例えば、ある子どもはウルトラマンと怪獣の戦いごっこを通して、自分の中の良い自分と悪い自分を戦わせたりします。またある子どもは、ドラえもんごっこを通して、一人で学校や友達の中にいる時の不安感を表現したりします。またある子どもは赤ちゃん人形に残酷な仕打ちを続けることで母親に愛されない自分自身の心の傷付きを再現してくれることもあります。

これらの重要な遊びを単なる遊びとして運動エネルギーで発散してしまえば、子どもの自己理解には向かい難くなってしまいます。遊びに込められた子どもの無意識のメッセージを読み取って、子どもに受け容れられるような言葉や動作を用いたさまざまなコミュニケーション手段を使って本当の自己との出会いに導くことが重要です。

#### 参考文献

- 1) 森さち子：症例でたどる子どもの心理療法－情緒的通いあいを求めて－。金剛出版。2005
- 2) 松木邦裕：私説対象関係論的心理療法入門－精神分析的アプローチのすすめ－。金剛出版。2005

## 第6章 不登校にならないための学校づくりと義務教育終了後の進路

### 第1節 特別支援教育とコーディネーター

平成15年3月に文部科学省から「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）<sup>3)</sup>」が出され、平成16年2月24日に中央教育審議会初等中等教育分科会に特別支援教育特別委員会を設置し、「特別支援教育を推進していくための制度の在り方」について審議されてきました。そして、平成17年12月8日に「特別支援教育を推進していくための制度の在り方について（答申）<sup>4)</sup>」が出されました。

すなわち、障害の程度等に応じ特別の場で指導を行う「特殊教育」から障害のある児童生徒一人一人の教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行う「特別支援教育」への転換を図るという教育改革です。特別支援教育とは、従来の特殊教育の対象の障害だけでなく、LD、ADHD、高機能自閉症を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的ニーズを把握して、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものです。

特別支援教育においては、一人一人のニーズを把握して、関係者・機関の連携による適切な教育的支援を効果的に行うために、教育上の指導や支援を内容とする「個別の教育支援計画」の策定、実施、評価（「Plan-Do-See」のプロセス）が重視されています。

また、小学校、中学校、養護学校等において特別支援教育コーディネーターが学校内、保護者、医療、福祉機関等の学校外との連絡調整役として置かれることになりました。

不登校対策においても、文部科学省は、「各学校において不登校児童生徒に対する適切な対応のために不登校について学校における中心のかつコーディネーター的な役割を果たす教員を明確に位置付けることが必要である。」と提言しています<sup>1)</sup>。このことについては、第3節の校内支援体制で詳しく述べます。

慢性疾患や心身症、情緒及び行動の障害を伴い、不登校の経験のある子どもの場合は、学級担任と養護教諭が学校内のキーパーソンになっている場合が多いですが、さらに特別支援教育コーディネーターと不登校対策のためのコーディネーターとが連携を図る調整役として今後の活躍が期待されます。

### 第2節 養護教諭の役割

近年、心の健康問題の深刻化に伴い、学校におけるカウンセリング等の機能の充実が求められています。この中で養護教諭は児童生徒が訴えてくる身体的不調の背景にいじめなど心の健康問題がある場合、そのサインにいち早く気付くことができる立場にあります。養護教諭の行なう健康相談活動は大変重要な役割ですが、一体どのような事柄に留意しながら、この難しい問題に対応し、また未然防止に取り組めばよいでしょうか。

## 第6章 不登校にならないための学校づくりと義務教育終了後の進路

### 第1節 特別支援教育とコーディネーター

平成15年3月に文部科学省から「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）<sup>3)</sup>」が出され、平成16年2月24日に中央教育審議会初等中等教育分科会に特別支援教育特別委員会を設置し、「特別支援教育を推進していくための制度の在り方」について審議されてきました。そして、平成17年12月8日に「特別支援教育を推進していくための制度の在り方について（答申）<sup>4)</sup>」が出されました。

すなわち、障害の程度等に応じ特別の場で指導を行う「特殊教育」から障害のある児童生徒一人一人の教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行う「特別支援教育」への転換を図るという教育改革です。特別支援教育とは、従来の特殊教育の対象の障害だけでなく、LD、ADHD、高機能自閉症を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的ニーズを把握して、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものです。

特別支援教育においては、一人一人のニーズを把握して、関係者・機関の連携による適切な教育的支援を効果的に行うために、教育上の指導や支援を内容とする「個別の教育支援計画」の策定、実施、評価（「Plan-Do-See」のプロセス）が重視されています。

また、小学校、中学校、養護学校等において特別支援教育コーディネーターが学校内、保護者、医療、福祉機関等の学校外との連絡調整役として置かれることになりました。

不登校対策においても、文部科学省は、「各学校において不登校児童生徒に対する適切な対応のために不登校について学校における中心のかつコーディネーター的な役割を果たす教員を明確に位置付けることが必要である。」と提言しています<sup>1)</sup>。このことについては、第3節の校内支援体制で詳しく述べます。

慢性疾患や心身症、情緒及び行動の障害を伴い、不登校の経験のある子どもの場合は、学級担任と養護教諭が学校内のキーパーソンになっている場合が多いですが、さらに特別支援教育コーディネーターと不登校対策のためのコーディネーターとが連携を図る調整役として今後の活躍が期待されます。

### 第2節 養護教諭の役割

近年、心の健康問題の深刻化に伴い、学校におけるカウンセリング等の機能の充実が求められています。この中で養護教諭は児童生徒が訴えてくる身体的不調の背景にいじめなど心の健康問題がある場合、そのサインにいち早く気付くことができる立場にあります。養護教諭の行なう健康相談活動は大変重要な役割ですが、一体どのような事柄に留意しながら、この難しい問題に対応し、また未然防止に取り組めばよいでしょうか。

## 第2節 養護教諭の役割

### I. 保健室登校

#### 1. 保健室登校とは

保健室登校とは、児童生徒が常時保健室にいる場合や、特定の授業には参加できることがあっても主として保健室にいる状態をいいます。なお、保健室に隣接する部屋にいて、主に養護教諭が対応している場合も「保健室登校」と定義しています（日本学校保健会）。

日本学校保健会による抽出調査では、平成13年度に「保健室登校」をしている児童生徒がいる学校の割合は、小学校12.3%、中学校45.5%、高等学校22.9%であり、中学校においては、実に半数近くの学校で見られる状況になっています。小学校、高等学校では増加率が鈍る中で、中学校は調査するたびに著しい増加傾向を示しています。

#### 2. 保健室における対応

保健室は、不登校になる前の児童生徒がドアを叩く場所であったり、不登校から学校復帰のきっかけとなる別室登校（保健室登校）の居場所として果たす役割があります。したがって、養護教諭は児童生徒がそれぞれの状況に応じて学校生活に適応できるような心配りが必要です。また保健室を中核として相談室や個別学習室（空き教室を活用）等を配置して有効に活用することも大切でしょう。

#### 3. 保健室登校における養護教諭の役割

養護教諭は、児童生徒の日常の健康観察・保健室に来ることが多い児童生徒、保健室への来室理由、欠席・遅刻・早退などの状況から、不登校へのサイン（継続的な欠席、理由があいまいな欠席）などに気づいた場合は、学級担任・教科担任に連絡し連携の体制をつくる立場にあります。また、保健室に来室する児童生徒の中には身体症状を訴えながら心の問題を併せ持っている場合が多いので、繰り返し来室する児童生徒に対しては特別な教育支援を行うことが必要です。その際に、養護教諭は個人情報には配慮しつつも情報をひとりでかかえこまず、校内のキーパーソンとなって、管理職はもとより学級担任や他の関係者と連携して対応しようとする働きが求められます。

保健室登校を始める場合、養護教諭は事前に本人や保護者の考えを聞き、校内の協力体制を整えておくことが大切です。本人が保健室登校を望んでいるのか、保護者は保健室登校の意味を理解しているか、協力が得られるか、教職員（担任・保健主事・校長など）の共通理解・協力が得られるか、保健室が受け入れる環境条件を備えているかなど、きめ細やかな調整と協力体制、長期の支援計画を明確に立てておかなければなりません。また、保健室登校を開始する前に、個人情報の収集・利用・保管に関し、本人・保護者の事前の同意をとっておくことを忘れないようにしてください。

#### 4. 保健室登校の教育的意義

保健室に登校してくる児童生徒には、ただ保健室にいるだけでなく、意識的に様々な経験をさせましょう。最初は別のことで来室してくる他の子どもにびくびくしているでしょうが、慣れてくれば、例えば観葉植物の水やりなど簡単な作業をさせたり、保健室を拠点にしながら他の先生の声かけに対応させたりするなど、徐々に生活範囲や人間関係を広げていきます。このように、人

## 第2節 養護教諭の役割

とのかかわりを学びながら自ら意志決定ができるようにしていきます。そして学級活動など一部の時間を他の児童生徒たちと共有し、完全復帰に向けての足がかりをつくらせていきましょう。

### Ⅱ. 校内研修及び校外諸機関との連携

#### 1. 関係者による連絡会（支援会議）の開催

養護教諭は、校長・教頭・学級担任・学年主任・保健主事・学校医・特別支援コーディネーター・不登校コーディネーター・スクールカウンセラー・心の相談員、その他かかわりの深い教職員などを構成メンバーとして連絡会を開催します。その内容は、状況の把握、課題の確認、共通に理解すべき点、本人の希望、支援の内容、役割分担などがあります。連絡会において大切な目標は、保健室登校の対応の限界を複数の目で見極めること。専門機関と連携を図り、最適な機会を逃がさないことです。連絡会の組織については、新たにつくらなくても、既存の組織を活用し、必要に応じて他の人的資源を柔軟に活用することが、継続させる秘訣です。

#### 2. 児童生徒の理解のための事例研修会

児童生徒への対応や理解だけでなく、児童生徒理解のための研修なども大切です。それには、学校外の専門家をまねいた研修も必要ですが、不登校児童生徒について校内で事例研究などを重ねて行くことが実践的な研修の機会となります。養護教諭は積極的に研修会・事例検討会の企画・提案をしてください。

それぞれの立場で収集・利用・保管している情報を共有する機会も多くありますので、個人情報保護法の研修なども、事例研修会を行なう前に、校内全体で実施しておく必要があるかもしれません。

保健室は、いつでも、誰でも、どんな理由でも来室できる学校内の施設であること、教育職員である養護教諭が常勤しているということから、不登校の児童生徒にとっての居場所になるでしょう。

## 第2節 養護教諭の役割

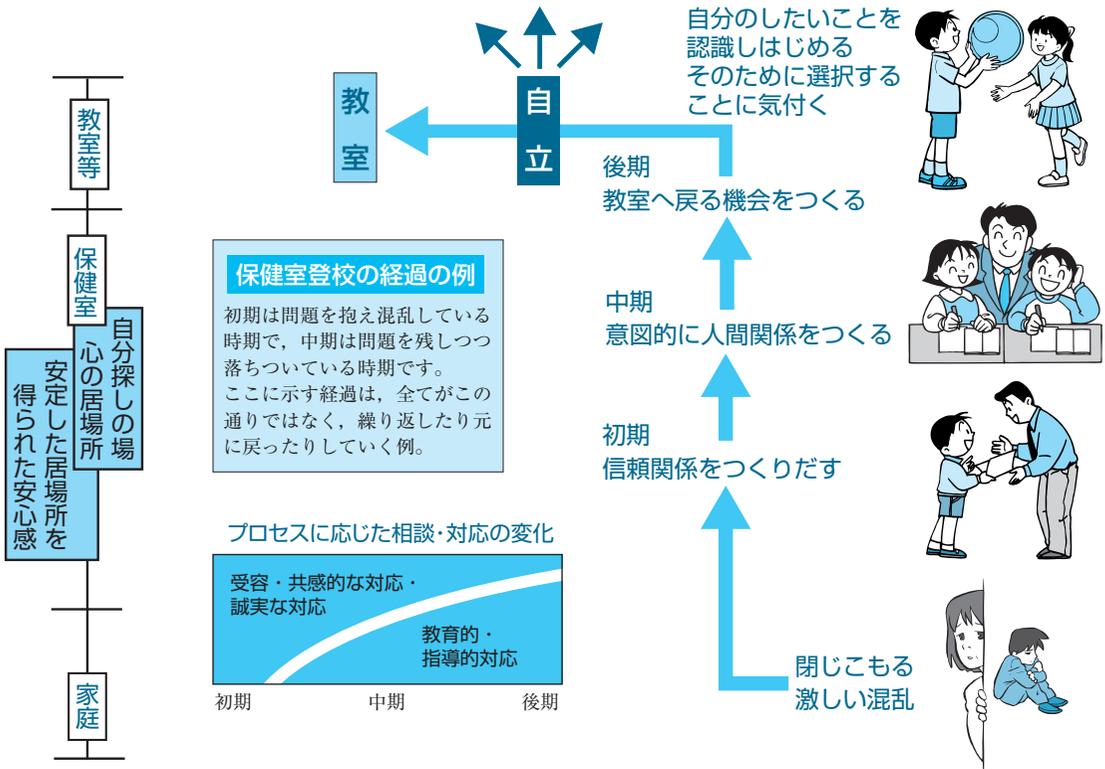


図 6 - 1 「養護教諭が行う健康相談活動の進め方」 日本学校保健会

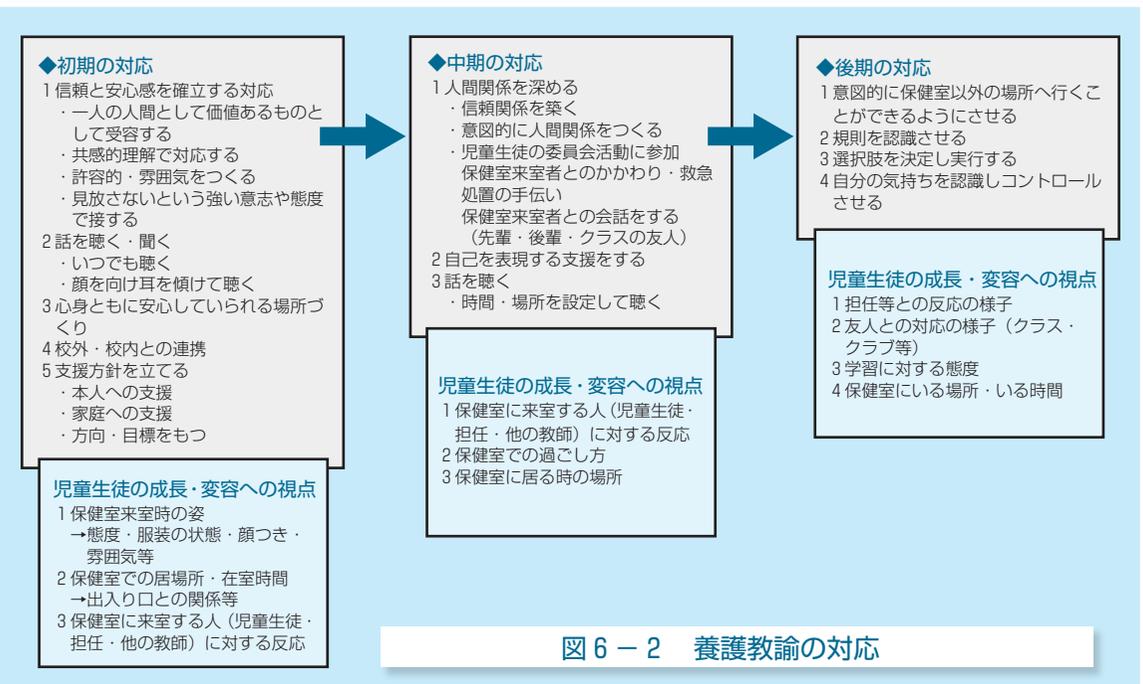


図 6 - 2 養護教諭の対応

## 第3節 校内支援体制

医療との連携を図りながら教育を行う病弱養護学校等の校内支援体制については、基本的には、小学校・中学校の校内支援体制と同じです。以下、小学校・中学校の校内支援体制について、文部科学省（2003）から出された「今後の不登校への対策の在り方について（報告）<sup>1)</sup>」から一部を紹介し、特別支援教育コーディネーターとのかかわりなどについても言及します。

### I. 校内の指導体制及び教職員等の役割

#### 1. 学校全体の指導体制の充実

学校全体の指導体制の充実を図る上で、校長の強いリーダーシップの下、教頭、学級担任、生徒指導主事、教務主任、学年主任、養護教諭、スクールカウンセラー、相談員等がそれぞれの役割について相互理解した上で日頃から連携を密にし、一致協力して対応にあたるのが、まず重要です。

特に校長は、適切な校務分掌を定め、教員の効果的な役割分担を行うなど、学校全体の体制づくりに努める必要があります。校長の強力なリーダーシップによる指導体制の確立とそれを支える教育委員会の取り組みにより、不登校児童生徒への対応において成果を上げてきた学校の事例もあり、管理職にある者は、自らが果たすべき役割を十分に意識する必要があります。

校内の指導・支援体制については、現実には、不登校児童生徒への対応を学級担任一人に任せがちで、学校全体での組織的かつ具体的な対応が十分に行われていないのではないかと指摘もあります。例えば、不登校の児童生徒が現在どのような状況で、どのように学級担任や養護教諭、スクールカウンセラー等が関わっているのか、今後どのように指導・支援を進めるのかといった点で、具体的な情報共有等のための取組が不十分であると考えられます。こうした問題は、学年内のみならず、学年間あるいは学校間の引継に際しても生じていると見られます。

また、個々の教員を援助する校内体制づくりについては、例えば、学校を休みがちである、学習に集中できない、問題行動が見られる、学級生活で孤立しがちである等、何らかの学校生活への適応の面でのつまずきのある児童生徒を早期に見出し、管理職や養護教諭等関係職員が、スクールカウンセラー等も加えて、定期的な会合を開き、当該児童生徒を支援していく校内サポートチームをつくるのが有効です。さらに必要に応じて、外部の機関の協力を依頼し、協働して支援に当たる等の体制をつくるのが大切です。なお、校内の体制については、既に類似の委員会等の組織がある場合（例えば、生徒指導やLD、ADHD等に対応するための校内委員会等）には、ケースに応じて、参加する教員や関わる専門家等を替えること等により、複数の組織を設けることなく、柔軟な対応をとることが適当であると考えられます。

#### 2. コーディネーター的な不登校対応担当の役割の明確化

各学校においては、不登校児童生徒に対する適切な対応のために不登校について学校における中心のかつコーディネーター的な役割を果たす教員を明確に位置付けることが必要です。具体的には、このコーディネーター的な役割を果たす教員は、校内における不登校児童生徒の学級担任や養護教諭、生徒指導主事等との連絡調整及び児童生徒の状況に関する情報収集、児童生徒の状況に合わせた学習支援等の指導のための計画づくりに関する学級担任等との連携、不登校児童生徒の個別指導記録等の管理、学校外の人材や関係機関との連携協力のためのコーディネート等を行うことが求められます。

## 第3節 校内支援体制

また、不登校児童生徒への事後的な対応のみならず、不登校傾向がある児童生徒への早期の対応を行うことも重要な役割です。特に、児童生徒の社会性を育む観点等からも効果的である「開かれた学校づくり」を進めるためには、地域社会や関係機関等との調整は重要であり、学校内に生徒指導や体験活動のための連絡窓口がある場合等にはそのような既存の校内の体制と連携協力を図ることが有効です。

なお、このような学校内外のコーディネーター役を果たす不登校対応担当は、その期待される役割から考えて、各地域や学校の実情に応じ、校長のリーダーシップの下、教頭や生徒指導主事等、全校的な立場で対応することができる教員をあてることが望ましいです。

また、LD、ADHD、高機能自閉症を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的ニーズを把握して、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うことを目的として、小学校、中学校、養護学校等において特別支援教育コーディネーターが学校内、保護者、医療、福祉機関等の学校外との連絡調整役として置かれることになりました。学級担任と養護教諭が学校内のキーパーソンになっていることが多いですが、さらに特別支援教育コーディネーターと不登校対策のためのコーディネーターとの連携を図って子どもを支援していくことが求められています。

### 3. 養護教諭の役割と保健室・相談室等、教室以外の「居場所」の環境・条件整備

養護教諭は、心の健康問題や基本的な生活習慣の問題等に関わる児童生徒の身体的な不調等のサインにいち早く気付くことができる立場にあります。そのため、情緒の安定を図るなどの対応や予防のために養護教諭が行う健康相談活動の果たす役割は大きいのです。

また、養護教諭が、児童生徒の抱える問題に関する情報を校内の組織に発信し共有化することにより、組織としての役割分担や支援計画が明確となり、学校全体の取組が一層効果的に推進されることが期待されます。

保健室や相談室等は、児童生徒が不登校状態となる前の段階や、不登校児童生徒の学校復帰のきっかけともなります、いわゆる「保健室登校」や「相談室登校」等の「居場所」として果たす役割は大きいです。

保健室の利用状況を見ると、平成13年度に「保健室登校」をしている児童生徒がいた学校の割合は、小学校で12.3%、中学校で45.5%となっており、平成2年度の調査結果と比して中学校では2倍程度の伸びを示しています。また当該校で「保健室登校」をしている児童生徒の平均人数は、小学校では1.4人、中学校では2.3人となっています。さらに、平成13年度の「問題行動等調査」においては、「特に効果のあった学校の措置」として、比較的多くの小・中学校が「養護教諭が専門的に指導にあたった」(5.0%)、「保健室登校等特別の場所に登校させて指導にあたった」(7.7%)を挙げています。

したがって、これらの児童生徒がそれぞれ状況に応じて学校生活に適應する努力をしやすいうように、保健室や相談室のみならず空き教室等を活用することや、それらの「居場所」の配置をすることにより、学校内における「居場所」を充実する必要があります。

本ガイドブックでは、学校内における「居場所」として、特別支援教室を設置することにより、指導効果をあげている事例を、第7章の事例5で紹介をします。

## 第3節 校内支援体制

### 4. スクールカウンセラーや心の教室相談員等の外部人材との連携協力

「心の専門家」であるスクールカウンセラーは、学校における教育相談体制の充実を図るという観点から、平成7年度以来、中学校を中心に配置され、逐次その拡充が図られてきています。平成13年度からは、国庫補助事業が実施され、各学校において、臨床心理士等のスクールカウンセラーによる活動が行われています。

特にスクールカウンセラーについては、「心の専門家」としての専門性と学校外の人材であることによる外部性により、不登校児童生徒等へのカウンセリングや教職員、保護者等への専門的助言・援助において効果を上げています。スクールカウンセラーが配置された学校関係者は、その効果を高く評価しており、養護教諭、教師、保護者等からの相談活動へのニーズは高いです。また、スクールカウンセラーの配置校と他の学校とを比較すると、不登校の増加を抑止するといった効果も示されています。

## II. 校内の指導体制の構築

不登校児童生徒数は年々増加し、平成13年度の国公立の小中学校の不登校児童生徒数が13万9千人と過去最高を更新するなど、憂慮すべき状況にあります。これらの現状に対して、その対策として、文部科学省において平成15年3月に報告が取りまとめられ、学校における取組として、その後「不登校への対応について」のパンフレットが作成されました。

図6-3は、不登校にならないための魅力ある学校づくりについて図示したものです<sup>2)</sup>。「心の居場所」「絆づくり」や「基礎学力の定着」等が提言されています。これらのことについては、病弱養護学校や院内学級等においてもこのような取組が必要です。

図6-4は、不登校に児童生徒に対するきめ細かく柔軟な対応を提言したものです。校長の強いリーダーシップの下、教員を支援する学校全体の指導体制の充実や学校内外のコーディネーター的な役割を果たす不登校対応担当教職員の位置づけを核としながら、養護教諭の役割、不登校児童生徒の立場に立った柔軟なクラス替えや転学等の措置、教職員の資質の向上、不登校児童生徒の学校外の学習状況の把握と学習の積極的な評価の工夫、校内・関係者間における情報共有のための個別指導記録の作成、スクールカウンセラー等との効果的な連携協力が提言されています。

病弱養護学校等では、これらのことに加えて、医療との連携を図ることが重要となります。

## 1. 不登校とならないための魅力ある学校づくり

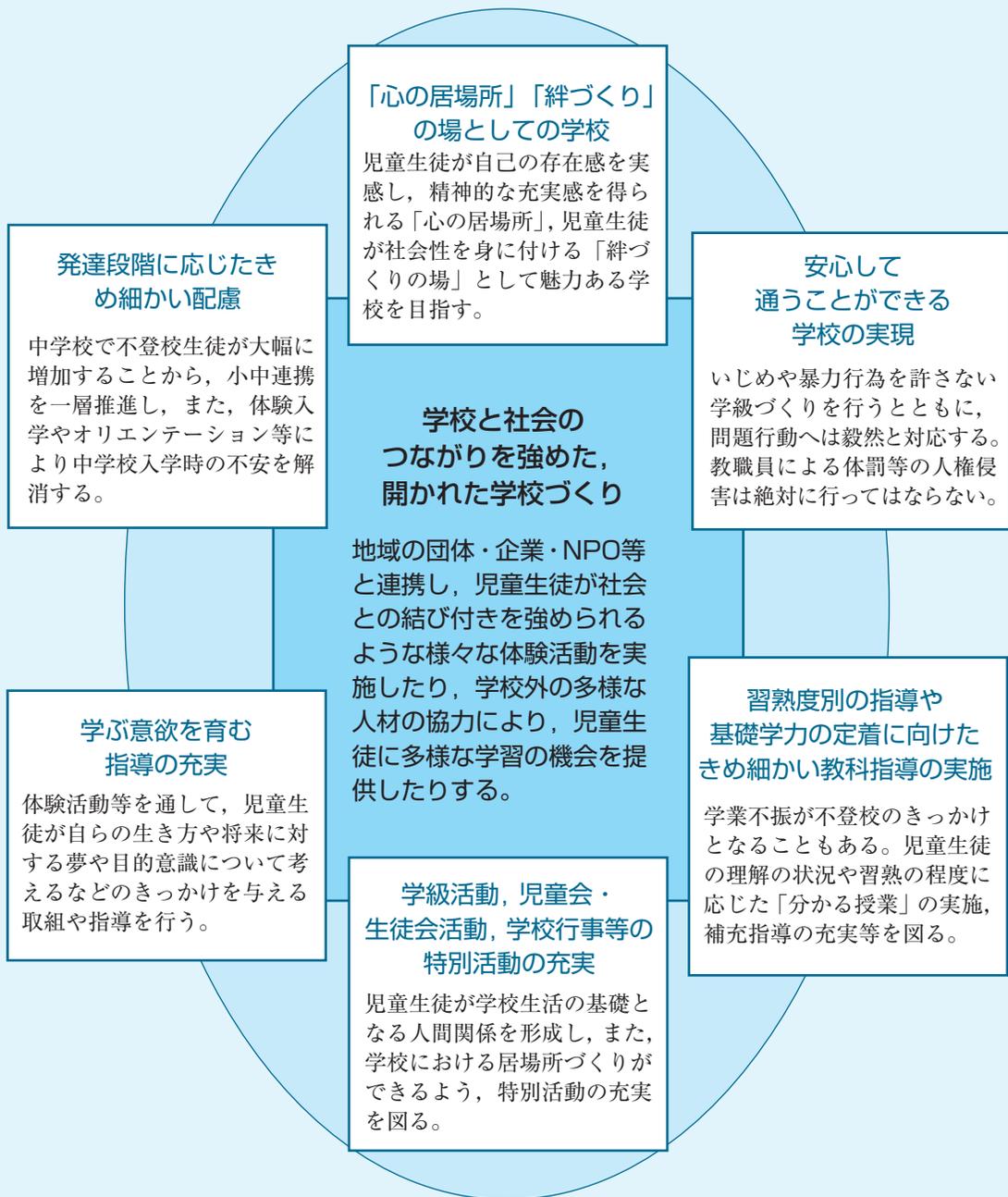
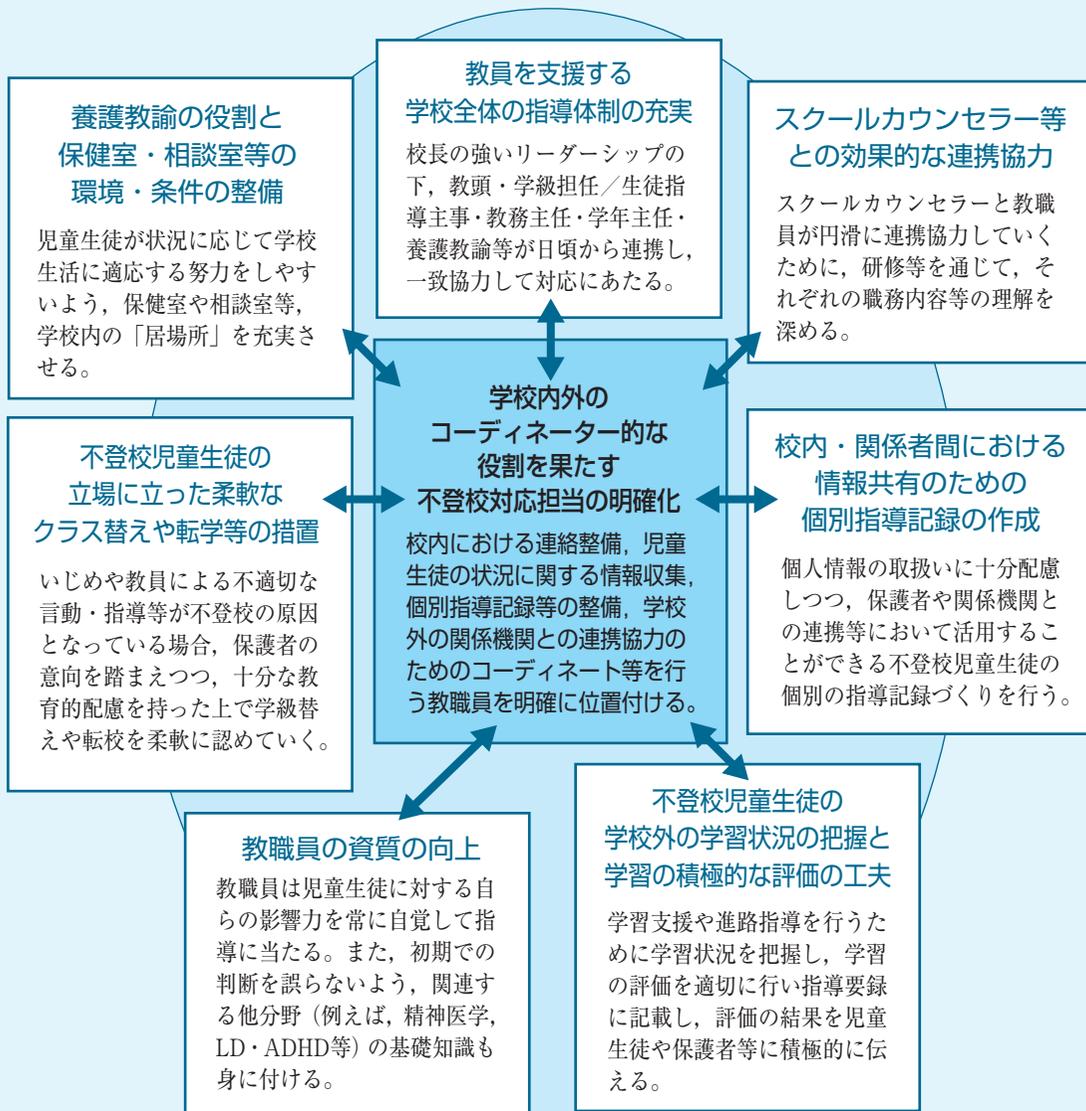


図6-3 不登校にならないための魅力ある学校づくり

# 第3節 校内支援体制

## 1. 不登校児童生徒に対するきめ細かく柔軟な対応



### 関係機関や家庭等との連携による取組

地域や学校の実情に応じて、学級担任、その他の教員などがコーディネーター的な不登校担当教員との連携の下、日頃から教育支援センター（適応指導教室）民間施設の指導員等との情報交換を行うなど、積極的な連携が必要です。また、不登校児童生徒が学校外の施設に通う場合であっても、家庭への訪問、学習状況の把握、学校外の学習の評価の工夫等、継続的な関わりが大切です。

図 6 - 4 不登校児童生徒に対するきめ細かく柔軟な対応

## 第4節 不登校を経験した生徒の義務教育終了後の進路について

### I. はじめに

不登校を経験した生徒の義務教育終了後の進路はこれまで学力面や学校への適応のむずかしさなどからその選択肢が限られていました。しかし、最近その選択肢のひとつとして通信制課程の単位制高校が目ざされはじめています。通信制(単位制)高校への進学状況は、中学卒業生の増加、低年齢化、進学率の上昇などの顕著な特徴がみられます。特に中学を卒業したばかりの生徒の中で不登校経験者の占める割合は編転入生に比べて明らかに高い割合を占めているようです。もちろん編転入生の中にも、前籍校において様々な理由で不登校状態となり留年・退学して編転入する生徒たちが多くいます。つまり通信制課程(単位制)高校に入学する不登校生の増加は偶然ではなく、明らかにそのシステムを理解し自ら選択して入学しているものと思われます。また、中学校による進路指導よりも、適応指導教室やフリースクール・病院の小児科医やカウンセラーの紹介で入学する場合があります。そこで、進学先として通信制課程(単位制)高校を紹介します。

#### 1. 通信制課程(単位制)高校のシステムの特徴

通信制課程(単位制)高校はそのシステムの特徴として、低い束縛性、自己決定の自由、働きかけない教育の3つが考えられます。これらはいずれも、不登校・学校不適応を経験した子どもにとってはすごしやすい学校の「教育システム」です。

##### (1) 低い束縛性(集団指導・集団活動が少ない)と自分のペースでの学習活動

単位制というシステムの特徴は、生徒が学習したい科目を自由に選んで学習し単位を取得することです。さらに年に複数の入学の機会があり、前籍校の修得単位や在籍期間を生かすこともできます。

また、単位制には、学年や留年といった制度がなく自分のペースで学習活動を進めることができます。3年間で卒業することも、またゆっくりと何年もかけて単位を取得し、卒業することも可能です。受講したい科目も自由に選ぶことができます。

通信制課程では、スクーリングに出席し、レポートを作成して試験を受け、単位を修得する、いわゆる自学自習を基本とするシステムがとられています。その中心は自宅での学習であり毎日通学する必要もありません。週に1回~6回、自分の生活にあわせて、自由に通学することができます。

学期の区分は、ほとんどの通信制高校が2期制をとっていますが、5期制をとっている学校もあります。この5期制(1期前半・1期後半・2期前半・2期後半・3期)という形態は不登校を経験した子どもや病弱の子どもにとっては、単位修得の目標が見えやすく、比較的短期間でその成果を実感できることから望ましい制度といえます。疲れたら学習を中断し、また少しずつ単位を積み重ねていくことができるからです。

##### (2) 自己決定の自由と自己責任

「どの科目を履修するのか」「いつ、何回出席するのか、しないのか」、「試験を受けるのか、受けないのか」、「単位をとるのか、とらないのか」、「学校を優先するのか、それ以外の生活を優先するのか」など、これらすべてを決定する自由が、生徒自身に与えられています。不登校を経験した子どもには、それまで受身の対応ばかりをしてきた者が多くいます。受講する科目を選ぶという自己決定と、そのことに責任をもつという経験は大変重要な行動であると考えます。

## 第4節 不登校を経験した生徒の義務教育終了後の進路について

### (3) 『働きかけない』という教育活動

不登校になって学校にいけない、行かない。家から出られない。そのような経験をした子どもがその時期をくぐりぬけてようやく学校に出られるようになった時、次に待ち受けていることがら、そこで直に触れあう（あわなければならない）人たちとどのような話題で接すればよいのか、どのような距離をとればよいのか、などでいつも緊張して疲れ切ってしまいます。このような子どもに対して通信制課程（単位制）のシステムがとる教育支援は、「働きかけない」で見守るという支援です。学校や教師は生徒と一定の距離を保ちつつ『接している』という関係のなかで教育活動が展開されていきます。通信制（単位制）高校は、この『接点』を『接点』のまま維持することが学校の方針であり教育支援であると考えています。学級（ホームルーム）活動や学校行事など集団活動になじめず、人間関係を築くことがむずかしい子どもにとっては学習しやすい環境といえるでしょう。

## 2. 通信制（単位制）の学習のしくみ

通信制課程（単位制）高校の学習の基本は、レポート・スクーリング・テストの3つです。学習の基本は自学自習です。教科書の区切りごとに学習できたかどうかを確かめ、定められた回数のレポートを期限を守って提出します。もちろん全日制の「授業」にあたる面接指導（スクーリング）があります。平素の学習の中で出てきた疑問点を質問したり、学習を深めるために指導を受ける時間です。レポートを提出し、スクーリングに出席すれば、単位認定試験（テスト）を受けることができます。

単位認定試験は学習の成果を確かめるもので、これに合格すればその科目の単位が取得できます。単位の認定は、学期ごとに開講される科目、分割履修する科目あるいは集中受講する科目などが、それぞれ一定期間ごとに認定されます。また、次の（ア）～（オ）のような学習成果も一定の条件の下で修得単位として認められる場合があります。

- （ア）前籍校（外国の学校も含む）で修得した単位
- （イ）大学入学資格検定（大検）の合格科目の単位
- （ウ）技能審査で修得した単位
- （エ）職業訓練校や専門学校で修得した単位
- （オ）職場実務のうち科目の修得として認められた単位

## II. 事例

\* K高校（全国で、唯一5期制を実施している通信制課程の単位制高校）を例に、さらに詳細を見ていきましょう。

K高校は5期制を実施していて「いつでも入学」の機会があります。原則として1科目ごとに毎週1回のスクーリングが開講され、これが4～5週間連続します。通学する日以外は、家庭で自学自習をすることによってレポートを作成します。スクーリングに出席し、レポートを提出したのち、単位認定試験に合格すれば単位が取得できます。その単位を74単位（現在の高校卒業の必要単位数）以上取得し、累計の在籍期間が3年間（36ヶ月以上）となれば、その年度の9月または3月に卒業することができます。学年のない単位制なので当然留年はありません。

## 第4節 不登校を経験した生徒の義務教育終了後の進路について

たとえば慢性疾患をもつ子どもが不登校になる原因の一つに「体育実技」の授業があります。不登校にならなくても慢性疾患をもっている子どもにとって、実技教科は学校や担当教員の理解を得ることがむずかしく、低い評価がなされたり単位が修得できなかつたりすることがあります。K高校では「軽スポーツ」などの科目が用意され、個別対応によって不登校を経験した生徒や慢性疾患をもつ生徒にも参加しやすくかつ公平な評価が与えられるように配慮されています。開講科目も普通科目だけではなく校外で行なわれるスキューバダイビング、スキー・スノーボード、ゴルフ、天体観測実習、釣り、職業探検、芸術鑑賞など多種多様であり、これらの科目も取得単位として認定されています。

さらに、不登校を経験した生徒の中には社会経験や生活体験の不足からコミュニケーション能力が不足であったり、いじめの経験から自尊感情が低い生徒もいます。このような生徒のために、大阪府服部緑地内の服部緑地乗馬センターの協力を得て、2005年4月から総合学習『ホースバックライディング（馬介在教育）』の試みも実施されています。この講座は未だ試みの段階ですが高校入学以前に長期の不登校を経験した生徒（1例は、入学後も2年近く不登校）が、1回も欠席することなくスクーリング会場の乗馬センターに通い、必修科目であるこの「総合的な学習（3単位）」を取得しました。この生徒はその後、その経験が自信となって新たな学習活動へのステップを踏み出しています。K高校の『ホースバックライディング』\*は、今後、義務教育の適応指導教室などとの連携が望まれます。

また、不登校の生徒には、昼夜逆転の生活から朝を起きることがむずかしく、それが原因で学校に行けなくなる場合もあります。K校の始業時間は午前10時30分と遅く、また午後は0時45分から始まります。午後の科目をひとつずつ積み重ねていって生活リズムをとりもどしていった生徒の例も数多くあるようです。

\*（大阪府教育委員会では、適応指導教室の児童生徒に服部緑地乗馬センター（大阪府）・鶴見緑地乗馬センター（大阪市）での馬介在の教育活動には出席に扱うことになっています。）

### Ⅲ. おわりに

後期中等教育の教育改革は、これまでに様々な試みがなされ実施されてきました。しかし、そのほとんどが全日型の、しかも一定の学力を獲得している子どもたちに対する学校を対象にして行われてきました。しかしその一方で、不登校生徒の増加と長期化、慢性疾患を持つ生徒への対応などについては、未だ十分な対応策が講じられてきたとはいえません。このような中で、上述した通信制課程（単位制高校）の存在の意義は大きく、その理解と周知はこれら生徒の義務教育終了後の進路を保障する意味で大切であるといえましょう。もちろん通信制課程（単位制）高校は全日型の高校とは異なる点がたくさんあります。教育目標や教育内容において、さらに施設や設備の面においても多種多様です。このことから進路を選択するには子ども自身が事前に学校を見学して十分な説明を得ること、また保護者もその特徴をよく理解し納得したうえで決定することが大切でしょう。

さらに高校卒業資格が併修できる専門学校や通信制高等学校のサポート校という教育機関がありますが、それぞれの特徴を理解し納得した上での選択が必要でしょう。

また通信制課程（単位制）高校などの教育機関は、今後「子どもの自立総合支援センター（不

## 第4節 不登校を経験した生徒の義務教育終了後の進路について

登校・引きこもりの子どもの支援施設」や適応指導教室・フリースクール・病院の小児科医やカウンセラーなど他の教育機関とも連携して、さらなる学習支援の充実・発展をはかる努力を期待したいところです。

### 文 献

- 1) 文部科学省 (2003) 今後の不登校への対応の在り方について (報告).
- 2) 文部科学省 (2003) 不登校の対応について  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/futoukou/main.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/futoukou/main.htm)
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 文部科学省 (2005) 特別支援教育を推進するための制度の在り方について (答申). 中央教育審議会.
- 6) 日本学校保健会 (2001) 保健室登校の経過の例. 「養護教諭が行う健康相談活動の進め方 - 保健室登校を中心に -」, 17.
- 7) 日本学校保健会 (2001) 養護教諭の対応. 「養護教諭が行う健康相談活動の進め方 - 保健室登校を中心に -」, 18.

## 第7章 病弱養護学校や適応指導教室、巡回指導等の様々な取組の実際

### 事例1 A市の教育・福祉システムとB病弱養護学校の取組

#### I. はじめに

B養護学校はA市の東の端に位置し、学校の前には海が広がり非常に自然環境に恵まれた学校で、隣接の病院はなく学校敷地内に寄宿舎のある病弱養護学校です。開校当初は喘息や肥満を中心に慢性疾患の子どもたちが学んでいましたが、医学が進歩した現在では何らかの原因で心因性の不登校になった子どもたちが就学を中心へと変化しています。

本校の児童生徒の傾向として、他人との距離感がつかみ難く対人関係が苦手であることや集団になじむのが苦手であることなどが挙げられます。それと同時に学習空白による学習面での劣等感をはじめ、何事に対しても自信が持てず自分を否定的に見てしまいがちになる等、自尊感情が低い傾向にもあります。その様な中、恵まれた自然環境（自然をいかした活動など）、温かな生活環境（きちんとした食事の提供や異年齢集団での生活など）、安全・安心な教育的環境（24時間の教育相談体制や小集団での学習など）など「本校の特性」により本校に登校できるようになります。

しかし、登校はできても教室に入ることができず、教室に入っても情緒が安定せずに授業を受けることができない児童生徒も少なくなかったのが現状でした。また、情緒が安定してきて学習に対して取り組みを始めた場合に関しても、対人関係のまずさなど些細なきっかけから不安定となるなど精神的なもろさも残っていることが多々ありました。従って「いかにして児童生徒の心理的安定を図るか」また、「いかにして児童生徒の主体性を育むか」ということが課題であり、この課題に迫ることが児童生徒の自立に向けた支援につながると考え、研究仮説として『心身症等不登校経験のある児童生徒に「受容」「挑戦」「協力」「向上」という4つの段階で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』を設定し取り組みを進めてきました（資料1）。

また、ここ数年は子どもたちの状態把握のひとつの手法でもある行動チェックリストを実施し、主題研修でのテーマとしてチェックリストの活用について模索してきました。この事例ではA市教育・福祉システムの概略ならびに校内外の支援体制を説明し、実際の指導事例も載せながら不登校児童生徒の支援のあり方を紹介します。

#### II. 学校の概要と転入学について

##### 1. B養護学校の位置づけと概要

市内には障害種別に8校の市立の養護学校があります。病院が併設されており内臓疾患等が中心の子どもたちが通っている病弱養護学校は市内に1校あります。本校に在籍している子どもたちは心身症や適応障害など、心身面でのケアや支援が必要なケースが多く、小学部・中学部の子どもたちの全員が前籍校で不登校を経験しています。

転入時の市就学指導委員会の診断医の診断書で整理すると重複する場合も含めて全校児童生徒

## 事例Ⅰ A市の教育・福祉システムとB病弱養護学校の取組

の3分の2に心身症の診断名が記載されており、あとの3分の1の児童生徒たちには水頭症、てんかん、高度肥満、慢性疲労症候群等の診断名が記載されています。H17年度の2学期末現在、小学部2名（中1名は体験中）、中学部1年2名（中1名は体験中）、中学部2年6名、中学部3年19名（中1名は重複）の計29名の児童生徒が学んでいます。年度によって増加の状況は違いますが、年度途中から次々と児童生徒が転入し、年度初めと年度末の在籍数が2倍以上になることもあり、在籍数の増加に伴い学級数が増え同時に教員数も増えてくるという現実もあります。

### 2. 学校見学から転入学までの流れ

本校に転入学するにはまず学校見学をすることが必要です。不登校状態の子どもたちが学校見学に至るまでの経緯は様々ですが、大きく整理すると前籍校の先生からの薦めや少年支援室や福祉関係など関係機関からの紹介、そして知人からの口コミやホームページの閲覧など個人的なものに分類されます。その後は学校の窓口と家庭や関係機関と連絡を取り合いお互いの都合の良い日を選び学校見学への運びとなります。見学当日は担当者から学校の説明を受け学校紹介用のビデオを視聴した後、授業の見学をはじめ校内の各施設の説明などで校舎内めぐりを行います。本人などの負担を考え時間的には1時間程度となっています。その後、本人・家庭に体験入学の希望があれば、A市教育委員会へ就学相談願いを提出してA市養護教育センターで心理検査を行い、市就学指導委員会の診断医の診察を受けます。その後は市教育委員会指導部から連絡が入り、学校の行事などの関係も見ながら家庭・関係機関と連絡を取り合い、体験打ち合わせ日と体験開始日を決めていきます。体験打ち合わせでは本人に対して当該学年の職員と寄宿舎指導員から幾つかの説明と保健室で養護教諭と心身面での確認と相談などを行っています。それと併行して家庭や関係機関との情報交換を行います。

体験入学は基本的には2週間程度で、体験の後半には本人・家庭の意思確認を行います。本校への希望があれば校内就学指導委員会で検討を行い、転校が相当であろうと判断が出ればA市教育委員会指導部と前籍校への連絡と、その後の書類のやり取りを経て転入学となります。

## Ⅲ A市の教育・福祉システムについて

### 1. 総合療育センターと養護教育センター

ここではA市の特別支援教育に必要な不可欠な2つの施設の説明を中心に行います。まず総合療育センターについてですが、発達障害のある方の医療ならびに療育のための社会福祉施設であり、A市福祉事業団が受託経営している施設です。乳幼児期の早期療育から成人期の機能維持・健康管理に至るまで医療と福祉の専門職が治療や療育の相談に応じています。サービスは、通所・通院や入所・入院によるもののほか、自宅や通常利用されている施設（保育所・幼稚園・学校・小規模作業所）にスタッフを派遣しています。

また、センター内にA市内に住む自閉症の方を中心として、発達障害のある方とその家族に関わるすべての人々のための専門支援センター、A市自閉症・発達障害支援センター「つばさ」もあります。さらに障害のある子ども一人一人に適したテクノエイドの提供を目的とした「リハビリテーション工房」や、子ども達が楽しく遊べるようにと遊具の開発などを行っている、「A市おもちゃライブラリー」もセンター内にあります。同時に総合療育センターの周りには知的・肢体不自由・病弱の養護学校も隣接されています。

## 事例Ⅰ A市の教育・福祉システムとB病弱養護学校の取組

養護教育センターは障害のある幼児、児童生徒が自立を目指し、障害に基づく種々の困難を主体的に改善・克服するための支援を行うことを目的に、総合療育センター内に併設されています。事業の概要としては障害のある幼児、児童生徒に対する相談と保護者や教育関係者に適切な指導・助言を行う教育相談事業や、障害児理解と養護教育に関する専門性を高め教職員の資質向上を図る研修事業、そして特別支援教育コーディネーターの養成や巡回相談など特別支援事業を行っています。他に調査研究事業や資料普及事業、教材開発事業なども行っています。そして各事業をより充実させるために総合療育センターやA市教育センター、A市教育委員会と連携を図っています。

### 2. 教育・福祉関係の行政のシステム

すでに紹介したように養護教育センターと総合療育センターとの関わりなど、教育と厳密には福祉を含めた医療との連携は、A市の特別支援教育にとって必要不可欠なものとなっています。

また本校の児童生徒のように家庭環境が複雑で、不登校経験を有する児童生徒たちにとっては福祉関係との連携は重要だと考えています。特に近年、生活基盤の確保のことをはじめ家庭の課題も複雑化して、学校だけでは解決しがたい事例が増えているので、福祉関係とタイアップして具体的な家庭への支援を行うことも多くなっています。

本校と関係する機関を中心に紹介すると、市内に五つの少年支援室（適応指導教室としての機能を有する支援室が2カ所、少年法による少年補導センターとしての機能を有する支援室が3ヶ所）があり本校児童生徒の多くがここを経由して転校してきます。また、児童相談所で臨床心理士によるカウンセリングを受けたり、必要に応じて心理検査を受けたり療育手帳の発行を受けたりすることがあります。そして緊急時には児童生徒の居場所の確保で一時保護の依頼を行うこともあります。さらに本人や家庭への支援や働きかけでは福祉関係の「子ども・家庭相談コーナー」の担当者と連絡を取り合ったり、生活基盤や経済的な課題では生活課の職員と連携をとったりすることもあります。

医療機関との連携は指導事例で挙げたいと思いますが、本校の児童生徒の支援を考えると、最近では学校と福祉との連携強化の必要性も感じています。支援に当たってはそれぞれの関係機関の担当者と本校職員が集まってケース検討会を行ったり、必要性に応じて学校から出向いたり担当者が来校して相談を行っています。

## IV. 指導事例（校内支援体制・医療関係との連携を中心に）

### 1. 支援体制と校内外の連携について

事例を紹介する前に個々に応じた支援を行うための児童生徒の状態把握の方法など校内支援体制の一部を説明します。また、校内外の支援体制と連携についての全体像としては資料2をご覧ください。

#### ○ 朝・夕の引継ぎ（学校と寄宿舎の連携）

毎日、朝（8：30～）と夕方（16：00～）の2回、児童生徒の状態を把握するために引継ぎが行われています。内容としては一人一人の健康面や心理面の状態と必要があれば対人関係での事象も含めて、朝は前日の夜に宿泊した寄宿舎指導員から、そして夕方は学校の担任から報告を行っています。

## 事例Ⅰ A市の教育・福祉システムとB病弱養護学校の取組

### ○ 生徒指導係り会（情報収集や整理と情報の共有化）

毎週木曜日の2時間目に生徒指導主事、養護教諭、寄宿舎から2名、各学年から1名そしてオブザーバーとして教務主任が参加して、各家庭の状況も含めて一週間単位で児童生徒の様子などの報告を行っています。また、養護教諭からは日頃の場面も含めて保健室から見えてくる児童生徒の内面の様子も伝えてもらっています。時間的に限られた職員での話し合いとなりますので、資料は文章化しており全職員が情報を共有できるようにしっかりと管理も行いながらファイリングしています。

### ○ 保健室の重要性（きめ細かな状態把握とコーディネート的活動）

養護教諭は校内での具体的な児童生徒への支援と、関係機関との連携など対外的な場面においても重要な位置づけとなっています。養護教諭の専門性と保健室という安全な場所から、きめ細かな状態把握を行いながら家庭のこと、対人関係のこと、進路のことなど児童生徒からの多様な相談などにも対応し声かけや支援を行っています。

また、専門医との諸々の連絡調整をはじめ他の医療機関との連携、そして時には福祉との話し合いなど対外的な場面でも活動を行っており、活動にあたっては担任と情報交換や連絡を密に行い、場面を見ながら一緒に行動したり単独で行動したりと多彩な動きをみせています。そのためには保健室の在り方をはじめ、基本的な児童生徒の支援の方向性の確認などを職員間で行い動きやすい雰囲気づくりと、実際の支援場面では管理職を中心に確かな後押しが必要不可欠と考えています。

### ○ 事例検討会（共通確認と支援の方向性の検討）

本校には専門医制度（心療内科医をA市教育委員会が委嘱）があり、年間10回程度、本人・保護者へのカウンセリングと事例検討会が行われています。事例検討会では基本的に事前に行ったカウンセリングでの様子や支援のアドバイスを専門医から話してもらい、質疑応答も行いながら学校・寄宿舎の職員が全員参加して支援の方向性を確認していきます。また、継続して情報交換が必要な児童生徒については、事例検討会の中で適宜話し合いを行っています。

この他にも資料2にあるような分掌や委員会が連携し、支援に当たっては職員会議などで共通確認しながら行っています。また、自尊感情のことで道徳の授業でグループエンカウンター的な活動を行ったり、学力面での把握のために選択授業で基礎学力調査を実施したりと資料2以外の校務分掌とも場面によって協力しながら取り組みを行っています。

## 2. 事例の概要

### 事例1 衝動型（症状により医療機関との連携が深い事例から）

中学1年の2学期に友人関係のトラブルからいじめにあい、信じていた友人からも最後は裏切られ、学校職員の対応にも不信感を持ち不登校になっています。その後、中学2年は1学期のはじめから休学して、家でパニックを起こすこともしばしばあり病院に受診しています。本校へは中学2年の1月から体験を開始して中学3年生の7月に本校に転学になっています。体験打ち合わせ時の情報からも精神的に非常に不安定ということや極度の人間不信ということから、体験直後に保護者の了解も得て主治医とカウンセラーのもとに養護教諭と担任で情報交換を行っています。その後も病院との連絡を密にとっていました。主治医の病院が自宅から遠いことや本人の状態を考えるとより状態把握をきちんとする必

## 事例Ⅰ A市の教育・福祉システムとB病弱養護学校の取組

要性があり、偶然ではありましたが専門医の病院と本人の自宅が非常に近いこと、そして主治医と専門医が知り合いであったことなどから主治医を専門医へと変わることができ、その専門医への移行に関しても初診時に保護者・本人と一緒に養護教諭も同席しています。

校内の様子としては初期の段階から些細な言動で級友と上手くいかなくなり、その後はみんなが私の悪口を言っているとか見ているなどの訴えなどが多くなり、教室に入れず欠席も多くなっています。また、自分の思いを分かってくれていないと感じたり自分の考えと違う意見を言われたりした場面では、教室から飛び出すことや無断で家に帰ろうとすること、周りの物を投げちらかすこともあります。その様な状況の中、不安定になることが予想される場面や既に不安定になっている時には無理をさせず養護教諭や担任を中心に話をゆっくりと聞いたり、保健室や教育相談室など休養もできる部屋を準備したりと、安心で落ち着ける環境づくりを行っています。その結果、徐々に登校できる日が多くなり集団的な活動には入れないものの、教科学習では教室で級友と一緒に学習する場面が増えると同時に、当初は特定の職員だけとのコミュニケーションのみでしたが段々と多くの職員へと関わりも広がっています。また集団的な活動に関しては全体的な活動の場面には参加しにくい状態であったので、本人の状態も見ながらではありますが、少しずつ活動の内容も伝えながら「みんなとは一緒に活動していないけれどこの作業はみんなの活動の役に立っているよ！」と職員の方から仕事の依頼をするなど個人的に活動に参加することもあります。周りの児童生徒も事例生徒が対人関係が苦手なことで集団的な活動に参加できにくいことは知っているのでも、上のように全体の活動に対して貢献している作業などを行っている場面では、「この事業所のネームプレートは〇〇さんが準備してくれました。」と紹介などを行っています。

ただ、本事例の生徒に関しては専門医から集団的な活動に参加できても無理はさせずブレーキをかけることを意識することなどを伺っていたので、集団的な活動への参加については本人の気持ちを尊重しながら参加不参加などを検討し、その後は個人的に集団的な活動のことや卒業後に求められる社会性の話も行っていました。まずは自分の進路の実現にむけてどうすべきなのかと、他者や周りへの関心から自己のことへと関心や思いの方向を向ける働きかけを行っています。

本人の目標も定まり、また周りの職員も自分のことを分かってくれているという安心感などから登校も安定すると同時に、授業に参加することで級友との関わりも増えだして昼休みには体育館で運動を行ったり、職員室に勉強の質問に来たりする姿も本校転学前後に見受けられるようになっていきます。その後も情緒面で多少の波はあったものの、学習に対する意欲は受験時まで旺盛でした。ただ、受験時には不安や結果からパニックになり大きな声で廊下の友人に叫ぶなどの行動も見られています。生徒の変容としては、不安定になった場面でも本人が納得し安心できることを重ねていくと、不安定な状態からの回復が早くなり、例え不安定になっても幅が小さくなったことが挙げられます。この様に本人が進路や将来に対して前向きに進みだしたり、徐々にではありますが状態の改善が見られたりした要因の一つに、「今は厳しい状態だけどこのままでは終わらない」とか「今後は親元から離れて自分でやっていく」ということを感じ出したからだと考えています。

本事例は症状からも密接な医療機関との連携が必要と考えており、特に専門医とは頻繁

## 事例1 A市の教育・福祉システムとB病弱養護学校の取組

に電話連絡を行い、また必要に応じて病院まで行き受診時の様子や薬のことなどを含め関わり方のアドバイスも伺っていました。そして事象や緊急性からその年の最初の事例検討会で事例として挙げその後は全職員で関わりを持っています。

専門医からは生徒との関わり方や理解の仕方、そして医学的なことも含めてアドバイスをお願いしています。特に関わりとして留意したのは、「物事の予定には変更もありうること」、「本人の意見も尊重しながら最終決定はこちらでないこと」、「できないことはできないとはっきり伝えること」、「安心できる人、安全な場を作ること」、「適度の距離感を持つこと」などがあげられます。本校卒業後は高校に進学し不登校状態となっているものの、現在でも一番ラポートの取れていた養護教諭には連絡があり、本人と保護者との関係を含めて家庭状況の話や今後やってみようと思っていることの相談もありました。

### 事例2 受動型（様々な体験により自信を取り戻しつつある事例から）

小学5年生の授業中に本読みでつまづき、上手く読めなかったことをみんなから笑われ居場所をなくして不登校となっています。その後は少年支援室に通所して中学1年生の5月から体験を開始し9月に本校に転学となっています。校内での様子としては学校の時間帯や寄宿舎生活でも独りで居ることを好み、自ら友人と関わりを持つことは殆どありませんでした。また、全く会話を交わさないわけではないのですが極端に会話が少なく、教科学習の本読み等の場面では固まり泣くことが多々あり、生活リズムも一因であるとは思いますが、基礎体力のなさからか疲れた様子や体調不良を訴えることもありました。

その様な状況の中、年度初めの専門医相談のカウンセリングを本人ならびに母親が受けています。本人と専門医とのカウンセリングでは、長い話が苦手な生徒ではありましたが、専門医が女性という安心からか40分以上も会話が弾み、前籍校のことや現在の状況、そして進路を含めて今後のことまで色々と話したことを専門医から聞いています。関係者には専門医相談直後に話の様子と今後の支援のアドバイスをしていただき、後日の事例検討会で全職員に対しても話をしてもらっています。専門医からは生徒理解と支援について次のことを伺っています。生徒理解に関しては事前の検査と資料、並びにカウンセリングから境界知能の生徒と考えられ、こだわりや固さを持っているだろうとのことでした。そして支援については粘り強く繰り返し伝えていくことや、得意なことをさせたり、興味を持たせることを意識して行事などでは事前にリハーサルを行ったりすることも有効とのことでした。

また、不安やストレスへの対処については「外在化」の手法もひとつの手段ではないかと紹介があり、「あなたの嫌々虫を絵にしてみよう！そして吹き出しを作り嫌々虫を倒すための方法を書こう！」と具体的な説明もやっています。そして事例生徒に対しては行動チェックリスト（資料3）を実施しています。下位尺度の項目によっては本人（YSR）ならびに保護者（CBCL）の数値と学校・寄宿舎の数値に乖離も見られますが、大きな特徴として本人の結果や学校の教師や寄宿舎指導員の教師用の行動チェックリスト（TRF）の結果とも下位尺度の「ひきこもり」の項において特に高い臨床域の数値が出ています。また、内向尺度においては保護者以外の三者とも臨床域で、総得点の結果を四者で見ると本人・保護者は正常域で、学校・寄宿舎は臨床域として数値が出ているなど、本人・保護者と学校・寄宿舎の捉え方にも乖離が見られます。

## 事例Ⅰ A市の教育・福祉システムとB病弱養護学校の取組

上記のような状態把握と事例検討会などの話し合いを基に、事例生徒には社会性の向上も必要と考えていましたが、この点に関しても自尊感情を傷つけないように留意しながら、体験的な場の設定を行い学習面のこと含めて色々な場面で成功体験をさせて自信をつけさせることを支援の方向性としてきました。

登校も安定してきて本校で学ぶ目的も明確になり転校となった生徒ですが、転校後も月に数日体調不良を理由に欠席したり、中学2年生になった5月の連休前後には連続して欠席したという状態もありました。5月の欠席時には連休も間に入り休みが長引きそうであったため、他校へ異動となっていた前担任と本人及び家庭環境に詳しい少年支援室の担当者で連絡を取り合い対応と支援を行っています。その後の欠席時の対応としては欠席理由を聞いた後は本人と家庭を信じ学校の様子は伝えるものの、いつから登校できるのかという言葉かけよりも「良くなったら登校させて下さい。待っています」と声かけを行い、休みが帰宅時と重なっている時は極力登校日の前日ではない土曜日に家庭訪問をして、学校・寄宿舎からの連絡帳や配布物を持って本人や保護者の顔を見に行くことなどを行っています。その後、遅刻せずに2週連続して登校できたり、今までは保護者の送迎で帰校（登校）帰宅していたのが自力で行えだしたりとさらに安定して学校に来ることができています。また、欠席時の連絡や遅刻の連絡、さらに「〇〇時のバスに乗せました」と詳しい連絡も保護者からいただけるようになっていきます。

日頃の授業や集団的な取り組みでの支援の視点として、体調不良時には極力受け入れ保健室などで休養させています。心配することもあるとは思いますが、本事例生徒の場合は1時間だけ休養すれば次の授業や活動からはみんなと一緒に参加することができています。

また、集団的な取り組みや体験的な活動の場面では、本人が良く知っている職員の配置や比較的關係の深い児童生徒と同じ班にすることなど事前の準備段階からできるだけ環境整備を行っています。

活動の場面での様子として、総合的な学習の時間を利用した職場体験学習の報告会では、担当職員と相談しながら体験内容をまとめた新聞を作り、事前にリハーサルを行い多くの人前で発表もできています。また、文化祭の班活動で行った小物づくりの取り組みでは、手先の器用さと趣味をいかし見事なビーズ細工の商品を作っています。どちらの活動でも友達や職員から「凄い！」とか「良かったよ」と声かけなどをもらい本人の自信につながっていったと考えています。そしてどちらかという苦手な活動である校内駅伝大会にも1区を担当して養護教諭と一緒に完走しています。

養護教諭との連携については体調不良時の保健室での受け入れをお願いしたり、校医による定期的な診察時の聴診器による確認では肺への吸入音が弱いので軽いウォーキングの実施の提案を受けたりと、心理面と同時に身体的なことでも情報交換を行っています。

本事例では生徒の特性上、強く押すことはあまり得策と考慮せず、まずは受け入れお互いが信頼感を感じ、実際の活動場面ではできる範囲で本人が参加しやすいような環境整備を準備段階から行った結果、多くの活動を体験することができ、その体験で得た達成感や成功感が次の行動へとつながっていったと考えています。その後の変容として今年度は全ての体験的な取り組みに参加することができ、学習面においても伸びが見られ、さらに自分から授業内容の確認に来たり、寄宿舎でも会議の進行をしたりと一年前に比べると

## 事例Ⅰ A市の教育・福祉システムとB病弱養護学校の取組

大きな変容が見られています。

### 事例3 複合型（家庭状況により福祉機関との連携が強い事例）

本生徒は両親が乳児期に離婚し母親一人子ども一人の状態でも経過してきました。小学5年生の時に斜視をクラスメイトにからかわれたことをきっかけにいじめが広がり不登校となっています。当時母親の定職がなかったため家庭は経済的にも苦しく、いつも母親と二人で家に閉じこもる状態が続きました。中学2年生の時に区役所にある保健福祉センターのケースワーカーがこの状況を発見し教育委員会に相談しています。その後は前籍校からの勧めもあり学校見学と体験を経て転校となっています。教育委員会の診断医の診察でも心因性の不登校であり、少数数での就学と母子分離を図る必要があると診断されています。本校転学後にライフラインが切られていることが分かったり、夏休みに現在の家から出ないといけない状況が生まれたりしたために児童相談所とも連携をとり、進路をはじめ将来的なことも視野に入れて家庭・学校・関係機関と話し合いを持った結果、児童養護施設への措置となっています。本事例では個人のプライバシーもあり家庭支援が難しいケースではありましたが、担任はもとより福祉のケースワーカー、児童相談所の担当職員と共に養護教諭が家庭訪問を行い、母親と本音で家庭状況を話せる環境づくりに尽力してきたことで、児童養護施設への措置に結びついたケースとなっています。

今後は家庭状況もより複雑化すると考えられ、従来行われてきた個々での支援体制では、より良い支援は困難であると考えます。やはり特別支援教育が掲げているように関係機関との連携を充実していくことが必要で、福祉関係との連携が強い事例ではありますが、今回は学校・家庭・福祉の三者のパイプがうまくつながったケースと考えています。

現在、生徒は土日を児童養護施設で過ごし、基本的には毎週月曜日の朝に登校し学校・寄宿舎で過ごした後、金曜日の夕方に施設に帰る生活を送っています。進路に向け学習面で悩むこともありますが、体験当初に比べると随分と精神的にも逞しくなり、昼休みや寄宿舎の自由時間にはソフトボールを行ったりと活動的になっています。また、先日行われた文化祭では保健室で行われた性教育関係の展示でも積極的に活動を行っています。本事例では家庭支援と同時に事前に高校側とも連携をとり、事例生徒に対しても具体的な提示ができた結果、より明確に進路が見えて自ら歩みだした事例だと考えています。

## V. おわりに

本校では中学部卒業後にいかに自立していける力をつけていくか児童生徒への支援の方法や、家庭をはじめ関係機関との連携についてもより良いものを目指し試行錯誤を繰り返している段階です。

また、進路追跡アンケートと高校との連絡会などの情報を整理すると、年度によって違いはありますが、本校を卒業して進学して行った生徒たちの実態として、高校卒業時までには約4割の生徒が進路変更を余儀なくされています。その要因は様々ですがこの事実を真摯に受け止め、今後の教育内容の充実にかかっていると見ています。

情報化社会の現在、個人情報規制法など法令的なものから医療機関や福祉機関との連携が難しくなっているのを感じています。それと同時に今後は少子高齢化社会や産業構造の変化と就労実

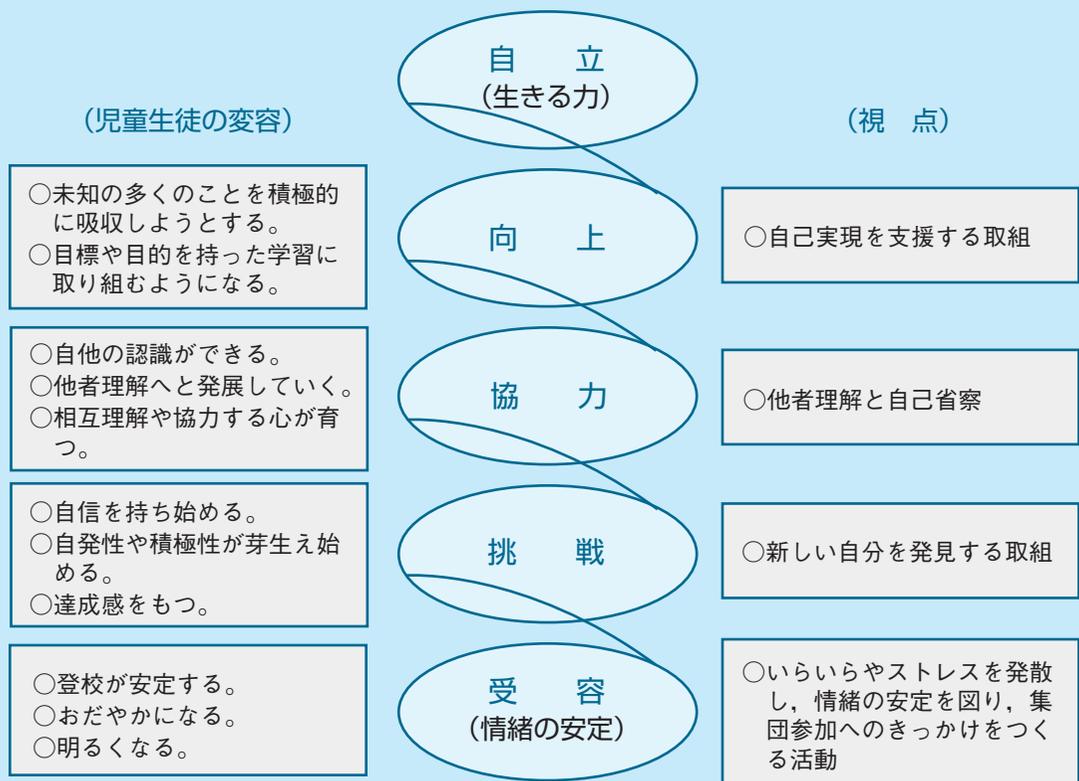
## 事例Ⅰ A市の教育・福祉システムとB病弱養護学校の取組

態により、人との関わりの希薄さが進むと同時に、各家庭における経済力などでも格差の拡がりも予想されます。したがって本校での大きな課題のひとつでもある家庭支援も困難さを増すと考えますが、児童生徒を中心に据えてお互いの立場を尊重しながら、より良い支援を追求していくことが必要になってくると考えています。そのためには顔と顔との連携を行い、守るべきことは守るなど信頼信用できる関係を構築することが不可欠だと考えます。

最後に不登校の児童生徒の支援にあたっては、家庭をはじめ関係機関との連携を行って多面的な捉えを行い、個々だけではなく系統的に具体的な支援を行っていくことが基本と考えます。

また、本来の養護教諭の業務の保障をした上で本校の事例のような養護教諭の多彩な動きができたならば、通常の小中学校においても家庭と児童生徒に対して大きな支えになると実感しています。

## 資料 1 本校でのキーワード「受容」「挑戦」「協力」「向上」の視点と意味



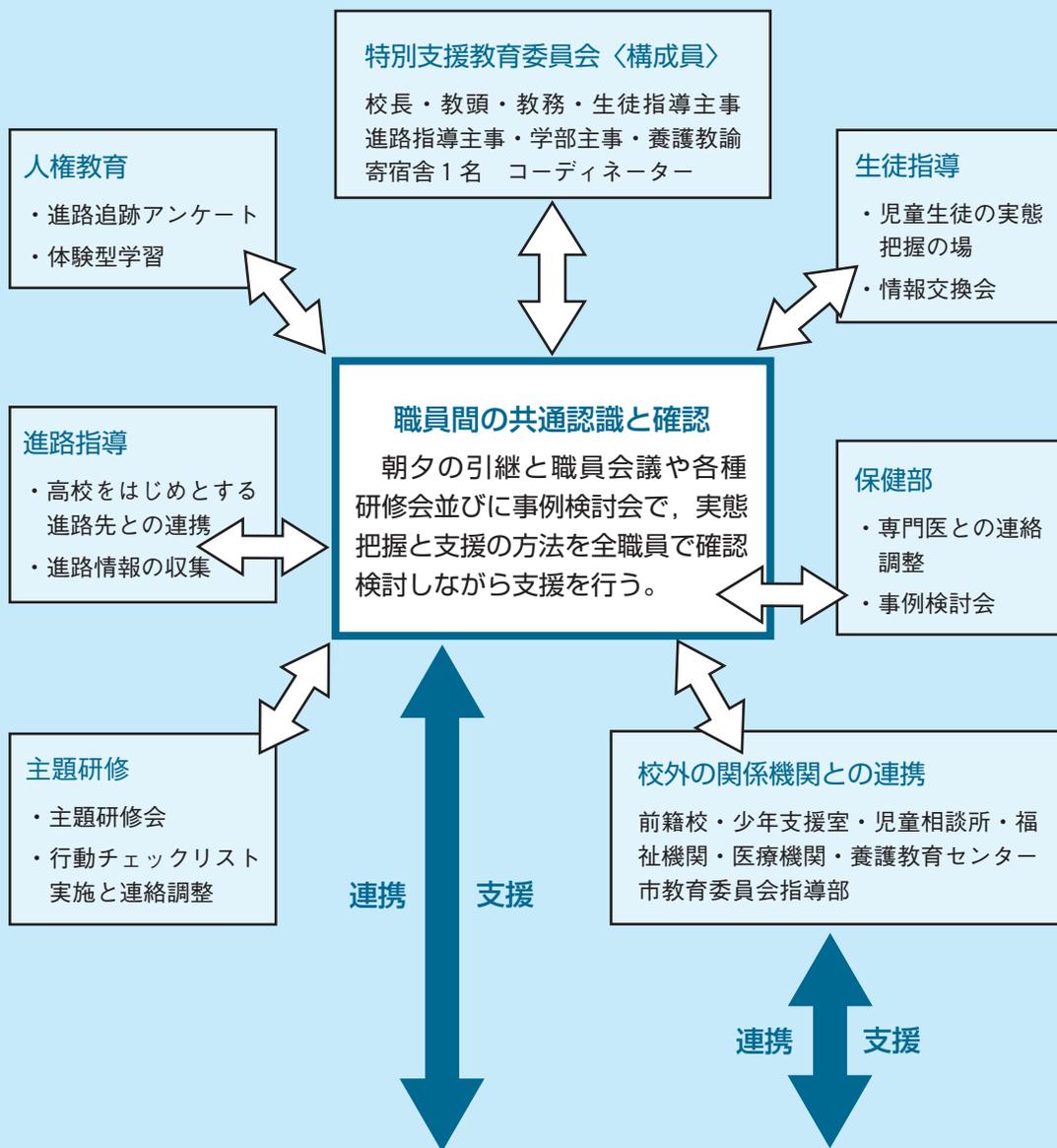
**「受容」**…児童生徒のありのままを全職員が受け入れ、イライラとストレスを発散させることや、他者を受け入れにくくなった心を開かせ、集団に適応するきっかけを作ることである。その様な意識を持ち働きかけにより児童生徒は「受容された喜びや」「自分を分かってもらえる信頼感」が芽生え、同時に「自己存在感」や「自分に対する自信」を持つようになり登校も安定してくる。

**「挑戦」**…本校への所属感や安心感を持ち、自分に対する自信を持ち始めた児童生徒は、少しずついろいろなことにチャレンジする意欲を持つようになる。さらに、自分の苦手なこと、これまでもう一步踏み込むことを躊躇していたことなどにも取り組めるようになってくる。この段階では自発性や積極性を促すことと、さらには挑戦したことをやりとげた達成感から、さらに自信を深めていくことをねらいとしている。

**「協力」**…自分に自信をつけてきた児童生徒は、さらに安定し、自分だけではなく他の人のことも認められるようになる。つまり、自他の認識から他者理解へと進み、相互理解が深まることで他者と協力していくことができるようになる。お互いに協力し合うことで一つのことが達成され、そのことから大きな感動と自信が得られることをねらいとしている。

**「向上」**…協力の意味を理解し始めた児童生徒は、未知の多くのことを積極的に吸収しようとし、目的や目標を持って学習に取り組めるようになる。そして、自ら課題を見つけ解決しようとし、自己実現に向かって具体的な行動が生まれてくる。この段階を「向上」として位置づけ、この様な成長やこの段階まで変容した状況を「生きる力」が育ってきたと言えるのではないかと考えている。

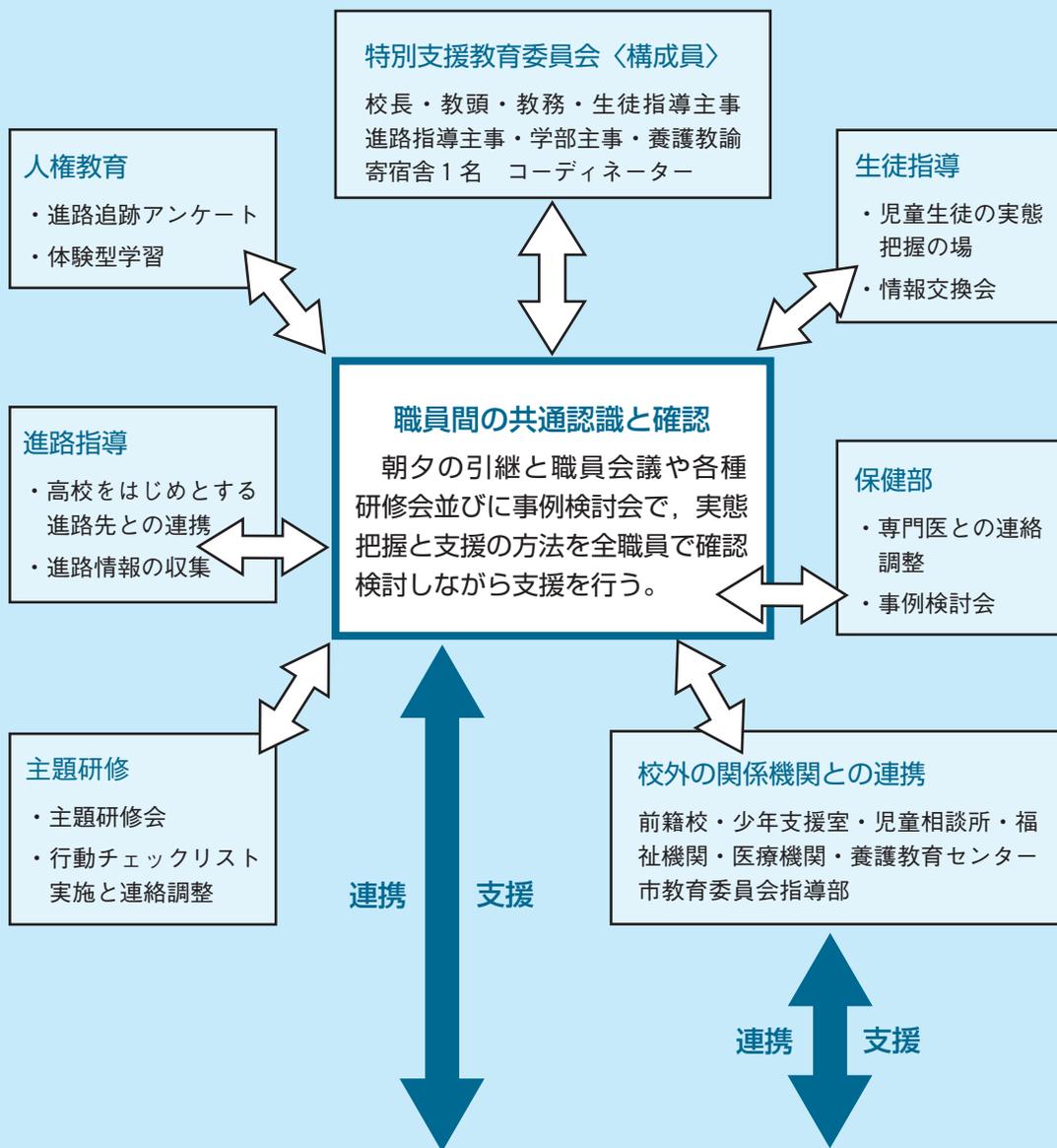
## 資料 2 【特別支援教育推進体制のイメージ図】



### 児童生徒と家庭への具体的な支援

研修会などで共通理解を行いながら具体的な支援を行っていく。児童生徒の支援に当たっては担任だけではなく、学年・学校・保健室・寄宿舎と状況に応じて支援体制を広げる。家庭の支援については学校のみではなく各関係機関からの働きかけをする。

## 資料 2 【特別支援教育推進体制のイメージ図】

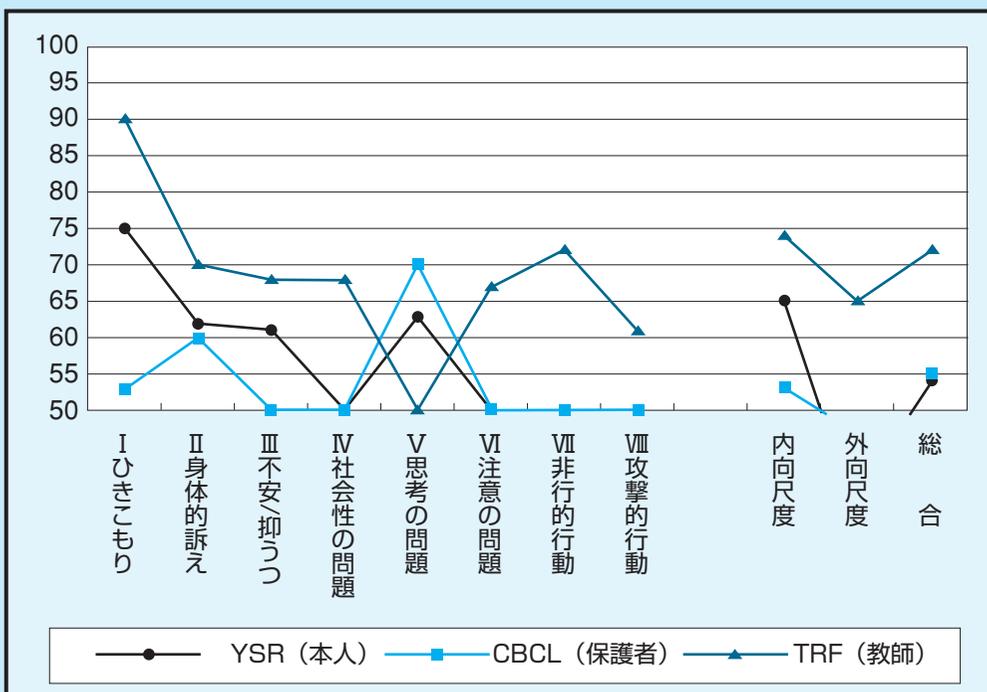


### 児童生徒と家庭への具体的な支援

研修会などで共通理解を行いながら具体的な支援を行っていく。児童生徒の支援に当たっては担任だけではなく、学年・学校・保健室・寄宿舎と状況に応じて支援体制を広げる。家庭の支援については学校のみではなく各関係機関からの働きかけをする。

### 資料 3 事例2の生徒の行動チェックリストの結果

	I ひきこもり	II 身体的訴え	III 不安／抑うつ	IV 社会性の問題	V 思考の問題	VI 注意の問題	VII 非行的行動	VIII 攻撃的行動		内向尺度	外向尺度	総 合
YSR (本人)	75	62	61	50	63	50	50	50		65	34	54
CBCL (保護者)	53	60	50	50	70	50	50	50		53	47	55
TRF (寄宿舎)	90	70	68	68	50	67	72	61		74	65	72
TRF (学校)	75	70	64	61	50	58	68	58		70	62	64



TRF (教師) のグラフは寄宿舎指導員のチェックリストの結果から。TRF (学校) のグラフならびに外向尺度の20以下は下位尺度の数値を参考にして下さい。

#### 参考文献

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あり方. 療育, 27, 46-51.

参 照 A市総合療育センター・A市養護教育センターのホームページ

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

### I. C市におけるD養護学校の位置づけ

本市には小学校147校、中学校69校、高等学校4校があります。また、7校の養護学校があり、その内訳は、知的養護学校4校、肢体不自由養護学校2校、そして本校の病弱養護学校が1校です。

本校への入学・転入については、隣接するC病院主治医からの紹介による学校見学と教育相談を経る場合が一番多く、続いて、直接保護者からの相談、市内・市外小中学校からの相談となっています。疾患の状態や入院、学習面を考慮し、転入の意思がある場合は、相手校と連絡調整を行い、市の適正就学相談委員会に報告の上、転入手続きをとることになります。また、入院はせずに通院して自宅から通学する場合も、外来主治医による紹介で教育相談を行っています。

入院治療や本校通学で状態が回復して転出する場合は、本校に学籍を置きながら試験的に前籍校に通学して、復帰後の適応マニュアルをシュミレーションする『試験登校』を行います。試験登校の期間は子どもによって異なり、主治医と本校・前籍校との話し合いで決定します。この試験登校で本人・保護者が復帰への自信を持ち、前籍校・病院・本校でのバックアップ体制が確認できましたら、市の適正就学相談委員会に報告し、転出手続きをとります。このように、本校は疾患をかかえる児童生徒が、治療しながら学ぶ学校です。

### II. 学校説明

本校は、独立行政法人国立病院機構C病院に隣接した学校で、校訓を『健康』『友情』『自立』、目指す児童生徒像を、以下のように掲げています。

- 自分をしっかり見つめられる子
- 友達と仲良く助け合うことのできる子
- 自分の目標に向かい、たくましく生きる子

また、学習の形態は、「通学」と「訪問」とがあります。通学は、(B)C病院に入院し、病棟から通う子どもと、(用)疾患の状態により地域の学校への通学が困難でC病院に通院し、自宅から通学する子どもとがあり、学習は基本的に、C市の小・中学校と同じ教科書を使用しての通常の小・中学校の教育課程を行っています。訪問は、(B)全員がC病院に入院し病棟での訪問教育を受けている子どもたちで、疾患が重症であり自立活動を中心とした教育課程を行っています。

このように、治療しながら学ぶ本校の子ども達ですが、その様相が年々変化してきました。その様子を、在籍児童生徒数と疾患種別で示します。

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

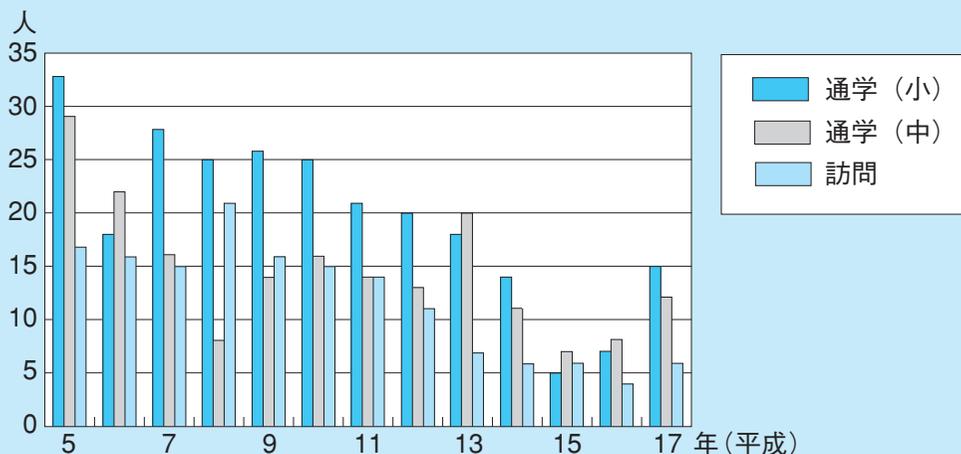


図 7-2-1 在籍児童生徒数の変化 (H.5~ H.17)

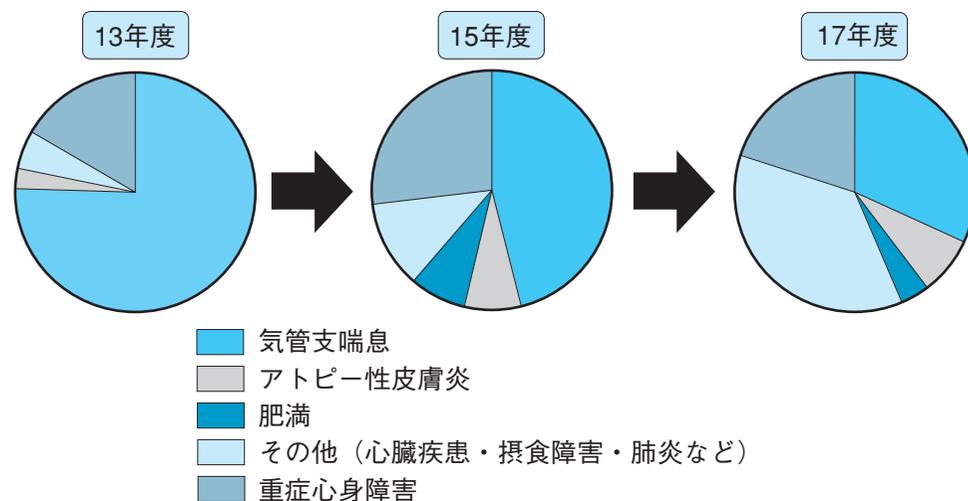


図 7-2-2 児童生徒の疾患別分類 (13・15・17年度)

- 最近の傾向として、小児気管支喘息やアトピー性皮膚炎などアレルギー疾患の多くは、入院という形はとらず、通院または、短期の入院で治療されることが多くなりました。そのため、本校の在籍児童生徒は、年々減少傾向を辿ってきました(図7-2-1)。
- 平成16年以降の在籍数増加は、居住区の学校環境では安全が保たれにくい子ども達や、様々な理由で不登校状況が長期化して居住区の学校に通えず、自宅から通学する子どもが増えてきたことに起因しています(図7-2-1)。
- 平成13年には76%を占めていた気管支喘息は、平成17年度では32%に減少し、逆に、体力や環境面などで地元の学校に通学できない子ども達が増えてきました(図7-2-2)。

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

- 平成16年度の児童生徒のうち、前籍校で不登校経験のあった子どもは、小学部で38%、中学部については92%でした。

本校では、このような子ども達が自分の病気と向き合い、いろいろな活動を通して自分のよさや可能性に気付き、達成感や成就感を味わいながら自信をつけ、病気に負けない強い心や身体をつくったり、自己効力感を高めていったりするための学習を行っています。

次に、通学の子も達が自立活動の学習を通して、目指している姿や課題・活動内容を示します。子ども達は疾患の種類や状態によって、運動が可能であったり制限されたりしていますので、それぞれの学習グループを「チャレンジ」、「かがやき」として、実態に即した活動内容を行っています（表7-2-1）。

表7-2-1 児童生徒の実態に応じた自立活動（通学）

自立活動のグループ	チャレンジ	かがやき
疾患名	気管支喘息・アトピー性皮膚炎・肥満	心臓病・摂食障害・気管支拡張症／間質性肺炎・アレルギー性疾患（気管支喘息+鼻炎+皮膚炎+結膜炎）
病因	アレルゲン [花粉・ハウスダスト・ダニ・ペット・埃・揮発性化学物質・ラテックス]	アレルゲン [花粉・ハウスダスト・ダニ・ペット・埃・揮発性化学物質・ラテックス] 感染、過度な運動
自己管理	休養，水分補給，内服，吸入，規則正しい生活，体調把握	休養，水分補給，内服，吸入，規則正しい生活，体調把握，危険物回避
自立活動でめざす姿	○運動を通して，病気に負けない強い心と身体をつくる。	○創作・文化的活動を通して，自己効力感を高める。
自立活動の課題	○疾患の状態の理解と自己管理の仕方を身に付ける。 ○継続した運動を通して体力をつける。	○疾患の理解や自己管理の仕方を身に付ける。 ○創作・文化的な活動を通して達成感を味わい，自信をつける。
活動内容	○継続した運動を通して，病気に負けない強い心と身体をつくる。 ・サーキット運動（ショート活動） ・プール学習（ロング活動）	○創造・文化的な活動を通して，達成感を味わい，自信をつける。 ・パソコンアート・和太鼓演奏・読書 ・書道・リコーダー二重奏・刺し子・ステンド ・みんなのアルバム作り・バドミントン
	○健康教室（C病院医師や本校保健健康指導部教諭による学習） ・疾患の理解や予防，健康の自己管理などについて学習する。	

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

### Ⅲ. 指導事例

#### 心身共に体力を付けて前籍校に帰っていったAさん

##### 1. こんな子ども

アトピー性皮膚炎と軽い喘息があるAさん。前籍校で4年時より不定愁訴による不登校が続き、5年生の3学期には全く登校できず、自室の布団の中で過ごすことが多かったということです。6年生の4月に隣接するC病院に入院し、本校に転校。「健康になって、前の学校に帰る。」という強い目標を持って、病院の規則正しい生活にも徐々に慣れていき、本校での欠席はありませんでした。苦手な運動にも真面目に取り組んでスキンケアの自己管理もできるようになって退院、転校となりました。本校へは、1学期間4ヶ月の在籍でした。

その後のAさんは、前籍校を休むことなく通学しています。2学期の本校での体育会には演技に飛び入り参加し、笑顔満面で楽しんでいました。

##### 2. 本人の目標

- 「健康になって、◇◇小学校に帰る。」
- アトピーと喘息を治す。
- 規則正しい生活をして毎日学校に行く。

##### 3. 教育目標

- 自分の病気の理解をすると同時に、健康の大切さに気づき、健康の回復・維持に努める。
- 体調に合わせて運動を行い、病気に負けない強い心と体力をつける。
- 学習の空白や遅れを取り戻し、分かる喜びやできる自信をつける。
- 自分の思いや考えたことを、態度や言葉で表現できる。

##### 4. 治療計画（医師から）

- アトピー性皮膚炎のスキンケア
- 生活リズムの改善

- ・内服薬は特になし
- ・スキンケアのみ：副作用は特なし
- ・運動制限なし
- ・食物の制限なし

学校への要望；本人の学力に応じた学力の補充をお願いします。

##### 5. 看護計画（看護師から）

- アトピー性皮膚炎に対するセルフコントロールに向けた指導
- 規則正しい生活習慣を身につけ、円滑に通学できること。

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

- 自分の気持ちや意見を話すことができるようになり、人間関係をうまく築けるようになり、いろいろなことに意欲が持てるようになること。

### 6. Aさんの不登校の評価と支援について

Aさんの不登校について、多軸評価で整理してみました。その子によって問題や課題の大小はありますが、不登校は一つの側面だけでは語れないこと、多くの事象が複数の軸で絡み合っていることに改めて気づかされました。Aさんも例外でなく、いくつかの問題や課題が見えてきました(表7-2-2)。

表7-2-2 不登校の評価と支援

軸 評価	Aさんの実態	教育的支援	医療的支援
第1軸：背景疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>○アレルギー疾患</li> <li>○適応障害</li> <li>○身体的不定愁訴</li> <li>○抑うつ気分</li> <li>・アトピー性皮膚炎・小児気管支喘息</li> <li>・不安気分・ひきこもり</li> <li>・頭痛・腹痛・体調不良</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○受容的態度で接する。</li> <li>○体調の自己管理をさせる。</li> <li>○気分の発散をさせる。</li> <li>○運動による体力作りを行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○スキンケアを実施する。</li> <li>○入院生活により、生活リズムの確立を図る。</li> <li>○登校支援を行う。</li> </ul>
第2軸：発達障害	<ul style="list-style-type: none"> <li>○境界知能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○実態や興味に即した学習を準備する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病棟生活を円滑に送れるように導く。</li> </ul>
第3軸：不登校出現過程による下位分類	<ul style="list-style-type: none"> <li>○受動型</li> <li>・自分の考えはしっかり持っているが、初めての人や場所に馴染むのに時間がかかり、自分の居場所が見つからないうちは、不安や恐れを抱く傾向にある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○Aさんの思いや願いをじっくり聞く。</li> <li>○達成感や成就感を味わわせ、自信に繋げる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○疾患の自己理解と自己管理の方法を示範する。</li> </ul>
第4軸：不登校の過程	<ul style="list-style-type: none"> <li>○小学2年時より、学習が理解できない、友達ができないという理由で不登校傾向になる。3年時に特別支援学級への措置変更で校区外の学校へ転校する。転校後は学習に真面目に取り組み、学級のサブリーダー的役割をして周囲にも気配りをしながら、落ち着いた学校生活を送っていた。しかし、再び4年時から、喘息発作・アトピー性皮膚炎の悪化・体調不良で欠席が多くなる。欠席は、3年生で15日、4年生で55日、5年生で47日。5年生の3学期は、家族との会話も少なく、布団から出ることなく、登校は0日。</li> <li>極端な運動不足もあり、体重は増加傾向になる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○新奇場面への参加や人との関わりは、内容や状況説明を行い、Aさんの気持ちや身体が動くのを待つ。</li> <li>○病院スタッフや家族と連携を取り合い、問題や課題の解釈や対応策を検討する。</li> <li>○子どもの病理、家族機能、学校の支持機能を冷静に分析し、Aさんや家族を追い詰め孤立させない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○入院時の面談を、本人、保護者、小児科医長、病棟師長、主治医、学校代表(管理職・教務・部主事・担任)で行い、治療目標や看護目標などを確認し、情報を共有する。</li> <li>○カンファレンスを開催し、学校職員も参加する。</li> <li>○学校と共通理解のもとに医療連携を推進する。</li> </ul>
第5軸：環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>○家族要因</li> <li>・父とは別居。母、姉、弟と4人暮らし。喘息、アトピー性皮膚炎は、父、姉とA子に症状あり。</li> <li>・姉も、不登校で本校に在籍中。(過去入院、現在は自宅通学)</li> <li>○学校要因</li> <li>・交流学級での蔑視発言や態度などによるストレスを受ける。</li> <li>○地域環境</li> <li>・近所との付き合いは特になし。校区外の学校に通うので放課後や休日に遊ぶ友達はなく、ほとんど家族で過している。</li> <li>・過去に公的あるいは私的な不登校支援機関等を利用していない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○保護者面談や連絡帳、電話などでの課題や方策を共有する。</li> <li>○CBCL、YSR、TRF等を活用し、多面的な支援の参考にする。</li> <li>○必要に応じて、福祉機関や福祉制度の紹介や利用をする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○週末の外泊や帰郷時には、可能な限り病棟スタッフとの対話を心がける。</li> <li>○必要に応じて病院内ソーシャルワーカーや心療内科を紹介する。</li> </ul>

### 7. Aさんが心と身体を強くしていった経過

#### ① 学習全般の軌跡から

個別的教育支援計画に沿って学校や病院、家庭との連携のもとに行った支援内容とその変容を表にまとめてみました。

Aさんは、「これは分かるけど、ここが分からない。」「どうして、そうなるの?」等と、学習や生活面で自分の考えや疑問を、態度や自分なりの言葉で伝える力をもっていました。そこで、各教科の学習をはじめ、自立活動や行事等の特別活動においても、本人と教師との話し合いにより、個人目標を決めて学習に取り組みました。

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

新しい環境に馴染むまでは自分を表現することが難しかったのですが、それでも気負わず、コツコツと努力し、目標を達成して満足感に浸ったり、学習ノートに感想を丁寧に書き綴ったりすることで、少しずつ自分のよさに気付き、自信を付けていったAさんでした。「好きな勉強は楽しい。」「運動は、好きじゃないけどがんばる。」「運動や水泳ができるようになって嬉しい。」「時間があつたら、もっとしたい。」「恥ずかしかったけどがんばって発表して、ほめてもらって嬉しかった。」等は、Aさんの学習後の言葉です。

表7-2-3 学習内容と支援・変容

		学習内容と支援	変容
学 校	各教科	実態に合わせて学習内容を精選する。	・集中して学習に取り組む。疑問点をきちんと聞く。
	道徳・特活	基本的に第6学年の内容を行い、配慮的支援を行う。	・4月の春の遠足では単独行動が多かったが、5月の修学旅行には、弾ける笑顔で参加。各司会も務めた。
	自立活動	【チャレンジタイム】 ○運動を繰り返し行うことで、心身両面の体力をつけ、病気に負けない強い心と身体をつくる。 ・ショート活動＝週4日、帯状の20分間（於：体育館） ・サーキットトレーニング、サーキットランドフリスビードッジ ・ロング活動＝週1日、90分（於：病院内温水プール）水泳活動 【健康教室】 ○病気の理解やその予防法について学習し、健康に対する自己管理ができるようになる。 ・小児科Dr.および学校養護部による学習（月1回）	・経験したことのない運動にも果敢にチャレンジして、徐々に体力とがんばり通す力をつけていった。 ・腹筋運動と背筋運動が全くできなかったが、上手な先輩を見習って連続で回数をこなせるようになった。 ・「泳げないから、すかん」と言っていた水泳を、ビート板のバタ足から始めたが、クロールの水がきや息継ぎを覚え、1学期終了時には、25mを息継ぎして泳ぎ通すまでに上達し、体力もつけていった。 （・入院当初は、歩いて30分近くの自宅と病院の道で転んで捻挫したこともあったが、徐々に動作が機敏になり身体が締まって姿勢もよくなったと母の報告あり） ・水分補給やアトピー塗薬を自分でできるようになった。
病 院	○疾患の説明：主治医、担当Nsから本人と保護者へ行う。 ○病棟規則に則った規則正しい生活を行う。	・アトピー性皮膚炎の理解を深め、スキンケアの方法を身につけた。病棟生活に徐々に馴染んでいった。	
医教連携 (Dr,Ns) (PT,OT) (運動療法士)	毎朝、病棟連絡を受ける。（日誌にて（Ns）） ○自立活動、水泳前後の診察とスパイロ測定を行う。 ○校外学習の付添や、学校行事への参加（Dr, Ns） ○教師対象の研修会を行う。 （喘息・肥満・心身症等の理解と指導、サーキット運動や水泳指導の講義や演習）	・体調面や病棟での過ごし方など、細かい部分に渡り、連絡をいただいたことは、学校での指導に役立てることができた。	
家庭との連携	○連絡帳、電話連絡、保護者会等での面談	・学校や病院での出来事、学習したことを家で話題にすることが増えて明るくなったと母の報告あり。	
前籍校との連携	○指導要録の送付、学校相互の訪問および面談 ○学校行事への案内や参加	・学習内容や様子等を適宜伝えた。	

### ② 心の支援を中心にした軌跡から

自分の気持ちを言葉で表現したり、周りと関わりをもったりすることが不得意であったAさんには、特に心の支援を重視しました。そこで、いろいろな場面でのAさんの実態を把握することから始めて、その状態を改善するために学校教育全般や自立活動の時間にできることを整理し、実践に生かしました。あるがままのAさんを見守ること、感情を共有し合うこと、細かいことも話し合う、がんばりに対して賞賛や励ましをすること、などです。

転入してまだ間もないAさんが、全校集会でのゲームに参加できないでいたときの話です。みんなが行うゲームを見ながら、身体と心を強くするためにこの学校に転校してきたこと、家を離れての入院はつらいけど「健康」になるためにがんばっていること等を話しているうちに、涙が溢れて止まらなくなりました。今まで感情を抑えていたのが一気に溢れ出たという感じでした。後で思えば、この時、泣けたことで、ある意味、気が楽になり、感情を外に出すきっかけに

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

なったと思われます。その後のAさんは、クラスの友達と大声で話したり笑ったり怒ったりする姿が見られるようになりました。閉じ込められている感情が出せなくても、表現方法が分からなくても、何かのきっかけで自分を外に出せるようになることがあります。いつともなくやってくるそのためのために、常にAさんの気持ちに寄り添って接するように心がけました(表7-2-4)。

表7-2-4 Aさんの変容と支援

	Aさんの様子や気持ち (●学校生活全般, ○自立活動の時間)	支 援 (★教育活動全般, ☆自立活動の時間)
前 期	<ul style="list-style-type: none"> <li>●周囲に自分から関わることは殆どなく、病院ではベッドの中でCDを聞き、学校では尋ねられて返事をする程度。</li> <li>●新しい環境に戸惑いながらも周囲を自分の目でしっかり見ている。</li> <li>○初めての話し合いやサーキット運動種目に戸惑いを見せる。辛そうな努力をするがやめようとはしない。</li> <li>●前日まで足を痛めていたが、3.5Kmの距離の遠足を往復歩く。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★学校と病棟(Dr, Ns)と密に連絡を行った。</li> <li>★返事や会話を強要するのではなく見守る態度でふつうに接した。</li> <li>★新しい事柄には説明を、場への参加には、どのように振舞ったらよいか等をAさんと話し合い、練習をして余裕を持って臨むようにした。</li> <li>☆サーキット運動や泳ぎのスキルについては、出来る内容や段階から始めた。</li> <li>★往路、復路共にタクシー手配をしていた。</li> </ul>
中 期	<ul style="list-style-type: none"> <li>●自分の気持ちを言葉で伝えるようになる。「○○ってどういう意味?」「なんでこうすると?」等の質問が多い。</li> <li>○「運動が上手やないけんすかんけど、がんばる。」運動のうまい先輩のやり方を見て真似ようとする。</li> <li>○腹筋、腕立て伏せ、背筋などの運動ができるようになる。水泳では、ビート板なしの面かぶりやクロールができるようになる。</li> <li>●友だちと楽しそうに語り、笑い合う場面が増えた。</li> <li>●他学年の先生や保健室の先生との会話が多くなる。</li> <li>●教科等の発表なども自分の言葉でできるようになる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★疑問や不安を感じたときにはその都度、いつでも尋ねていいこと、尋ねた勇気を賞賛するように努めた。また、説明の意味が理解できたかどうか、できるだけ確認をして学習や話し合いを進めていくようにした。</li> <li>☆楽しくないという運動だったが、丈夫な身体作りのために努力してがんばり通したことを賞賛し、そのことが、自分の身体をいたわることにつながる、ということを伝えた。</li> <li>☆運動の学習をスキルアップして、目標を少しずつ上げながらも達成していく喜びを共有し、心身ともに力強くなっていることに気づかせるようにした。</li> <li>★友達同士での遊びや調べ学習の場を作った。</li> <li>★担任だけでなく、多くの先生方からもその場に応じた対話や支援をしていただいた。</li> </ul>
後 期	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「□ちゃん、こうだよ。」等と友達に教える場面が出てきた。</li> <li>○ランニングやスクワットのフォームがよくなり、運動を軽快に行う。</li> <li>○息継ぎでクロール25mを泳ぎ通す。</li> <li>○自分の病気の状態を正しく理解し、自己管理ができるようになる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★友だちと交流する場面が増え、周囲への気配りができるようになったことを賞賛した。</li> <li>☆自立活動振り返りノートやロング活動、ショート活動の記録表を以前の記述と比較させ、体力や泳ぎの技術の向上を実感させ、成就感や自信がもてるように賞賛したり励ましたりした。</li> </ul>

表に記載した以外で、Aさんの心の支援に役立ったものと思われる指導や教材は、次の通りです。

- ・保健室養護教諭や担任以外教師の関わり
- ・ケース会議や指導に役立てたCBCL, TRF, YSRの活用

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

- ・デジタル絵本ココロココ「心と体のしくみ」の活用(注1：インターネットを活用し、白血病、腎臓疾患、気管支喘息、心身症のメカニズムや周囲の人々の理解を図るために作成された教育用コンテンツで国立特殊教育総合研究所のホームページからみることが可能。 アドレス：<http://www.nise.go.jp/cocoro/cocoro.html>)
- ・箱庭遊び
- ・健康ノート『すてきな私』作り(注2：子ども達の手作りによる自作の健康ノート)
- ・前籍校のクラスメートや担任との手紙や学級便り、交換ノート等のやり取り
- ・『連絡ノート』の活用(注3：学校・病棟・保護者を結ぶ回覧ノート)

### 8. CBCL, TRF, YSRの活用

Aさんの不適応状況を多面的に、より客観的に評価するために、子ども自身の自己評価であるYSRと、保護者(母)によるCBCLおよび教師(担任)のTRFを行い、学部でのケース会議・保護者との面談・日々の指導等に役立てました。

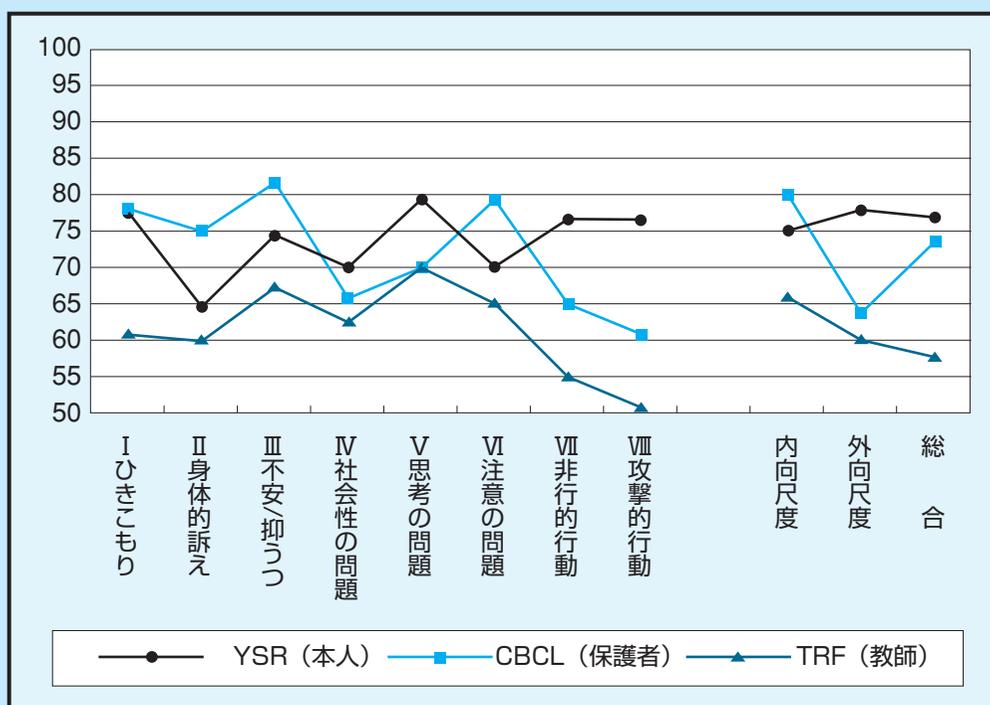


図7-2-3 CBCL, TRF, YSRの結果

#### <結果と考察>

- 〔特〕のひきこもりでは、本人と母の得点が一致しています。本校への転入以前の不登校状況を同じように認識し、ひきこもり感も同じように感じたと思われます。教師の数値の低

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

さは、Aさんは本校転入後は欠席なく登校していることと、不登校の予備段階や不登校状態にあった頃のAさんには出会っていないこと等によります。ただ、入院当初の病棟では、無口でベッドのカーテンは閉じた状態が続いていました。カーテンの締め切りは、プライバシー空間のない病院では、多くの子ども達が初めての場所に適応するまで多少の時間がかかりますので、特別にひきこもりとは感じませんでした。また、そういう状況にあっても、病院の医者や看護師の関わりには、拒むことはなく従うといった状態でした。

- [ ] 非行的行動, [ ] 攻撃的行動の本人の得点と、保護者・教師の得点に違いがあることは、本人は周囲との関わりに困難を感じたり攻撃性を持っていたりするにも関わらず、うまく自分を表現することができていないこと、反面、周囲の者はAさんのことが分かりにくいということ等が推定できます。Aさんが保護や理解を求めている気持や、心のもやもや感を思いっきり発散したいという思いを、受け止めてあげたいと思いました。
- 各項目の三者の思いや感じ方の相違は、Aさん自身が素の自分が出せてない、周囲の者にとっては素のAさんが見えてないということになります。Aさんとの関わりで自分の思いや考えを自由に出せると感じる場や雰囲気づくりが必要と感じました。

### 9. Aさんの学習作品とノート

気持の中にひきこもり感や周囲との関わりに困難を感じていたAさんも、学習を進めていく中で徐々に自己を解放し、周囲や友達との交流ができたり、学習を振り返ることができたりするようになりました。

絵手紙：自由題

絵手紙：題「感謝」

自立活動振り返りノート

○気持が外に向かい、外界との関わりを心地よく感じるようになったようです。すくすく伸びた幹、太陽の光を浴びて葉も草も生き生きしています。学習や友達との遊びに意満々のようです。

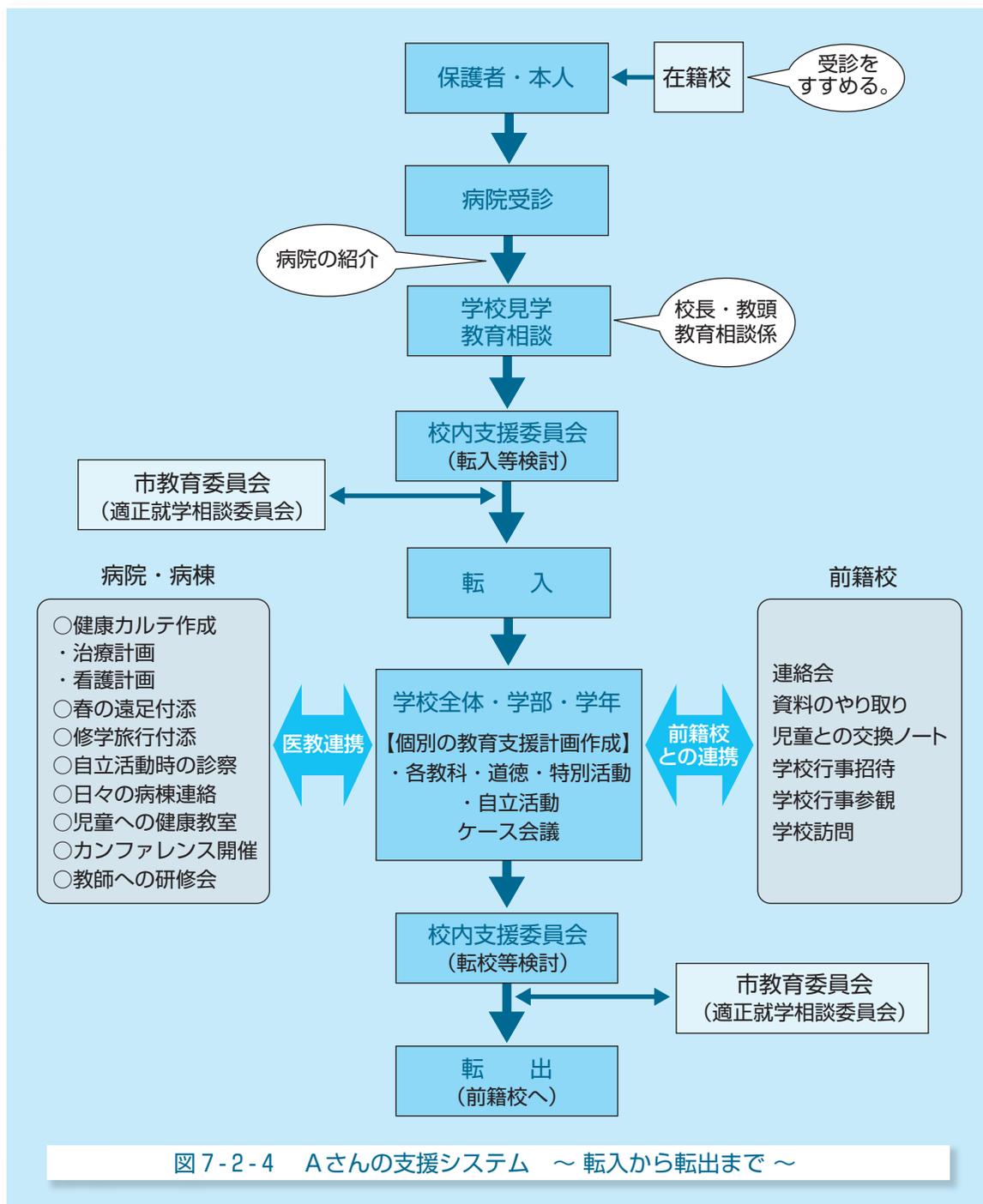
○「お母さんは、仏様みたいに私たち家族を守ってくれています。」仏様は様々な印相をしており、私たちを見守ってくれていることを社会科で学習しました。そんな仏様のようなお母さんに感謝の掌。

○水泳活動で息継ぎをして25mを泳ぎ通した日に、学習を達成した喜びと、もっと速く泳ぎたいという意欲をノートに書きました。ビート板のバタ足からクロールまで大躍進です。

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

### 10. Aさんの支援システム ～転入から転出まで～

不登校状態を案じた前籍校担任に病院受診を勧められ、病院に入院、そして本校に転入し、前籍校に転出していったAさんの支援システムは以下の通りです（図7-2-4）。



## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

### 11. 事例のまとめと考察

#### ① 自立活動の観点から

【主体的な学習の取り組みで体力をつけていきました。】

- 運動に苦手意識を持っていたAさんですが、「体力をつけて健康になる。」という目標をしっかりと持って、運動のスキルアップをしていきました。サーキット運動では、全くできなかった腹筋や背筋ができるようになり、水泳では、ビート板の面かぶりが数m泳げる状態だったが、息継ぎをしてクロールを25m泳げるようになりました。

自分にチャレンジすることで自分の力に気づいて自信を持ち、自己を高めていくことができました。

#### ② 学校生活全般の観点から

【自分自身で環境に働きかけていき、学校行事などを楽しみました。】

- Aさんは、みんなの前で発表することは恥ずかしいけれど嫌ではないと言っていました。学校行事や調べ学習の発表体験などを通して、徐々に周囲と関わっていき、心身ともに強い力をつけることができました。学校行事では、春の遠足・全校集会・お楽しみ会・修学旅行・平和学習、サマーキャンプ等を行い、ゲームへの参加や司会、発表なども行えるようになりました。

#### ③ 支援者の接し方・関わり方の観点から

【見守る、待つ、共感する態度で望んだ教師の連携でよい結果を得ることができました。】

- 不定愁訴や言葉で表現できない思いに対しては、様々な状態や気持ちをそのまま受け止めてあげたり、自分で気持ちを整理し自己評価できるまでを見守ってあげたりしました。そうすることでAさんの気持ちが少しずつほぐれ、表情や言葉、態度で自分を表現するようになってきました。
- じっくりAさんと関われる時間を持ったこと。どの子どももそうですが、ほんの短い時間でも子どもとしっかり向かい合い、思いを共有することで本音が出せたり、抱え込んでいた感情を出し切ることができたりします。いったん感情を出し切ると、子どもと教師の心理的距離が縮まってきたように感じました。
- 養護教諭をはじめとした、教師集団の共通理解や連携した関わりが有効でした。学部会やケース会議で必要な情報を伝え合いました。子どもに力が備わってくると、自ら話しやすい人や場を選んで、対人関係の幅を広げていくことができるものです。

#### ④ 医療機関との連携の観点から

【医教連携のもと、病気の治療は病院で、病気に負けない体力づくりは学校で行うことができました。】

- 毎朝、子ども達の登校に付き添ってくださる看護師さんから病棟連絡や、月1回の通学担当者会・医教生活委員会・カンファレンス等で病棟での生活ぶりや治療の進行具合などを伝えて頂くことで体調や生活の様子など、学校と病院とで子どもの情報を共有することができました。また、修学旅行の付添いや自立活動時の診察等、教育活動の支援を受けることで、より細かい連携がとれ、Aさんの幅広い理解に役立てることができました。

#### ⑤ 前籍校や保護者との連携の観点から

【前籍校や保護者との連携や交流で、多くの方に支えられていることを実感しました。】

- 前籍校の担任やクラスメートからの励ましや、連絡ノートのやり取りがとても有効でした。

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

Aさんの帰りを待っていてくれる先生や友達がいることで、前籍校に帰ろうと思う意欲は失せることはありませんでした。しながら、前籍校に帰った後の健康維持や対人関係への不安を抱いての転出でした。前籍校とは今後も連携を取り合い、毎日の生活でAさんが安心感が得られるように支援していきたいと思います。

また、前籍校へは、担任レベルの交流に終わることなく、特別支援教育コーディネーターを通して養護教諭や管理職に、慢性疾患や慢性疾患を伴う不登校状況にある子ども達の理解を組織的にしていくことが病弱養護学校の任務でもあり、連携を深めていくことになると思います。

- アトピー性皮膚炎の自己管理ができるようになり、生活リズムが整っての退院でしたが、いつまた不登校状態に陥るとも限りません。必要に応じて、家庭とも連携をとってご家族の支援をしていきたいと思います。
- ※ 転出時には、中学校進学で迷っていました。前籍校との話し合いの結果、1学期中にC市適正就学相談会に前籍校より申し込み手続きをしていただき、夏期休暇中に適正就学相談会に参加しました。面接では「特別支援教室」を希望されたようです。
- ※ 1学期末の転出時の母の言葉：「学校のことや勉強で習ったことを家でよく話します。姿勢もよくなって身体がひきしまってきました。自分の部屋に引きこもっていたときと表情も声の様子も見違えるようになりました。」

### IV. 地域支援の様子

#### 1. 本校における特別支援教育の取組

##### ① 地域のセンター的役割としての教育相談

###### ア 個への支援体制

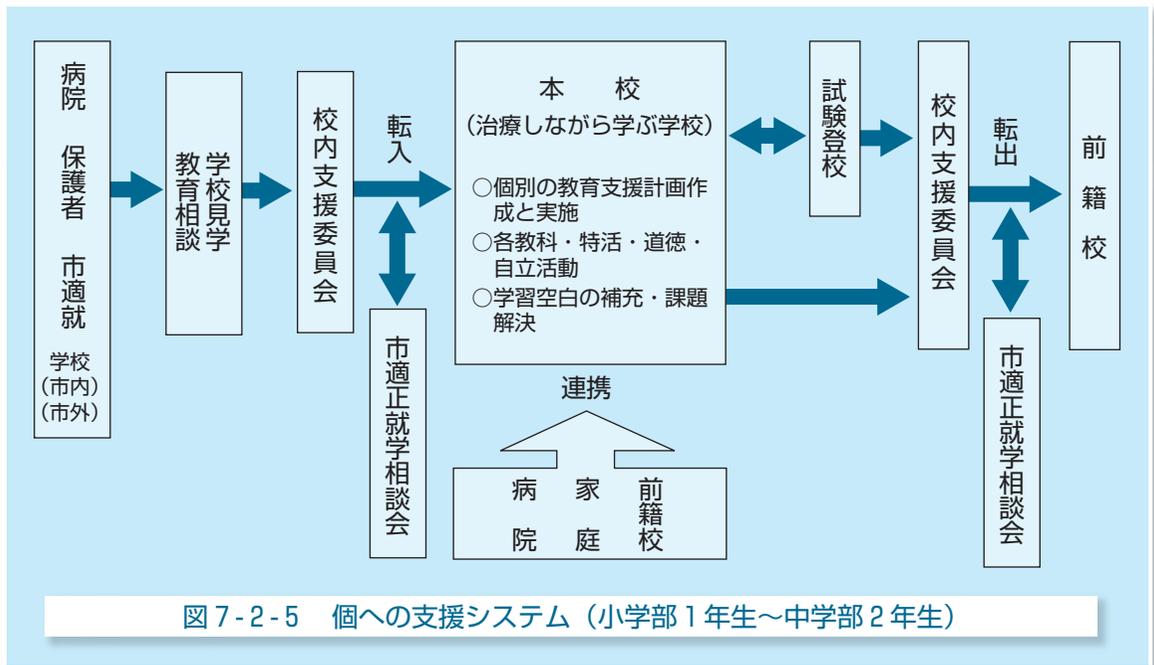
本校、児童生徒の転入から転出までを、小学部1年生から～中学部2年生まで（図7-2-5）と中学部3年生（図7-2-6）の2タイプを示します。

何らかの疾患があり病弱養護学校である本校への転入や見学を希望する方は、隣接するC病院の紹介によるものや保護者（本人）が直接に、あるいはC市の適正就学相談会、市内外の学校などからの紹介で来られます。教育相談部は教育相談や学校見学（案内）を行うなかで、学校教育方針や教育内容の説明をします。転入に関しては、病院（主治医）や在籍校とも話し合いの上、校内支援委員会で転入を検討し、教育委員会、適正就学相談会へ報告、正式に転入となります。

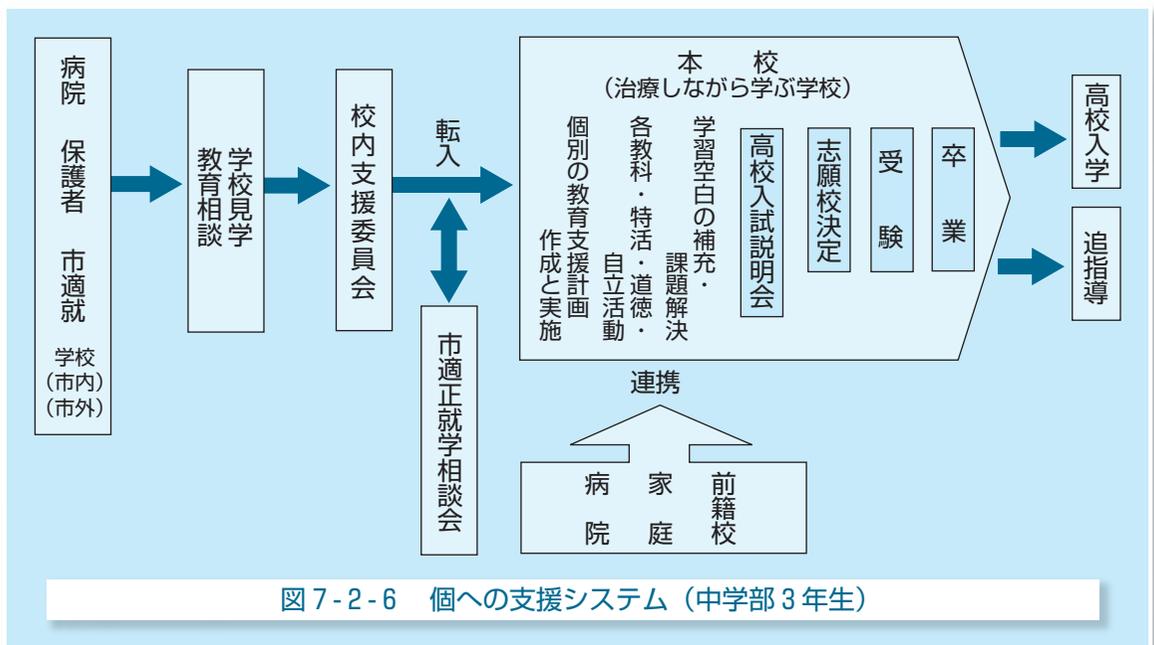
転入後は、主治医に書いていただく健康カルテや保護者との面談、その他の実態把握をもとに個別の教育支援計画等を作成し、子どもの教育的ニーズを明らかにして医教連携のもと、個に応じた教育活動を行っています。そして、症状の回復と教育的ニーズの改善をもって、前籍校に帰っていきます。前籍校に帰る場合には、状態が改善された時点で返る場合と、一定の期間、本校に学籍を置きながら試験的に前籍校に通学する、試験登校を経て帰る場合とがあります。試験登校では、家庭や学校での疾患の予防や自己管理、受け入れ態勢等の出来具合を判断します。

また、試験登校の日数は子どもによって異なり、主治医と相談して決定しています。

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援



つぎに、高等部の設置されてない本校では、中学部3年生まで在籍した生徒には、高等学校や専門学校等への受験が大きな課題です。そのための進路指導あるいは追指導は欠かせません。進学先は、子どもの実態により、国公立や私立の高等学校および養護学校高等部（通学・訪問）などです。



## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

### イ 地域への支援

個への支援システムでも述べましたように、教育相談は教育相談部が中心的となって行いますが、メンバーは校内支援委員や学校コーディネーターと兼任したり連携を取り合ったりして、幅広く地域のセンター的役割を担えるように組織しています（図7-2-7）。また、病弱養護学校である本校は、在籍する児童生徒全員が何らかの疾患を有していますので、隣接する病院との連携はとても重要です。

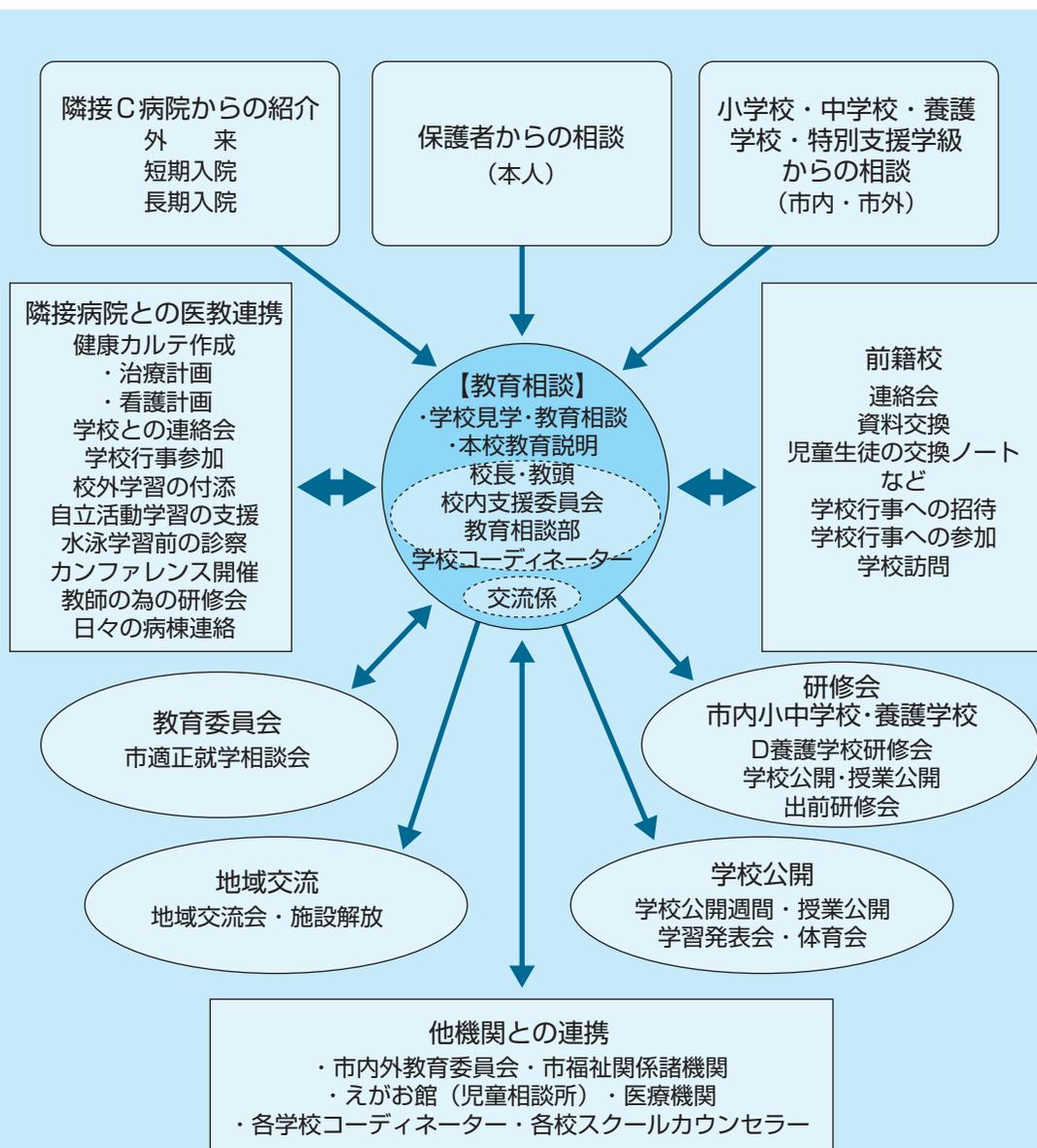


図7-2-7 C市D養護学校の地域支援センター化のシステム

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

### ② 相談担当者及び基本的な対応・配慮事項

教育相談は、校内の教育相談部担当者と校内支援委員会のメンバー、特別支援教育コーディネーターが行っています。相談者および相談内容によって、内容に精通した相談員が対応することで、個への支援をより深めているところです（表7-2-5）。

表7-2-5 教育相談担当者と対応時の配慮等

相談担当者	構成メンバー	基本的な対応	配慮事項
教育相談部担当者 校内支援委員会	校長／教頭 小学部2・中学部2 訪問1  校長・教頭 教務・教育相談部 養護教諭	<ul style="list-style-type: none"> <li>・児童生徒が個々に抱える問題や課題について組織的に対応する。</li> <li>・児童生徒の希求する願いに寄り添い解決の方途を探る。</li> <li>・相談活動は慎重を旨とし、個人や家族の尊厳を妨げないように配慮する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・組織で支援するという姿勢で当たる。</li> <li>・子どもの「困り感」を話の切り口にする。（問題の背景にある子どもの困り感を理解する。）</li> <li>・具体的な支援策を用意しておく。（学校として可能な支援プラン）</li> <li>・専門機関を紹介する前に保護者をしっかりと支えつつ、専門機関へつなぐ。</li> <li>・子育てパートナーシップとして子どもの将来をともに支える姿勢で接する。</li> <li>・次回につなぐために、話は発展的に終わる。</li> </ul>

### (1) 本校とC病院との医教連携について

本校では、C病院に入院や受診した児童生徒が転入した場合、それぞれの主治医や看護師に、健康カルテを記入していただいています。内容は、疾患名や付随する課題、発作の有無、緊急時の応急処置、治療計画、看護計画、学校への要望等で、学校の教育活動や生徒指導等の目標を設定するために参考にさせていただきます。

また、医師や看護師の学校行事への参加や付き添い、自立活動の学習における事前事後の診察やスパイロ測定などのように直接、子どもに関わっていただくものや教師対象の研修会やカンファレンス開催等があり、医教連携の深さは、本校の特徴といえます。また、年1回のD養護学校研修会では、全市内の学校や地域に呼びかけて、「アレルギー疾患の理解や管理のあり方」「医療の立場から見た病弱教育に望むもの」（年によって内容が多少異なります。）等の講演会を開催しています。

以下に、連絡会を中心にした内容と研修会を中心にした内容の医教連携を紹介します（表7-2-6、表7-2-7）。

## 事例2 D病弱養護学校の取組と地域支援

表7-2-6 医教連携の内容 ～連絡会を中心として～

	組織名	内 容	構 成 員	開催時期
運営に関する連絡会	医教連絡協議会	病院（医療）と学校（教育）の連携上の基本方針や課題について協議	5, 6, 9病棟医長 5, 6, 9病棟師長 校長, 教頭, 教務主任, 教務	年1回, 3月
	通学担当者会	病棟行事, 学校行事の調整と内容確認 新患紹介 退院予定など	5病棟医長 5, 6病棟師長 小児科医師, 校長, 教頭 養護教諭, 学級担任	月1回
	重心会議	病院行事, 学校行事の調整と内容確認 行事報告と次月行事計画について	9病棟部長, 9病棟医長 9病棟師長, 校長, 教頭 養護教諭, 訪問担任	月1回
指導に関する連絡会	訪問担当者会	児童生徒の教育計画および指導方針について協議 年間指導報告	9病棟部長, 9病棟医長 9病棟師長, 校長, 教頭 訪問担任	年2回 5月 3月
	入学・転入生の説明会	入学・転入に伴う新患の説明 治療目標・看護目標について	9病棟部長, 9病棟医長 9病棟師長, 校長, 教頭 養護教諭, 訪問担任	必要に応じて
	医教生活委員会	病棟や学校での児童生徒の生活状況や健康状況の情報交換および共通理解	5病棟医長, 5病棟副医長 5, 6病棟師長 校長, 教頭, 養護教諭, 教務, 生徒	月1回
	病棟・学校連絡（連絡ノート）	病棟や学校での児童生徒の生活状況や健康状況の連絡	指導担当者 当日の長期児担当看護師 養護教諭	毎朝
	ケースカンファレンス	病状および治療・看護目標に関する報告, 協議（毎月1ケース）	統括診療部長, 5病棟医長 小児科医師, 5病棟師長, 看護師, 校長, 教頭, 学級担任	月1回

表7-2-7 医教連携の内容 ～病棟スタッフによる研修会・自立活動支援～

	研修名	内 容	指導講師	開始時期
基礎研修	I, 重心病棟研修	9病棟（重心病棟）の概要説明	9病棟師長	年1回, 4月
	II, 重症児の理解と指導	重症児の病気や生活, 療育等について	9病棟医長	年1回, 5月
	III, アレルギー疾患等の理解と指導	児童生徒の病気や療育について （場合によっては肥満や伝染性病気, その他の病気の理解と指導など）	5病棟医長	年1回, 5月
	IV, 運動指導について（サーキット運動）	運動指導（療法）の意義および留意点について	運動療法士	年1回
	V, 運動指導について（水泳活動）	水泳指導の意義および留意点にちて	水泳指導員	年1回
自立活動研修	運動指導について	効果的な運動のあり方・指導の実際について	運動療法士	必要に応じて
	身体の動きに関して	9病棟児童生徒の身体の動きについて（実技指導）	理学療法士	年1回
児童生徒の指導・支援	歯科研修	9病棟児童生徒の口腔衛生や摂食指導について	院内歯科医師	年1回
	健康診断	児童生徒の健康診断	院長	年1回, 4月
	健康教室	アレルギー疾患を初めとする病気の理解と自己管理などについて	医師	月1回
	水泳活動前後の診察 スパイロ測定	水泳活動可否のための診察, 活動後の診察 水泳活動前後のスパイロ測定による体調把握	医師, 看護師	毎週 自立活動（ロング）
	家庭訪問	住居環境および家庭の療育, 健康管理などの把握 主治医, 担当看護師, 担任とで実施	医師 看護師	夏休み中及び必要に応じて
儀式・学校行事への参加および付添	入学式, 卒業式, 修学旅行, 春・秋の遠足 サマーキャンプ, 社会見学（通学・訪問） 福祉施設訪問	院長, 総括診療部長, 医長, 師長, 医師, 看護師	各開催時	

## 事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能

E県立F養護学校は、独立行政法人E病院に隣接した病弱養護学校です。本校の病弱教育課程は設立までに、当時の院長や医師の「教育に中断なし」という信念のもと、入院する多くの小児結核の子どもたちのための院内学級として教育が始まり、10年の歳月をかけて県立の病弱養護学校として認可されたという歴史があります。

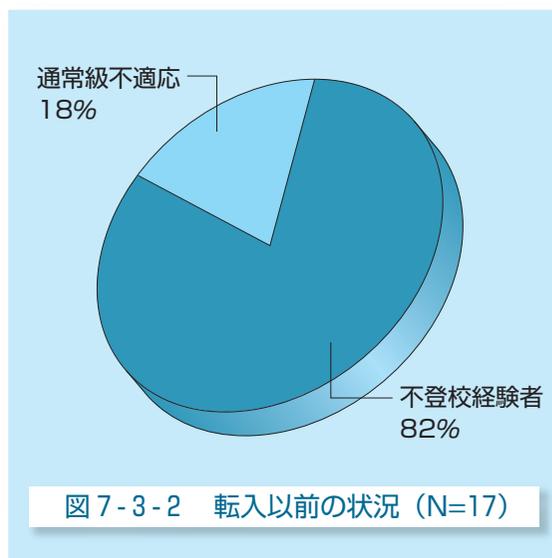
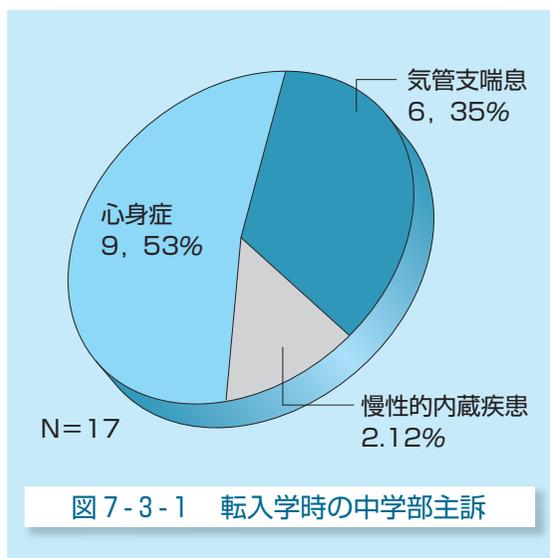
その当時と現在では、子どもの慢性疾患の状況も大きく変化し、小児結核は激減しました。しかし、その代わりに、結核が国民病と呼ばれていた時代の患者数と同じくらい大勢の子ども達が、心身症や学校不適応による不登校を起こしており、「教育の中断」は依然大きな問題です。ですから、「教育に中断なし」という理念は病弱養護学校にとどまらない、むしろより大きな命題になっていると思います。

本校の病弱教育課程では、10年以上前から隣接する国立病院の小児病棟閉鎖もあって、入院生だけではなく、自宅からの通学生も受け入れ始め、E県内では、唯一自宅からの通学生を受け入れている病弱養護学校となっています。在籍児童生徒の割合は常に通学生の方が多傾向があります。

入院している児童生徒の主訴は喘息、糖尿病、腎臓病などの慢性疾患ですが、その多くが入院以前から不登校の状態を呈しています。そして通学生のほとんどは心身症を主訴としていますが、皆学校不適応を体験し不登校の状態になってから、本校の教育相談を経由して入学してきています。つまり、本校の子ども達を見る限り、慢性疾患と不登校はかなり重なっており、心身症を呈している子どもはほとんど不登校の状態に陥っていたといえます。

### 【本校に在籍する子どもの実態】

病弱養護としての本校の実態は、中学部を例にとると下の図のようになります。



不登校の背景は、子どもによって様々です。慢性の疾患による長期欠席がきっかけになったケース、学力の不振が原因のケース、人間関係がうまくいかなかった事が原因のケース、家族の問題が原因になったケース、またいくつかの原因が重なっているケースが多く見られます。

## 事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能

転入の理由としての診断は図7-3-1のようになっています。生徒の前籍校での状況は、図7-3-2のように全員が不登校あるいは学校不適応を経験しています。学校不適応の内容は、欠席ではありませんが、自分のクラス内での人間関係に躓き、保健室にしか居られなくなったり、遅刻早退が多かったりするケースです。

そのような児童生徒の実態を入学後、学習の様子やWISC-(企)やK-ABCなどの心理検査の結果等から改めて考察すると、図7-3-3のように考えられ、軽度発達障害の存在が大きくなってきます。

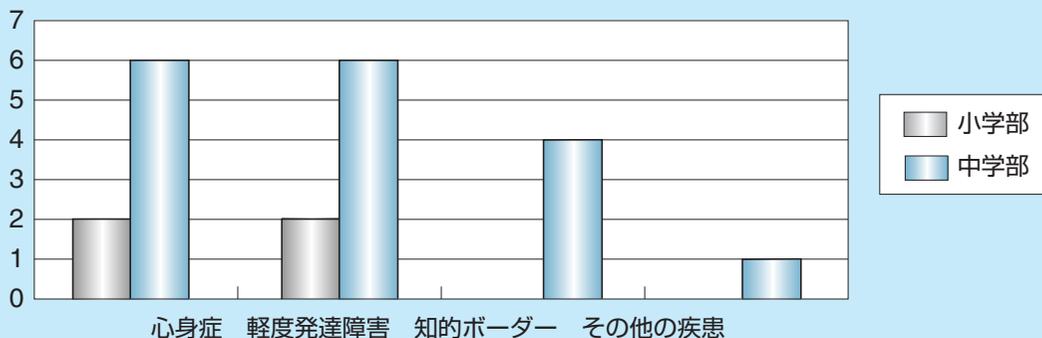


図7-3-3 入学後の実態

心身症・軽度発達障害（ADHD，LD，アスペルガー症候群）・知的ボーダーという三者はいずれも判別がつきにくい部分があり、状態が重複しているケースもあるので明確に分けることはできません。それ故、この数値は教育支援者から見た暫定的な数値であり、医学的な診断としての数値ではありません。

しかし、その障害あるいは傾向が、学習不振や友達との関係の躓きと強く結びつき、不登校という結果をもたらしているのです。

子どもに現れる対人関係の持ち方は、それぞれ特徴があり、本校の中学部のケースは次のように分類されます（図7-3-4）。

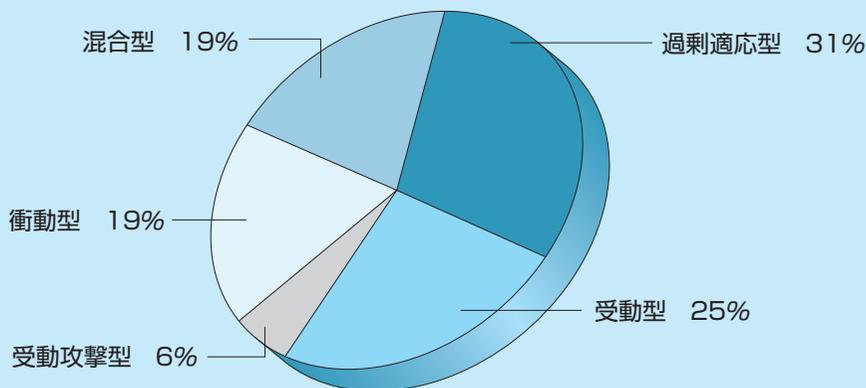


図7-3-4 不登校出現過程による下位分類

## 事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能

また、不登校状態の経過について評価すると、転入時は8人が開始段階をやや過ぎた状態で、9人はひきこもり状態に入っていたと判断されます。

本校に与えられた時間は3ヶ月から最長3年程度となっていますので、その中で素早くアセスメントをして、支援すべきことの仮説を立て、校内で共通理解のもと、焦点を絞った有効な支援の手立てを実践しなくてはならないと考えています。そのためにはその子どもの背景の正しい見立てとより具体的な支援の見通しを個別教育計画によって立案し、教員、保護者、医療や関係機関の共通理解のもと実践していかなければなりません。本校の転入から転出あるいは卒業までの校内での支援のシステムを図7-3-7に示しました。

通学の高等部がない本校では、最長3年間で、高校進学という社会への再会段階に入る準備をすることになります。過去3年間の中学部卒業生のデータでは、25名中24名が進学し、その内訳は高等学校10名、技能連携校4名、高等専修学校4名、養護学校6名となっています。また、1名は自宅で療養となっています。進学した24名の内、本校の教育相談によるサポートを継続しているのは14名（58%）に及び、卒業後の継続的なケアは本校の大きな使命であるといえます。

また、知的な遅れがあるという範疇ではありませんが、通常の学習には極めて苦戦が予想されるいわゆる境界知能の範疇の児童生徒も心身症・不登校状態を呈することが多いようです。人間関係にも躓き学校に居場所が作れなくなる過程は他の軽度発達障害の児童生徒と同じ結果を生み、本校に転入するケースも多くあります。これら生徒の中学卒業後の適切な教育の場はなかなか見つけ難い現状にあります。本校では知的障害の養護学校高等部に進むケースが多い現状ですが、このような生徒のニーズに合った教育プログラムを持った公立の学校の誕生が待たれます。

### 【地域支援センター化を目指した活動】

養護学校の新たな役割として、地域の特殊教育支援センター化があります。本校では、数年前から地域の学校、保護者に対して本校に就学を前提としない、あるいは障害のあるなしに関わらない教育相談を中心とした地域支援活動を展開しています。その活動を示したものが図7-3-8です。

相談件数は年々増大しており、平成16年は延べ707件になっています。その主訴としては、不登校や学習不振による学校不適応が最も多いケースになっています（図7-3-5）。

## 事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能

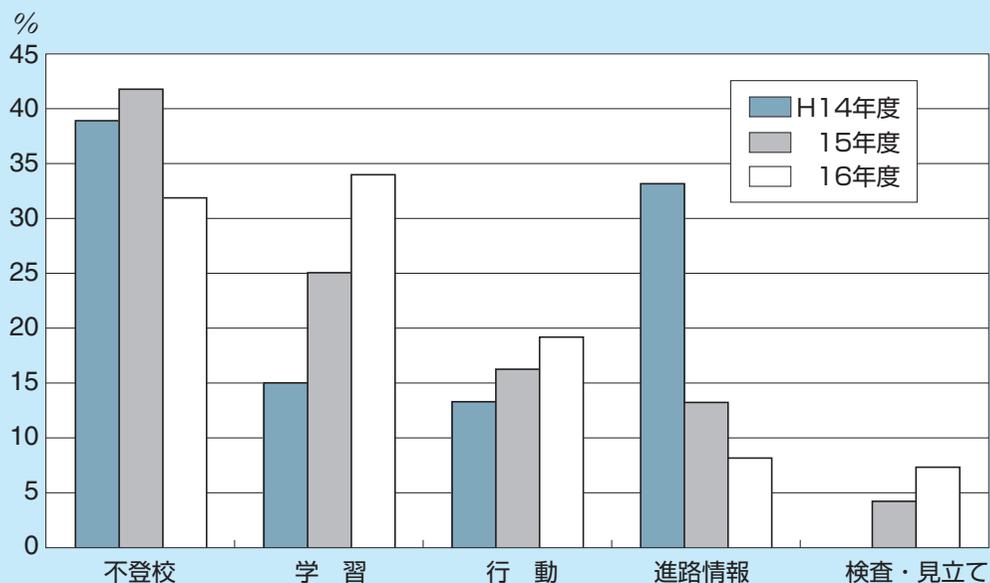


図 7-3-5 相談の主訴

その背景としては、心身症やLD，ADHD，高機能自閉症等軽度発達障害が疑われるケースが増えている傾向にあります（図7-3-6）。

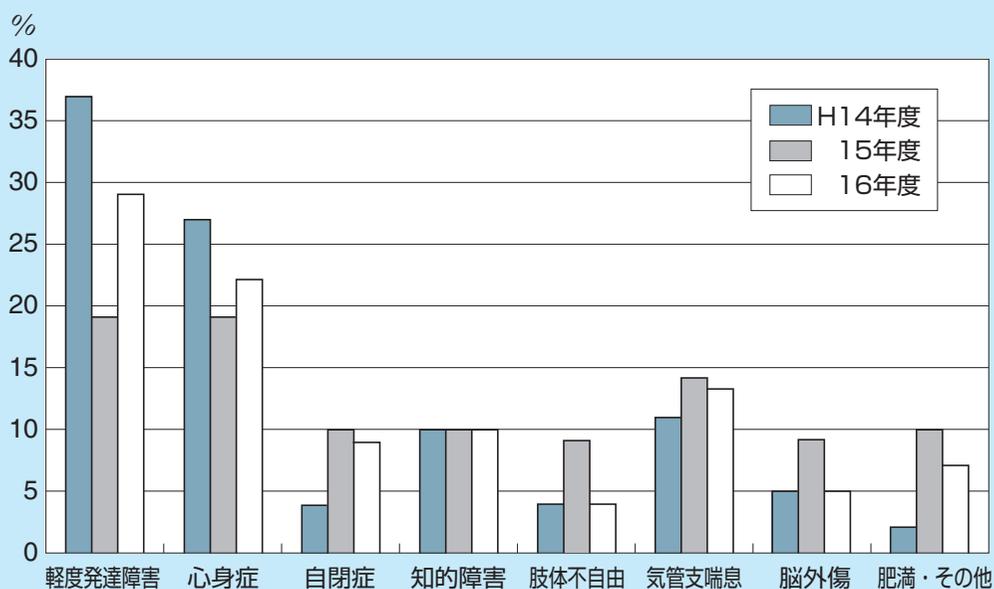


図 7-3-6 子どもの主たる病状

## 事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能

相談の方向としては、保護者や子どもの辛さに寄り添った上で、保護者の了承がとれれば、在籍の学校と連携と取り、担任だけでなく、その子どもを支援する体制を作ることを進めています。現在、各学校では苦戦する子どものための特別支援委員会等体制作りを目的とした、特別支援教育コーディネーターの養成がすすめられています。慢性疾患や心身症の不登校の子ども、あるいは軽度発達障害が疑われる子どもの支援について、校内特別支援委員会への参加や教員団へのコンサルテーションのために、本校支援連携部の相談係が地域の学校に出向く形が増えています。また、今まであまりつながりのなかった高等学校からも、在籍する軽度発達障害のある生徒を理解するための研修会講師の要請が増加しています。

校内の支援システムが整備されると、軽度発達障害の子ども達にも校内に支援の手立てが増え、教員サイドにも、共通理解がなされ担任の負担感が軽減され、結果としてクラスのあり方にも良い効果が現れます。また、校外へのつながりを広げ、医療・福祉・教育と多面的に支える適切な援助が見つかり易くなるという成果があがっています。

また、本校のある市では、市が子どもを虐待などから守るための「すこやかネットワーク」というシステムを立ち上げ、その中に下記のような各機関の相談業務に関わる担当者の会議（「相談業務連絡会」）が設定されました。その会議に参加できたことによって、教育機関以外の支援を素早く結集して子どもの問題に対処できるネットワークが生まれてきています（事例2）。

### 相談業務連絡会

（目的）

- ◎ 児童相談所の処遇を受け市が対応する事例について開催
- ◎ その他経過観察の過程で随時、定例開催
  - ・事例の情報や経過問題の把握
  - ・市としての対応方針の決定
  - ・役割分担と対応方法の検討
  - ・家庭支援を含めた援助方法の検討
  - ・経過観察ケースの検討

（構成員）

固定メンバー

市関係課（市民健康課，障害福祉課，児童福祉課，教育研究所）

児童相談所，保険福祉事務所，県立養護学校，県警少年保護センター

事例に由るメンバー

保育所，医療機関，警察署，幼稚園，学校民生委員・児童委員，主任児童委員，通園施設

G市「すこやかハンドブック」より

## 事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能

### 【事例の紹介】

#### 事例1 校内ケース

#### 気管支喘息で入院したAさん（中学3年）のケース

小学校3年生から発病して、入院生活が続き病弱養護学校に長く在籍。絵を描くことが好きでイラストレーターになることを望んでいます。通常の学校は中学1年で入学しましたが、いじめにあい夏休み以降不登校になり、秋から本校に入学しました。

不登校の評価	転入時	実 態	手 立 て	成果と課題
背景の疾患	・発作頻回 ・抑うつ気分を伴う 適応障害	+興味のある事には積極的に取り組む。 ・美術 ・演劇 ・水泳  -家庭に帰って一人の時にリストカットを何度かする	・本人の興味を生かした活動をクラスで取り入れる。朝の自立活動で本人が描いた絵を校内で個展として発表をする。 ・本人の意向と枠を決めて受け入れ、週2時間の本人の自由裁量の時間とする。(週2時間のリフレッシュタイム)	・自分なりの表現することに興味を持つ→イラストのコンテストに自画像の作品を送り入賞。 ・ほとんどの授業に入られるようになった。 ・自分に自信が持てるような環境が得られる進路の選択
発達障害の診断	なし  学習空白が大きい	-苦手な科目に出席できない	・基礎学力の復習を継続的に毎朝実施。 ・漢字検定・英語検定の受検で達成可能な目標の設定	・検定試験を継続的に受検し達成感を得ている。漢字検定4級・英検3級合格
不登校出現過程による下位分類の評価	受動型	+同級生などとの関係性は良好に保てる。 -友人の自傷的な行為に影響を受ける	・病棟での生活・家庭での生活について情報を医師・看護師と共有する	・友達関係に過重な縛られ方はしなくなった
不登校の経過に関する評価	ひきこもり段階	-院内学級を卒業して、中学校へ入学したがすぐに不登校になりひきこもりの状態になった  +少人数の病弱養護学校は本人の経験済みの環境で適応は良い	・興味のあることを受容的に受け止め、話しを聞く ・自信のない本児に寄り添い、出来たことを大いに評価する	・高校進学を目途に退院し、今まで経験したことのない公共交通機関を使った通学を目指す ・高校入学後の本校でのフォロー・アップ相談と高校との連携 ・将来に渡る相談機関の必要
環境の評価	・学校環境への経験不足 ・特別な手立ての無さ		・受容しながらも本人のペースではなく、通常学校のペースに乗ることを目標とする ・いろいろな高校見学を経験させ、高校進学意欲を確かなものにする	・少人数の定時制進学を目標に持てた。 ・自宅からの通学にも意欲を持っている

【考察】 一つの自分の好きなことに自由に取り組み、徐々に自信をえる機会を与えて、ついには社会的な評価も受けることができたことが、大きな転機になり、現在は、授業の出席率も非常によくなり、高校進学意欲も高くなっています。自傷行為もほとんどなくなり、安定して、目標を持った生活が続けられています。しかし、今後も自分が揺らぐことや気分が落ち込むこともあると考えられるので、将来に向けて、本校以外の支援が必要だろうと思われます。具体的には、進学先の担任だけでなくスクールカウンセラー、管理職、生徒指導部の教育相談係、養護教諭などの校内の特別な教育的支援が必要な子どもへの支援体制や県の教育相談センター、地域の青少年相談室、就労支援センター等の活用が考えられます。

# 事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能

## 事例2 一般教育相談のケース

### 相談ネットワークを使って地域の中で支えるAD/HD, LD児の場合

小学校の通常級に在籍していましたが、学習についていけず、クラスの中では級友に暴力を振るってしまったり、放課後は上級生らとたむろし、万引きや公共物の破壊等反社会的行動を繰り返したりして、学校にも行かなくなり始めた時期に、保護者、担任から本校に相談の依頼がありました。

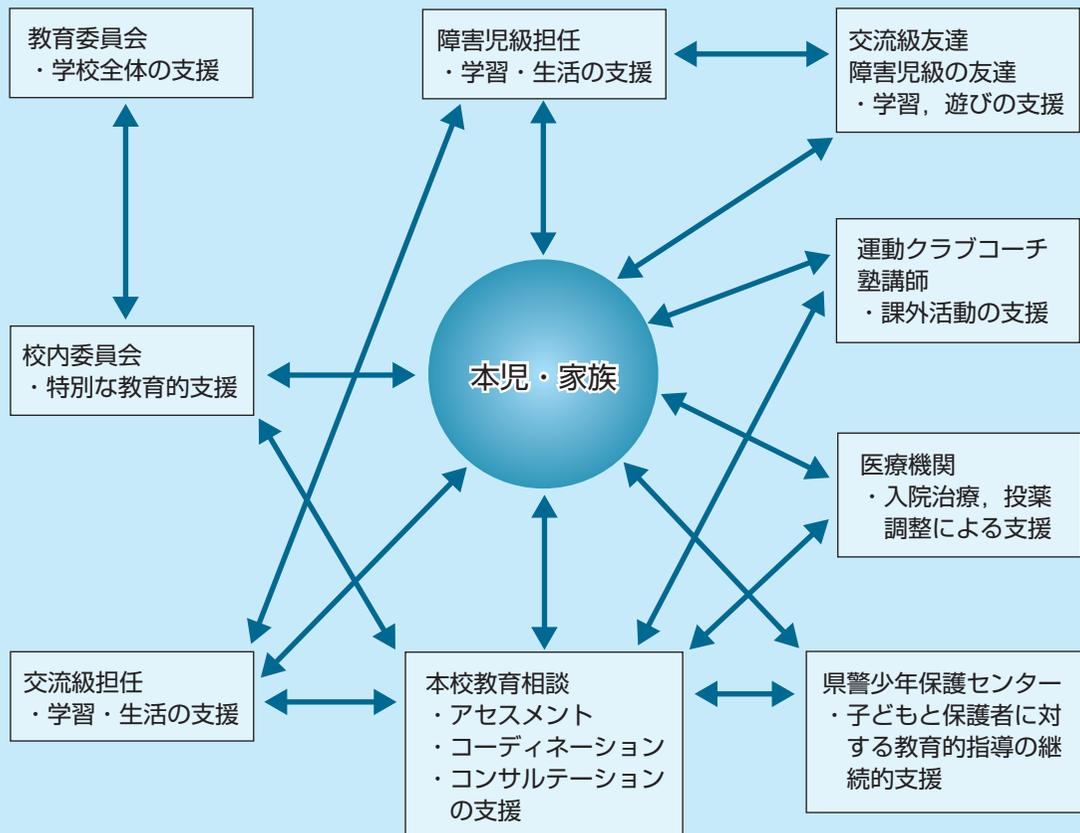
不登校の評価	相談開始時	実 態	手 立 て	成果と課題
背景の疾患	反抗挑戦性障害の疑い	教師の指示には従わず、級友に対する暴言や暴力があった	個別の指導と特別な環境の設定	保護者の理解のもと障害児級へ転籍して、個別指導を増やした結果落ち着きが見られた。
発達障害の診断	ADHD, LD	2年生時にADHDと診断されたが周囲はどう対処したらよいかかわらなかつた学習特に国語、算数についていけない	養護学校の相談で、本人の行動の特性と対処のしかた、視覚優位等本人の強い面を生かした指導法を保護者、担任等に伝える	必要に応じた個別の指導の導入→障害児級への転籍検討→転籍 放課後の時間等非構成的な場面の過ごし方について、塾やスポーツクラブの指導者の力を得る
不登校出現過程による下位分類の評価	衝動型	・嫌いな相手にはすぐに暴言や手がでる ・欲しいものを万引き	反社会的行動に対しては、少年保護センターの指導につなげる	保護者・本人ともに指導を継続して受け、反社会的行動は徐々に減ったが、長期休業中に生活のリズムが乱れ問題を起こすこともあった。
不登校の経過に関する評価	開始段階	勝手に早退を繰り返し、欠席する日も増えてきた	本人のできたことを認め、学校への興味をつなぎ止める	転籍によって少人数での学習時間も確保され、欠席早退はなくなった
環境の評価	・家族では父親も衝動性があり ・学校では、クラスでの孤立あり ・地域では、年上の怠学傾向の仲間の存在	・家庭では本人の行動に対して、強く叱責されるばかり ・級友とのコミュニケーションが不全でけんかをして孤立 ・数人の集団で万引きなど反社会行為を繰り返す	・家庭では、良いところを認めて評価すること、冷静に対処対応すること保護者に伝える ・学校では、個別の取り出しによる少人数授業の実施 ・放課後の時間は本人が得意な運動のサークルで指導してもらうことなどの環境設定	・保護者の本人に対する理解が進み本人の落ち着きが見られるようになった ・校内の支援体制（校内委員会）ができ、担任の負担が軽減され、他の子どもも安定度が増した ・放課後の反社会的行動の抑制がみられた

**【考察】** 本人がAD/HDの診断は早くから受けていましたが、具体的にどのように対応したらよいのか保護者をはじめとする周囲の人々にわかりやすく情報が伝わっていませんでした。その点について養護学校の相談機能が果たした役割は大きいと言えるでしょう。また反社会的行動も伴っていたので、民間施設の短期入所の利用や投薬調整のための入院、スポーツクラブの利用などその他機関と連携して、保護者、担任の負担の軽減を図り、かつ本人の環境を早急に整えることが必要でした。

また、LDの傾向を強く持っている事が相談の中から見立てることができましたので、学校での生活では本人の学習能力に見合った環境設定が必要でした。それなくしては、本人の登校意欲を維持することは難しく思われましたので、特別指導学級への転籍を最終的には進めました。現状では2教科（国語・算数）を特別指導学級で、他の教科は通常級で学習する形がもっとも良い成果を収めています。

## 事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能

連携機関の図式



上図のような複数の支援の手立てがあることを明確にして、それぞれの役割分担を決めて、短期的に集中して子どもや家族に支援することが、問題行動を起こしているケースには非常に有効でした。学校だけ、相談機関だけでいくら努力してもそれは、限定された時間の取り組みであり、子どもや家族にとって必要な支援には十分ではありません。地域にある様々な支援をコーディネートしていく役割が養護学校のセンター的機能の中で今後もさらに重要になっていくのだと考えています。

# 事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能

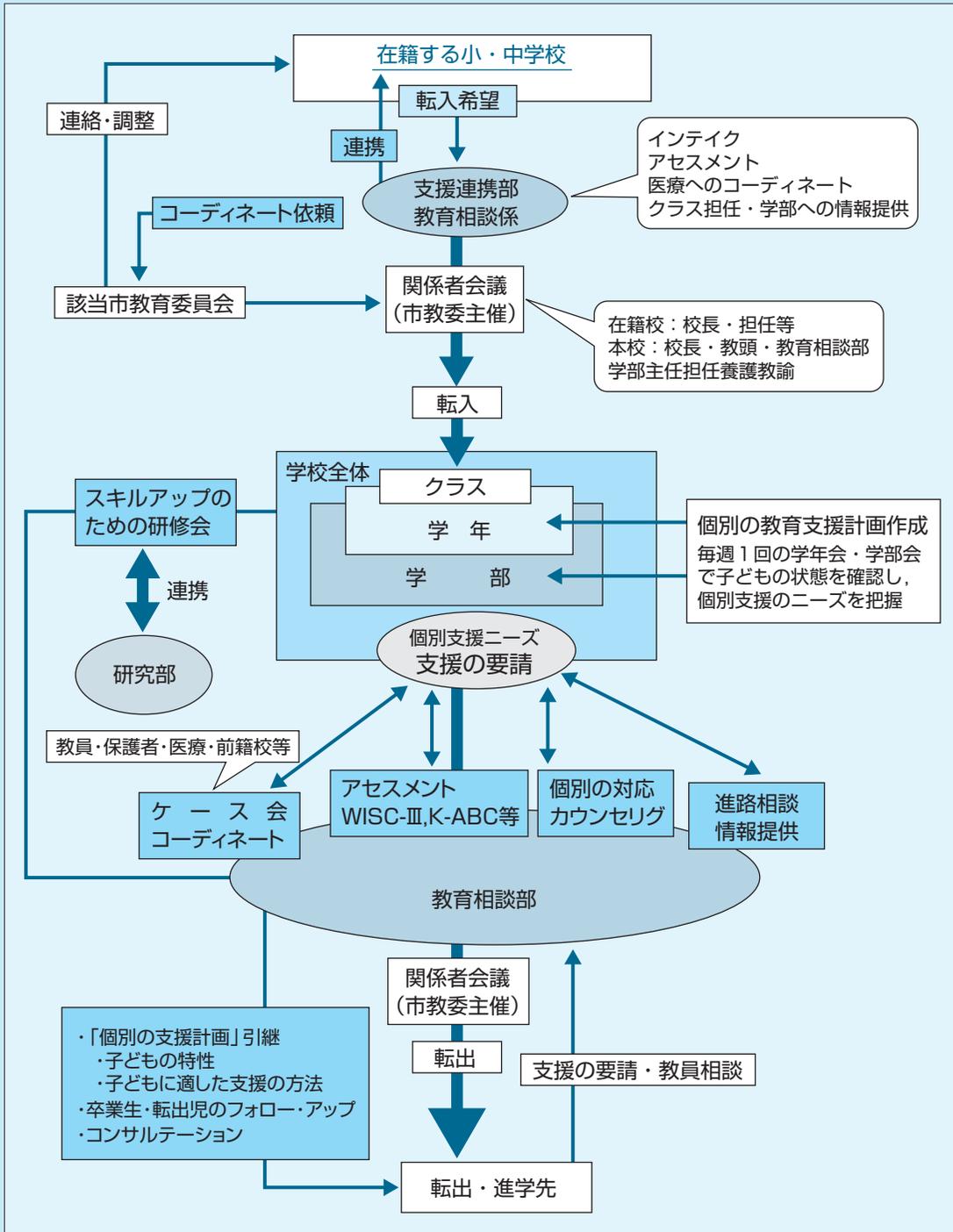


図 7-3-7 個別の支援のための校内システム

# 事例3 病弱養護学校の取組とセンター的機能

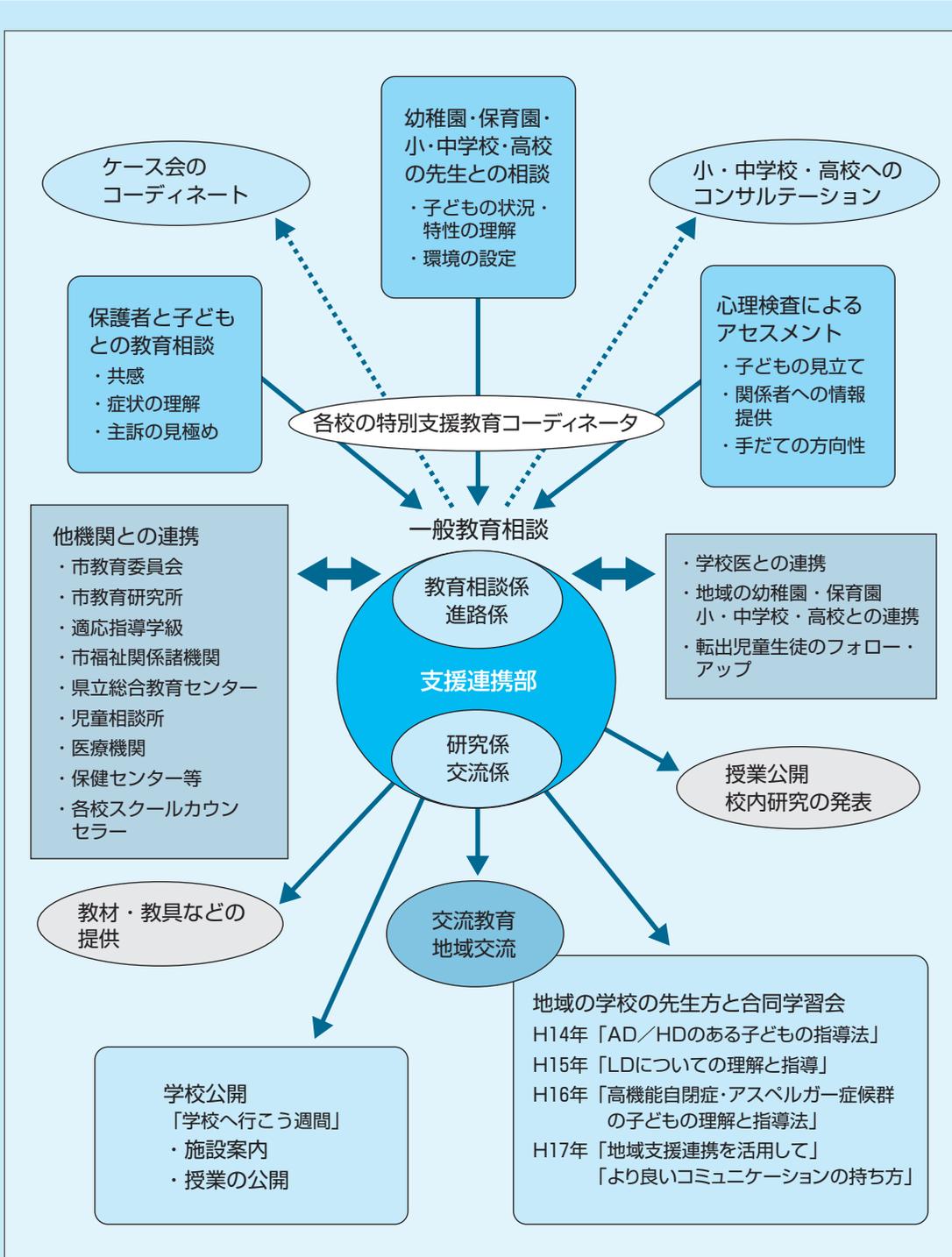


図 7-3-8 県立F養護学校の支援センター化機能の取り組み

# 事例4 適応指導教室における取組

## I. はじめに

文部科学省は、不登校対策として平成15年に不登校児童生徒の早期発見・早期対応をはじめ、より一層のきめ細かな支援を行うために、不登校対策に関する中核的機能を充実させ、地域ぐるみのサポートシステムを整備する「スクーリング・サポート・ネットワークの整備（SSN）」事業を立ち上げました（図7-4-1）。

本市でも、本教育相談所を中核的機能を果たす地域スクーリング・サポート・センターとして位置付け、学校をはじめ地域の福祉、医療、民間機関等関係諸機関と連携して不登校対策を行っています。

不登校の要因・背景が多様化・複雑化しているなか、軽度発達障害の二次的な障害として不登校の相談や適応指導教室への通級生が増加傾向にあり、本所がコーディネートして学校、医療機関と連携して取り組みを行った事例を報告します。

## II. 本施設の概要

本市教育相談所は、教育委員会青少年課が主管しており、教育相談事業と適応指導教室「フレンドリールーム」の運営を行っています。

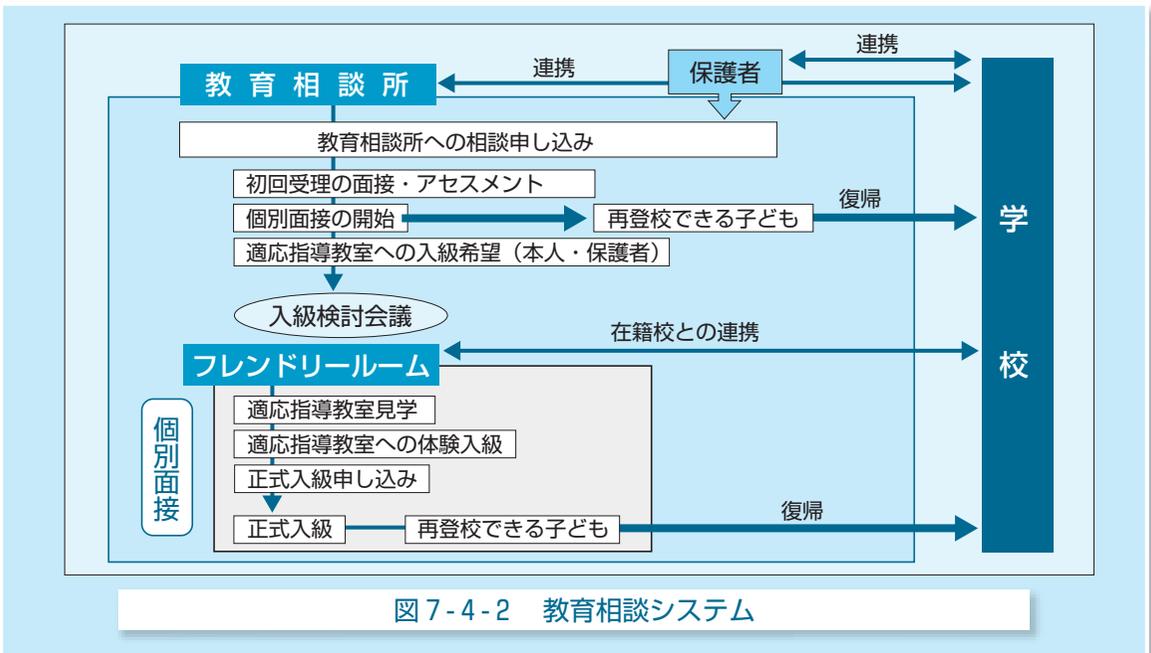
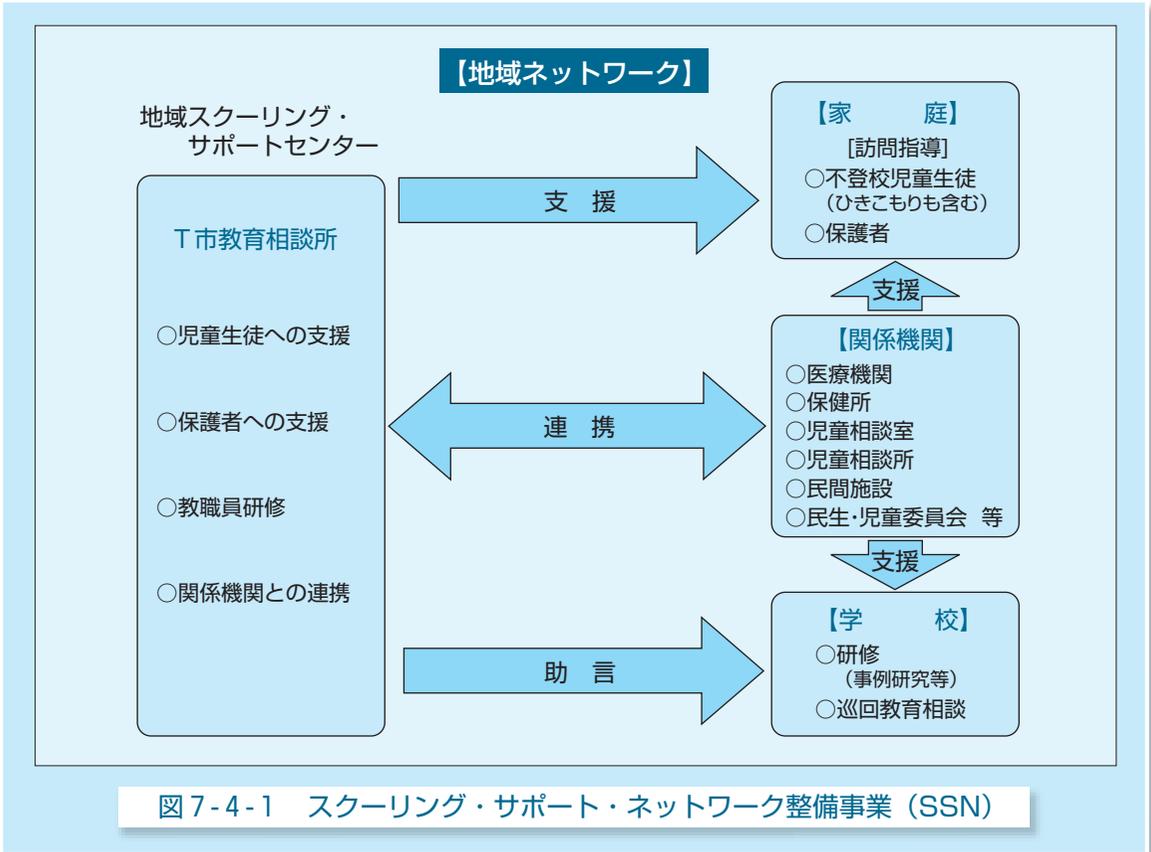
### 1. 指導体制

個別面接を行う教育相談は、主幹1人（学校心理士）、嘱託相談員4人（臨床心理士2人、教職経験者＜学校心理士＞1人、教職経験者1人）の計5人で対応しています。また、フレンドリールームのスタッフは、指導主事1人、嘱託指導員（教職経験者）2人、研修生（学校籍）1人の計4人です。

### 2. 相談受理から入級のシステム

保護者から相談申し込みをしてもらい、受理面接を行った後、個別面接を継続していきます。その後、子どもの状況や希望により、フレンドリールームの施設見学、体験入級を経て正式入級をしていく体制にしています。フレンドリールームに入級後も、集団にすぐになじめない子どもたちがいることから、教育相談担当で個別面接を継続していきます。また、個別対応や少人数グループの時間を設定して、集団活動に参加できるように支援していきます。保護者とも、定期的に個別面接を継続していきます。以下、相談の申し込みからフレンドリールームへ入級、学校復帰までの流れを紹介します。

# 事例4 適応指導教室における取組



## 事例4 適応指導教室における取組

### Ⅲ. 適応指導教室「フレンドリールーム」の運営

適応指導教室とは、年々増加・多様化する不登校児童生徒への援助方法の一つとして県や市の教育委員会が設置している教室です。設置の目的、規模や設備、指導体制、指導内容や方法などは、自治体によってかなり異なっていますが、ここでは基本的に児童生徒へのカウンセリングや集団活動、学習指導等が組織的、計画的に実施されています。

本市では、平成7年度に開設し、「不登校状態にある児童生徒に対し、カウンセリングによる心の安定を図るとともに、一人ひとりに応じた個別や集団での活動を通して自立心や社会性の育成に努め、学校復帰及び社会的自立を目指しての支援を行う」を目的に運営しています。また、指導方針、活動日、活動内容は以下のようです。

#### 1. 指導方針

- (1) 心理的な安定
- (2) 自主性・自発性の育成
- (3) 社会性・対人関係能力の育成
- (4) 自信の回復

#### 2. 活動日

- (1) 月・水・金 10:00 ~ 15:00 集団活動に参加できるグループ
- (2) 火・木 10:00 ~ 13:00 個別対応及び少人数グループ

#### 3. 活動内容

##### (1) 自主活動

興味関心に応じた活動への自主的な取り組みにより、心の開放や仲間意識を目指し、さらに自己表現を通して自信をつける。

トランプ・ウノ・オセロ・ボードゲーム・将棋・囲碁・漫画・読書・ビーズ・刺繍・バドミントン・卓球・イラスト描き・パズル・パソコン等

##### (2) 共同活動

みんなで同じ活動に取り組むことにより、仲間意識を高め、集団の中での自己表現や社会性を育てる。

調理・園芸・音楽・創作・スポーツ・バザー等

##### (3) 教室外体験活動

自然体験や社会体験をもたせることにより、友人関係を深めることや興味関心を広げ、自信を高める。

デイキャンプ・宿泊体験活動・保育所訪問・ボランティア活動等

##### (4) その他の活動

- (日) 学習タイム 10:00~11:00を学習時間に位置づけ、個別の課題に取り組む。
- (月) グループタイム 月1回、構成的グループエンカウンターやグループワークトレーニングに取り組む。
- (火) ミーティング 子どもたちの自主性を育み、意欲化を図る。また、話し合い活動・子ども同士の交流から対人関係のスキルを身につける。

## Ⅲ. 事例

## 1. 対象児 中学3年 男子 (以下H)

## 2. 主訴 不登校(広汎性発達障害)

## 3. 来所に至る経過

Hは、小学校4年時に集団不適応が顕著になり、友人とのかかわりがうまくできない、ルールに従えない、些細な事でカッと泣く等から病院を受診し、広汎性発達障害と診断されています。小学校時代は、理解ある教師の支援があり、登校を継続することが可能でした。

中学でも同級生とのトラブルが多く、次第に被害感情が強くなり、学校や教師に対する不満を頻回に家族に訴えるようになりました。Hは、「自分は皆と仲良くやっていきたいのに、俺のことを邪魔する奴がいる」と主張し、何人かの同級生を非常に嫌うようになりました。中学1年生の3学期から欠席が目立ち始め、間もなく不登校となりました。病院は、定期的に受診していましたが、この頃に主治医の交代や家庭内でHを最も支えていた母親の大病などがあり、受診は自己中断となっています。中学2年生になり、家族や小学校時代の担任の勧めで来所しました。

## 4. 受理面接時の様子

Hは、相談員(臨床心理士)に、同級生への恨みや学校に対する不満を次々に訴えました。一方で、修学旅行に参加したいので、学校にも行きたいとも話しています。両親は、これまでの学校生活での不適応な状況、家庭での自己中心的な言動や興奮状態になったときの対応の困りを話しながら、「このまま家で過ごすのではなく社会に出るために集団生活を学んでほしい。」と適応指導教室通級を希望されました。保護者の了解を得て、小学校時の担任、教育相談担当、現担任に会ってHについての情報収集を行いました。

## 受理会議時点での理解

- ① 対人関係・社会性の問題。他者(同年代)に積極的に関わろうとするが、関わり方が不適切。傷つけることを言ったり、周囲の迷惑や嫌がることがわからずに行動をしたりする。
- ② コミュニケーションの問題。言葉数は多いが、言葉の使い方が一方的であり、冗談が伝わりにくい。
- ③ こだわりの問題。思考のパターンにこだわりが見られる。
- ④ 感覚の過敏さの問題。視線が気になる。音に敏感である。
- ⑤ 情緒反応。被害的言動、不安感、怒り、イライラ感
- ⑥ 身体症状。不定愁訴。

## 支援方針

- ① 学校や家庭の対応に関して被害感、怒り、イライラ感が強く、身体症状の訴えもあるので、当分、週1回の個別面接と週2回、個別や少人数の中で支援をする。
- ② 通級条件として、医療機関の受診を伝える。
- ③ ソーシャルスキルについて、その都度、何度も繰り返し教えていく。
- ④ 登校への気持ちが強いので、学校の環境調整(個別対応ができる教職員・イライラした時、興奮した時に落ち着ける居場所)をお願いし、対応について情報交換をしていく。

## 5. 支援の取り組み

フレンドリールームでソーシャルスキルや適応力を高めていくことを目標におき、体験入級を

## 事例4 適応指導教室における取組

提案しました。最初は、少人数での卓球、ミニサッカー、散歩などの身体を動かすスポーツ活動に取り組みました。他の生徒と遊ぶことを楽しみに通級していましたが、子ども同士の冗談が通じずに被害感や差別感を訴えてきました。

一方でHの問題点を指摘しようとする、立腹し大声で「俺は一生懸命したのに」と聞こえさせませんでした。次第に「騒がしすぎる。何のために来てるのか。ルールを守れない」などと通級生への不満も言うようになり、他の通級生と交流したり行事に参加しようとするのがなくなりました。

2学期になると、「結局フレンドリールームも学校と同じ」と言い、学校へ登校するようになり、学校では時にかんしゃくを起こして保健室に逃げていました。

3学期を迎え受験を気にし始めた頃から「3年になったら勉強しなければならない。学校ははじめを放置している」と再度強く訴え始めました。対応に困った家族が、フレンドリールーム職員に相談し、児童精神科を受診しました。Hは自分の正当性を疑わず、自分の要望事項を教育委員会に訴えるから診断書を書いて欲しいと医師へ要望したようです。Hの訴えを聞きながらも、希望どおりの診断書を作成しない医師に対して、時に長時間にわたり不平をぶつけることもあり、Hの辛さを緩和するために服薬を勧めましたが、Hは「自分は被害者だ、なぜ俺が飲まなければならないのか」と拒否しました。

中学3年生では、同級生の数名が気に入らずに登校を渋り始め、フレンドリールームへの通級を再開しました。しかし、フレンドリールームでもイライラは治まらず、職員に対する暴言もみられました。学校長や担任への頻回の電話もあり、対応に苦慮したフレンドリールームと中学校が協議して、フレンドリールームと中学校、病院、父親での話し合いを持ちました。

その結果、(日)当分の間の居場所はフレンドリールームとする、(月)医師により学校の教職員へ発達障害に関する研修会を行いHへの理解を高める、(火)父親が何とか服薬を促す、こととなりました。フレンドリールームでのHは、個別学習室で過ごすことが多く、時々苛立ちが強まり壁に頭をぶついたり大声を上げたりして不安定な状態が続きました。Hへの対応について、フレンドリールームと病院で頻回に連絡を取り合うこととしました。Hは服薬には変わらず拒否的で、父親も他児の世話や自らの仕事で多忙であり、強く促す余裕はなかったようです。また同居の祖父もHの障害に理解がなく、Hを怠け者として非難し、入院させると脅していました。Hは家族へ暴力をふるうことはなかったようですが、器物を壊したり、急に自転車で出て行ったりすることがありました。間もなく病院への通院を嫌がるようになり、父親のみの受診が続きました。服薬についても父親の代わりにフレンドリールーム職員が、少しずつその効果やHにとってのメリットを説明するようになりました。

Hは、2学期の宿泊研修や遊園地への1泊旅行を「思い出作り」として参加を希望しました。フレンドリールームとしてはHの参加に不安があったため、病院と話し合い、Hに参加の条件を提示することとしました。その中に興奮時の服薬を盛り込んだところ、Hも了承しました。

これらの行事から、Hは、服薬することで自分の気持ちがコントロールできることに気が付き、徐々に服薬への理解が進みました。服薬への拒否感は軽減し始め、不安定になった時に自ら服薬することも見られ始めました。その後、時に学校へ行くようになりました。落ち着かなくなることは多かったようですが、フレンドリールームと病院が常に連絡を取り、父親に過度の負担がかからないように配慮しつつ、父親と協力していきました。

## 事例4 適応指導教室における取組

高校の選択では、Hの希望と成績がマッチせず、一時期被害感情が強まることもありましたが、Hへの説明方法について、病院からの指示をもとにフレンドリールームから提示の仕方等について担任に助言することで何とか対応することができました。

### 6. 考察

○本事例は、教育相談機関がコーディネーター役となり、医療機関、家庭、学校をつなぎチーム支援を行うことができた事例です。Hが受診をした早目の時期に、主治医に依頼して、家族、学校長、担任、相談機関職員で、Hの理解と対応についての話し合いをもちました。会を重ねてきたことで、関係者が「チーム支援」という意識がもて、Hや保護者へのサポートを継続してできたように思います。相談機関では、Hの独特な思考パターン、衝動性、被害感に戸惑うことが多く、その都度、医師から具体的な助言をいただき、安心して対応することができました。また、学校では、全教職員対象の軽度発達障害に関する校内研修会を医師を講師に迎え実施することで、Hに対する共通理解が図れ、適切な対応をすることができました。今後の課題としては、将来を見通した進路指導をどうすすめていくかが大きな問題となってくるように思います。服薬により自己コントロールが進んできてはいますが、Hの社会性の困難さや思考パターンのこだわりは、彼自身を苦しめています。今後の進路を考えていくには、Hが継続して通院し、自分の障害に対して理解していきながら、正面から受け入れていくことが、社会的自立を図る上で大事なように思いました。

#### ○医療機関から見た本事例における連携の重要さ

この事例では、残念ながらHと良好な治療関係を築くことはできませんでした。父親とのつながりを維持できたことで、現実的な助言を通じて父親の心理的負担を軽減することは可能でしたが、Hへの直接的な援助という点では不十分だったといわざるを得ません。

こうした状況下では特に、家庭及び学校を含む教育機関と医療機関が連携できることのメリットには計り知れないものがあります。例えば、多面的な情報を収集することでHの状態像についてより適切な評価をすることができますし、各機関との協議によりHに対する理解を促進したり、適切な対応をしていただくことが可能になるからです。本事例においても、医療機関はHのサポートチームの一員として、その専門性を生かした支援を行うことができました。

こうした連携の最重要点の1つはコーディネーター役となる機関の役割です。本事例では、Hと比較的良好な関係を保った適応指導教室がその役割を担い、関係機関の連絡調整を行っています。その結果、適切なHへの援助という直接的な目的と同時に、例えば医療機関と学校との交流が進展するなどの副次的効果も生じました。中心に適応指導教室が位置し、周辺機関同士のつながりが強化され、有機的な連携に発展していった事例だと考えられます。

## VI. まとめ

軽度発達障害を有する不登校児童生徒が増加しているにもかかわらず、その受け皿が十分整備されていないのが現状です。文科省は、「不登校への対応の在り方」（通知）で、適応指導教室をその役割や機能から「教育支援センター」という名称を適宜併用するように示しています。心身症・神経症等を伴う不登校の子どもたちの教育支援の場として、教育支援センター（適応指導教室）が、整備され、受け皿のひとつとして機能していくことが大事だと思っています。

# 事例5 中学校における通常学級と特殊学級の中間的な学級である 特別支援教室での生徒への対応について

## I. はじめに

当校は、I市J地区の中心的位置に存在している、生徒数500余名の中規模中学校です。幅広い校区（6小学校区）をもっており、古くからの文教地区である一方で新興住宅街も併せ持っている地域です。例年、全国や県の平均を上回る不登校生徒がおり、不登校対策が常に教育の最重要課題となっています。過去4年間の不登校発生率は、平成13年度が4.7%、15年度が3.74%、15年度が3.72%、そして16年度が3.9%と推移しています。そういった実態から、当校では早くから不登校生徒のための「適応指導学級」が存在していました。何らかの理由で所属学級で活動ができない生徒が、居場所がないという理由で登校できずに欠席となることを防ぐための「緊急避難場所」として設置された経緯があります。教員の負担増加をある程度覚悟で、全職員の体制でこの適応指導学級を運営し、十分とは言えないまでも、これまで学習の補充や学校生活適応に向けた支援対策を講じてきました。

平成17年度の体制作りを見直す際、前年度まで当学級を利用していた生徒がすべて卒業したこともあって、この「適応指導学級」の在り方を検討することとなりました。特別支援教育においてI市の巡回相談が充実したこともあって、校内において「特別な支援を必要とする生徒」の支援対策への意識が高まってきました。その中には軽度発達障害のある生徒はもちろん、不適応生徒等、集団生活に適応しづらい生徒を対象とし、彼らのニーズに合わせた教室を検討することとなりました。特殊学級とは違う、しかし通常学級とは果たす機能が異なる中間的な学級としての効果的な運営を試みました。

## II. 「特別支援教室」の設置について

平成17年度、新しい支援体制をもつ教室の設置に当たり、次のような計画で始めることとなりました。

### (1) ねらい

- ①何らかの理由で所属学級・学年の一斉授業や活動への参加が難しい、もしくは補充的な支援が必要な生徒のために、学習等の活動ができる場や居場所を確保する。
- ②上記生徒の学習補充や集団生活への適応、所属学級や授業への復帰、生活の自立に向けて支援に当たる。

### (2) 対象生徒

- ①学校生活に不適応を示し、所属学級での生活が困難である生徒（不登校・学校不適応生徒）
- ②通常学級に所属しているが、軽度発達障害等で何らかの特別な支援が必要な生徒

### (3) 指導・支援体制

- ①利用する個々の生徒について「個別の指導計画」「支援・援助シート」を作成する。
- ②学習支援体制については、利用者の有無に関係なく、年度始めから時間割の全コマに職員を配置する。（職員の持ち時数と支援教室での指導教科のバランスを考慮して配置）【資料1参照】
- ③利用生徒の所属する学級とのつながりを切らないよう、学級担任との連絡を密にする。活動の記録簿を作り、活用する。【資料2参照】
- ④その生徒にとって効果的な指導ができるよう、担当者会や職員の研修を行う。

2学期末現在における利用の実際を紹介します。

利用者は現在4名（1年生男子1名，2年生男子1名，3年生男女各1名）ですが，3学期以降2名追加される予定です。そのうち2年生男子生徒Kは，日本語を母国語としない外国からの帰国子女で，その生徒については「教科指導の補充」ではなく「日本語習得支援」を行っています。また，3年女子生徒Lに対しては，毎日早退を繰り返す不適応生徒であるため，特別支援教室を利用することで学校での活動時間を少しでも長くなるような「居場所的」役割を果たしています。3年男子生徒Mは特殊学級に所属していますが，普通高校進学という希望から，学習補充強化の目的で利用しています。1年男子生徒Nについては，軽度発達障害の疑いがあり，通常学級における一斉指導形態の学習だけでは困難が生じてきたために2学期以降，利用するようになりました。

それぞれの生徒に対してニーズが異なるため，特別支援教室を求める生徒が増えれば増えるほど，個への対応が難しくなってきます。人員配置の工夫をしても限界があります。現在資料1にあるようにどの時間を利用していても教師は配置されていますが，そこで指導できる内容が必ずしも利用者の求めているものとは限らないことが課題です。例えば，Kについて言えば，所属学級（普通学級）における社会は説明が難しく，黒板の字も漢字が多いので，この時間帯に特別支援教室を利用しようと考えます。しかし，特別支援教室の時間割は，Kの必要とする社会の補充学習や日本語支援の時間とは限らないのです。もともと日本語習得教育を専門的にやることのできる教員はいないので，国語科教師を中心として，Kが利用できる時間帯に当たった教員が，何とか指導をしているのです。幸いなことにI市教育委員会を通して，市の国際交流課の指導員を2人派遣してもらうことができました。外部の指導員の方を中心として，日本語習得教育のカリキュラムを組み，担当者会議を何度か開いて試行錯誤の中で取り組んでいます。

また，1年生の男子生徒Nについては，通常の学級では「集中できない」「黒板を書き写す作業が大変遅い」「特に英単語が覚えられない」という実態があるため，そこから「落ち着いて黒板を書き写すような活動」や「英単語が覚えられるような学習」を支援教室に期待することになります。

時間割の調整を工夫して，何とか英語科教師が特別支援で指導できるようにしたもの，「彼の障害の特徴から，どのようにすれば実際に英単語を覚えていくことができるのか」分からず，実際的な効果を上げていくのは難しい状況です。彼の場合，小学校の時に通級していた学級の担当者と中学校側で入学当初から情報交換等連携を深めていたので，2学期に再びその担当者と連絡を取り合い，アドバイスをいただくこととなりました。

当校には，特別支援教室を利用しない軽度発達障害の生徒も存在します。I市の巡回相談の際に継続的に相談し，校内のコーディネーターを通じて担当相談員から具体的指導策をいただいています。一斉指導形式の授業でも工夫できることを具体的に示してもらい，それを，該当生徒の教科担任が共同歩調で取り組んでいます。例えば，黒板の書き写しが苦手であれば，「重要語句だけでも書くよう，そこを赤く囲む」，など特別支援教室利用者も同様，通常学級においても，教科指導を担当する者が少し工夫をすることで，学習がスムーズにいくようにしています。

### Ⅲ. 中学1年生が学校生活に適応するための対策について

当校では、特別な支援が必要な生徒の中には、不登校や学校不適応の生徒も含まれます。特に中学校では、中学1年生でいじめや不登校が増加するという現状があります。不登校・学校不適応になってしまった生徒のケアをどのようにするかといった、対処療法的な方策ももちろん大切ですが、どのようにしたら中学1年生のいじめ発生を防ぎ、不登校生徒を無くすることができるのかといった、予防策も大切になってきます。そこで当校では、次のような点に特に着目して実践を展開しています。

#### (1) 思春期を迎えた中学生の繊細な内面へのきめ細かな対応を実践

(ロ) 複数の目で観察し、チームで即時対応ができるような情報集積方法の工夫

(リ) 目にみえない心の状態を把握するための様々なアンケートの実施

(ハ) 生徒とのやりとりを通してレポートを円滑にすることを目的とした「内省ノート」記録の実施

(ロ)では、教科担任制である中学校は学級担任が把握しきれない授業の様子や部活動の様子を書き込むチェックシートを作成したり、情報が一元化出来るように情報入力ファイルを校内のサーバー上に保存したり、一人一人の情報を集約できるような個票を作成したりしています。パソコン内に情報を集約することについては、活用における便利さと同時に、情報の保護についても十分に検討しています。(リ)では、毎月末にストレス度や学級適応感を測るアンケートを実施しています。これはかなり生徒の内面把握に役立っており、実際それをもとに教育相談をすることで、生徒の不適応状態の深刻化を回避できていると評価しています。小中が連携を図り、子どもの社会的スキルを測るアンケートも行っています。スキルが低く、特に心配される生徒についてはより丁寧に観察をし、適切な支援を考えるようにしています。(ハ)の内省ノートでは、言葉を介して自分の気持ちを表現できない生徒には特に効果をあげています。ノートを通して悩み多き中学生の声を聴き取ることで、その子の悩みに寄り添うことができています。学級経営上においても生徒の人間関係が把握でき、効果を上げています。

#### (2) 小中が連携を図り、9か年を見通して子どもたちを育てる体制を確立

(ロ) 小学校から中学校への引き継ぎ資料を共通にする

(リ) 小学生が中学校生活をイメージでき、抵抗感を少なくする工夫

(ハ) 校区内の小学校間、及び小中間が連携して人間関係作り能力を育成する

(ロ)については、「マイナスの部分を含め、中学校に与えることで、子どもを色めがねで見るのではないか」という小学校側の心配もあるようですが、特に不登校という現象は、小学校時代の様子が大きく参考になることが実証されています。このように大切な情報を受け取らずに一から対応する危険よりは、より多くの情報を受け取り、受け取る中学校が偏見をもたないよう肝に銘じて対応する方がはるかに効果があると思われます。その点を小学校によりよく理解してもらい、来年度からは情報の伝達がスムーズに行く予定になっています。(リ)の具体的実践としては、体育祭に生徒会が6年生を招待したり、3学期に中学1年生が6年生に入学説明会を行ったり、英語科教師が小学校に出前授業を行ったりしています。(ハ)については不適応の原因のひとつにもなりうる人間関係作りができないためのトラブルを減らすために、重要な課題です。中学校では、各小学校で実践されてきたものを十分把握した上で、新しい人間関係をスムーズに構築できるような活動を教育課程の中に盛り込んでいます。

### Ⅲ. 中学1年生が学校生活に適応するための対策について

当校では、特別な支援が必要な生徒の中には、不登校や学校不適應の生徒も含まれます。特に中学校では、中学1年生でいじめや不登校が増えるという現状があります。不登校・学校不適應になってしまった生徒のケアをどのようにするかといった、対処療法的な方策ももちろん大切ですが、どのようにしたら中学1年生のいじめ発生を防ぎ、不登校生徒を無くすることができるのかといった、予防策も大切になってきます。そこで当校では、次のような点に特に着目して実践を展開しています。

#### (1) 思春期を迎えた中学生の繊細な内面へのきめ細かな対応を実践

(ロ) 複数の目で観察し、チームで即時対応ができるような情報集積方法の工夫

(リ) 目にみえない心の状態を把握するための様々なアンケートの実施

(ハ) 生徒とのやりとりを通してレポートを回すことを目的とした「内省ノート」記録の実施

(ロ)では、教科担任制である中学校は学級担任が把握しきれない授業の様子や部活動の様子を書き込むチェックシートを作成したり、情報が一元化出来るように情報入力ファイルを校内のサーバー上に保存したり、一人一人の情報を集約できるような個票を作成したりしています。パソコン内に情報を集約することについては、活用における便利さと同時に、情報の保護についても十分に検討しています。(リ)では、毎月末にストレス度や学級適應感を測るアンケートを実施しています。これはかなり生徒の内面把握に役立っており、実際それをもとに教育相談をすることで、生徒の不適應状態の深刻化を回避できていると評価しています。小中が連携を図り、子どもの社会的スキルを測るアンケートも行っています。スキルが低く、特に心配される生徒についてはより丁寧に観察をし、適切な支援を考えるようにしています。(ハ)の内省ノートでは、言葉を介して自分の気持ちを表現できない生徒には特に効果をあげています。ノートを通して悩み多き中学生の声を聴き取ることで、その子の悩みに寄り添うことができています。学級経営上においても生徒の人間関係が把握でき、効果を上げています。

#### (2) 小中が連携を図り、9か年を見通して子どもたちを育てる体制を確立

(ロ) 小学校から中学校への引き継ぎ資料を共通にする

(リ) 小学生が中学校生活をイメージでき、抵抗感を少なくする工夫

(ハ) 校区内の小学校間、及び小中間が連携して人間関係作り能力を育成する

(ロ)については、「マイナスの部分を含め、中学校に与えることで、子どもを色めがねで見るのではないか」という小学校側の心配もあるようですが、特に不登校という現象は、小学校時代の様子が大きく参考になることが実証されています。このように大切な情報を受け取らずに一から対応する危険よりは、より多くの情報を受け取り、受け取る中学校が偏見をもたないよう肝に銘じて対応する方がはるかに効果があると思われれます。その点を小学校によりよく理解してもらい、来年度からは情報の伝達がスムーズに行く予定になっています。(リ)の具体的実践としては、体育祭に生徒会が6年生を招待したり、3学期に中学1年生が6年生に入学説明会を行ったり、英語科教師が小学校に出前授業を行ったりしています。(ハ)については不適應の原因のひとつにもなりうる人間関係作りができないためのトラブルを減らすために、重要な課題です。中学校では、各小学校で実践されてきたものを十分把握した上で、新しい人間関係をスムーズに構築できるような活動を教育課程の中に盛り込んでいます。

#### IV. 教育的な効果と残された課題

当校では、学校生活に適應できる生徒を育成し、いじめや学校不適應を出さないための予防策を積極的に推進することと、一方で不適應になってしまったり、様々な理由で学校生活において特別な支援が必要な生徒への対応策を検討することが大きな二本柱となっています。両者が同時に推進されることで教育的な効果は大きく、成果を上げていると考えています。実際のところ、昨年度まで県の平均を大きく上回る不登校数が、今年度は県の平均以下に減る見通しです。平成13年度には不登校数28名（うち1年生8名）だったのが、今年度は9名（うち1年生は2名）になる見通しです。特に中学1年生に関しては、上記で述べた「1年生が学校生活に適應する対策」を講じるようになってから激減しました。不登校の2名は小学校からの継続であり、中学校で新たに不登校になった生徒ではありません。この2名についても、小学校の頃より登校状況は改善されています。また、特別支援教室が設置されていることで、不適應傾向の生徒も家にひきこもるなど全欠状態にはならず、この教室での活動を基点に、学校生活を展開させることができます。不適應生徒の子どもは、この教室を共に利用している様々な生徒がいるおかげで、少人数ながらもその中で新しい人間関係を構築し、そこから学ぶこともあるようです。

いわゆる「特別支援教育」の対象として通常学級に在籍する軽度発達障害をもつ生徒への支援については課題が多く残っています。まず、職員が軽度発達障害を的確に把握することが困難であるという点があります。何度となく職員研修を設け、学習はしているものの、個々によって障害の程度が異なり、それを指導に生せるように実態把握ができるかどうかは難しいことです。しかしそれをしないと特別支援教室の運営は「ハード面は整ってもソフト面が不十分」となってしまいます。本人や保護者が期待して、この特別支援教室を利用している以上、ある程度形となって効果が現れてこなければ説明責任を果たせないこととなります。質的レベルをあげるためには、核となる職員（特別支援教育の校内コーディネーターや特殊教育担当者等）を中心として教員が丸となって取り組まなければいけません。そして、校内だけでは不十分であれば、外部の専門機関とも連携を十分に図る必要があります。来年度は、核となる職員を中心とした組織を作り上げ、その点を実現させて行く予定です。

中学1年生のいじめや不登校の解消を目指した実践については、「心配される生徒」を支えるシステム作りが中心となってきましたが、今後は「学校生活に適應できる」ほとんどの生徒の適應感を高め、全体の底上げを図りたいと考えています。うまく適應できると思われる生徒でも、環境によっては思春期の揺れと重なって不安定な状態に陥ることは誰にでもありうることです。それを学年という集団全体で、好ましい人間関係作りの力を育成することで、1人でも多くの生徒が適應できるような方策を検討していくのです。当校に勤務するスクールカウンセラーの力も借りて、人間関係能力育成のためのスキルアップカリキュラムを年間の見通しで立て、実践していく予定です。

資料1 特別支援教室利用状況

( )内は、担当教員の氏名

	月	火	水	木	金
朝学活					
1限	自学 (〇〇) 2-6 (日本語)	自学 (△△) 2-6 (日本語)	理科 (□□) 3-6 (理)	社会 (△△) 2-6 (日本語)	自学 (△△) は1 (数)
2限	自学 (△△)	国語 (〇〇)	英語 (〇〇) 3-6 (英) は1 (数)	数学 (□□) は1 (数) 3-6 (数)	社会 (△△) 3-6 (社)
3限	自学 (〇〇) 3-6 (自) 2-6 (日本語) ※外部講師	自学 (〇〇) 2-6 (日本語) ※外部講師	自学 (〇〇) 2-6 (日本語)	数学 (□□)	英語 (〇〇) 3-6 (英)
4限	英語 (〇〇) 1-7 (英)	英語 (〇〇) は1 (英) 3-6 (英)	国語 (〇〇) 2-6 (日本語)	自学 (〇〇)	理科 (□□)
給食					
5限	社会 (□□) 2-6 (日本語)	社会 (△△) 1-7 (数)	自学 (〇〇) 1-7 (英)	自学 (〇〇)	国語 (〇〇) 2-6 (日本語) ※外部講師
6限		国語 (〇〇) 2-6 (日本語)	国語 (〇〇)		自学 (〇〇)

※ 月曜3限と水曜2限は教室を2分して利用する。(担当者が2人いるため)

※ Kの学習はすべて日本語学習とするが、必要に応じて教科補充をする。

資料1 特別支援教室利用状況

( )内は、担当教員の氏名

	月	火	水	木	金
朝学活					
1限	自学 (〇〇) 2-6 (日本語)	自学 (△△) 2-6 (日本語)	理科 (□□) 3-6 (理)	社会 (△△) 2-6 (日本語)	自学 (△△) は1 (数)
2限	自学 (△△)	国語 (〇〇)	英語 (〇〇) 3-6 (英) は1 (数)	数学 (□□) は1 (数) 3-6 (数)	社会 (△△) 3-6 (社)
3限	自学 (〇〇) 3-6 (自) 2-6 (日本語) ※外部講師	自学 (〇〇) 2-6 (日本語) ※外部講師	自学 (〇〇) 2-6 (日本語)	数学 (□□)	英語 (〇〇) 3-6 (英)
4限	英語 (〇〇) 1-7 (英)	英語 (〇〇) は1 (英) 3-6 (英)	国語 (〇〇) 2-6 (日本語)	自学 (〇〇)	理科 (□□)
給食					
5限	社会 (□□) 2-6 (日本語)	社会 (△△) 1-7 (数)	自学 (〇〇) 1-7 (英)	自学 (〇〇)	国語 (〇〇) 2-6 (日本語) ※外部講師
6限		国語 (〇〇) 2-6 (日本語)	国語 (〇〇)		自学 (〇〇)

※ 月曜3限と水曜2限は教室を2分して利用する。(担当者が2人いるため)

※ Kの学習はすべて日本語学習とするが、必要に応じて教科補充をする。

資料2 平成17年度 特別支援教室対応記録表 (第4期)

月 第 週 ( / / ) ~ ( / / )

★記入内容：学習の内容と生徒の様子（簡単に）

	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )
朝学活					
1時限	自学 2-6 (日本語)	自学 2-6 (日本語)	理科 3-6 (理科)	社会 2-6 (日本語)	自学 はば1 (数学)
2時限	自学	国語	英語 はば1 (英語) 3-6 (英語)	数学 はば1 (数学)	社会 3-6 (社会)
3時限	自学 3-6 (自) 2-6 (日本語) ※外部講師による指導	自学 2-6 ※外部講師による指導	自学 2-6 (日本語)	数学	英語 3-6 (英語)
4時限	英語 1-7 (英語)	英語 はば1 (英語) 3-6 (英語)	国語 2-6 (日本語)	自学	理科
給食					
5時限	社会 2-6 (日本語)	社会 1-7 (数学)	自学 1-7 (英語)	自学	国語 2-6 (日本語) ※外部講師による指導
6時限		国語 2-6 (日本語)	国語		自学
終学活					

\*\*\*連絡事項\*\*\*

検印	校長	教頭	適応主任	特支主任 担任1	生徒指導 主事	担任2 ( )	担任3 ( )	担任4 ( )
----	----	----	------	-------------	------------	------------	------------	------------

# 事例6 巡回指導における小学校・中学校のLD,ADHD,高機能自閉症等の子どもへの支援

## I. I市の特別支援教育巡回相談事業について

I市では、全市を4地区13ブロックに分け、8名の巡回相談員が各々いくつかのブロックを分担してLD、ADHD、高機能自閉症等のある児童生徒に関する指導を中心に巡回相談を実施しています。そして担当ブロックについて、要請のあった学校と各ケースに対して、各ブロックごとに設けられた拠点校の特別支援教育コーディネーターとともに巡回相談に赴くという事業を行っています。筆者も8名の巡回指導員の一人として、2つのブロックを担当して巡回相談に当たっています。

それに加えて、筆者は自分の所属する〇養護学校の地域支援委員会の委員としても活動しており、I市内の保育園、幼稚園、小中学校、高等学校や保護者に対して、広く来校相談及び出張相談を実施しています。また、I市に隣接する2つの市からも、依頼があれば出張相談を行っています。

このようにして巡回相談を行ったケースの中からいくつかを抽出して、LD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもへの支援について、特に不登校を予防するという観点から以下に紹介します。

## II. 事例

### 事例1 小学校における巡回指導の実際と不登校を予防するような介入や配慮

～ Pさん(小学校5年生, 女子)のケース ～

#### 1. 実態

集団式知能検査の結果から知能偏差値は平均よりかなり高く、学力検査の各教科の成績も高得点でした。読み・書き・聞く・話す・計算などの基礎的能力の状況においては特異的な学習困難は認められず、学業成績は優秀です。授業中は、ADHD的な行動上の困難も認められず一斉の指示も理解できますが、不安を感じたり疑問に思ったりすると、授業中でも席を立ち教師に訊きに来ることが多いということです。

主に生活場面においてはこだわり行動や友人関係のトラブルが頻繁に見られます。一人であることを好み、休み時間には絵を描いたり本を読んだりして過ごし、友人との関わりがほとんどないとのこと。本人も仲間に入りたいと感じているようですが、話に上手に入ることができないし、学習グループも友達に誘われなければ作れず、何かと周囲の女子に敬遠されて悪口の対象になっているようでした。

理科の実験の時、友達とぶつかって友達のもっていた実験道具が床に落ちてしまいましたが、非難されたわけでもないのに涙目になり、教師が事情を聞こうとすると教室を飛び出してしまいました。また体育のバスケットボールで強いボールを両手でバシッと受け止めた後、うずくまってワンワン泣き出し、しばらくたっても思い出して泣いていたそうです。自然教室でオリエンテーリングをしたときも「虫が怖い、もうやだ、やらない」とパニックになったそうです。このようにどうしてよいかわからない状況でパニックになり、泣き出したり、学級を飛び出したりすることがあり、担任の先生からは、友達をつくるにはどうしたらよいかということとパニック時に

どのように対処すればよいのか、また行為の善悪をはっきりと正してもいいのか、友人と関わりを持たせるにはどうしたらよいのか等についてアドバイスを求められました。

## 2. 第1回巡回相談

第1回巡回相談は7月に実施しました。本児の実態から高機能広汎性発達障害が疑われたため、自閉症に有効な指導方法で対処してみることを担任の先生に勧めました。パニックの原因を自閉症児特有の感覚過敏のある可能性や見通しをもちにくい状況で特に不安が高まること等から説明しました。そのような場合には場所を変えて気持ちを落ち着かせること、落ち着いたら必ず本児にその時に実際に起こった事実と本児の気持ちの変化を詳しく思い出させ、言語化させる支援を教師が行うこと、その上可能であればそのような場面での周囲の気持ちについても考えさせ、「泣き出して飛び出していく」行為よりも適応的な代替対処行動をソーシャルスキルとして教えることが必要であることを伝えました。記録を残して本人が自分でふり返ることができるようにすること等についてもアドバイスしました。

また、同時に配慮事項として突然の予定変更や本児にとっては強烈と思われる感覚刺激等をなるべく避けることや、あらかじめ十分に説明して心の準備をさせること、また周囲の友達や教師にも感覚の鋭敏さについての理解を促進しておくことなどの重要性についても述べました。

担任の先生との話し合いの中で、本児の学校での様子に関する保護者への報告が十分に行われていないと感じました。保護者も様々であるので担任の先生が実情に応じて保護者に対する交渉の方向を探り、理解を進めていくこと。その上で、児童の能力や特性を客観的に捉え指導に生かしたいという旨を保護者に伝え、応諾がとれたらWISC-(企)等の知能検査を実施するということになりました。

## 3. 第2回巡回相談

2学期に入り文化祭が近づくにつれ、図画工作や体育の時間になると気分が悪いと保健室へ行くことが多くなり、「学級にいたくない」ともらすようになりました。保健室に運ばれた給食に手を付けずにいる本児に対して、「食べられたら食べてね」と養護教諭が声がけしたところ、目を離れた隙におかずをぐちゃぐちゃにしてゴミ箱に捨ててしまいました。これについて養護教諭が注意を与えたところ、椅子を蹴ったり物を投げたりしてワーッと泣き出しました。その日は母に連絡して迎えに来てもらいました。

また、マラソン大会を見学した翌日には学校を早退してしまいましたが、女子の友達に「卑怯だ」と睨まれたことを気にしていたようでした。

このころの本児について学級担任と保護者にCBCLを実施してもらいました(図1)。不安／抑うつ等得点が臨床領域の項目があり、内向尺度、外交尺度、総得点とも境界域をわずかに上回っており、本児の学級への不適応な状態が見とれました。また、ひきこもりや思考の問題で保護者と学級担任の得点に乖離が見られ、意識のすれ違いのあることが推察されました。LD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもが二次障害として容易にひきこもりに入りやすいことを説明した上で、担任によくよく話を聞いてみると、学校行事等で不規則になった授業のスケジュールについて、本児に対して十分な説明が為されていなかったことが分かりました。恐らくこのことが、本児の一連の不安定の一歩大きな要因になっているものと推測されたため、今後は予定の変更や学校行事等のスケジュールは、必ず事前にそしてなるべく具体的に本児に伝えること、できれば視

## 事例6 巡回指導における小学校・中学校のLD、ADHD、高機能自閉症等の子供への支援

覚的に分かりやすく提示するという配慮を確実に行うことをお願いしました。

本児に対するスケジュールを前もって明確に示すという配慮をきちんと継続して行った上で、本児のパニック回数や保健室への逃避等の不適応行動の回数を観察することにしました。具体的には、1週間ごとに担任が特別支援教育コーディネーターに、特別支援教育コーディネーターが筆者に報告し、1か月間様子を見てその結果次の対策を検討することとしました。

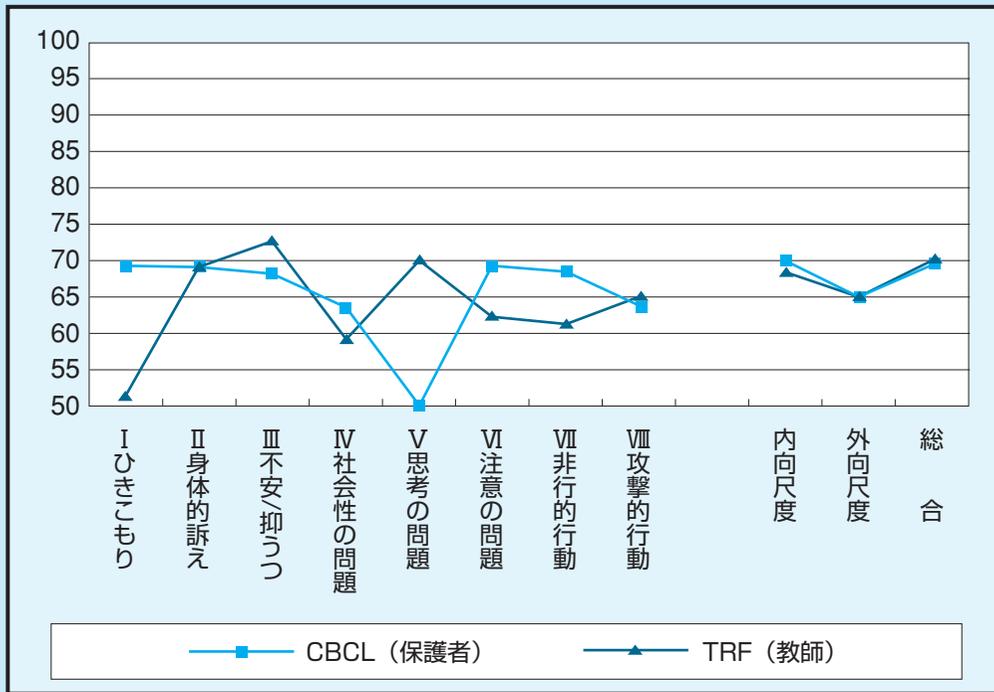


図1 PさんのCBCL, TRFの結果プロフィール

### 4. 第3回巡回相談

特別支援教育コーディネーターが校内委員会の意見を吸い上げて作成した「個別の指導計画」に基づいて話し合いを進めました。

2学期になって頻発した問題行動が、第2回の訪問後激減し、状態が改善されたことが報告されました。前回の訪問の際、児童の不安を軽減するための取組として、いくつかの点をアドバイスしましたが、すぐに著しい状態の改善が得られ、校内委員会としても指導の方向の妥当性を実感できた様子でした。一つ目は、平常のカリキュラムにない特別な活動や学習、行事がある場合は、事前に「いつ、どこで、誰と、どのような内容のことをするか」といった説明を必ず伝えておくこと、でした。担任は毎日次の日のスケジュールを作成して渡しています。最初は怪訝そうな本児でしたが、今では当たり前のようにやりとりして定着し、校外学習等にも落ち着いて参加できるようになりました。また参加できなかった場合では、何があるかは伝えても内容的なことまでは伝達しなかったことを担任の先生は反省しておられました。

また周囲の友達や教師にも本人の特性への理解を促進した結果、本児の問題行動をめぐってとげとげしかった学級の雰囲気もよい方向に変化しました。それまで批判的で、対象児がとても嫌がっていたクラスの女子が協力的になり、本児の欠席時には手紙をもっていってくれるようになりました。その女子は家庭でも保護者に「担任の先生がどれほど本児を大事に見守っているか」ということを話したそうです。その女子の保護者から電話で褒められたことから始まって、本児は学級で感じていた排斥感から徐々に解放されてきているようです。

本児は未だに体育や書写などの活動にどうしても参加できず、保健室に行ってしまうことが多いのですが、書写についてはそれを代替する課題を用意し、本人に選択して決めさせるようにアドバイスした結果、保健室に行くことはなくなりました。書写については、本児がどうしても参加できない理由があるはずで、それを分析することを勧めました。例えば、知覚過敏から墨汁の臭いが我慢できない、あるいは床で活動するために一斉に動かす机の音が耐えられないなど、原因が何であるかによってとるべき対応は異なってきます。理由を本人に振り返らせ、言語化させてみることも必要であろうと話しました。

また、体育についてはマラソンにはほとんど参加できなかったものの、サッカーの試合には参加できるようになり、これまで参加できなかったマット運動については学習の場にいることができるようになり、「自分も参加しなくては」という意識が芽生え始めているようです。

## 事例 2 中学校における巡回指導の実際と不登校を予防するような介入や配慮

～ Qさん (中学校1年生, 男子) のケース ～

### 1. 実態

Qさんは小学校6年生の時に医療機関にかかり、高機能自閉症と診断されました。

WISC-(企)の結果はVIQ=90, PIQ=85, FIQ=86で平均の下です。群指数では注意記憶が高く、処理速度が低いパターンで、目と手の協応がよくないためか、何でも制限時間ギリギリで正解を出すことが多く、「速く」というのが苦手なようです。

LD的な学習困難も、「話す」「書く」「計算」「推論」等の領域で認められます。字が雑で読みとりにくいのですが、正しい漢字を使ったり筋の通った文章を書いたりすることができます。しかし、パターン化された文章が多いようです。音読や歌の発表は上手にできます。教科の中では、理科・数学が弱く、分数の正負の加減計算までは時間をかければ何とかできるというレベルです。また、不器用で、家庭科の針仕事ができず、紐の固結びも巧くはできません。清掃でもほうきでゴミを集めるという意識はなく形式的に真っ直ぐはくだけ。体育でもボールがとんでくると逃げてしまい、体操や縄跳びも苦手だとのことでした。

指示の理解はよく、集団から遅れることはほとんどありません。授業中は静かですが、時々ボーっとして自分の世界に浸っていることがあるように見えます。

友人関係は固定的で、自ら新しい関わりを求めることはありません。判断に迷う場面では、おどおどすることが多く、困っても他人に聞くことができないようです。

### 2. 第1回巡回相談

本児の在籍する中学校においては数学等の教科は現在習熟度別グループ編成で指導しているということですが、一番習熟度の低いグループが25人程度の編成であるため、やはり学力の補償に至るまでの個別指導の場にはなり得ていないようでした。この他に特殊学級等における個別指

導の場と時間の確保が必要なケースであろうと思われました。そのためには、保護者の応諾が必要ですが、保護者は特殊学級での学習補償は望んでおらず、「勉強なんかできなくても、友達と楽しくやってくれさえすればそれでいい」といったお考えでした。今後どのように学習面での実態や個別対応のニーズを保護者に訴えて意識を変えていくか、ということがキーポイントになると思われました。保護者との話し合いにあたっては、学級担任だけでなくできれば特別支援教育コーディネーターも同席することをお願いしました。

また、本児については、対人関係の改善のためのソーシャルスキル学習と実際の場面でのふり返りを実施してもらうようアドバイスしました。

中学校では教科担任制であるため、学級担任が全ての教科場面における担当生徒の問題を詳細に把握するために、特別支援教育コーディネーターが中心となって校内委員会を開催する必要があります。また、指導における配慮事項も校内委員会から各教科担当に徹底してもらい、指導の結果の評価についても各教科担当から集約して、指導計画を見直すようにすることをお願いしました。

また、本児が小学校時にも巡回相談にかかっていた事実を現学級担任は知りませんでした。本児は小学校時も集団活動に自分から参加できず、友達に自分から声をかけることができずに会話や遊びに入れなかったこと、友達から声をかけてもらうとにこにこして会話や遊びに参加し、仲のよい友達とは積極的に話しができて会話が途切れなかったこと、給食の準備や後かたづけ等自分からすべきことを考えて行動することができず常に指示が必要だったこと、それに対してどのような指導を心がけていたか等の小学校時の情報をお伝えしました。

このような重要な情報の伝達ミスは、小・中連絡会と校内委員会の役割や担当が完全に分離しているために生じる問題であろうと思われました。すぐに改善可能な方法としては、各校の特別支援教育コーディネーターが小・中連絡会に必ず参加し確実に情報を引き継ぐこと、また情報を受け取った中学校においては、特別支援教育コーディネーターが責任をもって校内委員会を開催し、学級担任だけでなく各教科担当に必ず伝えること、等が考えられましたので学校側をお願いしました。

### 3. 第2回巡回相談

夏休みは宿題に一つも手がつけられず2学期の始業式からそれを苦にして保健室へ行き、そのまま早退してしまったそうです。その後も友達にからかわれることがあって不安定な様子でしたが、欠席日数も徐々に増え、1学期は無欠であったのに9月は5日（週1日ずつ）、10月は9日（週1～2日）、11月には15日の欠席となっています。相談日の前週には1日しか登校できていないということでした。特別支援教育コーディネーターの働きかけに応じ、祝日に母親と共に登校して40分ほど話をし、嬉しそうな表情をしていたとのこと。翌日は、担任の働きかけに応じ放課後にやはり母親と共に登校することができました。

不安定の原因は、直接的には本人の知能特性にとっては難題であった宿題と2学期の学校行事の連続、それに伴う授業変更にあると考えられました。担任によると、1学期があまりに順調だったので変更等についても事前に十分に伝える配慮を怠ってしまっていた、とのこと。今後はスケジュールについては、枰表を与え、その中にどんな学習をどこで誰とという情報を自分で確認しながら記入させることとしました。

不登校の傾向については、まず放課後を含めて何時に来てもいいからと長期欠席に入らないように登校刺激を与えること、そして1対1のレポート作りからということで担任や特別支援教育コーディネーター等特定の教師との太い信頼関係のパイプを作ること、その中で内向しているストレスの向きを、言語化するという正しいベクトルで表現できるような支援をしていくことの必要性を確認しました。

また、何人かの生徒にからかわれたことも不登校のきっかけになっているので、本人や保護者の意向を十分確認した上で、自閉症の特性について学級集団や教師集団等の周囲の理解を進め、本人が集団適応できるように配慮すること、その際、障害への同情ではなく、様々な特性や個性を受け容れ合うようにといった指導の方向性が望ましいこと、同世代の集団からの受容や承認が本人の意欲を高めること等をアドバイスしました。従って、登校時に彼らからかけられる言葉も重要で「今日、どうして休んだの？」ではなく、「いなくてさびしかったよ、みんな心配してるよ」等の言葉がけが欲しいと伝えました。

学習上の困難については、本児の認知特性とそれに応じた支援や学習課題の適切性について各教科担当に周知したり確認しあったりする必要があると、連絡調整の方法を検討していただくようお願いしました。

#### 4. 第3回巡回相談

学級担任や特別支援教育コーディネーターの地道な登校への働きかけと受容的に本児の話を書く取り組みが功を奏し、2時間目頃から登校できる日が増えてきました。

そして、本児や保護者の希望から、学級の子どもたちに対して本児が自閉症であること、自閉症とは具体的にどのような特徴のある障害なのかということ、どういうトラブルが起きやすく、そのようなときはどう対処してほしいかということなどを学級担任から学級の生徒に説明してもらいました。

その結果、数人のクラスメートが、本児が何をしたらいいのか判断できずにうろろうしているような場合に声をかけてくれる姿も見られるようになりました。本児に尋ねたところ「以前よりも学級での居心地がよくなった。話をしてもらってやっぱりよかった」と答えていました。周囲の人たちに自分のことを理解してもらうだけではなく、今後は障害を含めた自分の事について自分自身をもっとよくわかるようになるための勉強が必要であること、友だちと同じ部分と違う部分について十分に知ること、そして友だちとうまく付き合っていくためのスキルを学んでいく必要性について本児と確認することができました。

### Ⅲ. 不登校予防のためのポイント

巡回指導を通して通常の学校におけるLD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもへの支援を行う中で、不登校を予防するために重要だと感じる点について、以下にまとめてみました。

#### 1. 教師・または保護者への不登校予防のポイント

##### ①子どもの困り感を共有すること

子どもの学習上、生活上の困り感について教師や保護者になるべく早い段階で気づいてあげること、また子どもが困り感を安心して伝えられるような信頼関係を築くことが大変重要です。CBCL等の質問紙の実施も有効であると思います。

教師や保護者が子どもの困り感を共感するということは、大変重要なポイントです。LD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもに対して「通常の場合の100倍の努力をしなくちゃできないんだから大変だ」という意識で接するのと「困った子どもだ、何度言ってもわからない」という意識で接するのとでは、子どもに対する態度が自ずから大変な違いとなって現れてくるはずです。そして、そのことに当の子どもが気づかないはずがありません。

また、そうした教師の姿勢は、学級の子どもたちがよく見えています。教師が接するように子どもたちもそれに習ってLD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもに接するようになります。大人の態度が、学級の子どもたちの受容的姿勢をも育てるのです。

### ②気持ちを言語化することの支援

問題行動を起こす子どもは、ストレスへの正しい対処の仕方を知りません。カッとなってきれて友だちに暴力をふるったり、物を壊したり、腹痛や頭痛で保健室へ行ってしまうのは、正しい対処行動ではありません。自分の気持ちが素直に言葉にできて、それが伝えたい人に伝わっていれば、そのような問題行動には至らずに済むはずですが、このような問題行動は家庭生活でも同様に生じることだと思います。

特にLD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもたちは、自分の思いを上手に言葉で表現することができにくいので、それを適切な支援で表現できるようにしてあげることが大切です。ソーシャルスキルの学習はそのような意味でも重要です。

### ③知能・認知特性の把握と授業改善

教科の指導にあたっては、子どもの知能や認知の特性を適切に把握して、学習内容や教材教具、手だてを工夫することが必要です。もちろん一斉指導にあっても個に配慮することを忘れてはなりません。

学校の特別支援教育コーディネーターがWISC-(企)やK-ABC等の個別の知能検査を実施できるようになり、分析結果を保護者や教師に伝えて、授業改善が図られるようになるとよいと思います。

子どもたちには分かる喜び、できる喜びを実感しながら、自己意識を高め、自ら学ぶようになってほしいものです。そのためには、子どもの実態にふさわしい目標設定、学習内容、指導方法、手立てを工夫していかなければなりません。そのために必要となる労力を教師は決して厭うべきではないと思います。

### ④保護者との信頼関係を築き、周囲の理解を促進すること

「子どものよりよい成長のために」という視点を共有しながら、学校での様子についてよいことも悪いことも赤裸々に伝え合える信頼関係を保護者との間に築くことが大切です。大きな問題が頻発するようになってから、やおら保護者とコンタクトを取り始める場合が多いため、逆に信頼関係が損なわれやすく、子どものためによかれと思う取組が迅速に行われにくい状況になってしまいます。

また、LD、ADHD、高機能自閉症等の疑いのある子どもの保護者に対して医療機関を受診するように勧めることに二の足を踏んでしまう先生方が多いです。レッテルを貼ってしまうことで子どものその後の人生が何かと生きにくいものになってしまうのではないかという心配や、保護者に不要なショックを与えたり、「そんな色眼鏡でうちの子を見ているのか」などと不信感を

かってしまうこと、受診して診断がおりなかった場合にはかなりの反発があること等が予想されるからであろうと思われます。

しかし子どもたちにレッテルを貼っているのは、むしろ指導上うまくいかない原因をすべて障害に帰して、自分の指導力や配慮の不足の問題にふたをしてしまう教員なのではないかと思えます。子どもも保護者も様々ですので、微妙な問題であることは確かです。それぞれの様子や事情を十分に確認しながら慎重に進めていく必要性はありますが、診断をもらうことは子どもにとってマイナスな面ばかりではなくプラスに働くことが多いはずです。

保護者も子どもも一次的には確かに大きなショックを受けるでしょうが、すごく頑張ってもできないことを押しつけられて「どうしてできないんだ」と非難や叱責を受け続けることの方が、子どもにとってはよほどの苦痛で自尊感情等へのダメージも大きいはずです。診断を受けた上で、必要な治療を受けながら、周囲の理解を促進していくことは重要なことです。周囲の理解なしに、LD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもたちが適応的に生きていくことは大変難しいことであるからです。保護者のショックを思いやり受け止めつつも、明確な見通しをもって、子どものために選択すべき正しい判断ができるよう保護者を支えてあげたいものです。

### ⑤問題行動の分析と「個別の指導計画」の作成

問題行動の背景にある原因を、正しく分析できる力を教師がもつことが大切です。根性論等を振り回して不適切に子どもを叱り続けるばかりでは、子どもの自己意識が低下してしまい、決してよい結果を生みません。そのためには高機能広汎性発達障害やLD、ADHD等に関する知識を教師がある程度もっていることが必要です。

また、校内委員会がそれをサポートしたり、変だなと感じたときにすぐに相談できる機関やシステムが教師の身近にあり、迅速に機能できるとよいと思います。

子どもの指導にあたる全ての教師が子どもの情報を共有し、同じ方向性で指導にあたる必要があります。そのためにこそ、生きて働く「個別の指導計画」を作成し活用したいものです。

また、特に中学校においては教科担任制であるため、子どもの実態の全体像が把握しにくく、また各教科担任に必要な情報が行き渡りにくい実情があります。校内委員会等を中心に各教科での取組の様子と子どもの情報について、確認しあったり定期的に集約して検討評価したりするシステムが是非ともほしいものです。

### ⑥情報の引き継ぎ

学年進行とともに担当者が交代する場合に、子どもの重要な情報が引き継がれず、必要不可欠な支援が途切れてしまうということが教育現場では頻繁に起こっています。

幼稚園から小学校、小学校から中学校への進学時はさらにうまくいかないことが多いです。児童生徒指導部中心の引き継ぎ会に特別支援教育コーディネーターまたは校内委員会のメンバー等をきちんと位置づけ、校内委員会等の機会に新担任や学年関係者に重要な情報を確実に伝え、必要な指導的配慮が継続されるように留意してほしいものです。また、通常校においては現段階ではほとんど進んでいないのが現状ですが、「個別の教育支援計画」の策定の推進も必要となるでしょう。

## 2. 管理職への不登校予防のポイント

### ①障害のある子ども一人一人にも関心をもって、できる限りの教育的支援を提供しようとする こと

筆者は巡回指導で様々な学校を訪問して、校内委員会や校内研修会等にも出席させていただいています。多くの学校では管理職も同席され、熱心に討議に耳を傾けたり、対象児童生徒の日頃の様子について情報を提供して下さったりもします。

しかし、中には何度訪問しても、そのような会議に管理職が一度も顔を出されない学校があります。管理職が校内委員会に参加されない学校では、不思議とアドバイスしたことが生かしてもらえず、訪問の度に同じことを繰り返さなくてはならなかったりして、子どもの状態が一向に改善されない場合が多く、特別支援教育コーディネーターや校内委員会が十分に機能していない感じを受けるのです。

特別支援教育コーディネーターの指名も管理職の仕事であることが多いと思いますが、全校の職員や障害のある児童生徒、そしてその保護者等との調整役として迅速にかつ深い配慮をもって特別支援教育を推進していくことは大変な仕事です。特別支援教育コーディネーターに、調整役に相応しい周囲の信頼の厚い職員を指名するか否かには、管理職が特別支援教育にどれだけの重きを置いているか、その対象となる児童生徒にどれだけの関心を向けているのかが如実に反映されるといえます。また管理職がどれほど特別支援教育コーディネーターの業務内容を理解して、支援して下さるかによって特別支援教育の推進状況が大きく左右されてしまいます。

研究校として有名なある学校を訪問したときに、特殊学級在籍の自閉症児の教育課程について子どもが見通しをもちやすいよう見直すことを提案しました。しかし、「研究を推進していく上で不可能」と断られてしまい、一体誰のための研究なのかと大変がっかりしたことがあります。障害のある児童生徒への教育的支援に無関心な管理職が、その他の子どもたち一人一人に対しても教育的ニーズに応えるよう努力できるのかといえは疑問を禁じ得ません。特に管理職には、障害のある子どもたち一人一人に関心をもつていただくことを、まずはお願いしたいところです。

## 3. 子どもたちへの不登校予防のためのポイント

### ①周囲の子どもたちが障害について理解すること

先に述べたとおり、LD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもが学校生活に適應していくためには、周囲のある程度の理解が不可欠です。そして学校の構成員として先生方と同様に重要なのが、LD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもを囲む他の子どもたちです。指導を進めていくと、障害のあることやその特性、配慮事項等について他の子どもたちに説明し協力を仰がなければならない必要性が、多少の違いはあっても必ず生じてきます。その際には、本人及び保護者と十分に話し合った上で了解が頂けた場合のみ、その意向を全面的に尊重した上で、必要な事柄について話した方がよいと思います。ただし、大方の先生方が心配されるように、話を聞いた他の子どもたちが障害のあることを哀れんだりバカにしたりするような受け止めをしないよう、話す内容は十分に検討すべきです。

### ②LD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもが自分について理解すること

障害のある子ども自身が自分の障害について、十分な知識をもつことも大変重要です。LD、ADHD、高機能自閉症等のある子どもたちは、失敗経験が多く対人関係もうまくいかないため、

## 事例6 巡回指導における小学校・中学校のLD、ADHD、高機能自閉症等の子どもへの支援

小学校の高学年あたりになると自己意識が低下してしまうことが多くあります。またトラブルの際にも客観的に事態を把握できにくいことが多いです。ですから自分の障害特性を知ることによって、自分の課題を知り、どのように努力すればうまくいくのかという正しい方向性に気付かせたいのです。

自分自身にきちんと目を向け、自分自身が同世代の他の子どもたちとどのような点で同じなのか、どのような点で違っているのかに気づき、そのような違いを自分の個性の一部として受容し、肯定できるようになってほしいものです。

## あとがき

今、日本は大きな転機を迎えています。教育分野では、特別支援教育への転換だけではなく、「新しい時代の義務教育を創造する（答申）」が、平成17年10月に答申され、それを受けて教育改革のための重点行動計画が平成18年1月に取りまとめられました。特別支援教育への転換も、その一環として取り込まれることとなります。

慢性疾患、心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある子どもの多くは、通常の学校にいます。今までは、これらの子どもを特別視し、通常の教育を受けることが出来ないという理由だけで、通常教育とは別に特別な対応がなされてきました。また、現在、多くの健康な子どもにも、疲労がたまっている、ストレスが強い、家庭における子育て環境の弱さなどを背景に、いつ不登校に陥ってもおかしくないリスクを抱えています。道徳や総合的な学習の時間などで、豊かな心の育成を目指す授業の工夫はなされても、教科の中で弱さを抱えた子ども達に配慮した授業の組み立ての工夫は少なく、未だ教育には予防的な視点が欠けているようです。

確かな学力の向上や豊かな心の育成など、通常学校における行動計画は、社会で生きていく力の育成を目指し、慢性疾患、心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある子どもにも大きな意味を持ちます。もし、これらの子ども達が発する些細なSOSのサインに教師が事前に気付き、素早い対応が出来ていれば、予防的な教育も可能になります。このガイドブックは、目の前にいる今の子どもたちを理解するために、多くの教師の方々にも役立つはずです。

戦後、日本社会は世界のどの国よりも経済発展し、急速にさまざまな社会構造を変えてしまいました。中でも、一番影響を受けたものが人の意識です。学校に行って勉強をすること、就職してまじめに働くこと、人は助け合って生きていることなど、今の社会に生を受けた子どもたちは、子育ての中で、学校教育の中で、これらを学ぶことが難しくなっています。今の日本社会は、今までで一番豊かな時代なのに、未だ社会的弱者を生み出しています。例えば、自殺者は戦後最高レベルに達しています。社会的弱者への支援は教育だけで完結するわけではありません。学校を卒業後、不登校のまま、社会的ひきこもりに移行するケースも後を絶ちません。そこで、早い時期から児童相談所、病院、保健所などの福祉・医療・保健機関等との連携は欠かせません。

平成17年10月、障害福祉分野で、障害者自立支援法へ法改正を済ませました。これは、従来の障害毎の個別の支援サービスを規定していた児童福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神障害者保健福祉法を一つにまとめ、利用者選択制度をその基本に据えて、介護給付、地域生活支援事業、訓練給付事業、自立支援医療などに、従来の各サービスを整理し、年齢や障害種別に関わりなくできるだけ身近なところで必要なサービスを受けながら暮らせる地域福祉を進めることを目指しています。ここでのキーワードは、「自立と共生」です。自立は職業的自立を意識しています。そのためにも、それぞれの障害種を越えて、または、その人の年齢のサービスを越えて、自立のための一貫した支援の必要性が出てきたわけです。そこで関係機関が個別に実施している活動をお互いに確認し合いながら、利用者のニーズに合わせて計画を作るほうがいいわけです。それが個別の支援計画がでてきた背景です。ここが、特別支援教育と一番関係のあるところでもあります。

このガイドブック作成中に、未だ障害者自立支援法の施行令、施行規則の具体的内容が示されていませんでした（平成18年2月現在）。そこで、ガイドブックではその内容について言及できませんでした。次の改訂時には是非この内容を含めたガイドブックにしたいと考えています。

（医療・福祉連携担当相互研究官 西 牧 謙 吾）

# 慢性疾患,心身症,情緒及び行動の障害を伴う 不登校の子どもへの教育支援に関するガイドブック

## ■ 協力者

氏名	所属・職名
武田 鉄郎	国立特殊教育総合研究所・総括主任研究官 (第1章, 第3章, 第6章)
齋藤 万比古	国立精神・神経センター部長 (第2章)
清田 晃生	国立精神・神経センター室長 (第2章, 事例)
新平 鎮博	大阪市立大学大学院・教授 (第3章)
石崎 優子	関西医科大学小児科・非常勤講師 (第4章)
植木田 潤	国立特殊教育総合研究所・心理療法士 (第5章)
西牧 真里	関西福祉科学大学・講師 (第6章)

## ■ 第7章 事例提供者

有松 倫子	福岡市立屋形原養護学校・教諭
碓山 健一郎	北九州市立門司養護学校・教諭
澤田 雅子	上越市立城東中学校・教諭
高山 健一	神奈川県立秦野養護学校・教諭
高山 美津子	大分市教育委員会青少年課・主幹
武田 陽子	新潟県立上越養護学校・教諭

平成17年度 課題別研究「慢性疾患児（心身症や不登校を含む）の  
自己管理支援のための教育的対応に関する研究」研究スタッフ

研究代表者	武田 鉄郎 (教育支援研究部総括主任研究官)
	西牧 謙吾 (総合研究官 医療・福祉連携担当)
	大崎 博史 (企画部研究員)
	植木田 潤 (心理療法士)

平成18年3月20日発行

編集 独立行政法人 国立特殊教育総合研究所  
〒239-0841 神奈川県横須賀市野比5-1-1  
TEL 046-848-4121

発行 独立行政法人 国立特殊教育総合研究所  
〒239-0841 神奈川県横須賀市野比5-1-1  
TEL 046-848-4121  
URL <http://www.nise.go.jp>