

研究

病弱・身体虚弱教育における精神疾患等の 児童生徒の現状と教育的課題

—全国の特別支援学校（病弱）を対象とした調査に基づく検討—

八島 猛¹⁾, 栃真賀 透²⁾, 植木田 潤³⁾
滝川 国芳⁴⁾, 西牧 謙吾⁵⁾

〔論文要旨〕

全国の特別支援学校（病弱）に在籍する精神疾患等のある児童生徒の現状と課題を検討することを目的として、そのような児童生徒の在籍状況と一人ひとりの実態に関する調査を実施した。その結果、精神疾患等のある児童生徒数は6年間に1.5倍に増加していることが明らかとなり、教育的支援方法を早急に確立する必要性が示唆された。また、特別支援学校（病弱）に在籍する精神疾患等のある児童生徒は、前籍校においてすでに友人関係、学習到達度、親子関係など学校生活や家庭環境に複数の教育的課題を抱えており、これらの課題は通常の学校を含む学校教育全体の課題であると考えられた。

Key words：精神疾患，病弱・身体虚弱教育，特別支援学校（病弱），全国調査

I. 問題と目的

「精神疾患」という用語が特別支援学校学習指導要領解説総則等編（平成21年6月）に初めて例示として記述された¹⁾。このことは、学齢期において心の問題に起因するさまざまな身体症状や精神症状を呈する子どもたちが増えていること、また特別支援学校（病弱）においてそうした子どもたちに対する適切な教育的対応や支援の充実が期待されていることを示唆していると考えられる。これまで、こうした疾患のある子どもたちを対象とした教育的対応については、明確な教育的指針や指導方法も示されないままに、担当教員や学校の努力に委ねられてきた²⁾。今後は詳細な実態把握に基づく、適切な指導法や指導内容の確立が望まれる。

しかしながら、現時点において、彼らの実態についてはいまだに不明な点が多く、国レベルでの学校教育としての精神疾患を対象とした統計はない。

特別支援学校（病弱）に在籍する児童生徒の疾患の種類を経年的に把握できる唯一の調査は、全国病弱虚弱教育研究連盟が2年に1度実施する病類調査³⁾である。病類調査では児童生徒の疾患の種類を国際疾病分類第10版（以下、ICD-10と略す）に準拠して分類しており、心身症や精神疾患など心の問題に起因する疾患は「精神および行動の障害」として扱われている。そこで、本研究では、特に断りのない限り、心身症と精神疾患を併せて、「精神疾患等」と記述する。この調査を概観すれば、特別支援学校（病弱）における精神疾患等の児童生徒の占める割合は調査開始から経年

An Analysis of Current Status and Issues of Education for Students with Mental Disorders
at Special Schools for Students with Health Impairments—Based on a Nationwide Survey in Japan—
Takeshi YASHIMA, Toru TOCHIMAKA, Jun UEKIDA, Kuniyoshi TAKIGAWA, Kengo NISHIMAKI

[2475]

受付 12.11.5

採用 13.5.20

1) 上越教育大学大学院臨床・健康教育学系（研究職／臨床発達心理士）

2) 市立札幌大通高等学校（教諭）

3) 国立大学法人宮城教育大学特別支援教育講座（研究職／臨床心理士）

4) 東洋大学大学院文学研究科（研究職）

5) 国立障害者リハビリテーション病院第三診療部（研究職／医師）

別刷請求先：八島 猛 上越教育大学学校教育研究科臨床・健康教育学系 〒943-8512 新潟県上越市山屋敷町1番地
Tel/Fax：025-521-3351

的に増加傾向にあり、平成11年以降、呼吸器系の疾患（例えば、気管支喘息）や神経系の疾患（例えば、てんかん）など他のすべての疾患分類の割合よりも高くなっている。しかし、調査は5月1日時点に在籍した児童生徒を対象としているため、年度途中で転入してくるものの多い精神疾患等の在籍者数を正確に反映しているとはいえない⁴⁾。

学校教育全体における児童生徒の実態や生徒指導上の諸問題を把握するための調査として、文部科学省が毎年実施する「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」がある。この調査によれば、不登校の児童生徒数の割合は平成13年度をピークに横ばい状態が続いていたが、中学校においては、平成19年度から2年連続で過去最高となり、社会的にも大きな問題として取り上げられている。不登校とは、①持続的あるいは断続的に年間30日以上欠席がある、②何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により登校しない、あるいはしたくてもできない状況にある、③登校を阻害する病気や経済的理由がないもの、と定義される⁵⁾。この定義によれば、心の問題に起因する疾患、すなわち精神疾患等のある児童生徒の不登校はありえない。しかしながら、平成23年度の調査結果によると、不登校数は小学生22,622人(0.33%)、中学生94,836人(1.12%)で、原因別では不安など情緒的混乱26.5%、無気力24.4%であり⁶⁾、不登校の背景として精神疾患等の可能性が示唆される項目が全体の半数以上を占めた。児童精神科を受診する不登校例では、種々の身体および精神症状や問題行動を併発したケースがほとんどで、医学的診断名は適応障害や社交不安障害、発達障害、抑うつ状態、摂食障害など多岐にわたり、先行研究からは不登校と精神疾患等との密接な関連がうかがえる⁷⁻⁹⁾。

こうした状況をふまえ、国立特別支援教育総合研究所では、平成15年¹⁰⁾と平成21年の2回にわたり、全国の特別支援学校（病弱）を対象として精神疾患等および不登校経験のある児童生徒に焦点をあてた調査を実施した。本稿では、これらの調査結果を報告し、病弱・身体虚弱教育の現状と教育的課題について検討する。

II. 対象および方法

調査は質問紙郵送・回収方式により実施した。対象は全国の特別支援学校（病弱）110校（分校、分教室を含む）であり、調査期間は平成21年9～10月であった。

調査内容は2部から構成された。1つは平成20年度における全在籍児童生徒に関する調査であり、以下の5項目から構成された。項目1：各月1日に在籍した児童生徒数、項目2：平成20年度に在籍した児童生徒の総数、項目3：精神疾患等の児童生徒数、項目4：精神疾患等の不登校経験者数、項目5：精神疾患等以外のその他の疾患（気管支喘息やてんかん等）の不登校経験者数である（以下、現状調査）。

もう1つは、平成20年度における精神疾患等の児童生徒、およびその他の疾患の児童生徒のうち不登校経験のある児童生徒、一人ひとりに関する調査であり、以下の7項目から構成された。項目1：基本情報（所属学部、学年、性別）、項目2：医学的診断名、項目3：現在の登校状況、項目4：学習到達度、項目5：学習到達度に課題がある児童生徒の背景、項目6：現在の心理・行動面における課題と配慮、項目7：前籍校における不登校の背景要因である。項目2、6、7は自由記述方式であり、項目1、3、4、5は選択方式に加え、「その他」として自由記述欄を設けた（以下、実態調査）。

現状調査については、特別支援学校（病弱）110校中91校（回収率82.7%）から回答が得られた。実態調査については、現状調査で回答が得られた91校中73校に在籍する児童生徒813例に関する情報が得られた。そのうち、基本情報に2項目以上の欠損のあった10例を除外し、803例を分析対象とした。

調査結果は単純集計にて処理した。選択肢によって得られた回答は選択された項目の実数とその割合を示した。割合は、児童生徒数を分母、選択された項目数を分子として百分率を算出した。自由記述によって得られた回答は、記載された事項の内容1点につき1枚のカードに書き出し、3人の研究者により内容の類似した項目を選出して分類した。そのうえで、項目の出現割合を百分率で示した。百分率は、カテゴリー別項目数÷カードの総数×100により算出した。ただし、実態調査の項目2によって得られた医学的診断名は、発生件数の実数とその割合を示した。割合は児童生徒数を分母、発生件数を分子として百分率を示した。

倫理的な配慮として、独立行政法人国立特別支援教育総合研究所に関する倫理要項に基づき実施した。具体的には、すべての情報は、個人が特定できないように、あらかじめコード化して収集した。また、第三者に情報が漏れないよう、データの処理は、ネットワーク未接続のコンピュータを用いるなど細心の注意を払

い管理した。さらに、公表するデータは分析結果に限定した。

Ⅲ. 結 果

1. 現状調査

i) 精神疾患等およびその他の疾患の児童生徒のうち不登校経験者が在籍する学校数

平成20年度における精神疾患等およびその他の疾患のある児童生徒のうち不登校経験者が在籍する学校数とその割合は表1のとおりである。精神疾患等のある児童生徒は91校中81校に、不登校経験者は91校中76校に在籍しており、いずれも8割以上の学校に精神疾患等のある児童生徒および不登校経験者が在籍していた。

ii) 月別児童生徒数の推移

平成20年度と平成14年度における月別在籍児童生徒数は表2のとおりである。いずれの年度においても学級編成が行われる4月の在籍児童生徒数は最も少なく、7月まで増加し、12月に最も多くなるというほぼ同様の推移が認められた。また、4月と12月の在籍者数を比較した場合、いずれの年度においても600人程度の差があった。

iii) 精神疾患等の児童生徒数と不登校経験者数の推移

表3に、平成20年度と平成14年度における精神疾患等の児童生徒数およびその他の疾患のある児童生徒のうち不登校経験者数を示した。精神疾患等の児童生徒数に着目した場合、すべての学年において平成20年度の方が平成14年度よりも多く、その総数と割合は1,034人(18.4%)から1,600人(29.5%)に増加していた。各学年における精神疾患等の児童生徒数に着目し

た場合、小学部1学年と2学年の低学年層において平成20年度は平成14年度に比較して約3倍に増加していた。全不登校経験者数に着目した場合、小学部5学年から中学部2学年までを除く各学年において平成20年度の方が平成14年度よりも多く、その総数と割合は1,148人(20.5%)から1,402人(25.9%)に増加していた。特に、平成20年度において不登校経験者数が最大となる中学部3学年の不登校経験者の割合は47.7%であり、平成14年度の17.2%と比較して約3倍に増加していた。

2. 実態調査

実態調査の対象児童生徒の総数は803例であった。対象の人数の内訳は、小学部生130例(16.2%)、中学部生380例(47.3%)、高等部生271例(33.7%)、学部不明の対象は22例(2.7%)であり、男性386例(48.1%)、女性402例(50.1%)、性別不明の対象は15例(1.9%)であった。

i) 医学的診断名とその発生件数および重複状況

a) 精神疾患等の医学的診断名とその他の疾患との重複状況

ICD-10と精神障害の分類と統計の手引(DSM-IV-TR)を参考に、803例の児童生徒の医学的診断名を精神疾患等とその他の疾患の2群に分類した。その他の疾患は、神経系の疾患、呼吸器系の疾患などに分類されたが、本稿ではその他の疾患として括った。なお、不登校は医学的診断名ではないが、記載が多く認められたため、医学的診断名等として分析対象とした。精神疾患等のある児童生徒数は803例中711例(88.5%)、その他の疾患の不登校経験者数は184例(22.9%)、精神疾患等とその他の疾患を併せ持っている児童生徒数は102例(12.7%)、医学的診断名等が無回答は10例(1.2%)であった。

精神疾患等のある児童生徒711例の主要な医学的診断名等とその発生件数は表4のとおりである。その他の医学的診断名等として、ドウラトウレット症候群、反抗挑戦性障害、解離性障害、神経症、家庭限局性行為障害などの記載があった。

表1 精神疾患等または不登校経験者が在籍する学校数と割合

全学校数	精神疾患等のある児童生徒が在籍する学校数	不登校経験者が在籍する学校数
小学部	91 (60.4)	51 (56.0)
中学部	91 (81.3)	69 (75.8)
高等部	59 (72.9)	42 (71.2)
全体	91 (89.0)	76 (83.5)

()内は全学校数における割合(%)を示す。

表2 月別在籍児童生徒数

在籍児童生徒数(人)	年度\月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	平成20	3,490	3,708	3,830	3,949	3,891	3,916	4,008	4,060	4,090	4,023	4,044	4,014
平成14	3,487	3,656	3,807	3,937	3,849	3,862	3,972	4,068	4,144	4,055	4,108	4,095	

b) 精神疾患等の重複状況

精神疾患等を有する児童生徒数711例に対して、医学的診断名等の総数は964件となった。1種の医学的診断名等を有する児童生徒数は490例(68.9%)、2種は191例(26.9%)、3種は28例(3.9%)、4種は2例(0.3%)であった。したがって、2種以上の精神疾患等を併せ持つ児童生徒数は221例(31.1%)である。表5に精神疾患等を併せ持つ児童生徒221例における主要な医学的診断名等と発生件数を示した。広汎性発達障害50件(22.6%)が最も多く、以下、心身症47件(21.3%)、アスペルガー症候群37件(16.7%)、不登校37件(16.7%)、適応障害35件(15.8%)、注意欠陥/多動性障害20件(9.0%)と続いた。

ii) 現在の登校状況

現在の登校状況の選択肢による回答結果は表6のと

おりである。早退・遅刻と保健室利用の2つに該当するなど複数回答の場合には、複合として括った。ただし、ほとんど登校できないとそれ以外の選択肢が同時に選択された場合には、ほとんど登校できないに含めた。児童生徒803例中、約半数が早退・遅刻など登校に何らかの問題を抱えており、ほとんど登校できない児童生徒が1割弱在籍していた。

表7に現在の登校状況のその他自由記述による回答結果を示した。カードの総数は89枚となり、保健室、図書館など学級以外に登校している「別室登校」は23枚(25.8%)、1日の授業数に上限を設けるなど「時間を決めて登校」13枚(14.6%)、症状の悪化などによる「登校制限」11枚(12.4%)、登校時間を守れないなど「怠学」3枚(3.4%)、「休学中」3枚(3.4%)、親の方針など「家庭の事情」3枚(3.4%)、進学や転

表3 精神疾患等およびその他の疾患の児童生徒のうち、不登校経験のある児童生徒数と割合(学部・学年別)の比較

学部	学年	年度	全児童生徒数	精神疾患等の児童生徒数	精神疾患等の不登校経験者数	その他の疾患の児童生徒数	その他の疾患の不登校経験者数	全不登校経験者数
小学部	1	平成20	265	16 (6.0)	3 18.8 *	249 (94.0)	13 5.2 *	16 (6.0)
		平成14	305	7 (2.3)	3 42.9 *	298 (97.7)	2 0.7 *	5 (1.6)
	2	平成20	341	32 (9.4)	13 40.6 *	309 (90.6)	1 0.3 *	14 (4.1)
		平成14	339	9 (2.7)	4 44.4 *	330 (97.3)	6 1.8 *	10 (2.9)
	3	平成20	303	36 (11.9)	18 50.0 *	267 (88.1)	5 1.9 *	23 (7.6)
		平成14	352	21 (6.0)	16 76.2 *	331 (94.0)	4 1.2 *	20 (5.7)
	4	平成20	380	43 (11.3)	28 65.1 *	337 (88.7)	14 4.2 *	42 (11.1)
		平成14	374	19 (5.1)	13 68.4 *	355 (94.9)	10 2.8 *	23 (6.1)
	5	平成20	392	88 (22.4)	52 59.1 *	304 (77.6)	12 3.9 *	64 (16.3)
		平成14	455	51 (11.2)	42 82.4 *	404 (88.8)	24 5.9 *	66 (14.5)
	6	平成20	432	97 (22.5)	64 66.0 *	335 (77.5)	15 4.5 *	79 (18.3)
		平成14	464	71 (15.3)	59 83.1 *	393 (84.7)	22 5.6 *	81 (17.5)
中学部	1	平成20	601	167 (27.8)	120 71.9 *	434 (72.2)	25 5.8 *	145 (24.1)
		平成14	601	142 (23.6)	127 89.4 *	459 (76.4)	39 8.5 *	166 (27.6)
	2	平成20	656	262 (39.9)	202 77.1 *	394 (60.1)	36 9.1 *	238 (36.3)
		平成14	781	222 (28.4)	198 89.2 *	559 (71.6)	96 17.2 *	294 (37.6)
	3	平成20	710	346 (48.7)	302 87.3 *	364 (51.3)	37 10.2 *	339 (47.7)
		平成14	733	235 (32.1)	213 90.6 *	498 (67.9)	81 16.3 *	126 (17.2)
高等部	1	平成20	480	166 (34.5)	130 78.3 *	314 (65.4)	24 7.6 *	154 (32.1)
		平成14	404	94 (23.3)	92 97.9 *	310 (76.7)	34 11.0 *	126 (31.2)
	2	平成20	442	182 (41.3)	140 76.9 *	260 (58.8)	18 6.9 *	158 (35.7)
		平成14	389	81 (20.8)	81 100.0 *	308 (79.2)	36 11.7 *	117 (30.1)
	3	平成20	413	165 (40.0)	119 72.1 *	248 (60.1)	11 4.4 *	130 (31.5)
		平成14	413	82 (19.9)	81 98.8 *	331 (80.1)	33 10.0 *	114 (27.6)
総数	平成20	5,415	1,600 (29.5)	1,191 74.4 *	3,815 (70.5)	211 5.5 *	1,402 (25.9)	
	平成14	5,610	1,034 (18.4)	929 89.8 *	4,576 (81.6)	387 8.5 *	1,148 (20.5)	

()内は全児童生徒数における割合(%)を示し、*は精神疾患等またはその他の疾患等の児童生徒における不登校経験者の割合(%)を示す。

表4 児童生徒の有する医学的診断名等

精神疾患等のある児童生徒数	711	
心身症	94	(13.2)
広汎性発達障害	92	(12.9)
適応障害	87	(12.2)
アスペルガー症候群	76	(10.7)
不登校	59	(8.3)
自律神経失調症	42	(5.9)
統合失調症	36	(5.1)
注意欠陥/多動性障害	34	(4.8)
不安障害	34	(4.8)
起立性調節障害	34	(4.8)
強迫性障害	26	(3.7)
摂食障害	24	(3.4)
高機能自閉症	22	(3.1)
選択性緘黙	21	(3.0)
うつ病	21	(3.0)
自閉症	16	(2.3)
学習障害	15	(2.1)
全般性不安障害	15	(2.1)
知的障害	14	(2.0)
社会不安障害	12	(1.7)
反応性愛着障害	11	(1.5)
睡眠障害	10	(1.4)
その他	169	(23.8)

()内は割合(%)を示す。

出により現在の登校状況を把握していないなど「進学、転出により不明」33校(37.1%)であった。「別室登校」や「時間を決めて登校」は、登校を促すための個別的配慮や支援として、実施されていた。

iii) 学習到達度とその背景要因

学習に問題がないと教師に評価された児童生徒数は803例中296例(36.9%)、何らかの問題があると評価された児童生徒数は466例(58.0%)、無回答は41例(5.1%)であった。学習到達度に課題がある児童生徒の背景要因の選択肢による回答結果は表8のとおりである。教師の考える背景要因として、学習態度・習慣の未形成、治療・病気療養に伴う学習空白に続いて、知的障害、学習障害、注意欠陥/多動性障害、自閉症など認知的側面に配慮を要する疾患名が選択された。これらの選択された疾患名の件数はいずれも医学的診断名の項目に記載された発生件数よりも多く、教師は、学習到達度に課題がある児童生徒の約半数に認知的側面に配慮を要する疾患があると評価していた。

その他自由記述には67件の記載があった。不登校や疾患による学習空白に関する記載は41件(61.2%)、

表5 精神疾患等の重複状況

2種以上の精神疾患等のある児童生徒数	221	
広汎性発達障害	50	(22.6)
心身症	47	(21.3)
アスペルガー症候群	37	(16.7)
不登校	37	(16.7)
適応障害	35	(15.8)
注意欠陥/多動性障害	20	(9.0)
強迫性障害	15	(6.8)
選択性緘黙	14	(6.3)
学習障害	13	(5.9)
自律神経失調症	12	(5.4)
不安障害	12	(5.4)
統合失調症	11	(5.0)
起立性調節障害	11	(5.0)
うつ病	11	(5.0)
高機能自閉症	10	(4.5)
全般性不安障害	10	(4.5)
知的障害	8	(3.6)
摂食障害	8	(3.6)
ドゥラトウレット症候群	6	(2.7)
自閉症	6	(2.7)
反応性愛着障害	5	(2.3)
睡眠障害	5	(2.3)
神経症	5	(2.3)
その他	86	(38.9)

()内は割合(%)を示す。

表6 現在の登校状況

児童生徒数	803	
登校に問題なし	374	(46.6)
早退・遅刻	95	(11.8)
登校渋り	88	(11.0)
保健室利用	17	(2.1)
複合	81	(10.1)
ほとんど登校できない	64	(8.0)
その他自由記述	89	(11.1)
無回答	25	(3.1)

複数回答可, ()内は割合(%)を示す。

表7 現在の登校状況(その他自由記述の内容)

カードの総数	89	
別室登校	23	(25.8)
時間を決めて登校	13	(14.6)
登校制限	11	(12.4)
怠学	3	(3.4)
休学中	3	(3.4)
家庭の事情	3	(3.4)
進学、転出により不明	33	(37.1)

()内は割合(%)を示す。

表8 学習到達度に課題がある児童生徒の背景要因

学習到達度に課題がある児童生徒数	466	
学習態度・習慣の未形成による遅れ	231	(49.6)
治療・病気療養に伴う学習空白	172	(36.9)
知的障害	67	(14.4)
学習障害	61	(13.1)
注意欠陥/多動性障害	55	(11.8)
自閉症	51	(10.9)
統合失調症	23	(4.9)
うつ病	16	(3.4)
神経症	13	(2.8)
その他自由記述	67	(14.4)
無回答	10	(2.1)

複数選択可, () 内は割合 (%) を示す。

教科に対する不安, 自信喪失, 意欲低下など児童生徒の学習に対する態度に関する記載は14件 (20.9%), 家庭の事情8件 (11.9%), 学習を困難にしていると教師が考える疾患名の記載は3件 (4.5%) であり, 難聴2件, 心疾患1件であった。

iv) 現在の心理・行動面における課題と配慮

表9に現在の心理・行動面における課題と配慮について, 自由記述による回答の結果を示した。記載のあった児童生徒数は620例であり, カードの総数は1,153枚になった。自由記述の内容はさまざまな課題や配慮が多岐にわたり記載されており, 一人の児童生徒について, 複数の内容が記載されているものもあった。そこで, 内容を「児童生徒の状態像」と教師によって行われた「教育的対応」との大きく2つに分けて整理した。その際, 「児童生徒の状態像」については, 「精神症状」, 「身体症状」, 「行動にあらわれる症状」の3つの視点から, それぞれに下位項目を設けて整理した。

同様に「教育的対応」についても, 下位項目を設けて整理した。なお, 精神症状とは「不安な気持ちがある」, 「特定の場面が怖い」など精神的な困難さに関する内容であり, 身体症状とは, 「頭が痛い」, 「腹が痛い」など身体的な困難さに関する内容, 「行動にあらわれる症状」とは, 「他人に危害を加える」, 「自傷行為がある」など行動上の困難さに関する内容とした。

その結果, 児童生徒の状態像は854枚 (74.0%), そのうち精神症状315枚 (27.3%), 身体症状45枚 (3.9%), 行動にあらわれる症状494枚 (42.8%) となった。また教育的対応のカードは279枚 (24.2%), 分類不能20枚 (1.7%) となった。分類不能には家庭の事情, 虐待に関する内容が記載されていた。

表9 心理・行動面における課題と配慮

カードの総数	1,153
a) 児童生徒の状態像	854 (74.0)
精神症状	315 (27.3)
不安	86
情緒不安定	75
特定場面への恐怖	36
自信喪失	35
活動に見通しが持てない	26
無気力	19
他者理解困難	19
その他	19
身体症状	45 (3.9)
消化器系の症状	7
易疲労感	6
不眠	6
心身症・身体症状	5
頭痛	5
不定愁訴	5
その他	11
行動にあらわれる症状	494 (42.8)
対人スキルに課題	87
社会性の乏しさ	79
集団参加の困難さ	61
他者への暴言・暴力	37
過剰適応	36
衝動的行動	31
強迫行為	25
生活習慣の未獲得	20
ひきこもり・不登校	19
自傷行為	17
体調管理困難	14
本人の性格特性	13
逃避	12
その他	43
b) 教育的対応	279 (24.2)
見通しを持たせる支援	48
圧力をかけない対応	31
話をよく聞く対応	31
促し・励まし	26
成功体験・自信の重視	23
疾患特性への配慮	23
気分のコントロール	20
スキルの獲得	19
見守り	16
個別対応	13
その他	29
分類不能の回答	20 (1.7)
家庭の事情	17
虐待	3

() 内は割合 (%) を示す。

a) 児童生徒の状態像

精神症状に関する内容は、8項目に分類された。児童生徒が何らかの不安を抱えていると教師が評価した「不安」は86枚、気分の浮き沈みが激しい、急に落ち込むことがあるなど「情緒不安定」75枚、人と接することに恐怖を感じる、苦手な教科や活動に対する恐怖感など「特定場面への恐怖」36枚、自己評価が低い、自信がなくて活動に取り組むことができないなど「自信喪失」35枚、「活動に見通しが持てない」26枚、何事にも取り組もうとしない、進学に対する意欲がないなど「無気力」19枚、他者の意図や感情が理解できないなど「他者理解困難」19枚、「その他」19枚であった。「その他」の内容として、理解力の乏しさ、妄想、幻覚・幻聴などの回答がみられた。

身体症状に関する内容は、7項目に分類された。胃腸炎や嘔吐など「消化器系の症状」は7枚、疲れ易く身体を動かせなくなるなど「易疲労感」6枚、「不眠」6枚、心身症の症状や身体症状など「心身症・身体症状」5枚、「頭痛」5枚、体調不良を訴えるなど「不定愁訴」5枚、「その他」11枚であった。「その他」の内容として、過呼吸、腰痛、発熱などの回答がみられた。

行動にあらわれる症状に関する内容は14項目に分類された。友だちが欲しいが不適切なかかわりをする、自己主張できない、異性との接し方に課題があるなど「対人スキルに課題」は87枚、年齢相当に期待されるふるまいや場に応じた行動に困難さがある、自分勝手な行動が目立つなど「社会性の乏しさ」79枚、恐怖までは感じていないが、集団参加を避けようとする、集団活動場面で落ち着きがなくなるなど「集団参加の困難さ」61枚、友人や家族など「他者への暴言・暴力」37枚、他者からの評価や期待に敏感で疲れてしまう「過剰適応」36枚、突発的な行動に抑制が効かないなど「衝動的行動」31枚、特定の行為をやらないと不安を感じる「強迫行為」25枚、突然教室から飛び出す、生活リズムが不規則、整理整頓ができないなど「生活習慣の未獲得」20枚、自宅から外出できない、登校できないなど「ひきこもり・不登校」19枚、リストカット、自分の身体を激しくたたくなど「自傷行為」17枚、疾患の自己管理が困難など「体調管理困難」14枚、他者のかかわりを求めないなど「本人の性格特性」13枚、やりたくないことや苦手なことを避ける「逃避」12枚、「その他」43枚であった。「その他」の内容として、緘黙、過度の偏食がある、動作緩慢、ゲーム依存、虚言

などの回答がみられた。

b) 教育的対応

教育的対応に関する内容は11項目に分類された。活動の流れを説明する、予定をわかりやすく伝えるなど「見通しを持たせる支援」は48枚、ストレスを与えない、叱責しないなど「圧力をかけない対応」31枚、相談に応じるなど本人の「話をよく聞く対応」31枚、「促し・励まし」26枚、達成経験の機会をつくる、肯定的な評価をするなど「成功体験・自信の重視」23枚、紫外線アレルギーへの対応や運動制限の遵守など「疾患特性への配慮」23枚、気分が沈まないよう環境や接し方を工夫するなど「気分のコントロール」20枚、対人スキルや社会でのマナー、ルールの指導など「スキルの獲得」19枚、常に見守る、付き添うなど「見守り」16枚、「個別対応」13枚、「その他」29枚であった。「その他」の内容として、家族との連携、病院との情報交換、反省を促す、厳しく対応などの回答がみられた。

v) 前籍校における不登校とその背景

表10に前籍校における不登校とその背景について、身体疾患等、学業不振、友人関係、対人関係（特に、教師との）、家族・家庭環境の5項目に対する自由記述による回答結果を示した。自由記述欄に記載があった児童生徒数は598例であり、カードの総数は1,331枚になった。結果は5項目のそれぞれに下位項目を設けて分類整理した。なお、各項目に沿わない内容が記載されていた場合には（例えば、友人関係の項目に、「給食が苦手」などの記載）、分類不能とした。

身体疾患等に関する自由記述のカードは51枚（3.8%）となり、4項目に分類された。精神疾患の疾患名が記載されているなど「精神疾患」は22枚、気管支喘息、アトピー性皮膚炎など「慢性疾患」は16枚、物事をいつも悪い方に考えてしまう、気分のコントロールができないなど「情緒不安定」が7枚、ストレス状況に際して腹痛や頭痛が生じる「身体症状」6枚であった。

学業不振に関するカードは246枚（18.5%）となり、5項目に分類された。教科に対する苦手意識や学習進度についていけないなど「学習の遅れ」は98枚、「不登校による学習空白」50枚、「病欠欠席（以下、病欠と略す）による学習空白」49枚、授業中に頻繁に席を立つ、宿題をやらないなど「学習態度未形成」27枚、知的に境界線など「発達遅延」22枚であった。

友人関係に関するカードは358枚（26.9%）となり、

表10 前籍校における不登校の背景

カードの総数		1,331
身体疾患等		51 (3.8)
精神疾患		22
慢性疾患		16
情緒不安定		7
身体症状		6
学業不振		246 (18.5)
学習の遅れ		98
不登校による学習空白		50
病欠による学習空白		49
学習態度未形成		27
発達遅延		22
友人関係		358 (26.9)
本人の性格特性		94
いじめ		93
孤立		87
友人とのトラブル		84
対人関係(特に、教師との)		244 (18.3)
社会性の乏しさ		66
対人恐怖		42
集団参加の困難さ		41
教師への不信		39
他者への暴言・暴力		23
過剰適応		15
その他		18
家族・家庭環境		337 (25.3)
母子関係		66
家族機能・養育態度		65
同胞の病気		32
両親の不仲・単親		32
親の病気		26
生活習慣の乱れ		25
虐待		19
同胞関係		19
家族への暴言・暴力		19
父子関係		11
その他		23
分類不能		95 (7.1)
原因不明		73
その他		22

()内は割合(%)を示す。

4項目に分類された。友だちと遊ぶよりゲームが好き、引っ込み思案など「本人の性格特性」は94枚、いじめを受けた、いじめられるのを見たなど「いじめ」93枚、友人が欲しくても仲間関係を築くことができない、教室で孤立しているなど「孤立」87枚、特定の場面で友だちに笑われた、部活における人間関係など友人との明確なトラブルをきっかけに不登校になったなど「友

人とのトラブル」84枚であった。

対人関係(特に、教師との)に関するカードは244枚(18.3%)となり、7項目に分類された。年齢にそぐわない自分勝手な行動が顕著など「社会性の乏しさ」は66枚、人とのかわりに恐怖を感じる「対人恐怖」42枚、集団での活動をいやがるなど「集団参加の困難さ」41枚、教師に対する不信感があるなど「教師への不信」39枚、教師への暴力など「他者への暴言・暴力」23枚、大人への過剰な気遣いや評価を気にするあまり疲れるなど「過剰適応」15枚、「その他」18枚であった。「その他」の内容として、他者を驚かせる危険な行動をする、病欠による対人関係の乏しさなどの回答がみられた。

家族・家庭環境に関するカードは337枚(25.3%)となり、11項目に分類された。母親による過保護など「母子関係」は66枚、しつけが不十分など「家族機能・養育態度」65枚、同胞が精神疾患、不登校など「同胞の病気」32枚、両親がいつも喧嘩する、単親で子どもに手が回らないなど「両親の不仲・単親」32枚、親が入院、精神疾患で家事ができないなど「親の病気」は26枚、昼夜逆転、不規則な食事など「生活習慣の乱れ」25枚、親兄弟からの暴力やネグレクトなど「虐待」19枚、兄弟との仲が悪い、良くない行動に同調するなど「同胞関係」19枚、親や同胞に対する暴力など「家族への暴言・暴力」19枚、父親の無理解、叱責の多さなど「父子関係」11枚、「その他」23枚であった。「その他」の内容として、転勤、経済的困難などの回答がみられた。

分類不能のカードは95枚(7.1%)となり、2項目に分類された。不登校に関して「原因不明」は73枚、「その他」は22枚であり、回答例として、ゲームに没頭するあまり登校しない、給食を食べたくないなどの記述がみられた。

IV. 考 察

本稿では、精神疾患等の児童生徒の現状と実態に関する調査結果を報告した。以下、得られた結果に基づき、病弱・身体虚弱教育における精神疾患等の児童生徒の現状と教育的課題について検討する。

特別支援学校(病弱)に在籍する全児童生徒数における精神疾患等の児童生徒の総数は、平成14~20年度までの6年間で約1.5倍に、小学部1,2学年の低学年層においては約3倍に増加していること、同様に不登校経験者の総数も増加していることが明らかとなっ

た。これらのことから、精神疾患等および不登校経験のある児童生徒は今後とも一定程度在籍することが推察され、特別支援学校（病弱）においてはこうした児童生徒に対する教育的支援方法を早急に確立する必要性が示唆される。また、平成20年度における精神疾患等の不登校経験者およびその他の疾患の不登校経験者の総数と割合に着目した場合、精神疾患等の不登校経験者数は1,191例（74.4%）、その他の疾患の不登校経験者数は211例（5.5%）であり、精神疾患等と不登校との関連の強さが示唆される。不登校という現象を精神疾患等と関連づけて考えることには慎重でなければならないが、一方で、医療機関へのアクセスを遅らせることのないよう¹¹⁾、今後は不登校対策の視点の1つとして、その背景に精神疾患等の存在を考慮する必要がある。

精神疾患等および不登校経験者が在籍する学校数の分析結果から、精神疾患等および不登校経験のある児童生徒は、調査対象となった特別支援学校（病弱）の8割以上の学校に在籍しており、月別在籍者数の推移からは、年度内に少なくとも600人程度の児童生徒が通常の学校から、または通常の学校へ転入出していることが明らかとなった。これらのことから、精神疾患等および不登校経験のある児童生徒を対象とした適切な教育的対応は、多くの特別支援学校（病弱）およびその転入出先である通常の学校において求められていることが示唆される。しかし、精神疾患等の児童生徒への教育については、指導法や指導内容等の教育情報が蓄積されておらず、経験知の積み上げが喫緊の課題である¹²⁾。こうした課題の解決に向けて、国立特別支援教育総合研究所は全国病弱虚弱教育研究連盟との協働により、精神疾患等の児童生徒の支援事例集の作成を開始した¹³⁾。現在、各学校における精神疾患等の児童生徒に関する教育情報が集積されつつあり、今後の成果が期待される。

実態調査に基づく児童生徒の医学的診断名等の分析結果から、特別支援学校（病弱）には精神疾患等とその他の疾患、複数の精神疾患等を併せ持つ児童生徒が多数在籍していることが明らかとなった。また、精神疾患等の重複状況に着目した場合、広汎性発達障害、アスペルガー症候群、注意欠陥/多動性障害、学習障害、高機能自閉症など、いわゆる発達障害¹⁴⁾に該当する医学的診断名が上位を占めた。発達障害は環境との不適切な相互作用に起因する二次障害の予防が重要で

あり、そのためには、学校と保護者との共通理解に基づく生活環境の調整が必要である¹⁵⁾。発達障害のある児童生徒においては、他の精神疾患等を併せ持つ可能性が高いことを念頭に、二次障害への予防的介入が望まれる。

現在の登校状況の分析結果からは、特別支援学校（病弱）において別室登校や時間を決めて登校など、個別的配慮や支援が実施されているにもかかわらず、約半数の児童生徒が早退・遅刻や登校渋りなど登校に何らかの問題を抱えており、1割弱の児童生徒はほとんど登校できない状態であった。これらのことから、特別支援学校（病弱）に在籍する児童生徒の心身の状態や精神疾患等の症状の深刻さがうかがわれる。

児童生徒の学習到達度の分析結果から、学習到達度に課題がある児童生徒は、その背景として治療等による学習空白や学習態度の未形成が大きく影響を及ぼしていることが明らかとなった。また、前籍校における不登校の背景の分析結果からは、不登校や長期の病欠による学習空白、学習態度未形成による学業不振の影響に関する記載が多く認められた。このことは、学習到達度と不登校との密接な関係を示唆しているものと考えられる。すなわち、病欠や治療による学習空白が学業不振を招き、学業不振が不登校のきっかけや背景要因となっているのである。こうした負のサイクルを生じさせないためにも、学習空白を極力少なくするための環境整備と学習空白への対応が必要である。また、学習到達度に課題がある児童生徒の背景要因の分析結果によれば、知的障害、学習障害、注意欠陥/多動性障害、自閉症など認知的側面に配慮を要する疾患名が教師によって選択され、その件数はいずれも医学的診断名の項目に記載された発生件数よりも多かった。このことは、特別支援学校（病弱）の教師が日頃から児童生徒の認知的側面に配慮した対応を行っていることの反映と考えられる。こうした児童生徒の学習指導については、一人ひとりの認知特性の把握とそれに基づく指導内容、方法の工夫が必要である。今後は特別支援学校（知的）との繋がりを一層深め、教育情報の交換および協働による教育支援方法の研究や開発が必要と思われる。

現在の心理・行動面における課題や配慮および前籍校における不登校の背景の分析結果から、集団参加の困難さや社会性の乏しさに課題がある児童生徒が多数在籍していることが明らかとなり、特別支援学校（病

弱)においては、社会性の育成が大きな課題の1つであると考えられる。疾患に起因する精神症状や身体症状を呈する児童生徒においては個別対応を中心としたかわりが継続して求められる一方、児童生徒の心身の状態に配慮しつつ、今後は、小集団による指導内容や指導方法の工夫など社会性を育むことを目的とした指導や支援が望まれる。また、他者への暴言・暴力、自傷行為、家庭における虐待に配慮を要する児童生徒の存在も明らかになった。こうした児童生徒の生命や安全を確保するためには、学校職員にとどまらず地域における大人の見守りや支援が必要であり、場合によっては、児童相談所や病院等、関係機関との連携も求められよう。児童生徒およびその家族をよく知る教師および学校には、常日頃から地域や関係機関とのネットワークを構築しておくことが望まれる。児童生徒の生活環境の中で教師や学校が地域社会との密接なつながりを構築していくことが、間接的にはあるが最悪の事態としての子どもの自殺や虐待の予防にも貢献するのではないだろうか。

本研究の結果から、特別支援学校(病弱)に在籍する精神疾患等および不登校経験のある児童生徒は前籍校において、すでに友人関係、学習到達度、登校状況、親子関係など学校生活や家庭環境に複数の課題を抱えていたことが明らかになった。したがって、ここで示された課題は、特別支援学校(病弱)はもとより、通常の学校を含む学校教育全体の課題であると考えられる。児童生徒の精神疾患等、心の病気は早期発見・介入がその予後を左右することが知られており¹⁶⁾、「子どもも精神疾患になり得る」という認識のもとに、通常の学校においても、精神疾患等に関する知識の習得および保護者や関係機関との連携が求められる。

付 記

本研究は平成15年度に国立特別支援教育総合研究所により実施された調査研究の一部、および平成21年度に国立特別支援教育総合研究所と全国病弱虚弱教育研究連盟との共同による調査研究の成果であり、本研究の一部は日本特殊教育学会第48回大会(2010長崎大会、研究発表者・栃真賀 透)において報告した。なお、本研究をまとめるにあたり、日本学術振興会科学研究費補助金による研究課題「通常学校に在籍する健康障害児の自尊感情と教育支援方法」(研究代表者・八島 猛、課題番号・24531239、研究期間・2012~2014年度、研究種目・基盤

研究(C)、(一般)の助成を受けた。

文 献

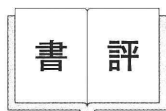
- 1) 文部科学省. 特別支援学校学習指導要領解説 総則編(幼稚部・小学部・中学部). 教育出版株式会社, 2009: 238-241.
- 2) 全国病弱虚弱教育研究連盟. 第52回全国病弱教育研究連盟研究協議会研究発表資料集(平成23年度). 2011.
- 3) 全国病弱虚弱教育研究連盟. 全国病弱虚弱教育施設一覧・全国病類調査表(平成21年度). 2010.
- 4) 横田雅史. 小児医療における教育問題. 小児の精神と神経 1997; 37: 41-45.
- 5) 文部科学省. 児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査一用語の解説. http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/shidou/you-go/1267642.htm 2012.10.12引用
- 6) 文部科学省. 平成23年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」結果(概要). 週刊教育資料 2012; 1223(1353): 39-50.
- 7) 増田彰則. 不登校と睡眠障害について. 心身医学 2011; 51(9): 815-820.
- 8) 沖 潤一. 医療機関および学校を対象として行った心身症、神経症等の実態調査のまとめ. 日本小児科学会雑誌 2001; 105(12): 1317-1323.
- 9) 渡部京太. 不安障害—不登校・ひきこもりとの関連を中心に—. 小児科臨床 2011; 64(5): 871-879.
- 10) 西牧謙吾, 篁 倫子, 武田鉄郎, 他. 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国内調査研究報告書(平成14年度・平成15年度). 2004.
- 11) 町田いづみ. 不登校に含まれる精神疾患の診断と医療へのアクセス. 日本教育心理学会総会発表論文集 1998; (40): 16.
- 12) 滝川国芳, 西牧謙吾, 植木田潤. 日本の病弱・身体虚弱教育における特別支援教育体制の現状と課題—全国都道府県・政令指定都市を対象とした全数調査から—. 小児保健研究 2011; 70(4): 515-522.
- 13) 西牧謙吾, 滝川国芳, 植木田潤. 特別支援学校(病弱)のセンター的機能を活用した病気の子ども支援ネットワークの形成と情報の共有化に関する研究. 独立

行政法人国立特殊教育総合研究所専門研究B研究成果報告書（平成22～23年度）, 2012.

- 14) 齊藤万比古. 発達障害の成人期について. 心身医学 2010; 50 (4) : 277-284.
- 15) 笹森洋樹, 伊藤由美, 廣瀬由美子, 他. 発達障害と情緒障害の関連と教育的支援に関する研究—二次障

害の予防的対応を考えるために—, 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所専門研究B研究成果報告書（平成22～23年度）, 2012.

- 16) 小土井直美. 子どものこころの問題に対する早期介入の必要性について. 大阪樟蔭女子大学人間科学研究紀要 2007; 6 : 85-93.



持続可能な医療を創る —グローバルな視点からの提言—

著者 森 臨太郎

発行 岩波書店

発行年 2013年6月

四六判 176頁 2,520円（本体2,400円+税）

人々の生活している場は異なり、多様性を持った人々が安心して生きることができる社会をいかに形づくっていくか、という視点でまとめている。世界規模でのいろいろなデータをまとめ、地域住民の視点から考えている。持続可能な医療を創るためには、小児保健的な知識も土台として書かれているので、小児保健関係者に参考になる内容が多い。

具体的な構成は次の通りである。序章「曲がり角にある日本の医療」では、他の先進国のさまざまな医療制度を紹介しながら、日本の医療のグローバル化（多国籍化）を考えている。第1章「医療が提供されている仕組み」では、さまざまな角度から日本の医療の現状を分析している。第2章「医療財政を考える」では、日本の国民皆保険制度の良さを認めながら、他の国に比較して日本の医療費が低いのは、少ない医療従事者が少ない給料で極限まで頑張っているためとしている。今後、医療の進歩に伴って、また少子高齢化などによって増大する医療費への対応を考えねばならない。その他、第3章「医療の質と安全の担保」、第4章「医療政策の意思決定」、第5章「日本が進むべき道」から構成されている。そして、医療を中心に8つの提言を行っている。小児保健としてもその実情を知るとともに、今後の方向性を考える意味で参考になる。

ますます国際化していく日本にあって、さまざまな地域の実情を踏まえながら小児保健を考えていくことが必要である。今までの小児保健関係者が見落としがちであった視点からいろいろ書かれているので、是非ご一読いただきたい本である。

（「小児保健研究」副編集委員長 加藤忠明）