

育療

49

2011.2

日本育療学会第14回学術集会総括報告	武田 鉄郎	..... 1
日本育療学会第14回学術集会（和歌山大会）並びに総会開催要項 .....		..... 2
会長講演 不登校の子どもの理解	武田 鉄郎	..... 5
基調講演		
不登校の児童・思春期の精神医学—背景要因の理解と支援への応用—	齊藤万比古	.....12
ミニレクチャー		
虐待と不登校	柳川 敏彦	.....24
心身症等と不登校	石崎 優子	.....31
口頭発表Ⅰ	山本 昌邦・土屋 忠之	.....35
口頭発表Ⅱ	横田 雅史・島 治伸	.....37
口頭発表Ⅲ	滝川 国芳・山本 昌邦	.....39
ポスターセッション	濱中 喜代・小畑 文也	.....41
公開シンポジウム		
「不登校の理解と対応」		
不登校サポート機関の場から	野中 康寛	.....46
児童相談所の場から	衣斐 哲臣	.....51
特別支援学校（病弱）の場から	赤松 正敏	.....57
座長まとめ	西牧 謙吾・小畑 文也	.....59

編集後記

日本育療学会第14回学術集会報告

武田 鉄郎（日本育療学会第14回学術集会大会長）

日本育療学会第14回学術集会は、平成22年8月28日(土)・29日(日)の二日間にわたり、「不登校の理解と対応」をテーマに、和歌山大学を会場に開催されました。

不登校の現状を踏まえ、その背景にある様々な問題について考えていきたいと思いテーマを設定しました。例えば、不登校と心身症や、不安障害、適応障害などの精神疾患を併発している場合、また、背景に発達障害があったり、虐待があったりする場合も多くあり、多職種の専門家が連携してアプローチしていく必要があります。

今回はテーマに沿った基調講演を国立国際医療センター国府台病院第2病棟部長で日本児童青年精神医学会理事長の齊藤万比古先生にお願いいたしました。テーマは、「不登校の児童・思春期の精神医学—背景要因の理解と支援への応用—」です。近年の不登校や引きこもりの現状やその経過、支援のあり方など大変貴重なお話をいただきました。

また、ミニレクチャーの時間を設け、和歌山県立医科大学教授の柳川敏彦先生から「虐待と不登校」、関西医科大学講師の石崎優子先生から「心身症等と不登校」をテーマに、それぞれ医学的な視点から教育者や保護者の皆さんに対して、専門

的ではありますが、分かりやすい貴重なお話をいただきました。

2日目のシンポジウムは、学会のテーマである「不登校の理解と対応」として、1. 特別支援学校（病弱）の場から和歌山県立みはま支援学校教諭の赤松正敏氏、2. 不登校サポート機関の場から社会福祉法人一麦会 紀の川・岩出生活支援センターハートフルハウスセンター長の野中康寛氏、3. 児童相談所の場から和歌山県子ども・女性・障害者相談センター 子ども相談課長の衣斐哲臣氏に情報提供をしていただき、その後、会場の参加された方々とディスカッションが行われました。3人のシンポジストの方々の貴重な実践を通じた話題は参加者にも大変参考になり、興味深い内容でした。

この学術集会の参加人数は、一般参加266人、シンポジウムのみが12人、合計278人でした。不登校の子どもの支援に携わっている多くの専門家の方々や家族の方々、また関心のある方々に専門的でありながらも分かりやすい情報提供ができたのではないかと考えています。

これも皆様のご協力とご支援の賜と心より感謝申し上げます。

平成22年度 日本育療学会第14回学術集会 並びに総会開催要項大会テーマ 「不登校の理解と対応」

1. 開催日時：2010年8月28日（土）10:00～
18:20、29日（日）9:00～15:00

2. 会場：和歌山大学教育学部・講義棟

3. 会長：武田 鉄郎（和歌山大学）

4. 内容

<第1日目>

9:30～ 受付

10:00-10:10 開会 理事長 学術集会会長挨拶

10:10-11:10 口頭発表Ⅰ

I-1 支援と相互理解の生徒指導－知的障害児の問題行動から－

伊藤 修二（島根県益田市立高津小学校）・中尾 瑞紀（島根県益田市立高津小学校）・福本良之（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科）

I-2 筋ジストロフィー児者の就労支援

鈴木 光義（元大阪府立刀根山支援学校）

I-3 一般高校における肢体不自由生徒に対する級友の意識調査

高野 陽介（横浜国立大学大学院教育学研究科）・中澤 幸子（横浜国立大学大学院教育学研究科）・泉 真由子（横浜国立大学教育人間科学部）

I-4 病弱教育に関する小児科病棟看護師の認識－教育と医療の関係性のイメージ図の解釈を検討して－

川崎 友絵（奈良教育大学）

11:10-12:10 口頭発表Ⅱ

II-1 長期療養患児への前籍校における支援について

中澤 幸子（横浜国立大学大学院教育学研究科）・高野 陽介（横浜国立大学大学院教育学研究科）・泉 真由子（横浜国立大学教育人間科学部）

II-2 A市における児童生徒のメンタルヘルスの現状と課題について－小学校・中学校・高等

学校養護教諭への質問紙調査をとおして－

森山 貴史（青森県立青森若葉養護学校）・甲田 隆（青森県立青森若葉養護学校）

II-3 健康な子どもの入院中の子どもに対する理解の促進－映像教材を用いた実践研究を通して－

東浦 裕也（大阪教育大学大学院）・秋間 良介（大阪市立桜宮小学校）・平賀 健太郎（大阪教育大学）

II-4 心身症・精神疾患等児童生徒の実態及び教育的支援の在り方－全国病弱虚弱研究連盟心身症・精神疾患児童生徒の実態調査資料から－

栃真賀 透（札幌市立札幌大通高等学校）・植木 田 潤（独立法人国立特別支援教育総合研究所）・滝川 国芳（独立法人国立特別支援教育総合研究所）・西牧 謙吾（独立法人国立特別支援教育総合研究所）

12:10-13:50 昼休み（理事会・総会）人形劇「だいじょうぶ まいちゃん」上演（オレンジキッツ武田研究室）13時～

13:50-14:30 会長講演「不登校の子どもの理解」武田 鉄郎（和歌山大学）

14:40-16:30 基調講演「不登校の児童・思春期の精神医学－背景要因の理解と支援への応用－」

齊藤 万比古 氏（国立国際医療センター国府台病院第2病棟部長）

14:40-18:20 ポスター発表

P1 訪問学級担当教員間の情報共有の在り方について－東京都立城南特別支援学校訪問部の取り組み－

赫多 久美子（東京都立城南特別支援学校）

P2 表現の意欲をはぐくむ音楽の指導－病弱特別支援学校での授業実践から－

伊藤 直子（千葉県立四街道特別支援学校）

P3 二次障害を予防する支援チームの形成と総合的なケア・サブシステムの利用について－専

- 任コーディネーターを通じた各機関の協働関係を通して－
浅井 敏雄（和歌山大学教育学部附属特別支援学校）・武田鉄郎（和歌山大学）
- P 4 病弱児に対するクラスメイトの知識・意識の変容－デジタルコンテンツ“ココロココ”を用いた実践－
楠田 喜世池田市立石橋南小学校）・東浦 裕也（大阪教育大学教育学研究科）・河合 友介（大阪教育大学教育学研究科）・平賀 健太郎（大阪教育大学）
- P 5 発達障害児をもつ母親のストレスに関する要因と支援のあり方について
宜保 真由子（和歌山市保健所中保健センター）・前馬 理恵（和歌山県立医科大学）
- P 6 病弱・身体虚弱児のためのモンテッソーリ家庭教育－栃木モンテッソーリ教育研究会の実践報告－
江頭 進（TMEW栃木モンテッソーリ教育研究会）
- P 7 病気の子どもと日常を繋ぐ－福祉国家スウェーデンの場合－
近藤（有田） 恵（京都大学こころの未来研究センター）
- P 8 小中高等学校に在籍する病気の児童生徒の実態について－和歌山市、御坊市、日高郡における養護教諭及び保健師への調査より－
林 香織（和歌山県立みはま支援学校）
- P 9 幼稚園・保育所における「ちょっと気になる行動」を示す子どもの実態に関する研究
小田 真弓（泉南市立新家南幼稚園）・武田 鉄郎（和歌山大学）
- P 10 小児がん看児の復学支援における協働システムについて
岡本 光代（和歌山県立医科大学）・武田 鉄郎（和歌山大学）
- P 11 発達障害のある子どものアクティグラフを用いた生活リズムに関する実証的研究
横畑 絵里菜（泉佐野市立第二小学校）・武田 鉄郎（和歌山大学）・西牧 謙吾（独立法人国立特別支援教育学研究所）
- P 12 アクティグラフを活用した教育的支援の視点－身体活動量の評価からみえてきたこと－
川野 一郎（和歌山市立八幡台小学校）・武田 鉄郎（和歌山大学）・西牧 謙吾（独立法人国立特別支援教育学研究所）
- 18:30-20:30 懇親会
- <第2日目>
- 9:00-10:00 口頭発表Ⅲ
- Ⅲ－1 不登校児へのかかわり－養護教諭の専門性を活かして－
金子 紘子（愛知県西尾市立西野町小学校）・工藤 綾乃（愛知県春日井市立東高森台小学校）・横田 雅史（帝京平成大学）
- Ⅲ－2 不登校状態の子どもへの支援のあり方
三浦 日香（静岡県立横須賀高等学校）・横田 雅史（帝京平成大学）
- Ⅲ－3 不登校状態にある心身症生徒に対する病弱支援学校の役割
松石 純代（大阪府立刀根山支援学校）
- Ⅲ－4 発達障害のある不登校生への支援－アスペルガー症候群の診断を受けた中学三年生男子Aの事例－
嶋田 聡（徳島市立徳島中学校）・島 治伸（徳島文理大学）
- 10:00-12:00 ミニレクチャー
虐待と不登校
柳川 敏彦氏（和歌山県立医科大学 教授）
心身症等と不登校
石崎 優子氏（関西医科大学 講師）
- 12:00-13:00 昼食
- 13:00-15:00 公開シンポジウム
「不登校の理解と対応」
不登校サポート機関の場から
野中 康寛氏（社会福祉法人一麦会 紀の川・岩出生活支援センターハートフルハウスセンター長）
児童相談所の場から
衣斐 哲臣氏（和歌山県子ども・女性・障害者相談センター 子ども相談課長）
特別支援学校（病弱）の場から
赤松 正敏氏（和歌山県立みはま支援学校・教諭）

5. 参加会費

事前登録：会員4,000円 非会員5,000円 学生
3,000円（1日参加・両日参加にかかわらず一律）
当日参加：会員5,000円 非会員6,000円 学生
4,000円（1日参加・両日参加にかかわらず一律）
懇親会費：5,000円

6. 参加申込方法

Eメール (takeda7@center.wakayama-u.ac.jp)
等による参加申し込みと参加費振込の確認をもって
事前参加とします。会員の方は「育療」の同封
されている振込用紙の通信欄に内訳（例:参加費
5000円+懇親会会費5000円=10000円）をご記入
の上、

ゆうちょ銀行郵便振替口座：00960-6-321882

加入者名：日本育療学会第14回学術集会事務局
まで郵便払込取扱票（青色）にてお振り込みくだ
さい。

なお、発表者は筆頭・連名とも会員に限ります。
現在会員でない方は、日本育療学会ホームページ
(<http://nihonikuryo.jp>) より、入会手続きをお
願いします。

7 後 援

文部科学省、厚生労働省、全国病弱特別支援学
校校長会、全国病弱虚弱教育研究連盟、NPO難
病の子ども支援全国ネットワーク、全国病弱身体
虚弱教育学校PTA連合会、和歌山県教育委員会、
和歌山市教育委員会

不登校の子どもの理解

武田 鉄郎（和歌山大学大学院教育学研究科・教授）

【はじめに】

心身症、不安障害等を伴う不登校の児童生徒は、不安が高く、身体化・行動化して情緒不安定であることが多いです。不登校状態又は不登校の経験のある児童生徒のストレス対処過程から、その行動や認知の実態についてその概略を述べることにします。不適応な状態をアセスメントするために、子どもの情緒と行動の評価（child behavior checklist、以下CBCL）を使用した事例を紹介します。CBCLは「引きこもり」「身体的訴え」「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」等が臨床域（治療を必要とする程度の不適応）、境界域（ハイリスクな状態）、正常域（健康である）が評価でき、指導・支援していく上で有効なスケールであります。世界70くらいの国で活用されているものです。

【不登校の定義】

不登校の定義は、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ともできない状況にあるため年間30日以上欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの（文部科学省）とされています。

【病的不安の解消】

図1に示したように、この不安の解消として身体化・行動化・体験化というように3つの方向に現れてきます。身体化とは、おなかが痛くなったり、頭痛がしたり不定愁訴など身体に現れることを言います。行動化とは、赤ちゃん返りなどの退行行動や食行動（拒食・過食）、描画行動（小児がん病等では不安定な絵を描くことがよくみられます）、攻撃行動、不登校など多くの行動化が例として挙げられます。

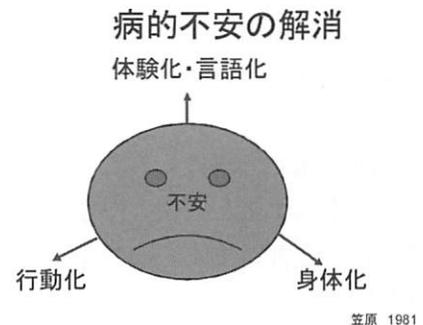


図1 病的不安の解消

身体化、行動化している時は、意識下にありません。ですから、不安を心で捉えられなく、意識化できない状態で起こります。これに対して、体験化は、不安を意識し、悩み、それを言語に直していくことを言います。

私たちは、行動化、身体化せざるを得ない状況下にいる子どもたちの支援を考えると、①問題行動（行動化）にどのように対処するのかという視点ではなく、②なぜ身体化・行動化せざるを得ない状況であったのかを、前後の出来事や環境因などを考慮し、推測し、理解を深めていくことが求められます。子どもが自分の不安を意識化出来ない状態ですので、心のありようを知る手がかりとなり得るのです。ですから、問題行動はウエルカムなのです。言語をもっている子どもも（大人も）不安が高いと、それを言語化できなく、身体化・行動化し、不安を解消しようとするからです。大きなアンテナをつけ、子どもたちの行動や身体化、言語化から理解を深めていくことが重要です。

言語化の支援としては、子どもとの信頼関係を図りながら、最初は「快」「不快」などの感情を図2のような「こころカード」のような目で見て分かるようにすることです。そうすることで子どもの気持ちに共感しやすくなり、言語化を支援することになります。

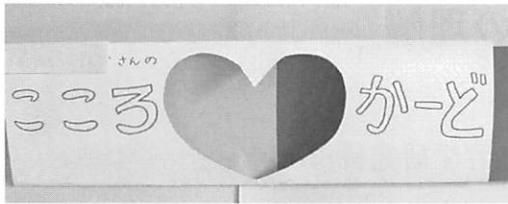


図2 こころカード

図3のように頭や胸にギザギサの形をしたものをおきながら教師と会話します。例えば、頭に置いたら頭が痛いのかと尋ねます。子どもが違うというと、腹を立てて頭にくることがあったのかと次に尋ねます。すると人にいやなことを言われ腹を立てていると言います。このようにネガティブな気持ちについて、このような言語化支援ツールを使うと、子どもや親や教師などのまわりの大人と気持ちが共有・共感しやすくなります。

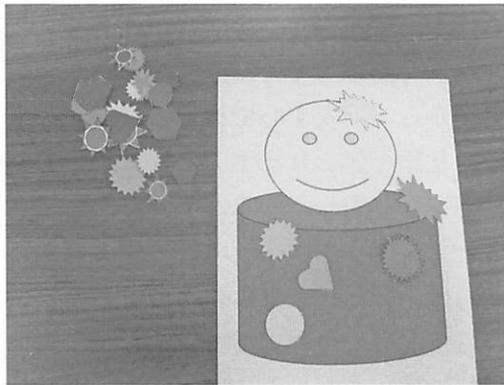


図3 言語化支援のためのツール

【発達障害と不登校】

発達障害とは、中枢神経系の高次機能の障害が発達期に生じているものをいいます。基本的には、非進行形であり、合併症がない限り、障害自体は悪化していくことはないものです。しかし、状態像としては成長するとともに、不登校等の不適応状態を呈することが多いです。それは発達障害のある人と周囲の人々、すなわち環境要因との相互作用の中での失敗経験が多く、それらの経験が「心の傷」となって残るからです。二次障害を含めた支援が大切になってきます。図4のように、第一段階として、適応障害、不安障害などへの二次障害への対応、そして第二段階として発達障害の特性への配慮、第三段階として知的機能への配慮が挙げられます。

二次障害を含めた支援

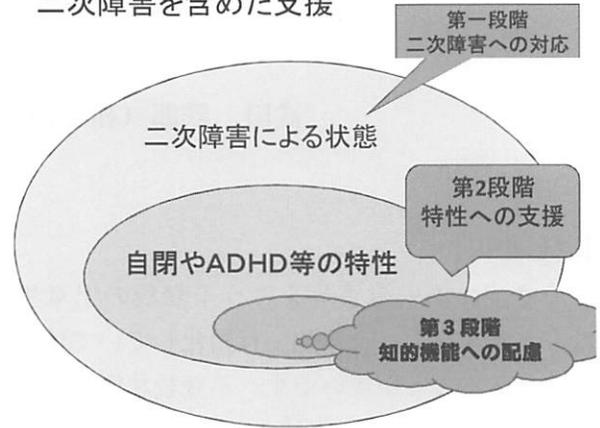


図4 二次障害を含めた支援

鈴木・武田ら(2006)は、全国の病弱特別支援学校中学部、高等部を対象にして不登校状態を経験し在籍している生徒の実態調査を行っています。病弱の特別支援学校は入院又は治療等を必要とする児童生徒のための特別支援学校です。不登校の児童生徒の場合、心身症や適応障害、不安障害の状態を呈して入院してきます。調査結果から病弱特別支援学校中学部、高等部在籍の1901人中808人(42.5%)の生徒が不登校状態を経験して在籍し、そのうち217人(11.4%)に発達障害と不登校とが併存していることを明らかにしています。発達障害の内訳は、LDが10%、ADHDが24.9%、高機能自閉症が14.7%、アスペルガー症候群が39.2%、その他11.5%でした。最も高い割合を占めたのはアスペルガー症候群でした。入院した時に始めてアスペルガー症候群として診断されたケースが多くみられ、これらの結果からアスペルガー症候群は発見されにくいいため、学校で支援されることのないままいじめにあったり、阻害されたりする経験を通して不登校になってしまうケースが多いものと推察できます。

【不適応であることをどう評価するか】

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、米国パーモン大学のアッヘンバック(Achenbach)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(YSR)、

ならびに教師が回答するTeacher's Report Form (TRF) です。

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る。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。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。これらは、心理社会的な適応／不適応状態を包括的に評価できるようなシステムになっています。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ています。このスケールを活用することで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。いち早く、心理社会的な適応／不適応状態を評価し、複数の関係者が支援体制を整える有効なツールです。

例えば、不登校状態で背景にアスペルガー障害のあるA児の場合、保護者に評価してもらった

CBCLの結果は、「ひきこもり」「身体的訴え」「不安／抑うつ」「思考の問題」の領域において臨床域、「注意の問題」「非行的行動」においては境界域、あとの「社会性の問題」、「攻撃的行動」は正常域でありました(図5)。

この結果から、本人が「非常に厳しいな困難さ」を抱えていて不適応になっていることが支援者たちの目に見える形で明確に示されます。「ひきこもり」「身体的訴え」「不安／抑うつ」「思考の問題」に不適応を抱え、「注意の問題」「非行的行動」の境界域についても不適応になりつつあることがわかり、アスペルガー障害の特性に配慮しながらも不安の軽減を中心とした支援の組み立てを行う必要があった事例です。

【アクティグラフでのアセスメント】

また、A児は、昼夜逆転していたため、時計型小型高感度加速度センサー(マイクロミニ型アクティグラフ)による行動記録をとりました(図6)。この機器で測定できるのは、1分間の生活活動数が測定・記録ができるものです。縦軸が1分間の活動数を示し、横軸は時間である。この機器で測定できるのは、1分間の生活活動数が測定・記録ができるものです。A君の測定結果は図に示したとおりです。7時に入眠し、14時過ぎに起きているが、寝ていると思われる時間でも頻繁に身体活動がみられ、熟睡していないことが明らかです。このような客観的で目に見えるようにし、支援していく必要があります。

【不登校の経過と支援】

表1と図7に示したように、典型的な不登校の状態像は、時間の経緯と共に変化します。兆候が見られる時期から不登校が始まり心身の不調を顕

著に表す時期、攻撃性が強くなる時期、無気力な行動をとる時期（進行期）から回復期へと変化していきます。

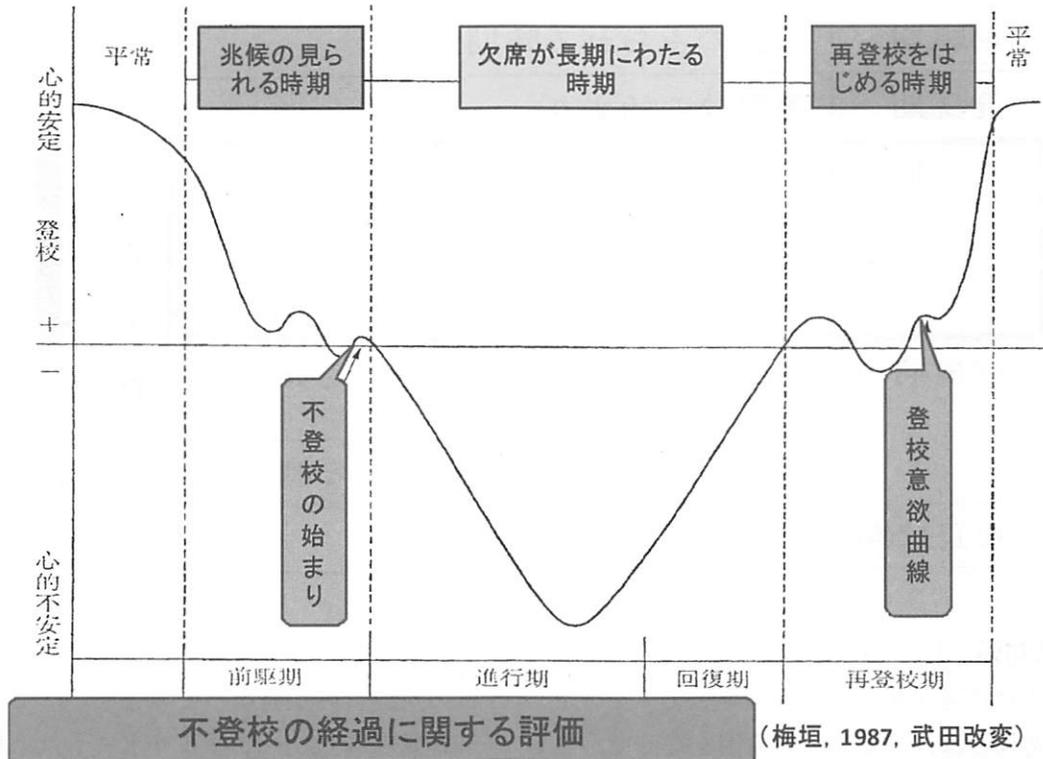


図7 不登校の経過に関する評価

回復期の目安としては、本人の気持ちが落ち着いてきている、遊びや興味への没頭だけではなく、家事手伝いをすることもある、ニュースなどの社会への関心を持ち始めている、コンビニや書店な

ど自分の必要とする場所への外出もできる、家族は子どもを安心して見守れるようになっているなどが挙げられます。

表1 不登校にみられる典型的な経緯とその特徴

不登校にみられる典型的な経過とその特徴(梅垣、1987)		
経過	特徴	
前駆期	兆候のみられる時期	
発現期	不登校の始まり	
進行期	I期	心身不調を訴える時期
	II期	攻撃的な行動をとる時期
	III期	無気力な生活に陥る時期
回復期	IV期	日常生活の立て直しを始める時期
	V期	自立への歩みをみせる時期
再登校期	再登校を始める時期	



不登校の長期化

【ストレス対処過程からの不登校経験者の特徴】

ストレス対処過程から少し説明をします。ストレス対処過程とは、ストレスの原因をなくそうとするプロセスをいいます。ストレス軽減の2つの要素は、ソーシャルサポート（周りの人々からの様々な支援）と対処行動です。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。ストレス対処行動は、「現実逃避」のような消極的対処行動と「手段的行動」や「折衝」のような積極的対処行動に分類することができます。

また、認知的評価とは、一次的評価と二次的评价に区別されます。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。すなわち、いやなことに遭遇したら「困った」「いやだ」と認知することです。二次的评价は、ストレスに対する対処行動についての評価であり、「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」など消極的に対処するしかないを評価するかについて決定するものです。この評価でコン

トロール感を持つか、不能感を強く持つかでその後の対処行動が異なってきます。

知覚されたソーシャルサポートは、他人から援助を受ける可能性に関する期待、あるいは援助に対する主観的評価です。自分が周りの人に支えられているということを認知し、支えてくれるだろうという期待のことをいいます。ストレス反応とソーシャルサポートの期待との関係は、負の相関関係にあり、サポート期待を高く感じている子ども達はストレスが低く、逆に、サポート期待を低く感じている子供たちはストレスが高い傾向があります。図9のように、心身症等を伴う不登校の経験のある入院児と、経験のない入院児を対象に比較研究を行った結果、ストレス対処過程において以下の結果が明らかになりました。

認知的評価、対処行動においては、経験者と非経験者との間に統計的な傾向は認められたものの、有意差は認められませんでした。しかし、知覚されたソーシャルサポートにおいては、父親、母親、兄弟、教師、友人、病院職員のすべてのサポート源に有意差がみられました。すなわち、経験者の方が、サポート期待が低く、非経験者の方のサポート期待が高かったことが明らかにされま

した。また、ストレス反応では、4つの下位尺度「不機嫌・怒り」、「身体的反応」、「抑うつ・不安」、「無力的認知・思考」において、いずれにも経験者の

方が非経験者よりも有意にストレス反応が高かったのです。

不登校の経験がある子ども

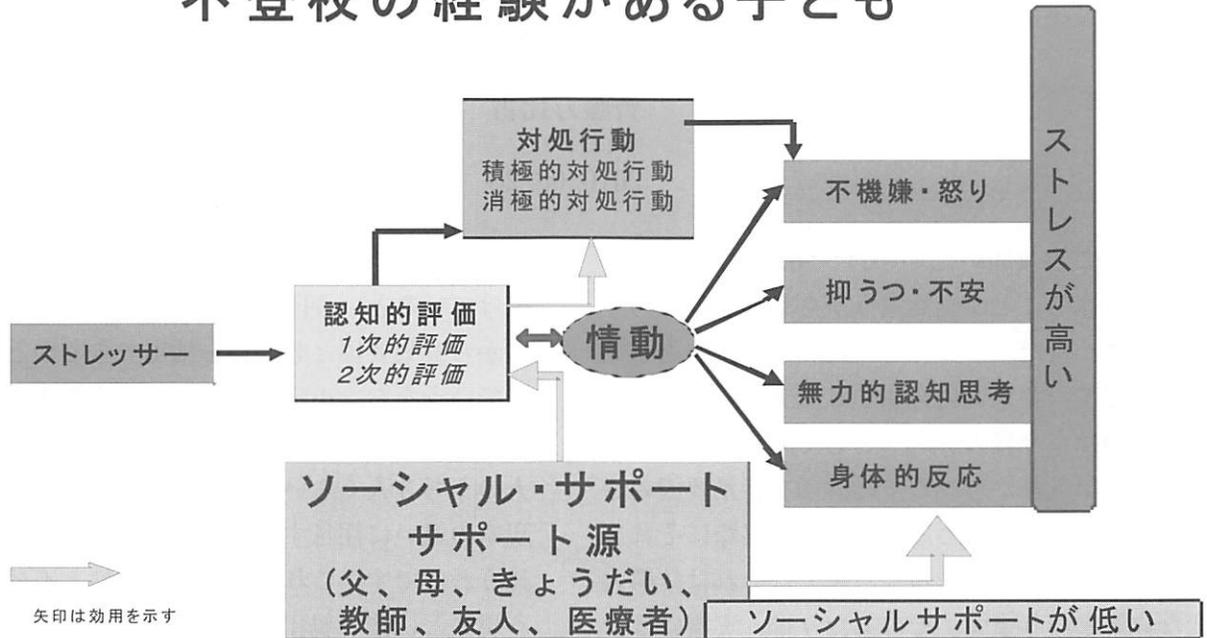


図9 ストレス対処過程における不登校の経験のある子どもの特徴

発達障害のある子どもの自立活動を考えて行く時、対処行動（ストレスコーピング）を柔軟にすること、ソーシャル・サポートを高めること、そして日常的に高いストレス反応を低くしていく方向で考えて行く必要があると思います。

文献

宮本信也（2008）二次障害．発達障害基本用語事典．金子書房,pp31.

齋藤万比古・清田晃生（2006）不登校児童生徒に

みられる情緒及び行動の障害．武田鉄郎編；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．国立特殊教育総合研究所．

齋藤万比古（2006）不登校の児童・思春期精神医学．金剛出版

鈴木滋夫・武田鉄郎・金子健（2008）全国の特別支援学校<病弱>における適応障害を有するLD・ADHD等生徒の実態と支援に関する調査研究．特殊教育学研究 46（1）,39-48.

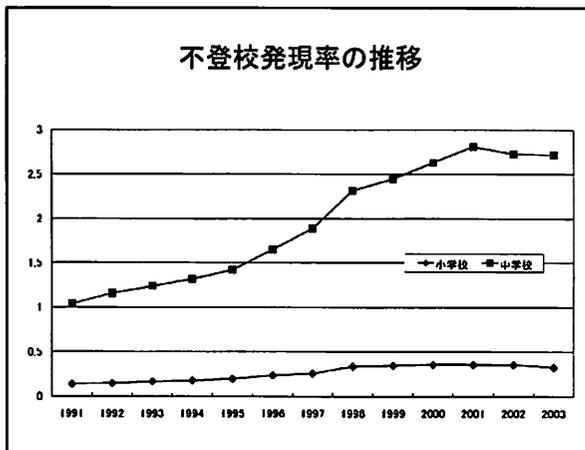
日本育療学会第14回学術集会基調講演

不登校の児童・思春期の精神医学 — 背景要因の理解と支援への応用 —

齊藤万比古

2010/08/28

まず、ご容赦願いたいのは、用意した要録と、いましゃべることが全然違うかもしれないということです。ただ一つこだわったのは背景要因ということです。背景要因を生かして支援に生かそうというのは、今日のテーマとして一貫したいと思います。第5軸からなる多軸評価を背景要因の分析について強調した話となりますが、実際にそれを臨床の場できちんとやろうと思えばそれは結構大変な作業となります。そのあたりは、実際には少し省略しながらやっていくわけで、私はきちっというよりは、少しはしよりながら目の前の現状に合わせていくというほうが現実的と思っています。そのあたりは少し割り引いてお聞きください。



まず、発現率から見る背景要因というものを考えていきたいと思っています。この図は、この領域に関わるものなら誰でも知っている、文科省の不登校の統計をグラフ化したものです。縦軸は発現率です。中学生には3%前後いて0.4%ぐらい小学生がいて、この10数年間小学生はほとんど変わっていないが、中学生はぐんぐん増えてきているという変遷を表しています。2001年ころからフラット

になったというグラフですが、実際は微妙に増え続けているという印象を持っています。このグラフから背景要因として何を抽出できるかという文脈でいうなら、小学生が1000人のうち4人くらいしか不登校にならないのに対して、中学生は100人のうち3人くらいが不登校となるという子の出現率の違いに注目すべきだと思います。両者は一桁違うわけです。これは中学生の心性と不登校という現象とに強い親和性があるということです。おそらく、高校生の心性もまた不登校との親和性が強いと思われますので、中高生と小学生とは親和性に一桁の違いがあると考えてよいでしょう。

「ひきこもり」の出現率について

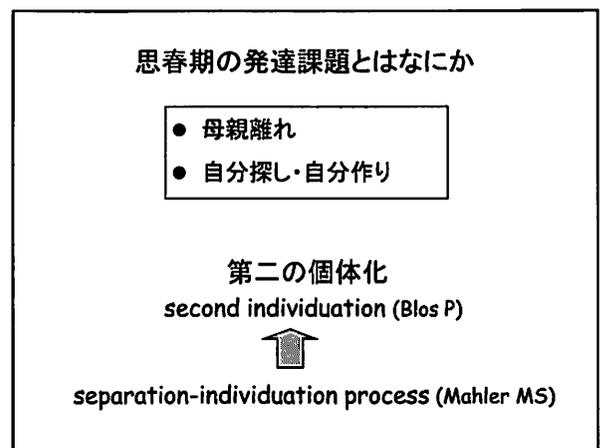
- 20歳以上のひきこもり者については、川上らが取り組んだ我が国でのWMH調査(WMH-J)の一環としてまとめられた研究(Koyama, 2010)が現在最も信頼性の高いものである。
- 生涯有病率(生涯に一度はひきこもり経験がある人の割合)は1.2%である。
- 調査時点でひきこもり状態にある子どもを持つ世帯は0.5%である。
- 平成18年3月末日現在の住民基本台帳に基づく我が国の総世帯数の0.5%にあたる255,510世帯にひきこもり者がおり、少なくとも255,510名であると推定される。

これは、20歳から40代末までに生じるひきこもりの頻度と、その実数の推計値を示したものです。中学生が3%という数字がありましたが、青年たちのひきこもりはどうでしょう。これは、WHOの疾病に関する国際的な疫学調査の一環です。全ての精神障害を調べようというのではなく気分障害とかいくつかのWHOがターゲットにした障害の調査です。各国は自分たちの国特有の障害についても調査してよいということになっていて

WMH-Jを主催した東大の川上先生たちがひきこもりも含めて調査を行いました。この調査は、これは完璧な構造化面接で行ったものですが、「あなたはひきこもりをしたことがありますか」という問いにイエスと答えた人が1.2%いました。これが生涯有病率です。それから、「おたくには今引きこもっているご家族はいますか」という、すなわちひきこもりがいる世帯数を調べるための質問項目には0.5%の人がイエスと答えたわけです。これが瞬間有病率、あるいは時点有病率です。ひきこもりの家族がいるけど「いない」と応える人もいるでしょうから、これはやや少なめな数字とは思われますが、調査方法は信頼度できる疫学的調査です。平成18年度3月末の全国世帯数から計算したひきこもり当事者のいる世帯数は255,510世帯であり、その時点でおおよそ26万人ほどの当事者がわが国にはいたということになります。

では、背景要因に具体的に入っていきましょう。先ほど中と小で不登校の親和性が一桁違うと言いましたが、そこから導ける結論は「思春期だから」ということになります。思春期前の親への依存度が高い小学生は、親と学校に抗して家庭にひきこもるといことは大変難しい行動だと思います。ところが、思春期の子どもたちにとっては、社会に出ない、家にひきこもるといった選択肢が小学生よりはずっと身近に存在するようです。

そのような思春期の不登校、ひきこもりをどう理解したらよいでしょう。若干単純化しすぎですが、思春期の発達課題というのは『母親離れ』、『自分探し・自分作り』という2つの心的な作業ではないでしょうか。こういうことをピーター・ブロスという半世紀以上前のアメリカの思春期の研究者が考え、このような思春期の取り組みを『第二の個体化』という言葉で概念化しました。



何年にもわたる月数回の直接観察によって、一群の母子の交流を発達に応じて見続けたマーガレット・S・マーラーという研究者がいて、彼女とそのリサーチグループは一群の子どもたちが幼児期に、後に「分離個体化過程」と呼ばれることになる特有な幼児期の心理的発達過程を経ること、それはまるで心の誕生過程と理解できる過程であることを見出しました。そして、子どもたちは5、6年の分離個体化過程の最後の「対象恒常性の確立期」というサブフェイズを経てひとまず幼児期を終えるが、この分離個体化過程はopen endedであり、つまりその対象恒常性の確立という課題は生涯にわたって潜在し続けること、そしてことあるごとに繰り返し恒常性をめぐる葛藤の再燃にさらされることを見出しました。

このマーラーらの発見と理論をブロスは思春期観察から得た思春期の子ども心性にあてはめて理解しようとしていました。すなわち、子どもたちは分離個体化過程、とりわけその後半2つのサブフェイズである「再接近期」と「対象恒常性の確立期」の心性を部分的ながらやりなおしているようだと気づいたわけです。10歳過ぎから25歳くらいまでにわたるadolescenceという発達段階、これを一言で言う日本語がなく思春期と言ったり、青年期といったりするんですけども。その思春期・青年期という15年間の間に、幼児期の間の分離個体化過程によって掘り起こされた心理的能力を真に自らの対処機能として、自分の人格の部品として心に設置し、それらの機能を利用可能な有効なものとするために、この15年間の期間が人間には必須であると考えたわけです。

このブrossの半世紀前の観察から導き出された洞察は現在にも十分に生きています。子どもたちはブrossが見たよきアメリカ、50年代の青年たちの様態に比べると今の日本人の生態は本当に違ってしまったとよく言われています。しかし、私にはやっぱり幼児期に母親から離れて機能するための基本能力を開発していただくだけではぜんぜん応用できない、掘り起こしただけの能力を、思春期の年代の葛藤との取り組みを通して、本当の自分の機能にしていく（「tuningしていく」とも言えるでしょうか）という心の発達過程に時代差が生じているとは思いません。おそらく表現法が違っていただけなのだろうと思います。

そういう観点から思春期の発達課題を考えるとそれは母親離れ、そして自分探し・自分作りということになります。思春期の子どもたちの関係性の主たる対象の一つが親であることは間違いありません。母親離れが発達課題であればあるほど、その開始期である小学生高学年（前思春期）にはむしろ親子関係に対する過敏性が増す「マザーコンシャス」ともいえる心性が目立つようになります。母親離れが始まると、かえってお母さんとの関係性が気になってたまらないという気持ちです。距離が空けば、あるいは頼りたくなれば「冷たい」と思い、命令されたり抱えられたりしたら「うるさい、子ども扱いするな」と思うわけです。そういう葛藤を抱えながら母親から離れてきた、非常に心細い思春期の子ども（外見上は強がっていますが）を支えるのが仲間集団です。仲間と一体感を感じる時母親から離れすぎた不安や落ち込みも強力に支えられます。しかし、仲間集団で支えられるためには一体感を共有する、単に無理な背伸びをし続けなければなりません。そしてもう一つこの年代の子どもが自己を作っていく上で取り組まなければならない関係性があります。それは内なる関係性、つまり自己とそれを観察する自己との関係性であり、自己と社会的な評価との関係性です。こういうものに非常にコンシャスになりナーバスになりそして脆弱になっていく、これが思春期の子どもなのです。

次に、その問題を親子関係の危機、仲間関係との危機、自部探し・自分作りをめぐる危機という

3種類の文脈で見てみましょう。

親離れの臨界期における親子関係の危機

- 幼児期における過剰適応的な「良い子」のままではこれ以上親離れしていけない、このままでは本当の自分がない、空っぽと感じる苦悩
- 親離れを続けることで親の精神的危機が切迫する（例えば「お母さんが壊れてしまう」という恐れ
- 思春期の自分を受け入れてくれない家族環境の中での苦闘（反抗など）あるいは擬似家族システムへの逃避

親子関係の危機について見てみましょう。子どもは幼児期には親に依存しなければ生きていけませんから、ある意味で子どもは限りなく母親や父親の養育環境に過剰適応して幼児期を生き延びるということが出来ます。幼児がどうしても親に合わせられないというときは体が病気のときか、生来の発達障害である様な場合ではないでしょうか。その子どもが思春期に至り、母親離れの課題に突き動かされます。その段階に発達上の大きな壁がそそり立っているようにわついには思えます。もはや幼児のように親の都合に過剰適応的ではいられなくなるのです。もう我慢できないというわけですが、これは必ずしも意識的な体験ではありません。訳がわからないままそうしたエネルギーに翻弄されるという側面が色濃いでしょう。どの子どももそういう部分がある程度持っているのです。よい子であり続けようとして続けられない思春期の子どもは自分をどう感じているのでしょうか。多くの場合、「これは本当の私ではない」という感じのことを思春期の子どもは言います。これが機器の最初の一つです。

二番目の親子関係をめぐる危機として、ものすごく不安定な親がいて、「このまま親離れを続けているとお母さんが壊れてしまう」という感覚に思春期の子どもを追い込むというものがあります。この結果何が起きるかという、子どもが親離れをあきらめて、表面的には親に屈服した生き方を選ぶことになります。

三番目は児童虐待をする親との関係が続き、家に閉じこもる家がない子どもはどうしたらいいの

でしょうという問題、あるいは危機の様態についてです。思春期の子どもにとっては、母親離れの基盤である母親代わりに頼れる存在が必要です。そのような場合、思春期の子どもは自己愛的に自己を支えようとするでしょうが、それでも頼る現実の対象が必要であることに変わりはなく、しばしば『偽の家・偽の家族』に頼らざるをえなくなるのです。若者は『良き家族』という理想にあこがれ、その類似の関係性を与えてくれるものに入れ込みます。部分的とはいえ、カルト集団やその他の宗教集団や暴力団や非行集団などがそうした受け皿となっているのです。女子の性非行のような行動にも、一夜のほっとできる関係への耽溺という側面を否定できません。

親離れの推進力たる仲間関係の危機

- 仲間関係の中で恥をかくことへの恐れ・批判への過敏性亢進
- 仲間関係からの孤立がもたらす自信喪失、抑うつ、そして怒り
- 仲間集団に圧倒された不安と恐怖
- 仲間集団の反社会性への追従
- 仲間集団での挫折を恐れるあまりのひきこもり

それからもうひとつの危機は仲間関係です。良好な仲間関係の存在は母親離れのための必須条件といっても言い過ぎではないと思います。思春期の子どもは、この仲間関係の心理的支援に支えられて親離れを進めていくために、仲間ないし友人との関係に過剰適応していくわけです。幼児期には親に過剰適応したように、思春期では仲間にも過剰適応すると言ってもよいでしょう。過剰適応は多くの利益を子どもに与えてくれますが、それは同時に挫折への脆弱性を意味する特性でもあることを忘れるわけにはいきません。この仲間集団の中で、すなわち仲間の前で恥をかいて、仲間からバカにされたり、外されたりしないために、仲間にはけっして弱みを見せられない関係性が出来上がるわけです。過剰適応的な姿勢が優勢になりすぎたり、挫折の危機が目前に迫ると、このような子どもは仲間集団で挫折するくらいなら最初から

家にいようという、ひきこもりと不登校の基本みたいなものが仲間関係の危機の中から出てくるものです。

このような思春期の空気の中で、発達障害を持つ生徒は非常に孤立しやすい子どもたちであることが知られています。発達障害以外にも孤立しやすい子ども側の要因はいくつかありますが、同時に仲間集団の質にも孤立した仲間を生み出しやすい特性、すなわち仲間を積極的に孤立させる（はずす）いじめの横行といった要因があることにも注目すべきでしょう。仲間関係から孤立させられるということは、思春期の子どもにとってはもう生きていく自信を本当にもてない心境に追いやられることです。まずは落ち込み、次いでメラメラと怒りがこみあげてきます。その怒りのエネルギーは反社会的な集団に吸い寄せられていく子どもの心性につながります。

子どもは過剰適応している子どもばかりではありませんし、孤立し怒りに燃えながら自信を失っていく子どもだけでもありません。いずれにしても攻撃的な要素が色濃い過半数の子どもに教室で囲まれながら、緊張して身を固くし委縮していく子どもも沢山います。この委縮した子どもはまわりをみて怖いと感じるようになります。そして、何か些細なきっかけで、この委縮した子どもが突然不登校を始めることがあります。

自分探し・自分作り過程の危機

- 自己愛的な尊大さを防衛として用いること
- 自己感が薄れ、離人感や自傷行為が生じること
- 自己の独立性への過敏性が亢進し、関係・被害的思考への親和性が増すこと
- 自己同一性の拡散が生じやすいこと
- 児童虐待的幼児期を持つ子どもが思春期に達した時、激しい無力感、無価値感、罪悪感、そして怒りという自己否定的感情を経験しやすいこと

次に、自分探し・自分作りをめぐる危機についてお話しします。

まず最初に、危機の様態です。思春期というのは自分探し・自分作りの年代であり、同時に母親離れの圧力に耐えねばならないということもあっ

て、防衛的に自己愛性の高まる年代とされています。尊大であるとともに、非常に傷つきやすい、あるいは傷つくことを恐れる自己愛性です。そして二番目ですが、この年代は自己感の過敏性が高まると同時に、敏感の対極にある自己感の曖昧さが高まる側面を持っています。こういう自己感の曖昧さの表現である離人感や、そうした自己感を一挙に取り戻そうとする行為である自傷が思春期という年代では生じやすいと言えます。

三番目は、「人が私を見ているみたい」「人が私を笑っている」といった関係性への被害的色彩の濃い敏感さです。自己の独自性、独立性を守ろうとする動機が高まる中で、自己の侵害される（他者による批判から内面への侵入まで）怖れと、それに対する過敏さが増す結果であろうと思われます。そして四番目に、私はどういう人間なのか、どういう役割を者かに出て果たすことができるのか、そもそも私は本当に女なのか（あるいは男なのか）といった同一性（identity）の揺らぎが生じやすくなります。

自分探し・自分作りという発達課題をめぐる、以上のような危機の様態を抜きに思春期の心を理解することは不可能です。この点で、特に注意を払うべき一群の子どもたちがいることに注目すべきでしょう。それは児童虐待を受けた子どもです。思春期に至ったとき、被虐待児は激しい無価値感や罪悪感が虐待を受けていた幼児期同様に浮かび上がり、思春期に至った自分が罪深く空虚であるという思いとともに、自己破壊的な色彩を帯びた、持って行き場のない激しい怒りを刺激されることになります。

不登校下位分類

- 過剰適応型 ⇒ 背伸び、恥への恐れ
- 受動型 ⇒ 圧倒されることへの恐れが前景に出る
- 衝動型 ⇒ 衝動統制の問題から孤立へ
- 混合型 ⇒ いずれかの1型に分類できない

以上述べてきましたのは、思春期の発達課題と危機の様態というテーマでした。こうした思春期の危機と向かい合いながら、子どもはたいていの場合問題を顕在化させることなくこの年代を通過していきます。

不登校についてという本来のテーマに戻りますと、不登校は以上のような思春期発達の危機の重大な表現形の一つとってよいでしょう。大人でいえばパーソナリティという概念でくられるのですが、不登校を示す学童期や思春期の子どもではまだその概念に適合する固定的な人格的要素は、発達障害をふくめたとしても未だ明確ではない形成過程にあります。とはいえ、不登校の出現過程や不登校中の状態像は一様ではなく、未分化とはいえ、いくつかのパーソナリティ傾向に規定された下位分類を抽出できるように思えました。そこで私は、パーソナリティ傾向を学校生活での仲間関係や学校活動へのコーピングにおいて優勢な姿勢と近似のものとして仮定し、不登校開始前の学校生活で目立った対処姿勢や対処法を図のような4型に分類し、不登校の下位分類としました。こうした各対処法の破綻として不登校をとらえることを提唱しました。

第一の下位分類は『過剰適応型不登校』と呼び、不登校開始前の学校生活でよくできる、あるいはうまくやっている自分にこだわり、失敗して恥をかいたり笑われたりすることを恐れ、いつも平気さを強調しているような過度の背伸びが目立っていた子どもが、良いパフォーマンスや良い人間関係が維持できなくなるほど失敗し恥をかいてしまったとかんじるような挫折体験を契機に不登校に入ってしまう、そんな不登校です。このタイプの子どもは何かのきっかけで登校したり、教師や友人と会ったりした際には、まるで不登校などなかったかのように元気で平気そうな姿を示してしまうことが多いと思われます。過剰適応型不登校は、不登校の下位分類の中で最も多く見られるものです。

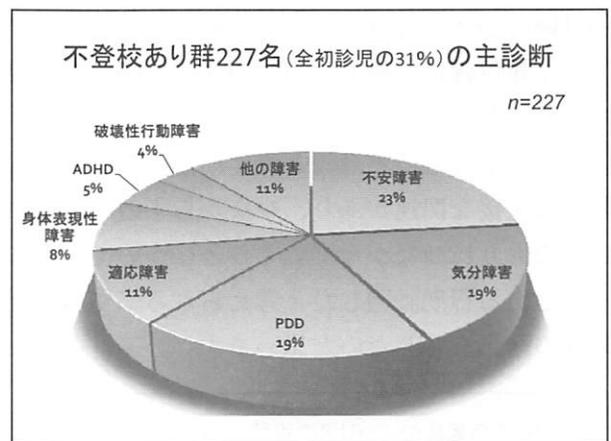
第二の下位分類は『受動型不登校』です。思春期に入り、大半の仲間が集団の中で強がり、弱みを見せないという過剰適応的な背伸びをしている中で、そうした教室の空気に圧倒され、緊張と不

安で身を固くしている、すなわち委縮している子どもが少なからず存在します。そうしたタイプの子どもがさらに不安になるような脅威にさらされ、それ以上耐えられなくなり、登校できなくなる、それがこのタイプの不登校です。

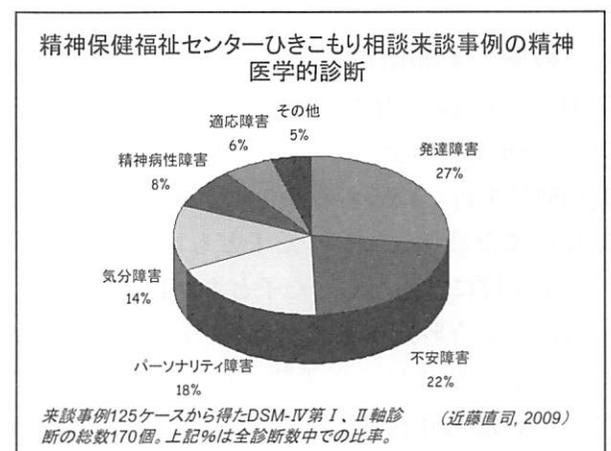
第三の下位分類は『衝動型不登校』です。思春期に入り排他性の増した仲間集団から排除され、孤立した子どもが、失地回復の努力も報われない状況で、怒りと落ち込みのないまぜとなった感情を伴って始まる不登校です。社会的差別を大人の世界から子どもの世界へ持ち込んだいじめによる仲間集団からの排除であることもありますし、孤立する子どもの側の要因が関与している場合もあり、後者の場合排除の理由は多くの場合その衝動性です。ADHDの衝動性、広汎性発達障害の衝動性、器質性脳障害に基づく高次脳機能障害の衝動性などはその典型ですが、空虚感を埋めようと必死に対象にしがみつき操作する境界性パーソナリティ障害や自己愛性パーソナリティ障害などの子どもの自己中心性も衝動性の高さと同じように排除の要因となります。

そして最後の下位分類が『混合型不登校』です。これは言うまでもなく、上記の下位分類の複数のもので特徴を見いだすことのできる不登校を言います。これはほぼすべてが衝動型に過剰適応か受動型が重なっているように見える不登校です。

さて次にお話ししようと思っていますのは、背景要因は不登校の背景に存在する精神障害です。国立国際医療研究センター国府台病院を平成21年に受診した初診児は774名でした。そのうち不登校を示していた227名（全初診児の30%）の精神医学的診断名をDSM-IVにしたがって集計しました。『通常、幼児期小児期に初めて診断される障害』と名づけられた障害群には広汎性発達障害もADHDも緘黙も行為障害も全部入っていますので、当然ながら不登校を示した227名の中で最も多い72名がここに含まれています。次いで『不安障害』が53名、『気分障害』が43名、『適応障害』が23名、『身体表現性障害』が18名などとなりました。



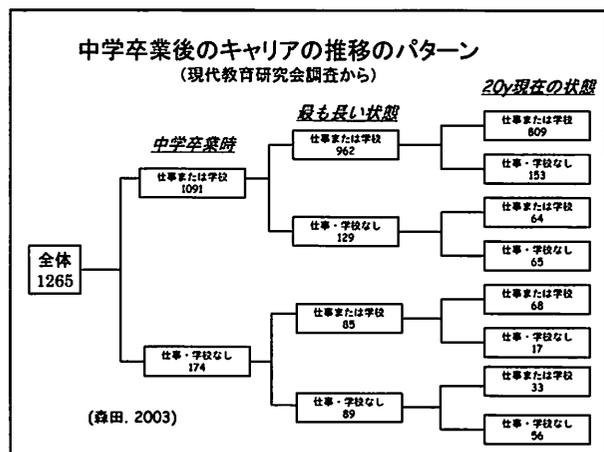
このグラフは、不登校を示していた227名の主たる診断名の比率を集計したものです。不安障害23%、気分障害19%、広汎性障害19%、適応障害11%、身体表現性障害8%、ADHD5%と続いています。非常に多くの精神的な障害が背景にあるのがわかりますが、注目すべきは概ね30%ぐらいがPDDもしくはADHD、すなわち発達障害であるということです。



このグラフは山梨県精神保健福祉センターの近藤直司先生たちが全国の同センターでのひきこもり相談事例で、専門家（精神科医もしくはトレーニングを受けたPSWや臨床心理士）が直接会って評価できた125ケースの精神医学的診断名の集計です。注目すべきは、青年期以降のひきこもりにおいても、ひきこもり者の27%がPDDを中心とする発達障害であったということです。また、不安障害22%と気分障害14%という数字も不登校のそれと近時といえるでしょう。異なるのは、主として青年期以降で診断されるパーソナリティ障害がひきこもりでは18%と主要な障害の一つとして存在している点でしょう。子どもの不登校と青年

期以降のひきこもりにおける診断名の分布のこのような類似性は、両者の現象が共通点の多い現象であることを意味してはいないでしょうか。

次に、子どもの不登校と青年期以降のひきこもりとは密接な関連があり、少なからずの不登校がひきこもりにつながっていくことについて、そのことをある程度証明したと考えられる二つの調査研究の結果を示したいと思います。



その一つは森田洋司先生たちが行った研究で、全国の中学校の適応指導教室を卒業した子どもを対象に5年後の社会適応状況を調査したものです。有効回答を得た1265名のうち中学を卒業した時点で仕事または学校に行った子どもは1091名おり、仕事や学校に行かなかった子どもが174名でした。

次に、調査時点までの5年間のうち最も長く留まっていた状態は、卒業時に仕事または学校に行っていた1091名中、961名は仕事または学校へ行っていた状態が最も長く、129名はいけな状態が最も長いという結果であった。それに対して、中学校卒業時に仕事も学校も行かなかった子ども174名では、85名が仕事または学校に行っている状態が最も長く、89名は行っていない状態が最も長かったという結果であった。次に20歳のときには、この図の最も右の列のような分布でした。

非常に興味深いのは中学卒業したときに仕事または学校にいったものでは、最も長く留まった状態は「社会参加しているもの：していないもの」比が概ね7：1であり、最も長くいたのが社会参加している状態だったものは20歳の時の「社会参加しているもの：していないもの」比が5：1であり、さらには中学卒業時には仕事

にも学校にも行っていない子どもが一旦仕事または学校へ行くようになり、そこにとどまった期間が最も長くなったものの「社会参加しているもの：していないもの」比は4：1でした。

これに対し、中学校卒業時に社会参加していなかったもののその後5年間で最も長く留まった状態の「社会参加しているもの：していないもの」比は1：1、また最も長く留まった状態が社会参加できていない状態だったものの20歳時の社会適応状況の「社会参加しているもの：していないもの」比は0.6：1であり、さらに中学卒業時に社会適応状況の良好だったもので、その後の5年間もっとも長く留まった状況が仕事にも学校にも行っていないものの20歳時における「社会参加しているもの：していないもの」比は1：1です。

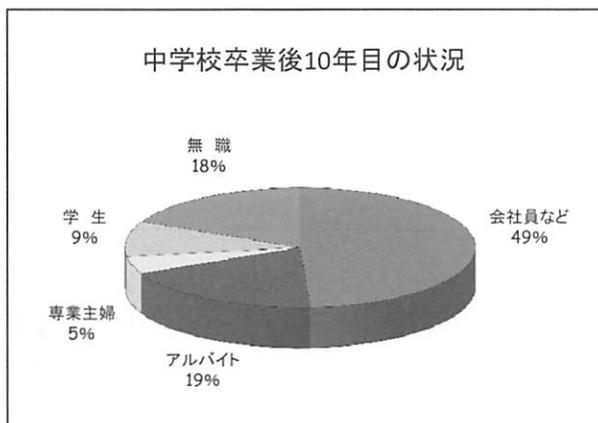
どうでしょう、その前が社会参加と不参加のどちらであれ、一旦「社会適応の良い状態」になると、それが持続する可能性は持続せず不適応となる可能性の4～7倍高いということがわかります。逆に、一旦「社会適応状況の悪い状態」となると、その後社会適応の良い状態へ変化する可能性はそのまま不適応状態が続く可能性の3／5から同率までの間にあるということになります。

少し乱暴な言い方になりますが、不登校の子どもの10代後半の5年間は一旦適応の良い状況となるとその状態が持続する確率は5倍ほど高まり、一旦仕事または学校に行けていない不適応状態になってもその後適応良好な状態になる確率が1／2ほど存在するのである。そしてその結果が20歳における「仕事または学校に行っている」ものの77%、「行っていない」ものの23%となるのです。とかく、この最後の77：23という数字が独り歩きしがちですが、森田先生たちの研究が与えてくれた知見の真の意義は、そこに至る元不登校児の10代後半における社会適応状況の動態を明らかにしたことにあると思います。

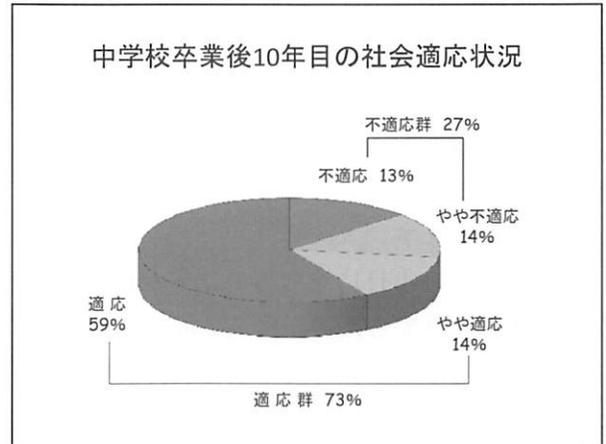
齊藤万比古: 不登校の病院内学級中学校卒業後10年間の追跡研究. *児童青年精神医学とその近接領域* 41(4): 377-399, 2000.

今回お話ししようと思う第二の研究は、私が2000年に発表したものです。義務教育で不登校を示し、国府台病院児童精神科へ入院し、同時に院内学級に入り、そこを退院かつ卒業した子どものその後10年間の社会適応の展開を明らかにするとともに、10年後すなわち25歳時の社会適応状況、とりわけひきこもり状態を予言する不登校時代でのリスクファクターを見出そうとする目的で取り組まれた研究です。もちろん、ある時代の院内学級を卒業した子どもを洩れなくリアルタイムに10年間フォローし、評価し続けるというコホート研究のデザインが実現できたら素晴らしいのですが、残念ながらわが国ではそうした研究を大規模に繰り返す文化は未だ十分に確立されておりません。特に、20世紀後半のわが国の学校原因論が優勢な「不登校文化」のもとでは、本研究のデザインでさえしばしば不登校児を悪者扱いしていると批判させる有様でした。

そこで私が採用した方法は、何台かにわたる病院内学級中学校の卒業生を対象に、中学校卒業後10年目まで3回くらい同じ内容の調査を繰り返しました。その結果、中学校卒業後10年間の1年ごとの適応状況を把握できた方が106名おり、この106名から得たデータを検討しました。

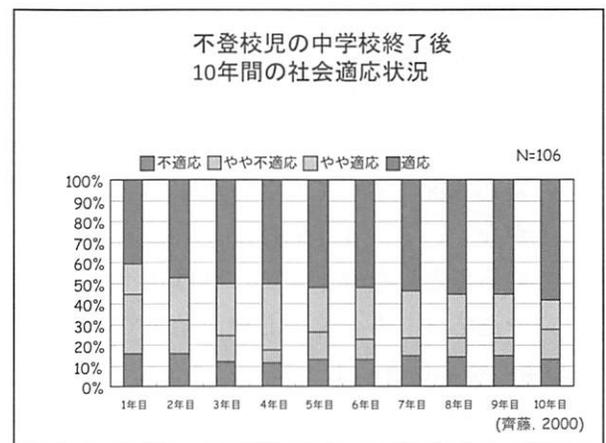


これは中学卒業後10年目、多くの方が25歳のときの社会適応上の状態像を職業で表したものです。ご覧のように「会社員など」49%、「アルバイト」19%、学生9%、専業主婦5%、そして無職だった方が18%でした。



このような中学卒業後の1年間を実質的に1年間どのような適応水準にあったかで評価してみました。1年間適応していたかどうかという評価を、適応、やや適応、やや不適応、不適応の4分法で評価し、さらに前二者を「適応群」、後二者を「不適応群」とする二分法で評価した結果がこの円グラフです。4分法でいう「不適応」は基本的にひきこもっていた人を意味しています。この106名中13%が25歳のときひきこもっていたことを表しています。

次に、中学卒業後より1年ごとの4分類法に基づく社会適応状況の展開について見てみましょう。



このグラフは1年ごとの適応状況の評価結果を表しており、右端の棒が一つ前の円グラフと同じ10年目、すなわち大半が25歳の時の評価結果を表

しています。こうして見ますと、もっとも適応比率が高いのは4年目のときで、2分法による適応群の割合は80数%となっています。それ以前、1年目から4年目までの10代後半を見ますと、中学卒業直後の1年目が最も適応群が低い割合となり、50%強にすぎません。卒業時点で大半の卒業生が進路先を決めていたにもかかわらず、その後の数カ月の生活で学校に行けない状況が半数近くで生じているということになります。その後、4年目まで年ごとに適応群が増えていき、4年目にピークを迎えます。

ところが、5年目に適応群の比率が10%ほど下がります。それでも70数%は適応群ですが、この適応率の下降は、このあたりから就労が始まることに原因があると思われます。6年目以降はこの5年目の割合とほとんど同じ水準が10年目まで続いています。

では、個々の元不登校児はどのようにこの10年間の社会適応状況の評価を経由していくのでしょうか。このグラフでは大まかなことしかわかりませんので、さらに検討を重ねなければなりません。そこで中学校卒業後10年目の4分法による4種類の各分類に属する人がどのような展開を示すかを統計学的に検討してみました。詳細は省略しますが、その結果以下のようなことが明らかになったのです。

調査対象106名のうち10年目、25歳の時に社会適応に問題がなかった4分法で「適応」とされた62名の9年間の展開を見ると、10代の頃は有意に10年目の適応状況と異なるものが多くおり、10代は必ずしも適応状況がよいとは限らないことを示していました。しかし、6年目、21歳以降は25歳の時の適応状況（すべてが2分法適応群）と統計的に差がなく、この4年間は25歳時と同じ状態が続いていることとなります。これは10年目の4分法「やや適応群」も全く同じ検討結果でした。一方、25歳の時にひきこもっていた4分法「不適応」の人は適応の良い2群とまったく同じように、10代の頃は誤差の範囲をこえて適応の良好な時期を持つものが確かに存在しているが、6年目以降の20代前半は10年目の25歳時の評価（すべてが2分法不適応群）と統計学的に差がない状態が続くこ

とになります。

すなわち、義務教育期間中に不登校が続いていたものは、中学卒業後10代の間、後に適応良好となるものも不適応となるものも、まだどちらも必ずしも決まっていません。しかし、20代に入ると、25歳の時点での社会適応とほとんど同じ状態となります。つまり21歳で適応が良好の人は、その後も良好、21歳の時にひきこもっている人はその後も引きこもっているというわけです。

なお、中学卒業後10年目に4分法「やや不適応」のものだけが非常にユニークな展開を示しました。10年目の2分法不適応群100%であることはいうまでもありませんが、そこに至る9年間のいずれの年ともその評価結果は統計学的に一致しないのです。要するに10年目に不適応群であったのはたまたまそうであっただけで、前の年は適応群だったかも知れません。でも、そのまた前は不適応群だったかも知れないというわけで10年間にわたって評価が動揺する群であることがわかります。

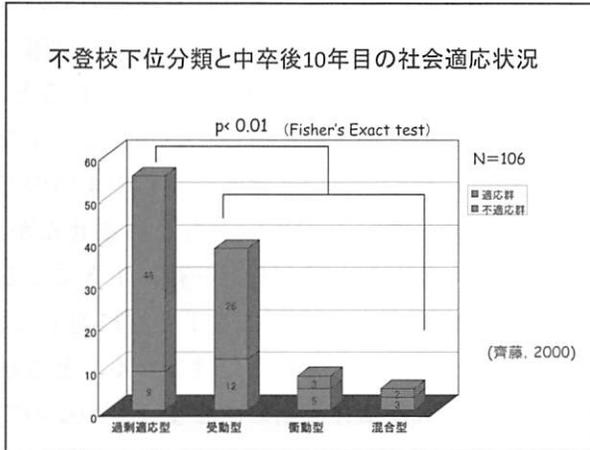
ここまでお話ししてきましたのは不登校児の中学校終了後の社会適応評価の展開です。義務教育期間の不登校段階の特性に25歳の時のひきこもり状態につながるハイリスクの要因を見いだせれば、それは治療・支援上非常に有意義です。不登校段階で診断された障害名との関連ですが、不安障害、気分障害、適応障害など各診断概念と社会適応上の予後との統計学的関連はありませんでした。

	適応群 ¹⁾	不適応群 ²⁾	χ^2 値	p値	
身体症状	59 (78)	17 (59)	3.795	.0514 ³⁾	N.S.傾向あり
不安・恐怖	40 (53)	20 (69)	2.287	.1305 ³⁾	N.S.
抑うつ症状	19 (25)	13 (45)	3.895	.0484 ³⁾	p<0.05
家庭内暴力	7 (9)	11 (38)		.0011 ⁴⁾	p<0.01
ひきこもり	7 (9)	7 (24)		.0572 ⁴⁾	N.S.傾向あり
転換・解離症状	8 (11)	8 (21)		.2031 ⁴⁾	N.S.
強迫症状	8 (9)	5 (17)		.1718 ⁴⁾	N.S.
妄想関連症状	1 (1)	4 (14)		.0199 ⁴⁾	p<0.05

1) 人(%: 適応群中の比率) 3) Chi-square test (斉藤, 2000)
2) 人(%: 不適応群中の比率) 4) Fisher's Exact test

ところが、不登校段階で表れていた症状には予後との関連を持つ症状がいくつか見出されました。それが「抑うつ症状（これはそれなりに明確な抑うつ症状を示す水準のものを指していま

す)、「家庭内暴力」、そして「妄想関連症状(統合失調症のそれではなく不登校であることから理解できる程度の過敏な関係被害感のこと)」です。表が示すように、これらの症状を持つものは持たないものより優位に25歳のときひきこもりにあるものの割合が高い、すなわち「ひきこもりリスク」が高いのです。



もう一つ不登校段階での特徴で25歳のひきこもりリスクを感知できたのが、すでにお話した下位分類です。「過剰適応型」、これは非常に社会適応上の予後がよろしい。「受動型」はこれに準じて予後はよいと言えます。問題は「衝動型」と「混合型」です。ご覧のとおり、これら2型は25歳時の2分類法不適応型が半数以上です。これら4型は「過剰適応型」対「他の3型を併せたもの」でも「過剰適応型+受動型」対「衝動型+混合型」でも両群間に有意な差を認めました。

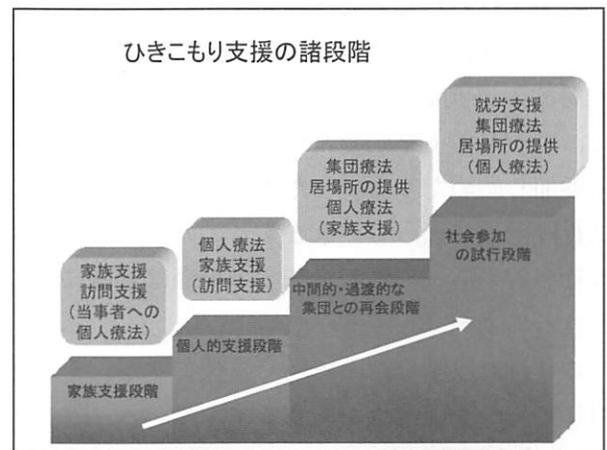
次に不登校の支援について考えてみたいと思います。不登校とひきこもりの支援を理解するには構造あるいは次元という観点からとらえるとわかりやすいように思います。

次のような事例は珍しくありません。不登校で、同時にうつ病の小学生です。今、仮に小6の後半とします。小5の秋に不登校を開始し、精神科医がうつ病と診断し、抗うつ薬の服用が始まります。やがて、うつ病は薬物療法で改善します。環境的には保護者の理解もよく、学校でも担任がいじめ的な出来事の解決にあたり成功します。半年も経つと、もう学校へ行っても良いんじゃないの？そろそろ学校に行く？と保護者や教師が口にするようになります。しかし、この子どもはうつ病がな

おっても学校へ行こうとせず、学校や家庭の環境が整備されても同じことです。こんな子どもは沢山います。

このようなケースでは何が足りないのでしょうか。それは治療・支援の第三の次元(第一次元は障害の治療、第二次元は環境整備)が顧みられていないからです。それは何かというと、不登校の好発年代である小学生高学年や中学生には、同じ仲間集団から外れてしまうことを強く恐れる気持ちが強く、不登校は皆と一緒に育つことの大きな、かつ深刻な挫折であるということです。この本来属していた集団から取り残された状況の解決困難性を理解し、両者の間に橋渡しを提供する発想がなければ不登校の真の解決はやってこないのです。

このように支援や治療をトータルに見ていくという姿勢を持って支援にあたしましょう。そんな考え方が大切だと思います。



橋渡しの機能、第二の個体化と呼ばれる親離れ過程の路線から挫折し外れてしまった不登校の子どもへの支援の全体像を理解するには、この図のような段階論が有益だと思います。

最初の段階を『家族支援段階』と呼んでおきましょう。この段階は不登校の子どもと出会うのが大変難しい時期で、例えば本人が支援の場に来ていても支援に前向きな反応はせず、いずれの場合でも親を支え、家族機能の再構築を図るべき段階です。多くの場合、そうこうするうちにフッと子どもが治療・支援の場に現れる時があります。それが次の『個人的支援段階』の始まりです。最近では、この段階への展開がうまくいかず家族支援段

階で停滞しているケースにはアウトリーチ型支援が推奨されています。いうまでもなく、これとて万能ではなく、アウトリーチ支援への当初の親の過大な期待を鎮め、十分評価と準備を行ったうえで実施すべきでしょう。個人的支援とは認知行動療法的アプローチを含めた言語的交流やプレイセラピーのような非言語的交流を通じて不登校児の学校への恐れや構えをやわらげていく支援です。やがて、1対1の支援では飽き足らなくなり、皆がいるところや私でもいられるところを求める気持ちを垣間見せるようになってくると、『中間的・過渡的な集団との再会段階』が間近に迫っているサインです。「僕の行ける教室ってあるんだっけ?」と、以前に親が適応指導教室の話をしたそのことに触れ始めるなどはその好例です。やがてそうした居場所に実際に参加し始めることでこの段階が始まります。この段階に至ると、そこでの仲間集団との出会いを契機に急激に対社会的活動が増加するのが普通で、社会参加の模擬行動を集団でしきりに試みるようになります。そのような中間的・過渡的な集団活動がしばらく続いた後に、アルバイトを始めたり、就労支援プログラムに参加し始めたりといった本格的な『社会参加の試行段階』に入っていきます。この段階まで来れば社会的な生活への真の意味での復帰は目前にあると言ってよいでしょう。

こうした段階を踏んでいく支援ですが、その運用にいくつか注意点があります。

『家族支援段階』では、不安になった親の、たちどころに解決するという万能的な救済を求める気持ちや、親がどう変わればよいかという性急すぎる（したがってまだまだ表面的な）質問に触発されて、支援者が親や子どもを早くからリードしようとしすぎたり、不用意に学校の姿勢に口出しをしたりすることは厳に慎むべきです。この段階の初期には特に支援者が前面に出すぎないように注意すべきです。この段階では、不登校という思わぬ事態の出現に深く動揺する親の気持ちを受け止め、支えることに力を注ぐべきで、本人を素早く見事に学校復帰させるという野心から支援者は自由でなければなりません。この段階では支援者は子どもと親（そして学校関係者）の各々が持って

いる本来の能力を発揮させるべきであり、まずは黙って学校と親と子ども自身がやれることをやってみる時間を保証しましょう。

次に、『個人療法段階』では、前の段階の延長として、親の支援をけっしてやめるべきではないということを忘れてはいけません。中学生、そして高校生や成人を支援する時、本人と会えるようになったからといって保護者はもう来ないでいいですと言っはいけないのです。家族支援段階の親支援を継続すべきなのです。それを忘れると、親は変化し始めた子どもに置いていかれる（すなわち見捨てられる）という感覚を持ちやすいのです。そんな馬鹿な、とお思いかもしれませんが、長くひきこもりがちな子どもと一緒に生きてくると、どんな親でも家にとどまる子どもに対して、困ったという感情に苛まれるだけでなく、どこかで自分も子どもに依存し始めてしまうものなのです。特に母親にそれは生じやすいと思いますし、その生じない母親がけっして良き母親ではないのです。親子は永遠に共に成長していくものという感じでしょうか。だから子どもの個人療法が始まっても親支援のセッションは何らかの形で進めるべきなのです。

次に『中間的・過渡的な集団との再会段階』ですが、この段階では子どもは居場所を得て、仲間を得ます。うまくいくと、例え成人のケースでも10代前半のギャングの時代に退行し、騒々しい活動性を高めます。そこでは皆過剰適応して強がっています。そしてこの過剰適応は、今度は成功させねばなりません。その時に大切なのは、前の段階で中心的な支援法だった個人療法の場を確保し、個人的支援を続けるべきです。なぜなら過渡的な仲間集団は思春期葛藤を強く刺激し、集団内にとどまることがきついと感ずる瞬間は必ず起こるからです。その時に、集団から離れて支えを求めることができるのは個人療法の場です。元気な時の「もう面接はいいよ」という強気な発言を柔らかくかわしながら個人療法の場を確保すべきです。回数をへらしても、支援していかなければなりません。

同じように『社会との再会段階』に至っても前の段階の居場所に入出入りする権利は保障すべきです。社会に圧倒されたり、うまくいかないことが

続いて落ち込んだ時、子どもや青年はフッと中間的・過渡的な居場所に何気ない顔でやってくるものです。

最後は駆け足で支援についてお話することになってしまい誠に申し訳ありませんでしたが、私の話はこれで終わらせていただきます。

<質問>

【問い】 レインボーハウス 事務長

家族支援もやりたいというNPOです。発達障害の子どもとおやごさんと話すと、障害があってもなくても、自分の生き方を考える力、送る力をもつ子どもさんも多いと思うんですが、その力をもつということに関して、大切にしなければならないことがありましたら教えてください。

【回答】 齊藤

能力が高いほど、発達障害の特性を自分の人格構造にどうはめこむのが課題になるとおもいます。例えば、ADHDで衝動性、不注意、多動などの症候を、その欠点を補いつつ、自分の特徴として抱えていくスキルを、失敗を通じて、教えていくことが必要だと思います。ただ、これはいわゆるADHDや、広汎性発達障害でしたらアスペルガー障害のような境界的な状態の人にはある程度可能だけど、自閉症のような真ん中の障害の人にはちょっとその作業は無理ですね。人格形成という観点からすると、能力が高いほど、周りからの支援が必要になってくる。社会の支援も必要だと思います。

日本育療学会・第14回学術集会ミニレクチャー

虐待と不登校

柳川 敏彦（和歌山県立医科大学保健看護学部）

1. はじめに

不登校は、多様な様相が重なり合あって発生し、子どもにおいて多彩な情緒と行動に関する症状をもたらす現象であることは多くの関係者の共通の理解である。この現象は、子ども虐待においても同様である。レクチャーでは不登校と子ども虐待は深い関連性を持つこと、両者の正しい認識が重要であること、そして、この認識が子ども、家族への支援に大きく影響することを概説する。

2. 大学病院に設置された成育医療支援室での相談

和歌山県立医科大学附属病院では子どもの心身の問題に対し、医療による診療だけでなく、心理、保健、福祉、教育など包括的な観点での支援を目的に、平成18年5月に小児成育医療支援室を開設した。年齢別相談内容でみると、不登校は、就学前の幼稚園からはじまり、中学1年生をピークに相談が行われている（図1）。

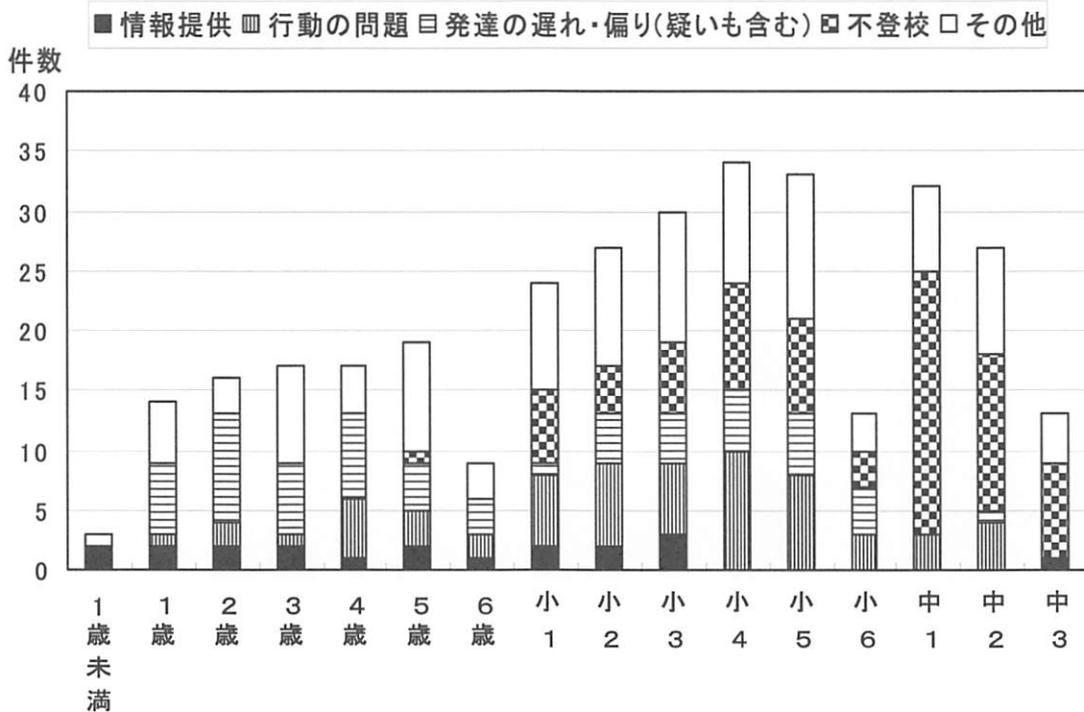


図1. 年齢別相談内容（平成18年5月～20年3月）

ミニレクチャーでは、平成18年5月からの4年間に広げて再調査を行った。

150名の不登校相談があり(図2-1)、のうち32名(21%)を子ども虐待(=マルトリートメント)と判断した(図2-2)。性別は、(不登校全体150名;マルトリートメント32名)において、女児(75名50%;20名63%)で、年齢区分では幼児期(4名3%;1名3%)、小学生低学年(29名19%;6名19%)、小学生高学年(37名25%;

10名31%)、中学生(74名49%;15名47%)、高校生(6名4%;0名0%)であった。マルトリートメント例で単親家庭は13名の41%で、母子家庭10名、父子家庭3名であった。

なお、32名中不登校になったきっかけは、本人の体調39%、いじめ・友達とのトラブル29%、転校・学習困難・なじめないなど環境の不適應26%、不明6%であった。

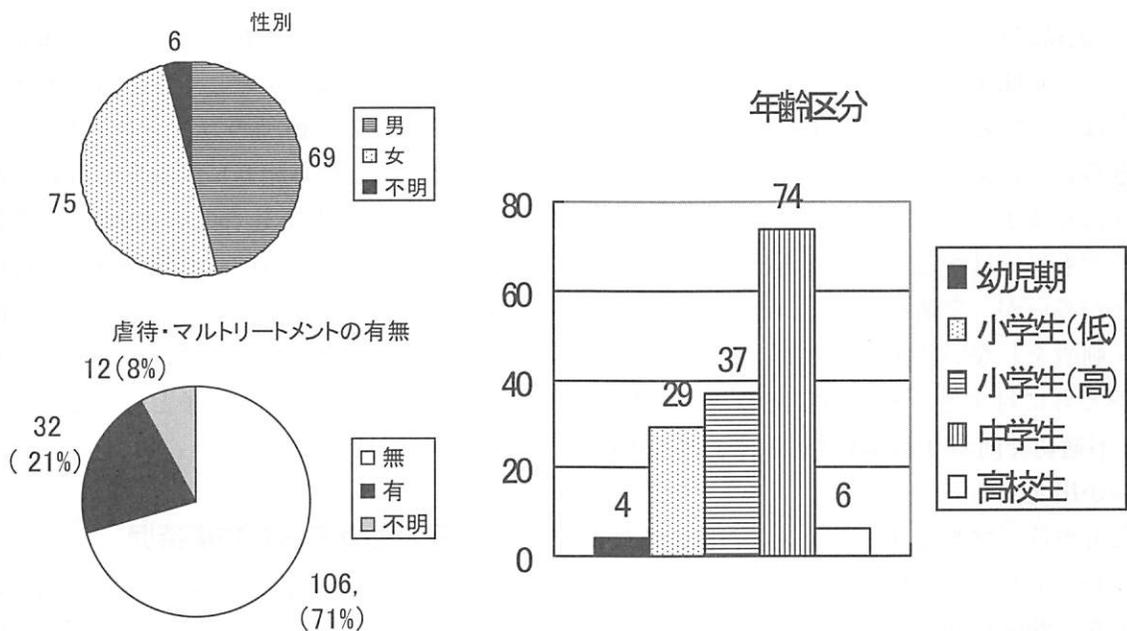


図2-1. 支援室の不登校150名(平成18年5月~22年6月)

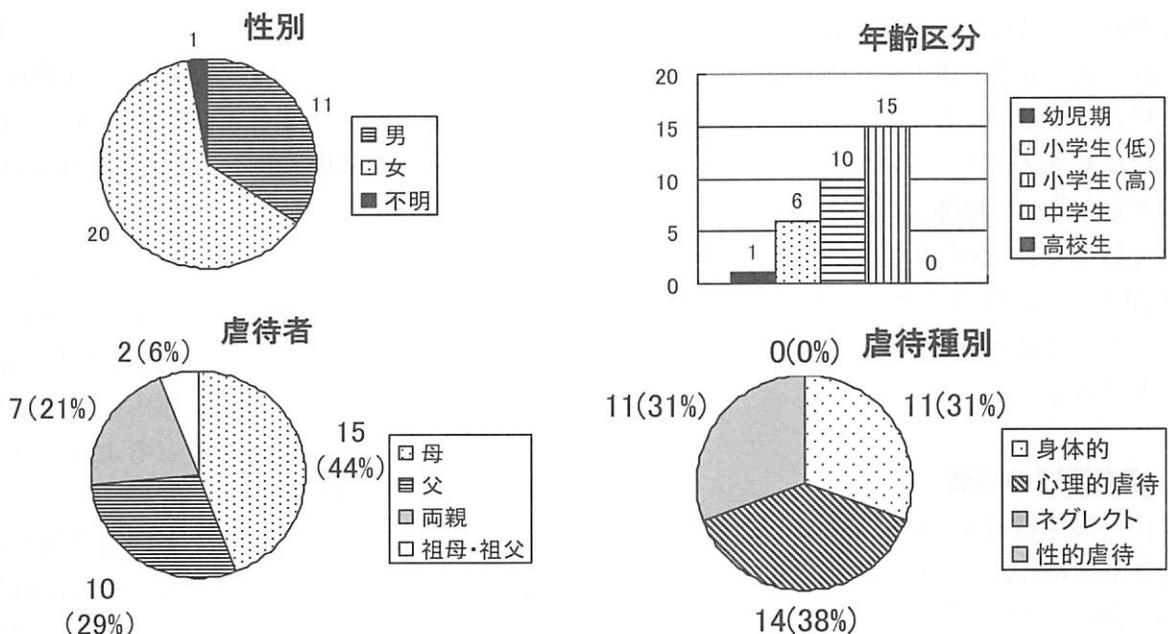


図2-2. 支援室の虐待・マルトリートメント32名(平成18年5月~22年6月)

3. 子ども虐待の認識と対応の姿勢

子どもへの虐待は、「子どもへの積極的な行為(作為)」と子どもが育つ過程において「子どものニーズを満たさないこと(不作為)」の2つに大別される。欧米では前者を「アブユーズ(abuse)」といい、後者を「ネグレクト(neglect)」と表現し、この虐待とネグレクト(abuse and neglect)を合わせて、「マルトリートメント(maltreatment)」という言葉が用いられている。すなわち、マルトリートメント(子どもへの不適切な関わり)は、「子ども虐待にいたる前の状態」ではなく、「子ども虐待」を意味する。

がんばっている子どもに「よくやったね」というねぎらいの言葉をかける、一生懸命に描いた絵を見せにくる子どもに「じょうずね」と言葉を返して子どもに注目するという行為は、意識されないことが多いが、愛情をかけない・支持をしない、認知・刺激をしない状況が慢性的に続く親子関係は、子どもに対する「不適切な関わり」であり、この「不適切な関わり」の認識から、「子ども虐待」の認識が出発する。

子ども虐待(マルトリートメント)は、時にはエスカレートして、死亡に至り、あるいは後遺症を残すなど悲惨な状況に陥るため、子どもの周辺にいる大人の気づきが非常に大切である。「子どもの健康と安全に危険をきたす、あるいはその可能性がある」場合は、虐待であるという認識が要求され、親に育児の能力や育児の知識が不足している場合、また子どもを養育する心のゆとりがない場合にもネグレクトにいたる。

子ども虐待への姿勢は「親を罰する、告発する」ことではなく、「不適切な関わり」にしっかり気づき、正しく認識することであり、この認識が「子ども、そして親を援助する」きっかけになるということである。

4. 被虐待児の特徴

奥山(臨床精神学, 1997)は、「虐待によって起こりやすい行動・心理の状態」として、①愛着障害:抑制型と脱抑制型、②多動③、攻撃性(優位に立った場合)と受動性(劣位に立った場合)、④おびえ、⑤回避、孤立(ひきこもり)、⑥自己

価値観の低下、⑦発達の遅れ、⑧大人びた態度、⑨性的な行動、⑩解離症状(ぼんやり、感覚や記憶を切り離す、赤ちゃんのように振舞う)などをあげている。また、杉山は、「子ども虐待という第四の発達障害(学習研究社, 007)」の著書の中で、575名の自験例において、広汎性発達障害24%、注意欠陥多動性障害20%、その他の発達障害10%と、過半数で何らかの発達障害がみられ、さらに反応性愛着障害は50%、解離性障害は59%、行為障害は30%に認められたと報告している。

虐待を受けた子どもの学校では、「知能に見合った学力を得ることが難しく、学習に大きな困難を持つ子が多く、衝動のコントロールが不十分で、ささいなことから相互に刺激をし合い、時にはフラッシュバックを起こし、大げんかになるかフリーズを生じるかといった状況を、毎日のように繰り返す。衝撃的な盗みなども多発する傾向にある。さらに予測を立てたり、整理をしたりといったことが著しく不得意な子ども」という1つのイメージが出来上がる。

5. 子どもからみた被虐待児

被虐待児は、程度の差はあるが上記のように心身に大きな傷を負っていることから、「援助が必要な子ども」ととらえることができる。しかし、教師、大人の世界での「援助が必要な子ども」は、子どもの世界においては「みんなと違った子ども」である危険性を持っている。人間の集団は、どの年齢にもかかわらず、通常次の3段階のステップをたどり、形成されることが示されている(アニタ・ロバーツ, 2006)。

- | |
|--|
| 第1段階：集団差別化。所属集団とほかの集団との違いをことさらに誇張する。 |
| 第2段階：集団同一化。集団内の個人が共通した態度や行動をとるようになり、所属集団内の同一化が進む。 |
| 第3段階：集団内階級化。集団内の個人が階級をなすようになる。例えば自分が一番上にいることを確認するために、誰かを蹴落とす |

すなわち、被虐待児は、集団での「いじめ」の対象となる可能性を持っていることになり、ひいては不登校への連鎖となる。

6. 不登校児への関わり

不登校は、文部科学省の定義では、「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ともできない状況にあるため年間30日以上欠席した者のうち、病気や経済的な理由による者を除いたもの」とされ、一般に「登校をめぐる強い葛藤の存在に特徴づけられた欠席状態」が強調されるが、「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景」に焦点を当てることも必要である。すなわち、様々な子ども、家族の事情を配慮すると、「非行や怠学としての欠席、経済状態やネグレクトなど家族要因による登校不能、身体疾患によるやむをえない欠席などを広く包含する」という社

会教育学の観点からの包括的な定義が現実的であると考える。

7. 被虐待・不登校合併事例と解決への糸口

不登校を主訴に相談にこられ、子ども虐待と診断した自験例から抽出した架空の家族図を図3に示す。この中から特に母親の言動に注目すると「自分の母親からかわいがられた記憶が無い、母自身いじめによってある時期の記憶が全く無い、夫との関係に強い疲れを感じる、育てにくい子ども、子どもをかわいく思えない、子どものせいで自分の人生が台無し、子どもとコミュニケーションがとれない」など、母親自身が「生きづらさ」を強く感じ、子どもに生じる自宅や学校での様々な事情に対して、しっかりと向き合える状況に無いことが理解される。母の言葉への傾聴とともに、母親に対する心理精神的なアプローチが必要となる。

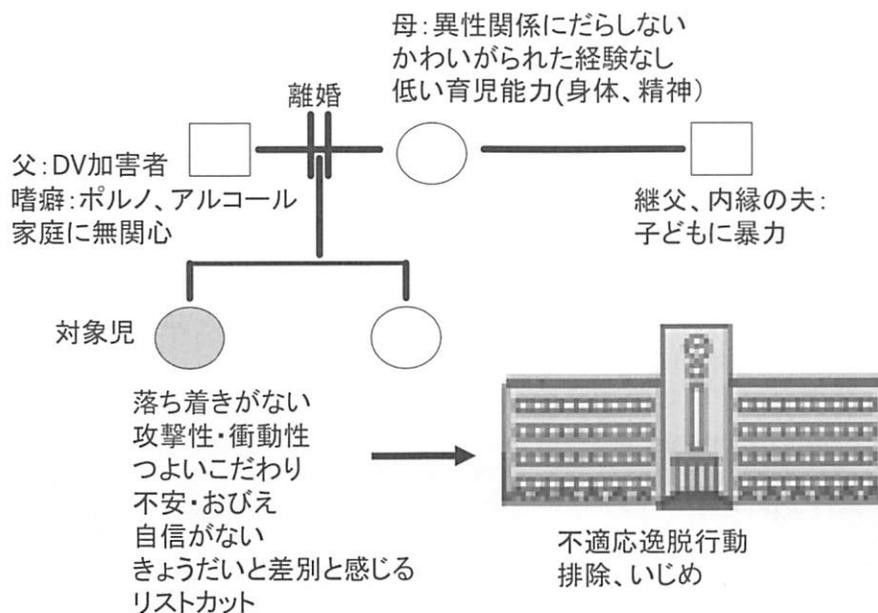


図3. 経験例からの不登校・被虐待児の家族図

子どもに笑顔が戻り、自信を取り戻し、学校・社会との関係性が回復した改善例からのポイントを列挙し、解決への道筋を示す（図4）。

- ・親自身が子どもへの関わりが、虐待的であったことに気づいた。
- ・良好な母子関係への改善がみられた。

- ・親の周囲の人間関係への信頼感が増えた。
- ・母、子ともに自己への信頼が回復した。
- ・母、子ともに自己への肯定感を持てるようになった。
- ・子どもの登校意識の変化した（学校、先生、友達からのストレス耐性が培われた）。

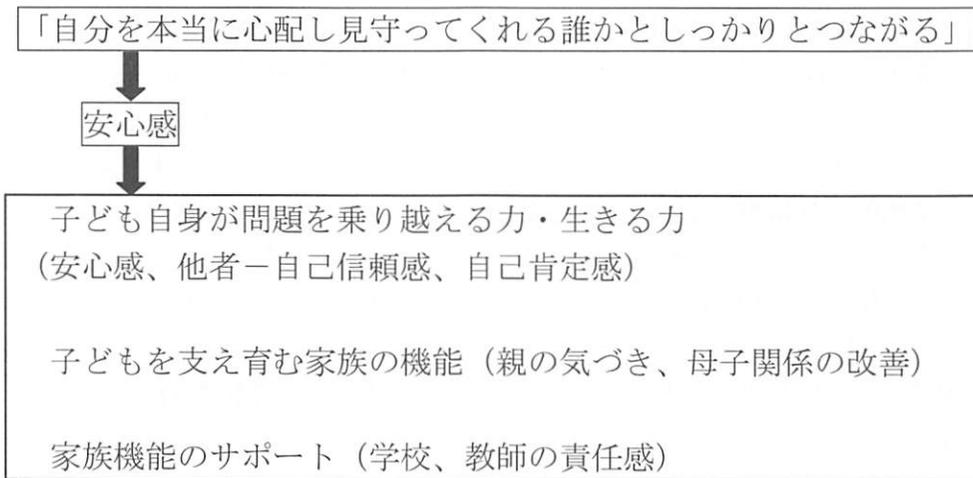


図4. 解決への道筋

8. 不登校の肯定的意義

相談の場面、あるいは診療の場面で、不登校の養育者に説明する重要なことは、「不登校は子どもにとってマイナスの時間ではなく、子どもがエネルギーを取り戻すための充電の時間である」と

いうことである。幼虫からさなぎ、そして飛び立っていく蝶々への変態（メタモルフォーシス）のイメージ（図5）であり、不登校は、「成虫になるための繭（あるいはさなぎ）ごもり」であることを強調する。

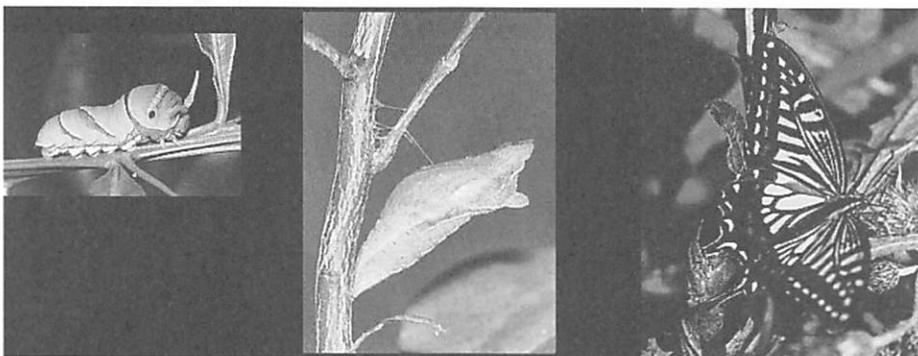


図5. 変態 (metamorphosis)

不登校の子どもがとる経過をⅠからⅣ期にまとめると以下のようになる。

- Ⅰ期（登校できない自分と葛藤）：焦り、罪悪感を感じ、頭痛、腹痛など身体症状が出現する。
- Ⅱ期（登校できない自分を受け入れ、家での生活を楽しく充実させる時期）：家族も受け入れ、親子の情緒的交流が進む→親に受け止められる経験をする→内面の深い変化が現れる。
- Ⅲ期（先々のことに目がむき出す時期）：家族に理解されている安心感、自己肯定感をもつ→家族外の世界の想定、勉強、進路を考える。
- Ⅳ期（実際に外に出て行く再自立の時期）人との関係を再体験し自信を回復する→社会化のルートに戻る。

9. まとめ

学校においていじめが起こった場合（きっかけ）、家庭において子どもをしっかり支える力がなく、子ども自身のストレスへの耐性の弱さが、発達障害的な症状につながる（背景）。自宅での虐待（きっかけ）は、児に学校・社会での不適応

行動、発達障害的な症状をもたらす（背景）。これらの両場面が、結果として、また不登校、いじめにつながる。このような状況に対して、回復をもたらすポイントは、①親子関係の改善、②周囲（学校、友だち、地域）への信頼関係強化、③親子それぞれの自己への信頼回復・肯定感の増加、④ストレスマネジメントの強化である（図6）。

逆境に対して、子ども自身が立ち向かえる力、すなわち、「レジリエンス」をもつことが最終のゴールである。そして、すべての子どもに生きるために必要な3つのエッセンスを紹介する。

1. 安心感：私は守られている
2. 自己肯定感：私は自分が好き
3. 人への信頼感：人とつながることは楽しい

参考図書

子どもにやさしい学校 インクルーシブ教育をめざして：乾美紀、中村安秀編著（ミネルヴァ書房、2009）

トリプルP～前向き子育て17の技術～：加藤則子、柳川敏彦編著（診断と治療社、2010）

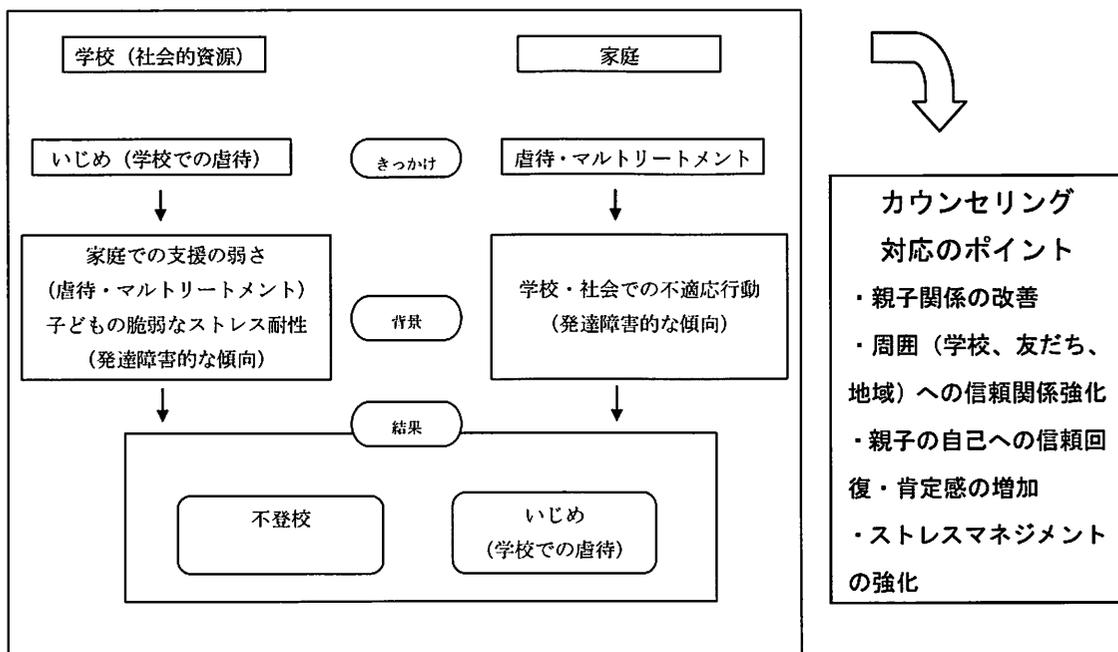


図6. 不登校・虐待関連に対する関わり

謝 辞

日本育療学会・第14回学術集会のミニレクチャー（2010年8月29日）にあたって惜しみなく協力を頂いた、岩本紗知氏、藤田絵理子氏に深く感謝いたします。また、成育医療支援室で日頃から両氏とともに相談・診療に従事されている、古

屋万里氏、片山僚子氏、辰郷子氏、瀬戸和佳子氏、和田奈央子氏、戸川弘子氏、田村彰氏、南弘一氏、そしてご指導を頂いている吉川徳茂氏に感謝申し上げますとともに、今後も仲間として協働できることをお願いいたします。

ミニレクチャー

心身症等と不登校

石崎 優子（関西医科大学小児科学講座）

【はじめに】

心身症とは「身体疾患のうち、その発症と経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害の認められる状態を呈するもの。ただし神経症、うつ病などの精神疾患に伴う身体症状は除外される。」と定義されています¹⁾。身体疾患・心身症・心の問題の関係を図にすると、図1のようになります（図1）。しかし実際には抑うつでも身体症状を呈することがあり、またI型糖尿病のような身体疾患でも心理的にかかわりが必要になりますから、その対応に明確な境界はありません。

【不登校と心身症】

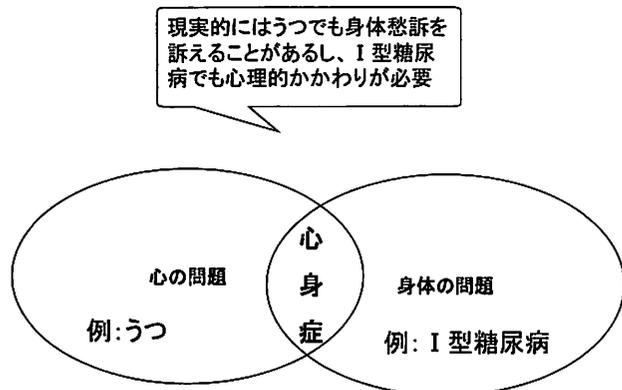


図1. 身体疾患・心身症・心の問題

一方、不登校児の多くは頭痛や腹痛など、何らかの身体的愁訴（症状）を訴えます。その症状を理解する際に必要な視点が「心身相関」です。小児科の臨床現場では、「身体的訴え（頭痛・腹痛・食欲不振・排泄障害）+朝起き不良（朝起きられない・目が覚めても動けない・夜眠れない）+不登校」という訴えで受診する子どもが増えています。このような場合、精神科的な視点で見ると多彩な症状に対して「身体表現性障害」と診断されることが稀ではありません。しかし身体生理学的

検査を行うと何らかの自律神経系の機能異常を認めることが多く、心理的ストレスにより自律神経の不調が生じ身体症状を呈する（心身症）と考えられます（図2）。

したがって心身症への医学的対応では、①身体

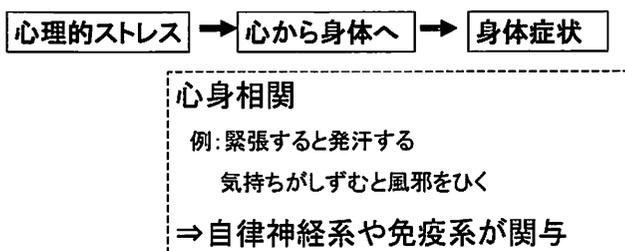


図2. 心身相関の視点からみたストレスと身体症状

症状への対症療法（頭痛への鎮痛薬、下痢への止痢薬）、②症状の背後にある心因への心理的対応とを併行して行います。

【起立性調節障害】

1. 起立性調節障害とは

思春期の子どもたちに見られる各種の自律神経失調症の中で代表的なものが「起立性調節障害」です。起立性調節障害とは、体を起こす・立ち上がるといった体位の変化にあたり、容量血管（静脈）の収縮不全や細動脈の収縮力低下などにより血圧を保持できなくなる、つまり「起立」した際の循環「調節」が「障害」され、立ちくらみや全身倦怠、頭痛などの種々の不定愁訴が引き起こされる病態です。起立性調節障害の診断は、従来厚生省研究班（大国の基準）により主訴とシェロンク起立試験の結果を併せて行われてきました。しかしこの基準では、子どもの訴えだけで診断されてしまうことや、起立性調節障害のサブタイプ（表1）の分類ができないことから、最近日本小児心身医

学会が新起立試験を提唱し、診断と治療のガイドラインを作成しました²⁾。

表1. 起立性調節障害のサブタイプ

1. 起立直後性低血圧 (INOH)
起立直後に強い血圧低下および血圧回復の遅延が認められる。
2. 体位性頻脈症候群 (POTS)
起立中に血圧低下を伴わず、著しい心拍増加を認める。
3. 神経調節性失神 (NMS)
起立中に突然に血圧低下ならびに起立失調症状が出現し、意識低下や意識消失発作を生ずる。
4. 遷延性起立性低血圧 (Delayed OH)
起立直後の血圧心拍は正常であるが、起立3～10分を経過して血圧が低下する。

2. 起立性調節障害の発症要因

起立性調節障害の発症には、遺伝要因、成長要因、中枢要因、環境要因などが相互に関与しています(表2)。両親や兄弟も思春期に立ちくらみがあった、現在も低血圧である、といった遺伝要因、急激な身長増加や女子では初潮のような身体要因が主たるものから、嫌なことを考えるに遭遇すると症状が出現する条件付けされたものや不登校・ひきこもりによる身体活動の低下によるものなどさまざまな疾病像を呈します。若年成人を対象としたねたきり実験では、ねたきりの10日目になると健常者でも起立耐性が低下し、起立試験で起立性調節障害と同様の循環の不全を示します³⁾。つまり不登校との関連で考えると、遺伝歴がある起立性調節障害の子が朝起きづらくなり学校に遅刻しがちになったところに「怠け」や「詐病」と誤解され、だんだん登校しづらくなって不登校になる場合と、友達との関係や学習などの問題により学校に行けなくなり、外出せずに家の中にいることが先行して身体運動が減少することにより起立耐性が低下する場合との両方が考えられます。現在、その両者を明確に分ける方法は確立していません。しかしいずれの場合にも、またどのサブタイプであっても、規則正しい生活習慣(睡眠時間、食事)と軽い運動をすることが大切です。

表2. 起立性調節障害に関連する要因

1.	遺伝要因：近い親戚に起立性調節障害の人がいる。
2.	成長要因：急激に身体が成長したり、第二次性徴がはじまる。
3.	中枢要因：自律神経中枢の機能低下により、交感神経と副交感神経のバランスが崩れる。
4.	環境要因：物理的要因(温度、気圧)、心理的要因(不安、緊張)、生活様式(食事の塩分の多少)など。

3. 起立性調節障害の治療

治療は非薬物療法と薬物療法とからなります(表3)。

起立耐性の獲得に規則正しい生活と運動が重要であることから、起立性調節障害の不登校児への生活指導は「学校を休んで家の中にいても、横臥せずに座っている」ことから始めるようにしています。また適切な水分や塩分の摂取をすすめます。トイレに立つのを厭わずにこまめに水分をとるようにと伝えます。

このような非薬物療法で効果が不十分な場合には、薬物療法を行います。基本となるのは血圧を上げる効果のある昇圧薬ですが、自律神経調整薬、さらに不安が強い場合には高圧作用の少ない抗不安薬も用いる場合があります。

このように起立性調節障害は身体症状への対症療法が必要な疾患ですが、だからといって不登校状態の児を病院だけで治していくわけではありません。診断される以前は学校からの働きかけが多かったのに、「起立性調節障害」と診断された途端「病院で体を治してもらって、よくなったら学校に来て」という対応に変わり、患者家族も医師も違和感を感じる事が少なくありません。子どもの側も焦りを感じていることが多いので、学校とのつながりが切れてしまわないよう、教員や友人がかかわって行くことが重要です。

表3. 起立性調節障害の治療

1. 非薬物療法
児への説明：付き合い方を教える
学校への説明：対応の仕方を伝える
運動療法、規則正しい生活、心理療法
2. 薬物療法
昇圧剤
自律神経調節剤
(抗不安薬)

【生活習慣と心身症】

1. 不登校が先か心身症が先か

起立性調節障害と同様に不登校と身体症状・心身症とが双方向性に関連する問題として、睡眠障害、肥満症、頭痛などがあげられます。これらの疾患も、睡眠中枢の障害で睡眠リズムが安定せずに学校に行くはずの時間に起きていられないのか、学校に嫌になり夜更かしして睡眠リズムが崩れるのか（睡眠障害）、体質的肥満などで友人にからかわれ学校に行きたくなくなったのか不登校で家においてスナック菓子を多量に取り肥満になったのか（肥満症）など、「卵が先か鶏が先か」が不明な問題です。

2. 睡眠障害

自律神経、体温、睡眠覚醒リズム、内分泌機能の概日リズムは生体時計によって行われています。そして人間の生体時計の周期は24時間より長く、周期は朝の受光で短縮し、夜の受光で延長すると言われています。ですから、夜の受光増加と朝の受光減少により、生体リズムと地球時計との同調が損なわれ、睡眠リズムがずれてしまいます。昨今の子どもには適切な睡眠衛生（朝の受光、夜の安静、昼の活動、規則的な日常生活）からの逸脱による睡眠障害がみられます。カフェインやアルコールを含めた不適切な薬物使用もそれに拍車をかけます。

さらに慢性の睡眠不足は、インスリン抵抗性を高め、糖尿病や肥満発症のリスクが高まることや、身体機能の低下、攻撃性の亢進、注意・意欲の低下、倦怠、食欲不振、不安・抑うつを呈すると言われています。

したがって、睡眠障害の子どもたちに対しては、

病院における身体心理学的治療のみならず、家族と学校とが協力して、規則正しい生活と睡眠の重要性を子どもに教えることが重要です。

3. その他の心身症

その他に、子どものくり返す頭痛や腹痛も遺伝要因とともに食事や睡眠といった生活習慣が関わっています⁴⁾。これらの問題はしばしば不登校に結びつきがちですが、このような心身症と不登校の合併する場合には、「不登校は学校の問題だから学校で解決しなさい」でも「病気と診断されたのであれば病院で治してもらいなさい」でもなく、子どもの心とからだをみるために医療と教育とが歩み寄って連携することが重要です。

【院内学級通級生徒の心理社会的背景からみた不登校児への支援】

心身症と不登校を合併する子どもたちへの支援として、私どもの病院の院内学級での取り組みをご紹介します。

関西医大附属滝井病院にある大阪府立刀根山特別支援学校滝井分教室では、滝井病院小児科で治療している心身症と不登校とを合併した児の教育を入院中から下さっています。開始初年度の在籍生には、小学校のはじめと4年生から不登校になった高機能広汎性発達障害の中学3年生が2人いました。この生徒たちは、地元の中学はほとんど通えなかったのですが、滝井分教室には登校できました。その理由として、少人数の落ち着いた空間を提供できたこと、医療機関と教育機関が日常的に情報交換し連携できたこと、子どもの保護者と教育者との信頼関係が構築できたことが挙げられます。特別支援教育をどの学校でもと言っても、この生徒たちのような知覚過敏の著しい子どもたちに対しては、多人数の集団は恐怖の場ではないことがあります。教育に多様性を持たせることは本当に大切であると実感しました。

また別の年度には、発達障害、身体疾患、養育の問題と実に個性的でバラバラな問題を抱えた4人の男女中学3年生が在籍しました。この際には、「身体的にも心理面でも大変な問題を抱えている子どもたちが集団を作ることができるのだろうか」

と医師の立場で心配しました。しかし、子どもたちは院内学級の教員の指導のもと、4人が助け合っ
てここに文字では書き尽くせない見事なハーモ
ニーを紡ぎ出してくれました。バラバラでそして
大変な問題を持つ4人の子どもたちへの対処では、
子どもの身体疾患や心理社会的問題に対する専門
的知識よりも、一人一人に対する教員の先生方の
丁寧な指導が有効であったと考えています。それ
にもまして、子どもたち同士が集団の中で学ぶも
のの大きさと子どもにとって学校がいかに大切な
のかを子どもたちに教えられた思いです。

私自身の小児心身症臨床は、院内学級の先生方
に支えられています。心身症・不登校の子どもた
ちの支援のために、このような医療と教育との連
携が広がることを願っています。

文献

日本心身医学会教育研修委員会. 心身医学の新しい
診療指針. 心身医学 1994; 31: 537-576.

日本小児心身医学会編集. 小児起立性調節障害診
断・治療ガイドライン. 日本小児心身医学会ガ
イドライン集. 日常生活に活かす4つのガイド
ライン. 南江堂. pp1-54、2009.

Ishizaki Y, et al. Measurement of inferior
vena cava diameter for evaluation of venous
return in subjects on the 10th day of bed rest
experiment. Journal of Applied Physiology.
2004; 96:2179-2186.

日本小児心身医学会編集. くり返す子どもの痛み
の理解と対応ガイドライン. 日本小児心身医学
会ガイドライン集. 日常生活に活かす4つのガ
イドライン. 南江堂. pp121-177、2009.

口頭発表Ⅰ

座長 山本 昌邦（横浜国立大学名誉教授）

土屋 忠之（東京都立墨東特別支援学校）

支援と相互理解の生徒指導 －知的障害児の問題行動から－

伊藤修二、中尾瑞紀、福本良之

小学校の特別支援学級には、言葉遣いや生活の乱れ等、障害に直接起因しているとは思えない問題行動を行う児童が在籍している。本研究は、小学校の特別支援学級における知的な障害のある児童への指導を検討し、有効な生活指導の確立の一助とすることを目的としていた。実践を検討することから教師の児童への有効なかわりは、道徳的な内容による適切な対応、学校全体による情報共有・連携、児童のライフヒストリーの理解から継続的な指導を行うことあげた。また今回の実践は、知的障害のある児童への道徳的な指導を実践する機会となり、問題行動の深刻化の防止として機能したと報告された。問題行動は、これまでの児童の生活から獲得されたものであり、ライフヒストリーを理解することから児童と教師の間に相互理解が生まれ、効果が現れたとのことであった。

筋ジストロフィー児者の就労支援

鈴木 光義

筋ジストロフィーの生徒の高等部卒業後の進路が、継続入院から在宅へと変化しており、今後、どのように社会参加や自己実現をしていくのが課題となっている。本研究は、特別支援学校にて行われた、筋ジストロフィーの生徒への進路指導を検討する中で、就労に結びつくより良い指導内容を見つけることを目的としていた。実践を検討することから、有効な指導はパソコン操作や情報処理であったとし、生徒にとって結果がすぐに見

えることを大切にしながらスキルアップを目指し、就労に結びつく指導であったと報告された。また就労に対して消極的な保護者の意識を変化させることも重要であるとして、授業参観や校内実習の見学をあげ、保護者の意識の変化は生徒のパソコン操作の向上を直接見たときに現れ、学校との共通理解を図ることができたとしていた。また就労支援センターが設立されたことにもふれ、筋ジストロフィー協会や病院、特別支援学校の連携を支えていく就労支援センターの重要性について報告された。

一般高校における肢体不自由生徒に対する級友の意識調査

高野 陽介、中澤 幸子、泉 真由子

障害のある生徒が個性を生かしながら健常な生徒とともに学ぶインクルーシブな教育の重要性が言われている。本研究は、学校生活にて健常な生徒と障害のある生徒とのコミュニケーションを阻害する要因をどのように取り除くかであるとし、高等学校の生徒が肢体不自由のある生徒に抱く感情・イメージ・意識を明らかにすることを目的としていた。方法は、肢体不自由のある生徒のクラスメイトである高校生に対してアンケート調査を行った。調査結果から生徒は「手伝ってあげたい」と思っていると同時に戸惑いや不安を感じているとし、その不安の軽減する方法として、障害・症状について可能な範囲で情報提供すること、肢体

不自由のある生徒とない生徒が接触する機会を多くすることをあげた。また調査結果に無意識の偏見、障害者を区別するような表現が見られたとし、健常な生徒が無意識に多用する言葉により、障害のある生徒が健常な生徒との間に壁を感じることもあると報告された。質疑応答の中で、通常学校での偏見から特別支援学校に転校してくるケースもあるという意見が出された。

病弱教育に関する小児科病棟看護師の認識

－教育と医療の関係性のイメージ図の解釈を検討して－

川崎 友絵

病院内教育では、教師と医療関係者との連携が不可欠であるが、専門性の違い、人事異動等の点から円滑に行うことが難しいという課題がある。医療関係者の中でも看護師は教師にとって有益な情報を提供できる存在であるが、看護師の病弱教育に対する認識はあまり知られていない。本研究

は、看護師の病院内教育に対する認識を明らかにし、教師と看護師のより良い連携の一助になることを目的としていた。方法は、小児病棟にて実務経験のある看護師6名へ、病院内教育についての質問を行うことや、看護師・子ども・教師が登場するイメージ図を表現してもらうことによる調査であった。調査結果から病弱教育という言葉は半数以上が知らないが、入院中の子どもにとって教育は重要であると全員が考えている等、病弱教育について基礎知識は乏しいが、経験的に重要性は認識しているとの報告がされた。イメージ図の解釈からは、看護師は教師に対して、医療者とは異なる役割として関係性は並列であると感じているが、連携が十分でないため、理想と現実に隔たりがあると感じていると報告された。また看護師は教師に子どもの未来を外の世界に導いていく行動力を期待しているとしていた。

(文責 土屋 忠之)

口頭発表Ⅱ

座長 横田 雅史 (帝京平成大学)

島 治伸 (徳島文理大学)

長期療養児への前籍校における支援について

－前籍校教員のインタビュー調査－

中澤 幸子、高野 陽介、泉 真由子

病弱特別支援学校のよりよい入・復学の検討への一助として、前籍校の支援のあり方や担任の受け止め方の重要性を考え、前籍校教員（支援学級担任、交流学級担任、管理職）からのインタビュー調査を行った。その結果、支援に対する不安や困惑などがそれぞれの教員に共通しているものの、それぞれの感じ方や対応の仕方には立場によって違いがあった。これらのことから、前籍校における学校全体としての支援と、教員それぞれの立場にそった支援の仕方を伝えていく必要性が示唆された。また、関係者の役割等を明確にするための情報・意見交換の必要性も確認された。

児童生徒のメンタルヘルスの現状と課題について

－A市の小学校・中学校・高等学校養護教諭への質問紙調査から－

森山 貴史、甲田 隆

小・中・高校生のメンタルヘルスに関する問題が深刻化する中で、児童生徒のメンタルヘルスの現状と課題を明らかにするために、A市の小・中・高82校を対象とした実態調査（保健室利用、欠席状況、診断、対応策など）を実施した。結果、人間関係を主訴として保健室の来室者が多く、それらに対して専門機関との連携や校内体制、ネットワークの必要性などが指摘された。また、メンタルヘルスの問題で保健室を利用する児童生徒は年

齢とともに増えていることなどから、不登校への支援や予防的アプローチの重要性、早期対応の必要性などが考察され、そのためには「自立活動」が参考になるとの提案があった。

健康な子どもの入院中の子どもに対する理解の促進

－映像教材を用いた実践研究を通して－

東浦 裕也、秋間 良介、平賀 健太郎

小児医療の進歩によって、円滑な復学や通常級での教育支援の重要性が増しているため、前籍校の教員やクラスメイトから見た入院中の子どもへの理解の向上が求められる。そこで、映像教材を用いて、入院中の子どもの気持ちを知ること、クラスメイトのつながりが支えとなること、この授業で得たことが実践できることを意図して、健康な子どもを対象とした介入的な実践研究を行った。その結果、授業前と授業後では明らかに、入院中の子どもへの理解が深まっていた。また、グループワークを通じて、病気の子どものクラスメイトを関係を維持する方策の提案等もあり、授業の有効性が認められた。

心身症・精神疾患等児童生徒の実態及び教育的支援のあり方

－全国病弱虚弱教育研究連盟心身症・精神疾患等児童生徒の実態調査資料から－

栃真 賀透、植木田 潤
滝川 国芳、西牧 謙吾

いわゆる「こころの病」のある児童生徒の増加に対して、学習・行動面への個別的支援の必要性があると考えられるため、全病連による全国の特別支援学校（病弱）への実態調査から、心身症・精神疾患等児童生徒の実態把握や各校の抱える問

題点等の分析を行った。その結果、心身症・精神疾患等児童生徒の増加傾向や、保健室登校への対応なども含んで養護教諭がキーパーソンとなっていることなどが明らかにされた。また、これらのことを通じて、全国病弱校長会と特総研で作成をした「支援冊子」やガイドブックの活用による、教職員の専門性の向上に対する可能性も示唆された。

（文責 島 治伸）

口頭発表Ⅲ

座長 山本 昌邦（横浜国立大学名誉教授）

滝川 国芳（国立特別支援教育総合研究所）

不登校児へのかかわり －養護教諭の専門性を活かして－

金子 絃子・工藤 綾乃・横田 雅史

近年、小学校における不登校児童は増加し続けており、その原因もさまざまである。教室に居場所がなくなった児童は、保健室や相談室にその居場所を求めることが多いが、相談室は教員や相談員が常駐していないため保健室で過ごす時間が長くなる。本研究では、不登校や不登校傾向にある子どもが安心して登校でき、学校が過ごしやすい場となるため、養護教諭にどのような支援が望まれているのかについて3つの事例を通して明らかにすることを目的とした。そして、「不登校及びその傾向の原因と対応」、「養護教諭に求められる力量と専門性」、「不登校に対する校内体制の充実」の3つの観点から考察を行い、保健室に来る子どもに対して丁寧につき合うことで長期の不登校を防ぐ一助となること、関係機関との連携やカウンセリング技術の向上、保健室、相談室の設置場所の工夫、学校全体の組織化が必要であると報告した。

不登校状態の子どもへの支援のあり方

三浦 日香・横田 雅史

不登校の子ども達は、学校や適応指導教室及び父母等に対して、どのような手助けがほしかったのかを把握すると共に養護教諭の適切な対応方法について明らかにすることを目的に、適応指導教室に通う小中学生を対象にアンケート調査を行った。その結果から、担任には、家に来たり本人に

電話をかけたりの直接的関わりよりも、親の携帯電話に連絡を入れるなどの間接的関わりを望んでいること、担任と比して養護教諭のかかわりが少ないこと、居心地が良い適応指導教室とルールがしっかりしている学校との距離が更に広がる懸念があること、養護教諭の関わりが不登校の子どもに関わる機会が少ないことが明らかとなった。養護教諭の役割としては、学校全体の組織化を図り、担任の指導に合った、アドバイスを行うことができるよう専門性を高める必要があると報告した。

病弱支援学校における不登校児・生徒への支援

－心身症を伴う場合－

松石 純代

平成14年4月に学校教育法施行令第22条の3が改正されて、短期間の入院や生活規制の場合でも教育が受けられるようになった。都道府県においては、地域の様々なニーズから独自の病弱支援学校の在り方に至った経緯がある。そこで、病弱支援学校が施行令にあるような状態の児童生徒に教育を保障するのみでいいのかについて、「不登校」に絞って報告がなされた。大阪地区では、平成18年度から関西医大滝井病院に心身症治療で入院した中学生が退院後地元校に戻るまで、病棟外教室に自宅から通学し、地元校復帰まで心身の調整を

行っている。適応やコミュニケーションに問題があった生徒たちも、教員が非常に手厚く接し、きめ細かく温かみのある病院の医師たちの支援の中で、次第に自己肯定感を抱くようになり、居心地の良い「学校」となる。この状態から地元校のクラスに戻るにはハードルが高くなる。この問題を解消するには、地元校側に当該生徒の復帰について、万全を期した受け入れ体制の用意と、関わる教員の意識を高めることが必要となる。そのためには、病弱支援学校または支援学級が不登校による長欠児童生徒を対象とすることは喫緊の課題であると考察した。

発達障害のある不登校生への支援

－アスペルガー症候群の診断を受けた中学三年生男子Aの事例－

嶋田 聡・島 治伸

アスペルガー症候群の診断を受けた中学三年生男子Aの事例報告し、発達障害のある生徒への支援について考察した。本生徒の相談を受けたとき、

①校内連携が不十分であること、②不登校生徒への校内支援体制が未成熟であること、③三年生であることから卒業後を見据えた「確かな支援」が必要であること、の以上3点を課題とした。そこで課題解決の支援方法として、校内で共通理解を図った上で、担任とコーディネーターが協力して支援にあたること、市が行っている「大学院生による訪問支援」を依頼したこと、「支援の引き継ぎ先」を地域リソースから探すこととした。支援の実際を通して、①学校と家庭の情報交換が不十分だったこと ②本人の学校生活に対するストレスをうまく汲み取れなかったこと ③校内での共通理解や連携体制が不十分だったことが明らかとなった。そして、発達障害のある生徒への支援は、本人の特性を考慮したうえで、支援者が情報を共有しながら計画的に行うことが必要であることを再認識したことを報告した。

(文責 滝川 国芳)

ポスターセッション

座長 小畑 文也 (山梨大学)

濱中 喜代 (東京慈恵会医科大学)

ポスターセッションでは以下の12件の発表が行われた。

P1 訪問学級担当教員間の情報共有の在り方について
- 東京都立城南特別支援学校訪問部の取り組み -
(赫多 久美子)

その勤務特性から連絡及び情報交換をする時間の確保が難しい訪問学級担当教員の間で「情報共有の在り方」の改善と「ピアサポート」の確立を中心に相互連携の強化を試みた事例の報告である。定期的な会議時間の確保をはじめとした「情報共有」と、ピアサポートをはじめとする「心理的サポート」を軸にチーム力を高めている様子が見えてくる。訪問学級担当教員の抱える特有の問題を、チーム、ピアサポートで乗り越えようとする試みであり、今後の展開が期待されるものである。

P2 表現の意欲をはぐくむ音楽の指導
- 病弱特別支援学校での授業実践から -
(伊藤 直子)

自分の要求や気持ちを他者に伝える力が不足しているとされる長期入院児に対して、鑑賞・歌唱・器楽といった音楽の指導を通じて、その表現意欲の向上を目指した実践報告である。それぞれの課題において、生徒の自主性を重視し、視覚情報の工夫と次時への意欲につながる生徒へのフィードバックに重点をおいた指導で、徐々に生徒の表現の意欲を育てている様子が見えてきた。今後の、進歩の自己理解から自己効力感を高める実践に期待したい。

P3 二次障害を予防する支援チームの形成と総合的なケア・サブシステムの利用について
- 専任コーディネーターを通じた各機関の協働関係を通して -

(浅井 敏雄、武田 鉄郎)

発達障害を中心とした「困り感」のある子どもたちに対して、専任コーディネーターと特別支援学校支援部を中心とした地域のサブ・ケアシステムの活用を通じ、1. 二次障害の予防とサポートのコーディネートを行った事例の報告である。担任を中心とした支援システム、2. 移行期における家庭支援、3. 医療、相談、学校の各機関の連携による支援が、効果的に働いた事例が紹介された。今後の、卒後における、継続的なサブシステムの活用が期待される。

P4 病弱児に対するクラスメイトの知識・意識の変容
- デジタルコンテンツ“ココロココ”を用いた実践 -
(楠田 喜世、東浦 裕也、河合 友介、平賀 健太郎)

病弱児の復学支援のために、通常学級の健康な子どもを対象にデジタルコンテンツを使用した実験授業を結果の報告である。教材は“ココロココ”を用い、介入クラス、待機クラスと前期評価、後期評価の2要因×2条件で分析が行われた。評価は独自に作成した「入院中の病弱児に関する理解尺度得点」、「復学後の病弱児に関する理解尺度」が用いられた。結果として“ココロココ”は介入クラスにおいて、有意な効果が認められた。相互作用が見られたことは発表者の予想とは異なったもののようであったが、さらに縦断的な研究と、評価の洗練を重ねることで、復学支援のための有用な資料が得られるものと期待される。

P5 発達障害児をもつ母親のストレスとそれに関連する要因と支援のあり方について

(宜保 真由子、前馬 理恵)

発達障害児をもつ母親のストレスとそれに関連する要因を明らかにし、その結果をもとに母親のストレスを和らげるための関わりや地域や学校での支援のあり方について検討することを目的として実施された調査研究である。GHQ12を用いた調査の結果、発達障害児の母親のストレスレベルは一般と比して高いこと、その要因は、きょうだいに目が届かない、父親と話し合う機会が少ない、父親が精神的な支えになっているかであり、気軽に相談できる場の提供、両親への障害理解を促すための情報提供、父親の育児参加の重要性が示唆された。今後はさらに対象者を増やして、その結果の一般化と、それを元にした、学校や地域での支援体制の充実が期待される。

P6 病弱・身体虚弱児のためのモンテッソーリ家庭教育

－栃木モンテッソーリ教育研究会の実践報告－

(江頭 進)

モンテッソーリ教育の教育観をベースとしたリフレーミングの技法(カウンセリング技法の一つ)を用い、家庭の中で子どもの能力観や教育観の変容をし、心理的な負担感を軽減させることに成功した事例の報告である。この過程を通して、親のボトムアップ的な教育観をトップダウン的な価値観に変容させることができ、対象となった子どもたちは、それぞれの長所を活かしつつ成長している。繰り返しの自発的活動と自動教育によって、子どもの中にスキルとエンパワメントが蓄積された、と考えることができ、今後の継続的な指導が期待される。

P7 病気の子どもと日常を繋ぐ

－福祉国家スウェーデンの場合－

(近藤(有田) 恵)

トータルケアの中核を心理・社会問題において、我が国の問題点と、福祉先進国であると言えるスウェーデンの状況を比較し、論考したものである。スウェーデンでは、1960年代に入院施設を

有する小児科を持つ病院に、病院学校の設置が義務づけられており、前籍校との連絡も密接に行われている。小児がんに関しては多職種連携の元ががんチームが作られ、家族を含めた包括的なケアが行われている。今後は我が国でも、他職種および地域との連携を確立し、福祉政治、医学、教育学、心理学といった学際的な視点から子どもの生きる心理・社会的環境の形成案を提示することが望まれる。

P8 小中高等学校に在籍する病気の児童生徒の実態について

－和歌山市、御坊市、日高郡における養護教諭及び保健師への調査より－

(林 香織)

和歌山市、御坊市、日高郡の小中高等学校に在籍する児童生徒のうち病気を持つ児童生徒の実態把握を養護教諭及び同地域の保健所に対して行った調査研究である。養護教諭には実態と入院及び通院を必要とする児童生徒への対応、保健所には実態と教育・医療との連携等を中心に調査した。結果として約2500名の健康障害児の存在が確認され、長期欠席者262名の内42名が「病気・疾患」を理由としていた。連携に関しては、特に入院時の連携が困難であることが分かった。以上より、健康診断の重要性、児童生徒の疾病構造の複雑さ、養護教諭が連携のキーパーソンになることの必要性が示唆された。

P9 幼稚園・保育所における「ちょっと気になる行動」を示す子どもの実態に関する研究

－保育者のちょっと気になる行動と子どもの行動特徴－

(小田 真弓、武田 鉄郎)

保育所や幼稚園における「ちょっと気になる子ども」の実態を障害の診断の有無から検討した調査研究である。A市内の19園の全就学前教育・保育機関の保育者を対象とした調査の結果、3～5歳での該当児の在籍率は11.41%であった。それらの子ども達は、基本的な生活習慣・身辺自立に明らかかな遅れはなく、「ちょっと気になる子ども」は集団活動や対人関係に沿わない行動をとる子どもであり、特に対人関係の困難さをもつことが明らか

かになった。今後は保育者の資質を高め、就学前保育教育機関における特別支援教育の推進・充実が必要であることが示唆された。

P10 小児がん患児の復学に関する問題と協働システムの検討

(岡本 光代、武田 鉄郎)

わが国の小児がん患児の復学に関する問題を明らかにし、復学支援のための医教の協働システムを検討することを目的として、医学中央雑誌ver4.0を用いたレビューと、オーストラリアのWestmead小児病院での面接調査結果の比較が行われた。レビューの結果として、「患児の問題」、「家族の問題」、「教育の問題」、「病院の問題」、「地域の問題」が抽出され、オーストラリアとの比較では我が国の復学支援には様々な課題があることが示唆された。結果の考察により、患児の復学支援における学校と保健・医療機関の「生活中心型協働モデル」が提案された。今後のより具体的な展開が期待される。

P11 発達障害のある子どものアクティグラフを用いた生活リズムに関する実証的研究

(横畑 絵里菜、武田 鉄郎、西牧 謙吾)

発達障害のある2名の子どもを対象に、子どもの困り感をとともにアクティグラフを用いて身体活動量を評価し、生活リズムに関する問題点を検討したもので、同時に子どもの情緒と行動の適応状況についてCBCLを用いてそのときの実態把握を行った。分析の結果、興味関心のある授業等では集中し身体活動量が低下するが、嫌いな教科等では逆に活動量が高くなること明らかになり、睡眠中も平均活動量が高く、睡眠の質が悪いことが

明らかになった。これらは保護者を対象としたアンケート調査でも明らかになっており、アクティグラフが発達障害児の行動や情緒の客観的な指標になることが確認された。

P12 アクティグラフを活用した教育的支援の視点－身体活動量の評価からみえてきたこと－

(川野 一郎、武田 鉄郎、西牧 謙吾)

P11に続き、発達障害が原因とみられ、生活リズムを乱していることにより、学校生活に適応しづらい児童を対象として、実態把握および指導支援にいかすために、「アクティグラフ」を活用した取り組みによる方策について提案したものである。1名の対象児を集中的に追跡したものであり、「活動量の低下」を「集中している」という仮説を立て、活動量の増減によって対象児の特性を客観的にとらえられ、現実的な支援に結びつけることができた。このことより、アクティグラフが支援ツールの一つとして有効であることが示唆された。P11とあわせ、今後のデータの蓄積と、その活用を期待するものである。

ポスター発表では、多様な研究が発表され、研究者間の有効な質疑が行われた。今回は、各発表において、短時間ながら説明を依頼したため、全ての発表を概観することもできたように思う。ただ、この方法は、時として、盛り上がっている討論を中断させることもある。今後、より工夫して、実りのある研究発表の場となるよう工夫していきたい。

(文責 小畑 文也)

公開シンポジウム

「不登校の理解と対応」 座長まとめ

特別支援学校（病弱）の立場から

赤松 正敏 氏（和歌山県立みはま支援学校・教諭）

地域支援の立場から

野中 康寛 氏

（社会福祉法人一麦会 紀の川・岩出生活支援センターハートフルハウスセンター長）

児童相談所の立場から

衣斐 哲臣 氏（和歌山県子ども・障害者相談センター 虐待対応専門員、総括指導主任）

司 会 西牧 謙吾

（日本育療学会理事長 国立特別支援教育研究所教育支援部上席総括研究員）

小畑 文也

（筑波大学大学院人間総合科学研究科障害科学系准教授）

公開シンポジウムは、学会の一般公開プログラムとして企画され、一般参加者を含め多くの参加者を得て開催された。テーマは、今回の大会テーマである「不登校の理解と対応」の対応の部分に力点を置いたシンポジウムであった。

不登校という現象は、その背景要因とし、病気や障害、家族病理、虐待、経済的問題などが複雑に絡み合い、そこに子どもの育ちや学校の在り方も関わってくる。その解決には、場合によれば長い時間を要し、その対応には、多職種の専門家が連携してアプローチしていく必要がある。そこで、開催県である和歌山県で日頃から特別支援教育、児童福祉、地域福祉分野で、不登校やひきこもり支援で活躍されている方々にシンポジストをお願いした。

はじめに、和歌山県立みはま支援学校教諭の赤

松正敏氏からお話をいただいた。まず、特別支援学校（病弱）に在籍する不登校を経験した心身症等の子ども達の実態が紹介され、学校内で彼らをどのように指導・支援しているかを具体的に説明された。そして、そのような子ども達を支えるためには地域生活を見通した医療・福祉との地域連携が不可欠で、そのために支援チーム体制をどのようにして構築してきたかの説明がなされた。

2番目には、社会福祉法人一麦会 紀の川・岩出生活支援センター長 野中康寛 氏からお話しいただいた。まず、不登校・ひきこもり支援を目的に自身が運営されているハートフルハウスの紹介があった。この母体は、全国に先駆けて精神障害者地域支援センターを立ち上げた社会福祉法人一麦会「麦の郷」である。ハートフルハウスは、公的な支援制度がない時代から、麦の郷に付設す

る形で始められた施設で、不登校を経験した子ども達が、ゆっくり時間をかけて自分を見つめ直し、自立するゆりかごのような場所である。野中さんが例示された何人かの若者の育つ過程は、学校時代にいじめなどで傷ついた若者が学校時代という短い時間では癒しきれず、しかし時間をかければ自立する可能性があることを訴えかけている。このような施設の存在は、学校だけでは解決できない不登校という現象の奥深さを教育関係者に教示しており、教育関係者は、改めて子どもの育ちの多様性を学ぶことが出来、少しでも学校で出来る不登校予防のヒントを得ることが出来よう。

最後に、和歌山県子ども・障害者相談センター虐待対応専門員で総括指導主任の衣斐哲臣氏からお話をいただいた。揖斐氏は、児童福祉分野で長年実践を積まれた、この分野の著作もある有名な方である。まず、和歌山県の児童相談所における不登校相談の実際が紹介され、特に不登校と虐待との関連で話をされた。ご自分の経験から、不登

校支援には、家族支援という視点が重要であると指摘された。そして、不登校に至るメカニズムを、モデル図でわかりやすく説明され、家族機能が不全である場合に、児童相談所の関わりが出てくるとされた。学校は、どうしても本人への支援が中心になりがちであるが、本人を含む家族病理をイメージしながら家族支援を行う必要性をわかりやすく解説していただいた。特に虐待が背景にある不登校事例には、積極的な家族への介入の必要性を強調された。

今では、どの学校でも虐待事例の一つは抱えていると考えられる。家族が機能しにくい場合、学校に代わる社会体験が出来る場としてのNPOの存在も見逃せないし、家庭が崩壊している場合では、施設入所や里親も必要になる。児童福祉施設や里親から通学している子どもへの対応という視点も、学校関係者は忘れてはならないと思う。

(文責 西牧 謙吾)

ひきこもる若者たちとの関わりの中で

野中 康寛（社会福祉法人 一麦会麦の郷 紀の川・岩出生活支援センター長）

1. はじめに（私たちの理念）

麦の郷・岩出地域生活支援センターの母体である社会福祉法人一麦会、麦の郷は、1977年に前身の聴覚障害と知的障害をあわせ持つ重度重複障害者の「たつこの共同作業所」から活動をはじめ、形式にとらわれず、障害の種別を越えて支援をおこなっています。

「ほっとけやん」という思いで、障害の有無や程度、そして、制度があるない関係なしに今日まで活動を続けています。（日本で始めて精神障害者の福祉工場を手がける等々）。そして、「ほっとけやん」といった気持ちに共鳴を頂いた、さまざまな方々の支援をいただき、今日まで福祉要求をもった人々に関わってきました。

麦の郷の名前の由来である「麦」は、「踏まれても、踏まれてもやがて多くの芽が出て成長する」という聖書の言葉からとられ、30数年前から考えると今では、地域に根を張り大きく成長した麦の姿があるように思います。

95年には、麦の郷・紀の川岩出地域生活支援センター（当時の事業名：精神障害者地域生活支援センター）を和歌山県紀の川市に新たな精神保健福祉の拠点として構えました。95年当時、那賀圏域（紀の川市・岩出市）は精神保健福祉の空白地であり、1ヶ所の精神無認可作業所と家族会、民間精神病院だけという地域でした。

センターでは、精神障害者への支援やネットワークづくり、地域啓発などをおこない、また、当時より社会的課題となっていた不登校・ひきこもりについての相談や居場所の活動を無認可（運営補助なし）でおこない。不登校・ひきこもり支援を精神障害者地域生活支援センターに付設するといった形ではじめました。

現在、センターでは、紀の川市や和歌山県からの委託を受け障害児者への相談支援や居場所（サロン）活動、レクリエーション、当事者活動支援、

就労支援、自立支援、ネットワークづくり、啓発活動、若者支援（和歌山県事業：ひきこもり者社会参加支援センター）などを行っています。

センターの理念は、全面発達を保障する地域福祉の拠点として、誰もが気軽に安心して集うことができるセンターを目指し、また、様々な活動において、障害のある人だけを対象とするのではなく、生活要求（ニーズ）が多くある人を当事者と定め、幅広い活動をおこない「尊厳を持って人間として生きる」「見通しをもって生きる権利を守る」「地域で幸せで豊かに生活する」ことをテーマに活動をおこなっています。大きく言うと「自立への支援」です。一般的に自立とは、辞書でも書かれているように、「ひとりだち」です。しかし、私たちが考える自立とは、新しい自分との出会い（新たな自分の発見）こそが自立だと考えています。自立といった言葉を紐解くと「自」は我（自分）と言う意味であり、「立」とは見えないものが見えてくると言った意味があります。何もかも、自分ひとりで行える力が自立ではありません。できない部分や不得意な部分は他者に支えられることもある。また、支えることもある。その様な関係性が大切で、人間と人間のふれあいの中から、他者を認めたり、認めたりを繰り返しながら、新たな自分の発見の蓄積が自立と考えています。

障害があることで、また、ひきこもったりすることで、人間は誰しも自分自身の可能性を見失います。人間の可能性と人間としての尊厳が守られる地域を住民と共につくっていくことが福祉を職とする私たちの職務です。

誰もが地域で豊かに安心して暮らすことができるように、今まで声を上げることができなかった「当事者」を支え、当事者の代弁をするのではなく、当事者が自ら安心して発言できる環境をつくり出したいと思います。

2. 今までに出会った若者たちの姿

1) 普段出来ない体験から自己肯定。「乖離」というハンドルネームを使っていた翔太君(仮名)

翔太さんは、中学2年生の2学期ごろハートフルハウスへやってきました。彼は、繊細な一面と「～であらねばならない」という考え方と不登校をしている自分はだめな人間という思いがとても強くありました。インターネット(チャット)で乖離(かいり:そむき離れること)というハンドルネームを使っていることを知ったときは、彼の心が鎖でがんじがらめになっている心の苦しみと叫びが少し聞こえたような気がしました。

彼がハートフルに通いだして1年が過ぎたころ、1泊の旅行へ出かけたときです。小学校の修学旅行では、おそらくみんなの輪の中に入れず、友だちたちが夜中まで騒いでいる姿を布団の中でひとり聞き耳を立てて過ごしていたのでしょうか、修学旅行の話を知ると「うるさくて眠れなかった、夜は寝るものなのにあんなに騒いで・・・」と腹を立てて怒っていました。その彼が、いろいろな不安を抱えながら参加した一泊旅行では、友だちと私たちとで夜中まで(私は3時でダウン。その後、何時まで起きていたかは、わかりません)ゲームをしたり話をしたり、彼にとって今までにない経験である「友達と過ごす楽しさ」を味わうことができたと思います。

その後、挑戦してみようという気持ちが膨らんできたこととがきっかけとなり、スキー旅行へも参加、1年前はあんな抵抗していた高校進学へ目を向けるようになり、高校へ進学しました。そのとき、彼が私たちに伝えてくれた言葉は「僕は、不登校になってよかった、普通に学校に行っていたら、こんなにもいろいろなこと(ビリヤード、スキー、スキューバーダイビング、カヌー)をできへんかった」といい、巣立って行きました。現在、彼は、福祉の仕事がしたいということで、昼は高校へ通い、夜間に麦の郷が主催している、2級ホームヘルパー講座を受講し、無事ヘルパー資格を取得しました。現在はさらに専門的な知識を身につけるため、専門学校へ通い、学校が休みのときはヘルパーとして活躍をしています。

2) 気持ちをわかろうとする「おとな」の存在「子どもの気持ちは、子どもにしかわからないのだよ～」と結菜ちゃん(仮名)

結菜ちゃんは、中学1年生の後半からクラスでのイジメが直接的な原因となり不登校となりました。最初は、母親から離れることが出来ず。ハートフルハウスで時間を過ごす場合、母親と一緒に行動し、カルガモの親子のように母親のあとを追ってばかりいました。そのうち、場所と人に慣れていたのか、母親のあとをくっついて離れないと言うことがなくなりましたが、2～3時間母親共に時間を過ごし、週に2～3回通うようになりました。その後母親と放そうといろいろと企画をするのですが、失敗。

中3の夏前突然、その日は訪れました、母親が帰ろうとしても、その日は気分が良かったのか、最初から決めていたのか、「お母さん先に帰っておいて」と、私たちが待ちに待った1年半、その日がやっと来ました。お母さんは「わかった」といって車に乗り込み、涙を浮かべ危うく事故を起こしそうになったそうです。

元来、人懐っこい結菜ちゃんは、ほくがひとりで仕事していると、そっとそばに寄ってきます。

<結菜さん(中学3年生)との会話>

結菜さん:野中さん、何やってるの～?

わたし:勉強してんねん。明日なあ～今子どもた

ちどんな状況にあるのかしゃべりに行くんや。

結菜さん:子どもの気持ちは、子どもでしかわからないよ。

わたし:そうやな～ええコト言うな～。けどね、

理解をしようとする大人もいるんやで・・・。

結菜さん:ふーん。

3) ありのままの自分で・・・

<ひきこもりを経験する彼女の手記より>

はじめまして、私の名前は氏家志穂。私は、生まれつき顔の右半分「顔面血管腫」と呼ばれる、原因不明の大きな赤い痣(あざ)があります。一歩外へ出ると私の顔に突き刺さるような視線が注がれます。顔を見て笑われたり、指を指され「あの人の顔お化けみたい」「ゲツ気持ち悪い顔」「生きてるな、死ね」等々…

私は、中学校の頃イジメにあいました。理由は、この痣です。誰も私の話を聞いてくれず、教科書はぐちゃぐちゃ、体操着はボロボロ、机には、悲しい落書きがされていました。この頃の記憶は、あまり思い出すことが出来ません。ただ、もの凄く怖かったことだけが記憶に残っています。

でも、私は、イジメに負けないで学校に行きたいと思い、髪を明るく染めたり、メイクをしてみたり、自分なりに反抗してがんばって、がんばって学校へ足を運びました。でも、イジメの波紋は、教師にまで広がり、もうどうすることも出来なかったです。そして、不登校になりました。もう、生きていてもしかたが無いとおもい、自殺未遂を数十回繰り返し、最後には、電車にはねられてしまおうと思い、線路に飛び込んだこともあります。でも、死ねなかった。

このハートフルハウス（以下ハートフル）と出会ったのは、2001年5月です。中学校の担任に半ば強引に勧められセンターに相談に行きました。学校から完全に見捨てられたと思った瞬間でした。当時の私は、ハートフルにもなかなか馴染めず、溶け込めませんでした。

イジメられ、不登校になり、人生を辞めようとはばかり考えていた頃、フラフラと出かけた先で出会ったのが暴走族の子たちでした。

その中の一人が「何処から来たの？」「いくつ？」話しかけてきてくれました。私は、なぜ、痣のことを聞かないのか疑問でした。それ以前に、なぜ痣のある私に話しかけてくれたのか…。

彼女は「一緒に走ろう」と声をかけてくれ、走り出すと何もかも忘れることが出来ました。傷の形は違うかもしれないけど、言葉を交わさなくても分かり合える仲間との出会いでした。

喧嘩や暴走などは、許されることではないと思います。しかし、その背景には、言葉に表せない苦しみを抱え必死でもがく若者たちの姿があるということを知ってほしいです。

私は今まで、物静かで自分の意見というものが無かったし、何かを発言したり行動を起したりすることはありませんでした。でも暴走族の世界へ飛び込み、以前とは、くらべものにならないくらい自分というものを前面に出せる子になりました。

た。無口で物静かな幼少時代の私のようなタイプが悪いと言っているのはありません。それはそれで良いと思います。しかし、私は今の自分の方が好きです。少々、情熱家すぎてオーバーヒートすることもあります。誰にどう思われようと、私は今の私のままでいたい。

4) 支え、支えられるホンモノの人間関係

「オレは、こんなに多くの人に支えられて大きくなった」と力也君（仮名）

力也の通う中学校は、校内暴力等でひどく荒れていて、中学2年生の終わりから、いじめにあいます。それが直接的な原因となり3年生から連続不登校になり、ハートフルハウスに通うことになります。彼の担任教師は、非常に熱心な方でたびたび、遠方にもかかわらず彼の様子を見に来てくれました。ある日、担任の先生から「今は、荒れている学校の問題を対応することで精一杯です」「力也くんには、学校できなかった楽しい思い出をいっぱい経験させてあげてください。無責任ですみません…」と頭を深く下げて言われました。

学校には、先生の熱意だけで解決できない問題が山積みになっていることを痛感しました。一年間、彼は、ハートフルハウスで本当にたくさんの経験をし、定時制高校へ進学することになり、中学校の卒業式も彼一人ハートフルハウスでおこないました。

高校進学後、昼間は麦の郷で働く人たちの昼食をつくるアルバイトをしながら、夜間学校へ通いました。彼が生徒会長に選ばれたという話を聞き正直びっくりし、不登校だったあのころ自分に自身が持てなかった彼の姿は、もう完全に過去のものとなっていました。もちろん学校の先生方の手厚い指導は、大きな影響を与えたと思いますが、麦の郷で作業所職員やなかまたちと時には正面からぶつかり合ったり、支えあったりすることで、たくましく成長しました。うわべだけでない本物の人間関係づくりが出来たのだと思います。

彼の高校生最後の日である卒業式、卒業生を代表し答辞を読む姿には、自信に満ち溢れた姿でした。卒業式が終わったあと「高校ってどんなところやった」と聞くと「本当の意味での学校やった

な」と語り、学校の荒れで自分を見失い、学校で自分を取り戻した彼の一言に、涙があふれる想いでした。現在彼は、アルバイトをしていた先で彼の実力が認められ、正社員として働いています。

先日、彼が結婚の報告と子どもができた報告に来てくれました。彼がその時、自分のパートナーに「僕は、こんなにいろんな人に支えられて育ったんだよ」とやさしく語りかける姿は、本当に感動的でした。自分の人生を確実に歩んでいることを実感できました。

5) 自分が否定されない居場所 大切な時間とぼくの世界の変化～ありのままの自分で～ (栩中さん)

栩中康之さんは、「このまま生きていても、しかたがない」「なんで生まれてきたのだろう」という気持ちと「このままでは嫌や」「何とかせなあかん」「今の状態を何とかしたい」「自分が変わらなくては」と思う気持ちの繰り返しの中で私たちのもとへやってきました。

栩中さんは、「ハートフルハウスや支援センターで大切な時間を過した」と語ります。中学、高校と不登校でひきこもりがちだった彼は、今まで人とのコミュニケーションをどのように取れば良いかわからず、話しかけられるとどのように答えればよいのか、相手を傷つけることを言ってしまうかなど、いろいろと考えるうちに無口になり、人との関わりを拒むようになったそうです。当時のとても窮屈な時間を過していた経験だけが、今も彼の中で残っています。

彼が過した大切な時間とは、安心して安全な自分が否定されない場所。それは、最も自分自身が自然体であることが出来る居場所で過した時間でした。彼は、「家に居たときには、味わえなかった人とのふれあいの大切さや、みんなで一緒に何かをする楽しさを知りました」と話します。飾らない自分を出すことができる仲間との出会いがそこにあったのではないのでしょうか。

また、彼は、彼自身の発言の中で、「僕の世界は、もの凄く変わった」と話します。「僕が変わった」のではなく、「僕の世界は、変わった」との表現の中には、自分自身はおそらくあまり変わって

ないのでしょう、当たり前ですよ、人間そう簡単には変わりませんし、変わる必要もありません。

自分が変わるということは、ひきこもっていた今までの自分の人生を否定することになります。ひきこもりの青年たちは、ひきこもっているという事実があることから、自分自身を変えなくてはいけないと思い込んでいます。自分を変えるため高く目標を設定しそれを掴もうとして空回りし苦しんでるようにみえます。

彼が言う「僕の世界が変わる」ということは、彼の立ち位置が劇的に変化したことです。今までは、自分で何かをしようと思っても、他者からの評価や価値に左右され一歩を踏み出せなかったという客体としての人生でした。しかし、彼自身の居場所がはっきりすることで、今、出来ることは、なんでもチャレンジしたいという主体としての人生にかわった瞬間を「世界が変わる」と表現しています。

その後、彼は、私たちが企画するホームヘルパー2級講座を受講し、講義や実習を行う中で「自分でも役に立つことがあるかもしれない」という思いが膨らみました。ヘルパー修了後、本来は障害福祉制度ですが、働くということに不安が残っているため、社会参加リハビリテーション事業やインターンシップ制度を活用し徐々に体と心を慣らし、現在、介護福祉施設で週3回、働き始めています。

3. 安心できる空間と時間と人、そして自治的な活動

子どもたちの育ちや青年期の育ちには、様々な手段があったほうが良いと思います。子どもたちや若者の豊かな成長発達が目的であり、そのために学校へ通うということもひとつの手段です。「不登校の子どもが学校へ来る」ということが目的ではありません。

学校へ行くことも手段のひとつ、居場所でゆっくりと過すことも、家に居て料理番組やニュースをじっくり見て過すのことも、好きな趣味に没頭することも、すべてが自分自身の人生を豊かにするための手段です。私は、和風ダシのとり方を当時中学3年生の不登校の子どもに教えてもらった

ことがあります。あまりにも詳しく教えてくれたので驚きました。彼は、毎日午前中に放映している料理番組をみて過ごすうちに、自分でも料理をしてみようと思って作ってみたら、予想以上に美味しくできて家族から褒められたことを話してくれました。そして彼は、現在、居酒屋の厨房で働いています。

車に興味を持ちトラックの運転手になった青年、介護福祉の仕事に就きたいと専門学校へ通う青年、看護学校へ通う青年、会社員として働き家庭を築いている青年、自分自身の存在を確かめたいと立ち止まっている青年、彼らがハートフルハウスというカリキュラムのない居場所の中で、自己肯定感をそれぞれの形で身に着けていったようにおもいます。

彼ら彼女らと出会い日々を過したことで、私たちは、安心できる場と時間、共に歩みを寄せる存在があるからこそ、探究心が生まれ、人生を開拓する力が溢れ出ることを知りました。

ひきこもる青年たちが、誰だっている人から、何度か言われた事がある言葉で「どうするの?」「何がしたいの?」「いつ自立するの?」「親はいつまでもいない」等々・・・それを言われてしまうと、つい口ごもって、自分が伝えたいことではないこと、家族や教師、支援者に言ってしまうたりします。

自分自身の生き方を一生懸命模索しているのにもう少しゆっくり考えられてほしい、けれど、ひとりでは、どうしたらいいかわからない、何か社会とのきっかけを探しているけど見つからない青年たちが急増しています。私たちは、「自分の存在をたしかめ、発揮できる」そんな活動を創り出したいと考えています。一方的につくられたプログラムや活動を行うのではなく、メンバー自身のみんなの自由な発想から企画立案した活動を考えたいと思います。それは、一人一人が、いろいろな物事に関する決定権を持つということになります。緩やかな中で他者と関わり、仲間とともに自分らしさの発見を繰り返すことで「生きる力」がみなぎり、この生きる力を広げ、見守っていくこ

とが私たちの職務であると考えます。

資料

社会福祉法人 一麦会（麦の郷）の取り組みと不登校・ひきこもり支援

麦の郷がなぜ、不登校・ひきこもり支援なのか

96年4月 麦の郷 ハートフルハウス開所

関係者からの声「麦の郷って、福祉施設でしょ～、なんで不登校のことをするの?」

→多くの精神障害者は中学、高校で不登校状態となっている。

早期発見、早期治療により救うことが出来る当事者が沢山いる。

麦の郷 紀の川・岩出生活支援センターと麦の郷・ハートフルハウスの関係

95年10月麦の郷 岩出生活支援センター開設（精神障害者地域生活支援センター）

→ 国、県 補助金事業

96年4月麦の郷ハートフルハウス開所（不登校児支援）

→ スクーリングサポートネットワーク整備事業

06年9月精神障害者地域生活支援センター事業が自立支援法（法改正により無くなる）

06年10月自立支援法 紀の川市から障害者相談支援事業、地域活動支援センターを委託

新たに麦の郷 紀の川・岩出生活支援センター 再スタート

07年3月末スクーリングサポートネットワーク整備事業廃止

09年7月和歌山県事業 ひきこもり者社会参加支援センター「創（はじめ）」開設

名称「創（HaJiMe）HeArt JoIn MovE」

<運営状況>

補助金・委託費総額09年度

障害者地域生活支援事業（紀の川市より委託2000万）／ひきこもり者社会参加支援センター（和歌山県より委託 約500万 登録者により補助金額が変更）

職員数：正規職員3名、非常勤職員4名：計7名

児童相談所の家族支援の立場から

衣斐 哲臣（和歌山県子ども・女性・障害者相談センター 子ども相談課長）

1. はじめに

(1) 児童相談所における不登校相談

児童相談所（以下、児相）は、児童福祉法に基づき設置された行政の相談援助機関です。18歳未満の子どもと家庭のあらゆる相談に対応することとなっています。児相の機能は、4つあります。相談援助機能、一時保護機能、施設入所等の措置機能、そして市町村援助機能です。このうち、一時保護機能は、文字通り、子どもを一時的に保護する機能です。児相にこの機能があることで、虐待ケースの危機介入的対応が可能になっていると言っても過言ではありません。たとえ保護者が反対したとしても、子どもの安全確保のために必要と判断されれば所長の権限で子どもを保護者の元から分離して預かることができる機能です。児相に与えられた大きな一つの権限であると同時に、子どもを守る役割を担っています。虐待ケースに限らず、非行ケースや不登校ケースが一時保護を利用することは珍しいことではありません。相談援助活動のなかで、状況を変え変化を促したい場合などにも必要に応じて活用しています。

次に、児相の相談種別を説明します。種別は、養護相談、障害相談、非行相談、育成相談の4つに大別されます。そのうち今回のテーマである不登校相談は、育成相談のなかに分類されます。

平成21年度に和歌山県の2つの児相（当所と紀南児童相談所）が受理した不登校の相談受付件数は、合わせて115件でした。この数値は10年前の平成11年度の225件に比べるとおよそ半分です。本県の不登校児数がそれほど減少していない実情を見れば、他の教育相談機関や民間サポート機関やスクールカウンセラーなど、不登校児を支援する社会資源が増加し、活用されていることが推察されます。

(2) 不登校と虐待

一方、本県の平成21年度の虐待相談受付件数は460件であり、10年前の平成11年度の84件に比べ5倍以上に増加しています。虐待対応が、児相の中心的機能になってきたことを示す数値でもあります。（虐待相談は、上述の種別としては養護相談に含まれます。）なお、上記の不登校の件数は、不登校を主訴として相談を受け付けたものであり、虐待や障害を主分類とするケースのなかにいる不登校児は含まれていません。

たとえば、虐待が背景にある不登校としては、正当な理由なく保護者が義務教育年齢の子どもを登校させない、あるいは必要な登校努力をしないなどのネグレクトケースがあります。この場合、子どもが同じ不登校状態にあっても、保護者や学校が不登校を理由に児相の相談ルートにあがってきたのであれば、「不登校ケース」に分類されます。しかし、保護者に相談意欲がなく、学校や近隣からの通告で児相にあがってきた場合、背景に不適切な状況が疑われれば「虐待（ネグレクト）ケース」に分類されます。

また、身体的虐待のケガやアザを隠すために学校へ行かせないケースもあります。このような場合には、保護者がたとえ学校を休ませる理由を連絡してきたとしても、直接目視による子どもの安全確認が必要となります。ですから、最近は、欠席が続けばとにかく家庭訪問をして子どもにも会うという対応をルール化する学校も増えてきています。

今年2010年の1月に、東京都江戸川区で小1男児の虐待死事件がありました。虐待の通報がありながらも区や学校が通報を生かせなかったと報道されたケースです。前年の9月に、男児を治療した歯科医が顔と足にあざがあることに気づきました。男児に聞くと『継父から殴られた』と答えました。そのことを区子ども家庭支援センターに通

告し、センターは学校に伝え、学校でも欠席が目立ってきていたため校長らが家庭訪問を行いました。継父は虐待の事実を認めましたが、その後も欠席が続き、訪問した教師は男児に会わせてもらえず有効な対策がとれないまま経過しました。そして、今年1月に意識不明になり死亡するというショッキングな結末を迎えました。司法解剖により、長期にわたったとみられる虐待による古い傷やアザ等があったとのことでした。

この事件をきっかけにして、厚生労働省が通達を出し、市町村や児相が把握している虐待ケースについて、学校や保育所等から定期的に児童の出欠状況の情報提供を受けるようにということで、本県においても取り組みを始めています。このように不登校についても、背景に虐待がある場合などには深刻な事態を招くことがあります。こうなると、不登校相談として心理療法的な関与や単純に登校支援だけを中心に考えればよい事態とは異なってきます。

もちろん、当所では虐待の有無にかかわらず、不登校児のために通所指導やメンタルフレンド派遣（およそ大学生年齢の有志青年が家庭訪問等を通し児童とマンツーマンでかかわるための派遣制度。メンタルフレンドになるためには事前に見相への登録が必要）など、児童の自我機能強化や登校支援を目的とした個別対応も行っています。しかしながら、現状では、とくに不登校において虐待状況が認められる場合には、私たち児相の関与するところが大きく、まずは不適切状況に対する介入が必要になってきます。

2. 「子どもの不適応に対する家族支援」という視点～不登校への支援～

(1) 子どもの成長と家族機能

児相の基本的な立場としては、「子どもの不適応に対する家族支援」という視点からの理解と対応を行っていると言えます。不適応には、不登校や非行あるいは虐待、発達障害などに伴う状態や現象などが含まれます。その状態や起きている現象に対して、家族を一つの基本的な単位＝システムとして扱い、その家族を支援していくという立場です。

そこで、まず図1のような説明の仕方でもの成長と家族機能についてお示しします（衣斐、2008）。子どもが生まれてから成長し社会化および個性化していくプロセスにおいて家族が果たす機能と、臨床的に問題となる現象について示したものです。家族は、子どもが育つ環境としての基本システムです。その家族の機能としては、保護者が子どもに対し、「保護、安心、共感、理解」などで示される心身のエネルギー供給を行う「癒しの場」であることと、「勇気、頑張り、我慢」などで示されるエネルギー燃焼の際に必要な「踏み台」となることの2つが想定されます。前者を母性機能、後者を父性機能と理解しても間違いではないでしょう。子どもは、両者の家族機能に支えられ、社会とのつながりのなかで自己を主張し成長していきます。

この場合でも“親への依存のうえに成り立つ自己主張”という程度が適当です。よく大人が子どもにハッパをかけたりしっかりしてほしいという心情を伝えるときに、「誰にも頼らず生きていけるようにならなければならない」とか「一人で生きていける力もないのに…」などといった言い方をすることがあります。しかし、これは根性論に過ぎず、実際は依存できる他者との関わりを適度に持ちながら自立できているというぐらいのあり方が真の自立であろうと思います。

それでも、実際の成長過程は常に順調、健全とは限りません。とりわけ思春期は、性的衝動の高まりなど急激な心身の変化により自己意識が高まる

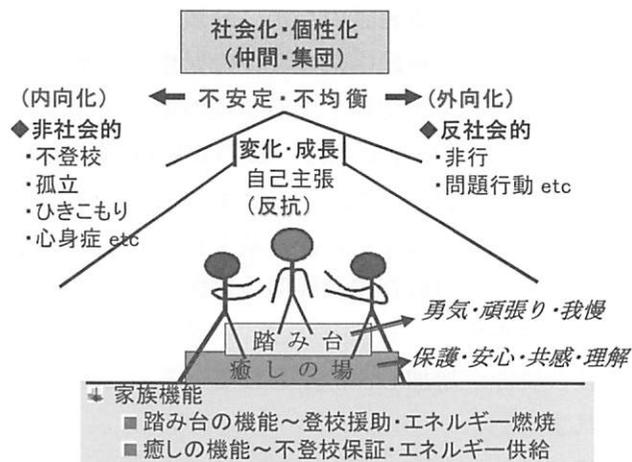


図1. 子どもの成長と家族機能

り、親からの独立意識が強まります。依存してきた親の存在を振り払うように反抗という形で自己主張をします。これまでは家族との関係が自己意識のベースにありましたが、この時期になると仲間との関係をベースにして自己意識を広げていきます。それまでに身につけてきた対人スキルや社会的感覚がはたして一人前に通用するのかどうかを、仲間との関係のなかで試したり、反対に仲間のように主張できない自分を感じたりもします。自立への憧れと同時に不安や恐れが増大します。孤独であることや他者との違いにことさら敏感になり、自分とは何かを模索します。不安定やアンバランスになりやすく、挫折や危機を経験し、時に問題を顕在化させます。

仲間集団になじめず内向きに入りすぎると、孤立しこもりがちとなります。臨床的には不登校やひきこもり等として顕在化します。逆に、家族から離れ外向きに行きすぎると、仲間に合わせて自分を失ったり社会のルールを逸脱します。臨床では、非行等の反社会的な問題になります。

たとえば、不登校に陥った場合の健全な家族機能のあり方は、前者の癒しの場機能であれば、エネルギーのない子に無理に登校を強制せず不登校を保証しエネルギーの供給を優先するでしょう。後者の踏み台機能であれば、頃合いを見て登校に向けて押し出す援助を行うでしょう。このように問題が生じた場合でも、柔軟に家族の機能が発揮されることによって問題が解消、解決されていきます。

そして、家族だけでは状況が改善されず、児相など相談機関等に問題が持ち込まれる場合に、私たち第三者が関わることとなります。その際のアプローチとして、私たちは家族支援という立場をとります。

(2) 家族支援の視点

では、家族支援の視点を具体的に説明します。子どもが問題行動を起こしたり不適応な状態になったとき、その問題を巡って家族の中でどんなやりとりが行われているのかを扱う立場で家族支援を行っています。問題や解決を扱う際にも、家族を一つの単位として捉えエンパワメントする立

場です(図2)。不登校、非行、虐待、発達障害など問題は異なっても、そこにある家族を支援する姿勢は同じです。つまり、それぞれの特徴に応じた捉え方や関わりの工夫は必要ですが、それらの問題を巡って家族の中でどのようなやりとり(相互作用)が行われているかに注目します。その際に、因果律に基づく原因/悪者探しや責任追及などの直線思考や過去志向的な捉え方は、支援にはたいていの場合あまり有効でないことが多いのでしません。むしろ、そこで行われている家族の相互作用(コミュニケーション)を扱うようにします。問題を巡る相互作用が変われば問題も変わるという捉え方で、家族の変化を志向します。

子どもの不適応を巡って行われている家族の相互作用が悪循環に陥っている構造を図3に示しました。最初の原因となる個体要因や環境要因があるかもしれませんが、そこから何らかの不適応が生まれ、それに対し家族や周囲がどんな反応をするかによって、問題が増大/持続し不適応状態が循環していることを示しています。不登校も非行も

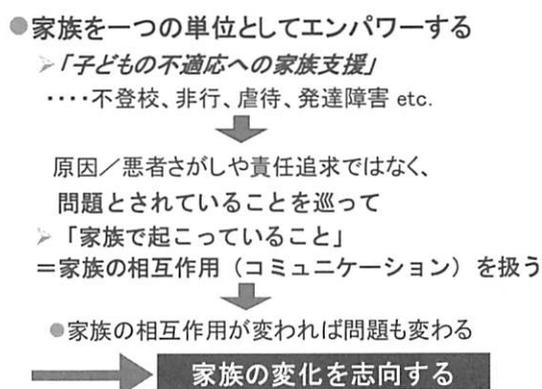


図2. 家族支援の視点

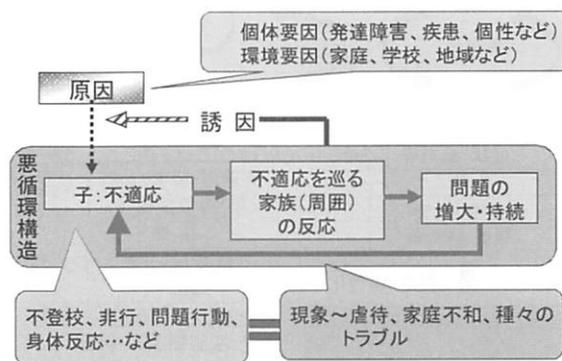


図3. 子どもの不適応を巡る悪循環

ある種の身体反応もそうですし、虐待や家庭不和などの現象もそうです。問題が続いている状態にはこのような悪循環構造がおうおうにしてみられます。

(3) 不登校ケースの悪循環からの脱却

この悪循環を不登校ケースについて、見てみま
す(図4)。子どもが不登校になる前後には、不
適応、退行、身体症状、暴力などの状態を呈しま
す。それに対し親は、注意、叱責を行い、子ども
が暴れると服従し、うまくいかない諦めるなど
の行動が循環的に起こり、改善なく不登校が続
きます。

このような親子間のやりとりができないまま、
長期化、慢性化すると、ひきこもりや社会化の停
滞を引き起こし、健全な家族機能も低下します。

その状態にある家族に対し支援を行います。た
だし、家族支援として介入をする場合には、必ず
しも再登校をゴールにするわけではありません。
不登校のままであっても、学校体験に代わる社会
的体験ができる場を提供できればよいと思ってい
ます。あるいは、長いその後の人生を考えれば多
少の停滞時期があっても大きな問題ではないとも
考えられます。しかし、今の社会のしくみとして
はなかなかむずかしいのも事実ですし、家族や周
りの者がそんなに楽観視することがむずかしいか
もしれません。だからできるだけ、再登校するこ
とを目標や解決像に据えることが多くなります。
もちろん、通常の学校体験に代わるものとして、
適応指導教室や民間の居場所などの利用により、
家族が不登校の悪循環から脱却できることもあり

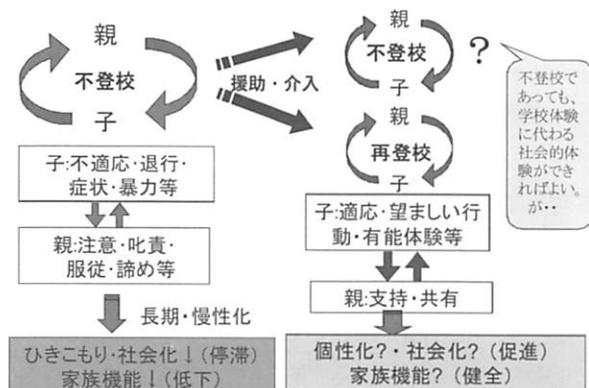


図4. 不登校ケースの家族支援イメージ

ます。あるいは、上述のように通常の形態や学校
という場所でなくてもかまいません。子どもが適
応感・望ましい行動・有能体験を持つことができ
て、親がそれをサポートしたり一緒に共有してい
くやりとりが成立する、それにより子どもの個性
化や社会化が進み、家族機能も健全なものになる
という循環が生まれます。

この健全なコミュニケーションが成立するよう
に家族に働きかけ支援をしていきます。家族だけ
ではよい変化が起きにくい場合には、学校、児相、
地域などが積極的に関与したラジャースystem
として関与します。そのイメージが図5です。と
くに要保護家庭やネグレクト家庭などは、待つ
ているだけでは自発的な変化は起こりにくく、不
適切な状態のまま続いてしまいます。

したがって、第三者が関与することで支持・共
有・勇気づけ等のプラスの変化エネルギーが注が
れ、子どもに適応行動や有能体験等がもたらされ、
そして個性化や社会化さらには家族機能の向上が
見込まれます。

以上、基本的な不登校に対する家族支援の方法
について説明しました。

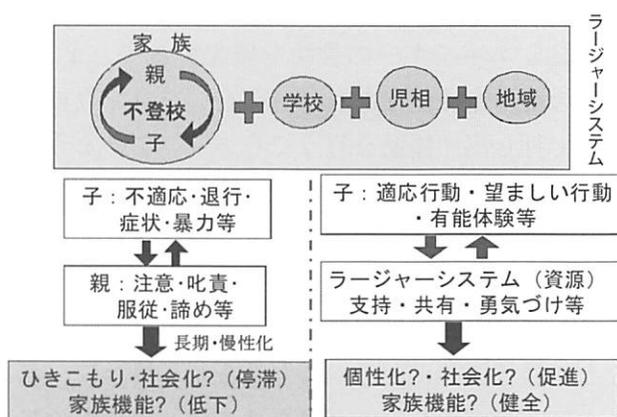


図5. ラジャースystemによる支援

3. 虐待状況が背景にある場合の不登校ケース

上述したように、不登校の背景に虐待状況があ
る場合は、さらに積極的な家族への介入が必要と
されます。そのことに触れます。

虐待対応の難しさの1つに、保護者対応があり
ます。子どもに対し結果的に虐待的な関わり方を
していたとしても、親としては悪意ではなくしつ

けであると言いき張ったり親なりに精一杯であったりします。それを他人から「虐待だ」「不適切だ」と言われて反発を感じたり、防衛的に隠したりするため、第三者の関わりや介入を快く受け入れることができませんし、スムーズな保護者対応にはなりにくいところとなります。怒りや攻撃を向ける保護者も多くいます。教師などが訪問し、それを子どもも保護者もよい関係の中で受け入れたり何らかの改善努力がある場合には、ことさら保護者と対立することはありません。しかし、そうでない保護者もいます。

保護者対応を考える場合、保護者は、①自分の行為が虐待（ないしは不適切）であるという認識がある（Y）かそうでない（N）か、②現状の改善を願い援助を求める動機づけがある（Y）かそうでない（N）か、③援助者との関係を親和的にできる（Y）かそうでない（N）か、この3つの認識が全部Yであれば関係も面接もスムーズです。3つともNであれば、リスク度に応じて強権的介入が必要です。できればどれか1つでもY要素を見つきたいものです。強権的介入とは、児相所長権限による一時保護や立ち入り調査などの法的手段を執行することです。この役割を、児相が担っているわけですが、一方で、親和的に粘り強く保護者や関係者との関係を大事にしたやり方が従来のケースワークでもあります。具体的には、いきなり①の話題から入るより、③のY要素を見つけて保護者と親和的な会話を交わし、願わくば②にたどり着き、いずれ①を穏やかに取り上げるといった流れを想定しています。

相手とのパートナーシップを大事にした援助関係について示したものが図6です。消失させたいもの（問題や悩み・症状など）を目指したパートナーシップと、こうなってほしいというもの（解決、目標、望む変化など）を目指したパートナーシップを示しています。いずれもパートナーシップとしては成立します。前者でも悪くはありませんし、通常の問題解決型であれば、むしろこのスタンスをとる方が主流かもしれません。しかし、先にも言ったような理由から、できれば後者のようなプラスの関係でありたいものです。

たとえば、〈不登校が解決したときにあなたは

どんなことをしていますか？〉〈それは、これまでとあなたにどんな違いをもたらしますか？〉〈今よりもさらにましになったとき何が起こると思いますか？〉など、解決したイメージや具体像を描いてもらい、それに向けた行動を生み出すような対話をしていきます。それが、解決志向型のアプローチです。これは、上述した悪循環のパターンを崩すやり方にもなります。

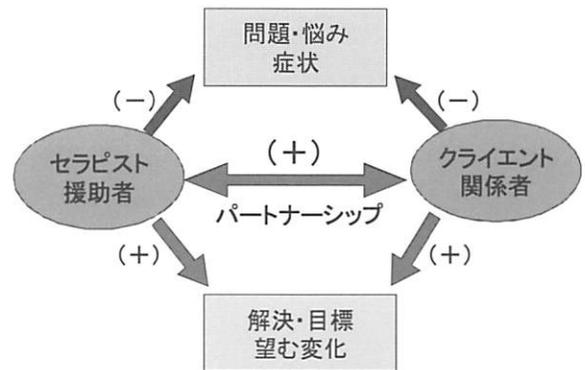


図6. 援助におけるパートナーシップ

4. おわりに

近年の子ども虐待防止および社会的養護に関する法改正が志向する方向性は、子どもの命を守り、子どもの最善の利益を確保するため、家庭に対する社会の介入性を強化する流れです。不登校ケースも、リスク度によってはその例外ではありません。

保護者との信頼関係を損ねるから児相の介入は待ってほしい、などと学校から言われることがあります。しかし、危機事態ともなれば、保護者との関係性保持を超えて、児相の権限を用いた介入が必要になります。したがって、実際の対応では、子どもを巡って起きている事象を見極めて、在宅・地域で支援していくのか、施設入所や里親委託などの社会的養護のなかで支援していくのかなどを含め、個々のケースに見合った理解と支援を模索し実践していています。そのためにも、月並みな言い方ではありますが、学校や関係者との相互理解と連携が重要だと考えています。

【文献】

衣斐哲臣（2008）：子ども相談・資源活用のワザ～児童福祉と家族支援のための心理臨床。金剛

出版

略 歴 (いび てつおみ)

15年間の病院心理臨床を経て、1995年から現在に至るまで、和歌山県子ども・女性・障害者相談センターの児童相談所部門に勤務。心理判定員、判定係長、相談係長、虐待対応専門員を経て、

現在は子ども相談課長。

著書：「システム論から見た学校臨床」(共著) 金剛出版 (1999年)、「発達相談と援助」(共著) ミネルヴァ書房 (2005年)、「子ども相談・資源活用のワザ～児童福祉と家族支援のための心理臨床～」(単著) 金剛出版 (2008年) など

特別支援学校（病弱）の場から

赤松 正敏（和歌山県立みはま支援学校・教諭）

1 本校における不登校等に係る生徒の状況

本校は、隣接する国立病院機構和歌山病院の重症心身障害児病棟に入院する児童生徒と自宅通学児童生徒が在籍する特別支援学校（病弱）である。通学児童生徒は本校と連携が取れる医療機関の診断を条件としており、現在連携できる病院も11病院を数えるに至っている。今年度の通学生徒は中高等部の普通学級に15名在籍し、このうち不登校を経験し心身症等を理由とする生徒は13名である。近年は発達障害の二次障害による生徒の増加傾向がみられる。その特徴的な面として、状況が読みとりにくく、自分のルールや価値観が周囲とは異なりその関係性の中から困り感を持つようになったことが考えられる。

2 生徒の実態と教育

社会と自らの関係に不安を持ち不登校や不登校の傾向を有する生徒たちは、その不安の実体がどこにあり、どのようにすれば解決できるのか、あるいは解決に近づくことが出来ることにも気付かず、自分を責めたり周囲を責めたりしながら自分を保っている様子が強く伺われる。そこで、自ら解決しようとする『気持』とその『方策』の獲得、治療への主体感の獲得が大切であると捉え、「不安や困り感は解決していけるんだ」という実感を糧に解決する力や意識を育むことを目標に支援の段階を想定しつつ進めている取り組みの中からその一端を紹介する。

(1) 不安は回避できる。

〔・全部回避から部分的回避へ ・回避できる環境の保障〕

(2) 『個人』として認められる。

〔・気持や意見が認められる ・自分の時間 ・気持と行動を分けて捉える〕

(3) 不安や困り感は『攻略』する

〔・攻略のための考え方を学ぶ ・提案→相談（交渉）→合意（納得）→行動 ・交渉の主導権 ・教師は協働攻略者（チーム） ・攻略のモデル（複数の選択肢、価値観や評価基準、考え方） ・『安心』による支援 〕

(4) キーパーソンの活用

〔・活用の目的の個別化〕

(5) 支援チームづくり

〔・トータルケアをめざして ・在学中→卒業後の支援を見通して ・個別の支援チームと学校の支援チーム（チーム医療みはま支援会議）〕

3 センターの機能

(1) 教育相談

（保護者、児童生徒、教員等関係者、訪問、来校、巡回、講演、諸検査）

(2) 和歌山県病弱虚弱教育研究協議会、地域特別支援教育等研究協議会

（アンケート、リーフレット、講演会、学習会）

(3) 病気の児童生徒のための支援会議開催へ向けて

平成 22 年度日本育療学会総会

次 第

日時 平成 22 年 8 月 28 日 (土)
13:00～13:30
会場 和歌山大学教育学部講義棟

- 1 開会
- 2 理事長あいさつ
- 3 議長選出
- 4 議事
 - 第 1 号議案 平成 21 年度事業報告の件
 - 第 2 号議案 平成 21 年度会計決算報告・会計決算監査報告の件
 - 第 3 号議案 平成 22 年度役員選出承認の件
 - 第 4 号議案 平成 22 年度事業計画の件
 - 第 5 号議案 平成 22 年度会計予算承認の件
- 5 日本育療学会提言
- 6 日本育療学会第 15 回学術集会について
- 7 その他
- 8 閉会

日本育療学会 平成 21 年度事業報告

平成 21 年度に実施した事業について開催日順にご報告いたします。

●平成 21 年 4 月 18 日（土） 第 1 回理事会

- 議題：（1）理事長挨拶
（2）平成21年度役員について
（3）会計より(期末報告)
（4）学会誌「育療」第43号編集の進捗について
（5）学会誌「育療」の編集について(編集委員・査読要領等)
（6）学会誌「育療」の平成21年度編集方針について
（7）第13回日本育療学会学術集会について
（8）事務局の運営方法について
（9）その他

●平成 21 年 6 月 13 日（土） 第 2 回理事会

- 議題：（1）理事長挨拶
（2）会計より(期末報告)
（3）学会誌「育療」第44号編集の進捗について
（4）学会誌「育療」第45, 46, 47号編集の予定について
（5）第13回日本育療学会学術集会について
（6）理事長提案課題について
（7）その他

●平成 21 年 8 月 22 日（土） 第 3 回理事会

- 議題：（1）理事長挨拶
（2）学会誌「育療」編集の進捗について
（3）第 13 回日本育療学会学術集会について
（4）第 14 回日本育療学会学術集会について
（5）その他

●平成 21 年 8 月 22 日（土）、23 日（日） 第 13 回日本育療学会学術集会 （大会長 小畑文也）

●平成 21 年 8 月 22 日（土） 平成 21 年度日本育療学会総会

●平成 21 年 10 月 17 日（土） 第 4 回理事会

- 議題：（1）理事長挨拶
（2）学会誌「育療」第 45, 46, 47 号編集の進捗について
（3）第 13 回日本育療学会学術集会について（報告）

平成21年度 日本育療学会会計決算

1 収入の部

項目	予算額	決算額	差額	内 訳
前年度繰越金	510,070	510,070	0	
会費収入	1,200,000	1,190,000	-10,000	5,000円×延べ238名
貸付金の返金	500,000	500,000	0	第13回学術集会開催準備金
雑収入	20,000	21,015	1,015	書籍販売・預金利子
合計	2,230,070	2,221,085	-8,985	

2 支出の部

項目	予算額	決算額	差額	内 訳
事業費	1,393,000	1,066,864	326,136	
学会誌制作費	758,000	524,183	233,817	育療44・45号発行
印刷製本費	640,000	436,275	203,725	
発送費	68,000	48,690	19,310	
諸雑費	50,000	39,218	10,782	振込み手数料・テープ起こし等
学術集会開催補助金	100,000	100,000	0	第13回学術集会開催補助金
総会費	30,000	23,730	6,270	
理事会費	80,000	62,000	18,000	
通信費	10,000	9,350	650	
研修費	100,000	32,601	67,399	研修会開催補助
情報提供費	315,000	315,000	0	Webレンタル料・SNS管理料
事務費	5,000	4,515	485	
貸付金	500,000	500,000	0	第14回学術集会開催準備金
予備費	332,070	21,210	310,860	
次年度への繰越	0	628,496		
合計	2,230,070	2,221,085		

平成21年度 日本育療学会会計決算

1 収入の部

項 目	予算額	決算額	差額	内 訳
前年度繰越金	510,070	510,070	0	
会費収入	1,200,000	1,190,000	-10,000	5,000円×延べ238名
貸付金の返金	500,000	500,000	0	第13回学術集会開催準備金
雑収入	20,000	21,015	1,015	書籍販売・預金利子
合計	2,230,070	2,221,085	-8,985	

2 支出の部

項 目	予算額	決算額	差額	内 訳
事業費	1,393,000	1,066,864	326,136	
学会誌制作費	758,000	524,183	233,817	育療44・45号発行
印刷製本費	640,000	436,275	203,725	
発送費	68,000	48,690	19,310	
諸雑費	50,000	39,218	10,782	振込み手数料・テープ起こし等
学術集会開催補助金	100,000	100,000	0	第13回学術集会開催補助金
総会費	30,000	23,730	6,270	
理事会費	80,000	62,000	18,000	
通信費	10,000	9,350	650	
研修費	100,000	32,601	67,399	研修会開催補助
情報提供費	315,000	315,000	0	Webレンタル料・SNS管理料
事務費	5,000	4,515	485	
貸付金	500,000	500,000	0	第14回学術集会開催準備金
予備費	332,070	21,210	310,860	
次年度への繰越	0	628,496		
合計	2,230,070	2,221,085		

監 査 報 告 書

日本育療学会
理事長 西 牧 謙 吾 殿

平成21年度決算報告書の件について監査した結果、その内容が正当であることを報告します。

平成22年 7月15日

日本育療学会

監事 小林信秋 

日本育療学会 平成22年度役員等名簿

名誉理事長	加藤 安雄	横浜国立大学 名誉教授
役 職	氏 名	所 属
理 事 長	西 牧 謙 吾	国立特別支援教育総合研究所教育支援部 上席総括研究員
副 理 事 長	島 治 伸	徳島文理大学人間生活学部心理学科 教授
理 事	小 畑 文 也	筑波大学人間総合科学研究科 准教授
理 事	滝 川 国 芳	国立特別支援教育総合研究所企画部 総括研究員
理 事	武 田 鉄 郎	和歌山大学教育学部 教授
理 事	土 屋 忠 之	東京都立墨東特別支援学校 主任教諭
理 事	中 塚 博 勝	大和根旭出福祉園 園長
理 事	濱 中 喜 代	東京慈恵会医科大学医学部看護学科 教授
理 事	福 島 慎 吾	NPO難病の子ども支援全国ネットワーク事務局 事業部長
理 事	山 本 昌 邦	横浜国立大学 名誉教授
理 事	横 田 雅 史	帝京平成大学現代ライフ学部児童学科 教授
監 事	小 林 信 秋	NPO難病の子ども支援全国ネットワーク 専務理事

平成 22 年度事業計画

本学会の目的達成のための会則に定める事業を中心に行う予定である。

1. 理事会の開催

- ・第1回日本育療学会理事会

日時：平成 22 年 4 月 17 日（土） 14：00～16：00

場所：独立行政法人国立特別支援教育総合研究所東京オフィス

（東京都港区芝浦 3-3-6 キャンパスイノベーションセンター 404 号室）

- ・第2回日本育療学会理事会

日時：平成 22 年 6 月 12 日（土） 14：00～16：00

場所：独立行政法人国立特別支援教育総合研究所東京オフィス

- ・第3回日本育療学会理事会（予定）

日時：平成 22 年 8 月 28 日（土） 12：20～12：40

場所：和歌山大学教育学部・講義棟

- ・第4回日本育療学会理事会（予定）

日時：平成 22 年 10 月 23 日（土） 14：00～16：00

場所：独立行政法人国立特別支援教育総合研究所東京オフィス

- ・第5回日本育療学会理事会（予定）

日時：平成 22 年 12 月 18 日（土） 16：00～18：00

場所：独立行政法人国立特別支援教育総合研究所東京オフィス

・第6回日本育療学会理事会（予定）

日時：平成23年2月19日（土） 14：00～16：00

場所：独立行政法人国立特別支援教育総合研究所東京オフィス

2. 総会の開催

日時：平成22年8月28日（土） 13：00～13：30

場所：和歌山大学教育学部講義棟1階

3. 第13回学術集会の開催

日時：平成22年8月28日（土） 10：00～18：20

8月29日（日） 9：00～15：00

場所：和歌山大学教育学部・講義棟

会長 武田鉄郎（和歌山大学教育学部学校教育 教授）

大会テーマ：「不登校の理解と対応」

4. 学会誌「育療」第48、49、50号の刊行

5. 小規模研修会の開催（予定）

6. その他

○日本育療学会第15回学術集会の開催：平成23年8月27日、28日に 東京慈恵会医科大学において、濱中 喜代（東京慈恵会医科大学医学部看護学科教授）を学会長に開催を予定している。

平成22年度 日本育療学会会計予算

1 収入の部

項目	決算額	予算額	増減	内 訳
前年度繰越金	510,070	628,496	118,426	
会費収入	1,190,000	1,200,000	10,000	5,000円×240名
準備金の返金	500,000	500,000	0	第14回学術集会準備金の返金
雑収入	21,015	20,000	-1,015	書籍販売・預金利子
合計	2,221,085	2,348,496	127,411	

2 支出の部

項目	決算額	予算額	増減	内 訳
事業費	1,066,864	1,585,000		
学会誌制作費	524,183	950,000		育療46・47・48・49・50号発行
印刷製本費	436,275	800,000		160,000×5
発送費	48,690	100,000		20,000×5
諸雑費	39,218	50,000		振込み手数料等
学術集会開催補助金	100,000	100,000	0	第14回学術集会開催補助金
総会費	23,730	30,000		総会通知往復はがき他
理事会費	62,000	80,000		遠隔地交通費補助 等
通信費	9,350	10,000		
研修費	32,601	100,000		研修会開催補助
情報提供費	315,000	315,000	0	Webレンタル料・SNS管理料
事務費	4,515	5,000		
学術集会準備金	500,000	500,000	0	第15回学術集会開催準備金
予備費	21,210	258,496		
繰越金	628,496	0		
合計	2,221,085	2,348,496		

日本育療学会提言 特別支援教育における「病院にある学校」のあり方について

I はじめに

発達障害者支援法の成立や学校教育法等の一部改正によって、平成19年度から本格的な実施が進められてきた特別支援教育も、すでに3年目が過ぎようとしている。この間、自立支援法に代表される我が国の障害者施策に関して、共生社会を目指す上での実際の問題点や課題もあらたに見えてきたと言われている。

特別支援教育の理念と考え方は、中教審答申「特別支援教育を推進するための制度の在り方について」の中で示されたように、障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、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、適切な指導及び必要な支援を行うものである。そしてまた、特殊教育の枠組みの下で培われてきた教育水準や教員の専門性が維持・向上できるような方向で推進されることが必要であるともいわれた。

これらを受けた国や自治体では、政省令の改正による制度の改善をはじめとして、それまで対応の遅れていた発達障害のある人たちへの支援も含め、文部科学省と厚生労働省(教育委員会と首長部局)との連携によって、特別支援教育の推進のためのモデル事業や新規事業等を通じて具体的な取組を進めてきた。

この中で、より実質的な制度上の改善として「通級による指導」の拡大と運用の柔軟化が示された。これは、新たな枠組みとして考えられている「特別支援教室(仮称)」の概念につながるものとして、とくに発達障害の児童生徒にとって有用であると考えられ、期待と不安を持って注目されつつ、実質的に大きな役割を始めたのも事実である。

しかし、一方で病気療養児などの教育システムについては、新たな枠組みの中で具体的な改善策が出されたわけではない。中教審答申の中で、「いわゆる院内学級については、現行制度の維持を前提としつつ、短期間の在籍であっても学籍移動の手続が必要となることや、児童生徒数の変動を適切に反映した学級編制を行うことが困難であるなどの課題が指摘されていることから、制度の運用実態を見きわめつつ、その在り方について調査研究を行う必要がある。」とされたものの、「病弱教育における『特別支援教室』の在り方」についての議論が公式な場でなされてきたわけではない。

しかも、「病気を理由とした長期欠席児童生徒」の調査数は、依然として一定の数字を示しており、義務教育を受けられない者がいることも現実である。

そこで、病気療養児に関わる職種で構成される日本育療学会は、新たな制度のもとでどのような方策が考えられ、最良の方法はどうあるべきかを検討し、ここに提言することとした。なお、提言作成に当たり日本育療学会では、主たる検討については学会のSNSを活用することで行われた。

II 現状及び問題点

1 病院内にある学級の実態

一般的に「院内学級」と呼ばれているのは、病院内で学校教育を受けられるように教員の配置と場所の確保がされている場合である。しかしこの中には、特別支援学校(分校・分教室を含む)や訪問教育による教育などを含んで呼ばれていることが多い。

ここでは「院内学級」を、それら一般的な概念と区別するために中教審答申にしたがって、入院中の児童生徒のために病院内に設置された小・中学校の特別支援学級に限定し、検討を加えることとする。

ちなみに、病院内で学校教育を受けられるように教員の配置と場所の確保がされている場合を含めて、病弱教育の制度別に整理すると以下ようになる。

病弱教育の形態

- 特別支援学校・病気が慢性的で医療や生活規制を必要とする児童生徒が在籍

- 一 慢性の呼吸器疾患、腎臓疾患及び神経疾患、悪性新生物その他の疾患の状態が継続して医療又は生活規制を必要とする程度のもの
- 二 身体虚弱の状態が継続して生活規制を必要とする程度のもの

(学校教育法施行令)

- 特別支援学級・・・① 入院中の児童生徒のために病院内に設置された学級
- ② 家庭から通学できる病弱・身体虚弱の児童生徒のために小・中学校内に設置された学級

- 一 慢性の呼吸器疾患その他疾患等の状態が持続的又は間欠的に医療又は生活の管理を必要とする程度のもの
- 二 身体虚弱の状態が持続的に生活の管理を必要とする程度のもの

(就学指導資料)

- 通級による指導・・・通常の学級に籍を置き、一部特別な指導を必要とする病弱・身体虚弱の児童生徒

病弱又は身体虚弱の程度が、通常の学級での学習におおむね参加でき、一部特別な指導を必要とする程度のもの

(就学指導資料)

- 訪問教育・・・・・・① 家庭に教員が訪問
- ② 施設・病院に教員が訪問

前項に規定する学校においては、疾病により療養中の児童及び生徒に対して、特別支援学級を設け、又は教員を派遣して、教育を行うことができる。

(学校教育法)

2 院内学級の現状と中教審答申における特別支援教室(仮称)との整合性

院内学級の法的根拠は学校教育法第81条第三項にある。そこでは、「疾病により療養中の児童及び生徒に対して、特別支援学級を設け、又は教員を派遣して、教育を行うことができる。」とあり、身体虚弱者に対する特別支援学級を病院内に設置することが認められている。

一方で、中教審答申では、特別支援教室(仮称)について「この考え方は、小・中学校における特別支援教育を推進する上で、極めて重要であり、また、すでに特殊学級と通常の学級との交流教育という形で弾力的な運用が行われている例があることも踏まえれば、「特別支援教室(仮称)」の構想が目指しているシステムを実現する方向で、制度的見直しを行うことが適当である。」とし、特別支援学級そのものを特別支援教室(仮称)のシステムに移行することを示唆している。

しかも、学校教育法改正(2006年6月)時の参議院では、これら小・中学校の特別支援教室(仮称)を含む特別支援教育体制に、できるだけ早く移行するよう十分な検討をすることが、附帯決議として出された。しかし、それを受けて、国立特殊教育総合研究所に特別支援教室制度研究会が組織され、「新教育システム開発プログラム」において『特別支援教室制度に関する研究』(平成18年度～20年度)も行われたものの、その報告書には病弱・身体虚弱の特別支援教室制度についての記述はなかった。

また、特別支援教育の推進に関する調査研究協力者会議(平成20年度～21年度)においても、特別支援教室制度の論議の中で病弱・身体虚弱の児童生徒にかかわるものはほとんどない。

つまり、院内学級の現状と通常の学級をベースとして必要に応じて利用するという形での特別支援教室(仮称)との整合性を考えた場合、そこにはきわめて大きな問題が横たわっているということであろう。

○ 特別支援教室(仮称)の具体的なイメージ(中教審答申より抜粋)

具体的な「特別支援教室(仮称)」のイメージについては、LD・ADHD・高機能自閉症等を含め、障害のある児童生徒が、原則として通常の学級に在籍し、教員の適切な配慮、チーム・ティーチング、個別指導や学習内容の習熟に応じた指導などの工夫により通常の学級において教育を受けつつ、必要な時間で特別の指導を受ける教室として、例えば以下のような形態が想定される。いかなる形態の特別支援教室をどのように設置していくかについては、地域の実情、個々の児童生徒の障害の状態、適切な指導及び必要な支援の内容・程度に応じ、柔軟かつ適切に対応することが重要である。

○ 特別支援教室Ⅰ

ほとんどの時間を特別支援教室で特別の指導を受ける形態

○ 特別支援教室Ⅱ

比較的多くの時間を通常の学級で指導を受けつつ、障害の状態に応じ、相当程度の時間を特別支援教室で特別の指導を受ける形態

○ 特別支援教室Ⅲ

一部の時間のみ特別支援教室で特別の指導を受ける形態

これらの形態は、あくまでも例示としてのイメージであって、当然のことながらこれらの形態の中間的なものや、これらの形態を組み合わせたものなども考えられる。

○ 制度化に係る検討課題(中教審答申より抜粋)

「特別支援教室(仮称)」の構想が目指しているシステムの実現に向けては、現行の特殊学級等を直ちに廃止することに関して、障害の種類によっては固定式の学級の方が教育上の効果が高いとの意見があることや、重度の障害のある児童生徒が在籍している場合もあること、さらには特殊学級に在籍する児童生徒の保護者の中には固定式の学級が有する機能の維持を望む意見があることなどに配慮し、弾力的な運用が可能となる制度とする必要がある。

また、特殊学級等の各都道府県等における運用や在籍する児童生徒の実態に幅がある中で、場や空間を指して用いられることが多い「教室」の制度化については、現行の「学級」編制を基本とする公立学校の教職員配置システムとの関連を検討することが必要である。

III 院内学級特有の問題への対応

1 病気の児童生徒に対する教育の実態

実際の院内学級の現場では、病気の児童生徒に対する教育ということが基本であるため、通常の学級のように児童生徒数が年間を通じて一定に近いわけではない。これは、病院に入院治療している児童生徒が教育を受けるためには、病弱・身体虚弱特別支援学級が設置されている小・中学校に転学しなければならないからである(病弱者を教育する特別支援学校も同様である)。したがって、疾患にもよるが、4月当初には入院をしている児童生徒は少なく、学校での健康診断後の夏へ向かう季節や秋から冬へ向かう季節に、児童生徒数が多くなるというような現象がある。夏へ向かう季節の増加は、健康診断後の医療の必要性からということもあろう。また4月当初の減少は、せめて入学式は地元の学校でという、心情

的な意識も働いていると見られる。もともと、中学校の院内学級では、高校進学等の関係から2月・3月に生徒数が減少することも知られている。いずれにしても、5月1日を起算日とする学校基本統計の数値は、病弱教育に関していえばほとんど意味がないと言っても過言でない。

その一方で、教育を受けることができる医療機関に入院しているものの、その期間が短期であったり、入院期間の見通しが不確定であったりしたために、それまで通学していた学校に在籍したまま入院生活をしている児童生徒が存在していることも周知の事実である。彼らに関していえば、原則的には、病弱・身体虚弱特別支援学級の担当教員による教育(あるいは特別支援学校の教育)を受けることはできない。しかし、実際にはこれらの児童生徒に対して、在籍している児童生徒と同様に何らかの教育支援を行っている院内学級も多い。

このことについて、国立特殊教育総合研究所は、2006年3月、都道府県、政令指定都市において、病院にある学校や学級を設置している小・中学校を対象に、また小・中学校の特殊学級が設置されていない自治体においては、養護学校を対象にアンケート調査を実施(2006年3月当時は、国立特殊教育総合研究所、特殊学級、養護学校という名称)している。それによれば、院内学級で指導をしている児童生徒のうち3～4割程度のもので、その学校に在籍をしておらず他校の児童生徒である実態が明らかにされている。もちろん、制度的には適当な扱いとはいえないが、児童生徒の教育権の保障への対応や教員の良心といったものが、その背景にあると考えられる。しかし、その期間の児童生徒は教育を受けた扱い(指導要録上の問題)になっていなかったり、担当教員の負担の重さ等があったりするのも事実である。

これら「サービス運用(学籍移動をせずに院内学級で対応)」を制度の面から見た場合、本来であれば、現行制度に基づいた「厳格な法律の適用」が行われなければならないという意味で、不適切な対応であることはいうまでもない。つまり本来であれば、すべてのケースにおいて学籍の移動をさせなければならないのである。しかし、ここにはいくつかの運用上の問題が生じてくる。たとえば、一定のプロトコルにしたがって治療が行われる疾患でも、その期間が短期あるいは数回にわたる入退院の必要性があったり、症状によって入院期間の見通しが不確定であったりする。そういう児童生徒の場合にも、短期間の間に何度も学籍移動を行わなければならないのである。したがって、実際には教科書を含む転学事務の手続きがかなり煩雑になり、場合によっては、児童生徒の物理的な実態と書類上のかなり解離した状況が生まれる。しかも、さらに厳密に言えば、そのつど学級編成に基づいた教員配置をする必要が生じるのである。

ちなみに、和歌山大学の武田鉄郎らの調査(都道府県・政令指定都市64教育委員会を対象：2008年度末時点)によると、過半数を超える自治体が病氣入院による学籍移動の期間を定めておらず、約30%の自治体が1ヶ月を目安としていることがわかっている。また、3分の2近い自治体が学籍移動を行わない児童生徒には学習上の保障をしていない。しかも、「サービス運用」等の学習上の配慮を行っている自治体の場合でも、その半数が欠席扱いとなっており指導要録上の空白が生じている。なお、出席扱いにしている自治体は、通級による指導や適応指導教室と同じ扱いにしていることも報告されている。

これらのことを通じて考えられることとして、厳密な因果関係に関する調査はないものの、学校基本統計等で問題にされている「病氣を理由とした長期欠席者数」の多さ(平成20年度は約5万人)にも関係しているのではないだろうか。

2 病気の児童生徒への教育対応策

上記の状態も含めて、入院生活をしている病気の児童生徒への教育対応を整理すると、以下のようになる。

○ すべて学籍移動を基本とする

現行制度に基づいて学籍の移動がなければ教育対応はしない。同じ病棟内であっても、学校教育がなされている児童生徒とそうでない児童生徒が混在する。

○ サービス運用で対応

先述したように、学籍移動をせずに院内学級で対応しているパターン。実態として入院している児童生徒を、短期間であっても学習の空白を作るわけにはいかない、あるいは学籍の有無で区別できないといった考えもあって行われている。

○ 通級による指導として対応

通級による指導の対象には、病弱者および身体虚弱者が含まれており、平成14年5月27日付14文科初第291号「障害のある児童生徒の就学について(通知)」や、就学指導資料に「肢体不自由、病弱又は身体虚弱の程度が、通常の学級での学習におおむね参加でき、一部特別な指導を必要とする程度のもの」と規定されているため、その対象として対応している。

○ 適応指導教室と同じ扱いにして対応

いわゆる不登校対策として、「学校以外の場所や学校の余裕教室などにおいて、児童生徒の在籍校と連携をとりつつ、個別カウンセリング、集団活動、教科活動などを行う(文部省)」ことで出席扱いのできる適応指導教室の準ずるものとして対応をしている。

○ いわゆるゼロ学級で対応

4月当初に児童生徒がいなくても院内学級として最初から開設をしておき、加配等の教員配置(他の加配理由もある)をおこなう。これを校内人事の教員操作で処理しつつ、学籍移動の事務手続きを行う(もしくはサービス運用で対応)。

○ 特別支援学校の分校・分教室のみで対応

主たる総合病院や小児病院などに特別支援学校の分校・分教室を設置して、学籍移動を基本として対応する。ただし、医療制度の改革や小児医療の変化こともあって、平成20年度からは難しくなったといわれている。

○ いわゆる二重学籍で対応

現段階では病弱教育については見られないが、交流及び共同学習の効果的な実施のため、いわゆる二重学籍を実施している場合がある。埼玉県(支援籍)、東京都(副籍)、横浜市(副学籍)では、個別の教育支援計画や個別の指導計画に基づいて学習が進められている。基本的には、本来の在籍校の児童生徒として扱われるため、指導要録上の問題は出てこない。

○ 教員派遣事業で対応

滋賀県が独自で行っている「病弱教育巡回訪問指導教員派遣事業(県単)」。滋賀県内の総合病院等(特別支援学校・病弱または院内学級が設置されている病院を除く)に入院し、主治医が学習可能と判断した児童生徒に対して、在籍学校長からの県教育委員会への要請に基づいて、訪問指導教員を派遣する事業で対応。教員が教育委員会に所属しているため学籍を移動しない。

IV 改善に向けた提案 今後の方向性

中教審答申における特別支援教室(仮称)の構想と院内学級の現状との整合性を考えた場合、病弱・身体虚弱特別支援学級がそのまま特別支援教室(仮称)の形態に移行するのは、現実的でないと考えられる。しかし、特別支援教育を進める上で特別支援教室(仮称)の構想を否定するべきものではない。

そこで、日本育療学会としては次のような提言をしたい。

1 教育権の保障に関して

平成6年12月21日付文初特294号「病気療養児の教育について」が、各都道府県教育委員会教育長あてに文部省初等中等教育局長通知として出されている。ここでは、病気療養児の教育の改善充実に一層努められるように、適切な教育措置の確保等についても趣旨の徹底を図るよう通知されている。

ここに流れるのは、日本国憲法や教育基本法に保障された教育権を守る意志である。病気の児童生徒への教育が軽んじられることのないように、教育権の保障が教育行政関係者や教職員のみならず全国民の責務として再認識されるべく、今一度ひろく知らせる必要がある。

2 学籍移動に関して

病気で入院をした児童生徒の学習をする機会は、学籍移動を前提とするのではなく入院実態に沿って進められることを基本とすべきである。しかし、現行制度内では、院内学級のある学校(もしくは特別支援学校)への学籍移動が必要である。したがって、特別支援教室(仮称)の構想への転換にあたって、次のような形態への柔軟な活用促進をすべきである。

○ いわゆる二重学籍の方向で制度設計

埼玉県の支援籍、東京都の副籍、横浜市の副学籍の考え方を見てみると、それぞれ在籍が特別支援学校か小・中学校かの違いはあるものの、児童生徒は在籍校に学籍を置いたままで他の学校での授業を受けることを可能にしている点で共通している。これを院内学級に当てはめて考えると、院内学級のある病院であればそのまま活用できる制度である。この考え方の基本は、通級による指導を他校で行っていること(いわゆる他校通級)と同じであり、院内学級側の教員配置や場所の確保によって教育が可能である。また、指導要録についても個別の教育支援計画や個別の指導計画の活用をベースにすれば問題は少ない。

そう考えると、院内学級の教員配置を確保するためには、現行の「学級」編制を基本とする公立学校の教職員配置のシステムを維持しながら、特別支援教室(仮称)の形態に移行すべきであると考えられる。ただし、4月当初に児童生徒がいなくても院内学級として最初から開設をできるようにする必要がある。また、就学にかかる費用については原籍校であることも明記すべきだろう。

○ 実態に応じた自治体の対応

特別支援教室(仮称)の形態への移行に関しても地方分権の考えに即して、各自治体が実態に応じた対応ができるようにすべきである。Ⅲ-2で述べたように、すでに自治体独自の方法で対応しているケースや、現行制度内で工夫をした対応を行っている場合がある。これらは、病気の児童生徒の学習の権利を最大限に保障していこうという自治体の姿勢であり、これを疎外してはならない。それぞれの実態に応じた各自治体の柔軟な対応が可能ないようにすべきである。

基本情報変更届

平成 年 月 日

該当する項目にシを記入して下さい <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 改姓名 <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> その他		
フリガナ	姓	名
<input type="checkbox"/> 氏名		
<input type="checkbox"/> E-mail		
<input type="checkbox"/> 勤務先	勤務先・学校名称	
	旧勤務先名称 〒□□□-□□□□ TEL — — FAX — —	
<input type="checkbox"/> 職種	1. 医療職 2. 看護職 3. その他医療看護職() 4. 栄養士 5. 保育士 6. 学校教職員 7. 福祉職 8. 研究職 9. 当事者 10. 家族 11. その他()	
<input type="checkbox"/> 自宅	〒□□□-□□□□ TEL — — FAX — —	
旧自宅住所		
送本先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不要	
退会届	年 月 日をもって退会します。	
退会事由		
事務局への通信欄:		

日 本 育 療 学 会

FAX: 046-839-6946

電子メールの場合は、上記の必要事項を記載の上、事務局宛
(nihonikuryo@ybb.ne.jp)までお送り下さい。

第49号 育療 編集後記

育療49号をお届けします。今回は、日本育療学会第14回学術集会特集号です。テーマは、「不登校の理解と対応」とし、学会長は 和歌山大学の武田鉄郎先生にお願いしました。最近の学会は、関東とそれ以外の地域を交互に選び、全国各地で学術集会が開催されるように工夫しています。今回の和歌山大会は、関西で初めての開催となりました。

会場の和歌山大学は、大阪との県境の山の上に位置し、非常に見晴らしがよいところでした。和歌山市は、大阪からも更に電車で1時間かかり、少し交通の便が悪く、参加者数を気にしていましたが、一般参加266人、シンポジウムのみが12人、合計278人と、多くの方々に参加していただきました。武田先生の和歌山における人望の賜と感謝しています。応募演題数も多く、口頭発表数が制限される中、いくつかのポスターに回ったとお聞きしています。シンポジウムや口頭発表の後の質疑応答も盛り上がり、活発な議論が展開されました。座長の先生方に、その内容の報告をお願いしましたが、簡潔にまとめて頂いております。ポスターセッションの方法にも工夫を加えていただきました。年々、発表レベルも向上しているように思います。

今回はテーマに沿った基調講演は、この分野の第1人者である齊藤万比古先生にお願いいたしました。国立特別支援教育総合研究所HPより、平成17年課題別研究「慢性疾患（心身症や不登校を含む）自己管理支援のための教育的対応に関する研究も、併せて参考にされると講演内容をよりよく理解できると思います。

(http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/pub_b/b-200.html)

また、ミニレクチャーは、和歌山県立医科大学教授の柳川敏彦先生から「虐待と不登校」、関西医科大学講師の石崎優子先生から「心身症等と不登校」のお話をいただきました。不登校という現象の背後にあるさまざまな要因をうまくまとめていただけたと思います。この3つの講演録で、不登校の理解が進むと思います。

シンポジウムでは、育療学術集会らしく、和歌山県における教育、医療、福祉の各界の実践者から、幅広く情報を提供していただいています。不登校が、教育だけの問題ではないことが理解できると思います。

平成23年度は、東京慈恵会医科大学医学部看護学科の濱中喜代教授に学会長をお願いしています。テーマは、「入院している子どもの教育支援のための教育と医療と連携」です。開催地は、東京となります。学会案内を、同封していますので、奮ってご参加下さい。東京でお会いしましょう。

毎度のことですが、会員の皆様の論文投稿をお待ちします。特に、現場の教員の皆様の実践報告は大歓迎です。学術誌とSNSを効果的に活用し、会員の更なる学術活動に貢献するとともに、会員相互交流も進め、質の高い情報を提供していきたいと考えています。日本育療学会の発展のために、会員各位のご協力をよろしく申し上げます。

(文責 西牧 謙吾)

編集委員

及川 郁子 小畑 文也 笠原 芳隆 小林 信秋 棹山 勝子 滝川 国芳
武田 鉄郎* 中井 滋 中塚 博勝 西牧 謙吾 濱中 喜代 平賀健太郎
村上 由則 山本 昌邦 横田 雅史 * (編集委員長)

編集規定

1. 本誌は、日本育療学会の機関誌であり、病気や障害のある子どもの健全育成を図るために、教育、医療、福祉、家族、福祉等に関する論文を掲載する。当分の間、年3号発行する。
2. 投稿資格は、連名者も含め日本育療学会会員に限る。
3. 投稿論文は編集委員会で審査され、掲載の可否が決定される。
4. 内容は、原著論文、事例研究、資料、総説・展望、実践論文などとする。
 - ・原著論文は、理論的、実験的又は事例的な研究論文でオリジナルなものとする。
 - ・事例研究は、事例を扱う原著とする。
 - ・資料は、資料的価値のある論文とする。
 - ・実践研究は、教育、医療、福祉などの実践をとおしてなされた研究論文で、実際的な問題の究明、解決を目的としたものとする。
5. 特集については、学会の趣旨に関連あるその時々々の社会の動き等の課題を取り上げ、問題とその解決策等を明確にする。なお、特集の責任者は編集会議で決定し、その責任者を中心に特集を組む。
6. プライバシーの問題や倫理的に問題のある研究や表現は認められない。

投稿規程については、別に定める。

日本育療学会機関誌「育療」 第49号

平成23年2月14日印刷

平成23年2月21日発行

編集・発行 日本育療学会理事長
西牧 謙吾
「育療」編集委員長
武田 鉄郎

日本育療学会事務局

〒239-8585 神奈川県横須賀市野比5-1-1

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所 病弱班室気付

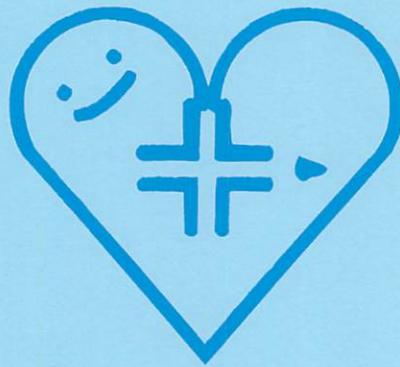
FAX番号：046-839-6946

メールアドレス nihonikuryo@ybb.ne.jp

ホームページ <http://nihonikuryo.jp>

印刷所 共進印刷株式会社

〒233-0003 神奈川県横浜市南区港南3-5-30



シンボルマークの意味

育…教育という意味で鉛筆

療…医療で聴診器と赤十字

あたたかい心でつつむという意味でハート

あかるく微笑む子どもの顔

「岸本ますみさんの作」

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**