

思春期・青年期における「心と体の不調」

早期発見・教育支援プログラムの開発

東京学芸大学大学院

連合学校教育学研究科

(東京学芸大学)

博士論文

学校教育学専攻教育方法論講座

田口 禎子

目次

序 論: 研究の背景と意義

序論：中学校・高等学校に在籍する生徒の特別な支援ニーズと精神的不調に関する先行研究の概観とその課題

I 高等学校における特別支援教育の現状.	2
II 青年期前期における精神的不調について	3
III 特別な支援ニーズのある生徒の精神的不調について	3
IV 予防と介入のレベルに応じた現状と課題	5
V 研究の目的	8
VI 研究の構成	8

本 論

第1部：多様なタイプの学校における生徒の特別な教育的ニーズの実態と支援のあり方に関する検討

第1章：病気のある児童生徒の教育的支援の現状に関する調査

1.1 目的	13
1.2 方法	13
1.3 結果	14
1.4 考察	22

第2章：知的障害・発達障害がある生徒のメンタルヘルスの不調および学校不適応行動への支援の現状、理解促進活動に関する調査

2.1 目的	25
2.2 方法	25
2.3 結果	25
2.4 考察	30

第3章：高等学校におけるメンタルヘルスの不調および学校不適応行動がある生徒への支援の現状、支援ニーズに関する調査

3.1 目的	34
3.2 方法	34
3.3 結果	35
3.4 考察	43

第2部：精神的不調および学校不適應の兆候を把握する方法の検討

第4章：支援プログラムとアセスメントツールの開発に関する国内外の研究動向	
4.1 目的	49
4.2 方法	49
4.3 結果	49
4.4 考察	53
第5章：保護者から見た生活状況調査	
5.1 目的	59
5.2 方法	59
5.3 結果	61
5.4 考察	66
第6章：本人が実感する精神的不調に関する調査	
6.1 目的	69
6.2 方法	70
6.3 結果	71
6.4 考察	75
第7章：思春期・青年期前期で精神化医療機関を受診した患者の実態調査	
7.1 目的	78
7.2 方法	79
7.3 結果	80
7.4 考察	86
第3部：メンタルヘルスのリスクがある生徒本人と支援者のためのプログラム開発・実践	
第8章：「こころの健康気づきチェック」の開発と適用	
8.1 目的	90
8.2 方法	90
8.3 結果	93
8.4 考察	97
第9章：支援ニーズの内容とレベルに応じた介入プログラムの適用	
9.1 目的	100

9.2 方法	100
9.3 結果	104
9.4 考察	132

結 論

第10章 総合考察と今後の課題	
10.1 各章の小括	139
10.2 総合考察	141
10.3 今後の課題	142
文献	144
付録	
第1章：病弱特別支援学校における児童生徒の実態に関する調査	
第2章：特別支援学校高等部に在籍する生徒の表記に関する支援についての実態調査	
第3章：高等学校における特別なニーズのある生徒に関する調査	
第6章：大学生の現在と過去の行動について	
第8章：心と体のアンケート	
第9章：心の健康気づきチェック	

序論

中学校・高等学校に在籍する生徒の
特別な支援ニーズと精神的不調に関する
先行研究の概観とその課題

I 高等学校における特別支援教育の現状

学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）、高機能自閉症等、学習や生活の面で特別な教育的支援を必要とする児童生徒数について、文部科学省が平成 24 年に実施した「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」の結果では、約 6.5 パーセント程度の割合で通常の学級に在籍している可能性を示している。このことから考えると、現在進学率が 97%を超えている高等学校においても、発達障害により支援が必要な生徒が少なからず在籍していると推測される。これまでも、高橋・内野（2006）により高等学校における発達障害のある生徒の在籍数が増加傾向にあることや、文部科学省調査（2009）で中学校の特別支援学級の生徒の 23%（2470 人）が高等学校等（高等学校本科・別科、高等専門学校）に進学している実態が報告されている。

このように、徐々に高等学校において発達障害およびその疑いのある生徒が在籍している現状が認識され、そうした生徒への指導及び支援のあり方が検討され始めている段階である。これに関連して、笹森（2009）が都道府県（47 機関）、政令指定都市（20 機関）の教育委員会を対象におこなった「高等学校における特別支援教育の推進に関するアンケート」によると、発達障害のある生徒に関する実態調査をおこなっている自治体は全体の 56.7%であり、そうした生徒を援助するための実態把握への取り組み方は地域ごとに異なっている事がわかる。また、同研究によると、文部科学省のモデル事業等とは別に独自の高等学校における特別支援教育推進のモデル事業等を行っている自治体は 34.3%であった。これまで小学校・中学校の義務教育を中心に展開してきた特別支援教育が、徐々に高等学校でも意識的に取り組まれ始めているものの、実態把握を含めた具体的な支援の実践状況にはまだばらつきがあるようである。また、定時制課程や通信制課程のある高等学校での重点的な取り組みをおこなっている自治体はそれぞれ 41.8%と 20.9%にとどまっており、より支援ニーズが高いと思われる子どもたちを十分に援助できているとはいえない状況も明らかになっている。低学力校とされる高等学校においては、心理的悩みや身体愁訴以外の理由による保健室来室が多い傾向がみられ、そうした学校には支援ニーズの高い生徒が一定数存在し、問題となっていることが指摘されている（田口・橋本・菅野・横田、2009）。

また、発達障害のある子どもの二次障害が深刻な問題に発展しがちであることはこれまでも指摘されているが、自閉症スペクトラム障害のある子どもではおおむね 3/4 に診断できる併存症がみられるとされ、特に不安や抑うつ的な気分が強いことが示されている（笹森ら、2012）。そのため、二次障害が生じる前に診断や適切な支援がなされることが望ましいと考えられる。しかし、特に知的な遅れがない自閉症スペクトラム障害のある子どもで、受け身であったり、学習面や集団生活に問題が顕在化しなかったりした場合には、幼少期に見過ごされ二次障害が起きてから始めて診断に至る場合が少なくない。公立の小中学校では様々な特性のある子どもが同じ学校の中で生活し学習するため、おのずと学校内に支援ニーズの高い子どもたちを支援する必要が生じるが、高等学校では学力や教育課

程の違いによって学校の支援ニーズはさまざまである。今後は、高等学校においても、特別支援教育の観点から特別な教育ニーズのある生徒の実態を把握し、必要な支援がおこなわれる必要があるのではないかと考える。

II 青年期前期における精神的不調について

一般的に中学校・高等学校在籍期間にあたる13歳から18歳の青年期前期は、環境や心身の変化に伴うストレスやアイデンティティの確立が発達課題であることと関係し、抑うつや情緒不安定など精神的不調を経験しやすい時期である。武内・小島・藤田・渡邊(2011)がおこなった高校生を対象としたメンタルヘルスに関する実態調査では、全体の約27%に抑うつの傾向がみられ、心の不調を感じていることが報告された。そのような精神的不調を感じたことがある者のうち、うつ病として診断される者はそのうち15~20%程度ではないかと傳田・加古・佐々木・伊藤・北川・小山(2004)は述べている。予後に関して、高校生の4人に1人の割合でメンタルヘルスに関する不調を抱えている者が存在することについては、成人後に抑うつ状態を繰り返したり、自殺リスクが高くなったりするといった報告もある(吉田・山下、2008)。そのため、そうした生徒に対して、教育段階ですでに兆候が表れている場合には、早期の介入や対応が必要だと考えられる。

また、厚生労働省患者調査(2008)によると、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、気分障害(躁うつ病を含む)神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害を含む精神及び行動の障害で精神科を受診した20歳未満の患者は14.8万人であり、年々増加傾向にある。よって、思春期・青年期の人たちの心の健康を高め、問題が生じる前に予防するという視点は現在の学校教育において大変重要である。これに関連して、平成20年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業「思春期精神病理の疫学と早期介入方策に関する研究」(岡崎・西田、2008)では、中高生3万人を対象とした調査をおこない、家族や中高生自身が精神疾患についての知識を学ぶ機会が少なく認知度が低いこと、中高生が精神的不調を抱えた際には友人や家族に相談する傾向にあること、本人は担任に相談することに抵抗を感じるものが多く、保護者は医療機関に相談することに抵抗を感じるものが多い傾向があることなどを明らかにした。

こうしたことから、今後の教育課題の一つとして、思春期・青年期において生徒自身が心の問題や不調に気付いて援助をもとめたり、学校や医療機関は精神的不調のサインを呈した子どもを早期発見したりすることが重要であると考えられる。そのために、相談につながりやすい関係の構築や心問題や不調を把握し自身の行動や特性についてふりかえるための心理教育をおこなっていく必要があると考えられる。加えて、家族や友人がそれぞれのレベルで精神的不調に関する知識をもって適切な対応や早期支援に導くための普及啓発や介入方法の周知が必要である。

III 特別な支援ニーズのある生徒の精神的不調について

青年期の病気や知的障害・発達障害のある子どもの中には、特別支援学校高等部や中学部、特別支援学校病弱（病弱）や病弱特別支援学級で学ぶ子どももいる。そうした子どもの中にも、精神的不調を生じる生徒は存在する。知的障害のある人は情緒的あるいは行動上の問題をしばしば呈し、精神疾患の合併が一般人口より3～4倍高いと概算されていること（融・小見山・大久保・中根・岡崎，2005）、思春期，青年期の適応障害患者では、PDD群が非PDD群より有意に被害妄想や、強迫症状など様々な精神症状を生じる者が多かったこと（中村，2014）などからも、知的障害・発達障害のある人は二次的な合併症として精神的不調をきたしやすいことが示唆される。齋藤（2015）はこれらの合併症が多彩であること、特に軽度・中等度の知的障害の若者が、要求される指示理解や遂行のレベルに合わせられず不安や劣等感を抱き、過剰適応や不適応をおこして精神障害の親和性や脆弱性が増加することを指摘している。こうした背景を考えると、青年期の特別な教育的ニーズのある子どもは、所属する教育の場の環境と教育・支援内容により、生じるリスクが異なっていると考えられる。つまり、通常の中学校・高等学校に在籍した場合には、必要な支援が得られえない場合に不適応を起こしたり、二次障害が発生したりするリスクが大きいと考えられるが、知的障害・発達障害や病気があり特別支援学校で学ぶ場合には、主症状に隠れて精神的不調や脆弱性が存在するためバイアスがかかり気づかれにくい、あるいは環境や要求水準の調整により不適応が起きづらいのではないかと考える。また、自己理解の低さ（江川,2013）やストレス耐性の低さなどから、特別支援学校在学中には大きな問題とならなかつたとしても、卒後に就労、所属機関の変更などで環境が変わり、ストレスの高い環境下におかれた場合、精神疾患や不適応が起きやすいと考えられる。こうしたことから、通常の中学校・高等学校のみならず特別支援学校に在籍する生徒も精神的不調のリスクへの気づきと対応は課題であり、教育段階での取り組みが必要なのではないかと考える。

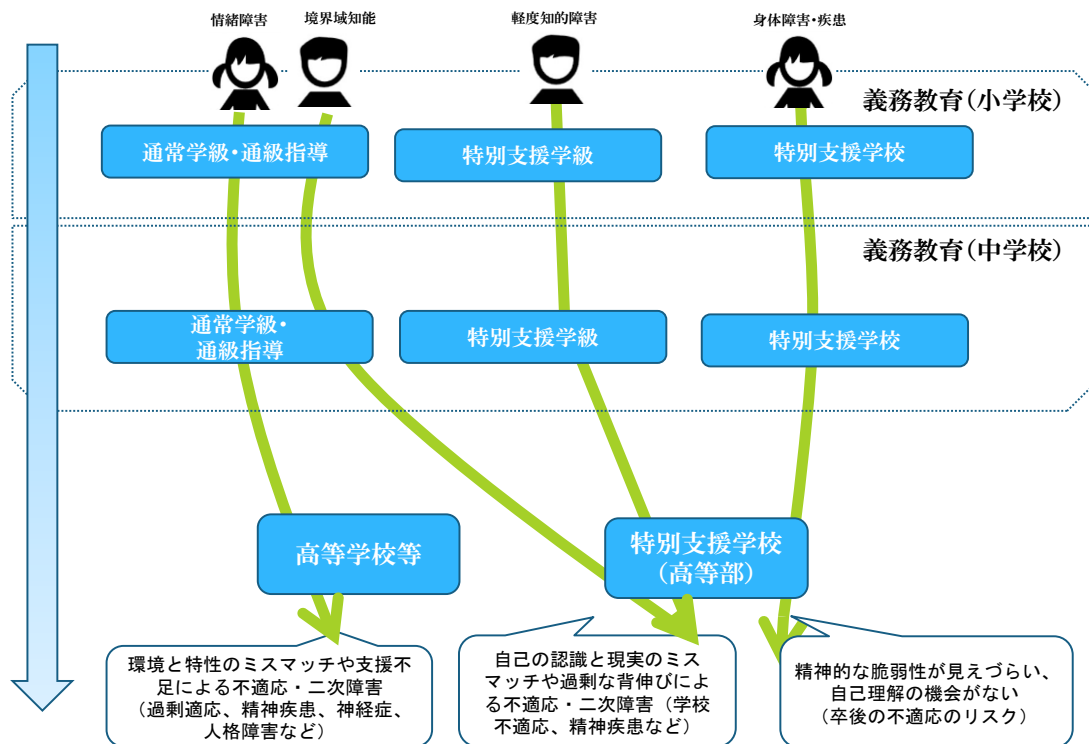


Figure 1. 所属する校種と生じうるリスクの例

IV 予防と介入のレベルに応じた現状と課題

児童生徒のメンタルヘルスについて論じるにあたって、Caplan, Gの地域精神保健の予防概念である、①発生予防（第一次予防）、②早期発見、早期対処（第二次予防）、③再発防止（第三次予防）によれば、未然防止と早期の介入が重要である。石隈（1996）はこれを応用して、教育援助を①すべての学生の援助ニーズに応じる一次的援助サービス、②問題を持ち始め、問題をもつ可能性の大きい一部の学生への二次的援助サービス、③援助ニーズの大きい特定の学生への三次的援助サービスの3段階に分類している。小野瀬（2004）、石隈（1999）による分類では、それぞれのレベルに中心的に関与する担い手を一次的援助サービスで教師、二次的援助サービスで担任や教育相談担当教諭、養護教諭やスクールカウンセラー、三次的援助サービスでは専門的機能を持つ場（特別支援学級、教育相談室、保健室、適応指導教室など）やスクールカウンセラーとした。また、西田（2008）は、WHO（1994）の提言に基づき、包括的学校精神保健アプローチのモデルを提唱している。そのなかでは、学校全体を対象に心理社会的な能力と健康の促進に役立つ環境の整備をおこなう、「学校環境全体レベル（第一次予防に相当）」、全生徒、全教員を対象に精神保健教育による啓発活動を行う「授業レベル（第一次予防に相当）」、精神保健的ニーズまたはそ

の徴候のある一部の生徒を対象に心理社会的介入をおこなう「追加援助レベル（第二次予防に相当）」、はっきりとした精神保健的ニーズのある一部の生徒を対象に専門的治療をおこなう「専門的精神保健レベル（第三次予防に相当）」の4段階に分け、各レベルに応じた援助機能が働くことが望ましいとされている。

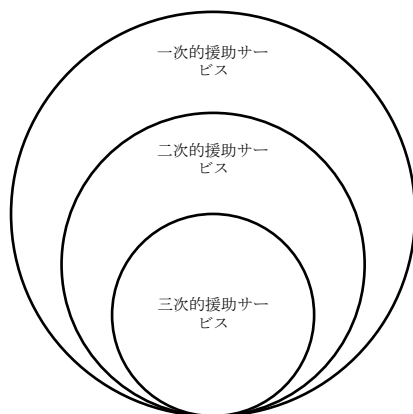


Figure2.教育援助サービスのレベル（石隈,1996）

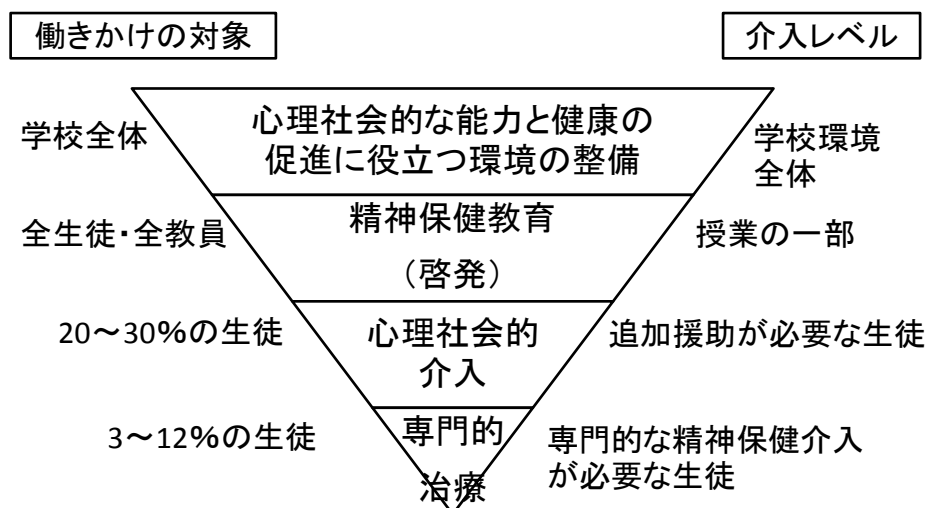


Figure3.包括的学校精神保健アプローチ（西田,2008、WHO,1994）

先行研究からは、実践における課題が各レベルそれぞれにあることがわかる。ここでは特に、主に学校で行われる1次的援助サービスと二次的援助サービスに焦点を当てる。1次的援助サービスに関して、西河・坂本（2005）によれば、大学生への抑うつ予防では、

閾値下抑うつ（うつ病の診断基準に満たない程度の抑うつ）でも相当の機能障害があり、後続の人生におけるうつ病の危険因子であること、授業での理解啓発教育が閾値化抑うつの学生への効果的な介入の一つであると考えられるが、日本では欧米に比べ精神的健康に対する予防的取り組みが遅れていることが指摘されている。また、及川・坂本（2008）は、適切なスキルや知識を獲得することは、一次予防としての意義のほかに、将来的に事故や周囲の者が抑うつを経験した場合に、誤った認識や偏見に陥ることを防ぎ、二次予防につながるために重要であるが、現行の教育現場のシステムでは精神的健康増進のための専門的知識やスキルを学ぶ機会は限られているとした。こうした状況の中で、精神疾患の正しい知識と理解を深めるため、近年ではメンタルヘルスリテラシーという用語が用いられている（中根・吉岡・中根,2010. 赤澤・木下・中根,2011.学校メンタルヘルスリテラシー教育研究会,2011.他）。メンタルヘルスリテラシーとはメンタルヘルスに関する知識、理解、教養、信念、態度を意味し、心の不調に対する気づきや対処、予防行動につながるものである（Jorm,A.F.2000）。メンタルヘルスリテラシーを高めていくことは、自分自身や周囲の人の心の変調に早期に気づき対処していくという第2次予防にもつながる。すでに精神疾患に関する普及啓発の重点的課題として、学校の生徒等の若年層とそれを取り巻く者を対象に、適切なメッセージと媒体による普及啓発を行うことの重要性は指摘されており、学校教育の中でこうした取り組みを推進することの意義と効果が検討されることが望まれる。

二次的援助サービスに関しては、メンタルヘルスの早期発見・早期対応のための取り組みとして、子ども本人や教師・親などの支援者が評価する質問紙、心理検査などアセスメントツールの活用や、個別面談等が考えられる。しかし、これまでに1次のおよび2次の予防の段階では教師がその中心的役割を担うことが多くスクールカウンセラーや外部機関はその段階ではコンサルテーションにおいて間接的に関わることが多く、個々の事例に関わるのは主に3次の予防からであったことが指摘されている（石隈,1999）また、教育や福祉の現場では、アセスメントツールを用いて対象者の状態を数値化することにより、レッテル貼りや先入観で対象者をみることへの抵抗感が持たれる場合があり、アセスメント調査の実施やその結果を支援に活かすことへの理解が得られにくいケースも少なくない。このことに関して、Greenberg, Domitrovich, & Bumberger(2001)は、子どもを対象とした予防プログラムを、すべての集団対象とする universal（一般型）、メンタルヘルスの障害が進行するリスクが平均より高い集団や個人を対象とする selective(選別型)、メンタルヘルスの障害が進行しているけれども最小限である、また診断がなされていないリスクのある個人を対象とする indicated(特定型)の3つに分類して紹介している。しかし、現在学校教育の場において学校適応やストレスについてのスクリーニングは行われている（伊藤, 2003；三浦,2006；小野寺・河村,2003）一方で、メンタルヘルスの領域でスクリーニングツールを利用してアセスメントすることはほとんど行われていない。荒木・中澤（2010）は心理学の専門家が実践を通してアセスメントツールの有効性を示していくこと、教師との関係性や調査結果の有用性の説明をおこなう必要があると提言している。このことから、

二次的予防の段階でアセスメントツールと面談、行動観察を通して多面的な生徒理解をするためことは現状難しく、教師が日常関わる中で生徒の様子に気づいたり、生徒本人から訴えがなされたり、実際の問題行動や症状が生じてから、介入・支援の対象となっているのではないかと考えられる。

V 研究の目的

精神的不調や二次障害を未然に防いだり、問題が深刻化する前に発見・介入するためには、本人が自己理解を深めて自身の心の不調に気づき援助要請をおこなったり、周囲の大人が本人の状態に気付いて支援を開始したりする際に活用できる支援ツールが有用なのではないかと考えられる。そのため本稿では、思春期・青年期のメンタルヘルスのリスクと学校が行っている支援の内容について調査し、その特徴と課題を踏まえたアセスメントツールを作成し実施すること、アセスメント結果に基づく支援実践を通して個人の支援ニーズと困り感に沿った支援フローを形成することを目的とする。また、本研究で作成・実施するアセスメントツールと支援実践は、いずれも学校教育のフィールドを中心に実施されることを想定している。そのため、本研究では医療的な支援が中心となる統合失調症および重篤な気分障害、神経症等の明らかな症状が生じている思春期・青年期の人は主な対象とせず、発達の課題及び精神的不調の兆候を訴えている段階の人を「メンタルヘルス不調生徒」として介入の対象とする。

VI 研究の構成

第1部では、各種学校(病弱特別支援学校、知的特別支援学校高等部、普通科高等学校)における心と体の不調のある生徒へ対する支援の在り方の実態把握のため、調査をおこなった(第1~3章)。これらの調査を通して、各種学校におけるメンタルヘルスの不調および学校不適応行動がみられる生徒への支援と連携の実態把握をすることを狙いとした。次に第2部では、支援プログラムを構成する、「状態と支援ニーズを把握するためのアセスメントツール」と「主訴と症状に応じた支援プログラム」の作成のため先行研究のレビューをおこない国内外の研究動向を整理し、思春期・青年期の人たち本人と保護者からみた適応状況について調査した。加えて医療機関を受診した思春期・青年期の人たちの主訴と適応状況の調査をおこなった(第4~7章)。これらをふまえ、アセスメントツールや支援プログラムにどのような機能が必要なかを整理していった。さらに、こうした調査・実験から得られた知見をもとに、第3部として心と体の不調に気づき支援につなげるためのアセスメントツールを開発し、中高生の事例に対して適用し支援プログラムの実施とその効果検証を行う。(第8~9章)最後に結論として、1~3部の研究結果をまとめ、アセスメントツールの活用可能性と支援プログラムの導入に関する提言を行う。また、今後の課題と展望について検討する。

第1部

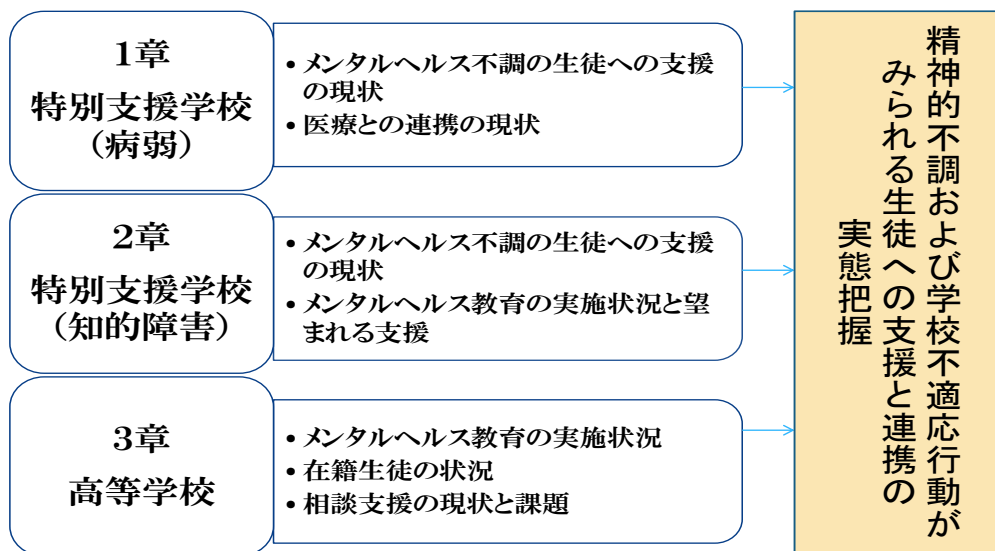


Figure4.研究の構成 (第1部)

第2部

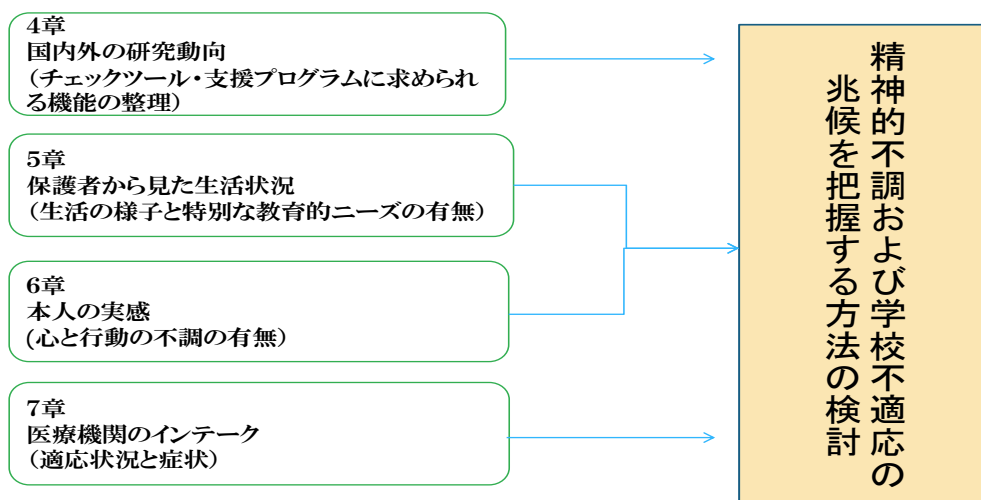


Figure5.研究の構成(第2部)

第3部

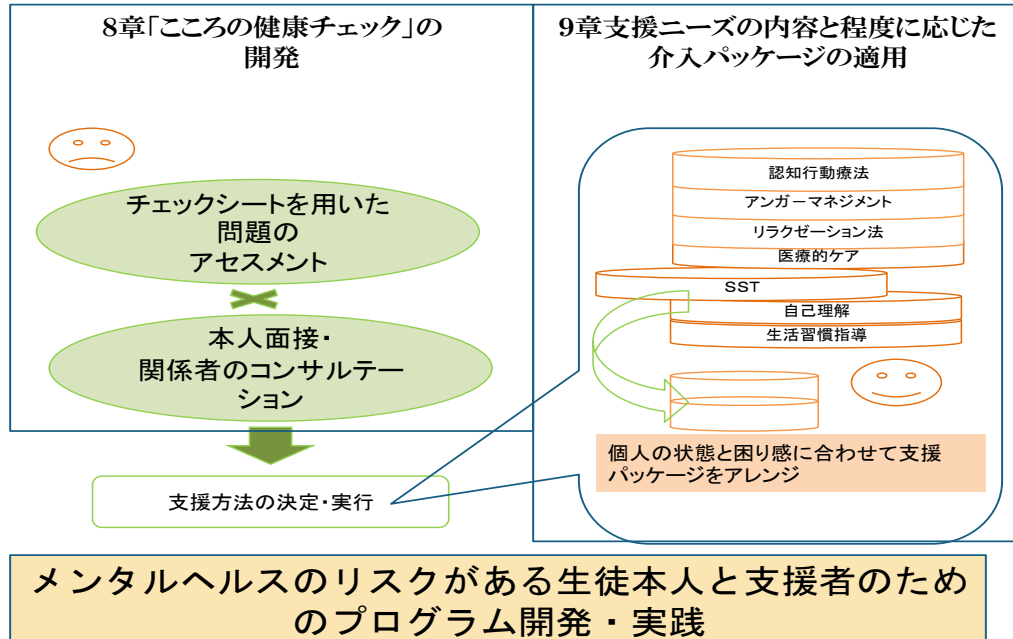


Figure6.研究の構成(第3部)

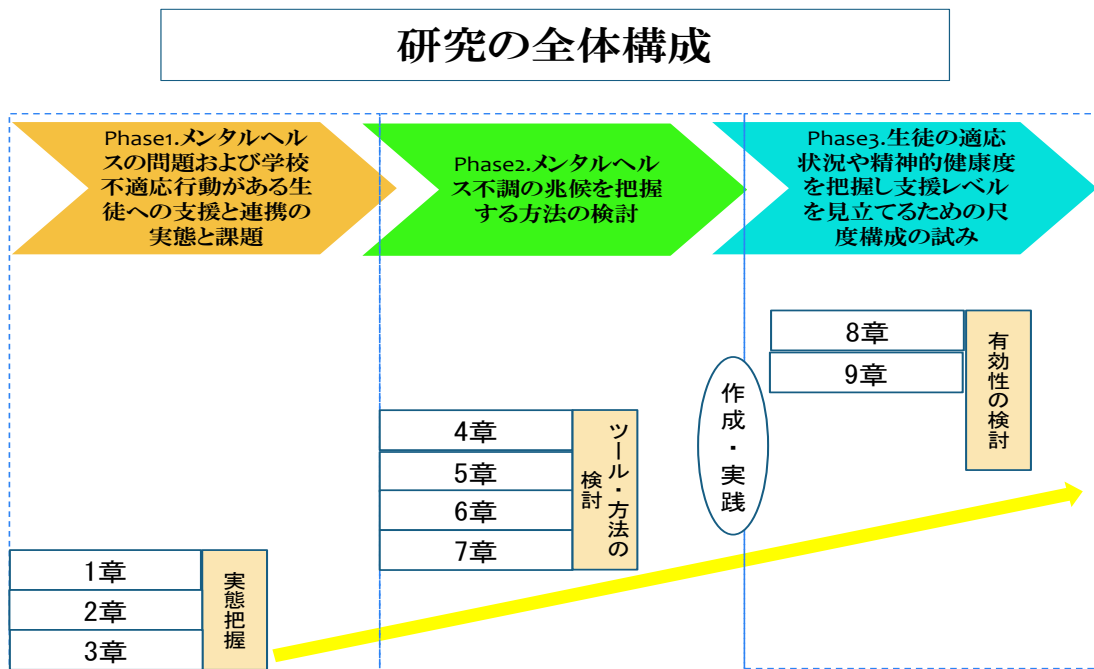


Figure7.研究の全体構成

第 1 部

精神的不調および学校不適応行動がみられる
生徒への支援と連携の実態把握

第 1 章

病気のある児童生徒の教育的支援の 現状に関する調査

1.1. 目的

小島(2007)によると、我が国における病弱児を対象とした教育をめぐることは、病弱児の心理・行動に関する研究が対処行動を中心とした研究から多様な領域に広がりを見せていることが報告された。また、病弱養護学校に在籍する児童・生徒に関する研究では、心身症の児童・生徒が増加していることが指摘され、篁・武田・海津・西牧(2004)は「心身症など行動障害」の病気分類で在籍している児童生徒のうち46%が強迫神経症、不安障害、対人恐怖等の神経症、摂食障害、さらにはうつ病や統合失調症などの重篤なものを含めた精神疾患のいずれかの診断を受けていたと報告している。加えて、病弱養護学校において、精神遅滞、自閉症、LD、ADHD など病弱以外のいろいろな障害の児童生徒が増えてきていることも報告されている(中井・武田・山本・横田, 2005)。また、心身症等の児童生徒の通学の状況は、自宅からの通学が42%、寄宿舎が16%と、病弱養護学校の全児童生徒の通学状況と比較すると自宅や寄宿舎からの通学が多いことも報告されている。しかし、そうした通学児童生徒の主治医は学校に隣接する病院にいない場合があり、症状や学校生活上の配慮事項、緊急時の対応についての情報が得られにくいという問題点も指摘されている(中井・武田・山本・横田, 2004)。このように、病弱養護学校では、それまでの教育の対象の中心であった身体疾患や重度重複障害の児童生徒から、様々の障害のある児童生徒を対象とするように変化してきていることがわかる。近年のそうした動きの中で、実際に特別支援学校(病弱)の教師が児童生徒に対してどのような指導・支援をおこなっているかについての研究や、その効果と課題についての研究はまだ少ない。さらに、病弱特別支援学校における精神的なケアを必要とする児童生徒の増加に伴う医療との連携のありかたについても、検討されるべきであろうと考える。そのため本研究では、特別支援学校(病弱)の教師に対してアンケート調査をおこない、実態を明らかにし現状と課題について考察を加える。

1.2. 方法

1.2.1. 対象

2012年4月の全国特別支援学校実態調査名簿の病弱部門に掲載された全84校に対して郵送法による質問紙アンケート調査をおこなった。回答者は教務担当の教員一名とした。(回収率76.2%・64校)

1.2.2. 方法

調査は2012年7月に質問紙を郵送により配布して記入し、返送してもらうという方法で行った。調査は全体で2部構成となっている。第1部では、学校と先生方の現状(在籍児童生徒の障害種別、児童生徒数、学校と回答者自身の情報、最近の傾向、指導上の課題を感じる児童生徒の疾患とその理由、介助員や医療との連携)について問うた。第2部として、精神疾患のある児童生徒の自身の症状への理解度と、教師や医療スタッフがそうし

た子どもたちに対して行う心理的ケアや余暇支援の内容について、また、教育支援をおこなう際にどのような課題があるかについて尋ねた。調査協力への依頼書を添え協力を承諾してもらった上で、回収した質問紙は個人が特定されることのないように厳密に管理し、統計的に処理した。

1.3. 結果

1.3.1. 学校概要

学校の部門は、肢病併置が 9 校、知病併置が 8 校、病弱単独が 38 校、その他が 9 校であった。学校の教員数と回答者の所属する部門の教員数、回答者自身の教員歴と病弱特別支援学校(病弱)の経験歴は表 1 のとおりである。今回調査対象となった在籍児童生徒は全体で 3557 名であり、その内訳は小学部 31.8% (1128 名)、中学部 27.2% (968 名)、高等部 37.6% (1337 名)、その他 3.5% (124 名) となった。平成 23 年度特別支援教育資料(文部科学省, 2012) で公表されている特別支援学校在籍幼児児童生徒数によると、知的障害特別支援学校は小学部 25.4%、中学部 21.6%、高等部 52.9% であり、肢体不自由特別支援学校では小学部 44.4%、中学部 26.0%、高等部 29.1% であった。このことから、病弱特別支援学校は肢体不自由や知的障害特別支援学校と比べると、小学部、中学部、高等部の人数に大きな偏りがないことがわかった。在籍する児童生徒の疾患としては、明らかになっているケースのみ計数してもらったところ、身体疾患が 25.1% (893 名)、精神疾患が 20.3% (722 名)、重度重複障害が 34.0% (1208 名) であった。(table1.1,figure1.1)

table1.1 学校概要と教員経験

学校教員数		部門教員数		教員歴		病弱特別支援学校勤務歴	
1~20	7	1~10	18	1~5	0	1~5	30
21~40	14	11~20	19	6~10	1	6~10	22
41~60	19	21~30	8	11~15	4	11~15	6
61~80	11	31~40	2	16~20	5	16~20	3
81~100	2	41~50	1	21~25	21	21~25	2
101~120	4	51~60	2	26~30	48		
121~140	1			31~35	11		
141~160	1			36~40	0		
161~180	1						

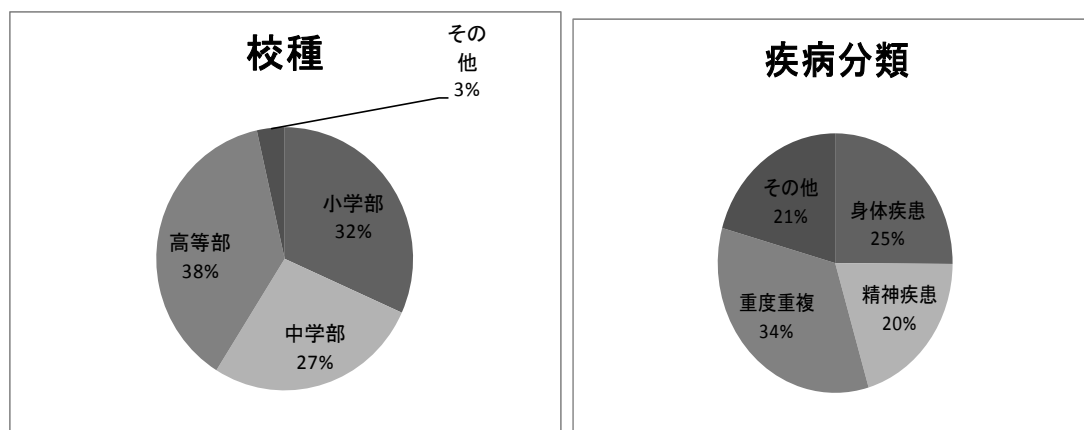


figure1.1 児童生徒の校種と疾病分類

1.3.2.各疾患・障害種別の児童生徒の動向

各疾患・障害種別の児童生徒の増減に関して、回答者自身が実感している近年の傾向について尋ねたところ、「著しく増えている」と回答されたのが最も多いのは精神疾患で、調査対象校の 32.8%であり、「やや増えている」とあわせると 76.6%となったことから、全体的に増加傾向にあることがわかった。対して、身体疾患は 35.9%が「減少している」と答えていたこと、また、そもそも身体疾患の児童生徒がいない学校もあり未記入が 54.7%となったことから、全体に減少傾向であることがうかがえる。

さらに、「身体疾患」「精神疾患」「重度重複障害」のそれぞれの児童生徒に対して、指導上の困難さを感じる（これまでの指導方法が当てはまらないと思う）順に順位付けをおこなってもらった。1 から 3 までの順位をすべてつけていないものは欠損値として除き、43 校が分析対象となった。その結果を Friedman 検定により、各群の間に有意な差があるかを求めたところ、1%水準で「精神疾患」と「身体疾患」、「精神疾患」と「重度重複障害」の間に有意な差がみられた ($\chi^2=30.36, p<0.00$ 、それぞれ $S_{ij}=31.7, 12.7$)。つまり、「精神疾患」が最も困難であるとした回答者が有意に多く、他の障害や疾患に比べてこれまでの指導法が適用できないと感じ、苦慮している現状がうかがえる。さらに、自由記述により順位付けの理由を記入してもらった内容を「うまくいっている理由」と「苦慮する理由」に分け、KJ 法によりカテゴリー分けした（回答は重複する内容もすべて表中に記載している）。(Glaph1.2)全体的には「本人の特性症状に応じた学習指導の工夫」や「疾患や障害の多様化・重複化」、「教師自身の専門性獲得や環境・人員の整備」が課題として挙げられた。また、「精神疾患」においては「生活指導」「個人の問題」についての「苦慮する理由」の記述が他の二つに比べて多いことから、教師自身がこれらの領域において困難さを感じていることがうかがえる。

table1.2 指導における奏効例・苦慮例

	身体疾患	精神疾患	重度重複障害
学習指導	<ul style="list-style-type: none"> ○身体機能面への配慮をすれば教科学習が可能である ○通常の小・中・高等学校と同様の教育課程で指導できる場合が多い ▲体育など体をどこまで動かすかを正確に把握する必要がある ▲病状の変化に伴うので、計画的に授業を進めにくい ▲体力に配慮しながらの学習の工夫が必要である ▲筋ジスなどで徐々に筆記ができなくなってしまう生徒の教科指導の工夫が必要である ▲病状に応じて授業を進めなければならないため、一言授業の形態では学習が難しい ▲体験的な学習活動をするときに病気による活動制限がある 	<ul style="list-style-type: none"> ○体のゆれに配慮する必要があるが、「準じた」教育が可能であるので困難は少ない ▲生徒の学習意欲を喚起するのに苦労がある ▲通常の小・中・高等学校と同様の教育課程で指導できない場合がある ▲欠席が多かったり、授業に向かえなかったりする ▲時々しか登校しないことが多く、一貫した指導が難しい ▲学習の積み重ねが難しい ▲本人の学習意欲、授業への参加意欲等の状況から継続的な関わりができにくいことがある ▲本人の心の状態によるコミュニケーションや学習への配慮、学習が成り立たない場合もある ▲一人一人の学習空白に違いがあり、精神状態が安定しない生徒も多い ▲前籍校での不登校による学習空白を補いながら当該学年の内容を履修させなければならない ▲精神的な安定が出来なければ学習活動に入ることができない ▲不登校などでの学習空白がある 	<ul style="list-style-type: none"> ○発達や個人のニーズに応じた学習を行っている ▲一人一人学習の到達の状況が異なる ▲天候や体調によって活動内容に制限が加わることがある ▲健康面への配慮を考えた指導が必要である ▲本校は標準的教育課程であることから知的障害に対応した教育課程を編成していない ▲コミュニケーションや認知面に関する指導方法・課題設定の難しさがある ▲病状の安定が最優先であり、それに伴って学習活動の制約がある ▲系統的な学習についての課題がある
生活指導	<ul style="list-style-type: none"> ▲心のケアが必要なケースが増えている 	<ul style="list-style-type: none"> ▲一緒に活動する友達の影響により、病状が悪化する場合がある ▲年々その症状の出現が複雑になっていて関わり方が難しくなっている ▲対応の難しさがあがった ▲色々な類型があり対応が難しい ▲発達障害を併せ有する児童生徒が増加し、個別の対応を必要とする場合が増加している ▲対応が悪いとさらに悪くなってしまう ▲対人関係や社会的・集団の適応の難しさがある ▲多様な病状を持った生徒が入学してくるため、個々に対する対応が必要である ▲精神面での配慮を要する 	<ul style="list-style-type: none"> ○ある程度関わり方のスキルが確立してきている ▲自閉症が増えてきており、コミュニケーションの取り方が難しくなっている ▲一人一人の抱える問題が様々であり、難しいところがある ▲健康状態や認知特性への配慮と対応が必要である ▲コミュニケーションをとるのが難しい
医療的ケア	<ul style="list-style-type: none"> ○医学の進歩を実感できる（白血病の治癒率の向上等） ○治療法が確定している ▲疾患の多様化により、これまでの疾患の専門性だけでは対応しきれないことが多くなった ▲身体の状態の把握が必要である ▲病気の進行等も考え、無理はさせられない 	<ul style="list-style-type: none"> ▲病状に変化があり、連携なしでは進められない 	<ul style="list-style-type: none"> ▲より重複化が進んでいる（気管切開・経管栄養） ▲重度重複化がさらに多様化している ▲ミスが生死に関わる ▲医療的ケアの問題がある ▲重度障害からくる体調管理の難しさがある ▲医療的ケアを要する児童生徒が増えている ▲個人差が大きく、医療的ケアもあり、一人一人に応じた指導の困難さがある ▲体調面への配慮が必要である ▲障害の重いお子さん、医療的ケアのお子さんが増えている ▲医療的ケアの必要な児童生徒への指導が課題である
個人の問題	<ul style="list-style-type: none"> ▲学習空白における一人一人の対応の多様さがある ▲出席がままならないことが多い ▲生活経験が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ▲発達障害が隠れているケースがある ▲発達障害を併せ有していることが多い ▲発達障害の2次障害・愛着障害の増加 ▲発達障害を背景にした児童・生徒の特性がある ▲発達障害が背景にある生徒や心理状態に応じた指導が難しい ▲家庭環境や個々の児童生徒が抱えている障害・困り感が様々である ▲病例が多岐にわたる ▲病状が深刻であることが多い ▲病状の個人差が大き ▲適応障害の子どもが増えている ▲症状が様々で対応に苦慮する ▲個々それぞれ違う ▲社会参加が困難である 	<ul style="list-style-type: none"> ▲コミュニケーションすら難しい児童・生徒もいて活動そのものを決めだすことが難しい ▲障害の多様化に伴う指導の工夫が必要である ▲多様化している
環境の問題	<ul style="list-style-type: none"> ▲病弱教育を行っている本県の学校は少なく、経験のある教員が少ない ▲入院等が長いと弊害が生まれる ▲少人数での学習環境の課題がある 	<ul style="list-style-type: none"> ▲病院が近隣でなく連携が難しい ▲疾患に対する専門性を研修する機会すらほとんどなく、手探り状態である ▲指導の蓄積がない ▲研修体制が整っていない ▲対応の仕方や支援について実践経験が少ない ▲これまでで在籍したことがなく、指導方法のノウハウが少ない ▲施設・設備の対応が不十分である 	<ul style="list-style-type: none"> ▲教員が確保できていない ▲設備・教室面に対応していない ▲肢体不自由校のような身体機能にアプローチする専門性が十分でない
その他		<ul style="list-style-type: none"> ▲様々な行動が病気や障害によるものかそうでないのか判断が難しい ▲環境等により大きく異なる ▲不登校気味で継続的な指導が難しい ▲本校に入学するまでに状態が悪くなってしまっていることが多い 	
			○…うまくいっている理由 ▲…課題

1.3.3. 医療との連携

児童の身体的・精神的疾患に配慮した教育をおこなうための医療スタッフとの連携について、医師や看護師と実際に行われているものをすべて報告してもらったところ、「病状等の申し送り」を医師または看護師との間でおこなっている学校がそれぞれ 61.5%と 72.3%であり、「カンファレンス」を医師または看護師との間で行っている学校がそれぞれ 61.5%と 64.6%であり、「病状や治療方針の説明」が医師または看護師からおこなわれている学校がそれぞれ 56.9%と 41.5%であった。また、「支援計画の共有」を医師または看護師との間でおこなっている学校はそれぞれ 33.8%と 30.8%であり、他の 3 つに比べてやや低い傾向がみられた。(Figure1.2)

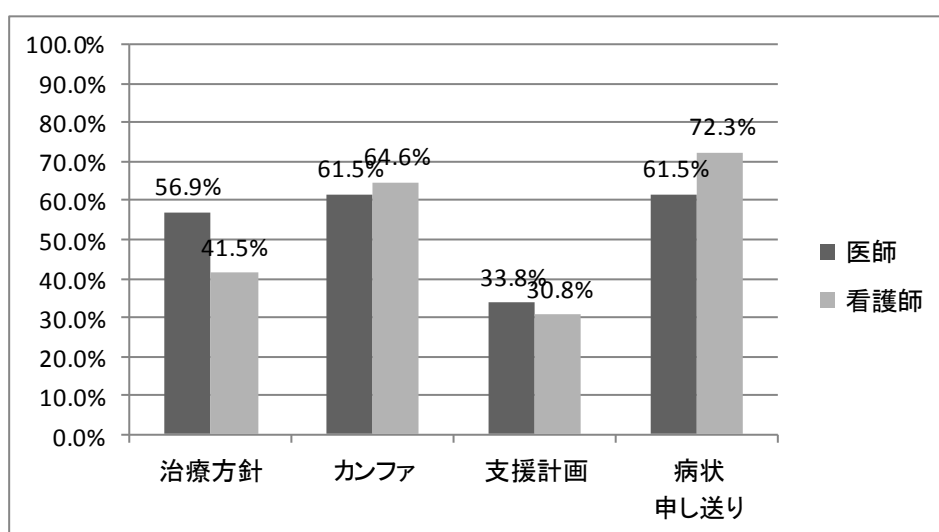


Figure1.2 医療機関との連携

また、医療スタッフと連携するうえでの工夫や課題・困難な点について自由記述での回答を求め、その内容を整理した。結果は表 3 のとおりである（表中にはすべての回答を記載している）。「情報交換の頻度と内容に関する工夫」では、定期的な連絡会やカンファレンスの実施をおこなっているという記述がみられ、頻度は 1、2 か月に一回程度定期的な会議をもっている学校や、適宜必要が生じた際におこなっている学校があった。また、それに加えて日常的な情報交換をおこなっている学校もみられ、毎日申し送りや打ち合わせといった形で医療スタッフと連携をとっている学校もあった。情報交換の内容は、個別の児童生徒の情報、学校での指導に関する助言や学校生活の報告、医療的ケアの方法や病棟での生活の様子についての説明などがあげられた。「ツールの活用に関する工夫」に関連する記述数は多くなかったものの、所定用紙や印刷物といった連絡様式を決めている学校や、ネットワークフォルダやメール、電話といったツールを活用し、即応性の高い情報交換をおこなっている学校が存在していることがわかった。「連携における配慮」では、医療スタッフと教員との関係づくりや連絡を確実かつ丁寧におこなえるような配慮がなされている

ことがうかがわれる記述がみられた。「連携における課題」では、時間の問題や医療機関が外部や遠方であったりシステム上の問題があったりするために、情報共有や連携が難しいことなどが述べられていた。また、うまく連携が機能している場合にも人員の異動があった場合に連絡がスムーズにいかなくなったり、関係者全員が集まるのが難しい場合に全体の共通理解を図ることが難しくなったり、主治医をはじめとした医療スタッフからの協力が得にくい場合があったりするなど、医療スタッフと教員の関係づくりにも課題があると感じている回答者がみられた。

Table1.3 医療機関との連携

<p>情報交換の頻度と内容に関する工夫</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・校医と毎月1回連絡会を持っている（学校病院連絡会） ・年に6回の専門医相談で児童・生徒の相談にのっている ・カンファレンスを定期的にもう一方で毎日直接若しくはノートを通じて連携を取り合っている ・月1回の病棟連絡会の実施で情報の共有を行っている ・定期的および必要に応じた医教連絡会を実施している ・入院生については、月に1回のケース会議が持たれているが、通学生については主治医が多忙のためケース会議が持たれていない。 ・日常的な連絡ノートのやりとりの他、月に1回は連絡会を持ち、学期末には懇談会も行っている ・毎朝打ち合わせをして共通理解を図っている ・月1回の病棟・学校の連絡会、年度初めの担当者会、車椅子移乗講習会、児童・生徒個々についても担任と担当看護師の話し合いをもっている ・毎朝、朝夕のスタッフと連絡をとっている ・必要な時には随時月に1回情報交換会を持っている ・毎月定期的な連絡会をおこなっている ・養護教諭を窓口として定期的に会をもっている ・DNT医教がカンファレンスを定期的実施している ・定期的に病棟スタッフとの連絡会を開いている ・医療的ケアの方法について主治医が来校して看護師や担任等が指導・助言を受ける。 ・主治医による修学旅行や宿泊学習への同行。 ・学校と病棟の連携システムの確立のため1ヵ月に学校病棟間連絡会や病棟ごとのケース会を何度も開いている ・情報交換の内容は行事の確認や新しいシステム導入の際の内容確認、子どもの病状についての理解や病棟での生活の様子確認等である ・児童生徒が通院している3病院と支援連携会を実施している ・入学時・必要時に症例検を行っている ・授業の様子を伝える（日々のコミュニケーションを大切に） ・定期的な連絡会を持つ ・定期的に会議を行っている ・定期的に打ち合わせを行っている
<p>ツールの活用に関する工夫</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・急ぐ場合はPHSで行い、複数関係者への連絡は、所定用紙に記入して連携している ・印刷物にて連絡する（口頭・メモではない） ・毎朝の登校時に担当教諭が病棟から一括して引き継ぎを行ってもらい、その情報をサーバー上のフォルダに記入し一元的に伝わるようにしている ・メール・電話での情報交換は有効に機能している ・医師個人へのホットラインがある
<p>連携における配慮</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・それぞれの領域に踏み込みすぎないようにしている ・日常的な会話を通して信頼関係を築いていけるように努めている ・日々の様子等こまめに情報交換を行い、共通理解を図っている ・連絡漏れ行き違いがないように重要な連絡は窓口を一本化している ・児童生徒の受診している病院等が様々であるが、必要に応じて連絡を取り、連携を図るよう努めている ・生徒の様子等について変化があれば即連絡する ・お互いの人間関係を大切にする ・病院の都合に合わせるように努めている ・支援会議の場所・時間は医師にまかせる
<p>連携における課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病院は忙しくゆっくり時間がとれない ・互いの情報交換の機会が少ない ・お互いに忙しく、話し合い等の時間が持ちにくい ・医療現場の多忙な状況から時間の設定がなかなか難しい ・Dr.が多忙で隣接病院にいらっやるといっても、すぐに連絡がとりにくい ・立場の違いがある ・主治医によっては、希望するときに実施できないことがある ・医療機関によっては相談料が発生する。 ・病棟組織・医師個人の問題がある ・隣接する病院（病弱部門）と肢体の児童生徒の別の主治医と色々方針に違いがある（特に隣接病院との関係は難しい） ・病棟スタッフの勤務時間と学校職員の勤務時間が違い関係者全員が集まるのが難しいために、計画等の共通理解がなかなか図られない ・個人病院との連携が個人情報守秘のために困難な場合が多い ・生徒が県下全域にわたっているため、連携をとることが難しい ・遠隔地の病院の場合は連携がとりにくい ・外部機関なので連携がとりにくい ・直接的な連携はほとんどない ・医療情報の扱いが課題である ・双方の職員の異動があった場合、連絡がスムーズにいかなかったことがあった ・人によっては学校への信頼が得にくい ・医療スタッフの勤務時間が限られているため連携をとりづらいときがある ・児童生徒によっては協力の得にくい主治医・PTがある

1.3.4. 在籍児童生徒への心理的ケアについて

在籍する児童生徒のうち、精神疾患により入院している児童生徒が自身の症状や病態についてどの程度理解しているか、全体的な傾向をたずねたところ、「よく理解している」が9.4%、「やや理解している」が34.0%、「どちらともいえない」が39.6%、「あまり理解していない」が15.1%、「全く理解していない」が1.9%となった。精神疾患により入院している児童生徒に対して、教師や関係する医療スタッフが行っている場合がある心理的ケアや生活支援（その手法を取り入れた教育支援も含め）を複数選択式で選んでもらったところ、心理的ケアでは「カウンセリング」が62.5%の学校で行われていたほか、「グループ療法」が12.5%、「遊戯療法」が14.1%、「作業療法」が15.6%の学校で行われていることがわかった。生活支援では、「運動」が71.9%、「レクリエーション」が71.9%となったほか、「校外活動」で57.8%、「ソーシャルスキルトレーニング」で56.3%、「年間行事」で45.3%、「料理」で43.8%が取り組んでいるという回答をしていた。また、精神疾患により入院している児童生徒に対して教育支援をおこなう際に、課題となっていることを自由記述で回答を求めた。その結果をすべて一文ごとに分けて表現を整え、KJ法により分類・整理したところ、表4のような結果が得られた（表中にはすべての回答を記載している）。

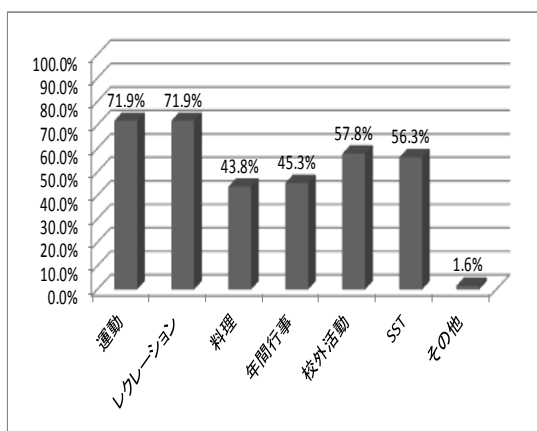
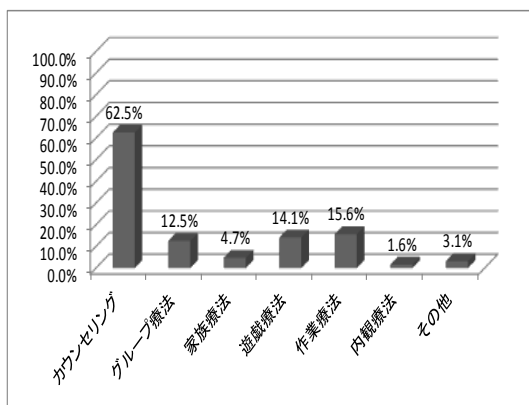


figure1.3 心理的ケアや生活支援

Table1.4.精神疾患の児童生徒への支援課題

環境	学校規模の小ささによる対人スキル習得の困難
	支援体制の構築
	専門的アドバイザーの不在
	養育など家庭環境面の複雑さ
	子どもに合った医療機関の少なさ
	個別対応のための教員確保(対応調整)のむずかしさ
	集団場面が苦手な生徒にとって不安な環境 教室配置等施設設備が心身症等の子どもの指導に不向き
資質向上	専門性の確保
	教員の専門性(カウンセリング力・病気の理解等)
	精神疾患についての教員の知識・力量の乏しさ 教員の心身症等の指導のノウハウの乏しさ
進路	適切な進路を一緒に考えていくこと
	前籍校への復帰
	高校進学等に向けた不安
	高等部卒業後の進路指導
	進路指導のむずかしさ
	卒後の進路先(就職先)や居住地
	転出後の支援を含めた進路指導
	原籍校との交流 進路に対する理解 進路指導のむずかしさ
対応	生活リズムの確立
	日々の対応への留意
	パニック時の他児童生徒の安全確保
	パニック時の教職員の対応訓練
	生徒との信頼関係の構築
	意欲の向上
	自傷行為への対応
	長期的視野に立った対応
	精神状態不安定による落ち着いた学習の困難さ
	登校が困難な場合の支援
	教科等の学習以前の精神的安定や生活リズムの確立を目指す必要性
	全校行事への参加が困難
	侵入思考
回避行動	
不安定な感情	
定時登校が困難	
学習の積み重ねが困難	
理解	実態の把握
	どのような支援をおこなえばよいのかという迷い
	心身症の線引きのむずかしさ
	症状の理解
	症状の理解
	児童生徒とのかかわり方(何気ない日常会話も含めて)の共通理解
	学校生活を送るうえでの理解の不十分さ 精神疾患に対する教員の理解 個人レベルの目標の明確化と共通理解
連携	医療スタッフからの情報を生かすこと
	事例の複雑・重症化にともなう医療との連携の必要性
	児童精神疾患医療の進歩
	関係者との多くの支援例の共有
	主治医との連携
	医療との連携
	連携のむずかしさ
	保護者との連携
	施設との連携・情報の共有
	医療機関との連携
	併設病院に専門医不在
	医療・地域保健との連携
施設や家庭との連携	
主治医との連携のむずかしさ	
医療機関や外部機関との連携	
その他	医療優先のための教育活動・教育支援のむずかしさ
	教育がどこまで踏み込むべきかの判断のむずかしさ

1.4. 考察

1.4.1. 精神疾患のある児童生徒への対応

「精神疾患」のある児童生徒が他の障害種の児童生徒に比べ近年増加しており、対応が最も困難であるとした回答者が有意に多かった。また、他の障害や疾患に比べてこれまでの指導法が適用できないと感じ、苦慮している現状がうかがえた。重度重複障害、身体障害、精神疾患の児童生徒は、指導方法や教育目標が大きく異なり、教師に求められる知識と技能は専門的かつ広範囲にわたることが推測される。

精神疾患により入院している児童生徒の自身の症状や病態についての理解は、大まかな傾向として「よく理解している」が9.4%、「やや理解している」が34.0%と、半数に届かなかった。教師から見て、特別支援学校（病弱）に在籍し精神疾患により入院している児童生徒の自身の症状や病態についての理解には個人差があるのではないかと推測される。また、精神疾患により入院している児童生徒に対して、心理的ケアでは「カウンセリング」が62.5%、「グループ療法」が12.5%、「遊戯療法」が14.1%、「作業療法」が15.6%の学校で行われていた。生活支援では、「運動」が71.9%、「レクリエーション」が71.9%「校外活動」が57.8%、「ソーシャルスキルトレーニング」が56.3%、「年間行事」が45.3%、「料理」で43.8%の学校でおこなわれていた。教育活動の中で余暇活動や生活支援をとりいれている学校は多いが、その際に意識的に心理的ケアの手法を導入している学校はまだ少ないようである。

また、自由記述からも対応や理解、連携などに困難や課題を感じていることがうかがわれた。これらの結果と精神疾患のある児童生徒の増加を受け、今後はより一層心理・教育の専門的知識を活かした教育実践を教科指導や生活支援の中に組み込んでいく必要があるのではないだろうか。そのためには、二つの方法が考えられる。まず一つは、心理的ケアを必要とする子どもに関わる教師へのスーパーバイズ機能をもつ医療機関や専門機関の活用である。具体的な対応法や児童生徒理解を含めた内容を学ぶことで、教師の専門性の向上をはかり、精神的な問題がある児童生徒への教育活動がより豊かなものになるのではないかと考える。専門家が研修講師やスーパーバイザーとして学校に関わることで、そこから支援リソースにつながるルートが生まれる可能性も高い。二つ目は、学校内の教師同士の相互の学びを促進することである。学校の組織特性として、個業型であることやフラットな構造であることが挙げられるが、そうした組織は人によって業務が偏ったり協力体制や意志疎通にむらが生じたりするというリスクもある。また、教育の内容や方法も個人の考えや方針に基づく部分が大きい。こうしたことから、教員同士の知識知の共有が生まれにくく、経験知に基づき各々が指導・教育をおこなっているという学校もあるのではないだろうか。様々な個性や症状、特性のある児童生徒を指導する場合、主として関わる教員だけでなく、教員同士が専門的な知識や経験を持ち寄り、具体的な手立てを考えるという機会を持つことは、専門性の向上に寄与すると考える。近年、都市部を中心に若手教員の大量採用が進む状況があるが、横浜市などいくつかの自治体ではメンター制度（中堅教員が若手教員の相談や指導をうけ援助する校内 OJT 体制）を導入している動きもみられる。ここからさらに進み、教職年数に関わらず指導上の悩みや子ども理解について話し、

学びあえる関係づくりをおこなうことを提案したい。メンター制度のように教える・教わるという一方向の関係ではなく、教職年数の違うメンバーが数名チームとなり、相互に援助するという、ピアサポートのようなシステムを導入することで、教職員の相互の学びが促進されると考える。

1.4.2. 医療機関との連携の実際と課題

「病状等の申し送り」を医師または看護師との間でおこなっている学校がそれぞれ 61.5%と 72.3%であり、「カンファレンス」を医師または看護師との間で行っている学校がそれぞれ 61.5%と 64.6%であり、「病状や治療方針の説明」が医師または看護師からおこなわれている学校がそれぞれ 56.9%と 41.5%であった。これらの結果は、特別支援学校（病弱）に在籍する児童生徒は医療的ケアを受けながら学んでいる状態であるため、症状や治療内容について知っておくことが必須であるからと考えられる。しかし、「支援計画の共有」を医師または看護師との間でおこなっている学校はそれぞれ 33.8%と 30.8%であり、他の 3 つに比べてやや低い傾向がみられた。学校側からの情報が医療機関に伝わりづらく、学校は医療機関から「情報をもらう」ような形での連携の在り方になっていることがうかがわれる。

Germain の「共同」の過程を基盤にした連携の展開過程として、栄ら（2010）が試案した連携の展開過程は、①単独解決できない課題の確認、②課題を共有しうる他者の確認、③協力の打診、④目的の確認と目的の一致、⑤役割と責任の確認、⑥情報の共有、⑦連続的な協力関係の展開の七段階に分けられる。今回の調査では、自由記述より、「情報交換の頻度と内容に関する工夫」「ツールの活用に関する工夫」「連携における配慮」「連携における課題」のカテゴリーに内容を分類することができた。「情報交換の頻度と内容に関する工夫」「ツールの活用に関する工夫」「連携における配慮」は主に⑥、⑦の段階で発生することが多いと考えられる。しかし、「連携における課題」の中で、「忙しく機会がもちにくい・勤務時間の相違」「遠隔地」といった環境要因や、「立場の違い」「個人情報守秘」といった機関間の価値観の不一致や相互理解の不足による要因が挙げられており、これらの課題は③、④、⑤のより早い段階で生じる課題であると考えられる。今回の調査では、医療機関との物理的・精神的距離感や情報共有の頻度・方法は、学校ごとにばらつきが大きいことがうかがえた。つまり、ある程度連携を可能にする条件が整った環境や機関間の価値観の一致、相互理解がなされている場合に、協力の打診が可能になり、目的を確認し支援方針を一致させ、役割分担と責任を明確にすることができ、そこからようやく連携が機能し始めるのではないだろうかと考える。英国や米国では、大学等における専門職の養成課程に職種混合のグループ学習や実習を導入するなど、（新井,2007. 阿部,2006）連携に関する実践的な学びや体験を取り入れた他職種連携教育プログラムがおこなわれている。日本の教育カリキュラムや現職者の研修内容を検討するにあたって、そのような取り組みは示唆に富む。また、すでに連携システムがうまく機能している先進的な学校の取り組みを広く公開・共有し、より円滑な連携の在り方を探っていくことも必要であろう。

第2章

知的障害・発達障害がある生徒のメンタルヘルスの
不調および学校不適応行動への支援の現状、
理解促進活動に関する調査

2.1. 目的

本調査では、学校で教師、保護者、本人に対して行われている心や行動の問題や特性についての理解促進の取り組みを明らかにするため、特別支援学校高等部の養護教諭を対象に質問紙調査をおこなう。それにより、課題を明らかにし、今後の理解促進や連携を進めていくための資料を得ることを目的とする。

2.2. 方法

2.2.1. 対象者と方法

首都圏（東京都、埼玉県、神奈川県、千葉県）の237校の知的障害部門のある特別支援学校高等部128校の養護教諭一名に対し、郵送式のアンケート調査を行った。

2.2.2. 質問紙の構成

主な質問内容は、学校や生徒全般について（在籍生徒数、教員経験年数、現任校の勤務年数）、病気や障害のある生徒の有無と増減、心や行動の問題や特性についての理解を深めるための取り組み実施状況（教師、保護者、生徒）、アセスメント実施状況（面接、スクリーニング、保護者聞き取り）、医療機関との連携実施状況、望ましいと思う連携の在り方などであった。

解答は一部自由記述を含む選択式で回答を求めた。なお、調査に当たり協力学校からは研究ならびに発表に関する了解を得て、回収した質問紙は個人が特定されることのないように厳密に管理し、統計的に処理した。また、本報告は対象向並びに対象者の記述に関して、倫理上の配慮をおこなった。

2.3. 結果

2.3.1 学校概要

回収数は128部（回収率54%）であり、その中から質問項目に欠損値の無い112部を分析の対象とした。学校の生徒数は、50名以下が23校(20.5%)、51-100名が39校(34.8%)、101-150名が35校(31.3%)、151-200名が7校(6%)、201名以上が6校(5.36%)、未記入が2校であった。病気や障害のある生徒が在籍していると回答したのは、「心身症」で54名(48.2%)、「神経症」で53名(47.3%)、「精神疾患」で77名(68.8%)、「発達障害」で104名(92.9%)、「肢体不自由」で92名(82.1%)、「聴覚障害」で74名(66.1%)、「視覚障害」で59名(52.7%)であった。それらの病気や障害のある生徒数が、ここ五年間で増減していると感じるかを尋ねたところ、「増加していると感じる」と答えた回答者が「心身症」では48名(42.9%)、「神経症」では33名(29.5%)、精神疾患では50名(44.6%)、発達障害では81名(72.3%)、肢体不自由では20名(17.9%)、聴覚障害では10名(8.9%)、視覚障害では4名(3.6%)であった。

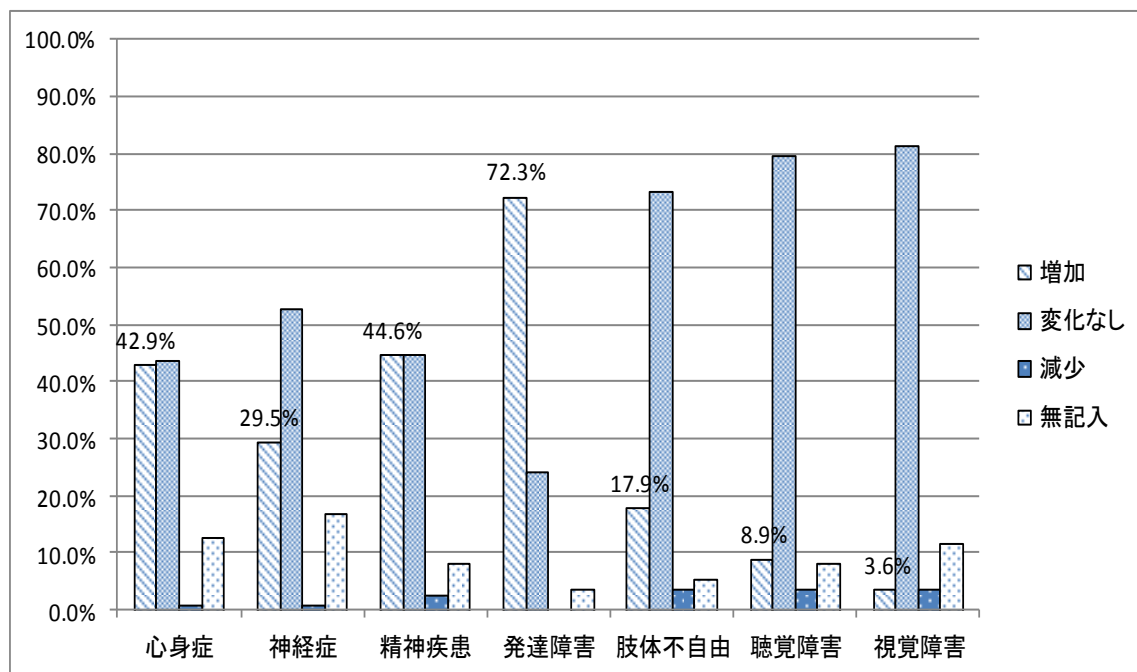


figure2.1 疾患や障害のある生徒の増減

2.3.2 心や行動の問題や特性についての理解を深めるための取り組み（教師、保護者、生徒）やアセスメント（面接、スクリーニング、保護者聞き取り）、医療機関との連携の実施状況

心や行動の問題や特性についての理解を深めるための取り組み（教師、保護者、生徒）やアセスメント（面接、スクリーニング、保護者聞き取り）、医療機関との連携をおこなっているかどうかを尋ねた。医療機関との連携が 89.3%の学校でおこなわれており、各取り組みの中では最も多くの学校で実施されている。保護者への聞き取りによるアセスメントは 35.7%、本人との面接によるアセスメントは 36.6%、スクリーニングツールを用いてのアセスメントは 13.4%の学校でおこなわれている。理解を深めるための取り組みは、対教師が 88.4%、対保護者が 59.8%、対本人が 51.8%の学校でおこなわれていた。

また、これらの取り組みを実施しているという学校で、具体的にどのような内容をおこなっているかを自由記述により求めたところ、Figure2.2 のように分類された。

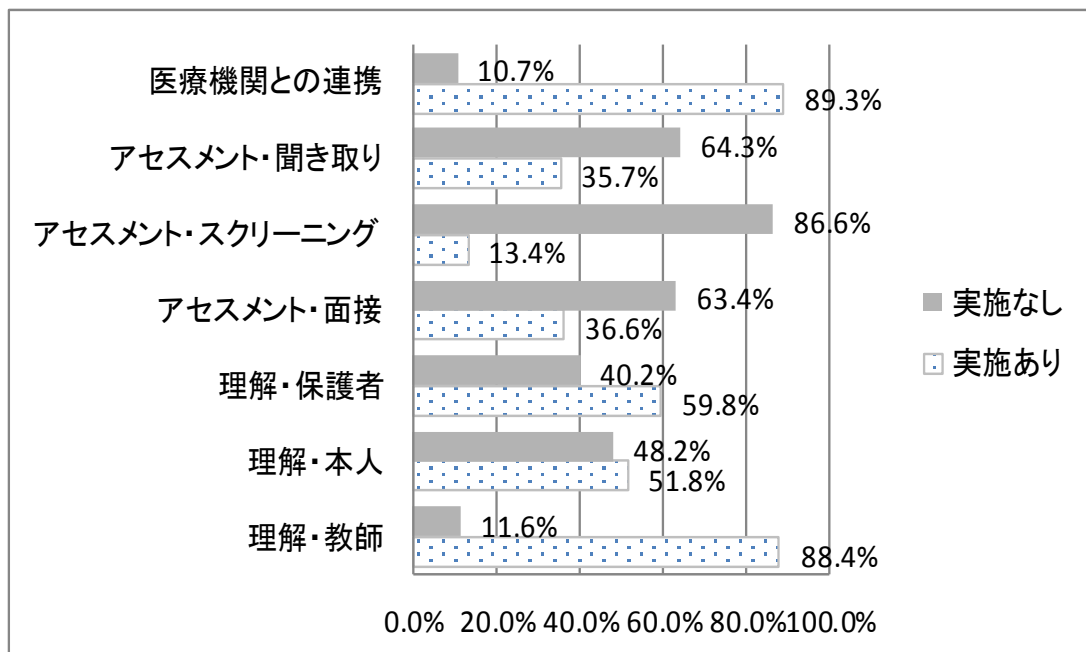


Figure2.2.取り組みの実施状況

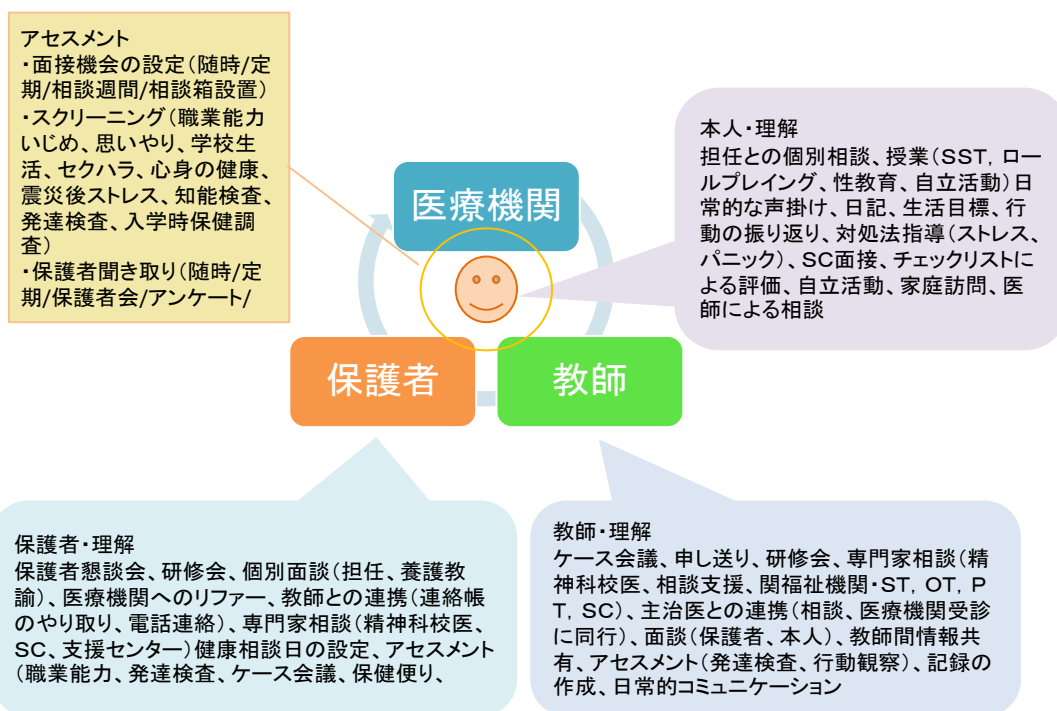


Figure2.3.取り組みの内容

2.3.3.医療機関や専門相談機関との連携のありかた

「学校と学校外の専門相談機関や医療機関が連携して心や行動の問題がある生徒への支援をおこなう際、どのような連携や支援の仕方が望ましいと思いますか。」という設問を設け、自由記述を求めた。分析にあたっては、自由記述をおこなった 95 名の意見にインデックスを付け、KJ 法を用いて分類した。なお、自由記述の中には、内容が複数の要素を含むものも多々見られたため、その場合には一つの回答につきインデックスを複数つけた。そのうえで、インデックス同士の関連のある項目について並べ、それらを包括するタイトルを付けた。(figure2.4) 関連のある項目を破線で囲み、まとめることが可能なものは実線で囲んだ。太い実線で結ばれているのは囲んだインデックス同士が関連していることを示す。これらの作業によって、おおむね7つの事柄に自由記述内容を分類した。

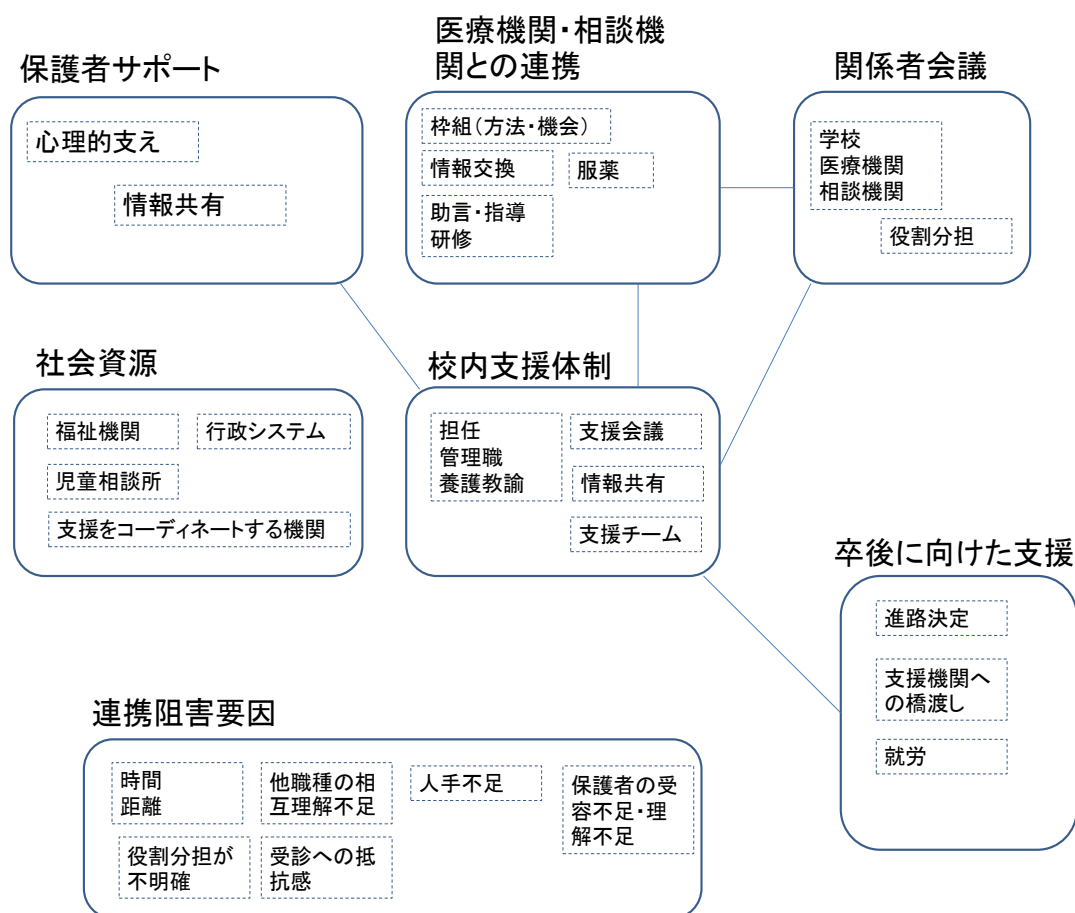


figure2.4 医療機関や専門相談機関との連携のあり方

それぞれの項目について触れた記述数を示した (figure2.5)。自由回答のうち、特に意見が多かったのが、「連携の方法、機会の設定などの枠組み」や「コンサルテーションや

情報交換」についての、「医療機関・相談機関との連携」に関する意見であった。次いで、「校内支援体制」に関する意見や「関係者会議」に関する意見もみられる。以下では、それぞれの内容について分析する。

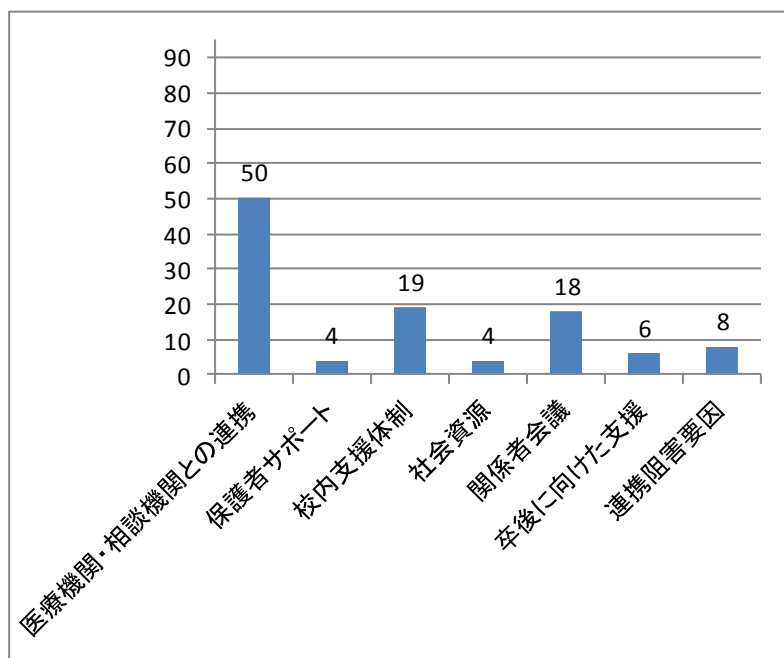


figure2.5 医療機関や専門相談機関との連携のあり方（カテゴリごと）

① 連携促進要因

「医療機関・相談機関との連携」「保護者サポート」「校内支援体制」「社会資源」「関係者会議」についての意見は、連携の望ましい在り方や要望、実際におこなって効果があると感じていることであり、これらをまとめて連携促進要因とした。

「医療機関・相談機関との連携」では、医師や担当者との連絡相談の機会や方法、時間に関して、より直接的で密なやり取りを望む声が多く上がった。そのための枠組みとして、連携のシステム作り、柔軟な連絡方法の導入、機会の設定についての改善意見が多くみられた。また、症状に基づく具体的な学校生活上での配慮事項についての助言や、服薬等医療的ケアの状況について知らせてほしい、といった情報提供を望む声も挙がっていた。

「保護者サポート」に関する意見は全体に占める割合は多くないものの、保護者から協力・理解を得るため、保護者に向けての心理的サポートや情報共有を併せて行うことの必要性について意見が挙がった。また、保護者に医療機関との橋渡し役として機能してほしいといった意見もあった。

「校内支援体制」については、担任だけに負担のかからないよう、学部や学校内での共通理解をはかること、校内委員会で連携や支援の方向性を検討すること、スクールカ

ウンセラーの校内配置についての意見が挙げられた。

「社会資源」については、医療機関や相談機関など複数の機関との連携・協働をする際に、コーディネートできる立場の存在が必要、といった意見や、行政のシステムとして医療、教育、福祉の現場が交流できるとよいといった意見が挙げられた。

「関係者会議」については、学校、保護者、医療機関、専門相談機関など本人に関わる支援者が集まって方針や役割分担について検討できるケース会議を持ちたい、という希望が複数の回答者からあがった。

② 連携阻害要因

連携を困難にしている要素に関する記述を、連携阻害要因としてまとめた。保護者の受容が難しかったり、保護者と学校との関係がうまくいかず理解が得られなかったりするために、連携がうまくいかないという意見が挙げられた。医療機関や専門相談機関へつないだほうが良いであろうケースでも、本人や保護者に抵抗があり受け入れられづらいという意見もあった。また、医療機関や専門相談機関との連携に関して、人員や時間の不足、距離など物理的な問題や、機関間の相互理解不足、役割分担が明確でなく関わる人たちがそれぞれに動いてしまっている、といった意見が挙げられた。

③ 卒後に向けた支援

少数ではあるが、特別支援学校高等部卒業後の支援についての記述もみられたためそれらをまとめ「卒後に向けた支援」とした。卒後にも継続して関わってもらえる機関と在学中につなげておく必要性についての意見や、今後の見通し（進路選択も含め）をたてるための助言がほしい、といった意見がみられた。

2.3. 考察

2.3.1. 心や行動の問題や特性についての理解を深めるための取り組み

今回の調査の対象とした学校の約半数がそれ以上で心身症や神経症、精神疾患、発達障害のある生徒の在籍があり、とりわけ精神疾患と発達障害では増加傾向が認められる学校が多かった。この結果は、第1章の特別支援学校（病弱）調査でみられた精神疾患のある児童生徒の増加とほぼ似た傾向を示していると考えられる。

近年、知的特別支援学校高等部へは、障害の程度が軽い生徒や知的な遅れがない生徒の入学が増加していることが報告されており（井上,2012）、これまでの知的障害のある生徒像だけではなく、多様な疾患や障害のある生徒を想定して対応していく必要が生じていると考えられる。また、小学校や中学校で不適応をおこして転籍し、特別支援学級を経て高校で特別支援学校に入学するケースが多いことも報告されており、高等部段階ではそうした生徒の二次的症候としての精神症状や行動問題に対する支援は急務であるといえよう。またその一方で、小学校・中学校の通常学級と特別支援学級には、知的水準が境界域の児童生徒や精神疾患や発達障害のリスクのある児童生徒が一定数在籍しているということも示唆していると考えられる。そうした児童生徒が自身の能力と要求さ

れる学年相応のレベルにギャップを感じたり、周囲からの不適切な関わりや環境の影響をうけたりして、学校不適応や問題行動、精神症状の発現に至ることも懸念される。小学校高学年から中学校在学中に、そうしたリスクのある児童生徒を拾い上げ、支援につながり組みや、本人の自己理解と受容を促す働きかけが必要なのではないかと考える。

本人や支援者（教師・保護者）の理解促進の取り組みと、アセスメント、医療機関との連携の実施状況では、教師に比べて本人や保護者の理解を促す取り組みの実施状況は学校ごとにばらつきがあることがわかった。自由記述からは「保護者と本人も含めた学習会の実施」や「医療機関受診時に教師が頻繁に同席する」といった先進的な実践をしている学校も一部あることがわかったが、多くの学校では研修会の実施やケース会議といった教師に向けた理解促進活動が主であった。

2007年からの本格的な特別支援教育のスタートに伴い、発達障害あるいはその傾向のある児童生徒の行動特性や認知様式を理解するための教員向けの研修が、以前に増して活発におこなわれるようになってきている。しかし、保護者や本人が納得したうえで円滑な連携に基づく支援をおこなうためには、教員と保護者がその児童生徒について共通理解し、本人もある程度自身の特性や課題を認識することが必要だと考えられる。松田(2009)の中学校を対象とした調査によると、8割以上の学校が「心の病気」を授業であつかう必要性を認識しているが、実施している学校は3割にとどまること、「教える知識や情報ない」「どう教えたらよいか分からない」といった困り感が存在することを報告した。

また、思春期から青年期前期にあたる中学校・高等学校では、教育機関卒業後に向け、進路選択や社会性の学習をして、必要であれば卒後も利用できる支援機関につながることを重要である。そのため、先に述べたメンタルヘルスのリスクマネジメントといった観点以外からも、自己の課題や特性を理解することは大切であろうと考える。学校教育段階での、理解促進活動の推進が望まれる。

2.3.2. 医療機関や専門相談機関との連携のありかた

連携促進要因として、「医療機関・専門相談機関との連携」に関する記述は最も多かった。質問項目に明示されていた主題であり、豊富な回答が返ってきたと考えられる。医療機関・専門相談機関との連絡や相談の機会（場所、時間、方法）が充実することを望む声が数多く上がっており、機会設定と実施に関して特に教育現場からの要望が高いことがうかがえる。一方で、連携阻害要因としてもこれらの機会に関する記述は複数挙がっており、望まれているが実現は簡単でないことが推測される。また、連携阻害要因として機関間の理解の不足や役割分担の不明確さが、連携促進要因として関係者会議での役割分担が挙げられていたことから、相互の心理的距離や連携の際の役割分担をしっかりとしていくこと、も連携の成否に関連していると考えられる。

「保護者サポート」に関する意見も、連携促進要因と連携阻害要因の両方にみられた。保護者への理解・需要を促す心理的サポートや情報共有、外部機関との橋渡し役として

の役割が連携促進要因と考える回答者がいる一方で、保護者との関係や受容の困難さが連携を阻害していると考えられる回答者がいた。このことは、保護者の態度や学校との関係は、他機関との連携の成否のポイントであると推測される。今回の調査では、外部機関との直接的な連携を望む声が複数挙がっていたが、保護者の理解を得ずには実現し難い。保護者の理解を促し、連携に協力してもらえようような関係性を構築することが必要であろう。これらの結果から、「医療機関・専門相談との連携の枠組みを設定すること」、「機関間の相互理解をはかり役割分担をして対応に当たること」「保護者のサポートを並行して行い、理解・協力を得るよう働きかけること」の3点が、他職種連携において重要であることが示唆される。

第3章

高等学校におけるメンタルヘルスの不調および
学校不適應行動がある生徒への支援の現状、
支援ニーズに関する調査

3.1. 目的

本研究では、①高等学校における発達障害や精神疾患、知的障害およびその傾向がある生徒の実態、②他機関や他職種との連携、③心の不調および問題行動がある生徒への早期発見・早期対応のための取り組みの3点について、質問紙調査をおこない、生徒や学校の状況と現在行われている心理教育や支援体制の実態をさぐる。

この3点に絞った理由としては、特別な教育的ニーズのある生徒の存在が高等学校においてどのようにとらえられているかを知り、実際に学校で行われている取り組みと課題を知ることで、高等学校における支援システム構築のための示唆を得ることができるのではないかと考えたためである。なお、著しく低学力であると答えた高等学校において精神的不調や発達障害の支援ニーズが高く、その訴えの内容や問題の様相も様々であったという指摘や、河村（1999）による調査において進学校に比べて非進学校では学校生活不満足群の生徒が多いという結果が得られたことをふまえ、学習不振や発達障害及びその傾向、精神的不調、学校生活不満足感のある生徒などが比較的多く在籍していると予測される入学時の学力偏差値が約 50 未満の公立高等学校を中堅校及び低学力校といちづけ、そこに在籍する生徒を本研究の調査対象とした。回答者は、学校保健の立場から学校に在籍する生徒全体と関わることもあり、生徒の身体面・精神面の健康状態を総合的に把握することができると考えられる、養護教諭とした。

3.2. 方法

3.2.1. 調査対象・調査時期

東日本の公立高等学校から、受験情報誌やサイト（首都圏高校受験案内、家庭教師のトライ教育情報センター、みんなの高校情報）計3誌を参考に、いずれの雑誌・サイトでも偏差値約50未満と位置づけられていた公立高等学校全453校（東京都52校、神奈川県32校、埼玉県46校、千葉県53校、群馬県16校、山梨県11校、栃木県13校、茨城県34校、福島県29校、宮城県24校、山形県12校、秋田県22校、岩手県18校、青森県19校、北海道72校）を対象とし、それらの学校へ郵送法による質問紙調査を実施した。質問紙への解答は養護教諭に依頼し、調査期間は2012年8月から9月までとした。

3.2.2. 調査内容

高等学校における心と行動の問題や不調（発達障害・精神神経症状またはそれらの疑い）のある生徒への支援体制の実態を把握するため、質問紙「高等学校保健室におけるメンタルヘルスや発達障害等の相談支援に関する調査」を作成した。質問紙の調査項目は対象者属性、学校概要、籍生徒の状況、校内・校外の連携、経験した支援事例、予防啓発的取り組みの実施状況、望まれる配慮や支援の7部で構成された。そのうち在籍生徒の状況、予防啓発的取り組みの実施状況では、発達障害、精神障害、知的障害またはそれ

らの疑いがあるとまでは言えないが、精神的な不調や行動面の問題がある生徒で何らかの支援が必要と思われる生徒を「心の不調および問題行動」のみられる生徒とし、そうした生徒の適応状況や予防的取り組みの現状について調査をおこなった。なお、本研究の実施に際しては、養護教諭及び所属の学校長に対して本研究の目的と意義、アンケートの内容を文書で説明した依頼文を添付した。調査にあたり協力学校からは研究ならびに発表に関する了解を得ており、本報告は対象校ならびに対象者の記述に際して、統計処理をするため学校名や個人が公表されることは一切ないこと、結果についても、学術的な目的以外に使用しないことを質問紙に明示し、承諾を得るという倫理上の配慮を行ったものである。

3.2.3. 分析方法

分析方法は、選択式の質問項目と数量を答える項目においては記述統計の手法を用い、自由記述項目ではK J法とテキストマイニングの手法を用いた。自由記述の分析にあたってはKH.coder2Xを用い、筆者を含む心理学、教育学の専門性を有する者3名（大学教員2名、大学院生1名）で整理・検討をおこなった。453校中160校（東京都9校、神奈川県7校、埼玉県7校、千葉県21校、群馬県7校、山梨県7校、栃木県6校、茨城県17校、福島県12校、宮城県10校、山形県3校、秋田県9校、岩手県11校、青森県8校、北海道28校）から調査協力が得られ、回収率は35.3%であった。

3.3. 結果

3.3.1 学校概要と対象者属性

本調査の対象となった学校のうち、生徒数200名以下である学校が22校、201名から400名が39校、401名から600名が43校、601名から800名が26校、801名から1000名が24校、1001名以上の学校が2校、無記入が6校であり、回答された学校の生徒数は78361名となった。回答者である養護教諭の在職年数の平均値、標準偏差と範囲は20.2年（SD=12.07, Range=1-39）であり、現任校在職年数は3.7年（SD=3.45, Range=1-19）であった。心の不調がある生徒への支援を担う役割として、スクールカウンセラーが配置されている学校は105校（65.6%）であった。特別支援教育コーディネーターの役職としては教育相談担当（33.4%）が最も多く、次いで養護教諭（24.4%）が多かった。学校に生徒（生活）指導部を設置している学校が35校（21.9%）、教育相談部を設置しているのは31校（19.4%）、特別支援教育部を設置しているのは24校（15.0%）であった。

3.3.2 在籍生徒の状況

「発達障害（またはその疑い）」と「精神障害（またはその疑い）」、「知的障害（またはその疑い）」のある生徒の在籍の有無とおおよその人数について、複数の障害が重複し

ている生徒の場合には最もその傾向が強いと思われるものに分類するよう説明文を加えて回答を求めた結果、85.6%の学校で発達障害（またはその疑い）のある生徒が在籍しているとの回答が得られた。精神障害（またはその疑い）のある生徒が在籍している学校は42.5%、知的障害（またはその疑い）のある生徒が在籍している学校は25.0%であった。各障害（またはその疑い）のある生徒の1校あたりの在籍人数の平均値、標準偏差と範囲は発達障害で3.41名(SD=5.94,Range=0-47)、精神障害で0.77名(SD=1.58,Range=0-10)、知的障害で0.54名(SD=1.54,Range=0-10)であった。また、それぞれの障害またはその疑いがある生徒が在籍すると回答した学校のみで一校あたりの在籍人数の平均値と標準偏差を算出したところ、発達障害で5.42名(SD=6.65)、精神障害で2.38名(SD=1.92)、知的障害で2.9名(SD=2.35)であった。

学校内外の問題や不適応症状がある生徒の在籍状況、学校適応状況について「該当する生徒が複数いて、問題となることが頻繁にある」「該当する生徒がいて、たまに問題になる」「該当する生徒がいるが、あまり問題にならない」「該当する生徒がいるかは分からないが、あまり問題にならない」「該当する生徒は居らず、全く問題にならない」のいずれに当てはまるかを尋ねたところ、「対人関係トラブル・いじめ」「家庭内の問題」の項目において「該当する生徒が複数いて問題となることが頻繁にある」、「該当する生徒がいて、たまに問題になる」と回答した割合が80%を超えていた。その他、「心氣的訴え」「情緒不安定・気分の落ち込み・不安」「睡眠・生活リズム・生活習慣の問題」では25%前後の学校で複数の生徒が在籍し頻繁に問題になると回答していた。「摂食障害」は1%、「妄想・虚言」は3%が頻繁に問題になると回答した。(figure3.1)

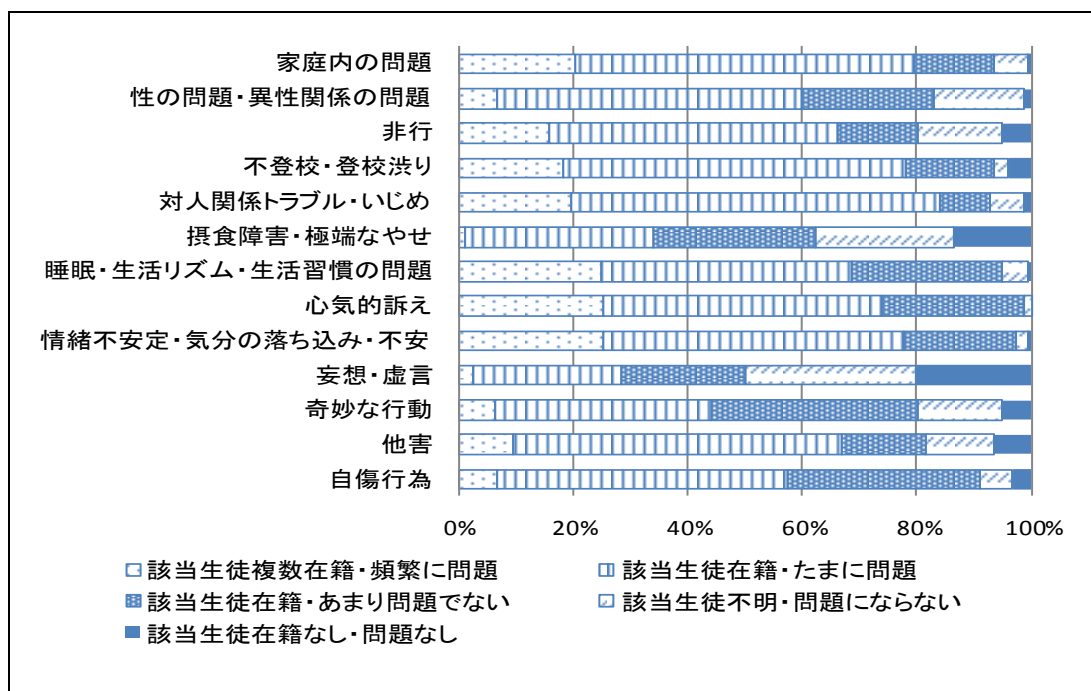


figure3.1 心の不調および問題行動がある生徒の在籍状況・適応状況

3.3.3 校内・校外の連携

回答者が現在の勤務校で「発達障害」「精神障害」「知的障害」（またはその疑い）のある生徒への支援にあたり、連携や協力をした経験がある他職種や機関では、教師（87.5%）が最も多く、次いで保護者（68.1%）、スクールカウンセラー（66.9%）、外部相談機関（36.9%）や医療機関（42.5%）との連携、当該生徒のクラスメート（25.6%）となった。医療機関（精神科、神経科、心療内科等）にかかった経緯としては、「受診を勧めて保護者が医療機関を選び受診した」（65.0%）、「地域の医療機関を紹介した」（56.9%）、「入学前から継続して通院した」（50.6%）、「本人や保護者が自主的に受診した」（47.5%）というケースがあることが明らかとなった。また、精神科医をはじめとした心身の不調を相談できる医師が学校医となっており、生徒に紹介するケースを経験した回答者は1.9%であった。医療機関受診状況では「現在医療機関にかかっている生徒」が1人以上いる学校が114校（71.3%）、「過去に医療機関を受診したことがあるが、継続して通院はしていない生徒」が1人以上いる学校が94校（56.3%）、「医療機関を受診したことはない（またはわからない）が、受診したほうが良いと思われる生徒」が1人以上いる学校が81校（50.6%）、「医療機関を受診する必要はないと思われる生徒」が1人以上いる学校が47校（29.4%）であった。

3.3.4 経験した支援事例

回答者が現在の勤務校で「発達障害」「精神障害」「知的障害」（またはその疑い）のある生徒と関わったケースで、指導上困難または苦慮した事例やサポートがうまく行った事例について自由記述で回答を求めた。回答はKJ法を用いて分類され、その手続きは筆者を含めた3名でおこなった。本項目の分析対象には「特になし」および空欄を含めないこととした。その結果、記述内容は「本人の症状・問題・特性」「本人への対応」「環境調整」「家庭との連携」「校内連携」「医療機関との連携」「その他機関との連携」の7つのカテゴリーに分類された。そのカテゴリーに含まれる内容を記述した回答者の割合を算出し、分析をおこなった結果をFigure3.2に示した。その結果、苦慮したケースでは「本人の症状・問題・特性」についての記述をおこなっていた回答者が全体の74.3%であった。

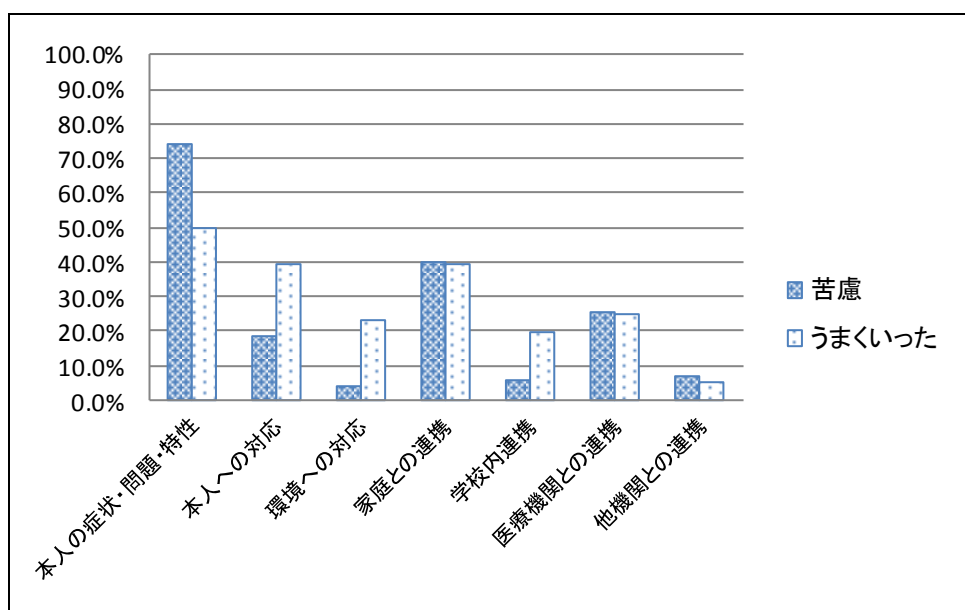


figure3.2 経験した支援事例

3.3.5 予防啓発的取り組みの実施状況

現在の勤務校で、生徒同士の間や生徒と先生の間で「心の不調」についての会話や訴えがなされることがあるかを尋ねたところ、先生—生徒間で「頻繁にある」が 28.1%、「たまにある」が 58.7%、「どちらともいえない」が 5.0%、「あまりない」が 4.3%、「全くない」が 1.3%、未記入が 2.6%であった。生徒同士間では、「頻繁にある」が 28.1%、「たまにある」が 50.0%、「どちらともいえない」が 10.6%、「あまりない」が 5.0%、「全くない」が 1.3%、未記入が 5.0%であった。

回答者の勤務校で、自分自身の「心の状態」に気付かせるための取り組み（メンタルヘルスチェックなど）や、「心の不調」を訴えた際にスムーズに援助を開始するための体制づくりをおこなっているかどうかを尋ねた結果、「心の状態」に気付くための取り組みの有無は、「あり」が 37.5%、「なし」が 56.3%、「心の不調」を訴えた際にスムーズに援助をおこなうための体制づくりの有無は、「あり」が 54.4%で「なし」が 39.4%であった。両方の項目で 6.2%が未記入であった。さらに、具体的にその内容について自由記述で回答を求めた。回答内容は語尾や類似した単語の統一などによって表記を整え、ほぼ同じ内容の回答は一項目にまとめ table3.1 に示した。

必要性が高い取り組みがどの程度実際に機能しているかを尋ねた「心の不調および問題行動」への具体的なサポートの実施状況は、Figure3.3 の通りとなり、「必要性があるがあまり機能していない」「必要性があるが全く機能していない」という回答を合わせた割合が「メンタルヘルスを高める予防的取り組み」では 88.7%、「他者とうまく付き合うスキルを身につけさせる取り組み」では 85.7%、「自己理解のための取り組み」では 85.0%であった。

table3.1 取り組みの内容

気付かせるための取り組み
検査・チェックシートなど
Q-U
Q-V
M2-DV
PSTⅢ
「心と体の健康調査」
「心と体のチェックシート」
「子どもの心のケアのために」
生活適応テスト
心理療法・心理教育
構成的グループエンカウンター
エゴグラム
ドラマケーション
コミュニケーションスキルアッププログラム
ストレスマネジメント
その他
啓発するための資料やたより(保健便り、教育相談便り、カウンセリング便り)
職員研修
保健講和
講演会
個別相談
保健室来室表
アンケート(保健調査、健診の問診、ストレスチェックテスト、学校独自の様式)
心理とカウンセリングに関する学習会
掲示物
SCとの連携(メンタルヘルスチェック、アンケート、心理テスト 利用促進活動)
日常のかかわりの中で支援や資料などの全体指導
保健体育の授業
援助体制作り
校内の相談支援体制に関して
SCの活用(個別対応、教員との連携、コンサルテーション)
アンケートやストレスチェック、日常の健康観察の結果をもとにしたアセスメント
委員会や校務分掌のなかで情報共有、対応方針検討(教育相談委員会、いじめ・不登校対策委員会、特別支援教育委員会、生徒指導部)
気づきから支援までの流れを決めている
相談促進活動(入学説明会で相談体制をガイダンス、教育相談週間の設定、教育相談室の情報を生徒に周知、パンフレット、たより、クラスの 普段から生徒と職員が話しやすい雰囲気である(若い職員、小規模校)
職員同士の情報共有(管理書記への相談、学年会議での情報交換、職員会議での報告、日常の中での情報共有)
保健講話で心の問題に関するテーマを取り上げる
担任との面接週間を学期の初めに設定している
職員研修会
事例研究会
生徒間でのピアサポート活動(生徒会の取り組み)
校外の連携について
相談機関と連携(電話相談等の情報提供、教師からの相談など)
保護者との連携(協力を求める、受診を勧める)
SSWとの連携
学校医(精神科医)が医療的支援をおこなう

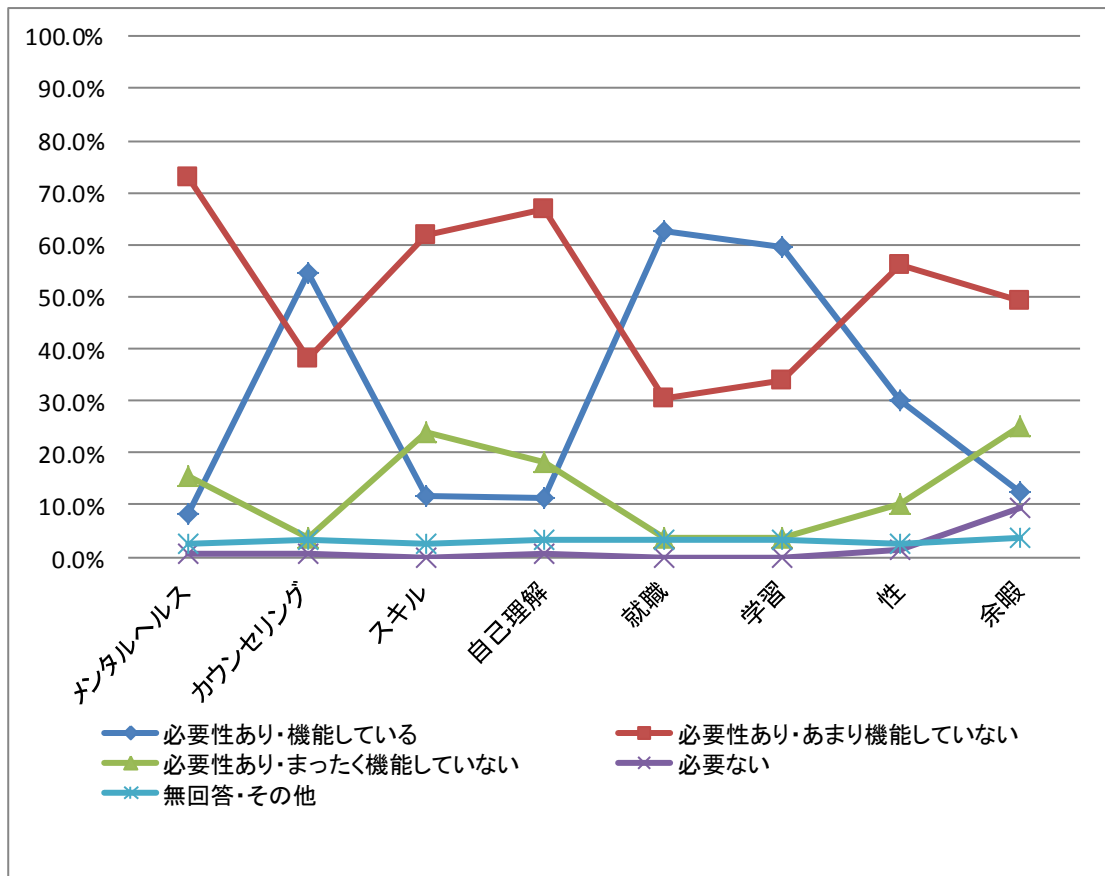


figure3.3 発達障害・精神疾患およびその傾向がある生徒に対する取り組みの現状

3.3.6 望まれる配慮や支援

通常の高等学校に「発達障害」、「精神障害」、「知的障害」（またはその疑い）のある生徒が在籍する場合、どのような配慮や支援がなされることが望ましいと思うか、自由記述で回答を求めた。分析方法はテキストマイニングソフト KH Coder2.x を用い、計量テキスト分析を行った。分析前の処理として、複合語（例：発達+障害）は二語に分けて抽出されるため、そうした語については強制抽出する語として指定付けし、分析の際に一語とみなすようにした。

分析対象となった自由記述文の総抽出文と総単語数は、発達障害で 325 文、4287 語、精神障害で 257 文、3178 語、知的障害で 209 文、2582 語であった。この総単語数から出現パターンが似通った語、すなわち共起の程度が強い語を図示した共起ネットワークを作成し、その結果を Figure3.4、3.5、3.6 に示した。共起とは「ある語が文章中出现したとき、その文章中に別の語が頻繁に出現するという関係」を示す。円の大きさは出現数に比例している。”modularity”にもとづく Clauset et. Al.による手法を用い、比較的強くお互いに結び付いている語を線で結びグループを形成した。また、共起関係を全て図示することはできないため、出現数が 7 以上のものに絞った。

「発達障害」は抽出文数が3つの中で最も多く、9のグループに分かれた。最も出現数が多いのは、「理解」であり、次いで「支援」、「連携」といった語が多く出現している。「精神障害」では、他の二つの障害には多く見られなかった「医療機関」「主治医」といった語が出現し、「連携」「受診」とネットワークを作っている。「知的障害」では回答者数は90名であり、3つの中で最も抽出文章数が少ない。個別の回答でも、「ほとんどない」「テストを通過できない」「転校を検討してもらおう」といった意見が挙がっており、高等学校普通科に知的障害がある生徒が在籍するという認識がない回答者も中にはみられた。他方で、「学習面を補う指導」や「特別支援学校と連携する（通級のように使えたらよい、特別支援学校の職員に相談するなど）」といった意見が挙がっていた。

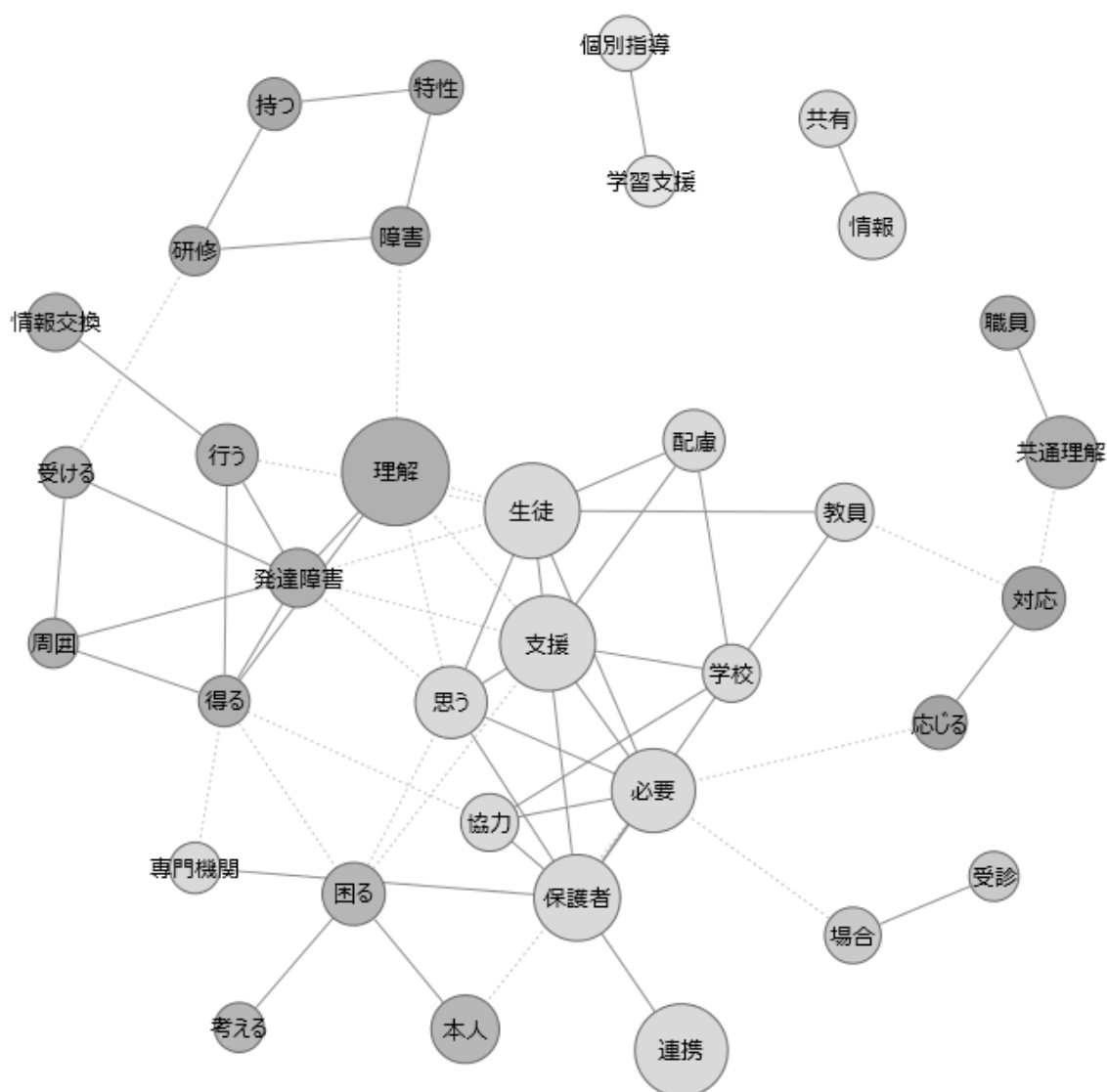


figure3.4 必要だと思われる配慮や支援の内容（発達障害）

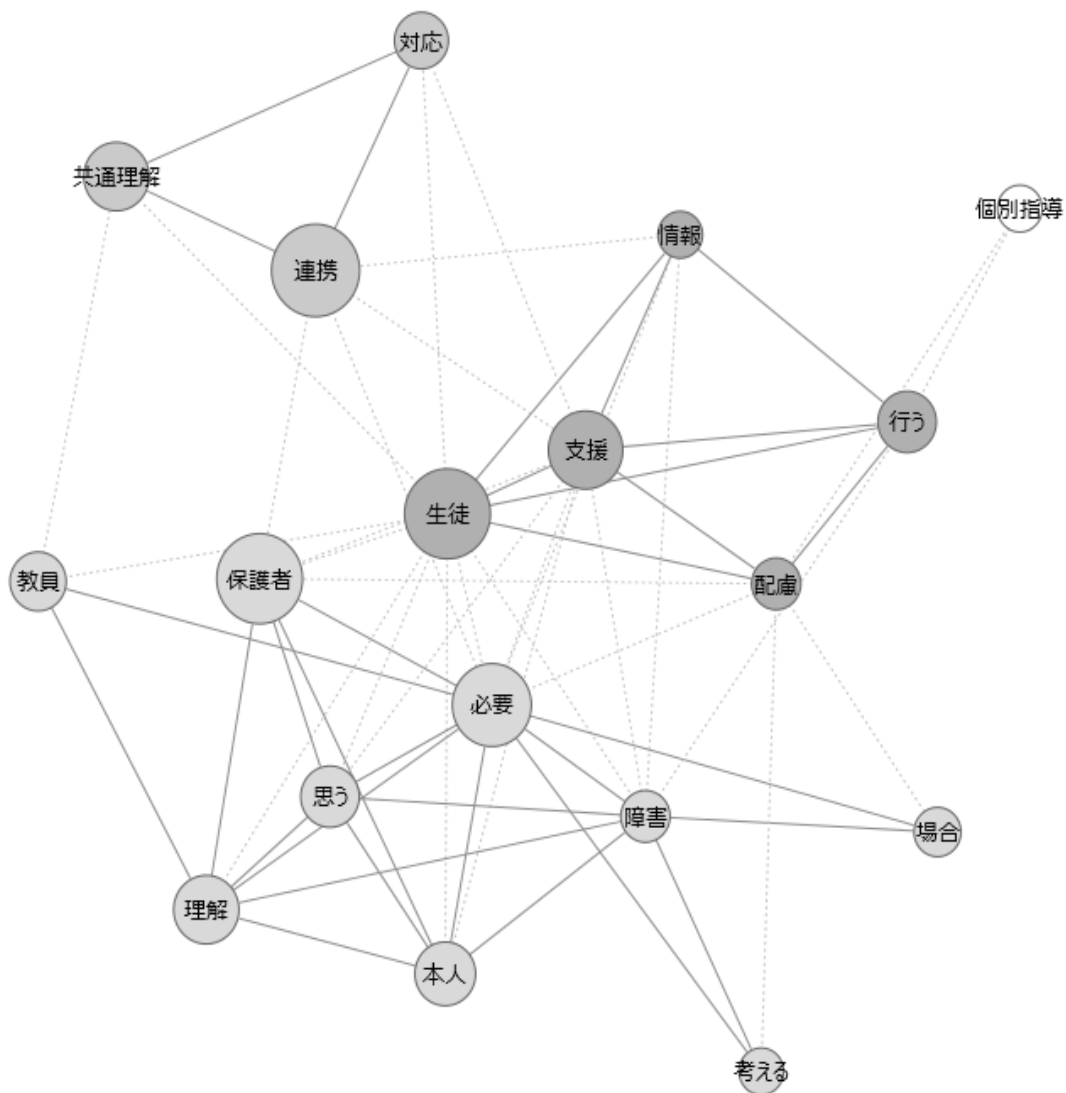


figure3.6 必要だと思われる配慮や支援の内容（知的障害）

3.4 考察

3.4.1 高等学校における発達障害や精神疾患およびその傾向がある生徒の実態

本研究では、多くの学校で発達障害、精神障害、知的障害（及びその傾向）がある生徒の存在が確認された。彼らに対する具体的な支援については、現行の学校教育法での制度上の問題から体系だった実践が難しいことが指摘されている。例えば、高等学校では課程によって発達障害等困難のある生徒の在籍状況が異なっていること（全日制 1.8%、定時制 14.1%、通信制 15.7%）が報告されているが、（文部科学省、2009）、このように学校の状況が異なっている場合には、ある特定の支援モデルをその他の学校に

も単純に導入することは難しい。また、高等学校においては、課程や学科の違いがあり、授業の工夫だけでなく、試験に関する配慮、評価の方法、進路指導等も大きな課題となっていることが調査により明らかになっており、(笹森、2012) 小学校、中学校とは異なる対応についての検討が必要であることも指摘されている。これに対しては、文部科学省の「高等学校における発達障害者支援モデル事業」に代表される他校の先進的な取り組みの成果についての情報を学校や関係者が広く把握し、自校のニーズに合わせて実際に取り組んでみることをできるよう情報提供や柔軟な体制の整備が望まれる。

3.4.2 機関や他職種との連携

回答者が連携を経験したことがある対象は、教師が最も多く、次いで保護者、スクールカウンセラーであり、学校内や家庭との連携は多くの学校で行われていることがうかがわれた。外部相談機関や医療機関との連携を経験した回答者は半数以下にとどまり、学校外の専門機関との連携推進は今後の課題であるといえよう。しかしながら、必要と思われる生徒に医療機関(精神科、神経科、心療内科等)を紹介したり、保護者に受診を勧めたりしたケースを経験したことがある養護教諭が半数以上という結果になり、医療機関への最初のアクセスの段階で橋渡しの役割を学校や養護教諭が担っているという現状がうかがえた。我が国において、高度の専門研修を受け子どもの心の専門医として従事する医師数は小児の人口10万人に対し2~5人と少数であると報告されており、(厚生労働省、2006年) 諸外国と比べると子どもの心の専門医の育成が遅れていることが指摘されている。そういった状況で、子どもの精神状態や行動特性について相談できる専門医とつながり、協力体制を築いていくには課題が多い。連携体制を築いていくためにはどのような要素が必要となるのか、今後検討される必要があるだろう。一例として、森岡(2013)の報告では、山形における精神科医、臨床心理士、養護教諭と学校関係者が一堂に会しての研修会が年2回20年間にわたり開催され、関係を築いていった実践が紹介されている。大学の精神科教室を事務局とし、職種ごとに数名の世話人を出す形で運営されていたケースであり、どんな地域コミュニティでも可能であるとは必ずしもいえないが、一つの連携モデルとして示唆に富む内容である。このように、多職種連携が成功している事例を収集し、学校や子どもの実情に合わせて連携を促進する取り組みをおこなう必要があるのではないだろうか。

3.4.3 心の不調および問題行動がある生徒への早期発見・早期対応のための取り組み

養護教諭が発達障害、精神障害、知的障害(及びその疑い)のある生徒の存在を認識している回答者が多く存在するにもかかわらず、その中で「心と行動の問題と不調」に気付くための取り組みの実施状況は37.5%と低い水準にとどまっており、39.4%の学校では援助体制づくりをおこなっていないと回答していることから、高等学校の体制整備は徐々に進んでいるが、依然として小中学校に比べると遅れがあると考えられる。他方

で、普段の生活の中でのインフォーマルコミュニケーションにおいては心の不調に関する訴えや会話が友達同士や先生と生徒の間でなされている学校が約 8 割にのぼった。心や行動についての関心があり会話に出ることがあっても、正確な情報や知識を学ぶ機会は学校から十分に提供されているとは言い難い現状がうかがえる。「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」（厚生労働省、2009）では、それまでの国民一般を広く対象とする普及活動から一歩進み、早期対応の観点からの普及啓発については学齢期等の若者とそれととりまくものを重要なターゲットとして位置付けることが提案された。これらに鑑み、本人や保護者の発達障害や精神疾患、およびそうした傾向により生じうる現象と対応法についての正しい認識を育て、本人や保護者が気づいた時にスムーズに援助リソースにつながるができるよう環境を整えることが必要だと考えられる。就労後や大学進学後はさらに職場や学校からの支援が得られにくくなる傾向にあり、その中間に位置づけられる高等学校で実態把握をし、本人や保護者が自身の状態について正しく理解し、卒業後の進路を考えていくことが非常に重要である。今回の調査では、援助体制づくりと気づきのための取り組みについて調査をおこなった。その結果、援助体制づくりとしては心理療法や心理教育、研修会等の実施、広報活動、校内での情報共有、面接活動、外部機関との連携といったことが報告されていた。いくつかの学校で Q-U、M2-DV、PST-III といった心理検査や、文部科学省「心とからだのチェックリスト」等に倣った心と体の状態をアセスメントする調査票を用いていることが分かった。Q-U は学級集団やその中における子どもの適応感、M2-DV は向性に関する情報と適応傾向に関する情報、PST-III は行動傾向（反社会的行動傾向・非社会的行動傾向）を主にみていくための検査であり、「心と体のチェックリスト」は災害時の心理的ケアのために開発されたものを改編したものであるため PTSD や神経症、心身症にあらわれやすい項目を多く扱っているといったように、それぞれのアセスメントツールによって目的や機能が異なっている。そのため、今後はより包括的な子どもの状態を把握するとともに、保護者や本人が自分の精神状態や行動特性について知り、必要に応じて支援にアクセスできるようにする機能をもつアセスメントツールの開発が望まれる。

「発達障害」、「精神障害」、「知的障害」（またはその疑い）のある生徒が在籍する場合に学校で行われるべき配慮や支援については、「発達障害」（またはその疑い）についての回答数が特に多く、キーワードも他の二つに比べて多かった。平成 19 年度から文部科学省によって特別支援教育の推進がはかられ、近年高等学校教育においてもその必要性が認識されはじめていることもあり、具体的な支援方法についても記述しやすかったのではないかと考えられる。多くのキーワードが出現してネットワークを形作っていることから、高等学校の養護教諭の中で「発達障害」についての理解が進んでいることがうかがえる。「精神障害」（またはその疑い）については、特に医師や医療機関、スクールカウンセラーとの連携についての記述が多く出現したことが特徴的であった。服薬や心理療法といった、学校や家庭だけでは提供しきれない部分の支援の必要性が認識され

ていることがうかがえる。「知的障害」（またはその疑い）のある生徒は、今回の調査対象となった学校のうち 25%に在籍していることが確認されるにとどまり、支援や配慮についての自由記述の抽出語数は三つのなかで最も少なかった。しかし、通常の高等学校であっても知的障害の児童生徒が存在する可能性があることを認識し、センター的機能を有する特別支援学校高等部との連携や研修を通して、そういった生徒への支援や配慮についての知識を深めていくことが必要であると考えられる。

第 2 部

精神的不調および学校不適應の兆候を 把握する方法の検討

第4章

支援プログラムとアセスメントツールの 開発に関する国内外の研究動向

4.1. 目的

本章では、国内外で発達障害やその傾向がある生徒、精神的な不調がみられる生徒への支援とアセスメントがどのようなプログラムやツールを用いておこなわれているかを調査する。近年の研究論文で採用されているプログラムとツールについて、その要素を分析・整理し、今後の課題を検討する。

4.2. 方法

4.2.1 先行研究の検索方法

論文検索エンジンによる検索として、国立情報学研究所が運営する“C i N i i”と、公的機関ホームページからの検索官公庁（文部科学省、厚生労働省、自治体の教育委員会や精神保健センターの検索機能）を用いた検索を実施した。検索条件は 2003 年から 2014 年までに発行された雑誌論文であり、表題かキーワード、本文に「高校生」「中学生」「思春期」「青年期」のいずれかを含み、かつ「尺度」「アセスメント」「支援」「メンタルヘルス」「精神保健」「学校保健」のいずれかの語句が含まれている事例研究または実践報告に限定することとした。抽出された文献の中から、単一～少数事例研究であるもの、介入の主たる目的が思春期・青年期の人のメンタルヘルス改善やアセスメントでないものについては除外した。

4.3. 結果

4.3.1. 介入プログラムについて

介入プログラムに関する文献は 9 件であり、その研究種別は動向調査 2 本、文献調査 2 本、実践研究 3 本、調査研究 2 本となった。動向調査は海外の取り組みの報告（オーストラリア、ニュージーランド）であり、文献調査は教育制度とカリキュラム、指導内容に関する調査（イギリス）であった。実践研究は国内の医療機関でおこなわれたものが 1 本、中学校でおこなわれたものが 2 本であった。調査研究は国内の小学校、中学校、高等学校を対象として行われたものが 1 本、中学校で行われたものが 1 本であった。

(Table4.1)

table4.1 介入プログラム

論文名	雑誌名	発行年	研究種別	研究フィールドまたは調査対象	概要	中心となる機関
吉岡久美子 若者のメンタルヘルスリテラシーに関する普及啓発活動の展開	福岡大学研究部 論文集	2012	動向調査	オーストラリア・メルボルン NGO(ビヨンドブルー) 政府機関(ヘッドスペース)	・メンタルヘルスリテラシーの改善のための普及啓発活動 ・インターネットを使った学校関係者への支援ツール提供など、間接的な支援 ・pastel care(メンタルヘルスに関する特別授業)の提供 ・保護者教育(ガイド作成など) ・ヘッドスペースの下に数多くセンターを設立し、他職種スタッフが支援する ・若者がアクセスしやすい環境を作る	NGO(ビヨンドブルーなど) 政府の支援機関(ヘッドスペース)
小塩靖崇・北川裕子・股村美里・佐々木可・栗岡史治 不安・抑うつ、精神疾患に関する英国の学校教育	不安障害研究	2013	文献調査	イギリス 教育省公式HP 保健の教科書	・精神疾患の具体的な知識を含む精神保健教育(6歳から開始し13歳では精神疾患の解説も含む) ・不安・抑うつに伴う様々な精神疾患の症状と原因、不調時に適切な行動を選択するための知識や考え方についての教育	
小塩靖崇・栗岡史治・佐々木可 学校精神保健リテラシー教育の効果と各国の現状に関する文献レビュー	学校保健研究	2013	文献調査	Google Pubmed Web of Science Cinii	・これまでにMHL教育効果の検証が行われていたのはセルビア、アメリカ、カナダ、オーストラリア、香港、英国、ドイツ、パキスタンであり、プログラムの実施者は精神科医、心理士、学校教員、精神疾患やその家族が主。すべての研究で授業による有意な学習効果が認められた。 ・全国規模で学校精神保健プログラムがおこなわれているのはオーストラリア、イギリス、カナダ、アメリカ。日本ではMHL教育とその効果検証に関する研究や全国規模のプログラムは見つからず。	
藤島薫 若者と家族のストレスに焦点を当てたリカバリー志向の早期支援・過渡的支援—ニュージーランドにおける早期支援プログラムの実際から—	東京福祉大学大学院紀要	2013	動向調査	ニュージーランド オークランド カリ早期支援センター NPO(ユースホライズンズ)	・Youth transitional Programme(YTP):13-19歳で最初の精神病エピソードの可能性、双極性障害または強迫性障害で集中的な専門的治療を必要とする者を対象に復学あるいは就労するための支援をおこなう「リカバリー」を目的としたプログラム。8名のグループで15週間9時から15時まで行われる。 ・Youth horizons:心と行動に問題をもつ若者とその家族への専門的支援を目的としたNPO。情緒障害や反社会的行動をとる若者とその家族を対象とした地域をベースとしたプログラムであるMST(Multi-Systemic Therapy)と療法少年のケアに効果的とされる専門的里親の下で生活し専門職(各種セラピスト、スーパーバイザー、スキルトレーナーなど)の援助を受けるMTFC(Multidimensional Treatment Foster Care)を中心に活動をおこなっている ・若者の「変化する力」に信頼を置き、取り巻く環境にアプローチする	
原田正典・足立孝子・岩佐真史・栗田弘二・中村友香・浜幸伸・山本綾子・前川早苗 三重県こころの医療センターにおける早期介入の試み	精神神経学雑誌	2013	実践研究	日本 三重 三重県立こころの医療センター	・学校ベースの支援、学校へ他職種アウトリーチ・コンサルテーション、精神保健授業、精神保健テキスト制作、教員・PTAへの精神保健教育 ・地域ベースの支援：一般医、精神科医との連携(啓発テキストを用いた訪問による啓発、アンケート調査)、市民、地域機関への広報啓発 ・臨床ベースの活動：若者支援外来(YAC)、ケースマネジャーの配置、若者家族グループ(早期家族ミーティング)、ピアグループ(チーム「スマイル」) ・3つのベースの活動を三位一体的に運営している	
笠宗一 援助希求行動促進による早期介入を目的とした中学生の精神保健教育プログラムの効果評価	東京大学大学院医学系研究科博士論文	2009	実践研究	日本 島根県 公立中学校3校	・中学校3年間で教育プログラムを実施 一年次:「ストレスとこころの病」「心の相談施設の紹介・説明」「メンタルヘルスに関する相談施設の見学」「体験内容の振り返り」「シェアリング」 当事者との交流プログラム・まとめ 二年次:「こころの健康に関する体験学習」 三年次:「こころの健康に関する体験学習」 ・効果指標は「知識」「態度」「行動」 ・教育プログラムが中学生における援助希求に関する態度、精神的不調時の援助希求行動を改善する効果があることが示唆された	
大久保千恵・市来百合子・堂上綾子・井村健・谷口尚之・谷口義昭 中学校における心の健康とメンタルヘルスリテラシーに関する心理教育とその効果についての研究	教育実践総合センター研究紀要	2011	実践研究	日本 中学生150名	・中学生に対して精神的不調に関する健康教育を実施し、DSRS-Cを用いて抑うつ程度の変化を事前事後で比較したところ、有意な減少がみられ、メンタルヘルスリテラシーの改善がみられた	
NPO法人地域精神保健福祉機構コンボ 早期介入を目指したメンタルヘルスリテラシー教育(精神保健福祉教育)の在り方に関するニーズ調査	日本財団助成事業結果まとめ	2009	調査研究	日本 中学校246校	・心の健康に関する取り組みを実施しているのは56%。その多くは年二時間程度の実施で、扱う内容は精神保健福祉に関するテーマは10%未満 ・ニーズはありながらも学内で取り組む時間が無い事が何れも、外部専門家のサポートの必要性がある ・心の健康課題、対応困難度が高い学校は教員・保護者を対象に取り組みをおこなっているところが多いにもかかわらず、MHL教育プログラムへのニーズが高い ・MHL教育プログラムが心の健康課題に役に立つと考えているのは9割以上にのぼる	
板山稔・高田絵理子・児玉有子・田中留伊 青森県の小・中・高校におけるメンタルヘルス問題と精神保健教育の現状に関する調査研究	弘前医療福祉大学紀要	2014	調査研究	日本 青森県 小学校193校 中学校103校 高等学校53校	・「発達・学習の障害」「不登校」「いじめ」は各校ともに高い割合で認められ、「幻聴や妄想」「抑うつ状態・うつ病」は学年が進むにつれて発生割合が高い ・小中では精神科医療機関の対応に困難を感じているが、精神科医療機関への相談件数は少ない ・精神疾患について具体的に学ぶ取り組みをしているのは高校3校のみ。しかし、その他の学校もその必要性を感じている。	

4.3.2.アセスメントについて

思春期・青年期を対象に、メンタルヘルスに関するアセスメントを取り扱った文献は 7 本であった。そのうち複数の尺度を組み合わせて使用している研究もあるため重複するが、バールソン自己記入式うつ評価尺度 (DSRS-C) を使用したものが 2 本、Child Rating Scale 日本語版を使用したものが 2 本、基本的信頼感尺度を使用したものが 2 本、自尊感情尺度を使用したものが 2 本、自閉症スペクトラム指数 (AQ-J) を使用したものが 2 本、そのほか、お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度、中学生の相談行動の利益とコストの尺度、相談スキル尺度、援助行動要請行動尺度、無気力感尺度、SASC-R、SAS-A、LSAS-CA、SPAIC、QIDS-J、MEDISCI、AQ-J、JPC、PLEs、SCL-90-R を使用した研究がそれぞれ 1 本となった。(Table4.2)

table4.2 アセスメント

アセスメント	論文名	雑誌名	発行年	対象	調査概要	アセスメントツール	査定対象	結果概要
武内珠美・小島夕佳・藤田敦・渡邊巨	高校生のメンタルヘルスに関する実態調査	大分大学教育福祉科学部研究紀要	2011	高校生2451名	「メンタルヘルスの状態」「相談に関する意識」「援助要請行動」について質問紙調査を実施	・Birleson自己記入式うつ評価尺度(DSRS-C)(村田・清水・森, 1996) ・お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版 ・相談への意識尺度(中学生用の相談行動の利益とコストの尺度(長井, 荒井, 2007)と相談スキル尺度(水野, 2007)を改変) ・援助行動要請行動尺度(野崎・石井, 2005)	抑うつ症状 学校でのメンタルヘルス状態 相談行動 相談に対する意識 援助要請行動	①全体の約2%の高校生が抑うつ的な傾向にあり心身の不調を感じている ②抑うつ的な傾向にある生徒たちは自ら積極的な援助行動を起こさない
岡島義・金井嘉宏・福原佑佳子・岡島純子	小・中学校における社会不安障害の認知行動モデルの構築とサブタイプの検討	カウンセリング研究	2011	小学生1038名、中学生898名	SADの認知行動モデルに関する質問紙調査	・Social Anxiety Scale for Children-Revised(SASC-R)日本語版(岡島ら, 2009) ・Social Anxiety Scale for Adolescents(SAS-A)日本語版(岡島ら, 2009) ・Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents日本語版(LSAS-CA, 岡島ら, 2008) ・日本語版Social Phobia and Anxiety Inventory for Children(SPAI-C, 石川ら, 2008)	社会不安傾向 SADの臨床症状	①否定的な信念は状況への不安を引き起こし、高まった不安は回避行動や身体症状を引き起こす ②児童期よりも青年期のほうが否定的な信念は不安により強い影響を及ぼし、不安は身体症状により強い影響を及ぼす
肥田幸子・鈴木美樹江	学校不適応を予防するための試み	東邦学誌	2009	高校生594名	メンタルヘルス上の問題を早期発見することを目的とした記名式質問紙調査	・Child Rating Scale日本語版(鈴木, 2009) ・基本的信頼感尺度(谷, 1996) ・自尊感情尺度(山本・松井・山成, 1982)	学校への関心、規則に従う力、友人関係能力、不安 基本的信頼感 自尊心	①個人の内的問題意識については教師が察知しにくい
鈴木美樹江	中学校におけるメンタルヘルス尺度の構成の試み—スクールカウンセラー活動の一環として	東邦学誌	2010	中学生173名	メンタルヘルス上の問題を早期に発見するための記名式質問紙調査	・Child Rating Scale日本語版(鈴木, 2009) ・基本的信頼感尺度(谷, 1996) ・自尊感情尺度(山本・松井・山成, 1982) ・無気力感尺度(下坂, 2001)	学校への関心、規則に従う力、友人関係能力、不安 基本的信頼感 自尊心 無気力感	①社会的コンピテンスは女子のほうが優位に得点が高い ②自己コンピテンスは男子のほうが優位に得点が高い ③問題を抱えていながらも本人の自覚がない場合においては質問紙調査で拾い上げることが困難なケースもある
井上貴雄	児童・青年期の抑うつ症状、躁症状、および自閉傾向に関する臨床的・疫学的研究	北海道大学学術成果コレクションHUSCAP	2014	小学生1361名、中学生847名、高校生1527名	こころの健康に関する実態を把握するための質問紙調査	・簡易抑うつ症状評価尺度(Quick Inventory of Depressive eSymptomatology: QIDS-J, 藤澤ら, 2010) ・躁症状評価尺度(MEDISCI, 福田, 2012) ・自閉症スペクトラム指数(Autism Spectrum Quotient: AQ-J, Baron-Cohen S, 2001)	抑うつ傾向 躁傾向 自閉傾向	①中・高校生では抑うつ群の割合が増え、自殺念慮が疑われる者の割合も高い ②小学生に比べて中・高校生の方が自身の自閉傾向の要素を認識しやすくなっている ③児童・青年期における抑うつ症状と躁症状、および抑うつ症状と自閉傾向との関連が示唆された
岡田倫代・鈴木毅・田村裕子・片山はるみ・實成文彦	高校生における抑うつ状態に関する調査—Birleson自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS-C)を用いて	児童青年精神医学とその近接領域	2009	高校生2112名	小中学生と比較して高校生の抑うつ状態を把握するための質問紙調査	・Birleson自己記入式うつ評価尺度(DSRS-C)(村田・清水・森, 1996)	抑うつ傾向 無気力傾向	①高校生全体のうち抑うつ傾向にあると考えられる生徒の割合は35.0% ②「抑うつ・非哀感」「楽しみの減退」の二因子が抽出され、「抑うつ・非哀感」では2.3年生が1年生より、女子が男子より有意に高く、「楽しみの減退」では3年生が1年生より、男子が女子より有意に高かった ③「生きていても仕方がないと思う」項目では「ときどきそうだ」を選択した生徒が26.8%、「いつもそうだ」を選択した生徒は5.4%で、男子が女子より有意に高かった ④抑うつ状態は児童期よりも青年期に多い
中村尚史	思春期・青年期における広汎性発達障害を背景にもつ適応障害患者の臨床的特徴	川崎医学会誌	2014	適応障害と診断された12歳以上30歳以下の患者58名	適応障害患者のうち広汎性発達障害を基盤にもつ者の割合を把握するための質問紙調査	・日本語版パライマエティックリスト(JPC:山内ら, 2007) ・思春期の精神病様体験(PLEs: Psychotic Like Experiences 西田ら, 2008) ・精神症状評価尺度(SCL-90-R, Derogatis L R, 1994) ・自閉症スペクトラム指数(Autism Spectrum Quotient: AQ-J, Baron-Cohen S, 2001)	被害妄想観念 思春期に体験される精神病症状 身体症状、強迫症状、対人過敏性、抑うつ、不安、怒り、敵意、恐怖症、妄想様観念、精神病性症状 自閉傾向	①PDDと診断されたのは32名(55.1%) ②AQ-JについてはPDD群が有意に高い ③JPCについてはPDD群が有意に高い ④SCL-90-RについてはPDD群では恐怖症性不安、妄想、精神病症状、強迫症状、対人過敏、抑うつ、不安、その他の8項目においてPDD群が有意に高い ⑤各質問紙の総得点とPDDとの関連を見るとJPCの総得点のみがPDDと有意な関連性を示した

4.4. 考察

4.4.1 介入プログラムについて

4.4.1.1 メンタルヘルスリテラシーの改善を目指す学校保健教育

今回の調査で分析対象とした介入プログラムに関する論文のなかでは、メンタルヘルスリテラシー（MHL）の概念に基づいて行われた実践研究と調査研究が目だった。メンタルヘルスリテラシーとは、オーストラリアの John, A. F 氏によって提唱された概念である（1997, 2000）。端的にいうと、「メンタルヘルスに関してどのような知識を持っているのか、どのように理解しているのか、どのような態度をとっているのかについての総称」である。若者（特に児童・生徒）がこうした力をつけることは心の健康を良好に保ちながら学校生活を送ることができるだけでなく、以降の人生においても自らの心の健康を維持・増進したり、身近な他者を支援する一助につながったりするのではないかと吉岡（2010）は述べている。最初にこうした MHL 教育を含めた学校精神保健プログラムが全国規模で始まったのはオーストラリアの Mind Matters である（白井, 2009）。Mind Matters では、その目的を「若者がその後の人生において遭遇する様々な精神的危機を効果的に乗り越えていくために必要となる技術や知識、および資源を提供できる学校環境を実現すること」としており、国内の 6 割以上の学校が取り入れている（小塩ら, 2013）。生徒用と教師用のテキストが開発されており、15~18 歳を対象に MHL 教育の授業が行われる。そのほか、吉岡（2012）はオーストラリアのメルボルンで展開されている事業として、NPO 法人ビヨンドブルーの取り組みと連邦政府によるメンタルヘルス計画の中の具体的な施策であるヘッドスペースの設置について視察し報告しており、こうしたオーストラリアの先進的な例は今後の日本における普及啓発活動の指針を考えると示唆を得ることができよう。

また、小塩（2013）の調査では、イギリスでの共通の学校教育制度とカリキュラムの中で、99%の学校がおこなっている PSHE(Personal, social, health and education)という科目で保健教育がおこなわれており、その一部として 14~16 歳を対象に MHL の授業で不安・抑うつ、精神疾患の基本的な知識としてそれぞれが生じる原因や症状について説明されていることが報告された。また、精神的不調にある場合に適切な行動を選択できる知識や考え方を獲得するための教育内容が含まれていたり、精神疾患や精神疾患のある人への偏見の改善を目指す内容が含まれていたりしている点も特徴的である。

そのほか、カナダの A School-Based Integrated Pathway to Care Model、アメリカの CDC（Centers for Disease Control and Prevention）による学校保健モデルに基づいた州ごとの取り組みがおこなわれている。

過去、我が国においても精神疾患や精神医療が学校教育の中で扱われていたが、1980 年以降は学習指導では心身の発達に関する話題が中心となり、「こころの病気」に関する事項は削除されている。自身や周囲の人たちの精神的不調に適切に対応するためには、「精神的健康問題に関する基本的な知識」「自分や友人、家族が精神的健康問題を有する

場合の対処方法」を知っておく必要があり、精神疾患や発達障害の二次障害としての不適応が起こりやすい思春期・青年期においてそうした内容を学校教育の中で学ぶ機会を持つことが必要なのではないかと考える。中学校における取組（長期的・短期的）には、篁（2009）と大久保ら（2011）の研究がある。篁の研究では、中学校の3年間にわたり教育プログラムを実践しており、その効果を介入群（講義と体験学習による精神保健教育を施した群）と対象群の比較対象試験によって効果を検証している。その結果、介入により精神不調時の援助希求行動と援助希求行動に関する態度が改善したと報告した。大久保らの研究では、約一時間の講義形式で健康教育を実施し、事前と事後で質問紙調査をおこない効果を検証したところ、抑うつ傾向の平均値が優位に減少した。これらはいずれも一般の生徒に対しておこなわれている一次予防としてのプログラムであり、前述のメンタルヘルスリテラシー教育に近いものと考えられる。いずれもプログラムの効果検証のため質問紙調査をおこなっているが、生徒自身へのフィードバックは特になされていない。

4.4.1.2.心や行動に問題がある若者への支援プログラム

実際に心や行動に問題が生じ精神的不調をきたした思春期・青年期の人に対しておこなった研究には、地域の医療機関や支援センター、NPO、学校で行われたものがあった。ニュージーランドにおける早期支援プログラムは、主に精神病の兆候、双極性障害、強迫性障害があり専門的な治療を必要とする者に対しておこなわれる通所プログラムと、情緒障害や反社会的行動をとる者とその家族を対象とした家庭やフォスターケアギバー（専門的里親）の下でのプログラムが整備されていることが報告されていた（藤島, 2013）医療機関における早期介入の試みとしては、原田ら（2013）の研究がある。それによると、「学校ベース」「地域ベース」「臨床ベース」の三つの活動を統括的にこころの医療センターが運営していると報告されている。医療機関から他職種スタッフが学校特別支援会議に出向き、事例検討やコンサルテーションをおこなったり、生徒・教員・保護者を対象に精神保健授業をおこなったりする学校ベースの活動では、そのニーズと効果が確認された。地域ベースの活動としては、多くの精神障害者が最初に受診する一般医療機関や精神科クリニックを対象とし、早期介入を進めるための広報啓発、調査、連携をはかっている。臨床ベースの活動としては、若者支援外来（YAC）の受診者にはケースマネジャーが担当して診察に同席する、家族や当事者の交流の場を設けるなどの支援がおこなわれている。この報告では、取り組みの一部として精神保健授業をおこなっていることが述べられているが、個別の支援プログラムを作成しその効果を検証しているというよりは、医療機関が中心となった機関の枠組みを超える支援モデルを実践し検討しているという、アクションリサーチの手法が用いられている。

4.4.1.3.メンタルヘルス改善のための取り組みのニーズ

NPO法人地域精神保健福祉機構コンボ（2009）の研究では学校内で心の健康に関する取り組みの実施状況とニーズについての調査がおこなわれた。その結果、精神保健教育のニーズはありながらも実際には学内で取り組む時間がない等の理由で、実際に行っているのは少数の学校であることが報告されている。板山ら（2014）の研究では小学校、中学校、高校の校種を超えた大規模な調査をおこなっており、年齢が進むと精神症状の発生割合が高くなること、小学校では精神病様症状の対応に困難を感じていること、精神疾患について学ぶ取り組みを具体的におこなっているのは高校3校のみであることが報告されている。

4.4.2.アセスメントについて

思春期・青年期にあたる中学生と高校生を対象にした精神的不調や不適応行動の有無を把握するために自記式質問紙調査を用いた研究では、大きく分けて三つ、①抑うつ症状や躁傾向、不安、無気力感、社会不安傾向、被害妄想観念、精神病症状、身体症状、強迫症状、恐怖症、怒り・敵意、妄想様観念といった、メンタルヘルスの不調の有無や程度を査定する尺度、②学校でのメンタルヘルス状態や学校への関心、規則に従う力、友人関係能力といった、学校適応のための行動・態度を査定する尺度、③基本的信頼感や自尊心、相談行動や援助要請行動、自閉傾向など、その他の要因を査定する尺度が必要に応じて組み合わせて使用されていた。生徒の精神状態や適応状況、特性を総合的に把握するためには、これら3つの要素が過不足なく含まれたアセスメントツールであることが望ましいと考えられる。Birlson 自己記入式うつ評価尺度（DERS-C）は児童への適用事例も多く（傳田ら，2004 など）今後さらに研究が重ねられることが期待される。今回取り上げた研究では児童用の質問紙や成人用の質問紙を中高生に適用しているものもあった。そのような場合に、カットオフ値の設定や文言の問題があり検討が必要であることが指摘されていた（岡田，2009）。また、①にあたる尺度では、その症状が重篤であったりごく限られた状態であったりして、一般的な中学生や高校生にはほとんどみられないと考えられる設問もあり、適切な質問項目の選択が重要であると考えられる。また、質問紙を記名式にした研究（肥田ら，2009、鈴木，2010）では、調査実施後に教師へのフィードバックをおこない生徒に対する共通理解を深めたり、当該生徒へのアプローチを増やすことで相談へと結びついたりしたケースが報告されていた。実際に学校で支援プログラムと併せてアセスメントツールを用いる場合には、対象とする生徒全員の全体的な傾向を把握するだけでなく、支援ニーズのある生徒が自分自身で気づきを得たり、支援者が支援ニーズのある生徒を発見し問題に介入したりすることができるか、良いのではないだろうか。

4.4.3.我が国の学校教育におけるメンタルヘルス改善を目的としたプログラムとアセス

メントツールの位置づけ

思春期・青年期のメンタルヘルス改善を目的としたプログラムには、大きく分けて①一次予防としてのメンタルヘルスリテラシー教育や精神保健教育を中心としたプログラム、②心や行動の問題がすでに起きている思春期・青年期の人を対象にした介入プログラムの二つがあることがわかった。しかしこれらの中間である、「精神的不調の兆候を感じているが行動や症状として発露しておらず支援を受けていない人」や「環境の問題や発達障害があるなどメンタルヘルスのリスクが高い人」に対する支援プログラムはまだ広く開発・実施されていないようである。また、メンタルヘルスリテラシー教育で得た知識や形成された態度を実生活の中で生かすためには、自分自身がどのような状態であるかを内省的に振り返る必要があると考えるが、自身の状態に気付き理解するためのアセスメントとその後の個別介入を組み合わせたツールの開発はこれまでにない。

現行の義務教育段階においては、figure4.1のような多様な学びの場で児童生徒が教育を受けることが望ましいとされている。しかし、義務教育終了以降の学びの場は個人の進路選択により異なるため、受けられるサポートや配慮にも違いがある。特別支援学校高等部では主に障害の診断がある生徒が在籍するため、教育・医療・福祉が連携して卒後の生活や就労に向けて教育をおこなうことを目指す。しかし、高等学校は事実上学力による振り分けがなされており、学校によってニーズが異なるため、サポートの内容や程度にもばらつきがある。そのため、特にサポート資源が乏しい学校では必要な支援や配慮がなされないまま問題が顕在化（精神的不調や不適応行動として表出）してようやく気づき、対応に至るといった場合がある。今回の調査対象となった研究ですでに実施されていたのは、医療や福祉領域で行われているプログラム（主に精神病や神経症、不適応などが起きている人を対象）と学校でおこなわれているプログラム（比較的健康度の高い生徒をふくめた生徒全体を対象）であった。しかし、義務教育終了後の進路選択によっては、ニーズの高い生徒であっても、サポートの少ない高等学校に進学した結果、環境との相互作用により精神的不調や不適応行動の兆候が表れても見逃され、支援を得られないということがおこりうる。義務教育終了後は、個人が所属する場の支援リソースの有無やスタッフのスキル・資質により、その予後が大きく変わることが予想される。そうした不確定な要素により支援の実施が左右されるのではなく、個人に精神的不調や不適応行動の兆候があるかどうかを客観的に把握すること、主観的な個人の困り感を拾い上げることの両方が必要なのではないだろうか。医療や福祉のサポートが充分でなく、精神疾患や神経症、明らかな身体機能の制約がないからこそ見過ごされやすい人たちの問題を早期に発見し、重篤な状態になる前に支援につなぎ改善を目指すためのプログラムとアセスメントツールの開発が目指される。

小中学校

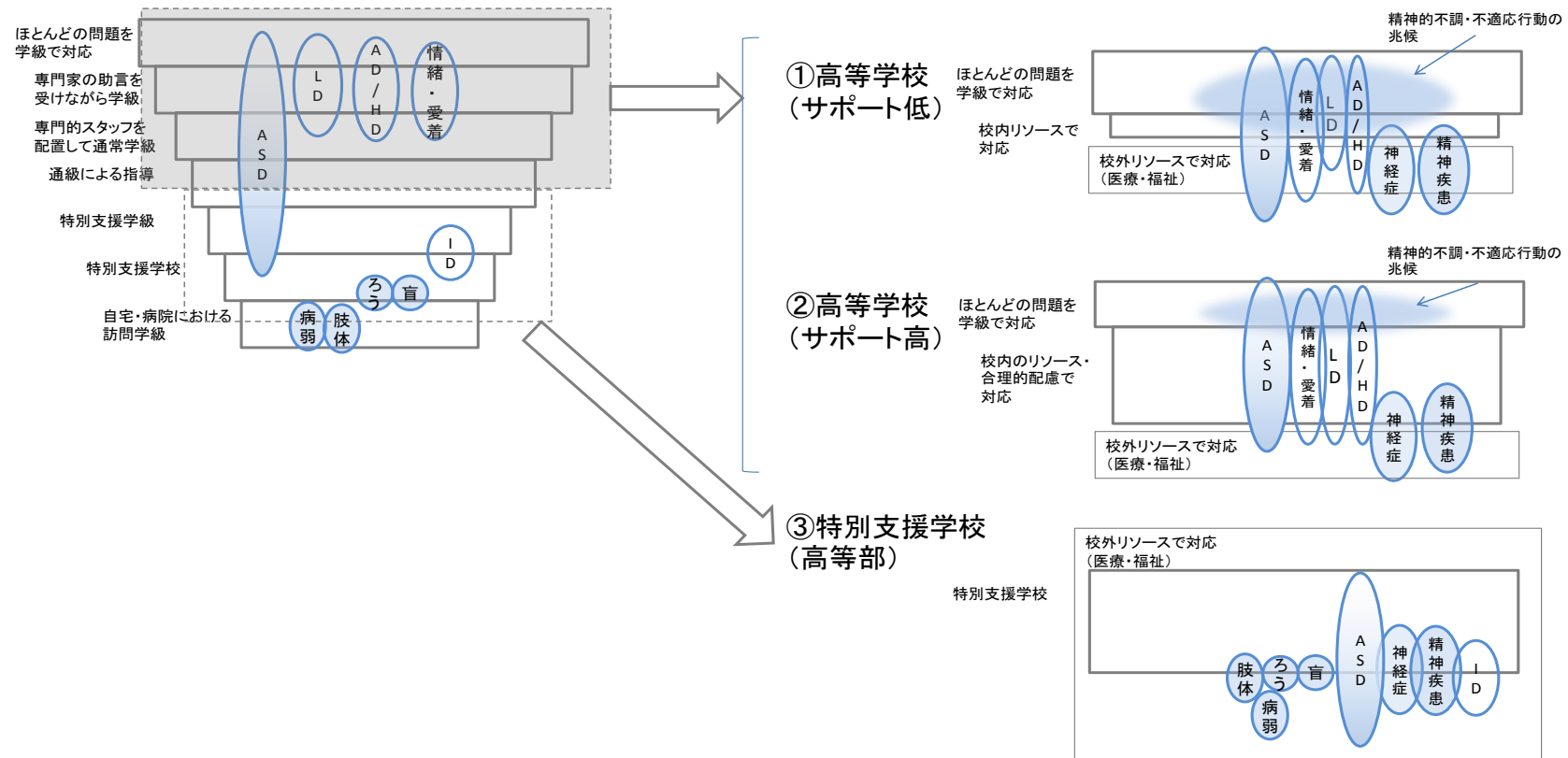


figure4.1 児童生徒の多様な学びの場 (改変)

5 章

保護者から見た生活状況調査

5.1.目的

子どもの生活リズムの変化やそれに対する行政の取り組み、子どもの適応状況に関する調査研究はこれまでそれぞれ独立になされているが、それらの関連について検討された研究はまだ少ない。そこで、本研究では、発達状況に顕著な遅れや問題がないとされる幼児、小学生、中学生を対象に、睡眠・食事・健康状況と特別な教育的ニーズについて調査した結果を報告する。

5.2.方法

5.2.1.調査対象者

2010年9～12月に、東京・神奈川・埼玉・北海道の5歳児から中学3年生の子どもをもつ保護者名3425名を対象に調査を行った。その結果、欠損値のなかった1367名(5歳児59名、小学1年生181名、小学2年生182名、小学3年生176名、小学4年生189名、小学5年生164名、小学6年生157名、中学1年生80名、中学2年生94名、中学3年生85名)を分析対象とした。回収率は39.9%である。

5.2.2.実施期間及び調査手続き

2011年4月に、依頼文と個人情報の取り扱いについて示した依頼書を添付した質問紙と返送用封筒を協力校へ送付し、学校から各家庭へ配布してもらった。調査協力を承諾した家庭の保護者が子どもについての評価をおこない、著者へ返送してもらうという手続きを踏み調査をおこなった。なお、回収した質問紙は個人が特定されることのないように厳密に管理し、統計的に処理した。また、本報告は対象者並びに対象者の記述に関して、倫理上の配慮をおこなった。

5.2.3.質問紙の構成

子どもの睡眠、食事、健康に関する9項目と特別な教育的ニーズについての56項目(学習不振、多動、固執、心氣的訴えなどの10カテゴリー)からなる質問紙によるアンケート調査をおこなった。睡眠については、起床時間と就寝時間、睡眠に関する特徴や問題の有無を尋ねた。食事については、朝食をとる頻度を「必ず食べる～食べない」の四件法で評価してもらったうえで、好き嫌いと食事に関する特徴や問題の有無を尋ねた。健康については、医療機関への年間の通院頻度と服薬状況、健康に関する特徴や問題の有無を尋ねた。特別な教育的ニーズについての項目を作成するにあたっては、S-M社会生活能力検査、ABS適応行動尺度、KIDS乳幼児発達スケール、津守・稲毛式乳幼児精神発達診断、TS式幼児・児童性格診断検査、生活適応援チェットリストを参考にした。予備調査として、大学教員、小学校教員、保護者各1名に実施し、内的妥当性やわかりにくい表現のある項目を検討してもらい、10領域56項目からなる特別な教育的ニーズに関する質問紙を作成し実施した。これらの教育的ニーズは、「よくあて

はまる(2点)」「少しあてはまる(1点)」「あてはまらない(0点)」で評価してもらった。
また、幼児では「学習」カテゴリーの項目を除外した51項目を実施した。(table5.1)

table5.1 質問項目

こだわり	一つの活動から次の活動へスムーズに移行できない
	相手が嫌がっていることを繰り返し行う
	予定の変更を極端に嫌がる
	特定の場所にいたがったり、決まった位置に物を置きたがる
興味関心の偏り	他者の話をさえぎって自分の話ばかりする
	ルールに従うような集団活動を著しく嫌う
	なんでも自分の思い通りにしたがる
	独り言が多い
	自分ひとりでお話を作ったり、気になることがあると 同じ場所をくるくる回ったりするなど、同じ動作を繰り返す
感覚過敏	偏食が著しい・食べられるものが少ない
	大勢の中に入ることを怖がったり、前に立って発表することを嫌がる
	知らない場所、初めての活動を極端に嫌がる
	大きな音や特定の音などを極端に嫌がる
	においに著しく敏感である
	極端に怖がる物・人や活動がある 人目や恥ずかしさをまったく感じない
身体動性・運	遊びや活動の中で転んだり、つまずいたりする回数が著しく多い
	ボール運動が極端に苦手である
	手先の不器用さが極端に目立つ
	ぎこちない動きや奇抜な動作をする
衝動性・	すぐに攻撃的になる、または被害的になって泣いたり怒ったりする
	年齢から見て、その場にそぐわないほどの落ち着きのなさが見られる からだの一部を常に動かしている
	いきなりしゃべり出す・怒り出す、または動き出す
	欲しいものや珍しいことを見たり、聞いたりすると
集中力	忘れ物が多い
	整理整頓が著しく苦手である
	授業中や人の話を聞いている時、ボーっとしていることが多い
	課題や活動を最後までやり遂げられない
	話をしているときや課題に取り組んで
意欲	課題や活動に取り組んでもすぐにあきらめてしまうことが多い
	失敗するとすぐに落ち込み、ちょっとでもできると
	同じ課題でもやる気がある時とそうでない
	自分から進んで課題や活動に取り組むことがない
	あまり考えず、すぐに「わからない」と言う
	朝、学校・教室などや園にいきたくないと言う
学習	国語において学年相応の達成ができない
	算数・数学において学年相応の達成ができない
	音楽において学年相応の達成ができない
	図工において学年相応の達成ができない
	体育において学年相応の達成ができない
話し言葉	話すことにまとまりがなかったり、言葉が出て
	友達とおしゃべりができない
	嘘をつくことが多い
	家族や決まった人とは話せるが、それ以外の人には口を開かない
	相手が傷つきそうなことを平気で言う
	吃音が見られる
心氣的訴え・不調	病気ではないが、腹痛、足が痛い、ムズムズする等をよく訴える
	休みの日でも家や自分の部屋などから出て行こうとしない
	チック症状がある・極端に多い瞬き、顔の引きつりなどがある
	疲れたということが多い
	指しゃぶりや爪噛みをする
	たびたび手を洗わないと気がすまない
	からだの一部をいじったり、こすったりする
	睡眠のリズムが悪い・寝つきの悪さ、眠りが浅いなど

5.3.結果

5.3.1.睡眠について

幼児では24%の子どもが22時以降に就寝していたが、小学1年生から小学4年生までは22時以降に就寝している子どもは6%以下であった。小学5年生では15%、小学6年生では28%の子どもが23時以降に就寝すると答えた。起床時間については、全体の78%が「7時以前に起床する」と回答していた。中学生では「23時以降に就寝する」と回答されたのは、中1で47%、中2で58%、中3で81%となり、学年が上がるごとに就寝時間が遅くなっていることが分かった。「0時以降に就寝する」という回答が中3では25%と他学年に比べ最も高くなった。「7時以前に起床する」という回答が50%にとどまり、小学生に比べて起床時間が遅くなる傾向がみられた。

睡眠の質については、幼児と小学生全体の20%、中学生の18%の子どもに何らかの睡眠に関する特徴や問題（寝言・寝相など）があると回答された。

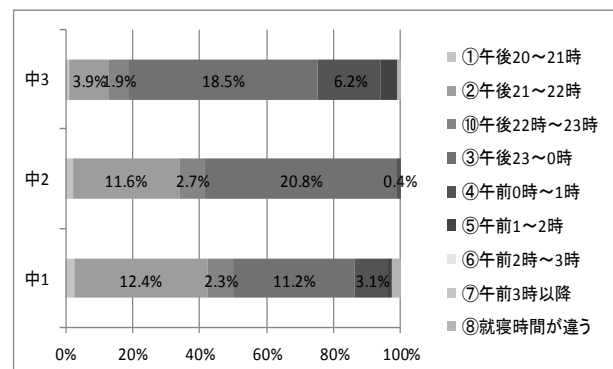
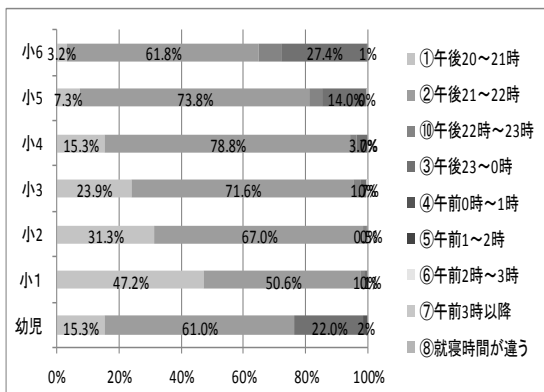
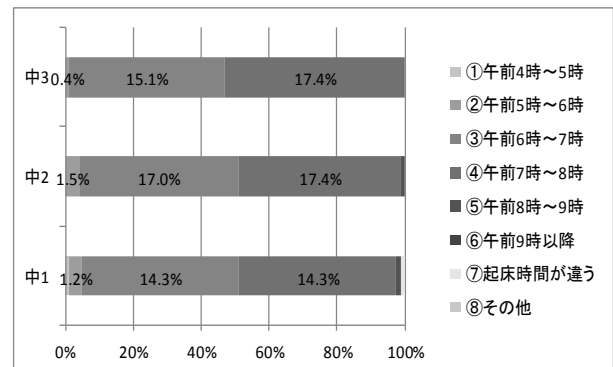
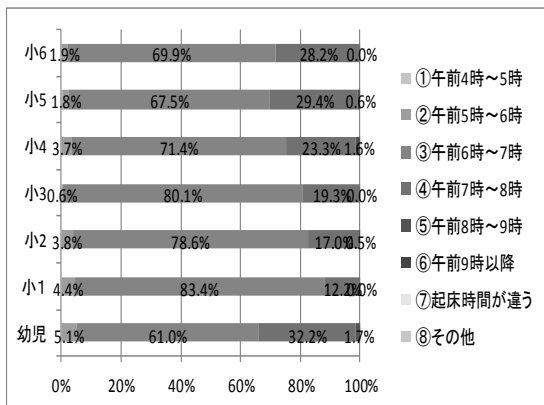


figure5.1 起床時間・就寝時間 (幼児・小学生)

figure5.2 起床時間・就寝時間 (中学生)

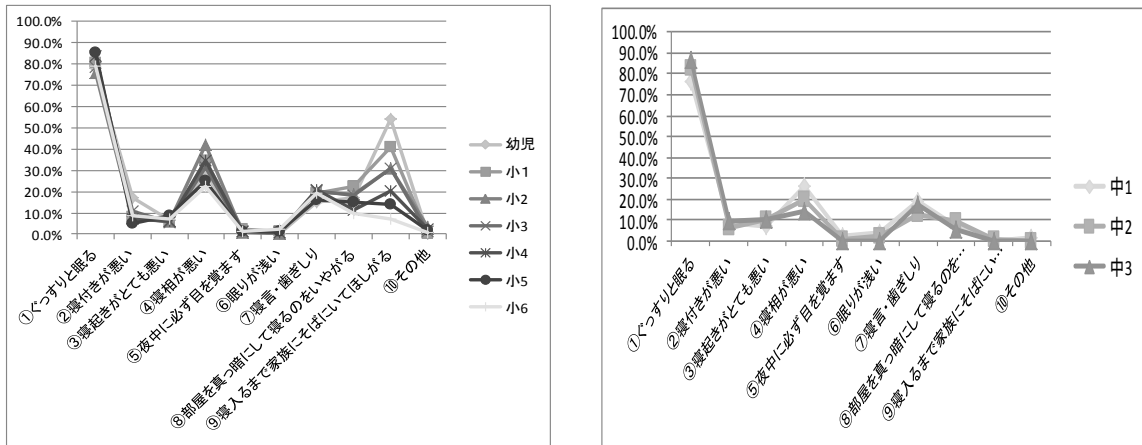


figure5.3 睡眠の特徴・問題

5.3.2. 食事について

幼稚園・保育園年長と小学校1～4年生で96%以上、小学5・6年生では90%以上の子どもが「毎朝朝食を食べる」と回答した。中学生全体の89%は「朝食を毎日食べる」と回答していた。幼児～小学生までの子供のうち「好き嫌いや偏食がある」と答えたのは全体の58%、「食事態度や食べる早さに何らかの特徴や問題がある」と回答したのは全体の56%であった。中学生のうち、「好き嫌いや偏食がある」と答えたのは全体の47%、「食事態度や食べる早さに何らかの特徴や問題がある」と回答したのは全体の58%であった。

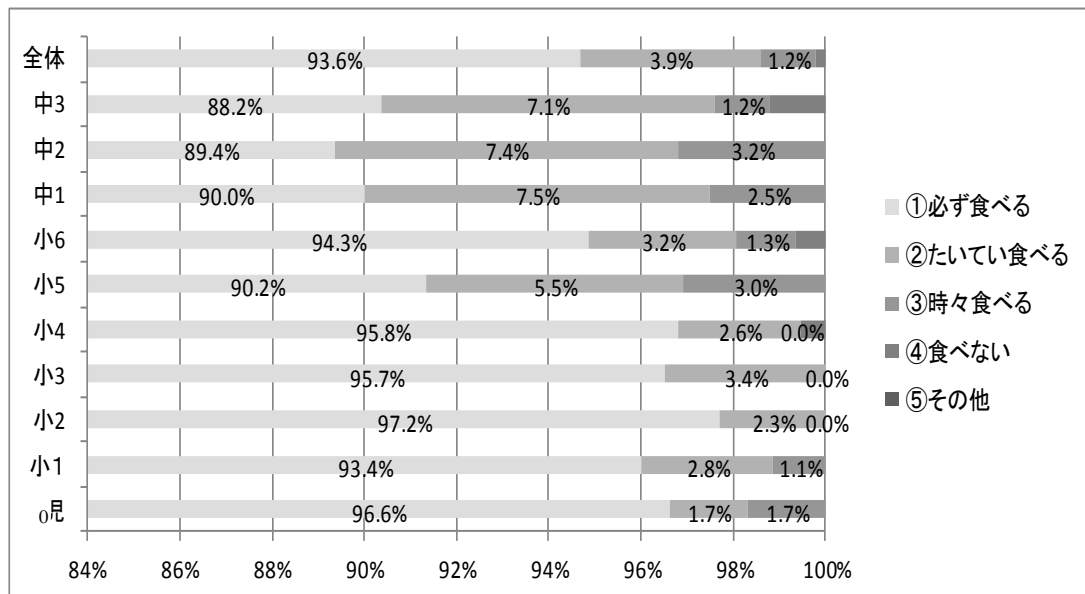


figure5.4 朝食を食べる頻度

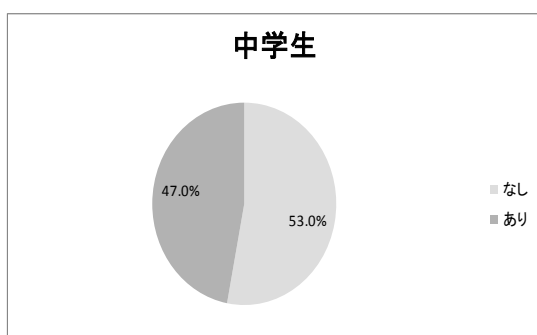
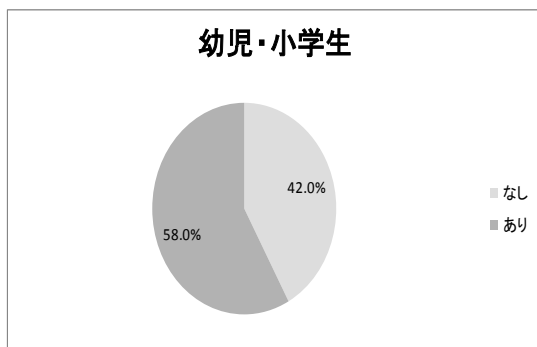


figure5.5 好き嫌いや偏食

5.3.3. 健康状態について

幼児・小学生のうち、「この1年間の中に病院に受診したことがない」と回答したのは全体の10%となり、90%の子どもが何らかの理由によって医療機関に受診していることが分かった。その主な理由としては、「風邪やケガなどのため(68%)」「虫歯で歯科医院に受診(42%)」「鼻や耳、のどの病気で耳鼻咽喉科に受診(33%)」などがあげられた。「年間に3つ以上の医療機関を受診した」と回答したのは全体の30%にのぼった。

中学生のうち、「この1年ほど病院に受診したことがない」と回答したのは全体の22%となり、78%の中学生が何らかの理由によって医療機関を受診していた。主な理由としては「風邪やケガなどのため(53%)」「虫歯で歯科医院に受診(25%)」「鼻や耳、のどの病気で耳鼻咽喉科に受診(20%)」などがあげられた。また「年間に3つ以上の医療機関を受診した」と回答したのは全体の18%であった。

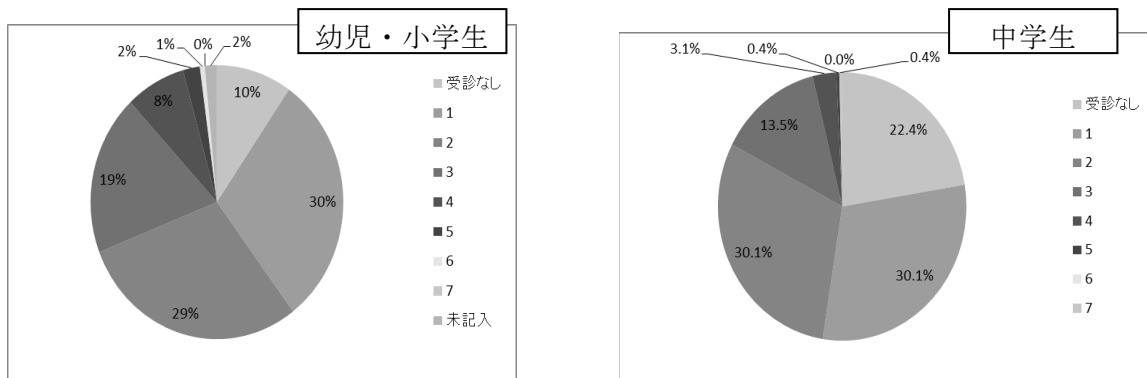


figure5.6 最近一年間の医療機関受診科数

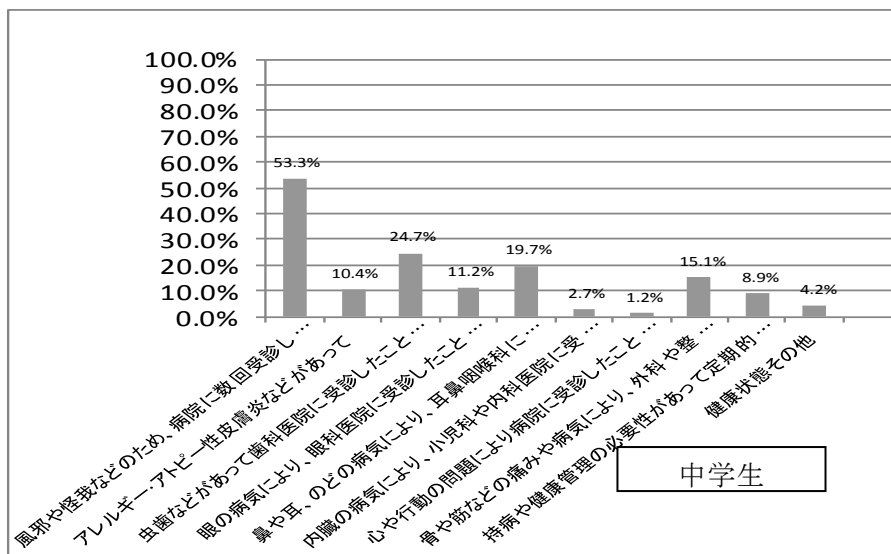
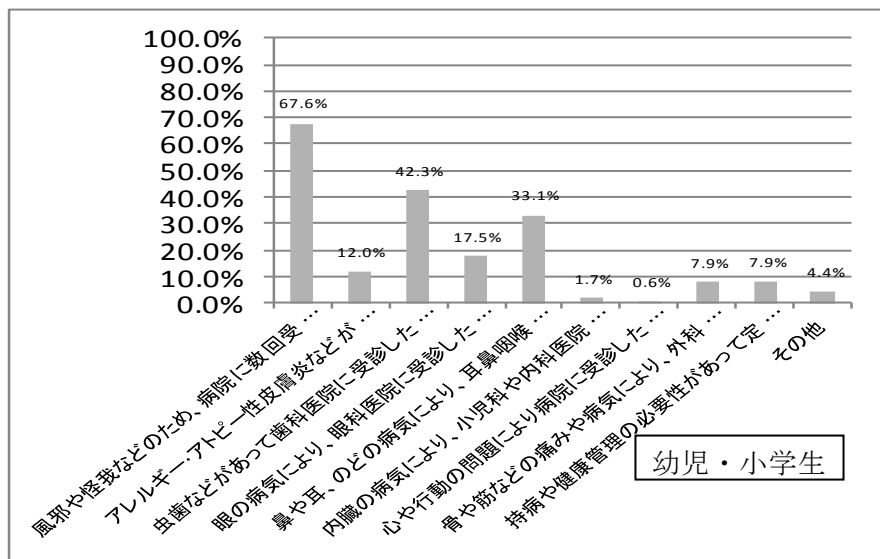


figure5.7 医療機関受診理由

5.3.4. 特別な教育的ニーズについて

特別な教育的ニーズについて把握するために、56 項目の行動・特性がみられるかをチェックしてもらった。(Figure5.8)その結果、56 項目のうち「すべて当てはまらない」としたのは幼児・小学生で全体の 20%、中学生で 22%にとどまり、多くの子どもが何らかの教育上の支援ニーズを有していることが示唆された。幼児・小学生全体の平均値は 6.1 点であったが、複数のカテゴリーにわたる著しい教育上の支援ニーズを有している子ども（20 点以上）は全体の 6.8%となった。中学生では全体の平均値は 7.9 であったが、複数のカテゴリーにわたる著しい教育上の支援ニーズを有している子ども（20 ポイント以上）は全体の 14%となった。つまり、中学生の方が多くの支援ニーズがある子どもの割合が多いといえる。

睡眠、食事、健康状況の項目で何らかの特徴や問題がある場合にチェックをおこなってもらったものを集計したところ、3 領域 30 項目におけるチェック数の平均は幼児から小学生で 4.26、中学生で 2.91 となった。この平均値より大きく離れた数値として、カットオフ値を幼児から小学生で 7、中学生で 5 と設定し、それ以上の数値の者を「生活状況高リスク群」とした。この群の特別な教育的ニーズの平均得点は、幼児から小学生で 12.7 点、中学生で 11.0 点となった。このことから、睡眠、食事、健康といった生活状況に何らかの特徴や問題が複数ある場合には、同時に支援ニーズも全体として平均より高くなる傾向があることが示唆された。

さらに、幼児・小学生の睡眠、食事、健康の状況と 10 カテゴリーの教育上の支援ニーズとの間で一元配置分散分析をおこなった結果、「こだわり」カテゴリーにおける得点とこの 1 年の医療機関への受診科数に効果がみられた ($F(6, 1025)=53.77, p<.001$)。つまり、受診した科が少ない幼児・児童は「こだわり」得点が低いということがわかった。中学生の睡眠、食事、健康の状況と 10 カテゴリーの教育的ニーズとの間で t 検定をおこなった結果、「好き嫌いや偏食の有無」により「感覚の過敏さ」カテゴリーの得点に有意差がみられた ($t=3.014, df=257, p<.05$)。つまり、中学生では好き嫌いや偏食のある群の方が、好き嫌いや偏食の無い群よりも有意に「感覚の過敏さ」による支援ニーズの得点が高かった。

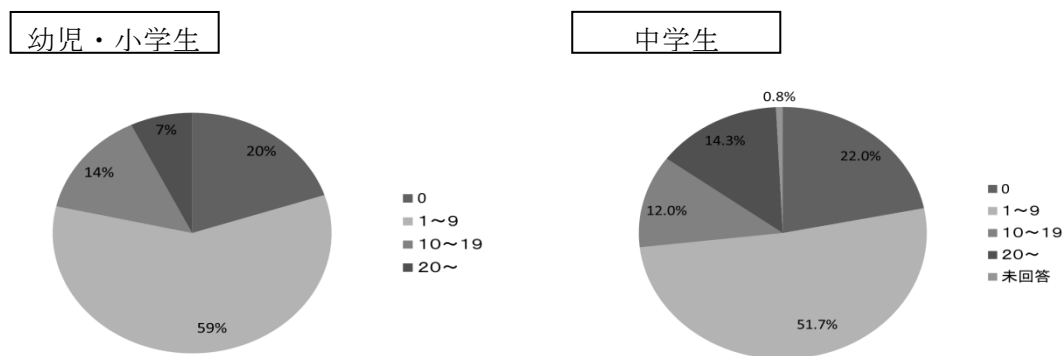


figure5.8 特別な教育的ニーズ

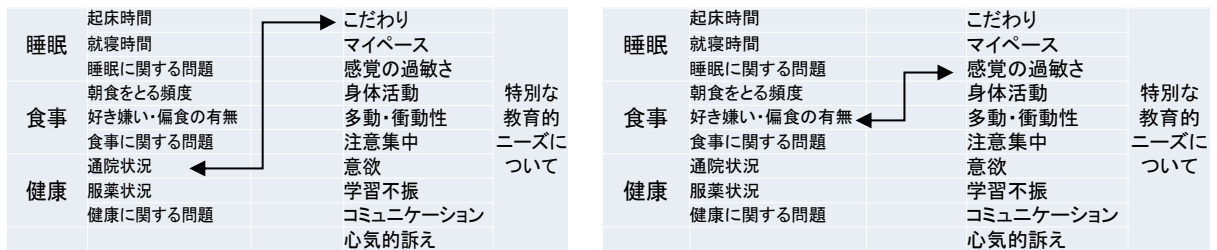


figure5.9 特別な教育的ニーズと生活状況の関連

5. 4. 考察

5. 4. 1 睡眠・食事・健康状況について

今回の調査結果では、全体的に平成 17 年の調査結果に比べて就寝時間が早い傾向があった。朝食をとる頻度は、幼児・小学生で 90%以上、中学生で 89%が朝食を「必ず食べる」と答えた。これも睡眠と同様、平成 21 年度の文部科学省調査よりもやや増加している。その背景には、子どもの生活リズム改善のための行政の取り組みの成果や、保護者の意識の高まりがあると考えられる。しかしながら、今回の調査は任意の郵送による質問紙調査であるため、調査サンプルの偏りも考慮に入れて検討する必要があるだろう。また、就寝中の特徴や問題については、約 20%の子どものみられており、好き嫌いや偏食がある子ども、食事態度や食べる速さに何らかの特徴や問題がある子どもはそれぞれ約半数であった。この結果の解釈にあたっては、問題や特徴の有無は保護者の主観にゆだねられており、頻度や程度を評価する調査項目を設けていないため、共通する傾向や差を見出すには至らなかった。

5. 4. 2 生活状況と特別な教育的支援ニーズについて

今回の調査では、保護者から見て生活状況に何らかの問題や特徴が平均より多くみられる場合には、特別な教育的ニーズも高く評価されるという傾向が示された。発達障害のある子どもの特性と環境との相互作用による生活や学習上の困難は、これまでにも多く指摘されているが、その仮説を支持する結果となったといえよう。

また、今回の調査では、複数のカテゴリーにわたる著しい教育上の支援ニーズを有していると回答された子どもが幼児・小学生で 6.8%、中学生で 14.3%存在していることが分かったが、「教育上の支援ニーズ」に該当すると思われる「心と行動の問題」で医療機関を受診したのはそれぞれ全体の 1%前後となっており、問題への気づきと実際の受診行動の間には隔たりがあることが示された。保護者は子どもの精神的不調を医療機関に相談することに抵抗を感じるものが多い傾向がある（厚生労働省，2010）とされているが、今回の調査でもそうした心理的機序が働き、受診行動につながっていないということも理由の一つとして考えられる。教育上の支援ニーズの高い子どもの一部は一過性

の不安や動揺、行動の変容であるかもしれないが、その中には積極的に介入して行かなければならない緊急度の高いケースも同時に存在していると推測できる。特に教育上の支援ニーズの存在が浮き彫りになりやすい中学生期に、子どもの心や行動の問題に大人が気づき、医療機関を受診する前に問題の内容とレベルを評価できるシステムが存在することで、その後の支援がより良く展開されることが望まれる。

第 6 章

本人が実感する精神的不調に関する調査

6.1.目的

思春期・青年期に好発する精神疾患として、厚生労働省「一般精神科医のための心の診療テキスト」「子どもの心の診療医の専門研修テキスト」(2008)では統合失調症、うつ病、パニック障害、社会恐怖、強迫性障害、摂食障害などを挙げている。(table6.1)これらの疾患は、それぞれに特徴的な症状を呈するが、同時に他の疾患と併存する場合が少なくない。例えば、抑うつ症状はここに挙げたすべての疾患に共通して併存しうるし、その他活動性・意欲の低下なども広くみられる症状である。また、不安障害・強迫性障害に代表される神経症圏の疾患に特徴的な、不安や強迫行為も他の疾患に併存しうるとされている。

table6.1 思春期・青年期に後発する精神疾患

統合失調症	5歳頃から発症しうると言われ、13～14歳頃から急増、年齢が上がるにつれて成人の有病率1%に近づく。知覚、思考、感情、自我意識、意志など多彩な精神機能が障害され、陽性症状(幻覚、妄想、連合弛緩など)や陰性症状(感情鈍麻、思考の貧困、意欲低下など)、認知機能障害が認められる。あらゆる精神障害が前駆期や慢性期に併存症として出現しうる。(うつ病、強迫性障害、パニック障害、解離性障害、社会恐怖、身体表現性障害、摂食障害など)
うつ病	児童期で0.5～2.5%、青年期で2.0～8.0%の有病率。抑うつ、全般的な活動制限対、興味や喜びの喪失、食欲障害・睡眠障害などの身体症状を伴う。子どもの場合単独で出現するよりもADHD、行為障害、不安障害、摂食障害と併存しやすい。
パニック障害	青年期後期と30代半ばに発症のピークがあり、生涯有病率は1.5～3%。パニック発作を繰り返し、発作に対する強い恐怖感や不安感が生じる。大うつ病性障害との合併率は10～65%、全般性不安障害との合併率は15～30%。
社会恐怖 (社会不安障害)	典型的には10代半ばで発症、児童思春期での有病率は約1%。集団内でほかの人から中止される恐れを中核とし、社交場面を回避するようになる。典型的には10代半ばで発症し、生涯有病率は1～13%。特定の恐怖症とは50%、大うつ病性障害、アルコール乱用とは15～20%の合併がみられる。
強迫性障害	児童思春期で0.5～4%の有病率。男子は前思春期、女子は思春期の発症が多い。強迫観念(不合理な内容の考えが意に反して頭の中に浮かんでくること)と強迫行為(ある行動に駆り立てられて、それをおこなわないと気が済まない事)によって規定されている。(子どもにおいては不合理さへの洞察は必須の条件ではない。チック障害、第うつ病性障害、他の不安障害、抑うつ気分を伴う適応障害、破壊的行動障害、分離不安障害、遺尿症、遺糞症との合併がしばしば論じられる。
摂食障害 (神経性無食欲症:AN、 神経性大食症:BN)	若年女性でANが0.1～0.5%、BNが1～4%の有病率。10代後半の発症が多い。その大半は思春期・青年期の女性にみられるが、近年、前思春期や後年発症のものも含め急増している。身体面の合併症のほか、抑うつ、不安障害、物質依存、人格障害を高率に合併する。

これに鑑み、本章では抑うつ症状の特徴である「意欲・注意力の低下」と、神経症や発達障害に特徴的な「こだわり・強迫的行動」の有無とその強度について、大学1年生

に対して調査を行い、中学生期と現在の状態を評価してもらい、それについて検討をおこなう。本研究の最終的な目的である、8章・9章で作成・実施するアセスメントツールと支援実践は、いずれも学校教育のフィールドを中心に実施されることを想定している。このことを踏まえ、アセスメントツールの項目を検討するために調査を実施する本章では、医療的な支援が中心となる統合失調症および重篤な気分障害、神経症等の明らかな症状ではなく、その前駆症状や病前性格としての精神的不調や不適応行動の兆候についての調査をおこなうことを目的とし、とりわけ、複数の疾患に合併する「意欲・注意力の低下」と「こだわり・強迫的行動」に焦点を当てた。検討する事項としては、①「意欲・注意力の低下」と「こだわり・強迫的行動」があると自覚している人は大学1年生ではどのくらい存在するか、②中学生期にすでにこれらの精神的不調や不適応行動の兆候がみられていた人では、どの程度の割合で大学生になってもその状態が継続して存在するのかなどの2点である。これにより、青年期の人が主観的に感じている精神的不調や不適応行動の傾向をつかむことを目的とする。

6.2.方法

6.2.1.対象

東京都の公立大学に通う1年生455人を対象とした。回答されたもののうち、欠損値の無い有効回答数335（有効回答率73.6%）のデータを用いて分析を行うこととした。なお、そのうち男子学生は196名、女子学生は139名であった。なお、調査に当たり協力者からは研究ならびに発表に関する了解を得て、回収した質問紙は個人が特定されることのないように厳密に管理し、統計的に処理した。また、本報告は対象者並びに対象者の記述に関して、倫理上の配慮をおこなった。

6.2.2.調査の手続き

調査方法は自記式質問紙調査法であり、1年生を対象とした授業で配布、回答を求めた。質問紙の構成は、以下の通りである。

① フェイスシート：性別、年齢について

② 「意欲・注意力の低下」「こだわり・強迫的行動」:

A S I S T（橋本ら，2013）を用い、「意欲・注意力の低下」5項目、「こだわり・強迫的行動」10項目の計15項目を抜粋して尺度を作成した。A S I S Tでは特別な支援ニーズの領域として「こだわりが強い」「興味の偏り」「感覚の過敏さ」「身体性、運動能力が低い」「多動性、衝動性がある」「集中力が低い」「意欲が低い」「学習の遅れ」という計9領域を挙げており、今回は「こだわりが強い」「興味の偏り」「感覚の過敏さ」の3領域から「こだわり・強迫的行動」を、「集中力が低い」「意欲が低い」の2領域から「意欲・注意力の低下」の項目をそれぞれ抜粋した。項目選定にあたっては、筆者を含む心理学の専門性を有する者3名（大学教員2名、大学院生1名）で行った。評価は0～2

（「あてはまらない」「あてはまる」「よくあてはまる」）の3件法とした。

以下に、各尺度の項目を示す。

【意欲・注意力の低下】

- ①授業中や人の話を聞くとときにぼーっとする。
- ②課題や活動に取り組んでもすぐにあきらめてしまうことが多い。
- ③ ルールに従うような集団活動を著しく嫌う
- ④「疲れた」ということが多い。
- ⑤家族や決まった人以外と話さない。

【「こだわり・強迫的行動」】

- ①偏食が激しい
- ②大勢の中に入るのを嫌がる。
- ③知らない場所や初めての活動を嫌がる。
- ④大きな音や特定の音を嫌がる。
- ⑤においに敏感である。
- ⑥予定の変更を極端に嫌がる。
- ⑦特定の場所にいたがったり、決まった位置に物を置く。
- ⑧度々手を洗わないと気が済まない。
- ⑨頭の中で物語をつくったり、気になることがあるとずっと考え続けたりする。
- ⑩すぐに攻撃的または被害的になる。

6.3.結果

6.3.1.各項目の人数と割合について

中学生時の状態を振り返って回答してもらったところ、「意欲・注意力の低下」の最高得点は9点であり、平均点は1.73点であった。また、標準偏差は1.54であった。「こだわり・強迫的行動」の最高得点は11点であり、平均は3.13点であった。標準偏差は2.54であった。

現在の状態を評価してもらったところ、「意欲・注意力の低下」について10点満点中平均点は1.58点、標準偏差は1.66であった。項目ごとに見ると多かったのは「授業中や人の話を聞くとときにぼーっとする」(49.6%)、「疲れたということが多い」(46%)で、どちらも約半分の人があてはまると回答していた。「こだわり・強迫的行動」の平均点は2.86点、標準偏差は2.84であった。項目ごとに見ると目立って多かったのは「頭の中で物語を作ったり気になることを考え続けたりする」で、154人(46%)があてはまると回答していた。項目ごとの割合をtable6.2に示す。

table6.2 項目ごとの割合

		中学生期		青年期		一致(よくあてはまる)		
		よくあてはまる(人)(%)	あてはまる(人)(%)	よくあてはまる(人)(%)	あてはまる(人)(%)	人数(一致率)	335人中継続割合	有意差
		合計(人)(%)		合計(人)(%)				
注意・気分 のむら	授業中や人の話をきくときにぼーっとする	35(10.4)	118(35.2)	36(10.7)	130(38.8)	16(7.9)	4.8	
		153(45.7)		166(49.6)				
	課題や活動に取り組んでもすぐにあきらめてしまうことが多い	6(1.8)	38(11.3)	5(1.5)	29(8.7)	3(6.0)	1.0	
		35(10.4)		34(10.1)				
	ルールに従うような集団活動を著しく嫌う	16(4.8)	38(11.3)	12(3.6)	29(8.7)	9(15.0)	2.7	
	54(16.1)		34(10.1)					
	「疲れた」と言うことが多い	54(16.1)	125(37.3)	45(13.4)	109(32.5)	27(12.6)	3.6	
		179(53.4)		154(46)				
	家族や決まった人以外と話せない	7(2.1)	49(14.6)	11(3.3)	28(8.4)	3(4.3)	1.0	
		56(16.7)		39(11.6)				
こだわり・強 迫的行動	偏食が激しい	27(8.1)	34(10.1)	14(4.2)	36(10.7)	7(8.9)	2.1	
		61(18.2)		50(14.9)				
	大勢の人の中に入るのを嫌がる	31(9.3)	68(20.3)	27(8.1)	67(19.8)	14(10.9)	4.2	
		99(29.6)		94(28.1)				
	知らない場所や初めての活動を嫌がる	26(7.8)	84(25.1)	11(3.3)	56(16.7)	9(7.3)	2.7	有(1%水準)
		110(32.8)		67(20)				
	大きな音や特定の音等を嫌がる	37(11)	98(29.3)	26(7.8)	82(24.5)	19(13.1)	5.7	
		135(40.3)		108(32.2)				
	においに敏感である	19(5.7)	53(15.8)	20(6)	48(14.3)	14(17.3)	4.2	
		72(21.5)		68(20.3)				
	予定の変更を極端に嫌がる	11(3.3)	13(13.7)	10(3)	44(13.1)	5(6.2)	1.5	
		57(17)		54(16.1)				
特定の場所に居たがったり決まった位置に物を置く	10(3)	28(8.4)	10(3)	20(6)	6(13.6)	1.8		
	38(11.3)		30(9)					
たびたび手を洗わないと気が済まない	8(2.4)	33(9.9)	11(3.3)	23(6.9)	4(7.5)	1.2		
	41(12.2)		34(10.1)					
頭の中で物語を作ったり気になることを考え続けたりする	61(18.2)	134(40)	52(15.5)	102(30.4)	43(20.4)	12.8	有(1%水準)	
	195(58.2)		154(46)					
すぐに攻撃的または被害的になる	10(3)	38(11.3)	3(1)	20(6)	2(2.7)	1.0		
	42(12.5)		23(6.9)					

6.3.2.中学生時と現在の「意欲・注意力の低下」・「こだわり・強迫的行動」の比較

本人に答えてもらった中学生時の「意欲・注意力の低下」・「こだわり・強迫的行動」状態と現在の「意欲・注意力の低下」・「こだわり・強迫的行動」状態を比較し、それぞれの項目人数と割合を table6.2 に示す。ほとんどの項目で中学生時の方があてはまる人数が多かったが、「意欲・注意力の低下」の「授業中や人の話を聞くときにぼーっとする」、「こだわり・強迫的行動」の「頭の中で物語を作ったり、気になることを考え続けたりする」項目では現在の方があてはまる人数が多かった。t検定を行ったところ、中学生時と現在の得点で有意な差が見られたのは「知らない場所や初めての活動を著しく嫌がる」、「頭の中で物語を作ったり気になることを考え続けたりする」の2項目だった。

また、中学生時から現在まで症状が続いている人を一致率として示した。特に「こだわり・強迫的行動」の「においてに敏感である」という項目では中学生の時にその症状があった人のうち72.8%が現在まで症状が続いていることが分かった。

6.3.3.各尺度の合計得点及び項目ごとの得点の相関

「意欲・注意力の低下」・「こだわり・強迫的行動」の相関について、それぞれの尺度の合計得点で尺度間のピアソンの積率相関係数を算出した結果、「こだわり・強迫的行動」と「意欲・注意力の低下」($r=.602, p<.01$)の間には1%水準で有意な正の相関が見られた。

「こだわり・強迫的行動」の各項目と「意欲・注意力の低下」の相関係数を算出した結果を、table6.3に示す。「意欲・注意力の低下」得点と「こだわり・強迫的行動」の全ての項目との間に有意な相関がみられ、「においてに著しく敏感だ」($r=.139, p<.05$)、「物を定位置に置かないと気がすまない」($r=.114, p<.05$)との間のみ5%水準であり、その他の項目は全て1%水準の有意な相関であった。

table6.3 「意欲・注意力の低下」と「こだわり・強迫的行動各項目」相関

		偏食が激しい	大勢の中に入るのを嫌がる	知らない場所や初めての活動を嫌がる	大きな音や特定の音を嫌がる	においてに敏感である	予定の変更を極端に嫌がる	特定の場所に居たがったり、決まった位置に物を置く	たびたび手を洗わないと気が済まない	頭の中で物語を作ったり、気になることがあるとずっと考え続けたりする	すぐに攻撃的または被害的になる
「意欲・注意力の低下」合計	Pearsonの相関係数	.200**	.409**	.323**	.366**	.139*	.251**	.114**	.321**	.479**	.340**
	有意確率(両側)	.000	.000	.000	.000	0.011	.000	.000	.000	.000	.000
** 相関係数は1%水準で有意であることを示す											
* 相関係数は5%水準で有意であることを示す											

「意欲・注意力の低下」の各項目と「こだわり・強迫的行動」の相関係数を算出した結果を、table6.4に示す。「こだわり・強迫的行動」得点と「意欲・注意力の低下」の全ての項目で1%水準の有意な相関が見られた。

table6.4 「意欲・注意力手の低下各項目」と「こだわり・強迫的行動」相関

		授業中や人の話を聞くとときにボーっとする	課題や活動に取り組んでもすぐにあきらめてしまうことが多い	ルールに従うような集団生活を著しく嫌う	疲れたと言うことが多い	家族や決まった人以外と話さない
「こだわり・強迫的行動」合計	Pearsonの相関係数	.323**	.344**	.383**	.410**	.470**
	有意確率(両側)	.000	.000	.000	.000	.000
** 相関係数は1%水準で有意であることを示す						
* 相関係数は5%水準で有意であることを示す						

6.4. 考察

6.4.1. 大学生期と中学生期の「意欲・注意力の低下」、「こだわり・強迫的行動」について

大学生期の「意欲・注意力の低下」については「疲れたと言うことが多い」「授業中や人の話を聞くとときにぼーっとする」と言う項目で半分近くの人が「あてはまる」と答えていた。「こだわり・強迫的行動」においては「頭の中で物語を作ったり、気になることを考え続けたりする」と言う項目が目立って多く、46%があてはまると回答している。疲労に関しては、15～65歳の男女のうち約60%が疲労感を自覚しているという調査結果が報告されており、(厚生省,1999) 大学生への調査では、慢性的に疲労を感じているのは全体の59.2%であったという報告もなされている。(赤澤ら,2001) 本研究でも半数近くが「疲れたと言うことが多い」と回答しており、これは先行研究と同様の傾向を示しているといえよう。

また、本人回答の中学生時のデータと比較したところ、「意欲・注意力の低下」では学年間の有意な差は見られなかった。また、中学生時に「当てはまる」とした項目を、大学生の現在でも同様とした人の率(一致率)が各項目35%～57%ということから、大学生になり俄かに「意欲・注意力の低下」に含まれる項目の状態になった人もいれば、中学生ですでに何らかの「意欲・注意力の低下」の兆候がある人の2～3人に一人は、継続してその状態が続いてきたか、あるいはその状態を繰り返している人もいると考えられる。「こだわり・強迫的行動」については「知らない場所や初めての活動が嫌だ」、「頭の中で物語を作ったり気になることを考え続けたりする」と言う項目において、中学生時の方が有意に高くなっていった。前者は継続して現在も続いている人は少ない。これは、発達過程において一時的に対人関係や他者からの否定的な評価に対して敏感になる時期がある(笹川,2007)という知見や、十代半ばが社会不安障害の好発期であることと照らし合わせると、そうした新しい場面や慣れていない活動への抵抗感が高まる時期であり、大学生になるとある程度落ち着く人が多いことが関係していると考えられる。後者は有意に減ってはいるものの一致率が65.4%となっており、こうした特徴が一過性である人とその後も継続する人に分けられると考えられる。また、大学生期の「意欲・注意力の低下」・「こだわり・強迫的行動」の間には $r = .602$ と相関がみられ、項目ごとの相関を見ても、全ての項目で相関がみられている。

6.4.2. 結論

本調査の結果から、検討すべき事項①「意欲・注意力の低下」と「こだわり・強迫的行動」があると自覚している人は大学1年生ではどのくらい存在するかについては、今回の調査で使用した尺度を構成する項目の中では、比較的多くの人が「当てはまる」と回答した項目もあれば、少数のみ「あてはまる」とした項目もあり、項目によりかなりその人数にばらつきがあること、各尺度の得点と項目間の相関が見られたことから、

各尺度得点が同時に高い人や、複数の項目に当てはまる状態像を呈している人が一定数いるということが分かった。また、検討すべき事項②「中学生期にすでに精神的不調や不適応行動の兆候がみられていた人では、どの程度の割合で大学生になってもその状態が継続して存在するのか」については、各項目の一致率は20～67%と幅があり、項目によって継続しやすいものと一過性である場合が多いものがあることが分かった。

また、本研究から見出された課題として、以下の点がある。今回使用した項目にあたる状態像が自身に当てはまるかどうかの評価を本人におこなってもらったが、果たしてそれらの状態像があることにより、本人が生きている中で困っているのかどうかは評価の対象としておらず、明らかになっていない。よって、一般に精神的不調や不適応行動の兆候として外から捉えられるような状態像を呈していたとしても、他者への影響がなく本人が置かれている環境や自身の心身の状態に不適応感を持っていなければ、支援や介入の対象とはならないのが通常である。今回の調査対象者となったのは、公立大学の一年生で、授業に出席している者のみであるため、サンプルに偏りがあることは否めない。このことから、状態像の評価と共に、主観的な困り感や不適応感を拾い上げるような視点でのアセスメントの方法を検討していくことが課題となるだろう。

第7章

思春期・青年期前期で精神科医療機関を 受診した患者の実態調査

7.1 目的

平成 20 年度から、厚生労働省による「子どもの心の診療拠点病院機構推進事業」が開始され、平成 23 年度より、「子どもの心の診療ネットワーク事業」と名称を変え実施された。この事業は、地域における子どもの心の診療の中核となる拠点病院の整備とネットワーク作りにより、専門機関が連携し子どもの心のケアを行うことを目指す。そうした動きがある一方で、新患の受診待機日数が長期になる現状（市川，2013）や、子どもに積極的に関わる精神科医療機関はまだ限られていることが指摘されており（知名，2007）、医療機関を対象とした実態調査も少ない。

また、児童青年精神科医療機関の受診者の疾患はここ 10 数年で大きく変化していることが指摘されており、平成 20 年の調査では平成 5 年に比べ発達障害圏、神経症圏の患者が大幅に増加したことが報告されている（市川ら，2010;2012）。大学病院の「子どものこころの診療部」での新患ケース調査（吉田ら，2010）によると、発達障害が全体の 70%を占めていることや、破壊的行為障害などの問題行動が生じてから初診までの経過期間が平均 45 ヶ月と長期間であることが報告されており、発達障害のある子どもへの支援ニーズに応えることや、医療と療育・教育機関の連携・役割分担の必要性が示唆されている。これに関連して、『特別支援教育を推進するための制度の在り方について(答申)』（2005）においては、個別の教育支援計画の作成等で、関係機関との連携協力の重要性が強く指摘されている。連携という語句は、「連絡を密に取り合っ、一つの目的のために物事をする（三省堂，2006）」と定義される。医療と教育の連携に関する先行研究で、医療関係者は連携の必要性意識は高いが実際の行動は少ないと認識しているという知見（酒井ら，2008）や、幼児期の知的・発達障害児に関する保育所・幼稚園と療育機関との連携に比して医療との連携が少ない傾向にある報告（谷川ら，2009）などが指摘されている。

厚生労働省による患者調査（2008）では、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、気分障害（躁うつ病を含む）神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害を含む精神及び行動の障害で精神科を受診した 20 歳未満の患者は 14.8 万人であり、年々増加傾向にある。思春期・青年期前期は精神疾患の好発期であるとともに発達障害の二次障害が顕在化する時期とも重なり、心の健康を高め、問題が生じる前に予防するという視点での支援は大変重要だと考える。高校生のうち、抑うつ的な傾向が見られ、心の不調を感じている者が全体の 27%いるという報告（武内ら，2011）や 86%の公立学校に発達障害（及びその疑い）のある生徒が在籍するという報告（田口，2015）もあり、思春期・青年期前期に、教育や福祉と同様に医療の果たす役割は大きい。医療機関が行う診断及び治療・リハビリテーションは、問題（行動）を本人の特性と環境要因と関連して捉え、必要であろう教育や支援を見つけ出すという生活支援の方策を立案する機能も持つ。また、義務教育修了後の主な支援を行う機関の一つであり、修学や就労等に関して本人や家族、関連機関への助言や情報提供をおこなったり、心身の不調が生じた場

合には治療をしたりする。こうした医療サービスは、精神的不調や不適応行動の軽減にも有効であり、生涯にわたるサポート資源となりうるため、必要があれば早期に受診することが望ましい。

そこで、医療機関と学校との連携のあり方について検討するために、本稿では精神科クリニックに受診した 12～18 歳の中高校生を対象にした調査報告をおこなう。研究の主な目的として、第一に、受診時の主訴と心身の状態、学校適応の状況を分析し、医療機関の受診行動における傾向について探ることである。第二に、学校と医療機関の連携の有無や方法を分析し、スムーズな連携がおこなわれているケースに共通する要素を見出すことを目的とする。

7.2 方法

7.2.1 調査方法・対象

A 県の精神科クリニック（心療内科・神経科）に 201X 年 12 月から 201X+2 年 1 月の間にかけて初診した 12 歳から 18 歳の患者 84 名を対象とした。クリニックは年間の初診者数が 260 名程度であり、小児から高齢者までの診察をおこなっている小規模診療所である。スタッフは医師、心理士、臨床検査技師、医療事務員である。クリニックの所在地は人口 10 万人以上の自治体の主要な駅の近くであり、付近にはショッピングセンターや住宅地がある。また、医師は地域の特別支援学校の学校医であり、そこからの紹介で来院する者も多い。

調査方法は分析項目を記載した調査票を作成し、面接と診察記録（問診票、カルテ、アセスメント結果、学校からの申し送り資料等）から必要項目の情報を収集した。調査にあたっては、患者とその家族に対し医師から個人情報特定されない形で研究データとして情報を使用する可能性があることを説明し了解を得ている。本調査は 201X+2 年 4 月から 10 月に実施した。

7.2.2 調査内容

本研究では、次の 6 項目について情報収集をおこなった。

(1) 患者の属性

性別、初診時の年齢、相談歴、療育手帳の有無、所属

(2) 健康状態

睡眠、食欲、便秘、動悸、疲れやすさ、頭痛の有無

(3) 疾患分類

疾患の種別（ICD-10、DSM-IVを基準に、医師の診断名を精神疾患及び神経症性疾患等（F0-F6）、精神遅滞（F7）、発達障害（F8-F9）3つに整理した）（table7.1）

(4) 来院理由

初診時の問診票（本人または保護者が記入し、診察時に医師から口頭で確認を受けている）

(5) 学校との連携状況

学校との連携の有無と方法

(6) 不適応状況の有無

不適応状況(学校のみ、家庭のみ、学校と家庭両方)の有無(不適応とは、岡安(1994)や文部科学省(1992)、米国知的発達障害協会(2012)による定義を参考に、「正常な生活を妨げる概念的、社会的および実用的な適応スキルの制約によって起こる問題行動や精神的な症状」と定義した。)

table7.1 疾患分類

DSM-V	ICD-10コード	ICD-10
神経発達障害群	F7,F8	F0 認知症(脳炎等後遺症)
統合失調症スペクトラム障害及びほかの精神病性障害群	F2,F0	F1 酒精・薬物関連疾患
双極性障害及び関連障害群	F3,F0	F2 統合失調症ほか
抑うつ障害群	F3,F9,F0	F3 気分障害ほか
不安障害群	F4,F9	F4 神経症性障害ほか
強迫性障害及び関連障害群	F4,F6F0	F5 摂食障害ほか
心的外傷およびストレス因関連障害群	F4,F9	F6 パーソナリティ障害ほか
解離性障害群	F4	F7 精神遅滞
身体症状および関連症群	F4,F5,F6	F8 広汎性発達障害ほか
食行動障害及び摂食障害群	F5,F9	F9 多動性障害ほか
排泄症群	F9,	
睡眠-覚醒障害群	F4,F5	
性機能不全群	F5	
性別違和	F6	
秩序破壊的・衝動制御・素行症群	F9,F6	
物質関連障害及び嗜癖性障害群	F1F6	
神経認知障害群	F0	
パーソナリティ障害群	F6,F2	
パラフィリア障害群	F6	

7.3 結果

7.3.1 患者の属性

性別は、男性 55 名(65.5%)、女性 29 名(34.5%)である。初診時の年齢は 12 歳 6 名(7.1%)、13 歳 20 名(23.8%)、14 歳 10 名(11.9%)、15 歳 12 名(14.3%)、16 歳 14 名(16.7%)、17 歳 12 名(14.3%)、18 歳 9 名(10.7%)で、初診時平均年齢は 14.9 歳(SD=19.1)である。41 ケース(48.8%)で相談機関または医療機関への相談歴があった。療育手帳を所有しているのは 36 ケース(42.9%)であった。所属先は中学校・高等学校通常学級が 30 ケース(35.7%)、特別支援学級が 13 ケース(15.5%)、特別支援学校が 41 ケース(48.8%)であった。

7.3.2 健康状態

睡眠、食欲、便通、動悸、疲れやすさ、頭痛の有無について調べたところ、疲れやす

さが 36.9%、頭痛が 20.2%、便秘の問題が 15.5%、睡眠の問題が 13.1%、動悸が 9.5%、食欲の問題が 8.3%のケースで訴えられていた (Figure7.1)。先行研究では、「疲れやすさ」は心身症の児童生徒の 66%が感じているという報告があり (沖ら, 2001)、発現年齢は思春期に多いとしている。また、「頭痛」が他の症状に随伴して生じている傾向がみられた。これに関連して、齊藤ら (1993) により、児童精神科を受診した児童のうち 32%に頭痛がみられたことが報告されており、思春期によくみられる身体症状であることがわかっている。本研究の事例においても同様に、これら二つの身体症状は比較的多くのケースでみられた。そのため、これらの症状が長期的または複数生じているが器質的な病気がない場合、児童青年精神科医療機関の受診を検討する必要があるのではないかと考える。

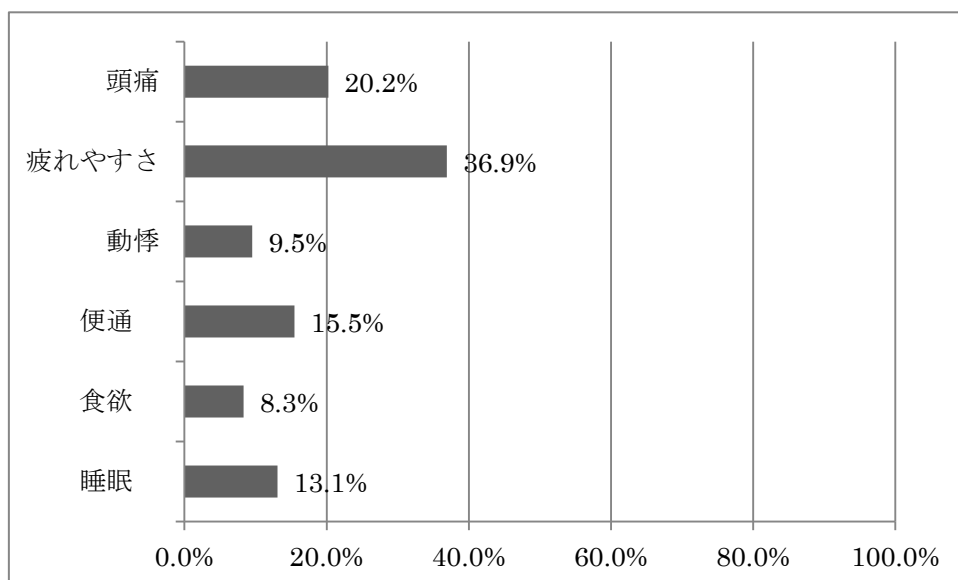


figure7.1 初診時の健康状態

7.3.3 疾患分類

ICD-10 を基準に、診断を精神疾患及び神経症性疾患 (F0-F6)、精神遅滞 (F7)、発達障害 (F8-F9) に分類した。発達障害と精神疾患及び神経症性疾患の診断名が併存しているケースについては、出生時からの障害である発達障害が背景にあると考えられるため、発達障害として分類することとした。その結果、精神疾患及び神経症性疾患が 23.8%、発達障害が 35.7%、知的障害が 40.5%であった (Figure7.2)。市川 (2012) によると、平成 20 年の段階で児童青年精神科の疾患内容は知的障害を含む発達障害が 55%であり、精神疾患及び神経症性疾患は 45%であった。それに比べると今回のケースでは知的障害と発達障害の合計の割合がやや多い結果となった。その要因の一つとしては、医師が特別支援学校の学校医に指定されているため、そのつながりで健康相談や手帳申請のために受診したケースが多いことが関係していると考えられる。また、中高生

では統合失調症やうつ病といった重篤な精神疾患が成人に比べ少なく、緊急性が高いケースでは入院病床のある医療機関を選択する機会が多いことも関係している可能性がある。

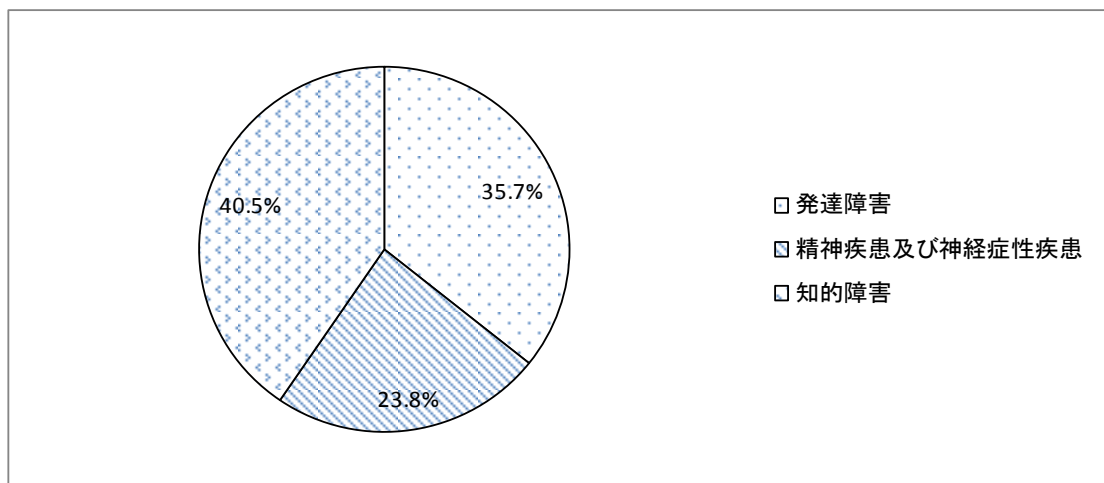


figure7.2 疾患分類

7.3.4 来院理由

初診時の問診票に本人または保護者が記入した内容から、筆者を含め 3 名の心理士、研究者があたり、来院理由別にグルーピングした。その結果、「他の病院から紹介されて」「教育相談センターで病院に行くことをすすめられた」といった『他機関からの紹介』、「担任から病院に行くことをすすめられた」「学校から紹介された」といった『学校からの紹介』、「受験のために診断書が必要なので」「年金申請のため主治医になっていただきたい」といった『諸手続きのため』、「不登校」「衝動的行動が止められない」といった『不適応行動』、「体のだるさ、頭痛」「食欲がない」といった『身体の不調』、「幻聴、幻覚」「情緒不安定」といった『精神の不調』、「相談したい」「悩みがある」といった『相談・助言』の 6 カテゴリーにグループ化することができた。また、複数の来院理由を挙げているケースもあったため、そのような場合には両方のカテゴリーに算入することとした。これらのカテゴリーごとのケース数は、『不適応行動』が 25 ケース (29.8%)、『諸手続きのため』が 21 ケース (25.0%)、『相談・助言』が 18 ケース(21.4%)、『学校からの紹介』が 12 ケース(14.3%)、『身体の不調』が 10.7%、『精神の不調』が 9 ケース (10.7%)、『他機関からの紹介』が 7 ケース (8.3%) であった (Figure7.3)。また、複数の来院理由を挙げているケースは、19 ケース (22.6%) であった。この結果から、本人が実感した精神の不調や身体の不調により自発的に訴えがなされ受診に至るよりも、周囲の人が本人の行動や様子がおかしいことに気付き受診するケースが多いのではないかと考えられる。また、田口 (2015) の調査では、高等学校で行っている援助体制づくりとしては

主に職員研修や広報活動、面接、ケース会議、他機関連携などが挙げられていたが、実際には学校での対応に収まらない支援ニーズをもつ生徒に対し、学校から働きかけて医療につなぐということができている学校は限られているのではないかと考えられる。

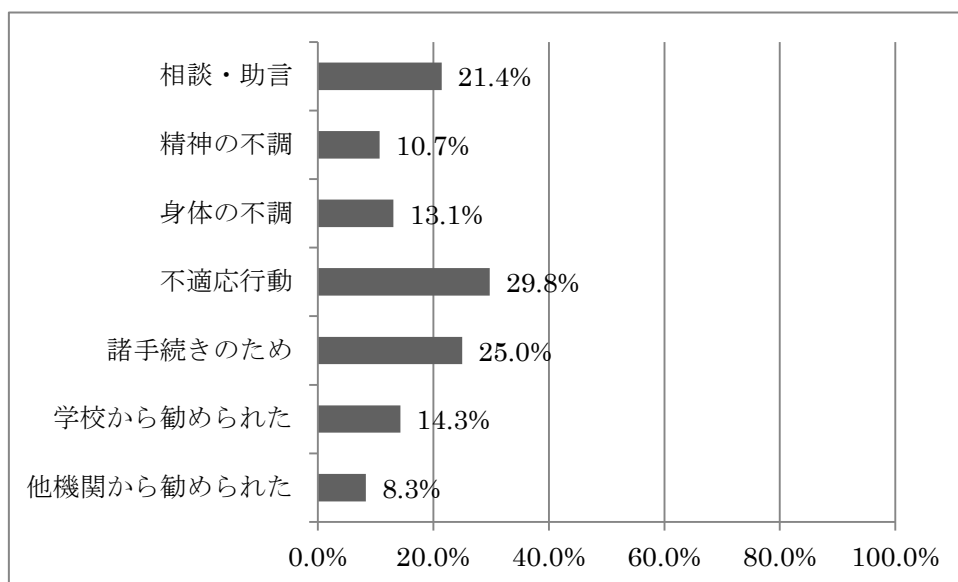


figure7.3 初診時の来院理由

7.3.5 所属機関との連携状況

医療機関と学校との連携の有無と方法について集計をおこなった。集計にあたり、複数の方法で連携をおこなっているケースについては両方に算入することとした。その結果、連携をおこなっていない、または連携についての情報がない場合の「連携なし」が 39 ケース (46.4%) と最も多く、保護者を通して学校からの情報を得たり医療機関からの情報提供をおこなったりした「保護者を通して連携」が 22 ケース(26.2%)、学校からの情報や医療機関からの情報を文書でやり取りした「文書を交わした連携」が 20 ケース (23.8%)、学校の教師および支援者が通院に同行した「通院に同行し連携」が 5 ケース (6.0%) であった。教師が通院に同行し、直接医師や心理士との連携をはかるケースはまれで、連携をおこなっている場合には文書または保護者を介して連携していることが多い。

7.3.6 不適応状況（行動・症状）の有無

学校、家庭、もしくはその両方に共通してみられる不適応状況（行動や症状）の有無について集計をおこなった。集計に当たり、「学校でみられる不適応」と「家庭でみられる不適応」がそれぞれにある場合などには、両方に算入することとした。その結果、学校でみられる不適応は 46 ケース(54.8%)、家庭でみられる不適応は 16 ケース(19.0%)、家庭と学校共通してみられる不適応は 38 ケース (45.2%) で生じていた。学校と家庭

でそれぞれに不適応がみられるのは 13 ケース (15.5%) であった。また、学校と家庭いずれにも不適応が生じていないケースは 19 ケース (22.6%) であった。不適応状況の具体的な内容としては、学校では「不登校」「対人関係トラブル」「学習の問題 (学業不振、課題が終えられない、ノート・提出物の不備など)」などがみられ、家庭では「家族との関係」「金銭トラブル」「余暇の問題」「生活リズムの問題」「情緒不安定」「自他への危害」などがみられた。学校と家庭共通での不適応としては、「体調不良」「感覚の異常」「てんかん」「食事の問題」「こだわり」「チック」「コミュニケーションの困難さ」などがみられた。また、本研究では詳しい症状別の分析については母数が少なく、統計的処理による分析をおこなうことができなかつたため実施していない。

7.3.7 連携の方法と適応状況の関連について

学校や家庭、またはその両方で不適応が生じているケースと不適応がないケースで、連携方法に違いがあるかを確認するため、 χ^2 検定をおこなった。何らかの不適応が起きている 65 ケースを「不適応群」、不適応が生じていない 19 ケースを「適応群」とし、それぞれの群で連携方法に差があるかを調べたところ、適応群に比べ不適応群が有意に「連携なし」のケースが少なかった。 $(\chi^2=10.4, df=1, p<.01)$ ただし、連携ありのケースで適応群と不適応群に連携方法による違いがあるかを確認するため同様に検定をおこなったところ、「保護者を通じた連携」 $(\chi^2=3.1, df=1, n.s)$ 、「文書による連携」 $(\chi^2=2.4, df=1, n.s)$ 「診察に同行し連携」 $(\chi^2=2.4, df=1, n.s)$ では有意な差はみられなかった。この結果は、適応群では大きな問題が生じていないために連携の緊急度自体が低いことと関係しているのではないかと考えられる。また、不適応行動が発生しているケースで連携方法を工夫したり、密に連携を取ったりしている傾向は本研究では見出されなかった。

7.3.8 健康状態と不適応状況、疾患の関連について

「健康状態」と「不適応状況の有無」「疾患分類」間での関連性を見るため、 χ^2 検定をおこなった。その結果、健康状態の不調の有無と不適応の有無には関連があり、不適応が起きている群で有意に健康状態の不調がある者が多かった $(\chi^2=4.9, df=1, p<.05)$ が、健康状態の不調の有無と学校での不適応 $(\chi^2=1.2, df=1, n.s)$ 、家庭での不適応 $(\chi^2=0.0, df=1, n.s)$ 、学校と家庭共通の不適応 $(\chi^2=2.3, df=1, n.s)$ には関連がなかった。それぞれの健康状態間の関連については、睡眠と食欲 $(\chi^2=22.8, df=1, p<.01)$ 、睡眠と疲れやすさ $(\chi^2=9.6, df=1, p<.01)$ 、動悸と疲れやすさ $(\chi^2=10.4, df=1, p<.01)$ 、動悸と頭痛 $(\chi^2=19.0, df=1, p<.01)$ 、頭痛と疲れやすさ $(\chi^2=14.2, df=1, p<.01)$ 、頭痛と食欲 $(\chi^2=5.8, df=1, p<.05)$ 、頭痛と便秘 $(\chi^2=5.6, df=1, p<.05)$ の間で一方の症状があると回答したケースで他方の症状もあると回答している者が有意に多かった。

健康状態と疾患分類の関連については、睡眠と精神疾患及び神経症性疾患 $(\chi^2=16.7,$

df=1, p<.01)、動悸と精神疾患及び神経症性疾患 ($\chi^2=10.2$, df=1, p<.01)、疲れやすさと精神疾患及び神経症性疾患 ($\chi^2=7.3$, df=1, p<.01)、疲れやすさと知的障害 ($\chi^2=8.4$, df=1, p<.01)、便通と精神疾患及び神経症性疾患 ($\chi^2=4.2$, df=1, p<.05)、睡眠と知的障害 ($\chi^2=5.2$, df=1, p<.05)、食欲と知的障害、($\chi^2=5.2$, df=1, p<.05)、便通と知的障害 ($\chi^2=4.0$, df=1, p<.05) の間で疾患がある場合にその身体症状が起きている者が有意に多かった。健康状態と不適応状況の有無の関連については、学校と家庭共通の不適応と食欲 ($\chi^2=6.3$, df=1, p<.05) の間で、不適応が起きているケースで食欲の問題がある者が有意に多かった。適応状況と疾患分類の関連については、精神疾患及び神経症性疾患と学校での不適応 ($\chi^2=4.3$, df=1, p<.05) の間で、疾患があるケースで有意に学校での不適応が起きている者が多かった。

これらの結果から、初診時の患者の状態としては、1)身体症状と不適応は併存する傾向がある、2)複数の身体症状は併存する場合が多い、3)疾患のある人は特定の身体症状を有する傾向がある、が示された。心身症などの心の問題が身体症状として現れる場合は、複数の症状が同時期に起きたり、症状の起きる場所や内容が変化したりすることが多く、今回の複数の症状が併存したという結果と重なるものと考えられる。また、精神疾患及び神経症性疾患のある人は不眠や疲れやすさが健康な人に比べて生じやすく、知的障害のある人では、障害の程度が重い場合に身体疾患等の併存疾患を伴うことが多いとされているなど、疾患種別と身体症状に関連性があることはこれまでの研究でもわかっている。本研究の調査結果においても同様の知見が得られた。

table7.2 健康状態と適応状況、疾患の関連について

	睡眠	食欲	便通	動悸	疲労	頭痛	不適応(学校)	不適応(家庭)	不適応(全般)	発達	精神	知的
睡眠		**			**						**	*
食欲						*			*			*
便通						*					*	*
動悸					**	**					**	
疲労						**					**	**
頭痛												
不適応(学校)											*	
不適応(家庭)												
不適応(全般)												
発達												
精神												
知的												
										**…1% *…5% 無印…有意差なし		

7.4 考察

7.4.1 受診時の主訴と心身の状態、適応状況

本研究では、健康状態の問題と不適応状況が併存する傾向や健康状態間の関係、疾患と健康状態の関係は示されたが、受診時の適応状況と身体症状の内容、適応状況と疾患の関係に共通する傾向や一貫性は見出されなかった。このようなことから推測されるのは、医療機関受診時の患者は2種類に分けられるということである。一つは、身体症状と不適応状況がすでにあらわれた状態で本人や保護者が必要性を感じて受診した人たちである。この群は初診時で既に医療機関にかかるニーズが高く、身体・精神面の両面でケアが必要となると考えられる。もう一つは、それ以外の不適応状況や身体症状以外の要素も関係していることが考えられる(ex.家庭環境や学校の精神保健活動の機能、人的リソースなど)群である。顕著な問題として現れていないものの、潜在的な支援ニーズがあり身体・精神面で医療機関に早期にかかったほうが良い人は、後者の群以外にも存在していると推測される。現在の学校精神保健や児童青年期精神科医療では、健康診断のように精神状態や適応状態を総合的に把握し、基準に基づき医療につなぐ必要性を判断する、というシステムがなく、受診するタイミングは保護者の判断や本人の希望、学校の働きかけにより決まるところが大きい。そのため、医療的支援ニーズが高いケースであるから医療機関を受診する、という経緯の受診だけでなく、「医療的支援ニーズはさほど高くないが、保護者や学校側の動機づけが高いため受診に至った」ケースや、「医療的支援ニーズは高いがなかなか受診に至らなかった」ケースが存在しているのではないかと考えられる。本来は、不適応行動や心身の不調が重篤化する前に、医療的支援ニーズの有無を判断し、必要であれば医療につなぐことが望ましい。加えて、ニーズの把握に際しては、支援者や家族の判断だけに基づくのではなく、本人の状態を的確に把握するための基準があると良いのではないだろうか。適応状態の査定にあたっては、**Vineland Adaptive Behavior Scales(1984a;1984b)**や適応行動尺度などが米国では用いられ、日本では**ABS 適応行動尺度(1973)**や**新版 S-M 社会生活能力検査 (1984)**、**ASIST 学校適応スキルプロフィール (2013)**などが使用されている。知的発達程度の査定にあたっては、標準化された検査がすでに多く開発されており、上村(2003)によると県立の教育相談機関への調査で、主に使用されているのはウェクスラー式知能検査や**K-ABC**といった発達検査が中心であった。精神状態の査定にあたっては、小川(2011)によると、近年教育・臨床領域では投映法の心理検査の利用が減少し知能検査の実施が増えていること、質問紙法の検査が諸外国に比べあまり用いられていないことが指摘されている。いずれにせよ、これらの査定に用いられるツールは教育相談機関や医療機関につながってから用いられることがほとんどであり、第一段階として本人に関わる学校や保護者が簡便に用いることのできないものが多い。このような背景を勘案すると、学校で支援をおこなうことで精神面・行動面の安定が期待できる生徒と、潜在的な支援ニーズがあり身体・精神面で医療機関に早期にかかったほうが良い生徒を見極め、必要な

支援につなげる必要があるのではないだろうか。そのためには、本調査結果で明らかにされた健康状態と不応状況、疾患の関連性をもとに、医療・相談機関にかかる前に査定するための具体的な諸状況や症状などのチェックができる評価ツール（心と身体の健康や不応状況などをみることができる包括的なチェックシート）や、必要なサービスを受けられる学校内外のリソースにつなげるためのガイドラインが必要なのではないかと考える。

7.4.2 学校と医療機関のスムーズな連携のために

本研究では 46.4%のケースが「連携なし」に該当した。先行研究でも、医師や教師、保護者への調査で連携の必要性への意識が高いことと、それに反して連携の実践が満足にできていない現状を報告されている（堀ら、2004；酒井ら、2008）。今回の調査結果も同様の傾向を示したといえよう。適応群に比べて、不応群の方が連携をとっている傾向はあったが、その連携の方法については「文書を交わした連携」「通院に同行し連携」といったような緊密な連携を取っているわけではなかった。緊密な連携という点では適応群と不応群に差異は認められなかった。機関間の連携については個人情報保護から、保護者や本人の承諾なしに情報を伝えることは許されないが、本人の状態や環境は短時間で変化するため、即時性や円滑さが重要でもある。その点で、文書や保護者を介しての連携は時差が生じたり、保護者の理解により学校に伝わる内容が変わったりするなどの問題もあり、より柔軟な医療機関と学校、および関連機関の連携機会を作る必要があると考えられる。白瀧（2013）や森岡（2014）の研究では、精神科医が学校・園に定期的に赴いて、そこで全ての教師・管理者と共に具体的な事例を詳しく解析・検討したり、精神科医・臨床心理士・養護教諭と学校関係者が一堂に会しての研修会を定期的におこなない情報交換したりした実践が報告されている。他にも文書で連携する場合の共通の様式を作ったりする実践もある。医療機関と学校が質の高い円滑な連携をおこなうための具体的な方法を検討する必要性が示唆された。

第3部

メンタルヘルスのリスクがある生徒本人と
支援者のためのプログラム開発・実践

第 8 章

「こころの健康気づきチェック」の開発と適用

8.1. 目的

思春期・青年期前期にあたる中学生・高校生は、発達障害の二次障害や思春期の身体的・精神的変化により、精神的不調や不適応行動が問題として表出しやすいと指摘されている。しかし、同時に親や教師との心理的距離ができる時期でもあり、自発的な相談や援助要求につながりづらいという現状がある。そのため、常にそうした精神的不調や不適応兆候を見逃さず早期介入をおこなうことは容易ではない。早期発見・早期介入においては、本人が自己理解を深めて自身の心の不調に気づき援助要請をおこなったり、周囲の大人が本人の状態に気付いて支援を開始したりする契機が訪れる必要があるのではないかと考えられ、そのための方法の一つとして、アセスメントツールの活用が有効なのではないかと考えた。そこで本章では、精神的不調および不適応行動のアセスメントツールの作成をめざし、中学生に対して現在の心や体の状態について質問紙調査をおこない、その結果から尺度の項目を検討することとした。

8.2. 方法

8.2.1 調査内容

4章では、過去の研究において使用されていた精神的不調や不適応行動の有無を評価する尺度は、①メンタルヘルスの不調の有無や程度を査定する尺度、②学校適応のための行動・態度を査定する尺度、③その他の要因を査定する尺度の3つに分類することができた。筆者は、これらの3つの要素を含めた包括的なアセスメントツールの開発が求められていると考えた。そこで、①に該当する尺度として Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度から 13 項目、お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版から 13 項目を選定した。②に該当する尺度として Child rating scale から 11 項目を選定した。

(1) Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C)

Birleson (1981) によって作成された、子どもの抑うつ状態のスクリーニングのための自己記入式評価尺度である。日本では村田ら (1996) が日本語版を作成し、信頼性と妥当性を確認している。また、13~17 歳を対象とした研究 (岡田ら, 2009 ; 山口ら, 2009) もおこなわれており、高校生に適用可能であることも確かめられている。

(2) お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版

学校において児童生徒自身が記入でき、簡便で集団実施が可能であること、精神疾患のスクリーニングの機能を残しつつ援助者が援助の入り口を探すために役立つこと、広い年齢範囲で使用できることの3点を満たすものとして青木 (2004) が作成した。「身体症状」「抑うつ」「摂食障害傾向」「衝動性」「非効力感」「対人緊張」の6因子の下位尺度から構成され、簡易版 CMI との相関も確認されており、信頼性と妥当性が検証されている。

(3) Child rating scale 日本語版

Hightower et al.(1987)の作成した Child Rating Scale を鈴木 (2009) が日本語訳した

ものである。原版は「学校への関心」、「規則に従う力」、「友人関係能力」、「不安」の4因子計24項目から構成されている。

これらに加え、③に該当する尺度として、バロン・コーエン自閉症スクリーニングツール短縮版やWHOによるADHDスクリーニングツールを参考に、発達障害の特性による不適応についての項目を作成するため、筆者を含む大学院生・大学教員3名で項目を作成・検討し、7項目を選定した。

本研究で作成・実施するアセスメントツールと支援実践は、いずれも学校教育のフィールドを中心に実施されることを想定している。そのため、本研究では医療的な支援が中心となる統合失調症および重篤な気分障害、神経症等の明らかな症状が生じている思春期・青年期的人是な対象とせず、発達の課題及び精神的不調の兆候を訴えている段階の人を「メンタルヘルス不調生徒」として介入の対象とする。そのため、選定にあたっては、その症状が重篤であったり表現が極端であったりして、一般的な中学生や高校生にはあまりみられないと考えられる項目や重複する項目を割愛し、適切な質問項目の選択をおこなった。これらの項目を合わせ、全44項目からなる「こころの健康気づきチェック(仮)」を作成した。回答は「0. あてはまらない」「1. ややあてはまらない」「2. ややあてはまる」「3. あてはまる」の4件法とし、ここ1か月の自身の状態について振り返り、もっとも近いものを選ぶよう教示をおこなった。

table8.1 「こころの健康気づきチェック (仮)」項目と出典

逃げ出したいような気がする	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
泣きたいような気がする	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
独りぼちの気がする	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
こわい夢を見る	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
とても退屈な気がする	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
おなかが痛くなることがある	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
楽しみにしていることがたくさんある	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
元気いっぱいだ	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
落ち込んでいてもすぐに元気になる	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
やろうと思ったことがうまくできる	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
遊びに出かけるのが好きだ	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
とてもよく眠れる	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
食事がおいしく食べられる	Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度
ちょっとしたことで悲しい気持ちになる	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
頭が重く感じるが多い	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
最近、何かにつけてよくよ悩む	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
身体がだるい	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
たいした理由もなくカッとなることがある	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
頭にきて、物を壊したくなることがある	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
気に入らないことがあると、当り散らすことがある	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
いくら努力してもダメなことが多い	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
人が大勢いると、うまく会話の中に入っていけないことがある	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
たくさんの方がいると、どうふるまってもよいかわからない	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
新しい友達を作ることが苦手だ	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
私には、じまんできるところがない	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
もっとやせたいと思う	お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版
他の子たちは私に意地悪だ	Child Rating Scale
学校が嫌いだ	Child Rating Scale
私は傷つきやすいほうだ	Child Rating Scale
失敗をすることが怖い	Child Rating Scale
心配なことがある	Child Rating Scale
人に期待されているようなことをする	Child Rating Scale
学校での活動が好きである	Child Rating Scale
学校は楽しい	Child Rating Scale
授業で質問に答えることが好きだ	Child Rating Scale
すぐに友達が作れるほうだ	Child Rating Scale
クラスメートは私のことが好きだ	Child Rating Scale
同じ学年の人に比べて勉強ができないと感じる	追加
人が話していることの意味がよくわからなかったり、自分が言	追加
自分にはほかの人にないくせやこだわりがあると思う	追加
勉強や生活の中で、不注意なミスが多い(物や予定を忘れる)	追加
集中して物事をおこなうことが苦手である	追加
自分やほかの人を傷つけたいという思いになることがある	追加
無気力で何もする気が起きないことがある	追加

8.2.2.調査対象者

x 年 3 月、東京都の中学校 2 校に在籍する生徒 142 名に対して質問紙による調査を実施した。

8.2.3.調査手続き

2014年2月から3月にかけて教室内で実施した。調査は記名式で行い、調査趣旨は新しい尺度の作成のためのデータとして活用すること、調査への協力は任意であること、データは統計的に処理され個人情報保護されることを紙面および口頭で説明したうえで同意を得られた場合に質問紙を配布し、その場で担任の教示に従って質問紙に回答を求めた。なお、回収した質問紙は個人が特定されることのないように厳密に管理し、統計的に処理した。また、本報告は対象者並びに対象者の記述に関して、倫理上の配慮をおこなった。

8.3.結果

8.3.1 因子分析の結果

回収率は100%であり、欠損値のあるものを除いた139名の回答を分析対象とした。全項目と各因子領域における最大値・最小値・平均値・標準偏差はtable8.2, 8.3のとおりである。平均値±標準偏差の値が回答範囲(0-3)を超えた項目はみられず、天井効果あるいは床効果は生じなかったと判断された。探索的因子分析(最尤法・promax回転)をおこなった結果を示す。因子数の決定は、最初の段階では固有値1を基準に行い、その結果の各因子の α 係数、当該項目を除いたときの α 係数、スクリープロットを考慮して項目を削除し、因子数を指定して探索的因子分析を繰り返した。このような手続きを経て最終的に妥当だと判断した最適解として26項目5因子解を得た。各因子は、「第1因子:元気がない」、「第2因子:抑うつ・不安」、「第3因子:注意や気分のむら」、「第4因子:コミュニケーションの問題」、「第5因子:自己効力感の低さ」と命名した。(table8.2)それぞれの因子の信頼性係数は、第1因子が $\alpha = .880$ 、第2因子が $\alpha = .861$ 、第3因子が $\alpha = .796$ 、第4因子が $\alpha = .789$ 、第5因子が $\alpha = .608$ であり、一応の内的整合性が確認されたといえるだろう。また、本尺度とDSRS-Cから選択した13項目、お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版から選択した13項目、CRSから選択した11項目との間の相関係数を算出した。その結果、本尺度の「元気がない」「全項目」はDSRS-Cと有意な強い正の相関がみられ、「不安・抑うつ」「コミュニケーションの問題」「全項目」はお茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度短縮版と有意な強い正の相関がみられた。また、「全項目」とCRS日本語版の間にも強い正の相関がみられた。

table8.2 各因子得点の記述統計量

	最小値	最大値	平均	標準偏差
第1因子:元気がない	0	21	6.46	5.61
第2因子:抑うつ・不安	0	20	6.11	5.30
第3因子:注意や気分のむら	0	18	7.13	4.67
第4因子:コミュニケーションの問題	0	9	3.05	2.62
第5因子:自己効力感の低さ	0	9	4.81	2.29
項目全体	0	73	27.55	14.56

table8.3 因子分析結果

	因子				
	1	2	3	4	5
元気いっぱいだ	.812	.074	.091	.074	.092
遊びに外出するのが好きだ	.772	-.062	-.007	.019	.038
楽しみにしていることがたくさんある	.718	-.014	.167	.125	.274
落ち込んでいてもすぐに元気になる	.645	.362	-.027	.146	.049
食事がおいしく食べられる	.625	.066	.057	.089	.234
学校は楽しい	.581	.055	.216	.002	-.026
とてもよく眠れる	.509	.221	.058	.062	.186
泣きたいような気がする	.166	.767	.248	.044	.118
ちょっとしたことで悲しい気持ちになる	.038	.686	.191	.292	.174
心配なことがある	.027	.678	.183	.167	-.014
逃げ出したいような気分がする	.246	.667	.223	-.032	.121
最近何かにつけてよくよ悩む	.190	.596	.180	.201	.059
自分にはほかの人にないくせやこだわりがある	-.049	.531	.292	.251	-.179
学校では人に期待されているようなことをする	-.061	.435	.272	.097	-.269
集中して物事をおこなうことが苦手	-.036	.148	.613	-.045	.131
とても退屈な気がする	.264	.147	.589	.321	.043
身体がだるい	.144	.212	.586	.205	-.012
無気力で何もする気が起きない	.179	.229	.559	.167	.148
自分やほかの人を傷つけたいという思いになることがある	.013	.335	.553	.167	-.119
勉強や生活の中で、不注意なミスが多い(物や予定を忘れる、ケアレスミスなど)	.093	.205	.511	.024	.099
人が大勢いるとうまく会話できない	.049	.323	.222	.726	.278
たくさんの人がいると、どうふるまってよいかわからない	.085	.356	.224	.568	.197
新しい友達を作ることが苦手だ	.272	.184	.150	.552	.161
やろうと思ったことがうまくできる	.386	.148	.123	.166	.581
私には自慢できるところがない	.148	.060	.249	.192	.577
授業で質問に答えることが好きだ	.224	-.053	-.053	.175	.342

因子抽出法: 主因子法

※斜体は逆転項目

table8.4 本尺度と既存の尺度の相関

	元気がない	不安・抑うつ	注意や気分のむら	コミュニケーションの問題	自己効力感の低さ	全項目
DSRS	0.86 **	0.62 **	0.53 **	0.51 **	0.53 **	0.90 **
お茶の水女子大学版学校メンタルヘルス尺度	0.35 **	0.78 **	0.74 **	0.78 **	0.48 **	0.87 **
GRS	0.62 **	0.69 **	0.54 **	0.55 **	0.59 **	0.83 **

8.3.2. 学年間の差の検討

全項目、各因子得点において、学年間に違いが認められるかどうかについて、t検定

を用いて検討した。その結果、「コミュニケーションの問題」「全項目」「元気がない」「不安・抑うつ」で、1年生よりも3年生の方が有意に得点が高かった。(table8.5) 次に、尺度間の相関分析を学年別実施したところ、1年生ではすべての相関係数が有意であった。3年生では「元気がない」因子と「自己効力感の低さ」因子、「不安・抑うつ」因子と「注意や気分のむら」因子、「コミュニケーションの問題」因子において相関が示された。(table8.6)

table8.5 学年間の比較

	平均値(標準偏差)		t値(df=140)
	1年生(n=95)	3年生(n=44)	
全項目	25.43(15.00)	31.82(12.70)	-2.51*
元気がない	5.77(5.14)	7.85(6.30)	-2.10*
不安・抑うつ	5.45(5.08)	7.43(5.53)	-2.11*
注意や気分のむら	6.96(4.83)	7.47(4.36)	-.611
コミュニケーションの問題	2.63(2.48)	3.89(2.72)	-2.76**
自己効力感の低さ	4.62(2.25)	5.19(2.36)	-1.40

*p<.05 **p<.01

table8.6 学年ごとの因子間の相関

1年生(3年)	元気がない	不安・抑うつ	注意や気分のむら	コミュニケーションの問題	自己効力感の低さ
元気がない	1	0.40**(0.04)	0.36**(0.05)	0.40**(-0.09)	0.53**(0.32*)
不安・抑うつ	0.40**(0.04)	1	0.58**(0.55**)	0.57**(0.33*)	0.40**(-0.19)
注意や気分のむら	0.36**(0.05)	0.58**(0.55**)	1	0.52**(0.40**)	0.37**(0.10)
コミュニケーションの問題	0.40**(-0.9)	0.57**(0.33*)	0.52**(0.40**)	1	0.48**(0.33*)
自己効力感の低さ	0.53**(0.32*)	0.42**(-0.19)	0.37**(0.10)	0.48**(0.33*)	1

8.3.3.メンタルヘルス不調生徒のアセスメント

全項目または各因子において、平均より2標準偏差高い得点をカットオフ(CO)得点とし、それ以上の得点の者を「メンタルヘルス不調生徒」とした。「全項目」ではCO値57、「第1因子：元気がない」ではCO値18、「第2因子：抑うつ・不安」でCO値17、「第3因子：無気力・注意や気分のむら」でCO値16、「第4因子：コミュニケーションの問題」でCO値9、「第5因子：自己効力感の低さ」でCO値9に設定した。その結果、「元気がない」で9名、「抑うつ・不安」で7名、「注意や気分のむら」で8名、「コミュニケーションの問題」で8名、「自己効力感の低さ」で10名、「全項目」で6名のメンタルヘルス不調生徒がいることが分かった。この数には複数の因子または全項目で高い得点を示した者が含まれていたため、同一の者を含めない29名が、全ての項目または何らかの因子において平均より2標準偏差高い得点を示していた「メンタルヘルス不調生徒」に該当することになる。

メンタルヘルス不調生徒の各因子得点と合計得点を table8.7 に示す。複数の因子でCO

得点を超えている複数群（以下 M 群;Multiple）と単一の因子で CO 得点を超えている単一群（以下 S 群;Single）に分け、さらに合計得点が CO 得点を超えている群を高群（以下 H 群 : High）と CO 得点未満の群(以下 L 群 : Low)とし、それらを組み合わせた 4 グループとした。その結果、S-L 群（単一の因子で CO 得点を超え、合計得点では CO 得点未満の群）が 19 名、M-L 群(複数の因子で CO 得点を超え、合計得点では CO 得点未満の群)が 4 名、S-H 群（単一の因子で CO 得点を超え、合計得点では CO 得点以上の群）が 1 名、M-H 群（複数の因子で CO 得点を超え、合計得点では CO 得点以上の群）が 5 名であった。

table8.7 メンタルヘルスの不調のリスクがある生徒

No.	元気がない	抑うつ・不安	注意や気分のむら	コミュニケーションの問題	自己効力感	合計得点	タイプ
1	5	2	6	0	9	22	SL
2	21	0	0	0	6	27	SL
3	11	0	2	5	9	27	SL
4	21	0	0	1	6	28	SL
5	5	18	6	3	0	32	SL
6	7	5	9	3	9	33	SL
7	21	1	5	1	5	33	SL
8	18	5	1	3	6	33	SL
9	3	11	4	9	7	34	SL
10	2	15	18	0	0	35	SL
11	21	7	3	1	6	38	SL
12	2	7	18	7	5	39	SL
13	5	10	10	7	9	41	SL
14	19	8	8	2	7	44	SL
15	10	10	12	3	9	44	SL
16	16	3	12	9	8	48	SL
17	21	4	15	2	6	48	SL
18	13	8	10	9	9	49	SL
19	11	12	16	7	6	52	SL
20	0	4	17	9	3	33	ML
21	6	14	16	6	9	51	ML
22	15	4	14	9	9	51	ML
23	9	13	16	9	6	53	ML
24	12	20	13	8	4	57	SH
25	10	17	14	7	9	57	MH
26	20	20	12	0	7	59	MH
27	14	18	15	9	7	63	MH
28	11	18	18	8	8	63	MH
29	21	17	17	9	9	73	MH

8.3.4 弁別的妥当性の検討-一般群と臨床群における得点の比較-

臨床群として東京都の精神科医療機関及び学校相談室に心身の不調を訴えて訪れた 14 歳から 17 歳の 9 名名（男性 3 名、女性 6 名）を対象とした。一般群として、特に臨

病的な問題を持たない、都内在住の 16 歳から 17 歳の高校生 9 名(女性 9 名)を対象とした。

調査材料:群(臨床群、一般群)を独立変数とし、因子ごとの得点および合計得点を従属変数として群間の t 検定を行った。その結果、「元気がない」「抑うつ・不安」「注意や気分のむら」「コミュニケーションの問題」「自己効力感の低さ」の下位尺度得点、および合計得点において群間に有意差が見られた(「元気がない」: $t=2.28(p<.05)$ 、「抑うつ・不安」: $t=2.91(p<.01)$ 、「注意や気分のむら」: $t=1.91(p<.05)$ 、「コミュニケーションの問題」: $t=2.24(p<.05)$ 、「自己効力感の低さ」: $t=2.40(p<.05)$ 、合計得点: $t= 3.28 (p<.01)$)。これにより、いずれも臨床群の得点が一般群に比べて高いことが示された。よって、本尺度の弁別的妥当性が確認された。

8.4. 考察

8.4.1 尺度構成について

作成した「心の健康気づきチェック」は、①メンタルヘルスの不調の有無や程度を査定する、②学校適応のための行動・態度を査定する、③その他の要因を査定するという三つの機能を有し、包括的なアセスメントをおこなうことを目的とした。各因子の概念を整理すると、「元気がない」因子は、DSRS-C から 6 項目、CRS 日本語版から 1 項目で構成されており、全て逆転項目であった。この因子は心身の健康や活動性が損なわれた状態を表し、自身の健康や精神状態をポジティブに捉えていない状態を示していると考えられる。「抑うつ・不安」因子は、抑うつ気分や悲嘆、不安の状態を示す。「自分にはほかの人にないくせやこだわりがある」は筆者が追加した項目であり、この項目にあてはまると回答した者は自身の行動や認知の特性と周囲のそれとの差異を感じていると考えられる。「学校では人に期待されているようなことをする」は CRS 日本語版の「学校適応」因子に含まれる項目であるが、今回の調査では逆転項目としての処理をおこなわずに因子分析を行った場合に最適解が得られた。この背景として、鈴木ら(2009)の報告にもあるように、CRS 日本語版においては他因子に比べ「学校適応」因子の信頼性が低く、この項目における因子負荷量も 0.4 未満であることが関係していると考えられる。よって、本研究においてはこの項目は「学校適応」を測る項目というよりは、外界に過剰適応して、内的適応が犠牲にされている状態(桑山,2003)を測る項目として捉え直すこととしたい。これら 2 項目は、直接「抑うつ・不安」の症状を示すものではないが、同一の因子に含まれたことから、周囲の人たちと自身との間の違和感や外界への過剰適応が、抑うつ・不安との関係があると推測される。「注意や気分のむら」因子は、注意集中の問題や気分の不安定さ(無気力・倦怠感と激しい情動のアンバランスさなど)に関係する項目で構成され、筆者が作成した③その他の要因(発達障害の特性による不適応)についての 4 項目が含まれている。「コミュニケーションの困難さ」因子は、特に集団場面での対人行動を評価する項目で構成されている。「自己効力感」因子は、自分

がある状況において必要な行動をうまく遂行できると感じているか、つまり自己に対する信頼感や有能感を評価する項目で構成されている。これらの 5 因子 26 項目で構成される本尺度の信頼性の検討は、 α 係数の算出により内的整合性が認められた。また、妥当性の検討については、DSRS-C から選択した項目と「元気がない」、お茶の水女子大学学校メンタルヘルス尺度短縮版から選択した項目と「抑うつ・不安」、「コミュニケーションの問題」が強い相関を示し、本尺度の妥当性が確認された。こうしたことから、本尺度を使用することで、対象者の精神的不調と不適応行動の有無を主観的な視点から評価することができると思う。

8.4.2. 「メンタルヘルス不調生徒」のスクリーニング機能の検討

本尺度を実施した結果からは、同一の者を含めない 29 名が、全ての項目または何らかの因子において平均より 2 標準偏差高い得点を示す「メンタルヘルス不調生徒」に該当した。この値は全体の 21% であり、武内・小島・藤田・渡邊 (2011)、の高校生の約 27% に抑うつ的な傾向がみられたという報告には及ばないものの、何らかの精神的不調や不適応感のある生徒が 5 人に 1 人程度の割合で存在していることが示唆される。また、他の因子が CO 得点に満たず合計得点も顕著に高くはないが「元気がない」因子得点のみが高いという生徒が複数みられた (No2,3,7,8,11,14)。他方で合計得点が CO 得点より高い生徒 (No24,25,26,27,28,29) は全員「不安・抑うつ」因子の CO 得点を超えていた。これらの結果から予測されることとして、特定の因子得点のみが高い生徒への介入方法と、複数の因子及び全項目で得点が高い生徒への介入方法が異なると考えられる。例えば、「元気がない」得点のみが高く他因子では得点が低い生徒の場合には、日常生活で大きな困り感や不適応感はないものの、気力や体力が低下していたり、身体の不調を感じていたりする状態が予測される。そのような場合には例えば、学校保健活動や生活指導の中で、生活リズムやストレスマネジメントに関する指導や情報提供といった働きかけをおこなっていく、というような介入が考えられるだろう。全項目で得点が高く「不安・抑うつ」因子で CO 得点を超えているような場合には、精神的不調や不適応感が本人の中で強く意識されている状態であり、必要とされる介入のレベルも高いことが予測される。このように、本尺度はその結果により、介入や支援内容の方向付けに役立てることができると考えられる。ただし、主観による自記式の調査の限界として、個人の認知の枠組みや経験により、バイアスがかかるという点は避けることができない。そうした例としては例えば、過剰適応生徒では自分自身の本音や感情を認識できていない場合もあること、非行傾向生徒では外的 (社会) 適応が不良なのに内的には不満や苦悩を持っていない場合もあること、(桑山, 2003) PDD のある抑うつ状態の患者がそうでない群に比べ、主観的な抑うつ感情が高いこと (和辻, 2012) などが報告されている。こうしたことを踏まえると、本尺度はスクリーニングに活用することを想定しているが、その結果によってのみ支援者が対象者の状態を把握し支援・介入をおこなうことはできな

いと考えられる。日常生活の観察や、支援レベルが高いと予測される生徒とは面談をおこない、面談場面での語りの中から本人のニーズや特性、介入のターゲットとなる問題を拾い上げるといったプロセスが必要になるだろう。

8.4.3.今後の課題

本研究によって、本尺度は一定の信頼性や妥当性を備えていることが示されたが、本調査では中学生のみを対象にしていた。今回の結果では、中学1年生に比べて中学3年生の得点が高かったことを鑑みると、本尺度の適用対象として想定している中学生・高校生期の中でも、精神的不調や不適応行動の現れ方は学年によって変化していくことが考えられる。今後はさらに多様な年齢層を対象に利用可能性を検討していく必要がある。

第9章

支援ニーズの内容とレベルに応じた

介入プログラムの適用

9.1.目的

思春期・青年期前期には、発達障害の二次障害やアイデンティティの拡散がおこるリスクの高い時期であり、精神的不調も生じやすいとされる。また、発達障害の二次障害が深刻な問題に発展しがちであることも従来から指摘されている。そのため、精神的不調や不適応行動が生じる前に適切な支援や専門機関へのアクセスがなされることが望ましい。そこで筆者は、二次障害を未然に防いだり、問題が深刻化する前に発見・介入するためには、本人が自己理解を深めて自身の心の不調に気付き援助要請をおこなったり、周囲の大人が本人の状態に気付いて支援を開始したりする際に活用できる支援ツールが有用なのではないかと考え、8章で「こころの健康気づきチェック」を開発した。本稿では、心身の状態とそれに対する自身の困り感を同時に評価することができる「こころの健康気づきチェック」を用い、学校と医療機関で介入をおこなった事例を報告する。本研究の目的は、チェックシートを用いた現在の心配事や困っていることについてのアセスメントに基づき、支援ニーズの高いものをターゲットとし心理療法を用いて介入をおこない、それにより適応が向上するかを検討することである。また、本章では、初回面接でインタビューの一部として「こころの健康気づきチェック」をおこなった7事例と、継続しての面接の中で「こころの健康気づきチェック」をおこなって介入をはかった2事例を対象とし、初回のアセスメントとしての機能と、介入プログラムの設定・実施に役立てるためのツールとしての機能の両側面から有用性を検討することとした。

9.2.方法

9.2.1.対象者（なお、対象者の属性や対象者を取り巻く環境については、事例の特徴を損なわない範囲で一部変更している。）

事例1～6：初回面接で「こころの健康気づきチェック」をおこなった高校生の事例

事例7：自閉症スペクトラム障害のある中学2年生男子生徒の事例

事例8：抑うつ症状を呈する高等学校2年生女子生徒の事例

9.2.2.対象者との関係性

事例1～6：教育相談機関及び単位制高等学校で、本人が相談を希望してカウンセリングの予約を取り、面接をおこなった。

事例7：医療機関（個人クリニック）で、本人、保護者が来院し、心理療法として面接をおこなった。

事例8：単位制高等学校で、本人、担任が相談を希望してカウンセリングの予約を取り、面接をおこなった。

table9.1 事例概要

	相談をおこなった場所	年齢	初回面接時の主訴
事例1	教育相談機関	15	苦手科目のテストの得点が伸びない。勉強の仕方について相談したい。
事例2	教育相談機関	15	部活の大会への不安・緊張が強い。
事例3	公立高等学校相談室	15	人が大勢いる場面や通学中に気持ちが悪くなってしまう。またはその不安。
事例4	公立高等学校相談室	16	集団になじめない。授業に参加できず学校に行けていない。
事例5	公立高等学校相談室	15	授業への出席ができない。自傷や行動化の衝動がある。
事例6	公立高等学校相談室	17	家族からの関わりに対して悩んでいる。気持ちが揺れてどうしたらいいかわからない。
事例7	医療機関	14	心配事や不安なことがある。
事例8	公立高等学校相談室	17	授業内容がわからない。学校の人に会うと緊張してしまう。学校に行けない。

9.2.3. 支援方針

「こころの健康気づきチェック」を用い、現在の心配事や困っていることについてのアセスメントをおこない、その結果に基づき、支援ニーズの高いものをターゲットとし心理療法を用いて介入をおこなう。介入の内容として、事例 1～6 については、初回相談場面でのセスメント結果と面接に基づいて助言・心理療法等をおこない、結果的に単発的な面接となったケースである。事例 7、8 については、継続的な面接となったケースであったため、複数回「こころの健康気づきチェック」を実施し、その結果に合った心理的援助のプログラムを組み立て、実施した。

9.2.4. アセスメント

こころの健康気づきチェック：26 の精神的不調、不適応行動の主観的な特徴を表す項目で構成され、状態評価（その項目がどの程度自身の状態にあてはまるかを評価する）の部分ですべての項目について「0. まったくあてはまらない」から「3. とてもあてはまる」までの 4 段階で評価してもらい、困り感評価（あてはまると評価した項目の状態により、どの程度困っているか・悩んでいるかを評価する）の部分では状態評価であてはまった項目のみ「0. 全く困っていない・悩んでいない」から「3. とても困っている・悩んでいる」の 4 段階で評価してもらうものである。（table9.2）状態評価は、「26 項目すべて」ではカットオフ値 57、「第 1 因子：元気がない」では CO 値 18、「第 2 因子：抑うつ・不安」で CO 値 17、「第 3 因子：無気力・注意や気分のむら」で CO 値 16、「第 4 因子：コミュニケーションの問題」で CO 値 9、「第 5 因子：自己効力感」で CO 値 9 である。本チェックシートの活用方法としては 2 通りの方法がある。一つは「状態評価」の得点を算出し CO 値との比較から支援ニーズの有無を判断する方法であり、もう一つは「困

り感評価」で「3.とても困っている・悩んでいる」にチェックを入れた項目をターゲットとして介入をおこなう方法である。また、実施の際には、「自分の心や体の調子が今どんな状態か、そのことでどのくらい困ったり、悩んだりしているかを整理してみるためのチェックシートがある」と紹介し、研究の趣旨と守秘義務の説明を行った後、承諾を得てから実施した。

9.2.5.倫理的配慮

本研究は介入対象となった生徒に対し、書面上にて研究目的、意義、方法、倫理的配慮を説明し、承諾を得た。また、支援方針の決定、介入の実施については教師、医師と聞き取りやコンサルテーションを密にしアセスメント結果や成育歴等を考慮しておこなったものである。

table9.2 「こころの健康気づきチェック」質問紙項目（記入例）

		状態評価			困り感評価					
※状態評価で2,3（逆転項目は0,1）に丸を付けた項目のみ、困り感評価に丸を付ける		あてはまらない	ややあてはまらない	ややあてはまる	あてはまる	とても困っていない	少し困っている	困っている	とても困っている	
1	新しい友達を作ることが苦手だ	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
2	自分やほかの人を傷つけたという思いになることがある	0	1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
3	最近、何かにつけてよく悩む	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
4	自分にはほかの人にないせやこだわりがあると思う	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
5	集中して物事をおこなうことが苦手である	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
6	身体がだるい	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
7	心配なことがある	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
8	たくさんの方がいると、どうふるまってよいかわからない	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
9	ちょっとしたことで悲しい気持ちになる	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
10	とても退屈な気がする	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
11	人が大勢いると、うまく会話の中に入っていけないことがある	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
12	人に期待されているようなことをする	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
13	勉強や生活の中で、不注意なミスが多い(物や予定を忘れる、ケアレミスなど)	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
14	無気力で何もする気が起きないことがある	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
15	私には、じまんでできる場所がない	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
16	泣きたいような気がする	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
17	逃げ出したいような気分がする	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
18	学校は楽しい	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
19	授業で質問に答えることが好きだ	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
20	とてもよく眠れる	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
21	やろうと思ったことがうまくできる	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
22	楽しみにしていることがたくさんある	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
23	元気いっぱいだ	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
24	食事がおいしく食べられる	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
25	遊びに外出するのが好きだ	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3
26	落ち込んでいてもすぐに元気になれる	0	-1	-2	-3	→	0	-1	-2	-3

9.3.結果

9.3.1.事例 1

高校1年生女子。知的な遅れの無い自閉症スペクトラム障害と幼児期に診断され、フォローアップのため教育相談機関に定期的に来所している。今回は「勉強で得意なことと苦手なことのむらがあり、苦手なことはどう勉強したらいいかわからない」と言って来談した。苦手な教科（数学）ではテストの点がひどく、自分なりに工夫して頑張っているつもりだが、苦手でなかなか得点が伸びない、さすがにまずいかなと思うと語ったが、「大学受験へはまだ時間もあるし、あまり考えていない」とも述べた。そこで、勉強の仕方について、「時間を決める」、「学習計画を立てる」、「モチベーションを上げるための目標やご褒美を設定する」などの方法を SC、本人とで意見を出し合い検討した。その中で、「楽しみを設定してその前にこれだけやる、というのを決めるという方法を試してみようと思う。」と言い、自分で取り組むことを決めることができた。その後は雑談になり、対人関係については、「みんなと自分は（特に趣味や興味関心の対象において）違うと思うが、ほかの人もみな違うのであまり気にならない。」と語り、クラスの居心地はよく、本人にとって興味があることが周囲の人たちと違い風変わりでも、良い意味で受け入れられていると感じると話した。学校生活自体はつらいことや困ったことは特になく、相談する相手もおり、友人からのサポートに支えられて過ごしている事がうかがわれた。「こころの健康気づきチェック」の状態評価尺度は、各因子得点、全項目得点共にカットオフ得点を下回り、困り感尺度で3と評価した項目はなかった。

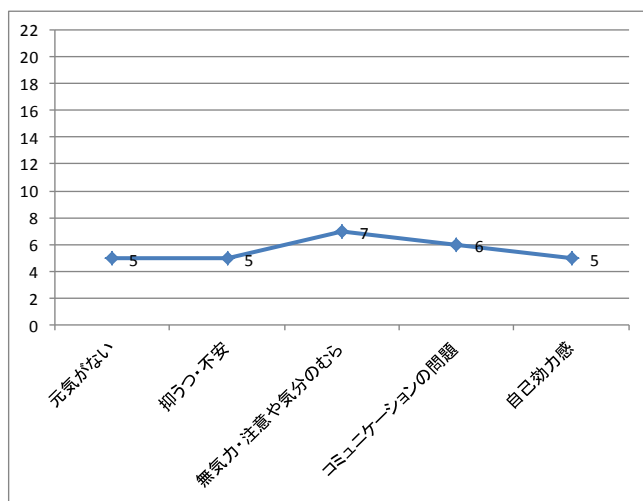


figure9.1 事例 1 状態評価得点

事例1



figure9.2 事例 1 支援フロー

9.3.2.事例 2

高校 2 年生男子。幼少期に知的な遅れの無い自閉症スペクトラム障害という診断を受けており、当時通っていた教育相談機関にフォローアップのため継続的に来所している。今回は「部活の大会が近く、プレッシャーが大きく不安。」と言って来室した。卓球部に入っていて、今年の予選で自分が思っていたよりかなり良い成績を残したため、本戦では団体戦の重要な立場を任されることになった。練習は密なスケジュールで厳しいが、それ自体は苦にならない。断ることができなかつたわけではなく、選ばれたときは期待されているのだとうれしく思ったため引き受けたが、今になって大丈夫かと心配な気持ちが大きくなってきた、と語った。不安の背景に何か思い当たる原因があるか尋ねたところ、「重要な立場を任されるのも、本戦に出るのも初めてだから緊張する。」と語った。「こころの健康気づきチェック」の状態評価尺度は、各因子得点、全項目得点共にカットオフ得点を下回っていた。困り感尺度で 3 と評価した項目は「集中して物事をおこなうことが苦手」「心配なことがある」「人が大勢いるとうまく会話できない」「人に期待されているようなことをする」「勉強や生活の中で、不注意なミスが多い」「無気力で何もする気が起きない」「食事がおいしく食べられる(逆)」「落ち込んでいてもすぐに元気になれる(逆)」であった。これらの項目についてどう思うか尋ねると、「意外といろいろありますね。」と言い、特に今気になるのは、「心配なことがある」で、試合に関してそう思うと語った。話しているうちに、「こんなに(チェックシートを指して)大変ってわけではないかも」「楽しみという気持ちも少しはある」と、状況を捉え直すような発言が出てきたため、相談員は傾聴しつつその捉え方を支持し、リラクゼーション法としてイメージング、呼吸法などを練習して、緊張した時に試してみるよう提案した。その後は雑談になり、人間関係で困っていることはあまりなく、クラス替えをしたので仲が良い人と離れてしまったが、何とかその他の人とも仲良くなろうと頑張っていること、仲が良い友達とはスポーツ観戦をしたり、一緒に勉強したりするなど、学校外でも交流していることが語られた。親子関係は風通しがよく、時々けんかをするところがあるが、学校や将来のことなど相談をしていると話した。

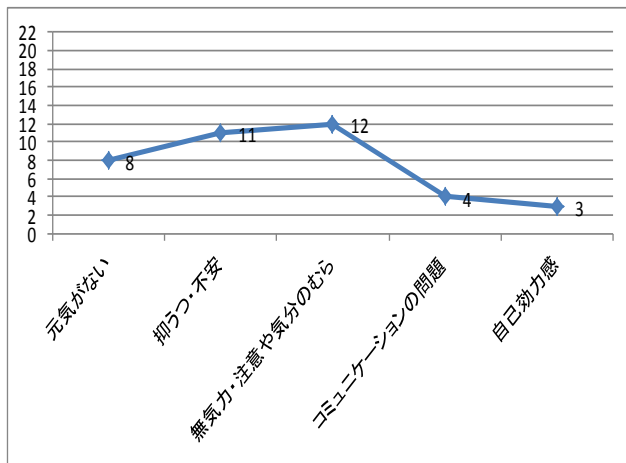


figure9.3 事例 2 状態評価得点

事例2



figure9.4 事例 2 支援フロー

9.3.3.事例 3

高校 1 年生女子。「通学途中や授業が始まる前など、人が多くいる場面で気持ちが悪くなり、その場にいられなくなる。それで遅刻や欠席を時々してしまう。」と来室した。学校でそのような状態になった時は保健室で話を聞いてもらったり安静にしたりして 10 分程度休み、授業に戻る。移動途中はベンチで休み回復したら登校するか、どうしても来られない時もあると語った。SC と話している時には、協調性が高く相手に気を使って話している印象があり、穏やかで話しぶりからも知的に高い事が伺われ、完璧主義な印象を受けた。中学校時代に電車内で呼吸が苦しくなるような体験がおき、それ以降人が多く閉め切られた空間にすることができなくなった。緊張したり不安が高くなったりするとのどや手をひっかくことで気を紛らわす行為をしており、やめなくてはと思うが時々やってしまう、と語った。中学校 2 年生から卒業まで部分登校だったが、高校入学後からは休まず登校していた。2 学期になり週 1,2 回ペースで遅刻・欠席してしまうようになった。「こころの健康気づきチェック」の状態評価尺度は、各因子得点、全項目得点共にカットオフ得点を上回るものはなかったが、「不安・抑うつ」因子で 15 とやや高い数値を示した。困り感尺度で 3 と評価した項目は「心配なことがある」「食事がおいしく食べられる (逆)」「遊びに外出するのが好きだ (逆)」であった。これらの困り感尺度得点の高い項目について心当たりがあるか尋ねると、「人が大勢いるところにいると、吐き気がしてくる。吐いてしまうのではないかと思うと心配で、あまり食べないようにしている。」と語った。SC は、予期不安と精神交互作用について本人の話に沿って説明をしたのち、認知行動療法をおこなった。その結果、本人が自分自身で「吐きそうになってもほとんど実際に吐くことはない」ことに気づき、「気分が悪くなったときに少し休んで深呼吸をする」「目をつぶって音楽を聴く」「心配な時は無理して食べない」という対処法であれば試してみることができそう、と語った。その後、リラクゼーションとして呼吸法を練習し、初回面接を修了した。退室時には、何かあればまた来室するように伝えた。また、保健室を通して本人の困り感について関係する教員へ伝えたところ、座席を後方にしてもらい、授業中の短時間の休憩を認めてもらうなどの配慮をもらえることになった。その後来談はなく、時々保健室で休みながらも安定して登校できているとのことである。

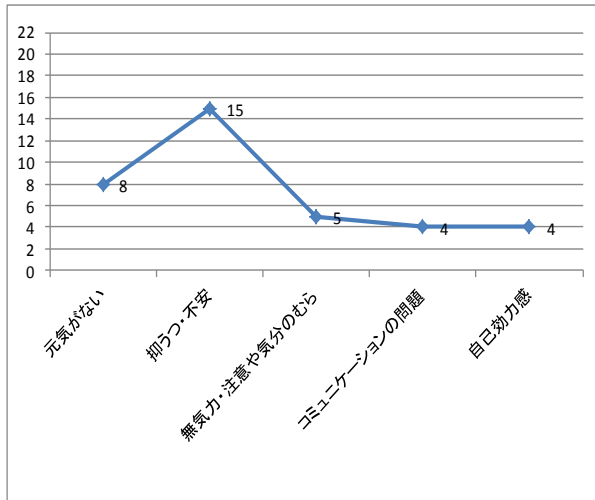


figure9.5 事例3 状態評価得点

事例3

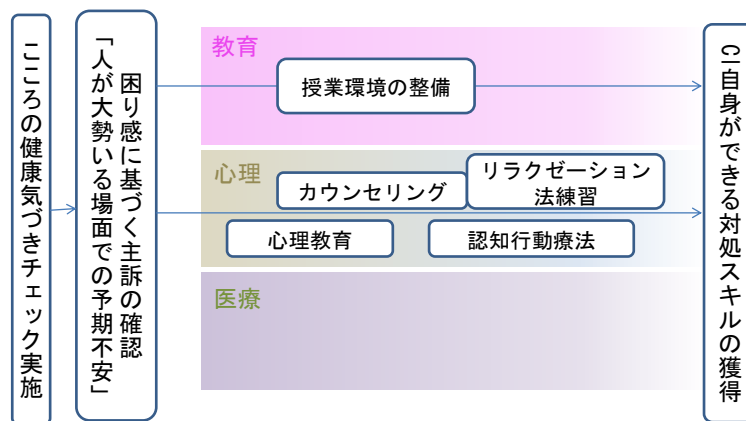


figure9.6 事例3 支援フロー

9.3.4.事例 4

高校 1 年生男子。担任からカウンセリングをすすめられ、「学校に行くのがつらい。」と言って来室した。入学後 1 週間は登校したがその後 1 か月程度はほぼ休んでいるとのこと。特にこれが嫌で休んでいるという理由はないが、大勢の人の中にいること、人と接することが苦手で、クラスメートといるととても緊張してしまい、疲れる。授業に出ること自体への拒否感はないと語った。小学校は普通の明るく元気な子で友達がたくさんいたが、中学 1 年生の冬から学校へ行くのがつらくなり、転校した。転校先でもなじみず、中学 2 年 4 月から卒業までは不登校だった。現在は日中家で過ごし、夜は「明日こそ行こう」と思うが、朝起きると行きたくない気持ちが勝ってしまい、結局行けない。生活リズムも乱れていて、夜寝られないこともあるが、自分なりに改善を試みてはいる、と語った。表情の変化は乏しいが、整容は保たれ気分が沈み込んだ様子はみられず、自分からすすんで話をするなど一対一でのコミュニケーションはある程度取れる状態であった。淡々と話しながら、どこかこのことについて他人事のような印象を受けた。「こころの健康気づきチェック」の状態評価尺度は、各因子得点、全項目得点共にカットオフ得点を上回るものはなかった。困り感尺度で 3 と評価した項目は「身体がだるい」「勉強や生活の中で、不注意なミスが多い」「学校は楽しい (逆)」「とてもよく眠れる (逆)」「授業で質問に答えることが好きだ (逆)」であった。これらの困り感尺度で高い得点を付けた項目についてどう思うか尋ねると、「学校は最近全然行けていないから…。あと、やっぱり体調は悪いです。」と語った。そのため、まずは段階的に集団に慣れていくようにするといいいのでは、と助言した。すると本人は、好きな授業だけなら何とか出られるかも、と言ったため、担任と相談したうえで、まずは学校に来て出られる時間のみ参加して帰るところから始め、学校に来るリズムをつかむことを目指すよう伝えた。また、生活リズムの改善に関して、起床後短時間でも外に出て日に当たること、軽い運動を取り入れた生活をするを提案した。本人は SC の助言に対し、「できるかわからないけどとりあえず先生と相談してみます。」と話した。その後、担任と話し、出られる授業のみの参加で良いということになったが、出席状況は回復していない。

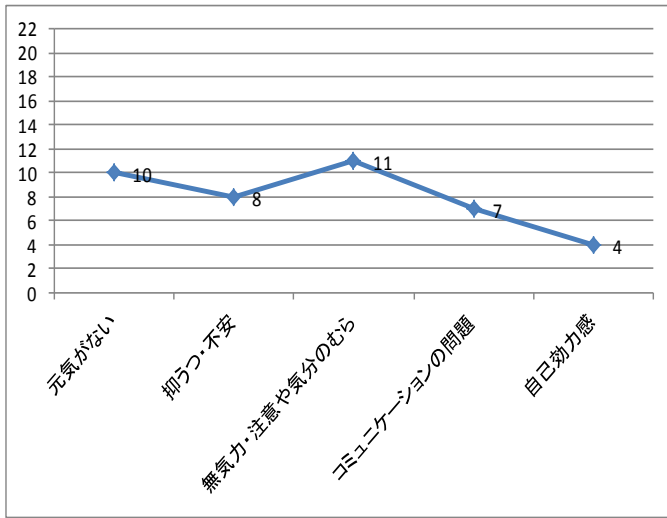


figure9.7 事例 4 状態評価得点

事例4

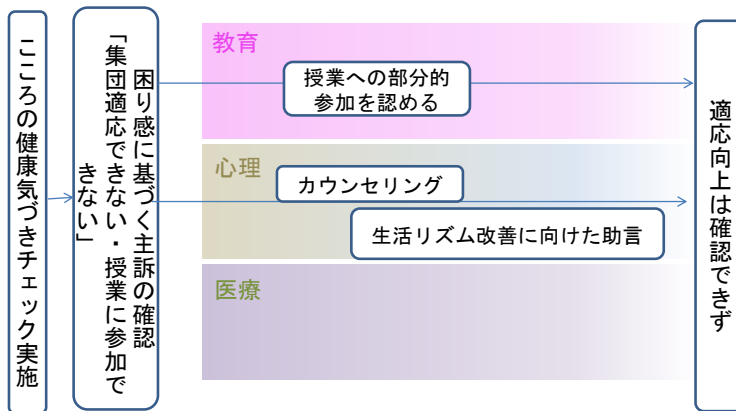


figure9.8 事例 4 支援フロー

9.3.5.事例 5

高校 2 年生女子。2 年生 5 月から登校していない。「今年度はほとんどの授業で単位を落としてしまう可能性が高いため、授業に出ず行事関係のことがあるときのみ登校し、アルバイトなどして社会経験を積みたいと考えているが、単位は取れなくても残りの授業に出たほうが良いと担任教諭に助言され、迷っている」といって来室した。2 年になり授業で知らない人ばかりの環境になり、怖くなっていけなくなった。共通の趣味がある人とは仲良くできるが、(他クラスに 1 名のみ) それ以外の人とは関わるのが極端に苦手である。このままではいけないと思い、アルバイトと授業以外でのクラスメートとのかかわりを通して、人間関係を築くことに時間を割きたいと思う、と話した。また、今年度はこれから授業に出席しても中途半端になり、進度の遅れが気になりストレスが大きく自己嫌悪になって引きこもってしまうと思う、授業を受けること自体は好きなので来年度は心機一転して再履修し授業に出席したいと考えている、とも語った。敬語等を使い礼儀正しく相手に気を遣ってふるまうが、どこがちぐはぐな印象で視線が合わずコミュニケーションが硬い。「こころの健康気づきチェック」の状態評価尺度は、各因子得点、全項目得点共にカットオフ得点を上回るものはなかったが、「抑うつ・不安」因子で 16 とやや高い数値を示した。困り感尺度で 3 と評価した項目は「最近、なにかにつけよくよ悩む」「自分やほかの人を傷つけたいという思いになることがある」「人が大勢いるとうまく会話できない」「逃げ出したいような気分がする」「元気いっぱいだ(逆)」「落ち込んでいてもすぐ元気になれる(逆)」であった。これらの困り感尺度得点の高い項目について心当たりがあるか尋ねると、「自分やほかの人を傷つけたいという思いになることがある」に関して、過去に自己嫌悪や不安が非常に高まった際に、自傷や行動化をしていたと語り、その後はかかりつけの医療機関での治療・カウンセリングを受けて収まったが、最近もまたそのような気分になることがあると語った。SC からは、自傷や行動化について再びそうした気分が起きていることをかかりつけ医に相談することをすすめ、加えて主訴である授業に出席するかどうかについての相談をおこなった。①「単位は得られなくても授業に出る」場合と②「授業に出ず行事の時に学校に来て、その他の時間にアルバイトをする」場合のデメリット・デメリット、それらをおこなった場合におこりうることを本人に挙げてもらって聞き取り視覚化して整理していった。すると、②を選択すると本人にとってメリットが大きくデメリットが少ないこと、想定される未来も最悪の事態にはならないと感じられることが分かり、本人は「できれば②を選びたい」と話した。ではなぜ迷うのかを聞いたところ、「先生から授業に出た方がいいと言われたから…」と話したため、SC からは、②を選び今年度まったく授業に出ない方法もあるが、来年度良いスタートを切るための練習として出られるときにその授業に出てみるという方法もある、と提案したところ、急に不安・緊張が高まり、「そのことを考えてみたらゾツとした」と話し、本人の申し出により面接を終了した。

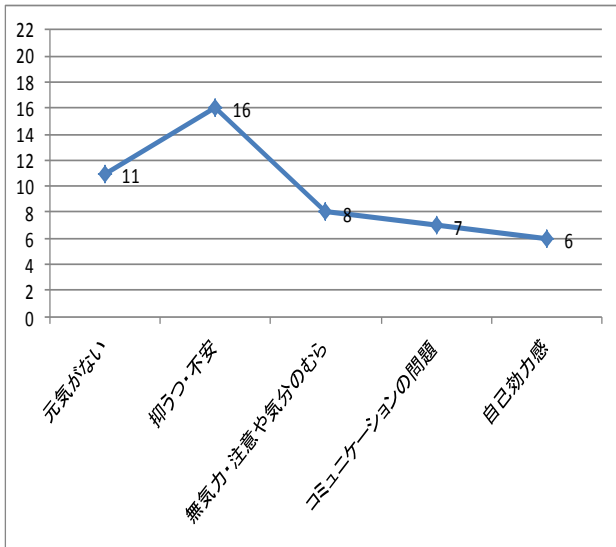


figure9.9 状態評価得点

事例5

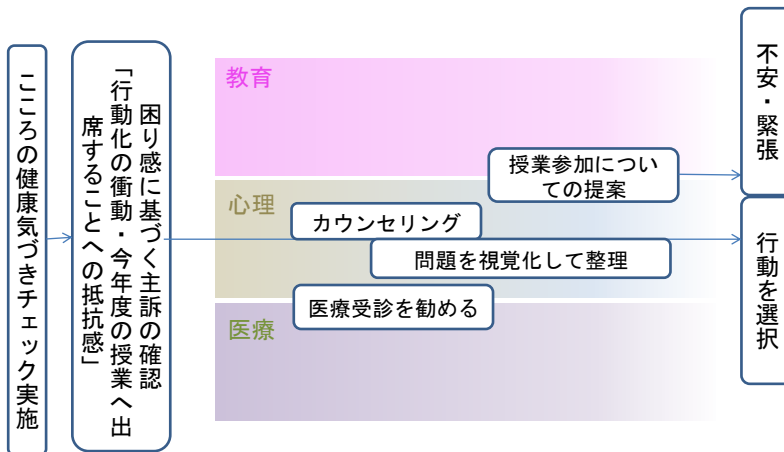


figure9.10 事例5 支援フロー

9.3.6.事例 6

高校 2 年生女子。「母、きょうだいが精神的不調で、相談されたり、家族間の争いの仲介役をさせられたりしていて辛い」と言って来室した。幼少期は両親共働きで不在がちで、祖父母が主に本人、きょうだいを養育してきた。父は本人にのみ厳しく、他のきょうだいにはあまり叱らなかったため、本人はスケープゴートになっていたという思いがある。中学校時代には荒れて問題行動をおこなった時期もあり、その時に家族からの理解が得られず両親、きょうだいから責められ続けていたが、今になって精神的にも経済的にも頼りにされ、理不尽だという思いがある。学校でも人の顔色を伺って付き合い、安定した対人関係が築けていない（表面上はうまく付き合っているように見えるだろうが、本人は本音で付き合い合っていないと感じている）。自分が家族を守らなくては（精神的・経済的支えにならなくては）という気持ちと、自分ばかりつらい目に合っている、昔の事があるのに態度を変えた家族を信用できない、という気持ちが共存している状態であると語った。「こころの健康気づきチェック」の状態評価尺度は、各因子得点、全項目得点共にカットオフ得点を上回るものはなかったが、「元気がない」因子において 13 点とやや高かった。困り感尺度で 3 と評価した項目は「最近、何かにつけてくよくよ悩む」「身体がだるい」「とてもよく眠れる（逆）」であった。これらの困り感尺度で高い得点を付けた項目についてどう思うか尋ねると、「疲れているのかもしれない。気持ちもその時々で変わったり、混乱したりしてしまうので、いろいろ考えてしまう。どうしたらいいかわからない。」と語った。SC からは、過去の自分を想起してその時の自分にかける言葉を探すワークを提案し、実施したところ、本人は「大丈夫」「もう十分だよ」というキーワードを見つけることができ、その言葉をかみしめるように数回つぶやいていた。SC はこれを心に留め、つらい時や迷った時にその言葉を思い出すことをすすめた。面接終了時のまとめでは、現時点では家族の支えになることよりも自分の生活をしっかりと送ることの方が大事なかなと思う、と語り、それを当面の目標にすることとした。

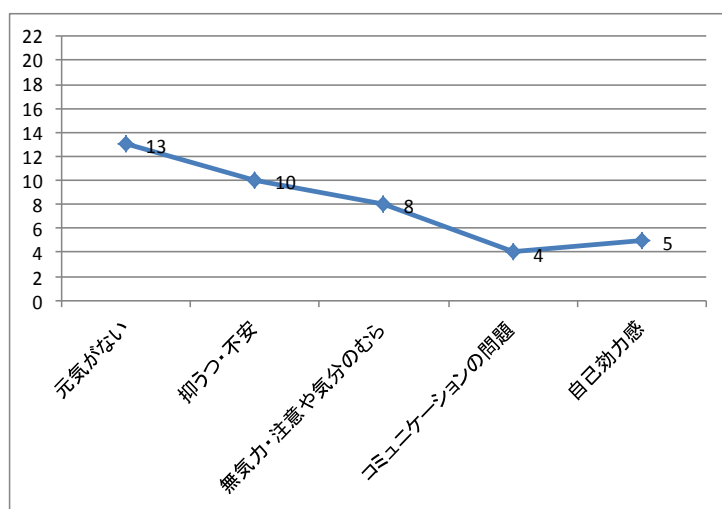


figure9.11 事例 6 状態評価得点

事例6

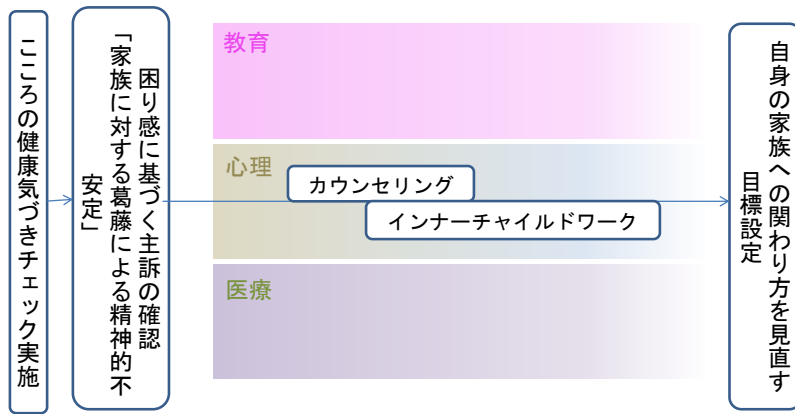


figure9.12 事例 6 支援フロー

9.3.7.事例 7

9.3.7.1.面接までの経緯

A（介入開始時 14 歳）、中学 2 年男子。既往歴なし。幼児期は受身でマイペースながら特に目立たず、手がかからない子どもであり、友達と遊ぶことは少なく、一人遊びが多かったという。小学校では、先生から「話を聞いていない」「忘れ物が多い」と言われることがあった。小 5 で受験勉強を始めたころからチック（瞬き、音声）がみられるようになり、感覚過敏（触感）が出現した。小 6 の 4 月に受験勉強をやめたところ、感覚過敏は軽減したが、チックが続いたため、それを主訴として同年 6 月に教育相談にかかることとなった。教育相談でのアセスメントは、発達検査（WISC-III、K-ABC）、保護者からの聞き取り、学校からの書面による情報提供によりおこなわれた。それにより、認知機能の偏りがみられること、「見通しを立てて行動することが苦手」「気持ちや行動のコントロールが困難（勝つことへのこだわり、声や力の調整が苦手）」「運動能力（微細・粗大）が低く不器用」といった特徴が見出された。その後、医学的診断と評価、投薬の要否の判断、通級利用の相談をするために、教育相談から紹介され医療機関を受診し、自閉症スペクトラム障害と診断された。以降月 1 回ペースで通院し、医師の診療・投薬と併せて心理士と保護者の面談（半年に 1 回ペース）、心理士 2 名によるグループ指導（SST、コミュニケーション指導など、月 1 回ペース）をおこなっていった。学校では大きな問題行動はなく、学習にも困難が現れていなかったため、教育相談機関から保護者と学校へ A の特徴と配慮事項（A が症状にとらわれないようにすること、ストレスの軽減など）を伝えたのちは、継続して教育相談にかかることはなかった。医療機関初診時から小学校卒業までは、チックは増減を繰り返しながら継続していたものの、学校には適応し本人は楽しんで通っていた。友人は少なく、受身的な対人関係の在り方は変わらなかった。

中学校入学後は通級を検討したが、保護者の心理的抵抗と A 自身が行きたがらなかったこともあり、週 5 日在校級で過ごすこととなった。中 1 の一学期には不安が強く、クラスメートから話しかけられた時にどうしたらいいか悩み、家族に相談をしていた。二学期以降からは、友人も一人できて学級内での緊張・不安も解け、医療機関でのグループ指導を継続しながら学校に安定して通い続けることができていた。学習面は意欲がなく、成績は 5 段階評価中 3 程度であったが、学校での三者面談ではやや忘れ物が多いこと以外は特に大きな問題はないとのことであった。

中 2 になり、クラス替えと友人の転出があった。6 月頃学校から A へのからかいがあるようだと言われ、家庭に連絡があり、学級では一人であることが多いと報告された。そのころから在宅時には部屋にこもるようになり、外出などに家族が誘ってもこない状態が続いた。また、チックも増悪し、学校を休みがちになった。そのため、夏休み中から医療機関で心理士（筆者）と A の月 1 回のカウンセリング、保護者へのコンサルテーションをおこなうこととなった。

家庭環境は、両親と A と妹の 4 人家族。初回面接では表情が硬く自発的に話すことは全くない状態で、オープンクエスチョンに対してはほとんど「別に」「ないです」と反応した。学校の全て、とりわけ勉強が嫌で、面倒だと言い、学校を休んだ時は家で本を読んだりゲームしたりして過ごしているが、特に楽しいとは感じていないと語った。SCT を実施したところ、自分が心配しすぎている・心配性であることについて気にする文章や、暗い性格である、コミュニケーション能力に欠けている、といった文章が書かれた。また、会話での言語表出に比べて書くことによる表出は豊かであり、スムーズに記入することができた。保護者は、小学生期の受験勉強によるストレスで A の状態が崩れたと理解しており、発達障害があることに気付くのが遅くなったという後悔が残っている状態であった。そのため、学習についてはあまり厳しくいってはいけないと思う反面、将来のことを考えると心配であり、どうかかわってよいかわからないという葛藤があると語った。

9.3.7.2.アセスメント結果

WISC-IV : (CA14:00) FIQ121、VCI115、PRI106、WMI128、PSI113。数唱、語音整理、行列推理、類似の得点が高く、遂行がスムーズでミスが少なかった。一方で、一般常識や社会的ルールの理解に未熟さがみられ、絵の概念で難易度の高い課題では答えるのをあきらめることが他の課題に比べて多かった。これらのことから、音声情報の記憶、法則性が明らかなパターンの処理が得意であり、柔軟な思考や既知の知識を応用した状況判断などは不得意である傾向がみられた。知覚推理指標の下位検査の評価点のばらつきが大きく、視覚的情報の処理能力にアンバランスさがあり、基本的な能力は高いものの、それ以前の課題の影響を引きずる保続がおきたり、途中でパターンが変わったりした場合に失敗するという特徴があった。

9.3.7.3.面接の経過

1) 第 1 期 (#2~5) 抑うつ・不登校状態から回復し始めた時期

第 1 回目の面接では言語表出があまりなく、困り感や現在の気持ちについて自分から話すのは困難が伴うと考えられた。また、自分について文章で記述することは比較的抵抗なくできていたため、発話だけでは読み取りにくいニーズを引き出すことを狙いとして自記式チェックシートを実施することにした。第 2 回面接の開始時に前回の面接からの近況を簡単に聞いたのち、A に「こころの健康気づきチェック」を紹介し、やってみるか尋ねたところ、承諾し記入を始めた。記入はスムーズで、途中で手を止めることなく 7 分程度でつけ終えた。その後集計したところ、「何かにつけてくよくよ悩む」「心配なことがある」「とてもよく眠れる (逆転)」の 3 つの項目で「とても困っている・悩んでいる」に○を付けていた。シートに記入してみて何か気づいたことや思い当たることがあるか、という質問に対する回答は得られなかった。そこで、「何か心配なことや不安な

ことがあるのですか。」と問いかけると、少し考えたのち、「寝ている間に死んでしまうのではないかという考えが浮かぶ」「寝る前に水を飲むが、トイレのことが心配で何度もトイレに行ってしまう」「ニュース番組をみた後で自分や家族が外出先で通り魔にあうのではないかと心配になる」といった内容を語った。そのため、これらの心配なことや不安なことを整理するため、支援方針に基づき認知行動療法の技法を用い、概念図を作成して数値化するという介入をおこなった。(Figure9.13) その後、これらのことが起こりうる確率がどのくらいだと思うかを評価させたところ、0.5~30%であり、「自分でもほとんど起きないってことはわかっているけど」と、非合理的であることを自覚していることがわかった。これらの行動や思考は、自閉症スペクトラム障害の特性であるこだわりが背景にあると推測され、強迫的観念や強迫行動としてのみとらえることは適切ではないと考えられた。そのため、エクスポージャー法をおこなわず、認知行動療法の技法を用いてこの確率を下げる方法を探したり、A自身が実行できるかを吟味したりしながら一緒に考えていくこととした。その結果、できそうだと思えた「情報の制限」「水を飲む時間を決める」「リラクゼーション法をためす」といった手立てを生活の中で実際に行ってみることとした。また、その場で自律訓練法や呼吸法を練習した。

第3回、第4回の面接では、第1回、第2回面接よりもやや表情が和らぎ、第2回目の面接で気になっていた心配事はあまり思い浮かばなくなった、と語った。手立ての実施は「できた時もあればできなかったときもあったけど、そんなに気にならなくなってきた。」「呼吸法は時々使った。落ち着ける感じがした。」とのことであった。自律訓練法や呼吸法の練習は第3回、第4回面接の中でも継続した。第4回面接ではそれまでの不安や心配に代わって、部活に関する不安や不満が語られるようになった。その内容は、部活内での役職や大会に関することが主であり、合理的な内容であったためAの思いを支持する立場で関わることとした。このころより通級を開始し(週1日)、在籍校への登校状況も改善し始め、風邪で欠席することがある程度で学校へ通えていた。第5回面接では比較的安定した状態であり、「学校は普通。心配事もほとんど思い浮かばなくなった。」と語った。

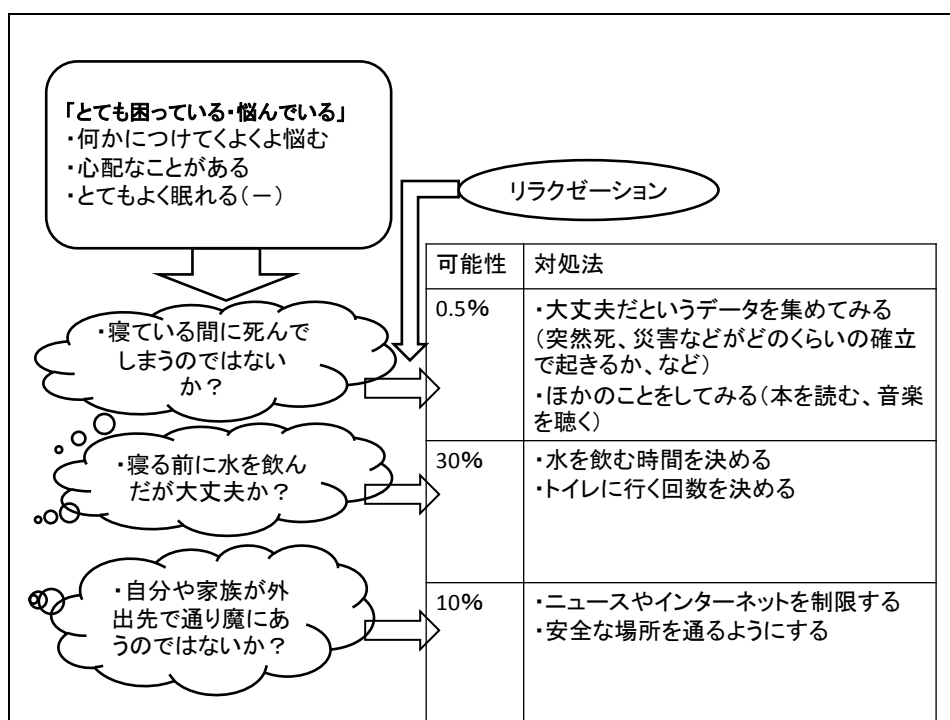


figure9.13 図示による問題の整理 (第2回面接)

2) 第2期 (#6~11) 情緒的な安定がみられ始めた時期

第6回面接の中で再び「こころの健康気づきチェック」を実施した。このころには初回面接で見られた緊張や高い不安を表に出すことはなくなり、オープンクエスチョンに対しての言語表出も増加してきた。そのため、第2回面接からの変化をふりかえり現在の状態をAにフィードバックするためにも実施に適したタイミングであると考えたためである。結果を集計したところ、「自分やほかの人を傷つきたいという思いになることがある」の項目で「とても困っている・悩んでいる」に○を付けた。この項目についてどのような場面や対象でそのような気持ちになるのかを聞くと、「心配事は減ったけど、むかつくことが出てきた」と語った。具体的には、「病院の待合室にいる他の患者の声」や「クラスの中心グループが休み時間に騒いでいること」を挙げた。

その後、第8回面接で「通級学級の他生徒の行動」が加わった。そこで、これらについて、どのくらい「むかつく」のかを評価させ、実際の場面で取れる対処行動を考えていった。同時に、「むかつく」という気持ちは状況や出来事と自分の認知が組み合わさって生じていることを確認し、自身の気持ちのコントロール法として、アンガーマネジメントのワーク（自分の怒りを分析する、適切な対処法を考えるといった内容で構成した、ワークシートを用いて行うもの）を実施した。その後は、患者と通級学級の他生徒の行動へは受容が困難であり、攻撃的な言動を取ることを示唆する発言も複数回の面接でみられたが、それにより自身が受ける影響や評価についてフィードバックすることで、行動化には至らなかった。また、患者に対しては待合室ではなく少し離れた通路にあるイ

スで待つことや、音楽プレーヤーや本を利用して注意をそらすことといった対処法を取ることができるようになっていった。(Figure9.13) この時期には、日常的な事柄を話すときには面接場面ではやわらかな表情がみられることがあった。また、進路選択の意識が芽生え、部活を続けるかどうかで迷っているということが語られた。これらは思春期の正常な発達段階上の課題と判断したため、Aの気持ちを言語化する援助をするにとどめ、選択した結果を支持するというかかわりを継続した。

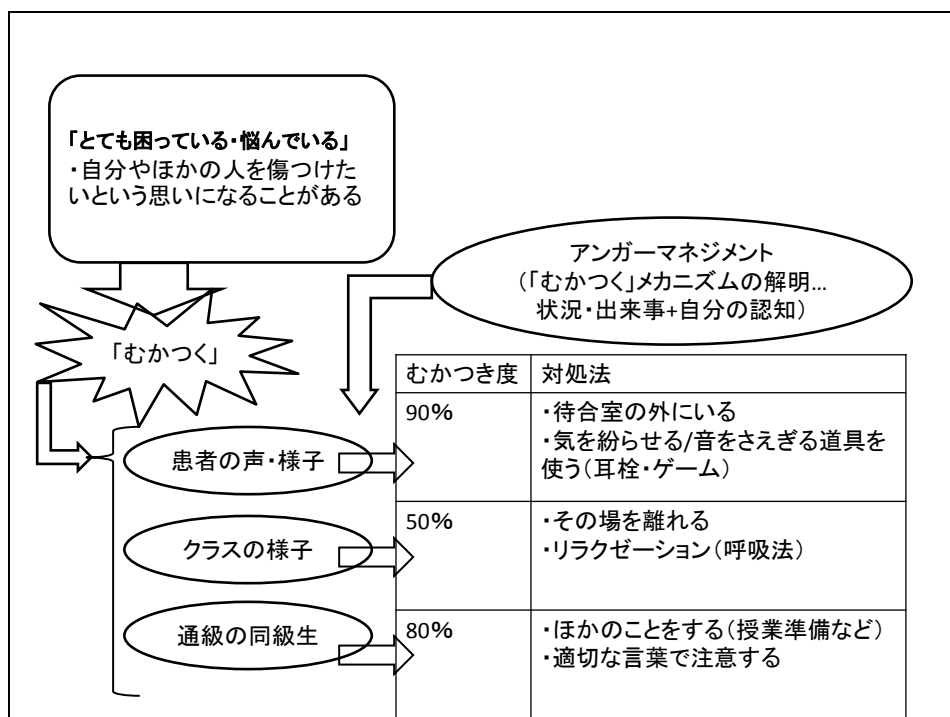


figure9.13 図示による問題の整理 (第6回面接)

3) 第3期(#12~19)進路に意識を向け学習の動機づけを高めていった時期

このころには中学三年に進級し、高校進学のための学習や進路選択に関する相談が中心となった。第12回面接で、Aからチックの起きている部位の痛みについて報告されたため、痛みが強まるようなら専門医へ相談するよう勧めた。その後医療機関に相談し処置を受けた結果、第15回面接までの間に痛みは寛解した。2学期前まで(#12~15)はいくつかの高校を見学したり、候補に考えている学校の特徴を比較して検討したりしながらも、学習に対しては今一つ意欲がわかず十分にできていないという状態であった。

(この時点で、支援方針に基づき自身の勉強について達成度を評価させたところ、40%くらいと評価した。) 第15回面接で、具体的にどのような行動をとれば内申点の向上や学習時間の確保ができるかを話し合い、2学期からは「授業中の挙手を増やす」「帰宅後から夕食までは机に向かう」という目標を設定した。

2学期以降(#16~19)は、その時点でのAの内申点からすると少しレベルの高い高校への進学を希望し第一志望とした。このころから徐々に学習意欲が向上し、「勉強はがん

ばれている。息抜きしながらやっている。」と語っていた。また、2回の定期テストの成績がAにとって満足いくものであったことも、受験勉強の動機づけを高めたと考えられた。他方で、家族から感情表出の乏しさを指摘されることがあり、気にする様子をみせていた。

第19回面接では、第一志望の高校へ合格したことが報告された。新しい環境へ身を置くことについてどう思うか尋ねると、「あまり得意じゃないけど頑張るしかない」と語った。この回で、初回面接から中学卒業を控えた現在に至るまでをふりかえる語りがある。A自身からもなされ、「2年の途中は大変だった。今はだいぶいい。意外と勉強も最後の方だけだけど頑張った。」とポジティブな語りがみられるようになり、高校への期待感も語られた。そこで、中学卒業を控え自分が今どのような心と体の状態であるかを知り、高校進学へ向けての心の準備をしておくことが必要だと考え、再度「こころの健康気づきチェック」を実施し集計した。その結果、「集中して物事をおこなうことが苦手である」「元気がいっぱいだ（逆転）」の2項目で「とても困っている・悩んでいる」に丸を付けた。そのため、この2項目について焦点化し、対処行動を考えていった。「集中して物事をおこなうことが苦手である」場面は主に学習で、受験勉強中や本を読んでいる時は集中できるが、普通の定期テスト前や予習復習は集中が続かない、とのことだったため、集中力の無さというよりは状況や対象によりむらがあると考えられた。しかし、「ある程度は仕方ないと思っている」と言い、現在は休憩を入れて気分転換を図るという対処をすることができていると語った。そのため、その対処法や考えを支持し、将来的には自分の適性をよく理解し、それに合った進路選択をすることが望ましいと思うと伝えた。「元気がいっぱいだ（逆転）」については、家族からAの表情や感情表現の乏しさについて指摘されることが気になっており、暗いと思われているのではないかと語った。一方で、「おかしくもないのに笑うのは不自然」「無理しても疲れる」と思っている自分もいるとのことであった。そこで、「他者から明るいと思われる自分」と「自然体でいられる自分」の理想的な比率を評価させたところ、30対70の割合で「自然体でいられる自分」により重みづけがなされた。それを受け、対処法としては基本的には自然体で過ごし、初対面の相手や明るい印象を持ってもらいたい場面では笑顔・声を意識してみること、あいさつをすることを提案した。これらの話し合いの後、チェックしてみてどう感じたかを問うと、「でも、よく考えたらあまり困っていることや悩んでいることは多くない」と述べた。(Figure9.14)

第19回面接から6か月経過した時点では、安定して高校へ通学できており、家庭でも自発的に学習する姿も見られるようになったとのことである。医療機関への通院は3か月に1回ペースで続けている。面接の中では、学校で仲良くなった友人とクラブに所属したことを報告するなど、適応した生活ができている様子が語られた。

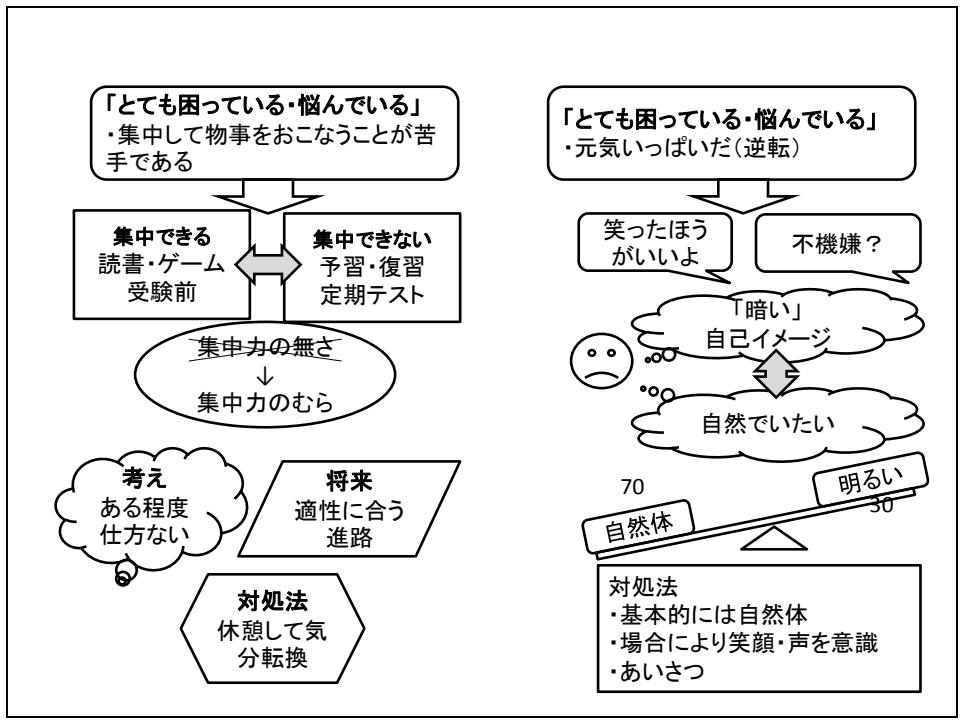


figure9.14 図示による問題の整理 (第 19 回面接)

9.3.7.4. 「こころの健康気づきチェック」得点の変化

第 2 回面接、第 6 回面接、第 19 回面接での状態評価の得点は、全項目合計ではそれぞれ 50、36、29 と推移した。(Figure9.15) 特に、第 1 期はじめに高かった「抑うつ・不安」因子の項目得点が、第 2 期に低下している。全項目、各因子とも、カットオフ得点を超えた時期はなかったが、第 1 期の抑うつ・不安は平均に比べ高く、このような状態の時に早急に対応していく必要性は高いと考えられる。また、全項目の得点も第 3 期では平均値に近い値となっており、A の適応状況の改善と情緒面の安定を反映していると考えられる。

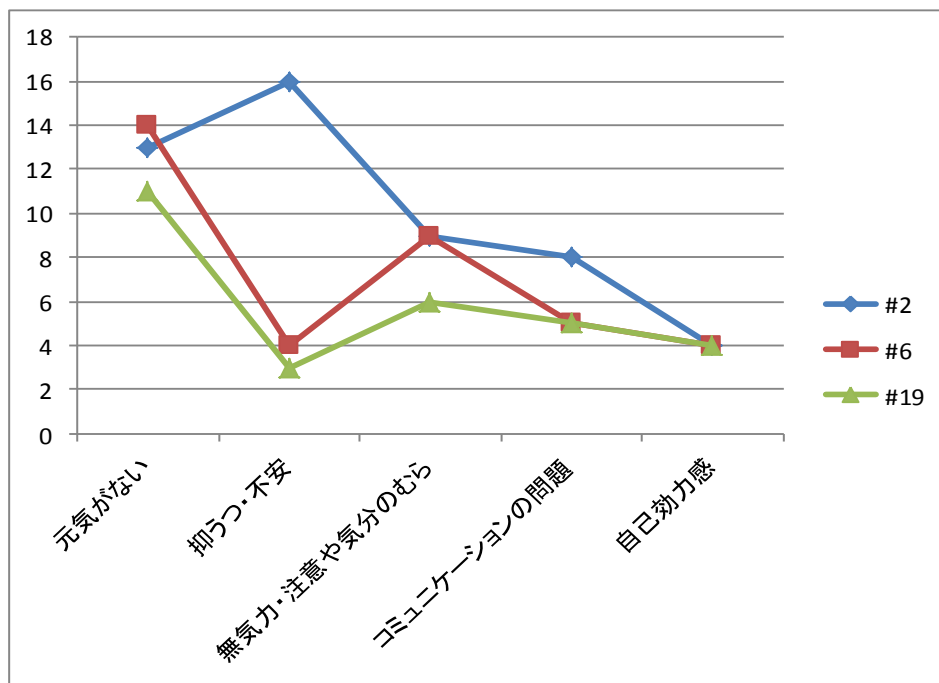


figure9.15 事例7 状態評価得点の推移

9.5.7.3. 保護者面接の経過

第1期には、これまでのAへの関わり(中学受験や受診の遅れ)への後悔の念が語られ、保護者自身も不安定で抑うつ的な状態にあった。保護者の迷いもあり入学当初は通級を見送る形となっていたが、不登校という形で問題が顕在化したことでその必要性を認め利用を開始した時期でもあった。この時期にはAと家族のコミュニケーションもきわめて乏しく、そのことで家族が情緒不安定になり不眠状態になったり、きょうだい児がAにつらく当たられたりしている状況が語られたため、面接場面でのAの様子を伝え、家族のAへの関わり方についての助言をおこなった。具体的には、Aが現在どのような心理状態であるかを保護者への聞き取りと面接場面での様子や語りから考察して伝え、保護者の認知とAの実際の状態がずれている場合には修正をおこなっていった。また、生活場面でどのくらいの負荷をAにかけてよいか、登校刺激をどのようにおこなっていくかについて保護者の迷いが大きかったため、それについても面接や過程での様子から、家庭での声掛けの仕方についてともに考えていった。「家族の一員として最低限してほしいことは淡々と伝える」「今できているところを評価する」など

第1期中盤から第2期にかけては、登校状況が安定したこともあり、学習や学校生活に関する相談が中心となった。この時期は進路や部活の進退に関して選択をしなければならないことがあり、「どちらを選べば後悔しないか」についての意見を求めることがあった。保護者は第1期にみられたように、現在の問題の原因を過去の選択の誤りによるものとする傾向があったため、どちらの選択肢を選んでもメリットとデメリットの両方

があり、最終的にはA自身の選択した結果を支持していかれると良いのではと助言した。また、学習面での取り組みにやや物足りなさを感じてつい勉強するよう言ったり、コミュニケーションを注意したりしてしまうけれども、それによりまた状態が悪化してしまわないかを心配しているという葛藤し揺れ動いている状態であった。

第3期には、Aが安定した状態を維持していたことで、保護者自身の精神的な余裕が生まれた。また、Aが決めたことや生活リズム（学習や睡眠など）を尊重し、過度なかわりや心配が減じた時期でもあった。第19回面接では、「ずいぶんとしっかりしてきたように思います。」「結構自分で考えてやっているようです。」と語り、保護者が一歩引いてAの行動を見守る関係ができ始めていることが伺われた。

事例7

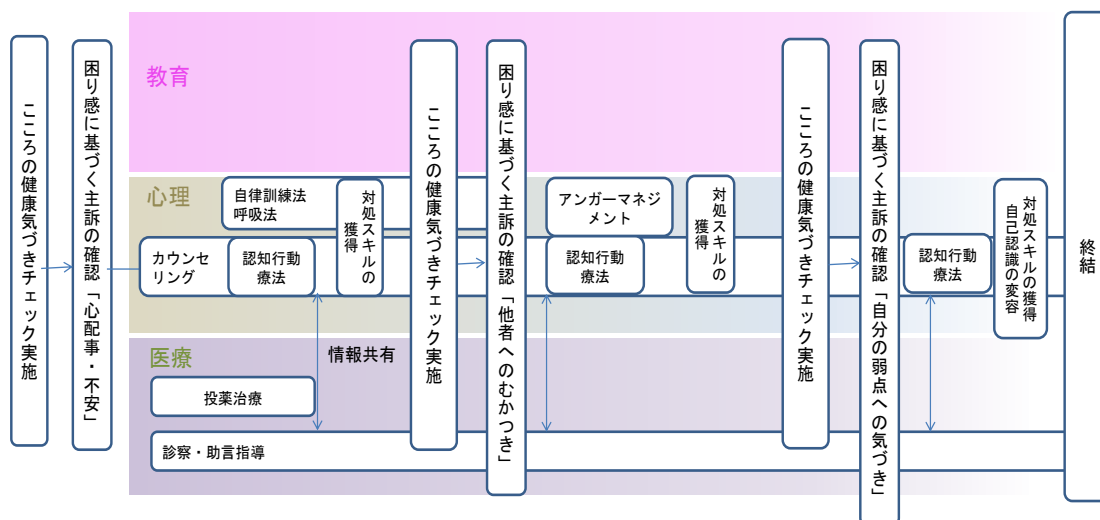


figure9.16 事例7 支援フロー

9.3.8.事例 8

9.3.8.1.面接までの経緯

B (介入開始時 17 歳)、高校 2 年女子。既往歴なし。中学校在学中は学業不振で部分登校の状態だった。高等学校入学後、1 年次は登校し 2 科目を除いて単位を取得することができたが、2 年生に上がってからは学年の後半にかけて徐々に欠席・遅刻が増えてきた。担任が話を聴くと、「原因があるというわけではないが、学校へ行きたくない」「勉強についていけない」「疲れてしまう」と話したとのこと。2 年生 3 学期には週に 1 日ほどしか登校せず、ほとんど単位を取得する見通しのたたない状況であった。学習面では全体的に理解がゆっくりであり、耳で聞いただけでは理解できていないことが多い。しかし、B が在籍する学校は単位制高校で生徒の学力の幅が広く、習得度別の基礎的な科目を中心に履修していたこと、比較的小となしく授業中の態度は至って真面目であったことから、顕著な学習面、行動面の遅れや偏りはみられておらず、何とかついていけているようにみえたとのことである。担任から見て、学校に行きたくない理由がはっきりとしないと感じられている。学校に来ている時は対人関係も良く、楽しそうに過ごしているように見えるとのこと。

家族構成は本人、両親。X 年 3 月の初回面接では、やや人見知りするようなところがうかがえたが、穏やかに笑顔を交えたコミュニケーションを取ることができる。語彙が乏しく、考えながらぽつぽつと話す。担任は、「本人が学校に来ることができるために、どのような配慮が必要なのか知りたい」「本人が学校に来ない背景に心理的要因があれば、それを解決してほしい」と考え、B に SC を紹介し、面接につながった。

9.3.8.2.アセスメント

WAIS-III : (CA17:09) FIQ75、VIQ82、OIQ72、VC84、PO70、WM69、PS94。身近な語彙や生活に即した一般常識の理解は比較的良好であるが、暗記的知識や短期記憶による情報の処理などは不得意である。また、パターンやルールが途中で少し変わった場合に混乱しミスをすることが複数の下位検査においてみられた。概念やイメージを他者と共有したり、一般的常識に則って行動したりすることは比較的得意であるものの、一般的な能力と記憶や視覚的認知に弱さがあるため、課題や作業を行う際には一見理解しているように見えて実際にはできない、ということが起こり得ると考えられた。

9.3.8.3.面接の経過

1) 第 1 期 (#1~3) 学校への緊張や不安が高まり情緒不安定になっていた時期
第 1 回面接で実施したチェックでは、状態評価で「抑うつ・不安」が高く、困り感評価では「心配なことがある」「ちょっとしたことで悲しい気持ちになる」「無気力で何もする気が起きないことがある」「逃げ出したいような気分がする」に 3 をつけた。実施後チェックの内容を B とともに振り返り、これらの項目について思うことを話してくれる

よう促した。すると本人は、「授業を聴いていてもよくわからない。学校に来るのが辛い。」
「学校の人に会うと緊張する。」と語り、「(学校に) 来なきゃいけないとは思うけど、いざ行くとになったらどうしてもいけなくなってしまう。」と述べた。こうした不安や緊張は、不登校生徒に特徴的な心性であり、直接関与する原因を特定することが容易ではないこと、Bのアセスメント結果から、Bの不適応の背景に環境と知的能力とのミスマッチングがある可能性があることを考慮し、SCはその場で解決を目指した介入をおこなうことは控えた。そこで、本人との話し合いをおこない、当面は「悩みや心配事を相談する場として利用する」「面接に来ることで登校リズムを維持する」ことを目的に、定期的なカウンセリングをおこなうこととなった。(＃1～3の間は月1回ペース、その後は2週間に1回ないし週1回ペースでおこなっていった。) 第2回面接は、第1回面接から1か月程度経過した時点であり、Bは3年生に進級していた。4月からはがんばろうと思い始業式から2週間続けて登校していたが、「その後疲れが出て、家で立ち上がれないほどの貧血になってしまい、その後1週間休んだ。連休明けからはまた登校しなくてはと思っている」と話した。SCは、Bが頑張って登校したことをねぎらい、新しい学年になっても辛さや緊張がおきているか尋ねたところ、Bは頷き、「学校に来た時もあるし、家においてそのことを考えてしまうと辛くなる。」と話した。SCからは、3月までのBの登校のペースと比べても、新学年になってから少し無理をして頑張りすぎたのではないかと伝え、連休中は休養を取り軽い運動や家庭学習等を家で行い、連休明けから部分的にでも登校してみることを提案した。第3回面接では、父を伴って来室した。そのため、前半30分をBと、後半20分を父子同時で面接をおこなうこととした。Bからは、前回の面接後に授業を受けようと教室まで行き、担任の後押しで入ったものの、冷や汗が出て落ち着かず非常に緊張したというエピソードが語られた。＃3当日も学校への通学路や廊下を通る時にとっても緊張し、その場にいられないという気分になったとのこと。家では時々「学校にいかなくては」と思うが同時に無理だとも感じられ、もやもやとした苦しい気持ちになる。夜ひとりで散歩に行き、1時間ほど歩いて帰ると少し落ち着く。日中は起き上がれず、横になって過ごすことが多いと話した。このまま単位が取れないと、留年を続けたとしても卒業は難しいと保護者と担任が話していたことを保護者から聞き、転校したほうが良いかもしれないと考えている、と話した。父子同時面接の中では、父から最近Bに対して、「きついことを言って」叱咤してしまったということが語られた。父としては「ここで言わなくてはという危機感」があったとのことである。SCからは、抑うつ的な症状が疑われることを伝え、医療機関の受診を勧め、進路については現在の不安定な時期でなくもう少し回復し落ち着いてから考えたほうが良いと助言した。父は本人の症状や気持ちに理解を示し、休養を取らせ無理をさせず医療機関のケアも受けながら回復を目指すことを理解した。この回では、Bとの面接中、SCから共感的言葉がけをおこなった時や、Bに確認したうえで父にBも単位の事を気にしていることを伝えた時に、Bは涙を流す場面があり、情緒面の不安定さがうかがえた。

2) 第2期(#4~7) 不登校が続き精神的不調が高まった時期

第3回面接から1週間経過後の第4回面接では、前回の情緒面の不安定さが気になり、「こころの健康気づきチェック」を実施した。その結果、状態評価では「抑うつ・不安」因子得点と全項目得点がカットオフ値を超えて高く、困り感評価では「失敗することが怖い」「心配なことがある」「たくさんの方がいるとどうふるまってよいかわからない」「とても退屈な気がする」「人に期待されているようなことをする」「勉強や生活の中で不注意なミスが多い」「無気力で何もする気が起きないことがある」「逃げ出したいような気分がする」に3を付けた。チェックの結果からは精神的不調や不適応感が高いことが示唆され、体調不良（頭痛・腹痛・不眠）が起きていることも本人から報告された。不登校は継続しており、家での生活や気持ちも#3同様の状態が語られた。この回では家族（父、母）の話が語られ、Bが父に信頼を寄せていること、父と話し合っ「最低限のことをしようと思った」ということが語られた。具体的に最低限の事としては、徐々に短時間でも学校に行く時間を増やすこと、まだ単位取得できる可能性のある科目だけでも出席するよう頑張ってみることを挙げた。SCは、Bが自身に課した「最低限のライン」をクリアできなかった場合、さらに自信を失い、自己肯定感が損なわれることを危惧したが、Bの意志を尊重し、心身がエネルギーを失っている状態なのでその回復が一番大事であることだけを伝え、この回を修了した。第5回面接では、睡眠がやや改善したこと、外出は時々しているが疲れやすく寝ている時間が長いことが報告された。登校時の不安や緊張は依然として強く、他の生徒に会うのを怖がった。これまで緊張した時や不安になった時どう対処していたかをSCが尋ねると、「誰かについてきてもらったり、我慢してやり過ぎたり。緊張する場面そのものをなるべく避けてきていたかも。」と語った。そこで、緊張を解きほぐすため、セーフプレイワークと呼吸法を用いたリラクゼーションの練習をおこなった。Bは練習に前向きに取り組み、自身の呼吸が浅くなっていることに気付くことができた。また、終了時には自分のイメージと息の仕方で緊張が緩むのを感じたと感想を述べた。第6回面接では、#5からの間で2日間学校に行くことができたと報告があった。ふと「行けるかも」と思い立ち、「学校に来てみたらやっぱりとても緊張したし、帰ってきてもすごく疲れたけど、嫌な感じの疲れではなくスッキリした感じだった」と感想を述べた。「このまま続くとは思えないけど、なんかそういう気持ちになることがあった。」と語った。SCは、この件に対して驚き・感心したことを伝え、＜無理に気持ちを奮い立たせたり、できなかったからといって自分を責めたりせず、こんな風に考えが自然におこるタイミングを待ってみてもいいのかも知れないね＞とフィードバックした。第7回面接はBが予定を入れていたため、医療機関受診予定の確認と、受診の流れの説明をおこない、20分程度で面接を切り上げた。

3) 第3期(#8~11)不登校状態は継続したが精神的な安定が図られ始めた時期

第8回面接は、夏休み明けすぐに実施した。夏休み中は体調、精神状態ともに落ち着い

ており、家族や友人と複数回外出をすることができていた。頻繁な頭痛やだるさもおさまり、睡眠も安定して取れていたそうである。寝る前にやや気持ちが沈むことがあったが短時間で入眠するためさほど気にならなかったと話した。学校へ久しぶりに来たところ、やはり不安が大きくほかの生徒に会うことへの抵抗感は強かった。この回では、Bのほうから気になること（名前を覚えるのが苦手だがどうしたらよいか、〇〇を見ていたら自然に心地よい涙が出てきたがそれは心理的にどういうことか、など）を質問してることがあり、SCはBと話す中で対処法や解釈を伝えた。このように面接場面で本人が自身の困りごとについて主体的に表明し、SCと話すというかわりにはこれまでになく、そのためこの変化からはBの意欲・興味の向上が伺われた。第9回面接では医療機関を受診したことが報告され、適応障害と診断がなされた。医師から提示された治療方針として、①睡眠の記録を取り傾向・ペースを把握し治療する、②不安に対しては頓服薬を処方し、病院でのカウンセリングも並行して行う、③進路については学校に残ることと転校することを両方視野に入れて考えていく（具体的にはスモールステップで登校練習をし、同時にほかの学校の資料を集めてみるなど）ということを示されたと言った。医師に対する印象もよく、2~3週おきに通院することになった。それを受け、この回ではスモールステップでの登校練習のため、不安を感じる状況を整理して不安階層表をSCとともに作成することを提案したところ、Bは「やってみる」と受け入れた。

(figure9.17)「教室に皆がいる中で授業を受ける」を100、「担任またはSCと、人がいない時にアトリウムを散歩する」を最も低く評価した。第10回面接では、「こころの健康気づきチェック」を実施した。その結果、状態評価では因子得点、全項目得点共にカットオフ値を上回るものではなく、3を付けた項目はみられなかった。チェックを付けてみてどう感じるかを尋ねたところ、「2学期になって学校はほぼ来ていないけど、家でもやややすめることはだいぶ減った。1学期より落ち着いていると思う。」と話した。進路について担任と話をし、現在の単位取得状況だと、5、6年を目標に卒業を目指すことになる、来年の4月以降登校できるかどうかをみて、学校に残るか転校するかを考えてはどうかと提案されたとのこと。本人は、5年以上かかるのであれば通い続けるのは厳しいと感じており、他の進路を具体的に（学校名等も挙げながら）模索しようとしていることが語られた。SCからは、進路をどうするか決定する期限を決めてそれに向けて準備するのは良いと思う、と伝えた。第9回面接で作成した不安階層表を基に、「アトリウムでSCと5分程度座っておしゃべりをする」ことを練習した。その際、アトリウムにいた時には緊張した表情であったが、他の生徒がBの視野に入らない席についてSCから雑談を振ると、次第に気にならなくなったのかいつも通りに話すことができていた。練習を終え玄関に送っていく途中で、Bのクラスメートの女子2名がBに気付き、駆け寄って話しかけた。その場でBはその女子たちと話はじめ、SCに対し「ここでいいです。」とあって別れた。第11回面接では、前回の練習の振り返りをまず行った。「ほかの生徒がいるアトリウムにいた時には、“どうしよう、いやだな”と思った。でも、

SC と話し始めると緊張が解け、普通にその場にいることができた。帰り際クラスメートが駆け寄ってきてくれたのはうれしかった。その後ベンチで少し話をして、その間は少しずつ緊張が解けて安心していられた。」と語った。SCからは、行動療法の理論に基づき緊張する場面に慣れるメカニズムを簡単に説明するフィードバックをおこなった。また、この回では、前週の遠足と事前学習に参加することができたこと、遠足当日は緊張や不安は初めの時だけで、自由行動の間は他の生徒に会うことができなく安心して過ごせたことが報告された。また、そのほかに、Bから容姿に関する相談がなされ、運動や食事、間食についての助言をおこなっていった。これに関しては、思春期の女子に標準的にみられるダイエットの相談の範囲であり、Bとアイデアを出し合いながら「間食の回数・時間を決める」「財布にお金をあまり入れない」「我慢できたら自分にご褒美を挙げていいという決まりを作る」といった方法を考えていった。この回の終了時には、Bとの話し合いをおこない、今後の方針として、「緊張や不安を減らすワークを継続しておこなう」「HR、カウンセリングの時にはできるだけ登校する」「出られそうな時間があれば出席してみる」「転校する場合のリサーチを始める」という4点を決めた。現在、授業への参加はまだできていないが、カウンセリングには定期的に通い、不安階層表を用いた系統的脱感作法とリラクゼーション練習、現実的問題（進路、家族や自身について）の相談をおこなっている。

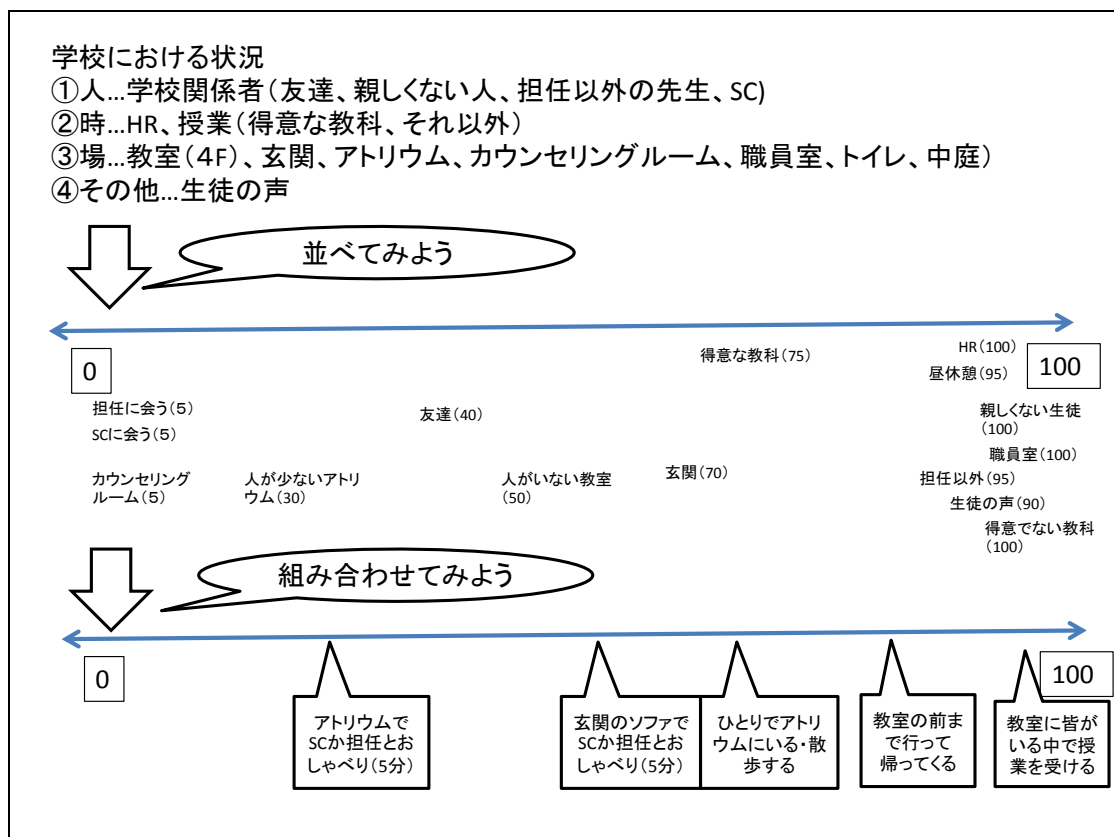


figure9.17 図示による問題の整理 (第9回面接)

9.3.8.4. 「こころの健康気づきチェック」得点の変化

第1回面接、第2回面接、第3回面接での状態評価の得点は、全項目合計ではそれぞれ 51、58、38 と推移した。(figure9.18) 第3回面接の実施で、全項目と合計得点と「抑うつ・不安」因子得点がカットオフ値を超えている第3期ではすべての因子得点と全項目得点が第1期、第2期に比べて減っており、Bの適応状況の改善と情緒面の安定を反映していると考えられる。

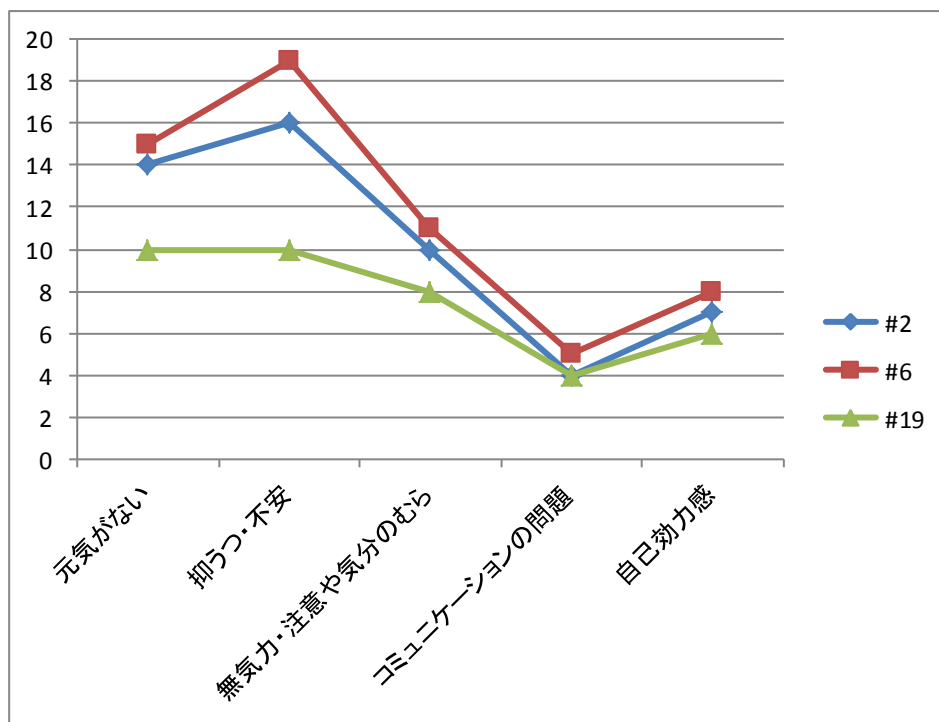


figure9.18 事例 8 状態評価得点の推移

3. 学校・医療機関・SCの連携の経過

第2回面接の時点で、前月に実施したアセスメント結果(WAIS-III)が学校と本人にフィードバックされており、精神科校医との面接も実施されていた。その後、校医、担任、特別支援教育コーディネーター、SCの間で検討を行った。その結果、軽い抑うつ状態であり、発達検査の結果は精神症状にも影響を受けている可能性があること、そのため早急に医療機関につなぐ必要があることが共通理解された。そのうえで、学校とのつながりを維持するために、定期的な面接の機会を設定し、カウンセリングを行っていくことが支援方針として決定された。SCはその方針に基づき、医療機関へのリファールをおこない、本人を通じた医療機関の治療方針を確認しそれに基づいて介入方法を検討・実施していった。リファールに当たっては、校医が紹介状を書き、養護教諭が間に入って働きかけたため、医療機関の選択と予約、受診に至るまで1学期間を要したものの、確実につながることができたと考えられる。また、毎回の面接の後、SCからはコーディネータ

一を通して学校へ本人の状態と医療機関からの情報を踏まえた報告をおこなっており、学校が本人の状況を即時的に把握する一助となった。ただし、今後の連携における課題として、義務教育ではない高等学校で不登校により単位取得ができていない本ケースのような例では、転校も視野に入れた支援が必要になってくると考えられる。本研究で報告した段階では、軽い抑うつ状態と境界知能が併存している状態であり、本人が学習に困難さを感じていることから、引き続き今の学校で卒業を目指した支援が継続されることが必ずしも望ましいとは言えない。不登校状況が改善され、抑うつ状態が快方に向かった場合にはそれでよいだろうが、この状態が固定化するようであれば転校を考える必要が生じてくるだろう。本ケースではそのおおよその区切りの目安を、本年度の終わるか次年度はじめと学校側・本人が考えている。そのため、それまでは両方の可能性に対処できるよう、両輪での支援を続けていく必要があると考える。

事例8

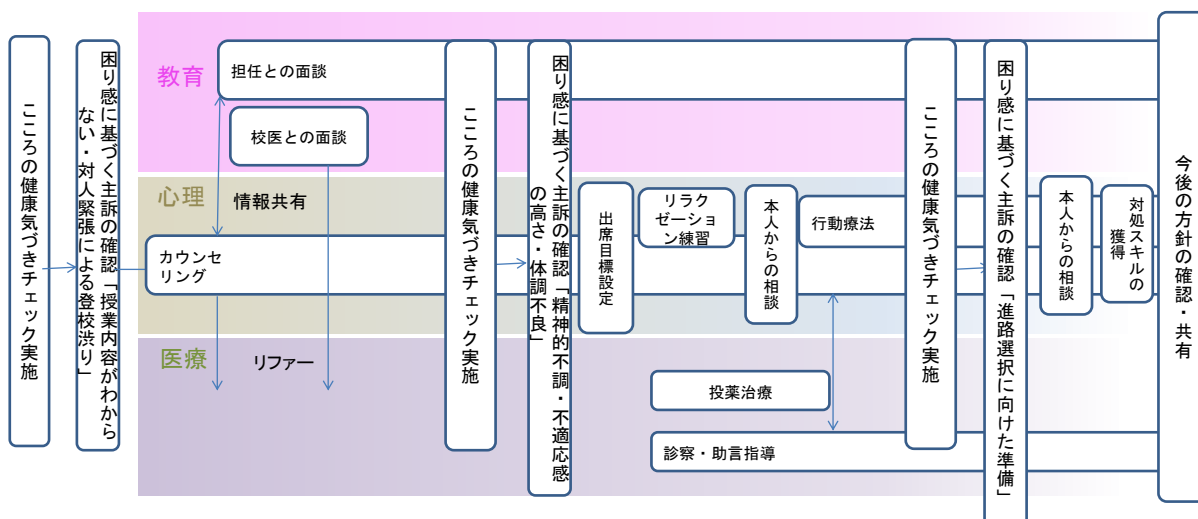


figure9.19 事例 8 支援フロー

9.4. 考察

9.4.1. 「こころの健康気づきチェック」の活用

今回の8事例で使用した「こころの健康気づきチェック」は、精神的不調や不適応行動の兆候を早期にとらえ、支援につなげるためのツールとなることをめざし作成されたものである。状態評価項目の得点がCO得点より高い場合にはリスクがあると考えられ、その内容と強度をある程度把握できる。CO得点を超える場合には何らかの問題が生じている可能性があると考えられるが、今回の事例2~7のように因子得点、全項目得点のいずれもCO得点を超えていなくても平均とくらべて明らかに高い場合、すでにリスクがあることが疑われる。また、困り感尺度で3をつけた項目を取りあげ、本人に対して率直にこの「とても困っている・悩んでいる」ことについて話してほしいと伝えることで、本人の中で問題が焦点化することが複数の事例でみられた。そのような場合には、その問題に対して解決志向型エビデンスベースでのアプローチをおこなっていった。こうしたことから、初回面接で早期に問題の絞り込みをおこないそれに取り組むことで一応の解決の方向性が見え、単発の相談で終結したと考えられる。

事例1の主訴は勉強に関することであり、「こころの健康気づきチェック」を実施したところ、得点は平均と大きな隔たりがなく、健康度の比較的高い事例だと考えられた。SCは本人の話とチェックの結果をもとに、「困りごとについて一緒に考える」「良いアイデアを出す」という役割を担う必要があると考え、具体的な勉強の方略をともに考えた。自身の特徴（人と違う興味関心）についても肯定的に受け止めており、周囲からも受け入れられていると感じているケースであり、適応状況は良いと考えられる。

事例2は、部活での自身の立場の変化（初めての重要な大会への出場、与えられた役割）にたいして不安を感じているケースであった。チェックを実施したところ、「無気力・注意のむら」が平均より高く、困り感尺度では8項目に3を付けた。表面上の語りからは不安や心配が主に部活に対して向けられていたが、そのほかの場面でも集団への不適応感や自身の状態への困り感も同時にあるのではないかと考えられた。チェックの結果をふりかえる中で、本人は大会や役割に対して自身の気持ちを整理し、前向きにこの変化を捉える視点を得ることができたようである。

事例3は、パニック発作への予期不安がみられるケースであった。チェックを実施したところ、「抑うつ・不安」が平均より高い得点となり、その他の因子得点は平均以下~平均程度であった。困り感尺度に3を付けた項目について、自身の言葉で相談内容に関連付けて説明をすることができ、その後の認知行動療法による例外探しや反証も積極的におこなうことができた。このケースのようでは問題が生じている場面、介入対象（思考・行動）が明確であったため、介入の方向性を見出し解決のための具体的な手立てを提案することができたと考えられる。

事例4は、中学校時代に不登校で、高校での学校生活になじめず欠席を続けているケースであった。チェックを実施したところ、各因子得点、全項目得点共にカットオフ得点

を超えるものはなかったが、「注意や気分のむら」が平均より高く、困り感尺度では 5 項目に 3 を付けた。担任からすすめられて来室したケースであり、相談意欲が低い状態であったためか、困り感尺度の高い項目について話してもらっても、本人が何に困り・悩んでいて、どこを改善したいと考えているのかがつかみきれなかった。このようなケースでは、初回面接のなかでチェックを用いたとしても、その場で問題を見出して適切な介入をすることはおそらく困難であろうと考える。継続して面接をおこない、本人の語りを十分に引き出したうえで、適切な介入方法を探るようなアプローチが必要であろうと思われた。

事例 5 は、対人コミュニケーションの苦手さから集団適応がうまくいかず、単位履修に失敗したケースであった。チェックを実施したところ、「抑うつ・不安」因子で高い得点を示した。困り感尺度で 3 を付けたのは 6 項目であり、その中で「自分やほかの人を傷つけたいという思いになることがある」に関してはすでに過去に自傷や行動化のエピソードを経験しており、その衝動も再び高まっている状態であることが語られた。これについては早急に医療的なケアにつなぐ必要があると考えられた。その一方で、主訴である今年度の過ごし方についての相談は、SC が視覚化しながらともに整理していったが、その介入が奏功したとは考えにくい。なぜなら、介入以前におそらく本年度は授業に出たくないという気持ちが本人の中で固まっていたと考えられるからである。それは、本人にとって受け入れやすい信念（アルバイトや課外活動が人間関係を促進する、授業に出席してもついていけず自己嫌悪に陥る、来年度は心機一転して出席できるなど）のみを信じ、それに反する可能性を認識していなかったことからうかがえる。担任や SC からの助言が本人の思いと異なるものであり、受け入れられなかったと考えられる。本ケースも、初回面接のみでは解決の方向を見出すことは困難であり、継続的なカウンセリングと医療的なケアも含めた支援が必要であろう。

事例 6 では、家族との関係についての相談のケースであった。チェックを実施したところ、「元気がない」因子で高い得点を示した。困り感尺度で 3 と評価したのは 3 項目で、これらの項目に関して、現在疲れているかもしれず、気分・思考が不安定な状態にあると語った。このケースでは、過去の経験や現在の家族との関係について、考えや気持ちが揺れ動いている状態であり、それにより混乱してしまっていると考えられたため、インナーチャイルドワーク (Abrams, J, 1990) の技法を応用した介入をおこなった。その結果、自身にかける言葉として、「大丈夫」「もう十分だよ」という、言葉を見つけることができた。これにより、自分の生活や気持ちを大切にしていよと感じることができたと考えられる。

事例 7 は、医療機関での継続面接と介入をおこなった事例であった。初回面接開始時には非常に言語表現が乏しい状態にあった。加えて、自身の問題や不調についてもはっきりと認識しているわけではなく、漠然としたものであった。こうしたことから、カウンセリングでは「まずはどの問題から取り組むか」という介入ターゲットを絞り、解決志

向型のアプローチをおこなう方針を取ることとした。自身が「とても困っている・悩んでいる」とした項目について話をし、発言や問いを紙に書き出して整理し、最後にふりかえりをする中で、内省が深まる場面もみられた。こうしたことから、カウンセリングの中でチェックをつけ、結果を A 自身にふりかえってもらう中で問題を絞り込んでいくという方法は、本事例では一定の効果があったと考えられる。また、A の自閉症スペクトラム障害による特性は、本事例では症状の理解や介入方法の検討をするために常に配慮すべき事項であった。例えば、初回面接での対人態度の硬さや言語表出の乏しさは、抑うつ状態だけによるものではなく、自閉症スペクトラム障害のコミュニケーションの問題に影響されていると考えられた。そのため、筆者は A が比較的得意である伝達手段の「書く」という方法を用いることとした。また、第 2 回面接では強迫的な観念や行動が、第 6 回面接では他者への怒りやいら立ちがテーマとなっていたが、これらの行動や認知には、自閉症スペクトラム障害の特性である過敏さやこだわりといった特徴が関係していると推測できた。そのため、介入方法を選択するにあたり、それらの特徴を踏まえていく必要があった。特に、洞察や気づきを促すカウンセリングの手法だけでなく、A 自身が環境調整や対処できるための具体的な手立てを提供することを意識的にこなっていった。本人の特性や認知のパターンを変えることが容易でない自閉症スペクトラム障害のある人に対しては、そのような支援のあり方も有効であると考えられる。さらに、A の場合にはアセスメントにより、思考の硬さやパターンの理解、修正のむずかしさがあることがわかっていたため、概念図や数値化により思考の整理をしやすくし、筆者と共に認知の点検とほかの方法・考え方の検討を行った。このやり方は、A に抵抗なく受け入れられ、取り組みやすいものであったと考えられる。

事例 8 は、高等学校での継続面接と介入をおこなった事例である。第 1 期には、学習面の困難さや対人緊張がすでに生じており、その背景には抑うつと境界性知能による環境とのミスマッチがあると考えられた。しかしながら、高校のスクールカウンセラーという筆者の立場からの支援は、本人への心理的援助と教師・保護者へのコンサルテーションが中心であったため、学校医、担任、コーディネーター、医療機関との連携と分担をおこないながら進めていったケースであり、未だ終結していない。ただ、第 1 期にすでに不登校状態で精神的不調の状態にある B に対して、どのような心理的要因や生理的要因が絡んでこうした現象が起きているかを理解する手掛かりを WAIS - III、教師による行動観察、面接と併せて、「こころの健康気づきチェック」を実施することで得られたことは、意味のある事であったと考える。対人態度が受け身で言語表現が豊かではなく、精神活動も低下している状態にあった B は自己表現をあまりせず、担任がいうように「学校に来ない理由がはっきりしない」ととられてしまいうる状態であった。しかし、本人がすでに精神的不調や不適應感を感じ困っていること、知的能力に制約がある状態であることがわかったことにより、単純に登校を促し単位を取って卒業できるよう支援することのみを目標とするのではなく、時間をかけて本人の精神面の安定を図り、卒業とそ

のほかの進路を兼ね合わせてどちらが本人にとってよりよい生き方につながるかを本人が決定できるよう支援する必要があることがわかった。また、第 8 回、第 11 回面接では、本人からそれまでに話題に出ていなかった新たなテーマでの相談がおこなわれた。「こころの健康気づきチェック」を使って本人にとって気になっていることや相談のテーマを見つけ出すのではなく、本人からその時々で気になることを面接の場で話すという形でカウンセリングはすすめられたという点で、事例 7 とは異なっている。これは A の困り感が、主に状況（環境）と自身の認知のミスマッチによるものが多かったのに対し、B の場合では状況（環境）と自身の精神症状や知的能力とのミスマッチによるものであったことが関係しているのではないかと考えられる。つまり、精神症状の回復や知的能力の向上が起きない限り、「不安や緊張で学校に来るのが辛い」「何もする気が起きない」「勉強がわからない」という現象は解決せず、困り感はなくなると考えられる。本人の認知に介入するだけでなく、医療的ケアや時間をかけて環境を変える必要がある。本ケースのように、チェックを実施し困り感は捉えつつも、介入を急ぐのではなく環境整備や支援の目標の見直しに活用するという方法もあると考える。

9.4.2. 結論

本研究では 8 つの事例に「こころの健康気づきチェック」を実施した結果を報告した。これらの事例の中には初回面接で取り組むべき問題がある程度見えたものもあれば、そうでないものもあった。これらの事例に共通していた「こころの健康気づきチェック」のもつ機能は以下の 2 点だと考えている。1 つは、主観的な精神的不調や不適応行動の内容が把握できる「状態評価」により、本人がどのような状態であるかを、相対的かつ個別的に把握することができた。複数の項目が当てはまり、各因子得点や全項目得点で相対的に高い値を示していれば、その人はおそらく何らかの精神的不調や不適応行動が生じているか、リスクのある状態であると考えられた。そのため、そうした人たちをスクリーニングし発見して、早急に支援をおこなうのに役立つという意味で、有用であろう。また、カウンセリング場面で言葉による自己表現をすることに抵抗や苦手さがある人や、限られた回数・時間内での面接でも、効率的にその人の状態を把握することができるという点も活用しやすいと考えられる。2 つめは、「困り感評価」により、現在の状態について本人の捉え方がどうであるかということ把握することができた。これにより、介入をするターゲットとなる問題を絞り込み、焦点化した援助を行いやすくなった。（事例 3,6）また、状態評価と困り感評価を総合してみていくことで、「状態評価得点が高く困り感も高い」「状態評価得点が低く困り感も低い」といった整合性のあるケースばかりでなく、「状態評価得点が高いが困り感も低い」「状態評価得点は低いが困り感も高い」などの組み合わせがおこりうる。このように、自己の状態とそれに対する感情が一致していないケースでは、ほとんどの場面で適応的な行動がとれているように見えても本人にとっては深刻に悩んでいる場合や、精神的不調や不適応行動がすでにあらわれて

いても本人がさほど重く受け止めず援助要求をおこなわない場合があると考えられる。そうした際に、チェックを用いてそのズレを支援者と本人が確認し、必要であれば認知の修正や評価の見直しをおこなうことで、自己理解と洞察が深まると考えられる。これら2つは、全ての事例において同じように機能するのではなく、ケースに応じて異なるであろう。チェックにより得られた情報をそのケースの個別性に合わせて活用し、介入をおこなったり、環境設定や支援方針の検討に活かしたりしていくことが望まれる。

結論

第 10 章

総合考察と今後の課題

本章では、はじめに第1部、第2部、第3部それぞれについて小括を設け、各研究から得られた結果を総括する。次に、本研究の全体としてのまとめをおこない、今後の課題について検討する。

10.1 各章の小括

10.1.1 第1部小括

第1部では、各種学校(病弱特別支援学校、知的特別支援学校高等部、普通科高等学校)における心と体の不調のある生徒へ対する支援の在り方の実態把握のため、調査をおこなった(第1~3章)。これらの調査を通して、各種学校におけるメンタルヘルスの不調および学校不適応行動がみられる生徒への支援と連携の実態把握をすることを狙いとしました。

第1章では、病弱特別支援学校で、精神疾患のある児童生徒の増加傾向、そうした児童生徒への指導法や理解においての困難や課題を教師が感じている傾向がみられた。医療機関との連携は多くの学校でおこなわれているが、学校側からの情報が医療機関に伝わりづらいことが伺われた。

第2章では、知的障害特別支援学校高等部で、精神疾患と発達障害のある生徒の増加傾向が認められる学校が多いことがわかった。医療機関・専門相談機関との連携、保護者との連携で、促進要因と阻害要因の両方が存在し、「医療機関・専門相談との連携の枠組みを設定すること」、「機関間の相互理解をはかり役割分担をして対応に当たること」、「保護者のサポートを並行して行い、理解・協力を得るよう働きかけること」の3点が、他職種連携において重要であることが示唆された。

第3章では、一定数の普通科高等学校で発達障害、精神障害、知的障害(及びその傾向)がある生徒の存在が確認された。一方で、高等学校の体制整備は徐々に進んでいるが、依然として小中学校に比べると遅れがあると考えられる。外部相談機関や医療機関との連携を経験した回答者は半数以下にとどまり、学校外の専門機関との連携推進は課題である。また、心の不調に関するインフォーマルな訴えや会話はなされている学校は多いが、正確な情報や知識を学ぶ機会は学校から十分に提供されているとは言い難い現状がうかがえた。

第1部の調査からは、総じて発達障害、精神疾患のある生徒の在籍および増加傾向がみられ、支援ニーズはあるものの、精神保健に関する情報やサポートにアクセスする機会が十分に提供されているとはいえない状況があると考えられる。

10.1.2 第2部小括

第2部では、支援プログラムを構成する、「自身の心身の状態と支援ニーズを把握するためのアセスメントツール」と「主訴と症状に応じた介入プログラム」の作成のため、先行研究のレビューをおこない国内外の研究動向を整理し、思春期・青年期の人たち本

人と保護者からみた適応状況について調査した。加えて医療機関を受診した思春期・青年期の人たちの主訴と適応状況の調査をおこなった（第4~7章）。これらをふまえ、アセスメントツールやプログラムにどのような機能が必要なかを整理していった。

第4章では、思春期・青年期のメンタルヘルス改善を目的としたプログラムには、大きく分けて、一次予防としてのメンタルヘルスリテラシー教育や精神保健教育を中心としたプログラムと、心や行動の問題がすでに起きている思春期・青年期の人を対象にした介入プログラムの二つがあることがわかった。しかしこれらの中間である、「精神的不調の兆候を感じているが行動や症状として発現しておらず支援を受けていない人」や「環境の問題や発達障害があるなどメンタルヘルスのリスクが高い人」に対する支援プログラムはまだ広く開発・実施されていないことがわかった。また、メンタルヘルスリテラシー教育で得た知識や形成された態度を実生活の中で生かすためには、自分自身がどのような状態であるかを内省的に振り返る必要があると考えるが、自身の状態に気づき理解するためのアセスメントとその後の個別介入を組み合わせたツールの開発はおこなわれていないことがわかった。

第5章では、保護者から見て生活状況に何らかの問題や特徴が平均より多くみられる場合には、特別な教育的ニーズも高く評価されるという傾向がみられ、子どもの心と行動の問題への気づきと実際の受診行動の間には隔たりがあることが示された。

第6章では、「意欲・注意力の低下」と「こだわり・強迫的行動」が同時に高い人や、複数の項目に当てはまる状態像を呈している人が一定数いるということが分かった。また、中学生期と大学生になってからの精神的不調や不適応行動の兆候の継続率については、各項目の一致率は20~67%と幅があり、項目によって継続しやすいものと一過性である場合が多いものがあることが分かった。加えて、状態像の評価と共に、主観的な困り感や不適応感を拾い上げるような視点でのアセスメントの方法を検討していくことが課題であることも示唆された。

第7章では、健康状態の問題と不適応状況が併存する傾向がみられ、不適応状況と身体症状の有無には関係があることが示されたが、不適応状況と身体症状の内容には関係がみられなかった。また、適応のみられない群と不適応のみられる群で連携の方法に有意な差はなかった。こうしたことから、中高生の医療機関への受診には不適応状況の有無と身体症状以外の要因も関係していることが明らかになった。そして、学校において、心身の不調や不適応状況を把握し、医療的支援ニーズの有無の判断や医療機関につなぐための評価ツールの必要性が示唆された。

第2部では、二次予防の段階での支援ニーズの把握や介入プログラムの導入はまだひろくおこなわれているとは言い難いことが分かった。また、中学生期に本人が精神的不調を自覚しているケースが一定数あり、その不調が大学生まで継続している場合があることが分かったが、その一方で保護者からは心と行動の問題への気づきがあっても、そこから医療機関へ受診するケースは少ないこともわかった。さらに、医療機関受診や専

門機関への相談を決定づけるのは本人の症状や問題の程度や内容によるのではなく、それ以外の要因が関係していると考えられた。

10.1.3 第3部小括

第3部では、心と体の不調に気づき支援につなげるためのアセスメントツールを開発し、中高生の事例に対し適用し、支援プログラムを構成・実施してその効果検証を行った。(第8~9章)

第8章では、作成した「こころの健康気づきチェック」が、「元気がない」、「抑うつ・不安」、「注意や気分のむら」、「コミュニケーションの問題」、「自己効力感の低さ」の5因子で構成された尺度であることが確認された。また、本尺度を使用することで、対象者の精神的不調と不適応行動の有無を主観的な視点から評価することができると考えられた。

第9章では、8事例で「こころの健康気づきチェック」を用いて介入をおこなった。その結果、すべての事例で主観的な精神的不調や不適応行動の内容が把握できる「状態評価」により、本人がどのような状態であるかを、相対的かつ個別的に把握するのに役立てることができた。加えて、「困り感評価」により、現在の状態について本人の捉え方がどうであるかということ把握することができ、それにより支援ターゲットとなる問題を絞り込み介入をおこなうことができた。また、状態評価と困り感評価を総合してみていくことで、記入者の自己理解と洞察が深まることもいくつかの事例でみられた。

以上のことから、

10.2. 総合考察

本論文の各章から得られた結果をもとに、心理・教育・医療の連携による学校精神保健における支援プロセスのモデルを構築した。中村(2010)は、特別支援教育の場での支援を検討する際、①児童生徒に関する実態の把握、②実態の多面的な分析、③支援内容の選定、④対応方法の決定、⑤対応内容や結果の検証等の過程を設定して問題解決を図るとし、これを「Plan-Do-See」や「PDCA (Plan-Do-Check-Act)サイクル」という一連の過程の視点からとらえた。そこで本研究もそれらを参考にモデルを作成したものである。具体的な支援のすすめ方は、はじめに包括的アセスメント実施による実態把握があり、この段階で本研究の中で作成した「こころの健康気づきチェック」を中心とした生徒本人の困り感と問題・症状を把握する。次に本人との面接および教育・心理・医療の担当者間での検討により、支援の内容と目標、具体的な支援プログラムを決定する。そののち、各領域で介入をおこない、必要に応じて連携をしながら支援を進める。一定期間経過後または問題行動や症状の変化により、再度アセスメントを実施し支援方針や方法の再検討をおこない、再び支援プログラムを選択・実行する。この過程を繰り返して、個人の適応の向上及び問題行動や症状の改善を目指す。

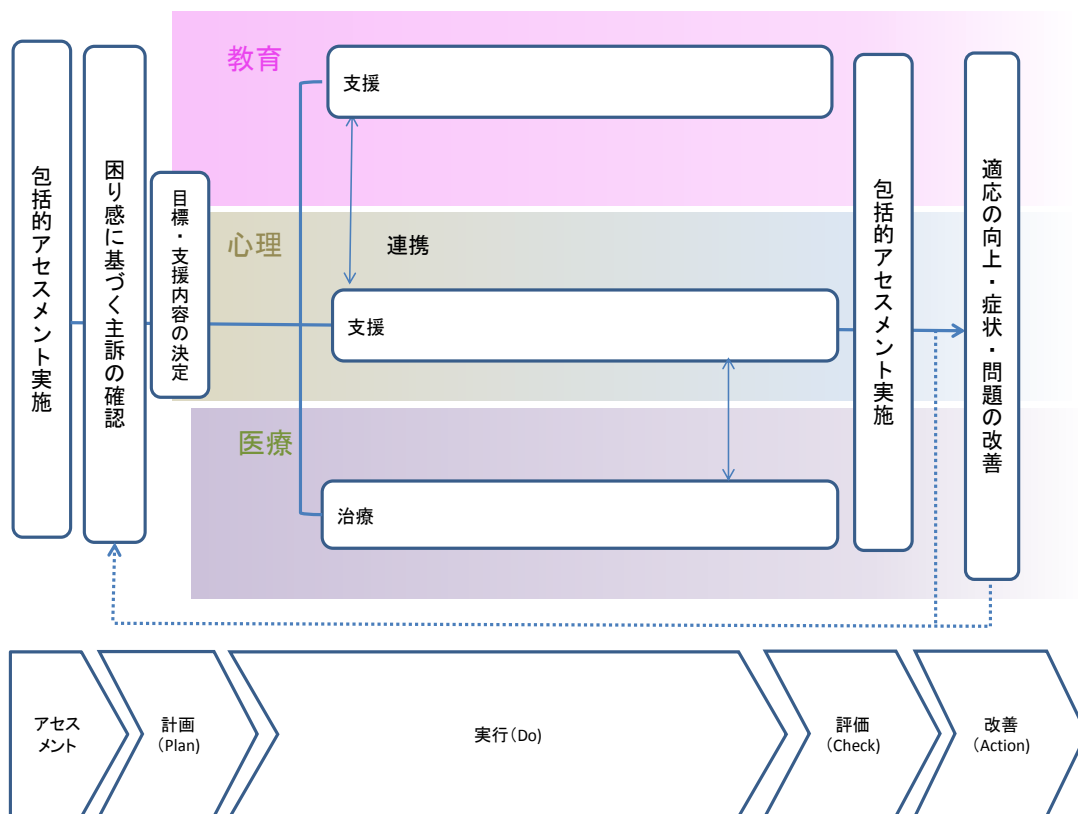


figure10.1 心理・教育・医療の連携による学校精神保健における支援プロセスのモデル

本研究で開発したアセスメントツールである「心の健康気づきチェック」は、自己の状態を主観的に評価する尺度と共に、そのことで現在自身がどの程度困り感を感じているかの重みづけをおこなうことができるような機能を持つ尺度をそなえていることが最大の特徴であると考えられる。これにより、支援ターゲットとなる症状・問題が同時に複数起きている場合に優先的に介入をおこなうべきものはどれかを選択する手掛かりになると考えられる。また、本人の感じている症状・問題の程度とそのことについての受け止め方にかい離がある場合、何らかの認知的ゆがみや自己理解の問題が生じている可能性もあり、児童生徒へ支援をおこなうに当たって理解をより深めることが可能となる。そうした意味で、本研究で開発された「心の健康気づきチェック」と支援プロセスモデルは、学校精神保健活動の中でスクールカウンセラー及び心理学的専門性を有する相談担当教諭が中心となりチーム援助にあたる際、一定の有用性があると考えられる。

本研究で構築されたアセスメントツールとプログラムの関係は、このようなモデルで表現することができる。まず、不適応や精神的不調及びそのサインを示す生徒の存在があり、次にその生徒の支援ニーズとおかれている環境、支援体制がある。このレベルでは、環境や支援体制、支援ニーズは、ケースごとにバランスが異なっていると考えられる。その次の段階で、支援アプローチとしてアセスメントツールを実施しその生徒の不

調の程度と内容を把握し、本人との協議の元で具体的な支援方法を決め、それらを元に校内および校外の関係する支援者と連携・調整して支援方法の選択・実施をおこなうという流れとなる。このような本人の状態を把握することに加え、協議の中で本人の希望や困り感に寄り添い、主体的な決定を尊重し合意の上で支援内容を決めていくことを目指す。よって、本研究で構築された支援プログラムは、石隈（1996）、西田（2008）らの提唱する教育援助サービスや学校精神保健アプローチの段階移行の部分で役立てることができると思う。

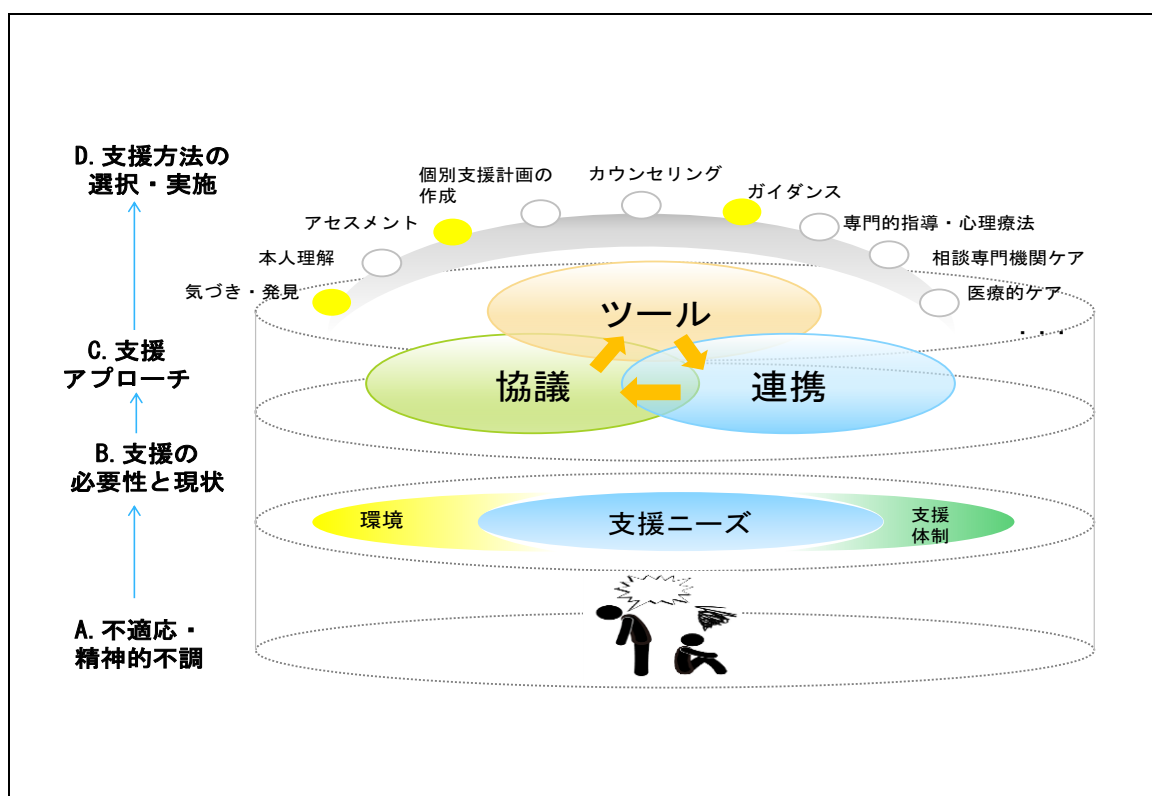


figure10.2. 本研究で構築された「心と体の不調」早期発見・教育支援プログラムモデル

10.3. 今後の課題

本研究において見出された今後の課題は、以下の3点である。

第一に、各調査の中で回収率が低い調査が複数あり、対象者や対象校の傾向を把握し切れているとは言い難い。そのため、本研究で得られた結果はその制約を考慮する必要がある。

第二に、作成したアセスメントツールの適用対象として想定している中学生・高校生期の中でも、精神的不調や不適應行動の現れ方は学年によって変化していくことが考えられる。本研究では実施対象が限られており、中学生・高校生期の全体的傾向を把握するには至らなかった。今後はさらに多様な年齢層を対象に利用可能性を検討していく必要

がある。

第三に、本研究では、アセスメントツールと支援プログラムの両方を適用して介入を行った対象が 8 事例と限られているため、アセスメント結果による支援プログラムの選定・作成に関して、統計的手法による分析や検討が加えられなかった。今後はさらに事例を収集し、アセスメント結果により得られたプロフィールと支援プログラムの効果をより詳細に検討したい。

本研究でおこなわれた実践研究のなかで、構築されたプログラムとチェックシートを活用することで得られた情報や知見を、各ケースに還元することができた点では一定の成果をあげることができたと考える。今後は教育フィールドでより精神保健に関する関心や意識を高めるための取り組みをすすめ、こうした具体的な技法やツールに関する理解促進と実践をおこなっていくことが望まれる。それにより、校内支援体制の整備がはかられ、精神的不調や不適応行動のある生徒への支援レベルの見極めが迅速かつ簡便になることで、早期発見・対応につながるであろうと考える。

文献

- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities(2010)
Intellectual Disabilities: Definition, Classification, and Systems of
Supports(11th Ed.),Washington DC: AAIDD(太田俊己・金子健・原仁・湯汲英史・
沼田千紘子(訳) (『知的障害一定義, 分類および支援体系』日本発達障害福祉連盟),
2012, p1-25.
- Birleson, P(1981) The validity of depressive disorder in childhood and the
development of selfrating scale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34,
851-867. 1981
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The
epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and
public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44, 972–986.
- Essler, V., Arthur, A., & Stickley, T. (2006). Using a school-based intervention to
challenge stigmatizing attitudes and promote mental health in teenagers. *J
Mental Health* 15: 243–250.
- Fletcher, J. M. (2008). Adolescent depression and educational attainment: Results
using sibling fixed effects. *Health Econ*, 17, 1215–35.
- Foster, J. (2010). *Your life: Co-ordinator's File* (pp.3–4). London: Collins.
- Foster, J., Foster, S., & Richardson, K. (2010). *Your Life: Student Book* (3rd ed.). (pp.
1–5). London:Collins.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumberger, B. 2001. The prevention of
mental disorders in school-aged children: Current state of the field *Prevention
&Treatment*. 4. Article
- Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T., & Goodman, R. (2005). *Mental health
of children and young people in Great Britain, 2004*. Basingstoke, UK: Palgrave
Macmillan.
- Hightower, A. D., Cowen, E. L., Spinell, A. P., Lotyczewski, B. S., Guare, J. C.,
Rohrbeck, C. A., & Brown, L. P. (1987) *The Child Rating Scale :The development
and psychometric refinement of sociometional self-rating scale for young school
children*. *School Psychology Review*. 16, p239-255.
- Haydon, D., King, P., & Moorcroft, C. (2011). *Citizenship and Personal, Social and
Health Education: BOOK 1–4*. London: Collins.
- Haydon, D., King, P., & Moorcroft, C. (2011). *Citizenship and Personal, Social and
Health Education: Teachers guide BOOK 1–4*. London: Collins.
- Jorm AF : *Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental*

- disorders. *British Journal of Psychiatry*. 177 : 396-401, 2000
- Joa, I., Johannessen, J. O., Auestad, B., Friis, S., Mc- Glashan, T., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, — 47 — E., Veglum, P., & Larsen, T. K. (2007). The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophr Bull*, 34, 466–472.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*, 177, 396–401.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*, 67(3), 231–243.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*, 166(4), 182–
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, p. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P (1997) ‘Mental health literacy’ : a survey of the public’ s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jorm, A. F (2000) Mental health literacy: Public knowledge beliefs about mental disorders. *British Journal of Pshiatry*, 177, 396-401.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., Graaf, R. D., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Girolamo, G. D., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Mora, M. E. M., Browne, M. A. O., Posada-Villa, J., Stein, D. j., Tsang, C. H. A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. Heeringa, S., Pennell, B., Berglund, P., Gruber, M. J., Petukhova, M., Chatterji S., & Ustun, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization’s World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168–176.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors and clinical implications. *Clin Psychol Rev*, 18, 765–94.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3(11), e442.
- McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S., & Amminger, G. P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: Implications for preventive intervention strategies and models of care. *Curr Opin Psychiatry*, 24, 301–

- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., Rund BR., Simonsen, E., Veglum, P., & McGlashan, T. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: Two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 65, 634–640.
- Pearson, H. (2011). Study of a LIFETIME. *Nature*, 471, 20–24.
- Stuart H. (2006). Reaching out to high school youth: The effectiveness of a video-based antistigma program. *Canadian Journal of Psychiatry* 51: 647–653.
- The Office for Standards in Education, Children’s Services and Skills (Ofsted), (2010). Personal, social, health and economic education in schools.
- Wei, Y., & Kutcher, S. (2012). International school mental health: Global approaches, global challenges, and global opportunities. *Child Adolesc Psychiatr Clin N AM*, 21, 11–27.
- 青木紀久代 (2005) 子どもの学校ストレスとメンタルヘルス～アセスメント結果を援助・指導に生かす～ 学校マネジメント 577. 70-71
- 青木紀久代 2005 子どもの学校ストレスとメンタルヘルス～子どものメンタルヘルスを把握する 学校マネジメント 576. 70-71
- 青木紀久代 (2005) 短縮版お茶大式学校メンタルヘルス尺度の作成 幼児期から青年期までのメンタルヘルス縦断研究—心理的援助のためのアウトリーチ・プログラムの構築—第二次報告書, 85-89
- 赤澤彩織, 木下裕久, 中根秀之: メンタルヘルスリテラシーと精神保健教育・啓発. 保健の科学. 53 (9) : 590-595, 2011
- 旭出学園教育研究所・日本心理適性研究所 (1980) 新版 S-M 社会生活能力検査 日本文化科学社
- 荒木史代・中澤潤 (2010) 中学校での学校適応に関する一般型スクリーニング・アセスメントの実践 千葉大学教育学研究紀要 第 58 週 55–67
- 石川信一 (2011) 児童青年の内在化障害における心理査定, *心理臨床科学*, 1 (1), 68-81.
- 石隈利紀 (1999) 学校心理学 教師・スクールカウンセラー・保護者のチームによる心理教育的援助サービス 誠信書房
- 板山稔・高田絵理子・小玉有子・田中留伊 (2014) 青森県の小・中・高校におけるメンタルヘルス問題と精神保健教育の現状に関する調査研究 弘前医療福祉大学紀要 5(1)59–67
- 市川宏伸 (2012) 児童・青年期にみられる精神疾患の概説-今日の精神疾患治療指針-, 医学書院, p.288–292.
- 市川宏伸 (2010) 児童青年精神医学の現状, 脳とこころのプライマリケア 4 子どもの発達と行動, 598–605.

- 市川宏伸 (2013) 児童青年精神科医療入門, 精神神経学雑誌, 115, 670-675.
- 伊藤亜矢子 (2003) スクールカウンセリングにおける学級風土アセスメントの利用—学級風土質問紙を用いたコンサルテーションの試み— 心理臨床学研究, 21, 179—190
- 上村逸子 (2003) 障害児教育における教育相談の現状と課題, 大阪教育大学障害児研究教育紀要, 26, p29-36.
- 江川義法 (2013) 特別支援学校の生徒の自己理解に向けた支援のあり方-手帳を取得しない A への進路支援を通して- 教育実践研究 第 23 集 271-276
- 及川恵・坂本真士 (2008) 大学生の精神的不適応に対する予防的アプローチ—授業の場を活用した抑うつ的一次予防プログラムの改訂と効果の検討— 京都大学高等教育研究第 14 号 p145-156
- 大久保千恵・市来百合子・堂上禎子・井村健・谷口尚之・谷口義昭 (2011) 中学校における心の健康とメンタルヘルスリテラシーに関する心理教育とその効果についての研究, 教育実践総合センター研究紀要 (20), 79-84
- 岡崎祐士(2010)思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究：平成 21 年度総括:分担研究報告書：厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業
- 岡田倫代・鈴木毅・田村裕子・片山はるみ・實成文彦 (2009) 高校生における抑うつ状態に関する調査-Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて-, 児童青年精神医学とその近接領域 50 (1), 57-68.
- 岡安隆弘・坂野雄二・宮川充司・大野木博昭 (編) (1994) 生徒指導と学校カウンセリング「学校ストレスと学校不適応」, ナカニシヤ出版, p76-88.
- 小川俊樹 (2011) 「心理臨床に必要な心理査定教育に関する調査研究」報告, 日本臨床心理士養成大学院協議会報, 13, p3.
- 沖潤一・衛籐隆・山縣然太郎 (2001) 医療機関および学校を対象として行なった心身症, 神経症等の実態調査のまとめ, 日本小児科学会雑誌, 105, 1317-1323.
- 小野寺正巳・河村茂雄 (2003) 「K-13 法」による学級づくりコンサルテーション カウンセリング研究, 36, 91—101
- 学校メンタルヘルスリテラシー教育研究会 (2011) 今、メンタルヘルスリテラシーの向上をめざして なぜメンタルヘルスリテラシーか?. 精神科看護. 38 (4), 49-55,
- 加藤哲文(2008)行動問題への支援に必要なアセスメント—行動の形態面から機能面のアセスメントへ—,LD 研究 17(3),314—322
- 河村茂雄 (1999) :生徒の援助ニーズを把握するための尺度の開発—学校生活満足度尺度 (高校生用) の作成—.岩手大学教育学部研究年報,59,111-120.
- 河村茂雄 (2006) 学級づくりのための Q-U 入門—楽しい学校生活を送るためのアンケート活用ガイド,図書文化.

- 北川裕子・佐々木司（2014）思春期の若者の精神的不調に対する援助希求行動を促進・妨害する要因-諸外国の研究動向を概観して- 精神科, 24 (6), 663-669.
- 木下隆志（2011）思春期の精神疾患の早期発見、教育機関を含めた支援体制について考察する, 関西国際大学研究紀要, 12, 47-55.
- 公益社団法人日本小児保健協会(2001)子供の睡眠に関する提言,
<http://www.jschild.or.jp/com/011112.html>(2015年11月26日)
- 厚生労働省（2008）患者調査の概況
- 厚生労働省（2011）「患者調査」（平成23年）
- 厚生労働省（2015）心もメンテしよう - 若者を支えるメンタルヘルスサイト-,
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/youth/>（2015年11月18日）
- 厚生労働省（2009）：「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書）
- 厚生労働省（2006）子どもの心の診療医の養成に関する検討会平成17年度報告書.厚生労働省雇用均等・児童家庭局.
- 小塩靖崇・北川裕子・股村美里・佐々木司・東郷史治（2013）不安・抑うつ、精神疾患に関する英国の学校教育 不安障害研究 5 (1), 39-48
- 小塩靖崇・股村美里・佐々木 司 (2013). 日本におけるメンタルヘルスリテラシー教育 精神科, 22, 12-19.
- 小塩靖崇・東郷史治・佐々木司（2013）学校精神保健リテラシー教育の効果検証と各国の現状に関する文献レビュー, 学校保健研究, 55, 325-333
- 小土井直美（2007）子どもの心の問題に対する早期介入の必要性について The Human Research Bulletin, 6, 85-93
- 小林朋佳・稲垣真澄（2011）母子保健から見た発達障害「精神遅滞」, 母子保健情報第63号 16-19
- 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会：精神保健福祉の更なる改革に向けて. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>（2015年11月18日）
- 齋藤万比古・山崎透・笠原麻里・奥村直史・佐藤至子・磯部隆・高田智子・徳丸智佐子（1993）児童精神科を受診する子どもの身体症状について, 厚生省心身障害研究/親子のこころの諸問題に関する研究, 124-131.
- 齋藤万比古（2015）支援対象者の理解「知的障害・発達障害」内閣府共生社会政策 子ども・若者育成支援ユースアドバイザー養成プログラム
http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/h19-2/html/3_2_8.html(2015年11月12日)
- 齋藤万比古（2004）学校で見られる精神障害・症状と対策：不登校、ひきこもり、対人恐怖症など, 日本医師会雑誌, 131 (12), 196-215.
- 酒井厚・堀彰人・宇野彰（2008）医療関係者における医療と教育の連携について—学習障害児の指導に関して—, 音声言語医学, 49, p254-264.

- 笹森洋樹 (2012) :高等学校における特別支援教育の推進に関する実態調査.独立行政法人国立特別支援教育総合研究所専門研究 B.
- 佐藤寛・丹野義彦 (2012) 日本における心理士によるうつ病に対する認知行動療法の系統的レビュー 行動療法研究, 38 (3), 157-167
- 静岡こころの健康センター (2010) Love you self-いのちたいせつに・高校生のメンタルヘルス-, <http://www.city.shizuoka.jp/000098301.pdf> (2015年11月18日)
- 白井有美・崎川典子・岡田直大・針間博彦 (2009) マインドマターズの概要とスクールマターズ 心の科学, 143, 119-143
- 白瀧貞昭 (2014) 学校精神保健活動における精神科医の役割, 精神神経学雑誌, 116, 616-620.
- 鈴木真之・浜本真規子・久利恭士・上杉春香・小倉正義・能勢有希 (2005) 学校現場における一次予防プログラム導入の可能性の検討: 従来の学校教育と新たなプログラムとの親和性の観点から 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要. 心理発達化がう 52.183-197
- 鈴木美樹江, 川瀬正裕 (2009) CRS (Child Rating Scale) 日本語版の試み 日本教育心理学会第51回総会発表論文集 p300.
- 鈴木美樹江 (2010) 中学校におけるメンタルヘルス尺度の構成の試み-スクールカウンセラー活動の一環として-, 東邦学誌, 39 (2), 113-120.
- 惣脇 宏 (2010) 英国におけるエビデンスに基づく教育政策の展開 国立教育政策研究所紀要 139.
- 高木俊一郎・坂本龍生・園山繁樹・門田光司・伊藤眞理 (1997) TS 式幼児・児童性格診断検査 金子書房 1997
- 高橋清久 (2012) 第107回精神神経学会学術総会シンポジウム教育における精神保健活動の意味と方向性, 精神神経学雑誌, 114, 606-610.
- 高橋 智・内野智之 (2006) :首都圏の高校等に在籍する軽度知的障害を含む軽度発達障害児の教育実態-高校等1344校への質問紙調査から-. 発達障害研究,28(2),145-166.
- 田口禎子・橋本創一 (2015) 発達障害・精神疾患及びその傾向がある高等学校生と支援の実態調査, 発達障害研究, 37, 186-199.
- 田口禎子・橋本創一・菅野敦・横田圭司 (2009) :東日本地域の高等学校保健室におけるメンタルヘルスや発達障害等の相談支援に関する調査研究.東京学芸大学紀要総合教育科学系,60,457-463
- 武内珠美・小島夕佳・藤田敦・渡邊亘 (2011) 高校生のメンタルヘルスに関する実態調査 (1) -メンタルヘルスと相談への意識・援助要請の関連-, 大分教育福祉科学部研究紀要, 33, 163-177.
- 竹島克典・松見淳子 (2013) 抑うつ症状を示す児童の仲間との社会的相互作用 教育心

理学研究 61(2), 158-168

谷川和子・大村佳代・戸ヶ里泰典・原田規章(2009) 自閉症児に関する保健・医療・教育の連携について—保育所・幼稚園での自閉症児受入れ状況からの検討—, 保健医療科学, 58 (2), 141-153.

地域精神保健福祉機構(2009) 早期介入をめざしたメンタルヘルスリテラシー教育のあり方に関するニーズ調査報告, 日本財団事業報告,
http://nippon.zaidan.info/jigyo/2009/0000065359/jigyo_info.html (2015年11月18日)

知名孝(2007) 沖縄県の精神科医療における発達障害へのケア, 沖縄国際大学人間福祉研究, 5, 31-46.

中央労働防止協会(2008) 心の健康づくり事例集-職場におけるメンタルヘルス対策-,
<https://kokoro.mhlw.go.jp/guideline/files/220722.pdf> (2015年11月18日)

傳田健三, 賀古勇輝, 佐々木幸哉他(2004) 小・中学生の抑うつ状態に関する調査—Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS-C)を用いて—. 児童青年精神医学とその近接領域 45(5), p424-436

傳田健三・賀古勇輝・佐々木幸哉・伊藤耕一・北川信樹・小山司(2004) 小・中学生の抑うつ状態に関する調査-Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS-C)を用いて-児童青年精神医学とその近接領域, 45(5), 424-436.

富安芳和・村上英治・松田惺・江見佳俊(1973) ABS 適応行動尺度手引き, 日本文化科学社

中根允文・吉岡久美子・中根秀之(2010). 日本人のメンタルヘルスリテラシー. 心のバリアフリーを目指して—日本人にとってのうつ病 統合失調症 (pp. 15-43). 勁草書房.

中村尚史 思春期, 青年期における広汎性発達障害を背景にもつ適応障害患者の臨床的特徴 2014 川崎医学会誌 4 (01): 1-11

中村義行(2010)特別支援教育における心理学的取り組みに関する研究, 佛教大学教育学部学会紀要, 9, 27-36.

西河正行・坂本真士(2005) 大学における予防の実践・研究 坂本真士・丹野義彦・大野裕(編)『抑うつの心理学』東京大学出版会, p 213-233

西田淳志(2008)今後の精神保健医療福祉における精神保健普及啓発および早期介入の意義, 今後の精神保健医療福祉の在り方に関する検討会資料, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/08/dl/s0821-3d.pdf>(2015年11月29日)

日本学術会議精神医学研究連絡委員会(2005) 心のバリアフリーを目指して: 精神疾患・精神障害の正しい理解の普及の為に. 日本学術会議精神医学研究連絡会報告, 45-46

橋本創一(2001) 知的障害者の生活適応能力のアセスメントに関する研究—知的障害者の生活適応支援チェックリストの開発と適応— 発達障害支援システム学研究 1

(1), 21-28

- 畑田早苗・新井恵子・西岡由江 (2002) SST を効果的に活用して適応的な行動変容に向かった事例について 土佐リハビリテーションジャーナル, 1, 45-50.
- 浜谷直人 (2010) どのように子供の心の時間は分節化されるのか—自閉症児者の時間の区切りのむずかしさ—. 心理科学 31 (1), 23-30
- 原田雅典・足立孝子・岩佐貴史・栗田弘二・中村友喜・濱幸伸・山本綾子・前川早苗 (2013) 三重県立こころの医療センターにおける早期介入の試み, 精神神経学雑誌, 115, 160-167
- 東山弘子・近藤真人・神明悠司・中山英知・佐藤耕・長行司研太 (2012) ストレスチェックリスト」による中学生のこころの揺れの実態把握とスクールカウンセラーによるその活用 (2) 佛教大学教育学部論集 23 131-146
- 樋口耕一 (2008) :KH Coder 2.x リファレンス・マニュアル
http://khc.sourceforge.net/kh_tuto.html(2015年11月29日)
- 肥田幸子・鈴木美樹枝 (2009) 学校不適応を予防するための試み-高校メンタルヘルス調査から見えたもの-, 東邦学誌, 38 (2), 57-66.
- 藤井靖史 (2010) 平成 21 年度教育と医療の連携フォーラム～子どもを見つめて～報告 帝京大学教職大学院年報創刊号, 43-52.
- 藤島薫 (2013) 若者と家族のストレングス視点を当てたりカバリー志向の早期支援・過渡的支援-ニュージーランドにおける早期支援プログラムの実際から- 東京福祉大学・大学院紀要 4 (1), 73-82
- ベネッセ次世代育成研究所 (2010) 第 4 回幼児の生活アンケート
<http://berd.benesse.jp/jisedai/research/detail1.php?id=3207> (2015年11月26日)
- 北海道学校保健審議会 (2012) 児童生徒の健康に関する調査報告書,
http://www.dokyoji.pref.hokkaido.lg.jp/hk/ktk/grp/01/01kokoronokennkoutyosua houkokusyo_1.pdf (2015年11月18日)
- 堀彰人・宇野彰・酒井厚, 「ことばの教室」の教師における医療と教育の連携について—学習障害児の指導に関して—, 音声言語医学, 45, 2004, p115-124.
- 松田修 (2010) 首都圏公立中学校における精神疾患理解教育の取り組みに関する調査研究, 日本公衆衛生雑誌, 57 (7), 571-576.
- 松永美希・鈴木伸一・岡本泰昌・吉村晋平・国里愛彦・神人蘭・吉野敦雄・西山佳子・山脇成人 (2012) 心理士が中心に実施したうつ病の集団認知行動療法-大学病院における取組から-, 行動療法研究, 38 (3), 181-191
- 松原智子・岩本澄子 (2011) 子どもの抑うつの特徴および関連する心理社会的要因についての検討 久留米大学心理学研究 (10), 62-71
- 三浦正江 (2006) 中学校におけるストレスチェックリストの活用と効果の検討—不登校の予防といった視点から— 教育心理学研究, 54 121-134

- 村田豊久（1996）：学校における子供のうつ病—Birleson の小児期うつ病スケールからの検討—最新精神医学,1,131-138.
- 森岡由紀子，精神科医・臨床心理職・養護教諭の連携の在り方と工夫，日本精神神経学会学術総会シンポジウム（全文）
<https://www.jspn.or.jp/journal/symposium/pdf/jspn108/ss281-284.pdf>,（2015年11月18日）
- 森岡由紀子（2013）精神科医・臨床心理職・養護教諭の連携の在り方と工夫.日本精神神経学会学術総会シンポジウム（全文）
[,https://www.jspn.or.jp/journal/symposium/pdf/jspn108/ss281-284.pdf](https://www.jspn.or.jp/journal/symposium/pdf/jspn108/ss281-284.pdf)(2015年11月29日)
- 文部科学省（1992）学校不適応対策調査研究協力者会議報告（概要）
- 文部科学省（2005）特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）
- 文部科学省（2002）. 諸外国の初等中等教育 School Education Systems in Eight Countries (pp. 40-62). 財務省印刷局.
- 文部科学省（2005）義務教育に関する意識調査概容について，
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/gijiroku/05072201/s002_2.pdf（2015年11月26日）
- 文部科学省（2015）平成27年度全国学力・学習状況調査，
<http://www.nier.go.jp/15chousakekkahoukoku/index.html>（2015年11月26日）
- 文部科学省（2008）子どもの生活リズム向上指導資料編成委員会 家庭で・地域で・学校でみんなで早寝早起き朝ごはん ～子どもの生活リズム向上ハンドブック～
- 文部科学省（2009）：特別支援教育の推進に関する調査協力研究協力者会議高等学校WG報告、
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/054_2/gaiyou/1283724.htm（2015年11月29日）
- 文部科学省（2011）平成23年度特別支援教育体制整備状況調査
- 文部科学省（2010）子どもの心のケアのために一災害や事件・事故発生時を中心に一融道男、小見山実、大久保善朗、中根允文、岡崎祐士（2005）ICD-10 精神および行動の障害- 臨床記述と診断ガイドライン』医学書院
- 吉岡久美子（2010）メンタルヘルスリテラシーとは（第二章日本人のメンタルヘルスリテラシー）心のバリアフリーを目指して 勁草書房 15-21
- 吉岡久美子（2012）若者のメンタルヘルスリテラシーに関する普及啓発活動の展開 福岡大学研究部論集 B5 29-33
- 吉岡久美子（2012）若者のメンタルヘルスリテラシーに関する普及啓発活動の展開，福岡大学研究部論集. B, 社会科学編 5, 29-33
- 吉田敬子・山下洋・神庭重信（2010）大学病院での児童精神医学領域の役割，精神神経

学雑誌, 112, p206-210.

吉田敦子・山下洋（2008）：児童期のうつ状態と思春期の気分障害.詳細子どもと思春期の精神医学,金剛出版

付録