

# 多職種連携による児童・生徒のケア環境の改善に向けて

— 小児心身問題研究会活動の振り返り(2) —

大西喜一郎\*

小児心身問題研究会（代表：生野照子医師）活動において、事例検討を行い、心身不調の児童・生徒を担当する担任教諭や養護教諭等に、多職種によるコンサルテーションを提供した。本研究では、1992年から1997年に実施した事例検討を振り返り、児童・生徒の心身の不調に関連するテーマと支援方法について、その後の法制度や社会資源の変遷を踏まえつつ、多職種連携による児童・生徒のケア環境の改善に向けて考察した。当研究会では、不登校と摂食障害をテーマとした事例が多くみられた。保健室登校で児童・生徒を支えつつ、治療と学校での処遇を巡って児童精神科または小児心身症を専門とする医師に相談を求める養護教諭が多かった。外部の教師からの求めに応じて実施したコンサルテーションは、当研究会活動の跳躍の機会となった。多職種連携では、組織としての取り組み（ネットワーク・システム化）も重要であるが、改善を齎すネットワーク（knot work）は、組織内の練達の域にある個人が他者と協働する意志を持って、ルールを見直すなど、その場の状況に則して個別的な工夫を凝らした行動を起こして、初めて実現すると考えられる。

キーワード：多職種連携、コンサルテーション、ネットワーク、不登校、養護教諭

## はじめに

前回は、筆者が参加した小児心身問題研究会（代表：生野照子医師）における1992年から2004年までの活動を振り返り、その経験から得られた知見を活動理論の視点から考察した。概要として、当研究会は、主に事例検討、社会啓発、調査・研究の3領域で活動し、当初はメンバーが多職種連携を実際に体験する場として事例検討に取り組んだ。その後、当研究会に相談の機会を求める学校教師の要望に応え、コンサルテーションを実施した。

今回は、1992年から1997年に事例検討で扱ったテーマと検討領域を振り返りながら、児童・生徒の心身不調に関連するテーマとその支援方

法について、その後の制度や社会資源の変遷を踏まえつつ、考察する。特に、児童・生徒のケア環境の改善に向けて、学校と地域コミュニティの多職種が連携する意義と、連携の在り方について検討する。

## 1. 小児心身問題研究会における事例検討・コンサルテーション活動

1992年から1997年に扱った事例（コンサルテーションを含む）を、主なテーマと検討した領域別に分類し、表1に示す。各事例における主なテーマの内訳は、不登校11事例、摂食障害6事例、虐待2事例、学習障害2事例、身体疾患2事例、発達障害2事例、行動異常3事例であった。検討された領域は、家庭環境、親子関係、

\*おおにし きいちろう 元 日本福祉大学福祉経営学部

治療方法、学校での処遇方法、および連携（フォローアップ）であった。

当研究会では、主に心身の不調を伴う児童・生徒（中学・高校生）の事例を検討した。ほとんどが学校に在籍している児童・生徒に関するもので、養護教諭から持ち込まれる事例が多かった。医師からの事例の中には、義務教育修了後高校に進学できず、医師が唯一の支援者であったものが1例あった。

不登校事例では、学業成績並びに担任教諭や他の教師との連携について、検討を要した。特に当時は、地域コミュニティに社会資源が乏しく、児童・生徒を支えていく場を学校以外の場で見出すことが難しい状況にあった。進学・進級の問題が絡む中学3年生と高校生の事例では、成績不良や出席日数不足から学籍が確保できないと、生徒は学校という社会資源を失う状況にあった。親も教師も登校刺激をすべきかどうか、また登校を促すならば、どのタイミングで出せ

ばよいのか、悩む状況が多くみられた。

摂食障害の事例では、親子間の心理的葛藤を扱うことが多かった。少数であったが事例検討を進めていく中で、親による虐待が疑われたものがあつた。

虐待事例では、複雑な家庭環境の中で、こどもの将来に向けて、誰がこどもの味方になれるか、本人と家族にどのような支援をすべきか話し合われた。

発達障害の事例では、過去のいじめられた経験が本人の心の傷となって、日常生活に大きなマイナスの影響を及ぼしていた事例があつた。知的能力はもっと伸びるはずだと、学校に強い願いを持つ親もいた。行動異常のうち1事例（解離性障害）では、児童精神科医によるコンサルテーションが有効であつた。

心身の不調を抱えた児童・生徒にとって、保健室登校が学校生活での救いになっていたが、養護教諭は処遇に苦慮していた。スクールカウ

表1 検討事例の分類（1992-1997年）

事例の主なテーマ	不登校	摂食障害	虐待	学習障害	身体疾患	発達障害	行動異常	合計
事例数	11	6	2	2	2	2	3	28
検討された領域（複数選択）								
家庭環境	1	2	1	1		1	3	9
経済事情（再掲）							1	1
夫婦不和（再掲）	1	2						3
その他（再掲）			1	1		1	2	5
親子関係	2	6	2	2	1	1	1	15
虐待（再掲）	1	1	1				1	4
心理的葛藤（再掲）	1	5	1	2	1		1	11
その他（再掲）		1				1		2
治療方法	6	5		2	1	1		15
専門医受診（再掲）	5	5		2	1	1		14
その他（再掲）	1							1
学校での処遇	11	6	1	2	2	2	3	27
学業成績・進路（再掲）	3	3	1	2		2	1	12
保健室登校（再掲）	5	3			1		2	11
担任との役割分担（再掲）	6	4		2	2			14
他の教師との協力（再掲）	2	2		1		2	1	8
いじめへの対応（再掲）						1	1	2
連携（フォローアップ）	9	6	2	2	1	1	3	24

ンセラーの学校配置が進みつつあったものの、当時は週1回程度の非常勤であり、最終的には常勤の担当教員が指導せざるを得ない状況にあった。心身の不調を抱える児童・生徒の学級担任教諭と養護教諭の連携について、取り上げる事が多かった。児童虐待事例や学校内での行動異常を伴う事例もあり、養護教諭や生徒指導教諭を援助する支援者支援が必要であった。治療を巡って、児童精神科又は小児心身症を専門領域とする医師に、相談を求める養護教諭が多かった。

## 2. 考察

### (1) 児童・生徒の健康実態

当時の児童・生徒の健康実態として、心身の不調は、ごく少数の限られた子どもの問題ではなく、多くの児童・生徒に共通して認められた。日本学校保健会（2002）の調査では、過去1年間に学校で把握した「精神疾患・あるいは心身症」と「いじめ・友人関係」に起因する心身の健康問題が、それぞれ小学校の15%、29%、中学校の37%、60%、高校の68%、58%でみられた。荒木田ら（2003）が、1999年に静岡県内の中学生の精神健康度を General Health Questionnaire 12項目日本語版を使用して調査したところ、精神的健康度不調者は、学年進行と共に増加し、3年生では男子の38.2%、女子で49.9%を占めた。また、1999年に中学生の精神症状に関して、不登校・うつ・睡眠障害の有無が調査されたが、うつと診断された生徒は14.6%、睡眠障害のみ該当した生徒が48.8%で、いずれにも該当しない生徒は、47.1%と半数を切っていた（三池, 2000）。不登校には至っていないが、うつや睡眠障害の状態にある中学生が、相当数存在した。

### (2) 不登校対策としての保健室登校

不登校児童・生徒に対する支援は、1970年代から、学校の学級担任教諭・養護教諭・生徒指導教諭によって、学校内での連携として取り組まれてきた。学校に行きたいが行けない矛盾を抱えた児童・生徒に、学級に代わる場として保健室を提供し、就学の機会を運用上の工夫で確

保してきた。学校内で児童・生徒の心身の不調に対処する場合、養護教諭が学級担任教諭と連携する事は多い。主に教室に入れない児童・生徒を、やむを得ず養護教諭が保健室で個別に対応してきた経緯がある。過去1年間に、保健室登校をしている児童・生徒がいた学校の割合と、過去1年間に保健室登校する児童・生徒のいた学校の年間平均人数の推移を、それぞれ表2と表3に示す。保健室登校をしている児童・生徒がいた学校の割合は、減る傾向が窺えるが、小学校でおよそ3割、中学校、高等学校（高校）では4割近い。（日本学校保健会, 2002, 2013）。

表2 過去1年間に保健室登校をしている児童・生徒がいた学校の割合

保健室登校 (%)	1996年	2001年	2011年
小学校	37.1%	29.1%	28.5%
中学校	58.1%	63.4%	41.6%
高校	44.4%	48.5%	37.3%

（出典 日本学校保健会（2002年, 2013年）保健室利用状況に関する調査報告書）

表3 過去1年間の1校あたりの保健室登校児童・生徒数（有りのみ）

保健室登校人数	1996年	2001年	2011年
小学校	1.7	1.6	1.8
中学校	2.6	3.3	3.3
高校	2.4	2.4	2.7

（出典 日本学校保健会（2002年, 2013年）保健室利用状況に関する調査報告書）

なお、近年は学校内の相談室や保健室を含む教室以外に通学する形を、「別室登校」とよぶ場合がある。京都府（2011）の調査では、2009年度に京都市立を除く京都府立の全ての小学校の25.8%、中学校の77.8%で別室登校がみられた。「別室」として最も多く使用されていたのは、「相談室」であった。主に指導を担当した教員は、小学校では養護教諭が最多で31.7%、中学校では学級担任が最多で23.3%、次いで養護教諭が19.5%であった。小学校・中学校合計では、養護教諭が最多で25%であった。

### (3) 繁忙なひとり配置の養護教諭

1922年に大阪市が学校に学校看護婦を1名配置した当時の学校保健は、トラコーマ（伝染性結膜炎）など感染症予防が重要な業務であった（三井, 2001）。1947年に制定された学校教育法により、教育職員が学校保健を分担する事になった。1995年に学校保健法施行規則が改正され、いじめや不登校等の生徒指導上の問題に、養護教諭がより一層取り組むよう求められた。健康診断、身体測定、性教育、肥満・痩せに関する指導・相談、急病処置、健康相談等業務は多岐にわたるが、1名では処理できかねる厳しい状況にある。更に、地域差はあるが、経済的に困窮した家庭の児童・生徒には、欠食や虫歯の未治療など、従来は家庭の役割であった領域にまで対応せざるを得なくなっている。

心身の不調を抱える子供が増えて、医療者に相談を希望する養護教諭は多いが、小児心身症や小児・思春期の精神疾患を専門的に診療する医療機関と医師は、ごく少数である。医療者が常に繁忙であることはよく知られており、遠慮もあるが、医療側から連携の働きかけを待ち望んでいる教師は多いと考えられる。近年、大人の心身症やうつは、誰もが罹患し得る病気として社会的に認識されるようになり、副作用が少ないとされる薬剤も多く処方されている。しかし、身体の成長過程にある小児に対しては、富田（2004）が指摘するように、薬剤は基本的に対症療法であり、補助的に適切に使うことが原則である。根治療法として、患児の心理的葛藤の解消を目的に、気持ちの整理と環境整備を行う事が重要となる。すなわち、教育的働きかけが処遇の根幹に据えられるべきである。特に心身症は、学校で被るストレスと密接に関連する場合が多く、疾患の治療に際して、家庭に次いで主要な居場所である学校との協力関係が不可欠となる。結局教員には、児童・生徒の仕草や発言などを注意深く観察し、発するサインやシグナルを的確に捉え、適切に対応する事が求められる。その際、対応はこれで良いのかどうか、より積極的な指導が必要なのかなど、判断に迷う場面が増える。教員から働きかけても、子どもや保護者から反応が返ってこない局面が続く

と、焦りも生じうる。特に養護教諭は、殆どの学校ではひとりしか配置されておらず、直ちに他校の養護教諭に相談する事も難しい。養護教諭をサポートする仕組みの強化が求められる。

### (4) 地域コミュニティにおける多職種連携の重要性

心身の不調を含め、問題を抱えた当事者（児童・生徒・保護者）を支えるためには、地域コミュニティにある医療・教育・福祉専門職らによる、継続的な連携が不可欠である。子どもの心身の不調や問題は、単に疾患のみならず、親子・兄弟関係を含む家庭環境、生活リズム・食生活などの生活習慣、友人関係、学業成績、教師との関係など、様々な要因が合わさった結果として生じている事が多いと考えられる。人は誰でも、その環境に応じて違った側面を見せる。子どもも親も、学校・家庭・地域では、それぞれ自ずとモードを切り替えながら生活している。マイナス要因ばかりではなく、その個人の持つ健康的な側面、好きな事、得意な事など、良さや強みを探しながら、本人にフィットする当人なりの快復を支援する事が望ましい。そのためには、様々な視点から、柔軟に検討する必要がある。複合的で、より効果的な多職種連携システムの検討と専門的技術の向上は、常に当研究会における課題でもあった。齊藤ら（2003）の調査では、児童思春期の事例の対応について、協議や紹介をする連携のニードは、各機関で90%を超え、87%の機関で連携の経験があった。しかし、精神障害があると思われる事例を扱う連携システムを持つ機関は、31%に留まった。様々な神経症的症状を背景に生じた不登校・ひきこもり、虐待を中心とする家族内の問題、対社会的問題行動（非行）の3領域で、機関同士の連携ニードが高く、更に問題の範疇が重複すると、対応及び連携の困難度が増すことが示唆された。また、非行や精神疾患のある子どもの教育に関して、連携元機関が連携先機関に持ちやすい連携上の失敗感の一つは、教育的配慮を行いたいのに、教育機関が受け入れてくれないという、学校を巡るものであった。

次に、地域コミュニティにある児童・生徒に

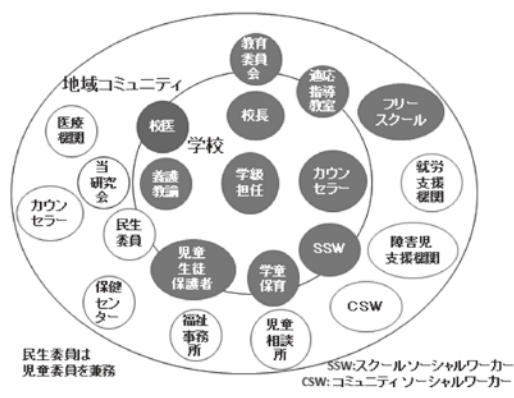


図1 地域コミュニティにある児童・生徒に関する社会資源

関する社会資源を、図1に示す。当研究会は、事例検討を通して、心身の不調を抱えた児童・生徒を担当する担任教諭や養護教諭に、医師・カウンセラー・ケースワーカー・児童民生委員等が共に考え、助言して、児童・生徒を間接的に支援する繋ぎ役（媒介）として機能した。(7)でも触れるが、近年子どもを取り巻く状況の変化に合わせて、新たな支援策が整備されてきた。例えば、発達障がい等のある児童・生徒らには、放課後デイサービス等が利用可能となった。更に、学校卒業後も、地域で就労支援サービス等が提供されるようになった。また、生活面で困窮した子どもと家族を支援するために、スクールソーシャルワーカーや、コミュニティソーシャルワーカーが配置され、学校、保健センター、福祉事務所と連携しながら、より望ましい生活を送るための、継続的な支援が始まりつつある。学校教職員にも、地域との接点を持つ機会は、増えている。なお、当研究会ではできなかったが、組織的な連携の手法として、西神戸医療センターでは、医療機関に受診している患児に関して、本人、保護者の了承を得て、担当医師らの医療スタッフと、学校教員（担任、養護教諭、管理職）が、病院診察室で面談するなど、充実した実践が続けられている（石川慎一 他、2015）。

- (5) ネットワークからノットワークへ  
小林ら（2004）は、一般小児科医が心身症児

に関して、関連諸機関と連携する場合、不登校・いじめ、発達障害、児童虐待等、問題別に連携先とキーパーソンを使い分けている点を明らかにした。激しく変化し、より高度な専門性と完成度が求められる今日の社会では、固定的なチームやネットワークよりも、むしろ臨機応変に専門職が連携する事が、より効率的である場合もあろう。支援に関する知識や情報は、インターネットが普及し、かなり専門的な領域まで、ほぼ無料で入手できるようになった。公的連携が難しい場合でも、他の協力者を求めて、拡張的に活動することも可能となった。一方で齊藤ら（2003）は、「連携」と称して処遇困難な事例を押し付けあうのではなく、必要に応じて、主となる対応機関を適切に選択し、その援助や治療に他の機関も活発に協力し、状況の変化に合わせて、対応機関を柔軟に変更できるような連携システムが必要である旨、指摘している。

さて、エンゲストローム（Engeström, 1987）は、実践者が自らの仕事や組織の「活動システム」の中で発生するトラブルや葛藤などの問題状況を、批判的に理解し合い、個人的な批判のレベルから、解決すべきシステムの矛盾・課題へと転化し、新たな取り組みを実行するという協働の学びを、「拡張的学習」と表し、現場で実践可能な活動理論として体系化した。更に、エンゲストロームら（Engeström, et.al, 1999, 山住, 2008）は、人びとが即興的に関係を築いたり、解消したり、作り直したりするつながり方を「絆・結び目」(knot; ノット) と捉え、つながりや関わる人が変り続ける柔軟な関わり方を、ノットワーク (knot work) とよぶ。

たとえば、医療機関では、首尾一貫した治療を行えるよう、クリティカルパスが導入され始めているが、患者とその家族は、異なる医療機関で別々に治療を受けなければならない場合もある。異なる専門機関同士で互いの情報を共有し、連携する仕組みが無いと、処置が抜け、薬の重複処方など危険が伴う。フィンランドでVähäaho（1999）が調査した、小児喘息と聴力障害を抱える患児の事例では、医師同士の連携がなく、大学病院での治療内容が、かかりつけ医には伝わらなかった。また、大学病院の病棟

担当看護師は、普段の家庭での様子や養育歴等を、知る機会がなく、必要な情報が断絶していた。その結果、母親は不安に陥った。そこで、医師や看護師らは、活動理論を使い、自ら越境的で拡張的な学び合いの機会を設けて、繋がり方を変えていった。そして、疾患別に専門化された垂直的な治療体制を改め、かかりつけ医がキーパーソンとなり、他の医師や看護師らと情報を共有し、共同してケアの責任を負う水平的な連携の仕組みを、「ケアアグリーメント」（診療協定）として概念化した。これは、地域における病院と診療所間の連携の実践例であり、介護保険制度でのケアマネジメントに近いものであると考えられる。かかりつけ医に戸惑いが見られ、患者側と医療者が全く対等な関係にあるとまでは言えないが、患児と家族も当事者として構成メンバーに含まれ、患者に寄り添う新たな医療の形として注目される。

当研究会活動では、1995年に相談を希望する外部の学校教師に、コンサルテーションの場を提供したが、これもネットワークと考えられる。その内の1事例は、解離性障害に関するものであった。事前に担当教員から事例の概要を伺った。内科では異状なしとされたが、度々奇妙な挙動を繰り返し、本人の意志とは別に行動しているように見えると、教員は困惑し、当研究会に相談を求めてきた。小児科医である生野照子代表は、より良い助言を提供できるよう配慮し、児童精神科医にも参加を要請し、当日のコンサルテーションに加わって頂いた。我々の日常生活においても、専門分化が進み、誰に相談するのが良いか分からなくなることがある。しかし、経験を積んだ専門家は、状況に応じて繋がりを即座に変えられる。通常的事例検討と、ネットワークしたコンサルテーションの中の1事例を典型例として、Engeström (1987) の活動シス

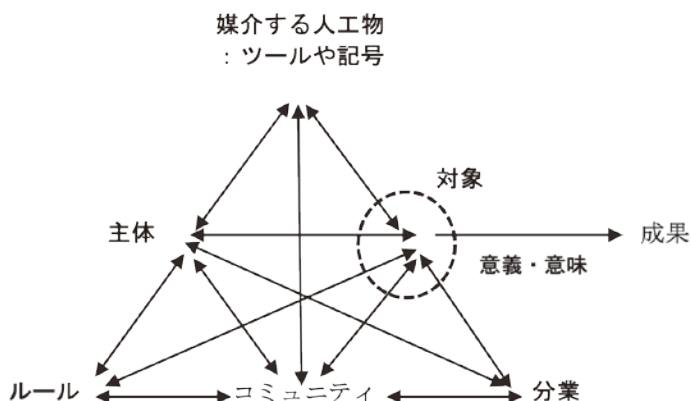


図2 活動システムのモデル (Engeström, 1987, Figure 2.6, 山住, 2004, 図5)

表4 通常的事例検討とネットワークした事例の対比

	通常的事例検討	ネットワークした事例 (典型例)
主体	事例提出する研究会メンバー	相談を求めてきた外部の教師
媒介人工物	事例検討会	コンサルテーション
対象	心身の不調を抱えた児童・生徒	内科的には異常はないが、学校で奇妙な挙動を繰り返す生徒
ルール	研究会メンバー間で検討 (1～2時間)	事前に事例の概要を聴取。特例として、外部の児童精神科医に参加を要請 (2時間)
コミュニティ	研究会メンバー	研究会メンバーと、応援の児童精神科医
分業	各専門職の視点から意見・助言 (小児心療科医師1名)	各専門職の視点から意見・助言 (小児心療科医師1名+児童精神科医1名)

テムのモデル（図2）に倣い、表4に示す。

通常の事例検討では、心身の不調を抱えた児童・生徒（対象）について、事例検討を求める研究会のメンバー（主体）に対し、事例検討会（媒介人工物）において、当研究会メンバー（コミュニティ）が、専門職の視点から意見・助言（分業）した。

ネットワークした事例では、内科では異常なしとされたが、学校で奇妙な挙動を繰り返す生徒（対象）について、専門機関への紹介も含めて、どのように対応すべきかと悩んだ、外部の教師（主体）から、相談が持ちかけられた。当研究会（コミュニティ）は、事前に事例の概要を聴取した上で、生徒を担当している教員にとって児童精神科医の助言が有益であると判断し、メンバー間で助言するという従来のルールを変更して、外部の児童精神科医に参加を要請した。当日のコンサルテーション（媒介人工物）では、解離性障害と考えられる生徒への対処について、児童精神科医と当研究会メンバーから意見・助言（分業）があった。そして、相談を求めてきた教師と、当研究会メンバーにとって、解離性障害の事例に関する研鑽の機会（拡張的学習）となった。

図2を使って説明すると、大きな三角形の底辺の中間にある「コミュニティ（当研究会）」は、底辺左部の「ルール」を変更して、「主体」の変化（外部教師からの求め）に対応し、底辺右部の「分業」には、新たに児童精神科医が加わり、三角形頂点の「人工媒介物」も事例検討会からコンサルテーションに変化した。

典型的な1事例に限らず、コンサルテーションを求めてきた教師は、心身の不調を抱えた児童・生徒の処遇に悩み、より良い解決法を求めて、当研究会にコンサルテーションを申し込まれた。外部の教師の熱意が、1992年以降は閉じられた会員制を採りつつも、社会啓発にも注力し、活動の発展を願っていた当研究会のルールを見直す機会となった。そして、多職種連携の実践を目指して、事例検討会を積み重ねてきた当研究会にとって、練習の成果が試され、かつ活動展開の跳躍の機会となる、外部の教師を対象とするコンサルテーションの実施につながっ

た。当時を振り返ると、研究会内部での訓練の段階から、外部に向かって研究会の成果を提供する実践への移行期にあった。このように、ネットワークには、ルールの変更が伴い、活動跳躍の場になると考えられる。

多職種連携では、組織としての取り組み（ネットワーク・システム化）も重要であるが、ネットワークは、組織内の練達の域にある個人が、他者と協働する意志を持って、その場で具体的に行動を起こして初めて実現する。個々の事例で改善に導くためには、ルールを見直すなど状況に則した個別対応（工夫）が必要であり、これは活動の継続性と共に、ネットワークの必須構成要素であると筆者は考える。また、ネットワークができるようになるためには、先ずはこれが生起する場に居合わせる参加体験や、実践者として場数を踏む経験（練達）が不可欠であると考えられる。医療者と学校関係者に限らず対人援助に携わる者は、互いに学びあう姿勢を持ち、従来の自分の守備範囲から少しはみ出して、新たな実践知を求めて一歩踏み出す勇気を大切にしたい。

#### （6）児童・生徒と保護者への支援

支援に際しては、誰のための何を目的とした支援であるかを、常に念頭に置いて取り組まなければならない。問題に直面した当事者である児童・生徒とその家族が、最も苦しむ。当事者の思いを確かめつつ、支援を続ける事が重要である。高橋と荒木田（2004）は、思春期の子どもの持つ家族が不安定で支援を必要とするため、学校や地域保健の場で家族支援を提供することが、子どもの問題の予防に役立つと指摘する。そして、親は、子ども同士を比べることなく悩みを打ち明けあい、情報交換をしあう等の地域とのかかわりの中で、子どもの発達は「みんな違う」という安心感・連帯感を持つ効用を説く。更に、乳幼児期のみならず、思春期の家族においても、親同士のピアサポートが重要であるとする。岩崎（2005）は、親自身が自分の言動に責任を持ち、子育ての喜怒哀楽を他者にオープンな態度で分かち合うことで、誰もが生きやすい社会の担い手になれると示唆している。ヴィ

ゴツキーは、学習と発達の間係を社会的なコミュニケーション空間（ゾーン）に置き換え、「発達の最近接領域」と名付けた。養育とは、病的な子どもに対し健康を取り戻すためのゾーンを提供する営みと言える。健やかに個性を伸ばすケア・ゾーンの構築は、医療者と教員と家庭及びコミュニティとの協同作業である（生野，1991）。このゾーン構築の鍵は、互いに孤立することなく、社会的な出会いを尊び、成長の好機として生かす処にある。異質なものを架橋すると、当然反発や対立が生じる。しかし、反発や対立を経て、お互いに必要とし、補い合える関係に到達する事に意義がある（茂呂，1999）。地域の構成員である個人が、それぞれの立場でグループに加わり、拡張的に学びと育ちを分かち合う中で、危機的な状況を乗り越えてゆくことが可能になると考えられる。多様な生き方を尊重しながら、より良い暮らしを共に考える営みが地域に根付くよう、地道な活動の継続が求められる。

一方で近年急速に増えている虐待事例では、子どもの生命と生活を守るため、虐待する親のもとから離さざるを得ない事例もある。人生の良いモデルとなるような、大人と巡り合える機会を子どもが持てるような支援も必要とされる。かつては、地域の中で面倒見の良い自営業者等が、仕事の手伝いや見習いとして招き、関わってくれる事もあった。引きこもりの傾向が強い今の子どもには、アウトリーチの手法を用いて家庭訪問から始める支援も必要とされる。

また、社会的支援を必要とする世帯や貧困との関連を、視野に入れておかなければならない。例えば、子育ての悩みとして「子どもが学校にいきたがらない」と回答した親の割合は、全体の2.8%であったが、ひとり親世帯では4.9%と高く、かつ親の年取に拘わらず総じて高かった（厚生労働省，2016）。また、東京都板橋福祉事務所の調査（池谷，2009）では、生活保護世帯及び準要保護世帯の中学生の不登校の割合は、それぞれ11.58%、3.19%で、その他の世帯の2.41%に比べ高かった。

児童・生徒と家族に寄り添い、地域の生活者の視点から支援する専門職として、スクールソ

ーシャルワーカーやコミュニティソーシャルワーカーを新たに任用する自治体が増えつつある。ソーシャルワークは、当事者に対して上下関係からではなく、対等なパートナーとして支援する。学校関係者も、ソーシャルワークの手法と共に学びながら、事例に応じて児童相談所のケースワーカーや保健センターの保健師等とも連携し、家族を含めた当事者がより望ましい生活を送れるよう支援する姿勢を大切にしてほしいと、筆者は願う。

#### (7) 教育的配慮を充実しても増え続ける不登校

近年、学校と子どもを取り巻く環境は大きく変化し、学校に通いやすくする制度や運用の改正が図られた。表5に示す。学校にスクールカウンセラーの配置が進み、児童・生徒が相談できる資源も、増えた。フリースクールや、教育支援センターでの個別指導に出席すれば、出席扱いとして認められ、進級できる事が多くなった。また、高校進学を希望する者は、実質上ほぼ全て進学可能となった。自分の行きやすい時に出席することが認められる単位制高校も多く設置され、学校の垣根は、低くなった。

しかし、不登校の児童・生徒は、増えている。不登校児童・生徒の年次推移を表6に示す。

なお、高校生では、2014年には不登校生徒のうち15065人（28.3%）が、中途退学した。一方で、学校関係者の努力で何とか卒業に漕ぎつけても、就職も進学もできず、行き場を失った青少年が地域に埋没している現状が浮かび上がってきている（齊藤，2008）。児童・生徒数が年々減少する中で、より細やかな配慮をしても、なぜ不登校児童・生徒は、増えるのであろうか。筆者の今後の検討課題としたい。

#### 謝辞

1980年に当研究会を立ち上げ、2014年に定期的活動を終えるまで、研究会のメンバーを鼓舞し、終始暖かくご指導頂いた、なにわ生野病院ストレス疾患治療研究所所長・神戸女学院大学名誉教授生野照子氏に深謝申し上げます。また、古い話になりますが、2005年に日本の小児保健分野で活動理論を紹介したい旨筆者が申し出て、



表5 就学に関する制度・運用の変更

1988年	文部省 単位制高校認可（定時制・通信制課程）
1989年	文部省 定時制・通信制高校の修業年限を弾力化し4年以上から3年以上に変更
1990年	文部省 不登校児童生徒の学校復帰支援の為、適応指導教室事業を自治体に委託開始
1992年	文部省 不登校はどの子にもおこりうるとの見解を示し、取組みの充実を図る
1992年	文部省 小・中学校校長にフリースクール等への通学で出席扱いする権限容認
1993年	文部省 単位制高校認可（全日制課程）
1995年	文部省 スクールカウンセラー 154校で試行的導入開始
2000年	児童虐待の防止に関する法律 制定
2002年	公立学校で週5日制完全実施
2003年	文科省 適応指導教室を拡充し、スクーリング・サポートネットワーク整備事業開始
2004年	自治体でコミュニティソーシャルワーカー導入開始
2005年	発達障害者支援法 施行
2005年	大学入学資格検定を高等学校卒業程度認定試験に変更（合格者は高卒扱い）
2008年	文部科学省 スクールソーシャルワーカー導入開始
2009年	文部科学省 高校校長にフリースクールへの通学で出席扱いの権限容認
2010年	文部科学省 公立高校授業料無償化・私学生徒への就学支援金支給制度開始
2013年	いじめ防止対策推進法 施行
2016年	障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律 施行、合理的配慮の義務化

表6 不登校児童・生徒の年次推移

全国 年	不登校 人数			出現率 (%)		
	小学校	中学校	高校生	小学校	中学校	高校
1966	4430	12286		0.05%	0.22%	
1971	3292	7522		0.03%	0.16%	
1976	2951	8362		0.03%	0.17%	
1981	3625	15912		0.03%	0.30%	
1986	4407	29673		0.04%	0.49%	
1991	12645	54172		0.14%	1.04%	
1996	19498	74853		0.24%	1.65%	
2001	26511	112211		0.36%	2.81%	
2006	23825	103069	57544	0.33%	2.86%	1.65%
2011	22622	94836	56361	0.33%	2.64%	1.68%
2014	25864	97033	53156	0.39%	2.76%	1.59%

（出典 文部科学省（2016）（a）学校基本調査，（b）児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査：1966-1986年：年間50日以上欠席した人数，1991-2014年：年間30日以上欠席した人数）

ヘルシンキ大学活動理論・発達のワークリサーチセンターのTuula Kervinen氏からは活動理論に関する論文（ワーキングペーパー）を参考文献として提供して頂きました。論考を纏められず、10年以上経過してしまった事を恥じ入りつつ、この度活動理論研究誌に発表できるように

なった事に感謝します。

なお、本研究は、小児心身問題研究会における研究活動を筆者が振り返り、個人として著述したものであり、文責は全て筆者のみが負うものである。

## 引用・参考文献

- 荒木田美香子他 (2003). 「中学生の精神的健康状態とその要因に関する検討—第一報 3年間の縦断調査—」『小児保健研究』62 (6), 667-679.
- Engeström, Y. (1987). *Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research*. (山住勝広・百合草禎二他訳『拡張による学習』新曜社 pp.73-96, 140-146, 168-188, 319-353, 1999).
- Engeström, Y., Engeström, R. & Vähäaho, T. (1999). 'When the Center Does Not Hold: The Importance of Knotworking'. In Chaiklin, S., Hedegaard, M., & Jensen, U. (Eds.), *Activity theory and social practice: Cultural-historical approaches*. Aarhus University Press, 345-375.
- 石川慎一他 (2015). 「西神戸医療センターにおける多角的な学校連携の実践報告」『日本小児心身医学会雑誌』24 (3), 330-335.
- 池谷秀登 (2009). 「不登校児童・生徒と貧困 生活保護世帯の不登校児童・生徒への支援」東京都板橋福祉事務所.
- 生野照子 (1991). 「医療-教育-家庭のチームワーク」『小児科 MOOK』60, 135-140 金原出版.
- 岩崎禎子 (2005). 「愛育養護学校のあり方」佐藤学 監修『学びとケアで育つ 愛育養護学校の子ども・教師・親』pp.242-246 小学館.
- 小林陽之助 (2004). 「一般小児科医の心身症診療に関する調査と心身症診療の普及および関連諸機関のネットワークの構築に関する研究 3-A 小児心身症専門医療機関リスト利用度と小児心身症診療の実際および関連諸機関との連携に関する調査」『平成15年度 厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業) 小児心身症対策の推進に関する研究 分担報告書』pp.317-319.
- 厚生労働省 (2016). 「第14回21世紀出生児縦断調査 (平成13年出生児) 結果 21世紀出生児縦断調査 政府統計窓口 (e-Stat) 表番号128 「子ども数・構成割合、同居者の構成、児童・生徒を育てていて負担に思うことや悩み (複数回答)、父母の総収入額別」より筆者算定, 2016年12月20日アクセス.
- 京都府教育委員会 (2011). 「別室登校～別室登校児童生徒の実態把握と支援の在り方～」
- 三池輝久 (2000). 「不登校状態と生活リズムの変調に関する研究 4-A N市中学生健康アンケート調査結果と解析」『平成11年度厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究 分担研究報告書』厚生労働研究成果データベース, 2017年1月4日アクセス.
- 三井登 (2001). 「1910年代の学齢児童のトラホームの状態と学校医の治療をめぐる問題」『北海道大学大学院教育学研究科紀要』83, 117-157.
- 文部科学省 (2016a). 「平成26年度学校基本調査 総括表 14 理由別長期欠席児童・生徒数」, 政府統計窓口 (e-Stat), 2017年1月3日アクセス.
- 文部科学省 (2016b). 「平成26年度児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査 (確定値)」. (2006年, 2011年, 2014年の中学生不登校生徒数で使用).
- 茂呂雄二 (1999). 「具体性のヴィゴツキー」pp144, 176 金子書房.
- 日本学校保健会 (2002,2013). 「保健室利用状況に関する調査報告書」.
- 齊藤万比古他 (2003). 「児童思春期における情緒・行動の障害に対する精神医療・保健・福祉の対応・連携システムについて—「現状調査アンケート」の結果と考察—」『精神保健研究』49, 49-59.
- 齊藤万比古 (2008). 「思春期のひきこもりをもたらす精神疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」『厚生労働科学研究費補助金 ころの健康科学研究事業 平成19年度総括・分担研究報告書』.
- 高橋佐和子 荒木田美香子 (2004). 「中学生の精神的健康状態とその要因に関する検討-第二報 家族の要因と家族支援—」『小児保健研究』63 (2), 221-229.
- 富田和巳 (2004). 「小児心身症の薬物療法」『小児科』45 (7), 1224-1225 金原出版.
- Vähäaho, T. (1999). "Boundary crossing in children's health care Negotiations Between General and Special Practice in Medicine A Research Plan". Working paper No.17 University of Helsinki Department of Education, Center for Activity Theory and Developmental Work Research.
- 山住勝広 (2004). 「活動理論と教育実践の創造 拡張的学習へ」69-129 関西大学出版会.
- 山住勝広 (2008). 「ネットワークからノットワーキングへ—活動理論の新しい世代」山住勝広・エンゲストローム編『ノットワーキング 結び合う人間活動の創造へ』序章 新曜社.