

子どものメンタルヘルスに関する研究

—— 教師の理解を中心に ——

成田 絵里*・斎藤 ふくみ**

(2012年9月15日受理)

A Study on the Mental Health of Children

— with a Focus on Teachers' Understanding —

Eri NARITA and Fukumi SAITO

キーワード:メンタルヘルス、知識理解、教師の信念・価値観、教師の感情

本研究は、子どものメンタルヘルスに関する問題が最も高い割合を示した中学校¹⁾の一般教師を対象に、メンタルヘルスに関する基本的知識理解度と、メンタルヘルスに関して問題のある子どもに抱く感情を明らかにすることを目的とする。その結果、発達障害に対する症状認識が高いことが明らかになった。また、メンタルヘルスに関する問題のある子どもに対して生じる教師の感情には、子どもの問題を理解しているとは言い難い感情も生じていることが分かった。養護教諭と学級担任が、共に子どもを支援していく者として、共通理解を図り、連携を進めていく上では、教師の感情にも配慮することが大切である。

I はじめに

現在、子どものメンタルヘルスに関する問題は複雑化、深刻化している。日本学校保健会の調査によると、メンタルヘルスに関する問題で養護教諭が必要と判断し、直接支援した子どもがいた学校の割合は、小学校 78.0%、中学校 95.3%、高等学校 95.1%¹⁾ といずれの校種においても高い割合を示している。このような現状から、子どものメンタルヘルスに関して学校全体が共通理解をもち、早期発見、早期対応に努める必要がある。子どもの心身の健康に関する専門家である養護教諭の子どものメンタルヘルスに関する深い理解はもちろん、学校において子どもと接する時間が長く、生活を共にする、身近な存在である学級担任の子どものメンタルヘルスに対する理解が、子どもを支援する際には欠かせない。

しかしながら、養護教諭を対象に行われた調査で、子どもの心の問題への対応にあたっての問題

*茨城県立北茨城特別支援学校

**茨城大学教育学部教育保健教室

点の一つとして「心の健康問題に対する他教師の理解不足」²⁾があった。筆者自身も、一部の教師がメンタルヘルスに関して問題のある子どもに対して「わがままである」、「弱い」、「怠惰である」などと捉え、問題の原因のすべてを、子ども自身の性格や努力不足等の内的要因に帰属させるなど、教師の側に、メンタルヘルスに関して問題のある子どもに対して否定的感情が生じているのでは、と感じることがあった。また、そのような否定的感情の背景には、教師のメンタルヘルスに関する基本的な知識不足に加え、教師が個々に持つ教育観や、子どもに対しての信念や価値観も関係していると推察する。

そこで、本研究では、子どものメンタルヘルスに関する問題が最も高い割合を示した中学校の一般教諭を対象に、メンタルヘルスに関する基本的知識理解度と、教師が個々に持つ教育や子どもに対する信念・価値観に着目して、一般教諭がメンタルヘルスに関して問題のある子どもに抱く感情を明らかにすることを目的とする。そして、その結果をもとに、子どものメンタルヘルスに対する理解を深めるためには、養護教諭は一般教諭に対してどのような働きかけをすべきなのかを考察する。

II 研究概要

1. 調査対象

I 県の公立中学校 3 校の一般教諭（管理職・養護教諭を除く）110 名を対象とした。有効回答数は 85 名（男性 46 名、女性 39 名）、有効回答率は 77.3%であった。

2. 調査期間

2011 年 10 月 22 日～11 月 10 日。

3. 調査方法

選択肢式、自由記述式で構成した質問紙による質問紙留置調査法を行った。選択肢式の回答については、MicrosoftOfficeExcel2003 および SPSS. 20Ver を用いて統計的分析を行った。

4. 調査内容

- 1) 対象者の属性（性別、年齢、教職経験年数）
- 2) メンタルヘルスに関する問題および疾患に対する症状認識
- 3) 教師特有のピリーフ尺度（河村・國分 1996）
- 4) メンタルヘルスに関して問題のある子どもに対して生じる教師の感情

5. 倫理的配慮

個人が特定されないよう無記名で実施し、調査で得られた結果は本研究以外では使用しないことを質問紙上に記載した。また一人ひとりの質問紙を封筒に入れることで、提出時に回答内容が他者に分からないように配慮した。

III 結果

1. 対象者の属性

1) 年齢と性別

年齢と性別の内訳を表1に示す。

表1 対象者の内訳 (n=85)

	男性	女性	合計
	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
20歳代	10(11.8)	10(11.8)	20(23.5)
30歳代	8(9.4)	7(8.2)	15(17.6)
40歳代	15(17.6)	9(10.6)	24(28.2)
50歳以上	13(15.3)	13(15.3)	26(30.6)
合計	46(54.1)	39(45.9)	85(100.0)

2) 教職経験年数と性別

教職経験年数の内訳は、「5年未満男性」が10名(11.8%)、「5年未満女性」が9名(10.6%)、「5年以上10年未満男性」が5名(5.9%)、「5年以上10年未満女性」が6名(7.1%)、「10年以上20年未満男性」が9名(10.6%)、「10年以上20年未満女性」が9名(10.6%)、「20年以上30年未満男性」が15名(17.6%)、「20年以上30年未満女性」が6名(7.1%)、「30年以上男性」が7名(8.2%)、「30年以上女性」が9名(10.6%)であった。

2. メンタルヘルスに関する問題および疾患に対する症状認識

メンタルヘルスに関する問題および疾患に対して、どの程度の症状認識があるのかを調査することを目的に、「症状を説明できる」、「症状を知っている」、「名前は知っている」、「全く知らない」の4段階の選択式で回答を求めた。

対象としたメンタルヘルスに関する問題および疾患は、文部科学省の『教師のための子どもの健康観察の方法と問題への対応』³⁾、日本学校保健会の『子どものメンタルヘルスの理解とその対応—心の健康づくりの推進に向けた組織体制づくりと連携—』⁴⁾に掲載されている問題および疾患の中から選択した。対象としたメンタルヘルスに関する問題および疾患の一覧を表2に示す。

表2 対象としたメンタルヘルスに関する問題および疾患

1	心的外傷後ストレス障害 (PTSD)	11	円形脱毛症
2	ネグレクト	12	過換気症候群
3	うつ病	13	過敏性腸症候群 (IBS)
4	双極性障害	14	起立性調節障害 (OD)
5	強迫性障害	15	心因性頻尿
6	統合失調症	16	睡眠障害
7	アスペルガー症候群	17	選択性緘黙
8	学習障害 (LD)	18	摂食障害
9	自閉症	19	チック障害
10	注意欠陥多動性障害 (ADHD)	20	トゥレット障害

1)メンタルヘルスに関する問題および疾患に対する症状認識—全体

メンタルヘルスに関する問題および疾患に対する症状認識の結果を図1に示す。

「症状を説明できる」と回答した割合が半数を超えたのは、学習障害 48 名 (56.5%) と注意欠陥多動性障害 (ADHD) 47 名 (55.3%) であった。一方、「全く知らない」と回答した割合が半数を超えたのは、トゥレット障害 54 名 (64.3%) と 双極性障害 47 名 (55.3%) であった。

「症状を説明できる」または「症状を知っている」と回答した割合については、高い順に、円形脱毛症が 80 名 (94.1%)、注意欠陥多動性障害が 78 名 (91.8%)、自閉症 77 名が (90.6%)、うつ病が 75 名 (90.4%) で9割を超えた。一方、「症状を説明できる」または「症状を知っている」と回答した割合が半数未満であったのは、過換気症候群 40 名 (47.1%)、強迫性障害 36 名 (43.4%)、双極性障害 11 名 (13.0%)、トゥレット障害 8 名 (9.5%) であった。

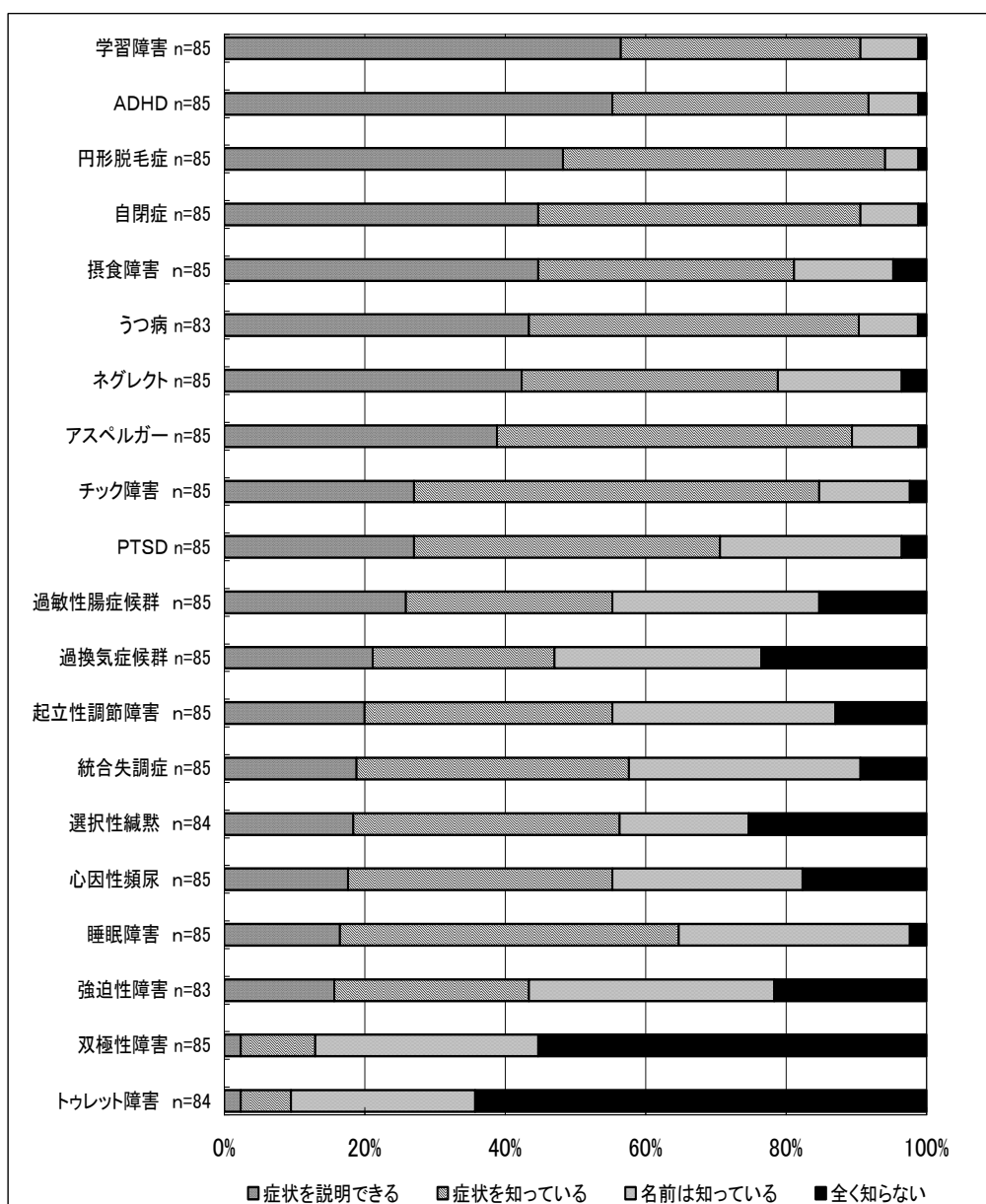


図1 メンタルヘルスに関する問題および疾患に対する症状認識

2)メンタルヘルスに関する問題および疾患に対する症状認識についてのt検定

(1)性別

対象者を【男性】と【女性】に分け、独立したサンプルの t 検定を行った。有意差がみられたのは「過敏性腸症候群」であり、女性のほうが有意に高かった (表 3-1)。

(2)年代別

対象者を【20 歳代~30 歳代】と【40 歳代~50 歳代】に分け、独立したサンプルの t 検定を行った。有意差がみられたのは、「起立性調節障害」と「心因性頻尿」であり、いずれも【40 歳代~50 歳以上】のほうが有意に高かった (表 3-2)。

表 3-1 症状認識における男女別の平均の差

疾患等	性別	N	平均値	標準偏差	t値	P値
心的外傷後ストレス障害(PTSD)	男	46	2.8913	0.87504	-0.605	0.547
	女	39	3.0000	0.76089		
過敏気候群	男	46	2.3913	1.06413	-0.517	0.606
	女	39	2.5128	1.09717		
統合失調症	男	46	2.5870	0.95629	-0.939	0.351
	女	39	2.7692	0.80986		
ネグレクト	男	46	3.1522	0.89362	-0.285	0.776
	女	39	3.2051	0.80064		
起立性調節障害(OD)	男	46	2.5435	0.95932	-0.841	0.403
	女	39	2.7179	0.94448		
うつ病	男	46	3.2826	0.75020	0.420	0.676
	女	37	3.2051	0.95089		
過敏性腸症候群	男	46	2.3913	1.02151	-2.696	0.008 **
	女	39	2.9744	0.95936		
双極性障害	男	46	1.6087	0.85578	0.112	0.911
	女	39	1.5897	0.67738		
チック障害	男	46	3.0217	0.77428	-1.035	0.304
	女	39	3.1795	0.60139		
強迫性障害	男	46	2.3478	0.98370	0.286	0.775
	女	37	2.2821	1.12270		
自閉症	男	46	3.3043	0.72632	-0.538	0.592
	女	37	3.3846	0.63310		
摂食障害	男	46	3.0435	0.94178	-1.993	0.050
	女	38	3.4103	0.71517		
心因性頻尿	男	46	2.5217	1.00530	-0.316	0.752
	女	39	2.5897	0.96567		
アスペルガー症候群	男	46	3.1739	0.76896	-1.434	0.155
	女	39	3.3846	0.54364		
円形脱毛症	男	46	3.3913	0.71424	-0.318	0.752
	女	39	3.4359	0.55226		
学習障害	男	46	3.4783	0.75245	0.277	0.783
	女	39	3.4359	0.64051		
選択性嫉妬	男	46	2.3043	1.09280	-1.296	0.199
	女	38	2.6154	1.11486		
注意欠陥多動性障害(ADHD)	男	46	3.4348	0.71963	-0.351	0.727
	女	39	3.4872	0.64367		
トゥレット障害	男	46	1.5435	0.78050	1.134	0.260
	女	38	1.3590	0.70663		
睡眠障害	男	46	2.7609	0.82151	-0.368	0.714
	女	39	2.8205	0.64367		

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.000

表 3-2 症状認識における年代別の平均の差

疾患等	年齢	N	平均値	標準偏差	t値	P値
心的外傷後ストレス障害(PTSD)	20歳代~30歳代	35	3.0286	0.92309	0.819	0.415
	40歳代~50歳以上	50	2.8800	0.74615		
過敏気候群	20歳代~30歳代	35	2.2857	1.04520	-1.160	0.249
	40歳代~50歳以上	50	2.5600	1.09096		
統合失調症	20歳代~30歳代	35	2.6857	0.86675	0.130	0.897
	40歳代~50歳以上	50	2.6600	0.91718		
ネグレクト	20歳代~30歳代	35	3.1714	0.95442	-0.046	0.984
	40歳代~50歳以上	50	3.1800	0.77433		
起立性調節障害(OD)	20歳代~30歳代	35	2.3714	1.03144	-2.085	0.040 *
	40歳代~50歳以上	50	2.8000	0.85714		
うつ病	20歳代~30歳代	35	3.3143	0.75815	0.612	0.542
	40歳代~50歳以上	50	3.2000	0.90351		
過敏性腸症候群	20歳代~30歳代	35	2.6571	1.08310	-0.013	0.990
	40歳代~50歳以上	50	2.6600	1.00224		
双極性障害	20歳代~30歳代	35	1.6571	0.90563	0.567	0.572
	40歳代~50歳以上	50	1.5600	0.67491		
チック障害	20歳代~30歳代	35	3.0000	0.84017	-1.036	0.303
	40歳代~50歳以上	50	3.1600	0.58414		
強迫性障害	20歳代~30歳代	35	2.1143	1.05081	-1.507	0.136
	40歳代~50歳以上	48	2.4600	1.03431		
自閉症	20歳代~30歳代	35	3.2857	0.78857	-0.625	0.534
	40歳代~50歳以上	50	3.3800	0.60238		
摂食障害	20歳代~30歳代	35	3.2286	0.91026	0.150	0.881
	40歳代~50歳以上	50	3.2000	0.83299		
心因性頻尿	20歳代~30歳代	35	2.1143	0.96319	-3.696	0.000 ***
	40歳代~50歳以上	50	2.8600	0.88086		
アスペルガー症候群	20歳代~30歳代	35	3.2286	0.73106	-0.475	0.636
	40歳代~50歳以上	50	3.3000	0.64681		
円形脱毛症	20歳代~30歳代	35	3.4000	0.69452	-0.141	0.889
	40歳代~50歳以上	50	3.4200	0.60911		
学習障害	20歳代~30歳代	35	3.4571	0.74134	-0.018	0.985
	40歳代~50歳以上	49	3.4600	0.67643		
選択性嫉妬	20歳代~30歳代	35	2.3714	1.08697	-0.525	0.601
	40歳代~50歳以上	50	2.5000	1.12938		
注意欠陥多動性障害(ADHD)	20歳代~30歳代	35	3.4857	0.74247	0.302	0.763
	40歳代~50歳以上	50	3.4400	0.64397		
トゥレット障害	20歳代~30歳代	35	1.5429	0.78000	0.864	0.390
	40歳代~50歳以上	49	1.4000	0.72843		
睡眠障害	20歳代~30歳代	35	2.6571	0.72529	-1.378	0.174
	40歳代~50歳以上	50	2.8800	0.74615		

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.000

3. 教師特有のビリーフ尺度

教師の信念・価値観を測るものとして、河村・國分 (1996) が作成した「教師特有の指導行動を生むイラショナル・ビリーフ尺度」⁵⁾ を、中学校現場に合うよう河村ら (2004) が修正を加えた「ビリーフ尺度」⁶⁾ を使用した。尺度の具体的な質問項目内容を表 4 に示す。

20 項目の各質問項目に対して、「全くそう思う」、「少しそう思う」、「あまりそう思わない」、「そ

う思わない」の4件法で回答を求めた。さらに、「全くそう思う」を4点、「少しそう思う」を3点、「あまりそう思わない」を2点、「そう思わない」を1点とし、20の質問項目のそれぞれの点数の合計から平均点を求め、その平均点をビリーフ得点とした。ビリーフ得点が高いほど、教師特有の指導行動を生むビリーフのイラショナル性が高いことを表す⁷⁾。

表4 ビリーフ尺度の項目内容

1) 教師はその指示によって、生徒に規律ある行動をさせる必要がある。	11) 生徒は考えていることを発言し行動で示すことが望ましい。
2) 知識が不確かなことを生徒に知られることは教育上好ましくない。	12) 学級経営は学級集団全体の向上が基本である。
3) 他の教師から非難されないような学級経営をすべきである。	13) 生徒の活動意欲刺激のため競争意識を持たせることは必要である。
4) 学級の問題は担任教師の力でのみ解決するべきである。	14) 生徒は学校のきまりを守り他の生徒と協調してゆくべきである。
5) 教師は学校で認められた模範的な授業は日々に行かすべきである。	15) 教師は担当する全ての生徒から、慕われることが望ましい。
6) 年間の授業の進め方の大枠は指導書を参考にすべきである。	16) 教師と生徒は親しい仲にも毅然とした一線を持つべきである。
7) 教育理論などを引用する教師は実践力が伴わない教師が多い。	17) 生徒に休み時間でも馴々しい態度・言葉をさせるべきではない。
8) 学習成績の不振な生徒には、努力不足の生徒が多い。	18) 教師は、社会に価値のある職業である。
9) 生徒が学校の規則を守ることは社会性の育成につながる。	19) 生徒は学校で進んで授業や活動に参加する態度が望ましい。
10) 学校教育に携わるものとして同僚と同一歩調をとることが必要である。	20) 学級崩壊や授業崩壊は、かなり教師の力量に関係する。

1)ビリーフ得点の集計結果

回答した対象者のうち、無回答項目があった3名を除く、82名のビリーフ得点の全項目得点の平均点は3.10点(SD=0.26)であった。最も高い得点は3.75点であった。一方、最も低い得点は2.45点であった(図2)。

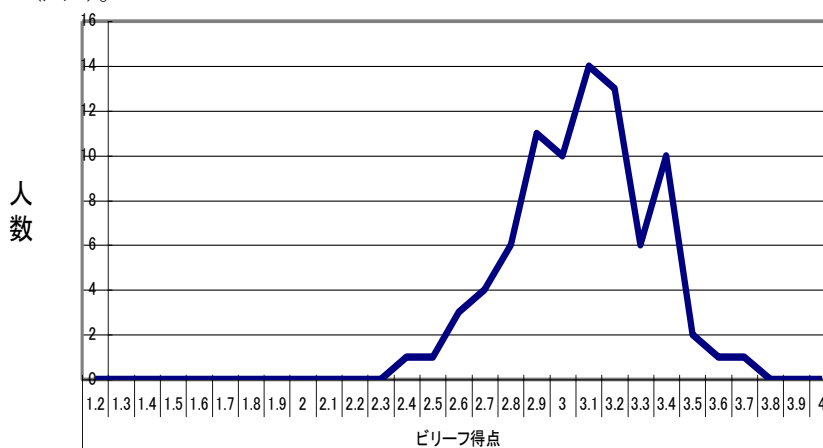


図2 ビリーフ得点分布 (n=82)

4. メンタルヘルスに問題のある子どもに対して生じる教師の感情

メンタルヘルスに問題のある子どもに対して生じる教師の感情を調査することを目的に、文部科学省の「教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応」⁸⁾から3つの事例を選択した。それぞれの事例に登場する3人の生徒に対して、どのような感情を抱くかを質問し、自由記述による回答を求めた。なお3つの事例に関して、本研究用に性別、校種、学年等を一部変更した。事例の具体的内容を表5に示す。

1) 事例1・2・3の回答内容別記述数

回答した対象者のうち、無回答5名を除く80名の記述内容をカテゴリー化し、【感情】、【子ども認知】、【判断】、【対応】、【連携】、【その他】の6項目に分け、集計を行った。

事例1においては、記述数が多い順に【判断】、【対応】、【感情】、【その他】、【連携】、【子ども認

表5 事例の具体的内容

<p>事例1: A男は中学校一年生である。一学期に他県から転居してきた。学習面でのつまづきはほとんどなかったが、学級になじめず一人であることが多かった。新しい環境に慣れないためかと思い、しばらく様子を見ていたが、級友の言葉を悪口だと思いこみ、暴言を吐いたり、遊んでいる最中に突然激しく怒りだすことが続いた。また、しばしば、パニックを起こして保健室に駆け込んでくることもあった。</p>
<p>事例2: B子は中学校三年生である。中学校入学時は活発でクラスでも目立つ存在であった。二年の秋ごろから授業中に体調不良を訴え、早退することが多くなったが吹奏楽の部活は熱心に行っていた。しかし、三年生の春の演奏会を前に練習を無断で休むようになり、思うように演奏できない、部長と意見が対立するなど訴えるようになった。部活動の顧問(男性教諭)が心配して相談にのっていたが、頻繁に悩みを聞いてほしいと要求するようになり相談時間も長引くことが多くなった。要求がエスカレートすることを危惧した顧問が、遅くなる前に相談を切り上げ帰宅を促したところ、生徒は態度を一変させて顧問を激しく非難し始めた。翌日、部室に現れたとき、B子のリストカットした傷を見て驚いた顧問は生徒を保健室に連れて行った。</p>
<p>事例3: C子は中学校二年生である。以前は健康上の問題はなかったが、最近、腹痛と下痢を繰り返し訴え、しばしば保健室を訪れたり、腹痛が強くて学校を休んだりするようになった。ある日、教室で息が苦しいと訴え、総合病院を受診した結果、心因性のものであると言われた。成績は中の上で、いつもは仲の良い数人の女子と過ごすことが多かった。しかし、学級内の女子の中では衝突がしばしばあった。</p>

知】であった。事例2においては、記述数が多い順に、【感情】、【判断】、【対応】、【子ども認知】、【その他】、【連携】であった。事例3においては、記述数が多い順に、【対応】、【判断】、【感情】、【その他】、【子ども認知】、【連携】という結果になった。質問紙においては、生徒に対して抱く「感情」について回答を求めたが、いずれの事例においても【判断】や【対応】についての記述が多く挙げられた。また、一人平均記述数は、事例1が2.2、事例2が2.2、事例3が2.0であった。

2) 教師の感情とビリーフ得点

ビリーフ尺度によって求めたビリーフ得点の平均点と標準偏差をもとに、(平均点+標準偏差/2)以上をH群、(平均点+標準偏差/2)未満をL群、それ以外をM群とした⁹⁾。無回答項目のあった3名を除く82名の群別人数を表6に示す。

表6 ビリーフ得点の群別人数 (n=82)

ビリーフ得点の平均点(標準偏差) 3.10 (0.26)		
群	ビリーフ得点	人数(%)
H群	3.23以上	26(31.7)
M群	2.97以上3.23未満	30(36.6)
L群	2.97未満	26(31.7)

また、回答内容を【感情】の他に、【子ども認知】、【判断】、【対応】、【連携】、【その他】の6項目に分け集計を行ったが、【判断】、【対応】、【連携】、【その他】については本研究の趣旨と異なるため、具体的記述内容については分析を行わなかった。さらに、【子ども認知】に関する記述に関しては、子ども認知の枠組みや基準に、教師の感情が少なからず影響を及ぼしている可能性は否定できないと考える。よって本研究では【子ども認知】に関する具体的記述内容も【感情】とともにまとめた。

それぞれの群に所属する対象者が事例1、2、3において回答した【感情】および【子ども認知】

の具体的記述内容を表7-1から表7-9にまとめた。

なお、記述内容に関しては、回答者の記述をそのまま示す。

(1) 事例1

表7-1 H群に属する回答者の具体的記述内容

事例1・感情 (n=9)	事例1・子ども認知 (n=4)
<ul style="list-style-type: none"> ・これは大変だな・・・。 ・話をよく聞いてあげるべきだった。かまってあげればよかった。 ・いやーすごい生徒が来たな。 ・心配です。 ・慣れない環境で大変だな、と思う。一番大変な状況にあるのは本人だから何とかしてあげたいと思います。 ・この後もこの子は大変だろうな。 ・A男の態度や行動がとても心配である。 ・かわいそう、助けてあげたいと思うと同時に厄介だという気持ちが生じるだろう。 ・困った。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の気持ちを上手に表現できない生徒である。 ・人との関係を持つことが苦手な子なのかな、と思います。 ・変な子だな。 ・コミュニケーションをとるのが苦手。自分の感情をコントロールできない子なのかな。

表7-2 M群に属する回答者の具体的記述内容

事例1・感情 (n=10)	事例1・子ども認知 (n=1)
<ul style="list-style-type: none"> ・どうしたのかな。 ・困ったな。対応に不安を感じると思う ・心配になる。 ・あまり嫌だとは思わない。 ・本人のさみしさを少しでもやわらげてあげたい。 ・新しい環境になじめず、親しい友人にも恵まれず、心が痛んでいる様子がうかがえ、気の毒に思う。 ・感情としては初めは戸惑いを覚えると思う。 ・私はあまりにも彼(A男)になにもしてやれていなかったのかもかもしれない。 ・かわいそうだ、なんとか力になりたい。 ・担任として、心配する気持ちと、行動を冷静に分析しようと思う気持ち。 	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーションをとる能力がない人だなあ。

表7-3 L群に属する回答者の具体的記述内容

事例1・感情 (n=8)	事例1・子ども認知 (n=1)
<ul style="list-style-type: none"> ・また、思い込んでいるのか、いい加減にしてほしい。 ・はじめに不安や心配を感じ、家庭と連絡をとる回数を増やす。感情という点では、迷惑さや厄介感を多少なりとも感じると思うが、早めに対応することで安心を得たいような気もする。 ・面倒くさいと思うが、優しくしてあげなくては・・・。 ・不思議だなーと思う。 ・何か不安な気持ちがあるのだろうと思うので、同情か？ ・心配。 ・どう捉えたらよいか難しい。困った。 ・どうした。うーん。 	<ul style="list-style-type: none"> ・A男は被害者意識が強いな。

(2) 事例2

表7-4 H群に属する回答者の具体的記述内容

事例2・感情 (n=10)	事例2・子ども認知 (n=7)
<ul style="list-style-type: none"> ・専門の先生にまかせたい・・・。 ・顧問だけではなく、担任も話を聞くべきだった。 ・家庭の状態など心配します。 ・正常な精神状態ではないため、本人に対して怒りの感情は持たない。 ・不安定さがとても心配です。 ・B子に対して悪い感情は抱かない。 ・かわいそう、助けてあげたいと思うと同時に厄介だという気持ちも生じるだろう。 ・もっと早い時期からきづいてあげられなかったことを反省。 ・部活動の顧問に任せすぎて、相談にのってあげられなかった。 ・危機感。 助けたい気持ち。 	<ul style="list-style-type: none"> ・難しい子だな・・・。 ・(A子は)自分を正当化させたい気持ちが強い。 ・なかなか、難しい子だな。 ・感受性の高い生徒である。 やや自分中心の性格であるが、意欲の高い生徒でもある。 ・わがままで、話をきかなければならないと感じる。 ・わがままなところもあるのかな。 ・わがまま。(愛情不足か、悲劇のヒロインタイプか)

表7-5 M群に属する回答者の具体的記述内容

事例2・感情 (n=13)	事例2・子ども認知 (n=4)
<ul style="list-style-type: none"> ・大変だな。 ・何事があったのか驚く。 これから、どのように接していくか戸惑いを持つと思う。 困ったことになった。 ・相談を担任としてすることは当然だが、頻繁になると"甘え"があると感じ、これでは教育につながらない。 ・いらだつかもしれない。 ・B子の気持ちが追い込まれていると感じ、心配になる。 ・心因性の行動なので、「こわい」と思う。 行動(接し方)が臆病になると思う。 ・不安定でいるB子はつらそうだ。 ・自分に注目してほしい、助けを求めている現実を何とかヘルプしていきたい。 ・十分に話を聞いてあげればよかった。 ・少し厄介だなと感じます。 ・心配なので、誰に相談したらよいか考える。 ・もっと早く、B子の変化に気づいてあげるべきだった。 B子とたくさん話し、相談する機会をたくさん作ってあげるべきだった。 ・かわいそうだ。 なんとか力になりたい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・独占欲が強い子だ。 ・思うようにいかなかったり、自分の嫌なことから逃げようとするわがままな生徒で、けしからんと最初は思った。 ・正直、面倒な子だと思う。 ・プライドが高い。

表7-6 L群に属する回答者の具体的記述内容

事例2・感情 (n=12)	事例2・子ども認知 (n=1)
<ul style="list-style-type: none"> ・しょうがない、私が話し相手になってやるか。 ・もっと早く、B子の悩みを聴いてあげるべきだったと感じた。 顧問との話し合いも、もっと必要であったと思う。 ・早期発見や家庭訪問などの手立てを見逃してしまったことに自己嫌悪を感じることはあると思う。 感情という危うい感覚を冷静に正確につかむことを難しいと感じる。 ・担任や学年の先生と分担して話を聞くべきだったかな・・・。 ・困ったな。 ・表面上は出せないが、嫌悪か？ ・対処に困る。 ・自傷行為に及んでいて、今後が心配。 ・気持ちがすごく不安定なので心配します。 ・困ったな。 ・何が彼女(B子)をそんなに追い詰めているのか心配になる。 ・どうすればいいのか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・難しい生徒。

(3) 事例3

表7-7 H群に属する回答者の具体的記述内容

事例3・感情 (n=8)	事例3・子ども認知 (n=2)
<ul style="list-style-type: none"> ・心因性のものなら手に負えないかな。 ・ストレスがあったのかと思い、そのつらさに気づいてあげられず、申し訳ない気持ちがあります。 ・一番大変な状況にあるのは本人だから、何とかしてあげたいと思います。 ・かわいそうだな。つらいだろうな。 ・体調不良を訴える原因はなんなのか心配である。 ・かわいそう、助けてあげたいと思うと同時に厄介だという気持ちも生じるだろう。 ・学級内では、どんな人間関係だったのか、もっと詳しくつかんでおけばよかった。 ・助けない気持ち。 	<ul style="list-style-type: none"> ・(O子は)自分の思いどおりにした気持ち強い。 ・ストレスを抱えやすい子どもなのか。

表7-8 M群に属する回答者の具体的記述内容

事例3・感情 (n=9)	事例3・子ども認知 (n=2)
<ul style="list-style-type: none"> ・どうしたのかな。 ・この生徒にストレスを感じます。 ・女子の学級内のいざこざは面倒だな、と思うことが多い。 ・学級に入れなくなってしまうと思い、心配になる。 ・大変になりそう。 ・周りの子からのアプローチもできるので、それほど苦にはならないと思います。 ・かわいそう、なんとかカカになりたい。 ・体調にひびくまで、ストレスを抱えていたことに担任として気づけず、ほっておいたことに申し訳ないと思う気持ち。 ・こんな時に、困るとかでしょうか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・人間関係を上手につくれない子だ。 ・かなり、活発な生徒であるように感じる。

表7-9 L群に属する回答者の具体的記述内容

事例3・感情 (n=5)	事例3・子ども認知 (n=2)
<ul style="list-style-type: none"> ・何となく面倒くさいような、またはふりまわされてしまいそうな厄介な感じを覚える。女子グループでの衝突で、学級内の雰囲気壊されるようなことが安易に予想できる場合には、家庭、学年間などの連絡が必要となるため、頭が重く感じるかもしれない。悪癖やほやきなど、もらさなくても済むような楽しいことを見つけて、現実逃避をしようかもしれない。 ・早くよくなってほしい。 ・心配します。 ・困った。何とかしてやりたい。 ・わからない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・甘えているな。 ・友人関係が狭いな。

IV 考察

1. メンタルヘルスに関する問題および疾患に対する症状認識の調査結果から

メンタルヘルスに関する問題および疾患について、「症状を説明できる」または「症状を知っている」と回答した割合をみると、円形脱毛症が80名(94.1%)、注意欠陥多動性障害が78名(91.6%)、自閉症が77名(90.6%)、学習障害が77名(90.6%)、うつ病が75名(90.4%)、アスペルガー症

候群が76名(89.4%)の順に高い割合を示した。症状認識の高いものの上位の多くは発達障害であり、教師は発達障害に対する症状認識が高いことが明らかになった。発達障害の症状認識が高かった理由として、本研究において対象とした中学校3校のうち2校には、情緒障害等の特別支援学級があり、日常的に発達障害のある生徒とのかかわりがあるためであると考えられる。そのため、発達障害のある生徒に対する理解や対応は、本研究で対象としたその他の問題や疾患よりも、差し迫った課題であるがゆえに、必然的に症状認識が高い結果となったのではないだろうか。一方、「症状を説明できる」または「症状を知っている」と回答した割合が半数未満であったのは、過換気症候群の40名(47.1%)、強迫性障害の36名(43.4%)、双極性障害の11名(13.0%)、最も低い割合であったトゥレット障害においては8名(9.5%)と1割に満たなかった。双極性障害の症状認識が低かった理由として、双極性障害はかつて「躁うつ病」といわれていたため、現在でも「躁うつ病」として認識している可能性が考えられる。

年代別でみると、全体的な傾向として、30歳代はメンタルヘルスに関する問題および疾患に対する症状認識が高い傾向がみられ、20歳代は低い傾向がみられたが、統計的な有意差はなかった。年代が上がると教師としての経験年数が増し、多くの子どもと出会う機会も多くなることから、年代が上がると症状認識が高くなると予想していた。しかし、40歳代から50歳代において統計的に有意な差が生じたのは「起立性調節障害」と「心因性頻尿」の2つのみであった。今回の調査においては、性別や年代別、経験年数別で症状認識に明らかな傾向を得ることはできなかった。どの程度メンタルヘルスに関する問題や疾患に関して認識しているのかは、年代ごとに、大学における教育課程の中で学んできたことの違いによるものも考えられるが、教師一人ひとりの興味・関心や、どのような子どもと出会い、どのような経験をしてきたのか、といった個人的なものに依拠するところも大きいと言わざるをえない。

教師は教育者であり、医療関係者ではないので、必ずしも疾患についての知識の理解は必要ではないという考えもあるかもしれない。しかしながら、知識がないことで子どもが発するSOSを見逃すことや、子どもに対する理解や対応を誤る可能性は否定できない。メンタルヘルスに関する問題や疾患の中には、その疾患の特性から学校生活に支障をきたすものが少なくなく、特別な配慮が必要なケースもある¹⁰⁾。故に、養護教諭だけではなく、子どもにとって、学校における最も身近な存在である学級担任のメンタルヘルスに関する問題および疾患に対する正しい理解と対応が必要であるといえる。養護教諭は子どもの心身の専門家としての立場から、メンタルヘルスに関する問題や疾患に対して、教師が正しい理解が得られるよう情報提供をすることが重要である。

2. メンタルヘルスに関する問題のある子どもに対して生じる教師の感情の調査結果から

メンタルヘルスに関する問題のある子どもに対して生じる教師の感情について、質問紙において「どのような感情を抱くか」について回答を求めた。しかしながら、実際には【対応】や【判断】、【連携】に関する記述が多くみられた。この原因の一つとして、「感情で指導はしないので書けない」、「感情という言葉の意味がわかりません、生徒指導時は対応だと思います」といった質問紙に書かれた教師の記述が参考になるのではないだろうか。学級担任という立場上、教師は子どもに対して評価的な存在であるがゆえに、常に子どもたちに対して公平に対応することが求められる。教師が子どもに対して、公平であるということは、子ども、保護者、そして社会的にも望まれている教師

像であるといえる。ゆえに、教師自らの「感情」で子どもへの対応や指導に影響があつてはならない、という強い信念がうかがえる。また、子どもを評価する存在であると同時に、教師自身も学校内で評価されやすい立場であるために、子どもの問題が生じた時、どうしたらよいかと、まず、問題解決に動く傾向があるということが挙げられる¹¹⁾。以上のような、学級担任という立場性から、子どもにどのような感情を抱くかという質問に対して、【対応】や【判断】等の記述が多くなったと推察する。

メンタルヘルスに関する問題のある子どもに対して生じる感情として、ビリーフ尺度の得点が高い群のほうが、子どもに対して否定的な感情を抱く傾向があると予想していた。しかし、【感情】についてはビリーフ尺度の得点が高いH群、低いL群、それ以外のM群に大きな違いはみられなかった。どの群においても、「共感」、「同情」、「心配」、「困惑」、「不安」といった記述がみられ、少数ではあるが、「怒り」、「嫌悪」、「厄介」、「面倒」といった感情も挙げられた。また、「なぜ、今まで気づけなかったのだろう」「もっと、話を聞いてあげればよかった」といった自分自身を責める「自責」の感情や、「厄介」、「面倒」、「不安」、「困惑」といった感情を抱えながらも、教師としての責務を果たそうとする記述もみられた。

事例2において、ビリーフ尺度得点の高いH群に【子ども認知】の点で「わがまま」という記述が目立ったが、これは、必ずしもビリーフ尺度の高低のみに係るものであるとはいえず、事例2のリストカットという行動に対する反応であるともいえる。庄は「自傷行為には、自分を傷つける行為を行うことで相手を傷つける（攻撃）という意味が少なからず含まれるがゆえに、援助者が不快になりやすい」¹²⁾と述べており、全ての群で、他の事例よりも記述数が多いことから、対象者である教師に何らかの不快な感情が生じた結果であると考えられる。

メンタルヘルスに関する問題のある子どもに対して生じる教師の感情には、「怒り」、「面倒」、「厄介」、「嫌悪」といった、理解しているとはいえない感情も生じていることが分かった。しかしながら、佐伯らは「問題を抱えている子どもとつき合っている教師のストレスは大変なもので、相談する仲間がない場合は最悪です」¹³⁾と述べているように、教師自身にかかる心の負担も決して軽いものではないことを理解しておかなくてはならない。養護教諭と学級担任が、共に子どもを支援していく者として、共通理解を図り、連携を進めていく上では、教師の感情にも配慮することが大切である。

V まとめ

子どもを支援していく上で、子ども自身の性格等、内的な要素に対して成長を促す支援も必要であるが、同時に、子どもの周囲の人的、物的な環境の整備も必要である。しかし、問題の原因を子どもの性格など内的なものにのみ求めた場合、子ども自身の変容にのみ問題の解決の糸口を見出すことにはならないだろうか。その結果として、学級の人間関係、教師側の問題、教室の環境等、子どもを囲む人的、物的環境の整備といった支援がなされない可能性は否定できない。

本研究においては、メンタルヘルスに関して問題のある子どもに対して生じる教師の感情を調べたが、決して感情の内容にのみ注目し、「理解している」、「理解していない」と評価すること

が目的ではない。石隈は「援助者自身の価値観、考え方、感情、そして問題の捉え方がアセスメントのあり方（収集する情報の選択、情報の解釈）に影響を与える」¹⁴⁾と述べているが、大切なことは、教師が自分自身の感情を自覚し、子どもに対して生じている感情や捉えの点検を教師自身が行うことなのではないだろうか。そして、仮に子どもに対して何らかの否定的な感情が生じたとき、そのように感じている自分を自覚し、その感情が子どもへの不適切な対応や偏った捉えに結びつき、子どもにとって本当に必要な支援がなされない、ということを生じさせないことこそが重要であるといえる。

VI 謝辞

はじめに、質問紙調査を実施させていただいた中学校3校の皆様から感謝申し上げます。大変お忙しい時期であったにも関わらず、質問紙に丁寧に回答してくださったおかげで、貴重なデータを得ることができました。ありがとうございました。

そして、心身ともに支援していただいた、長年の私の主治医である遠藤先生と、今は亡き桃生先生に感謝申し上げます。先生方がいたからこそ、今の私があり、本研究があるのだと思っております。ありがとうございました。

最後に、本研究を行うにあたって、ご協力いただいた全ての方々に厚く御礼申し上げます。

VII 文献

- 1) 財団法人日本学校保健会『子どものメンタルヘルスの理解とその対応—心の健康づくりの推進に向けた組織体制づくりと連携—』（日本学校保健会，2007），12-13.
- 2) 後藤ひとみ「養護教諭が行う相談活動に関する一考察—適性感と自信度を中心に—」『日本養護教諭教育学会誌』2（1）（1999），55-56.
- 3) 文部科学省「教職員のための子どもの健康観察の方法と問題への対応」（2010），66-81.
- 4) 前掲書 1），2-8，77-81.
- 5) 河村茂雄、國分康孝「小学校における教師特有のビリーフについての調査研究」『カウンセリング研究』29（1996），44-54.
- 6) 河村夏代、鈴木啓嗣、岩井圭司「教師に生ずる感情と指導の関係についての研究—中学校教師を対象として—」『教育心理学研究』52（2004），1-11.
- 7) 前掲書 5），44-54.
- 8) 前掲書 3），30-65.
- 9) 前掲書 6），1-11.
- 10) 小林陽之助『子どもの心身症ガイドブック』（中央法規出版株式会社，2004），80-183.
- 11) 岡村達也、加藤美智子、八巻甲一『思春期の心理臨床—学校現場に学ぶ「居場所」づくり—（佐治守夫監修）』（日本評論社，1995），102-105.

- 12) 庄紀子「思春期の自傷行為」『現代のエスプリ』509 (至文社, 2009), 131.
- 13) 佐伯胖、汐見稔幸、佐藤学『学校の再生をめざして 1—学校を問う—』(財団法人 東京大学出版社, 1992), 22.
- 14) 石隈利紀『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, 1999), 196-197.