

# 不登校予防に向けたアセスメントについて ～セルフ・エフィカシーに着目して～

戸田 哲寛<sup>1)</sup>，戸梶 良輝<sup>2)</sup>，岡田 倫代<sup>3)</sup>

1) 南国市教育委員会事務局学校教育課

2) 高知市立神田小学校

3) 高知大学大学院総合人間自然科学研究科教職実践高度化専攻

## Assessment for the prevention of school refusal ～Focusing on self-efficacy～

TODA Tetsuhiro<sup>1)</sup>, TOKAJI Yoshiki<sup>2)</sup>, OKADA Michiyo<sup>3)</sup>

1) Children's Apprenticeship Course, Nankoku City Board of Education

2) Koda Elementary School, Kochi city, Kochi Prefecture

3) Program for Advanced Professional Development in Teacher Education  
Graduate School of Integrated Arts and Sciences, Kochi University

### 要 約

本研究は、セルフ・エフィカシーを測る尺度を用いることで、不安や抑うつを予測できるのかについて検討し、不登校のアセスメント指標である多軸評価に対する教員の意識についての実態を把握することが目的である。A県の公立小学校2校4年生から6年生の児童147名及び公立小中学校16校に在籍する教員134名を対象に調査した。児童は、児童用一般性セルフ・エフィカシー尺度（GSESC-R）、スペンス児童用不安尺度（SCAS）、及びバールソン児童用抑うつ性尺度（DSRS-C）の質問紙へ回答し、教員には、「不登校」に関するアンケートを実施した。その結果、GSESC-Rの5段階評定値表を用いることで、不安症及びうつ病を予測できる可能性が示された。また、多軸評価に対する教員の意識においては、第1軸の精神疾患を不登校の原因と考える教員は2割程度で、教員の精神疾患に対するリテラシーの低さがうかがえ、不登校をアセスメントする際には、教員の精神疾患に対するリテラシーを向上させる必要性が示唆された。

**キーワード：** セルフ・エフィカシー 不安 抑うつ 多軸評価 不登校

### 1. はじめに

生徒指導における喫緊の課題に不登校の問題がある。児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果（文部科学省，2020）において、不登校児童生徒数は、小学校53,350人、中学校127,922人、小・中の合計で181,272人であり、在籍者数に占める割合は小学校0.8%、中学校3.9%、全体では1.9%で本調査開始以降、在籍者数に占める割合が最も高くなっている。不登校の要因の主たるものは、「無気力・不安（39.9%）」、「いじめを除く友人関係をめぐる問題（15.1%）」、「親子の関わり方（10.2%）」の順に多いが、不登校の要因は多岐にわたり、不登校を未然に防止するための個別の適切なアセスメントが求められている。

不登校研究において、齊藤（2021）は、児童精神科臨床の立場から、不登校の児童精神科的見立てとして、全6軸からなる新たな多軸評価を示している（表1）。多軸評価とは、個々の不登校ケースを複数の切り口から構造化して捉えようとしたもので、児童精神科臨床の観点から不登校を主訴の一つとし

表1 不登校の多軸評価（齊藤，2021）

第1軸	神経発達症群以外の精神疾患の有無に関する評価
第2軸	神経発達症群の疾患の有無に関する評価
第3軸	パーソナリティ傾向の評価
第4軸	不登校経過の現在の段階に関する評価
第5軸	養育環境および家庭機能の評価
第6軸	学校など家庭外環境の評価

て受診してきた子どもを評価し、診断し、そして子どもを取り巻く環境を含めた諸条件を見出し、治療・支援の過程を予測するために考えられたものである。齊藤によると、第1軸は、DSM-5及びICD-10に挙げられている神経発達症群以外の精神疾患について評価する軸であり、第2軸は、DSM-5に挙げられている自閉症スペクトラム症（以下ASD）や注意欠如・多動症（以下ADHD）などの6疾患からなる神経発達症群を評価する軸である。第3軸は、不登校児童生徒の対人交流をめぐると特徴や感情表出の内容と表現の仕方等、人格・個性・性格といった側面を評価する軸であり、第4軸は、不登校の状態がどの段階であるのかを評価する軸である。第5軸は、

不登校の子どもの家族構成や家族間の関係性等、その子を取り巻く家族内の環境に関して評価する軸であり、第6軸は、学校での適応状況や学校外での活動における人間関係等、その子を取り巻く家族外の環境に関して評価する軸であると示している。これらの多軸評価は、児童精神臨床の立場において、広く知られているが、学校現場においても多軸評価を用いた客観的なアセスメントが必要であると考ええる。なぜなら、学校現場では主観的なアセスメントによる主観的な対応が多くなされる現状にあり、事態の悪化を生み出してしまう傾向にあるからである。

これまで小学校教諭など筆者ら教員の立場から考えると、主に第5軸の家庭の問題や第6軸の学校の問題についての2軸を中心にアセスメントしてきたことが多いと経験上感じる。それは、我が国において不登校の原因として、不登校発現の主要因を子どもと親の側にする立場と、学校教育の現状を主要因とする立場の2つの捉え方で議論されてきた（齋藤, 2016）ことや、不登校の問題は学校生活上の問題が起因している（文部省, 1992）との指摘から、そのようなアセスメントの視点を持つことは容易に想像できる。また、第3軸の例えば、慎重すぎる、不安が強く臆病である、他者に無関心でマイペースといった個人のパーソナリティ傾向についても、教員が不登校発現要因を子どもの人格傾向に見出すという姿勢は一貫していた（齋藤, 2016）という指摘から、教員は不登校の原因を子ども自身の人格及び性格などに特定することが多いと考える。第2軸においては、学習面や行動面で著しい困難を示す児童生徒（推定値 6.5%）のうち、校内委員会において特別な教育的支援が必要と判断された児童生徒の割合が 18.4%に達している（文部科学省, 2012）との報告以降、ASD や ADHD 等の視点を持つ教員が増加してきたことは、容易に想像でき、第2軸を不登校のアセスメントの一つとして、考える教員も少なからずいると予想される。一方、岡田（2019）は、教員が精神疾患に関する知識を有していないことによって、間違ったアセスメントをし、間違った対応に至った事例を紹介しており、教員においては、精神疾患についての知識はまだまだ乏しいものと考えられ、第1軸のアセスメントは困難であると予想される。また、齋藤（2016）によると、臨床の場では、特殊と判断される中学生の心性が学校の教師の目には普通としか見えないという事態が日常的に生じていると指摘していることから、精神疾患は、学校現場において容易には見つけづらいことも予想できる。

そこで、不登校の未然防止に向けたアセスメントの検討において、この第1軸である精神疾患に着目した。精神疾患は早期治療・早期発見が大切だが、学校側に受け入れ体制が整っていないため医療機関になかなかつながることができないケースは多く、不登校になったり、転校を余儀なくされたりする子どももいる（佐々木, 2021）との報告から、教員の精神疾患に対するリテラシーの向上が求められている。さらに、教員の精神疾患に対するリテラ

シーの向上は、差別や偏見をなくすことにもつながり、人権の尊重にもつながると考える。文部科学省（2018）は、高等学校における保健体育の新学習指導要領の中に、「精神疾患の予防と回復」を追加し、具体的にうつ病、統合失調症、不安症、摂食障害を適宜取り上げ、精神疾患は誰もが罹患しうることや、精神疾患は偏見や差別の対象ではないことなどが理解できるように指導することを明記している。佐々木（2021）は、精神疾患教育において最も重要なことは、子どもたちが精神疾患について知り、自分あるいは周りの人の心身の不調に気づくことはもちろん、不調の際はきちんと「助けて」と援助希求行動を取れるようになることであると述べている。また、子どもに助けを求められた教員がきちんと相談に乗り、医療を含む適切な対応ができることが重要であり、そのためにはすべての教員が、学校全体でこの問題に対応できるようにすることが不可欠であると指摘している。以上のことから、今後ますます、子どもに関わる教員の精神疾患へのリテラシー向上が求められる。

では、第1軸においてどの精神疾患に着目すればよいのだろうか。

DSM-5 及び ICD-10 に挙げられている精神疾患には、気分変調症や統合失調症など、数多くの疾患があるが、不登校研究において、不安、抑うつは不登校との親和性が高いこと（渡部, 2011; 石川ら, 2012）が示されており、先の文部科学省（2020）の調査においては、不登校の要因として、「無気力・不安」が一番高い割合を占めていることから、不登校のアセスメントでは、不安及び抑うつに着目する必要があると考えた。これまでの不安や抑うつに関する研究においては、児童期の不安障害の有病率は 10% 弱であること（石川・坂野, 2004）や、我が国の小学生の 7.8%、中学生の 22.8%が高い抑うつ傾向を示し、男子は中学1年生から、女子は小学6年生から増加し始める（傳田ら, 2004）という報告から、不安及び抑うつなどメンタルヘルスの問題を抱える児童生徒は少なからず、学校現場に存在していることが理解できる。

では、どのようにして、不安や抑うつをアセスメントしていけばよいのだろうか。

児童生徒の不安を測定する質問紙として、スペンス児童用不安尺度（SCAS）などがあり、抑うつを測定する質問紙としてバールソン児童用抑うつ性尺度（DSRS-C）などが使用されている。しかし、筆者ら教員の立場では、アンケート項目の内容により、児童生徒が不安や抑うつを自覚することによる侵襲性の高まりや、保護者の理解の得られにくさから、安易に使用できるものではないと経験上推察される。従って、不安や抑うつを直接アセスメントする方法ではなく、別の方法で不安や抑うつをアセスメントする方法を検討する必要があると考える。福井ら（2009）は、不安や抑うつにはセルフ・エフィカシーが関連しているとし、抑うつとセルフ・エフィカシーには中程度の負の相関、不安とセルフ・エフィカシーにも、中程度の負の相関がみられると指摘している。セルフ・エフィカシーとは、バンデ

ューラによって提唱された社会的学習理論の重要な概念であり、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信の度合い（自信）を指す（重久，1985）といわれている。Bandura（1995）はセルフ・エフィカシーの低さは、不安と同時に抑うつも生み出すと指摘していることから、セルフ・エフィカシーが低ければ、不安や抑うつが高く見られると推察される。このことから、セルフ・エフィカシーを測る尺度の評価規準を活用して、不安や抑うつを予測できるのではないかと考えた。また、先に述べた多軸評価について、筆者らは第2軸、第3軸、第5軸、及び第6軸の評価が学校現場ではアセスメントする視点として持たれており、第1軸の視点は抜け落ちているのではないかと主張したが、客観性を欠くため、実際に実態把握をする必要があると考えた。

そこで本研究では、まず、セルフ・エフィカシーを測る尺度を用いることで、不安や抑うつを予測できるのかについて検討する。次に、多軸評価に対する教員の意識について実態把握することを目的とした。

## Ⅱ. 方法

### （1）調査時期及び調査対象

児童へのアンケート調査は、2021年6月を調査時期とし、A県の公立小学校2校に在籍する4年生から6年生の保護者から本研究に対して書面同意を得た児童160名を調査対象とした。記入漏れのある13名を除いた147名を分析対象とした。教員へのアンケート調査は、2022年1月を調査時期とし、A県の公立小学校8校及び中学校8校に在籍する教員から本研究への同意を得た教員135名を調査対象とした。記入漏れのある1名を除いた134名を分析対象とした。

### （2）調査内容

#### ①児童用一般性セルフ・エフィカシー尺度（GSESC-R）

GSESC-Rは児童の一般性セルフ・エフィカシーを評価する尺度である。福井ら（2009）によって作成され、信頼性と妥当性が確認されている。本研究では、標準化されたGSESC-Rを使用し、全18項目の回答を4件法「はい（4点）」、「どちらかといえばはい（3点）」、「どちらかといえばいいえ（2点）」、及び「いいえ（1点）」で求め、合計得点を標準化得点に変換して評価した。評価規準を表2に示した。

表2 GSESC-Rの五段階評価値表

セルフ・エフィカシー の程度	非常に 低い	低い 傾向	普通	高い 傾向	非常に 高い
総合得点 (標準化得点)	～35	36 ～45	46 ～55	56 ～65	66～

#### ②スペンズ児童用不安尺度（SCAS）

SCASは子どもの不安症を測定するための自己記入式の質問紙である。石川（2015）により日本語版SCASが構成され、小中学生に対する信頼性と妥当性

が確認されている。本研究では、標準化された日本語版SCASを使用し、全38項目の回答を4件法「いつもそうだ（3点）」、「ときどきそうだ（2点）」、「たまにそうだ（1点）」、及び「ぜんぜんない（0点）」で評定を求め、合計得点で評価した。不安が高いことを示すパーセンタイル得点（小学生男子33点以上、小学生女子48点以上）が設定されている。

#### ③パールソン児童用抑うつ性尺度（DSRS-C）

DSRS-Cは、児童用の自己記入式抑うつ評価尺度である。日本語版DSRS-Cは村田ら（1996）によって構成され、信頼性と妥当性が確認されている。本研究では、標準化された日本語版DSRS-Cを使用し、全18項目の回答を3件法「いつもそうだ（2点）」、「ときどきそうだ（1点）」、及び「そんなことはない（0点）」で評定を求め、合計得点で評価した。臨床的に問題となる可能性が高まるカットオフ値（16点以上）が設定されている。得点が高いほど、抑うつ症状が高いことを示している。

#### ④「不登校」に関するアンケート

小学校及び中学校に在籍する教員に対して、「不登校に至る原因には、どんなことが考えられると思いますか」と質問し、「思いつくままに、たくさん書いていただいて結構です」と付記して、回答を求めた。

### （3）調査方法及び倫理的配慮

児童らへの調査の実施は、筆者らが担い、調査校らの校長をはじめとする教職員で審議し同意を得た上で、事前に保護者に本研究説明文書を配布し、書面による同意を得て実施した。児童本人には、回答者が不利益を被らないことや調査を拒否してもよいことを口頭で伝え同意を得た上で実施した。また、教員らへの調査の実施は、本研究協力への説明文書を配布し、その同意を得て実施した。なお、本調査の児童らへの実施については、高知大学教育学部門倫理委員会の承認を得ている（令和3年度第2号）。

### （4）解析方法

まず、セルフ・エフィカシー、不安、及び抑うつについて検討するため、各尺度得点の評価を基準に群分けした。セルフ・エフィカシーは、GSESC-Rの標準化得点を評価基準とし、「セルフ・エフィカシー高群（66点以上）」、「セルフ・エフィカシー高傾向群（56点以上66点未満）」、「セルフ・エフィカシー普通群（46点以上56点未満）」、「セルフ・エフィカシー低傾向群（36点以上46点未満）」、及び「セルフ・エフィカシー低群（36点未満）」に群分けした。不安は、SCAS合計点がパーセンタイル得点（男子33点以上、女子48点以上）を越えたものを「SCAS高群」、超えなかったものを「SCAS低群」に群分けした。抑うつは、DSRS-C得点がカットオフ値（16点以上）を超えたものを「DSRS-C高群」、超えなかったものを「DSRS-C低群」とした。



次に、各群に属する人数（度数）をもとに、 $\chi^2$  検定及び残差分析を行った。さらに、セルフ・エフィカシーの高低による不安及び抑うつの特徴を検討するため、セルフ・エフィカシーの各群において、SCAS 及び DSRS-C の合計点の平均値が、パーセンタイル得点及びカットオフ値を超えた群と超えなかった群の2群における  $t$  検定を行った。

「不登校」に関するアンケートは、教員の不登校に対する原因の捉え方の特徴を検討するため、テキストマイニングの手法を用いて、コーディングルールに基づいた単純集計を行った。テキストマイニングは、質的テキストデータを数値化し数値データと同様に扱うことで、分析者の恣意的な解釈を回避することができる（鳩間ら、2004）分析手法である。コーディングルールを作成するにあたっては、多軸評価の6軸において、不登校の直接的な要因には該当しない第4軸を除いた残りの5軸の評価を各コードとし、全文書が該当するコードへ振り分けられるように条件を設定した。また、どの軸にも該当すると思われる語については、それぞれの軸に同じ語を設定した。なお、どの軸にも該当しない語及び判断がつかない語は「使用しない語」として指定し、分析対象から除外した。

テキストマイニング分析にはフリーソフトウェアの KH Coder（樋口、2014）を用いた。統計解析については、SPSS Ver.26（日本アイ・ビー・エム株式会社）を用いた。有意水準は5%未満とした。

### Ⅲ. 結果

#### （1）セルフ・エフィカシー、不安、及び抑うつについて

セルフ・エフィカシーの各群における SCAS 及び DSRS-C の平均値及び標準偏差を表3に示した。SCAS 及び DSRS-C の合計得点の平均値が、パーセンタイル得点（男子33点以上、女子48点以上）及びカットオフ値（16点以上）を超えた群は、共に、セルフ・エフィカシー低群のみであった。

セルフ・エフィカシー、不安、及び抑うつについて

表3 セルフ・エフィカシーの群別による各尺度の平均値及び標準偏差

	平均値 (標準偏差)		DSRS-C (n = 147)
	SCAS		
	男子 (n = 69)	女子 (n = 78)	
セルフ・エフィカシー 高群 (n = 12)	12. 75 (16. 03)	11. 00 (5. 72)	3. 92 (2. 94)
セルフ・エフィカシー 高傾向群 (n = 25)	19. 79 (19. 30)	14. 64 (14. 49)	6. 24 (2. 99)
セルフ・エフィカシー 普通群 (n = 44)	21. 11 (9. 92)	26. 32 (16. 37)	9. 71 (4. 83)
セルフ・エフィカシー 低傾向群 (n = 47)	29. 11 (17. 34)	34. 29 (17. 85)	13. 60 (5. 29)
セルフ・エフィカシー 低群 (n = 19)	43. 11 (17. 34)	59. 00 (31. 79)	19. 26 (6. 66)

Note. SCAS=Spence Children's Anxiety Scale

DSRS-C=Depression Self-Rating Scale for Children

て検討するため、 $\chi^2$  検定及び残差分析を行った結果、セルフ・エフィカシーの高低と SCAS の高低において、有意差が見られた ( $\chi^2(4) = 28.12$ ,  $p < .001$ ) (表4)。

残差分析では、セルフ・エフィカシー普通群は、SCAS 得点が低い児童の割合が高く、SCAS 得点が高い児童の割合が低かった。セルフ・エフィカシー低群は、SCAS 得点が高い児童の割合が高く、SCAS 得点が低い児童の割合が低かった。

セルフ・エフィカシーの高低と DSRS-C の高低においても、有意差が見られた ( $\chi^2(4) = 45.03$ ,  $p < .001$ )。残差分析の結果、セルフ・エフィカシー高傾向群及び普通群は、DSRS-C 得点が低い児童の割合が高く、DSRS-C 得点が高い児童の割合が低かった。また、セルフ・エフィカシー低傾向群及び低群は、DSRS-C 得点が高い児童の割合が高く、DSRS-C 得点が低い児童の割合が低かった。

セルフ・エフィカシーの高低による不安及び抑うつの特徴を検討するため、SCAS 及び DSRS-C の合計得点の平均値が、パーセンタイル得点及びカットオフ値を超えていた「セルフ・エフィカシー低群」と、超えなかった「その他の群」の  $t$  検定を行った結果、SCAS 及び DSRS-C 得点は、それぞれ「セルフ・エフィカシー低群」より「その他の群」の方が有意に低

表4 セルフ・エフィカシーの高低と不安・抑うつの高低のクロス集計表及び調整済み残差 (n=147)

		SCAS高群	SCAS低群	合計	DSRS-C高群	DSRS-C低群	合計
セルフ・エフィカシー 高群	度数	1	11	12	0	12	12
	(%)	(8.3)	(91.7)	(100)	(0.0)	(100.0)	(100)
	調整済み残差	-1.27	1.27		-1.94	1.94	
セルフ・エフィカシー 高傾向群	度数	3	22	25	0	25	25
	(%)	(12.0)	(88.0)	(100)	(0.0)	(100.0)	(100)
	調整済み残差	-1.45	1.45		-2.95 **	2.95 **	
セルフ・エフィカシー 普通群	度数	5	39	44	3	41	44
	(%)	(11.4)	(88.6)	(100)	(6.8)	(93.2)	(100)
	調整済み残差	-2.21 *	2.21 *		-2.97 **	2.97 **	
セルフ・エフィカシー 低傾向群	度数	12	35	47	17	30	47
	(%)	(25.5)	(74.5)	(100)	(36.2)	(63.8)	(100)
	調整済み残差	0.47	-0.47		2.73 **	-2.73 **	
セルフ・エフィカシー 低群	度数	13	6	19	13	6	19
	(%)	(68.4)	(31.6)	(100)	(68.4)	(31.6)	(100)
	調整済み残差	5.02 ***	-5.02 ***		5.15 ***	-5.15 ***	
合計	度数	34	113	147	33	114	147
	(%)	(23.1)	(76.9)	(100)	(22.4)	(77.6)	(100)
$\chi^2$ 値 (df)		28.12 (4) ***			45.03 (4) ***		

\*  $P < .05$ , \*\*  $P < .01$ , \*\*\*  $P < .001$



かった（表5）。

表5 セルフ・エフィカシー低群における各尺度の  $t$  検定

	平均値（標準偏差）		$t$ 値
	セルフ・エフィカシー低群（ $n=19$ ）	その他の群（ $n=128$ ）	
SCAS	51.47 (26.56)	24.66 (17.22)	4.27 ***
DSRS-C	19.26 (6.66)	9.91 (5.62)	6.61 ***

Note. SCAS=Spence Children's Anxiety Scale

DSRS-C=Depression Self-Rating Scale for Children

\*\*\*  $p < .001$

#### （2）多軸評価に対する教員の意識について

教員からは 134 件の自由記述データが得られた。KH Coder を用いて分析した結果、134 の段落、710 の文が確認された。また、総抽出語数（分析対象ファイルに含まれている全ての語の延べ数）は、6,390、異なり語数（何種類の語が含まれていたかを示す数）は 832 であった。さらに、助詞や助動詞などのような文書にでも表れる一般的な語が除外され、分析に使用される語数として 3,052（異なり語数 675）が抽出された。抽出語リストから、「保護」と「者」といった分別されて表示される語は「保護者」というように「強制抽出する語」を 57 語設定した。また、「コロナ」、「病気」、「体調」、「震災」、「心」、及び「不登校」の 6 語を「使用しない語」として設定し、再度分析した結果、総抽出語数は、6,029、異なり語数は 844 であった。分析に使用される語数として 2,774（異なり語数 691）が抽出された。抽出語リストから各軸に該当すると予測した語を条件設定し、コーディングルールを作成した（表6）。

表6 多軸評価に基づくコーディングルール

コード	コードへ振り分けるための代表的な条件
第1軸	不安/抑うつ/不安症/起立性障害/心身症/分離不安/摂食障害/ゲーム障害/疾患/恐怖症
第2軸	発達障害/ASD/発達の特性/こだわり/過敏症/対人関係/自閉症スペクトラム/集団行動/感覚/音
第3軸	性格/自信/心配/真面目/自己肯定感/恥ずかしい/ソーシャルスキル/自尊感情/気質/やる気
第5軸	家庭環境/愛着/両親/親/虐待/貧困/離婚/共働き/兄弟/愛情
第6軸	学校/授業/教室/部活動/友達/教師/勉強/いじめ/交友関係/校則

※代表的な条件は一部抜粋して記載

設定したコーディングルールに基づき、コーディングした上で、単純集計を行った結果、第6軸の家庭外環境は 97.01%で最も高い割合を示し、第1軸の精神疾患は 20.90%で最も低い割合を示した（表7）。

表7 自由記述における多軸評価別の頻出頻度及び割合

軸	頻度	%
第1軸 精神疾患	28	20.90
第2軸 神経発達症群	59	44.03
第3軸 パーソナリティ傾向	96	71.64
第5軸 養育環境及び家族機能	129	96.27
第6軸 家庭外環境	130	97.01
コードなし	1	0.75
文書数	134	

※コードなしは、上記5軸以外に該当したもの

※割合（%）は、頻度を文書数で割った数

注目した第1軸に関して記述をしている 28 名の文書を見てみると、「ゲーム障害」に関する文書は

14 名、「母子分離不安」に関する文書は 7 名、「起立性調節障害」に関する文書は 5 名であった。「不安・抑うつ」及び「摂食障害」に関する文書はそれぞれ 1 名だった。

## IV. 考察

### （1）セルフ・エフィカシー、不安、及び抑うつについて

セルフ・エフィカシーと不安については、「セルフ・エフィカシー低群」は、SCAS 得点が高い児童の割合が高く、SCAS 得点が低い児童の割合が低かったこと、また「セルフ・エフィカシー低群」の児童の SCAS 得点の平均値が男女共にパーセンタイル得点を超えていること、さらに「セルフ・エフィカシー低群」と「その他の群」との比較では「セルフ・エフィカシー低群」の児童の SCAS 得点が有意に高いことから、セルフ・エフィカシーが非常に低い状態のときは、高い割合で不安を持つ可能性があることが示された。このことは、不安とセルフ・エフィカシーには、中程度の負の相関がみられること（福井ら、2009）と一致する。DSM-IV-TR の不安症の基準に合致する小中学生は、一般の児童生徒と比べて SCAS の得点が高く示される（Ishikawa, 2015）とされている。つまり、「セルフ・エフィカシー低群」の児童の SCAS 得点が著しく高いということは、セルフ・エフィカシーが非常に低い状態であれば、高い割合で不安症であるという可能性も考えられる。また児童期の不安障害の有病率は 10% 弱である（石川・坂野、2004）との報告があり、本研究における「セルフ・エフィカシー低群」の児童は、調査対象児童全体の 12.9%であることから、セルフ・エフィカシーが非常に低い状態であれば、不安症を発症している可能性がうかがえ、医療との連携を考慮する必要があるだろう。以上のことから GSESC-R の 5 段階評定値表を用いて、「非常に低い」に着目することで、不安症を予測できる可能性が示唆された。

セルフ・エフィカシーと抑うつについては、「セルフ・エフィカシー低群」は、DSRS-C 得点が高い児童の割合が高く、DSRS-C 得点が低い児童の割合が低かったこと、また「セルフ・エフィカシー低群」の児童の DSRS-C 得点の平均値がカットオフ値を超えていること、さらに「セルフ・エフィカシー低群」と「その他の群」との比較では「セルフ・エフィカシー低群」の児童の DSRS-C 得点が有意に高いことから、セルフ・エフィカシーが非常に低い状態のときは、高い割合で抑うつ傾向の可能性があることが示された。このことは、抑うつとセルフ・エフィカシーには、中程度の負の相関がみられること（福井ら、2009）と一致する。村田ら（1996）は、臨床的有効性の検討において、医療機関を受診した子どもたちについて、抑うつ群と非抑うつ群を比較した結果、DSRS-C 得点に明らかな差異が認められ、カットオフ値は 16 点が最もふさわしいと指摘している。つまり、「セルフ・エフィカシー低群」の児童の DSRS-C 得点が明らかにカットオフ値を超えているということは、セルフ・エフィカシーが非常に低い状態であれば、高い割合でうつ病であるという可能性も考

えられる。傳田ら（2004）は、我が国においては、DSRS-Cのカットオフ値16点以上の抑うつ群は全体の13.0%（小学生7.8%：中学生22.8%）で、欧米の報告と同程度にうつ病が存在すると指摘しており、本研究における「セルフ・エフィカシー低群」の児童は、調査対象児童全体の12.9%であることから、セルフ・エフィカシーが非常に低い状態であれば、うつ病を発症している可能性がうかがえ、医療との連携を考慮する必要があるだろう。以上のことからGSESC-Rの5段階評定値表を用いて、「非常に低い」に着目することで、うつ病を予測できる可能性が示唆された。

「セルフ・エフィカシー低群」の児童のSCAS及びDSRS-Cの平均得点が、パーセンタイル得点及びカットオフ値を共に超えており、SCASとDSRS-Cは、小学生及び中学生において中程度の正の相関が見られる（Ishikawa et al., 2009）との報告から、セルフ・エフィカシーが非常に低い状態であれば不安と同時に抑うつも併せ持つ可能性があることも示唆された。

## （2）多軸評価に対する教員の意識について

教員から得られた134件の自由記述データを、設定したコーディングルールに基づき、コーディングした上で、単純集計を行った結果、第5軸の養育環境及び家庭機能と第6軸の家庭外環境の割合が9割以上を占めていることから、ほとんどの教員が第5軸及び第6軸の評価の視点でアセスメントしていることが明らかとなった。このことは、先行研究（齋藤, 2016；文部省, 1992）や、筆者らが経験上感じてきた不登校対応において、主に家庭の問題や学校の問題を中心にアセスメントしてきたことが多いという経験則を裏付ける結果となった。また、7割程度の教員が人格・個性・性格といった第3軸のパーソナリティ傾向の評価を不登校の要因として挙げていることから、先行研究（齋藤, 2016）や、筆者らが主張しているアセスメントで、個々の児童生徒のパーソナリティを考慮してきた経験は、概ねあてはまるものであると考える。一方、3割程度の教員は不登校のアセスメントの際に、児童生徒のパーソナリティを考慮していなかったことが明らかとなった。第2軸の神経発達症群は4割程度で半数以下であり、不登校の原因に発達障害の視点を考慮していない教員が半数以上いることが示された。不登校児の57%がASDやADHDなどの発達障害を有している（鈴木ら, 2017）との報告から、第2軸の割合が半数以下であったことは、不登校のアセスメントをする上で懸念されるべき事柄であり、更なる啓蒙の必要性が挙げられた。

第1軸の精神疾患を不登校の原因と考える教員は2割程度であり、5人に1人は何らかの精神疾患が原因の一つとして捉えていることが理解できる。第1軸で示された28名の文書を見てみると、「ゲーム障害」に関する文書が最も多く挙げられていた。世界保健機関が「ゲーム障害」を新たな国際疾病分類として認定した（WHO, 2018）ことは記憶に新しく、児童生徒の生活実態に精通している教員は「ゲーム

障害」を不登校の原因の一つとして取り上げたことは想像できる。また、「母子分離不安」に関する文書は7名で、特に母親と離れたくないがゆえに不登校になっていると捉えている教員がいることも推察された。齋藤（2016）は、不登校の早期段階で見られる現象に、母親や家から離れることが耐えがたく怖くなってしまおうという分離不安を挙げているため、おそらく教員の不登校に対する意識の中にも母子分離不安があるのではないだろうか。さらに、「起立性調節障害」に関する文書は5名であり、起立性調節障害は不登校の合併が多い（松島ら, 2004）との報告から、不登校児童生徒に関わった教員が、保護者から、学校を休む理由としてよく起立性調節障害という文言を聞き、不登校の原因の一つとして捉えているのではないかと推察された。「ゲーム障害」、「母子分離不安」、及び「起立性調節障害」といった精神疾患については、不登校との関連がある（藤田ら, 2019；赤坂ら, 2000；松島ら, 2004）と示されており、不登校のアセスメントにおいてこれらの視点をもっている教員の存在は望ましいことであるが、全体の2割にも満たないことは危惧すべきことである。

また、不安症やうつ病といった精神疾患に関して、「不安・抑うつ」に関する文書は1名だったことから、不登校の原因に不安症やうつ病といった精神疾患の視点をほとんどの教員が持っていないことが明らかとなった。不安、抑うつは不登校との親和性が高いこと（渡部, 2011；石川ら, 2012）から、その視点を教員が持っていないことは不登校をアセスメントする上で懸念されるべき事柄であり、更なる啓蒙の必要性が挙げられた。

以上のことから、教員においては、第1軸の精神疾患についての知識はまだまだ乏しいものと考えられ、先行事例（岡田, 2019）からも、教員の経験だけで培ったアセスメントが、不適切な対応を引き起こしてしまう可能性が危惧される。

また、先行研究（石川・坂野, 2004；傳田ら, 2004）から、不安や抑うつといった精神疾患を持つ児童生徒は少なからず学校現場に存在しており、ほとんどの教員がアセスメントの指標としていないことから、まずは第1軸における不安や抑うつといった精神疾患について、教員間で見識を深める必要があり、不登校の原因の一つとして認識する必要があると考える。よって、不登校をアセスメントする際には、第1軸を含む多軸評価を用いることで、より客観的で適切なアセスメントが可能となると考える。

## V. おわりに

本研究の目的は、セルフ・エフィカシーを測る尺度を用いることで、不安や抑うつを予測できるのかについて検討し、多軸評価に対する教員の意識についての実態を把握することであった。尺度の検討においては、GSESC-Rの5段階評定値表を用いて「非常に低い」に着目することで、不安症及びうつ病を予測できる可能性があることが示された。このことから、多軸評価における第1軸をアセスメントする際には、このGSESC-Rの評価規準が活用できるので

はないかと考える。多軸評価に対する教員の意識においては、第1軸の精神疾患を不登校の原因と考える教員は2割程度で、教員の精神疾患に対するリテラシーの低さがうかがえ、不登校をアセスメントする上では危惧すべきことであるといえる。また、第2軸を不登校の原因と捉える教員は半数にも満たなかったことから、不登校の原因に神経発達症群が含まれるというリテラシーも向上させる必要があるだろう。

本研究の限界と課題は、3点挙げられる。1点目は、調査対象者についてである。本研究の知見を一般化するためには、調査対象者の拡大や男女別比較も必要であると考えられる。また調査対象地域がA県のみとなっており、調査対象者の地域性も考慮する必要がある。2点目は、不安や抑うつを予測する上でのGSESC-Rの妥当性についてである。本研究では、各尺度得点の関係性から不安症やうつ病を予測できるのではないかと推察したが、実際に不安症やうつ病と診断された児童生徒に対してGSESC-Rを用いて検討していないため、臨床場面における検討が必要である。3点目は、コーディングルールの作成についてである。本研究では齋藤(2021)の多軸評価を用いて、コーディングルールを作成したが、どの語がどの軸に入るのかは、筆者ら3名のみの検討であるため、より客観的に判断するための工夫が必要である。

## 付記

本稿は、科学研究費補助金(課題番号:JP20H01630)を得て、実施している調査研究の成果の一部である。本調査にご協力いただいた小中学校の校長、教頭、先生方、そして保護者の皆様、回答いただいた小学生の皆様にご心よりお礼申し上げます。

## 文献

- 赤坂徹・小原理枝子・山口淑子ほか(2000)「不登校例における医療・教育現場での連携の試み：小学校低学年生を呈示して」『心身医学』第40巻 pp. 533-539
- Bandura, A. (1995) : Self-efficacy in changing societies. Cambridge University Press. (本明寛・野口京子 訳『激動社会の中の自己効力』金子書房 1997)
- 傳田健三・加古勇輝・佐々木幸哉ほか(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』第45巻 pp. 424-436
- 藤田純一・青山久美・戸代原奈央(2019)「児童・青年期のインターネット・ゲーム依存：大学病院での経験から」『児童青年精神医学とその近接領域』第60巻 pp. 147-157
- 福井至・飯島政範・小山繭子ほか(2009)『GSESC-R 児童用一般性セルフ・エフィカシー尺度マニュアル』こころネット株式会社 pp. 1-24
- 鳩間亜紀子・児玉桂子・田村静子(2004)「高齢者向け住宅改造の効果に関する介護専門職の評価

- 指標と要介護度別特徴－テキストマイニングによる自由回答分析」『社会福祉学』第45巻 pp. 67-80
- 樋口耕一(2014)『社会調査のための計量テキスト分析 内容分析の継承と発展を目指して』ナカニシヤ出版 pp. 115-223
- Ishikawa, S. (2015) : cognitive-behavioral model of anxiety disorders in children and adolescents . Japanese Psychological Research 57, pp. 180-193.
- 石川信一(2015)『日本語版 SCAS (Spence Children's Anxiety Scale) スペンス児童用不安尺度使用手引き』三京房 pp. 1-23
- 石川信一・坂野雄二(2004)「児童期の不安障害に対する認知行動療法の展望」『行動療法研究』第3巻 pp. 125-136
- Ishikawa, S., Sato, H., & Sasagawa, S. (2009) : Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. Journal of Anxiety Disorders, 23, pp. 104-111.
- 石川信一・佐藤寛・野村尚子ほか(2012)「不登校児童生徒における不登校行動維持メカニズムに関する検討－不登校機能アセスメント尺度適用の試み－」『認知療法研究』第5巻 pp. 83-93
- 松島礼子・田中英高・玉井浩(2004)「起立性調節障害」『心身医学』第44巻 pp. 304-309
- 文部省(1992)「登校拒否(不登校)問題について－児童生徒の『心の居場所』づくりを目指して－(学校不適応対策調査研究協力者会議報告)」『教育委員会会報』第44巻 pp. 25-29
- 文部科学省(2012)「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結果について」  
<<https://www.mext.go.jp/kaigisiryoy/content/000140037.pdf>> (2022年3月9日最終アクセス)
- 文部科学省(2018)「高等学校学習指導要領(平成30年告示)解説 保健体育編 体育編」  
<[https://www.mext.go.jp/content/1407073\\_07\\_1\\_2.pdf](https://www.mext.go.jp/content/1407073_07_1_2.pdf)> (2022年3月9日最終アクセス)
- 文部科学省(2020)「令和元年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について」  
<[https://www.mext.go.jp/content/20211008-mext\\_jidou01-100002753\\_01.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20211008-mext_jidou01-100002753_01.pdf)> (2022年3月9日最終アクセス)
- 村田豊久・清水亜紀・森陽二郎ほか(1996)「学校における子どものうつ病－Birlesonの小児期うつ病スケールからの検討－」『最新精神医学』第1巻 pp. 131-138
- 岡田倫代(2019)「不登校、その裏に潜むもの－学校に行けない：からだところのアセスメント－」『月刊 生徒指導 5月号』学事出版 pp. 26-30
- 齊藤万比古(2016)『増補 不登校の児童・思春期精神医学』金剛出版
- 齊藤万比古(2021)「児童精神科と不登校」『児童青



- 年精神医学とその近接領域』第 62 巻 pp. 162-172
- 佐々木司 (2021) 「40 年ぶりの『精神疾患教育』高校からでは遅い訳」『東洋経済 ONLINE』  
<<https://toyokeizai.net/articles/-/428955>> (2022 年 3 月 16 日最終アクセス)
- 重久剛 (1985) 「社会的学習理論の因果モデル」祐宗省三『社会的学習理論の新展開』金子書房 pp. 55-86
- 鈴木菜生・岡山亜貴恵・大日向純子ほか (2017) 「不登校と発達障害：不登校児の背景と転帰に関する検討」『脳と発達』第 49 巻 pp. 255-259
- 渡部京太 (2011) 「不安障害－不登校・ひきこもりとの関連を中心に－」『小児科臨床』第 64 巻 pp. 39-47
- World Health Organization. (2018) : Gaming disorder.  
<<https://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>> (2022 年 3 月 16 日最終アクセス)