

大学院生プロジェクト型研究・研究成果報告書

研究代表者：鳥居 明日香（臨床心理学コース）

■ 研究題目
不登校生徒の心身症診断ラベルが親の援助行動に与える影響 —診断ラベルのコミュニケーション的機能に着目して—
■ 研究代表者・分担者（氏名、コース）
鳥居 明日香（臨床心理学コース・博士課程前期2年）（代表者） 佐藤 楓（臨床心理学コース・博士課程前期1年） 名取 柊真（臨床心理学コース・博士課程前期2年）
■ 研究成果概要（目的、実施内容、結果、今後の課題など）
<h3>問題と目的</h3> <p>近年、不登校児童・生徒の数は増加の一途を辿っている。文部科学省によれば、不登校は「何らかの心理的、情緒的、身体的あるいは社会的要因・背景により、児童生徒が登校しない、あるいはしたくともできない状況にある者」と定義づけられる。過去5年ほどを振り返るとその増加傾向は著しく、2023年度において小学校では2.14%の児童が、中学校では6.71%の生徒が不登校であるとされている（文部科学省、2024）。</p> <p>また、同時に、不登校にも関連が強いとされる、児童の心身症についての理解も進んでいる。心身症とは、「身体的障害で発症や経過に心理社会的因子の関与が認められるもの」（日本心身医学会、1991）と定義されるものであり、小児、特に不登校の増加する中学生の時期において代表的なものとしては、起立性調節障害や機能的消化管疾患などが挙げられる。日本小児心身医学会(2015)によれば、起立性調整障害（Orthostatic Dysregulation：OD）は、血圧や心拍など循環器系の自律神経の調節の不調により、起立時に頭痛、めまい、倦怠感などの症状を呈するものである。思春期に好発し、午前中に症状が強いため、学校生活に支障をきたすことがあり、不登校にも関連するとされる。軽症例を含めると中学生の約10%、不登校生徒の約30～40%が起立性調節障害をもっているとされる（日本小児心身医学会、2015）。また、機能的消化管疾患（FGIDs）については、代表的な疾患として機能的ディスぺプシア（FD）と過敏性腸症候群（IBS）が挙げられ、消化器官の機能異常に加え知覚過敏による腹痛を訴えるものであると言われている（日本小児心身医学会、2015）。</p>

不登校の原因は多岐にわたり、複数の原因が存在することもあるが、上記のような疾患は不登校に併存することのある疾患群であるとされる。また、不登校の典型的な経過をみると、その前駆期の特徴として、心身の不調を訴える時期が存在することが多く、その後、攻撃性が顕著な時期や無気力になる時期、そして回復期へと経過していくと言われている。このような身体症状が強く出現された場合には心身症と診断されるが、その後の無気力が顕著な場合それが理由として取り扱われ分類される可能性がある。したがって、心身症などの疾患・障害を伴う不登校の児童生徒数は実際に診断を受けている児童生徒数よりも多いことが予想されている（国立特殊教育総合研究所，2006）。

心身症について、医学的な治療や心理学的な支援などの専門的な支援方略は確立されており、不登校児の抱える疾患の治療に関しては専門家の支援を受けることが可能である一方で、支援の主体となるのは専門家のみに限られない。不登校生徒の家族、特に親は、疾患治療にかかわる専門家よりも当該生徒にとって身近な存在であり、日常的な支援を提供する主体となっていると考えられる。したがって、疾患に関連して不登校状態ないし不登校傾向に陥っている生徒の支援に際し、心理学や医学等の専門家以外の身近な支援者が、疾患とどのように付き合い、どのような支援につなげていくのか、そしてその際に障壁、あるいは促進要因となる心理的要素がいかなるものであるのかを理解することは意義深いだろう。

本研究では、疾患の理解に関連して、診断名によるコミュニケーション的な命令機能に着目して検討を行う。Watzlawick, Bavelas & Jackson (1967)におけるコミュニケーション理論では、コミュニケーションには、情報を伝達することである「報告」の機能と、情報伝達により何らかの行動を要求する「命令」の機能が存在すると提言されており、診断名においても単に病名を伝える報告機能のみならず、相互作用関係の中で他者に対して何らかの行動を要求する命令機能を持つと考えられる。また、Haley (1963)は、病気や症状を個人内の問題としてとどめず、相互作用の中から理解する言説を説いている。具体的には、症状に関連して起こる行動について、「自分がした行動ではあるが、それは症状のせいであって自分のせいではない」といった矛盾したメッセージを発しつつ、相手はそれに反応し、受け入れざるを得なくなるといった逆説的コミュニケーションを生起させるとしている。このような状況は患者本人にも行動にも責任を言及できなくなることによって生じるが、そのような状態が生じるのは、病気や症状というのは往々にして不随意的な性質、すなわちコントロール不能な性質を持つためであるとされる。

これらの知見をもとに、鴨志田他 (2021)は、うつ病に着目し、うつ病ラベルである診断名は「自分の行動は病気の責任であり自分の責任ではない」というメタメッセージを他者へ伝達し、不随意的な性質を持つ病気に責任を帰属させるよう命令する機能がはたらくことで行動の選択肢が制限され、病気に反応せざるを得なくなり、コミュニケーション的な悪循環を生むという機序を想定し、研究を行った。その結果、診断名は「ラベル」として

機能し、問題の責任を病気に帰属するよう指示する命令機能を内在することが示された。さらに、そのような命令的機能があることにより、その問題に対する個人の対処方法が変化することがわかっている。例えば、うつ病ラベルがある場合、疾患に着目して休養を促すなどの対処がとられることが明らかとなった（鴨志田他，2021）。診断ラベルが問題の原因の所在の認識に影響し、その後の対処行動にまで影響を与えたというこの知見は、不登校支援にも活用することができると思う。すなわち、診断ラベルが不登校生徒の支援を取り巻く循環に変化をもたらすと考えられる。

心身症をはじめとする「精神/心理」の関与する疾患を取り巻くスティグマはいまだ根深く、「心身症」はしばしば否定され、本人や周囲の者であっても適切な理解がなされていないことも多い。小児の心身症の治療は疾患に関する教育や理解から始まるのが一般的である。その理由の一つとして、診断ラベルによって原因の追究が本人から外れることにより、本人及び支援者である親の心理的な負荷が減少することもあるのではないかと考えられる。本研究は診断ラベルが不登校支援に与える影響の理解に向けた一助となり、ひいては臨床上の対応に示唆を与えるものとなるだろう。

目的

本研究では、うつ病以外の診断名においても同様のラベリング機能とコミュニケーション上の命令機能を内在しているものと考え、心身症診断ラベルによる親の援助行動への影響を検討する。その目的は、診断ラベルのもつ機能が不登校生徒支援の現場においてどのように効力を示すのかを明らかにし、不登校支援の現場における臨床上の疾患理解につなげることである。

具体的には、診断ラベルが不登校生徒の親に与える影響について、不登校問題の原因帰属および親のとる対処方略や支援方針の観点から、ビネットを用いた量的研究により検討する。仮説として、不登校生徒が何らかの疾患の診断ラベルを有するか否かによって、親の問題の責任の帰属が異なる（仮説1）、子に対してとる対処行動が異なる（仮説2）、という2点を挙げ、検証する。また、子への援助行動に影響すると考えられる親のストレスや家族の問題対処パターンについても探索的に検討する。

方法

調査対象者と手続き

中学生の子をもつ保護者を対象に、2026年1月中旬にビネットを用いた場面想定法による質問紙調査を行った。アイブリッジ株式会社が提供するアンケートツール「Freeasy」を用いて該当する対象者を募った。調査への参加にあたっては自由意志を尊重し、協力的に同意が得られた者のみに回答を依頼した。同サービススクリーニングによって条件に合致すると判断された利用者に対して、アンケートを配布した。結果、320名から回答が得られ

た。操作チェックを行い、適切に質問紙への回答に取り組みましたと判断される149名分(男性100名、女性49名)のデータを分析対象とした。分析対象者については、平均年齢48.15歳、SD=6.14であった。

質問紙の構成

フェイスシート 回答者本人に関する項目として、年齢、性別、職業、家族構成(子に関しては年齢含む)、不登校経験の有無を尋ねた。子(中学生、家庭に複数該当者がいる場合にはそのうちの一人)に関する項目として、年齢(学年)、性別、きょうだいの有無と出生順位、不登校経験や既往歴の有無を尋ねた。

ビネット 診断あり・なし(OD)・診断あり・なし(IBS)の4種類のビネットを用意し、それぞれに対象者を無作為に割り当てた。なお、ビネットに登場する不登校生徒の行動など、内容はいずれのビネットにおいても同様のものとし、診断ラベル以外の要因を可能な限り統制する。ビネットの作成にあたっては共同研究者3名で検討し、さらに心理学を専門とする大学教授の確認を得たうえで使用する。詳細をTable 1に示す。

Table 1 各群に提示したビネット

	診断あり	診断なし
OD	Aさんは中学2年生です。数週間前から遅刻する日が増え、最近では学校を休む日も多くなってきました。Aさんは、朝に立ちくらみやめまい、だるさを訴えることが多く、なかなか起きません。学校を休んで午後になると比較的元気になるようにみえますが、学校にはいけていません。平日はほとんど毎日こうした症状が出ています。医療機関を受診したところ、「起立性調節障害」と診断されました。	Aさんは中学2年生です。数週間前から遅刻する日が増え、最近では学校を休む日も多くなってきました。Aさんは、朝に立ちくらみやめまい、だるさを訴えることが多く、なかなか起きません。学校を休んで午後になると比較的元気になるようにみえますが、学校にはいけていません。平日はほとんど毎日こうした症状が出ています。医療機関も受診しましたが、特に明確な診断は出ていません。
IBS	Aさんは中学2年生です。数週間前から遅刻する日が増え、最近では学校を休む日も多くなってきました。Aさんは、登校前になると腹痛や下痢などの症状を訴えることが多く、トイレにこもってしまうため、登校時間に間に合いません。学校を休んで午後になると比較的元気になるようにみえますが、学校にはいけていません。平日はほとんど毎日こうした症状が出ています。医療機関を受診したところ、「過敏性腸症候群」と診断されました。	Aさんは中学2年生です。数週間前から遅刻する日が増え、最近では学校を休む日も多くなってきました。Aさんは、登校前になると腹痛や下痢などの症状を訴えることが多く、トイレにこもってしまうため、登校時間に間に合いません。学校を休んで午後になると比較的元気になるようにみえますが、学校にはいけていません。平日はほとんど毎日こうした症状が出ています。医療機関も受診しましたが、特に明確な診断は出ていません。

はじめにビネットがフィクションであることを明示した上で、参加者自身の子がビネットに記載の状況にあることを想定させ、回答を求めた。

操作チェック ビネットを自身の子に関する内容として適切に想定できたかどうかを4件法で問う。

自由記述項目 ビネットの読後、提示した状況になった場合の責任や要因の所在について

て自由記述形式で回答を求めた後、学校・本人・人間関係・病気・家族の要素について、どの程度原因があるかと考えるかを「1.責任がない」～「5.責任がある」までの1項目5件法で尋ねた。加えて、①そのような状態にある子に対してどのような声掛けを行うか、②子に対してどのような対応をするか（休ませる、学校に活かせる、など、支援方針について尋ねる）、③そのような状況での参加者自身の感情や考えを自由記述形式で回答を求めた。得られた回答はそれぞれ理論的に適切な方法で分類し、分析に用いた。

身体愁訴のある子どもを持つ親のストレス尺度（森川, 2023） 著者に許可を得た上で教示を一部変更し、仮想状況に対して起こりうると考えられるストレス状態について、16項目4件法にて回答を求めた。

家族の問題解決パターン尺度（森川・狐塚, 2019） 著者に許可を得た上で、親視点での回答ができるよう質問項目の内容を一部変更し、仮想状況の解決に向けて親が子に対して起こすと考えられる行動について、28項目6件法にて回答を求めた。

これらの心理測定尺度により測定された結果は、親子のコミュニケーションや問題解決行動および親自身のストレスの理解のための探索的な検討に用いた。

状況に対する許容度 仮想状況に対して、親としてどの程度受け入れることができるかについて、1項目5件法にて回答を求めた。

疾患に対する知識の有無 割り当てられたビネットにて提示された疾患名（起立性調節障害もしくは過敏性腸症候群）についてどの程度知っているかについて、1項目3件法にて回答を求めた。

分析

分析には、IBM SPSS Statistics (version22) を使用した。各変数の得点化及び記述統計量の算出を行なった後、各仮説の検討のため、多変量分散分析 (MANOVA) を実施した。また、自由記述項目は KJ 法 (川喜田, 1967 ; 1986 ; 1997) の手法を用いて分類し、仮説の検討に用いた。なお、分類にあたっては臨床心理学を専攻する共同研究者3名による協議を行い、全員の意見が一致する分類を最終分類とした。

倫理的配慮

対象者の中には本調査に参加することが侵襲的になる者がいる可能性があったため、ビネット提示の際の教示文にはビネットがフィクションである旨を明示し、実際に対象者の子について言及するものでも、まして診断を下すものでもないことを強調し、実施に同意した者のみに対して調査協力を依頼した。加えて、調査を最後まで実施しないことによる不利益はなく、回答をいつでも中断することができることを説明した。

調査終了前に、万が一調査への参加によって気分が優れなくなったり不調を感じたりした場合には、調査実施者に連絡することで適切なケアを受けられる旨を明示した。

結果

記述統計量

はじめに、各変数項目についての記述統計量を Table 2 に示す。

Table 2. 記述統計量 (N=149)

		(全体)				
		OD		IBS		
		診断あり (n=41)	診断なし (n=38)	診断あり (n=35)	診断なし (n=35)	
	男性	100	24	29	24	23
	女性	49	17	9	11	12
	平均年齢 (SD)	48.15 (6.14)	49.71 (6.88)	47.13 (5.27)	46.74 (6.79)	48.83 (5.07)
責任帰属	学校	3.28 (1.25)	3.20 (1.23)	3.45 (1.27)	3.00 (1.37)	3.46 (1.12)
	本人	2.85 (1.21)	2.59 (1.20)	3.29 (0.96)	2.63 (1.44)	2.91 (1.12)
	人間関係	3.46 (1.21)	3.20 (1.23)	3.42 (1.20)	3.40 (1.22)	3.86 (1.14)
	病気	2.94 (1.11)	3.15 (1.11)	2.89 (0.86)	2.80 (1.35)	2.89 (1.11)
	家族	3.17 (1.28)	3.02 (1.27)	3.42 (1.15)	2.83 (1.48)	3.40 (1.12)
ストレスナー	理解・対応の困難	2.43 (0.74)	2.46 (0.77)	2.17 (0.71)	2.36 (0.73)	2.73 (0.67)
	生活の制約	2.51 (0.77)	2.62 (0.85)	2.37 (0.84)	2.43 (0.74)	2.63 (0.60)
	学校との連携困難	2.47 (0.79)	2.48 (0.86)	2.42 (0.84)	2.41 (0.70)	2.56 (0.74)
	疾患受容の葛藤	2.37 (0.84)	2.33 (0.80)	2.24 (0.85)	2.38 (0.84)	2.55 (0.87)
	将来への心配	2.59 (0.90)	2.55 (0.89)	2.51 (0.86)	2.53 (0.92)	2.80 (0.92)
家族の対処パターン	協調・具体的解決	4.20 (0.76)	4.06 (0.61)	4.36 (0.78)	4.22 (0.97)	4.17 (0.64)
	対立・強制	2.99 (1.06)	3.09 (0.95)	3.23 (1.28)	2.66 (0.99)	2.93 (0.93)
	子ども主導	4.19 (0.94)	4.10 (0.84)	4.26 (0.92)	4.19 (0.99)	4.23 (1.07)
	落胆・回避	2.92 (1.22)	3.04 (1.14)	3.21 (1.30)	2.64 (1.25)	2.75 (1.13)
	受容・見守り	4.32 (0.78)	4.19 (0.70)	4.37 (0.79)	4.33 (0.92)	4.44 (0.71)

責任帰属を従属変数とする 2 要因多変量分析

仮説 1 の検証のため、診断ラベル（有／無）、疾患の種類（OD／IBS）を独立変数、問題の責任に関する原因の程度に関する認識を従属変数とした 2 要因多変量分散分析

(Multivariate Analysis of Variance: MANOVA) を実施した (Table 3)。結果、有意な交互作用はみられなかった (Pillai's Trace = .021, $F(5, 141) = .598, p = .702, \eta^2_p = .021$)。一方で、疾患の種類の主効果は有意であった (Pillai's Trace = .082, $F(5, 141) = 2.503, p < .05, \eta^2_p = .082$)。有意であった疾患の種類の主効果について、各従属変数について分散分析を行ったが、いずれにおいても有意な群間差は認められなかった。

本研究では、診断ラベルの有無による原因帰属への影響を検討することを目的として本仮説を検証しているが、対象となる疾患の知識を一定以上有する者においては、診断ラベルだけでなく、既に有する疾患の知識が原因や責任の帰属に影響する可能性が考えられる。本研究の対象者のうち、64.4%にあたる 96 名が疾患に対する知識を問う項目に対して「知っている」または「少し知っている」と回答していたため、知識の影響が診断ラベルの影響に交絡している可能性が懸念される。そこで、診断ラベルが付与されることそのものの影響を明確にするため、疾患を「知っている」または「少し知っている」サブグループおよび「知らない」サブグループに分けて、同様に MANOVA を実施した。各サブグループにおける男女比について Table 4 に示す。また、MANOVA の結果 (Table 5), 「知っている」サブグループにおいては疾患の種類の主効果が有意であった (Pillai's Trace =

0.129, $F(5, 88) = 2.601, p = .031, \eta^2_p = .129$)。この主効果について、項目ごとの差異を明らかにするために分散分析を実施したところ、人間関係への責任帰属について、疾患の種類の主効果が有意であった ($F(1, 92) = 4.106, p = .046, \eta^2_p = .043$)。続いて、「知らない」サブグループにおいては、診断の有無の主効果が有意であった (Pillai's Trace = 0.755, $F(5, 45) = 2.914, p = .023, \eta^2_p = .245$)。この主効果について、項目ごとの差異を明らかにするために分散分析を実施したところ、「本人」「人間関係」「家族」への3項目への責任帰属について、診断の有無の主効果が有意であった。統計量はそれぞれ、本人 ($F(1, 53) = 13.049, p = .001, \eta^2_p = .21$)、人間関係 ($F(1, 53) = 5.641, p = .022, \eta^2_p = .103$)、家族 ($F(1, 53) = 6.7, p = .013, \eta^2_p = .12$) であった。いずれの項目においても、診断なしの場合に比べ診断ありの場合に責任帰属の得点が有意に低いことが示された。

Table 3. 2要因多変量分散分析および下位検定の結果

変数	MANOVA		ANOVA									
			学校		本人		人間関係		病気		家族	
	F	η^2_p	F	η^2_p	F	η^2_p	F	η^2_p	F	η^2_p	F	η^2_p
診断有無	1.91	.06	2.99	.02	6.44**	.04	3.01	.02	.21	.00	5.44**	.04
疾患種類	2.5**	.08	.20	.00	.72	.01	2.65	.02	.94	.01	.27	.00
診断×疾患	0.6	.02	.25	.00	1.15	.01	.34	.00	.85	.01	.18	.00

$p < .05^{**}$

Table 4. 疾患知識サブグループにおける記述統計量 (N=149)

		OD		IBS	
		診断あり (n=41)	診断なし (n=38)	診断あり (n=35)	診断なし (n=35)
疾患知識なし	53	13	19	8	13
	男性	10	15	7	7
	女性	3	4	1	6
疾患知識あり	96	28	19	27	22
	男性	14	14	17	16
	女性	14	5	10	6

Table 5. 疾患知識の程度に基づくサブグループにおける2要因多変量分散分析および下位検定の結果

変数		MANOVA		ANOVA									
				学校		本人		人間関係		病気		家族	
		F	η^2_p	F	η^2_p	F	η^2_p	F	η^2_p	F	η^2_p	F	η^2_p
「知っている」サブグループ	診断有無	1.17	.06	1.51	.02	1.30	.01	.20	.00	.88	.01	1.74	.02
	疾患種類	2.60**	.13	.00	.00	.56	.01	4.11**	.04	.05	.00	.02	.00
	診断×疾患	2.11	.11	.05	.00	4.56	.05	.91	.01	.01	.00	.02	.00
「知らない」サブグループ	診断有無	2.91**	.25	2.77	.05	13.05***	.21	5.64**	.10	2.49	.05	6.7**	.12
	疾患種類	1.91**	.18	1.48	.03	1.66	.03	.00	.00	6.25	.11	2.65	.05
	診断×疾患	2.40	.21	2.21	.04	3.51	.07	.10	.00	8.54	.15	2.52	.05

$p < .05^{**}, p < .001^{***}$

※本人、人間関係、家族について、いずれも診断なしよりも診断ありの方が平均点が低かった。

親の対処行動に関する分析

次に、仮説2の検証のため、診断ラベル(有/無)、疾患の種類(OD/IBS)および交互作用項を独立変数、自由記述で得られた親の対処行動に関する分類を従属変数とする二項ロジスティック回帰分析を実施した (Table 6)。分析では、自由記述項目として得られ

た親の子に対する支援方針の記述データを、回答分布の偏りを考慮して「休ませる」=1、「様子次第」および「登校刺激」を合わせて「登校志向」=2とする2値変数に分類し、それぞれダミー変数として扱った。分類不能および無回答であったデータを除外した結果、最終的な分析対象者は118名であった。二項ロジスティック回帰分析の結果、モデル係数のオムニバス検定は有意ではなく ($\chi^2=2.08, df=3, p=.556$)、モデルは十分な当てはまりを示さなかった。また、個別の偏回帰係数においても、診断ラベルの有無、疾患の種類、交互作用項のいずれも親の対処行動を有意には予測しなかった ($ps>.05$)。さらに、診断の有無および疾患の種類によって構成される4群と対処行動(「登校志向」/「休ませる」)の連関を検討するため、 4×2 のカイ二乗検定を実施した。その結果、有意な連関は認められなかった ($\chi^2(3)=2.07, p=.558$)。

Table 6. 二項ロジスティック回帰分析の結果

説明変数	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>
診断有無	0.176	0.553	0.102	1	.75	1.193
疾患種類	-0.334	0.511	0.428	1	.51	0.716

注) -2対数尤度=159.327. Nagelkerke $R^2=0.023, \chi^2=2.08, df=3, p=.556, Wald=統計量; OR=オッズ比を示す。$

従属変数は、対処 (0=休ませる, 1=それ以外)であった。

親のストレスを従属変数とする2要因多変量分析

探索的な検討として、診断ラベル(有/無)、疾患の種類(OD/IBS)を独立変数、親のストレスの5因子を従属変数とするMANOVAを実施した。分析の結果、交互作用が有意であった(Pillai's Trace = .092, $F(5, 141)=2.844, p<.05$)。続いて、従属変数のどの因子において交互作用が生じているかを検討するため、従属変数について被験者間効果の検定を行った。その結果、「理解・対応の困難」において交互作用が有意であった($F(1, 145)=7.754, p<.05$)。そこで、「理解・対応の困難」について単純主効果の検討のため対応のないt検定を実施した。OD群においては診断の有無による有意差は認められなかったものの、IBS群において診断の有無による有意差が認められた($t(68)=-2.224, p<.05$)。

家族の問題解決パターンを従属変数とする2要因多変量分析

さらに探索的な検討として、診断ラベル(有/無)、疾患の種類(OD/IBS)を独立変数、家族の問題解決パターンを従属変数とした2要因多変量分散分析(MANOVA)を実施した。結果、有意な交互作用はみられなかった(Pillai's Trace = .031, $F(5, 141)=.907, p=.479$)ほか、診断の有無の主効果(Pillai's Trace = .031, $F(5, 141)=.894, p=.487$)、および疾患の種類的主効果(Pillai's Trace = .031, $F(5, 141)=1.040, p=.397$)についても有意な結果は得られなかった。

考察

本研究は、不登校生徒が何らかの心身症疾患の診断ラベルをもつか否かによる親の行動の違いについて検討することを目的に実施された。具体的には、疾患の種類にかかわらず、診断ラベルの有無により親の問題の責任の帰属が異なる（仮説 1）、子に対してとる対処行動が異なる（仮説 2）の 2 点を、場面想定法により検討した。

診断ラベルが親の責任帰属に与える影響について

仮説 1 の検証のため、診断ラベル（有／無）、疾患の種類（OD／IBS）を独立変数、問題の責任や原因の程度に関する認識を従属変数とした MANOVA を実施した結果、診断ラベルの有無によって親の責任帰属が異なるとはいえなかった。よって、仮説 1 は支持されなかった。他方、疾患の種類による有意な主効果がみられたが、個別の項目においては有意差がみられず、疾患の種類による責任帰属への影響は限定的であると考えられた。

その一方で、疾患の知識による影響を考慮した分析として実施された、疾患を「知っている」あるいは「知らない」2つのサブグループに分けて行った MANOVA の結果からは、「知っている」サブグループにおいて特に人間関係への責任帰属について疾患の種類による有意な主効果がみられたほか、「知らない」サブグループにおいて本人、人間関係、家族への責任帰属に対する診断の有無の有意な主効果が見られた。すなわち、疾患への知識を持たない「知らない」サブグループにおいて、診断がない場合よりも診断がある場合に本人や人間関係、家族への責任帰属の得点が低いことが示された。したがって、仮説 1 は疾患への知識のない者において部分的に支持された。このことから、うつ病の文脈で議論されてきた診断ラベルについて、不登校および心身症といった文脈においても知識の影響を排して考えれば同様の役割をもつものであると部分的に理解が可能であると考えられる。

診断ラベルが対処行動に与える影響について

仮説 2 の検証のため、診断ラベル（有／無）、疾患の種類（OD／IBS）および交互作用項を独立変数、自由記述で得られた親の対処行動に関する分類を従属変数とする二項ロジスティック回帰分析を実施した結果、モデルの当てはまりは不良であり、いずれの独立変数も親の対処行動を有意には予測しなかった。したがって、仮説 2 は支持されなかった。

このことから、親は、子が登校しにくい状況にある際に単に診断の有無やその疾患名のみに基づいて対応方針を決定するというよりもむしろ、子の状況に応じて柔軟かつ複雑な思考を経て対応方針を決定している可能性が考えられる。

心身症の診断ラベルと親のストレスーおよび家族の問題対処パターンの関連

探索的な検討として、親のストレスーや家族の問題対処パターンに対する診断ラベルの影響についても検討した。その結果、問題対処パターンを従属変数とした MANOVA の結果はいずれも有意でなかった一方で、親のストレスーには部分的に診断ラベルが影響する可能性が示唆された。

親のストレスー尺度の第一因子である「理解・対応の困難」について疾患の種類と診断ラベルの有無の交互作用がみられ、具体的には、OD においては診断ラベルの有無による有意差が見られなかったものの、IBS において診断ラベルがない場合にある場合よりも有意に「理解・対応の困難」の程度が高かった。「理解・対応の困難」は、「子どもが何を思っているのがよくわからない」「子どもに対して、どんな対応をしたらよいかよくわからない」「子どもへの接し方に迷う」「子どもの行動がよく理解できない」「考えても先の見通しがたたないと感じる」の5項目からなる因子であり、身体愁訴のある子ども理解や関わり方の不安・迷いに関する項目群である（森川，2023）。これらは、子どもの心的状態の理解や、関わりの難しさや不安に関するストレスーであると考えられている（森川，2023）。身体愁訴は外見的特徴から症状の重さや身体的な辛さを推察しづらく、心理社会的因子の関与が強い場合には一日の内で症状の変動が生じたり嫌なことがあると症状が増幅したりする（日本小児心身医学会，2015）。そのため、親は子どもの症状が仮病なのではないかと疑問や困惑を抱きやすいことが推察されている。

本研究においては、特に IBS 症状があるにもかかわらず診断ラベルがない場合に「理解・対応の困難」のストレスーをもちやすい傾向にあることが推察された。つまり、原因不明の胃腸の不調を訴える子に対し、親は子への理解やかかわり方に難しさを感じやすいということである。このことは、IBS 症状に対して診断ラベルがないことにより原因不明感や対応の不透明さを感じる親が多いことを裏付けており、心身症の初期対応として心理・疾病教育を実施することの有効性の根拠となり得る。一方で、OD において同様の傾向がみられなかったことを踏まえれば、IBS 症状に特有の何らかの要因が影響している可能性も考えられ、今後、疾患ごとにより詳細を検討する必要があるといえるだろう。ただし、森川（2023）においてこのストレスーに対する母親の嫌悪率は64%であり、経験したすべての母親が嫌悪を感じているわけではなかった。子どもへの対応の難しさを感じながらも、対処方略を見出している母親がいることも考えられている。仮説2が不支持であったことを併せて考えると、診断ラベルの有無と親のストレスーが対処行動にどのように影響するのかをより詳細に検討する必要があるといえる。

文献

- 鴨志田 冴子・高木 源・三道 なぎさ・若島 孔文 (2021) .うつ病ラベルが他者の言語・非言語コミュニケーションへ与える影響 家族心理学研究, 35, (1) pp.1-13
- 川喜田二郎 (1967).『発想法—創造性開発のために』中央公論社.
- 川喜田二郎 (1986).『KJ 法—混沌をして語らしめる』中央公論社.
- 川喜田二郎 (1997).『KJ 法入門コーステキスト 4.0』KJ 法本部・川喜田研究所.
- 国立特殊教育総合研究所 (2006). 慢性疾患, 心身症, 情緒及び行動の障害を伴う不登校の子どもの教育支援に関するガイドブック
- 文部科学省 (2024). 令和 5 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の概要
https://www.mext.go.jp/content/20241031-mxt_jidou02-100002753_2_2.pdf
- 文部科学省 (2025). 令和 6 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の概要
https://www.mext.go.jp/content/20260116-mxt_jidou02-100002753_2_2.pdf
- 森川夏乃 (2023) . 身体愁訴のある子どもを持つ親のストレス尺度の作成. 愛知県立大学教育福祉学部論集, 72, 51-58.
- 森川夏乃・狐塚貴博 (2019) . 家族の問題対処行動と家族構造との関連について. 愛知教育大学教育臨床総合センター紀要, 8, 10-17.
- 日本心身医学会 (1991). 心身医学の新しい診療指針, 心身医学, 31(7), p. 537-573
- 日本小児心身医学会 (2015). 小児心身医学会ガイドライン集改訂第 2 版. 南江堂.
- Haley, J. (1963). Strategies of psychotherapy. New York: Grune & Stratton. [in Japanese] (高石 昇訳. (2001) . 戦略的心理療法. 黎明書房) .
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1967). Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. [in Japanese] (山本和郎 (監訳) . (1998) . 人間コミュニケーションの語用論— 相互作用パターン, 病理とパラドックスの研究—. 二瓶社.)