

子供の心身の健康問題を考える学会誌

育療

4

1996.7

事業開始第2年次を迎えて……………会長 加藤安雄……………1	
日本育療学会第二回学術集会及び	
第一回研究・研修会細目……………39	
学術集会問題提起……………43	
学術集会シンポジウム提言要旨……………47	

特集 医療の進歩に伴う家庭・学校での

生活の変化と生活上の留意事項

○重症心身障害児を中心に……………三宅捷太……………2	
○小児アレルギー疾患について……………勝呂 宏……………10	
○小児慢性腎疾患児の生活管理……………倉山英昭……………16	
寄稿 慢性疾患児の精神衛生に関する研究……………中塚博勝……………25	

「実践事例」無菌室における学習保障……………斉藤淑子……………53	
追悼 船川幡夫先生……………加藤安雄……………59	
井戸川真則・岡 茂……………60	
〈遺稿〉…「入院中の慢性疾患児とその教育」……………62	
欧州特殊教育視察研修（その三）……………佐藤栄一……………68	

日 本 育 療 学 会

明治・大正・昭和の病弱虚弱教育の歩み

日本病弱教育史

全国病弱虚弱教育研究連盟
病弱教育史研究委員会編集

- ◎病弱虚弱教育史の調査研究としては、日本で初めての書。
- ◎全都道府県別の病弱虚弱教育の通史。
- ◎明治・大正・昭和にわたる、社会情勢、教育制度、医療制度や健康教育の実情の分る書。
- 推薦者：
日本小児科学会会長・全日本中学校会長
全国養護教諭（都道府県）会長協議会長
全国特殊教育学校長会長・日本特殊教育学会会長

教育・医療・看護・福祉等すべての関係者におすすめします!!

申込先 （書店では一切取扱っていません）

〒246 横浜市瀬谷区二ツ橋470 横浜国立二ツ橋養護学校 小泉 勇
☆頒布価格 5,000円（送料共）
☆申込みは電話又はハガキで/ Tel 045(391)1042 FAX 045(365)0875

日本育療学会 会員募集にご協力下さい!!

本学会は、心身の健康に問題をもつ子供について、教育、家族、医療、看護、福祉等の関係者が一体となって、問題の改善を計っていく活動を展開しようとする学会であります。

以前からこのような幅広い総合的な学会の必要性を訴える声は多数あり、平成6年5月その要望に応える学会が発足、平成7年5月14日（日）第1回学術集会を開催し、併せて学会誌「育療」創刊号を発刊し、第2号を平成7年10月に、第3号を平成8年3月に発刊いたしました。

会員の皆様には、心身の健康に問題を持つ子供について関心を持たれるご友人、知人の方々にぜひご入会のお推めを頂きますようお願いいたします。

- 1 年会費 3,000円
- 2 入会申込 郵便ハガキにて ご氏名、ご住所、電話番号、勤務先をご記入
- 3 年会費納入 郵便振替にて 振替番号 00270-5-75557
加入者名 日本育療学会
- 4 申込先 〒194 町田市森野1-39-15 日本育療学会事務局 佐藤 隆 宛
TEL 0427-22-2203 FAX 電話番号に同じ

<巻頭言>

事業開始第2年次を迎えて

日本育療学会 会長 加藤安雄

20世紀も終わろうとしています、生命の研究について今世紀ほどの大変革をきたした時代は、かつてなかったものと思っています。

すなわち、顕微鏡の発達、細胞、細菌、分子、原子段階までも明らかにし、化学の発達は、血液と尿の検査でほとんどの疾病の状態を把握でき、抗生物質の発見は驚異的治療効果をもたらし、またX線の発見は、切らずとも胎内を観られるようになったと驚いていたのも束の間、CT、MRIやMRAの出現により、胎内の組織を機能的、力動的に把握することを可能にし、さらに遺伝子工学の発達は、遺伝性疾患の治療はもとより、菌やホルモンの産生、自然界になかったものの製造や生物の変造など、一面では喜ばしく、一面では身の毛がよだつ思いもしています。

このような中であって、心身医学の発達も新たな時代に入っています。すなわち、1934年のリレー現象、1947年のセリエによる汎適応症候群、1950年のヴィコフによる皮質内臓病理学等が次々と発表されています。

20世紀後半に、これらの学説を裏付ける新たな大研究が発表されています。すなわち、1973年にアメリカのパートは、大脳生理学の研究から麻薬ホルモンであるエンドルフィンを発見し、心と体は一体であることを立証しました。この結果は、心の持ち方が健康状態を左右することとなるので、今後における家庭、学校、医療等の役割をさらに明確にしていくものと考えます。

慢性疾患、てんかんや分裂症、重症心身障害等の医療と教育に当たってきた医師及び教師は、医療に合わせて教育を行うと結果の良い者が極めて多く、長年その原因を探し求め

てきましたが確定はできませんでした。数年前、パート等の研究を知り、その原因が明らかになりつつあり、小踊りしました。

このような折に、春山茂雄先生が、主としてアメリカの多くの研究成果をもとにして「脳内革命」の著書を出版されました。この本は、難解の医学用語を分かり易く、その上日常生活に関連づけて記述され、この本こそ私達が長年求めていた本であると思いました。

第2年次は、このようなことから、学術集会において、世界最先端の心と体の研究成果について、春山先生のお話をお伺いすることにしました。

本年はさらに、研究・研修会を新設し、疾病に罹患している子供の生活について、具体的に検討するための分科会を設けました。分科会として、対応の決め手がないままに、しかも年々増加し続けている「学校に行けない子供（不登校）」と、原因は分かりつつあるものの、治療法が未だに確立していない「筋ジストロフィー」を取り上げました。

学術集会並びに研究・研修会における分科会の模様は、機関誌に順次取り上げて行きますので、ご活用下さるようお願いいたします。

心身の健康に問題をもつ子供について解決して行かなければならない課題は、制度をはじめとし、問題が山積しています。来年度以降においては、それらを整理し、順次、計画的に取り上げていきます。

今後とも、宜しくご支援下さるようお願い申し上げます。

— 特 集 —

医療の進歩に伴う家庭・学校での生活の変化と生活上の留意事項

重症心身障害児を中心に

(医療的ケアをより安全に推進するために)

横浜療育園診療部長 三宅 捷 太

はじめに

「アックン」 もう10年も前のことです。「アックン」は生まれて1ヶ月も経たないうちにEIEEという、點頭てんかんに似た極めて治療困難なてんかんになりました。痙攣発作が止らないうえに、肺炎を繰り返し、酸素が放せない状態で退院の目途もなく1年以上入院し3歳になっていました。

どうにかしなくてはと悩んでいた時に、ある本で在宅酸素療法が成人で行なわれていることを知りました。この子にもできないかと思いつき、酸素ボンベを家庭において、酸素カニューレを鼻に入れて家庭で生活できないか検討してみないかと家族に話しました。やってみたいとの返事だったので、まず麻酔科医・病院事務職・ケースワーカー・看護婦・保健婦など多くのスタッフと実施方法を相談して病院側の協力体制を整えました。

「アックン」は何度も院内外泊や家庭外出・外泊を繰り返し、みんなで問題点を話し合いました。旧家で嫁姑の問題があり大変そうでしたが、外泊の度に兄弟を始め家族や近所の人々との触れあいに緊張も取れ笑いの表情もみられるようになったのです。これが大きな励みとなって数ヶ月後に退院にたどりつきました。

あらかじめ地域の医師に主治医が出向き、緊急時の対応を依頼しました。また近くにある教育研究所の早期教育担当の先生と保健所の継続看護担当にも月に数回の訪問をして頂けるようお願いしておいたのです。

私はすぐに再入院となるかと待機していました。しかし退院後暫くは家族から「家事と

夜昼のない介助で大変です」と報告されるのみで、若干拍子抜けでした。なんと半年後には酸素は夜間のみとなり、9ヶ月後には在宅酸素療法を解除することになったのです。そして1年後に「アックン」はますます元気に手足を動かして豊かな表情を示していました。周囲の理解と協力のもとで、家庭での生活が明らかに健康状態と精神運動発達によい影響を与えているのです。

2年後にはガンバリ屋のお母さんはなんと第4子を妊娠したのです。そして出産前後の3ヶ月間を重症心身障害児施設で生活するために、「アックン」は元気に入所してきました。それから5年、現在でも痰や分泌物の吸引と栄養物の注入を必要としています。しかし、養護学校の先生の協力を得て家族の付き添いなしで元気に通学しています。家庭では4人の兄弟の一員として生まれ、学校では毎日の生活のリズム作りとともにもっている能力を上手に引きだしてくれているのです。

「アックン」の経験から、在宅療育や医療的ケアの推進を私自身のライフワークにと強く意識しました。これらの点についてあくまでも小児神経専門医の個人の立場からの概説をいたします。横浜でいちはやく学校で医療的ケアが開始されたその経緯を紹介することが、どの様に実施したらよいか検討されている各地の参考になるのではと思うからです。専門でない教育の事を誤った認識で記載していることがあるかもしれません。とくに横浜の事情について敬愛する関係者にご迷惑を掛けるのではと危惧します。稿を始める前にご容赦をお願いいたします。

医師としての見方

この20～30年間の医療の進歩には見張るものがあります。簡単な医療的ケアを行えば家庭での生活が可能な時代となっているのです。家庭だけで子供は生活するではありません。地域でその子に応じた社会参加があって初めて人間らしい”いのちの輝き”(QOL)を高められるのです。まず第一に教育や療育の場があります。医療的ケアを必要とする子にも、多くの人の理解と協力で徐々に整いつつあるものの十分とはいえません。その一つに医療的ケアが医療行為であるという考えから行政・教育側から正式の許可がなく、議論となっているのです。

現在ではこの「アックン」の例のような在宅酸素療法他に、経管栄養、自己導尿、自己注射、中心静脈栄養、人工呼吸器療法、腹膜灌流、など10種類にも達する在宅医療が保険適用となっています。厚生省を始めとする医療サイドの見方は家族と本人の要望が高いという理由を前面に立てて、医療的ケアを必要とする方の在宅療育を推し進めているのです。すなわち母親を始めとする介護者にこれらの医療的ケアをすることを許可しています。明快な見解はでていないものの医療行為というより生活介護行為、生活行為とみなしていることとなります。介護者としてどこまで含めるかが問題です。父母・兄弟・近親だけでなく、療育や教育関係の職員を含めてほしいのです。この事を行政は認める必要があるでしょう。保険適用のみでなく、家族と本人のQOLの向上につながる、療育のバックアップ体制をシステムとして構築しなくてはならないはずで。

いまの重症心身障害児のおかれている状況

重症心身障害児・者は全国で毎年千人出生し、全国に成人を含めて3～4万人いるとされており。この重症心身障害児・者と言う言葉は日本だけしかない言葉で、この子

たちの施設は海外にはありません。この歴史は日赤産院から始まっています。新生児期からの重い障害があって4～5才になっても退院できずにいる子どもの処遇についての議論から生まれたのです。そして昭和36年に島田療育園が単独の民間施設として開設され、昭和40年代になると、全国の療養所の結核病棟が転用されるようになりました。昭和46年には重症心身障害児を運動能力が寝たきり～座れる、知能指数が35以下とする大島の分類の定義ができました。この様に重症心身障害児施設(重心施設)の出現で、子どもたちの生活の場が確保され、生命予後の改善と共に系統的・組織的な対策が取られるようになったのです。現在約1万人、約1/3の方々が入所・入院しております。地域により入所の定数が異なり、横浜・神奈川は全国最低で人口1万人に0.5人分のベットしかないのです。

しかし時と共に、施設入所は家族の福祉にはなるが本人の本来の生活向上につながるのか、また本人は施設で世話されるのが当然なのか、さらに所詮入所は重症心身障害児・者を社会から隔離・隠蔽・排除していることにならないかなどの問題が浮上してきたのです。そして少子化の時代がきて、社会の福祉・教育体制の向上にも合致して在宅療育が志向される時代となってきました。家庭で家族と一緒に生活したいという、ごく自然な姿が求められ、また可能となってきているのです。

最近の新生児医療は急速に進歩して、生まれた時の体重が1500g以下でも育ちうる時代になってきました。しかしその表裏一体として重症の障害を併せもつ子の増加もあります。さらに脳炎・脳症・溺水・脳腫瘍など死を逃れても、不幸にして合併症や後遺症での二次的脳障害も多いのです。この子供たちの病院での長期の生活は刺激に乏しく発達に悪影響を与えます。かといって家庭での生活は発達・心理面では好ましいのですが、家族の看護能力に期待するのは限界があります。そ

れでも多くの方が日夜頑張っているのです。そのなかに吸引や注入など医療的ケアを必要とする重症心身障害児が、横浜の例でいいますと20%近く含まれているのです。

家族はわが子の重い障害を知り大きな衝撃を受けます。人生観が変わり、戸惑うばかりなのです。しかし時間と共に多くの人との関わりと、励まし慈しみあいの中から“新しい付き合いの増加”や“家族の一致団結”と前向きになっていくのです。そして在宅療育に移行し親は家族一緒に暮らして満足し、ほかの兄弟と同様に朝になると通園施設や養護学校に通えることに喜びを感じているのです。そして私の外来の医療的ケアをしている33人の親からの最も多い要望では、通園施設・学校や保健所などで子どもに接する人に医療的ケアをしてほしいというものでした。そして同時にレスパイトを望んでいました。

横浜の重症心身障害児教育の実践

多くの先覚者の連携で どうして横浜の学校で医療的ケアを行うような体制ができたのでしょうか。簡単にその歴史を振り返ってみましょう。どの子どもにも教育の機会を与えたいと「在宅心身障害児家庭訪問教育」を昭和44年に開始したのが始まりです。就学猶予・免除者が市内に591名もいた時代です。この制度を聞き102名もの親が教育を受けさせたいとの希望をよせました。13名のスタッフが週1回2時間の在宅指導を開始しましたが、どんな指導をどの様にすれば解らないままのままに暗中模索の状況でした。

3年後の昭和47年には30名の在籍児が週1回の訪問指導の他に、週1回の登校をする訪問学級（行政的対応としては特殊学級）が開始されました。この通学する場を作った訪問学級制度は東京より1年早く、日本で最初の事業で画期的なものでした。ですからいかに円滑に安全に実施するか、いくつかの試みが考えだされました。

①まず普通小学校の中に作ったことです。学童は純真で障害の有無にかかわらず通じあうものをもっています。自然に交流し一緒に楽しんでいる中から福祉の心が育ちます。

②つぎにバスをチャーターして、まだドアツウドアではないのですが最寄りの駅までの送迎でした。駅までの親の送迎も大変でしたが、希望者は増加の一途でした。

③さらに主たる養育者である母親に障害児教育の意義を理解していただくことが不可欠です。また障害児を抱えての生活をよりよいものにする必要があると考えたのです。そこでPTAでなく母親学級を作って、教師でなく福祉のソーシャルワーカーを配置したのです。

④もう一つの特徴は、臨床指導医と名付けて校医とは別にこれらのこどもの健康面を担当させました。「何かあったら僕が責任もつよ、面倒見るよ」といった心意気の先生が参加したのです。

これらは教育現場に医療と福祉をドッキングさせた“すごい”試みでした。じつに市立の肢体不自由養護学校ができる2年以前の事です。そして開設の翌年には宿泊訓練までしているのです。教育の熱い息吹きを肌で感じる思いです。教育者、教育行政、ソーシャルワーカーと障害児医療の担当医との絶妙の連携です。現在の横浜市の小規模肢体不自由養護学校の基礎がこの数年で築かれたのです。

私といえば小児病院の初期研修の4年を終えて大学に戻った昭和50年に、これらの諸先生の熱い情熱にふれて在宅訪問指導の医療的な生活指導を担当させていただくことになりました。訪問の講師とともに年に6回ぐらい一日4軒ぐらい自宅に伺い、生活指導と教育へのアドバイスみたいな事を開始したのでした。当時は医療や教育への不信が強く、玄関から入れていただけない寂しい思いを何度も経験いたしました。現在では就学猶予は数人のみで、訪問教育の子どもも10数人のみになりました。それでも訪問対象の医療検診は

現在も続けています。

重心施設での研修 昭和54年度の養護学校義務制度の発足までの10年間、どの子どもにも教育をの横浜市の教育哲学で訪問指導と通学指導が進められてきました。その方向で昭和54年より大規模肢体不自由児養護学校の分教室として再編され、昭和57年に単独の養護学校として独立し、昭和60年までに同様の20～40名の小規模校が合計4校できるに至ったのです。そして現在県・私立での大規模校を含めて横浜の重症心身障害児約200名の教育を行っています。

医療的ケアの必要なこどもは昭和54年の分教室までの時代には、ごく一部訪問指導の対象児ではいても、通学の子では在籍していませんでした。経管栄養や吸引が医療側の判断で在宅で行われる体制になかったことにもよります。しかし大規模肢体不自由児養護学校に中等症までのこどもが通学し、どんな子でも通学することが当たり前前の状況なりつつある中で、徐々に重度のこどもが小規模校の中心的存在になるようになりました。

そして医学的ケアが現実のものとなるのは昭和50年代の後半でした。それを見越して学校のスタッフが小児病院の重症心身障害児施設を訪れ、見学と研修を受け、引続き公式の医療研修が始まったのは、ちょうど養護学校として独立した昭和57年でした。その後は関係者のご努力で重心施設の各専門職の協力を得て、毎年各校数人づつ新任の教師と養護教諭に系統だった1週間の研修をしています。主な研修内容は以下の5項目です。

- ①呼吸管理の方法（電動吸引器利用を含む排痰法及び呼吸訓練など）、
- ②経管栄養の実際（注入の手順と栄養チューブの取り扱い方）、
- ③食事の介助方法（緊張をとりリラックスさせる体位、嚥下や咀嚼に配慮が必要な場合の摂食介助法）、

④保健安全について（更衣、清拭、体位変換、移動などの介助方法、褥創の予防と処置、感染の予防方法など）、

⑤機能訓練及び日常生活全般について、

の5項目の重点的実技研修、さらに日常生活の関わり方や生活のリズム作りへの指導法、施設と教育との関わりや教育的配慮について講義が行われています。この研修は小児病院併設の重心病棟で14年間も継続して行われ、極めて質の高い充実したものになってきています。この間多くの教師が研修し層の厚さに貢献しているのです。

さらに医師と教師の手による「重度・重複障害児の安全指導のために」と題した教師のための手引き書が、平成4年に作成されました。東京にも同様な手引き書があります。この子たちの療育に必要な不可欠な大変参考となる質の高い書物です。しかしいずれも内部資料で非公開です。

そこでこれらを参考に「横浜の在宅療育を考える会」が、平成7年に「いのちの輝き ー障害の重い子の健康と楽しい家庭生活 ーのためにー」（日本小児医事出版社）と題して出版しました。この本の目的は家族・教師・福祉関係者などより多くの人に医学的 ケアへの理解を求め、よりよい在宅療育を実践していただくための手引き書なのです。

臨床指導医の役割 子どもの障害を全部受入れて学校で教育をしようとする横浜方式に、昭和47年から専門医が臨床指導医として参加しました。しかし現在、学校により異なるものの医療的ケアを必要とする子どもは30～50%にも達し増えています。そのため臨床指導医の学校に置ける役割も変化してきました。従来は重症心身障害児の教育の推進のために医療との連携の一端を担うこと、生活のリズムを作り、健康を維持推進し快活な学校生活を過ごさせ同時に家族の療育意欲を育て

ることが中心でした。しかし、医療的ケアの推進と共に「医師が保護者に依頼した行為はもはや医療行為ではなく、個人の生活上必要な行為である」とするスタンスを教師とともに共有することに努めています。

具体的には指導医と学校によって異なりますが、毎学期2～4回学校に赴き数時間を過ごします。そこで教室や保健室で教師や養護教諭とともに以下の各項目について必要に応じて対応しています。

- ①子どもの身体計測、一般理学的診察をはじめ、重症心身障害児に多い喘鳴、呼吸状況、側弯や関節拘縮の程度など健康面の診察。
- ②座學への対処、摂食法、姿勢保持の方法、排痰法から吸引や注入に関する技術的な指導と確認。さらに食事、睡眠や排泄などの生活リズム作りに関する相談。
- ③子どもの教室内活動、散歩、外出、プールや運動会、さらに宿泊訓練、修学旅行に至るまでの円滑な学校生活を送るためのあらゆる面の相談。
- ④学校ばかりでなく家庭の問題を含む親との相談。
- ⑤校医と主治医との連携ときに救急に依頼する病院への橋渡し（全員のカルテを作成するなど）。主治医の紹介状や親への指導を理解しやすく説明する。そして校医や主治医の考え方や方針に抵触しないように努めなくてはなりません。
- ⑥親や教師への医療的な健康に関する講演や技術的指導。
- ⑦緊急時を含めて、電話などで随時に相談を受ける。

などの役割を果たしています。

現在、小児神経科医ばかりでなくリハ科医と2人の臨床指導医が各校に配属されています。この臨床指導医とは別に理学療法士や作業療法士を肢体不自由児養護学校に巡回で派遣する制度もできています。また一昨年より修学旅行にも付き添い医師として参加する事

になりました。私も大規模肢体不自由児養護学校と小規模校の各1校の臨床指導医を昭和56年より続けています。

裾野の広がり 学校内で誤嚥や窒息での訴訟はいくらでもあります。しかし吸引・注入や導尿で告訴されたことは現在までないのです。そのため裁判で細部にわたるまでの検討はなされていません。判例のない現在はいかに安全対策を講じて実施するかにあります。これらの医療的ケアは家族が日常生活の中で行っているのですから生活行為として認識すべきです。ちょうど箸や食器を使うのと同様に注入を、またティッシュで痰を取るのと同様に吸引するのです。一寸大胆な発言かも知れませんが、注意すべきことをしていれば同様と考えるのです。安全性のもう一つの実証として、医療的ケアを10数年来している横浜市の養護学校在籍児の死亡率は1.5%で、現在試行段階の横浜市を除く神奈川県での死亡率が2.4%で有意差を持って死亡が少なく健康を維持できているといえるのです。さらに養護学校在籍児のローレル指数でやせすぎに属する頻度は横浜より神奈川で高く、横浜で有意差をもって体格がよいといえるのです。

人口350万人の横浜に600人前後の重症心身障害児・者がいます。このうち120人が長期に入所しています。小児期の長期入所は20人に満たず殆んどが在宅しています。在宅の重症心身障害児・者の療育の流れを見てみましょう。学齢前の80人は親同志の連携とリハビリや木目細かな指導を目的に多数の自主訓練会と8ヶ所の訓練・療育センターに通っています。そこでは健常児へのサークル活動や幼稚園と同様な役割を果たしています。

学齢になると先に述べたように市内5ヶ所に重度の障害児の教育をする市立の養護学校があります。訪問教育の子は市内に10人程度しかなく、約180人が通級でその多くがスクールバスなどを用いて通級しています。その中

には吸引や注入・導尿を必要とする子たちもいて、一定の条件内で養護教諭と教職員が協力して対応しています。教師対児童比が1対1に近く、個別的な対応をし生活のリズムの確立と能力の発見と進展に努力しています。多くの学校は普通の小学校と廊下伝いにあり、交流も盛んです（市内には他に県立や私立の学校もあります）。

学校を卒業した300人の方は朋・集・横浜療育園の3ヶ所の通所施設と、市内10ヶ所前後の作業所に通所します。そこでも医療的ケアの対応が大きな問題となっています。そして残りの50人の方が完全在宅で家庭でのみの生活となっているのです。

以上のように横浜では学齢期より圧倒的に卒後の人数が多いのです。より長くより健康により快適に生活するためにハード面とソフト面のより一層の改善が望まれています。この中で多くの教育関係者が直接・間接に協力していただいております。子どもの障害を全部受入れて学校で教育をしようとする横浜方式の、もう一つの成果にこの点を上げることが出来ます。卒業後のこどもたちの生活に深い関心をもちなんらかの関与を惜しまない、学校内の教育者に止まらない全生活の支持者となっていることです。

神奈川県の流れ

中原養護の話し合い 昭和63年ごろ横浜で比較的円滑に医療的ケアが行われつつあるころ、東京では医療的ケアを伴う子は原則的に訪問学級にするとの声明が出されていました。その中で地域的にも中間にある川崎の中原養護学校では、医療的ケアにどう対応すべきか盛んに議論が交わされました。これからの中原養護学校（神奈川県立肢体不自由校の）の教育はどうあるべきか、教育の将来は、子どもたちは何を望んでいるかなど真剣な議論です。その概要を以下の3つの視点にまとめられます。①注入は医療行為、②注入は生活行

為、③注入は教育行為であるとする視点です。具体的には

①とする考え方は、注入は生命維持行為であり、医師の判断によって専門職がすべきであるというものです。これらの医療的ケアの必要な子は家庭や医療機関で見るべきで、これらは教育ではなく学校内でするには医師や看護婦の配置を必要とする。現在の実施は一部の教師の先走り行為で問題である。という論旨で代表されています。

②注入は生きていくために必要なことで、注入そのものは教育とはいえない。しかしその子に関わって行く以上またその子に必要なことで、生活の土台作りとなることは教育側でする必要があるのであるとする考えです。しかし現状では環境が整っていない時期尚早ではと判断しています。重度の子の教育への技量と知識をどうつけて行くかも含めて、教師の資質がとわれている問題と捉えています。

③注入は教育行為の範疇に入るとの考えです。生活と教育とは切り離せず、重度の子の教育は生活全般を通して生きる力を育てていくことであろう。そうした時に摂食も注入も大切なことと、健康管理も教育と考えられる。医療との垣根を取り除いて、教育かケアかの違いをなくしていくことが理想であろう。注入をのけといての教育活動には行き詰りが生じてくるとしています。親に頼らず教育的なケアを医療のアドヴァイスを得て実施への模索をする必要があるとの論旨です。

これらの話し合いの結果、学校全体のコンセンサスを得て試験的に注入を開始することになりました。水分のみの補給という点から、肺に対しての刺激の少ないソリタジュースの注入をすることになりました。平成2年の事です。この際に訪問対象の子供たちの相談医のご努力があります。先生は医療的アドヴァイスから実技指導まで、訪問学級の健康相談の医師の枠を越えて献身的に関与されました。訪問教師は家庭を基盤として子どもに教育す

ると同時に、保健所・児童相談所・病院など地域でコーディネーターの役割も果たす事が可能です。このなかで地域の専門病院の医師であった先生との連携が生まれました。

県障害児教育関連医療研究協議会 平成3年5月に一人一人の教育ニーズに応えるために、医療的ケアの必要な子にどう対処したらよいのか検討する会が開かれました。教育現場ばかりでなく医療、教育行政、法律の専門家が集まって現状を踏まえて、また相互の連携を視野に含めて検討されました。22人の委員で構成されていました。その討議の末、以下の結論がだされました。(報告書の原文通り)

「医療的ケアのなかでも、経管による水分補給、痰の吸引、酸素吸入などはいわゆる「医療行為」とする説もある。しかし、これらの行為は生命の維持や健康の保持のためにどうしても必要であり、日常生活の多くの時間を過ごす学校において実施せざるを得ないとする実態もある。学校内においてもこれらの行為が、健康・安全を確保するうえで、どうしても必要であり、児童生徒に保健衛生上(あるいは人体に対し)の危害を及ぼす恐れがないように必要な処置・配慮がなされた上で、さらに医師、保護者の要請に基づき学校で定めた手順に従って行われた場合は、教育指導上必要な行為の一つとして捉えてもよいのではないかと考える。」

そのうえ十分な検討と条件整備をして、教育指導の一環として統一的に捉えて慎重に実施するとしています。

現状調査では、県立肢体不自由養護学校の各校で非公式に医療的ケアを実施していました。そのなかで先述の中原養護学校のお子さんへの注入に至った過程を資料として報告書に記載されていました。その概要は以下の通りです。

①試行を決定する条件：保護者からの要請で

教員による注入を行う場合に、以下の8点を必要とする。(ただし試行は水分のみ)

担任が水分の摂取を行えば学校生活の広がりや期待できると判断した児童生徒に限る。

主治医・保護者・担任の三者ともに、水分を経管から摂取する方が安全であると一致していること(前二者からは書類で)

学部としても経管からの水分の摂取が必要であると確認され、担任以外でも協力することができる体制が取れること。

校医に対して子どもの状況などを十分説明し、水分摂取について意見を求め了解をうること

緊急時に備え主治医から近隣の病院に働きかけてもらい、速やかな処置が可能になるようにすること。

教員が経管からの水分注入について対象児の様子を十分に確認できるまで、保護者は注入時学校につきそうこと。

実施する教員は研修を受けたものとする。マニュアルにそって確実な方法で校長の許可の後に実施する。

校長は上記の事項を確認して許可する。場合により取り消すこともありうる。

②経管による水分注入の試行に至る手続き

保護者は主治医の意見書を添えて依頼書を提出する。

→担任は書類を確認し具体的な実施を学部に計る。

同時に養護教諭の意見を聞く。

→学部会は考え方を集約し、校内医療検討委員会に計る。

同時に緊急医療体制と保護者の協力について確認する。

→医療検討委員会は諸手続きの確認をし、試行について職員会議に計る。同時に校医の意見を求め了解を得る。

→職員会議に基づき校長は、試行を認める。

同時に校長は県教育委員会に報告する。

→具体的な実施には健康状態チェックリスト

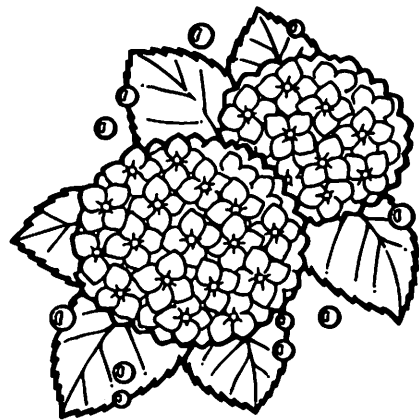
表で把握し、実施マニュアルに基づき、児童生徒の健康に配慮して試行する。
→定期的に主治医または校医の指導を受ける。

重度・重複障害児担当医制度 平成8年度から新しい制度が開始されました。さきの中原養護の相談医を中心とする県内をフィールドとする7人の小児神経科医が、月1回半日程度を担当する肢体不自由養護学校を訪問したり、外来場面で重度・重複障害児の学校生活における健康管理などへのアドバイスをします。これらの医師を校医とは別に重度・重複障害児担当医師と名付けました。目的は言うまでもなく養護学校への医療バックアップ体制の強化です。言い換えると健康上配慮の必要な重度・重複障害をもつ児童生徒が健康で安全な学校生活を送るために、教育指導上必要な医学的指導・助言などを教職員などに行い、重度・重複障害児の指導の充実を計ることです。学校を訪問し健康状態の把握、教育活動への参加の様子を把握し必要な医学的知識及び配慮事項ならびに緊急時の対応などについての指導助言をします。それと共に教師への研修への協力、教師による校内研究や研修への指導助言、主治医と協力医療機関との関係調整の役割もすることになります。

本年度から始まる事業でまだ確定的ではなく徐々に作り上げる段階です。ですから上記のみに止まらず主治医から学校の近隣のしかるべき病院への紹介状をいただいたり、緊急時に近隣の病院で見ていただき主治医とも連絡を取っていただけるような連携の仲介を取ることも役割となるでしょう。担当医同志が学校関係者と年に1回程度の連絡会をもち、相互の意志疎通を計り同一のスタンスで各校で対応することも大切な事業の一つでしょう。さらに実際に障害児の主治医となっている医師同志の間で連絡会的なものを作り、連携を取りそのなかから担当医の派遣ができれば理想的でしょう。

以上が私の知りうるところの新制度の骨子です。医療的ケアについてすぐに進展することは含まれてはいません。しかし前項のような積み重ねがある以上徐々に実施されるものと思います。この制度は教育委員会と、学校と医師とが同一の歩調で考え、長く検討した結果できた制度です。とくに担当医がほぼ同じ考えの持ち主で構成されているのも特徴です。横浜と東京のよいところを上手に取り入れた新しい制度で、今後の全国のモデルともなりうるものと考え、今後の推移に関心もきたいものです。

(本稿は「障害者問題研究」24巻2号に掲載された内容に加筆したものであることを付記する。)



小児のアレルギー疾患について

横浜市小児アレルギーセンター 医療科担当部長 勝呂 宏

はじめに

小児のアレルギー疾患の中で、気管支喘息の発生頻度は、1960年代は1%以下であったものが、1970年代には1~3%、最近では4~7%と増加傾向にある。すなわち、小・中学校の1クラスに2名前後の気管支喘息児がおり、喘息発作のために、学校の欠席・遅刻・早退を余儀なくされている児も多い。特に一部の重症な児では連日の喘息発作のため日常生活が障害され、気管支拡張剤の吸入や注射等の発作処置、さらには入院治療を繰り返している。その結果、長期欠席による学習空白や学力低下をきたすことが多く、学校において問題になるアレルギー疾患の代表と思われる。そこで、本項では気管支喘息と、最近話題になっている食物アレルギーを中心に述べる。

1. 学童のアレルギー疾患罹患率

各地域における学童のアレルギー疾患罹患率調査(表1)では、気管支喘息は寛解群を含め5.5~7.6%、喘鳴は3.5~7.0%、アレルギー性鼻炎は16~33%、湿疹・アトピー性皮膚炎は17.9~33.5%、アレルギー性結膜炎は11.5~16.9%であり、各種アレルギー疾患の罹患率は高頻度である。更にアレルギー疾患の累積頻度は37.0~54.3%と極めて高く、すなわち学童の半数前後がなんらかのアレルギー疾患を持っているのが現状である。

アレルギー疾患の増加の原因としては、①環境汚染が気道の過敏を、②住環境の変化がダニを始めとする室内アレルゲン量の増加を、③欧米型食生活が食物アレルギーの増加を、④森林環境の変化が花粉症の激増を、そして⑤ストレスの増加等がアレルギー症状を悪化させているとかがえられている。

2. 気管支喘息

(1)気管支喘息の症状、原因・誘因

気管支喘息を医学的に定義すると、「喘鳴を伴った発作性の呼吸困難を起こす病気で、その原因が肺とか心臓にはなく、気管支の狭窄による。その程度は時間とともに変わり、ある時は自然に、ある時は治療により狭窄が

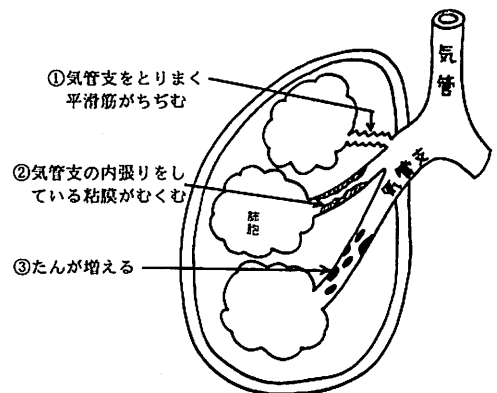


図1 発作の状態

回復する病気である」といえる。図1は、発作時の気管支の変化で、①気管支平滑筋の収縮、②気管支粘膜の浮腫、③気管支分泌物の増加などである。この三つの要素が、発作時には種々に組み合わせり、呼吸困難症状が出現する。喘鳴は気道狭窄部や分泌物を早い速度の空気が通過するために発生する。

喘息発作の原因・誘因としては、アレルギー以外に、気道の過敏症、気道の慢性炎症が重要である。特に気道の過敏性はすべての喘息児に共通し、健康児の10~100倍も過敏なため、天候や気温の変化、風邪、煙草の煙、におい、激しい運動、疲労、心理的变化などで気道が刺激され喘息発作が誘発されることがある。

(2)発症年齢と治癒(寛解)年齢

図2は、気管支喘息の発症年齢と治癒年齢

分布である1)。2歳までに60%、3歳までに75%、6歳までに90%が発症しており、1歳から3歳に大きなピークがある。これは逆に、乳幼児期が発症に重要な年齢であり、学童期以降に発症する気管支喘息は少ないといえる。

一方、治癒年齢は10歳頃から目立ち始め、この傾向は12歳から14歳でピークとなり、15歳までに70から90%の患児が軽快ないし治癒する。しかし、この時期に喘息発作が消失した児の中には、成人に達した後に再燃する者もあるため、最近では「治癒」という言葉は使用せず、「寛解」と表現されることが多い。

(3)気管支喘息の治療

気管支喘息の治療の基本は、①適確な薬物療法、②アレルゲンに対する環境整備、③患者教育等である。個々の具体的な方法については、紙面の関係で省略するが、その目的や意義について概説する。

①適確な薬物療法：近年、様々な良い薬剤が開発され、また治療法が進歩し、喘息の治療が以前に比べ、比較的容易になってきた。最近各国で、喘息の治療を有効に進めるために喘息治療ガイドラインが発表されている。その中で、代表的な「喘息の診断と管理のための国際委員会報告2)」の「喘息管理の到達すべき目標」を下記に紹介する。

【喘息管理の到達すべき目標】

- 症状をコントロールし、かつその状態を維持する。
- 喘息の増悪を予防する。
- 肺機能をできるかぎり正常に近いレベルに保つ。
- 運動も含め、正常な活動レベルを維持する。
- 喘息の薬物療法による副作用を回避する。
- 不可逆的な気道閉鎖が生じるのを防ぐ。
- 喘息死を防ぐ。

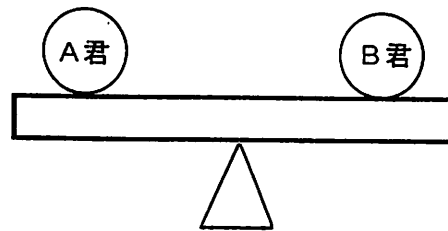
以上を目標として、筆者は効果的な薬物療法をかなり以前から行っている。その結果、一部の重症・難治性喘息を除いた大多数の喘息児では、健康児とほぼ同様のQOLが可能

となっており、さらに当センター発足15年来喘息死は経験していない。

②アレルゲンに対する環境整備：喘息児の70%以上がダニや室内塵に対する抗体を持っているので、まずは経済的な負担を強いることなく、掃除しやすくゴミのたまりにくい環境をつくり、日々丁寧に掃除をして、室内を清潔に保つことが大切である。またペットの飼育（特に猫、室内犬）は避けた方がよい。

③患者教育：図3は、喘息との付き合い方
図3

喘息との付き合い方による病状の違い



【喘息との付き合い方】

A君		B君
良い	正しい理解	悪い
良い	親の対応	悪い
良い	本人の対応	悪い

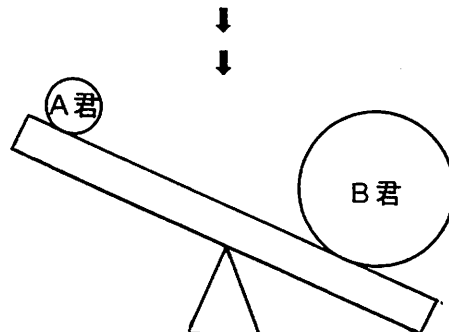
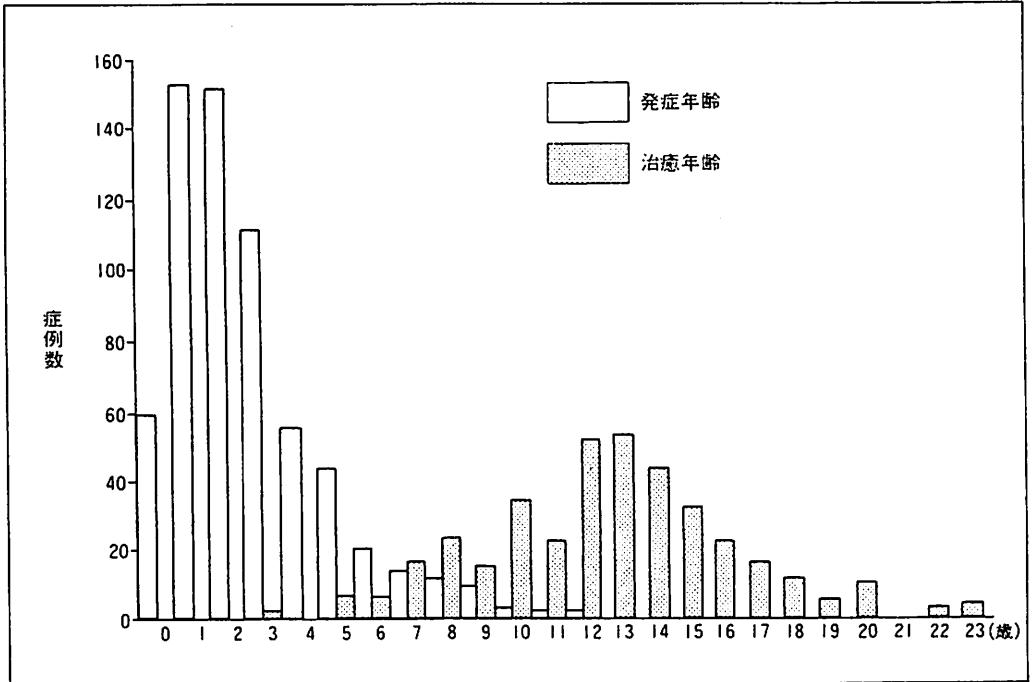


表1 学童のアレルギー疾患罹病率（1991調査）

	① 沖縄県	② 福岡県	③ 埼玉県	④ 盛岡市
気管支喘息	7.2	7.6	5.5	7.5
喘息寛解群	2.1	2.2	1.4	1.6
喘鳴	3.5	5.2	4.5	7.0
アレルギー性鼻炎	16.0	33.0	20.8	29.5
アトピー性皮膚炎	17.9	24.2	33.5	30.3
アレルギー性結膜炎		11.5	11.8	16.9
アレルギー疾患累積	37.0	46.9		54.3

引用 ① 沖縄県：奥間（沖縄県立中部病院小児科） ② 福岡県：西問ら（国立療養所南福岡病院）
 ③ 埼玉県：岡田ら（埼玉県立寄居こども病院） ④ 盛岡市：山口ら（国立療養所盛岡病院）

図2 気管支喘息の発症年齢と治癒年齢
 （三河らより引用）



による病状の違いである。上図は、医師から見て、A君とB君の病気の重さは、もともと同じである。しかし、喘息に対しての「正しい理解をしているか、否か」「親の対応が理想的か、否か」「本人の対応も良いか、否か」の違いが長期間続くと、下図に示すように、A君の病状は改善して行き、B君はさらに悪くなって行く。

以上の事より、患児とその親への喘息指導、さらに喘息児にかかわる第三者の正しい知識・理解が極めて重要である。すなわち、気管支喘息に対し、低年齢児では特に親の、高学年では本人のかかわりが重要となってくるので、偏った知識、思い込みを是正し、バランスのとれた、かつ現実的な知識の習得と対応が必要である。

また、発作時の初期対応や日常生活の過ごし方においては児・親以外に、第三者（主に教師）がかかわることから、「親・児と教師間」、時には「主治医と教師間」で適切な情報交換を行い、教師も安心して積極的に対応出来るようにすることが重要である。

(4)登校

一般に、喘息発作は就寝後から早朝に多く、また夕方に出現した発作は時間とともに悪化し、逆に朝方に出現した発作は時間とともに改善する傾向にある。また喘息児の肺機能の日内変動も同様で、朝は低く、時間とともに上昇し、日中の午後にピークとなり、夕方から夜間に低下する。

朝に軽い発作がある場合には、気管支拡張剤の内服や吸入にて多くは改善するので、登校には殆ど支障がない。中発作の場合は、主治医にて発作処置を受け、改善後登校出来ることも多い。喘息発症まもない児は、咳嗽や微かな喘鳴でも登校に不安を持つが、当初は薬剤を併用させながら登校させることにより自身を持たせ、徐々に積極的な姿勢で学校生活が送れるようになる。

(5)体育授業と運動誘発性喘息

喘息児が運動を行なった際に喘息発作をおこすことはよく知られており、この現象を運動誘発喘息（exercise-induced asthma：EIA）という。EIAはすべての喘息児に起こるわけではなく、その頻度および強さは喘息の重症度、運動の種類・強度、気温湿度などの環境因子にも影響を受ける。またEIAの特徴は、15分前後の安静により多くが自然軽快するが、ときには気管支拡張剤の内服・吸入が必要なこともある。

学校の体育授業、運動クラブ、遊びでEIAを起こしやすい児は、運動に対し消極的となり、その結果運動能力が低下し、運動および日常生活に自信を失ってしまう。このためEIAの予防および正確な理解は重要である。

表2 運動誘発性喘息の防止法
（西間⁹⁾より引用）

1. インターバルトレーニング
2. ウォーミングアップ
3. 鼻呼吸（マスク）
4. 日々の訓練
5. 前投薬
6. 運動の選択（水泳）

EIAの防止法³⁾としては、表2に示す内容を順次、もしくは組み合わせて行えば、かなりの程度までEIAは抑制可能である。

(6)長期入院療法

種々の治療に奏功しない重症・難治性喘息児のtotal careに長期入院療法は極めて有効である。本療法の意義⁴⁾を表3に示す。入院児の教育については、入院と同時に隣接の養護学校にて行われる。入院前は、度重なる喘息発作のため、学校を欠席がちで、学習空白や学力低下をきたしている児が多いが、入院とともに病状の改善・安定化により、欠席日数は著しく減少する。

表3長期入院療法の意義
(真田ら⁴⁾より引用)

1. 多くのぜんそく児との規則正しい集団生活
2. 親子関係の変容
 - 1) 過保護家庭においては parentectomy によって
 - 2) すでに入院前, 事実上 parentectomy とされている家庭 (放任または崩壊家庭) においては, 衣食住の改善と療育スタッフの適切なケアによって
3. 環境的因子の変化
アレルギーや気道刺激物の減少
4. 医療と教育の提携によるぜんそく児の活性化
5. 運動療法 (鍛錬) の EIA に及ぼす効果

3. 食物アレルギー

(1)食物アレルギーの症状

食物アレルギーの症状は多彩で、ごくわずかな皮膚症状からショックに至るような重篤な全身症状までである。多くは皮膚と消化器の症状で、皮膚症状としては掻痒、蕁麻疹やアトピー性皮膚炎の悪化等であり、消化器症状としては口唇の腫脹、悪心、嘔吐、腹痛や下痢等である。また、呼吸器症状としては咳、鼻炎、呼吸困難や気管支喘息等である。

(2)食物アレルギーの診断方法

食物アレルギーは免疫学的機序による過敏症状で、摂取数分から約2時間以内の明らかな即時型反応の出現や、再現性を認めた場合は容易に診断できる。しかし、食物アレルギーは遅発・遅延型反応も関与しており、更にも食べている物や微量の食物が原因の場合、診断は必ずしも容易ではない。その場合の診断方法は、詳細な問診以外に、①食事日誌 (日々の食事内容と症状を記録し、食物アレルギーを推定する)、②食物アレルギー特異的IgE抗体の検査、③食物除去と誘発 (負荷) 試験等を行なう。

(3)食物アレルギーの治療

食物アレルギーの治療の基本は食物除去療法であるが、どの程度まで除去食を行なうべきかは、症状、年齢、家庭的対応、学校給食などを考慮せねばならない。稀にしか摂取し

ない食物の除去は容易であるが、食物アレルゲンとして高頻度の鶏卵、牛乳、大豆は日常頻繁に摂取されており、更にこれらを含む非常に多くの加工食品については容易でない。一般に、抗原性は熱その他の処理を加えないものが一番強く、加熱処理やそれを材料とした食品は低いので (例えば、生卵>ゆで卵>カステラの順)、アレルギー症状 (感作) の程度に応じた除去食療法を行なう。小児の食物アレルギーは、加齢と共に軽快していく傾向があり、6カ突きから年毎に、微量摂取にて食物アレルギーの消滅を確認する。

薬物療法としては、複数の食物抗原に感作され完全除去が困難な児に、経口DSCG (インターール) を食前に服用する。アレルギー症状出現の際は、他のアレルギー疾患の対症療法に準ずる。

(4)食物アレルギーと学校給食

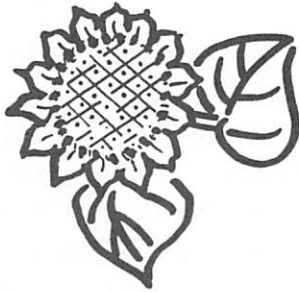
学齢期の食物アレルギーは、乳幼児期に比べ減少するが、食物除去療法の実施にあたっては、同級生の理解がないと継続は困難であり、小児にとっては大きな負担となるため、級友に対する教師の指導は重要である。

(5)食物依存性運動誘発性アナフィラキシー

特定の食物を食べ、数時間以内の運動の後に全身の蕁麻疹、呼吸器困難、血圧低下などのショック症状を起こすものを食物依存性運動誘発性アナフィラキシー (food-dependent exercise-induced anaphylaxis : FEA) という。現在FEAは、食事を摂取することにより強い即時型アレルギー反応が出現し、それがさらに運動により増強したものと考えられている。原因抗原として小麦・甲殻類などの報告がある。食物アレルギーの症状が特に強く出現した場合は、食後3時間以内の運動は控えたほうが良い。

おわりに

学齢期のアレルギー疾患の中で、気管支喘息と食物アレルギーを中心に述べた。専門的な治療はむろん、患者指導の重要性、その結果患者自身が正しい知識と対処法を習得し、患者家族から教師に適切な情報を提供し、学校関係者が安心して積極的な対応が出来ることが、学校保健上の問題の減少につながることを思われる。



〔特〕アレルギー性疾患治療剤|薬価基準収載|

アイピーディ[®] カプセル
IPD capsule 50・100

一般名:トシル酸スプラタスト

製造販売元
資料請求先



大鵬薬品工業株式会社
〒101 東京都千代田区神田錦町1-27

文献

- 1) 三河春樹、他:小児気管支喘息長期予後調査。昭和56年度小児慢性疾患(臓器系)に関する研究報告書(厚生省)、1982
- 2) National Heart,Lung,and Blood Institute,National Institutes of Health.International Consensus Report on Diagnosis and Management of Asthma.NIH pub no 92-3091.Bethesda,MD,U.S.Department of Health and Human Services,1992
- 3) 西間三馨:理学療法。ぜんそく児療養の手引き、環境庁監修、三河春樹編集。p98、金原出版、東京、1986
- 4) 真田幸昭:長期入院療法。小児気管支ぜんそくハンドブック、厚生省保健医療局国立療養所課監修。p169、社会保健出版社、東京、1978

アレルギーの源流に迫る。

IgE抗体産生抑制作用をもつ、
全く新しいアレルギー性疾患治療薬

〔効能・効果〕

気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎

〔用法・用量〕

通常、成人にはトシル酸スプラタストとして1回100mgを1日3回毎食後に経口投与する。ただし、年齢、症状により適宜増減する。

〔使用上の注意〕 ——— 抜粋 ———

1. 一般的注意

- (1) 本剤は気管支拡張剤、ステロイド剤、抗ヒスタミン剤等と異なり、既に起こっている発作や症状を速やかに軽減する薬剤ではないので、このことは患者に十分説明しておく必要がある。
- (2) 気管支喘息患者に本剤を投与中、大発作をみた場合は気管支拡張剤あるいはステロイド剤を投与する必要がある。
- (3) 長期ステロイド療法を受けている患者で、本剤投与によりステロイドの減量をはかる場合は十分な管理下で行うこと。
- (4) 本剤の使用によりステロイド維持量を減量し得た患者で、本剤の投与を中止する場合は原疾患再発のおそれがあるので注意すること。
- (5) 本剤の使用により効果が認められない場合には漫然と長期にわたり投与しないように注意すること。

*その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



国立療養所千葉東病院 小児科医長 倉山 英昭

はじめに

日進月歩、医学の進歩の中で、小児腎臓病学の分野においても多くの進歩がもたらされている。とりわけ日本独自の学校検尿は小児腎臓病の発症、病因、病態に関与する分野で多くの成果をもたらしている。そして、小児における腎生検組織診断の普及により小児期糸球体腎炎の臨床病理学的研究はめざましく進歩した。さらに分子生物学的手法の発展により先天性、遺伝性腎疾患の病因解明がなされつつある。乳幼児期の先天性腎疾患スクリーニングに超音波検査がその有用性を発揮している。また、治療の分野での進歩を2、3あげると、まず糸球体腎炎治療では、小児期発症IGA腎症に対する治療薬としてステロイド療法が、難治性のネフローゼ症候群や慢性糸球体腎炎に対する治療薬としてシクロスポリンA療法が検討され、その効果が期待されてきていることである。また、腎性骨障害、発育障害、腎性貧血が特に問題となる小児慢性腎不全では、これらに対する治療法が重要であり、多くの臨床研究が進められている。食事療法では国立小児病院伊藤 拓先生が班長となり厚生省腎不全医療研究でその治療指針が提案され、全国施設で活用されている。腎性貧血治療はエリスロポエチン、低身長の治療は合成ヒト成長ホルモンの開発で大きな治療効果をもたらしている。

慢性腎疾患児の生活管理

一方、小児腎疾患児の予後には、発症時の臨床像や経過の重症度、治療方法などが大きく影響する。そして、慢性腎疾患においては長期の経過をとることから、種々の生活制限があると、病気に対する過剰な不安、治療に対する不安や回復への焦りなど、精神的不安が社会適応性を阻害する弊害が存在する。我

々の病院にて入院、養護学校へ通学して体育参加許可のあった慢性腎疾患児に対し、退院後の体育活動への参加状況を調査した結果、慢性腎炎児では2年目までに90%が参加していたのに対し、ネフローゼ症候群では5年目でも50%と低率であった。不参加の患児は親が運動を再発の誘因と考え、慎重になり過ぎていたためであった。これらのことを無くすためには、本人のみならず、家族、学校も病気をよく理解し、本人・家族・主治医・学校の連携による日常生活管理が重要である。また、生活制限のためにできなくなってしまった生活行動に固執せず、制限の中で可能な活動を考えるように指導していくことは大切である。“病気だけれど、できることは沢山ある”と考えられる生活は、療養に対する容認と生活意欲の意思表示と考えられるからである。

小児腎疾患と運動

“運動をどこまで許可できるか？”

腎疾患における治療の基本は安静と食事療法である。腎疾患に罹患している子供が運動をすると病状が悪化する、ということは昔から経験的に知られていた。しかし、腎疾患に対してどの程度の運動が、どの程度に影響を与えるかということについては、今なお明らかにされていない。しかし、私たち臨床医は診療の現場において、病状を踏まえ、日常生活指導をしていかねばならない。前に述べたように、予後には、発症時の臨床像、経過の重症度、治療方法などが大きく影響する。治療が長期化する慢性腎疾患においては、長期的に日常生活管理が重要である。成長期にある小児にとっては、身体発育の面から、栄養面のみならず、運動は不可欠である。このことは腎疾患児にとっても同様であるが、病

状に応じた運動となる。そのための運動許容量および運動内容の目安となるものが必要となる。そこで、腎疾患の臨床像や腎生検による組織所見に対応した運動負荷試験を行い、腎疾患児に運動の許可をしていく。厚生省小児慢性腎疾患研究班が班長北里大学医学部 酒井 糾先生のもとで、その目安となるものの研究がなされ、その後日本学校保健会から現在の腎臓病管理指導表(表1)がだされ、日常診療の場で活用されている。

運動負荷試験

小児期の各種腎疾患に、従来から用いられている運動負荷試験には、立位負荷、前彎負荷、入浴負荷やトレッドミル、エルゴメーター等がある。腎疾患児の運動負荷試験は、その結果が対象児にとって適切な運動許容量の指示となることを念頭に行われる。適切なる運動許容量を指示するためには運動の種類、運動の内容、運動の強度、運動の持続時間と患児側の臨床所見、腎生検組織所見、運動に対する反応、など総合的に判定しなければならない。腎疾患には、特に運動の強さと運動の持続時間の積が影響するといわれている。つまり、激しい運動を長時間することは病気のある腎臓にとって悪い影響を与えることとなる。尿所見については負荷試験後はほとんどの症例が不変か増悪傾向を示し、立位負荷、前彎負荷、入浴負荷などの負荷試験前後の尿の蛋白、潜血反応の変動を検査することは運動の影響を知るうえで有用である。クレアチニン・クリアランス、FENaの変動を加えればより情報が多くなる。しかし、負荷試験の種類によって、その結果にバラツキが認められ、個体差の大きい小児においては非常に難しいことではある。負荷条件、負荷基準の検討も必要である。

一日生活総運動量の考え方

これらの負荷試験は運動の腎機能への短期の影響を見たものであり、慢性腎疾患においては、さらに長期にわたり一定の運動負荷を

かけた場合の機能の及ぼす影響を見ることが必要である。病状の改善に平行して安静度が緩和され、生活の活動範囲は広がり、運動量も多くなることから、患児の一日の生活行動はすべて運動としてとらえて、一日生活総運動量という考え方のもとに腎疾患児の運動を考える必要がある。すなわち、慢性腎疾患患児に対する運動負荷は一日の生活行動のすべてを運動量と考えて指導することが望ましいわけである。私たちが行った一日総生活運動量調査(図1)では、普通校における学童の総運動量〔運動量をエネルギー代謝率によるRMR(relative metabolic ratio)労作点(表2)で表示した〕は入院中の養護学校通学児(慢性腎疾患児)に比べ、平均2~3倍の運動量を示した。ここで注意すべきことは、普通校での運動量に個人差が大きいことから、腎疾患児が入院管理から外来管理になったとき、運動の得意なものは退院後運動量が急激に増すことが予測される。したがって生活指導上、運動の得手不得手を十分考慮されるべきと考える。

実際、私たちは、腎疾患の日常診療にあっては、患児本人と家族、学校医、学校担任にも病状を把握しやすくするために、表1の腎臓病管理指導表の管理区分についての目安を(表3)のように、また、学校行事、その他の活動に関しては(表4)のようにして指導を行っている。しかし、どの程度の運動をすると腎疾患が悪化するかという予後への影響に対する解答はまだ明らかではない。そして学校生活において、管理指導表にある体育実技に対する軽い運動、中等度の運動、強い運動の運動量の判断は、医師から指示を受けた本人および教師に任されているのが現状である。しかし、同じ種目の運動でも、運動強度、運動持続時間など、その指導方法により、軽い運動でも強い運動になり得ることを念頭におく必要がある。また運動が好きかどうか、運動に対して慣れがあるかどうかも影響する

腎臓病管理指導表

年 月 日

表1

所見名
(診断名)

学校名 年 組
氏 名

医療機関

医師

医療面からの区分	区 分	学校生活規制の面からの区分	体育実技 (クラブ活動、休み時間、ゆとりの時間もこれに準ずる)			クラブ活動および部活動		給食	学校行事、その他の活動										
			軽 い 運 動	中 等 度 の 運 動	強 い 運 動	軽 度	高 度												
			小学校1・2・3・4年	簡単な体操 (上肢・下肢の運動)、おらんこ、すべり台、シーソー、歩行、縦隊および横隊の集合、整列などの集団行動	手押し車、腕立て伏せ、鉄棒遊び、とび箱遊び、幅とび、高とび	短距離走、持久走、なわとび、鉄棒運動 (連続)、マット運動 (連続)、ポートボール、ラインサッカー	ほとん			どす	べて	の	ス	ポ	ー	ツ	ク	の	文
小学校5・6年、中学校、高校	簡単な体操 (上肢・下肢の運動)、歩行、縦隊および横隊の集合・整列などの集団行動、初歩の泳ぎ (自己保全の泳ぎ)	速いスピードのランニング、ゴールキーパー (サッカー)、ハンドボールなど	短距離走、持久走、リレー、障害走、なわとび、走り幅とび、走り高とび、水泳、器械運動 (連続)、バスケットボール、ハンドボール、サッカー、ラグビー、柔道、剣道、すもう、弓道、スキー、スケート																
器械運動 (基本の動作)			ドッジボール、バレーボール、卓球、テニス、体操、バトミントン、ソフトボール、スポーツテスト																
表現運動、ダンス																			
1 要医療 2 要観察 3 普通	A 登校禁止	禁	禁	禁	禁	禁	禁	禁	医師が管理指導上とくに必要を認めた場合、次の項目を追加記入する (可・禁のどちらかに○を) イ. 競争的代表選手としての参加 (可・禁) ロ. 集団競技で勝敗を争うものへの参加 (可・禁) ハ. 副審、タイマー、スコアラー、ラインズマン、マネージャー、記録員、大会役員などとして参加 (可・禁)										
	B 要制限	可	可・禁 どちらかに○を	禁	禁	禁	禁	可・禁 どちらかに○を											
	C 要養護	可	可	可・禁 どちらかに○を	禁	可	禁	可											
	D 要注意	可	可	可	可・禁 どちらかに○を	可	可	可・禁 どちらかに○を		可									
	E 普通生活	可	可	可	可	可	可	可											

表2

日常生活の労作基準点 (RMR)

運 動 ・ 動 作	RMR	運 動 ・ 動 作	RMR
身 仕 度	0.5	遊 び (室 内)	1.6
歩 行 ゆっくり	1.5	(室 外)	4
普 通	2.1	自 転 車 (平地普通)	1
いそぎあし	3.5	(やや速く)	2.9
走 行	6.2	キャッチボール	5.9
食 事	0.4	階 段 のぼり	6
食事(準備・片付けを含)	1.6	降 り る	3
準 備	0.6	ふとんの上げおろし	3.6
片 付 け	2.5	入 浴 (全 体)	2.1
掃 除 (はく、ふく)	2.7	雨 戸 あけしめ	2.5
は く	2.2	体 操 (体力作り)	3
ふ く	3.5	裁 縫	0.5
教 養 (読書・見聴)	0.3(座)	草 と り	2.8
T V ・ ラ ジ オ	0.3	園 芸	3
授 業 (教 科)	0.3(座)	大 工 的 作 業	2
	0.5(立)	飼 育 係	1.6
技 術 園芸(菜園)	3	縄 と び	12
大 工 作 業	2	土 木 作 業	6
家 庭 科 調 理	1.6	洗 濯 (電気洗濯機・脱水)	0.8
裁 縫	0.5	買 物	2
音 楽 歌と笛	2	そ ろ ば ん	0.6
美 術 (図工) 粘 土	2		
絵 画	1	主 となる動作別	
体 育 (実 技)	6	上 肢	~1
日直の仕事 (総合的に)	1~2	手先~上肢	1~3
野 球	2.7	手 先	3~5.5
卓 球 (小学校)	3.9	全 身	5.5~9.5
(中学校)	4.7	全 身 (激労働)	10~12以上
サ ッ カ ー	4		
バ レ ー	3.5	睡 眠	0.9
テ ニ ス	6	雑 談	0.3(座)
バ ド ミ ン ト ン	7.5		0.5(立)
水 泳	8	趣 味 (座位で静的なもの)	0.5(座)
バ ス ケ ッ ト	10	ト イ レ (身仕度と同じ)	0.5程度
フ ォ ー ク ダ ンス	6.7		

	急性腎炎	慢性腎炎	ネフローゼ（微小変化型）	ネフローゼ（その他）	無症候性尿異常
A	<ul style="list-style-type: none"> 急性期症状。退院後1週間 	<ul style="list-style-type: none"> 入院加療を要する例 	<ul style="list-style-type: none"> 入院、または自宅安静を要する例 	<ul style="list-style-type: none"> 入院、または自宅安静を要する例 	
B	<ul style="list-style-type: none"> 回復期（蛋白尿陽性） 	<ul style="list-style-type: none"> 早期尿で蛋白100mg/dl以上（試験紙で++以上）の持続例 肉眼的血尿持続例 腎機能低下例 ステロイド剤・抗凝固剤投与中 	<ul style="list-style-type: none"> ステロイド剤中等量以上投薬中で寛解状態の例 	<ul style="list-style-type: none"> ステロイド剤・抗凝固剤投与中 腎機能低下例 	<ul style="list-style-type: none"> 早期尿の蛋白+ 以上持続例 肉眼的血尿持続例 <p>（早期診断が望ましい）</p>
C	<ul style="list-style-type: none"> 蛋白尿が陰性化し、顕微鏡的血尿のみ残る例 尿所見は正常化するも低補体血症の持続する例 	<ul style="list-style-type: none"> 早期尿で蛋白50-100mg/dl 程度または潜血+++ 以上持続する例 組織障害の強い例では尿所見が改善しても、強度の運動は制限 組織障害の軽い例では尿所見の改善に平行して運動を許可 	<ul style="list-style-type: none"> ステロイド剤投薬中止後6ヶ月以内で寛解状態の例 再発例の隔日投与で6ヶ月以上安定している例 	<ul style="list-style-type: none"> 不完全寛解で安定し、浮腫、高血圧のない例 	<ul style="list-style-type: none"> 発見後1年以内で潜血+++ 以上または蛋白尿+ と潜血+ ~++が持続的に見られる例
D	<ul style="list-style-type: none"> 尿所見正常化して3ヶ月以内 	<ul style="list-style-type: none"> 早期尿で蛋白20-50mg/dl程度、または潜血++程度で運動により変動のある例 	<ul style="list-style-type: none"> ステロイド剤投与中止後3ヶ月以上寛解状態の例 	<ul style="list-style-type: none"> 早期尿で蛋白20-50mg/dl程度程度の例 	<ul style="list-style-type: none"> 血尿のみで1年以上経過し、潜血++以上で運動により変動のある例
E	<ul style="list-style-type: none"> 尿所見正常化し6ヶ月以上経過 	<ul style="list-style-type: none"> 血尿のみで1年以上経過し、潜血++以下の例 	<ul style="list-style-type: none"> ステロイド剤投与中止後6ヶ月以上寛解状態の例 	<ul style="list-style-type: none"> 尿所見が正常化し長期間経過した例 	<ul style="list-style-type: none"> 血尿のわずかに見られる例で運動により変動のない例 早期尿で蛋白陰性の例

A B C D E : 腎臓病管理指導表管理区分

表 3 管理区分の目安 1

図1 RMR基準点による1日総運動量の比較

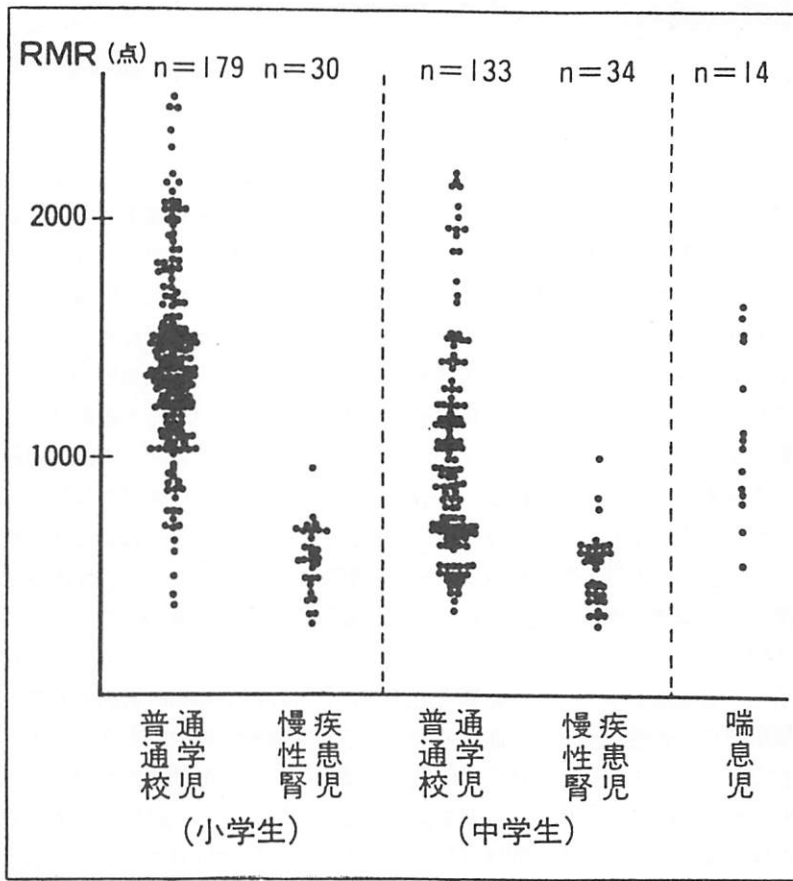


表4 管理区分の目安2 学校行事、その他の活動（参加については、医師との協議が必要）

	A	B	C	D	E
児童・生徒会委員活動	×	※	○	○	○
給食当番・清掃	×	※	○	○	○
朝会・その他集会	×	※	○	○	○
遠足・校外学習	×	×	※	○	○
体育祭・球技大会・水泳大会	×	×	※	※	○
林間学校・修学旅行	×	×	※	※	○
臨海学校	×	×	×	※	○

○：可 ※：条件つき可 ×：禁止

ことがあると考えられる。

腎疾患児の体育参加

そこで私たちは慢性腎疾患児に対する運動許容量としての体育指導内容をエネルギー代謝率RMRを利用し、体育各種目の運動量をRMR労作点で表示する方法を用いて運動内容を構成した。すなわち腎疾患管理指導表の軽い運動、中等度の運動に相当する運動内容(表5)を運動ごとの労作点(図2)で表示した。これらの内容で養護学校のカリキュラムに従い、頻回再発の微小変化型ネフローゼ、中等度以上の増殖性腎炎の症例に対して週2~3時限の割合で、体育授業として組み入れ、尿所見、腎機能を中心にその影響を見てみた。運動直後一過性に蛋白尿、血尿の増加は見られたが、多くの症例は翌朝の尿所見で、運動前の所見に戻っていたが、翌朝まで蛋白尿、血尿の増加傾向のある症例は運動制限必要と判断された。またCcr、尿中NAG、BMG、FENAについては運動前後の比較では大きな変動は認めなかった。この結果、負荷後に尿所見の悪化があり、翌日も持続的に増加を示す例、Ccrの低下例、FENAの低下例には腎組織の炎症性変化の持続や高度な組織病変を認めることが多く、運動負荷は慎重にすべきと判断した。

日常生活の指導

微小変化型ネフローゼは、ステロイド剤という副作用の目立つ薬剤の長期的かつ確実な投薬を必要とするため、本人、家族に十分説明し、治療に協力してもらう必要がある。再発の誘因には感染、虫さされ、過労、怠業などがあり日常の生活管理指導が大切である。一般的にこの疾患は、適切な治療がおこなわれれば予後良好であり、焦らずにじっくり構えるように説明する。自己怠業は再発の誘因となるばかりか、病状をゆるがし、予後不良の経過をとる場合もあることを理解させる。急激な運動量の増加が再発の誘因になることがあるため、一日の運動量は、1ヶ月単位で

徐々に増やしていくことが望ましい。ステロイドの副作用が存在する場合は、定期的にその状態を評価しながら、徐々に生活活動範囲を広げていく。特に、肥満は高血圧や腰痛の引き金となるため要注意である。

慢性腎炎で、血尿単独例に対しては、発症1年目は激しい運動や運動クラブを禁止して経過観察をしている。肉眼的血尿、や蛋白尿がなければ、生活制限を解除している。尿蛋白1日1g以下の例は蛋白尿の程度に応じ、軽度の運動までとして、尿所見を見ながら運動制限を徐々に緩和していく。尿蛋白1日1g以上の症例は入院治療が望ましい。一般に、慢性腎炎増悪の誘因としては感染、過労、急激な運動負荷や脱水などがあり、感染予防、体力に応じた運動量のコントロールを指導する。感冒などで一過性に尿蛋白の増加した時の安静は特に重要で、病状が不可逆的变化を起こさないよう注意を要する。検査上、腎機能低下や高血圧がなければ食事制限の必要はないが、塩分、蛋白、カロリーなどバランスのとれた食生活は合併症予防の意味で大切である。腎不全をともなった特殊な例は個々の状態に合わせた食事指導、生活制限が必要である。

おわりに

以上いろいろと述べたが、腎疾患の生活管理指導の目的は、いかに腎不全への進行を止めるか、また、遅らせるかということにある。近年、腎生検を含めた診断技術の進歩により、疾患の予後を推測する情報も増し、小児腎疾患児における運動制限も食事制限と同様に緩和される傾向にある。しかし、病状の安定している慢性腎炎やネフローゼ児が、臨海学校や林間学校の登山などの急激な運動負荷により急速進行性腎炎の経過を呈したり、再発後に治療抵抗性を示すようになった症例や、無症候性尿異常児が学校検尿で発見されいながら数年で腎不全に陥るといった症例など、日常診療の中で経験すると、運動が腎

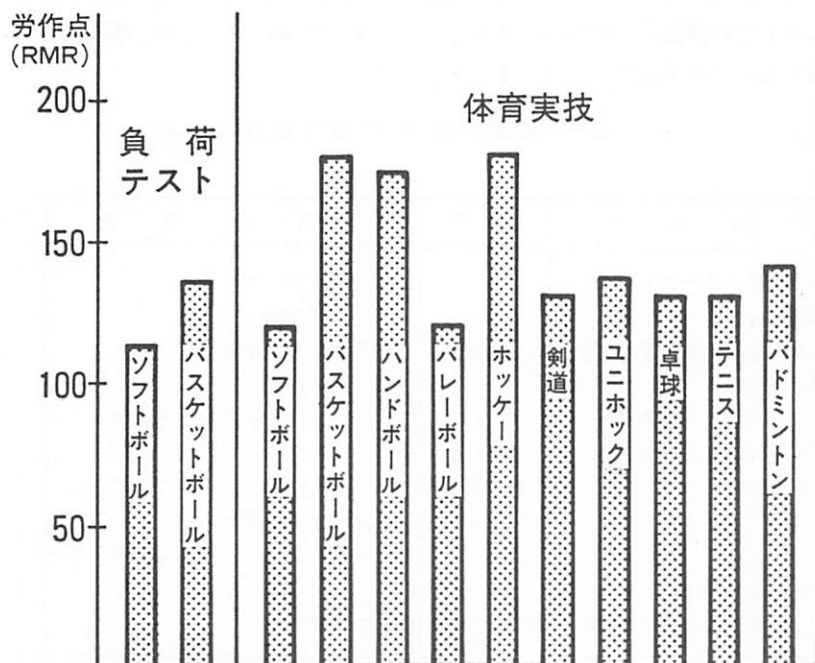
疾患の予後に対して、いかなる影響？をする
 かまだ明らかになっていない現状では、腎疾
 患患児に対しての運動許可範囲は慎重にある
 べきと考える。“腎疾患における長期予後”、

“日常生活運動量と長期予後”の検討は今後
 の大きな課題であり、遠からず、より適切な
 生活指導ができる日を期待したい。

表 5 養護学校における体育実技活動内容

活 動 内 容	時 間	活 動 内 容	時 間
(バスケットボール) 準備運動 (あいさつ・諸注意を含) 基本のパス チェスト・ショルダー オーバー・アンダー バウンド ドリブル パス ボード下ショット ランニングショット 後片付け (あいさつを含)	5 分 計 10 分 5 分 5 分 2 分 5 分 3 分	(バレーボール) 準備運動 ボールキャッチ パス練習 ワンバウンドキャッチ・ トスキャッチ・パス 対人パス サーブ練習 オーバー・アンダー フローター 後片付け	5 分 3 分 計 15 分 計 5 分 3 分
(ハンドボール) 準備運動 基本のパス(対人) チェスト・アンダー オーバー・バウンド ドリブル シュート ランニング・ポスト ジャンプ・サイド 後片付け	5 分 計 10 分 5 分 計 10 分 3 分	(サッカー) 準備運動 パス練習 基本パス・トラッピング ドリブル・バズドリブル シュート (基本・応用) 後片付け	5 分 10 分 10 分 10 分 3 分
(剣 道) 準備運動 (あいさつ・礼儀作法) 体さばき 素振り 打 突 (面打・小手打) 二 段 技………面・小手 面・面 後片付け	7 分 3 分 5 分 10 分 5 分 5 分	(ソフトボール) 準備運動 キャッチボール オーバースロー～ゴロ～ フライ～オーバースロー 守備・打撃練習 打撃は、1人10本程度 守備は、休息を入れて 後片付け	5 分 10 分 計 10 分 5 分
		※1単位時間は、40分 実技の間に休息を入れなが ら行っている。	

図2 養護学校の体育実技種目と労作点





シオノギ製薬
大阪市中央区道徳町3-1-9 〒541



PHOTO by M. HIRATA

**今日を、
完全燃焼。**



新ポポンS錠
ビタミン・カルシウム配合保健剤
シオノギ

マシンの強さは、バランスの上に成り立っている。
人間の体も同じだ。
大切なのは、ベストバランス。
走り続ける、力。新ポポンS。

バランスのいいビタミン・カルシウム剤

- 肉体疲労時の栄養補給、虚弱体質、滋養強壮に。
- 成人(15才以上)1回2錠、小児(6~14才)1回1錠を1日1回食後におのみください。®: 登録商標

'95.5. B52

慢性疾患児の精神衛生に関する研究

大利根旭出福祉園 園長 中塚博勝

はじめに

子どもの慢性疾患は成人とちがって常に成長期にあること、義務教育を含む教育年齢期であること、発達段階において危機的時期といわれる思春期が含まれていること、そして効果的な薬剤や治療法が確立されておらず、再発を繰り返しやすいこと、などの問題をもっている。

子どもにとって病気とはどのようなできごとなのか、病気は子どもの成長発達にどのような影響を与え、さらに入院という事態は、心理的外傷体験として将来にわたり痕跡を残すのか、病弱児に見られる適応上の、あるいは情緒的な問題は、その原因をどこに求められるのであろうか。

ひと言にしていえば、病気とは心身両面にさまざまな影響を及ぼす心理的な問題を含む。

病気とは子どもにとって、単に身体上の苦痛のみならず、日常生活において食事、遊び、活動などに制限を科し、また学童であれば学校生活への参加が制限されるできごとである。さらに病気のために入院せざるを得ない場合には、子どもは家族はもとより、自分がこれまで作り上げてきた人間関係や慣れ親しんできた環境から切り離され、病院という新しい環境に適応しなければならぬ事態に直面させられる。一方家庭において病弱児の存在は、家族間に不安や緊張をもたらすことが多い。

子どもでは長期にわたって入院治療を要する病気はかなり限られてくる。しかし病気の経過が長引いたり慢性化した場合、親の気持ちにさまざまな変化が生じてくる。すなわち、初期においては過保護、過干渉、神経質という、子どもに対して保護的な態度が優勢であるが、経過が長くなるにつれて拒否、放任、あるいは保護—拒否という両面価値的な態度に移行していく。そして親の養育態度は、子どもの性格形成上、学習、遊び、種々の活動、日常生活への参加の姿勢、病気と闘う姿勢などにも影響を及ぼす。病気は子どもにとって身体的苦痛を与えるもの、生命をおびやかす死に対する不安や恐れを与え、またある場合には身体的な活動を抑制したり、それを剥奪するなどの身体的な問題に加え、一方ではそれを取り囲む家族にも影響を与える心理的な問題である。

慢性疾患（気管支喘息、腎炎、ネフローゼ）を有し、そのために長期入院を余儀なくされている児童に、これまで述べてきたことがどのような形で表れているかということについて（前回報告）の概略は次の通りである。

(1) 疾患群特有の問題の有無

喘息児群と腎疾患児群との比較では、それぞれの疾患に特有な問題は見出せなかった。

(2) 異常行動の原因

健常児について実施した調査結果と比較して、慢性疾患群には問題をもつものが多い傾向が認められる。それを病気と一義的に結びつけることにはいささか問題があろう。けれども病気であることが異常行動の形成に深くかかわっていることも事実である。

(3) 年齢による問題内容の変化

全体的な傾向として、12才前後を境として評価点の点数は減少し、マイナスの評価を受ける項目数も減少する傾向がみられる。項目別にみると、「多動で落ちつかない」「ケンカが多い」「気分の変化がはげしい」さらに神経性習癖に関する問題などは、年齢の上昇に伴って出現率も低下してくる。しかしその一方で、「自分の身体や健康についての不安」「いろいろなことですぐカッとなる」「よく文句をいい気むづかしい」などの項目に見られる攻撃的な傾向は、年齢の上昇にかかわらず、むしろ固定化するように思われる。

(4) 問題行動は一過性のものであるか

両疾患群にみられた問題児は発達につれてどのように変化していくのか、一般的傾向としては、年齢の変化にともなって問題児の出現率は低下する。しかし問題が全く解消してしまうわけではなく、児童によっては固定化し、行動様式の一部として取り入れられ、日常生活への適応にさまざまな影響を与えるのではないかと思われる。

以上のような結果を受けて、今回はいくつかの心理学的な検査を実施し、それらの結果から問題行動の原因について検討した。

I 対象及び方法

慢性疾患のために国立療養所（2カ所）・虚弱児施設（1カ所）に入所している3才から18才までの児童喘息児及び腎疾患児303名（男子190名・女子113名）さらに腎炎・ネフローゼのために通院治療を受けている児童52名（男子22名・女子30名）、合計355名（表1参照）を対象に、異常行動調査（病院・施設用・両親用）・田研式親子関係診断検査・Y-G性格検査及びSCTを実施した。

また異常行動調査の結果、問題ありとされた児童（評価点14点以上）を問題児群とし、それ以外を非問題児群として両群間の比較を行なった。

表1 対象児の年齢別分布

年齢	喘息児		腎疾患児		通院児		合計
	男児	女児	男児	女児	男児	女児	
3	0	0	1	0	0	0	1
4	0	0	0	1	0	0	1
5	0	0	2	0	0	0	2
6	2	1	9	3	0	1	16
7	6	5	8	3	1	1	24
8	5	6	8	2	1	3	25
9	17	9	10	0	1	3	40
10	16	9	6	3	3	2	39
11	12	9	9	4	3	5	42
12	17	12	6	5	5	4	49
13	20	9	4	8	3	3	47
14	8	8	9	6	3	2	36
15	4	5	8	4	2	4	27
16	0	1	1	0	0	1	3
17	1	0	1	0	0	0	2
18	0	0	0	0	0	1	1
合計	108	74	82	39	22	30	355

II 結 果

<1> 異常行動調査の結果

表2-1は各調査項目において問題ありと評価を受けたものの割合である。評価点の平均は、喘息児群では男子8.1・女子4.7・全体では6.7点、それに対して腎疾患児群は男子11.0・女子5.8・全体では9.3となっている。評価点平均でみる限り男子に問題をもつものが多く、また疾患別では腎疾患群に問題をもつものが多いと考えられる。疾患別の問題児の率は、喘息児群15.3%・腎疾患児群31.5%であった。

表2-2は通院児群の結果である。入院児群と調査項目が若干異なるが、評価点平均は6.2、項目別の頻度は入院児群に比べてあまり高くない。けれどもその中で比較的高い頻度の見られる項目は、腎疾患児群の結果と類似した傾向である。

表2-1 行 動 調 査

項 目	喘 息 児						腎 疾 患 児					
	男児(108名)		女児(74名)		全体(182名)		男児(82名)		女児(39名)		全体(121名)	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
多動で片時もじっとせず、よく動きまわる。	55	50.9	14	18.9	69	37.9	40	28.2	11	28.2	51	42.1
そわそわと落ち着きがない。	59	54.6	16	21.6	75	41.2	46	35.8	14	35.8	60	49.6
物をよくこわす。	17	15.7	5	6.8	22	12.1	26	12.8	5	12.8	31	25.6
他のこどもとよくケンカする。	41	37.9	16	21.6	57	31.3	33	12.8	5	12.8	38	31.4
他のこどもに嫌われる。	34	31.5	18	24.3	52	28.6	28	15.4	6	15.4	34	28.1
心配性である。	52	48.1	33	44.6	85	46.7	46	28.2	11	28.2	57	47.1
孤立的で自分ひとりで物事をする傾向がある。	44	40.7	24	32.4	68	37.4	28	17.9	7	17.9	35	28.9
いらいらとし、すぐカッとする。	40	37.0	17	22.9	57	31.3	37	25.6	10	25.6	47	38.8
気分が沈みがちで、よく涙ぐんだりする。	31	28.7	18	24.3	49	26.9	30	38.5	15	38.5	45	37.2
顔や身体の一部をピクッと動かすくせ(チック)がある。	4	3.7	1	1.4	5	2.7	3	0	0	0	3	2.5
指しゃぶりをする。	6	5.6	2	2.7	8	4.3	1	2.6	1	2.6	2	1.6
爪をかむくせがある。	17	15.7	8	10.8	25	13.7	7	2.6	1	2.6	8	6.6
親のいうことをきかない。	31	28.7	13	17.6	44	24.2	24	23.1	9	23.1	33	27.3
注意が持続しない。	77	71.3	22	29.7	99	54.4	52	35.9	14	35.9	66	54.5
こわがりで見られないものを怖れる。	25	23.1	12	16.2	37	20.3	29	17.9	7	17.9	36	29.7
よく文句をいい気むずかしい。	33	30.6	25	33.8	58	31.9	38	20.5	8	20.5	46	38.0
よく嘘をいう。	31	28.7	10	13.5	41	22.5	29	5.1	2	5.1	51	25.6
他のこどもをいじめる。	22	20.4	13	17.6	35	19.2	28	7.7	3	7.7	31	25.6
怠けて学校にいかない。	4	3.7	3	4.1	7	3.8	9	7.7	3	7.7	12	9.9
些細な理由で学校を休みがちである。	4	3.7	6	8.1	10	5.5	7	0	0	0	7	5.8
一度ならず物を盗んだことがある。	15	13.9	2	2.7	17	9.3	4	2.6	1	2.6	5	4.1
大便や小便のおもらしをしたことがある。	14	12.9	6	8.1	20	10.9	8	2.9	1	2.9	9	7.4
しばしば身体の痛み(頭痛、腹痛を含む)を訴える。	13	12.0	14	18.9	27	14.8	12	23.1	9	23.1	21	17.4
登校をいやがったことがある。	5	4.6	1	1.4	6	3.3	1	0	0	0	1	0.8
どもったり、口ごもったりすることがある。	12	11.1	1	1.4	13	7.1	10	5.1	2	5.1	12	9.9
その他の言語障害がある。	3	2.7	1	1.4	4	2.2	0	0	0	0	0	0
評 価 点 (平均)	8.1		4.7		6.7		11.0		5.8		9.3	

表2-2 通院児

項 目	男児 (22名)		女児 (30名)		全体 (52名)	
	実 数	%	実 数	%	実 数	%
頭痛がある。	3	13.6	6	20.0	9	17.3
腹痛や嘔吐がある。	2	9.1	2	6.7	4	7.7
食欲がない。	1	4.5	2	6.7	3	5.8
夜尿、昼間のおもらしがある。	2	9.1	1	3.3	3	5.8
大便をもらす。	0	0	0	0	0	0
かんしゃく、発作をおこす。	1	4.5	2	6.7	3	5.8
登校を嫌がる。	1	4.5	1	3.3	2	3.8
忘れて学校へ行かない。	1	4.5	1	3.3	2	3.8
話すときに吃る。	2	9.1	3	10.0	5	9.6
正しく発音ができない。	3	13.6	0	0	3	5.8
物を盗んだことがある。	0	0	0	0	0	0
小食、過食など問題がある。	7	31.8	7	23.3	14	26.9
睡眠に問題がある。	7	31.8	8	26.7	15	28.8
多動でよく動きまわる。	8	36.7	7	23.3	15	28.8
そわそわと落ちつきがない。	9	40.9	5	16.7	14	26.9
物をよくこわす。	0	0	3	10.0	3	5.8
他のこどもとよくケンカする。	4	18.2	5	16.7	9	17.3
他のこどもに嫌われる。	1	4.5	0	0	1	1.9
心配性である。	11	50.0	19	63.3	30	57.6
孤立的傾向がある。	5	22.7	12	40.0	17	32.7
いらいらとし、すぐカッとする。	9	40.9	8	26.7	17	32.7
気分が沈みがちで、よく涙ぐむ。	4	18.2	3	10.0	7	13.5
チック症状がある。	3	13.6	1	3.3	4	7.7
指しゃぶりをする。	2	9.1	1	3.3	3	5.8
爪をかむくせがある。	4	18.2	3	10.0	7	13.5
親のいうことを聞かない。	13	59.1	13	43.3	26	50.0
注意が持続しない。	9	40.9	10	33.3	18	36.5
こわがりで、見なれぬものを怖れる。	4	18.2	7	23.3	11	21.2
よく文句をいい気むずかしい。	9	40.9	12	40.0	21	40.3
よく嘘をいう。	1	4.5	2	6.7	3	5.8
他のこどもをいじめる。	1	4.5	2	6.7	3	5.8
評 価 点 平 均	6.7		5.8		6.2	

表 2-3 問題児群の結果

項 目	喘息児(M 2 1 / F 7)		腎疾患児 (M 3 2 / F 6)	
	実数	%	実数	%
(1) 多動で片時もじっとせず、よく動きまわる。	23	82.1	29	76.3
(2) そわそわと落ちつきがない。	26	92.8	33	86.8
(3) 物をよくこわす。	12	42.8	25	65.8
(4) 他のこどもとよくケンカする。	22	78.6	31	81.5
(5) 他のこどもに嫌われる。	25	89.3	24	63.1
(6) 心配性である。	20	71.4	20	52.6
(7) 孤立的で、自分ひとりで物事をする傾向がある。	18	64.3	18	47.4
(8) いらいらとし、すぐカッとする。	25	89.3	32	84.2
(9) 気分が沈みがちでよく涙ぐんだりする。	15	53.6	22	57.9
(10) 顔や身体の一部をピクッと動かすくせ(チック)がある。	3	10.7	2	5.2
(11) 指しゃぶりをする。	5	17.8	1	2.6
(12) 爪をかむくせがある。	9	32.1	5	13.2
(13) 親のいうことをきかない。	20	71.4	20	52.6
(14) 注意が持続しない。	26	92.8	36	94.7
(15) こわがりで見なれないものを怖れる。	10	35.7	16	42.1
(16) よく文句をいい気むずかしい。	20	71.4	27	71.1
(17) よく壁をいう。	20	71.4	24	63.1
(18) 他のこどもをいじめる。	18	64.3	27	71.1
(19) 怠けて学校にいかない。	5	17.8	9	23.7
(20) 些細な理由で学校を休みがちである。	6	21.4	5	13.2
(21) 1度ならず物を盗んだことがある。	11	39.3	5	13.2
(22) 大便や小便のおもらしをしたことがある。	5	17.8	6	15.8
(23) しばしば身体の痛み(頭痛、腹痛を含む)を訴える。	6	21.4	12	31.6
(24) 登校をいやがったことがある。	3	10.7	0	0
(25) どもったり、口ごもったりすることがある。	2	7.1	8	21.1
(26) その他の言語障害がある。	0	0	0	0
評 価 点 平 均	Range14~28 18.3		Range14~31 19.2	

表 2-3 は問題児群(評価点14点以上)の結果である。問題の傾向としては、喘息児も腎疾患児もあまり違いはない。両群とも26項中13項目が50%以上の頻度を示している。特に「注意が持続しない」「いらいらとしすぐカとなる」「他の子どもに嫌われる」「よく文句をいい気むずかしい」などの項目では70%以上の高い頻度が見られる。さらに「他の子どもをいじめる」「物をよくこわす」といった攻撃的傾向、そして一方では「心配性である」「気分が沈みがちでよく涙ぐむ」などの不安傾向、「親や職員の言うことをきかない」「孤立的」の項目に5.0%以上の頻度があり、また盗みのあるものが24%もあった。このようなことから問題児群は非社会的な問題に加え、反社会的な問題をもっていることがひとつの特徴である。

表2-4は各群について高い頻度が見られた項目を上位8項目づつとり出したものである。喘息児群と胃疾患児群では8項目中7項目までが同一である。また問題児群との比較でも6項目までが同じであった。こうしたことは、疾患の違いはあっても、入院という事態の中では子どもの生活経験はほぼ似通ったものであること、さらにここにリストアップされた項目は、日常生活の中で比較的職員の眼にとまりやすく、問題視されやすい行動であるなどの理由で類似した結果になったのではないと思われる。また問題児群は既に述べたように、非社会的な問題に加え「他の子どもに嫌われる」「他の子どもをいじめる」という対人関係上の問題、「いらいらとしすぐカッとなる」「ケンカが多い」「物をよくこわす」「文句が多い」といった攻撃的傾向や盗みなどの反社会的行動をもつものが多くみられ、それらは問題児の行動特徴と言えよう。

通院児群は全体的に評価点も低く、また問題として取り上げられる項目の順位が少し異なっている。しかし問題の内容は入院児群とあまり大きな差異はない。このことは、入院であれ通院であれ同一の疾患群であり、それからうける生活上の様々な規制にも大きな違いはないであろう。さらに通院児のほとんどが入院経験をもっているという事実とあわせ、どちらもある意味で等質集団と考えることができよう。そして現在の生活場面の違いが問題の現われ方に反映されていると思われる。

表2-4 行動調査のまとめ

順位	喘息児 (182名)			胃炎・ネフローゼ児 (121名)		
	項目	実数	%	項目	実数	%
1	注意が持続しない	99	54.4	注意が持続しない	66	54.5
2	心配性である	85	46.7	そわそわと落ちつきがない	60	49.6
3	そわそわと落ちつきがない	75	41.2	心配性である	57	47.1
4	多動でよく動きまわる	69	37.9	多動でよく動きまわる	51	42.1
5	孤立的	68	37.4	いらいらとしすぐカッとなる	47	38.3
6	よく文句をいい気むずかしい	58	31.9	よく文句をいい気むずかしい	46	38.0
7	他の子どもとよくケンカする	57	31.3	気分が沈みがちでよく涙ぐむ	45	37.2
8	いらいらとしすぐカッとなる	57	31.3	他の子どもとよくケンカする	38	31.4
全体の評価点平均		6.7		全体の評価点平均		9.3

表 2 - 5 問題児群と通院児群との比較

順位	問 題 児 (66名)			通 院 児 (52名)		
	項目	実数	%	項目	実数	%
1	注意が持続しない	62	93.9	心配性である	30	57.6
2	そわそわと落ちつきがない	59	89.3	親のいうことをきかない	26	50.0
3	いらいらとしすぐカッとなる	57	86.4	よく文句をいい気むずかしい	21	40.3
4	他の子どもとよくケンカする	53	80.3	注意が持続しない	19	36.5
5	多動でよく動きまわる	52	78.8	孤立的で自分一人で何かする	17	32.6
6	他の子どもに嫌われる	49	74.2	いらいらとしすぐカッとなる	17	32.6
7	よく文句をいい気むずかしい	47	71.2	ねつきがわるい	15	28.8
8	他の子どもをいじめる	45	68.2	多動でよく動きまわる	15	28.8
全体の評価点平均		18.8		全体の評価点平均		6.2

<2> 親子関係診断テストの結果

喘息児群99名、腎疾患児群108名の両親、及び喘息児80名、腎疾患児77名に親子関係診断テストを実施した。表1・2に示した両疾患群の結果から、喘息児の親には拒否的・矛盾・不一致型の養育態度が顕著であること。父親より母親に問題があると思われる事例が多く見られる。これに対し腎疾患児の親には溺愛型の養育態度が多いという正反対の傾向をうかがうことができる。

親子関係におけるもうひとつの問題は、子ども側からの親に対する認知、すなわち親の養育態度をどうとらえているかという点である。喘息児群では10項目中父親に対しては6項目、母親に対しては7項目に親自身の評価より低い評価を下している。これに対して腎疾患児群では低い評価を下したのは1項目(厳格型)だけで、全般的には親に対してポジティブな評価(好ましい認知)をする傾向がある。

表3-2は養育態度の類型を示したものである。ここでは拒否型(消極的拒否・積極的拒否)・支配型(厳格型・期待型)・保護型(干渉型・不安型)・服従型(溺愛型・盲従型)・矛盾・不一致型(矛盾・不一致型)という類型にわけ、それぞれ2項目のパーセントイル平均が20以下のものを抽出した。表中の数値は実際にはオーバーラップ(例えば拒否型と保護型などのように)している場合もある。喘息児群では親に対して保護型・服従型という評価を下すものが多く、親の自己認知との間にずれが見られる。これに対し腎疾患児群では親子間の認知のずれはさほど大きくない。

こうしたことから、喘息児の親の養育態度は、情緒の不安定性・一貫性の欠如がそのベースにあり、それがその時々によって拒否的になったり、保護的になったり、服従的になったりと定まらず、子どもを親の感情の中に巻きこみやすい。特に母親の側における情緒の未熟性、母子分離の不十分さ、自己の感情の中への子どもとりこみ、父母間の態度の矛盾・不一致、そして母親の感情中心に家庭がまわっていることなど、母親の問題性がクローズアップされる。しかしそれは一方で、家庭において、父親が父親としての役割を十分に果たして

いないことの反映とも考えられる。

腎疾患児の親は不安型や溺愛型のパーセンタイルに見られるように、保護型・服従型の態度が優勢で、どちらかといえば甘やかし型の親が多い。

次に問題行動の形成と親の養育態度との間にどのような関連があるか、表3-1は問題児と非問題児群のパーセンタイルの平均である。これに見るように両疾患群とも非問題児群の親の方が高いパーセンタイルを示している。また子どもの結果もほぼ同様な傾向がみられる。これに対し問題児群のパーセンタイルは全体的に低く、喘息児群では両親ともに拒否型・矛盾・不一致型の値がかなり低く、加えて母親に厳格型が多い。一方腎疾患児群では両親ともに溺愛型が多いこと、また母親に不安型が多い傾向がうかがわれる。

子どもから見た親の養育態度は、喘息児は一般に親に対しネガティブ（非好意的な認知）な評価を下し、問題児は非好意的な評価をする傾向がみられる。このように疾患の違いはあっても、問題児がかれらの親に対して抱いているイメージ（親に対する認知像）と、かれらの親自身の自己評価との間にずれがあり、特にそれは母親との間において大である。

表3-1 親子関係テスト

疾患別 類 型	喘 息 児				腎炎・ネフローゼ児			
	非問題児群		問題児群		非問題児群		問題児群	
	父親	母親	父親	母親	父親	母親	父親	母親
消 極 的 拒 否	48.7 (59.8)	46.0 (53.6)	37.7 (44.3)	35.5 (41.0)	57.8 (68.7)	56.8 (62.9)	56.8 (49.9)	48.8 (44.9)
積 極 的 拒 否	52.5 (68.3)	50.5 (60.8)	42.3 (52.1)	33.7 (48.0)	61.7 (69.5)	61.3 (68.5)	62.7 (58.7)	52.8 (54.2)
厳 格 型	63.4 (63.5)	85.4 (62.6)	60.6 (57.7)	33.7 (51.4)	64.2 (62.3)	69.1 (65.1)	66.7 (55.5)	61.8 (47.4)
期 待 型	75.9 (71.8)	80.2 (63.9)	68.8 (70.4)	67.3 (63.3)	69.0 (86.4)	69.5 (83.3)	61.7 (77.8)	58.4 (63.8)
干 渉 型	76.0 (66.9)	67.5 (51.8)	69.5 (63.0)	52.2 (51.0)	75.2 (82.9)	61.2 (74.0)	65.2 (67.9)	52.1 (50.2)
不 安 型	65.0 (56.5)	64.1 (49.7)	52.2 (59.0)	51.1 (50.6)	57.5 (60.3)	52.8 (52.0)	58.4 (50.0)	43.2 (39.1)
溺 愛 型	59.9 (51.8)	56.7 (50.5)	52.5 (61.0)	55.6 (50.1)	46.5 (50.8)	42.3 (51.4)	41.1 (41.6)	35.7 (34.1)
盲 従 型	67.7 (65.4)	73.0 (61.0)	64.5 (56.9)	62.8 (52.1)	68.5 (72.7)	62.6 (73.1)	58.6 (55.7)	61.0 (57.1)
矛 盾 型	56.4 (50.8)	52.8 (47.0)	47.0 (54.7)	40.8 (46.0)	58.5 (73.3)	52.9 (67.4)	53.3 (53.0)	46.0 (48.2)
不 一 致 型	49.2 (48.1)	51.8 (46.5)	37.5 (40.6)	40.9 (32.3)	57.3 (66.2)	53.1 (57.9)	51.8 (51.8)	46.1 (46.6)

() は子どもの結果

表3-2 親子関係の類型

類 型	疾患別	喘息児		合 計		腎炎・ネフローゼ		合 計	
		父親	母親	実数	%	父親	母親	実数	%
拒 否 型		15人 (7)	21 (11)	36 (18)	36.3 (25.3)	8 (5)	6 (9)	14 (14)	12.9 (19.9)
支 配 型		3 (1)	2 (4)	5 (5)	5.1 (7.0)	6 (2)	4 (3)	10 (5)	9.2 (7.0)
保 護 型		0 (7)	6 (12)	6 (19)	6.1 (26.7)	5 (2)	12 (6)	17 (8)	15.7 (11.2)
服 従 型		7 (8)	11 (10)	18 (18)	18.2 (25.3)	15 (8)	12 (8)	27 (16)	25.0 (25.5)
矛 盾 不 一 致 型		14 (8)	19 (12)	33 (20)	33.3 (28.1)	14 (3)	14 (4)	28 (7)	25.9 (9.8)

() は子どもの結果

表3-3 問題児群の親子関係の類型

類 型	喘息児		合 計		腎炎・ネフローゼ		合 計	
	父親	母親	実数	%	父親	母親	実数	%
拒 否 型	7人 (5)	8 (7)	15 (12)	27.8 (26.1)	4 (3)	4 (4)	8 (7)	16.0 (20.6)
支 配 型	2 (2)	0 (2)	2 (4)	3.7 (8.7)	2 (1)	0 (2)	2 (3)	4.0 (8.9)
保 護 型	0 (3)	2 (5)	2 (8)	3.7 (8.7)	3 (2)	6 (5)	9 (7)	18.0 (20.5)
服 従 型	2 (3)	2 (3)	4 (6)	7.4 (13.1)	5 (7)	6 (6)	11 (13)	22.0 (38.2)
矛 盾 不 一 致 型	3 (5)	5 (8)	8 (13)	14.8 (28.3)	7 (2)	8 (4)	15 (6)	30.0 (17.6)

() は子どもの結果

<3> Y-Gテストにみる性格特徴

表4は両疾患群の結果である。喘息児群では安定積極型が少なく、他はほぼ同様な分布を示している。しかしC型、E型を合わせると44%にもなり、消極的なタイプが多いことが考えられる。また問題児群ではB型とE型の合計が61%もみられ、問題児の特徴として不安定な性格傾向がうかがわれる。

腎疾患群では安定積極型が少なく、それに対して不安定型53%、消極型47%となり、不安定型・消極型が腎疾患群の特徴と思われる。これに対し問題児群では類型の上で特定の傾向は見られなかった。

喘息児・腎疾患児両群の問題児を合わせると、不安定積極型と不安定消極型がやや多く、両タイプの合計は51%にのぼっている。これに対し非問題児群では安定消極型と不安定型の合計が45%も見られ、どちらかといえば消極的なタイプが多い。

表4 Y-G Testのプロフィール類型

類 型	喘 息 児				腎炎・ネフローゼ			
	非問題児		問 題 児		問 題 児		問 題 児	
	実数	%	実数	%	実数	%	実数	%
A 型 (平均型)	15人	23.1	3	13.0	12	18.2	5	19.2
B 型 (不安定積極型)	15	23.1	8	34.8	16	24.2	6	23.1
C 型 (安定消極型)	16	24.6	3	13.0	13	18.2	4	15.4
D 型 (安定積極型)	6	9.2	3	13.0	7	10.6	6	23.1
E 型 (不安定消極型)	13	20.0	6	26.2	19	28.8	5	19.2
合 計	65		23		66		26	

<4> SCT (文章完成法) にみる反応傾向

表5は刺激分のうち、特に健康に関連した反応が得られやすいと思われる項目を選びその反応数をまとめたものである。予想されたように、両群を通じて病気や健康に関する反応がかなりの頻度で見られる。自分が劣っていることは健康でないこと、そして病気のために遅れてしまった勉強のことである。かなりの子どもが他人に対して自慢できることを持たない。私を苦しめ私にとっていやなことは病気であり、健康な人をうらやむ気持ち強い。もし私が病気でなかったら色々なことができるのにと考えることが多い。いつになったら病気が治るのか、これ以上悪くならないようにと願う。

SCTに見られた疾患別の特徴は、私の得意なこと、自慢したいことの項目に対する反応内容である。喘息児群ではスポーツをあげるものが小学生・中学生ともに30%近く見られるのに対し、腎疾患児群にはほとんどみられない。これは両疾患群の日常生活における正反対のケアを反映したものと考えられる。さらに腎疾患児群は、規制の多い生活を長期にわたって続けなくてはならないために、日常生活に対する取り組み方、友人や周囲の人との人間関係の上でも歪んだ態度を形成しやすい。それはSCTの他の刺激文に対する反応が、喘息児群に比べ屈折した心を反映したものが数多く見受けられることから推測される。そうした傾向は、高学年ほど顕著である。ひとことにして言えば、喘息児群には比較的素直な反応が多く、腎疾患群には本心を素直に表出しない屈折した反応が多いということが指摘される。

Ⅲ まとめと考察

以上述べてきたことを次の点についてまとめ考察を加えたい。

<1> 異常行動調査の結果

本調査の結果からは、それぞれの疾患群に特有な問題と思われるものは抽出できなかった。しかし通院児の結果と比較した場合、問題として取り上げられる行動の内容や頻度にかかなりの違いが見られ、問題形成の要因として病院と家庭という生活環境の違い、疾病の程度が関与していることが考えられる。病気が長期化するにつれて、子どもは欲求阻止状況にさらさ

表5 SCTの反応内容

小学生	(49名)	(45名)	中学生	(55名)	(50名)
項目	喘息児	腎疾患	項目	喘息児	腎疾患
もしも私が健康だったら死んだら	% 36	% 23 14	もしも私が健康だったら死んだら	% 28	% 18 14
時々気になるのは家や家族のこと病気のこと	40 24	26 20	時々気になるのは家や家族のこと病気のこと	30	8 18
私がうらやましいと思うのは健康な人	32	18	私がうらやましいと思うのは健康な人	16	22
私が皆より劣っていることは健康・体力勉強	31 29	17 24	私が皆より劣っていることは健康・体力勉強	45 33	19 29
私がこわいことは死	11	13	私がこわいことは死	7	20
私がとくいなことはないスポーツ	23 32	趣味 20	私が自慢したいことはないスポーツ	54 29	48 4
私がいやなことは病気	13	13	私を苦しめるのは病気	59	42

れることが多くなり、不安、怒り、葛藤などが解消されないまま常に潜在的なフラストレーション状態におかれる。そしてこのフラストレーションの強さは、疾病の程度、発病からの経過期間の長短・入院という特殊な生活経験とその期間の長短、さらに子どもをとりまく周囲の人のかかわり方などによって影響されるであろう。その意味で、ここに見られた問題行動は、病気によってひきおこされたフラストレーションに対する一種の反応様式であると考えられる。

また問題児群としてリストアップされた子どもたちは、攻撃的傾向、他者とよい人間関係を作り上げる能力に劣り、トラブルをおこしやすい、盗みなどの半社会的問題をもっており、そうした傾向は単にフラストレーションによってもたらされたものというより、子ども自身に備わった別の問題～耐性、親子関係、性格特性など～に因るものと思われる。

＜2＞ 親子関係と問題形成

疾患別にみる親子関係の特徴については既に述べた通りである。ここでは親子関係を問題形成との関連から考えてみたい。

喘息児群では両親の拒否的な態度、矛盾不一致型の態度が顕著であり、子どもの側の認知も同様である。問題児の親に見られる典型的なタイプとして、母親に情緒的に混乱したタイプ、すなわち子どもに対する養育態度が首尾一貫しないもの、両面価値的な態度のもの、子どもの認知像と親の自己評価との間に大きなずれのあるものなどが多数見受けられる。同時に家庭の中は母親主導型で父親の存在感が希薄であり、母親の感情によって家庭内の雰囲気左右される緊張の高い生活であることが考えられる。こうした中で子ども自身も親に対するアンビバレンツな感情をもち、心理的に不安定な状態におかれている。

腎疾患児群では、両親ともに溺愛傾向が強く、加えて母親には強い不安をもつものが多い。そして喘息児群と同じように、子どもの認知像と親の自己評価との間にずれがあり、それは特に母親との間に大である。子どもの眼に映る母親の姿は、病気に対する強い不安を抱きながら、一方ではそれに対する適切な対処の方法を見出し得ないまま過度に手をかけ（子どもの行動に干渉）子どもの要求をできる限り受け入れることによって不安をまぎらわせようとする不安定なものとして認知される。

殊に入院によって自分の手許を離さざるを得ない場合、親として子どもにできることはかなり制限されてくる。そうした中で親の為し得ることは、子どもの要求をできる限り受け入れることによって親の愛情を表現することであろう。この限りにおいて親の養育態度は、子どもの病気によって引き起こされた一過性の反応様式であると考えられる。しかし両疾患群を通して、子どもの側の問題行動の真の原因は、フラストレーションに対する忍耐度（耐性）の低さにあるのではないだろうか。耐性は幼少期からのいわゆる「しつけ」を通して徐々に形成されてくるものである。それ故問題児のあるものは病弱であったために十分なトレーニングを受けずに成長し、あるものは「しつけ」の失敗によって耐性を身につけぬままに成長したものであるかもしれない。あるいは長期にわたる病気とそれに対する親のかかわり方によって低い耐性しか習得していないのではないかと考えられる。つまるところ問題行動のあるものは、生活場面に適切に対処して行ける力（対応機制）を十分に習得していないことの結果である。対応機制も耐性と同様に幼少期からの生活経験の中で習得されていくものであることを考えると、問題形成の原因として、病気の種類や程度、経過期間の長短、入院経験などの要因もさることながら、親が子どもにどうかかわってきたかという親自身のあ

り方（子どもをどのような存在としてとらえ、子どもをどのようにそだててきたか）が大きなウェイトを占めていることは歪めない。

＜3＞ 性格検査にみる特徴

問題児群の性格傾向として、不安定積極型（性格の不均衡が表面に出て問題をおこしやすい動きの多いタイプ）と、その反対の不安定消極型（不安定性が内向し、その結果として、受動的・無気力・不安が高くて動きの少ないタイプ）が多い。そして当然のことながら子どもの行動を支配する要因として、病気が常に関与して大きな影響を与えている。これは両疾患群に共通することであるが、殊に腎疾患児は身体的な行動によってストレスを解消する機会がほとんど得られないことから、フラストレーションや不安、あるいは葛藤がより一層内向し、絶えず心理的に不安定な状態におかれており、それらが様々な屈折した形で表出されやすい。行動調査に見られた問題行動はそうしたことの反映とも考えられる。しかしながらこれを直ちに問題形成の唯一の原因であると受けとめることはできない。性格傾向そのものが、長期にわたる病気とのかかわりによってもたらされたものであると考えるならば、行動上の問題は、個々の性格傾向に根ざしたもののばかりでなく、病気とそれに伴う入院という事態に対する一過性の反応であるとも考えることもできよう。それは通院児群の行動調査に見られるように、問題のある子どもの数や問題行動の頻度を比べた時、かなりの差をもって通院児群に問題が少ないことによっても裏付けられる。

ところで両疾患児群にみられた親の養育態度の相違はどのように考えたらよいだろう。その理由として、当然のことながら疾病の違いをあげることができる。気管支喘息は突然に発症する呼吸性の呼吸困難を伴う疾患である。そして発作時の呼吸困難は、子ども自身にも、また周囲にも強い不安を与え、親子ともどもパニックに陥入る。初期の段階において、親の態度は、過度に神経質となり、その結果子どもに対しては干渉・保護・禁止そして甘やかしなど、いわば保護過剰な取扱いが優勢となる。子どもはそれを受けて発作に対する強い不安感を作り上げ、日常生活は消極的になりやすい。けれども経過期間が長くなるにつれ、親の態度は次第に変化してくる。緊張に耐えられず子どもに対してネガティブな感情を持ちはじめもの、病気に対する不安を募らせ保護的な扱いを一層強めるもの、家族（父親）の協力が十分得られないような家庭では、極端な保護かあるいは拒否、保護－拒否というアンビバレンツな感情を抱き、母親の感情的な混乱の中に子どもを引き込みやすくなる。喘息の重症化や発作に、親の養育態度や心理的な因子が強くかかっているとされる背景に、このようなメカニズムを考えることができよう。

一方腎疾患は、子どもの処遇上喘息と反対の性質をもった病気といえる。喘息のように急激な身体変化を示すことは少ない為、直接的に不安や恐怖に直面させられることはあまりない。けれども急性腎炎のような場合を除いて、一般にはかなり長期にわたって、禁止や規制の多い生活を余儀なくされる。親にとってそのような事態で子どもに対して与えられることは限られてくる。即ち、日常的なしつけや教育的な接触は少なくなり、安静を守ること、食事制限を守ることなど病状の安定と回復に注意が集中しやすく、その結果として保護的な態度が優勢となり、溺愛傾向を生むのだろう。そして溺愛は強い不安と結びつくと、禁止・干渉という態度を形成し、子どもを束縛することになる。このように考えると、親の態度は子どもの病気によってもたらされた一種の反応様式と考えることができるだろう。

結 語

慢性疾患児の精神衛生指導の問題は、療育生活の中で子どもの正常な発達をいかにして保障して行くかという課題に対する取り組みである。それは発達を阻害するさまざまな要因を排除し、障害を解決して行こうとする試みであるともいえよう。ここで述べてきたように、病気であることは必ずしも問題形成の決定的要因であるとは言えない。けれども病気であることは、身体的な問題であると同時に心理的な問題である。そして親の在り方によっては病氣と闘う姿勢に影響を与え、ある場合には病氣を悪化させ、問題行動をひき起こし、性格形成に歪みをもたらすなど、マイナスの影響を及ぼすことになる。

すでに述べてきたように、慢性疾患児がもつ問題の中には、病氣や入院生活の影響もさることながら、入院前家庭においてどのように育てられてきたか、親が子どもの病氣をどのようにとらえ、またそれを子どもにどう反映させてきたか、家庭の中で病氣をもった子どもを家族がどのような存在として位置づけ、かかわってきたか、さらに入院中家族が子どもに対してどのようにかかわっているか、両親が治療に対して協力的か否か、これらさまざまな要因を見逃がすことが出来ない。改めて言うまでもなく、精神衛生指導の実践にあたっては、子どものみならず、親や家族を治療計画の中にどのように取り入れていったらよいか、同時に考えて行かなければならない。



ヤッコソウ

オサラン

ホモギネ アルピナ

クロクス マリティマ

ハロータ ニクラ

花を咲かせ、実をならせる、 あの根、その根、えーと根。

根は、植物の底から。協和発酵でいうと、研究開発がそれにあたります。広く深く伸びた根が、医薬品、化学品、食品、酒類、農・畜・水産資材などのさまざまな分野で花を咲かせ、実をならせています。でも、また咲かない、また実らない、「考え中」の根もたくさん。どんな成果となるか予想もつかない、楽しみな根です。

フシネハナカタバミ

ナンキンアサメ

ゴボウ

サゼンソウ

ブラキステルマ ハールベエリアエ

協和発酵

東京都千代田区大手町1丁目6番1号
電話03-3282-0980

日本育療学会第2回学術集会並びに第1回研究・研修会

- 1 日時 学術集会 平成8年7月22日(月)
研究・研修会 平成8年7月23日(火)～24日(水)
- 2 主催 日本育療学会
後援 神奈川県教育委員会、横浜市教育委員会、全国病弱養護学校長会、全国病弱虚弱教育学校PTA連合会、日本児童家庭文化協会、全国情緒障害研究会
- 3 参加者 教育、医療、家族、心理、福祉関係者等子供の心身の健康問題について考えているすべての方々
- 4 会費、参加費等 (年会費は、8年度分未納者、新規入会の方が対象になります)

	年会費	学術集会のみ参加	学術集会、研究・研修会参加	研究・研修会のみ参加	23日(火)懇親会費
会 員	3,000円	3,000円	5,000円	3,000円	4,000円
非会員		4,000円	6,000円	4,000円	4,000円

第2回学術集会プログラム

- 1 日時 平成8年7月22日(月) 午前9時30分～午後5時00分
- 2 会場 横浜市教育会館 横浜市西区紅葉ヶ丘53 ☎045-231-0960
- 3 日程
 - 9:00 受付
 - 9:30 開会行事
 - 9:45 基調講演並びに講師紹介 日本育療学会 会長 加藤安雄
 - 10:10 記念講演 田園都市厚生病院 院長 春山茂雄 先生
演題 「こころと治癒力」
 - 11:40 昼食・休憩
 - 12:40 問題提起 主題「心身の健康に問題をもつ子供の生活上の課題」
提案者 (1) 本人・家族に関する課題 保護者 大塚孝司
(2) 医療に関する課題 横浜市療育センター部長 三宅捷太
(3) 教育に関する課題 横浜市立二つ橋養護学校 副校長 建石豊彦
(4) 福祉に関する課題 東京都立医療技術短期大学 助教授 野村みどり
 - 14:10 休憩
 - 14:25 シンポジウム 主題「子供の心身の健康と生活の充実のために
-現状における課題の改善を目指して-」

- コーディネーター 日本育療学会 理事（国立療養所南福岡病院院長） 西間三馨
シンポジスト (1) 本人に対する家族のあり方 保護者 弓田真江
(2) 医療のあり方 日本育療学会 理事（国立療養所下志津病院副院長） 西牟田敏之
(3) 教育のあり方 宮城教育大学 助教授 中井 滋
(4) 福祉のあり方 日本育療学会 理事（国立療養所足利病院心理療法士） 佐藤栄一

16:55 閉会行事 日本育療学会 理事（横浜国立大学 教授） 山本昌邦

4 演題 「こころと治癒力」について

慢性疾患児に教育を行うと、医師も驚くほどに健康状態の改善がみられ、筋ジス児やダウン症児に教育を行うと寿命が格段に伸び、がん患者の予後は精神力が大きく左右するといわれてきています。医学界では、この原因説明に力を入れてきましたが、明確な答えは出ていませんでした。

やっとここ10年前にその理由が明かになってきましたが、身近な理論として消化するには程遠い状態にありました。

このようなときに、春山先生は、これらの研究を広い立場から、分かり易く、独自の立場で「脳内革命」としてまとめられました。これこそ私達が長年求めていたものであり、健康を求めるすべての人が渴望していたものと思います。出版界では、空前のベストセラーが続いているのも当然のことと思います。

当学会では、春山先生から、直接にこのお話をお聞きし、心身の健康に問題をもつ子供はもとより、全ての人間にとって幸せな生活が開かれる道を求めていきたいと念じています。

日本育療学会 第1回 研究・研修会

- 1 日時 平成8年7月23日（火）～24日（水）午前10時～午後4時30分
2 会場 横浜市健康福祉総合センター（救急医療センター）
横浜市中央区桜木町1-1 ☎045-201-2096
3 分科会 第1分科会 学校にいけない子供（不登校児童生徒）
第2分科会 筋ジストロフィー児
4 日程

	第1分科会（不登校）	第2分科会（筋ジス）	懇親会
第1日 7月23日（火）	AM 基調講演 PM 事例発表・問題提起	AM 処遇・医療の現状と課題 PM 療育・教育の現状と課題	17:10～ 10F「オアシス」
第2日 7月24日（水）	AM 要因と対応 親の体験 PM 事例的指導法の提言 シンポジウム	AM 生活の現状と課題・進路 PM 生涯対応提言・指導事例 シンポジウム	

第1分科会 学校にいけない子供（不登校児童生徒）具体的日程

第1日 7月23日（火）

9:30 受付

10:00 研究・研修会開会行事

10:15 基調講演 東京都目黒区立第十中学校 前校長 北島貞一
 主題「学校にいけない子供の現状と課題－歴史・制度等をふまえて－」

12:00 昼食・休憩

13:00 学校にいけない子供に対応している各立場からの事例発表

- (1) 児童相談所 東京都墨田児童相談所 児童福祉司 金井雅子
 (2) 教育相談所・教育センター 川崎市総合教育センター 室長 橋本英雄
 (3) 相談学級・適応指導教室 川崎市総合教育センター 室長 橋本英雄

15:00 休憩

15:15 (4) 教育・医療併設機関 新潟県立吉田病院 前院長 吉住 昭
 (5) 福祉施設 日本育療学会 理事（社会福祉法人 虚弱児施設 白十字会
 林間学施設長） 山川 保

16:15 質疑応答

第2日 7月24日（水）

9:30 受付

10:00 心身に障害があって学校にいけない子供の具体的な要因と対応

新潟県立吉田病院 前院長 吉住 昭

11:00 学校にいけない子供を持つ親の体験 — 子供が問いかけるもの —

水戸家庭裁判所 上席主任調査官 須永和宏

12:00 昼食・休憩

13:00 学校にいけない子供の事例的指導法の提言

東京都立清瀬養護学校長 東京都立片浜養護学校 前校長 草野弘明

14:20 休憩

14:30 シンポジウム 主題 学校にいけない子供への対応

コウデネーター 日本育療学会 理事（横浜市小児アレルギーセンター診療部長
 横浜国立大学 非常勤講師） 勝呂 宏

- シンポジスト (1) 本人の立場 須永祐慈
 (2) 家族の立場 水戸家庭裁判所 上席主任調査官 須永和宏
 (3) 教育の立場 東京都立南大沢学園養護学校長 清野 佑成
 (4) 医学の立場 国立精神神経センター・国府台病院
 精神科 医長 齋藤万比古
 (5) 福祉の立場 日本育療学会 理事（社会福祉法人
 大泉旭出学園 大利根旭出福祉園 施設長）
 （袖ヶ浦のひろ学園 前学園長） 中塚博勝

16:20 閉会行事

第2分科会 筋ジストロフィー児 具体的日程

第1日 7月23日(火)

- 9:30 受付
- 10:00 研究・研修会開会行事
- 10:15 筋ジストロフィー児の処遇の現状と課題
日本筋ジストロフィー協会 理事 矢澤健司
- 10:55 筋ジストロフィー児の医療の現状と課題 国立下志津病院 医長 川井 充
- 12:00 昼食・休憩
- 13:00 筋ジストロフィー児の療育の現状と課題 国立療養所長良病院 児童指導員
長谷川守
- 13:45 筋ジストロフィー児の教育の現状と課題 埼玉県立蓮田養護学校教頭 田辺晴男
- 14:45 休憩
- 15:00 筋ジストロフィー児の理学療法 国立療養所犀潟病院 理学療法士 近藤隆春
- 16:20 筋ジストロフィー児の養護・訓練 岐阜県立各務原養護学校 教諭 井川 威

第2日 7月24日(水)

- 9:30 受付
- 10:00 在宅筋ジストロフィー児の生活の現状と課題
日本筋ジストロフィー協会 愛知県支部 深川常雄
- 11:00 筋ジストロフィー児の学校教育卒業後の進路
埼玉県筋ジストロフィー協会 黒浜訓練センター 施設長 奈良金三
- 12:00 昼食・休憩
- 13:00 筋ジストロフィー児の生涯対応のあり方
日本筋ジストロフィー協会 前事務局長 埼玉県立蓮田養護学校 元校長
全国病弱虚弱教育研究連盟 元理事長 川崎善治
- 13:30 筋ジストロフィー児の生活事例 — この子等の生き甲斐を求めて —
千葉県立四街道養護学校 元教諭 横浜国立大学 元非常勤講師 石田 皎
- 14:30 休憩
- 14:45 シンポジウム 主題 「筋ジストロフィー児の生活の充実に向けて」
コーディネーター 日本筋ジストロフィー協会 理事 関東本部長 山田栄吉
シンポジスト (1) 家族 二人の筋ジストロフィー症児を持つ親 石川豊江
(2) 医療 国立療養所東埼玉病院 神経内科 医長 田村拓久
(3) 教育 大阪府立東大阪養護学校 前校長
大阪府立刀根山養護学校 元教頭 吉備加代子
(4) 福祉 神奈川県筋ジストロフィー協会 会長 大野清次郎
- 16:25 閉会行事
- ※ 懇親会 平成8年7月23日(火)《研究・研修会1日目》
場所 横浜市健康福祉総合センター 10F「オアシス」

日本育療学会第2回学術集会

問題提起 主題：心身の健康に問題を持つ子供の生活上の課題

1. 「本人・家族に関する課題」

人工呼吸器をつけた子の親の会 大塚孝司

1：入院している場合

- 病院は治療しながら生活する場である。子供にとっては「学習や遊び」を通して生きるための訓練の場となる。
- 家族との接点は面会などに限られ、時間制限、家族制限、など厳しい条件付きの場合が多く、生活上の関わりは難しい面がある。

- 24時間の付き添い介護を求められる場合があり、家族の2分化や崩壊につながる危険性がある。

2：施設入所している場合

- 面会、外出、外泊、など病院と比較するとかなり自由度があり、本人・家族との関わりあう時間は長くとる事が出来る。
- 子供が親許で生活していないことにより、親の心が子供から離れてしまうケースがある。
- 障害児を持ったことによる家庭不和や離婚のケースがある。

3：在宅療養をしている場合

- 家族と一緒に生活することによる充実した一体感がある。
- 障害児（者）への無理解による地域内での患児家族の孤立化や、医療・行政制度の不備による患児家族への負担増を強いられる。

4：反省と目標

- 病室という限られた世界（空間と人）で長期間過ごさせてしまったことの反省。（人見知りや自分だけの世界に閉じこもる）
- 身近なところに生活の目標を設定し、その事柄に向けての準備段階から楽しんで行く。（今を大切に生きる）

2. 『医療に関する課題』

この20～30年間の医療の進歩には目を見張るものがあります。従来は病院から退院できなかった重い障害を持っている子供も、簡単な医療的ケアを行えば家庭での生活が可能となっています。これは家族の意識の変化によります。家族と一緒に暮らしたいという強い要望です。在宅での療育は健康の維持増進につながり、本人と家族のいのちの輝き(QOL)を高めることができます。

しかし円滑に在宅療育をするには幾つかの障壁があり、とくに医療的ケアの必要な子の在宅療育には解決をまっている問題があります。例えば医療的ケアとして喘息の発作時吸入、糖尿病の食事前後の血糖測定とインシュリン注射、腎不全の透析、血友病の自己注射、二分脊椎症の導尿、重症心身障害の吸引や注管などがあげられます。現在、厚生省は経管

横浜市医療センター部長 三宅捷太
栄養、自己導尿、自己注射、中心静脈栄養、人工呼吸器療法、腹膜灌流、在宅酸素療法など10種類以上を保険適用の在宅医療とし、積極的に在宅療育を推し進めているのです。介護者にこれらの医療的ケアを許可していません。明快な見解はないものの医療行為というより生活介護行為、生活行為とみなしていることとなります。そこで介護者としてどこまでを含めるかが問題です。父母・兄弟・近親だけでなく、療育や教育関係の職員をも含めてほしいのです。この事を行政は認める必要があるでしょう。長続きする在宅療育のためには、精神的、経済的、社会的なバックアップシステムが必要です。保険適用のみでなく、家族と本人のQOLの向上につながるバックアップシステムの構築を切望されているのです。

3. 『教育に関する課題』

現状の課題を少しでも改善していこうという立場で病弱の学校現場から、「教育に関する課題」についていくつか問題提起をさせていただきます。

まず最初に、当校種の病弱児とは、病気が重症でも、急性でも間もなく回復する見込みのものは、ここでいう病弱には含みません。したがって病弱の児童・生徒とは病気が長期にわたり慢性化した状態の子供を対象としており、教育も長期療養児の教育ということになります。

さて、昨今の病弱校種からの報告をいたしますと、一口に病弱児と申しましても、心身の健康の状況が「心」も「身」も慢性の様子が多様であり、その起因は、非常に複雑のようでございます。

まず、本校隣接の小児アレルギーセンターに入院加療中の子供は、全国的な病種の気管支喘息児、腎疾患児、合併症のある高度肥満児等であり、その病種ごとに教育上の課題があります。と同時に、一人一人の子供の生育歴により、個別の課題を有していることはいうまでもありません。

また、市民病院の小児神経科の患児においては、病気の発症がきわめて個別的、かつ複雑であるので、教育計画もその子供だけの特別なカリキュラムが必要になっています。

本校のもうひとつの、市立大学付属病院院内学級の子供達と、訪問教育の在宅児は、先天的、後天的な種々の原因により、身体機能に異常を示し病気になった子供達です。中でも血液疾患の場合、患児も家族も、その重症に驚き戸惑い、長期の療養生活を余儀なくされることから、その不安は大きいものがあります。以上の子供達に、一律の教育は不適当で個別の対応が必須になります。

横浜市立二つ橋養護学校 副校長 建石豊彦

さて、このような様々な病弱の子供達ですので教育上の課題として、まずは、心身の機能の低下からくる疲れやすさ、根気不足の症状等を常に有しているので、その改善援助に、十分検討された手厚い対応が必要になっております。次に、病状の変化や、病識の深まり等によって、不安や恐怖心、更に孤立感が増大する子供達であるので、成長発達に伴っての整理された教育プログラムが必要といえます。更に日常の加療に伴う様々な制限からくる欲求不満を有しているので、その心的状態を十分配慮しての教育的かかわりが大切になっております。又、一方介助や保護を受ける機会が多いことからくる甘えやわがまに対する教育は重要な内容となり、自律への指導は、要中の要と考えて、養護訓練の中軸になっております。

以上は、子供とのかかわりの極く基本的なことにすぎません。先に本校に在籍する子供達の昨今の多様な状況を報告いたしました。要は、急速に変わりゆく現代社会（家族関係）の中に生まれて育っていく子供達の中に生じる“病”の本質や傾向を間断なく研究し、その情報を整理して、英知を結集し、教育愛とは何かを常に追究し、トータルケアとしての質の高いサービスを作り出すことに尽きます。今日の病弱教育の課題は、社会全体のサービス機構と連携した学校の創造であろうかと考えております。

4. 『福祉に関する課題』 『バリアフリー』について

今日、障害者を取り巻く社会環境には、4つの障壁、すなわち、物理的障壁（機械、建築、都市環境における）、制度上の障壁（資格制限、大学等入試制度、就職・任用試験等における）、文化・情報面の障壁（点字や手話サービスの欠如等による）、意識上の障壁があるといわれている。これらのハード・ソフトの障壁（バリア）をなくすことがバリアフリーであり、高齢社会に生きる人々すべてに課せられた緊急課題である。特に、医療・保健・福祉・教育分野の人々が、物理的障壁除去設計であるバリアフリーデザインの基本を身につけて、バリアフリー社会の実現に向けて、ハード・ソフトの両面から、専門家として具体的かつ効果的に関わるのが重要である。

都立医療技術短期大学 野村みどり

障害の3レベルとバリアフリーデザインの対応について、臓器レベルの損傷であるインペアメントを視覚、聴覚、言語、皮膚感覚、温熱感覚、上肢、下肢、精神の8つに、インペアメントをもつ人間レベルの能力制限であるディスアビリティを情報受容制限、移動制限、動作巧緻制限、温熱環境適応制限の4つに、それぞれ大別すると、インペアメントやディスアビリティをもつ人々にハンディキャップをもたらさないバリアフリーデザインのあり方を明確化しやすい。これらに基づいて、障害者、高齢者、こども、妊婦、乳母車を押す人々などに配慮した生活環境（住宅、地域施設、交通施設等）の整備が求められる。入院している子供のためのプレイセラピー・学習環境整備も重要課題と考える。

主題：子供の心身の健康と生活の充実のために —現状における課題の改善をめざして— 医療のあり方

国立療養所下志津病院 副院長 西牟田敏之

医学・医療の進歩と生活環境の向上により、乳幼児死亡率の著しい低下と、平均寿命の伸長により、わが国の人口は平成6年には1億2,500万人にまで増加した。厚生省人口問題研究所の中位推計によれば、わが国の人口は2011年に約1億3,044万人とピークに達し、以後減少に転じるとされている、一方、0～14歳の小児人口は、昭和46～49年の第2次ベビーブーム以降、年々出生率が低下し続け、平成6年には人口構成比は16.3%にまで低下した。すなわち、我が国は少子、高齢化社会に移行し、このことにより昨今高齢者対策が最重点課題として推進されてきたが、それと同時に子供に対する施策が急務であるのに、遅れをとっている感がある。0～14歳の特定死因別死亡率の推移（厚生省人口動態統計）をみると、昭和30年において死因の主体をなしていた肺炎・気管支炎、胃腸炎、結核は激減し、平成4年には不慮の事故が半数以上を占めるようになり、また、10～14歳の自殺が10万対で1.0と感染症による死亡を上回る状況に至った。この問題はいじめや不登校との関連が注目されており、社会的問題となっており、医療においても疾病の原因、修飾因子また、家庭・社会復帰に影響を与える因子として重要視している。

文部省の学校基本調査より学校ぎらいを理由とする長期欠席者の年次推移をみると、平成4年には10年前に比して小学生では約4倍の0.12%に、中学生では約3倍の0.94%に増加している。小児慢性疾患児においてもこの傾向は顕著であり、疾病のハンディキャップがある分、不登校状態に陥りやすい要素があるともいえる。小児慢性疾患の代表的疾患で

ある気管支喘息（以下喘息と略す）を例にとれば、国療下志津病院に長期入院した喘息児について10年前と最近の背景比較をみると、不登校を加味している喘息児は、10年前は31.6%であったのに対して、最近では57.9%と大幅に増加していた。

厚生省心身障害研究「長期療養児の心理的問題に関する研究」（西間班長）によれば、慢性疾患児の心理的要因は、疾病の種類によってそのウェイトが若干異なっている。例えば、喘息においては親子関係が一位であり、腎疾患では疾病自体に伴う不安が一位であるなどであるが、学業の不振やいじめ等学校に起因する不安要因は大きな位置を占めている。悪性腫瘍や腎疾患等にしばしば経験される疾病の不安は本人だけでなく家族にも当然認められ、不安とともにさまざまな葛藤も生じ、親子関係や家族関係を複雑化する因子ともなりうる。日常生活の制限が長期化すれば、患者の生活の質の低下とともに経験の不足や対人関係の未熟性などの影響も招来しやすい。こうした傾向は、疾病があるがために保護者や教育関係者が過保護になるか、あるいは煩わしくなり、忌避することから派生するものと考えられるが、いづれも自然な感情であり責められるものではない。しかし、子供の経験不足や対人関係の未熟性は、それ相当の年齢に至っても親離れ・子離れがうまくいかない状況を生みだし、社会への適応力の不足を惹き起し易くなることは明白であるので、関係する人々が正しい状況判断に基づいて協力しあい、子供の生活の質の向上に努めることが大切であろう。疾病を持つ子供達の生活の質の向上を図り、こうした弊害の回避を目指す

ことは、小児慢性疾患の医療現場において重要な課題である。こうした対応は、医療側だけで為し得るものではなく、家族や教育、福祉との連携によって推進されているのが現状である。家庭、教育、福祉の問題はそれぞれの立場で講演がなされるので、ここでは医療側、ことに小児慢性疾患の現状と問題点を整理し、今後のあり方を提起したい。

1.小児慢性疾患における療育と心理的問題への対応実態

長期療養児の心理的問題に関する研究(西間班長)において、佐藤班員による国立療養所を中心とした全国療養施設の療育実態調査、及川班員による看護を中心としたケア実態調査、西牟田班員による国立療養所小児慢性疾患施設における心理的対応実態調査がなされたので、それを中心に医療現場のハード面、ソフト面問題点の整理を試みた。

1)施設構造・整備の現況

全体的に施設構造、ことに空間的ゆとり、目的機能に合致した部屋の設置(プレイルーム、学習室等)、訓練施設等の整備状況は貧弱であることが明らかである。ことに、心理的問題を抱えた児の増加に対応する心理相談室、心理検査室、プライバシーが守れる個室の設置状況は極めて不備であるといえる。

2)人的配置の現況

長期療養児、ことに心理的問題を抱えた患児ならびに家族に対する看護ケアは、個別に関わるプライマリナーシングが効果的であると考えられるが、現況ではチームナーシングを中心にした受け持ち制が主体である。この問題は看護婦(士)の配置数とともに、専門看護婦制の両面から考えていく必要があり、1個病棟の看護配置数と入院患者数との兼ね合いの問題でもあり、病院経営・運営に関わる基本的な問題である。また、児童指導員(生活指導員)、保母(保父)などの日常生活指導、療育行事等に必要な職種は、小児慢性疾患児のQOLと闘病意欲の向上に役立つばか

りか、看護婦の業務をやりやすくする効果もあり、小児慢性疾患病棟には不可欠な存在であるが、配置の実態は極めておそまつである。疾病要因・修飾因子ならびに社会復帰に影響を与える因子として、心理的問題への対応は極めて大切な医療であるが、現況の小児慢性疾患施設においては専門医はおろか心理療法士の関わりも希薄であるのが実態である。これはもっぱら施設の定員管理によるところが大ではあるが、一般小児科医の研修システム、資格職種としての心理療法士位置付け等が同時に必要であろう。また、疾病が長期にわたるので、保護者の抱える社会的、経済的問題も深刻であり、こうした問題の相談、支援としてメディカルソーシャルワーカーの配置も望まれる。

2.小児医療、ことに小児慢性疾患医療が直面している危機

現行健康保険制度は国民が安心して医療が受けられる制度として評価されるが、小児科医療においては診療報酬が他科に比して低額であることと、患者数の減少に伴う病床利用率の低下等の理由により、専ら経営的理由により縮小、廃止の危機的状況にある。小児慢性疾患においては、入院日数の長期化による診療点数の減少と、鍛錬や療育など日常行っていることへの保険点数評価がないために算定できないこと等により、経営面からの小児医療はお荷物的存在であり、混合病棟化、集約・廃止と、一部施設を除きまさに風前の燈の感さえある。こうした危機に直面している現在、この医療の医学的、社会的価値を再認識して、わが国であるからこそ可能なこの医療を、さらに発展させる形態として存続させることが私達小児慢性医療に携わる者の願いであり、そのために、保護者ならびに教育側からの強力なサポートと国民的コンセンサスが必要であると考ええる。

主題：子供の心身の健康と生活の充実のために —現状における課題の改善をめざして— 教育のあり方

宮城教育大学助教授 中井 滋

1. 個に応じた教育課程の編成

病弱養護学校や病弱特殊学級に在籍する児童生徒は、病気の種類と程度は一人ひとり様々に異なっている。また、治療や安静等のために、学習空白があったり、思うように学習が進んでいない場合が多い。病気に対する不安や学習の遅れにより、精神的な苦しみもある。

そのような病弱の児童生徒の教育課程の作成にあたっては、何よりもまず、個別教育計画（IEP）を作成することが大切であると考えられる。IEP（Individualized Education Program）は、アメリカ合衆国で1975年に制定されたPL94-142（全障害児教育法）によって、特殊教育を受けるすべての障害児に対して、作成することが義務付けられたものである。

病弱教育における個別教育計画の利点については以下のようなことが考えられる。

- ①個々の児童生徒の病類や病状、さらに学習進度に応じた教育課程を編成することができ、きめこまかな指導を行うことができる。
- ②親が子供の教育について教師と一緒に考えることができるので、教育について関心と理解を深めることが出来る。また、教師とのコミュニケーションをとる機会ともなる。

2. 教員の資質の向上

病弱教育を担当する教員は、教科学習に関する指導力のもとより、病気、治療、学習進度などによる悩みや苦しみを児童生徒と共に考え、援助していく能力を身につけることが大切であると考えられる。健康な人としての立場

から、「頑張れ」の声がけほどむなしなものはないであろう。そこで、病弱教育の担当教員として、どのような資質の向上が望まれるのか述べてみたい。

3. 教員養成制度と教員採用

現在、養護学校で指導する場合に必要なとされるのは「養護学校教諭免許状」である。しかし、養護学校といっても、障害の種類に応じて、精神薄弱養護学校、肢体不自由養護学校及び病弱養護学校の三種類がある。養護学校教諭免許状を取得するための大学等での授業で、知的障害児、肢体不自由児及び病弱児の障害や病気の種類と特性、さらには指導法について十分に学習できているかどうか疑問である。

特に病弱教育については、十分には学習できないまま、養護学校教諭免許状を取得している教員が多いと思われる。そこで、教員養成に関して、まず、養護学校教諭免許状を授与するための授業内容を考え直さなければならない。つまり、知的障害、肢体不自由、病弱の特性についての理解を深めることができるような授業内容にしなければならない。次に、教員採用についても見直す必要がある。病弱養護学校に教員として正式に採用する前に、2年程度の研修教員期間をおいてはどうか。その期間に実際に病弱養護学校で研修教員として勤務しながらいろいろなことを研修し、病弱養護学校の教員として必要な能力を身につけ、その後に教員採用試験を実施し、病弱養護学校の教員として正式に採用してはどうかと考えるものである。

主題：子供の心身の健康と生活の充実のために

—現状における課題の改善をめざして—

福祉のあり方

—乳幼児期の健全な発育をめざして—

昭和56年度から平成7年度までに当院小児慢性病棟へ入院、退院した患者333名のうち、不登校を主訴としたものは120名(36%)であった。国立療養所中央共同研究班で用いられている不登校タイプ別分類では「過剰適応タイプ」25名(20.8%)「受動タイプ(無気力)」79名(65.8%)「衝動統制未熟タイプ」16名(13.4%)であった。

国立精神神経センター他14の国立療養所で構成される研究班調査によると、15施設における平成3年度～6年度の不登校退院患者数は325名で、「過剰適応タイプ」91名(28.0%)「受動タイプ(無気力)」164名(50.0%)「衝動統制未熟タイプ」76名(23.2%)「分類不能」32名(9.8%)であった。当院の結果と割合としては若干異なるものの「受動タイプ(無気力)」が多い傾向は同様である。

当院の15年間を三期(I期：昭和56年～60年度 II期：61年～平成2年度 III期：3年～7年度)に分けタイプの移り変わりを見てみると、過剰適応タイプはI期82.9%、II期38.0%、III期19.6%と急激な減少傾向を示している。受動タイプはI期8.6%、II期51.7%、III期62.5%と増加傾向を示している。

生育歴では、過剰適応タイプの幼児期は所謂「良い子」であり、子どものストレスに対して親が気づかぬ事が多い(80.0%)。一方、受動タイプは保育所や幼稚園において将来の不登校のきっかけとなるような何等かのエピソードを示している場合が多い(73.4%)。15年間で不登校児の変化がこれだけ著しい事は不登校が増加しているだけでなく質の変化にも着目しなくてはならない事を示唆しており、タイプによる対応の工夫だけでなく就学前の対

国立療養所足利病院 心理療法士 佐藤栄一

策が必要となる。

精神薄弱や自閉症をはじめとする発達障害児の早期発見システムは多くの市町村で実績を重ねている。このシステムにより乳幼児期の早期リハビリテーションが可能となり、障害児の成長に大きく貢献している。早期発見は親に対しても早期に対応する事でもある。通所・通院による親同士の交流と適切な対応により、障害を受け入れる事から子の成長と共に親も生長する成果を上げている。これと同様の成果を産むシステムがすべての乳幼児の親に必要なとなっている。乳幼児期に出現する問題や親の悩みが社会との接点と適切な対応により早期に解決する事が可能となる。これをきっかけとして悩みを継続的に家庭の外と共有しながら成長していく事となる。そして思春期・青年期に出現する問題を未然に防ぎ、子どもの心身の健康と生活を充実させる事となる。

「少子化」が叫ばれてしばらく年月が流れているが、平均初婚年齢の高齢化[男性28.4歳、女性26.1歳(平成5年)]、合計特殊出生率の低下[1.46(平成5年)]といった流れは今後もとどまる所を知らず進んでいく。平成37年には人口1億2,580万人、平成7年の1億2,546万人と34万人程度の増加を見込んでいるが、15歳未満の子供たちは185万人も減少するとしている。

このような少子化に伴い保育所総数も減少傾向を示している。平成5年のデータでは、22,583カ所(平成元年比0.7%減)。措置人員1,604,770人(元年比3.5%減)。

しかし、「乳児保育実施」6,984カ所(元年比60%増)。「延長保育実施」1,310カ所(元年比7

5.6%増)。「一時保育実施」338カ所(平成2年比255%増)と少子化により保育所の数や措置される子の数は減っていても保育所の機能を拡大する必要性は増加しており、子どもを育てる際の社会の役割は縮小している訳ではない。

子ども環境の変化を示す言葉として「三間(サンマ)の急速な減少」と表現される(「時間」「空間」「仲間」)。これと同様に家族も変化しており、平均世帯人員が5.00であった昭和28年からわずか8年後の昭和36年には4.00を切ってしまった。核家族で育った36年生まれは今年35歳で小学生の親である事が平均的であろう。そして平成6年には平均世帯人員が2.95となっている。

核家族で育児を行う事は父親の育児参加しか家族内での援助はあり得ないが、せいぜい「遊び相手をする」(78.0)、「風呂に入れる」(73.0%)であり、50%の実施率を示すものは他にない。続いて「食事をさせる」(40.3%)となる(第1回厚生省全国家庭動向調査：平成5年)。このような家庭環境において気軽に「雑談」「相談」できる時間・空間・仲間を社会が提供する必要があり、親にとっても「三間」の確保が必要なのである。

平成6年12月に「緊急保育対策等5ヵ年事業」が厚生省で策定され、7年度から5ヵ年の目標を定めて保育対策等を実施する事とした。7年度予算として1,999億円、今年度は2,187億円の予算を計上したこの事業は3本の柱からなり、「多様な保育サービスの充実」「保育所の多機能化のための整備」「子育て支援のための基盤整備」となっている。このうち「子育て支援のための基盤整備」は地域子育てネットワークの中核として育児相談・育児サークル支援等を行うセンターを保育所等に併設する事により各市町村に1カ所設置できる水準まで確保する事を目標としており、目標数値としては6年度236カ所、7年度354カ所、8年度400カ所、そして11年には3,000

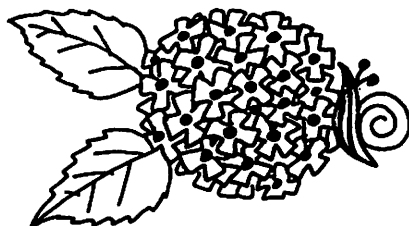
カ所となっている。

「各市町村に1カ所設置」は親サイドからみればどこまで活用されるか疑問であるが、事業の基本構想そのものは時代の流れに添っている事は否定できない。センターのような大規模なものでなくとも現行のシステムに若干の手を加える事により草の根的に子育て支援が可能ではないだろうか。一部区市町村で実施している所もある「乳児検診システムの利用」が着手するきっかけとしては現実的であるように思われる。

乳児検診は4カ月・8カ月・18カ月と市町村が担当し、保健センター等に地域毎に検診日を決め来所する事となり、3歳児検診は県が担当し保健所で行われる。都道府県により若干の違いはあるものの概ねこのパターンであろう。子どもの月齢が大きくなるにつれ検診に行かなくなる事はあろうが4カ月、8カ月はほぼ全員の子どもが同じ地域に住む「同級生」と顔をあわせる。検診が終了した後、ホールや会議室で母親同士の懇談会などにより孤立感をなくす事から始めてはどうだろうか。これで「時間」「空間」「仲間」が無理なく提供できる。

検診とは別日程で「母親学級」の企画を市町村は立てているが、ほぼ全員集まる場所で「教えを乞う」のではなく地域の中で子育てをする安心感を家族にもってもらおう企画が必要である。

このような乳幼児とその親の心身の健康と生活の充実のための家族支援が、将来的に「少ない子どもを社会が育てる」発想を定着させていくように思われる。



足・軽快!

クリームが消えるまで よくすり込んでください
サロメチール[®]

運動前後の筋肉疲労/うちみ/ねんざ/関節炎/肩こり/神経痛

微香性 サロメチール・ソフト

★サロメチール：チューブ入り 30g・ポリびん入り 250g

★サロメチール・ソフト：チューブ入り 40g



東京田辺製薬



これが新しいテオドール
 徐放性ドライシロップ新登場

テオドールドライシロップ20%の特性

- 1 世界で初めてのテオフィン徐放性ドライシロップです。
- 2 テオドールシロップと同等の徐放性を有する製剤です。(1日2回投与)
- 3 放出特性はpHの影響を受けにくい製剤です。
- 4 投与量のきめ細かい調整が可能な20%ドライシロップです。
- 5 苦みをなくした服用しやすいドライシロップです。
- 6 安全性解析対象例72例中、副作用は全例において認められませんでした。本剤との因果関係が否定できない臨床検査値の変動として血清尿酸値の上昇が2例、尿沈渣異常(赤血球)が1例に認められました。尚、錠剤、シロップ剤において消化器症状をはじめとする副作用が認められており、テオフィン一般について発現する可能性のある副作用に注意する必要があります。

効能・効果：気管支喘息、喘息性(様)気管支炎

禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤又は他のキサンチン系薬剤に対し重篤な副作用の既往歴のある患者

*用法・用量、使用上の注意等の詳細については製品添付文書をご参照ください。

新発売

キサンチン系気管支拡張剤(テオフィン徐放製剤)

テオドール[®] 20%
 THEODUR[®] Dry syrup 20%
〈薬価基準収載〉

目研化学株式会社
 東京都中央区築地5-4-14
 〒104 Tel:03-3544-8840

三菱化学株式会社
 東京都千代田区丸の内2-5-2
 〒100 Tel:03-5463-0733

東京都立久留米養護学校清瀬分教室 齊藤淑子

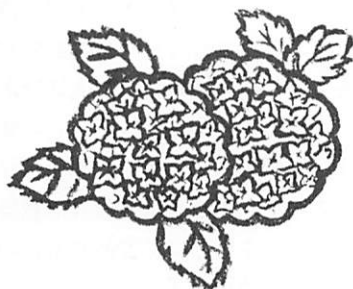
1、はじめに

東京都立久留米養護学校清瀬分教室（以下清瀬分教室と記す）は、都立清瀬小児病院に併設されている教育機関である。都立清瀬小児病院は、敗戦の混乱期に激増した小児結核対策を進める拠点病院として昭和23年に出生し、昭和28年には病床300を抱える我が国最大の小児結核療養施設であった。入院児への教育も、昭和29年より、現在の清瀬分教室の前身となった清瀬町立芝山小学校及び清瀬中学校の分教室が開設され、結核の子どもたちを対象として行われ始めた。

しかし昭和36年頃より、結核予防対策と治療法の進歩により、小児結核患者が激減し、それに伴って小児病院も一般の診療科を開設し、心臓病や腎臓病医療など小児に対する総合的な専門医療施設へと大きく転換していった。

こうした入院患児の疾病の変化に伴い、清瀬分教室も結核患児だけではなく昭和38年より一般慢性疾患児への教育も行ってきた。昭和52年4月には、清瀬市から都に移管され、現在の東京都立久留米養護学校清瀬分教室となった。

現在清瀬分教室には、多様な病気を抱えている子どもたちが在籍している。（表1参照）そして近年は、小児がんの治療を受けている子どもたちが増えてきている。（表2参照）



2、無菌室内での学習保障の必要性

清瀬小児病院の血液内科病棟（3-1病棟）では、1988年より慢性・急性骨髄性白血病や再生不良性貧血の根治的療法である骨髄移植（以下BMTとする）が開始された。さらにここ数年、小児がん治療の進歩はめざましく、骨髄移植の方法及び適用範囲も広がり、大きな成果を上げてきている。

しかし臨床を重ねる中で、BMTは無菌室での生活が長くなるため、拘禁状態による精神的なストレスが大きくなること、それに付随して様々なマイナスの症状が生じることが明らかになってきた。BMTに際しては、無菌室の中に持ち込まれる全ての物が、あらかじめ滅菌消毒されなければならない、入室する人も、感染予防のため制限され、入室の際はマニュアルに沿った入念な消毒を行い、雑菌を持ち込まないように細心の注意を払わなければならない。このように日常生活から隔絶された狭い環境（図1）の中で、子どもは病気と闘いながら、何週間も生活しなければならない。そのためには拘禁状態による精神的なストレスをいかに発散し、治療意欲を持続していったら良いかが、医療者にとっても大きな課題となった。

1993年、血液内科病棟より、当時分教室に在籍している中学1年生の生徒のBMT（病棟では14例目、自家骨髄移植としては3例目）に際して、教員も無菌室の中に入り、学習を継続してほしいとの要請があった。この生徒は、性格的に見て、拘禁症状が強く現れることが予想されたからである。

この試みを始めるにあたって、複数の教員が交代で無菌室に入室することにより、室内の清潔度が落ちるのではないかと懸念が医療スタッフ側にもあった。しかし学習が開始

されている間に行った諸検査の結果、教員が入っても十分に無菌室内の清潔度が保てるということが明らかになった。また教員が入ることによって、学習意欲を持続させ、ストレスを軽減するという目的は、医療者側が当初予想していた以上に良い結果を見ることができたとの評価を得た。

このケース以降、分教室に在籍中の5人の小・中学生が、無菌室の中でも学習を継続するようになった。

3、事例報告

(1)子どもの様子と課題

本児は地元の小学校への入学直前に白血病を発病したため、清瀬分教室で入学式を迎えることとなった。その後、2学期いっぱいまでの8か月間、化学治療と自家骨髄移植手術を受け、退院・転校となった。現在は経過良好で元気に地元の学校に通学している。

学習面では、治療や体調の関係で、登校学習と床上学習をくり返していたが、理解力があり、学年相応の学力を十分に持っていた。また、アニメのキャラクターを描いたり、工作的なことがとても好きだった。性格面でも、明るく、クラスや病棟の友だちとも仲良くしていた。しかし、入院という制限の多い環境の中で、とりわけ自家骨髄移植を行うために無菌室に入っている間は、ストレスが大きく、母親の話では、甘えたり、わがままを言ったり、乱暴な態度をとることも多かったそうである。

(2)無菌室内での指導について

① 指導目標

- ・学習や遊びを通して、拘禁ストレスを軽減する。

- ・闘病生活への意欲を継続させ、生活にはりを持たせる。

② 指導体制

分教室では治療や体調の関係で登校してこ

られない子どもには、一日2時間(40分×2)床上学習(ベッドサイドでの学習)を行っているが、無菌室内での学習も同様に一日2時間とした。指導に当たる教員は、なるべく固定的にし、3名(クラス担任1名、床上担当2名)とした。3人の教員は、それぞれが国語(5時間)、生活と養訓(4時間)、算数(2時間)を担当し、時間割(表3参照)にそって入室した。

③ 医療との連携

- ・病棟での本児のBMTに際してのカンファレンスに担当者が参加した。

- ・入室の際の手順について医療スタッフより指導を受けるとともに、マニュアルのVTRを繰り返し見た。(うがい、手洗い、予防衣とキャップの着用、入室時の履き物の取り替え、滅菌手袋の使用、クリーンウォールの操作など)

- ・毎回入室前に本児の体調について、医療スタッフから様子を聞いた。

この他にも児童・生徒の共通理解を図ることをねらいとして、学校側と医療スタッフで、学期2回程度、定例の生活指導連絡会を行っている

④ 配慮事項

無菌室内に持ち込む教材は、あらかじめ消毒しなければならないので、少なくとも学習開始の約1週間前には全て準備し、チェックを受けなければならない。一次解除となり、部屋に持ち込むものや食べるものの基準がゆるめられるまでは、途中から室内に持ち込めないで、室内で行えそうなことを予想して、教材を多めに持ち込むことが大切である。また教材準備にあたっては、子どもの興味・関心を十分に把握していることが大きなポイントになるので、クラス担任以外の教員も、入室前から本児をより深く理解するために、学習や遊びの中でのコミュニケーションを大切に

にするよう心がけた。

(3)学習の様子と経過

本児は9月中旬から、約2か月間無菌室での生活が続いた。ここでは、おもに国語の指導時間を通してとらえた本児の様子について述べたい。

教員は、入室の2週間前から、本児が無菌室に入ることをどのように受けとめているのかを知るとともに、興味・関心を把握し、教材を準備していった。そして、本児の体調や興味に応じて、次の4段階の教材が必要であると考えた。

- ① 国語の教科指導が行える状態の時・・・教科書やワークなど
- ② 国語に関連する学習が行える状態の時・・・絵本や物語の読み聞かせ
お話日記、クイズなど
- ③ 興味があることならなんとか参加できる状態の時・・・工作、ビーズ細工、ゲームなど
- ④ 全く元気のない状態の時・・・本児が行ってほしいことを側で行う

入室後一週間ほどは、①の段階にあり、教科書の物語教材を紙芝居にすることができた。学習以外の時間は、これまで病棟ではできなかったファミコンに熱中したり、専用のビデオテレビで自分が見たいものをいつでも見れることに満足していた。しかし、週の後半からは次第に飽きてくる様子であった。

入室して2週間目に自家骨髄を入れた。体がだるくなり、途中から横になる時間が多くなってきた。学習は①から②の状況で、調子の良いときは家族のこと、幼稚園の思い出を話してくれた。

3日目から5日目までの約3週間ほどは、発熱、口内炎、扁桃腺炎、食欲が全くない状態が続き、自分から話しかけてくれることがほとんどなくなった。学習は③～④の状況で、

体調の良い時にビーズ細工など工作的なことを少し行う程度であった。ビーズの本を見ながら、教員に作ってもらいたいもの考えている時が、一番良い表情をしていた。しかし、教員に側にいて欲しいという気持ちはあり、「欠席」は一日もなかった。

食欲が全くない状態が続き、そのことが原因で母親にあたったり、わがまを言う場面が多くなっていった。一次解除になったら、病室に食べ物を持ち込めるようになったら、調理をしようと約束する。

5週目後半に、ようやく一次解除となる。入室の際、マスク、うがい、手洗いのみとなる。体調に波があるものの、次第に調子は上向きとなってくる。母親が来るまで、側にいて欲しいと教員を引き留めることが多くなっていった。学習は③～④の状況が続いた。口内炎もひどく、偏食と小食は続いていたが主治医の許可をもらい、無菌室専用の電子レンジでマドレーヌ作りをする。とても楽しみながら行うことができ、マドレーヌも驚く程良く食べた。家族にも食べさせてあげたいとの本人の希望で、次週にはケーキ作りも行う。無菌室を出た後、この時の様子を次のように作文に綴っている。(資料1)

7日目には、ようやく短時間部屋の外に出られるようになった。この頃から加速度的に、調子を取り戻し、自分から国語の学習に取り組もうとするようになった。そして無菌室に入室から実に50日目、ようやく無菌室を出て個室に移ることができた。

(4)考察と課題

小学部低学年の本児にとって、学習への意欲は、体調との関連がとて大きく、無菌室に入ってから一週間ほどは何とか国語の学習が行え、治療への意欲も見せていたが、白血球が低下した頃から著しく体調が悪くなり、横になっている状態の時が多くなってきた。入室から1ヶ月が経過し、骨髄が回復し始め

たところから体調が良くなり、それに比例して不思議なほど学習意欲もわいてきた。体調に応じた指導を行えるよう、あらかじめ子どもの興味や関心を理解した上で、教材を準備しておくことが大きなポイントであることが分かった。

無菌室内で学習を行った時、一番大きな課題となったのは、体調が悪い時に教員はどのように接したらよいかということであった。このケースにおいても、高熱や口内炎等で、かなり体調が悪い時でも、部屋の中に教員が入るよう求められ、一日の「欠席」もなく学習は継続された。文字を見ることも、しゃべることも、話を聞くことも、頷くことさえ辛そうな状態の時でも、教員にそばにいてほしいという本児の気持ちは伝わってきた。体調が悪い時、教員に何をしてほしいかを尋ねると、ビーズで動物やミサンガを作りたい（作ってほしい）ということであった。無菌室を出たあとの口頭作文で、本児は次のように述べている。

「ビーズ作り

さるは、熱が高い時に作りました。サソりは、口内炎でしゃべれない時に作りました。『サソりが 口の中のバイ菌をやっつけてくれるといいね。』と先生がいました。』

この作文から、自分ではほとんど作ることができなかった作品を、本児は自分が作ったと思っていることに気づかされた。無菌室での学習のねらいを、どれだけ達成できたかを考えたとき、そのポイントになるのは、子どもを事前にどれだけ深く理解しているかという点であり、その時の体調や興味に応じて臨機応変に教材を工夫しながら、時には本人に代行して対応していくことであることがわかった。

本ケースの指導には、3人の教員がローテーションを組み、時間割に沿って入室した。予防衣の着用や消毒などに時間がかかってしまい、入室している時間はどうしても短くなる

という欠点はあったが、ローテーションを組んだことでの長所も多かった。本児の様子を教員間で話し合いながら学習を行えたことで、教員も精神的に安定した状態で子どもに接することができたと思う。また子どもにとっても、それぞれの教員に役割を与え、コミュニケーションに変化を付けていた面も見られるなど、単調で一層狭くなりがちな生活に広がりを与えることができたように思われる。

家族へのサポートに関しては、十分な時間はとれなかったが、なるべく母親と話すように心がけた。母親は、「午前中、学校の先生が来てくれるから本人も安定していたし、妹の世話や家事をすることができた。もし学習が無かったら、両親のどちらかがずっと付きまきりの状態になっていたと思う」と話していた。学習中に作った作品で家族と遊んだり、その時の様子を話しあったりすることで、隔離された生活に活気を与えることになった。家族にとっても、無菌室での学習保障は、精神的な安定を支えるうえで大きな意味があったと感じた。

本児は、その後の経過も良好で、現在地元の小学校に元気に通学している。母親の話によると、本児にとって無菌室の中でも頑張ったということが、今なお大きな自信となっているとのことであった。

こうした無菌室の中での学習保障を行えた背景には、まず第一に医療スタッフの教育への期待と信頼の大きさがあげられる。そしてその根底には、入院中の子どもと学校・教員の距離の近さがあるように思う。これからも、清瀬分教室は、医療者との連携を大切に、病気の子どものニーズに応じた柔軟できめ細かな教育的対応のあり方を探求しつつ、病気の子どもの関病意欲を積極的に支える役割を担っていきたいと思っている。

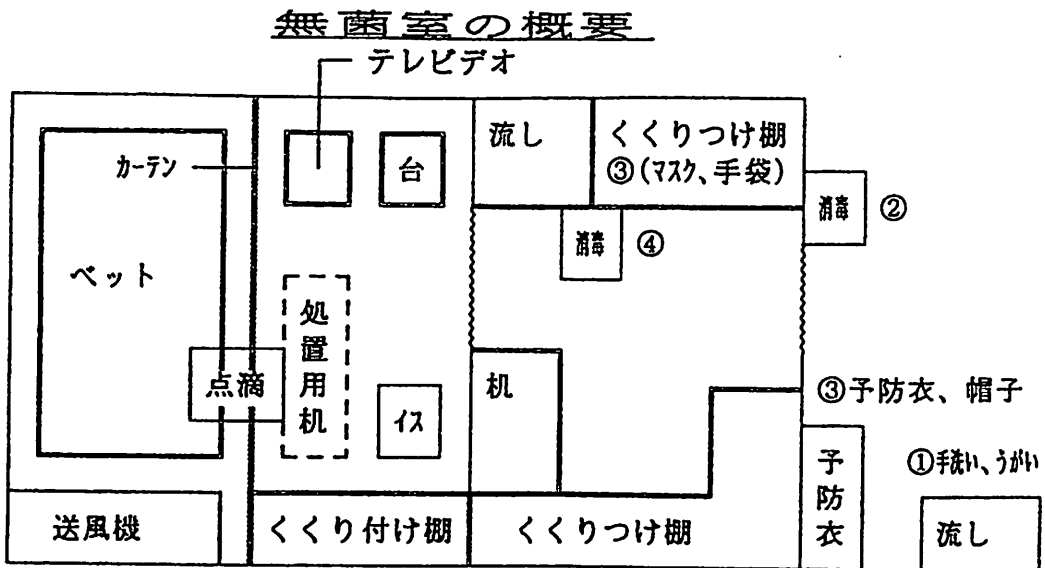
表1. 清瀬分教室病類別児童・生徒数（平成8年5月1日現在）

病名	結核性疾患		腎疾患		腫瘍		血液疾患		骨疾患		代謝異常		膠原病		心疾患	その他疾患 (内訳)		計
	肺結核	その他の疾患	腎不全	ネフローゼ	白血病	その他の疾患	再生不良性貧血	その他の疾患	ペルテス	その他の疾患	糖尿病	肥満	その他の疾患	リウマチ	エリテマトーデス	その他の疾患	ゼ血症 低アルカリフォスター 無酸素脳症	
小	2		2	1	2	2			3	3							1 1	1
中				1	1	2					1		1					6
計	2		2	2	3	4			3	3	1		1				1 1	2

表2 清瀬分教室病類の変遷 5月1日現在

年	結核	非結核								合計	
1965(昭和40)	7 1	1 4								8 5	
		骨疾患	泌尿器疾患 腎疾患 ネフローゼ	気管支喘息	代謝異常 糖尿病等	心臓病	膠原病	血液疾患 出血性疾患	白血病肉腫	その他	合計
	2 4		1 1	5		1				4 1	
1975(昭和50)	4	3	7			1	2		2	1 9	
1980(昭和55)	9		1 3		3		3		3	5 3 6	
1985(昭和60)	1 1	4	6		4		2		6	3 3	
1988(昭和63)	7	7	5		5				1 4	3 8	
1990(平成2)	2	7	7	1	1		1	8	4	3 2	
1992(平成4)	2	7	1 1		1		1	2	5	1 3 1	
1994(平成6)	4	5	5		1		1		8	3 3 0	
1996(平成8)	2	6	4		2			7	1 1	2 3	

図1



※無菌室出入りの手順①から④

表3 時間割

	月	火	水	木	金	土
1校時 9:15～9:55	生活		国語	国語	生活	算数
2校時 10:05～10:45	国語	算数	生活	算数	国語	
3校時 11:00～11:40		国語				養訓

資料1

いしょくべやで楽しかったこと

一年 A

さいとうせんせいといっしょに、いしょくべやで ちょうりをしました。
はじめにつくったのはマドレーヌで、二かいめはおおきなケーキをつくりました。マドレーヌは、ホットケーキのもとに ギューにゅうと バターとさとうをいれて、かきまぜました。スプーンで、かたに入れてレンジでチンしました。かい(貝)のかたちにくらみましました。口内炎ができていたけれどムシャムシャたべました。

ケーキをつくったとき、たまごをあわだてきでかきまぜると、フワッとせっけんみたいになりました。なまクリームをつくったとき、いっぱいなめました。あまくって、おいしいあじがしました。かんとぶさんや せんせい(医師)がいっぱいみにきました。〇〇せんせいが いちばんたべたそうなかおをしていたので せんせいにもあげました。あとでせんせいが、「おいしかった。」といいました。ぼくは おおきいの一こぐらいたべました。ぼくは けーきをたべるよりもつくるほうが たのしいとおもいました。

追悼 船川幡夫先生のご逝去を悼む



略歴 大正3年11月7日出生（兵庫県）
昭和7年3月 東京府立第一中学校卒業
11年3月 北海道帝国大学予科医類卒業
15年3月 同大学 医学部医学科卒業

19年11月 同大学 生理学教室助教授
20年6月 医学博士（北海道帝国大学）
21年12月 国立公衆衛生院母子衛生学部
27年7月 アメリカ留学（15ヶ月）
33年2月 公衆衛生院乳幼児衛生室長
43年10月 東京大学教育学部教授
50年4月 東京大学定年退官
日本女子大学家政学部教授
58年3月 同大学定年退職
62年4月 二葉栄養専門学校校長（6年）
平成3年11月 勲3等瑞宝章受章

◎審議会等

○教育課程／保健体育 各審議会委員（文部省）
○医療関係者審議会／保健婦・助産婦・看護婦
審議会／公衆衛生審議会各委員（厚生省）他
○関東学校保健学会会長
○日本小児科学会他 関係学会名誉会員

会長 加藤 安雄

先生は、平成8年3月27日、肝臓癌のため1か月余の療養の末、安らかに忽然と逝去されました。葬儀は30日に、鎌倉の建長寺の管長により世田谷区の円泉寺で小雨降る中しめやかに執り行われました。

法名は医王院で始まり、溫和居士で結んであり、先生のお人柄そのまま、黄泉に在られても末永く子供を見守って行かれるものと思います。

先生のご生涯は、子供の心身の健康のために捧げられ、そのための仕事として厚生、文部行政に深く関わられ、さらに東京大学、日本女子大学で教鞭をとられた外、国の重要な審議会において大変な活躍をなされました。

文部省関係の審議会等の委員としては、教育課程審議会委員として特殊教育諸学校の教育課程の作成に当たられたほか、病弱養護学校学習指導要領作成協力者会議の主査として、今日のものをお作りいただきました。

した。

先生は、病弱の子供の医療、教育についてのご関心が特に強く、全国病弱虚弱教育研究連盟の研究会では、度々ご指導をいただき、この面の著書も多数に上っています。

特に、昭和62年6月20日には、発起人代表として、日本育療学会創立の旗揚げをされ、審議を重ね、平成6年5月29日、本会を設立することとなりました。

設立間もないこの会は、先生のご指導によってこれからが本番の活動をしなければならないと思っている矢先に大黒柱を失い、途方にくれています。

ことここにいたり、残された役員一同、力を合わせ、先生のご遺志の実現を目指し、鋭意努力を重ね、先生からいただきましたご恩にお報いいたたくと思っています。

先生！いつまでも心の支えをお願いします。

船川先生を慕う

全国病弱虚弱教育研究連盟 元理事長 井戸川 真則

叙勲された記念にいただいたテレホンカードと、学会発行「育療—第2号」がテーブルの上に置かれています。先生のお遺しになった貴重な品です。一つは、社会・国家のため研究を重ね、特に医学の高度な教授にあられたご功績のあかしと、病弱教育の発展と指導にあられた玉稿の集大成とも謂うべきお辞です。

まだ文部省に課が設置されず、辻村先生が室長で、病弱虚弱教育の調査官が中川先生であった頃から、船川先生のご指導を受け、良き師とし、最高の良き友人としてご交誼を頂きました。未来指向の、素晴らしい学者ぶらない好紳士でした。

文部省で研究調査委員会などがあります時は、いつもにこやかに逢見を述べられ、将来の発展への方向を示され、現場の私共はドキッとさせられたりしたものでした。こんな会議が終わりますと決まって先生は私にサインを送られます。そこで「一杯！」というサインです。

ある時、文部省近くの居酒屋でのことです。アルコールをあまりおのみにならない先生が、いざお帰りと言うことになりましたら——「靴は？」「カバンは？」と申され、それに足元がどうも変なのです。「誰か、先生をお宅まで」ということでお送りしたことを思い出します。後日、「あの日は暑かったからね。ビール一杯分多かったかな」と笑っておられました。庶民的な一面を拝見して、親しみを一層深めました。

昭和46年の2月のことでした。文部省の加藤先生から、「全国の病弱児の医療費について至急調査報告あるよう」に、お電話がありました。その頃、愛媛県で医療費が高かつ

き、胃炎・ネフローゼの児童・生徒の十人位が亡くなっている、との情報が文部省に入り、加藤調査官が腐心、悪戦苦闘中でした。私は、加藤先生のお電話にご承諾はしたものの、のんびり一服していました。そんな折、又々電話です。船川先生からのものでした。「大至急資料を作成して送るよう」との厳命でした。私の煮え切らない態度に疑問を感じられたのか、三度目の電話です。今度は又、加藤先生からでした。

「ゆっくりかまえられては困るんだ。あと二日しかないんだ。」これもまた緊迫感あふれるお言葉でした。

「ようし」と、二人の職員の方の手伝いを得て徹夜で取り組みます。次の日の午後には、議員秘書の方を側らに居ていただいたの集計です。出来上がった資料を秘書の方が文部省に届けたようです。厚生省特定疾患研究費（46・4施行）のときのエピソードです。

船川先生は表のお仕事だけでなく、こんな裏方のお仕事にも全力を注がれました。

あのこと、このことが想い出されます。先生が病弱教育にお尽くしく下さいましたことが、現在大きな花を開き、今後とも更に光を増していきますこと必定です。

船川先生！私人として公人として、本当にお世話になりました。一文を草し、先生のみたまに対し、謹んでお礼の言葉を申し述べさせていただきます。先生の御徳、御業績は、永久にこの国に光輝くであります。

船川幡夫先生を偲んで

日本の健康教育、小児保健、学校保健、病虚弱児教育の領域で確固たる足跡を残され、各領域を代表する実績と風格を備えられた船川幡夫先生が急逝された。健康教育の指導的立場におられたと同時に、ご自身の健康に対しても日頃から注意深く配慮なさっていたと推察されるだけに、運命の意外さに驚かされる。いつまでも健康を失われないという錯覚を抱かせるものを持っておられたということであろうか。お世話になった者の一人として、今このような形で船川先生へのお別れの言葉を述べなければならぬことになるとは思ってもみなかったことである。

私事で恐縮であるが、先生に初めてお目に掛かったのは学生時代の後半で、専門課程に進学した昭和44年である。教官3名、院生・学部生合わせて十数名の小世帯で、和気あいあいとした雰囲気の中で約4年間を過ごさせて頂いた。

昭和40年代半ばといえば、大学紛争の真只中であって、大学関係者は誰もが小なり大なりそれぞれの考えを巡らし試行錯誤を重ねていた時期であり、色々なことが重なって目まぐるしく時が過ぎたことが想い出される。個々の問題について学生たちと話し合われた内容は覚えていないが、こういう風に混乱している方が正常なのではないかなと言われ、悠然としておられた。若い学生の立場では思い及ばないご苦労もあって、あの時期に少しは寿命を縮められたのではないかとも思う。

教室全体の自由な学習会が週1回あり、教官や上級生とのふれ合いを通じて研究の一端を学ぶことができた。いつも穏やかな口調で理路整然と話をされた。物事を断定されることはなく、要所要所で間違った方向へ行かないように指摘はされ、可能性を後に開いておかれたという印象が残っている。

野尻湖や戸田での合宿では、古式泳法を披露される一面も持っておられた。また、お誘いすれば学生たちと卓球やテニスを楽しまれた。ゼミでは施設見学の機会を組み入れられ、島田療育園、寄居養護学校他数ヶ所に連れて行って下さった。野村和雄氏（現・愛知教育大学）と私はその常連であった。思い返してみると、その頃の有形無形の教育がインプットされて現在に至っているようにも思える。

先生は自由な気風を大切にされた。研究テーマの選択は学生に任せられ、一切の制限を設けられなかった。このことは、先生ご自身の健康観が、健康には個人ごとに個性があり、年齢や時代によって推移するものであり、個人の内部環境から外界、家族、地域社会等全ての影響を受けつつ生成発展するという、大変広い立場に立たれたものであることと関係があるように思われる。自由であり過ぎるのも何をすればよいのか分からず、当時は困った記憶があるが、昨今の風潮と考え合わせてみると、やはり貴重なことだったと思う。

不肖の門下生であった私は、自由な気風をいいことにして学生時代は勿論のこと、その後もずっと自由を志向し続けている。そのため先生のご期待には程遠い有様になってしまったことをお詫び申し上げるとともに、いつもの温顔でそれも許して頂けるのではないかと勝手に想像している。

先生のご冥福を心からお祈り申し上げます。

合 掌

京都教育大学 岡 茂

入院中の慢性疾患児とその教育

船 川 幡 夫*

1. 病弱虚弱教育とその歴史

わが国においては、病弱虚弱児（以下病弱児と略す）そのものをとりあげての教育は、明治の末ころから開始されていたようである。その当時の教育は、東京市などの例にみられるように、主として虚弱児を対象として、短い期間、自然環境の中で休暇集落とか、夏期集落というようなかたちで実施されていた。大正のころになり、結核への関心のたかまりとともに、虚弱児だけでなく、結核児に対しての教育がすすめられるようになり、神奈川県白十字学園、千葉県の一宮学園といった施設で学校教育に準じた教育が行われるようになり、また、東京市の鶴巻小学校のように、普通学校に養護学級を設けて、個人指導を中心とした教育を行うところもでき、大阪市をはじめ各地方で同様の教育を行う施設や学校もぼつぼつとできてきた。

戦後にいたり、新しく制定された憲法第26条に、教育を受けることが国民の基本的な権利の一つとしてとりあげられ、さらに、教育基本法の第3条には、教育の機会均等の原則に立って、「……ひとしくその能力に応ずる機会を与えられなければならない……」ことをうたっている。また、学校教育法第71条では、心身に故障のあるものに対しても、普通学校に準ずる教育を行い、併せてその欠陥を補うために必要な知識、技術を授けるとし、さらに、第75条では、特殊学級設置の規定の中に、疾病により療養中の児童および生徒に対して、特殊学級を設け、または教員を派遣して、教育を行うことができるなど心身障害児に対する教育のあり方を示している。

虚弱児や結核児が中心であった病弱児教育も、その後、対象となる病弱児の病類も変化を

みせながら、養護学校をはじめ、病弱児に教育を行うための施設も次第に増加していった。すなわち、少年保養所、国立療養所などに病弱児のための特殊学級が設けられるとか、北九州の白野江（後の門司養護学校）養護学校、千葉県の一宮学園、兵庫県の上野ヶ原養護学校、大阪市の貝塚養護学校など各地域で次々と設立されていった。

一方、社会における心身障害児に対する認識の深まり、医学の進歩、さらに、地域における小児専門医療機関の増加などにより、教育の対象となる心身障害の内容も変化してきた。とくに、その障害の多様化、重度化とともに、重複障害の増加などが注目されるようになってきた。

このような状況をふまえて、文部省でも、昭和34年の「特殊教育の充実振興について」の中央教育審議会の答申、また、44年3月の「特殊教育の基本的な施策のあり方」をはじめとして、50年3月の「重度・重複障害児に対する学校教育のあり方」、53年8月の「軽度心身障害児に対する学校教育のあり方」など、次々と発表された特殊教育に関する研究調査委員会の報告をとり入れながら、54年度の都道府県の養護学校必置の義務制など、病弱児の教育に対する一連の施策もすすめられ、今日にいたっている。

2. 病弱児の実態

病弱児の実態を正確に把握することは仲々困難なことである。しかも、長期に亘って医療、あるいは生活上の規制を必要とする子どもの実態は、当然、医学の進歩、地域における医療機関の状態などによっても変化している。

虚弱といい病弱ということは、医学的な専門用語とはいえ、むしろ、何かの原因でからだ

*日本小児保健協会名誉会員 元東京大学教育学部

が弱いという一般用語ともいえる。したがってその内容もいろいろのものが含まれる。行政の立場からは、厚生省では、虚弱児療育施設に収容する児童の基準として、昭和23年5月には、虚弱児にみられる特徴、症状などを12項目にまとめている。一方、文部省では、28年「身体虚弱児童生徒の健康指導の手びき」でも、身体虚弱者の定義を示すとともに、虚弱児にしばしばみられる徴候または状態を6項目にわけて示している。これらは、表現こそ異なっているものの、いわゆる「からだのよわい子」として共通のものをとりあげている。

戦後、虚弱児や結核児を対象として始まった病弱児の学校教育も、次第に対象とする疾患も多様化し、昭和32年ころには、療養所などで治療を受けている心臓疾患、腎臓疾患、呼吸器疾患などの慢性疾患が多くなり、次いで、文部省では36年に、養護学校における教育対象としての病弱児の故障の程度を、学校教育法施行令第22条の2によって、以下のように規定した。

- 1) 慢性の胸部疾患、心臓疾患、腎臓疾患等の状態が6か月以上の医療または生活規制を必要とするもの（病弱者）
- 2) 身体虚弱の状態が6か月以上の生活規制を必要とする程度のもの（虚弱者）

そしてその教育的措置として、37年初等中等教育局長通達によって次のように示された。

- (ア) 施行令の表の病弱者の項第1号に規定する程度の病弱者は、養護学校において教育すること。ただし、就学する学校のないところにあつては、養護学校が設置されるまでの間(昭和54年) 特殊学級を設けて教育すること。
- (イ) 慢性疾患の状態が6か月未満の医療を要する程度の者は、その状態に応じて療養のために必要な期間、学校において学習しないよう指導するか、または、普通学級において留意して指導すること、なお、病院などにおいて療養中の者は、特殊学級を設けて指導することは差支えないこと。
- (ウ) 慢性疾患の状態が6か月未満の生活規制を必要とする程度の者は、必要に応じて、特殊学級を設けて教育するか、または、普通学級において留意して指導すること。

一方、この間、教育対象としての心身障害児

の調査の中での病弱児の実態は、昭和29年度の文部省の調査（小学校、6県抽出、悉皆調査）によれば、身体虚弱者の出現率は0.84%であり、同年の学校衛生統計による身体虚弱病弱者の出現率は1.35%であった。次いで、42年度に行われた調査（小・中学校において心身に障害があるか、または、その疑いがあるとされ、教育上特別の取扱いを要するとされたもの）によると病弱者は、学齢期の児童生徒の0.49%と推計されている。病弱をどのように定義するかによっても大きな差が生ずるものである。

また、42年に全国の72施設の病弱養護学校、特殊学級に在籍している病弱児3,191名の病類は、肺結核61.7%、進行性筋萎縮症10.1%、骨関節結核7.7%、腎疾患4.2%、喘息3.4%、心疾患1.7%その他であり、結核性疾患が70%を占めていた。その後、全国病弱虚弱教育研究連盟で60年に行った類似の調査によれば、気管支喘息など呼吸器疾患23.1%、慢性腎炎、ネフローゼ症候群など泌尿器疾患13.3%、てんかん、器質的脳疾患、神経症など11.6%、進行性筋ジストロフィーなど運動器疾患9.6%、虚弱、肥満など8.7%、骨・関節疾患、ペルテス病など3.9%、血友病、白血病、紫斑病など2.5%、膠原病、リュウマチ性疾患など2.1%、糖尿病、内分泌疾患など2.1%、ウイルス肝炎など消化器疾患1.1%、肺結核など0.5%などとなり、病類の大きな変化がみられる。このことは、船川、野村が行った病弱養護学校在籍の児童生徒の追跡調査によっても、結核の減少に対して、慢性腎炎、ネフローゼ症候群、および気管支喘息の明らかな増加が示されている。

3. 小児科病棟入院中の慢性疾患児の実態

一方、現在、医療機関に入院し、治療を受けている慢性疾患児については、日本小児保健協会健康教育委員会小委員会の平成5年度の全国の医科大学付属病院小児科病棟、小児病院、総合医療センター小児病棟における調査結果によれば次のようである。

幼稚園を含めての教育対象年齢として、3～17歳計510名について、その診断名をみると極めて多岐にわたっているが、便宜上、厚生省児童家庭局の小児慢性特定疾患調査の分類に準じ

て集計すると以下のようであった。

悪性新生物 (48.6%), 慢性腎疾患 (12.7%), 神経・筋疾患 (9.8%), 膠原病 (6.9%), 血友病等血液疾患 (5.5%), 慢性心疾患 (5.1%), ぜんそく (1.96%), 糖尿病 (1.6%), 先天代謝異常 (1.6%), 内分泌疾患 (0.8%), その他 (5.5%) となっていて、多少時代的な変化や分類方法の相異はあるとしても、養護学校等で現に教育対象となっているものとは、病類がやや異なっている。

今回の調査の対象となった55大学について、病弱養護学校と直接結びついているものを含めて、訪問学級または院内学級を有するものは、21大学 (38.2%) にすぎず、残りの34大学 (61.8%) はとくに病弱児に対しての教育は行っていない。一部には、自主的にボランティアによる家庭教師的なサービスを行っているところもあったが、はっきりと教育を行っているとはいえないところが60%あまりという実態であった。この結果は、山下らの調査結果ともほぼ同様であった。

また、対象となった病弱児のうち、小・中学校および高等学校年齢の6～17歳にしばってみると426名であり、そのうち教育をうけているものは126名 (29.6%) にすぎず、のこりの300名 (70.4%) は、教育からみはなされながら病院生活を送っているという現状であった。

さらに、教育をうけているものを病類別にみると、悪性新生物 53名 (42.1%), 慢性腎疾患 20名 (15.9%), 膠原病 12名 (9.5%), 慢性心疾患 10名 (7.9%), 神経・筋疾患 9名 (7.1%) などとなっている。また教育をうけていないものについては、悪性新生物 159名 (53.0%) と最も多く、次いで、慢性腎疾患 34名 (11.3%), 神経・筋疾患 33名 (11.0%), 血友病等血液疾患 19名 (6.3%), その他 20名 (6.7%) となっており、病類によつての多少の相異がみられる。

病類、病状などによつて、教育を行うにあつての難易は考えられるとしても、健常児がすべて教育の対象となっているのに比して病院で療養生活を行っている慢性疾患児の70%が教育から見放された生活を送っているということは驚くべきことである。

4. 慢性疾患児と教育

学齢に達した子どもはすべて教育の機会のあるべきことは、国民の基本的権利であることはいふまでもなく、このことは、当然、慢性疾患児にもあてはまることである。

同時に、このような子どもに教育を行うことは、病弱児やその親たちの共通した念願であるとともに、好ましい教育を行うことがその子どもの生涯にわたつての生きがいと希望をもたせるためにも必要なことである。このことは、疾患の治療にまさるともおとらぬ社会の責任でもある。

それにもかかわらず70%の慢性疾患児が教育から除外されているという現実は何故だろう、山下らの調査によれば90大学病院小児科で、病院学級などを設置していないところは61か所で、その必要はないと回答したところは、比較的少なく19.7%であり、あつた方がよいとは考えているが設置をあきらめているところが42.6%もあり、努力はしたが設置できなかったが29.3%であつたという。われわれの調査によつても、医療側の意見として病弱児の教育の必要性を理解しているものが多かつたにかかわらず、現実的には教育が十分に行われていないことは、その実施を妨げている何らかの要因が存することであろう。

ここでは、とくに、① 学籍変更の問題 ② 訪問教育の問題 ③ 病弱児の考え方の問題 について考えてみたい。

1) 学籍変更の問題

わが国の公教育は、6～15歳の対象児にその居住している市区町村を基本として、保護者に就学の義務を課している。病弱児についてもこの原則のもとに、現在居住している市区町村で設置する学校の学級、あるいは、都道府県で設置する養護学校で教育をうけることとなる。

近年における医療の広域化に伴つて、第三次医療を担当する大学病院などは、地域医療とは別にそれぞれ専門化する傾向にある。したがつて慢性疾患児は必ずしも居住地とは関係なく、疾患それぞれに必要な治療をうけるべく、居住地を離れて専門の医療機関に入院し治療をうけているものが多い。今日では、もはや、居住地

にこだわって入院施設が考えられる現状ではなく、入院施設は、居住地とは関係なく、疾患の治療の必要性によって選ばれているといえる。

入院にあたって教育をつづけるための学籍変更の手続、入退院を繰り返す場合の手続、さらに、軽快、あるいは、小康を得ての原籍校への復帰の際の手続の繁雑さが、入院中の慢性疾患児が教育をうけることを妨げている一因となっている。

制度上はこのような学籍変更の際の手続きも具体的に示され、また、地域によってはその手続きを簡素化するための手段を講じているところもある。居住地がどこであっても、また、入院している医療機関がどこであっても、そのための学籍変更の手続がもっと簡単に行われ、安心して院内での学校教育がつけられるような制度が生れてくることは、慢性疾患児の教育のために是非必要なことであろう。

2) 訪問教育の問題

特別活動、あるいは交流教育など教員の指導のもとに、学校外で教育の行われる一部の教育形態はあるとしても、学校教育は、学校で行われるのが常識でもある。すなわち、子どもが、学校へ登校し、資格をもった教員に教育をうけるという形態が原則である。したがって、心身の状態が病弱とか、発育不完全などの理由によって就学が困難な場合には、保護者の子どもに対する就学義務を免除あるいは猶予することができることになっている（学校教育法第23条）。かつては、このようにして就学免除、となっていた子どもが、1万名近くみられたこともあった。そして、その中の20%近くは病弱であることが理由となっていた。

その後、昭和50年の特殊教育の改善に関する調査研究委員会の「重度・重複障害児に対する学校教育のあり方」の報告による基本的考え方にもあるように、障害がいかに重度であり重複している場合であろうとも、もとより教育基本法に掲げる目的の達成を目指した教育は行われるべきであり、必然的に教育の場の多様化がもとめられ、そのためにも、学校教育の一つの形態として、心身障害のため家庭をはじめ、医療施設、児童福祉施設に入っているもので通学の

困難な子どもに対して、学校から教員を派遣して教育を行うために訪問教育（訪問指導）を強化すべきであるとしている。

このことは、従来の固定的な学校教育の形態に一石を投じたものであり、子どもの存在する場所へあまねく学校教育が赴くという画期的な変革であったといえる。このことと、就学指導委員会の適正な活動、各地域における養護学校の整備などとあいまって、今日では、やむなく就学免除となっているものは、200名足らずとなっている。そしてその中の1/4程度が病弱・虚弱の理由によるものとなっている。

入院中の慢性疾患児についても、報告の中でとりあげているような重度・重複障害の概念とは、やや趣をことにする点もあるとはいえ、原則としては、このような基本的な考え方があてはまるものであり、その教育形態は訪問教育が中心となることであろう。ただ、教育の内容としては、病類、病状などによって異なるとはいえ、重度・重複障害児と異なり、ベッドサイドにおいて個別に養護・訓練を中心とした教育に止らざるをえないものから、小集団であっても普通学校での教育に準ずる教育を行うことが可能であるものも多く、その幅もひろい。また、原籍校への復帰の可能性をもったものも多い。さらに、教育を行うこと自体が子どもにとっては、はかり知れない人生への希望をもたせるものであり、とすれば、長期の療養のため前途に対して悲観的となり、生活が自暴自棄におち入りやすいことを考えれば、健常児と同じような教育が受けられることは医療とならんで慢性疾患児に対する重要な激励であり、大切なサビスであるといえる。

訪問教育は、対象となる子どもの在籍する養護学校の教員が行うことが原則になっている。したがって子どもは、原籍校から離れて、病院所在の地域の養護学校に移籍を行うこととなり、このことが、学籍移動の問題に結びついている。

さらに、訪問教育は基準として、学級編成の場合には5名を標準とし、年間35週以上、週あたり4時間程度（週あたり2時間ずつとして2日）を原則としている。当然のことではあるが、対象児のひとりひとりの状況に応じて教育内容

は弾力的に行うように配慮することが大切である。

いうまでもなく、病院は医療機関であり、そのための設備はととのえられている。しかし、訪問教育を行うための設備、教材、教具などの用意は不十分であり、また、そのための予算措置もとられていない現状である。慢性疾患児の教育の必要性についての病院側の一層の理解を深めるとともに、教育を行うための場所、設備の充実と教育内容を子どもの実態に即して質の向上をはかることが必要である。

3) 病弱の考え方

病弱といふ虚弱といふその内容は前述のようにきわめてあいまいである。文部省でしばしば引用される定義に

「身体虚弱者とは、先天的または、後天的原因により、身体的諸機能の異常を示し、疾病に対する抵抗力が低下し、あるいはこれらの現象が起こりやすく、そのため学校や幼稚園に出席するのを停止する必要は認めないが、健康者と同じ教育を行うことによって、健康を障害するおそれのある程度のものである」

「病弱者とは、疾病が長期にわたっているもの、または長期にわたる見込のもの、すなわち一過性でなく慢性の疾病を持ち、医療または、生活規制を必要とするもの」としてその程度を示している。

また、教育上特別な取り扱いを要する児童・生徒の教育措置として、病弱児については、疾患の状態が6か月以上の医療あるいは生活規制、虚弱児については、虚弱の状態が6か月以上の生活規制を要するものなど、何れも規制に要する期間によってわけている。

虚弱児、とくに結核児を中心としてはじめられた病弱教育は、その医療面からの処置も限られていた。すなわち、成人の結核に対すると同様に、適切な栄養、安静、規則的な生活を行うために、居住地から離れた高原など清浄な大気の中で療養生活を送ることであった。そして病状の変化を体温、血沈、自覚症状などで評価しながら長期間の入院生活が余儀なくされていた。

このようなころには、病弱の状態を学業との関係で連続して6か月という期間をもって程度

を考え、事実6か月はおろか何年も療養生活をつづけなければならない事例もあった。近年になり、医学の進歩により、結核のみならず、他の病類にしても、長期にわたって入院をつづけるものだけでなく、治療のために短期間の入退院を繰り返すものも多くなり、1回の入院こそ短期間であっても、累積すればはるかに6か月をこえているようなケースも増加してきている。

このような点を考えれば、医療あるいは生活規制に要する期間を基礎として、病弱の程度を示すこと自体がナンセンスとなってきている。学校教育法施行令第22条の2による病弱の程度も再検討を必要とする時期にきている。

5. ま と め

慢性疾患児とその教育について、わが国の病弱教育、とくにその制度上の推移について概説し、さらに、近年における病弱養護学校等にて教育対象となっている子どもの病類の変化について述べた。

次いで、慢性疾患児に対する大学付属病院小児科など専門的な医療機関と、そこに入院している慢性疾患児の実態とその教育の現状を調査し、学齢期にありながら学校教育の対象となっていないものがおよそ70%もあることを指摘した。

これらの病院において教育を行うことを妨げているおもな理由として、次の3点について論述を行った。

(1) 学籍変更の問題について

現在の制度の下で必要な学籍変更の手続きにつき現実に即した簡素化をはかること。

(2) 訪問教育の問題について

病院内での教育としての訪問についてその内容の検討と、実施のために必要な病院側の条件整備を行うこと。

(3) 病弱の程度について

病弱の程度を示す基準（学校教育法施行令第22条の2）を今日の慢性疾患児の実態と、治療方法の進歩などに対応して、再検討を行うこと。

なお、この論説を記すにあたって、日本小児保健協会、健康教育委員会の「慢性疾患児の学校教育に

関する小委員会（船川幡夫，前川喜平，永峯 博，松井一郎，飯田澄美子，瀬谷美子）における検討結果をもとにして，船川が私見を加え，慢性疾患により入院している子どもたちのすべてが学校教育から見放されることのないようお願いしつつ，ここに論説をこころみたまのである。

主な参考資料および文献

- 1) 文部省 特殊教育百年史 1978 東洋館出版
- 2) 文部省 病弱教育の手びき(上)1966 坂根商店
- 3) 文部省 病弱教育の手びき(病理保健編)1981 慶應通信
- 4) 文部省中央教育審議会 答申「特殊教育の充実振興について」1959
- 5) 文部省特殊教育に関する研究調査委員会報告「特殊教育の基本的施策のあり方」1969
- 6) 同 上「重度・重複障害児に対する学校教育のあり方」1975
- 7) 同 上「軽度心身障害児に対する学校教育のあり方」1978
- 8) 全国病弱虚弱教育研究連盟 病弱教育対象児の疾患等の実態 1985
- 9) 文部省初等中等教育局編 養護学校教育の義務制に関する法令・通達集 1979
- 10) 文部省初等中等教育局編 特殊教育 No. 21 訪問による指導 1978 東洋館出版
- 11) 同 上 特殊教育 No. 51 特殊学級における指導 1987
- 12) 教育と医学の会編 教育と医学 慢性疾患児の学校における生活指導 39(6):1991 慶應通信
- 13) 東京都教育庁体育部学校保健課編 心身障害児童・生徒の保健管理と指導(肢体不自由及び病虚弱) 1981
- 14) 船川幡夫 これからの特殊教育 学校保健研究 136, 1971
- 15) 船川幡夫，野村和雄 病虚弱養護学校在籍者の追跡的調査研究(第1報～第4報)学校保健研究 167, 171, 172, 176;1973, 1974, 1974, 1974
- 16) 山下文雄，村上龍夫，高橋和子，鶴本容子 病院学級の現状と問題点：小児慢性疾患児のQOLをあげるために. 研究委員会報告
- 17) 福士貴子，松井一郎，谷村雅子，小林 登：小児がん長期生存患者と治療期間中の教育措置問題. 小児がん 28(1):1990
- 18) 重田精一：慢性疾患をもつ子どもと学校教育からだの科学 172:1993
- 19) 日本小児保健協会健康教育委員会小委員会報告：全国医科大学における慢性疾患長期入院小児と教育の現状—小児病棟入院慢性疾患実態調査より—. 小児保健研究 53(1):1994



欧州特殊教育視察研修

—その3— (1995年8月21日～30日)

国立療養所足利病院 心理療法士 佐藤 栄一

前回のスウェーデンに続き、最終回の今回はオランダの病弱特殊学校、アンダーアチーバ特殊学校について報告します。

オランダの教育システム

義務教育は5歳(4歳)～12歳が初等、13歳～16歳までが中等教育となっています。義務教育年限であっても留年は当たり前のように行われています。その後に18歳までは何らかの形で教育を受けなくてはならず、これはフルタイムの学生でなくともパートタイムの教育でもかまいません。なお、最近では4歳就学が増え始めています。

以前の中等教育は初等教育終了の時点で各自が将来何になりたいかにより専門の教育を受けるようになっていました。そのため多種多様な職業教育の種類がありました。しかしこの方針を改め、初等教育終了時に将来的なものを決めるのではなく学校を統合し最初の2、3年は均等な教育を行いその後に希望のコース(科)に分かれ将来的なことを決めるようになってきました。

1 特殊教育

普通教育が受けられない子どものために特殊学校があります。視察先のハーレム市では特殊学校は以下の8種類で30校あります。

- 知能には障害はないが何等かの理由または原因不明で授業についていけないアンダーアチーバー (LOM)
- 軽度の知能障害 (MLK)
- 中度、重度の知能障害 (VZMOK)
- 知能障害はないが性格、態度の問題で乱暴で落ち着きがなく反社会的行動がある (ZMOK)
- 身体障害 (ミスチルスクール)

- 知能障害と身体障害の合併 (ティティルスクール)

- 聾

- 長期の病弱 (LZK)

他の市にあり当市にはない学校

- 盲

2 学校が作れる(?)

当市の病弱特殊学校は1校のみですが、特殊学校で30校は人口に比して非常に多くなっています。これは公立学校のみならず親の宗教や人生信条にあった学校を選択でき、なければ学校がつくれるというシステムが根底にあるためです。普通校において同じ宗教、人生信条の家族の子どもが一定人数集まれば学校が作れます。「一定の人数」は市の規模により異なり、当市の場合人口14万9千人で「225名」の子どもが集まれば可能です。それでも特殊学校の制約から宗教や人生信条に反した特殊学校に通学させている家族もいます。

3 入学審査

オランダの教育対象児のうち5%が特殊学校に所属しています。入学に際しては、校長を中心とした「入学審査委員会」があります。ここに書類を提出するまでには主治医、地域のソーシャルワーカーとの話し合いによって提出する先の学校のアドバイスをもらいます。

委員会は校医、心理学者、ソーシャルワーカー、教育の専門家からなります。

教員のライセンスにもランクがあり、特殊教育を担当する教員は最も高いレベルのライセンスが必要となります。特殊教育の「特殊」を「スペシャル」と表現しています。

オランダの教員には「移動」というシステムがありません。そのため1つの学校に長期に勤務します。

病弱特殊学校

オランダ全国で病弱特殊学校は20校あります。1クラス15名(普通校30~35名)。視察しましたシュバイツァー病弱特殊学校の疾患構成は呼吸器系の疾患が最も多く、他に腎臓疾患(人工透析も校内で可能)、ホルモン異常、代謝異常、軽度の神経症まで多岐にわたります。複数の疾患を受け入れられる学校は20校中4校程度しかありません。

オランダの学校は故人の名を学校名とする習慣が古くからありました。さらに特殊学校はその子の問題をなくしたり少なくする事を目的に設置しているわけですから特殊学校にその子の問題を強調するような名称をつける事はおこなっていません。この研修報告の文面ではわかりやすくするために「シュバイツァー病弱特殊学校」と表現していますが「シュバイツァー小学校」とよばれているのです。

シュバイツァー小学校は1931年「病気の子どものための学校」の名称で設立。この時期は恐慌の不景気な時期でした。結核や栄養失調の子どもに対応するため三食を学校でとっていました。戦後、病弱教育を行うため現在のような形態の学校となりました。

1 院内学級、訪問教育

従来の病弱教育は院内学級が中心でした。それが早期に退院をさせ療養は家庭で行うという方針に転換しました。現在では院内学級は限られた子どもだけが残ったため、多くは閉鎖状態になっています。

退院をし家庭療養中ではあるが通学まで回復していない状態が3週間続くと訪問教育を受けられますが、週2、3回程度の頻度に留まっています。ここの部分の充実が今後の課題です。

2 入学、卒業

入学に際しては受診していた専門医のカルテが校医に渡り病状の把握を行います。入学後も専門医と校医が連絡を取り合い病状の把握を行います。治療に関しては専門医の外来

で行い校医はタッチしません。入学2年後に特殊学校に継続通学する必要があるかをチェックする機会があります。

途中入学、途中転出はほとんどなくここを入学、卒業する子どもがほとんどです。もちろん途中入学、途中転出は可能です。

卒業後は普通中等教育を受ける子どもがほとんどで学力的には何等問題はありませぬ。学校を選択する場合病状にあった学校、例えば心臓疾患の子には階段の昇降が少なくてすむ所を選択する等の配慮はします。無理な場合はL O Mに進学します。病気の管理上普通校が無理な場合(人工透析等)は病弱の特殊学校に進学する事になります。

3 専門スタッフ

- ・看護婦(常勤)
- ・アシスタント(1学年担任補助)
- ・体育の専門家
- ・心理学者
- ・ソーシャルワーカー
- ・理学療法士
- ・言語療法士
- ・医師

看護婦が薬の管理をすべて行います。

アシスタントは服薬の確認や緊急外来受診時の引率から更衣等のADLまで面倒をみます。

オランダの学校には「校庭」というものはありません。体育は近隣の公園や公的なスポーツ施設や競技場を借りておこないます。そして普通校では体育の教員の概念がなく担任が行います。しかし病弱児故に運動をする際には専門家が必要と判断されています。

4 教育内容

オランダには1日に1回だけ温かい食事(ディナー)をとる習慣があり、ここの子どもは給食がそれにあたります。病弱の子ども達は偏食傾向が強く親は病気があるが故に積極的に偏食を治そうとはしない傾向があります。そのためほとんど温かい食事を家庭でとらな

い子どもが多い現状があります。そのため食事指導は重要な教育となっています。

食堂は1つですが間仕切をして大人数での食事にならないようにしています。また、1テーブルには必ず指導者がつき食事指導を行っています。

給食後昼寝が必要な子どもは各自9時～10時の間に2階にある部屋(50の簡易ベッドがある2部屋)にベッドを作り昼食後を過ごします。安静を必要とする疾患のみならず、喘息発作等による睡眠不足を補う場合もあります。

午後の授業は14時45分から始まります。午後の授業は工作や社会科等負担の少ない教科を組んでいます。

低学年の評価は3段階評価。第一行目は「態度」の評価になっています。また、オランダの人は詩を口ずさむ習慣があり、国語とは別に「詩」の評価欄があります。他に「遊びを楽しめるか」「工作を楽しめるか」「独立精神の学習」等があります。

疾病教育は小児科外来でも子どもと話し合い理解させるよう努めています。理解した上で「どう生きるか」という事になると教育の役割と考え、疾病教育を行っています。

アンダーアチーバー特殊学校

初等教育の最後の年に次の中等教育4カ年の学校を選択するためにテストを受けます。その結果が芳しくなかった子ども達や普通中等教育の最中に授業について行けなくなった子ども達のために35年前に設立しました。

創立初期の段階では当校への入学を拒む子どもや家族がいましたが、現在ではまったくといって良いほど拒絶はなく、逆に当校への転学希望者が増大しています。しかしこのような特殊教育に対する積極的姿勢は精神薄弱の特殊学校やZMOKまでには及んでいません

1 対象となる子ども達

微細な脳障害を疑う読み書き、計算能力の

問題を持つ子

集中力の欠如、失敗を恐れる、過度のストレス、基本的集団ルールを受け入れる事の困難により教科学習能力の低下をみる子

家庭での養育の問題により教科学習が困難な子

・Personalityの問題

知的には正常あるいはそれ以上を有する子どもが中心です。知能が若干劣っていても、それに見合う学業が通常教育で身につかない場合に当校の対象となります。

「さぼる」事に対しては厳重にチェックしています。連絡なく登校してこないさぼりに関しては心理が担当して問題を解決する。

「不登校」は当校にはいませんが、普通校には幾例かはあります。対策としては特殊学校への通学を試みたりもするが最終的に通学する方法が見つからない場合は「就学免除」の方法をとります。

2 専門スタッフ

- ・言語療法士2名
- ・社会性を育てるための専門の教員
- ・ソーシャルワーカー
- ・校医

専門家スタッフにより作られる特別な治療プログラムにより自己尊重および自信を高める事が可能となっています。指導上で問題が生じた時には大学の児童心理学科や国立精神衛生センター(ギアフ)からコンサルテーションを受けるシステムがあります。

まず、第一歩は子ども個人のあらゆる情報を担任が把握する事から始まります。生育歴、家庭状況、知能、前籍校での成績等の情報収集を行います。

3 教育方法

生徒数は260名、1クラス16名以内(普通中等教育では28名～30名程度)、問題の大きい子どものクラスはもっと少人数で行っています。

中等教育卒業としての証明書を与えるため

極力普通校のカリキュラムに準じたもので行っています。しかしその証明は中等教育の中でも低位(MAKO)にランクされます。4年間、16歳で終わるのが中等教育ですが当校では5年間かけて教育を行います。中には18歳の子どもも在籍しています。

学習の方法(技術)を基礎から教え、「読む」「言語学的な配慮」「言葉をイメージする」これらに重きをおいた援助を行います。

教科の学習の他に社会性を育て、失敗を恐れる事のないような体験をさせ、ストレスの訓練や筋肉・運動神経を訓練するプログラム

を個々に組んでいます。

週に一回職業訓練(流通業、農業、商店、工場、事務職)も行い、卒業後の社会参加に支障を来たさないようにしています。

おわりに

私が視察研修に参加して1年がたちました。今年度も学会として視察研修の企画があります。一人でも多くの方にこの研修に参加する事をおすすめします。必ずや有意義なものになります。

平成8年度

全国病弱虚弱教育研究連盟全国大会のご案内

1. 大会名 第37回全国病弱虚弱教育研究連盟研究協議会
第33回関東甲信越地区病弱虚弱教育研究連盟研究協議会 新潟大会
2. 主 題 「児童生徒の生きる力を育てる病弱虚弱教育はどうあればよいか」
一個に応じた指導のあり方を求めて一
3. 期 日 平成8年10月16日(水)・17日(木)
4. 参加者 全国の病弱虚弱児童生徒を対象としている学校・施設・病院等関係職員、保護者、その他趣旨に賛同するもの
5. 主 催 全国病弱虚弱教育研究連盟
主管校 新潟県立柏崎養護学校(協力校:新潟県立吉田養護学校)
6. 会 場 ホテル メトロポリタン 新潟県柏崎市鯨波乙1828

TEL (0257) 24・5505

◎ 心身の健康に問題をもつ子供たちに関心をお持ちの方々の、ご参加を心からお待ちしております。尚、詳しくは、新潟県立柏崎養護学校へご連絡ください。

(〒945 柏崎市赤坂町3～63 ☎ 0257-23-6239 FAX 0257-24-4299)

喘息のインターナル療法にA・B・C。



エアロゾル剤
Aerosol

携帯性と操作性の向上、
新構造の吸入システム



吸入液剤
neBuliser

幼・小児、高齢者でも容易に吸入



カプセル(吸入粉剤)
Capsule

最初の
抗アレルギー剤として、
20年以上の臨床実績

●ご使用に際しましては、
製品添付文書をご参照下さい。

喘息治療剤

インターナル® エアロゾル
吸入液
カプセル

〈クロモグリク酸ナトリウム製剤〉
●健保適用

Intal®

資料請求先：藤沢薬品工業株式会社薬事業部

フジサワ **ff** フジサワ・ファインズ
大阪市中央区通町2-4-7 754 | 大阪市中央区本町2-1-6 754

作成年月 1995年12月



ザジテン点鼻液 誕生

アレルギー患者の
クオリティ・オブ・ライフ向上に

※ 効能・効果、用法・用量、使用上の注意等の
詳細については、添付文書をご参照ください。



アレルギー性鼻炎治療剤

健保適用

ザジテン® 点鼻液

Zaditen® Nasal Solution

フルメチドチフェン点鼻液

●文献等資料の請求は、東京都港区赤坂郵便局私書箱40号 サンド薬品学術資料課宛

輸入販売元



SANDOZ

サンド薬品株式会社
東京都港区西麻布4-17-30

編集後記

◆第二回の学術集会を迎えることができ、日本育療学会もやっと軌道に乗ってきたと言えるのでしょうか。何よりも研究・研修会の第一回を開催する運びとなり、関係各位に深くお礼を申し上げたいと思います。

◆機関紙育療には学術集会での問題提起とシンポジスト各氏の提言要旨を載せ、研究・研修会での講演や発表内容の要旨については、別に抄録として作成しました。

◆医療の進歩に伴って、病児を始め障害をもつ子供の生活が変化し、生活上の留意事項も大きく変わってきています。しかし未だに十年以上も前の生活規制の感覚から抜け切れていない学校や家庭での対応のし方を時々見かけます。健康に問題をもつ子どもへの指導や援助がより適切であるためにも、医療の進歩（現状）とそれにかかわる問題解決を示唆して頂ける今回の「特集」は意義多いものと考えています。お忙しい医療の実践の中で、快くお引き受け下さいました三宅・勝呂・倉山の各先生に心からお礼申し上げます。

◆また慢性疾患児の精神衛生に関してまと

まった研究をお寄せ頂きました中塚先生にも、心から感謝申し上げます。

◆実践事例としては、清瀬分教室から「無菌室での学習」の様子を報告して頂き、斎藤先生の暖かい指導が子供の姿と重なって浮かび、大切に育くむのちに明るい希望を見せられました。

◆船川幡夫先生の突然とも言えるご逝去に心から哀悼の意を表したいと思います。この育療学会の生みの親とも言える先生は病弱教育に大きな財産を残して下さいました。遺稿としてその一つを転載させて頂きました。

◆ヨーロッパの視察研修報告は今回で終了。ありがとうございました。今年8月からの第三回視察研修での成果をまた報告して下さいの方がおられることと期待しましょう。

◆学校紹介（横浜市立二ツ橋養護学校）を予定しておりましたが紙面の都合で次号にゆずらせて頂きます。〈宮田〉

「育療」編集委員

岩田 啓治	小林 信秋
佐藤 栄一	佐藤 隆
中川 正次	中塚 博勝
松井 一郎	宮田 功郎

平成8年7月20日発行

編集発行者 日本育療学会


代表者 加藤安雄

編集代表者 宮田功郎

発行所 日本育療学会事務局

町田市森野1-39-15

電話0427-22-2203

印刷所  (株)栄文舎印刷所

神奈川県津久井郡津久井町中野545

電話0427-84-1185

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**