

子供の心身の健康問題を考える学会誌

育療

6

1997.3

本学会の事業を顧みて…………… 会長 加藤安雄…………… 1
《特別寄稿》『医療行為と生活行為のはざままで』…………… 平野俊徳……………42

特集

日本育療学会第1回研究・研修会

- 心身に障害があって学校に行けない子供の具体的な要因と対応
…………… 吉住 昭…………… 2
- 学校に行けない子供を持つ親の体験 …………… 須永和宏……………16
- シンポジウム「学校へ行けない子供への対応」 ……………23

コーディネーター 勝呂 宏

シンポジスト 須永祐慈・須永和宏・清野佑成・斎藤万比古・中塚博勝

第38回全病連研究協議会等（案内）……………15
日本育療学会第3回学術集会の予定 ……………22
《育療》既刊号—主な内容— ……………41
精神科思春期の治療と教育の拡充を願って …………… 加賀谷 妙……………52
「学校紹介」
香川県立善通寺養護学校 ……………54
福岡県立古賀養護学校 ……………57

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 横浜市瀬谷区二ッ橋470 横浜国立二ッ橋養護学校 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、第4号を同年7月に発刊いたしました。また平成8年7月第2回学術集会を開催しました。「育療」第5号を平成8年12月に発刊、今、2周年を迎えようとしています。

会員の皆様には、ご友人、知人の方々にぜひご入会のお勧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

本学会の事業を顧みて

日本育療学会 会長 加藤安雄

平成8年度も会員の皆様並びに本学会にご賛助いただいた方々からは、陰に陽に多大のご支援を賜りましたこと、誠に有り難く、紙上をかりて厚く御礼を申し上げます。

今年度の終わりに当たり、本学会の歩んできた道をたどり、来年度の方向について考えて見たいと思います。平成7年度は事実上の事業開始の記念事業として、学界としての初めての学術集会を開催しました。心身の健康の基盤をなす「優しさの科学」について国立小児病院院長小林登先生から記念講演をいただき、さらに家族、医療、教育及び福祉関係者による現状の課題解決に向けてのシンポジウムを実施しました。

平成8年度は、学術集会に加えて、研究・研修会を設けました。学術集会ではここ20年来、西洋医学界で大きな課題となっている「心と治療力」について、時の人ともいえる春山茂雄氏から記念講演をいただき、また昨年度より更に発展した形でのシンポジウムを行いました。研究・研修会においては、大きな社会的課題となっている「不登校」についての分科会と、未だに治療法もなく若くしてこの世を去らなければならない「筋ジス児」の分科会を設けました。それぞれの分科会での、本人を含む多彩な参加者からの真摯な貴重な意見が、二日間の日程を短く感じさせました。

平成9年度の学術集会並びに研究・研修会については、過去2年間の経験からの反省にたち、5月の理事会において決定することとしています。即ち、学術集会での記念講演を通しては、心と体についての世界の最新の研究成果を、日常の生活との関連において研修したいと考えています。研究・研修会に関しては、8年度の内容が、常日頃見聞することのできない誠に素晴らしいものであったことから、9年度にも継続して欲しいとの要望がかなりたくさんありました。しかし、当学会の対象とする子供たちの疾病の種類が多様であることから、新たな疾病についての分科会を予定しています。

開催期日については、7年度が新年度早々の5月、8年度が夏休み早々であったことから、それらの時期はいずれも他の機関の行事等と重なり、出席しにくいとの苦情が寄せられました。そこで9年度は、2月上・中旬に実施の予定でいます。日程についても、学術集会を含めての三日間は、ゆとりをもって内容を深めることができたとする反面、参加者が限られるという問題がありました。9年度は、多くの方のご参加を頂きたいという願いで、二日間にしながらも質の低下につながらないように計画したいと考えています。

機関誌については、専任の職員もない中で、宮田編集委員長並びに佐藤事務局長を中心として大変なご努力の結果、計画通り今回をもって6号まで刊行することができました。内容についての評判が極めてよく、すでに在庫が少なくなっているものもあります。9年度以降の編集については、学会の全体的な問題を取り上げながら、一方において家族、医療、教育、福祉のそれぞれの立場からの課題を重視した内容にしたいと思っています。

来年度も、変わらないご援助を下さるよう、よろしくお願い申し上げます。

心身に障害があつて学校に行けない子どもの具体的な要因と対応

前新潟県立吉田病院名誉院長 吉住 昭

武志(司会) 早速ですが、これからお話をお願いします講師、吉住昭先生をご紹介申し上げます。吉住先生は新潟大学の医学部をご卒業されまして、新潟大学小児科教室入局、その後新潟県立三条結核病院を経て新潟県立吉田病院院長をなさり、同病院退職後現在は新潟県労働衛生医学協会岩室健康増進センターにご勤務なさっていられます。

学会関係では、日本アレルギー学会評議員、日本小児アレルギー学会評議員、日本心身医学会評議員をなさっておられます。

三条結核病院在職中に受け持ち患者であつた矢沢宰氏の詩集「光る砂漠」を世に出し、矢沢宰賞を創設し、矢沢宰賞実行委員をなさっておられます。

昨日は病院の中の病弱児の不登校の原因を医学面からいろいろと分析されまして、そのお話をいただきました(「育療」第5号参照)今日は、さらに他の側面からとか、病院でのご自身の体験をふまえてさらにつっこんだお話をしていただけることと思います。それでは先生宜しく願いいたします。

吉住 おはようございます。ご丁寧なご紹介ありがとうございました。それでは昨日のお話の続きをさせていただきたいと思います。

病弱養護学校併設医療機関へのアンケート調査から

私たちは平成6年5月15日現在在籍している児童生徒について、医療機関と併設しない養護学校はまた別だろうと考えて、病弱養護学校を併設している医療機関の方にアンケ

ート調査を行いました。

併設している養護学校は小学部・中学部を持っているところが一番多く、小学部、中学部のみというところもあります。小学部・中学部・高等部の三つをそろえているのは19校でございました。非常に生徒数が少ないことに気が付きます。かつては、みんなこれらは大きな学校でしたが、今は非常に生徒数が少ないのに驚きます。

その中で病種としては喘息が一番多く、次に腎疾患、心臓疾患、糖尿病、膠原病、肥満、リュウマチ系疾患、不登校、心身症、その他で1567例でした。

人数の多い順では、喘息、腎疾患、肥満、不登校、心臓疾患、心身症、あとはそれぞれいろいろなものがあるという感じでした。

喘息の子供が605例おりまして、そのうち不登校を合併しているのが64例、不登校傾向の合併が90例、合わせると154例、25.5%となります。現在施設入院をしている喘息児の25%は不登校またはその傾向を強く伴っている子供達であるということが分かります。

肥満の子供は141例で不登校の合併が39例、27.7%、不登校傾向が18例、合わせると57例で40.4%の子供が不登校合併例として施設入院しています。つまり肥満児は不登校を合併しますと家庭でもあるいは地元の学校でもいろいろと手におえなくなつて、施設入院を余儀なくされていると思われま

これまでのデーターをまとめますと、(表1) 施設入院における心身医学的アプローチの必要な患者の数と率

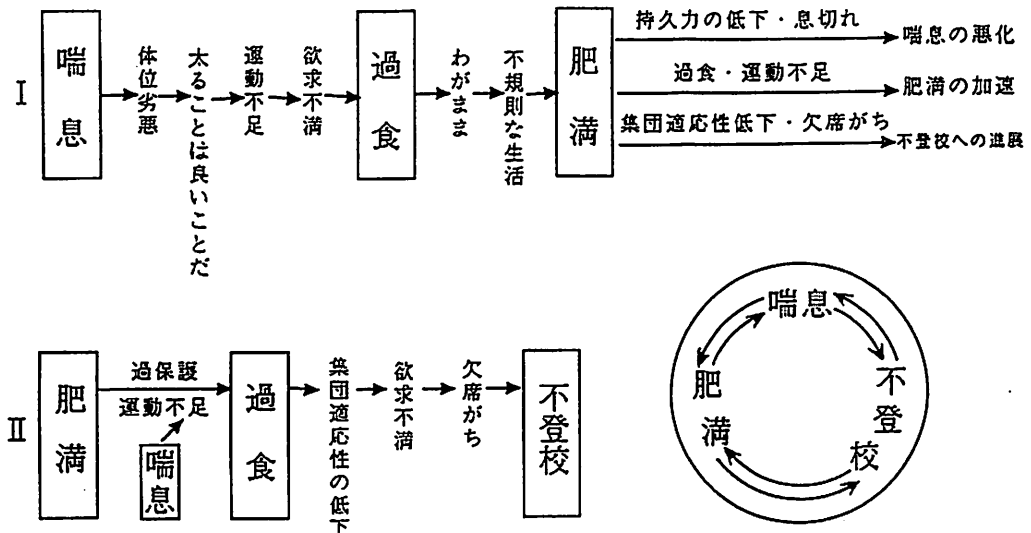
		例数	%
施設 入院 療法	基礎疾患のない不登校	82	5.2
	慢性疾患を併せた 不登校	212	13.5
総数	心身症	38	2.4
1567	合計	332	21.2

1) のようになります。基礎疾患を持たない不登校が5.2%、慢性疾患の不登校が13.5%、その他心身症等を入れますと330名、21%になります。この施設入院の21%が不登校または心身症、つまりお医者さんだけではなく、心理職の人や児童相談所の人たちの心理的な、心身症的な、心身医学的なアプローチの必要な子供達であります。

喘息と肥満と不登校の三者は合併しやすいものであるということをお前は10数年前から言っております(図1)。

え方を持っていて、太ると喜んでます。もともと喘息があつて運動ができない、自分も他の子供と同じようにグラウンドを走り回りたいけれどもそれができないというフラストレーションを多食に置き換えてしまう。そしてわがままが高じて不規則な生活になると肥満がどんどん加速していきます。肥満になると体力が付くと思うのは大きな間違いで、何もしないで山で遭難して岩影でじっとしているような体力はあつても、子供らしく走り回るなどの持久力はございません。すぐ息切れが

図1 喘息・肥満・不登校の関係



この三つのものが合併すると悪循環を起こしてどんどん悪くなっていくようなので注目しているわけです。今回の施設入院の1567例の中で見ますと、そのうちの1%がこの三者合併例であります。喘息の中で見ますと2.5%、肥満児という立場から見ますと10%、慢性疾患全体から見ますと7%の子供が喘息、肥満、不登校の合併例だということが分かりました。

私が10数年前にすでに発表したことですが、喘息の子供はやせて胸囲ばかり広くてガナガナしています。お母さん方は太ることはよいことだ、太ると体力がつくことだと誤った考

して喘鳴を伴ってしまう。過食、運動不足から肥満は加速する、そして集団適応が低下して欠席しがちになり、体育がある日は欠席する、そういうことからだんだん欠席がちになり、不登校へ進展する。こういう例を沢山見ております。

ところで肥満の子が喘息を発症する例もまれですがあります。過保護で運動不足の子が喘息になって、結局フラストレーションから過食に走って、集団適応が低下して欲求不満になり欠席がちで不登校になる。不登校と喘息と肥満の三者が相まって悪循環を起こす。

どこかで切り離してあげないとうまく行かないというように見えています。それが全国の病弱教育の中でも15例認められました。

(表2) 各種慢性疾患と不登校の合併頻度

新潟県立吉田病院小児科
〔 昭和52年4月～平成5年12月 〕

気管支喘息	929	不登校合併	168	18,1%
慢性腎疾患	505	不登校合併	8	1,6
肥満	36	不登校合併	9	25,0
心臓疾患	14	不登校合併	1	7,1

(表2)は、私どもの病院の頻度です。喘息の不登校合併が18,1%でした。慢性腎疾患500人のうち8例、1,6%でこれは健康な子供達とそんなに変わらない低い%です。肥満児は25%で一番高い。心疾患は例数が少なく14例中1例で7,1%。それ以外の子供達は例数が少ないのでこの四つの疾患に絞ってみました。

私たちの病院では入院する前の欠席日数が一番多かったのは慢性腎疾患・腎不全です。この子達は入院してきても例えばネフローゼが再発する、その再発を起こしたときは学校・教室に行くことを止められて、先生がベッド・サイドにきて授業をする。その授業も1日に1時間とか2時間とか非常に限定されたものになります。そして例えばネフローゼの再発がだんだん安定してきますと教室学習に4時間出られるようになる。あるいは食事の食塩量が増えて腎食の3度・4度とあがっていく。そういうシステムをとっているのですが、この腎疾患の子供達は休むと自分はいつ学校に出られるようになるか、ベッド・サイドからいつ教室学習に出られるようになるのか、教室学習に出られること、学習度が増えることを非常に楽しみにしてあがってきます。

喘息の子供達も入院する前から頻繁に発作を起こして短期間の入院を繰り返している子供達も多く、そしてその子供達が欠席慣れを起こすので、欠席慣れからくる不登校も考え

ていかなければならないとは、思いますが。

喘息の子供もは平気で、というか、むしろ喜んで休んでいるように思います。そこに腎疾患の子供と大きな違いがあります。何故喘息の子供にも不登校の合併が圧倒的に多いのか?。喘息は心身症としての一面を持っており、不登校合併には疾患特異性による必然性があります。しかし、この病気の違いによって、私たちの扱いの違いが一つの要因になっていないか否かも、今後の課題として考える必要がありそうです。

肥満の子供にも不登校の合併が多い。これはやはり肥満の子がただ食べたいから食べるというように考えないで、なぜ彼らが食べずにいられなくなってしまうのか、心の寂しさ、口寂しさ、それを食べ物に持って行ってしまふ、フラストレーションからきている肥満というものを十分考えなければならぬと思っています。

(図2)は私が吉田病院に行ってからデータです。喘息児の数です。昭和60年をピークにしてずーと喘息児の入院が減っております。不登校を伴った喘息はこんな数でそんなに抜群が増えてはいないのです。ただ比率で言いますと、一番比率の高かった時は31%位、喘息児の入院の3割位は不登校を伴った子供達であるという言い方はできたと思います。昭和50年代前半から見ますと、全体としてはあがっています。昨日質問もあったのですが、このほとんど全部が不登校を伴った子供ということではありません。私どものところでは非常に重症な喘息児も扱っていますのでこの比率はそんなに変わらないのではないかと思います。

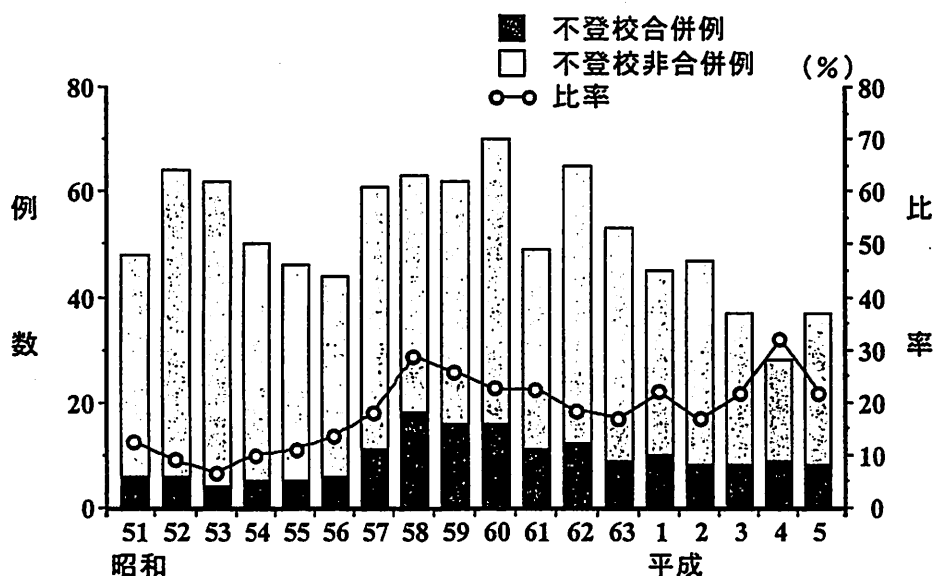
気管支喘息と不登校が合併するということについていろいろの実験データや臨床データをとりました。例えば喘息の一つの基本的な問題として、気道過敏性というものがあります。これを計ってみますと、気道過敏性が情動によって不安定になります。つまり、

不登校になっている時には気道過敏性が亢進している。入院して精神的に安定してくると気道過敏性も改善していきます。情動の不安定は気道の過敏性を亢進する。その結果やはり発作が起こりやすくなるということが言えるかと思います。

い子供が、発作を起こしているという場合には、これは心因合併の発作が多い、と一つの傍証がためみたいなことを色々やってきたわけです。

心因から起こっている発作に対しては、点滴とか吸入とか、そういう対症療法の効果が

図2 気管支喘息児と不登校合併児の数と比率の年次的推移
(新潟県立吉田病院小児科長期入院療法)



医者、保護者、教員等子供の喘息を扱う側としては、喘息発作を見た場合にそれはアレルギーの病気であり、呼吸器の病気であることに間違いはないのですが、常に心因発作ということ念頭に置く必要があります。では、どういう場合が心因発作から起こった発作なのか、今この目で起こっている発作を見て、この発作が心因発作からきたものか、アレルギーからきたものか、感染からきたものか、それを見分けろと言われてもそれはできないことです。

心因で何が動くのか、細胞レベルで、分子レベルでいったい何が動いて発作が起こるかということについては、大学や研究室で色々研究してもらわなくてはいけないところだと思うのですが、私の方としては学校に行けな

不安定であります。よく効くこともあるし、なかなか効かないで心理的要因を再検討することもあります。心身医学的アプローチが今後益々必要になってくると考えています。

喘息に対してはガイドラインというものがしっかりできています。喘息発作に対しては、ベテランの医者も若い駆け出しの医者も皆同じような治療をきちんとやれる、そういうガイドラインがあります。そういう薬物療法に添ってしっかりした治療をやっても発作が治まらないような場合には心因発作というものに起因するのではないだろうか、と考えると喘息発作の中にしめる比率が分かってくるのではないかと考える次第であります。

不登校を合併した喘息の特徴を私なりにあげてみました(表3)。まず、週末、土曜日

や日曜日の午前中くらいは元気なのですが、日曜日の夜から具合が悪くなります。

(表3) 不登校合併喘息の特徴

- ① 週末は元気で日曜日の夜から不調となる。
- ② 登校時には、発作状態か、夜半の発作のためにぐっすり寝込んでいる。
- ③ 登校時間が過ぎた頃から元気になり、テレビやゲームで遊んでいるが、登校しようとはしない。
- ④ 喘息発作のない日には頭痛、腹痛、全身倦怠朝起き不良などの訴えで欠席する。
- ⑤ 発作の治まった後も追加休みが多い。
- ⑥ 通常の対症療法に反応が悪く、たとえステロイドを使ってもコントロールでき難いが、発作の度合いは極度に重症ではない。
- ⑦ 怠業による発作があり、治ろうとする意欲に乏しく、疾病逃避がある。
- ⑧ 安易な欠席の習慣化がある。
- ⑨ 入院(当然登校しなくてもよい環境にいる)すると、びたりと発作が治まる。
- ⑩ 外泊・退院で発作が起きる頻度が高い。
- ⑪ 施設入院の場合、それまで言葉では納得していても、いざ入院となると母子分離ができず抵抗を示す。
- ⑫ 家庭に何らかの問題を抱えている。
- ⑬ 保護者の対応にまずさが目立つ。
- ⑭ 幼稚園までさかのぼってみると、どこかで不登校傾向がちらついている。
- ⑮ クラス替え、担任の変更、友達関係の変化の時期にしばしば一致する。
- ⑯ 友達が少ない、学校に楽しみがない、いじめ仲間外れなどがある。
- ⑰ クラブ活動、進学問題、学業不振などの問題を抱えている場合が多い。
- ⑱ 運動誘発が多く、苦手誘発もある。

登校時間、みんなが学校へ行く時間には発作が起きている状態か、あるいは前の晩発作があってその時はぐっすり寝込んでいる。登

校時間が過ぎてみんなが学校へ行ってしまうと周りが静かになると元気になって、テレビやゲームで遊んでいる。けどもう楽になったから学校に行く、とは言わない。喘息発作が出ない日には頭が痛い、お腹が痛い、微熱が出る、全身倦怠、朝起きられないなど喘息発作以外の訴えで点滴をします。発作が治まった後も追加休みが多い。昨日発作があったんだからもう1日休む、そういうことで追加休みが2日くらいになる。そうなる学校に行く暇がなくなります。水曜日から木曜日に一寸行くだけになってしまいます。通常の対症療法の反応が悪い、吸入しても点滴しても治まりが悪い、ステロイドを使ってもうまくコントロールが出来ない、そのくせ発作の度合いは極端に重症の場合はむしろ少なく、頻度はあるが重症度の具合はそれほどひどくない。

それから病気が治ってしまうと困る。病気が治ってしまえば自分は学校へ行かなければならない、みんなと外に出ていかなければならない。治ろうという意欲に乏しくいわゆる疾病逃避が見られる。しばしば薬を飲まない。たとえばこの薬を四粒飲めば自分は発作が出ないというのが長い間には分かるわけです。そうなる薬を飲んだ振りをして飲まない、怠業によって発作を誘発することがあります。

また安易な欠席の習慣化があります。すぐ休む。お母さんもすぐ休ませる。低学年の場合はお母さんのそういうのも理解できますが、幾つになっても欠席の安易な習慣から抜けられない。それから当然登校しなくてもよい環境、つまり一般病院に入院する。入院すると対症療法でも普通すぐ発作が治まってしまいます。そして外泊や退院すると、(普通の喘息でも多いが)、発作が起こる頻度が高い。

施設入院を勧めて入院することを本人も家族も納得するのですが、いざ入院となると納得していたにも関わらず、イヤだと言って入院しない。母子分離が出来ないで抵抗します。それまで言葉では分かっているようなことを

言っているのですが、いざとなると出来ない。あゝこの子はそうだったのかと、そこで気づく場合もあります。

次に、家庭で何らかの問題を抱えている。それから保護者の対応のまずさが目立ちます。幼稚園までさかのぼってみますとどこかで不登校の傾向がちらついています。小学校5年生で突然始まってくる急性型でも、そういうことがかつてあったということがあります。

それからクラス替え、担任の変更、友達関係の変化、そういう時期にしばしば一致しております。そして友達が少ない、学校に楽しみがない、あるいはいじめられている、仲間外れにあっている、などが見られます。

クラブ活動、進学問題、学業不振などの問題を抱えている場合もあります。又しばしば運動誘発を持っている場合もあります。

(表4) 喘息合併不登校の経過による分類
(吉住分類) と喘息の関係

不登校の型	喘息発作の様子
急性型	
A. 初発型 : 第三者にも首肯し 得るはっきりした 大きな原因がある 場合が多い : 突然始まっている	急性悪化の発作
B. 反復方 : 原因の未解決 : 小さな原因にも 移行 : 慢性化(慢性移行型)	反復発作 頻発発作
慢性型 : 小さな引き金で起 こる : 個人的要因が強い : 環境要因が強い : 幼児期からその傾 向が見られる	対症療法の 効果が悪い 追加休み
A. 未完成型 : 身体症状が多い	頭痛・腹痛な どの休み
B. 完成型 : 身体症状が少ない : ほぼ全欠席	発作の減少 軽減、消失

(表4) は喘息合併の不登校の経過による分類を試みたものです。なるほどそれでは学校に行かなくても当然だ、そんなにいやなことがあるのなら学校に行けないのが当然だというように、第三者にも分かるようなはっきりした大きな原因があつて、初発型で急性型に、今まであんなに元気に学校に行っていたのにさっぱり学校に行かなくなってしまった、たとえばいじめなどがあつてという場合には喘息の急性型悪化型の発作を起こしております。ところがその時に原因を解明してあげないと、話を聞いてあげないで、いろいろ考えてあげないでそのままにしておきますと、だんだん小さい原因でも発作が起こるようになって、いわゆる慢性移行型になって発作が頻発して参ります。そういうことを繰り返しておりますと小さな引き金でも、ほんのわずかなことでも発作が起こってくるようになります。原因として、そんなことで学校に行かないのでは、学校に行く日がないではないかと思うくらいの、箸の転んだような小さなことでも、やはり学校に行かない原因になってしまうのです。そしてそういう子ども達を見ますと個人的な要因がかなりあります。環境要因も強くあります。幼児期から何らかのそういう傾向があります。

不登校としてはもう完全に学校へ行かなくなってしまった完成型と言われるような状態ですと身体症状はむしろ少なくなっています。朝の頭痛、腹痛、などは出なくなります。そして喘息発作も減少してきます。ところが身体症状が多い時期というのは頭痛、腹痛など随伴症状も多いし喘息発作もたくさん起こってくるものです。

私たちの所に入院してきた子どもをこの〔吉住分類〕に当てはめてみますと(表5)、急性初発型の子が3例でした。急性の反復型、慢性移行型と言われる子どもが19例、急性型でまたこういう状態で私たちの所にたどりついてくれたのが25例。慢性型の不登校になつ

ている子が19例で、完全に学校に行かなくなってしまった子どもは、喘息発作としてはそれほど強いものは出ませんから私共の病院にはあまり来なくなってしまいます。

(表5) 気管支喘息と不登校合併
48例の分類

急性型	A 初発型 3例 (不登校群 2例 傾向群 1例)	25例
	B 反復型 22例 (慢性移行型 19例) (不登校群 6例 傾向群 16例)	
慢性型	A 未完成型 19例 (不登校群 14例 傾向群 5例)	23例
	B 完成型 4例 (不登校群 4例 傾向群 0)	

慢性移行型と不登校の未完成型のように心理的に揺れ動いている時期というのは学校に行きたいが行けない。この時期には喘息発作は非常に起こります。この時期のこういう状態の子どもはただ心の問題として扱わずに、十分な医療を加えてまず我々の側に引き留めてあげなければならないと思います。

予防と対応

不登校合併の気管支喘息の予防と対応については(表6)、心因による症状の増幅や心因発作の存在ということを中心に考えてあげる必要があります。

きめ細かな問診によって、家族や患者さんの話をよく聞いてあげると何かそこに見つかる場合があります。治療は気管支喘息のガイ

ドラインの基準を十分に満たす、あるいはそれ以上の治療をきっちりとやってあげる必要があります。

対症療法の効果が不定であったり無効な場合には何故効き目が悪いのか、もう一度先ほどあげた不登校合併症の特徴の表に照らし合わせてみますと見つかる場合があります。そして安易な欠席に医者としてお墨付きをあげないことです。喘息だから今日休んでいいよ、という形で休ませないことです。

(表6) 不登校合併喘息の予防と対応

- ① 心因による症状の増幅や心因発作の存在を忘れない。
- ② きめ細かな問診をする(患者や家族の話をよく聞く)。
- ③ 小児喘息治療ガイドラインの基準を満たし、不十分治療にならない。
- ④ 対症療法の効果が、不定であったり無効な場合、もう一度、前記特徴に照らし合わせてみる。
- ⑤ 安易な欠席に医師としてのお墨付きを与えない。
- ⑥ 疾病逃避に手を貸さない、疾病利得を与えない。
- ⑦ 担任教師、養護教諭と連絡を密にする。
- ⑧ 心因発作の原因が把握できたら、最大限それを除去する方策を講ずる。
- ⑨ 心因発作と詐病を混同しない。
- ⑩ 心因関与の説明をするとき、患者とその家族の信頼を損なわない注意が必要。
- ⑪ 心身医学的アプローチ(心理療法)
- ⑫ 施設入院療法

お母さん方も自分の子どもが学校に行きたくなくて休んでいるということを知りながら、朝、学校に電話をかけるときに、うちの子どもは今日喘息で休みます、あるいは風邪を引いて休みます、お腹が痛いから休みますというように話します。その時点で、何

か本人が学校に行けないらしい、学校に行けない原因が何かありそうだ、とお母さんは気が付いているんです。ですがそれを学校に言わない。喘息がなければ、うちの子どもは喘息で休みますとは言わないのですが、喘息があるため、喘息で休みます、と言うことで通用してしまいます。このようにして親も一緒になってどんどん疾病逃避をさせてしまうのです。医者が風邪だから休みなさい、とお墨付きを与えてしまうとこれは非常に大きな問題です。担任教師や養護教諭に子どもの情報が正しく連絡されていないのです。

それから不登校を見たら原因を追究するなということがよく言われていますが、私は早期の場合は出来るだけ一生懸命原因を考えてあげる、そしてそれを最大限除去することを考えてあげます。子どもが言わなくても、先生が言わなくても、いじめがあるかもしれない、仲間外れがあるかもしれない、何か原因があるかもしれないということを常に考えて、早くその対策を講じてあげる必要があると思います。

詐病も沢山あります。子どもの場合、先ほども言いましたが薬を飲まない、これを飲めば発作が出なくなるということが分かると飲んだ振りをして飲まない、そうやって発作を起こす子どもさえいます（怠薬による自己誘発）。中には袋の下にたまった煎餅の粉を吸い込んで発作を起こす、あるいは口頭喘鳴をやるという手の込んだ子どもも出てきます。

肥満の子どもも%からいいますと不登校の合併率が高いので少し触れてみます。

この子どもたちはしばしば体育を嫌います。運動嫌いではないのです。運動好きの体育嫌いです。特にもともと運動神経が非常に発達していて、かつては何でも上手に出来ていた子どもが肥満になると、やはり走っても1等にはなれない。そんな形で運動は好きだけれども体育は嫌いという子どもが出てきます。これはむしろ作られた体育嫌いだと思います。

(表7) 不登校合併肥満児の特徴

- | |
|---|
| <p>①体育授業を嫌う（必ずしも運動嫌いではない）。</p> <p>②不登校に陥る前後から肥満の加速がある</p> <p>③頭痛、腹痛などの随伴症状がある。</p> <p>④逃避行為、代償行為としての過食がある</p> <p>⑤家庭的（心理・人間関係を含めて）に恵まれていない。</p> <p>⑥家庭や学校など肥満児を囲む周辺の人たちに、肥満に対する知識不足があり肥満解消への援助が不足している。</p> <p>⑦喘息の⑬⑭⑯と共通する。</p> |
|---|

不登校に陥る前後から肥満が加速します。急速にどんどん悪くなっていきます。これは先ほどの三者の悪循環によっても考えられることです。それから頭痛、腹痛の随伴症状があり、これは喘息の場合と同じです。逃避行為、代償行為としての過食があります。

家庭、心理的人間関係を含めて、家庭的に恵まれていない子どもが今肥満になっているのです。お金に恵まれているということはあるかもしれませんが、いろいろな意味で人間として恵まれていない子どもが肥満になっています。この恵まれていない子どもが高度肥満になります。そして再発が多く、その再発も高度肥満にまでなります。

家庭や学校など肥満児を囲む周辺の人たちに肥満に対する知識不足があります。肥満解消への援助が不足しています。肥満児は一人では肥満を解消できません。周りの大人と一緒にあって援助してあげないと肥満は解消できません。クラス替え、担任の変更、友達関係の変化、そういう時期にしばしば一致して肥満の増加と不登校の合併が起こってきます。友達が少ない、学校に楽しみがない、これは喘息の場合と同じです。肥満の子は、丸顔でニコニコ顔で、クラスの人気者で、ドカベンみたいな性格の子というのは以外と少ないの

です。自分の体形にコンプレックスを持っていて、いろいろな意味でいじめられています。肥満児の約半数はいじめられたことがあると答えております。それからクラブ活動や進学問題、学業不振等の問題、肥満児に学業不振が非常に多いのも事実であります。

この子ども達の予防と対応ですが（表8）肥満児の不登校の合併率が非常に高い。肥満の子ども達は一つ間違うと不登校に発展するというをよく認識しておいていただきたい。

（表8）不登校合併肥満児の予防と対応

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① 肥満児は不登校の合併頻度が高いことを認識すること。② 運動能力の低下による恥辱を与えない。③ 身体計測や身体検査のときプライバシー保護の配慮をする。④ 食事療法、運動療法の正しい知識を与え援助する。⑤ 通学・登校そのものが食事療法、運動療法に大きくプラスすることを知らせる。⑥ 臨床検査値、画像診断像などを駆使して説得力ある説明を行い、肥満解消の意欲を持たせる。⑦ 心理的トラブル、心理的原因の存在する場合を考慮して心身医学的アプローチをする。 |
|--|

運動能力が低下し、よくみんなの前で恥をかかせられます。たとえば、運動会の前の記録会で、自分がデクデク走ってそれをみんなにからかわれるという形で、体育のある日は欠席する、あるいは鉄棒が出来ない、跳び箱が跳べない、かつて出来たものが肥満が進むにしたがって出来なくなります。そういう子に恥をかかせるとやはり学校は嫌な所になってしまいます。

それからプライバシーの問題に身体計測があります。非常に熱心な養護教諭の先生がい

て、毎月体重測定・身体計測をしてくれます。その時にその子がバスタオルを使うことが何も問題がないと思うのですが、バスタオルを使わせないでみんなと一緒に裸にされた。そんなことで身体計測の日には学校に行かない。不登校の子どもは養護教諭が好きで保健室に入り浸りになる子どもが多いのですが、肥満の子どもで養護教諭の先生に大変な恨みを持っている子供達がいるのです。

食事療法、運動療法の正しい知識を与えてあげなければなりません。一日じっとしているような不登校になりますと肥満が急速に加速します。登校そのものが食事療法であり運動療法になりプラスになっていることを知らせてやる必要があります。臨床検査とか画像診断とかを駆使して説得力のある説明をしなければなりません。肥満解消の意欲を持たせることです。肥満児の再発が非常に多いのですが、こういうところに我々の欠点があるのではないかと感じております。

心理的なトラブル、心理的原因で肥満になっているわけですから、ただ運動しなさい、食べ物を減らしなさいという指導では子どもの肥満は抑えられない、過食は止められないだろうと思っています。

次にその他の慢性疾患合併不登校の特徴と予防対策についてお話しします。

まず、基礎疾患の治療をしっかりとあげて必要があると思います。リウマチの子どもも朝の10時くらいまで関節が痛い、熱がある、こわばりがあるということで不登校になる例があります。糖尿病の子どもも同じようになります。それから日大の大園真彦名誉教授が一生懸命に述べておりますが、朝起きられない起立性調節障害の子どもたちの場合に、基礎疾患の治療をきちんとあげれば、その子たちは学校に行ける。不登校と間違われている起立性調節障害の子ども達に、朝寝床の中にいる間にまず薬を飲ませ、それから起こしてあげると学校に行ける、ということ

大國先生はよくおっしゃっています。とにかく、不登校は心の病気とだけ考えてしまうことなく、まず基礎疾患についてきっちりした医療をやる必要があります。昨日の腹痛の話も、過敏性大腸症候群の話もそういうことをいいたかったわけです。

それから慢性疾患の場合、前思春期から思春期にかけて寛解していく仲間が多いわけですが、自分はその中で取り残されてしまって中学校、高校までも持ち越していく子ども達は、もうあきらめが出てしまう。そして長年やってきた医療に不信があります。そして彼らに絶望感を抱かせてしまったらば、これは医師として私たちの責任であろうと思います。生まれつきの病気、治れない子ども達が思春期になって、こういう目覚めが来て、絶望感を抱くようになりやすいのです。

思春期には服薬率が悪くなります。お母さんが毎回毎回きちんと飲ませていたときと違って、子どもに任せる、「私は子どもに任せていますから」という言い方をするお母さんが出てきます。子どもに「お口を開けてハイ飲みなさい」式のやり方はしなくてもいいのですが、薬の管理はあくまでも親がすべきことです。薬の管理、薬の責任は親が持たなければならない、たとえば「喘息の薬でもこれをまとめて飲めば自殺できますよ、薬の管理はきちんとして下さい」と言うのですが、お母さんが子どもに任せてしまう。そうすると服薬率は低下してしまいます。そして受診も不規則になって、今まできちんと通っていたのが非常に不規則になって薬が余ってしまい、病気の悪化を招きます。

親子関係、友人関係など精神的なストレスが非常に多くなってくる年齢です。そのために生活が乱れやすい、集団適応の低下があります。集団不適応から学校に行けない子どもも出てきます。

長年病気を持っている子供達が疾病逃避に進みやすいのです。“十歳で天才、十五歳で

才子、二十歳過ぎればただの人”と言う言葉があります。二歳半から発症してずーっと慢性疾患で来るとしても、二十歳過ぎたら慢性疾患が治ってただの人にならなければならないのです。健康な大人になれるのです。小児科医が診ていてこの子達が二十歳過ぎた時に、今のように俺は喘息だ、俺は肥満だ、俺は何々の病気だといっていられないのです。二十歳過ぎてただの人になると知った時に、その子たちに今、何を教えておけるのかということ、我々は十分考えておかなければならないと思っております。

先天異常や外観異常のある身体疾患は、生涯の疾病となります。こういう子ども達の間社会への適応を如何に支援していったらいいのか。私たちは今、腎不全、呼吸不全の子ども達は何とかなります。腎不全の子ども達は透析や腎移植で殆ど死亡というのはありません。強い喘息発作、呼吸不全でもやはり二十歳過ぎる頃までには殆どの人を何とかしてあげることが出来ます。ところが崩壊した家庭不全は私たちだけの力では、医者だけの力ではどうにもなりません。今日ここに集まっておられる先生方が一緒になってそういう子ども達を自立させていくことを考えていただきたいと思えます。

集団不適応について

喘息の子どもで入院してきた80人のうちに21人が集団不適応を持っていました。子ども達と一緒に遊べないという子ども達です。その子どもの集団適応がよいか、よくなったかどうかを評価指標によって判定しました。

喘息の発症年齢は、1歳、2歳、3歳といろいろですが、入院してくるのは小学校から中学校の間が多いわけですが。そしてこの子どもたちが集団不適応を起こした学年は、もちろん1年生からありますが、4年生、5年生、そして中学2年生、こういうところに集団不適応の大きな波があります。そしてこの子達

が不登校を発症するのが小学校1年生からありますが、3年生、4年、5年、6年生、中学2年生です。

その子ども達が不適應を起こしてどんなものがあったかを調べました。いじめが7人あります。それからいじめっ子であったものがある時クラスの力関係が変わって干されてしまったケース、緘然に近い無口で友達が出来ない、性格的な嫌われ者。これは確かにあります。大人の世界にもありますが子どもでもあります。それから過剰適應で疲れてしまう。疾病逃避、家庭不和、お父さんがいろいろ問題があるとか、お母さんが問題の人で、というのがありました。

家庭の状況を見ますと、離婚家庭から6例、お父さんが酒乱あるいはアル中が2例、お婆ちゃんとお母さんが常に不仲である、お父さんが急死している、お兄ちゃんが家で不登校しているというのがありました。

自分で薬を飲まないで誘発していた子ども3人、無口な子、過呼吸症候群を伴った過敏性腸症候群3例、詐病もありました。

子ども達が病院に入院しまして最初から病棟にとけ込める子どもが1人いました。ところが大部分の子どもが他の子どもに比べて病棟になかなかなじめない、しかし時間がかかるけれどもだんだん慣れて適應が出来てきます。時間の長短はあるけれども適應できます。病棟生活に子ども達がなじんでいったというのが11例でした。最初はなじみなくて、それでもオズオズとだんだんとみんなの仲間に近づいて遊んでみると、私たちの集団でもまたいじめられてしまう子どもが3人おりました。それから集団に慣れてくると本来の性格の悪さが出て、いじめの側に入ってみんなに嫌われてしまうという子どもが5人いました。最後まで集団にとけ込めなかった子どもがいましたが、この子は精神病院に転送する子どもでした。大部分の子どもは少し時間はかかるけれども集団にはなじめます。なじんだとき

に性格の悪さが出て、「あゝやっぱり」、という形になっていくものもあります。最終的には基礎疾患としての喘息は快復してよくなります。

喘息で集団不適應を起こしやすい学年は小学校4、5年と中学2年です。不登校の合併症はそのうち14例あります。集団不適應の子どもは不登校を66%も合併しております。不登校の原因はいじめなどの友人トラブルが多く、本人の特殊状況もありますし、疾病逃避、服薬拒否などもありました。入院後には慣れて適應できるようになるけれど、慣れると本来の性格が出て不適應を起こしてしまう例もあります。喘息の重症度は比較的短期間によくなっております。

それならば心身症といわれる子ども達はどうなっているか調べてみました。46例についてですが、私どもの所に入院してきた心身症の子どもは入院前の集団不適應が28例ありました。

46例のうち 不登校のなかったのが12例、不登校のあったのが34例73.9%の子どもが不登校を起こしていました。つまり子どもの心身症は集団不適應があり、不登校の合併が多かったわけです。そして退院後の不登校の再発が非常に多いのです。入院中の症状の改善がうまく行かなかったか、あるいはすっかりよくなるうちに退院してしまったというのが多いわけです。症状が改善して帰ったがそれでも再発したという例もありました。

この子達を見ますと入院前に両親と同居していたのは54%しかありません。入院前に親との離断が45.6%あります。施設入院して何故喘息発作が治まるのか、何故子ども達がよくなるのかということについて、両親と離れて本人の自立心を養うからだ、ペアレントトミーという説があったわけですが、今入院してくる子ども達は既に入院前に45%がペアレントトミーがされているという状態だと思えます。私たちはその親との交流を一生懸

命やってみました。実質的に離断をしているけれどもまだ正式な離婚に至っていない家族が8例ありました。それに対して主治医、臨床心理員、臨床児童相談員、看護婦さん、学校の先生、地域の保健婦さんとかいろいろな人を全部巻き込んで、一生懸命何とか家庭の修復を試みました。私たちは腎不全に対して、呼吸不全に対して医学で対応できます。家庭不全に対して我々に出来るものがあるのではないかと思ってやってみたのですが、効果を上げることが出来たのは2例でしかありませんでした。

この子どもたちの問題点を見ますと家庭に問題があったのが最終的には67%、本人に問題があったのが32%、友達関係（学校関係、と言うべきものがこの中に含まれます）に問題があったのが47,8%と非常に大きなウエイトを占めております。

入院当初からその子ども達がほぼ正常に友達関係がもてた子は、46人のうち6人しかいません。正常な友達関係を持ってない子どもが87%でした。そして入院中に病棟も養護学校も人数の少ない、そういう非常に小さい世界では友達関係が出来るのです。周りで一生懸命援助して友達作りを教えてあげて、友達関係が上達したと思われるものが77,5%、77%の子どもたちは小さな世界に入ってきて友達関係を作ることが出来るようになった。ところが地域に帰って、1,000人規模の学校に行くとそれが通用しなかったというのが19%なんです。入院して回りがそういうことに意を用いてあげても友達作りが上達しない子どもが22%いたわけです。たとえば兄弟喧嘩をしたことのない子ども達が多い。兄弟喧嘩をするということは、今までとつきあいの喧嘩をしていてもすぐに仲良くなって一緒におやつを食べられる。後まで恨まない、後まで根に持たない、そういう兄弟喧嘩を繰り返してきた子どもは、病棟で喧嘩をしてもすぐ仲良くなることを知っています。ところが兄弟喧嘩

をしたことのない子どもが喧嘩をすると、もうそこで修復が出来なくなります。仲良くなる方法が分からないのです。そういうのも手伝っていると思います。親は喧嘩に出るな、と言うこともありますが、どうしてもいじめの加害者、いじめられた被害者という形で見てしまいがちになります。なかなかそれを修復しようというにはうまく行かないのが現状のようです。それで結果的に私たちが力が及ばなくて、入院したのにそれが上達しなかった、入院している間はよかったが、退院したらそれが通用しなかった、不完全だったという子ども達がいたわけです。入院中に出来た友達を大事にする子どもは、退院してからも入院中の友達に手紙を出したり電話をかけたりして、休みの日には一緒に会ったりしています。古い友達を大事にする子ども達は、新しい学校に行っても、新しい友達がすぐ出来ます。つまり、友達の作り方が分かっているわけです。ところが入院中に出来た友達は退院したらそれでおさらば、病院で出来た友達はもうつきあわなくてもいいんだよというお母さん方がいますが、古い友達を大事に出来ない子どもは新しい友達が出来ないのです。中国の言葉みたいですがそういうことを実感しています。

集団不適應のまとめとして、これも今までの話しの繰り返しになりますが、要するに私たち施設入院の職員は、友人関係の持ち方、集団適應への改善の指導・援助というものが非常に大きな仕事になっているのではないのでしょうか。今私たちがやるべきことは、入院して集まってくる子ども達というのは非常に友達づきあいが下手です。友達作りが下手です。集団適應がうまく行かないのです。そういう子ども達の何に的を絞ったらよいのか、その子ども達に人間関係を上手に作る方法、そういう指導・援助が必要なのではないのでしょうか。今日お集まりの先生方の所でも、特に施設入院の先生方はきつとあなづけるとこ

ろがあるのではないだろうかと思います。

私たちの所では、長期入院する場合には、委員会を作り、その委員会で決めております。医者が決めるのではなく、教員が決めることでもありません。

このように組織的にやっております。臨床心理員も臨床児童相談員もいます。子ども達の心身医学的アプローチというものは決して専門職に任せるものではありません。養護学校の先生も病棟の看護婦も医者も、病棟を掃除する人たちも、全部がそのことを心得て、一つの組織として全体が動く必要があると考えています。そしてこういう組織に添ってやって参りました。

病院関係としては、医者と心理判定員、臨床相談員、福祉関係の大学を出た人たちです。それから病棟の看護婦、学校からは校長または教頭、つまり責任者に入って貰い、それから教育相談専任教員、養護教諭、各学部の教員、担任、こういう人たちで一つのテーブルを囲んで行なうわけです。新しく子どもが入院する時、どういう状態であったか、医者が問診して分かる範囲というのは非常に少ないということが分かりました。こういう人たちからみんなで情報を集めると、その子どもについて非常に多くの情報が得られます。そしてこの子には何を援助してあげなければならないのか、何を指導していかなければならないのかというのがよく分かって参ります。十人十色ですがそれぞれに対してケース会議をして、この子には何をしようか、何が改善したら退院できるのか、ただ発作が出なくなったからそれで退院していいのか、肥満が解消したから退院していいのか、発作のない子を病院として入院させて置くわけにも行かない、それじゃその子どもをどういう形で帰してあげればいいのか、どのようにつなげて学校に戻してやればいいのか、そういうことを考える組織を作ってやってきたわけです。

そういう委員会というもので問題点を調べ

て挙げてみました。その子のQOLを著しくマイナスにしているものは何かという和家庭の問題がやはり一番多い。それから本人のもって生まれた性格というもの非常に大きく、突き詰めていきますとこれが残ってしまいます。学校に行かないということはその子にとって大きなマイナスであることは事実であります。重症喘息、緘黙、いろいろなものがつながって参ります。

昨日もいろいろ不登校の分類の話がありました。この子どもが一体何を持っている子供なのか、何を一番大きなハンデキャップとしているのかということを考えてみる必要があります。そこでランク付けをしてみました。

(表9) 施設入院・養護学校転入学によって改善が期待できる項目と順位

A	基礎疾患 生活習慣 学習空白 苦手科目 学校生活 教師関係 被虐・劣等感 友人関係 集団適応
B	自我未熟・未発達 分離不安 親子関係
C	本人の個性・性格・知的レベル 家族関係 社会環境

我々の所のように病院と学校が併設しているところであれば、病気のために不登校になった子どもは、基礎疾患をしっかりと治してあげて学校に帰してあげるのが一番いい症例で、生活習慣の乱れ、昼夜逆転みたいなものも病棟生活でよくなってきます。発作のためにあるいは腎疾患の再発のために、学習空白があるというようなのは、ずいぶん補ってやる事が出来ます。学校の先生との関係がうまく行かなくなってしまうという子どもも意

外と多いものです。いじめられたなどは全く環境を変えてやることによって救うことが出来ます。

本人の性格的な問題もあります。発達はあるけどやはり普通の人のように追いつけない、あるいは年齢と共にだんだん差が開いてくるという場合もあります。分離不安という親子関係は、1歳から6歳頃までに片づくものですが、それを引きずったまま中学生の段階で入院してもすぐには改善できません。

そして我々の所では本当に困ってしまう、手におえないているのは、個性、性格、知的レベル、家族関係、社会環境などです。こういうものは養護学校や病院が一生懸命やって

もやはり改善の度合いからいいますとCであります。

養護学校に不登校の子どもを入学させてもちっともよくなりえない、率が悪い、あんな所に入院したって仕方がないという説もあります。そういう例は当然あります。Cランクの子ども達を養護学校で集めてやれば当然成績が悪くなります。ところがAランクのことから起こっている不登校の子ども達は我々のような所で手がけてやれば非常に成績がよくて、元気に社会に送り出すことが出来るというように思っております。

以上で終わります。有り難うございました。

ご 案 内

第38回全国病弱虚弱教育研究連盟研究協議会 並びに第24回東北地区病弱虚弱教育研究協議会 岩手大会 第36回岩手県病弱虚弱教育研究会盛岡大会

- 1 期 日 平成9年10月8日(水)～9日(木)
- 2 会 場 岩手県民会館 岩手県公会堂 岩手県水産会館外を予定
- 3 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」
- 4 主 催 全国病弱虚弱教育研究連盟 東北地区病弱虚弱教育研究連盟
岩手県病弱虚弱教育研究会
- 5 記念講演 演題「宮澤賢治を語る」
- 6 分科会 第1分科会「喘息」 第2分科会「腎炎・ネフローゼ等」
第3分科会「筋ジストロフィー」 第4分科会「虚弱・肥満」
第5分科会「心身症等(不登校を中心に)」
A(指導的段階) B(養護・訓練、医教連携)
第6分科会「脳性まひ等重心部会」
A(教育内容と方法) B(医療・家庭・地域等との連携)
第7分科会「病弱・身体虚弱学級」 第8分科会「教育課程」
- 5 参加費 4,000円

*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方々が参加対象者です。特に施設・病院関係者・保護者の方の参加が例年非常に少ないのが大変残念です。多くの方々のご参加を期待しております。

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 主任調査官

須 永 和 宏

本日、不登校の子をもつ親の立場として話すようにとのご依頼を受けまして、体験談を含めてお話しさせて頂きたいと思います。

私のようなものをお招き頂いたことは大変光栄に存じております。

私は、家裁調査官と言う仕事をしておりまして、いわゆる非行の問題に携わっているわけですが、たまたま私の子供も学校に行かなくなったということで、家裁調査官として心理的な仕事に携わるものが、わが子に直面したときの心理的動揺もあるわけです。その辺を私の立場から随時話させて頂きませんが、大体三つくらい話の柱を用意してきました。

最初に、我が子の不登校に直面してどんな状態になったのか、どんな問題が出てきたかをお話し、その後に二三付け加えたいと思います。恐らく私の話は、この研修会での先生方の話とは大分、観点が違うと思います。当事者ですので、我が子に味方するわけではありませんが、矢面に立たされますと当然、親の育て方とかいろいろな問題を突き付けられるわけですね。そういう意味で、まだまだ不登校の問題に対しては誤解と偏見があるのではないかという受け止め方をしておりますので、その辺を敢えてお話しさせて頂こうかと考えております。

それから最後の方で、文部省が1992年「学校不適応対策調査研究協力者会議」で、誰でも不登校に陥る可能性があると言うことを述べたわけですが、そこの辺の観点も含めて触れてみたいと思います。

まず、私の子供を紹介させて頂きまして、17歳の男の子で、学校に行っていれば高校二年生になります。義務教育を終わらして

現在フリースクールに行っています。今日、午後のシンポジウムに私共々登場する予定ですので、生の声をお聞き頂けると思います。

小学校三年までしか学校に行っておりませんので、中学校三年までの義務教育修了の免状はもらえておりますが、社会的な学歴という点では小学校三年卒ということになるわけです。

早速、お話を進めさせて頂きませんが、どのような形で学校に行かなくなったかを簡単に述べてみます。私の子供の場合は、転勤がきっかけでした。東京から福島のある町に転居したんです。小学校三年の三学期に転校して最初は心配なかったんですが、四年の一学期の5月の連休明け頃から行かなくなった、だいたい不登校は長期間の夏休み明けとか5月の連休明けとかが多いですね。

行けなくなって東京シュレという、不登校の子供が通うフリースクールに通い始めるのが小学校六年の半ばですので、2年半にわたって閉じこもったことになります。当然、我が子が学校に行かなくなったという事態に直面しますと、青天の霹靂でして、どんな親でも周章狼狽してしまいます。何とかして登校させようとやっきになるわけですね。細かい説明は省略しますが、不登校の状態の中で私の子供は、たまたま詩を書くのが好きで、2年間位で143編の詩を作っております。この詩を全部ご紹介すれば子供の訴えるもの、問いかけるものは分かって頂けると思うんですが、時間がありませんので二三紹介させて頂きます。こんな詩を書いています。

“つまらない”という詩です。

〈つまらない。どうしてもつまらない。つまらない。ごろごろして、もう今にもどうにかなりそう。明日も同じ、あさっても同じ。もうつまらない。とにかくつまらない。こういう日は毎日やってくる。この気持ちわかって下さい。〉

これは小学校5年の時なんですが、恐らく

詩を書くことで、気持ちの発散を図っていたんだろうと後で考えれば思います。私が書きなさいと言った訳ではなく、自分から書いた訳です。詩を書いた事は本人にとっては非常によかったと思います。詩を書くことによってかなり気持ちがふっ切れたと言っておりました。この詩の最後の“この気持ち分かって下さい”という、しぼるような思いを訴えかけられたんですが、これは随時見せてくれておりましたが、この訴えに対して何もできない親の無力をこの時ほど痛切に感じたことはありません。恐らくこの“つまらない”という事は、本人にしてみれば膨大な暇との戦いに直面して、恐らく際限のない倦怠感に支配されてしまっている、辛く苦しい気持ちで、いつ果てるとも知れない暗くて長いトンネルを通過する心境に似ていると思います。

そうなりますと、当然親と子の間の葛藤も生じてきます。特に母親ですね、四六時中顔を突き合わせて、子供の世話に明け暮れなければいけない。すると妻の気持ちも夫の私に向かってくる、そういう形で親子、夫婦の関係に些細なことで衝突、葛藤が生じてきます。

私は心理臨床家としてまあ専門的な仕事をしていますので、この事態に直面して、我が子が比較的に適応という面では順調に学校に行っていましたので、恐らく転勤した先でもあまり問題なく行くだらうと気軽に考えていました。ところが東京の空気を吸っているだけに、本人にとっては相当不安感が強かったのだと後から思いました。三学期という学年の途中の転勤だったこともよくなかったと思うんですが、四年生になって顔色が優れなくなり、先程申し上げましたように5月の連休を機に学校へ行くことを渋り始めた訳です。

最初に私共が受け止めたのはやはり、不登校とは思いたくない、私も仕事柄、不登校の本はそれまでかなり読んでいました。直感的に不登校だと思いつつながら、受け入れたくないという感情ですね、渋り始めた時にやっ

と親として「どうして行きたくないの」か聞いてみました。これは単なる言い訳かも知れませんが、新しく変わった担任は男の先生ですがうまくいかない、クラスメイトから時々いじめ（言葉の面で）を受けていた、東京から来た訳ですので、言葉の違いでその対象になったと思うんです。だんだん子供の表情が暗くなるし、疲れ切った表情が見えたものですから、私としてはこれはただ事ではないと思ひまして休ませました。

ところが妻は、休ませたら大変だと躊躇しまして反対だったんです。強引に押し切って休ませましたら、子供の表情がほっとして明るくなりました。何とかまた、力が付いたら行ってくれるだらうと期待をもった訳です。ところが子供は学校から関係が切れますと、非常に孤独になるんですね。自ら鞭打って図書館登校とか保健室登校を始めました。しかしそれも長くは続かなかった訳です。そうこうするうちに夏休みに入り、ゆっくり休めば二学期からまた登校してくれるだらうと、のんきに構えていたんですが、やはり夏休み明けも行きませんでした。そして、長い不登校にはいったわけです。

ここでもう一つ詩を紹介します。

〈むかっと腹が立つ。普通にしゃべっていても腹が立つ。腹が立って立って立って立ちまくる。鏡を見ると目がたるんでいる。眠たいし、じめじめしているし、見渡す限り同じものが目に入る。何度見てもかっかくる。テレビも昨日あった番組が一時間前に終わった気がする。だから、むかっとする。朝ごはんも昼ごはんも夕ごはんも、午前中も午後も同じことばかり。つまんない、つまんない、余計むかっとする。かっかくる。もう体全体がかっかくる。〉

最初にご紹介した“つまんない”という詩と、これは共通しているだらうと思います。本人の気持ちとしては、何もやることがあり

ませんので、もがき苦しんでいるという状況が伝わってくるんじゃないかと思うのですが。恐らく今の詩をお聞きになりまして、何故それほど腹が立ってくるのかと思われるかも知れませんが、私が思うに、単調な毎日の生活に飽き飽きしてしまいますから、やることと言えばテレビを見るかファミコンをやるかで、それに満足はしていないわけです。息子が詩で訴えておりますように、象徴的なことは、昨日あった番組が一時間前に終わったような気がする訳ですから、時間的観念が分からなくなっているんですね。ですから時間との戦いの中で、そういう苦しみを逃れるために、ファミコンやテレビを見るしか方法が見つからない。ところがテレビに飽き飽きして、そのやるせない思いをむかっとしてぶつけようとする、何にぶつけようとしているのか本人も分からない。だからこそまた、余計むかっとしてしまうんですね。そのような心境が私の子供の状態だったのではないかと言うことが少しご理解頂けるかと思えます。

振り返ってみますと、我が子が不登校になったときは、誰しも、親の育て方が間違っているんじゃないかとか、子供の性格や心の状態に何か欠陥があるんじゃないかということで、自分を反省することになります。恐らく多くの親が自分を責めたり、子供を責めたりするわけです。ところが、当初そう思っておりましたけれど、私は不登校だけでなく非行の子供もかなり見えていますので（7～8千人の子供とあっています）、非行の子供という特殊な子らと比較はできませんが、不登校の子供にも会うようになったんです、特に私の子供がフリースクールに行ってからですが、泊まりがけで私の家に遊びにまいります、不登校の子、非行の子、いろいろな面で行くと、これは親の育て方とか子供自身の性格の問題だけでは割り切れないんじゃないかと思うようになりました。

そうしますと今回の研修のテーマ「心身に

障害のあるということ」とは、場違いの話になるかも知れませんが、私のような話も聞いて頂いて、多面的な形で不登校を考えていただくことも大事ではないかと思えます。

親ばかかも知れませんが、私は息子が不登校になったというのは、子供自身が自分を大事にしよう大切にしようと感じて、回りの状況とあまり妥協しないで、自分の個性を主張するがために、衝突して学校の空気と相いれなくなっていく、そういう感じをもっているんです。私の子の場合には、感性があるが故に今の学校とはうまくいかない、そういう印象をもっています。

こう申し上げますと、やっぱり甘えなんだわがままなんだと、学校の先生は特にそうおっしゃるんです。怠けだとか逃げだとか、こらえ性がないんだというような主張で反論されてくる方が沢山います。勿論、そういう要素があるのかも知れません。でも一面的に決めつけることはできないのかなと思っているわけです。それは後で申し上げたいと思えます。いわゆる不登校といった場合には、心の病、情緒障害と言う見方が根強く定着していると思うんです。原因としては親の育て方、過保護だとか過干渉だとか、生育歴上からくる本人のパーソナリティの歪みだとか、自立心の欠如だとかと言う解説が多いようです。私も不登校の本を、この十年間くらいのは殆ど読みましたが、違うんだということを申し上げたくて私は本を書いた訳なんです。それを読んで頂ければ有り難いのですが。

今申し上げたことをまとめて言えば、現在の学校教育に弱い子供というのがあられるわけなんです。その理由としては、何のかの言っても、ほかの子供が学校に行って頑張っているんだから、行けないのは何らか性格的な欠陥があり弱いからだと言う流れで見えていくんですが、これは個人の病理と家族の病理に求めている一元的な見方です。十年前は確かにそういう原因論が支配していました。私も仕事

をしながらそういう理論に毒されていたかも知れません。しかし、この十年來の不登校論を見てきますと、そういう見方だけでなく、今の学校教育の状況では不登校になっても当然ではないかという論調もかなり多くなってきました。それはまた面白い現象だと思えます。逆に学校や教育の在り方も問題があるんじゃないかと言う見解が目立ってきています。吉住先生への批判ではないんですが、病院関係の先生方は学校に原因があるというのが欠落してしまっているんです。家族や本人の問題であるということで、学校が全く登場しない、これは不思議な現象だと思うんです。

従來の立場に立てば、不登校になり安い性格特性があるというんですが、私としては、不登校は多様化しているかと思っているんです。一面的には見られなくなっている。私は非行の子供を見ていて、非行の子供そのものが多様化してきていて、一概にこういう性格特性をもっているから、こうなんだとは言えなくなっている、そこが大事だと思います。例えば、多くの研究者や学識者が、もはや不登校の子は特有の共通項を抽出することが難しいと断言しています。私もいろいろな学会に出ています、そういう論調を多く聞きます。ですからこの十年の間に見方が様変わりしてきていると思います。

さらに申し上げますと、私は仕事柄、家庭の問題にも立ち入ってやっているわけですが、家庭の病理を言うならば、病理を持たない家庭はないんじゃないかと思えます。親子関係という面で問題のあるケースが多いです。ですから親子関係や家族関係に問題があるということ、不登校だけに適応させていいんだろうかと思えます。親子関係の悪さが不登校になったという因果関係についても、私は逆ではないかと思っています。不登校になったために親子関係がおかしくなったと理解すべきだ、そういうケースが圧倒的に多いんです。不登校と言う事態に直面した親はおろ

おろします。学校に行かないことは子供の将来がふさがれたも同然ですので、学校に行かせようと思います。そこに葛藤が生じます。神経症的症状が出て当然ですね。その中でだんだん親子関係に問題が生じてくる訳です。その結果を見て親子関係が悪いと見てしまうんですが、或る先生は、不登校とは自己防衛反応に過ぎない、性格の歪みなどを呈する症状、神経質や頭痛などの症状は、不登校の原因ではなく結果であるといわれています。私の子供を観察してきた結果では、そういう性格的な問題は殆どなかったといっているんです。むしろ健康的というか、普通の子でした。しかし不登校に陥ってからは、おどおどしたり神経過敏な振る舞いやいろいろな症状が出ましたので、担任の先生も神経症だとか過敏症だとかいうように決めてしまったんです。

私の子の不登校の原因は、単なるわがままとか怠けとは程遠いことです。一つははじめがあって、ぎりぎりまで学校で追い詰められて、不安を抱えて立ち尽くしてしまったわけです。そういう状況の中で疲労困憊した。ですから生理的に足が学校に向かなくなった。最後の引き金だけを見て、こんな簡単なことで行けなくなったのは甘えだと見てしまうのは、そこに至る子供の葛藤のプロセスを見落としてしまう、理解しようとしめない態度になってしまうのではないかと思います。

閉じこもっていたとき、それに関する話題を出すと、“言わないでくれ”と叫んだことがありました。恐らく学校に行けないことへの引け目を過剰に持ってしまっていたんですね。親だけでなく回りの者が自分をだめな人間と見ていると思って反発するんです。異常なほどに神経過敏になっています。親もそうなると腫れ物に触るようにはしか対応ができなくなってしまう。子供自身が客観的に自分を見つめられるようになると、不登校の子は学校のことを口にするようになると思うんです。例えば、先生の言いなりになってまるでロボ

ットみたいだったとか、ここにいると自分が自分でなくなるような気がしたとか、窒息しそうなったとか、そんな言葉が発せられます。これは実は、不登校の子供でなくても、私が仕事で子供を扱っていますと、大勢の子がこれに近い事を訴えます。学校に行っていると自分でなくなってしまいます。その子が不登校でなく非行に走るというのにはいろいろなメカニズムがあると思うんですが、いずれにしても、本研究会は心身の健康に問題をもつ子供への医療、教育、福祉、家族の在り方をうたっていますが、当然、対象とするのは情緒障害児、虚弱児と言うことになりますね。従って、そのようなカテゴリーの中で不登校の子を見て行こうということでは研修されていると思うんですが、私自身、養護の対象になる虚弱児と不登校児とが全く別であると強調するわけではありません。ただ、不登校の子供というのは一般化していますので、私としては、誰でもがなり得るという立場ですから、医療とか養護とかの枠の中に収まり切れないのでないかと思っています。医療や養護の視点から不登校児を見ていきますと、どうしても治療すべき対象とか、適応すべき対象とならざるを得ません。当然、学校に復帰させようという観点になる訳ですが、今日お集まりの先生方の多くが施設や医療や福祉関係に従事しておられるのでしようが、そういう中で不登校の子供と接しておられると思うんです。施設に入所するほどの不登校の子供は、70000人の不登校児のごくごく一部ではないかと思うんですね。一般的に、こじれて入所してくる子供が多いのではないかと思います。こんなことを申し上げますとお耳が痛いかと思いますが、先生方が扱っておられる不登校の子の例を一般化して、これが不登校児だと結論づけることだけはしなで頂きたいというのが私の立場です。そういう形で不登校の子供の共通点を見つけることは不可能ではないかと思えます。

その理由をさらに申し上げますと、不登校の子から理由を聞きますと、私の調査では、約半数がいじめを受けていたという事実があげられそうです。吉住先生の統計の中でも、いじめが入っていました。パーセントは低かったようですが、聞き方によります。単なる不登校のきっかけの場合もあるし、いろいろな場合があります。ただ、なにがしかのいじめのあった事実だけは認識しておく必要があると思います。

最近いじめから、自殺の問題も起こっていますが、私は不登校といじめはかなり密接な関係があると思います。だとすれば、いじめという客観的な事実があるわけですから、それによって行けなくなるのは、個人の性格、育て方の問題とは全く別です。

不登校の子供たちの数の面だけではなく、内容、質も著しく変化していると思います。身近な不登校の子と接していますと当然、子供に異常な反応があります。閉じこもりも、強迫神経症だとか、精神分裂症的な症状があります。それを見て親から聞いたりして、だんだん異常が見えてきます。何が異常かはいろいろありますが、それらの多くはあくまで二次的反応、副次的反応に過ぎないのではないかと私は考えています。つまり、学校へ行きたくても行けないということに対する心の葛藤から生じたもので、苦しい中から様々反応を示していく、ですから親が対応を誤ったりします。親は学校へ行かせたいわけで、子供の意思をあまり聞かないで学校へ行くように追い詰めて、こじらせていきます。私の子は、誤った積もりはないんですが、それでも閉じこもり現象は二年半続いた訳です。子供が望まないのに強制的収容もあるのかも知れません。そうすると、子供の精神状態はひどくなってきます。

ここで昨年神戸大震災のことを例に出しますと、震災に遭った子供は、心理療法の方が調査されていますが、トラウマ（心の傷）

を受けて引きずっています。いわゆる精神的後遺症が出ている、一つのショックによって出てきている。そういう報告書を読みますと、その子供たちの中に母親との分離不安、神経過敏な症状、異常に強い性的反応、集中力欠如、退行現象、引きこもりなど性格的变化が伴っていることが分かります。

これらの症状は、不登校の子供と殆ど同じと言えるかどうかは分かりませんが似ています。震災という事態に直面したことによって二次的反応が生じているわけです。震災の前に子供が親に虐待されたとか、育て方を誤ったとか、子供の性格特性に問題があったから出てきたわけではないんです。震災そのものが引き起こした症状、それが不登校と似ているということ事態が、もしかしたら不登校からくる二次的現象というふうの問題を捕らえるべきだと思いますし、そういう見方もあるということを知って頂きたいと思います。

冒頭で申し上げましたように、1992年文部省の諮問機関「学校不適応対策調査研究協力者会議」が報告しています。非常に画期的なことです。四点ほどあげています。

- ①不登校はだれにでも起こる。
- ②個人の属性に何ら問題の感じられない子供にも多く見られる。
- ③学校の在り方に起因する問題が大きい。
- ④学校への義務感がプレッシャーになる。

と述べています。

従来の不登校の見方に対する認識の転換です。それを学校側に求めている見解です。①の誰にでも起こるということになれば、原因があるから結果という図式で考えることが、ナンセンスになります。原因→結果は心理学的に言えば、直線的因果律と言いますが、もし原因があるとすれば一元的でなくて、複合的ではないかと考えます。もしかしたら円環的因果律（原因をどこかに求めるのではなく）と言う見方になるのではないかと思います。最近そういう説を唱えている方が可なりいま

す。従って、不登校が例外なく起こるとすれば基本的に、收容するという事は、あまり望ましくないのではないかと思います。或いはそういうことも必要なケースがあるかもしれませんが、出来るだけ避けるべきだと思います。例えば、私たちが非行問題を扱っていて、非行の子を收容するのは、重大事件を起こす恐れのある子供のみです。

最後に結びとして、不登校は子供たちが互いに示し合わせておりませんね。また伝染する訳ではありません。ところが不思議に、全国各地で同時多発的に学校に行かなくなる状態が続いてきている。これはもしかしたら、学校に対する子供たちの無意識の異議申し立てではないかと解釈する方がいいと私は思っています。私の子を見て分かったんですが、不登校になることは今の時代では幸せだと思っているんです。不登校になったことを決してマイナスに思っておりません。午後のシンポジウムに子供が登場しますので、どんな事を言うか聞いて頂ければ分かりますが、私自身は子供の不登校を逆に幸いだと思っています。何故かと言いますと、私いろいろ仕事していて感じるのは、不登校にさえもなれないで我慢に我慢を重ねて学校へ行っている子供が多すぎるのではないかと思っています。非行に走る子の中でもそういう子供がかなり増えてきています。学校へ行きたくない、行かなきゃいけない、そういう中で非行そのものが、従来ですと外向的だったものが内向的、非社会的になってきているんですね。そういう意味では、非行の子供の中にさえも神経症になってもおかしくないような子供が増えていきます。とにかく必死に学校にしがみつこうとしている子供に注目しなければならないのではないかと思っています。これらの子供たちのことを或る研究家たちは、潜在的な不登校の子供とか、不登校願望を持つ子供と言っています。気分的には、皆不登校なんです。そうとすれば、不登校の子供への対応のし

方は、巨視的でなければならないし、この枠組みの中で子供の適応を図って行くのではなく、学校は子供たちに寄り添いながら、どれだけ子供たちの主体的自立を図って行くかということに課題を据えるべきではないかと思っています。従って不登校に対する対応を考えますと、どうしても学校復帰させるということが第一の眼目になってしまうのですが、果たしてそれでいいのか、これはもっと議論すべきだと思っています。

今日のレジュメの中で、私の子供が書いていますが、学校へ行かないという方法で自分らしく生きて行く道、そういう選択があってもいいのではないかと、家に閉じこもっているはそれができないわけで、学校とは別に居場所があっているのではないかとという方向に転換して行くという考え方があります。それは別として一つ言いたいのは、今まで当たり前

と考えてきた学校固有の様式、例えば校則、学校文化、それが子供にとって本当に必要かどうかの再検討が必要だと思うんです。

不登校が学校に対する異議申し立てと言いましたが、いわゆる旧態依然たる学校文化と、子供文化は対立しているということは言うまでもありません。新しい子供文化は、学校文化を押し潰さんばかりです。そういうせめぎ合いの中から、不登校は出てきているのではないかと私自身は思っているのです。ですから今まで言われているように、不登校の子の性格だとか育て方に原因を求めることに固執する限り、不登校の問題は解決がつかないと思っています。

いろいろ申し上げましたが、私の申し上げたかったことは以上です。もっと具体的なことはシンポジウムの中でと思います。

日本育療学会第3回学術集会 並びに研究・研修会の開催について

日本育療学会第3回（平成9年度）学術集会を次の様に予定しております。

- 1 期 日 平成10年2月21日（金）～22日（土）
- 2 会 場 横浜市健康福祉総合センター（救急医療センター）
- 3 主 題 「子どもの心とからだ」
- 4 分科会 第1分科会「アレルギー疾患（喘息を中心に）」
第2分科会「小児がん」
- 5 参加費 会員 4,000円 非会員 5,000円

*内容が変更することもあります。詳細については後日ご案内申し上げます。

多くの方々の参加を期待しております。

*なお、日本育療学会へのご意見ご希望等をお寄せ下さいますようお願いいたします。

学校に行けない子供への対応

(第一回研究・研修会のシンポジウムの概要)

勝呂：学会研修会最後のセッションのシンポジウムを始めさせていただきます。初めに演者の方々に10分～15分お話し頂き、その後各演者間で意見交換して頂き、それから会場の方々からご質問、ご意見を頂きたいと思います。

初めに本人の立場から、須永祐慈さんにお話し頂きます。須永さんは昭和54年お生まれになり、小学校3年の三学期に転校をきっかけにいじめにあって、4年生の5月頃から長い不登校に入れているということです。“学校へ行かない僕から学校へ行かない君へ”と言う本を読んで感動され、東京の北区にあるフリースクール東京シュールに通うようになり現在そこの高等部に所属しています。不登校問題についてはシンポジウムやTV、新聞を通じて積極的に提言を続けておられます。去年は日米フリースクール交流でアメリカに渡って二週間ほどそこで過ごし、夏にはシベリヤ鉄道に乗ってヨーロッパに渡るというユーラシア横断の旅を一カ月されたそうです。ではよろしく。

須永：皆さん今日は。今日はこういう学会で、十代の僕のような人間は滅多に来ないのかもしれない、多少緊張しています。

僕は午前中に話をしました須永和宏の子供です。たまたま父親が来ないかと言うので、付いてきたという程度なんです、体験を少し話させて頂きたいと思います。

僕は小学校4年生の時に学校に行けなくなったわけです。ずっと学校には行ってなくて今高校2年の年齢なんです、東京シュールというフリースクールに通っています。

僕が学校に行けなくなったのは、いじめからだったんです。それはランチなどの激しいいじめではなかったんです。クラスからだ

んだん敬遠されるような感じで行けなくなりました。詳しいことは覚えていないのですが、よくよく考えてみると初めは授業中に後ろから突っ突いて来る子がいて、それが鉛筆や定規だったんです。毎日毎日だんだん多くなってきて、我慢できなくなって大声を出してしまった。いつの間にか一人でなくなって、気づいてみたらクラス全体に広がっていました。朝、お早うって声かけるんですが皆からは声をかけて貰えなくなって、いたずらもひどくなったり、筆箱が捨てられていたり、いじめらしいことが起こってきたんです。その時は自分が悪いんだから頑張ろう、自分が変わらなければと思って、積極的に話して皆に加わって、嫌なときはいやだと言おうと努力したんです。その頃は努力して通ったんですが、いじめは全然変わらなくて却ってひどくなって行った。頑張るほどひどくなったような気がしました。

毎日、盗まれたり下駄箱にゴミや画鋲が入っていたり、上履きが失くされていたり、靴が失くされていて30分も学校中探し回ったりとか。また、だんだんひどくなったのは、ちょっかひのほかに殆ど喋ってくれない、いわゆる無視されてしまう、そして独りぼっちになったんです。独りぼっちって言うのは、自分の中では頑張ろうと思っているんだけど気がなくなってしまう。その時には誰にも相談できず、自分で頑張るしか無いと思っていたんです。誰も見てくれない、誰も返事をしてくれない、プッと向こうを向いてしまう。話す人も遊ぶ人もいなくて、皆は外に出るんですが僕は教室に独りぼっちだとか、給食などは誰も一緒に食べてくれない、机を離されたり、そして限界になって、行きたくな

いって親に言ったわけです。

親からは行きなさいと言われて、引っ張り出されたこともあったし、10時頃から行ったこともありました。結局は休んだんです。行けなくなってから学校の先生が来て、親が相談に行ったんですかね、校長、教頭先生が来て話したんです。そして、教室に行けないなら図書館と保健室に行ったらどうだ、生徒もいないから気軽に行けるだろうというので、図書館に一週間保健室にも一週間行きました。一週間と決まっていたわけではなく、一週間経ったら行かなくなったんです。

今の東京シューレは大分行っていますが、それまでは2年半家に閉じこもっていました。その間毎日TVを見てご飯を食べる、ずっと家にこもるといふ感じでした。東京シューレに行くようになったのは、先程紹介のあった“学校に行かない僕から学校に行かない君へ”これは不登校を体験した13人の子供の体験記ですが、それまで僕は学校に行きたくても行けない心の病気だ、学校に行かないのは悪いと自分を追い込んでいたんですが、体験記を読んだとき同じ体験が綴られていて、初めて感動したというか鳥肌が立って、苦しんでいるのは僕一人ではない、沢山の人がいるということを知ってほっとしたというか嬉しかったというか、それまで溜まっていた疲れやストレスがパッと消えて行ったんです。そこで東京シューレに行きたいと思ったんです。

「学校に行けない」僕も最初はそう思っていたんです。心の病気だと思っていたんです。今思ってみると、東京シューレというところは150人位の子供たち、小1から19歳までいるんですが、話をしたり毎日好きなことをやったり、授業を受けたりしていると、学校に行けないって思っていたのが「学校に行かない」って思うようになったんです。最初は学校に行けないと何もできないって思っていたんですが、通っているうちに自分の意見がストレートに素直に出せるようになったん

です。そうなる自信がついてきて、こんな体験を喋れるようになったりして、別に学校に行かなくてもいいんじゃないかと思えるようになったんです。

今、子供はすべて義務教育だから学校に行かなくてはいけないうってなってますね。でもすべての子が四角い教室の中で学ぶ必要はないんじゃないかな、別の方法で学ぶ道もあるんじゃないかって思いついて、それが本当の自分ではないかなって思ったんです。大陸横断も全部自分たち子供で計画してやったんですけど、自分たちでできることが自信につながっていると思います。

後でもっと話したいと思いますけれど、僕は学校に行かないっていうのは、別に特別な事ではないと思うんです。学校を休んでいたときは体力が落ちていて、外に出られない、外に出ると気持ちが悪くなってしまいう状態が1年半くらいありましたけれど、自然に自分の気持ちが誰かに認められるということが分かかってしまうと落ち着いてきます。ゆっくりじっくり休んでパワーを貯めたから、素直に自然に出てくるようになった。だから、病院に連れて行ったりとか、児童相談所に僕も連れて行かれたんですけど、上から教えるとかカウンセリングするとかいうより、その子と同じ立場に立って一緒に話して活動してほしいと思っています。「学校に行かない」ことは、ただ学校に行かないということだけで、別のことではないと思います。今は以上で終わります。

勝呂：ありがとうございました。続きまして、家族の立場から須永さんお願いします。午前中ご講演頂いておりますので、ご紹介を割愛させていただきます。

須永：ただ今、裕慈が話しました。その後で話にくいのですが、子供が今語ったことで尽きているので、わたしの喋ることは無くなってしまったように思っています。打ち合わせもしていませんので、子供が何を言うの

かと思っていましたら、わたしの言いたいことの大半を言ってしまったものですから。何か補足になるかと思えます。

先程子供が“学校に引っ張り出された”と言っておりましたが、それは誤解でして(笑い)わたしの妻が(大笑い)無理やり連れて行ったことはあるかも知れませんが、私は心理臨床家の端くれですから、事態を見て早く学校に行かせない方がいい、と思っておりました。私は不登校と言うのは、暴論かも知れませんが、子供がさっき言っていましたように、単に学校に行かないだけのことではないかと思っ

ているんです。基本的には、本人及び周囲のものがそのことに拘らなくなれば、大半は解消するのではないかと言う受け止め方をしています。だから、学校としては不登校の子供には、なにもしなくてそっと見守るだけで十分ではないかとまとめることもできるのですが、今日の話の“対応”と言うことにつながらないので、敢えて三点ほど提言させて頂きます。

①結論から申し上げますと、子供自身が学校へ行けない状態から学校へ行かない状態、これは随分違うんです。“行けない”から“行かない”――意識の変革があるわけです。意識的に“行かない”と言うふうに意識の転換を図ることができれば、子供自身この問題はすでに克服しているのではないかと思うんです。ですから、親と本人が学校への拘りを捨てるのが自立の第一歩である、つまり、親は不登校という事態に直面した時に、悲観してマイナスに受け止めないで、むしろプラスに評価してしまうように心掛けた方がいいと思えます。とはいっても学歴信仰は、これ程までに我が国の社会には浸透しています。ですから拘りを捨てることは難しいんです。

②先程自立ということを申し上げました。再登校――学校へ復帰させるということもあるかも知れませんが、主眼は自立させることが大事だと思います。体験から言って不登校の子供は、本人自身が動くことが大事です。

つまり、回りから指導という名目のもて、お膳立てして、本人が動き出すのをサポートしたりするのはあまり意味がない。意味がないと言うと語弊がありますが、本人が動き出すのを待つことが大事ではないか、何かやらせようとする恐らくは、何かの困難に出会うとつまずいてしまう事が多いのではないか、ですから再登校ではなく自立することが大事なんだと思えます。

③不登校の子供への理解の仕方。子供の心の状態を十分理解することは大事なのですが、この理解の仕方が難しいんです。親が最善を尽くしてやったんですが、再三申し上げましたように2年半も閉じこもっていた。ですからこう言えるかと思えます。学校へ行かなくなったことに負い目とか引け目とか、自分がだめだという受け止め方、それが苦しみやつらさにつながって行く。苦しみやつらさは学校の先生とか親には簡単には訴えないんです。この訴えないのは不登校の子供だけではなく、概して子供一般の特徴なんです。言い方を変えれば、訴える言葉が見つからないといったほうが正確かも知れませんが、自分でも表現できない。それは親や教師に話してもどうせ分かってくれないだろうと言うような諦めもあるのかも知れませんが、そういう子供の身になって考えることは極めてむづかしいことです。

例えば、先生方も過去の自分の子供のころを思い起こして頂ければ分かりますように、子供時代の自分に身を置くことは、他人の立場に身を置くこと以上に難しいのではないかと思います。それと同じように、子供の身になってと一口に言ってもなかなか分からない、わが子でさえ分からないということだと思えます。ですからとにかく、子供が心身ともに疲れ切っている、そうしたら十分休息を取らせる必要があると思うんです。いろいろな働きかけをしようとする事は、必要最小限に止める方がいいと思っています。

最後に一言、子供を理解する秘訣はあると思うんです。或る心理カウンセラーの先生がいて、「親が子供の状態を少しずつ理解すると、理解した分だけ自分の状態を話してくれる」。これは真理をついていると思います。理解を前提で子供が話してくれる、話してくれるから対応が取れる。時間でするのでこの辺で。

勝呂：ありがとうございます。引き続き、都立南大沢学園養護学校長清野佑成先生をお願いします。先生は東京都のいろいろな学校、普通校、肢体不自由、病弱、精薄、また病弱と多くの養護学校を経験され、平成2年都立七尾養護学校長、平成7年10月現在の南大沢学園養護学校長をされております。

清野：この“学校に行けない子供”の話をするとき、教育の立場としては苦しいものがあります。今の仕事とは関係なく「登校できない子供」と一緒に考えることが多いものですから、自分で自分の立場を検証したいという観点で話をさせていただきます。

一つは、学校に行けないということを特別には見ないと言うことには賛成です。思春期においてつまずいた一つの形として見るべきだと思っています。ただそのことが日本においてどうして問題になるのか。それは自我の形成とか、生活技術とかが今の子供たちに十分備わっていない、すなわち人間として育てられていないのではないかとことです。学校が知識だけを教える場になってしまって、人間教育の場になっていない。その一方では、子供たちのもっている文化—TVなどを通じて海外の情報が入って来ているのに、学校は旧態依然の文化で接する。学校は行くのが当然で、行かないのは悪いという価値観を押し付けているという問題があります。また学校自体が画一的閉鎖的で硬直化しているというのは事実ですので、こういう中で起こってきていると思います。

一つ例を挙げますと、学校では多くは一斉

授業です。一人の先生が30~40名の生徒をコントロールしている、そうすべきだという考えがおかしいのではないか、一人一人の子供が個として存在するならば、一人一人に応じた教育を考えていかなければ、当然いまあるいじめとか不登校とかは解決しないのではないかと思います。

学校信仰と言いますか、学校に行けないことは悪いと思っていて、つまずいている生徒に対して私は、外側から援助するときに、日本では解決しないことも多いので、以前からイギリスに送ったりしています。一人帰国して、今二人行っています。帰国した子供は、日本ではどうしても駄目で欠席日数が多く、どこも行く学校がなかったわけです。イギリスでは全く問題がない。向こうの学校からの通知では、学校に行けないということが信じられないということでした。

学校現場で一番問題なのは、教師の意識改革ではないかと思います。先生が根本的に教育にたいしての考えを変えない限り、変わらないのではないかと、児童生徒数は減少しているのに不登校児が増えているということは、正に現場の中に何かあると思わざるを得ない。それは学校として子供を正しく理解すること、又は、不登校に対して過大な問題意識を持つことを直さなければいけないということです。学校に行けなくても多くの選択肢があるという考えを持つことは学校否定なんですけれども、学校否定がむしろ子供にとっては解放されて新しい自分の道を見いだして学校を選ぶということになる事実を私は見て来ているので、それは学校否定ではないと思っています。

先程のお話のように、理解が進めば子供は話す、私も何回もそういう経験をしました。初対面でもこの人は理解してくれると思えば話します。本人の気持ちを受け入れてあげるなら、どこからどうしたらいいかを子供たちが探してきます。一言援助の言葉をかけると、

そこから光を見いだして、自分の道を見つけて行きます。そう考えるなら、学校がもっと柔軟に彼らに対していけば、新しい方法で解決されることが多いのではないかと思います。私がこう言うのは学校現場のものとして非常に苦しいのですが、今の学校は潤いに欠けるし、いじめの問題もあるし、子供の求めるものを与えていないという反省にたたなければならぬと思っています。

今、四人目の子の相談をしています。神奈川の21歳の青年と千葉の少女ですが、二人ともいじめが原因でした。転校でいじめられた経験や、高校でいじめられて学校に行けなくなったなど、いじめと不登校は大きな相関関係があると思っています。今接している気が付いているんですが、どういう援助がいいのか、一番感じられることは、その子たちが非常に過敏だということです。その過敏、神経質の状態をどう受け止められるか、我々の感受性というか大人の方にその受け皿が用意されるような人間を作らなければいけないのではないかと思います。

もう一つは、生活技術が身につけていないということです。極端にいうと一から十まで教える必要がある。社会的未成熟のままです。そこを満たしながら、彼らが学校へ行きたいと言ったら援助をする、それ以外の選択をしたらそれも援助してあげる、こういう柔軟な対応が今一番必要なのではないかと思っています。時間です。この辺で。

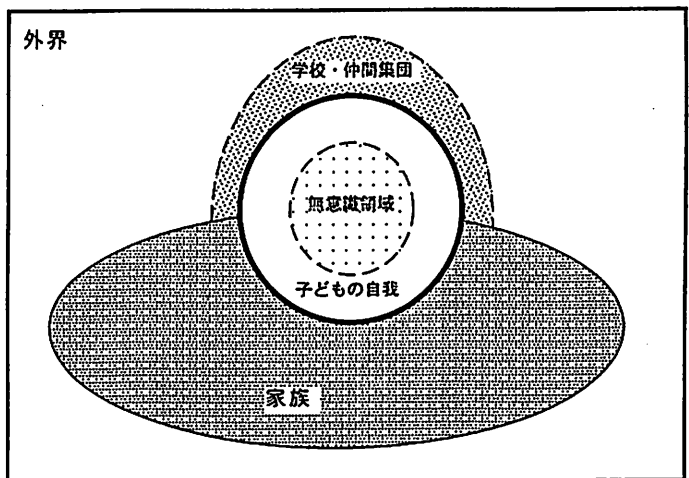
勝呂：ありがとうございます。次に医学の立場から斎藤先生にお願いしたいと思っています。斎藤先生は昭和50年に千葉大学医学部を卒業され、木更津病院精神科に勤務されています。昭和62年国立精神神経センター国府台病院の児童精神科部門の診療に当たられて、

平成3年精神科医長として児童精神科を担当、この方面のご専門でございます。研究著書など多数ございますが省略させていただきます。

斎藤：時間も限られておりますので、医療の立場に限定してお話しをと思います。“対応”ということについてお話しする前に、医療という立場から、特に児童精神医学の立場から、不登校という状況をどのように理解しているかというところを、一言ご説明させて頂かないと“対応”についてのお話が通じにくいのではないかと思いますので、少し時間が延びるかも知れませんが話させていただきます。このお話は、医療の立場から不登校をどう理解しているかということに加えて、不登校の何に注目しているのかということ、そしてそれをバックグラウンドにして何を提供できるかということについてのお話ということになるでしょう。

まず不登校についてどう理解しているかということは、要するに子供の発達をどう理解しているかということと同じことになるわけです。図1は、思春期の子供とそれをとりまく諸環境の布置をおおよそ図示したものです。この図から幼児期の子どもの有り様を想定す

図1 思春期の子供と環境（その心理的布置）

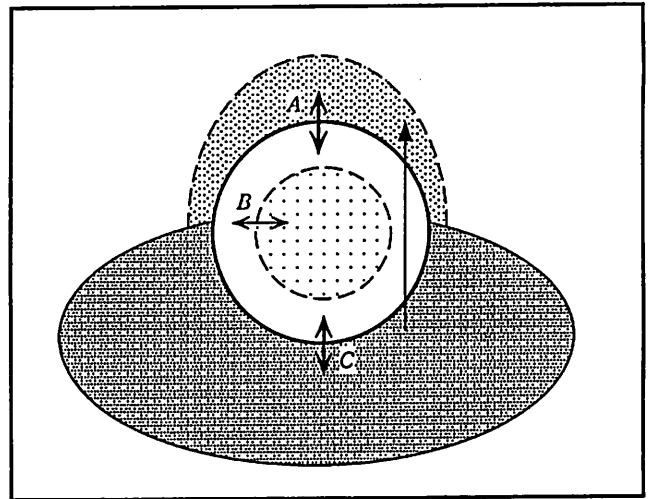


る場合には、自我を中心とした子どもそのものの存在を示している太線の円がもっと家中に深く埋没して、図1よりも少しだけ家族外の世界に顔を出しているといったふうにして下さい。

幼児期においては、この家族外の世界(外界)は、思春期を示している図1で学校・仲間集団とした部分にあたる子どもを受け入れて支えようとする機能を持つ中間的な外界、すなわち保育園や幼稚園あるいは地域社会であるわけです。こうして家族と中間的外界という外的環境にとりまかれた子どもの自我は、その内部に図のような無意識的な心の領域を持っており、その領域は欲求や衝動、それらを自動的にコントロールしようとする防衛機制、そして両者間の葛藤などを含む世界であり、自我に対して心理的圧力という形の影響を及ぼしている内的環境ということが出来ます。自我をこれら内外の環境が取り巻くという布置の中で、子どもは図2で示したように家族からサポートとストレスの両者を受け(C)、同じように外界と交流してそこからサポートとストレスを受けておりますし(A)、それらの外的環境とのやりとりは常に同時に無意識領域の圧力が強まる葛藤感(B)を生むこととなります。結局人間の“経験”というものは、一つの出来事をめぐるA、B、Cの三つの水準の反応の総合されたものとして実感されるものであると言えるのではないのでしょうか。そしてこの経験の積み重ねの中で、子どもは家族内の世界から外の世界へという本能と言ってもよい前進的なベクトル(図2では上への矢印によって示されている)にしたがって、成長を続けているのです。

この子どもが思春期になって、以前よりもずっと外の世界に顔を出した図1図2のような布置に至ります。まさに思春期の子どもはここまで外界に顔を出している、すなわちここまで親離れした存在なのです。もちろん家

図2 思春期の子どもと環境間の交流



←→ 心理的交流(サポートとストレス)
 → 心理的分離運動のベクトル

族にこれだけ包まれて図示されているように、まだまだ子どもは家族にたくさん支えられなければなりません。しかし同時にこんなにたくさん外の世界に顔を出した存在であるということになるわけです。そして図1のように現在の日本社会にあってこの子どもを受け入れる外の世界とは、学校とか仲間集団といったシステムであります。図2を使って説明を続けますが、思春期の年代(10歳から15歳くらいでしょうか)に至りますと子どもは、幼児期に経験した親との間の欲求や葛藤が再燃してくるという事態と直面しなければなりません。なぜかという議論の詳説はここでは省略させていただきますが、発達上の一つの“臨界期”に到達したというふうに思春期を捕らえてよいのではないのでしょうか。これ以上親から離れていくこともできず、親に引き返すこともできない状況の中で、すでに述べましたように幼兒的な心性(欲求と葛藤)が部分的に再燃・再現してくるのです。このような事態は、家族への関心を強め(すなわち図2のCを強め)、その結果子どもの内面における葛藤(B)を強めます。このような葛藤の強まった状況は、何らかの援助を必要と

しているのですが、幼児期にはなく思春期にはある特別な支援が実は、図2のAで示される外の世界（ここでは学校と仲間集団）でうまく適応しているということによって与えられるエネルギーなのです。このエネルギーが家族との葛藤（C）に覆い（カバー）をかけ、子どもが家族に引き戻されそこに埋没するようなことにならないよう支えているのです。そしてその結果、子どもの内面的葛藤（B）も耐えられないほど増大することなく治められているのです。これが、思春期の子どもとその内外の環境との間の或る種のバランスなのです。

こうしたわけで思春期の子どもは一生懸命外の世界に適応して力を得ようとしているのです。しかし適応しようとすればするほど、それはつまさきだった危ない綱渡りとならざるを得ません。思春期の子どもの外界への適応姿勢はいつもどこか無理な背伸びという意味で“過剰適応”になっていますので、この過剰適応はしばしば挫折したり失敗したりします。また、周りの仲間たちがそのように過剰適応的になって乱暴になったり激しくなったり、あるいは学校活動に非常に要領よく適応して見せたりするようになるときに、その流れに同じようについていけば過剰適応となりますが、それについていけずに圧倒され萎縮してしまう子どもが必ず出てくるものです。例えば“選択性緘黙”と呼ばれる非常に萎縮した子どもがその典型的な例でしょう。さらに、なかには適応する場を学校社会によって拒まれて孤立した子どもたちもいるのです。以上のような過剰適応の“挫折”“萎縮”“孤立”などに陥った子どもは図2に示した上向きの発達ベクトルをうまく維持できず、逆転して下向き、すなわち外の世界から家族内の世界へと戻っていかうとする退行ベクトルが生じてきます。つまり、図で示した思春期の布置から、自我がもっと家族内に潜り込み、すこしだけ外の世界へ顔を出した幼児期

の布置へと逆行してしまおうというわけです。これがまさしく思春期の不登校の状況なのではないかと私は考えております。

ではこの状況の中で何が起きているのでしょうか。それはこの状況が親、特に母親への過剰接近を意味していますので、思春期に入り表面を覆われた無意識的な水準で生じていた親と子どもの間の葛藤の増大状況が、カバーを失って露出してきます。そのために葛藤は顕在化し、親との関係をめぐる葛藤が辛く子どもの自我を締め付けてきます。このような不登校の状況の中で子どもは、退行的な甘えを母親に示したり、分離不安や不潔恐怖に代表されるような神経症的な症状をあらわしたり、家庭内暴力などの深刻な情緒の混乱を伴う行動の問題をあらわしたりします。

では児童精神科医は不登校についてどのようなことに注目しながら不登校の子どもと出会うのでしょうか。まず私たちの関与の初期段階では、出会った子どもに明らかな精神病理的な（精神医学的な）問題点を見いだすかどうかということが大切な第一の原則です。そうした問題点が見いだされた場合には、それに対応した特異的な対処法・治療法とともに起きていることの評価を親子に伝え、同意を得られればその治療・援助を提供できます。例えばうつ状態の子どもには、休養と抗うつ薬治療が処方されるべきですし、パニック発作故に広場恐怖や社会恐怖を持つに至った子どもには抗パニック薬が投与されるべきです。家族の関係が、問題の遷延化に重要な役を演じていると推測される場合には、家族療法的な治療形態が選択されるべきでしょうし、外界への関心と恐れをともに高めながら動けない不安に強い子どもには集団療法が望ましいでしょう。不登校の背景に精神分裂病が生じている手応えを感じる子どもでは抗精神病薬の投与を欠かすことができません。

以上のどのような対応を処方するにしても、子ども個人への精神療法的な関わりを通じた

一貫した指示と援助が続いている条件のもとでという前提は崩すべきではありませんし、家族療法を選択しなくても親へのガイダンスを通じた親との連携は必須のものであると言ってよいでしょう。また、精神病理学的な問題点をはっきりと見いだされない場合でも、子ども自身が望むなら、児童精神科医が経験的に得た不登校という課題を解決するうえでのハウツーを提供しながらの援助は可能でしょう。こうした初期段階の援助とまた少し観点を交えて、長期化した不登校において精神医学的な問題が生じていないかどうかを評価する姿勢を持って、子どもと関わり続けて行く必要があります。

さてすでに述べましたように、部分的にしる幼児期の心性まで逆戻りしたようにさえ見える子どもが、今一度、外の世界への前進的な発達ベクトルを確立して再出発するまでの動けない期間の状況を受け入れていく道と一緒に探り、待つことをうまく工夫していくということが児童精神的な援助の第二の原則と言うことになります。やがて子どもが動き出す力を得たとき、あるいはそのエネルギーを貯めたとき、“回復”の道を子どもとともに模索することになるかと思えます。その過程で子どもとともにその道を検討しながら、その一環として考える回復モデルを提供することが援助の第三の原則ということになるでしょう。そのような援助過程は、一方では子どもの精神病理学的な評価という視点を持ちながら、他方では子ども及び親と「動けないことのやむをえなさを受け入れる」という先の見えない時期をしのいでいく苦勞を共有するという段階をかなり長期にわたって持つこととなります。言い換えれば、さしもの長いこの段階もようやく終わりを告げて子どもが動き出すその日まで、子どもの問題点を冷静に見つめながら、同時に希望を持って子どもの変化を待ち、子どもに外の世界へのモデルを提供し続ける長い中間段階の伴走こそ、不

登校の援助の肝心なところであると思われま

す。時間ですのでこの辺で終わりにします。
勝呂：ありがとうございました。最後に福祉の立場から中塚博勝先生にお願いします。中塚先生は昭和36年から平成2年まで都立成東児童保険院に勤務されて、平成2年から同8年まで自閉症児施設袖ヶ浦のびろ学園園長、同年4月から現在の福祉園長をされています。研究著書などは省略させていただきます。

中塚：中塚でございます。大利根旭出福祉園と申しますのは、精神薄弱者援護法によって作られた大人の知的障害を持った方の生活施設です。四月から勤めております。それ以前は虚弱児施設で28年ほどの経験があります。ある意味で過去のことであるわけですが、その頃のことを思い出しながらかつめを果たさせていたいただきたいと思えます。

昨日から不登校にまつわるお話を伺っているながら、従来、健常児あるいは病虚弱児だけの問題かと思っていた不登校の問題が、私の経験した自閉症児の世界でも、或いは知的発達の世界でも同じように、学校に行けない子供がたくさんありました。そういう意味で学校教育年齢にある子供すべてに発生する問題なのだと改めて認識したわけです。

私が初めて、学校に行けない子のケースに直面したのは、昭和40年の初め頃です。それはその頃出回っていた教科書にある学校恐怖症と言うのにびったりのケースでした。お父さんが東大出の農林省のエリート、お母さんがお茶の水女子大卒と言う典型的な高学歴の家庭でした。本人は小4の頃から学校に行かなくなりました。最初のうち、いろんな要求を出して来ました。高価なおもちゃを買ってくれ、自転車を買ってくれ、最後はライオンを買ってくれというところで親がびっくりして相談所に駆け込んだというケースでした。そんなところから20年前、不登校の子と付き合ってきました。午前中のお話にもありましたが、随分多様化してきたと実感させられ

ています。

不登校に対する福祉の立場からの対応というテーマを与えられました。福祉の立場としては、大きく分けて二つあります。一つは児童相談所の立場です。これはどちらかという窓口という立場になります。不登校に限らずいろいろな問題を持った子のための相談、それから援助の方法を探るためのオフィス、そんなふうには言えると思います。それに対して児童福祉施設は、不登校（ここでは不登校に限ります）の子供に対する援助のための社会的資源としての選択肢の一つである、と言いますと受け皿の立場にあるということです。問題解決のための選択肢の一つとして、子供自身が入所を希望した時点から、積極的かわりが始まるわけです。施設が出かけて行って問題を持つ子を集めて援助するなどということは、今のシステムでは不可能です。ですから常に受け身の立場にあるのが施設の特徴です。こう言った施設を利用する子供の多くが、家庭にも問題があり子供自身の問題もなかなか強固で解決に向かわないケースが殆どです。

児童福祉法によって設置されている施設の中で、不登校といわれる子供の対応を積極的に行っているのは、情緒障害児短期治療施設です。それから養護施設、虚弱児施設です。これらの施設に共通するところは、いずれも24時間子供の生活を預かり、生の生活を通して治療教育を行うことができるという特徴を持っています。それぞれの設置目的は異なりますが心に問題を持つ子供の治療教育の場として、それなりの役割を果たしてきています。ここでは不登校の原因論とか、あるいは不登校状態をどう捕らえるかは置きまして、これまで関わりのあった虚弱児施設での経験を通して、少しく施設についてお話しさせていただきます。

虚弱児施設というのは、本来、病院と家庭を結ぶラインの上に位置付けられる中間的施設

です。例えば、入院の絶対適応でなくなった慢性疾患の回復期の子供の中で、家庭では生活規制が守りにくいケース、家庭の養育機能が弱いためにケアが十分にできないようなケースにとって、適切な援助の場としての役割を長い間果たしてきました。一方でここ20年来、虚弱児施設において、心の問題を持った子供の療育に取り組んで大きな成果をあげてきました。施設は集団生活であるわけですが、そこは同時に人間関係を学習する場でもあります。また生活のスキルを習得する場でもあります。同時に虚弱児施設は健康回復を図れる場でもあります。またそこには、家庭が持たないいくつかの特別な機能を持っていると思われます。それは子供と家庭に対する援助機能です。子供への援助機能としては、一つは冷却効果と呼べるような、家庭から離すことによって子供の緊張や葛藤を解きほぐし、自我の立て直しをはかる機能として利用することができるということです。

二つ目は体験の共有――最近の言葉でピア・カウンセリングー心の問題あるいは病気のために、苦しみ悩んでいるのは自分だけでなく、仲間がいることを知り、そういう仲間との交流を通して励まし合う体験をもつことができる。

ある子供の書いた作文の中に「私は家にいたとき、なぜ私だけを喘息に生んだのかと言って親を責めていた。でもこの施設に来て回りを見ると、私と同じような病気の仲間が沢山いる。なかには自分より重い仲間がいる。それに比べると自分の喘息なんかたいしたことないんじゃないか。」そんなことを書いた子がいました。

それから、生活の規則性の回復という機能があります。昼夜逆転のような、或いは気ままな生活をしていた家庭での暮らしから、生活のリズムや規則性を取り戻すことができるということです。それから、集団の中で個をどう見るかということとは正反対になるかも

知れませんが、集団効果ということがありません。家庭では一人で実行できにくい生活規制とか鍛錬ということも、仲間と一緒にすることによってさほど苦痛なく受け入れられる。しかも、継続的に実行することができる。もう一方で、家庭に対する機能があります。これは、子供をめぐって常に高い緊張状態にさらされていた場面から、一時的にしろ子供が離れることによって、家庭内の緊張が緩和されるということです。そしてそういう機会を家庭内の人間関係を再構築する機会に利用できるということです。こうした生活を通して子供たちは自らの力で立ち直って行く、そうした経験を数多く見てきました。ただこの場合には、施設の中だけでやり通せるわけではなく、施設療育の効果を高めるためには当然の事ながら、学校や担任の先生の協力が欠かせません。子供を家庭からはなして施設に入れることについて、賛否両論がありました。肯定的な立場としては、強い緊張や不安から逃れられる、或いは逃れるための避難口としての役目を果たす。ある子は「家にいるとき一番辛いことは、毎朝友達が出来てドアをノックされることだ、その度にトイレに隠れていた」わけですが、施設に入ることによってそういうことから解放される、本当によかったと言っていた子がいました。

一方に否定的立場もあります。親子関係が疎遠になってしまう、問題の本質が未解決のままになりやすいということです。私の経験では、家庭からはなれて施設に入ること、99%に近い子供が不登校という状態は解決しました。けれど、学校に行き出したことで親は安心してしまいました。なぜ不登校になったかについての追求がされないままに時間が経過しました。お宅のお子さんは学校に行き出しましたと話しますと、うちの子の成績はどうなんでしょうか、それが次に出てくる言葉でした。確かに親とか家庭を変えることは困難です。ここに、子供の入所中に家庭援

助の役割あるいは家庭と施設を結ぶコーディネーターの役割をとる存在がクローズアップしてくるわけです。残念ながら現在、そういう機能を持った施設は皆無です。

今、施設福祉をめぐる話題の中で、地域福祉あるいは在宅福祉ということが盛んに言われています。確かに施設利用がこう言った問題を解決するすべてであるとは思いません。けれども、地域において、こうした問題を抱えた子供たちに対するサポートシステムが整備されていない中で、施設の果たす役割はまだその存在意義があるのではないかと思います。時間が参りましたのでこの辺で。

勝呂：皆様のご協力で、ディスカッションの時間を多く取ることができました。では初めに、各演者の方から補足のお言葉があればいただきたいと思います。

清野：立場が違くと見方も違いますが、学校に行けない子供の多様化については、いろいろな受け皿と、理解の仕方が必要だろうと思っています。ですから学校がすべてを負うことはできません。ただ義務教育または後期中等教育の段階で、育てて社会に出すという教育の機能は学校が持つべきだということは確かだと思います。学校をいったん否定しても本人が学校に帰ってくる、そこから育てて社会に出て行くのは当然だろうと、初めから学校に来なくてはいけないという考えを押し付けるのはまずいのではないかと。ヨーロッパやアメリカのように、学校に行かなくても社会に出て行ける、日本はそれを経験していないものですから、学校に行かなくてもちゃんと出来るようになれば、違ってくるだろうと思っています。例えば、外国では通信教育で義務教育修了が可能です。日本でも学校の機能がすべてではないと考えられるようになれば、学校に行けないことが特別な問題にはならないのではないかと考えています。

斎藤：今の話を受けてという感じで一言。

不登校の子で、我々医療が関わった子を見ていると、かなりゆるやかな基準で見たときに7割の子がやがて、社会的には自分の場を見だし、社会の中で生きて行けるという傾向が私たちの調査からも見て取れます。これは必ずしも私たちに関わった子供たちのことではなくて、世界中の医療機関、医療関係者が行った調査や、地域の中での不登校の調査でも同じように70～80%は予後が良いという報告が多いのです。とは言うものの、この70%の中でも、本当に苦痛なく生活出来るのはその半数、であとの半数はそれなりに悩みを抱えていると思われる青年達でした。それから、この数字を裏返しますと、20～30%の必ずしもうまく生活が出来ないでいる青年達がいることも事実です。義務教育期間の不登校に始まって、その後引きこもった生活で、社会に展開出来ないまま、親も子も家族の中に孤立して苦悶していることも多々あるわけです。その点で、大きな目で見つめるということ、受け入れるということの大切さを、勿論、不登校の治療の初期から必要なものと私たちは言い続けてきたわけですが、同時にきちんと評価する目を初期から失ってはならないということも大切だと思います。やはりしかるべきときに分かれ道で、しかるべき悩みに向かっていけないときに、なぜ向かえないかを一緒に考えることのできるシステムがきちんと作動していることは、不登校の子供とともに、彼らが援助を必要としなくなるまで、共に歩いて行くプロセスの中で必要なことだろうと思っています。

もう少し具体的に言いますと、不登校の始まりの段階でも、学校のいじめなどの具体的なことで生じてきたという一面がある反面で、子供の過度の自己愛的な傾向や過度の不安の持ち方や、或いは既に疲れ切った状態になっていて、そこで学校に行くエネルギーなんてでない状態になっている子供であるとか、時には幻覚妄想状態がひそかに始まっている

状態の中で、学校に行かなくなるということがあるのです。それを学校に行かないと言うことにだけ注目して“不登校”とだけ見てしまうという過ちを犯してはならないということ、今だからこそむしろ言いたいと思います。現在、不登校の状態をおおらかに見つめる目が、片方で少しずつ広がり始めています。だからこそ片方で冷静な目を持っていないければならないと思っています。それから、不登校が経過して行く中で我々に必要なこと、そして何より今の親たちに必要なことの第一は、黒でも白でもない灰色に耐えねばならないということがあります。つまり、子供は学校に行かせたいが行かない、子供は援助がほしいけれど誰も援助してくれないと言ったような、親も子も感じるストレス（学校の先生もそうかも知れません）、この右にも左にも動けない灰色の事態、白でも黒でもない中間に耐える力を、動き出すことのできない段階の子供たちとともに見つけだしていくことは、親にも子にも学校の先生にとっても、治療者にとっても大切な作業だと思っています。

中塚：いくつか言い足りなかったことを述べさせていただきます。午前中の須永さんのお話の中で、施設に強制的にいれているのではないかと言うようなことがありましたが、少なくとも私の経験の中では、特に学校に行けない子供には、それ以外の子供以上に神経を使ってきました。どういうことかと言いますと、児童相談所では通所のかたちでそれに関わってくるわけですが、理想の形では対応しきれない、或いは家庭の機能そのものが子供を育てるにはあまりに弱すぎるという場合に、施設入所の話が出てきました。その時点で必ず、親と本人と児相の職員とで見学に来てもらいます。勿論一日の見学ですべてが分かるわけでもないのですが、どういうところで暮らすのか、学校がどのように準備されているのかなどを説明して、最後に簡単なお話をします。その時、この先何十年生きなければ

ばならないが其の何十年を考えたとき、ここで暮らすほんの僅かな生活の時間が、その先の何十年のためにプラスになれば、それ程いいことはないのではないかとというようなことを話します。そして、もしあなたがここで暮らしたいと思ったら家で良く考えて、お父さんやお母さんに言ってください、いつでも待っているから。そのうえで何週間か時間を置いて本に最終的に決心してはいつて来るとい、これはだまして連れて来るといことでは絶対駄目なんです。無理やり引っ張ってきたような場合は、一日も落ち着かずその日のうちに帰ってしまうことが多々あります。ですからある先生の話ですと、子供が家から離れる決心をしたとき、8割がた治療は終わっている、不登校状態の改善がなされているんだと言われる先生もいます。

もう一つは、施設の中で何を援助しているのかということです。最終的には自分が何だったのか、簡単に言えば自分を見つめる自分を見つける、それができるまで待つということ、それが施設の中では家庭にいるより可能なんではないか。ただすべてのケースについてそれができる訳ではありません。例えば、中学3年の2学期に不登校で入ってきた場合には、半年という短い期間の中で、それから先のことを決めなければならないと言う現実があります。一二年生ですと時間をかけてゆっくり出来ますが。その短い期間の中で取り組み合っ一緒に考える、そんなことが現実には多い訳です。

勝呂：では演者間での質問をどうぞ。

須永：今伺ったお話しの中で、わたしの立場から申し上げたいと思います。私は親の立場でお話しさせて頂きましたし、また私は心理臨床家の立場として話してる部分もあります。それぞれの先生方は、教育、医療、福祉などの立場ですので、話がかみ合わない面もある訳です。特に、斎藤先生にご質問と言うか、私の考えをお話しして更に皆さんのご意

見をお聞きしたいと思います。

先程、スライドでご説明頂いたわけですが、子供の発達の理解の仕方として理論(メカニズム)を話されたんですが、私も、精神医学はやっていませんが、心理臨床の立場である図式が理解出来ない訳ではありません。ただ一つ申し上げたいのは、家族の葛藤が出る――思春期前後の問題であるご説明になったんだと思いますが、不登校と言う現象そのものが、私が調べた範囲では、何も思春期に限定しているわけではないですね。恐らく幼稚園にも小学校低学年にも増えていますし、勿論、中学校に入って一二年生が圧倒的に多いのは確かです。高校に入って出て来るものもあります。先程のご説明ですと、中学校あたりの説明としては適応できると思いますが、年齢層によつての違いはどう説明するのが私には理解しがたい部分です。恐らく医療の立場で子供を見てると、私のように子供を持っている立場と、それ以外の非行の子供などを見ている中での議論の違いなのかも知れませんが、確かに斎藤先生のおっしゃったように、従来、不登校の子は7～8割は社会的な予後がいいことは十年前から言われています。残りが悪い――これは特に医療の立場からの先生方がおっしゃることです。こう言う数字は有り難いんですが、逆に言えば残りの2割はどうなるのかが心配になります。ですから予後の問題を議論すること自体が、逆に言えば親の立場にとっては非常に負担になるというんでしょうか、もしかしたら、これは回復できなくなるのではと見てしまうんです。

いろいろな事態はあるんですが、大らかすぎることはいいことですね、むしろ見方がだんだん転換していること自体が、子供にとってのこだわりとか親の気持ちの解放感になりますし、それが子供に反映していくわけですので、事態としては好ましい方向にきているのではないかと考えています。

勝呂：なかなか議論がかみ合わないという

のは当然だと思います。学校に行けないことは一つの行動パターンですから、その背景は様々であって、一般の臨床医が診る、専門の児童精神科医が診る、学校の先生方が接する、それから心理の方それぞれ立場が違います。そこで、会場からのご発言をと思いますが・・・

吉住：須永さんにお尋ねします。大変迫真のお話をありがとうございました。教えて頂きたいのですが、須永君くらいの酷いじめを受けたら、恐らく誰でも学校に行けないだろうと思います。あの段階に行くまでに、あそこで学校が何かしてくれればとか、自分がお父さんに相談すればとか、そういう形で出来ただろうかという考えをお持ちかどうか。それからこれはイエスかノーでお答え頂きたいのは、いま大学進学についてどのようにお考えかということ。それからお父さんにお尋ねなんです、お父さんとしてわが子がいじめられた状態、それまでに何とかならなかったかというお気持ちがあるのかどうか。学校という集団であればいじめの問題はもう駄目なのか、クラスの健康さがあればああいうふうにならないで済むと思うんですが、クラスの健康さを作っていかなければならない、そういう形で不登校を予防して行きたいと思っているわけです。

午前中に「自分はこう言う不登校の子を持って幸せである」と云うお話があったんですが、そう云ってしまうと少しも進歩しないのではないか、自分の子がいじめられて不登校になった、それは何としても親として直して行かなければならない—それを、今こうなったのが幸せだというような結論に持って行ってしまうと、それは宗教と同じになってしまうと思うんです。神を信じていて（麻原を信じていて）幸せだということになってしまう。その辺について少しコメントを頂きたいと思います。

須永（裕）：大学に行きたいかどうか、今のところあまり興味がなく行きたいとは思わ

ないです。特にやることがないのかも知れません。いま自分の中ですごく変わってきていると思うんです。いろんなことを体験して活動することができて、いろんなことが自分の中に入ってきている気がしているんです。だから今大学には行くつもりはあるません。でも何かやりたいことが見つければ、勉強したいことがあれば大学へ行くかも知れません。あと、いじめにあったときに、相談して解決しようとしたかどうかは、父もちょっと言っていました、僕も相談しようとはしたんです。まず先生に言ったことがあります。いじめられていると言ったんですが、20年の経験のある男の先生ですが、あまり反応がなかったんです。話すうちにだんだん分かってきたことは「あなたが悪いからあなたが頑張らなくちゃ行けない」って言われたんです。その時あっと思って、僕のことは聞き入れてくれないと思ったんです。これは先生にいくら言っても解決しない、むしろ酷くなる人が多いんじゃないかと思って、言えなくなったということです。

また親に相談したときも（僕はあまり相談した記憶がないんです）朝、頭が痛くなったりおなかが痛くなったり、登校途中に気持ちが悪くなったりするんです。そういうことを訴えて、いじめがあって苦しいと言ったことはあったんです。今考えてみれば、それで解決はしないんじゃないかと思うんです。だから結局、学校を休んだことは自分ではよかったという気がしていて、たとえ僕が相談して先生が積極的にやってくれて、親もやってくれたとしても（いじめが無くなったとしても）何か不安なことが、僕とクラスの間に残るんじゃないかということもあるし、後は何か訴えようとしても、聞き入れてくれないんじゃないかと思ってたのが実際のことだと思うんです。

—昨年いじめで亡くなった大河内君のことと照らし併せて考えるんですが、子供の気持

ちって伝わらない、伝えられないって実感してるんです。だから、それをどう受け止めてくれるかは難しいというか、やって欲しいことなだけけど、それがなくて大河内君の場合には先生にも学校にも伝わらなくて、学校は行かなくちゃいけないところ、親には勉強を押し付けられて休息する場所がないんですね。だから学校にも家にも居場所がなくなって自殺したいと思ったんじゃないか。だから学校に戻すというよりは休んだ方がいいと思うんです。いじめの解決というよりその子を安心させることが大切だと思います。その子の気持ちを受け入れて欲しいと思います。

勝呂：お父さん、どうぞ。

須永（和）：最初のご質問で少し分りにくい所があったのですが、子供にいじめがあった時に、何とかできなかつたかということですか。

吉住：今考えて見て父親として、そういういじめの段階で何とかしてやれば、普通に学校に行けたのではないかと言うお考えをもたれなかつたかどうかということ。今日お話を聞いていて、須永さんが非常に高い能力をもっている、能力に恵まれている子供さんである、そして東京シューレというお金のかかる私立の学校に行けるといふ恵まれた状態にあると言うことを付け加えさせていただきます。

須永：分かりました。私の言葉足らずだったかも知れませんが、子供がいじめを受けたことを知ったのはかなり後のことです。不登校が先にありましてその背景にいじめがからんでいるということは、初め子供がいっていませんでだんだん分かってきたんです。私はいじめという事態をそんなに深刻に受け止めて無かつたことがあります。勿論学校に行かなくなつたことで、担任の先生とかなり話し合いをしたりお願いをしたり連絡を取りました。その中で何とかならないかということで、私も呻吟しました。事態が事態だけにいかんともしたい面があつた訳ですが、先程おっし

やつたクラスの健康さがあれば何とかなるんでは無いかという期待感は、私の中で徐々に消えて行つたんです。つまり学校というものが（これは悪口になるかも知れませんが）、学校の先生だけでなく子供の受け入れの問題でもある訳です。そこらあたりは一生懸命やつて下さつたのですが、いろいろな形で裏目に出たということは結果的にあります。ですから次第に学校にお願いすることから身を引いて行くようになりました。そうすることによって、子供は却つて健康を取り戻して行くプロセスがあります。

先程、何とか直していくという考えをもたなかつたかということですが（これは私の今後の課題ですが）、不登校というのは、その時は大変なんです、結果的に行かなくなつたことによって子供が生き生きと生きられる状態、これは何物にも変え難い。言いにくいんですが、子供が学校に行つていたら今の子供はいなかつた。今のというのは自分を出せる、自らを表現できるわが子ではなかつたという気がします。彼はどちらかというとな優等生型で、順調に行つたらどこかで挫折したのではないか、高校とか大学でもっと問題が出ていたのかなと言う気がします。学校を諦めたことによって、本人なりの生き方、自分らしい生き方を選択できたということに対して“良かつた”ということなんです。

恵まれたということをご指摘頂きますと確かにそうなんです、それはこういう子をもつた親でないとは分らないこともある訳ですが、学校へ行くこと自体は地獄です。学校へ行つても地獄、行かなくても地獄なんです。心理状態として子供は、学校へ行かない方が逆に地獄だと思います。そういう心理状態から脱出できたことを有り難いと受け止めています。ですから不登校というのは、親もその事態の受け止め方が非常に重要だと思います。そういうサポートをすることが大事だと思います。親の心を軽くするような、安らぐよう

な援助の仕方が大事かなと思っています。

勝呂：ありがとうございました。では次のかたどうぞ。

一母親：新聞を見まして一個人として参加させて頂きました。と申しますのは現在小学生をもっていますが、2年前にその子が担任の先生の外の子に対する体罰、言葉の暴力をみて不登校常態に陥りました。今お話を伺っていきまして、須永さんのお父さんの立場として、又ご本人のお話し本当に実感をもって聞かせて頂いています。

子供自身は学校に行きたい、でも担任の先生が体罰をすることが恐ろしくて行けない、家にいると非常に罪悪感をもつわけです。学校に行っても家にいても地獄っていう状況が良く分かります。須永さんがそれでも、こういうお子さんをもったことは幸せだと思うとおっしゃいましたが私もそう思っています。子供も私も辛いです。でも自分ではなく他の子に対してでも体罰や人権を無視したような言動を、尊敬し信頼している先生がしたということを本人が気づいた、苦しいけれどおかしいと気づいた子供はすばらしい感性をもっていると私は思います。そういう視点から見ると親として幸せだと思います。

勝呂：ありがとうございました。今の方に対してどなたか。

清野：体罰のことですが、私もいくつか聞いた中で一つの例として、小2の男の子のことですが。相談に来たのですが、始めはなかなか理由を言いませんでした。夏休みに長野に行ったとき本人の様子がおかしいということで、親が連絡してきました。そこで本人と話してみても分かったことは、担任の先生が本人の意思を無視していろいろな干渉をしたり、その子の絵を直したりするので、いやになってしまったということでした。そこでカウンセラーとして担任に会って話したところ、初めて担任が気が付きました。自分の指導が間違っていたと言われたので、そのことを本人

に伝えました。暫くは学校に行きませんでした。そのうちに母親と一緒にと言うので母親と登校、午前中だけの勉強から二カ月後には一人で行けるようになりました。

誰かが介在して本人の思いを直すようなことなども必要なのだと思います。

須永：今のお母さんに一言。体罰で学校に行けなくなることは良くあることです。6年生だと、なかなか親が伝えるのは難しいですね。そういう意味で学校での体罰のことは、何らかの方法で校長先生なり教頭先生なりに動いてもらって、担任の先生との関係を作っていくなども考えられないかと思うんですが。

最近文部省からも出ていますが、学校も変わらざるを得ない状況になっていると思います。

勝呂：今、須永さんの言われたことは、7月16日に文部省の「児童生徒の問題行動に関する調査研究協力者会議」に示された、緊急避難としていじめの被害者の欠席を容認するということだと思います。学校に話してもなかなか解決しないようなことはどうしたらいいのでしょうか。

清野：今、社会の著しい変化の中で、学校が一向に変わっていない、最も保守的で最も意識改革の難しいのは教師です。学校は特別な社会を構成している、それをどう打破するか、一つは学校の運営機能をチェックする制度が必要だと思います。校長、教頭、教師だけで学校が動いているのは、今の社会では特異だと思えます。学校の常識は世の中の常識にならない。それを変えて行かなければと思います。学校改革は文部省の言ったことより草の根から始めるべきなのでしょう。一人の子供をどうするかという視点が必要だと思います。また親の協力が大切なのでしょう。

「個に応じる」ことが学校を変えていくことになるんだと思います。

中塚：学校の先生のことをなじっても仕方がないのですが。結果的に私たちは預かる立

場にあるわけですが、最初に思うのは、こんなにこじらす前に早く手を打って貰えなかったのかなということが、偽りのない感想です。もう一つは、今おっしゃったように学校教育の中味に目を向けるのは誰かということですが、障害関係の施設では最近オンブズマン制度の導入が盛んに言われています。学校でも公開授業で多くの先生が集まって研究するんですが、私が施設で常に言っているのは処遇公開ということ、いつ誰が来て見ても恥ずかしくない仕事をして欲しいと言うこと、親が来て関係者が来て見ても。やはりそこで暮らす人の人権を守ることに繋がっていくわけですけれど、学校教育の中にオンブズマン制度をいれることがいいことかどうか分かりませんが、何かそういう第三者のチェック機能が、これは保護者であってもいいと思います。

勝呂：斎藤先生、児童精神科医として、日頃学校に望まれていることが何かございますでしょうか。

斎藤：やっぱり大きな砦ですので（笑い）回りから言って変わるものかなということがありますが・・・私は、公教育が持っている或る種の固さは、多分歴史的なものですから、今日明日で変わるものだとは思いませんが、実際には人間が動かす訳です。一緒に考えていける地域の先生方も多く知っていますし、研究会などをやっている中でも、何となく教育界の中でも考え方が少しずつ変わりつつあるという気配は感じています。実際には外から言われて変わるような変わり方はしないだろうと思いますので、じわりじわりと中から変わっていけるような連携し合えるような学校の先生方が一人一人増えていって貰うしか無いのかなと思っています。

勝呂：最後にもうお一人どうぞ。

藤谷：茅ヶ崎から参りました藤谷と申します。現場の教師出22年の経験です。沢山の方のお話をそのとおりで思いながら伺いました。子供のキラキラした眼や弾む声に生

きる力を与えられながら過ごしてきたことに感謝しております。ですから私としては少なくとも子供たちの海に成れるように関わっていきたくと思っています。

現場では小1からいじめはありまして、ただそういうときに、須永君の話の中にあんなめに会う前に担任の先生はどう対処していたんだろうかと、まず感じました。ですから先程のご質問にありましたが、そういうときにいじめられる子供の方が悪いというのは絶対間違っていると思うんです。いじめる側に問題がある。それを解決するのはクラスに直接関わりのある担任だと思うんです。担任が何もできなくては何も解決できないと思います。私もクラスにいくつかいじめの芽があったりしましたが、芽のうちに摘み取ってしまえば中学で自殺とか大きな問題に繋がらないと思っています。教師間には常識が通らないことが沢山ありまして、でも子供たちを守るのは私たち担任一人一人ではないかと思っています。いつも子供たちに言うんですが「自分たちで解決できることは自分たちでして頂戴、学校に来たくないほど辛いこと、悲しいことがあったら必ず先生に言って、私が守ってあげる」。最初にそう言って何か起きたときには、どれだけできるか分からないけれど、体を張ってやられた子供の気持ちになって訴えれば、子供たちは180度転換します。そうやって今まで一人も苛めなく過ごして来たんですが、私たちは体を張って努力して行かなければならない仕事なんだと思っています。

学校に行かないという選択も確かに重要だと思います。と言うのはそのクラスの中で救われなければ、どこに行っても地獄なわけですから、行けないことで子供が苦しむのはよくわかります。行かないということも必要だと思います。ただ私としては学校の機能を私たちが自覚して、良い人間関係ができるように努力して行きたいと思っています。

須永：私が先程言いかけたことは、オンブ

ズマン制度のことが出ましたが、それに関連して申し上げますと、子供の人権条約があります。それが学校の先生方には定着していないという印象を持つわけです。その人権の問題は非常に重要だと思います。苛める側に問題があるという言葉が時々まだ言われます。これは人権の問題だと思うんです。今の話のように体を張って一人一人ということが求められているんですけど、私は学校の先生と接触する機会が多いんですが、先生の方に先生自身がストレスを抱えてへばってしまうのではないかと、私自身逆に心配しています。

もう一言、この問題はもっと広い見方をしないと解決できないと思います。いわゆる文化の問題だと思っています。学校文化と子供文化の衝突のせめぎ合いの中で出て来た現象だと捕らえていますので、そういう観点を入れながら不登校や苛め、体罰などの問題を捕らえて頂きたいと思っています。

勝呂：まだご意見があると思いますが、終わりに加藤会長からまとめのお言葉を頂きたいと思っています。

加藤：5分でまとまるかどうか分かりませんが。私の子供が小学校に入って、先生が子供の頭を叩いたのを見て「頭の悪い子の頭を叩くともっと悪くなるので、叩かない方がいいと思います」と言って、大変怒られて帰って来たことがありました。（笑い声）中学一年のとき、廊下を歩いていたら突然、赤旗を振って歩いていた先生が子供を並ばせて「今何時だと思っている、授業の邪魔だ」と言って、何を思ったか「おやじは何をしている」と聞かれ「国家公務員です」と答えると「何省だ」「文部省です」と言った途端に、ものすごく殴られて（笑い）、それから夜中になるとうめき声をあげて、一週間ほど登校拒否になったことがあります。

そんなことを考えていて、今度の文部省の報告書を見ますと、肝心なことは何一つ述べられていない。確かに休んでも良い等と言っ

ているかもしれないけれど、教育の本質をどう捕らえているのか、今のままにしておいては子供の人権は無視されて、伸びるものも伸びなくなってしまう。教育の本質をもう一度みんなで問い直してみなければならぬ。

私は小学校、中学校の教員を四年間やりました。預かった子供が四年の間に私によって、一生の方向が決まってくる、一番良い教育をしなければいけないと思いました。一番良い教育とは何かを、結核で寝ていた半年間じっくり考えました。そして得たことは一つには、人間関係を良くしてやること、みんなで仲良く建設的に解決していく、そういう結果を求めて行く。もう一つは能力を発揮すること。活動的にやることに喜びを感じて、能力を発揮することが、学校の中でなかったら意味がないだろう。三つ目には、そういうことを通して人間が成長していくこと。この三つの条件が揃わなければ教育にならないのではないかと。ところがこの三つのことは、なんことはない憲法26条にきちんと書いてあります。教育基本法にも規定してあります。しかし、これがどのくらい本気で学校で行われているか疑問だと思っています。

私は校長を6年間やりました。校長は担任などが学級でどんな人間関係なのかを調べるのが一番大事です。須永君が苛められていることを担任がどうして分からなかったのか不思議でなりません。事前に知っておけば、須永君は別の一生を歩んだだろうとさえ思うわけです。

私は昭和24年に小学校の教員になりましたが、先ずやったことは子供たちの人間関係です。そうしますと58人のクラスの中で、3分の2の子供が排斥関係にあることが分かりました。そのままにしておいたら子供たちはどうなるんだろうと思い、それを改善する方法を考えました。又、指導主事になったとき或る学校を調査しましたところ、学校に行かず誰からも好かれていない孤独な子がいま

した。これを見て、どうしたら人間関係を保つことができるかということで、仲の良いような子をその家に遊びにやることから始めて、ある程度その関係が出来たときに学校に来させるようにしたら、（頭の良い子だったのですが）ひらがなも計算も出来ない状態から、一年も経たないうちに非常な進歩を遂げたと言うようなことがございました。その人間関係と能力を調べていくうちに、その二つが確かなら子供が学校を好きになることは当然だと思いました。そういう基本的なことが殆どなされないで、学習指導要領や教科書だけで考えてしまう。憲法に規定してある“能力に応じて”ということは非常に意味があるんですが、それが忘れられているというところに非常に問題があると思っています。

沢山言いたいことがあるのですが、先生方が教育の意義をもう一度しっかり掘って頂きたいと思います。校長が権威を発揮出来なくなりつつある状態、そしてその校長が2年置き位に代わる、先生方との人間関係が出来ないうちに学校経営の責任が果たせるのか。普通の事務官とは違います。人間の命を預かる校長先生は、昔は十年単位でした。人間関係が出来る前に代わってしまって良い教育が出来るのか。そう考えていくと県教委や市町村教委は何をやっているのか—とみると教育の専門家は殆どいない、一般の行政からの横流れが多い、文部省の人事もそうなっています。

付属にいたとき、先生方に支えられて、子供たち、例えば重症の分裂症で学校教育には耐えられないと言われた子が入って来ました。学校に来られないなら先生を家庭にやって仲良くなって、半年くらいで学校に来られるようになり、3年間で何とか、完全に自立は出来ませんでした。お医者さんがあんなに重い子がなぜ変わるんですかと驚かれる程になりました。人間関係と能力発揮と言うことが、相当治療的効果があると私は思っています。

てんかんの子も32%おりましたが、国立てんかん病院の先生も、一月毎に良くなっていると行って下さいました。

私は、教育の力は限りなく大きい、不登校も教育をきちんとやることによって相当に解決できる面があると思っています。解決出来ない家庭の問題もあるでしょう、他にも問題があるかも知れませんが、昨日、児童相談所の先生が言われたような形で、そういうところは補うようにして、大抵のところは我々の力で解決して行くという、私の偏見と独断かも知れませんが感想を述べさせていただきます。

勝呂：ありがとうございました。お話しがあるんですか（須永君を指して）

須永：すいません、会長さんのあとで付け加えるなんて・・・今の話とちょっと違ってくるかも知れませんが、一番言いたいことは今子供が（自分を含めて）「自分らしくない」と言うことなんです。だから肩肘張らずに、学校に行かないこともあって良いし、学校に行きたい子も行って良いし、病院に合う子も良いし養護施設に合う子も良い、いろんな人たちがみんな話していくことが大切だと思っています。自分らしくすることが子供たちに出来ていないって言うことを知って欲しい、もっと子供の声を出して言って欲しいと思っています。

加藤：実はそれを言いたかったために、学習指導要領一点張りでギリギリと教えることなんてことの反省が必要だということで、その例をいくつか言いたかったのです。時間の都合でカットしましたが、例えばスウェーデンでは、子供が必要な教育は自分で選んでいますね。学校をやめてからも一生自分の求める教育が受けられるようになっています。親がこういう人間に育てたいという方針があって、親の描く人間像の見える学校を選ぶようになっていますね。日本ではどうでしょうか、学校指定。親が掛け替えのない自分の子供を、

どんな考えを持っているか分からない他人にゆだねてしまうと、非常に恐ろしいことが行われている。

フランスでフレネという学校に行きました。校長さんが小学校4年生だったんです。2週間置きに代わる。参観したところ、もう先生の指導することは何もない、なにをするかという自分の一週間分のプログラムを作って、その中のステップ毎の教材を自分で選んでみんなで学習している。いわゆる自分の好きな

勉強が出来る、そういう体制になっているんです。日本でもその辺を考えて行かなければならない。そういう意味で今回の報告書は何を答えているかを課題にしていかなければと思っています。

勝呂：ありがとうございました。議論は尽きないと思いますが、お二人の言葉を最後にして、このシンポジウムを終わらせて頂きます。ご協力ありがとうございました。

(育 療)		—既刊号—主な内容
<p>《 創刊号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本育療学会発足にあたって ……会長 加藤 安雄 ・育療学会に期待する …… 下田 巧・西間 三賢 武士 豊・松井 一郎・柴田 明代 ・第一回学術集会 シンポジウム (要旨) 心身の健康に問題をもつ子供の現状と課題』 ・特別研究 「入院中の学校教育の意義」 …… ……………松井 一郎他 ・難病対策基本法の制定を求めて …………… ……………親の会共同アピール ・声——病気の子供への理解と教育を(親の願い) ・学校紹介……………鹿児島県立加治木養護学校 ・日本育療学会 設立の趣旨および会則 ・文部省通知……………〈病気療養児の教育について〉 	<p>《 第4号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業開始第2年次を迎えて……………会長 加藤安雄 ・第2回学術集会 問題提起及びシンポジウム (提言要旨) ・特集 医療の進歩に伴う 学校での生活の変化と生活上の留意事項 ・「実践事例」無菌室における学習保障…………… ……………久留米養護学校清瀬分教室 斎藤淑子 ・〈追悼〉 船川幡夫先生 ……………加藤安雄・井戸川真則・岡 茂 ◎ 遺稿 「入院中の慢性疾患児とその教育」 ・欧州特殊教育視察研修(3)……………佐藤 栄一 	
<p>《 第2号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・育療学会に期待する…………… 船川幡夫・井戸川真則 ・特別講演「優しさを科学する」 ……………国立小児病院院長 小林 登 ・特集……………親の立場から 教育・医療・看護・福祉に期待 ・「入院中の学校教育の意義と役割」(2)…………… ……………谷村雅子他 ・ある現場からの報告……………菅原 敏子 ・欧州視察研修報告(1)……………佐藤 栄一 ・学校紹介……………(石垣原養護学校) 	<p>《 第5号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第2回学術集会並びに第1回研究・研修会概要 ・特集 「学校に行けない子供の現状と課題」……………猪股丈二 事例……………それぞれの立場から……………金井雅子 橋本英雄・吉住 昭・山川 保 シンポジウム 「筋ジストロフィー児の生活の充実に向けて」 ・声——障害をもって生きること……………名倉由紀子 ・寄稿 「慢性疾患児童の保護者の希望」…………… ……………石橋 祝・森 和夫 ・学校紹介……………(横浜市立二つ橋養護学校) 	
<p>《 第3号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・育療学会に期待する……………森 和夫 脇坂千鶴子・織茂 領 ・第1回学術集会シンポジウム(内容概要) 	<p>・特集 教育実践を通して 医療・家庭・福祉と連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特別寄稿「病院に望む教育環境」……………佐藤 隆 ・「声」あの子らしく優しく生きた……………近藤博子 ・欧州特殊教育視察研修(2)……………佐藤栄一 	

※ 既刊号をご希望の方は、はがき又はファックスでお申し込み下さい。資料代として、各号につき1000円(送料を含む)です。

〒 194 町田市森野1-39-15 日本育療学会事務局

FAX 0427-22-2203

佐藤 隆 (宛)

医療行為と生活行為のはざままで

1 『医療的ケア』とは

現在、肢体不自由養護学校現場で行うことが制限されている、あるいは、禁止されるとされる行為には、

- ① 『経管栄養の注入』
- ② 『吸引（鼻腔、口腔）』
- ③ 『エアウェイの挿入』
- ④ 『導尿』

の4種類が主なものとしてあげられます。病弱養護学校では、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、血友病の自己注射等が問題になるかと思えます。また、障害の重い子どもたちの在宅療育の広がりに伴い、さらに在宅酸素療法、在宅人口呼吸器治療なども今後、学校現場で教員が頭を悩ます『医療的ケア』の一部に加わってくることも予想されます。私は、肢体不自由養護学校の教員ですから、ここでは、解釈をあまり広げずに、肢体不自由養護学校で通常問題になっている上記の4種類の行為を『医療的ケア』と呼ぶことにします。

この4種類の行為を学校現場で行うことに関する各分野の専門家の見解はどのようなもののでしょうか。平成9年1月に東京で行われたシンポジウム『どーする医療的ケア』の講演者の見解を交えながら、医療、法律、教育の各分野の代表的な考え方について概観することにします。

(1) 専門医の見解

障害児（者）療育・医療に携わる関東地区医師有志が、平成8年11月、厚生省にある要望書を出しました。この要望書に書かれている内容が、学校教育における医療的ケアに直接関与している内容なので、ここに引用さ

横浜市立東俣野養護学校 平野俊徳
せていただき、専門医の見解としたいと思えます。もちろん、この文章は、専門医全体の一致した見解ではありませんが、少なくとも、関東地区のかなりの人数の医師たちが、この要望書に賛意を唱えていることを申し添えたいと思えます。 —以下引用—

〈要望書〉

厚生大臣 _____ 殿

障害児・者の生活が、地域での統合に向けて着実な歩みを進めております。これは、ひとえに、厚生行政の温かい御配慮によるものと感謝申し上げます。

種々の施策により、重い障害児・者の地域生活の素地はできてきたところでありますが、なお大きな課題が残されております。それは、医療的介護（医療的ケア）を要する障害児・者への生活援助が大きな制約を受けていることです。経管栄養や吸引、酸素療法、導尿、中心静脈栄養、人工呼吸器管理などの処置が在宅で行われることが可能になり普及しつつある一方で、介護をする学校教職員や通所施設職員なども同じように行うことが可能かどうか、法的な解釈に混乱や制限がみられることが、この制約の大きな要因となっております。

すでに一部では、現実のニーズに合わせ、医師の指導の下に、これらの介護行為が、教職員や施設職員により問題なく行われてきております。そこで、その実態に合わせ、これら医療的介護行為を、下記の要件を充たす場合に、学校教職員や通所施設職員が行いうるという御見解を明らかにしていただきますよう、要望いたします。

対象とする医療的介護行為(医療的ケア)：

保健診療において在宅医療として認められている行為、および、その他の、日常的に家庭において行われている医療的生活介護・援助行為

『必要とされる要件』

① その行為が必要である特定の対象児(者)に限定して、その特定の行為について、行われるものであること。

② その行為は、その対象児(者)に、日常的に行われているものであること。

③ その行為が行われることにつき、本人もしくは親権者の依頼・委託があること。

④ その行為が行われることにつき、医師による同意および指示と、指導管理が継続的になされること。

1996年11月 日

障害児(者)の療育・医療に携わる
関東地区医師有志

添付文書(1) 要望理由主旨

医療的ケアへの理解と推進を

— 重い障害の子ども(人)のQOL

(いのちの輝き)のために—

〈I〉 重度障害児(者)の在宅療育の
医療的課題

重い障害をもって在宅で生活している子ども(人)が増えています。このようなケースの在宅療育をどのように支え、本人および家族のQOLをどのように保障していくかということが、大きな課題となっています。

これらのケースは重度になるほど、また、年齢が長ずるにつれて、医療的にも多くの問題を抱えています。たとえば、筋緊張亢進、側彎や関節変形、摂食嚥下障害、呼吸障害、体重増化不良、睡眠障害、てんかん、便秘などをあげることができます。そして、これらは相互に関連しあい悪循環となっていることが多く、そのため、単独に、そして、狭義の医学的治療で改善しようとしても困難である

ことが多いのです。

この改善のためには、家族を初めとして教育と療育関係など、医療スタッフ以外の人々の協力が必要です。まず、基本的な生活習慣を作り上げることから始め、日常的な対応がきわめて有効だからです。生活場面での適切な関りがまずあって、その上に狭義の医療である薬物や酸素などが効果を表すのです。たとえば、緊張が和らぐ姿勢の工夫、呼吸が楽になるような姿勢の管理、適切な摂食介助、喜びを生み出す教育・療育などです。医療スタッフだけではなく、家族および周囲の人たちが力を合わせてこそ、医療的な改善や良い状態の維持が可能であり、このような協力体制をしっかりと作り上げていくこと、そのための条件整備をしていくことが、大きな課題の一つであるのです。

〈II〉 学校や地域施設での医療的介護行為
(医療的ケア)の推進の必要性

このような中で、経管栄養、痰などの吸引、導尿等、従来医療行為とされてきた行為を日常的に要するケースも増加してきています。

(昨年(2015年)の日本小児神経学会のシンポジウムでも、これらの行為は、従来の医療行為とは区別し、医療的ケアと呼ぶことが合意されました。)これらの行為は、医師の管理下に、基本的な注意点と手順を守って行われるのであれば、危険性や困難性はさほどなく、医療スタッフでなくとも、習得し得るものです。しかし、現在、これらの行為を学校教職員や通所施設職員が行うことは、制約されており、そのため、教育や療育が制限され、家族の負担が強いられ、また、必要なケアの制限が、その子(人)にとっては医療的にも好ましくない状態を招いています。

この制約の大きな要因は、現行法規への現状に即した解釈が明らかにされず、行政からの対応が制限的なものになっていることにあります。一方で、医療保険制度上は慢性疾患の在宅医療、重症児(者)の在宅療養の広が

りの中で、自己導尿、酸素療法、在宅人口呼吸器治療、寝たきり患者処置（導尿、経管栄養等）の行為が、在宅で医療スタッフ以外の人によっても行われ得るものとして認められるに至っています。かつて医療行為として医師や看護婦のみに許された行為が、在宅療養の方法として、医師より指示されて本人と家族などの介護者が行うものとなってきています。この介護者には、家族に委託された人も含まれるはずであり、その中には学校の教職員や地域通所施設職員も含み得るのではないのでしょうか。

これらの医療的ケアが、安全に確実に行われるための条件を整備しながら学校や地域施設で適切に行われるように推進されることは、医療、教育、福祉の、いずれの意義からも望ましいものであり、医療ケアを要する重度障害児（者）とその家族のQOLの向上のために必要なことであると、考えます。

以上のような理由から、私たちは、安全に確実に行われるための基本的な要件を充たしている場合には、医療的介護行為（医療的ケア）を学校教職員や施設職員が行い得るといふ、現状に即した法律的解釈、行政的見解が明らかになることを要望し、また、関係の方々へのこの問題への理解と御協力を願うものです。

――以上引用――

(2) 法律家の見解

次に、法律家の見解ですが、医療側の見解とは異なり、ある集団の見解を現段階で求めるのは困難なようです。私の手元には、「日本児童家庭文化協会」の小冊子『がんばれ』に寄せられた柳川従道先生（弁護士）の文章と、上記のシンポジウムで講演なさった加藤済仁先生（小児科医、弁護士）の講演要旨の二つしかありません。ここでは、この二つを紹介させていただき、法律家の見解としますが、柳川先生の文章にもあるように、現在のところ、個人的な見解にとどまっていることをここで確認させていただきたいと思います。

法律家の見解①

柳川従道先生（弁護士）の文章

――以下引用――

【教員等が障害児の教育現場でいわゆる「医療行為」を行うことと医師法第17条との関係について】柳川従道（弁護士）

1. はじめに

障害を持つ児についてもできるだけ教育を受ける機会を広げようとする試みにおいて逢着する事柄のひとつに、教育の現場で一般にいわゆる「医療行為」と言われているものを教員等が生徒に対し行うことが医師法第17条との関係でどのような評価を受けるか、という問題がある。

以下、この問題についての一考察を述べてみたい。なお、以下の見解は必ずしも一般的に確立されたものではないという点で、差し当たって私の個人的見解にとどまるものである。

2. 考察

医師法(以下、単に「法」という)第17条は、「医師でなければ、医業をなしてはならない。」と規定し、これに違反したものは2年以下の懲役または2万円以下の罰金に処せられることとされている。(法第31条第1項第1号)。ここでいう「医業」とは、「医行為」を「業」として行うこと、と一般に説明されており、教員等の行為が法第17条違反を構成するためには、「医行為」とこれを「業」として行うことの2要件に該当することが必要であるが、ここでは「医行為」とは何かについて考察することとする。

――中略――

④「医行為とは、医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生じるおそれのある行為」とする説。

これら4説のうち、④説が判例（最高裁判所昭和30年5月24日判決）により採

用されており、また通説的見解でもある。
(この説を柳川先生は「相対説」と呼んでいます。)

-----中略-----

要するに相対説の立場に立てば、ある行為が一般にいわゆる「医療行為」とされる範疇に属するものであっても、そのことだけで非医師がこれを行ってはならないということにはならず、それを非医師が行うことが保健衛生上(あるいは人体に対し)危害を及ぼすおそれがある場合にはじめて法第17条違反になりうると解せられるのであって、そのような危害を及ぼすおそれがないように必要な処置・配慮がされた上でなら、一般にいわゆる「医療行為」とされる行為を非医師が行っても法第17条違反にはならないということになる。

もっとも、どのような処置・配慮がされていれば上述の危害を及ぼすおそれがないと言い得るかは、専門家である医師のみが判断すべきことであり、しかも、その判断に当っては、原則として個別のケース毎に判断しなければならない。

以上の見地からすれば、一般にいわゆる「医療行為」とされる行為(例えば、経管による水分や栄養の補給)は、これを教員等が教育の現場で行うことがそのことだけで禁止されるのではなく、生徒に保健衛生上の危害が及ぶおそれのないように処置・配慮がされた上でこのことなら、これを教員等が行っても法第17条違反にはならないと考える。

3. むすびにかえて

教育を受ける権利は、憲法上国民に認められた大切な権利である。障害を有する児にとってもこのことに全く変わりはない。もし一般にいわゆる「医療行為」と言われるものを、障害を有する児にたいし、教員等が教育の現場で行うことができれば、これらの児が教育を受けうる機会は確実に増

える。そのためには、ある行為が一般にいわゆる「医療行為」と言われているものであるという理由だけではあきらめずに、その行為を教員等が行った場合でも保健衛生上危害を及ぼすおそれがないような処置・配慮が可能なものである場合には、これを許容する方向で法第17条を柔軟に解釈することが強く望まれる。

-----以上引用-----

法律家の見解② 加藤済仁先生
(小児科医、弁護士)の講演要旨

-----以下引用-----

【学校における医療的ケアの法的解釈】

加藤済仁 = 指定発言要旨 =

教員等が生徒に対し、いわゆる「医療行為」を行った場合の法的問題は、(1)医療行為を行ったこと自体による責任と、(2)事故が起きたときの責任、に分けることができる。

1. 医療行為を行ったこと自体による責任

医師法17条は、「医師でなければ、医業をなしてはならない。」と規定し、これに違反したものは、2年以下の懲役または2万円以下の罰金に処せられる。(同法31項1号) 厚生省はインシュリンの自己注射について、同法17条違反とはならないとしている。(昭和56年5月21日付疑義照会に対する回答(医事38))。しかし、注射行為自体を法17条の医行為に該当しないと判断しているとは思わない。なぜなら、「十分な患者教育および家族教育を行った上で、適切な指導および管理のもとに患者自身(または家族)に指示」することを要件としているからである。

そして、このような医師の指導および管理のもとになされれば、医行為に該当するとしても、同法31条1項1号で処罰すべき違法性はないと判断していると考えられる。

医療的ケアの問題にしても、その観点から論じられるべきではないかと考える。すなわち、仮に「医業」ないし「医行為」に該当するとしても、同法31条1項1号によって処罰すべき違法性が認められるか、ということが検討されなければならない。そして、医療的ケアの児に対する危険性の程度、障害を有する児の教育を受ける権利、QOLという観点などから、教員が医師から相当な医学的教育を受けた上で行えば、同法31条1項1号によって処罰される違法性はないと考える。

これは保助看法との関係でも同じである。

2. 事故がおきた場合の責任

生徒ないしその家族に対する民事責任である、損害賠償責任と刑事責任である業務上過失致死傷罪の成否が問題となりうる。

この責任が問われるためには、教員に過失（不注意）が認められなければならない。しかし、教員は医師ないし看護婦でない以上、その注意義務の程度は高いとはいえず、そこに過失を認めることができる場合は、少ないと考えられる。もっとも、民事責任が生じたとしても、教員自身が損害を賠償することは、現実的には少ないと考えられる。ましてや、刑事責任を問われることもまずないと考えられる。

-----以上引用-----

(3) 教員の見解 “混迷”

以上、専門医、法律家の医療的ケアに関する見解を紹介しました。

障害児（者）の療育・医療に携わる関東地区医師有志の要望書には、医療的ケアを医療スタッフ以外の人員が行うことの必要性が述べられ、また、法律家の見解として、ある条件下でなら、医療スタッフ以外の人員が医療的ケアを行っても、責任や違法性を問われることはないだろうと述べられています。

ところで、医療的ケアについて学校現場は、どう考えているのでしょうか。残念ながら、

このことについては、どこの学校も、教育委員会も、医療スタッフ集団や法律家個人として上に述べられたような明確な見解を出してはいません。が、多くの学校内では、部分的に医療的ケアが行われているという事実があります。部分的にとったのは、「学校として試行中」であったり、ある学校では「校医の協力を得て実施」であったり、「学級担任が試行中」であったりすることを指します。

現実に対応せねば教育活動に支障が起きているにもかかわらず、医療的ケアについて、学校現場が適切な見解を持つていないのが現状のようです。

これには、様々な事情が考えられます。上に述べた専門医の見解が医師全体の統一見解でなく、「医療的ケアについての概念規定が判然としないこと」や、「ある地方自治体の医療スタッフでさえ、統一した見解を持つことができず、したがって、その自治体の教育側に見解を示すことができないでいること」もその一因でしょうし、また、教育側の問題として、「教育活動を医療的な分野にまで広げるのが妥当であるか。」という論議も尽くされてはいません。また、「医療的ケアが必要なのはよくわかるが、それには、ふさわしい施設、設備が必要だ。」という言葉も、教員側からよく聞かれます。

（法律の分野の専門家が、この領域に見解を示してくださったのはつい最近のことで、学校の教員や教育委員会が法律的なことを考えるのはこれからだろうと思います。）

こうしてみると、学校現場が医療的ケアへの対応に関し、混迷の極みの状況を呈しているのは無理もないことかもしれません。

2 医療的ケアの実際（横浜市）

(1) 『横浜方式』

このような混迷を呈する中、医療的ケアを学校で行うことに関して特定の見解を持つことが困難であるという事情を、地域的な条件、

その他、様々な要因で、ある程度クリアしている自治体としてよく挙げられるのが横浜市です。では、『横浜方式』とはどのようなことを指すのでしょうか。

この言葉は、横浜市の教育委員会が言い出したのでも、横浜市の肢体不自由養護学校の教職員が言い出したのでもなさそうです。又、『横浜方式』が記載されているマニュアルなどが教育委員会から出されているわけでもありません。とすると、いつとはなく、誰かが言い出し、それが喧伝されて定着した言葉ということになるのでしょうか。

ここでは、横浜市立養護学校の教員である私が見聞きしたままの『横浜方式』、また、個人的に考えている『横浜方式』についての私見を述べることにします。したがって、以下の文章は、横浜市教育委員会の見解とは全く異なるかもしれません。また、客観的な資料に基づいているわけでもないことを、予めご了解いただきたいと思います。

通常言われる『横浜方式』は、横浜市の小規模養護学校と言われる学校で行われている教育活動を指していると私は考えています。そこで、小規模養護学校とはどのような学校なのかを、まず、説明することにします。

(2) 横浜市の小規模養護学校の成り立ち

横浜市には、肢体不自由の養護学校として、横浜市立上菅田養護学校、横浜市立中村養護学校、横浜市立新治養護学校、横浜市立北綱島養護学校、横浜市立東俣野養護学校の5校があります。(他に、神奈川県立三つ境養護学校があります。)

そのうち、三つ境養護学校、上菅田養護学校を除く4校(中村、新治、北綱島、東俣野)が、横浜の小規模4校と呼ばれる、児童・生徒数20名～40名余りの小さな学校です。小規模4校は、もとは、大きな養護学校の分教室として、主に、訪問教育を行っていたのですが、昭和60年前後に、相次いで、それぞれの本校より独立開校しました。

小規模4校の、ほかにはちょっと例がないほどの特徴として、校舎が一般の小学校と併設されていることが挙げられます。ドアを一枚あければ隣の小学校に自由に入出入りできますし、小学校からも自由に入出入りできますから、健常児といわれる子どもたちとも交流する機会が非常に多い利点があります。これは、障害の重い子どもたちであっても積極的に小学校との交流を行うべきだとする横浜市の姿勢の表れだと言えるでしょう。『横浜方式』は医療的なケアを行うものとされがちですが、この交流についての考え方も、『横浜方式』として見逃してはならないと私は考えています。

(3) 横浜市の小規模養護学校の学校生活

私のクラスでは、1日の生活のリズムを確立するために、学校にいる間はできるだけ活動的に過ごすことを最大の目標にしています。昼間はできるだけ活動的になり、夜間の睡眠を十分にとる意味でも、一日の生活にめりはりをつけるという意味でも・・・。

では、私のクラスの1日の様子を、大まかに述べます。これは、どの養護学校でも似たり寄ったりだとは思いますが。

① 健康観察の時間(9:30～10:00)

(体温、表情、保護者からの引き継ぎ、連絡帳) + 水分補給(楽しみのための経口摂取 + 水分量確保のための経管注入) + トイレ
体温測定を行い、昨夜の睡眠の様子、いつもと違っている事柄など、保護者からの情報を得て、学校での1日を教員が見通す大切な時間です。体温の変動が激しい児童の場合などは、水分補給の量、回数に特に気を付けています。

② 朝の会(10:00～10:20)

一日の始まりの時間です。また、友だちと一緒に手遊びなどで仲良く活動する時間でもあります。

③ 隣の小学校との交流(10:20～10:35)

隣の小学校の休み時間を利用し、『仲良く

訪問』という名前で交流活動が行われています。小学校の児童が休み時間に養護学校に遊びに来て、教室に入り、養護学校の子どもたちと交流をする時間です。子どもたちの歓声が養護学校に響き、養護学校の子どもたちにとっても、かけがえのない時間となっています。

④ くんれんの時間（10:35～11:00）

自分から体を積極的に動かすことの少ない子どもたちなので、先生と一緒に体を動かす時間です。もちろん、自分で体を動かすことのできる子どもたちは、いっそう上手になるように歩行などの練習をします。

⑤ 集団学習の時間（11:00～11:30）

歌遊びや遊具の時間、プールの時間、感覚学習の時間など、様々な学習の時間です。子どもたちの最も活動的な時間帯に行われる重要な学習の時間となっています。

⑥ 給食の時間（11:45～13:15）

子どもたちの一番楽しみな時間です。食事は楽しみながら食べるのが当然のことですが、経口からの摂取が難しい場合は、経管注入を行っています。また、体調によって、経口からの摂取が難しい、あるいは、危険を伴う場合にも、経管注入を行います。これらは、養訓の一環としての摂食指導という観点から行われています。

⑦ 集団学習 or 個別学習の時間

（13:15～13:45）

午後の学習の時間です。

（4）学校生活で教員が留意していることから

横浜市の小規模養護学校で行われている教育活動の実際をご紹介しましたが、呼吸や痙攣発作、体温といった健康上の基本的な事柄については、どのような授業の中であっても教員が特に留意している事柄です。私のクラスでは、子どもたちが学校生活を楽しく送るために、次のようなことを、日常、話し合っています。これは担任だけではなく、養護教

諭も交えて、機会ある毎に話し合っていることです。

- ① 呼吸管理について（吸入も）
- ② 排痰について（吸引も）
- ③ 痙攣（てんかん）発作について
- ④ 体温調節と水分補給について
- ⑤ 栄養管理（楽しみのための経口摂取＋栄養確保のための注入）について
- ⑥ 食事指導（摂食指導と調理形態）について
- ⑦ 規則正しい排便習慣について

また、健康面や医療的ケアと密接に関する学習面でも、次のことを念頭に置きながら子どもたちと関るようにしています。

- ① 昼間の覚醒水準を高める関り。
- ② 子どもに興味・関心を引き出し、快反応を引き出す関り。
- ③ 異常な筋緊張を抑制する関り。
- ④ リラックスした状態で学習に取り組むこと。
- ⑤ 季節的な題材を授業に取り入れること。

今まで述べてきたように、横浜市の小規模養護学校では、経管栄養の注入、排痰のうまくいかない子どもたちの吸引などを日常的に行っています。このような医療的なケアは、入学時にご両親からの依頼を受け、校内で教職員が話し合った結果、その子が学校生活を送る上で欠かせないケアであり、また、教職員が安全に行うことができるとの共通理解のもとで行われています。

もちろん、教員は医療の専門家ではありませんから、どんなことでもできるというわけにはいきません。しかし、横浜市の養護学校の教職員は、横浜市養護教育総合センター主催の様々の研修、こども医療センターにおける実践的な研修を受け、安全に、確実に必要なケアが行えるように努力を続けていることをお知らせしておきたいと思います。

このように、現在、学校で行われている医療的なケアは、ご家族の願いを受け、教職員

が様々の研修の機会を捉えて努力を重ね、主治医の先生や校医の先生、臨床指導医の先生他、医療関係者の指導に基づき、医師や家族から確実な方法の伝達を得て行われているものです。

(5) 『横浜方式』が生まれた理由

他都市で行われていないこのような教育活動が、どうして横浜市で行われるようになったのかについては、様々な要因が考えられますが、最も大きな要因と私が考えているのは、小規模養護学校が障害の重い子どもたちの訪問教育から出発していることです。

① 訪問教育から始まった横浜の小規模4校の教育

神奈川県には、他都市に比較して、入所施設が非常に少ないという事実があります。これは、側面から見ますと、障害の重い子どもたちの在宅療育を促進せざるをえないということでもあります。言い換えると、他県で病院内の施設に入っている子どもたちが、横浜市では家庭にいる割合が非常に高いということです。その子どもたちの教育の場が、小規模養護学校の前身である訪問学級であり、訪問教育を担当する4つの分教室でした。

重度重複障害児への在宅訪問制度は、昭和44年に開設され、昭和47年には、訪問学級となりました。また、その年には、横浜市の教育と医療の連携の一つの形態として『臨床指導医制度』も始まっています。

その後、訪問教室は、養護学校の分教室となり、それが、昭和60年前後に相次いで独立し、4つの小規模養護学校となりました。

どのような教育でも、家庭との連携が基本ですが、訪問教育は、特に家庭との連携を必要とする教育です。ここに今の『横浜方式』が自然発生的に生まれたのだと私は考えています。

② 医療との連携

次に重要な要因として、横浜市の就学指導委員会に、神奈川県立こども医療センター等

の医師が参加したことが挙げられます。障害の重い子どもたちの教育に、医師の指導助言は欠かせないものですが、幸い、横浜市の教育に関する医師たちの見解はおおよそ一致しています。

注入に関する基本的な見解は、「医師が保護者に委託した医療的なケア（経管注入など）は、個人の生活上必要な行為であり、医療行為ではない。」とする見解です。もちろん、保護者に委託されたどのようなケアでも、学校で行うべきだというものではありませんが、少なくとも、経管注入、鼻腔吸引（限度はあるが）などの生活上必要な行為を学校でも行うべきだとする考えです。この考え方に、小規模4校の教員が共感し、現在の『横浜方式』が生まれ育ったと考えて良いようです。

この考え方を、現実に推進するには、医療との連携と、教員側の研修が欠かせません。

(6) 医療との連携と職員研修

① 臨床指導医の研修

学校には、校医という制度がありますが、横浜の養護学校には、校医以外に臨床指導医という制度があります。リハビリテーション科と小児神経科の先生が、毎月、あるいは学期に数回来てくれます。検診の日には、その日に診ていただいた子どもを、日常、療育、教育するうえで留意すべき点、障害に関する医学的な知見等について、放課後、教員を対象に研修が組まれることもあります。教職員にとっては、今、自分が担任している子どもたちについての具体的な研修なので、非常にありがたい研修となっています。

② 養護教育総合センターの研修

また、もともと各学校毎に講師を招いていた研修を、現在は、各学校から出された希望をもとに、養護教育総合センターが一括して組み直すようにしています。養護教育総合センターが一括した研修の内容を一覧表にし、教員は、年度始めに、自分の受けたい研修をその一覧表から選ぶシステムです。こ

のシステムも、最初は教職員が自ら必要に迫られて自校で行っていた研修を養護教育総合センターが一本化し、横浜市の全教職員が受講できるように組み直したもので、ボトムアップのシステムと言えるでしょう。このボトムアップという言葉が、『横浜方式』の本質を物語っているかもしれません。

この研修システムのおかげで、各学校毎に行う研修よりも、幅の広いプログラムから、自分に今必要な研修を選ぶことができるようになりました。講師には、小児神経などの医療関係、横須賀の国立特殊教育総合研究所、ボバース法、その他の訓練関係等、障害児教育に関わるさまざまな分野から招かれています。

③ 県立こども医療センターの研修

小規模養護学校では、新任の教諭、養護教諭にこども医療の重心施設の研修を受けることを奨励しています。障害の重い子どもの日常の看護、養護に関する机上の知識だけでなく、実際の応用技術を習得してもらおうする意図からです。この研修は、障害の重い子の多く通う学校では、非常に重要な研修だと思えます。吸引、経管注入、吸入等の基本的で安全な方法など、養護学校に通う子どもになくはない医療を実地に知る機会となっています。

④ 各学校で行っている研修

自分の担任する子どもたちが、例えば、気管切開をしているとなると、担任は、それにまつわる様々な情報を得たいと思えます。私は、小学部1年生の担任なので、新1年生が入学してくる時に、どのような障害を持った子どもたちが入学してくるのかをある程度は事前に知ることができますが、詳しいことを文書で知ることができません。したがって、それらの細かい情報を得ようと思えば、親御さんと機会あるごとに話をすることが重要になります。専門家の意見も欲しくなりますので、主治医の先生のところに行って話をうか

がうこととなります。このような担任をしている子どもの具体的な問題についての研修は、各学校、学級単位で行われることとなります。（これはどこでもやっていることで珍しくもありませんが。）このような保護者との話、主治医との話も担任にとっては重要な研修の機会だと思えます。

(7) 『横浜方式』のまとめ

『横浜方式』についての私見をまとめますと、

- ① 小規模4校を設置する際に、小学校との交流を重要視したこと。
- ② 小規模4校が、障害の重い子どもたちの訪問教育から始まり、注入を初めとする医療的なケアを養訓の一環として自然発生的に行うようになったこと。
- ③ 神奈川県立こども医療センターの医師を中心に、医師側が、学校で行うべき医療的なケアを生活行為として位置付け、一貫して教育側を指導助言してきたこと。
- ④ 教員側が、自分たちの教育に必要な研修を各学校単位で積極的に行っていたのを、養護教育総合センターが一括し、より効果的に職員研修を組んだこと。

などが重要な事項と考えられます。あくまでも私見ですので、考え方に偏りがあったり、誤解があたりするかもしれませんが、その点は、くれぐれもご容赦くださいますよう、切にお願い申し上げます。また、他にも、『横浜方式』と呼ぶべきものは存在するかもしれません。

医療的ケアに関する原稿依頼に交流やら、学校の授業内容までご紹介したのは、医療的ケアの問題は、教育活動全般に関する問題であり、教育活動、教育課程全体の中で考えるべき重要な教育課題であると考えられるからです。この意味で、『横浜方式』とは、医療的なケアについてだけのものではなく、教育活動全般に関する実践例であることを強調させていただきたいと思えます。

3 まとめ

以上、長々と引用をさせていただき、また、横浜の養護学校の現在についての勝手な私見を述べさせていただきました。

現在のところ、医療も、法律も、教育も安定し、一致した見解を持って「医療的ケア」に当たっているわけではないことが、はからずも浮き彫りになってしまいました。その中で、現場の教員は、問題を真摯に捉え、個々のケースについての問題解決に少なからぬ努力をしています。

しかし、医療的ケアの問題は、個々のケースごとに解決すべき問題ではなく、今後の学校教育の根幹に関する問題です。教育が関与せずに医療の側だけに任せるのでは到底解決できない問題でしょう。

教育の基本理念に、「どのような障害の重い子どもにも教育を保障すること」がなければならぬとすると、現実には方法は多様にあるにせよ、これまでの教育の在り方にとどま

らず、医療、福祉、教育、家庭、地域の連携の中で、教育がどのような役割を持つことができるかを考え、実践していくことこそ、子どもの側に立った教育であり、この問題を解決に向かわせる有効な方法であると考えべきではないでしょうか。

ここでは、教育の実践の代表として私の所属する横浜小規模養護学校の事例を挙げさせて頂きましたが、横浜市だけがこの問題について取り組んでいるわけではもちろんありません。首都圏では東京都や神奈川県を始めとして、各地方自治体の教育現場がその地域にあったやり方を模索し、また関西圏でも、積極的に取り組みを始めていると聞きます。

横浜市で横浜市の地域性に合った取り組みがなされ、現在も行われているように、各地域で、地域の実情に合った方向性を探りながらの実践から、横浜の実践よりも進んだ取り組みがなされることを念じつつ、この稿を終えさせていただきたいと思います。

下田 巧 先生のご逝去を深く悼み、 心からご冥福をお祈り申し上げます。

下田 巧 先生が、平成9年3月13日、肝不全のためご逝去されました。

日本育療学会として、ここに謹んで哀悼の意を表したいと思います。育療学会発会に当たっては、心からなるお祝いのお言葉を頂き、「育療」の創刊号には暖かい励ましの稿をお寄せ頂きました。

今更申し上げるまでもありませんが、先生が日本の特殊教育に残されたご功績は計り知れないものがあります。都立久留米養護学校長として病弱教育を推進されたことを始めに、あらゆる障害児の教育に関してその指導力を発揮され、全国特殊教育推進連盟理事長として、長く私たちに力を与え続けて下さいました。

下田先生のお仕事の一つ一つを振り返ったり、人間“下田巧”の魅力などは多くの方が語られるでしょうし、機会があれば「育療」でも偲びたいと思います。

先生の略歴のほんの一部を下記に記し、その足跡に敬意を払いたいと思います。

- ・明治43年 福井県に生まれる。・昭和10~20 満州国にて小学校の訓導・校長等を歴任
- ・S34 都立久留米養護学校長 ・S36 全国病弱養護学校長会副会長 ・S38 都立北養護学校長(~46)
- ・S40全国肢・不養護学校長会副会長(~46)・S43 都学校保健会副会長(現)・S45全国特殊学校長会長
- ・S47全国特殊教育推進連盟理事長(現) ・S49都心身障害者教育就学措置委員会委員長(現)
- ・H6 (社福)足立肢体不自由者福祉会理事長(現) ・H8 (社福)あだちの里ひまわり園理事長(現)

精神科思春期の治療と教育の拡充をねがって

茨城県立友部病院 家族会 加賀谷 妙

娘がT病院に入院したのは、中学1年十二歳の時でした。1年程神経科へ通院治療の果てに緊急入院した精神病院から、“子供の対応”は無理なので、何処かに移るように言われ、20日後に転院して来たのでした。症状は極度の脅迫的な不安、幻聴、脅迫行為、チック、ヒステリー症状、息苦しさ、頭痛、微熱、食欲減退等で、体重はひどく落ち込み、脳にも影響が出ていた程でした。睡眠障害もありました。

入院の際まず驚いたのは、施設の老朽化がひどいことと、施設そのものが子供や若い人達への配慮が全く感じられないことでした。しかし、近々新築するとの話もあり、その時には思春期専門病棟も出来るということでした。娘は大人に混じっての最年少の入院患者でした。ベッドから起きることもできず、点滴で栄養を取るしかなかった状態から、先生初め作業療法士さん、看護婦さん等スタッフの皆さんの力で次第に元気になり、病院から、病弱児対象の養護学校まで送迎してもらいながら、通学出来るまでに回復していきました。5か月後退院となりましたが、思うように登校出来ず、次第に自閉的になっていきました。

外来通院を続けたましたが、この外来の体制が疑問を感じるものでした。思春期外来の担当医師はやっと二名に増えていましたが、それぞれ入院中の患者さんを40～50名抱え、一般外来（大人）もこなしておられました。たった週1回、半日の数時間に小学生から二十歳前までの通院患者が殺到していました。そして症状としては不登校、精神分裂病、人格障害、摂食障害、発達障害、感情障害、神経症、閉じこもり等様々で、これを専従の医師やスタッフでなく、片手間で対応していたのです。しかも、通院者の人数は急増して

いました。先生の尋常でない多忙の中での熱心で献身的な姿勢とは裏腹に、個人的な理解と熱意だけではどうしようもない壁を感じ始めました。

組織から作り直して治療の質を上げるべきではないか。専従の医師やスタッフの人員を確保し、治療内容も医師の診察だけの現状から、精神療法、より幅の広い作業療法、家族療法を、また思春期治療には必ず関係を持つべき教育機関との連携も必要なのではないだろうか等、思いつつ通院していました。

娘は次第に症状が再発、7か月後再入院となりました。この二度目の入院で、さらに病院の体制に対する疑問が大きくなっていきました。一度目と同様に思春期の患者は、身体的に病気のある患者さんの病棟に間借りをしていたのですが、この時期は状況が酷くなっていました。子供達の真向かいの部屋では、寝ころんで壁やドアを蹴る地震のような音と揺れ、また絶えず泣き声や悲鳴、怒鳴り声が響き、勿論そこから逃れる場所も一人になるプライベートな場所もありません。さらに、切迫した看護の中で、結局子供たちへの対応は後回しにせざるを得ないという人手不足の状態の病棟で、娘は支えられているという実感が持てずに、一人で頑張るしがありませんでした。

それぞれの治療対応が様々で、時間と理解が必要なのが精神科治療なのだと思います。入院の場合は特に患者の傍にいる看護婦さんにこの作業の比重がかかり、そこで患者の症状に応じ、即時適切な対応が出来てこそ、その積み重ねで回復への道筋を付けていけるのだと思います。一度目の時は多忙の中どうか可能でしたが、今回は最悪の状況でした。食欲も落ち自閉的な状態が続きました。熱意

をもって治療して下さる先生やスタッフに恵まれたからこそ、どうにもならない壁が目の前に立ちはだかっていた。親子で懸命に頑張りがらも、病院側に理解を求めたかったのです。早急に院内環境を改善してほしいことを病院家族会の機関誌を通し訴えたりしてみました。やはり変わりはありませんでした。

そんな中で大変嬉しいこともありました。翌年の春、先生方の努力で実現した院内学級の第一号の生徒に娘が迎えられたのでした。中学3年でした。親子とも希望の光を一筋見たようで、自分達はなんてラッキーなのだろうと感激しました。教師と生徒1対1の穏やかな関係は、娘にとって最適なステップになりました。秋には一年間過ごした閉鎖病棟から開放病棟へと移ることができました。開放病棟へ移ると目に見えて回復し、食欲が元に戻り、幻聴が消え体力も少しずつついていきました。ヒステリー症状は少し前から消えていました。

この頃には既に病院建て替えの話は、ベッド数が減ることで退院させられるのではないかと家族の不安から、ストツブがかかったまま宙に浮いてしまい、現実性を帯びなくなっていました。勉強のつもりで家族会の委員を引き受け、会長さん始め皆さんのお話や全国規模の精神障害者家族会連合会（全家連）の主催する講演会等から、精神障害者の現実（法律、社会復帰状況、日本特有の偏見の強さ等）や最新情報を知ることができたり患者さん自身の生の声を聞いたり、その積極さとバイタリティに感銘を受けたりしました。

一方、院内学級の生徒も4名に増え、娘の顔にも笑顔が出るようになりました。そして翌年の春、高等部に進学することができ、病院から自力で自転車通学を始めました。これを機に娘が大きく変わっていきました。それまで食欲が戻った割には体重増加に繋がらなかったのに、あっと言う間に3~4kg増

え40kg台になったのです。表情も豊かになり体力もさらについて行きました。人間関係をつけながら少しずつ自信が持てるようになって行くのが目に見えるようでした。心に傷を持つ子供たちが回復し成長して行くためには、教育的環境がいかに重要な自分の子供を通して教えられました。

学校に関しても、実際かかわって見るといろいろな問題にぶつかりました。在籍していた者としては、精神医療と教育の唯一繋がりをもつ場であるからこそ、問題点があれば改善し、さらに子供たちの貴重な場として存在していて欲しいと思います。

娘は12月9日二年間の入院生活を終え退院することとなりました。現在も通院しながら娘なりに頑張っている通学しています。と言っても症状は完全には無くならないので週に1回、2時間程度授業を受けてくる程度です。精一杯頑張っている彼女には、仲間が迎えてくれる外の世界は欠かせないもので大変魅力的ですが、越えても越えても永遠に続く岩山のようなのです。だからこそ彼女のペースを崩さず通学できるよう、家族が支えて行かなければと思っています。

そして、彼女から沢山のことを教わった私は、今までの恵まれた出会いに感謝しながらこれからを無駄にしないために、そして娘と同じ境遇の子供たちのためにも、経験した親の立場から、入院、通院での対応改善と教育面での不備について、声を上げていきたいと思っています。理解や関心が薄く、誤解されて見落とされがちな精神疾病の子供たちの環境を少しでも改善し、その子供たちなりの成長や個性を潰さずに済むようになって欲しいと心から思います。私には、力など全く無いことは重々分かってはいますが、このまま黙って通り過ぎて行くことはできないような気がします。

〈学校紹介〉

病気をなおしながら学習する

～多様化の中で、個に応じた教育を

1 はじめに

(1) 環境

本校は、香川県のやや西よりに位置した、弘法大師生誕の地である普通寺市にあり、県内唯一の病弱養護学校である。学校は JR土讃線普通寺駅より車で5分、街の中心部から少し離れた、大麻山麓の静かな環境の中に、国立療養所香川小児病院隣接の地に位置している。

(2) 沿革

昭和44年 普通寺市立西部小学校・西中学校の伏見分校として小児病院内に開校した。
(児童生徒数68名)

49年 香川県立普通寺養護学校として、病院隣接地に独立した。小学部15学級、中学部9学級(児童生徒数164名)

54年 養護学校義務制施行、訪問教育開始。小学部28学級、中学部22学級
(児童生徒数225名)

昭和62年 訪問教育、他校に移管で廃止。

平成4年 高等部設置

2 在学児童生徒の概況

昭和50年代をピークに、喘息治療法の革新的な進歩をはじめとして、その他の慢性疾患児の入院の短期化等で児童生徒数は漸減していたが、高等部生徒の漸増でここ数年は、100～130人で推移している。

児童生徒の出身地は概ね香川県内であるが、愛媛県など他県出身者の在籍も15%に達する。また、原則は入院であるが、年々自宅からの通学者が増加し、今ではほぼ4割を占めるに至った。

病気や障害によって、次の3つのグループを基本にして学級を構成している。

① 内臓疾患等の慢性疾患や心身症等の学級(普通学級、校内では1組と呼称)。

香川県立普通寺養護学校 植田義之

② 知的障害及びその他の疾患を併せ持つ学級(重複学級、2組と呼称)。

③ 重度心身障害児の学級(重度重複学級3組と呼称)～校内学級および院内学級がある。

※ 高等部については、9年度より3組及び訪問学級が開始される予定である。

1組小・中学部は転出入が多く療養等に伴う学習空白、中・高等部では不登校を伴う心身症等での学習空白を抱えた者が多く、それらに対する多様な学習指導形態が必要とされている。また、社会体験の乏しさ、人間関係のつまづき等の心理的不適応に対する生活指導面のケアが必要とされている。小・中学部ではベッドサイド学習も行われている。

2組では肢体不自由児、車椅子使用の者が増える等重度化が進み、介助や動作訓練等がいっそう必要となっている。3組では、医療対応の面が大きく、全面介助を要する者も多いが、登校が困難な者は病棟内で指導を受けている。2組・3組では、職員配置が厚く殆どマンツーマンの対応が行われている。

3 在籍児童生徒数、病種別児童生徒数
平成9年1月31日現在

(1) 在籍児童生徒数

	1組	2組	3組	計
小	27	5	9	41
中	38	6	10	54
高	25	12		37
計	90	23	19	132

*平成8年4月1日の児童生徒数は103名(その後著しい転入増あり)

(2) 病種別児童生徒数

病種	小	中	高	計
呼吸器疾患	2	4	2	8
腎臓疾患	1	3	0	4

心臓疾患	1	2	1	4
腫瘍	0	2	0	2
血液疾患	2	2	1	5
内分泌	3	2	0	5
筋	1	0	1	2
脳性まひ	7	5	1	13
運動器疾患	9	3	0	12
精神・神経	13	30	26	69
消化器疾患	1	1	2	4
免疫疾患	0	0	1	1
感染症	1	0	0	1
皮膚疾患	0	0	2	2
計	41	54	37	132

*精神・神経疾患には次の病名が含まれる。
 先天性脳・脊髄異常、水頭症、てんかん
 後天性脳・脊髄異常、不登校、心因反応、
 精神病、神経症、精神発達遅滞等

4 教育方針と取り組み

(1) めざす児童・生徒像

- ① 元気で明るい子
- ② 仲良く助け合う子
- ③ 自分でよく考え、工夫する子
- ④ 我慢強く、最後までやりぬく子

(2) 教育方針

病気や障害を克服し、心豊かにたくましく生きる人物を育成する。

- ① 児童生徒の病気や障害の状況を把握し、心身の調和的発達を図る。
- ② 個性を伸ばし、基礎学力の充実・進路指導の推進を図る。
- ③ 愛情と信頼に基づいた教育によって、権尊重の精神、他を思いやる心の育成に努める。
- ④ 社会生活に必要な生活態度や職業的能力の育成を図る。
- ⑤ 学校と病院、家庭及び関係機関と緊密な連携を行う。

(3) 研修の重点

一人ひとりを大切に教育 ⇒ クオリティとアメニティを高める取り組みのため

に、教職員の現職教育の充実を図り、専門性をいかに高めるか。

- ① 教科指導
- ② 教育相談、カウンセリングの素養
…子どもの心をとらえろ感受性
- ③ 感覚訓練、動作訓練等の素養
- ④ 医学的、看護的知識
- ⑤ 生き方を語れる教師…教育における
インフォームド・コンセント

5 日々の教育実践

(1) 養護・訓練

特設「養護・訓練」は、小・中学部週2時間、高等部週3時間、病類別グループを形成し、病気や障害の改善に努めている。今年度は特に、個別指導計画のための実態把握を、「養護・訓練」において取り組み、「研究集録」もこの主題で作成した。学部毎に次の各グループで行っているが、活動によっては例えばE1 E2, E3 が合同で行うこともある。

- | |
|------------------------------|
| A 重度・重複 |
| B1 心臓（血液疾患含む） |
| B2 腎ネフ等（内部疾患含む） |
| C 運動障害（筋ジス、脳性まひ含む） |
| D 重複 E1 喘息等（皮膚疾患含む） |
| E2 肥満虚弱（内分泌代謝疾患含む） |
| E3 精神・神経疾患（器質的・心身症
てんかん等） |

この他、教科指導や日常生活の中で、養護・訓練に配慮した指導を行っている。

(2) 学校行事

週5日制の実施に伴い、学校行事の見直しもいわれているが、子どもの成長にとって必要なことであるとの認識から削減はしていない。全校行事は、小・中・高3学部および1組・2組・3組各グループを含んでいるので、持ちガに工夫しながら実施している。主なものは次の通りである。

4月	春季遠足
5月	修学旅行(学部毎)
6月	チャリティバザー
7月	キャンプ
8月	花火・盆踊り大会
10月	運動会
11月	図書館祭り(小)
12月	希望の会

(3) 交流教育

- ① 普通寺市立西部小学校と
 - ・七夕祭りで相手校へ・運動会で本校へ
- ② 普通寺市立西中学校
 - ・盆踊り大会、運動会で本校へ
(9年度より東中学校とも交流予定)
- ③ 地域の人々と
 - ・チャリティバザーで交流

(4) 医教連携

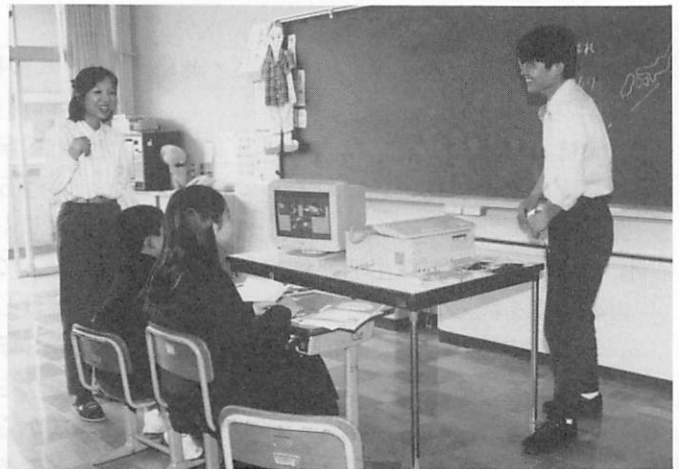
病院と学校とが車の両輪との認識のもとに、多くの面で協力しあっている。

- ① 国立療養所香川小児病院の沿革
 - 明治30年 陸軍第11師団衛戍病院として創設
 - 昭和20年 国立普通寺病院伏見分院
 - 昭和31年 国立香川療養所に改称
 - 昭和50年 国立療養所香川小児病院に改称、多様な病気や障害に対応する小児総合病院として最新の医療活動を展開している。
- ② 医教連携のための諸活動は次の通り
 - ・毎朝の病棟連絡…職員朝礼で病状や出欠の周知。
 - ・DNT会…毎月定例のドクター、ナース、教師の会～学校運営や教育指導について連絡・協議を行なう。
 - ・CNT会…毎月定例の児童生徒、ナース、教師の会～病棟生活のあり方や行事の持ち方について相談・指導を行う。

- ・個々の児童生徒についての連絡(必要に応じて随時)。
- ・個を語る会及びカンファレンス(必要に応じて随時)。
- ・学校行事、病棟行事における相互協力…例えば、学校主催及び病棟主催の遠足・キャンプ等にドクター、ナース、教職員が相互に参加し合う。
- ・医学講座…現職教育の一環として年に数回開催—今年度の講座は、「脳のはたらきと水頭症の病理」等4回であった。

6 個に応じた指導や新時代の教育めざして課題は多々あるが、特に次の点を柱として取り組もうと考えている。

- (1) 大学進学から重心児まで、個に応じた教育課程の工夫…実態把握の重要性
- (2) 増加する心身症への対応…教育相談の充実(次年度は、教育相談部を独立させ、心身症等委員会を吸収する予定)
- (3) 教育の現代化のため、情報教育部を編成(次年度は、既存の図書部、視聴覚教育部、教務部の情報教育係を合併する予定)
- (4) 高等部訪問教育の、平成9年度よりの試行予定…その体制整備



《小5 パソコンによる理科授業「雲の動き」》

〈学校紹介〉

学校に行けないで悩んでいるあなたへ

自立へ向けて、病状にあった手厚い教育を

福岡県立古賀養護学校 鈴島君子

1 はじめに

本校は、昭和49年に県立では唯一の病弱養護学校として創設され、国立療養所福岡東病院に入院中の慢性疾患児が在籍していた。

昭和54年には病院内の重度・重複児の施設訪問教育が始まり、昭和59年には北九州津屋崎病院の青春期内科から、初めて心身症児を受け入れた。その後、平成元年には西日本地区では唯一の屋内温水プールが完成し、プールを活用した養護・訓練の本格的研究に取り組むきっかけとなった。

平成3年頃より、外部からの不登校児に関する相談が増えはじめ、平成6年より教育相談部を設け、計画的・組織的に啓発・広報活動を行い本校の活性化に努めている。

(資料3) 病型別年間在籍延べ人数

病 型	3年度		4年度		5年度		6年度		7年度	
	小	中	小	中	小	中	小	中	小	中
喘息・アレルギー疾患	13	3	7	8	14	4	14	7	6	2
腎疾患・心疾患	2	1	1	2	0	1	0	0	0	0
結核性疾患	2	1	2	1	0	0	0	0	1	0
糖尿・肥満・その他	1	2	0	3	1	2	2	2	1	1
心身症・不登校等	1	14	3	17	4	12	3	15	3	27
小 計	19	21	13	31	19	19	10	24	11	30
重度・重複障害	5	2	5	2	5	1	3	3	2	3
合 計	4	7	5	1	4	4	4	9	4	6

(資料4) 心身症等の年度別在籍期間及び自宅通学生

在籍期間	年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度
		1カ月 ~ 3カ月	6	7	3	1
3カ月以上 ~ 6カ月	8	5	8	6	10	
6カ月以上 ~ 1年	2	6	3	5	10	
1年以上 ~ 1年6カ月		1	1	4	3	
1年6カ月以上 ~ 2年			1	1	0	
2年以上 ~				1	3	
自宅からの通学生		0	3	3	5	11

2 学校の現状

(1) 児童生徒の実態と関連病院

(資料1) 関連病院と教育対応

福岡県立古賀養護学校	(通学)	【国立療養所福岡東病院】 ◇慢性疾患(全日学習・床上学習) ◇重度・重複障害(施設訪問教育)	◇日々の連絡(連絡簿、電話) ◇医教連絡会(各病院毎に、学期に2回病棟や学校於)
	(通学)	【北九州津屋崎病院、通学】 ◇心身症、不登校等(全日学習)	◇職員研修(主治医による病氣理解等)
	(通学)	【福岡野野病院、通学】 ◇心身症、不登校等(全日学習)	
	(通学)	【自宅】 通院治療 ◇慢性疾患、心身症等(全日学習)	◇日々の連絡 ◇主治医と連絡

(資料2) 児童生徒数(平成9年2月1日現在)

学部	小学部						中学部				合計		
	1	2	3	4	5	6	1	2	2-2	3		4	
一般慢性		1	2	1	1	1	6	4	5	5	5	10	25
施設訪問教育	2				1		3	1	1	1	2	4	7
合計	2	1	2	1	2	1	9	5	11	7	23	32	

現在では、在籍児童生徒は心身症等が6割以上を占め、病態もさまざまに重度・重複化している。また、入院から自宅通学へ変わるものが増え、在籍期間も長期化する傾向にあり、教育対応も複雑になってきている。

(2) 教育目標と指導の重点

教育目標

病気に負けないで 豊かな心を持ち
進んで学ぶ 子どもの育成

指導の重点

- ア 基礎学力の向上
- イ 基本的生活習慣の確立
- ウ 教育相談の充実
- エ 交流教育の促進
- オ 情報教育の活用
- カ 人権教育の推進

(3) 児童生徒の理解と医教連携

内面に何らかの問題を抱えている児童生徒の実態を把握し、教師間の共通理解を図り、

(資料6) 学校行事・体験学習

学期	全体	小学部	中学部
一 学 期	・プール清掃 ・歓迎遠足 ・さつまいも植え ・学習発表会 ・清掃活動	・花見会 ・読み聞かせの会 ・校外学習 〈ファミリー見学〉 ・七夕会	・ALT体験学習 ・校外学習 〈部活動以外〉
	《副人形遊びと遊戯とリクリエーション》 ・交流学習〈養訓の森で遊ぼう〉北筑前養護(小学部)		
二 学 期	・プール清掃 ・運動会 ・芋掘り ・スケート教室 ・もちつき	・社会科見学 〈遊園地〉	・ALT体験学習 ・先輩との座談会
	・交流学習〈音楽を楽しもう〉なのみ工芸(授産施設) ・交流学習〈プールで遊ぼう〉北筑前養護(中学部)		
三 学 期	・お別れ集会 ・和太鼓発表 ・作品展示会 (外部にて)	・たこ作り ・新年揮毫会 ・校外学習 〈マリンパーク〉 ・お別れ集会	・ALT体験学習

(4) 自主性を培う委員会活動・部活動

本校には児童生徒会役員を中心に放送・図書・保健・パソコン・代表委員会があり、自主的に活動し、運営している。

部活動としては、テニス・バドミントン・卓球・陶芸及び音楽部があり、希望者を対象に毎週火曜と木曜の放課後に活動している。部活動と平行して、希望者には教科指導の補充も行っている。

このような活動を通して、一人ひとりが発言したり、活動が認められる場になっている。また、リーダー的立場での活動経験は、自分の存在を認識し生きる自信につながっている。

4 教育相談と啓発・広報活動

(1) 教育相談室の開設

ここ数年、心身症・学校不適應・登校拒否等の児童生徒が増え、年間70件近くの相談が寄せられる。関連病院の入院児以外で学校関係者・保護者・児童相談所等の関係機関からの相談に応じている。

◇転入に関する相談

- ① 就学相談・・・電話、面談

② 学校見学・・・本校教育の理解

③ 体験入学・・・3日間の体験入学

(転入についての自己決定)

◇転出に関する相談

① 就学相談・・・転出時期や転出先

② 転出先学校訪問

③ テスト通学・・・転出先の学校生活に慣れるための通学。

今後、教育相談が増加している現状からみて、本校は地域のセンター的役割を果たす必要がある。

(2) 啓発・広報活動

平成3年度から本校教育の理解啓発のために、近隣市町村の小・中学校校長会及び養護教諭の保健部研修会等に出席している。

また、広報活動では、啓発の資料を各市町村教育委員会及び全県下の小中学校に次の通り配布している。

- ア 広報紙「すなやま」(年3回発行)
- イ 学校紹介リーフレット
- ウ 教育相談室の案内
- エ 学校紹介ビデオ(一部の関係機関)
- オ 各新聞社による学校紹介記事等

本校を紹介した朝日新聞の「不登校児の自立を目指して」、毎日新聞の「普通の学校に通えなくなった子どもたちは・・・」、西日本新聞の「不登校児を受け入れて10余年生きる自信 回復を模索」の各記事は、大変な反響があり本校への問い合わせが、九州・山口地方にまで及んだ。「学校に行けないで悩んでいるあなた」やその家族がいかに多いか改めて認識させられた。

5 終わりに

今後は、情熱ある教師集団のもとに、関連病院との連携を深め、病気を乗り越え、豊かに生きる子どもの育成を図りたい。

さらに、児童生徒一人ひとりの心のケアを行い、生きる力を湧き立たせるような柔軟かつ、弾力的な教育活動を展開していきたい。

同じ目標で指導・援助ができるよう、次のような取り組みをしている。

(資料5) 児童生徒の理解

転入時	①「入学生連絡票」……診断書,教育上の配慮事項 ②「転入時チェックリスト」……前籍校の交友関係・学習等 ③「児童生徒調査書」……家族構成,病歴,生活等 ④「諸検査」……M-G性格検査,その他
転入後	①「日々の連絡」……連絡簿,電話連絡等 ②「定例医教連絡会」……医療と教育の情報交換 ③「指導目標検討会」……全教師の観察資料で指導目標作成 ④「児童生徒実態調査検討会」…… ◆全職員で指導目標を検討し,共通理解を図る ◆指導目標の設定……全体,生活,学習,養・訓 ⑤「個人カルテ」作成 ◆プロフィール・健康の様子・医教連絡会の連絡事項・生活指導事項・進路指導事項・転入時の記録・諸検査等 ⑥「職員研修」……主治医による病氣理解講話 ⑦ その他……家庭訪問,保護者との面談

以上の取り組みから、できるだけ早期に実態を把握して指導目標を立て、教師集団が同じ目標で指導・援助を行っている。

3 病状にあった手厚い教育を

(1) 病状や個性に応じた、分かる学習

ほとんどの児童生徒は学習空白や遅れから個別学習が多く、個に応じた学習内容や学習量を配慮し、登校時刻や学習時間を設定して柔軟に対応している。また、無理なく学校に適應できるように個別の学習を組み、気楽に質問し、マイペースの学習ができています。このように、教師は児童生徒一人ひとりとのあたたかい心の触れ合いのなかで、分かる学習に取り組むようにしています。

ア ベッドサイド学習

福岡東病院に入院中の児童生徒には、病状によって1～4時間の院内学習を行っている。

イ 重度・重複児の訪問教育

1対1の個別指導と集団による指導を組み

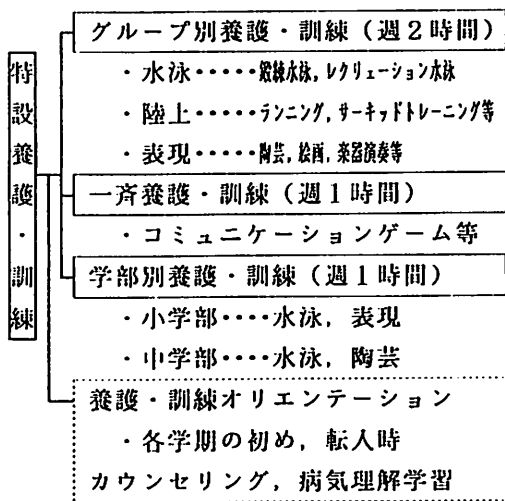
合わせ、感覚統合を取り入れた楽しい学習を行っている。

ウ 慢性疾患や心身症等の児童生徒には、個別学習の手立てとして、パソコンやビデオ・TV放送などを活用した指導をしたり、見学や体験学習をできるだけ多く取り入れている。

(2) 健康回復に必要な養護・訓練

心理適応を図り、健康回復の意欲と実践力を養うために、個人の意志や病状により「水泳」「陸上」「表現活動」の3グループに分け活動している。特に、温水プールは1年中泳げるので、鍛錬水泳での体力づくりや精神力の鍛錬に効果を上げている。また、水中でのレク活動では、体も心もリラックスしている。

必要に応じてカウンセリングや病氣理解学習を通して、自分自身を見つめさせている。



(3) 楽しい学部・学校行事

本校では、学校は学習する場である以前に魅力ある楽しい場であり、安心して人間関係がつけられる場でなくてはならないと考えている。行事を通して、子どもの可能性が引き出され、一人ひとりが主人公になって集団に溶け込み活動している。児童生徒が体験的活動を通して心を開放し、主体的な相互理解と人間関係をつくる場としての学部・学校行事の果たす役割は大きい。

日本育療学会会則

一. 名称

本学会は「日本育療学会」と称する。

二. 目的

本学会は、家族、教育、医療及び福祉等の関係者の一体的な対応によって、心身の健康に問題をもつ子供の望ましい人間形成を図るための研究を推進し、その成果を普及する。

三. 事業

本学会の目的を達成するために次の事業を行う。

(一) 研究の推進

1. 学術研究及び実践的研究
2. 心身の健康に問題をもつ子供に関する家族、教育、医療及び福祉等の歴史に関する研究

(二) 研究・研修会の開催

1. 研究会
2. 研修会
3. 海外研修会

(三) 学会誌等の刊行

1. 学会誌
2. その他必要な資料

(四) 情報・資料の収集・活用

(五) 顕彰の実施

(六) その他、本学会にとって必要な事項

四. 組織

(一) 会員

1. 正会員は、本学会の趣旨に賛同し、年会費を納入した者
2. 賛助会員は、本学会の趣旨に賛同し、賛助会費を納入した個人又は団体

(二) 役員等

1. 会長 1名
2. 副会長 若干名
3. 理事 若干名
4. 監事 3名

5. 顧問 若干名

6. 役員及び顧問は理事会において決定し、総会に報告する。

7. 役員及び顧問の任期は2年とする。但し再任を妨げない。

(三) 理事会・委員会

1. 理事会

会長、副会長、理事をもって構成し、本学会の重要事項を決定する。

2. 委員会

- (1) 研究・研修委員会
- (2) 特別研究委員会
- (3) 編集委員会
- (4) 情報・資料委員会
- (5) 顕彰委員会

(四) 事務局

1. 本学会に、事業を執行するための事務局を置く。

2. 事務局の所在地

〒194 東京都町田市森野1-39-15

五. 会計

本学会の会計は年会費、賛助会費、寄付金及びその他の収入をもって当てる。

(一) 会費

1. 正会員 年会費 3,000円
2. 賛助会員 賛助会費 一口 10,000円

(二) 会計年度

毎年4月1日から翌年の3月31日までとする。

六 その他

(一) 事業開始日

本学会の事業は、平成6年5月29日から開始する。

編集後記

- ◆第5号でお約束しましたように、研究・研修会での「学校に行けない子供たち」の内容を、引き続き掲載することになりました。
 - ◆研修会当日は、沢山のスライドを使ってお話し頂きました吉住先生には、読者に分かりやすく資料を整理して頂きました。そのために、お忙しいところ原稿に手をいれただき、誠に有り難うございました。
 - ◆須永先生には「不登校の子を持つ親」の立場から、体験を踏まえてのお話しを頂きました。その内容が感銘深いものであったと同時に、これからの不登校の問題を考える上での大きな課題となりました。
 - ◆全病連の各ブロックでの研究協議会でも、この不登校の問題がどの会でも取り上げられています。在籍病弱児の半数またはそれ以上が、不登校を含む心身症で占められている学校が少なくありません。
- 病弱養護学校のみでなく普通校においても、真剣に取り組まねばならない“大きな社会的課題”と言えるのでしょう。
- ◆《特別寄稿》の「医療行為と生活行為」の問題も、今後、大いに論議されなければ

ならないことだと思います。平野先生は以前からこの問題に積極的取り組んでおられると言うことで、お忙しいところ無理に、お願いしました。感謝いたします。

- ◆「精神科思春期の治療と教育の拡充を願って」は、母親としての加賀谷さんが、勉強のためにとおっしゃって家族会に入り実態を知ることによって、活動に意義を見いだされた様子がよく分かります。

- ◆精神・神経疾患については、期せずして学校紹介の2校にも非常に多く、普通養護が在籍者の50%以上、古賀養護では重心を除けば90%が、心身症・不登校の児童・生徒です。病弱児の一つの傾向が示されていると言えるでしょう。

- ◆平成7・8年度は、年三回「育療」を発売してきましたが、平成9年度には出来れば季刊発行にしたいと考えております。

※お詫びと訂正—第5号26ページ

下から16行目「効率」→「高率」(正)

〈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9年3月30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

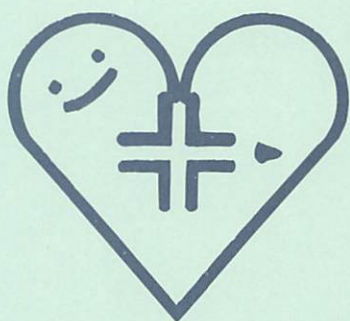
町田市森野 1-39-15

☎ 0427-22-2203

印刷所 福川印刷株式会社

東京都町田市忠生 3-6-5

☎ 0427-91-2411(代)



シンボルマークの意味

育…教育という意味で鉛筆

療…医療で聴診器と赤十字

あたたかい心でつつむという意味でハート

あかるく微笑む子どもの顔

「岸本ますみさんの作」

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**