

子供の心身の健康問題を考える学会誌

育療

8

1997.9

特集

心身の健康に問題をもつ子どもへの福祉援助

- 『序にかえて』 福祉制度と福祉サービス ……中塚 博勝…… 1
 - 心身の健康に問題をもつ子どもへの福祉活動 ……山川 保 …… 4
 - からだの弱い子どもの施設療育 ……中塚 博勝……12
 - 重症心身障害児施設における療育 ……平山 義人……24
 - 福祉的活動の実際
 - ・心理療法士の立場から ……佐藤 栄一……31
 - ・臨床心理士の立場から ……松寄くみ子 赤澤 晃 ……35
 - ・MSWの立場から（北里大学病院） ……法 由美子……40
 - ・MSWの立場から（神奈川県立こども医療センター） ……山本 文子……44
 - 福祉から見た教育への期待 ……石川 敬治郎……50
- 第3回学術集会並びに研究・研修会開催計画概要 ……55
- 《施設紹介》 虚弱児施設から最後の報告 ……みちのくみどり学園 ……57
- 《学校紹介》 居がいのある学校を目指して ……栃木県立足利養護学校 ……62
- 情報 ……特殊教育の改善・充実 ……61
- 《育療》 既刊号——主な内容 ……66

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 横浜市立二ッ橋養護学校 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どもについて、教育、家族、医療、看護、福祉等の関係者が一体となって、問題の改善を図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日第1回学術集會を開催し、併せて学会誌「育療」創刊号を発刊しました。以後、年間3回の学会誌が現在第8号まで順調に進んでおります。今年度からは、年間4回の発刊をめざしてさらに充実を図ろうとしています。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致します。

- | | | |
|---|-------|---|
| 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 |

『序にかえて』

心身の健康に問題をもつ子どもに対する 福祉制度と福祉サービス

社会福祉法人大泉旭出学園 大利根旭出福祉園長
日本育療学会 理事 中塚博勝

はじめに

障害の有無に拘わらず福祉的な援助を必要とする子どもに対する福祉制度や福祉サービスの拠って立つところは児童福祉法である。

児童福祉法の基本的な理念は、心身ともに健全な子どもを育成することである。

従来、福祉的な援助は保護・救済、つまり家庭の経済的貧困、親の生別や死別などによって養育困難になった子どもといったように限定された対象者のためのものと考えられがちであった。

福祉の対象者は特定の人ではなく、ある意味ではみんなが福祉の対象になりうるという考え方が広まりつつある。

このような背景の中で、福祉サービスの役割も、これまでのような受け身の姿勢から、進んで対象者の援助に関わる積極的な姿勢への転換が求められている。すなわち、問題がおこってから、それへの対処にエネルギーを費やすことより、すべての子どもと家庭を対象とした健康の積極的増進、問題の予防、教育の推進にむけた役割を果たすことが期待されるようになってきた。

とりわけ、家庭の養育機能の弱体化をめぐって、社会的養護（子どもを社会の子どもとしてとらえ、子育てにかかわる社会的資源を活用して健全育成を図る）の意義が改めて見直され出した。

一方、国際障害者年を契機として、障害を持った人たちに対する援助のあり方についての新しい考え方（ノーマライゼーションの理念に基づいたさまざまな提言）が示され、これまでの施設中心の援助から在宅福祉・地域福祉中心の援助が主流になりつつある。

こうした流れを否定するものではないが、これまで施設が子ども育成にかかわって果たしてきた役割は決して小さくない。とりわけ心身の健康に問題をもつ子どもの援助にあたって大きな力を発揮してきた。

在宅福祉・地域福祉優先の施策が叫ばれても、それを支える資源が整わない現状において施設は欠かすことのできない社会資源である。

以下、こうした社会資源としての児童施設のうち、特に心身の健康に関わりのある施設について概説する。なお、詳細は本誌他稿に述べられているので参照して頂きたい。

(1) 虚弱児施設

「虚弱児施設は、身体の虚弱な児童に適正な環境を与えて、その健康増進を図ることを目的とする。（児童福祉法第43条の2）

虚弱の定義について、児童福祉法と学校教育法では必ずしも一致を見ない。虚弱という用語は、医学的な診断名というより、社会的な通用語あるいは行政的な用語である。

昭和23年児童福祉法によって制定され、戦後の混乱期の中で、当時社会的な問題であった栄養不良児や結核対策のために施設の設立がすすめられた。以来社会的な要請を受け慢性疾患児対策・心身症児・情緒障害児・不登校児等、心や体に問題をもつ子どもの福祉や健康回復に取り組んできた。

現在全国に30をこえる施設が存在するが児童福祉法全般にわたる見直しの中で近い将来、虚弱児施設の名称と虚弱児施設としての施設が削除されることになった。施設の使命

役割は未だ少なくないと思われるが。

(2) 肢体不自由児施設

「肢体不自由児施設は、上肢、下肢又は体幹の機能の障害のある児童を治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与えることを目的とする施設とする。」(児童福祉法第43条の3)

この施設は医療法による病院の扱いを受けている。つまり、児童福祉法と病院法の二つの法律に基づいて設立されており、医学的治療と教育の双方、すなわち療育が行いうる施設である。こうした目的のために、リハビリテーション医療の行える病院と肢体不自由児養護学校を併設する必要がある。

「肢体不自由児とは、四肢・体幹に不自由なところがあり、そのままでは将来生業を営む上に支障を来すおそれのある児童」であって(高木憲次)、その原因は広い意味での整形外科的疾患によるもので、長期にわたって機能障害が持続する～具体的には「先天性股関節脱臼、ポリオ(脊髄性麻痺)、骨肉節結核」等をいい、以前は施設入所児童の大多数を占めていた。最近では「脳性麻痺、進行性筋ジストロフィー症、脊髄破裂、外傷後遺症」などが注目されてきた。

この施設は入所による療育の他に、外来療育、母子入園療育、通園療育などの機能を持ち合わせたりハビリセンターである。

(3) 重症心身障害児施設

「重症心身障害児施設は、重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させて、これを保護するとともに、治療及び日常生活を指導することを目的とする施設とする。」(児童福祉法第43条の1)

重症心身障害児は、医学的概念としてではなく、行政・福祉・教育のレベルの概念として使用されているもので、疾患単位としての定義ではない。

長い間その障害の重複性、重篤性のためにいずれの施設でも取り上げられず、法の谷間にいる障害児といわれていた。昭和36年に最初の施設島田療育園が誕生した。

重症心身障害児施設は、左記のような目的を果たすために、児童福祉施設であるとともに、医療法に規定する病院でもある。福祉・医療の統合的なサービスを行う施設である。

と同時に、学齢期にある児童には学校教育との連携も求められる。

(4) 情緒障害児短期治療施設

「情緒障害児短期治療施設は、軽度の情緒障害を有するおおむね12歳未満の児童を、短期間入所させ、または保護者の下から通わせて、その情緒障害を治すことを目的とする施設である。」(児童福祉法第43条の5)

ここでは精神医学や臨床心理学的立場からの援助そして生活指導などを通じて情緒障害を治療し社会的適応を図ろうとするものである。この施設の対象となる児童は、不登校、緘黙などの非社会的問題、反抗、盗みなどの反社会的問題、チック、夜尿、摂食障害などの神経性習癖等の問題をもったものである。

情緒障害児短期治療施設は、昭和36年に児童福祉施設として制定されたが、当時の社会的状況は、少年非行、とくに年少者の非行の増加が著しく、その予防及び早期治療対策の一環として設置された。以後、徐々に施設が開設されたが、その数は20に満たない。

不登校児をはじめとして、施設治療を必要とする対象児は決して少なくない。在宅援助や地域援助の拠点として一層の充実と、施設の増設が望まれる。

ここでは入所型の施設について述べてきたが、通所によるサービス機能を併設している施設も少なくない。心身障害児への福祉制度とサービスについて、高木俊一郎氏が図説したものを参考までに掲載させていただいた。

1. 母子保険対策
(予防・早期発見・早期対策)

- ① 妊娠届出・母子健康手帳の交付
 - ② 妊産婦健康診査・保健指導
 - ③ 妊娠中毒症医療援護
 - ④ 妊産婦糖尿病医療援護
-
- ⑤ 出生届・乳幼児健康診査
 - ⑥ 新生児・未熟児・妊産婦訪問指導
 - ⑦ 未熟児・重症黄疸・先天性代謝異常養育医療
-
- ⑧ 低所得家庭妊産婦・乳幼児へミルク支給
 - ⑨ 1歳6ヵ月児健康診査
 - ⑩ 3歳児健康診査 同精神発達検査
 - ⑪ 優生指導・家族計画・受胎調節実地指導
 - ⑫ 発生予防特別研究

保健所
精神衛生センター
母子健康センター

・養育医療
・育成医療

児童相談所
児童福祉司

2. 病院

- 3. 重症心身障害児施設
- 4. 国立療養所重症心身障害児病棟
- 5. 国立療養所筋ジストロフィー病棟
- 6. 第一種自閉症児施設 (精神病院に設置)
- 7. 第二種 " "
- 8. 虚 弱 児 施 設
- 9. 肢体不自由児施設 (含重度棟)
- 10. " 通園施設
- 11. 肢体不自由児療護施設
- 12. 精神薄弱児施設 (含重度棟)
- 13. " 通園施設
- 14. 盲 児 施 設 (含重度棟)
- 15. ろうあ児施設 (含重度棟)
- 16. 難聴幼児通園施設
- 17. 情緒障害児短期治療施設
- 18. 救 護 院

精神薄弱者相談員
身体障害者相談員

在宅児対策

- A 訪問指導
B 母子グループ指導 (心身障害児通園指導事業)
C 保育所・幼稚園
- 児童相談所
教育委員会
市町村
社会福祉協議会
親の会
ボランティアグループ
- D 心身障害児家庭奉仕員 (福祉事務所)
(成人のために)
- E 精神薄弱者通所援護事業
- F 身体障害者家庭奉仕員
G 老人家庭奉仕員
- J 生活寮・福祉ホーム
- H 日常生活用具の給付
- I 巡回相談

教育委員会

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| A
特
殊
教
育 | ① 盲学校 (幼稚園、小学部、中学部、高等部) |
| | ② 聾学校 (" ") |
| | ③ 養護学校 (" ") |
| | (イ) 精神薄弱 |
| | (ロ) 肢体不自由 |
| B | ④ 特殊学級 (小中学校に設置) |
| | (イ) 精神薄弱 |
| | (ロ) 肢体不自由 |
| | (ハ) 弱 視 |
| | (ニ) 難 聴 |
| | (ホ) 言語障害 |
| | (ヘ) 自閉症 |
| | (ト) 病 弱 |
| | ⑤ 訪問指導 |
| | 普通学級における教育 |

経済福祉

- A 特別児童扶養手当
- B 障害福祉年金
- C 福祉手当
- D 心身障害者扶養共済制度 (扶養保健・扶養年金)
- E 就学奨励費
- F 税・公共料金の減免
- G 職業訓練手当
- H 地方的福祉手当

心身障害児への福祉制度とサービス
高木俊一郎：目で見える障害児医学、P 286、学苑社、1987

心身の健康に問題をもつ子どもへの福祉活動

—児童福祉法改正に伴う虚弱児施設の現状と今後について—

虚弱児施設 白十字会林間学校 山川 保

はじめに

児童福祉法改正案が平成9年6月3日、衆議院本会議で可決、成立した。「虚弱児施設」は平成10年4月1日より、「児童養護施設」へ移行することになった。しかし全国32の虚弱児施設には、現に多数の病虚弱な子どもたちが措置されている。これからの子どもたちへの専門的な治療及び福祉援助は、子どもたちがどのような施設で生活するかを問わず、将来も欠くべからざるものであり、この点衆議院における付帯決議は「虚弱児施設の児童養護施設への移行については、現在入所している児童の処遇に支障が生じないように適切な配慮を行うこと」と明確に述べている。しかし虚弱児施設が現行制度のまま児童養護施設に移行するならば、医学的、福祉的援助を必要とする病虚弱児の処遇低下はまぬがれず、これらの子どもの福祉に大きな支障を生じる恐れがある。このことは、児童福祉法の改正の精神である「一人ひとりの児童にとっての最善の利益の尊重」と矛盾するものと考えられる。また今後とも福祉援助と医療を必要とする病虚弱児の健康を守り育てるためには、いままで培ってきた虚弱児施設の独自の機能と実績を生かし処遇すべきである。

まず現在ある虚弱児施設の現状と機能を述べたい。

[1] 虚弱児施設の現状

1. 虚弱児施設について

昭和23年児童福祉法の施行に伴い、第43条2に「虚弱児施設は、身体の虚弱な児童に適正な環境を与えて、その健康増進を図ることを目的とする施設とする」となっている。施行当時は、適性な環境のもと規則正しい日課と十分な栄養を与えることにより、それほど医療の必要なしに健康児になれる程度のもの

のを虚弱児と言った。その後50年を経過した現在、急激な社会の発達とその変化は子どもの心身の成長に大きな影響を与えた。

今では喘息、心疾患、腎疾患等慢性疾患児と、心に問題を持つ虚弱児や登校拒否児が多く措置されている現状である。

全国虚弱児施設協議会では、このように多様化する子どもの入所対象児童の基準を次のとおり決め、適正な療育と福祉援助を行っている。

2. 虚弱児施設入所対象児童の基準

虚弱児施設において療育の必要ある児童とは、下記のいずれかに該当するものとする。

① (公害転地)

公害など地域の特殊要因から転地される必要がある場合

(例) 気管支喘息、じんましん、湿疹などいわゆるアレルギー体質等。

② (虚弱養護)

家庭の人的経済的理由の為、保護を要する児童であって健康増進を図る必要がある場合。

(例) 養護施設でケアのできない児童の総てを含む。

③ (環境調整)

家庭環境が、児童の心身の療育上適性を欠くため、当分の間家庭から離し、健康回復を図る必要がある場合。

(例) 気管支喘息、起立性調節障害、心身症及び結核児童、身体症状を主とする情緒障害児、登校拒否児、身体の発育遅滞を有する児童。

④ (療育管理)

診察上、下記のような特殊な配慮を要し、家庭での療育が困難な場合。

(1) 日常生活は普通にでき、普段は直接の医療を必要としないが急変のおそれある児童。

(例) 先天性後天性疾患、リュウマチ熱及びてんかん回復期の児童。

(2) 食事性貧血下痢を反復する児童、腎疾患、肝疾患の回復期の児童、アレルギー疾患を有する児童、肥満児等。

(3) 特殊な生活訓練が必要である児童。

(例) 気管支喘息、規律性調節障害、心身症等を反復する児童、身体症状を主とする情緒障害児(登校拒否等)、肥満児、心・肝疾患回復期の児童。

⑤ (その他)

児童相談所が施設との協議で、施設における療育を必要と認めた場合。

3. 入所基準による児童の分類と人数

入所児童の分類(平成8年3月1日現在 児童総数 1,484名)

()内は平成7年3月1日現在を示す。

分類	内容	人	疾患問題	人
1. 公営施設	公営施設または 各地療養の必要のあるもの	253 (256) 17.0%	気管支喘息 その他アレルギー	162(160) 91(106)
	2. 療養施設	家庭的な理由から 保護を要する 身体虚弱なもの	187 (185) 12.6%	身体虚弱
3. 環境調整	家庭から分離し 環境の改善を 必要とするもの	483 (492) 32.5%	結核 身体の発達遅滞 自律神経失調症 心身症 登校拒否 情緒障害 問題行動 神経症習癖 精神神経障害	35(35) 30(43) 9(8) 39(44) 240(225) 1(1) 36(39) 8(14) 85(83)
	4. 教育管理	教育上特殊な 配慮を要し家庭 育が困難なもの	324 (338) 21.8%	心疾患 リュウマチ熱 てんかん 血液疾患 栄養障害 腎炎等泌尿器疾患

			肺疾患	10(4)
			呼吸器疾患	0(0)
			肥満	57(51)
			内分泌・代謝	29(33)
			眼疾患	18(28)
			耳鼻咽喉疾患	28(28)
			言語障害	4(10)
			運動疾患	18(20)
			精神障害	18(11)
			先天奇形	4(4)
			腫瘍	8(7)
5. その他	見直し施設が 必要のもの	11(4) 0.7%		11(4) 11(4)
	上記分類に 含まれなかった もの	226(180) 15.2%		226(180)
合計		1484(1455)		1484(1455)

4. 虚弱児施設の現状と機能について

ここでは昭和38年以来実施されている全国虚弱児施設協議会による、全国実態調査に基づいて施設の状況について述べる。

(1) 施設の規模

施設の規模は表1-1、表1-2のように大半が収容定員100人以下である。平成8年3月1日現在の入所児童数は1,484人、充足率は76.6%である。このように児童数の減少に伴い平成3年より充足率82%を割る暫定になっている施設が増えている。

施設の認可定員 表1-1

認可定員	38	42	48	52	57	60	2年	3年
30-49	9	9	9	9	7	9	8	8
50-99	17	19	20	20	23	22	22	22
100-149	3	3	3	3	2	2	2	2
150以上	1	1	1	1	1	1	1	1
合計	30	32	33	33	33	34	33	33

認可定員	4年	5年	6年	7年
30-49	8	8	8	8
50-99	22	22	21	21
100-149	2	2	2	2
150以上	1	1	1	1
合計	33	33	32	32

施設入所中の措置児童数と施設の充足率

表1-2

	措置児童数	充足率	施設数
38年3月1日	1,539人	85.1%	30施設
42年3月1日	1,734人	89.9%	32施設
52年3月1日	1,742人	85.1%	32施設
58年3月1日	1,866人	91.4%	33施設
59年3月1日	1,868人	90.4%	34施設
61年3月1日	1,831人	89.0%	34施設
62年3月1日	1,763人	85.6%	34施設
元年3月1日	1,672人	83.3%	33施設
2年3月1日	1,660人	82.6%	33施設
3年3月1日	1,619人	81.5%	33施設
4年3月1日	1,602人	79.8%	33施設
5年3月1日	1,534人	76.8%	33施設
6年3月1日	1,500人	75.1%	33施設
7年3月1日	1,455人	75.1%	32施設
8年3月1日	1,484人	76.6%	32施設

(2)平成7年に、3歳未満・6歳未満が合わせて11.8%、小学生31.6%、中学生以上が56.6%と高齢化し、高校生が増えて来た。このことは進路指導、生活指導に多くの問題を抱えることになる。(表2参照)

表2 年齢別児童入所数

年度	3歳未満	~6歳未満	~12歳未満	12歳以上	計
38	442.9%	261.7%	784.5%	1,444.2%	1,533
42	734.1%	301.6%	823.4%	1,579.3%	1,776
48	713.9%	322.7%	847.4%	1,570.3%	1,810
52	342.0%	288.6%	804.4%	1,614.3%	1,740
57	241.3%	186.0%	902.4%	1,754.0%	1,866
2年	171.1%	139.8%	573.3%	1,890.5%	1,619
3年	201.2%	141.8%	561.3%	1,880.5%	1,602

4年	26	1.7%	132	8.6%	494	32.2%	882	57.5%	1,534
5年	28	1.9%	142	9.5%	463	30.9%	867	57.8%	1,500
6年	28	1.9%	121	8.3%	500	34.4%	806	55.4%	1,455
7年	26	1.8%	149	10.0%	469	31.6%	840	56.6%	1,484

(3)教育について

施設内に養護学校または施設内学級がある施設は7施設のみで、虚弱児施設に対する教育は、多くの場合健康児と一緒に地域の普通学級か、知的発達障害の特殊学級で行われている。

表3-1 通学区分

区分	年度	42	48	52	57	60	2	3	4	5	6	7
施設内に養護学校又は施設内学級がある		12	12	11	11	6	8	8	10	8	8	7
施設内に養護学校も施設内学級もない		20	21	22	22	28	25	25	23	25	24	25
計		32	33	33	33	34	33	33	33	33	32	32

表3-2 就学状況

年度	小学低学年		小学高学年		中学生		高校生		計
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
38	28	28.5%	52	45.2%	30	26.3%	0	0.0%	1,151
42	38	29.4%	55	42.9%	35	27.7%	0	0.0%	1,293
48	37	28.4%	48	36.9%	43	33.5%	16	1.2%	1,308
52	36	27.3%	48	36.1%	43	32.8%	51	3.8%	1,333
57	34	25.1%	62	43.8%	57	35.5%	78	4.8%	1,624
2	28	16.9%	34	25.7%	59	44.2%	17	13.2%	1,350
3	24	16.6%	34	25.7%	57	44.2%	20	15.1%	1,348
4	25	17.5%	32	24.9%	53	41.9%	20	15.7%	1,286
5	20	16.4%	29	23.3%	52	41.9%	23	18.4%	1,252
6	20	17.0%	29	23.9%	52	42.7%	20	16.4%	1,221
7	20	16.7%	29	24.2%	52	42.5%	20	16.6%	1,228

表3-2は就学状況の推移である。先に述べた年齢別入所児童数の推移と同様、57年代より中高生の占める割合が増加し、7年度では1484名中、中高生が726名である。

それは就学している子供の 59.1%にあたり、思春期の問題、高校生活の問題と新たな課題に取り組むことになる。

表4は、児童相談所より措置されるときに知能指数の表である。IQ89以下が常に、40%を越え、不明の者を加えると70%以上にもなる。つまり知恵遅れの目立つ児童が多く入所している。このことは家庭の問題を抱え、教育と自立の問題がなかなか解決されず、大きな悩みの原因となっている。

表4 入所児童の知能指数 (IQ)

年齢	児童総数	35未満	35-49	50-69	70-89
38	1,419人		13.6%		31.2%
42	1,554人		10.2%		28.6%
48	1,629人		10.6%		24.6%
52	1,231人		9.6%		24.5%
57	1,866人		9.9%		15.9%
58	1,868人		11.3%		19.6%
60	1,831人		12.3%		21.7%
61	1,768人		12.8%		25.7%
62	1,681人		14.1%		23.3%
元	1,660人	0.3%	2.5%	12.7%	23.1%
2	1,619人	0.4%	2.3%	12.8%	24.6%
3	1,602人	0.4%	2.2%	12.0%	28.8%
4	1,534人	0.2%	2.1%	12.1%	28.8%
5	1,500人	0.5%	2.5%	14.1%	25.7%
6	1,455人	0.3%	2.1%	12.4%	27.4%
7	1,484人	0.2%	1.8%	12.9%	29.2%
年齢	90-109	110~	不明	施設数	
38	32.1%	9.3%	13.8%	29	
42	33.4%	11.6%	16.2%	29	
48	31.4%	10.7%	22.7%	29	
52	32.2%	15.4%	18.3%	25	
57	33.8%	13.9%	26.5%	33	
58	34.4%	12.5%	22.2%	34	
60	32.2%	11.8%	22.0%	34	
61	32.5%	9.8%	19.1%	34	
62	32.1%	10.2%	20.3%	33	
元	32.0%	8.6%	20.8%	33	
2	29.8%	8.8%	21.3%	33	
3	29.0%	6.9%	20.7%	33	
4	27.5%	7.5%	21.8%	33	
5	26.2%	7.4%	23.6%	33	
6	23.4%	6.4%	28.0%	32	
7	23.9%	5.7%	26.3%	32	

(4) 入所期間別児童数

虚弱児施設は、本来長期入所を目的とした施設ではなく、できるだけ早く健康を回復し家庭復帰させる施設である。しかし核家族化や家庭機能の脆弱化により、家庭調整が簡単にいかず長期化している。3年以上が48.8%、6年以上が27.2%となっている。

表5 入所期間別児童総数

年齢	児童総数	1年未満	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6年~
度	(人)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
38	1,489	31.5	20.4	19.7	7.4	4.7	5.2	11.1
42	1,735	33.6	17.2	11.5	10.1	5.8	6.0	14.6
48	1,810	29.9	20.1	11.5	9.8	7.2	6.4	15.1
52	1,231	24.6	16.3	12.1	10.3	7.6	6.7	22.4
57	1,866	23.2	15.8	11.2	8.8	6.3	6.9	27.8
58	1,868	24.3	19.3	11.5	8.9	7.0	6.3	22.7
60	1,831	22.2	17.5	12.1	11.1	7.1	5.8	24.2
61	1,768	22.2	16.7	13.1	9.1	8.3	6.0	24.0
62	1,681	22.3	17.5	12.1	9.3	7.5	6.6	24.2
元	1,660	22.8	20.4	11.7	9.1	6.7	5.5	23.8
2	1,619	21.3	16.0	14.6	9.6	9.3	5.6	23.6
3	1,602	21.7	13.7	12.0	12.0	7.6	7.0	26.0
4	1,534	21.7	15.5	12.1	10.8	8.6	6.1	25.3
5	1,500	21.7	14.9	11.9	10.2	7.2	8.9	25.2
6	1,455	24.3	16.4	9.4	9.2	6.7	6.5	27.4
7	1,484	23.3	14.4	13.5	9.2	7.2	5.2	27.2

(5) 入所の社会的理由

児童相談所は、家庭その他からの相談に応じ総合的調査、判定を行い児童福祉施設へ措置し委託する機関である。虚弱児施設も総合

的判定の結果措置され入所するが、表6はその児童の家庭的背景の推移をまとめたものである。殆どが欠損家庭か、家庭で養育困難な児童が入所しており、また棄児も2%ある。

このことは、本人の健康の問題と家庭の二重の重荷を持って入所してくることになる。

表6 入所の社会的理由

年度(人)	経済的	病弱家庭	欠損家庭	棄児	その他	施設	
38	1.419	13.5%	30.8%	33.3%	3.7%	18.7%	30
42	1.554	11.3%	24.4%	31.1%	1.7%	31.5%	31
48	1.629	8.7%	22.5%	42.0%	2.2%	26.6%	31
52	1.231	7.9%	17.4%	49.9%	3.4%	21.9%	32
57	1.866	3.5%	14.1%	50.0%	3.6%	28.4%	33
58	1.868	7.3%	9.0%	42.5%	4.9%	36.3%	34
60	1.831	7.5%	14.0%	43.0%	2.9%	32.6%	34
61	1.768	5.1%	12.6%	47.5%	3.5%	31.3%	34
62	1.681	7.4%	12.0%	44.7%	3.2%	32.7%	33
元	1.660	4.8%	10.6%	50.3%	3.7%	30.6%	33
2	1.619	8.1%	10.0%	45.7%	3.2%	33.0%	33
3	1.602	6.1	9.6	43.76	3.0	37.6%	33
4	1.534	5.5%	8.3%	44.9%	4.2%	37.1%	33
5	1.500	7.3%	10.1%	41.3%	3.0%	38.2%	33
6	1.455	5.6%	9.3%	45.6%	2.6%	36.8%	32
7	1.484	5.7%	9.7%	44.3%	2.0%	38.3%	32

(6) 自立について

入所施設の大きな役割の一つに児童の自立がある。健康回復して家庭に戻るか、施設を退所して社会人となる社会復帰である。(表7-1) 家庭復帰が65.4%、他の施設へ措置変更が12.2%、社会復帰、就職が17.0%である。84.3%が自立しているが、その内容には多くの問題がある。

表7-1 児童の退所先

年度(人)	家庭 (%)	施設 (%)	病院 (%)	里・親類 (%)	就職 (%)	その他 (%)	施設 (%)	
38	580	68.6	15.7	1.3	4.6		9.8	30
42	913	74.7	9.9	0.6	0.8	10.1	3.9	31
48	606	71.3	9.4	1.5	0.7	14.8	2.3	31
52	466	72.4	7.6	0.9	0.9	16.0	2.2	32
57	584	76.0	4.6	0.5	1.5	15.4	2.0	33
58	619	74.1	6.5	1.5	1.1	15.7	1.1	34
60	648	73.5	7.4	1.1	1.1	16.0	0.9	34
61	541	69.1	5.4	0.6	0.6	22.6	1.7	34
62	466	68.6	5.5	1.1	1.5	20.8	2.5	33
元	401	67.7	6.5	0.7	0.7	21.4	0.3	33
2	407	66.9	7.9	0.7	1.2	21.6	1.7	33
3	386	66.6	8.5	0.3	1.6	22.7	0.3	33
4	393	69.7	8.7	1.5	1.0	19.0	2.2	33
5	344	62.8	5.5	1.2	2.0	24.7	3.8	33
6	310	69.7	7.4	1.3	1.3	17.1	3.2	32
7	370	65.4	12.2	0.5	1.9	17.0	3.0	32

表7-2 中学卒業者の進路

児童の進路	5年度		6年度		7年度	
	人	%	人	%	人	%
家庭復帰して 高校に進学した者	53	27.9%	54	27.7%	58	24.7%
家庭復帰して 就職した者	21	11.1%	16	8.2%	11	4.7%
家庭復帰して各種 学校に進学した者	8	3.2%	6	3.1%	14	8.0%
家庭復帰して 家庭内にいる者	4	2.1%	3	1.5%	2	0.9%
住み込み就職した者	22	11.6%	15	7.7%	15	6.4%
施設内より私立 高校に進学した者	7	3.7%	27	13.8%	20	8.5%
施設内より公立高校 (定時制を含む)に	42	22.1%	39	20.0%	56	23.8%
施設内より養護学校 高等部に進学した者	16	8.4%	15	7.7%	27	11.5%
施設内より各種学 校に進学したもの	5	2.6%	12	6.2%	15	6.4%

施設内で自立訓練 (職場適応訓練)を	11	5.8%	6	3.1%	8	3.4%
他施設への措置 変更された者	3	1.6%	2	1.0%	9	3.8%
合 計	190	100%	195	100%	235	100%

虚弱児施設は2歳から18歳までの児童を入所させる施設である。義務教育終了後の進路が児童にとって自立のための大きな問題である。

表7-2は中学卒業後の進路である。“住み込み就職した者”とは家庭に戻れず施設から住み込み就職した児童で6.4%もある。また中学卒業後11.1%が就職し、社会人として巣立っている。一般家庭の高校進学率は95%以上と聞いているが、施設では養護学校高等部、各種学校進学を入れて80.9%である。ここにも大きな問題がある。

5. 虚弱児施設の現状と問題について

虚弱児施設の現状は、先に述べた現況によって明らかのように、①入所児の減少傾向、②入所児変容と多様化、③入所児の高年齢化と重度化、④入所児の長期化である。

(1) 入所児の減少傾向

昭和49年以降続いている出生率の減少傾向の影響が大いにあると考えられるが、しかし児童相談所の措置の問題が入所児の減少に大きな影響を与えている。

(2) 入所児の変容と多様化

昭和30年代までは、結核性虚弱児、栄養失調及び発育不良の子どもたちで、規則正しい日課と十分な栄養を与えることにより、それほど医療の必要なしに健康回復する程度の虚弱児が入所していたが、その後精神神経障害、登校拒否、心身症等いわゆる心に問題を持つ子どもも社会のニーズによって入所してきた。また喘息と登校拒否、肥満とてんかん

糖尿病と精神発達遅滞等、障害が重複する子どもが増加し、多様化と重度化が進んできた。

(3) 入所児の高年齢化と重度化

子どもの高年齢化は虚弱児施設だけの現象でなく、児童施設にも見られるが、虚弱児施設には重い慢性疾患の長期治療と心身症、被虐待児等いわゆる心身ともに病んでいる高年齢児が多数入所していることが主な要因と考えられる。こうした高年齢化傾向は生活指導、進路指導、思春期の問題等に難しい問題を生み処遇困難児を抱えることになった。

(4) 入所児の長期化

全国調査(表5)で入所期間が5年以上が32.4%である。これは多様化、重度化が健康回復にかなりの時間が必要となっているためと考えられる。また入所前の家庭環境がなかなか改善されないのも大きな原因である。

〔II〕児童福祉法改正と虚弱児施設について

1. 移行について厚生省の考えかた

病虚弱児の立場から、また虚弱児施設の現場から言って改正は無法であると考え。児童福祉法制定50年を機に、児童や家庭を取り巻く環境が大きく変化している現状を考え制度と実態を合わせようとした。そのため児童福祉施設の機能の見直しを図り、その施設再編成論に巻き込まれた結果、虚弱児施設の機能とあり方を十分議論せずに成立してしまった。厚生省主管課長会議(平成9年6月23日)資料の中の問答集に、移行について厚生省の考え方を述べているが、これがそれをよく物語っている。

「虚弱児施設がなくなるのは何故ですか。また、アトピー等のアレルギーを有する児童に対して、今後どのように対応していくのですか」

答①、虚弱児施設は、主として結核児童など身体の虚弱な児童の健康増進を図ることを

目的として昭和25年に制度化したのですが、その後、結核患者の減少等を背景として、その入所児童の態様は大きく変化し、今日では気管支喘息、心身症など、必ずしも身体が虚弱ではないが家庭等の問題から支援を必要とする児童が半数以上占めるようになっていきます。

②、今回の改正では、虚弱児施設のこうした現状に鑑み、既存施設（32施設）の児童養護施設への移行を図ることとしたものです。

③、なお今後も引き続き医療ケアが必要な児童については、移行する児童養護施設においても、嘱託医を一人配置することとされていることから、嘱託医をはじめ地域の医療機関とも十分連携を図りながら適切に対応していくこととしております。

2. 移行に伴う問題

法改正により「養護施設」は児童の自立を支援することを明確にし、その名称を「児童養護施設」に改称した。児童福祉法第14条に「児童養護施設は、乳児を除いて、保護者のない児童、虐待されている児童、その他、環境上養護を要する児童を入所させて、これを養護し、あわせてその自立を支援することを目的とする施設とする。」その施設は全国に528施設ある。その中で、特色ある医療ケアのできる施設として、今まである機能と実績を生かし子どもの健康回復を図っていくことになるが、大きな問題を背負うことになる。児童養護施設と比較することによって問題が浮き彫りにされる。

(1) 職種別職員配置について

表8 児童福祉施設の職種別職員定数表
養護施設

職種別	職員の定数
施設長	1人。ただし、定員が30人未満の場合は児童指導員の兼務とする。

児童指導員	通じて定員6人につき1人。ただし、定員45人以下の施設については、この定数のほか1人を加算する。
保母	職業補導設備を有する施設にあっては別に定めるところにより必要な人員を加算する。
栄養士	1人。ただし、定員41人以上の場合に限る。
事務員	定員150人未満の場合は1人。 定員150人以上の場合は2人。
調理員等	定員90人未満の場合は4人。以下同様に30人ごとに1人を加算する。
嘱託医	1人。

虚弱児施設

職種別	職員の定数
施設長	1人。
医師	1人。ただし、定員200人未満の場合は嘱託の医師とする。
児童指導員	通じて定員6人につき1人。ただし、定員45人以下の施設についてはこの定数のほか1人を加算する。
看護婦	1人。
保健婦	1人。
栄養士	1人。
嘱託医	2人。ただし、定員100名以上の場合に限る。
事務員	定員150人未満の場合は1人。 定員150人以上の場合は2人。
調理員等	定員90人未満の場合は4人。以下同様に30人ごとに1人を加算する。

表8のとおり虚弱児施設は児童指導員、保母、看護婦で定員6人に一人の職員がつくが、児童養護施設は児童指導員、保母で6人に1人になる。また保健婦、栄養士（定員40人以下）はつかない。他の職種は同じ職員配置である。看護婦、保健婦、栄養士（40人以下）の配置が認められないということは、極端にいうと医療及び治療ができなく、病虚弱児が受け入れにくくなることである。そのため

全国虚弱児施設協議会では看護婦、保健婦、栄養士の別枠を強く要望し、移行した後も継続して要望していくつもりである。

(2) 措置費(委託費)の問題

下記の表9は、定員50名(乙地区)の措置費の比較である。

単純に計算しても約1千万円の措置費(委託費)が減額となる。これは看護婦、保健婦、栄養士の人件費と入所児童の生活費の分である。経過措置の中で、現在いる職員は継続してよいことになっているが、未来永劫ではないと言っている。今後の児童福祉行政の中で医療が軽んじられているのは、子どもの健康を守り育てるには大きな問題である。

表9 50名定員(乙地区)の措置費(委託費)

50人定員 (乙地区)	虚弱児施設 円	養護施設 円	差
児童一人あたりの保護単価 1か月分 一年間の費用 ×600人	135,880	122,320	▲13,650
児童一人あたりの1か月の一般生活費 一年間の費用 ×600人	50,350	47,390	▲2,690
合計 一年間の費用	111,738,000	101,826,000	▲9,912,000

(3) これからの虚弱児施設

改正の付帯決議に「現在入所している児童の対処に支障が生じないように適切な配慮を

行うこと」とうたっているため、「保護単価等の特別措置」でしばらく経過措置を考えている。これからの虚弱児施設の役割を一言で述べるとしたら、「家庭に代わって児童を養護するという家庭代替機能と、児童が現在及び将来の社会生活に、健全な適応ができるような処遇を与える治療及び教育を行う施設である。」医療と福祉そして教育という機能を生かせる職員と設備、また今まで培ってきた力が現在の施設にあるので、児童養護施設へ移行しても、特色ある医療ケアのできる施設として機能を十分発揮し、入所児の家庭復帰、社会復帰を図る努力をすることである。

終わりに

病虚弱児の福祉と医療と教育の問題は、古くて新しい問題である。今でも課題が多く、解決されているとはいえない。このような時、児童福祉法の中から「虚弱児施設」は削除され、「児童養護施設」へ移行することになった。これからの児童福祉行政の中で、子どもの健康を守り育てるため、今まで培ってきた虚弱児施設の機能と実績を生かし、特色ある医療ケアのできる児童養護施設として活動することである。これからが病虚弱児のための長い苦しい戦いの始まりである。

参考資料

- ・「福祉制度改革による虚弱児施設の基本的問題について」 全社協
- ・「児童福祉施設等検討委員会」 東京都
- ・「虚弱児施設の理解と指導」
東京都立成東児童保健院

◎虚弱児施設のこのことのみ述べるようになってしまったが、この時期、育療学会誌に掲載し、ご理解いただくのは、虚弱児施設として大変嬉しく感謝している。

からだの弱い子どもの施設療育

社会福祉法人大泉旭出学園

大利根旭出福祉園 園長 中塚 博勝

はじめに

慢性の病気とは、それが子どもの心やからだのみならず家族の生活に影響を及ぼす心理的な問題であるという観点にたつとき、長い経過をたどる健康障害といえよう。

障害とは、個々の能力障害のために起こってくる状態をさす言葉であるが、慢性の病気という総体的なことばの中に、障害 (handicap ~ 不利) といわれる状態を含めて考えることができる。それは、病気のために日常生活の参加にさまざまな困難や制約を伴って不利な状況にさらされやすいことを意味するものである。

小児期における慢性の健康障害は、成人におけるそれと比べ、子どもにとって大きな痛手である。すなわち、子どもはひとりひとりが「発達」という課題を背負った存在であること、そして、課題達成のために正常な環境と健康なからだが必要とされるからである。からだの弱い子どもの施設療育の目指すところは、健康回復のために行われるさまざまなプログラムが、円滑に実施できるように援助していくこと、さらには長期にわたる健康障害と入院によって被る不利を最小限にとどめ、心身の健全な発達を援助していくことである。

ここでは厚生省慢性疾患研究「長期療養施設における生活管理の実際」「慢性疾患児の生活管理に携わる看護婦の意識調査」の結果から、施設療育 (小児慢性疾患病棟) にかかわる基本的な問題について述べたい。

1. 施設療育をめぐる問題

子どもの入院をめぐるこれまで多くの報告がみられる。そのほとんどが入院～長期入院～に対して否定的である。

子どもが病院や施設で長期にわたって生活することは、心身の発達に好ましくない影響を及ぼす、いわゆるホスピタリズムの問題として以前より指摘されてきた。それは一方に生活環境の特異性～生活の画一性、刺激の乏しさ、生活空間の閉鎖性～によるものであり、一方に母子分離によって引き起こされる特定の養育者との間に形成される人間関係の稀薄さ (マターナルデプリベーション) に起因する発達全般にわたる偏りや遅滞である。こうした問題は、養育の改善 (子どもにかかわる養育者の数を増やすこと、養育方法の見直し等) によって以前のように問題視されることは少なくなってきた。ホスピタリズムは主に乳幼児期における発達の問題であるが、学童期以降においては長期入院の影響を受けることが少ないかという点決してそうではない。

それは乳幼児期にみられる顕著な発達の遅れとして示されることは少ないが、後で述べるさまざまな問題として表出され、療育指導上その対応に多くの困難をもたらすのである。

1) 施設療育にかかわるスタッフから見た問題

(1) 医師から見た生活管理上の問題

表 1 生活管理上の困難や問題

治 療 管 理
・一貫した管理指導ができにくい
・基礎疾患への対応
・疾患の多様化とそれへの対応
・疾患に対する個別指導
・病状進行に対する対応
・寿命の計算できる子どもの生活管理
・看護スタッフの不足
・保育、生活、学習等専門職の不足
・設備、予算の不足
・職員のストレス解消法

生活管理

- 生活のマンネリ化
- 仲間関係の問題
- 個別指導が困難
- 入院児の多様化への対応
- 知的能力の低い子どもの指導
- 高年齢児、思春期問題への対応
- 生活習慣が身に付かない
- プライバシーの尊重

教育・学習

- 病院と学校の指導の違い
- 学校との連携がうまく行かない
- 教師の質の向上
- 学習空白を埋めることが困難
- 受験期を迎えた子どもや親への対応
- 退院後の原籍校への復帰が困難
- 学習意欲に欠ける子どもの指導
- ベッドサイド教育の充実
- 短期入院児の学習指導
- 院内に教育機能がない

ここに示したことは、慢性疾患病棟において管理的な立場にある医師に対する質問「療育指導、生活管理をしていく上でどのような困難や問題をもっているか」に対する回答のうち頻度の高い項目をまとめたものである。

生活管理上の困難や問題として上げられたこれらの項目は、子どもひとりひとりを大切に個人にかなった援助をしつつ治療効果を高めると同時に、病気や長期入院に伴う問題の発生を予防していく上で重要なことである。

2) 看護の立場から見た療育指導上の問題

表2は（長期入院児の看護に携わる）看護婦（381名）に対する質問「子どもの入院生活の中で気になる子どもとはどのようなお子さんでしょうか」に対する回答である。

表 2 気になる子ども

性格傾向

- 意思表示の少ない子
- 情緒不安定な子
- 自己中心的な子
- 素直さのない反抗的な子
- 子どもらしさに欠ける子
- 表情、反応に乏しい
- 思いやりに欠ける子
- かげひなたのある子

行動上の問題

- 常に問題を起こしている子
- いじめをする子
- 病識のない子
- 乱暴、暴力を振るう子
- 入退院を繰り返す子
- 病気に負けている子

親子関係

- 親から子へのかかわり
- 過保護
- 過干渉
- 親子関係の疎遠
- 子から親への関わり
- 親への愛情が薄い子
- 親の前でとりつくろう子
- 外泊、退院を喜ばない子

看護婦との関係

- 看護婦の前でいいこぶる子
- 訴えの多い子
- 信頼関係ができにくい子
- 大人の目を気にしている子
- 良い子すぎる子

仲間関係

- ・集団にとけこめない子
- ・いじめられる子
- ・孤立している子
- ・トラブルを起こしやすい子

ここに上げられた問題は、長期入院児のみに見られる特異なものではなく、健常児にもしばしば見受けられ、さほど問題にされず見過ごされてしまうことが多い。けれども病院という狭い生活空間の中では、「気になる子ども」として目に留まり問題視されやすい。

たしかに、ひとりひとりの問題形成に病気や長期入院がどのように関与したのかについては、個人にかかわる因子が余りにも多く、その一つ一つについて因果関係を明らかにしていくことは困難である。しかし、長期にわたる健康障害と入院生活は子どもにとってさまざまな不利をもたらすことは疑いのない事実である。

表3は「あなたが感じている長期入院のプラス面、マイナス面についての回答である。

表3 入院生活のプラス・マイナス

長期入院のプラス面

- ・生活の立て直しができる
- ・自立心が育つ
- ・協調性が育つ
- ・病気の管理が行き届く
- ・親子関係の調整ができる

長期入院のマイナス面

- ・親子関係が疎遠になる
- ・親子関係が不自然になる
- ・社会性が育たない
- ・情緒不安定
- ・仲間どうしの悪影響
- ・入院なれ
- ・学習意欲の低下

- ・学力の低下
- ・職員との関係が悪くなる
- ・プラスの面はない

ここに示したように、入院生活の効果は表裏一体の関係にある。すなわち、生活の規則性が保たれる、自立心が育つ、継続的な医療により健康管理が行き届く、親子関係の調整が図られるなどの積極的な面があるのに対し、時間の経過とともに親子関係が疎遠になる、親子関係が不自然になる、社会性が育たない、病気への安住、入院ズレ、意欲の低下など、多くの問題が生じてくる。

入院後どれくらいの期間を経過するとプラスからマイナスへの変化が生じるのかここで明らかにすることはできない。また、それは時間の経過という尺度だけで説明できるものではない。しかし「時間」も重要な要因のひとつと考えることができよう。

2. 施設療育への取り組み (1)

以上示したように長期入院に対してネガティブな面しか浮かび上がってこない。長期入院児の施設療育は、こうしたことをふまえ、「入院を成長のための経験」ととらえ、施設療育のポジティブな面を活用しようとする積極的な取り組みの中に見いだすことができる。

1) 集団生活の場としての病院

施設や病院は子ども自身の心身の問題のために、そして、多くの場合本人の意志とは無関係に集められた集団であり、全くの他人の寄せ集めてあるが、管理されたフォーマルな集団である。そこでは時間の経過とともに自然発生的にインフォーマルな仲間関係が形成される。こうした仲間関係はただ単に仲よしどうしの付き合いということ以上に、もっと積極的な意味を持っている。それは仲間関係を子どもが抱えているさまざまな問題解決のために活用できることである。

施設集団はそれ自体次のような治療教育的機能をもっている。

- a. 心やからだの問題で苦しみ悩んでいるのは自分だけでなく、おおぜいの仲間がいることを知り、そうした仲間との交流を通して互いに励まし合う体験をもつことができる。
- b. 家庭内あるいは親子関係に問題があるケースでは、家庭から離すことによって子どもの緊張や葛藤をときほぐし自我の立て直しを図る機会とすることができる。それはまた一方で、家庭内の緊張の解消にもつながるものである。
- c. 家庭において乱れていた生活のリズムや規則性を取り戻すことかできる。
- d. 家庭でひとりで実行できにくい生活規制など、仲間と一緒にすることによってさほど苦痛もなく参加し、かつ継続的に行うことができる。

たしかにこうした機能を有していても、そこで主体的に行動するのは子供自身である。

子どもにとって必要なことは、職員の支持もさることながら、友だちとして頼れる存在、自分を支持し、一緒に行動し、話を聞いてくれる相手がいることである。そうした役割の取れる仲間の存在は、往々にして職員以上の力を発揮し、情緒障害、不登校など心の問題をもった子どもの多くは、仲間関係の中で立ち直っていくのである。

集団生活の援助を実践していこうとすると、集団のダイナミックスについて理解をもつことが大切である。

2) 仲間関係の臨床

(1) 仲間関係とは

真の仲間関係は、ひとことでいうならば一緒にいることで楽しい経験を分かち合える関係であって、それが成立する背景としていくつかの条件が考えられる。

- a. 相互的に平等であり対等である
- b. 感情の共有がなされること

c. 自然発生的である

d. 心理的緊張が和らげられること

仲間関係とは、力によって支配されることなく互いに裸でぶつかり合う経験の中から、他者を理解し同時に自己理解を深める、また、他者への思いやりを育てる、いわば相互に育ち合う体験であるといえよう。

(2) 仲間関係の心理学的意味

ある個人の仲間関係は、その個人を理解することに通ずるといわれる。すなわち、仲間関係は個性の表現であり、その人自身の対人欲求の表れでもある。したがってその仲間関係の構造を知ることは、個性を理解することにも通じるといえる。たとえば、少人数の親しい友人を求めるとか多数の友人を求めるとか、ひとりでいることを好むか、仲間から受け入れられているか、うとんじられているか、年齢相応の友人を選択しているかなどを知ることによって、個人の理解に役立てることができるといえる。

(3) 仲間関係の功罪

a. **社会化の促進** :対等な立場で自由に選択や排斥が行われる仲間関係では、自分の要求だけを通すわけにいかない。仲間の一員として受け入れられるためには、仲間とのルールを守り仲間と同調し期待に添うよう振る舞うことが要求される。

子どもは他者からの受容と拒否の経験を重ねることによって、社会の慣習を習得していくのである。

b. **自己統制** :このような仲間関係は、個人の行動をコントロールする機能をもっている。仲間の一員として承認されるためには、個人の欲求を抑え仲間の期待に添うよう行動しなければならぬ。それは他者とのかわりのなかで自己の地位を知ると同時に、他者の存在、他者の欲求を認めることになり、ひいては自己を抑え行動様式を修正することにつながっていくのである。

c. **自己理解を深める** :仲間との交流を通

して客観的に自己の性格や能力を知ることができる。仲間との交流のなかで、自分の行動の結果が様々な形でフィードバックされる。そうした経験の繰り返しを通して自己概念が形成される。

d. **安定感の獲得** :仲間から受け入れられることは、孤独感を解消し所属欲求を満たしてくれるなど、個人の精神的な安定感をもたらす。自我が未成熟な子どもにとって仲間とともにあるという感情は心のより所を与えると同時に、安心感を与えてくれる。

3) 仲間関係の問題点

仲間関係は個人の人格形成に好ましい影響を与えるものであるが、一方では不安を与えその圧力のために日常生活が停止し、極端な場合には個人の存在すら脅かすこともある。ひとたび仲間（集団）が形成されると集団心理学で明らかにされているような集団のもつさまざまな機能が発生する。それらについて仲間関係の問題との関わりから考えたい。

a. **集団の閉鎖性** :何かの目的をもって形成された集団は、それを維持するためにまとまろうとする力が発生する。集団規範といわれる集団内の約束事もその一つである。仲間関係においても、それが少人数の仲良しグループのようなものであればあるほど、仲間同士の結束力や情緒的結び付きが強くなり、互いの親密度が増してくる。するとグループは結束を強めるために内閉的となり、他者の侵入を防ごうとする意識が強められる。このように、グループの閉鎖性が強まれば強まるほど排他性が増してくる。

それは他者に対する優越感をもたせ、自分たちにとって気の合わないものを敵視し、極端な場合には集団で暴力を働いたり、ある特定の対象に向けていじめという行為にはしることもある。

b. **集団の規制力** :集団が形成され集団活動が続けられていくと、集団内に考え方や振る舞い方の標準的な形ができてくる。メンバ

ーはそれを意見や行動のより所とする。同じ服装をし、似通った所持品をもち歩くなどはその一例である。

一人、仲間からの抜け駆け的な行動は非難される。このように集団の圧力が働くときには、個人の行動は個人の意志とかかわりなく規制される。

c. **集団行動による判断のゆがみ** :集団活動が続くと集団内に或る一貫した気分（雰囲気）がかもしだされる。それは集団を構成するメンバーの性質や活動の目標などによって異なるものであるが、スポーツクラブなどのように、当初から活動目標が規定されているフォーマルな集団の場合には、その活動に携わっている限り余り問題は超こらない。しかしそうした集団内に形成されるインフォーマルな関係では、集団の雰囲気に左右されたさまざまな逸脱行動が起こりやすい。

集団万引き、集団リンチ、いじめ、規則違反、暴走行為など、これらは一人では行動に移せそうもないことであるが、やっているのは自分だけではないという数の論理に頼んでの行為である。集団の雰囲気は、個人の判断力や自制心を弱めやすい。

このように仲間関係は、一方で個を育て同時に他者も育てて行くという積極的な面と、他方では個を埋没させ、集団の論理によってすべてが支配されるというマイナスの面を持っている。

仲間関係の指導にあたっては、こうした点を理解した上で、一人一人を生かすことを考えなければならない。

3. 施設療育への取り組み (2)

施設療育への取り組みは、他方で親や家庭の協力をもってしなければ真の成果は得られないことは、あらためていうまでもない。けれども、親や家庭のあり方と実際とのギャップが大きいことも事実である。

表 4 家庭・親とのかかわりの問題

- ・長期入院に伴う家庭と子どもの関係の変化
- ・外泊、面会が少なく、家庭と疎遠になる子どもへの対応
- ・崩壊家庭・家庭に問題のある子どもへの対応
- ・理解と実践の困難さ（無理解な親の指導・約束を守らない親）
- ・入院治療に対する理解や意識が薄い親の指導
- ・病院と家との物理的距離の大きさ
- ・欠損・病弱・貧困など家庭の問題に対する対応
- ・家庭の状況を十分に把握できない
- ・病状の重い子の親と良い関係を保つ事

表4は、医師に対する質問「親や家庭とのかかわりを進めて行く上でどのような困難や問題がありますか」の回答をまとめたものである。同じく看護婦に対して「無理解、協力的でない親に対してかかわりをもっていくことは難しいことですが、もしあなたがこのような親を指導する立場におかれたとしたら、どのようにされるでしょうか」という問いに98%が相互理解を得るために情報提供する、接遇態度に気をつける、すなわち、子どもの状況を詳しく伝える、話し合いと交流の機会を多く持つ、家庭状況を理解してかかわる、スタッフが協力し合う、親や家庭の重要性を強調する、誠意をもって接し信頼関係を作るなどの回答であった。

続けて「面会や来院も少なく、親との関係が疎遠になりがちな子どもに対して、どのような援助をされていますか」に対して、表5に示したように、働きかけは親と子どもの双方にするが、親をめぐる問題は解決困難な課題として常に付きまとうとのことであった。

表 5 親子関係の疎遠に対する援助

- ・家庭・親へのかかわり
- ・家庭への働きかけを多くする
- ・来院時によく話し合う
- ・家庭訪問をする
- ・福祉事務所などに依頼する
- ・子どもへの対応
- ・意識的にかかわりを多くもつ
- ・親に電話・手紙を書かせる
- ・子どもに納得させる
- ・子どもとの会話に気をつける

こうした親へアプローチしていこうとするとき、以下のような点に対する理解の上ですめることが望まれる。

一つは、かかわる自分の態度についての内省である。すなわち、子どものためにということにとらわれ過ぎる余り、こちらの要求やいたいことだけを一方的にまくしたて、親の立場や家庭の事情などについて配慮を欠いていないかどうか、相手を尊重し相手に聴く態度を失うことのないよう心掛けなければならない。さらに、親から自分たちへの要求について正確な認知をすること、親の要求はおおよそ次の二点にまとめられる。

第一は家庭の安定にかかわること～経済的な安定、子どもが入院していても生活における日常性を維持しつづけられること、他者からのサポートや援助に対する期待、また、母親にとって家族、ことに父親からの支持や援助に対する期待、これらによって家庭の安定を図ろうとする要求。

第二は子どもの病気についての適確な情報の提供とそれについての適切な説明を受けたという要求である。親や家庭の安定は、親としての役割を果たしやすくする。両親が協力して子どものケアに参加できることは子どもの心理的安定をもたらす。そして病気と闘う姿勢や入院生活への取り組みにも良い

効果を与える。

親に対するかかわりは、一方的に親を非難するだけでは何の解決にもならない。それどころか親子あるいは親と職員との関係作りにはマイナスとなる。親のこれまでの苦勞を受容することから、共に歩むことがはじまるのである。

親に対するアプローチは、職員との個人的なかかわりも大切であるが、親同士の関わりを教育的に利用することも良い成果を生み出す。そこでは親同士の連帯感が強められ互いに支え合う体験、互いに学び合う体験などを通して得るものが多く、それらは子どもの治療のためにフィードバックされる。

4. 施設療育への取り組み (3)

(成長のための経験としての入院)

1) 病院に対するイメージ

施設療育を進めていこうとするとき、生活の主体である子どもについて正しい理解をもつことはいままでのない。子どもは病院や施設という生活の場をどのようにとらえているか、表6は子どもの認知傾向についてまとめたものである。

表 6 病院に対する認知傾向 (N=219)

認知傾向	人数	%
積極的・肯定的態度	36名	16.4
客観的態度	86	39.3
消極的・否定的態度	97	44.3

「あなたにとって病院とはどのような所ですか」積極的・肯定的態度～入院生活の意義を理解し、現状を受け入れようとする(安心して暮らせる、心身を鍛える、友達がいる)

客観的態度～病院・施設の機能を客観的に述べたもの(病気を治す所、治療する所)

消極的・否定的態度～入院せざるを得ない個人的理由は認めながらも、自分がそこにいることを否定しようとする(つらい所、いやな所)。当然のことながら、施設や病院に対して積極的・肯定的な態度の少ないことがうかがえる。子どもにとって施設や病院は健康回復のために大切な所であるが、一方で生活規制、日課などのために自由を束縛される好ましくない場所というような両面価値的なイメージを与える所でもある。

2) 施設療育のプログラム

表 7 施設療育の目標

・自己管理の指導	・学力増進
・病気や治療の理解	・進路指導
・病気への対処	・心身の発達援助
・生活習慣の形成	・集団指導
・生活の自立	・家庭指導

これは実際に行われている目標をまとめたものである。それらは、健康回復のための指導、長期にわたる病気との付き合い方、日常生活指導、心理面に対する援助など三つの領域が基本となっている。

こうした目標にしたがって生活プログラムが組み立てられるわけであるが、その際プログラムの作成に、子どもがどのように参加しているかが問題となる。先に行った調査では31施設中73%がスタッフによって決められており、子どもの参加によって作成されているところはすくない。

日課の決定は子どもひとりひとりの病状や年齢などの個人的要因、病院や病棟の管理運営上のことなどを考慮し総合的になされるものであるが、こうした場合でも大人の側で受け止めた子どもの要求という一方的な理解でなく、子どもの側からの要求を直接受け止める姿勢をもっていることが望まれる。それは子どもに入院生活に対する積極的な参加意識をもたせることに通ずる。

施設療育のなかで大切なことは、子どもひ

とりひとりがどれだけ自主的に生活に取り組めるか、つまり、病気の治療やその克服のために、いかにしたら主体的に関われるように仕向けることができるかということである。

そのために生活管理体制の枠組みのなかに子どもが参加できる領域を用意しておかなければならない。

子どもにとって病院は生活の場でありとりわけ生活の拠点となるそれぞれの病室は、自分を取り戻すことができる唯一の場所である。

入院生活への適応がうまくいくかどうかはそこでの生活が子どもにとって安定したものでどうかにかかっているといえよう。子どもにとって自分がだれと一緒に部屋になるのかは大きな関心事である。

子どもの意見を取り入れて部屋割りを決めることは、健常児の集団と異なりさまざまな要因を考慮しなければならないという困難があるとしても、できるかぎり子どもの意見や希望が反映されることが望ましい。

5. 施設療育への取り組み (4)

(療育にかかわる職員)

施設療育を考えていくとき、最も重視されなければならないことはそれに携わるひとにかかわる問題である。親や家族のサポートもさることながら、入院している子どもにとってスタッフの存在・役割の重要性はあらためていうまでもない。

1) 職員の資質について

これは職員としての資質にかかわる問題である。たしかに健全な常識や愛情を兼ね備えた豊かな人間的資質が不可欠であることはいうまでもない。しかし長期にわたる病気との闘い、それによって心に痛手を負った子どもに対する援助を考えると、そうした豊かな人間的資質に加えて、この仕事に就く前の専門的な教育訓練と、その後における研修が必要とされるのである。

表8は「このような職場に働く看護婦とし

て特に必要な要件はどのようなことだとお考えでしょうか」に対する回答である。

表 8 看護婦としての必要要件

項 目	%
人格・人柄に関すること (寛容・寛大・根気強さ・愛情 人間味・明るさ)	33.1
仕事・子どもに対する態度 (子どもが好きであること・良 き理解者・親代わりの気持ち 受容共感的態度)	37.8
能力に関すること (知識・技術・経験)	18.9
心身の健康と安定	10.2

これらの要件は、自らがそれぞれの体験を通して考えられたものであり、そのひとつひとつに重みを感じられると同時に、援助を実践していこうとするとき欠かすことのできないものである。また、これらの要件は個々ばらばらに作用するものでなく、それぞれが有機的な関連をもってひとつのまとまりとして働くものであって、いずれかひとつ欠けても他の特性でカバーできるものではない。

看護婦としての教育や訓練を受けてこの仕事についている人にとって職員の資質とは何であろうか。改めていうまでもなく看護の本質は病気そのものではなく、病める「ひと」を対象とする。このように人間を対象とする仕事の本質を考えると、そこで求められる資質要件として次のようなことが考えられる。

a. より幅の広い人間性 : 日常的に子どもとかかわる看護婦が、そのかわりを通して子どもに与える影響は大きい。物の考え方、立ち居振る舞いなどそのひとの望ましい面、

望ましくない面がそのまま子どもに取り入れられるからである。

b. 協調性 :より良い援助を行っていく過程で大切なことは、職員同士の人間関係である。職員が協力し合って仕事を進めていく努力が求められる。そのためには望ましい人間関係を作っていく条件としての協調性が必要とされる。互いに信頼し尊敬し合う人間関係こそ、子どもの「ひと」に対する信頼感を育てることができるのである。

c. 自己変革 :資質の向上は単に経験年数によってのみ図られるものではない。常に自分を成長させようとする意識をもち続けることが大切である。成長とは到達した結果とか成果が大切なのではなく、前向きに変化して行くプロセスが大切なのである。こうした努力のプロセスが援助に携わる日々の姿勢に反映され子どもに好ましい影響を及ぼす。

d. 理解する心 :長期にわたって病気と闘っている子どもは心理的にもさまざまなストレスにさらされ、劣等感、無力感、不安や緊張の高い状況におかれている。それを乗り越え自己のもつ可能性を引き出して行く援助の過程は、子どもひとりひとりを理解することから始められねばならない。

e. 援助技術の専門性 :看護はそれ自体専門性に裏付けられた技術である。しかしそれは「ひと」に対して向けられることを考えるとき、決められたことを機械的に果たすだけでよしとされるものではない。ことに子どもに対しては看護技術に加えて子どもの発達を守るための専門的援助が必要とされる。

f. 心身の健康 :援助に携わるひと自身が心身ともに健康で常に安定していることが良い援助のために欠かせない。

このような資質要件は、看護婦のみならず慢性の病気をもった子どもの援助にかかわるすべての人に求められるものである。

さらに資質について付け加えるならば、本当の意味での資質とは、サービスを受ける対

象者の側から期待されるさまざまな特性のなかから構築されるものであるといえよう。

5. からだの弱い子どもに対する福祉的援助

子どもにとって病気と長期にわたる入院生活が好ましくない影響を与えること、さらに援助の実践にあたって多くの困難や課題があることについても述べてきた。いささか極論になるが、長期入院による問題を解決するには、長期間子どもを病院に留めることをやめ家庭療育を積極的にとり入れることである。

けれども現実はかなり隔たっている。長期にわたる生活管理を考えると、第一にクローズアップされる点は、親や家庭に関する問題である。入院の絶対的適応でなくなった子どもを家庭に移行させようとするとき、一方に病気と治療管理に対する親の無理解や非協力、一方に家庭そのものの養育機能や能力の不十分さなどのために、家庭療育に移行できないケースが多い。これは退院後のアフターケアにかかわることである、表9に見るように外来でのフォローだけでは十分にその機能が果たせないこと、親の協力が得られないなどの問題が指摘されている。

表 9 アフターケアの問題

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・遠隔地のためフォローできにくい・外来受診が守られない・退院後の生活管理まで手が回らない・家庭環境の改善が図りにくい・親の無理解・治療のための指示を守らない・地域に専門医が足りない・職員・費用の不足・病棟担当と外来担当が同じでない |
|---|

こうしたとき病院と家庭を結ぶラインの上に位置付けられる虚弱児施設を利用することも援助にかかわって有為な方法である。

虚弱児施設については、他稿に述べられているので省略する。ここでは施設がもつ療育機能について触れる。

2) 施設の療育機能

a. 生活機能 :たとえ短期間の入院であっても子どもにとって病院は生活の場である。そのために入院生活の中に家庭的な生活機能を取り入れることが望ましいという主張がある。しかし病院はあくまでも病院であって越えられない障害が多いことも事実である。病院はまさに治療の場であり、外来では十分に管理しきれないからこそ入院が必要となる。

それは子どもの生活をないがしろにしてもよいということではなく、入院中は早期退院に向けての治療や指導が優先されなくてはならない。これに対して施設では日常の生活が基盤となって、その上にさまざまな援助が展開される場である。そこでは子どもの成長発達にかなった生活のプログラムを取り入れることが保障されやすい。また家庭における生活の中の日常性ともいえるものを経験する機会が与えられやすい。生活にリズムとテンポがある。地域社会との交流を取り入れることが可能である。ひとことでいうならば日常的な生活を提供しやすい環境といえる。このような機能を備えていることは、子どもの生活の場としてふさわしいものである。

b. 療育指導機能 :子どもに対する医療と看護だけを取り上げるならば病院にまさるところはない。けれども入院による管理は必要としないが、なお継続して健康管理を必要とする子どもにとって、上に述べた生活機能を備えた環境が大切である。と同時に心身両面にわたる指導も、健康回復・家庭復帰に向けて欠かせない。それは指導に携わる専門のスタッフ（保母・指導員）によって初めて可能となる。基本的な生活習慣の形成、行動上の問題に対する治療的対応、体力作り、スポーツや文化活動、進路指導など広範にわたる援助の実践がこの施設では可能である。

c. 福祉的機能 :生活・療育・教育、これは施設が当然備えている機能である。一方病院においても程度の差はありこそすれ同様な

機能を持ち合わせている。しかし、病院では病気の治癒・軽快が退院の可否を決める際に重要な鍵を握っているのに対し、施設では子どもの退所先である家庭の受け入れ状態が重要視されるのである。つまり家庭の養育機能が子どもの家庭復帰にあたり適切か否かについてチェックされる。それが整うまで待つことができる。また入所中はそれほどの経済的負担をかけることもなく、子どもの生活のすべてが保証されるため、親は生活の立て直しを図ることができやすい。

このようにこの施設はからだの弱い子どもにとってトータルなサービスを提供できる生活の場といえよう。しかしすべてに完備された環境かといえば、必ずしもそうとはいえない。その一つは医師が常勤として配置されている施設が少ないことである。これは法の上で医師を必置義務としていないことによるものである。

たしかに医療体制が整っていることが望ましい。けれども慢性疾患の回復期にあたる子ども、生活の規則性、体力作りなど継続した計画的な健康管理が必要な子ども、家庭から一時期分離することによって情緒の安定を取り戻す機会を与えることが望ましい子どもにとって、前者のような施設でも心身の健康回復が図られる場合も多いのである。ここに病院とは異なった形での慢性疾患児に対する援助の方法をみいだすことができる。

まとめ

慢性の疾患をもった子どもの生活管理は子どもが病気や入院生活によって被る悪影響を最小限にとどめ、心身の正常な発達を保障しつつ健康回復を図ろうとするものであり、医学・看護・教育・心理・福祉などを包括する総合的な援助の実践である。援助の対象は子どものみならず、子どもをとりまく親や家族まで含んでいる。

慢性疾患といっても重篤な患者のために濃

厚な医療管理のもとに置かれている場合、気管支喘息のように発作間欠期には健常児と同様な生活が可能なもの、回復やその予後に希望を持ちにくいものなど広範にわたり、ケースにより抱えている問題もさまざまである。

当然そうした一人一人に対応した援助計画が必要とされる。

そうしたとき、援助に携わる人は、少なくとも次のような点についての共通理解をもっていることが望まれる。

(1) 発達過程にある子ども

発達とは心身の機能や構造の変化のプロセスである。それは環境への適応という方向性をもって徐々に現れる。従来発達は遺伝的素質と相互作用により時間の経過とともに生ずる変化であるといわれてきた。しかし発達はこうした受動的な変化のみでなく、主体の側の能動的な働きかけによってもたらされる変化もあるはずである。ひとはだれも成長発達へのドライブを持つといわれるが、これはひとをそうした働きに駆り立てる潜在的な力といえることができる。

病弱児でも健常児でも同様に成長過程へのドライブを持った存在であるという理解は、援助を実践しようとするときに忘れてはならないことである。ひとりひとりの主体的な働きと成長発達への可能性を信じつつ、その潜在的な可能性が十分に顕在化されるようなかわりが大切にされなければならない。

あわせて発達過程にあるということは、常に動いていることを意味する。それは援助に携わる人が柔軟な姿勢を持ち合わせることの必要性を示唆している。堅く固定した心では決して良い援助はできない。

その際援助の目標をどのように設定したらよいか。人は発達の各時期においてその時期に発達させるべき重要な側面がある。人間の発達を単に年齢の関数として捉えるのではなく、人間のあるべき姿を仮定し、人間形成

の課題として捕えるとき、ハヴィガーストラが提唱する発達課題が取り上げられよう。すなわち、人の正常な発達は課題の達成によってもたらされるという考えは、発達に及ぼす教育・しつけ・訓練といった周囲からの働きかけとそれが行われるべき時期の適切さ（学習の適時性）について示唆するものである。

発達の課題は年齢段階によってその基準が定められているが、それはあくまでも一応の目安であって絶対的なものではない。と同時に他者との比較において評価するべきものでなく、あくまでも個人の達成課題として考えるべき性質のものである。

そこに個人に対する援助の目標をみいだすことができる。

(2) 関係的存在としての子ども

ひとはひとのなかでひととなる。子どもは他者の関係を絶った一人だけの世界（環境）で成長発達を遂げることはありえない。援助を実践するとき、子どもを他の人との関係の中で理解する努力が大切にされねばならない。

子どもが関わりを持つ両親・兄弟・仲間・病院のスタッフなどとの関係について、すなわち子どもと関わるこれらの人が、子どもにどのような影響を与えているか、また子どもの側から影響～病気の子どもの存在が両親や家族に及ぼす影響～について正確な判断や評価ができるよう努めねばならない。

子どもの発達に及ぼす他者との関係の意義や重要性は、子どもの発達のステージや子どもが置かれている状況によって異なる。たとえば発達の初期においては、母—子関係が絶対的優位性を持つが、やがてそれは他の家族成員との関係に、更には家族が関わりを持つ他者へと拡大していく。幼児期以降仲間との関係の優位性が高まってくる。学童期の子どもにとって仲間関係は自己統制・自己理解・社会的安定感の獲得・社会化の促進など社会的学習の機会を与えてくれるなどの機能を持

っている。このように他者との関係は子どもの発達の上に欠かせないものである。

(3) 欲求を持った存在としての子ども

欲求はひとを行動に駆り立てる原動力である。いいかえると、ひとは欲求充足のために行動を起こすのである。子どもの援助を実践するとき、それぞれの行動の背景にあるもの～行動の動機～について理解を持つことが必要である。

欲求はひとが置かれた状況・過去の経験などによって影響を受けるとともに、それぞれ発達のステージによっても、その優位性や要要度に変化する。

欲求はいつも期待どおりに満たされるものではないが、子どもの成育史の中でどんな種類の欲求がどのような形で満たされ、あるいは抑制されてきたかを知ることは、ひとりひとりの性格や行動を理解していく上で多くの示唆を与えてくれる。

たとえば、発達の初期における母子分離の体験は当然母性愛の喪失をもたらし、愛情の不充足を生じさせる。慢性の病気という事態は、子どもの欲求充足の機会を剥奪しフラストレーションをもたらす。このような体験の蓄積は何らかの形で性格形成にマイナスの影響を与えることは十分考えられることである。

援助の実践のなかで、こうした理解にたっって欲求充足が図れるようなプログラムを積極的に取り入れていくことが望まれる。

(4) トータルな生活体としての子ども

発達ということばは多様な意味に用いられる。身体の発達、心の発達というときは生物学的・物質的なものと精神的なものを分けて考えようとする場合である。

しかし子どものみならずひとを援助していくとすると、ただ単にある一面だけを取り出して検討を加えてみても、理解のためにはあまり役立たない。生活体としての子供を

正しく理解していくためには、その子どもの行動に影響を与えている身体健康度、疾病の種類や状態、心理的な成熟度、親子関係、仲間関係さらには過去の経験など医学、心理学、社会的な全体として捕らえていかなければならない。

しばしばいわれるように、援助の対象は、「病気そのものでなく、病気にかかっているひとであり、援助は人と人とのかわりあいである。」これは「病気」と「ひと」を個別に切り離して考えるのではなく、一体としてとらえるとともに、それに関わる多くの要因について考慮すべきことを教えている。

慢性の疾患を持った子どもに対する援助の基本的理念はまさにここにあると言えるのである。

文 献

- ① 中塚博勝：国立療養所及び虚弱児施設における異常行動調査。厚生省慢性疾患研究，1983
- ② 中塚博勝：慢性疾患児の精神衛生に関する研究。厚生省慢性疾患研究，1985
- ③ 中塚博勝：長期療養児の治療教育的考察。厚生省慢性疾患研究，1987. 1988
- ④ 中塚博勝：慢性疾患児の長期的総合的生活管理のあり方。厚生省慢性疾患研究，1989, 1990, 1991
- ⑤ 全社協・乳児福祉協議会編：集団保育指針，日本小児医事出版社，東京，1988，pp289 321
- ⑥ Evelynk Oremland：The Effects of Hospitalization on Children, Charles C Thomas, Illinois. 1973 pp225 266
- ⑦ 日本家政学会編・家政学シリーズ6：『子どもの発達と社会生活』。朝倉書店，1992，pp41 58

重症心身障害児施設における療育

—東京都立東大和療育センターの場合—

東京都立東大和療育センター副院長 平山 義人

はじめに

在宅を続けることが難しくなった重症心身障害児は、児童福祉法に基づき公法人立の重症心身障害児施設（施設と略す）あるいは国立療養所の重症心身障害児病棟（国療と略す）に措置入所している。療育の「療」を医療・治療、「育」を教育・保育の合成語とするなら、直接介護職員（入所者を直接介護する職員）の構成として看護婦がほとんどを占める国療における療育は「療」に重きが置かれ、施設では「育」に重きが置かれる傾向にある。一方、国療の療育内容は国療間で差が少ないが、施設の療育内容は施設によりかなり差があるとも聞く。

当センターは新しい施設であり、設置母体（東京都）、管理運営、事業内容、設備、職員数を含め平均的な施設とは言いがたいことを断ったうえで、当センターにおける事業内容、療育につき紹介する。

1. 開設までの歩み

当センターは、1989年に設置された東大和重症心身障害児施設建設委員会（建設委員会と略す）の提言に基づき、東京都が設置し、管理運営は社会福祉法人全国重症心身障害児（者）を守る会（「守る会」と略す）に委託された施設で、1992年8月1日より業務を開始した。

管理運営が「守る会」に委託された経緯は、建設委員会の「次世代型重症心身障害児施設」として、その機能を十分に発揮することかでき、いきいきとした活力ある施設として運営されるためには、創意工夫が取り入れ易く、療育面で柔軟に対応できる民間委託方式を採用することが望ましいという提言に基づくものであった。

本格的な開設準備期間は1991年4月1日から、業務開始までの1年4カ月で、初めの1年間は、

「守る会」の開設準備室のスタッフ（医師1、看護婦2、指導員1、事務4名）が主としてソフト面、東京都衛生局の開設準備担当者が（6名）ハード面の準備を進めた。1992年4月1日には新たな職員を加え、以後4カ月間を職員研修期間として、最終的な受け入れ準備を行った。同年8月1日に半分の2病棟を開棟し、1993年4月1日に全面開棟した。

2. 事業内容

措置入所者を受け入れ療育することが、従来の重症児施設の主たる機能であるが、当センターは次世代型施設としてこれまでの施設機能に加えて種々の機能を有している。すなわち、入所・入院事業（措置入所、緊急入所、体験入所、医療入院）、外来事業（医科外来、歯科外来）、通所事業、福祉相談事業、訪問医療事業を行っている。

事業の遂行は、医師、歯科医師、看護婦、歯科衛生士、保母、指導員、薬剤師、臨床検査技師、臨床放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語療法士、臨床心理士、医療ケースワーカー、栄養士、事務職と多職種の専門家が担っている。

また、開かれた施設として、おもちゃ図書館の設置、浴槽およびプールの外部者への開放、公開講座の開催などを行っている。さらに、医療福祉関係の研修生やボランティアの受け入れ、当センター職員の教育・研修事業として院内研究報告会の開催、国内外への長期出張研修などを行っている。以下、これらの事業内容につき当センターの特徴をまじえながら解説する。

(1) 入院・入所

当センターには4つの病棟があり、病床は全部で128で、うち90床が措置入所、28

床が緊急入所、2床が体験入所、8床が医療入院に当てられている。各病棟の内部構造ならびに医療設備（監視装置や酸素供給のための配管など）は多少異なり、入院・入所者のニーズにあわせて受け入れ病棟を決めている。

1)措置入所：家庭療育が不可能になった重症心身障害児を入所させることが、措置入所の主旨であるが、当センター設立目標の一つが、年長重症心身障害児を措置することであったため、18歳以上の重症心身障害児を受け入れた。その選定に当たり、東京都は委員会を設け、大島分類の1～4（知能指数35以下で歩行不能）に属する都内在宅の重症心身障害児で、家庭事情が悪い者を優先した。

2)緊急入所：本人或いは保護者の事情により、短期間在宅療育が不可能になった重症心身障害児を入所させる制度で、受け入れ期間は通常1カ月、必要に応じ3カ月まで延期できる。緊急入所の場合には受け入れ対象の年齢は制限せず、障害の程度も措置入所者より抜けている。平成8年度には、総計273名の緊急入所者を受け入れた。

在宅の重症心身障害児の介護者たる家族が最も心配しているのは、介護者自身に突発事態が生じた時のことであり、その場合に対応できる制度として緊急入所が機能することになる。

短期入所した理由は様々であるが、本人の医療ニーズ（肺炎やテンカンの治療）と保護者の病気治療、冠婚葬祭への出席、休養（レスパイト）、自宅の改築が多かった。

3)短期体験入所：東京都独自の制度で、東京都の衛生局が行っている訪問看護、在宅健診を受けている在宅重症心身障害児の中から希望を募り、年間計画の下に実施されている。行政的な主旨は、短期間、体験的に施設を利用して、介護者に療育方法等を習得させたり、生活経験を広げるものとなっているが、環境の変化への対応力を養うことや母子分離の経験、介護者の休養をかねたり、外来で実施し

にくい医学的検査を行うなど、緊急入所や医療入院の一面も含まれることもある。

受け入れ期間は施設により異なるが、当センターでは一人2週間として、気候の良い5月から12月にかけて受け入れている。平成8年度には、24名の体験入所者を受け入れた。

4)医療入院：当センターでは心身障害児全般を対象とした外来診療を行っているため、外来患者さんの治療や検査をするための入院ベッドを確保している。平成8年度には、総計138名の医療入院があった。

(2) 外来

心身障害児および障害を残したまま成長した心身障害者を対象に、医科外来と歯科外来を設けている。医科外来では、小児科、内科、神経内科、リハビリテーション科、整形外科、外科、耳鼻科、眼科、精神科の9科を標榜している。

歯科外来では、歯科医師2名と歯科衛生士2名が中心となり歯科診療および口腔衛生指導を行っている。さらに様々な歯科的問題に対応できるように、歯科補綴専門科医1名、小児歯科専門医1名が、週1回それぞれの専門分野での診療を行っている。通常の方法では治療を行えない場合には、吸入麻酔薬である笑気を用いた鎮静法や静脈麻酔下で外来治療を行い、それでも難しい場合には手術室にて全身麻酔を適応し治療を行っている。

医科・歯科を問わず外来受診に紹介状は不要であるが、予約制をとっている。

平成8年度の外来受診患者総数は19,581名で、新規外来受診者（新患）の基礎疾患は、精神遅滞、脳性麻痺、染色体異常などが多かった（表1）。患者数を診療科別にみると、小児科+内科+神経内科が、全体の33%を占めていた。リハビリテーション科は全体の38%を占め、最大の分野であった。これは当センターの診療対象である患者さんの多くがリハビリテーションを必要とする状態であることを考えると当然の結果と思われる。

第3に受診者が多かったのは全体の23%を占める歯科であった。

(3) 通所

養護学校卒業後の重症心身障害児(者)の運動機能の低下や、在宅療育の向上を図るために保護者のもとから通所させて必要な療育を行っている。平成4年4月8月の開設時の定員は15名であったが、平成5年4月より当初の計画通り定員を30名とした。

(4) 福祉相談

外来・入院・入所・通所利用者および利用希望者とその家族からの福祉的相談を受け、必要に応じ関連機関との連絡調整を行い、よりよい療育を受けられるように支援することが主な業務である。平成8年度の相談件数は4,221件で、相談方法別にみると、面接2,377件、電話1,804件、文書37件、訪問3件であった。相談内容は、入院援助の1,677件、療育上の援助の943件、日常生活870件を始め多岐にわたった(表2)。

後述の親子宿泊室の利用調整、見学者への対応も福祉相談業務の一部として、3人の医療ケースワーカーが担当している。

(5) 在宅訪問医療事業

外来患者および通所利用者の中から希望に応じて、自宅を訪問して医療を実施して

定期的な事業としては訪問看護があるが、

訪問看護を開始するに当たっては、看護婦と共に受け持ち医師と医療ケースワーカー、必要に応じてリハビリテーションスタッフも交えて家庭訪問を行い、訪問看護に続けている。平成8年度には、理学療法士が定期的に家庭訪問し治療を続けた例があった。また、不定期ではあるが、家の改築や家庭で使用するリハビリテーション機器の設置に対する助言を求められて、リハビリテーションスタッフが家庭訪問を行った。

(6) その他の事業

おもちゃ図書館は、障害児でも楽しめる玩具を紹介し、実際に遊んでもらうために設置した。管理運営は地元の社会福祉協会に属するボランティアにお願いし、現在は週に1回月に4日開いている。来館者には、図書館の中で遊んでもらうとともに、家に持ち帰っても遊べるように、おもちゃの貸し出しも行っている。平成8年度には、489名のボランティアの協力を得て、障害児(者)471名、家族等431名の利用があり、おもちゃの貸し出し総数は619個であった。

浴室開放は、外来に通院中の希望者を対象に、通所の浴室を提供しているが、原則として当療育センターの職員が入浴を介助することはない。

プール開放は、5月から9月に限り、外来受診の有無に関係なく全ての心身障害児(者)を対象に行っている。障害児通園施設などからグループで来て利用する者が増え、平成8年度には210名が利用した。

3. 病棟と通所における療育

(1) 病棟での療育

開設準備室の段階で、病棟における基本的な療育方針として、週3回の入浴日を設ける、夕食開始時間を午後6時以後にする、面会時間を決めない、年に数回バイキング食を提供し親子で楽しんでもらうことを計画した。

入浴回数を週3回としたのは、入浴回

表1. 新患405名の基礎疾患
(平成8年度)

基礎疾患※	患者数
精神遅滞	218
脳性麻痺	72
染色体異常症	39
神経筋疾患	6
てんかん	5
レット症候群	4
ウィルソン病	3
その他	58
合計	405

※基礎疾患が重複している場合は、一番問題となる疾患に分類した。

表2. 福祉相談内容と相談件数
(平成8年度)

相談内容	件数
入院援護	1677
療育上の援助	943
日常生活	870
退院援助	370
受診援助	246
家族援助	52
経済援助	26
教育援助	25
心理・情緒	8
住宅援助	4
合計	4221

数は多ければ多いほど良いことは解りながらも、既存の病院や施設では人手や設備の関係から週2回の入浴が普通であり、途中で入浴日を増やすことは、ほとんど不可能との情報があったためである。

夕食開始時間を午後6時以降としたのは、国療や施設の夕食開始が午後4時30分というところも珍しくなく、改善を迫られながらも解決が難しいとの情報を得ていたためである。夕食開始時間を午後6時以降とするためには、従来の3交代の勤務体制（日勤、準夜勤、深夜勤）では不可能と考え、深夜勤時間を12時間とし、従来の準夜勤を無くし、日勤帯の勤務開始時間を3つに分けるといふ、変則勤務体制を導入した（図1）。

面会時間を決めなかったのは、時間制限を設ければ、入院・入所者にとってはせっかくの家族との面会の機会が減るのではないかと危惧にもとづく。

バイキング食は、先行の施設がありそれに習って計画したもので、当日の昼食には20～30種類の献立が用意される。実施に当たっては、当センターの栄養士と共に、調理スタッフ（委託業者）の並々ならぬ協力があって可能となっている。ややもすると単調になりがちな病棟の食生活に変化を持たせ、また家族との触れあいの場として定着し、入所者は勿論、職員、家族からも好評を得ている。

また、当センターで対応できない病気が発生した場合に備え、発足当初より5つの病院（都立病院3、公立病院1、私立病院1）に協力病院となっただき、治療方針に関する助言を受けたり、必要に応じ転院加療をお願いしている。

直接介護職員（看護婦、准看護婦、保母、指導員を含めている）数は、入院・入所者1名に対して1名で、1病棟32名が配置されている。看護婦・准看護婦と保母・指導員の比率は、医療ニーズの高い第1病棟では20：12、他の病棟の同比率は12：20となっている。開棟当初、保母・指導員の多くは新

図1 病棟の日課と職員勤務体制

時刻	日課	職員数
7:30	朝食開始	夜勤 (3名)
8:30	申し送り	日勤 (3名)
9:00	職員腰痛予防体操	
9:15	モーニングケア 午前の設定療育	日勤
11:45	昼食準備	
12:00	昼食開始	日勤
12:30		
13:00		中日勤 (6名)
13:30	申し送り	
14:00	職員腰痛予防体操	
14:15	カンファレンス	
14:30	午後の設定療育 (週3回入浴)	中日勤 (6名)
17:00	申し送り	
17:15		夜勤 (3名)
18:00	夕食準備・夕食開始	
21:00	申し送り	夜勤 (3名)
21:45	適時巡視	
7:30		夜勤 (3名)

卒者で、その質を問うレベルになかったが、バブル全盛期としては考えられない10倍近い狭き門を突破してきた若者が集まり、活気に溢れた職員体制を敷くことができた。現在まで保母・指導員の退職者は極めて少なく、4年・5年の経験者が多くなるにつれ、質の向上は著しいものと著者はみている。

医師は、病棟主治医制を敷き、開設当初は2病棟に3名、2年目からは4病棟に6名が配置されている。医療レベルは医師の質に左右されるところが大きいのが、小児神経あるいは神経内科を専攻したベテラン医師が主治医となり、非常に質の高い医療を提供してきたものと自負される。なお、外来標榜科以外にも、入院・入所者のため皮膚科、婦人科、泌尿器科の専門医に定期的な来院を仰いでいる。

リハビリテーションスタッフは、直接病棟には所属していないが、入所者全員を対象に最低でも週に1回は直接の訓練・指導を受けられるよう取り組んできた。また、週に一度PTあるいはOTの指導の下に、全入所者を

対象とした病棟職員による集団的な機能訓練を行っている。

病棟療育は、直接介護職員に負うところが大きいので、次に当センターの看護・指導部門の基本的な療育方針を掲げる。

①入所者の安全を図る。その対策として、専門性を生かした注意深い観察、高度の洞察力および判断を持って介護を行い事故防止に努める。②健康管理に努める。その対策として、食事、排泄、睡眠等、自らの意志表示が困難な入所者のあらゆる面を考慮して、全身状態の変化に注意して、健康が維持されるよう援助する。③リハビリテーション看護を含み、個々人に適した看護を実践する。④適切な生活を送らせるよう援助する。その対策として、人権を尊重した対応に努め、個々の能力に応じた適切な働きかけをし、楽しく充実した生活を送れるよう援助する。更に、情緒面でも安定した生活を過ごせるよう援助する。⑤日常生活動作（ADL）向上への取り組みと維持に努める。食事は、正しい摂食姿勢で介助する。排泄は、排尿時間、排尿パターンを把握し、排泄指導を行う。衣服の着脱を指導する。また、日常姿勢に留意し、体位交換に配慮する。⑥職員資質の向上に努める。そのために、自己研鑽を基本とし、研修の充実により視野を広げ、創造力を高める。⑦各種のボランティアを積極的に受け入れる。

小林提樹先生の言を借りるなら、入所者にとって毎日の生活の全てが療育と言えよう。そこで、各病棟に共通する病棟の基本的な日課を図1に示した。ここで言う設定療育とは、主に「育（教育・保育）」を中心にした療育活動を意味し、個別の取り組みとグループでの取り組みを行っている。食事開始時間は、朝食7時30分、昼食12時00分、夕食は18時00分以降として、できるだけ家庭の食習慣に近づけるよう日課を組んだ。入浴は週3回、入浴時間は午後とし、祝祭日に入浴日がぶつかっても欠かすことなく行っている。

具体例として、平成8年度の第4病棟にお

ける設定療育を例に挙げる。

人見知り強く、腕時計に対するこだわりが強く、自発性に乏しい24歳のM. S. さんに対する個別の取り組みとして、自力で車椅子に乗って守衛室へ行かせ、確認のサインをもらって来るという課題を与え、課題完了後はさらに行動範囲を広げるという取り組みを行った。その他、時間排尿の確立、自力での食事摂取の確立をめざした取り組みを行った者もいる。グループでの取り組みとしては、ゲーム、音楽遊び、MEPA-IIを用いた評価に基づくトランポリンやプールを利用したムーブメント、スヌーズレン（オランダで考案された障害児に対する取り組み）に基づくリラクゼーション、日光浴・外気浴、調理実習等に取り組んだ。又、ノーマライゼーションの観点から、社会見学や地域との交流を目的とした院外活動を行った。買い物学習と外食（7地域、13店）、ドライブ、地域行事参加、鑑賞・観劇（7回）、カラオケボックス、釣り堀、米軍基地見学に行っている。院外活動の際には、保護者に参加を呼びかけ実施した。交通手段は、通所の送迎バスや当センターのリフト付きワゴン車、電車等を利用した。

病棟単位の取り組みとしては、誕生会、七夕祭り、花火大会、クリスマス会などをおこなった。また、家族の参加のもとに1泊旅行を試行し、将来的には参加人数を広げてゆくよう計画している。

各病棟の入院・入所者、通所者に共通する全体的療育活動として、夏祭り、クリスマス会、成人式を実施している。なかでも夏祭りは最大の催しで、平成8年の夏祭りへの総参加者は、当センター職員、外来患者、ボランティア、近隣からの参加者を含め700名を越えた。全体行事は全て実行委員会を組織し、企画の段階から病棟職員の意見を反映させながら実施している。

次に、直接的・間接的に療育の質を高めていると思われる施設設備や病棟に備え付けの器材のいくつかを紹介する。

その一つが親子宿泊室で、6部屋ある。開設当初は、保護者に数日泊まっていたが、その間に家での介護の仕方を教わり、できるだけ家と同じように介護するよう努めた。その甲斐あってか、従来からよく知られている入所直後の死亡を一人も出すことがなかった。現在も、週末には全ての親子宿泊室が利用されることも珍しくない。特に保護者が高齢であったり、交通手段の関係から簡単には家に連れ帰れないような方の利用が多く、入所者と家族と一緒に過ごす機会をつくり、両者の結びつきを深め、入所者の精神安定に非常に役立っていると思われる。

オート・ダム・ウエイター（自動汚物搬送装置）は、建物の内部に設けた専用通路を使い、病棟から出たおむつなどを所定の汚物室に自動搬送する装置で、この利用により病室や廊下の汚染を防ぎ、感染予防に貢献するところか大きい。

重症患者治療のために必要な、酸素や圧搾空気を使用したり、吸引のために必要な配管（パイピング）数は、入所者に関する情報が全くない時点で決めたことであるが、できるだけパイピングを多くしたいと考え、第1病棟に30、第2・第4病棟には各6、第3病棟には4装備した。更に各病棟のデイルームにもパイピングを備えた。また、病状の重い入所者の状態を監視するためのビデオ監視装置を、第1病棟に4台、第2病棟と第4病棟に3台、第3病棟に2台つけてある。パイピングやビデオ監視装置は平均的な重症児施設に比べかなり多く、医療レベルを上げるのに役立っている。なお、第2病棟と第4病棟には、新たにパイピングを2箇所ずつ増設した。

排尿報知装置（おむつセンサー）も療育の質を高める設備と考え各病棟に設置した。これは、おむつに発信装置を付け、排尿があると感知し、排尿者の氏名を電光板に報知する装置である。この使用により、排尿直後のおむつ交換を可能にし、おむつかぶれの発生を防ぎ、また排尿チェックや定時のおむつ交換

をする職員の手間を省き、さらにおむつ交換のために不要に入所者の睡眠を妨げることもなくした。付属のコンピューターには、入所者一人一人の毎排尿時間と排尿回数が1カ月にわたり記録され、これは時間排尿を訓練するための資料としても役立っている。

（2）通所での療育

通所受け入れ対象は、都内在住の18歳以上の重症心身障害児で、障害の程度が重く、心身障害者生活実習所等に通所できない者とした。平成9年9月1日現在、定員30名のところ29名が通所している。

通所は月曜から金曜まで週5日開いている。通所日数は、通所者の希望に合わせて年度当初に決めている。従来一人の通所日数を最高週に4日としていたが、昨年の11月から週5日受け入れている。現在17名は週5日、1名は週4日、5名は週3日、6名は週2日通所している。通所者専用の送迎バス（運転手付きのリース）は4台あるが、送迎時には、通所職員が1～2名添乗している。なお、通所者の居住範囲が広範なため、週に1～2日は自家用車などを利用して自主送迎をいただいている。

現時点の通所担当の職員構成は、指導員・保母10名、看護婦2名、外来とかけ持ちの常勤医師1名、通所担当の非常勤医師が1名（週2日勤務）で成り立っている。

通所療育は通常10時00分に始まり15時30分に終了している（表3）。昼食は当センターで調理し提供している。

通所の週間療育スケジュールを（表4）に示した。昨年までは、通所者の少ない日には個別の設定療育をできるだけ取り入れてきたが、現在は1日当たりの通所者数が増えたため、グループあるいは全体を対象とした設定療育が多くなった。活動内容は生活を楽しむことに重点を置き、通常室内で行う設定療育（ゲーム、音楽活動、感覚遊び、わらべうた体操、ボール遊び、ビデオ鑑賞、粘度遊び、調理実習など）の他に、プール、植物栽培、外

出、外食などを多く取り入れ、単調な生活に変化を持たせるよう努めている。療育活動の一環として、通所者全員を対象に、週1回の入浴サービスを行っているが、入浴設備の関係で、午前2回と午後2回に分けて行っている。

表5には、平成8年度に通所者全体が参加して行った年間の療育活動（全体行事）を示した。

入所者と同様、週1度リハビリテーションスタッフの指導の下に、通所職員が関節可動域訓練などの集団的な機能訓練を行っ

表4. 通所の週間療育スケジュール

時間/曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
10:00	療育開始	療育開始	療育開始	療育開始	療育開始
～ 12:00	グループ活動	全体活動 入浴	グループ活動	全体活動 入浴	グループ活動
～ 13:00	昼食	昼食	昼食	昼食	昼食
～ 14:00	グループ活動	全体活動 入浴	療育終了 14:15	全体活動 入浴	グループ活動
15:30	療育終了	療育終了	職員会議等	療育終了	療育終了

ている。また通所時間帯にリハビリテーション室に行き、外来患者の扱いで個別訓練を受けることもある。

おわりに

重症児施設における療育というテーマのもとに、著者の思い入れを交えながら当センターの機能、療育の現状を開発準備室までさかのぼって紹介した。重症児施設における療育の質は、施設の構造、療育設備、職員数、職員構成、入所者の年齢・障害の程度に左右されるところが大きいが、与えられた設備と職員の中で良い療育を行うためには、療育に携わる人の心が決め手となるような気がする。

著者が施設と関係を持つようになったのはほぼ30年前であるが、施設の中に一步入ると、涎や排泄物が混ざった異臭が満ち溢れ、寝たきりの重症心身障害児では褥瘡をみることも稀ではなかった。また20歳を越える重症心身障害児は珍

表3. 通所の日課

時刻	日課
10:00	通所バス到着→療育開始：健康チェック 排泄介助、水分補給
10:15	朝の集会
10:20	健康チェック；排泄介助、水分補給
10:30	設定療育
11:30	療育終了；後片づけ
11:40	排泄介助、昼食準備
12:00	昼食→歯磨き→休息
13:30	排泄介助
14:00	設定療育開始
14:50	療育終了；後片づけ、排泄介助、水分補給
15:20	帰りの集会
15:30	療育終了→通所バス出発

しい時代であったが、年齢より老けて見える重症心身障害児が少なくなかった。現在ではどこの施設に行っても異臭などなく、褥瘡で困る入所者も殆どみらなくなっている。また年齢より若く見え、親

御さんより長生きできそうな方も少なくないように見受けられる。いずれも、施設や国療における長年にわたる地道な療育への取り組みがもたらしたものと確信する。

成人した曾ての重症心身障害児の療育に携わることは、人類にとって初めての経験であり、施設に働く者としても未知のことが多く前途に不安を感じるが、療育の質をより高めるよう今後も取り組む所存である。

表5. 通所の年間全体行事（平成8年度）

4月	新規入所者歓迎会、バイキング料理、誕生会
6月	グループ別懇談会、苗植え、誕生会
7月	誕生会
8月	夏祭り（合同大行事）、納涼会、誕生会
9月	グループ別懇談会、誕生会
10月	運動会（合同大行事）遠足（大行事） 誕生会、お泊まり会
11月	新規入所者歓迎会、バイキング料理、誕生会
12月	グループ別懇談会、クリスマス会（大行事）
1月	成人式（合同大行事）
2月	誕生会
3月	誕生会

福祉的援助の実際

—心理療法士の立場から—

国立療養所足利病院 心理療法士 佐藤 栄 一

平成6年の国際家族年を契機にWell-beingという言葉が注目されてきました。貧困対策・慈恵といったイメージの Well-fareから、よりよく生きる・自己実現の保障という意味合いを持つWell-beingへ移行する事が児童福祉の理念にも変化をもたらすと考えられています。そして「児童福祉法」が昭和22年に制定されてから今年で50年となります。厚生省では、子ども達や家庭を取り巻く社会環境に対応するために児童福祉法を改正し、来年4月に施行するとのことです。

50年を待たずとも、子ども達や家庭を取り巻く社会環境がすでに大きく変化していることは周知の事実です。その最も大きな変化が、「小児化」です。

少子化

平均初婚年齢の高齢化、合計特殊出生率の低下の流れは今後もとどまる所を知らず進んでいくようです。今から3年後の平成12年には15歳未満と65歳以上の割合が逆転し本格的な少子化、高齢化となります。さらに総人口では、平成7年の1億2546万人から、平成37年には1億2580万人、と34万人程度の増加を見込んでいますが、15歳未満の子ども達は185万人も減少するとしています。このままの出生率でいくと机の上では、100年後に日本の人口が半分になり、700年、800年後には日本民族は滅ぶ計算になるそうです。

出生率の低下は母親になるべき女性が、子どもを身近に見たり、触ったりする機会をなくしてしまう事にもつながります。子どもというのがどういうものか分からないうちに或る日突然母親になってしまう。それでも子どもを扱わなければいけない。そうすると、「赤ちゃんはどうやって抱くんですか」というレ

ベルから学習しなくてはならなくなります。

保育所の変化

このような少子化に伴い保育所も変化しています。保育所措置人員では平成元年166万人が平成5年には3.5%減り160万人となりました。保育所の数は平成元年には22,700カ所だったのが平成5年には0.7%減り、22,600カ所となっています。

一方、乳児保育実施の平成7年度実施数では元年比60%増加の6,984カ所。延長保育実施は元年比75.6%増加の1,310カ所。一時保育実施は平成2年比255%増加の338カ所と、小児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が縮小している訳ではありません。

更に今回の児童福祉法改正案によりますと、行政処分により保育に欠ける子どもを“措置”していた制度を廃止し、保育所選択の自由に生まれ変わろうとしています。

家族構成の変化

家族構成にも当然変化が見られ、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を切っています。

核家族の問題とともに独り親世帯の問題もあります。平成5年は5.1%、そのうち母子世帯8割、父子世帯が2割となっています。

当院不登校児の独り親家庭の割合は、昭和56年から平成7年までの120名中21名(17.5%)と高率です。不登校には独り親家庭が多い傾向にあり、独り親家庭への「こころのケア」の必要性を示唆するものと言えます。

不登校の変化

私が足利病院で初めに扱った不登校のケースが昭和41年生まれの中学生でした。高校進学

の時、前年と比べ各高等学校の倍率が軒並み下がり無事進学を果たしました。昭和41年は丙午だったのです。この年の合計特殊出生率が1.58で、前年の2.14に比べ著しい落ち込みを示していました。その丙午からわずか23年後の平成元年に1.57となり、「1.57ショック」として社会問題となりました。

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(36.0%)でした。昭和61年からの5年間の不登校割合が44.7%と高

率でした。それが平成2年からの5年間では、25.5%と下がって

来ています(表1)。しかし、平成7年から今年度にかけては31.1%と再び不登校割合が高くなっています。これに加えて基礎疾患を持つ不登校を含めると48.9%と10年前のレベルより高くなっています。

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当院の不登校120名を見てみますと「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%)となっています。

この研究班調査によりますと、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(50.5%)「衝動統制未熟タイプ」76名(23.2%)「分類不能」32名(9.8%)となり、受動タイプが半数を占めています。

当院15年間の変化を見てみますと、過剰適応タイプは15年前82.9%、10年前38.0%最近5年間では19.6%と急激な減少傾向を示しています。受動タイプは8.6%→51.7%→62.5%

と増加傾向を示しています(表2)。

当院における不登校の外来・入院

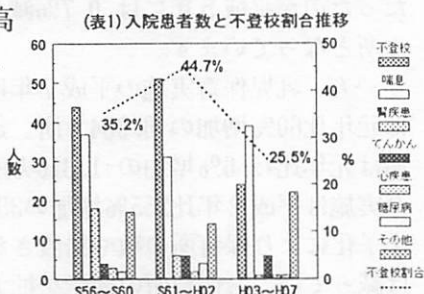
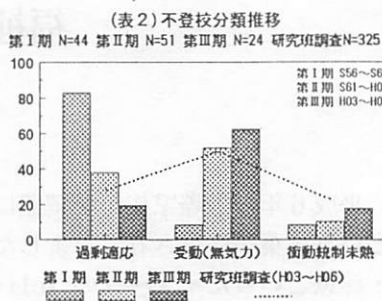
時の面接での生育歴の聴取によると過剰適応タイプの幼児期はいわゆる「良い子」が多く、子どものストレスに対して親が気づかぬ事が多い傾向にあります。一方、受動タイプは保育所や幼稚園において将来の不登校のきっかけとなるような何らかのエピソードを示していることが多いようです。過剰適応タイプの乳幼児期は母親孤立感や不安感を持って子供に接し、子どもは母の不安感から部屋で独り遊びをし母親の視界にいつも入っていた、故に育てにくかったという印象を持ちにくいという事も言えると思います。受動タイプは幼稚園から集団に対する拒否感が強く、弟妹の誕生時にも母をてこずらせ、育てにくい印象を持っていたようです。

このような受動タイプが15年間で増加している事は、不登校の数の増加だけでなく質の変化にも着目しなくてはならないことを示唆しており、タイプによる「今」の対応を工夫することと並行し、幼児期の子育ての見直し対策が必要といえます。

幼児期の対応

幼児期に病院を訪れるお子さんは当然何らかの主訴を持って来院するわけで、健康なお子さんとその家族が子育ての相談に来院する事は極めて稀です。健康なお子さんを外来で見る機会としては「兄弟姉妹」があります。

小児科外来では幼児期の割合が高く、幼児期の主訴の中心は発達障害となります。乳児検診との連携から広汎性発達障害のお子さんを定期的に来院させるケースが最も多くなっています。乳児・幼児のお子さんを毎週来院



させることは兄弟姉妹と共に来院することも多くなります。

兄弟姉妹と障害を持つ本人との良好な関係を維持する事は本人のみならず家族にとって極めて重要な課題です。障害を持つ幼児の兄弟姉妹に夜尿やチックといった神経性習癖が見られる場合もありますが、多くの兄弟姉妹は健全に成長していきます。問題行動を最も多く表出される幼児期の広汎性発達障害のお子さんの家族は様々な工夫をもって家族の和を保とうとしますが、兄弟姉妹にしわ寄せを来す事は避けられない部分でもあります。親、保母、教諭は兄弟姉妹に対し将来の問題行動の表出を避けるため障害をもった子どもに対する工夫と共に多くの配慮をしていきます。

このような観点から兄弟姉妹の健全な発達のために保育所、幼稚園、学校に対しての働きかけが外来通院と並行して行われます。

親の役割りの変化

親の役割は時代の流れと共に変化していることは周知のことですが、この変化を社会がどう捉らえていたのかを振り返る指標として「中央児童審議会の答申」があります。

昭和38年の答申は、「両親による愛情に満ちた家庭保育が最も必要なもの」とし、「愛情の深い母親が子供の第一の保育適格者であり、母親は保育適格者になるよう努力する事が期待される」としています。

昭和43年には乳児保育にふれ、「家庭保育が原則であるが乳幼児の福祉が阻害されないよう社会が援助する必要がある」としています。

昭和51年には延長保育についてふれています。

昭和59年には、「行政は家庭の自助努力を喚起しながら今日弱体化しつつある家庭養育機能の強化を図るよう各般の援助を行う必要がある」と、家庭における育児に危険信号を出しはじめています。

昭和63年には、「子育てについて親の意識を高めると共に父親の育児参加を促進させる

ことも必要としています。

平成5年では、「子供が将来の社会を担う存在であることや、家庭や地域社会における育児機能の低下等を考えると、子育てについては保護者を中心としつつも、家庭のみに任せることなく、社会全体で責任を持って支援して行くこと」と、育児に関する社会支援が強調されています。

そして、国際家族年であり、児童の権利に関する条約を日本が発効した年の平成6年には、「子供を生み育てることは、健全な次世代の形成に向けての社会全体の投資として」捉えています。

「愛情の深い母親」「乳幼児の福祉が阻害されないよう社会が援助」「弱体化しつつある家庭養育機能の強化」「父親の育児参加」「社会全体で責任を持って支援して行く」「子どもを生み育てることは社会全体の投資」、これらの観点は、健全な発達を促す要因としてどれも不可欠なもので、34年も前に答申された「愛情の深い母親」が、今は必要ないということはありません。

症 例

S. S (男性) 初診時年齢 2歳6カ月、現在 17歳 (養護学校高等部在学中)

診断名 広汎性発達障害

A. S (姉) 初診時年齢 4歳2カ月、現在 19歳 (大学在学中)

初診時は弟のパニックが昼夜とも続き、攻撃の矛先が姉に向くこともしばしばありました。髪の毛を掴み姉をひきづりまわしたり、幼稚園の教材を屋外に投げ捨てたりの日々が続いていました。

心理室での観察は、姉と共に週一回の頻度で継続しました。姉は愚痴ひとつ言わず黙々と弟の相手をしていました。

姉は、特に問題行動と思われるような点を見せることなく経過しました。弟が、障害児保育に通所するようになると、月に一度姉のみの通院を開始し、遊戯療法を継続しました。弟と同

じ保育所に通所していたため、弟と同様姉に関する情報交換も継続しました。姉が就学した時、障害を持つ弟と2年後には一緒に通学することを楽しみにしていると作文に書いたことがありました。自宅が小学校に近い事もあり小学校でも有名な弟でしたので学校が慌てたというエピソードもありました。それが養護学校就学に決まった事を姉に伝えた時、「何故私の学校に通わないの。通学するのが大変なら私がいっしょに学校へ行く、授業にも私がつく。姉弟が違う学校に通うのはおかしい」と両親や私を攻撃し、納得してもらうまでに一カ月間かかりました。

弟が養護学校小学部を卒業するまで週一回の通院にほとんど一緒に来院していました。姉の就学を機会に姉の通院を終了する予定でしたが、「弟だから」と姉の意思で通院を続けていました。

このような通院は16年前から広汎性発達障害の子ども達の兄弟姉妹を中心に行っており、通院と並行し兄弟姉妹の通う保育所、幼稚園、町内行事や宗教ボランティアとのキーパーソンの役割も病院が担っています。

姉が高等学校を卒業し県外の大学に進学するため足利を離れる報告をしに来院してくれた時、幼児期から中学2年まで毎週通院していた時のことを尋ねました。

「自分のためでした。保育所の頃の事はあまり覚えてないけど、小学校に入ってからは弟のためではなく、自分のためでした。障害をもった弟がいる姉の辛さとかいうものではありません。両親は結構ケンカもしてたし、お父さんも段々いい加減になってきたし。学校以外に行く所があるのは救いだった。私だけのために月一回時間をとってくれたのは本当にありがたかったです。特に、中学に入って部活動や先生、友達なんかで悩んだし。でも病院に行けると思うとがんばれました。

ちょっと悩んでると先生にすぐバレてたし、バレるとホツとしました。親にはバレなくて

もここではバレちゃうんだ、つて思っていました。病気でもないのに、病院に行くとホツとするのは変かな、病気かな、それも心理でしょ。でも病院だろうと近所のおじさんだろうとおんなじだよって思えるようになったらまた楽になつちやった。」

「愛情の深い母親」「乳幼児の福祉が阻害されないよう社会が援助」「弱体化しつつある家庭養育機能の強化」「父親の育児参加」「社会全体で責任を持って支援して行く」「子供を生み育てる事は社会全体の投資」という答申のテーマである数々の援助を受け、この姉は育ちました。

「愛情の深い母親」「弱体化しつつある家庭養育機能の強化」「父親の育児参加」では障害をもった弟による所が大きかったと思いますが、家庭での営みを病院（社会）が援助していく事により両親の愛情や家庭養育機能の強化が計れたと言えます。「乳幼児の福祉が阻害されないよう社会が援助」「社会全体で責任を持って支援して行く」では病院が、キーパーソンになり姉個人の成長のために保育所、学校、地元活動との情報交換を密にしていた事がこれにあてはまります。その結果「子供を生み育てる事は社会全体の投資」つまり姉自身は目標をキチンと持ち、大学に進学する事が可能になったと言えます。

おわりに

子どものWell-beingは家族のWell-beingと切り離す事はできません。同様に社会のWell-beingとの密接な繋がりも不可欠です。保育がこの三者の繋がり代表的なものと言えます。社会が「家庭がベストである」という前提に立ち、家庭の不足した部分を社会で補うものがWell-fareであったと言えます。家族形態が多様化し、情報が氾濫している今日、家族に対して「少ない子どもを社会で育てる」発想を定着させていくことができるかが、Well-beingとしての福祉的援助の課題といえます。

心身の健康に問題をもつ子どもへの福祉援助

——臨床心理士の立場から——

国立小児病院アレルギー科

松崎くみ子
赤澤 晃

はじめに

心身の健康に問題をもつ子どもへの援助を臨床心理士の立場から何ができるか、国立小児病院アレルギー科での臨床心理士としての活動をとおして紹介する。現在、臨床心理士の仕事は小児科の分野で社会福祉の活動として制度的に確立されているわけではない。しかし、子どもたちの福祉を「子どもたちの望ましい状態、幸福、満足」と捉えると、心理学、臨床心理学を学んだものが、貢献できそうな仕事も、一つの福祉援助の形として捉えることかできるであろう。

Ⅰ本人と家族を支え、サポートする姿勢

まず、大前提は患児やその家族か、症状に伴う様々な苦痛にさらされているということである。痛み、苦しみ、思うように動けないことなど身体的な不自由、高額な医療費、思うように働けないなど経済的な負担、周囲の不理解、などの社会的な圧迫、急性の場合は今までと全く異なる突然の状況に動揺し、慢性の場合は、あまり変化しない苦痛に、無力感を感じているかもしれない。そんな場合、臨床心理士がその苦痛を軽減したり、取り去ったりはできない。心理的な要因で身体疾患が増悪している場合もあるが、どんなに気の持ちようを変えても変化しない症状もある。しかし、そばにいて、その苦痛を理解し、支え、応援していくこと、そして、そのことをしっかり伝えていくことが役に立つ。苦痛が弱まらないにしても、苦痛から逃げようという気持ちを弱め、治療に前向きに取り組みやすくなる。また、子どもの心身の不健康は母親の養育態度と関連付けられることが多く、「自分の育て方が悪かった」と自責の念に苦しむ母親も多い。しかし、たとえ実際に母親

の育て方に問題点が見つかったとしても、その点を指摘して、「母親が落ち込んでしまう」ことは、治療上の役には立たない。たとえ実際に問題があったとしても、そのように対応せざるをえなかった母親の苦しみもあり、むしろ、その母親をサポートし、支えることが、臨床心理士の役割である。さらに、心理士だけでなく、医師、看護婦、保健婦、などの様々な職種のスタッフが本人とその家族の苦しみを理解し、サポートしていく姿勢、雰囲気構築するようなスタッフへの働きかけも大切である。

Ⅱ心理・教育的アプローチ

臨床心理士というと、小さな面接室で向かい合わせに座り、1対1で悩みを聴く・・・というようなイメージが強いかもしれない。確かにこれまでは、心理的援助というとカウンセリング、心理療法に重点がおかれてきた。しかし、「心身の健康に問題をもつ子どもへの福祉援助」として心理学を学んだものが、役立てることのひとつとして、身体的な病気に立ち向かうために、患児自身ができること、家族が出来ることの、正しい情報をわかりやすく提供すること、また、やらなくてはいけな、やった方がいいとわかっていてもなかなか実行に移すことができないことについて、心理学、行動科学の知識を利用して、実行に移せるよう援助することがあげられる。一見心理学的ではないように見えるこのような関わりでも、実は、患児とその家族が、心身の現状に対して不安を軽減させ、将来に向かって希望をもち、苛酷な人生に対しても生きる意味を見出し、立ち向かってゆくための支えになるのである。

このような背景から、医師だけではなく、看護婦、保母、指導員、心理士などが協力して「日常生活の中でできる様々な対処」についての教育・啓蒙の場を提供し、患児および、その家族は対してアレルギー疾患に対する知識と、精神的なサポートを提供することが大切である。さらに、その母親を支える父親の協力も重要である。国立小児病院アレルギー科において現在実施している心理・教育的プログラムについて以下に紹介する。

1) コンポリクラブ：外来の待ち時間を利用して、アレルギーに関する正しい知識を提供するためのプログラムである。

《名称》 コンポリクラブ(K,Pクラブ)

〔喘息コンコン、アトピーポリポリ、から命名された〕

目的

- 1 アレルギー疾患についての理解を深める。
- 2 治療とその背景についての理解を深める。
- 3 家庭でできる対処のしかたを具体的に指導する。
- 4 外来ではゆっくり質問できない日常場面での様々な疑問に答える。
- 5 親の心身のストレスを軽減する。
- 6 情報交換の場を提供し、親同士のサポートおよび情報ネットワークを作る。
- 7 本人および家庭における主な治療者である親の自覚および自立を促す。

対象 アレルギー科受診の患児および家族

実施日時 毎週火曜日午前10:00~11:45

外来の待ち時間中に受講できるように、医事課の協力によって受付番号が掲示されるようになった。

実施場所 病院の協力を得て、会議室を借りて実施している。また、小さな子どもと一緒に受講できるように玩具、絵本を用意した。

プログラム 1時間目午前10:00~10:45

2時間目午前10:45~11:45

2週間に1度プログラムが進み、3ヶ月

で全プログラムを受講することかできる。

内容は表1に示すとおり。

《表 1》

コンポリクラブ プログラム	
心理担当	医師担当
<ul style="list-style-type: none"> •学校生活とアレルギー •日常の鍛練法 •環境整備 •メニュー紹介 •親子関係の心理 •お母さんのストレス解消法 	<ul style="list-style-type: none"> •喘息の病態と発作時の対応 •鍛練の意義 •アレルギー疾患と環境 •食物アレルギーとは •薬について •アトピー性皮膚炎の病態など

成果 コンポリクラブに参加した176家族に対して、アンケートを配付し、参加前後の「知識」「対処」「精神面」「その他」の変化について調べた。その結果、コンポリクラブ参加前後では、知識の増加、具体的な対処方法の習得、精神的不安の減少がみられた。

たとえば、「知識」に関して、正しい知識を持っていると回答したものは、27.0%から84.0%に増加した。「対処」に関して、家庭での対処法が良くわかっているものは、40.6%から89.6%に増加し、鍛練をしているものは、54.2%から70.8%に増加した。「精神面」では、疾患に対して不安だったものが78.1%から38.5%に減少した。「その他」としては、母親同士の情報交換ができていて、と答えたものが、26.0%から43.8%に増加し、外来受診頻度が減少したものは61.5%であった(図1)。

このことは、コンポリクラブへの参加によって発作が起きてあわてなくなり、患児や家族の不安やストレスが減少し、家族の協力の必要性を再認識するなどの効果につながると思われる。さらには、自己コントロール能力を高め、外来受診の減少にもつながるのではないかと考えられる。

2) 親子体操教室

目的

- 1運動に対する不安をとり除く。
- 2親子のスキンシップをはかる。
- 3体力筋力をつけ、呼吸機能の向上を目指す。
- 4発作時の対応ができるようになる。
- 5活動性を高め、協調性を養う。
- 6生活にリズムをつける。など

対象 アレルギー科受診の喘息患児・家族

実施日時 毎週火曜日

14:00~15:00

実施場所 国立小児病院2階
プレイルーム

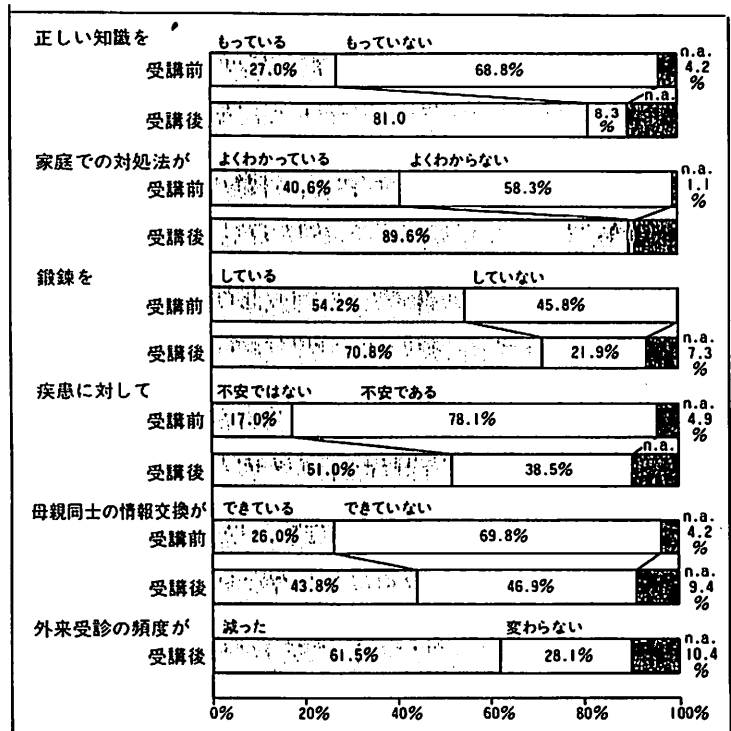
実施プログラム

- 1ピークフローの測定と発作のチェック
- 2準備体操（リズム体操、ハトポッポ体操等）
- 3柔軟体操
- 4腹筋・背筋
- 5スキンシップを図る運動（親子で行う運動）
- 6集団遊びによる運動遊び（ボール遊び、フープ遊び、鬼ごっこ等）
- 7ランニング
- 8ピークフローの測定と発作のチェック
- 9腹式呼吸と発声練習
- 10ピークフローの測定と発作のチェック
- 11家庭での運動（宿題）指導

実施にあたって以下のことに気をつけることが大切である。

- ① 楽しい雰囲気遊ぶ気持ちを大切に、親も子も、体を動かすことの楽しさを体験できるようにすること。運動することの楽しさを知ることで、毎日の鍛練が苦痛でなく、楽しみとして続きやすくなり、子どもの自発的な活動を助ける。
- ② 親子のスキンシップ、ふれあいを大切にすること。普段、叱られたり、注意されてい

図1 受講前後の変化（アンケート）から



るお父さんやお母さんが、自分とおなじレベルにたって、できないことを一生懸命にやっている姿をみて嬉しくなる。また、子どもと遊ぶことが苦手だったお母さんも、段々に自然な感じになってゆく。とにかく、患児だけでなく親自身も心から楽しんでできる工夫が大切である。

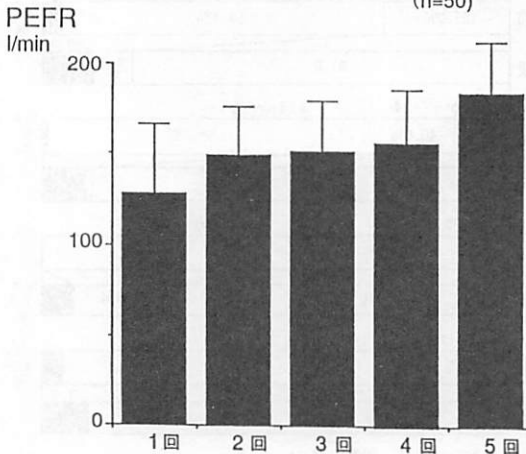
③ 発作なしで運動できるという体験、少しくらいのEIAであれば、水をのみ、落ち着いて腹式呼吸をすることで、おさまっていくという体験をすること。

④ それぞれのレベルに合わせて、できるものから段々に難しくしてゆくこと。これまで運動経験の少ない喘息児は、運動が苦手なことも多いが、少しずつ難しくしてゆくことで、着実にできるようになってゆき、本人の自信にもつながって行く。

成果 親子体操に参加した50名について、親子体操参加5回までの、体操前のPEFRの変化、体操前後でのPEFRの変化率を検討したii)。その結果、体操前のPEFRは、

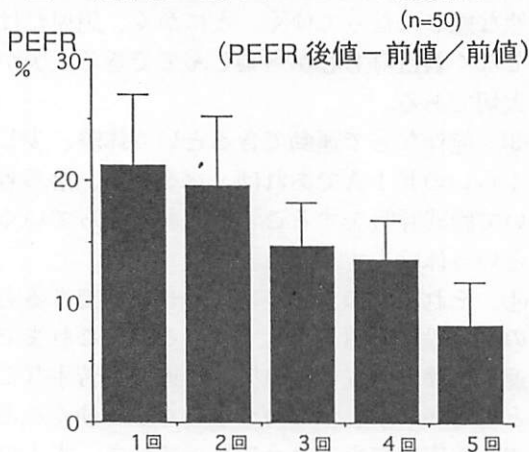
回を重ねる毎に上昇傾向が見られた(図2)。

図2 体操前のPEFRの変化率 (n=50)



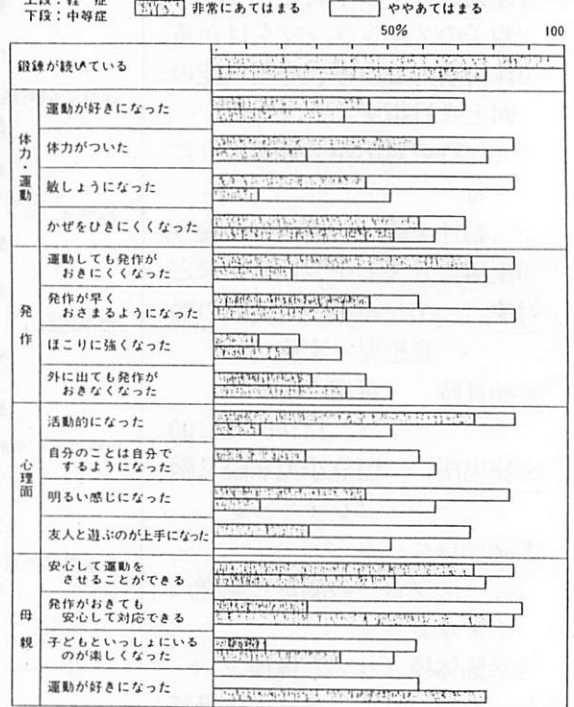
体操前後でのPEFRの変化率は、回を重ねる毎に減少し、このことは、運動によってPEFRが低下する程度が、徐々に減少したことを示している(図3)。さらに、アンケートⅡでは「鍛練が続いている」「運動が好きになった」「運動しても発作が起きにくくなった」「活動的になった」「安心して運動をさせることができる」などの項目について半数以上の参加者が「はい」と答えた(図4)。

図3 体操前・後でのPEFRの変化率 (n=50)



このことは、親子体操が、家庭で運動を日常生活のリズムの中にとり入れ、継続してゆくきっかけを作る役割を果たしていることを示している。つまり、親子体操が楽しく運動する体験を提供し、その重要性を知らせる機

図4 親子体操教室参加者へのアンケート結果



会になっているといえる。

3) アトピー性皮膚炎外来集法療法

外来通院は続けているが思うように改善が見られない患児親子に対して、集中的かつ包括的な、教育プログラムを実施し、効果をあげている。

対象 外来通院中のアトピー性皮膚炎患児とその親

実施期間 毎週一回(一回3時間)を5週間で1クールとしている。

実施場所 母親は会議室、患児はプレイルームで、別々に実施した。

プログラム ①医師による綿密な診察および薬剤の処方。②診察のあいだ心理テストの実施およびフィードバック。③親子別室にわかれての教育プログラム。

親向けのプログラム：アトピー性皮膚炎治療に関する正しい知識の伝達、リラクゼーション実習、アサーティブトレーニング、親子関係調整のためのグループワーク、

ロールプレイなど。

子ども向けプログラム：アトピー性皮膚炎治療に関して、主にスキンケア、軟膏塗布、食物の知識、早寝早起きなどについて、子どもにも興味をもちやすい、パネルシアターを用いて実施した。更に「お約束表」を利用して、学習した項目についての行動評価を行い、治療に有効な自発的な、セルフケア行動を強化した。

結果 スキンケア軟膏塗布のコンプライアンスは向上し、皮膚の症状は改善した。また母親の不安(STAI)が減少し(図5)、「子どもとの関わりの大変さ」も減少した(図6)。子どもに関しては、「お約束表」をなくしてもスキンケアなどの自発的セルフケア行動が維持され、アトピー性皮膚炎に関するイメージ化にも変化がみられた。

Ⅲ カウンセリング、遊戯療法など

身体的症状に心理的な要因が大きく関わっていると考えられるケース、身体的な症状とは別に、チック、友達と遊べない、いじめられてしまう、学校に行かないなどの訴えのあるとき、また、家族(おもに母親)自身の困難がある場合、カウンセリング、遊戯療法などを用いて問題解決を援助する。

まとめ

以上、国立小児病院アレルギー科で心理士が関わって実施しているプログラムについて報告した。「福祉」のなかでどのような位置を占めるのかはむずかしいが、「患児の幸福」を考えたとき、医師、看護婦、保母、心理士が協力して実施するこのような活動が非常に有用であると思われる。

文 献

- i) 中島恵 石井浩子 杉本霧子他：通院患児及びその親に対する勉強会の効果。呼吸器心身症研究会誌, 5-98~101, 1988
- ii) 田辺育子 高橋睦 松崎くみ子他：喘息児鍛練療法の有効性に関する報告。全国小児慢性疾患療育研究会総会口頭発表, 1994
- iii) 福井くみ子：呼吸に障害のある児のケア 小児気管支喘息における親子体操について 月刊ナーシング, 2:787-794, 1982

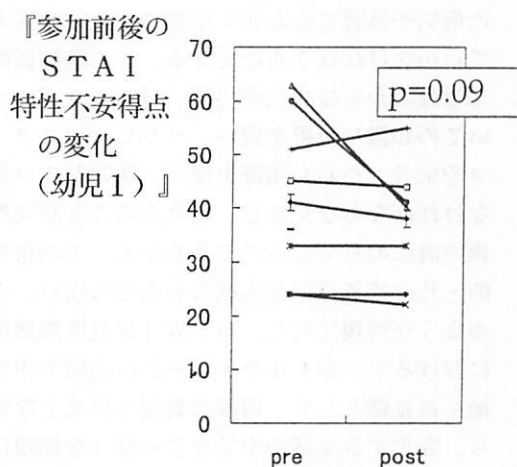
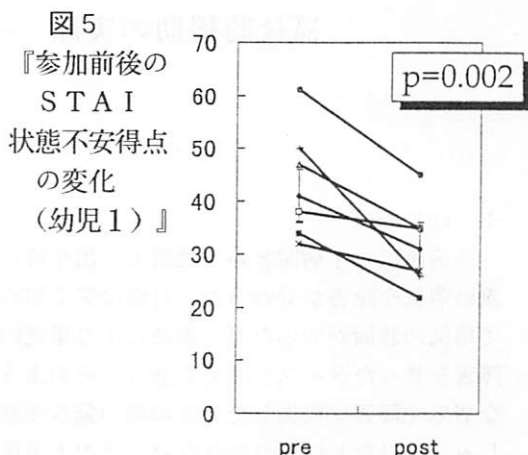
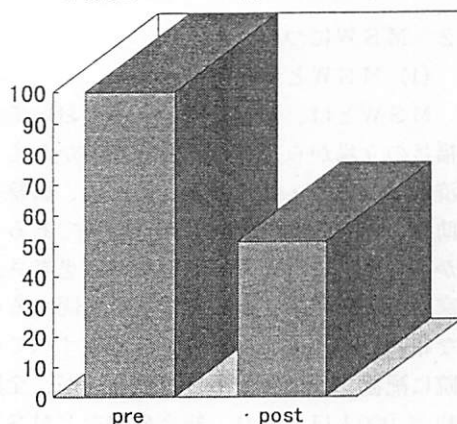


図6 「子どもとの関わりの大変さ」の変化 (幼児2: N=8; p=0.058)



福祉的援助の実際 —MSWの立場から—

北里大学病院ソーシャルワーカー

法 由 美 子

1 はじめに

当病院は大学病院という性質上、出生時に重い病気や障害が分かった、当院に来て初めて病気の診断がついたり、事故により重度の障害を負ったケースと多くで会う。そのような病気や障害に直面したときの親の驚きや悲しみ、怒りなどは計り知れない。その上子供の病気や障害に合わせて家族中が生活を変えていかなければならなくなる。まず親は医師や看護婦からは病気や治療、日常のケアについての知識や技術を習い、リハビリのスタッフや栄養士からも指導を受け、実践していかなければならなくなる。これらのことが突然、親の肩ののってくるのであるから、その精神的・社会的負担は並大抵のものではない。このような両親に対し、MSW（保健医療機関におけるソーシャルワーカー）は病院の中で働く福祉職として、両親の負担を軽くしながら、変化する生活の中で生じる様々な問題に対応している。今回はMSWがどのような職種で、子供のケースに対してどのような援助をしているのか紹介する。

2 MSWについて

(1) MSWとは何か？

MSWとは、保健医療の立場において社会福祉の立場から患者さんや家族のかかえる経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る職種である。わかりやすく言うと、病院を訪れる患者さんや家族の「暮らし」と「気持ち」に関する様々な相談にのっている職種である。すべての病院に配置されているわけではないが、全国に約3,000人ほどおり、総合病院などMSWが置かれているところは増えている。

(2) MSWの業務の内容

MSWの業務の内容は以下の通りである。（厚生省「医療ソーシャルワーカー業務指針」より）

- ・経済的問題の解決、援助——その患者さんに応じた医療費や手当など、社会保障制度の紹介や活用への援助。
- ・療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助——傷病に伴う様々な不安や悩み、また社会との関係で生ずる様々な困難や問題、例えば療養中の育児、家事、教育、職業、人間関係などの問題への援助。
- ・受診・受療に関する援助——生活と傷病の状況に適切に対応した医療の受け方についての援助。
- ・退院（社会復帰）援助——生活と傷病の状況から退院に伴い生ずる経済的、心理的・社会的問題の予防や早期の対応、解決、調整に必要な援助。具体的には転院のための病院や社会福祉施設の選定、医療機関での連携のもとで行う在宅ケア諸サービスの活用。住居問題、復職、復学の援助とそれに伴う患者・家族の不安などへの援助。
- ・地域活動——他の保健医療機関、市町村等と連携して地域の患者会、家族会を育成することや、地域ケアシステムづくりへ参画するなど幅広い活動。

(3) MSWの援助の方法

MSWは面接を通して患者さんや家族の話をまずゆっくりと聴く。そして何ぞどうしていったらよいかを一緒に考える。そこで必要な情報については収集して提供する。病気や治療に関する情報であれば医師からきちんと説明をしてもらう機会を作る。また必要に応

じて他の関係機関とのネットワークをつくる。そして患者さんや家族を精神的に支援する。このようなことを必要に合わせて行っている。

2 当院ソーシャルワーカー及び子供の疾患の傾向

当院は外来が1日3,000人、入院ベッドが約1,000床の大学病院である。MSWは5人おり、5人で1ヶ月に250人、延べ700回面接をしている。そのうち小児科のケースは約1割である。

当院は第3次救命救急センターもあるため、交通事故など負傷による入院の子供も多い。

当院の小児科の疾患の傾向は以下の通りである。

新生児集中治療室(NICU)に入院している未熟児、新生児仮死、先天性異常などの乳児、脳性まひやダウン症などの心身障害児、小児がんや腎臓病、心臓病、喘息などの小児慢性疾患の子供、事故や溺水などにより骨折や脳損傷を負った子供などである。その中でも重度な障害をもち医学的管理があり自宅に帰れない長期入院の子供が増加している。そのため、経済的な問題、親子の愛着形成の問題、退院計画の問題、一方では病院側のベッド効率化の問題など様々な問題が生じている。

就学の問題については当院では院内学級があるため義務教育に関しては学業の継続は可能となっている。

3 援助の実際

子供へのソーシャルワークの特徴の一つは親に対する援助になるという点である。子供が病気になるということは、順調な成長が妨げられること、生活をjする上で特別なケアが必要になること、就学に制限や条件がつくこと、入院により生活が分断されるということ、子供にとっても親にとっても生活が制限され、変化し、予定変更を余儀なくされることになる。その生活の方向づけは多くの場合親によ

ってされるためMSWの援助の対象は親になってくる。

その際、親を保護者や管理者という役割だけで見るのではなく、子供への愛情や期待をもち、また親以外の役割ももち、そこでの葛藤や不安をもった一人の個人としてとらえて関わるのがMSWとして重要な視点となる。そのような視点から子供の病気により生じた問題だけでなく、もともと家族の中にあった問題への援助をすることが、子供の療養環境の整備となり、間接的に子供への援助となっている。

ここでは具体的な4つの疾患、障害からソーシャルワーク、援助の実際を紹介する。

①低体重児、先天性異常

元気に生まれて欲しいという親の期待に反して低体重児や仮死、先天性異常の状態で出産した場合、親は大きなショックを受ける。そして原因が不明の場合は、原因をこじつけて後悔したり、周囲からの誤った偏見などに振り回されがちである。そのようなときは不安ばかりが先に立ち、何をどうしたらよいか分からないという危機に陥る。親類や医療スタッフのサポートにより親の対処能力が回復できる場合はよいが、難しい場合にはMSWの心理・社会的な援助が必要になる。

具体的には「どうなっていくか」という予測がつかず、加えて医師との十分なコミュニケーションが出来ない場合や子供に対して否定的な感情をもつ場合などである。このようなときに子供を直接ケアしていないMSWが関わることは、有意義である。

MSWはまず親の気持ちや考えを十分に聴き、受け止める。そしてその中で出てくる心配や疑問を、社会資源の活用をまじえながら一つずつ一緒に解決し、不安を軽減していく。

大切な愛着形成の時期に一緒に過ごせないことで、親自身が親という実感をもてないでいることも配慮しながら、援助のプロセスを

歩む。

利用できる社会資源としては、医療費の公費負担制度として、未熟児養育医療や育成医療などである。

②小児がん

小児がんは白血病、脳腫瘍、神経芽細胞腫など病気も治療法もさまざまなだが、いずれの病気も死を予測させる病気であり、親に大きなショックを与える。近年は治療法の進歩により癌＝死ということはなくなってきている。白血病の寛解期もかなり長くなっている。そのため小児がんとつきあいながら生きていく患者さんが増えてきており、その中で生じる生活の中の様々な問題にMSWが関わっている。具体的な相談内容は親の病気に対する不安や子供を支え続けなければいけないという精神的負担、子供への接し方の悩み、頻回な入院に対する医療費などである。また白血病で骨髄移植をする場合は個室利用に加え、遠隔地から治療のために母と患児だけが別住まいをするなど経済的、精神的負担がある。

MSWはそれらの問題に対して、その都度社会資源が使える場合は使いながら、親を精神的に支援し、問題を整理して自己決定を促している。

使える社会資源としては医療費の公費負担制度として小児慢性特定疾患、状態や所得によっては特別児童扶養手当を申請することを勧めている。またがんの子供をもつ親の会である「がんの子供を守る会」をほとんどのケースに紹介している。ここでは親への相談や療養費の援護、催しを通しての同じ病気の子供をもつ親同士の交流の場の提供をしている。

③慢性腎疾患

慢性腎疾患はほとんど治ることのない慢性疾患である。保存期、人工透析あるいはCAPDをしている時期には食事や水分の管理を中心とした自己管理を求められる。

また腎臓移植を受け、ほとんど制限がなくなっても薬は飲み続けなければならないし、日々拒絶反応や透析の再導入の不安と闘わなければならない。まさに「病気とつきあいながらの生活」を強いられることになる。乳幼児期には病気の自己管理は親にゆだねられていて、児童期、思春期に徐々に本人に移行されていく。そのためにMSWのかかわりも長期になるし、また子供自身へかかわるケースも多い。

MSWは子供の成長・発達課題に合わせて社会に適應できるよう様々な問題に、その都度対応している。援助の最終目標は自己管理の移行がスムーズに行き、子供が病気を理解し、受け入れて、精神的にも社会的にも自立していくことにおいている。

そのためにはまず親が子供の病気のショックと向き合い、受け入れて行くプロセスにつきあうことから始める。次に子供の年齢に合わせた病気の理解を子供にさせることを促す。

この時期体調が悪かったり、外見を気にしたり、いじめにあったりと学校に行きづらくなる要因は多く、親が過保護になりやすいが、子供が学校に行けていることは将来の社会適應のバロメーターともなるため、学校にはなるべく通うよう支援している。

子供自身と関わるのは思春期以降になることが多く、内容は勉強のこと、異性のこと、外見のこと、将来の仕事のことなどである。

それらのことを病気や療養との関連で考えていくため、それまでの間に病気のことをどれだけ自分のものとして受け入れているかがその後の方向性を決める鍵となっているように感じる。

使える社会資源としては医療費の公費負担制度として小児慢性特定疾患、特定疾患病療養受領証、身体障害者手帳にともなうサービス、ネフローゼ児の親の会、全国・都道府県・市町村の「腎友会」などである。

④重症心身障害児

これは退院の際にMSWの援助が必要になるケースとして紹介する。重症度心身障害児のほとんどのケースは親が介護者として、管理者としての役割を果たすために、医療者が適切な指導を行うことで自宅への退院が可能となる。しかし医学的なケアが必要で、介護量が多いケースは退院が非常に困難になる。

具体的には乳幼児では気管内チューブや気管切開をしていて頻回な吸引を必要とするケースや人工呼吸器を必要とするケースなどである。医療の技術は進歩したが、そのような状態を看していく親のケア技術の高度化、精神的な負担、慢性疲労、周囲のサポート体制の不足など、多くの課題が残されたまゐる。そのため退院する際には他職種による準備が必要になる。社会資源の面では高齢者のサービスにあるショートステイのようなものが重度の障害児に対しては枠が少なく、あってもケアの内容によっては、安心して預けられない場合もある。訓練のための通院施設も自宅からの距離が遠かったり、老人のデイケアと違い、必ず母子で通わないといけなかったりと、親が休息するためのサービスが大変少ない。そのため介護の負担は親の肩に全面的のってきてしまう。

そのような状況の中で退院援護としてのMSWは、まず親の退院させたいという希望と現実の病状、必要なケア、介護をするマンパワー、技術などの検討をする。そして自己決定を促し、決心したらその決意が維持できるよう精神的に支援する。

社会資源に関しては把握しているものに加え、ニーズに応じて開拓している。そしてこれらの社会資源を活用して医師や看護婦、PTなどとともケアプランを立て、外泊を繰り返して問題点を見つけ、解決しながら地域の関係機関・職種と連携をとりながらサポート体制を整え、退院までの援助をしている。

使える社会資源としては肢体不自由児の通

院施設や入所施設、訪問看護ステーション、身障手帳や療育手帳によるサービス、障害児を受け入れている保育所、母親がいざという時に頼れるヘルパーなどである。

4 その他の分野への関わり

MSWが関わる対象というのは子供の疾病や重傷度によるだけでなく、子供の病気や負傷により表面化した「これまで抱えていた問題」によって対象となることが多い。

具体的には経済的困難、親自身の問題への対処傾向、夫婦関係の不和、親戚・近隣との疎遠な関係などである。そのような視点から特にMSWが関わる必要があるケースとしては児童虐待、不登校、日本で生まれたオーバーステイの外国人の子供のケースなどがある。

それらの問題は子供の治療だけでなく、その生活背景、つまり家族、学校、国、文化など子供を取り巻く環境すべてを視野に入れて治療・援助を考える必要がある。それらの問題にはMSWならではの心理・社会的な視点をもって関わっている。

5 おわりに

今回は子供のケースに対する当院のソーシャルワーク援助について紹介した。慢性疾患をもつ子供については、親への援助から始めて、子供が自分の病気を知り、認め、受け入れて、その上でどう生きていくかを考えていける、そういう社会人になるための土台づくりをする、そのプロセスがMSWの役割りと受け止めている。

一方、一生誰かの介護が必要な状態の子供には、親を支えるために必要なサービスが、いつでも、必要な期間提供されるように、社会に働きかけていくことがMSWの大切な役割ではないかと感じている。

社会の変化によって生じる子供の健康に関する新しい問題に対して、敏感になり、積極的に取り組んでいきたい。

福祉的援助の実際 —MSWの立場から—

神奈川県立こども医療センター

山本文子

はじめに

社会福祉・福祉援助の意味をまず考え、その仕事をする職種の一つとしてのMSWについてどんなことをする人なのかを知っていたきたく、『業務指針』を載せた。MSWの仕事の一例として私の勤務している相談室の仕事の進め方を述べ、最後に援助のためのいくつかの制度を述べる。

1 社会福祉

社会福祉、福祉というと、戦前はまず『慈善事業』とか、『救貧事業』というようにとらえられていた。困った人やかわいそうな人がいるから助けて上げる、恵んで上げるということが中心の考え方である。“上”から授けられるものであり、受ける側は“ありがたく受ける”という構図になる。しかし、戦後は基本的な人権の考え方の中で捉えられるようになっていく。国民としてふさわしく生活を支え、生存権を守る制度、施策、援助と理解される。

現在、日本の社会福祉の基本は日本国憲法第25条にある。そこには、国民の生存権を守る一翼として社会福祉は位置づけられ、国の責任が明記されている。生存権は、健康を保って労働、社会生活、社会活動に参加していく国民の権利であるから、国が責任をもっている。

福祉援助というのは、この社会福祉の目的や理念を制度、施策や社会的活動を活用して実際に展開し具体化していくことである。内容から所得保障、医療保障（医療給付と医療費給付）、生活障害保障の分野がある。

2 MSW (Medical Social Worker)

健康を保つために広い意味の包括医療（予防から治療、リハビリテーションを含む）を、

国民が権利として受けられるように援助する仕事をする人である。現在、日本の病床数は160万床と言われているが病院や老人保健施設で働いているMSWは5,000名とまだまだ少なく、1名のMSWもない病院は多く、また配属されていても少数のため求められている業務を十分遂行できない状態とか、存在を知らないため援助を求められないという現状もある。

医療の進歩、疾病構造の変化、社会保障の制度の変更などは、MSWにとってさらなる関与すべき課題として待っている。インフォームドコンセントをめぐる問題、重度の病気を抱えながらの退院をめぐる問題、移植医療をめぐる問題・・・などである。また、MSWの資格制度化の問題（医療福祉職専門職化を目指す運動）も本来一本化されるのが妥当と思われる資格制度が、一部を対象とした社会福祉士として成立しており、MSWの職能団体である日本MSW協会が長年取り組んでいるがまだ解決困難な状況にある。

MSWの業務：任用資格がまだ制度化されていないなかで、業務の確立が出来きっていない不安定なMSWの状況であるが、1990年に厚生省内に設置された検討委員会は報告書『医療ソーシャルワーカーの業務指針』を公表している。この指針は趣旨として、『国民の医療ニーズは高度化し、専門化し、保健医療の場において患者のかかえる経済的、心理的、社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図るソーシャルワーカーの果たす役割に対する期待は、ますます大きくなっている。しかし、その（業務）範囲が必ずしも明確とはいきれない。方法についても充分確立していない。そこで指針を定め、資質

の向上を図る』ということが述べられている。MSWは総合病院、精神病院、保健所などいろいろな保健医療機関で業務を行っており、その機関により業務の特性があるが、この指針に盛り込まれていることは標準的なMSW業務であり、目指していくものといえる。

3 こども医療センターにおける

指導相談室の活動

(1) こども医療センターの概要

神奈川県立こども医療センターは、高度かつ困難な医療を提供するこども病院と、児童福祉法に基づく肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設、そしてゆうかり養護学校横浜分校が併設されて、1970年に開設された。1977年には養護学校分校は独立校として県立横浜南養護学校となり、入院、入所中の小学校児童と中学校生徒が在籍し、病弱養護学校として貴重な機能を担っている。こどもの医療・福祉・教育の総合施設である。1992年にハイリスク妊娠の時期からの医療ケアを開始できる周産期医療部が発足し産科・母性内科も加わり、病床数は内科系・外科系・循環器・精神科と合わせて329床、肢体不自由児施設40床、重症心身障害児施設40床と合計419床となっている。病院部門の対象年齢は(産科・母性内科は別にして)初診時は生後すぐから中学生まで、そして18歳位までに対応している。その医療は包括的医療を常に考え、また当施設内だけで完結するものではなく地域との連携を重要と考えている。そのため全受診児は地域からの紹介によっている。

(2) 指導相談室

患者・児と家族にとって医療の中で生じてくるさまざまな困難、問題や心配などに対して“よろず相談の窓口”として開かれているとともに、地域とこども医療センターとの連携の窓口、“要”の役割、更にセンター内で包括医療を実施するため多くの専門職、部門の協力の潤滑油的な役割も担っているのが指導相談室(含周産期医療部指導科)である。

医療機関の中での保健部門であり、福祉援助をおこなう部門である。構成職種は保健婦(4名)とMSW(3名)である。

図(1)は指導相談室の組織的位置づけと業務内容、そして地域との連携の要としての位置づけを示している。

(3) 個別相談活動

(1) 援助の開始①: 援助開始の一つは相談の依頼を受けることから始まる。依頼は患者や家族からだけでなく、院内でその患児・者と関わる医師や看護婦などの職員や地域でその患者・児と関わっているところからも受けている。もちろん患者・児家族以外からの相談は患者・児家族の了解が得られていることは当然である。相談したいとか問い合わせの形で電話が入ったり、来室されて始まる。

(2) 援助の開始②: 援助の開始は、指導相談室員である保健婦やMSWの病床訪問などから始まることもある。相談室では各病棟・外来、またはいくつかの疾患にそれぞれ担当者を決めている。そして各自は担当の病棟や医師と絶えず連絡を取り合い、援助にそなえている。

患者家族には『何でも相談してよい人』と入院などの時点で主治医や婦長から紹介されて接触を始める。相談室のキャパシティの関係などから全患者家族との接触はできないが、それでも周産期指導科では妊産婦の全員と関わりをもつことにしている。何か問題が生じてその解決ということだけでなく、病氣、治療、療育生活などということそれ自体が危機的状況なのであるから、その人に寄り添い、その人を支える存在ということも相談室の役割である。

(3) 相談内容: 関与した全ての患者家族について、それぞれ中心となった内容を一つに絞って示したのが<表1>である。<表2>は周産期指導科として妊産婦への援助内容の件数である。

(4) 家族の問題: 母親との相談内容には、子

どもの病気に伴って生じる不安、怒り、生活変化への対応、兄弟姉妹への対応などのことが含まれている。

病気・病状・受診方法などには、病気への不安とか治療の確認などがある。

(5) 入院準備：入院準備には、入院時の持ち物の確認をしながら、入院へ送り出す家族の心配や子どもへの入院の悪影響への対応などが出されている。

(6) 援助の方法：患者家族と面接してまず問題とか事態を整理するところから始まる。そして制度や資源の活用、適用で力になるものがあれば呈示する。治療・療育への不安や疑問などあれば、治療担当スタッフや地域での支援スタッフとのカンファレンスをしたり家族との話し合いの場を提供したりする。そして家族が進む方向とか利用する制度や資源を選び決定すれば、次にはその方向で必要な手助けをする。

(7) グループ指導：腎不全、若年性糖尿病、側わん症、口蓋裂などいくつかの病気について、同じような症状の患児家族に集まってもらい、病気治療や援護制度についての話し、食事や訓練の指導を提供し、質疑応答や経験を交流し話し合いの場を作る。この交流の経験は患児にとっても家族にとっても貴重で、中には親の会として独立していった疾患グループもある。

(8) 継続看護事業：地域でのケアとして、保健所の保健婦に家庭訪問指導を依頼する事業である。病院と保健所との連絡調整実務を受け持っている。地域での訪問担当保健婦からも在宅での状況や問題などの情報が相談室へ、病状や治療の情報が相談室から保健所へ連絡される。そのなかで支援のための資源を新たに探したりして支援体制をかためていくのである。

(9) 訪問看護ステーション：老人保健事業から始まったこの事業も病気や障害の子どもにも利用が広がっている。在宅での支援体制に

加わってもらいその連絡調整を行っている。(10) HIV保健センター：県のエイズ対策事業の一つとして、県立病院での患者支援を行っている。

4 子どもの病気・障害の場合に適用できる制度

子どもの病気や障害の場合における援助の手段方法としての制度についていくつか触れておく。

(1) 医療保険制度：1961年に国民皆保険が実現し、<図2>のような体制となっている。

保険の適用される医療を受けるとき、療養の給付とか家族療養費として7～8割が給付される。自己負担となる2～3割の内、高額療養費として1ヶ月65,000円以上の部分が給付される。<図3>に医療費の内訳を示したが、各種の公費負担医療制度が適用されるのは、<図3>の(b)の部分である。

(2) 公費負担医療制度：・育成医療（児童福祉法）——18歳未満の身体障害児の障害の除去や軽減のための医療に。主に手術が対象となる。所得により負担がある。

・養育医療（母子保健法）——未熟児のため入院治療による養育が必要なとき。所得による負担がある。

・小児慢性特定疾患（治療研究のための国の予算措置）——いくつかの難病が指定され、その医療を受ける患児にとっては医療費援護となっている。保護者の所得による制限はない。

・重度医療——治療や疾患を限定しないで重度心身障害者（児）を対象（身障手帳1・2級と療育手帳A）とした地方自治体の医療費援護。

・乳幼児、児童の医療——自治体がそれぞれ単独の事業として行っているものがある。神奈川県では1歳までの医療全般と、中学生まで（所得制限があるが）の入院医療。また一人親家庭の場合の医療費援護制度がある。

・身体障害者手帳・療育手帳——交付される

と障害や疾病とその程度が認定され、各種の援護を受けることが出来る。「手帳を受けたいが、交付されると障害児とレッテルをつけられ学校などで差別され不利にならないか」という相談を受けることもある。福祉援護は障害者の人権を守るためのものであること、手帳はそのためにいつも使える診断書なのだということを話し、そこから障害や病気をもつ子供を育てることやそれをどう受け止めていくか、福祉の現状はどうかなどへと話が進んでいくことも多い。

・手当・年金——多くは福祉事務所が窓口となっている。在宅児が対象なので施設入所措置の場合は給付されない。自治体により内容が異なるので相談者の住居地の情報を求め提供しながら、受給に向けての手続きを手助けしていく。

・特別児童扶養手当——重度障害児は月額50,350円、中度障害児は33,530円。所得制限がある。

・障害児福祉手当——重度障害児に月額14,270円。

・在宅障害者・児手当——地方自治体の給付するもので年額6,000～25,000円と3段階になっている。

(金額は平成9年度現在のものである)

(3) 所得保障。生活保護：生活困難世帯の生存権保障の制度であり、生活・住宅・教育・

医療などの扶助を内容としている。この制度を活用して治療、療養の生活をどう確立していくか、将来にわたって見通し、計画を家族が立てられるよう話し合ったうえ、保護申請の手続きを援助する。

(4) 生活障害の保障：日常生活用具の給付や補装具の交付、乗車運賃の割引や福祉タクシーの利用、ハンデイキャブの利用、ボランティアの活用、ホームヘルパー派遣などの相談のなかで患児の生活上の不便解消、家族全体のQOLを高めるための事業、制度の活用を進めていく。

おわりに

社会保障の見直しが言われている中で、家庭基盤の弱化や社会の変化は子どもに負担をおわすことになっている。未入籍、未婚の父母のもとの子ども、無保障の状態におかれている外国人家族とその子ども、自分の子どもをかわいく思えないとの虐待・放置してしまう不幸な親とその子どもなど問題は多い。問題をどう組み立てていくか、使える資源制度はないか、家族にとっての中心となっていける人はいるのか、病院内外での支援体制をどう作るかなどと事件の渦の中にいるような状況になりながら相談室は動いている毎日である。

医療ソーシャルワーカーの業務指針(抜粋)

1. 趣旨

2. 業務の範囲

(1) 経済的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、患者が医療費、生活費に困っている場合に、保険、福祉投函軽諾制度を活用できるように援助する

(2) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うためにこれらの諸問題を予測し、相談に応じ、解決、調整に必要な援助を行う

(3) 受診・受療援助

入院、入院外を問わず・・・

(4) 退院（社会復帰）援助

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる経済的、心理的・社会的問題の（以下(2)と同じ）

(5) 地域活動

関係機関、関係職種と連携し、地域の保健医療福祉サービスつりに・・・参画する

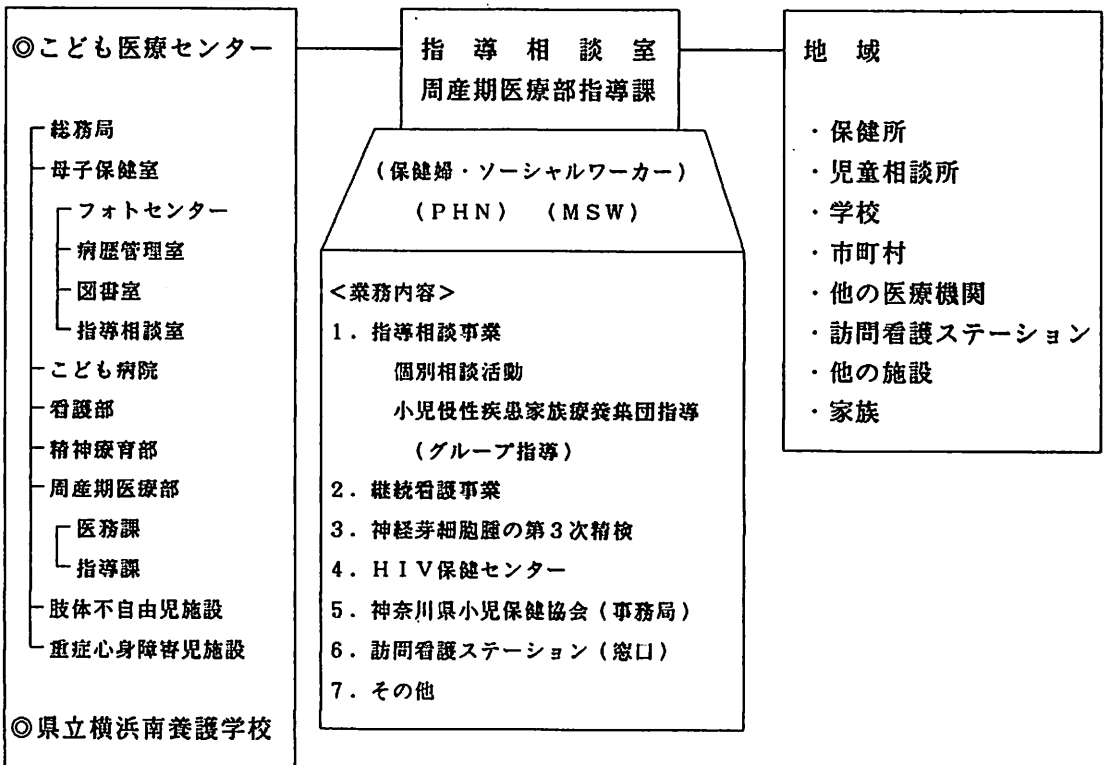
3. 業務の方法

- (1) 患者の主体性の尊重
- (2) プライバシーの尊重
- (3) 他の医療保健スタッフとの連携
- (4) 受診・受療援助と医師の指示
- (5) 問題の予測と計画的対応
- (6) 記録の作成等

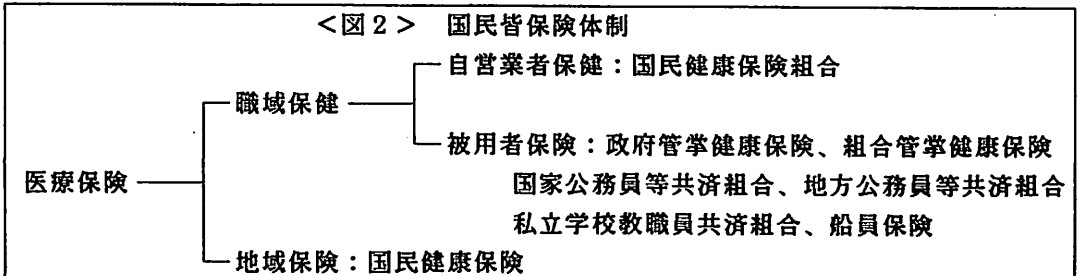
4. その他：次のような環境整備が望まれる

- (1) 組織上の位置づけ
- (2) 患者、家族からの理解
- (3) 研修等

<図1> 指導相談室の組織的位置づけと業務内容



<図2> 国民皆保険体制



<表1> 新ケースの相談内容 (1996年度)

相談内容	相談依頼者								
	合計	医師	看護婦	院内職員	保健所	児童相談所	学校	その他の機関	家族
家族の問題(受け入れ、保育上、経済上の問題等)	225	29	28	1	12	6		8	141
母の相談相手	425	20	75		9	3		1	317
育児相談	259		4	2	13	3			237
病気・病状	380	106	10	1	45	19		12	187
受診方法	163	3	1	1	36	5	2	45	70
入院準備等	27		1		2	5	1	4	14
医療費	211	10	9		1			3	188
福祉制度	81	1	3		4	1		10	62
吸引器	46	3	4					2	37
訓練会・保育園等	35	1	2		5			4	23
学校生活	36	1			2			1	32
保健所等への 訪問援助依頼	141	3	82		49				7
妊産婦への援助	226	59	10	10				1	146
その他	86	4	5		11	1		13	52
合計	2,341	240	234	15	189	43	3	104	1,513

<表2> 周産期医療指導課対応の内容とその件数

1	経済上の相談	77
2	医療援護制度	213
3	地域保健所連携 (未熟児訪問指導依頼を含む)	213
4	福祉事務所との連携	8
5	児童相談所との連携	11
6	所内診療科調整	30
7	家族内関係調整	28
8	精神的支援	294
9	育児・保健相談	163
10	外国人家族への支援	24
11	未入籍・未婚	6
12	児の死亡した家族への支援	76
13	その他	18
	計	1,159

日本国憲法25条
すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

福祉から見た教育への期待

みちのく子ども療育センター長

(兼ことりさわ学園長)

石川 敬治郎

はじめに

まず最初に述べたいことは、《福祉、特に児童福祉》と《教育》は、本来は同じ基盤に立っているべきなのに、その接点をもっていないのが我が国の現状とすることである。

(このことについては後述するが、特に昨今の福祉観は大きく変貌している。)

これは次のような、長年の日本的な考え方に起因しているものとも思われる。すなわち長い間、日本の学校教育の中では、“心身ともに健全なる者”だけが義務教育を受ける資格を有するものであり、その“欠落者”は学校教育の対象外であるという考え方が根底にあった。

一方、福祉の面では、その除外された者を“拾い”保護してあげる、という慈善的な考え方があった。特殊教育の世界においても、この考え方が現存していると言っても過言ではない。

昨今、福祉教育が強調され、学校の中でも「福祉教育」のさまざまな実践がなされているが、これとて基本的にはこの考え方の範疇を出ていないと思う。

さらに卑近な例で言うと、通常の学校教育の場で、《福祉》が登場するのは、学校納入金の低所得家庭の免除とか、クラスの子どもが福祉施設から通学しているとか、非行を犯したから児童相談所への通告であるとかであり、特殊教育対象の子どもたちが通学しながら福祉の“世話”になっていることも理解されていないのが一般的現状であろう。養護学校の児童生徒の場合も、教育の場を通し、あるいは医療的ケアを通して教育福祉、医療福祉施策の面で支えられていることも殆ど知られていないのが実態であろう。そして何より

も、殆どの場合、義務教育を終了すると、その特殊教育の対象児が、教育の場から福祉の場に“転籍”されることも認識されていない。

これらは言わば《特殊》の子どもたちの例であるが、児童福祉の真の“ねらい”である子ども全体の健全育成と言う視点では、学校教育と福祉は殆ど接点を持っていないのが現状である。

1. 福祉とは何か？

“通常”の資格、ないしレベルを有しない子どもたち、例えば障害を持つ児童、病弱な児童、あるいは非行を犯した生徒、家庭的に不幸な子ども達などに対して特別な保護を行い、“かさ上げ”をして“通常”な子ども達の仲間になんとか加えて行く、しかも善意に満ちた配慮で、という従来型の福祉は、今大きな転換を迫られているのは事実である。

厚生行政の中で、又いわゆる福祉の世界で、《福祉》の今日的表現は、従来の対象者の救済的保護育成を基本とするウエルフェア（Wellfare）から、個人の人権尊重、自己実現を支援するためのソーシャル・サービス、しかも、子ども・家庭サービスを基本とするウエルビーイング（Wellbeing）と変容してきているのが今日の情勢である。

そもそも、児童福祉法第一条には「すべての児童の心身ともに健やかな育成」と明確に謳われているが、従来は、言わばこの広義の健全育成よりも、どうしても狭義の健全育成、つまり前記のような特殊な児童の救済的健全育成に主力が置かれざるを得なかったが、後述するが今回50年ぶりの児童福祉法の改正にあたり、その本当の“ねらい”がより具現

化されようとしている。しかも子どもの権利条約の基本理念の、子どもが「主人公」であることの確認の上である。

もちろん現実には狭義の児童福祉の域を抜け出していないことの方が多いのもまた事実である。が、同時に、特に行政の姿勢としては、明らかに広義の児童福祉に転換しつつあることもまた事実である。

であるとすれば、少なくとも児童福祉の面からは、教育と同じ基盤に立ち、子どものウェルビーイング確立のための接点が求められやすくなってきたのである。

例えば、今回の児童福祉法改正の一つに、児童福祉施設の一つである教護院の大きな変革がある。名称も児童自立支援施設と変更されただけでなく、従来その対象の非行児童の教育は教護指導で代行されており、言わば義務教育の保障がなかったが、今回の改正において、それが保障されただけでなく、教育が《治療教育》の役割さえ与えられてくるようになったのである。

2. 今回の児童福祉法改正はどのようなのか、施策はどう変わるか？

今回50年ぶりに大幅な児童福祉法の改正がなされたが、他の分野の方々からも児童福祉について理解してもらうために、以下基本理念を中心とした要点を説明しておきたいと思う。

法改正自体は表面的には児童福祉施設の名称変更などが中心のように見られているが、その“ねらい”としたことは、実は前記のように狭義の児童福祉から広義の、しかも未来的児童福祉への大きな転換の出発点であることは事実である、と私は認識している。

その内蔵している理念は以下のものである。

基本は「児童福祉」から「家庭・児童福祉」へと転換し、

◇「家庭支援」の視点から、

① 児童養育に関する家庭と社会の共同責

任。即ち「保護的福祉」から「支援的福祉」「児童福祉」から「児童家庭福祉」への転換。

② 男女共同型子育ての推進。即ち「血縁・地縁型子育てネットワーク」から「社会的子育てネットワーク」へ。

③ 多様な価値観と多様なライフスタイルを前提とした支援策の展開。即ち「与えられる（与える）福祉」から「選ぶ（選ばれる）福祉」へ。

④ 地域を基盤とした施策の総合的・計画的進展。即ち、「点の施策」から「面の施策」へ。

◇更に「児童の権利保障」の視点からは、

① 「児童の最善の利益」の明確化。即ち、「おとなの判断から」「子どもの意見表明も」へ。

② 「私権」と「公権」、「親権」と「子権」の関係調整システムの構築。即ち「親権の情誼」から「子どもの権利のための介入」へ。

☆高橋等編著「子どもの家庭白書」から

今回の改正作業において、これらの全てが具現化されたとは言い難いのであり、むしろ課題の多くは今後に残されている。

繰り返し述べるが、基本のルールが敷かれたことは事実であり、それは福祉と教育が両輪として21世紀に向けて、子ども達のために共通の基盤に立つことが強く要請されたものと考えるのである。

福祉はもはや一部の、教育から“除外”された子ども達のためではなくて、全ての子ども達のウェルビーイングの確立に向けて歩み出したのである。このことは十分に認識して頂きたいと思う。

このことを、実際の事例をもって説明したい。

児童福祉施設の一つに情緒障害児短期治療施設がある。これは現在全国にわずかに16施設しかないが、言うところの学校不適應の子ども達に利用されている。これは本来なら

ば、「措置され、入所」し、治療・指導を受ける施設である。しかし、今回の改正では名称もそのまま、対象もそのままであるが、対象年齢が20歳まで延長された。改正の事実はこの程度であるが、各施設の実態として、今、多様な形態での「利用施設」に変貌している。入所あり通所あり、短期入所や長期入所あり、外来相談があり、家族の子育て相談があり、教員の教育相談や多面的な研修がある等々。

更に、治療・指導も多様、個別的であり、専門的、総合的であり、かつ福祉と教育の一体化が進み、まさにウエルビーイングに立脚してのものであると確信している。不登校、心身症、学習障害、被虐待児童はじめ学校不適応の子ども達のために、福祉と教育が共通の基盤の上に立って運営されていると言っても過言ではない。これらはまさに、法改正の“先取り”であるが、これは今後さらに強化、推進されていくであろう。

3. 現今の《教育》の中の《福祉》

ここで現今の教育の中の福祉を概観しておきたい。

盲学校、聾学校、肢体不自由、精神薄弱養護学校児童・生徒の多く、そして病弱養護学校の一部の対象児は、先天性原因に起因している。従って、学校入学前からその障害の多くは判明しており、何らかの形で医療・福祉の面からの関わりを有している。入学によって教育との関わりが生まれるのであるが、これは医療・福祉との断絶を意味するものではない。併行していくものである。後でも述べるが、ここで生じがちな断絶が教育の大きな課題でもある。それはさておくとしても、障害児義務教育ないし高等教育修了後、この子ども達は再び医療・福祉、特に福祉の分野に“移行”ないし“移籍”されるのである。

この福祉から教育への“移籍”の間も、福祉の分野では、この子ども達は対象として事

が進められる。これは障害児童・生徒が「障害者手帳」などを持参していることからも理解されよう。

例えば、これをこの機関誌の読者の大半を占めるであろう病弱養護学校関係者が、直接かかわっている児童・生徒の場合の教育の中の福祉について若干述べてみたい。

病弱養護学校の児童・生徒の多くは、その治療費の自己負担が無い。これは小児慢性特定疾患の治療費補助制度の適用を受けているためである。この制度によって安心して療養が受けられるようになっている。つまり、医療福祉の恩恵を受けているのであり、これは学籍の有無には関係がない制度で、義務教育の終了後も適用される。厚生省行政の医療福祉施策の下で保護されており、安心して教育を受けられるということになる。

このことは、病氣治療の経済的負担による教育の中断を防ぐこととなっている。重症心身障害児、肢体不自由児、筋ジストロフィー児なども同様である。これは単に経済的負担の軽減のみではなく、すべての子ども達のウエルビーイングの基盤を保障することによって、従って、教育もその支援活動の重要な一翼を担うことを意味している。例えば、病弱教育は、病氣療養に伴う学習空白の単なる“埋め方”の作業手段を超えて、病氣をもつ子ども達のウエルビーイング活動への参加ということになるわけである。ここで初めて、医療・福祉と教育が共通の基盤の上に立つこととなり、その連携が不可欠のものとなってくるのである。

また、現今の病弱養護学校児童・生徒の中に、数多くのいわゆる「不登校児」がいる。心身症、神経症、自立神経失調症、あるいは喘息や肥満に伴う学校不適応児などの診断名のつけられた子ども達である。この子ども達が現今急増していることは周知のことで、その子ども達の大部分は、ある意味では“手付かず”の状態であるが、一部、情緒障害児短

期治療施設や養護施設あるいは教護院などの児童福祉施設に入所したり、児童相談所などで指導を受けたりしている。つまり児童福祉の分野でもかなり関わっている状態である。医療・病弱教育か福祉かいずれのルートに乗るかは、症状、状態像の軽重というよりも、現実には親の《ルート選択の違い》と言っても過言ではない。しかも対処の仕方の相違も余り見い出せない。つまり医療、福祉、教育の差はない。だとするならば、その相互に経験の交流、連携の必要なことは言うまでもないことである。つまりここにも教育の中の福祉、またその逆もあり得るのである。

いずれにせよ、福祉も教育も基本的には、「個々の子ども一人一人の抱える課題に対して、それを克服しつつ、一人一人の自己実現を果たすことに《支援》する行為」には変わりがない。まして前述のように福祉が今大きく転換しようとしているのであれば、両者間の壁は現実的に取り除かれていくものであろう。

4. 福祉からみた教育への期待

最初に私自身の医療、福祉への関わりの経緯、その中で教育との連携について若干述べておきたい。

私は大学病院での小児科臨床を積んだ上、20年間小児慢性疾患の医療機関に勤務した。その間、対象児童の病気が、結核から喘息、腎臓疾患などの小児慢性疾患と変遷してきた。さらに50年代後半よりいわゆる心身症が増加し、62年にはその専門児童福祉施設、情緒障害児短期治療施設に移り、いわゆる学校不応答の子ども達に対応して10年を経過した。その間、病弱養護学校教育と関係してきた。一方では精神薄弱養護学校や虚弱学級との関わり、就学指導行政、児童福祉行政との関わりもあった。

以下のことは、これらの経験からのものであることを断っておきたい。以下、ランダム

的に記したい。

(1) 教育の力は極めて大きいこと

病弱児を通しての経験であるが、前記したように、学習空白を埋めるための病弱教育の域をはるかに超えて、子どもの病気の治癒には、教育、あえて言えば学校生活の保障は不可欠のものである。その意味では教育も治療の大きな一翼を担うものであると確信している。

この考え方からすれば、障害をもつ子ども達、病弱の子ども達、あるいは行動面でさまざまな課題をもつ子ども達の教育は、もっと深く吟味されるべきであろう。

その主要な点の一つは、これら子ども達に対して《治療教育》の構築が強く要請されるであろう。先に述べた教護院の教育でも同じである。

そして目指すものは、障害や課題を克服しつつ、児童福祉が目指すウエルビーイング、つまりそれらを抱えながらの《自己実現》のための教育であるべきであろう。そしてこれは、当然健常児についても同じことが言えるのではあるが、特別な障害や課題を持つということで、それらを踏まえた上でのウエルビーイングであるので、より治療教育が求められるのである。

言ってみれば、現今の我が国の教育の最大課題である個別的教育をより徹底し、かつ他の分野との強い連携のもとでの《治療教育》の展開である。

(2) 《生涯生活》の中の《学校生活》

現在の特殊教育の対象児の大半は、おそらくその障害や課題を生涯持ち続けて生き抜いていく子ども達であろう。

このため前記したように、入学前そして卒業後は、多くの子ども達は狭義の福祉のルートの中で生活して行く。学校教育の対象期間は、その間の一里塚に過ぎないものである。

しかし極めて大切な一里塚であるが。

確かに学校に入学してきた子ども達は、教員にとっては初めてそこに“現れる”子ども達であろうが、子ども達にはそこに至るまでの一人一人の成育史があり、その流れの上で今入学したわけである。子どもの側からすると、入学、教師との初対面は自らの成育の過程での一齣に過ぎないのである。同じように卒業も子ども達にとっては流れの成育の一齣に過ぎず、その後も連綿として成育し続けるわけである。

このことは障害や課題を抱えた子ども達にとっては、一層大きな意味を持ってくるのである。が、現今の特殊教育の場ではこの基本的視点が極めて弱いと思うのは私一人であろうか。福祉の現場ではこの視点を欠いたのでは、仕事にならないのであるが・・・

今後は一層、《生涯成育》の中の《学校教育》であると言う視点を取り込んだ教育が必要であり、特に《特殊教育》の場では、この視点での再構築が不可欠である。

(3) 他の分野との広範囲な連携の教育を

現在の日本の子ども達の課題、問題は余りにも多く、大きい。私自身の小児科医師としての体験からしても、今日のような状況が招来されるとは、とても考えられなかったことであった。過去の社会的病氣そして死亡とも言うべき、子どもの体と命を守ることが至上課題的であった時代と、今日の時代は雲泥の相違がある。

そして、家庭や社会の子どもを育てる力が極めて減弱している今日の状況下においては、学校教育に課せられ、かつ期待されていることは極めて大きい。逆に言えば、今日的状況は、子ども達の教育のみでなく、子育ての中核は、もはや学校現場しかないと思えるのである。これは普通教育であれ、特殊教育であれ同じである。だとするならば、教育、学校、教師が狭い“校地内”に一人止まる時代

ではない。ある意味では、《教育》が社会的オルガナイザーの役割を果たすべき時代あると言える。

とりあえず特殊教育の場で、その役割を果たしていくべき時であろう。その当面の相手である福祉は今大きく変わり、教育との連携を待っている状況である。

以上、私が福祉の立場で考えている、学校、特に特殊教育について述べてきた。

その要点は、福祉と教育の連携、合体の必要性である。

教育は子ども育成の基本的柱であるが、ひとり教育のみでは、子どもの育成が果たし得ない時代状況である。

教育に他の分野をすり寄せて、結合し、子ども達に手を貸して行くべき時代である。

教育に、教師に、期待するところ極めて大きい時代である。

情報の提供を!

・平成10年2月、学術集会と研究・研修会を予定しています。(p55, 56参照)
研究・研修にテーマについては、理事会などで十分検討をしていますが、広く会員の方々からもご要望をお聞かせ頂きたいと願っています。

その一つとして、会員の皆様が関係しておられる他の学会や研究会等での話題、課題、問題点など、お知らせ頂けますと幸いです。

・心身の健康について長年、直接子供たちに接し努力されている方が、学校や職場にも多くおられると思います。是非、そのような方をご存じの節は、ご紹介下さい。喘息、腎臓疾患、筋ジス、心身症、白血病等ガン、代謝異常小児糖尿病、肥満症、等々。

第3回学術集会並びに研究・研修会開催計画概要

(未定部分を含む)

1. 日時 平成10年2月27日(金)28日(土)
第1日(27日) 午前9時40分～午後4時30分
第2日(28日) 午前9時40分～午後4時
2. 会場 神奈川県社会福祉会館
〒221 横浜市神奈川区沢渡4-2
TEL 045-311-1421(代表)
3. 学術集会並びに研究・研修会テーマ
「子どもの心とからだ」
4. 参加費 会員：4,000円 非会員：5,000円
5. 日程
《第1日》9:40～12:00 【学術集会】
9:10～ 受付
9:40～10:15 開会行事 会長挨拶
会務報告(総会に代えて)
10:25～12:00 記念講演
仮題「心身の健康に問題をもつ子供の見方、関わり方」
講師 波平 恵美子
九州芸術工科大学教授(文化人類学科)

【研究・研修会】

■第一分科会 アレルギー疾患(小児気管支喘息を中心に)■

- 《第1日》 13:00～16:30
- 13:00～13:50 (50) 基調講演(1)「小児気管支喘息の治療の現状と問題点」
講師：医師 西間 三馨 国立療養所南福岡病院 院長
- 14:00～14:50 (50) 基調講演(2)「アトピー性皮膚炎の治療の現状と問題点」
講師：医師 山本 昇壮 広島大学医学部 皮膚科
- 15:00～15:40 (40) 講演「喘息児の心理的問題とその改善」
講師：心理 吾郷 晋浩 国立精神神経C国府台病院心療内科
- 15:50～16:20 (30) 講演「小・中学校に於ける喘息児への対応の現状と課題」
講師：教育関係者 (未定)

《第2日》 9:40～16:00

「アレルギー疾患児の現状」(本人・家族・教育・看護の立場から)

- 9:40～10:10 (30) (1)本人：(未定)
- 10:10～10:40 (30) (2)家族：(未定)
- 10:50～11:20 (30) (3)教員：仲川 早苗 埼玉県立寄居養護学校 教諭
- 11:20～11:50 (30) (4)看護：大城 忠之 国立精神神経C 国府台病院
付属看護学校専任教員
- 11:50～13:00 (70) 昼食・休憩
- 13:00～15:50 (170) シンポジウム
テーマ「喘息児の自己管理能力を高めるために」
座長：医師 西間 三馨 国立療養所南福岡病院

- シンポジスト (1)医師：栗原 和幸 神奈川県立子ども医療Cアレルギー科長
 (2)看護婦：内田 雅代 長野県立看護大学助教授
 (3)心理士：中塚 博勝 大利根旭出学園長
 (4)教師：宮原 てるい 栃木県立足利養護学校 教諭
 (5)家族：竹宇治 聡子 (旧姓田中 元オリンピック選手)

【 研究 ・ 研 修 会 】

＝第二分科会 小児がん＝

《 第 1 日 》 13:00～16:30

- 13:00～13:50 (50) 基調講演(1)「小児がんの治療—最近の進歩と問題—」
 講師：医師 細谷 亮太 聖路加国際病院小児科部長
 14:00～14:50 (50) 基調講演(2)「小児がんの子ども達のクオリティ・オブ・ライフ」
 講師：医師 土田 昌宏 茨城こども病院血液科
 東京小児がん研究グループ運営委員長
 15:00～15:40 (40) 講演「小児がんの子どもについての相談の中で思うこと」
 講師：MSW 西田 知佳子 聖路加病院
 15:50～16:20 (30) 「小・中学校に於ける小児がんの子どもへの対応の現状と課題」
 講師：教育関係者 谷川 弘治 西南女学院大学保健福祉学部

《 第 2 日 》 9:40～16:00

9:10～

受 付

「小児がんの子ども達の現状」(本人・家族・教育・看護の立場から)

- 9:40～10:10 (30) (1)本人：(未定)
 10:10～10:40 (30) (2)家族：(未定)
 10:50～11:20 (30) (3)教員：山口 恵里子 東海大学病院院内学級 伊勢原小学校
 11:20～11:50 (30) (4)看護：岡 志寿子 神奈川県立子ども医療C看護婦
 11:50～13:00 (70) 昼食・休憩
 13:00～15:50 (170) シンポジウム

テーマ「小児がんの子ども達の生活の向上を目指して」

座長：看護 吉武 香代子 前慈恵会医科大学看護学科長

家族 小林 信秋 児童家庭文化協会事務局長

- シンポジスト (1)医師：石本 浩一 順天堂大学病院
 (2)看護婦：田原 幸子 東海大学健康科学部看護学科教授
 (3)MSW：堀越 由紀子 北里大学病院MSW
 (4)教師：小笠原 智子 神奈川県立横浜南養護学校 教諭
 (5)家族：(未定)

◆ 参加申し込み・問い合わせ先

日本育療学会事務局 佐 藤 隆
 〒194 東京都町田市森野1-39-15
 TEL&FAX 0427-22-2203

◆ 参加申し込み方法

(1) 郵便振替 口座番号 00270-5-75557

加入者名 日本育療学会

通信欄には、会員・非会員の別、参加分科会、職業・勤務先を
 ご記入下さい。 ご氏名には、フリガナをお願いします。

(2) 当日受付も行います。

〈施設紹介〉

虚弱児施設から最後の報告

その医療的ケアの実態と療育の精神

みちのくみどり学園 園長 藤 沢 昇

1. はじめに

(1) 虚弱児施設としての最後の報告

厚生省は、平成8年3月児童福祉法を全面改正する意向を明らかにして、中央児童福祉審議会に諮問し、その基本問題部会の中で、「要保護児童施策」の見直しについて論議をすすめてきた。

その結果、平成9年6月3日に「児童福祉法の一部を改正する法律」案が可決され、虚弱児施設は児童福祉法の条文から削除され、平成10年4月1日から児童養護施設（現在の養護施設）に「移行」することとなった。

その理由として、「結核児童の減少を背景として、その入所児童の態様が大きく変化し今日では気管支喘息、心身症など必ずしも身体が虚弱ではないが、家庭等の問題から支援を必要とする児童が半数以上を占めるようになった」と厚生省児童家庭局の改正内容に関する主要問答に書いてある。

(2) みちのくこども療育センター

みちのくこども療育センターは、創立が昭和32年で、今年40年目を迎える。

当時、貧困の岩手県を象徴する結核児を救うために、虚弱児施設「みちのくみどり学園」（定員80名）が設立され、次いで慢性疾患の子どもを療育する「みどり学園小児病院」を併設した。その後、不登校、心身症の子どもたちを治療・教育する情緒障害児短期治療施設「ことりさわ学園」（定員50名）を開設している。

さらに、小児病院を「もりおかこども病院」（病床数99ベッド）と改称して、特に重症・難病児にも対応できる専門病院として整備し

てきた。

まさに。心と体の総合施設として、民間の社会福祉法人・岩手愛児会が経営の主体となり今日に至っている。

その出発点が虚弱児施設「みちのくみどり学園」である。

(3) 基本理念

昭和30年代の岩手県の結核の子ども達を救うために、当時お年玉年賀はがきの寄付金、4472万円で建設された施設で、4472万人の善意で創られた、『民衆立』の施設である。

常に、「先駆的・開拓的・実験的」な施設運営の理念を貫き、病める子どもたちの処遇の基本は、「医療と教育と生活指導の三位一体」を目指し、その達成の基本理念をつぎの4点とした。

- ①真に子どもたちのための学園づくり。
- ②社会の中で生まれ、育つ学園。
- ③社会に開かれた学園。
- ④職員が働きがいのある学園づくり。

(4) 療育の基本

学園のホールには、子ども会の活動スローガン、「ねばり強く、挑戦」という文字が掲げられている。施設の主体者は、子どもたちである。病める子どもたちが、主体的に療養し、主体的に育つ場でなければならない。

子どもたちは、仲間との生活の中から、自ら生き抜く生活力を身に付けなければならない。病む子らの、ねばり強い挑戦は、先輩が後輩に残した生活の力でもある。

「たとえ体は病んでも、心まで病んではな
らない」と、慢性疾患の子供たちがいう。

そして、心病む子どもたちに「歩こうよ、
共に輝きながら」と。

学園の生活のなかで、社会のなかで子ども
たちは「育ち合う」のである。

《療育センター機構図》

社会福祉法人『岩手愛児会』――理事会

みちのくこども療育センター
→みちのくみどり学園(虚弱児施設)
→もりおかこども病院(医療施設)
→ことりさわ学園(情緒障害児短期施設)

2. みちのくみどり学園

(1) 措置の実態

措置定員は80名で現在(8月1日)は、
幼児6名・小学生14名・中学生22名・高
校生26名・中学卒1名の計69名(86%)
が措置されている。

措置内訳は、岩手県が多いが他の県からの
措置も16名(23%)と、山形県を除く東
北全県から措置され、その他に愛媛県から、
今年度1名が措置されている。(四国には虚
弱児施設がない。)

なお、幼児の措置は乳児院から、原病の疾
患があるため本来の養護施設ではなく虚弱児
施設に措置されたものである。

(2) 病種内訳

(1997年8月1日現在)

疾患名	幼児		中学		合 計	疾患名	幼児		中学		合 計
	小学	高校	小学	高校			小学	高校			
気管支喘息	0	0	3	5	8	インスリン依存性					
アトピー性皮膚炎	0	1	0	1	2	糖尿病	0	0	0	1	1
肥満症 (高脂血症・脂肪肝)	0	2	6	2	10	ブラダーウィリ症候群	0	0	1	0	1
てんかん	0	3	3	5	11	小人症・脊髄変形症	0	0	0	1	1
小脳性失調	1	0	0	0	1	先天性外胚葉形成異常	0	1	0	0	1
被虐待児症候群 (硬膜下血種)	1	0	0	0	1	多発性硬化症	0	1	0	0	1
自律神経失調症	0	0	3	2	5	骨形成不全	0	0	0	1	1
反復性腹痛	0	0	0	1	1	糖原病	1	0	0	0	1
接食障害	0	0	1	1	2	兔唇・口がい裂	0	0	0	1	1
過換気症候群	0	0	1	0	1	習慣性便秘	0	1	0	0	1
心臓疾患	2	1	1	0	4	食道閉鎖症	0	1	0	0	1
腎臓疾患	0	0	1	1	2	ヒルシュスプルング					
肺疾患	0	0	0	1	1	病術後	0	1	0	0	1
甲状腺乳頭癌	0	0	1	0	1	クレチン病	0	0	1	0	1
鎖肛術後	0	0	0	1	1	高LDH血症	0	0	0	1	1
先天性免疫不全	0	1	0	0	1	SLE(疑い)	0	1	0	0	1
ダウン症候群 (先天性心臓病)	1	0	0	0	1	その他	0	0	0	1	1
						合 計	6	14	22	26	68

喘息等	脳疾患等	心身症等	内臓疾患等	肥満
14.7%	19.1%	13.2%	36.8%	14.7%

《まとめ》

- ①入所事由となる疾患は30種類で、うち日常的に治療・処置・観察などの医療ケアが必要な疾患児は20種類にも及ぶ。
- ②疾患の内訳を見ると、アレルギー疾患・肥満・てんかん等の脳疾患、自律神経失調症・摂食障害の心身症、心臓・肝臓病の内臓系疾患、染色体異常、被虐待児症候群等に大別される。
- ③ほとんどが慢性疾患児であり、日常的に原病に関する薬を服用し、きめ細かい体調のチェックをしながら、健康管理及びその指導が重要であり、特に内臓系疾患の服薬の種類や処置も複雑であり、医療職の専門家の対応が必要である。
- ④子どものなかには、原病が重症で濃厚な医療ケアの必要な児もおり、施設から医療施設へ入退院を繰り返している。これらの児は小康状態になれば施設での管理は可能になるが、とうてい自宅での管理は困難である。
- ⑤上記以外の児でも、1カ月で一人当たり平均6.4日、1週間でも約1.6日は医療機関に入院または通院している、というデータが出ている。これは、一般家庭の健康な子どもと比較してもかなり高く、入所児の心身の虚弱体質がうかがわれる。こうした子どもたちは、思わぬところで急変するので、専門スタッフによるきめ細かい観察および管理が必要になる。
- ⑥入所児の大きな特徴として、養育基盤の弱い、もしくは崩壊している家庭の子どもがおり、欠損家庭を含めると、措置児の半数以上という実態がある。

こうした子どもは年々増加しており、特に幼児6名は全員、養護ケースに原病を持っていて、そのうち4名は親から虐待を受けた児である。

⑦被虐待児の女兒は、虐待による硬膜下出血により、寝たきりの状態で措置されてきた。現在は2年の経過でだいぶ回復して、初語や歩行も可能となったが、依然として左脳の脳波異常と、右半身マヒおよび精神発達遅滞が見られ、医療管理とリハビリが必要な状態にある。

これらの子どもは家庭復帰が難しく、復帰できるにしても、子どもの医療的ケアに関しては、親の援助が望めないケースも多い。

⑧今後増加するであろう、医療的ケアの必要な被虐待児に対しては、自己の治療と体調管理ができるようにして、自立を目指さなければならない。このような指導は、医療機関では、なかなか難しく（保育および生活指導体制が恒常的に取れない）逆に医療スタッフのいる現在の虚弱児施設だからこそ可能だと思われる。

3. 療育の展開

《基本理念の4点に沿って療育の実践》

⇒⇒ 社会の中で生まれ、育つ学園の実践から

『夏季転住について』

夏季転住とは、みどり学園療育記、「鐘を鳴らして旅立て」（新潮社1989年3月発行）で、著者の及川和男さんは次のように記述している。

みどり学園の、「転住」という行事は、弁論大会（今年度27年目）や百キロ踏破訓練（冬期に2泊3日で実施）と並ぶ大きな行事で子どもたちに原体験の機会を与える場と行為そのものといってよい。

転住は夏にも冬にも行われ、対象児や目的によってその姿は多様である。サマー・キャンプとか林間学校と呼ばずに「転住」というのは、ある期間、子どもたちと共に病院機能（医師・看護婦・栄養士・調理師等）も一緒に移るからである。

つまり、子どもも大人も、学園の総スタッフで取り組み、施設が丸ごと地域に溶け込むことである。それは、その地域の人と自然と文化に触れ、ゆっくりと『呼吸』することなのである。

(1) 沢内村転住（今年で12年目）

沢内村は「自分たちで命を守った村」と世にいわれている。

その村の識者は、学園の子どもたちは、村に、特に老人や子どもにインパクトを与えるという。

優しさ、それは村の歴史と風土に鍛えられた住民がよく言われる、内包された親和力で子どもたちに自然に接してくれる。

子どもたちは、病と闘うという戦場のなかで、仲間の大切さを知り、命の尊さを知る。自分たちで命を守った村と、自分で命の大切さを知る子どもたちと、何か共通点があるかもしれない。

(2) 種市転住（今年で24年目）

今思い出すだけでも、早朝マラソン、ソフトボール、野球大会、田舎料理昼食会、海の体験、磯料理。

毎年夏が来て、学園の皆さんが来るころになると、「あーした天気になーれ」とみんな祈るのです。そして、この頃から浜中に活気がみなぎってくるのです。

（地元角浜小学校PTA会長下田博美氏筆）

(3) 室根村・野岳太鼓塾

学園の中学生が、野岳太鼓として演奏している曲は、佐渡の太鼓集団「鼓童」がベスト三曲にしている「三宅」という曲です。

私はこの曲が学園の子どもたちの旅立ちの歌の様に聞こえてなりません。

体の弱い子、気持ちの弱い子が一生懸命にバチを打ち込んでいく姿を見ていると、これからの人生に、辛く苦しい人生に向かって、挑戦する子どもたちの姿が見えてきます。

辛く苦しいことがあって、「我慢」が出来なかったら思い出してください。

「ドンクドンク ドンドン」

（室根村 吉田内次 筆）

※療育の展開を「転住」を通して

「世の中を動かしているのは、理論でも理屈でも建前でもなく、丸ごと今呼吸している、今生きている自然とのふれあいの人間交流なのである。」

4. まとめ

虚弱児施設は、児童福祉法の一部改正により、平成10年4月1日より児童養護施設になる。その意味では、今回のレポートが虚弱児施設最後の報告になる。

全国に32カ所ある虚弱児施設のなかで、医療的な色彩が強く心身の病虚弱を対象としている当学園は全国でも稀な施設である。

その取り組みは、子どもたちにどんな障害があろうとも、将来「生き抜く力を身につけさせる」ことではないだろうか。

当施設は、これからも「医療系の養護施設」として児童福祉の向上に寄与したい。

1. 病院内学級と学校を結ぶ「テレビ会議システム」

文部省では「入院中の養護学校の児童生徒のうち、手術後や病気の状態により、行動範囲を制限されているものに対し、マルチメディアの活用により、適切な教育的対応を図るため、その効果的な利用方法や形態等について実践的な研究を行う」ために、「平成9・10年度マルチメディアを活用した補充指導についての調査研究（病気療養児に関する調査研究）」を行うことにした。

病気などのために学校に通えず病院内の学級で学ぶ子ども達と、その病院内学級を設置している学校とがテレビ会議システムでつながり、友達とふれあう機会の少ない子ども達もテレビを通して双方向の交流や合同授業が可能になります。

病院内の学級をテレビ会議システムで結ぶ計画は、文部省で力を入れてきた「へき地学校高度情報通信設備（マルチメディア）活用方法研究開発事業」の延長にあるものである。

病院内の学級と学級を設置している学校との接続は、全国で6箇所分を予算要求している。光ファイバーの光通信を用いて、①二地点間接続、②三地点間の接続の二通りをそれぞれ三箇所ずつ試行するものです。

2. 高等部にも訪問教育

「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」では、「盲・聾・養護学校においては、様々な工夫と配慮のもとに〔生きる力〕をはぐくみ、社会参加・自立に必要な力を培う指導が展開されている。特に、近年、児童生徒の障害の重度・重複・多様化が一層進んでいる状況にあり、これまで以上に一人一人に応じた教育を進めることが強く求めら

れている」という現状認識と先般の中央教育審議会第一次答申（平成8年7月）を受けて、今後の特殊教育の改善・充実に資するため、幅広い観点から検討を行い、このたび、盲・聾・養護学校の高等部の拡充整備と訪問教育の実施、交流教育の充実及び早期からの教育相談の充実について、第一次報告を行った。

(1) 高等部の拡充整備

養護学校高等部の生徒の多くは高等部での教育が学校教育の最終段階となっており、卒業後の社会生活に必要な力を培う大切な教育場となっている。社会参加・自立を促す教育を一層推進していく必要があることから、今後の高等部整備の一層の促進を求めている。

(2) 高等部に於ける訪問教育の試行的実施

高等部への進学を希望しながらも、障害が重度又は重複しているために、通学して教育を受けることが困難な生徒の期待に応え、小・中学校から継続する適切な教育を受けることの出来る機会が設けられることになる。

試行的実施を通じ、本格的実施に向けて、教育課程のあり方を初めとする様々な課題について整理・検討を行っていくものである。

教育課程：訪問教育は、学校教育法施行規則第73条の12の第1項の規定〔特別の教育課程〕により行う。

授業：年間35週以上にわたって行うように計画し、生徒の障害の状態や学習負担等を考慮し、週当たりの授業時数は、6単位時間（週3回、1回2単位時間）程度とする。

教員：対象となる生徒の在籍する学校に所属する教員が担当する。

(3) 交流教育

高等部の交流教育の充実を図る観点から、専門学校などの施設・設備を活用した職業教育の連携等についても、検討していく必要がある。家庭を取り巻く地域に於ける小・中・高等学校等、各種団体、企業等との交流についても、積極的に検討する必要がある。

学校紹介

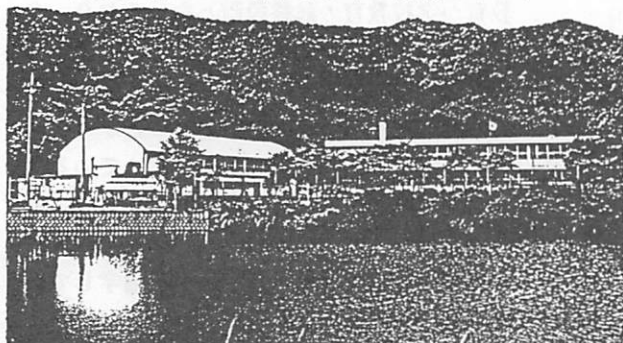
居がいのある学校を目指して

～ 生き生きとたくましく ～

栃木県立足利養護学校 宮原 てるい

1. はじめに

本校は、隣接する国立療養所足利病院に長期入院治療中の児童生徒が在籍している病弱の養護学校として昭和48年に開校された。



《校歌》

- 1, 松青き大坊山に光みち そのふところに抱かれて 根強く生きよと小鳥らの
清くさえずりはばたきて 希望にはずむ大沼田 われらが母校ああ愛の庭
- 2, 遠白き渡良瀬川に千鳥鳴け その豊かさに夢をよび 正しく生きよと人々の
さとき心のかよきて 勇気はおこる大沼田 われらが母校ああ知恵の門
- 3, 家遠き思いはるかに虹は立ち その明るさにあこがれて 美し奈しと友だちの
かたき交わり結ばれて 自信にみちぬ大沼田 われらが母校ああ榮えの嶺

校歌にも歌われるように、三方を山に囲まれ、校庭前には二つの沼があり、小鳥のさえずり、木々の芽生えを肌で感じることできる自然環境に恵まれた学校である。この詩に、本校の教育観・教育目標・方針等全てが網羅され、創立当時の先輩方の子どもたちへの熱い思い・優しさ・温かさが伝わってくる。

喘息、腎炎・ネフローゼ症候群、若年性糖尿病、心臓疾患、血液疾患、てんかん等の慢性疾患の小学部・中学部でスタートし、その後重症心身障害児学級、病院・在宅への訪問学級、知的障害児への分教室の開設等、盲・聾を除いた様々な障害児を受け入れ、総合養護学校的な役割を果たしてきた学校である。

2. 沿革

- 昭和48：栃木県立足利養護学校開校
 昭和51：重度障害児学級開設
文部省より特殊教育課程研究校の指定を受ける
 昭和54：訪問教育開設〈在宅・自治医科大学付属病院〉
分教室開設〈足利市内の知的障害児〉
 昭和55：訪問教育〈自治医大病院〉移管〈野沢養護学校へ〉
 昭和57：全国重心教育担当者研究会主管
 昭和60：訪問教育〈在宅〉移管〈県立足利中央養護学校へ〉
分教室移管〈県立足利中央養護学校へ〉
関東高信地区病弱虚弱研究協議会栃木大会主管
 昭和63：県教委指定交流研究発表〈国中学校〉
 平成 2：県教委「習熟」実験学校指定
 平成 8：県林務部愛鳥モデル校指定

3. 在籍児童生徒の概況

開校以来、喘息、腎炎・ネフローゼ等の内臓疾患児が多数を占め、昭和60年をピークに、その後腎炎・ネフローゼ、喘息等、治療法の進歩による通院・入院の短期化等で、児童生徒数は減少の傾向をたどり、現在では腎炎・ネフローゼ疾患児の在籍はない。

一方、昭和57年から平成3年頃には、拒食・肥満・自律神経系疾患・登校拒否等の心身症が、児童生徒数の30%以上を占めていたこともあったが、入院患者の減少とともに児童生徒数は少なくなっている。ここ数年、障害の多様化、重複化の傾向が見られる。

(1) 児童生徒数・学級数

	通常	重複	院内	合計
小学部	7・(2)	5・(2)	6・(2)	18 (6)
中学部	13・(2)	8・(3)	4・(2)	25 (7)
合計	20・(4)	13・(5)	10・(4)	43(13)

※()学級数

(2) 病類別児童生徒数

疾患名	通	重	院	合計
喘息	7	0	0	7
心臓疾患	1	0	0	1
自律神経失調症	2	0	0	2
嘔吐症	1	0	0	1
神経性食欲不振症	3	0	0	3
アトピー性皮膚炎	1	0	0	1
肥満	2	0	0	2
中枢神経損傷	1	0	0	1
両側線状懐死	0	1	0	1
てんかん	2	0	0	2
脳性まひ	0	9	5	14
多発性奇形症候群	0	0	1	1
先天性多関節拘縮症	0	0	1	1
溺水後遺症	0	0	1	1
日本脳炎後遺症	0	0	1	1
水頭症	0	2	1	3
小頭症	0	1	0	1
合計	20	13	10	43

4. 教育目標・方針

児童生徒の心身の障害の状態及び特性を十分考慮し、学校教育法に掲げる小学校、中学校の目標達成に努めるとともに、障害に基づく種々の困難を克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養う。

《慢性疾患・重複の学級》

長期の医療や生活規制を必要とする病弱虚弱の児童生徒を対象として、小学校、中学校に準ずる教育を行う。

《重度・重複障害児の学級（院内学級）》

児童生徒の生命の尊さと、人間としての価値は平等であることを認識し、一人ひとりの人格を尊重し、あらゆる方法・手段を講じて発達を援助・促進していく。

＝目指す子ども像＝

- ・感動できる子
- ・希望をもてる子
- ・気持ちがあらわせ、動ける子

5. 居がいのある学校を目指して

《慢性疾患の学級》

本校在籍児童生徒の多くは、幼少よりの闘病生活により、社会的な経験不足は否めず、対人関係において不安をもち、さらに自信のなさから非活動的な状態で入学してくることが多い。

また、退院後前籍校に戻ったり、卒業後進学したり就職したりしても、集団生活にうまく適応できずに苦しんでいる児童生徒も少なからず見られる。

そこで本校では、児童生徒が障害に基づく数々の困難を克服し、社会的に自立した生活を送るためには、集団生活を通して自己実現を目指す態度を養うことが第一であると考えている。そのためには、現在の母集団である病棟生活、学校生活においてより居がいのある生活空間を創造できるよう援助し、もって、心の安定を回復・維持していくことが必要であると考えている。

(1) 健康状態の回復・改善

心身の調和的発達をねらった指導を目指し、病院の医療的処置だけでなく、家庭関係、友人関係等の人間関係を考慮した環境改善、心身の鍛錬を通した総合的な処置、集団活動を通した自己認識力の向上と主体的な実践力の育成をねらいとし、特設「養護・訓練」（週2単位時間）は病類別グループ、A（喘息）・B（神経系疾患）・C（運動制限等疾患）・D（運動障害）を中心に設けている。主な指導内容は、自己認識、行動力育成、意思の伝達、身体の健康、情緒の安定を図ることであり、主な活動は以下の通りである。

・『グループワーク・トレーニング』

集団の中で自己と他者を客観的に見つめ、自己の存在感を確認させると共に、相手の立場や意見を理解し、新しいものの見方や感じ方を身につけさせる。決断力の向上を図り、主体性のある行動力の向上を図る。単にゲームとして終わらせず、自己認識・他者認識・

感受性の向上・コミュニケーション・受容と
応答・協力を理解させ、人はグループの中で
生き、グループの中で人は変わるをテーマに
トレーニングゲーム進めている。

・『ソフトボール』

野球型のスポーツは、正にに思いやりがな
いと成立しない。キャッチボールは相手が受
けやすいように、バッティングは、相手が打
ちやすいようにと、ボールを媒介として心の
交流、つまり対人関係の改善・向上をねらい
として取り入れている。

・『3分間スピーチ』

心の空洞化を埋めるねらいで体験発表、日
頃の考えや思いを発表させる。

・『サーキット・トレーニング』

・『12分間走』

・『水泳』

体力、筋力作り、鍛練療法

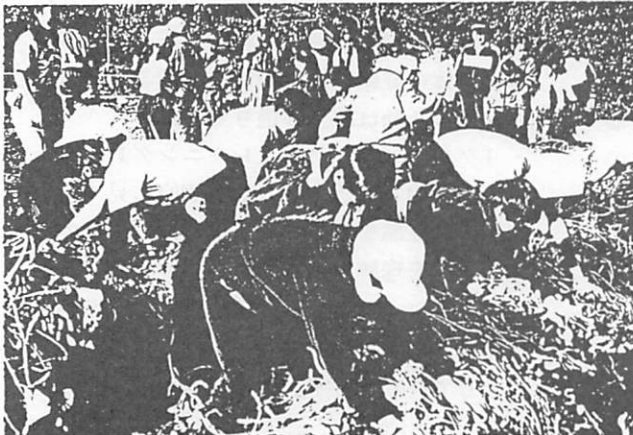
・『わたしたちの手で』

行動力の育成、意思の伝達、心身の鍛練、
自己認識の向上、協調性の向上を図る目的で、
児童生徒自身が「養護・訓練」の時間の計画
を立てて実践する時間である。

・『季節的活動（農作業）』

水田作業（田植え、稲刈り等）や、畑作業
（馬鈴薯・甘薯作り等）を通して、自然への
係わりと生物育成の過程での心の解放と安定
を図る。

合同養護・訓練 さつまいも堀り



(2) 基礎学力の充実

・『マイタイム』教科の学習、読書

・『朝の学習』登校後の小テスト

・『放課後の補習』月・水・金1時間程度
学習空白の補充・補完基礎学力の向上をねら
いとした5教科のノングレード学習である。

(3) 自主的、自立的態度の育成

・『みんなの広場』土曜日2校時

学級、学部での活動を中心に心身の解放と
対人関係の改善をねらいとして、ゲーム・遊
びや季節的行事、野生生物保護活動等を行っ
ている。

・『委員会活動』木曜日放課後

保健、図書、生活規律、野生生物保護等の
委員会があり、それぞれが協調しながら主体
的に活動している。

・『体験学習』

宿泊学習や修学旅行はもとより、進路指導
の一環としての職場見学・職場実習や職業的
性検査などに参加している。

また、教科では社会科見学、家庭科の保育
実習（地域の幼稚園、重心病棟にて）や野外
観察などを積極的に実施している。

・『交流教育の推進』

◆小学部一◇市立毛野小学校

学習発表会、運動会、クラス交流外

◆中学部一◇市立足利毛野中学校

文化祭、運動会、マラソン大会、陸上記
録会、立志式、弁論大会、各種テスト外

◇県立足利工業高等学校

一日体験学習、学校公開外

◆院 内一◇市立毛野中学校

2年生が重症心身障害者への理解とボラ
ンティアとして訪問している

◆高等学校からは、高校生による企画製作の
自作教材が提供されている。

(4) 豊かな人間性の育成

・『野生生物保護活動』の育成

病院隣接の国有林内に住む「野鳥」の観察
巣箱かけ外、開校以来行われて来たが、野生

生物に関心をもたせ、活動を通して人間と自然とのかかわりから、さらには保護共存の意識と実践力を図る活動として推進している。

平成8年度から平成10年度栃木県林務部「愛鳥モデル校」の指定を受ける。

(5) 学校病棟連携行事

自然の中で心の解放、心理的安定を図る目的で、季節に合わせて野外活動や伝統的行事を計画している。

・『早朝トレーニング』・『ハイキング』
・『鱒釣り』・『登山』・『院内キャンプ』
・『マラソン大会』・『スキー宿泊』
外病院の心理療法士による鍛練療法の一環の行事に、学校側が協力する形で実施されている。

本校文化祭交流学習発表会 足利工業高等学校との合同演奏会



〈重症心身障害児学級（院内学級）〉

終日を重心病棟で過ごし、学齢が終わっても退院する見込みのある児童生徒はほとんどいなく、そのまま成人として病棟生活を余儀なくされることになる。

彼らにとって、学齢の間の学校教育は、普段のベツト生活（被介護的要素が強い）から離れ、能動的、主体的に活動できるわずかな期間である。

そこで、卒業後の生活の中での自立を目指し、卒業後もより能動的に自己実現を図れるよう、個別の特性を把握し、でき得る限りの知恵を絞って指導に当たっている。

領域・教科を合わせた指導として「日常生活の指導」「遊びの指導」「生活単元学習」「作業学習」と「養護・訓練」時間を設け指導している。

(1) 身体の健康

・生活リズムの形成・食事指導

(2) 心理的適応

・野外活動一校外学習・生きるよろこび
・交流教育一校内交流や交流協校との交流

(3) 環境の認知

・移動能力の開発・概念の形成

(4) 運動・動作

・姿勢と運動・動作の基本習得・改善

・ムーブメント教育

(5) 意思の伝達

・内言語の形成・拡大

・発語能力の育成

・能力に応じた意思伝達方法の工夫

コンピューター利用の文字表現方法

6. 終わりに

開校以来24年が過ぎ、多くの卒業生、前籍校復帰生を送り出した。その生徒たちの中には、自分の境遇と当時の病棟生活、学校生活の影響を受けて、病院関係職員として、あるいは教員、養護学校教員として病弱児あるいは他の障害児の指導に携わる者もいる。

その彼らが「当時の病棟や学校の暖かさに救われた。そのお陰で将来を見ることが出来た・・・」「いつの間にか足利に向かってるんですよ。誰もいなければ校舎の周りを一廻りして、それでも満足なんです・・・」「沈みがちなわたしたちを生き生きと生かしてくれた・・・」といった意味のことを口にすることがある。

わたしたちは、今改めて、児童生徒にとっての、学校における居がいのある生活空間とは何かを問い直し、模索しているところです。

皆様方のご指導ご援助をいただければ幸いです。存じております。

（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 三徳 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……………親見の立場から 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6号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本学会の事業を顧みて……………会長 加藤安雄 ・特別寄稿 『医療行為と生活行為のはざまで』 ……………平野俊徳 ・特集 日本育療学会 第1回研究・研修会 ① 心身に障害が合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 ③ シンポジウム「学校へ行けない子供への対応」 ・精神科思春期の治療と教育の拡充を願って ……………加賀谷 妙 ・「学校紹介」……………香川県立善通寺養護学校 ……………福岡県立古賀養護学校
<p>《 第3号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・育療学会に期待する……………森 和夫 臨坂千鶴子・織茂 領 ・第1回学術集会シンポジウム（内容概要） ・特集 教育実践を通して 医療・家庭・福祉と連携 ・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 	<p>《 第7号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・21世紀をめざした病弱教育の課題と展望 ・特別寄稿 成人した難病児の小・中学校時代の 体験に関する研究 ……………小林 信秋 中井 滋・武志 豊 ・特集 21世紀をめざした病弱教育の課題と展望 ① 病弱教育の変遷と21世紀に向けての課題 ……………加藤 安雄 ② 病弱教育対象児の実態の推移と展望・武田 鉄郎 ③ 医療から見た病弱教育の課題……………中尾 安次 ④ 病弱養護学校の教育の展望 ……………佐藤 秀信 ……………山腰 美佐子 ⑤ 病院内学級の教育——その意義と課題 ……………小川 幸直・辰巳 貴美子 中村 太 ・高橋 早苗 中戸川 茂子・樋口 寿江 ・『在宅筋ジストロフィー児の生活の現状と課題』 ……………深川 常雄 ・学校紹介 ……………岡山県立早島養護学校
<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 	

※既刊号をご希望の方は、はがき又はファックスで、事務局にお申し込みください。

資料代として各号1000円（送料含む）です。 FAX 0427-22-2203

編集後記

◆第7号に続いて、本8号も「特集」が中心になりました。福祉関係の先生方の全面的なご協力を頂きました。お忙しいところ快くご執筆下さいましたこと、誠に有り難く心からお礼申し上げます。

◆福祉の問題が、最近特に大きく取り上げられる場面を見聞きすることがあります。しかし、多くの場合、関係者以外には関心も理解もあまり深くないように思えます。

教育関係者の間でも、意外に知られていないことがいろいろあるという事実を、この8号の編集に当たって痛感させられました。

◆そういう意味でも、心身の健康に問題をもつ子どもに対する福祉の理解のために、あえてその「制度とサービス」についての現状をまとめてもらうことにしました。

一般の小・中学校においては、このような社会資源としての制度やその活用方法のための情報が不足している現実があり、今後の問題として考えなければならないことと思われまます。(また、福祉施設等の面だけでなく、養護学校の意義や内容についての理解も十分とは言えないようです。)

◆児童福祉法の改正と虚弱児施設の関係についての問題は、今後も論議されることが多いと思われまますが、子どもの健康に向かっの望ましい成長と発達が保障されるような方向が欲しいものです。

◆重症心身障害児施設の療育については、初めて具体的な事例を含めて細部にわたる療育の姿が浮き彫りにされ、そこで働く人びとから暖かい心を送られました。

◆福祉的活動の実際として、心理士の方から四カ所での活動の実際を寄せて頂き、それぞれ特徴のある活動は、今後ますます重要な機能となる必要があるでしょう。

◆石川敬治郎先生の「教育への期待」は、何十年も前からの先生の姿勢が改めて有り難く、学校現場の人間に勇気と責任の重さを感じさせて頂きました。

◆《施設紹介》として初めて、みちのくみどり学園にお願いしましたが、これからも特色ある施設を紹介したいと思います。

◆お詫びと訂正—第7号1ページ

下から11、6行目「一般」→「一般」(正)
訂正してお詫びいたします。(宮田)

「育療」編集委員

小林 信秋	佐藤 栄一	佐藤 隆
武田 鉄郎	中川 正次	中塚 博勝
松井 一郎	宮田 功郎	山本 昌邦

平成9年9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

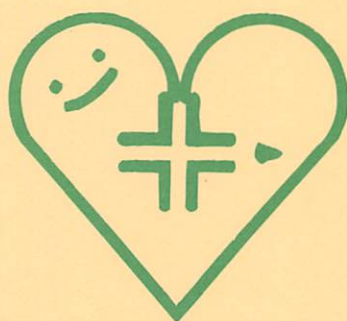
町田市森野1-39-15

☎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

あたたかい心でつむ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**