

子供の心身の健康問題を考える学会誌

育 療

19

2000.8

日本育療学会第6回学術集会並びに研究・研修会開催要項（案）……………1
〈寄稿〉
アトピー性皮膚炎の子どものQOLを高めるために……………樋口寿江…27

特 集 — 重度心身障害 —

- 最近の新生児医療 ………………亀山順治…3
- 重度心身障害児の医療 ………………奥野武彦…11
- 重症心身障害児の通園医療 ………………土屋浩伸…16
- 重度心身障害児の養護・訓練 ………………林節雄…23

『学校紹介』

- ・強く明るく健やかな児童生徒の育成を目指して
（愛知県立大府養護学校）……………鈴木守次…32
- ・希望の塔の鐘の音が響くふるさと養護学校
（富山県立ふるさと養護学校）……………畑井孝…37
- ・病気療養児とともに歩む
（秋田県立本庄養護学校）……………吉川一成…43
- 「病弱養護学校における不登校児に関する調査」結果…木滝千代子…49
- ・同上調査・アンケート用紙 ………………58
- <資料> 児童虐待の防止等に関する法律 ………………62

日 本 育 療 学 会

明治・大正・昭和の病弱虚弱教育の歩み

日本病弱教育史

全国病弱虚弱教育研究連盟
病弱教育史研究委員会編集

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

教育・医療・看護・福祉等すべての関係者におすすめします!!

申込先 (書店では一切取扱っていません)
〒233-0007 横浜市港南区大久保 2-35-1 小泉 勇
☆頒布価格 3,000円(送料共)
☆申し込みは ハガキで!お願いします。

知野利蔵先生のご冥福を祈って

日本育療学会事務局担当で、神奈川県立伊勢原養護学校教諭・知野利蔵先生が平成12年7月7日ご逝去されました。享年57歳でした。

先生は、昭和42年に神奈川大学工学部応用化学科を卒業の後、一年間民間の会社に勤務され貿易事務に従事されました。

昭和43年から神奈川県立平塚ろう学校教諭となり、同58年3月まで15年間ろう教育に情熱を傾けられました。

その後、神奈川県立藤沢養護学校(知的障害学校)に勤務、さらに平成元年、神奈川県立伊勢原養護学校に勤務されました。特に、伊勢原養護学校においては、同僚と自主的な学習会を組織し、その学習会を基盤に財団法人安田生命会事業団IEP調査研究会に協力し、1991年度にその第1回調査研究報告書の年長部会について報告されております。

また、先生は伊勢原養護学校においては、高等部の学年主任、学部主任を経て、平成7年度より訪問教育部弘済学園担当主任となり、学園との協力関係をいっそうすすめつつ、学校の主体性を高めることに努力を重ねてこられました。

日本育療学会発足と同時に、事務局担当となりましたが、健康状態が万全ではなかったためにあまり活躍できなかったことが、本人自身さぞ残念だったのではないかと推測いたします。

ここに、先生の障害児教育に取り組まれた姿勢を偲びつつ、心からご冥福をお祈り申し上げます。

日本育療学会第6回学術集会並びに研究・研修会開催要項(案)

1. 日 時 平成12年11月11日(土)～12日(金)
2. 会 場 横浜市健康福祉総合センター(横浜市社会福祉会館)
横浜市中央区桜木町1-1(JR桜木町駅より徒歩2分)
TEL 045-201-2096
3. 主 催 日本育療学会
4. 後 援 (後援依頼先) 文部省、厚生省、神奈川県教育委員会、全国病弱養護学校長会、全国病弱虚弱教育研究連盟、全国病弱虚弱教育学校PTA連合会、全国小児慢性疾患療育研究会、神奈川県医師会、横浜市医師会、難病の子ども支援全国ネットワーク、朝日新聞社、毎日新聞社、読売新聞社、神奈川新聞社
5. 参加者 心身の健康に問題をもつ子供の家族、子どもとかかわりを持つ医療、教育、心理、福祉などの関係者
6. 参加費 会員 4,000円 非会員 5,000円
7. 懇親会 参加費 4,000円 『11日(土)午後5時より』
(会場)横浜市健康福祉総合センター10F「オアシス」TEL 045-201-6247
8. 学術集会並びに研究・研修会テーマ 『子どもの心とからだ』
9. 分科会 第1分科会 《被虐待、被いじめ》
第2分科会 《小児の生活習慣病》

10. 日 程

第1日：11月11日(土) 9:40～12:30 教育講演

9:10～ 受付

9:40～10:30 教育講演① 「虐待・いじめについて」

講師 横浜市港北保健所 前所長 松井一郎

10:40～11:30 教育講演② 「子どもの保護と法律」

講師 横浜みらい法律事務所 弁護士 影山秀人

11:40～12:30 教育講演③ 「小児の生活習慣病について」

講師 日本大学医学部小児科 講師 岡田知雄

第1日：11月11日(土) 13:30～16:30 分科会

第1分科会 《被虐待・被いじめ》

13:30～14:00 講演① 「精神科医から見た虐待へのアプローチ」

講師：横浜市立大学市民総合医療センター

小児精神科 医師 管野美紀

14:00～14:30 講演② 「幼児・児童虐待に対する母子保健室の取り組み」

講師：神奈川県立こども医療センター母子保健室相談員 埜渡サチ子

14:40～15:10 講演③ 「いじめに対する小学校の取り組み」

講師：横浜市立星川小学校 元校長 石川邦彦

15:10～16:30 総合討論

コーディネーター ・日本育療学会理事 中塚博勝

第2分科会 《小児の生活習慣病》

- 13:30～14:00 講演① 「小児の生活習慣病の最新の治療」
講師： 東京都立広尾病院 小児科 医長 原 光 彦
- 14:00～14:30 講演② 「生活習慣病の子どもの生活習慣の改善」
講師 タニタ ベストウェートセンター栄養士 後 藤 恭 子
- 14:40～15:10 講演③ 「生活習慣病の子どもの養育と家族」
講師 東京都板橋区板橋 家族・本人 野 中 静 代
コーディネーター ・日本大学医学部 小児科講師 岡 田 知 雄

第2日：11月12日(日) 9:40～12:00 開会行事. 記念講演

- 9:40～10:15 開会行事 ・会長挨拶 日本育療学会会長 加 藤 安 雄
・会務報告 日本育療学会事務局長 佐 藤 隆
- 10:25～10:30 講師紹介 日本育療学会会長
- 10:30～12:00 記念講演
演題 「心身の健康な成長のために」
講師 日本育療学会副会長 元東京慈恵会医科大学看護学部看護学科長 吉 武 香代子

第2日：11月12日(日)13:00～16:00 分科会

第1分科会 《被虐待、被いじめ》

- 13:00～13:30 講演④ 「被虐待児、被いじめ児の心理特性」
講師 横浜市港南区教育相談室 カウンセラー 山 田 和 恵
- 13:30～14:00 講演⑤ 「児童虐待の発見と対応」
講師 千葉県市川市児童相談所 心理判定員 森 山 直 人
- 14:10～14:40 講演⑥ 「保護者の意識改善と子どもの成長」
講師 日本水上学園 園 長 稲 本 誠 一
- 14:40～16:00 総合討論
コーディネーター ・日本育療学会理事 山 川 保

第2分科会 《小児の生活習慣病》

- 13:00～13:30 講演④ 「生活習慣病児の闘病と生活習慣の改善」
講師 (看護婦) 交渉中
- 13:30～14:00 講演⑤ 「小児の慢性疾患病児に対する学校の取り組み」
講師 神奈川県伊東市立南小学校 養護教諭 岡 村 めぐみ
- 14:10～14:40 講演⑥ 「小児の生活習慣病児に対する養護学校の取り組み」
講師 横浜市立二つ橋養護学校 教諭
- 14:40～16:00 総合討論
コーディネーター ・日本育療学会理事 勝 呂 宏

最近の新生児医療

倉敷中央病院小児科部長

NICU主任 亀山 順治

亀山と申します。

早速ですが、私たちの病院に例を取りまして、新生児医療の一端をご紹介させていただきたいと思います。

1. 本院の周産期母子センター

私たちの病院は、周産期母子センターを持っております。周産期母子センターというのは、聞き馴れない言葉だと思うのですが、妊娠中のお母さんの管理や、生まれた後の赤ちゃんの管理をするセンターなんです。当然、産科と小児科や、それ以外の科も含めて治療していくセンターです。

本院の母子センターは1980年に出来まして、この中でNICUというのは新生児ICU、つまり新生児の集中治療を行うところです。この重症管理を行う新生児ベッドが4床あり、その後良くなって退院まで診ていく回復室というのが16床の計20床で開設したわけです。同時に、新生児搬送も行い、地域の産院で具合が悪い子が生まれた場合に、こちらの方から救急車で迎えに行き、赤ちゃんを収容してセンターに入れる治療をしています。

翌年から、年間300人くらいの赤ちゃんが入院して、20床くらいでは到底足りないということで30床に増設しました。

1995年に重症の赤ちゃんが多くなってきて、集中治療のベッドが4床では足りないということで、9床に増設しました。回復室を20床にして、翌年には、専用ドクターカーといいまして、赤ちゃんを収容する救急車ですが、人工呼吸器が救急車の中にあって、呼吸心拍モニターが装備されている救急車を導

入しました。

2000年には、さらにNICUを増やして、総合周産期母子センターに向けて整備しているという計画を立てています。

私たちの病院は、岡山県の倉敷市にあります。そして岡山県の西部で生まれた赤ちゃんのうち、治療を要する赤ちゃんを診ています。そして広島県の東部の一部もカバーしています。

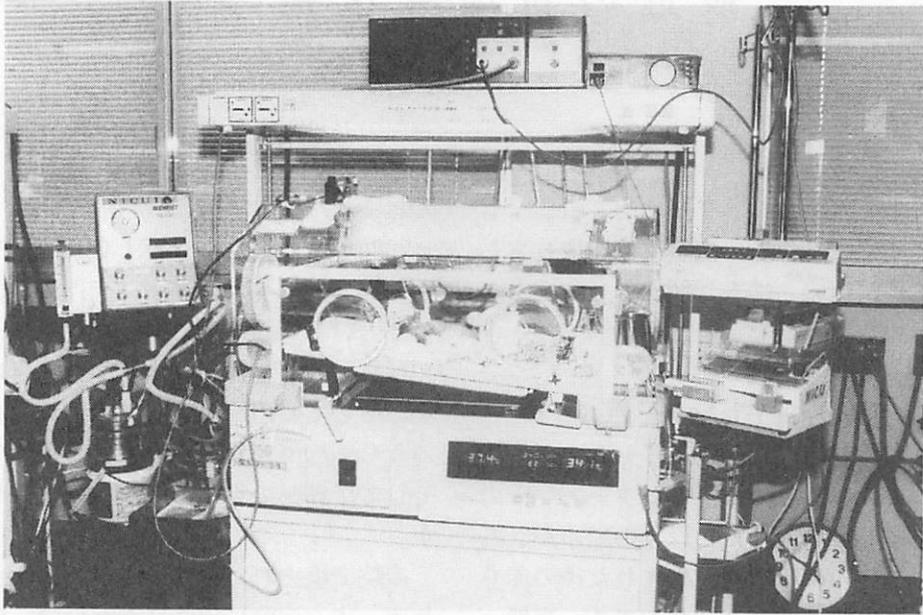
産院で生まれた赤ちゃんが、状態が悪くなれば、すぐ病院に連絡いただいて、病院から救急車で迎えに行き収容するという形をとっています。

重症の赤ちゃんが入院してきますと、点滴をしたり、いろいろな処置をします。非常に小さい、超低出生体重という体重が1000gを切るような（普通の子どもさんは3000gですけれども）、つまり1/3以下の体重の赤ちゃんが入ってきたりするわけです。そうすると、保育器の中に赤ちゃんを収容して重症の管理を行うNICU、すなわち新生児の集中治療室に入ります。そういうNICU用の保育器が9台あります。

資料1は、保育器に収容されている小さい赤ちゃんですが、横にあるのは人工呼吸器で、赤ちゃんに繋いであり、黄疸があるので光線療法をしています。モニター台の上にあるのが呼吸、心拍をチェックするモニターです。そして点滴をしていますので、輸液ポンプを使いながら総合的に治療するという機能を持っているわけです。

人工呼吸器がいない、重症の時期を脱した赤ちゃんは、回復室に収容されます。体重

《資料1》



の小さい赤ちゃんはまだ保育器の中に入りますが、大きくなって1.5～2kgになりますと、コットという赤ちゃん専用のベッドへ移り、退院を待つことになります。

お母さんと赤ちゃんが隔離されていますので、お母さんにNICU内に入っただき、カンガルーケアを行います。お母さんの肌の上に裸の赤ちゃんを抱いていただいて、お母さんと赤ちゃんの接触を十分に行っていただく、そういうケアもやっています。ミルクのときも、退院前はお母さんにNICU内に入っただき、飲ませてもらいます。

2. 周産期医療体制

最近では少産少子の時代で、生まれる子どもさんがどんどん減ってきています。そして、厚生省はできるだけ、生まれる赤ちゃんとお母さんを援助しようと、保育所を作ったり24時間保育をして、働くお母さんを援助しようとしています。それと同時に、周産期医療体制を整備しています。

つまり妊娠、出産から、赤ちゃんに至る高度専門的な医療を効果的に提供する体制を、各地域で作ろうとしています。都道府県で、母子の救急体制を検討する協議会を設置して、周産期医療システムを作っていくようになりました。各都道府県に、だいたい1から数カ所、総合周産期母子センターを設置しようとしています。

重症の妊婦さんや重症の赤ちゃんを収容して、集中的に治療するセンターが総合周産期母子センターで、それよりも少し軽い治療を行うのが、地域周産期母子センターで、効果的に分けて治療が行われるようになりました。

具体的には、総合周産期母子センターは、産科では合併症の妊婦や重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常などの、ハイリスク妊娠に対する医療を行います。新生児では呼吸、循環、その他の管理を行います。産科と小児科だけでなく、小児外科、眼科、脳外科、心臓外科など、いろいろな科が集まってハイリスク赤ちゃんを治療します。ドクターカーにて

搬送し、24時間受け入れてあります。周産期医療情報センターで、県の周産期情報を解析、評価を行います。

さらにこの総合周産期母子センターで、医師、助産婦・看護婦さんに対して、専門的な知識、技術を習得させるための研修を行っています。

現在まで、全国で8カ所が指定されておりまして、われわれのセンターも岡山県で指定されるようになります。一つが我々の倉敷中央病院で、もう一つは東部の国立岡山病院が指定されるようになります。

新生児医療は、ここ20年非常に進歩してきました。その結果、1歳までの乳児死亡が、世界で一番低い状態になっています。乳児死亡のうち、新生児期に死亡する例が大半を占めるわけですが、その死亡率が減ってきたため乳児死亡率が減り、つまり世界で一番高度な、新生児医療を提供できるようになってきました。呼吸、循環、栄養、感染、神経疾患、そういうものの管理が良くなったことによって、生存率が良くなったということになります。

3. 呼吸管理の進歩

呼吸管理が非常に進歩したのは、一つは人工呼吸器によるものです。今まで大人でしか出来なかった人工呼吸器の管理が、赤ちゃんでもできるように開発されてきました。詳しいことは省きますが、赤ちゃんに、よりやさしい呼吸管理ができるようになりました。

それから、人工肺サーファクタントが、日本で初めて開発されて、全世界に広まりました。また、呼吸状態がほんの僅かな血液で、（毛細管で50マイクロと言いますが）すぐわかるようになりました。呼吸機能、1回換気量や我々で言えば肺活量が、特に小さい赤ちゃんでも測れるようになりました。そして、気管支ファイバーもうちの病院でも出来るよ

うになりました。

また、一酸化窒素吸入療法といって、呼吸器回路の中に一酸化窒素ガスを投与することで、肺の血管を拡張させる治療法も出てきました。

人工呼吸器のなかには、肺を膨らませなくても、呼吸器の回路の中の空気を振動させることによって、換気が出来るようになりました。赤ちゃんは肺が振動することで、実際に呼吸をしなくても炭酸ガスを外に出し、酸素を体の中に取りこめるような人工呼吸器も出来てきました。

普通の赤ちゃんは10カ月満期、40週で生まれるわけです。その頃には、外に出ても自分の肺で十分呼吸が出来るような状態になっているわけですが、私たちが取り扱う赤ちゃんというのは、早産つまり、10カ月で生まれないう赤ちゃんが多いわけです。特にその中でも24～28週くらいまでの赤ちゃん、つまり6カ月から7カ月で、肺も外で呼吸ができるような準備が全く出来ていない赤ちゃんが生まれてくるわけです。

昔は、そういう赤ちゃんは、ただ単に酸素を与えてみるだけしかなかったのです。ところが、人工呼吸器が出てきますと、その人工呼吸器で、開かない肺を開けられるようになってきたのです。

10カ月満期で生まれた赤ちゃんは、肺を広げるような物質を持っているんです。それは肺サーファクタントという物質ですが、それは34週になってきますと大体の赤ちゃんは作れるようになっていきます。ところが、それ以前に生まれた赤ちゃんは、未熟なほど肺サーファクタントを作ることが出来ません。肺は、肺胞といって、すごく小さな風船がたくさん集まった集団だと思ってくださればいいわけですが、一風船というのは膨らませて放っておくとすぐ縮まってしまう。ところがサーファクタントという物質は、縮まないよう

に肺胞を膨らましておく作用があるわけです。なぜそれが必要かと言いますと――肺胞はある程度膨らむと、次に膨らむのにかなり小さな力ですみますが、萎んでしまってから膨らまると、相当に強い力がいらいます。ですから、早く生まれた赤ちゃんは、肺胞が縮んだときから膨らませるには、すごい力が必要になってくるわけです。しかし、小さい赤ちゃんほど力が弱いですから、なかなか膨らみません。最初の1～2時間は頑張るのですが、だんだん弱ってきて、最後は呼吸ができなくなって死んでしまいます。昔はそういう赤ちゃんが多かったのです。

ところが、日本の小児科のドクターの一人、岩手大学小児科の名誉教授である藤原哲郎先生が、人工肺サーファクタントを世界で初めて、合成されました。そして、赤ちゃんに使うと、そのサーファクタントにより肺が開くようになったのです。その後、世界中でいろんなサーファクタントが作られるようになりました。この恩恵は非常に大きかったと、私は考えております。

サーファクタントを肺の膨らまない赤ちゃんの気管内に入れてあげますと、肺がぱっと開くようになります。そうしますと、生後2～3日に肺がまた一時、白っぽくなるのですが、生後5日くらいたつと肺は十分に広がります。サーファクタントが出来るまでの新生児医療も経験していますと、サーファクタントというのが出来てからは、非常に赤ちゃんは恩恵を被ったということを実感しています。

私たちの治療している赤ちゃんでも、出生体重が小さければ小さいほど、肺が広がっても呼吸する力が非常に弱いのです。ですから、人工呼吸をはずしてしまいますと呼吸をしなくなるため、長期に人工呼吸器のお世話になる必要があるわけです。そういう赤ちゃんは酸素や人工呼吸器で肺が痛んでくる。これを

慢性肺疾患といいます。

4. 循環管理の進歩

呼吸管理が非常によくなったということ以外に、循環疾患の管理がよくなってきました。つまり心臓の管理ですね。なぜ良くなったかといいますと、医療機器の進歩によるのが大きいのです。心臓超音波検査によって、ベッドサイドで毎日、超音波で心臓の状態を診られるようになりました。それで、どうしたら良いかということが分かるようになりました。

また、出生体重の小さい児でも、動脈にカテーテルを入れまして、連続的に血圧をモニターして、血圧が低ければなんとか上げるような努力をしています。動脈管開存は小さい赤ちゃんにとって、呼吸循環動態に非常に悪さをするんですが、超音波検査と薬で管理が出来るようになりました。そして薬もどんどん進歩してきました。先天性の心臓疾患の赤ちゃんも、超音波検査や心臓カテーテル検査で非常にうまく管理ができるようになりました。

心臓外科の技術も進歩して、複雑な先天性心臓疾患の赤ちゃんも助かるようになってきました。

資料2は、保育器の中にいる小さな赤ちゃんを、ドクターが超音波検査装置を使って、心臓の動きと頭の状態を診ているところです。

心臓から大きな太い2本の血管が出ております。1本は全身へ行く大動脈と、もう1本は肺へ行く肺動脈です。その二つの大きな大動脈を結ぶバイパスの血管が、動脈管と言われています。おなかの中では肺呼吸をしませんから（肺にいく血液は必要ないものですから）肺動脈から動脈管を通して、全身へ行く大動脈へと流れて行くわけです。ところが、10カ月満期で生まれた赤ちゃんは一日のうちに、動脈管がずっと閉じてしまう（これは必

《資料2》



要ないものですから) のですけれど、早産の赤ちゃんというのは、本来、動脈管は閉じてもらっては困るわけです。満期になるまであと2~3カ月は開いていないといけません。そのために、早く生まれたために、なかなか閉じないのです。特に、小さく生まれた(大体1500g以下)の子どもさんは、動脈管が開いているわけなんです。

そうしますと、大動脈から肺動脈に向かって、血液が動脈管を通して流れて行くわけです。つまり、全身へ血を送ろうとしたら、そのかなりの部分が、肺の方へ流れてしまうということになるのです。

そうするとどうなるかといいますと、川に譬えますと、大雨が降ります。すると水嵩がどんどん増えてきて、最終的には洪水であふれ出します。それと同じで、肺に行く血液の量がどんどん増えていきますと、血管がどんどん腫れてきます。もう、耐えられなくなると、肺血管が破れてしまいます。これが肺出血です。肺出血を起こしますと、とたんに状

態が悪くなって死んでしまいます。そういう状態を防がないといけないということになります。

出生体重が1500g未満で見えますと、肺がある程度成熟していると体重が小さくても、動脈管が自然に閉じてくれる割合は90.5%です。つまり、ほとんどの赤ちゃんは、小さくても肺が成熟していると動脈管も一緒に成熟するようで、自然に閉じてくれるようです。ところが肺が未熟なままで生まれてくると、動脈管が自然に閉じてくれる児が66%しかなく、残りの38%は動脈管が閉じません。放って置くと肺出血を起こしますので薬を使ったり、反応しない場合には、手術で閉じていく治療法が必要になってきます。このように動脈管開存が、超音波検査でどんどん分かるようになってきました。

5. 栄養の管理

栄養に関しましても、出生体重の小さい子どもさんには、そのお母さんの母乳が一番良

いのです。蛋白も豊富にあって、小さい赤ちゃん用の母乳が出てきます。ですから、そういう赤ちゃんには、お母さんの母乳を早く飲ませたい。特に、超早期母乳ということが最近言われだして、絞りたての母乳を生まれた1日ぐらいから飲ませるようになっていました。今までは、4～5日から1週間くらい絶食していましたが、早めにお母さんの母乳をあげることが必要になってきました。

大人では、昔より、中心静脈カテーテルが使われていたんですが、1000g未満の赤ちゃんでも、中心静脈カテーテルが入るようになりました。そこから栄養補給をしてあげることが出来るようになりました。また、くる病とか貧血の管理もどんどん進んでいます。

6. 感染の管理

感染に関しては、昔は赤ちゃんが小さければ感染で亡くなっていたんですが、今は、あまり感染で亡くなることは少なくなってきました。それは、ほんの微量の血液で、すぐに感染があるかどうかをチェック出来るようになり、同時に抗生物質や免疫グロブリンの使用により、重症感染症も少なくなり、死亡率は減少はして来ました。

本院での十年間でみると、一年に一人敗血症になる。化膿性髄膜炎というのは5年に1人認めます。ただ重症ですのでやはり、死亡率は25%くらいで、後遺症を残す場合もあります。

7. 神経系の管理

先生方が扱われる中で、神経学的な後遺症を残して大きくなっておられる子どもさんが多いと思います。それは、昔は低出生体重児だったという場合も多いわけです。

私たちがどういう神経系疾患の管理をしているかと言いますと、先程言いましたように

超音波検査により、ベッドサイドで、脳室内出血や脳室周囲白質軟化症を診断します。

超音波検査で、大泉門から脳室が見えます。組織的には、脳室の回りが上衣下組織と言います。早産で生まれた赤ちゃんは、脳室のまわりに未熟な神経細胞が存在します。満期に近くなるにしたがって、だんだん脳の方へこの神経細胞が移行してきます。

そしてこの上衣下組織が大体33週以後になりますと、どんどん少なくなって消えていきます。早く生まれると、その脳室の周囲にまだ未熟な神経細胞が集まっています。この神経細胞は、もちろん酸素を必要とするため、血管が非常に豊富です。この未熟な脳組織の中で酸素不足になりますと、血管のうっ血—まあ血がたまってしまうような状況が起こってしまいます。このため、先程の、肺の血管が破れるように、上衣下組織の血管が破れて脳室内へも出血してしまうという事態が起こってきます。状態が悪くなると、小さい赤ちゃん—特に妊娠23～24週赤ちゃんが、こういう出血をしやすいのです。

出血をした後、徐々に吸収されてはいくんですけれど、その後に脳室がどんどん大きくなって（脳室拡大と言います）これを放って置きますと、水頭症になってきます。川でいえば、ダムでせき止めたような感じになります。これは髄液とって、たえず脈絡膜で作られては、川が流れるように脳の静脈へ吸収されていく。ところが出血すると、そこに血液がたまったようになって、どんどんせき止めてられていきます。そうすると、脳室がどんどん大きくなって、放って置けば水頭症になります。大きくなれば脳組織自身を圧迫し、神経障害を起こしてきます。

治療として、V-Pシャントといたしまして、脳室の中に管を入れ、増えてくる髄液を、おなかの方へ流してあげ、これによって脳組織

の圧迫をなくすのです。

先天性水頭症では、生まれつき脳室が大きく、V-Pシャントをすると少しずつ脳の組織が元へ戻ります。

脊髄髄膜瘤は、髄膜が背中に突出している病気ですが、水頭症も合併します。この時もシャントが必要になります。

もう一つ問題は、1500g未満の小さいお子さんの一部が脳性麻痺になることです。原因は、先程の脳室内出血以外に脳室周囲白質軟化症があります。脳の血管は、前大脳動脈、中大脳動脈、後大脳動脈があり、酸素と栄養を供給しています。その各大脳動脈の境目の場所に、小さい子どもさんとなかなか血流が行きません。川で言いますと、日本海へ流れる川と太平洋に流れる川の境目のところ、すなわち分水嶺では、水がなくなると草木が枯れます。脳でも血液がなくなると、その神経細胞が死んでしまい、ポコッと穴があいたような嚢胞を形成します。ちょうどこの嚢胞が、足の運動神経が通る場所になるため、脳性麻痺が起こります。脳性麻痺の原因の8割くらいが脳室周囲白質軟化症と考えられています。

生まれた直後に、既に嚢胞を形成しているお子さんもおられますが、普通は生後2週間程で形成されます。しばらくたつと、嚢胞がなくなりますが、MRIで見ると大脳白質が萎縮して脳室が拡大してきます。

体重の大きいお子さんでは、重症仮死といって、生まれた時に呼吸をしなかったりチアノーゼを来します。私たちは連絡を受けて、救急車で産科に向いて行って、蘇生をして連れて帰るわけですけれども、脳は大人もそうですが、5分間以上酸素が行かないとダメージが残ると言われています。赤ちゃんは、おなかの中でも生まれた時でも、低酸素の状態になりますと、生まれた後にいくら蘇生しても、脳が元に戻らない低酸素性脳症になり

ます。

その後脳性麻痺になり、呼吸状態も悪くなると、気管切開が必要となる場合もあります。さらに進んで行きますと、脳萎縮もおこってきます。

それ以外にも、大人ではポピュラーかもしれませんが、脳梗塞が赤ちゃんには稀ですけれどもあります。

造影剤を入れなくても、今はMRAにて脳血管を描出することができるのですが、中大脳動脈が詰まり、脳梗塞を起こす赤ちゃんもおられます。

8. 出生率

生存率について(表参照)は、750g未満で生まれた赤ちゃんは67%くらいしか生きられない。750~999gで生まれた赤ちゃんは85%生きられるようになりました。1000~1499gでは99%が生存退院です。ですから、1000g以上になりますと、9割以上のお子さんは助かるという時代になっています。

ところが超低出生体重のお子さんは、やはり全国調査をしましても20%から25%は、神経学的な後遺症が残ってしまいます。残念ながら私たちも、2割くらいは残してしまいます。

《表》 最近5年間の生存退院率

出生体重	入院数	生存退院数	生存退院率
-750g	33	22	67%
750-1000g	53	45	85%
1000-1500g	142	140	99%
1500-2000g	237	233	98%
2000-2500g	534	532	99%
2500g-	588	573	97%

9. 後遺症の早期発見と治療

それで私たちとしては、出来るだけそういうお子さんを少なくしようと、皆頑張っているんですけども、後遺症の早期発見には、注意深い観察がまず一番です。

筋緊張の亢進がないか、痙攣がないか、目の動きが異常でないか、大泉門がはれていないか、意識障害がないかどうかを観察します。それから頭の超音波検査は生後1週間は毎日見て、1週間以降は、1～2週間毎に検査していきます。退院前に頭のMRIをみて、異状がないかどうかをチェックします。

未熟児網膜症は、眼科の先生が毎週来て、定期的に診ておられます。また、難聴もスクリーニングで、全員に、聞こえるかどうかの検査もします。

私達の施設では、早期リハビリをしています。入院している時から、リハビリのPT、OTが入ってきて（小児科専門というか、専属で6名のPT、OTがおります）、ビデオを撮り、異常な姿勢がないかどうかチェックし、あれば異常姿勢を矯正します。難聴が分かれば、早期に補聴器をつけるようにしています。

総合的に子どもさんをみていく必要があるため、発達障害カンファランスを毎月1回持っています。医者、看護婦だけでなく、リハビリ、言語療法士、医療相談まで入って、一人の赤ちゃんに対して、いろんな部門から問題点を出していきます。医学的な問題、看護上の問題、リハビリの問題、言語の問題、それから家庭、経済問題まで総合的に検討して、どうしてあげたら最もいいのか考えます。

1500g未満で生まれた小さなお子さんは、神経学的に後遺症がなくても、3kgで生まれた子どもさんに比べると、身体的な発達が遅れ、体が小さく、同年齢の子どもと一緒に遊べません。お母さんにとっても、2歳の子ど

もが出来ることが自分の子にはできない、そうすると、家に引きこもりがちになって、集団的な遊びが出来にくくなるんです。その集団的な遊びによって、運動や言語発達が促進されるんですが、それが出来ないんです。年齢が進むにつれて、だんだん取り残されていって、運動の下手、ぎこちなさ、不器用、多動、認知障害、学習障害を起こしてることが、だんだん分かってきました。

こういう子どもさんへの対策として、遊びを通して全体的な発達を促し、大きくなってからの学習障害を予防していく取り組み（これを早期介入といいます）が行われています。

私達の施設でも、1996年から開始しまして、2歳前後の、小さく生まれた子どもさんに参加してもらって、両親と医者と看護婦、PT、OT、それから保母さんも加わり、一緒に遊んでいます。もちろんこれはボランティアになるわけです。

土曜日の午後から、大体2時間くらい、風船を作ったり、歌を歌ったり、誕生会をしたり、絵遊びやエプロンシアターで遊んだり、両親との話し合いを持っていくということを行っております。

ハイリスク児の発達を、外来でフォローアップしますし、外来での継続的なリハビリも続けてやっていきます。そして、言語療法士によって言語指導を行い、問題のある子どもさんに対して、発達障害カンファランスをします。一見、正常な小さい子どもさんに対しても、早期介入をやっていきます。退院されると、最初の1～2カ月というのは、親御さんは子育ての不安が非常に強いので、保健婦さんに早期に家庭訪問していただきます。私たちはそういう事をやってきているわけです。

以上で私の話は終わりたいと思います。

有り難うございました。

重度心身障害児の医療

滋賀県立小児保健医療センター

所長 奥野 武彦 〇〇

【滋賀県立小児保健医療センター〇 同保健指導部〇 滋賀県立心身障害児総合医療センター〇
滋賀女子短期大学幼児教育学科〇 (宮嶋智子 〇 藤井達哉 〇〇 伊藤正利 〇 鈴木順子 〇)】

少子高齢化の時代、子どもの数がだんだん少なくなってきました、それとともに医療機器の進歩や疾病構造の変化、また生活水準の向上などが重なり、急性疾患が減ってきました。今、小児医療においては慢性疾患と重症疾患（重度の心身障害児）の診療が増え、そういう意味で私たちの病院の役割があると思います。

私たちのセンターは小規模の病院で、100ベッドなのですが、整肢園：整形外科センターから発展しまして、平成元年に小児保健医療センターになりました。耳鼻科・眼科・麻酔科等、大体の機能を整えてきていますが、出来ました経緯からも障害児医療の受け皿として、重度心身障害児の医療にかかわってきました。そういう経験を中心に重度心身障害児の医療の最近の諸問題について、われわれの経験をまじえてお話ししようと思います。

お話しする内容は、抄録に書きましたように、はじめは呼吸管理のことで。

1. 呼吸管理の進歩

重度心身障害児には呼吸管理が必要な子どもが多いのですが、医療機器の進歩によって在宅の人工呼吸療法が普及し、呼吸管理・レスピレーター装置が簡易化されて携帯に便利になってきたということがありまして、在宅での人工呼吸療法が普及しています。

われわれの施設でも人工呼吸装置をつけて在宅でかかっている人がいます。

そういう場合、患者さん全員が病院の近くにいるわけではなく、地域医療機関（その他、

近所の看病できる病院等）との密接な連絡とか、ネットワークが重要になります。地域にそういう人を受け入れてくれる病院があるかどうか（病院とはかぎりませんが開業医でも）探すことから始まります。

そういう呼吸管理の情報交換（必要な場合にはカンファレンスが出来る）を24時間体制で行う必要があります。何とかそういう施設が見つかった場合に在宅の療養が可能になります。

重度心身障害児は、胸郭筋の運動障害や胸郭の変形があります。上気道狭窄とか誤嚥を起こしやすく、慢性の肺障害を起こしやすい。そういう関係でしょっちゅう入退院を繰り返すことが多いのですが、エア－ウエーの挿入をしたり気管切開をせざるを得ない場合があります。気管切開をしてしまうと、その管理がなかなか大変で、大出血を起こしたり、窒息してしまったり、感染を繰り返したりします。総合的に見ますと、子どもの場合は、一度気管切開をすると、それを閉じることは難しい。このことは、気管切開はなるべくしたくない理由の一つです。

最近そういう慢性呼吸不全の子どもに対してNIPPV(nasal intermittent positive pressure ventilation)が行われています。新生児で鼻のところにプラスチックの箱みたいなものを置いて陽圧呼吸をやっていたものを、密着するようなマスクをつけて呼吸を行うものです。NIPPVは、重度心身障害児まで広がってまいりました。従来は進行性筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、脊

椎側弯症に行われていました。NIPPVを使用した鼻マスクによる陽圧人工呼吸装置による補助呼吸は有効です。

その症例を紹介します。

〈症例1. 6歳 男児〉

診断：多発奇形、痙性四肢麻痺、知的障害、てんかん

現病歴：てんかん重積状態の際、嚥下障害、上気道狭窄、睡眠時無呼吸が出現した。NIPネーザルを使用してCPAPで上気道狭窄は消失、無呼吸も消失した。

これまでですと、こういう患者さんは気管切開しましたが、結果的には、これをせずに済んだ例です。

〈症例2. 13歳 男児〉

診断：喉頭軟化症—喉頭軟骨が柔らかく、ゼロゼロ喘鳴が強い。痙性四肢麻痺、側弯、てんかん、知的障害がある。

現病歴：PaCO₂は70以上もあり、気管切開が適当と判断された。

しかし、親が入院したりしていて同意が得られなかったので、NIPPVを開始した。上気道狭窄音が減弱し、PaCO₂は50に下がったので結果的にはよかった。

こういう方法で、呼吸管理は選択肢が広がってまいりまして、気管切開にまで至らずに助かっている状態です。格別新しくやられた方法ではないのですが、10年くらい前から実施されていて、だんだん評価されてまいりました。

2. 発達障害児早期訓練および受容の援助

われわれの病院へ、発達障害児が訓練のために紹介されてくることが多いのですが、早期訓練に来られる方のうち、最重度ですと2カ月くらいで退院して重度四肢麻痺などが残りまして、そういう方が紹介されて来るわけ

ですが、こういう方を訓練をするのに、家族の障害の心理的受容が十分でない方が結構おられます。

非常に重度の場合は、前の病院でいろいろお話を聞いて—病後のこと、てんかんの後遺症のこと、知的障害のことなど色々聞いて、ある程度受容した状態でおられる方はいいのですが、重度でも中度に近い進行のない方、最重度でなく重度或いは中等度の方、まだ障害のあることが疾患としてとらえられてないような方、そういう方はまだ、前の病院で障害のことをお話しされていないので、お話しをする時期が難しい。「紹介した先でお話を聞いてもらった」と言うようなことで来られる方がいるのですが、そういう場合、どういうふうに受容してもらうかなかなか難しいのです。

そういう方が来られたら我々も話すのにかなり気を使うものですが、そういう訓練と受容とを両方兼ねたような形で4週間、リハビリテーション、あるいは訓練のような形で早期訓練の導入の場面で、お話しすることになっています。平成6年くらいからやっているのですが、小児科医が中心となって整形外科、眼科、耳鼻科、理学療法士、作業療法士、言語療法士、看護婦、臨床心理士、退院後地域との連絡をとる保健婦さん—保健医療センターには保健婦さんが数名いますので—多職種によって総合的に評価しまして、入院した翌日にカンファレンスを行い、どういうふうに訓練していくかなど、いろいろな立場から話し合ったあと訓練を行います。

退院前にもう一度、退院後のことについて話をし、その結果どうだったか評価致します。

障害の受容との医療関係者の関係づくりについて有用性などをアンケート致しました。

その中で不十分な点やいろいろな要望も出まして、変えないといけないことがありました。先ず第一に、病気の告知のことです。病状を告知するのは早いほうが良いようです。入院中に告知された場合、訓練どころかショ

ックとか葛藤の時期が一緒になってしましまして、なかなかスムーズに訓練に入っていないということがあります。

われわれが前から感じていたことですが、前の病院である程度しっかりとお話を聞いてこられた方は、比較的スムーズに訓練を受け入れていけます。

このアンケートの中で、病気の受け止め方への入院経験の影響をいろいろ聞いてみたのですが、例えば、他の家族との交流が出来たのがよかったとか、スタッフの励ましなどの対応が良かったなどが評価されていました。われわれのところは基準看護ですが、昼だけしてもらって、通ってもらわないといけない遠方の場合、滋賀県も広いので湖北地方の方がおられ1時間～1時間半、2時間とかかる地域もありますが、2、3カ月～6カ月の赤ちゃんを預けて帰られる時、ものすごく不安を感じられるのですが、入ってみると意外に子どもさんは安心して、最初の離れるときだけは泣きますが、あとはすぐ慣れてしまうなどいろいろあります。どちらかという人评价されていることが多いのですが、我々が反省しなければならないことが結構たくさんありまして、病院のスタッフがわれわれの気持ちをお母さん方に解ってもらえなかったとか、訓練の必要性を十分すすめたつもりでも伝わらなかったとか、他のお母さんの情報でかえって混乱したとか、職種によって言うことが違うので混乱したとか—そのような意見の違いが出ないためにカンファレンスを行っているのですが、まだまだそういう問題点もあります。訓練のやり方が複雑など、いろいろありますので、改善していかなければならないと考えています。

家族の協力がある場合が良いようです。お父さんの協力が得られたのは、25家族のうち半分の12家族くらいしかないのも困ったことと考えています。祖父母の協力があつたのが6名でした。結構お母さん方が孤軍奮闘しておられる姿が浮かび上がってきました。全く

協力の得られない方が25人中5人くらいおられました。核家族であると思われ、訓練入院が受容に役立っていると考えられました。

3. 発達障害児と虐待

発達障害児と虐待ですが、最近、虐待は日本でも増えてきていて、テレビでも報道されましたが、未熟児とか脳性麻痺の子どもさんは虐待の対象になる場合が多いようです。大阪府下で被虐待児問題を調べて発表されているのですが、被虐待児の10数%が障害児でした1)。

障害児に対する虐待防止のためには、障害児に対する正しい知識とか、未熟児出産の予防とか、未熟児医療技術の向上とか、未熟児施設での母子のつながりを強める努力が必要であるとか、養育医療、育成医療、保健婦の家庭訪問、社会的資源の充実・連携・広報等が重要です。

4. 滋賀県における脳性麻痺の発生動向

脳性麻痺の発生動向ですが、やや減少しているように言われています。

新生児医療の進歩によって、日本の乳児死亡率は4.6で世界一低いのですが、その中で、脳性麻痺の占める率は1000g以下の低体重児、あるいは22週～24週の600g未満の超低体重児の比率が高くなっています。

滋賀県における脳性麻痺の発生動向は、過去10年(1977年～1986年)分ですが、6歳児、学校へ上がる時のデータでは、186,033人のうち202人、前半後半5年ずつまとめて比べてみますと、あまり変わっていないのですが、満期産の脳性麻痺は減っています2)。極少未熟児の出生割合は、前半3.2、後半4.2と増え、その分重度の方が出ていると思います。

麻痺の障害程度は、すり違い以下の重症が39%、中等度障害(四つ違い杖歩行)16%、軽度(独歩)45%です3)。知的障害は、正常が26%、軽度が12%、中等度が24%、重度が38%でした。

てんかん合併の有無ですが、有り48%、無し52%で、小頭症合併の有無は、有りが35%無しが65%です。このような状況でして、この後の10年が現在整理されつつあります。

5. 重度心身障害の療育

総合療育センターにも関係しています関係で、どんな状態か総合医療センターの実態を述べますと、平成10年度の通園児数は、知的障害30名、身体障害15名、前年度に比べ10名増であります。併行通園児は15名です。本年度から地域の保育園との併行通園を行っています。定員70名ですから少し足りませんが、滋賀県立の心身障害児総合医療センターでありますから、大体滋賀県下の過半数の重度心身障害児が集まっていると思います。低年齢化が進んでおまして、1歳以下が1/3、3歳以下が1/2、4歳以上は9名(1/5)で、重度心身障害児(療育手帳A、身障手帳1級)が2/3、そのうち経管栄養は7名、吸引8名、低体温のため体温調節が必要な児が1名です。

多職種がかかわって、保育士を中心に理学療法や作業療法を取り入れ、臨床心理士や栄養士も加わった保育、すなわち合同療育を行っています。その他、週3回地域の保健センター療育教室、保育園関係者および保護者の参加を得てケースカンファレンスを実施、卒園児のアフターケアとして保育園、幼稚園を訪問し意見交換を行っています。保育園関係訓練関係、教職員、福祉関係から実習生や、ボランティアの受け入れが増加しています。

家族を対象に1年に2回、生活発表会を行い、研修会を年2~3回行っています。小児保健医療センターとの連携を密にし乳幼児の健やかな発達を支援しています。

6. 原因診断の進歩

超音波、CTスキャン、MRI等の画像診断等の発達により、診断法が画期的に進歩して参りまして、神経細胞移動障害がCT、M

RIによって容易に診断できるようになってきました(表参照)4)。そこで、結節状異所性灰白質(nodular heterotopia)の症例を提示します。

《症例3》 9歳男児 てんかんの主訴

向かって左側(右の脳ですが)は、CTでは、異常は分かりにくいです(図1矢印頭)。

下のMRIの図の右上に白質(白い部分)――MRIは灰白質と白質の区別をしますが、白質は神経細胞が集まっております――灰白質と同じ部分――斜め横の長い部分が異所性灰白質で、これがてんかんの起こっている原因です(図2矢印頭)。難治性のけいれんで、この部分は脳外科治療はむずかしいと考えられます。幸い、この患者さんは、抗てんかん薬だけで発作が止まりました。[図は次頁]

7. 遺伝子診断

遺伝子診断の発展も目覚ましく、遺伝子治療が一部なされるようになってきました。どんどん遺伝子の解析が進んで参りました。小児保健医療センターもミトコンドリア病や、脊髄性筋萎縮については行っていますが、今後、その他多くの疾患の遺伝子解析ができるようになると思います。

8. 整形外科治療の進歩

医用材料の発達や小児麻酔の技術の発達によって、以前はとても治しきれなかった重度の側弯症や、脳性麻痺の股関節の治療なども非常に進んで、生活の質が向上してきました。

9. 遺伝相談

われわれの施設では遺伝相談を行っております。1989年~1995年の間に行った遺伝相談のまとめをお話し致します。

神経疾患が約7割で、153例中106例。診断名が分かっているものは71例。その内、メンデル式遺伝性疾患が31例、染色体異常が21例、その他19例、診断が不明のものは35例。その

不明のうち7例の重度の障害児がおられたのですが、次子再発危険率の推定が難しく、幅の広い危険率を提示せざるを得ませんでした。

遺伝相談の考え方としては、遺伝は良いも悪いもなく連続したもので、遺伝性疾患は、世間的には悪いと言われていて偏見がありますので、われわれの病院では特別にカウンセリングをしています。時間は1時間くらい、また1時間延ばしたりして、十分時間をもっ

てお話しますが、結婚を決断するとか、次子を妊娠するとか最終的判断は当事者におまかせするようにしています。その判断ができるように、情報を出来るだけ詳しく、正確に、わかりやすくお話しするようにしています。遺伝相談は、まだ、この10年に始まったばかりで徐々に拡がりつつある段階です。

以上、最近の障害児医療の諸問題についてお話し致しました。

(表) 神経細胞移動障害と神経細胞移動障害を合併する異常

I. 神経細胞移動障害

1. 滑脳症 (lissencephaly, agyria)
2. 厚脳回症 (pachygyria)
3. 多小脳回症 (polymicrogyria)
4. 裂脳症 (schizencephaly)
5. 異所性灰白質 (heterotopia)

II. 神経細胞移動障害を合併する異常

1. 神経細胞移動期における脳奇形
 - 1) 水頭無脳症 (hydranencephaly)
 - 2) 孔脳症 (porencephaly)
 - 3) 小脳虫部欠損 (agenesis of cerebellar vermis)
 - 4) 小脳低形成 (cerebellar hypoplasia)
2. 正中構造の異常
 - 1) 脳梁欠損症 (agenesis of corpus callosum)
 - 2) 透明中隔欠損症 (agenesis of septum pellucidum)
3. 分節異常による全前脳症 (holoprosencephaly)
4. その他の疾患あるいは症候群
 - 1) 福山型筋ジストロフィー (Fukuyama-type congenital muscular dystrophy)
 - 2) Hypomelanosis of Ito (incontinentia pigmentosa achromians)
 - 3) 先天性風疹症候群、先天性トキソプラズマ症などの先天性脳炎
 - 4) その他

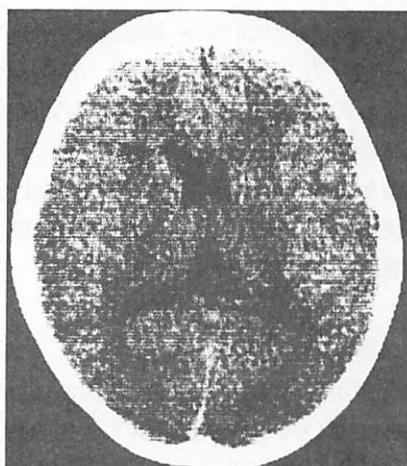


図1 症例3のCT



図2 症例3のMRI

『参考文献』

- 1) 岡本伸彦、他. 先天性疾患や周産期障害を有して被虐待児症候群を認めた40例. 小児科臨床 1994; 47:129-132.
- 2) 鈴木順子、伊藤正利、富和清隆. 滋賀県における脳性麻痺の発生动向 -1977~1986-. 脳と発達 1996; 28:60-65.
- 3) 鈴木順子、伊藤正利、富和清隆、奥野武彦. 滋賀県における脳性麻痺の病型別分析; 1977~1986年 -第1編 推定原因ないし要因について-. 脳と発達 1999; 31:329-335.
- 4) 奥野武彦、他. 神経細胞移動障害の画像診断. 脳と発達 1997; 29:123-128.

重症心身障害児の通園療育

京都・洛西愛育園園長 土屋 浩伸

1. 京都市内の通園施設

洛西愛育園は知的障害児の通園施設で1977年に開設しました。通園施設としては京都市では3番目の施設でした。京都市においては、市内を東西南北の四地区に分け、それぞれの地区を4つの民間通園施設が受け持つという地区割り方式ができており、洛西愛育園はその名前のように西部地区を主な通園範囲としております。なおその後、中央に公立の通園施設ができ、今年度に南部に公設民営施設ができましたので、現在京都市内には、6つの通園施設があります。

2. 早期療育施設として

当園が開設しました1977年は、たまたま保健所において、それまでの3歳児健診を1年半早めた1歳半健診が始まった年でもありました。そこでそのことを視野のおきまして、当園は障害児の「早期療育施設」になろうと思いました。今更早期療育ということを行いますのは、当時まだこの種の通園施設は学齢児中心の通園施設で、養護学校の代替施設として位置付けられた施設でしたので、当園開設の3年前までは6歳未満の幼児は原則として入所できなかったのです。当園開設の3年前の昭和49年に、養護学校義務制実施の予告令が出まして、5年後の昭和54年には養護学校がすべて整うことになりました。そこで急速、厚生省は通達を出して、対象児の年齢の下限を撤廃する、即ち、今後は学齢未満の幼児も通わせてもよろしいということになりました。それを踏まえて当園は、対象児を幼児とすることはもちろん、幼児の中でも早期幼児期を中心とした、1歳半健診の受け皿施設である早期療育施設であることをめざした

施設です。

この趣旨に添って当園の対象児は、年齢では低年齢幼児、即ち1歳半健診の後の2歳児から対象にしました。実は対象児を2歳からとしたのは、当園が全国で最初の通園施設ではなかろうかと思えます。なぜ1歳半から対象にしないのかと言われるかも知れませんが、1歳半で障害を発見されても、障害の受容には少なくとも半年や1年はかかってしまう。それからようやく療育ニーズがおこり療育施設に目が向くようになるわけです。それからもう一つは、当園が母子通園を一切やらない通園施設にしたいという思いがありました。単独通園という形式を取ろうとすると、確かに2歳未満の子の単独通園にはいろいろ問題があります。そんなこともありまして、早期療育と言いながら2歳からを対象にすることにしました。今では、全国的に1歳児はもちろん0歳児の療育でさえも様々な形で取り組まれている現在において、いまさら早期療育施設だと胸を張って言うのもどうかと思いますが、当時はそれでも極めて珍しいことと言われたものでした。

次に、当園の対象児の障害の程度としては、重度障害児を対象にすることを主張しました。ようやくその頃（77年頃）保育所・幼稚園において統合保育が軌道に乗ろうかという時期にあたりますので、比較的障害の軽度な幼児は、保育所・幼稚園の統合保育の対象にしてもらうのが本当である。そのような時期に当園の開設が、せっかく盛り上がってきた統合保育の機運に水を差すようなことがあってはならないということで、児童相談所には「あまり障害の軽い子は措置されてもお受けしたくありません」と申し入れ、その代わり障害

が重ければ重いほど喜んで受け入れたいとさえ言いました。実はこれにも問題がありまして、先程申しました厚生省の通達では、年齢の制限に加えて対象児の障害の程度も規定しておりまして、通園施設の対象児は「中度の精神薄弱」と規定されていました。（現在もこの規定は改定されていません。）従って、当園が重度の障害がある子を対象にしたいと言った時、児童相談所には抵抗もありましたが、中・軽度の障害のある子の「統合保育」を推進するためにも、専門施設である通園施設の対象は、重度の障害のある子を主とすべきだと、この方針を押し通しました。

3. 重症心身障害児の受け入れ

当園開設時の対象児に関する児童相談所への申し入れの第3番目として、重複障害児も積極的に引き受けたいと申し入れました。その理由として、早期幼児期にいる子は、まだすべての面で未分化の時代ですので、障害そのものも未分化なのですから、当初は障害種別にこだわらず引き受けたいとの申し入れをしたのですが、これは何としても措置機関である児童相談所の承認が受けられませんでしたので、そこで一步下がって「重複障害児」も積極的に引き受けたいということにしたわけです。

重度障害で重複障害児も対象にするとなれば必然的に「重症心身障害児」も対象となるということになってまいります。実は、通園施設は医療機能を持っていない、いわゆる福祉施設として、医療機能のないところで重症心身障害児を念頭に置くということは無謀のそしりを免れません。全く無謀にもこのようなことを考えていたわけです。これは勿論、どんな障害があろうとも早期から適切な療育をすることによって、発達を支援することが可能であるとの考えがあってのことです。どんな障害があろうとも、あるいはどのように重い障害であろうとも、その子なりの発達を保障してやらねばならないとの思いです。

もちろん児童福祉法では、重症心身障害児は医療機能を持った「重症心身障害児施設」が対象となります。しかし、この施設は入所型施設ですから家庭から離れ、親から離れなければ利用できない。幼児期であるならば、あるいはせめて幼児期くらいは親元から離さずに福祉の、療育の対象として考えていくことはできないものだろうか。親から離したくない、家庭から離したくない、何とかかわれわれで家庭から離さずに療育をしたいということが、重症心身障害児をも通園療育の対象とした理由です。

当園は、このようにして当初から重症心身障害児の通園も念頭に置いてきましたが、最初の3年間というものは障害の比較的軽いお子さんばかりで、児童相談所に「話が違いますよ」と文句を言ったこともありました。当時は保育所等の障害児の受け入れが不十分だったため、比較的軽い障害のある子でさえも通園施設にしか通うところがなかったのです。

1979年に二分脊椎症で水頭症を伴う、いわゆる重症心身障害に当たる子どもさんが初めて入ってきました。大島の分類（註1）の3にあたります。昨日の富田先生のご講演の中でこの大島の分類のスライドが出てきましたのでご覧になった方は多いと思いますし、すでにご存じの方も多いと思いますが、少し説明しますと、この大島の分類とは重症心身障害を規定する客観的基準を示すもので、1. 2. 3. 4のどれかに分類されたケースが典型的な重症心身障害とされます。1979年に当園に入ってきた子は、重度の知的障害に加えて、歩行機能を持たないという大島の分類の3にあたるケースだったわけです。

しかし2年間の療育の間に歩行能力を獲得する（歩行といっても支持歩行の段階ではありませんが）という思いがけない変化が現れました。もちろん当方では歩行機能の獲得という変化を狙ったわけではなく、この子に楽しい遊びを与え、意欲を増すことを主眼とした療育をしてきた結果として、支持歩行が可

能となったに過ぎなかったのですが、歩けなかった子が曲がりなりに歩いているといった変化は、似た症状を持つ子の保護者の間に大きな波紋を起こしました。障害のある子の保護者同士、特に似た条件を持つ子の親同士の横のコミュニケーションは驚く程のつながりがあり、当園でのこのケースの噂がたちまち広がり、重複障害のある子、中でも重症心身障害といわれる子の保護者からの問い合わせや、直接的入園の申し込みが続出するようになりました。

もちろん当園のような措置施設は直接入園の申し込みがあっても、そのまま受け入れられるものではなく、一定の措置手続きが必要ですし、歩けない子を歩けるようにしてくれというような要求には応えることが出来ません。当園の療育は、機能訓練をし運動機能の向上を目的にするものではなく、発達の援助をする中でたまたま歩行機能が向上する子もいるかもしれない、そのようなまれな事例の一人が支持歩行の可能となったこの子であるにすぎないことを説明するのに苦慮しなければならぬ状態となりました。

そのような経過の中でも、この最初の重心児が卒園した翌年の81年度には2人、82年度にも2人、83年度には一挙に増えて8人、84年度以降96年までは10人以上の二桁の重心児の入所がつづき最高は86年の19人でした。この86年は定員40人の当園のほぼ半数を、所謂重症心身障害児が占めるという異常とも言える事態となったものでした。なお、97年以降は一桁台の重心児の入所となり、ようやく落ち着きを見せてきていますが、これは少なくとも京都市内においてはどの通園施設においても重心児の入所が可能となり、当園に集中することが無くなったことによります。

4. 保護者のレスパイト(註)

少し話を戻しますが、当園がなぜ母子通園をしないのかと言いますと、これは母子通園をしておられる施設を非難しているつもりは

ありませんし、わたし自身かって母子通園施設を経営しており、母子通園の長所を十分知った上で申し上げるのですが、母子通園という形態はどうしても保護者の負担が重くなることは避けられません。そういうことを踏まえて、当園は開設時から母子通園をせずに子どものみの単独通園形態を厳守することにしました。実は低年齢の2歳から療育対象とする当園が単独通園をするということに対して、当初児童相談所は強く反対しました。母子関係形成に不利であるという理由からでした。当園としては、四六時中母子が一緒にいるから良き母子関係が形成されるというものではなく、一定時間親から離れることによって、かえってお母さんに対する意識も子どもの側に出てきますし、親にしても子どもから離れて一息付ける時間が持てる方が良き母親に戻ることが出来ると考えます。そのような理由によって当園は子どものみの、通園バスによる単独通園という形を続けております。

そんなことから発展して、通園施設に役割の一つに親のレスパイト機能を考えても良いかと思っています。もちろん当園開設当時の私たちは「レスパイト」という言葉は知りませんでした。重い障害のある子どもさんを育てている親御さんの苦勞を考えると、その苦勞を少しでも軽くしてあげることの大切さを考えざるを得ません。

当園のような通園施設で行うレスパイトサービスは、一定時間だけのサービスで、本来のレスパイト即ち宿泊を伴うサービスは出来ませんが、せめて日中の一定時間だけでも、保護者の方に一息入れてもらうことは有意義のことと考え、そのためには母子通園よりも単独通園の方が良いと考えました。そんなことで当園では開設時から現在まで、単独通園という形式を厳密に守っています。親御さんの中には通園バスを使わずに親が直接送り迎えをしたいという要望を出す場合もありますが、その場合も玄関までの送り迎えで、後はお帰り頂くようにしています。一方、療育の

参観は自由としており、いつ何時でも来園し、廊下からガラス越しの参観はむしろ歓迎しております。

従って、どんなに障害が重くても、あるいは年齢的にどんなに小さくても、入園した翌日からは単独通園とし、そうすることによって保護者のレスパイトということが通園施設の機能の中にも持ち込むことが出来るし、それによって家庭に潤いや精神的なゆとりが生まれるのではないのでしょうか。どんな親も疲れきってしまえば、良い親でいることが出来ず、その疲れが取れば良い親に立ち戻れると思うのです。私は時に職員と対立しまして、宿題が大嫌いなのですが、職員はとにかく一生懸命ですから、家庭での行くべき療育についての課題すなわち宿題を出したがるのです。その度にこの園は宿題が無いことが特徴の園にしようよというわけです。親の中には宿題を出して欲しがらる親もおります。宿題さえやっておけば安心ということもあるでしょう。しかし、家庭は家庭であって療育施設ではないのだ、親も親であって療育者ではないのだと思うのです。もちろん家庭にも親にも、園としての要望は出しますものの、それはより良い家庭になってもらいたい、より良い親になって欲しいという意味の要望であって、家庭に療育の一端を担ってほしいというのとは少し違うと思うのです。

5. 生活リズムの確立

うちは毎日通園です。母子通園でないことの良さも一つはそれなのですが、母子通園ではどんなにしても精々一日置き通園がよいところで、毎日通園をしたのでは家庭崩壊になってしまいます。単独通園の良さは毎日、日曜日を除く毎日通園が出来ることです。

毎日通園することによって、生活リズムが整ってくる。通園バスが一定時間に來ますので、それまでには起きて、食事をして、出掛ける用意をしてということで、自然に生活のリズムが整ってくるわけです。昨日の講演の

中で睡眠の問題が出てきました。水泳を始めてから夜間の睡眠リズムがついてきたというお話でした。睡眠のリズムを確立するために、お薬を使う例もありますが、水泳に限らず昼間良く身体を動かし、生活のリズムを整えることによって睡眠のリズムを整えるのにも役立つはずだと思います。

従来、在宅でしかあり得ず、そのため一日中うとうとと眠っているような状態であった重症心身障害児が、通園施設に通うようになってから、日中の覚醒状態が長く続くようになったといった例は沢山あります。生活リズムの確立は、日中の意識レベルの向上という形でまず効果が上がります。

そのことから重症心身障害児のQOLを考える上でも、在宅のままから通園施設へ通うということがいかに効果的であるかが分かりますし、次に述べるような医療機能に不備があったとしても、それ以上にQOLの向上を考えれば通所という形態を選択する意味があると思います。

6. 通園施設における医療機能の問題

当園のような知的障害児通園施設は、本来養護学校の代替施設として法定化されたという事情もあって、医療機能を全く持っておりませんでした。職員定数の内に、医師はもちろん看護婦も認められておりませんし、理学療法士や作業療法士などの医療系技術者の配置も定められておりません。嘱託医以外に定数職員としては指導員、保母のみが認められているにすぎません。このような態勢の中で、身体的障害を合わせ持つ重複障害児や、ましてや綿密な医療的看護の必要な重症心身障害児を、たとえ日中の一定時間とはいえお預かりすることには問題があると言わざるを得ません。

これについては、重度の身体的問題を抱えた子どもには専門医である主治医がおりますので、この主治医との関係を密にすること。また、一般に都市部にある通園施設において

は、施設を取り巻く地域に高度の医療機関がありますので、その地域医療機関との連携を取り、言うならば地域にある医療機能を施設の中に取り込むことによって施設自体の医療機能の不備を補えると思ったわけです。幸い当園などは京都という高度の医療機能の整った地域にありますし、先生方も沢山おられます。その地の利を最大限に生かすことによって、無謀とも言える重症心身障害児の通園療育を続けることが出来てきたわけです。

非医療系の指導員・保母という職員であっても、子どもの主治医あるいはその医療機関に子どもと一緒にしばしば通い、先生方の助言と具体的な指導を受けることによって、例えば姿勢のコントロール、健康管理、あるいはもう一步進んで「医療的ケア」と言われるものまで、曲がりなりにも手を尽くしてきたつもりです。

7. 関係する二つのモデル事業

1985年でしたか86年でしたかに、ある会で当園が重症心身障害児を相当数引き受けてきた事例を報告する機会がありました。この時、助言者席に当時の厚生省の専門官が座っておられたのですが、私の発表の途中から椅子を逆にして後ろ向きに座るという行為に出られました。その会が終わってから専門官が私に「厚生省の役人という立場からは、あなたの発表をまともに聞いていることは出来なかった。中度精神薄弱児を対象とすべき通園施設に重症心身障害児を通園させていると聞いたのでは、助言者として黙っているわけにはいかない、『いけない』と言わざるを得ない立場なので、後ろを向かせてもらった。しかしやがてはまともに聞くことが出来るように、法の方を整備したいものだ」といつてくれました。

その結果はやがて1990年だったでしょうか「重症心身障害児通園モデル事業」が開始され、家庭から離れた収容型の重症心身障害児施設に通園部門が設けられるようになり、重

心児も家庭から通って療育を受けられる道が正式に開かれました。私の発表が直接のきっかけとは申しませんが、たまたま重障児も施設入所のみでなく通所による療育の道も用意すべきという時代の要求と当園の考え方が合っていたと言えるでしょう。

その翌年の91年には「心身障害児通園施設機能充実モデル事業」が開始されました。これは通園施設に重複障害児を受け入れて療育効果を挙げるには、従来の通園施設にどのような機能を付け加えたら良いかを探る事業ですが、要するに通園施設に身体的障害を持つ児童を受け入れることを正規に認めた事業と言えます。先の重心児通園モデル事業は対象が重症心身障害児施設でしたが、次の機能充実モデル事業はまさに我々の施設が対象でしたので、当園は早速その実施施設として名乗りを上げ、幸い認められましたので、それ以後は当園に重障児が通っていると言っても、まともに聞いてもらえるようになりました。

これは聞き伝えですから確かなことかどうかは保障しきれませんが、以前から重心児の保護者を中心に、医療機能の整わない施設にも重心児を措置できるように規制を緩和することには反対があったようです。重心児の関係者にしてみれば、医療機能の充実を求めて永年努力してきたのに、医療機能の整わない施設でも受け入れられることになると、施策の後退であるとの考えからの反対だったのでしょう。先に触れた厚生省の人が助言者席で後ろを向いたのもそのような背景があつたことだったのかも知れません。

この通園施設を対象にした「機能充実モデル事業」は当園を含め6施設が指定されましたが、昨年（98年）度をもって打ち切りとなりました。これは多くの施設に重複障害児が受け入れられるようになり、今更モデル事業でもあるまいということでの打ち切りと考えられます。なおご存じかと思いますが重心児通園モデル事業も2年前から打ち切りとなり、どの重心児施設でも、それどころか重心児施

設以外の施設でも重心児の通園部門を設けても良いという「モデル事業の一般化」が実現しての打ち切りでした。

京都においてもこのような流れの中で重心児施設に通園部門が開設され、先にも述べましたように、どの通園施設にも重心児が通園しておりますので、当園の重心児は相対的に減少してきたわけです。

8. 通園施設での重症心身障害児を受け

入れることの問題点

本来は中度の知的障害児を受け止める通園施設で、重症心身障害児ないしは重度重複障害児を受け止めていくには幾つかの問題点があります。それを以下に列挙しましょう。

(1)通園施設には囑託医以外に医療機能がないこと

(2)「医療的ケア」の実施資格者がいないこと

(3)事故に対する保障責任のこと

(4)重度障害児の意思の把握の困難なこと

(「自己実現」達成支援の難しさ)

(1), (2), (3), については要するに医療機能がないことにつきまます。これについての打開策としては、前に述べましたように地域医療との連携以外にはないのですが、施設内の職員態勢としては、開設時からSTを指導員枠で採用しており、91年度に国のモデル事業の指定施設になってからは、その補助金をもってOTを採用し、重複障害児に対する療育機能の充実に努めてきました。しかしこの点に関してはまだまだ不十分で、個々の職員の勉強や努力には限界があることも充分心得ているつもりです。(3)の事故責任に関しては、有ってはならないこととして十二分の注意を払い、不安な症状については発見次第、主治医または地域の医療機関において対応してもらう態勢は整えています。しかしこれも、最後は保護者との信頼関係によるところが大きいため、良き関係が保てるように常に努力を重ねているところです。

(4)の自己実現の達成の件ですが、重い障害のある子の意思を把握することは、非常に困難なことです。私はかつて或る保護者から大変叱られたことがあります。この子は大島の分類が1で、寝たきり状態で首さえもまだ安定しない最重度の障害のある女の子でした。4歳から2年間の療育を行い、これという変化も無いまま就学年齢のため卒園するに当たって、保護者との面談の中で私がつい「この2年間ほとんど何の発達成果も挙げられず、申し訳ありません」と言いましたところ、母親は「これほど大きな発達が得られたのに、それを園長は認めてくれないのか」と言うのです。聞いてみると「入園前は人の働きかけに対して何の反応も示さなかった子が、今では呼び掛けると呼ばれた方に目を動かし、それが母親の声であると気づくととても良い笑顔で笑ってくれるようになった。このように反応が確実になり、感情表出もこれほど豊かになったのに、何の発達もしなかったとは心外である」ということでした。この母親の言葉に、うかつにも「何の発達も無かった」などと言ってしまった私自身の言葉を恥じ入ったものでした。

障害が重いと意思表示や感情の表出も極めて微かなものでしかないことが多いものです。しかし、これらの子どももそのわずかな表出力を使ってあふれんばかりの意思と感情を表現しているのですから、私たちは、その微かな表現を敏感に感じ取り、理解する能力を持たねばならないと思います。いま、能力と言いましたが、先程の親御さんの例などからして、これは感性と言った方が良いのかも知れません。

重い障害のある子どもさんをも通園療育の対象にすると言うからには、彼らの示す微かな変化を見逃さない慎重さとともに、小さな発達の変化を大きな喜びとして受け止められる感性をもちたいものだと思います。

ご静聴ありがとうございました。

(註1) 大島の分類

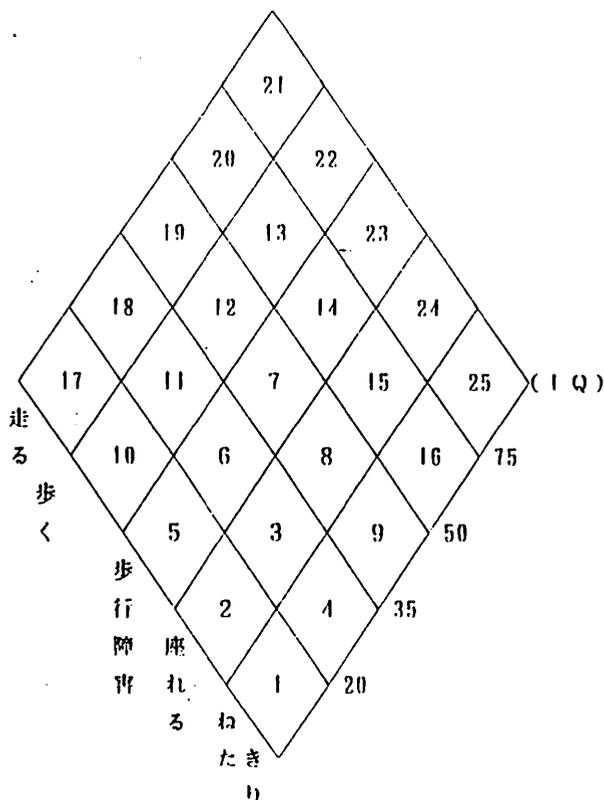
1971年、当時都立府中療育センター院長であった 大島一良 によって重症心身障害児施設の入所対象を選定する基準として発表されたもの。以後、この「大島の分類」は、重症心身障害児の客観的基準として多くの場面で使われている。

分類方法は、縦軸に知能指数を、横軸に姿勢保持機能と移動能力を取って25通りの組み合わせで障害の程度を分類するものである。(図参照)

<分類とその内容>

- I型 (定義通りの重症心身障害児) 1. 2. 3. 4.
- II型 (重度精神遅滞) 5. 6. 10. 11. 17. 18.
- III型 (重度肢体不自由) 8. 9. 15. 16. 24. 25.
- IV型 (その他) 7. 12. 13. 14. 19. 20. 21. 22. 23.

図 大島の分類 (都立府中療育センター院長 大島一良による 1971)



(註2) レスパイト

レスパイト・ケア (respite care) または レスパイト・サービス (respite service) とも言う。

レスパイトとは本来は息抜きの意味。近年、障害児・者と共に生活する親や家族を一時的に障害児・者の介護から解放することによって、日頃の心身の疲れを癒し、一息ついてもらうための新しい福祉サービスの形として盛んになりつつある。

重症心身障害児の養護・訓練

京都府立向日ヶ丘養護学校 元養護訓練部教員

理学療法士 林 節雄

1. はじめに

肢体不自由児養護学校の重度化・多様化が言われて、既に20余年が経過します。

私が勤務していた京都府立向日ヶ丘養護学校では、年々、いわゆる“準ずる教育”の可能な生徒は激減し、全体の2割程度になっています。(小学部は皆無、中・高においても、大半は高学年)これは恐らく、全国的にも少なからずその傾向にあるものと思われまます。また一方、運動機能面から見ても、歩行が可能な児童・生徒も大変少なく、坐位が取れない、移動ができない子どもが増えてきています。障害の主流は脳性麻痺を中心とした中枢性疾患ですが、近年、これまでは“脳性麻痺”とされてきたものが、医学の進歩によってその実態が明かになってきたものも多くあります。かつて、最も多く見られた脳性麻痺痙直型やアテトーゼ型といった、脳性麻痺の典型的な子どもはほとんど見られなくなってきました。一体どうなったのでしょうか。

昭和40年代後半から50年代にかけて、中枢性疾患に対する早期診断や早期訓練が開始されるようになりました。ボバースやボイタ法を中心に、その分野に携わる医師やPT・OTの数も増え、質・量ともに充実していく中でずいぶん成果を上げてきました。

しかし一方で、改善の困難な子どもの数も増えてきました。医学の進歩で、これまで不可能とされてきた、超未熟児や難病を治すことができるようになってきましたが、その結果、時には命と引き換えに重度な後遺症とその生涯を戦わなければならない運命を与えられたのです。

就学前医療の充実によって運動機能が改善された子どもや保護者の中には、地域の学校に入学したいと考える人が増えてきています。また、多くの地域においても、障害児を受け入れる環境も徐々に整ってきました。その結果、養護学校に入学する子どもの大半が、重度重複障害児になっているのです。

2. 養護学校の現状

(1)子どもの実態

就学前医療の充実によって、徹底した訓練が行われてきたため、養護学校に入学する時期には、既に運動機能はピークに達している子どもが大半です。入学後、新たな機能を獲得するケースはほとんど見られなくなりました。かつては、入学後にもお座りが出来るようになったり、歩けるようになったり、日常生活が向上したり、といったケースも数多く見られました。私たちが児童一人一人に、年度当初に訓練目標を立てますが、かつては多くの子どもに運動機能の向上や獲得、改善を挙げてきました。しかし現在では、運動機能そのものを高めようとするのではなく、生活実態をより改善することをねらいにしています。(子どもの生活が改善される。快適な生活が送れる。子供自身、家族にとって何が大切か。)

小学部の低学年からすでに側弯や股関節の脱臼、下肢関節の拘縮がみられます。そしてそれらは、体の成長とともに更に悪化していくのです。身長伸びに短縮した筋が伴わず、

その結果、体を曲げていくことになります。そのため、姿勢の崩れが一層進行してしまいます。運動発達の未熟な脳は、姿勢コントロールが上手くできず、全身のトータルパターンを増強させていきます。つまり、頭の動きに手足の動きが影響されたり、全身が丸く屈曲位になるか、或いは体を反らせた伸展位になるか、そしてそれが常に変動するか、そのどちらかに固定されてしまうか等の状態におかれていきます。最近はむしろ低緊張タイプが増えてきました。また、運動機能を少し獲得している子ども達でも、動作は常に全身運動を伴う努力的な運動であるため、それを使い過ぎると局所的、全身的な筋の緊張を高め、体のいろいろな歪みを引き起こすことになっていきます。例えば、首や肩の痛み、腰や股関節の痛み、各関節の拘縮などがあります。学校教育の場では、自分でできることを増やしたり、できたことに対する達成感や充実感を持たせることで意欲を高めるといった取り組みを大切にしています。しかし、脳性麻痺児の中には、やらせたいと思う反面、やり過ぎると障害が悪化するという危険もあり、相反する課題に戸惑いを感じることもしばしばです。

更にもっと重度な重複障害児には、呼吸機能の管理といった課題があります。日常的な排痰や呼吸機能の援助、生活の中での姿勢の管理などが重要です。従って、訓練目標も生命維持機能を高める・変形拘縮の防止（側弯・股関節脱臼・胸郭の変形・後頭部の短縮等）・介助しやすい、してもらいやすい体作りの3つが主な訓練目標となる場合もあります。

(2)生活年齢に応じた養護・訓練の重要性

脳性麻痺の人たちは、何らかの形で、その生涯を通して訓練が必要だと言われています。生活年齢を考慮しながら、その時期に応じた運動発達や障害の軽減に対する的確な評価と

判断が要求されます。運動発達への期待を持ち続けることで、時には異常パターンを強めたり、関節の拘縮を起こさせるような結果になることも経験しています。個々のケースによって異なるとは思いますが、最近の傾向としては、小学部に入学してくる頃には、ある程度の方向性が決まるのではないのでしょうか。

乳幼児期：子どもに障害のあることが分かった両親は、少しでも良くなってほしいという思いから、必死に治療や訓練に励みます。また、医療機関もこうした保護者の思いに応えるだけの内容を充実させています。この時期の訓練は、大半の子どもが運動機能を獲得、或いは改善し、お座りや歩行を獲得するためのプログラムが用意されているはずで

学齢期：入学後の課題は、それまでに獲得した機能をいかに生活の中に取り入れ、生活力をつけていくかと言った目標になります。しかし現実には、自発的な活動がほとんど得られない児童・生徒が大半ですから、生活によって生じる様々な体の歪みをいかに防止するかといった課題のほうが深刻です。学校教育では、生活体験を豊富にすることで、知的な発達が広がってきます。その結果、子ども達は残された運動機能で自分なりに体を上手に使って活動しようとしています。しかし、そこにも落とし穴があります。無理な姿勢でやり続けることの弊害を見落とさないようにする必要があります。また、中には楽しいはずの行事が、過剰な刺激となってしまう、全身の緊張感を誘発したり、体が異常に過敏になってしまい、苦痛を感じるようなことも起こるのです。毎日の訓練も大切ですが、生活環境を整えること、いろいろな場面に慣れるようにすることも大事な課題です。

最近、日常生活の中での姿勢作りとして、坐位保持装置の検討が進んできています。使用目的に応じた椅子が必要であり、例えば食

事のための椅子、活動のための椅子、リラックスするための椅子と使い分けの時代に入ってきたと思います。学校時代から、体の状況に応じた無理のない生活のし方を習慣付けておくことで、卒業後も、比較的安定した生活が送れるのではないかと思います。

(3)二次障害への備え

養護学校を卒業した多くの人は、地域にある通所施設に入所します。かつて養護学校で中心的に活躍してきた人たちも、もはや30代になっています。学校時代に頑張っただけで訓練し、獲得したお座りや寝返り、さらに歩行といった力は、もはや過去の思い出になっている人が多く、車椅子生活を送っています。未熟な運動機能を総動員して、自らのやり易い方法を獲得しながら、生活や作業を行ってきました。長年の無理がいわゆる“二次障害”という形で現れ始めてきています。私が現在、週1回行っている長岡京市にある“授産施設乙訓の里”では、22名の通所者のうち、約半数は大変深刻な二次障害を訴えています。また残りの人たちの中にも症状が出始めてきています。二次障害の特徴は、全て自覚症状から始まります。例えば、肩や首の痛み、手がしびれる、しゃべることや食べる事が下手になる、股関節や腰の痛み、姿勢の崩れ、痛みや過緊張のため横になって寝られない等の症状を訴えます。そして、これまで自分で出来ていたことが少しずつしにくくなったり、長時間同じ姿勢を保つことが苦痛になったりします。学校時代には、訴えなかった症状です。しかし、振り返れば、学校時代にかなり無理をして運動機能を獲得させ、その機能を使っていろいろと動作を行ってきたことが、果たして良かったのかどうか考えさせられます。こうした二次障害は、必ずしも無理に使い過ぎることによってのみ起こることではありません。むしろ、精神的な要素が大変強い

と感じています。施設での対人関係のもつれ、将来への不安等も大いに影響します。

(4)養護学校にも専門スタッフが不可欠

これまで述べてきましたように、脳性麻痺児にとっては、生活年齢のどの時期においても、訓練が必要だと思います。乳幼児期が最も重要ではありますが、学齢期、そして卒業後成人になってからも、安定した快適な生活を送るために、常に専門的な指導や援助のもとに体の管理が必要なのです。しかし現実には、養護学校に入学すれば専門家による訓練はなくなり、教育のもとに障害のことにはあまり知識のない教師によって指導されることになります。もちろん、運動機能を高める上で、教育の果たす役割は大きいと思います。例えば、意欲を高めたり、やる気を起こさせたり、などについては病院ではあまり期待できないことかも知れません。しかし、実際に障害を評価、分析して、どのような姿勢で、どのような方法で活動させるのが良いのか、或いはまた食事についても、同様の判断が要求されます。PT、OTの専門スタッフでも大変難しい判断に迫られる場合もあります。向日ヶ丘養護学校では、3人のPTがいます。大半の養護学校には専門のスタッフがいなかったりすることから見れば、恵まれていると思います。それでも、子ども達の情報を担任や保護者に伝え、実行することの難しさを痛感してきました。そして、常に担任や保護者とPTが一緒になって子どもの状況を把握し、教育や生活がうまく送れるための条件作りをしていく必要があると感じてきました。

また、養護学校卒業後の実態については、在学中以上の問題があります。私が退職後、相談活動を始めたのも、在職中から土曜日ごとに関わってきたこともあり、実情が良く分かってきたこともあったからです。実際に関わって見ると、その必要性を一層痛感させら

れました。学校時代の12年間、ほとんど医療機関にはかかっていなかった多くの人たちは、卒業後、その必要性を感じても、どの病院に行けば良いのか分からないのが実情です。脳性麻痺の二次障害は、それを専門にしている医師やPT、OTでなければ分からないことが多く、効果的な治療や助言がもらえません。私が行き始めてから、必要な人には医療機関を紹介し、通ってもらっています。手術を受けた人もいます。車椅子を作りかえ、少しでも楽な姿勢が取れるような坐位保持椅子に作りかえたことで、生活が改善された人もいます。しかし、全体的なニーズからはまだ程遠く、私一人の力に及ぶものではありません。

今、障害者の中から、地域で安心して暮らせるために、いつでも診てもらえる医療機関が欲しいという声が出始めています。地域で障害者が生活するためには、いろいろなサポートが必要ですが、とりわけ身体の問題をしっかり受け止めてくれる機関が絶対必要です。全国的にも、脳性麻痺者の二次障害に対する対策の必要性が叫ばれています。

3. まとめ

国際障害者年を契機に、社会の障害児・者

に対する見方や考え方が少しずつ変わってきました。居住地域で養護学校卒業後も家族と一緒に生活したいという気持ちを持つ本人や保護者が増えてきました。また、地元にある通所施設では、学校でつけた力を落とすことなく、更に大人としての生活体験をさせてあげたいと、限られた職員の中で精一杯の努力をされています。

重度重複障害児・者も多くの仲間と一緒に、より豊かな生活を求めて、頑張っています。そこには、医療的ケアの必要な人も、常に体調の安定をはかるために訓練が必要な人も、たくさん含まれています。しかし現状では、多くの施設で手不足な状態です。看護婦や、PT、OTといった専門スタッフを必要としながらも、採用するだけの余裕がありません。私は、この1年半余り、そうした人たちと生活しながら、せめて地域の医療機関と行政と一緒にあって、日常的な相談活動や訓練ができる体制がとれないものかと各方面に働きかけています。また同時に、生活環境を整えるために、日常生活補助具の利用方法をアドバイスできるような福祉的な対策も必要です。それぞれの地域において、学校・施設・病院・行政それぞれが連携をとれるようなネットワーク作りが必要だと感じています。

既刊号の特集内容等 (*印は特集 *印はその他)

創刊号	・入院中の学校教育の意義	第11号	*関病の跡関病の指導の実践報告
第2号	・優しさを科学する *親の立場からの期待		・新『福子の伝承』を求めて
第3号	*教育実践を通して医療家庭福祉と連携	第12号	*小児ガン・アレルギー性疾患
第4号	*医療の進歩に伴う生活の変化と留意事項	第13号	*医療と教育実践(1)
第5号	*学校に行けない子供の現状と課題		・喘息児の心理的問題・喘息児の自己管理能力
第6号	・医療行為と生活行為のはざままで *学校に行けない子供の要因と対応	第14号	*医療と教育実践(2)[心身症・腎疾患・筋ジス] ・腎疾患児の自己管理を困難にする要因
第7号	*21世紀を目指した病弱教育の課題と展望	第15号	*自閉症
第8号	*福祉援助、福祉活動、福祉施設等	第16号	*教育・医療・保護者の連携
第9号	*病弱児の看護	第17号	*子どもの心のゆがみと心理療法 *思春期の子ども の心理と不登校 *難治性てんかん児のケア
第10号	*家族 ・家族との関わりからの体験報告	第18号	*不登校

〈寄稿〉

アトピー性皮膚炎の子どものQOLを高めるために

～ 保育園と家庭との連携～

神奈川県立秦野養護学校

教諭 樋口 寿江

1. はじめに

わが子は、生後3カ月で食物アレルギー（卵と牛乳）によるアトピー性皮膚炎と診断され、除去食療法を行ってきました。しかし、私の復職のため11カ月で保育園に入園することになり、それ以後は保育園の給食でも除去食療法を実施していただきました。給食での対応以外にも、あせも、とびひ、原因不明の乾癬にもかかり、皮膚の様子を観察することが必要でした。そのためには、保育園の先生方と除去食への理解、定期通院による報告、皮膚の様子、家庭での取り組み、調理上の配慮について確認をしてきました。その指導と連携が成果を上げ、2歳1カ月で完全に牛乳が飲めるようになり、2歳4カ月で卵の黄身と繋ぎの食品が食べられるようになりました。アレルギー体質を持つ子どもが増えてきた中で、食物による重度のアトピー性皮膚炎と診断される子どもが、乳幼児期の食事の配慮で皮膚の状態が良好になったケースを紹介します。

2. 保育園の入園にあたって

(1) 親としての2つの要望

①除去食を実施して他の子どもと同じ給食を食べさせたい。

②重いアトピー性皮膚炎でも特別扱いすることなく、他の子どもと同じように接して欲しい。

(2) 除去食療法の意義の理解

除去食療法とは、皮膚の改善とアレルギーの耐性獲得を目的としている。そのため、常に栄養状態や発育状況に注意する必要があるため、病院で定期的なケアが必要であ

る。検査も定期的に行い、耐性の獲得を認識し、不必要な除去を延々と続けないようにしなければならない。

耐性獲得までの期間は短くて3カ月、長くても二年から三年くらいで、乳幼児は耐性獲得が早いことが報告されている。1)2)

(3) 受け入れ時の話し合い

指導に当たられる先生方の対応—指導上の配慮点、家庭との共通理解についての話し合いを列記します。

①病歴についての説明

生後2カ月から発病、卵と牛乳の除去食を病院の指導により開始。

②薬の確認

・内服薬 ザジテンのシロップ（朝、夕 一日2回）

・塗り薬 身体—アルメタアンダーム（ステロイドを含む）

顔—アンダーム軟膏（ステロイドを含まない）

③食材についての確認

・卵、牛乳の利用されている食品を確認

④診察結果についての報告

⑤アレルギーショックについて説明

アレルギーショックは、短い時間で急激に強い身体反応を起こす。例えば、食べて数秒以内に唇が膨れる、じんましんが全身に出る、ヒューヒュー、ゼーゼーと呼吸が苦しくなる、全身症状を起こす場合にショックを起こすなど生命に危険を及ぼす。4)

⑥給食指導について確認

保育者が慣れるまでは集団のテーブルから外す。

⑦調理室との連絡

- ・親と子の登園
- ・担任に今日の皮膚の様子を報告
- ・親は調理室で話し合い
(・献立の確認 ・卵と乳製品のチェック
・代用食品についての確認 ・調理手順の確認)
- ・親のみ帰宅
- ・迎え、担任と今日の食事と皮膚の様子について確認

3. 除去食療法による経過と検査結果

(1)アトピー性皮膚炎の経過

- ・生後7日目 絆創膏のかぶれ
- ・生後1カ月 顔に湿疹がで始める。
- ・1カ月半 脂漏性湿疹
- ・2カ月後半 アトピー性皮膚炎の診断。
- ・3カ月半 アレルギー専門の病院へ
(卵とミルクの除去食開始。
抗アレルギー剤一日3回服薬。
リバウンド始まる)
- ・7カ月 リバウンド治まる。
- ・8カ月 あせもに悩まされる。
- ・11カ月 保育園に入園
(給食による卵とミルクの除去食開始、
抗アレルギー剤一日2回服薬)
- ・1歳 風邪を引くと咳がゴボゴボしてくる。
- ・1歳2カ月 ミルク解除食
(体調が不良な時以外は、ほとんど湿疹がなくなる。)
- ・1歳3カ月 喘息様気管支炎で十日間入院。
- ・1歳4カ月 一般の粉ミルクが飲めるようになる。食パン、マカロニ、スパゲティ、焼きそば、ウインナーが食べられるようになる。(いずれも卵が使われていないもの)

- ・1歳5カ月 ヨーグルトとスキムミルクを始める。
- ・1歳7カ月 ヨーグルト、スキムミルク、カレー(バター、脱脂粉乳が入ったもの)が食べられるようになる。
抗アレルギー剤一日一回服薬。
- ・1歳8カ月 とびひになる。牛乳を暖めて飲めるようになる。乾癬になる。
- ・1歳9カ月 乾癬により、皮膚の状態が悪いのでミルク除去食を再開。
漢方の服薬を始める。
- ・1歳10カ月 乾癬が治る。
- ・2歳 ミルク解除食再開。
- ・2歳1カ月 抗アレルギー剤の服薬中止。
ミルク解除食は様子を見て行う。
- ・2歳2カ月 ヨーグルト、スキムミルクが飲めるようになる。
- ・2歳4カ月 牛乳を暖めて飲めるようになる。
卵の黄身が食べられるようになった後、卵の繋ぎの食品が食べられるようになる。

(2)調理室の取り組み

- ・他の園児とは調理用具(例、包丁、まな板、さいばし、計量スプーン、コップ、フライパン、片手鍋等)を分ける。
- ・除去する食材を調理室のよく見えるところに貼る。
- ・朝の調理工程の確認では、献立内容の確認、除去する食材、代替食品等を行う。

①調理上の工夫

- ・カレーは食べやすくするために、アレルギーミルクで解く。
- ・シチュウは、スキムミルクや牛乳を入れる代わりにアレルギーミルクを入れる。
- ・ウインナーは、卵繋ぎでないものを取り寄せる。

- ・コロケのときには、肉や魚のソテーを出す。
- ・肉団子は、卵を繋ぎに入れないで作る。
- ②おやつ配慮
- ・ヨーグルトはアレルギー専用のものを取り寄せる。
- ・卵とミルクの利用されていないクッキーの利用を、同じクラスの子どもたち全員に取り入れる。
- ・卵とミルクが利用されていることが少ない煎餅やスナック菓子の利用。

調理法の例では、ヒジキの煮物などはさつまあげを入れる前までは大鍋で調理し、その後、専用の鍋に移していただきました。また、カレーなども同様で野菜の下煮までは大鍋で調理をし、ルーを入れる前に専用の鍋に移していただきました。どのようなケースでも、この調理法が当てはまるということではありません。皮膚の状態によっては、専用の鍋ですべての過程を行うことが望ましいこともあります。

(資料1 エネルギー量の比較)

献立名	牛乳と卵の除去		卵のみ除去		普通食	
	エネルギー	蛋白	エネルギー	蛋白	エネルギー	蛋白
おやつ・牛乳100ml	0	0	59	2.9	59	2.9
昼・ご飯	142	2.7	142	2.7	142	2.7
親子煮	52	4.9	52	4.9	91	5.8
スパゲティサラダ	81	1.9	81	1.9	81	1.9
みそ汁	27	1.4	29	1.4	27	1.4
レタス	1	0.1	1	0.1	1	0.1
トマト	4	0.2	4	0.2	4	0.2
おやつ・お菓子	63	1.0	63	1.0	63	1.0
メロン	13	0.2	13	0.2	13	0.2
牛乳100ml	0	0	59	2.9	59	2.9
合計	383 Kcal	12.4 g	501 Kcal	18.2 g	540 Kcal	19.1 g

(資料2 献立の代用表)

献立名	卵、牛乳除去給食(入園時)	卵除去給食(2才3月)	卵黄と繋ぎ解除(2才5月)
ヒジキの炒り煮	さつま揚げを抜いたもの	さつま揚げを抜いたもの	皆と同じ
卵スープ	とき卵なし	とき卵なし	卵黄のみ利用
カレー	アレルギー専用	皆と同じ	皆と同じ
シチュー	アレルギー専用で代用	アレルギー専用で代用	アレルギー専用で代用
フライ・揚げ物	魚のソテー	パン粉のみつけて揚げる	皆と同じ
ポテトサラダ・サラダ	ハム抜き	ハム抜き	皆と同じ
ソーセージ	卵でつながれてないもの	卵でつながれてないもの	皆と同じ
汁もの	半ペン・蒲鉾抜き	半ペン・蒲鉾抜き	皆と同じ(替り口の隠しに移動)
ヨーグルト	アレルギー専用	皆と同じ	皆と同じ
煮物	さつま揚げを抜いたもの	さつま揚げを抜いたもの	皆と同じ
肉団子・ハンバーグ	繋ぎは卵でなく小麦粉代用	繋ぎは卵でなく小麦粉代用	皆と同じ
目玉焼き	なし	なし	卵黄のみ
お好み焼き	繋ぎに卵を入れず	繋ぎに卵を入れず	繋ぎに卵利用
ラーメン	うどん代用	うどん代用	皆と同じ

(資料3 血液検査結果)

IgE (基準値 300IU/ml)

年齢	2歳3カ月		11か月(保育園入園)		3カ月	
IgE	340 IU/ml		830 IU/ml		測定不能	
Ua/ml, スコア	Ua/ml	スコア	Ua/ml	スコア	Ua/ml	スコア
卵白	14.40	3	53.70	5	0.44	1
ミルク	0.95	2	1.67	2	0.91	2
そば	3.07	2	5.18	3		
卵黄	2.32	2	26.20	4		
ピーナツ	72.30	5	55.10	5		
鳥肉			0.63	1		

Ua/ml	0.35	0.7	3.5	17.5	30	100
スコア	0	1	2	3	4	5
判定	陰性	擬陽性				陽性

資料1では、エネルギー量の比較をしてみました。献立の内容によっては除去したものの数が増えると、エネルギーに開きが出てきました。調理室で取り組んでいただいた代替えの食品(資料2)の重要性を感じました。また、除去食療法が医療機関の指導の下で行うようにされている理由も分かりました。

資料3で生後3カ月時の検査結果と比較すると、1歳近くになりスコアが全部上昇しました。しかし、除去食療法の意義(1)(2)にもあるように、2歳3カ月では耐性獲得がされスコアが下がってきました。

4. アトピー性皮膚炎を持つ子どもとの対応に当たって

(1)クラス担任との連携

担任の先生方との間では、毎日の連絡帳に子どもの皮膚の状態について、湿疹が見られた時やいつもと状態が違う時には必ず記入しました。

- ①通院の報告
- ②投薬の変更時には、お知らせ
- ③家庭での食事の様子
- ④保育園での対応の仕方

⑤アトピー性皮膚炎以外の症状が出た時の報告

⑥解除食のお知らせ

(2)保育園で受け入れてもらうに当たり家庭の中で心掛けたこと

- ①治療に対する知識を親自身も学び、主治医の医療方針を聞いてみました。
- ②どのような薬を使用しているのか知り、その薬にどのような特徴があるのか調べました。自分で勝手に服薬や塗り薬を中止しないようにしました。
- ③自分の判断で薬をやめて民間療法だけに頼らないようにし、服薬と塗り薬は続けるようにしました。
- ④定期的な通院を行い、皮膚の様子について診てもらいました。

⑤解除食については、主治医とよく相談するようにし、自分勝手な判断で行わないようにしました。

⑥解除食は、ステップを踏んで保育園と連絡を取り合いながら気長に行うようにしました。

⑦給食指導を受けるときは、加工食品を利用しないというわけにはいかないので、家庭で体調のよい時を見計らって行い、食べても湿疹が出なければ保育園で取り入れてもらうことにしました。

⑧洋服の購入には、縫い目や素材に注意しました。

⑨感染症にかかりやすいので、予防接種を受けるようにしました。

5. 今後の課題

今後は、医療と家庭と幼稚園・保育園、学校の三者が連携を取ることが必要だと思われます。課題として考えられることは、以下のことがあります。

- ・アトピー性皮膚炎に対する理解(医師による説明)
- ・食物アレルギーへの除去食療法の理解

- ・除去食を行う上での栄養管理と代用食（管理栄養士による指導）
- ・除去食を作る際の調理手順
- ・給食指導
- ・環境の改善
- ・ストレスや心理的作用の心のケア

医学的な配慮と説明を受けた後は、十分な理解をした上で幼稚園・保育園、学校と連携を取ることが必要だと思えます。

6. まとめ

アトピー性皮膚炎を持つ子どもは症状も様様で、皆が同じ症状をたどるとは限らないようです。11カ月の時に重度のアトピー性皮膚炎であると診断されたわが子は、家庭と保育園との連携による除去食療法の実施により皮膚の状態が落ち着いてきました。いろいろな治療法がある中で除去食療法による効果を、ほんの一例ですが同じアレルギーで悩む方の参考になればと思います。保育園での取り組みは、子どもは皆と同じ給食を食べることができ、精神的なストレスを少なくすることが出来たように思います。現在は2歳半を迎え、給食ではほとんど皆と同じものが食べられるようになり、楽しく通園しています。

保育園の調理室では、たった一人のアトピー性皮膚炎を持つ子どものために調理用具を他の園児とは別にして調理工程の作業をしなければなりません。そこで毎朝の献立の確認、代替え食品についての打ち合わせが

行われました。子どもの体調が悪い時には、食品の解除が中止になることもありましたので、その時には食材の確認を必ず行いました。除去食療法を行うにあたり、調理室の役割は大変重要であるように思いました。

また、アトピー性皮膚炎の子どもに対応して連携を行う上で大切なことを、先生方に、アンケートでお答えいただきました。以下の5点が大切であるとのことでした。

- ・医療機関との信頼関係を築く
- ・家庭と信頼関係を築く
- ・話し合いを行い、家庭と保育園の連携を図る
- ・前日の健康状態の観察
- ・全職員への状況報告

アトピー性皮膚炎を持つ子どもたちに対して、支援が幅広く求められています。一人の子どもに対してのチームアプローチが行われるようになり、よりQOL=Quality of Life（生活の質の向上）を高めるようにし、子どもが安心して生活や学習ができるようになることを望みます。集団生活を送る場合には、アレルギーに対する知識と理解、配慮点など情報交換が医療機関との間で行われるようになると、家族にとってもよいものになるように思われます。

最後に、この原稿をまとめるに当たりご協力いただいた やまゆり保育園の前園長浅井先生はじめ、山本園長先生、各担当の先生方に心から感謝申し上げます。

◎この稿は、親の立場からの思いと、障害児教育に携わる者としての研究のまとめです。同じ悩みをもつ方や、同じ教育に携わる先生方のほんの一つの参考として頂ければ幸いです。

《参考文献》

- 1) 古庄 巻 史：日本小児科学会雑誌99：911～914 1995
- 2) 古庄 巻 史：アレルギー科 3：195～202 1997
- 3) 岡 部 貴 裕：小児科：アトピー性皮膚炎における食物アレルギーの特定と対策 29～36. Vol 40. No.1 1999 金原出版
- 4) 家庭の医学：主婦の友社

〈学校紹介〉

強く 明るく 健やかな児童生徒の育成を目指して

愛知県立大府養護学校

校長 鈴木 守次

1 本校の歩み

(1) 愛知県立大府荘と愛知県立教員保養所
昭和14年、緑の木立におおわれた大府森岡の丘陵地に、結核患者の転地療養のために県立大府荘が設置された。その翌年、結核の集団検診で発見された罹患児童の取り扱いを、名古屋市より委託を受けた大府荘は、児童専用の病室を設けて彼らを収容した。

昭和22年大府荘は国に移管され、国立療養所大府荘となり、入荘している児童生徒のため児童病棟を設置して、治療のかたわら生活訓練(作業療法)の一環として、隣接の県立教員保養所の援助を受けて学習指導が行われてきた。

(2) 公教育への努力

昭和27年、小児科担当医師の松本直彦氏は、教員資格を持つ教員によって教育されながら、入荘中の児童生徒は進級が認められず長期欠席扱いのままであることから、荘内に養護学級設置の計画を立てて、広く関係方面に働きかけた。その結果、昭和28年に大府町立大府小学校大府荘分校が認可となり、専任教諭の配置があった。しかし、手厚い教育を実施するため、その後も引き続いて教員保養所からの人的援助は受けていた。

このようにして公教育の道は開かれたが、当時難病と言われた結核も治療法が確立し、児童生徒はもちろん、教員保養所に入所している教員の結核罹患者も激減し、そのため教員保養所は閉鎖となった。このことや、愛知県全域から入所児童生徒が集まっているために、公教育としての教育費の抛出の問題などにより、大府荘分校の県立移管が図られ、昭和39年に、町立から愛知県立名古屋養護学校大府分校に切り替えられた。

県立移管後、荘内学級のみで形成されていた学級も独自の校舎を持つようになり、学校としての体裁も整ってきた。そして、病状がよくなってきた児童生徒は、大府荘から通学して学校の教室で授業が受けられるようになり、入荘児の病状に応じた授業形態がとられるようになりになった。また、授業時間数を個別に定める「健康度」という用語もこの頃に作られた。

(3) 児童生徒の病種の変化

昭和41年、国立大府荘は近隣の愛知療養所と合併し、国立療養所中部病院となり、児童病棟が移された。しかし、結核の沈静化による児童生徒の減少は続いていたため、病院、学校の関係者が協力して、病弱児特に入院の対象となる慢性疾患児の実態調査を行った。その結果、非結核性慢性疾患児が予想以上に多数在籍し、長欠児として扱われていることが判明し、昭和45年度から全国に先駆けて気管支喘息、心臓疾患、腎炎・ネフローゼなどに罹患している児童生徒を受け入れるようになった。

(4) 愛知県立大府養護学校開校

昭和47年4月、愛知県で初めての病弱教育の独立校として開校した。昭和48年にはベッドサイド学級が設置され、これにより病状の重い児童生徒に対して、病状に応じたきめの細かい指導ができるようになった。また、これまで手つかずの状態であった中部病院以外の入院患者に対して、一部ではあるが昭和51年度より病院訪問指導が始まった。また、養護学校教育義務制がスタートした昭和54年度からは、中部病院あかしや病棟をはじめ1施設3病院において、10学級の規模で施設内教育も実施されるようになった。

2 本校の教育

(1) 目標

病弱虚弱の児童生徒に対して、医療機関及び家庭との連携のもとに小学校・中学校及び高等学校に準ずる教育を行い、それぞれの目標の達成に努めるとともに、病弱虚弱の状態の改善・克服に必要な知識・態度等を養い、学力の充実、情緒の安定、健康の回復を図り、社会に役立つ人間の育成に努める。

【校訓】 強く 明るく 健やかに

(2) 教育課程

小学部・中学部・高等部ともに小学校・中学校・高等学校に準じた教育を実施しているが、障害に基づく種々の困難を克服するために併せて自立活動を取り入れている。さらに、重複障害学級は知的障害、肢体不自由養護学校等を参考にした教育課程を編成している。

(3) 教育形態

○ 学校で教育 [通学]

通常学級

重複障害学級 病弱+知的障害
病弱+知的障害+肢体不自由
院内学級 [ベッドサイド]

○ 病院で教育

名古屋大学医学部付属病院
施設内教育 社会保険中京病院
藤田保健衛生大学病院
(教師が病院に常駐)
訪問教育 名古屋第一赤病院はじめ
県内11~15病院
(教師が病院を訪問)

(4) 学習形態

ア 通学<学習度と学習時間帯>

・学習度：病状に応じて主治医が指示する学習可能な時間数であり、6及び4A(本校へ通学)、4B及び2(中部病院内での指導)の4段階に区分される。

	学習度	午前	午後
校内	6	○○○○	○ ○
	4A	○○○○	
院内	4B	○○○○	
	2		○○

(1校時は45分)

イ 施設内教育

	午前	午後
名大病院	□□	□□□
中京病院	□□	□□□
保健衛生大学病院	□□□	□□

(1校時は40分)

ウ 訪問教育

- ・1週間に3回実施
- ・1回は120分(3校時分)
- ・時間帯

午前	10:00~12:00
午後	13:30~15:30

(5) 運動量(運動のめやす)

本校へ通学してくる児童生徒は、そのほとんどが国立療養所中部病院に入院している児童生徒である。したがって病状の変化により、主治医から前述の学習度と同様に、下記のように運動量が指示される。

運動量	運動許容量
5	健康児と同じ
4	80%
3	60%
2	40%
1	20%
0	0%

この運動量は、種目ごとに運動量の目安が示されている。

「例」 バスケットボール・運動量2の場合

走ることは禁止、十分に休憩を取りながら実施する。ゲームなら5分まで。基礎練習なら10分まで実施可能。

この運動量の指示は、児童生徒の病状によって変更される。その場合は、主治医からの指示箋を関係者に回覧し、さらに全児童生徒の運動量を一覧にした掲示板を設けて、常に職員が確認できるようにしている。

3 児童生徒の実態

(1) 学級数・在籍者数(H12.5.1現在)

区分	通学(本校)			訪問
	通常	院内	重複	
学級数	14	2	3	9
在籍者数	52	3	7	22

区分	施設内			合計
	名大	中京	保衛	
学級数	5	4	5	42
在籍者数	21	7	7	119

(2) 病類別児童生徒数

病気の種類	通学	施設内	訪問
感染症	0	0	1
新生物	2	11	15
血液疾患	1	4	1
内分泌疾患	1	0	0
行動障害	8	1	1
神経系疾患	3	1	0
眼・耳・鼻疾患	1	0	0
循環器系疾患	7	2	1
呼吸器系疾患	14	2	0
消化器系疾患	1	0	0
皮膚疾患	1	1	0
筋・骨格系疾患	2	1	0
腎臓疾患	6	8	1
先天性疾患	2	2	0
虚弱・肥満	2	0	0
重度重複	6	0	0
その他	5	2	2
合計	62	35	22

従来は気管支喘息、ネフローゼ、腎炎の児童生徒が多くを占めていたが、近年、不登校、拒食症といった児童生徒が増加してきている。また、施設内教育や訪問教育では難病といわれる新生物や、血液疾患の児童生徒が多くなってきている。

(3) 児童生徒の転出入(平成11年度1年間)

区分	転入	転出	合計
小学部	72	82	154
中学部	87	70	157
高等部	0	0	0
合計	159	152	311

本校に在籍している児童生徒数に比べて、毎年度2倍以上の転出入件数がある。そのほとんどが施設内教育、訪問教育の児童生徒であり、年間を通じて児童生徒数変動するの、本校の特徴のひとつである。

4 学校行事(本校)

1学期	2学期	3学期
入学式	避難訓練	持久走会
遠足	運動会	作品展示会
避難訓練	文化祭	卒業生を祝う会
水泳訓練	修学旅行(隔年)	卒業式
野外活動(キャ)	体験入学	
ソフ隔年	野外活動(スキー)	

アンダーラインを付した行事には、中部病院の医療スタッフの付き添いを依頼している。また、その他、水泳訓練や運動会、持久走会に際しては、そのつど主治医の参加許可を求めて安全には万全を期すようにしている。

施設内教育でも、施設毎に遠足を実施し、病棟と共催でコンサートや七夕会などを催し、単調になりがちな入院生活に変化を持たせる

ように配慮している。又、新学習指導要領を受けて、統合的な学習の時間を導入し、地域の伝統文化に触れたり、公共施設の利用などを積極的に計画するなど、病棟スタッフの付き添いを受けながら校外学習を実施している。

5 医療との連携

殆どの児童生徒が家庭を離れ、入院して治療を受けながら通学している本校では、当然のことながら医療関係者との密接な連携が必要となってくる。病状に配慮しながらも指導の効果をあげるためには健康面のみならず、生活面や心理面を含めて細かく一人一人の児童生徒をケアしていくことが大切である。そのため、本校では以下のように医療スタッフとの話し合いの場を定期的に設けている。

(1) 中部病院との連絡会

ア 運営協議会

病院と学校の療育・教育に関する基本的事項の調整、確認をする場として随時開催している。

イ 医教連絡協議会

医療方針、学校の教育方針の相互理解を深める機会とするために、年3回実施する。

ウ 生活指導連絡協議会

学校や病棟での生活指導に関して、年に5回相互に情報を交換しあい、指導法を検討する場を設定している。

エ ケースカンファレンス

本来、学校主催で行っていた事例検討会であったが、一人の児童生徒に関して、関わる医師、看護婦、指導員、保育士、教員など幅広い立場から意見を交換する場として合同で開催するようになった。本校からもケースを提案して、病院スタッフの意見を求めるなど積極的に取り組んでいる。

(2) 施設内教育のカンファレンス等

各施設内教育ともに、児童生徒の体調を注意深く観察しながら、日々病院スタッフと連絡を取り合いながら指導に当たっており、さ

らに定期的に懇談会、生活連絡協議会、カンファレンスを開いている。

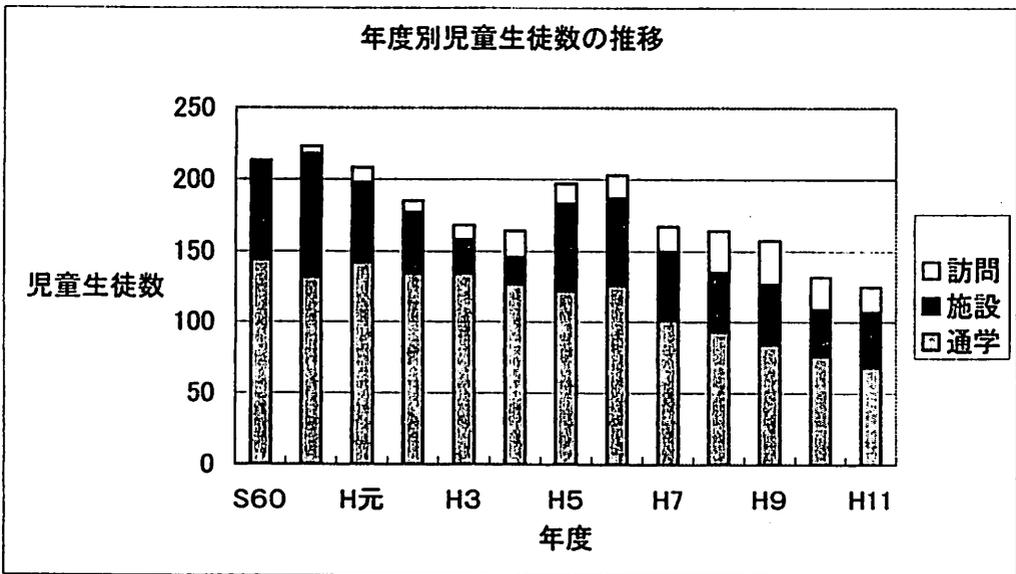
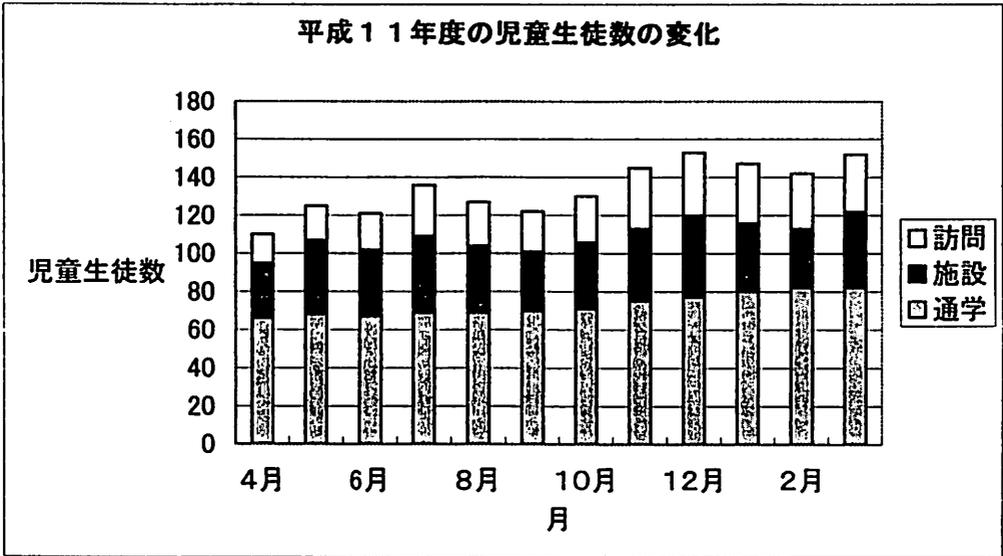
中部病院や施設内教育を実施している病院、訪問教育を実施している病院ともに、従来、児童生徒の大半を占めてきた気管支喘息、腎疾患、心臓病が少なくなり、近年ではより治療が困難な血液疾患、悪性腫瘍などによって長期の入院を余儀なくされているケースが多い。また、心身症も増えてきている。これらの治療困難な疾患により、ターミナルケアやカウンセリングなど、児童生徒に関わる関係者が細かく連携を取り合うためにも、医療と教育との話し合いを一層充実させていくことが大切である。

6 愛知県小児保健総合医療センターの設置と今後の課題

本校の隣接地に、あいち健康の森が整備されており、従来はここを本県における保健・医療・福祉の一大拠点とする構想があり、中部病院、長寿医療研究センター、そして愛知県小児保健医療総合センター（仮称）を設置することで、子供から高齢者までの一貫した保健医療を行うことを目指している。

現在、愛知県小児保健医療総合センターが平成13年度の一部完成を目指して建築中である、保健部門と医療部門があり、医療部門では「県下唯一の小児医療専門病院として整備し、小児の基礎的・先進的医療に加え、既存の医療機関では対応が十分ではない医療分野に対応する機能をもつ。また、養護学校と連携し、小児慢性疾患に対応する」とされており、現在以上に様々な疾患の児童生徒が院内学級や通学の形態で本校の対象となるものと思われる。当然のことながら、今まで以上の連携が求められるようになる。近年の進歩が著しい情報通信機器の活用を図り、本校で行う授業にその都度これらの通信機器を介して授業参加できるシステムを整備していくことが望まれる。

資 料



☆ 児童生徒、特に通学生の減少が続いているが、平成13年度に小児保健医療総合センターが開設されると、センターから本校に通学したり、センター内の学習室で学ぶ院内学級の児童生徒数が大幅に増えることが予想される。

〈学校紹介〉

希望の塔の鐘の音が響くふるさと養護学校

富山県立ふるさと養護学校

校長 畑 井 孝

1. はじめに

本校は、本県唯一の病弱養護学校である。富山県のほぼ中央に位置し、立山連峰と富山平野を一望に見渡せる丘に設立されている。

敷地隣りには国立療養所富山病院があり、そこから子ども達は本校に通っている。

また、学校の裏には緑豊かな丘陵が続き、四季折々の美しさと自然の恵みの中、で子ども達は治療と、小学校・中学校・高等学校の教育に準じた教育や、院内訪問教育を受けている。

2. 本校設立の趣旨

本校は、昭和31年に開設された古里小学校、城山中学校の病弱児を対象とした特殊学級を発展的に解消して、昭和49年4月19日、富山県立ふるさと養護学校として開校し独立校となった。

本校の児童生徒は、隣接の国立療養所富山病院に入院して、治療しながら学校教育を受けることができる。病気療養と学習とが両立し得るところに本校設立の趣旨がある。

3. 本校の沿革

昭和31年12月

北陸初の院内養護学級として開設

昭和49年4月

県立養護学校として開校（小学部・中学部）

昭和50年11月

加藤康雄先生を囲んで養護・訓練の研究會開催

昭和54年4月

義務制実施に伴い訪問教育発足

昭和55年7月

第16回近畿・東海・北陸地区病弱虚弱教育研究連盟研究発表会・総会並びにPTA連合会結成大会の開催

昭和59年

城山中学校との交流活動の促進

昭和61年8月

全国病弱虚弱教育研究連盟 全国腎・ネフ教育研究大会開催

昭和62年12月

昭和61・62年ど文部省特殊教育教育課程研究指定校研究発表大会開催

平成5年10月

第34回全国病弱虚弱教育研究連盟研究発表大会富山大会の開催

第29回近畿・東海・北陸地区 病弱虚弱教育連盟研究発表大会富山大会の開催

平成8年4月

高等部の開校

平成9年2月

平成6・7・8年度文部省特殊教育実驗学校研究発表大会の開催

平成9年4月

高等部における訪問教育試行的実施

平成11年2月

平成9・10年度文部省委託「マルチメディアを活用した補充指導について」の調査研究発表会の開催

平成11年7月

第29回全国病弱養護学校教頭会総会並びに研究協議会富山大会の開催

4. 教育目標

心身に障害のある児童生徒は、いろいろの困難な条件をもっているが、どの子もみな同じ人間的な感情や成長への欲求・願望を持っているかけがえのない一個人である。したがって、学校は病院と一体となり、児童生徒個々の病状や障害の実態に応じた回復を図り、さらに、一人一人の心身の成長を考慮しながら、自己活動の助長や自己教育力の育成を図るとともに、社会適応力や自立に立ち向かう意欲を高めるように努める。

＜校訓＞

明朗 克服 協力

5. 本校の歩み

(1) 草創のころ(昭和26年～48年)

＜北陸初の院内養護学級の誕生＞

① 昭和26年

国立療養所古里保養園(現在の国立富山病院)に入院中の教員が、同保養園で入院治療を続ける児童生徒に対してボランティアとして生徒指導、学習指導を始めた。

② 昭和31年 5月

古里保養園職員大会で、園内養護学級の設置を決議。関係機関に学級の設置を陳情した。

「オーイ看護婦さん、〇〇さんがウィンク目薬くれと。」あるいは花札の仲間集めの使い走りに時間を費やしている小さな患者さんに、心ある人々の眉の曇る思いは同じでした。幸にも教員保養所の職場復帰の近い方々に面倒を見ていただきました。小児患者の増加に伴い、子供室ができました。そかし、このままではと思い、労組の責任者の立場から、皆さんに養護学級の設立運動を提案し、全員一致で承認されました。

その後、養護学級開設のため、当時の

古里村役場に担当主事、助役、村長、教育委員会、村議会等に何回も陳情し、深いご理解を得ました。また、専任教員配置のために、県教育委員会の各担当課や地元県議会委員、県議会の正副議長、その他関連の各機関を歴訪したことが、ついこの間のことのように蘇ります。

当時の診療放射線技師長 沢村栄義

③ 昭和31年12月

養護学級が開設される。1学級、教師1名児童生徒13名(うち成人2名)で出発した。

当初の教室は、戦時中の立てられたバラックの教室だったが、学ぶ子らの瞳は、教育の機会に恵まれた喜びと希望に輝いていたことが脳裏に焼き付いて離れない。

病歴と休学歴の調査、実態に即した教育課程と日程表の編成、主治医や看護婦とのミーティング、入園(治療)中の教師への協力要請などの諸事に明け暮れた日々も、今は懐かしく思う。

学級の開設は、本県の養護教育の出発点となったが、それにつけ、当時の保養園の全職員の方々が心をついにされ、「富山県養護教育の発祥地をこの保養園に」との心意気で学級開設に奔走され、開級後も全面的にご理解とご協力をいただいたことは、今も忘れることができない。

開級当時の学級主任 大屋良吉

④ 昭和34年～44年

富山病院の学童棟で学習。入級者が倍増し、施設面や教材不足で悩みが多かった。

古里保養園の中に結核児童養護学級ができてからもう3年になる。北陸で初めてだったので、開設当時はよく話題にされ、いろいろ愛の手がさしのべられた。

ところがその後、入園希望の子は増える一方で、今では開設当初の3倍にも膨れ上がり、施設難と経費の出所がないため、同学級の維持は行き詰まっている。この学級には今も34人の生徒達が、喜んで「寝ながら聞ける授業」「教室でのテレビ授業」を受けているのだが、学級の維持が困難になっても県立に移管される見通しはなく、国や県の補助もない。この子供らの行方は一体どうなるのだろうか。

昭和34年 新聞記事より

昭和35年には県立養護学校設立の陳情書を提出し、あわせて研究家等の機会をとらえ、県内外に古里養護学級の教育を紹介し、病弱教育の実績を築いていった。

- ・S35 富山県特殊教育研究会大会分会場となる。
- ・S37 小中学校養護学級担当教員研修会場となる。
- ・S38 富山県特殊教育研究会会場となる。
- ・S39 北陸3県特殊教育研究会養護学級部会会場となる。
- ・S42 北陸3県特殊教育研究会病弱虚弱部会場となる。
- ・S47 秩父宮両殿下のご来院。

< 進学熱ぐんと高まる

学力 普通校と変わらず >

療養と勉強を両立させようと発足した養護学級は4年目をむかえ、生徒間に進学熱が高まり、猛勉強を続けている。

昭和35年 新聞記事より

⑤ 昭和45年～48年

結核児が減少し、慢性疾患児が入級し始めた。昭和48年11月、国が養護学校への就学義務及び養護学校設置の施行期日等を法制化した。

(2) 開校 (昭和49年)

< 県立養護学校として独立 >

昭和49年4月、富山県立ふるさと養護学校の開校。小学部6学級6名、中学部3学級6名で出発した。

校名のこと

「古里」が候補名として残ったが、結核療養のイメージと重なるので今一つの感じ。当時の中沖教育長(現知事)の「かな書きにしたら」の一言で解決。「ふるさと養護学校」という暖かく、やさしい校名の誕生。

生徒募集のこと

蓋を開けてみると12名。学級編制の苦しいこと。親・医師を動かすのは教育・医療の内容と実績なのだと言った。

融和のこと

だれもが初めての教育。心理的な不安や負担が大きいだろうし、やりすぎも失敗に繋がる。各自、自分がこの学校を作っていくのだと感ずる雰囲気作りとともに、統一のとれた運営が大切。学校と病院の連携のためにも融和第一と自戒。

開校時の思い出 教諭 山道宗男

私は養護学級から入学しましたが、先生方も多く、健常児の中学校と同じ教科の勉強ができたことをうれしく思ったものでした。特に、遠足や運動会、サマースクールなどの行事に参加できたことが、よい思い出となっています。

当手中2 前田 由美

(3) 成長期 (昭和50年～60年)

< 本格的な指導と実践の開始 >

① 昭和50年～53年

昭和50年には、国立富山病院に入院していながら、教育の機会に恵まれなかった重度心身障害児に対して、訪問指導を試行的に開始する。

また、結核児に替わり、心臓病、腎臓病、喘息、リュウマチ、血液疾患などの慢性疾患児が在籍児のほとんどを占めるようになった。そこで、本校の職員自身が病弱教育を深く知るため、校内研修や県外先進校の視察などをした。特に、腎炎・ネフローゼ児童生徒への養護・訓練の在り方の研究に取り組み、文部省の加藤安雄先生をお招きして研究会を開催した。この時に、慢性疾患児にも軽い運動で長く楽しめる活動が、治療によい影響を与えることがわかり、医療と教育の連携が強まった。

施設面でも拡張が図られ、体育館やグラウンドの整備工事が進み、さらには、昭和52年には、全国でも珍しい自然遊歩道が裏山に完成し、自然観察の授業や、養護・訓練での体力づくりの活動に取り組むことができるようになった。

また、老人ホームへ慰問に行ったり、学習発表会をNHKで放映したり、特殊教育百年記念式典で狂言を上演したりするなど、積極的に教育活動を社会に示した。

② 昭和54年 4月

養護学校の義務制実施に伴い、訪問教育が発足した。学齢期の子供達は小学部に入り、小学校の卒業認定のなかった子供達はすべて小6からスタートした。こうして、重度心身障害児たちも日々の学習や遠足や運動会、学習発表会等の活動などを楽しめるようになった。

< 重度児も養護学校生 >

富山病院には、6歳から14歳まで70人の重度心身障害児が闘病生活を続けており、入学式には代表20人が参加した。

体の自由がきかず二重・三重苦にあえぐ児童の父母の仲には、晴れの入学式に臨むわが子の姿に目頭を押さえる人もあった。

また、入学式に備え、真新しいランドセルや養護学校の制帽を求めた親たちもあって、養護学校の訪問部に期待する親心の一端をのぞかせていた。

昭和54年 新聞記事より

③ 昭和55年 7月

第16回近畿・東海・北陸地区病弱虚弱教育研究連盟研究発表会・総会富山大会を開催した。またこの時、本地区に、全国に先駆けてPTA連合会が結成された。

本校は「重度・重複障害児の集団指導とその評価」と題し、社会性を養うための集団学習方式を採用し、協力し合うことの必要性を体験させながら、全人的発達の可能性を伸ばす努力を重ねたという研究発表を行った。

また、大会の総括として加藤安雄先生には「病弱教育の本質を探る」と題する講演をいただいた。

養護教育義務制が実施されて今年は2年目になり、教育施設の充実や教育条件の改善など、よりよい教育課程の編成を目指していくうえで課題の多い年。このため、同地区は全国6ブロックのトップをきってPTA連合会を結成し、病弱虚弱教育の進展、充実を図っていくことにした。

昭和55年 新聞記事より

④ 昭和58年～60年

校舎の増築がなされ、普通教室のほか、視聴覚室、調理室、被服室等、施設の充実が進められた。

また、「慰問ではなくお互いが理解し合うため」に以下のような交流活動が積極的に進められた。

- ・ S58. 9月 城山中学校体育大会参加
- ・ S59. 10月 県P連主催「交流の集い」、本校において、3小中学校と演劇や演奏、作品交換等の交流
- ・ S59. 6月 城山中学校クラブ活動参加
- ・ S59. 6月 本校に城山中学来校
- ・ S59. 9月 城山中学校体育大会参加
- ・ S59. 9月 婦中区域運動会に参加
- ・ S59. 11月 城山中学校で授業参加

(4) 発展期 (昭和61年～平成8年)

<個々に応じた指導の工夫の試み>

① 昭和61年8月

全国病弱虚弱教育研究連盟全国腎・ネフ教育大会の開催。本校の腎臓病の児童生徒への養護・訓練は、体の仕組みを理解し、日常生活への配慮事項を守り、同時に生活規制の中でどのように工夫をすれば、生活を楽にすることができるかという観点で、児童生徒とともに考え実践を行うものであった。その取り組みは全国にも広がり、多くの方々に知っていただくことができた。

② 昭和62年12月

昭和61・62年度文部省特殊教育教育課程研究指定校研究発表大会を開催。文部省の山本昌邦教科調査官の指導を受け、慢性疾患児の学習空白の把握方法やその指導法、急増した不登校児（心身症児）の心理的な問題への取り組み、重度・重複障害児へのグループ別教育課程の編成など、2年間の実践研究を通して得た結果を発表した。

③ 昭和63年～平成4年

この間は、先の教育課程指定校研究での

成果を踏まえ、カウンセリン・ゲマインドや箱庭等の心理療法的な指導を導入し工夫を積み重ねた。特に、不登校児（心身症児）への実態把握の方法やその対応の仕方について、平成2年度県の教育研究グループ奨励事業として実践研究をまとめ、引き続き研究が進められている。また、訪問教育ではグループ別教育課程と指導方法の検討がさらに進められ、個々の児童生徒の能力を引き出す実践が行われた。

また平成4年には、平成元年に全校生徒で共同制作した壁画「未来に向けて」が、中学校用美術教科書に掲載されることになり、児童生徒たちは喜びとともに自信をもつことができた。

④ 平成5年10月

第34回全国病弱虚弱教育研究連盟研究協議会並びに総会、第29回近畿・東海・北陸地区病弱虚弱教育研究連盟研究発表大会富山大会を開催。この大会で初めて心身症等部会が発足し、百人あまりの参加者の活発な意見が述べられ、不登校児（心身症児）への対応が全国の養護学校の重要な課題となっていることが示された。

⑤ 平成8年4月

長い間待ち望んでいた高等部の開校。長期の病氣療養が必要な慢性疾患児は、県外の高等部設置養護学校に入学するか、通信教育を受けるしか方法がなかったが、多くの人々のご尽力を得てようやく高等部が設置された。

⑥ 平成9年2月

平成6・7・8年度文部省実験学校研究発表会を開催。昭和61年からの11年間の不登校児（心身症児）への研究の総括として3カ年を位置付け、構成的グループ・

エンカウンターを取り入れた養護・訓練、養護・訓練と連動した教科指導、外部の人とかかわる経験の積み重ね等の実験研究を、文部省の横田雅史教科調査官の指導のもと全国の方々に発表した。

(5) 充実期（平成9年～）

＜新時代への教育の充実を図る＞

① 平成9年4月

高等部における訪問教育を試行的に実施。訪問教育の中学生は卒業すると教育の機会がなくなるため、本校では担当教師らの努力により「あゆみ級」の名で少しでもかわられるような工夫がなされていたが、15年余りの実践が実り、本格的に高等部で教育を受けられるようになった。

② 平成11年

2月には、平成9・10年度文部省委託「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発表会を開催。ほとんど情報技術関係の設備もなかった本校であったが、2年間で情報教育環境を整え、インターネットや統合型学習ソフトを利用した学習の取り組み、病棟でのベッド学習・透析学習を余儀なくされている生徒へのTV電話システムを利用した学習の取り組み等の実践研究の報告を行った。

3月には、高等部棟の増築工事（情報処理室と家庭科被服室と、普通教室二つの合わせて四教室、約三百八十平方メートル）が完成し、施設・設備がさらに整えられた。

また、7月には全国病弱養護学校教頭会総会並びに研究協議会 富山大会を開催。加藤安雄先生に「障害児、心身症児の初期指導について」と題する講演をいただいた。

③ 平成12年

マルチメディアの調査研究以来、校内L

ANの構築が充実され、サーバを中核として、管理棟や各教室棟及び病棟をネットワーク化して、校内文書などのファイルの共有化や、授業でのインターネットの活用を積極的に進めている。その恩恵の一つに、小学部の児童も授業中に、コモンスペース（自立活動室）の一角に設置されたパソコンで利用している姿も見られる。

者スポーツ大会きらりんびっく富山が開催され、本校の児童生徒も開会式集団演技の練習に取り組んでいるところである。

6 おわりに

昨年4月に着任し、学校林をバックにチャペル風な希望の塔もある自然環境のすばらしさに感激し、病弱養護学校と本校の歴史を調べた。本校の26年間のすばらしい実績は、奉職された多くの先生方の弛まざる研鑽と、富山病院の先生方、看護婦の皆さんの献身的な人間愛と、保護者の皆様から寄せられた熱き願いの賜と解った。

ここ数年転出入・編入する児童生徒は年間約60名にもなり、また本校で一時期を過ごした子供らは、高等学校、就職、大学へ巣立っていくことができるようになっている。このような状況から本校は、ますます時代の中で必要とされていることを実感している。

これからも校訓にもある明朗・克服・協力をモットーに今までの実績を生かし、これからの21世紀は、病院、施設、寄宿舎等や自宅からの通学生も、肢体不自由であろうと、知的障害があろうと、心身を病んだ全ての児童生徒を受け入れ、新しい病院との関係を築き、一人一人の健康を改善し回復させる統合・総合養護学校として存在できるよう、関係機関に働きかけ実現させたい。

〈学校紹介〉

病気療養児とともに歩む

秋田県立本庄養護学校

校長 吉川 一成

1 本校の歴史

本校は、昭和49年に秋田県立本庄養護学校として独立し開校した。独立とは、秋田県立養護学校の本庄分校であったからである。

今日までの歴史をたどってみると、昭和27年にさかのぼる。当時の国立秋田療養所には結核の患者が沢山入院していた。その患者の中には子どももいたが、学校に行くことのできない子どもたちに、入院中の教員が勉強を教え始めた。このことが本庄養護の原点になっている。

当時の療養所所長の細谷玄太郎先生は、時々勉強の様子を見に来られたが、教室の窓の外に「はまなす」が一面に咲いているのをご覧になり、「そうだ！このはまなすの様に地に根を張り、強く、たくましく生きて欲しい」と願い「はまなす学園」と命名された。今、本校の正面玄関には、赤いはまなす、白いはまなすが対になって植えられている。

昭和37年、前述のように秋田県立養護学校が設立されると、同時に本庄分校ができ病弱児を対象に、小・中学部各1学級が編成され2名の職員で10名の児童生徒の教育を行った。

昭和45年、結核児が減少して小児気管支喘息の入院児が増え喘息学級が誕生した。

昭和48年には、国立秋田療養所の4病室を借用し、職員7名、7学級、49名の児童生徒が在籍した。この年の4月から県立養護学校の新築工事が始まり、翌年の開校となったのである。

その後、昭和52年に校歌が制定され、昭和53年・校章制定、昭和54年・校旗制定を成し創立10周年記念式典、創立20周年記念式典をそれぞれ挙げて、今年（平成12年度）は創立26周年となる。

2 本校の現状

(1) 教育目標

病気や障害を克服する意欲と豊かな心情を培い、調和のとれた人間の育成を目指す。

めざす指導生徒像

すこやかに 心豊かに 進んで学ぶ

(2) 教育方針

①明るく楽しい元気の学校作りを目指す。

②物的・人的な環境の整備と健康・安全教育の充実を図る。

③心身の健康を把握し、充実した学校生活を目指した教育相談に努める。

(3) 努力目標

①一人一人の自己実現を目指した教育課程の編成と指導方法の工夫・改善を図る。

②関係諸機関、保護者、地域社会との連携を図り、教育活動の推進に努める。

③教育研究・研修を推進し、教職員としての資質の向上に努め、教育実践に生かす。

(4) 研究主題

「一人一人の児童生徒が生き生きと豊かに学校生活を過ごすことができる学習の展開を求めて」

○各研究班の研究課題

A：小学部病弱教育部（少人数の中で主体性を生かす支援の在り方）

B：中学部病弱教育部（人とかかわる力を育む「総合的な学習の時間」の工夫）

C：X総合病院院内学級教育部（慢性疾患児の退院後の豊かな生活を目指した支援の在り方）

D：小・中学部病院内教育部（個を育てるグループ学習の在り方）

E：高等部・訪問教育部（かかわりを広げる集団での指導）

*各教育部、各分掌の経営については省略。

(5) 子どもの実態

本校の児童生徒を病類・障害別にみると次のようになる。

表1 児童生徒の病類・障害別一覧

(平成12年5月1日現在)

学 部	小	中	高	合計
気管支喘息	1	4		5
肥満症	1	2		3
消化器官		2		2
アトピー性皮膚炎		1		1
不登校		1		1
摂食障害		1		1
若年性リウマチ		1		1
その他		1		1
脳性マヒ	6		9	15
脳症関係	2		2	4
後遺症関係	2		1	3
小頭症			1	1
脳萎縮			1	1
てんかん			1	1
コルネリア・デラング症候群			1	1
バックウスビーマン症候群			1	1
ウォルフ・ヒルシュホルン症候群	1			1
精神運動発達遅滞		1		1
合 計	13	14	17	44

3 学習指導法の改善と教師の資質向上

前述の児童生徒の実態の中で、毎年教師の研究・研修に力を注ぎ、児童生徒のニーズに対応した指導法の工夫に努めていることは言うまでもない。平成12年度の本校における各

研究の状況をテーマで紹介すると、次のようになる。

(1) 研究主題

「一人一人の児童生徒が生き生きと豊かに学校生活を過ごすことができる学習の展開を求めて」

① 小学部病弱教育部

（少人数の中で主体性を生かす支援の研究）

② 中学部病弱教育部

（人とかかわる力を育む「総合的な学習」の時間）

③ X総合病院院内学級教育部

（慢性疾患児の退院後の豊かな生活を目指した支援の在り方）

④ 小・中学部病院内教育部

（個を育てるグループ学習の在り方）

⑤ 高等部（訪問教育）

（かかわりを広げる集団での指導）

以上のテーマで、各グループによる研究は進められているが、昨年度までの教育課程研究の反省を受けながら、大筋はその延長上にあると理解してよい。

また、平成10・11年度には文部省指定研究を実践したので、それをここに紹介する。

(2) 平成10・11年度文部省指定研究から

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

① 調査研究の主旨と課題

この調査研究は、平成10年5月15日から平成12年3月31日までの2カ年のものである。入院及び自宅療養中の養護学校の児童生徒に対するマルチメディアの効果的な利用方法等について実践的な研究を行うものとした。

調査研究の意義は、

・病気療養児が学習の遅れを記にすることな

く病気療養に専念できる。

- ・病気療養に伴う生活規制から生じる社会性の不足に対応できる。
- ・病気改善の知識や態度を培い、病気に対しての自己管理能力が高められる。

などが考えられた。

研究課題を、「マルチメディアを用いた、学習が可能な病気療養児の実態及び効果的な学習の在り方について」と決め、全校の研究体制づくりを進めた。

② 調査研究の概要

本調査研究は、小・中学部病弱教育部（小4名）、X総合病院院内学級教育部（小1名）である。病弱教育部の児童生徒は、数名が自宅通学生で、残りは併設の国立療養所秋田病院からの登校である。また、中学部生徒の大半は心身症等による不当校生である。

・平成10年度は

1) マルチメディア機器等の環境整備

（本校X総合病院院内学級、国立療養所秋田病院をインターネット、TV会議システムで結び、リアルタイムでの映像・音声交信をする。学習ソフトとして小・中学校の自学自習タイプを購入）

2) 教職員の研修

3) 先進校視察

（研究指定を受けた学校や、積極的に取り組んでいる学校）

・平成11年度は

1) 整備面の強化

（教室内LANの構築）

2) 児童生徒の実態に応じた、マルチメディアの有効利用

（授業実践として、教科・領域、特別活動、クラブ等の学習場面での活用）

3) 児童生徒・職員の実態調査

（コンピュータ導入後の児童生徒・職員の活用度、意識に関する調査）

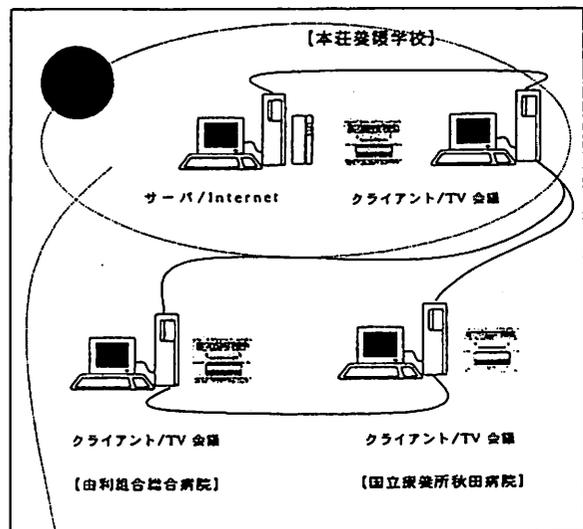
③ 調査研究の実践概要

1) マルチメディア機器等の環境整備

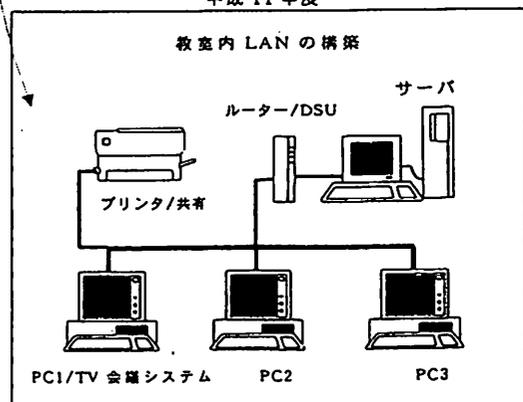
平成10年度にコンピュータが導入されたがその設置場所で苦勞した。結局、中学部の「スタディ・ルーム」に決めたが、授業や会議等と重なり、恵まれた設置場所ではなかった。

インターネットのネットワーク状況は、学校のサーバー機1台のみが直接利用可能で、X総合病院院内学級及び秋田病院の各1台の

（図1） インターネットの整備
（平成10年度）



平成11年度



コンピュータはそれができないため、本校のサーバー機で学習に利用できるホームページ（以下HP）を「インターネット Ninja」というソフトを利用してデータを取り込み、蓄積して、それぞれが本校のサーバー機にアクセスして必要なものを呼び出す、「疑似インターネット」の形で利用していた。しかし、児童生徒が慣れるにつれて、自分で知りたい、見たいものが自由に入らず、不満が高まった。また、データを取り込む作業の教師の負担も大きかった。

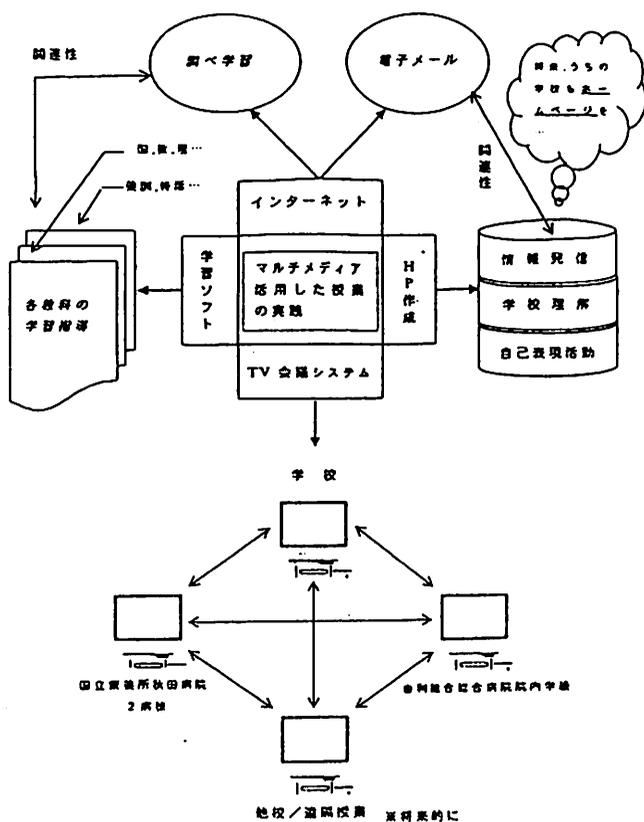
この反省から、平成11年度はコンピュータを2台新設した。その結果「教室内LAN」が構築でき、院内学級も直接インターネットができるようになった。（図1参照）

このLAN整備により学習ソフト1枚で、4台一斉の授業が可能になり、個別学習の効率化も図られた。さらに、ノート型パソコンを設置して、教室での学習、学習時間の補償、自学自習時間の確保ができた。

「マルチメディア」という新しい教材・教具をどのように教育活動に取り入れていくかを図式化したのが（図2）である。

インターネット、TV会議システム、学習ソフト等の関連性を考慮しながら、教育活動全般にわたり、マルチメディアを活用していくとするものである。また、児童生徒の実態とニーズを最優先して、どのような子どもに育って欲しいかを示したのが（図3）である。

（図2） マルチメディアを利用した教育活動



2) インターネットの活用と児童生徒

ア. 前籍校のHPを閲覧する不登校児

以前に通っていた学校のHPを開き、仲良しだった級友や当時の担任と、今の学校の様子を話して自慢するなど、普段はあまり自分を語ろうとしない児童生徒（不登校児）が何の抵抗もなく話していることに驚かされた。

このことから、インターネット上では、興味・関心のあることを自由に検索させるとか、前籍校の担任や友人とのコミュニケーション活動を行うことが可能であると感じた。

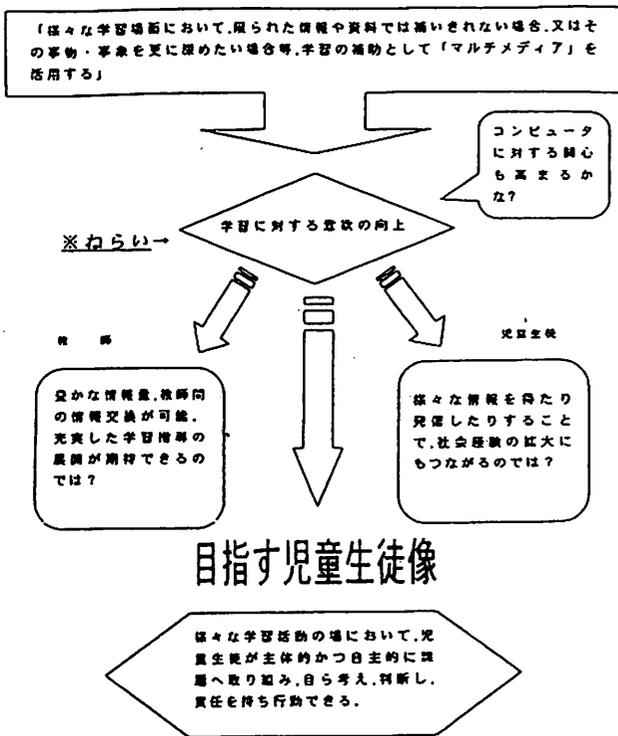
イ. 志望校のHPを閲覧する院内学級児童生徒と不登校児

中学生は高校受験を意識し始めるが、同学年同士の刺激が少なく、少人数での授業では、インターネットが最大の情報源となる。

ウ. 教科での活用

各教科・領域・特別活動等において、主に「調べ学習」を中心に活用している。

(図3) 情報活用を目指す児童生徒像



・自主的に学習する児童生徒には、効果が期待できる。(消極的な者には使用以前の問題がある)

「学習ソフト」は、ゲーム感覚で使用できるものに人気がある。説明の多いドリル式で、音声や画像の少ないものは人気がない。

4) 会議システムの活用と児童生徒の様子

中学部病弱教育部とX総合病院院内学級教育部間で実践している。交流学习の補充的役割として「TV会議システム」を使用するのが、児童生徒はもちろんのこと、教師も興味をもって参加している。

平成11年度に見られた児童生徒には、次のようなタイプがあった。

- ・始終、画面に顔が映ることを拒み、声だけで参加した者。
- ・全く発言できなかった者。
- ・授業そのものに参加できなかった者。
- ・映ることへの抵抗も全くなく、積極的に発言した者。
- ・相手に積極的に質問した者。

以上の様子から、「TV会議システム」の活用では、児童生徒の実態やニーズも含めて十分な検討が必要であると考え、その作業に入っている。

5) コンピュータ導入後の児童生徒の様子

児童生徒のインターネットによる「調べ学習」や、教師の学習ソフトを使用した、「個に応じた補充指導」に効果が表れている。また、朝の自由活動や、昼休み時間の自主的で積極的なコンピュータ活用は、自由時間の過ごし方でも変化が生じている。

6) これまでの主な授業実践例

院内学級教育部、小学部病弱教育部、中学部病弱教育部の授業の一部を次に紹介する。

エ. 放課後活動、余暇活動における活用

休み時間や放課後活動において、自由に利用している。病棟での生活、学校での生活には規制があるために、マルチメディアの活用の充実は、特に大事であると認識している。

3) 学校ソフトの活用と児童生徒の様子

本校では、転入転出が頻繁で、一斉授業の困難な場合は「学習ソフト」を活用している。

その利点として、

- ・自分がどれくらい覚えたか(力がついたか)即時に分かる。
- ・予習、復習に適している。
- ・同学年で学力の異なる児童生徒の指導に役立つ。
- ・学習(教材)への興味・関心、意欲付けに活用できる。

ア. 院内学級教育部

- 英語（遠隔授業・TV会議システム）
- 社会（ “ ” ）
- 放課後活動（デジタルカメラで列車を撮影し紹介文を作成）
- 放課後活動（前籍校のHP検索、志望校のHP検索）
- その他（デジタルカメラで自己PR）

イ. 小学部病弱教育部

- 国語（国境を越える文化、台湾のドラエモンのPRを閲覧）
- 算数（線対称を描こう、自作教材）
- 理科（体の作り、学習ソフト）
- 養護・訓練（メールを出そう）
- 特別活動（修学旅行事前学習、HPの閲覧）

ウ. 中学部病弱教育部

- 院内学級との合同授業
- 数学（不等式、学習ソフト）
- 歴史（縄文時代の暮らし、調べ学習）
- 地理（世界の海洋と海流、調べ学習）
- 理科（熱帯魚の飼育と増やし方）

④ まとめと課題

- 1) 児童生徒の実態把握から、インターネット、学習ソフト、TV会議システムの三分野について、補充活動のねらいや効果について理解できた。
- 2) 教室内LANを整備し、インターネットの利用度を増して、1枚のソフトで4台の

コンピュータが共有できた。

- 3) パソコンに対する興味・関心が児童生徒、教師ともに高まった。
- 4) 社会情勢・情報に乏しい児童生徒には、インターネットそのものが補充活用となった。
- 5) 児童生徒と教師間のコミュニケーション手段として活用できた。
- 6) マルチメディアという新しい「道具」の導入で、学習意欲や自主性が芽生えつつある。
- 7) マルチメディアは、すべての教育活動に有効であるとは断言できない。個々の児童生徒に適した有効活用を探っていきたい。

4 本校の課題（まとめにかえて）

教職員の研修・研究をどう計画し、どう実践するか、管理職を先頭に教職員一丸となり模索している。幸にも、日ごろの教職員の雰囲気は良く、教育活動の前向きな姿勢には、敬意を持ちつつ大いに自負している。

国立秋田病院（療養所）は、再編成の対象となり、年度内に具体的発表が行われる。それに合わせて本校としては、「国立病院移転対策委員会」を設置し、本校の児童生徒の今後の教育的処遇、病弱養護学校の在り方などを検討し、学校現場として外に提案していく考えている。子ども達の教育保障を確かにしていくのである。

学校紹介一覧表

1号	鹿児島県立加治木養護学校	13号	北九州市立門司養護学校
2号	大分県立石垣原養護学校		大阪市立貝塚養護学校
5号	横浜市立二つ橋養護学校	14号	兵庫県立上野ヶ原養護学校
6号	香川県立普通寺養護学校		北海道立山の手養護学校
	福岡県立古賀養護学校	15号	福島県立須賀川養護学校
7号	岡山県立早島養護学校	16号	群馬の病弱教育
8号	栃木県立足利養護学校	17号	京都市立鳴滝養護学校
10号	神奈川県立横浜南養護学校		島根県立松江緑が丘養護学校
11号	宮城県立西多賀養護学校		東京都立久留米養護学校
12号	新潟県立柏崎養護学校	19号	愛知県立大府養護学校
			富山県立ふるさと養護学校
			秋田県立本庄養護学校

本稿は、育療第18号に掲載した「病弱児の心理的適応を図る指導」の研究のために調査された調査結果である。全国の病弱養護学校の協力を得て平成11年7月にまとめられたもので、この結果については病弱教育の発展のためにのみ資料として使用するという約束がされていると筆者から聞いている。今回、前号に続いて 木滝千代子先生（千葉県立四街道養護学校）の「アンケート集約結果と考察」を掲載する。不登校児への対応の一つの参考になればと考える。

「病弱養護学校における不登校児に関する調査」結果

千葉県立四街道養護学校 木滝千代子

1. 調査の目的

全国の病弱養護学校に在籍する児童生徒の20%は心身症、神経症と診断され、更に、喘息、肥満、アトピー等を主症状とする児童生徒も心理的不適応を伴うことにより、前籍校において「不登校」であったケースが多いと言われています。今後も、このような児童生徒（以下、不登校児と記す）が増加すると予想されます。不登校児の対応、指導、支援は大きな課題で、各病弱養護学校が独自の方法で、実態に即したきめ細やかな対応や取り組みを行っていることと思います。そこで、不登校児をめぐる、各学校の組織・運営、指導内容・方法の現状を知ることにより、望ましい指導・支援を探ることができると考え、昨年8月に別紙のような調査をさせていただきました。ご多忙にもかかわらず、病弱養護学校68校に御協力いただき、誠にありがとうございました。結果がまとまりましたのでここにご報告いたします。

2. 調査方法及び内容

(1) 調査対象

心身症、神経症や心理的不適応に伴う病気により、不登校傾向のあった(ある)児童生徒の在籍する病弱養護学校

(2) 調査の方法

別紙の質問紙

回答にあたっては、教務主任、研究主任、教育相談担当者の方をお願いしました。

(3) 調査内容

- ① 前籍校における、不登校の状況の件について
- ② 前籍校に転出するときの、医療、前籍校等との連携について
- ③ 児童生徒の心理面の理解について
- ④ 心理的適応を図る指導について
- ⑤ その他

3. 本報告書について

内容に即し各項目毎に一部説明や分析を付けてあります。

記述式の回答には 記述 と記載してあります。

多いものに◎、そうでないものに○と付けていただいたものには、◎を2、○を1とし、数値化して標記しました。

アンケート集約結果

調査期日 平成11年7月1日

アンケート校数 75校 該当者不在校数 4校

回収校数 68校 調査対象校数 64校 回収率 90.6%

基礎項目

在籍する児童生徒の状況

① 在籍する児童生徒数

② 疾患に対する児童生徒数（小学部、中学部、高等部別）

疾患名 喘息 神経性疾患 肥満 心身症 アトピー等皮膚疾患 その他

③ 上記の疾患名を持つ前籍校または現在校で 年間30日以上欠席をしていた児童生徒数

④ 上記③のうち、心理的不適応も欠席の原因と思われる児童生徒数

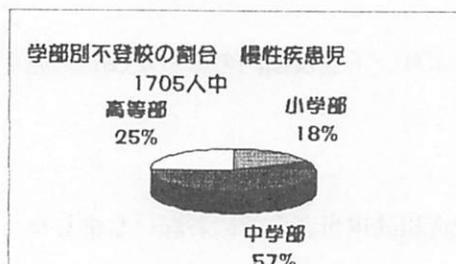
全国病弱養護学校に在籍する不登校・不適応児の学部別、疾患別の在籍状況

①②③④の結果を（表1）及びグラフで以下に表す。

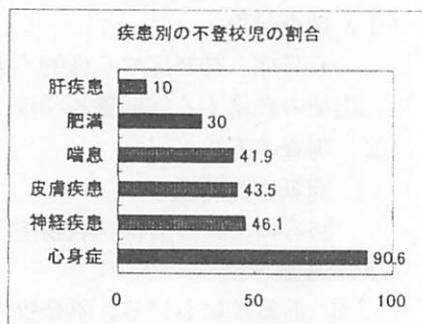
【表1 不登校児の在籍状況】

疾患名	疾患総数(A)	小学部	中学部	高等部	不登校総数(B)	不登校割合(B/A)%	不適応総数(C)	不適応割合(C/A)%
総数	1705	160	474	222	856	50.2	571	36.6
喘息	437	70	99	14	183	41.9	111	25.4
神経疾患	375	21	87	65	173	46.1	93	24.8
肥満	140	8	44	19	71	30.0	33	23.5
心身症	297	23	159	87	269	90.6	213	71.7
皮膚疾患	69	5	18	7	30	43.5	20	28.9
肝疾患	241	12	8	4	24	10.0	4	1.7
その他	146	21	59	26	106	72.6	86	58.9

【図1】



【図2】

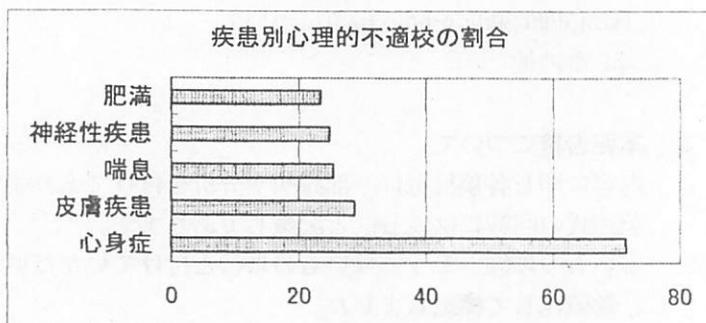


○慢性疾患児のうち不登校であった者の割合は50%を越え、特に思春期を迎えた中学部の生徒は、その割合が57%と高い。（図1）

○不登校児の割合を比較すると、病名は「心身症」「神経性疾患」「皮膚疾患」「喘息」の順である。（図2）

○疾患総数における疾患別心理的不適応の児童生徒の割合を見ると、「心身症」「皮膚疾患」「喘息」「神経性疾患」の順に多いという結果となった。（図3）

【図3】



1. 心理的特徴について

(1) 不登校児の特徴にはどのようなことがあげられるか。

・特に多く見られるものには◎を、良く見られるものには○を記入。◎は2、○は1として延べ数で数値化した。()の中にその数値を記した。

① 学習に対する特徴は、(図4)

- (24) ア 生真面目である。
- (25) イ 集中力に欠ける。
- (76) ウ 自信が持たにくい。
- (72) エ 人前で話したり発表や自己表現が苦手。
- (52) オ 定期テスト、発表会等プレッシャーに弱い。
- (20) カ 消極的
- () キ その他の特徴は

- ・苦手な教科がたくさんある。
- ・逃避的、プライドは高いが裏付けがない。

② 対人関係に関する特徴は、(図5)

- () ア 友達思い。
- (10) イ 家族思い。
- (15) ウ 病気の人に優しい。
- (48) エ 依頼心、依存心が強い。
- (47) オ 自己中心的で自分勝手、わがまま。
- (19) カ 従順で自己主張が少ない。
- (52) キ 協調性、社会性に欠ける。
- (51) ク 集団で活動することが苦手。
- () ケ 人の失敗に対し、厳しく攻撃的。
- () コ 集団で弱い者いじめをする。
- (57) サ 友達や家族との人間関係が希薄。
- シ その他の特徴

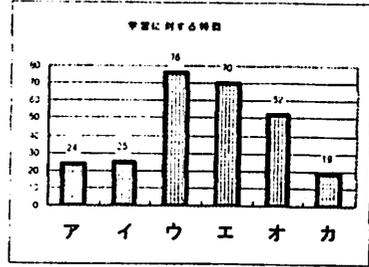
- ・母親と感情交流が薄い。

③ 生活全般における特徴は、(図6)

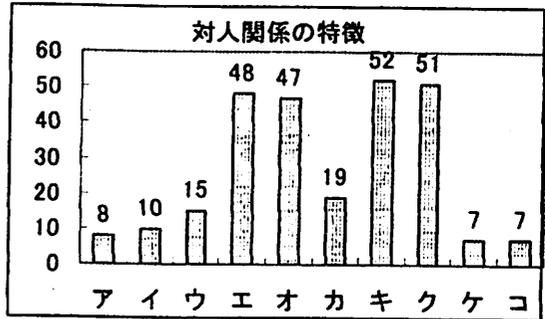
- (68) ア 頭痛、吐き気、不定愁訴。
- (57) イ いやなことがあると体調が悪くなる。
- (65) ウ 家庭の問題や家族のかかわりが、影響する。

- (46) エ 精神的に弱い。
- (28) オ 神経質である。
- (32) カ 不安感、恐怖感が強い。
- (15) キ 孤立感、孤独感が強い。
- (37) ク 自分の存在や能力を過小評価。自己を否定する感情が強い。
- (27) ケ 好き嫌いが多く偏食傾向。
- (37) コ 基本的な生活習慣(・整理整頓・挨拶・身だしなみ・家庭における規則正しい生活等)が確立していない。
- サ その他の特徴
- ・体力がなくて朝起きられない。

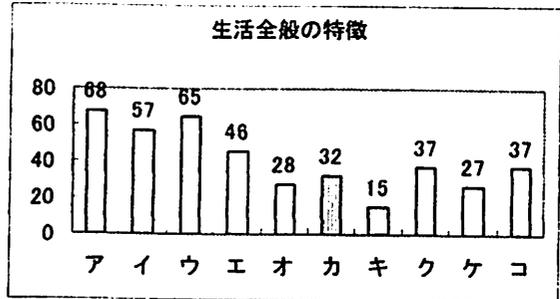
【図4】



【図5】



【図6】



(2) 不登校児の心理的特徴のまとめ

(項目は質問項目に即して 学習面の特徴を「学習」、生活面の特徴を「生活」、対人関係の特徴を「対人」、性格面の特徴を「性格」と記載)

不登校児の特徴として、精神的に弱い、自信がなく、自己肯定感が低い、言葉によるコミュニケーションを含め自己を表現するのが苦手、対人関係に弱さを持っていて集団が苦手、嫌なこと等気持ち体が現れやすいこと、体調が悪くなったり不定愁訴の訴えが多いことが明らかになった。(表2)

学習についての特徴が上位を占めているのは回答したのが教師であり、学習への注目度が高いためと思われる。

【表2】 不登校児の特徴 (延べ数)

順位	内容	延べ数	項目
1	プレッシャーに弱く逃避的傾向で精神的に弱い	100	学習
2	自信がない	78	学習
3	発表や自己表現が苦手	72	学習
4	集団が苦手	69	対人
5	不定愁訴の訴え、嫌なこと体調が悪くなる	67	生活
6	家庭の問題が影響	57	対人
7	友達や家族との人間関係が希薄	55	対人
8	自己中心的で自分勝手わがまま	47	性格
9	依頼心、依存心が強い	47	対人
10	基本的な生活習慣(・整理整頓・挨拶等)が未確立	37	生活
11	自己を否定、自己肯定感が低い	36	性格
12	不安感、恐怖感が強い	33	性格

2. 退院その他により、前籍校に戻る場合について

(1) 在籍中、前籍校と何らかの情報交換を行ったか。

・64校中、情報交換を行っている

56校 (86%) ア はい

9校 (14%) イ いいえ

① 時期は56校中(図7)のように

24校 (44%) ア 入院直後

46校 (84%) イ 必要なときにはいつでも

7校 (13%) ウ 学期毎等、定期的

26校 (46%) エ 退院直前

2校 (4%) オ その他

・文化祭、運動会等行事の時

② 情報交換の方法は 56校中

52校 (93%) ア 手紙、電話連絡

1校 (2%) イ パソコン通信

6校 (11%) ウ 前籍校の担任の来校(長欠児の様子等を見てもらう)

11校 (20%) エ その他・担任が前籍校に出向く

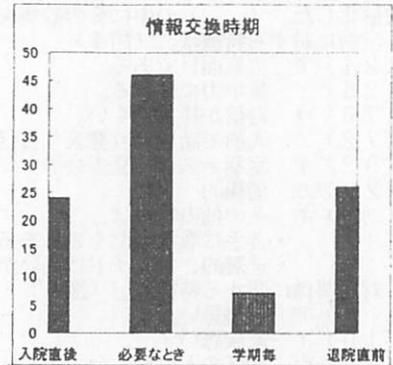
③ 前籍校への転出前には

10校 (18%) ア 行事に参加

46校 (82%) イ 体験(試験)登校

ウ その他 ・保護者や主治医からの要望があれば実施
・特に行っていない・検討している段階

【図7】



(2) 体験(試験)登校について

行っている学校 46校中

① 時期は(図8)のように

6校 (13%) ア 入院し病状が落ち着いて

2校 (4%) イ 定期的に

34校 (74%) ウ 退院のめどがついてから

8校 (17%) エ 退院直前

② 一日あたりの参加の仕方は

30校 (65%) ア 日課表通り全部

18校 (39%) イ 部分的に

③ およその日数は

13校 (28%) ア 1~3日

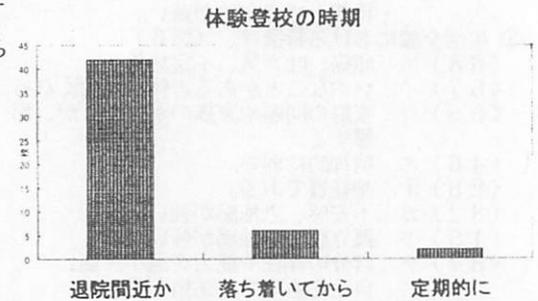
18校 (39%) イ 3~5日

20校 (43%) ウ 1~2週間

4校 (8%) エ 2週間~1カ月

1校 (2%) オ 1カ月以上

【図8】



④ 体験(試験)登校について何か取り決めや配慮していることについて。(記述回答)

- ・学校で病棟と相談して行う。実施前には教頭、担任、病棟の心理療法士と一緒に、前籍校に出向いて依頼、情報交換を行う。
- ・前籍校が遠かったり、ない場合は地元の交流校で、交流学习として行う。
- ・1カ月の体験登校の様子を見て、前籍校に戻るか、再入院かを決めている。
- ・試験登校を実施するには、担任→学部会→就学指導委員会→前籍校への依頼。
- ・本人の意思とともに、主治医の判断により試験登校を行う。試験登校をする場合は、日々、対象校と出欠の状況や学校の様子等の連絡を取り合っている。
- ・本人の様子を十分に見ながら無理をさせない。
- ・前籍校、家庭との連絡を密にする。場合によっては、途中でやめることもある。
- ・事前の打ち合わせを十分に行い、実施マニュアルを作成。
- ・本人の意思で計画し、自分の課題について、再認識させる機会にもする。
- ・前籍校の行事予定等に合わせ、受け入れやすい期間に行っている。
- ・日数については、実態を考慮し、幅をもたせて決定。
- ・就学適性委員会を開き、慎重に検討。
- ・病院の主治医より学校が依頼を受け、前籍校と連絡を取り文書にて申し込む。また、主治医からの観察事項や学校からの配慮事項の確認文書、並びに前籍校で記入してもらう用紙と、保護者に記入してもらう用紙をつける。以上が正式な手続きであり、この前後で直接話をする。(病棟、学校、前籍校、家庭)
- ・個別に時期や日数、参加の仕方や配慮点等を確認している。
- ・事故が生じた場合の責任は、当然本校にあるが、起こりうる事故を想定しながら対応を考えている。(まだ、事故はない)

⑤ 体験（試験）登校で抱えている問題点（記述回答）

- ・前籍校の理解不足、理解が得にくい。（「治っていないのではないか」という意識を持ちがちで、好意的に受け入れてくれる雰囲気を得られにくい。）
- ・対人関係で適応が難しい。
- ・前籍校への転学を望む生徒が少ない。
- ・試験登校（テスト通学）後の適応について、客観的な判断資料とその検討が必要。
- ・試験登校後に主治医と学校側との退院に向けた情報交換の場を設けることが必要。
- ・家庭の協力と変容が必要。

3. 心理検査等について

不登校児の実態把握をするために、心理検査、性格検査、発達検査等を行っているか。回答学校64校中の実施状況。（図9）

- (1) 実施について（図9）のように
 37校（58%） ア 実施している
 27校（42%） イ していない
 （無回答3を含む）

- (2) 上記(1)ーア（実施している場合）
 検査の実施機関、37校中
 29校（78%） 学校
 25校（68%） 病院
 8校（22%） 病院だけ
 2校（5%） その他の機関
 ・教育センター、児童相談所

- (3) 学校で諸検査を行っている場合
 ① 誰が実施しているか。29校中
 14校（48%） ア 担任
 12校（34%） イ 養訓担当者
 3校（10%） ウ 養護教諭

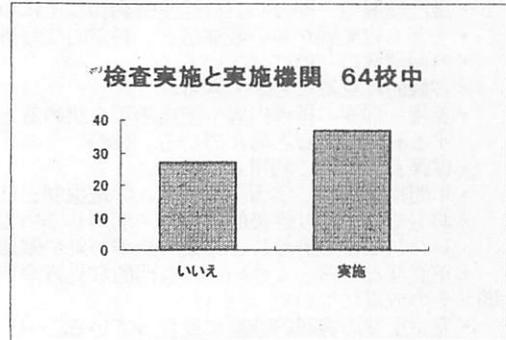
- ② いつ実施しているか。
 15校（52%） ア 養訓の時間
 10校（34%） イ 他の授業時間
 2校（7%） ウ 放課後等 日課外
 2校（7%） エ 病棟にいるとき

- ③ 実施方法
 12校（41%） ア 集団で行う。
 17校（59%） イ 個別に行う。

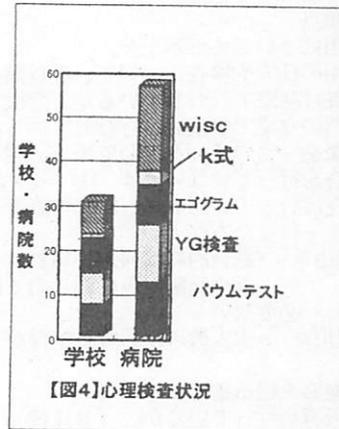
- ④ 実施している検査について、学校と病院では（図10）のように

学校	病院		
7	12	ア	バウムテスト、TAT、CAT
3	13	イ	YG検査
8	9	ウ	エコグラム
0	2	エ	ソシオメトリックテスト
4	7	オ	PFスタデー
5	3	カ	K式ABC
6	19	キ	WISC-R、WISC-III
		ク	その他（田中ビネー、円城寺式 発達検査、K式ABC

【図9】



【図10】



【図11】

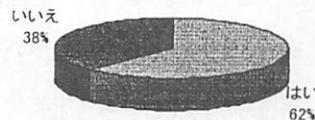
4. 検査等の結果の活用について

上記 3-(1)ーア（心理検査等実施している）
 学校37校のうち、

- (1) 諸検査の結果の利用については、（図11）
 ア（利用している）23校（62%）
 イ（していない）14校（38%）

- ① 教育活動での利用・活用について
 [児童生徒の実態把握・情報の一つとして利用]
 ・指導目標、指導方針、個別指導計画の作成
 上の参考

心理・知能検査の利用状況 37校中



- ・入院時、退院時に実施、心理的变化を見る。
- ・カウンセリングや心理面での支援、教育的配慮事項に利用。
- ・自己理解を深めさせるための一助。
- ・客観的な、児童生徒の内面理解の参考に、学校教育活動で利用している。
- ・養護・訓練の具体的な指導内容に利用。
- ・年間指導計画、学習グループ、学級編制、日常の指導及び進路指導の資料。
- ・教員間、医療間等の子どもの共通理解を図るデータとして利用。

② 心理検査の活用について

- ・指導目標を設定するときの手掛かりとする。
- ・児童生徒の実態の一つとしてとらえ、指導方針を立てるうえでの参考としている。(2校)
- ・入院時、退院時に実施して、心理的变化を見る。
- ・担任が個別のカウンセリングに利用。
- ・自己理解の一助とし、自己主張訓練なそにつなげる。
- ・子どもの実態からの観察法と、科学的な分析からを参考にして、学校教育活動で利用している。
- ・内面理解の一助にしている。
- ・客観的に見ることができている。
- ・養護・訓練の指導内容や配慮事項を決めるときに利用しているが、まだまだ活用の仕方の工夫をする必要があると考えている。(2校)
- ・保護者懇談会で利用している。
- ・年間指導計画、学習グループ、学級編制、日常の指導及び進路指導の資料。
- ・おもてだったり直接的に利用・活用していると言った事例はないが、病院とのケース・カンファレンスなどの折りに、今後の指導方針や確認事項等の検討には考慮している。
- ・正直なところ、こういった専門的な見方やアプローチには、かなり欠けている。

③ その成果について

- ・児童生徒の客観的理解に役立っている。
- ・指導目標、方針等作成に生きている。
- ・エゴグラムを使用し、自己理解や自己主張訓練に役立っている。
- ・教師の思い込みなどによる一方的な解釈が無くなり、多くの場面で的確と思われる配慮が出来るようになってきた。

④ 問題点

- ・活用についてまだ不十分。
- ・活用の仕方や検査について、教員間の研修が得られていない。(新しいことへの抵抗がある)
- ・検査は病院で行われているが、学校では特別行っていないため活用できない。
- ・専門の立場での検査が行われているが、その情報が共有できていない。共有したい。
- ・結果を一つのデータとして扱う必要性を感じる。

(2) 諸検査を行っていない(4-(1)-イ)場合、

現在は行っていないが、心理検査等を行うことについてはどうか。

○6校---行った方がよい

- <理由> ・総合的に情報が得られ、生徒理解の資料となる。
- ・勘や経験のみに頼るのではなく、客観的な参考資料として活用することも必要と思う。

○1校---必要ない

- <理由> ・少人数のため実態把握がしやすいので必要がない。

5. 心理的適応を図る指導について

何らかの指導を行っているか。(64校)

60校(94%)ア 行っている

4校(6%)イ 行っていない

(無回答を含む)

・どのような取り組みを行っているか。(図12)

① 養護・訓練において

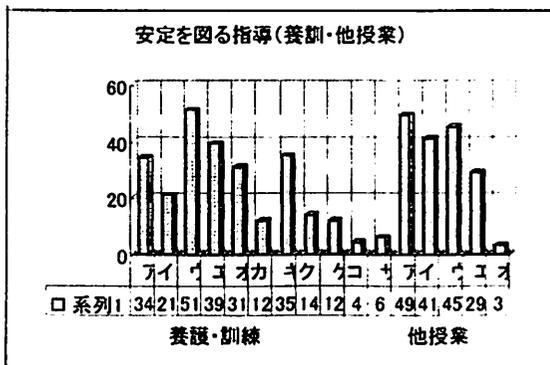
病気に対する不安を取り、集団性、協調性、自己肯定感を育てると共に、心理解放のために◎を2、○を1として延べ数で()内に示す。

(34)ア 病気理解と改善の方法について理解させる取り組み。

(21)イ 規則正しい生活習慣、生活リズムの大切さとつけかたの学習。

(51)ウ スポーツ等、体を動かすことを通し心理解放をする。

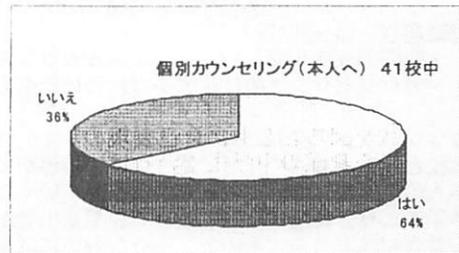
【図12】



- (39) エ 集団活動(話し合い、共同制作)の機会を多くする。
 - (31) オ グループ・エンカウンターを通し、集団性、自己肯定感を育てる。
 - (12) カ 心理検査の結果を利用し指導する。(自己理解を深めさせる。)
 - (35) キ 個別教育相談(カウンセリング)で自分について理解を深めたり、感情のコントロールの力をつける。
 - (14) ク 遊戯療法的方法で心理解放を行う中から、意欲や自立心を育てる。
 - (12) ケ 箱庭療法で心理解放を行う中から、意欲や自立心を育てる。
 - (4) コ 描画療法的方法で心理解放を行う中から、意欲や自立心を育てる。
 - (6) サ IEP(個別教育プログラム)を作成して取り組んでいる。
 - (0) シ その他
- ② その他の授業において
- (49) ア 学習空白部分や遅れを取り戻すため、補習、抜き出し授業、TT方式、習熟度別学習等の取り組み。
 - (41) イ 楽しく意欲的に取り組めるような教材・教具の工夫。
 - (45) ウ 賞賛の中から自信を付けられるよう、人前での発表・活動の重視。
 - (29) エ 興味関心を大切に調べ学習、体験学習の重視。
 - (1) オ その他 個別学習計画作成

◎安定を図る指導 ベスト9 (複数回答のため、延べ数)

1. (115) 集団活動(グループ・エンカウンター、発表を含む)
2. (70) 教材・教具の工夫(調べ学習、体験学習を含む) 【図13】
3. (51) スポーツ
4. (35) 個別カウンセリング
5. (34) 病気理解
6. (30) 心理療法(遊戯療法、箱庭、描画)
7. (21) 規則正しい生活習慣
8. (12) 自己理解
9. (6) IEP作成



【図14】

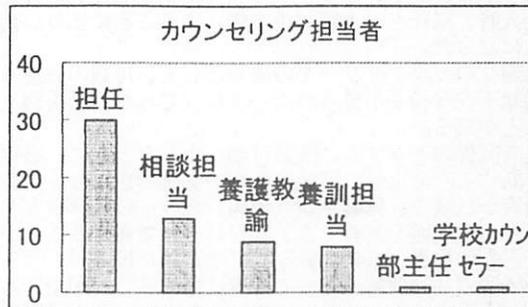
64校中、適応を図る指導を89.8%の学校が実施している。(表3)

不登校児の特徴(表2)から、集団活動を重視。その中から人間関係、友達との関わりを学習させ、自己表現、発表等の「弱さ」の克服に意図的に取り組んでいる。

学習では、意欲を高めるため興味・関心、称賛が図れる教材教具の工夫や体験学習に重点を置いている。

IEPや個別指導計画が少ない。

学校における指導上のカルテといった個別指導計画や、IEPの作成が課題になる。



6. 個別教育相談(カウンセリング)について

(1) 個別のカウンセリングを本人に行っているか。

- 41校(64%)ア 行っている。
- 10校(16%)イ 行っていない。
- 13校— 無回答 (図13)

① 誰が行っているか。(図14)

<複数回答 延べ数>

- 30校(71%)ア 担任
 - 8校(20%)イ 養訓担当者
 - 9校(22%)ウ 養護教諭
 - 19校(45%)エ その他
- [教育相談担当者(13)・前教員(2)・学部主任(1)・スクールカウンセラー(1)・病院心理療法士(1)・精神科医(1)]

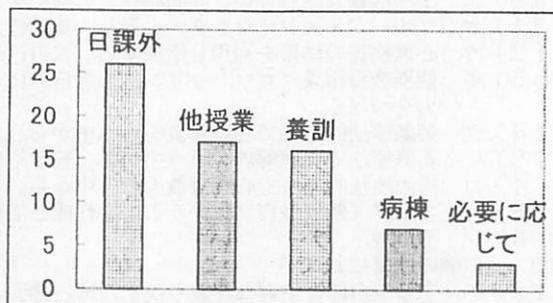
【表】適応を図る指導(複数回答延べ数) *

1	集団活動(グループエンカウンター等を含む)	101	養
2	スポーツ	44	養
3	補習、抜き出し授業	42	授
4	教材教具の工夫	35	授
5	病気理解	29	養
6	個別カウンセリング	28	養
7	調べ学習、体験学習	26	授
8	描画、箱庭等遊戯療法	22	養
9	規則正しい生活習慣	18	養
10	自己理解	9	養
11	個別教育計画IEP作成	5	養

* 養護・訓練で行っているのを、「養」
その他の授業での指導を「授」と表記

- ② いつ行っているか。(図15)
- 16校(39%)ア 養訓の時間
 - 17校(41%)イ 他の授業時間
 - 26校(63%)ウ 放課後等日課外
 - 7校(17%)エ 病棟にいる時間
 - 3校(7%)オ その他必要に応じて

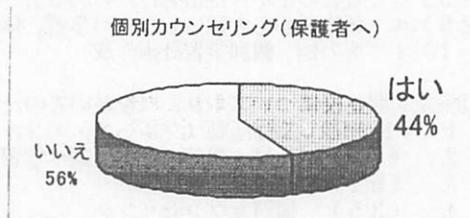
【図15】時間帯



(2) 保護者に対する個別カウンセリング (図16)

- 28校(44%)ア 行っている。
 36校(56%)イ 行っていない。
- ① 誰が行っているか。28校中(観略)
- 19校(68%)ア 担任
 - 10校(36%)イ 教育相談担当者
 - 1校(3%)ウ 専門担当者
 - 7校(25%)エ その他

【図16】



- ・教育センター・学部主事
- ・精神科医 等

- ② いつ行っているか。
- 12校(43%)ア 個人面談のとき
 - 5校(18%)イ 定期的な日を決めて
 - 11校(39%)ウ その他〔・家庭訪問時(1)
 ・来校時(外泊の送迎時)(4)
 ・必要に応じて(6)〕

◎問題点 (記述回答)

- ・時間の確保が難しい。・スクールカウンセラーがいない。
- ・カウンセリングの技法等を身につけたものが学校に少ない。

(3) カウンセリングをおこなった成果について (記述回答)

- ・学校と家庭と共通の理解に基づいて、指導ができる。
- ・本人の課題が、考え方や心の整理をしていくことにより、より明快に捕らえられるようになる。
- ・昨年度より、お話の部屋を設けて、児童生徒が自ら話に来られるようにしているが、担任をしながら教育相談担当をするので、十分な対応には至っていない。
- ・子供自身から課題解決に向けて、努力する姿が見られた。
- ・親子双方と個別にカウンセリングの結果お互いの関係がよくなり、本人の学校生活も安定してきた。
- ・転入時、担任との人間関係を密にすることにより、前籍校についての思い出を話すことができるようになった。
- ・母親へのカウンセリングの成果として、母親の気持ちが和らぎ「待つ姿勢」が少し出てきた。
- ・情緒不安な様子が見られたときに、じっくり話を聞くことで、次への見通しが少なからず見られることがある。
- ・人間関係のトラブル、問題行動が生じたときに、必要により複数回、時間を生みだして複数の教員で話すことにより、問題の所在を実感できたり、具体的な解決策を見いだしたりできた時がある。
- ・内容が試験等、体験学習(職場、高校一日入学など)進路相談等では意見確認のばにもなる。
- ・子どもの問題を共有でき、同じレベルで考えることができた。
- ・子どもの目標、指導方針を立てるために役立つ。
- ・教師間の共通理解を図って指導に当たることができる。
- ・親、本人にカウンセリングを行うことにより、不登校児の不安を支える家族関係の改善。
- ・指導、援助の方針が立てやすい。入院、退院時に実施し、心理的变化を見る。

7. まとめと考察

- *不登校、不適応傾向は中学部の生徒に多い。
- *不登校児の特徴として、プレッシャー等精神的に弱く自信がない。(自己肯定感、自尊感情が低い)言葉によるコミュニケーションを含め、自己を表現するのが苦手。対人関係に弱さを持っていて、嫌なこと等気持ちが体に現れやすく、体調が悪くなったり不定愁訴の訴えが多いこと、不安感や恐怖感が強いことがあげられた。これを見ると一般の小・中・高等学校の不登校の児童生徒と重なることが分かった。
- *学習についての特徴が上位を占めていたのは、回答してくださった方が教師であり、学習についての注目度が高いためと思われる。
- ・在学中、前籍校との情報交換では
- *必要なときにはいつでも行っている学校が84%ある。入院時は44%、半数の学校が情報交換をしているが、その後、定期的に(学期ごと等)行っているところは13%と少なくなっている。退院時の情報交換は47%。退院して前籍校や地域の学校に行くことは、精神的にも大変なことと推測され、

- 情報交換が必要と思われるが、この時期の情報交換が47%というのは予想以上に少なかった。必要なときにいつでも行っている学校が多いので、直前にあわててする必要がないためとも推測できる。
- *情報交換の方法は手紙が多いが、実際に来校して直接情報交換をしているが30%あり、(子供によって)学校によってその必要性があると感じていることが分かる。
 - ・体験(試験)登校について
 - *一番多かったのは退院のめどがついてからであった。退院直前を含めるとおよそ90%近くの学校が、退院間近に行っていることがわかる。また、入院し病状が落ち着いてきた時点で、退院後、前籍校にスムーズに戻れることを念頭にに入れた取り組みを行っているところが17%8校あった。
 - *不登校児の実態把握をするために、心理検査、性格検査、発達検査等を行っている学校が58%、そのうち学校で行っているのが78%と、学校として必要を感じて実施していることが伺える。
 - *検査では養訓等、授業時間に行っている学校が86%で、検査の方法・種類にもよるが、個別対応しているところが多い。
 - *一番多く行われている検査方法は、学校ではエコグラムで27%、病院では知能検査(WISC-R・WISC-III・K式ABC)73%。検査をしている学校はテストバッテリーを考えたり複数行っている。病院は学校の2倍行っている。
 - *試験登校の日数は、1~2週間が多く、それ以上が5校、子供の実態に合わせて無理なく徐々に適応させようという配慮が伺える。
 - *1~3日が13校、子供の実態に合わせて行いたいのが、退院が急に決まったり試験登校に満足な日数が取れないといった状態も推測できる。
 - ・心理的適応を図る指導について
 - *心理的適応の指導の必要性を感じ、実際に何らかの取り組みを行っている学校が94%であったことは当然といえる。
 - *特徴として弱さが指摘されている集団活動を重視し、その中で人間関係、友達との関わりを学習し、集団の中での自己表現、発表の弱さの克服を意図的にしていることが伺える。
 - *喘息の病状は心理的な要因が影響する。身体面の訓練といった要素と共に、心理的安定を図ることを重視した取り組みを意図的に行うことが大切。この方法で成果を上げている学校がある。
 - *心理的適応を図る指導では、カウンセリング等の個別指導を取り入れると共に、集団活動を通して、自己肯定感を高め、よい人間関係を育み、社会性を高める方法が有効である。
 - *集団活動の内容は、共同作業、発表、グループエンカウンター等で、集団参加の仕方やグループ編成では、個人から小集団、大集団へとステップアップすることが大切である。
 - *実態把握と実際の指導には、行動観察と共に心理検査の活用やカウンセリングが効果的である。
 - ・その他、一般的に
 - *学校と医療関係者との連携を含めた個別指導計画の作成と活用を図る。
 - *学習意欲を高めるために、興味関心、賞賛が図れる教材教具の工夫に重点を置いていることが分かる。
 - *IEPや個別指導計画を作成している学校が少ない。学校における指導上のカルテといった個別の指導計画の作成がこれからの課題。
 - *心理療法(遊戯、箱庭、描画)は心理解放のほか、治療の一助として行っていることが伺える。
 - *担任は身近で、その子の家庭・学習状況等を把握して相談に適していると思われがちだが、行動言動等評価する人であるため、子ども側からすると本心や悪いことは言えない。適しているとは言えない場合がある。
 - *教員はカウンセリングマインドで接しなければならない。カウンセリングマインドとはカウンセリングの知識・技能を薄めたものではなく、一番大切な部分の凝縮したエッセンス。
 - * (心理的)安定を図る指導で個別カウンセリングを行っていると答えた学校は35校であったが、改めてカウンセリングの実施を聞くと41校と増えた。「安定を図る指導」という訳ではないが、放課後等実態に応じた対応などの数が加わり増加したと推測される。
 - *カウンセリングを設定した授業以外、放課後病棟などで必要・要望に応じて行っている学校が3校ある。児童生徒の実態に即しやすい効果的対応と思われる。
 - *保護者へのカウンセリングの担当は54%と、担任が多い。その他に担任以外の担当者が行う必要があると見られるケースが増えて、実際に行われてきていることが分かる。学期1回の個人面談時43%をカウンセリングと言えるかどうか。定期的に日を決めて(12)、必要に応じて(6)、来校時(外泊の送迎時)(4)、合わせて79%。子どもの実態に合わせて、保護者に機会を多く、継続的に行うことが必要と思われる。
 - *学校カウンセラーの配置を行っている学校もあった。児童生徒が安心して話せるための人的は位置やカウンセリング室のような物的資源の充実が望まれる。

8. 感想

病弱不登校児の特徴を見ると、一般の小・中・高等学校の不登校の児童生徒の特徴と全く重なることがわかった。子の調査で明かになった心理的適応を図る指導は、一般の不登校児の指導、支援にも活用できると考えられる。

心理的不適応を持つ児童生徒や不登校児の指導、支援を行う上で、この調査研究が少しでも参考になれば幸である。

病弱養護学校における不登校児に関する調査

学校名	立	養護学校	記入者		氏	
			分掌名		名	

記入方法について
 ・ア、イ、ウ等 選択肢については、該当するものの()に○印を付けてください。
 ・【 】又は【 】には、記述してください。
 ・選択肢については、すべて複数回答可です。

1. 心理的特徴等について

(1) 貴校の児童生徒について (平成11年7月1日現在で)

① 在籍する児童生徒は何人ですか。
 小学部 ()人 中学部 ()人 高等部 ()人

② 下記の病名の児童生徒は何人いますか。

	小学部	中学部	高等部
ア 喘息	()人	()人	()人
イ 神経性疾患	()人	()人	()人
ウ 肥満	()人	()人	()人
エ 心身症	()人	()人	()人
オ アトピー等皮膚疾患	()人	()人	()人
カ 腎疾患	()人	()人	()人

③ 下記の病名を持つ児童生徒のうち、前籍校または貴校で年間30日以上欠席をしていた児童生徒は何人ですか。(おとそでも結構です。)

	小学部	中学部	高等部
ア 喘息	()人	()人	()人
イ 神経性疾患	()人	()人	()人
ウ 肥満	()人	()人	()人
エ 心身症	()人	()人	()人
オ アトピー等皮膚疾患	()人	()人	()人
カ 腎疾患	()人	()人	()人
キ その他	()人	()人	()人

④ 上記③のうち、心理的不適応も欠席の原因と思われる児童生徒は何人ですか。

	小学部	中学部	高等部
ア 喘息	()人	()人	()人
イ 神経性疾患	()人	()人	()人
ウ 肥満	()人	()人	()人
エ 心身症	()人	()人	()人
オ アトピー等皮膚疾患	()人	()人	()人
カ 腎疾患	()人	()人	()人
キ その他	()人	()人	()人

*上記1-(1)-③ に該当者がいない学校も、最近(平成9.10年度)に在籍した者があつた場合は、以下回答を続けてください。

(2) 貴校の不登校児の特徴にはどのようなことがあげられますか。

特に多く見られるものには◎を、よく見られるものには○を()に記入して下さい。

① 学習に対する特徴は、

- () ア 生真面目である。
- () イ 集中力に欠ける。
- () ウ 自信が持ちにくい。
- () エ 人前で話したり、発表や自己表現が苦手。
- () オ 定期テスト、発表等、プレッシャーに弱い。
- () カ 消極的。
- () キ その他の特徴 【

② 対人関係に対する特徴は、

- () ア 友達思い。
- () イ 家族思い。
- () ウ 病気の人に優しい。
- () エ 依頼心、依存心が強い。
- () オ 自己中心的で自分勝手。わがままな面がある。
- () カ 従順で自己主張が少ない。
- () キ 協調性、社会性に欠ける。
- () ク 集団で活動することが苦手。
- () ケ 人の失敗などに対し、厳しく攻撃。
- () コ 集団で弱いものいじめをすることがある。

- ③ 生活全般における特徴は、
- () ア 頭痛、吐き気、気分の不快(不定愁訴)の訴えが多い。
 - () イ いやなことがあると体調が悪くなる。
 - () ウ 家庭の問題や家族のかかわり方が、影響する。
 - () エ 精神的に弱い。
 - () オ 神経質である。
 - () カ 不安感、恐怖感が強い。(病気、未知のもの等に対する)
 - () キ 孤立感、孤独感が強い。
 - () ク 自分の存在や能力を過小評価するなど自己を否定する感情が強い。
 - () ケ 食べ物の好き嫌いが多く、偏食傾向。
 - () コ 基本的生活習慣(・整理整頓・身だしなみ・あいさつ・家におけるの規則正しい生活等)が確立していない。
 - () サ その他 【

2. 退院その他により、前籍校に戻る場合について
 貴校に在籍中、前籍校と何らかの情報交換を行っていますか。

- () ア はい () イ いいえ
 (1) 上記で ア の場合

- ① 時期はいつですか。
- () ア 入院直後
 - () イ 必要なときにはいつでも
 - () ウ 学期ごと等 定期的に
 - () エ 退院直後
 - () オ その他 【

- ② 情報交換の方法は
- () ア 手紙、電話連絡
 - () イ パソコン通信
 - () ウ 前籍校の担任の来校(長欠児の様子等を見てもらう)
 - () エ その他 【

- ③ 前籍校への転出前には
- () ア 行事に参加
 - () イ 体験(試験)登校
 - () ウ その他 【

(2) 上記(1)～③で イ に○の場合——体験(試験)登校の場合

- ① 時期はいつですか。
- () ア 入院し、病状が落ち着いてから。
 - () イ 定期的に[どのように—
 - () ウ 退院のめどがついてから
 - () エ 退院直前
 - () オ その他 【

- ② 一日当たりの参加の仕方は
- () ア 日課表通り全部
 - () イ 部分的に

- ③ およその日数は
- () ア 1～3日
 - () イ 3～5日
 - () ウ 1～2週間
 - () エ 2週間～1ヶ月
 - () オ 1カ月以上

- ④ 体験(試験)登校について何か取り決めや配慮していることがありますか。

- ⑤ 体験(試験)登校で抱えている問題点がありますか。

3. 心理検査等について

不登校児の実態把握するために、心理検査、性格検査、発達検査等を行っていますか。

() ア はい () イ いいえ

(1) 上記で ア の場合

① 検査の実施機関はどこですか。

() ア 学校で実施

() イ 入院している病院

() ウ その他の機関 【

② 実施している検査等は何ですか。学校で行っているものには◎、病院で行っているものは○
その他の機関で行っているものには△を付けて下さい。

() ア バウムテスト ・ TAT ・ CAT

() イ YG検査

() ウ エコグラム

() エ ソシオメトリックテスト

() オ PFスタデー

() カ K式ABC

() キ WISC-R ・ WISC-III

() ク その他 【

(2) 上記(1)①-ア 学校で実施している場合

① 誰が実施していますか。 () ア 担任、 () イ 養訓担当者、 () ウ 養護教諭、
() エ その他、 【

② いつ実施しますか。

() ア 養訓、 () イ 他の授業時間、 () ウ 放課後等日課外

() エ 病棟にいるとき、 () オ その他 【

③ どのように。 () ア 集団で、 () イ 個別に、 () ウ その他 【

4. 検査等の結果の活用について

学校で実施している場合、検査結果を利用していますか。

() ア はい () イ いいえ

(1) 上記で ア の場合、教育活動での利用・活用の仕方やその成果についてお知らせ下さい。

(2) 上記で イ の場合、現在は行っていないが、心理検査等を行った方が良いと思いますか。

() ア 行った方が良い、 () イ 必要ない

① ア の場合の理由

② イ の場合の理由

5. 心理的適応を図る指導について

心理的適応を図る何らかの指導を行っていますか。

() ア はい () イ いいえ

・上記でア の場合、どのような取り組み、指導内容、方法を行っていますか。

① 養護・訓練において—病気に対する不安を取り、集団性、協調性、自己肯定感を育てるとともに、心理解放のために、

() ア 病気理解と、改善の方法について理解させる取り組み。

() イ 規則正しい生活習慣、生活リズムの大切さと付け方の学習。

() ウ スポーツ等からだを動かすことを通して、心理解放をする。

() エ 集団活動(話し合い、共同制作)の機会を多くする。

() オ グループ・エンカウンターを通し集団性、自己肯定感を育てる。

- ()カ 心理検査の結果を利用し指導する。(自己理解を深めさせる。)
- ()キ 個別教育相談(カウンセリング)で、自分について理解を深めたり、感情のコントロールの力を付ける。
- ()ク 遊戯療法的方法で心理解放を行う中から、意欲や自立心を育てる。
- ()ケ 箱庭療法で心理解放を行う中から、意欲や自立心を育てる。
- ()コ 描画療法的方法で心理解放を行う中から、意欲や自立心を育てる。
- ()サ I E P (個別教育プログラム)を作成して取り組んでいる。
- ()シ その他 【

】

② その他の授業において

- ()ア 学習空白や遅れを取り戻すため、補習、抜き出し授業、T T方式、学習度別学習等に取り組む。
- ()イ 楽しく意欲的に取り組めるような教材教具の工夫。
- ()ウ 賞賛の中から自信をつけられるよう、人前での発表、活動の重視。
- ()エ 興味関心を大切にした調べ学習、体験学習の重視。
- ()オ その他 【

】

6. 個別教育相談(カウンセリング)について

前記 5-①-キ の個別教育相談(カウンセリング)に○がついた場合

(1) 個別のカウンセリングを本人に行っていますか。

- ()ア はい ()イ いいえ

・上記でアの場合

① 誰が行っていますか。

- ()ア 担任、 ()イ 養訓担当者、 ()ウ 養護教諭、
- ()エ その他 【

② いつ行っていますか。

- ()ア 養訓の時間、 ()イ 他の授業時間、 ()ウ 放課後等日課外
- ()エ 病棟にいる時間、 ()オ その他 【

】

(2) カウンセリングを保護者に対して行っていますか

- ()ア はい ()イ いいえ

・上記でアの場合

① 誰が行っていますか。

- ()ア 担任、 ()イ 教育相談担当者、 ()ウ 専門担当者、
- ()エ その他 【

② いつ行っていますか。

- ()ア 個人面談の時、 ()イ 定期的に日を決めて、 ()ウ その他 【

(3) カウンセリングを行った成果について、なるべく具体例をお書き下さい。

(4) 上記(1)-イの場合(個別のカウンセリングを本人に行っていない)

・個別カウンセリングを行った方がよいと思いますか。

- ()ア 行った方がよい、 ()イ 必要はない

① アの行った方がよい理由

② イの必要はない理由

〈参考資料〉

法律第82号

児童虐待の防止等に関する法律

(平成12年5月24日)

(目的)

第1条 この法律は、児童虐待が児童の心身の成長及び人格の形成に重大な影響を与えることにかんがみ、児童に対する虐待の禁止、児童虐待の防止に関する国及び地方公共団体の責務、児童虐待を受けた児童の保護のための措置等を定めることにより、児童虐待の防止等に関する施策を促進することを目的とする。

(児童虐待の定義)

第2条 この法律において、「児童虐待」とは、保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）がその監護する児童（18歳に満たない者をいう。以下同じ。）に対し、次に掲げる行為をすることをいう。

- 一 児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- 二 児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。
- 三 児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。
- 四 児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

(児童に対する虐待の禁止)

第3条 何人も、児童に対し、虐待をしてはならない。

(国及び地方公共団体の責務等)

第4条 国及び地方公共団体、児童虐待の早期発見及び児童虐待を受けた児童の迅速かつ適切な保護を行うため、関係機関及び民間団体の連携の強化その他の児童虐待の防止等のために必要な体制の整備に努めるものとする。

2 国及び地方公共団体は、児童虐待を受けた児童に対し専門的知識に基づく適切な保護を行うことができるよう、児童相談所等

関係機関の職員の人材の確保及び資質の向上を図るため、研修等必要な措置を講ずるものとする。

3 国及び地方公共団体は、児童虐待の防止に資するため、児童虐待が児童に及ぼす影響、児童虐待に係わる通告義務等について必要な広報その他の啓発活動に努めるものとする。

4 何人も、児童の健全な成長のために、良好な家族の関係及び近隣社会の連帯が求められていることに留意しなければならない。

(児童虐待の早期発見)

第5条 学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、保健婦、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者は、児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならない。

(児童虐待に係る通告)

第6条 児童虐待を受けた児童を発見した者は、速やかに、これを児童福祉法（昭和22年法律第164号）第25条の規定により通告しなければならない。

2 刑法（明治40年法律第45条）の秘密漏示罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は、児童虐待を受けた児童を発見した場合における児童福祉法第25条の規定による通告をする義務の遵守を妨げるものと解釈してはならない。

第7条 児童相談所又は福祉事務所が児童虐待を受けた児童に係る児童福祉法第25条の規定による通告を受けた場合においては、当該通告を受けた児童相談所又は福祉事務所の所長、所員その他の職員及び当該通告を仲介した児童委員は、その職務上知り得た事項であって当該通告をした者を特定させるものを漏らしてはならない。

(通告又は送致を受けた場合の措置)

第8条 児童相談所が児童虐待を受けた児童

について児童福祉法第25条の規定による通告又は同法第25条の二第一号の規定による送致を受けたときは、児童相談所長は、速やかに、当該児童の安全の確認を行うよう努めるとともに、必要に応じ同法第33条第一項の規定による一時保護を行うものとする。

(立入調査等)

第9条 都道府県知事は、児童虐待が行われているおそれがあると認めるときは、児童委員又は児童の福祉に関する事務に従事する職員をして、児童の住所又は居所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。この場合においては、その身分を証明する証票を携帯させなければならない。

2 前項の規定による児童委員又は児童の福祉に関する事務に従事する職員の立ち入り及び調査又は質問は、児童福祉法第29条の規定による児童委員又は児童の福祉に関する事務に従事する吏員の立入り及び調査又は質問とみなして、同法第62条第一号の規定を適用する。

(警察官の援助)

第10条 第8条の規定による児童の安全の確認、同条の一時保護又は前条第一項の規定による立入り及び調査若しくは質問をしようとする者は、これらの職務の執行に際し必要があると認めるときは、警察官の援助を求めることができる。

(指導を受ける義務等)

第11条 児童虐待を行った保護者について児童福祉法第27条第一項第二号の措置が採られた場合においては、当該保護者は、同号の指導を受けなければならない。

2 前項の場合において保護者が同項の指導を受けないときは、都道府県知事は、当該保護者に対し、同項の指導を受けるよう勧告することができる。

(面会又は通信の制限)

第12条 児童虐待を受けた児童について児童福祉法第28条の規定により同法第27条第一項第三号の措置が採られた場合におい

ては、児童相談所長又は同号に規定する施設の長は、児童虐待の防止及び児童虐待を受けた児童の保護の観点から、当該児童虐待を行った保護者について当該児童との面会又は通信を制限することができる。

(児童福祉司等の意見の聴取)

第13条 都道府県知事は、児童虐待を受けた児童について児童福祉法第27条第一項第三号の措置が採られ、及び当該児童の保護者について同項第二号の措置が採られた場合において、当該児童について採られた同項第三号の措置を解除しようとするときは、当該児童の保護者について同項第二号の指導を行うこととされた児童福祉司等の意見を聞かなければならない。

(親権の行使に関する配慮等)

第14条 児童の親権を行う者は、児童のしつけに際して、その適切な行使に配慮しなければならない。

2 児童の親権を行う者は、児童虐待に係る暴行罪、傷害罪その他の犯罪について、当該児童の親権を行う者であることを理由として、その責めを免れることはない。

(親権の喪失の制度の適切な運用)

第15条 民法(明治29年法律第89号)に規定する親権の喪失の制度は、児童虐待の防止及び児童虐待を受けた児童の保護の観点からも、適切に運用されなければならない。

(大都市等の特例)

第16条 この法律中都道府県が処理することとされている事務で政令で定めるものは、地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条の19第一項の指定都市(以下「指定都市」という。)及び同法第252条の22第一項の中核市(以下「中核市」という。)においては、政令で定めるところにより、指定都市又は中核市(以下「指定都市等」という。)が処理するものとする。この場合においては、この法律中都道府県に関する規定は、指定都市等に関する規定として指定都市等に適用があるものとする。

附則

(施行期日)

第1条 この法律は、公布の日から起算して6月を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。ただし、附則第3条中児童福祉法第11条第1項第5号の改正規定及び同法第16条の二第2項第4号の改正規定並びに附則第4条の規定は、公布の日から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。

(検討)

第2条 自動虐待の防止等のための制度については、この法律の施行後3年を目途として、この法律の施行状況等を勘案し、検討が加えられ、その結果に基づいて必要な措置が講ぜられるものとする。

(児童福祉法の一部改正)

第3条 児童福祉法の一部を次のように改正する。

第11条第1項第3号の次に次の1号を加える。

3の2 社会福祉士

第11条第1項第5号を次のように改める。

5 前各号に掲げる者と同等以上の能力を有すると認められる者であって、厚生省令で定めるもの

第16条の二第2項中「左の各号の1に」を「次の各号のいずれかに」に改め、同項第2号中「基く」を「基づく」に改め、同号の次に次の1号を加える。

2の2 社会福祉士

第16条の二第2項第4号を次のように改める。

4 前各号に掲げる者と同等以上の能力を有すると認められる者であって、厚生省令で定めるもの

第33条に次の2項を加える。

前二項の規定による一時保護の期間は、当該一時保護を開始した日から2月を超えてはならない。

前項の規定にかかわらず、児童相談所長又は都道府県知事は必要があると認めるときは、引き続き第1項又は第2項の

規定による一時保護を行うことができる。第45条第1項に後段として次のように加える。

この場合において、その最低基準は、児童の身体的、精神的及び社会的な発達のために必要な生活水準を確保するものでなければならない。

第45条に次の1項を加える。

児童福祉施設の設置者は、児童福祉施設の設備及び運営についての水準の向上を図ることに努めるものとする。

(児童福祉法の一部改正に伴う経過措置)

第4条 附則第1条ただし書きに規定する規定の施行の日（以下「施行日」という。）の前日において前条の規定による改正前の児童福祉法（以下「旧法」という。）第11条第1項第5号に該当することにより同項に規定する児童福祉所に任用されていた者は、前条の規定による改正後の児童福祉法（以下「新法」という。）第11条第1項の規定にかかわらず、施行日以後も引き続き同項に規定する児童福祉所であることができる。

2 施行日の前日において旧法第16条の二第2項第4号に該当することにより児童相談所の所長に任用されていた者は、新法第16条の二第2項の規定にかかわらず、施行日以後も引き続き児童相談所の所長であることができる。

(中央省庁等改革関係法施行法の一部改正)

第5条 中央省庁等改革関係法施行法（平成11年法律第160号）の一部を次のように改正する。

第595条の次に次の1条を加える。

(児童虐待の防止等に関する法律の一部改正)

第595条の2 児童虐待の防止等に関する法律（平成12年法律第82号）の一部を次のように改正する。

附則第3条のうち児童福祉法第11条第1項第5号の改正規定及び同法第16条の二第2項第4号の改正規定中「厚生省令」を「厚生労働省令」に改める。

[轟 白井 日出男 駐 丹羽 雄哉

内閣総理大臣 森 喜朗]

編集後記

◆重度心身障害を特集として取り上げるにあたり、学術集会での講演をもとに原稿をお願い致しましたところ、各先生が改めて「育療」のために書き直して下さいました。非常にお忙しい中、誠にありがとうございました。心からお礼申し上げます。

◆特に、亀山先生には医学的な内容を文章のみで分かりやすく記述していただき、大変ご労苦をお掛けしました。また、奥野先生、土屋先生にも何回となく手を入れて頂き、その度に恐縮致しました。

◆毎号のことですが、原稿執筆については寄稿して下さいの方々のご親切に負うところばかりで、感謝に耐えません。紙面をお借りしてお礼と同時に今後のご協力をお願いする次第です。

◆「アトピー性皮膚炎の子どものQOLを高めるために」という樋口先生の寄稿は、わが子の疾病に対する親の思いと、自分の仕事としての立場からの研究で、身近な問題として考えさせられることだと思います。

◆紙面の都合で『学校紹介』を毎号掲載することがなかなか出来ません。前号もお休でした。今回は3校にお願いすることができ、各地での病弱教育がその独自性を持つ

てすすめられていることが分かります。

◆「病弱養護学校における不登校児に関する調査」は、前号で発表された木滝先生の「病弱児の心理的適応を因る指導」の研究の元になっている調査で、その結果をまとめて掲載しました。重複するところがありますが、18号と合わせて参考にして頂くと良いかと思えます。この調査結果の中で（IEPや個別指導計画を作成している学校が少ない）という指摘は考えさせられる問題かと思えます。

◆第6回学術集会並びに研究・研修会を、11月に予定しました。内容を前回までと変え、教育講演の半日を設定しました。二つの分科会に関係のある課題を参加者全員に聞いて頂こうと考えました。

◆分科会は今日の課題――①被虐待・被いじめ、②小児の生活習慣病としました。

今、子どもの生活が危機的状況にあると誰もが言います。おとなが思い切った考えと支援に踏み込まなければならない時であろうかと思えます。是非、多くの方をお誘いの上ご参加下さい。詳しくは後日ご案内を差し上げます。（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12年 8月15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

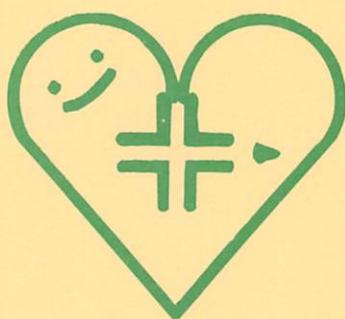
町田市森野 1-39-15

☎ 042-722-2203

印刷所 福川印刷株式会社

東京都町田市忠生 3-6-5

☎ 042-791-2411(代)



シンボルマークの意味

育…教育という意味で鉛筆

療…医療で聴診器と赤十字

あたたかい心でつつむという意味でハート

あかるく微笑む子どもの顔

「岸本ますみさんの作」

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**