

育療

22

2001.7

養護学校教員養成の見直しを 一歩かえて……………山本昌邦 ……1
《教育講演》

『小児の生活習慣病』……………岡田知雄 ……2

特集

＝被虐待・被いじめ＝

- 精神科医から見た虐待へのアプローチ……………菅野美紀……………12
- 児童虐待に対する指導相談室の取り組み……………荻渡サチヨ……………16
- 虐待を受けている子ども達とその家族
へのかかわりと機関連携……………山田和恵……………19
- 児童養護施設における被虐待児の
生活と心身の成長……………稲本誠……………25
- ◎ 被虐待・被いじめ＝ [総合討論]……………35

『寄稿』

病弱養護学校における教育相談の現状と課題

(福島県立須賀川養護学校郡山分校)……………佐藤清悦……………45

《学校紹介》

京都市立桃陽養護学校……………山田英行……………56

・『育療』－既刊号の主な内容－……………44

・日本育療学会 会則……………64

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

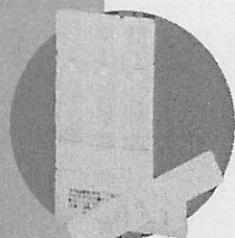
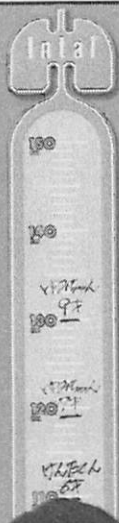
教育・医療・看護・福祉等すべての関係者におすすめします!!

申込先 (書店では一切取扱っていません)

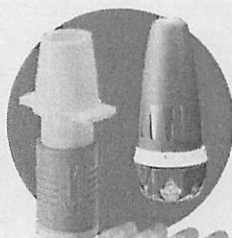
〒233-0007 横浜市港南区大久保 2-35-1 小泉 勇

☆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。



インタール吸入液



インタール(カプセル)



インタールエアロゾルA

喘息治療剤

薬価基準収載

インタール[®]

エアロゾルA
カプセル
吸入液

クロモグリク酸ナトリウム製剤
指定医薬品

Intal[®]

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照下さい。

フジサワ
大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514

資料請求先: 藤沢薬品工業(株) 医薬事業部

作成年月2001年1月

養護学校教員養成の見直しを

— 序 に 変 え て —

日本育療学会理事

横浜国立大学教授

山本昌邦

平成13年1月15日付けで出された「21世紀の特殊教育の在り方について（最終報告）」の中で、様々な提言の一つとして特殊教育関係教職員の専門性の向上について取り上げられている。この提言において、特殊教育教諭免許状の保有率の向上及び今後の免許状の在り方、盲・聾・養護学校の教員の専門的な指導力の向上のための研修の充実について述べられているが、これらの提言を実現するための基盤として、また、関連する事項として、大学等における養護学校の教員養成を見直す必要があると考える。

現在、養護学校の教員養成課程を設置している全国の大学等のカリキュラムの実態をみると、知的障害に関する授業科目を中心とする課程が主流を占めている。確かに、盲・聾・養護学校の学校数や教員数は、知的障害が半数を超えているため、こうした状況になっていると考えられるが、養護学校に在学する児童生徒の障害の重度・重複化や多様化の傾向を考慮すると、肢体不自由や病虚弱等に関する教育・心理・病理（保健）等についての授業科目もカリキュラムに組み込む必要がある。

ところで、養護学校は知的障害、肢体不自由、病弱の三種に分かれているが、教員免許状は養護学校共通である。このため、養護学校の教員免許状を取得して、肢体不自由養護学校又は病弱養護学校の教員になった者の大半は、知的障害に関する授業科目を中心に大学等で学んでおり、身につけた知識等で児童生徒に適切な教育的対応をするには十分でないと思われる。

そこで、本学では平成9年10月に教育学部から教育人間科学部に改組したのを契機として、従来の養護学校教員養成課程を障害児教育コースに改めるとともに、カリキュラムの見直しを行い、これまで設けていなかった視覚障害児、重度・重複障害児の教育（指導）に関する授業科目を新たに加え、全ての障害について広く学べるように改善した。なお、本学では特殊教育特別専攻科及び臨時教員養成課程（共に1年課程）を併せて設けており、視覚障害を除く全ての障害に対応する特殊教育の教員養成を目指して努力しているが、病虚弱教育教員養成の課程を設けているのは、全国で宮城教育大学と本学の2大学にすぎないのが現状である。

近年、本学の障害児教育を専門に学んでいる学生以外の者のうち、養護学校の教員免許状の取得を希望する者が漸増しているが、これらの学生の中には、筆者が担当している授業（特殊教育に関する専門科目）を受講して、肢体不自由児や病虚弱児の教育（指導）に関心や興味を持つようになり、これらをテーマにして卒業論文に取り組む者も出てきている。

以上、大学等における養護学校の教員養成の現状や問題点等を述べたが、これからの養護学校教員養成課程においては、知的障害、肢体不自由、病虚弱など様々な障害について、教育、心理及び病理（保健）等の内容を広く学べるように多様な授業科目を設けるとともに、できるだけ実際の（体験的）な学習ができるようにカリキュラムの見直しや授業方法等の改善工夫を行う必要があると考える。

小児の生活習慣病

日本大学医学部小児科

講師 岡田知雄

今日は、小児期からの「生活習慣病」というタイトルでお話しさせていただきます。

言ってみれば、現在の子どもたちの学校における健康問題というふうに広く解釈していただければ良いのではないかと思います。私自身がこの分野で仕事を始めたのは昭和53年頃でありました。これも何かの縁と言いますか、どういうきっかけで入ったかと申しますと、当時はまだほとんど、子どもの健康・栄養問題は不足の問題であったというふうに、或いは代謝的な特殊な病態だけがクローズアップされていたというのが、小児科領域の状況ではなかったかと思えます。

昭和53年、私は非常に貴重な病気に出会ったのですが、その病気が実は現在言われている“成人病”、生活習慣病と言うようになってきたのですけれども、その時13歳の男の子がおりまして、階段を昇り降りすると非常に息が切れる、胸が痛いという状況を訴えて私どもの外来にまいったんです。

当時、私は入局して間もない頃でしたけれど、その患者さんの主治医になりまして検査をしました。そうするとですね、子どものコレステロールの値というのは大体150から170くらいが普通なんです、そのお子さんは730もあったんです。これは大変だということになりました。

まだ当時は、この分野でノーベル賞を受けたゴッドスタインとブラウンは賞を受ける前のことでして、コレステロールはコレステロールでもコレステロールの本体が何であるかということまで分かっていなかったのです。

今でこそ、悪玉と称されるLDLコレステロール、それが一杯あって体中に溜まって、いわゆる外表的には“黄色腫”という所見があったり、それから心臓に溜まって心筋梗塞を起こす、あるいは狭心症を起こすという状況が見られたわけです。それが取っ掛かりだったんです。

この成人病という言葉は、皆さんご存じだと思いますが、昭和30年頃に我が国の厚生省が疾患の予防ということで、ガンであるとか動脈硬化性の疾患を早期から予防しようという施策から始まったと聞いております。

平成8年に厚生審議会から、改めて予防をもっと充実させなければいけない—どうも“成人病”—という皆が罹って当たり前のような感じがあって、なかなか予防に身が入っていないのではないかと言うようなことが切っ掛けで見直されてきたわけです。特にこの問題で重要なのは小児期からの対応である、やはりライフスタイルを形成する時期から問題が生じるわけですから、こういった点に力を入れるべきではないかと言う点が非常に強調されてきたわけです。折しも、学校保健の中でこういった分野がだんだん取り入れられてきて、日本が高度経済成長が増すにつれて、ご存じのように象徴的に肥満の児童が増えてきたということ、そして肥満の児童がいろいろな障害を持っているということも知られてきたわけです。

ですから、ただ単に将来の健康のためばかりでなくて、現状におけるいろいろな健康問題を小児期から生活習慣病の予防として扱わ

なければならぬだろうということになってまいりました。その点で特に、有効性といますか根本的な対応の必要性が、いろいろな分野から言われるわけなんです、特に学校保健教育といった立場が非常に重要な意味を持つ、ということは何の識者も語るころであります。特に、医者だけでなく、この子ども達に常日頃接する教育関係者の方々、あるいはいろいろな行政の方々、そういった皆さんの力が結集しないと、決して良くならないのだろうと思います。

最近、面白い現象といますか傾向といますか、例を挙げますと、アメリカの例ですけど、この10年間に非常に肥満が増えたんです。ボストン地区の生活環境の良いところでも、学童期の肥満は子どもの数の25%になってしまったと言う事実があるわけなんです。これは大変だということです。何故そうってしまったか。

あれほど健康に気をつけなければいけないと言っていたアメリカ。特に1950年、朝鮮動乱のあった時期なんです、その時にアメリカ人の兵士、平均22歳でなくなった兵士の解剖が行われたのです。それは何故かという、アメリカは世界に冠たる心臓病の国だったわけですね、それは1960年代にそのピークに達するんですが、そう言ったことで病理学的（解剖をして病気の理由を明確にする領域ですが）、その病理学的に亡くなった兵士の解剖を行ったわけです。特に、大動脈とか心臓を診たんです。すると驚いたことに、動脈硬化が（血管の内腔が狭くなる状況ですけど）、既にアメリカの兵士には50%くらい見られたということで、大変な衝撃が走ったのです。

それに比べてアジア系中国の兵士とか、朝鮮の兵士であるとかは、全然その動脈硬化の症状がなかったのです。何故こんなふうに

なったのかということですが、20歳になって突然血管が狭くなるというようなことは起こり得ないだろう、やはりこれは子どもの時期からの多くの栄養問題に帰するだろうということは知られていた訳です。

ご存じのようにアメリカは肉の食事にして、いわゆる飽和脂肪酸をたくさん摂るということ。コレステロールの動物実験からも裏付けられていて、生活環境の中でも特に食習慣という問題が重要であるという認識が始まったわけです。いわば、この現在にあるこういった“生活習慣病という概念”の出発点は、こい言ったところにあるのではないか、戦争が一役かっているといった皮肉な現象ですけども、見られてきたわけです。

この生活習慣病という言葉になった所以なんです、成人病というのは大きく分けると三つの柱があるのではないかと考えられるわけです。一つは遺伝的な要因があるだろう。もう一つは都市化などによる環境の問題もあるだろう。それからもう一つは、日々の人間の暮らし方の問題があるのではないか。そういったことで生活習慣ということが重視されるわけですが、誤解のないようにして頂きたい点は、単に生活習慣だけが問題ではありませんで、この3つが関係しているということが重要なんですね。

例えば、遺伝性の疾患がありますね。生まれつきコレステロールの高くなる疾患なんです、そういう遺伝子をもった人が、いろいろな原因でコレステロール、あるいは血清脂質が上がるわけなんです、もしも環境的にきちっと整備された内容で、しっかり体を動かして、しかも栄養的にそんなにたくさん脂肪を取らないという状況であれば、発現しないような高脂血症はいくらでもあるわけなんです。そう言ったことで、環境因子と遺伝子の作用も視野に入れた言葉が“生活習慣病”

であるということをし少し認識しておいた方がいいだろう。つまりハイリスクの方がいらっしゃるわけなんです、これも生活習慣の整備によって、その発展、発症あるいは進展を十分抑止することが出来という点に注目すべきであります。糖尿病も同じように言われていることであります。肥満を発症すると糖尿病が出やすくなる、だから肥満にならないような生活をすれば、たとえ糖尿病の遺伝因子を持っていても、その発病を抑止できるということです。

現代の小児の問題です。先ほど、皮肉だと申し上げた内容なんです、アメリカの子ども達はずーっと飽和脂肪酸の摂取を押さえてきたんです。しかし別の要因で今度は肥満が増えてしまったと言う内容なんです。最も大きな理由は、生活が非常に便利になって、車社会で身体活動がずいぶん減ったと言うところにまた問題があった訳です。こういった問題が我が国でも大変重要な問題として取り上げられている現状をお話しします。

○小児期から動脈硬化を促進する因子

遺伝的素因を持っている人は必ずいらっしゃいます。冠動脈の異常であるとか、これはレオロジーといいまして血行を力学的な影響によっても、冠動脈の構造が動脈硬化を起こしやすいような内容になっている方がいらっしゃいます。それからリポ蛋白、これは血清脂質の元になるものです。それから代謝性因子というのは、例えば糖尿病になりやすいとか、そう言ったような先天的な因子です。成長因子にもやはり違いが見られまして、例えば、男性より女性の方がはるかに動脈硬化に強い。また年齢としては加齢変化によって、いろいろな動脈硬化になりやすい要因が増えてくると言うことです。

環境条件。これは家族、家庭環境ですね。非常に特異な環境もない訳ではないわけですね。非常に肉を好むとか、エネルギー摂取の多い家庭、非運動的な家庭。また社会的、文化的、地理的な環境等の特異な環境因子ですね。地域によってはいろいろな特殊な環境、気象などを含めた環境条件がありますね。それから生活習慣、これは人間自身、我々の能動的な行動に関係するのですが、いわゆるリスクファクターと言われるものとの関わりによって増悪する、例えば、食習慣とか運動習慣、休養、喫煙、飲酒など。喫煙の問題は現在のところ小児でも大変重要な問題になっておりまして、喫煙をするとどういふふうになるかというデータが、細密に病理学的な研究がされておりまして、子どもの例にも出てまいりました。

今言った危険因子、リスクファクターの準備状態がどういふ状態かと言いますと、これは小児期にすべて出揃っています。喫煙、高血圧ですね。特に中学生の時期から高校生の時期にかけて、この高血圧は明確になってまいります。いわゆる本態性高血圧という問題が、たいへん健康障害、特に脳卒中との関係に重要な役割りを演じる。それから、リポ蛋白の脂質異常、高コレステロール血症であるとか、高中性脂肪血症、それから善玉といわれるHDLコレステロールが低い状態、こういったリポ蛋白の脂質異常が、昨今の日本では非常にクローズアップされてまいりました。これは大きくは食生活に関係する内容でしょう。

それから肥満ですね。最近の10年間、肥満の頻度が非常に増えてまいりまして、頻度が増えただけでなく実質上たいへん大きな問題があるのです。一つは、高度肥満化する率が高くなってきまして、子どもの時期におけ

る精神心理学的に悪影響—不登校を含めて—そういった肥満の問題が、代謝的な問題だけでなく現在では非常に重要な問題になってきています。それから肥満も関係しますが、高血糖の状態。高インスリン血症のような状態ですね。

非常に多様な価値観あるいは多様な生活様式ということで、かなり子どもにもストレスが溜まってきている。最後に、生活は便利になったけれども、先のアメリカに見られるように非常に身体活動が不足しているのではないか。したくても出来ないような内容、場所も不足しているし時間もない、いろいろなことが総合している訳なんです、こういった問題を抱えてきているということが、子どもの健康状態の現在および未来における重要な問題になっているということです。

平成8年の厚生審議会で指摘されたのですが、まず第1に、成人病は生活習慣を改善することにより、発症、進行が予防出来るという認識を醸成し、行動に結び付けていく必要がある。2番目に、少子化ゆえに健康な成長へのステップケアをより必要とする。3番目は、成人病は高齢者に多い疾患との認識が一般化し、若年層への働きかけが少なかった。4番目、生活習慣病の概念を導入することにより、小児期から生涯を通じての健康教育が推進されることが期待される。

つまりこれは、それぞれ人生の各段階段階に、こういった生活習慣病にならないような目標を設定して努力しましょう、その集積された結果が健康な生涯を送るということになるんだという解釈になるわけですね。

○学校保健教育と生活習慣病予防

今日は、学校保健教育という問題を中心に、どんな方法でいま生活習慣病検診を中心に、学校保健教育として、予防が小児期からなされているかという点についてお話ししたいと

思います。

まず、現状における子ども達の暮らしの状況を示す図を見てみます。特に、一日エネルギー量と栄養素の摂取量の年次推移(1952年～1994年)を見てみます。

一番大きく変化しているのは、脂質の摂取が非常に増えてきたと言うことがいえると思います。面白いことに、世界の疫学的研究で見ますと、子どもの肥満が増えているところは何処でも同じように、摂取脂肪の比率が高くなってきているのです。特に、東アジアは肥満の問題が注目されていますが、そこで報告でも同じように、総エネルギー量の問題と動物性の脂肪摂取の問題が非常に大きな関与を示していると言うことが指摘されています。日本も同じように、脂肪エネルギー比が33.2%も増えてしまった。従来、厚生省は25%か20%くらいが良いのではないかと試算していたのですけれども、どんどん増えてしまって30%を越える状況が珍しくないという状況であります。

身体活動の一つの傾向を知る意味での成績なんです、学校以外、特に放課後ですが、運動・スポーツをした割合がどれくらいあるかということ、1992年と1981年で見ても、小学校の3～4年生と中学生、高校生と見てまいりますと、特に男子の1992年の比率が下がってきているのが分かります。高校生も中学生も殆ど30%以下である、殆どが外で遊んでいない、体を動かしていないという状況がよく分かります。そして、女子も1981年の小学校5～6年生ですが、当時は60%位あったものが、10年後の1992年は40%まで落ちているという状況です。小学校3年生も70%から40%に落ちています。

このように、我が国の学齢期にある子ども達の、学校以外での身体活動量は非常に減っているという点は、やはり現在における生活習慣病に関連する種々さまざまな危険因子を

増悪させる可能性は十分考えておかなければならない。先の栄養の問題と身体的活動の問題が全体的傾向として如実に示されていると言う状況なのであります。

では何故、身体活動が減るのだろうかという点をまとめてみますと、まず第1に、体を使って行う家事労働の減少は大きな意味を持ちますね。生活が非常に便利になっている、電化製品がある洗濯機があるという状況で、子どもに家事労働を強制するというか、助けをもらう（そういう習慣も教育の一つなのでしょうが）そういうことを積極的にやっている家庭が非常に少なくなってしまったということなんです。第2点は、高学歴社会での受験戦争の激化という問題が、避けて通れない要因です。受験勉強のために外遊びが出来ない、あるいは自分一人が公園に行っても、お友達が受験勉強しているので遊んでくれないというようなことが現実に起きているわけで、非常に問題だろうと思われれます。しかし、これを一朝一夕に解決するのはなかなか困難ではないかと思えますね。

それからテレビやテレビゲームの普及、室内の娯楽の充実という点も見逃せません。昔は、こんな便利な娯楽はなかったものですから、大抵は学年の上下の差がなく一緒になってよく広場で、空き地で、遊んだという経験があったものですが、今ではそういうコミュニケーションすらない状況です。今では遊ぶと言っても、身体を使った遊びではないと言う状況です。次に、少子化による兄弟姉妹や近隣の友達への減少ということも、大変重要なテーマです。

それから、自動車を始めとする交通や運搬手段の発展・普及。歩かなくて済む。歩くということが非常に億劫になっている社会です。デパートへ行っても駅に行ってもエレベーターやエスカレーターがあります。歩いて10分の所でも、自家用車で買い物に行ってしまう。

逆に、商売も車を止めるようなスペースがないと、はやらないというような状況でありまして、車に依存する率が非常に高い。子どもは小さい時からそれに慣れてしまっています。

そして、冷暖房の完備した住居の普及。夏なんか外で遊んでいる子はいません。涼しいクーラーの効いた室内でファミコンをしているといった状況です。

こういったことが、子どもの日常の身体活動を減少させる大きな原因ではないかと思えます。

ここで特に問題なのは、テレビの視聴時間が長いということです。一日の視聴時間が4時間を越えると、肥満の頻度が増えるということが示されています。これは日本だけでなく、アメリカでもテレビの視聴時間と肥満とは明確に関係があると報告されています。

実際の生活習慣病の検診ということで、主体的に行っている学校があります。大体20万人位がこの検診を受けている実態が報告されています。東京都の平成7年度の成績がありますが、それを見ると子どもの健康状態がどんなものであるかが分かります。

まず、小中高生徒の肥満の頻度は合計すると15%弱まで伸びてきているということです。肥満の子ども達を20年、30年と追跡している地区があるんですが、それによりますと、現在は20年前に比べて肥満の頻度が2倍になってしまったという報告は随所で見られます。それから、これは1970年代になって初めて気づかれたのですが、我が国の子ども達のコレステロール値が非常に高くなっている、その値が200mg/dlを越える頻度が10%を越えている、これは何処の地域でも数値は同じだと思います。中には肥満と同じ15%に近いような地域もあって、かなりこのコレステロールの値については地域差が激しいように思います。

血圧はむしろ低い感じでありまして、高血圧の頻度はそんなに多くはない、二次検診のレベルでは0.3%くらいです。中学生、高校生になって本態性高血圧は明確になってきます。この多くも肥満と関連性をもって示されるということです。

最も注目しなければいけないのは、こういった子どもの親たちの健康問題が非常に悪いということです。大体20%は高血圧であるとか糖尿病であるとか、高脂血症あるいは脳卒中、心筋梗塞など、全部含めて何らかの生活習慣病を持っている親がいるという現実があるわけです。

小児期の生活習慣病の中でも、代表的な肥満の問題を取り上げて見たいと思います。

これはお相撲さんではなく普通の子どもののですが、先程も申しましたようにここ10年来、子どもの肥満の程度が悪くなっているということを言いたかったので、お示しているのですが、なぜこんなに高度肥満化するのだろうという問題、単なる肥満と高度肥満を分けて考えてみますと、高度肥満化する要因はなかなか簡単そうで簡単でないのですが、我々の最近の印象では生活環境と非常に関係があると思います。特に、母子家庭のような環境が目につきます。

これは、体重と身長のパーセントイルの成長曲線です。身長は平均的に伸びておりましたけれど、12歳を過ぎるとそのスピードが急に落ちるんですね。逆に体重の方はどんどん身長の曲線の方まで横切ってしまうほど伸びて行ってしまいます。こういった高度肥満が、非常に健康障害を持つのは、およそ類推出来ると思うんです。

肥満の頻度の話にもう一度戻りますが、これは日本の成績なんですけれども、1974年から1995年までの20年間を追跡した例なんです。肥満度が20%以上の頻度を見

ているわけですが、最初と比べてこれは6%未満です。95年はもう12%に近いような値になっている、つまり2倍くらいの頻度で増えている、しかも高度肥満(中等度以上)の頻度を見てみますとやはり同じように、2%未満たったのが4%近くまで伸びています。単に肥満の頻度が増えているだけでなく、高度肥満の頻度も増えている、肥満が高度化していると言えます。

話が違って、アジアの状況を私どもが調査した内容を見ますと、1986年、1997年における中国の北京市(一人っ子政策のときですが)の肥満幼児の頻度の比較、3歳から7歳までで調査した統計があります。寄宿制の幼稚園という制度がまだ北京には残っておりますけれど、一方には通園制の幼稚園があります。社会経済が非常に豊かになってまいりまして、外食産業も盛んになって、恐らく北京に行った方はそういった光景を目にするのではないかと思います。肥満の頻度も1986年に報告されたのは2%を越えるような状況だったのが、現在では、特に家庭から通園している(要するに市場経済に接触する機会の割合の多い)家庭では、8%にも肥満が増えてしまったという状況があります。これは殆どが男の子なんです。寄宿生の方はまだそんなに大きな増加はないという状況です。

1997年のトータルで見ますと、5%を越える、やはり2倍くらいの頻度で増えてきていることが分かります。

東アジア全体ではどうかということですが、主なものを見てみますと、香港もやはり10%を越えていますね。この肥満の判定も日本と同じ、身長別の標準体重を設定して、それからどのくらい重いかを見るわけです。肥満度を、標準体重より+20%以上を肥満としていて共通です。その頻度は、香港では10%、台湾では20%を越えています。シンガ

ポール（中国系の子どもですが）は15%。1996年の東京では15%近くになってきているという状況です。

このように東アジアの諸国では、都市部でも全部が全部肥満化している訳ではなくて、栄養失調の部分と肥満した部分が共存している状況です。ともかく日本を含む東アジアの子ども達の健康問題として、肥満化している状況は共通であると言うことは示されたわけです。

○肥満は小児生活習慣病の主役

なぜ子どもが肥満なのかということをもう一度おさらいする事になるわけですが、一つは、こう言った関係が成立するんです。まず、小児肥満というもの、或いは小児期の暮らし方というものは、成人期の肥満へ移行することが大変多い。そして、成人期の肥満というものは、必ずインスリン抵抗性という問題を抱えているわけです。

脂肪細胞が一杯溜まってしまうと、インスリンの働きが悪いですから、膵臓のランゲルハンス島から一杯インスリンを分泌するんです。最初のうちはいいんですけれども、長時間、又は年月が経つと高脂血症を惹起する、あるいは糖尿病を惹起する、あるいは高血圧になる—このインスリン抵抗性が、すべてがこう言う生活習慣病に関係しているということが、最近医学的に証明されるようになってまいりました。こういった状況は、先程申しましたリスクファクターといった状況でありまして、動脈硬化を促進するということが明確になってまいりました。つまり、こういった動脈硬化、或いは昔の成人病と言ったものの中で、肥満の演じる役割は非常に大きんだということが明確になってきた訳です。

子どもの脂肪細胞—肥満というのは脂肪細胞の脂肪蓄積—の量的な問題がでてきます。ただ体重が重い、過体重だというだけでは、

肥満とは定義されないんです。脂肪の量が多くなければ肥満と定義されないんです。これは有名な研究なのですが、0歳から18歳までに、子どもの脂肪細胞の状況がどう変化するかを見たものがあります。まず、成人の数を100として、0歳から18歳までの変化を見ているわけです。2歳から数値が上がるのですが、それでも成人の30%程度です。8歳で40%近く、18歳になってやっと成人の90%位までに近づくという状況です。

脂肪細胞の大きさですが、面白いことに赤ちゃんの最後は分娩前に成人の110%くらいになります。そして出産してすぐに減ってきます。脂肪細胞のサイズは、正常の場合は殆ど成人の90%くらいのラインを過ぎていくんです。ところが、子どもで極端な肥満は脂肪細胞のサイズが随分大きくなるんです。近年分かってきたのですが、脂肪細胞の大きさが或る一定以上になると、新たに脂肪細胞がポコッと顔を出すんです。それがどんどん増えて行くわけです。どれくらい増えるのかというと、最高で約10倍くらい増えるのではないかとされています。

大体、人間の脂肪細胞は350億個位あるんです。その10倍です、そして一旦脂肪細胞の数が増えると減らないんですね。ですから、いかに小児期にその数を増やさないように、肥満をコントロールするかと言うことが大変重要な点になるわけです。

また近年、脂肪、また肥満の意味がだんだん分かってまいりまして、レプチンという物質が発見されました。これは脂肪細胞に発現して血液中に分泌されて、視床下部（満腹中枢をコントロールしているところ）にレプチンの受容体がありまして、そこに付くと満腹だという信号が出て、摂食を止めるというメカニズムが分かってきたわけです。それは単に、満腹中枢が阻止されるだけでなく、エネルギー消費の昂進、インスリン分泌の低下

などを左右することまで分かってまいりました。その遺伝子（OB遺伝子）が人間にもあるということが確認されています。しかし、OB遺伝子の異常で単純に肥満化する例は、数例しかないんですけれど、多くはこれに類するような、いろいろな遺伝子が人間には関与しているんだろうと言われてます。

$\beta 3$ （ベータスリー）というアドレナリン受容体も発見されました。日本人にはこの遺伝子変異が非常に多い。そのために、エネルギーの昂進がうまくいかない、脂肪をためやすい（これは飢餓のための状況なんですしょうが）——人間は本来脂肪を溜めなければいけないようになってる訳なんで、そういう意味での遺伝子変異が日本人には多い、ということも糖尿病が非常に増えた背景にもなっているようです。

その他、脂肪細胞から単に脂肪を溜めるだけでなく、こういったTNF α であるとかPAI-I（パイ・ワン）であるとか、いろいろな生理活性物質が分泌されているわけです。だから、脂肪細胞は脂肪を溜めるだけでなく、いろいろな生態に対する作用、影響、過度の肥満になれば悪影響が出てくるといことが分かかってきたわけです。

先程申し上げた脂肪細胞の受容体として、 $\beta 3$ アドレナリン受容体が見つかったということですが、脂肪には褐色脂肪細胞（人間には新生児期だけに著明です）と皮下脂肪の主体である白色脂肪細胞があります。メカニズムにおいて多少違いはあるんですけれども、特に、褐色脂肪細胞は熱産生の方に威力を発揮するわけです。遊離脂肪酸とか中性脂肪とか、脂肪を分解、或いは溜めるという方向に大変重要な働きがあるわけです。

小児の肥満というのは学校保健の現状で、どういう判定するかということが、今でも問

題でありまして、いろんな研究がされてまいりましたが、一つは体格指数の問題で判定する時に、以前はローレル指数が多く使われたのではないかと思います。体重を身長³で割るとというのがローレル指数、カーブ指数は体重を身長²で割る、大人で言うボディ・マス・インデックス（BMI）と似ているわけです。大人で言えばBMIが肥満の判定に威力を発揮しているわけですが、子どもではまだまだいろいろな要素が入ってまいりまして、身長²がいいのか³乗がいいのかは論争の的なんです、ある先生は²乗と³乗の間の数がいいという検討の成績も出しています。それから、身長と体重の成長曲線で判定する場合があります。

「肥満度」というのがありますが、これは日本には大変重要な学校保健統計というのがあります。これは立派な根拠になる訳でして、年齢別、身長別、性別の標準体重が設定されているわけです。標準体重は、例えば10歳で身長が130センチなら、標準体重は30キロだというような形で、それから現体重を引いて、それを現体重で割ったものに100を掛けて、20%以上を肥満とする。肥満度20%ということを考えれば、どの年齢でも適応できますから非常に便利です。肥満の経過を追うには便利です。

あと、成長曲線、社会的基準、それから実効的基準——これはBMIで言われているように、一体どこの時点で健康障害が多いかという点を参考にして決めるというようなことです。最近では、bioelectrical-impedance バイオエレクトリカル・インピダンス法という、生体インピダンス法が、家庭に取り入れられていまして、非常に簡便なんです、測定の条件がありまして、いたずらにやっていると変な結果になるので注意しなければいけないということがあります。それから、水中体重秤量法、これは体密度を算定して、昔か

らある基本的なものです。実験室的のもので誰もが行えるものではないです。

こうすることで、小児肥満の一応の判定をしますが、見て分かるという点でいうと、ぶよぶよしているというのが肥満だろうということになるわけです。特に、肥満度が20%近辺ですと、単なる過体重ということであるわけですから、肥満でない筋肉質の子どもも肥満と判定されかねない訳ですから、最終的には皮膚をつまんで皮脂厚を測るとか、こういった生体インピダンス法を参考にするとかして、肥満の指導をしなければいけないということになります。

今申し上げましたカーブ指数、ローレル指数、肥満度という内容ですが、変量としては、体重は身長の変量であると規定できるんだろうということ。二次元と一次元の違いということもあるので、体重は三次元ですから、身長の影響を受けることは当然であるわけです。

最近、厚生省が母子手帳に取り入れた、幼児期における肥満の判定もあります。幼児期の場合には肥満度が大体15%以上を、「肥満傾向児」と判定するようになっていました。幼児期で30%は相当ひどい肥満児です。3歳くらいで肥満が高度化した子どもが最近増えてきました。これは非常に指導がしにくいところです。ですから家庭環境としては、保護者の責務ということが大変重要になってきます。高度肥満化しないように保護者は努力すべきだし、そういった努力に対して我々が支援するように心掛けなければならないという状況です。

肥満の合併症なんです。脂肪肝、高脂血症、高血圧、糖尿病、高尿酸血症、これら全部が子どもで認められます。呼吸器障害、いつもうつらうつらして眠っているような状態で、炭酸ガスが一杯たまってしまうような子がいます。眠っているときにいびきをかいて、

呼吸を止めるというような子、睡眠時無呼吸になる子なんか決して珍しくないんです。突然死の原因になるので注意しなければなりません。

それから、近年問題になっている内向的性格、性格に対して影響が出ているということ、いじめの原因になっているし不登校の原因になっている、或いはまた、そのために肥満が悪化するということに非常に悪循環するところです。こう言うことで、小児肥満の対応をきちっとしなければいけないと言われる訳です。

実際にどう指導するかということですが、これは、外来および学校の養護の先生なども同じようにやって頂ければいいと思うんですが、先ず、肥満のセルフモニタリングという方法が、学童期以降であれば大変効果があるんです。チェックリストということがよく挙げられていますが、それ以前に、われわれがセルフモニタリングと言っていたのですが、食事の取り方、食事の内容、あるいは運動、放課後の時間の使い方、それから休日での問題、そういった問題についてある一定のチェックリストを付けさせるわけです。それによって、生活を見直す、そしてどこに肥満化する要因があるんだろうというライフスタイルを知るということです。その点について何を改めたらいいかは協議して行くわけです。全部を一度にやるわけではなく、出来ることからポイントを絞ってやるということです。

食事指導、これは例えばエネルギーの摂取量が多い、脂肪が多いと言ったことの食事調査から指導が出来ます。

この効果は、軽度または中等度の肥満では75%が治るんですけれども、高度肥満はやはり25%くらいしか治らない。いかに肥満の高度化したものは治しにくい、それには家庭の問題が非常に多いですね。お母さんが食事を作れない状況にあるとか、外食に依存

しない状況でやりたいわけですが、それがなかなか出来ないということです。

セルフモニタリングのなかで、日本、英国、アメリカの学者が「子どもの肥満にとって、一番重要だと思うことを挙げてください」というアンケートがあったのですが、すると、第1にテレビの視聴、視聴時間の問題、それから清涼飲料水をどれだけ飲んでいるか、車への依存、エレベータ、エスカレーター、それから冷蔵庫、外食産業への依存。おじいさんやおばあさんと暮らしていると「食べろ、食べろ」と言う。最後は、ボーデム (bodem) —イギリスなんです、先程日本でも子どもに手伝わせないと言った問題で、子どもがゴロゴロしているということを指しているんですが—退屈で何もすることがないと言う状況。こういったことが、過食と非運動性という問題を惹起して肥満に大きく影響しているんだろう。逆に、こういった問題から子どもの生活を見直した時に、こう言った要因があれば治していけば良いと言うことになるわけです。

小児肥満の長期予後の例があります。

日本ではまだ十数年くらいしかフォローがないのですが、いったい、肥満の子を40年間フォローしたらどうなったかという成績がスウェーデンから出ています。それを見ますと、10代、30代、50歳から70歳まで、それから全体、ということで見ているのですが、一般人口との罹病率の比較をしているのですが、肥満の子どもたち500人くらいを対象にして追跡した調査です。

どの年齢でも、例えば、心臓病、消化器病の頻度が高いのですが、全体として心臓病は一般人口の罹病率が14.7%ならば、その2倍くらいある。消化器病は、一般ではわずか4%なのに、肥満の小児は15.3%というふ

うに3倍、かなり発症率が高いということが分かります。

これも同じですが、死んだ場合はどうかということですが、恐ろしいことに500人のうち55人が死んでいるのですけれども、平均年齢が41歳と非常に若いんです。やはり一番多いのが心臓病で43.3歳、43.6%です。それからガン、特に大腸ガンとか肝臓ガン、悪性新生物が多い。また肝臓疾患、膵臓疾患など消化器病も多い。こういったことで、肥満化することが良くないということが、長い年月を見ても分かるということですから、子どもの時期からの健康管理が非常に重要で、生活習慣病の予防が大切な役割を担っているんだということです。

私が一番言いたかったことは、学校保健教育でこの問題を、子ども達は理解が出来る年齢であるし、一般的な講義をしていくような内容ではなくて、もっと実体験が出来る積極参加型の健康教育をすることが重要であろうと、特に私たちが思っているのは、自分の健康は自分で守るという姿勢をどこかで教育することがないと、生活習慣病は蔓延するし、どこかで予防する力を付けてあげなければいけないということです。ところが、今の両親が、家庭でどれだけ出来るかという、両親自身の成人病の重さもありますけれど、疑問であると思うわけで、とにかく学校保健教育で、皆で力を合わせて幸福の基礎である健康を十分築き上げていく努力をしたいと思っております。

十分ではありませんでしたが時間ですのでこれで終わらせて頂きます。

ご静聴ありがとうございました。

精神科医から見た虐待へのアプローチ

～児童相談所から依頼を受けた一症例をもとに～

横浜市立大学市民総合医療センター（精神医療センター）小児精神神経科
精神科医 管野美紀

児童虐待に関する報道がマスコミを賑わわせ、虐待という言葉への認識は普及してきました。児童虐待が年々増加傾向にあるのも、虐待そのものの増加だけでなく、そのように認識が広まり、通報されやすくなったことと無縁ではないと思われます。また以前は、特定の家庭にしか起こらないと思われていた虐待も、今では、どこの家庭にでも起こり得る出来事とも言われています。子育て支援の必要性を盛んに言われるのは、そうしたことと無関係ではなく、表裏一体なのではないでしょうか。

このように児童虐待といっても、いろいろな家庭があると同様、様々であり、それに対するサポートも様々であるのは当然です。こうしたサポートに精神科医が関わることは、実際はあまり多くはありません。被虐待児への治療は、養育者に養育困難の自覚がある場合か、とても施設入所させられないほど、情緒的にも行動的にも問題があって、入院させざるを得ないケースに限られることが多いです。それも継続して関わることは、かなり難しいという印象を持っております。また、養育者自身への治療ですが、明かに精神障害によるもので、治療に反応する場合は改善が見込まれますが、極端な性格のかたよりだけの場合は、自覚に乏しく、なかなか治療にのらないのが実状です。

それをご説明するために、私自身が平成6年度および7年度に、横浜市中央児童相談所で被虐待児として対応された児童302症例のうち、施設入所した75症例の経過調査について、少しお話ししたいと思います。

調査はそれぞれの担当ワーカーの方に対し、アンケート形式でお聞きしました。主な調査項目は、児童や養育者の抱えている問題、入所期間、退所理由、養育者との関係の変化など、20項目でした。回収率は100%で、児童の平均年齢は7.4歳、男子40名、女子35名でした。身体的虐待35%、ネグレクト53%、心理的虐待8%、性的虐待4%で、虐待別件数の割合は実父31%、実母50%、継父または養父10%、継母7%、その他1%でした。

この調査で養育者の治療が行われたのは、わずか7名であり、しかもこのうち6名は子どもが入所する時点で、明かな精神疾患をもっていました。養育者自身が自分自身の問題ととらえることができないのであろうと思われました。

今回、児童相談所から依頼を受けた一症例をもとに、虐待への精神的アプローチや、治療の継続性の困難さを検討してみたいと思います。

【症例】 M子 31歳

長男8歳 次男7歳 長女5歳

【生育歴】

非嫡出子として出生。母親は男性との交流が多く、また暇があるとパチンコをし、放任の状態でもM子は育った。M子は小学生の頃から癩癪持ちで、思い通りいかないと腹を立てる子であった。十代半ばで、母親はガンで死亡。天涯孤独の身となった。一人でいるのが嫌で、常に恋人をつくった。その後、就職。22歳で、同級生であった夫と結婚し、3児

をもうけた。

M子は以前より身近な人から、見捨てられるのではないかという不安にかられるところがあった。このため、夫が逃げてしまうのではないかと心配で、かえってわざと「離婚して。」と迫ったり、嫌がらせをして、実際に夫が逃げないかどうか試すようなことをたびたびした。頻回に夫婦喧嘩を繰り返し、夫は何度も家出をした。

その後内縁の夫との関係がばれ、H4年2月夫は焼身自殺をした。その直後より、内縁の夫と同棲を始めた。3番目の子どもである長女は、この内縁の夫の子どものようであった。当時、内縁の夫は働いておらず生命保険で手に入れた大金は、海外旅行や高級車購入、生活費などで、すぐに使い果たしてしまった。

【現病歴】

平成5年8月に、内縁の夫が働かないため、包丁を持って暴れたことから精神病院に受診。その後、不眠、不安時などで不定期に通院していたようであった。平成7年9月に長男、平成8年12月に次男が、「家の金を持ち出す。他の子どもへ暴力をふるう。」ということから、児童相談所のケースとなった。二人とも、M子と内縁の夫から殴られたり、浴槽の水につけられたりといった体罰があきらかとなった。特に、夫に似ている長男に対しての虐待は激しかった。長女に対しては、暴力は振るわれていなかった。同月下旬、「長男、次男に対する暴力が止められない。」と、M子が児童相談所に訴えたため、二人とも一時保護された。

M子は知的にやや低く、人格的にも未熟で幼く、常に誰かを頼りにしていないと不安になる性格であった。そういうM子と内縁の夫との間に、5月下旬に別れ話しがでて以来、M子は非常に不安となった。淋しくて落ち着かず、家事もしなくなった。養育は全くの放

任状態であった。大量に服薬をしたり、子どもを道連れに無理心中をしたいと児童相談所に連絡したため、私の勤務していた精神病院に6月5日緊急入院となり、子どもは全員、一時保護となった。

【初診時状態像】

児童相談所の医師と、担当ワーカーと共に来院。「入院したい。夜、心寂しくなって、何も考えたなくなり、死にたくなってしまいうから。」年齢よりはるかに幼く、美人。3人の子どもがいるようには見えなかった。

【経過】

入院直後、たばこの本数が制限されていることから、急に「入院するのではなかった。」と怒りだし、ふてくされた。翌日には児童相談所に緊急の電話をしたいと言い出し、何を連絡するのかわかるとしたら、担当ワーカーに、コーヒーが欲しいと連絡した。気ままに生活できないため、いらいらして落ち着かなかつた。子どもに対する思いは一言も聞かれず、感情の赴くままに要求内容が変わった。思い通りにいかないと、感情のコントロールがきかないようであった。私が、「命と、コーヒーやたばこを一緒にするのはおかしいのではないか。」と指摘すると、わっと泣き出し「ごめんなさい。」と謝った。しかし、このような一連の行動はあまりにも幼く、知的な問題と養育能力の低さが感じられた。入院目的として、まずは生活リズムの改善から始めることにした。これまでは、学校に通う子どもがいても、昼夜逆転した生活であり、自分中心に生活が行われていた。

入院生活に慣れ始めた頃より、生育歴や実生活上のことなどを話し始めた。5歳の長女に対しては、「私の話を聞いてくれるし、相手にしてくれるし、かわいい。」と語り、親子関係が逆転しており、長女から見捨てられ

ることへの不安もあることが明かになった。また内縁の夫とよりを戻して、長女と3人で生活したいと語った。長男、次男への想いは語らず、「捨てられるのは絶対嫌！」と内縁の夫への未練ばかり語った。このようなことから、自省することで親としての成熟を期待することは、かなり難しいと判断した。内縁の夫が面会に訪れたが、復縁を迫っても応じないため、M子は極めて不安定になった。内縁の夫にもそれなりの理由があり、常に自分中心のM子の言動に、付き合いきれなくなったようであった。些細なことでもかっとなったり、疑ったり、ふさぎ込んだりするM子に振り回されていた。

M子は子どもに対しても、思い通りにいかなければ、かっとして殴っていた。内縁の夫との関係が整理されるまで、入院は必要と思われた。その後、紆余曲折を経て、内縁の夫と別れることを一応決心し、7月下旬、退院。しかし、食欲不振であったり、孤独や不安から苛立ったりして不安定であった。その不安定さに子ども達も影響され、長男は腹痛から入院したり、次男は不登校になった。長女は母親に気を遣い続けた。次男は家で荒れるため、M子是对応できず、再び一時保護となった。その後、退院した長男も嘔吐をついたり、M子をつけまわしたり、ヤスリで手首を自傷するなど不安定となったため、長男も一時保護された。長男は母親から見捨てられるのではないかと不安であった。M子は子ども達のような態度を支えきれないばかりか、あいかわらず自己中心的で、気分転換と称して遊び回っていた。

長男、次男がいなくなって、却って内縁の夫とよりを戻せるのではないかと期待するようになり、長女のDNA鑑定をしたいとまで言い出した。内縁の夫の子どもであるとはっきりさせたら、戻ってくるのではないかと、3人でやり直しが出来るのではないかと期待した。私は長男、次男の気持ちを考えるように

と論じたが、聞く耳を持たなかった。内縁の夫に対する執着は激しかった。そこでDNA鑑定は簡単に行えることではないこと、トラブルが生じるため、必ず家庭裁判所を通じて行うことが必要と論じた。結局、内縁の夫から「どこまで俺のことを振り回すんだ。」と言われ、あきらめざるを得なかったが、思い通りにいかなかったため、苛立ち、長女に当たり散らすようになった。食事も満足に与えないため、長女も一時保護させるよう説得したが、結局、夫の祖母がしばらく面倒をみるようになった。

一人になったM子は内縁の夫のもとに押しかけたり、複数の男性と性的交渉を持ったりと生活はますます乱れた。その後、抑鬱状態となり、食欲も低下。H 9.12.10.再びM子は入院することになった。しかし、長女から見捨てられるのではないかと不安になり、短期入院で終わった。面接に同伴する長女は精彩なく、落ち着きに欠けた。M子が、長女を育てる能力が自分にあるのだろうか聞いたので、自分だけで手一杯ではないかと伝えたが、一人になるのは不安だからと、長女の気持ちになって考えることは出来なかった。相変わらず内縁の夫への切り札と考えているところもあった。

年が明け、長男、次男は子ども専門の精神病院に入院した。長男の診断名は行為と情緒の混合性障害。大人への依存が強い反面、安心感が育っておらず、見放される不安が強いため、他の患者とのトラブルが頻回であった。次男は行為障害。大人への不信感が強く、反抗的であったり、投げやりであったりした。同年齢の子どもとの関係づくりは不得手で、被害的、攻撃的になりやすかった。二人とも、時間をかけて人との安定した関係が持てるように治療が行われていった。私自身はM子へ支持的に接し、精神状態への対応だけではなく、M子の依存対象の一人となって、継続的に関わられるようにしていた。長女の状態へも

注意し、いざというときに危機介入できるよう配慮していた。その後、M子は内縁の夫が他の女性と結婚すると分かってから、却って開き直ったかのように安定し仕事を始めた。

このまま親子ともども落ち着いていくことを期待していたが、8月突然初老の男性とつきあい始めた。この男性は無職であったが、「お金はある、経済的に面倒はしっかりみるし、M子のことは一生大切にする。」と言うため、M子はすっかりその気になった。止める間もなく、結婚する、引っ越しをすると言いついて治療中断。治療期間は1年3カ月であった。更にM子は周囲の制止を振り切って、長男、次男も11月に退院させ、他県に転居してしまった。M子は長男、次男の病状を認識しているとは思えなかったが、「田舎でのんびり暮らせば、薬も飲まずに良くなるのではないか。」と男性に言われるがままに退院させたようであった。児童相談所の担当者は、転居先の児童相談所へ連絡。しかし、M子は転居先の児童相談所へは行こうとしなかったようである。その後、この男性は詐欺師であることが判明。子ども達の育英年金が目当てのようであった。現在M子親子が、どのよう

な暮らしぶりであるか全く分からない。

M子の診断名は、依存性人格障害および軽度精神遅滞（IQ 63）。もともとの素質や能力が十分でなかったうえに、M子自身が安定した母子関係のなかで育っておらず、未熟なまま成長した。結果、具体的な問題も処理できず、自分自身の情緒的なコントロールもできないようであった。男性との関係も、一方的なしがみつきに近い依存関係になり、他者との間に対等な適切な距離を保った関係を構築できる力はなかった。そういう状況で、結婚、出産、育児という課題に直面しても、母親としての役割を果たすことは極めて困難であったといえる。子どもに対する感情も、長女に対して如実に表れているように、あたかも愛らしい人形に対するような愛情の持ち方であって、長男、次男が思いどおり扱えなくなると、パニック状態となって、暴力を振るったり、見捨てたりしたと思われる。

この症例のように、安定した治療関係が築けない場合、どのように対応していくかは、法律的問題も含めて検討していかなくてはならないと思われます。

..... 原稿募集

『育療』23号の原稿を募集しています。次回は投稿された内容を中心に編集したいと考えています。是非、ご協力ください。

1. 内容

- (1) 研究論文……教育実践報告。医療・看護の実践報告。その他子ども達の支援の方法等。（個人、グループの研究）
- (2) 日本育療学会への提言。
- (3) 主張、感想など……日常の社会生活の中で考えたり、感じたり、改善したいなどと想うこと。

2. 形式 —— 自由（手書き、ワープロ郵送。ファックス可。）

3. 期日 平成13年10月25日まで。

4. 送付先 日本育療学会事務局（〒194-0022 町田市森野1-39-15）

TEL・FAX 042-722-2203 佐藤 隆（宛）

児童虐待に対する指導相談室の取り組み

神奈川県こども医療センター母子保健室

埜 渡 サ チ コ

私は神奈川県職員で、就職以来、福祉事務所、障害者厚生相談所、児童相談所、婦人相談所等々を転々とし、その中で何度か、角度の違った児童虐待との出会いがありました。

最初、私が児童相談所に行きましたのは、昭和50年代の初めてでした。その頃の児童相談所では、児童虐待が話題になるということは殆どありませんでした。その後、私が児童虐待について考えさせられたのは婦人相談所に勤務したときです。婦人相談所と言いましても、なかなかイメージが湧かない、馴染みのない名称かと思いますが、これは売春防止法という法律のなかで、保護を要する女性の相談や一時保護をする機関として、都道府県に設置が義務づけられています。その婦人相談所で、相談を受けたり一時保護をしたりした女性の話を聞いていますと、幼少の頃、実父や継父等から繰り返し性的暴力や身体的・精神的暴力を受けたとか、子どもとして適切な保護を受けてこなかったということが度々出てきました。それらの女性の多くは、対人関係がうまく保てず、そのために仕事に就いても長続きせず、職も住むところも失い人間関係まで壊してしまい相談所に辿り着いたのです。そのような話の中で、児童虐待の人格に及ぼす影響の大きさを感じさせられました。

この婦人相談所で出会った女性に、2年ほど前こども医療センターで再会しました。その時の再会の仕方は、生後間もない乳児の母親としてでした。乳児の状態は大人が何らかの手を加えなければ成らない外傷による重症でした。母親は否定しましたが虐待が疑われました。虐待の根の深さ、問題の大きさを感じさせられました。

その後、平成7年に再び児童相談所に戻りましたが、その頃は児童虐待が児童相談所の大きな課題になっていました。

そこで、印象に残っている母親がいます。それは、警察から児童虐待で通告を受けた母親でした。その母親は、3歳の時に養護施設に入所させられました。やむを得ない理由での入所だったのですが、彼女にとっては、数年間話ができなくなったほどのショックだったようです。彼女はその施設で中学校を卒業しました。卒業後も自分を施設に入れた親に対する拒否、憎しみが強く、家庭には戻らずに社会に出て働きました。

仕事も男性関係も転々とする中で、子どもが出来ました。彼女は育児書を片手に頑張りましたが、子どもが何か少しでも問題を起こしたり反抗したりすると、殴ったり怒鳴ったりして押さえ付けることでしか対応できませんでした。自分自身は親に甘えた経験もないし、受け止められた経験もない、反抗することがどういうことか分からない、子どもとどう付き合ったらいいか分からないと、彼女は訴えました。その母親にずっと付き合ってきましたが、子どもが思春期に入り、問題行動も大きくなり、結局、子どもは施設で教育を受けることになりました。虐待の問題の大きさは、地下に根を張ったようなところがあると感じています。

私は現在、こども医療センターの指導相談室で、虐待の問題に直面しています。こども医療センターは、重症心身障害児施設、肢体不自由児施設、養護学校、こども病院で構成されており、他の県立病院の相談室が医事課

の中に置かれているのとは異なり、独立して設置されています。相談室のスタッフとしては、保健婦とソーシャルワーカーと両方の職種があり、非常勤職員を含め9名です。

日常的な仕事としては、慢性疾患を持った重度の医療ケアを必要とする子どもを持つ親の不安や社会的な調整、育児不安を持つ親への支援、スタッフの側からみて不安な親に対しての支援—具体的には外来や入院時の面接および地域の保健所をはじめとした機関との連携—を行っています。虐待の問題に関しても、予防的な意味合いも含め日常的な親への支援や関係機関との連携を行っていますが、もっと緊急を要するケースに対する対応として、こども医療センターの場合、平成9年の2月に「こども医療センター児童虐待対策会議の設置要項」が出来ました。

午前中のお話にありましたように、今年の11月に「児童虐待防止法」が発効しますが従来より児童福祉法25条には要保護児童の通告義務が定められています。「こども医療センター児童虐待対策会議」は、院内で生じた児童虐待に対する基本的な対応、対策、治療・処遇の方針、さらに再発防止等を検討するためのシステムです。

これは、こども医療センターとして児童虐待にどう取り組むかという基本的な方針を定める対策会議（座長 病院長）と、個々の症例が出たときの症例検討会（座長 副院長）さらに副院長不在の時に緊急症例が発生したときの緊急症例検討会からなっています。

院内での流れとしては、虐待を疑わせるような症例が発生した場合、主治医や看護婦さんから相談室に連絡があり、相談室では事情聴取した症例検討会の座長に報告することになっています。症例検討会のメンバーとしては、座長（副院長）、精神療育部長、精神科部長、内科系・外科系代表（ベッドコントローラー）、相談室職員、看護部代表、療育課長、状況によって最寄りの児童相談所職員です。

検討会議が始まった平成9年2月以降、現在までの症例検討の数は22例です。この数は明らかに虐待があったり疑いが持たれる数で、この他に育児不安の母親や、未成熟で気掛かりな母親等が多く存在します。そういう方達に対しては、相談室の職員が受診の都度お話しを聞き、母親の不安をサポートすると共に、虐待の危険を回避するように勤めています。

午前中のお話でも、児童相談所はどちらかというと学童期の子どもが多く、医療機関—小児科の先生方は乳児が多いと言うお話がありましたけれど、こども医療センターの場合も6割以上が乳児で、しかも4カ月未満の乳児が占める割合が多くなっています。内容的には、熱傷、硬膜下血腫、骨折等です。親は虐待しましたとは言いませんけれど、親の話と具体的な受傷状況とが非常に異なっている場合、私たちは虐待を疑い、症例検討会にあげていきます。

検討会に挙げられたお子さんの4割以上が親子分離で施設に処遇されています。中でも乳児の割合が多いため乳児院への入所が多くなっています。乳児院に入所後も外来受診は続いている場合が多く、在宅に戻ったお子さんともども、外来でフォローしています。特に、在宅に戻ったお子さんを外来でフォローするのは難しく、私たちが声掛けをすることが、必ずしも親にとっては歓迎されることではなくて嫌な顔をされることがしばしばあります。それでも私たちは安全確認をしたいという思いで、顔を見たり声掛けをしたりを続けています。

乳児院に処遇された子どものその後は、児童相談所が指導に当たりますが、児童相談所は非常に忙しく、施設に入った子どもの親の指導まではなかなか手が届かないと、一般的に言われています。しかし、中にはとても良い経過をたどったケースもありました。

それは、やはり外傷で入院してきたお子さ

んで、家庭は外見的には非常に整った問題のない家庭に見えたのですが、お父さんが非常にこだわりの強い性格で、子どもの癖が許せず、自分の思い通りにその癖を直そうと非常に強引な扱いをし、その結果怪我をさせてしまいました。お母さんの話では、思い通りにならないと母親に対しても暴力的な対応が、結婚以来ずーっと続いていたと言うことが分かりました。そのために、お母さんはお父さんに対して自分の意見も言えず、子どもに対しての暴力的な扱いに関しても、母親として制止ができなかったということです。この親子に対して、児童相談所は父母の面接・家族療法等を継続的に行い、一方で関係機関とも情報交換をしながら指導を続けてくれました。その結果、母親と父親の関係も、父親の一方的な主導ということだけでなく、母親の意見も家庭の中で聞き入れられるようになりました。家庭の中で子どもの安全も守られる状態となって、乳児院から家庭に引き取られました。子どもも非常に明るく、可愛らしく育っています。

こども医療センターは、もともと重度の障害を持ったお子さんが多いのですが、検討会にあがった22例の子ども達のうち2例は、今後、重心施設でないと対応が困難というようなお子さんです。私たちは虐待によって重度の障害を残したり、多くの医療的ケアを必要とする状態を残したりするお子さんが、今後増えるのではないかと心配しています。

特に、重心施設とか肢体不自由児施設とか、知的障害施設というような既存の分類に入らないお子さん達、気管切開をしたりストマを持ったり、その他の医療的なケアを必要とするお子さん達に対応できる施設が殆どありません。そのようなお子さんの中にも、親から拒否され精神的な虐待を受けているお子さんがいます。そのケースの場合、時折、親に対するレスパイトという形での施設利用で親子の精神的な支援をして来ましたが、子どもが思春期に入り自己主張が強くなるに従い、親子の軋轢が強く危機的な状態になっています。それに対して有効な働きかけが出来ないでいます。

今後、重度の障害を残したり、多くの医療的ケアを必要とするお子さん達に対し、必要なケアを受けながら尚且つ自己実現の場を保障されるような施設の必要性を非常に感じています。私たち医療機関には限界があって、私たちが出来るのは虐待を受けている子どもの通報や緊急対応ですが、通報を受ける側の児童相談所は、虐待が非常に激増している中で、通報は受けても職員の対応が追いつかないとか、親の指導までは難しい状態にあるとか、いろいろ困難な事情を抱えていると思われれます。

児童相談所の充実や、いろいろな状況にある子どもを受け止められる施設の充実が、重い障害を持った子どものいる医療機関の者としてのわたしの願いです。

平成13年度 学術集会並びに研究・研修会 休止のお知らせ

例年11月頃に行っておりました上記の学術集会並びに研究・研修会は、会員のご協力によって昨年度第6回を数えました。分科会も、不登校児、筋ジス、アレルギー疾患、小児ガン、小児腎臓病、自閉症、重心、被虐待、小児生活習慣病、そして各種シンポジウム、その都度各学会の先端を行かれる先生方にご講演を頂き、内容の高さに注目を浴びていました。しかし今後の当学会の運営などの面から、今年度は残念ながら休止せざる得ないことになりました。お詫びしてお知らせ致します。

虐待を受けている子ども達と その家族へのかかわりと機関連携

横浜市教育総合相談センター 港南区学校カウンセラー

山田 和 恵

初めまして、山田和恵です。

虐待といじめ、そこには共通して繋がっている部分がかなりありますが、学校で起きている“いじめ”という事だけでお話し致しますと、それだけでも2時間にもなってしまふかななどと思ひまして、今回私は、他の先生方と一緒に話しさせていただく上で、虐待を中心に機関連携のことを話しさせていただくことに致しました。そこで、虐待を受けている子ども達とその家族への関わりと、それに対する機関連携をどうしていくかということテーマとさせて頂きました。

私の本来の所属は、関内にあります教育総合相談センター、横浜市の教育委員会の相談機関です。各区に臨床心理士が区担当ということで一名ずつ、平成9年から配置になりました。私は昨年度まで3年間、保土ヶ谷区を担当しておりました。今年度から、港南区担当になりました。

「学校カウンセラー」という名称は、あまり馴染みがないと思うのですが、これは横浜市の造語でして、文部省のスクールカウンセラーと区別するために作った言葉のようです。港南区には公立の小中学校が32校ありまして、その32校のスクールカウンセラーということです。文部省ですと1校1人配置なのですが、1人で32校担当ということで、常に各学校で何か起きた場合に呼ばれて行って、学校に対して“カウンセリングの出前”と私は呼んでいるのですが、危機介入のようなことばかりをしています。

それと同時に、今日の、虐待のことと直接繋がっていくところなのですが、平成9年に横浜市が、保健所を中心とする衛生局と、福祉局（児童相談所もあります）と、私どもの教育委員会と三局が一緒になって、「子ども・家庭支援センター」を作りました。それが各区に一つずつ、しかも保健所の中に設置されました。そこに保健婦さんが入られて、教育の方からは各区の臨床心理士1名、それから小・中学校の校長OB各1名が教育相談員という形で、福祉局から保育士さん、その四つの職種のスタッフで、「子ども・家庭支援センター」を立ち上げました。

同じ名称で、大阪にも似たようなものがあったり、千葉にも全く同じ名称のものが出来たようですが、内容的には大分違っているようです。大阪の方は児童相談所が改名したような形で、もっと組織的で大きい機関のようです。横浜市は各区の保健所内に、子育て支援を中心とすることで設置したわけですが、実際に蓋を開けてみると、初期相談窓口という想定以上の、重く複雑多岐な相談が多くあり、年々相談件数も増加の一途です。児童相談所の精神科や、他のやや敷居の高い相談機関よりは、区役所の中にありますので、気軽に相談にいけるというメリットがとても大きいようです。0歳児から思春期まで、時には引きこもりの29歳の息子さんのこととか、「子ども・家庭」と名称についていますので、大人もその親からすれば“子ども”ですので、かなり広い多様な範囲の相談が入ってきます。

その中で、これは虐待と言えるのではないかと、虐待が起きるリスクが高い親子ではないかという方たちの相談や、その周辺の方からのご相談が随分入ってまいります。実際に、児童相談所とか学校とか保育園とか、もちろん保健所の中にありますので（保健所は就学前のお子さんの地区担当の保健婦さんがそれぞれいらっしゃいますので）保健婦さんと連携を取ったりとか、港南区ですと南部地域療育センターがありますので、療育センターのケースワーカーさんと連携をとるなど、一つのケースについて複数の機関と連携をとる必要が、随分日常的に起きております。

私自身は今日、京都から帰ってまいりまして、昨日の会に出席したかったのですが出来ませんでした。昨日、実は立命館大学で、私は法律の全く門外漢だったのですが、虐待に関するかなり密度の濃いシンポジウムがございまして、そこに参加してきました。それは、家族と社会ということで、法律の学会だったので、私は聴講という形で勉強させて頂いたのですけれど、家庭裁判所の裁判官の方や弁護士さん、法律関係の専門家が全国から集まられての一日の学会だったのです。

今回のテーマが、「児童虐待の法的対応について」ということでしたもので、昨日から頭の中は虐待のことばかり考えて、今日参りました。京都での学会に参加して、つくづく感じましたのは、話題に出て来るのが全て、児童相談所の処遇になって上がったケースばかりで、さらに、家庭裁判所と児童相談所の連携についてや、そこから先の法的対応、また更に児童養護施設で虐待をする親との面会のお話しとか、そういうところでの保護のお話しがとても多く出てきたんです。それ以前の段階で児童相談所に継続的に繋がっていて、しかも、何らかの処遇が決まって、施設保護

とか在宅にしても、児童相談所がかなり常に深く関わっているケース以前のケースというのは、ほとんど話題に出ませんでした。法律の専門家の方たちは、私たちから見ると予防的というより、かなり虐待が実際に起きているような家庭でも、まだそこまではなっていないという家庭が相当数あるんですが、その程度のもまで虐待という認識は、まだまだお持ち頂けてないんだなと言うのが、実感としてありました。ただ、傍聴の立場として拝聴しました。

イギリスやフランスやドイツでは、虐待についてどんな対応をしていて、どんな法的な対応がなされているか、それだけでなくケアのシステムがどうなっているかと言うご発表もあったものですから、それがとても興味深く、大変勉強になりました。

フランスですと、日本では家庭裁判所の裁判官に当たる方が、ご自分が扱ったケースの被虐待のお子さんについては、その審議の時だけではなく、その後も、継続的に何度もお会いになって、お子さんにとっては“僕の裁判官”という呼び方があるそうですが、そのくらい自分を常に法的に守ってくれる人という信頼関係をきちっと築いて、それが5年も10年も続いて行くのだそうです。そのお話しに私はとても感銘を受けました。そういう制度というのは、まだまだ日本には根付いていないなという印象を受けました。

しかも日本でまだまだだと思いますのは、実際に虐待を受けて施設に入られた方に、その施設で、どうそのお子さんの心や体のケアや、受けた傷の回復ケア、さらに成長をどう助けていくかということが、とても資源として大切だと思うのですが、まだまだ人的にも大変だと思うのです。きちんとしたプログラムもないと思います。まして、施設ではなくて在宅で、家庭にいながら日常的に言葉で傷

つけられたり、暴力的な行為を受けていながら育っている子どもたちへ、どうケアしたりアプローチしていくかという辺りが、本当にまだまだ日本は出来ていないと思います。イギリスやフランスですと、その辺がきちっと制度化されていて、そういう社会資源がきちっとあって、プログラムもあってということを伺いました。

驚いたことに、かなり件数が挙がっていても、最終目標として、基本は「在宅で親子を引き離さずに」ということ、その件数の方が圧倒的に多いんです。子どもが被害者なわけですが、今日は親に限定してお話なんです（親以外からの虐待ということもあるのですが）、家庭の中で親が「加害者である」とは言え、加害者である親自身が、実は傷ついていたたり、過去に被害者であったということが、とても多いわけです。その辺りの、それぞれに対してのケアプログラムがちゃんとあるし、更にその家族の再統合まで含めた考え方というのが根付いているということ伺いました。法的な整備だけではなくて、日本は——その法的な整備がなされて、今、誰もが児童相談所とか福祉事務所に、「虐待を見つけたら通告をする義務があるよ」ということが、やっと少しずつ周知されてきたと思うんです——それ以上に、更にこういう面がこれから期待されるところではないかと思っています。

私自身は、プロフィールの中に、あまり詳しく自分の経歴を書くのが気恥ずかしい気がしますので、最小限に書いておいたのですが、初め、発達心理学を専門にしておりました。母子関係を中心とした家族の精神病理と言うことに視点を置いて、特に、今の時代だからこそ起きて来るといふ母子関係の精神病理みたいなものを一番の視点に置いて、勉強して

きたつもりです。

私が医療畑とか児童相談所とかで仕事をしていた後、初めて3年半前に教育畑の方に入ったときに再認識いたしましたのは、保健所の保健婦さんというのは本当に優秀で、素晴らしい仕事をされていていらっしゃるんですね。赤ちゃんから老人まで把握されていて、その中で、横浜市は特に乳幼児の検診率が高いので、母子手帳を貰いに来る段階でも、やはり虐待のハイリスクというのがかなり、差別的な意味ではなくて、発見するすることが出来るかなというのを、保健婦さんのお仕事振りを見ながら再認識致しました。心配な母子を早くから支える連携を取ることが、今、子ども・家庭支援センターと保健所で始まっています。

というのは、望まぬ出産であるとか、若年の出産であるとか、逆に高齢の初産であるとか、いろいろな意味でハイリスクがあると思うんですね。あと、お子さんが——私はちょっと子ども医療センターの客員研究員みたいなことで、2年くらい厚生省の虐待予防のお手伝いしていたことがあるのですが——周産期センターで極小の未熟児で生まれるお子さんがいらっしゃるのですが、そういう方たちの中で予期せぬ形での出産とか、お子さんが予想していた状態と違って、大変な状況でお生まれになったりした場合とかにアンケートを取りますと、お母さんの中には、かなり抑鬱になったり、中にはお子さんと出産後の面会をすることさえ拒否されて続けていた例もありました。こういう場合ですと、その後の子育てにかなり影響が出るのではないかと思うんですね。そういう子どもの側、母親の側、いろいろな意味での家族の状況のハイリスク、虐待が起きるかもしれないハイリスクというのをキャッチする、保健所や病院の産科、周産期センターとか、そういう所はとても大切

な発見予防の場所かなと思っています。

また、教育の現場で再認識いたしましたのは、学校の先生方が、子どもの虐待、特に、ネグレクト（きちっとした養育を受けていないお子さん）の発見とか、そのお子さんをどう見守って、どう支援して行くかというところで、とても大切な部分を学校が担っていると思ったことです。その辺りは、もっと教育以外の医療機関の先生方や、福祉の児童相談所はもちろんですが、保健所の方にも認識して頂いて、守秘義務を大切にしながらも、学校と連携を取って頂けたらと言うことを痛感しています。学校の先生方も、公務員としての守秘義務は持っていらっしゃるわけですから、家族について、そのお子さんについての知り得る情報を共有することはかなり可能ではないか、しかもそのお子さんが、例えば、養護教諭の先生であれば、保健室で、様子、顔色だけでなく、健康診断の時に体に傷があるとか、気になるような体の状態を、家庭以外で発見するととても大事な場所であると思うのです。

また、担任の先生ですと、小学校では特に、ちゃんと食食べさせて貰えていないような子どもも分かります。給食だけが一番の栄養源であったりすることも時にあります。また、とても暗い表情であるとか、（お母さんが学校にめったに足を運ばない方であるとか、家庭訪問しても何度も拒否され続けている家庭とか、いろいろ家庭の中の状況がどうなっているのか見えにくい中で）、そういうリスクがつかみ易い立場にあると思います。

教職員の先生方の研修会で時々お話する機会がありますが、お子さんへの対応以上に、親とどう信頼関係を持ったらいいかと言うことがすごく難しいことがあるそうです。そういう家庭ほど拒否を受けやすいということですが、なんとか上手に、家庭、保護者と信頼関

係を作って、情報を共有できるような、子どもについての良い意味でのやり取りが出来る状態が何より大切で、その辺を難しく感じていらっしゃるようです。

私は、保健所と学校の両方に関わっておりますから、子ども・家庭支援センターを中心に、保健所や児童相談所や学校と家庭の連携のお手伝いみたいなことを、日々しているわけなんです。そこで、そういう密室の家庭が外の機関とどうつながって、支援を受けていくかが大切です。この間も、明かに身体的な虐待で、一つアクシデントが起これば命にも関わるなというようなケースで、児童相談所の方にご連絡して、処遇会議に挙げて頂いたケースもあったのですが、そういうような場合、保健所・児童相談所や医療などを繋いでいく意味というのが、かなりあるかなと思うのです。

更に、児童相談所に繋いだとしても、施設ではなく在宅で、経過を見て行きましょうという場合や、さらに児童相談所には繋がらないで、何とかこの母子を中心に家族、親子を支援して行く場合にはどうしたらいいか、何処にどう繋いで、どう頼んだらいいかなということが、とても難しいです。育児支援のなかで、私どもの所には、極端には母性拒否に近い状態で、子どもが全く可愛くないし、この子は何も良いところがないと訴えていらして、詳しく伺うと、お母さんが鬱状態であったりする場合などがよくあります。そういう時は、カウンセリングでどうこうしましょうというよりも、先ず医療機関にご紹介しまして、治療を受け始めて頂いて、お母さんが元気になり始めたところで、育児支援を始めるんです。お母さんのケアもきちっとしてあげて、その上で、そのお母さんは鬱状態だけではなく、もともと子育てのスキルを持たずに成人された方がほとんどなので、保育士さんと、

おもちゃなどを持ち込んで、同室でお子さんには自由遊びのプレイセラピー的なことをして関わって、お子さんの発達を同時に見て、発達が心配のようであれば療育センターに紹介することもあります。

そうでなければ、お母さんと面接をしながら、お母さんから出てくる嫌な話、困った話を聞いて、それに共感してあげながら、責めたりは絶対にしないで、具体的にそういう時はこんなふうにしたらどうでしょうかみたいな、自分の苦い子育ての経験をまぜながら、お話ししていきます。また、ご自分のお子さんが、同室で保育士さんと遊んでいる姿を見ながら、こういうところが出来ている、こんなところが可愛いねとか、ご自分のお子さんが、本当はこんなに良い子だったんだという気持ちが回復出来るような、わが子の良さを発見出来るような形で面接しています。それでかなり防げる、防げるというより、すでに起きている小さな虐待が大分落ち着いてくるというケースがあります。

そういうことをちゃんとしたプログラムで専門的にやって貰えるところが、これからもっと出来て欲しいと痛感します。こども・家庭支援センターは、本来、相談窓口なのですが、なかなかわが子を可愛がれない母と子を、月に1回位いらして頂いて、という形で時間を取っているんです。それで2カ月、3カ月するうちに、日常的に「あなたなんか要らない」とか「生まなけりゃよかった」とか言われながら、本当に1日何十回も叩かれたり、張り倒されたりしていた子が、お子さんの方もチックが出ていたりするのが、大分良くなって親も子も穏やかになって、明るくなっていったりするのです。

チックや吃音がなくなったり、お母さんが叩かなく可愛がれるようになると、こちらも頑張ろうという感じに、保育士さんとなるん

です。

これからどんどんこういう虐待予防、子育て支援が必要になってくるのではないかと思うのです。或る区では、そういうお母さんたち同士が、少し交流を持てるようなグループのピアカウンセリングみたいな会も持っていて、それに私は今も関わっているんです。お母さんのたちの中には、一生懸命育てようとするあまりに、わが子を毎日叩いたり、怒鳴っている方というのが、今大分増えていると思うんです。

また、ご自身が本当に可愛がられた経験、愛された経験がなくて、気の毒だなあと思う場合もあります。ご自分の子育てをする時に、ご自分がどう育てられたか、つらい子どもの頃の、つらい子育ての体験が全部、もう一回蘇って来てしまう訳ですね。そうすると、その頃のトラウマが全部再現されてしまう感じなのです。子どもを可愛がることに関しての葛藤がすごく出て来てしまうんです。そして、実際に可愛がれなくなる。また自分の母親—子どもから言えばおばあちゃんですね—から自分がひどく傷つけられたとか、過剰に支配されてきたとか、暴力を受けたとか、そういうことを又わが子に繰り返してしまうのではないとか、自責感にさいなまれる、そういう状況の方が案外いらっしやるんです。外からはほんとうに見えにくい家庭の中で、そんなことが起きています。これはかなり経済状況も大変で、一人親、母子家庭になっているお宅でも見受けられます。

そしてまた、外から見れば何の遜色も無い高学歴のご夫婦で、経済的にはどちらかというミドルクラスかなというお宅の中にも、そういうお母さんが結構含まれていらっしやるんです。

どちらの方にも、お母さん自身の、ご自分の傷をもう一回癒すプロセスと、自分の自己

価値みたいなのを回復して頂くようなプロセスが必要だと思うんです。同時に子ども自身も、心の傷をどう回復していくかということで、同時進行でやっていかなければならないんですね。母にも子にもケアをする場と人材がもっともとなければ、これは横浜だけの問題ではないと思うんですが、必要なんではないかなということが、今日、一番お話ししたかったことの一つです。

その中で、お母さん方に話しているのは、先ず何しろ、どう良く育てようとか、いろいろ細かく悩むよりは、子どもが安心できる状況が何より大切だということです。幼児期ですと安心感が大切です。

それから、食事と睡眠がめちゃくちゃになっている家庭が、これは虐待とまで言えない家庭でも一般的にとっても多いと思うんです。睡眠のリズムがめちゃくちゃで――わが家でも危ないと思うんですが――食事もほんとに、栄養もとれて無くて、しかも、食事の場が家族みんな別々、一緒に団欒のようなものが無いということがよくあります。体の栄養と同時に、心の栄養を貰うのが食事の場面だと思うのですが、それが無い家庭の子、特に、虐待を受けている家庭の子は、その両方が危ういのです。

安心して暮らせる家の生活が確保されていないということが、ほんとに多いということなんですね。その中で絶えず自己価値を否定されるような生活をしているので、学校の先生方に良くお願いして、学校で、特にネグレクトかなとか、虐待かなというお子さんに対しては、学校でその子の自己価値観を高めたり、回復するということを先生方に心掛けて頂くようにしていきます。家庭ではそれがされにくいものですから。

虐待を受けている子たちは、その時点では被害者なんですけど、私は中学の生徒指導の先

生方と関わって、不登校だけでなく、いろんな問題の子どもたちと関わる場合が多いんですが、過食、拒食の女の子だとか、家庭内暴力の男の子とか、精神科的な問題の子どももちろんあります。その中で非行のお子さんたちは、反社会的な行動や、いろいろなことを始めているので、一見加害者なんです。でも一人一人の家庭の状況や生き立ちなど、本人と向き合って話を聞くと、かつては被害者であった――広い意味で被虐待児だったという図式があると思います。そこを考えていかなないと、本当に虐待の予防の大切さが見えてこないと思うんです。早期に、どうその親子を、家族を支援して行くかというプログラムを考えて行かなければならないなと思うんです。でないとまた、その子たちが親になり、またその子に虐待がどんどん連鎖してってしまう、そういうところを何処かできっちり救ったり、断ち切るような形にして行かなければいけないなと思っています。

その意味で私は、個人的には、各区にももう少し臨床心理士を増やして欲しいと考えています。この間9月に、心理臨床学会が京都でありまして、私たちの活動の実態を発表させて頂いたのですが、座長の先生方が、臨床心理士の感覚からすると、5人分、少なくとも3人分位の仕事を一人でさせられているんじゃないかという話が出ました。

子ども・家庭支援センターの仕事としては、お子さんたちを縦断的に見守れる――未就学から就学後、思春期まで――見られる立場にあるのは本当に有り難いと思います。

そこでお手伝いしていくために、何とか頑張りたいなと思っています。

今日のようなところで、また先生方とお話をさせて頂けたらと思っています。

ご静聴ありがとうございました。

児童養護施設における被虐待児の生活と心身の成長

社会福祉法人 日本水上学園

園長 稲本 誠 一

ご紹介頂きました、日本水上学園の稲本でございます。

ある人は、ミナカミ学園というのは水上の温泉にあるんですか、と言う方がおられますけれども、そうではなくてここから歩きますと30分、港の見える丘公園や外人墓地から5分程の山手の丘でございます。

今日は、ご依頼がありましたので、抄録と資料をご参照頂きながら、お話を進めていきたいと思っております。

「児童虐待の防止等に関する法律」が今月の20日に施行されることになりました。子どもの所は、虐待を受けた子ども達を預かって生活のお世話をするのが、児童福祉法による児童養護施設ということになっていますので、この法律が出来ますと、今でも一杯なのですけれど、いよいよ子どもの数が増えてくるだろうと推測しております。

被虐待児を家族から分離した場合の受け入れ施設は、児童福祉法に基づく児童福祉施設とされています。赤ちゃんの場合は乳児院ということになります。しかし、現在の児童福祉施設は、施設面でも人的な配置の面でも全く不十分でございます。多様な問題を抱えている被虐待児に対して、十分な援助や治療を提供できずに、職員は無手勝流で悪戦苦闘しているという状況でございます。

そういうことで、今後の課題としては、児童養護施設の機能の充実が本当にされないと、十分なことはできないと思っております。そんなことを頭に置きながら、今日は実情についてお話を進めて行きたいと思っております。

資料1に、児童養護施設と養護児童と書い

てありますが、第1が、児童養護施設と養護児童の現況でございます。神奈川県の中には児童養護施設は25施設ございまして、横浜市には6施設ございます。県全体で約1500人の子どもがその中で生活しているわけです。私どもの施設では、今日現在、幼児が5人、小学生が29、中学生が25、高校生が21、合計80人の子ども達を育てております。

児童人口の減少に伴い、一時は入所児童も減少しましたが、数年前から増加傾向に転じ、最近では首都圏のどこの養護施設も定員一杯になっております。

措置理由、入所理由ですけれども、保護者の病気、行方不明、養育不適などが主ですけれども、受刑中、虐待、遺棄、親子関係不調などによるものがありまして、最近では児童虐待による事例が急増しております。

養護児童を生み出す家族に共通して見られる問題は、社会的、経済的な破綻、家族崩壊、離婚、その他、養育機能、養育力の脆弱化などが主なものです。これらの背景には家族病理、個人病理的色彩も強く認められまして、例えば、私のところに今、80人子どもがいますけれども、そのうちの8家族には精神障害が認められます。その他にアルコール中毒や薬物問題などを抱えている家族もございまして、約20%位は広い意味の精神障害になるのではないかと私は見ております。

それから多問題家族、あるいは問題重複家族、いわゆる multi-problem family が殆どでございます。ですから、虐待されて入って来る子ども以外の子どものも、いろいろな問題を抱えています。またその家族もいろいろな

児童養護施設と養護児童

<資料1>

2000. 11. 12 (日)

社会福祉法人 日本水上学園

園長 稲本 誠 一

1. 児童養護施設と養護児童の概況

- 1) 児童養護施設とは、児童福祉法(昭和22年12月12日制定、平成10年4月1日改定)第41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、これを養護することを目的とする施設とする。」と規定されている児童福祉施設です。
- 2) 児童養護施設は神奈川県内に25施設、そのうち横浜市内には6施設あります。入所している児童は、県全体で約1,500人、横浜市内の児童は、約550人です。

当学園では平成13年4月13日現在、幼児5名、小学生29名、中学生25名、高校生21名、合計80名の子どもたちを預かり養育しています。

神奈川県内には、児童養護施設以外の児童福祉施設として、乳児施設(150人)、児童自立支援施設(旧教護院70人)、盲児施設(40人)、情緒障害児短期治療施設(44人)があり、合わせると約2,200人の児童が施設で生活しています。
- 3) 児童人口の減少にともない一時は入所児童も減少しましたが、数年前から増加傾向に転じ、最近では首都圏のどこの児童養護施設も定員一杯になっています。
- 4) 措置理由(入所理由)は、保護者の病気、行方不明、養育不適などが主ですが、受刑中、虐待、遺棄、親子関係不調などによるものがあります。最近では児童虐待による事例が急増しています。
- 5) 養護児童を生み出す家族に共通して見られる問題は、社会的経済的破綻、家族崩壊、養育機能及び養育力の脆弱化などが主なものです。これらの背景には家族病理、個人病理的色彩も強く認められます。また、多問題家族又は問題重複家族(multi-problem family)と呼ばれる家族がほとんどです。
- 6) 最近の傾向として、家庭での児童虐待(Child Abuse)の増加に伴い、被虐待児(Battered Child)の入園が増加しています。

横浜市児童相談所の調査結果では、平成7年1月1日現在、児童福祉施設(乳児院、養護施設、教護院、虚弱児施設、情緒障害児短期治療施設)に措置している児童、651人の内、194人(30%)は何らかの虐待を受けていた児童です。児童養護施設に入所している490人中、151人(31%)が虐待を受けていました。
- 7) 4年前の平成9年2月1日に、日本水上学園に入園していた児童80人について、入園前の家庭での生活状況を調査したところ、55人(68.8%)の児童が虐待状況に置かれていました(別紙参照)。現在入園中の児童では80%に達していると推計しています。

平成12年11月20日に「児童虐待の防止等に関する法律」が施行されましたので、今後は被虐待児が更に増加するものと考えられます。
- 8) 児童養護施設は、本来、保護者の都合等により子どもを一時的に預かる施設ですが、一度入園するとほとんどの子どもが家庭に引き取られることなく、施設で成長し、中学または高校を卒業後、施設から社会へ巣立って行く現状です。
- 9) 一般家庭の子どもは、モラトリアム(moratorium)の期間が長くなり、高校卒業後も大学、短大、専門学校などに進学する者が大半です。しかし、児童養護施設の子どもたちは基本的には義務教育終了までの教育です。現在では高校まで行けるようになりましたが、高校卒業後は自活の道しかない現状です。せめて成人に達する20歳までお世話ができたらと願っています。

問題を持っていますから、これは児童相談所が苦勞しているところだと思いますが、こちらからの家族に対するアプローチが、大変困難になっております。いわゆる、ハードトウリーチ(hard to reach)とか、ノンボランティア(non voluntary)とか、アンウィリング(unwilling)とか、これは社会福祉の専門領域で、40年程前にアメリカでそんな言葉が流行ったのですけれども、実際に、そのような状況が現在も続いていると思います。

最近の傾向として、家庭での児童虐待の増加に伴い、被虐待児の入園が増加しています。横浜市の統計でも、これは少し古いものですが、平成7年の段階で児童養護施設にいる子どもの31%は虐待を受けていたという統計がございます。それを受けて私も、3年前の平成9年2月に調査をしました。当時、児童80人について入園前の家庭での生活状況を児童相談所の「児童票」—児童養護施設にくる時の書類—によって調査しましたところが(資料3—表2参照)、80分の55(68.8%)の児童が虐待状況に置かれていたと言うことのでございました。正確な調査ではありませんが、現在では80%に達していると思っております。

小学生の男子が21人いまして、そのうちのチャイルド アブユース(child abuse)が17ですので81.0%、女子が10/11で90.9%、合計しますと、小学生は84.4%の子どもたちが、虐待状況に置かれていました。

中学生ですと、66.7%になりまして、高校生ですと40%、平均しますと68.8%ということになるわけです。

虐待の内容は(資料3—表1参照)、これは児童相談所の児童票からのものですから、虐待という観点から、きちんと情報収集していないということだとか、また家族が“私は虐待をしました”とか、子どもが“虐待を受けていました”とかは言わないわけで、そう

いうことから十分な資料は得られないと思いますが、身体的な虐待尺度で多いのは、躰として親が身体的な暴力や体罰を用いていたのが23.8%、親に精神的問題や性格上の問題があり、子どもに身体的な暴力をふるっていたというのが7%くらいです。心理的な虐待尺度は非常に掘みにくくて出てきません。一番多いのがネグレクトです。この中でも圧倒的に多いのが、食事が規則正しく提供されなかったり、入浴や着替えなど衛生管理が十分になされていないというのが60%を越えております。また、親の就労などのために、夜間に子どもだけで過ごすことがあったというのが38人おりまして、約5割いるのですけれど、私がよく調べましたら、子どもを育てるための収入を得るために、夜に働いている方は誰もおりませんでした。

ということは、すべてパチンコに行ったりカラオケに行ったり、飲みに行ったりということで、子どもを家においていったということだと思います。

登校させなかったりという問題もありますけれども、これは15%ですけれど、これの倍以上はあるかと思えます。

性的な虐待では、児童相談所の記録からは出てまいりませんでした。ただし、子どもが私どもの施設に入りましてから、職員との信頼関係が出来まして、子どもの話の中から浮かび上がってきたものが2例ございます。

一つだけお話ししますと、この子は小学校5年生の時に入ってきたお子さんでしたけれども、実母が夫と離婚しまして、内縁の夫と生活しておりました。この母親はいろんな問題がありまして、その子が小学校4年生の時に子どもを置いて失踪してしまったんです。そして内縁の夫が世話をしていました。この子がいろいろな問題を起こしまして、夜中に散歩とか、盗み、万引き、いろいろあり

まして、警察に何度も保護される、これでは面倒見切れないということで、私どもに回ってきたお子さんでした。入園後も、夏休みなどは長期の外泊をするということで、この男性は良く面倒を見ていたわけです。1年後、夏休みが終わり学校が始まりまして、この子が「夏休みどうだった」という担当職員の問いに「とてもよかった、いろんな所に連れて行って貰ったし、いろんなものを買って貰ったし、とても楽しかった。だけど、ちょっと痛いことをされるのが嫌だった。」と言うことをちらっと口にした、と言うことを私に報告がありましたので、「強制的でなく、ゆっくりと聞いてご覧下さい」と言ったところ、果たして実母が失踪した小学校4年生の時から完全に挿入されていた訳です。子どもはそれがどういうことか分かりません。そんな状況がありましたから児童相談所とも相談して、即刻、その男性と会いまして事情を聴きましたところ、否定も肯定もしませんでした。ただ「子どもがそう言ったんですか」という言葉が、今でも深く印象に残っております。

そんなこともありますので、ここには2例ありますが、その他にも数例あるのではないかと私は推測しております。

そのような状況でございまして、児童虐待の事例がこれからもっと多くなって来るのではないかと私は思っています。

先程も申しましたように、今年11月20日に「児童虐待の防止等に関する法律」が施行されますので、児童養護施設は虐待児の溜まり場という事になってくるのではないかと私は恐れもしていますし、またその子たちに対してきちっとした養護あるいは治療をますますして行かなければならないとも考えております。

児童養護施設は本来、保護者の都合などに

より子どもを一時的に預かる施設ですが、一度入園すると殆どの子どもが家庭に引き取られることなく、施設で成長し中学または高校卒業後、施設から社会へ巣立って行く現状でございます。80人おりますけれど、直接家庭に戻るのが、年間に2~3例あればいいほうです。0の時もあります。ですから子ども達が少なくなる、要するに園から離れていくということは、高校卒業あるいは中学卒業して就職によって施設から離れて行くということでございます。

一般家庭の子どもは、モラトリアム期間が長くなって、高校卒業後も大学、短大、専門学校などに進学する者が大半です。昨年の神奈川県教育統計によりますと、公立の中学を卒業しての進路先は97.4%が進学でございます。また、公立の高校を卒業して現役で、大学や専門学校に進学するものが約3分の1、そして約3分の1が未定、高校卒業で就職する子ども達は30%に達していません。

そんなことで前項と併せますと、養護施設が子ども達が社会に巣立って行く最終の場所ですから、何とか20歳位まではお世話が出来たらと私は思っています。何故そういうことを強く感じるかと言いますと、高校卒業では今はなかなか就職が難しいです。私どもの場合はそんなことで、男子の場合は大体工業高校です。女子の場合は商業高校とか、何か技術を身につけるような所に入って貰っているわけですが、それでもなかなか厳しい状況でございます。

中には、看護婦さんになりたいという子どもがいて、県立二股川高校は、高校ですが準看の資格が取れるのです。そこに行きまして、その後、あと2年間で正看の試験が受けられるというコースもありますので、そこに行って貰って、卒業して今は立派な看護婦さんになっているお子さんもいます。

厚生省は、高校までは在籍であれば面倒を見る、高校に在籍していなければ放り出すという、そういう現在の児童福祉法ですから、まして高校卒業したら一切何の世話も出来ない、しないということです。

ところが、一昨年2月に一つの見解を厚生省が出しました。

それは高校卒業後も、児童養護施設で或る一定期間お世話してもよろしいという通達です。ただし、金銭的な保障は全くなしということです。ですから、先程の看護婦さんになった子も、高校を出ましてから2年間、全く身寄りありませんし、経済的にも何もありませんので、私どもの施設の、昔、保母さんが使っていた6畳一間の和室を住居に提供しまして、施設の中で食べるのは他の子どもと同じ朝ごはん晩ごはんは、居ればそこで食べてよろしいと言うことにしまして、アルバイトと奨学金で、2年間の専門学校を出まして、卒業して行ったという状況でございます。

そういうことで、被虐待児に対しても、そういう卒業後の子どもに対しても、今の児童福祉法は大変不備でございます、本当に冷たい法律でございます。

さて、次に資料の2ページにまいります。

そのような状況で、私たちはお子さんを預かっている訳ですけれど、さまざまな問題を抱えている子どもが、殆どというより全員といていいと思います。

私は実は、10年前に今の児童養護施設の日本水上学園からの要望がありまして園長になったのですが、抄録の履歴にもございますように、私は大学で社会福祉学を専攻しましたから、一貫して子どもと大人の精神医療の領域で働いておりました。神奈川県のごども医療センターに児童精神科の病棟が作られまして、その時の立ち上げに係わりまして14年おりました。そういう精神医療の中で対象

にしていた子どもとあまり変わらないような子ども達が児童養護施設に入園しているということに、最初ほんとにびっくりしました。程度は多少変わりますけれども、内容的には殆ど変わりません。

今日は時間がありませんから、被虐待児のことと併せて、お話しします。

身体的な問題では、被虐待という状況もありますので、成長障害ですね——低身長、低体重、児童養護施設の子どもは要するに痩せていて小さいという状況がございます。

疾病も抱えておりまして、例えば、来年の1月には、心臓の手術を受けることになっているお子さんがいるのですけれど、この子も放置されておりました、そういう状況もございます。

情緒的な問題では、ご承知のようにいろいろなものがありますし、知的な発達の違いに加えて、判断力の問題などがありまして、日常、職員は困り果ててといえますが大変な状況もございます。

知的な発達のことでいえば、児童相談所は施設に送る前に、鈴木ビネーまたは田中ビネー、或いはWISCなどの検査をしますけれども、いま私どもに80人いるうちの、IQが100を越える子どもは少ししかいません。知的ボーダーラインのケースが約20近くおります。そして完全な精神遅滞の子が8人おりまして、養護学級に通っているという状況です。

対人関係の問題は、先程からもございますように非常にいろいろな問題がありまして、欠如であったり拙劣であったり、愛情欲求が強いのですけれど、その出し方が非常に下手であったりするものですから、その辺の養護が大変になってまいります。

日常生活上の問題でも、当然習得しているはずの技術が習得されていなかったり、身だしなみが大事にされていない、自分を大事に

<資料2>

2 養護児童の現況

1) 養護児童の特徴

養護施設に来るまでの生育環境に問題が多いため、さまざまな問題を抱えて子供がほとんどです。

身体的問題 (physical capacity) : 成長障害 (低身長、低体重)、疾病。

情緒的問題 (emotional capacity) : 情緒的未成熟、性格行動上の問題。

知的問題 (intelligence capacity) : 知的発達遅れの遅れ、判断力の問題。

学力的問題 : 基礎学力の遅れ、未到達 (under achiever)、学習意欲の問題。

対人関係の問題 : 基本的信頼関係の欠如、対人関係の拙劣、愛情欲求の問題。

日常生活上の問題 : 日常生活技術の不足、偏った嗜好、身だしなみ、行動化。

自己評価の問題 : 自己評価が低い、low self-esteemによる問題が多い。

日常生活における自己努力、将来設計の問題。

2) 被虐待児の増加と児童の特徴

虐待の種類 : ① 身体的虐待 (physical abuse) ② 心理的虐待 (psychological abuse) ③ ネグレクト (neglect) ④ 性的虐待 (sexual abuse)

被虐待児の特徴 :

身体的問題 (低身長、低体重、発育障害)

性格行動上の問題 (情緒的未成熟、反社会的行動、行動化)

知的学力的問題 (知的発達遅れの遅れ、未到達)、

対人関係の問題 (親密な人間関係の障害、自己中心的傾向、神経症的傾向)

心理的外傷 (psychological trauma) の問題。

※一般的な養護児童と被虐待児との差異が無くなりつつあります。

3 養護児童のとらえかたと養護施設の役割、機能

1) 養護児童のとらえかた

子ども自身が問題のために施設入所に至ったものではなく、保護者の問題によって施設に入らざるを得なくなってしまった子どもたちであるとの認識。

2) 養護施設の役割、機能

- ・ 子どもたちを預かり、安定した日常生活をとおして、心身共に健やかに成長できるよう援助する。子どもの権利の擁護と保障。
- ・ 社会生活に必要な知識、技術、学力を習得してもらい、自立に向けての援助。
- ・ いろいろな社会的体験をとおして自己開発をし、自信をつけ、将来設計を建て、自立した人間として社会に出て行けるよう援助する。
- ・ 人間関係 (信頼関係) の大切さを学び、自分を大切にすると共に他者をも大切にすることができるよう援助する。
- ・ 被虐待児等に対しての治療的養育 (therapeutic parenting) の実践。

3) 家族との関係の再構築

親、兄弟姉妹、親類などとの関係の再構築。

4 日本水上学園の現況

1) 児童構成と職員体制

2) 施設、設備の現況

3) 運営の現況

4) 関係機関 (学校、児童相談所、各種治療機関) との連携

することが出来ていないという状況で困っています。

私は冗談に子どもたちに言うんですが、日本水上学園は山手の140番、高級住宅の中にあるので、あなたたちは水上学園に来たら山手のお嬢様、お坊ちゃんだから、身だしなみに気をつけましょうなどと言っています。私どもの所では、私が行きましてから、子どもに職員が見繕って衣類を与える、買ってきて与えるにしても、寄贈された物を与えるということをしめておいて、必ず子どもの意見を聴き、選択してもらい着てもらうようにしております。そのために洋服代を予算化しまして、買う時は必ず連れて行って子どもと一緒に選んでもらう。例えば今、少し涼しくなりましたので、セーターを一枚買いたいというとき、元町は歩いて7~8分で行けるのですが、そこは高いので、本牧辺りに行きますといろいろな店がありますから、そこに一緒に行きまして、色、デザイン、素材なども子どもの希望を聴いて買うことにいたしました。そうすると、自分で選んで買った物ですから大切にできるようになりますし、自分の好みもありますので、大分おしゃれになってきたと思います。後でもお話ししますが、一人一人に子どもを個別化して、いかにその子どもと1対1でのアプローチをしていくかということもやっております。

それから、自己評価、self-imageの問題もごさいます。いわゆる lowself-esteem による問題がありますので、本当に一つ一つの事柄が前に進んで行かない、例えば、進学の問題しかり、そういうことも職員がいろいろ助けて、何とか出来るのだからとサポートしながら、また自覚や自信を植え付けながら引き上げて行くということが重要かと思って、それなりの努力をしています。

最近、ディエスエムフォー (DSM-IV) では、ADHD—注意欠陥多動障害と表現

されていますが—注意力の障害だとか、多動性だとか衝動性、この診断に該当はしませんけれど、その項目を練ってみますと非常に多くの項目で、うちの子ども達がチェックされる問題がごさいます。

一般的な養護児童と被虐待児との差異は、あまり認められない状態にどんどん近づいています、ということは、積極的に虐待を受けていなくても、被虐待的な状況の家庭環境に育っているということが言えるからかと思えます。

そういう子ども達を私どもはお預かりしている訳ですけれども、児童の捕らえ方と養護施設の役割、機能というのは、簡単に書いてありますが、これは一般の方にも説明するときに使っているものですから、内容的にはあまり充実したものではないと思っています。目安としまして、本人の問題によって施設に来たものではなくて、一に、家族のいろいろな状況によって作り出されてしまった子ども達というふうなことを、私たち養護に当たる者がきちんと認識しないと、非常に多彩な、これでもかこれでもかということをしめますし、またこちらを煽ってくるか、そういう子どもたちも多ごさいますので、そのところを肝に銘じていないと、こちらが burn out してしまう、やり切れなくなってしまうということがあるかと思えます。

私は生まれ育ちが東京の江戸川区ですから、“江戸っ子”ではなく“はじっこ”の意気と言いますと、どれだけこちらが子ども達の味方になってあげられるか、どれだけ子どもの味方になれるかということが、本当に毎日毎日問われている状況だと思っています。

そういうことで養護施設の役割と機能でごさいますが、第1は安定した生活、日常生活を保障する。これは子どもの権利条約でいう

生存権の保障でございますけれども、先程もお話ししましたように、施設に入る前の日常生活が目茶苦茶です、食生活、睡眠時間、そういうことが目茶苦茶ですから、それをきちんとこちらがクリアしていくということです。

それから、社会生活に必要な知識、技術、学力を修得してもらおう。最近では、児童養護の中では自立 (independent) ということが強く、児童福祉法の中でも言われるようになりましたが、自立に向けての援助をする。先程も申しましたように、養護施設を出ますと家庭に帰るのではなく、自分で裸一貫で社会に巣立って行くのですから、大変なことではあるんですけども、その辺をきちんと見定めて援助するということが要求されています。

次に、いろいろな社会体験を通して自信をつけ、自分の将来設計を立て、自立した人間として社会に出て行けるように援助する。言葉でいうと非常に簡単でございますけれど、これはなかなか難しいことでして、先ほどの self-esteem の問題もございまして、ほんとに困難な事でございます。しかし、高校を卒業すると勉強はともかく、高校の3年間で大分、精神的にも大人になりますので、何とかそんなことを援助出来たらと思っているところです。

それから人間関係、信頼関係ですが、基本的な信頼関係ができていない子が殆どです。虐待されたりネグレクトされているというのは、実際に入ってくる子ども達は小学校低学年であったり高学年であったりするのですが、その子どもの生育歴を調べてみますと、本当に赤ちゃんの時からきちんと養育されていなかったり、放りっぱなしであったりとかです。基本的な信頼関係が築かれている子どもが、大変少ない訳です。三つ子の魂百までといいますが、その通りでして、きちんとした家庭できちんと母親に育てられて、幼稚園の頃に、母親が亡くなって私どもに来たとい

うケースは、非常に予後がいいんです。それ以前の問題がずーっと引き継がれて、それが中学生、高校生になりますので、どうしようもなく難しさがあるということです。

信頼関係の再構築をするということでは、先程申しましたが、施設生活ではどうしても集団になりがちですから、1対1の関係をきちんと結ぶ、そのためにはこちらが1対1で例えば洋服を買いに行く、映画を見に行く、食事をしたりお茶を飲みに行く、遊びに行くということをするために、個別担当制というのを私のところでは敷いていまして、1対1で接する機会を意図的に設けております。そういうことを通して、信頼関係の樹立に努力しておりまして一定の効果が認められます。

次に、被虐待児等に対して治療的な養育。今の児童養護施設は戦後に作られました。戦災孤児のために、その子ども達の生活を保障しなければということで作られました。或いは、それまできちんと育てられていた子ども達の、離婚その他母親の病気やいろいろなことで入ってくる子ども達のための施設として位置付けられていた訳です。ところが今や、入ってくる子ども達の変質してしまいました。しかし、施設とか職員とかは当時と変わらないわけです。そういうことで、先程、無手勝流でと言いましたのはそういう意味でございますけれども、やはり治療的なアプローチがきちんとされないことには、本当に何ともし難いということになっていると思います。

もう一つ、家族との関係ですが、私は敢えて再構築と書いている訳ですけども、いま養護施設の中でこれを図るということは大変難しい状況です。子どもはうちで預かっていましてけれども、病院ですと児童精神科の病棟などで仕事をしておりました時は、家族も子どもを治して貰いたいということで入院させる訳です。もちろん家族がいろいろ問題を抱

えていますが、そして病院側としては、悪い言葉ですが子どもを“人質”として取っていますので、家族に集まって貰うということも出来る。ところが、この養護児童の家族に対しては、そういうことがなかなかできない。家族に援助の手を伸ばしても届かない (hard to reach)とか 意識に欠ける (unwilling) という問題もありまして、家族関係の再構築は今後の大きな課題だと思います。

そのためには、前の演者も言われていましたが、入り口のところからきちんとしたアプ

ローチがされないと難しいと思っております。

抄録に戻りまして最後の4ですけれども、被虐待児に対する児童福祉施設の今後の課題は、一つは、今の機能を充実して、人的な問題も考えていく。私、施設に入りましてびっくりしましたのは、職種が単一なんです。昔で言うと保母さんと児童指導員ですね。いずれも福祉系なんです。ですから考え方も、思考形態も、知識も同じような類なんです。ですからその中にいろいろな職種が入って、

<資料3> 表1

虐待経験各項目の該当者数および割合 (n = 80) 1997.2.1 現在 (日本水上学園)

虐待尺度および内容	度数	割合(%)
I 「身体的虐待」尺度		
1 しつけとして、親が身体的な暴力や体罰を用いていた。	19	23.8
2 親に精神的問題や性格上の問題があり、子どもに身体的暴力を振るっていた。	6	7.5
3 書類上は「事故」とされているが、受傷経過のはっきりしない火傷や骨折などがあつた。	1	1.3
4 親がアルコールや薬物の影響下で、子どもに身体的暴力を振るっていた。	2	2.5
II 「心理的虐待」尺度		
1 親が子どもに否定的な言葉や態度を示していた。	7	8.8
2 親の子どもに対する指示に一貫性がなく、そのために子どもが混乱していた。	2	2.5
3 親が兄弟姉妹を比較し、「良い子」と「悪い子」を固定的に捉らえた言動を示していた。	1	1.3
4 親が「あなたを生むはずじゃなかった」、「あなたはたまたま生まれた」などといった言葉を、繰り返し子どもに聞かせていた。		
III 「ネグレクト」尺度		
1 予防接種、病気の発見、歯科治療などが十分に行われていなかった。	4	5.0
2 食事が規則正しく提供されなかったり、入浴や着替えなど、衛生管理が十分にされていなかった。	49	61.3
3 親の就労などのため、夜間に子どもだけで過ごすことがあつた。	38	47.5
4 子どもが学校に登校しなくても、特に親は問題視していなかった。	12	15.0
IV 「性的虐待」尺度		
1 親以外の大人(18歳以上のもの)との性交があつた。	※(1)	(1.3)
2 親(または親に代わる養育者)との性交があつた。	※(1)	(1.3)
3 親以上の大人(18歳以上のもの)との性交があつた。		
4 親(または親に代わる養育者)との性交以外の性的接触があつた。	1	1.3

※ 入園後判明したもの。

医師や臨床心理や、その他いろんな職種の経験や知識、技術などの導入が全くないわけです。今後は、内部に置くか外部に置くかは別にしまして、臨床心理だとか児童精神科の医師だとか、いろいろな職種の方を巻き込んでいきまないと、施設の機能は果たせないと思っております。

それから、もう一方では施設そのもの、生活空間の問題です。私のところは35年も経った建物ですから、8畳ほどの居室に2段ベッドが二つございます。ということは4人入っているわけです。これではきちんとした生活保障が出来ません。私は、児童の福祉施設の中で子ども達が虐待状況に置かれ、また子どもをお世話する職員も労働条件も、給与の面でも虐待されていると思っております。虐待が虐待を生んで相乗作用が出てくるのではないかと恐れております。

長くなりましたけれど、取り敢えずこれまでに致します。ありがとうございました。

〈資料3〉表2

被虐待児童の割合 (n=80) 1997.2.1現在

		男子	女子	計
小学生	ca	17	10	27
	n	21	11	32
	%	81.0	90.9	84.4
中学生	ca	10	12	22
	n	16	17	33
	%	62.5	70.6	66.7
高校生	ca	4	2	6
	n	7	8	15
	%	57.1	25.0	40.0
合計	ca	31	24	55
	n	44	36	80
	%	70.5	66.7	68.8

(日本水上学園)



KYOWA

「おだいじにも。」

その願いは一つ、
人々の健康と豊かさです。

製品はさまざまですが、
その願いは一つ、
人々の健康と豊かさです。



健康に役立つ食品や

健康だからこそ

楽しんでもらえる飲料、

そして損なった健康を

とり戻すための医薬品など、

協和発酵の

製品はさまざまですが、

その願いは一つ、

人々の健康と豊かさです。

このように、

健康に役立つ食品や

健康だからこそ

楽しんでもらえる飲料、

そして損なった健康を

とり戻すための医薬品など、

協和発酵の

製品はさまざまですが、

その願いは一つ、

人々の健康と豊かさです。

「めしあがれ」も、

たまごスープ、おかゆ、パン…。

ワイン、焼酎、梅酒…。

食べたり飲んだり、

おいしい協和発酵です。

がんやアレルギーや

高血圧のクスリ…。

病院や診療所で

処方される協和発酵です。

このように、

健康に役立つ食品や

健康だからこそ

楽しんでもらえる飲料、

そして損なった健康を

とり戻すための医薬品など、

協和発酵の

製品はさまざまですが、

その願いは一つ、

人々の健康と豊かさです。

協和発酵

東京都千代田区大手町1丁目16番1号 電話03-3282-0980
ホームページアドレス <http://www.kyowa.co.jp/>

出席者 山田 和 恵
森 山 直 人
稲 本 誠 一
コーディネータ

(横浜市港南区教育相談室 カウンセラー)
(千葉縣市川市児童相談所 心理判定員)
(日本水上学園 園長)
山 川 保 (日本育療学会理事)
松 井 一 郎 (日本育療学会副会長)

<山川>

私は児童養護施設の、茅ヶ崎にあります白十字会林間学校で仕事をしております。以前は虚弱児施設だったのですが、児童福祉法の改正によって、児童養護施設になりました。この学会の理事の石橋先生とも虚弱児施設のお仕事を一緒にやっていたのですが、今、児童養護施設は、先程もお話がありましたように、虐待の子ども達が数多く入ってきています。

一昨日10日と11日の神奈川新聞に、児童の虐待のケースが大変増えてきて、全国の児童相談所の相談件数が、約一万件を越えてきたと報じていました。

横浜市の児童福祉審議会が、横浜市に対しまして「虐待児に対する児童相談所の一時保護所は今満杯で、虐待児を受ける施設が一杯である」ということで、出来たら横浜市に児童相談所を一つ増やして、そこに一時保護所も増やそうではないかと言っております。

もちろんその他に、子どもの人権ホットラインを作るとか、児童相談所の機能を強化するとか、あるいは第三者機関の創設をするとか、と言うように今横浜市では、虐待の児童が増えたことによって、そういう行政の動きもあります。

そういうことも踏まえて、よろしく願い致します。

それでは、ご講演の時間が大変短いことも

ありましたので、3人の先生方に補足なり、もう少し詳しくお話しをして頂くことができましたら、願番にお願いしたいと思います。

<山田>

森山先生のお話しを伺いまして、私が前座のようにお話しをさせて頂いた中で、随分、重複するところがあり、具体的にお話しして頂けたと感じました。

通告義務のお話して、私も少し触れましたが、大事なことは、虐待ではないかと思ったら誰が通告してもいい、虐待かどうかを決めてくださるのは児童相談所だということで、虐待ではなかったという結論が出た場合でも、その通告者が職務上責任を問われたりということはない訳なんですね。そこまで含めて、一般の方達にも周知して頂きたいというのが、最近私が特に思っていることです。

というのは、実際に、この子はかなり大変な状況にあると思われる小学生の子がおりました。児童相談所にも連絡しましたが、要は、気が付いたところが病院であっても、私どものような子ども家庭支援センターとか、学校のスクールカウンセラーでもいいのですが、気が付いたものが音頭取りになってと言いますか、関係者会議—カンファレンス—を、集まりやすいところに設定してする、それが大事かと思えます。

正直、横浜では「お願いします」と言って

児童相談所の方がなかなか動いてくたらないことが多々ありました。児童相談所は忙しくて大変なわけで、この程度の虐待までは手が廻らないということが出てきてしまうわけです。それに対して、怒りを覚えている方も実際あるようですが、怒ってしまっても、それで子どもが救われる訳ではありませんので、何とかお願いして、こちらから連絡を取って、ご都合を伺って動いて頂きながら、就学の子どもであれば学校の先生にも都合を伺って、日時を決めて学校に場所を設定して、児童相談所の方にも学校に来て頂くようにしまして、校長先生、担任の先生や養護教諭の先生方とカンファレンスを開いたりしました。

いろいろ話が煮詰まってきて、これはやはりネグレクトでもあるし、身体的虐待も受けているし（6年生だったものですから）このままの状態を見送って、小学校と中学校との連携も取らずに中学に進んでは心配だという話になったところで、いざ通告という話になると、では「学校からの通告ということでケースとして挙げていいですか」と、児童相談所の方がおっしゃったら、校長先生も担任の先生も下を向いてしまう、そんな事があったのです。

確かに難しいのです。学校が「保護者が虐待をしている」ということを児童相談所に通告すると、保護者との関係が、ただでさえ旨く行っていない状況が殆どですから、信頼関係がまずなくなってしまうのではないかと、非常にデリケートな事実関係が曖昧であったりすると、人権の問題になったりします。そうすると通告の義務は分かっているけれど、通告をためらうということが、いまの例のように何度かありました。

私は通告するということについては、誰かが悪者になるとか、誰かを犯人にするとかいう話ではないと思っています。子どものため

にということであれば、家庭を含めてもっと一致した方向性というのが必ずある筈だと思っています。私が通告者になった例も幾つかありますし、そういうことについて共通認識と、情報の共通をしてやっていくということが、子どもの対応が後手後手にならないことだろうと思っています。子どもというのは虐待を受けながらも発達段階にあるわけです。その都度、獲得していかなければならない身体的にはもちろん精神的な課題—発達課題—があると思うんです。それをクリア出来ていない子ども達が多いわけです、アビュースとかネグレクトの子、それを如何に少しずつでも支えて行くか、また見通しをもってやっていくか。思春期の不安定な危機的な状況の前に、つまり乳幼児期から、この世の中が安心して暮らせるところだ、自分の周りの世界は安心して、しかも信じるに足るところなんだという実感（一番に母親を通じて出来るものだと思います）、そして自分は価値があって、世の中に対してウェルカムである存在なんだと実感して育ってきてさえ呉れていれば、後は何とか育てて行ってくれるものだと思っています。そこが揺らいでいる子ども達が、広い意味で虐待を受けてきた子どもなんだと思っています。

そこを如何に支えるかという点では、制度的なところでためらったり、戸惑ったりということがなくなって、共通に手を携えて子どもの成長発達を見ていけたらと思います。

私はいま、稲本先生の水上学園のお話でも勉強させて頂いて、子どもたちのIQなどを伺って驚いたりも致しました。全体的に発達ということを考えていかなければいけないということ、そして先生方が個別に、一緒に洋服を選びに買いに行ったりとか、とても素晴らしい事だと思いました。在宅の虐待の子でそういうことをして貰えていない

子ども、食事もそうですね、ちゃんと朝起きて朝日を浴びて朝ごはんを食べさせて貰えていない子が多い。ですから、児童養護施設で生活していらっしゃる方には得られないものを、家庭で得ている部分はかなりあるだろうとは思いますが、児童養護施設のお子さん達の最低限保障されている部分とか、大事にされている部分が全く欠落している子どもが、在宅では随分いるだろうという実感を持ちました。

<山川>

ありがとうございました。情報の共通認識を持つ、或いはお互いの機関がその子どもに対してどのような対応が出来るのかということとは、今後の大きな問題だろうと思います。

さて、この頃の虐待で拳がってくるケースで児童相談所が一番ご苦労が多いだろうと思っているのですが、その辺如何でしょうか。森山先生よろしくお願いします。

<森山>

児童相談所に戻ってから、どうも児童相談所を庇いにくくて困っています。病院にいたときは、児童相談所も頑張っているなどと言いながら、結構、児童相談所に動いて貰ったのですが。

4月から少々混乱状態で、どっちの人間なんだらうと迷わざるを得ない、そのようなせめぎ合いが関係機関同士で在るということが、また良いことではないですね。

私は、児童相談所を使う立場だったわけです。病院から児童相談所に通告して、何日も経っているのにまだ来ないなどと言っていた訳です。たまたま相談所を知っていたので、担当者は誰だなどと言うことが出来たことが非常に良かったかなと思っています。そうやって病院にいても、何ケースか一緒にやって旨くいくと、連携も旨くいくようになってく

るということを経験しています。

虐待問題はそんなに旨くいかないことがあります。旨くいかない人間は、どこか責めたくなります、自分以外を。それは非常に良くないと思っています。児童相談所は、ここ数年で動き方が旨くなってきたとは思っています。ただ、マンパワーの問題とか、法律の問題で未だ未だ上手ではない。でも日本で、虐待問題の対応で上手に動ける機関があるのかと言うと、無いと言っていると思います。児童相談所もそうですし、保健機構もそうですし、病院も司法機関もそうですし、どう速やかに虐待の子を援助したらいいのかということでは、日本は未熟だと思います。整備出来ていない、これから作っていくと言う状態だと思います。

しかも、治療出来る専門家とかシステムティックに治療出来る機関があるかというかと殆どない。まだ、発見してどう対応するかというところで四苦八苦しているんです。例えば、何とか親子分離して施設に預けたけれど、その子をどう治療するのかとか、分離した親の方にどうアプローチして指導して行くのかとか。或いは、欧米では、施設分離という処遇がうまく行かないということが分かってきて、家族の再構築の対策を考えると、分離しないで治療して行く方がいいということになっているのに、日本はまだ施設分離をこれから考えるところで、何でもまだ遅いという状況なので、いろいろな機関が、試行錯誤しながらやっていくということだと思います。

そういった意味では、警察も早く動いてくれるようになりました。あと10年すれば少しは良くなっているかななどと考えています。こんなことを専門家が言っているようでは申し訳ないと思いますが。

お互いの機関を思いやる、思いやりながらやっていかないと連携はうまくいかないと思っています。

病院にいたときに思ったことは、例えば、お医者さんと組んでいますと、病院は入院も退院も主治医の決定ですぐにできますが、児童相談所や福祉というところは、施設入所に持って行くまでにいろいろ合議制で決定したりとかするという、医療は生き死に関わっていて、きちっと決めていくところですが、医療機関のスピード感と福祉が物事を決めていくスピード感とは、ものすごく差があるということに気が付きました。そうすると医師と福祉の間で調整していかなければならないと言うことが出てきます。

施設入所ということになれば当然、病院には保護的入院を依頼しなければならないようなことが出てきます。例えば、保護態勢が整うまで一病気が治ったから退院できるといって退院したのでは、その子の安全と安心を入院中は確保している訳ですから一その間に周りが保護態勢を整えて、整った段階で退院というのが理想です。そうすると病院は治療することが無いのだが、無理をして保護しているなど、お互いが子どものために調整するなどということが必要になってきていました。もっとも、入院費用は児童相談所の一時保護ということにして頂いて（一時保護ということだと、県から入院費用が出る）、そういったいろいろな法的な手段を使いながら、病院と児童相談所が連携して、施設入所まで持って行くなど、そんな工夫が必要でした。

初のころは、明日退院だと言うときに、虐待らしいということが分かったりして児童相談所に通告があって、全然対応が出来なかったこともありました。今、だんだん慣れてくると、お医者さんの方も疑った段階で（2～3週間で退院だと言うときに）児童相談所に通告しておく、調整期間がある訳です。

虐待に関わるときに、理解のある病院を一つ知っておくといいと思うのは、「治療すべきものがあれば診る」とお医者さんは言って

くれますから、例えば先程出ました“低身長”などは「お子さんは成長曲線から見て外れていると思われるので、一度お医者さんに診てもらっては？」などと言って、検査入院でもさせるということが出来ます。その間に、関係者で会議を持つと言う方法もあります。

ただ、経済的なことを考えると、どこの病院もがそういう理解をもって虐待のケースに対応してくれるわけではないということはありません。

私が付け加えておきたいことは、虐待という言葉が簡単に使いますが、虐待という言葉は重いですね。“虐待”と使っただけで、お医者さんも、そんな状態ではないのではないかと考えられたりします。ですから、その言葉の是非とか、どのような時に使うのかを私は考える場面があります。

例えば、明かに受傷している場合には親に「我々は虐待を疑っている」ということをはっきり伝えることにしています。当然言われれば、逆上したり怒ったりする親もいますが、その強い意味が伝わらないと、後々、児童相談所が関わる、つまり“施設入所”があるということなかなか分からない。

主治医の受傷の所見と親の説明が合っていないから虐待を疑い、疑ったら法律的に児童相談所に言わなければならないということ、児相は決して罰を与える所ではなく、行く行くは、いろいろ困難なことを援助してくれる機関であることをはっきり言うことが必要だと考えています。

虐待の子どもを親が病院に連れてくるということは、親も治したいと思っているのです。「虐待」ということによって逆上する親もいるんですが、救われたいと思っている親もいるんです。虐待、でも救えるということをきちんと伝えた人とは、信頼関係ができるというケースが全部ではないですがありました。伝えたときには、カッターとして帰ってしまっ

たのですが、次の日には家族皆で来て「先生、施設に入れてください」という例があって、そのお母さんなどは面会に来るたびにお話をされています。そんなこともありましたので、きちんと直面する、虐待という言葉を使って直面化するというのも大事な時があると思って頂きたいと思います。

一方、「虐待」という言葉を使わずに、親と接する場合も必要な時があると思います。虐待していることに親が気づいていて、でも虐待とは言わず「叩いてしまう」「可愛くない」という表現を使う、そういう人の場合、わざわざ「それは虐待です」などと言わずに、ただ事実だけを受け止めていくと、次第に信頼関係が出来ていく場合があります。

もう一つ、稲本先生に触発されたのですが、心理治療なんていうと、密室に偉い先生が居て、週1回相談すると治るといような感じがあると思うんですが、施設の虐待——これまでの心理専門家がやっているような、所謂カウンセリングというものでは、追いつかない何かがあるかなと思っています。それは、さっき言った信頼関係が出来ていないということです。施設は24時間体制で、むしろ生活治療のような事があるのかと思います。施設で取り組んでいる子が一人いて、信頼関係がないから職員と二人きりになれないとか、一緒になれないとかいうときに、お風呂に入った時だと、ぼーっと何分間かスタッフと過ごせるなんていうと、その時間を大切にするなど、ささやかな付き合いの中での二者関係（大人と自分という信頼関係）を作ることをしていったりする、つまり、心理療法という枠にとらわれない生活治療みたいなことが、日本でも検討されて行って欲しいと思います。ただ、日本の今の施設の状況では、最低基準は職員と子どもは1対6くらいです。1対6ということは、泊とか休みとかありますから実際は1対20くらいになってしまうのと

思うんです。ですから、そういうことは無理かなと思うんですが。

イギリスの例では1対1です。そうすると実質的に1対3くらいになります。それは何がモデルかという、家庭のお父さんお母さんと子どもの数を考えるとそうなるんですね。日本の福祉行政は、あまり家族ということ単位として考えていなかったのかなと思ったりしています。

<山川>

ありがとうございました。

児童相談所では在宅の方で、そういう家庭調整をしり、虐待の子どもたちの面接をしたりしていますが、親子分離をせざるを得ないケースが出てきた場合には、施設入所ということになるのですが、入所しますと親子関係の回復がなかなか難しいのです。家庭での虐待の親が、子どもが施設入所するとほっとするような感じがあるのですが、特にいろいろな問題行動を起こした子ども達が施設に入りますと、また同じようにその問題行動が出てくる、例えば体罰は禁止になっていますけれども子どもの方から手を出してくるとか、いろいろな問題のある日常生活の中で対応しながら、できるならば子ども達が負った傷を治して行かなければならないのでしょうか、虐待の子どもへの対策としては児童福祉法しかないんですね。児童福祉法の中では、その虐待子ども達を入所させるのは養護施設ということになっています。

いろいろご苦勞をしておられる稲本先生、お願いします。

<稲本>

先程の話に補足を2つだけしたいと思いません。

一つは、最後の方で、はしょってしまったわけですが、今後の施設の課題ということで

すが、今の児童福祉施設の機能は、子どもに食べさせて寝かせる、学校に行かせるということは何とか保障できるということとして、それ以外のことは出来る状況ではないのだということを書いたかったわけです。

そこで、こういう状況の中に虐待された子どもが入ってきた時に、いろいろ問題が出てくるわけですが、一つは、虐待された子ども達をきちんと総合的に、つまり、ただ生活のお世話をするというだけでなく、治療的なアプローチもできるような、そんな施設を日本は作り上げていかなければいけないと思っています。

皆さんも児童養護施設を知らなかった方は、中身が全く分からなかったと思うんですが、一つは、子ども達の受け皿である児童養護施設を、きちんとした機能を充実させる必要があると思っています。その中の職員はと言いますが、例えば臨床心理職が要ると言いますが、厚生省はとんでもないことを出しまして、私のところの施設の規模ですと年間180万円出すから、1週間に4回来てもらいなさいと言うんです。しかしですね、年間180万円で週3~4回来てくれる方いますか？ そんなことを平気で言って、厚生省は臨床心理職を児童養護施設に置いたなどと言っているわけです。私は非常に腹立たしいのですが、そんなことを言っても仕方ありませんから、心理職の配置だとか、或いは（身体的な発達が遅れている子も多いですから）小児科のお医者さんとか児童精神科のお医者さんにも、きちんとした形でお手伝い願いたいと思っています。

それから、家庭との状況は、いまは子どもの世話で手一杯ですから、それにふさわしいファミリーソーシャルワーカーも位置付けなければいけない。教育の専門家もある程度、中にいる子ども達の――アンダーアチーバーの子どもが沢山いるわけですし――学習の進

度についてきちんと評価してその子に適した教育の援助内容を設定できるような専門家も欲しいと思います。もちろん、日常的な健康管理については、ぜひ看護婦さんも欲しいと私は思っています。しかし、そういう手当が全くないまま置かれているのが実情でして、これは何とか改定して行かなければと思います。

そのためには、ソーシャルアクションを起こしていくしかないと思っています。児童相談所もしかり、さきほど言いました町のいろいろな相談機関もしかりです。現在は本当にお寒い状況ですから、それを改善するような手立てを、ここにお集まりの皆さんを含めて、ご理解頂いて方向性を出していくということが必要だと思います。

それから先程言いましたセラピスティックペアレンティングの問題だとか、中ではこういう虐待された子ども達が入っていますから多くの行動化が見られます。具体的に言いますと、昨年クリスマスを迎えて、学校の先生やいろいろなお客様を招いてお祝いの会をするので、窓ガラスを修理したんです。

何と245,000円かかりました。

ガラスが割れているんです、蹴っ飛ばしたり肘うちをしたり。もちろん、年度途中でも修理しているんですが、そんな状況があります。特に最近では、中学生、高校生などは荒れていまして、何か言うと女性職員に食ってかかったり、時には手を出す、弱そうな男性の先生には殴り掛かってくるということもあり、骨折したこともあります。こちらは全く手が出せませんからね（笑い声）。

そこで、私どもは、アメリカで行われているという“暴れている子ども達のホールディング”の技術などを取り入れたいと考え、来年2月には職員2名をアメリカのセントジョセフ・ホームと言うところに行かせて、実際に“ホールディング”を勉強してもらうとい

うことにしました。そういうことで、施設の内容を高めていかないことには、また施設内で虐待が行われるということになり兼ねない状況なのです。

もう一点、家族との関係ですが、うちの職員は虐待されている子ども達を見ますと、どうしても子どもの味方になります。子どもの立場に立っていますと、「けしからん親だ」と言うことになってしまいます。実際にとんでもない親がいる訳ですが、ただ子どもにとってその親がどういう存在なのか、私たちが判断する親と子どもにとっての親の存在は、或る面では非常に違うわけです。虐待されてケガもし、痣が残っており、骨折して腕が曲がってしまっているような子どもであっても、その子にとっては掛け替えのない親なのです。ですから、その辺のところをきちんと受け止めていかないといけない。それが又、親に対するアプローチの糸口にもなってくるといことを捕らえていくことが大切だと思います。

もう一方、子どもは成長します。私のところでは高校生が21人いるわけですが、その子どもたちが家族をどう見ているかということですが、いろいろ考察して見ますと、「自分の親には違いない」、高校生くらいになりますと或る面では完全に自分と親とを分離した形で認識してくるんですね。その証拠に、この子たちは施設にいるから高校に行けているんです。ということは、変な言い方ですが、親の下にいたら経済的な問題とか、親の意識の問題とかありまして（私が調べましたら）誰ひとりとして高校に行けておりません。子ども達も高校生になるとその辺は分かってきますので、心理的にも親から自立する意識が出てくるようです。

ですから、親との関係の再構築と書きましたが、要するに再構築とはきちんと元の家庭に戻らなくても、その子の中で自分の親との

位置関係をきちんと位置付けていく、上手に付き合うとか、ことによったら両方がプラスの面でお互いに絆を作っていくということが考えられていかないと、ただ、とんでもない親だといって分離してしまう危険性が、多いに含まれているということもあるかと思えます。この点については今、研究を進めているところで、十分な結論が出て結果を報告する段階までには至っておりません。いずれにしても、この機会に皆さん児童養護施設なるものを理解して頂いて、見学して頂くのも結構ですから、ぜひご協力頂きたいと思えます。

<山川>

ありがとうございました。

ここで何かご質問があれば頂きたいと思いますが―――では、時間も少なくなってきましたので、最後に松井先生にまとめを頂きたいと思えます。

<松井>

昨日も少しお話しさせて頂きましたが、今日は3人の先生のお話し、大変勉強になりました。スクールカウンセラーの立場から機関連携の必要性、児童相談所の現状の病院連携を含めた働きかけに、いろいろな問題を含めつつ現場でなされていること、それから子どもが収容される施設の非常に大きな問題点、要するに病気をもった子どもなのに治療ができていないという基本的な弱さがある、いろいろ教えて頂きました。

私はこの虐待問題に十数年関わっていますので、一つ二つ思ったことをお話して置きたいと思えます。

今まで、個別のお話しが充実しておりましたので、総論的にお話ししたいと思います。第1点は、虐待の定義です。虐待防止法が出来て、11月に施行される法律には定義らし

いものが書いてありますが、はっきりした定義は世界中調べてもバラバラなんです。私は医学系ですから、医学の教科書を見ても、普通は定義 (definition) の中に書いてないんです。分類から始まるんですね。普通物事を科学的に理解するためには、定義が一番大切なんです。森山先生は権力構造を基盤にした親子の関係という (これは文学的な表現でして)、それでは権力とはという定義出来ません。ですから色々な立場で養育者が子どもに不利益を与えるという広い概念で捕らえておくのが一般的な状況ではないかと思えます。

虐待の言葉を使いたくないということが、やはり森山先生から出ました。私はもともとは長年遺伝学をやっている、同じように「遺伝」という言葉は暗いイメージで受け取られるものですから使いたくないんですが、明治の初めに日本の西洋サイエンスが始まった時に持ち込まれた言葉は、容易に消すことは出来ないんですね。だから「虐待」の言葉は、患者さんにどう話しか、対応なさる親子にどう話しかはさて置いて、使わざるを得ないと思えます。

虐待の「虐」の字は漢字ですから勿論中国から入って来て、虎という字が「トラとツメとヒト」というのの造語で、虎が爪で人をいたぶって殺すという意味で、非常に残酷な本来の意味があるんですが、これはそれぞれ場に合わせて使い分けて行けばいいのではないかと思えます。森山先生が言われたことに私は同感の点があるのですが、虐待する親が子どもが憎くて色々傷つける訳ですが、不思議に病院に連れてくるんですね。ですから、その意味では救いはまだある訳ですから、いろいろ対応は考えていく余地はあると思っています。

第2点は、昨日も申し上げたのですが、欧米ですといろいろな対応の基本は「子どもの

権利条約」-1989年に国連で採択され、条約として批准されました-です。つまり、虐待は悪いことであるという大前提があるわけですね。だからまず第一に、これは犯罪である。公法 (public law) の対応で考えるべきである (イギリスなどはそうだと思います)、しかしその立証ができない時は、福祉法 (civil law) で対応していく。多くの国では大体それを採っています。ですが、日本は児童福祉法で、虐待は通報しなければいけない、ケアしなければいけない、親子分離ということが書いてありますが、本来の「悪い」ということがあの法律の中からは拾えないのですね。

だから、虐待は悪いということを公に示すような法の構造でないと、虐待してもいいんだ、児童相談所へ行って対応してもらえばいいんだという社会認識が背景に出来上がっている訳ですから、根本的に考えなければいけないいろいろな問題を含んでいると考えております。だから、虐待を悪いことだと一もちろん一人ずつの方に対応するときには共感をもって、育児の苦勞話を同情を持って支援する、それは基本なのですが一子どもを傷つけたら、本当は刑法に引っ掛かって「傷害罪」なのだということをなかなか言えない状況があるんですね。これはやはり、親の方向性を「あなたは悪いことをしているのだから、改めて良いように子どもを育てよう」という話しやすいストーリーを作る必要があるのではないかと感じました。

第3点は、統計の問題です。日本で虐待が急増しているのは間違えありません。では、どれくらいの子どもの虐待されているのかと言うことになると、2年前 (H12年ですか) の統計で2万人はいかないんですね。児童相談所で親子分離をするかしないかというシビアなケースで。

ということは、日本は1億2千万の人口で

す。子どもが大体2千万人くらいいる筈です。そうしますと（子どもの定義は20歳とか18歳とか、小児科では15歳未満とか、いろいろな分け方がありますが、2千万人と概算しますと）2万人は0.1%、つまり1000人に1人です。[難しい病気は1000人に1人とされています。例えばダウン症は1000人に一人とされています。これを多いと取るか少ないと取るかは、議論の分かれるところですが]、アメリカは人口が日本の倍です。子どもが、ざっと5000万人います。そこで通報が300万あります。その半分が「虐待」として150万ですから、子どもの2~3%が虐待されていると言うことになります。ですから、社会的にも問題ですから、いろいろな機関が働きかけて役割を果たそうとしているわけです。欧州も同じようです。

日本も先進国並に進みつつあります。しかしパーセントで、まだ一桁だから対応を上手にすれば今なら間に合うというのが現状だと思います。

特に、山田先生、機関連携が大切だと細かくお話し頂きましたが、確かに今、虐待問題でそれを何とかしようと思えば、ぎくしゃくしますが、例えば児童相談所が満杯ならば保健所へというように、何とか他がカバーしてやれるように、今、日本の場合には役所を含めて虐待の防止・予防をしようとする気運もあるわけで、予防がうまくできれば本来は虐待の世代の伝達の根を断つことが出来るわけです。アメリカや欧州は出来ていないのです。日本が果たすべき役割はその辺だろうと思います。特に、日本は母子保健は世界に冠たる、乳児死亡率第1（少ない）ということですから、母子保健の実践が出来るし、保健婦さんがいろいろな親子をケアする訳ですから、児童相談所が満杯でも保健所の方でお手伝いして、何とか進行にブレーキをかけるく

らいの力があるだろうと思います。そういう意味で機関連携が大切なのだ私は聞かせて頂きました。

一言で言いますと、虐待は民話や昔語りや児童文学にも非常に沢山登場するように、どこの国でもどの時代でもあった、人間社会の生存に付随して起こってきた現象だと思うんです。非常に根が深い。それだけに、親子関係が崩れてしまうと修復するのはなかなか難しいと思います。だけど、先程、稲本先生が最後に言われたことは大変重要でして、私に言わせると「親はなくても子が育つか」という基本問題が、親子分離に関わってくるんですね。

余談ですが、機会があって私はイスラエルに行くことができました。独立国になるときに「親は防衛のために銃を持って、そして農場で働き」というので、子どもはどうするかという問題があったわけです。集団保育をやったんですね。親はなくとも子は育つかという実践をやったことがあったのわけです。今は、ちゃんと親子で生活するようになっていました。基本的には親は必要ではないかと考えさせられました。西洋でも、見直しの時代に入っていますが、これはなかなか結論の出ないと思います。

先生方のお話は密度の高いお話だったので、もっと広く社会に、こういう問題に対する理解を深めて行かねばならないということを感じております。

<山川> どうもありがとうございました。

3人の先生方、今日はどうもご苦労様でした。これで、「被虐待・被いじめ」の会を終わらせて頂きたいと思います。

《育療》 一既刊号—主な内容		※既刊号をご希望の方は日本育療学会事務局へ。	
創刊号	<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 ・特別研究「入院中の学校教育の意義」……松井 一郎 ・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》 	第13号	<ul style="list-style-type: none"> ①不登校の子どもへの教育とは何か……竹内 直樹 ②喘息児の心理的不適応の理解と改善……西原 昇次 ③不登校児A子への指導実践……越前 寛 ④高等部における養護・訓練「総合」の取り組み……法邑三知夫
第2号	<ul style="list-style-type: none"> ・特別講演「優しさを科学する」……国立小児病院院長 小林 登 ・特集 親の立場から……教育・医療・看護・福祉に關 	第14号	<ul style="list-style-type: none"> ・《特別寄稿》「免疫と長生き」……奥村 康 (講演概要) 小児腎臓病の自己管理を困難にする要因 ……春木 繁一 ・特集—医療と教育実践— ①心身症的傾向の子の養護・訓練 ……菅原 玄彦 ②筋ジス疾に対する取り組み ……上保 隆夫 ③慢性腎疾患児への支援のあり方 ……乾 拓郎 ④腎炎・ネフローゼ児の教育 ……成田 悦雄
第3号	<ul style="list-style-type: none"> ・特集 教育実践を通して 医療・家庭・福祉と連携 	第15号	<ul style="list-style-type: none"> ・特集—自閉症— ①自閉症の研究の動向……山崎 晃資 ②自閉症の治療と予後……杉山 登志郎 ③自閉症児への対応の現状と課題 ……関戸 英紀
第4号	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	第16号	<ul style="list-style-type: none"> ・《特別寄稿》群馬の病弱教育 ……海野 俊彦 ・特集 —教育・医療・保護者の連携— (組)……河原 仁志 (種)……宮原 亮一 (組)……森 紀夫 (組)……大井 洋子 (組)……高良 吉広 (組)……大塚 孝司 (組)……高橋 紀子 (組)……神田 倍子 (組)……井上 幸子
第5号	<ul style="list-style-type: none"> ・特集「学校に行けない子供の現状と課題」……猪股 丈二 ・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」 	第17号	<ul style="list-style-type: none"> ・特集 —第5回学術集會、研究・研修會— 《記念講演》子どもの心のゆがみと 心理療法 ……大原 健士郎 ①思春期の子ども心理と不登校 ……菅 佐和子 ②難治性てんかんをもつ子どものケア ……杉山 健郎
第6号	<ul style="list-style-type: none"> ・特稿「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・研修會」 ①心身に障害があって学校に行けない子供の 具体的な要因と対応 ……吉住 昭 ②学校に行けない子供を持つ親の体験 ……須永 和宏 	第18号	<ul style="list-style-type: none"> ・特集 —不登校— ①不登校の具体的な要因と対応 ……門 真一郎 ②思春期の心の健康と不登校 ……山下 俊幸 ③不登校の親と子の援助 ……佐藤 純 ④不登校児へのかかわりを通して ……山田 良子 <研究発表>—不登校— 病弱児の心理的適応を図る指導 ……木滝 千代子
第7号	<ul style="list-style-type: none"> ・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世紀に向けた課題……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・(他) ④病弱養護学校の教育の展望……佐藤秀信・山越美佐子 ⑤病院内学級の教育——その意義と課題—— ……柳 裕・肥 野・州 太・藤 野・柳 野・柳 野 ・『在宅筋ジストロフィー児の生活の現状と課題』——深川常雄 	第19号	<ul style="list-style-type: none"> ・特集 —重度心身障害— ①最近の新生児医療 ……亀山 順治 ②重度心身障害児の医療 ……奥野 武彦 ③重症心身障害児の通園医療 ……土屋 浩伸 ④重度心身障害児の養護・訓練 ……林 節雄 ・<参考資料> 児童虐待の防止等に関する法律 ・《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
第8号	<ul style="list-style-type: none"> ・特集 心身の健康に問題をもつ子供への福祉援助 ①福祉制度と福祉サービス……中塚 博勝 ②心身の健康に問題をもつ子供の福祉活動 ……山川 保 ③からだの弱い子どもの施設療育 ……中塚 博勝 ④重症心身障害児施設における療育 ……平山 義人 ⑤福祉的活動の実態 ……佐藤 栄・松崎くみ子 ⑥福祉から見た教育への期待 ……石川啓治郎 	第20号	<ul style="list-style-type: none"> ・これからの病弱教育 ……加藤 安雄 ・特集 —調査研究と実践報告— ①高等部進路状況の後方視的追跡調査 ……武田 鉄郎 ②腎疾患児の自立活動 ……角田 哲哉 ③訪問教育の実施状況に関する調査研究 ……中島伸一郎 ④マルチメディアをしたは補充指導 ……赤城養護学校
第9号	<ul style="list-style-type: none"> ・特集「病弱児の看護」 ○《総論》病弱児の看護を考える ……吉武 香代子 ・病院・施設・学校等と看護……久世信子・駒松 仁子 他 	第21号	<ul style="list-style-type: none"> 《記念講演》 「子どもの心身の健やかな成長のために」 ……吉武 香代子 特集 —被虐待児— ○子どもの虐待とその周辺 ……松井 一郎 ○被虐待児の保護と法律 ……影山 秀人 「寄稿」・個と思いや動きを核とした教育課程 ……深沢 修・棚田 京子 「寄稿」・学習障害児への支援の工夫 ……室岡 徳
第10号	<ul style="list-style-type: none"> ・特集 —家族— ①「子供の死—親の思い」……井上・関口・熊倉 ②「親の立場から望むこと」……大塚・根本・水谷 ③「家族の絆」……飯島・柳原・藤波・藤松・佐野 	第22号	<ul style="list-style-type: none"> ・新「福子の伝承」を求めて ……波平 恵美子 ・小児気管支喘息の治療の現状と問題点 ……西間 三馨 ・特集 闘病の跡と指導の実践報告 ・特集 小児ガン・アレルギー性疾患 ①小児がんの子どもたちのQOL ……細谷 亮太 ②小児眼がんの子どもの相談……西田 知佳子 ③アトピー性皮膚炎の治療の現状と問題点 ……山本 昇杜 ④「個性化」した患者指導の必要性……栗原 和幸 ⑤小・中学校における喘息児の対応の現状……北 栄子 ・気管支喘息児の心理的問題とその改善 ……吾郷 晋浩 ・喘息児の自己管理能力を高めるために ……内田 雅代 ・特集—医療と教育実践— ①喘息児に対する学校教育の治療上の効果 ……西牟田 敏之 ②小児がんの子どもに対する教育治療上の効果 ……氣賀沢 寿人

病弱養護学校における教育相談の現状とその課題

一不登校児を対象とした郡山分校の取り組み一

福島県立須賀川養護学校郡山分校 佐藤清悦

I はじめに

これまで心の問題を抱える子どもの増加が多いといわれてきたが、このほど厚生省研究班による医療機関と学校を対象とした全国規模での「小児科領域における心身症、神経症等の実態把握のアンケート調査結果」がまとめられた。これによると、医療機関における調査では、分析対象となる受診者 14,796 人のうち、心身症等の心の問題があると医師が判断した例は 5.9%、また、保健室を利用した児童生徒、小学生 14,812 人、中学生 12,138 人、高校生 10,648 人の延べ 61,497 人中 9.9% の子どもが心の問題による不定愁訴を訴えており、全国的に心の問題を抱える子どもたちが多いことが明らかにされた(奥野, 2000)。

病弱養護学校においても、ここ十数年の間に不登校の子どもの数が急激に増加しているのが現状である(武田・篁・原・山本, 1997)。本校においても、隣接する国立病院の小児科病棟廃止に伴い、教育の対象となる入院中の児童生徒が次第に減少する一方、代わりに国立病院以外の医療機関や教育相談機関等から紹介を受ける心身症等の不登校児が多数在籍するようになった。現在、校舎学級に籍を置くほとんどがその不登校児であり、どの児童生徒も本校の教育相談を経て在籍に至っている。

今日においても「学校に行けないので…」という数々の悩みや問題を抱える児童生徒や保護者が本校を訪れており、これらが教育相談の中心的な相談内容となっている。また本校の場合、教育相談の一環として転入に向けた試験登校期間を相談者 1 人に対し約 2 ヶ月間設けているが、昨年度の場合、実に相談者の半数が試験登校を希望しており、試験登校の延べ日数は年間を通し 200 件を上回っている(表 1)。

このような状況から、校内においては心の問題を抱える不登校の子どもたちへのより充実した教育相談を目指し、これまで、教育相談の受け入れ体制の内容や具体的な相談者への対応について検討を重ねてきた。

本稿では本校が取り組んできた教育相談の現状を整理し、主に「学校に行けない子どもたち」にとっての教育相談の在り方について考察することを目的とする。

II 教育相談の現状

昨年、郡山分校に訪れた教育相談者数は延べ24人で、内21人(87.5%)が不登校の相談理由となっている(表1)。さらに図1に示す不登校児を対象とした1年間の教育相談者数を見ると、毎月、新規者と継続者を含め2人～6人おり、相談日数と試験登校日数(224日)を含めた教育相談延べ件数は年間で233日に達する。前述にもあるように、本校においては不登校児を対象とした相談が教育相談の中心的な相談内容となっている。

表1 平成12年度 教育相談来校者一覧 <不登校>

No	性別	学年	現籍校	初来校日 (相談者)	相談理由	紹介者	教育相談 件数	転入日
1	女	中3	郡山市外	H12.4.13 (本人・母)	不登校	精神科 Dr	<u>16</u>	H12.6.1
2	女	中2	郡山市内	H12.4.21 (本人・母)	不登校	精神科 Dr	1	
3	女	中3	郡山市外	H12.5.17 (本人・母)	不登校	精神科 Dr	<u>21</u>	H12.7.1
4	男	中2	郡山市外	H12.5.24 (本人・父・母)	不登校	精神科 Dr	<u>28</u>	H12.8.28
5	女	中3	郡山市内	H12.5.26 (本人・母・担任・養護教諭)	不登校	学校	<u>5</u>	
6	女	中3	郡山市外	H12.6.9 (本人・父・母)	不登校	保護者	<u>35</u>	H12.9.18
7	女	中1	郡山市内	H12.6.14 (本人・母)	不登校	保護者	1	
8	女	中2	郡山市内	H12.6.20 (本人・母)	不登校	学校	<u>10</u>	
9	男	小6	郡山市内	H12.9.6 (本人・母・姉)	不登校	保護者	<u>8</u>	
10	男	小4	郡山市内	H12.8.2 (本人・母)	不登校	精神科 Dr	1	
11	男	中3	郡山市外	H12.8.28 (本人・父・母)	不登校	保護者	1	
12	男	中3	郡山市内	H12.9.1 (本人・母)	不登校	精神科 Dr	1	
13	女	中3	郡山市内	H12.9.12 (本人・母)	不登校	精神科 Dr	<u>25</u>	H12.11.1
14	女	中2	郡山市外	H12.10.13 (本人・母)	不登校	精神科 Dr	<u>27</u>	
15	女	中1	郡山市内	H12.10.20 (本人・母)	不登校	精神科 Dr	1	
16	女	中2	郡山市内	H12.11.29 (本人・母・担任)	不登校	学校	<u>4</u>	
17	女	小5	郡山市内	H12.11.30 (本人・母)	不登校	保護者	<u>19</u>	
18	女	中2	郡山市内	H13.1.26 (本人・母)	不登校	保護者	<u>26</u>	
19	男	小5	郡山市内	H13.3.8 (本人・父・母)	不登校	保護者	1	
20	女	中1	郡山市内	H12.3.9 (本人・父・母)	不登校	精神科 Dr	1	
21	女	中2	郡山市外	H12.3.27 (本人・母)	不登校	学校	1	
……転入者 教育相談延べ件数233日 / 試験登校延べ日数 224日								

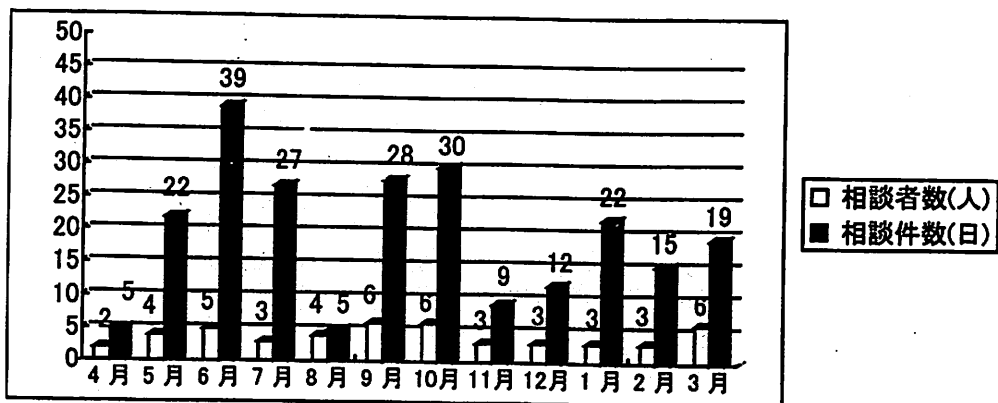


図 1 平成 12 年度 不登校児における年間教育相談者数および教育相談件数

不登校の児童生徒が相談に訪れる方法は表 1 に示す通りほとんどが紹介によるものである。不登校児 (21 人) の紹介者別の割合を見ると、精神科医師が 10 人 (47.6%) とほぼ半数、次いで保護者 7 人 (33.3%)、現籍の学校 4 人 (19.1%) の順となっている。精神科医師による紹介は教育相談の推進に様々な面から支援を受けている。次の保護者数については保護者自身が本校の存在を知人や地域住民から聞くなど多岐にわたって情報を得ている。現籍の学校については本校在籍生徒の前籍校からの紹介が多く、その担任や養護教諭から直接連絡を受ける場合が多い。ちなみに前年度は市教育委員会からの紹介はなしであった。

また、本校では教育相談の一環として転入に向けた試験登校を実施しているが、小学生は 50%、中学生は 59% が試験登校を希望している (表 2)。しかし、希望した全ての児童生徒が転入するというのではない。転入を目的としながらも試験登校期間中に他の目的を選択し休止する場合もある。試験登校を体験したのち実際に転入に至る児童生徒は、全教育相談者数 21 人中 5 人 (中学生では 29%) となっている (表 3)。

表 2 試験登校希望者数 (n=21)

項目	有	無
小学生 (4人)	2人(50%)	2人(50%)
中学生 (17人)	10人(59%)	7人(41%)

表 3 試験登校体験後における転入者数 (n=21)

項目	転入	未転入
小学生 (4人)	0人(0%)	4人(100%)
中学生 (17人)	5人(29%)	12人(71%)

相談者による現籍校を地域別にし、試験登校の希望を見てみると郡山市内が14人中7人(50%)に対し、郡山市外は7人中5人(71%)と対象人数に差はあるものの割合としては市外が市内を上回っている(表4)。これは市外出身の相談者の8割が精神科に通院していること、また、医師が受診経過のなかで教育相談の適切な時期を判断し紹介してくれていること、そして何よりも相談者自身が遠方から来校するにあたって、事前に教育相談に対して関心と期待感を高くもって臨んでいることなどが理由として考えられる。

表4 地域別試験登校希望者数 (n=21)

項目	有	無
郡山市内 (14人)	7人(50%)	7人(50%)
郡山市外 (7人)	5人(71%)	2人(29%)

さらに試験登校を経て転入に至った状況を見地域別に見ると(表5)、市内出身が7%に対し、市外出身が57%と試験登校希望者数の割合と同様の傾向を示している。市外からの相談者による転入者が多数あったことは、不登校児を対象とした教育相談が地域的に広い範囲で理解されてきている事実として受け止めている。

表5 地域別転入者数 (n=21)

項目	転入	未転入
郡山市内 (14人)	1人(7%)	13人(93%)
郡山市外 (7人)	4人(57%)	3人(43%)

次に注目したいのが学年別である。小学校の児童の場合、高学年に集中する傾向があるが、試験登校を続けても休止するケースが多く前年度は転入児童が0人であった(表3)。本人や保護者から話を聞くと「まだ小学生だし…」や「そのうち学校に行けるようになるのでは…」という声が聞かれ「学校に行けない」という事実を重視する一方で「いずれ行けるようになるのでは…」という回復の見通しに強く期待をもつ保護者の思いが大きな理由となっている。

不登校の相談者数21人(表1)の内、17人が中学生(1年3人、2年7人、3年7人)となっており、学年別では第2・3学年が大半を示す。相談の時期としては、3学年を中心に1学期に割合集中する傾向がある(図1)。3学年の生徒においては不登校であっても進学に対する関心は低いものではなく、むしろ学校に行けない状況にあったほうが進学に対して抱える問題や悩みは多いことが推測できる。

また、このような進学への意識を高くもつ学年が転入を目的として試験登校を希望するケースが多く(表6)、試験登校を実施した生徒10人(2年5人、3年5人)の内(表2)、5人(2年1人、3年4人)が割合安定した継続期間を経て転入に至る結果となっている(表3)。

表 6 中学校学年別試験登校希望者数 (n=17)

項目	有	無
中学第1学年 (3人)	0人(0%)	3人(100%)
中学第2学年 (7人)	5人(71%)	2人(29%)
中学第3学年 (7人)	5人(71%)	2人(29%)

以上の状況を踏まえ、教育相談を一層効果的に推進し確かなものにしていくためには、学校としての体制の在り方を充実させていくことが求められる。

Ⅲ 郡山分校における教育相談システム

学校において校務分掌上どのような位置付けがされているかを見ると、郡山分校の場合、教育相談機能が教務部に係として位置するタイプの組織形態である。そして相談活動の推進者となるのが教育相談係である。教育相談というと、担当者みみの活動に任せがちになることが多いが、本校においては全ての教師がその教育活動にかかわる。すなわち、学校生活全般の中で生かされる機能である。教育相談の目的や方針、内容については全教師で確かめ、共通理解の上に立って実践できることを目指している。

1 教育相談の運営計画

教育相談の運営計画については以下の目的、方針、方法等で明確にしている。

(1) 目的

相談に訪れた児童生徒と保護者に対して、本校への入学、転入が望ましいかどうか判断する情報を提供し、希望がある場合は転入に向けての適切な試験登校を援助する。

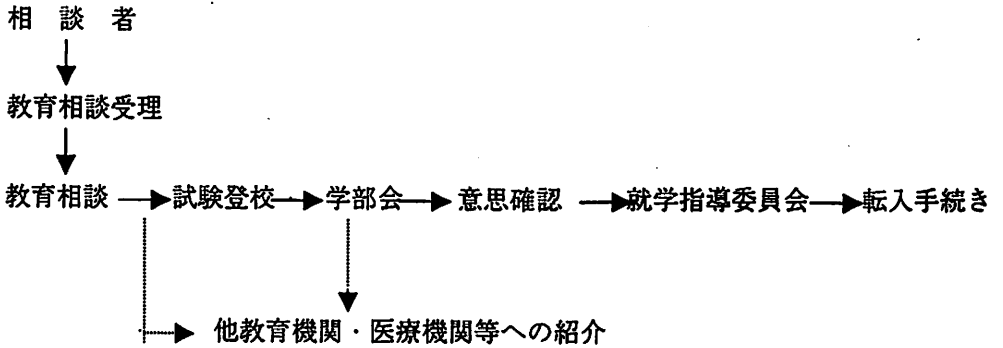
(2) 方針

- ① 受容的態度で接し、相談者の家庭環境や心身の障害の実態を把握することに努める。
- ② できるだけ本人や保護者の意向を聞き出し、それを尊重しながら相談を進める。
- ③ 本校の教育内容や特徴を理解してもらうようにする。
- ④ 必要に応じて各学部や当該学年と連携しながら相談を進める。

(3) 方法

- ① 教務主任と各学部の主任の2名が教育相談にあたる。
- ② 初回の相談の時に教育相談カードに記入してもらう。
- ③ 相談の状況や内容等を記録しておき、後の指導の参考にする。
- ④ 本人の様子を見ながら各学部と連携を図りながら試験登校をすすめる。
- ⑤ 本人や保護者の意思確認を受けて、本校への転入について就学指導委員会に諮る。
- ⑥ 本校への転入が適切と思われない場合は、他の教育機関等を紹介するようにする。

(4) 教育相談手順



2 教育相談の受託

実際に教育相談の受け入れがあった場合、具体的にどのような方法で対応にあたっているかについて述べる。

教育相談の対象となる相談者(児童生徒および保護者)については、これまで次に示す関係諸機関等から紹介を受けている。

- ① 福島県立医科大学の精神科医師から
- ② 市内病院の小児科医師から
- ③ 市外病院の臨床心理士から
- ④ 相談者在籍の小学校、中学校から
- ⑤ 県中教育事務所や市教育委員会から
- ⑥ 本校児童生徒の保護者や知人等から

相談者から、教育相談を受けたい旨の連絡が来た場合、どのように対応しているかであるが、学校として教育相談の日時は特に固定はしておらず、できるだけ相談者の希望に応えるようにしている。教育相談担当係は授業に支障がない限り対応可能な日程を組むことにしている。

なお、相談者から連絡を受けた場合、次のことを確認している。

- ①相談者の氏名、現籍校名、学年、性別について
- ②どこから紹介を受けたか
- ③相談の内容について
いつから学校に行っていないかなど
- ④来校する場合、だれと来るか、何で来るか
- ⑤相談者の連絡先について

教育相談当日、本人の体調の様子によっては日程を変更できること、無理な場合は保護者のみでもよいことも伝えるようにしている。

3 教育相談の対応内容

教育相談者と事前に打ち合わせをした日に対応するが、相談者によっては事前に連絡無しで来校するケースもある。その場合もできるだけ対応にあたるようにし、たとえ教育相談担当係が不在であっても、他の教師が上記の項目を確認し、後日本校より連絡することを伝えるようにしている。

教育相談の対応は可能な限り複数で(教育相談係2名)対応にあたっている。相談者からの情報を正確に把握し、教育相談係の意見を一致させた上でのちに学校全職員に相談状況を詳細に告げるためである。相談の初日には必ず保護者に「教育相談カード」に記入してもらい、学校の概要及び教育相談のシステムについて詳細に説明をする。不登校であっても視覚障害や知的障害の相談者もいることから、とくに教育課程の内容については保護者が理解しやすいように説明することが大切になる。

また、不登校と一口に言っても個々によって相談内容は異なり本人の実態も複雑化している。相手の状況に応じた相談の方法が必要になってくる。「相談」というと「話し合い」であるが、話し合いは話し合いでも何か問題を解決してやるという意味合いに捉えがちになりやすい。相談という言葉は、Counselingとして用いられるが、そのカウンセリングも、語源的には「～と共に考える」であることから、教育相談は「何かしてあげる」のではなく「いっしょに考える」という相談者と教育相談担当係との関係は「共にある」という共感しあえる関係でありたいと考える。よって担当係は、相談者の存在を認め、受容的態度で相手の意向を尊重しながら相談者が安心して自分の思いが話せる状況を整えるようにしたい。教育相談を数回に渡って進めながら、お互いに納得し合って共通の目標を見つけ出したものである。本校の場合、身近な目標の選択に「試験登校」があげられる。

4 試験登校の希望

教育相談の初日に試験登校の希望を伝えられる子や何日か後になって返事がある子、また全く試験登校を希望しない子などケースは様々である。ケースの中には希望とは別に試験登校に臨むのが明らかに困難な状況にある子も見られる。対応した例を次に示す。

例1 試験登校の可能性がある場合

本人の表情が比較的安定しており、質問にも受け答えができる、学習に意欲をもっている。

- ①学校概要、試験登校の流れを説明。
- ②担当者1名が本人に対しては学校を案内する。その際担当者は、本人の分校に対する関心度や様子も観察する。
- ③もう一人の担当者は、保護者から不登校の状況、家庭の様子、今後どうしたいか希望などを聞く。
- ④保護者、本人に試験登校日時を伝え、希望する場合は連絡をくれるよう伝える。

例2 保護者と密着して離れるのを嫌がっている場合

本人はしゃべらず、すべて保護者が質問に答えてしまう。

- ①学校概要、試験登校の内容を説明。
- ②本人が学校案内を好まない場合は、2人同席のまま保護者から相談内容を聞く。
- ③転入に向けての教育相談を受けたい場合、あるいは転入に向けての試験登校を希望したい場合は再度来校できることを伝える。

例3 あきらかに試験登校が困難と思われる場合

自分の意志ではなく周囲から来校を進められ、話を聞くのも苦痛になっている状態。

- ①保護者から相談内容を聞き、必要に応じ学校概要と試験登校の内容を説明する。
- ②転入に向けての教育相談を受けたい場合、あるいは転入に向けての試験登校を希望したい場合は再度来校できることを伝える。

5 試験登校の内容

教育相談を受け、本人の希望があれば後日より試しに登校を行う「試験登校」を実施している。試験登校は転入の前に実施され、そこで実際に何日かの試験登校の体験を通し、転入への本人の意思確認や学校側では就学への適正判断が行われる。不登校の児童生徒を対象にした試験登校のシステムについては地域ごとに各学校によって異なってくる。例えば、試験登校の対応期間について見てみると、神奈川県立秦野養護学校や栃木県宇都宮市立旭中学校情緒障害学級の場合、不登校のすべての教育相談者については中間機関となる市の教育研究所を通すことになっている。そのため相談者は教育相談システムを事前に理解することが可能となり、試験登校に向けても心の準備ができやすい状況になる。試験登校期間については、2校ともに約3週間設けてあり試験登校体験者のほとんどが転入に至っている。

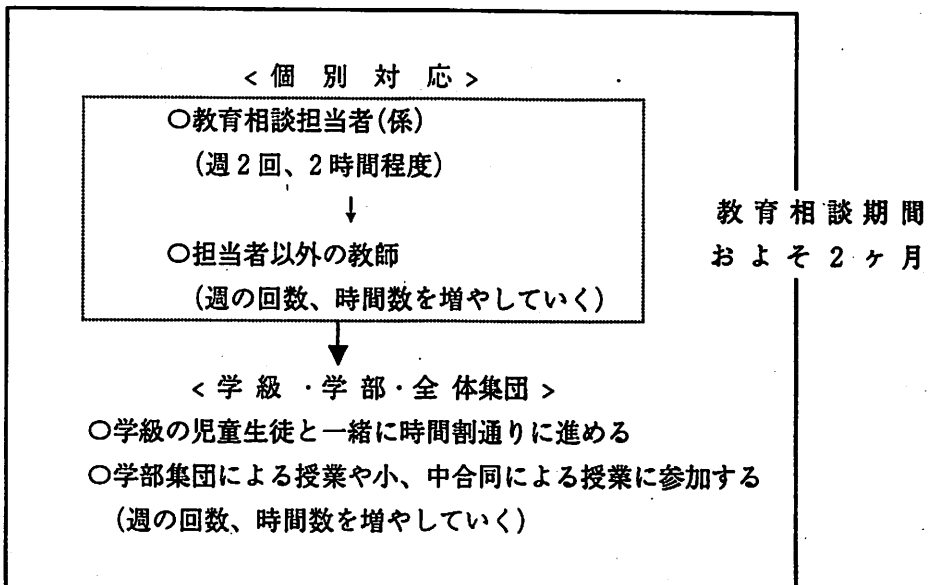
郡山分校の場合、学校、相談者、紹介者の三者の中間に入って調整してくれる適切な専門機関がない。表1に示したように医師や相談者の現籍校または保護者などから直接受けていることから、相談者の全員が学校に来て初めて本校の教育相談システムや試験登校の内容を知ることになる。試験登校の希望も相談者によってまちまちであり、試験登校を希望した全ての者が転入するというものではない(表3)。本人が転入することを自分で考え、納得した上で転入希望の意思を表出するまでの時間を確保してやること、また受け入れる本校としても登校の状況や集団活動の参加状況等を十分観察し、適応状態をみる理由から本校では試験登校の期間を約2ヶ月間設けている。

6 試験登校の方法

試験登校はあくまでも児童生徒本人の意思によるものであり、できれば郡山分校に転入することを目標にもちながらすすめている。

本人が試験登校を希望し保護者から試験登校を開始したい旨、連絡が入った場合には次のように進めている。

- ①最初は、全く学校に行っていなかったことによる精神面、肉体面の疲労等を考慮し、週2回2時間程度から始める。
- ②本人の様子を観察しながら、本人の希望を第1にして週ごとに予定を計画する。
- ③およそ2ヶ月で毎日2校時から来られるようになるよう無理のない計画を立てる。



- ④本校に転校するかどうか、試験登校の様子をみながら本人や保護者の意思を探っていく。また、不安がある場合はその不安がなくなるように対処する。
- ⑤およそ2ヶ月たったら、分校長の前で転入の意思を表明してもらい、転校手続きに入る。(ただし、本人の状態によっては試験登校の期間を延長する場合もある。)
- ⑥試験登校期間中、明らかに継続の意思がないと確認された場合や転入の目的意識が全くない場合は、2ヶ月を待たずに休止する。
- ⑦試験登校期間中は、現籍校の担任と定期的に連絡をとり情報交換を行う。また、必要に応じ精神科等に通院している場合は担当医から情報を収集する。
- ⑧児童生徒が試験登校を通し適切な就学指導がなされるよう、学校内で解決困難な問題が生じた場合は養護教育センターと連携を図りながら進めていく。
- ⑨教育相談者に関しては、各学部会で十分相談し協議していく。なお、試験登校の状況については合同学部会で全職員に報告する。

Ⅲ 実践の成果

このような不登校児を対象とした教育相談の取り組みの成果として、以下のような効果があったものとする。

- 教育相談を紹介者から直接受け入れ、相談日については可能な限り相談者の要望に応じてきたことから、相談者が来校しやすくなり、紹介者の受け入れ範囲に広がりがみられるようになった。
- 相談に応じることで多少なりとも児童生徒の緊張を和らげ、抱える悩みからの心理的ストレスを軽減させ、転入に至った生徒については気持ちの上でこれまでなかったゆとりを回復させることができた。一日でも早く救われる相談者が現実にいる事実を知ることができた。
- 教育相談の一環として実施された約2ヶ月に渡る試験登校は、相談者がゆとりをもって自分の生活を見つめ直し、抱えている問題を解決できるかを考え、自分の力で必要な目標を見出すことができた。相談者の思いを十分理解し慎重に手立てを講じる上でも2ヶ月という期間は適当であったと考える。
- 試験登校の対応については、教育相談担当者を中心に複数の教師がかかわることで相談者の状況を確認し合うことができ、教育相談の対応における支援体制の確立を図ることができた。
- 中学生の試験登校希望者数と転入に至るケースの割合が高い結果から、学校に行けない不登校児にとっての進路指導的な役割が教育相談を通じて支援することができたと考える。

Ⅳ 今後の課題

地域の実態や家庭の要請等により、児童生徒又は保護者に対して適切な教育相談を行うなど、養護学校が、地域における特殊教育に関する相談のセンターとしての幅広い役割を果たす必要があることから(盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領)、センター化の一つの在り方として、この実践を続けていきたいと考える。

そこで、今後の課題として次のようなことがあげられる。

- 教育相談の体制について、学校内の全ての教師が参加し協力し合うことが必要であることから、教師間の共通理解のもと組織的に対応していくことが望まれる。
- 教育相談者の理解と指導の効果を高めるため、保護者や現在籍校、医療機関等との連携を密にすることが一層重要である。
- 相談者の中には社会的な側面で発達理解が乏しい児童生徒が見られることから、個々の十分な行動観察と発達レベルに応じたかかわりが大切である。
- 教育相談のセンター化としての役割・機能を果たすための具体的な活動内容を明確に示す必要がある。

表 7 平成 10,11 年度における教育相談状況

項目	小学生	中学生	教育相談延べ件数
平成 10 年度 (n=23)	6 人	17 人	208 件
平成 11 年度 (n=27)	8 人	19 人	272 件

VI おわりに

本校が位置する郡山市内には平成 12 年度現在、小学校が 67 校(在学者数約 21,879 人)、中学校が 27 校(在学者数 12,086 人)ある。これらの小・中学校から、本校では毎年数校(小学校 7 校、中学校 8 校,2000)を対象に他校訪問を実施し、教育相談に関する情報提供を行っている。この取り組みの成果は、平成 10, 11 年度における教育相談者数及び延べ件数の状況(表 7)によって明らかとされ、教育相談の理解と啓発が良好に浸透されてきていることがわかる。相談件数の数値からも、本校にとって、改めて不登校児を対象とした教育相談が必要性のある重要な役割を担っていることが認識できる。

悩みと不安を抱き、行く手を探し求めている不登校児が勇気を振り絞ってようやく歩み出した第一歩が本校の教育相談でもあることから、教育相談者が心身ともに安心し、信頼感をもって臨むことができるような教育相談の在り方を今後も模索していきたい。

参考・引用文献

- 1) 福島県郡山市教育委員会 (2000) 学校基本調査。
- 2) 藤野 武, 北海道教育資料研究会編 (1986) 登校拒否に対応する教育相談. ぎょうせい.
- 3) 文部省 盲学校, 聾学校及び養護学校 教育要領・学習指導要領 (1999) .
- 4) 文部省 盲学校, 聾学校及び養護学校学習指導要領(平成 11 年 3 月)解説-総則編-(幼稚園部・小学部・高等部) (2000) .
- 5) 奥野晃正 (2000) 厚生省研究班全国アンケート調査. 心身症、神経症等の実態把握及び対策に関する研究. 教育医事新聞.
- 6) 佐藤晴雄・牧野禎男 (1996) 新教職課程シリーズ第 4 巻-生徒指導と教育相談-. エイデル研究所.
- 7) 武田鉄郎・原 仁 (2000) 不登校の経験をもつ慢性疾患(中学生)のストレス対処特性. 特殊教育学研究, 38(3), 1-10.
- 8) 玉井収介 (1980) 学校における登校拒否の教育相談. 教育出版.

京都市立桃陽養護学校

京都市立桃陽養護学校
統括部主事 山田英行

I. 学校概要

1. 沿革の概要

「桃陽」というのは、大正時代に回遊式の日本庭園のある「桃陽園」という貸別荘が、この地にあったことに由来する。夏目漱石が、大正4年3月21日(日)「桃陽園」に来て泊まり翌22日(月)に園主に会ったことなどを日記に記している。学校の南側の「まなびの森」がその庭園の跡で、石橋や泉の跡などの遺跡が残っている。

- 昭和27年 小児結核保養所
京都市桃陽学園として開設
- 昭和35年 桃陽学園より教室を分離
新校舎(木造)完成
- 昭和47年 国立京都病院に教室を開設
(現在の国立病院分教室)
- 昭和54年 京都市立桃陽養護学校として
独立開校、新校舎完成
訪問教育発足
- 昭和57年 京都市桃陽学園から
京都市桃陽病院へ新病棟完成
- 平成8年 京大病院分教室を開設
(それまでは訪問教育)
- 平成11年 独立開校20周年記念事業
『願の像』除幕
- 平成12年 京大病院分教室を新病棟の
完成とともに移転・拡充

2. 教育部門 — 4部門(小・中の2学部)

[本校] [訪問教育]
[京大病院分教室] [国立病院分教室]

桃陽養護学校は、病気により入院や療養が必要な子どもに教育を行っている「病弱養護学校」である。京都市内はもとより京都府下および他府県など、全国の小学生・中学生で京都市内の病院に入院している子どもたちを受け入れている。

[本校小・中学部]は、おおよそ50~60名程度の子どもが常時入院している。最近の年間のべ在籍数は、ほぼ100名程度である。

[訪問教育]の指導は、1回120分3単位時間、週3回(週9単位時間)の個別授業を基本に行っている。中学部は、文系の教員と理系の教員とで指導を行っている。

[京大病院分教室] [国立病院分教室]では分教室で教科指導を中心に行っている。しかし、病状等に合わせて、病室での個別指導を行う必要のある児童生徒が増加してきている。

京大病院分教室は、平成8年度に、訪問教育から分教室に切り換え設置した。京大病院からは、分教室での教育は、病気と前向きに向き合う力や生きる意欲につながり、子どもたちの治療にもよい影響を及ぼしているとの評価を得ている。

教育部門	学部	桃陽養護学校と提携している病院
本校	小・中学部	・京都市桃陽病院 【学校と病院が隣接】
国立病院分教室	小・中学部	・国立京都病院 【病院の別棟に分教室】
京大病院分教室	小・中学部	・京都大学医学部附属病院 【病院内に分教室】
訪問教育	小・中学部	・京都府立医科大学附属病院 【主にベッドサイド】 ・京都大学医学部附属病院【精神科・神経科】 その他も含め、14の公立・私立病院

3. 児童生徒在籍数

最近の児童生徒年間のべ在籍数は約200名程度で、転出入は、合計で年間約300名近くある。全国的には、多くの病弱養護学校の児童生徒数は年々減少傾向にあるが、桃陽養護学校では、分教室や訪問教育の充実を図り増加傾向にある。特に、訪問教育で。

学校全体の児童生徒数は、のべ人数で10年前のほぼ2倍になっている。

4. 病気の種類

[本校小・中学部]では、気管支喘息やアトピー性皮膚炎、肥満症などの慢性疾患の多い傾向は続いているが、病気の種類は多岐にわたっている。

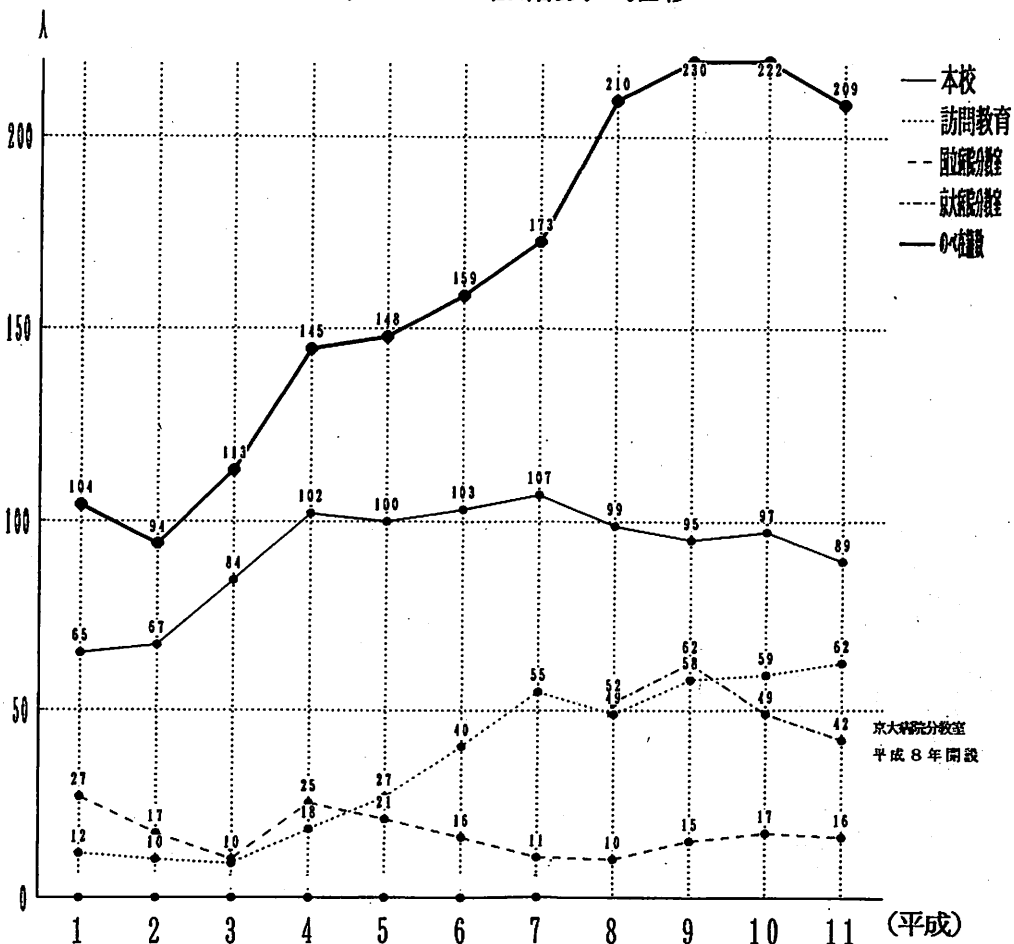
また、最近の傾向としては心身症・神経症、

つまり「身体の症状を主とするが、その原因に心理的なものがあり、治療（および教育）のためには心理的因子についての配慮をしなければならない」ケースが増えてきている。

また、拒食症などの食に関するものも増加傾向がある。それらの多くは、不登校傾向を伴っている場合が多い。

[訪問教育]や[京大病院分教室]では白血病などの病気や悪性腫瘍、胆道閉鎖症など難病の児童生徒が増加し、移植手術や高度な医療を受けている。それとともに、骨髄移植や化学療法による免疫力低下により安静の必要な児童生徒や、ターミナル期を迎えている児童生徒も増えてきている。ターミナル期における教育が一つの課題となっている。

児童生徒ののべ在籍数の推移



5. 前籍校で不登校・不登校傾向の児童生徒
特に、[本校中学部]では、前籍校で不登校および不登校傾向のある子の増加が顕著になってきている。対人不安や強迫観念のある心身症や神経症の児童生徒、肥満、喘息、アトピー性皮膚炎などの児童生徒に見られ、中学部全体の約7割以上に達している。

また、[訪問教育中学部]でも不登校の生徒が増加する傾向がある。本校小学部では児童の2～3割程度であるが、[本校小学部]でもその傾向が強くなってきている。

桃陽養護学校に転入学してきた子どものほとんどは、授業に入れない場合でも、多くは学校へ登校して来る。しかし、それぞれの子どもたちに、自己認知や自己評価、自己表現力、人間関係などの心理的課題があり、子ども自身の成長にも眼を向けた新たな対応や支援が求められている。

そこで、[本校]では、そうした課題の児童生徒に対応する「リラックスルーム」担当者を中心とした取組を進めている。

また、[本校小学部]でも同様に不登校の児童の増加傾向が見られる。

6. 医療と教育の連携 [本校]

桃陽養護学校と桃陽病院とは、お互いの組織や役割を尊重し、理解と協力のもとに連携を図っている。

学校と病院は、お互いにそれぞれの得意分野でそれぞれを支え合うことを基本に、子どもたちの療育と教育にあたっている。よりよい連携は、お互いに必要とする部分を、お互いのノウハウや組織の人材を生かして、信頼と互惠の精神で、協力を具体的に進めることから生まれると考えている。

(1) 学校→病院への支援・協力

○夜間学習会を、各部教員2名で、病院で実施

(小学部週1回、中学部週2回)

○院内での生活指導上の問題の解決への協力(生徒指導部を中心に)

○生活指導にかかわる病院内巡視(特に、準夜勤、深夜勤の時間帯)

(2) 病院→学校への支援・協力

○校外行事への医師・看護婦の付添い

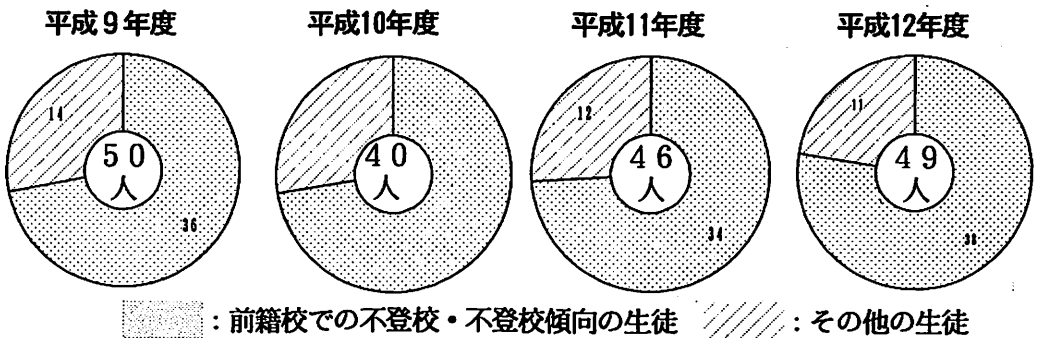
○夏季生徒指導合同研修

○学校訪問への医師の参加

前籍校での不登校および不登校傾向の年度別人数の推移 [本校中学部]

		年度	6	7	8	9	10	11	12
本校 中学部	のべ生徒数		53	55	52	50	40	46	49
	不登校傾向(人)		33	35	28	36	29	34	38
	" 割合(%)		62.3	63.6	53.8	72.0	72.5	73.9	77.5

平成13年3月1日現在



(3) その他

○マスコミ等の取材等の問い合わせなどには、病院・学校が協調して、迅速かつ積極的な対応をする。

II. 学校巡回訪問—病院との連携を深めて

1. 「来ていただく教育相談」から

「出かけて行く教育相談／支援」へ

社会の変化とともに、肥満は大人だけでなく、子どもの世界にも大きな影を落としてきている。また、喘息やアトピー性皮膚炎などのアレルギー疾患なども増加の傾向にあり、学校での指導課題、配慮すべき課題となってきている。加えて、家族や地域での人間関係の希薄さ、様々な体験や集団生活の経験不足などにより、神経症や心身症をあわせもち、不登校の状態に陥るケースなども多くみられる。

学校では、校長、教頭、養護教諭を中心に実態を把握し、様々な取り組みが展開されている。けれども、肥満症や喘息などの病気についての認識の違いや、不登校の一部には心身症・神経症などの病気の児童生徒がいるという認識がない場合などがある。そうした肥満や喘息や不登校などについての学校の理解や認識の違いにより、各学校における教育相談や支援・対応のあり方に様々相違がある。

学校によっては、情報が不十分で保健室や学校で困惑しているケースもあり、具体的な取り組みや対応などについて相談したいという潜在的なニーズがある。

そこで、学校巡回訪問を、病弱養護学校や病院についての情報提供や概要説明などにとどめるのではなく、「来ていただく教育相談」から「出かけて行く教育相談」「出かけて行く支援」として学校巡回訪問を位置付け、開かれた学校としての「地域の病弱教育のセンターとしての役割」を、積極的な教育相談を、展開することで、病弱養護学校と病院が果たして行こうとするものである。

2. 学校巡回訪問の現状

京都市内の小中学校を中心に校長（教頭）養護教諭等を対象として、部主事（管理職）等と桃陽病院の医師等が平成5年度より行っている。これまでの主たる内容は、

①病弱養護学校および桃陽病院（子どもの病院）等についての概要説明

②各学校の児童生徒についての相談など

年度	小学校	中学校	児相等	その他	合計
H8	15	0			15
H9	19	9			28
H10	29	42			71
H11	39	1			40
H12	50	27	5	9	91

※ 時間は、1校30～40分程度

※ 主に、午前に2～3校を巡回

※ のべ訪問数は、317（8年間）

3. 学校巡回訪問の改善

今までの学校巡回訪問で、各学校においても病弱教育にかかわる課題が様々顕在化していることがわかってきた。しかし、それらを単に「各学校の課題」であるとして見るのではなく、「病弱養護学校としても積極的に支援していくべき課題」としてとらえることが必要であり、病弱養護学校のこれまで蓄積してきた専門性を生かして、支援を模索する必要があると考える。

つまり、病弱養護学校が、より積極的な学校としてのあり方として、市民の信頼に応え家庭や地域と連携・協力して一体となって子どもの健やかな成長を図っていくためにも、情報提供を中心とした病弱養護学校の理解推進を図る学校巡回訪問から、より積極的な姿勢への訪問へと転換を図らなければならない。

(1) 教育相談としての学校巡回訪問

・概要説明の理解推進を中心とした学校巡回訪問から、各学校の「教育相談」の支援を中心とした学校巡回訪問へ

(2) 保護者も含む教育相談の実施

・学校巡回訪問で、当該学校の校長の判

断のもと、校長および教頭同席で、保護者も含めた「教育相談」も行う。

(3) 退学した児童生徒のアフターケア

・退学した児童生徒のアフターケアとして、学校へのフォローを行う。特に、各学校から様々な経過を経て入院入学してきているケースの場合、本来校への報告などが重要である。

(4) 病院スクール参加者のフォローアップ

・病院の肥満スクールや喘息スクールの参加者の学校へ、学校への支援として報告をする。

4. 病院との連携の改善

(1) 学校巡回訪問する医師の参加の拡大

・これまで、主として病院長と学校巡回訪問を行ってきた。12年度からは、より積極的に、病院の理解のもと他の医師の学校訪問への参加協力を得ることができた。

・医師と教育現場の校長・教頭・養護教諭とのつながりの深まりも期待できる。

(2) 主治医との学校巡回訪問

・さらに、児童生徒の本来校（前籍校）へは可能な限り、児童生徒の主治医と訪問することとした

・主治医との学校巡回訪問は、児童生徒の本来校（前籍校）への復帰やその後の学校生活にかかわって、今後、充実させたいと考えている。

学校巡回訪問に参加する医師		合計
H10年	院長	1名
H11年	院長・医師A	2名
H12年	院長・医師A・医師B	3名

学校訪問の当日は、医師1名と訪問

5. 訪問対象の拡大

相談内容や児童生徒の実態により、必要な場合には、学校以外の相談機関や福祉関係の機関などへも訪問を行うこととした。

具体的には、児童相談所（児童福祉センター）、子ども支援センター、福祉事務所など。

医療費の援助にかかわる福祉制度など、「桃陽」が具体的な内容まで福祉事務所に問い合わせ、ソーシャルケースワーカーへの連絡を取る。そうした入院にかかわる福祉情報の提供など、各学校のニーズに応え具体的に支援を図って行く（紹介から提供へ）。

6. 「待っている学校」から

「積極的にニーズに応えていく学校」へ入院療養しながら教育を受けられる病弱教育についての理解推進を図り、今後を展望する時、病弱養護学校は、「地域に開かれた学校」として、社会のニーズを敏感に把握し、病弱教育の環境や条件を整え、自ら進んで「待っている学校」ではなく「積極的にニーズに応えていく学校」とならなければならない。

その一つの方策として、学校現場に学びながら、「病弱教育のセンター」として、学校巡回訪問（教育相談・支援）の改善を図る。その他の課題についても、そうした観点から地道な改善を行い、今後も取り組みを進めていく。

III. リラックスルームの取組

1. 設置の趣旨

[本校]に転入学してくる児童生徒の中に、情緒的もしくは心理的な要因によって学級に入ることが困難な子どもや、学級の一員として集団との関わりや活動が苦手な子ども等、従来の教育課程による学校生活への適応が十分にできない児童生徒がいる。そのような児童生徒には個別の対応が必要であり、受容的な関わりや共感的な対応において、“人間関係における信頼関係の回復の場” “過度に人に気遣うことなく安全で安心できる場” “ゆったりとした温かい雰囲気、休息やホッとできる居場所”として、平成8年度に設置したのがリラックスルーム（システム名：以下RR）である。

リラックスルームは、そのような心の居場

所としての意義とともに、リラックス担当者（以下、R担当者）が児童生徒の抱える問題の解決や対人関係及び集団生活等の改善に向け、各学級担任と連携し、個に焦点を当てて行う“個に応じた教育活動”全般に亘るコントロールセンターとして機能（リラックス対応：以下、R対応）するものである。

また、今後様々の困難な問題を抱えた児童生徒に対応する教育の充実に向けて、リラックスルームにおける児童生徒への対応及び手立てを通して得た臨床的実践の蓄積及びその成果を、桃陽の教育全般に還元し生かしていくことが求められるものである。

2. 基本方針

児童生徒に対するR担当者の基本的な関わり（R対応）は、

- ① “個に応じ、個への対応”を基盤にして、
- ② “共感的理解”に基づき、サポーター的（支援者的）関係を基調に、
- ③ 個々の困難な状況に対して、個に応じた指導計画を作成し、
- ④ 自己への気づきを促し、“生きる力”を育み、人間関係の広がりを図る。

ことを目指し取り組むものである。

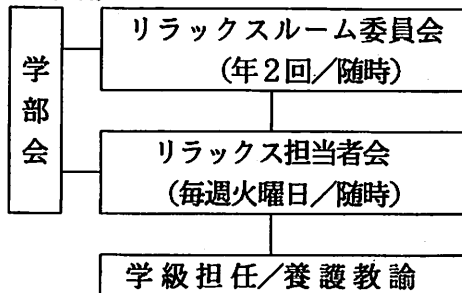
また、児童生徒への対応及び手立てにおいては、

- ① 転入学してきた児童生徒が学級集団に入れるまでのコンダクター的
- ② 児童生徒の的確な実態把握と情報の収集をおこなうデータバンク的
- ③ 児童生徒の指導上の配慮事項に関する各担任へのアドバイザー的
- ④ 児童生徒の家庭や前籍校、病院や校内の各部や各分掌とを繋ぐアシスタント的
- ⑤ 不調をきたしている児童生徒の個に対応し、情緒の安定を図るカウンセラー的
- ⑥ 不調をきたしている児童生徒の個に応じた日課を編成するケースワーカー的

な、多岐にわたる取り組みが求められるものである。

それゆえに、担任や各学部、保健室（部）生徒指導部等とは密接に連携を図りながら「支援体制」を組み、取り組みの検討や改善を行うことが大切である。特に、医療機関との緊密な連携や、保護者との連携を図っていくことは重要である。

3. 組織



- 『リラックスルーム委員会』：
- ・リラックスルームの基本的あり方等の検討
 - ・リラックスルーム運営上の諸課題等の調整
- 『リラックス担当者会』：
- ・リラックスルーム運営上の諸課題検討
 - ・実践研究

4. 取組の内容（学級担任との連携内容）

（1）個に応じた指導

本校に入学してくる児童生徒の多くは、前籍校において不登校や不登校傾向を伴ってきた児童生徒である。中には、前籍校での状態がすぐには改善されず集団活動や学習に馴染めない児童生徒もいるが、ほとんどの児童生徒は心理的な問題を抱えつつも学校生活に適應している。しかし、適應しているとは言え内的・外的問題が未解決のままの状況では時として情緒的な混乱や不安、対人関係の些細なもつれなどから不定愁訴を生じ、集団活動や学習に不適應をきたしてしまうことがある。このように集団や学習に不適應をおこしている児童生徒への対応は、個人の内的問題

の解決に向けて、指導者と1対1の活動や小さな集団での活動が必要となる場合がある。そのため、個々の状況に応じた指導計画を作成し、児童生徒を支援していくことが必要である。

(2) 実態把握

①転入学してきた児童生徒の実態把握

〈半日～1日：(診断的評価)〉

②必要に応じて諸検査の実施

(3) 各学部・各分掌等との連携

①取り組みの共通理解と支援体制づくりを行う。

②日常の連携とともに、それぞれの立場からの意見を交換し情報の共有化や共通理解を図り、取り組みの検討や改善を行う。

(4) 医療機関及び保護者との連携

病状および治療方針・病棟生活での状況や、学校での対応等について、桃陽病院スタッフとの連携を図る。また、家族との面談や家庭訪問等、保護者との連携について具体的な方策を蓄積する。

(5) 実態把握や指導に関わって

◆「児童生徒の状態」の見極め

①段階：常に学級集団を活動場所とする児童生徒

②段階：学習内容や集団の状況によって活動場所を選ぶ児童生徒

③段階：常時、多目的室や保健室等を活動場所とする児童生徒

④段階：多目的室や2Fリラックスルーム及び他の安心できる場所で、個別の対応を必要とする児童生徒

⑤段階：病院から登校できない児童生徒、登校禁止(医師の指示による)の児童生徒

◆学習に対する不適応状態

◇心理的レベル(心理的要因による不適応)

- ・精神的疲れにより学習意欲の低下を生じている者

ている者

- ・学習に関することに拒否反応を生じている者

- ・他者との関わりに拒否反応や不適応を生じている者

- ・情緒の不安が強く学習どころではない者

- ・その他の状態(行動化・退行行動・無関心を装う等)

◇社会的レベル(社会的要因による不適応)

- ・倦怠学傾向による者

- ・学習習慣の未熟による者

- ・学習の遅れや失敗への劣等感による者

- ・不得意教科への学習拒否(困難からの逃避・甘え)による者

◇身体的レベル(医学的要因による学習制限)

- ・身体的要因により学習時間の制限による者

- ・身体的・精神的要因により登校の制限(禁止等)による者

◆指導課題

1) 心理的安定を図る。

2) ストレスの解消を図る。

3) 規則正しい生活習慣・生活リズムの確立を図る。

4) 興味・関心を引き出し生活目標や学習意欲の向上を図る。

5) 他者との関わりを図る。〈二者関係⇄三者関係⇄友人関係づくり〉

6) 基礎学力を養い、学習意欲・学習習慣の向上を図る。

7) 自信(学習・活動・人間関係等)を付け、自己肯定感の向上を図る。

8) 対人関係の改善を図る。

9) 集団への参加(学級活動・行事等)を促し、集団への適応を図る。

10) 自主性を養い、自己課題に取り組む力の向上を図る。

※参考資料

訪問教育の提携病院と訪問実施病院

○訪問教育を実施した病院

訪問教育対象病院名	元	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 京都市立病院	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○
2 京都府立医科大学附属病院		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3 京都大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
4 京都第二赤十字病院	○	○				○	○	○	○	○	○	○
5 (医) 洛和会音羽病院				○	○	○	○		○	○	○	○
6 (福) 京都桂病院						○		○	○	○	○	○
7 京都第一赤十字病院								○	○	○	○	○
8 (医) 医仁会武田総合病院								○	○			
9 京都市身体障害者リハビリテーション									○			
10 西京都病院			○						○	○		
11 船橋日本バプテスト病院										○		
12 社会保険京都病院										○		
13 (社) 船橋船橋中央病院											○	
14 六地藏総合病院								○				
15 京都胸部疾患研究所附属病院								○		-	-	-

* 京都大学胸部疾患研究所附属病院は、平成10年4月京都大学医学部附属病院へ統合

児童生徒の主たる病気の種類 [平成12年度]

[本校] 肥満症 糖尿病 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 心身症 摂食障害 不安神経症
自律神経失調症 強迫神経症 心因性嘔吐症 起立性調節障害 IgA腎症

[訪問教育] 糖尿病 拒食症 心身症 ネフローゼ 急性腎炎 紫斑性腎炎 慢性糸球体腎炎
アレルギー性紫斑病 再生不良性貧血 横紋筋肉腫 骨肉腫 急性骨髄性白血病
急性リンパ性白血病 神経芽細胞腫 悪性リンパ腫 先天性胆道拡張症
ベーチェット病 etc

[京大病院分教室] 短腸症候群 胆管形成不全 総胆管拡張症 肝硬変 再生不良性貧血
原発性免疫不全 骨肉腫 横紋筋肉腫 髄骨髄性白血病 小脳腫瘍脳腫瘍
悪性リンパ腫 骨腫瘍 ウイルソン病 先天性胆道閉鎖症 etc

[国立病院分教室] 肥満症 糖尿病 バセドウ病 気管支喘息 拒食症 慢性腎炎 再生不良性貧血
骨肉腫 慢性骨髄性白血病 全身性エリトマトーデス 若年性リウマチ etc

【学校案内】 日本全国どこからでも入れる学校： 京都市立桃陽^{とうよう}養護学校（病弱養護）
京都市内の病院に入院した場合、療養しながら教育を受けられます。

◎学校・病院の見学・相談をご希望の方は、学校へ連絡を

○連絡先 ☎075-641-2634 FAX075-641-2648

○ホームページ <http://www.edu.city.kyoto.jp/hp/toyo-y>

○Eメール toyo-y@edu.city.kyoto.jp

日本育療学会会則

一. 名称

本学会は「日本育療学会」と称する。

二. 目的

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

三. 事業

本学会の目的を達成するために次の事業を行う。

(一) 研究の推進

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

(二) 研究・研修会の開催

1. 研究会
2. 研修会
3. 海外研修会

(三) 学会誌等の刊行

1. 学会誌
2. その他必要な資料

(四) 情報・資料の収集・活用

(五) 顕彰の実施

(六) その他、本学会にとって必要な事項

四. 組織

(一) 会員

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

(二) 役員等

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

5. 顧問 若干名

6. 役員及び顧問は理事会において決定し、総会に報告する。

7. 役員及び顧問の任期は2年とする。但し再任を妨げない。

(三) 理事会・委員会

1. 理事会

会長、副会長、理事をもって構成し、本学会の重要事項を決定する。

2. 委員会

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

(四) 事務局

1. 本学会に、事業を執行するための事務局を置く。

2. 事務局の所在地

〒194 東京都町田市森野1-39-15

五. 会計

本学会の会計は年会費、賛助会費、寄付金及びその他の収入をもって当てる。

(一) 会費

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

(二) 会計年度

毎年4月1日から翌年の3月31日までとする。

六. その他

(一) 事業開始日

本学会の事業は、平成6年5月29日から開始する。

編集後記

◆前号に引き続いてもう一度“被虐待”を特集として採り上げました。この問題は今年になって急激に社会の表に現れてきました。「児童虐待の防止等に関する法律」が昨年11月に施行されたからということもありますが、隠れていた部分が現れ、人々の関心と呼び覚ましたと言うことでもあるかと思えます。

◆だからといって、日本の社会に人権意識が非常に高まったということではないようです。“人権や人の命”が大切だという認識がまだ口で言われるほどには浸透していないことは、毎日のように報じられる現実の事件を考えれば分かります。鍵はこれからの教育にあるのでしょうか。

◆校正原稿をお寄せいただいた先生方が、それぞれの症例を通して個人情報に関する細心の配慮をされ、大変ご苦勞をおかけしました。改めて虐待の問題の根の深さと、背後にある複雑さを感じさせられました。

◆それらの問題は稲本先生の児童養護施設では一層際立っていて、制度の矛盾も感じさせられました。そこで生活する子ども達への支援を社会に広く訴えることを、皆が推めていく必要があると痛感しました。

◆岡田先生には昨年の研究会の時から、ご協力を快諾して戴きまして心からお礼申し上げます。更に校正段階ではお忙しいところ“小児生活習慣病”を分かりやすく纏め下さいました。誠に有り難うございました。

◆須賀川養護学校郡山分校の佐藤先生から“養護学校での教育相談の実践”を報告して頂きました。年々増加している不登校児への支援の様子がよく分かります。しかも限られた職員数での組織的な活動は、今後の課題も多い中で期待されます。特に、地域や家庭の要請をどう満たしていくかは、これからの養護学校の存在を左右することとして注目されます。

◆その養護学校の機能を医療との連携を強力に保ちながら進めて行っているのが、今回ご紹介する京都市の桃陽養護学校です。ここでも教育相談に重きを置いています。画期的なこととして「来ていただく教育相談」から「出かけて行く教育相談／支援」へという学校巡回訪問でしょう。地域の各学校や家庭へ働きかける「病弱教育のセンターとしての役割」を積極的に展開することは今後の病弱教育の使命かも知れません。

『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13年7月31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

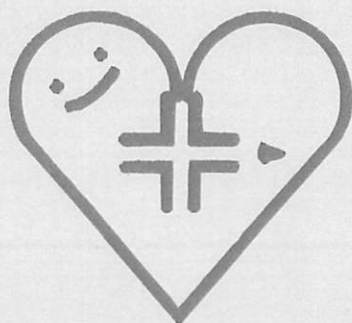
町田市森野1-39-15

☎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**