

育療

47

2010.3

特集

- 入院している子どものための教育と医療の連携
—あるべき姿と実践活動— …………… 濱中 喜代 …… 1

総論

- 教育・医療の連携に期待するもの
—それは教育が変わること— …………… 西牧 謙吾 …… 2
- 『連携』の概念と実現への条件 …………… 奥野 英子 …… 6
- 病院における教育と医療の連携のあり方 …………… 谷川 弘治 …… 11

実践活動

- 訪問学級における医療と教育の連携 …………… 赫多久美子 …… 17
- 教師の立場で果たすべき役割
—特別支援学校における実践をとおして— …………… 狩野 和哉 …… 21
- 保育士の立場から …………… 上倉 郁絵 …… 25
- 病気の子どものための教育と医療の連携
—実践報告と今後の課題— …………… 井上由紀子 …… 30
- 学校と病院のパイプ役として …………… 野地由樹子 …… 35

原著

- 死を捉える学問的視座 …………… 近藤 (有田) 恵 …… 40

編集後記

特集

入院している子どものための教育と医療の連携

—あるべき姿と実践活動

濱中 喜代（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）

日本育療学会の育療は「子どもの心身の健康問題を考える学会誌」として発行されており、これまで、さまざまなテーマで特集号が組まれてきた。今回は、本学会において重要かつ永遠の課題である「教育と医療の連携」を特集のテーマにした。実際に病院のベッドサイド、院内学級や特別支援学校などさまざまな場で健康問題をもちながら教育を受けている子どもたちに対して、教育者側と医療者側でどのような連携を進めていくべきか。あるべき姿はどのようなものなのかについて、また実践活動としてどのようなことが行われているのかについて、本号で少しでも明確にできればと企画した。

今回は普段看護師教育に携わる者として日常的に遭遇し課題が多いと感じている入院している子どものための連携について焦点を当てて考えてみたい。病気の治療を受けながら、子どもとしての発達課題を達成しつつ、教育を受ける子どもたちに、教育・医療それぞれの立場から家族も含めてどのように連携・支援していくべきか考えたい。退院時支援や退院後の支援については連携が特に重要なことであり、丁寧に表現していただくように努めた。

構成は次のようである。最初に「教育・医療の連携に期待するもの」として、本学会の理事長である西牧謙吾先生に執筆をお願いした。たいへん読みやすい表現でありながら、歴史的な背景からはじまり、今後の課題を含む、きわめて今日的な提言をも示した内容の濃いものになっている。

次に日本リハビリテーション連携科学学会副理

事長の奥野英子先生に「『連携』の考え方について」解説をお願いした。連携の概念についての解説はもとより、連携を実現するための条件整備について、たいへん説得力のある示唆に富んだ内容となっている。

総論の最後に「病院における教育と医療の連携のあり方」について、西南女学院大学保健福祉学部の谷川弘治先生に執筆をお願いした。これまでの先生の院内学級等の研究・実践活動をもとに、具体的・実践的に連携のあり方や方法について、詳しくお示しいただいた。

上記の3人先生の総論に続いて、後半は実践活動をご報告いただいた。まず、実際に訪問教育を担っている城南特別支援学校の赫多久美子先生と宮城県立西多賀支援学校の狩野和哉先生に、教師の立場から実践活動をご報告頂いた。次に保育士の立場から東京慈恵医科大学付属病院の上倉郁子先生に、続いて医療従事者として支援している看護師の立場から、東北大学病院看護部の井上由紀子先生に実践活動をご報告頂いた。最後に病院と特別支援学校をつないでいる養護教諭の立場から、岩槻特別支援学校の野地由樹子先生に実践活動について報告をいただいた。それぞれの日々の実践活動の報告から、読者が示唆に富む確かな実践知を見出すことは必然であろう。

日本育療学会の会員の皆様、読者の方々とともに、入院している子どものための教育と医療の連携について、今後の課題や方向性が明らかにすることができれば幸いである。

総論 1

教育・医療の連携に期待するもの

—それは教育が変わること—

西牧 謙吾（日本育療学会理事長）

1. 病気の子どもの教育の必要性 ～歴史的視座から～

病気の子どもの教育の必要性が、日本で医療者や教育者の間で意識し始められたのはいつ頃だろうか。日本の病弱教育の始まりは、日本病弱教育史¹⁾によれば、明治23年三重尋常師範学校の記録が始まりであると記述されている。病気は脚気であったが、その記述には医療者の姿が見えてこない。

日本に今日的な意味で、病気や障害のある子どもたちに教育を保障しようとする試みは、医師を中心とした海外留学生が持ち帰った「治療教育」という概念の導入を待たねばならなかった²⁾。その導入過程で重要な点は、彼らが持ち帰り、研究を進めた医学・心理学を基礎にした児童理解が、日本の学校教育や児童福祉制度の成立過程に大きな影響を及ぼしていたという点である。今日から振り返れば、少数の研究者や一施設での個人史や施設史の中でかろうじて語り継がれている程度のもものかもしれないが、個人のほとぼしる情熱と努力で、医療、福祉、教育、労働など、障害のある児・者に必要とする機能を自前で揃えることができた時代であったといえる。（例えば、三田谷治療教育院^{1, 2)}）。そこには、特別支援教育下での連携の有り様の本質を考える上で多くの示唆を与えてくれるモデルが詰まっている。今日的な連携議論を進めるときに、政府の方針や専門家の研究成果から話が始まることが多いが、歴史的視座を持ち、地域の実情を考慮して、日本独自の連携議論が進められることを期待したい。

日本育療学会活動の中で、歴史研究は大切に育てたい分野である。初代理事長である加藤安雄先

生による日本病弱教育史に始まり、育療会員による個別学校史を掘り起こした論文も育療に投稿されている。国立特別支援教育総合研究所病弱研究班（以下病弱班）でも、明治期から第2次大戦までの、学校衛生・公衆衛生制度史と地域の病弱教育歴史を俯瞰できる年表を作成している。個別分野の制度史からだけでは見えてこない医療、児童福祉、公衆衛生、学校衛生間のつながりが見える。興味のある方はご覧いただければ幸甚である³⁾。

2. 今、病気の子どもの教育現場で起こっていること

歴史を振り返り、今を見ると何が見えてくるだろうか。そこには、特別支援教育体制に変わってから、それまでとあまり変わらないこと（不易）と大きく様変わりしたこと（流行）が見えてくる。

不易の部分は、特別支援教育下でも、病弱教育が大きな議論の的になることは相変わらずなことである。特別支援学校（病弱）の多くは、様々な病気で不登校になった子ども達を、通学生として受け入れている。ある意味、引きこもらず学業を続けることを保障してくれる最後の砦なのである。しかし、特別支援学校（病弱）は県下で1校という県が多く、そのような特別なニーズのある子どもの一部にしか対応出来ていないのが現状である。その証拠に、病気で長期欠席している子どもの数は依然減少傾向に転じず、病弱のみを対応障害種としている特別支援学校在籍者数は、病気で長期欠席している子どもの数に一向に近づかないのである。

特別支援教育といえば発達障害ことと理解している小中学校の教員が多い。そもそも特殊教育は、

通常の学校では教育の保障が出来ない子ども達のために出来た教育制度である。特別支援教育に変わっても、通常の学校で対応出来る子どもの障害の「状態」には限界がある。今回の学習指導要領改訂で初めて、学習指導要領では精神性の病気、同解説編では精神疾患という言葉が取り上げられた。教育現場では、発達障害の2次障害として意識されることが多い状態が、実は境界性人格障害、気分障害、行為障害、統合失調症など、児童精神科領域の病気ではないかと疑う目を養うことが、教育現場でより適切な支援に結びつくのではないかと考えている。国立特別支援教育総合研究所で作成した「慢性疾患、心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある子どもの教育支援に関するガイドブック」の中で述べられている不登校の多軸診断という概念を是非参考にさせていただきたい⁴⁾。

流行の部分は、病弱を併せ有する複数の障害種に対応する特別支援学校の在籍者が大幅に増えていることである。この数年で、病弱単独で対応する特別支援学校はますます減少することが予想される。県によっては、病弱単独で対応する特別支援学校を無くしてしまった。特別支援学校(病弱)の在籍者が減少したというのが主な理由であるが、この影響は、県レベルで病気の子どもの教育に責任を負うものがなくなるという意味で重大な問題を孕んでいる。子どもの疾病構造の変化や医療の進歩により、移植等の高度医療を受けている子どもや医療的ケアを受けながら長期生存している子どもが出現し、治療のために県域を越えて移動する子どももあり、その子ども達の教育の保障には、専門的な判断が必要になるからである。

昔から、病弱教育では、子どもの心を大切にしてい、勉強を教えてきた。最近では、心理学の影響で、自己効力感や自己肯定感という言葉で説明されるが、本質的には今も昔も同じことを目指していたはずである。現在のように子どもの心が育ちにくい時代には、通常の教育でも、特別支援教育的発想が必要とされる。少し乱暴な物言いをすれば、小学生でも、経験不足により認知能力や社会性が小学1年生レベルに届かない子ども達が増えている、小学校でも「養護」の視点が必要な時代



になってしまったといえるのではないか。その意味で、現在病弱を対象とする特別支援学校のセンター的機能が発揮されることに期待がかかる。病弱との重複障害が、単に教員確保のための重複認定に利用されるのではなく、長期に療養が必要な病気のある子どもには、必ず心の課題を考慮に入れる必要があることを理解している特別支援学校が増えることを望む。その意味でも、病弱教育を担当する教員の責任は重いといえる⁵⁾。

また、教員養成面では、特別支援学校教諭免許を取得する全員が、病弱教育を学ぶことになった。全国的に見て病弱教育を熟知している教員養成大学の教員は少ないために、大学在学中によりこの分野の実践的な指導法等を学ぶ機会は少ないことが予想される。また、教育実習でも、病院との関連で許可が下りず、実習生を受け入れることができる特別支援学校(病弱)も少ない。まして、ボランティアで自ら進んで病院現場に入らない限り、いわゆる院内学級での実習は望めない。このような状況下にあつて、病弱教育の専門家の養成も喫緊の課題である。病弱教育の研究成果を発表

し合い、この分野の興隆に寄与すべく日本育療学会の果たす役割も大きいと考えている。

また、全国特別支援学校病弱教育校長会と病弱班とが協力して、支援冊子を作成している。これは、主に病院にある学校の教員にすぐに役立つポイントと病気の子どもの復学支援を目的に小中学校の先生方に病弱教育のエッセンスを知ってもらうというコンセプトで、現場教員に執筆をお願いしている。疾患編では、その分野の第1人者の医師に監修をお願いし、内容の信頼性を高めている。当事者団体にも内容の確認と会員への周知をお願いしている。どちらかというと教員よりも保護者、医療従事者の関心が高く、評価もいただいている。医教連携モデルとして、支援冊子プロジェクトをとらえることも可能である⁶⁾。

3. 医療の中の教育、教育の中の医療

病弱教育に携わる教員は、医療関係者に教育への理解を期待する傾向にある。そのような医療関係者も少なからず存在するし、実際、病院にある学校で働く教員と協働して動いてくれる医療関係者もいる。しかし、病気が治り退院が迫っているが、学校復帰にはもう少し時間がかかる子どもを担当して悩んでいる教員は多いはずである。また、病院内に特別支援学校高等部をつくることで入院期間が長くなることを心配する医療従事者もいると聞く。このように、大多数の教員は、医療との連携は難しいと考えているのではないだろうか。そもそも、なぜこのようなことが起こるのだろうか。医療や教育のそれぞれの総体から見た場合、医教が連携できる部分とは何なのだろうか。

医療は、病気を診断して予後を見通し治療を行うことが本分である。その意味では、治療に限界がある病気には、医療は無力である。この世の中から病気が無くならない以上、医療の理想は、病気の予防であり、その発想の根源は病気の原因の除去である。そのために、医学研究が進み、病気の原因や病態が解明され、治療法が開発される。

疾病構造が、貧しさを原因とする病気（感染症や栄養失調等）の比率が高い時代では、予防接種、栄養改善、過重労働の軽減など、個人の努力に依存しない方法、人の基本的欲求に合った健康教育、

経済成長による貧困の改善自体による病気の予防効果は絶大であった。戦後の日本は、公衆衛生の向上と低い医療費により、乳児死亡率の改善と高齢者の寿命延長を実現した健康モデル国家になった。

経済成長により世の中が豊かになると、疾病構造では豊かさを原因とする病気の比率が高くなる。現在の日本において高い有病率を持つ生活習慣病や環境の変化に起因する病気（アレルギーなど）には、個人の行動変容や社会政策で予防対策が行われている⁷⁾。ここで使われる手法は地域住民への健康教育や社会啓発という「教育」的な手法である。例えば、学校保健におけるヘルスマーションの取り組みをみれば、学校教育を通じて病気や健康に関する知識（例えば性感染症予防、喫煙、飲酒、薬物乱用防止）を身につけ、集団として健康的な行動変容を行う健康教育活動が行われている。これらは、学校教育の教科、領域、特別活動など、教育計画（教育課程と呼ばれる）の中に、医療の知識をどのように組み入れるかを、学校教育内部で検討することになる。その意味で、教育の中での医教連携であり、我々が病弱教育と学校保健との連携と呼ぶ部分に当たる。

では、治療に限界がある疾患には医療はどのように立ち向かうのだろうか。歴史的に見れば、治療教育に相当する部分である。最近、そのケアモデルが変わってきた。がんは、従来これ以上治療ができないという末期状態になってから緩和ケアに移行したが、WHOは2002年緩和ケアの定義の変更を行った。すなわち、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より、つまり診断を受けた時期から、痛みなどの身体的問題、心理社会的問題などのスピリチュアルな問題に関して、きちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防し対処することでQOL（生活の質）を改善していくためのアプローチであるとした。ホスピスケアとか緩和ケアが命の終わりを見すえた医療ではなく、病気によって起きている問題や起きてくる問題に対応する医療と考えているわけである。

病院にある学校で一番多い病気である小児がんの多くは治療可能になり、残された機能障害、再

発の不安や二次がんの不安に悩みながら長期生存する人が出てきた。新しい緩和ケアの定義から考えれば、入院中から小児がんの子どもが、どのような人生を生きるか、生きたいかを見通しをもって支援するケアシステムが求められるといえる。小児がんのトータルケアのあり方にも変化が求められる。チームの最高責任者（通常は医師）がリーダーで、その監督・指示で各専門職種が与えられた課題を解決、情報は記録で共有するMultidisciplinary care（多専門職種ケア）から、ケアのリーダーは、解決すべき課題により異なり、チーム内での話し合いを通じて情報交換、目標設定が行われるInterdisciplinary care（学際的ケア）への転換が期待される。しかし、これは医療の場だけの課題ではない。障害の重い希少疾患、重症心身障害児や進行性の神経筋疾患のある子どもの支援を視野に入れば、広く地域におけるケアシステムの構築まで考える必要がある。その地域ケアシステムの中では、医療の進歩（教育現場では医療的ケアと呼ぶ）に合わせて、教育の質が今まで以上に問われるのである⁸⁾。

4. 医教連携に必要な課題

さて、はじめの課題に戻ろう。なぜ医教の連携は難しいのか。Interdisciplinary careをする上で、教育的課題が最優先課題になったときに、教員がリーダーの責任を果たせるかどうかという教育側の問題と当事者のQOLの向上のために、医療チームが教育課題を最優先に考えられるかどうかという医療側の問題があると考えられる。

そのために今教育サイドがなすべきは、病弱教育の質の向上であろう。病弱教育は、特別支援教育の中で、その存在の意義を主張すべきである。そして、その上に、医療の進歩に負けないように教育の質の向上を目指すべきである。

参考文献

- 1) 全国病弱虚弱教育研究連盟編（1990）日本病弱教育史。
- 2) 岡田英己子, 津曲裕次（1985）ドイツHeilpädagogik研究の我が国への導入過程について, 心身障害学研究, 9（2）: 31-38.
- 3) 国立特別支援教育総合研究所（2008）課題別研究「我が国の病気の子どもの教育のあり方に関する研究」, 第7章 病弱教育の歴史研究, 109-148.
- 4) 国立特別支援教育総合研究所（2006）慢性疾患, 心身症, 情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある子どもの教育支援に関するガイドブック（H18.3）
http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/pub_b/b-200.html
- 5) 西牧謙吾, 滝川国芳（2009）小児のリハビリテーション総論；教育の現場から, 小児科診療41巻8号, 1365-1372.
- 6) 全国特別支援学校病弱教育校長会, 国立特別支援教育総合研究所（2008）病気の子どもの理解のために,
<http://www.nise.go.jp/portal/elearn/shiryuu/byoujyaku/supportbooklet.html>
- 7) トーマス・マキューン（酒井他訳）（1992）病気の起源, 朝倉書店, 東京.
- 8) 西牧謙吾（2006）「個別の教育支援計画」と「個別の支援計画」チームアプローチの必要性 -医療のダイナミズムに学ぶ-, 発達障害研究, 第28巻第5号, 353-362.
- 9) 厚生労働省（2008）平成18年障害児・者実態調査
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/shintai/06/index.html>

総論2

『連携』の概念と実現への条件

奥野 英子（筑波大学特任教授、日本リハビリテーション連携科学学会副理事長）

はじめに

最近、あらゆる分野で「連携」という用語が使われているが、わが国において「連携」という用語が頻繁に使われるようになったのは、いつ頃からであろうか。「日本リハビリテーション連携科学学会」が創設されたのは1999年3月であったが、当時は学会名に「連携」という用語が入ることについては、意外であるとの印象が学会内外ともに強かった。それでは、なぜ、「連携」というキーワードが学会名に入れられたのであろうか。

「リハビリテーション」は、様々な障害のある児童から高齢者まであらゆる年齢層の方々を対象とし、医学的リハビリテーション、教育リハビリテーション、社会リハビリテーション、職業リハビリテーション、リハビリテーション工学などの諸分野の連携によって総合的（包括的）にサービスが提供されなければならない。そのため、リハビリテーションは分野間、各種関係機関間、各種専門職間、専門職と利用者との間、障害のある市民と障害のない市民との間における連携がなければ、利用者の立場に立ったリハビリテーションサービスは提供できない、また、障害のある方々のQOL（生命の質、生活の質、人生の質）の高い生活を保障することができないからである。

しかし、「連携」はリハビリテーションばかりでなく、保健、医療、福祉、教育、雇用などの領域間でも非常に重要なキー概念である。本稿では、「リハビリテーション」や「保健・医療・福祉」等を例に挙げて、「連携」の概念と実現への条件をまとめたい。

1 わが国のリハビリテーションにおける「連携」

1942年に東京大学整形外科の教授であった高木

憲次先生が、東京に肢体不自由児施設「整肢療護園」を創立し、肢体不自由児に対して治療と教育（職業教育も含む）を行った。リハビリテーションに該当する内容を「療育」と称し、その概念は「肢体不自由児が人間らしく成長し、社会の一員となるためには、単に医療だけでは不十分であり、また教育だけでも不十分であり、その両者を統合した教育こそが必要である」との考えであった。高木先生はドイツの肢体不自由児施設「クリュッペルハイム」を視察し、これを範として、わが国に肢体不自由児のリハビリテーションを導入したのであるが、この高木先生の「療育」の概念には、すでに医学的リハ、社会リハ、教育リハ、職業リハを含む総合的なリハビリテーションの必要性が認識されていたことがわかる。

わが国において、総合的なリハビリテーションを推進するための国際会議としては、1965年に東京で「第3回汎太平洋リハビリテーション会議」、1988年に同じく東京で「第16回リハビリテーション世界会議」が開催された。その間の1977年に、リハビリテーション分野間の交流と連携を促進するために、リハビリテーションの様々な分野に従事している専門職により、「リハビリテーション交流セミナー」が毎年開催されるようになった。

国際障害者年の1981年には、国際障害者年の記念事業の一つとして東京で、「国際リハビリテーション交流セミナー」が大規模に開催された。さらに、リハビリテーション交流セミナーはその他の関連研究会等を統合する形で1987年に、「総合リハビリテーション研究大会」となり、その後、毎年、東京と地方で交互に開催され、2009年8月に埼玉県立大学において、第32回総合リハビリテーション研究大会が「リハビリテーションのいま・そして・交流」のテーマで開催された。

また、日本リハビリテーション連携科学学会の第11回大会は2010年3月20日、21日に九州保健福祉大学において「連携力の創造と社会資源の再構築—みんなが資源、みんなで支援—」のテーマで開催された。さらに第12回大会は滋賀県において、2011年3月12日、13日に「コミュニティーの創生・継承・展開 —響きあい、繋がるこころ—」のテーマで開催予定である。

2 保健・医療・福祉における「連携」

「連携」という用語は、産業以外でも、最近は様々な分野でも使われるようになってきた。保健・医療・福祉分野の連携の重要性も唱えられている。2000年に介護保険制度が開始され、介護を要する高齢障害者のケアマネジメントはまさに、保健・医療・福祉の連携を実現するための方法である。

介護保険制度において利用できるサービスの一つとして訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションが位置づけられた。これらも活用し、障害のある高齢者が生活している身近な地域において必要なリハビリテーションサービスを受けられる体制としての「地域リハビリテーション」が制度的に位置づけられたと言える。しかし、介護保険制度上での地域リハビリテーションの内容は、機能回復訓練を中心とした医学的リハである。介護保険の対象ではない児童や若い障害のある方（若年障害者）を対象とする場合には、社会リハ、社会教育や生涯教育を含む教育リハ、職業リハなど、総合的なリハビリテーションや、保健、医療、福祉、教育、雇用・就労も含むサービスが必要である。

3 ケアマネジメントとコーディネーター

地域リハビリテーションや保健・医療・福祉のサービスを総合的に提供する方法がケアマネジメントである。介護保険制度においてケアマネジャーがケアプランを作るが、これらのプロセスがケアマネジメントである。しかし、本来のケアマネジメントは、チームワークで行うものであり、ケアマネジャー一人でケアプランを作成するのは、適切ではないと私は考えている。また、若年性障害者を対象とするケアマネジメントは1995

年から検討され、現在は「障害者自立支援法」においてその実施が位置づけられている。障害者ケアマネジメントにおけるケアには、福祉サービスのほか、保健、医療、リハビリテーション、教育、就労・雇用等、社会参加を支援するすべてのサービスが含まれる。

ケアマネジメントを行うためには、総合的なリハビリテーションサービス、保健・医療・福祉・教育・雇用サービスのほか、住居、福祉用具、移動、交通手段、各種建物へのアクセス、文化、レクリエーション、スポーツ等の機会の均等化、コミュニケーション・情報保障の他、障害のある市民についての地域住民の正しい理解も必要とされる。

ケアマネジメントは、地域社会の中でサービス利用者の生活全般にわたるニーズを明らかにし、それらのニーズと公私にわたる社会資源との間に立って、複数のサービスを適切に結びつけ、調整を図り、総合的かつ継続的なサービスの活用を支援する機能である。ケアマネジメントは、本人が希望する生活を実現するための支援であり、利用者の主体性、自立性、選択性を基本とし、全過程（プロセス）において利用者の意向を十分に生かした上で、利用者の社会生活力を高めるエンパワメントの視点から支援することが重要である。

障害者ケアマネジメントを行うときに配慮しなければならない実施原則は、①利用者の人権への配慮、②総合的なニーズ把握とニーズに合致した社会資源の検討、③ケアの目標設定と計画的実施、④福祉・保健・医療・教育・就労等の総合的なサービスの実現、⑤プライバシーの尊重、などである。

また、ケアマネジャーに求められる資質としては、①信頼関係を形成する力、②専門的面接技術、③ニーズを探し出すアセスメント力、④サービスの知識や体験的理解力、⑤社会資源の改善及び開発に取り組む姿勢、⑥支援ネットワークの形成力、⑦チームアプローチを展開する力などである。これらはすべて、連携を促進するコーディネーターに求められる実施原則であり、資質である。

以上のように、障害者ケアマネジメントを行う際の実施原則やケアマネジャーに求められる資質は、リハビリテーションや保健・医療・福祉における連携を実現するための実施原則や、連携を促

進めるコーディネーターに求められる資質と同じであると考える。

4 連携の概念

「リハビリテーション」や「保健・医療・福祉・教育・雇用」は各種分野間、専門職間、関係機関間の連携によって行われなければならないと言われて久しいが、それらが実現しているとは言えない。また、そもそも、「連携がなぜ必要なのか」について理解され、連携が各種専門職の総意となっているだろうか。

「リハビリテーション」や「保健・医療・福祉・教育・雇用」の分野において連携が必要である第一の理由は、サービスを利用する当事者の視点からである。障害のある児・者は一人の人間である。その児・者には様々なニーズがある。それらのニーズを満たすためには、一人の専門職、ひとつの専門性では太刀打ちできない。従って、障害のある児・者の人権が保障され、社会参加を可能とするための総合的なサービスを提供するためには、各種分野間や、様々な専門職による連携が必須なのである。さらに各種専門職、各種機関の連携の中心にいる障害当事者（及び家族）と専門職・専門機関との連携も重要である。専門職とサービス利用者との「パートナーシップ」と言えるであろう。パートナーシップは対等な関係にあるところにか成立し得ない。

総合的なリハビリテーションを実施するためには調整役が必要であると言われてきた。この調整役を英語にするとcoordinator（コーディネーター）である。したがって連携の英語はcoordinationではないかと言うこともできる。そのほかに、collaboration（コラボレーション）、cooperation（協力）、linkage（リンケージ）、networking（ネットワーク）、teamwork（チームワーク）などの英語も、「連携」に近い用語であろう。

リハビリテーション分野における連携を私なりに定義してみると、「障害のある人が自立し、社会参加していくことを目的とし、一人ひとりのニーズにあった総合的なリハビリテーションサービスを提供するために、障害当事者の視点に立っ

て、複数の専門職、複数の機関が協力をして、最適な、効率的なサービスを提供するための方法である。」

5 連携を実現するための条件整備

総合リハビリテーションシステム及び地域リハビリテーションシステムを整備するためには、リハビリテーションの各分野における各種の専門職の養成・研修体制の確立や、各種専門職間の連携、各種関係機関間の「横」の連携、利用者のライフスパン（学齢前、学齢期、青年期、成人期、高齢期、または、急性期、回復期、維持期など）にわたる「縦」の連携、そして、専門職とサービス利用者との対等な関係（パートナーシップ）の樹立と利用者との協働が求められる。

リハビリテーションの諸分野間の連携、各種専門職間の連携、各種機関間の連携、また、保健・医療・福祉間の連携を実現するために、今後、具体的に、何に取り組まなければならないだろうか。このような視点から10項目を、仮説としてまとめてみた。

(1) 必要とされるリハビリテーションサービスの整備

現在、わが国において、高齢者および障害のある方々が必要とする各種のリハビリテーションサービスが、適切な時期に、適切な量、適切な期間、提供できるようになっているであろうか。医療制度、福祉制度、介護保険制度に基づいてリハビリテーションサービスが提供されることになっているが、リハビリテーションの連携を実現するための前提条件として、リハビリテーションサービスの拡充・整備が必要とされる。

(2) 連携の基本理念・原則の理解の促進

リハビリテーションや保健・医療・福祉サービスを提供する場合には、サービス利用者の立場に立ち、各種専門職間・関係機関間の連携なしには良いサービスは提供できないという基本理念と原則を、関係者間・関係機関間の合意としなければならない。

(3) 各種専門職の連携教育

リハビリテーションや保健・医療・福祉に関わる各種専門職の養成・教育の段階から、臨床現場

では他の専門職との連携によって仕事をすることを意識し、他の職種の機能や役割を正しく理解し、それぞれの職種による役割分担について学ぶとともに、重複しそうな場合にはどのようにしたらよいかなども含めて、リハビリテーションの連携を促進する連携教育カリキュラムを整備する必要がある。

(4) 現場実習における連携教育

リハビリテーションの臨床現場で他職種と連携をとって働くことを想定し、様々な職種の学生が受ける現場実習においても、教育修了後に専門職として働く臨床現場において、連携体制を取れるような実習プログラムを立案し、実践することが求められる。現場実習における連携教育を実施するためには、教育機関とリハビリテーションに関わる現場機関（病院、各種施設など）との連携が必要である。

(5) 連携を意図した卒後教育の充実

専門職としての資格を取得して臨床現場に入った後も、それぞれの専門職としての知識・技術を向上するための卒後教育において、よりよい連携を具体的に行え、かつ、多職種間の連携について、実習生や後進者を指導できるようになるための卒後研修カリキュラムが必要である。

(6) 役割分担の明確化

リハビリテーションには様々な分野があり、また、それぞれの分野には各種の専門職がいる。これらの専門職の機能や役割を、関係者全員が正しく理解していなければならない。さらに、専門職間の役割分担のみでなく、関係機関間の役割分担についても、共通理解されていなければならない。

(7) 共通言語と情報の提供・交換

専門分野やそれぞれの専門職によって専門用語が使われている場合には、それ以外の分野や専門職には、その用語が分からないことがよくある。リハビリテーションの連携を実現するためには、専門用語等が共通言語となっていなければならない。また、サービス利用者に関する基本的情報、また、それぞれの専門職・機関においてどのようなリハビリテーションを実施しているかについての適切な情報がお互いに共有されていなければ、リハビリテーションの連携は実現できない。個人

情報の保護の観点もふまえながら、必要とされる情報を共有化するための、効率的な様式（パス）などを作成する必要があるであろう。

(8) 連携システムとネットワークの構築

地域や専門機関において、多職種・多機関が連携できるシステムとネットワークを構築しなければならない。病院や専門機関においては、障害当事者や家族を含む各種専門職によるケース会議やリハビリテーション計画の策定などを行えるシステムがなければならない。また、地域においては、保健、医療、福祉、リハビリテーション、教育、職業など様々な分野の参加による地域リハビリテーション体制と、様々な専門職・機関によって構成されるネットワークが構築されなければならない。

(9) 連携に必要な場と財源の確保

具体的に連携を実現するためには、様々な職種や様々な機関がともに協議できる場が必要である。病院や専門機関内での連携にはケース会議などを行えるスペースがあればよいが、各種機関間の連携を行うためには、関係者が一堂に会す場の確保が必要であろう。また、連携を行うための会議費や交通費など、最低限必要な経費の確保も必要であろう。

(10) 連携を中心的に推進する人材の養成・確保

様々な専門職による連携によってサービスを提供するチームワークの中心には、サービス利用者が位置づけられなければならない。連携の基盤はサービス利用者と各種専門職とのパートナーシップである。さらに、連携を進めるコーディネーター（調整役）は誰なのかを考える必要がある。リハビリテーションに従事する専門職であれば、誰でもが交代して連携のコーディネーターになれることが望ましいと私は考える。しかし、各種専門職のうち、何らかの専門職にその役割を課した方が効率的であるという考えかたもある。

特別支援教育の分野では、特別支援教育コーディネーターの制度がある。介護保険制度においては介護支援専門員（ケアマネジャー）が位置づけられている。リハビリテーションの分野については、わが国においてリハビリテーションカウン

セラは養成されていないので、現在の段階では、ソーシャルワーカーがその役割に最も適切な職種なのではないかとも考えられる。なぜなら、ソーシャルワーカーの重要な機能の一つとして、「連絡調整機能」があるからである。

リハビリテーションに関わるソーシャルワーカーを「リハビリテーション・ソーシャルワーカー(RSW)」と呼称するとしたら、リハビリテーション・ソーシャルワーカーは、社会福祉士または精神保健福祉士の国家資格を基礎資格とし、その基盤の上に、リハビリテーションや各種障害について学ぶ上乘せ研修が必要であろう。

おわりに

「リハビリテーション」や「保健・医療・福祉・教育」の領域を中心に「連携」についてまとめてみた。連携を実現するための条件として10項目挙げたが、その前提条件として重要なことは、連携に関わるすべての人々（利用者および家族を含め

て)の間に、人としての信頼関係、対等な良い人間関係、お互いの特性を尊重し合える関係がなければならぬことであろう。

参考文献

- 1) 『高木憲次一人と業績一』(復刻版)(2002) 日本肢体不自由児協会.
- 2) 兵庫県立総合リハビリテーションセンター編集(2000)『チームアプローチによる総合的リハビリテーション』三輪書店.
- 3) 特集「小さな連携, 大きな効果」(2008) 臨床作業療法 Vol.5 No.3, pp194-227.
- 4) 特集「保健・医療・福祉の連携とリハビリテーション教育」(2008) リハビリテーション研究 No.136, 2-25.
- 5) 澤村誠志・奥野英子編著(2009)『リハビリテーション連携論:ユニバーサル社会実現への理論と実践』三輪書店.

病院における教育と医療の連携のあり方

谷川 弘治（西南女学院大学保健福祉学部教授）

はじめに

教育と医療の連携は、入院中の子どものトータルケアの基盤となる。連携は相互行為の過程であり、これだけでできればよいという到達目標を示すことは難しい。しかも、話し合いの時間調整や連携の相手の理解と協力を得るために費やされるエネルギーは大きなものである。信頼関係を構築できた相手が異動になり、振り出しになることもある。このような苦労をしながらも、連携の相手と通じ合うことができ、子どもの笑顔を分かち合えたといった実感が連携への行動の支えとなる。このように相互理解を基盤に「子どもの笑顔」に象徴される目的を個々に応じて調整・共有し、協力を構築、維持する過程が連携である。

本稿は、連携を実践するための専門的な知識とスキルは学習可能であり、連携の過程は個人の資質や努力のみに依存しない環境の構築によって支えられるという観点から、最近の関連する議論を検討した。なお、このテーマは教師と医療者双方の立場から議論すべきであるが、病院内教育を担当する教師に重点を置いた部分があることを断っておきたい。

1. 教育と医療の連携をめぐる問題

まずは、通常学級の教師を含めた教育と医療の連携をめぐる問題について、猪狩ら¹⁾を参考に検討する。

1) 各々の「役割」や「権限」をめぐるすれ違い

教師が担当する子どもの気になる兆候や行動を示し保護者に受診勧奨することがある。その際「てんかんかもしれないから脳波をとってもらってはどうか」と安易に病名や検査名を挙げたり、「薬を飲んだらどうか」と治療法を挙げるなど、医師の判断に基づくべき事項に言及したために、対応

した医師から越権行為とみなされ、連携に障害を来すケースがみられる。これは①連携の相手の役割を理解、尊重し、自らの役割の範囲内で受診勧奨を行うスキル、②保護者の感情に配慮し、理解を得る手続きをていねいに実施するスキルの不足を示唆している。

医療者による教育の役割への理解不足も連携を難しくすることがある。たとえば、看護師が病院内教育を「教科書を使っての学習」、つまり狭い意味での学力獲得を目的とするものと捉え、病状や子どもの感情に配慮した柔軟で多様な教育活動があることを理解していない場合、看護師による子どもと教師をつなぐ取り組みにつながらず、教師の関わりが制限されることがある^{2) 3)}。

2) 連携の相手に対する「苦手意識」「無力感」

連携の相手の状況から声かけを遠慮するなど相手への配慮は連携の出発点である。しかし、相手の状況が分からないまま声をかけられない状態が続く場合がある。これも異動して間もないときには致し方ないが、相手に対する「苦手意識」が継続したり「無力感」を伴う場合は、連携を困難にする。

苦手意識や無力感の要因には、①連携の相手に関心を示さない（と見える）ことや好意的でない（と見える）こと、②翌日の外泊予定を訪問するまで知らされなかった、子どもの死を授業のある日まで教えてもらえなかったなど、重要な情報が伝えられない経験が積み重なったこと、などが挙げられる。

3) 「何を知りたいか」「何を知らせたいか」が伝わりにくい

松浦は看護の立場から、子どもの退院に際して地元校（前籍校）から直接話が聞きたいと要望されることがあるが、病気一般に関する情報を知り

たいのか、子どもの個人情報に分類されることを知りたいのかが区別されず、漠然としていることがあると述べている⁴⁾。何をどこまで知らせてよいか、保護者との協議が必要となるため、より具体的な問いが欲しいところである。これは、入院初期から本人や保護者と地元校教師のコミュニケーションが維持されることで緩和され得る問題という意味で、医療者側の課題も含んでいる。

教師からも医師による学校生活への依頼が分かりにくいと言われることがある。たとえば、「ふつうにやらせてください」という表現では「教師が担当する子ども全体に求めている行動と同じ水準でよい」のか、「特別扱いにならないよう、本人のようすを見守る」のかなど、細かいニュアンスは伝わりにくい。個人に視点を置く医療と、目に見える公平性など子ども集団の状況に視点を置く必要がある学校では「ふつう」の意味合いが異なる。

4) 合意事項が履行できなかつたために生ずるすれ違い

合意事項であるが納得できていないために履行できなかつた場合（保護者の要望として地元校のクラスの配布物はすべて入院中の本人に届けることで合意したものの、配布物を見て本人が悲しむということはないだろうかと不安になり実施できなかった担任教師のように）や、合意事項を忘れてしまった場合がある。

日々の実践の中で生じた不安や問題について率直に話し合える仕組みの欠如もまた、これらの問題を複雑にしがちである。

5) 連携の相手が連携に拒否的、消極的な場合

たとえば、子どもの個人情報は病院からは一切提供されず保護者からのみ入手できるという病院内学級の例が挙げられる。

6) 子どもや保護者と連携の相手との間にトラブルが生じている場合

このような場合は、慎重に関わらないと巻き込まれてしまうことがある。

通常学級で学ぶ慢性疾患児が増加していることから、上記の問題一つ一つに処方箋を考える必要がある。個人のスキルを高めることと併せ、バックアップのための環境整備が求められる。病院内

教育と医療の関係者は、これらの課題解決の要に位置づいている。

2. 病院内教育と医療の連携の進め方

ここでは病院内教育と医療の連携に焦点づけ、その進め方を検討する。

1) 病院内教育を担う教員と医療者によるチームの形成にむけて

病院内教育と医療の連携を考える出発点として、次の四点を確認しておきたい。

- (1)教育の場は病院内（あるいは隣接した場）にあり、子どもは検査、治療、訓練などを受けている。
- (2)病院内教育を行う機関は学校（以下、病院内学級）であり、特別支援教育の機能を有している。
- (3)病院内学級の特別支援教育はトータルケアの一翼を担う⁵⁾。それは、子どもの社会的自立を支援し、地元校との関係を調整・維持するだけでなく、子どもの治療への姿勢を積極的なものとするなど、入院目的にも貢献し得る。
- (4)特別支援教育を有効なものとするためには、医療者の理解と協力が欠かせない。また、医療者によるトータルケアを有効なものとするためには教員の理解と協力が欠かせない。各々が日々の実践を進めるためには共有すべき情報がある。

また、入院中の子どものトータルケアにおいて病院内教育を担当する教師の実際の立ち位置はどこにあるかを考える必要がある。次の二つの類型を考えたい。

A) 病院内学級と病院は異なる機関である。子どもや家族への関わりの基本方針や行事予定などを摺り合わせるために必要な範囲で情報を交換する。個々の子どもの情報は保護者の判断で伝えられる。

B) 病院内学級の教師と医療者は、同じ子どもを対象とし、近接した場で業務を展開しており、一つのチームとして働くことが求められる。そのため、保護者の大枠での了解を前提に、適宜必要と思われる子どもの情報を交換し、共有する。

実際の現場はA) B) 間のどこかに位置付いてい

と思われる。A) に留まると個々のケースに合わせた個別教育支援計画の立案が困難である。A) に示す組織間調整機能を基盤として、B) をめざすという方向性をもちたい。

2) 教育と医療の連携の進め方

以下では、A) からB) に至るための戦略を含み込んだ連携の進め方について整理を試みた。

(1) 連携を始める前に理解しておくべきこと

まず、次の二点から考えておきたい。

- ①医療者と教師の立場と視点には違いがあることを認識し、尊重し、学ぶ。
- ②連携はギブアンドテイクで成立することを認識し、連携の相手を活かすという視点をもつ。

使用する言葉に込められたニュアンスなどを含め、関係者の立場と視点の違いから生じる齟齬を減らし、むしろそこからトータルな理解を得ることにつなげていきたい。高橋はある院内学級連絡ノートに記述された看護師と教師の記録を分析し、「看護師は症状や治療の医療的側面、病室の様子や家族関係を中心に捉え、教師は学習や原籍校との繋がり、不安などの教育・心理的側面を中心に捉えていた」と述べている⁶⁾。ここには職種による視点の違いが示されているだけでなく、相手のために情報提供し、共有しようとしている事項であることに目を向けたい。

③連携の相手から見える場で働いていることを自覚する。

岡部は、病院内学級で働く教師となったときに先輩から「病院と学校とは対等ではない。病院の場所を借りて授業を行っていることを忘れず、あらゆることに配慮する」と学んだことを述べている⁷⁾。連携の類型が前述のA) に近い場合は日々の実践の意図が伝わりにくい場合とくにそうであるが、岡部の指摘には病院内教育の担当者として共通して留意しておきたい。これは「対等な関係であるべき」という連携の理念レベルの問題ではなく、行動規範のレベルの問題である。

医療者も、病院内での教師の立場に配慮し、とくに赴任して間もない教師には積極的に声かけしたり⁸⁾、授業中は病室であっても学校であると考え、その場を尊重するという配慮が求められる⁹⁾。

さらに、情報共有にあたり守られなければならない原則と手続きとして、下記を理解しておく必要がある。

- ④情報交換と意見調整について、保護者の大枠での了解を得る¹⁰⁾。また、重要事項は保護者も交えて協議する
- ⑤課題によって、その病状や理解力などに配慮しながら子ども本人とも話し合う¹¹⁾
- ⑥守秘義務を遵守する

(2) 連携の進め方

①情報交換、意見調整の場を確保する

連携は、相手側の窓口（担当者）を把握し、担当者に名前と顔を覚えてもらうことから始まる。また、病院内学級では病院との間の情報交換、連絡調整のために諸会議を設けていると思われる。概ね、双方の管理職を交えた中長期的な方向性や行事予定などの連絡調整のための会議（年1、2回から月1回程度）と、現場スタッフ（担当看護師と教師など）による日々の情報交換と調整のための会議（月1回から週1回程度、あるいは随時）に分かれる。この二つの機能は車の両輪であり、両者の確保が望ましい。

②顔を合わせ、声をかける

日々、連携の相手と顔を合わせる機会を大切にしたい。教師としては、看護師との申し送りに加え、朝の迎えは全員で病室まで出かけて行う¹²⁾、ベッドサイド学習に取り組む、放課後に病室を訪問するなど、病棟に入ることで医療者に声をかける機会を増やしたい。

③連携の相手に伝えたいこと、連携の相手が伝えたいことを具体的にイメージしながら、コミュニケーションを図るようにする

日々の実践を通して、より効果的なコミュニケーションの内容と方法を検証し、スキルアップを図りたい。分からないことは率直に聞くことも大切にしたい。

高橋が指摘するように日々双方から伝達される情報は、支援のためのアセスメント項目でもあると考えられる¹³⁾。その観点からは、病院内学級が立案した個別の教育支援計画を医療者と共有することも、何を伝えてほしいか医療者の理解を得る大切な手段の一つとなる。

④合意事項は遵守し、見直し時期を設定する

合意を得た事項は確実に実施し、検証の上、見直しを図るというPDSサイクルを形成する。そのことが子どもの最善の利益を確保し、さらに連携の相手の信頼感を引き出すことにつながる。あらかじめ見直しの時期を設定しておきたい。

⑤連携の相手が働きやすいような環境づくりに努める

双方の仕事ぶりが見える場で働いているため日々の関わりが重要であることはすでに述べた。その際、相手の立場を考慮し、少しでも相手が働きやすいように考えて、自らの仕事を進めることが望まれる。

岩田と杉澤は、病院内学級のために行った看護師の配慮として次を挙げている¹⁴⁾。ア) 学校の時間帯には輸液ポンプのアラームが鳴らないように計算する、イ) 学校の時間には静かに入室する、ウ) 学校の時間にはいつでもできるような処置は行わない、エ) 現在の子ども状態を細かく伝え、接し方の参考にしてもらう、オ) 子どもの気持ちの問題は、教師が関わることで変化していくことがあるので、教師に任せる、など。これらは先輩看護師から後輩に受け継がれている。これらの配慮が小児看護の標準となるには、専門職教育の内容としても取り上げられる必要がある。

教師による医療者への配慮としては、教育活動に医療者の見学や参加を求めることがある。医療の場を離れた子どもとの交流は、医療者と子どもの心理的距離を縮め、病棟では見せない子どもの姿を医療者が知る機会ともなる。さらに、日常のレベルでは、子どもから医療者への不満などを聞かされたときに返す一言で、子どもと医療者の関係の良循環を促進し、あるいは阻害することなどなどに留意しておきたい。

谷口は病院内学級教師が子どもの入院予定期間や入院後の時期によって、子どもと子ども、病院

内学級と子ども、病院と地域の学校など、関係者の多様な関わりを促進していることに着目し、日常的な関係の中での〈つながぎ援助〉は教師に特徴的な援助であるとしている¹⁵⁾。⑤の視点は教師による医療者と子ども・家族をつなぐ〈つながぎ援助〉を大切にしようということでもある。なお、谷口のいう〈つながぎ援助〉は重点の違いはあるものの医師、看護師、保育士、心理士なども実施していると考えられる¹⁶⁾。

⑥子ども本人の意思決定を尊重する

会議において何らかの合意を得ようとする際に、子ども本人の意思を考慮し、尊重することはもちろん重要である。さらに、日常の関わりの中で子どもの自己決定を促す際に、その過程を連携の相手と子どもの関係に任せるとよい場合がある。たとえば、学校生活に関して子どもが決めてよい場合、医療者と子どもの関わりではなく、教師と子どもの関わりの中で子ども自身が選択できるということは望ましいことであろう¹⁷⁾。

これらの観点は保護者の支援においても考慮したい。

⑦一人で考えない

連携は心理的負担の大きな過程である。とくに連携の相手が拒否的だ、理解が得られないと感じているとき、連携の相手と当事者とのトラブルに巻き込まれそうになったときなどは、一人で考えないことである。

連携の相手に対する苦手意識や無力感は、無視せず、スーパービジョンの場を設けるべきである。また、担当する子どもの死に出会った場合、医療者と共に振り返ることで、喪の作業を進めていくことが望ましい¹⁸⁾。

⑧プラス思考を忘れない

連携の相手が拒否的、消極的（と見える）場合でも、連携は難しくても、教育は任せてくれていることを大切にしたい。必ず、働きを評価するスタッフが現れるものである。

3. 連携を支える知識とスキル

1) 連携のための基本的知識とスキル

連携のための基本的知識とスキルとして、少なくとも下記を獲得しておきたい。

(1)連携の相手の役割や権限を理解し、尊重した行

動ができる

- (2)情報交換のためには保護者の理解が必要であることを理解し、手続きを踏むことができる
- (3)連携の相手の仕事と職場の仕組み（意思決定・指揮命令系統・役割分担・外部との窓口）、雰囲気を理解し、適切な関わりを築くことができる
- (4)連携の相手の立場・思考パターン、関心を把握し、配慮したコミュニケーションを図ることができる
- (5)連携の相手の要望をとり込み、計画を調整することができる
- (6)自らの行動を省察し、誤りは率直に認め、原因を明確にして、行動を変えることができる
- (7)笑顔やあいさつなど、基本的な社会人としてのふるまいができる
- (8)連携の相手の戸惑い、不安や怒りなど、否定的な感情を受容し、感情的な安定をもたらすことができる
- (9)連携の相手と当事者間にトラブルが生じている場合、距離を保ちながら、関係調整を試みることができる
- (10)院内学級から地元校への連絡の取り方について、ノウハウを学び、活かせるようになる。足立¹⁹⁾、大見²⁰⁾、猪狩²¹⁾を参照。

以上の視点に基づいて、教師としての自らの知識とスキルを評価してみよう。自らの行動パターン、癖や苦手意識など連携を困難にする要因はないか、背後に転移感情や不合理な思い込みが隠れていることはないか、冷静に自分を見つめていきたいものである。

2) 教育支援を構築する知識とスキル

教育支援の知識とスキルを向上させ、子どもの変化を通して、教師への理解を得ていきたい。詳細は他の文献に譲るが、これまでの文脈上「リスクマネジメントの考え方を理解し、取り組むことができる」というスキルは、信頼関係形成の基盤として強調しておきたい。

4. 連携を支える環境の総合的整備

連携を支える環境整備の課題として、すでに述

べた二つの機能をもつ会議の設定に加え、下記を提示したい。

1) 双方の参加による研修会・研究会

現場レベルでの研修会や研究会を企画し、連携の相手に自らの支援計画を説明したり、共に事例検討を行うことは、相互理解の重要な機会となる。

2) 同一職種での情報交換・研修の場

とくに、一人で働く教師を孤立させないことは重要である。都道府県レベルでの同一職種の情報交換・研修の場を確保し、連携を必ず取り上げるテーマの一つとしたい。

3) 管理職の研修

管理職は連携の要であるため、管理職向け研修の計画的実施は欠かせない。

4) 行政を交えた連絡調整

長野県教育委員会は「病院内学級保護者等関係者打ち合わせ会」を開催し、教育委員会関係者、医療者、病院内学級教師・コーディネーター・訪問支援員、保護者などの参加により、取り組みの相互理解と現場レベルでは解決できない問題の改善に役立ててきた²²⁾。医療機関が担当する地域は学校よりも一般に広域であるため、病気の子どもの教育支援に関する都道府県レベルの連絡調整の場を設け、教育と医療の連携の基盤としたい。

5) 病気の子どもの地域支援のバックアップ

病気の子どもの教育支援を担当できる特別支援教育コーディネーターの養成²³⁾、地域の学校教師・養護教諭を対象とする研修会の実施²⁴⁾、病気の子どもの理解を深めるパンフレットの作成・普及²⁵⁾などを通して、地域支援をバックアップする。

6) 専門職養成教育

専門職養成教育において連携の相手への理解を深める内容を取り上げることは重要であり、さらなる拡充が求められる^{26) 27) 28)}。

7) 研究上の連携

医師、看護師、教師が共同研究することをトレンドとして確立したい。

おわりに

連携がうまくいっているときは、子どものおかれた現実の厳しさの中でも、医療者に救われるなど、心の整理をつけながら教育支援にあたること

ができる。そのような関係が構築できることを願って、連携の基本を考察してきた。本稿を通して各自の連携の現状を見直し、スキルアップに役立つなら幸いである。

触れることができなかつた問題としては、地元校や保護者を含めた連携、心身症児入院時の連携、ターミナルケアにおける連携などが挙げられる。それぞれに固有の課題があるため、別途研鑽を深めていただきたい。

文献

- 1) 猪狩恵美子,松浦和代,谷川弘治 (2007) 座談会 教育と看護の協働が支える病気の子どもの未来. 小児看護, 30 (11), 1504-1511.
- 2) 斉藤淑子 (2009) 医療者との連携. インターナショナルナーシングレビュー, 32 (5), 30-34.
- 3) 岡部拓未 (2009) “病院での”訪問教育における医療者との連携の課題. インターナショナルナーシングレビュー, 32 (5), 38-42.
- 4) 前掲1)
- 5) 谷川弘治 (2005) 病気の子どものトータル・ケアと教育支援の諸課題. 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌, 3 (3), 160-166.
- 6) 高橋剛実 (2008) テキストマイニングによる“院内学級連絡ノート”の分析. 小児の精神と神経, 48 (3), 243-259.
- 7) 岡部拓未 (2009) “病院での”訪問教育における医療者との連携の課題. インターナショナルナーシングレビュー, 32 (5), 38-42.
- 8) 濱中喜代 (2007) 臨床看護と学校教育①入院中の支援. 小児看護, 30 (11), 1512-1517.
- 9) 足立カヨ子,杉澤亜紀子,岩田洋子 (2009) 座談会: 看護師と教師の協働を考える. インターナショナルナーシングレビュー, 32 (5), 43-47.
- 10) 坂中順子 (2007) 「院内学級」の役割と課題および医教連携の留意点. 小児看護, 30 (8), 1144-1149.
- 11) 前掲8)
- 12) 前掲9)
- 13) 前掲6)
- 14) 前掲9)
- 15) 谷口明子 (2006) 病院内学級における教育的援助のプロセス. 質的心理学研究, 5, 6-26.
- 16) 夏路瑞穂 (2009) 予防的・発達のアプローチ(セラピューティックアプローチ). 谷川弘治,駒松仁子, 松浦和代,夏路瑞穂 (編), 病気の子どもの心理社会的支援入門. 第2版, ナカニシヤ出版, 京都, 94-123.
- 17) 前掲9)
- 18) 櫻木里子,永尾紀代美 (2009) 終末期にある子どもの院内学級における教育支援. 小児看護, 32 (2), 237-245.
- 19) 足立カヨ子 (2003) 「橋渡しの学校」としての役割. SNEジャーナル, 9 (1), 42-54.
- 20) 大見サキエ (2007) 退院・学校復帰時の支援. 小児看護, 30 (11), 1518-1523.
- 21) 猪狩恵美子 (2007) 病気の子どもの教育支援プログラム 教育支援の基礎理論:通常学級(地元校)における教育支援. 小児看護, 30 (11), 1547-1549.
- 22) 長野県教育委員会義務教育課,県立こども病院院内学級. 院内学級の仲間たち いのちのかがやき. 長野県教育委員会, 入手先<<http://www.pref.nagano.jp/kenkyoi/jouhou/gakkou/innaigakkyu/index.htm>>, (参照2009-11-15)
- 23) 萩庭圭子 (2009) 疾患をもって通学する子どもの支援-特別支援学校(病弱教育)の取り組み. 小児看護, 32 (1), 76-82.
- 24) 前掲20)
- 25) 前掲23)
- 26) 田村喜久子 (2008) 長期入院の慢性疾患を抱える子どもの家族への対応. 小児科診療, 71(5), 823-827.
- 27) 戈木クレイグヒル滋子 (2009) トータルケアと病院内教育. インターナショナルナーシングレビュー, 32 (5), 25-29.
- 28) 田辺恵子・西田佳世・馬場才悟 (2004) 小児看護実習における院内学級・病弱養護学校での授業見学・参加による看護学生の学び. 日本看護科学学会学術集会講演集第24回, 287.

実践活動 1

訪問学級における医療と教育の連携

赫多久美子（東京都立城南特別支援学校 訪問部主任）

I. はじめに

城南特別支援学校訪問学級には、平成21年12月1日現在、自宅で授業を受ける在宅訪問生15名、入院先で授業を受ける病院訪問生10名、計25名の児童・生徒が在籍しており、13名の常勤教員が配属されている。

在宅訪問の子どもたちは、障害の程度が重く体力的にコンスタントに通学することが難しいという理由で訪問学級に措置されている。従って、その生活は医療と切り離しては考えられない。訪問による教育活動は、年度初めにそれぞれの主治医に記入を依頼し、保健室に保管される「主治医の意見書」に基づき、その許可された範囲で行われる。「主治医の意見書」の項目には、「検査所見／常用薬／日常生活の留意点と緊急時の対応／活動（運動）時の配慮事項／校外学習・社会見学の参加／スクールバス／宿泊／水泳指導／給食」等がある。担任は、児童・生徒の外來受診に保護者と同行するなど、必要に応じて主治医訪問を行う。また訪問看護師との情報交換を行っている。本稿では特に医療との連携を必要とされる病院訪問について述べる。

II. 病院訪問の概要

本校の学区域は、東京都大田区、品川区の全域と港区の南部である。病院訪問の対象は、学区域内の病院に入院した児童・生徒のうち、保護者が希望し病院側が許可をした全ての子どもたちである。しかし、この数年は、大田区のA病院、港区のB病院という2つの大学医学部付属病院が固定した訪問先である。C大学病院には、品川区立小学校の院内学級がある。中学生は本校の訪問学級の対象だが、ここ数年間生徒の在籍はない。なお、在宅訪問の児童・生徒が学区内の病院に入院した

場合は、担任が各病院に赴いて授業を行っている。

学区内には小児科を有する総合病院が多数あるが、A、B以外の病院から入院児への訪問授業依頼はない。制度そのものが一般に広く知られていないからである。また、A、B病院小児科（一般病棟の場合もある）に入院する児童・生徒の全てが入・転入学するわけではない。訪問教育を受けるには、たとえ短期入院であっても特別支援学校への転校手続きが必要である。本人や保護者は「転校してまでは」と躊躇する。一方、教員が常駐している院内学級や分教室がある病院では、短期間の入院でも教育を受けられるシステムが機能しているところもある。

入院している子どもとその家族を様々な職種が支える「トータルケア」の考えが小児医療の現場で重視されてきている。教員は病院職員ではないが、入院中の子どもの成長発達をサポートしており、「トータルサポート」のチームメンバーでありたいと思う。だが、訪問学級の場合、同じ顔ぶれの教員が病院に常駐しているわけではない。訪問部の教員は、原則1日あたり、午前・午後各1コマ（2時間）ずつの授業を受け持っているが、訪問先は1か所ではない。午前はA病院、午後はB病院のこともあれば、在宅訪問だけで病院に行かない日もある。このような勤務の体系から、病棟のケース・カンファレンスに出席することが難しく、存在感が薄くなりがちである。病棟での限られた滞在時間では、連携をとるための情報交換を十分に行うことができない。このような「教員が常駐していない」という不利な面を補うために、訪問部では様々な手立てを講じている。

Ⅲ. 連携のための具体的な手立てと工夫

1. 病院ごとのマニュアル

病気で入院している子どもたちの生活は「治療優先」である。教員は、子どもの治療、検査、日常のケアの妨げにならないように注意を払いながら授業時間を確保している。

訪問先の病院によって異なる「作法」があり、教員はそれに合わせて行動する必要がある。数年前より病院ごとにマニュアルを作成し、病棟への入り方、授業や授業時間の注意事項、時間割の変更手続き、その他こまごまとした注意点について文章化している。これは、新転任者に対するオリエンテーションで活用している。学期中に何か問題が生じた場合は、病院訪問を担当している教員間で話し合いを持ち、共通理解を図るようにしている。対応策をマニュアルに反映させて次年度のバージョンアップにつなげている。

2. 教員の名前と顔写真

新年度スタートにあたって、訪問部の教員全員の名前入り集合写真を病棟にお渡しし、廊下の掲示板やナースステーションに掲示していただいている。これは入院した子どもや保護者に対し、「この病棟には城南特別支援学校の教員が訪問しており、入院していても教育を受けられます。」という訪問教育制度の宣伝になる。また、病棟スタッフに教員の名前と顔を早く覚えていただくためにも効果的である。



3. 時間割

各病院担当窓口は、毎週、児童・生徒と訪問教

員名の入った次週の時間割表を作成し、病棟に提出している。これにより、検査やリハビリの時間と授業が重ならないように配慮していただけることも多い。

4. カンファレンス

どちらの病院とも学期ごとに最低1回は、病院スタッフとのカンファレンスを持っている。病院側の出席メンバーはそれぞれ次のとおりである。

A病院：病棟師長、チャイルドライフスペシャリスト（以下CLS）

B病院：医師、病棟師長、看護師、ケースワーカー、保育士

学校側は、副校長、各病院担当窓口、その時在籍している児童・生徒の担任、訪問部主任が出席する。

カンファレンスでは、児童・生徒ごとに治療や退院の見通しを伺い、学校側は授業の様子を伝えている。陶芸粘土、理科実験の用具や薬品等、持ち込みたい教材の可否や条件を確認する。日頃より、看護師、CLS、保育士と子どもの気になる言動について情報交換を行っているが、やはり定期的にこのような席を設けて共通認識をはかることは重要である。

5. 儀式的行事への参加要請

始業式・終業式に、病棟スタッフにも出席をお願いし、子どもたちへ励ましの言葉をいただく。

今年度はどちらの病院にも、地元の小学校に入



病棟スタッフが参加しての終業式の様子

学手続きをとってから訪問部に転入した新小学1年生がいたため、訪問学級での「入学式」を行った。当日は、多くの病棟スタッフが会場に来て入学をお祝いしてくださった。

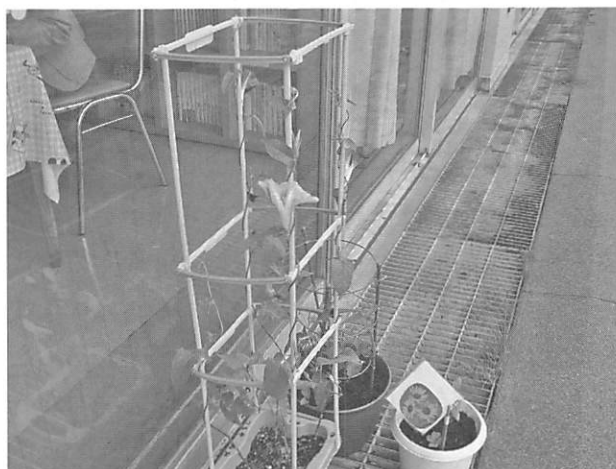
IV. 連携の実際と課題

本稿作成にあたり訪問部の教員全員を対象に、病院スタッフとの連携で「とてもうまくいったこと（よかった、ほんとにうれしかったこと）」「困ったこと（なんとかしてほしいこと）」について、自由記述のアンケート調査を行った。以下、いくつかの意見をご紹介します。

1. 「うまくいったこと」

- ・子どもたちの病状、精神面、家族のこと、治療等についていねいに教えていただき、共通の視点で指導にあられた。特に緩和ケア（ターミナル）期の子どもでは大切。情報交換により、授業内容に意見を取り入れることができとてもよかった。
- ・授業中、子どもが不機嫌で「どうしたんだろう・・・？」と思っていると、ベッドサイドに来た看護師さんが何気なく「午前中・・・があったのよね～」と子どもの情報を教えてくれてとても助かった。
- ・子どもたちの授業、作品、がんばっている様子等を病院スタッフがほめて、「授業がんばってね！」「いってらっしゃい！」と積極的に声をかけてくれると、子どもたちはとても喜び学習意欲が向上する。
- ・入学式や始業式に参加し、子どもたちの成長やがんばりを共有できるときはとても嬉しい。
- ・病棟主催の七夕会に訪問部としての出し物をさせてもらい、とても楽しい雰囲気での交流できた。
- ・看護師長さんが「授業の内容や教材については、できるだけダメを言わないようにしています」と言ってくださり、縫い針の使用や昆虫、植物の観察を許可してくださった。
- ・CLSの存在が子どもにとっても教員にとっても大きい。子どもはとても信頼していて、心のよりどころになっている。教員はCLSから子どもの様子を詳しく知ることができる。

- ・生活科の「朝顔の観察」で、教員が病院に到着する頃には花がしぼんでいて、写真が撮れずに困っていた。教員の代わりにCLSが撮影してくれて、病室の外に出られない子どもに見せることができた。（後日、白血球数が上がりクリーン・ベンチから出られた児童は、屋上庭園で栽培されていた本物の朝顔の観察ができるようになった。）



2. 「困ったこと」の記述から見える「課題」

<迅速で正確な情報の伝達を>

- ・学校・教員側としては、授業の計画・予定を立てる上で、治療状況や退院予定をできるだけ早く正確に知りたい。入院が短期化している今日、学期に1、2回のカンファレンスを待っている間に合わないことも多い。普段、病棟で主治医と出会う機会はほとんどなく、担任が病院訪問時にプライマリー・ナースといつも会えるとは限らない。A病院の場合、CLSが勤務し学校との窓口になってから、情報をいただきやすくなった。
- ・病棟内で感染症が流行したり病棟・病室閉鎖になったりした場合は、できるだけ早く学校側に連絡していただきたい。教員が病院に到着してから閉鎖を知らされ、結局授業ができなかったという事態が過去に何回かあった。

<環境の整備に理解を>

- ・大部屋では、授業中でもテレビの音量が大きい時がある。病状により子どもがデイルーム等に移動できない場合は、少し音量を下げる等の配慮をしていただけないだろうか。教員からその

都度お願いすることもあるが、言い出しにくいと感じる場合もある。

- ・教材を置く棚の場所が面会の方の邪魔にならない場所に移設できないかと思う。B病院の場合は、教材室を兼ねた教員控室があり大変助かっている。

<その他>

- ・看護実習の学生さんの「見学」の仕方が様々である。ごくまれに子どもが授業に集中できないようなふるまいをする方もあり、どう対処していいのか戸惑う。学生さんに対する実習オリエンテーションで、「訪問授業見学の心得」についても触れていただく必要を感じる。

これらの課題は、あくまでも学校側の要望である。病院・病棟スタッフの状況によりすぐに解決できないかもしれない。反対の立場からは、学校や訪問部の教員に対し、さまざまな要望があるだろう。それらを遠慮せずに率直に伝えていただきたい。お互いを尊重し、お互いを信頼し、何事も「子

どもたち」の益につながるよう、1つ1つ課題を解決していきたい。

V. おわりに

組織と組織の連携がスムーズに行くためには、まず各組織が対外部において「一枚岩」であることが必要である。言うまでもなく組織を構成しているのは1人1人のメンバーである。訪問部では、カンファレンス以外で個人的に何らかの情報を得た場合は、それを共有すべき他の教員に迅速に周知するようにし、必要な場合は話し合いを持って共通認識し、組織として対処するよう心がけている。今後もその意識を大切にしながら、病棟における「トータルサポート」のチームメンバーの位置を確立していきたい。

本稿は「一枚岩」でありたいと願う城南特別支援学校訪問部全員の協力でまとめることができた。良き同僚に恵まれたことを心から感謝したい。

実践活動2

教師の立場で果たすべき役割

—特別支援学校における実践をとおして—

狩野 和哉（宮城県立西多賀支援学校 教諭）

1. はじめに

本校は、東に太平洋、西に太白山を望む仙台市の西部の丘陵地帯に位置する、独立行政法人国立病院機構西多賀病院に隣接している、病弱者である児童生徒たちが学ぶ特別支援学校である。また、分教室（院内学級）が、地方独立行政法人宮城県立こども病院の中にある。平成19（2007）年に、創立50周年を迎え、平成21年4月に校名が「西多賀支援学校」に変わった。

教育課程は、小学部・中学部・高等部の各学部にそれぞれ三つずつ、合わせて九つあり、小・中学校および高等学校の学習指導要領に準じて指導する教育課程と知的障害者である児童生徒に対する教育を行う特別支援学校の教科等を合わせた指導を中心とした教育課程と自立活動を主として指導を行う教育課程である。

2. テーマについて

中井¹⁾は、本学会誌「育療」第23号において「学校・病院との連携の基本的事項」と題して医教連携の原理原則を述べている。また、横田²⁾は、「病児を担当する教師の心構え」の稿に、「医療と教育の連携の8つのポイント」を紹介している。

さらに、「育療」第16号において、千葉県立四街道養護学校（現-特別支援学校）と佐賀県立中原養護学校における医教連携の実践が紹介されているが^{3) 4)}、筆者が見落としている貴重な実践報告は数多くあると思われる。

本稿では、教育と医療との連携における「教師の立場で果たすべき役割について」、現任校でかわることのできた事例を紹介し、今後の課題について考える。なお、事例については、匿名性を

確保するという観点から、一部内容を修正して報告したい。

3. 医師・心理療法士との連携による支援事例

頭痛、嘔吐、めまい等を頻繁に訴えたため入院を繰り返したAさん（14歳、中学3年生）

状況

小規模校だった小学校を卒業して、大人数の中学校に入学して、戸惑うことが多かった。大人との関係作りは上手であるが、学級の生徒集団の中には、なかなか入れなかった。大規模な地震が起きて以来、夜中に目覚めて過呼吸状態になることもあった。

中学2年生の11月に1か月間、検査と治療のため隣接する病院に入院したため、本校に転入した。1か月の入院を経て、退院して、前籍校に戻った。

退院後は、不調を訴えることもなく、順調に学校生活を送っていたが、3年に進級してから、学級で自分の思い通りにならないことがあったり、家庭環境が変わったりして、頭痛、嘔吐、めまい等を訴えるようになったため、隣の病院の主治医を受診、即日入院となった。

〔経過〕

年度をまたいで在籍していた生徒が退院したために、Aさん一人だけの学級となり、

マンツーマンで指導にあたった。学校では、特に不調を訴えることはなかった。転入してから、1週間後に主治医と心理療法士と担任で情報交換を行った。入院中は大丈夫だが、退院して家庭に戻ると、また身体症状を訴えるようになると思われるので、心理テストを再度行うことや退院後に

戻る前籍校と連絡を取り合い、情報収集を行うことなどを確認した。

2週間後には、学部主事（筆者）から心理療法士に、再度Aさんについて情報を共有したいので時間を取っていただきたいと申し出た。その日のうちに担任と3人で意見交換を行うことができた。2年生の時に比べて、言動などに成長の様子がうかがわれる、落ち着いてきた、家庭のお手伝いなど自己効力感がもてるような活動に取り組ませたほうがいいのではないかなど、共通理解を図ることができた。

2日後、筆者は、居住地校学習推進事業を活用して、前籍校を訪問して、担任と面談することができた、また、挨拶程度ではあったが、校長、教頭先生、養護教諭に面会することができた。担任との面談では、本校での学習の様子を報告し、Aさんの前籍校での様子をたずねた。また、転出後も継続して支援にあたっていくことなどを伝えた。

さらに、2週間後には、主治医、心理療法士、病棟看護師、母親、担任と筆者でカンファレンスもたれ、退院後の生活について話し合った。主治医からは、医療面のアドバイス、心理療法士からは、心理テストや面接を通して得られたAさんの実態を伝え、保護者の了解の上で、前籍校に書面で伝えたいと話した。学校としては、前籍校を訪問して担任と面談した内容を報告し、転出後の支援の方法について提案した。

カンファレンスの5日後に、退院、転出となった。転出後は、「楽しみにしていた修学旅行に全日程参加できた」など、学校生活の様子を電子メールで受け取ることができた。時折、Aさんから本校に電話が入る。たわいのない話題ではあるが、担任だけでなく学部の教師が代わる代わるAさんに声を届け、悩みに耳を傾けている。「引き続きかわっている」というメッセージを電話、手紙、電子メールで伝えている。

〔考察〕

小児科医師をはじめ、看護師や心理療法士など医療スタッフは、入院中の児童生徒だけでなく、通院して来る乳幼児や高齢の重症心身障害者の治療も担当している。

心理療法士には、多忙な中、生徒の病状や学校で見せる行動から抱いた疑問に対して、その日のうちに時間を割いて相談に応じていただき、情報を共有し合うことができた。「教師とは異なる視点・立場からの発想が教師の心理的負担を軽くすること」⁵⁾もあった。また、学習や生活の様子を言語化して伝える中で、課題を整理することもでき、次の取り組みに対する示唆を与えられることも多かった。

知的障害や発達障害のある児童生徒たちには、本人中心の医療となるよう、コミュニケーションボードを活用したり、授業を担当する教師の写真カードを使ったり、アナログ時計の絵を描いたりして、日課や治療の流れを示して、見通しをもって入院生活が送れるような工夫を行っている。さびしさや不安を軽減するための工夫について、今後も学び合っていきたい。

「困った時」だけ病院に足を運ぶのではなく、日頃から学校の取り組み、退院、転出後の生徒の状況などいろいろな情報をタイムリーに発信することが、一人一人の児童生徒について相談し合う関係を保ち続けることにつながると痛感している。定期的に持たれる医教連携のための連絡会で話し合える内容は限定されており、病院内での短時間の「立ち話」がより重要である。

4. 取り組みを「説明」することによって得られる「理解」

〔状況〕

分教室（院内学級）の教師は、宮城県立こども病院成育支援局を構成する専門職の一人でもある。成育支援局には、局長である医師（副院長）の他に、多職種の専門職員－事務職（次長兼務）、保育士、チャイルドライフスペシャリスト、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー、在宅支援看護師、ボランティアコーディネーター、教師－が連携協力しながら、「すべてのこどもにいのちの輝きを」、「元気のでるファミリーホスピタル」という病院が掲げる理念の実現を目指し、日々業務を行っている。

特に長期入院が必要になった児童生徒の転入・転出にあたっては、医療ソーシャルワーカーとの

連携が重要である。

筆者は、本校に勤務しているため、学習発表会などの行事を参観するくらいしか、分教室との接点は多くはない。そこで、間接的には分教室主任から伝わっていると思うが、本校の取り組みを直接「説明」したいので時間を設けていただきたいと医療ソーシャルワーカーに面談を申し込んだ。

〔経過〕

X月Y日、病院内で医療ソーシャルワーカーと情報交換を行うことができた。その中で、本校の取り組みとして報告したことは、1) こども病院分教室に在籍したことのある児童生徒で、現在高校生になっていると思われる生徒の進路先を調査していること。(把握できた生徒については、進路先を伝えた。) 2) 本校で、転籍の困難な高校生が入院した場合に、「聴講生」として学習支援を行っていること。3) 在宅療養している病気の児童生徒たちのニーズにこたえるために、今後の取り組みについて校内で検討していること、などである。さらに、過去に本校高等部への進学を希望したが、出願条件等の理由で、本校に進学できずに、他校に進学した2人の生徒の事例について検討することもできた。面談を通して、本校の取り組みの一端を理解してもらうことができた。また、医療技術の発達等により入院は短期化していること、療養しながら地域の中で生活している児童生徒たちが多くいること、高校在学中に病状の変化等により、通学が困難になったような場合には、多様な支援が必要になることなどをあらためて理解することができた。

この後、機会あるごとに本校の取り組みなどについて、分教室主任を通して伝えているところである。小学生時代に短期入院した子が中学3年生になり、本校高等部への入学を希望していることを伝えた時には、「たいへん、うれしい情報です…」と喜んでいただいた。

〔考察〕

最近、近隣の医療施設の相談室の医療ソーシャルワーカー(面識のない方)に「唐突ですが、本校の取り組みについて説明したいので、相談室を訪問したいのですが…」と申し出たところ、「喜んで…」と訪問への快諾をいただいた。

「待ち」の姿勢ではなく、積極的に教師自身が幅広くアンテナ網を張り巡らし、他の職種の方たちとコミュニケーションを取り合うことによって得られる情報は多い。

病気の児童生徒を支援するための工夫やアイデアを今後も多職種の方たちと一緒に考えていきたい。

5. おわりに

医療と教育の連携を強めていくために、教師が担う役割について、具体的な事例を挙げて述べてきた。病気の児童生徒の教育にあたる特別支援学校の教師は、専門性を高めるために、日々努力していかなければならない。

日常の「挨拶」をはじめとして、連携上の配慮事項は多くあると思うが、「相手を知ること」と「自分を知ること」をポイントとして挙げたい。

「相手を知ること」-本稿で紹介した心理療法士や医療ソーシャルワーカーは、病院の中でどんな取り組みを行っているのか、役割を担っているのか知っておきたい。

おびただしい情報をパソコンで検索できる状況にある。少なくとも公刊された文献に目を通すのは、教師として必要ではないだろうか。^{6) 7)}

「自分を知ること」-日常的に医療現場で使われる言葉は難解であるが、たとえば教育現場で「自閉症・情緒障害」という用語をどうして使っているのか、理由を明確に説明することは難しい。また、「自立活動」の授業場面を参観して、単に遊んでいるだけだと誤解されることもある。医療スタッフに分かるように、学校の取り組みを説明することが大切だと感じている。⁸⁾

地域の小・中学校を訪問して、本校が「通学生として在籍が可能な」な学校であることを理解してもらえるように広報活動に取り組んでいるが、まだまだ、広報不足であると感じる。医療スタッフをはじめ、多職種と連携しながら、「病気療養児の教育の意義」を伝えていかなければならない。

- 1) 中井滋(2001) 学校・病院との連携の基本的事項, 育療, 23, 38-42.
- 2) 横田雅史(2004) 病児を担当する教師の心

- 構え, 小児看護, 27(9), 1230-1234.
- 3) 宮原亮一 (1999) 教育・医療・保護者との連携の実際－それぞれの立場で果たすべき役割－, 育療, 16, 16-20.
- 4) 森紀夫 (1999) 中原養護学校の医教連携について, 育療, 16, 21-26. .
- 5) 陣内咲子 (2002) 病弱養護学校と隣接病院との連携による子ども支援～外来における臨床心理士の活動を中心として～, 特別支援教育, 6, 56-59.
- 6) 小野寺久美子・関谷智子 (2004) 子どもへのカウンセリング, 小児看護, 27(9), 1208-1212.
- 7) 山口和歌子 (2008) ソーシャルワーカーと多職種によるチームアプローチ, 小児看護, 31(9), 1226-1231.
- 8) 真城知己 (2006) 連携と専門性, ～いのちはぐくむ～支援教育の展望, 142, 50-53.

実践活動3

保育士の立場から

上倉 郁絵（東京慈恵会医科大学附属病院）

I. はじめに

近年、テレビドラマやドキュメント番組などのメディアを通し、院内学級が取り上げられる機会が増えた。それにより入院し治療を受けながら学業に取り組む子どもや、それを支える教員の姿が社会に伝えられるようになった。当院では、訪問学級室としてのスペースを確保し、特別支援学校から訪問教育という形で、学童期の発達課題である学業と治療生活を両立する子どもたちへの学習サポート体制を整えている。現在まで、在籍した子どもたちを振り返ると、半年から一年単位での入院生活が必要な血液・固形腫瘍疾患の子どもが中心であり、なかにはターミナル期を迎えてからも、教員と医療スタッフが連携を図り、最期まで訪問教育を続けた子どももいる。

年間4回行われる入学式・始業式・終業式などの式には、子ども・家族・教員・医師・看護師・保育士が一同に顔を揃え、子どもたちの学業への取り組みを称える場となっている。そこで子どもたちからは、目標の発表や何を頑張ったか、どんな思いで励んでいるか…、家族からは我が子への思いや親としての不安や葛藤…、教員から、授業での様子や努力して取り組んだことなどが語られ、病室では知る事のできない子どもの姿や思いを発見し、気付かされることも多くある。また医師・看護師・保育士のそれぞれが、日々、治療と学業を頑張る子どもの姿を認め、改めて、労いの言葉をかける良い機会ともなっている。

次に示すのは、ある式での子どものコメントである。

「僕は、退院して一ヶ月間だけだけど元の学校に戻ることができました。勉強はみんなより遅れていました。だから、少しでもみんなに追い付こうと思って頑張りました。また入院になってし

まったけれど、頑張ろうと思います。」

この言葉から、病院で闘病しながら原籍校の友達と離れ学業を続ける子どもの思い、また復学してから子どもが体験する出来事・思い・現実を改めて感じた。原籍校の1日5～6時間の授業数に対し、訪問教育において1日2時間という授業数は、体調不良や検査・処置などで授業が受けられないことも考えると原籍校での遅れは必然的とも言える。この事は周知のことではあったが、保育士として入院中に何が支援できていただろうかと、振り返ることにつながり、訪問学級教員との連携・情報共有についても考えさせられる機会となった。

訪問学級教員と病棟保育士とは、どちらも病院においては、非医療者であり教育や保育を通し、共に子どもの傍で成長・発達を見守り支援する立場であり、類似した職種である。その両者が連携することで、入院している学童期の子どもたちに対し、よりよい教育支援ができると考える。今回は、事例を通し連携の実際を紹介しながら、教育と医療の連携における保育士のありかたを検討したい。またさらに、教員と病棟スタッフへのアンケート調査の結果を紹介し、非医療者でありながら病院側（医療者側）の立場として保育士が担う役割を読み取っていききたい。

II. 連携の実際

1. 事例1

A君、7歳6ヶ月男児。両親と兄弟の5人家族。5歳4ヶ月時、急性リンパ性白血病と診断され入院となり、11ヶ月間の治療の末、退院される。

A君が訪問教育を開始したのは、入院から8ヶ月後の春、4月の入学式からであった。

A君は、入院期間中に入学をむかえ、小学生となっ

た。通学経験はなかったが、小学生の姉の様子から“学校”は“ランドセルを背負い、勉強をしに通うところ”という認識ができていた。また、仲の良い同室児2名が訪問学級室に通っており“病院の学校・勉強”についても本人なりにイメージができていた。また、4月以前から他児の授業にきていた教員と顔見知りになり、授業に対し関心を示していた。

A君の訪問教育開始に関しては、入学5ヶ月前の教員側（各児の担任・主任教員）と医療スタッフ側（医師・看護師長・看護師主任・保育士・ソーシャルワーカー）とのカンファレンスの際に情報共有を行った。その後、教員より母親との面談日程の連絡を受け、保育士からA君へ「今日、A君の訪問教育の相談がある日だね。」と、‘入学’への意識が高まるよう声をかけた。‘小学校入学’という大きな節目を病院で迎えるA君と家族に対し、少しでも華やかで記念に残るよう、教員と相談し入学式の準備を行った。教員側は、会の流れや会場となる場の飾りを担当し、保育士は担当医・26名の病棟看護師・5名の保育士からの入学祝いのメッセージカードを用意し、それをくす球に仕上げ、準備を行った。入学式当日、正装しランドセルを背負ったA君が嬉しそうに式に参加し、小学生としての意気込みを述べ、笑顔でくす球を割った。その様子を両親も嬉しそうに見守っていた。

その後、保育士にも毎週渡される時間割表を参考に授業の前には、教員へ、その日の体調・安静度や検査・処置の有無についての情報を伝えた。特に、A君は髄注やマルクといった処置に対し恐怖心が強いこと、処置後の安静時、付き添いがあると安心できることなど事前に伝え、授業時間と重なり授業ができない場合でも、傍にいてもらえるとA君が落ち着けるなどのやりとりを行った。4月の授業開始時期、保育士が「行ってらっしゃい！」と送りだすと、振り返らずA君自ら積極的に訪問学級室に向かい、学習する姿があり、訪問教育の存在や勉強がA君の入院生活に順調に取り込まれていった。

5月の中旬になり、A君は授業に行くのに時間がかかるようになっていたある朝の出来事であ

る。

教員の迎えに、それまで見ていたDVDを止めることができずA君と教員で話をしている間に、A君は泣き出し布団をかぶってでてこなくなってしまった。そこに他児の授業の見送りを終えA君の様子を見に来た保育士が、教員から声をかけられ、仲介にはいった。はじめは保育士の問いかけにも返答をしなかったが、徐々に落ち着き、やりとりできるようになった。A君が言った言葉は「嫌なの。行きたくない。つまらないだもん。」だった。保育士は、「そういう時もあるよね。苦手な教科もあるよね。」とA君の気持ちを受け止めつつ、どうしたらいいのかを一緒に考え、授業に向えるよう後押しをした。そしてA君は、休み時間に遊べるようにお気に入りのウルトラマン人形を持って「行ってくる！」と授業に向い、保育士は「行ってらっしゃい！」と送り出した。

その頃A君の入院生活において、いくつかの変化があった。姉が体調をくずし母の面会がなく、祖母の面会が続いていた。面会時間中、イライラした様子のA君に祖母もストレスが溜まっているようだ、と感じていた。また、これまで共に訪問学級生として学習してきた同室児のB君の退院や、C君の個室移動が重なり、訪問学級生として勉強する仲間が少なくなっていた。そして、訪問学級室に通わない短期入院児と一緒に遊びたいという気持ちもあり、「なんで自分は勉強しなきゃいけないのか！」という思いも抱いていた。新一年生として、入院しながら治療と学業を両立するという壁、思い描いていた楽しい授業だけでなく苦手な授業にも取り組むという事にA君がはじめてぶつかった時期でもあった。一日2時間という授業時間だけでは、そんな状況を教員が察することは難しい。保育士はこのような状況にあることを伝え、A君の治療のみならず、入院生活における状況や、その時のメンタル面についても、伝えるようにした。授業終了後には、授業での様子を聞き、気になる時には授業の様子を見に行くなどし、教員と情報交換を行った。

その後A君は、病棟行事の一つである“七夕会”で、訪問教育の仲間と出し物のクイズに登場した。教員と考え用意したお手製の絵カードと問題で、

会場の笑いを誘い、立派に終わりの挨拶をした。

事例1では、体調や処置に関することに加え、日々の児のメンタルに関すること、影響を与える要因についての情報提供を行った。また、新一年生という状況を踏まえ、家庭に居れば、毎日、見送ってくれる家族に代わり、「いってらっしゃい。」と送り出せるよう授業予定を把握し、教員との連携を心がけた。そして病棟行事という大きな集団の場で、治療と学業を両立する姿を発表できるよう、教員と連携し機会を設けた。このように、保育士は日々の連携・行事における連携により、A君の学習意欲を支え、成長を支援した。

2. 事例2

Bちゃん、12歳6ヶ月女児。両親、姉妹の4人家族。先天性胆道閉鎖症があり、12歳4ヶ月時、発熱・腹痛で入院。肝硬変が進行し、母親からの肝臓移植を施行し退院となった。Bちゃんは、この入院で、治療段階や病状に応じて小児科病棟・ICU・肝臓外科病棟（大人病棟）といった3病棟の転床を繰り返すことになった。

治療の方向性が移植と決まり、母親の「術後の回復時期に何か取り組める事や環境があったほうが良いのではないか…」という思いをきっかけに、訪問学級が導入された。Bちゃんは、苦痛を伴う処置や、安静・食止めといった生活に制限を強いられる状況が続いていた。その影響と12歳という年齢から思春期でもあり、Bちゃんから関係を築こうとしたり、話かけたりする友好的な様子が薄れていた。その為、訪問教育導入時、保育士はBちゃんの性格や治療に対する思い、それらが与えている影響などの情報を教員に伝え、架け橋となれるように関わった。

他病棟へ転床後、教員は授業、保育士は保育介入というかたちでBちゃんへの関わりを継続した。その際、訪問教育のシステムを知らない他病棟スタッフへ、授業の意義や時間割り、介入方法を伝え、それらを保育士情報用紙に記録しカルテに残し、アピールを行った。

実際、授業・保育介入を継続する為に、他病棟にいるBちゃんの情報収集には配慮し、医師や転

床先の看護師から口頭や電話で情報収集を行った。特に移植後、状態が安定するまではICUと肝臓外科病棟の転床を繰り返し、日々、処置も多かった。授業や保育に向うにもBちゃんが今どこにいて、関われる状況なのか、処置中や処置後で心身ともに疲れてしまっていないか…など、細かく情報収集を行うようにした。病院側のスタッフでさえ、他病棟いるBちゃんの情報に関しては自ら積極的に動かなければ把握するのが難しく、また配慮が必要であった。そこで、訪問で来られる教員が日々の変化やその時の状態を事前に把握するのは難しい状況であることは予測できた。教員は他病棟授業の際も、授業前に小児科病棟にある教員控え室に寄り授業の準備を行い、授業終了後は控え室に戻ってきていた。そのタイミングを見計い、実際に保育介入を行った時の様子や集めた情報を伝え、教員に伝えるようにした。また、教員からも授業でのBちゃんの様子を聞き、お互い情報共有できるよう連携を図った。実際、Bちゃんは授業や保育士介入時間を心待ちにし、その時間は笑顔で口数も増え楽しそうな様子を見せた。

事例2は、他病棟転床という状況から、情報共有に困難が予測され、配慮が必要であった。その為、保育士はスムーズに授業が継続できるよう、教員と他病棟との架け橋としての役割、児の思春期という年齢や病状からのメンタルの落ち込みに配慮し、教員と児との架け橋としての役割を担った事例である。

3. 事例3

C君、8歳4ヶ月男児。両親、兄弟の5人家族。7歳5ヶ月時、急性骨髄性白血病と診断され、入院となり11ヶ月間の闘病の末、永眠される。C君に関しては、ターミナル期に教員と連携し行った関わりについて述べ、最期まで訪問教育を続けた様子を述べる。

ターミナル期は全身状態の悪化に伴い、点滴や観察項目が増え、一つ一つのケアに時間を要する。そのことで、看護師と教員がコンタクトをとるタイミングが難しく、支障をきたしやすくなる。教員は、日々変化の起こりやすい時期だからこそ、

授業をすることは可能か、内容はどの程度のものが可能で、時間はどうかなど、普段以上に情報を必要としていた。授業の内容を臨機応変に対応していく為にも、それらの情報が大切だった。そこで、保育士は「看護師さん、忙しそうでなかなか声かけられなくて。」という実際の教員の声からも普段以上に密な情報提供と、仲介役となれるよう関わった。朝のカンファレンスやカルテの情報、担当看護師にその日のケアや処置の時間、授業が可能かどうかのコンタクトを事前にとり、教員に伝えるようにした。状況の見通しが難しい時には、控え室で待機してもらい、授業が可能となった時点で、看護師や保育士が教員に声をかけるようにし、連携を図った。

高熱から不穏症状がみられ、鎮静剤を使用し緩和をはかっていた時期も、教員、保育士は訪室を続けた。そして保育士は、C君の生きる励みや楽しみとなる物が提供できるよう教員に相談を持ちかけた。以前C君が、教員から借りた雑誌を見て、保育士に「割り箸鉄砲がやりたい!」と言った事があった。そこで、教員が割り箸鉄砲を、保育士が的を作ることに決め準備を進めた。鎮静で眠っているC君の傍らで家族と声をかけながら、C君が熱心に集めているキャラクターを1日1体選び、的に描いていった。数枚の的が出来あがった頃、C君は解熱し鎮静が覚め、なんとか会話ができるようになった。まだ弱い声で表情が乏しい時期ではあったが、教員と一緒に、割り箸鉄砲を見せると、「わあ、すごい!」と嬉しそうな様子を見せた。その後は授業の最初に、‘的当てをしてから!’というのが定番スタイルになった。まず看護師に、C君が楽に授業が受けられる姿勢へと状態を整えてもらい、保育士も看護師も一緒に的当てに参加し、場を盛り上げるようにした。それから、24体のキャラクターが的になるまでC君の楽しみとして、また、授業の導入として続いた。このように、C君のやりたい事・好きな事を家族と相談し合いながら、教員、医師、看護師と協働して関わった。授業では、父の日にむけたプレゼント作りや、国語の朗読、新聞の記事を読むなど、C君の状態にあわせ、教員が授業内容を調整した。そして最期まで、できる限りの学習を継続したC

君は8歳4ヶ月で永眠された。

闘病生活と、小学3年生として訪問教育で学習を貫いたC君の姿、そして“元気になって学校に行きたい!”という思いを、今、C君の兄が引き継いでいる。C君に代わり、兄がC君のランドセルとその思いを背負い、小学校へ通っている。この事は、後日、教員から聞いて知ったことである。

事例3は、ターミナルという状況の中、兄が8歳児=小学3年生としての姿を保てるよう教員とスタッフで学習の継続を支援した事例である。保育士はより丁寧に教員の必要とする情報を提供し、他職種との連携を行った。そして、兄のベッドサイドで教員と場面を共有しながら、成長を支援し、励みとなる関わりを共に実施した。

Ⅲ. 訪問教育を受ける学童の情報共有に関する実態

訪問教育を受ける学童の情報共有に関するアンケートを行い、看護師25名・保育士5名・当院で授業経験のある訪問教員10名より回答を得た。(看護師・保育士は、訪問教育を受ける学童児を担当する機会、勤務年数に、ばらつきのある状況での集計結果である。また、無回答な結果に関しては、除いた数字である。)

1. 処置・検査などの医療行為や安静度といった体調に関する項目について
 - ・看護師から教員へコンタクトをとった経験のある者は、13名/25名
 - ・保育士から教員へコンタクトをとった経験のある者は、5名/5名
 - ・教員がコンタクトを最もよくとる相手として・
保育士 4名/10名
 - ・看護師 2名/10名
 - ・患児本人 2名/10名
 - ・家族 1名/10名
2. 病状や治療に関する心理、同室児との関係や出来事に関する心理、日々の些細な事柄が影響する心理といったメンタル面について。
 - ・看護師から教員へコンタクトをとった経験のあ

る者は、9名/25名

- ・保育士から教員へコンタクトをとった経験のある者は、4名/5名
- ・教員がコンタクトを最もよくとる相手として・
保育士 6名/10名
- ・看護師 1名/10名
- ・家族 2名/10名
- ・教員同士1名/10名

3. 訪問教育の存在をどう捉えているかについて (看護師・保育士の自由記述の一部)

- ・長期入院の児にとっては生活リズムの基礎になり学ぶことは大切だと思うから必要。
- ・児が健康な児と同じように成長できる場。
- ・入院中の児にとって社会の一部であり、退院後、社会に戻っていくための架け橋である。

4. 連携について(看護師・保育士の自由記述の一部)

- ・日々、教員と医療者の密な連携が必要である。
- ・教員とのカンファレンスの場をもっと定期的に行う必要がある。
- ・進学・復学の際、学校側へ医療者から、児の体調や生活について説明をする場があると良い。また、同級生に対しても、偏見のないよう説明の場があると良い。
- ・保育士とは連携をとっているが、看護師と教員での情報共有がないかもしれないと感じた。

看護師は、時間の決められた処置や検査、動線の広さから、教員と顔をあわせる機会が限られてしまう状況にある。それに対し、保育士は部屋ごとの担当制をとっており、教員と情報共有しやすく、このような病棟の体制も今回のアンケート結果のような実態に、結びついていると考えられる。

IV. 教育と医療の連携における保育士の役割

事例やアンケート結果から、保育士は、教育と医療の連携において以下の4つの役割を担っていると考えられる。

- ① 病棟スタッフとして医療者側の立場から、治療や体調に関する情報提供者であり、医師や

看護師との架け橋としての役割

- ② 児の心理状況や影響を与える要因・環境に関する情報を提供し、必要に応じて児との架け橋となる役割
- ③ スムーズに授業が継続できるよう調整し、児の頑張りを認め、励まし、学習意欲を支援する役割
- ④ 日々、継続して関われることで、些細な児の変化を読み取り、保育士の視点から必要な情報を判断し伝え、教員と共に各児に合わせた関わりや環境を見出していく役割

これらの役割を担う事で、病状や治療段階の異なる児のそれぞれに必要な教育支援体制を整え、治療生活と学業の両立を保障することにつながると考える。

今回、事例を振り返り、アンケート調査を行ったことで、これまでの関わりに加え、医療者側が取り組むべき課題も見えてきた。保育士も含め医療者は、訪問教育を受ける児の学習に関する事柄のほとんどを、訪問教員の存在に頼り、任せている傾向にある。特に、原籍校とのつながりや、復学に関する事柄である。教育の専門家として、教員の力をかりながら医療者も必要に応じて参画していけるよう意識を高めることが、まずは大切である。アンケートの自由記述において、多くのスタッフが訪問教育の存在を、学童期の生活を整え、成長過程において大切であり、出来る限り推進すべきことと考えていた。そして、情報共有の必要性や、もっと連携すべきであると考えていることがわかった。現在の定期カンファレンスは、児の治療経過や今後の見通しといった医療者側からの情報提供が多くを占めている。そこで今後は、教員からの授業の様子や、児の学習意欲、授業の進行状況といった情報共有の場として、より有効活用していきたい。そして、カンファレンスに参加できない医療スタッフも把握できるよう、記録に残し、スタッフの関心を高め、お互いが声を掛け合い、児の学習支援の幅を広げていけるよう連携をさらに深めていきたい。

実践活動4

病気の子どものための教育と医療の連携

—実践報告と今後の課題—

井上由紀子（東北大学病院看護部 小児看護専門看護師）

入院により子どもは、これまで過ごしていた、家、学校、地域と切り離され、病院という馴染みのない環境、人のなかでの治療、生活を強いられる。このことは子どもにとって不安やストレスを増大させ、様々な身体的、心理的反応を引き起こす要因となる。このような特殊な環境のなかでも、入院前の生活と同じように学校へ行き、学習や友人との遊びを通して、子ども達は入院前の生活に近い環境の中で、本来のあるべき姿で生活し、そして、何よりも退院後にスムーズに復学ができるように、入院初期からの支援を考えることが重要となっている。

しかし、現在の状況を見てみると、学校の先生方も病気の子どもたちとどのようなかわりを持つてばいいのかに困難さを感じているようにみえる。治療を終えて、自宅療養後の子どもを気遣うあまり過保護的なかわりになってしまい、病気の子どもの自立を抑えてしまったり、逆にあまり特別扱いはせず、他の子どもたちと同じようにかかわろうとして「病気の子どもへの配慮がない」と思われてしまうこともあるかもしれない。本稿では、医療者の立場から病気の子どもの教育と医療の連携と課題を考えたいと思う。

1. 病気の子どもの回復と支援

現在の子どもの医療は病気の子どもの回復と支援のための視点の転換が必要になってきている。短期に回復が見込めるような病気やけがの場合は、子どもたちは学校に行ったり友達と遊んだり、家族と一緒に過ごすなどの「日常」の生活を送ることができるが、病気になることや入院・治療によってそれまでのとは質的に違う生活、つまり「非

日常」の生活を送ることになる。

このような場合でも、短期間に回復が見込める場合は元の生活への転換、復帰が可能である。病気や障害を克服する支援の方針は、「現在の非日常は本来の自分の姿ではなく、一時的なもので、いずれ元の生活に戻れる」ということになる。

一方で、長期にわたって治療やケアが必要な場合、「日常」は病気になることや入院や治療によって生活が転換して、「非日常」に移り変わる。しかもこれは反転して元の「日常」に戻ることはないのでその病気やその後の体や心の状態と上手に付き合っ、「新たな日常」を作り上げなければならない。つまり、「非日常」となった生活をもとに自分にあった「新たな日常」を作っていくことになるのである。

小児がんや糖尿病、腎臓の病気もいまでは、疾病の管理が変化し、長期入院が少なくなってきている。治療の現場、療育の現場は病院ではなく、家や学校に移行しているのである。このことから、「新たな日常」を考えなければいけない子どもが増えてくると考えられる。

「新たな日常」を構築しなければいけない子どもたちを支えるための視点として、完全に元の生活に復帰することはできないということ、本人、家族、きょうだい、親戚、友達、学校の先生など、周囲の人々に認識してもらう必要がある。そして、非日常に適応して、それを新たな日常とする努力をしていかなければならない。

子どもが自分の病気について知らず、家族も子どもに伝えていない場合は、子どもは長い治療経過が必要な病気になったにもかかわらず、いつか元の日常に戻れると思ってしまう。この時、こど

もは「今の自分の姿は本当の姿ではない」と認識しているため、子どもの認識は現実とずれていることになる。この認識のずれが病気と向き合えない要因になり、子どもと家族を苦しめることがある。子どもたちに伝えられていない事実が多いことは否めないが、すべて伝えればいいのかというと、やはりそれも問題がある。いつ、だれが、どこで、なにを、どう伝えるか、ということは慎重に検討する必要がある。

2. 周囲の子どもや保護者への対応と課題

手術の跡や、薬物療法、放射線療法などでは見た目の変化が現れる。放射線を照射する場所や放射線の量によってその程度は違うが、毛が抜けたり皮膚の色が変わることがある。ムーンフェイスなど顔貌の変化もある。また、血糖測定やインスリンの自己注射などのために、定期的に保健室などに常に何かを携帯して行く子どものことを不思議がる子がいたり、偶然にその処置の場面を見ってしまうこともある。

中心静脈カテーテルはがんの子どもや代謝の病気では長く付けていなければならず、点滴を24時間持続的に使用している子どももいる。その点滴やチューブは服や袋で隠しているが、まわりの子どもたちに見えてしまうこともある。

糖尿病の子どもの母親は「毎日保健室にカバンを持っていく姿は他の子たちにはとても気になるし奇異に思うんですよね。何持ってるの?と何度も聞かれて・・・。本人は自分に必要なことだから普通のことだったけど、周りの子とは違うと思えたみたいで・・・。それからは小脇に抱えて目立たないように大ききものにしました。注射しているのもみられたくない思いは年々強くなって。進学したら病気のことは絶対に誰にも言わないって言ってます」と語っている。また、本人は「保健室でカーテン締めて血糖を測っているときに、保健室に入ってきた男子が『誰いるの?』って急にカーテンあけて・・・。見て何も言われなかったけれど、男子だったからさらにとっても嫌だった。血糖を測っているところは誰にも見られたくない。友達と遊びに出かける時にも『ちょっとトイレ』って言って測ってくる。それがちょっ

と面倒。少し時間かかるから長いなあと思ってると思う」と話しており、疾病管理をしつつも病気であることの不便さや思春期の葛藤があった。

このように、周りの子どもの「何しているの?」「それ何?」などの何気ない一言や、視線が病気の子どもの「自分は他の子とは違うんだ」という気持ちを一層強め、恥ずかしさや自尊心の低下を招き登校を渋るようになることもある。

病気や障害が見た目や療養行動でわかる子どもには、個別にそして長期にわたり支援していく必要がある。傷跡や療養行動などの一つ一つがどんな意味を持っているかということ、学校の先生とクラスの友達がきちんと理解していた方がいい場合も多くある。周りの子どもたちが病気の子どもの見てどうとらえて理解するかが重要な課題であると考えられる。しかし一方で、子どもと家族に不利益にならないように、事実を上手に隠しておくべきこともある。いずれにせよ子どもと家族とよく相談したうえで丁寧に対処することが必要である。

3. 復学の支援

長期入院の後に退院して外来に通うという過程では、学校に通っている子どもの場合は、原籍校への復帰についての支援が必要になってくる。入院した子どもは、院内学級や分校があるところなら、そこへ転籍し退院して原籍校に戻ることになる。しかし、すべての事例がスムーズに原籍校に復学できるわけではない。復学は長い時間をかけて個別の対応が必要となる。また、教育と医療の情報交換の手順と連携は施設や担当者によって、対応や取り組みが異なり、常に同じような対応がとれるとは限らない。病気の子どもの個別性はあるとしても、どの施設においても同じ手順や対応で連携がスムーズとなるように、ガイドラインのようなものが必要なのではないかと考えている。現状では、復学支援については医療者側も教育側も始動が遅いように感じることもある。病気の診断が付いた時点から入院、退院することを見込んで動く必要があり、これは我々医療者と学校教育側の課題でもあると考えている。

病院に入院している子どもたちを支えるうえで

院内学級は絶大な効果があると感じているが、このような心地よい環境だからこそ課題も発生してきている。心地いいのは、やはり個別に病気や発達や理解度に応じた教育・指導が受けられるからなのであるが、ともすれば過保護な状態になってしまうのも事実である。

実際長期入院の後に『院内学級はいいところだ』と思う。でも、行くか行かないかを

含めて自分で全部決められる。行かなくてもそれが許される。何となく行きたくないなと思ったときには『行かない』と言ってしまって…。自分を甘やかしてしまう部分もあったのかな。だから、元の学校に戻ったときにちょっと大変だった』と語った子どもがいた。

院内学級が心地よくて元の学校に戻りたくなくなる子どもたちがおり、いつまでも通っていたいと思うようになるのである。子どもにとって、少し負担が大きくなるかもしれないが、早く原籍校に戻れるように「あなたの本当の居場所は別にある」と少し厳しい態度を示すことも時には必要になるかもしれない。

そして元の学校に戻っていくときには、普通学級がいいのか、特別支援学級、病弱児学級がいいのかという難しい判断を院内学級の先生方も含めて検討する必要がある。

復学にあたっては、子ども自身の病名の認識と病気の理解度が大切な要素となる。周囲の人々に病気のことを知って欲しいと思っている子どもや家族がいる一方で、知られたくないと思っている子どもと家族がいる。可能であれば周囲の人々に正しく知ってもらい、理解してもらう方がいいと思うが、病気の子どもの家族、環境によるので、強制はできない。ただし、伝えること、伝えないことそれぞれにメリットとデメリットがあり、良いこともリスクもきちんと病気の子どもの家族に説明して、理解してもらう必要がある。

病気の子どもの中には病気になる前後の状態を理解し「入院前に(友達と一緒に)出来たことでも、同じように出来ないことは仕方ないと思ってる。友達も自分に気を遣ったり、遠慮してくれているんだと思うけど誘って欲しかった。友達にちゃんと病気のことを伝えなかったことを後悔してい

る」と感じていたり、「学校にどこまでの説明が必要かとても悩んだ。いま考えれば、最初からきちんと説明しておけば、学校の先生方とももう少しスムーズにやりとりができたかもしれない」と後になって考える家族もいる。

また、一方で、子どもや保護者には病気について隠す権利があり、周囲にすべてを伝えなければいけないわけではない。隠しておくことで何が起るのか、その時はどう対応したらいいかということについて一緒に考えましょうと伝えることも必要である。これについて我々医療者は非常に敏感で慎重に対応しているところである。

4. 病気(症状・治療・予後・緊急時の対処・連絡)の理解

学校の先生方には病気の症状や治療、予後についての一般的な知識だけでなく、その子どもにあった緊急時の対処、連絡方法などについて、その子の特徴をしっかりと把握してもらうことがとても大切になってくる。病気になった前と後で日常生活がどう変わるかについて知ってもらい、どのような方法でその子の日常生活を支援していくべきなのか、そして実際起こりうる問題は何かを理解するということが大切なのである。病気になったことで、子ども自身が頑張ってもどうにもならないことや、頑張れないこともあることを認識しておかないと、子どもに無理な頑張りをさせてしまい、をさらに病気になったこと以上に子どもを傷付けてしまう可能性があることを念頭に入れておく必要がある。

子どもが一人でできること、できないこと、今は見守るべきか、手助けすべきかの判断と切り替えが必要である。これには長期的に対応しなければならないこと、その時々で瞬時に判断しなければならないことがある。

また、病気の子どものが、他の子どもたちの中で一緒に行動していても、学校は病気の子どものや、きょうだい、家族を支援しますというメッセージを、明確に子どもと保護者に伝えること、そして実際に支援することが大切である。このような対応で子どももきょうだいも保護者の方もとても心強く、何か困ったこと不安な事があっても学校が

力になってくれるから大丈夫と感じ、安心して学校生活を送れるのである。

5. きょうだいの支援

病気の子どもは両親や医療者から注目され、様々な配慮が集中する。しかし病気の子どもと同じように、場合によってはそれ以上にきょうだいもがんばっている事実がある。入院している子どものきょうだいは、入院している子どもの病状を心配し、とても大変そうにしている親のことを気遣いつつ、取り残された寂しさや制約された生活を強いられる。入院した子どもの病状について説明されていないと、自分の身の回りに何が起きているのかよくわからず混乱し、それらについて誰に尋ねたらいいのかもわからず、孤独を感じつつ自分のつらい思いに直面しないように逃避や否認などの防衛機制を駆使し、認識しても周囲に伝えるのを我慢することが多い。

また一方で、周囲の人々の関心を集めている病気のきょうだいをうらやましいと思う気持ちや、そう思える自分を責める気持ちを持つこともある。

親は病気の子どもに一生懸命になり、きょうだいへは気が回らない時期があることを理解し、学校では病気の子どもと同様の配慮が必要となる。この場合、きょうだいも病気の子どもの病気や状態について正しく知らされていない場合があることを念頭に置いて慎重な対応が必要となる。

6. 看護支援の実際

Aくんは4歳の時に髄芽腫と診断され手術を行い、その後化学療法と放射線治療を受けた。退院後、姉がAくん中心の生活に「(入院中と同じで)また一人になるかもしれない」という不安や恐怖から心理的に不安定になっていた。Aくんの入学前に母親は病気について学校に説明していた。Aくんは楽しい学校生活を送っていたが2年生の後半に友達に手術痕、頭髪の薄さ、低身長をからかわれ登校を渋るようになった。姉もAくんのことで同級生からからかわれていた。

1) Aくんとのかかわり

Aくんは人見知りが強く年齢より幼い印象で

あった。家や学校のことを尋ねると「うるさい」と攻撃的に反応した。医療者はつらい闘病体験を想起させると考えられたため、安定した信頼関係を築くことを優先として携帯型ゲーム機を使いながら一緒に遊び、日常の様子は母親から情報を得ることにした。

2) 母親とのかかわり

不安と期待でAくんの学校生活を見守っており、Aくんが友人から外観のことをからかわれ登校を渋った時にも担任から「学校での様子はきちんと見ているから大丈夫。とにかく学校に来させて下さい」と言われ、Aくんにも「先生がついてるから大丈夫だよ」と登校させていた。しかし、状況は変化せず、姉が同級生に「お前の弟ハゲだ」と言われた時にも、姉は担任から「もっと強くなりなさい」と言われて理解してもらえなかったと話していた。このような状況で「今後どうして良いのか全く分からない」と母親の混乱が明らかだったため、面接の初期には母親の思いを受容し語られる話を中立的態度で聞き、その後、Aくんの課題と併せて姉の課題を整理し、どのように対応するのが最善なのかを共に検討していくことにした。

3) 学校とのかかわり

母親は学校でAくんに適切な対応をしてもらうためには同級生にAくんの体のことを正しく理解してもらった方がいいのではないかと考えるようになったため、母親が学校側と話し合う必要があると助言した。そして、同級生に病気のことを説明するためにはAくんにその意義を分かってもらい納得してもらうこと、両親の意見が一致していることが必要であると助言した。また、学校側の理解と協力が必要で誰がどう伝えるかを学校側と相談する必要があることも伝えた。迅速な対応ができない学校側と、早い対応を求めたい母親との間で認識の違いが生じたため、看護者が母親の意見を支持し学校側に必要性を直接説明することとした。看護者と母親が繰り返し学校側に繰り返し説明したことで、学校側の理解が得られ子どもたちへAくんの状況を説明することができた。

4) きょうだいへのかかわり

姉からも個別に話を聞く枠組みを設けると、姉

は自分のためだけに用意されたケアを受けられることに期待して来院した。初めは自分の思いを語ることはなく、友達とのこと、学校でのことを話すだけであったが、面接を重ねるなかで「退院して検査とかで病院に行くとAだけが声をかけられるけど、『私も頑張ってたのにな』って思った」などと、当時の様子や思いを話せるようになった。同級生にAくんのことをからかわれた時に「そんなこと気にしないで、もっと強くなりなさい」と担任に気持ちを受け止めてもらえなかったことがつらくて、悲しかったということ話すようになった。

看護者は姉の話を受容的に聞きながら、Aくんだけではなく、これまで姉もたくさん頑張ってきたこと、その頑張りやつらさを母親や父親も理解していることなどを伝えた。

7. 子どもと家族の意向を確認する

入院中も退院後も子どもへの対応や周りの子どもや保護者への対応など、全ての場合において子どもと家族の意向を確認することが基本となる。子どもや家族がどうしてほしいか、どうしたいのかを把握してもらさず対処することがきわめて重要となる。

このことについての大きな課題が病名告知である。特に予後があまり良くない病気である場合や、慢性疾患の場合を考えると、治らない、非日常を新たな日常に変えていかなければいけない病気の場合は、その告知がどのようになされている

のか、これからどう伝えるか、告知の後どう支援していくのかについて、医療と教育が情報を共有して対応を統一していくことが必要となる。

医療の現場では、プライバシーの保護と周囲の人々の理解が葛藤を起こすことが少なくない。周囲が理解したいと思うことと、本人や家族が隠しておきたいということがぶつかり合うので、倫理的な調整を丁寧に行っていくことになる。

教育と医療の連携、協働が目指すところは、子どもやきょうだい、保護者の方の自尊心や自己効力感を維持し、高めていくことである。病気の子どもとその家族が自信を持って自ら自分の課題に立ち向かっていけるよう支援することを共通の目標にしたいと考えている。

文献

- 1) 塩飽仁 (2007) 小児看護におけるサイコセラピューティック・アプローチ. 上別府圭子, 森岡由起子編, サイコセラピューティックな看護, 金剛出版, 東京.
- 2) 池田文子 (2002) 子どもが病気になったとき - 家族が抱く50の不安, 春秋社, 東京.
- 3) 井上由紀子・塩飽仁 (2008) 小児がんにおける子どもと家族への看護ケアの継続的支援, 小児看護31-11, 1498-1504, へるす出版.
- 4) 塩飽仁・井上由紀子 (2008) 小児看護外来におけるきょうだい支援, 小児看護32-10, 1304-1308, へるす出版.

実践活動5

学校と病院のパイプ役として

野地由樹子（埼玉県立岩槻特別支援学校 養護教諭）

1 本校の概要

本校はさいたま市岩槻区（旧岩槻市）に、昭和58年4月隣接する埼玉県立小児医療センターの開院と同時に開校しました。本校への入学資格は、原則として慢性疾患等にかかり、療養のため小児医療センターに入院している小中学生です。医師の指示があれば、退院後体力が回復するまでの間、自宅からの通学も許可しています。

児童生徒数は年間延べ100人～130人くらい、1ヶ月の平均在籍数は約40名。年間を通して転入転出が多いのが特徴です。

在籍児童生徒の病気の種類は、血液・腫瘍科が約40%、感染免疫科15～20%、整形外科が15～20%、形成外科、腎臓科、総合診療科、脳外科、神経科、代謝内分泌科等多岐にわたっています。

学習形態	内容
訪問	病棟内で学習を行います。
登校	登校し、教室で学習を行います。

日課表	時間	学習時間帯	
		登校	ベット
登校	～8:30		
学活	8:30～8:40	↑	
第1時	8:40～9:25		
第2時	9:30～10:15		
第3時	10:25～11:10		
第4時	11:20～12:05		↑
下校	12:20～13:05 昼食・昼休み		
登校			
中学部10分間学習 (月・金)	13:05～13:15	↑	
第5時	13:15～14:00		
第6時	14:10～14:55		
クラブ(火) 委員会(金)	14:15～14:45		
学活	14:55～15:05		↑
下校	15:05～15:20		

平成18年度より埼玉県立精神医療センター（伊奈町）に児童・思春期病棟が開設されたことに伴い、児童・思春期病棟に入院している小中学生に対し院内学級への訪問教育（伊奈訪問部）も行っています。

養護教諭は1名で主に本校での勤務であるため、ここでは小児医療センターとの連携についてお話しします。

2 小児医療センターとの連携

本校と病院との連携が円滑に行われるよう以下の会議等があります。また、本校と病院の間を調整してくれる医師（就学委員会担当部長）がおり、様々な問題に対応してくださり、この医師の存在は大変重要です。

また、本校の行事には病院長をはじめとするさまざまな方が協力してくださり、校内で行われる行事の多くは、閉回路放送で病棟に生放送されています。

入学式 卒業式 体育祭 文化祭（病院長 看護部長 事務局長 看護師長 主治医等が出席）中3、小6 修学旅行 遠足 小学部校外学習（医師、看護師が同行）

3 養護教諭のある一日

朝7時45分、自動ドアのスイッチを入れ病棟へつながる通路を通り、3階の3A病棟のドアを開きます。感染症予防のため、入口で入念に手洗いと消毒をして、ナースステーションに「おはようございます、学校です。日々連絡お願いします」と声をかます。深夜のリーダー看護師から申し送りを受けます。その後各病室に行き「Aちゃんおはよう！昨日気分が悪かったみたいだけど、今日

名称	回数	目的	出席者	
			病院	学校
教育連絡協議会	年1回	病院と学校のそれぞれの年間計画や整備計画など、連携に関する基本的事項を審議する	病院長 副病院長 事務局長 業務部長 就学委員会担当部長 病棟代表医 看護部長 看護師長	学校長 教頭 事務長 教務主任 学部主事 保健主事 看護教諭 特別支援教育コーディネーター 校医代表
就学委員会	学期2回	就学に関わる入院や配慮事項について協議	業務部長 就学担当部長 該当児童生徒の主治医・師長	学校長 教頭 教務主任 就学相談担当教諭 看護教諭 その他委員長が必要と認めた者
学校病棟連絡会	月1回	行事予定などの情報交換をおこない、具体的な連携の在り方を協議する	就学委員会担当部長 病棟師長 関係職員	学校長 教頭 教務主任 学部主事 保健主事 看護教諭 関係職員
生活委員会	病棟ごとに月1回	病棟と学校のそれぞれの立場から、児童生徒の生活の様子について情報交換を行い、よりよい連携のあり方について協議する	担当医 関係看護師	生徒指導係 看護教諭 関係職員
医療研修会	年3回	医師や看護師等の関係者指導のもと、教職員の医療的理解を深める。	年度当初は血液腫瘍科医師の講義 2、3回目は講義の内容により決まる	教職員

はどう？」『昨日と同じくらいだよ』『今日の授業は出来そう？』『出来るかわからないけど、一応来て』『了解！伝えておくれ』こんな感じで一人一人の子供たちに今日の体調を聞きます。その時の在籍者によって変わりますが7病棟～5病棟を30～45分でまわります。

最後の病棟を出た後は小走りで職員室に向かい、8時20分からの職員朝会で日々連絡での情報を伝達します。個々の子どもたちの学習形態はその日の病状により変わるので、私が伝達した内容によって、教員の一日の動きが決まります。

8時35分「おはよう」「おはようございます」児童生徒は病棟からつながる通路を通り、病棟スタッフと登校してきます。校長や数名の教員と保健室前で一緒に出迎えます。

「あれ？Bさん松葉杖の許可出たの？(朝の日々連絡では車椅子で登校のはず)」「病棟では松葉杖使っているよ」「ちょっと病棟に確認するからね」保健室から病棟に連絡を取り、学校では車椅子で活動することを確認。「Bさん、病棟は松葉杖でOKだけど、学校ではもう少し車椅子なんだって」「そうなんだ、わかった」このように、朝病棟から申し送られた内容と違うことがあれば、すぐに病棟に確認します。

1時間目が始まり、日々連絡の内容をもう一度

確認していると、「先生！2年生のCさんがおう吐しました」との連絡、病棟に連絡し、Cさんを帰棟させ、すぐに汚物処理キットを持参し教室へ。吐物がついてしまった学用品や机、床の処理をあらかじめ済ませた後、感染症認定看護師に連絡、指示を受け、その指示に従って処理をし保健室に戻ります。

2時間目の休み時間、「先生、水ください」と元気な声。体育の後の水分補給に4、5、6年生が全員保健室にきて、保健室で作っている湯冷ましを一気に飲みます。水分制限のある子には、メジャーで測ってからコップに注ぎます。

「トゥルルルル・トゥルルルル」と病棟からの電話「Dさん、検査に呼ばれたので戻してください。」職員室に連絡し、Dさんを病棟に連れて行ってもらいます。

担任から、「Eさん主治医からプールの許可が出たと言っているけど、確かめてもらってください」との問い合わせを受け、早速病棟へ、ナースステーションのリーダー看護師に伝え、主治医に確認してもらい、活動制限表の指示変更を依頼します。

疲れた児童生徒が保健室に休みに来たり、けがをした児童生徒が傷の手当に来たりすることは、地元校と同じですが、その子どもの病気に関わる

症状を訴えたときには、病棟に連絡し、このまま保健室で様子を見てよいか、すぐに病棟に戻った方がよいかの指示を受けます。

4時間目が終了すると、昼食のため各病棟に教員と一緒に帰る児童生徒を見送り、午後は朝と同じように登校してくる児童生徒を保健室前で出迎え、下校するときにはまた見送ります。

放課後は就学相談や病棟との会議、校内の会議に出席し、一日をゆっくりと振り返るまもなく、勤務時間が終了します。

4 養護教諭の役割（一人一人の子どもたちが充実した学校生活を送るために）

健康診断や学校保健委員会、児童生徒保健委員会活動、保健だよりの発行など地元校と同じ職務の内容もありますが、本校独自の養護教諭の役割について詳しくお話しします。

(1) 病院とのパイプ役

学校と病院との情報窓口の一本化を図るために、児童生徒に関わる全ての問い合わせは、養護教諭を通すことになっています。様々な教員からの問い合わせに対し、その内容に応じて養護教諭の判断でよいもの、管理職の判断が必要なもの、病院に問い合わせが必要なもの等を考えます。その際、就学委員会担当部長、主治医、師長、リーダー看護師、プライマリー看護師、その他の病院職員の誰に、どの順番で話を通すべきなのかを考え問い合わせをします。

(2) 教職員への支援

新転入者への保健関係のオリエンテーションでは、病院に入る際の注意から、教材の持ち込みのルール、病気に対する理解まで本校で必要な最低限の知識を提供します。

また、児童生徒の病状は日々変化するので、教職員への情報提供を的確に行い、教育活動が円滑に行われるように心がけています。

(3) 就学相談（転入時の面接）

就学相談係と養護教諭の2人で行います。突然お子さんが病気になり、不安や心配を抱えながら入院、転校とあわだだしく手続きをしなければならぬ保護者に対し、病棟から少し離れた学校の相談室で、ゆっくりとお話を伺います。お子さん

の前やご家庭では、なかなか話せない胸の内を話され、涙を流される方もいます。

また、一度保護者の方とお会いしておくことで、病棟で会ったときに保護者から不安や心配などを相談されることもあり、保護者の心のケアにもつながっています。

(4) 学校への連絡票（※1）、活動制限表（※2）の管理

主治医が就学申込時に書く学校生活に関わる指示書です。この内容に基づいて児童生徒は学校生活を送ることになりますが、入院生活が経過するにつれ病状にも変化が出てくるので、子供たちの様子を見ながら、主治医と連絡を取り内容を書き換えてもらいます。また、主治医から指示された内容が守られてなければ、それを教職員に伝えたり、教職員全員が個々の児童生徒の活動制限を把握しやすく常に最新のものを校内ホームページに載せるよう心がけています。

(5) 主治医やプライマリー看護師、理学療法士、作業療法士等との調整

学校への連絡票・活動制限表ではカバーできない内容については、その内容ごとに問い合わせをします。

例えば、車椅子に乗っている生徒のプール入水時の注意を主治医に問い合わせをしたり、最近、学校で眠そうだが病棟での生活はどうかをプライマリー看護師に聞きにいたり、遠足の際のバスの乗降はどのように行ったら良いかを理学療法士に担当教員とレクチャーを受けに行ったり、授業中の手の使い方などについて作業療法士にアドバイスを求めに行ったりとその時々で様々な内容です。

(6) ケースカンファレンスへの出席

病棟が主催するカンファレンスに担任や特別支援教育コーディネーター、養護教諭で出席することもあります。病棟でのカンファレンスはその児童生徒に関わるあらゆる職種の方が集まります。カンファレンスは退院に向けての諸問題について話し合われることが多いので、学校での学習状況、学校での問題点などを話し、本校を転出した後に通学する学校についてどんな調整が必要か等を話し合います。特に前籍校に戻る事が難しいケー

スについては、どのような選択肢があるのか、また特別支援学級や他の特別支援学校等に転出するためにはどのような手順を踏まなければならないのかなどについて情報提供をします。

(7) 感染症予防対策

学校には様々な病棟から児童生徒が登校してくるので、学校で感染症が発生した場合は、迅速な対応が必要です。学校で起こった一件の感染症が、病院全体に広がってしまう可能性があるからです。学校で感染症が発生した場合は、病院の指示を受け、感染症発症者と接触した児童生徒の情報収集や、各病棟、自宅通学生の保護者への対応を迅速に行い、感染症の拡大防止に努めています。また、保健室前に手指消毒剤を常置し、下校する児童生徒、病棟に授業に行く教員は必ず手指消毒を行い、マスクを着用します。さらに、9月からは新型インフルエンザ対応として、教職員は児童生徒と接するときは学校内でも常にマスクを着用するようにしました。

5 退院後の復学支援

退院後の学校生活がスムーズに送れるように、「学校生活上の配慮事項」(※3)を各主治医に記入してもらい、転出時に保護者経由で前籍校に渡しています。以前は、どの科でも同じ様式を使用していましたが、昨年度病院の理解と協力を得て診療科ごとの様式を作成しました。

「学校生活上の配慮事項」の書面だけでは伝わらないことについては、保護者の了解を得て前籍校の先生(主に養護教諭)に連絡をし、配慮していただきたいことを詳しくお伝えしています。

6 病弱特別支援学校の養護教諭として思うこと

私が本校に赴任したのは、平成15年4月です。それまでは、中学校で十数年勤務してきました。病弱特別支援学校がどういうものかも知らずに、異動してきた私にとって、赴任して3日目、前日病棟で夕飯を食べていた小学生の男の子が、翌日亡くなられたことは大変ショックでした。この学

校では、明日何かを、今度何かをと考えていては間に合わないこともあるのだと、その時実感しました。

また、病気になっても授業が受けられるということは、本人にとっても保護者にとってもとても大切です。入院期間が長い短いに関わらず、保護者にとって病気の不安はあるけれど勉強が遅れる不安は軽減できます。

また、病状が重い児童生徒については、症状の辛いときにベットサイドまで行って勉強しなくてもいいのではないかと思っていました。しかし、病状が思わしくない時でも、勉強をしっかりとというメッセージが子どもにプラスに働くこともあります。勉強することが、病気を治して前籍校に戻るという目標につながっているからです。勉強や宿題が大好きなお子さんはいませんが、やらなくてはならない意味はみんなわかっています。

岩槻特別支援学校での勤務年数が長くなるにつれ、入院している子どもたちに学習が保障されることの大切さを改めて実感しています。

7 おわりに

今回、改めて日常の執務を振り返る機会をいただいたものの、このような経験は初めてでしたので、岩槻特別支援学校のことがきちんと伝えられているかが不安です。

現在の連携があるのは、小児医療センター開院と本校開校準備の段階から、教育の大切さを念頭に置き、教育と医療の連携を作り上げてくださった病院長をはじめとする多くの病院関係者の方々、学校長や多くの教員そして私の前任の養護教諭が長い間かけて築いてきた結果だと思えます。

医学の進歩や医療や教育行政の時代による変化に対応しながら、今後も病気を抱えて学校生活を送る子どもたちが充実した学校生活を送れるよう、微力ながらお役に立てるよう努力していきたいと思っています。

様式4

平成 年 月 日

入院・外来
形態変更

学校への連絡票

児童生徒 氏名	(ふりがな) 平成 年 月 日生	男・女	主治医 病棟名	師長
期 間	入院予定期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (約 ヶ月)			
症 状 等				
推 定 ・ 処 置 等	定期的検査・治療の内容	手術予定 平成 年 月 日		
学 習 上 の 配 慮 事 項	生活規制等	食事制限 (有: 無) 腎尿 (要・不要)		
	年 月 日	学 習 形 態 訪 問 登 校 (床) 半日 1日	留 意 事 項	主治医 認 印 機 體 教 諭 認 印
※ 1				

本票は学習形態の変更等があった時、書き加える。なお、活動制限表にもご記入ください。

校長 教頭 担任

様式5

学校生活の活動制限表

小・中 年 氏名 ()

※ 該当事項に○印をつけ、留意事項については御記入ください。

項目	活 動 内 容	/	/	/	/	/
部 活	① 国産なし					
	② 座椅子を使う					
	③ 杖や器具を使う					
ト イ レ	④ 介助が必要 (留意点あり:)					
	① 特になし					
	② 介助が必要					
食 事	③ 留意点あり (腎尿 その他)					
	① 常食					
	② 制限あり (カロリー 塩分 脂肪 その他) (食料等:)					
	③ 水分制限あり (学校では水分量を計る)					
プ ール 学 習	④ 出席食 (経口摂取食 ワーファリン食 その他)					
	① プールに入れる (留意点あり:)					
体 育 的 活 動	② プールに入れない					
	① 特になし					
業 外 部	② 日常生活程度の活動なら可					
	③ ア 指差対応をぶつけない					
	④ イ 身体をぶつたりひねったりしない					
	⑤ ウ 走らない					
	⑥ エ 座椅子に乗って安全にできればよい					
課 外 部	⑦ オ その他の留意点 ()					
	① 全て見学 (月 日頃まで)					
	① 特になし					
課 外 部	② 課外参加 (帽子 長袖 教室内での座席の位置等) が必要					
	① 特になし					
課 外 部	② 浴衣着 (長袖 長ズボン 帽子) 着させられ (スプレー着用) 浴衣 (半袖・マスタ) 等の対応を十分にすれば、短時間 (20分以内) の活動なら可					
	③ その他の留意点 ()					
課 外 部	④ 屋外での活動は不可					
	① 留意事項					
課 外 部	・項目にないこと					
	・身体に自覚すること等					
※ 2						

学校生活上の配慮事項

小・中 () 学年 () さんについて

主治医 () 治療科目 () 記入年月日 (年 月 日)

項目	内 容	口	にチェックまたはカッコに記入してください		
登下校	他のお子さんと同様で大丈夫です 体力が落ちるまで、保護者等の送迎が必要ですが (送迎車なども考慮し、保護者と相談してください) その他 ()	<input type="checkbox"/>			
		校内移動	他のお子さんと同様で大丈夫です 本人のペースでゆっくり移動できるように配慮をしてください その他 ()	<input type="checkbox"/>	
				体育的運動	他のお子さんと同様で大丈夫です 本人の体力の回復に合わせて、保護者と相談しながら行ってください 主治医の指示があるまで見守ってください その他 ()
清掃活動	他のお子さんと同様で大丈夫です 本人のできる範囲で行ってください その他 ()	<input type="checkbox"/>			
		屋外での活動	他のお子さんと同様で大丈夫です 強い紫外線に長時間当たることは避けてください その他 ()	<input type="checkbox"/>	
給食	他のお子さんと同様で大丈夫です 食べてはいない食品があります () その他 ()			<input type="checkbox"/>	
		感染症流行時	他のお子さんと同様で大丈夫です 保護者に連絡してください (インフルエンザ、麻疹、水痘、流行性脳脊髄膜炎、風疹など)	<input type="checkbox"/>	
学校での服装	なし あり (着用時の注意)			<input type="checkbox"/>	
		けが、体調不良時の対応	他のお子さんと同様で大丈夫です その他 ()	<input type="checkbox"/>	
外来通院予定	主に (曜日) で 週に一回 □ 2週に一回 □ 月に一回 □ その他 ()			<input type="checkbox"/>	

主治医・看護師から特記事項

一度に全部やらせようとせず、少しずつ体を慣らしていくことが大切です。そうすることで無理なく、新しい環境に慣れることができます。半年後にはすべての事を区別なく習と一緒に行っている事を目標にしてください。長い入院生活でしたが、病気で入院していた体の弱い子と考えないで、学校では決して記録できない貴重な経験をした子、そのような経験を乗り越えた強い子を持った子、と見てあげてください。

※ この配慮事項は、主治医から次の指示が出るまでの範囲の活動制限表に記入し、最終の主診医の指示に従ってください。
※ 修学旅行、遠足等の校外行事については、保護者を通して主治医 (事前に日程や活動内容等を保護者に連絡してください。)

※ 3

原著

死を捉える学問的視座

近藤（有田） 恵（京都大学こころの未来研究センター）

要約

本稿では、死を巡る様々な視点についての整理を行い、人々の日常において死を捉える学問的視点を整理した。まず、従来の死生学=Thanatologyが扱ってきた死を概観し、死という現象そのものを中心に議論してきたこと、体験としての死を十分にすくい取ることができない点を指摘した。その上で、死と共に生を扱う新たな死生学=Death and Life studiesの視点を取り入れ、生の中で死を扱う重要性を指摘した。

キーワード

死、死生学、固有性

はじめに

近年、「死」に関する人々の関心は高まっている。人生の終焉をどのように迎えるのかという終末期医療や尊厳死といった死を人生の最終章として組み込もうとする動きが中年期以降の世代であるなかで、学童期、青年期における死の様相もまた大きな変革期にあるといえる。例えば、小中学生の死の概念の発達（小畑，2005）やいのち教育、自殺防止など教育や予防としての「死」にも注目が集まっている。このように、死を巡る人々の視点は、臨床の場のものから抽象的なものまで多岐にわたっている。

しかしながら、死を扱う学問的視点は、人々のニーズと同様に多様なゆえ、十分に整理、議論されてきたとはいえない。死に対する人々の疑問や関心に十分に答えるためにも死を捉える学問的視pointsの整理は必要不可欠なものだといえる。そこで、本稿ではこれまで学問が死をどのように扱ってきたのかを整理し、今後私たちが死を考えていく上でどのような視点が考えられるのかを探ることを目的とする。

1. 死を扱う学問としてのThanatology

「人は自分の死を想像できない。自分の死を想像してみようとしても必ず自分は目撃者として存在している」とFreud (1915/1969) がいうように、私たちが死を考える時、死は抽象的な「」つきのものとして捉えられてきた。「」つきの死とは、多くの場合死という現象＝「生命の停止」(Shneidman, 1973/1980) そのものを指し、それに伴う過程は一切排除されている。それゆえに、死の過程という生の過程に伴う感情は死の想像には含まれない。自身の体験として死を語りえない私たちは残される者として、あるいは想像として、自分の「生命の停止」を思考する。

死は複雑かつ捉えがたく、その全貌を捉えようとすることは極めて困難である。死とは一体何なのか。古来より問われてきたこの問いに納得できる答えはない。死は既に私たちの人生の中にある。それにも関わらず、私たちはそれが何なのか、まだ知りえないのである。この問いと長い間格闘してきたのがThanatologyである。

Thanatologyとは、ギリシャ語のThanatos（タナトス：死）から造られた言葉で、死に関する学際的な視点である。さしずめ「死学」と訳するこ

とのできるこの学問的視点から、死の問題はどのように捉えられてきたのだろうか。Thanatologyを『Concise Oxford英英辞典』でひくと、「死とそれに関する科学的な研究」とあり、『ステッドマン医学大辞典』には、「死相論」死の研究に関する科学の一分野」とある。このように辞書を照らし合わせてみると、Thanatologyが死を科学的に扱う学問であるということがわかる。このような定義から、「死を科学的に扱うとはどのようなことか」という1つの問い（この問いはその視点によって死にどのような意味を見出すのかという問いにもつながる）が立ち上がる。

この問いを念頭に、ここでは平山¹⁾(1991)の「死生学とは何か」をもとに、死を学問がどのように扱ってきたのかを整理する。平山のまとめは、1) 学際的側面、2) 人稱的側面に分けて整理することができる。

1) Thanatologyの学際的側面

死という言葉が意味するものはあまりに多義的で捉えがたいものである。Shneidman(1973/1980)の言葉のように、まずは「死とは何か」ということを定義しなければ、私たちは死について語ることはできない。様々な視点から迫ることのできる死の問題についてさしずめ3つの学問的視点を提示しよう。

A. 出来事としての死

例えば、「人が亡くなった」という時、私たちは何を基準にしているのだろうか。現代社会において、多く人は死を病院で迎え、医師によってその最期を告げられる。肉体の終焉が何であるのか、つまり出来事としての死とは何かを定めるのが、医学・生物学的な視点である。

「死亡論」、「死学」と称されるこの視点は、死という現象がいかなるものであるのか、また、死体解剖などによって死因や死亡日時などを決定する。例えば不意に死を経験した時、「なぜ亡くなったのか」、「最期はどうだったのか」という問いを人は持つ。そうした問いに答えてくれる視点がこれであり、法医学や解剖学などである。これらの視点は、死の要因を具体的に扱うことによって死そのものを定義するものである。

B. 時間的経過の中での死

この出来事としての死をその出発点として、死に逝く過程を捉えるのが2つ目の枠組みである。出来事としての死を切り取る医学の視点は、生を完了させる死をも判断する役割を持つ。肉体の終焉を生の有様から予測することによって、生の期限=死という時間的区切りと経過の視点をもたらした。こうした一定の期間を視野にいれた枠組みは、死そのものではなく、死に逝く者やその家族の心理、死に逝く者を取り囲む環境に、心理学や社会学、精神医学、看護学などの視点から光を当てるものである。この枠組みにおいて、Thanatologyは死そのものではなく、生きてゆく過程の中に死を見ることとなり、死だけではなくその生をも包含することから「死生学」という訳が当てられることになる。死に逝く過程にその光を当てたという点においては、Kübler-Ross(1969/1988)の研究は特筆すべき点がある。彼女が表した「死の過程の段階説」を筆頭に、死に逝く人々の精神面に関して多くの論文が発表され、臨床現場から見えてきた死の様相をCure/Careという実践に活かすというスタンスを持っている(e.g. Benner & Wrubel, 1989/1999; Nygard & Reilly, 2003; Wright and Flemons, 2002; Enck, 2003)。当初、死を死に逝く者個人の問題とするところから始まったこの枠組みは、家族をはじめとする重要な他者(死に逝く者同様にケアされる者として)、さらにはこれまでの人生、社会との関わりまでその視点を拡張した。

C. 概念としての死

そして3つ目は、哲学、倫理学、宗教学、神学、文化人類学など、死を生に対極(生を終わらせるものとしての死)として捉える枠組みで、死生観や人生観、宗教儀礼などの研究や文化比較するものである(e.g.ベッカー, 2000; ベッカー・柏木・デーケンら, 1995; Conzelus & Williamson, 2003; Durkin, 2003)。Heidegger(1977/2003)をはじめとして、多くの哲学者が死とは何かについて記し(Spinoza, Schopenhauer, Platoなど²⁾)、死を生に対極として捉えることで、よりよい生を全うすることを論じた。こうした生と死を対極におく考えは、死生観や人生観を構築すること(山本, 1992; 濱田, 2004)、さらには死の準備教育(デー

視点	医学・生物学的視点	臨床心理・社会学的視点	文化人類・宗教的視点
着目点	生命の停止	死に逝く過程	死生観・人生観
時間的側面	現在 (時間の一過性)	過去・現在・未来 (時間の連続性)	
人称		一人称+二人称	一人称あるいは 三人称

図1 学際的視点の整理

ケン, 1986, 1996, 2001; 得丸, 2000) へとその流れを引き継いでいる。この流れは、前もって死について考えることによって人が死を目の前にした時に死に対する不安や恐れを払拭するという「よりよい死」を志向する意味において、死を取り込もうとしている。

2) 人称的側面

以上、死を学問的に扱う視点を整理したが、死を扱うことの難しさの1つはその死が誰に起こったものであるのかを考慮しなければならないという点にある(平山, 1991; 日野原・山本, 1990; 山本, 1996)。先述した3つの学問的視点を縦軸とすれば、「死が誰に起こったもので、それを誰が体験するのか」という人称を横軸として捉えることができる。

私たちが死を経験、あるいは語る時、次の3つに分けることができる。①一人称の死(自らの死)、②二人称の死(家族をはじめとする近しい人の死)、③三人称の死(メディアなどを媒介として知る直接関係を持っていない人の死)である。

一人称と二人称の死が、誰に死が訪れたのかという固有名詞が大きな意味を持つのに対して、三人称の死はその「〇〇の死」という固有名詞はあまり大きな意味を持たない。「第三人称の死は、抽象的で無名の死であり、関心をそそらぬ死である。第二人称の死は、ほとんど我々の死と同じ様に胸を引裂くものであり、愛する存在の喪失によって覚える哀惜と心を引裂くような悲しみにおいて、我々は親しいものの死を自分自身の死のごとくに生きる」(Jankélévitch, 1964/1978)。

自らの死という第一人称の場合、人はそれをどのように考えるだろうか。自らの死=肉体あ

るいはその存在の消滅を考える時、人は少なからず恐怖を覚えるのではないだろうか。Erikson (1968/1982) は、「自分が存在していない状態を想像しようとする時、人間は悪寒とふるえをおぼえ、その試みを中止する」と自身の死を考えることの難しさを述べる。他でもない自分が死ぬ=自らの肉体の消滅を考える時、突きつけられた現実をもとに見据えた現状が大きな意味を持つ。

また、身近な他者の死を考える時、現在だけではなく、過去や死後といった時間の連続性が問題となる。さらに平山(1991)は、二人称の死を扱う場合には、死を「汝」と「我」との関係において捉え、精神医学、心理学、看護学などで扱う死がこれにあたるとする。さらに、盛永(1999)は、終末期医療において、死は単なる「身体的機能の停止」ではなく、「人格の消失」であると述べ、患者-医師関係が二人称の関係でなければならないと言う。そして、三人称の死は、「我」と「それ」との関係にあり、一人称と二人称の死とはまったく別のものであるとしている。

つまり、出来事としての死を扱う医学・生物学的視点や哲学や人類学が扱う観念としての死においては、死が「汝の死」である必要はないが、心理学や看護学が扱う臨床現場における死は常に、「我」と「それ」ではなく、「我」と「汝」という関係性において捉えられなければならないのである。

一見、明確に分けることの出来るこの3つの死は、それぞれが相互に関係し合い簡単に切り離すことはできない。例えば、2001年9月11日に起こったアメリカの同時多発テロは、時間の永続性という点において、人々に大きな衝撃を与えた。テロ

被害者に何ら関係のない人にも、いつまでも続くように感じられる日常がある日突然、自分の意思と関係なく断ち切られてしまう現実があるということ意識させたことは記憶に新しい (Vigilant & Williamon, 2003)。

先にみてきたように死という言葉1つをとっても、そこには様々な概念と視点が複雑に絡みあっている。ここで、先に掲げた「死を学問的に扱うとはどういうことか」という問いを念頭に死をまなざす学問的視点を整理してみよう。出来事としての死は一瞬を扱い、観念としての死は時空を超える。そして、臨床現場における死とは、逝く者と遺される者の両者を含む死に逝く過程、つまり、関係性と連続した時間を考えなくてはならない。

こうして考えると、これまで死を扱ってきた学問的視点は、医学・生物学的視点からは生命(身体的機能)の停止としての死が、社会学・心理学の視点からは治療の対象(正常からの逸脱として)としての死に逝く過程が、文化人類・宗教的視点からは人稱を特定しない死が論じられてきた。まとめると、死という出来事を扱ってきた医学・生物学の視点や人全般に当てはまる哲学や人類学は、「固有性」のない死を論じ、治療や適応という視点から死を扱ってきた社会学や臨床心理学は、人稱も含め死に直面している具体的な人の死を詳細に検討してきたものの、それぞれの死がもつ「固有性」について触れられることは少なかった。これまで見てきたような死は、実際に自らの終末期を生きる人々の手記は別として、私たちが死を語る時、それはどこか実体のないものとなっているのである。

しかし、ここに筆者は1つの問いを投げかけた。死は常に人々の傍にあり、人の長い一生の中に遺される者そして逝く者として誰もが体験する出来事である。それは単なる生命の停止でもなく、正常からの逸脱でもない。ましてや「固有性」を持たない死ではない。だとすれば、人の死を扱う上では、年齢や性別、個人の生育歴といった死を体験する者の詳細な情報に留まらず、ある人の死が、その人を取り囲む人々の生と共にある中にある「固有性」を持った死として論じられる必要性があるのではないだろうか。「固有性」とは、キュ

アにおいてしばしば問われる具体的な個人の情報だけではなく、こういった具体性を含む者同士が出会い、関わり合う中で生まれた関係性の上に成り立つ情動の動きに裏打ちされるような、他でもない「私」と「あなた」という両者の間で形成されるものである。

2. ライフサイクルの中で死を捉える視点の再考

先にみてきたThanatologyは、死をその出発点、あるいは、死という期限から逆算された生を扱ったものであった。つまり、これらの研究は、「生の完成としての死について研究する学問」である(『Dictionary of Medical Objects』のThanatologyの項)。これらの視点の背景には、「人間を動かす動因のうちでも主要な1つに、死の恐怖があるということである。…多くの思想家がそれが人間にとって大きな心理学的問題であることを直ちに理解した」とBecker(1973/1989)が指摘しているように、人間が生きる主体あるいは生物として根源的に持つ、存在の消滅という死への恐怖がある。そして、人々は常にこの恐怖と戦ってきたといえる。

人は一人称としての生と死を体験しても語ることはできない。正確に言えば、生まれる体験は後づけの記憶などで語ることはできても、自らの死の体験を語る方法あるいは聞く方法を今のところ私たちは知らない。つまり、私たちは生と死という2つの瞬間的な体験の間から両者を眺めることでしか一人称としての体験を意味づけることはできない。

それでは、この2つの瞬間的な出来事から私たちへと差し出された問いとは何だろうか。生への問いは、他でもないこの自分がこの世に生を受け、今こうして在る意味とは何かという自らの存在に起因するものである。人々はそれぞれの日々の営みの中で生の意味を直接的あるいは間接的に見出す。それでは死ぬ事への問い、あるいは死への過程を生きる事への問いと答えはどこにあるのか。死への興味関心が深いのは、Shneidman(1980/1983)の言葉のように常にその体験が間接的であるからである。死という体験それ自体、そ

してその後への答えなき問いを抱えたまま私たちは生きなくてはならない。

先に議論してきたように死はあくまでも個人のものとして捉えるという視点から「固有性」について十分に議論されることはなかった。死を人の日常生活において考える（死を人の日常に返す）ということ視野にいたした時に、この「固有性」にこそそのヒントがあるといえる。

3. ThanatologyからDeath and life studiesへ死生学の転換

死を人々の日常の中から考える上で、島園の〈死生学〉は大きな示唆を与えてくれる。死をその正面から捉えようとするがゆえに学際的な視点を持つ従来のThanatologyからDeath and life studies³⁾という新たな視点を島園(2003a, 2003b, 2005)は提唱している。これまで死生学が出来事としての死に着目しすぎてきたことへの反省と、生と共に死があり、互いが互いを照らし出す関係にあることから、生の側から死を考える必要性を島園(同上)は主張する。「死について学ぶのは、そのまま死までの生き方を考えることだと思うので、死生学と翻訳して使っている」と、Thanatologyは死という出来事そのものを扱うのではなく、生そのものを扱う学問であると新たな視点を意味づける島園(2003a)の主張は筆者の問いと重なる部分が多い。

しかしながら彼の主張は、「人間を「死に向き合う存在」として捉え直そうとし、さらには、「よりよく生きる」ための姿勢を身につけようとする姿勢を扱うのだが、死が主要な関心事であることには変わらない(島園, 同上)」という点において、少し筆者の研究意義とその視点がズレるように思われる。少なくとも筆者は、「よりよい生」といった価値判断は保留したまま、「今、ここ」で、死に逝く過程を生きる(不治の病という自他ともの了解事項の上で)当事者の意味において、死あるいは死に逝くことを考えるところに、死を捉える新たな視点があると考えている。「よりよい生」あるいは、「よりよい死」という視点は、時として死に逝く者と遺される者の間に大きな齟齬を生むことになるからである。有田(2007)は、終末期医

療の現場での調査から遺される者(この場合は医療者)と逝く者(この場合は患者)の間に起こったこの齟齬について言及している。よいという価値観はどちらか一方から物事をみた時にのみ成立するのであり、死の問題は多くの場合、遺される者から議論されることが多い以上、1つの価値観を持ち込むことは死に逝く者を遺される者の価値に回収する危うさがあることは心にとめておくべきことであろう。

さらに島園(同上)は、「人間のライフサイクル(死生の過程)に、科学の知と科学技術的実践が深く入り込むことによって、「死生の真実」から人々を引き離してしまう事態が起きている」ことへの危惧から「死生の真実」を読みとこうとする。

人間の「死生の真実」とは一体どのようなことだろうか。「死生の真実」は、生きているという実感、あるいは自身の存在の確かさから始まる。「なぜ、私は生まれ、生きているのだろうか」あるいは「なぜ、私は死ぬのだろうか」という問いは、誰もが一度は問うたことのあるものだろう。これらの問いを家族をはじめとするその関係性の中で考えながら生きる姿が「死生の真実」であると差し当たり定義しておきたい。つまり、自分の死が自身にとってどのような意味をもつかということに留まらず、自分の死生が他者の死生にどのような意味を持つのかということと同時に考えることに「死生の真実」があるのだ。人間の死生は、家族をはじめとして多くの他者、社会、文化の中にあり、関係論から迫る必要性がある。

このことを鑑みれば、死を捉えるには死そのものだけではなく、生の側からも光を当てること、そして、人の生を個人そのものではなく人・ものとの関係性から光を当てることが必要となってくる。

鯨岡(2002)は、一人の人間の生涯過程を「<育てられる者>から<育てる者>へ、そして<看取る者>から<看取られる者>へ」という基本構造をもち、その構造が世代間で循環していくと考え、「関係発達論」という新たな発達理論を提唱している。前後の世代それぞれとの関係の中で生の営みが続いていくというこの理論は、死に逝く

過程を生きる人のその死生を考える上で重要な示唆を与えてくれる。この鯨岡（同上）の関係発達論とは、〈育てられる者〉と〈育てる者〉、〈看取る者〉と〈看取られる者〉という基本構造を営む人々の「私」と「あなた」という「固有」の関係に着目した理論であるといえる。

従来の研究は、死に逝く者と残される者の相互作用は死という出来事をその基点として、〈看取る者〉〈看取られる者〉を対峙させる形で考えてきた。このような視点からは、まず〈看取られる者〉としての死に逝く人、そして〈看取る者〉としてその家族や医療者といった構図出来上がる。さらには、家族もケアされる側として捉えられる現代においては、ここに第2の構造ができる。死に逝く者は〈看取られる者〉として振舞うことを求められ、〈看取る者〉はその最期がよりよいものとなるように細心の注意を払う。この文脈では〈看取る〉ということの意味は、死に逝く者が持つあらゆる苦痛の原因を突き止め、それを取り去るあるいは緩和するということに他ならない。そして、与える者と与えられる者という関係を抜け出すことはないのである。岸本（1999）は癌患者の心理療法において、「患者の苦しみ、悩み、様々な思いに添っていくためには、原因を突き止めてそれを除くというモデルでは不十分である」という。

島園（2005）が指摘するように死の問題（死生学）は死の臨床という医療の現場と深いつながりを持つゆえに、個体論の視点から個人に集約される形で論じられてきた。しかし、死の問題は治療の対象となるような正常・異常というよう枠組みの中だけでは語りきれない。死は誰にでも訪れるものであり、人はこれまで生きてきた世界において死を体験するのである。このように日常生活の中にその死を戻してみれば、死の問題は決して個人に集約されるものではなく、日常生活の中における全ての関係性の中で考えられなくてはならないことは明白である。そして、この関係性の間でこそ人の生と死が起こることに気がつけば、それを捉える手法にもまた言及しなくてはならない。

最後に

〔神いわく、—〕

「何を与えたならば、力を与えたことになるのですか？何を与えたならば、うるわしき容色を与えたことになるのですか？何を与えたならば、安楽を与えたことになるのですか？何を与えたならば、視力を与えたことになるのですか？一切を与える人とは、だれですか？おたずねしますが、そのことを、どうか私に説明してください。」

〔尊師いわく、—〕

「食物を与えたならば、力を与えたことになる。衣装を与えたならば、うるわしき容色を与えたことになる。乗り物を与えたならば、安楽を与えたことになる。燈明を与えたならば、視力を与えたことになる。しかし、住処を与えるひとは、一切を与えたことになる。真理を説き教える人は、不死を与えたことになる。」

（『ブツダ神々との対話』中村訳。（1986）. pp.71-72）

ブツダは上記のように言う。死に逝く人々と共に歩む上で重要なのは、逝く者と遺される者として出会い、彼岸をゆく人を分かることである。そして、このわかるということは、単に自分が持っている価値観に当てはめてわかるということではない。筆者などが容易にわかるなどとはいえない死に逝く過程を生きる人と共通するところもしないところも、ただ「ありのまま」受け取るということである。ただ「ありのまま」受け取るということは、相手から与えられ、そして自分も与えるということである。では何を与えるのか。それは、例えばShneidman（1973/1980）が「われわれの願いは他人の心の中に“生き続けること”にある」といったような、数年の間、数人の人間の心の中に記憶という形で生き続けるということではない。他でもない「私」と「あなた」という固有の関係の中で生き続けることである。

「人間は鏡を持って生まれてくるものでも、フィヒテ流の哲学者として我は我であるといって生まれてくるものでもないのであるから、まず他の人間の中に自分を照らし出すのである」とMarx

(1969) は言う。確かにMerleau-Pontyも記すように人と人とは互いに映し合う鏡という関係において互いの存在を確認し、情動を交し合い結ばれていく。

しかし、人との出会いはそれだけではない。ふとした出会いから、互いの中にその人だけの場所＝住処を持つのである。住処とは、単に住む場所というだけのことではない。住処とは、他者との関係の中で確実に自分がいるという場所を他者から与えられ、そして、その場の主として他者を迎え入れる（自分の心に他者を住まわせ続ける）という能動と受動が交差する場のことである。私の心は私のものでありながら、その中に出会った多くの人々の住処があるのだ。

関係性の中で生きるとは、単にそれぞれの世代の人生が並走する中で<育てられる者>が<育てる者>になり、<看取る者>が<看取られる者>になっていくということに留まらない。その関係の中で、その出会いの中で、住処を与え合い、その中で生を、そして死をまっとうしていくことに他ならない。

以上、本論ではこれまで学問が死をどのように扱ってきたのかを概観してきたが、今後は、死が持つ固有性に言及できる方法論についても考えていきたい。

Endnotes

- 1) 文献としては少し古いですが、この後に発刊された日野原・山本(1989)のシリーズ『死生学1, 2, 3』や『Handbook of Death and Dying』(2003)においても大きくわけて平山の分類と類似することから、もっとも整理ができていられると思われる平山の本を用いることとした。
- 2) Choron, Jaques (1963) 『Death and Western thought』 New York: Collier Books. 参照。
- 3) 島園は、これまでの「死生学」を「死に向き合う」姿勢を回復しようとするものとして位置づけ、自身の提唱する<死生学 (death and life studies)>を次のようにまとめている。(1) 広い意味の死生学は現代の死生の現

場に応じようとする実際的な関心を持つと同時に、そうした実践を支える幅広い基礎的知識の拡充を目指す。(2) それはまた、「死に向き合う」とともに広く「いのちに向き合う」ことをも主題とし、応用倫理をはじめ、現代の新たなニーズに応じようとする関連学問諸領域との接点を重んじる。(3) それは死生学への需要が生じる背景について反省的に考察し、自らの学問史的位置に自覚的であろうとする。

引用文献

- 有田 恵. (2007). 「<生涯発達進学から捉える死> - 末期患者との対話から>」未公開
京都大学所蔵.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press. (今防人訳. (1989). 『死の拒絶』 東京: 平凡社).
- ベッカー・カール編著. (2000). 『生と死のケアを考える』 京都: 法蔵館.
- ベッカー・カール・柏木哲夫・アルフォンス・デーケン・河野博臣・福間誠之著. (1995). 『潔く死ぬために: 「臨死学」入門』 東京: 春秋社.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring stress and coping in health and illness*. Addison-Wesley Publishing Company. (難波卓志訳. (1999). 『現象学的人間論と看護』 東京: 医学書院).
- Concise Oxford dictionary. (1999). 10th ed. edited by Judy Pearsall: Oxford, [England]; Tokyo: New York: Oxford University Press.
- Conzelus, C. & Williamson, JB. (2003). The universal fear of death and the cultural response. Clifton D. Bryant (Ed). *Handbook of death and dying* vol.2. Sage publications, 3-13.
- デーケン. (1986). 「死を教える」『死への準備教育』 東京: メヂカルフレンド社.
- デーケン. (1996). 『死とどう向き合うか』 東京: 日本放送出版協会.
- デーケン. (2001). 『生と死の教育』 東京: 岩

- 波書店。
- Durkin, KF. (2003). *Death Dying and the Dead in Popular Culture*. Clifton. D.Bryant (Ed). *Handbook of death and dying*, vol.2. Sage publications, 43-50.
- Enck, GE. (2003). Clifton D. Bryant (Ed). *The dying process: Handbook of death and dying*, vol.2. Sage publications, 457-467.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity : youth and crisis*. New York: w.w. Norton. (岩瀬庸理訳. (1982). 『アイデンティティ：青年と危機』東京：金沢文庫).
- Freud, Sigmunt. (1915). (懸田克躬・高橋義孝他訳. (1969). 「戦争と死に関する時評」『性欲論; 症例研究』京都：人文書院. 397-420頁.
- 濱田恂子. (2004). 『死生論』東京：未知谷.
- Heidegger, Martin. (1979). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag. (原祐・渡邊二郎訳. (2003). 『存在と時間』 I, II, III, 東京：中央クラシックス).
- 日野原重明・山本俊一編. (1990). 『死生学－生の終焉を如何に迎えるか－』東京：技術出版.
- 平山正実. (1991). 『死生学とは何か』東京：日本評論社.
- Jankélévitch, Vladimir. (1964). *La mort*. Paris: Flammarion. (仲沢紀雄訳. (1978). 『死』東京：みすず書房).
- 盛永審一朗. (1999). 「二人称の死 – latros philosophos isotheos –」『臨床死生学』4巻39-42頁.
- 中村元 (訳). (1986). 『ブッダ神々との対話』東京：岩波書店
- Nygaard, PD & Reilly, CH. (2003). *The American family and the processing of Death prior to the 20th Century*: Clifton D. Bryant (Ed). *The dying process: Handbook of death and dying vol.2*. Sage publications. 567-574.
- 小畑文也. (2005). 「幼児における「死」の概念の発現について」『育療』33号30-34頁.
- Ross, Elisabeth K. (1969). *On Death and Dying*: Scribner. (鈴木晶訳. (1988). 『死ぬ瞬間 死とその過程について』東京：中公文庫.
- Schneidman, E S. (1973). *Death of man*. New York: The New York Times book Co.,Inc. (白井徳満・白井幸子・本間修訳. (1980). 『死にゆく時』東京：誠信書房.
- Schneidman, S. (1980). *Voice of Death*: Harper and Row. (白井徳満・白井幸子訳. (1983). 『死の声』. 東京：誠信書房.
- 島園進. (2003a). 「死生学試論 (一)」『死生学研究』2003年春号12-35頁.
- 島園進. (2003b). 「死生学試論 (二)」『死生学研究』2003年秋号8-34頁.
- 島園進. (2005). 「死生学とは何か－医学と人文学の間」『北陸神経精神医学雑誌』19巻2号4-13頁.
- ステッドマン医学大辞典：英和・和英 / ステッドマン医学大辞典編集委員会編 [訳] 東京：メジカルビュー社.
- Vigilant, LG & Williamon, JB. (2003). *Symbolic innortality and Social Theory: The relevance of an Underutilized concept*. Clifton D. Bryant (Ed). *The dying process: Handbook of death and dying vol.2*. Sage publications. 173-182.
- Wright, K and Flemons, D. (2002). *Dying to know: Qualitative research with terminally ill persons and their families: Death studies*, 26:255-271.
- 矢吹和美. (1992). 「心の危機にかかわる象徴としての死と再生の体験」『国立特殊教育研究所研究紀要』第20巻27 - 33頁.
- 山本俊一. (1992). 『死生学のすすめ』東京：医学書院.
- 山本俊一. (1996). 『死生学:他者の死と自己の死』東京：医学書院.

基本情報変更届

平成 年 月 日

該当する項目にレを記入して下さい <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 改姓名 <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> その他		
フリガナ	姓	名
<input type="checkbox"/> 氏名		
<input type="checkbox"/> E-mail		
<input type="checkbox"/> 勤務先	勤務先・学校名称	
	旧勤務先名称 〒□□□-□□□□	
TEL — — FAX — —		
<input type="checkbox"/> 職種	1. 医療職 2. 看護職 3. その他医療看護職() 4. 栄養士 5. 保育士 6. 学校教職員 7. 福祉職 8. 研究職 9. 当事者 10. 家族 11. その他()	
<input type="checkbox"/> 自宅	〒□□□-□□□□	
	TEL — — FAX — —	
旧自宅住所		
送本先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不要	
退会届	年 月 日をもって退会します。	
退会事由		
事務局への通信欄:		

日 本 育 療 学 会

FAX: 046-839-6946

電子メールの場合は、上記の必要事項を記載の上、事務局宛
(nihonikuryo@ybb.ne.jp)までお送り下さい。

第47号 育療 編集後記

育療47号をお届けします。今回の特集は、入院している子どものための教育と医療の連携がテーマです。連携という言葉は、教育、医療、福祉など、いろいろな文脈で使われますが、総論と各論がうまくマッチしないことが多いように思います。今回の特集では、この難しいテーマを取り上げて、各界の実践活動と総論をうまくまとめ上げた特集になっています。巻頭言に、今回の特集の企画者である濱中理事より、特集の執筆者の紹介があります。執筆者の皆様には、貴重な論文を寄稿して頂けたことに感謝します。

論文は、今回は1本掲載しました。45号に引き続き、「死」をテーマに開いた近藤（有田）論文です。病院内教育にも、子どもの「死」は避けられない問題です。実践活動の中ではターミナルケアはあまり取り上げられていませんので、タイミングの良いテーマについて書かれた論文が、同じ号に載ることは意味深い巡り合わせと言えそうです。

毎度のことですが、会員の皆様の論文投稿をお待ちします。特に、現場の教員の皆様の実践報告は大歓迎です。学術誌とSNSを効果的に活用し、会員の更なる学術活動に貢献するとともに、会員相互交流も進め、質の高い情報を提供していきたいと考えています。日本育療学会の発展のために、会員各位のご協力をよろしくお願いします。

(文責 西牧 謙吾)

編集委員

及川 郁子 小畑 文也 笠原 芳隆 小林 信秋 棹山 勝子 滝川 国芳
武田 鉄郎* 中井 滋 中塚 博勝 西牧 謙吾 濱中 喜代 平賀健太郎
村上 由則 山本 昌邦 横田 雅史 * (編集委員長)

編集規定

1. 本誌は、日本育療学会の機関誌であり、病気や障害のある子どもの健全育成を図るために、教育、医療、福祉、家族、福祉等に関する論文を掲載する。当分の間、年3号発行する。
2. 投稿資格は、連名者も含め日本育療学会会員に限る。
3. 投稿論文は編集委員会で審査され、掲載の可否が決定される。
4. 内容は、原著論文、事例研究、資料、総説・展望、実践論文などとする。
 - ・原著論文は、理論的、実験的又は事例的な研究論文でオリジナルなものとする。
 - ・事例研究は、事例を扱う原著とする。
 - ・資料は、資料的価値のある論文とする。
 - ・実践研究は、教育、医療、福祉などの実践をとおしてなされた研究論文で、実際的な問題の究明、解決を目的としたものとする。
5. 特集については、学会の趣旨に関連あるその時々々の社会の動き等の課題を取り上げ、問題とその解決策等を明確にする。なお、特集の責任者は編集会議で決定し、その責任者を中心に特集を組む。
6. プライバシーの問題や倫理的に問題のある研究や表現は認められない。

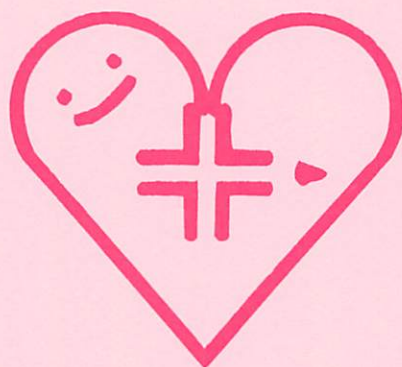
投稿規程については、別に定める。

日本育療学会機関誌「育療」 第47号

平成22年3月19日印刷
平成22年3月25日発行

編集・発行 日本育療学会理事長
西牧 謙吾
「育療」編集委員長
武田 鉄郎

日本育療学会事務局
〒239-8585 神奈川県横須賀市野比5-1-1
独立行政法人国立特別支援教育総合研究所 病弱班室気付
FAX番号：046-839-6946
メールアドレス nihonikuryo@ybb.ne.jp
ホームページ <http://nihonikuryo.jp>
印刷所 共進印刷株式会社
〒233-0003 神奈川県横浜市南区港南3-5-30



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**