

子どもの心身の健康問題を考える学会誌

育療

60
2017.2

■ 追悼 加藤安雄先生のご逝去を悼む 偉大な先輩の後を引き継いでー加藤安雄先生の思い出ー 山本 昌邦	1
■ 特集 「病弱教育と発達障害」	
● 特集「病弱教育と発達障害」を組むにあたって 武田 鉄郎	4
特別支援学校（病弱）に在籍している発達障害のある児童生徒の現状 武田 鉄郎・武田 陽子	6
● 医療の現場から 発達障害と二次障害の理解のポイント 石崎 優子	10
● 教育の現場から ストレスマネジメントの取組ークラスで育てるソーシャルスキル みんなのこころをやわらかくー 児島 公子	14
提案・交渉型アプローチで育てる「相談力」 畑 香織	21
● 臨床心理学の立場から 発達障害の子どもの内的体験世界を理解するために 植木田 潤	29
■ 平成27年度 日本育療学会第19回学術集会	
● 日本育療学会第19回学術集会総括報告 滝川国芳（第19回学術集会長）	36
● 平成27年度日本育療学会第19回学術集会要項	37
● 学術集会長講演「病気の子どもの学びを支えるICT活用の意義」 滝川 国芳	41
● 特別講演「学校生活における病気の子供の現状と課題ー教諭と養護教諭に期待される役割ー」 竹鼻ゆかり	45
● 口頭発表 I 西牧 謙吾・小畑 文也	49
● 口頭発表 II 山本 昌邦・泉 真由子	51
● ポスターセッション I 河合 洋子・日下奈緒美	54
● ポスターセッション II 中塚 博勝・副島 賢和	56
● シンポジウム「教育・医療・福祉の新たな連携を求めて」	
教育の立場から 萩庭 圭子	58
医療の立場から 三平 元	62
福祉・保護者の立場から 小林 信秋	66
指定討論 西牧 謙吾	71
指定討論への応答	75
■ 育療59号高野論文の修正掲載について 原著論文「特別支援学校における看護師と養護教諭の医療的ケアの実態と連携」育療, 59, 8-15. 高野 政子	
■ 編集後記	

追悼

加藤安雄先生のご逝去を悼む

日本育療学会初代会長で名誉理事長の加藤安雄先生が、平成28年11月16日にご逝去されました。下記に先生のご功績の一端をご紹介します、謹んで哀悼の意を表します。

【ご学歴】

昭和18年4月 東京陸軍幼年学校第1学年入学
(第47期生)
昭和20年3月 第1学年(第49期生)第1訓育班
第1号室模範生徒に任命(第1学年
第1訓育班生徒監賀陽宮邦壽王
殿下担当)
昭和20年8月 同校第3学年修業
(敗戦のため同校閉校により)
昭和24年3月 宮城師範学校(本科)卒業
平成13年1月 社会学博士

【ご職歴】

昭和24年3月31日 宮城県公立学校教員
昭和30年4月1日 宮城県教育研究所員 併任
(昭和33.3.31まで)
昭和33年4月1日 教育調査研究事務 嘱託
(昭和39.3.31まで)
昭和39年4月1日 宮城県教育庁指導主事
(昭和42.6.30まで)
昭和42年6月30日 宮城県公立学校教員を退職

昭和42年7月1日 文部省初等中等教育局特殊教育課 専門職員
昭和44年7月21日 文部省初等中等教育局特殊教育課 教育調査官
昭和47年8月1日 横浜国立大学教育学部助教授
昭和50年4月1日 横浜国立大学教育学部教授
昭和54年4月1日 横浜国立大学教育学部附属養護学校長 併任
(昭和60.3.31まで)
平成6年3月31日 定年により退職
平成6年4月1日 横浜国立大学名誉教授
(平成28.11.16まで)
平成9年4月1日 青森大学社会科学部教授
平成9年4月1日 青森大学社会学部社会福祉学科長
平成11年4月1日 青森大学社会学部長
(平成15.3.31まで、平成13.3.31まで社会福祉学科長併任)
平成15年3月31日 青森大学退職



第50回全国病弱虚弱教育研究連盟研究協議会（徳島大会）にて、記念講演「全国病弱虚弱教育研究連盟50年を振り返って」を行う加藤安雄先生（2009年11月20日）

【表彰】

- 平成10年12月9日 文部大臣表彰
（特殊教育百二十年記念教育功労）
- 平成18年12月20日 財団法人障害児教育財団 辻村賞
- 平成19年12月6日 総理大臣表彰
（「アジア太平洋障害者の十年（2003～2012年）」中間年記念 障害者関係功労者）

【学会・関連団体・省庁等役職歴】

- 文部省・特殊教育諸学校の教育課程の基準の改善等に関する委員
- 文部省・学習指導要領解説書作成委員主査
- 文部省・養護・訓練の手引き作成委員主査
- 文部省・病気療養児の教育に関する調査研究協力者主査
- 厚生省・長期療養児の心理的問題に関する研究委員
- 神奈川県児童福祉審議会委員
- 神奈川県総合福祉政策委員会部会長
- 神奈川県障害児就学指導あり方研究会会長
- 神奈川県養護学校再編整備検討委員会副会長
- 神奈川県心身障害児教育あり方研究協議会副会長
- 神奈川県立第二教育センター運営協議会副会長
- 神奈川県就学指導委員会川崎地区就学指導委員会委員
- 神奈川県障害者施策推進協議会副会長
- 横浜市教育委員会顧問

- 横浜市心身障害児就学指導委員会委員長
- 横浜市通級学級検討委員会委員長
- 横浜市心身障害児指針（20年後の在り方）検討委員会委員長
- 川崎市総合教育センター運営委員会委員
- 川崎市心身障害児適正指導委員会委員
- 東京都目黒区心身障害教育推進委員会委員長
- 東京都目黒区登校拒否検討委員会委員長
- 日本盲聾者を育てる会理事長
- 日本病弱教育史研究会会長
- 日本特殊教育学会常任理事
- 全国病弱虚弱教育研究連盟顧問
- 日本育療学会会長他

【主な著書】

- 学業不振児の研究 宮城県教育研究所
- 学級集団・境界線児 宮城県教育研究所
- 特殊教育事典 第一法規出版
- 特殊教育指導事例集 第一法規出版
- 情操教育の実際 明治図書
- 講座心身障害児の教育（全5巻）明治図書
- 双書養護・訓練（全7巻）明治図書
- 障害児教育事例集 東京法令出版
- 特殊教育の研究 金子書房
- 精神薄弱特殊学級経営ハンドブック 日本文化科学社
- 特殊教育の適正就学ハンドブック 慶応通信他
- 日本病弱教育史 自費出版 他

偉大な先輩の後を引き継いで

～加藤安雄先生の思い出～

日本育療学会顧問 山本昌邦

私が加藤先生に初めてお会いしたのは、私が文部省（現「文部科学省」）に赴任した昭和54年4月で、養護学校教育の義務制が施行された時でした。当時、加藤先生は横浜国立大学教育学部教授として、教育課程の基準の改善に関する調査研究協力者（文部省）をはじめ、対外的にも様々な分野で幅広くご活躍されていました。加藤先生はかつて文部省で初代の病弱教育担当調査官を務められ、法令の改正、教育制度の改革や学習指導要領の制定など病弱教育の基盤づくりに貢献されました。私は3代目の病弱教育担当調査官として勤務していましたが、養護・訓練（現「自立活動」）のあり方をはじめ、様々な事柄について加藤先生からご指導いただきました。

平成6年4月、私は定年退職された加藤先生の後任として横浜国立大学教育学部（現「教育人間科学部」）の教員となり、加藤先生が担当された授業科目を引き継ぐことになりました。また、平成14年4月から4年間は附属養護学校（現「附属特別支援学校」）の6代目校長を兼務しましたが、加藤先生は既に同校の初代校長を務められ附属学校としての学校経営の基礎を築かれました。

ところで、病弱教育に関する緊急の課題の解決などを目指した学会の創設が強く求められるようになり、平成6年5月に病弱教育の新たな学会として「日本育療学会」が設立され、加藤先生が会長に就任されました。私は当初から理事として学会の運営に関わっていましたが、加藤会長の強力なリーダーシップにより学会は会員の増加や事業の拡大など順調に発展を遂げてきました。ところが、役員の高齢化、事務所が個人宅に置かれたことによる負担、安定した財源確保の困難さなどの深刻な問題が解決に至らず、学会の円滑な運営が難しい状況となったため、平成16年3月に加藤会長の提案で10年間にわたる学会を解散することになりました。しかし、病弱教育に関する学会が必要であることには変わりがなく、病弱教育関係者の強い要望と熱意によって平成16年6月に「日本育療学会」を再度設立し、私が初代理事長に選任されて加藤先生が築き上げられた業績を新学会が引き継ぐことになりました。

このように、私は病弱教育界の偉大な先輩である加藤先生の後を引き継ぎながら今日に至っていますが、加藤先生の思い出として最も脳裏に残っているのは、その記憶力の素晴らしさと弁舌さわやかな迫力あるお話の仕方です。講演や挨拶などでは予定の時間を超えてお話されることもありましたが、加藤先生の頭の中には皆に話したいことが山のように詰まっていたのではないだろうかと思察しています。

終わりに、我々会員が日本育療学会の発展のため地道に努力することが偉大な先輩の労に報いることになると思っています。加藤先生のご冥福を心からお祈りいたします。

「病弱教育と発達障害」を組むにあたって

和歌山大学教育学部 武田 鉄 郎

近年、病弱教育の対象疾患は多様化している。従来の喘息や腎臓疾患などの慢性疾患、白血病などの小児がんに加えて、不登校を伴い医療を必要とする心身症や不安障害等情緒及び行動の障害が増加している。

鈴木・武田・金子¹⁾は、全国の特別支援学校（病弱）中学部、高等部を対象にして不登校状態を経験し在籍している生徒の実態調査を行っている。調査結果から特別支援学校（病弱）中学部、高等部在籍の1901人中808人（42.5%）の生徒が不登校状態を経験しており、そのうち217人（11.4%）に発達障害が併存していることが明らかになった。発達障害の中ではアスペルガー症候群が39.2%と最も高い割合を占めた。入院した時に始めてアスペルガー症候群として診断されたケースも多くみられた。アスペルガー症候群は見つけられにくく、学校で支援されることのないまあいじめにあったり、疎外されたりする経験を通して不登校になってしまうケースの多いことが推察できる。このように、不登校や発達障害で特別支援学校（病弱）に在籍する者の割合が多い。一方で発達障害や不登校は「本来の病弱教育の対象ではない」とする自治体があり、特別支援学校（病弱）の統廃合が進んでいる現状もある。

発達障害の子どもは、多動であることや対人関係の困難さなどの特性から集団生活の中で「生きにくさ」を経験している。発達障害の領域では、二次障害とは発達障害特性と周囲の人との関係性の中で生じる心身症や行動・精神面の合併症を意味することが多い。宮本²⁾は、精神医学的には、発達障害領域における二次障害の中心は、ストレスに反応して生じるストレス関連性障害（急性ストレス反応、適応障害、心的外傷後ストレス障害等）であると述べている。身体症状として出てくる場合は、頭痛、めまい、チック、過換

気症候群、過敏性腸症候群などがあげられる。病弱の特別支援学校には、これらの身体症状を呈して心身症、自律神経失調症などの診断を受け、転学してくる子どもが多い。また、行動上の問題としても、ひきこもり、不登校、拒食などの個人内にとどまる行動上の問題や、周囲に迷惑を及ぼす暴力、非行など攻撃的、非行的行動を呈し、重篤化した反抗挑戦性障害、行為障害の診断名で転学してくる場合もある。これらは、ICD-10では、「精神及び行動の障害」にカテゴライズされるものである。

不登校の支援にあたっては、齋藤・清田³⁾、齊藤⁴⁾による多軸的な評価システムによる支援と治療モデルを用いることが有効である。このモデルでは、5つの軸により不登校を捉えている。

第1軸はその児童生徒が持つ背景疾患の診断である。不登校を症状の1つとする子どもの精神状態に関して、それが病理的であるのか、どの疾患概念が適用されるのかを評価し、それを医学的診断として明確にする。たとえば、適応障害、不安障害、気分障害などが背景疾患の主なものである。

第2軸は発達障害の診断である。不登校の背景に、第1軸の精神疾患とは別に発達障害が認められる場合も少なくない。その主たるものは、ADHDやアスペルガー症候群、軽度の精神遅滞などである。

第3軸は不登校出現様式による下位分類の評価である。不登校が始まるまでの学校や友人関係における対処法から過剰適応型、受動型、衝動統制未熟型など適応姿勢の特徴で分類したものである。タイプごとに必要となる支援のスタイルは異なってくる。

第4軸は不登校の経過に関する評価である。不登校の経過のどの段階にあるかに応じて周囲の関

わり方を変えていく工夫が必要となる。

第5軸は環境の評価である。家族の状態、ライフイベント、学校の特徴、いじめの有無、地域の支援体制などが評価対象となる。

この5つ多軸的評価をベースにおいて、各専門家が支援チームを構築し、連携を図りながら支援していくことが重要である。

今回の「病弱教育と発達障害」の特集では、「不登校を伴い医療を必要とする心身症や不安障害等の情緒及び行動の障害」のうち、背景疾患に発達障害のある児童生徒を対象として、その現状や子どもの理解と支援・指導のあり方に関して教育、医療、心理学の各分野の視点から報告する。

最初に筆者が特別支援学校（病弱）の不登校等で発達障害のある児童生徒数について報告する。医療現場からは、石崎優子氏が心身医学、心療内科の立場から発達障害と二次障害の理解のポイントを解説する。教育現場からは、長年にわたり自立活動の領域でストレスマネジメントの指導を行っている児島公子氏と提案・交渉型アプローチをベースに指導・支援を行っている畑香織氏から実践報告をいただく。そして、最後に植木田潤氏から臨床心理の立場からの報告をいただく。

ご多用中にもにもかかわらず玉稿をお寄せいただいた先生方にこの場を借りて厚く御礼申し上げる次第である。

文 献

- 1) 鈴木滋夫, 武田鉄郎, 金子健 (2008) 全国の特別支援学校（病弱）における適応障害を有するLD・ADHD等生徒の実態と支援に関する調査研究. 特殊教育学研究, 46, 39-48.
- 2) 宮本信也 (2008) 二次障害. 発達障害基本用語事典, 金子書房, 31.
- 3) 齋藤万比古, 清田晃生 (2006) 不登校児童生徒にみられる情緒及び行動の障害. 武田鉄郎編; 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. 国立特殊教育総合研究所, 19-33.
- 4) 齋藤万比古 (2006) 不登校の児童・思春期精神医学. 金剛出版.

特別支援学校（病弱）に在籍している 発達障害のある児童生徒の現状

和歌山大学教育学部 武田 鉄 郎

新潟県立高田特別支援学校 武田 陽 子

全国の特別支援学校（病弱）におけるLD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数に関する実態を明らかにすると共に、2002年、2005年、2012年の調査結果との比較を通してその変化を考察した。適応障害のある児童生徒数は、全児童生徒数の30.5%で、小学部では15.5%、中学部では38.1%、高等部では37.5%であった。LD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数は、全児童生徒数の22.4%で、小学部では12.0%、中学部では27.2%、高等部では27.7%であった。特別支援学校（病弱）中学部・高等部における発達障害の診断のある在籍生徒の割合の推移について、2002年、2005年、2012年の調査結果を比較したところ、中学部においては、2002年と比較して2005年には1.8倍に、2012年には4.5倍に増加していた。高学部においては、2002年と比較して2005年には3倍に、2012年には12倍に急増していることが明らかにされた。特別支援学校（病弱）は、二次障害を併せ持つ発達障害のある児童生徒の学びの場として変容してきていることが推察された。

キーワード：発達障害の二次障害、不登校、心身症、適応障害、特別支援学校（病弱）

I はじめに

発達障害のある人は、多動であることや対人関係がうまくいかないなどの障害の特性から集団生活の中で「生きにくさ」を経験することが多い。その辛い体験がトラウマとなり、さらに不登校やひきこもりになるケースも少なくない。齋藤¹⁾によれば、不登校・ひきこもりの4分の1は、発達障害のある人々であるとしている。また、これまでの不登校支援は、発達障害の関与しないものを前提として考えられてきたものであるとしている。

発達障害者支援法では、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠如・多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」と発達障害が定義されている。本稿では、以下、発達障害を「LD・ADHD等」と表記する。

文部科学省²⁾は、「不登校問題に関する調査研究協力者会議」の「今後の不登校の対応の在り方

について（報告）」の中で「学習障害（LD）、注意欠如・多動性障害（ADHD）等の児童生徒については、周囲との人間関係がうまく構築されない、学習のつまずきが克服できないといった状況が進み、不登校に至る事例は少なくないとの指摘もある」と述べ、LD・ADHD等の二次障害としての不登校の可能性を明確に記述している。

本論文では「適応障害」を「ある社会環境においてうまく適応することができず、様々な心身の症状があらわれて社会生活に支障をきたすもの」と定義し、学校においては主に「不登校」等の症状としてあらわれるもの³⁾として定義する。また、発達障害を基本障害として、心身症、適応障害、不安障害、気分障害、反抗挑戦性障害などの診断や状態があり、日常生活に困難をきたしている場合を二次障害と呼ぶことにする。

本稿においては、全国の特別支援学校（病弱）におけるLD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数に関する実態を明らかにすると共に、2002年、2005年、2012年の調査結果の比較を通して

その変化を考察することを目的とする。

II 調査の方法

質問紙郵送・回収方式によるアンケート調査を実施した。調査対象は、全国の特別支援学校（病弱）85校（分校を含む）の小学部・中学部・高等部である。調査は、2012年9月から10月に実施した（2012年9月1日現在での状況を記入）。調査内容は、「LD・ADHD等で適応障害のある児童・生徒の在籍状況、教育課題等」である。在籍数については人数を、教育課題等については、自由記述で回答を求めた。

III 結果

全国の特別支援学校（病弱）85校中63校から回答を得ることができ、73.3%の回収率であった。

1. LD・ADHD等で適応障害のある児童生徒の在籍状況

全国の特別支援学校（病弱）におけるLD・ADHD等で適応障害のある児童生徒の在籍状況は表1、表2のとおりである。

なお、特別支援学校<病弱>への転入の際、診断書には、LD・ADHD等の診断名ではなく、二

次障害の「適応障害」に類する診断名のみが記載されるケースが少なくないことから、今回は「LD・ADHD等の診断を受けている」「LD・ADHD等の診断を受けていないが、医師からその可能性を指摘されている」に加え、「LD・ADHD等の診断を受けていないが、担任から見るとその可能性が感じられる」の3つの判断のための段階を設けて、調査を行った。本論文では、医師の診断のある児童生徒のみを対象として報告する。

LD・ADHD等で適応障害のある児童生徒が在籍する学校数は、全体では53校（84.1%）あり、小学部では30校（47.6%）、中学部では49校（79.0%）、高等部では34校（70.0%）であった（表1）。また、適応障害のある児童生徒数は、全体で913人（30.5%）、小学部では151人（15.5%）、中学部では351人（38.1%）、高等部では411人（37.5%）であった（表2）。LD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数は、全体で671人（22.4%）、小学部では117人（12.0%）、中学部では251人（27.2%）、高等部では303人（27.7%）であった（表2）。これらの児童生徒のうち、自宅から通学している者の人数は、小学部では74人、中学部では155人、高等部では275人、全体では475人であった（表2）。

表1 LD・ADHD等で適応障害のある児童生徒が在籍する学校数

全学校	適応障害のある児童生徒が在籍する学校	LD、ADHD等で適応障害のある児童生徒が在籍する学校数
小学部	63	35<55.6>
中学部	62	50<80.7>
高等部	48	36<75.0>
全体	63	53<84.1>

< >内は全学校数における割合（%）を示す

表2 LD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数

全児童生徒数	適応障害のある児童生徒数	LD、ADHD等で適応障害のある児童生徒数
小学部	973 (463)	151 (74) <15.5>
中学部	922 (508)	351 (220) <38.1>
高等部	1095 (838)	411 (370) <37.5>
全体	2990 (1809)	913 (664) <30.5>

()内は通学生、< >内は全児童生徒数における割合（%）を示す

全児童生徒について、医師からの発達障害の診断があった者を調査した結果、アスペルガー症候群152人(22.7%)、ADHD78人(11.6%)、高機能自閉症42人(6.3%)、LD33人(4.9%)、その他の障害366人(54.5%)であった。その他の障害名については、広汎性発達障害63人、自閉症10人、軽度知的障害2人などであり、その他は未記入であった。

2. 特別支援学校(病弱)におけるLD・ADHD等で適応障害のある在籍児童生徒数の2002年、2005年、2012年の調査結果の比較

特別支援学校(病弱)におけるLD・ADHD等で適応障害のある在籍児童生徒数の2002年、2005年、2012年の調査結果の比較を行った。2002年、2005年のデータは、鈴木・武田・金子⁴⁾

の調査によるものである。「医師からLD・ADHD等の診断を受けている」ケースの児童生徒数のみを2005年度、2002年度の調査と比較したものが表3である。小学部については、今回が初めての調査であり、2002年、2005年のデータはない。全体では2002年の4.3%から2005年の9.0%へ、そして2012年には22.4%と大きな増加が認められた。中学部では2002年の6.1%から2005年の10.9%へ、そして2012年には27.2%に、高等部では2002年の2.3%から2005年の7.0%へ、そして2012年には27.7%へと著しい増加が認められたことが明らかになった(表3)。

IV 考察

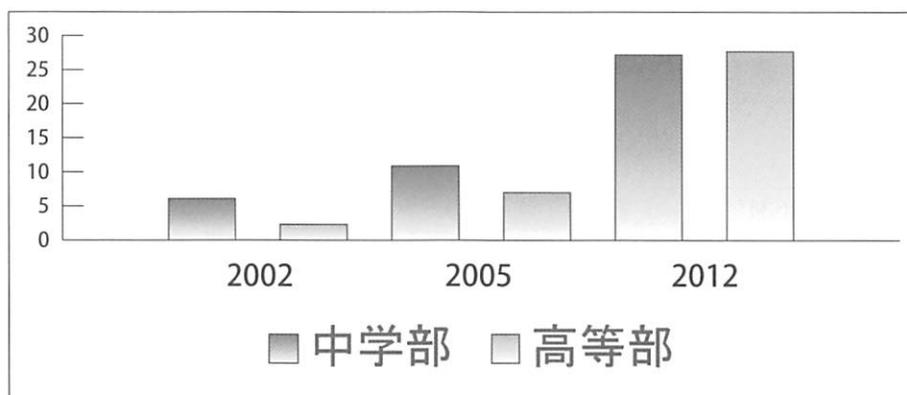
図1は、前掲した表3のLD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数及びその割合の比較から、

表3 LD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数及びその割合の比較

	年度	全児童生徒数	適応障害のある児童生徒数	LD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数
小学部	2012	973	151<15.5>	117<12.0>
	2005	調査未実施		
	2002	調査未実施		
中学部	2012	922	351<38.1>	251<27.2>
	2005	626	322<51.4>	68<10.9>
	2002	589	272<46.2>	36<6.1>
高等部	2012	1095	411<37.5>	303<27.7>
	2005	571	264<46.2>	40<7.0>
	2002	517	200<38.7>	12<2.3>
全体	2012	2990	913<30.5>	671<22.4>
	2005	1197	586<49.0>	108<9.0>
	2002	1106	472<42.7>	46<4.3>

()内は通学生、< >内は全児童生徒数における割合(%)を示す

図1 特別支援学校(病弱)中学部・高等部における発達障害の診断のある在籍生徒の割合の推移



特別支援学校（病弱）の中学部と高等部におけるLD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数の割合のみを抽出して、2002年、2005年、2012年の推移を比較したものである。

中学部においては、2002年には全体の6.1%だったものが2005年には10.9%と1.8倍に、さらに2012年には27.2%となり、10年間で4.5倍に増加している。高学部においては、2002年には全体の2.3%だったものが2005年は3倍の7.0%に、2012年には12倍の27.7%に急増している。このような状況においては、各学校から回答された教育課題についてもLD・ADHD等で適応障害のある児童生徒の対人関係の構築等の指導・支援に関する内容がかなりの割合を占めていた。

今回の調査で明らかにされた通り特別支援学校（病弱）において、LD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数が急増した要因を以下に考察する。

要因の一つとして、昨今社会的にも教育的にも発達障害の問題への注目度が高まり、診断されるケース数自体が単純に増加したことが挙げられよう。鈴木・武田・金子⁴⁾は、全国の特別支援学校（病弱）中学部、高等部を対象にして不登校状態を経験し在籍している生徒の実態調査を行った結果、発達障害が併存している生徒が多数在籍していることを明らかにしている。同様に、八島猛・栃真賀透・植木田潤・滝川国芳・西牧謙吾⁵⁾も実態調査を実施し、医学的診断名等の分析結果から、特別支援学校（病弱）には、精神疾患等とその他の疾患、複数の精神疾患等を併せ持つ児童生徒が多数在籍していることを明らかにしている。そして、精神疾患等の重複状況に着目した場合、広汎性発達障害、アスペルガー症候群、注意欠如・多動性障害、学習障害、高機能自閉症など、いわゆる発達障害に該当する医学的診断名が上位を占めていることを明らかにしている。

一方で、不登校状態や精神疾患等のため生徒が入院してくるが、入院した時に始めて発達障害として診断されたケースが多くみられ、発達障害の中でもアスペルガー症候群が39.2%であり、最も高い割合を占めた⁴⁾。アスペルガー症候群は発見されにくいいため、学校で支援されることのないま

まいじめにあたり、疎外されたりする経験を通して不登校になってしまうケースが多いものと推察できる。このような二次障害を併せ持つ発達障害のある児童生徒に対して、特別支援学校（病弱）が学びの場としての門戸を開いていることが推測される。

特別支援学校（病弱）は、ほぼ病院に隣接・併設している。特別支援学校（病弱）には、感染症に罹患している児童生徒や免疫力低下の児童生徒が在籍していることが多く、感染の問題等を理由として自宅からの通学は許可されなかった歴史的経緯がある。しかし、児童生徒数の減少や発達障害支援や二次障害支援を中心とした地域のニーズに対応していく必要性が高まり、その過程で自宅から通学する児童生徒を受け入れる学校が増加してきたものと考えられる。

前掲の表2で示したLD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数のうち自宅通学生数の数は、中学部が155人となっているが、割合を計算するとこれはLD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数の62%にあたる。同様に高等部における自宅通学生数は275人でLD・ADHD等で適応障害のある児童生徒数の91%にあたる。特別支援学校（病弱）が、地域に開かれた特別支援学校として変化してきていることが推察される。

文 献

- 1) 齋藤万比古編 (2011) 発達障害が引き起こす不登校へのケアとサポート. 学研.
- 2) 文部科学省 (2003) 今後の不登校への対応の在り方について (報告). 不登校問題に関する調査研究協力者会議.
- 3) 野村忍. ストレス講座 適応障害. (更新日付2004) (オンライン), 入手先 <http://www.fuanclinic.com/byouki/vol_35c.htm>, (参照2015).
- 4) 鈴木慈夫, 武田鉄郎, 金子健 (2008) 全国の特別支援学校<病弱>における適応障害を有するLD, ADHD等の生徒の実態と支援に関する調査研究, 特殊教育研究, 46 (1), 39-48.
- 5) 八島猛, 栃真賀透, 植木田潤, 滝川国芳, 西牧謙吾 (2013) 病弱・身体虚弱教育における精神疾患等の児童生徒の現状と教育的課題-全国の特別支援学校（病弱）を対象とした調査に基づく検討-, 小児保健研究 72 (4), 514-524.

発達障害と二次障害の理解のポイント

関西医科大学小児科学講座 石崎優子

近年、医療や教育の現場で小児の発達障害が注目されているが、未だその病態や特性が十分に理解されているとは言えず、医療と教育の間で共通の知識基盤が確立されていると言いはない。発達障害児の多くは、周囲の人が適切な知識を持って特性に配慮した対応を行うことにより、学校や社会への適応が良好となる。本稿では現在注目されている主要な発達障害である注意欠陥多動性障害、学習障害、自閉症スペクトラム障害の概要、ならびにその代表的な二次障害である不登校について概説する。

キーワード：注意欠陥多動性障害、学習障害、自閉症スペクトラム障害、二次障害、不登校

I. はじめに

医療や教育の現場で発達障害が注目されているが、その発達特性が十分に理解されているとは言えず、対応法に関する知識も普及していると言いはない。小児科の臨床現場では早期発見・早期診断そして早期介入の重要性が問われているが、実際には二次障害としての身体症状や不登校を呈しての受診も少なくない。発達障害児の多くは、周囲の人が基本的な知識を持って対応したり、ちょっとした工夫をしたりすることにより、特性を生かして社会に適応することも可能になると考えられる。本稿では現在注目されている主要な発達障害である注意欠陥多動性障害、学習障害、自閉症スペクトラム障害と二次障害としての不登校について概説する。

II. 最近話題となっている発達障害

現在、発達障害は、盲聾、知的や身体的に重症から軽症まで幅広い範囲を含めた広い範囲の問題を含んでいるが、ここでは発達障害者支援や特別支援教育などで話題となっている3つの問題について述べる。

1. 注意欠陥多動性障害

1). 概念

学校、家庭及び社会的場面が様々に組み合わされた場所で発生する“発達段階に比して不適切なレベル”の不注意、多動性及び衝動性を特徴とする

神経生物学的な状態をいう。

2). 症状

主要な症状は、①多動性（落ち着きなくあちこち立ち歩く、座っていても体の一部が動いている）、②衝動性（抑制力が低くちょっとした刺激で興奮しやすい）、③不注意（注意集中が続かない、ぼーっとしている）であり、それらがさまざまな程度で組み合わさっている¹⁾。

3). 治療と対応²⁾

治療はまず非薬物療法から開始し、効果が不十分な場合には薬物療法を行う。非薬物療法としては、児の発達特性に合わせた生活環境の調整や対応の仕方（指示の出し方・叱り方・課題の出し方など）の指導がある。非薬物療法を試みても効果が不十分な場合には、児が6歳以上であれば薬物療法の導入を検討する。現在日本では徐放性メチルフェニデートとアトモキセチンの2薬が承認されており、一方の薬物を第一選択に、そしてその効果が不十分な場合に他方を用いることとしている³⁾。

2. 学習障害

1). 概念

何らかの中樞神経系の障害により、認知の過程で傷害され、知的な障害はないが、読む、書く、話す、聞くなどの特定の学力の障害をきたすものをいう⁴⁾。

2). 症状

読み書きができないこと、極めて不器用であること、数が理解できないことなどにより、低学力が主な問題となるが、コミュニケーションスキルが稚拙なことによって社会性や行動面に支障が及ぶこともある。

3). 対応

児の発達特性に併せた学習（個別教育計画）やコミュニケーションの指導を行う。視機能訓練や作業療法といった療育や訓練を行うこともあるが、学習障害に対する薬物療法はなく、あくまでも主役は教育である。

3. 自閉症スペクトラム障害 (ASD)

1). 概念

ASD⁵⁾ は、社会的交流、コミュニケーション、想像力の問題が生涯にわたって継続する一群である。2013年に改訂された米国精神医学会のDSM-5⁶⁾ では、診断名を改訂し、知的障害を伴い言葉のコミュニケーションの乏しい従来のカナー型自閉症から対人間のニュアンスのとりづらいアスペルガータイプまでを含む、幅広い広い概念となっている。

2). 症状

対人社会における問題として、言語性・非言語性コミュニケーションの障害、コミュニケーションの質的な障害（例：字義通りの理解、冗談を解しない、など）、人との適切な社会的境界線を理解できない、一方的なやりとりになって対人相互関係を築くことが難しいといったことがある。抽象的な思考が苦手であり、自分のルールに固執したり、こだわりが強いことが多い。またしばしば感覚過敏を伴い、聴覚過敏により多人数の教室を苦痛に感じたり、偏食や匂いに過敏で給食の時間にその場にいられないといったこともある。

3). 治療と対応

児の発達特性に併せた指導や療育を行う。発達障害全般にいえることではあるが特にASDに関しては非常に広い概念となっており、「ASD児はこの対応」という1対1対応ではない。どの児にもほぼ共通して使える項目としては、あいまいな指

示は避けて具体的な内容を伝える、見通しを立てる、予定を簡単に撤回しない、指示は言葉に加えて視覚情報を交えて伝えるといったものがある。児が成長すれば、周囲の環境調整だけではなく、児に対するソーシャル・スキル・トレーニングも行う。

薬物療法は、未承認薬を二次障害や易刺激性に対して用いられることがある。このうち現在2薬物の治験が進行中であるが、いずれも易刺激性を軽減するものであり、自閉症を治すものではないことを知っておく必要がある。

III. 主症状の他に知っておくべきこと

1. 感覚過敏と鈍麻

発達障害の主症状ではないが、発達障害児にみられやすく、日常生活に大きくかかわっている問題として、感覚の障害（過敏・鈍磨）が挙げられる。その中でも聴覚過敏は頻度が高く、ある特定の音、ざわざわした音、大きな音を怖がるといったものがある。視覚過敏としては特定の色、刺激が多すぎると辛さを訴える、味覚過敏としては極端な偏食、触覚過敏としては偏食や人に触れられると痛いと感じる、などがある。これらの感覚過敏への対応は、避けられるのであれば避けるが基本である。刺激の回数を増やして慣らす、という問題ではなく、そのような経験がかえって恐怖体験となり逆効果になりうることを知っておく。逆に感覚鈍磨のある場合もある。痛覚鈍麻のある場合には、骨折したりぶつかって血を流していたりしても本人は痛みを訴えないことがあるので、周囲の注意が必要である。

2. こだわり

こだわり、自分のルールへの固執に対してどう対応するのか、も保護者の困りごととして挙げられることが多い。こだわり行動はなくす・禁止するよりもこだわりのもとになる不安をつきとめ、徐々に不都合の少ないものにかえていくようにする。こだわりを取り上げおうとするとかえって強化してしまう場合もある。

3. 二次障害

発達障害の症状としばしば混同されてしまうも

のに、二次障害がある。元々ある発達特性を二次障害と勘違いしてしまったり、二次障害を恐れるあまり、小児期の経験すべきさまざまな機会から児を遠ざけたりする保護者も見られるので、発達特性、併存症、二次障害は分けて考える必要がある(表1)⁷⁾。

表1. 発達障害の発達特性、併存症、二次障害⁷⁾

1. 発達特性(脳の機能による問題)
注意集中の困難
他者の意図が読みづらい
2. 併存症(合併する問題)
注意欠陥多動性障害、学習障害、広汎性発達障害それぞれが併存症
強迫性障害
チック
2. 二次障害(発達障がい元で起こる問題)
行動上の問題
精神面の問題
身体面の問題

発達障害の発達特性は持って生まれたものであり、それに合わせた配慮をすべきものであるが、二次障害は予防できる・すべきものであることを支援者は認識しておく。

IV. 発達障害と不登校

発達障害児の二次障害のうち、小・中学校で見られることの多いのが不登校である。特に最近、不登校児におけるASDの合併が目撃されている。

1. 頻度

発達障害専門機関ならびに小児科医療機関の報告では不登校児における発達障害の合併は40-50%、うちASDが25-40%と効率である⁸⁻¹⁰⁾。実際、小学校低学年では、教室から飛び出す、衝動的な行動で他児とトラブルを起こす、といった主訴で受診する注意欠陥・多動性障害児やASD児が多いが、学年が上がるにつれて、不登校や身体不定愁訴を主訴に受診する注意欠陥障害児やASD児が増える印象がある。

2. ASD児が不登校になりやすい理由

ASD児が不登校になりやすい理由を表2にあげる。

表2. 高機能自閉症スペクトラム障害児が不登校になりやすい理由

- 同年代の集団への参加が難しい
- 教室のルールに併せるのが難しい
- 感覚過敏のため、教室に入りづらい
- 行くのが当たり前、という常識
- 自閉症スペクトラム障害児が通じない
- いじめの対象になりやすい
- 学業上の困難さを合併することが多い
- 記憶が鮮明で不快感・不安が反復しやすい
- 一見して障害がわからないため特性が理解されにくい

ASD児は予定外のことに対応が難しく往々にして興味の偏りがあるため、同年代の集団に入りにくい。感覚過敏により大きな音、ざわざわした音を怖がったり、時には“痛い”と感じたりすることもあり、騒々しい教室に入りづらい。また周囲の児とは一風変わった言動により、いじめの対象になりやすく、一度経験した不安や恐怖を反復しやすい。さらに知的障害のない高機能ASD児の場合、一見して児の持つ困難さは周囲からわからないため、理解されにくい。

高機能ASD児の不登校はしばしば遷延する。その理由として、上述のように一見して困難さが理解されにくいため、“わがまま”や“気持ちの持ちよう”といった誤解をされやすいことがあげられる。また不登校になる以前に、たびたび暴言暴力やいじめ体験を経験しており、対人関係を被害的、迫害的に読み取るようになる。ASD児はしばしば記憶が鮮明で恐怖の経験は長く続きやすく、一旦いじめを経験すると後々まで記憶が残りやすく対応に苦慮することもある。

3. ASD児の不登校への対応のポイント

ASD児の不登校への対応における留意点は、発達特性を押し込めて周囲と同調させることなく、特性を生かしつつ集団に適応することを目標とする。保護者には「大多数の人と同じで、と

いうよりその子が学校に参加できる方法を探しましょう」、学校関係者には「人と同じように扱うことが平等ではないはず。その子が登校しやすい環境を準備しましょう」、「発達の偏りなのか二次障害なのか心理的問題なのかを詳細するよりも、どう対応するかが大切です」と説明する。

ASD児の学習の支援のポイントを表3に示す。知的水準の高い児の場合、得意分野では高得点を取るものの、苦手な分野やコツがわからない場合には回答を書くことすらできない場合がある。そのような児に対して、「わがまま」、「反抗的」、「怠惰」といった見方をしてはならない。

4. 不登校の経過

ASD児においては、不登校の原因が明確な場合(例：聴覚過敏で苦手な音のする教室に入れない、言われたくないことをしつこく言う子がいる、など)、その原因を取り除くと長期の不登校の後でもすんなりと再登校することがある。その理由は、定型発達児の神経症的な不登校のように“一定期間行けなかったこと”に対する葛藤が少ないからと考えられている。したがって定型発達児の不登校に対する「登校刺激を控えて見守る」という関わりは、不適切であり、登校できない原因を明らかにし、その対応を考案することが大切である。

表3. 自閉症スペクトラム障害児の学習の支援のポイント

- 丸暗記は得意でも内容を理解していないことを念頭に置く。
- 学習態度、状況にこだわりがあることを理解する。
- 先の見通しを持たせ、不安感を緩和する。
- 質問を理解し応答するまでに時間がかかることを知っておく。
- 予定の変更は避けてある時は事前に伝える。
- 視覚的なヒントを付け加える。
- 好きな科目や項目の要求のレベルと苦手な科目や要求のレベルは区別する。
- 記憶が鮮明で不快感・不安が反復しやすい
- 家族には通常学級での授業中の習得に固執せず、通級の利用をすすめる。

V. まとめにかえて

発達障害児の学校や家庭における支援において、医療者と教育関係者との連携が求められている。両者の連携の基礎は知識の共有基盤を持つことであり、それをもとに地域の発達障害児への対応をとともに考え、協力して支援することが望まれる。

文献

1. American Psychiatric Association, 高橋 三郎, 他訳 (2003). DSM-IV, DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京.
2. 石崎優子 (2011) どう受ける? AD/HDの相談. CNS today 1, 21 -30.
3. 齊藤 万比古、渡部 京太 (2008) 注意欠如・多動性障害—ADHD—の診断・治療ガイドライン, じほう, 東京.
4. 文部科学省 (オンライン) (入手先) <http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/004/008/001.htm>.
5. Wing L (1997) The autistic spectrum. Lancet, 350, 1761-1766.
6. American Psychiatric Association, 日本精神神経学会・日本語版監修 (2014) DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京.
7. 石崎優子 (2013) 「聴いて考えよう～“はったつ凸凹”のある子どもの心」これならわかる-理解と対応のポイント. 日本小児科医会会報, 46, 69-70.
8. 杉山登志郎 (2005). アスペルガー症候群の現在. そだちの科学. 日本評論社, 東京.
9. 山下 淳 (2006) 不登校と発達障害, 埼玉小児医療センター医学誌, 23, 55-57.
10. 金原洋治 (2007) 不登校事例の背景にどのくらい発達障がいに関与しているか, 日本小児科医会会報. 33, 115-118.

ストレスマネジメントの取組 クラスで育てるソーシャルスキル

～みんなのこころをやわらかく～

京都教育大学附属特別支援学校 児島 公子

病弱特別支援学校及び身体虚弱特別支援学級には、発達障害のある子どもが心身症や適応障害等で在籍しており、現在、在籍する子どもの中で、その割合が最も多くなっている。C市立D特別支援学校も例外ではなく、発達障害の二次障害を抱えている子どもたちが多く在籍している。そこで、発達障害の特性のある子どもに対する支援について、自立活動の時間を中心に実践研究を進めてきた。本稿では、小学部で実践したストレスマネジメントの取組とその効果について述べる。

キーワード：心身症、発達障害、不登校、ソーシャルスキル、コミュニケーション

はじめに

C市立D特別支援学校は、病気で入院している子どもが治療を受けながら安心して教育が受けられるように、C市が設置している病弱の特別支援学校である。特別支援学校のセンター機能として、病気やけがで入院している子ども、心や体の不調を訴えて学校を休みがちなる子どもを支えるため、D特別支援学校に「『育(はぐくみ)』支援センターD」を設置し地域支援に取り組んでいる。

本稿では、発達障害があり、不登校等の二次障害で在籍している小学部の児童を対象に、自立活動の時間を中心に「ストレスマネジメント」の取組とその効果について述べることを目的とする。

I D特別支援学校の子どもたち

私は前任校であるD特別支援学校に勤務する中で、たくさんの子どもたちと出会い、関わり合い、様々なことを学ぶことができた。

どの子もみんな自分の「気持ち」や考えを友だちに伝えたい、わかってもらいたい、仲よくなりたい、人の役に立ちたいと、人との関わり合いやつながりを切に求めている。また、学習してわかるようになりたいという思いも人一倍もってい

る。一方で、学習の方法がわからずに困っていたり、困っていることをうまく先生に伝えられずいたりする。表情や言葉で「気持ち」を表現することが難しく、人との距離や関係がうまくもてなくて困っている子どもたちなのである。

さらに、入院生活などでストレスを溜めてしまい、そのストレスをうまく発散できずにいる子どもも多いように感じている。

D特別支援学校 小学部の児童の主な疾患と実態(平成25年度)をまとめると以下ようになる。

表1 主な疾患

・不安障害、強迫性障害、反抗挑戦性障害、場面緘黙、摂食障害

→ 心身症など行動障害 8割

・自律神経失調症、起立性調節障害
・肥満、るいそう、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、糖尿病など

表1のように全国病弱身体虚弱教育研究連盟の分類でいう「心身症など行動障害」が約8割を占

めている。小学部児童のうち8割が前籍校で不登校であった。これらの児童のうち、7割が発達障害あるいはその疑いのある児童である。

II 「気持ち」の言語化

友だちに突然、履いていた靴を投げつけたA児に「どうして、そんなことをするの？友だちは何もしていなかったじゃない。そんなことされたら、どんな気持ちになるの？」と尋ねると、「ムカつく！死ね！」と、さらに感情を昂らせ物を投げつけようとする。やっとの思いでA児を落ち着かせ、再度「どうして突然そんなことをしたのか」尋ねてみても「ムカつく」と繰り返すだけ。ストレスフルな状況下におかれ、A児は何があって、どんな「気持ち」になって、だからこうなったという、因果関係がわからなかったのかもしれない。もしかしたら、わかっているのだけれど、伝え方がわからずに、伝えられなかったのかもしれない。それなのに、私は「どうして？」と繰り返し投げかけるばかりで、その結果、A児をよけいにイライラさせ、対人関係の失敗体験だけを積み重ねてしまう結果になってしまった。私は「突然」に見えた状況も、あとになって「突然」ではなかったことが見えてきた。

B児は、「うざい、ムカつく、死ね」の3つの言葉を口癖のように、繰り返していた。ある日、机の上に置いてあった鉛筆が床に転げ落ちたことにイライラして鉛筆を踏みつけ、隣にいた子どもに「お前が悪い！ムカつく！」と怒鳴り、机を蹴った。鉛筆が転がり落ちたのは、誰のせいでもないということを説明するが「死ね！ムカつく！」と繰り返すだけ。私は、鉛筆が転がり落ちたのは誰のせいでもない、どうしてこんな簡単なことがわからないのだろう、どう説明すればわかってくれるのだろう、そんなことばかりを考えていた。しかし振り返ってみると、その日、B児は登校したときからそわそわして落ち着きがなく「どうしたの？何かあったの？」と聞いても答えてくれず、誰とも目を合わそうとしなかった。鉛筆が転がり落ちる前から、イライラしていたのだ。B児は鉛筆が転がり落ちたことに、イライラしたのではな

く、その直前にあったことなのか、登校前なのか、前日なのか、それとももっと以前のことなのか、何かほかのことが原因だったのではないかということが見えてきた。

コミュニケーションの問題はその子どもだけの問題ではなく、相手がいてはじめて成立するものである。あのときA児にとって、B児にとって、私が「気持ちを伝えたい」と思う相手でなかったとしたら、どうだろうか。問題の原因を相手に求めること自体おかしなことなのである。

子どもたちとの関わりの中で、あらためて考えさせられたことがある。「気持ち」や感情を表す言葉は実態のないとても抽象的な言葉である。言葉を教えることはできても感情は教えることはできない。また、自分は今どんな「気持ち」にいるのか、どんなときにこういう「気持ち」になりがちか、自分の「気持ち」の動きのパターン、傾向を知り、どのように対処すればよいかを考えると、自分の「気持ち」のメタ認知（※1）ができなければ、相手の「気持ち」を推し量ることも難しい。相手の感情や事の重大さに気づきにくいと、トラブルになり対人関係の失敗経験を繰り返していくことになる。

対人関係を苦手とする子ども、まわりの環境にうまく適応できない子どもが失敗経験を繰り返すと、将来的に二次障害や社会適応の問題を生じる可能性がある。それらの問題を予防するという点からも、対人関係で成功体験ができるように支援する必要がある。また、子どもたちがふだんの生活の中で「やった！できた！」という達成感や満足感「うれしいよ」「ありがとう」（よろこぶ顔、笑顔）などの他者の反応のフィードバックといった心地よい感情を「気持ち」が芽生える体感により、またその感情を共有することで、言語化・意識化させてやる必要があると感じた。そこで、子どもたちがよりよく生きていくための取組の一つとして、ストレスマネジメントを据えてみた。

平成25年度、D特別支援学校小学部では年間30時間の計画でストレスマネジメントに取り組んだ。次に、そのうちの8時間で取り組んだノンバーバルコミュニケーション「気持ちをじょうず

に伝えよう」の実践について述べる。

Ⅲ 実践：「気持ちを感じずに伝えよう」

1. 題材について

人は他者との関わりによって他者と自分が異なる存在であることに気づき、自分の存在を実感する。またロールプレイなどで他者の目を通して自分を見ることは、自己を客観視することにつながる。このようにコミュニケーションやそれに関わる取組は、自分をより高めていくためにも必要なものである。

円滑なコミュニケーションをはかる上では、言葉によるコミュニケーション情報（バーバルコミュニケーション）より、非言語コミュニケーション（ノンバーバルコミュニケーション）、つまり表情や語調、ジェスチャー、視線などの情報のほうが大きく影響を与えることは古くから報告されている。しかし、学校教育の中で相手にうまく伝わる話し方について国語科で学習したことはあっても、どんな表情で相手と話したほうがいいのか、どんなジェスチャーがいい対人関係をつくれるのか、などといったことをあらためて学習したことのある子どもは少ない。

発達に偏りのある子どもの中には、視覚的情報の読み取りや判断が苦手な子どももおり、それによりトラブルが生じて友だちと上手につき合えなくなってしまうことがある。このような傾向がある場合、意図的に視覚的な情報を読み取る力をつけていくことが必要になる。

自分の表情、身振りや視線、そして外見の様子が相手にどのような印象を与えているか、また相手のそれらを適切に受け取ることができているかは、人づき合いの上で重要な意味合いをもっている。このことから、主体的にコミュニケーションスキル、ここではとくにノンバーバルコミュニケーションを学習できるように指導計画（全8時間を設定している。

2. 指導について

個別に課題のある子どもたちであるが、集団で学ぶ楽しさや学習のおもしろさを教えることが支

援の基本だと考えるので、小集団指導で学習を進めていく。また、発達障害のある子どもの中には「気持ち」を考えるのが苦手であったり「他者の視点」が育ちにくかったりする子どもが多い。そこで、ロールプレイを通してそれらの手段や方法を学習させ、学校生活の様々な場面での般化を促したいと考えた。

コミュニケーションの方法を指導するときに必要なのは、子どもに上手な関わり合いができない現状があったとしても、それは言葉の選び方や表現のしかた、ふるまい方などのスキルを獲得していないからだ、という視点で考えることである。例えば友だちや大人に乱暴なふるまいをしてしまう子どもに対しては「そんなことしない！」と叱るのではなく、「こんなふうにすると気持ちいい」というふるまい方を具体的に伝えていく。どのように声をかけてよいかわからないために友だちと遊べない子どもには声のかけ方を教える。このようにして、一つひとつのスキルを身につけていくことが必要だと考えている。それと同時に、前述したような心地よい感情を「気持ち」が芽生える体感により、言語化・意識化させることを目指す。

また、効果的なコミュニケーションを行うためには言葉・声の調子・表情の三つの要素が一致することを理解することも大切である。そこで全8時間の指導計画を設定した。この中では具体的に表情・姿勢・声の調子・身ぶり手ぶり・態度・声の大きさ・相手との距離のとり方について学習していく。

まず学習に入る前に、話しやすく感情表現しやすい雰囲気づくりなどの環境設定に関わる指導者側のソーシャルスキルを向上させた上で、D版ダイヤグラムⅡ（※2）や指導者用ソーシャルスキルアセスメント表などを利用して実態の把握を行い、単元全体の目標と、達成可能な個別の目標を設定する。この目標達成に向けて、ゲームや共同作業・ロールプレイ・ワークシート・絵カード・ソーシャルストーリーといった学習方法を選んで取り組んでいく。

全8時間の指導計画終了後、後に続く学習の中では様々なコミュニケーションスキルの獲得に向

けて、これらの学習方法を組み合わせて用いられるようにしていきたいと考えた。

さらに、コミュニケーションスキルは学習活動・学習場面だけでなく、生活のあらゆる場面が必要なものである。家庭や病院との連携を図りながら、各場面に合わせた周りの大人からの指導や子どもの気づきを促すことによってもコミュニケーションスキルの獲得を目指したい。

3. 単元（題材）の目標と指導計画

【目標】

「ノンバーバルコミュニケーションによる

感情表現や感情理解の方法について知る」

- ・その場に合った声の大きさについて考える。
- ・相手の「気持ち」を表情や声の調子から読み取る。
- ・自分の「気持ち」を表情や声の調子で表現する。
- ・適切な対人距離がわかる（人になれなれしく話しかけたり、近づきすぎたりしない）。
- ・目配せ、手による制止など身振りで表される意味がわかる。

【指導計画（全8時間）】

第1時：いろんな「気持ち」

第2時：「気持ち」カードとパズルジェスチャー

第3時：またね↑とまたね↓

「あの子は今どんな気持ち？」

第4時：ちょうどいい声の大きさ

第5時：うれしさを人に伝えるには

「プレゼントの中身は？」

第6時：なぜ笑っているの？

第7時：人と話すときの距離は

「どう見えますか？」

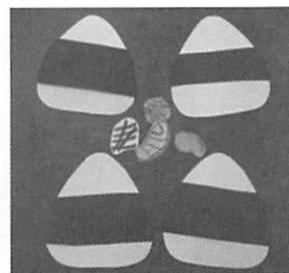
第8時：こんなときのサインの意味は？

【指導の流れと結果】

自立活動の時間（ソーシャルスキルについて）の学習に入る前の、オリエンテーションではソーシャルスキルを学ぶことの利点を伝えている。これからどんなスキルを学ぼうとしているのか、そのスキルはどうして大切なのか、そのスキルを獲

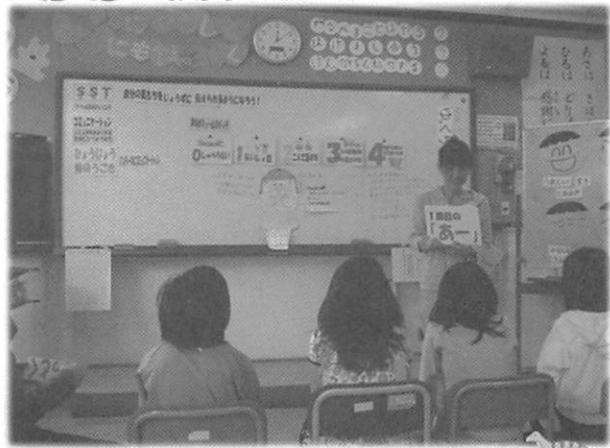
得するとどんなメリットがあるのかを具体的に説明する。

気づく☆導入 ゲームをしながら、楽しく問題想起



導入場面〈気づく〉では、本時のめあてを達成するために、ゲーム活動を取り入れながら、楽しく想起できるようにして、学習意欲を高めていく。集団が苦手な子どもも興味を示し、授業にスムーズに入ることができた。

つかむ☆展開 課題把握の場面では、視覚にうたえよう！



展開場面〈つかむ〉では、本時の課題場面を提示する。言葉の説明だけでは、子どもたちに十分伝わらないことがあるので、視覚に訴える工夫をする。

一つは手作り教材や電子黒板を使い、子どもたちの注意をひきつけることができた。さらに効果的だったのがロールプレイである。指導者がソーシャルスキルをうまく使えなかった場面をロール

プレイし、ソーシャルスキルがうまく使えないとどんなネガティブな結果が生じるかということ客観的に捉えさせることができた。



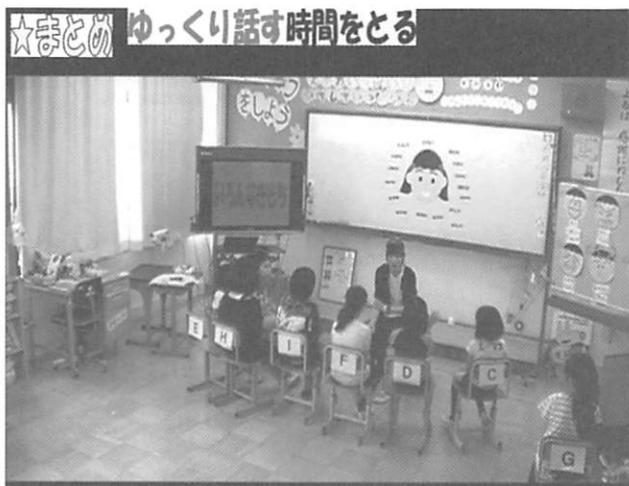
次に、ロールプレイをした指導者が登場人物として子どもたちの前に現れ、ネガティブな「気持ち」をうちあげ、課題場面で使用されたスキルについての話し合いにつなげていく。ここでは、指導者が登場人物として子どもたちの前に現れ「気持ち」を話すということで、子どもたちが感情移入しやすくなり、それぞれの役割を演じた人物のどんなところがよくなかったのか、どうすればもっとよくなるのかということだけではなく、ソーシャルスキルがうまく使えなかったとき、お互いがどんな「気持ち」だったのかということにふれやすかった。

また、「気持ち」にふれるときは子どもたちが想起しやすいように、学校生活の中で日々起っているトラブルをヒントに課題場面を設定すると、「気持ち」を感じやすくなる。「気持ち」を感

じたときに「伝えたい」という高揚感がわきおこる雰囲気、話を聞いてもらえるという安心感や、がんばってはき出した「気持ち」を受けとめてもらえるといった抱擁感など、子どもと指導者の間の日ごろの信頼関係が重要であると感じている。

まとめの場面<知る>では、必ずフィードバックを行う。練習とフィードバックでは、こんどは子どもたちがロールプレイをしながら適切なスキルを使用する練習を行う。指導者は子どもたちのどんなところがよかったのかを具体的に指摘しながらほめたり、ロールプレイを見ていた子どもたちにどんなところがよかったのかを問いかけたり、子どもたち同士でもよいところを褒め合えるようにする。

ここでも大切にしたいのは「気持ち」の部分である。ロールプレイの中で、ソーシャルスキルをうまく使用できたとき、お互いがどんなふう感じたか、どんな「気持ち」だったのかを子どもたちから引き出していく。そのとき、うまく言葉にできなくても、子どもが「うれしい」と感じた瞬間を見逃さずに、「これが〇〇さんの、うれしいという気持ちなんだね」と、指導者が代わりに具体的に言語化して伝え、「気持ち」のメタ認知につなげていく。対人関係における成功体験を積み重ねていくことで、人間関係が改善されたり、自信をつけたりすることができると考えている。この学習を通して疑似的ではあるが、成功体験を繰り返していくことで、その成功体験を実際のトラブル場面での対処や、イライラして気持ちが昂ったときのクールダウンの場面での振り返りでの般



化につなげることができた。

そして、自立活動の時間（ソーシャルスキルについて）で学習したことをその場限りにしないために、練習したスキルは学校や家などいろいろな場面で使用することができることを指摘し、指導者は折に触れて練習したスキルについての話題を出し、日常場面でスキルを使用するきっかけをつくるようにしていく。また、まとめの場面では、子どもたちが「ゆっくり話す時間」を必ずとるようにしている。この時間では本時のふりかえりをするだけでなく「気持ち」が昂ってきた子どもが、過去にソーシャルスキルがうまく使用できず辛かった体験談を話しだすことがある。そのときは、その失敗体験に対して助言をするのではなく、指導者も子どもたちも「ゆっくり聞く」ことに徹していく。話している子どもに対して、「しんどかったね」「よく話してくれたね」という「気持ち」で、みんなでうなずきながら聞くということをする。友だちの「話を聞く」というスキルの獲得も、ここでは大きな意味があると感じている。

前述したように、コミュニケーションは相手がいればじめて成立するものである。ここでは、「話し手」「聞き手」という相手との相互関係の中で、「自分自身がコミュニケーションをとりたいと思う相手だったかどうか」ということに気づかされていく。「話してもいいんだ」「ちゃんと聞いてくれる」という安心感の中で、自分自身をふりかえり、見つめ直すことができるのではないだろうか。

4. 考察と今後の課題

この取組全体で目指す一番大きな目標は「気持ち」の言語化ができることである。自分が今、何に困っていて、どういう「気持ち」なのか話せるようになってくると、子どもたちは見ちがえるように変わるということを、この取組を通して実感している。とくに、「辛かった」「しんどかった」「不安だった」「こわかった」「腹が立った」など、聞いている側としては否定したくなるようなネガティブな「気持ち」の部分が吐き出せるようになってくると、入学時は机の上から鉛筆が転がり落ち

ただで、「お前が悪い！」と言ってイライラして暴れていた子どもが、「きょう〇〇さんがよく泣いているのは、〇時間目に運動会の練習があるからだよ。うまくできるかどうか不安なんじゃないかな」と、困っている友だちの「気持ち」を話してくれるようになっていく。この取組が、自分の「気持ち」のメタ認知につながったこと、さらに、他人の思いに共感し、「気持ち」を推し量ることができるようになったことは思いがけない成果であった。

また、人間関係を円滑にするためのスキルを身につけたり、知ったりすることだけでは、生きた力になりにくいのではないだろうかと考えた。そのスキルに「気持ち」が伴ってはじめて生きた力になるということが再認識できたことも、この取組の大きな成果であった。

はじめに述べたように、D特別支援学校の子どもの主な疾病は心身症など行動障害であり、それぞれの困りから、生きにくさを感じる中で心身を患い、不登校になるという形でSOSを発信した子どもたちである。入院・入学後は、病院と学校の生活の中で心身を回復させ、前籍校に復帰していく。その移行支援として、前籍校に向けて自立活動を中心とした取組、実践を発信している。しかし、再び不適應を起こし、心身を患い再入院・入学をしてくる子どもがいる。今後はさらに、前籍校との連携をより密にし、登校が維持できるように環境を整えていく必要性を感じている。また、保護者に対しても、『育(はぐくみ)』支援センターD』などの地域資源を活用することで、継続的な子どもの登校を支えていけるような働きかけや心の支えとなる支援を充実させていくことが、今後の課題である。

IV おわりに

「病気や障害のある人は、病気や障害のない人より不自由である」

数年前の私なら、尤もで当たり前のようなこの言葉に何の疑問も違和感ももたなかっただろう。「この子は障害があるから、〇〇〇はできなくて当然」とか、「この子は病気だから、〇〇〇はし

なくてもよい]、「できないことはかわりにやってあげる」、それがその子にとっての支援だと考えていた。しかし、今は立ち止まって考えてしまう。その子どもが「できない」とか「不自由」だとかいったことは、一体誰が決めるのだろうか。

D特別支援学校の子どもたちと関わる中で、改めて気づかされたことは、子どもたちがもうすでもっている力の大きさである。その力の大きさに気づかずに、「わからない」「できない」とレッテルを貼っていたのは、私自身だったのではないかということである。

たとえば脳に障害がある等、何らかのハンディがあると、それが、あることをするのに邪魔をする。脳の障害そのものは、医学の発展にゆだねるほかないかもしれない。でも私たちにできることはある。それは子どもの周りにいる一人として、より魅力的な環境になることである。私たちは子どもにとって魅力的な存在になっているだろうか。話したい、話しやすい相手になっているだろうか。

いつも輝いた「まなざし」を向けてもらって育つのと、どこか陰りのある「まなざし」を向けられて育つのでは、魅力的な環境という意味では随分違うのではないだろうか。私にも覚えがあるが、病気や障害がある子どもを目の前にして、「どうしてあげればいいのか?」といった不安や焦りが一杯生じるものである。でも、その不安や焦りのために子どもへの「まなざし」が陰りのあるものになっているとしたらどうだろうか。その子ども自身を見ているのではなく、病気や障害を見ていることにならないだろうか。

難しいことかもしれないけれど、不安や焦りは同僚の先生の前だけにして、子どもには「輝いたまなざし」を向けていられたらと思う。

注(※1) 現在進行中の自分の思考や行動そのものを対象化して認識することにより、自分自身の認知行動を把握すること。

注(※2) 再登校及び地域社会への移行準備状況
ダイアグラムII評価表 不登校用・慢性疾患用

提案・交渉型アプローチで育てる「相談力」

和歌山県立はまゆう支援学校 畑 香 織

発達障害のある子どもたちは、その固有の認知特性から周囲の環境との摩擦の中で、不安感を大きく膨らませることがある。不安の中で身動きがとれなくなりその不安を身体化、行動化している子どもたちにとって必要な支援は二つある。一つはその苦しい心の内を理解し認めること。もう一つは具体的な不安回避の方法を示すことである。本論文では発達障害の二次障害に陥った一人の生徒への支援の事例を通して、発達障害の認知特性に由来する不安感をもつ子どもへの有効な支援方法について検討を行った。子どもの心に寄り添いながらも、具体的な不安の回避方法を提案・交渉するアプローチは、子どもの認知の幅を広げ不安に対処するモチベーションにつながる有効な支援方法であることが示唆された。

キーワード：発達障害の二次障害、提案・交渉型アプローチ、相談力

I はじめに

発達障害のある子どもたちには、固有の特性があることは以前から言われている。彼らは対人関係や集団生活、学習場面において、その認知特性をうまく理解してもらえず、失敗経験を積み重ねてしまうことがある。環境との間からの強い摩擦を繰り返した結果、自尊感情はひどく傷つき、自信を失った彼らは不安感に支配され「1つダメなら全部ダメだ」と一面的な尺度で物事を捉えてしまう。そうしてどんどん追いつめられ身動きが取れなくなっていく。

不安や不満、ストレスに対処する技能をコーピングスキルという。彼らは自然にはそのコーピングスキルを学ぶことは難しくバリエーションも広がりにくい。認知特性に応じた支援を受けてこなかった彼らの持つコーピングスキルは「学校を休む」「身体の不調に訴える」「暴言や暴力に訴える」など、身体化、行動化をもってその不安や不満を訴えることが多い。

彼らは合理的な方法に気づいていないのである。彼らの中にはYESかNOという尺度しかない。ただし、彼らに「YESとNOの間があるよ」と提案することで彼らは様々な尺度に気づくことが出来る。「提案・交渉」を繰り返す中で尺度の幅を

広げることができ、より合理的なコーピングスキルを行使することが出来るようになり、「相談力」を見つけていくのである。「相談力」とは、問題が生じた時に、まずは人との交渉のテーブルにつき提案を受け入れる力から始まり、最終的には困った時に人に相談することが出来るまでの力を指す。また「相談力」の中に含まれる力として、自分の中の物事の判断基準（尺度）の幅、出来事や不安に対して合理的な尺度を用い対処することが出来るスキルのバリエーションを「解決力」と位置づけ、これを含め「相談力」の向上を目指す。

図1は彼らが「相談力」「解決力」を身につけていく過程を段階的にあらわしたものである。

何か不安な事が生じて困り込んでしまった時、

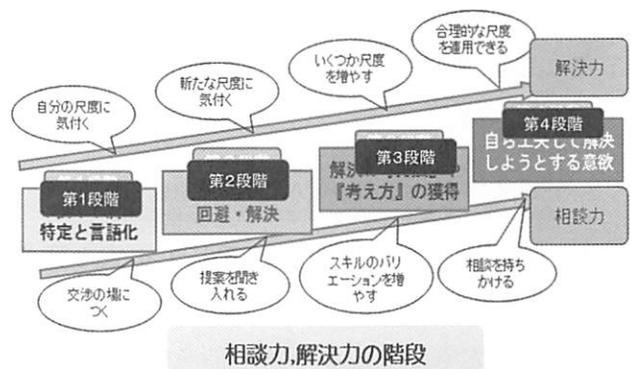


図1 「相談力」身につける

第1段階「不安や不満の特定と言語化」と第2段階「不安や不満を回避・解決」をルーティーンとして繰り返すことで、彼らの中に第3段階「解決の『方法』や『考え方』の獲得」のスキルを育てる。そうしてその第3段階のスキルをもとに、第4段階「自ら工夫して解決しようとする意欲」が彼らの中に育ちゆくのである。

本稿では、『提案・交渉』を繰り返す中で「相談力」を身につけていった生徒の1事例を通して『提案・交渉』のポイントとともにその有効性について考える。

II 『提案・交渉型アプローチ』とは

『提案・交渉型アプローチ』とは、学習や対人関係に「行き詰まり」感の強い子どもに対して、教師がいくつかの選択肢を提案し、交渉していく過程で、子どもが自己選択・自己決定し、「できる」「わかる」という体験を積み重ねることである¹⁾。

発達障害のある子どもたちは特有の価値観や尺度にとらわれやすい。また彼らは認知特性に起因し、他者を見て自然に学ぶ、失敗経験から学ぶことが苦手である。それゆえに自然にコーピングスキルを獲得することは難しい。

そこで彼らが不安や不満を訴えた時に『提案・交渉型アプローチ』を用いて、まずはその不安を整理、特定、言語化し、その回避方略について提案、交渉する必要がある(図2)。

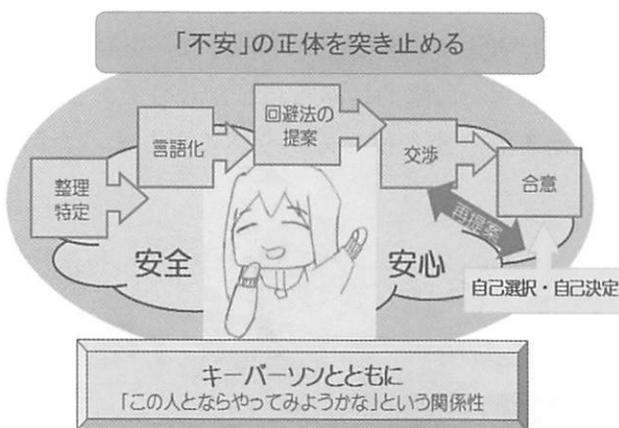


図2 「提案・交渉型アプローチ」で不安を突き止める

以下に子どもが不安や不満を訴えた時に、『提案・交渉型アプローチ』を用いて支援者が整理す

るときの手順とポイントを記す。

1. まずは不安の整理、特定、言語化

小さな事で生じた不安や不満は、自覚できないままにどんどん広がり、それに苛まれ身動きがとれなくなる。そこでまずは、ピンポイントの不安を特定し、言語化することで彼らの不安への気持ちをサポートする。

☆仮説を用意する

出来事に対する仮説を支援者は用意しておく。子どもがうまく言葉に出来ないとき、その仮説を提示し、ともに整理する中で言語化の作業を行う。

☆事実と気持ちを分けて考える

整理がつかない状態では、事実と実感が混同されていることがある。気持ちは否定せず「B君は〇〇と言ったけど、Aさんは〇〇と思ったんだね。」と事実と心の動きを分けて整理する必要がある。

☆心の動きに名前をつける、擬音やイラストを効果的に使う

☆フローチャートや図、数値を効果的に使う

2. 不安の回避方略について相談、交渉する

交渉の目的は参加のためであり、支援者は交渉の意図を見失わないようにしたい。交渉は互いの合意のポイントを探る道程である。合意のポイントは子どもの主張の直近でも良いが、「ではそれで行きましょう」とゴーサインを出すイニシアチブは支援者が握る。それが対等平等であるが立場は違うということだと考える。

☆目的に立ち戻ってキャッチコピーをつける

方法は不安の回避という形をとるが、あくまで目的は「参加」のためであるということを確認する。そのためにどうすれば良いか、どんな自分になりたいかをキャッチコピーにすることでより回避の目的は「参加」であると言う事を意識化しやすくなる。

☆見通しを示した提案

回避方略についてはいくつかの選択肢を用意す

る。支援者と彼らの両方が出来る範囲内で良い。回避方略を示す時はその先の見通し、メリット、デメリットを同時に示す。

☆ダメだったら考えなおせばいい

不安の回避方略について、彼らが自己選択、自己決定したものの、やってみたら「やっぱり無理かも」という時がある。そんな時は再提案、交渉をする。「やり直せるよ」と身の安全を保障する事がまた、彼らの自己選択、自己決定へのモチベーションとなる。

☆好きな事、楽しい事を支えや武器に

クラブが好き、だから参加するために苦手な授業をどう乗り切ろうか。カードゲームが好き、だったら苦手な友達付き合いをカードゲーム形式にしてどう攻略するか考えよう。

子ども達の好きな事、楽しい事を時に支えに、時に苦手攻略アイテムに活用することで前向きに解決に向かった選択ができる。

Ⅲ.『提案・交渉型アプローチ』を繰り返し「相談力」を身につける～実践事例から～

1. Aさんについて

Aさんは小学校低学年の頃から登校しづりが見られ、高学年には不登校に陥ってしまった。低学年の頃から不安を言語化することができず、その不安を家庭では反社会的行動に、学校では非社会的行動をもって訴えてきた。

家庭では母が仕事をもちながらも一人で彼女を必死で支えてきた。

Aさんには発達障害があったが、周囲からはその特性への理解も得られず、適切な支援もなされないままに二次障害として社会不安障害を発症し、不登校状態を継続したまま支援学校の高等部に入学してきた。入学してきた頃のAさんは「0か100か」の尺度で物事をとらえ、1つ不安が生じると、それが特定も言語化もできぬまま漠然と全体に広がり、その結果行動化をもってその不安を周囲に訴えてきた。また家庭では暴言、暴力で母にその不安を訴えるため一人で支える母は孤軍奮闘する状態であった。

2. アセスメントから見えるそれぞれの関係性

Aさんが特別支援学校高等部に入学後9月に、本人、母、教師がAさんに対してどのように実態を把握しているか、ASEBAアッケンバック実証システムに基づく評価システムを実施した。

このアセスメントは本人、親、教師それぞれの視点から見た対象者の状態を評価でき、心理社会的な適応/不適応を包括的に評価することができる。つまり評価対象者の自分で考えている自己、親から見た自宅での姿、教師から見た学校での姿がそれぞれの視点からとらえられ、対象者を包括的に評価することができる。結果数値はそれぞれ下位尺度8つと上位尺度3つに分類され正常域、境界域、臨床域に区分される。下位尺度については「ひきこもり、身体的訴え、不安/抑うつ、社会性の問題、思考の問題、注意の問題、非行的行動、攻撃的行動」の8つからなり、66以下の数値が正常域、67～70が境界域、71以上で臨床域となる。上位尺度については「内向尺度、外向尺度、総得点」の3つからなり59以下が正常域、60～63が境界域、64以上で臨床域となる。境界域の場合は医療の介入が必要な状態となり、臨床域の場合は深刻な医療の介入を必要とする状態である。その結果を図3に示す。全体的には母の値CBCLが高く、その下に教師のTRFがある。母の数値についてはそのほとんどが臨床域を示し、母から見たAさんの状態がとても厳しい状態であることが分かる。これはAさんの学校や家庭全ての生活場面でのストレスや不安を、一挙に自宅で、母の前で行動化を以って爆発させるため、母が一人でそれを受け止めている困難さと大変さを表していると考えられる。

TRFも全体的には臨床域のものが多いが、細かく見ると非行的行動の項目だけは母と大きく乖離が見られ、正常域を示している。Aさんは自宅でのみ暴力を表現し、学校には「休む」という手段を用いるため、Aさんの暴力性は学校には見えていないということが示唆される。

母、教師の値に比較し本人の値は他の二者よりも低く境界域から正常域を示している。これについては、自身が行動化で不安を訴えているにも関

ならず、自分ではその状態を認識できていないということが読み取れる。つまり、状態像としてはパニックや暴言暴力などを示しているがAさん自身は自分の不安に目が向けられておらず、漠然とした不安の中で暴言、暴力でしか訴える術がないことが分かる。

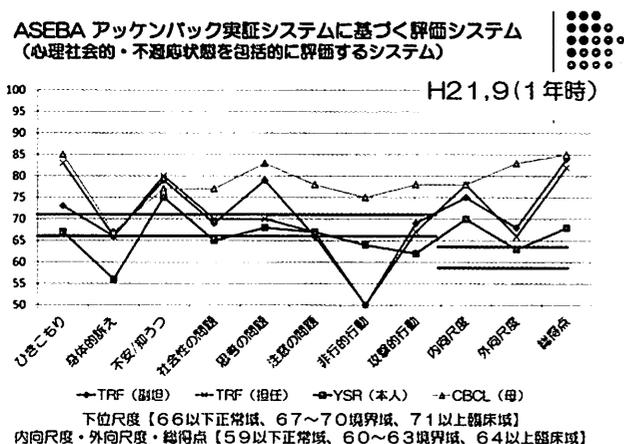


図3 高等部1年時のASEBAの結果

3. まずは「不安」をつきとめる

Aさんが自宅で不安を爆発させる原因は、言語化の難しさにあった。自身では生じた不安が特定できないため、全体に漠然とした不安として広がってしまった。自分なりのコーピングとしては、学校を休むという手段しか持ち合わせていなかった。

そこで、まずは自宅で不安を爆発させた時、クールダウンを待って『提案・交渉型アプローチ』を用い不安回避の作戦会議を実施することにした。速やかな介入が必要だが、爆発中の介入は逆効果である。必ずクールダウンの状態を待って介入することとした。

1年の1学期も終りが近づき、夏休みを迎えようとしていたある日、Aさんは自宅で「学校をやめる」と言い大暴れし始めた。次の日学校を休んだAさん。支援者が家庭訪問をするとAさんは布団をかぶりこんでうずくまっていた。

とりとめない話をし、Aさんの気持ちをほぐした後、II-1、2項の手順で不安の原因を特定することにした。彼女がポツリポツリと話すこと、支援者が提案すること、全てを紙に書いてさりげなくAさんが見えるように持っておく。走り書き

で良いので、事実を整理するために、またAさんが合理的に理解するために「書く」という行動は極めて重要である。

Aさんが「学校をやめる」と言い出した原因を自分自身で的確に言葉にするのは難しい。しかし、支援者にはいくつかその原因は考えられた。そこで支援者の仮説を提案しAさんに選択してもらうことにした。

「勉強がむずかしい?」「ううん。」「通学の電車がしんどい?」「ううん、ずいぶん慣れました。」「友達とはどう?仲良くできてる?」「クラスの子はまあ。後輩の子が声かけてくるんが…イヤ…。」支援者が提案した原因の中からAさん自身が不安を特定することができた。

Aさんは苦手の後輩のB君が声をかけてくるのが嫌だという。「なれなれしく声をかけてくる」と言うAさんに「なるほど、Aさんはなれなれしいと感じるんだね」とAさんの「なれなれしい」と感じる気持ちと、声をかけてくるという事実とを分けて考えるように返答をする。その際気持ちに注目するのではなく、事実に着目して支援者は整理をする。

不安の原因を特定することで、AさんはB君の姿が目に入らなければ、他の学校における活動は大丈夫だと理解することができた。

4. 「不安」は回避、攻略できる

学校にはたくさんのAさんの好きな活動があった。Aさんはクラブ活動が好きであった。また好きな先生と話をしたり、友達と話をするのも楽しいと感じていた。彼女には調理師になりたいという夢もあり、そのために支援学校の高等部を卒業したいとも思っていた。

そこで学校をやめて好きなことや夢もすべてあきらめてしまわなくても、「不安」だけを回避する方法を提案した。AさんとB君は別のクラスであったが、不意に廊下や玄関で出会うとパニックになってしまい、そのせいで「学校をやめる」と言い出したのだった。そこで、出会う事があることを前提として、出会った時は①自宅に帰る→切り替えやすいが、その後の授業が欠課になったり

クラブに参加できない②しばらく気持ちが落ち着く事をしてクールダウンする→切り替えに時間がかかるかもしれないが、早ければ好きなクラブに参加できる③やりすごす→その後の自分の好きな活動に支障は出ないが、気持ちの切り替えにパワーが必要、の三つの回避方略を提案した。選択肢にはメリットやデメリット、それを選択した際の見通しを示した。

初めは「学校は無理」の一点張りだったAさんも、楽しみを保障すること、支援者がAさんの様子に気を配り声をかけること、など提案し、Aさんは「それだったら…」と少しずつ選択肢に向かい始めた。そうして交渉の結果、②を選択しB君と出会った時はしばらく相談室でイラストを描いてクールダウンすることにした(図4)。

また、やってみて「これではダメだ」と自分が感じた時、支援者が感じた時も再提案することを互いが合意し、合言葉も決めておいた。Aさんからは「相談があります」とメールを送ること、そして支援者は「もう一回作戦立ててみる？」と声をかけることにしておいた。一度合意した作戦に固執するとさらに子どもは不安な状態に追いつめられる。そうではなく、支援者は「作戦はいつでも変更できます。また先生が変更を勝手に変更することもなく、その場合は互いが合意したうえで変更します」ということを約束しておく。Aさんは物事の見通しが持ちにくいという特性も持っていた。またそれに対する不安も大きく、急な予定の変更や自分の納得いかないままに行動をさせられることにひどく抵抗があった。そこで先の見通

しを丁寧に示すこと、合意なしに支援者が変更を求めることはないことを約束し、彼女の安心感を保障した。

5. 「相談力」の育ちの中で見える「自分」

困ったことがあると人に相談すればなんだかスッキリするなあ実感したAさん。支援者は学校で困ったことがあると言語化しやすいように、毎日の「振り返りノート」や「しんどいですカード」など言語化への手立てとして、Aさんが発信しやすいような方法を取り入れた。そうして安定して登校できるようになるとAさんは生じた色々な不安に対して、「確かめる」など自らチャレンジする行動を始め、友人や先生など自分の周囲の人のコーピングスキルや尺度に目を向け取り入れ始めた。他者のコーピングに目を向ける中で「自分は他の人とは違うとらえ方をするようだ」と実感し始めたAさんであった。他者に目を向けるとともに、自己理解が深まったAさん。不安が生じた時は相談する事で乗り切れるようになり、自宅でのパニックは格段に回数が減っていった。3年時に実施したASEBAの結果を図5に記す。グラフからは自宅でのAさんの落ち着いた状態がCBCL(母)の値から見てとれる。1年時は全てが臨床域であった(図3)のに比較して、3年時は正常域に落ち着いたものが増えている。TRF(教師)の値も全体的に1年時より低い結果となっているのに比して、本人の値、YSRが上昇している。これは、本人の自己理解が進んだ事によるものである。母や教師から客観的にみると状態としては落ち着き、「相談力」の育ちがある中で、自己評価として「しんどい状態の自分」を実感するということがグラフのYSRの値とTRF, CBCLの数値の逆転から読み取ることができる。

値だけを見ると、Aさんの状態が悪化しているかのように見えるが、これは自己理解が進んだことで、彼女の困り感がやっと彼女自身のものになったのだと感じる。不安や困り感が他人事ではなく、自分自身のものと自覚できたことで「解決すべきは自分だ」という実感も生まれる。

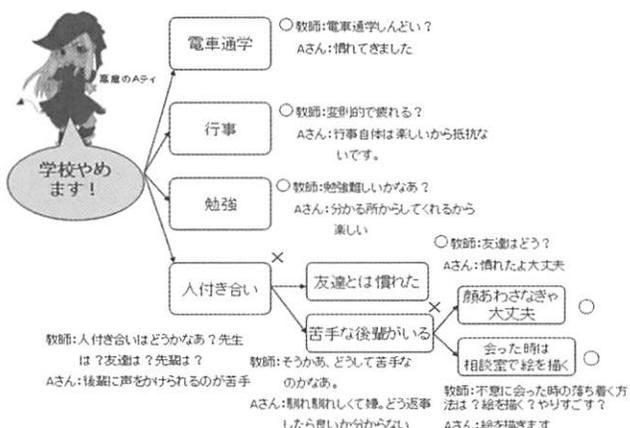


図4 不安の対策フローチャート図

IV. 事例から見てくる『提案・交渉』とは

失敗経験を重ね、自尊感情の落ち込んだ発達障害の二次障害の子どもたちがすんなりと『提案・交渉』のテーブルにつくのは難しいことである。

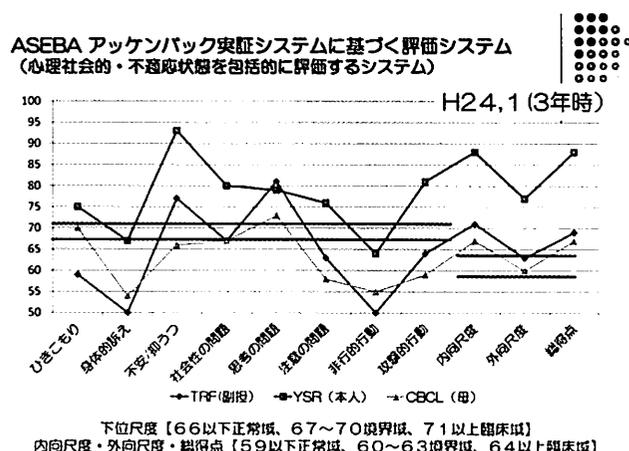


図5 高等部3年時のASEBAの結果

『提案』=押し付けだと感じて身構えたり、交渉の中で支援者とやりとりすること自体が目的になってしまい、やりとりで心の隙間を埋めようとする子どもたちも存在する。

ここでは様々な『提案・交渉』の事例から見てきた「大切にしたいもの」と「課題」について述べる。

1. 大切にしたいもの

・「安心感・安全感」「楽しみと成功」

「安心感・安全感」とは、自分が「攻め入られない」環境であることである。彼らの感性や価値観は「個」として尊重されるべきものであり、彼らがどんな発言や行動をとろうとも彼らの人格は否定されるべきではないという前提の中で「安心感・安全感」は保障される。

支援者は、彼らの発言に対して「ふーん、なるほど」「へえー、そうか」など主張を受け止める相槌をうまく使い「まずは君の意見は理解したよ」と表現することが大切だと感じる。

「楽しみ・成功」は誰しもの必要で生きていくための肥やしである。ほんの小さなことで良い。「クラブ活動が好き」「ドラムをたたくのが楽しい」「去年よりも出席日数が増えた」等である。

そんな「楽しみ」が彼らの外界へのモチベーショ

ンを支え『提案・交渉』の目的を見失わずにいてくれる。

『提案・交渉』のテーブルに着くことは自分自身と向き合う作業でもある。それは自尊感情を失っている彼らにとってははじめはとてもハードルが高い作業でもある。成功体験の積み重ねという“自信”の育ちとともに『提案・交渉』という手段を用いることで「実感」の中で自分自身に向き合っていくことができる。そしてそれらの支援の繰り返しとともに、「安心感・安全感」も「楽しみ・成功」も伸びゆくものであると考える。

・キーパーソンの重要性

人は「安全基地」があるからこそ、動き出すことができる。「安全基地」であるキーパーソンは子どもの状態とそれぞれの関係性により、また時と場合によりその役割の色合いは少しずつ変わる。

安全を保障する支え、ともに挑んでくれる同志、導いてくれるメンター、後ろから支えてくれる先輩、冷静に整理してくれる交渉人、そして時にアタッチメントの対象ともなりうることもある。

キーパーソンはその子どもの今の状態を捉え、未来のことを見据えて今自分は何の役割をどれくらいの割合で負い、今の『提案・交渉』は何のためにあるかというゆるぎない意図を持つべきである。

・個人として認める

『提案・交渉』を行うとき支援者と子どもは「1対1」の個人である。提案する時も交渉する時も、「君の考えはわかった」として彼らの人格を認めた上で交渉のテーブルに着くべきである。支援者が提案するのは、彼らの人格に対してではなく、彼らの行動に対してである。支援者と子どもは対等平等であるべきであり、互いが一人の「個」として合意するポイントを交渉することに意味があると考えられる。

対等平等であっても立場は異なる。「教師と生徒」であったり、「親と子」であったりするかも

しれない。その点から合意のイニシアチブは支援者（提案者）が取るべきものである。

・目指すは先にある意欲の高まり

『提案・交渉』には短期的意図と長期的意図がある。短期的には『提案・交渉』により子どもが目の前にある問題に対応することにある。それは子どもの状態や時期によりひとりひとり具体的には異なる。長期的意図には『提案・交渉』を繰り返し不安や困りに対処する繰り返しの中で、子どもたちが「自ら工夫して解決しようとする意欲」を養うことにある。

支援者はその時々『提案・交渉』の目的の意図を抑えながら、長期的には彼ら自身が不安や不満が生じた時、自らの尺度やコーピングスキルバリエーションの中からそれらを発揮し解決に動く意識とスキルを育てることにある。

2. 課題

『提案・交渉』の場面は、一見すると子どもたちに「譲って負けている」という印象を与える。彼らの言いなりになっていると捉えられることもある。それは合意のポイントが、子どもたちの主張の直近である場合に、そう捉えられることが生じるのではないかと考える。

また心の傷つきや、二次障害の問題が非常に大きな子どもの中には、支援者と交渉するという行為自体が目的となり、支援者とのやりとりをする中で自分の心の隙を埋めたり心を満たす子どももいる。そのような場合は支援者が『提案・交渉』の意図を見失いがちであったり、またそうでなくても子どもに翻弄されているように見えてしまう場合もある。

『提案・交渉』は「個」と「個」の意図の折り合いをつけあうことである。①支援者が自分の意図を見失わないようにすること、長期的展望にたって意図を持つこと、②合意のイニシアチブは支援者が持つこと、③様々な支援者との合意形成を図り情報交換を密にしチーム援助を意識すること、の三点に気をつけたい。

V. まとめ

卒業後Aさんは就職したが、職場でも人間関係のトラブルから不調に陥った。初めは在学中に身に付けた回避スキルを用いて自分なりに対処していたが、どうにもこうにもいけなくなった時、彼女はパニックになりそうな自分を抑えながら母親に「先生に電話して！」と訴えた。

困った時は人というツールを用いて、誰かに相談することで不安に対処することができるという実感が「相談力」を育てる。不安に対処するためには困ったことや不安が生じた時『提案・交渉』を用い、まずは具体的に不安を特定することから始まる。彼女たちが混とんとした不安の中で立ちすくむ状態を整理することから、不安に対処する力の育ちは始まるのである。

彼女たちにとって、人は不安を解決するための一つのツールであって良い。我々支援者は彼女たちが不安に対処するためには「寄り添う」だけではダメなのである。不安の正体をともに突き止め、具体的に方法を「提案」しなければならない。筆者は「提案交渉型アプローチ」を研究として論文を書くために、Aさんへの提案交渉の取り組みについてインタビューを実施し支援学校在学中の事を振り返ってもらった。Aさんはそのインタビューの中で「提案交渉型アプローチ」について聞かれたときに「そうかそうか、って聞いてくれるだけではなんの解決にもなれへん。でも頭ごなしにこうしなさいって言われると頭が真っ白になって動けない。選択肢を示してほしい。自分では考え付かないから。」と答えている。彼女たちの傍目には極端にさえ見える行動は、選択肢がないが故の彼女らなりの必死の策なのかもしれない。ならば、いくつか持っている私たちの策を提案すれば彼女たちは気付けるのである。

「私の中にはYESかNOしかないから」と言ってくれたAさん。彼女はこうも言った。「間があるんだよってことは、言われてから気付く」と。

『提案・交渉型アプローチ』を中心とした支援を受けてきたAさんは自己理解も深まり同時に自分を受け入れるとともに、不安に対処するスキルと意識を身に付けた。社会人となったAさんのア

セメントからはAさんの落ち着いた様子を読み取ることができる（図6）。

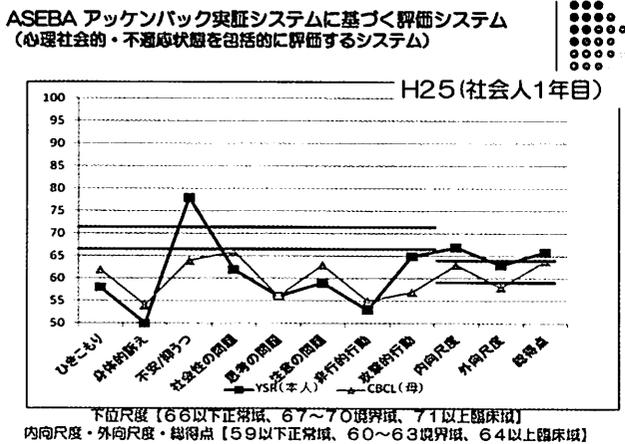


図6 社会人1年目のASEBAの結果

母のCBCLは全ての値が正常域となり、AさんのYSRも高等部3年生時のグラフ（図5）と比較すると格段に値が下がり正常域に落ち着いているものが多い。その中でも「不安/抑うつ」のYSRの項目の数値の高さが残る。これはやはり、発達障害に起因した二次障害に陥ったAさんの根強い不安感を表していると考えられる。彼女たちが二次障害に陥る前に“予防”という側面からの支援の大切さを彼女のアセスメント結果は訴えている。

我々はみな人である限り「個」であり、それは尊重されるべきものである。私たち支援者は「個」を尊重しながら、具体的に『提案・交渉』することで彼女たち自身の自己選択、自己決定を大切にしたい。押しつけではなく、誘導ではなく、彼女たちが納得し選択した成果が次の解決へのモチベーションとなると私たちは考えている。

文献

1) 武田鉄郎 (2014)「叱らないが譲らない『提案・交渉型アプローチ』の効用」実践障害児教育, 491, 10-13.

発達障害の子どもたちの内的体験世界を理解するために

宮城教育大学教育学部 植木田 潤

発達障害の子どもたちの生きにくさを、診断名から捉えるのではなく、彼らの内的体験世界から捉えることの重要性を提示した。発達障害の子どもたちの言動によって示唆される心理特性に着目すると、彼らが心身の発達に不可欠な情緒的な基盤を、他者との関係性の中で形成・維持していくことに困難を抱えていることが浮き彫りとなってくる。

そのため、発達障害の子どもたちを指導・支援するために必要な教員の姿勢として、子どもたちの『心の奥行き』に注意を払い続けること、また安全感・安心感をベースとして、そうした態度を子どもたちが心の内に取り入れ、内在化させていくことが期待されていることを述べた。そこで、本論では、こうした心の奥行きに注目するために必要な観点や概念について、学校現場でよく生じる場面を想定しながら整理することを目的とした。

キーワード：発達障害の子どもたちの内的体験世界、心の奥行き（次元性）、「遊び」－「学び」－「働く」の連続性

I. 発達障害のある子どもたちの『奥行き』に注目することの重要性

日本で言う「発達障害」には、学習障害LD、注意欠如多動性障害ADHD、自閉症スペクトラム障害ASDの3つの障害が含まれているが、学校現場では、それらをひとまとめにして、「発達障害」という枠組で捉えており、「通常学級にいて学習上や行動上の問題を抱えた指導の困難な子どもたち」という共通項で括られている。これらの子どもたちに診断名や障害特性という切り口から接近していくと、それぞれに個別性が際立っていて、同じ診断名であっても一人一人の実態は大きく違っていることが多い。

しかし、発達障害の子どもたちの心理特性、あるいは内的な体験世界という観点から眺めてみると、実は、問題は意外とシンプルであることに気付かされる。すなわち、発達障害の子どもたちの生きにくさは、「目に見えないモノやコトが分からない」ということに端を発しているということである。これは認知的な特性として広く理解されている特性であり、療育や教育の現場では

TEACCHなどの手法を取り入れて、スケジュールや教室空間の「見える化」（視覚的構造化や物理的構造化）を工夫して支援に取り組んでいるところも多いだろう。

ところが、この「見えないモノやコトは分からない」という特性は、認知の偏りだけでなく、ヒトが生きる上では致命的ともいえる問題を含んでいることにも気付かされる。この問題の重大さに向き合うために、筆者が出会った自閉症と診断された中学生Aの事例を紹介したい。

Aは筆者を訪ねると、必ずある問いを投げ掛けた。それは、「ねえ、先生？、『強く生きる』ってどういうこと？」であった。この問いをAが口にする背景には、Aの父親が口癖のように「男ってのはなあ、強く生きるものなんだぞ」と繰り返しAに向かって教え諭していたという事があるのだが、筆者はこの問いを突き付けられる度に答えに窮し、Aに理解可能な言葉で伝えられないことに無力感を抱いたものだった。もちろん、辞書的な文章を持ち出して、観念的な理解を押し付けることはできたと思うが、「目に見えないモノが分か

らない」という特性を抱えているAに、そのような説明を押し付けても、一体何の役に立っただろうか。やがて、AはAなりに問いの答えを見つけたようで、ある時から筆者の前、学校や家庭で「シュワッチ！」とウルトラマンのポーズを取るようになっていた。つまり、Aにとって目で見て分かる「強く生きている」対象だったのだろうと逆に筆者が納得してしまった。

この事例から筆者が学んだことは、人生において重要なもののほとんどは、実は目に見えないモノばかりなのだということだった。例えば、「幸せ」「信頼関係」「友情」「楽しい」「嬉しい」「哀しい」「悔しい」等々、… 数え始めれば、キリがないだろう。

こうした切り口で発達障害のある子どもたちが示唆している問題を考えてみると、子どもの心の『奥行き』に目を向ける支援者のこうした態度こそ、「指導の困難な」と表現される子どもたちに最も必要な支援なのではないかと思えてくる。メルツァーは「自閉症の探求」¹⁾の中で、自閉症の子ども心の有り様を『次元性』(メルツァー¹⁾；キャッセ²⁾という言葉で表現している。

定型発達の心性は三次元もしくは四次元(時間的な観念を持つ)的な性質を備えていて、内包される空間を構成しているのに対して、自閉症者の心は二次元的な性質を備えていて、内包される空間が存在せず、表面的な性質に拠らざるを得ないため、対象の表面的な変化は対象の本質の変化と直結してしまうことを指摘している。

II. 子どもたちの内的体験世界を理解するための観点

発達障害の子どもたちの内的体験世界を理解することは、その後の指導や支援を考えていく上で不可欠なことであり筆者は考えている。また同時に、発達障害の子どもが心の『奥行き』を形成するためには、定型発達の子どもたちがそうであるように、常に子どもの心の奥行きを意識して関わる他者の存在を、子どもが心の内に住まわせる(取り入れと内在化)ことが不可欠である。そこで本節では、発達障害の子どもたちの内的体験世界を

理解するために必要な、いくつかの観点や概念をここで整理してみたい。

1. 発達障害の子どもたちの心理社会的な発達について

心の発達、知・情・意がバランス良く発達するのが望ましいと言われている。つまりこれは、認知の発達、情緒の発達、意思・意欲の発達の3つのバランスのことである。何らかの器質的な背景をもった機能不全がある場合、これら3つの心の発達や機能にも強く影響を及ぼすことが考えられる。特に、発達障害においては、認知発達の偏りが強調されがちな風潮はあるが、実際には、情緒の発達や意思・意欲の発達にも、ある種の歪みは生じている。

例えば、情緒の発達においては、感情のコントロールが難しく、他者から見れば大したことのないような場面や状況で、突然、激情に駆られたり、他害や自傷などの激しい行動化を起こしたりすることが多く見られる。また、意思・意欲の発達においては、保護者や教員等から指示されたことはできるけれども、自分が何をしたいのか、将来の自分を展望する等といった、自分の人生を自分の手で切り開こうという主体性や能動性の発揮が難しいことなども多く見られる。

本来、ヒトは乳児の段階から好奇心や探索心を備えており、その大小に個人差はあっても未知のものに向かう傾向を持っている。これが成長してからの学びの原動力にもなっている。この好奇心や探索心は、安全が確保された環境において最大限に発揮されるものであり、ここで重要になってくるのが、いわゆる「安全基地」の果たす役割である。乳児にとっての安全基地とは、つまり母親(必ずしも生物学的な母親のことではなく、主たる養育者を総称している)のことであり、始まりの頃には、母親が具体的に乳児から危険を排除し、未知のものへ向かう姿勢を見守りという形で提供し続けることで、後にはそれら(安全基地となる母親の存在)が乳児の心の中に取り入れられて、自分自身で安全感を保持することができるようになる。安全基地の重要性を唱えたBowlbyは、

比較行動学を参照して、サルの乳児が母親にしがみついている身体能力を備えていることで自らの安全を保持することができるのとは違って、人間の乳児は自らがしがみつくのではなく、大人の方から接近してきて保護したくなるように、笑いかけたり泣き声をあげたりするなどして興味やコミュニケーションの意思を伝える能力が備わっていることを発見した。

しかし、発達障害のある子どもの場合には、まさにこうした他者を巻き込み、自らの安全や安心感を作り出すためのコミュニケーション能力が、早期から阻害されているわけである。

これらの困難は器質的な背景を基礎にはしているが、特に、子どもの発達過程に直接的に作用して、バランスの良い心の発達が阻害される事態が生じていると想定される。言い換えれば、子どもの心理社会的な発達は、他者との関わりの中で形成されるものであるために、この発達促進的な周囲の環境との相互作用、他者との関係性の構築を阻害するように働く発達障害の器質的特性は、直接的に子どもの発達を歪めたり、阻害したりすると考えられるのである。

上記の点から、こうした成長促進的な対人関係の形成と維持に際して、発達障害で特に阻害されている機能は以下の2点にあると筆者は考えている。

- ① 情動の調整が困難なこと
- ② 安全感・安心感の保持が困難なこと

この2点が、発達障害のある子どもの発達を促進するよう支援していくための重要な焦点となり得ることが、さまざまな発達研究の成果や臨床事例を扱った研究などからも示唆されている。

2. 二次障害について

子ども達の年齢が上がるとともに、家庭から地域へと生活領域も拡大し、接する人の数が飛躍的に増えることで対人関係での摩擦も増えることになる。そうなると、発達障害の特性に基礎付けられた「生きにくさ」から派生した「二次障害（二次的障害とも言う）」の問題が目立ってくることが多い。

二次障害には、「外在化」と「内在化」という

2つの表現型があることが知られている³⁾。外在化とは、粗暴な言動や自傷他害、非行や犯罪行為などの目に見える問題行動として表れる場合である。一方、内在化とは、自信喪失、自己否定、無気力、空虚感など、目に見えない問題行動として表れる場合である。どちらか一方、あるいは両方の表現型を取るにしても、こうした二次障害が生じることで、より一層、成長促進的な対人関係を形成し維持することが困難になっていき、結果として、心身の健全な発達が阻害されてしまう危険性がある。また、年齢が上がるにつれて、二次障害が先に目立つことで、背景にある発達障害がようやく見出される事例も多い。

また、発達障害の子どもは、特に対人関係面でのトラブルが絶えない。その理由の一つとして、特性としての認知機能の偏りがあることから、他者の言葉や振る舞いを誤解してしまうことが多く、本人はその誤解に気が付かないままに、誤解で捉えた文脈から相手への反応を返してしまうことで、誤解が誤解を生むような悪循環の人間関係を作り出してしまふことが多い。こうした他者との人間関係上の摩擦が大きかったり長く続いたりすると、発達障害の本来的な音や触覚の過敏性や固執性が極度に強まった状態になったり、心身症等の心の病を発症する発端になったりすることがある。対人関係の摩擦が、心身症等の引き金になる事例も多く、二次障害に対しては、医療面も含めた多面的なアプローチが必要となる。

3. 迫害的な不安感と二極化した思考のパターン

「目に見えないものは理解することが難しい」ことが、他者の気持ちを理解できないだけでなく、自分自身の気持ちを理解する場合にも当てはまる。自分の気持ちがうまく理解できない時、それは自分の気持ちではなく、他者の中にある気持ちとして体験されることがある。例えば、クラスメイトに対して抱いているイライラや不満な気持ちを押さえ込めば押さえ込むほど、クラスメイトの方が自分に意地悪をしたり、疎外したりするのではないかといった迫害感情や不安感情で疑心暗鬼になっている場面がよくみられる。そうした心

性が活性化すると、教室にいても安心して落ち着くことができなくなり、場合によっては、他者に対する攻撃的な言動を振り撒いて自分を護るためのバリアを張ったり、イジメ被害を訴えたり、教室に入ることに怖ろしさを感じて不登校に陥ったりすることもある。

また、「0か100か」「白か黒か」「敵か味方か」「好きか嫌いか」等々、表現の仕方はさまざまだが、パーソナリティの形成過程や自己感覚（アイデンティティ）が不安定な子どもにおいては、世界を二極化して捉える局面が繰り返し現れる。子ども向けのテレビ番組やお年寄り向けのテレビ番組などで典型的に見られるように、こうした二極化した世界では、善と悪との境界が明確で曖昧さが含まれないので、とても安定している。裏を返せば、リアルな世界、リアルな対人関係というのは曖昧な面が多く、とても不安定なものなのである。発達障害の児童生徒の多くが抱える「曖昧さに耐えられない」という側面も、こうした二極化した思考パターンへの固執に一層の拍車を掛けることになる。「好きか嫌いかわよく分からない」「敵か味かわ分からない」事態では、不安な状態に身を置きながら、葛藤や疑心に耐えなければならないからである。こうした事態に耐えられるだけの精神力が育たないと、この二極化した思考のパターンから抜け出すことは難しく、教育においては、ここに焦点を当てた指導や支援も重要なものとなる。

4. 特定のモノへのこだわりと共有について

特に、ASDの子ども達は、器質的特性として他者の存在に過敏に反応する。誰かが傍に居るだけでも、大変に刺激的なことが多く、自身の情緒をコントロールして平静を保つことに相当の努力を強いられる。そうした他者に対する過敏性をもっているだけに、いじめなどの他者から傷付けられた体験がある時には、他者に対する恐怖は倍増し、不安や怒りをコントロールすることによりかなりの困難が生じるだろう。この場合、一次的な障害（ASD）の理解に加えて、二次障害を生じている可能性についても理解と対応が必要である。

例えば、ある特定のモノを手放すことが難しい

ASDの子どもを教室でよく見かける。こうしたモノが教室での学習に相応しくないと教員に判断されると、このモノを取り上げるか机の中に仕舞わせるかの綱引きが生じ、結果として、子どものパニックを誘発してしまうことも多い。

しかし、定型発達の子どもたちにもよく見られる、「毛布」を手放せない子どもに生じている心性と同質のものだと考えることができると、こうした理解不能な言動にも意味が生じてくる。例えば、健常な幼児期の発達過程においても、保護者との分離場面や独り寝の際には、毛布やタオルの切れ端、ぬいぐるみなどを保護者の代替物＝お守りとして手放さないことはよくあることである。ASDの子どもが特定の玩具や粘土などを授業中に片時も手放さない背景には、同様の機能があり、子どもなりに必死に不安をコントロールしようとする心理が働いていることが多い。そのため、むしろこのお守りを手放すように指導すると、余計に不安が強くなり、逆効果になることも多い。必要なことは教員との間に安心感・安全感を創り出すことである。この感情の自己コントロール能力をどのように発達させていくかが指導のポイントにもなっていくだろう。安心した環境作りに配慮した指導の計画と実践が非常に重要である。

また、自閉症スペクトラムの関係性の特徴として、「ヒトーヒトーモノの三項関係」を形成することが難しいという背景もある。これは言い換えると、「他者と何かを共有することが難しい」という特性である。発達障害の子どもが（ヒト）が、クラスメイトや教員（ヒト）と、ゲームや楽しい体験（モノ）を共有することが難しいわけである。それだけに、日頃の丁寧な関わりを通じて、できれば楽しい経験を共有することを積み重ねることが、将来的な展望に立った上でも、とても重要である。

5. 行為（外）と情緒（内）を結びつけた理解

前述したように、発達障害の子どもは「困っていること」「好きなこと」といった目に見えない情緒的な経験を、自ら実感することは難しい。そのため、彼らがそうした実感を身に付けていくた

めには、自分が直面している情緒体験に、周囲の大人、保護者や教員がラベリングしてもらう過程が必要になる。そこで、子どもが実感することの難しい「好きなこと」や「満足感」を、教員の側が表情や態度をきめ細やかに感じ取りながら意味づけをし、活動を通して子どもと共有していく過程が重要となる。

また、発達障害の子どもは、情緒面が年齢相応には成熟しておらず、未分化な状態のままに残っている場合が多く、年齢には不釣り合いな「おもしろし」や、暴言を吐き続ける（言語のおもしろし）事例にも出会うことがある。これらは、適切な場と適切なタイミングまで排泄しないで体内に留めておくことの難しさと、心レベル（情緒レベル）で生じた、留めておくことの難しさ、つまり、不安や不満を内に留めておくこと、適切な場とタイミングを見つけて発散することの難しさとが未分化で混乱していることが推測される。心のレベルでのトイレとして、他者を利用している子どもも多く、カウンセラーや養護教諭などを同様の機能として利用している子どもも多い。

6. 自己感覚の曖昧さ、アイデンティティ確立の困難さと表面と中身の変化に対する抵抗や混乱

思春期に入ってくると、「周囲の環境がどのように変わっても、自分というものは変わることがない」といった自己感覚の確立がテーマとなる。特に、発達障害の児童生徒においては、この自己感覚を形成維持することが難しい場合が多く、自分を取り巻く周囲の変化が自分にも及び、全く別の何かに変えられてしまうように侵襲的に体験されることがある。そうした感覚に圧倒されてしまうと、頑なに今までのパターンや習慣に固執して、変化しない部分を作り出すことで、自らを安定させようとすることがある。発達障害の子どもに限ったことではないが、アイデンティティの感覚が脆弱な場合には、ある種のこだわり（固執や頑固さ）を無理に止めないで維持することが、安定に繋がる場合もある。

一方で、「目に見えないものを理解することが

難しい」という特性は、物事や体験の本質を理解することが難しいということも示唆しているようである。そのため、クラス替えや卒業、進学、就職など、新しい環境や新しい人との出会いという対人関係の表面的な変化に対しても、これまで積み上げられた安心感・安全感や経験則、自信といったものが全て消えて無くなってしまったように体験される。例えば、極端な場合には、担任が髪型や服装を替えただけでも見知った人物であることを理解できなくなってしまう場合もある。表面が変わっても内面は変化しないことが理解できず、表面の変化は内面の変化でもあるように体験されてしまうわけである。こうした面での積み上げの難しさが、子ども自身そして教員の側にも無力感や自信喪失を引き起こすことになる。

7. 回復力resilienceについて

近年の乳児研究における知見⁴⁾では、正常な発達をしている乳児と養育者においても、お互いの情緒状態がピタリとマッチしている時間はコミュニケーション中の3分の1程度だと言われている。そこで注目されているのが、一度気持ちがすれ違ってしまっても、再び合わせることも可能であるという体験を繰り返し、回復力resilience（復元力、弾性とも訳される）を備えていく過程である。教員との関係性を安全基地として、このresilienceを獲得していく過程が重要となるだろう。

現在のところ、発達障害の特性そのものを消失させることは不可能である。認知機能の偏りを背景とした対人関係での誤解と摩擦は避けがたい。そこで、指導や支援の目標となるのは、そうした誤解や摩擦で生じる傷付きをいかに減らし、あるいは立ち直る力を備えさせるかだろう。そういう意味で、対人関係の摩擦を何度も繰り返しても、傷付きから立ち直る回復力を徐々に増していくことが重要である。同じようなトラブルを繰り返すと、指導の成果を感じにくく、何も成長していないように感じてしまう場合も多いのだが、実は前回よりも傷付きが浅かったり、立ち直りが早かったりといったように、着実に成長発達している部

分もあることに着目していく姿勢が重要で、イメージ的には、グルグルと同じところを回っているように見えながらも、徐々に上方へと向かう螺旋状の発達を示しているようである。

III. まとめにかえて

1. 「学ぶことが難しい子ども」という捉え方

発達障害の子どもにおいては、その子どもが本来持っているはずの知的能力に比べて、学習の成果が上がりにくい。また、こうした子どもにとっては、必ずしも学習状況に限定されたものではなく、日常生活におけるあらゆる種類の経験や体験から学ぶことの難しさが認められる。『学び』とは、外界にある未知の知識や経験を一旦、自らの心の内に取り込んで、それらを消化吸収していく過程であり、食物から栄養を摂って血や肉としていく過程と相通ずるものである。そういった意味で、発達障害の子どもたちは、障害名や疾患名に関わらず、「学ぶことが難しい子どもたち」であると言えるだろう。

乳幼児の離乳の過程を見れば明らかのように、学びは、他者（摂食であれば母親）から取り入れることから始まり、徐々に自ら栄養を摂ることが可能となる過程である⁵⁾。教育の現場は、まさに心の栄養を取り入れる「学び」の場であるが発達障害の子どもたちは、この学びを可能とするための土台となる対人関係を形成し維持することが困難である。他者の言動（時には他者の存在そのもの）に対して、過敏に反応してしまう特性があるために、教員の与える心の栄養を取り入れることを困難にしてしまう。いわば、アレルギー反応の様に、学びとその事態に対する過敏性を示す子どもたちである。

2. 学びに伴う情緒体験に注意を払う

発達障害のある子どもにおいては、視覚刺激を処理する能力と聴覚刺激を処理する能力とを統合する認知機能に偏りがあることは広く知られている。そういった点からも、学びに対する困難性は当然あるのだが、同時に、学びは情緒過程でもあり（ビディ・ヨーエル、2009）⁶⁾、発達障害の子

どもの学ぶことの難しい背景には、この点でも大きな困難を伴う情緒発達や安定性での問題がある。つまり、誰しも不慣れな人や場所の前では多少なりとも緊張や不安が伴うものであり、こうした情緒的な過程に生ずる動揺や混乱を整えられなければ、教員やクラスメイトとの出会いとふれ合いから、心の栄養となる新たな知識や経験を取り入れることが難しくなる。その点で、情緒的な安定、安心感や安全感、信頼関係といった良好な情緒的関係性を築くことが、学びを成り立たせるために不可欠なこととなる。また、新しい知識や経験を取り入れること自体にも、そこには、喜びや楽しみ、あるいは無知であった自分を認める事に伴う喪失感や怒り、不安や不満といった情緒的な体験が必ず生じている。発達障害の子どもの中で生じている、こうした情緒過程にも注目しながら指導や支援を行うことがたいへん重要な関わり方となってくる。

3. 「遊び」から「学び」そして「働く」ことへの連続性

乳児と母親のコミュニケーションに見て取れるように、『いないいないばあ』や『コチョコチョ（くすぐり）』といった遊びを通じた他者との楽しい情緒体験の共有は、一つの重要なコミュニケーションの原始的な形態であり、他者との良質な関係性の基礎を築く土台にもなっている。そういった観点から、関わり初期に遊びを通じた教員との関係形成が基礎に据えることが、子どもの情緒発達に不可欠な土台となり得るものと考えられる。「遊び」はやがて「学び」に発展するための土台となることが期待されるものであり、発達障害等の他者と発達促進的な関係性を築くことが困難な児童生徒には、とても重要な役割を担っていることが多い。教員と遊ぶ関係の先には、教員と学ぶ関係が繋がっていることを視野に置きながら、根気強く関わりを維持することも重要な局面となる場合が多い。

こうした教員との良質な関係性をベースに、安全感や安心感を児童生徒が取り入れていく過程（学びに向かう環境作り）では、一見すると「遊

んでいるだけ」「甘やかしているだけ」と思われるようなコミュニケーションや、児童生徒が自分で抱えられない「感情を吐き捨てるゴミ箱」として扱われているようなコミュニケーションが、一時的には、どうしても必要なものとなる。その渦中にある時には、教員自身も「自分は教員なのに. . .、何をやってるんだろう?」「何の意味もないことをやっているのではないか?」といった無力感や絶望、虚しさ、疑心暗鬼な心境に陥ったり、あるいは、子どもからゴミのように投げ込まれた腹立たしさや悔しさに翻弄されたりしてしまうかも知れない。

この激しくネガティブな情緒の波に吞まれつづも踏み止まれる、教員の強い決意や態度（剛さ）と柔軟な発想や態度（しなやかさ）こそ、学びの難しい子ども達が入り入れるべき、心の成長には不可欠な枠組みでもある。（ある意味では、これを父性と母性の統合に基づく「自己」の形成と呼ぶこともできるだろう。）

実際の学びは、こうした良質な関係性の中で生じており、遊びと学びはスペクトラム（連続体）上であって、どこからが遊びでどこからが学びなのかと明確に線を引くことは難しいものである。

こうした子育ての態度から発達障害の子どもたちに向かう際の、教員の在るべき態度が示唆される。それは、子どもが可能な限りの安全や安心を感じられるような環境を作り出すことを起点として、一方では、柔軟な発想や態度、受容的で共感的な姿勢といった（母性を象徴するような）関わり方であり、もう一方では、厳格なルールや枠組みを守り、あるいは激しい負の感情の波にも流されずに踏み止まる（父性を象徴するような）関わり方であろう。

安全感や安心感の創出の具体的な方法については、教員の置かれた学校の状況、児童生徒の生育歴や家庭環境を含めた個々の事例によって、さまざまである。同様に、教員の態度や関わりにおける父性と母性の比重をどのように取るべきなのかも、個々の事例の背景や事例との関係性の深まりによって、随時、遷移していくものと考えられる。

決まりきったパターンが通用しないからこそ、教員も不安や不満と格闘しながら指導や支援に取り組まなければならない、この曖昧で苦痛に満ちた状況に持ち堪えながらも、前に進むことを止めない教員の姿勢が、成長発達に必要な基盤として取り入れられると力を発揮するのである。

文献

1. DONALD, MELTZER (1975), EXPLORATIONS IN AUTISM, KARNAC, (ドナルド・メルツァーら「自閉症世界の探求 精神分析的研究より」岩崎学術出版社 2014)。
2. キャセッセ, S.F (木部則雄/脇谷順子訳) (2005) 入門 メルツァーの精神分析論考 フロイト・クライン・ビオンからの系譜. 岩崎学術出版社.
3. 齊藤万比古 (2009) 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート (学研のヒューマンケアブックス). 学習研究社.
4. ジョーン・ラファエル・レフ (2011) 「母子臨床の精神力動 —精神分析・発達心理学から子育て支援へ」. 岩崎学術出版社.
5. イスカ ザルツバーガー—ウィッテンバーグ, E. オズボーン (2008) 学校現場に生かす精神分析 —学ぶことと教えることの情緒的体験. 岩崎学術出版社.
6. ビディ・ヨーエル (2009) 学校現場に生かす精神分析 実践編 —学ぶことの関係性. 岩崎学術出版社.

日本育療学会第19回学術集会総括報告

日本育療学会第19回学術集会長 滝川国芳

日本育療学会第19回学術集会は平成27年8月22日（土）、23日（日）の2日間にわたって、東洋大学白山キャンパス125記念ホールで「病気や障害のある子どもを支える仕組みを創ろうー教育・医療・福祉による新たな連携を求めてー」をメインテーマに開催されました。学術集会を開催するにあたり、ご支援を賜りました皆様にあらためて深くお礼申し上げますとともに、ご参会いただきました方々のご協力を得て盛会となりましたことを、ここにご報告申し上げます。

近年、学校教育法、児童福祉法の改正、障害者総合支援法の施行等の制度改革が行われ、病気のある子どもの教育環境もここ数年大きく変化しています。このような中、病気や障害のある子どもにかかわる関係者、関係機関の連携がこれまでも増して求められています。そこで、今回は、「病気や障害のある子どもを支える仕組み」を創るための、教育と医療と福祉の新たな連携について探ること目的として、メインテーマを設定しました。

8月22日の開会式では、島治伸理事長挨拶の後、東洋大学文学部学部長の矢口悦子教授に歓迎のご挨拶と学術大会開催のお祝いのお言葉をいただきました。

学術集会長講演「病気の子どもの学びを支えるためのICT活用の意義」では、病気療養する子どもが退院後、自宅療養する間は学校教育を受けることが困難状況になることから、ICT活用によるWEB会議システムによって授業を届ける試みを行っていること、病弱・身体虚弱教育における合理的配慮のためのICT活用を検討すること、NetCommonsを活用した教員間の情報共有のための病弱教育支援冊子作製について語られました。

続いて、口頭発表11題が行われました。慢性疾患児への対応、看護教育、特別支援学校（病弱）、小児がんの児童生徒の教育等に関する発表があり、今後の取り組みへの示唆を得ることができました。

特別講演では、日本健康相談活動学会第12回学術集会との共同企画として、東京学芸大学竹鼻ゆ

かり教授に「学校生活における病気の子どもの現状と課題ー教諭と養護教諭に期待される役割ー」の演題で学校における病気の子どもの現状と課題と学校での支援としての教諭と養護教諭の役割について、わかりやすくお話しをいただきました。

懇親会は、東洋大学白山キャンパス8号館地下1階食堂で行われ、数多くの方々の参加を得て、会員同士が親しく情報交換や親睦を図ることができた振り返ります。

8月23日は、午前にポスターセッション14題が行われました。慢性疾患児や精神疾患児への教育、看護教育等が中心テーマでありました。発表ごとに、活発な質疑応答が繰り返され、発表会場は、熱気あふれる雰囲気でした。

午後は、「教育・医療・福祉の新たな連携を求めて」をテーマにシンポジウムが行われました。教育の立場、医療の立場、福祉・保護者の立場からシンポジストに話題提供をいただきました。指定討論においては、日本の学校教育と病弱教育、医療との関係、文部科学省と厚生労働省との連携、発達障害児の支援など幅広く提言をいただき、その後の議論を深めることができました。数多くの課題が明らかになり、今後の日本育療学会における学会活動への提言を参会の皆様からいただくことができたと考えています。

第19回学術集会は、日本育療学会会員93人、非会員17人、学生18人、学生ボランティア10人、計138人の参加をいただき、学術集会テーマにそって、教育、医療、福祉の関係者、そして本人、保護者がそれぞれの立場での役割を理解し、協力・連携しあって、病気や障害のある子どもを支えるための新たな仕組みについて議論することができました。

実行委員会の委員の先生方には、1年間にわたってご尽力、ご協力をいただきました。心からお礼申し上げます。

最後になりましたが、ご参会いただきました皆様、ご登壇、ご発表いただきました皆様、ご後援いただきました機関の皆様にご深くお礼申し上げます。

平成27年度日本育療学会第19回学術集会要項

メインテーマ

「病気や障害のある子どもを支える仕組みを創ろう —教育・医療・福祉による新たな連携を求めて—」

1 開催日時

2015年8月22日(土) 12:45~18:00

8月23日(日) 9:00~15:30

2 会場

東洋大学白山キャンパス8号館

125記念ホール

東京都文京区白山5-28-20

3 学術集会長

滝川国芳

(東洋大学文学部教育学科・教授)

4 後援

文部科学省、厚生労働省、東京都教育委員会、全国特別支援学校病弱教育校長会、全国病弱虚弱教育研究連盟、全国病弱虚弱教育学校PTA連合会、認定NPO法人難病のこども支援全国ネットワーク、一般社団法人日本小児看護学会、全国病弱教育研究会

5 日程・内容

8月22日(土)

開会式

学術集会長講演

口頭発表

特別講演

8月23日(日)

ポスターセッション

シンポジウム

閉会式

6 参加会費

事前登録：会員4,000円、非会員5,000円、学生3,000円

当日参加：会員5,000円、非会員6,000円、学生3,000円

懇親会費：学生以外5,000円、学生3,000円

7 実行委員

事務局長 谷口明子
(東洋大学)

実行委員 濱中喜代
(東京慈恵会医科大学)

実行委員 三平元
(松戸市立病院小児医療センター)

実行委員 副島賢和
(昭和大学)

実行委員 赫多久美子
(国立特別支援教育総合研究所)

実行委員 土屋忠之
(東京都立大泉特別支援学校)

実行委員 堀口眞理
(東京都立光明特別支援学校
そよ風分教室)

第19回学術集会プログラム

1日目 8月22日(土)

- 12:00 受付開始, 口頭発表準備
- 12:45 開会式: 理事長挨拶・学術集会長挨拶
- 13:00 学術集会長講演 滝川国芳(東洋大学教授)
「病気の子どもの学びを支えるためのICT活用の意義」
- 14:00 口頭発表
- 17:00 特別講演 竹鼻ゆかり(東京学芸大学 教授)
「学校生活における病気の子どもの現状と課題
—教諭と養護教諭に期待される役割—」
(日本健康相談活動学会第12回学術集会との共同企画)
ポスター掲示(17:00~18:30)
- 18:30 懇親会
- 20:30 終了

2日目 8月23日(日)

- 8:15 受付開始, ポスター掲示(~8:50)
- 9:00 ポスターセッション
- 11:30 昼休憩(理事会 11:30~11:50, 総会 12:00~12:30)
- 13:00 シンポジウム 「教育・医療・福祉の新たな連携を求めて」
司会・コーディネーター 丹羽 登(関西学院大学 教授)
シンポジスト 萩庭圭子(文部科学省 特別支援教育調査官)
—教育の立場から—
三平 元(松戸市立病院小児医療センター小児科 医長)
—医療の立場から—
小林信秋
(認定NPO法人難病のこども支援全国ネットワーク 会長)
—福祉の立場から—
指定討論者 西牧謙吾
(国立障害者リハビリテーションセンター病院 部長)
- 15:15 閉会式・連絡
- 15:30 終了

一般演題プログラム 口頭発表

8月22日(土) 14:00~16:45

※発表12分、質疑応答3分

14:00 口頭発表Ⅰ		座長 西 牧 謙 吾・小 畑 文 也
番号	発表題目	発表者
0-1	看護学生が子どもの看護の必要性に気づく教育指導の一考察 —おもちゃを効果的に活用したプレパレーション実践から—	甲 斐 鈴 恵
0-2	特別支援学校(病弱)教員による高校生の慢性疾患児に対する 復学支援の実態	中 村 円 香 永 吉 美智枝 廣 瀬 幸 美
0-3	小児がん拠点病院内にある学校教育に関する調査 —小児がんの児童生徒数、学籍移動の実態を中心に—	武 田 鉄 郎 張 雪 恵 丸 光 恵
0-4	小児がんの児童生徒にかかわる教員の自立活動における困難感に関する研 究 —小児がん15拠点病院の特別支援学級(学校)教員へのアンケートを 通して—	張 雪 恵 武 田 鉄 郎 丸 光 恵
0-5	特別支援学校における医療的ケアの実践に対する保護者のニーズ —教員へのニーズに焦点をあてて—	盛 岡 淳 美 松 浦 和 代
15:15 口頭発表Ⅱ		座長 山 本 昌 邦・泉 真由子
番号	発表題目	発表者
0-6	特別支援学校での3学期に行うアサーション —卒業を控えた中学3年生を意識して—	下 村 太 郎
0-7	病弱特別支援学校卒業生調査からみた病弱特別支援学校 および寄宿舎の教育的意義	小野川 文 子 高 橋 智
0-8	障害理解教材のハンドクラフトとICTを融合した学生指導の改善 —教材データベースを活用した授業展開の試み—	村 上 由 則
0-9	学校給食における発達障害児の「食の困難」の実態と支援の課題	田 部 絢 子 高 橋 智
0-10	保護者を含む連携・協働場面での “子どもを支える仕組みを創ること”に関する一考察 —保護者の語りと保護者と教育の場の意思疎通場面に着目して—	竹 村 芳 恵
0-11	復学における小児がんにかかった児童生徒とその保護者の困難さ —文献検討を通して—	永 井 祐 也 川 内 絵 莉 子 岡 本 光 代

一般演題プログラム ポスターセッション

8月23日(日) 9:00~11:30

※発表8分、交流セッション15分

9:00 ポスターセッションⅠ		座長 河合洋子・日下奈緒美
番号	発表題目	発表者
P-1	病院の中にある学校における子どもの遊びの機能	須藤 吏 絵 石川 慶 和
P-2	小児看護学実習における外来実習での学びの実態 —テキストマイニングによる実習記録の解析から—	合田 友 美 福島 美 幸 河合 洋 子
P-3	小耳症者の障害受容過程における手術時のプレパレーションに関する質的研究 —両側・一側性小耳症患者の語りから—	中村 知 樹 武田 鉄 郎
P-4	病気の児童生徒の指導において教員が感じている困難 —免許法認定講習(特別支援教育・病弱領域)でのアンケート結果より—	赫多 久美子 森山 貴 史 日下 奈緒美 新平 鎮 博
P-5	訪問教育における授業担当者の指導の実際と課題について —全国肢体不自由特別支援学校の訪問教育担当者へのアンケート調査を通して—	川池 順 也
P-6	精神及び行動の障害のある児童生徒における自己認知の発達的特徴	八島 猛 治 大庭 重 治
P-7	プロトタイピング手法を用いた重度・重複障害児のICT活用教材開発	大杉 成 喜
交流セッション(質疑応答)		
10:15 ポスターセッションⅡ		座長 中塚博勝・副島賢和
番号	発表題目	発表者
P-8	病弱教育におけるキャリア教育の実際 —実践事例における「ねらい」の内容分析—	谷口 明 子
P-9	関係機関と連携した「通級による指導」 —精神性疾患生徒の教育の場の提供—	角田 哲 哉
P-10	病弱教育における前籍校への「復学」支援の実際とその背景	山本 栞 己 真城 知 己
P-11	通常の学級に在籍している病気のある子どもへの教育支援 —学習支援の記録より得られた子どもと保護者が抱える課題—	濱崎 麻 弥 滝川 国 芳 谷口 明 子
P-12	普通小学校に在籍する病虚弱児童の教育的ニーズに対する 地域支援の在り方に関する実践研究	泉 真由子
P-13	高等学校に在籍する肢体不自由のある生徒に対する学習支援の実態と課題 の検討 —授業担当者への質問紙調査を通して—	高野 陽 介
P-14	院内学級担当教員の専門性に関する研究 —専門分化による専門性の明確化とスクールからによるコンサルテーション—	長江 綾 子
交流セッション(質疑応答)		

病気の子どもの学びを支える ICT 活用の意義

東洋大学文学部教育学科 滝川 国芳

本日は、日本育療学会学術集会にご参加いただきまして、ありがとうございます。

私は、学術集会会長を仰せつかりました、東洋大学文学部教育学科の滝川国芳と申します。今日から2日間、皆さんと一緒に、病気の子どもの生活、医療、教育、福祉について考えていきたいと思っております。

今日は、病気の子どもの学びを支えるためのICT活用の意義についてお話をさせていただきます。

その前に私は、当学会の事務局長を平成18年度からずっとさせていただいており、今回学術集会会長として学術集会の開催にあたり、思うところについて少しお話をしたいと思います。

日本育療学会は、ホームページ等にもありますように、

設立目的と活動内容

本学会は、病気や障害のある子どもの現在及び将来にわたって、充実した生活が営まれるようにするために、教育、医療、福祉、家族及び本会の目的に賛同する関係者が一体となって、子どもの健全育成を図るための研究・研修を推進し、その成果を普及することを目的としています。

という目的のもとに、日本学術会議協力学術研究団体として、活動しております。

平成6年5月に横浜市で創立の総会というものが開催され、その翌年から事業が実施されました。この学会には、当時の横浜国立大学の教授でいらっしゃいました加藤安雄先生、本学会の現名誉理事長です。加藤先生が声を挙げられてつくられた学会という事で、翌年『育療』が創刊され、今年が平成27年ということで、ちょうど20年目になります。

この間、活動が順調に進んでいたかというところではなくて、平成15年、16年というあたりに一度活動を中止する、という加藤先生の宣言が出ます。その閉じた直後に、本日ご出席されています山本昌邦先生を中心として、当時、国立特殊教育総合研究所にいらした西牧謙吾先生、武田鉄郎先生とともに、「もう一度、育療学会をやろう」ということで、活動再開した経緯がございます。そういう中で今回、第19回学術集会ということで、継続して開催しているという意味は、極めて深いものがあると、私自身思っております。一方、当学会はこのまま順調に続くのかという思いもあります。会員の皆様一人ひとりが当学会の活動について考えていただき、研究活動をそれぞれの立場から進めていくことによって、今後の学会活動を継続していく必要があると考えているところで

抄録集の挨拶にも書かせていただきましたけれども、教育、医療、福祉の連携というのは、これまでずっと言われてきているところですが、ここでもう一度、「新たな連携を求めて」としましたのは、そのような思いを込めております。

それでは本題に入ります。

ICTの意義ではなく、ICT活用の意義としたのは、「活用」することが重要だと考えています。目の前にあるコンピュータ、学校に導入されていたインターネットを使わなければいけないから、病気の子どもの教育でどのように使うのかを考えるのではありません。子ども達の学びを支えるために、ツールとして、教材教具としてICTをどのように活用できるかを考えています。

厚生労働省の小児がんの拠点病院の指定に伴い、平成25年3月に文部科学省初等中等教育局から特別支援教育課長通知「病気療養児に対する教育の充実について」が発出されました。この中で、「病院を退院後も通学が困難な病気療養児の対応

について」記載されています。各都道府県の自治体においては、病気療養児に対する教育の充実を図っていくための予算獲得の大きな根拠として、この通知を使っていただきたいとの思いであります。

「病院を退院後も通学が困難な病気療養児の対応について」では、(2)として、「通学が困難な病気療養児の在籍校及びその設置者は、当該病気療養児に対する指導にあたり、訪問教育やICT等を活用した指導の実施などにより、効果的な指導の工夫をおこなうこと」と、ICT活用を挙げています。

さらに、もうひとつ大事なこととして、病気で入院した後、退院後、その子ども達の教育の継続が図られるようにするという事が挙げられました。つまり、元気な子どもが小・中学校に通っています。が、病気になります。そうすると入院するという事になると、そこに学校があって、入院している時も教育を受ける事ができます。しかしながら、現在治療期間がどんどん短くなって、治療が必要な時だけ入院する、それ以外は自宅で療養するという状態にならざるを得ません。自宅療養している時に小・中学校に通うことができないのです。つまり、病気で入院している時は病院にある学校で教育を受けられて、退院すると教育を受けられなくなるという教育制度の隙間が、今の日本には存在です。この隙間を埋める教育が必要です。

障害者の権利条約に掲げられているインクルーシブ教育システムは、障害者や病気のある子ども達の教育システムではありません。日本の教育システムそのものです。幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校を含めて日本の教育のシステムは、国連で定めた障害者の権利条約にあるインクルーシブ教育システムであるのです。連続する多様な学びの場として、まさしく病気の子供達にとって、学びの場が連続して用意されているという事がとても大事です。連続する多様な学びの場を、まずもって、病気の子供達にしっかりと確保していくことは、日本のインクルーシブ教育システム構築のモデルにもな

り得るのです。

そこで、その連続する多様な学びの場を支えるひとつのツールとして、ICT活用があると考えます。指導内容、教材教具、指導時間、指導場所を考えていく際に、ICTの活用を検討するのです。ICT活用によって、ICT活用無しにはできなかった教授学習が、可能となると考えています。

教育課程は、学校ごとに編成します。小学校であれば、1年間在籍して学ぶ事を前提に教育課程が作られますが、病院にある学校や学級においては、教育課程が編成されてはいるものの、その教育課程は、転出入を繰り返す一人ひとりの状況に合わせて柔軟に運用する事が求められます。つまり教育課程を踏まえつつ作成する個別の指導計画が非常に重要となるわけです。

個別の指導計画作成の拠り所として、文部科学省の教育支援資料が役立ちます。特に病弱教育に関しては、病弱・身体虚弱の子どもにおける合理的配慮の観点から、各先生方が個別の指導計画を作成する際の手がかりになると考えます。

基礎的環境整備、合理的配慮という用語が近年よく使われています。基礎的環境整備を踏まえた上で合理的配慮を検討します。ICT活用のための基礎的環境整備を行うことが学校設置者には求められます。

「インターネット使いたい、でもうちの学校インターネットが整備されていません」という小学校、中学校、高等学校は、現在の日本にはありません。しかしながら、病院にある学校や学級は、「インターネット回線は整備されていません。〇〇市立の小学校の特別支援学校が設置されていますが、〇〇市の教育ネットワークは病院内の教室には整備されていないですよ。」という話をよく耳にします。つまり、基礎的環境整備がなされていないのです。病院にある学校や学級にインターネットLAN（無線LANの場合もある）の整備を目指す際には、病院内に学校や学級の設置者である教育委員会と病院管理者とが整備に向けて協働することが重要です。

この教育支援資料の中に様々な事柄が書かれているわけですが、その中に、合理的配慮の観点と

して、教育方法1-2の1として、「情報コミュニケーション及び教材の配慮」に、ICTを活用した教育について書かれています。間接的な体験や、他の人とのコミュニケーションの機会を提供する。今までも行われていた友達との手紙やメールの交換、それに加えて、テレビ会議システム等を活用した、バーチャルではないリアルタイムなコミュニケーション、インターネット等を活用した疑似体験等を用意するという事が例示されています。

病弱教育支援冊子の各疾患別のすべての表紙に次のように書かせていただきました。「病気の時に受けられる教育があります。病気になったからこそ、受けられる教育があります。」

病気にならなかつたら受けられなかつた授業、病気になったから受けることができた授業も、病弱教育の特徴として挙げられると考えています。

現行の学習指導要領総則には、コンピュータや情報通信ネットワーク等を活用して、児童または生徒の障害の状態や特性等に則した教材教具を創意工夫する、そして学習環境を整えて指導の効果を高めることが、明記されています。そして、病弱者である児童生徒に対する教育をおこなう特別支援学校の観点として、体験的な活動、それから、子ども達の身体活動の制限を軽減するような教材を考えて指導の効果を高めるという2つの観点を書き込まれています。この2つのことがとても大事です。教材教具の創意工夫の観点として、学習の空白を補う、身体活動の制限を考慮する、経験を広める、ことが挙げられます。

<韓国ソウル特別市教育庁のサイバー学校の写真を提示>これは韓国ソウル特別市教育庁の教育情報院教授学習支援センターにあるサイバー学校です。サイバー学校は、インターネット回線を使用した学習システムにより病院や自宅で療養する子どもへの教育を行う学校です。雇用されている講師は35名、画像講義を行うためのブースが17室設置されていました。<サイバー学校の画像講義（算数）映像を視聴>

日本と違って、韓国は2005年の「特殊教育振興法」改正において健康障害が特殊教育対象の障害

カテゴリーに位置づけられました。法改正に際して、参考にしたのは日本の法律です。しかしながら、一点だけ取り入れなかつた方略は、学籍の移動です。初等学校・中学校を転校することなく、病院学校で学ぶことができます。つまり、初等学校・中学校に籍を置いたまま、入院時には、教育委員会から派遣された先生が病院巡回教育を受けたり、サイバー学校の授業を受けたりすることによって、初等教育・中学校の授業を受けたこととなり出席扱いとなります。

<画像講義（音楽）映像を視聴>音楽の授業です。音声の遅延が全くありません。韓国はインターネットインフラがかなり整備されているという印象を受けました。歌などを歌っても、滑らか音声です。画像講義を同時に受けている子ども達がそれぞれ違う場所にも、これだけ全員が笑顔で授業が受けられています。このことは、驚きでありますし、病気の子どもの笑顔が印象的でした。

現在、大阪市立光陽特別支援学校にご協力をいただき、サイバー学校と全く同じWEB会議システムによって遠隔授業に関する研究に取り組んでいます。大阪市内の病院からの退院後、関東地区の自宅へ戻った子どもを対象に、この夏休み期間、自宅と病院内にある光陽特別支援学校分教室とをWEB会議システムを用いて補習を行っています。学力の向上はもちろんですが、自宅療養中の生活リズムを整えることにも有効であることが明らかとなりました。退院後、自宅療養によって学校にやむを得ず通うことができない子どもの教育制度の隙間を埋めるICT活用のひとつであると確信しています。

もうひとつICTを活用した例をお話したいと思います。

病気の子どもの達にとっての情報とは、個人情報も含めて、病気、病状、学習状況、進路等、子ども一人ひとりの様々な情報があります。それらの情報を教員間、あるいは医療関係者と共有することがとても重要です。そこでICTを活用した情報共有の方法についてもこれまで研究を進めてきました。先ほど紹介させていただきました病弱教育

支援冊子は、ICT活用によって作製したものです。支援冊子は「支援冊子」あるいは「病気の子ども」をキーワードとしてGoogle検索すると最上位に表示されます。支援冊子作製の最大の目的は、病気のある子どもを担当する教師間の情報共有です。病院にある学校や学級から前籍校に転校する際に、前籍校の担任をはじめ他の教員に子どもへの対応について支援冊子を用いて引き継ぎを行うことを想定しました。また、人事異動によって病院にある学校や学級の教師が異動すると、教師が蓄積した専門性もともに異動してしまうことによって、専門性の継続がなされてきませんでした。そこで、全国の病弱教育に携わっている教師の専門性を集約して支援冊子を作製したのです。集約する際に大いに活用したのはICTです。NetCommonsというコンテンツマネジメントシステム（CMS）によって、執筆担当者、編集担当者が集まることなく、それぞれの職場において、WEB会議を行うことで編集会議等を実施しました。また、執筆原稿は、CMS上に於いて編集作業を行いました。このようにICT活用によって、全国に散在している病弱教育に関する指導法、教材等の教育情報を一元化して情報を共有する仕組みを作り、病弱教育支援冊子が作製されたのです。

最後に、今考えている事をお話しして終わりたいと思います。

子ども達の病気の種類は、非常にたくさんあります。それから、入院治療を必要とする子どもの他に、通院しながら日々在籍している子ども達もたくさんいます。それから、病気の子どもは、通常の学級や通級指導教室も活用しています。ここでひとつ、通級指導教室というのは、決して発達障害の子ども達、言語障害の子ども達だけではなくて、病気の子ども達も対象になっているという事を申し添えておきます。日本の就学先決定の仕組みというのは、住所のある市町村の教育委員会、あるいは都道府県が設置した学校に就学するという事を前提に設定されています。しかしながら、病気療養を必要とする子どもは、この前提には、あてはまらないのです。住民票のある自治体

が設置した学校とは異なる他の自治体が設置した学校に転校して学ぶこととなります。連続する多様な学びの場のひとつとして、特別支援学校のセンター的機能を活用した巡回指導、あるいは教育委員会に設置された加配教員などを病院にある教室に派遣した巡回指導が可能だと考えています。

さらに、毎年5月1日の在籍者数によって学級数、教員数が決定する現行の仕組みも、病気の子ども達の教育を検討する際には課題を残すこととなります。それで私が考えているのは、特別支援学校による通級による指導です。特別支援学校は、通級指導教室を設置して、地域の子ども達を受け入れて授業する事ができます。新潟大学教育学部附属特別支援学校は、通級指導部を設け、特別支援学校内の教室において新潟市内の小・中学生を対象に通級による指導をおこなっています。それと同じ仕組みを病気の子ども達にも応用するわけです。

近年、全国の特別支援学校（病弱）において、ICT活用による授業が積極的に行われています。たとえば、京都市立桃陽総合支援学校と大阪市立光陽と福島県立須賀川養護学校の3校がWEB会議システムによる交流および共同学習を実施しています。今後、このような取り組みが増えていくための交流及び共同学習のための照会システムが立ち上がることを期待しています。ある学校から「次のような授業を計画しています。WEB会議システムを活用して一緒に授業に参加する学校はないでしょうか」と問い合わせると、「ぜひ、一緒に授業をしましょう」と参加を希望する学校から意思表示があり、交流及び共同学習による授業に向けた打ち合わせにつながるといった仕組みです。

今後とも、日本育療学会の会員の皆様はもちろんのこと、全国の病気の子ども達の教育に携わる先生方と共に研究活動を進めていきたいと思えます。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

学校生活における病気の子供の現状と課題

— 教諭と養護教諭に期待される役割 —

東京学芸大学 芸術・スポーツ科学系 養護教諭講座 竹 鼻 ゆかり

平成27年度日本育療学会第19回学術集会の特別講演でお話する機会を頂戴し、改めて感謝申し上げます。さらに本学会には、日本健康相談活動学会第12回学術集会との共同企画として、多くのご協力をいただきましたことを厚くお礼申し上げます。講演記録を掲載して頂くにあたり、改めて拙稿を「学校における病気の子供の現状と課題」「学校での支援—教諭と養護教諭の役割」の2点からまとめました。

1. 学校における病気の子どもの現状と課題

慢性疾患のある子どもたちは世界中で増加しています。日本においても子どもの慢性疾患は増加傾向にあり、現在、小児慢性特定疾病の登録者数は10万人を超えています¹⁾。また、学校基本調査によれば、過去10年間、小中学校における長期欠席児童数は20万人ほどで推移するなか、病気を理由とする者は平成27年度には4万人程度います²⁾。この病気の子どもの多くは、小中学校に在籍しています。近年の医療技術の進展や子どもの入院期間の短縮化により、今後通常学級において病気の子どもの在籍者数は増えることが見込まれます。よって病気の子どもの生活をより充実させるため、学校組織ならびに教員は、病気の子どもの取り巻く現状と課題を理解するとともに、インクルーシブ教育をふまえた合理的配慮と多様な学びを提供する必要があります。

(1) 病気の子どもの学校生活ならびに心理社会的課題

① 心理社会的課題

病気の子どもは、自分の辛さや悩みを表現せず「よい子」を演じがちであり、「お母さんを困らせないように」という思いが強く、親に向かって自

分の弱音をはかない一方で、自暴自棄な行動や反抗的態度を示します。また彼らは、病気の長期化と重症化を恐れるとともに、将来の生活や進路選択に不安を持ち、鬱や不登校になることもあります。病気でありながら学校や日常生活が送れるのか、友達と同じ行動がとれるのかを不安に思ったり、友達とのかかわりの中で、友達と違った自分を意識して悩んだり劣等感を持ったり、病気であることを友達に隠したりすることもあります。

さらに入院や自宅療養によって、病気の子どもは学校生活や友人と切り離されます。そのため病気の子どもは、復学後にそれまでの友人関係が保てない、仲間に入れない等の問題が生じます。また理解のない友人から病気や身体上の変化に対するいじめやからかいにあうこともあります。学校を休んでいた期間の共有体験のなさから仲間外れや疎外感を味わうこともあります。

② 学業の遅れ

入院や療養のために学校を長期に休む必要のある子どもは、その期間に学習空白が生じます。しかし文部科学省の調査では、小学校から高校において病気やけがで年間計30日以上長期入院をした児童生徒の約5割は学校側から学習指導を受けていない現状が報告されています³⁾。さらに復学した後も、欠席中の学習の個別指導はほとんどなく、プリントを配布するのみという状況もあります⁴⁾。

③ 運動活動制限に関する課題

病気の子どもの活動・運動制限はその子どもの疾患や状態によって異なります。病気による活動・運動制限の一般的な意義は、突然死の予防、疾病憎悪の予防、合併症の予防等です。しかし、活

動・運動制限による支障もあります。肥満、ストレスの蓄積、筋骨系への刺激の不足、心身の成長発達への阻害、仲間からの疎外感、遠足や修学旅行の楽しい思い出や共有体験の欠如等、活動・運動制限によって子どもの心身は大きな影響を受けます。

一方、教員や保護者等周囲の大人が病気の子どもに対して、過剰な配慮や不必要な制限をする可能性があります。教員や保護者が病気を配慮しすぎて、その子どもが運動嫌いになったり、自主性や自立心を阻んだりする恐れもあります。

体育の時間の過ごし方や成績評価にも課題があります。

運動ができない病気の子どものなかには、体育の時間に保健室や図書館で休養している子どもがいます。体育や運動会のときに、ボール磨きをしたり得点表をつけたりする場合があります。一方で、炎天下のプールサイドや寒い校庭で立ったまま体育を見学している子どももいます。通常の体育が出来ない子どもの場合、本来は個別の支援計画に基づいた運動が行われるべきです。しかし現実には、体育が出来ない子どもの運動への配慮は欠けています。更に中学や高校の体育の評価評定は「1」が付く場合も多く、成績評価の点でも課題があります。

体育や行事に関する管理に関しても課題があります。心臓疾患等日常生活に管理を要する子どもの場合、その保護者がプール指導の時間や修学旅行に、付き添いや待機を求められたり、保護者が付き添えないならば特別支援学校に行くように言われたりする場合があります。一部では水泳の時間に黄色帽子をかぶっている子どものなかで病気の子どもだけ赤い帽子をかぶらされている現実もあります⁵⁾。

教員として、病気の子どもの運動や活動を保障する観点や人権への配慮を見落としはなりません。

(2)家族の課題

子どもが病気になった時点から、家族はさまざまな問題に直面します。母親は「私のせいだ」と

自分を責めがちです。また親が子どもを心配するあまり、子どもを溺愛したり過保護にしたりする等、歪んだ母子関係が形成されがちです。保護者の心理的、物理的、経済的負担も大きいため、教員の保護者に対する相談的対応は欠かせません。兄弟姉妹にも影響があります。

保護者や教員、周囲の大人の注意関心が病気の子どもに注がれるため、その子どもの兄弟姉妹は、疎外感を覚えたり、自分も病気になるのではないかと不安になったり、親を困らせない良い子になろうと過剰適応したりする傾向にあります。そのため教員は、兄弟姉妹の悩みや頑張っている姿を認めるなどの支援や配慮を忘れないことが大切です。

(3)学校教育の課題

現在学校教育では、生活習慣病などの予防教育は行われていても、病気とともに生きる人々を理解するような教育はほとんど行われていません。そのため周囲の子どもは、病気の子どもを理解できずにその子どもをいじめたりからかったりする場合があります。

教員も、教員養成課程や教員研修において、病気の知識や支援方法を学習する機会はほとんどありません。そのため教員は、疾患に対する知識が不十分で支援の方法がわからず、病気の子どもや保護者と試行錯誤しながら対応に当たっている現状があります⁶⁾。

つまり、病気の子どもの教育保障を進めるうえで、友人や教員の理解と支援が必要不可欠であるにもかかわらず、その体制は不十分といえます。

2. 学校での支援—教諭と養護教諭の役割

(1)日常の健康観察および病状や発作時の対応

養護教諭をはじめとする教員は、病気の子どもの日常の自己管理の方法や、病気特有の症状や発作への対応を理解し支援しなくてはなりません。そのため担任等の教諭は、日常の健康観察を行うとともに、発作等の緊急時への対応を的確に行い、その子どもが学校生活を支障なく遅れるように努める必要があります。その際、生活管理指導

表や糖尿病患児の治療・緊急連絡法等の連絡表等を有効に活用するとよいでしょう。

(2)健康相談・保健指導

平成21年に改訂された学校保健安全法では、第8条と9条において、学校では教職員全員が、日常の健康観察と健康相談によって子どもの心身の健康をとらえ、保健指導によって適切な指導助言をするよう改められました。よって、養護教諭と担任等の教員は連携しながら、学校全体で子どもの心身の健康を支援する必要があります。

①病気の受け入れ、自己管理行動の獲得、病気とともに生きるための支援

教員は、子どもが病気を正しく理解しているかどうかを確認するとともに、子どもが病気とともに生きていくという視点にたった支援が必要となります。しかし現実には、教員は子どもの病気に対する思いを聞くことはあまりありません⁶⁾。

担任や養護教諭は子どもが、病気や治療を医師や保護者から何と説明されているのか、病気をどのように捉えているのか、病気のために困っていることは何か、将来への希望と不安は何か、等を聞く必要があります。特に担任は、友人関係の調整や、活動制限によるストレスへの対処、修学旅行などの行事や体育などの活動に参加できないことによって病気の子どもの味わう辛さや仲間はずれ感を受け止め支援する必要もあります。

担任と養護教諭が連携し、子どもが病気とともに生きていくための自己管理行動を獲得するための指導やキャリア支援も重要です。たとえば、子どもが日常生活に必要な療養行動をとれることや、自分の病気や障害の特性等を理解したうえで自分の心身の状態に応じて参加可能な活動を判断する力、必要な支援や援助を求められることができる力を持てるようになること等、病気の自己管理行動がとれるための支援は、その子どもが生きていくうえで欠かせません。さらに教員は、子どもが病気と共に生きながら自分の人生に目標を持ち充実した人生を過ごすための進路選択や将来設計への助言を行う必要もあります。

②子どもの成長発達を保障する

教員は、病気の子どもの成長発達の権利を保障する観点からの指導が重要です。そのため養護教諭が主となって、病気の子どもの病院から学校に戻るとき移行支援会議を行うこと、子どもの病状の変化を見通した段階的生涯設計や個別の支援計画を立てること等が必要です。

病気による長期欠席後、子どもは学業の遅れや体力の低下があるのにもかかわらず、退院してすぐに通常の学校生活に適應するには無理があります。教員特に担任は、その子どもの学習支援や、体育をはじめとした活動の負荷、友人関係等、きめ細かな配慮をしなければなりません。そのため養護教諭から担任に対し、子どもの学校生活を充実させる観点での助言も必要となります。

体育や行事などの活動についての配慮も必要です。

とかく教員は特別な配慮を必要とする子どもの安全を考える余り「やってはいけない」という管理を重視しがちです。教員は病気の子どもに対し、「何をやってはいけないのか」ではなく、「どこまでだったらやっていいのか」「どうやったらいいのか」という視点にたち、病気の子どもの発達保障という点から学習保障や運動や行事の参加のあり方を考え、その子どもにあった個別の支援を行う必要があります。

つまり教員として、発達保障の視点から病気の子どもにかかわる視点が求められます。

③周囲の友達への説明

病気の子どもの学校生活を充実させるために、周囲の子どもの理解と支援は必要不可欠です。そのため担任は、クラスの子どもたちに対して、症状や必要な支援や配慮を分かり易く説明し、理解を促す必要があります。何をどのように説明するかは、プライバシーに配慮しながら、担任と養護教諭、本人、保護者とで事前に話し合う必要があります。

(3)配慮すべき学校環境や学校体制・連携

病気の子どもが他の障害を併せ有する場合や、

日常的に医療的ケアを必要とする場合、行動上の課題がある場合等、病気や障害の種類や程度によっては、安全面について特別な配慮が必要となります。また環境面においても教室やトイレの位置、座席の配置を配慮したり、内服や自己注射等、療養行動のために必要な環境を整えたりする必要があります。緊急時の体制作りでは、発作時の校内救急体制づくりやAED等の研修、発作時や緊急時への医療機関の搬送先、関係者間の緊急連絡の方法等を決めておかねばなりません。

よって養護教諭が主となり、保健主事や特別支援教育コーディネーターと連携しながら適切な校内体制を整備する必要があります。

まとめ

病気の子どもは、病気であること、子どもであることの二重の点から保護されなくてはなりません。病気の子どもは、友達と元気に遊び、ともに楽しく過ごすことを望んでいます。

本学会が、病気の子どもの明るい未来に貢献されることを期待するとともに、本講演の機会を頂き、私自身、学校保健の領域において病気の子どもの理解と啓発に一層の努力をしたいと存じます。ありがとうございました。

引用文献

- 1) 小児慢性特定疾病情報センターホームページ. 入手先 <<http://www.shouman.jp/research/>>.
- 2) 文部科学省学校基本調査. 入手先 <http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/kihon/1267995.htm>.
- 3) 文部科学省：長期入院児童生徒に対する教育支援に関する実態調査の結果（概要）. 入手先 <http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/_icsFiles/afieldfile/2015/08/14/1358301_01.pdf>.
- 4) 中村陽子, 竹鼻ゆかり, 朝倉隆司他 (2014) 難治性特発性ネフローゼ症候群患児における学校生活の現状と満足度, 日本小児腎臓病学会雑誌, 27(2), 49-59.
- 5) 竹鼻ゆかり, 朝倉隆司, 高橋浩之 (2008) 1型糖尿病を持つ子供の学校生活における現状と課題, 京学芸大学紀要芸術・スポーツ科学系, 60, 233-243.
- 6) 竹鼻ゆかり, 朝倉隆司 (2016) 病気と共に生きる子供に対する発達保障のための学校組織ならびに教員の支援プロセス—M-GTAを用いた分析—, 学校保健研究, 58(3), 154-167.

口頭発表 I

座長 国立障害者リハビリテーションセンター病院 西 牧 謙 吾
山梨大学 小 畑 文 也

0-1 看護学生が子どもの看護の必要性に気づく教育指導の一考察

—おもちゃを効果的に活用したプレパレーション実践から—

甲斐 鈴恵

看護実習において4歳の腎疾患児を担当した看護学生を対象とした事例研究（質的記述的研究）である。実習終了後の学生へのインタビューから変化のキーワードを抽出し、学生の患児に対する認識が「腎疾患児」から「4歳の腎疾患児」と発達をも意識したものに変容することが明らかとなった。これは医療者と患児、家族の関係を良好なものにする等の効果があるが、初学者としての実習生は、時として遊びの方向に傾きがちなることもあるため、教員は学生の学習過程を意識しながら実習指導を行う必要性があることが示唆された。

フロアーからの質問があり、病院において、他職種との連携の中核に看護師がおり、特にプレパレーションに実習看護学生を参加させているとのコメントがあった。

0-2 特別支援学校（病弱）教員による慢性疾患児に対する復学支援の実態

中村 円香・永吉美智枝・廣瀬 幸美

慢性疾患を持つ高校生の復学支援について、特別支援学校（病弱）の教師の支援の実態を調べ、それに対する看護師の関わりについて考察したものである。教員2名を対象にインタビューを行い、その結果「入学準備から入学後まで継続支援する」「学校の教員に復学後の学校生活をイメージした注意点を確認する」「思春期の心理を考慮し入院前の自分に戻れるような関係づくりを心がける」「復学支援会議を開き、学校全体の支援体制を検討する」「セルフケア行動の獲得に向けて患児の心理面を支える」の5つのカテゴリーが見いださ

れ、教員が医療者とは異なる立場で、関係性を作り、日常性の維持や患児と学校をつなぐ役割をしていることが明らかとなった。また、これらの活動に看護師が連携することにより、より有効な支援が実現できるとことも示唆された。

0-3 小児がん拠点病院内にある学校教育に関する調査

—小児がんの児童生徒数、学籍異動の実態を中心に—

武田 鉄郎・張 雪・丸 光恵

15の小児がん拠点病院にある病弱虚弱特別支援学級、特別支援学校を対象に、学籍異動の実態、児童生徒数実態を調査した。この結果、回答のあった15拠点病院の小児がん患者数は374名であり、教育の連続性を保障するため、学籍移動の期間の目安を定めていない学校が38.9%であること、学籍移動ができない児童生徒に対して指導を行った場合、前籍校において出席扱いとなるよう配慮している学校があることなどが明らかにされた。入院・治療等で教育の空白期間が起こらないように、教育の連続性、移行支援のあり方について教育現場だけではなく、教育行政も含んだ関係者で情報交換を行い、児童生徒が不利益にならないような弾力的運用を行っていく必要があることが示唆された。また、高等部の設置がなされていない、学籍移動が柔軟に行われていない実態があり、高校生の教育的対応について課題解決していくことが重要であることが課題としてあげられた。

フロアーから、小児がんの復学支援を考える上で、拠点病院が拠点になっておらず、学籍移動の課題は、それ以外の学校では解決できている学校もあり、幅広い調査が必要ではないか、と指摘があった。また、このような対策を進めるために、教員と医療者だけではなく、病院長、教育委員会

も巻き込むこと視点も必要であると、経験を話された。

O-4 小児がんの児童生徒に関わる教員の自立活動における困難感に関する研究

—小児がん15拠点病院の特別支援学級(学校)教員へのアンケートを通して—

張 雪・武田 鉄郎・丸 光恵

小児がんの自立活動に関する教員の困難感を把握するために15の小児がん拠点病院内の教育機関に対して調査を行ったものである。その結果、「病状の告知や治療を支えるための自立活動が困難」「個々のニーズに応じた自立活動の困難」「保護者への支援の大切さ」があげられた。「病状の告知や治療を支えるための自立活動が困難」では病気の特性から本人への告知がなされていない場合、病気の理解に関しての「自立活動」ができない状況にあること、不安の高い児童生徒に対しては「心理的安定」を重視し、ストレス軽減に重点を置く内容を授業に入れていることが明らかにされた。子どもの病状に合わせ、自立活動を行う際には医療との連携が必要であることが示唆された。また、全般的に、担当教員の「自立活動」に関する研修を充実させていく必要があること、退院後の自己管理等、地域に戻る際の移行支援の重要性が明らかにされ、その充実が求められている。

O-5 特別支援学校における医療的ケアの実践に対する保護者のニーズ

—教員へのニーズに焦点をあてて—

盛岡 淳美・松浦 和代

特別支援学校における医療的ケアに係わる教員への保護者のニーズに焦点をあて研究が実施された。調査は質的記述的研究デザインで実施され、13名の保護者に対しての質問紙と半構成的インタビューから得られた回答を内容分析し、1) 動向の認識、2) 現状の問題(否定的評価)、3) 現状の肯定的評価、4) 対処、5) 医療的ケアに関するニーズの5つのテーマに類型化された。このなかで教員への保護者のニーズに関する結果が得られた、テーマ2)、3)、5)のうち、テーマ2)

の《教員に関する問題》では、教員の医療的ケアに関する熱意が以前よりも低下し、学校看護師に依存的な傾向があることが指摘された。それは、2004年度以降の学校看護師の積極的な配置によって、医療的ケア実践における担当職者間のダイナミクスが変化したことを意味している。今後、特別支援学校における医療的ケア実施の多様化が加速する状況においては、児童生徒の安全な学校生活に向けた多職種の協働・連携が必要となること、学校看護師の具体的な医療的ケアの実施計画を立てていく必要性があること、そして、多職種間のパワーバランスを保ちながら特別支援学校における教育の質を保障する必要性が示唆された。

フロアーから、鳥取養護学校のケースは、学校看護師の積極的配置が仇になった。看護師への期待、教員への期待が、学校内での力関係において確執を生じさせてしまったとのコメントがあった。

(文責 小畑文也)

口頭発表Ⅱ

座長 横浜国立大学 山本昌邦
横浜国立大学 泉 真由子

0-6 特別支援学校での3学期に行うアサーション

—卒業を控えた中学3年生を意識して—

下村 太郎

当校（公立特別支援学校）では、中学部生徒のコミュニケーション能力を向上させる必要があることから、記憶や記録に残るクロージングセレモニーを意識して、自他を尊重しながら気持ちを伝えるアサーションの実践研究を行ったが、その概要と具体例が報告された。

実施方法としては、中学部の自立活動の中で①他者の持つ病気や心身のことを理解することを通して自己に生かす活動（健康集会、個別学習、食育等）、②トライアスロン（持久走歩、けん玉、10分間縄跳び等）、③運動と健康に関する学習（レクリエーション）、④生活と健康に関する学習（WRAP：元気回復行動プラン）、⑤アサーション（さわやかなコミュニケーション）を主な活動内容として取り上げた。また、アサーションの主な内容は、講義、セリフ作り、シナリオロールプレイ、アンケート等であり、これらの活動を通して、生徒が「感じたこと」や「印象に残ったこと」について数例が報告された。

報告の結語として、「アサーションに関する記憶や記録に残るクロージングセレモニーを成立させるためには、生徒が手渡し、生徒が受け取るという生徒同士の交換行為を経ることが重要であると推察される。」と述べている。

なお本発表では、「アサーション」の定義（概念）について始めに説明があり、これは発表内容の理解を促すうえで適切であったと考える。

0-7 病弱特別支援学校卒業生調査からみた病弱特別支援学校および寄宿舎の教育的意義

小野川文子・高橋 智

寄宿舎併設の病弱特別支援学校では、不登校・心身症・精神疾患・発達障害等の児童生徒を受け入れているが、寄宿舎そのものが統廃合の危機に面している現状を踏まえ、本発表では寄宿舎併設の病弱特別支援学校卒業生に聞き取り調査を行い、卒業生からみた病弱特別支援学校と寄宿舎の教育的意義について検討した結果を報告したものである。

- ①「養護学校時代の生活状況と困難・ニーズ」については、9割が不登校経験者であったことから、友達関係の問題、教師や学校に対する問題、家庭の問題が多かった。
- ②「学校時代の家族の生活状況と困難・ニーズ」については、ひとり親家庭が6割を占めており、家族の困難では家族間の不和、経済的困難、親子関係の問題、家族の病気・障害となっていた。
- ③「学校時代の親子関係の状況と困難・ニーズ」については、全員がひとり親家庭又は両親不在の状況に加えて、親の精神疾患等によりほとんど養育が困難であり、また虐待等の養育態度もみられた。
- ④「病弱特別支援学校および寄宿舎」については、転入時に期待感や不安感をもちながら、転入後は人間関係の変化として「他人を理解する、受け入れられるようになった」という回答が多かった。

以上の報告に続き、てんかんを理由に養護学校に転入した児童の事例が紹介された。

これらの調査結果から、養護学校転入が生活を切り替える機会となり、人とかかわる力を身に付けたことなどの成果はあるが、地元校への復学は

難しく、長期的な支援が必要であり、病弱特別支援学校の形態や支援のあり方も柔軟性や多様性が求められていると結んでいる。

本発表では、始めに病弱特別支援学校の現状の説明がされたので、病弱教育以外の分野の参加者の理解を得るのに有効であった。

0-8 障害理解教材のハンドクラフトとICTを融合した学生指導の改善 —教材データベースを活用した授業展開の試み—

村上 由則

本発表は、教員養成大学の「特別支援教育実践演習」という科目(3名の教員が5コマずつ分担)において、特別支援教育を主たる専攻としない学生(38名)を対象に、学生が主体的に取り組む教材作製を通して病弱児の困難の理解を図ることなどを目的とした授業の試みの報告である。

授業の方法は、学生がICT教材ライブラリーにアクセスし、教材の作製と活用に関する情報を収集して、それを踏まえグループごとに工夫しながら教材を作製した。その後グループ単位で教材のプレゼンテーションを行い、授業終了後に授業評価等を実施した。評価は①子どもを指導するうえでの教材の意義、②教員及び教員をめざす学生が実際に教材を作製する意味、③教材作製を行ったこの授業の感想について記述式レポートを学生に課した。

提出されたレポートを分析した結果、記述内容から「教材」「理解」「作製」「子ども」「考える」「病気」という語が200以上出現し、教材を作製することが病気やその体験を理解し、考えることと関連することが認められた。これらの結果から、「ICT教材ライブラリー」を活用しつつ「ハンドクラフト」を取り入れた授業構成は、学生の障害理解を促す可能性が高いことが示唆されると述べている。

一方で、1科目における5コマ分充当を今後検討すべき課題として挙げている。

なお、フロアからこの授業の試みに対して称賛する発言があった。

0-9 学校給食における発達障害児の「食の困難」の実態と支援の課題

田部 絢子・高橋 智

本発表は、発達障害児が日常生活を送るうえで抱える困難・ニーズのうち、多くみられる食に関する問題を取り上げ、学校は発達障害等の児童生徒の抱える食の困難・ニーズをどのように把握して、学校給食において対応しているかについて調査した結果を報告したものである。

発達障害等の児童生徒の食に関する困難では、極端な偏食が最も多く、次いで食物アレルギー、少食・過食であった。次に、児童生徒全体の生活習慣や身体状況に関する心配事では、睡眠不足・睡眠リズムの乱れが最多であった。また、学校給食における児童生徒の気がかりの度合いが高い項目は、偏食、食事マナー、姿勢、咀嚼、嚥下(丸飲み・流し込み)となっている。

発達障害の本人を対象とした食の困難調査の上位項目と同様の困難を有する発達障害等の児童生徒の在籍状況を見ると、「箸の使い方が下手である」「味が混ざるのが嫌なのでおかずをすべて食べてからご飯に移る食べ方をしてしまう」「自分が予想していた味と違う味だと食べられない」「にょい強い食品は食べられない」「色や形以前に、見るだけで気持ち悪かったり、怖い食べ物があつたりする」などが多かった。

学校現場では、発達障害児の身体症状や食の問題に対して、個別のニーズを踏まえた丁寧な対応や栄養・食事指導、医療との連携は十分になされていないのが現状である。この点を踏まえ、食の困難・ニーズを有する発達障害等の児童生徒についての理解啓発、専門的な実態把握と支援の充実、学校等における食に関する合理的配慮のあり方の検討は緊要の課題であると述べている。

なお、フロアからの「学校給食と家庭での食事との関係は？」との質問に対して今後の研究課題の一つとして調査を実施する予定である旨の回答があった。

0-10 保護者を含む連携・協働場面での“子どもを支える仕組みを創ること”に関する一考察 —保護者の語りと保護者の教育の場 の意思疎通場面に着目して—

竹村 芳恵

本発表は、児童福祉士の立場から病弱、発達障害、不登校等の子を持つ保護者（ほとんど母親）に話を聴き、学校との意思疎通場面での保護者の語りにも共通する内容（その背景）に着目して、保護者を含む関係機関の連携・協働場面で子どもを支える仕組みを創ることについて考察したものである。

保護者の語りにも共通する内容は、①「わかってもらえない」という発言、②自責、不安、自己否定、失望、自信のなさなどの語り、③予期不安（次の意思疎通が不安）、判断の迷い（必要事項を学校に伝えてよいか）、閉ざし（必要性を知りつつかわりを避けたい）、学校に対する怒りの表出、④上記①～③を経ても「子のためには意思疎通場面に臨み続けなければ」という語りであった。これらの結果を踏まえて、保護者を含む連携・協働場面で子を支える仕組みを創るための留意点として、①保護者と学校の意思疎通場面、②連携協働の組織化・構造化の二つの側面から考察している。そして結語として、「保護者を含む連携・協働場面での子供を支える仕組みを創る」とは、相談に来た保護者との肯定的・受容的な出会いに始まり、次の機関「人」に細針に糸を通すように繋いでいくこと。その過程で、子や保護者と成功体験や喜怒哀楽を共有し、幾重にも積み上げる“共感の連鎖”と“プラスの連鎖”を創ることである。この過程を得て親子はそれぞれに自己実現を目指すことになり、真の意味での“子の自立”に繋がる、と述べている。

0-11 復学における小児がんに罹患した児童生徒とその保護者の困難さ —文献検討を通して—

永井 裕也・川内絵莉子・岡本 光代

本研究は、小児がんに罹患した児童生徒（以下、

本人）とその保護者の復学における困難さを整理し、永井ら（2014）が整理した復学に向けた地元校の担任教員（以下、担任）に求められる支援に含まれなかった支援の必要性を考察する資料を得ることを目的としたものである。方法は、2014年6月の時点で「医学中央雑誌Web判（Ver. 5）」によって検索可能な274件の文献のうち、本研究の目的に沿った29文献を選び検討した。

対象文献を精読した結果、本人・家族の復学における困難さとして、①友人関係の問題（いじめ・からかい、クラスに溶け込めない、クラスメイトの否定的反応）、②学習の遅れ、③治療による影響（感染しやすい、後遺症・晩期合併症、体力の低下、容姿の変化、副作用）、④生活上の制限や注意事項（活動参加の制限、登下校方法の制限、生活上の注意事項）、⑤連携における問題（学校と病院の連携の問題、学校と保護者の連携の問題、学校と院内学級の連携の問題）、⑥入退院に伴う転籍の問題（転籍に対する抵抗感、転籍方法の情報不足、行政の関心の低さ）、⑦本人の心理的問題（本人の復学・将来への不安、入院中の社会的孤立感、復学後の心理的問題）、⑧保護者の復学・将来への不安、⑨きょうだいに関する問題、⑩情報の取り扱いに関する問題、⑪担任の無理解や不適切な対応に分類・整理された。

本研究では、文献検討によって得られた本人・保護者の復学に関する困難さを整理したが、永井ら（2014）が整理した内容は担任に求められる支援内容を網羅していないことが示唆された。

なお、「子どもの病気（白血病）についての理解を広めるため、人形劇に取り組んでいる。」という補足説明があった。

（文責 山本昌邦）

ポスターセッションⅠ

座長 宝塚大学 河合 洋子

国立特別支援教育総合研究所 日下 奈緒美

P-1 病院の中にある学校における子ども遊びの機能

須藤 吏絵・石川 慶和

病院内学級教員が入院中の子どもの遊びをどのように認識しているかについて半構造化面接で調査した。教員は、子どもらしい日常の遊びの提供、遊びによる気分転換、コミュニケーションの促進に効果がある認識していた。また、病院という環境に制限がある中、通常学校と同様に友達と協力しながら遊べる遊びを提供していることが明らかになった。今後は、院内学級での休み時間や自立活動等に遊びをいかに意図的、効果的に活用しているか検討していきたい。

21歳、24歳)を対象に半構造化面接調査により、障害受容過程を明らかにするとともにプレパレーションの有効性を検討した。「プレパレーション」「手術による心理的変容」「小耳症の自己認識」「自己効力感・コントロール可能感」「価値づけと再出発」の5つのカテゴリーが抽出できた。小耳症者が自らの存在について認知するタイミングは、手術や検査があること、またプレパレーションの質が手術や日常生活の心理的問題の質に影響を与えていることが明らかになった。発達段階や手術の段階などに合わせたプレパレーションを親子に提供する必要がある。

(文責 河合洋子)

P-2 小児看護学実習における外来実習での学びの実態

—テキストマイニングによる実習記録の解析から—

合田 友美・福島 美幸・河合 洋子

小児科外来における学生の『学び』の実態を明らかにするため、テキストマイニング・アプローチを用いて外来実習での実習記録を分析した。3日間の実習記録の記述内容から『学び』に関して172文、2371語が抽出された。頻出語は、子ども、親、家族であった。外来実習での『学び』のネットワークでは、「処置」や「苦痛」を「軽減」させるための「ディストラクション」による「安心」や「表情」「観察」して「親」の訴えを「聞く」ことの大切さを学んでいた。これらの「コミュニケーション」が「信頼関係」を「気づく」ために重要であることが示唆された。

P-4 病気の児童生徒の指導において教員が感じている困難

—免許法認定講習（特別支援教育・病弱領域）でのアンケート結果より—

赫多久美子・森山 貴史・

日下奈緒美・新平鎮博

筆者が担当した現職教員を対象とした免許法認定講習を担当した二会場において実施したアンケートの結果が報告された。受講者8割以上の教員に、何らかの病気の児童生徒を受け持った経験があったが、病気の子どもの教育に関する研修を受けたことのある者は3割未満で、対応に苦慮していた。これらのことから、免許法認定講習以外の病弱教育に関する研修の機会を増やすことが必要であり、認定講習では教員が感じている困難等の解決に結びつく情報提供等が必要であるとされた。

P-3 小耳症者の障害受容過程における手術時のプレパレーションに関する質的研究

中村 和樹・武田 鉄郎

形成外科手術を経験した小耳症者3名(17歳、

P-5 訪問教育における授業担当者の指導の実 際と課題について

—全国肢体不自由特別支援学校の訪問教
育担当者へのアンケート調査をととして—

川池 順也・橋本 創一

全国の肢体不自由特別支援学校の訪問教育担当
教員にアンケート調査を行い、授業における指導
の工夫として、ICT機器等を活用していること、
学習集団の保障や音楽を取り込むなどの最適な学
習教材を探す工夫をしている状況を報告した。ま
た、訪問教育の対象となる児童生徒の実態が重
度・重複障害であることが多く、児童生徒の微細
な身体の変化を見取り、子どもと教師の二者関係
を構築しながら授業を進めている実態がわかっ
た。一方で、学習活動における評価が授業者の主
観に偏っていないかという点が課題であることが
示唆された。

P-6 精神及び行動の障害のある児童生徒にお ける自己認知の発達的特徴

八島 猛・大庭 重治

精神及び行動の障害のある児童生徒における自
己認知の発達的特徴を自尊感情、自己評価、重要
度評価の横断的变化に基づき検討した。通常学級
に在籍する児童生徒と病弱として特別支援学校等
に在籍する精神及び行動の障害のある児童生徒を
対象とした調査から、自尊感情は通常学級に在籍
する児童生徒よりも低く、自己評価は通常学級に
在籍する児童生徒と同様に小学生から中学生にか
けて全般的に低下するが、重要度評価はほとんど
変化しないことが示唆された。また、通常学級に
在籍する児童生徒よりも自己評価と重要度評価と
の不一致が自尊感情に影響を及ぼす領域が少な
いことも示唆された。これらのことから、自己認知
の支援において、支援者は対象者の得なことや目
標となることを知に探し、その領域の重要度を高
める認知的方略の獲得を支援する必要があるとし
た。

P-7 プロトタイピング手法を用いた重度・重 複障害児のICT活用教材開発

大杉 成喜

重度・重複障害児の初期段階での指導において、
視覚や聴覚等の感覚障害を併せ有する重複障害を
対象にプロトタイピング（実働するモデルを早期
に製作する手法及びその過程）の手法を用いた教
材を作成し、その効果を検証した。本研究で作成
した「引き抜き音楽君」は棒に差した円筒を抜く
と音の出る引き抜き教材である。また、視覚障害
があることへの対応として、この教材のセンサー
ユニットを援用した平面に手を這わして突起物を
探索して引き抜く教材を作成し、その実演と進行
中のデータ収集についての報告がされた。

（文責 日下奈緒美）

ポスターセッションⅡ

座長 千葉県中核地域生活支援センター香取ネットワーク 中塚博勝
昭和大 副島賢和

ポスターセッションⅡでは、7題の発表がありました。発表の題目はそれぞれ異なりますが、いずれの発表も「病気」というハンディキャップを負っている子どもの支援に関わって、現場での体験に拠って立つ、言い換えますと実践を通して得られた課題の解決を究めようとする研究の成果であったと受け止めています。

以下、発表の要旨を報告いたします。

P-8 病弱教育におけるキャリア教育の実践 —実践事例における「ねらい」の分析—

谷口 明子

病弱教育において、社会的自立を視野に入れたキャリア気養育が課題となっているが、病弱教育におけるキャリア教育は、具体的な実践に関する統一した見解も実践の蓄積も乏しい。本研究は、病弱教育現場実践から得られた知見により、今後キャリア教育の在り方を考えるうえでの重要な示唆をもたらすとの考えに基づいて、病弱特別支援学校において行われたキャリア教育実践ねらいを調査し、その教育的意図を実践レベルで明らかにすることを目的に行われたものである。

P-9 関係機関と連携した「通級による指導」 —精神性疾患生徒の教育の場の提供—

角田 哲哉

病弱特別支援学校で通級による指導を受けた精神性疾患を有する生徒に対して心理療法による個別支援を行い症状の改善がはかられた実践例の報告である。

こうした成果を上げることができた背景には、生徒一人ひとりの支援に当たって、保護者、在籍校（教育機関）、医療機関（医師）、行政の福祉担当者、福祉関係機関との連携が機能したことを上げ、様々な困難を抱えた生徒の支援には教育の場だけで抱え込むのではなく、多職種間の連携協力が

が重要であると強調された。

P-10 病弱教育における前籍校への「復学」支援の実際とその背景

山本 栞・真城 知己

退院後、あるいは病弱特別支援学校や病弱特別支援学級などから前籍校への復学に関して、これまで様々な課題が指摘されてきた。本研究は、「復学」に関する先行研究において課題となっている事項について、病弱特別支援学校、分教室、院内学級の教員を対象に、

復学支援の現状について聞き取り調査を行い、「病院との関係」「学籍が移っていない児童生徒・退院後の児童生徒のフォロー」「病弱教育への理解」の三項目を取り上げて、それぞれの項目について回答の内容に従って課題を抽出しまとめられたものである。

P-11 通常の学級に在籍している病気のある子どもへの教育支援

—学習支援の記録より得られた子どもと保護者が抱える課題—

濱崎 麻弥・滝川 国芳・谷口 明子

病気のある子どもの多くは通常の学級に在籍している。課題となるのは、通常の学級に在籍する病気のある子どもたちへの教育支援の在り方である。本研究は、筆者が個別指導形式で行っている病気のある子どもへの学習支援の記録より、子どもや保護者が通常の学級においてどのような困難を抱えているかを明らかにするものである。記録より以下の7つのカテゴリーが抽出された。①「教材・学習方法上の不都合」②「学習空白の存在」③「保護者の相談場所の不在」④「学校における体調コントロールの困難」⑤「友達、教師の理解不足」⑥「進路への不安」⑦「病気受容プロセスにおける支援の不在」。通常の学級に在籍してい

る子どもたち、その保護者の抱える困難さのカテゴリーは、「学習・学校に関すること」「病気を抱えることそのものに関すること」の2つに分けられた。

P-12 普通小学校に在籍する病虚弱児童の教育ニーズに対する地域支援の在り方に関する実践研究

泉 真由子

小学校には、多くの病虚弱児が存在することが予想される。これらの病虚弱児はその多くが通常学級で教育を受けており、教育上の配慮をいかに行うかが課題となっている。本研究は、通常学級に在籍する病虚弱児の教育的ニーズへの適切な対応と教育現場の教職員の不安やストレスの軽減を、地域の病弱特別支援学校のセンター的機能を活用して実現する仕組みを考案することを最終的な目標とするものである。二つの実践事例の支援内容と効果が挙げられた。例1) ①保護者の心理的安定のための面談…保護者が広い視点で捉えるようになった ②児童の学習環境や学習内容について個別支援級担任に助言…登校日数や登校時間が増えた ③同じ小学校に在籍する当該児童きょうだいの行動問題に関する相談…病弱特別支援学校への転校も視野に入れて検討 例2) ①保護者の心理的安定のための面談…過度な要求やクレームが減少 ②区の福祉課との連携…緊急時に相談できる場所が増え安全性が増した ③大学生のボランティア…個別対応がスムーズになった

P-13 高等学校に在籍する肢体不自由のある生徒に対する学習支援の実態と課題の検討—授業担当者への質問紙調査を通して—

高野 陽介

本研究は、高等学校に在籍する肢体不自由のある生徒の授業を担当した教職員に対して質問紙調査を行い、それら生徒への学習面での支援実態と課題を明らかにするものである。調査内容と結果は以下の通りである。①基本情報：調査実施時以前に肢体不自由のある生徒とのかかわりがあるものが75.8% 肢体不自由教育についての学習経験

は、特別支援学校への見学・訪問64.5% 発達障害のある生徒の支援・理解についての研修43.5% 勤務経験校内での肢体不自由性との対応等に関する研修29.0% ②肢体不自由のある生徒への学習面における具体的な対応：●学習環境面 ●教育内容・指導方法 ●定期試験 ●成績評価 ●学習面で対応することができなかった点 ③特別支援教育支援員について：8割以上の教職員が特別支援教育支援員による学主免でのサポートを好意的に捉えていた。

P-14 院内学級担当教員の専門性に関する研究

—専門分化による専門性の明確化とスクールカウンセラーによるコンサルテーション—

長江 綾子

心理的支援の外部資源のひとつとしてスクールカウンセラー（以下SC）がある。本研究は、院内学級担当教員とSCが連携するにあたって把握すべきニーズやリソース、特に、院内学級の専門性向上のリソースとしてのSCとの連携について文献を整理するとともに仮説を立案し、今後実施予定の調査に活用するものである。文献の整理においては、①「3段階の心理的支援」②「スクールカウンセリング活動の5本柱」③「教師とスクールカウンセラーの協働」があげられ、院内学級という特殊性を考慮して以下の仮説が導きだされた。○【気になった言動について考える】とき「病気によるもの」も理由。○「他の教師に相談できない」という【担任という立場ならではの制約】もある。○【SCとの協働を求める】こととして家庭訪問のニーズは持っていない。○【SCとの協働を求める】内容として、一次的・二次的生徒指導におけるコンサルテーションのニーズが高い。○【SCとの協働を求める】こととして「退院後の子どもの支援」のニーズがある。

（文責 副島賢和）

教育・医療・福祉の新たな連携を求めて

— 教育の立場から —

文部科学省初等中等教育局特別支援教育課特別支援教育調査官 萩庭圭子

今年4月より、病弱・身体虚弱教育担当調査官となりました萩庭でございます。よろしくお願いいたします。

神奈川県出身で、これまで知的障害教育、肢体不自由教育を経験し、神奈川県立横浜南養護学校に異動して病弱教育に出会いました。横浜南養護学校では、子ども医療センターに関わるところで小林さん、当時の国立特別支援教育総合研究所にいらした西牧先生、滝川先生、また当時の丹羽調査官にもお世話になりました。その後、神奈川県教育委員会指導主事、特別支援学校教頭を経て、現在に至っております。

特別支援教育の現状

平成26年5月1日現在の義務教育段階の全児童生徒数は、1,019万であり、毎年約10万人ずつ減少しております。その一方で、特別支援学校、小・中学校の特別支援学級、通級による指導を受ける児童生徒数は、全児童生徒数の3.33%、約34万人であり、全児童生徒数が減少する中、毎年約1.5万人から2万人ほど増加しております。

特別支援学校の現状です。特別支援学校の在籍者については、ここ10年間は増加傾向です。特に増えているのは、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です。病弱者である児童生徒に対する教育を行う特別支援学校(以下、「病弱特別支援学校」という。)については、単独校は63校、病弱教育部門をもつ併置校は145校であり、大きな増減はありません。

病弱教育を行う特別支援学級は微増です。文部科学省の学校基本統計と全病連の調査を合わせてみると、病院内の学級よりも、地域の小・中学校にある病弱の特別支援学級が増えていることがわかります。

長期入院児童生徒に対する教育支援に関する実態調査①

昨年、長期入院児童生徒の実態について文部科学省として初めて調査を行いました。

平成26年5月の児童福祉法一部改正に際して、参議院において、長期入院児童等に対する学習支援を含め、小児慢性特定疾病児童等の平等な教育機会の確保等に係る措置を早急かつ確実に講じることなどを求める付帯決議が付されました。そこで、実態把握をするために全国の国立、公立、私立の小・中学校、中等教育学校、高等学校、特別支援学校、教育委員会を対象に、平成25年度中に病気やけがによって入院した児童生徒に対して行われた教育等の実態を把握する目的で実施いたしました。

主な調査項目は2つあります。一つ目は、入院により学籍に変更があった児童生徒について、二つ目は、長期にわたり入院し転学をしていない児童生徒の実態と支援状況についてです。

文部科学省のホームページにも調査結果が公表されております。

長期入院児童生徒に対する教育支援に関する実態調査②

(1)病気やけがによる入院により転学等をした児童生徒

まず一つ目、病気やけがによる入院により、転学等をした児童生徒の実態です。

該当する児童生徒は、延べ4,700人おりました。小・中学校からの主な転学先は、特別支援学校です。一方、高等学校は、特別支援学校以外の転学か退学が多い事がわかりました。在籍児童生徒が転学等をした小・中学校は、約3,600校あり、これは全小・中学校の約1割にあたります。

支援の状況ですが、多くの前籍校において復籍を見据えた病状等の実態把握や相談支援、退院後の自宅療養中の学習指導などの取り組みを実施していることがわかります。

私は、約10年前に神奈川県立横浜南養護学校で教育相談コーディネーター（神奈川県の名称）をしておりましたが、その頃はなかなか復学支援がスムーズにいきませんでした。この調査の結果を見て、全国の先生方の活躍のおかげでここまで数字が伸びたのではないかと考えております。

(2)病气やけがにより長期入院（年間延べ30課業日以上）した児童生徒

二つ目ですが、病气やけがにより長期入院し、転籍をしていない児童生徒の実態と支援の状況です。長期入院とは、年間延べ30課業日以上入院と定義させていただきました。

平成25年度の状況ですが、該当する児童生徒は延べ約6,300名、在籍児童生徒が長期入院した小・中学校は、約2,400校あり、全小・中学校の1割弱にあたることがわかりました。

教育等の状況ですが、長期入院した児童生徒への学習指導は、自校の教員が病院を訪問する形が多いのですが、実施回数は週1回以下、時間は1日75分未満というのが、それぞれ過半数を占める事がわかりました。そして小・中学校、高等学校の該当児童生徒の約4割にあたる2,520名は、在籍校による学習指導がおこなわれていないという事が明らかになりました。主な理由としては「治療に専念するため」「病院側からの指示」「感染症対策」のほか、「病院が遠方である事」「指導教員の確保が難しい事」などが挙げられました。この理由というのは、自由記述ですので全てを把握しているわけではございません。

新聞報道を見ていただいたかと思うのですが、だいたいどの新聞も「学習指導せず」「学習指導なし」というセンセーショナルな見出しでした。しかし、どの新聞もここにあるグラフと主な理由は載せていただいております。

課題となりますのは、転校する事ができない、

病院が遠方で教員が行く事ができない、学びの機会がないケースです。これらの調査結果を受けまして、平成27年5月20日に事務連絡を発出させていただいております。

平成27年5月20日 事務連絡

事務連絡には、4点を挙げております。一つ目は、病气やけがによる入院により、転学等をした児童生徒については、児童生徒本人およびその保護者の気持ちを考慮し、転学後も前籍校と転学先の学校との間の密接な関係が保たれるよう努めることが必要であること。病弱教育に携わる私達にとって、このことはあたり前の事なのですが、あえてここに書いて、教育委員会と学校に発出させていただきました。

二つ目は、年間延べ30課業日以上入院した児童生徒への対応です。入院前の学校に在籍したまま、長期にわたり欠席している状態は望ましくない事から、保護者の協力を得ながら入院先や、医療・生活規制を必要とする期間、欠席日数、病状などを的確に把握し、保護者の意向を尊重しながら適切に判断すること、と書かせていただいております。

一部新聞報道に、文部科学省は、「転籍しなくていい制度をつくる」とも解釈できるような記事を書かれた新聞社がございました。私は記者会見に同席しておりますが、そのような発言はしてはおりません。転校できるのであれば転校していただき、安全・安心な学校生活を送っていただくという事が大切だと考えております。入院期間が短い等の理由から転校が難しいのであれば、通級による指導という形態をとる事も可能です。

一方、高等学校段階ですが、こちらは復籍、復学を認めてないと答えた高等学校もありました。事務連絡には、高等学校および特別支援学校高等部において、本年4月に制度化された遠隔教育の活用も有効であると考えられる、とあります。遠隔教育については、後ほど御説明させていただきます。

三つ目、教育委員会の対応についても書かせていただいております。所管する学校に対し、病气

療養児への適切な対応が行われるよう、指導・助言をお願いしますという事です。また、転学措置が適当と判断される場合には、十分連携をとりながら対応することを、あえて書かせていただいております。

そして四つ目、支援冊子「病気の子どもの理解のために」です。ご覧になった事ありますでしょうか。子どもを理解し、病気を理解し、適切な指導と必要な支援を行うための冊子です。この冊子の活用についても、ここに挙げさせていただきました。

これらを踏まえまして今後の対応として、平成28年度の概算要求を見据えた施策の検討を現在、進めているところです。

高等学校・特別支援学校高等部における遠隔教育の制度化

遠隔教育について御説明いたします。平成27年4月、学校教育法施行規則の改正等により、高等学校・特別支援学校高等部の遠隔教育を制度化いたしました。

一つ目の改正点は、全ての高等学校、特別支援学校高等部において、これまで全日制・定時制課程において原則認められていなかった同時双方向型の授業が可能になりました。対面により行う授業に相当する教育効果を有すると認めたもので、高等学校および中等教育学校の後期課程の全課程の修了要件として習得すべき単位数である74単位のうちの36単位以下、特別支援学校高等部においては定められた単位数または授業時数の1/2未満までとすること、が示されています。

二つ目は高等学校のみですが、文部科学大臣の指定を受けた高等学校において、療養中等のために通学し教育を受けることが困難な生徒に対し、オンデマンド型の授業も実施できることとする特例制度を創設しました。

三つ目、特別支援学校高等部のみですが、療養中及び訪問教育の対象である生徒に対する「通信により行う教育」の手法として、従来の添削指導及び面接指導に加え、同時双方向型のメディア授業及びオンデマンド型の授業を新たに追加しまし

た。

この改正により、例えば科学の授業を配信する時には、これまでは受け手側の学校にも科学の免許状を持つ教員が必要でしたが、この4月からは受信側の教室に配置すべき教員は当該免許保有者であるか否かは問わない、となりました。しかしこれだけで入院している生徒にとって十分かと言いますと、課題が残るところです。上限36単位としていますが、あとの半分は対面で可能なのか、病室においてオンデマンド授業を一人で受けた場合、実際の対面により行う授業と同等以上の学習効果をどのように評価するのか等、まだ明らかになっていない部分があります。その対応として、今年度、特別支援学校1校を研究開発学校に指定させていただいています。新しい教育課程、指導方法について研究開発を行い、その成果を踏まえて今後のより良い改善に繋げていきたいと考えているところでございます。

今日的課題である高等学校段階の生徒への対応につきましても、今、ご紹介しました遠隔教育のほかにも、昨年より文部科学省事業で、高等学校段階の生徒への通級による指導のモデル実施を始めております。現行法では通級による指導というのは小・中学校が対象ですが、今回はモデル事業として高等学校で通級による指導の実践をさせていただいております。その成果を踏まえまして、今後、制度化等に向けた検討を進めていく予定です。

チームとしての学校の在り方と今後の改善方策について（中間まとめ）

「チームとしての学校」について、7月に出された中間まとめをもとに御説明いたします。これは、文部科学省のホームページでご覧いただけます。

わが国の教員が置かれている状況については、まず、児童生徒の個別のニーズが多様化・複雑化しており、教員に求められる役割が拡大しております。また、教員以外の専門スタッフが諸外国に比べて少ない事や、教員の1週間あたりの勤務時間はOECDの調査参加国中で一番長かったという

結果が出ております。

中間まとめには、教員の業務を見直して、専門スタッフ等が教育活動や学校運営に参加し、教員と事務職員、専門スタッフ等が連携、分担して、校務を担う体制を整備する事が重要であると示されました。

今後につきましては、年内を目途に答申としてまとめる予定になっております。これまで多くが教員で構成されていた学校というものが、新たな視点をもって様々な職種の方と協働しながらチームとなって、児童生徒一人ひとりの力を最大限引き出せるよう、また保護者等への支援ができる仕組みになるよう、動き始めているところです。今後注目していただければと思います。

季刊『特別支援教育』

季刊「特別支援教育」をご存知でしょうか。特別支援関連の雑誌は他にもあると思うのですが、これは文部科学省特別支援教育課が編集している年4回の季刊誌です。特別支援教育調査官は私を含めまして6名おります。視覚障害・聴覚障害・知的障害・肢体不自由・病弱・身体虚弱、発達障害の調査官がおりまして、1人ずつ輪番で編集長になり、企画段階から編集会議を経て、1冊丸ごと手作りの季刊誌になっております。最近、Amazonで買える事になりまして、少し発行部数を伸ばしております。ぜひ、1冊でも2冊でもご購入いただければと思います。最新の情報をここに載せるようにしておりますので、ぜひ、御活用ください。

慢性疾病児童等地域支援協議会等の周知について

今年4月22日付で厚生労働省より、「慢性疾病児童等地域支援協議会等の周知について（依頼）」という文書が本課にまいりました。本課からは、5月12日付特別支援教育課長名で、各教育委員会宛に発出しております。この後、三平先生や小林さんのお話の中にも触れられるのではないかと思います。

このような他の省庁から来た文書というのは、「別添写しの通り依頼がありました」として教育

委員会等へ通知するのですが、今回は違います。担当した本課の係長さんは二児の母なのですが、「これではわかりません。もっと詳しく書いてあげないと学校も教育委員会も困るのでは」という事で、鑑文に、「小慢の概要」とか、「今回の通知の趣旨」とか、「参考事例集もありますよ」などという事まで入れて、各都道府県の教育委員会に発出いたしました。厚生労働省の鑑文よりも長い文章の鑑文という珍しい通知になりましたが、しっかり説明をして、受け取った人が「ああそうか」と理解して病気の子どもの支援につながるようにと、母である係長の熱い思いが込められています。その趣旨が全国の各学校に伝わっているといいなと思っております。これに関しても、この夏、いろいろな所でお話をさせていただいておまして、特に病弱特別支援学校の校長先生方には、会議が設置されることや参加要請された時には、ぜひ協力してあげてくださいという事をお話しております。より良い連携ができ、有意義な協議会になるようにと思っておりますのでございます。

私からお話は以上です。御清聴ありがとうございました。

教育・医療・福祉の新たな連携を求めて

— 医療の立場から —

松戸市立病院小児医療センター小児科 三 平 元

自己紹介

私は松戸市立病院という所で小児科の医師をしております三平（みひら）と申します。簡単に自己紹介させていただきます。私は平成10年に愛媛大学を卒業いたしました。その後東京大学の小児科で研修させていただきました。（【スライドのイラストの説明】これは、みかんの色をしたかわいい猫で、『みきゃん』というのですが、愛媛県のマスコットキャラクターです。）その後、平成24年に厚生労働省の雇用均等・児童家庭局母子保健課に出向しまして、小児慢性特定疾病の医療費の支給の仕組みの見直し等について関わりました。その後また医療現場に戻りまして、現在、松戸市立病院で小児医療をやっています。

小児慢性特定疾病児童等自立支援事業①

厚生労働省では、小児慢性特定疾病児童への対策の見直しを進めてきました。これまで小児慢性特定疾病児童への対策については、昭和49年から、病気をもったお子さんの治療費もなかなか金額が高い時代に、その医療費助成をしようと研究事業という形で始まり、40年近くにわたって行われてきました。その後、医療もどんどん進歩してまいりまして、なかなか治らなかった病気も少しずつ治るようになってきたり、あるいは長い期間入院をせざるを得なかった人も、だんだん入院期間が短くなってきたり、このような時代の医療の進歩と共に、子ども達をとり巻く環境も大分変わってきました。そして早く亡くなっていた病状のお子さんも、いまは生きることができるようになってきました。そういう様々な変化がありました。

あともうひとつ、地域ごとに子どもの医療費を助成する仕組みが、支給対象の年齢の上限に地域差はございますが、すべての市区町村で行われるようになってきました。このような背景もあり、

はたして小児慢性特定疾病対策というのは、医療費助成だけやっていたら良いのだろうか、子ども達が大人になっていくにあたってどのようにサポートをしていったら良いのだろうかという事が専門委員会にて検討されました。それらの検討内容が平成26年5月に可決した改正児童福祉法に反映されました。その改正児童福祉法が今年平成27年1月1日に施行されました。医療費助成に関しては、義務的経費になったという、ものすごく大きな変化に加えまして、自立支援事業というものが新規で規定されるようになりました。

これは児童福祉法をそのまま抜粋しました。

都道府県は、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業として、小児慢性特定疾病児童等に対する医療および小児慢性特定疾病児童等の福祉に関する各般の問題につき、小児慢性特定疾病児童等、その家族その他の関係者からの相談に応じ、必要な情報の提供および助言を行うとともに、関係機関との連絡調整その他の厚生労働省令で定める便宜を供与する事業を行うものとする。

児童福祉法第19条の22第1項

このように、子どもの自立を支援していきましよう、そして都道府県、指定都市、中核市がやりましようという事で規定されました。

小児慢性特定疾病児童等自立支援事業②

では一体この自立支援事業というのは具体的にどういう事をやるのかという事で、厚生労働省が作成した資料を抜粋いたしました。

必須事業と任意事業とに大きく分かれます。

必須事業

小児慢性特定疾病児童等、その家族等の関係者に対する相談支援、必要な情報提供、助言、関係

機関との連絡調整等を行う事業

任意事業

任意事業は、都道府県において「やってもよい」という位置づけ。

1. 医療機関等で一時的に、小児慢性特定疾病児童等を預かり、必要な支援を行う事業
2. 小児慢性特定疾病児童等の相互交流の機会の提供等を行う事業
3. 小児慢性特定疾病児童等の就職に関し必要な支援を行う事業
4. 小児慢性特定疾病児童等を現に介護する者の支援のため必要な事業
5. その他小児慢性特定疾病児童等の自立の支援のため必要な事業（例：学習支援等）

こういったものを各都道府県において実現可能性を考慮して、やってもよいという形で規定されました。

このような自立支援事業をやりましょうという事で、1月1日から始まりましたが、現実的には各都道府県の担当の方は、では一体何をしたらいいんだろうという声を幾つかの自治体から聞いております。

小児慢性特定疾病児童等の自立度評価

では何をしたらいいかという事で、やはり現状調査がないと、どういった事業を実際に組み立てた方がいいのか難しいのではないかと、施策を設計するのは難しいのではないかととのことで、平成25年度から『慢性疾患に罹患している児の社会生活支援ならびに療養生活支援に関する実態調査およびそれら施策の充実に関する研究』という厚生労働科学研究による調査が行なわれています。これは小児慢性特定疾病児童等の自立に向けて、主に医療機関において、小児慢性特定疾病児童等およびその家族を支援するにあたって、ライフステージごとに達成目標を作り、その達成状況を調査したというものでございます。このライフステージとは、次の5つに分けられています。

乳児・幼児期前半

幼児期後半

小学生前半

小学生後半

中学生

これらの子ども達とその家族について、幾つかの項目について見てみました。まずは医療従事者とのコミュニケーションについて、ライフステージごとに目標を定めて、どれくらい達成できているかということです。

関係機関との連携、疾患の理解、自己決定能力の育成、自己管理の促進、子どもの社会参加を見てみました。具体的にはこれから提示いたします。

調査方法としましては、小児の専門看護師という方が全国におられまして、その看護師さんのご協力をいただきました。全国の小児慢性特定疾病の方、約170名のデータです。

たとえば、医療従事者とのコミュニケーションについては、この矢印は、こちらが乳児期・幼児期の目標、こちらが中学生の目標という感じで、だんだんできるようになってくるといいね、というように、仮に設定してみました。これは幼稚園教育要領や小学校学習指導要領など、文科省の資料もかなり参考にしながら、あとは、いろんな医療の世界の文献なども参考にしながら、達成目標を仮に作ってみました。これによって、どれほど実際に達成できているのかを調べ、その達成状況を見てみました

医療従事者とのコミュニケーション

たとえばコミュニケーション、最初はまず医療従事者と挨拶ができるということが大事なということで、乳児期および幼児期前半の人はどれくらいできているか調べてみました。できている、あるいはある程度できている、という人が54%。幼児期後半ともなると、ほとんどの人は挨拶ができているということがわかりました。そんな感じで作っていきまして、たとえば、医療従事者が患者に語る言葉や、話に関心をもって注意して聞くことができる、この文章は幼稚園の教育要領に記載されている「他人が語る言葉や話に関心を持って注意して聴くことができる」という所を、「医療従事者が語る」と置き換えただけなんですけれ

ども、これについては、幼児期の後半になるともう88%ぐらいの人ができると、そのような事が調査でわかりました。

このように作っていきまして、たとえば医療従事者に、感じた事、考えた事、したい事、してほしい事等を話すことができるかどうか調べてみました。小学校前半では、おおよそ8割近くできていることがわかりました。次に、医療従事者と病気について質問をしたり話し合ったりする事ができるかどうか、ですが、これが意外とできていない。小学生後半では、まだ半分もできていない。中学生でも65%ぐらいしかできていないのです。

そして最後、医療従事者と学校生活や療養生活について話し合う事ができるかどうか、です。これも中学生で6割ぐらいしかできていないことから、話し合いがあまりできていなんだというのがわかりました。医療従事者は診療時間はかかってしましますが、子どもと話し合う機会をもっともっと作らなければいけないということだと思います。

ここにある全てのデータを説明していると時間がなくなってしまいます。関連機関との連携について、疾患の理解について、自己決定能力の育成について、自己管理の促進について、子どもの社会参加について、という項目で作って見たのですが、これらのデータなどに関しては、研究報告書に記載されております。国立保健医療科学院のホームページから入っていただくと、この報告書にたどり着きます。

調査結果の考察①

調査結果の考察なのですが、ここでまとめますと、患児は医療従事者と小学生後半ともなると、自分の事を話すことはできるようになるが、中学生になっても病気の事や療養生活について「話し合う」経験が十分ではない、という事がわかりました。

保護者に関しては、支援サービスの情報を得たり、学校と連携して患児の生活に関する調整を行ったりすることはできますが、学校におけるキャリア教育を活用して患児と一緒に将来を考え

る経験が十分ではありません。

多くの患児は体調について関心をもち、小学生後半になると困った時に援助を求める事ができるようになります。また、中学生ともなると、体調や症状を継続的に観察して把握でき、必要な療養行動をとれるようになり、自分らしくいられるような場所を確保するようになります。しかし、病気の進行の防止に必要な生活様式を理解できている患児は多くありませんでした。

調査結果の考察②

医療従事者や教員、保護者は、医療機関や学校、家庭において、病気のことや必要な療養行動、病気の進行の防止に必要な生活様式、将来について子どもとよく「話し合い」、子どもが自ら適切な行動を取り、自分らしくいられる場所を確保し、社会参加できることを支援・見守りする必要があります。

社会資源の整備・情報共有 —慢性疾患児童等地域支援協議会—

こういった結果を踏まえまして、では、どのような資源を使って体制を作っていったらいいのかについて、厚生労働省の作成した資料を再び抜粋してみました。慢性疾患児童等地域支援協議会を都道府県、指定都市、中核市で開催するよう努めましょうということになりました。この事業にも予算が付いていると思うのですが、その協議会というのは、イメージとしては、教育機関、医療機関、保健所、市町村、患者会、家族会および支援団体、そして、小児慢性特定疾患児童等自立支援員がこの輪の中に入り、協議会の内容としては、地域ごとに集まり、地域の現状と課題の把握を皆で行いましょうということになります。そして地域資源の把握をして皆で共有し、課題を明確にして支援内容を検討していく協議会を作りましょう、ということになりました。

この協議会につきましては、これから自治体において作り始めるのではないかと思います。ここにもやはり教育機関という文字が入っています。このことから、いかに教育現場のスタッフがこの

協議会に食い込むかという事がもしかしたら大事ではないかと考えております。

小児慢性特定疾病児童等自立支援事業

地域支援協議会を作るという事ともうひとつ、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を都道府県、指定都市、中核市はやっていきなさいという事になっております。このことについても、各自治体は地域の事情を考えていろいろ模索中だと思います。東京都に関していいますと、東京都はこの事業を民間団体の難病のこども支援全国ネットワークに委託しました。難病のこども支援全国ネットワークは自立支援員を配置して、現在、相談支援を実際に行っています。あとは、子ども達同士の相互交流企画、たとえばサマーキャンプなどを企画して、まさに今夏、行っている最中です。これから各地方公共団体は、どのようにこの事業を進めていくかを今模索中だと思いますが、たとえば東京都のような形で事業を委託するという事も一つの手立てだと思います。

これも、また児童福祉法の改定されたもので新しく追加になったものです。

厚生労働大臣は、良質かつ適切な小児慢性特定疾病医療支援の実施その他の疾病児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針を定めるものとする。

児童福祉法第21条の5

ということで、基本方針を作りなさいという事が新たに規定されました。その基本的な方針のタイトルがすごく長いのですが、『小児慢性特定疾病その他の疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全な育成に係る施策の推進を図るための基本的な方針』というものです。今年7月に、このことを検討する委員会が開催され、一応案がまとまり、8月20日から30日までのたった10日間なんですけれども、現在、パブリックコメントを募集中です。基本方針は、厚生労働省のホームページから見ることができます。

その中のごく一部ですけれども、教育というところで、基本方針を抜粋しました

国は、疾病児童等の教育の機会を確保するため、疾病児童等に対する学習支援や疾病の自己管理方法の習得のための支援を含め、特別支援教育を引き続き推進する。

基本方針（案）より抜粋

これが今パブリックコメント募集中で、9月下旬に告示する予定ということで、もうすぐおおむねこの文面通りに世の中は動くはずですよ。

さらに、この基本方針から抜粋しました。

国は、改正法施行後五年以内を目途とするその規定についての見直しの検討結果に基づき、必要があると認めるときは本方針の見直しを行う。

基本方針（案）より抜粋

とありますので、おそらく平成32年ぐらいに法改正、あるいはこの基本方針の改正版が出るのではないかと思いますので、おおよそ平成30年頃から見直しの機運が高まるのではないかと予想しております。この見直しはたぶん検討委員会などが中心になると思われそうですが、それまでに各関係者は提言をまとめ、今はこのような状態であるというデータを作成しておく、次の見直しの時に反映させることができ、より良い施策になると考えております。

最後になりましたが、今日のお話は厚労科研からの引用した内容が中心となりました。小児専門看護師の多くの方々にご協力をいただきまして、約170名分の患者調査の結果を発表することができました。お礼を申し上げます。

そして、本日は、どうもありがとうございました。これで私の話を終わります。

教育・医療・福祉の新たな連携を求めて

— 福祉・保護者の立場から —

認定NPO法人難病のこども支援全国ネットワーク 会長 小林 信 秋

難病のこども支援全国ネットワークの小林と申します。家族、福祉の立場からという事でのお話をいたします。私の子どもは養護学校で学び育ち、その延長線上として今があるものですから、けっして福祉の専門家ではありませんし、そういう意味では、保護者・家族という立場で日頃の活動もスタートしています。そのような視点からお話をしていきます。

自立支援のお話を今お二人の先生方からお聴きしました。20年前にこの学会の最初の機関誌が発行され、その当時から私はこのメンバーで、当時は副会長でした。日本育療学会に、どうして参加したのか、どのような思いがあったんだ、というような事を始めに話してくださいという依頼でしたので、最初は自立支援の原稿もたくさん用意して、スライドの中にも入れていたのですが、今朝その部分を全部カットしてきてしまいました。したがって、この中に自立支援のお話はなく、口頭だけで話を進めさせていただきたいと思えます。

今お話がありました、小児慢性特定疾病ですけれども、今から10年前の平成17年に一度法制化されています。これは制度の維持をするために私達親の会が連携をして、厚労省にお願いをして、国会にも通って、児童福祉法に入れてもらったという経緯がありました。当時の検討会でも、厚労省の局長が、これを医療制度というよりは、子どもと家族をサポートするための福祉の制度なんだ、と私の質問に答えていただきました。今回、再度の法制化という一番の原因は、一旦法制化して制度の維持は何とか見込めるようになったと思っていたら、日本の国の予算には、奨励的予算というのと、義務的予算という2種類があったんですね。私達はそんな事知りませんから、法律になればもう安心なんだろうと、制度がなくなってしまうような事はないだろうと思っていたら、そ

の奨励的補助金というのは、それをやるのなら予算を出すよという制度で、やはり予算が-10%（毎年）の制度だという事で、それが続くと何年かでなくなってしまうので、もう一度、義務的予算にという事で、法制化のための運動を、親の会と一緒にさせていただいたわけです。親の会の皆が一生懸命国会に通いまして、おかげ様で今回法制化になりました。本当に日本小児科学会をはじめ皆様のご支援をいただいて法制化になったと喜んでいるわけです。

私自身は、子どもが5歳の時に、亜急性硬化性全脳炎という病気を発病しまして、もう寝たきりの生活になりました。横浜在住でしたので、横浜にあるミニ養護と言われている一つの新治養護学校という学校に入学しました。重心の子どもだったわけですけれども、学校の先生や医師などいろんな方に支えられて日々を過ごすことができました。私達家族にとっては、学校でいろんな事を教わったというのがとても大きなものがあったと思います。そういうところから話を進めていきたいと思えます。

昭和63年に心ある医師の勧めで、サラリーマンを辞めて、この難病の子ども達の活動を始めました。そして電話相談を、昭和63年8月22日（27年前の昨日）開設しました。看護師さんやソーシャルワーカーの方などが交代で電話相談を受けていました。相談の内容は27年間と今とで、それほど変わりません。

普通校を希望するが…

1990年ですから、今から25年前です。この『がんばれ』というのは、私達が発行している機関誌です。「健康診断とは名ばかりで、障害の有る無しで子ども達を振り分けようとする教育委員会。」本人、家族は普通校を希望するんだけど断ら

れたというような事がこの先にあることは、もう皆さん容易に想像できるわけです。

行事への参加を拒否される

運動会とか修学旅行はお決まりで、安全面から考えて、学校行事の参加は見合わせていただけないか、また、「学校に責任がないということを紙に書いてください」と紙を1枚渡されましたが、どうしようかという相談が寄せられました。そんな時には、「2枚でも3枚でも書いたらどうですか、」と私達は答えていました。

医療的ケアがあるために付き添いを…

これは1994年です。教育委員会の回答は、「医療行為を保護者が責任をもって行うこと」を条件に、障害児学級を新設して受け入れるということでした。今もほとんど変わらないでしょう。同じような事が当時から繰り返されてきたと思います。

そもそも存在すら否定していると思わざるを得ない

これは新聞で話題になりました。1992年「筋ジスの少年不合格取り消し」。私立と書いてありますが、記憶では尼崎市立だったような気もしますが、よくわかりません。高校の全課程を履修する見通しがなかったとした処分は重大な事実誤認に基づくもので、校長の裁量権の逸脱、乱用があった」として、不合格処分を取り消し、尼崎市に100万円の損害賠償を命じた、ということが紹介されています。

羅列してみても…

- ・発達障害の子どもを受け入れを良しとしない校長がいる。
- ・自閉症の子どもが授業中に発した言葉がクラスの笑いにつながり、授業が中断されるので廊下に立たされた。
- ・重度のアレルギーがあるため、校外学習の参加に学校も教育委員会も逃げ腰。
- ・入院している脳腫瘍の子どものお見舞いに担任が来てくれない。

私の子ども（当時幼稚園）が入院している時は、担任の先生が2度ほどお見舞いに来てくださり、家にも来てくださいました。やはり学校の先生が来てくれない、友達が来てくれないというのは、さびしいものです。

- ・酸素が必要な子どものエレベーター利用は危険との理由で親の付き添いを求められる。
- ・中高一貫校に通っていたが、高校で提出物が出せない事と学業の遅れを理由に退学になった。

なぜそんなふうに…

やはり、無知・誤解・偏見。主役が子どもになっていない、というような事なのかな、というふうに思います。これは学校だけの事ではなくて、社会全体でこういう事を感じる事が少なからず私はあると思っています。

原因がわからなかったり、治療法が未確立、経過が慢性にわたったりするなど、いわゆる小慢704疾患が小児慢性特定疾病で法制化になりました。

また、他の難病も入れて25万人ぐらいの子ども達が難病と闘っていると考えています。

子どもの難病の例（レジュメから）

- ・悪性新生物（がん）：白血病、脳腫瘍、神経芽種
- ・心臓病：心室中隔欠損、心房中隔欠損、ファロー四徴候症など
- ・腎臓病：ネフローゼ症候群、慢性腎炎など
- ・糖尿病：1型糖尿病（先天性糖尿病）、2型糖尿病など
- ・内分泌疾患：下垂体性小人症、バセドウ病など
- ・呼吸器疾患：ぜんそくなど
- ・膠原病：若年性リウマチ、全身性エリテマトーデス、ベーチェット病など
- ・代謝異常：軟骨無形成症、ロイコジストロフィーなど
- ・血液・免疫疾患：血友病など
- ・神経・筋疾患：筋ジストロフィー、二分脊椎症など

- ・消火器疾患：胆道閉鎖症・肝硬変など
- ・染色体異常：ダウン症候群など
- ・重症心身障害、脳性まひ

小児の難病の特徴

- ・患者数が少ないため、診断が遅れたり、治療法の周知が不十分だったりする。同じ病気の人に出会えない、主治医も病気の患者さんを初めて診る、そういう事が珍しくない。
- ・子どもであるために、患者が成長発達する。病院や学校の選択など、闘病生活に多様な困難が伴う。
- ・多くはきょうだいがいて、その配慮が重要。大きい子どもさんはいいのですが、小さいお子さんを一人にはできないので、そういう配慮も必要。
- ・親が若いために経済的な負担が大きい。
- ・先天的な疾患が多く、誤解や偏見によって傷つく患者や家族が少ない。特に舅、姑からいろんな事を言われる。お母さん達からたくさんのお悩みの相談が寄せられ、そういう一つひとつを聴きながら、いろんな矛盾を私達も感じています。
- ・その他たくさんの方々の様々な困難があり、これらを一家族だけで乗り越えるのは難しい。そのために親の会とか、私達のような活動が必要になってくるのだと思います。

難病の子ども達と家族のために

- ・小児慢性特定疾病が法制化され、指定難病のほうも一緒に法制化されました。指定難病は、国会では衆議院・参議院、1人反対があったのですが、小児慢性特定疾病のほうは全会一致で反対0ということで、国会を通りました。これは昨年5月23日に参議院を通り、7月1日から告示され、今年の1月1日から施行されました。
- ・医師や看護師などの専門職・技能集団・学会・製薬企業・医療機器関連企業などの専門職集団も、いろんな事をやっていただいています。ここには教育関係者の皆様方も該当すると思います。

・親の会やNPOなどの民間組織。これは私たちがだと思います。

こういういろんな立場でいろんな活動が今、進められています。

その一方で、医療や医学、すごいスピードで進んでいます。iPS細胞などの再生医療や、細胞シートの事も出てきますけれども、そうした医学の進歩に、教育や福祉や社会全体がついていけてない。その医学・医療とその他の教育・福祉・社会の間の距離感、ギャップというものがどんどん広がるばかりだと思います。医療機器の新しいものが開発され、小型化され値段が安くなり、一般家庭でも使えるような傾向になりました。在宅医療がどんどん進んでいきますが、そうした事に、社会や福祉がついていけてない。このために様々な問題が出てくるわけです。

私は医師の学会などにも行ってお話をさせていただく機会が最近増えてきているのですが、そういう時には必ずこの話をしています。「先生たちはぜひ、時には後ろを振り返って、ご自分たちの位置と、社会全体がどんな位置にいるのか、よく見直してもらいたい」という事を申しあげるので、このギャップはこれからますます広がっていくだろうと思っているわけです。

難病の子ども支援全国ネットワークの活動

これはまさしく自立支援というふうに思っているのですが、情報提供や交流活動、社会啓発、レスパイト施設の建設、小児慢性特定疾病児童等の自立支援事業、というような柱が、私達の活動です。先ほどご紹介いただきましたけれども、東京都から委託していただいて、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業を、私達の難病ネットでやってくれないかというお話を最初にいただいたのは昨年の秋ごろだったと思います。「そんな役所の仕事を私達ができるわけないでしょう。」と言ったところ、東京都の課長さんが、「いや、難病ネットがやっている事が自立支援事業なんですよ。」とおっしゃるのです。なるほどなあと思いました。

・情報提供

電話相談室。遺伝の事では、臨床遺伝専門医の医師が月に一度来て相談を受けています。認定遺伝カウンセラーが来て面接相談なども受けています。ピアサポート活動は、成育医療センターや、神奈川県立こども医療センターや、都立小児総合医療センター、平成29年からは埼玉の小児医療センターでも始まりますけれども、こういう小児専門病院で、スペースやカウンターを提供していただいて、このような活動をしています。

・交流活動

家族同士、子ども同士の交流ができればと、キャンプなども行っています。

サマーキャンプ“がんばれ共和国”を全国9カ所で開催。

・社会啓発

シンポジウム・研修会・講演会の開催（自立支援の研修会も開いております）。

このように、相談窓口などと合わせていろいろな活動を展開しておりますので、まさしく自立支援事業をやっているんだとあらためて感じるところであります。

認定NPO法人難病のこども支援全国ネットワーク

歴史を振り返って見ますと、1988年に患者の親と心ある医師の先生方が、「やってみよう」ということで、最初に言ってくださったのが医師でした。そこから活動が始まりました。電話相談が開設されたのが、1988年8月22日で27年前の昨日です。当時、東京の電話番号は、市内局番が3桁の時代でした（03-222-5588）。

そして、親の会連絡会発足、サマーキャンプ、それからシンポジウムなどを開き、1996年に第1回病弱教育セミナーを開講しました。今日もいらしておりますが、当時の文部省から山本先生が病気療養児の教育に関する協力者会議を開かれております。北海道の横田先生が、「こういうセミナーをやろう」と提案してくださいました。病弱教育セミナーは、病弱教育の教員向けとして最初に開かれたセミナーですが、お酒の席で決まったといういきさつがあります。

活動の目標とか意義とか…

この歴史はそれぞれの時代のニーズや必要性で作られてきましたが、現在のようになってきたというのは、私達は別に学者や研究者ではありませんので難しい事はわからないのですが、要は、子どもと家族が元気になってもらいたい、だから相談を受ける窓口を作る。そしてそれは本人、家族だけではなく、そこに係る人たち、支援者にも参加してもらおうと。それは医療だったり教育だったり福祉だったりしたのです。まさしくこのことが連携という事になるんだろうと思います。そういう窓口ができると、期待や感謝をされるともうやめられないのです。皆さんおわかりになりますよね。皆から期待や感謝をされ、そうするとますます「頑張ろう！」となり、気がつくとも27年間やってきているという感じです。最近是小慢の事で厚労省から電話がかかってくるのです。「平成〇年にこういう事があったんですけど、これに関する資料、小林さんお持ちでしょうか。」と。何だか私が生き字引みたいになってきています。あんな事やってほしい、こんな事やってほしいと、そういう事をやっているうちに、いろんな仕事膨らんでいきました。

連 携

- ・病院の医師、看護師から支えられたこと。
- ・近所の家庭医から受けたサポート。
- ・養護学校の教員たちから学んだこと。
- ・訓練会での仲間たち。
- ・同じ病気の仲間たち。
- ・養護学校の仲間たち。

私のこれまでの経験の中から、連携という言葉を考えてみますと、やはり最初に医師や看護師に支えられた事がとても大きかったです。近所の家庭医からいろいろなサポートをしていただきました。養護学校の教員からは、本当にいろいろな事を教えていただきました。今、私がこういう所でこういう役職をしているのも、これまでの経験がとても大きいです。訓練会にボランティアで教員たちが来ていて、動作訓練を私は5年間教えていただきました。その間、仲間たちともいろいろと

学び合いました。こういうように勉強を重ねていくうちに、仲間づくり、横のつながり、ネットワークみたいなものができて、一人ひとりが元気になり、皆が元気になっていき、そして世の中が変わってくるという基になってくるのかなと思っています。

・結局一人では何もできない

一人では何もできません。難病ネットもいろいろな人たちが関わっています。日本育療学会もこのように大勢の方々が関わっております。大勢の方達に支えられて進んでいっているわけですが、これからも同じように皆さんとつながりながら活動していきたいと思っております。まだまだ誤解をされていたり知識が十分届いていなかったりする、そういう所には、人達が大勢いらっしゃいます。学校でも、本当に子ども達を理解し熱心に取り組んでくださっている方々がいる一方で、そうではない人たちも実はまだいっぱいいる、という事はよく耳にします。やはり私たちはあきらめないで、いつまでも声を届けていく必要があるという事を考ながら、今日はお話をさせていただきました。

どうもありがとうございました。

教育・医療・福祉の新たな連携を求めて

— 指定討論 —

国立障害者リハビリテーションセンター病院 第3診療部長 西牧謙吾

国立障害者リハビリテーションセンターにおります、西牧と申します。

平成15年に、国立特別支援教育総合研究所にまいりまして、その年にこの育療学会が潰れるという、そういう時期に当たりました。当時、武田先生がいらしたわけですが、武田先生が、「何とか副会長として山本先生を支えて、もう一回再生してほしい」と願われましたが、私は当時、本当に病弱教育について右も左もわからないような状態でした。病弱教育を支えた先人が、どのような思いでこの病弱教育を作ってきたか、それをまず一人ひとり訪ねてお話を聴き、すでに亡くなられた方は文献を用いて勉強しました。日本病弱教育史という分厚い本がありますが、そういうものを見ながら、病弱教育とは何か、という事を考えました。

今ひと言で言いますと、病弱教育というのは、当然学校教育ですので、学校の中で起きている問題（まだ制度も何もありません）、そういった問題を一人の教員、それから医師、それから福祉の方が、まず一人から支えていろんな制度を作ってきた。これが病弱教育の歴史ではないかなと思っております。

戦後、学校教育というのは、小学校義務制から中学校義務制に戦後すぐ移りました。中学校の義務制に移った時に一体何が起こったか。中学校に入れない子どもがたくさんいました。就学猶予・免除、結核の子ども、病気の長期欠席者、それと経済的に学校に通うことができない子どもなどです。当時、文部省はとつても真面目で、全国調査を行いました。

明治時代を振り返ってみますと、小学校の義務制の時に何が起こったか。その時は、学校に通うことができない子どもが2割から3割の割合でおりました。これが病虚弱の子どもであります。そして全国調査の後、誕生したのが今の学校衛生、

学校保健であります。つまり、病弱教育の沿革をたどっていくと、小学校義務制、中学校義務制にいってきます。

今、考えてみますと、戦後ずっと右肩上がりですと進んできて、昭和50年ぐらまで、これは日本が非常に教育に成功した時代であります。そして、その後少し平行した進学率になりますが、昭和59年は、中曽根首相の時代に設置された臨教審において、日本の将来を見据えて、教育の個別化、ゆとり化、そして障害児教育という大きな方針を出します。それがこのゆとり世代、ゆとり教育というものに実はつながってまいります。このような大きな流れがある中で、実は今何が起きているかと言うと、中学校の卒業生が14万人、高校の卒業生が15万人、進学率はずっと伸びていながら、こういうふうな子ども達が出現し、なおかつ高等学校義務制、これはいつ起こるか分かりませんが、そういう事が実は起ころうとしているわけです。そういう時に、病弱教育というのは、いつの時代も最先端を走っている。その時に我々が目の前にいる子どもたちに対して、我々はどういう事ができるか。目の前の子ども達に何を・・・という事に関して、何を想定するかという事が非常に重要になってくると思います。

病弱教育をめぐる文部省と厚生省の連携、施策のシンクロナイズ

振り返ってみますと、昭和32年、当時の文部省と厚生省は、よく連携をとりました。まず結核児童が非常に多かった。昭和32年は厚生省の医務局長通知、そして昭和33年は小中局長通知が発出されます。このことによって、全国で個別の教員の努力で作っていた病弱養護学校が勢いづいて新たに幾つか出てまいります。

当時は病気の子どもの教育ですから、訪問教育が始まりました。

そして、地区病連というものが当時できてまいりました。だから全病連よりも地区病連のほうが歴史は古いのです。

次は昭和49年、これは小児慢性特定疾患治療研究事業が創設されました。当時は、昭和48年に、「養護学校義務制を昭和54年に行うよ」という予告がなされました。病弱だけが、養護学校が全県に1つずつなかったわけでありまして。なぜなかったかと言うと、病気の子どもは長期療養で入院すると非常に医療費が高い。そうすると、学校教育を受ける以前の問題になってくるわけです。それでこの小児慢性特定疾患というものを指定し、ようやく昭和54年、養護学校義務制というものができあがりました。ここでも文部省と厚生省の施策がシンクロナイズしております。

その後はもう本当に特殊教育というのは平たんな道を歩んでまいります。そして今、「病氣療養児に対する教育の充実について（通知）」が、平成25年に出て、背景は、がん対策、難病対策であります。しかし、文部科学省と厚生労働省が歩み寄って連携をするという、そういう状況は見えておりません。

養護学校義務化の時に病弱の特別支援学校に入学している子どもが多かったのです。長期療養している心疾患、腎疾患、そのような子どもがこれで非常に助かりました。でも当然その後医学の進歩で、彼らは外来治療に移ってまいります。これをもって実は、多くの教育委員会は、病弱教育が不要になったと申します。決してそんな事はないんですね。実は学校教育というのは、子どもの数と、どういう学校をもつか、これが実は非常に重要であります。

特別支援教育に関しては、特別支援学校という新たな学校を創ったわけです。しかしその学校は、今日萩庭調査官がおっしゃったように、いろんな障害種を併置するという、そういうふうな形で今は進んでいます。本当にそれでいいんでしょうか。病気の子どもに対する特別支援学校というのは、小児がんの子どもの病院にある学校だけでいいのでしょうか。実はそういう問題が今あるわけです。

通常の学校の抱える生徒指導・学力問題の推移

実は教育というのは、昭和50年代に日本の教育のピークを迎えたと言われていています。その後は様々な問題が学校の中で生じています。

発達障害という子どもへの対応もその一つです。今日、議論がいろいろ出ていますけれども、本当に学習指導要領により、我々の期待に沿って子どもが成長する、それに合う子どもというのが今どれくらいいるのでしょうか。私は今、国立障害者リハビリテーションセンター病院で発達障害の子どもを中心に見っていますが、学校という所が怖いと言います。学校という所に行くために、ものすごく苦勞する。実はそういう子どもが今非常に増えているわけでありまして。つまり今、我々学校教育の目の前にあるのは、この不登校の子ども、この子ども達をどうするかというのが、私は現代的な教育の課題であり、医療の課題であり、福祉の課題ではないかというふうに考えています。

不登校のインパクト

昔は、就学猶予・免除、病気による長期欠席者の対策で、先ほど言いましたように、病弱養護学校ができました。今は不登校を含む長期欠席者という子どもが、全国で15万人います。今日、萩庭先生がおっしゃっていましたが、病気による長期入院者よりも、病気による長期欠席者は、はるかに多いのです。そして、日本全体で長期欠席者の数は、日本の特別支援学校の在籍者とほとんど同じであります。なおかつ、不登校の子ども達は、家庭の問題、経済的な問題、親の問題などの複合問題を抱えた子どもの状態であって、その背景に発達障害や軽度の知的障害や精神疾患があるというのが今の現状であります。

昨日、中塚先生が、昭和20年代の病弱の児童養護施設の話がされましたけれども、あれも時代の最先端、必要に迫られてできた施設で、今であれば世田谷区健康学園が当時の面影を残している学校であります。

平成26年度大学、短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調

査結果報告書

学生支援機構の平成26年5月の結果をもとに、高等教育段階の話を少しさせていただきたいと思っています。

高等学校レベルの病弱教育というか、特別支援教育が薄いという話は昨日からずっと聴かれています。不思議な事に、大学に入ってしまうと、半分が病弱虚弱と発達障害とその他のところの精神疾患、これが表にバーンと出てまいります。今や進学率は70%です。つまり、学校に行つて、そのまま進学をすれば、大学で障害や病気に応じた適切なサービスが受けられる時代になっているのに、なぜ高等学校で特別支援教育がこういう状況なのか。これが今非常に課題であると感じています。

就労を射程すれば、中卒者14万人・高卒者15万人の行方も課題

また、あの14万人とも15万人ともいわれる子どもが、教育を受けずに放置されればどうなるのかというと、フリーター・ニートという問題に通じてまいります。キャリア教育の問題であります。キャリア教育というのは、教育の制度の中で彼らを育てようという考え方です。しかし本当にできるのでしょうか。私が見ている子どもは、やはり高等学校卒業まででは、とつても時間が足りません。このような子どもに対して社会は、若者サポートステーション、それから地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター等々を用意しています。発達障害者支援センター、難病相談支援センターは、今私が仕事をしている社会援護局の担当であります。このような人たちを今いっぱい見ております。では、そういう子ども達を予防的に支援するために、学校教育というのは何をすべきなのでしょう、ということが重要です。

病弱教育が果たす役割の近未来

心の育ちを学校教育においてどうしていくか、という事が今課題になってくると思います。シンポジストの3人の先生方にお話しをいただいた内

容は、今の課題の一部かもしれませんが、大きく見ればやはり、この心の育ちを支援ことにつながります。病気は医師に治していただける。そしてその子どもの平安は、親がしっかりしていれば、家庭で何とかする。でも家庭が上手くいかない場合、子ども達をどうするか。もしくは教育で対応が難しい発達障害の子ども、精神疾患の子どもをどうするか。これらの子ども達に対する、学校教育の役割が今求められていると思います。

提言

特別支援学校は、何も病弱とかに分ける学校ではありません。すべての不登校の子どもの教育相談や発達障害とか精神疾患という子どもの教育相談できるほうが、やはり望ましいように思います。もし本当に今の特別支援学校で、これらのすべての子どもに対応できれば、今の特別支援教育システムは非常に大きな進化をする可能性をもっていると思います。そして心の育ちをゆっくり支える総合的な特別支援学校を増やす。今、このことを実現できるのは、病弱の特別支援学校しかないのではないかと考えています。

おわりに「全病連」検索 心の育ちを支援する3部作完成

私が今から10年くらい前、平成17年から国立特別支援教育総合研究所で、心の育ちを支援する冊子というものを作りました。最初は、支援冊子の心編です。その後、2番目として、全国から事例を集めるのが非常に困難でしたけれども、2部作をつくりました。これは、統合失調症を含めた精神疾患、3番目は主に発達障害の子どもの事例が書いてあります。いかに一部の病弱の特別支援学校ですけれども、3年間を通じて本当に教員の先生方の努力がここに書かれてあります。

これらのことを前提にしながら今日の議論を進めていくのはどうでしょうか。

日本育療学会は、これらの課題に関係する、おそらく一番幅広い分野の方々が参加されている学会ではないかと考えております。

○萩庭圭子 氏への質問

それで私の役割として、指定討論なので、まず萩庭先生のほうに質問を用意させていただきました。

長期入院児童生徒に対する教育支援に関する調査というものの説明をしていただきました。そこから見える病弱教育の課題というものが何で、その対策として現在進んでいる施策は何かという事があります。

○三平元 氏の質問

医療者というのはどうしても、自分が支援できる子どもに関してはすごく手厚く支援しますが、そこから落ちていく子どもに対しては非常に手が薄いと思います。やはり支援から漏れる子どもをどうするかという、セーフティーネットをどう構築するのか、これはやはり公的なセクションの役割ではないかと思います。これが本来の意味で、慢性疾患児童等の地域支援協議会が担う事ではないか考えています。先生の実際に診療されている中でのご経験も交えてお聴きできればと思います。

○小林信秋 氏への質問

教育に対して小林さんは、「すごく自分はいいい経験をさせてもらった」というお話をさせていただきました。ただ、ここに集まられている先生方のような先生だけではないことで、教育との連携が難しいとおっしゃっていただいています。やはり、保護者から学校への働きかけというのは、実は非常に有効であると、私の経験で思います。そのように、保護者の立場から公教育へ働きかけて上手くいった事例や、やっぱり学校って敷居高いんだよねと考えている事例についてお聴かせいただけたらと思います。

以上です。

指定討論への応答

萩庭圭子氏

- ・長期入院児童生徒の調査を行ったことによって、学校や教育委員会等が、病気の子どもの教育について、振り返り考え直すいい機会になった。
- ・文部科学省の特別支援教育課から事務連絡ではあるものの、通知を发出することができたことは今後の病弱教育の推進には有効であったと考える。
- ・義務教育段階での転出入における事務手続きの簡略化を教育委員会に依頼しているところであるが、入院期間が短期する中で、学籍を移動しないケースも少なくない。
- ・高校生が入院すると、教育の機会を得ることができないことが調査により明らかとなった。遠隔授業、通級による指導の制度を試みているところである。
- ・教員に加えてスクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカーなどの多様な専門スタッフによる「チーム学校」が病気の子どもの教育支援につながるというと考えている。

三平元氏

- ・医療従事者という職種は、病院に来てくれた患者さんの病気の事は当然ながら深く診る。病気に関する説明や日常生活に関する注意などの説明はできる。しかしながら、学校でどのような問題が起きていて、それに対して何かアドバイスができるかについては、子ども本人や両親が訴えてくれないとわからない。私達医療従事者は、学校でどのような教育が行われ、学校の先生の悩みは何なのかということは、わからない。
- ・学校で、てんかんによるけいれん発作がおきたらどうするのか、との問いには、すぐに救急車によって病院へ搬送すればいいと考えます。この辺りに、医療関係の者と学校の先生方との考え方のギャップみたいなものがまだまだあり、お互いの相互理解がなされていない、その機会がないということではないのかと思う。
- ・支援からこぼれ落ちる子どもって何なんだろうと考えると、二通りあると思います。一つ目は、

結構困っていることがあるにもかかわらず、子どもや家族には、SOSをどこに発するという発想がそもそもない場合である。困ったことがあったら助けを求めるということを小さいときから教えるという患者教育が必要である。医療従事者は、幼稚園児、小学生、中学生、高校生という発達段階と理解の程度に合わせて教育していかなければいけない。二つ目は、支援して欲しくて相談しているんだけど、支援策がないとか限界があるという場合である。この場合は、民間の支援団体という存在がその地域の相談や支援の仕組みとしては作っておくことがいいのではないかと考える。

- ・慢性疾病等地域支援協議会などの地域のセーフティーネットを作る条件は、とにかく支援関係者が集まって、顔の見える関係を構築して、その地域で実際に行われている取り組みについて皆で情報共有して、駆使してそれぞれのサービスを利用するという事に尽きる。

小林信秋氏

- ・公教育において、子ども達が主役になってない。教え育む対象である子どもという存在に対して教育において何をするのかをまず考え、制度や仕組みは後から考える。支援策に限界があるのは、役所が役所の都合で枠を作っているからであり、その枠にうまくはまる人間ばかりではない。
- ・私達は教育というよりも、教員から良くしてもらった。担任だった教員が何人かいて、一人ひとりの教員が、子どもをよく見てくださり、家族もサポートして、母親の相談にも乗ってくださった。最近では、社会全体が変わり、患者側も権利意識が強くなり、学校や教員にいろいろなことを言う。学校や先生たちもだんだんと腰を引きながら親の話を聴くことになる。こうして、お互いの距離が少しずつ離れてしまっているように感じざるを得ない。
- ・小児慢性特定疾病児童等自立支援事業において、小児慢性特定疾病児童等自立支援員の配置は必須事業であることを申し添え、このことを皆さんと確認したい。

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)

編集事務局 平賀健太郎 石川 慶和

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、実験論文などとする。
 - ・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、学会の主旨に関連あるその時々 of 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。

編集後記

今回の特集は、「病弱教育と発達障害」です。近年、特別支援学校（病弱）においては、不登校等適応に問題を抱える多くの児童生徒が在籍しています。そして、これら適応に問題を抱える中高生の7割以上に発達障害があることが明らかにされています。教育行政上、「発達障害や不登校は本来の病弱教育の対象ではない」とする自治体もあり、特別支援学校（病弱）の統廃合が進んでいる現状があります。しかし、発達障害のある子どもは障害特性が理解されにくいいため、周囲になじめなかったり、いじめなどを受けたりする場合があります。そして、二次障害として心身症や適応障害等になれば、これらは、病弱教育の対象となってくるわけです。特別支援学校（病弱）においては、このような児童生徒の指導・支援のあり方が喫緊の課題となっています。その解決の方向性を示すことができたらと期待を込めながら育療60号をお届けします。

2017年2月18日

文責 武田 鉄郎

日本育療学会機関誌「育療」 第60号

平成29年2月20日 印刷

平成29年2月28日 発行

編集・発行 日本育療学会理事長
小畑 文也
「育療」編集委員長
武田 鉄郎

日本育療学会事務局

〒112-8606 東京都文京区白山5-28-20

東洋大学文学部教育学科 滝川国芳 研究室 気付

電話 03-3945-8019

メールアドレス nihonikuryo@ybb.ne.jp

ホームページ <http://nihonikuryo.jp>

印刷所 株式会社 少国民社

〒400-0851 山梨県甲府市住吉1-13-1

育療59号高野論文の修正掲載について

「育療」59号につきまして、8ページから15ページに掲載されております原著論文「特別支援学校における看護師と養護教諭の医療的ケアの実態と連携」の著者、高野政子先生のご所属に誤りがございました。正しくは、「大分県立看護科学大学」です。著者の高野政子先生をはじめ、会員の皆様にお詫び申し上げます。

誤りを正しました修正版を掲載いたします。

特別支援学校における看護師と養護教諭の 医療的ケアの実態と連携

大分県立看護科学大学 高野 政子

Abstract

This study was aimed to clarify the cooperation, implementation of medical care, and recognition of the role, of school nurses and nurses who work in special needs education schools. Participants were 39 nurses and 30 school nurses who work in special needs education schools. The experience of clinical nurses was in adult nursing more than childhood nursing, and they were part-time workers about 6 hours or less. The concerning of the roles of the school nurse and the clinical nurse, compared to the school nurses the nurse group alone conducted observation and judgment related activities during the implementation of medical care, and ongoing medical care. On the other hand, concerning the contact between teachers and parents, health care, and items related to adjustment, the school nurse group mainly carried out these activities. Although nurses were requested for specialized knowledge and technical support from teachers and school nurses, they had anxiety and confusion, because they didn't have sufficient pediatric nursing experience.

Key words : special needs school, medical care, nurse, school nurse

I. 緒言

近年、在宅生活の理念の広がりや、医学・医療技術の進歩等により、医療的ケアの必要な子どもの在宅療養化が進み、地域の特別支援学校への就学ニーズが高まりをみせ、医療的ケアを必要とする児童生徒は増加傾向にある¹⁾。2004年10月20日付で文部科学省から「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取り扱いについて」通知が出され、特別支援学校への看護師配置が本格化された。2008年度の文部科学省特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査では、医療的ケアが必要な幼児児童生徒数は6622名で、延べ15375件の医療的ケアを必要としており、前年に比べ増加している。対象児の通う学校数580校のうち看護師配置校は393校、そこで働く看護師は893名である²⁾。全国の教育体制整備についてみると、医療的ケアの運営協議会の設置の有無や、医療的ケアに関わる教諭や看護師の研修が未実施の都道府県もある

ほか、医療的ケアの実施が「看護師のみの実施」「看護師と教諭の実施」など違いがある。全国的都道府県や市により取り組みには格差がある。また、看護師の配置を事業化している場合でも、「非常勤」や「委託」であり、固定した看護師が継続的に関わっていないことや、看護師の導入のために教諭配置を看護師に変更したことで、教諭と看護師の間に雇用に関する問題が生じている。教育現場に配置された看護師にとって、これまで学校保健の役割を担ってきた養護教諭との間の役割分担の明確化が必要という指摘もある³⁾。先行文献では、特別支援学校に勤務する看護師の活動状況や意識についての研究報告は散見するのみである。

本研究の目的は、特別支援学校に勤務する看護師と養護教諭の医療的ケアの実態と、看護師と養護教諭それぞれがどのように役割を認識し、また連携しているのかを明らかにすることで

ある。医療的ケアの実施における看護師と養護教諭との連携の在り方、それぞれの専門性を発揮するための基礎資料とする。

操作的定義

「医療的ケア」とは、特別支援学校に在籍する医療的な配慮が必要な特定の児童生徒に行う日常的・応急の手当てのことをいう。具体的には、①咽頭より手前の痰の吸引、②経管栄養、③自己導尿の補助である⁴⁾。

II. 方法

調査期間および対象者

調査は、2009年7月から9月末に実施した。調査対象者は、2008年度文部科学省特別支援学校医療的ケア実施体制状況看護師配置等報告書から「看護師配置方法が委託ではなく、常勤か非常勤による」という条件を満たす九州・沖縄・中国地区で、文部科学省の特別支援教育に関する調査²⁾で、看護師配置有と記載していた県の教育委員会に直接電話で連絡をとり、看護師を配置している特別支援学校を紹介して頂いた。各学校長宛に調査の目的・概要などを説明した協力依頼文を郵送した。承諾書が得られた7県、46校に特別支援学校に勤務している看護師と養護教諭に各校2部ずつと看護師を複数配置していた3校に3部追加し合計95部を依頼文、質問紙と返信用封筒を郵送した。各自の郵送による返信を文書で依頼して回収した。

調査方法および調査内容

調査は、先行研究を参考に独自に作成した無記名の自記式質問紙法で実施した。調査内容は、看護師には、属性（年齢、看護師の経験年数、小児看護の経験年数、看護実践領域、勤務のきっかけ、勤務形態、勤務日数、勤務時間、担当学校数、医療的ケア実施人数、処置件数、養護教諭との連携）12項目、医療的ケアや健康管理に関する役割23項目、養護教諭との連携についての自由記述で合計36項目とした。養護教諭には、属性（年齢、養護教諭の経験年数、特別支援学校での勤務

年数、看護師免許の有無、医療的ケアの実施の有無、実施件数、医療的ケアの実施人数）7項目、医療的ケアの研修について2項目、医療的ケアや健康管理に関する役割23項目、看護師との連携についての自由記述で合計33項目とした。医療的ケアや健康管理に関する役割の認識については、「医療的ケア必要児の特別支援学校での健康支援を巡る役割に関する各職種の関与度⁵⁾」を用いた。各質問に、「常に行う」「特別な場合に行う」「あまり行わない」「行わない」の4段階のリッカート法で回答を求め、4点から1点の得点化した。

統計的分析

データの分析では、対象者の属性を記述統計した後、看護師と養護教諭の医療的ケアや健康管理に関する役割の認識については、看護師群と養護教諭群の2群でt検定した。統計ソフトSPSS ver.17.0を用いた。有意水準は5%とした。

倫理的配慮

対象者には参加は自由意思であり、参加しなくても不利益を受けないこと、データは統計的処理を行うので個人や地域、施設が特定されることはないこと、結果は学会及び学会誌等に公表したいと考えているが、目的以外に使用することはないこと、返信により承諾されたと考えることなどを文書で説明した。本研究は、研究者が所属する大学の研究倫理安全委員会の審査で承認を得た（承認番号:368）。

III. 結果

1. 対象者の属性（表1）

今回の調査では7県、46校に看護師と養護教諭に各校2部ずつと看護師を複数配置していた3校に3部追加し合計95部を配布し、69部（回収率72.6%）の回答が得られた。回収したものは欠損が集計上問題ないと判断し、すべてを有効回答とした。対象者は、看護師が39名（56.5%）、養護教諭が30名（43.5%）であった。勤務体制は、養護教諭は全員常勤であったが、看護師は非常勤が38名（97.4%）で、常勤は1名（2.6%）のみであった。

表1 看護師と養護教諭の属性

	看護師(n=39)		養護教諭(n=30)		
	n	%	n	%	
勤務体制	常勤	1	2.6	30	100
	非常勤	38	97.4	0	0
年齢	30歳以下	2	5.1	11	36.7
	31～40歳	13	33.3	4	13.3
	41～50歳	14	35.9	8	26.7
	51歳以上	9	23.1	7	23.3
	不明	1	2.6	0	0
経験年数	10年未満	9	23.1	11	36.7
	10～20年	17	43.6	5	16.7
	20～30年	7	18	8	26.7
	30年以上	6	15.4	6	20
看護師免許	有	39	100	16	53.3
	無	0	0	14	46.7
一日にケアする対象児数	0人	0	0	23	76.7
	1～3人	10	25.6	5	16.7
	4～5人	17	43.6	1	3.3
	6人以上	12	30.8	1	3.3
合計	39	100	30	100	

た。看護師の平均年齢は44.2±9.5歳(25～62歳)、養護教諭の平均年齢は40.3±12.4歳(22～58歳)、看護師の平均経験年数は17.8±10.2年(4年6ヶ月～40年)、養護教諭の平均経験年数は17.5±13年(5ヶ月～37年5ヶ月)であった。養護教諭で看護師免許を有する者は16名(53.3%)であった。また、養護教諭が医療的ケア研修に参加した経験では、参加有りが24名(80.0%)、参加無しは5名(16.7%)であった。研修会の主催は県教育委員会と学校内の企画であり、内容は主に医療的ケアの基礎知識等であった。一方、一日にケアする対象児数は看護師では「4～5人」が17名(43.6%)と最も多く、「6人以上」が12名(30.8%)、「1～3人」が10名(25.6%)であった。養護教諭は「医療的ケアを実施していない」が23名(76.7%)と多く、「1～3人」が5名(16.7%)、「4人以上」が2名(6.6%)であった。

2. 看護師の勤務状況(表2)

看護師の過去の臨床看護実践の領域については、複数回答とした。その結果、成人内科系26名(28.3%)が最も多く、成人外科系23名(25.0%)。その他16名(17.4%)で、内訳は手術室や救急部、産婦人科、放射線科などの経験であり、半数以上の看護師は過去に小児看護を経験していないことが明らかとなった。また、小児病棟15名(16.3%)、小児外来6名(6.5%)、療育施設6名(6.5%)などであった。特別支援学校に勤務しようと思ったきっかけは、「勤務時間の都合」13名(33.3%)が最も多かった。次に「知人の紹介」10名(25.6%)、

表2 看護師の勤務状況(n=39)

	n	%	
看護経験(複数回答)	成人内科系	26	28.3
	成人外科系	23	25.0
	小児病棟	15	16.3
	小児外来	6	6.5
	療育施設	6	6.5
	その他	16	17.4
きっかけ	勤務時間の都合	13	33.3
	知人紹介	10	25.6
	興味	6	15.4
	自宅に近い	1	2.6
	その他	5	12.8
	不明	4	10.3
勤務時間	6時間	24	61.5
	4時間	7	18.0
	5時間	3	7.7
	7時間	3	7.7
	8時間	1	2.6
	不明	1	2.6
担当学校数	1校	36	92.3
	2校	3	7.7
	合計	39	100.0

「興味」6名(15.4%)で、その他のきっかけでは「子どもが好きだから」、「ゆっくり子どもと関わる仕事がしたかったから」など回答されていた。勤務時間は、6時間24名(61.5%)が最も多く、4時間7名(18%)、5時間3名(7.7%)、7時間3名(7.7%)、8時間1名(2.6%)であった。担当学校数は1校担当するのが36名(92.3%)で、2校担当する3名(7.7%)もいた。

3. 看護師が1日に行う医療的ケアの内容(表3)

看護師が1日に行う医療的ケアについては、全体数を39名とした割合を算出した。吸引「4回以上」が15名(39.5%)と最も多く、「3回」9名(23.9%)、「1回」6名(15.8%)、「2回」5名(13.2%)で合計92.4%であった。また、経管栄養は「2回」が12名(30.8%)、「4回以上」11名(28.2%)、「3回」9名(23.1%)など合計92.1%であった。酸素療法も「実施なし」30名(76.9%)で、「1回」7名(18.0%)であった。吸入は「1回」15名(38.5%)が最も多く、「実施なし」14名(36.0%)であった。また、気管切開児の管理では「実施なし」17名(43.6%)で、「1回」7名(18.0%)、「3回」6名(15.4%)、「2回」6名(15.4%)で合計48.8%が実施経験ありであった。気管カニューレ「2回」1名、経鼻咽頭エアウェイ「1回」1名で、人工呼吸管理も6名が実施していた。その他の導尿は

「実施なし」31名(79.5%)であった。

4. 看護師と養護教諭の医療的ケアや健康管理に関する役割の認識(表4)

看護師と養護教諭に毎日の業務の中で医療的ケアや健康管理23項目の質問について、実施状況を

4段階で回答を得た。看護師群と養護教諭群の2群についてt検定を実施した。この2群間で統計的に有意差を認められたのは次の15項目であった。「日常の医療的ケアを実施する」(看護師 $3.90 \pm 0.38 >$ 養護教諭 1.33 ± 0.76 (以下同じ))、「準備や後片付けを実施する」($3.82 \pm 0.51 > 1.62 \pm 1.02$)、「ケアに

表3 看護師が1日に行う医療的ケアの内容(n=39)

	0回		1回		2回		3回		4回以上		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
吸引	3	7.9	6	16	5	13	9	24	15	40	38	100 ※
経管栄養	1	2.6	6	15	12	31	9	23	11	28	39	100
導尿	31	80	3	7.7	3	7.7	1	2.6	1	2.6	39	100
酸素療法	30	77	7	18	1	2.6	1	2.6	0	0	39	100
吸入	14	36	15	39	5	13	2	5.1	3	7.7	39	100
気管切開管理	17	44	7	18	6	15	6	15	3	7.7	39	100
気管カニューレ	38	97	0	0	1	2.6	0	0	0	0	39	100
経鼻咽頭エアウェイ	38	97	1	2.6	0	0	0	0	0	0	39	100
人工呼吸管理	33	85	6	15	0	0	0	0	0	0	39	100

(※吸引のみ1名無回答)

表4 医療的ケア・健康管理に関する役割の認識(n=69)

質問項目	看護師(n=39)		養護教諭(n=30)		t検定
	平均	SD	平均	SD	
Q1 日常の健康状態を観察する	3.95	± 0.32	4.00	± 0.00	n.s.
Q2 日常の健康管理面での対応を判断する	3.56	± 0.68	3.64	± 0.68	n.s.
Q3 日常の医療的ケアのタイミングの判断	3.69	± 0.66	2.13	± 1.01	**
Q4 日常の医療的ケアの実施	3.90	± 0.38	1.33	± 0.76	**
Q5 医療的ケア実施中の健康状態の観察	3.95	± 0.32	2.30	± 1.12	**
Q6 準備や後片付けの実施	3.82	± 0.51	1.62	± 1.02	**
Q7 ケアに伴う不安や不快感への援助	3.67	± 0.53	2.17	± 1.09	**
Q8 医療的ケア実施中のトラブル対応の判断	3.72	± 0.51	2.52	± 1.06	**
Q9 緊急時の医療的ケアの実施	3.50	± 0.60	1.93	± 1.05	**
Q10 緊急時の対応についての判断	3.47	± 0.65	2.77	± 1.10	*
Q11 発達や健康面を考慮した生活援助や指導を児に行う	2.51	± 0.89	2.76	± 0.91	n.s.
Q12 医療的ケアの方法の工夫や改善の提案	3.31	± 0.66	2.59	± 1.09	*
Q13 医療的ケアについて情報提供や助言を保護者や職員に行う	3.34	± 0.63	2.69	± 1.00	*
Q14 健康管理全般について情報提供・助言を保護者や職員に行う	2.95	± 0.79	3.28	± 0.84	n.s.
Q15 医療的ケアについて保護者と学校間の連絡・調整を行う	2.72	± 1.03	2.96	± 0.96	n.s.
Q16 健康管理全般について保護者と学校間の連絡・調整	2.18	± 1.09	3.18	± 0.86	**
Q17 健康管理をめぐる学校の職員間の連絡・調整	2.13	± 1.04	3.38	± 0.90	**
Q18 医療機関(学校医含)と学校間の連絡・調整	2.18	± 0.90	3.20	± 0.93	**
Q19 学校内の医療的ケアを必要とする児について全体を把握する	3.74	± 0.60	3.76	± 0.64	n.s.
Q20 医療的ケアの物品の管理やメンテナンス	3.36	± 0.99	2.33	± 1.18	**
Q21 学校における医療的ケアの研修や体制の整備	2.21	± 0.94	2.80	± 1.32	*
Q22 学校における医療的ケアの関係書類を整理しまとめる	3.08	± 1.09	2.87	± 1.25	n.s.
Q23 学校における医療的ケアの話し合いを企画し取りまとめる	2.13	± 0.91	2.37	± 1.25	n.s.

t検定 **p<0.001 *p<0.05

伴う不安や不快感への援助を行う」(3.67±0.53>2.17±1.09)、「緊急時の医療的ケアを実施する」(3.50±0.60>1.93±1.05)、「医療的ケアの物品の管理やメンテナンスを行う」(3.36±0.99>2.33±1.18)の5項目(p<0.001)と、医療的ケアの方法や改善の提案」(3.31±0.66>2.59±1.09)、「医療的ケアについて情報提供や助言を保護者や職員に行う」(3.34±0.63>2.69±1.00)でも2群間に有意差(p<0.05)を認めた。すなわち、医療的ケアの実施に関する7項目において、看護師群が養護教諭群より役割として認識していた。また、「日常の医療的ケアのタイミングを判断する」(3.69±0.66>2.13±1.01)、「医療的ケア実施中の健康状態を観察する」(3.95±0.32>2.30±1.12)、「医療的ケア実施中のトラブル対応を判断する」(3.72±0.51>2.52±1.06)など医療的ケア実施中の観察や判断に関する4項目で看護師群が養護教諭群よりも実施していると認識していた(p<0.001)。一方、「健康管理全般について保護者と学校間の連絡・調整を行う」(看護師2.18±1.09<養護教諭3.18±0.86(以下同じ)、「健康管理をめぐる学校の職

員間の連絡・調整を行う」(2.13±1.04<3.38±0.90)、「医療機関と学校間の連絡・調整を行う」(2.18±0.90<3.20±0.93)など健康管理や保護者・職員間の連絡、調整に関する3項目(p<0.001)と、「学校における医療的ケアの研修や体制整備」(2.21±0.94<2.80±1.32)で、養護教諭群が看護師群よりも役割と認識していた(p<0.05)。

5. 看護師と養護教諭との連携に関する意見(表5)

看護師と養護教諭との連携について、自由記述で意見を求めた結果、43件が得られた。自由記述は具体的な記載内容を類似性で分類してカテゴリー分類して分析した。その結果、「情報交換・情報共有」は27件で最多で、情報交換の頻度14件や場所11件、内容5件であった。情報交換は児童や生徒が登校時に行う健康観察を両者で共に行い、業務日誌で情報を共有していることや、お互いの専門分野の知識の助言などを行っていることであった。また、「連絡・相談」16件の内容は、医療的ケアで気になることやケアの内容などを相

表5 養護教諭との連携に関する自由記述(n=45件)

カテゴリー	サブカテゴリー	コード(記述内容)
情報交換・情報共有(27)	情報交換の頻度(14)	常にコミュニケーションをとり対象児の情報交換をこまめにしている(5) 異常、変と思ったとき情報共有し、お互い注意し観察を行っている 毎日登校時の健康観察、対象児に関して情報交換を行っている(4) 登校時の健康観察後と一緒に、退勤時にも報告している(2) 毎日の執務日誌 月1回の保健室ミーティングの実施している 月に2回会議で話し合っている
	情報交換の場所(11)	看護師の詰所(待機場所)は保健室で、口頭・文書・メール・電話交換や会話の中で情報交換をしている(9) 毎朝、児童登校時に養護教諭が来れないときは報告を保健室まで行って実施する。自分から行かないと情報を得られない時があり、連携の難しさを感じる 保健室とケアを行う場(待機場所)が遠いためコミュニケーション不足になりやすい
	情報交換の内容(5)	毎日生徒の健康状況やケアの内容、困った事などを話し合う(2) 適宜生徒の状態報告を行っている。必要時、対象児の健康状態、医療的ケア実施の際の注意点などを話し合う(2) 保護者や教員から情報を得た場合や児童・生徒の体調の変化等は常に報告している
報告・連絡・相談(16)	双方の助言(1)	情報の共有し、看護師と養護教諭お互いの分野での助言などを行う
	相談の内容(8)	医療的ケアの処置の中で気になることや気づいたことは相談する(5) 登校時、バイタルサイン、SpO2の変化を報告。分からないことは相談する すべてのことを報告し合い、問題あれば解決するようにする。ミーティングを開き、関係者で共通理解する(2)
	問題・変化がある都度相談(5)	登校時の健康観察後にケアについてや気になることについて話し合う。途中変化があった場合は相談し合ったり確認し合う(5)
	報告の内容(3)	医療的ケアの対象児の観察した点や、親からの申し送り内容は報告している。 毎朝、健康観察後、適宜報告し合う(2)
協働(2)	処置の手伝い	処置が重なったときなど出来ることは手伝ってもらう
	担任と養護教諭協働	主に担任と養護教諭の共働で実施してもらう。経過および保護者への連絡等担任、養護教諭の協力をもらう

談し、親からの申し送りも報告しあっていた。一方、2者間の連携を困難にする状況として、看護師の待機場所のことで、保健室とは別室で待機する部屋が遠いことで情報が得られない、情報交換をしにくいという意見が記述されていた。

IV. 考察

1. 特別支援学校における看護師の勤務状況

厚生労働省の報告書によると、特別支援学校における医療的ケアの実施体制は全国的に整備されつつある。しかし、大部分の看護師は非常勤のパート勤務が現状であり、非常勤の立場では、十分な時間や予算が確保できずに研修が受けられない⁵⁾と指摘されている。今回の調査では9割の看護師が非常勤であった。また、養護教諭の8割が、医療的ケアの研修に参加した経験があるが、医療的ケアを実施していると回答した養護教諭は2割強であった。また、養護教諭の5割強が看護師の資格免許を有するが、医療的ケアの実施している割合は少ないことが明らかになった。医療的ケアの実施は看護師の役割であり、養護教諭の役割は医療的ケアの学内研修会の企画や調整という認識であった。看護師は医療的ケアの研修に参加することで医療的ケアについて理解を深めることができていると考える。また、特別支援学校に勤務する看護師の臨床経験は、成人看護領域が小児看護領域よりも多く、看護師は病院等での臨床経験を有するが、小児看護の経験や、重症心身障がい児に接する機会がなかったり、医療的ケアを行ったことがない看護師も多数いる⁶⁾という指摘と同様の結果であった。また、勤務するきっかけは「勤務時間の都合」が最多であった。勤務時間は6時間が最も多く、児童生徒の学校にいる時間帯に合わせて勤務して医療的ケアを実施していた。医療的ケアが必要な児童・生徒は重症化しており、医療的ケアだけではなく、痙攣や急変時の対応などを行う必要がある。「勤務時間の都合」が理由で特別支援学校に勤務し始めた看護師が学校で期待される職務の特徴の理解に乏しい場合、校内に医師がいない看護師一人配置が多い体制に戸惑いや不安があることが考えられる。

2. 特別支援学校で看護師が1日に行う医療的ケアの内容

看護師が実施している医療的ケアの内容で最も多かった項目は吸引であった。重症心身障がい児は、排痰に必要な深い吸気や胸郭・横隔膜の強い収縮ができないために、痰が肺や気管に貯留しやすいため、吸引は数時間おきに必要である⁷⁾。気管切開児の管理も約5割が経験し、人工呼吸器の管理も実施していた。また、経管栄養も同様に9割を超えて実施していた。導尿は約2割ということが明らかとなった。吸引や経管栄養、導尿は養護教諭や教諭に推奨されている医療的ケアであるが、今回の調査で、医療的ケアとして実施している養護教諭は2割であった。限られた時間の中で、非常勤の看護師のみが医療的ケアを実施するには限度がある。このような現状で医療的ケアを必要とする児童生徒を受け入れるのであれば、養護教諭や教諭にも医療的ケアに積極的に取り組む必要がある。

特別支援学校の看護師が常勤ではないことや少人数での配置は厳しい現状が伺えるが、子どもと保護者の医療的ケアのニーズに対応し、教職員の理解を促すための学内研修会の企画などに協力し、養護教諭とともに特別支援学校における医療的ケアが浸透するように協働することが必要と考える。

3. 看護師と養護教諭の医療的ケアに関する役割の認識

医療的ケアに関する役割では、看護師が養護教諭よりも直接的な医療的ケアを実施するという認識であった。また、健康管理全般や、保護者・学校間・職員間の連絡調整等は養護教諭が実施するという認識であることが明らかになった。すなわち、看護師と養護教諭の連携には、医療的ケアに関する包括的な役割を看護師が主に行い、養護教諭が学校保健全体のコーディネーターを担っていくことが、それぞれの専門性を発揮できる職務である⁸⁾。今回の調査でも、看護師はケアの実践者、養護教諭は学校全体の健康管理に関する連絡等の役割を、連携を取りながら実施していた。また、

特別支援学校での看護師の役割として、医療的ケアの実施のほか、子どもの状態の観察、保護者の状態把握、担任教師や養護教諭などへの医学的知識や技術への支援が求められていた。養護教諭の自由記述に「看護師に専門性を高める研修を受けてほしい」という意見があり、看護師は医療的ケアの知識や技術の提供等に関する事項への他職種から期待されていると考えられる。一方で、「看護師は教えるプロではないので、教諭への指導は外部の講師が実施した方がよい」という意見を持っている看護師もいた。特別支援学校への看護師導入において、看護師は医療的ケアに対する教諭への指導・相談役割、医師との連絡調整役割を果たすことが期待されている⁹⁾。しかし、看護師が自身の役割について十分認識していないこと、非常勤であるため看護師が児童生徒の滞在時間に合わせて勤務していないことや、教諭・養護教諭に対してもサポートできないことなど、勤務時間内に医療的ケアを実践することのみを看護師の役割と認識していると考えられた。2004年の通知以降、看護師導入により医療的ケアの推進が図られてきている。近年では医療的ケアが必要な子どもの通う特別支援学校の看護師数は1450人と増加しており¹⁰⁾、今後の医療的ケアの推進が期待できる。

4. 看護師と養護教諭との連携と看護師への役割期待

看護師が考える養護教諭との連携に関する意見の中で、共通理解の項目で最多の項目は「情報交換」であった。看護師が養護教諭と同室にいる場合は、口頭で情報交換を行う場合が多かった。また、話し合いや連絡・相談の機会を設定し、共通理解をはかっている看護師もいた。学校という教育現場で、教育職と医療職が協働することとは、互いの情報交換や情報共有は不可欠なことである。看護師と養護教諭が保健室で同席している場合は連携がよく取れていると答えた。一方、看護師の待機場所が養護教諭のいる保健室と別室である場合は、「自分から行かないと情報を得られない時があり、連携の難しさを感じる時がある。」

等の連携のとりにくさを記述していた。看護師と養護教諭の両者が学校現場でそれぞれの専門性を発揮しながら連携することは、児童生徒により良い学校環境を提供するために重要である。本調査で、看護師と養護教諭の両方の自由記述に、特別支援学校の中で教諭は教育者としての知識は豊富であるが、医療的ケアについては知識や経験が乏しいという意見が記述されていた。特別支援学校の教諭や養護教諭は、看護師配置により医療的ケアに安心感が生まれ、子どもに心理的に親から自立（母子分離）にしたことや授業にも落ち着きが見られるなど良い効果が報告されている¹¹⁾。今後は、特別支援学校で勤務する看護師には、緊急時の対応などがよりスムーズに実施できる支援や、教諭や養護教諭と協働することで、教諭が医療的ケアを実施できるよう指導する能力も期待されている。

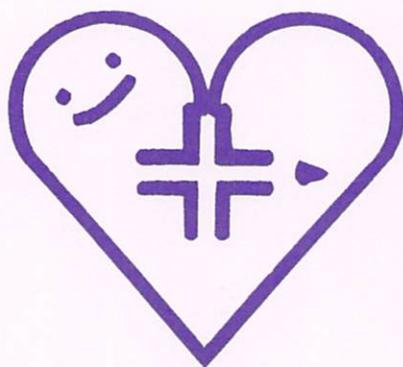
V. 結語

今回、特別支援学校に勤務する看護師と養護教諭の医療的ケアの実施における看護師と養護教諭の役割認識と、その連携について明らかにすることができた。特別支援学校で行う医療的ケアでは、看護師はほとんどが吸引や経管栄養を実施していたが、導尿は2割と少なかった。一方、看護師の9割が非常勤であり、労働条件の改善が課題である。また、医療的ケアや健康管理に関する役割の認知では、看護師は医療的ケアに関する事項で実施しているという認知が高く、養護教諭は、健康管理全般や保護者・学校間・職員間の連絡調整に関する事項で高かった。看護師と養護教諭の連携に関しては、両者の待機場所が保健室である場合、情報交換や情報共有等を密に実施できていたが、別室である場合は連携の困難を感じていた。特別支援学校に通学する学童や生徒の重症化に伴い、益々医療的ケアに係る職種間の相互理解と協働が重要と考える。

引用文献

- 1) 古川勝也 (2004) 盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等に医学的・法律学的整理に関するとりまとめ (概

- 要), 養護学校の教育と展望, 135, 48-51.
- 2) 文部科学省スポーツ・青少年局 (2009) 平成20年度特別支援学校に関する調査 (医療的ケア実施体制、訪問教育実施状況調査) 結果について.
 - 3) 津島ひろ江 (2006) 医療的ケアのチームアプローチと養護教諭のコーディネーション, 学校保健研究, 48, 413-421.
 - 4) 横田雅史 (2007) 小児看護事典, 日本小児学会監修・編集, へるす出版, 東京, 604-606.
 - 5) 丸山有希, 村田恵子 (2006) 養護学校における医療的ケア必要児の健康支援を巡る多職種間の役割と協働・看護師・養護教諭・一般職員の役割に関する現実認知と理想認知-, 小児保健研究, 65, 255-264.
 - 6) 勝田仁美 (2006) 養護学校において医療的ケアを実施する看護師の課題, 学校保健研究, 48, 405-412.
 - 7) 日本小児看護学会 特別支援学校において医療的ケアを実施する看護師の機能と専門性の明確化プロジェクト (2008) 特別支援学校看護師のためのガイドライン, jschn.umin.ac.jp/files/kensyuukaiannai080922.pdf
 - 8) 池田友美, 郷間英世, 永井利三郎ほか (2009) 肢体不自由養護学校における看護師と養護教諭の役割に関する調査, 小児保健研究, 68, 74-80.
 - 9) 萩原貴子, 高田谷久美子 (2003) 医療的ケアを常時必要とする児が教育を受けていく上で期待される看護師の役割—A養護学校での事例を通して—, 山梨大学看護学会誌, 2 (1), 43-48.
 - 10) 文部科学省スポーツ・青少年局 (2014) 平成26年度特別支援学校に関する調査 (医療的ケア実施体制、訪問教育実施状況調査) 結果について.
 - 11) 村尾まさみ, 中村静代, 五嶋豊美ほか (2007) 特別支援学校への病棟看護師の配置における効果と課題, 第38回日本看護学会抄録集-小児看護-, 88.



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**