

育療

13

1998.11

日本育療学会第4回学術集会並びに第3回研究・研修会案内……………1

《特別寄稿》

- ・ 気管支喘息児の心理的問題とその改善……………吾郷 晋浩… 5
- ・ 喘息児の自己管理能力を高めるために……………内田 雅代…16

特集

——医療と教育実践——

- 喘息児に対する学校教育の治療の上の効果……………西牟田 敏之…22
- ∴ 喘息児の心理的不適応の理解と改善に関する取り組み……………西原 昇次…24
- 『小児がんの子どもに対する学校教育の治療上の効果』
と期待……………気賀沢 寿人…29
- ∴ 血液疾患などの子供達への教育（二つ橋養護学校）……………院 内 学 級…31
- 不登校の子どもへの教育とは何か……………竹内 直樹…33
- ∴ 不登校児A子への指導実践……………越前 寛…35
- ∴ 高等部における養護・訓練「総合」の取り組み……………法邑 三知夫…39

《学校紹介》

- ・ 病弱虚弱児の教育に取り組んで（門司養護学校）……………原岡 毅…45
- ・ 医療と教育は両輪の関係（貝塚養護学校）……………清水 広美…49

《育療》既刊号——主な内容……………44

- ・ （エンカウンター・グループ）についてのメモ……………53

日本育療学会会則……………54

日本育療学第4回会学術集会並びに第3回研究・研修会

1. 日時 平成11年2月27日(土)～28日(日)
2. 会場 神奈川県社会福祉会館
〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡4-2 TEL 045-311-1421 (代表)
3. 主催 日本育療学会
4. 後援 文部省、厚生省、神奈川県教育委員会、横浜市教育委員会、全国病弱養護学校長会、*全国病弱虚弱教育研究連盟、全国病弱虚弱教育学校PTA連合会、*全国「腎炎・ネフローゼ児」を守る会、*全国知的障害養護学校長会、*神奈川県精神薄弱教育研究会、小児慢性疾患療育研究会、日本児童家庭文化協会、*難病子供支援全国ネットワーク、*神奈川県小児科医会、*横浜市小児科医会、朝日新聞社、毎日新聞社、読売新聞社、神奈川新聞社
*印 後援依頼交渉中
5. 参加者 心身の健康に問題をもつ子供の家族、子供とかかわりをもつ医療、教育、心理、福祉等の関係者
6. 参加費 会員 4,000円 非会員 5,000円
7. 懇親会参加費 4,000円 27日(土) 午後5時より神奈川県社会福祉会館食堂で開催します。
8. 学術集会並びに研究・研修会テーマ 「子どもの心とからだ」
9. 日程

《第1日：2月27日》9:40～12:00

【学術集会】

- 9:10～ 受付
9:40～10:15 開会行事
司会進行：宮田 功郎 元 町田市教育研究所所長 日本育療学会副会長
会長挨拶 加藤 安雄 日本育療学会 会長
会務報告(総会に代えて) 佐藤 隆 日本育療学会事務局長
10:25～12:00 記念講演
(10:25～10:30) 講師紹介：加藤 安雄 日本育療学会長 横浜国立大学名誉教授
(10:30～12:00) 演題 「生体防御のメカニズム」(仮題)
講師 奥村 康 先生 順天堂大学医学部教授

【研究研修会】

＝第一分科会 小児腎臓病＝

《第1日：2月27日》13:00～16:30

- 司会進行：小竹 正明 元 神奈川県特殊教育諸学校長会会長 日本育療学会理事
講師紹介：石橋 祝 元 東京都立児童保健院院長 日本育療学会副会長
13:00～13:50 (50) 基調講演(1)「小児腎臓病の治療の現状と問題点」
講師：倉山英昭 国立療養所千葉東病院小児科医長
14:00～14:50 (50) 基調講演(2)「腎不全の最近の治療」
講師：本田雅敬 東京都立清瀬小児病院小児科医長
15:00～15:40 (40) 教育講演「小児腎臓病児の自己管理を困難にする要因」
講師：春木繁一 東京女子医大 腎臓病総合医療センター

15:50～16:30 (40) 教育講演「小・中学校における腎・ネフ児への対応の現状と課題」

講師： 交渉中

16:30～ 事務連絡

《 第2日 2月28日 》 9:40～16:00

9:10～ 受付

「小児腎臓病の現状と課題」 (本人、家族、教員、看護それぞれの立場から)

司会進行：佐藤 栄一 国立療養所足利病院心理療法士 日本育療学会理事

座長紹介：小林信明 難病のこども支援全国ネットワーク事務局長 日本育療学会副会長

座長：医師：酒井 糾 前 北里大学病院副院長

9:40～10:10 (30) (1)本人：「ネフローゼと私」 (酒井ドクター紹介)

本人： (")

10:10～10:40 (30) (2)家族：「腎ネフ児の親の思い」小太刀 進 全国「腎・ネフ児を守る会」会長
(10) 休憩

10:50～11:20 (30) (3)教員：「腎ネフ児の教育」 ○○○○ 二つ橋養護学校教諭

11:20～11:50 (30) (4)看護：「長期療養児の看護」 (吉武さん紹介)

(※ 30分の中に質疑応答を含む)

11:50～13:00 (70) 昼食・休憩

13:00～15:50 (170) シンポジウム

テーマ「小児腎臓病児の自己管理能力を高めるために」

司会進行：佐藤 栄一 国立療養所足利病院心理療法士 日本育療学会理事

座長紹介：吉武 香代子 元東京慈恵会医科大学看護学部看護学科長 日本育療学会副会長

座長：駒松 仁子 国立療養所東京病院付属看護学校

(13:00～13:05) 座長「本シンポジウム開催に当たり」

(13:05～13:20) (1)医師：中村 智子 横浜市立大学医学部付属浦舟病院小児科医長

(13:20～13:35) (2)看護：二宮 啓子 神戸市看護大学教授

(13:35～13:50) (3)心理：「腎臓病児の生活指導の在り方」堀越 由紀子 北里大学病院 総合相談室

(13:50～14:05) (4)教師：「養護学校での腎臓病児の自己管理能力を高めるための指導の実際」

○○○○ 千葉県立仁戸名養護学校教諭

(14:05～14:20) (5)家族：「腎臓病児の自己管理能力を高めるために 一家族の立場から」

(小太刀さん紹介)

休憩 (この間に質問事項等を集める)

(14:30～15:50) デスカッション及びまとめ

15:50～16:00 閉会挨拶 武志 豊 元全国「腎炎ネフローゼ児を守る会」事務局長 日本育療学会理事

第二分科会 自閉症

《 第1日 2月27日 》 13:00～16:30

司会進行：鈴木 茂 元 全国病弱養護学校長会会長 日本育療学会理事

講師紹介：松井 一郎 横浜市港北区保健所所長 日本育療学会副会長

13:00～13:50 (50) 基調講演(1)「自閉症の研究の動向(含む 定義をめぐって)」

講師：山崎 晃輔 東海大学医学部精神学科 教授

- 14:00~14:50 (50) 基調講演(2)「自閉症の治療と養護」
 講師：杉山 登志郎 静岡大学教育学部 教授
- 15:00~15:40 (40) 教育講演「自閉症児の教育をめぐる諸問題」
 講師：小林 重雄 筑波大学心身障害系教授
- 15:50~16:30 (40) 「養護学校に於ける自閉症の子どもへの対応の現状と課題」
 講師：関戸 英紀 横浜国立大学教育人間科学部助教授
- 16:30~ 事務連絡 17:00~ 懇親会

《 第2日 2月28日 》9:40~16:00

「自閉症の子どもの現状と課題」(家族、教員、看護の立場から)

司会進行：武田 鉄郎 国立特殊教育総合研究所病弱教育部主任研究官 日本育療学会理事

座長紹介：勝呂 宏 横浜市小児アレルギーセンター診療部長 日本育療学会理事

座 長：原 仁 国立特殊教育総合研究所病弱教育部研究部長

9:40~10:10 (30) (1)家族：江崎 康子 神奈川県自閉症児・者親の会連合会会長

10:10~10:40 (30) (2)家族：(江崎さん紹介)

(10) 休憩

10:50~11:20 (30) (3)教員：長沢 雅樹 新潟大学教育人間科学部講師

11:20~11:50 (30) (4)看護：上田 徳子 都立梅ヶ丘精神病院看護婦長

(※30分には質疑応答を含む)

11:50~13:00 (70) 昼食・休憩

13:00~15:50 (170) シンポジウム

テーマ「自閉症の子ども達の生活の向上を目指して」

司会進行：菅原 敏子 東京都立松沢病院医療相談係り

座長紹介：中塚 博勝 大利根旭出福祉園園長 日本育療学会理事

座 長：宮本 信也 筑波大学心身障害学系助教授

(13:00~13:05) 座長「本シンポジウムの開催に当たって」

(13:05~13:20) (1)医師：小林 隆児 東海大学保健科学部教授

(13:20~13:35) (2)看護： 未定

(シンポジウムの以下の日程は次ページ)

き り と り 線
 参 加 申 込 書

氏 名	参加分科会	連絡先住所	勤務先(職業)等		
	第一分科会 第二分科会	〒 勤務先(職業)等	TEL TEL		
参加費	A 会員 4,000円	B 非会員 5,000円	C 新会員 3,000円	懇親会参加 4,000円	

*「参加申込書」の記載・申し込み方法等は4ページを参照して下さい。

- (13:35~13:50) (3)心理：渡辺 匡隆 愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所能力開発部研究員
 (13:50~14:05) (4)教師：横倉 久 東京都立青島養護学校教諭
 (14:05~14:20) (5)家族：江崎 康子 神奈川県自閉症児・者親の会連合会会長
 休憩 (この間に質問事項等を集める)
 (14:30~15:50) デスカッション及びまとめ
 15:50~16:00 閉会挨拶：山本 昌邦 横浜国立大学教育人間科学部教授 日本育療学会理事

10. 会場図

会場

神奈川県社会福祉会館

〒221-0844 横浜市神奈川区沢渡4番地2
 TEL 045-311-1421 内線207/208

<横浜駅西口より徒歩約10分>

- *ダイヤモンド地下街一番奥の左側
 階段を上るとすぐ「ホテルリッチ」
- *ホテルリッチより徒歩6~7分

11. 申し込み方法等

- 1). 申し込み方法：「参加申込書」にご氏名・住所・電話番号・勤務先等をご記入の上、事務局宛お送り下さい。この場合、「参加費」、「参加分科会」及び「懇親会参加」の希望を○で囲んで下さい。日本育療学会会員は4,000円、非会員は5,000円、懇親会参加費は4,000円です。
- 2). 新会員ご希望の方：「参加費欄」の「AとC」の双方を○で囲み、新会員費3,000円と参加費4,000円の合計額をお送り下さい。「懇親会」参加者は懇親会費4,000円を加えてください。
- 3). 送金方法：「参加申込書」に記載した合計額を、郵便振込口座番号「00270-5-75557」・加入者「日本育療学会」宛ご送金願います。
- 4). 事務局：〒194-0022 東京都町田市森野1-39-15 事務局長 佐藤 隆 TEL・FAX 042-722-2203

〈特別寄稿〉

気管支喘息児の心理的問題とその改善

国立精神・神経センター 国府台病院
心療内科部長 吾郷 晋浩

はじめに

気管支喘息（喘息）の発症と経過に心理的因子が密接に関与していることは、すでに紀元前、医聖と謳われているヒポクラテスの言葉として残されている。20世紀に入って、アレルギー研究は急速な発展を遂げてきたが、それでもなおアレルギー疾患の発症と経過に心理的因子の関与を無視できないとする考え方は国内外において主張され続けている。

喘息の発症機序に対する心身医学的な考え方は、bio-psycho-socio-medical model¹⁾に基づくものであるが、bio-medicalな部分、すなわち喘息の身体医学ないしはアレルギー学の部分は、すでに詳しく述べられているので、ここではpsycho-socio-medicalな部分を中心に述べることにする。

喘息の発症機序と心理的因子の関与

喘息発作が起こってくる状況をよく観察していると、心理的因子が関与していると考えられる場合が少なくない。近年、喘息は代表的なアレルギー性疾患として抗体(IgE)産生能の亢進と気管支の過敏性の亢進、アレルギー性炎症によって発症すると考えられているが、その抗体産生能の亢進や気管支過敏性の亢進に、心理的因子が自律神経系とホルモン系、免疫系の中核を介して影響を与えていることが明らかになってきている(図1)²⁾。

一般に、喘息児とくに難治化しやすい患児には、幼児期より両親とくに母親から自分の考えや気持ちを受け入れてもらったという経験がほとんどなく、安心して自己主張ができなかったり、親の考えを一方向的に押しつけられ、それに従わなければ見捨てられる不安をかき立てられるような育てられ方をしている子どもが多く、自分の考えや気持ちを適切な

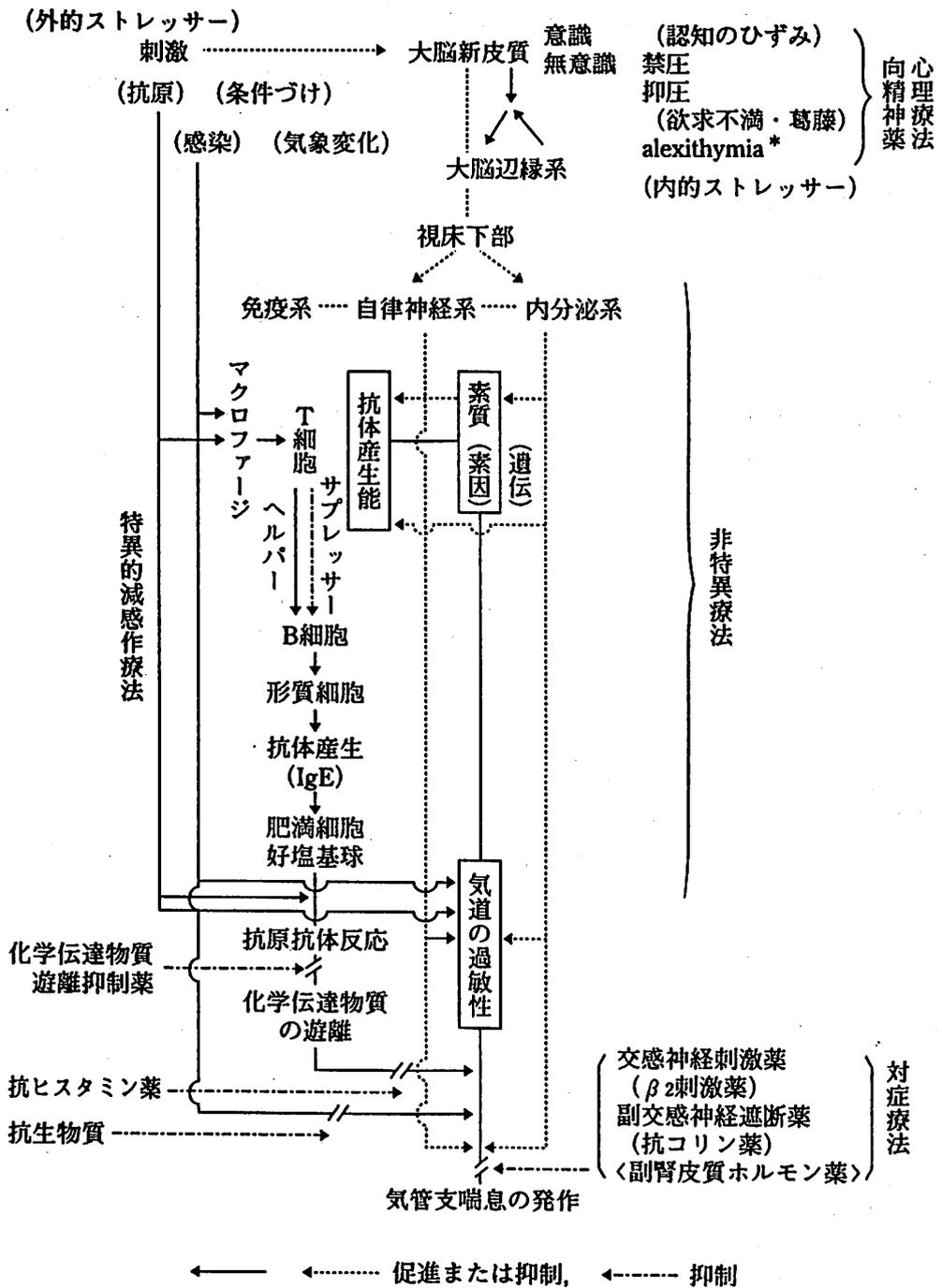
言葉で表現することが困難(alexithymia)³⁾な子どもや、自分の欲求や感情を抑えて親や身近な人の期待に応えようと過剰な適応努力を払い続けている子どもが多い。

とくに前者の状態は、大脳辺縁系でひき起こされた欲求や情動が、新皮質を使って適切な言葉で表現されて伝えられることなく、また合目的な行動によって満たされることなく抑え込まれた状態で、その状態が視床下部の自律神経系やホルモン系の中核、免疫系に影響を与え、身体症状の出現または増悪を容易にすることになるものと考えられるわけである。それは、臨床的に患児の気持ちを十分に表現できるようにと、とくに患児が自分の気持ちをうまく表現出来ない場合にはその気持ちに対応した適切な言葉で表現できるように援助していると、身体症状が軽快・寛解してくることからも裏づけられている。

小児喘息の自然寛解と難治化要因

小児喘息には、out・growthによる自然寛解がみられると云われてきた。筆者らは約25年前、福岡市南部の開業医の先生方と一緒に小・中・高校の児童・生徒約11,300名を対象に、小児喘息の発症と経過に関する調査を行い⁴⁾、その時点でまだ喘息が治っていなかった児童・生徒を対象として10年後再度調査を行った。その結果、10年前にまだ喘息が治っていなかった児童・生徒の約6割に自然寛解がみられた。この結果より小児喘息は、子どもから大人への心身の成長を積極的に促すことができれば、もっと自然寛解を容易にするものと考えられるが、現在はこれを妨げる要因が多くなっているのではなからうか。

近年、わが国の思春期・青年期における喘息死亡率が、成人期におけるそれよりも高い



(吾郷ら, 1984, 一部修正)¹⁾

図1 気管支喘息の発症機序 (仮説) と治療法

ことが注目されている^{5) 6)}。その要因として家屋構造の変化による抗原の増加や、大気汚染による刺激性物質の増加などだけでなく、現代の家庭、学校や社会における心理社会的ストレスなども強く関与しているものと考えられる。心身医学的には、特に後者の心理社会的ストレスが、自然寛解を妨げる要素として無視できないものと考えられる^{7) 8)}。

前述したように、小児喘息には思春期・青年期に入ると自然寛解するものが多いとされているが、それらの中には、成人後にまた再発してくるものも少なくない。そのような例として、女性喘息患者4例について述べる。いずれも幼小児期に発症して、アレルギー性因子をもったまま小学校高学年から中学にかけて自然寛解し、結婚前後に風邪をきっかけとして再発した症例である⁹⁾。その再発に関与した要因として、結婚による生活環境・生活習慣の変化だけでなく、嫁姑の葛藤など新しい家族関係における心理的な問題などが考えられ、その後の治療経過の中でそれらの心理的因子の解消が著効をもたらすことにより裏づけられた¹⁰⁾。

成人喘息はもちろん小児喘息も、風邪をきっかけに初発または再発したり、増悪したりすることが多い。一般に風邪と云うと、とかく身体的な因子だけに注目しがちであるが、風邪を引きやすくなる前の状況を心身両面より検討してみると、さまざまな生活状況の変化、家庭や職場における人間関係や役割の変化など適応努力を必要とする状態が持続しており、そのために免疫機能が低下し、風邪を引きやすくなったと考えられる場合が少なくない¹¹⁾。したがって、初発または再発のきっかけが感染であっても、心理的ストレスやライフスタイルに問題がある場合には、それらに対する適切なアドバイスが必要になる。また、一般にアレルギー性因子の関与が明らかになると、他の因子に対する配慮を怠りがちになるが、永田ら¹²⁾は、アレルギー性喘息であっても、アレルゲンが加わる前にストレ

スを加えておくと、ストレスを加えなかったときよりも激しい発作を起こして死亡する動物が有意に多くなることを実験的に確かめている。

ところで、母親は自分の子どもの喘息の発症と経過に関与している諸因子をどの程度気づいているのだろうか。(表1)は向山らの調査結果である。受診年齢により多少差がみられるが、予想通り「感染」が上位を占めている。心身医学的には、その感染の背後に心理社会的ストレスの関与がないかどうかの診断が重要になる。なお、母親の中には心理社会的な問題の関与に気づいているものが少ないという結果であった^{13) 14)}。

ライフサイクルと心理的ストレス

Erikson のライフサイクルの考え方にしたがって、子どもの発達段階における課題とそれぞれの時期に生じやすく、心理的ストレスとなりうる問題をあげると、(表2)¹⁵⁾のようになる。一般に思春期・青年期になっても自然寛解しにくい喘息児には、親子の基本的に安定した関係を経験していないものが多く、そのためにその後の人間関係でも安定した信頼関係をつくれず、自分の考えや気持ちを素直に表現できる対象をもてないことでストレス状態を持続させていることが多い。

最近、難治化している小児喘息の中に、両親が離婚している例も少なくない。そのような例では、離婚前より両親がケンカをする度に、自分の居場所である家庭が崩壊するのではないかと不安を抱き、それが現実となったことで両親だけでなく、世の中や他の人々への不信感を強め、自分にも自信がもてず、些細なことがストレスになっていることが多い。

これとは反対に、ごく普通の両親の家庭に育った子どもの喘息でも難治化する事がある。

幼小児期、とくに0歳から9歳までに発症して自然寛解せず、成人期に移行してきた喘息患者について、その発症と経過により大きな影響を与えたと思われる心理的因子を調べ

[表1] 喘息児の発症・悪化に関係のあった事例 (年齢別上位 10位まで)

幼児 (2~8歳)	小学生 (6~11歳)	中学生 (12~15歳)
1. 感染症 (26.5%)	感染症 (29.6%)	過労 (36.3%)
2. 過労 (25.4%)	過労 (18.5%)	感染症 (31.8%)
3. 発作の心配 (11.1%)	事 (6.2%)	新学期 (4.5%)
4. 母親の妊娠・出産 (7.4%)	担任の交代 (4.6%)	進級・進学 (4.5%)
5. 叱られたとき (7.4%)	発作の心配 (4.6%)	クラス替え (4.5%)
6. 欲求不満のとき (7.4%)	進級・進学 (3.8%)	学校での嫌なこと (4.5%)
7. 両親の喧嘩 (7.4%)	新学期 (3.8%)	発作の心配 (4.5%)
8. 楽しい出来事の前 (3.7%)	クラス替え (3.8%)	母親の妊娠・出産 (4.5%)
9. 母親の就職 (3.7%)	叱られたとき (3.1%)	
10.	欲求不満のとき (3.1%)	

[表2] ライフサイクルと心理的ストレスとなりうるもの

<p>1. 乳幼児期 : 基本的信頼感 (安定感)、基本的生活習慣 (自律性) 母親との関係—愛情・スキンシップ不足、見捨てられる不安など 家庭の雰囲気—両親の不和・別居・離婚、病気・死亡、嫁・姑の関係など しつけ—厳しすぎる (干渉しすぎる)、一貫性がない、放任など 同胞殿関係—弟妹の出生、親の愛情をめぐる葛藤など</p>
<p>2. 学童期 : 社会的適応性の基礎 (適格性) 家庭生活—両親との関係、母親不在 (カギっ子)、父親不在 (出稼ぎ、単身赴任)、 しつけ、両親の関係など 学校生活—友人や教師との関係、学業成績など</p>
<p>3. 思春期・青年期 : 自我同一性・性的同一性の確立 (主体性) 家庭生活—親からの自立 (依存・独立の葛藤) など 学校生活—友人や教師との関係、学業成績、進学問題、受験失敗、クラブ活動、 異性との関係など 社会生活—恋愛、結婚、就職など</p>

(吾郷, 1989…… 一部修正)

てみると、下の子が生まれてからが一番多く、
 ついで幼稚園と小学校に入ってからが多か
 った (表3)¹⁶⁾。後者は、子どもにとって新し
 い社会生活が始まった時期である。この時期
 に発症、あるいは難治化することに関与して
 いる心理的因子の一つとして、子どもが初め
 ての社会生活で疲れて帰ってきたときの母親
 の対応があげられる。たとえば、疲れて帰っ
 てきた子どもはそれまでやれていたことでも

手抜きをすることが多くなるが、そんなとき
 几帳面な母親、しっかり躾けようと思ってい
 る母親ほどそれを見逃さず、「今までちゃん
 と出来ていたことが、小学校に入ったらどう
 して出来なくなるの。ちゃんとしなさい。」
 と云って叱咤する。そうすると、子どもは、
 疲れている自分の気持ちなど母親はちっとも
 分かってくれないという不満を抱きながらも、
 無理をしても、やるべきことをすることにな

発症年齢と先行体験

[表 3]

先行体験	発症年齢	
	0～9歳 (n=63)	10～19歳 (n=29)
親との生・死別	6(9.5%)	
片親の再婚		3(10.3%)
両親の不和		
両親の育児不安	11(17.5%)	
親子の対立		3(10.3%)
弟妹の誕生	22(34.9%)	
兄弟との葛藤	5(7.9%)	
入園・入学(小学校)	16(25.4%)	
高校進学		9(31.0%)
大学進学		6(20.8%)
就職(役割・人間関係)		4(13.8%)
不明	3(4.8%)	4(13.8%)

る。そういう子どもに、そのとき感じた気持ちをよく聞いてみると、「お母さんの言っていることは分かる、自分もそうした方がよいことは分かっている。しかし、その前に自分が疲れて何もしたくない気持ちになっていることも分かって欲しい」と。このような親子の気持ちのズレが修正されないまま、母親に対する子どもの欲求不満がどんどんと大きくなる一方、疲れからの回復が遅れて、喘息発作を起しやすくなっている場合は決して少なくない。

また、母親は至って明るく健康そうに見えるのに、その子どもの喘息がなかなか治らない場合も少なくない。そういうときの理由として、母親が自分自身の不満や悩みを胸の中におさめておけず、それを子ども(長女など)に話して憂さ晴らしをすることで母親自身は気を取り直して健康に過ごす一方、母親の愚痴を聞かされた子どもの方は、母親をこれ以上困らせてはいけなと、自分が云いたかったことを抑え、子どもらしい要求もしない、

親を困らせない「いい子」を演じるようになり、その結果として治りにくくなっていると考えられる場合が多い。そういう患児(そういう時代を送った患者)に親に対してどんな気持ちを抱いていたか聞こうとすると、親の悪口になるようなことは絶対に話せないと云って何も話そうとしない場合がほとんどである。このような親に心配をかけまい、親を悪く思まいと「いい子」であろうとする子どもの喘息ほど治りにくくなる場合が多いということを知っておく必要がある。

また近年、働く母親が増えているが、子どもが話をしようとするとき母親が家にいなかったり、疲れているからまた後でと云われたりして、話をしなくなった子どもの中に喘息が治りにくくなるものがある。母親が社会に出て働くこと、自分の生き甲斐をもって生きていくこと自体は決して悪いことではないが、話を聞いてほしい気持ちがあるのに話せなくなってしまう子どもの心理にも配慮して頂くことが大切である。手紙のやり取りでお互いの気持ちを伝え合い、良いコミュニケーションを保ち、健康を維持している親子もいるが、それなりの工夫が必要になる。

母親の愛情をめぐるきょうだい葛藤の未処理と難治化

さきに、幼小児期に発症して思春期・青年期に入っても自然寛解することなく成人期に移行してきた喘息患者の中には、その発症と経過に弟妹が生まれたことが関与している…母親の愛情をめぐるきょうだい葛藤が関与している…場合が多いことについてふれたが、ここでそうなる可能性のあった患児に対する心身医学療法の効果について述べてみたい。

症例は、弟が生まれた3歳のときに発症した21歳の大学生である。長男として期待され、弟に甘い母親が患者には口やかましく干渉してくることに腹立たしさを感じながら、いつもそれを抑えて成長した。喘息が治りやすくなる小学校高学年頃から、試験前になる

と必ず発作が起こってくるという現象がみられるようになった。そこで主治医が母親と会って喘息の成り立ちを心身医学的に説明して理解を求め、患者の主体性を認めてやり、それまでのような、母親の過干渉をやめて貰ったところ、急速な改善がみられ、試験前に必ず起こっていた喘息発作も全く起こらなくなった。しかし、試験がストレッサーの一つである証拠に、試験の直前に採血して調べるとヒスタミン値が普段より約3倍も上昇していることが分かった¹⁶⁾。

アレルギー疾患では、ヒスタミンやロイコトリエンなど化学伝達物質が遊離して症状が出現するわけであるが、普段からストレスが加わっている生活状況では症状が出やすく、普段の状態が良くなってくると、少くらしいヒスタミンが遊離しても症状が起こらなくなることも示唆された。

図2は、喘息発作で入院してきて、治まったときに測定したヒスタミン値と、まだ家に帰っても発作が起らないという自信が出来ていないときに試験外泊を勧め、外泊直前に測定したヒスタミン値を示したものである。まだ発作のコントロールに自信のない段階で帰るわけであるから不安が高まり、ヒスタミン値が上昇していることが分かる¹⁷⁾。

子どもの場合でも、発作が落ち着いてきた

からそろそろ退院にしようかと提案すると、家に帰ってまた発作がおこったらどうしようという不安が強い患児の中には、また発作が起こり始める例がある。その場合は、不安あるいは心理的ストレスによって遊離したヒスタミンが発作を起こしているわけである。アレルギー疾患は、その素質をもった人に発症しやすいものであるが、しかしどのような生活状況でどのような生活を送ってきたかによってもその発症を左右する因子として働く。前述の大学生の場合で云うと、それまで試験というストレスで起こっていた発作が、親子の関係が安定してくると、発症レベルまで達しなくなり、発作が起こらなくなる。このように、生体の中でアレルギー反応が起こっているにも拘わらず、発作として顕在化しなくなる状態は寛解した状態といえるわけである(図3)¹⁸⁾。

このような心身医学的な喘息の発症機序の理解があるかないかによって、喘息が再発したときの患児の指導に差がでてくる。心身医学的な理解があると喘息が再発してきたとき、その直前の生活を振り返らせて心理的ストレッサーとその受けとめ方、それに対する対処行動などを見直し、ストレスに対して適切な対策を講じていくとまた起こりにくくなるということに気づかせることが大切になる。こ

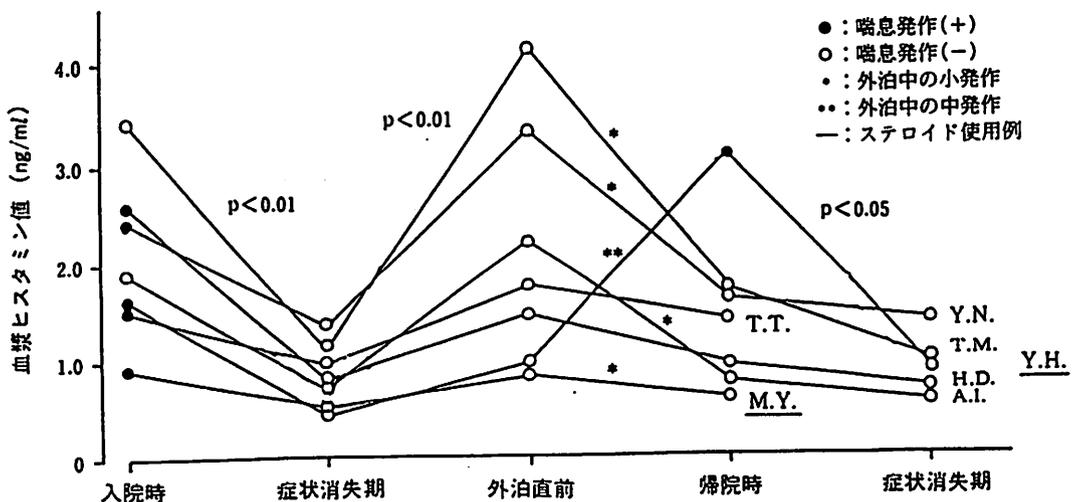


図2 入院治療初期の気管支喘息患者の外泊試験前後の血漿ヒスタミン値

のような理解をさせておかないと、再発したときに、やっぱり治っていなかったとがっかりして、患者によっては自暴自棄になってさらに悪化させてしまうということもある。したがって、病気の成り立ちをどのように理解させるかが非常に大切になってくる。

喘息発作と条件づけ

永田らは、卵白アルブミン(OA)でモルモットを感作するときに、硫黄の匂いのする dimethyl sulfide(DMS) を条件刺激として同時に加えて条件づけを試み、その後DMSだけでもOAアレルギーを加えたときと同程度のヒスタミン遊離が起こることを明らかにした¹⁹⁾。これは、有名な pavlovの実験で、犬は食べ物(無条件刺激)を見せたら唾液を出す(無条件反射)が、食べ物と同時にベルの音(条件刺激)を繰り返し聞かせると、やがてベルの音だけでも、唾液が出るようになる(条件反射)が、それと同じことが動物だけでなく人間でもみられるわけである。

Bienenstock ら^{20) 21)}は、知覚神経のCファイバー末端とヒスタミンやロイコトリエンなど化学伝達物質を遊離する粘膜肥満細胞と

の間に密接な関係があることを免疫組織染色した電顕像や酵素(protease II)の測定などにより実証し、神経とアレルギー反応の密接な関係を明らかにした。これらの基礎的ならびに臨床的な知見は、アレルギー疾患の臨床症状もアレルギー反応だけによるよりもストレスが加わった方が強くなることを示唆している。

施設入院療法によるparentectomyの 治療効果を高めるために

喘息発作のために入退院を繰り返す小児喘息の治療では、しばしば施設入院療法による parentectomy²²⁾ が試みられている。しかし、病院に入って起こりにくくなった喘息発作が、退院して家に帰るとまたすぐに起こり始める子どもは少なくない。とくにアレルギー学的に非常に良く整備された家庭環境であっても、そこに帰るとすぐに発作を起こす子どもは決して少なくない。そのような患児の気道の過敏性を調べてみると、病院に入って発作が起これなくなると気道の過敏性は低下するが、家に帰ってまた発作が起こり始めると再び上昇することが多いようである(図4)²³⁾。

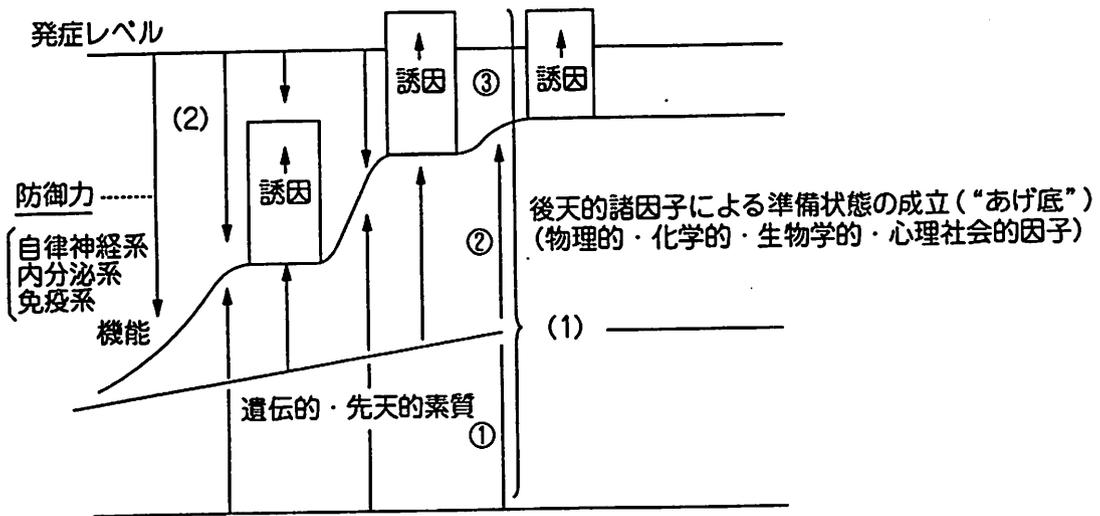


図3 気管支喘息の発症過程の閾値論的な考え方

- (1)発症力, (2)防御力(抵抗力), 治療力
- ①遺伝的・先天的因子(素質), ②後天的準備因子, ③誘発因子

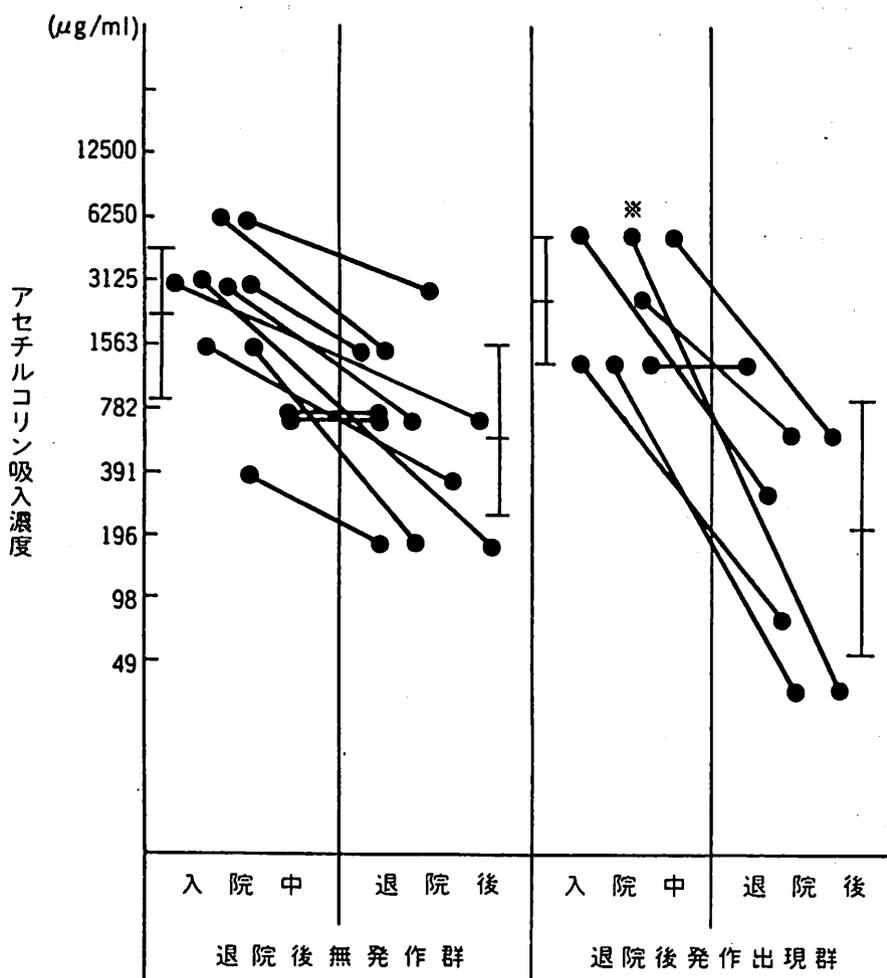


図4 ぜんそく児の入院中・退院後の気道過敏性

グラフの読み方

たとえば※印の人は

入院中は、6250 μg/ml という高濃度のアセチルコリンを吸入しないと、ヒューヒューが出なかった（気管支が安定している）のに、退院後の検査では、わずか49 μg/mlのアセチルコリンを吸入しただけで、ヒューヒューが出現した。128倍もうすいアセチルコリンに反応するほど、気管支が敏感になっていること、つまり家に帰るとぜんそく発作が出やすくなっていることが分かります。

このような気道の過敏性の変化にも、環境の物理的・化学的・生物学的な因子だけでなく親子の心理的な問題がストレスとして関与している場合が少なくない。

したがって、施設入院療法による parentectomy の治療効果を高めるためには、岡崎らの云う parentstomy の考え方が大切になるわけである。parentectomyにより子どもを両

親から離して施設に入れると発作は起こりにくくなるが、親子関係が変わっていないと、家に帰るとすぐに発作を起こすことが多いので、退院させるときには両親に対する患児への接し方、育て方に関する指導ないし教育が必要になるわけである。

これまでに外泊させたり退院させると発作が起こってきたときの理由をまとめると、(表4)のようなものが挙げられる。代表的なものは、これまで喘息発作が起こりやすかった家に帰るのだから、また起こるに違いないという思い込みが自己暗示となって起こってくる場合、また家に帰って叱られたりすると、条件反射的に発作が起こってくる場合、あるいは母親の愛情をめぐるきょうだい葛藤が絡んで起こってくる場合などである。

なお、元気にしていると放って置かれるが、発作が起こるとかまってもらえるので、わざと発作が起こるようにする場合もある。気道の過敏性が高まっていると、ちょっと走っただけでも発作が起こってくるので、そうすると云う子どもも1割前後にみられる。

弟妹の出生後に発症し、難治化する

喘息の治療と予防

幼小児期に発症し、難治化している小児喘息の中に、弟妹が生まれてからの母親の愛情をめぐるきょうだい葛藤が絡んでいるものが少なくない。とくに母親に問題があるわけではなく、弟妹が生まれるまでたっぷり愛情をもらっている子どもに多いために、気づかれにくいのが問題である。患児が弟妹と同じ乳幼児期に目の前で可愛がられている弟妹と同じかそれ以上に可愛がってもらったことを覚えておらず、どうも弟妹の方が可愛がられているのではないか、と思うところから生じる葛藤が関与するもので、母親の方も同じように可愛がってやったという意識しかないのが、気づきにくいのである。

本例は、弟が生まれてから発症した小児喘息の症例である。小学校高学年より軽快して

[表4] 入院治療中の喘息児が外泊・退院すると発作が起こるという場合

1. 暗示・条件づけ(レスポナント・オペラント)

- (1) 家に帰ったら、また発作が起こると思込んでいる。
- (2) そんなことをしていると、また発作がおこるよ!といわれる。
- (3) 叱られたら、必ず発作が起こる。
- (4) 発作がおこると、かまってくれる。

2. 欲求不満・葛藤の抑圧

- (1) 親が甘えさせてくれない、自分より上(下)の子を可愛がる。
- (2) 親が自分の努力を認めてくれない。欠点ばかりを指摘する。
- (3) 友達のことを悪く言う。小遣いをくれない。
- (4) 親の気分によって言うことが違う。約束を守ってくれない。
- (5) どうしたらよいか分からないとき、何も教えてくれない。
- (6) 自分で何かをやろうとすると、止められる。

3. 分離不安・見捨てられる不安

- (1) 両親が喧嘩ばかりしている。別れ話を口にする。
- (2) お前さえ居なかったら……と言われる
- (3) 家に帰っても、自分の居る場所がない。

いたが、中学校に入って増悪し、なかなか改善しないので受診した。増悪の理由として、中学校に入ってから学業の質・量が急激に増えたこと、それに患児なりに一生懸命頑張っていて疲れていること、そして疲れて帰ってきても母親に甘えて癒されないことなどが考えられた。しかし、母親も患児も入院すると喘息発作が起こらなくなるのに家に帰るとどうして発作が起こるのが分かっていない。そこで、次のような実験を試してみた。下の子を親戚に預けてもらい、両親だけがいる家に患児を外泊させると発作は起こってこない。つまり、両親とくに母親の愛情を一人占めできる状況では発作が起こってこない。ところが、父親または母親と下の子がいるときに外泊させるといずれも発作が起こってくる。そこで両親に、筆者らが推測している本例の喘息の

成り立ちを心身医学的に説明し、治療への参加をお願いした。一般に疲れると誰か、とくに母親に甘えたいくなるものである。しかし、本例は、そういう時に一番下の弟が甘えていつも母親を独占していたので甘えられなかったわけである。たとえば、一番下の弟が甘えて母親の膝に座っているところを見た患児が、甘えたような素振りを見せることを母親は気づいていた。しかし、母親は患児がもう中学生なので、それを無視していたと云う。そこで、母親に患児がそういう素振りを見せたとき、優しく声をかけてもらい、患児の疲れを癒してもらうような配慮をお願いした。母親が治療者の考え方を理解し、協力してくれるようになると、患児は家に帰っても発作を起こさなくなった。

この結果は、母親が下の子が生まれたときの上の子の言動に注目し、表5のような変化に気づいたときは、できるだけ早く適切な対応をしてもらうことが大切であることを示すものである。一般に、このような喘息の難治化に関与する心理的な問題に気づきにくいのは、

[表5]

母親の愛情をめぐる兄弟(姉妹)葛藤が関与している症例に見られる弟妹出生後の変化

- 1)急に母親へのまつわりつきが多くなる。
- 2)それまでやれていた身の回りのことを、やりたがらなくなる。
- 3)親の目を盗んで弟(妹)を叩いたり、いじめたりする。逆に母親のいるところでは、ことさら可愛がるようになる。
- 4)指しゃぶりや爪噛み、夜尿などが始まるか、それらが急にはげしくなる。
- 5)急に母親の言うことを聞かなくなったりわざと叱られるようなことをしたりするようになる。

は、母親に、下の子が生まれるまでは上の子を存分に可愛がってやった、ただ下の子が生まれたので、順番に上の子と同じように手を掛けているだけで、差別した育て方をしているわけではないという気持ちがあるからである。したがって、そういう気持ちの母親は、下の子が生まれるまで十分に可愛がってやった上の子ほど、下の子に手が掛かって自分に手をかけてもらえなくなったときの、上の子の、自分に注がれる愛情の差を大きく感じて不満を抱きやすくなるということに気づかないことも多くなるわけである。こういう、上の子の誤解に基づく差別感を解消する方法として、たとえば母親が下の子のおむつを替えてやっているとき、羨ましさを感じた上の子はよく母親の側に寄ってきて邪魔をしたりするものであるが、そういう時よく聞かれる母親の言葉は、「もうお兄(姉)ちゃんですよ。邪魔しないであっちで遊んでらっしゃい」である。こういう言い方ではなく、「○○ちゃんにも、この位るとき、こんな風にしてあげたのよ」という一言を云って、上の子が意識化できていないところを意識化させてやることが大切である。一般に、上の子は写真の枚数も多いものであるが、アルバムを見せながら皆がどんなに可愛がってくれたかを、エピソードを交えて話してやることも大変有効である²⁴⁾。

おわりに

一般に、幼小児期に発症した小児喘息は、思春期・青年期に out・growth による自然寛解がみられることが多いと云われてきた。しかし近年、思春期・青年期に入ってかえって増悪し、死亡する症例も少なくないと云われている。そのような症例を心身医学的に検討してみると、その発症と経過に心理的因子が密接に関与していることが明らかになる場合が多いことにふれ、心身医学的なアプローチの必要性和重要性について述べた。

〈文 献〉

- 1) Engel GL. :The clinical application of the biopsychosocial model.
Am. J. Psychiatry, 137:535-544, 1980.
- 2)吾郷晋浩、手嶋秀毅、木原廣美他：心身症と気管支喘息. 臨牀と研究 61:3157-3163, 1984.
- 3)Sifneos, P. E. :The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. Psychother. Psychosom. , 22:255-262, 1973.
- 4)吾郷晋浩、諸岡猷夫他：児童・生徒の気管支喘息. 臨牀と研究 51:2860-2867, 1974.
- 5)松井猛彦：喘息死からみた思春期喘息(治療を含む). アレルギーの臨床、12:260-263, 1992.
- 6)西間三馨：思春期喘息へのアプローチ. アレルギー、38:1295-1301, 1989.
- 7)永田頌史、吾郷晋浩、十川 博：思春期の心理的不安定と喘息. アレルギーの臨床、8:772-776, 1988.
- 8)十川 博、西間三馨、久保千春：心身医学的にみた思春期喘息患者の問題点と解決法. 心身医、32:211-217, 1992.
- 9)吾郷晋浩、高橋宣生、近藤寛治他：気管支喘息の心身医学的検討. 臨床成人病、3:429-432, 1973.
- 10)吾郷晋浩：いわゆる難治性喘息に対する心身医学的研究. 福岡医誌 70:340-359, 1979.
- 11)吾郷晋浩：心理社会的因子と易感染性. 小児内科、20:1896-1899.
- 12)永田頌史ほか：心身医学的にみた気管支喘息の発症メカニズムと病態. 心身医、32:197-205, 1992.
- 13)吉村佳世子、向山徳子、宮林容子、馬場実、吾郷晋浩：気管支喘息児の心理的因子に関する疫学的調査について. 呼吸器心身医学 12:62-64, 1995.
- 14)向山徳子、宮林容子、馬場實他：小児気管支喘息における母親集団面接療法について. 呼吸器心身研誌 8:21-24, 1991.
- 15)吾郷晋浩：ライフ・サイクルと心身症. メディカル・ヒューマニテイ、4:27-31, 1989.
- 16)吾郷晋浩：アトピー性疾患の発症ならびに経過と心理的因子. 小児科臨床 38:2503-2511, 1985.
- 17)吾郷晋浩：ストレス病の発症メカニズムと気管支喘息. 医学のあゆみ、146:46, 1988.
- 18)吾郷晋浩：アレルギーと心理的因子. 臨牀と研究 69:1448-1454, 1992.
- 19)岡田宏基、永田頌史、石川俊男他：感作モルモットにおける条件づけアナフィラキシー反応. アレルギー 41:1614-1617, 1992.
- 20)Bienenstock, J., Tonioka, M., : The role of mast cells in inflammatory processes: Evidence for nerve/mast cell interactions. Int. Arch. Allergy Appl. Immunol. 82:238-243, 1987.
- 21)MacQueen, G., Bienenstock, J., et al. :Pavlovian conditioning of rat mast cell protease II, Science 245:83-85, 1989.
- 22)Peshiki, M. M. : Rehabililtation of the intractable asthmatic child by the institutional approach. Pediat. 11:7, 1956.
- 23)新田由規子、中島文雄、吾郷晋浩：小児気管支喘息児の施設入院療法 (Ⅱ)アレルギー、31:214-223, 1982.
- 24)吾郷晋浩、永田頌史、大村直子他：弟妹出生後に発症した小児気管支喘息児の母親に対する指導法について (1). 呼吸器心身研誌 9:55-58, 1992.

喘息児の自己管理能力を高めるために

—看護の立場から—

長野県看護大学小児看護学講座 助教授 内田 雅代

1. はじめに

喘息児の自己管理能力を高めるために看護の立場からというテーマで、原稿のご依頼をいただきました。

私自身は喘息看護のスペシャリストではありませんし、臨床現場から少し離れ看護教育の場に身を置くものですが、健康問題を持ちながら地域で生活している、主に外来通院の小児糖尿病患児や気管支喘息患児の看護研究に取り組んでいるという立場と、喘息児を持つ親の一人としての立場から、私なりに考えてみたことを述べさせていただきます。

喘息児にかかわらず慢性疾患患児は、病気を持ちながら生活する中で、“自分で考え行動する”ことが必要とされます。個々の患児の発達段階に応じた自己管理を促進していくことが、慢性疾患の子供の医療や教育に携わる者の役割と言えます。

1. 日常生活の中での自己管理

最近の喘息児に関する研究では、この自己管理が一つの大きなテーマになってきております。そのこと自体に異論を挟むものではないのですが、喘息を持つ小学校4年のわが子を振り返ってみてみますとこれらの研究とはじっくりこないものを感じる時があります。

一歳発症のわが子は、あまり病気を意識することなく、普通に生活しているように見えます。咳が出始めると親の方は気になり、あれこれ聞いたり「この薬飲むんだよ」と言っても本人はテレビに夢中のときは、聞き流しといった状態です。“自分で考え行動する”と言う図式から程遠い親と子の関わりが日常の実態であり、医療者が求める自己管理ということが、実際の子供の生活や状況とは大分

違うのではないかと感じられるときもあります。日常生活の中で親が心配のあまり口を出して、子供の考える機会を奪っている場面もあり、“自分で考え行動する”と言うことが、日々の生活の中でどんなふうにも培われていくのだろうか、親がゆとりを持って子供と接するにはどのような周りからの援助が必要なのか、子供は喘息を持つ自分をどのようにとらえて成長していくのかと、様々な疑問がわいてきます。

2. 子どもの認識

子供が病気を持つ自分をどのようにとらえているかは、親や周囲との相互作用により、子供自身の成長発達や病状の変化に伴い、生活環境が変化する中での様々な体験を通して変わっていくものと思われませんが、このような子供の認識を把握するのは難しく、実際の日常生活行動から推測したり、その行動をとるときの気持ちを確認することが重要だと思われれます。

3. 喘息児の日常生活と看護

慢性疾患患児の看護においては、このような日常生活での患児や家族の体験や反応に着目し、患児や家族の取り組みを支援すると共に、周囲の理解を求める働きかけが大切であると考えます。気管支喘息患児にとって必要な自己管理能力とは何かを考えると、一般的には、毎日の生活の中で発作予防の行動を、必要に応じて自分で考え実施できることが先ず上げられると思います。その子なりの規則正しい生活をする事、定期的な発作予防の内服、或いは吸入を継続すること、体力の増

強あるいは発作を乗り越えるための鍛練などを行い、併せて環境からアレルゲンを少なくするために環境整備をしたり、アレルゲンを避ける行動をとることも必要とされます。また発作時には、必要に応じて対処する能力が求められます。

II. 喘息児の日常生活習慣と療養行動

近年ライフスタイルの改善ということが、特に生活習慣病を予防するという観点から注目されていますが、気管支喘息患児や家族にとっても、より健康的な生活を志向していく中で、疾患に関連した生活行動（以下、私たちはこれを療養行動と呼んでいます）療養行動を日々の生活の中に定着させる必要があります。

このような点に注目し、私たちが最近行った93例の喘息児の生活習慣や療養行動に関する調査結果を一部報告します。

1. 調査方法

質問紙の内容は、文献や研究者間の協議により、患児の日常生活習慣と療養行動それぞれに調査項目を提示し、主として選択肢で回答を求めるもので、小学校低学年以下の患児の場合には母親に質問紙の回答を求め、小学校高学年以上の患児には、患児自身に記入を求めました。

2. 結果の概要

「薬を飲み忘れることがありますか」の間には、小学校低学年以下の患児（以下年少児）の母親では、「殆どない」が29名58%であるのに対して、小学校高学年以上の患児（以下年長児）では10名35%と、年少児に比べると年長児の方が、薬を飲み忘れることが多い傾向にありました。

吸入に関しても同様で、年少児は「殆どない」16名64%に対して、年長児の方は10名

45%でした。年齢が小さい患児で母親が管理している場合は、薬や吸入を忘れることが少ないのに比べ、年長の患児の方はあまり出来ていない者が多いという結果でした。しかし、年長児でも発作回数の多い患児では、発作回数の少ない患児よりも飲み忘れが少ない傾向も見られ、患児なりに対処しているとも言えます。

「発作が起きそうな時どうしていますか」の間では、年少児の母親では、早めの内服、安静、水を飲む、が半数以上でした。年長児では、早目の内服、水を飲むが12名35%であり、分からないと回答した患児は3名でした。全体に年少児の母親の対処の多さに比べ、年長児では積極的に対処している患児が少ないという結果でした。

この調査と同時に行いました親自身の生活を問う調査では、小学校低学年以下の年少児の親は、高学年の親に比べて、子供の育児や療養行動を管理する上での戸惑いや、日常の苛立ちごとも多く、親自身のストレス管理の方法も少ない結果であり、年少児の母親の生活管理の負担が大きいことが伺えました。

「どのような時に発作がおきますか」の間には、年少児の母親では、風邪を引いたとき47名90%、天候の変化33名64%と多く回答し、次に、疲れたとき17名33%でした。年長児では、風邪を引いたときと答えたものが16名47%と約半数であり、次に、暴れ過ぎ15名44%でした。

この結果は個々の患児の発作体験のとらえ方の結果であり、同一患児の発作に対する患児とその母親のとらえ方の比較ではないので、単純に比較はできませんが、患児の回答に、自分の行動である“暴れ過ぎ”が比較的多く見られたのは興味深い結果でした。

この“暴れ過ぎ”と回答した患児の発症年齢は、そう回答しなかった患児の発症年齢よりも有意に高い傾向が見られました。

アレルギーを避けるために気をつけていることを、小学校高学年以上の患児に回答を求めたところ、具体的にアレルギーを記入した24名中15名が、(表1)のように記述しました。回答中、母親に確認をする患児もあり、患児自身が判断した回答ばかりではありませんが、患児なりに気をつけようとしているとも言えます。

[表1]

アレルギーを避けるために気をつけていること (年長児24名)	
・マスクをする4名
・そうじをする3名
・ほこりやダニの多いところを避ける3名
・動物に近づかない1名
・その他4名
計	15名

また、運動誘発性喘息を起こさないために、半数近くの人が気をつけており、運動時注意することに、疲れたり苦しくなったら休む、ゆっくり走る、騒がない、吸入する、薬を飲

むなど、患児なりに気をつけている様子が見られました。

3. 年長患児の療養行動と日常生活

年長患児の療養行動や日常生活の調査結果をもう少し詳しく見てみたいと思います。患児の療養行動の一部を(表2)に示しました。

療養行動の各項目をそれぞれに、三段階の基準を設け、望ましい行動や肯定的な認識を3点、やや望ましいやや肯定的な認識を2点、望ましくない行動、否定的な認識を1点と点数化しました。③の両親や家族が分かってくれる、④の友達は分かってくれる、という項目の平均点が高く、患児は周囲からのサポートをよく感じていると言えます。又、②毎日の生活をどう思いますか、も平均点が高く、楽しく毎日の生活をとらえているようでした。

一方、平均点が低い項目を見ますと、最も低いのは、⑩喘息カレンダーを誰が付けていますか、の項目であり、これは自分で付けると回答した患児が少なく、母親が付けていることが多いという結果でした。⑦毎日飲む薬や、⑪吸入することをどう思いますか、の項

[表2]

気管支喘息児の療養行動 (一部)

n = 34 9~16歳

項目	平均得点
1. 風邪をひかないように外から帰ったらうがいをしますか	2.32
2. 毎日の生活をどう思いますか	2.55
3. 両親や家族はあなたのことを分かってくれますか	2.73
4. 友達はあるな他のことを分かってくれますか	2.73
5. 飲み薬の作用がわかっていますか	2.03
6. 毎日飲む薬の飲み忘れがありますか	2.31
7. 毎日薬を飲むことをどう思いますか	1.86
8. 毎日の吸入薬の作用が分かっていますか	2.04
9. 毎日行う吸入をし忘れることがありますか	2.41
10. 毎日吸入することをどう思いますか	1.67
11. 喘息カレンダーは誰が付けていますか	1.44

(得点範囲 1点~3点)

[表3]

気管支喘息児の日常生活習慣

(n=34) 9~16歳

項目	平均得点 (範囲1~3)
1. 朝すっきり起きられる	1.91
2. 起床時間	2.94
3. 就寝時間	2.82
4. 睡眠時間	2.94
5. 朝食を食べる	2.94
6. なんでも食べる	2.21
7. 食事時間は規則的	2.59
8. テレビを見る時間	2.12
9. 家での勉強	2.18
10. 家の手伝い	1.91
11. 学校の体育以外の運動	2.30
12. 友達とよく遊ぶ	2.50
13. 入浴	2.76
14. 歯みがき	2.41
15. 外から帰って来たときの手伝い	2.53
16. 排便	2.47

目の平均点もあまり高くなく、内服や吸入することに否定的な気持ちを持つ患児が比較的多いと言えます。

これらの療養行動と患児の背景を見ますと、“両親や家族は分かってくれる”と年齢は負の相関であり、年齢の低いものほど、両親や家族のサポートをよく感じているという結果でした。又、毎日飲む薬の飲み忘れと罹病期間は、飲み忘れのない者を高得点としており、負の相関になっています。つまり、薬の飲み忘れでは、罹病期間の短い者に飲み忘れが多いという結果でした。

患児の日常生活習慣の項目を、療養行動の項目と同様に点数化を行いました。(表3)

全体に、日常生活習慣の項目の点数は高く、良い日常生活が営まれているということが言えます。その中でも平均点の高い項目を見ますと、②起床時間、④睡眠時間、⑤朝食を食

べる、③就寝時間でした。これらの生活時間は、一般健康児の調査結果とほぼ同様の、年齢相応の時間帯の回答が多く見られたという結果でした。

一方、①朝すっきり起きられる、の平均点は低く、朝なかなか起きられないという患児が比較的多く見られました。⑩家の手伝い、も低く、お手伝いが少ないという実態を示しております。

これらの日常生活習慣の項目と患児の背景の関係(表4)では、就寝時間や睡眠時間が、年齢と逆の相関であり、年齢の小さいものほど望ましい生活をしていると言えます。また、発作回数の少ない者が高得点になるよう点数化したところ、学校の体育以外の運動と発作回数が正の相関を示しており、発作回数が少ないほど、学校の体育以外の運動をよくするという結果でした。

[表4]
気管支喘息児の日常生活習慣と患児の背景との関係

項目	年齢	発作回数
就寝時間	-0.573***	
睡眠時間	-0.405*	
学校の 体育以外の運動		0.414*

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

患児の日常生活習慣と療養行動との関係を、各項目間の相関で見ますと、(表5)のような結果でした。朝すっきり起きられる、と、薬の飲み忘れが少ないことは正の相関であり、朝すっきり起きられるという人ほど、薬の飲み忘れが少ないということが言えます。同様に年齢相応の起床時間の者ほど、風邪予防のうがいをよく行っており、友達からサポートを感じているという結果でした。又、体育以外の運動と毎日の生活では、正の相関が見られ、運動を良くする人ほど、毎日の生活が楽しいと回答しているということが言えます。

Ⅲ. 喘息児への看護婦の関わり

調査結果から、患児の療養行動は日常生活習慣と関連の見られるものも多く、療養行動

は日常生活に支えられているということが言えます。

また、年長患児の自己管理では、年少児の親ほどには望ましい発作予防行動はとれていないものの、患児なりに受け止め対処している実態も一部見られました。このような点に注目し、喘息児の自己管理能力を高めるために、看護婦がどのように関わるかということについて考えてみますと、疲れやストレスから発作が起こりやすいことから、その患児なりの基本的な生活を整えるということが、とても大切ではないかと考えます。年齢相応の自己管理を行うということで、その行動のみが出来ているかいないかに目を向けがちですが、生活全体、特に基本となる日常生活を整えることで、スムーズに自己管理できる部

[表5]
気管支喘息児の日常生活習慣と療養行動との関係

日常生活習慣	療養行動	風邪予防の うがい	毎日の 生活	友達の サポート	薬の 飲み忘れ
・朝すっきり 起きられる					0.490**
・起床時間		0.438*		0.415*	
・朝食を食べる		0.438*			
・体育以外の 運動			0.382*		

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

分もあると考えます。また、患児の生活には、家族の生活や親の考え方も大きく関与しているのを考え合わせますと、親や家族全体の生活の見直しも必要になってきます。

日常生活の中で、患児や家族がどのような体験をしているかを看護婦が理解し、現在の患児の生活の中で患児なりに取り組んでいるところを評価した上で、問題を確認し、どのようにやっていきたいか、どのように改善出来るかを、患児や家族と話し合うことが大切ではないかと考えます。患児の日常生活の実際や学校生活を話し合う中で、解決策を見いだせる場合もあると思われます。

我々が以前行った、子供のストレスや周囲からのサポートについての調査では、悪性腫瘍、糖尿病、心疾患、てんかん、ぜんそく、腎疾患の六つの慢性疾患の中で、喘息患のストレスは一番少なく、周囲からのサポートは高く、特に親からのサポートが高いという結果でした。幼児期発症の患児が多く、幼児期から親の手厚い世話を受け、このことは行き過ぎれば自己管理ができにくい要因の一つとも考えられます。また、軽症例の喘息患では普通の生活に、腎疾患や糖尿病ほどには規制が多くないことも考えられます。しかし、一人一人の喘息患を見ていくと、学校生活はつまらないと答えた患児もおり、病気によりみんなと一緒に行動できないことでストレスを感じており、看護婦がこのような患児の気持ちを聞くことや、学校側の理解を求める必要があると思われます。

外来管理では、患児自身は来院せず、親が薬や吸入薬を取りに外来に訪れるケースも多いことから、外来看護婦が患児に直接接する機会がなく、親との面談が中心になる場合もありますが、長期の休みなどの患児の来院の機会をとらえて、声をかけていくことが大切ではないかと考えます。

Ⅳ. おわりに

私たちがおこなった、喘息患を持つ母親への面接調査の中で、「看護婦に求めることは」という質問に対し、「先生に聞いているから」「看護婦さんは忙しそうで」などの意見が多く、外来看護の現状はまだまだ充実しているとは言えません。患児や家族と関わる中で、看護婦自身も学び、相互に学び合いながら、外来看護の充実につながっていくのではないかと考えます。

変化しつつある治療内容などの情報を、患児や家族と一緒に確認し、患児や家族がその生活に適切な療養行動をどのように取り入れていくかを見守り、支援していくことが、看護婦の役割であると考えます。

《参考資料としての意見》

☆ 鍛練について

私たちの調査の中でも、いわゆる喘息の鍛練と言われている「薄着」とか「水かぶり」などは、入院中はしていても結局は続かない—3例くらいは続いていましたが—続けられないようです。それに対して強い動機づけがあれば続けられるという考え方もありますけれど、私としては、普通の生活の中でできることを、割りと楽に管理して、その子らしい生活の中で実行できることがいいのではないかと思います。内服するとか吸入するとか、ある意味で一部特別なこと、一部他の子供とちょっと違うことがあるとしても、それがその子なりの生活になるような形でできるような、鍛練とかセルフケアをあまりに促進することでかえってストレスになっていかないかという見直しもしていかないとはいけません。

喘息児に対する学校教育の治療の上の効果

国立療養所下志津病院

院長 西牟田 敏之

はじめに

小児喘息患者は増加しており、その有病率は小学校で5～7%、中学校で3～4%となっている。小学生から中学生にいたる頃に寛解（薬なし、発作なし）を迎える症例も多く認められるが、中には重症難治で、日常生活の質が著しく低下している症例も存在する。

このような症例においては、家庭生活は無論のこと学校生活にも大きな支障をきたし、学業の遅れはもとより、集団生活の経験も乏しく、社会適応に必要な知識、教育を受ける機会も減少する。こうした事態は、疾病改善意欲の低下、自信の喪失となり疾病回復を遅らせるばかりか、社会的予後をも悪化させることになる。近年、このような難治化の要因に、心理社会的因子が濃厚に関わり、医療側のみならず、教育側にもその適切な対応が大きな課題になっている。

1. トータルケアの推進

小児喘息の治療は①発作の原因となる抗原の除去・回避、②薬物による予防治療、③心身鍛練療法（運動鍛練、呼吸法鍛練、自律神経系鍛練など）、④心理社会的問題への対応など総合的になされることが理想的である。これらの治療を遂行するには、医療スタッフだけでは不十分であり、ことに学齢期の子供たちの場合には、学校との連携が不可欠である。そこで私達が、千葉県立四街道養護学校（以下四養と略）とともにやっているトータルケア、患者支援の幾つかを紹介し、その効果と問題点につき述べていきたい。

1) 運動鍛練療法

運動鍛練療法は喘息施設入院療法の中で確立されてきた特筆すべき治療法である。この

療法は、心肺機能と筋力向上による運動能力の改善、並びに積極性の獲得と自信の回復等の心理的改善効果により、薬物によらない積極的な喘息治療法として評価されている。四養においては、日々の運動鍛練は学校が主体となり、体育専門の教員だけでなく学級担任が総出で、毎朝の喘息体操とランニングによる鍛練を行っている。その他に養護・訓練による水泳鍛練、放課後の運動部活指導等が、子供の重症度、その日の体調、習熟度を見極めながらシステミックに展開されている。子供の重症度、運動誘発喘息等の状況は医師の情報提供により把握され、毎日の症状、体調は病棟における朝、昼、夜のピークフローモニタリングの結果をリボンの色で表示して、学校担当者に周知出来る仕組みになっている。更に一定期間毎に運動能力と運動誘発喘息の起こり具合が、学校担当者によりチェックされ、医師に改善状況の情報提供がなされることにより、医療側の治療管理データとして役立てられている。

これらの集大成は、病院と学校の共催による夏の水泳合宿、冬の早朝マラソンとして実施され、子供たちの治療に大きな貢献をなすとともに、下志津と四養で過ごした日々の良き思い出になっている。

2) 喘息児の医療教育

喘息児自身が疾病への取り組みを正しく理解し実践できるように、①喘息薬の理解と正しい使い方、②発作の見極めと対処法、③運動鍛練の重要性等につき認識し、自ら治療に参加することが望ましい。四養においては、こうした視点から養護・訓練の一環として医師による講話の時間を設けて教育を行っている。個々の患児に対しての教育は医療機関で

行われているが、こうした教育が学校の教室で行われることが、子供達の緊張感を高め医療教育効果を向上させていると考えられる。

3) 校外学習

宿泊や登山等が計画されている校外学習においては、発作を起こす危険性のある喘息児の参加は慎重にならざるを得ない現実がある。しかし、喘息児にとって、同級生との共通の話題、思い出としてのみならず、参加出来たという体験が重要であって、この自信が本人のみならず家族にも好影響を与え、一歩踏み出すきっかけになることをしばしば経験する。四養のように医師、看護婦が同行する場合には、その心配はないが、そうでない場合には、参加の仕方を主治医と打ち合わせし、現地での医療機関のチェックや主治医からの紹介状を用意して参加できるように工夫していただくことを希望する。

4) 学校訪問

退院し、転校または進学する場合には、患児が新しい環境に適応し良好な状態を維持できるように、相手校関係者に患児の治療管理に必要な知識並びに情報を伝達し、理解と協力を得るために学校訪問を行うことが望まれる。当院と四養では一体化してほぼ全員に学校訪問を行っているが、このことにより悪化率、再入院率を低減させることができ治療成績が向上している。

2. 病弱教育発展のために望むこと

1) 病弱養護学校の必要性の宣伝

病弱養護学校は多くの疾病児の回復に貢献してきた。しかし、未だに「養護学校」という名称に対する誤解と偏見から、その利用を拒んだり、経歴にその名が残ることを嫌う保護者が存在し、折角の利点を生かしきれない側面があることも確かである。また、一般校職員の中にさえ病弱養護学校の価値を理解していない人も存在しており、その適切な利用を発想できないのではないかと思われる節も

ある。

こうしたもったいない事態を解決するには、病弱養護学校は一般職員に対する定期的な講習会（もちろん医療側を含めた）を企画開催し、その存在意義を知らしめることが必要である。

2) 心の問題への積極的な取り組み

病弱教育の推進に当たっては、社会的問題となっている不登校児、心身症への教育側としての的確な対応を研究する必要がある。もちろん、この問題は家庭や社会全体を巻き込んだ大きな問題ではあるが、以前より必然的に心の問題に取り組む機会が多かった病弱教育現場が、より積極的に先駆的に対応を工夫し、一般校に情報発信する役割を担っていくことが肝要である。

3) 「学習の遅れ」のある児への取り組み

最近の報道によれば、「授業が分からない」児童・生徒の増加と、「学校崩壊」が問題提起されている。国療中央研究では、以前より施設入院時の学習の遅れと、自分の能力以下の学習成績を呈する児が多いことを指摘し、子供のレベルに合わせた独自の学習指導要領により系統学習の遅れの補填と、それに基づく学習能力の向上につき、その重要性を提起してきた。病弱養護学校の学級構成はこの方法を実践研究できる場として適切な条件にあると考えられるので、是非先駆的に推進していただきたい。

最後に私達小児慢性疾患を専門とする医療チームにあっては、病弱教育は不可欠どころか一体のものと認識している。しかし、少子化時代と疾病構造の変化により、小児慢性疾患の取り扱い疾病も様変わり余儀なくされている。そうした時代の到来にあたり、私達が培ってきた小児慢性疾患医療と病弱教育は、こうした疾病児の治療効果と社会復帰に適したトータルケアを提供できる唯一の場と認識し、社会のニーズに基づいたその基盤整備が必要である。

喘息児の心理的不適応の理解と改善に関する取り組み

—心が触れ合う養護・訓練を目指して—

愛媛県立第二養護学校

教諭 西原 昇次

1. はじめに

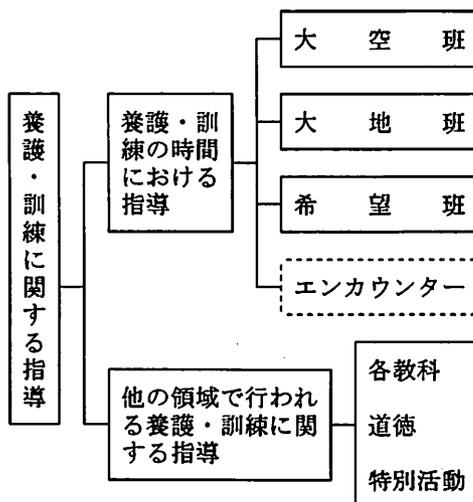
近年の病弱教育は、対象とする児童生徒の病気の種類の変化と医学等の進歩や治療法等の変化に応じて、教育内容、方法が大きく変化して来ている。医師、看護婦等の医療関係者の中には、経験的に、学校教育を受けている病弱児の方が、治療上の効果があがり、退院後の適応もよく、また、再発の頻度も少なく、病弱教育が、健康の回復やその後の生活に大きく寄与することを指摘する者も多い。また、教育の実施は病弱児のQOLの向上にも資するものであり、病弱教育に期待するところは大きい。

愛媛県立第二養護学校(以下本校)は、昭和47年設立の県内唯一の病弱養護学校である。児童生徒は隣接する国立療養所愛媛病院に入院している児童生徒と、自宅から通学する児童生徒を合わせて16名(平成10年7月1日現在)、教職員は31名である。本校に在籍した喘息児は過去には43人(昭和58年度)のときもあったが、現在は9人(平成9年度)と大幅に減少している。しかし、在籍児童生徒全体に占める割合(約40%)は依然として大きく、本校の中心的な疾患であることに変わりはない。また、従来はアレルギー疾患としての喘息が中心であったが、近年は心身症の一つとして喘息症状を呈している児童生徒や、心理的な要因に大きく支配されている喘息の児童生徒が多くなってきた。このような中で、本校の養護・訓練において取り組んできた心理的不適応の理解とその改善に向けての取り組み、すなわち心が触れ合う養護・訓練について報告する。

なお、本稿の一部は平成8・9年度愛媛県教育委員会指定特殊教育研究校発表会及び平成10年度第39回全国病弱虚弱教育研究連盟研究協議会にて発表を行った。

2. 本校の養護・訓練

本校の養護・訓練の時間における指導は、大空班、大地班、希望班の3班を編成し、月曜日から金曜日までの11:30~11:45の毎日15分間のいちご養訓と、毎週水曜日の1単位時間に実施する、かがやき養訓である。この中で喘息児は大空班に属し、週1回程度の取り出しという形で希望班の活動を実施している。また、平成9年度からは構成的グループ・エンカウンターにも取り組み始めた。



大空班	運動療法による心理的不適応への取組
大地班	諸活動による心理的不適応への取組
希望班	個別心理療法による心理的不適応への取組
エンカウンター	集団心理療法による心理的不適応への取組

3. 希望班での取り組み及び成果

希望班では、転入学生集中カウンセリング、在籍児童生徒定期カウンセリング、心理的側面の把握と児童生徒理解、医教の連携、保護

者を対象とした教育相談、学級担任及び養護担当者との連携などに取り組んできた。

(1) 転入学生集中カウンセリング

転入学直後の児童生徒に対して、カウンセリングや心理検査等を通じて心理的側面に重点を置いた実態把握を行っている。また、本校の教育目標や授業内容、学校生活等について説明を行うとともに、特に養護・訓練の目的や内容等についての説明を加え、転入学生が健康回復のために意欲的に養護・訓練に取り組めるよう導入的指導を行っている。

(2) 在籍児童生徒定期カウンセリング

この取組みは希望班の中心となる取組みで、在籍する児童生徒全員に対して、1週間に1回程度のカウンセリングや箱庭療法等を実施し、心理的不適応改善の一助としている。

(3) 心理的側面の把握と児童生徒理解

行動観察及び面接に加えて、性格検査等の心理検査を継続的に実施し、児童生徒の心理的側面の客観的な実態把握に努めるとともに、以下のような基本的な態度と具体的な理解の方法とによって、児童生徒との共感的な相互理解に努めている。

ア 児童生徒理解に関する基本的な態度

- 多面的、多角的な理解
- 発達を意識した理解
- 病気を意識した理解
- 関係を意識した理解

イ 具体的な理解の方法

- アンケートによる実態調査

児童生徒の興味関心や意識を把握するために、病気に関すること、学習や運動、交友関係、進路等の内容についてアンケート形式での実態調査を行っている。

- 集団地図法等による人間関係の把握

小児病棟では集団生活をしている。その集団の中で、規則正しい生活を身につけ、精神的に安定した明るい生活を送るために、また、将来の社会生活においても、より良い人間関係は不可欠である。そこで、児童生徒に対し

て集団地図法やソシオメトリックテストを実施し、集団内での人間関係を把握した。

- 性格検査等による客観的理解

標準化された性格検査（バウムテスト、P F スタディ、エコグラムなど）を実施することによって、児童生徒の心理的側面を客観的に把握した。特に児童生徒の無意識のレベルまで掘り下げた行動理解を試みた。

(4) 医教の連携

主に病棟指導員との協力によって次のようなことを行った。

ア 心理検査の分担実施

特に転入生に対して事前に話し合いを持ち、学校で実施する心理検査と病棟で実施する心理検査が重ならないよう配慮した。平成8年度は性格検査として、学校ではバウムテストとP F スタディ、病棟ではY G 検査とエコグラム及び文章完成法を主に実施した。また、知能検査等の発達検査は、その都度話し合いを行いながら分担実施した。

イ 情報交換

互いに実施した心理検査の情報や面接及び観察等によって得られた情報を持ち寄り、協議、分析を加えながら、対象とする児童生徒の今後の指導の方向性や指導内容、対人関係の調整、対象児への接し方や態度、心理的構え等について話し合った。なお、この情報交換は随時実施した。

ウ ケース会議

学級担任、学部主事等の学校関係者とドクター、ナース等の病院関係者を交えたケース会議を持ち、児童生徒の転出等について、互いの意志疎通を図りながら、一貫した指導と援助が行えるよう努力した。

(5) 家庭との連携

平成8年度から新たに家庭との連携を目指して、また、希望班の延長として在籍児童生徒の保護者等を対象にした教育相談（カウンセリングを主な内容とする）を実施した。保護者の多様なニーズに応える教育活動の一環

とするとともに、家族関係などの調整等を通じて児童生徒の健康回復や全人的発達に寄与することを目的とした。

(6) 学級担任及び養訓担当者との連携

希望班で得た情報を基に学級担任及び養訓担当者との話し合いを持ち、児童生徒の心理的側面に関する共通理解に努めながら、学級等での指導に対してカウンセリングマインドを中心とする側面的援助を行った。

(7) 希望班の成果

このような希望班の取り組みによる成果として、喘息児を含む病弱児に対して、以下のような効果があったものと考えられる。

- 転入生の転入直後の急激な環境や生活面での変化に対する不安や緊張を和らげ、前向きに新しい学校生活をスタートさせることができた。
- 児童生徒の緊張やあつれきを取り除き、心理的ストレスの解放を図り、気持ちの上でのゆとりの回復を達成することができた。
- 児童生徒は、教師の適切なアドバイスと共感的理解を得ることによって、自分の病気や身体、精神、家族、友人などについての様々な悩みや不安、問題点を自ら考え、整理することができた。
- 医教が幅広い情報を共有することにより、児童生徒や保護者への一貫した指導と、それぞれの特性を生かした支援体制の確立を図ることができた。
- 児童生徒の家族の不安や不満、戸惑いを軽減し、家庭の持つ問題解決能力を高めることができた。

4. エンカウンターへの試み

本校の養護・訓練は心理的不適応の改善という治療的側面だけでなく、心理的不適応の予防や個人のさらなる心理的成長を目指したより積極的なものとして位置付けられている。その中で希望班においては、カウンセリングや箱庭療法を用いて1対1の人間関係を基盤とする治療形態をとっているが、近年はグルー

プを対象とする心理療法も数多く存在する。本校では、平成9年度からぐる一応を対象にして人間関係技術の学習や人間的な触れ合いを求めて、集中的グループ体験の一つとして構成的エンカウンター・グループの実践に取り組んできた。構成的エンカウンター・グループには以下のような特色がある。

- 短時間にリレーションが高められる。
- メンバーのレディネスを考慮した体験を用意できるので、メンバーの心理的損傷を予防できる。

- プログラムの定型化によって専門家でなくてもリーダーとなれる。

本校では、平成9年度の第1学期にリーダーの養成を目指し校内研修会を実施し、第2学期から全校朝会の10分間を利用して短いエクササイズを始めた。その後、かがやき養訓の時間や学部集会などにおいて次のようなエクササイズに取り組んできた。

- ・信頼の目かくし歩き
- ・共同絵画（無言チームワークゲーム）
- ・私はわたしよ
- ・ご指名です
- ・数字でポン・似た者集まれ
- ・ブレンストーミング
- ・ほめあげ大会
- ・あなたの○○が好きです

このようなエクササイズの後、シェアリングにおいて、子どもたちから「○○ちゃんの手はあたたかかったよ」「みんなが私を見ていた」「いっしょになったとき、なんかうれしかった」「すっごくドキドキした」「やったねって感じ」などの言葉が聞かれるようになった。

まだまだ取り組み始めて間もない実践で体系化できていないが、本校での特色ある実践となるように更に工夫していきたい。なお、エンカウンターへの取り組みは平成6・7・8年度文部省指定特殊教育実験学校、富山県ふるさと養護学校の実践に学んだ。

5. サマースクールによる変容

本校では毎年7月上旬に養護・訓練の一環としてサマースクールを実施している。内容は少年自然の家等を利用しての自然体験活動である。その前後において、児童生徒の心理的変容を明らかにするため、バウムテストを行った。平成5年度及び平成9年度について報告する。なお、バウムテストは集団法によって、A4判の画用紙、2Bの鉛筆、及び消しゴムを用いて実施した。指示は「実のなるような木を、できるだけ丁寧に描いてください」である。また、実施後は「バウムテスト整理表」（日本文化科学社）を用いて分析し、その結果変化の大きかった項目及びCR（臨界比）による検定の結果、有意差が見られた項目のついてまとめたのが表1、2である。なお、対象児は平成5年度が23名、平成9年度が11名である。

表1 変化のみられた項目（平成5年度）

項目	-	=	+	変化	CR
大きさ	5	13	5	10 !	-0.32
筆圧	4	12	7	11 !	0.60
黒塗り	13	9	1	14 !	2.94 ****
実	1	12	10	11 !	2.41 **
幹の輪郭	5	18	0	5	1.79 *
幹の表面	5	13	5	10 !	-0.32
地面	1	15	7	8	1.77 *
枝の数	7	11	5	12 !	0.29
樹冠輪郭	4	11	8	12 !	0.87

* P<.1 ** P<.05 **** P<.005 ! >=10

表2 変化のみられた項目（平成9年度）

項目	-	=	+	変化	CR
大きさ	3	2	6	9 !	0.67
筆圧	5	5	1	6 !	1.22
実	0	6	5	5	1.79 *
丸みのある線	1	5	5	6 !	1.22

* P<.1 ! >=6

これらのことから、以下のような所見が得られた。

サマースクール前には様々な不安や、抑うつ観を持ち、外界に対して自己を保護しようとしていた者が、サマースクールを体験することによって自信や達成観、成功観、成就観を得、不安や抑うつ観を克服するものが多く現れた。（黒塗り、実）

サマースクールの体験によって、現実に対する不安感や人間関係などに不安を抱き、外界との関係において自己の存在が不明瞭で、排他的であった者が、現実への認識を踏まえ、現実に立脚した自己の存在を明確にした。また、自他の関係において良好な適応関係を維持しようとする傾向が見られはじめた。（幹の輪郭、地面、丸みのある線）

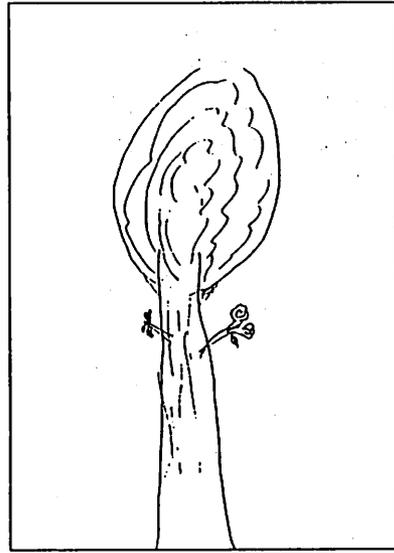
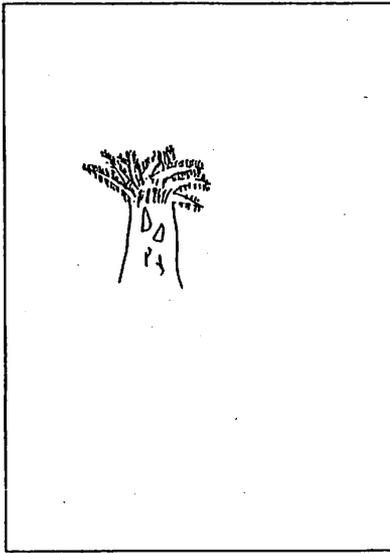
サマースクールを通して自己と外界との接触や摩擦など相互作用や精神的交流の変化を体験し、人間関係における葛藤など心のゆさぶりを体験した。また、自己そのものの活動性や、感情の状態、精神的エネルギーの変化など、自我及び自己と外界との関係において何らかの影響を受け、心的体験の深まりを経験した者が多く見られた。（大きさ、筆圧、幹の表面、枝の数、樹冠の輪郭）

6. 児童生徒の変容

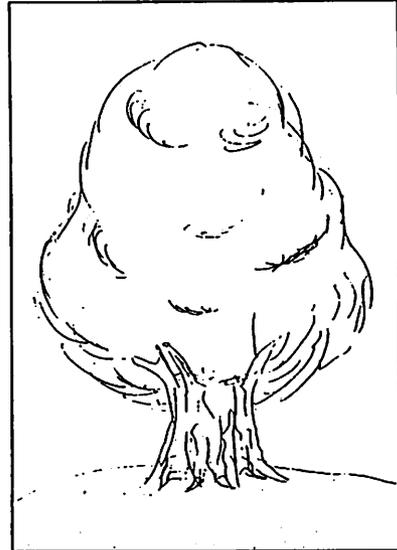
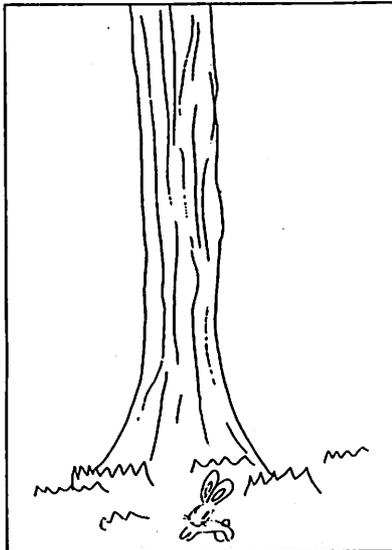
今まで述べてきたように、本校では養護・訓練の時間における指導において、喘息児を初めとする病弱児の心理的不適応の改善に取り組んできた。また、養護・訓練以外の各教科、道徳及び特別活動においても、基礎・基本を重視した生き生きと楽しく学ぶ教科指導や、個性を伸ばし創造性あふれる生きる力を育てる特別活動に取り組んできた。これらのことによって、心理的変容が見られた二つのバウムテストを紹介する。

バウムテストの詳細な分析は他に譲るが、事例1及び事例2ともに転入直後の左のバウムから、本校在籍半年以上経た後の右のバウムへと大きく変化していることが分かる。事例1は前籍校にて引きこもり状態が著しい不登校の状態を示していた中学部男子のバウムである。萎縮した自我を示す小さなバウムが

事例 1



事例 2



宙に浮いているように描かれている。葉の描き方や幹の表面などかなり追い詰められた印象のあるbaumである。それが右のbaumでは未熟性は残しているものの大きく成長した様子がかがいがい知れる。

また、事例2は不定愁訴の多かった心身症的傾向の強い中学部女子のbaumだが、左のはみ出しが顕著で背伸びをした状態のbaumから、右の豊かな茂みをたくわえたbaumに変化したのがよく分かる。

7. おわりに

baumテストに取り組んで8年、カウンセリングに取り組み始めて5年、保護者へのカウンセリングやエンカウンター及び箱庭療法などはわずか1、2年の取り組みでしかない。そんなわずかの実践だが、新しい病弱教育の流れが少しずつ見えてきたような気がする。これからも喘息児の心と体に目を向けた触れ合いのある養護・訓練を目指して、実践研究に取り組んでいきたい。

〈特集〉

医療関係者から見た
『小児がんの子どもに対する学校教育の治療上の効果』と期待

神奈川県立こども医療センター 血液科部長 気賀沢 寿人

◇はじめに

神奈川県立こども医療センターは高度かつ困難な医療を実践するための専門病院です。多種にわたる疾患を扱っておりますが、小児がんは重要な対象になっております。近年の治療法の進歩により小児がんの治療率は向上してきています。しかし残念な結果に終わる子どももまだ大勢います。学童が厳しい治療を受け入れていく上で、家族、医療従事者に加えて教師による支えがとても大きな意義があることをいつも感じております。この機会に、期待も含めて私の考えを述べさせていただきます。

◇「養護学校」という言葉のイメージ

当センター内には県立横浜南養護学校が設置されており、1カ月以上入院する学童は原則的には地元の学校から転校します。以前は転校の説明をすると養護学校の在籍は受け入れたくないという家族がございました。特に卒業する前には地元の学校に戻りたいという希望がよく聞かれました。病気を克服しようと頑張っている家族や本人にとり「病弱」というイメージを与える言葉は不適切な気がします。学校教育には一人ひとりの学童の状況を把握し、その子の個性、特性、能力を引き出す使命があると思います。最近はこの理念が先生方の熱意と努力の結果、センター内に浸透し、家族や本人の積極的な受け入れができていくように思います。退院後の地元の学校への復帰もスムーズになってきました。

◇チーム医療を支える病棟内での授業

小児がんの治療が強力になってきたため、白血球数が著減することが各治療ごとにあります。感染予防のため、個室に入ったり、6人部屋でもベッド上の生活に制限されたりし

ます。授業は子どもの状況に応じて工夫されながら続けられています。制限のない子は食堂やプレイルームを教室にして授業を受けています。私が病棟に行くと楽しそうな授業風景がみられます。しかし、個室の子は高熱がでて苦しんでいたり、友達にも会えず寂しかったり、不安な気持ちで一杯であったりしています。当センターでは子どもの治療上必要最小限の制限しか実施していません。ですから骨髄移植を受けている子どもも本人の状況に応じて先生から直接授業を受けています。学校教育の目標は単に知識を教えるのではなく疾病、障害を克服する心を養い、人と人とのふれあいを深め情操豊かな人間を育成することではないでしょうか。個室で授業する先生はとても大切な役割を果たしているといつも感謝しております。

逆に、小児がんの子どもを受け持つ先生方の負担が重く、悩みながら接している様子も見られます。医療従事者も、思い悩みながらその子にとって何が最も重要なことか一人では判断できないことがしばしばあります。その問題を解決するため、私達の病院では医師、ナース、指導相談室の担当者が協力しながらチーム医療を実践しています。問題が起これば解決のためのカンファランスを適宜開いて対応を考えています。最近、緩和ケアを考える勉強会を始めて、養護学校の先生方にも参加して戴き、色々な悩みを伺いました。授業をなさる先生方にとり、受け持ちの子どもの病気や病状を把握するのが難しいとの声がありました。カルテをみても良いのか、急に個室に入った場合、授業をして良いのか、入室しても良いのかなど悩むことが多々あるようです。病棟カンファランスへの参加や主治医

との連携をとって頂ければ良いと思います。

◇学校行事の意義

学童にとり、学校は入院生活を充実したものにす大きな役割を果たしています。特に、さまざまな学校行事は単調な入院生活に刺激を与え、快活さと元気さを取り戻す意義があります。運動会では、参加できる種目に全力で立ち向かい、家族も医療スタッフも子ども達の生き生きした表情を見て感動し、生命力のみなぎりを感じます。また競技に参加できない子どもも病気を忘れたように夢中になって友達を応援しています。この瞬間、全員が心の結び付きを感じ、終わった後にも勇気を持って病と闘う力が湧き起こるようです。

校外学習も楽しみようです。治療スケジュールを気にして、主治医と参加出来るよう交渉する子もいます。治療するといつ頃白血球が下がり、個室管理になるか経験から分かっているようです。ナースもその辺のことは心得ていて、行きたい子が行けるようかなり配慮しています。教師にとって、難しい病気の子を大勢引率して、何かあったら大変と思うかも知れませんが、参加を許可されたら病気のことは医療スタッフに任せて、できるだけ自由に校外学習を遂行して下さい。

小学校6年生と中学校3年生には修学旅行があります。入院している友達と一緒に外に泊まるのは初めての体験で、きっと良い思い出になると思います。

退院した子どもも地元の学校の修学旅行に参加した後、外来受診の時、まだ入院中の友達の所にお土産を持っていったりしているようです。入院していても行ける制度は素晴らしいものだと思います。

中学3年生にとって、不安なこともあります。進学問題です。思いもよらない病気のため、長期にわたる入院と厳しい治療で、思うように勉強ができず、挫折感を味わう子どもが以前にはかなりいました。家族も病気の重大さにただ元気でいてくれたらいいとの気持ち

が強く、学校生活をあまり重視せず好きなことをさせることを優先していました。しかし治療率が向上し元気に卒業する子にとって、進学問題はとても重要です。当センターの先生方の努力の結果、最近では受験に関してもとても良く対応が出来ており、本人と家族の不安がかなり緩和されています。

◇小児がんの子どもを受け持つ先生への期待

普通校では一生受け持つことがあるかどうか分からない小児がんの子供を、当センターでは学童の中に何人も受け持つことになります。病気を理解し、治療スケジュールを知り、教育カリキュラムを個別に作成し実行するのはとても大変なことと思います。しかし、今まで簡単に述べてきましたが、闘病生活の中で学校はとても大きな意義を持っています。元気に退院して地元の学校に戻っても、ついていけなければ子どもも辛い思いをします。幸い、先生方の努力で学力の維持、向上が得られ、退院後も元気に通学できる子どもが大部分になりました。しかし、地元の学校の理解が不十分な場合もまだあります。是非とも、理解を深めるようお願いします。

治る可能性の少ない子どもも残念ながらいます。最近では、病気との共存を重要視し、苦痛を取りながらかなり長期間、安定した状態に保つことができます。この場合、残された時間を出来るだけ充実させてあげる必要があります。知識を与えるだけでなく、その子の心を癒すような話をして下さい。心の交流が子どもの苦痛を緩和するはずで、さらに悪化し、個室に入った場合でも、面会して下さい。主治医でさえも、病状の悪い子の部屋に入るには決意が必要です。教師にとって教え子の死はとても悲しいことでしょう。子どもの方では死の直前まで必死に生きようとしています。先生の方も辛いでしょうが、良く頑張っている姿を目に焼き付けて下さい。がんと闘っている勇敢な戦士ですから。簡単ですが、これで私の分担を終わります。

血液疾患等の子供達への教育

横浜市立二つ橋養護学校 院内学級

当院内学級は開設以来5年目を迎え、入院児の病状・入院期間・治療傾向等がつかめるようになり、手探りながら、その指導の在り方も固まりつつある状況になっている。

入院児は血液系疾患が多く、過去の在籍数（年間延べ人数）は、平成6年度22名、7年度26名、8年度30名、9年度20名である。

学習時間は午前10:00-11:30の2単位時間、午後1:15-2:40の2単位時間であるが、これらの時間の前後及び途中にあっても、点滴交換をはじめ、諸々の医療処置が加えられており、体調の変化とも相まって予定の学習時間を常時安定して進められることは少ない。

こうした実態のなかで、指導上配慮している事柄は下記のようなものである。

1. 多様な指導内容の準備と心理的ケア

入院児の大方は治療の経過の中で、無菌室・個室・一般病室など、あるサイクルで移動している。一般病室にいる時期の子供達は教室にも通い、かなり豊富な学習を進めることもできるが、個室等において室外へ出ることも制限され、しかも厳しい治療をうけている時期には学習内容も自ずと制約されることが多い。したがって、個々の子供に対し、学習の場の変化とともに、日々の体調の変化に対応でき得る多様な指導案をもち、当日の子供の表情を見た上で適切な指導に入れるように心掛けている。

また、心身ともに不調な場合は教科学習を離れ、VTRで好きなアニメ番組を見る、ベッド上でできる簡単なゲームをする、おしゃべりをする、等だけで一時間を過ごすこともある。無菌室や個室での生活を余儀なくされている子供達にとって、遊び相手や話し相手がある、

背中をさすってくれる人がいる、というだけで不安や孤独の表情が和らぐことがある。様々なストレスの中で過ごしている子供達への対応を考えると、常に心理的ケアを基底にしなければならないと思われる。

2. 病棟行事の充実

前述の心理面への配慮の一環として、当学級では保母・ナースと共に諸行事の充実に努めている。これらの行事は、日頃、個別的になりがちな指導の中で、貴重な協同活動の場を設けることになり、社会性・協調性を養う機会ともなっている。そのため、個室等において直接会場に出向けない子供のためには、可能なかぎり「出前」の方式を工夫し、全員が参加した実感や連帯感をもてるようにしている。

例年の行事計画は次の通りである。

- 4月…入園・入学を祝う会／お花見
- 5月…鯉のぼり揚げ／小遠足
- 6月…病棟オリンピック
- 7月…七夕祭り／ビンゴ大会／スイカ割り
- 8月…納涼会／花火大会見学／ミニ縁日
- 9月…人形劇観劇
- 10月…お楽しみ会
- 11月…クッキング／クリスマスツリー飾り
- 12月…クリスマスお楽しみ会
- 1月…冬の遊び
- 2月…豆まき／クッキング
- 3月…卒園・卒業を祝う会

3. 医療スタッフ及び保護者の声

上記の努力点を含め、日々の学級の様子を医療スタッフや保護者はどのようにとらえているか、学級開設3年を経て専用教室の増設

も成った折、保母・看護婦へのアンケートの回答は次のようであった。

＜回答者25名。同回答の多い順に列記＞

- ・ 児が生き生きとして楽しそうに学校に行っている。
- ・ 児の生活にメリハリがついた。
- ・ 教員の関わりや努力が素晴らしい、ひとりひとりを大切に考え楽しく勉強できるようにしてくれる、一生懸命、熱心。
- ・ 入院中でも、教員や他児との交流による社会的な場（普通の子供らしい生活）があることが良い。
- ・ 看護婦と教員とのコミュニケーションや、連絡が不十分。
- ・ 教員と児との結び付きが強い、教員の存在は大きい。
- ・ 食事やうがいなどに教員に関わってもらうのは申し訳なく、今後の課題。
- ・ 点滴の終了時に知らせてもらい、有り難い。
- ・ 児について教員に教わることが多く、助かっている。
- ・ 個室への訪問を楽しみにしている児がいる。
- ・ 普通校とはひと味違う授業で、児の大きな楽しみになっている。
- ・ 入院生活に慣れない児も、入級が他児にとけ込むきっかけになっている。
- ・ 勉強の遅れを心配する両親もおり、ずっと続けて欲しい。
- ・ 看護婦ももっと行事に参加できればよい。
- ・ 患者・医療スタッフ・家族が全員で一緒に何かできたら良い。
- ・ 自分もよりよく児に接する努力をしようと思う。
- ・ 今までは学校への復帰ができず、登校拒否いじめ・留年などがあったが、学級ができうれしい。
- ・ 子供が誰でももつ「勉強したい」という気持ちを大切にしたい。
- ・ 医師の協力が少ない。
- ・ 短期入院の児に別の場の提供がほしい。

また、10月実施の「お楽しみ会」（小・中学校の文化祭に準ずる催しで模擬店が中心）について保護者の声は次のようである。

＜回答者6名＞

- ・ 治療を忘れてのほんの一時、子供達の元気で楽しそうな顔を見てとても感激しました。病気であろうと、目的に向かって皆で協力すると、とても素晴らしいことができ、やり遂げた喜びを味わえたのではないのでしょうか。またこのような機会を設けて下さい。
- ・ 当日個室から出られるようになり、親子とも大喜びで子供以上にはしゃいでしまいました。調子の悪い子がいたのに申し訳ないことをしたと反省しました。みんなのゲームや作品がとても素敵でした。わが子の作品を買ってもらった時など、親子ともとても嬉しい気持ちでした。
- ・ いろいろと行事がある中でも、企画・準備実施にわたり、子供達が主人公で関わったという点では、最大のイベントだったのではないのでしょうか。準備期間の和気あいの雰囲気は今までにないものでした。出店の内容もバランスよく、材料も身近なものが使われていてよかったと思います。（子供は商品を何にするか悩んだようですが）
- ・ 入院して4カ月が経ち、初めて子供が目的をもって一生懸命ひとつの事に夢中になることができ、とても嬉しく思いました。
- ・ 大変盛況でした。子供達もベッドの上ではみせない活気のある顔で生き生きと見えました。また、横のつながりもでき、友達意識も高まったと思います。親も病院にいることを忘れ、学校にいる感じて楽しめました。
- ・ 院内学級の行事に初めて参加でき、親子で楽しく過ごすことができました。入院生活は単調になりやすく、友達との関わりも限られますが、学年をこえて協力したり他の人との交流もでき、生き生きしているのを見て、今後も続けてほしいと思います。

不登校の子どもへの教育とは何か

—医療から考えたこと—

横浜市立医学部付属病院小児精神神経科 竹内 直樹

不登校の変遷：

不登校の児童・生徒に対して、学校教育は何ができるのかという、不可思議な執筆依頼を頂いた。ともかく子どもの諸問題は、特に不登校の問題は、その時代や状況を映す鏡でもある。不登校という呼称の変化と病因の変遷を追ってみる。

心理的な要因で長期欠席をしたときに、学校恐怖症あるいは登校拒否症という病気に関連させた名称は、現在は少なくなり、『不登校』という漠然とし、かつ中立的な概念に変わってきた。

子どものメンタルヘルスではよく耳にする論調の一つでもあるが、親の養育姿勢や親の問題にその病因をさぐる傾向がある。親子関係の問題などが声高に叫ばれ、現在も母原病・親業あるいはアダルト・チルドレン、父性の復権など、キーワードこそ違いが同音異句のように反復する傾向がある。家族療法と称して、不登校の子どもを抱えた親、あるいは家族の調整に躍起になった専門家たちもいたが、現在は家族支援あるいは家族援助などと言いが緩和され、治療や療法という上下の関係を内包した姿勢を微妙に変え始めた。また『学校化』『偏差値教育』というステレオタイプに語られ続けた、背景にある変え難い教育観を反映した、総論的あるいは観念的な考えかたの果てしなき議論は、主座を追われたように思える。情報の共有あるいは生活者優先など、世論の流れのなかで不登校問題への視点も、不登校に陥った当事者優位に変わってきたのである。好ましい変化といえる。

病因から個別的理解へ：

不登校は精神的な病気や脆弱な子どもだけ

に生じる現象ではなく、あるいは特異な子育てや親子関係に起因する問題ではないということ、要するにどのような子どもにも起こりうる現象にすぎないという共通理解が、文部省の報告以来次第に定着してきて、ステレオタイプの病因論は後退してきた。特異な病因論議よりも、個々の子ども像の理解に関心が行き、教員の研修形式も、講演会より『事例研究』が増え始め、子どもの理解と具体的な相互の対応関係が検討されるようになった。

不登校は悪ではない：

全国統計では不登校は10万人を越えた。各学級に不登校の子どもが存在しても、まれな現象でもなくなってきた。不登校に陥れば、将来がないと思いつめ、社会的自殺のようにとらえられた時代から、通学回避も子どもの選択の一つとして市民権が得られてきた時代になった。一連の『いじめ自殺』の嵐が、恐喝やいじめから逃れるための欠席を、当然の反応と考える契機になったと思われる。

さまざまな教育システム：

何が何でも学校復帰と言うことではなく、通学刺激を避けることが一般的になった。一律に学校に復帰するという目標が色あせて、単位性など、学校システムの工夫や変革、あるいは学外の居場所、塾なども、学校教育と連携する地域教育力の視座にあわせて登場し始めた。子どもの個性にあわせた学校の対応でもある。不登校の生徒からの、高校入試の際に差別をしないようにとの願いが、一部では実施されるようになった。

教育を授けられない悲劇

しかしその反動として、重大な問題が発生した。公教育を回避する選択権を当事者がもち始めたとしても、大半の当事者はその子どもに適った教育を希求している。しかし実際は公教育から支援を受けない子どもが増えてきた。不登校ゆえに学習空白が生じ、親は高い金銭で、その空白を埋めようとし、また不登校をビジネスとみなして参入し始めた教育企業も出始めてきた。小学校のある時期から不登校が生じ、中学校は通学することなく学籍のみで、長期化したまま卒業に至る子どもも増えてきた。義務教育なのに、教育の恩恵を受けられないのである。

ターミナルケアの論議から、長期入院治療のため教育が受けられなかった子どもにも病院内教育が保証される時代にもかかわらず、不登校の子どもだけが、学校刺激を回避する意味で、教育が与えられていない。在宅での教育は以前からあるのに、不登校には在宅という視点が欠けている。

不登校の子どもに『生きる力』を：

学校で勉強ができないだけでなく、心理的な理由から、勉強嫌いに陥ったり、あるいは家庭内暴力などが生じて、勉強どころではない日常が反復されている。座学のような知識集積だけでなく、さまざまな学校教育が保証した経験の選択が不登校ゆえに出来にくくなっている実際がある。『病気療養児の「生きる力」を育む』と、貴誌（育療12号）の序には掲載されているが、まさにその『生きる力』を育む教育から、遠いところに不登校の子どもや家族は位置し、当事者のみが孤立する形で生き続け、細々と地域で居場所を作り始めているのが現状である。

不登校の教育とは？：

不登校を治す対象から、不登校を抱えて生きる対象と視点をかえて、その子どもたちに、

学校教育は何ができるのか、それぞれが個々に模索し始める時代である。単に居場所と称して、子どもの自己決定権を許容するだけでは、教育は出来ない。不登校を中心に作られた居場所が、やがて喫煙常習の子どもたちに占拠され、火の不始末でその地域から追われた事例があった。

現実に根ざして居場所を確保し続けるためにも、その経緯に関わることこそが『生きる力』に繋がる教育であると思う。通学刺激回避という一技法から解放されて、眼前の子どもと教師との関係を基調にして、それぞれの教育に挑戦していく過程が必要である。そこには現在不登校をしていない子どもたちも関わる機会をもちたい。不登校の子どもに通学を誘いかける道具に子どもを使うという意味ではない。偶然にも不登校に陥らず、通学出来る自分たちが、今通学できない子どもに対して、何ができるのかを思い巡らし、子どもたち自身にも参与を求めるのである。偏見や差別を防ぐ意味でも貴重な教育課題と思われる。

不登校の子どもたちに用意された地域の適応指導教室を例にひくと、地域の担任すらもその教室と交流がない場合がある。時には、『適応指導教室に行っても復学できない』という陰口も聞かれる現状がある。そこでの個別教育の実践を、担任でさえ理解しようとせず、学校に戻れたか否かのための表面的な理解にとどまっているのである。また適応指導教室でも、教師以外にもできるような、創意工夫のない安易な遊びの繰り返しを時間割にして、子どもたちからも飽きられた教室運営も残念ながら耳にする。

今問われているのは、不登校の画一的な教育論ではなく、それぞれの子どもの教育的ニーズを共に考え、『教育とは何か』と問い続ける過程こそが重要と思われる。

不登校A子への指導実践

滋賀県立守山養護学校

校長 越前 寛

登校傾向（登校できるとき、出来ないときの波があり）

1. はじめに

本校は、隣接する滋賀県立小児保健医療センターに入院中の子供たちを対象にする病弱養護学校で、小学部と中学部がある。

中学部には毎年、心身症の生徒が複数在籍するが、これまでは食欲不振や肥満、肝臓機能障害、あるいは喘息等を伴う不登校の生徒たちであった。

本児A子はいろいろな理由で不登校になり、さらに問題の多い家庭の中で人格障害に陥った生徒である。

ここでは、本校でのA子への指導と、関係機関及び関係者との連携をとりながら取り組んだ内容と、今後の課題について述べることにする。

2. 本児A子のプロフィール

・病状…人格障害（この病名については、本来A子のような若い者にはつかない病名であるが、精神科医によると症状が似ているということで診断された。）

自分と他人との境界がグチャグチャで、自分の思っていることは他人もみんな思っていると言うように、問題をすり替えてしまう。他児より自分の立場を上を置いたり、自分の非行はすべて生育歴に置き換えてしまう。

発達の遅れはないが、感情表出が悪く、感情のコントロールができていない。衝動的な行動をとる。依存心が強く、愛情欲求も強い。対人関係については他人からの攻撃を恐れるあまり、自分から攻撃的にでる。

頭痛、腹痛、嘔吐、ふらつき、腕・足の痛み、過呼吸等の症状はあるが臨床所見は伴わない。

・家族…父、母、本人、妹、母方祖父母
・入院までの経過…小学校4年生ころから不

…小学校6年生2学期から保健室登校（ポスター作りや印刷物の手伝いをする。理解力があるので、学習すれば学習空白は埋められる。）

…中学校1年1学期（気分を一新して、5月初旬まで登校できた。その後、不登校になり、中学校の担任、養護教諭などが福祉事務所、児童相談所へ相談し、支援体制について話し合う。）

…中学校1年2学期

（Y病院小児科受診。カウンセリングを希望する。並行して児童相談所や心の教育センターへも相談する。しかし、一進一退の経過をたどり、K病院を紹介され2、3回通院するが、病院の雰囲気嫌い2学期末には当センターへ入院し、本校へ転入する。）

3. 本校での取り組み（◆印は本人の様子）

○転入当初は「院内授業」（1日1時間授業。3学期からは3時間授業。）

◆緊張気味だが、積極的な姿勢を見せる。授業時間を増やして欲しいと自分から申し出る。

○1カ月後登校（抽出対応：全教科領域、1日5時間授業）

◆当初は昼食のみクラスに入るが、その後は別室で対応。1対1の抽出対応では特に問題はなかったが、クラスの生徒とは接点が少ない中でもトラブルが見られた。

（病棟での態度と学校生活での態度が異なり、友達からとがめられる。学校では良い子を演じ、病棟では荒れる。）

○院内カンファレンス

・主治医・主任技師（判定員）・担当看

護婦・担任にて入院後の経過についての情報交換をする。

- 主治医（家に居ると落ち着けない。病院は安定できる場所であり、学校があり、外泊ができることから入院が、比較的長続きしている。）
 - 主任技師（家族のことを言いたがる。受け入れてくれる大人を求めている。差別的発言を許せない性格。）
 - 看護婦（食欲不振。大人不信から徐々に解放され、イキイキしてきた。部屋の中では取り仕切っている。）
 - 担任（学校では他の生徒との接触は少ない。落ち着いている。病棟で暴言を吐いているところを、他の生徒に見られているため、他の生徒から受け入れが悪い。）
 - 入院生活の見通し、入院生活で支援できること、当センター小児科受診で支援できることについて話し合う。
- カンファレンス
- 中央児童相談所・地域福祉センター・前籍校・病院・学校とで情報交換、今後の方針について話し合う。
- 3学期末退院（心の教育相談センター通所が目標）
- 2学年新学期早々に再入院
- 中2クラスで登校できる。
 - ◆授業の遅れを気にし、時々頭痛や吐き気など不調を訴えながらも授業は受ける。
- 10日後、夜間のみ外泊して本校に通学
- ◆母がいないと不安、夜眠れない等の理由で外泊したいと訴えたため。
- 翌日、主治医より精神科受診を紹介され受診する。
- 本児の安定をねらい、授業の中で1年次の学習空白を埋める取り組みも配慮する。
 - ◆「夜間の不安」の訴え強まる。学校では家庭や病棟で見られるような不安定な様子は見せない。

○2週間後、長期外泊停止

- ◆家庭内で自傷行動の増悪。本児の訴えによる母の混乱もあるため（母親もM病院に通院）

- 病棟での身体症状の訴えが増え、病棟での対応が困難になる。
- 学校では朝の養護・訓練で本児の思いを受け止め、授業に向かわせる取り組みを進める。

○3週間後、外泊の禁止

- ◆週末の外泊中に身体症状の不調を訴えるため

○1カ月後から整形外科、眼科等の受診始まる。

- ◆「腕が痛い」「腕の付け根が痛い」「物が二重に見える」などの訴えがあるため。
- クラスに適応できず、別室及び保健室で対応することもあった。

○カンファレンス（再入院して1カ半月後）

- 主治医・主任技師（判定員）・看護婦長
- 学校にて情報の共有、今後の方針について話し合う。

- ◆クラスに女子も増え、教室で安定できず、不調を訴えることで、関わりを求めてくる。（学校での安定が一気に崩れ始める。）

- 週末の外泊再開（退院に向けての外泊。大きな混乱はなし。）

○カンファレンス（再入院して2カ月後）

- 主治医・主任技師（判定員）・看護婦長、学校、にて情報の共有、今後の方針について話し合う。

- 一部抽出を経て、全教科抽出の取り組みとなる。

- ◆学校行事「運動会」をはさみ、学校での混乱が増悪。病院では一応安定するが、するが、母親とのトラブルは絶えない。退院に向け、1学期末を比較的リラックスした様子で過ごす。

○1学期末に退院

4. 本校での本児への取り組みにおける成果と課題

- ・病棟でのストレスや家庭（外泊中）でのトラブルを、朝の養護・訓練で受け止め、授業に送り出すことができた。
- ・より適切な施設及び教育機関への橋渡しの役割を果たしつつある。
- ・基礎学力の向上をはかり、音楽等の得意分野の技能を高め、自信を持たせた。
- ・長期的な見通しをもった対応が必要な生徒であるが、今回の入院は、緊急一時的避難としての要素が大きかったため、それができなかった。

5. 退院後の様子

- 夏休み前半は午前中、クラブ活動（パソコン）に参加したり、老人ホームを訪問してボランティア活動をする。また、補習授業を受けるなど非常に活動的に過ごしたが、後半はふさぎこんでしまい家庭で過ごす。
- 休み中に、本校の担任と中学部主事と母親とで「さざなみ学園」（滋賀県立鳥井本養護学校）の見学に行く。母親は好感を持った様子だが、本人は悪い印象を持ってはいないが積極的に行きたい気持ちはない。
- 2学期「前籍中学校」での1カ月間の状況
 - ・1日（土曜日）だけ登校（病弱児学級で3時間の授業を受ける。）
 - ・前籍中学校の担任、養護教諭はほとんど毎日家庭訪問する。
 - ・本校担任も電話で本人と話す。
 - ・Y病院で泌尿器科受診する。（異常所見なし）
 - ・町住民福祉課、市健康福祉センター、家庭児童相談員、町保健センターも、家庭訪問や前籍中学校の養護教諭との検討会や情報交換を実施する。
 - ・前籍中学校において校内教育相談部会も開催される。

- ・小児保健医療センターへ受診の予約を4回するが、実際に受診したのは1回のみ。主任技師（判定員）は電話で、3回連絡をとっている。

- ・受診したときの本児の様子は；

- ◆比較的落ち着いて会話ができる状況。「学校へは行きたくない」家にも居たくない（在宅そのものの拒否ではなく、日中過ごす場として不快だというニュアンス）」「外に出るのも嫌」

- ◆登校したくない理由の説明は一貫性がなく、焦点がしぼれない。

- ◆さざなみ学園については好印象を話してくれるが、入所には抵抗がある。父親から「母を守れ」「学校へ行け」と言われるので、入所はそれに背くことになるから「怖い」。

- ・1カ月後の本児の状況

- ◆人の目が気になる。どう思われているか心配である。家でも発作が起きるので、学校で起こったらどうしようかと心配。

- ◆（母親の銚子が悪く、本人も落ち込んでいる）自分の気持ちを分かってもらえない。もうどうでもいい。

- ◆「どう思われているか」が気になって（怖い）、登校できない。

- ◆（母親は一日中寝ている）「親は何も心配してくれない」「心配してもらって値打ちもないので、ほっといて欲しい。」

- ◆（テレビを見ていて、言葉をかけても、頭のうなずきのみで、言葉を発せず。）

- ◆（本人は寝込んでいるらしく）だれとも話したくないと言っている。（本校の担任からの電話にも出ない。）

- ◆「誰とも話したくない」「希望もない」「死にたい」

- ◆（朝起きるのも遅くなってきている。食事をしないこともある。お風呂にも行かない。テレビをみたりマンガを描く。）

- 退院1カ月後、以上のような状況なので、関係機関連絡調整会議を開催。

- ・出席関係機関
中央児童相談所・市健康福祉センター
・小児保健医療センター・中学校・守山養護学校

- ・会議内容
 - ①会議の趣旨説明
 - ②ケースの現状と問題点
 - ③今後の方針
 - ④今後のケースワーク、カンファレンスのもち方。

中央児童相談所を中心として、下記の専門機関、地域関係機関で、『さざなみ学園入所に向けて、心理学的・医学的・社会学的診断』をしながら、調整を行う。

6. まとめ

近年、本児のような子どもが多くいると思われる。また、そのような状況になるまでに各学校、家庭、医療関係者等によって苦労されている子どもも多くいる。

現在のところ、本児A子は、完治した状態ではなく、悪化している。

しかし、本児A子のような子どもに専門機関（医療・教育）と地域関係機関との連絡調整会議が再三持てるようになったことは大きな成果である。今後は、関係諸機関がより深く緊密に連携をとれるような体制づくりが必

要である。そして関係諸機関の支援によって、A子が自ら変わっていく力をつけてくれることを期待している。

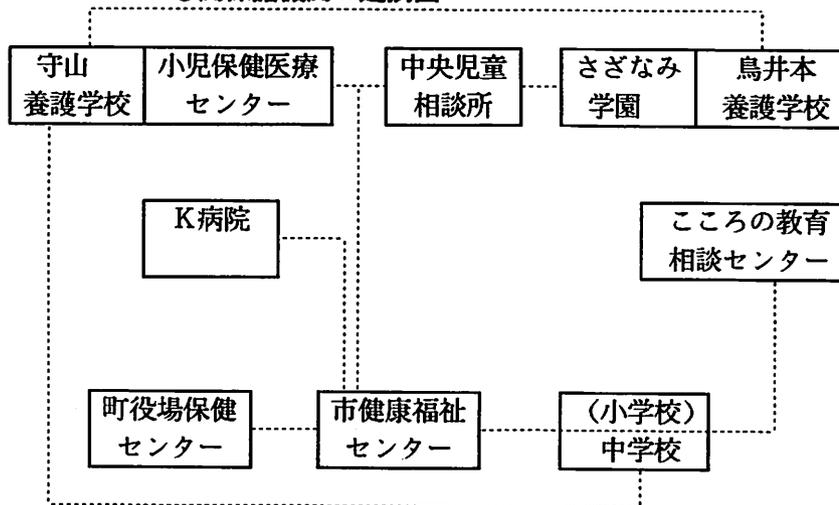
滋賀県立小児保健医療センターの佐伯恒美看護部長は「不登校の児童生徒は、なぜ養護学校へは行けるのか」について「養護学校には子どもを受け止める、子どもの心が癒される雰囲気がある。」と言われている。さらに「保健室登校ならばできるのだから、そのような場が学校に必要である（子どもが訴えている）。」と指摘されている。また「不登校の子どもとは話すことから人間関係が徐々につくられ、子供の声に耳を傾けることによってこちらの理解ができる。そうすると、何かしてやらなければならないという気持ちが湧いてくる。すなわち「指導者が子どもを変えるのではなく、子どもが自ら変わっていくことが大切である」と。そして「その過程において医教連携により正しい情報交換が必要である。」と主張されている。

私もその通りであると考えている。養護学校の教員は、子どもの「目を聞く」能力に優れている人が多い。近年、自分の思いをうまく表現できない子どもが多い中、教育関係者にとって非常に大切な資質であると思う。

また、病院から前籍校へ通える不登校児は、

病院に人間的な暖かさがあがり、学校での疲れが癒される雰囲気があるからである。したがって家庭に、病院や養護学校のような子どもの心が癒される雰囲気が欲しい。そして、学校には佐伯看護部長がおっしゃるような「保健室のような場」が必要である。

◎関係諸機関 連携図



生きる力の土台作り 高等部における養護・訓練「総合」の取り組み

石川県立医王養護学校 教諭 法 邑 三 知 夫

1. はじめに

「世界がどうであったか、今どうなのか、そして、どうなるのか、その中でわたしはどう生きるのか、これを目の前の社会を通して学ぶことが少しできたような気がして、これからもそうありたいと思っています。そして、確かにこの学校は進んでいると思います。」

(去年の卒業生)

「初めて通知表をいただいたとき、これ程先生方が子どもにかけてくださる思いが伝わってくるものを今まで見たことがなく、これが本当の通知表だと思いました。うれしくて枕元に置いて、退院の日まで毎日眺めていました。」

(3年前の卒業生の母親)

さまざまな心の傷を背負って、意欲と自信を失って不登校の状態になった子ども達。そんな子ども達が学校へのこだわりを持ちながら、医王養護学校高等部へやってくる。そういう生徒が抱えている、マイナスの学校観を打ち破ることが求められていた。

そのために、生徒の自己選択、自己決定を尊重する。生徒が自分を肯定していく中で自信を回復し、意欲を持って学習活動に取り組めるようにする。そして、積極的に生徒のよい面だけを捕らえて、励みとなるように評価していく。そのような方針でB組の教育を作りはじめた。その核となったのが養護・訓練「総合」(以下「総合」と言う)と選択教科、そして、評価方法の改善であった。ここでは「総合」を中心に報告したいと思う。

* B組とは不登校を中心とする慢性疾患の生徒のクラス(9~12名)である。他に筋ジストロフィーを中心とするA組(3名)、脳疾患(重複障害)のC組(6名)で学部は構成されている。

* 「総合」は1993年(平成5年)医王養護学校高等部B組が本格実施されると同時に実施された。

2. 「総合」の目的と学習内容

本校に入って来るB組の生徒を分析していく中で、意欲と自信の回復、対人関係の改善など、従来の教科学習の内容では解決しにくい課題が洗い出された。それは生徒が克服すべき課題であると同時に、わたしたちが目指す方向となった。それらの課題の解決が「総合」の目的となり、教育課程の中に位置づけるにあたって、養護・訓練として位置付けられることになった。「総合」の目的とは、以下の3点である。

(1) 「生きる」力をつけるための土台をつくる

どう生きていくかということが、生徒自身の中に生まれてくるためには、現在を生きていると実感することがまず必要である。そして「食べること」の喜びが「生きている」と実感する根源ではないかと着目した。また、その「食」を仕事(労働)をすることを通して作り出す過程で、「土」との出会い、「土」の中に生きている「命」と出会う感動の体験など、「生きること」の中身を豊かに膨らませ、前向きに生きようとする意欲作りをしたかった。

(2) 学び方を学び、学ぶことの意味を分からせ、学習主体を育てる

ある事柄を、知識・情報としてもっている「知る」ことより、ある事柄とある事柄の関連を把握してする「わかる」ための認識方法を獲得させることを、実際の活動を体験することを通じてねらうことにした。また、教え

たいことは教えない姿勢で、学習が主体的に達成されるように配慮をした。

(3) 集団で取り組むことができるようにする
不登校の生徒にとって、心に傷を与える「他人」ではなく、個人が生き生きと活動し成長するための暖かな「仲間集団」が求められている。個人は集団の中でこそ育つのであり、活動の課題や内容に即して、集団編成の量と質を考えていこうとした。

次に具体的な学習内容を考えて行くに当たって、横浜の橘女子高校の実践に学び、本校なりに整理した結果、次の四つの学習内容で取り組んでいくことになった。

【共同学習】少人数の縦割り班を作り、テーマを決めて調べ学習に取り組む。

【共同作業(農作業)】20坪ほどの畑を耕作し作物を栽培する。収穫祭もおこなう。

【共同作業(つくる)】学校の周りにふんだんにある竹を利用し、日常生活に必要なものを作る。

【共同調理】班でテーマを考え、調理をおこない、作った料理を全員で試食する。

3. B組の日常(3年生を例に)

	月	火	水	木	金	土
1	[選択] 国語		総合 合	[選択]	[選択]	LH
2	国語 体育			[選択]	[選択]	LH
3	[選択] 世史			国語 体育		学部
4	[選択] [選択]			[選択] 保健		特活
5	[選択] クラブ			保健 [選択]		
6	[選択] 化学			化学 世史		

水曜日は丸一日「総合」の日である。B組全体で学年枠を取り払って取り組んでいる。1週間の生活にゆとりを持つためと、教育活動の中心と位置付けるために週の中日の水曜日に設定されている。総合は集団で取り組むため、教科に関する個別のニーズについては選択教科を多く設定して応えることにした。

4. 「総合」の一日と運営

	晴 れ		雨	
	1 班	2 班	1 班	2 班
1	共同 学習	共同 調理	共同 学習	共同 調理
2				
3	畑		つくる	
4	試 食			
5	つ くる			
6	反省会【次週の予定と反省ノートを書く】			
	用務するもの 司会 00 記録 xx 一 班 長 師 手 全 員 マイ・スプーン、箸			

上の表は「総合」の一日の予定である。「共同学習」「共同調理」「つくる」を2つの班(1班5名程度)でローテーションを組んで取り組んでいく。晴れと雨、季節に応じての「農作業」の必要度合いによって、その日の内容が決まってくる。「農作業」は原則として全員で取り組む。「共同調理」は1カ月に1回もたれる。そのメニューを決める話し合いも「総合」の時間の中でおこなわれる。11月は全員で収穫祭をおこなう。また、夏休みのB組登校日の内容やレクリエーションを「自主活動」として計画している。

3年前より、1年を前期と後期に分けるようになり、「共同学習」のテーマや「つくる」も内容が前期と後期で変わる。

1日の終わりには、必ず反省会を持ち生徒が司会記録を交替しながら次回の予定を立て反省ノートをつける。教師はそれにコメントをつけるようにしている。

教師はB組担当者6名で、それぞれの得手や興味関心を生かし、4つの学習内容と反省会を分担して担当している。毎週木曜日の6限目に全員で話し合いを持ち、運営・計画・研究を進めている。

学期の終わりには、生徒自身で「総合」の活動全般について、自己評価をさせ、それを『評価』として教科の成績表と一緒に保護者に手渡している。

5. 「竹の柴屋」と「A組・C組と共に取り組む共同調理」

生徒の実態に合わせて試行錯誤していくうちに、去年今年と新たな取り組みも生まれてきた。「竹の柴屋」は竹製品を生産販売する会社（模擬会社）で共同学習の中で1年かけて取り組んだ。『代表』は生徒、『会計』『営業』も生徒、教師は『代表秘書』と『開発』を受け持った。毎回時間の最初に持たれる運営会議が会社組織の母体で、役職にかかわらず全員平等の権利を持ち、各部門からの報告の後、全員で協議し会社の運営のあり方を決めていく。司会・記録も輪番である。

資金調達、商品開発、製作方法、市場調査、原価計算、価格設定、帳簿管理、製作計画、販売方法、社員以外の生徒の協力、商品PR、利益の使い道、すべて運営会議の中で決めて取り組んでいった。

1年目の取り組みということで、教師のリードは必要だったが、生徒達は生き生きと取り組んだ。自分が受け持っている仕事が滞ると、他の部門に迷惑をかけること、竹という素材の性質、社員以外の生徒との意志疎通や協力の仕方、市場調査したときの消費者（職員室の教師）ニーズの意外さ、製品がすべて売れたときの喜び、これらは生徒達にとって新しい発見と驚きであった。

一生懸命さは作業にも現れ（生産目標に追われて）、「根を詰めて仕事をしているので何か息苦しいね」とふと出た感想を、運営会

議で『どうしたら楽しく作業できるか』という議題にしていった。社会の生産システムを体験し、自分たちが主体的にかかわれることが、生徒のやる気を引き出した。

今年の新しい取り組みは、共同調理をA・C組と共に取り組むことである。高等部では行事を通じて、体の不自由なA・C組の生徒とB組の生徒が交流を持ち、お互いに深く影響を受け合うということが見られるようになった。そこで、『病種をこえた交流』を学部研究のテーマとして、「総合」の中でも交流を進めるために、とりあえず「食」の魅力を利用して、月に1回の調理を共に取り組むことにした。

班分けをおこない、班毎に年間のテーマを決め、作る料理もそのつど話し合いで決めていく。材料の買い物もできる限り一緒に行く。後片付けはB組の生徒がやるから、報告書はA・C組の生徒で書いてもらうということも決められた。「A・C組さんがいるから、手軽に作れるものにしたんだ」と話す生徒もいたし、5月の第1回目の取り組みでは、材料を切るとき教師からA・C組の生徒を手伝ってと言われた生徒で、「僕がした方が早いから」と答えた生徒もいた。理論も含めて何もかもこれからといった感じであるが、それまでに比べて大人数での食事は、話も盛り上がり確実に楽しいものになってきている。

不登校の生徒にとって、A・C組の生徒から受ける影響が、ときには進路を決定してしまうような大きなものになることもある。また車椅子の生徒と一緒に活動を進めるとなると、各施設が狭く動きがとりにくかったり、普段から気軽に交流できるスペースがほしいなど、学校の施設・設備の問題もクローズアップされてきた。

6. おわりに

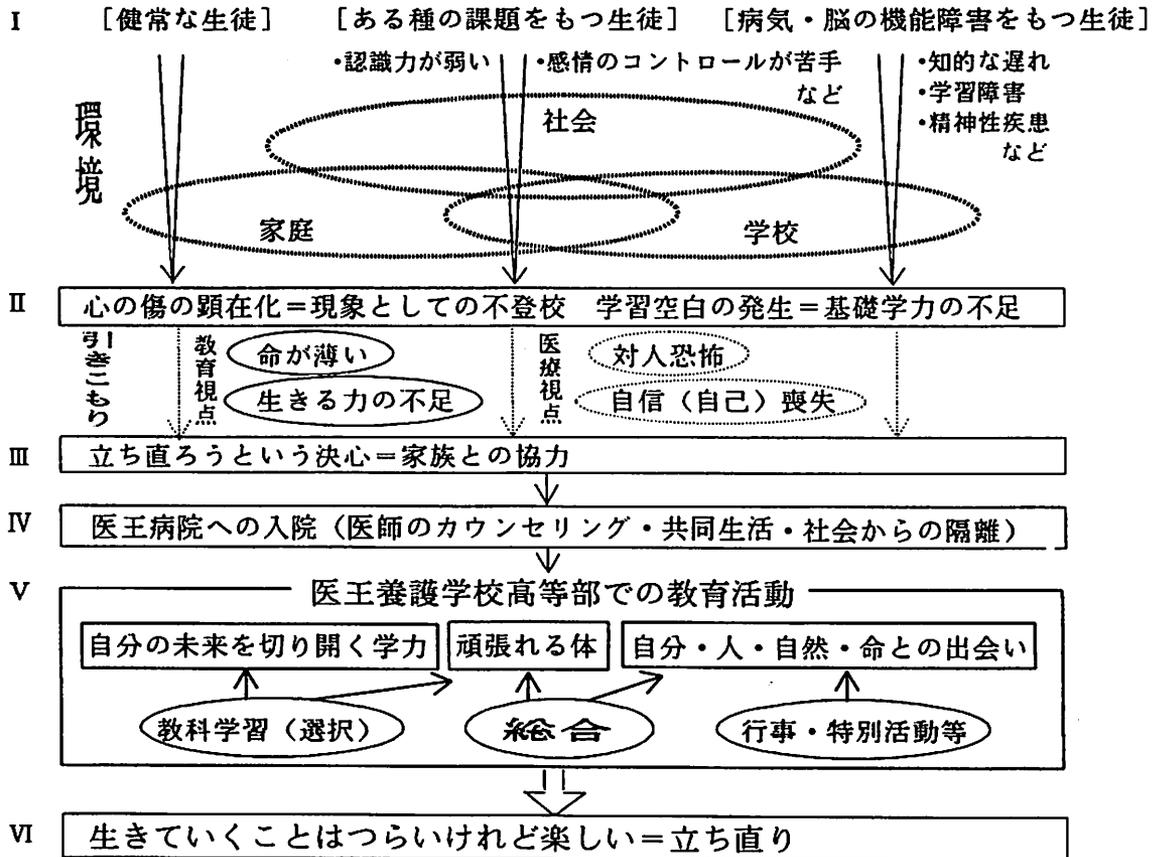
精神性疾患の生徒の受け入れなど、多様化していく生徒の実態に合わせて、「総合」で

もいろいろな試行錯誤が行われて来た。そんな中で、生徒は「総合」の取り組みの中で育っているか、受験用の学力を犠牲にしてはいないか、また、他校への転出の際、単位認定において聞き馴れない「養護・訓練」ということで相手校の理解が難しいなど、動揺がおこることや解決していかなければいけない問題もある。

しかし、「総合」が実施されて6年、学校全体で、体験的学習方法が多く取り入れられ

ようになっていたり、生徒を主体とした行事などの活動が大きな流れとなってきた。意欲を取り戻し多くの資格を取得した生徒の姿や、卒業式での卒業生の未来に向けての力強い言葉、卒業後学校にたずねて来て、なつかしく思い出を語ってくれる卒業生に再会するとき、今後とも創意工夫とともに確信を持って、生きる力の土台づくりとしての「総合」を進めていきたいと思う。

【資料】 「総合」の位置とB組の生徒達



1997年度「総合」の年間活動内容

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
共同学習	オリエンテーション	1展覧会について 2展覧会制作「竹の発展」 園遊会ボードについて 安房の近代の生活						→文 →化 →祭 →発表	猫について 展覧会制作「竹の発展」		→3期 校内 →発表
共同作業 「つくる」	「つくる」についての説明 と話し合い	カーブごとの話し合い ・打ち合わせ 灰捨て場の 掘り、竹切り		流し素麺 煮・器作り	→ 竹切り・竹割り・組み 立て			習とつくるの話し合い 竹の発展の商品づくりを行う			
共同作業 「農作業」	栽培計画 草むしり 畑を耕す 苗植え 野菜 ピーマン	苗植え さつまいも 種植え ごぼう 草むしり	草むしり			草むしり	収穫 さつまいも	収穫 ごぼう 野菜 苗植え 玉葱 収穫祭 めった汁 おにぎり	畑見回り	畑見回り	畑見回り
共同調理	年間計画立案 各班のテーマ 設定	1班 鍋 「つめ煮」	2班 洋菓子 「ヨーグルトケーキ」	1班 鍋 「豚肉の味噌汁 具」		2班 洋菓子 「レアチーズケーキ」	1班 鍋 「小籠包」		2班 洋菓子 「さつま芋プリン」 「さつま芋の話し ケーキ」	1班 鍋 「チーズフォンデュ」	2班 洋菓子 「キャロット ケーキ」
備考	習のノート作り 16(4) Na1 30(6) Na2	7(6) Na3 14(6) Na4 21(4) Na5 28(6) Na6	4(6) Na7 11(4) Na8 18(5) Na9 25(6) Na10	9(6) Na11 16(6) Na12	25映画	3(6) Na13 10(6) Na14 24(6) Na15	8(2) Na16 15(2) Na17 22(6) Na18 29(6) Na19	5(6) Na20 12(2) Na21 19(6) Na22 23(6) Na23	10(6) Na24 17(6) Na25	8(2) Na26 14(6) Na27 21(6) Na28 28(6) Na29	4(6) Na30 18(6) Na31 25(6) Na32

備考の欄について 数字は日付け、()の中はその日の時数
Na1～ は学習活動予定表のナンバリング

(育 療)

—既刊5号～12号—主な内容 (1号～4号は表紙の裏)

《第5号》

- ・第2回学術集会並びに第1回研究・研修会概要
- ・特集 「**学校に行けない子供**の現状と課題」……猪股丈二
- 事例……金井雅子・橋本英雄・吉住 昭・山川 保
- シンポジウム

「筋ジストロフィー児の生活の充実に向けて」

- ・声——障害をもって生きること……名倉由紀子
- ・寄稿「慢性疾患児童の保護者の希望」…石橋・森
- ・〈学校紹介〉……(横浜市立二つ橋養護学校)

《第6号》

- ・本学会の事業を顧みて……会長 加藤安雄
- ・特別寄稿 『医療行為と生活行為のはざまで』……平野俊徳
- ・特集 日本育療学会

第1回研究・研修会

- ◎ 心身に障害が合って学校に行けない子供の具体的な要因と対応 ……吉住 昭
- ◎ 学校に行けない子供を持つ親の体験・須永和宏
- ◎ シンポジウム「学校へ行けない子供への対応」
- ・精神科思春期の治療と教育の拡充を願って…加賀谷 妙
- ・〈学校紹介〉 ……香川県立善通寺養護学校 ……福岡県立古賀養護学校

《第7号》

- ・21世紀をめざした病弱教育の課題と展望
- ・特別寄稿 成人した難病児の小・中学校時代の体験に関する研究 ……小林 信秋 中井 滋・武志 豊
- ・特集 21世紀をめざした病弱教育の課題と展望
- ◎ 病弱教育の変遷と21世紀に向けての課題… 加藤 安雄
- ◎ 病弱教育対象児の実態の推移と展望…武田 鉄郎
- ◎ 医療から見た病弱教育の課題…中尾 安次
- ◎ 病弱養護学校の教育の展望…佐藤秀信・山腰美佐子
- ◎ 病院内学級の教育——その意義と課題 ……小川 幸宣・辰巳 貴美子・中村 太 高橋 早苗・中戸川 茂子・樋口 寿江
- ・『在宅筋ジストロフィー児の生活の現状と課題』…深川 常雄
- ・〈学校紹介〉 ……岡山県立早島養護学校

《第8号》

- ・特集 心身の健康に問題をもつ子供への福祉援助
- ◎ 福祉制度と福祉サービス……中塚 博勝
- ◎ 心身の健康に問題をもつ子供の福祉活動 ……山川 保
- ◎ からだの弱い子どもの施設療育 ……中塚 博勝
- ◎ 重症心身障害児施設における療育 ……平山 義人
- ◎ 福祉的活動の実際
- ・心理療法士の立場 ……佐藤 栄一
- ・臨床心理士の立場 ……松寄くみ子・赤澤 晃
- ・MSWの立場 ……法 由美子・山本文子

- ◎ 福祉から見た教育への期待 ……石川啓治郎
- ・〈施設紹介〉 ……みちのくみどり学園
- ・〈学校紹介〉 ……栃木県立足利養護学校

《第9号》

- ・特集「**病弱児の看護**」
- ◎ 『総論』病弱児の看護を考える ……吉武 香代子
- ・一般病院の小児病棟に学ぶ小児の看護 ……久世 信子
- ・隣接する養護学校へ通う長期入院児の看護…長谷川久子
- ・障害児施設に併設された養護学校で学ぶ小児の看護 ……田原 紀代子
- ・定期的に外来を訪れる慢性疾患小児の看護…成嶋 澄子
- ・悪性腫瘍と共生する子どもの看護 ……駒松 仁子
- ・継続的な医療処置を必要としている小児の看護…内田 雅代
- ・看護婦と養護教諭との連携 ……油谷 和子
- ・学校教育現場から看護に望 ……斎藤 淑子
- ◎ 小児科医石田尚之と学校教育 ……桐山 直人

《第10号》

- ・医療と教育の動向から ……加藤 安雄
- ・〈特別寄稿〉 障害をもつ子供のいる家族との関わりからの体験報告と提案 ……中川 正次
- ・特集 **—家族—**
- ◎ 「子供の死——親の思い」…井上・関口・熊倉
- ◎ 「親の立場から望むこと」…大塚・根本・水谷
- ◎ 「家族の絆」…飯島・柳楽・榎原・藤波・藤松・佐野
- ◎ 福祉とボランティア (米国のボランティアと各国のセルフヘルプクリアリングハウスなど)
- ・〈寄稿〉 慢性疾患児の自己効力感に関する研究から ……武田 鉄郎
- ・〈学校紹介〉 ……神奈川県立横浜南養護学校

《第11号》

- ・新『福子の伝承』を求めて ……波平 恵美子
- ・小児気管支喘息の治療の現状と問題点 ……西間 三馨
- ・特集 **闘病の跡と指導の実践報告**
- ◎ 闘病の跡…加藤 裕子・玉田美希子
- ◎ 指導の実践報告 ……山口恵里子・室岡徳・池田俊子
- ・子供の病気を通して考えたこと ……山下 暁子
- ・在宅ターミナルケアを通して ……二宮 道子
- ・〈学校紹介〉 ……宮城県立西多賀養護学校

《第12号》

- ・病気療養児の「生きる力」を育む教育につて
- ・特集 **小児ガン・アレルギー性疾患**
- ◎ 小児がんの子どもたちのQOL ……細谷 亮太
- ◎ 小児眼がんの子どもとの相談…西田 知佳子
- ◎ アトピー性皮膚炎の治療の現状と課題…山本 昇壮
- ◎ 『個性化』した患者指導の必要性…栗原 和幸
- ◎ 小・中学校における喘息児の対応の現状…北 栄子
- ・〈学校紹介〉 豊けき朝…新潟県立柏崎養護学校
- ・事例…自己表現の手段としてのパソコン…浅利 倫雅

《学校紹介》

病弱虚弱児の教育に取り組んで

——健康・自学・礼節——

北九州市立門司養護学校 原 岡 毅

1. はじめに

本校は、九州の最北端、北九州市門司区の瀬戸内海に面したところに位置し、校舎の後方は山、前方は海という豊かな自然に恵まれた全国でも数少ない寄宿舍併設の病弱養護学校である。しかも、日本で最初の公立の病弱養護学校でもある。

学校と同じ建物の中に寄宿舍があり、児童生徒は北九州市全域から月曜日の朝に、家庭から寄宿舍に帰寮し、登校し、週末の土曜日（第2、第4は金曜日）の放課後に帰宅するという生活をしている。

また、医療機関は隣接していないことから、慢性内臓疾患や筋ジストロフィー、重度・重複障害などの児童生徒は在籍していない。また、近代医学の進歩と社会情勢の変化に伴い、近年、肥満、気管支喘息、てんかんなどの児童生徒も減少している。これらに替わって、最近では心身症等による不登校の児童生徒が大部分を占めるようになってきた。

2. 本校創立の経緯

門司市立門司高等女学校が、「国民体位の向上、勤労精神、涵養、躰の習練」として、白野江習練道場を設立。昭和16年3月落成。

昭和22年4月学制改革の際、門司市立門司高等女学校は、福岡県立門司高等女学校と合併して、県立門司北高等学校として発足することとなった。その時、市立門司高等女学校は白野江習練道場の施設設備一切を門司市に寄贈した。

門司市はこの施設を、学制改革により養護学校が明文化されたのを機会に、昭和22年4月福岡県門司市立白野江小学校付属養護学校として開校させ、市内に居住の虚弱児を対象に24時間規制の寄宿舍とした。

3. 当時の状況

昭和22年開校時の福岡県門司市立白野江小学校付属養護学校は寄宿舍だけで、第1期生5・6年児童10名入学。授業は約500メートル離れた白野江小学校で受けた。校長は兼任、職員も専任は看護婦1名、調理員2名、菜園の従事者2名だけであった。

当時の学校教育目標は『新教育制度の趣旨に則り、身体虚弱児を収容し、楽しく学習させつつ衛生的知識を涵養し、以て心身共に健康なる文化人たるの素地を養う。』であった。

昭和23年に校長（兼任）、教頭格の専任1名、教諭2名が専任された。児童は、学期初めに身体検査をして入学を許可し、3カ月終了後は原籍校に復帰させるのを原則とした。

施設の概要は、敷地総面積900坪、建築面積258坪、水田900坪、菜園等5300坪、家畜は乳牛1、山羊1、鶏10。

白野江小学校までは遠く、寮と学校の往復は面倒でもあり、通学生と一緒に生活指導上問題もあるので、寄宿舍の廊下を仕切って教室を作り、授業をすることとした。

4. 学校の沿革

・昭和22年 『門司市立白野江小学校付属養護学校』として開校。

・昭和23年 4年生からも入学させた。

・昭和25年 『門司市立白野江養護学校』と改称し専任の校長と教頭を置く。入学対象児を小学3年生からとし、身体虚弱児の他に要注意児童ツ反応陽転者、その他、虚弱児童及び希望者とした。

・昭和26年 玄関横に井戸を新設し、生活用水とした。

・昭和27年 福岡県学校保健モデル校になる。調理場、食堂の改築、鶏舎の改造。

- 昭和28年 法律改正によって義務設置でない市町村立養護学校の教員は、義務教育費の国庫負担法から除外されることになったため、門司市立白野江養護学校の名を廃して『門司市立光陽小学校』と改めた。
- 昭和31年 開校以来每学期ごとに入学・修了させていたが、虚弱児童は在学の延長を望んだため、每学期ごとに入学・修了以外にも在学期間を1カ年に延長した。
- 昭和32年 前年公布の「公立養護学校整備特別措置法」に則り、門司市立光陽養護学校学則を作成し、県の許可を受け、「門司市立光陽養護学校」と改称。寄宿舎に助教諭資格の寮母1名が配置された。初めての修学旅行実施。
- 昭和32年 開校以来、乳牛、山羊、鶏を飼育し、自給体制をとり、勤労体験学習を試みていたが、乳牛と山羊は28年迄に消滅し、残っていた鶏も断念した。
- 昭和34年 開校以来、勤労体験学習と実益をかねて実施してきた水田・菜園を廃止した。
- 昭和38年 北九州市発足に伴い、『北九州市立門司養護学校』と改称した。
- 昭和39年 中学部設置。
- 昭和45年 新校舎竣工（現在地の白野江に建てられた）、総面積11,370㎡、建坪2,743㎡、重複障害児学級発足、運動場整地、屋内体育館竣工。
- 昭和47年 床上学級新設、市立門司病院と門鉄病院に教師派遣。児童生徒が増加して100名を越える。校歌・校章制定。
- 昭和54年 床上学級廃止、寄宿舎冷房設置。
- 昭和58年 プール落成。
- 昭和62年 食事にナイフとフォークの使用を始める。
- 平成 元年 調理室改善。
- 平成 4年 陶芸窯完成、パソコン購入。

- 平成 8年 小学生の在籍者がなく中学部だけになる。初めて九重キャンプ実施、創立50周年記念式典。
- 平成 9年 心身症等による不登校児が在籍数のすべてを占める。風呂の改善で男女別で入浴ができるようになる。
- 平成10年 小学生の転入により小学部が復活した。児童生徒の心身症等の実態に対応するため教育相談室「風のへや」が設置された。

5. 現在の門司養護学校

(1) [教育目標]

- ◎心身の健康回復に努める児童生徒の育成。
- ◎豊かな心を持ち、たくましく生きる児童生徒の育成。
- ◎自他を尊重する児童生徒の育成。

(2) [学校経営の基本方針]

- ① 教育基本法の精神を遵守し、並びに北九州市教育委員会の示す指導の重点に従い、本校児童生徒の実態と、学校の実情、地域の実態等を考慮し、一人ひとりが基礎的的事項を確かに身につけ、活動的で創意ある充実した学校生活ができるように努める。
- ② 全教職員が校務分掌の円滑な遂行の必要性を共通理解し、活力ある組織体として学校教育目標の達成に向け努力する。
- ③ 児童生徒の実態に応じた教育課程の編成・実施、少人数の学級編制、寮での指導等を通じて、児童生徒の「生きる力」を育成する。
- ④ 心身症等による不登校、軽度の慢性疾患等の状態にある児童生徒に対して、カウンセリングや医療との連携、身体活動や食事指導等様々な配慮をしながら、進んで心身の健康回復に取り組めるようにする。
- ⑤ 少人数の学級編制、寮での異学年同室の生活、全校児童生徒の交流等を通じて、人間関係を良好な状態に保つための気配りや思いやり、助け合いや奉仕の精神、身辺自立、自

己表現等、社会生活に必要な道徳性の基礎を
培いながら人間尊重の成長を育む。

(3) [重点目標]

- ① 児童生徒の実態に応じた教育課程の編成、
実施、評価の実践研究をする。
- ② 児童生徒の学習進度を把握し、課題を明
確にして、「分かる授業」を行う。
- ③ 養護・訓練の時間の指導を充実し、一人
ひとりが主体的に心身の健康回復を図る実
践力を身につけさせる指導内容や指導法を
開発・指導する。
- ④ 教務（教師、事務職員、栄養士、養護教
諭）と寮務（寮母）は一貫した指導方針の
もとに児童生徒の指導にあたる。
- ⑤ 受容・共感等のカウンセリングマインド
を基本とした指導にあたる。
- ⑥ 医療機関及び専門家と連携し、医療的配
慮を基盤とした指導に努める。
- ⑦ 人権尊重の教育の推進に努める。
- ⑧ 交流教育を推進する。
- ⑨ P T A活動の活性化及び関係機関との連
携の充実を図る。

(4) [重点目標達成のための努力事項]

- ① 教育課程の編成、実施、評価。
◇ 児童生徒の実態に応じて、学習指導要領、
指導の重点、基底教育課程等に基づき、単
一障害児童生徒に対しては、小・中学校と
同じ教育課程で臨む。ただし、学習進度に
遅れのある児童生徒に対しては、実態を具
体的に把握し、それに対応する指導計画を
作成して指導に当たる。
◇ 重複障害児童生徒に対しては、学校教育
法施行規則第73条の12に基づく適切な
教育課程を作成し、実践研究を通して内容
の充実を図る。
◇ 登校出来ない児童生徒に対しては、教職
員が家庭訪問をして指導に当たる等、対応
を研究する。

◇ 教育課程の進行管理と評価については、
綿密な教材研究と適切な教材選定を行い、
指導計画及び指導記録簿を整え、指導時間
数の累計、評価統計等を遺漏なく行う。

② 「分かる授業」の推進

◇ 個別指導を重視し、教育機器や教具・資
料を活用した指導法の工夫に努める。

③ 教材・教具の開発と工夫

◇ 系統的かつ累積的な学習が必要な教科の
指導には、特に留意して指導計画を立て、
教材・教具の開発と創意工夫による指導に
あたる。

また、基礎技能の習得が必要な教科の指
導は、体験的活動や創作的活動を多く取り
入れ、教材・教具の開発と創意工夫をし、
指導の効果を上げるように努める。

④ 教務・寮務の生活指導等の指導の一本化 を推進

◇ 学校生活を充実した楽しいものにするた
め、児童生徒会活動を支援し、児童生徒の
自発的、自治的な活動が展開されるよう工
夫する。

◇ 教務、寮務の連携を密にし、一貫した指
導を行うために、「教育相談部」を設置し、
その効果をあげるように努める。

⑤ 児童生徒の指導の基本

◇ 受容、共感等のカウンセリングマインド
を基本とした児童生徒の指導に努め、教職
員と児童生徒、児童生徒同士の人間関係を
深める。

⑥ 医療機関及び専門家、関係機関との連携

◇ 医療機関及び専門家、関係機関との連携
を密にし、医療的配慮、教育的配慮を基盤
に指導を充実する。

- ⑦ 人権尊重の教育の推進
- ◇ 人権尊重の教育の推進
 - ・すべての教育活動の中で人権尊重の教育を推進する。
 - ・友達をたいせつにする日常生活指導を行う。
 - ・同和教育の視点及び同和教育教材「いのち」などを活用した授業を実施する。
- ◇ 性教育の実施
 - ・性教育の指導内容、指導方法等について実施計画を具体化し、児童生徒の発達段階に応じた性教育を実施する。
- ⑧ 交流教育の推進
 - ・児童生徒の出身校との交流を進める。
 - ・養護学校間の交流を進める。
- ⑨ P T A活動の活性化及び関係機関との連携の一層の充実
 - ・保護者との連携の強化。
 - ・授業参観、懇談会の内容の充実。
 - ・P T A活動の組織化。
 - ・地域、関係団体との連携。

(5) [本校の児童生徒の実態]

本校に在籍している児童生徒は、平成10

児童生徒の病類人数 <10月1日現在>

副症状 主症状	病類								合計
	A	O	F	W	E	M	P	C	
気管支喘息 A							1		1
内蔵疾患 O									
機能障害 F									
虚弱 W									
脳波異常 E									
知能障害 M							1		1
心身症等による 不登校 P							18		18
肥満症 C							2		2

年10月1日現在、男子14名、女子8名、合計22名である。そのうち、前籍校で心身症等による不登校の状態にあった児童生徒は21名で、他の者もなんらかの形で対人関係に問題があったり、家庭に問題があったりして本校に転入してきている。

6. おわりに

開校から現在に至るまでの経緯を紹介してきた。日本で最初の公立の病弱養護学校であるという事実に接し、当時の子供たちの状況を的確に判断し、健康回復という目標のために設立に尽くされた方々に感謝を表すとともに歴史ある学校に誇りを感じる。

開校当初と比較すれば、医学の進歩により病虚弱の内容も変容してきた。現在、本校に在籍する児童生徒は、心身症等による不登校児として転入してきた者がほとんどを占めている。この現象は、変化の激しい社会において、今後の病弱養護学校のあり方として、各養護学校が抱える課題となってくることは明白である。しかも、不登校になった背景は一人ひとり異なり、学校・家庭、地域社会などによる要因が複雑に重なり合って、解決は容易ではない。

本校でも、毎日の事象に試行錯誤で対応し、最善を尽くすことは、教職員にとって実践を伴った研修ともいえる。教職員の資質・能力の向上と合わせて、関係諸機関との連携を含めた対応により、児童生徒の心身の健康が少しでも早く回復することを願いながら、校舎へと続く坂道を毎日上がっている。

〈学校紹介〉

医療と教育は両輪の関係

大阪市立貝塚養護学校

清水 広美

1. 明日の医学と教育に未来を託した子ども達

本校は、昭和18年に設立された大阪市立少年保養所の附設学園として昭和23年に創立された。大阪市から南へ30km離れた貝塚市の丘陵地帯に位置する。少年保養所は昭和18～23年まで「学童結核療養」の時代で、さらに昭和23～42年までの「療養しながら学ぶ」時代をたどる。また1960年代に始まる高度経済成長により、白砂青松の浜寺の海水浴場の地にもコンビナートが建設され、ここにある虚弱児施設・大阪市立助松養護学校が廃止になる。当時、助松養護学校に在学する喘息児は、子供にとって一番健康回復に大切とされる空気そのものが奪われ、健康的立地条件の悪化により、まだまだ空気清浄の地であった大阪市立貝塚養護学校寄宿舎に暫定的に在寮した。その年の昭和42年11月、少年保養所結核児病棟（金太郎寮）の横に喘息児病棟（つくし寮）が完成し、以後喘息児は少年保養所に入所した。昭和42年～平成4年までが「結核、喘息児混在」の時代となる。なお、結核は医学の進歩とともに入所児が減少し続け、昭和58年に取り扱い業務を中止し、この年の秋から新に腎臓疾患児の入所業務を開始した。しかし、大阪市市民病院の統廃合とともに平成4年8月大阪市立少年保養所はその幕を閉じた。

この間、結核児2503名、喘息児718名、腎臓疾患児18名、延3239名の児童・生徒が療養と勉学に励んだ。

2. 社会と時代の要請とともに

昭和23年、軽度結核者。少年保養所で治療のすすんだ結核児アフターケア。さらに戦前の健康学園の性格を受け継いだ虚弱児を受

け入れる寄宿舎構想を打ち出した。

この構想は、病を克服する医療活動（少年保養所）における他律的活動から、実践的・自主的な規制生活の場とし、少年保養所退所後、家庭の事情により生活規制実施不可能の場合もあり、かつ、最近の傾向として入所治療者に生活に困難をきたす子も多く、公費補助の関係で入院治療を打ち切ることの止場であった。学習も治療も当時の最高度医療をもってしても多大な生活規制をなくしては完治に至らない。学校における寄宿舎生活は「規制プラス教育」の学校教育の完成を目標にした。

昭和32年、公立学校整備臨時措置法制定に伴い大阪市立貝塚郊外小中学校は貝塚養護学校と校名を改称し、昭和35年「円頂山」の麓に寄宿舎が完成した。

寄宿舎の制度と役割を「Half Way House」＝（病院生活から通常学校へ、家庭生活への橋渡し）と位置付けた。今日で言うステップ・スクールとかデイケア・スクール等に当たるものであろう。

虚弱児施設寄宿舎は入寮対象児を「ツ反陽転者。結核アフター者。投薬を必要としないカリエス後遺症と腎臓疾患児。医療行為を要しない軽度心臓疾患児。軽度な喘息児」及び「集団生活可能な軽度神経症児。発熱しやすい・風邪を引きやすい等の、欠席の多い虚弱児。立ちくらみ・顔色が青白い・食欲不振などの起立性調節障害児」の9つとした。

上記の身体虚弱を主訴に寄宿舎生活を営む入寮者の定数は、施設設備状況（貝塚養護学校学則第9条＝昭和35年5月30日制定）から50名とした。

本校は、少年保養所（結核と喘息）の病弱児と寄宿舎（身体虚弱）虚弱児からなる病弱

虚弱教育養護学校となった。

当時は、病弱児教育の理解は低く、また、病虚弱児教育に携わる人々の横のつながりは無きに等しかった。本校は昭和27年文部省学校保健実験学校の指定、翌年には文部省結核実験学校指定、昭和33年に文部省特殊教育研究指定校を受け、結核児教育に積極的に関わった。研究指定校の発表会には文部次官湯浅謹而、特殊教育主任官辻村泰男を迎え、大阪で全国病弱虚弱教育協議会を開催する。これを転換点に「大阪病弱虚弱教育研究会」さらに「全国病弱虚弱教育研究会」組織へと発展した。

研究発表は今日のベッドサイド学習に当たる「枕頭学習」、絶対安静・体調不良の児には、今の視聴覚機器を駆使した「放送教育」を、訪問教育に相当する「所内学級」を設置。さらには、療養・保養生活の結果、各種運動機能・能力の低下がみられ、身体機能、とりわけ柔軟度の低下が大きいという測定結果から、適当な運動刺激を与え子供の持つ運動要求を満足させ、情緒的安定を図る。また、療養生活で眠っている身体機能を覚醒させ、健康安全能力の向上を図り、運動禁止事項や運動制限について、その枠を超えない戸外での散歩や遊戯的内容を取り入れた「漸増訓練」等の養護・訓練的教育内容・方法があった。

先輩たちの先駆的教育活動で、今日の本校の教育に引き継ぐものは多大で、養護・訓練、訪問教育、医教連携のあり方等に引き継がれている。

3. 心と身体を拓く

結核・喘息・虚弱の三寮からなる児童生徒をようした本校は、教育方法や教育内容に工夫をこらし、養護・訓練では病類にあった内容の工夫に努めた。

結核児は病気の程度に応じ、一日2時間、3時間、4時間の教室学習と枕頭学習、所内学習の5本立て教育編成からなる。喘息児は

一日5時間の学習であるが、当時の喘息症状は今日とはとても比較にならない重度で、学習中に腹式呼吸をしながら授業をすることが頻繁にあった。時には、それらの子どもと元気な子と腹式呼吸を交替しつつ授業をした。保健室での対応が困難であれば、少年保養所へ子どもを負んぶするかりヤカーに乗せて連れ帰った。発作の誘因の除去に努めた教育活動時代で、発作が発症すれば欠席も長くなった。

通常学校の5校時の時間帯は、結核児は安静と検診、喘息児は呼吸機能訓練・鍛練の時間、寄宿舎児は読書や散歩、自由時間として構成していた。

昭和48年から、それまで社会的問題となっていた肥満児を寄宿舎に受け入れることとなる。たちまち、それまでの虚弱児の「静」的教育方法・内容と正反対の「運動」的対応が必要となった。そこで第5校時の寄宿舎児対応として、虚弱児は「散歩、ゲーム、園芸、工作」的内容（心理適応）を、肥満児は「なわとび、ランニング、サーキット」等の運動指導（諸活動）を行うようになり、教育内容の創意工夫に努めた。

さらに、もう一つの新しい流れも始まっていた。昭和36年、寄宿舎には「神経性嘔吐、起立性調節障害、学校恐怖症、自律神経失調症」等を主訴に児童生徒が入学し、これらの症状に随伴するとともに不登校状態が見えかくれた子どもが入学し始めた。

現在「心身症」とくる子は、当時「情緒障害」と称した。心身症の子の入学は増加をたどり、寄宿舎児の半分を占めるまでにその比率を高めた。こうした情勢から昭和46年、教育・医療関係諸機関の協議（教育委員会、少年保養所、小児保健センター、本校）が持たれた。

本校の寄宿舎入寮対象児は大阪市立小児保健センター（現：大阪市立総合医療センター）からの要請として「登校拒否、神経症……を

貝塚養護学校に入学させ、……本人を一時家庭から切り離して、集団生活の中で精神面の指導を図ること」を受け、本校として今後積極的に受け止めていくこととなる。これまでの寄宿舍入寮判断を少年保養所主治医がする業務から、小児保健センター児童精神神経科に移し、センター受診後、担当医師の検診結果をもって本校への入学となった。なお、肥満児も小児保健センター内科を受診し、入学後は学期に一度肥満児検診を受け、転学した後も一年間はアフターケアとして小児保健センターへ通った。

この変更により「教育課題に対する子どもへの医学的精神的フォロー」とともに「教師へのアドバイザー的役割」の道が開けた。

昭和50年代は「非行、暴走族、校内暴力、家庭内暴力、自殺……」と不登校・登校拒否の増加が社会問題・学校問題としてクローズアップされ、その対応に追われた時代でもある。こうした時代背景のもと「病弱・虚弱であるが、行動面において逸脱する」傾向を持つ、あるいは「いじめの対象」から不登校となり「他者への不信、教師・学校への不信、誰に依存して良いか分からなくなった子ども達」「家庭内暴力」と対応に困り果てた家庭や機関からの紹介による入学が急増した。

4. 子どもと向き合う世界

平成4年に少年保養所は50年の役割を終えた。平成5年から本校に隣接する国立千石荘病院の喘息、腎臓、アレルギー等の小児慢性疾患児を受け入れ、ここに入院する児童生徒の教育に携わることになった。

さらに、大阪市南部の総合病院に小学・中学部の訪問教育を平成5年から実施することになった。

病弱養護学校に学ぶ子ども達は、「居住地」の学校と異なり、小学校の6年間さらには中学校3年間と、安定した期間を持ち合わせていない。居住地校は卒業という終点までを乗

り降りのない特急電車に乗っているが、病弱養護学校は常に乗り降りのある普通電車に乗り合わせ「見知らぬ人が乗り、心を通わせ合えるようになったと思えば降りていく」短い時の流れに様々な人と人の出会いと別れが常に存在する世界である。

普通電車に乗り合わせた病弱の子は、明日の医学の進歩に期待を託さなければならない子が座る。隣には、生きること、強く生きること、より良く生きることでもって悩み抜いている子が乗り合わせている。その隣に、突然の心身の不調によって緊急入院した子がいる世界。

この普通電車に乗り合わせる一人一人の病氣(像)はそれぞれ異なる。初めて聞く病名を知らされた不安や驚き。予想すらしなかった病名を聞かされた時の衝撃と絶望感と悲哀に満ちた子どもと家族の苦悩。また入院治療という何とも言えない不安と治療の苦痛と孤立感。病気の再燃とか、病状の回復が思うように進展しない不安や焦り。

また、『末期状態であるということ、死と隣り合わせに生きる長い道程もある。各々の幕の長さは、病氣の様々な側面の長さを反映し、末期状態の子供たちは、死が差し迫った状態になる前から、自分がやがて死ぬということを知って、周囲の人の話したがらない様子に気づき、そして、互いに振り(演技)をする状況』(*)がある。時に、幼児帰りや自暴自棄に陥り攻撃的になったりする。そのような時、医療スタッフとともにその子にかかわる教師たちの“心の温もりと心のふれあい”が、病状の回復と改善に少なからず役割の一端を担う。

入院した子ども達は児童期、思春期、青年期にわたる仲間の渦に身を置き、さらに乳幼児から大人の世界と幅広い対人関係を日常的に膚で感じ取る病棟世界にある。寄宿舍の子ども達も病棟同様に頻繁な人と人の出会いと

旅立ちがある。

転入する子は、通常学校での転入学児童・生徒と同様な気持ちで貝塚にやってくる。その転入時期は、健康診断、検尿、レントゲンと、春の学校検診後の5月以降増加し、水泳指導前後、夏休み明け、運動会前後といくつか転入学のピークがある。転入学当初は、どの子も孤立した存在であるが、教職員、寄宿舎職員・医師・看護婦といった職員の温かい眼差しに心を解きほぐし、仲間からは自分の転入学した頃の思い出を重ね合わせ受け入れていく。それは、一人ひとりバラバラで孤立・分散化した人間関係を塊から、同性同年齢の地層の状態へと切り拓き、異年齢のさまざまな薄い地層の状態を壁土のようにじっくりと練り上げることである。

転入学してきた子ども達の訴えに、「友達の中に入っていけない」「友達を作れない」「勉強が分からなくなってしまう」「学校に行こうとするとおなかが痛くなる。頭が痛くなる。熱が出るといった体の不調を感じる」「学校が始まると喘息発作がよく出る」等が多くある。これは、どうも“学校という場面が子どもにとって心地よい場”になっていないということではないでしょうか。また、不登校期間の長期化から「勉強の分からないところを聞くように言われるが、何を聞いていかな分からなかった」「周りのヤツもオレなんか当てにしてへん」「いじめられた本当のことを先生に言ったら、それをクラスみんなに言い、結局いじめたヤツに仕返しをされてしまった」と仲間であるはずのこれまでの友達も、信頼していた教師からも裏切られ、自分にとって安らげる“心地よい場”は家庭でしかなかった。しかし、その家庭も、学校に行ってくれればという強力な説得、あるいは時間の経過とともに無言の圧力のもと自室に閉じこもるとか、内閉した自己の世界に入り込むことによって昼夜の逆転が生まれ、一層心の葛藤を増幅している。

そして、不登校状態の長期化は、再登校の“きっかけ”をつかむ困難さもはらんでいる。それは不登校へと経過した過去の自分の姿や、不登校の引き金とか理由といった“心の傷”の質的内容によって異なる。再登校のきっかけに、ある子は小学校から中学校に移る時期や、4月のクラス替えと対仲間関係、対教師関係の組み替えによって成功する場合があり、いじめとか恐い教師からの解放ということでチャンスをもににする。ある子は援助機関の支えによって内省する力を培い、登校できるチャンスをつかむ。また、ある子は担任・学年・学校の力と家庭や援助機関と連携し、保健室登校あるいは登下校時間を外した登校しやすい場作りによって成功することがある。

もう一つの選択肢に、病弱虚弱養護学校の入学がある。この選択肢は、子どもも親も、通常の転校とは異なる意識をもち、養護学校転出・卒業からくる“将来への不安”という重荷を幾重にも背負った苦汁である。本校の教育的内容は十分に理解できるが、養護学校の名称に後々まで振り回されかねない苦悩の選択である。

しかし、いざ入学して見ると「貝塚の教育」が、“自分とともに生きていく友達の発見の場”“仲間とともに共有できる世界の発見と個人の成長の場”“優勝劣敗にいろどられた世界から、他者に依存しつつ自己への信頼感を獲得する場”のあることを生活の中で発見するのである。

5. おわりに

ここ10年弱は喘息、肥満、腎疾患、心疾患、神経症、心身症などで入学してくる児童生徒の70%近くが不登校状態を合わせ持っている。長い生徒は3~4年、多くは半年から2年程の期間がある。

地域校、保護者、福祉機関、医療等の関係諸機関からの紹介が増えている。医療機関からは病気そのものは寛解したけれど、在籍校

に登校できない状態（喘息などの病状の再発・悪化）から入院入寮の紹介となっている。

福祉機関等は、家庭崩壊・家庭経済の悪化、家庭機能等が不十分でさまざまな精神的負荷が加わると、身体的症状や強迫的症状となって現れ、不登校になっている状態を見て本校へ紹介してくる。

地域校の小学校では仲間に入れない。中学校からでは仲間をつくれぬ。仲間集団の中にうまく居場所を築くことができない。自己信頼感の弱さから、完全体であらねばという意識が強く、萎縮した心と体、周囲の評価や批判に過剰に反応した登校しぶり。学習の遅れ・つまずき・空白からの学力不安。教師・学校やクラブ、仲間はずれ等の様々な要因による不登校状態の継続から、状態の改善として本校を活用してきた。

現在、「育児放棄」「児童虐待」「学習障害」「軽度の発達遅滞」等、子どもの心理的疎外や十分な教育的対応がなされずに、二次的発達の障害としての不登校・情緒障害問題を深刻化させ、転入学してくるケースが急増し、その教育方法・教育内容の工夫に努めて

いる。

肥満、心身症、慢性疾患と、本校児童生徒の背景には、家庭基盤・生活基盤・学習基盤・社会基盤の崩壊と多面的・複合的要因が重なり合ってきた。

今は、医療と教育の両輪の関係から、医療と教育（本校・前籍校）と福祉・相談機関と家庭の四輪の関係を強化し、よりよい連携を築かなければならない時期にある。

最後に、子どもの減少は本校の在籍数にも大きく響いている。在籍数は一学期がボトムで二学期にピークを迎える学級定数問題。また、訪問教育では食堂やにぎやかなプレイルームでの学習が続いている。学習時間数が少なく、教材の保管庫はどの病院も皆無で、教科担任の苦勞は大きい。進路指導と病状と関係した進学校の受け入れ体制づくり、訪問教育の施設設備の充実等、教育環境の改善が望まれる。

(*)引用文献：『死にゆく子どもの世界』
日本看護学会出版会

エンカウンター・グループ

アメリカのグループ・ダイナミクス(group dynamics 集団力学)の研究者達は、集団の過程と、その中におけるダイナミックな人間関係に目を向けてきたのであるが、やがてそこから、グループ・トレーニング(group training)の方法を考案し、それを実験的に試行してきた。

S・T(感受性訓練)(Sensitivity Training)とか、T・グループ(Training Group)とか、L・グループ(Learning Group)、カウンセリング・ワークショップ等がそれであるが、アメリカ西部のカリフォルニアでは、これらの呼称よりも、「エンカウンター・グループ」(出会いグループ)(Encounter Group)と呼ぶことが多く、それが広まってきた。

エンカウンター・グループは、疎外された人間が「出会い」を求めるグループであるといつてよいがS・TやT・グループなどと比較して、言語を用いない身体的表現の演習や、身体的接触をより多く用いる傾向にある、といわれている。

エンカウンター・グループの思想的背景としては、実存哲学、人間中心の心理学、ゲシュタルト心理学、禅仏教、ヨガ、その他の東洋思想および、マスロウ(Abraham Maslow)、ロージャズ(Carl R. Rogers)、フロム(Erich Fromm)などの理論からも大きな影響を受けている。 (「育療」編集部)

日本育療学会会則

一. 名称

本学会は「日本育療学会」と称する。

二. 目的

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

三. 事業

本学会の目的を達成するために次の事業を行う。

(一) 研究の推進

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

(二) 研究・研修会の開催

1. 研究会
2. 研修会
3. 海外研修会

(三) 学会誌等の刊行

1. 学会誌
2. その他必要な資料

(四) 情報・資料の収集・活用

(五) 顕彰の実施

(六) その他、本学会にとって必要な事項

四. 組織

(一) 会員

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

(二) 役員等

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

5. 顧問 若干名

6. 役員及び顧問は理事会において決定し、総会に報告する。

7. 役員及び顧問の任期は2年とする。但し再任を妨げない。

(三) 理事会・委員会

1. 理事会

会長、副会長、理事をもって構成し、本学会の重要事項を決定する。

2. 委員会

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

(四) 事務局

1. 本学会に、事業を執行するための事務局を置く。
2. 事務局の所在地
〒194 東京都町田市森野1-39-15

五. 会計

本学会の会計は年会費、賛助会費、寄付金及びその他の収入をもって当てる。

(一) 会費

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

(二) 会計年度

毎年4月1日から翌年の3月31日までとする。

六. その他

(一) 事業開始日

本学会の事業は、平成6年5月29日から開始する。

編集後記

◆教育は畢竟「実践」である、という言葉をよく耳にします。特に病弱教育においては、日々変化する可能性のある病状に如何に対応するか、如何にきめ細かい手厚い指導が出来るかが問われています。そのための指導計画であり、養護・訓練であり、医療の連携なのだと思います。

◆その意味で『育療』の編集に当たって、現場での実践例を出来るだけ多く載せていきたいという方針を、今までにも何回か述べてきましたが、今回は“医療と教育実践”という特集を企画しました。医療関係者の稿と実践事例を併せて載せさせて戴きました。限られた時間内での依頼にお応え下さいました執筆者の方々へお礼申し上げます。なお、筋ジストロフィー児と腎臓疾患児については、紙数等の関係で、次号に掲載させて戴く予定にしております。ご了承下さいますようお願い致します。

◆気管支喘息児に関しての、「心理的問題とその改善」「自己管理能力を高めるために」は、それぞれ吾郷先生と内田先生に《特別寄稿》として、新たに稿を頂きました。心から感謝申し上げます。

◆また、喘息児については西牟田先生が、小児がんについては気賀沢先生、不登校については竹内先生が、医療の面から「学校教育」が如何に「治療上の効果」をもたらすかと言うことに併せて、教育への期待を述べて下さいました。教育関係者としては誠に有り難いことであると同時に、その仕事の重大さと責任を感じます。それだけに子どもたちと過ごす時間の中に、生き甲斐を感じます。

◆養護・訓練に関する指導内容の報告が2例ありますが、それぞれ先生方の工夫と努力がみられ、大変参考になるのではないかと思います。

学習指導要領が改訂になります（12月に告示予定）が、養護・訓練の考え方は基本的には変わらない筈です。益々、病類が多様化していく中で、これからは、更に一人一人の子どもへの個別計画が必要になると考え、次号からも可能な限り養護・訓練の指導が深められるような企画をしたいと考えています。

（宮田）

『育療』編集委員

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

平成10年11月30日発行

編集発行者 日本育療学会

代表者 加藤安雄

編集代表者 宮田功郎

発行所 日本育療学会事務局

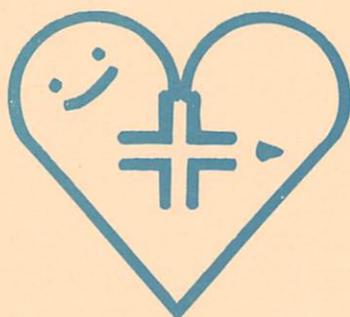
町田市森野 1 - 39 - 15

☎ 042 - 722 - 2203

印刷所 福川印刷株式会社

東京都町田市忠生 3 - 6 - 5

☎ 042 - 791 - 2411 (代)



シンボルマークの意味

育…教育という意味で鉛筆

療…医療で聴診器と赤十字

あたたかい心でつつむという意味でハート

あかるく微笑む子どもの顔

「岸本ますみさんの作」

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**