

子供の心身の健康問題を考える学会誌

育療

17

2000.1

序にかえて1

特集

—第5回学術集会・研究・研修会— 【その1】

- 《記念講演》 子どもの心のゆがみと心理療法
.....大原 健士郎3
- ◎ 思春期の子どもの心理と不登校
第1分科会<不登校>.....菅 佐和子.....21
- ◎ 難治性てんかんをもつ子どものケア
第2分科会<重症心身障害>.....杉山 健郎.....37

『学校紹介』

- 病弱虚弱教育の歩みと今日的課題
(島根県立松江緑が丘養護学校).....石倉 国男.....51
- 強く豊かな心を持つ児童・生徒の育成
(京都市立鳴滝養護学校).....宮地 優典.....57
- リニューアル久留米 一子どもが輝き心豊かに育つ教育活動をめざして—
(東京都立久留米養護学校).....浜田 芳子.....60
- 『育療』既刊号—主な内容.....表紙補. 2. 36
- 日本育療学会会則.....66

日本育療学会

明治・大正・昭和の病弱虚弱教育の歩み

日本病弱教育史

全国病弱虚弱教育研究連盟
病弱教育史研究委員会編集

- ◎病弱虚弱教育史の調査研究としては、日本で初めての書。
- ◎全都道府県別の病弱虚弱教育の通史。
- ◎明治・大正・昭和にわたる、社会情勢、教育制度、医療制度や健康教育の実情の分る書。
- 推薦者

日本小児科学会会長・全日本中学校会会長
全国養護教諭（都道府県）会長協議会長
全国特殊教育学校長会会長・日本特殊教育学会会長

教育・医療・看護・福祉等すべての関係者におすすめします!!

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

《育 療》 一既刊1号～6号一主な内容 （7号～16号は別頁）	
<p>《 創刊号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本育療学会発足にあたって …会長 加藤 安雄 ・育療学会に期待する …… 下田 巧・西間 三寿 武士 豊・松井 一郎・柴田 明代 ・特別研究 「入院中の学校教育の意義」 … …………… 松井 一郎他 ・難病対策基本法の制定を求め……親の会共同アピール ・声—— 病気の子供への理解と教育を（親の願い） ・日本育療学会 設立の趣旨および会則 ・文部省通知……… 《病気療養児の教育について》 	<ul style="list-style-type: none"> ・欧州特殊教育視察研修……………佐藤栄一 <p>《 第4号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特集 医療の進歩に伴う 学校での生活の変化と生活上の留意事項 ・「実践事例」無菌室における学習保障…… …… 久留米養護学校清瀬分教室 斎藤淑子 ・欧州特殊教育視察研修（3）…………… 佐藤 栄一
<p>《 第2号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・育療学会に期待する…………… 船川幡夫・井戸川真則 ・特別講演「優しさを科学する」 ……………国立小児病院院長 小林 登 ・特集……………親の立場から 教育・医療・看護・福祉に期待 ・「入院中の学校教育の意義と役割」（2）—谷村雅子他 ・欧州視察研修報告（1）……………佐藤 栄一 	<p>《 第5号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特集 「学校に行けない子供の現状と課題」…………… 猪股丈二 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
<p>《 第3号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・育療学会に期待する…………… 森 和夫・脇坂千鶴子・織茂 領 ・特集 教育実践を通して 医療・家庭・福祉と連携 ・特別寄稿「病院に望む教育環境」…… 佐藤 隆 	<p>《 第6号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特別寄稿 「医療行為と生活行為のはざま」 …………… 平野俊徳 ・特集 日離給第1回研究・研修会 ◎ 心身に障害があって学校に行けない子供の 具体的な要因と対応 …………… 吉住 昭 ◎ 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」

序にかえて

—学術集会、研究・研修会を振り返って—

日本育療学会も設立5年を迎えました。

昨年11月、第5回学術集会並びに研究・研修会を催し、おかげさまで200名を越す方々の参加を得て、稔りのある研究会であったと喜んでおります。ここに、心からお礼を申し上げるとともに、今後とも是非従来にも増してご協力をお願いする次第です。

過去の研究・研修会のテーマを振り返って見ますと、「不登校」「筋ジストロフィー」「気管支喘息」「小児がん」「小児腎臓病」「自閉症」などでした。今回「重症心身障害」と「不登校」を再度取り上げたわけですが、それは病弱教育の対象児の現状を考慮しての選択でもあったわけです。病弱養護学校や病弱学級の在籍者を中心に考えますと、その病種が慢性疾患から大きく変化し始めたのは、10年余も前のことです。当学会としまして、一年1回の研究・研修会のテーマについては苦慮するところとして、毎年2つのテーマを選んでいますが、「折角の素晴らしい講演等が設定されているのに、一つのテーマにしか参加できないのは残念だ、両方のテーマについて研修できないものか」という声を多くの方からお聞きします。しかし、一日目と二日目に1つずつのテーマで研修するとなれば、内容が薄まって不十分になるでしょうし、一年1回1テーマの研究・研修会では病弱教育が抱える課題を解決しようとするには、時勢とのギャップが大きいように思えます。結局、2日間という研究・研修会の時間的制約の中では、現在の日程が最も効果のある方法かと考えております。

さらに、病弱虚弱児がいわゆる養護学校・学級以外（普通校）にも多数在籍するようになってきていることを考慮に入れて、一般小学校・中学校の先生方にも、育療学会の活動内容を知っていただき、研究・研修会への参加を積極的に呼びかけたいと考えております。

研修は教員の義務です。そして研修は“自己研修”が本来のもので、自分の意志で自分の計画で、研修会などに参加することが大切だとされていることは言うまでもありません。しかし、そうは言っても現場にいますと、思うようには計画が出来ないこともあり、予定しても時間的に折り合いのつかないことも多いようです。当学会としまして、その辺のことを考慮に入れて、研究・研修会の時期をなるべく早く（前年度中に）会員の方々にお知らせしようと考えてはいましたが、会場等、諸般の都合でご迷惑をお掛けしてきました。今ようやく準備ができ、平成12年（2000年）度の、学術集会並びに研究・研修会を下記のように予定させていただきます。

第6回日本育療学会学術集会並びに研究・研修会開催予定

1. 日 時 平成12年11月11日（土）～12日（日）

2. 会 場 横浜市健康福祉総合センター

（桜木町駅下車徒歩2分） 京浜東北線・東横線

分科会等、内容の詳細につきましては追ってお知らせする予定にしております。是非、皆様のスケジュールに予定なさって戴きますよう、お願い申し上げます。

昨年11月の学術集会、研究・研修会（京都大会）の成功の裏には、『育療京都』の方のご尽力がありました。初めて首都圏を離れて、京都で大会を開くということは多少の不安があり、ある程度決断のいることでした。会場の設定から研修内容の細部にわたるまで、また関係機関との折衝、連絡、案内状の発送など、遠隔にある本部との意志疎通を十分にしなければならなかったからです。しかし、殆ど不安を感じさせないほど、育療京都の関係者の方が献身的に仕事を進めて下しました。会員はもちろん、非会員の方も快くご協力くださいました。厚くお礼申し上げたいと思います。

京都で大会を開こうという計画は、一年以上前から少しずつ話し合われました。毎回、充実した内容を持つ育療学会の研究・研修会に、もっと多くの人に参加していただき、一人でも多い賛同者を得ようというねらいからでした。京都の大会を切っ掛けに、全国各地で開催することができればという“夢”も含んでのことです。

幸い、上述のように京都での大会は成功裏に終わりました。約3年前に『育療京都』は始まりました。有志の会です。「三人いれば『会』は始まり、それが“核”となって育療学会の研究・研修会でも開ける」、というのが『京都育療』の会員のコンセンサスであり、意気込みでもあるようです。小さいところから始まるこういう『会』が、日本の各地で創られることを願いたいと思います。その参考になりますかどうか、『育療京都』の簡単な申し合わせ事項の柱を載せます。

1. (会の趣旨) この会は日本育療学会の趣旨に賛同し、京都を中心に活動するもので有志の会である。
2. (会の運営) 例会を隔月に行い、会の運営について相談し、課題についての報告や情報交換などを行う。運営のため世話役一名。連絡事務局一宅。
3. (会計) 年会費1000円。必要に応じて会費を集めることがある。

(育 療)		—既刊7号～9号—主な内容
<p>《第7号》</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21世紀をめざした病弱教育の課題と展望 • 特別寄稿 成人は難病児の小・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 ① 病弱教育の変遷と21世紀向けの課題… 加藤 安雄 ① 病弱教育対象児の実態の推移と展望…武田 鉄郎 ① 医療から見た病弱教育の課題…中尾 安次 ① 病弱養護学校の教育の展望…佐藤秀信・山腰美佐子 ① 病院内学級の教育——その意義と課題 ……川 箱・肥田子・中 太・藤 晴・中川 好・加 邦 • 『在宅筋力トレーニングの生活の現状と課題』…深川 常雄 	<ul style="list-style-type: none"> ① 重症心身障害児施設における教育 ……平山 義人 ① 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…松崎くみ子・赤澤 晃 • MSWの立場…法 由美子・山本文子 ① 福祉から見た教育への期待 ……石川啓治郎 	
<p>《第8号》</p> <ul style="list-style-type: none"> • 特集 心身の健康に問題をもつ子供への福祉援助 ① 福祉制度と福祉サービス…中塚 博勝 ① 心身の健康に問題をもつ子供の福祉活動 …山川 保 ① からだの弱い子どもの施設療育 ……中塚 博勝 	<p>《第9号》</p> <ul style="list-style-type: none"> • 特集「病弱児の看護」 ○ 『総論』病弱児の看護を考える ……吉武 香代子 • 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 • 障害児施設に設けられた養護学校小児の看護…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 • 悪性腫瘍ととも生きる子どもの看護 ……駒松 仁子 • 継続的に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む……斉藤 淑子 	

子どもの心のゆがみと心理療法

愛知淑徳大学 教授 大原 健士郎

はじめに

大原でございます。只今、過分のご紹介を戴きまして戸惑っております。実は加藤会長とは、今日初めてお会いするわけではなく、50年ほど前に一度お会いしたことがあります。今のご紹介をいろいろ回想しているうちに先生のことを思い出しました。

当時は戦争たけなわで、昭和20年に終戦したのですが、終戦の年に私は陸軍幼年学校という陸軍の将校を養成する学校に入学しておりました。当時の少年は皆憧れていたところだったのです。東京の幼年学校に半年くらい在学していました。その時に加藤先生は3年生で模範生徒だったんです。模範生徒というのは、すべての面で優れていて1年生の指導に当たるわけです。宿舎に1年生が入ってきますと、その中に一人3年生の模範生が起居を共にしながら指導してくれるのです。その中のお一人だったんです。戦争中のことは今の若い人たちはみんな悪いことみたいに言うのですが、私長いこと生活してきました、過去の中で一番思い出になることを挙げてみると言われると、やはり陸軍幼年学校の生活だったですね。

勉強もまた訓練も厳しかったし、夜なんかも疲れて足がつったり、田舎のことを思い出して涙を流したり、そういうこともありましたけれど非常に厳しい中に愛情を持って指導してもらった—中学1年生の頃ですから、東京で独り生活するのも非常に大変だったけれども、友達と一緒に生活しながら楽しみもあり、教育に当たる教官たちも非常に恩情豊かな人が多かったですね。

今でも思い出しますけれども、私は田舎が四国ですから四国から両親がお菓子なんかを送ってくるのです。もちろん、菓子なんかは直接送ってもらって食べることは出来ない、みんな没収されるわけですけども、夜、生徒監という指導してくれる教官に呼ばれまして「ここで食べろ」と言うんですね。本当は与えるわけにはいかないけれども、両親の気持ち解る、ここで食べて宿舎に帰りなさいと言うんです。ぼそぼそ食べていると色々な話をするんです。両親はお前のことをこんなに愛してくれているんだ、将来両親のためにも恩返ししなきゃ駄目だよ。ポロポロ涙を流しながら菓子を食べたことを覚えています。

私だけの思い出かと思いましたが、文部省の生活指導だかの本を使った時に、国分康孝という筑波大学の教授をしていて、心理学の先生ですが、私と同じように幼年学校に入っていて、彼も幼年学校の教育が好きなんですね。今は或るカウンセリング学会の会長なんかしていますけれど、形は欧米化されているけれども本心は日本武士道を貫いているなんていう有名な人なんです。その人が講談社から本を出して、矢張り「教育の範は陸幼にあり」と書いています。教育の模範は陸軍幼年学校の精神に学ばなければ駄目だという本です。私は、今時そんな本を出しても売れるはずはないのになと思っていましたが、講談社の人の話を聞いてみると、矢張り売れなかった（笑い声）。彼は今も、加藤先生の姿勢を見ているもそうですよね、陸軍幼年学校の姿勢そのものです。私なんか大分だらけて来っていますが、国分先生はピシッとしている。加藤先生もピシッとしている。あの当時の陸軍

幼年学校の生徒は皆そうでしたね。何十年経っても変わらないものだなあ、三つ子の魂百までだとつくづく思いました。しかし、国分先生ではありませんが、私も今の教育を見ると、何か子どもはダラダラ可愛がって育てるけれどもピシッと決まらない、そういうことをしみじみ思います。

フレッシュマンの二つの条件

話は変わりますが、私も20年間浜松医科大学で、学生、研修医、大学医などの指導をしてきました。いろいろ思い出すこともありますけれども、教室員の指導に当たってはですね、医科大学を卒業した若い先生が毎年何人か入ってきて、我々の仲間になるんですけど、頭は良いし人柄も確かに良いんですね。けれど、どうもちょっと変なんです。なんかぼやーとした感じなんです。朝は確かに定刻には来る。来るけれども教室に入ってくる時、ぬーっと入ってくるんですね。何も言わない。定刻になったら帰る。何も言わないですと消えて行く。お早うございます一つ言えない。本来から言うと家庭で躱げられて来なければならないのに、全く躱げがない。私もそういう点が非常に気になりまして、入局する時に二つだけ条件を出したわけです。

一つはお茶汲みをしろということです。フレッシュマンよりも下の人がいないから、お茶とかコーヒーとかいくら飲んでもいいけれども、周囲を見回して先輩がいたり同僚が居たりすれば、必ずお茶を汲んで回れ、朝夕の挨拶はちゃんとしろ――それが一つ。

もう一つは、異性問題に気をつけろと言うことです。医者になると有頂天になるし、多少出来の悪い人でも女の子にはもてるんですね。病棟に行けば看護婦さんがいっぱいいるし、急にもてだしてはしゃいでいるうちに、いろんな問題を起こすんですね。成績が悪いということは、それは許してくれるけれども、

どうも女たらしというのはどこまで行っても許してくれないわけです。これは学校の先生もそうですけれども、転勤すれば許してくれるように思っているけれど、転勤しても噂はずっと付きまとうんですね。知らないのは自分だけで、死ぬまでつきまとう。私もいろいろ体験していますから、そう言ったことはさせまいと思って色々言うんですけども、二番目のことは余り守られませんでした。いつも問題を起こして、問題起こしては消えて行く。今は立派な院長先生なんかになっていても、矢張り噂は付きまどっているんですね。あいつは女たらしだ。まあしかし、それは本人の責任だからしょうがない。それは旨くいきませんでしたけれども、一つ目の「挨拶をしろ」「お茶汲みをしろ」、これは見事に実りました。

2、3年もしますと、ドクターをいろんな病院に派遣したりします。その院長先生が私のところの教室員を非常にほめるんです。素晴らしい若者を派遣してくれた、私が出勤すると必ずお茶を汲んで「お早うございます」と言うし、今時あんな素晴らしい青年医師は見たことがないと言うんですね。私も非常に嬉しかったのですが、考えてみれば大したことはしていないんですね。お茶を汲めと言っただけなんです。それだけでも他の医師と比べて全然違う評価を受ける。まあそれやこれやで、躱というのは非常に大事なことで家庭でやられて来なければならなかったことが、社会人になってもやられていない。しかしそれを再教育する。それはとても大事なことであったんだなあ、いまだにそう思いますね。

精神科医の立場から

今日は「子どもの心のゆがみと心理療法」と言うことで、お話をしにやって参りました。私が選んだような選ばなかったような題ですけれども、恐らく選んでもらった題だろ

うと思います。私もいいかげんですから、何でも良いですよなんて言っているうちに、とんでもない題をもらってしまったりするんです。で、これを見ていると、子どもの心のゆがみというけれども、今は非常に個性を重視しますね。子どもの個性を伸ばしてやって素晴らしい道を将来に開いてやろう。ところが良い意味での歪みですね。まあ、歪みという悪い方を取るけれども、歪んで悪いという非行少年などを思い浮かべますけれど、これは悪い面が出たわけで、良い面が出ると歪みとは普通は言わないだろう、その境目は極めて微妙なところにあると思ったりもします。

それから心理療法、心理の人は皆、心理療法と言いますね。精神科は精神療法と言うんです。恐らく私は心理療法、精神療法で迷ったらサイコセラピーという言葉を使ったんだろうなと思ったりします。今サイコセラピー学会という学会が出来まして、今年から発足するんですけれども、これもやっぱり心理療法、精神療法で迷った揚げ句、サイコセラピーにしようと言って発足したというような感じですね。この心理療法といいますと、心理的な手段を用いてクライアントなり患者なりを指導して行くということですが、子どもに限らず、私の立場からすると、心理療法だけで指導できるグループというのは限られてくるのです。心理療法だけではなくて、薬物療法も使わなくてはならない。或いはその他の生活指導も用いて行かなければならない。特に子どもは、そういう問題が起きてくるのではないかと。口先だけで心理的にアプローチして行っても、なかなか上手くいかない。これが私たちの臨床から出た実感なんです。

今日は、私は精神科医ですから、一応精神科医の立場から心の病気と言ったものをお話ししながら、こいつの問題を取り扱ってみたいと思うわけです。

“知・情・意”

ところで、心とは一体なにか。心は皆が持っていると思いつつも、それを実証することはなかなか出来ないのです。

ドイツの哲学者のカントという先生は、心を“知・情・意”といったものに分けて説明しました。心とは知・情・意がバランスをもって、調和しあって、年齢相応に発達しているもの、それを健康な心と言う訳です。

“知”というのは知能、智恵、知識と言うことでもあります。現在の日本は知能、智恵、そう言ったものに非常に関心が深いわけですから、教育ママが一生懸命子どもたちを塾に通わせる、出来るだけ知能を磨こうとする、これはまあ、悪いことではないですね。心の中の一つの大きな部分を育てようとしている訳ですから。

次の“情”というのは、感情、情緒、思いやりということです。人間というのは、元々動物ですから、ほったらかしにしておけば、動物並の心しか育たない訳ですね。感情もやっぱり情操教育をちゃんとやらなければ、ほんとの大人の心に育たないわけですね。満員電車の中におばあさんが入ってきたら席を譲るとか、或いは赤い羽根運動をするとか、そういうことは放ったらかしにしておいても出て来ない心なんです。そういう感情は幼少の時期からの家庭、或いは学校における教育といったものが、とても必要になってくるわけですね。

もう一つは“意”ということです。意志、意欲、やる気。あの男はとても素晴らしい、頭が良く非常に感情も豊かで、良い心の持ち主だ、しかし残念なことに家で寝転がって何もしていない、一日中何もしないとなってくると、これは豊かな心とは言えないですね。非常に“意”が欠如していると言うことになってきます。今の日本では恐らくこの“意”と言うものに関しては極めて鈍感だと思います。家庭においても学校においても。

やりたいことをやらせる？

よく私もテレビを見ますけれど、独り者ですから淋しいからよくテレビを見るんですが、テレビを見ると子育て論などをよくやっていますね、日曜日の朝など。この間マンガ家の、はらたいらががでていました。彼も高知県出身でなかなか頭が良いしスマートですしね、私もファンの一人だったのです。言っていました「子どもを育てるのは子どものやりたいことをやらせる、私はほったらかしですよ」。それを聞いて私は嫌いになりました（笑い）。やりたいことをやらせる、やりたいことをやらせるから今のような世の中になっているんじゃないかと思えますね。まあ、はらたいらの弁解をすれば、もう高校、大学位になっていけば子どもの意思を尊重して、出来るだけ伸ばしてやりたいと思っているでしょうが、あの種の人達が言うと、世の中のお母さんやお父さんや学校の先生なども、出来の悪い人はみんな言いますよね「やりたいことをやらせているんだ」と。やりたいことをやらせていけば非行少年もきっと増えてきますよ。凶悪犯罪も増えてくる。でも小学生、中学生というのは、やりたいことをやらせるというよりむしろ、やらねばならないことをやらせること、しなければならぬことをちゃんと躱けるということが、とても必要だろうと思えますね。大人に近づいてくれば、やりたいことをやらせたらいいでしょう、また余裕のある人は小さい頃からやってもいいでしょう。しかし、本当にやらなければならぬことを教えるのは、一つの躱だろうと思えますね。躱が全く旨く行っていない、だから次から次へいろいろな問題が起こってきます。

非行と自殺

私も文部教官でしたから、文部省に頼まれるといろいろな専門委員になってやってきました。今から考えてみると、不登校の問題もそうでしたね。少年非行の問題、いじめと自

殺の問題、時には教師の精神障害という研究班の中にも入って専門委員になってやりました。先生の中にも精神障害者が多い。その時に、先程話に出ました国分さんと一緒にやりました。もうそろそろやめたいと思って、定年にもなったしと思っているうちに神戸のあの事件なども起こりまして、私もその犯罪などを考える、そう言ったものに加わったんです。

考えてみると文部省は、何か起こるとすぐ取り上げるんですね。自殺が多くなってくると、子どもの自殺。文部省も何かやらなきゃならないからやるんでしょうけれども、やっているうちに自殺は消えて行くわけですね。それから起こってきたのは非行の問題、もう追いかけっこです。そうしているうちに又もとへ戻ってくる。だから、子どもの諸問題と言うのは、やはり一つの器で常に論じて行かなければならないのだろうと、私はいつも思っています。

非行少年は憎たらしい子で、自殺少年は可哀そうな子だという、そう言った頭がありますけれども、しかし非行少年の中には自殺未遂の人が随分多いんですね。自殺未遂を契機にして非行に走る人もいる訳です。勿論、自殺ばかり企てて非行とは無縁な子どももいますけれど。また非行でもそうですね。自殺とは全く無縁な遅い非行少年もいますが、殆どの非行少年、自殺少年というのはオーバーラップしているんですね。だから、常に子どもの問題は同じレベルで論じられていかなければ、取り上げられていかなければならないだろうと思えます。一つの問題を突っついていっているうちに消えた、大して対策も立てられないままにそれが消えて行った。これは面白いことですね。いじめと自殺なんて言うのは、大きな社会問題になってクローズアップしてきましたけれど、みんな大騒ぎになって社会問題になって取りあげられてくると、自然に消えて行きますね。次に又すぐ、起こる問題

は違ってくる。私は、そういうように問題が違ってくると、みんなが大いに騒げばいいとさえ思いますね（笑い声）。社会まで巻き込んで騒いだ方がよい。するともう早急に問題が解決しなくても、問題は消えて行く。それだけでは本当の意味での予防対策が立てられないから、現在仕方のない対策はそれはそれとして、常にこの種の学会なんかが主導権を握りながら、社会にアピールしていくというのが必要ではないかと思ったりするわけです。

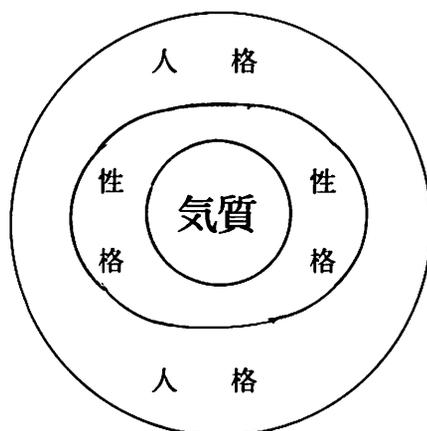
気質・性格・人格

人と人との付き合いというのは、パーソナリティとパーソナリティの付き合いなんですね。パーソナリティというのは、私なりに考えると、一番の根幹に気質というものがありますね、テンペラメントですね。これは持って生まれた遺伝的に規制されたものです。だからこれは理論的にはそう言っても、実証はなかなか難しいんですが、例えば、犬にしてもスピッツならスピッツの気質がありますね。シェパードにはシェパードの気質がある。スピッツをいくら訓練して軍用犬に育てようとしてもなかなかそれは難しい。シェパードは軍用犬になるけれども、愛玩用としてはどうもちょっと物足りない。そういう犬の気質によって、こちらの付き合い方も変えている訳ですが、持って生まれた気質というのは当然ある訳ですね。これは遺伝的に次から次へ伝わって行く。これは変えようのないものです。そのまわりに性格が出来るわけです。

性格というのはキャラクターというんですね。キャラクターの語源はギリシャ語で『刻み込むもの』ということです。まあ、皆さん方が付き合っている子供達は、キャラクターを被って付き合っている訳ですけども、結局、小学生、中学生に対しては親が、大人が、教師が刻み込んで行かなければならない。人間として生きる方法を、人間として一番大事なものを教え込んで行かなければならない。

それが出来ていないと矢張り、非常に未熟な形で反応を起こしてくる訳です。ところが、大人と大人との付き合いというのは、パーソナリティとパーソナリティの付き合いです。人格・パーソナリティの語源というのは、ラテン語で『ペルソナ』と言うんです。これは仮面ということなんです。人間は仮面をもって、仮面をつけてお互いに付き合っている訳ですね。子どもたちは仮面をつけない。キャラクターをぶつけてくる訳ですから、腹が立っている時は怒りの顔をしているし、嬉しいときはニコニコ笑っている。大人の場合はそうはいかないですね。非常に腹が立っていてもニコやかにしていなければならない、或いは悲しくて仕様がなくても笑顔を絶やさないように努力しなければならないこともある訳です。例えば、お母さんが田舎で亡くなって悲しくて仕様がなし。しかし、友達の結婚式に行けば泣いている訳には行かない。薄笑い、苦笑い、泣き笑いであっても笑顔をすることは可能なわけですね。これは大人なら出来る事なんです。子どもは出来ないですね。子どもはパーソナリティがない訳ですから。

気質・性格・人格



- ☆ 気質…テンペラメント
- ☆ 性格…キャラクター [刻み込むもの]
- ☆ 人格…パーソナリティ [仮面]

よく「子どもの人格を認めよ」なんて言う人がいますけれど、私は子どもには人格はないと思いますね。性格だけだと思う。そう言う怒る人がいて、子どもの人格をあなたは認めないのかと言うけれど、ではその人に、「赤ん坊に人格があるのか」と聞き直してみたいと思いますね。その人たちだって、いくらなんでも赤ん坊に人格があるとは言わないと思う。しかし、本当の意味での人格というのは、文化とか芸術とか、宗教だとか或いはその他諸々の社会的な影響を受けながら、性格が大きく人格に育って行く。その過程を踏まなければ、なかなか人格は出来てこないだろうと思ったりするわけです。今は、大人と大人の付き合い、人格と人格の付き合いだと言いましたけれども、人格があまり無い大人もいるんですね。子ども並の性格の人もいる。それと付き合いなきゃならないから大変なこと、大変な時代にはなって来たんですね。だから、我々が付き合いしている子どもたちを、出来るだけ良い性格と言ったものに作り上げてやることも大事だし、また人格を形成して行く一つの準備をさせてやることも大事だろうと思います。手を抜いてはまずいだろうと思いますね、教師である以上は。そう、最近手は抜くような先生がよくいますね。

職業とは

この間、日教組のアンケートの成績を見せられました。担任をやめたいと思ったことがある先生が半分くらいいるということが、毎日新聞に出ていました。辞めたのかというと辞めはしない。辞めたいと思ったことがある、それくらいいると思いますね。私だって今までどれだけ精神科医を辞めようと思ったことがあったか。辞表を出したことだってありました。

今の公務員全体に、自分の職業を辞めたいと思ったことがあるかと聞くと、辞めたいと思ったことな無いという人の方が少ないと思

いますね。子ども達に死にたいと思ったことがあるかとアンケートを出して聞くと、30%は死にたいと思ったことがあると解答します。試験の前になるともっと多くなりますね（笑い声）。だが、思うこととやることとは全く違うんですね。その時の日教組の調査の中で或る女の先生がこぼしてましたですね。「子どもの躾までも学校でやれと言うんだから嫌になっちゃう。しつけは家庭でやるべきだ。それを学校の先生に躾を頼むなんて、もう嫌になる」。しかし、私たちから見ると、確かに家庭で子どもたちは躾をしなければならぬけれども、学校でも矢張りやるべきではないかと思えますね。学校の先生は、今はそれから逃げようとしていますね。大変だ、大変だと云っている。もう未だ曾てないくらい教育は大変な時代に入ったとこぼすんですね。でも大変でない職種なんてないですね。公務員だってそうですし、会社に勤めてたって銀行に勤めていたって一寸先は闇ですよ。先生は大変だ大変だという。しかし、先生はあまり自殺しないんですね。いじめと自殺なんて、あんなにクローズアップされたのに、子どもはばんばか死んでいるのに、先生は一人として死なない。大変なのは子どもであって、先生は大変ではないんじゃないか、って云うと、お前は教師に死ねというのかと言う人もいる（笑い声）。死ねとは言わないけれども、大変だなんて言うなって言いたいですね。銀行員だって大変ですよ。

この間、「クローズアップ現代」と言う番組で、中高年の自殺が激増した、未だ曾てないくらい自殺率が高くなった、これはどうしてかということで、私も解説に引っ張り出されたのですが、死んでいるのは中年の男性ですよ。女性は全く死なない、率は下がってきていますよ。いや非難している訳ではないですよ（笑い）。男だけが死んでいるんです。中年の男性というのは、昔は一番威張っていた存在なんですね。社会でも家庭でも

威張っていた。死ぬことも余り無かったんですよね。死ぬのは大体老人と子どもで、中年の男性は決して死ななかったのに、今は非常に脆くなっている。一つは孤独ですよ。家庭においても社会においても孤独です。

キャスターがですね、最初に出演者が打ち合わせをするわけですけど、「中年の男性が多くて女性がちっとも死なない、まあ、いわば男が女に殺されているような現象だ」と私が言ったらですね、すごく慌てまして「そんなことは言わないでください」と言うんです（笑い声）。言いはしないけど、決して言っちゃだめですよというから、言っちゃダメ言っちゃダメと思っていると、言いたくなってくるんですね（笑い）。非常に苦労しました。

外相整いて内相自ずから熟す

話がずいぶんそれでしたが、皆さん方だって人と人の付き合いの場合、ここえ出てくる時には、結婚式に行くような服装はしてはいないけれども、矢張り家で寝転がってテレビを見ていると同じような服装ではないということですね。顔色の悪い人は頬紅をつけてみたり、一応いろいろ、実らない人も多少の努力はする訳ですよ。それで男も女もそうやってくる訳だけれども、それは子どもと付き合う場合もそうです。子どもは学校の先生が人格をかなぐり捨てて、性格と性格とで付き合いだしたら、もう後はケンカですよ。力が強い先生は勝つだろうし、弱い先生はやられるだろうし、というような感じですね。或る学校の先生が、非常に純粋な先生がノイローゼになってやって来たことがあります。「私は教師失格だ」と言うんです。

聞いてみると「私は、教師として子どもたちを平等に扱わなければ駄目だ」、それはそうですね、「いい子も悪い子もいるんだけど、同じように教師として接しなければならぬ。しかしそれが出来ない。」と言うの

です。可愛い子は可愛がってやりたいかも分らない、いつも憎たらしい子がいて泣かされている、もう叩いてやりたいと思うような子ども何人かいる、そういう気持ちを持つのは教師として失格だ、辞めなきゃダメだと真剣に悩んでいるんです。しかし人の心の中というのは、相手には分からないものなんです。心の中は自由ですよ。あの野郎早く死んでしまえなんて思っている、その人の前に出れば、にこやかに接していれば相手には分かりませんものね。ところが自分の気持ちをそのままストレートに表現すると、もう人格もへったくれも無い。性格ですね。子どもはそうなんです。子どもにはなかなか出来た子どももいるけれど、大部分の子どもというのは、やっぱりストレートに表現してきますね。それを、大人がそれにそのまま反応を起こしても仕様が無いではないか。

私は、森田療法という精神療法を学んできましたけれど、森田先生という方は、そういう面は非常にユニークな指導をしていましたね。自分の心はともかくとして、行動だけは健康に保て。心を自分でコントロールするというのはなかなか難しい。非常に不愉快な気持ちでいる時には、陽気になれ、陽気になれと鞭打っても、なかなか陽気になることも出来ない、しかし、不愉快な気持ちであっても笑顔を作ることは出来る。

『外相整いて内相自ずから熟す』、という言葉があります。健康人らしくすれば健康になれる。心が健康になって初めて健康な生活を送ろう。そうしても、自分の心は自分の力でどうにもならないものだ。これは無理だろう。心というのはお天気と同じように、晴れたり曇ったりするんですね。一点の雲もないくらい晴れ上がる日というのは、一年にそう何日も無い訳です。人間の心も同じですね。しかし、心はそうであっても、いつも快活に陽気に振る舞うことはできる。

日日是好日という言葉がありますね。禪の

言葉では日々（ひび）これ好日と言わないで、（にちにち）是好日と言うんですが、毎日毎日が好い日だ。毎日毎日が好い日な筈はないですね。悪い日もあるでしょう。しかし行動面を取り出していけば、毎日毎日充実した生活が送られれば好い日とし、そうでない日を悪い日とする、とすれば、自分の心とは無関係な毎日が好い日になることができる。これは森田先生の教えなんですね。森田先生はいろいろ禅の言葉を使ったり、ニーチェの言葉を引用したり色々しますけれども、それが禅そのものの解釈でなくて、森田先生の解釈で、勝手に注釈をつけて行くんですね。

何時だったか、『外相整いて内相自ずから熟す』という言葉で、郵政省だったかで講演したときに話したんです。郵政省のお役人の中に神経質な人がいて、それはどこから出た言葉かとしつこく聞くんです。私も学がないから、森田先生の受け売りで恐らく仏教から出た言葉じゃないかと思うと言ったんです。普通はそれで応答は終わりだけれども、まだしつこく聞くんですね。もう、嫌になって、誰が言ってもいいじゃないかなんて言って帰って来たことがありますけれど、それからほぼ3カ月程して、その人から電話がかかってきたんですね。神経質の人はしつこいですよ（笑い声）。やっと語源を見つけましたと言うから、私も驚きましたですね。で、どこにあったと聞いたら、“徒然草”の中にありましたと言うんですよ。私も徒然草を買って来て読み直したんです。ありました。兼好法師が六百年以上前に言っていますよ。神信心する気がなくても、仏様の前でちょっと手を合わせていれば、自然に信心する心になってくるといふ。信心どころもないのに頭を下けている人、を笑ってはいけな、まず形を整えることだと書いていましたですね。神経質の人は建設的な性格だ、出世型の性格だと言われるけれども、神経質な性格のお陰で、私もこういう講演の中にも取り入れることができ

るようになった（笑い声）。

心の病気

心の病気にはいろいろあります。皆さん方は子どもたちの多少気に食わない行動を見ても、正常心理学的にアプローチして行こうとしますね。まあこれは、すぐ病気だとか異常性格だと思わないで、正常人の器の中で扱って行こうという姿勢がありますよね。それはそれで非常に大切なことだと思います。私なんかは、精神医学を学んできましたから、人を見ると必ずどういう性格だとか、発病するとすればどういう病気になるだろうとか、まあ私だけかも知れませんが、そういう視点で見えていくわけです。何か問題が起きればすぐ病名を付けたがる。そういう悪いところはきつとあると思います。皆さん方は何をどうされても、正常だ正常だ、涙を流しながらも正常だと言っているところもあるんですね。私などはあっさり、あいつはこれこれだからこうだ、そういう傾向がある。両方とも良くもあり悪い点もあるというように思います。というのも、今まで起こってきた数々の大事件を見て行くと、もしも先生方に精神医学の知識があれば、そこまでは行かなかったろうに、と思うようなケースが沢山ありますね。

3年くらい前ですか、栃木県の中学校の女の先生が中学生に刺し殺されて亡くなるという事件がありましたね。ああいう事件が起こる毎に、文部省の専門委員会なんかでもいろいろ問題が持ち上がるんです。最近の子どもはすぐムカツクとか、すぐキレルとか、或る心理学者が言っていました。心理学者って云うのは先生と同じような頭ですから、いい子が突如として凶悪犯罪を起こす、これが最近の特徴だというんですよ。ところが私なんかは全くそうは思わないですね。でも大きな声で云うからそうかなと思って、帰って色々考えてみると、いい子が突如として凶悪犯罪を起こす世の中になって来たというから、良い

子も悪い子も区別がつかないんじゃないですかね。文部省のそういう専門委員会なんか止めた方がいい訳ですよ、予防対策が立てられないんですものね。

しかし、突如として問題行動を起こすということは、我々の経験からするとあんまり無いですよ。突如として自殺を起こすなんていうケースは一つもないですね。自殺が起こる前には必ず前駆症状があったり、一定期間いろんな問題行動がある訳です。突如として起こすって大人は云うけれど、それは問題行動に気づかない、周囲の者が気づかないだけの話なんです。私もだから、次の会に行つて言つたんです。“突如として問題行動を起こす、そういうことでは不満だ。いい子・悪い子・普通の子と云うけれど、いい子がそんなことする筈無いじゃないか。良い子の定義はどういうものだ”という、文部省もちょっとうろたえちゃって「良い子のように見える子が突如として・・・」。

直ぐ文部省は新聞報道なんかするんですね。新聞報道をすると、いい子が突如として犯罪を犯すというのは一般の風潮みたいになってくる、そこで訂正する訳です。訂正しているうちに別に特徴も余り出てこない。むかつく、むかつくとか、キレルとか云うけれども、子どもだけの問題ではないですよ。大人だってそうです。キレルとか云うと非常に新しい現象のように思うけれど、そういった言葉は昔もある訳です。短絡的に反応を起こすとか、昔の言葉で表現できないことがあれば話は別だけど、ちょっと言葉をいじって、さも学者みたいに言いたがる人がいますよね。何々症候群、あれも私は嫌いですね。ああいうことを言つて有名になった人が沢山いますよ。まあ余り同業の悪口は言えないけれど、症候群などと言わないで、今迄の言葉で話をしてもらいたいと思つたりしますね。

まあ、それは兎も角として、人の心の中は

分からないけれど、人が何をするかっていうことは良く分かる訳ですね。心の病気というのは、必ず行動の変化になって現れてくる訳です。普段から行動パターンが掴めていればちょっとした行動の変化から、その人の心を見ることができる。そしてそれはアプローチできる訳です。精神医学では（ちょっと話かけて途切れましたが）、中学生の男の子が女の先生を刺し殺した事件でも、あの子は保健室登校みたいなことをしてましたね、授業に出ないで、保健室で具合が悪いということ。学校の先生から見たらサボっているように見えただけでしょうね。それで遅刻して教室に入つて行くと、みんなの前でえらく叱られた。それだけではなくて、廊下へ出て来ても叱られているうちに、しつこく叱つたんですねその先生は、それでナイフを取り出して、その女の先生を刺して殺した。

私の友達で犯罪精神医学をやっている有名な先生がいて、その先生が鑑定にまわつた訳です。その生徒を鑑定した。脳波をとると異常が出てきて、てんかん性の病気があるということが判つたんですね。それで薬を出すと、脳波も非常に良くなるし、モヤモヤした気分はすーっと消えていった。学校の先生も保健室の先生も、その子はダラけている、不登校みたいなかたちで、その中間的な役割を自分たちが果たしているというような気持ちだったでしょうけれど、実際は、その子は本当に気分が悪くて授業にも出られない、それは明かに病気だった訳ですね。薬を出すことによって、すーっと消えて行った。だからその時点で専門家の診察を受けたりしていると、本当に病気のためそうなったのか、或いは心理的なもので不登校を続けているのか、ということが判つただろうと思つた。そうしたらそれで分析していつて、どういう心理的な原因が関与しているかということも判つてきたらろうにと、非常に残念ですね。

神戸の事件から

神戸の首切り少年の問題にしても、私は非常に残念なことが、まあ連続してある訳です。あの子が突如として子どもの首を切って校庭の前に置いたのか。その前にもいろいろあったわけですね。警察が調べればすぐ判ってきました。通り魔事件を起こして二人の女の子が死んでいるし、或いは猫の子をヨーヨー代わりにして遊んでいた。そういったことも前以て調べれば分かることなんですね。事実、変な子だという噂もあった訳です。大体、自分の家で凶器を浴室で洗った、あれはもう恐らく、精神分裂病圏内の病気だと思いますけれど、しかし、連続的にいろいろな問題があった訳ですよ。学校の先生に薦められてか、或いは母親がそう思ってか、児童相談所に相談に行っているんですね。児童相談所に相談に行って、臨床心理の人が診て、恐らく精神科の人も診たかもわからない。その時の結論は、今は大したことなさそうですから少し様子を見ましようとい形で、そのまま放置された、その後問題を起こしている訳ですね。

私は文部省で、あの問題があった時に専門委員会で、神戸の教育研究所の先生がきて説明していましたね「なかなか予防できなかった」と。「なかなか取っ付きが悪くてって」というような話をするから、「臨床心理の人に診てもらったんでしょ」と言ったら、余り言わないですね、そのことは。

学校の先生の問題でもないですよ。診てもらったとすれば家族の問題でもない、その時点で責任者は児童相談所に移っている訳ですから。問題が起こってくれば、なぜ児童相談所が責任をとっていろいろ言わないか。みんな逃げちゃっているんですね。母親が悪い、父親が悪い。父親、母親だってちゃんと診せに連れて行っている訳ですから。連れて行って「ああしろ、こうしろ」と言われれば良いんだけど。

その時の私に対する教育委員会の人の返答

はこうでした。「すぐ縁が切れました。少し長く続いていれば良かったのに、すぐ縁が切れてしまったから追跡できなかった」と言うんです。しかし、縁が切れるというのが、切ってはいけない人だったら、それを追っかけて行くのが児童相談所の役目ではないかって、私は言ったんですね。黙っていましたが縁を切ったのは児童相談所の方から縁を切っていますものね。そうなってくると、教師が悪いとか親が悪いとかと言うよりも、専門の医者なり心理に人たちは、一体何をしていたのだろうかと言いたくなりますね。

まあ、それやこれやを見て行くと、突如としていい子が問題を起こすなんて考えられない。高校生の子どもでしたか、夜な夜な自転車を乗り回して、警官から拳銃を盗ろうとしているうちに捕まったというケースがありましたね。あれも全く普通の子で良い子だったと、母親だとか学校の先生がいうと言われていたけれど、夜おそく自転車を乗り回して家にいない子が良い子と言えるのか、一体何をしているか分からないで、それで問題が起こっただけで突如として言うのもおかしいじゃないか。まあいろいろ思う訳です。いかに周囲の人たちは、彼らの前もっての行動を見逃しているんじゃないか、そう思って残念に思えるのですね。先生方にも是非、心理学者になってもらいたいと思うし、精神科の知識もできるだけ付けてもらいたいなと思ったりする訳です。

心の病気の三つの分類

精神医学では、心の病気を三つに分けて説明する習慣があります。どうして三つに分けるかということ、原因別に三つに分かれるんです。どんな心の病気でも、今からお話しする三つの中に入ってくる訳です。そして治療もそれぞれ違う訳です。

心の歪みと心理療法ということ、心の歪みがあれば、ある種の心理療法で直るという印象

を与えますけれども、例えば、不登校の例、不登校というのは一つの状態像ですからね、病名でもなんでもなし。頭痛というのと同じなんです。頭痛もち、頭が痛いのはその原因を見極めて、その原因に相当したアプローチをして行かなければ駄目です。不登校の場合でも、これは神経症性の不登校であれば、神経症の治療をしなければならぬ。あるいは鬱病であれば鬱病の治療をしなければならぬ。また、非行であれば、非行に対する対策を立てなければならぬ。カウンセリングだけではなくて、他のいろいろな治療を含めて一様ではないわけです。神経症であっても、所謂A型とB型とに分かれる。B型はパーソナリティに問題があって、早急にはなかなか治らない。治って来ると事は簡単にはすまない訳です。一つ一つ、ケースバイケースとしか言いようのない現状にあると、我々は思わなければならぬ。しかし、出来るだけ一まとめにして方向性を打ち出したいということで、この三つの分類になってくる訳ですね。

(1) 心因性

一つは心因性の病気。これは心理的な病気です。心因性の病気であるから、所謂カウンセリングだとか心理療法だとか、精神療法が主役を占めてくる訳です。この中には神経症、心身症等が入ってくる。心身症の中には思春期痩せ症もありますし、ヒステリー発作みたいなのを起こすものもあるし、種々の身体症状を伴ってきます。神経症というのは心理的なストレス、或いは性格の偏りから起こってくる軽い心の病気なんですね。そしてどこの診療科で診てもらっても、別に異常は見えない。頭が重いとか痛いとか言っても、頭をどう調べても別に異常がない。脳波を撮っても、レントゲンを撮っても、眼科で調べても異常がない。異常がないのに具合が悪い、具合が悪いと言っているのは神経症だということになってきます。つまり、病気でもないの

に病気だと言っているのは神経症です。

神経症と親戚関係にあるのが、心身症という病気ですね。昔は心身症なんていう言葉はありませんでしたから、神経症の中に殆ど入れられていました。心身症というのは心理的なストレスを受けているうちに、精神症状以外にも体の症状を示してくるし、また、調べると体の病気があるということです。ストレス潰瘍と言うのがあります。ストレスを受けているうちに胃潰瘍になってしまう、これも心身症ですね。或いは、血圧が高くなってみたり、狭心症発作を起こしてみたり、子どもなんかだと試験の前にゼンソクになったり、ジマシンになったり、これは心身症です。だから心身症はストレスを取り除いてやるだけではなく、体の病気も手当しなければならぬということになってきます。

(2) 精神病 (内因性疾患)

二番目がいわゆる精神病です。内因性の疾患、体の内部から起こってくる病気なんですね。昔風に言うと、心理的ストレスが無くなくても起こってくる病気だということになります。

昔、よく目覚まし時計の原理で、内因性の病気というのは説明されてきました。例えば朝6時なら6時に目覚まし時計を設定しておきますと、外から何の操作も加わらないのに6時になったらジーンと鳴り出しますね。それと同じように内因性というのは、精神病性と言うふうにとって貰っても良いのですが、精神病になり易い年齢的な時期が、人生には二つある訳です。一つは思春期です。子どもから大人への移行期に、体も心も揺れる訳ですね。そういう体質、素質をもっている人は発病し易い。もう一つは所謂、初老期です。心も体も老人へ移行して行く、そういう時にうつ病を中心とした精神病が起こってき易いと言われるわけです。内因性疾患の中に、そう病、うつ病、そううつ病というのがありま

す。それから精神分裂病。

躁鬱病というのは比較的治り易い病気なんです。その時は完全に治る。しかし、また発病することがあるんですが治り易い病気です。精神分裂病というのは、なかなか治りにくいんですね。原因もはっきりしない。真っ黒が真っ白になるという事は余りないです。灰色の状態に移行して行く。

どうして精神病というかという、精神病という以上は二つの条件を満たすわけです。一つは、体質、素質が重視されるということです。やはり、遺伝ということは否定できない。お父さんお母さんが精神分裂病で、子どもがみんな精神分裂だという遺伝の仕方はしないけれども、統計的にはやはり遺伝が証明される訳です。みんながみんな病気ではなく、成り易い体質、素質をもっているということです。

もう一つは、症状なんです。症状が非常に激しい。自殺だとか、ひとに危害を加えるとか、或いは幻覚・妄想があるとか。他の心の病気には見られないような激しい症状が見られる。自殺というのは取り返しのつかない重大な状態像ですが、これは鬱病が中心になって起こしてくるんですね。神経症も自殺を非常によく企てるけれども、あまり深刻さがありません。死ぬのは鬱病だ、という感じになってきます。幻覚・妄想、そういったものは神経症なんかには先ずみられないわけです。激しい症状をもっている、だから精神病というのは忌み嫌われる訳です。

精神病を中心とした心の病気というのは、マジメ人間になるんですね。不まじめな人と精神科とは余り関係がないんです。マジメで要領の悪い人というのは精神障害に成り易いんです。汚職、贈賄なんて云うのは、精神的に健康な人でなきゃなかなか出来ないんです（笑い声）。殺人、なんて云っても、よく新聞なんかで精神病者が人を刺したなんて云うけれども、しかし精神病だから直ちに人を襲

うということは先ずないですね。

自殺は多いですよ。精神病の人は逃げるんです。人間関係がうまく行かないから、一生懸命逃げようとする。逃げ場を失って窮鼠猫を咬むという形で襲ってくることはあるんです。だから普通の殺人を分類していくと、精神科の病気でない人が圧倒的多数を示すのです。

(3) 外因性疾患

三つ目は外因性の疾患です。上記二つは、脳をとって調べてみても、大脳にはべつに異常は無いです、これを機能性の疾患と言います。外因性の疾患というのは、脳波を撮って調べても、レントゲンを撮って調べても異常が出てくるわけです。これを気質性の疾患と言います。[だが精神分裂病であろうと、躁鬱病の人であろうと、脳波を撮ってしらべても異常はない訳です。だから正常だという人がいるけれど、そうでもないですね。精神病の大部分の人は脳波もレントゲンも異常は無い——機能性の病気ですから。脳の中の色の体液学的な変化によって、いろいろな症状を起こしてくる訳です。]

この三番目の外因性の疾患の中にはシンナーとかアルコール中毒とか、或いは頭部外傷だとか脳炎の後の痙攣発作とか、いろいろありますけれど、脳の実質に変化があるわけです。病気だとか外傷によって変化を起こしてくる、その変化に応じて精神症状が心配されてくるわけです。機能性の疾患というのは、今後、治しようによっては完全に元へ戻るということを意味していますね、脳細胞はやられていませんから。だが、気質性の疾患というのは脳細胞がやられていますから、いくら一生懸命に治療しても完全に元へ戻るということは約束されないわけです。

てんかん発作を起こしている人に、ケイレンを止める薬を与えると、それで、てんかん発作は抑えられても、脳の気質的な変化とい

うものはなかなか一朝一夕には治らないということになります。だから、交通事故を起こしてケガが治ったといっても、一本足がなくなってしまうと、その足が生え代わってこないと同じように、脳細胞も生き返ってこないですね。最近では外国で、脳細胞も生き返るんだという説が『ネイチャー』などに出たりしますが、しかしそれは一部のことで、未だ脳細胞は死滅したままで生き返ってこないという意見の方が、圧倒的多数を示しています。

脳細胞というのは、生まれた時から死ぬまで再生はしないのです。死んだら死にっぱなしで移行して行くんです。だから、老年痴呆の場合でも脳細胞は次から次へ死んで、生き返ってこないから、そのままの状態で行き行く訳です。ですから、外因性疾患の場合はやはり知能低下を伴います。皆さんの扱っている子どもの中にも、そういう人達が沢山いると思いますが、しかし足が一本足りなければ義足をつけてやるような積もりで、それを完全に治すというよりも、残された機能を出来るだけ伸ばしてやるというところに視点を切り替えて行かないと、治療上非常に希望が失われて行きますね。

健康な心と健康な体の関係

ここで言うておきたいのは、私たち小さいころにはよく「健康な心は健康な体に宿る」と言うようなスローガンがありましたね。

先ず、健康さえ気をつけて体力さえ育てれば、心も健康になるというようなことが良く言われていました。しかし、私はあれは余り当てにならないと思います。体が非常に健康であれば心も健康かということ、円谷選手というマラソンの選手が自殺をしましたものね。今、先生の中で問題を起こしている人の中に、体育の先生が多いですね。体はいいんでしょうけれど心は弱いついていう感じですね。

その逆に、白血病の子どもとか寝たきりの

子どもとか、そういう人たちは心が健康でないかと言うと、とんでもないですね。そういう人たちが音楽を聞いたり、詩を朗読して聞かせてもらったりすると、本当に健康な心の持ち主だったりしますものね。

ガンで死にかかっている人でも、みんな嘆き悲しんでいるかということ、そうでもないですね。私も、臨終患者を若い時によく診察しましたがけれど、臨終というとみんな愁嘆場みたいと思うかも知れませんが、非常に穏やかな死に際の場面もあるんですよ。

話がそれてしまいましたけれど、臨終のときも、私が若い頃に毎晩のように救急の病院で当直していたんですが、あるクリーニング店に勤めていたじいさんが運び込まれて来まして、初老の人で、何か事情があって、そのクリーニング屋に住み込んでいたんだろうと思います。それがまあ、やけにいろんな人が集まってきて、店員さんなども来てベッドの周囲には椅子を置きましてね、階段教室みたいになって、身寄りもないのにこんなに友達の多い人っていうのも珍しいと思ってたんです。それで、意識が薄れて行くようになると、皆が合唱するんです。「誰某さーん」と呼ぶんですよ。するとその男は、素っ頓狂な声で「おーい」とか言うんです、返事をするんです。するとみんな「ワーッ」と笑うわけです。また意識が途絶えてくると、みんな「～さーん」で合唱するわけですよ。また素っ頓狂な声でみんなを笑わせるんです。そういうことを何回か繰り返しながら死んで行った人がいましたけれど、あれは見事でした。最期にみんなを笑わせながら死んで行くっていうのは。

或るお婆さんがいました。そのお婆さんが矢張り死期を悟ったらしくて、皆家族が部屋に来たわけです。皆一人一人に別れの挨拶をするんです。死期を悟って、別れの挨拶ができる人ってなかなか珍しいんですよ。可愛がっていた孫娘がいましたね、二十くらい、

その娘に言うんです。「お婆さんは遠いところへ行くんだけど、お前も一緒に来るか」(笑い)。そしたら娘は「冗談じゃ無いわ」って言って、みんな「ワーッ」と笑って、その笑いの中で死んで行った人もいましたね。あれも見事でした。ところが、罵りながら死んで行く人もいます。私は、今でもその人の顔を憶えているんですが、五十才くらいの女性でした。罵りながら、私まで睨みつけられて、「こんな若造に殺されるのか」なんて言うんです。あれは何だったんだと今でも私は思います。死んで行く時に穏やかな気持ちで死んで行く人、これは心豊かですね。だから、そんなに臨終患者だって愁嘆場じゃないですよ。心が健康な人は非常にたくさんいますよ、沢山でもないかなあ(笑い声)。

シンナー中毒

外因性の疾患の中で、先生方と関心があるというのは知能低下のほかに、シンナーの子どもたちだと思います。シンナーは恐ろしいです。シンナーで頭をやられると元には戻らないですね。シンナーの嗜癖を医学会で最初に発表したの実は私なんです。私が、横須賀の方の病院に勤めていたときに、睡眠薬遊びというのをずいぶん研究していたんです。千葉の総武病院というところでハイミナル依存症の子どもを集めて、薬物乱用の研究をしていたんです。その時にシンナーがポコポコ出てきたんです。それは非常に破廉恥だし、幻覚・妄想を示すし、これは入手し易いから流行するかも分からないから、注意しなければならぬということ『精神医学』という雑誌に発表したんです。それから暫くは流行しなかったんです。精神保健センターの部長をしている私の先輩などがからかうんです。「お前、流行ってるっていうけど、ちっとも流行らないじゃないか」って言うから、私も内心早く流行らないかなって思っていたんですね(笑い声)。そしたらすごい勢いで流行

り出したんですね。止められないような状態でした。私が発表したのは、シンナーの急性中毒だったんです。朦朧状態でいろんなことをやるんですよ。不純異性交遊もあれば、窃盗もあれば犯罪にも結び付いている。今問題になっているのは、急性中毒もそうだけれど慢性の依存症なんです。シンナーを止めた後でも、やはり脳細胞はやられているから、精神分裂病のような症状で入退院を繰り返す人がいるんですね。だから、シンナーを止めてしまえば元の通りだ、止めりゃいいんだと思ってるかも分かりませんが、止めてもだめ、だめな少年がいるっていうことですね。

先生方に関連するとすれば、まあアルコール依存症というものです。アルコール依存症になる人は、やっぱり口賤しい面がありますよ。3000円なら3000円の小遣いをもらって、良い酒を少量飲めばいいんです。その種の人には悪い酒を大量に飲みますよ。得をした得をしたと言うけれど、結果的には悪い酒は粗悪品ですから、体の弱いところ弱いところをやられていきますよね。肝臓が弱ければ肝臓をやられるし心臓が弱ければ心臓がやられる。頭が弱ければ頭をやられると言う感じですね。

発症年齢

年齢的に言うと、心因性の疾患というのは赤ん坊から死ぬまであります。心理的なストレスを受けてそれに対する反応ですから、子ども達だけではなくて先生方もそうですね。今、先生方も悩んでいるというのは、心因性のものが大半を占めるでしょう。内因性の疾患というのは躁鬱病も、分裂病も、この種の病気というのは、中学生の後半くらいから発病してきます。躁鬱病に関して言えば、100人から200人に一人の割合で発病してきます。分裂病は少ないですけど、(0.75%)発病してくると中々治らないですね。面白いことに、躁鬱病というのは思春期頃発病して、死ぬまで起こりますね。特に、先生なんかはこの種

の、先生のなり易い病気は神経症とか、鬱病とかですね。特に、鬱病というのは性格的に人間関係を大事にする人がなり易いですね。医者とか看護婦とか、ケースワーカーとか、学校の先生とか、そういう人の面倒を見ようとするような人は、性格的にそういう職種を選ぶんですね。で、ちょっとおっちょこちょいの面もあるんです。

自分の子どもを三人育てるのも大変ですよ。人の子どもを30人も40人も育てるのだから大変なんだけれども、闇雲に、自分の子供の面倒も見ないで、人の子どもの面倒を見ようなんて一所懸命になっても、まあ考えてみれば愚かな話なんですけれど（笑い）、そういうのはやっぱり躁鬱病になり易いんですね。分裂病などは余りそういうことはないです。自分の損になることはしないですものね。全部嫌だ嫌だという。分裂病は思春期頃から発病して、30歳までの病気なんです。30歳を過ぎて新しく発病するということは先ずないですね。だから分裂病というのは未だに原因が分からないで、恐ろしい病気の一つに言われていますけれども、皆さんは殆ど全員が分裂病にならなくて済んだ訳ですね。まあ、なっている人は別ですけども、殆ど大丈夫だ、喜んで言い訳です。しかし、喜んでばかりいられない。次に老年痴呆が待っていますから（笑い）精神科とは縁が切れなと思いますけれど。

神経症と鬱病へのアプローチ

カウンセリングは、その話をちょっとしましたけれど、心理療法が効果を示すのは神経症、心身症ですね。ところが、鬱病なんかでも、一種独特の心理療法が必要になってきます。鬱病と神経症とは似たような状態ですね。素人目に見れば、悲しそうにしているし物静かだし、似たように見えるけれども、アプローチの仕方が違って来る訳です。神経症は多少、愛の鞭を振るわなければ駄目なんです。

神経症というのは、元々病気でもないのに病気だと言っている人たちだとお話しましたが、甘やかすととことん甘えてくる訳です。例えば、ご主人が神経症であるとしますね。奥さんが優しくければ神経症は治らないです。具合が悪いと言えすぐ氷嚢を頭に乘っけてやったり、胃の具合が悪いと言うと直ぐお粥を作ってやったり布団を敷いてやったりすると、いつまでもだらだら甘えてきます。神経症は蹴っ飛ばしてやればいいんです（笑い）。鬱病は蹴っ飛ばしたら死にます。鬱病は優しくしなければ駄目ですね。奥さんは優しくする。大分良くなってきて食事時にニコニコしているのを見ると、意地の悪い奥さんは、一発でご亭主をやっつけるんです。“こんなに子どもも大きいのに、もっとしっかりしてくれなければ”なんて言うともう次の日は死んでますよね（笑い）。鬱病には優しく、神経症は鬼婆みたい。

矢張り、それも仮面ですよ。奥さんもご主人が一カ月も二カ月も休んでいてニコニコしてられる筈がないんです。腹の中は煮え繰り返っているかも分からないけれど、もし、鬱病と言われれば優しく接する態度が必要になってきますよね。神経症の人は、夜なんかも眠れないと、隣に寝ている奥さんを起こしますよ。俺が眠れないのにお前が寝ているとは何だという感じです。鬱病の人はそうではない。隣に寝ている奥さんを見るとぐっすり寝ている。こんなに疲れているのは可哀想だと思うんですね。大体、神経症は自分本位です。鬱病は他人本位というか、人の犠牲になって自分が努力しようという姿勢があるから、家族とか学校のために一所懸命ですね。

もし先生が神経症になれば、こんな病気になったのはあんな校長がいるためだ、学校に入るまでは病気にならなかったから、責任は学校がもつべきだとか思っていますよ。だから神経症は辞表なんか出しませんね。鬱病はすぐ辞表出しますよ、申し訳ないと言って。

本来から言うと、学校とか社会を支えている人というのは、鬱病の人が多いですね。

神経症の子どもに対しても同じですが、神経症の子どもをホイホイ可愛がってあげれば、とことん付け上がるわけですから、叱ったりあやしたりしながらの心理療法が必要だと思います。鬱病の場合は叱っては駄目で、病気が治るまで薬も飲ました方がいいですね。脳の機能障害とか、薬を飲まして休養を取らして、エネルギーを回復してくると自然と元へ戻ってきますよ。

私がこういうことについて考えるのは、戸塚ヨットスクールというのがありましたね。戸塚さんが不登校の子ども達を集めてヨットスクールで、子ども達を指導して、最初のうちはものすごく業績を上げた訳です。成績を上げた、週刊誌などは、こぞって戸塚ヨットスクールを讃えていましたね。あの時は戸塚さんが堂々と週刊誌に言っていました。精神科医と対決したいとね。「精神科医はちっとも不登校の人を治せないじゃないか。私は治すことができる。精神科医と対決したい。」と言っていましたよね。私はほんとにあの人は偉いと思いましたよ。

私、今日は時間の関係で、森田療法についてお話できませんでしたが、森田療法というのは、大体、精神分析のフロイトもそうですが、思春期頃からの大人の人を指導する心理療法ですね。特に、森田療法は、気分があるがままに受け入れて、やるべきことをやろう、症状だとか気分だとか、そういったものはいじらないで、目的本位に行動しようと、外相整いて内相自ずから熟すと、さっき言いましたが、ああいう姿勢で生活をさせて行くわけですね。或る程度はかなり厳しい生活療法ということにもなってきます。それは神経症だから出来るんですね。神経症というのはエネルギーをちゃんと持っている。叱られても、それに反発するものを持っているんです。鬱病はそうじゃないですね。叱られたら叱ら

ればなしで、自責感から自殺して行く。鬱病は叱ってはいけない、作業などを強いてはいけない。そっとさせて治れば元通りになるから期待をしなければならぬ。ところが、戸塚さんは、最初は恐らく神経症圏内ものを集めて、ぼんぼんやったのだらうと思います。子どもに対しての森田療法というのは、最近ぼつぼつやられ出しましたけれど、大人の治療法だから、子どもにはなかなかそのままの形では適用出来ないのです。私は、子どもにはどういうふうな森田療法的なアプローチをすべきかということ、当時いろいろ考えたんです。戸塚さんのヨットスクールを見て、ああこれだなと思いましたね。子どもたちをヨットで指導する。ほったらかしといたらヨットは引っ繰り返るから、皆一所懸命やりますよね。まあ、ヨット以外にも、私は富士山麓あたりで農園を開拓して、非行少年とか神経症の人とか、そういう人達を生活指導すると良いなあ、未だにそう思っていますけれど、戸塚さんのこともそれで一つの参考資料にはなったんです。ところが間もなく、戸塚ヨットスクールはメロメロになったんです。今までほめていた週刊誌も徹底的に叩き出したのです。彼が指導していた子どもの中に自殺する子どもも出てきたし、家出する子も出てきた。それでも彼はなお且つ、昔の栄光を忘れられないから、自分の指導は間違っていないかと、主張するわけです。しかし、現実にはむしろ、彼を指導者としての立場を奪い取ってしまった。

で、問題は診断です。戸塚さんは医者と一緒にやるとか、医学的な知識があれば、あんな失敗は犯さなかつただらうと思いますね。神経症圏内の者だけを集めてやると、たとえ多少の行き過ぎがあるにしても、神経症というのは遅いから、ちゃんと元へ戻すことは出来ます。鬱病の人に、やれやれ！と言ったり、他の異常性格、精神的に弱い人たちに、ハッパをかけたりすると、脱落者が出てくる

と思いますね。問題はこれを分けて、それぞれに対するアプローチの仕方を考えて行けば、あれは悪くなかったらと思うます。

だから、特に鬱病なんかでも色々なタイプがあるんですよ。人生ただ一度の鬱病というのがありますね。これは初老期の鬱病です。躁と鬱とを繰り返す鬱病があります。或いは鬱病なら鬱病ばかりを周期的に繰り返してくる鬱病があるのです。これは医学的にいうと、多少背景が違うと言われています。先生方が扱う子どもたちの鬱病は、躁鬱病の形をとって現れてくることが多いですね。中学生くらいになって、鬱病、躁病を示してくるとするのは親を見てもそうですよ。大体、親を見れば子どもが分かるって言うんですけども、親が神経質な人は、大体、子どもも神経質だし、親が躁鬱病みたいに見えている人は、子どももそうですよね。非常にはしゃぐ子どもというのは、直ぐ次の瞬間べっしょんこになりがちなんです。そういう移り変わりの時に、意外に自殺が起こったりする訳です。普段はうるさいなと思っている子どもがいても、躁状態と言うのは100%躁状態ではないんです。20%くらいは鬱が重なっているんですよ。その子をばんと叱ると、今迄いたずらしたり笑ってばかりいた子どもが、急に泣き出したりすることがあります。悲しい物語を聞かして、急に涙ぐむ。20%は鬱状態を持っていますから、そういう人たちの扱いは非常に気をつけなければいけないです。

躁と鬱とが交互に来る。これは遺伝的には非常に濃厚な遺伝素質を受け継いでいる子どもなんかですね。それは中学生に多い。学校の先生なんかもそうですよ。先生になりたての時、躁と鬱とを繰り返している先生がいますね。そうかと思うと初老期位になると鬱ばかり起こしている人もいます。だから、鬱状態という面では非常に似たような面があるかも分からないけれども、それぞれは違う鬱病なんですよ。その場合には薬の服用というの

非常に有効ですから、薬を嫌わなくて医者との関連を十分に持つことが非常に大事ではないかと思ったりします。

今、不登校に対するアプローチも、学校の先生があんまりいじらないで少し様子を見ようというの、分からんでもないですね。ところが、心理の人もそういう姿勢をとるし、精神科の医者もそういう姿勢を取っている人が多いから、不登校は減らないんです。様子を見よう様子を見ようと、鬱病をいじらないで置いておくと、問題は起こらない訳です。自殺なんていう問題は起こらない。しかし、神経症も一緒になって様子を見ようと言ってから、だらだらしています。神経症を抱えたお母さんなんかがよく来て言いますね。「お医者さんが様子を見ましよう、様子を見ましようって3年経ったけれども、十年間様子を見て良くなってもしようもない。」医者の方でも、神経症か鬱病かを見分ける能力のない人も多いし、そういう努力をしない人も多くなってきましたね。だから、しっかりしたところで診察してもらって、それに応じたアプローチをして行くことが、どうしても大切ではないかと思ったりする訳です。

おわりに

時間が参りましたけれども、まあ、医者、役者、芸者という言葉がありますね。医者は役者とか芸者と同じようなものだと言った言葉ですけども、私はいい言葉だと思う。医者は芸者にならなくても役者になる必要があると、若い先生に言って聞かせたりしたこともあります。過去40年位、精神科医をやってきました、医者として一番良い時期は何時だったかと回想すると、やはりフレッシュマンの時ですね。フレッシュマンの時は、能力はなくても子供に会うと赤ちゃん言葉で話してみたり、おばあさんに会うとおばあさんに敬語を使ってみたり、頭を下げたり、叱ってみたり、人を見ていろいろ姿勢を変えてや

ってきたんですが、その当時は往診などは断ったことはなかったですね。夜中であろうと、なんであろうと往診をしたし、その当時の患者さんの顔は良く憶えているんですよ。それで、悪い医者 of 時期は何時だったろうとなると、やっぱり今がそうですね。今は全く憶えていませんですね。人を見て、患者さんを見て自分を変えようという姿勢が余りないですね。ワンパターンでやっていく。こんなに言って分からなければ余程あいつは悪い奴だとかですね。往診なんか頼まれても行ったことがないですね。電話入れて「大原は、今出張していません」とかなんとか言っている自分を見ると、情けないと思ったりするんですが（笑い）。

学校の先生も似たようなものじゃないかと思えますね。フレッシュマンの時には一所懸命やっている。中年になって不登校の子どもを2、3人成功させたと思うと、もう、不登校の専門家みたいな顔をして、威張っている先生がいますね。悩みなら何でも相談に乗ってやるぞと威張ってるけど、なかなか行きにくいですね。

子どもたちと付き合う前に、先ず「お早う」って声をかけ合うだけで、相手の心を知り得るような人間関係を持っていることがまず大事だろうと思えますね。と同時に、叱らなければ伸びない子どももいます。神経症なんかそうですね。叱ったら自殺する子どももいる。だから人を見て、生徒を見て自分を変えて行くという、役者になるべきだ。仮面をつけて

付き合うということは非常に大事なことだと思いますね。先生の子ども、私もよく医学部で指導しましたけれど、先生の子どもというのは医者になっても、ほかの子どもに比べて違うんですね。頭は良いし要領はいいですよ。何か叱ると直ぐ弁解をするんですね、ぐじゅぐじゅ弁解する。私が悪いということは一度も言わない。

先生の子どもっていうのも大変ですね。家でも先生がいるみたいものですから。だから先生方も家庭において自分の子どもを扱う場合には、やはり袴はずして少しおやじの顔になる、お母さんの顔になっていることが必要ではないかと思えますね。普通の家庭であれば、うちへ帰るといってダラダラしながら、テレビ見ながらと言うことですが、こんなこと言っては失礼ですが、先生の中には家へ帰っても先生の姿勢を崩さない人がいますものね。本人も辛いかもしれないけれど、子どもも辛いような感じがしますね。だから、義に感じないってところがありますよ。

医者の子どもは全く逆です。全くだらしがなくていい加減だけれども、両方足して2で割れば良いんでしょうが。先生も大変だけれど、先生の子どもも大変だし、まあ、仕事を家庭にまで持ち込まないで、よそ並の和やかな雰囲気を保つ、そうすることによって、先生も憩いの場が出来てくるのではないかなと思ったりします。

私の話は一応これで終わりますが、また何かあればご連絡頂ければと思います。

思春期の子どもの心理と不登校

京都大学医療技術短期大学部

教授 菅 佐 和 子

1. はじめに

ただ今ご紹介頂きました菅と申します。

本日は、短い時間ではございますので、余り細々といろいろな事を申しますと、訳が分からなくなるのではないかと思いますので、私の経験の中から、思い切って枝葉を払いまして、要点のところだけ申し上げさせて頂きたいと思います。

まず初めに、私がカウンセラーとして不登校の子どもさん達に関わり始めて25年余りになります。若いころ、最初の頃はとにかく不登校のケースというのは、学校へ行けるようにならなければ意味がないんだという感じの時代でしたので、しかもカウンセリングを上手くやれば、必ず本人の心の中が整理されて、その結果として自然に学校へ戻れる筈だというふうな、そんな雰囲気がありましたので、なかなか学校へ戻れないと、カウンセリングは力がない、カウンセラーが怠慢ではないかと云うふうに見られているような気がしました。又、親御さんや学校の先生から「まだですか」と、プレッシャーが掛かってきます。そんなふうなことで、不登校のケースを持つということは何故か大変重荷なことでした。他の症状というか他の主訴の方でしたら、ご本人が来ることを喜んで下さったり、自分の気持ちが整理されたと言って頂いたら、それで一応成功したということになるのです。けれど、不登校の事例は、「学校へちゃんと戻れない限りケースとして失敗である」「役に立たなかった」という評価が外側からなされがちでしたので、「何とかしなければならぬ、何とかしなければいけない」という形に捕らわれていくような、そんなプレッシャーを感じた時期が確かにございます。

何故それから解放されたかと言いますと、その後、病院臨床に入りまして、摂食障害等の、もっと命に直結しているようなケースを持ちまして、「どんどん痩せていって、もうちょっと痩せたら、死んでしまうかもしれない」みたいなケースを持ちますと相対的に、学校へ行かなくても別に命に別状ないじゃないか。何をそんなに騒いでいたのだろうと思いました。世界中に、こんなに学校へ毎日毎日すべての子どもが行っている国なんてないんじゃないかって、改めて少し考えを変えると、ゆとりが出てきました。それでもケースがどんどんやって来るのは、やはり何と言っても不登校のケースが、パーセントとしては非常に高いので、「どこへ行っても居る」という感じですね。

摂食障害の方を受け持たない年もあります。分裂病の方に会わない年もありますが、不登校の方に会わない年はないという感じで25年間やってきた訳ですけど、その中で最近本当にたくさんのケースが増えていて大変なんです。けれど、不登校の子どもが学校という場所に、ごく普通の子供がごく普通の学校という場所に、これ程行きにくいという現象を通して、その背後に私たちの、この日本の時代と社会の様々な問題とかが有り様というものが、ものすごく鮮やかに見えてくる。不登校という切り口から見えるものは、ものすごく沢山あることをつくづく感じている昨今です。

現在は子供さんや親御さんと1対1のカウンセリング—これは私の本業なのですが、その他に適応指導教室のスーパーバイザーとか、中学校の先生方のコンサルテーションと

か、或いは研究会とか、そういったことにだんだんと、不登校を軸にして仕事の幅が広がってきています。それはその必然性があるのですが、どんな時でも私の一番の専門性は、1対1の、長々と細かく面接を重ねるという個人カウンセラーですので、それを自分の軸にして行かなければと思っています。私は、個人カウンセリング以外のフリースクールであるとか、適応指導教室であるとか、様々な援助が組み合わされなければならないと思っています。個人カウンセリングだけやって、きれいに子どもが立ち直って学校に戻ることは、パーセントとしては非常に低いのが現実だと思います。いろんな援助を組み立てていくということが、大変大事だと考えております。ただ自分が、「どこが一番あなたの中心ですか」と聞かれたら、「1対1の個人カウンセリングです」と答えるようにしています。ただそれだけでは正直な話、元の学校の元の教室に戻ることは、学年、年齢が高くなるに従って難しくなるという、そういう感じがしております。

中学校の時に、一生懸命援助をして、高校に受かって行き出した。「もう不登校は解決した、良かった」と言っていると、高校2年の秋くらいから又ダウンするとか、大学まで出て社会人になって、これはもう万々歳と思っていると、折角良い所に、就職したのに又「辞めたい」と言って来るとか、出社拒否になるとか、そういうこともありますので、問題の根っこというものは、そう簡単には消えないという感じも持っております。だからといって、何もしない、どうしても駄目なんだからと言って諦めるということは絶対にしたくありませんので、日々出来ることをしながら、その背後にあるより大きな問題を見据えて行きたいなどは思っているんです。それが“はじめに”のところでも申し上げたいことです。

2. 現代社会における思春期

(1) 思春期の基本的な発達課題

心理学的に、現代社会における思春期というものを、何か私の役割として申し上げなければならないのですが、まず、思春期の基本的な発達課題というようなことは、皆様も十分ご承知のことだろうと思います。もう一度申し上げますと、やはり思春期というものは（お医者様が沢山いらっしゃるので、私が言うのも変なのですが）、身体の成熟、生殖機能の成熟に基づいて起こって来るものであって、生物学的、生理学的なものを背景としております。それによって身体が大人になる、つまり、親世代になることが出来る時代になってしまう訳ですから、当然そこで心理的にも社会的にも親離れということが起こらなければならないわけです。ですからキタキツネなんか見ますと、1年くらいで子別れ、親離れをするという。普通の哺乳類だったら、これは身体の成熟と、親子関係の変化が呼応していますから簡単なんですけれど、人間の場合は、身体の成熟を成し遂げてから後、心理的、社会的には、子どもの立場に停まらねばならない期間がやたらに長いわけです。これが、人間の持つ大変難しいところです。さっさと親離れは出来ない。

中学生になったら十分妊娠する能力はあるわけですがけれど、中学生が妊娠してもらってはたいへん困る訳です、育てることが出来ない。だからそれは、大変な問題になる。子どもとして、児童生徒として停まらなければいけないけれど、身体は大人であるという、そういう状況の中で、しかし、身体が大人になるということは、否応なく親離れをして自分が個人として一人前になるという課題を背負っている訳です。私はこれを、親からの独立戦争と言うふうには呼んでいる訳ですが、思春期の不登校のケースを見ておきますと、殆ど例外なくこころあたりに一つ大きな問題があります。親から独立していないと何が困るか

というと、親からの半独立国家みたいな人が、ある程度沢山集まっているのが学校という場所ですので、皆よりも早く成熟した人も成熟が遅い人も、非常に居心地が悪いというのが、この同じ年齢の人を何十人か一つの部屋に入れてある学校のしんどさだと思います。ちょっとでも早熟な子、ちょっとでも晩熟な子というのは、自分と心理的に背丈が合う人が、非常に見つけにくいんです。見つけられなかったら一人で堂々としていけばいいじゃないかと、周囲の人は言うんですが、思春期において自分と背丈の会う人のいない場所で、一人で堂々としているということは、これはもう殆ど不可能なことだと思います。

以前はこれは、女の子の非常に顕著な問題でした。自分と気の合う友達がないから、教室に居られないという。ご承知のように女の子は、4月に新学期が始まりますと、もう一週間足らずで完全に小グループに分かれますね。そこに入りそびれると、あと1年入れないわけです。途中から入れてもらおうと思っても、いったんグループができますと、そのグループの安定感を守らなくてはいけませんので、次、横から入りたいという人を極端に排除する傾向があります。グループにさえ入ったら居場所があるかという、それは又グループの中でちょっとしたことで違和感があると居場所がない、ということになります。冗談みたいですが、なるべくグループは偶数の方がおさまり易い。5人とか7人だと誰かがはみ出し易いので、出来るだけ4人とか6人にして、それを最初から配慮されて女の子は偶数にしておかれるという学校もあるくらいなんです。でも、一人転校してしまったりか、転入生が入ってきたら奇数になりますので、いつも上手くいくとは限りません。それは女の子だけであって、男の子は独りでいられると言われたんですけど、最近、男の子も同じことを言います。友達がないからお昼休みが困る。一番困るのがお昼休みで

すね。10分の休憩時間は何とかごまかせても50分とか60分、一人でそこに居るということは大変なことです。お昼休みに居場所がないから学校に行けないというケースは山ほどあると思います。

とにかく親から離れて、半独立国家みたいな人同士の間での外交をやらなくてはならない訳ですけど、その外交が非常に難しい。私がいじみじみ思うことは、勉強が出来なくてもスポーツが出来なくても、「人の中で平気でいられる力」というのが、生きて行くために一番大事な力ではないだろうかということです。勉強も出来る、スポーツもできる、性格も悪くないけれど人の中に居ると、人と触れ合うと肌がピリピリするような人は、本当に弾き出されてしまう。それをもう一回学校に戻すということは大変難しいことなんです。どうしてこんなに人の中に、(この場合人といいますと、そういう非常に傷つきやすい子どもさんは、1対1の関係は比較的カウンセラーなどとの間では持てることが多い) 1対1の関係は持てるけれども、三者関係、3人以上の三者関係になりますと、居心地が非常に悪くなって傷つき易くなって、そこからはみ出してしまうというタイプのケースが、不登校には一番多いように思います。勿論、その1対1の関係すら特になくというケースもありますけれど、これはやはり病理が深いケースだと思いますので、一般には二者関係は十分持てるけれど三者関係の中に居場所を確保できない。何故確保できないのか——これを私たちは考えざるを得ませんでした。

何故確保できないのかは本当に、難しい問題なのですが、乳幼児期の発達課題をもう一度眺めて復習してみますと、やはり乳幼児期の発達課題であるところの基本的安全感の確立——ベイシックセキュリティの確立と言われるものが基礎であると言われておりますが、そこが弱い。建物に例えますと、一番の基礎工事ですね。地下の部分の基礎工事、

それから幼児期くらいになって来ますとトレットトレーニングとか、いろいろなしつけとか、第一反抗期とかを経ましてセルフコントロールの力。自分で立つという自立と、セルフコントロールの自律という、自立と自律ということが出来て、少なくとも三者関係の中での人間関係が出来るということを前提として、小学校教育が始まっていると思います。ところが、三者関係に耐えられない人が入って来ると、どんな良い教室であっても、それはものすごく居心地が悪いものになるようです。ですから一人お友達がベツトリついてくれる時は良いのですが、もう一人お友達が来ると駄目なんですとかね。そういう相談が大変多いです。その辺のところで、基本的な安全感が確立して、セルフコントロールも出来て、人との付き合い、自己主張や譲り合いやら人の気持ちを酌むこと—そういう人とのやり取りが出来て、そして集団生活が出来るようになって、それから思春期を迎えて、親離れという課題が起こってくるのが、本来の姿なわけです。

親離れという課題が起こってきますと、これはやはり親の植民地—非常に大切にお金や文化を伝えてもらっている植民地もあれば、とってもほったらかしにされている植民地もあると思うんです。が、所詮植民地であったものが独立国家になっていく過程ですから、（第2反抗期というのは独立戦争の過程な訳ですが）、そこで他の半独立国家同士が擦り合った時に、何か「自分というもの」の弱い子どもはやはり居場所がないという感じがしています。「自分って何だろうと哲学的なことを言われても分からない」と言われると思うんですが、私も自分とは何だろう、自分が有るとか無いとか言われるとちょっと分からなくなるんですけれど、基本的には自信ですね。いわゆるベーシックセキュリティに根差した、自分は自分としてこれでいいのだとも言うような自信。これが弱い子どもという

のは大変にそこで傷つく。ちょっとしたことが耐えられなくなるという感じがします。

その反面、その辺は何とか出来ているのですけれども、余りにも良い子である、優秀な子である、ほめられる子であると言うような高すぎる自己像、或いは、そうであらねばならぬという自己像に縛られている子供は、そうでない自分ができた時にメンツを失って、メンツを失うのが嫌なのでリタイアするという、そういう三者関係に耐え兼ねた人達が、リタイアせざるを得ないのが、一つの不登校の現象ではないかという気が、私はしています。勿論それ以外でも、いろいろなケースがあるのですけれども、私どもが実際にカウンセリングの中で感じている一番大きなテーマは、沢山の級友の中で「俺は俺、私は私だ、このままでいいのだ」というような、或る意味での無神経さを持ってそこに居続けることが出来る力というものが、なかなか修復出来ないわけです。「そんなに人のことを考えなくても、誰もあなたのこと見ていないよ」とか「そんなに競争心を持たなくてもいいんじゃないの」と、口で言うのは簡単ですけれども、いくら言っても、こちらの言葉によって相手がそれほど簡単に変わるものではありません。非常におとなしそうに見える子どもでも、非常に高いプライドを持っている。こうであらねばならぬということがあって、学校へ行っていると、“あらねばならぬ自分”が実現できない。例えば、試験を受けてみたら一番ではあり得ない、走ってみたら、それも一等ではあり得ないという現実を見た時に、必ずそこで恥をかくよりはという形で逃げます。

ちょっと先走りますが、最も心配なのは、学校に籍がある間の不登校は、こうやっていろいろな先生方や回りの方の配慮がありますので、援助され易いのですけれど、いわゆる社会人になってからの「ひきこもり」というのが一番大変なんだろうと思います。これは

ケアに乗りにくいですね。親御さんのご相談は確かにあるのですが、「ご本人にも来て貰ってください」と言っても、まず滅多に来ないです。余程のことが無い限り出てこられません。それでいわゆるフリーターの人、統計を取ればフリーターの人とその引きこもっている人との区別を、どうやって取るのかなと思うのですが、本当に親御さんが経済力があって、家にも個室がある限りは何の問題もなく、何年も経ってしまうと、それで30歳近くなってしまったとか、そんなケースが増えておりますので、不登校でなかった方が社会人になって始めて挫折してという型一遅れてきた不登校みたいな感じで引きこもりの方も多勢あると思います。また、小学校くらいからの登校渋りなどが延々と続いて行って、一回は直ったけれど又ダウンして、また直ったけれどまたダウン、というような非常に歴史の長い方もいらっしゃるようになります。いずれにしても、私たちが兎に角、三者関係の中に居続けられることのできる力というものを、どうやって修復するか、というか養成するののかということが、一番大きな課題ではないかと思えます。

(2)親子関係や家庭の質的変容

そういう三者関係に耐えるような力がどうして育たないのか、親子関係はどうなっているのかということで、次に、一番手近なところで親子関係や家庭のあり方を見ることとなります。不登校は親の育て方の問題だとか言われていた時代から比べますと、今はどこの家でも、どんな子どもでも起り得るといことが言われてきて、特定の親が非難されるということが無くなってきたので、これは大変良いことだと思います。ただし、一般的にどういう問題があるのかということと考えますと、イメージとしては、親からの自立というのは、親が暖かい布団をいっぱい掛けてくれているのを「もう布団はいらんよ」と

言って、蹴飛ばして立ち上がるというのが自立だと、私は思うんです。その時に、石のようにすごく思い布団を、大事な子どもだからと言って、二重三重に掛けていると、これは蹴飛ばして立ち上がれないじゃないですか。一般に過保護、過干渉と言われるのは、この布団が非常に重すぎる、大きい布団重い布団が掛けられ過ぎて立てないという、こういうのは良く知られている訳ですね。すぐ、あそこの家は過保護だとか甘やかされているとか言われるんですけど、ちょっと待って欲しいところがあるんです。もう一つ、十分布団を掛けてもらっていないで、薄ら寒い人は立ち上がれないというのが、何か目につくんです、この頃。初めからたいした布団を掛けてもらっていない、ペラペラの毛布一枚だったら、あっさりそれを蹴飛ばして立ち上がればいいと、理屈では思うんですけど、ペラペラの冷たい毛布の人ほど、その毛布にしがみついているという、そんな感じがするんです。十分体が温まっていないので、蹴飛ばして立ち上がれないのです。いくらしがみついても“その毛布、温かみないよ”とこちらは思うんです。けれどそういう人ほど“毛布、毛布”と言って毛布にしがみつく。

そこでこちらは、母子関係が充足されていない、父子関係が不十分だと思って「もう一回、親子関係を充実させましょう」「ずーっと一緒にいて下さい」みたいなことを申し上げるんですが、最初からペラペラの毛布しか掛けられないタイプの親御さんは、何回掛けてもペラペラの毛布という感じがするんですね。だけど子供は、温かい布団が貰えるまではと言う感じで、その毛布にしがみつく。そのうちだんだん親御さんの方から「何時迄やったら良いんですか。随分ガンバってるんですけど、まだ変わりません」とこちらが叱られる。そのペラペラの冷たい毛布でなく、温かい布団にどうやったら変わって頂けるのか、それをあんまり、私、親御さんにビシビ

シ言うのは、大変抵抗があります。つまり、ペラペラの毛布しか掛けられない人というのは、自分もそういう毛布しか体験していないわけですから、（自分は温かい羽毛布団なんかには包まっていた人が、子どもにはペラペラの冷たい毛布っていうのであれば、それは幾らでも非難できますけれど）「私もこんな毛布しかなかったんですよ」とか、「子どもの心を満たす前に、まず誰か私の心を満たして下さい」とおっしゃるケースが、今非常に多いですね。

だから、虐待する人でも、虐待という形しか取れないわけなんで、それをどうやって虐待しなくても良いように支援するかということを考えないと。ちゃんと判断力も力もある人が虐待しているのであれば、説得するとか注意することが成り立つんですけれども。

私は若い時は、親のケースは大変苦手でした。大体若いカウンセラーというのは、親からさほど期待されていませんし、信頼もされません。「自分の子どもを産んだことも、育てたことも無いような人に、誰がそんな真剣に相談するか」というのがあると思いますので。若い時は大体子どもに懐かれるわけです。だから、私が思春期を専門にしたっていうのも、思春期の人しかお客さんが付かなかったからですね（笑い声）。まあ、言ったら24~5歳のカウンセラーのときは、病院に勤めると精神科で偉い男性の先生がたくさんいらっしゃいます。大人の方は、それくらい偉い先生を頼るじゃないですか。それでも、中学生ぐらいの女の子は、偉い先生の前にとんと座らされるとポロポロと泣いたり、問い詰められると「えー」とか「さあー」とか「分かりません」とかで、「もっとはっきり自分の気持ちを来週は言いなさい」と言うと、来なくなるとか、「病気がどうか分からない。あんなのどうしようというんだ」と、先生方が嘆かれる。ということで、「じゃあそこに、お姉さんがいるから、ちょっとお姉さんと話し

てみなさい」と言う感じで、こちらへ紹介されてくる（笑い声）。そして来たら、こちらは未熟なカウンセラーですけれども、女の子は何かしらホッとして喜んでくれる。だけどそこで、色々問い詰めたらやはりだめなんです。何で駄目かということ、自分の心の中が自分ではっきりしない訳ですから、それをはっきり言いなさいと言われると、そのはっきりしないものを言えといわれても言えません、と切り返せるような子は、大体精神科には来ない訳です（笑い）。

そういう子は非行の方に行くかも知れないと思います。ストレスに対する反応としては心の病気になるか、身体の症状に出るか、非行とか行動に出るかの3つしかない訳ですから、そんなことでポンと反発できる人は病院関係には来ない。病院関係に来る子は、大変良い子、ブリッ子をしてしまう、おとなしくて良い子で相手に気を使うから、先生が「はい、ちゃんと言いなさい」と言われた時に言えないかったら、次はその場に出られないという感じになるわけです。一回行って先生に反抗してやろうなんて思わないわけですよ。ですから、そう言う風に追い詰めないようにしながら、まあ、ここに来てたらちょっと位元気になるよ、みたいになるにはどのようにしたら良いか。私なんかは苦肉の策で“手仕事かなんかしてたら来るんじゃないか”とか“肝腎の聞きたいような一番根源的なことを聞いたら、あと3回は休むゾ”とかね、そんなことを大体体験の中で一個づつ学んでいったんです。私の若いころは、今ほど思春期、思春期と騒がれておりませんでしたので、心理学の世界でも精神医学の世界でも、思春期はまだ殆ど手をつけられていなかった段階だと思います。

成人と子どもに対する研究は昔からありましたが、その中間の思春期というのは難しいと思います。幸いなことに、私たち心理学専攻者は最初は子供さんから始めますので、

子供を体験してから思春期に会うという、これは順序としてやり易いのです。最初から成人ばかりと会っていて、思春期に下げるとするのは難しいんです、大人の相手から子供の相手に変えるのは。小さい子供の相手から、こちらの年齢が上がって行くのと同時に、対象の年齢が上がって行くというのは、自然だと思います。私も、今でしたらどちらかというと、親御さんとの話の方が楽です。いわゆる普通の言葉で常識的なやり取りができますので。何にも喋ってくれない思春期の人が来て、女の子でしたら趣味の話とか手仕事とか共有するものがありますが、男の子が来て何にも言わずにつまらなそうに、嫌そうな顔して座られると「これはどうしろというんだ」と本当にそんな感じがします、共有するものがないんです。それでも何とかやって行かないと仕様がないうのです。

大体、思春期の人が難しいのは、先程言いましたように、根掘り葉掘り聞いたら、自分の心の中が自分でもはっきりしなくて混沌としているのに、それを聞かれると大変しんどいと言います。聞くなというのがあるのですね。そうかと言って、学校の先生がよくなる良いお話をこちらからしてあげるという、まあお説教であったり教訓であったり、それをしてあげると大体空振りになっている訳ですね。馬耳東風になっている。そしたら、聞くな喋るなと言われるなら黙ってしようと思って、沈黙を大切にじーっと黙っていると、それが一番プレッシャーになるというんですよ。沈黙、一番こたえるのはそれみたいです。ですから、問うな、語るな、沈黙するなと云う、この3つの難関を突き付けてくるわけです。その場で、50分なり60分なりを過ごすということは大変なことだと思います。そこでその為に、箱庭療法なり描画法なりがあるんですけども、それもクリエイティブなものを作れるような状態の時はいいんですけど、もうちょっとエネルギーがない時は、

クリエイティブな仕事をさせられるイメージの世界では、自分を表現することすらしんどいという人が沢山います。そうかと言って、言葉は駄目、沈黙は駄目、イメージは駄目と言われたら、じゃあもう来てくれるなど言いたくなりますよね。でも来なくなると援助ができない訳です。

何とか来てもらわなければいけない。来ているうちに何とかなるだろうという希望をつなぐわけです。本当にそういう時は余りエネルギーを使わさないように、だけど気詰まりにならないように、お互いあらぬ方向を見ながら（視線を合わせて向き合ってじっとしている事を、思春期の子は苦手としますので）、もそもそと一緒にいるという、それには手元に何かある方が良いわけです。それは手仕事であったりゲームであったり、何でもいから両方がそれぞれの手元を見ながらボソボソとしていると、不思議にポツンポツンと大事なことを言い始めるという人もいます。大事なことをどンドン言い始めて言葉でやり取りになっていく人が一つ、最後までボソボソのままの人が一つと、これは二通りあるんですけど、それでもやはり効果がありますので、人間関係を持つということだけでも意味があるということです。私はこれを一番言いたいと思います。

それから今、お話がちょっと横道にそれてしまったのですが、親子関係ですとか家庭の中での過保護、過干渉と言われるように、親が余りにも路線を引いて、うちの子はこうあって欲しい、こうあるべきだということで、がんじがらめになさって自立できないのが一つと、それから親が自分のことで精一杯で、子供に適切な布団を掛けてあげる程の余力がない、「まだ子どものことより、自分自身のことを何とかしたいんです」と言われることが一つ。

そうですね、もう十何年前ですけど、「私は子どもが可愛くないんです」と、何の

てらいもなくあっさりと言われる方が段々増えてきました。これに最初に私が気が付いてびっくりしたのは、実は不登校の親御さんではなくて、心因性の視力障害という、目には何の問題もないのに、急激に視野の狭窄とか視力低下が起きる方と、たまたま病院で会うことが多かったのですが、そういう方のお母さんがあっさりおっしゃるんです。そういうことを言うって、大変なことのように私は思っていたんです。私も母性神話を多少信じていましたので、こんなことがあっていいんだろうかと。

その時、私の恩師である、河合隼雄先生にどこかでお目にかかりまして、雑談の中でそういう話をしたんです。「平気でそんなことを言われるお母さんが、この頃いらっしゃるんですけど、どうなっているんでしょう」。河合先生のお返事は、ちょっと意外でした。「やっと女性が本音を言えるようになったんですよ」とおっしゃったんです。もしかしたら私たちは、“お母さんは子どものことをとって考えておられて、子ども第一でない筈はないんだ”ということ、勝手に皆が思っているだけであって「子どもが苦手なお母さんもいる、これは子どもだと思ふから腹が立つんであって、猫の子だと思えば腹が立たない」と私は思ったんです。私は猫の子が好きだから、あれを可愛くないと思う人がいることは信じられないんですけど、私の友人なんかには猫が近づいただけでも固まる人がいるんですよ。そういう人は別に非難されませんよね。ただ猫が嫌いだということで通っていくわけです。それがたまたま子供だった、子供がどうも苦手な人、嫌いな人というのはいるだろうと、それも認めなければしょうがない。非難するのではなく。だけど、その子どもを可愛いと感じてくれない、子育てを楽しいと感じてくれない親の元で育たなければならぬ子供というのは、大変だなと思うんです。

最近、子供が親に“自分は親に申し訳がない、学校に行っていないことで親にすごい迷惑をかけているのではないかと”とそういうことを言う子がいるのですが、そんな場合、どうしてそういう言葉が出てくるのかと、注意して見ておりましたら、親御さんに、力量という失礼ですが、余力が無いというか、子供はそのような親に凭れたり負担を掛けることを、何て言うか引け目を感じる傾向にあると思ったんです。これは私たちが、安心して壁に凭れたり、壁を蹴飛ばしたり、登ったり、好きなことをしているのは、その壁が自分の体重くらいでは壊れないという自信があるから、その壁に対して好きなことができるんですね。凭れてみたり蹴ってみたり色々なことが出来るので、この壁が実は脆い壁で、もしかしたら直ぐにグラッと壊れるかもしれないと思ったら、思いっきり壁に関われないと思うんですね。

何かそういうふうな感じ、上手く伝わるかどうか分かりませんが、子供の方が親の父性とか母性とかいうものに対して、大変ハラハラしながら見ている、それは親への思いやりと言うよりは、親を潰してしまったら船がひっくりか返ってしまって自分も宙に浮くぞという、結局、子どもの自己保存本能だと思うんですけど、思いっきり親に向かって独立戦争が出来ない、と云うことができるように思うんです。

独立戦争が出来るためには、まず、独立戦争したくなるくらいの心の体力を、暖かい布団を着せ沢山の栄養を食べさせて、元気をつけた子どもが布団を撥ね除けて、それだけしてあげた親に向かって蹴飛ばしに来るのが、独立戦争です。その時、負けてあげなければいけない訳ですけど、負けてあげながらも母国は生き残らなければならない訳です。自分が思いっきり独立戦争をやったら母国自体が消滅するかもしれないと思うと、子供は絶対に独立戦争が出来ません。

私がこれを一番思うのは、親御さんが残念ながら、精神科の疾患をお持ちのような（これは誰が悪い訳でもなく、ご病気ですから仕様のないことですから）、その場合のようなケースを見ておりますと、子どもは親を大変気遣って、独立戦争をしません。独立戦争をせずスクスクと大人になってくれたら一番いいんです。別に独立戦争が無くても、それは良いのですけれど、それが出来ない子どもというのは、今度は同じような仲間集団の中で、横並びの関係に大変弱いということを感じざるを得ないのです。そういう子どもさんは、年上の人には可愛がられたり、小さい子どもさんを可愛がったりは出来るんです。大人から誉められる、小さい子供さんには懐かれる、ところが横並びの――まさに自分の全力投球で付き合い行かなければならない、外交しなければいけない横並びの人間関係というのが、ものすごくしんどいわけです。学校というのは、そういう意味で本当にしんどいんですよ。同じ年の子が何十人かいますでしょ。あれは色々な年齢の人が、もう少し入っていたら楽なんですよ、不登校になるようなタイプの子供にとっては、若者にとっては、しかし皆が同じ年である、皆が今の社会の状況として（社会環境の方を見なければいけないんですけど）、やはり競争社会であるということが一つ大きいと思います。「昔から競争社会だった、弱肉強食だった」と言われるんです、必ず。競争社会だからと言いますと「昔の方がもっと熾烈だった」と言われます。確かに、それはそうでしょうけれど、今の競争のしんどさは、管理された中の競争じゃないかなと思うんです。皆がこのバスに乗らなければならないということが、かなり決められてしまっていて、色んな道があるんだよ、色々な道を通して走ればいいんだよと言うのではなく、走る道は一つである、そこで皆が横並びで競争しなきゃいけない。乗るバスは一つしかない。この息苦しさというのは、も

のすごくあるような気がします。

(3)家庭をとりまく社会環境

中井久雄先生の本に、今の――といっても二十年くらい前に出た本なんですけれど――現代の思春期というのは、踊り場の無い階段をみんなが駆け上がらされているものだという一節があったんです。それは今も、まさに当てはまっているのであって、踊り場の無い階段、つまり休むところがない、そして一本しか階段がないという。今、大変な状況が来まして、日本は大きな変換期を迎えているのですが、それ以前は兎に角、大きな会社に入っておかなければ先は安泰ではないということでした。社会に出てからの先の安泰のために、学校の学歴なり何なりを手にいれなければならないという、一種のパスポートを取らなければならないということで、そのためには偏差値競争を勝ち抜かなければいけなかった訳です。動物はみんな競争社会といえれば競争社会なんですけれど、偏差値の高い低いみたいな、通知表の成績のような――それによってしか評価されない、ここで認められないで落ちこぼれたら、社会に出てからも浮かび上がれませんよ、というような“落ちこぼれ不安”を多くの子ども達が抱えているような気がするんです。

それは恐らく、親御さんも抱えておられることなので、子どもさんに向かって、“どうしても頑張らなくて、落ちこぼれたら大変だよ”ということ、エリートと言われる親御さんは、子どもが自分たちの階級から下へさがるのは嫌だから、それをおっしゃるんです。ご自分が苦勞されている親御さんは、子どもにだけは苦勞させたくないから同じことをおっしゃいますので、結局すべての子どもが同じバスに向かって走ることになります。そうなると、それがしんどくなる。平気で走る人は走るんでしょうけれど、そのことの圧力に耐え兼ねて気疲れをしてしまう人が、沢

山いるように思います。

それ以外の価値観がないということ——ここで大変な不況が来て困っている訳ですが、これによって例えば、「非常に大きな企業だって潰れるぞ、寄らば大樹の陰というようでは、生きて行けないかもしれない」というように皆の価値観が少し変われば、一つのバスに乗らなければという感じは薄れてくる。自分の得意な科目で手に職を持てばいいんじゃないかとか、なにか少し考え方が変わってくればいいがなあ、ちょっと不登校は減るんじゃないかと思うんです。実際にどうなるかは分かりませんけれど。

取り敢えず思春期の一つの課題として、自分はこういう自分なんだというような自分感覚というものがあって、それで横並びの友達関係をやり抜けて、親から離れて、新しく自分が共に生きていく配偶者を見つけたり、それ以前に同性の友人を見つけたりという大変大事な時期ですので、他者との間に信頼関係を持てなければ駄目なんです。ところが表面は上手くやってきたんだけど、「一皮剥けば、みんなライバルと思っていた」とか、「馬鹿にされるのが嫌だったから弱味は絶対出したくなかった」とか、そういうことを言う人が、ものすごく多いんですね。友達の中ではいつも涼しい顔をして、にこやかにさりげなく、表面的に話をする。私が或る不登校の、高校生の男の子ですけど、その子と雑談していて、「どうして今の若い人って、みんなあんなに表面的にチャラチャラとって、誰も突っ込んだ話をしないの？なんでやろか。私は、ああいうの物足りないわ」と言ったんです。その子が私を睨んで、「先生、みんなものすごく神経使ってそうしているんですよ。自分を出すってものすごく怖いじゃないですか。出してどう思われるか、出して相手がどう思うか、出したことを潰されたらどうしようかと、そういうことを考えていると、どうしても“受けの会話”しかできないんですよ」

と言う訳です。自分を出すということが出来ない。そうか、そしたら人の話を聞いて、それは思いやりを持って聞いてるんじゃないかって自分を出さないために上手に聞いて、当たり障りのないことを喋って、表面は楽しそうにしている。その“表面の楽しそう”にも参加出来ない人はもっと孤立感をもつわけです。クラスの友達の中に入れないと悩んでいる子は、表面的な楽しそうな輪にも入れない。楽しそうにしている人は皆幸せかというのと、一言一言、無難な言葉を発するために、気を遣いながらやっている、いろいろ考えると云います。とにかく学校へ行ったら、友達から浮かないために、あの人がこう言ったら私はこう言おうと、次は私はこう言おう、相手はこう言うよ・・・、ずーっとシュミレーションを頭の中で考えていると言うんですよ。じゃあ、「一人がちょっと違うことを言ったらどうすんの？」「全部がガラガラって崩れる」（笑い）そんなこと一晩中やっていたら大変ですよ。

次の日、朝の何時ころか、目が覚めてから起きるまでの間に、「魔の時間」があると言うんですね。行かなければいけないと思って寝たのに朝起きると、もう行くのがかなん、という気持ちがあって、その時間、悶々として結局行けない。その時間を過ぎて昼近くなると、「あ、こんななら行けば良かったのに」みたいな気持ちになる。夕方になるとまた、「明日こそ行こう」と思う。次の日に又「魔の時間」が来るんですよ。そういう風にして話してくれるのは大体高校生くらいになってからですよ。中学生はそういうことは、言葉にならない訳です。「さあ別に」とか「もう行きたくありません」とか。「ここに来ておもしろい？」という「いいえ」。そんな感じの、本当に取り付く島のない会話をしながら心の中が少しづつ。高校2年生くらいから後のカウンセリングでは、ある意味やり易いですね。問題が難しくても、思っ

いることを言ってくれますので。

最近、中学生でも、鋭いことを言う人もいますけれど、そういう鋭い言葉を言える人は「ああ、中学生の中では浮くだろうな」と、逆にこちらは心配になるんです（笑い）。これだけ言える素晴らしい子どもだと、きっと浮くだろうと思うんです。“あんまり言わんときや、皆と同じような話に合わせときゃ”と、言いたくなるんですけど、そんなことしていると駄目なんですけど、やはり思います。ちょっと異質なものを見ると、皆で叩くということがありますね。良さを認めるとかいうのではなく、ちょっと違うものを見つけるとそれを叩いてしまう。それは皆がストレスを抱えているので、やはり何処かにはけ口を求める訳ですよ。どういう時にはけ口を求めるかということ、しっぺ返しが来ないところへ出すという訳ですね。「石を投げて、相手からもっと大きい石が返ってくるかも知れないと思う奴はいじめない」という訳です。「こいつは石を投げて、よう返して来ないな」と思われたら投げられる。

日本は大変な繁栄を勝ち取ってきて、物質的にはとても恵まれて素晴らしい国になった訳ですが、その背後に、横並びのなかで少し違うものを見ると、皆でそれを仲間外れにしてしまう。やはり目に見えない競争で、それを端的に思いますのは、例えば、ずっと昔でしたら不登校の子だったら皆が、「こんなに学校楽しんでいるのに学校に来られない、教室に入れたい人は、自分たちより気の毒だ」という思いがあったと思うんです。だから家にプリント持って行ってあげようとか、誘ってあげようとかは、さほど苦にならずにやれたのに、今はそれをして貰っていると、大抵している子の親から「うちの子は負担がっているから、やめさせて下さい」というようなことを言われるという話をよく耳にします。あるいは、先生の配慮で「友達になってあげてね」と言って、その不登校から出てきた生

徒さんの友達になって貰っていると、間もなくその面倒を見ている側の人しんどくなって来るという、これが又非常に多いんです。それをお聞きしていると、皆「一皮剥くとしんどいんだ」と言うのがあるんですね。本当はしんどくて、自分だって休みたいのにもかかわらず、表面は上手くいったような顔をして頑張っているのに、そこでもろにしんどがっている人の世話をさせられるというのは、これはやっぱりものすごい、割に合わない事のように思うだろうなと思います。

自分もしんどいのに、人の面倒は見たくない、皆そう言っているんですね。お父さんも「私はこんなに会社のことでしんどいのに、これ以上子どものこと、家族のことを背負えと言うんですか」と。お母さんは「私は一人で全部背負って、こんなにしんどいのに、私の心をまず満たして下さい」と言われる。先生は「こんなに大変な親まで面倒見ているのに、これは私が一番しんどいです」と言われる。皆がそうやってしんどい、しんどいという状況になってしまっている。で、カウンセラーも皆さんのそう言うのを聞いて、誰にも面倒見て貰えないというような（笑い声）、“誰が私の面倒見てくれるの、誰も見てくれないじゃないか、だったらどうやって生き残れるかを考えなけりゃ”ならない訳です。

人間はやっぱり、少し誰かに凭れたいし、荷物を預けたいし、だから、少なくとも専門職の方々に私が言っているのは、「もっとしっかりして欲しいと思う親ほど、しっかりできないんだろう」ということなんですね。そうでないと、“あの親はもうちょっとちゃんとやらないと、子どもが可哀想です”とか、“もっとやって貰わないとどうにもなりません”とか言うのをいろいろな方から聞かれます。「はっきり言いたいんです」と言われるんですが、「ちょっと待って下さい、言ってくるような人なら、言う前からやっています」と、「言っても出来ない人に言うと重荷

感ばかりが増えます。重荷感が増えると足が遠のきます。余計子どもに対して腹が立ちます。だから、嘘にでも、お母さんの荷物ちょっと持ちましょうかと言ってあげて欲しい」と言うんです。すると「そんな事しているよ、みんなの荷物を持たなければいけないということになる」と言われます。だから、どの当たりでしっかりして貰うかですが、心が満たされていなくても親になったらしっかり出来る筈だと、私たちは思い込んでいたわけですよ。昔から、自叙伝などを読んでみると、ものすごく苦勞された方が、立派な親になっていくというようになっていきますので、苦勞すればするほど立派になるみたいに書いてあるんですけど、実際は苦勞した人には「ずっと苦勞させられて、自分の心は満たされていない」ということの恨みが残ります。恨みが残って満たされなさが残って、それでも頑張っていると、どこかで刺が出ます。これはもう本当に、仕様がなしたことなんです。

私は正直言って、親面接が苦手だったんです。親御さんには拘わるまいと若い時には思っていました。次は、拘わらない訳には行かないから、あれこれ言うと怒られたりすると嫌だから、子どもの気持ちを上手に代弁するというか通訳する。私は、若いカウンセラーの方には、最初から親に向かってどうこう言うのではなく、親を受け止めようとかは難しいから、“先ず、子どもと年が近い私が、子どもさんの気持ちを良く聞いて通訳しましょう”という姿勢でいるのが、無難ですよと伝えていきます。そしたら親も“ああ、自分から分からない子どもの気持ちを汲み上げて、ちゃんと伝えてくれる”と思う。ニュートラルな存在でいた方がいい。その時「子どもが可哀想ですから、お父さんお母さんもうちょっと頑張って、こうやってあげて下さい」と一言いうと、これは関係がこじれるから、それは言わずに「子どもさんは今、こんなことを望んでいるみたいですよ」「こんなことを言っ

ていましたよ」と、さりげなく伝えることも芸の内ではないか。でも、どうしても我々の価値観がそこに入るんですね、“子供が可哀想とか、もうちょっとしっかりして欲しいとか”、そうすると余計にこじれます。

それはさておき、子供にとっては、親の機嫌をカウンセラーが損ねてしまうなんてことは一番困ることなんです。親から「もう行かなくてよい」と言われると、子どもも来なくなります。私は、「私のことを思うのなら、お母さんに嫌なことを言わないで下さいね」と、子どもからはっきり言われたことがあります。“先生がもし私のことを考えてくれるんだったら、お母さんが機嫌悪くなるような事を言わないのが、先生の務めの筈だ”と言う感じなんですね。それが出来ないということは、本当に私のことを考えていないということなんだと、そういう突っ込みを受けたことがあって、成る程なあと思ったんですよ。非常に難しい役割を要求されることがあるんですが、そういう社会環境があります。

もうちょっと単純なことで申しますと、子育てに対する社会的援助が、今は殆どありませんよね。今は、核家族ですので、大家族の時のように、家の中に経験者が沢山いるわけでもありませんし、近所の人がちよっと手伝ってくれるということも少ないですので、経験者から子育てを手伝って貰えるということが本当にありません。私どもも、小さいお子さんの子育てに悩んでおられるお母さんの相談を良く受けるんですが、どうのこうのと言うより、本当に育児を手伝ってくれる、サポートしてくれる人が周りにおられることが、一番大事じゃないかと思うケースが沢山あるんです。それをカウンセリングによって“長い時間をかけて、お母さんが少し成長した”みたいなことをやっても、その間、子どもはどうなるんだというような感じなので、その日その日の子育てをサポートして頂けるような体制が、もうちょっとないと困るので

す。これは育児一つつまり、今はもう男性も女性も、先程も申しましたような競争社会の中で、より安定した地位を得るためにという事で、より高くより速くという競争路線を走らされてきていますので、そこで全然違う子育てということに多大のエネルギーを取られるのは、実のところ、全然方向の違う努力を二つ強いられる事になるんだと思います。これは子育てだけではなく、老人介護でもそうなんです。一方、社会で活動しながら、家へ帰ってきたら子育てや老人介護に心から没頭し、それを楽しめ、打ち込めと言われても、これは質の違うことを同時にやらなければならないような非常な難問を、私達は抱えているのではないかと気がします。子育てや老人介護に十分エネルギーを使った残りてこなせる程、仕事というのも楽ではないんですね。仕事は目一杯の努力を要求される、そして家に帰ればまた目一杯の事を要求されるという中で、現代人はみんな大変重いノルマを背負っていると言うことになると思います。

3. 学校のもつ意味

それで、学校の持つ意味なんですけど、これは何時も私が言っていることですが、こういう不登校のケースを見ておきますと「楽屋」としての家庭から、毎日子どもが高い梯子を昇って、「舞台」としての学校に出て行って、そこで一日いろいろな役割りを演じて、また夕方帰って来るという、そんなイメージを私は持っております。楽屋が楽屋としてしっかり機能でき、舞台が楽しい所だったら、これは問題ない訳ですが、舞台上には、先程言いましたような学業であったり友達関係であったり、競争であったりとか色々なプレッシャーがあります。そこでやり抜くためには、相当、楽屋のバックアップ機能がしっかりしていないといけませんけれど、楽屋に帰ってきてペラペラのお布団しかないとか、十分な栄養が補給されないとか、そういうことで

あれば、出て行く力が出ないだろうと思います。

そこで、楽屋というものが、なかなか急には良いものには成れないだろうということで、私は、舞台の上にもう一つ小さな楽屋を作らなければならないのじゃないか、或いは梯子の途中にもう一つ楽屋兼舞台のようなところが要るのではないかと感じています。それで学校の先生方の保健室登校とか相談室登校とかは、大変意味があるのではないかと考えています。また、梯子の途中、舞台の袖までもたどり着けない子どものためには、適応指導教室とかフリースクールなど学校外の居場所というのも、大変必要なのではないかと考えております。

4. 心理的援助の眼目

それで、心理的援助の眼目ということですが、ある程度順番を考えますと、疲れ果てた時は一人の時間を大切にするというのは必要なんです。とにかく、一杯背負い過ぎた時、私達も疲れ切った時は、一人で休ませて欲しい訳です。ちょっと休んだら、すぐ電話が掛かってきて「どうですか、どうですか」と、これは困る訳です。2～3日は放って置いてくれと言いたいですね。だけど、1週間経っても2週間経っても、誰も「どうですか」と言ってくれないと、これは非常に淋しいわけですね。

先程言いました三者関係でつまづいている人は、いくら三者関係の中に入れても逃げ出すばかりです。だから、二者関係は出来て三者関係は出来ないという場合は、二者関係からやり直すというか、そこまで戻って援助をする方が良く思うのです。その時は、二者関係が出来ているからもう要らないと言うのではなくて、二者関係を充足して、堪能して初めて三者関係に入って行けるといいう感じがして仕方ありませんので、ここで二者関係からやり直す事が非常に大事だと思います。

ここで私が重視しているのは、「メンタルフレンド派遣」というものです。それ以前から、思春期の女の子にはお姉さん代わり、男の子にはお兄さん代わりみたいな人が、とても必要だと感じていたんです。自分が若い頃は、女の子の場合それが出来たんですが、年齢が上がっていくと、こちらの内面は余り成熟していなくても、相手から見ると、どう見てもお姉さんには見えない—これはおぼさんだということになると、この役割は出来ませんので、女子大学生などが良いのでしょう。親御さんが一定の経済力がある場合は、その方に家庭教師という形で行って頂いて、その時の条件は「もし子どもが勉強しなくて雑談ばかりしたり、寝転んで一生懸命マンガを見ている、絶対にお金が惜しいとは言わないで下さい」と、この釘だけは刺しておくんです。そうでないと、親御さんは大枚をはたいて雇ったら、勉強もして欲しいという態度がやはり出るんですよ。そうすると子どもの方が遠慮してしまって、好きなお姉さんでも断る。好きなお兄さんでも断るということがあります。ですから、親御さんにその意味を、“これは家庭教師という名目ですけど、勉強以前に先ず二者関係の体験の充足をして頂くために来てもらうんですから、勉強は、必ずそれが通り過ぎたら、やる時期が来ますから”ということで、懇々とっておかないと、お金がからんでくると大人の気持ちは惜しいというのが出てきます。

行く学生さんの方も「勉強全然してくれないんですけど、何か申し訳なくて、お金もらって良いんでしょうか」、そんな悩みが出てきます。その点「メンタルフレンド派遣」というのは、公費で派遣されますので、そういう気遣いはありませんし、勉強はしてはいけないというより、しないことになっていますので、ある程度ははっきり割り切れます。何はともあれ、名目は何でもいいんです。昔で言えば、隣のお姉さん、隣のお兄さんという

ような、自然な関係をもってくれる人を一人つけて置くということです。これを私は「添え木」と呼んでいるんですけど、朝顔でも横に添え木を一本立てて置けば、必ずきれいな花が咲くんですけど、添え木を立て忘れるとクチャクチャになってしまいます。不思議なことに、そういう時に、余り素晴らしい人を送り込まない方が良いと思います。パリパリの優等生で何でも出来て、リーダーシップが取れて面倒見がいいというのは、子どもにとって負担なんですよ。自分みたいにどんくさい所へ、クジャクのような人が来て「これはミスマッチだ」というような事を言った子がいます（笑い）。ですから余りミスマッチと思わないような、だけど“自分より病理の深い人”は行かない方がいい（笑い声）。たまたまそういうことをしてしまったら、子どもの方が断ってきたことがあります。そういうことを知らなかったもので紹介したら、なにか合わない。“自分よりも元気”な人であることが大事なのですよ（元気すぎて困るんですが）。自分より一歩前を行っていて、自分と同じようなことが解って、なお前へ行っている人が時々、自分を振り返りながら前を歩いてくれる、これがものすごく大事だと思います。

ですから、私は先ず「うちの子、学校に行きたがらなくてね」という相談を個人的に受けると、カウンセラー以前に、先ず家庭教師とか、そういうメンタルフレンドをお考えになったらということ、割に申し上げるんです、自分の知人などに相談された場合には。それは大概、上手くいっています。大きな人選ミスさえしなければ、大人から見てもちょっと頼りない人だなとか、挨拶も余りちゃんとしないのいいのかな、という人が非常に受けていますね、何か一風変わった人というのか。そうすると子どもの方がすごく元気になります。そしてそのお兄さん、お姉さんも、すごく良かったと言って下さるんです。自分

の思春期の再整理というんですか、みんなその問題を抱え乗り越えておられるから——大抵みんな、大学生くらいというのはそうじゃないですか。

長期にわたるすごい不登校なんだけど、内的に力を持った子がいるんですが、その人のところへは来る家庭教師、来る家庭教師が皆、自分の思春期の問題が再燃してきて途中で変になって行くという（笑い声）、「どうもこれは、僕のせいのようにです。3人潰してしまった」みたいな事を言う人が現実にいるんです。潰したとは変ですけど、みんな普通の人として家庭教師で来るんですけど、彼と向き合っているとだんだん自分自身のことが出てきて、課題に直面させられる、だから「あんたはもうカウンセラーになり」と、言っているんですけど、そしたら「僕は引き出すことは上手でも、後の納め方が出来ませんから」と。「それは私との面接から学んでくれ」と言っているんですけど、「だから、あんたが帰る前には雑談をしているでしょう？」とか「気をつけて帰ってね、とか言っているでしょう？」とか、「現実に戻して帰ってもらわないとね」とか。「次あの家庭教師の人来やはったらどうしましょう」と言うから、「雑談をして下さい。もう内面的な話はしない方がいい。」「漢字の書き取りをしたら？」とか言っているわけです。家庭教師のお兄さんとの交流で、彼はずいぶん変わってきました。

そういう感じで、先ず二者関係の充足ということを、是非やられたら良いと思います。でもそれで、そこから一足飛びに教室という大きな集団には戻れません。三者関係の練習場所という刺激感の少ない三者関係の場所を準備する必要があります。

私は、これがフリースクールとか、適応指導教室とか、学校の中での別室登校とか、色々な場所であっていいと思うんです。いろんな場所で、少なくともそこへ行くと、何が良

いかというと、先ず、いじめがないこと。心理的いじめがあると、すぐ傷つくからそれは駄目で、それと同時に競争関係がない場所がいいですね。しかも、ある程度大人がそれをサポート出来るというような。そこで三者関係の練習をして、次によく学校という大きな舞台に戻って行く。そこへ戻れなかったら、学校という舞台でない所で居場所も探せば良いのではないのでしょうか。でも、社会も「舞台」なんですね。学校だけがしんどいという訳ではなく、職場だってなんだって人がいるところは、それなりのプレッシャーがある所なのです。人間というのはそんなに美しい心ばかりで生きていない、擦れ合ったり引っ掻き合ったりというのが必ずあるので、そういう社会をだんだん良くして行かなければならないという大きな目的はあるんですけども、現実急に変わるわけではないので、その中で耐えていけるような力、他者の中で居ることが出来る力を、少しずつ醸成していくということが、現在考えている不登校への援助だと思います。

その中で、では何が出来るのか。大量に出てくるこの若者たちに対して、1対1の手仕事——本当にこれは手仕事ですね。これだけ日進月歩で、他の科学は進んでいるのに、一体カウンセリングって100年経って、どれだけ進むんだろうと思うんですけど。それは考えたら、源氏物語の頃と今と比べたら、あの最高貴族の家にならなくて、冷蔵庫も無かったし、もちろん飛行機はなかったわけです。今は普通のどんな家にも冷蔵庫も洗濯機も全部あって、ものすごく変わっているにもかかわらず、あそこに書かれている心理的なやり取りというものは、現代社会において何ら古くなっていませんよね。同じことを今でもやっているじゃないですか、みんな。

だから、それを考えると人間性っていうのは、五千年や一万年では、そんなに変化しないという、自然科学ほどは変化しないのが当

然というふうに考えますと、ものすごく根源的なものに、私たちは素手で向かい合っているのではないかと、素手っていうか自分の心で向き合っているわけですから、或る意味では一番大変な仕事かもしれないと思います。その割には、社会的にはいつも周辺部にいるような気はするんですけど、でも質的には大変な仕事なのじゃないかなと思います。で、そういう一人一人の先生方との心の触れ合いみたいなことで、子どもは確かに何か力を得て行くように思うんですよ。私は、いろいろな家庭教師の方と触れ合うことで子どもは変わり、学校の先生や看護婦さんや、色々な方との触れ合いで確かに変わって行くのを見ていますので、カウンセラーだけが変え

ていると言う感じは全くないんですね。ですから、その一つ一つの人間関係の出会いを積み上げていくということで、思春期の心というものが、栄養を得ていくという感じがするんです。その心が栄養を得ていくと、人々の中にいる自信、それから自分と言うものを作っていく自信（人の中にいる力と自分を作る力というものは同じものだと思います。表裏一体のものだと思いますので）、それが育っていくのではないかなと思います。

本来、もっともっと時間をかけて、細かく申し上げないと分かりにくい所も多々あったと思うのですが、与えられた時間が来てしまいました。私の話はこれで終わらせて頂きます。どうもご清聴ありがとうございました。

(育 療) 一既刊 10号~16号一主な内容	
<p>《第10号》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〈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 一家族一 <ul style="list-style-type: none"> ①「子供の死―親の思い」…井上・関口・熊倉 ②「親の立場から望むこと」…大塚・根本・水谷 ③「家族の絆」…飯島・柳楽・榊原・藤波・藤松・佐野 ・〈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 	<ul style="list-style-type: none"> ④ 不登校の子どもへの教育とは何か…竹内 直樹 ⑤ 喘息児の心理的不適応の理解と改善…西原 昇次 ⑥ 不登校児A子への指導実践…越前 寛 ⑦ 高等部における養護・訓練「総合」の取り組み…法邑三知夫
<p>《第11号》</p> <ul style="list-style-type: none"> 新『福子の伝承』を求めて ……波平 恵美子 ・小児気管支喘息の治療の現状と問題点 ……西間 三啓 ・特集 闘病の跡と指導の実践報告 <ul style="list-style-type: none"> ① 闘病の跡…加藤 裕子・玉田美希子 ② 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 	<p>《第14号》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〈特別寄稿〉 『免疫と長生き』 ……奥村 康 〈講演概要〉 小児腎臓病の自己管理を困難にする要因 ……春木 繁一 ・特集一医療と教育実践一 <ul style="list-style-type: none"> ① 心身症的傾向の子の養護・訓練…菅原 玄彦 ② 筋ジス児に対する取り組み ……上保 隆夫 ③ 慢性腎疾患児への支援のあり方…乾 拓郎 ④ 腎炎・ネフローゼ児の教育 ……成田 悦雄 ・家族で歩む道（保護者より）…藤田富紀子
<p>《第12号》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特集 小児ガン・アレルギー性疾患 <ul style="list-style-type: none"> ① 小児がんの子どもたちのQOL ……細谷 亮太 ② 小児がんの子どもの相談…西田 知佳子 ③ アトピー性喘息の治療の現状と課題…山本 昇壮 ④ 『個性化』した患者指導の必要性…栗原 和幸 ⑤ 小・中学校における喘息児の対応の現状…北 栄子 ・事例…自己表現の手段としてのパソコン…浅利 倫雅 	<p>《第15号》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特集 一自閉症一 <ul style="list-style-type: none"> ① 自閉症の研究の動向…山崎 晃資 ② 自閉症の治療と予後 ……杉山登志郎 ・養護学校における自閉症児への対応と課題…関戸 英紀
<p>《第13号》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・気管支喘息児の心理的問題との改善 ……吾郷 晋浩 ・喘息児の自己管理能力を高めよう ……内田 雅代 ・特集一医療と教育実践一 <ul style="list-style-type: none"> ① 喘息児に対する学校教育の治療上の効果…西牟田敏之 ② 小児がんの子どもに対する教育の治療上の効果…気賀沢寿人 	<p>《第16号》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・〈特別寄稿〉 群馬の病弱教育 ……海野 俊彦 ・特集 一教育・医療・保護者の連携一 <ul style="list-style-type: none"> ① 教育・医療・保護者の連携への挑戦（做）…河原 仁志 ② 教育・医療・保護者との連携の実際（種）…宮原 亮一 ③ 中原養護学校の医教連携について（顔）…森 紀夫 ④ 学校・家庭との連携の実際（知）…大井 洋子 ⑤ 教育・医療・保護者との連携の実際（欄）…高良 吉広 ⑥ 教育・医療・保護者との連携（組）…大塚 孝司 ⑦ それぞれの立場で果たすべき役割（組）…高橋 紀子 ⑧ それぞれの立場で担うもの（燈）…神田 倍子 ⑨ 活力ある教育を目指して（燈）…井上 幸子

難治性てんかんをもつ子どものケア

関西医科大学小児科 助教授 杉本 健郎

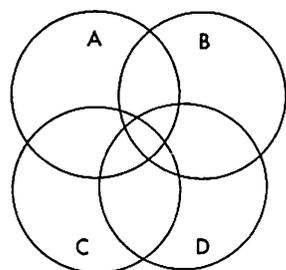
はじめに

非常に難しいタイトルなんでどういふ話をしようかいろいろ考えてきたんですけど・・・

難治性てんかんを持つ子ども達を取りまく問題点について述べます。本日、配布しました資料は“波の会”＝日本てんかん協会全国大会が大阪で行われますが、その場でフォーラムを行います。このフォーラムの内容は、てんかんの新薬がこのところ全く止まっていますので、それを促進するために行います。バイアグラだったらすぐに発売許可が降りたのですが、どうもてんかんの新薬というのは、この間ずっと出ていません。資料としてお配りしたのは新薬がどういふプロセスで認められて、今、てんかんの新薬としてどれだけ認められて、新薬としてどれだけ控えているのか。ちょうど僕が調べたものですから、データとしてお持ちくださったらいいかと思って持ってきました。(資料参照)

ここに来られている方は“育療”の会員ということですから、教育関係それから療育施設等々の方が多いと思いますので、もう一度神経に関連した言葉整理をしておきたいと思ひます。

(図1)



小児脳障害の4つの主症状

- A. 脳性麻痺
- B. 精神発達遅滞
- C. てんかん
- D. 行動異常・障害

てんかんの概念

「てんかん」は概念としては(図1参照)、慢性的にけいれん発作を繰り返すという単純な意味なんです。ひとつ確認して頂きたいのは、発作の形が年齢や治療によってどんどん変わっていくということです。必ずしも一回ついた病名がずっと同じだということではないということです。例えば、「點頭てんかん」といふ病名が一生付きまといっている人がいます。けれど、點頭てんかんといふのは大体5～6ヶ月から1才過ぎまでのところで一番発生しやすいわけですね。ところが、学校の入学の時の病名に「點頭てんかん」と書いてあったりすることがあるんです。本当に點頭てんかんのままの人も、ACTHを使って治療しても治らない人もいますけれど、そういう人はごくごく稀です。で、基本的にてんかん発作の形は変わっていくということを押さえていただかななくてははいけないと思ひます。

今日の主題はこのてんかん発作がとまらない、治療しても止まらない人たち、障害が重い人たちが多いんでしょうけど…。どっちかといふところこういうマヒを持っていたり、遅れを持っていたりする重なった所にいる子供たちの場合です。

てんかんに関しても、やはり原因は必ずあるわけで、この原因によって、てんかんの発作形が変わっていく様も変わるでしょう。そういった本質的な原因はいつも意識した形で、いつも我々ドクター側は常に最終診断を心掛けなければなりません。勿論、原因不明の人は多いのですが。

難治性てんかんといふのは、要はいろんな薬を使っても止まらない、てんかん発作が止まらないという人達を意味します。

てんかんの点検項目

3つの点検項目があります。(表1参照)

まず第一に、てんかんといっている発作が、本当のてんかん発作なのか。これは、重い子になればなるほど非常に判断が難しいという事は、現場ではよく分かると思います。特に脳性麻痺で、痙性タイプ、突っ張るタイプの子どもたちで、しかも成長していけばいくほど、外界の音だとか刺激に対して非常に敏感になって、びっくり反射的なうごきをすることが多くなります。

そういうものをてんかん発作とどう区別したら良いのかという問題があります。それが発作なのかどうなのかということをもまず確認する。発作でないものいくら薬を入れてもこれは意味がないわけで、寝てばかりになりますのでこれは良くない。これをどう確認するかということで、日頃やっているのはビデオ撮影です。みなさん若い家庭はみんなビデオカメラをもっておられますので、「ビデオ撮ってきて」と言ったら、皆さんえらいちゃんと撮ってきて下さいます。診察室でも「では再生します」と、小っちゃな画面で見せていただくことが多いです。診察室でも「これは発作と違うね」「ああ発作やね」、という話が出るような新しい形の診察風景になってきています。だから、てんかん発作かそう

でないのかという辺りを見極める時には、まずてんかんの専門医に対して、是非とも発作と言われているスタイルそのもののビデオを見せる、まずそこから始まると思います。それを見ることによって多分ほとんどの場合は「まあ、これは発作じゃないよ」「発作だよ」と言うことの見極めができると思います。

それと注意しなければいけないのは、学校や通園施設などでビデオを撮られる場合は、ご家族の承認・納得ということを必ずやっていただくということです。勝手に学校で撮ったということになって、信頼関係が崩れることがあります。必ずそのビデオはおかあさんに持たしていただくとともに、まずお母さんにお見せして、こういう内容が入っているということをお納得してもらった上で、医者に届けるという形にさせていただかないといけないと思います。

医療関係スタッフと医者との連携という面を含めまして、お母さん抜きにこういう討論をしてはいけないということです。最近、「連携」がよくなりますと、スタッフ同士がツーカーの仲になり、学校の先生とか施設関係の先生方からダイレクトにドクターに連絡が入ってきます。そうすると親御さん・本人が置いていかれるんですね。やっぱり手頃はきっちり踏んで頂くということです。

ビデオ撮影でだめな時に我々はどうするかというと、ビデオ脳波、テレメーター、つまり頭に脳波を貼り付けて電波を飛ばして、普通の生活なりを、ずっと脳波をとりっぱなしにします。その起こった時間をお母さんにこれが発作の時間だ、というのを記入してもらおう。それを後でもういっぺん、何時何分の発作をもう一度見直して、「あ、これは発作だ」「ちがう」ということを確認しています。ビデオが映って、脳波がダブルで並びますから、発作かどうかというのは歴然としてくるわけ

(表1) 難治性てんかんの点検項目

1. 本当にてんかん発作か？
偽性発作ではないのか？
家や施設でビデオを撮る
ビデオ脳波(テレメーター)を撮る
2. 基礎疾患はわかっているか？
原因は明確か(不明が多い)
代謝性疾患ではないのか？ 症状の進行、退行は
3. 真に難治性なのか？
治療内容(薬剤)の再点検を！
薬剤歴の整理、組み合わせ、投与方法、他の薬剤

なです。ただ、それでも分からないということ
は勿論あるんですよ。あるんですけど、こ
こで九分九厘分かるでしょう。

もし、てんかん発作だとしたらこの次の問
題は、そのてんかん発作を止めにかからな
ければいけません。止めにかかるためには我
々ドクターサイドは、薬しか持ってないです
から、結果、難治性てんかんの子ども達に
対してお薬を増やすことはあっても、減ら
すということは殆どありません。親が発作
が止まらない止まらないと言われたら、
常にドクターは薬が増え、種類が増え、
量が増えるようにする傾向になります。
学校や通園施設へ、てんかんの講演など
に行くと「いつもウツラウツラしている
のは薬のせいです」と、言われますが、
これにはいつも言い返して「それは授業
や、通園施設の中身のやり方がまずい
んじゃないかということで、もう一度問
い直してください」と、僕は言います
(笑)。

それから、その難治性の発作が、その
人のQOL・生活にどの程度ネガティブ＝
マイナスになっているのかという討論が、
次に始まります。

無理をしてでも発作を止めなければい
けないのか、ゼロにしなければいけない
のかという辺りを、もう一度、親を入
れた取り巻きのサポーターの人たちと一
緒になって話し合う必要があります。「こ
この発作はこの人にとって不快である。
少なくともマイナスに働いている。寝
てしまう。遊んでいたことが途中で
終わってしまって保育に良くない」と
いうことがいろいろ出てきたら、止め
るためになんとか努力をする。ポンと
発作が起こって、またニコニコと起
き上がってくるなり、ほんの少し寝
たらすぐまた元気になってくるよう
なら「適当にさせておこうよ」、と
いう話が出てきます。だからその
辺りの所を、難治性の子供であれば
あるほど、てんかん発作を絶対止
めなければいけないということには
ならない。そこはコンセンサスが
必要になります。

親を含めて本人の一番大切なことは、「
本人が快適なのか、不快なのか」とい
う辺りを、我々サポーターがいかに
キャッチ出来るかというのが大切だ
と思うのです。本人が「この発作は
しんどい、不愉快だ」と言ってくれ
たら、それは止めにかかりたいと思
うのですが、重度になればなるほど、
なかなかそういうことを言ってく
れないですね。それを周りから判
断して、「これはやっぱり不愉快に思
っているし、生活に良くないから止
めよう」と言うことになれば、それ
は我々の知恵を絞ってとめるため
に努力していこうということにな
るわけです。

本人の意思を確認していくというの
は、これから重度の子供たちのキー
ワードになっていくと思います。今、
北欧では一番重視されている発想
というか考え方になっています。出
来るだけ、本人がそのことに対して
どう思っているかということ、目線
だけでもいい、手の先だけでもいい、
会話ができればそれに越したこと
はないんですけど、何かのサイン
をキャッチしていくという事が一
番ポイントになってきます。この
てんかんについても同じことが言
えます。

その重度の重い障害を持つ子ども
達が「生きて良かった。生活して良
かった。」と言える快適な条件を保
証する。逆に言えば、てんかん発
作が非常に不愉快な要素であれば、
何とか止めるために我々が努力す
るということが大事になる。非常
に根本的な問題だと思います。

ちょっと横に逸れましたが、発作
でないと、これは何で起きている
のか、ということが議論になります。
例えば、痙性タイプの強い人が
ですね、例えば高等部に入って、
ちょっと音がするだけで、いいえ、
それ以上に喜んだときに棒になっ
てしまう。つまり、150センチ越
えて体重も50kgを越えて、棒に
なれたらどうしようもないです
よね。そして、それがその子にと
って快適な時に出して

まう。そういう子ども達がみなさんの回りにもおられると思います。そんな時に、我々に何が出来るだろうかという討論になって、いろんな薬を手を変え品変えてやってもなかなか止まりません。

どう快適さを作っていくのかという討論が行われます。何のためにサポートしていくか、何のために討論していくかというあたりを、明確にしていく必要があるなと思いますし、てんかんもその中の一つだと思います。

基礎疾患はわかっているか

2番目は、これはもう当たり前のことと言えば当たり前のことなんですけども、案外見過ごされていることです。

てんかんの基礎疾患が分かっているかどうかということなんです。

我々医者も親も、大体2～3年かけて一生懸命調べて分からなかったら、そして発作も止まらなかったら、「これ以上どうしようもない」と、そこでギブアップしてしまいます。もうこのままでいいんじゃないかということになってくると、基礎疾患がずっと分からないまま成長します。ところが基礎疾患によっては、代謝性も含めて、遅くから症状が見えてくる人が多いんです。

例えば、頭部のMRIというのが皆さんよく聞かれるし、見られる機会があると思うんですね。MRI一つとってみても、1才までの時期でMRIをとって、何もないからということ、お母さんは何も見つからないのを「正常」と解釈されます。もともと1才までのMRIというのは、解像度でCTと変わりがありません。1才までにMRIが正常だと言いきれることはまずありえないんですね。まあ、目立ったものがないという表現なんでしょうけれど。そういう表現をドクターがすると、お母さんは答えとして気持ちの上で、正常だという発想をも持たれる。その言葉がずっと引き継がれていくんです。分かります

か、情報というのはそんなもんで、何か飛び越えて解釈がされた状態でそのまま「結論」だけが引き継がれます。

通園施設なんかに行ったらカウンセリングなどをしていると、「現物をとにかく見せてください」と言って、最近はいつもこだわります。そうすると、今の日本の「常識」は、他のところにかかっておられる方の現物脳波だとかMRIを持ち出すことは、抵抗があるようです。当初は「何でそんなもん見せなあかんの？」、と言われてました。

話は少し変わりますが、ドクターというのはですね、ぼくもドクターなんですけど、診察室に座っている時はですね、一人の診察はほんの数分です。お母さんが悩んでいるとき、一時間を越えてしまって・・・、もう後ろの診察が遅れて・・・、こんなこともありますけど、殆どが数分なんです。 「元気ですか。調子いいですか？」 「ああ、いいですよ」、いつも同じということなんです。そうすると薬はそのままということで、ずっと同じ薬が続きます。

ところが、ドクターは、日常その子がどんなスタイルで、どんな笑顔でどんな生活をしているかということ、まったく知らない。たとえば通園施設に行ったら、自分の主治医の子供が遊んでいます。そのスタイルは診察室にいる時の、苦渋に満ちた泣き叫ぶ顔とまったく違った顔が、笑顔がある。もちろん養護学校で校医をやっている時も同じです。

「だからみんな診察のときにですね、生活の場面のビデオを持ってきて見てもらいましょう。」と、そういうことを言ってるんじゃないですよ。ドクターは子ども達のほんの一部しか知らないということです。そして、親が黙っていると、そのまま同じ薬で流れて行く。

例えば、あらたに通園施設に入る、クラスが変わる、それから小学校に入る。いろんなきっかけが出来るわけですね。きっかけとい

うか、様変わりの方に、新たに違うプロの目が入ります。そうすると、「あれ、おかしいんじゃないの?」とか「今までのヒストリーから考えて、これはどうも退行しているんじゃないの?」とか、いろんな意見がこの時に出てくる筈です。ここに来ておられる多くの方はサポーターだと思うんですよね。本人じゃないと思うんですね。おそらくね。その人たちが、フレッシュな目線で見られた時に、「あ、ここに問題があるか?」と思った時に、もう一度フィードバックしないといけないですね。主治医はほとんど流れてしまっていますから。

こんなことを言っただけは失礼かもしれないけど、学校の先生方の引継ぎなんかは案外そうでしょうね。春は「やるぞ!」と言われるか、「かなわんな」と思われるかそれは分かりませんが、3学期くらいになったら、やっと子どもが見えてくる。そしたらもう引き継ぎ。医者側からすれば、一年や二年でその子におさらばという形。それは通園施設も同じですよ。保母さんでもそうですし、指導員、みんなそうですね。お母さんはずーっと一緒ですけどね、ドクターも「点のつきあい」ではありますが、ほとんど同じですけど。しかし、ドクターはさっきも言いましたが、象のシッポしか見てない。象の鼻しか触っていないんですね。

ドクターと親がギブアップしたら、即ち、本人が重度であれば、QOLを高める努力はギブアップになります。そんな時に、親や医者に嫌がられてもヤッパリ「これは何でこんなことになっているんですか? こんな症状は昔の記録には無いんですけど、どうなんでしょうか?」ということがサポーターのから出てくるのが大切なことではないかと思えます。

話が戻りますが、頭部MRIは、脳の髄鞘化といって、白質の部分=脳のまん中の方の部分が大体成熟しきるのが1才半ぐらいです。

そうすると、MRIは1才半以降、つまり2才か3才以降に撮れば、脳の皺までわりとよく構造見えるのです。

どうしても早く原因を知りたい親は、早くからやって下さいと、MRIなどを1歳以前のところでやって、何をやっても異常は出ないんですけど・・・、異常が出ないイコール正常と親は思います。ギブアップの1つの理由にもなります。そういう一つ一つの検査の限界をしっかりと、話していかないといけないと思います。

基礎疾患が不明の場合でも、長い目で見て症状が進行しているのか、いないのか、また、病態がどこまで分かっているのかを、随時明確にしていく必要があります。病気によっては勝手にけいれんが止まっていく場合と、けいれんが途中から増えてくる場合がある。これも十人十色だと思います。その辺、長い病歴になればなるほど、ポイントを押さえて、増えているのか減っているのか、いつから発作が変わっているのか、などをしっかり押さえていただきたい。

もっとも、基礎疾患が分かって、何も治療ができない病気だったら、死を待つだけということにもなり兼ねないでしょうけど、それならそれで、後の残された人生をその子なりにどんな生き方をするかということ、親と一緒に考えていく必要があるわけです。これらは、当たり前のことですが強調しておきたいと思います。

真に難治性なのか

次に薬歴の件です。難治性の場合にはカルテが太くなる。病院によっては毎年カルテが変わることもあります。そういう時に、前どんな薬を使ったか、前の薬ではどんな反応がしたか、などが不明になることが多々あります。薬剤歴が一目瞭然に分かるようにする必要があります。

てんかんに関連した精神科・小児科といっ

た科は、リストラ対象になる科ですね。病院の中でも非常に風当たりが厳しいですから、国公立にいたっても売り上げを意識するような診療が行われてきています。人も減っていく。だからゆったりと患者さんのペースで、患者さんサイドの病院スタイルになっていないわけですね。さらに、これから悪くなっていく可能性があるわけで、そういった中で重い障害を持つ子供たち、まず元のように回復ができないだろうと思われる人たちは、これからの医療の中でどのように扱われていくのかというのは、少し話は飛躍しますが、不安がいっぱいです。

話は飛びますが、アメリカは、私的保険が中心です。我が国では、今、ガン保険だけがアメリカから私的保険として入ってきていますけれど、健康保険の中に私的保険が入ってくると、多分病気にランク付けができると思います。

アメリカの保険のランク付けは、重度の難治性てんかんを持つ人は一番下、保険適応順の一番下にあります。つまり、「そこにお金を出してまで治療する云々」ということまで言われています。そういう考え方が市場原理というのですか。儲かるか儲からないが、一つの基準になるなんてことになってきたらこれは大変なことです。

また、話が少しそれました。

それからもう一つ、正確な情報公開についてです。

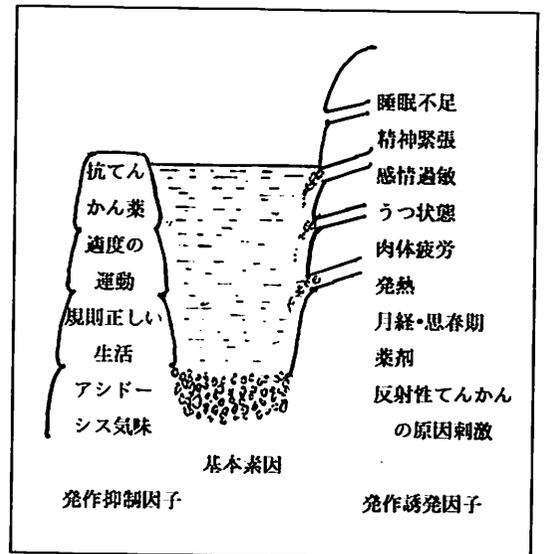
患児のお母さん方には全部薬の量と内容まで、随時伝えなくてはなりません。どんな慢性疾患の場合であっても、治療内容は患者側に分からないといけないわけですね。それを踏まえて、サポーターといえますか、学校であったり、入所施設関係の人であっても、担当している人の薬の内容や、それらの薬の副作用などを正確に知って置く必要があります。一昔前までは、こんなことがありました。子どもが眠たいのはすべて抗てんかん薬のため。

眠気については先程述べました。歯茎が腫れるのもみんな薬のせいだと。これは専門の歯医者さんによると、決してそんな短絡的な結論ではない。一度も噛んだことがない方が、小学校まで来ると、歯肉炎というのはしょっちゅう起こしてくる。そして肥厚していく。ところがそれらすべてを抗けいれん剤のせいにしてしまう。自分の聞きかじりの知識で、抗けいれん剤でみんな歯茎が腫れるんだ、と思ってしまう。非常に正確ではないのです。フェニトインを内服すれば、その中の何パーセントかい歯茎が腫れるということがあるんですが。

医師以外の専門家が保護者に短絡的な意見を述べると、お母さん方がその薬に対して、否定的になっていきます。これは治療上よくありません。自分の専門外でも、もう少し勉強していただきたいということも、これからの課題だろうと思います。

レンノックスの絵

この図2は、もう皆さんご存じの通り、てんかんのテキストブックを見ればどこにでも書いてあるレンノックスの作った絵です。



発作貯水池

(W. レンノックス)

発作を抑制する因子と発作を誘発する因子を示しています。どうしても日頃の生活で流れてしまうと、こういう点検がだめになってしまうんですけど…。難治性の子供たちに対しては、日々点検していかなければいけないなと思います。睡眠のことは後で申し上げますが、疲労の問題、それから学童期になりますと、各行事です。あの運動会、修学旅行もそうなんです、従来から学校での当然の行事、教育的効果を高めるために執り行われるものですが、果たして重度の障害を持つ子ども達にはどんな内容にしていくかが問われていると思います。

我々の側から見ると特に運動会はですね、皆がいっせいに並んでお遊戯をする、毎日運動会の練習をする。すると、発作がポーンと増えるんです。運動会が終わったらストーンと減るんです。ものすごいストレスみたいですね。そのストレスが教育的効果を生んでいるのだったらいいのですが。もちろん皆が皆そうではないですよ。いろんな工夫をして、運動会を作り上げられると言うのは、よく分かるんですよ。全部が全部悪いとはいません。だけど、案外それが精神的緊張だとか、かなりの肉体的疲労だとか。どこで止めるか、どの程度までがこの人にとっての効果であって、マイナスではないとするか。一人一人明確にしていけないといけないと思います。まず、最初に先生側からの教育的な目標が立って、それに子供たちを引き寄せる、ついて来ないのは駄目よという発想は、絶対持って欲しくないですね。これは重くなればなるほど、そういうことが言えるんじゃないかと思います。

それから、発熱がよくないというのはよく分かります。

思春期・生理についても、生理になる前の時がわるい人と、生理中がわるい人と、終わった時がわるい人といろんなパターンがあります。これも一人一人違います。

薬・風邪薬、特に、それに鼻の薬、具体的

に言えばザジテンですね。それから喘息の薬・テオドールとか、それから抗ヒスタミン剤の量、いろんなものがあります。こう言ったところの組み合わせが悪くなると発作が出ることがあります。或る抗生剤で発作が増えたり減ったりすることがありますね。まあ、これは極端な例ですが、薬との関係というのもチェックしていかなければいけない。

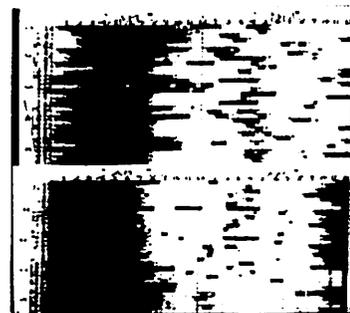
適度な運動・規則正しい生活をしよう。言葉はやさしいんですが、なかなかそういうことを作っていくというのは、重くなればなる程難しいのはご存知の通りです。

睡眠リズムとメラトニン

睡眠リズムの件です。

メラトニンの宣伝にきているのではありませんが、矢張りメラトニンを欠かせない子供たちがたくさんいるんですよ。日本では薬として認められていないので、こういう宣伝をしていいのかどうか分からないんですが、メラトニンは今、日本では手に入りません。インターネットかファックスか手紙かで、アメリカ本土から取り寄せているんですけど、お母さん方にグループ買いをしてもらっているんです。

図3を見ていただくと、この子の場合、今日の日付のうちに寝ていることが少なかったんです。これは入眠障害です。入眠障害というのは、知的な障害を持つ子供たちの7~8割にあると言われてますし、重度の子ども達は昼夜のサイクルを作ることさえ難しいと言われてます。



(図3)

Melatonin

前

後(2mg)

これは当初、お母さんを責めていたわけです。「真っ暗にしていますか」「テレビ消していますか」「兄弟は静かにしていますか」と言うように。そうじゃないんですね。子ども達自身の脳障害の一つの症状として、睡眠障害ということが厳然としてあるわけなんです。それは、まわりでどんなに努力してもなかなか修正できない、ということがあります。そういうものに対して、どうやったらいいのかということが問われてきて、いろいろ試行錯誤してきたんです。今のところ僕自身の印象としてはメラトニンが良いのかなと。これは朝が起きやすいんですね。例えば、ベンザリンとか他の睡眠薬とか抗うつ剤などで、成果のある時もあります。それから抱水クロラルのシロップもそうなんですけれど、それぞれ得手不得手があって、その人に合う合わないか、それぞれあると思うんです。ただ、中途覚醒をなくすことは、本人にとって朝快適に起きられるということとですね。メラトニン2mgだけでもそうなんです。

これは何よりもお母さんに対して、家族に対して良い結果を生みます。とにかく家族は疲れますよ。障害によっては、早朝2時・3時辺りに起き、キャッキョ言われるとか、ゴソゴソされるとか、発作を起こされるとかしたら、親は寝られない。寝ておられない。毎日そういう生活をしていたらハッピーな毎日を送れるはずがないですよ。家族がハッピーな気持ちにならない時に、重い子供たちがハッピーな思いになる筈がないですよ。まず家族のハッピーを作るためには、最低寝て欲しい。これは親、最愛のサポーターの最低限の願いでしょうね。

人によっては、夕方あたり、「晩御飯を作らなアカンから寝かせるんや」と薬飲ませる人がいるんですが、そこまでやったらやり過ぎと違うの、といつも言うんですけど、子どもがたくさんいるお家なんかは支度が大変なので、この夕方の1時間か2時間の間トリク

ロリールを使って寝させてしまいますといって譲らないお家があるんですね。それはその家のスタイルなんで、それ以上は医師としては何も言えません。少なくとも夜はきちっと寝るようにして下さいと付け加えます。

昼間太陽に当たって体を動かしたら、夜はぐっすり眠れますよと言われてたりしますが、そんなことはない。ハンディキャップのある人の場合は、それはない。だから、副作用のないもので、朝残さないもので何か良いものはないかといったら、今のところここに行き着いていいです。メラトニンは非常に安いですよね。だから、商売にならないですよ。日本の市場原理です。パイアグラは高いでしょう。高いから飛びつくんで（笑）。

睡眠パターンがよくなると、てんかん発作が半分以下になります。確実に減ります。だから、抗けいれん剤を新たに入れるよりも、睡眠パターンと夜間の睡眠を整えてあげるだけで、発作は半減します。

いろいろな薬

難治性の方に止める努力を、今まで私もいろいろやってきました。

例えば、デパゲンと言われるバルプロ酸ナトリウムを単剤、大量投与する。これは血中濃度で言えば血中濃度は100 $\mu\text{g}/\text{ml}$ までなんですけど、150以上に上げる。そうすると血小板は必ず減ってまいります。脱毛が起こります。副作用が顕著になります。これで結構、止まったんです。でも長期には使えません。ただ、この時の原則は単剤。絶対に他の薬を加えてはならない。特に、フェノルバピタールは、肝臓に良くない。

それから、フェニトイン大量投与、これも、副作用に注意が必要です。20 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 近くまでもっていくのですが、例えば、夏に下痢をして脱水になると、もう30や40になり、失調症状や眼震が簡単に出てしまう。同じ量を飲んでいても、そういう怖さがあります。

それから、薬の処方というのは、一日に何回するとか、ちゃんと均等割りするものという発想があるんですが、そうではないです。発作の多い前に集中して飲むようにするというやり方だってあるわけで、夜だけ沢山の量にして、後はほんの少量にするとか、いろんなやり方があります。

日本では、抗てんかん薬としては認可をされていない薬でも、有効な場合があります。レキソタン、抗不安薬、抗鬱薬で精神科の薬なんですけれど、メンドン、メイラックスなど。特にメイラックスはよく効きます。どういうタイプに効くかと言いますと、難治性の複雑部分発作、これが結構効く時がある。ただ、副作用は眠気なんです。特にレキソタンはゼロゼロの関係が出てきます。

さっき言いました生活リズムや睡眠リズムをよくするために、ベンザリンやトリクロロールを使います。ベンザリンはゼロゼロが増えます、それに、次の日に残ってしまいます。トリクロロールは、早く切れるので、朝早く目覚めるという特徴が出てしまいます。それから、メチコパールというのも、これはビタミン剤なんですけれども、本来、末梢神経のための薬で、これも睡眠リズムを作るのには、よいと言われています。

ACTH、ご存じだと思います。點頭てんかんの場合、ただこれは必ず、副作用がありますから、特に難治性のでんかんを持つ子どもたちの場合は障害が重いですから、誤嚥を生じやすい、ゼロゼロしている、嘔吐しやすい、いろんな悪条件があるんですが、そういう子どもたちにACTHをトライすることによって、肺炎をきたして、そのまま永眠することもゼロではないんです。他の子どもたちに比べて、ACTHを使うことは非常にリスクが高いのです。本当にこの子にとってACTHを使うことがいいのかどうか、例えば、2ヶ月頑張って入院して、肺炎もなんとか通り過ぎたということで、なんとか減った。で

も1ヶ月後、また同じ発作が戻ってきたということであれば、その1ヶ月は何だったのかという意見にもなり兼ねないんです。それ以上に、肺炎のために人口呼吸器を付けて、気管支切開までして帰ることになることもゼロではありません。だから、ACTHって簡単に言うけれども、副作用は重いんだということを受得して使わないといけないということです。それから、ACTHの代わりにリボステロイドと言いまして、副作用が少ないステロイドです。外来注射でもやっていけるのですが、なかなか効きが悪いのです。それからガンマグロブリンの大量投与、これは費用が掛かります。それから、PRH、これも時に有効な人があります。

外科的手術など

2年ほど前、アメリカで作られたテレビ映画で、ケトン食療法の有効性が主題になりました。ジョンズ・ホプキンス大学のドクターや栄養士が出演し、「難治性でんかんが治った」と。日本でも、ビデオショップに行けばあります。あれはあまり効かないです。しんどいですね。昔ほど、今はやりません。

脳外科的切除手術というのは、喋るとまた長くなるのですが、簡単に言いますと、北米では、結構やられている。ただ、なんと言うか、考え方として、これをやればかなり回復が望めるケースしかやらない。重い子に対して外科的手術のものをやるとなると、広範な脳を取らなければならない。

脳の作り間違いがごく一部にある場合、一番成功しています。成人の側頭葉でんかんと言いまして、海馬、頭の深い所に病変がある時は、それを取れば非常に発作が減る、ほとんど止まり、効果は確実視されています。ところが、それ以外の場所、成人であっても、前頭葉とか後頭葉とか頭頂葉などには、あまり予後が良くないし、特に子どもにとって外科的切除がどれだけいいのかについては、ま

だまだ、これから討論していかなければならぬ問題がたくさんあるように思います。

治療薬の最近の状況

次は、「新しい薬を早く認可して下さい」という問題です。(図4参照)

これは、1995年7月のてんかん協会の講演のために作った薬の表です。その時、新薬として出る可能性があるリストです。今1999年11月でしょ、4年間でどれか出ていますか。全部だめです。

クロバザムと言うのは、日本商事が壊れまして、大日本製薬がやっと夏あたりに出す予定です。

タイアガビンは、デンマークの会社が持っていたのですが、デンマークの本社が、このタイアガビンを放棄してしまったんです。治療3相まで行ってたんですが途中でやめた。そうすると、全部薬を引き上げられてしまう。それで治療中に発作が止まっていた人もいたわけなのに、それすらも引き上げるという状況が起こってしまった。

ビガバトリンです。今、北米、欧州の難治性てんかん、特に點頭てんかんとか結節性硬化症のファーストチョイスなんですね。日本では治療3相までいったんですが、視野狭窄の副作用が報告されたの(図4)です。視野狭窄と言うのは、計ったというわけではなく、たまたま計ったらあった、あったから皆に検査をやったら3割出たんです。ただ、視野狭窄はその方の生活にどれだけネガティブにはなっているかという、それは殆ど問題ないと言われているんです。だから、担当会社が、売れるかな、どうしようかなと迷っている。薬屋さんが引いてしまったら、もうなんにもなしになってしまうんですね。例えば、タイアガビンも同じです。

薬品会社が引いてしまった。薬にならない。だから今、瀬戸際なんですけど。売れるかなと言うことと同時に、副作用も3割も出るんだったら・・・と。

いまだに、北欧、北米では、そのことを認知した上でちゃんと使っている薬なんです。

現在治療中の薬やプロセスを書いた紙をお配りしています(資料)。

今の開発状況と、どんな所に効くとか、そのへんの事が書いてあるんです。それから、日本の仕組み、大体、動物実験から人間へとやっていくプロセスが書かれてある。なかなかこのプロセスは変わりませんですね。もっと早くできないのか。欧米では、そこに書いてある通り80ヶ国以上で試している薬が、日本では、まだあと5年も6年もでないと、というのはおかしいですよ。それで、バイアグラならすぐ入って来る(笑い)。これはどこに問題があるのですかね。

日本の実情

補足になります。

子どもがてんかんと診断されて、最初いろんな病院廻りをされる。これまで僕らも、いろんな保護者を見てきました。

(図4)

治療薬の最近の状況

島田の報告(薬局 199:46.771.1995)を基に
1995年7月に杉本が再調査する

薬 剤	開 発 会 社	開 発 段 階	
		国 内	国 外
CGP33101	日本チバガイギー	2相	欧米で2相終了
クロバザム	日本商事	3相終了	独・英国で市販
ラモトリジン	日本ウェルカム	2相	欧米で市販
タイアガビン	バ・ノ・リス・ク・ファーマ	2相	欧米で3相
トピラメート	協和発酵	2相後期	米国で3相
ビガバトリン	マリオン・メレル・ダウ	3相	独・英・カナダ市販
ガバベンチン	ワーナー・ランバート	1相終了	英・米国で市販

まだまだこの人は、子どもの病気にに対して認知できていないと思う方が、たくさんおられます。てんかんの中でも、歩いている子、喋っている子など、発達レベルの高い人の場合の親のアクセプトは非常に良くないですね。発作が止まれば、もっと健常になるのではなからうかという思いがずっとありますから、病院廻りになる。ところが障害が重くて寝たきりになってしまうと、親も認知は早いのですけれど、「もう何をしても同じやわ」という事になってしまうと、その子は見放されてしまいますから、気をつけなければなりません。

お母さんに対するカウンセリングやケアと言うものは、今の日本の医療の中で、非常に欠落しています。北欧では、親に対しても親のカウンセリングをちゃんとしていく。親はカウンセリングした後、必ず、親の会を組織する。親の会を中心にして、子供たちのニーズを肩代わりして、それでゲットしていくという考え方がしっかり根付いています。そういうことは日本では言えないですね。親に、「頑張りましょう、やりましょう」という励ましだけです。

それから、お母さんなどを指導する職種、メディカル・ソーシャルワーカーなど、今の病院にそういう人を抱える余裕がどれだけありますか。必要なだけけれども、なかなか正式に入って来られない。必要であるという考え方がない点と経費的な点の両方からです。やっぱり本人へのカウンセリングも必要ですが、その本人を取り巻く人々へのサポート、カウンセリングも絶対必要なんです。日本はその点欠けてますね。

まとめです。

連携という点では、主治医の熱意というのが必要です。「あの先生、諦めてるわ」ということになったら、「会いに行ってもしゃあないな」となる。お母さんも諦めていると、「もう、それでいいか」みたいなことになります。そうなると、外来通院間隔がどんどん

あいていきます。1年に1回、2年に1回になります。

保護者の熱意の問題を言いましたが、そこで、保護者にやる気がないからと言う事で、保護者を抜いて医師と連携ということは絶対やらないで下さい。保護者了解の上での連携が大事です。お母さんを巻き込んで下さい。お父さんは横を向いているかも知れないけれど、お母さんを巻き込むことは大事なことです。保護者・本人・主治医と、その他の専門職との信頼関係も大事になってきます。

緊急時の対応

あと緊急時の問題とか夜間の問題とかあります。緊急時にどうするか、これはもう日常のシミュレーションをきちっとしておくこと。

緊急時の対応

- どこまで様子を見るか
- どこで救急車を呼ぶか
- 救急車が来る前にすることは病院ならどこでもよいか
- 病院へ持っていく資料は
- けいれん発作を止める？
- ダイアアップ座薬で果たして
- けいれんは止まるか？

何が何でも、ダイアアップ座薬を入れることが果たして正しいかということです。

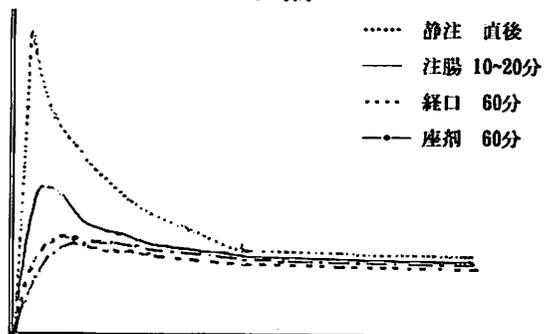
(図5)はダイアアップの投与法の違いによる、血中濃度の動きを示します。

痙攣の時に容易に入れるのですが、それによって何を期待するのか。痙攣をすぐに止め

ジアゼパム血中濃度の推移

==ピーク時間

(図5)



るという点ではナンセンスです。痙攣を止めるには、何分か掛かると思います。20分から30分かかるんです。本気で止めなければならぬ子を30分、座薬が効くまで見てますか。座薬を入れて見てるだけでいいでしょうか。いつもと違う痙攣で、チアノーゼが出ているのであれば、ダイアップ使わずに、すぐに病院へ送りましょう。変にダイアップが入っていると、今度はセルシンの注射がしにくいです。お母さんも、「ダイアップさえ入れてもらえば結構です」という。それは一回止まったら、次に来る痙攣を予防します。でも今起こっていて、チアノーゼを起こしてる痙攣を止めることができますか。ノーですよ。いずれ止まるでしょう。でも、それまで待てない場合は、すぐに送りましょう。だから、日頃から、一人一人の痙攣内容を確認しておく。これはいつもと違う痙攣だ、きついぞという時はもう、躊躇なく送る、それもちゃんと受け止めてくれることができる病院へ送るということですよ。病院だったらどこでもいい。医者にさえたどり着けばいいということは分かっていますよね。

終わりに

そのほか、我々医者の側から言いたいことは、何度でも言いましたように、重い障害を持つ子であればあるほど、時間を取ってゆっくり診たい。ゆっくり診れば、多くの患者が診られない。数がこなせない。病院当局からは、お前の所、売り上げが悪いと言われる。そして、医者を減らせと言われる。我が小児科も現に減らしました。カウンセリングを含めた診察ですから、「障害児特別加算」のような診療報酬上の処置が、ドクター側から言えば欲しいです。こんなのは日本にはありま

《参考文献》

- ・波 1998年9月唐1999年3月の「トピックス・新薬に期待する」大沼悌一著
- ・Epilepsia(てんかんの国際誌)40巻、サプリメント5号、1999年10月
「new antiepileptic drugs (新抗てんかん薬)」
- ・臨床神経薬理 2巻485-492頁、1999年「抗てんかん薬開発の現状と問題点」山内俊雄、清野昌一、八木和一

せん。保護者に負担してくれと言ってるのではなく、国が負担すればいいんです。場所と時間と設備、例えば、今の外来診察室で、車いすでスーと入って来られる診察室がどこにありますか。電動車いすの人が自分で入って来られるような診察室がありますか。ないでしょう。そんな「余分な」スペースがあれば、違うものに使われていますよ。デンマークで訪問したオーフス大学の小児外来診察室は広いですよ。皆が悠々と行き来できる診察室なんです。医者が医者として別の椅子に座ったりしません。丸いテーブルを囲んで、皆がそれぞれ勝手に座って話をする。でも中味は違いますよ。時間は最低短くて15分。30分以上の予約時間をとってます、まず1時間ですね。そんなこと日本でしていたら、病院は潰れます。そういうシステム上の保障がない限り、我々なかなか出来ないんです。ボランティアでやれますか、どこまで出来ますか。大変ですよ、何か嘆きにてってきました(笑い)。もう一つだけ言わせて下さい。

在宅看護、看護ステーションの問題です。今、特定疾患、難病、精神保健法、障害者手帳1級・2級だけが無料なんです。これをご存じでない方が、結構あると思います。看護ステーションから、吸引とかお風呂に入れてもらうとか、重度の子どものたちの所へ行ってもらおうとすると、お金がいるんです。障害手帳1、2級に対してだけ補助が出ますが、これも市町村によって異なります。

無料するには、特定疾患、點頭てんかんぐらいで、あとは難病、脊椎変性症ぐらいですか。それから、精神保健法でも100パーセント無料ではないのです。

今日申し上げたかった事はこのくらいです。どうもありがとうございました。

(資料1)

主な抗てんかん新薬の開発・使用状況 1999秋

薬の名前	開発の経緯と 諸外国の発表状況	日本の現状
トピラメート	米国で創製。米国(1996)承認 英国(1995) カナダ、スウェーデン デンマーク、ノルウェー 成人部分発作 27カ国 小児部分発作 (英国、仏国など)	第Ⅲ相準備中(来春から) (あと早くて4年くらい)
グロバザム	ドイツ、仏国で抗不安薬として開発 抗てんかん薬としては国際的には 「新薬」にははまらない。 世界90カ国以上で使用	第Ⅲ相終了 来年発売予定?(審査中)
ビガトリン	1980年から治験開始。 英国(1989)その後60カ国以上 アジアでも中国、台湾、韓国など承認 米国はまだ。	1990年から開発開始。 第Ⅲ相終了(1995) 視野狭窄が報告 どうするか?検討中
ラモトリジン	英国で開発 英国(1991)、米国(1994) 世界約80カ国で承認	第3相終了、申請準備中 (通常1~2年かかる)
タイアガビン (ガビトリル)	デンマークと米国が開発 デンマーク、スウェーデン、ドイツ 米国、仏国、英国など16カ国で承認	第Ⅱ相終了時にデンマーク 本社が薬権を別社に売却 薬剤途切れ、他社探しても 引き受けなしで中止。
ガバベンチン	1973年ドイツで開発 英国(1993)、米国(1993) 欧米27カ国で発売	第Ⅱ相終了 来春から第Ⅲ相
フェルバメート	米国(1993)発売後副作用出現で 限定使用中。スペイン、アルゼンチンも。 カナダ、メキシコ等 臨床前	治験中止
TJ-960	抗てんかん薬としての後方	治験中止

(資料2)

主な抗てんかん新薬の効果と副作用1999秋

薬の名前	臨床効果(何に効くのか)	副作用
トピラメート	成人の部分てんかん 米国では小児部分てんかんや レンノックス・ガストー症候群(L.G) 特に脱力発作にも有効	眠気、めまい 体重減少、腎臓結石
クロバザム	部分(嚔頭薬)てんかん L-G症候群など	眠気、ふらつき
ビガトリン	部分てんかんと点頭てんかん 欧州では点頭てんかんの第1次薬 これまで世界中17万人以上に使用	眠気、倦怠感 興奮(小児) 視野狭窄(1997) 約3割に出現
ラモトリジン	部分てんかん L-G症候群(非定形欠伸、脱力など)	めまい、かすみ目 頭痛、発疹など
タイアガビン (ガビトリル)	部分てんかん(部分発作と全般化)	眠気、ふらつき 倦怠感、嘔気など
ガバベンチン	部分てんかん	眠気、めまい 疲労感、失調など
フェルバメート	部分・全般てんかん L-G症候群に有効 現在1万人以上限定投与中 (主にL-G症候群) 米国(ほとんど)、ドイツ オランダ、スウェーデン 仏国、伊国など16カ国	再生不良性貧血:34例 (13例死亡、11例回復) 13万~17万人中での 発生、17歳以上、女性 白人に多い 肝不全:18例

(資料3)

臨床試験（治験）のアウトライン

- (1) 前臨床試験 猿、犬、猫等で行う毒性、薬効（効き目）、代謝などの試験
- (2) 第Ⅰ相臨床試験 健康成人を対象として、安全性や薬の代謝等を検討。一回投与や数日連続投与
- (3) 前期第Ⅱ相臨床試験 少数の患者を対象に有効性、安全性を確かめる。
オープンでこれまでの薬に付加する。
- (4) 後期第Ⅱ相臨床試験 投与量・発作型を絞り、有効投与量・型を決める。
多数の患者例。成人から始める。異なる投与量の比較。
- (5) 第Ⅲ相臨床試験 盲検試験：二重盲検 プラセボ・偽薬（にせ薬）との比較
100～150名の患者で、6～12カ月の投与で効果と安全性。
- (6) 厚生省新薬発売申請 「医薬品医療機器審査センター」で審議・承認へ
（従来の厚生省の実質審議期間1年半を1年内にするため外部団体化）
- (7) 第Ⅳ相臨床試験 発売後の安全性の確認調査、副作用が中心。
400～800名の患者で、2～4年間の追跡調査。

織田眞一先生を偲んで

千葉県立四街道養護学校の元校長、織田眞一先生が平成十一年十一月八日ご逝去されました。享年八十四歳でした。

先生は、大正三年三月二十六日生まれ、地元成東小学校・中学校で学び、その後早稲田大学高師部英語科を卒業されました。小学校・中学校・高等学校の教師を勤め、昭和46年から3年間、四街道養護学校第三代校長として、病弱教育の拡大充実に活躍されました。

先生が活躍されたこの時期、病弱教育は養護学校が結核の児童生徒を中心に行っていた時代から、病気の種類が筋ジス・喘息・腎臓疾患などの多様な対応の時期へとさしかかった頃でした。その中で、特に筋ジスの児童生徒たちの、社会との交流の仕方のさまざまな考え方を求め、「アマチュア無線局」の開局や、四街道養護学校最初の詩集「光に向かって」を発行し、その後、多数発行される詩文集の基を築かれました。それは社会に大きな感動を与え、多数の支援理解者を得るきっかけとなりました。

定年退職後は、私立高等学校の校長をされながらも、病弱教育に深い関心を寄せられ、千葉県の病弱教育担当者のよき相談者として関わって頂きました。

また、この「育療学会」発足に至るまでも、病弱教育元校長として、加藤会長の要請で建設的な参考意見を述べられ、学会発足にも多大な功績がありました。謙虚で常に前向きな姿勢で病弱教育に取り組まれた先生の姿勢を偲びつつ、心からご冥福をお祈り申し上げます。

〈学校紹介〉

病弱虚弱教育の歩みと今日的課題

島根県立松江緑が丘養護学校

校長 石倉 国男

1. はじめに

本校は、県内唯一の病弱養護学校です。県都松江市のほぼ中心地で国立療養所松江病院に隣接し、小高い山の緑を背景に自然豊かな環境の中にあります。

島根県の病弱児教育は、大正9年に日本赤十字社が海浜避暑保養所を開所したのが始まりであると記録されていますが、その後は記録を求めることはできません。

国立療養所松江病院における教育は、昭和27年1月から、入院患者による個別指導としてボランティアで行われました。結核で入院していた教師が、入院児（生）の学習空白を補充するために行ったものと伝えられています。

病弱養護学校としては、昭和34年松江市立乃木小学校分教室として誕生し、今年度で40周年を迎えました。

この間には社会情勢の変化、目覚ましい医学の進歩、養護学校義務化を含む学校教育の変化がありました。

今では、結核性疾患などの慢性疾患の児童生徒は皆無に等しく、進行性筋萎縮症の児童生徒も僅かになりました。全国的な重度・多様化と同じように、重度・重複障害児（生）の占める割合が多くなり、在籍児童生徒数もピーク時の半分になっています。

昭和54年の養護学校義務化以来、教員定数も大きく改善され、児童生徒の減少と相俟って、マンツーマンに近い指導体制にある現在、教職員は病弱児教育のスペシャリストとして、「児童生徒一人一人が生き生きと活動する姿を求めて」を共通テーマに、新たな学校づくりに取り組んでいます。

2. 本校の現状

(1) 設置の目的

慢性疾患、筋萎縮症、重度・重複障害などの児童生徒に小学校、中学校又は高等学校に準ずる教育を行う。

(2) 教育目標

①心身の調和的発達の基盤を培う。

病弱、虚弱に基づく種々の困難を克服し、改善するために必要な態度、習慣、知識、技能を養う。

②主体的に判断し、行動できる児童生徒の育成をはかる。

生きる力の育成を基本とし、自ら学び、自ら考える児童生徒の育成をはかる。

③豊かな人間形成をはかる。

この教育目標の実現と、明るく楽しい教育活動実践のため、学校運営方針として、次の3点をあげています。

①登校することが楽しみな学校

②児童生徒の個性、特性の伸長

③組織力を生かした教育実践

(3) 病類別児童生徒数 (平成11年5月1日現在)

(別紙資料1)

3. 本校教育の歩み

病気で入院した学齢期の児童生徒は、休養と栄養の摂取で体力をつけ、投薬・注射などの補助的手段を活用して、本来各自がもっている自然治癒力を働かせ、病気を克服することに努めています。

過去においては、病気の快復が最優先で、勉強は病気が治ってからするもの、と誰もが学習空白を容認し、あきらめの心境であった

ものと推察しています。

〈個別指導による教育〉

しかし、意欲的な生活や向上心こそ病気の回復に必要であり、勉強意欲の旺盛な児童生徒の気持ちに応えるべきである。

昭和27年頃は結核で入院している人が多く、大人の入院患者による入院児（生）への個別指導が開始されました。

勉強をあきらめていた児童生徒と、学習空白を心配していた保護者の喜びは絶大であったことが容易に想像できます。

識者や医療関係者からは、教育がもたらす医療的な効果への期待、入院中の学齢児童生徒への教育保障の必要性の声が高まり、個別指導による教育が始まりました。

〈補習教育〉

当時の松江病院長であった林 藤丸先生は入院中の学齢児童生徒のため、病院が教員を雇用しての養護教室を開設され、補習教育が開始されました。

一方で、国及び島根県、松江市に養護学校設置の働きかけが行われました。

補習教育開始時の備品として、大机3、黒板1、「仲良し文庫」（病院、看護婦の特別寄贈）の3点が記されており、隔世の感とともに、本校教育の原点をしっかりと認識し、気持ちを引き締めなければならないとの思いがします。

〈分教室生祥学園〉

各方面の尽力により、昭和34年4月に、松江市立乃木小学校分教室として認可され、小学部開校式が行われました。同年9月には、松江市立第三中学校分教室として中学部の始業式が行われ、厚生省から児童福祉法に基づき、骨関節結核児童生徒の教育機関としての指定も受けました。児童生徒数8名、教員2名でのスタートでした。

また、生祥学園教育振興会（後に後援会に改組）が設立され、分教室から独立校への運動と、校舎建設の活発な陳情活動が展開されました。

小児病棟が竣工し、また、馬場純一島根県教育長から「昭和37年度国庫負担事業として、校舎建築を文部省に提供済みであり、年度内に校舎建築ができる」との回答に、歓喜の声があがったと記録されています。

昭和38年3月新校舎落成、小児病棟の増築並びに食堂の新築落成もありました。

〈松江市立養護学校生祥学園〉

昭和38年4月、小・中学部各2学級、初代高橋正一校長他教員7名で念願の独立校となり、PTA設立、5月に新校舎竣工式が挙行されました。

「病弱虚弱教育の在り方」「情緒の安定をめざして」のテーマで構内研究活動も盛んになり、松江病院と学校との連携の必要も当然のこととして、児童生徒の病気回復と学力の向上に、全職員の叡知が結集されました。

また、卒業生の向学心に応じて、昭和40年4月から病院に「研究科」が開校され、放課後に病院の一室で教員のボランティアでの授業も開始されました。

松江市立でしたが、子どもの多くは松江市外出身者が多く、松江市監査委員会の監査報告書や市議会決算委員会の報告書は、学校整備や運営は県が担当すべきであると指摘していました。そのため、運動場整備、砂場・足洗場・亀池づくり、物置建築、下駄箱置場のコンクリート張り、テラス建築など、殆どが教員の労作である、と記録されています。

〈松江市立生祥養護学校〉

児童生徒も年々増え、昭和41年4月から校名も変更しました。施設・設備や運営経費の不足から、県立移管の声が高まり、林病院長を先頭に後援会長、PTA会長、校長によ

る県関係機関への陳情が行われました。

子どもの病気は結核が減少する反面、腎臓病、心臓病が増え、昭和43年度は児童生徒数39名、小・中学部各4学級と増え、教員も16名になりました。

昭和47年度からは、筋ジストロフィー学級が病院内に認められ、「分教室」として小学部1、中学部2学級編制で、3名の教員が配置されました。

＜島根県立松江緑が丘養護学校＞

昭和47年度、念願の県立移管により、校名が変更となり、校舎建築のために用地取得や整備の具体的計画が明らかになりました。

教員の研修は旅費が少ないことから、機関誌や専門書での勉強、自費での県外研修、県外から講師を招いての校内研修が中心でした。

移管により、県外の学校や研究機関への視察、研究大会への参加が容易となり、教員の意欲的な研修活動が盛んになりました。

昭和54年の養護学校就学義務制施行により、小学部8、中学部3、重複（重度・重複を含む）11学級、児童生徒数は80名、教員数は38名となりました。

昭和55年4月には、待望の新校舎竣工と創立20周年記念式典が行われました。昭和60年から高等部が設置され、漸減していた児童生徒数が一気に増え、80名になり、教員数も50名になりました。

その後は、全国的な傾向と同じように、喘息などの慢性的疾患児（生）や筋ジス児（生）等が漸減し、重度・重複障害児（生）の占める割合が高くなり、医療的ケア対応が大きな課題となっています。

数次にわたる教員定数改善により、きめ細かい指導ができる現在、以前の教職員のご苦労が偲ばれます。

4. 児童生徒数の推移 (別紙資料2)

5. 多様化・重度化への対応

全国的に障害の多様化・重度化が進んで来ましたが、本校ではその傾向が顕著であり、医療的ケアへの対応は避けて通れない現実の課題となっています。これについては、積極論や消極論、さらには否定論と意見がわかれていましたが、「子どものために」との意志統一には時間はかかりませんでした。

それは、摂食・嚥下の理論と実技研修、心肺蘇生法の研修、心臓病の子どもが突然倒れた時の緊急対応シミュレーションなど数回にわたる校内研修の実施を通して、緊急時対応の意識が高まっていたためであると思ってい増す。また、帰省中の筋ジス生徒が窒息により突然死亡した事故が、医療サイド、教職員、保護者に危機感をもたらし、医療的ケア、緊急対応の必要性を実感させたものと思います。

＜医療的ケア＞について

病気の進行とともに嚥下力が低下しての誤嚥の危険、自力排痰力の低下による窒息の危険、重積発作による意識の低下が及ぼす脳への障害等の現実が日常的にありました。

これら緊急事態への対応は、隣接の松江病院に駆け込むことを基本にしていましたが、その見直しを含めて、医療的ケアについての校内での論議が深まりました。

従前から、個々の児童生徒の病気の実態から起こり得る問題事例と、緊急時の対応については、隣接病院の医師（校医でもある）から指導を受け、加えて緊急時の訓練をしていたこともあって、安全で軽易な内容についての医療的ケアを校内で実施することの合意ができました。

医療的ケアとして実施しているのは、口腔内吸引のみで、緊急時の対応として酸素吸入、座薬の挿入を行っています。これらも、理論及び実技の研修を受け、校医の認定を受けることのできた教員及び養護教諭が行っています。

基本的な考え方や、実施できるまでの手順等は、「育療」1999・9発行の16号に、河原仁志医師が記述されている「教育・医療・保護者の連携への挑戦」を参照して下さい。

＜教育カルテの見直し＞

教育カルテは、個々の児童生徒の教育面及び医療面の指導計画および経過と結果を記録に留め、学習指導や生活指導に役立てるとともに、新しく担任に就いた教員の児童生徒の理解に役立つ重要なものです。

本年度当初に、帰省中の生徒の死亡という全く予期せぬことが、教職員には大きな衝撃でした。また、近年、教育活動中に緊急事態やそれに近い事例（所謂、インシデント）が多く発生していました。

これまでも校医や関係機関等の指導を受けながら、その予防と発生時における緊急対応の研修を実施してきました。しかし、「学校や病院を離れて実施する校外活動については、その安全確保面からこれまで以上に、個々の児童生徒について、起こり得る緊急事態とそれに必要な対応策を綿密に想定・検証し、対応策が講じられる場合に限定して実施すべきである」と校医から指導・助言がありました。

事実上の校外活動停止勧告でしたが、先に紹介した「育療」1999・9発行の16号にあるような手順を踏んで見直した結果、安全確保ができたと認定され、再開しています。

校外活動を一時停止した間に、子どもの病状確認や必要な対応策、これまでの問題事例の収集など、担任と保護者の活動は真剣でした。一人一人の児童生徒について、想定できる限りの綿密なものとなり、校医からも称賛の声をいただきました。さらに、保護者自身も子どもの病気への理解が深まったり、問題事象への具体的対応の仕方が分かったりする一方で、教員が子どものことをよく知っていることへの安心感と信頼感が強くなるなど、副次的な効果もありました。

また、活動中に起こった問題事象については、教員の対応、医療従事者の処置等を詳細に記入し、実施後の検証に役立てるとともに、病状や健康状態の把握や事故の予防資料として、教育カルテに綴じて管理しています。もちろん、校外秘の扱いとしています。

6. 生活を豊かにする情報機器の活用

平成6年度からコンピュータを養護・訓練の授業に取り入れました。情報化時代に対応する教育実践というより、「自己表現やコミュニケーションの道具」として活用をめざしたものでした。また、身体的ハンディキャップや制限を乗り越える道具としても活用したいとの願いもありました。

最初の試みは、上肢・下肢の不自由に加え、発語も不自由なUさんに、舌で入力する装置を先生方が作成し、心の思いを文章化することでした。Uさんが時間をかけて初めて入力した一行が「おかあさんありがとう」の十字でしたが、その感動は今も語り続けられています。コンピュータは技術、美術、商業、養護・訓練等たくさんの授業で活用しています。

近年の目立った成果や活動例をあげてみますと

・平成8年度 「こねっと・プラン」参加校として、インターネット環境の整備。

9年度 教育情報ネットワークの構築に係るインターネット整備対象校に指定。

・10・11年度 「マルチメディアを活用した補充指導についての調査研究指定校」。

・10～13年度 「先進的教育用ネットワークモデル地域事業」で松江市が指定を受け、松江教育センターを拠点としたモデル校12校に選ばれ、教育用ネットワークの活用。

院内訪問（松江日赤病院）の生徒の卒業式、入学式にTV会議システムで参加、全国産業教育フェアでの他県の養護学校との交流活動、プリクラ配布（コンピュータ加工）などの活動。

校内では、各教室をLANネットワークで

(資料2) 年度別、病種別の児童生徒数の推移

年度	S42	S43	S44	S45	S46	S47	S48	S49	S50	S51	S52	S53	S54	S55	S56	S57	S58	S59
学部	小・中																	
児童生徒数	34	39		48	41	60	67	61	63	66	70	72	80	76	78	57	72	65
筋ジストその類似疾患						15	17	18	16	20	19	21	8	7	12	14	13	12
腎臓病	5	8		24	16	21	26	20	24	26	23	15	15	14	12	7	10	5
心臓病	1	1		2	2	2	1					5	5	4	5	3	2	2
結核	18	16		8	7	7	7	6	5	1	2							1
喘息	7	9		5	7	7	11	10	13	12	12	10	10	6	11	4	22	16
てんかん						1									1	1	1	
肥満																		
その他	3	5		9	9	7	5	7	5	7	14	21	4	7	9	10	9	8
重度重複													38	38	28	18	15	21

筋ジスト分教室

義務制

県立移管

年度	S60	S61	S62	S63	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6	H 7	H 8	H 9	H10	H11
学部	小・中・高														
児童生徒数	68	82	81	77	73	72	63	54	55	52	55	51	52	51	42
筋ジストその類似疾患	17	23	24	21	17	17	11	11	9	8	7	6	6	8	6
腎臓病	7	5	2	3	4	7	9	4	3	3	3	1	1	1	
心臓病	1		1				1	2	3	4	3	3	3	6	6
結核															
喘息	14	21	12	15	12	7	3	1		1	2	3	1	3	2
てんかん			2	3	5	7	5	5	4	5	4	4	4	3	3
肥満											2		1	1	
その他	8	11	17	14	21	17	18	15	18	13	10	13	15	10	7
重度重複	21	22	23	21	14	17	16	16	18	18	24	21	21	19	18

高等部設置

《学校紹介》

強く豊かな心を持つ児童・生徒の育成

京都市立鳴滝養護学校

1. はじめに

本校は、京都市の北西部に位置し、名刹御室仁和寺と名勝嵯峨広沢の池の中間にあり、国立療養所宇多野病院（関西てんかんセンター）に隣接している病弱養護学校である。

本校の児童生徒は、国立療養所宇多野病院に入院している筋ジストロフィー症及び類似疾患とてんかん児である。

児童生徒は、府・市内及び近畿一円、更に北陸地方と広範にわたる地域から、親元を離れて入院生活をしながら通学している。

小学生から高校生までを対象とし、てんかん児は2～3カ月の短期入院であるが、筋ジストロフィー症および類似疾患児は、病気の進行の度合いにもよるが、早くて小学3・4年頃から在籍している。

学校・病院・保護者との緊密な連携のもとに、適性を十分に考慮しながら、健康の維持増進と一人一人の力の伸長をはかっている。

2. 本校の沿革

S45. 12. 8 京都市立御室小学校特殊学級として、国立療養所宇多野病院内に筋ジストロフィー症児学級を開設、開級式を行う。

S46. 4. 8 京都市立双ヶ丘中学校特殊学級として筋ジストロフィー症児学級の開級式を行う。

S47. 4. 25 中学校卒業生全員、府立朱雀高校通信制に入学、本学級へ出張スクーリング始まる。

10. 16 近畿3校（上野ヶ原・刀根山・鳴滝）のスポーツ交流会に初参加。

S48. 4. 10 無線免許国家試験の出張試験を受け、ハム交信を始める。

S50. 4. 8 京都市呉竹養護学校鳴滝分校として開校式を行う。

S51. 4. 1 昭和51・52年度京都市教育委員会より特殊教育研究指定を受ける。

S52. 4. 7 京都市立鳴滝養護学校として独立し、高等部を設置して開校式を行う。

12. 7 京都市教育委員会指定第2年次研究報告会を行う。

S53. 3. 1 高等部第1回卒業式を行う。

3. 15 中学部第1回卒業式を行う。

3. 23 小学部第1回卒業式を行う。

S55. 5. 31 京都市合同本館竣工式を行う。

S56. 4. 1 昭和56・57年度文部省指定心身障害者理解推進校（双ヶ丘中学校）の協力校となる。

S57. 9. 17 全病連第16回全国筋ジストロフィー症児教育研究大会を行う。

S58. 4. 1 昭和58・59・60年度文部省特殊教育実験学校教育指定を受ける。

S59. 6. 2 京都市合同体育館竣工式を行う。

S61. 2. 7 昭和58・59・60年度文部省指定特殊教育実験学校第3年次研究報告会を行う。

S61. 5. 1 創立10周年記念行事を行う。

S63. 4. 1 筋ジストロフィー症児の教育に加えて、てんかん児の教育を行う。

S63. 10. 29 第24回身体障害者スポーツ大会「愛とふれあいの京都大会」開会式の「ふれあい演技」出演と公開競技「卓球バレー」に出場する。

S63. 11. 25 京都市学校保健会より京都市学校保健賞を受賞する。

H 1. 6. 4 京都府より第6回京都府歯科保健文化賞を受賞する。

H 2. 11. 7 京都市教育委員会より京都市教育功労者賞(団体の部)を受賞する。

- H 3. 3. 1 文集「まつぼっくり」20号記念誌を発行する。
- H 5. 4. 1 平成5・6年度文部省指定心身障害者理解推進校（双ヶ丘中学校）の協力校となる。
- H 7. 3.10 平成6年度フロンティアスクール推進事業指定研究発表会を行う。
- H 8. 4.22 京都市立鳴滝養護学校保護者の会が発足する。
- H8. 7.25 第32回近畿・東海・北陸地区～26 病弱虚弱教育連盟研究発表大会を主管する。
- H 9. 5. 6 創立20周年記念誌を発行する。
- H10. 4. 1 平成10・11年度京都市教育委員会より「教育課程」研究指定を受ける。
- H11. 2.19 京都市教育委員会指定「教育課程」1年次研究報告会を行う。
- H12. 2.18 京都市教育委員会指定「教育課程」2年次研究報告会を行う。

3. 教育目標と指導の重点

(1) 教育目標

『強く豊かな心を持つ児童・生徒の育成に努める』

(2) 指導の重点

自らの可能性を追求させる教育

- ①「養護・訓練」の充実を図り、障害に打ち克つ心身を育てる。
- ②自主的な生活行動の中から強く生き抜く意志を育てる。
- ③自分達の学校、明るい学校作りに努力する。
- ④交流教育の実践に努め、広く豊かな人間性を育てる。
- ⑤保護者や病棟との連携を密にして、信頼関係を深める。

4. 本校の教育

本校は、筋ジストロフィー症やてんかんの児童・生徒を対象とし、小学部から高等部まで12年間の一貫教育の体制を取っている。

一般教育に準ずる教育課程を基本に、発達に遅れのある児童生徒にも対応した教育課程を設け、保護者・病院・学校の連携を保ちながら教育を進めている。

筋ジストロフィー症の子どもたちには、毎日（土曜除く）1時間（40分）の機能訓練の時間が設けられ、病院（理学療法士）と学校（養護訓練部中心）がタイアップして行っている。この時間は、ただ訓練をするだけではなく、子どもたちといろいろ話す中で精神的なケアの面にも目を向けている。

てんかんの子どもたちには、入院生活からくるストレスの発散や運動不足の解消のために、運動を中心とした運動養訓、集中力や持続力の向上や精神的なケアの場として、物作りを中心とした作業訓練を行っている。

日常の生活の場が病院となるため、登校や下校時間さらに食事時間等の関係上、各教科の授業時数や単位時間の設定が、一般校と同じようにはいかず、学習内容や単元の精選をよりいっそう図らなければならない。

また、入院生活からくる社会的体験の場の不足や、同世代の子どもたちとの付き合いの不足を解消していくためにも、教科別の学習を基本において、体験学習や交流学习等の取り組みを計画的・継続的に取り入れて行っている。体験学習や交流学习の取り組みでは、小学部から高等部へと発展して行かなければならないが、子どもたちが自分達の手で計画を立て実行できるために、将来の自立生活に向けて自己選択・自己決定の力を育てる取り組みを大切にしている。

交流学习においては、理解してもらうのではなく、共に企画・運営し活動することによって、様々なことをお互いに知り、協力して取り組むことと、その成果が今後のノーマライゼーションの世の中を作り上げていくための礎となることをねらいに取り組んでいる。

夏休みの校外での交流学习は、子どもたちにとってお互いに新しい発見ができたり、障

害のある人々の苦勞の一端や環境の整備の必要性など、大きな収穫を得る取り組みとなっている。

5. 本校の状況

筋ジストロフィーやてんかんが発症している、可能な限り家庭での生活と地域の学校に通学するという傾向が多く、児童生徒数の確保に苦慮していることは、他の病弱養護学校においても見られる現象だと思う。学校の存続という観点からみれば大きな課題と思われるが、保護者や児童・生徒の側から見れば、当然のことでありごく自然なことである。

市内の小中学校に在籍している筋ジストロフィーや、てんかんの児童生徒を把握することができても、制度的にもまた医療の面からも、国立療養所宇多野病院に入院しない限り、入学や転入学することが不可能であり、保護者や子ども達の気持ちを考えると複雑な心境になる。しかし、在籍している子どもたちは、明るく可能な限り社会自立に向けて学習に励んでいる。この2～3年、筋ジストロフィー症類似疾患の生徒が、本校中学部や高等部を卒業して、一般高校や障害者高等技術専門学校へ進んだ例がある。進学先の高等学校が施設・設備や条件を整えて受け入れてくれたことは、今後の進路に向けて明るい展望となった。

高等部の卒業生たちは、ほとんどが退院して家に帰り、自宅からそれぞれに道（作業所・授産所・養護施設等）に進んでいる。

この卒業生たちが退院して、それぞれの目標の道に進んでいけるのは、いつ体調が悪くなっても、何時でも再入院を受け入れる体制が国立療養所宇多野病院に敷かれているからである。仕事をしながら定期的に観察入院という形で入院と退院を繰り返し、安心して仕事に就けるといふ体制は、全国的にも稀なようである。

てんかんのある児童・生徒も投薬調整のために短期の入院をしながら、本校に通学しているが、筋ジストロフィーの子どもたちと仲良く明るく過ごしている。

学習空白や進度の遅れを可能な限り少なくすること、発達に遅れのある子どもたちには、獲得した力を継続できること等を基本において、病気に負けない意志と体力を育てるように本来校との連携を大切にして取り組んでいる。

6. 本校の課題

- (1) 個に応じた教育課程の工夫
学習空白や学習の遅れへの対応
個性（興味関心）の伸長への対応
- (2) 情報教育の発展
コンピュータを使った教育の充実
- (3) 交流教育の充実と発展
啓発と同世代との交流の深まり
- (4) 高等部のてんかん生徒の受け入れ
教育課程の整備

7. おわりに

子どもたちの社会自立と自己実現に向けて、教科や領域の学習を中心に交流学習や体験的な学習を進めているが、子どもたちは受身的な姿勢が強く、自己判断や自分の思いを伝える力が弱いのが実情である。何かをしようとしても、あきらめがあったり周りから止められたりと、様々な要因があったと考えられる。

教育の場においても、転ばぬ先の杖が色々な所から出てきて、子ども達の自分でやってみようという気持ちを摘んでいるのではないだろうか。目の前の子どもたちの実情に目を奪われて、ついつい「してあげる」ことによる自己満足に陥っていることがある。「してあげる」のではなく、自分で出来ることは「させていく」姿勢が我々に求められているのであり、この事を見極められる目を持たなければならないことと、この厳しさが社会自立と自己実現を可能にする基礎となるということを再認識しておかなければならないと思う。また、子ども達や保護者の心情を十分に理解し、病気に関する見識を広め、思いが先行したり自己満足に陥らないように日々自戒して、病気と向き合っている子ども達と接していきたいものである。

〈学校紹介〉

リニューアル久留米

—子どもが輝き心豊かに育つ教育活動の創造をめざして—

東京都立久留米養護学校 校長 浜田 芳子

1. 本校および清瀬分教室の歴史

本校は、結核疾患による虚弱児を対象にした教育の場として、昭和11年東京府立久留米学園として設立された。当時の東京府下北多摩郡久留米町に2万5千余坪もの、広大な敷地を得て設置された本校は、衛生行政の一貫として隔離的な意味合いも込めて開園された。結核の児童を収容し、病気回復のため自然の利用、栄養の改善、運動に取り組みせ、医学的な管理下において24時間の養育を行った。開園式には当時の内務大臣の祝辞、府知事も出席し、それだけ社会的な強い要請のもとに設置された。

◆ 清瀬分教室については、昭和23年当時結核児童激増時代に、我が国唯一の小児結核専門療養施設として「東京都清瀬小児結核保養所」が開設された。その後結核医療の進歩に伴い、結核以外の専門診療部門が整備され、昭和33年我が国初めての名称として「小児病院」が作られた。この間、療育入院患者の教育は深刻な問題であり、診療の合間に医師、看護婦らがボランティア的に対処するのがせいぜいであった。そのため昭和29年清瀬小児病院内に「清瀬町立芝山小学校・清瀬中学校」の特殊学級として開設され、後の清瀬分教室となった。

◇ 昭和30年代は午前中学習し、午後は3時まで全員安静をしていた。昭和34年には教育庁に移管され、東京都立久留米養護学校となった。開校当初は、小舎制（9棟）で1棟15名前後の子供が生活していた。

◇ 昭和40年代には、医療の進歩とともに結核児も減少し、虚弱、ネフローゼ、心疾患、て

んかん、喘息などが増えてきた。昭和41年に鉄筋2階建て（1室6ベッド）の建物になった。

◇ 昭和50年代には腎臓疾患、血友病、喘息、心臓疾患、肥満などが増えてきた。

◆ 分教室においては、昭和51年教育施設の新棟建設が行われ、昭和52年4月より東京都に移管され、都立久留米養護学校清瀬分教室となった。

◇ 昭和60年代にはそれまでの病種の他に自律神経失調症など、心因性の疾患が増えてきた。近年になり、児童生徒の絶対数の減少と医療の進歩により、児童・生徒数の減少化と病種（病類）の変化がより大きくなった。

◇ 平成7年8月寄宿舎全面改築が完了し、9月より現在の建物となる。平成9.10年度校舎改築が行われ現在の新校舎となった。

<主な沿革>

昭和11年 7月 1日 東京府立久留米学園として開園、結核予防対策として府下の病弱児童 120名を収容、養護事業開始

昭和18年 7月 1日

東京都立久留米学園となり東京都教育局所管

昭和19年 3月31日

戦時疎開学園開設のため学園活動一時中止

昭和21年 2月 6日 学園活動再開

昭和25年 5月 4日 中学部設置

昭和32年 4月 1日

東京都立久留米養護学園と改称

昭和34年 4月 1日

東京都立久留米養護学校開設

昭和52年 4月 1日

都立清瀬小児病院内の清瀬市公立小・

中学校特殊学級を都立久留米養護学校
清瀬分教室として開設

平成 7年 8月 8日 寄宿舎改築工事完了
平成10年 9月 1日 新校舎にて授業開始
平成11年12月現在

小学部 3名 中学部 28名 計 31名

2. 新校舎改築に伴う基本理念と施設概要

久留米養護学校は全寮制で、診療所が付設され、かつ清瀬小児病院との連携体制が確立されている。このことにより、病弱虚弱の児童生徒の受け入れの幅のある病弱虚弱養護学校として、医療管理のもと安心して教育を受けることのできる都内では唯一の小中学部設置の養護学校である。今回の校舎改築に当たり、本校として次のような基本理念を持った。

- (1) 『個への対応』『基礎基本の充実』『やわらかみとゆとり』をモットーとして、バリアフリーで快適な学習の場を提供し、児童生徒の体と心の健康の回復・改善を追究、実現させる。
- (2) 喘息、肥満、心臓病、腎臓病等の従来の慢性疾患に加え、社会的不適応を伴う心身症、更には今後高度医療を要する難病疾患等の受け入れも予想される。病状、病種の多様化に対応できる施設設備とする。
- (3) 児童生徒の学習・指導の場としての教室、特別教室等を配置した棟と、教育相談機能、管理事務を統括した棟、との2つの棟に大きく分割する。
- (4) 可能な限り地域に開放し、施設を利用してもらえようとする。

また、本校の敷地内にある緑あふれた裏山は、児童生徒にとって心を和ませ、豊かにする貴重な役割を担っている。そのため裏山はもちろん、校内の樹木の伐採を極力少なくし、むしろ総量の拡大を図り、これらの教育環境の保全と活用に努めるように、新校舎設計にあたって配慮した。また、病弱虚弱養護学校

へのニーズとして、様々な病種、病状を想定し、車椅子など補助具を利用して活動できるよう、エレベーターの設置、段差のない環境作り。又、入院等に伴う学習空白や、集団不適応による学力差が著しいことから、グループ別学習を行えるように学習指導室を確保。そして、毎週の転入学相談や学校見学が行われ、毎月入学相談も実施されることから、また、個別指導やカウンセリングが必要な児童生徒が多いため教育相談室の充実。

各教室は、快適な体調を保つために換気、温度・湿度管理ができるよう空調設備の設置。又教室の窓を南向きとし、自然光が十分入り、明るくするような設計。児童生徒の実態の変化に対応ができるように、教室と廊下の境がなく、教室前にはオープンスペースを確保し、そこにパーテーションによって区画が作れる。建築物中央部分に、複数の位置からも見え、運動制限のある児童生徒も安全に活動できる場所として中庭を設置した。また、曲線を取り入れ、解放感と柔和な感じを作り出しながら活動できるように図書コーナーを設計した。また、細かい部分では机や流しの高さ、手すりの設置など病弱虚弱教育を必要とする児童生徒のための工夫と、技術を集めた設計となっている。

3. 子どもの実態

平成 11年 12月 現在

病名(病種)	小女	小男	中男	中女
喘息			2	2
肥満			2	2
心疾患	1		1	1
腎臓疾患			2	
自律神経失調症				
心因性疾患			1	4
虚弱				
アトピー		1	1	2
その他	1		6	2
計	2	1	15	13

4. 本校の教育

本校は、寄宿舎、診療所を有し、24時間児童・生徒の教育、健康の回復・改善を行っている。寄宿舎の前には丘があり、近くに目黒川が流れ、自然豊かな地形に恵まれている。この自然を取り入れた活動を寄宿舎を中心に行っている。児童・生徒数は現在小学部3名、中学部28名（平成11年12月現在）と少ないが、個々に持つ課題はさまざまである。また、入学相談を毎月行い、転入学を受け入れている。ここ数年、慢性疾患の児童生徒が多くなり、また、そのために何らかの不登校をもつ児童生徒が多くなった。そのため、学習空白、在籍期間の長期化が進んでいる。また、さまざまな家庭的な問題も増え、各機関との連携が必要になってきている。

教育課程

(1) 目標

全寮制の教育の利点を生かし、自ら学ぶ意欲と社会の変化に主体的に対応できる能力を育成するとともに、基本的な生活習慣を身につけさせ、自ら病気を克服し、豊かで充実した調和のとれた心身の健康の回復・改善を図る力の育成を目指し、次の目標を設定する。

① よく考える子

自分の生活・学習・健康についてよく考え、意欲的に行動できる態度・能力を育てる。

② はがんばりのきく子

健康の回復・改善に自主的に取り組む意欲・態度を身につけさせる。

③ 助け合うことのできる子

集団生活のルールを守り、協力し合って充実した生活ができるようになる。

(2) 内容

◎病弱養護学校の普通科は、通常の学校に準ずる教育課程である。

- ・準ずる教育（教科学習）の中にも、一人一人の課題（到達度）に合わせた指導内容、指導体制を取っている。教科指導の定着が困難な子どもについては、総合学習グループの指導を行っている。
- ・中学部50分、小学部45分授業。
- ・帰省あけの登校日 8時50分から授業を開始、また、宿泊行事を年1回にする等、行事の精選を行い授業時数の確保に努めている。

(3) 主な学校行事

上段：学校 下段：寄宿舎

4月	入学式 歓迎交流会 新入生歓迎会
5月	宿泊生活訓練 菖蒲湯
6月	地域訪問 中3修学旅行 プール開 寄宿舎参観 おやつ作り
7月	(中)校外学習 終業式 夏季施設 七夕 まとめの会
9月	始業式 プール納め お月見
10月	野火止祭 社会見学（小） 宿泊参観
11月	運動会 寄宿舎参観 食事作り
12月	終業式 ゆず湯 お楽しみ会 スポーツ大会
1月	始業式 ゲーム大会 ゲーム大会
2月	作品展示会 節分
3月	卒業式 終了式 ひな祭 持久走大会 お別れ会

地域訪問：1、2学期地域指定校訪問を行い、地域の学校との繋がりを大切にする

地域交流：今年度、東久留米市立小山小学校、久留米中学校と交流を行う。

寄宿舎参観：年間2回、保護者の宿舎参観を行う。

夏季施設：夏季休業中、水泳指導、教科学習、もの作り。

野外観察：学校の裏山、川等で野鳥観察、植物観察、天体観察を行う(輪鹼、鞆を亂行)(野火止トライアスロン、なわとび水泳、けん玉、10分間走)

5. 寄宿舎の教育

寄宿舎生活の意義と役割

- ・特殊教育諸学校の教育の一環として位置付け児童・生徒に生活指導を行う。
- ・寄宿舎生活を通して、生活技術、能力を高め意欲を育てる等、一人一人の子どもが主体的に生きていく力(社会的自立)を身につける教育活動を行う。

寄宿舎の役割

- ・教育的な機能
- ・教育保障の機能
- ・健康回復・改善の機能

①目標

- *生活のリズムを身につけ、自分のことは自分で出来るよう、自己の可能性を伸ばしていく。
- *自分の病気を正しく理解し、健康回復・改善をめざして将来への自立に結び付けていく。
- *集団生活を通して、友達と助け合い豊かな寄宿舎生活を築いていく。

②指導の重点

ア 日常生活の指導

- ・生活リズムを確立し、生活技術を習得させ生活の自己管理ができる力を育てる。(睡眠、食事、排泄、清潔、保健、安全、

洗面、入浴、洗濯、衣服の着脱、持ち物の管理 等)

・小学生、中学生男女混合グループを編成し、より良い仲間作りを進め、生活の向上をはかる。

・一人遊びから仲間遊びへ発展させる。大きい子どもが小さい子どもへ遊びを教える等、子ども社会のルールを学ばせる。

イ 健康回復・改善の指導

・食事、おやつ指導を通して、バランスの取れた栄養のとり方を学ばせる。

・偏食、過食、小食、速食、遅食等に気をつけさせる。

・体力の維持・増進に向けて、持久走、ストレッチ体操、なわとび、など持続して取り組ませる。

・生活における自分の活動範囲を知り、自己に適した活動を取り入れ、病気を克服する力を身につけさせる。

・話し合い、個別面談を通して一人一人の子どもとの対話を多く持ち、情緒の安定をはかる。

ウ 自治活動の指導

・自分たちの生活を自分たちで作っていく意欲を、舎生会、委員会等の活動を通して育てる。(文化部、生活部、体育部)

エ 学習

・自主的に学ぶ子どもを育てる(日曜日以外毎日1時間の学習時間を日課とする、必要な児童生徒は時間の延長も行う)。

・みんなで教え合う楽しさを知る。寄宿舎独自の教育も取り入れる。(野鳥観察、裏山の植物観察等の野外観察。自然の素材を利用した制作など。年間を通しての太鼓指導等)

オ 地域との交流(校外へは複数で行動)

・買い物、散歩、行事などを通して地域との交流をはかり、社会生活に参加していく力を育てる。

6. 医療指導等

学校内においては、学校保健法に基づいた健康管理と保健指導を行う。

寄宿舎保健室は、診療所としての位置付けになっており、医師、看護婦が常勤として配置され、24時間体制で対応している。毎日の健康観察を行うとともに、朝夕の医師の診察を受けることができる。

(1)歴史的に果たしてきた役割

- ・昭和11年久留米学園として設立される。園長は医師であった。主に結核児を対象とし、空気・栄養・安静の三療法が行われていた。
- ・昭和34年久留米養護学校となる。教育庁移管に伴い、学校長に変わる。
- ・昭和39年寄宿舎保健室は、ベッド数8床届け出され、診療所となる。

(2)看護業務

主治医・学校医師の指示により、学校・寄宿舎指導員と連携し、三交替制の受持ち制で児童・生徒の看護に当たる。

- ① 診察時の介助・検査・治療・処置・内服薬の管理と指導
- ② 病児の観察とケア
- ③ 児童・生徒の寄宿舎における健康管理と家族への健康指導
- ④ 医療的処置等が生涯必要な児童・生徒に対し、自己管理ができるように指導する。
- ⑤ 学校及び寄宿舎への協力と連携

(3)医師業務

- ① 病児の診察・指示
- ② 入学相談日の出席
- ③ 多病院医師との折衝窓口

* 医師は都立清瀬小児病院と兼務しているため、必要時に指示を受けることができる。

(4)医療機関との連携（医療機関の検診）

- ① 入学した児童・生徒は緊急時の対応のために、都立清瀬小児病院を受診し、カルテを作り、連携を深める。主治医は従来通りとする。
- ② 受診日の把握と検診報告書による児童生徒の状態把握。必要時には主治医より直接聞き取る。
- ③ 受診は原則として保護者で行うが、清瀬小児病院呼吸器外来には、看護婦がスパイロの結果を持ち、指示・処方薬をうける。（長期休業時は親子で受診する）
- ④ 臨時受診が必要になった場合、当日即受診については、保護者と相談のうえ、保護者が同行出来ない時、看護婦が同行する。

(5)児童・生徒への対応と基本的な考え方

子どもの疾患・病状、本校への転入学の経緯等、個人個人の病歴・生活歴を理解し、保護者と一緒に考え、相互に理解を深めながら、ゆっくりと適応させていく。また、入舎時の導入が最も難しく重要であるため、慎重に対応する。

(6)施設・設備について

病室（ベッド数4）2部屋と、クリーンルーム（ベッド数2）、観察室（ベッド数2）、診察室、浴室

7. 保護者、児童・生徒の感想

久留米養護学校に転入して 小6 Tさん

私は久留米に入学した時は、あまり友達とかを作る自信がありませんでした。どうしてかと言うと、寮に入るだけでも初めてなのに、ずーっといっしょにいなきゃならないからです。

初めての夜、なかなか寝られなくてやっと寝付けた時、ドアが開いて声がとびこんできました。「しし座流星群が見えるよー。」私は

びっくりして飛び起きると、同じルームメートの人も起きて言いました。「みんな外にいるみたいだよ。寒いから何か羽織った方がいいよ」。私は声をかけてくれたことが嬉しくて「はい」と返事をしました。私はまだなれなくて、もたもたとジャンパーをさがし、外へ飛び出しました。外はすごく寒くて思わず身ぶるいをして、上を見るとすごくはつきりときれいに星が見えて、「すごいなー。こんなキレイに見えるなんて」と思いました。

それからみんなで空を見て、流れ星を探していましたが、まわりは「あっ、今流れた」「すごい早ーい。」とか言っているの、私は「いいなー、みんな見つけて。私はぜんぜん見えないな。」と思っていると、メガネのはしに確かに流れ星を見たと思ったら、すぐなくなってしまいました。私は、本当に見たのかわからなくなってしまいました。30分たって、みんな部屋へ帰っても興奮して「部屋の中からも見えるかな。」とか言い合っけて静に部屋の中から見たら、ものすごくきれいにみんな一つずつ見えました。私の見た感想は「流れてる」より「落ちている」といった感じです。

もう一つの出来事は、野火止祭です。急に「あなた、リコーダーやってね。」と言われて、何が何だかわからなくて、「練習だから」と言われて舞台上上がった時は、もうどうしよう、と言う気分だったけれど、演奏が始まった時は「しょうがないな」と思って「吹かなくていいから。」と言われたのを思い出して、ただ座っていました。そうしたら、自分だけ吹いていないから恥ずかしくて「私もがんばって練習しよう。」と思ったら、先生が「がんばって覚えようね。」と言われたので、それからいっしょうけんめい笛の練習をしてだいたいできるようになりました。

三日後の本番も自信を持って吹けるようになりました。私はこれからも、何でも一生けんめいにとりくんでいこうと思いました。

我が息子、Kは生まれつきの心臓病と口の病気をもっています。今まで口の手術を二回、心臓の手術を三回と経験しましたが、残念ながら心臓の方はチアノーゼは解消しましたが、病状そのものは改善することができない状態です。以前から中学校は久留米養護へ進学しようと親子で決めていた（心臓病の先輩が素晴らしい学校生活を送られたとお聞きして、野火止祭や夏祭りに出かけ本人もその気になっていた）のですが、結局入学を前にして、本人の体調のことが心配になったり、酸素を使用していると無理かななどと、親の方が子供を手放すことに不安を感じ、地元の心障学級に入って気楽に親元で過ごさせようと、本人の意思をくみ取らず決めてしまいました。

小学校6年間を通して一日も「学校へ行きたくない」と言ったことがない子が、6月中旬から「M中へ行きたくない」と言い出し、親子で押し問答して「絶対イヤだ」という日が続きました。入学当初がんばっていたのに、体力的にも友人関係も自分の居場所が学級の中に見いだせなくていたのです。学校の中で6年間、いつも輝いていたKがこんなふうになるなんて本当に信じられませんでした。「本当は僕は皆と一緒にH中に行きたかったんだよ」とポツリと言われて、子供の気持ちを大切に出来なかった親の弱さを反省させられました。

「久留米へ見学に行こうか？」と言うと、本人は「すぐ行く」と言うことで、七月の始めに出かけました。久留米の素晴らしさは皆さんで「よく来たね」ととても温かく迎えてくださったことです。本人の顔がまた輝き、家より学校がいいと張り切って登校する姿に「よかったね、K」と、久留米に入学出来た幸せを感じる日々です。皆さんよろしくお願ひします。

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

◆第5回学術集会、研究・研修会での講演内容を、出来るだけ忠実にご紹介しようと思います。本17号と次号以下に載せさせて頂く予定にしております。

◆話し言葉を活字にすると、ニュアンスが多少違ってしまふことがあります。校正の段階で、演者の先生方に勝手な注文をさせて頂きましたが、大変お忙しいところ快くお聞き入れくださいました。心からお礼申し上げます。

◆編集の始めには、もっと多くの先生の講演の概要を載せる予定でしたが、一つ一つのお話を短くまとめることが出来ず、紙数を費やすことになってしまいました。それだけ中身の濃い内容であるわけで、私たちが障害を持った子ども達と接するときに、多に力づけられる資料にさせて貰えることだと考えています。

◆それぞれの内容が現場の指導者にとっては示唆に富んだものですが、特に学校教育の中で「先生方には是非、心理学者になってもらいたいし、精神科の知識も付けて欲しい」という言葉には心したものです。

◆図表の一部に、見にくいもの、不鮮明なものがあるかも知れません。予算の都合です。ご了承の上、判読してください。

◆今までも努めて「学校紹介」をしていこうと考えておりました。全国の養護学校等でどんな指導がどんな歴史的な経緯で行われているのかを知ることは、自校の役割りを見直しながら指導体制を強化し発展させるためにも有効であろうと考えたからです。

◆しかし、毎回1~2校の紹介では、全国七十数校を回るには時間が掛かり過ぎるのではないかと思います、今回は3校にお願いしました。

我田引水ですが、「紹介」を載せた学校からは「改めて、自分の学校の歴史を振り返る機会になって、今後の役に立てられる」というお言葉を受けたこともあります。

◆今回の「講演内容」のテープ起こしについては、『育療京都』の方々に大変お世話になりました。身内を褒めるのも少し気がひけますが、この場を借りて感謝したいと思います。
(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12年1月31日発行

編集発行者 日本育療学会

代表者 加藤安雄

編集代表者 宮田功郎

発行所 日本育療学会事務局

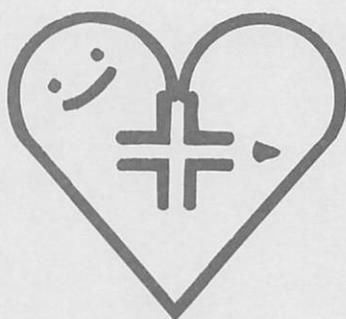
町田市森野 1-39-15

☎ 042-722-2203

印刷所 福川印刷株式会社

東京都町田市忠生 3-6-5

☎ 042-791-2411(代)



シンボルマークの意味

育…教育という意味で鉛筆

療…医療で聴診器と赤十字

あたたかい心でつつむという意味でハート

あかるく微笑む子どもの顔

「岸本ますみさんの作」

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**