

子供の心身の健康問題を考える学会誌

# 育療

18

2000.4

- 序に変えて .....小林信秋 .....1  
《特別寄稿》  
進行性筋ジストロフィー児の生きる意欲と指導 ...高橋淳子 .....2

## 特集

——第5回学術集会・研究・研修会【その2】不登校——

- 不登校の具体的な要因と対応 .....門 眞一郎.....10
- 思春期の心の健康と不登校 .....山下俊幸.....17
- 不登校の親と子の援助 .....佐藤 純 .....27
- 不登校児へのかかわりを通して .....山田良子.....44

<研究発表> -不登校-

- 病弱児の心理的適応を因る指導 .....木 滝千代子.....52
- ・ 親の会の共同アピール（難病のこども支援全国ネットワーク）  
——難病対策基本法の制定を願って—— .....60
- ・ 『育療』既刊号—主な内容 .....表紙・16・43
- ・ 日本育療学会会則 .....66

日本育療学会

# 日本病弱教育史

全国病弱虚弱教育研究連盟  
病弱教育史研究委員会編集

- ◎病弱虚弱教育史の調査研究としては、日本で初めての書。
- ◎全都道府県別の病弱虚弱教育の通史。
- ◎明治・大正・昭和にわたる、社会情勢、教育制度、医療制度や健康教育の実情の分る書。
- ◎推薦者  
日本小児科学会会長・全日本中学校会会長  
全国養護教諭（都道府県）会長協議会会長  
全国特殊教育学校長会会長・日本特殊教育学会会長

教育・医療・看護・福祉等すべての関係者におすすめします!!

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

《育 療》 —既刊1号～6号—主な内容 （7号～17号は別頁）	
<p>《 創刊号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・日本育療学会発足にあたって …会長 加藤 安雄</li> <li>・育療学会に期待する …… 下田 巧・西間 三馨 武士 豊・松井 一郎・柴田 明代</li> <li>・特別研究 「入院中の学校教育の意義」 … …………… 松井 一郎他</li> <li>・難病対策基本法の制定を求め…親の会共同アピール</li> <li>・声—— 病気の子供への理解と教育を（親の願い）</li> <li>・日本育療学会 設立の趣旨および会則</li> <li>・文部省通知……………〈病気療養児の教育について〉</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・欧州特殊教育視察研修……………佐藤 栄一</li> </ul>
<p>《 第2号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・育療学会に期待する…………… 船川幡夫・井戸川真則</li> <li>・特別講演『<b>優しさを科学する</b>』 ……………国立小児病院院長 小林 登</li> <li>・特集……………<b>親の立場から</b> 教育・医療・看護・福祉に期待</li> <li>・「入院中の学校教育の意義と役割」（2）…谷村雅子他</li> <li>・欧州視察研修報告（1）……………佐藤 栄一</li> </ul>	<p>《 第4号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特集 <b>医療の進歩に伴う</b> 学校での生活の変化と生活上の留意事項</li> <li>・「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</li> <li>・欧州特殊教育視察研修（3）…………… 佐藤 栄一</li> </ul>
<p>《 第3号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・育療学会に期待する…………… 森 和夫・脇坂千鶴子・織茂 領</li> <li>・特集 <b>教育実践を通して</b> <b>医療・家庭・福祉と連携</b></li> <li>・特別寄稿「病院に望む教育環境」 …… 佐藤 隆</li> </ul>	<p>《 第5号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特集 「<b>学校に行けない子供の現状と課題</b>」…………… 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」</li> <li>・声—— 障害をもって生きること……………名倉由紀子</li> <li>・寄稿「慢性疾患児童の保護者の希望」…石橋・森</li> </ul> <p>《 第6号 》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特別寄稿 『<b>医療行為と生活行為のはざま</b>で』 …………… 平野俊徳</li> <li>・特集 <b>日本養護第1回研究・研修会</b></li> <li>◎ 心身に障害が合って学校に行けない子供の 具体的な要因と対応 ……………… 吉住 昭</li> <li>◎ 学校に行けない子供を持つ親の体験・須永和宏</li> <li>◎ シンポジウム「学校へ行けない子供への対応」</li> </ul>

## 序 に 変 え て

難病のこども支援全国ネットワーク

日本育療学会副会長 小林 信 秋

当会が主催する“親の会連絡会”では、この程連名で「難病対策基本法の制定を願って」と題した共同アピールをまとめた。

難病とたたかう子ども達は全国で20万人以上に上るが、そうした子どもに対する国の支援策は、小児慢性特定疾患治療研究事業と呼ばれる、医療費の保険適用分のうち自己負担分を公費で補助する制度があり、全国でおよそ12万人が受給しているものの、他に目立った施策は見られない。

この事業は、昭和43年に先天性代謝異常児への医療給付に始まり、昭和49年に現在の小児慢性特定疾患治療研究事業（以下、小慢）となったが、かねてからこの事業には次の3点について問題点が指摘されている。

- (1)法制化されていない予算事業であること。
- (2)単に医療費が補助されているのみであること。
- (3)通常18歳で補助が終わってしまうこと。

もともとこの事業は法制化されたものではなく、予算事業であり、予算さえなくなればこの事業もなくなってしまうという不安を多くの親たちは持っていた。経済状況が下降線の一途の日本である。財政構造改革法という悪法（私達はそう思っている）が国会を通過したことによって、現に大人の難病と言われる特定疾患治療研究事業には、すでに自己負担が導入されており、患者たちからの苦しい叫び声が届いている。親たちは、病気とともに長く社会生活を送らなくてはならない子ども達が、病気がありながらもより良く生きていける社会の実現を願っている。そしてそのために、難病対策基本法の制定を望んでいるのである。

平成4年、厚生省の「これからの母子医療に関する検討会」は、小慢患者に対する施策を初めて答申した。患者と家族のQOLの必要性を説いたもので、親たちからはきわめて高い評価があった。しかし、この答申のうち今日までに実現したものは、小児慢性疾患児手帳と宿泊施設の整備程度で、その多くは具体化していない。前述のように、病気とともにより良く生きたいとの願いは、現代社会上の通念からいって常識的な願いといつてよい。

共同アピールでは、治療研究の推進を第1にあげている。小慢は医療費の補助という枠から出てはいなく、当然、基礎も臨床もまた応用も含めた研究の推進を望んでいる。そして、その研究成果の情報公開がこれまでは十分とは言えなかったことから、そうした報告書の閲覧も簡便にできるよう望んでいる。

また、医学の進歩は著しく、患者も成人化し事業の対象から外れてしまうことことから、年齢制限の撤廃も願っている。就職の際の健康診断や履歴書への既往症の記入は、就職を困難にする。障害者手帳があれば職業訓練を受けることも可能になる。小慢もこれらの優遇措置の対象としてあらたな制度改革が必要に思われる。

いずれにしても、スタートして30年を越えたこの制度が社会の価値観、医療の進歩と高度化などの要因によって、現代では不十分な制度となっていることが分かる。法制化には困難があるかもしれないが、非公開の審議会の中だけで議論するのではなく、市民も含めたより良い制度のあり方の議論を進めてほしいものである。

# 進行性筋ジストロフィー児の生きる意欲と指導

千葉県立東金養護学校 高橋 淳子

## I. 研究の目的

病弱養護学校における筋ジス児の教育課題のひとつに、筋ジス児が生き生きと生活する力の獲得をめざし、その意欲を育てることが上げられる、筋ジスという病気の特徴を考えた時、そこには限られた生の中で自分らしく生きようとする意欲を育て、充実した生活を送らせたいとする教師の願いがある、では、その生きる意欲とはどういうものであり、生徒がどのような状態であれば意欲的であると言えるのか。このことは筋ジス児の教育を考えていく上で、不可欠であると言える。

本研究では、生きる意欲を教師がどのようにとらえているのか、また、生徒自身はどのようにとらえているのかを、明らかにすることを通して、意欲を育てる指導の基礎を考察する。

## II. 研究方法

### 1. 調査

#### (1)対象

- ① 筋ジス児の在籍している病弱養護学校21校の筋ジス担当教員。
- ② 病弱養護学校21校の中学部及び高等部に在籍している筋ジス児。

#### (2)調査内容

##### ① 調査1

病弱養護学校の中学部及び高等部に在籍している筋ジス児を対象に、以下のカテゴリーについて、5件法及び自由記述法によって調査を実施した。

- ・学習について …………… 7項目
- ・人との関わりについて …… 9項目
- ・日常生活について ……… 5項目
- ・進路について …………… 4項目

- ・社会活動について …………… 6項目
- ・病気について …………… 4項目

##### ② 調査2

調査1で対象となった生徒を担当している教師を対象に、生徒が意欲をもっているかという視点で、同様の調査書を用いて実施した。

##### ③ 調査3

小学部、中学部、高等部の筋ジス担当教師を対象に、自由記述により、以下の項目について調査を実施した。

- ・生徒のステージが進行していく時の心理的ケアの必要性について
- ・病気の理解について
- ・学校教育におけるQOLの考え方の導入について
- ・教師から見た児童・生徒の生き生きとした場面について
- ・その他

#### (3)分析方法

##### ◆ 調査1、2について

各項目について、①非常に意欲的である、②やや意欲的である、③あまり意欲的でない、④意欲的でない、の4件の割合を算出し図に示した。また、①非常に意欲的である、②やや意欲的である、の2件を意欲的であるとし、③あまり意欲的でない、④意欲的でない、の2件を意欲的でないとし、X<sup>2</sup>乗検定を行い、教師の属性、生徒の属性での有意差をみた。

##### ◆ 調査3について

各項目の回答の割合を図で示した。自由記述については、回答をいくつかの項目に分け、代表的な意見を記述した。

## 2. 対象の概要

### (1)回収の状況

筋ジス児の在籍する病弱養護学校21校に調査書を送付、15校より回答が得られた。調査1及び2については、送付先の学校において、調査書の内容を検討し、回答が得られる生徒を選択実施した。

各校の回答数は次の通りである。

・石垣原 養護学校	14
・松江緑が丘 ”	3
・蓮田 ”	20
・鴨島 ”	17
・柏崎 ”	14
・筑後赤坂 ”	11
・宮崎赤江 ”	6
・長良 ”	10
・七条 ”	1
・上野ヶ原 ”	9
・医王 ”	6
・黒石原 ”	10
・浪岡 ”	5
・刀根山 ”	7
計 14校	137組

調査3については、下記の12校の小、中、高等部の筋ジス担当教師、146名より回答が得られた。

・石垣原 養護学校	14
・松江緑が丘 ”	8
・蓮田 ”	19
・鴨島 ”	20
・柏崎 ”	13
・筑後赤坂 ”	12
・宮崎赤江 ”	9
・長良 ”	15
・七条 ”	5
・上野ヶ原 ”	12
・医王 ”	15
・浪岡 ”	4
計 12校	146通

### (2)調査対象の概要

男女比は、教師が男女半々の割合であり、生徒は圧倒的に男子が多い(約90%)。

所属学部については、教師、生徒とも中学部所属40%、高等部所属60%である。

教師について見ると、年齢的には20代の教師及び50代の教師は20%であり、30代、40代の教師が全体の半数以上60%を占めている。

教職経験年数については、10年以下の教師が35%であり、65%の教師が11年以上の経験をもっている。又、21年以上経験がある教師が40%を占めている。しかし病弱養護学校の経験年数、筋ジス児教育の経験をみると、5年以上の病弱養護学校経験の教師が60%、筋ジス児教育経験年数が5年以下の教師が80%近くあり、病弱教育の経験が、教職年数に比べて少ないことが分かる。

生徒に関しては、85%の生徒が入院しており、その内半数の生徒が5年以下の入院生活であるが、11年以上入院生活を送っている生徒も10%いる。

今、生き甲斐をもっているかについては、70%強の生徒が生き甲斐をもっていると答え、教師も70%近い教師が「生徒が生き甲斐を持っている」と答えている。また、生き甲斐を持っていないと答えた生徒のうち、80%近い生徒が、今後見つけたいと答え、90%近い教師が(生徒に)見つけて欲しいと答えている。

### (3)調査期間

平成8年11月から、平成9年1月上旬の間に実施した。

## III. 結果

### 1. 調査1及び調査2の結果

(教師と生徒との比較)

①学習への取り組みについては、Fig. 5-1に示すように、ほぼ意欲的に取り組んでいることで一致している。課題以外の学習へ

り組みについては、意欲的、意欲的ではないとする意見にわかれている。

②自立への意志については、Fig. 5-2 に示すように、すべての項目について意欲的であると教師、生徒ともに回答している。

③社会的な活動への参加の項目で (Fig. 5-3)は、学校、学部行事や生徒会活動への参加について、意欲的に取り組んでいると答え、ボランティアの利用については、意欲的ではないことで一致している。病棟のサークル活動や行事への参加の項目で、教師は意欲的ではないとし、生徒は意欲的であると、やや不一致を見せている。

④生活スタイルの尊重については、Fig. 5-4 に示すように意欲的であると捕らえているが、自分の生活を楽しむことや、穏やかな生活をするという項目で、不一致を見せている。

⑤進路への関心については、Fig. 5-6 に示すように、卒業後の生活を意識する、パソコンやワープロ検定などの資格の取得の項目で不一致がみられる。

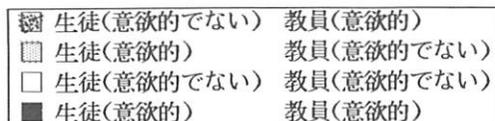
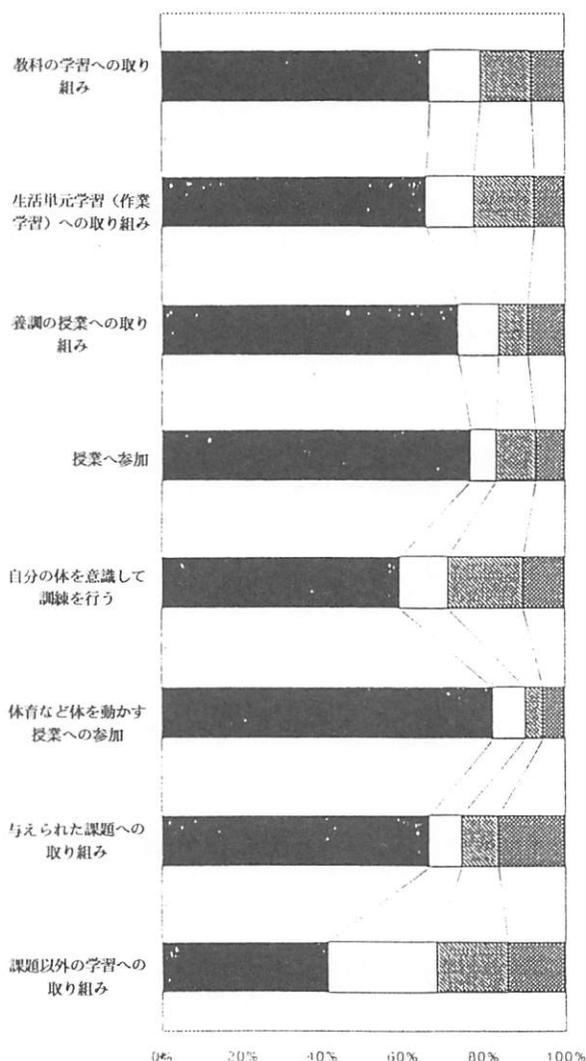
⑥病気の克服については、Fig. 5-7 に示すように、病気に負けまいとすることに、教師生徒ともに意欲的であるが、自分の病気について知識を得たり、自分の身体に何が必要であるのかを考えることについては、教師は意欲的でないと捕らえ、生徒は意欲的であると回答している。

## 2. 調査3の結果

①病気が進行していく時の、心理的ケアの必要性については、Fig. 6-1 に示すように、96.5%の教師が必要であると答えているが、その内50.3%の教師が、必要であるが難しいと答えている。個々の生徒によって抱える問題が違うことや、生徒の内面に深く入り込むことへの難しさから、必要ではあるが、現実には難しいとする回答が多かった。

②病気の理解に関する指導(Fig. 6-2) につ

Fig 5-1 学習への取り組み (一致度)



いては、64.2%の教師が必要であると回答している。しかし、心理的ケアの必要性と同様、生徒の深層に関わることを考慮すると、指導の主体を病院、または家庭とした方がより適切とする回答が多かった。

③QOLの考え方の導入(Fig. 6-3) については、現在の社会の流れの中では自然であり、

Fig 5-2 自立への意志 (一致度)

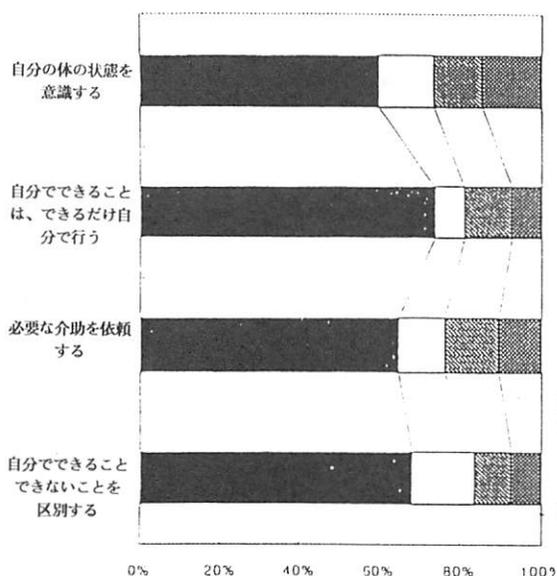
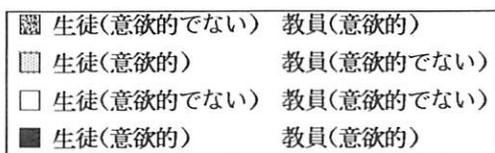
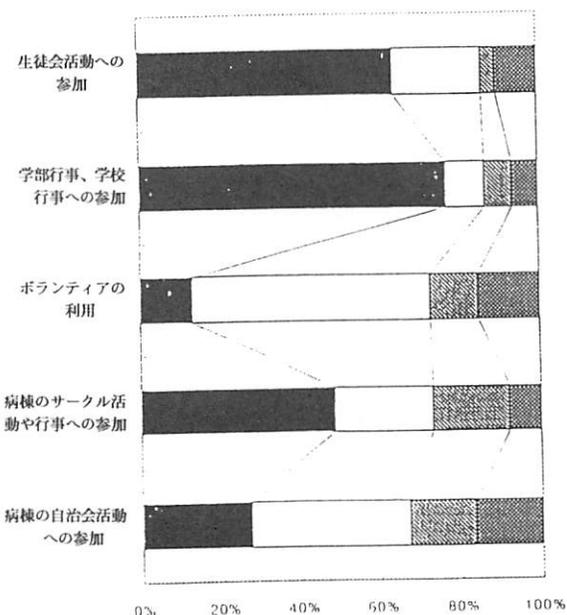


Fig 5-3 社会的な活動への参加(一致度)



必要であるとする回答が多く、卒業後の生活を充実させるためには、在学中からその素地を作っていく必要があるとする回答も得られた。

④教師から見て、生徒が生き生きと活動していると思われる時は、「生徒が好きなことや、興味、関心のあることをしている時、自分の力で活動している時に感じる」、という回答が多く、60%の教師が、そのために具体的な指導をしていると答えている。(Fig. 6-4)。

⑤その他として、筋ジス児を特別扱いせず、普通の子と同じように接することや、一般の社会や地域との交流の必要、卒業後の選択肢を増やすこと、そのための支援体制をつくること。また他校や他機関との情報交換や、ネットワーク作りなどの必要性についての回答も得られた。

Fig 5-4 生活スタイルの尊重 (一致度)

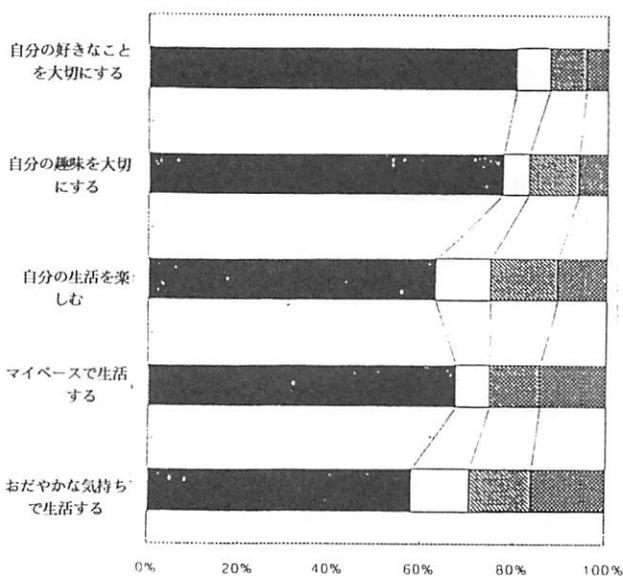


Fig 5-5 対人関係・意志表明（一致度）

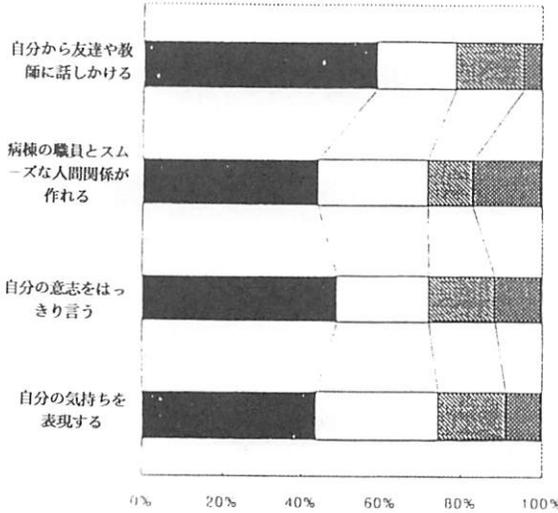


Fig 5-7 病気の克服（一致度）

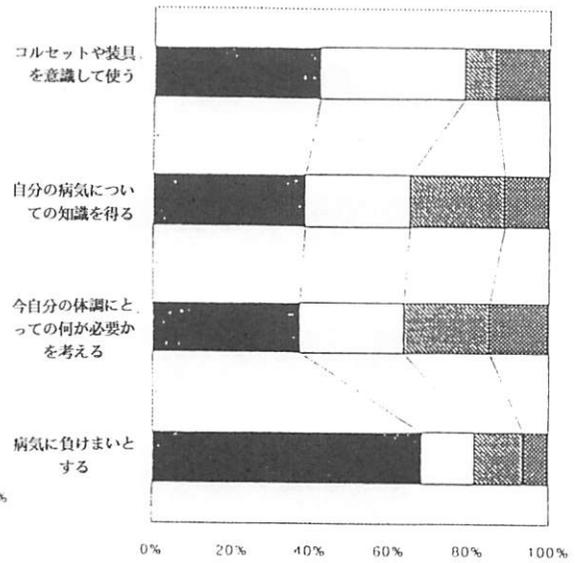
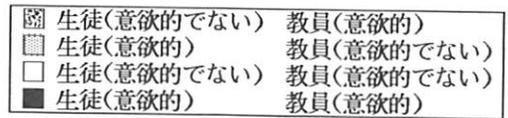
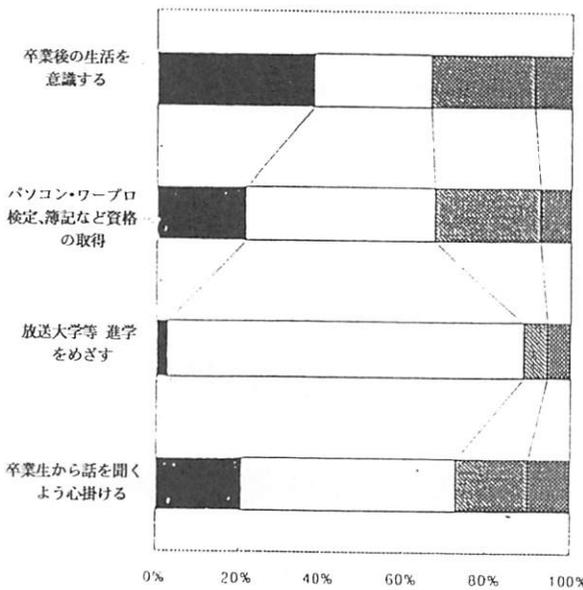


Fig 5-6 進路への関心（一致度）



教育が必要である。

- 卒業後の生活、病棟内での人員の少なさを前提に、見通しを持った指導をしなければならない。
- 筋ジス児も人に貢献できる（朗読ボランティアなど）勇気とチャンス。
- 自分が価値ある存在という意識を育てたい。

② [社会との接点]

- 一般の社会との接点を持てるようにしたい。
- 地域の学校で学ぶのが望ましい。
- 本来、地域の中で暮らすべきであり、そのための家族支援をしっかりとする体制が必要である。

③ [教師として]

- 教師の一方的な考えの押付けをやめたい
- 教師自身も向上を目指すべきである。

④ [生き甲斐、意欲について]

- 生き甲斐は自分で見つけるものであり、

《自由記述》

① [学習について]

- 楽しく過ごす工夫や、同年代の子どもとの交流の機会を持つ。
- 基礎的な学力の保障と生活経験の拡大。
- 本来の教育課程に縛られず、自立できる技術的なものを身につけさせたい。
- 小学部から高等部までの一貫性をもった

1日1日の生活を大切にすべきである。  
それはすべての人に共通する。

- ・入院生活はどうしても世界が狭くなってしまいうため、多くの経験、情報を与えるそのことで生活に張りがでて、生き甲斐につながると思う。
- ・生き甲斐、意欲ということが大袈裟に言うのではなく、1日1日大切に生きることに意味がある。
- ・社会に出るとい目標を持たせる。病院にいただけに終わらないで過ごしたいという意識が、生徒達の生きざまを変えていくと考えている。

#### ⑤ [考え方として]

- ・筋ジス児だからという悲痛な感情を持たない。
- ・普通に接するようにしている。(可哀想と言う視点で生徒を見ない)
- ・特別扱いをしない、普通の子どもと同じ生活をさせるべきである。

#### ⑥ [その他]

- ・将来を見通した、QOLについてのカルテ作りを考えるべきである。
- ・情報交換やネットワーク作りが必要。(他校の情報が必要である)
- ・筋ジスの重複児の教育について考えて行かなければならない。

## IV. まとめ

生徒自身が意欲を持っている、教師から見ても生徒が意欲を持っていると思う、ということについては、ほぼ一致した結果が出ており、教師が生徒の意欲の有無を、ある程度正しく把握していることが考察される。調査項目の中で、病棟の生活、病棟での自治活動や、サークル活動に対して、意欲的でないとした回答は、生徒教師の両者で多かった。

かって病棟では、活発な自治活動が行われ、それを担い進めていく生徒の存在があった。進路についても、大学進学へ向けて努力した

り詩集や写真集を出版して、外の世界へアピールしていこうとする卒業生、自活の道を選んだ卒業生などもいた。現在のように知的に遅れを持つ生徒や、病状的にベッドに寝た状態での患者が増えるにつれ、病棟の様々な活動は、保母、指導員などを中心に運営せざるを得なくなっている。そのため、教育の現場以外でも意欲的に生きて欲しいと願う教師には、意欲的でないと映るのではないだろうか。

心理的ケアの必要性について、96.5%の教師が必要と答えながら、50.3%の教師が難しいと答えている。これは、生徒個々に、生育歴から始まり“違い”があることや、生徒の内面に深く入り込むことの難しさから、具体的にどう教えていくのか、学習内容にどう組み入れていくのかを模索していると言える。また、このことは、病気の理解についても同様であり、自分の病気を理解させることが、突き詰めれば死の告知の問題まで至ることを考慮すれば、慎重にならざるを得ないと思われる。

筋ジス児に接する時、特別扱いをしないという回答が多くあった。これは、病気を中心に生徒を見ていた見方から、一人の生徒として、まずその子を見るということの表れではないかと考える。同じように高等部(または中学部)卒業後の進路に関しても、在病棟に限らず社会へ出る、家庭へ戻ると、多様に教師自身の考えを広げつつあるのではないだろうか。生徒がより広い選択肢を持てるようにするには、そのために考えなければならないこと、例えば、回答の中にもあったように、支援体制を整えることも必要になってくる。その他、病院と共同でQOLの向上を目指し、個々の筋ジス児の生活を把握するための体制作りや、他校との情報交換、ネットワーク作りなど、教師が自校内だけに止まらず、より積極的に、他の機関や他校との連携を目指そうとしている努力が推察される。

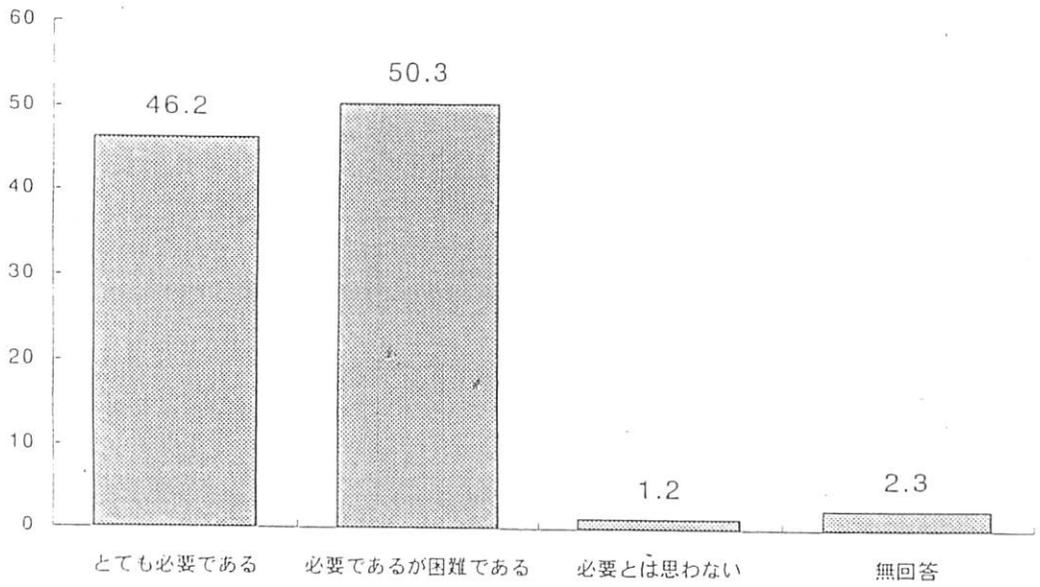


Fig.6-1 心理的なケアの必要性

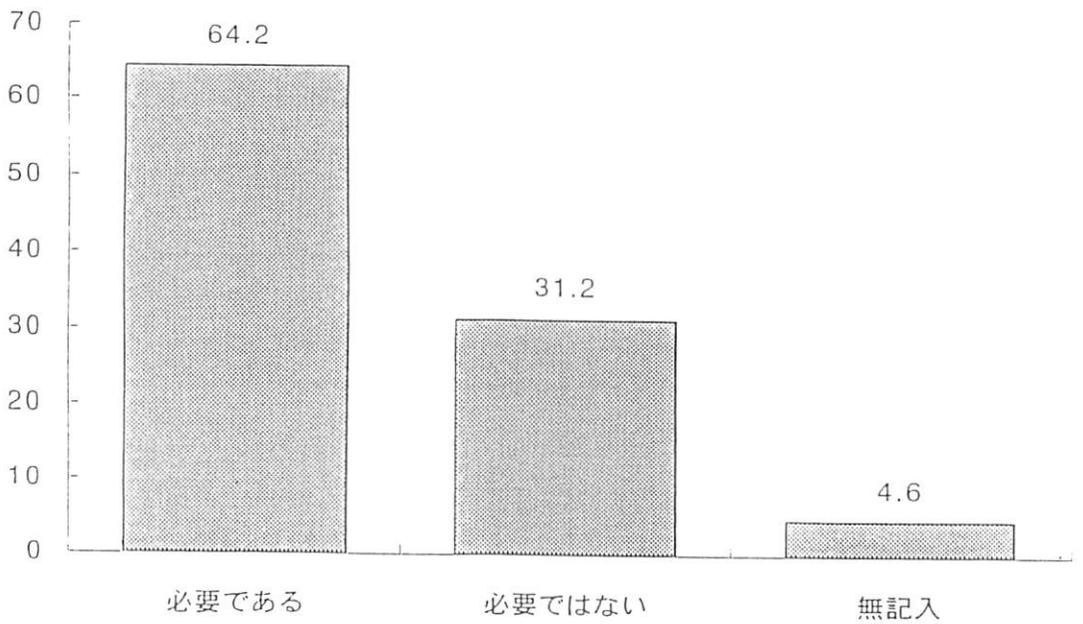


Fig.6-2 病気の理解に関する指導

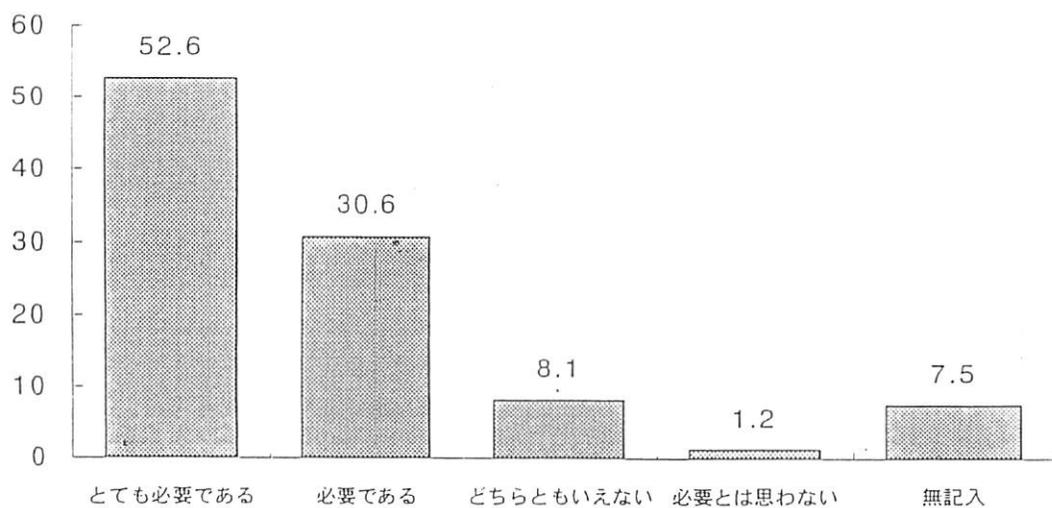


Fig.6-3 筋ジス児教育においてQOLの考え方

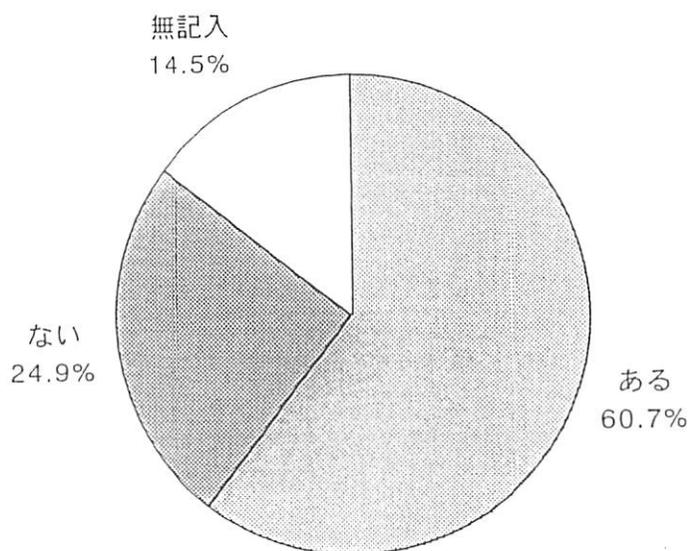


Fig.6-4 意欲的に生活していくための指導

《特集》不登校

## 不登校の具体的な要因と対応

京都市児童福祉センター

総合療育所長 門 眞 一 郎

### 1. 不登校の要因

今日是不登校の具体的な要因と対応ということでお話しをするわけですが、既に不登校については何人かの先生方が、今日もお話しになっていると思いますので、できるだけ重複しないように、私自身の考えを紹介することに努めようと思います。レジュメにも書きましたように要因と対応を分けてお話ししようと思います。

ご存じのように不登校の子どもの数は、毎年急上昇していると言いますか、うなぎ登りに増えています。ただ、ずーっと一方的に単純に増え続けているだけかと言いますと、そうではなくて一時期少なくなった時があるんです。大体昭和50年（1975年）あたりが一番底になっています。つまり昭和50年に向かって不登校数が減っていったんです。そしてその後、現在まで増え続けているわけです。なぜ一時期不登校が減ったのか。

これまで不登校の原因について、色々な人がいろいろな説を出してきました。家庭状況の変化であるとか、学校状況の変化であるとか、そういうことが一面的というか、これが原因だと一つだけをクローズアップして、論じられてきたことが多かったように思います。しかしそういう考えでいくと、昭和50年まで一時減っていったということが説明できないんですね。

その変化に一番関係しているだろうと思われることは、昭和50年に高校進学率が90%に達したということが挙げられます。昭和50年までは高校進学率がどんどん伸びていったんです。90%に向かって伸びている時期には不登校は減っていったんです。

ところが90%を突破してしまうと、後は横ばい状態です。高校進学率は現在まで90数%をずっと維持していますが、その横ばい状態になったら不登校が増えだしたという経過があります。いろんな解釈があるのかも知れないのですが、一つ考えられることはやはり、高校進学というテーマの重さですね。

昭和50年を境に変わってきた、それまでは高校進学をみな目指して頑張っていた時期で、高校に対するイメージは非常に明るいものがあつた訳です。高校に行けば将来良い生活が約束されるかのような一幻想かも知れませんが一期待があつて高校を目指した。ところが進学率が90%になってしまうと、十人中九人まで、誰でも行っているわけですから行くのが当たり前になってきます。そこで、10人のうち一人が高校に行っていない、そういう子どもになったらどうしよう、うちの子どものがそうなったらどうしようと親の心配が今度は大きくなってきます。ですから、昭和50年を境に高校進学がだんだん重荷になってきて、そういう時期に入ってくると不登校が増えだしたということが一つ挙げられます。これは日本の社会全体を覆っている不登校の要因の一つだろうと思います。社会的要因と言ってもいいかも知れません。

私は今、テーマとして与えられたので一応“要因”という言葉を使ったのですが、実は不登校の要因とか原因という考え方を、私はしたくないんです。

“登校に関しては不利な条件”という呼び方をしたいと思っています。というのは、“要因”は多少中立的なニュアンスがありますがすけれど、“原因”と言ってしまうと、原因

を取り除くことが根本的な解決だと（特に医学的な感覚では）いうことになってしまうんです。原因療法こそ最良の治療法だという発想がありますから、原因というふうに決めつけてしまうと、その原因を取り除こうというように自動的に話に移ってしまう。

ただ学校に行くことに関しては、不利になる条件というのがいくつかあります。それを細かく挙げると、一人一人によって条件は違ってきますから、ここで全部取り上げるわけにはいきませんが、少なくとも本人側の不利な条件、家庭の側の不利な条件、社会の側の条件、それから学校の側の条件というふうに4つ、あるいは社会と地域とを分けて5つとしてもいいかも知れません。それぞれの面で登校に関して不利な条件がいくつかあって、それが絡み合って、子どもが精神的にくたびれてしまうんですね。くたびれてしまうんですが、もう一つ大事なことは、不登校の子どもというのは、学校には行かなければいけないという義務感が非常に強いのですね。しかし不利な条件が重なって疲れてしまって学校に行くのがしんどい、その板挟みになってますます疲れてしまう。疲れてしまって、ある時なにかちょっとしたきっかけが加わると、又はその疲れが限界に達してしまうと、ある日登校できなくなってしまう。それを私は、“不登校”と考えているわけです。

社会の側の不利な条件には、高校進学テーマが非常に重くなったということがあります。家庭の側の不利な条件として挙げると、ケースバイケースでしょうが、やはり子どもを少しでも良い学校に行かせたいという、学校に対する、あるいは学歴に対する信仰が強かったり、世間体をすごく意識する家庭であれば、学校に行っていないということに対する負い目ですね。これらを余りにも意識してしまって、例えば親戚にも打ち明けられない、近所にも言えない、あるいは職場でいろいろ相談に乗ってくれる人にも、自分の子どもの

不登校に関しては言えないとか、そういう家庭であれば“原因”ではないにしろ、“登校に関しては不利な条件”になります。どうしても学校へ学校へと押し出そうというプレッシャーを子どもにかけてしまうわけですから、それも不利な条件になるでしょう。

子どもの側の条件としては、比較的多いのが性格の特徴です。私のところで見ている不登校の子どもで比較的多いのは、完全主義の子どもです。完璧主義、100% かそうでなければゼロ、そのどちらかでしか決められないような性格というのは、登校に関してはやはり不利になります。例えば、朝登校するのに、ちょっと気が重いと言ってためらっているうちに、登校時刻を過ぎてしまう。今から行ったらもう絶対に間に合わない、授業が始まってしまっている、授業中に教室に入っていくと皆が一斉に振り返ったりして嫌だ、それならもう今日は休む。遅刻になるくらいだったら休む。つまり遅刻しないで行くか欠席か、どちらかしか選択肢がないような考え方というのは、やはり登校に関しては不利な条件になります。少々遅刻したって別にかまわないというタイプの子どものでしたら、その日は休まないでしょうが、そうでないと休んでしまう—こういう意味で不利になります。また、内気で友だちづき合いが苦手というタイプも不利になりますね。

かつて、京都新聞社が市内の中学生の調査をした時に、興味深い結果が出ました。学校になぜ行くのかの間に、一番多かった答えは「休憩時間に友だちとおしゃべりするのが楽しいから」というもので、圧倒的でした。登校意欲の元になっているわけです。そうすると、友だちづき合いが苦手な、休憩時間におしゃべりする友だちがいない子どもにとっては、授業時間はもちろん面白くないけれど、休憩時間だって持て余してしまうんですね。

あるいは、感受性の鋭い子どもは、同級生のいう言葉や教師のいう言葉にすごく傷つき

やすかったりします。そうすると、ちょっとしたことで登校することが非常に気重になってしまう。そういう性格も不利になるでしょう。

しかし、子どもの性格について、特にこれを“原因”と考えるのは、私は危険だと思います。登校に関して“不利な条件”と言うように捕らえる方が良くと思うんですね。つまり、子どもの性格を原因と考えてしまうと、その性格を鍛え直すということに目が向いてしまう。「性格を変えなさい」とか「性格を鍛えよう」と言うことになると、私はあまり生産的ではないと思います。そういう、今いったような性格は、確かに登校ということに関しては不利になるんですが、学校以外のところでは必ずしも不利にはならないし、特に感受性の鋭いという特徴は、例えば芸術方面に進みたい人にとっては、必須条件かも知れません。あるいは、完全主義にしてもそうです。場所を得れば、それが評価されますから、決して、そういう性格を不登校の原因だと決めつけて、変えようとするべきではないと思うんです。そういう性格は、どういう人生を選べばプラスに転化できるのかということ考えた方が良いでしょうと思います。

学校側の不利な条件としては、我が国の義務教育というのが文部省の独占企業のようになっていますから、文部省公認の学校でなければ義務教育修了とは認められない訳で、非常に選択肢が狭い—義務教育に関しては選択肢は公的には一つしかないという片寄った状況です。これも不利になります。選択肢が少ない、選ぶ余地のないところへ全員が行かなければならない。でも全員には当てはまらない—誰か必ず合わない子どもが出てくる、そういう子どもには、他に選ぶ道がないと、不登校に陥り易くなってしまうだろうと思います。一応、文部省は、一定の条件を揃えた、例えばフリースクールのようなところに通っていても、出席扱いにするという方針に変わ

りましたが、フリースクールそのものを、いわゆる文部省認可の学校以外の義務教育手段として正式に認めている訳ではありません。これは、先進国の中では非常に少ないケースだろうと思います。アメリカでもドイツでもフリースクールに関しては、義務教育を認めておりますし、確かめた訳ではありませんが、読んだところではフランスでは家庭教師について義務教育を修了することが可能だそうです。最近では、特にアメリカで home-education がとてもはやっているそうです。これは、いわゆる家庭教師とは違って、家庭でとにかく教育を受ける。その背景にはコンピュータとかインターネットの普及が大きく寄与しているのだと思いますが。もちろん我が国では認められていません。

しかも、小学校・中学校は住んでいる所で自動的に学校が決まってしまう。選ぶ余地がないということがあります。選ぶとすれば私立の学校か国立の学校しかなく、他に選ぶようがない。公立の小中学校で選ぶということは、先日東京のある区で、いくつかの学校を選択できるという方向が打ち出されましたが、それはまだ本当に例外的です。

これは、私の知り合いの精神科医がイギリスに留学した時のことです。家族を連れていったんです。小学生の子どもを、向こうの、日本人学校ではなく、一般の公立学校に入れようとして教育委員会に行ったそうです。日本でしたら、お住まいはどちらですかということで、住所でこの小学校・中学校ということになるんでしょうが、その人は、先ず10数校のリストを渡されて、その中から好きな学校を選びなさいと言われたそうです。そのリストをもって、片っ端から学校訪問をして校長と会って話を聞いて、学校を決めるということだったそうです。そういうふうを選択できる巾が広げれば、たとえ一つの学校が自分に合わなくても、他に選ぶ余地があるわけですから、その選択肢の多さ少なさが、登校に

関しては有利・不利になってくるでしょう。

今挙げたような条件は比較的多く、私が診察していて遭遇するような条件ですけれど、それ以外にも沢山あります。ケースバイケースで、その組み合わせは色々です。

学校について言えば、いじめというような不利な条件もあります。無くして欲しい条件ですね。そういった不利な条件が絡み合って疲れてしまう、疲れるけれど学校に行かなければという義務感が強い、そこで葛藤状態になる訳ですね。この、休んではいけないという義務感自体も、社会的な不利な条件の一つと言っていいかもしれません。我が国では、学校というところは余程のことがない限り休んではいけない。休んでいい場合は2つだけです。ひとつは病気ですね。日常的には、熱があるかないかが判断基準として使われます。そういう病気がはっきりしている場合がひとつ、もうひとつは冠婚葬祭ですね。葬式などは、まあ休んでも仕方がないというふうに皆が了解してくれる。それ以外で休むというのは、先ず認められない。

疲れたから休む、しんどいから休む、今日は行く気がしないから休む、そんなことは認めてもらえない。それが、これから我々の考え方を変えなければいけない点だろうと思います。学校というのは、教育を受ける、学習をするための手段のひとつですから、それを目的と取り違えないようにしなければなりません。学校に行くことを目的に考えては、それは本末転倒になるだろうと思います。ひとつの手段ですから、その手段が自分にとって適当でないと思えば、別の手段を探せばいいわけです。別の手段をいくつか用意できることが、不登校を減らすためのひとつの解決策だろうと思います。

世の中も多少変わってきてまして、例えば、病気と冠婚葬祭以外でも学校を休むことが、次第に認められつつあるのではないかと感じたりしています。海外旅行など家族で行く場

合は、それ程抵抗がなくなってきているのではないかと思います、これが国内旅行だとそうでもないですね。夏休みになる前、まだ学校が休みになっていないうちに東京ディズニーランドへ行きましょうというようなことは、まだ堂々とは言えないのではないですか。でも、家族旅行の方が大事ではないかと考えるんだったら、そうして下さいと言うようにならなければいけないと思うんです。学校は休日を除けばいつだって行ける所ですが、家族旅行はそう滅多に行けるものではないですよ（笑）。

## 2. 不登校への対応

次に、不登校への対応ということですが、私の考えでは、登校に関する不利な条件がいくつか絡み合って疲れてしまう、しかし学校には行かなければならないと言う義務感が強いために、葛藤状態になっている、疲れてダウンしてしまう、それが不登校だと思っています。要するに、不登校は基本的に“疲れ”だと思っていますから、対応は疲れが早く取れるようにすること、この一点に尽きるんですね。

不登校を、ある人は“心の病気”だと言います。亡くなられた方を取り上げるのはどうかと思いますが、文部省の協力研究者であった稲村 博さんは、そういう考えでした。不登校は病気だと考えて、とにかく直ぐに精神科の治療を受けさせろ、できれば入院させろということを一時期は言っておられた。不登校を病気と考える立場とは正反対に、同じく精神科医の、元国立国府台病院の精神科医長・渡辺 位 という方は、「不登校というのは異常な社会に対する正常な反応だ」というような言い方をされていました。世の中の方が間違っていて、不登校の子どもは正常で、学校に行く方が場合によってはおかしいというふうなことを匂わすような説です。私はどちらも賛成できないですね。不登校を病気と見

るかあるいは全く病気ではなく正常な状態と見るか、そのどちらかで考える—これは原因として何かをもってくる考え方と似たようなところがあるんですが、物事を2つに分けてどちらかだという考え方は、不登校のような社会現象には簡単には当てはまらないんです。私は病気でも元気でもない状態だと考えます。

要するに疲れている状態なんですね。疲れている状態というのは元気ではない状態、かといって病気でもない。でも疲れを溜め込んで限度を超せば病気になってしまう。不登校を周りの対応が悪くてこじらせてしまうと、本当に病気になってしまう場合もあります。ですから、不登校の比較的初期の状態は、その対応として疲れを取る、疲労回復です。疲労回復のためには、休養と栄養が必要です。体の場合、心の場合も同じです。休養というのは、学校をゆっくり休んで精神的な休養を取るということですね。しかし、不登校の子どもに最初から、学校をゆっくり休んで疲れを取りなさいと言うような対応は、非常に勇気のいる事なんですね。特に学校の先生は、いきなり休みなさいなどということによっては、親はまだその時点ではなんとか子どもを学校に行かせたいと思っていますから、担任はうちの子を見捨ててしまったと言うふうに取りってしまったります。学校としては、いきなり休めと言うようなことはなかなか言いにくいでしょう。しかし、不登校を疲れていると認識するかどうかで、その対応は大きく変わりますから、そこが私は非常に重要だと思っています。

文部省も、不登校を疲れだというようにはまだ認識していません。何とか不登校の状態を早く改善して学校に戻そうということが基本方針なんですね。ですから、いろいろな対策を打ってきていますが、不登校の数がどんどん増えているということは、そういった対策が無効だということを証明していると考えざるを得ない訳です。ということは、基

本的な考え方が間違っている—不登校は疲れだときちんと押さえる事が出来ていないという、出発点からの間違いだろうと思います。

実際に休養を取って何とか登校をまた続けている子どもの方が、実は不登校の子どもよりはるかに多いんですね。ある人の調査によりますと、10数倍そういう子どもがいるそうです。そういう子はどうやって休養を取っているかという、要するに仮病なんです。学校に電話してもらって、今日は風邪でとか熱があるとかで、休ませますと言ってもらって休んでいるのでしょう。あるいは遅刻したり早退したりという形で、疲れを溜めないようにやっているわけですね。それなら、疲れを早く取るために休養ができるような、システムをちゃんと作った方がいいというのが私の考えです。つまり学校の先生にもあるような年次休暇の制度を子どもにも与えるべきだというふうに考えています。これは子どもの権利条約にもはっきり“休息の権利”として明記されています。しかし、我が国の法律にはそれは一切反映されておりませんし、子どもの権利条約に沿うように国内法を変えなければいけないということになってはいますが、このことに関しては誰も問題にしていなくてね。不思議なことです。いずれ、土曜日が全部休みになるようですが、私の考えでは、これ以上土曜日の休みは増やさないで、その分1年間に20日くらい年次休暇にした方が、少なくとも不登校に関しては余程実効性があると思うんですね。恐らく昭和50年頃の數位には減らせると、ひそかに考えております。本当に休みが取りたい日というのは、人によって違う訳です。疲れていない日でも、学校が休みだったら休まなければならない。疲れて休みが欲しくても、ウィークデイなら行かなければいけない。非常に不合理だと思うんです。中には水曜日くらいに時々休みをとった方が、疲れが溜まらないで行けるという子どももいるかも知れないですね。一人一人事

情は違うし疲れ方も違うでしょうから、それに対応できるような柔軟なシステムを学校が用意しておくべきだと思うんです。

疲れること自体は決して悪いことではないわけです。例えば、スポーツをした後の快い疲労感というのは非常に良いことですが、大事なのは疲労を回復できるような方法が用意されているかどうかということです。そこで一つの方法が年次休暇制度です。学校教育法第12条に、保健に関して必要な措置をとれという条文がありますが、その後年次休暇を認めるというような条文をぜひ作って欲しいものだと思います。そうしないと仮病で休むしかない。しかし仮病というのは、嘘をついていることになりすから、今の不登校の子どもにとっては使いづらいわけです。嘘をつくのは悪いという気持ちがあって、結局、不登校になってしまう。もし仮病で休むと、放課後には警戒態勢に入らないといけない、同級生がプリントを持って見舞いに来るなんていうこともあるかもしれない。ですから、元気な顔しているわけにはいかない(笑い)、夕方近くなるとパジャマを着て何時でも布団の中に入れるように心の準備をして置かないといけない。おちおちしてられないですから、疲れが取れないですね。ですから、必要な時に堂々と休める制度が必要だと思います。

もう1つは栄養です。心の疲労に関して栄養と言え、情報だろうと思います。不登校になった場合に、あるいはもし不登校のような状態になった時に、どうしたら良いのか、あるいはどういう選択肢があるのかということです。早い時期に的確に子どもに伝えるということが大事だと思います。又は、それを親に伝えることで、親が余計なプレッシャーを子どもにかけて、益々疲れを溜めさせるということがないようにです。情報というのは、その土地その土地で色々違うでしょうけれど、例えば京都で言えば、中学生の不登校に関しては、このままでも卒業できる。卒業後の進

路に関しては内申点の問題があって、公立の全日制高校を受験して合格するのはなかなか難しいから、定時制とかあるいは、今のところ入学試験のない通信制の高校といった選択肢があるというように。あるいは高校はまだ直ぐには行きたくない、しかしいずれは大学に行きたいという子どもに関しては、大検という制度があって、通信制の高校だと退学しないで在籍したまま大検は受けられるなど。(全日制の場合は退学しないと大検は受けられない)

学校というところは今しんどいから、色々な経験ができる別の場が欲しいという人に対しては、フリースクール、あるいは公的な機関でもいくつかそういう活動をしている所がありますから、その情報を与えるとか、また親に対しては親の自助グループ—不登校の親の集まり—京都だと毎月第2日曜日にやっているといった情報を提供することが、心の栄養になるでしょう。

要するに、先の見通しがある程度立てば、不安は軽くなるということです。不登校になっている子どもにとって、学校に行っていない自分の将来というのは、普通は楽観的には考えられないものです。悲観的にしか考えないで、そのことを話題にされることすら耐えられないのです。内心、自分の将来に関してどう考えていいのかわからない状態と言っても良いと思います。ですからそこに、明かりが見えるような情報を与える必要があると思います。

これまで不登校の子どもの追跡調査というものもいくつも行われてきました。しかし、その調査を行ったのはほとんどが医療機関とか相談機関ですから、ある意味では不登校がこじれてしまった子どもが多いんですね。特に病院の精神科で行っている追跡調査というのは圧倒的にこじれたケースが多いんですね。不登校の子ども全部で今十数万人もいて、その全体の調査ではないわけですが、こじれた子

どもの方が多分多いだろうと思われるような場合の調査報告を集計しますと、追跡期間が長くなるほど結果はいいんです。大体、大雑把に言ってですが、10年以上経った時点での調査では、10人のうち9人までは社会参加が出来ている。これは今言ったような、特殊な、ある意味では不登校の中でも特殊なケース、つまりこじれた不登校が多いと言う人たちの調査ですから、実際にはもっと早く対応して、こじれないで早く休養を取らせていけば、もっと良い結果が出るはずだと思っています。

それでも、恐らく片寄っていると思われるケースの追跡調査でも、長い期間経てば何と

か世の中に出て行けるようになっている。どんどん悪くなって行くというふうを考える必要はない。そういうことも含めて相談に当たることが必要だろうと思います。

時間になりましたので、一応私の話はこれで終わりますが、何と言っても、不登校になってからバタバタ対応するよりも、不登校にならないで済むような対応—予防—を考える方が大事ですね。そのためには先ほど言いました年次休暇制度を含めた、要するに疲れが溜まらないうちに休養が取れるような、そういう学校あるいは社会にする必要があるだろうと思います。

ご静聴ありがとうございました。

(育 療)		— 既刊 7号～12号 — 主な内容 (1号～6号は表紙の裏)
<p>《第7号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特別寄稿 成人した難病児の小・中学校時代の体験に関する研究 ……小林 信秋 中井 滋・武志 豊</li> <li>・特集 21世紀をめざした病弱教育の課題と展望               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 病弱教育の変遷と21世紀向けの課題… 加藤 安雄</li> <li>② 病弱教育対象児の実態の推移と展望… 武田 鉄郎</li> <li>③ 医療から見た病弱教育の課題… 中尾 安次</li> <li>④ 病弱養護学校の教育の展望… 佐藤秀信・山腰美佐子</li> <li>⑤ 病院内学級の教育—その意義と課題 …… 柳 穂・肥田好子・中 太・藤 早・中川 好・田 紅</li> </ul> </li> <li>・『在宅筋力トレーニング児の生活の現状と課題』… 深川 常雄</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的医療処置を必要としている小児の看護… 内田 雅代</li> <li>・看護婦と養護教諭との連携 …… 油谷 和子</li> <li>・学校教育現場から看護に望 …… 斉藤 淑子</li> </ul> <p>《第10号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療と教育の動向から …… 加藤 安雄</li> <li>・〈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</li> <li>・特集 一家族—               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 「子供の死—親の思い」… 井上・関口・熊倉</li> <li>② 「親の立場から望むこと」… 大塚・根本・水谷</li> <li>③ 「家族の絆」… 飯島・柳楽・榎原・藤波・藤松・佐野</li> <li>④ 福祉とボランティア (米国のボランティアと各国のセルフヘルプクリアリングハウスなど)</li> </ul> </li> <li>・慢性疾患児の自己効力感に関する研究から …… 武田 鉄郎</li> </ul>	
<p>《第8号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特集 心身の健康に問題をもつ子供への福祉援助               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 福祉制度と福祉サービス… 中塚 博勝</li> <li>② 心身の健康に問題をもつ子供への福祉活動 …… 山川 保</li> <li>③ からだの弱い子どもの施設療育 …… 中塚 博勝</li> <li>④ 重症心身障害児施設における療育 …… 平山 義人</li> <li>⑤ 福祉的活動の実際                   <ul style="list-style-type: none"> <li>・心理療法士の立場 …… 佐藤 栄一</li> <li>・臨床心理士の立場… 松密くみ子・赤澤 晃</li> <li>・MSWの立場… 法 由美子・山本文子</li> </ul> </li> <li>⑥ 福祉から見た教育への期待 …… 石川啓治郎</li> </ul> </li> </ul>	<p>《第11号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新『福子の伝承』を求めて …… 波平 恵美子</li> <li>・小児気管支喘息の治療の現状と問題点 …… 西間 三馨</li> <li>・特集 闘病の跡と指導の実践報告               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 闘病の跡… 加藤 裕子・玉田美希子</li> <li>② 指導の実践報告 …… 山口恵里子・室岡徳・池田俊子</li> <li>③ 子供の病気を通して考えたこと …… 山下 暁子</li> <li>④ 在宅ターミナルケアを通して …… 二宮 道子</li> </ul> </li> </ul>	
<p>《第9号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特集「病弱児の看護」               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 『総論』病弱児の看護を考える …… 吉武 香代子</li> <li>・一般病院の小児病棟に学ぶ小児の看護… 久世 信子</li> <li>・隣接する養護学校へ通う長期入院児の看護… 長谷川久子</li> <li>・障害児施設に隣接した養護学校小児の看護… 田原 紀代子</li> <li>・定期的に外来を訪れる慢性疾患小児の看護 …… 成嶋 澄子</li> <li>・悪性腫瘍とは生きると子ども看護 …… 駒松 仁子</li> </ul> </li> </ul>	<p>《第12号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病気療養児の「生きる力」を育む教育につて</li> <li>・特集 小児ガン・アレルギー性疾患               <ul style="list-style-type: none"> <li>① 小児がんの子どもたちのQOL …… 細谷 亮太</li> <li>② 小児眼がんの子どもとの相談… 西田 知佳子</li> <li>③ アトピー性皮膚炎の治療の現状と課題… 山本 昇壮</li> <li>④ 『個性化』した患者指導の必要性… 栗原 和幸</li> <li>⑤ 小・中学校における喘息児の対応の現状… 北 栄子</li> <li>・事例…自己表現の手段としてのパソコン… 浅利 倫雅</li> </ul> </li> </ul>	

## 思春期の心の健康と不登校

京都市こころの健康増進センター

所長 山下 俊 幸

### 1 はじめに

私は今、こころの健康増進センターで仕事をさせて頂いていますが、本日、私に与えられた役割と言いますのは、不登校が中心であります。それをめぐる心の健康の問題、子どもの心の健康、それから広く心の健康に関する問題について、私の立場からお話することです。具体的なこと等につきましては、恐らく後の講師の先生方が色々お話しされるだろうと思いますので、私はまず全体的なこと—今センターで仕事をしている中で感じていること—その中からケースとしましては「引きこもり」について、抄録にも書かせて頂きましたが、そういった事柄にも触れながらお話しさせていただこうと思います。

私のおりませンターというのは、従来より都道府県単位であります精神保健福祉センターと同じ機能なのですが、3年ほど前からいわゆる都市部の方でも、市民により身近な立場から心の健康に取り組むということで活動を始めまして、ようやく3年目を迎える状態にあります。大人の心の健康から子どもの心の健康まで、さまざまな電話相談であるとか、実際に来所して頂いての相談であるとか、社会参加のためのリハビリとかに取り組んでいるという状況にあります。

この中で、センターでは特に大人の方、青年の方も多いのですが、アルコールに関する問題であるとか、思春期の精神保健に重点をおいて取り組んでいる場所とご理解頂ければいいと思っています。

近年、心の健康ということに関しましては、従来と比べますといろいろなことで注目されるようになってきたと思います。一番大きなきっかけは、非常に残念なことではありますが、阪神淡路大震災であるとか、いわゆるさ

まざまな事件が起きることによって、大きなストレスから大人も影響を受けますが、子どももいろいろ影響を受ける。大きなストレスによって様々な精神疾患になる。これまでどちらかという、心の健康というのは一部の人の問題であるとか、狭い意味では精神病といった—そういう人の問題であると考えられがちであったが、そういったことを切っ掛けとして、心の健康の問題はすべての私たちにとっても、広く大切なことであることがようやく注目されるようになりました。そういう意味では、皆さんに注目して頂けるようになったことは、非常に嬉しいといえますかとても良いことではないか感じています。

### 2 心の健康に関するアンケートから

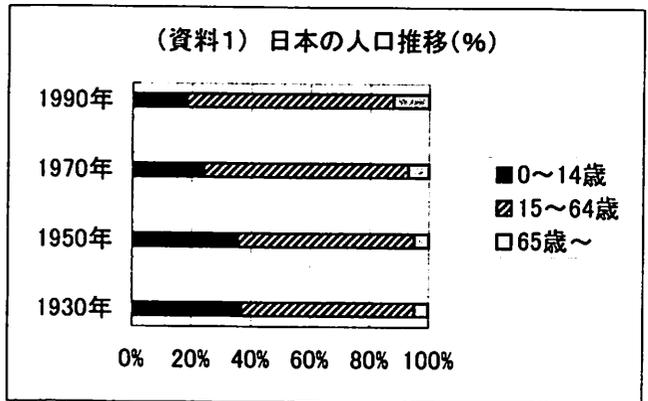
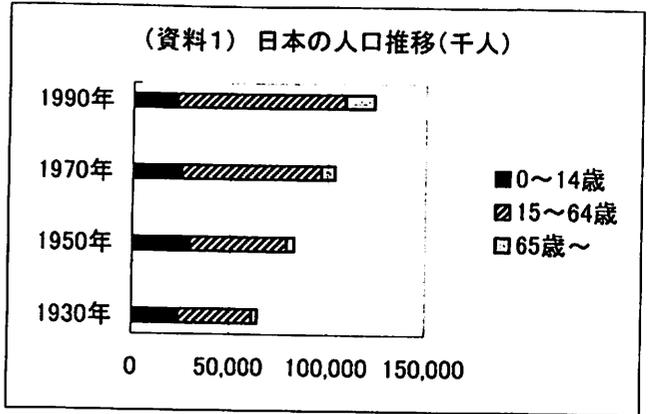
現在はストレス社会とも言われていまして、そういったことから非常に関心が高くなってきたということで、昨年度、京都市で市民を対象にアンケートをしたことがあります。そのアンケートの結果の一部を紹介します。

「心の健康に関して関心があるか？」という質問に対して、95.3%の人が“関心がある”すなわち“非常に関心がある”或いは“少し関心がある”と答えられている。そう言った事からも、心の健康の問題は非常に重要であるということを、市民の方々も感じておられるということが分かります。その中で、どういったテーマかと言いますと、痴呆であるとか家庭内暴力とか、薬物依存とかいう項目がありまして、その中で一番関心があるのはということで複数回答で答えてもらっています。一番がはじめと不登校で75.4%でした。心の健康、心の病気に関して、不登校の問題が非常に重要なテーマとなっていることがこの結果に出ています。

それからもう一つは、回答された方自身が日常生活の中で不安とかストレスを感じているかという設問があるのですが、それについても“いつも感じている”“たまに感じている”を合わせると83.3%の人がストレスを感じていると回答されています。“いつも”という人が25.5%、“たまに”という人が57.8%で合計83.3%になっています。ストレスを感じると答えられた中で、「どういった事柄にストレスを感じているか」とお聞きしているのですが、上位3つを挙げると、①仕事のことや職場でのこと、その中での人間関係、②家庭内での人間関係、③子どもの教育に関すること、が挙がっており、ここにも教育に関するところが、大きな不安やストレスを感じる要因となっていることが結果として出ました。

そのようなことから考えましても、私たちにとって心の健康の問題というのは非常に大切なこととお分かりになると思います。その中で今日は、不登校として特に思春期をはじめとして、子どもの心の健康ということが重要になるのではないかと考えております。それをどう考えるかということは、なかなか難しいところで、実際、直接相談に来られるご家族の方、ご本人の話ということもあるのですが、その前に現在の社会の変化というものがいろいろ子どもに影響を与えている—それはどういうことかとかということについて、先ずお話ししてみたいと思います。即ち、少子化の問題であるとか地域社会の変化であるとか、また私が今日、一番お話ししたい事のなかに子ども同士のつながり、仲間集団、遊び仲間—そういったことの変化をいくつかの資料から調べて参りましたので、最初に触れたいと思います。

### 3 現代の仲間集団

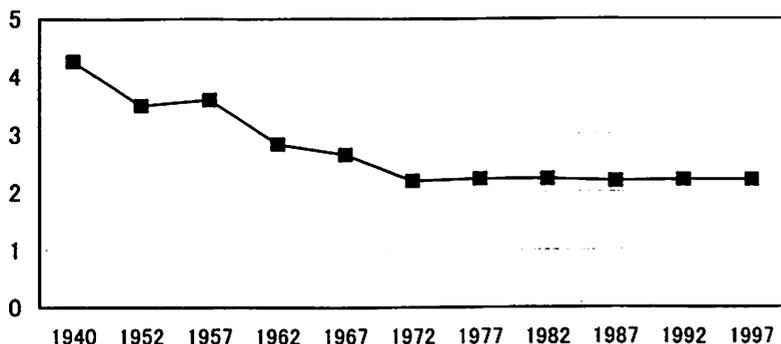


この(資料1)はご存じのように、子どもの数が減って来ていることを示しています。左側が14歳までの子どもたちで、その割合を見ますと、全体は増えていますが、子どもの数としてはもちろん減っています。例えば、1950年から比べますと、当時中学生以下が35.4%に対して、今は18.2%で非常に下がっています。子どもの数の割合が、全体の中でも半減しているということが実際です。

減ってきていることは確かなのですが、どのような状況にあるかということ調べてみました(資料2参照)。このグラフは家族の中で子どもが生まれる、お母さんの平均の出生児数ということで、家族の方だけを人口全体で平均したわけで、結婚されている家族の方の数字なのですが、これを見ますと、戦後のいわゆるベビーブームに比べて減ってきていることは確かなのです。

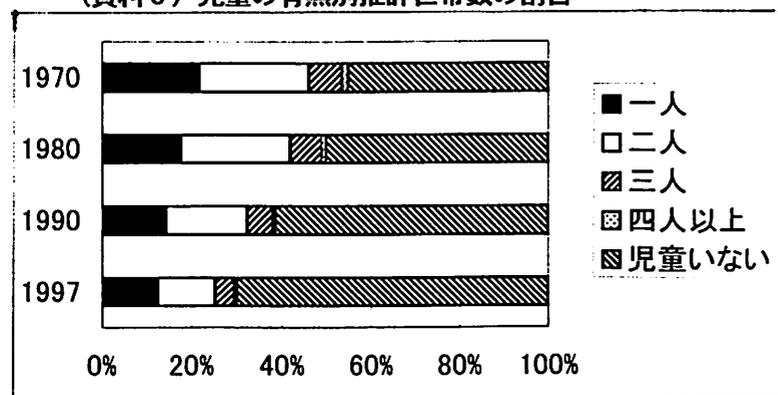
しかし、ここ4分の1世紀ほどは大体2人

(資料2) 平均出生児数 (人)



資料: 国立社会保障・人口問題研究所

(資料3) 児童の有無別推計世帯数の割合



より少し多い位で、数はそんなに変化はない。即ち、家庭内における子どもの数という状況で言えば、子どもがいる家庭では子どもの数が極端に減っているわけではないということが分かります。

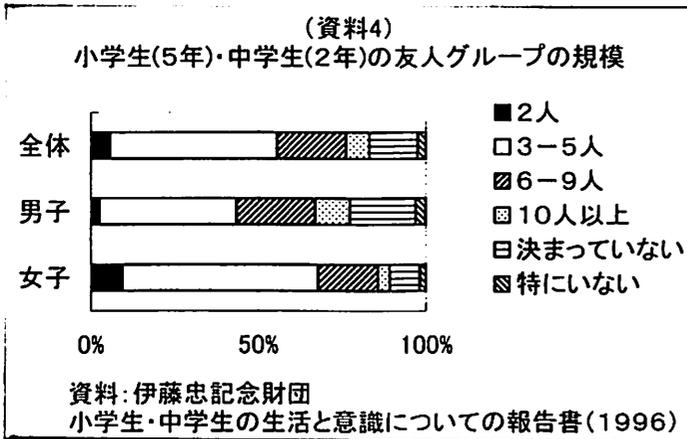
ではどういう事で減っているかということになりますが、結婚される方の割合や結婚される年齢が上がっているということで、結果的に子供のいない家庭が増えているということが、少子化に深く影響していると思います。

(資料3)は18歳未満の子どものいる家庭数・世帯数と、子どものいない世帯数をみたものですが、ここに大きな変化が出ていると思います。グラフの右側が児童がいない家庭ということで、1970年は半分くらいだったのですが、家庭にいる子どもの数はそんなに変わっていないのですが、地域社会という中で

考えます。急激に児童のいる家庭は減って、現在は30%すなわち10軒のうち3軒位で、7軒は成人したり単身又は老夫婦の生活で、7割以上は児童のいない家庭です。地域社会ということを考えて場合は、地域の中での子どものいる世帯数が減ってきているということが、お分かり頂けるかと思えます。

(資料4)はいろいろなどころから取りましたので、出典をその都度書いてあるもの、書いてないものがありますが、主に子どもの資料年鑑をもとにして引用しています。そういう中で子どもたちのつながり、仲間集団、遊び仲間はどうなっているのか。なかなかそういったことを調べたデータが

ない。実際、子どもたちの集団がどのようになっているのかを学校以外で調べることはそう簡単ではない。これは小学生と中学生の意識の調査で、アンケートのような形でしたが、このグラフを見ますと小学校5年生と中学校2年生の友人、グループの規模なのですが、左から2人、3~5人、6~10人、決まっていない。これを見て分かりますように、4人以下の場合が半数を超えていて、10人以上が数%、これは以前に同じような調査がないので比較は難しいのですが、1970年代頃はこの比率が逆転していて、右側の部分が6割位を占めていたという報告があります。そういったことを考えると、ここ十数年の間に、子どもたちのグループの形が小さくなってきたことが分かります。何故そんなことをお話するかといいますと、子どもたちが人間



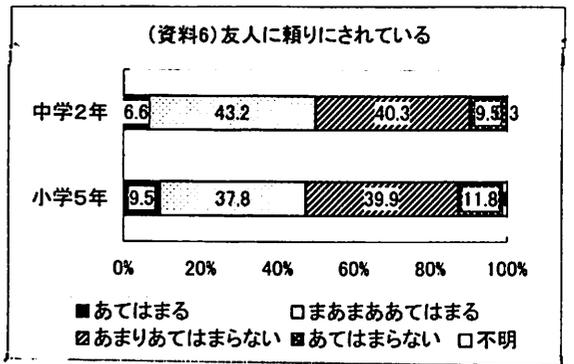
中学2年生にもなるとこうなるのかと資料を集めていて感じたのですが、特に女子の場合は非常にそれが高い。3位は公園や空き地とか、近所の商店街となっています。いずれにしても、友人の家などが小学生で非常に高く出てくるということは、公園や空き地、そういう場所が使いにくくなっているということが分かります。子どもたちの集団が小さくなるということ

関係を切磋琢磨したり、また、友達との協調性を、時には競争心などを身につけていく場合に、ある一定の集団の中での経験は大切だと思います。そういった機会が少なくなっていますし、そういう数も減ってきているということをお話したかったのです。

(資料5)は遊び場ということで、同じ調査の延長なのですが、この表を見ますと(複数回答ですが)小学校5年生の場合、一番多いのは友人か自分の家、公園や空き地というのが半数程度で、最近公園や空き地も少なくなっており、学校の校庭での場合も少ない。実際はほとんど家で遊ぶことが多い。当然ながら子どもたちの集団の大きさが小さくなるというのは十分想定できるのではないかと思います。

の方は中学2年生の場合ですが、これも殆ど1位については同じような傾向にあるのですが、2位については繁華街が出ました。

とで、友達同士の競争であったり、いたわりであったり、思いやりであったり、そういう経験をする機会が少ないことが分かります。



#### 4 子どもたちの自己評価

(資料6)はちょっと違った面を調べたものですが、子どもたちが自分自身をどういうふうに見ているかということに関する調査、自己評価であります。私たちが実際センターなどで相談を受けますが、すごく感じますのは、自分に対して非常に自信がないということ

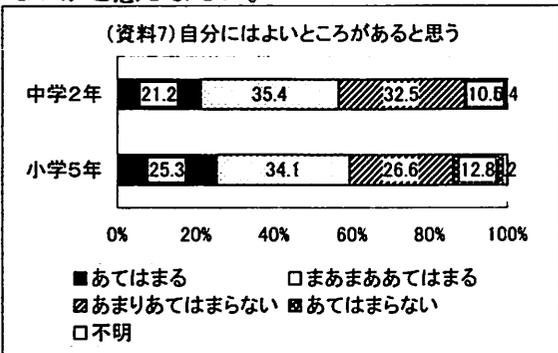
です。そんなに自分を小さく見る必要はないのだけれど、何か自分がそのままが良いということにならなくて、絶えず周囲或いは友達とか先生とかに気を使って気疲れしてしまっている。もっと自分の大切さとか良さとかを認めてほしいと感じることが非常に多いので

(資料5)小学生(5年)・中学生(2年)の遊び場(H7)

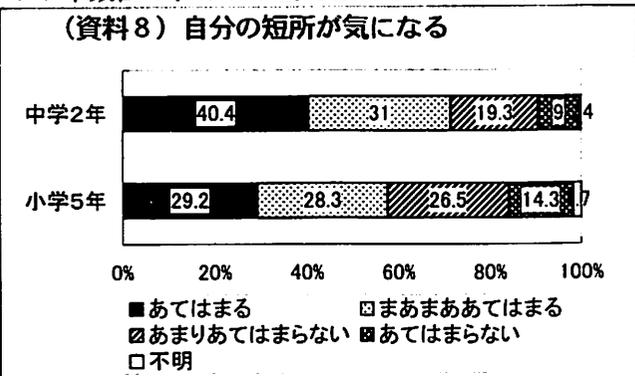
小学5年生			
	男子		女子
1位	友人か自分の家	77.6	友人か自分の家 85
2位	公園や空き地	52	公園や空き地 49.2
3位	校庭	32.1	校庭 21.5
中学2年生			
	男子		女子
1位	友人か自分の家	72.2	友人か自分の家 63.7
2位	繁華街	29.6	繁華街 61.8
3位	公園や空き地	24.4	近所の商店街 39.6

すが、実際に相談に来られる方、あるいはお話を伺ったりしているとそういった傾向を強く感じます。本人がありのままの自分を認めてほしいと思う訳なのですが、そういったこともあって調査の結果をここで引用しました。

これを見ると、友達に頼りにされているものに当てはまるとか、まあ当てはまるのは半分位ですか、半分は当てはまらない。小学生でさえも、友人関係においても不安感といますか、不全感と言うものが強いのではないかと感じました。



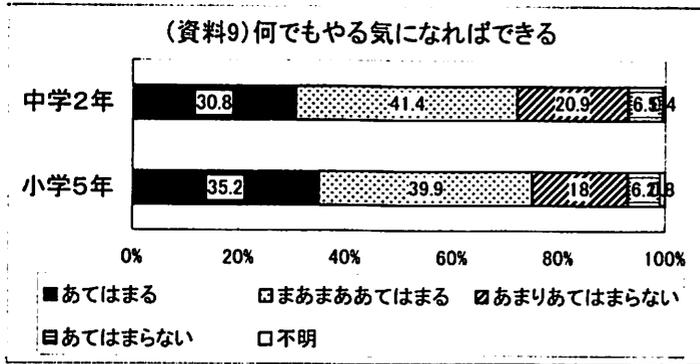
この(資料7)は、今お話しした自分自身、自尊心と言いますか自分を認めるというか、そういったことに関したのですが、中学生の場合、当てはまる、まあまあ当てはまるということで、自分には良いところがあると思うということで56.6%、ようやく過半数位、小学生の場合も59%、約6割ということです。もちろん誰でも良いところもあればそうでないところもあると思うのですが、どこか良いところがあると思えている、という子どもたちが半数位で、あとは当てはまらないとか、



あまり当てはまらないという結果です。“自分には良いところがあるんだ、そこを認めて伸ばしていくんだ”といったことが、相談を受けていてもなかなか難しいと感じるのですが、そういった子どもがかなりあるというのがここに表れていると思いました。

(資料8)は一連の質問で、逆に自分の短所ですね。誰でもそういったところがあって当然なのですが、それをすごく気にしている—当てはまる、まあ当てはまる、中学生位になるとそういうことを少し気にして友達関係などで変えていく、そういったことは大事なのですが気にしている割合が高いです。5年生の場合も約6割、中学生は7割、自分の良いところも確かにあるけれど、悪いところもあるかも知れない—そういったことをすごく気にして、なかなか友達または対人関係の場面で自分が出せない。そういったことを気にしている割合が強いと、たまたまちょっとしたことを言われたりすると、それがひどくこたえると言いますか、傷ついてしまうことに繋がるのではないか。実際相談を受けていて、とても傷つき易い面を感じます。この調査は特定の人ではなく、例えば不登校の人を選んだというわけではなく、一般的な子どもたちの調査です。

私はこれがある意味で(資料9参照)、この前の結果とアンバランスだと感じたのですが、“何でもやる気になれば出来る”に当てはまる、まあ当てはまるが7割です。これをどう感じるかというのは、ここにおられる方も色々だと思います。勿論どんなことでも子どもたちは可能性を秘めているのは確かだとは思いますが、しかし一方では、学年がだんだん進んでいく—社会人に近づいて行くということはある意味では「ある面は諦める、自分はとても出来ない」ということと、「別に出来ないからと言って、他に出来ることがあればいい」のですが、出来ないこともあるというのは当たり前です。



ことにつながってしまうのではないかと思います。

### 5 国際比較 (11歳小学生)

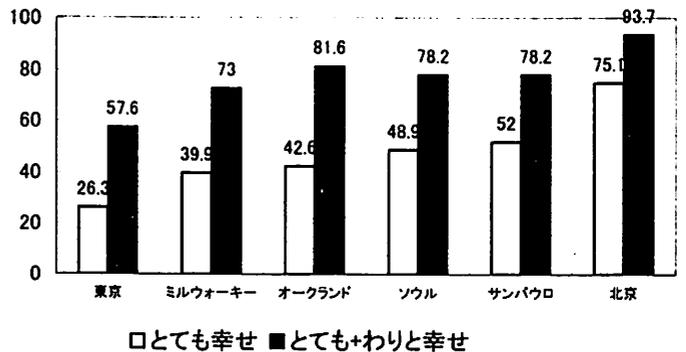
これ(資料10)は、参考までにと  
思っているのですが、小学生  
の幸せ感というか、本人はどう  
考えているか、いろいろ文化の  
違いがあるので、この数字です

そういう意味では、小学校5年6年から少し減っているかなと思いますが、何でも出来ると思っていると確かに良い面もありますが、実際は出来ないことにつかえることがたくさんあると思います。友達のこともあるだろうし勉強のこともあるだろうし、スポーツのことなど色々あると思います。だけど、そういったものを受け入れていく一自分には出来ないこともあっても出来ることもある。そういうことが好きだということが大切になって、それを元に発達というか、そういうものが成し遂げられていくと思います。何でもやろうと思えばすべて出来ると、何時迄も思っていると、出来ないものにぶつかった時にショックが大きいのです。不登校の子どもたちの場合の場合もそうかも知れませんが、特に後程お話ししようと思っています「引きこもり」という青年達の気持ちをいろいろ考えてみますと、「何でも出来ないといけない」という、或る意味では完璧主義と言ってもいいのかも知れませんが、それをすごく感じるのです。だけどそれはとても出来るはずがないので、むしろ諦めて諦めて、でもこれはというのが、まあそうだと思うのですが、一方では(資料8のように)弱点はすごく気にしている一だけどやればきっと出来ると思っている。何かその辺がアンバランスかな、そういったことがちょっと壁にぶち当たるとか、ストレスに対して自分を立て直して行くということがとてもしんどい、大変だという

ぐどうこうというのは難しいとは思いますが持って来ました。左側がとても幸せと感じている子どもの割合、右側がとても幸せ・割に幸せという部分、第2段階の答えです。こういう国際比較をしたのは幾つかあるのですが、こういうアメリカ、アジア、ニュージーランドに比べて、日本はとても低いという結果が出ていて、それをすぐにどうこうとは言えませんが、今の日本の子どもたちは、物の面では以前に比べると格段に恵まれています、気持ちの面とか夢とか希望とかに関しては、そんなに高くないのではないかと感じました。

もう一つ似たような資料ですが、(資料11)“どんな大人になれそうか”という、好かれる人とか、有名な人とか、お金持ちとか、仕事で成功とか一これも先程のソウルとか北京とか東京でやったもので、“良い大人になることが出来るか?”という設問で、北京55%、東京10.5%、どの調査を見ても低く出ている。自分に自信が持てないのか、そういうことに

(資料10)小学生(11歳)の幸せ感の国際比較



資料:ベネッセ教育研究所1997

繋がるのか、私自身すぐに分かりませんが、結果として将来に対して希望というか、そういうことが低く出ているということが、この表に出ているので、参考までに持ってきました。

(資料 11) 小学生 (11 歳) の「どんな大人になれそうか」国際比較 (平成 7、8 年) (%)

区分	東京	ソウル	北京	ミルウォーキー	オークランド	サンパウロ
皆から好かれる人になる	⑥10.5	33.5	①55.2	27.9	27.3	45.9
有名な人になる	⑥11.8	①39.1	26.1	19.2	25.2	20.6
お金持ちになる	⑥12.3	①34.4	29.2	23.9	32.3	18.4
仕事で成功する	⑥20.6	①60.2	51.3	52.7	48.5	44.0
よい親になる	⑥21.1	65.6	70.2	63.6	57.3	①82.0
幸せな家庭を作る	⑥38.6	76.3	68.5	63.5	57.0	①85.3
平均	⑥19.2	①51.5	②50.1	④41.9	⑤41.3	③49.4

## 6 子どもの心の健康と仲間集団

ということで、今までの話して感

じられたと思いますが、子どもが成長・発達していく中で、心というのは人と人との間、つながりで発達していくことが大きいと思います。人間関係は仲間集団、遊び集団を通して、責任感とか協力することとか、指導することであるとか、思いやる或いは自己主張することかを積み上げていくことが大切な場面と思います。その中で自分というものを家庭の中とは違った意味で確かめることが出来るし、逆に相手を理解するということにつながる。そういったことが大切にもかかわらず、現実にはそういう機会が少なくなっている、それが子どもの心の健康に何らかの影響を及ぼしているのではないかと感じています。子どもが仲間とか集団を作るのに、仲間が大切なのは一番ですが、その空間も大切、時間も大切なのですが、どの面においても以前に比べると少なくなっているのではないのでしょうか。そういうことを私たちがどのように考えていくかということが、心の健康ということでは非常に大切なことだと思います。

少子化ということは日本だけではなく、先進国は多かれ少なかれそういう傾向があって、だから直ぐそれが仲間とか遊びのつながりが途切れていると言うことに繋がるかということ必ずしもそうではないとも言われています。

(注) 1 調査対象は、東京(1,969人)、ソウル(747人)、北京(751人)、ミルウォーキー(403人)、オークランド(349人) サンパウロ(404人)各地の11歳(小学5年生)の子ども4,623人。  
質問紙による自記式で平成7年10月～平成8年5月調査。

2 数値は項目に対して「きつそうなれる」と考えた人の割合。また、①～⑥は6カ国間の順位。

資料：ベネッセ教育研究所「別冊モノグラフ・小学生ナウ 第5回国際教育シヨンプロジウム報告書」1997

何故かといえば、地域社会の繋がりとというのが、或いは変化というものが大きいのではないかと思います。かつては地域の中で生活と労働が同じ場面で行われていた訳ですが、近年は生活の場と労働の場が完全に切り離されて、地域というのは帰って寝るだけということで、地域のつながりが少なくなった、それは都市部では当たり前ですが農村部でもそういったことが言われるようになりました。

## 7 地域社会と仲間集団

私たちの仕事は、センターの仕事もそうですが、精神障害の方が地域で生活をしていくことを考えた時に、地域でのつながりが非常に大事だということを常々考えていますし、訴えてはいます。しかし、私たちの生活を振り返ってみますと、そうはいうもののなかなか、そうはなっていないと皆さんも恐らく感じられるだろうと思います。これは精神保健福祉相談員という保健所の中では地域のことを知り尽くしていて、活躍されている方に聞いたのですが、「自分の勤め先の地域のことは良く知っている。このような人をどのようにサポートしていくかなどは分かる。でも自分の住んでいる地域のことは、ちっとも分からない。たまたまその地域に、障害のある人

が出会える場があるということをごくこの講演で聞いて初めて知った。」と言うことをお聞きして、地域の中で活動されている方でも、いざ自分の生活の中での地域でのこととなると、そうなのかと改めて感じることもありましたが、それだけ地域社会でのつながりが少ない。当然、大人同士の繋がりが少ないのだから、子どもは子ども同士つながっていくとはいうものの、すごく弱いというか断片的なものになってしまうのではないかと感じます。私自身もそうだったと、ここ何年間かの自分自身を振り返って感じます。こういった仕事をしているということもあったのかも知れませんが、そう感じるようになりまして、ちょっとしたサークルといいますか、幾つかの家族と一緒に、親も子も一緒に遊びに行くなどということをはじめたのですが、それがきっかけになったかどうかは分かりませんが、今年PTAの役員をやってほしいと言われてまして、正直なところすごく迷ったのです。とても出来ないという思いも強かったのですが、でも言っていることとやることが違うのもと思って、悩んだあげく引き受けることにして現在させていただいています。私の地域では文化祭りがあり一家庭・地域・学校ですね、先生方、地域のさまざまな方と一緒にイベントといいますか、遊んだりしました。地元での話ですが、数は分からないのですが2000人くらいは集まって頂けたかと思っています。それは毎年試みられていて、私がたまたま引き継いだということで、そういう繋がりを私たちが意識的に作っていくようにしないと、地域社会のつながりが途切れてしまうし、結局、それが子供たちの様々な仲間集団がだんだん小さくなって孤立化してしまうことになる、と思っています。そういう意味で地域社会にもう一度目を向けることが私たちに与えられた大きな課題ではないかと思っています。

そこで、幼稚園や学校など公的な場での役割も少しお話ししたい。今までの話からお判りのように遊び集団、仲間集団がとても小さ

くなっている。小さくなっている中で、学校や幼稚園が或る意味ではそういったことを保証するというか、作り上げていく場という、結果的にも知れませんが、そういう大きな役割が今はあるのではないかと感じています。従来であれば、そういうことはなくて学校に上がる迄に、そういった時期を過ぎて集団の中でいろいろなことを学ぶ機会も得て、或いは地域の中でそういった場がたくさんあるということで自然にできたことかも知れません。今では学校とか幼稚園などの場が仲間集団や遊び集団の場としても、これからは非常に大切な場となっていくかざるを得ないのではないかと感じています。最近ではゆとり教育ということで、そういったことに対しては以前に比べると、きっとやり易いこともあるのかと想像しています。意識的に、クラスとかグループ活動などで、言われたことだけをするというグループという意味ではなくて、自分の言いたいことは言ったり、言われたりしながら作り上げていく集団が大切になっていくのではないかと感じています。

## 8 不登校というメッセージを受け止める

そこで、不登校の子どもに出会うとき、その子どもたちが不登校ということが発したメッセージをごくどのように受け止めるかということが大事なことだと思います。とにかく基本的にはエネルギーを貯えて、充電して建て直すための良い機会だと思います。仕方なくそういう機会があるというのではなく、実は“ひきこもり”というような方々の相談を受けるようになってからむしろ、それは子どもたちが発してくれたとても大切なプラスの意味を持っているのではないかと感じるようになりました。と言いますのは“ひきこもり”の青年はもちろん、不登校を経験した方もありますが、今日紹介する方はそういうことではなく、高校は普通に卒業されて社会に出るという段階で、“ひきこもり”という状態に入ってしまった時期があったのではないかと感じるわけ

です。けれどそれを何かの理由で、うまく周囲に伝えることが出来なかった、あるいは周囲の人にもそれを受け止めることが出来なかった。そういう中で、そういったものが溜まり溜まって、いざ社会の中でという段階で耐え切れなくなった、と感じる方が少なからずある。ですから、そういう意味では不登校ということは学校時代であり、早い時期にそういったメッセージが出されるということは、子どもたちの背景を考えるにはすごく良い機会です。早ければ後の立て直しの可能性も非常に高くなる。そういった意味からは不登校があったということはマイナスではなく、とても大切なチャンスではないかと感じています。

ここで“ひきこもり”の方の事例を紹介させて頂こうと思うのですが、“ひきこもり”というのは不登校から続いている方もあるのですが、決してそうでない方も多いと思っています。そういう意味では、不登校の時にまるで人生からの挫折だとか、落伍だとか、そんなことでは決してなく、そういうように受け取ってしまうと後になってとても立ち直りがつらくなる。そうではなく、すごく良い考える機会なのだプラスに受け止めて頂くことで、結果的に良い結果を生み出すことも十分出来ることだと思います。後程スライドでお話しますが、不登校の方の何年後に、どれ位適応しているかといいますと結果は良いですね。それはやはり、早めにメッセージを受け止めて、立て直しが出来たということだと思います。“ひきこもり”の方は、これからどうしても十代後半、二十代になってきて、そこからという大変だと思っています。

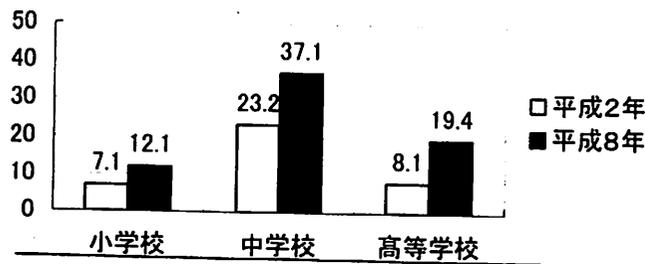
今日お話しする方も（この方は20代の男性ですが）高校を卒業してから大学を目指して受験勉強をするはずだったのですが、結果的に家にいることが多くなって、既に数年近く経ってしまったということで家族の方の相談がありました。この方は、高校も出ていますし、そのうちきっと自分で自分の道を見つけてくれるだろうと、家族の方も待っていたの

ですが、数年経ってしまってやはり心配だということで相談に来られた方です。家族状況は、ご両親が努めておられました。会社員のお兄さんがおられまして、その方は活発で友達も多いということでした。生活歴は、小さいころは特に気づくことはなかった。ただ保育園の時に、誘われたら友達の中に入るけれど、自分からは友達を作る方ではなかった。小学校時代はおとなしいということで、低学年ころにはなかなか友達の中に入れないで、担任の先生が配慮してくれた。この時本当に、先生とのかかわりということでは、大切なことをされたのだと思います。そして友達も少ないけれど出来て、近所の子どもたちと遊んだりしていた。けれど外出は好きではなく、例えば家族が出掛けても一人で留守番している事も多かったと聞いています。中学校の時は一緒に遊びに行く友達はいて、運動クラブにも所属して成績も悪い方ではなかった。学校の先生の話では口数は少なかったと言われた。高校の時に、時々体調を崩して休むことがあった。おなか痛とか頭痛とか、特に内科的に悪いということではないのにそういうことがあった。だが、続くことはなく、高校も普通に3年間で卒業して、進学を希望していたのだけれど、大学には不合格だったという経過でした。ある意味では高校のこの頃、頭痛とか腹痛とかいうことは今から言えば、本人にとっては大きなストレスがかかっている状況だったろうと思います。しかし、それほど続かないということでそのまま過ごしていたようですが、そんな時期に一休みするとか、色々な方法を取ることが出来れば、もう少し楽に生きる事も出来たのではないかと思います。ですからきっと、そういう思いは本人の中にはあったと思うのですが、なかなかそれが上手く伝わらなかったのか、伝えられなかったのかということで、その時期を過ごしたのかなと思います。

実は、この方とは私はまだお会いしていないのです。ご両親とは何度もお会いしている

のですが、本人とは会っていません。学校にも仕事にも行かず家で過ごすようになって、家での生活は特に変わりがない、そういうことでは所謂、精神疾患、精神病的なものではないと推定できます。買い物など自分が必要な時は外出できたり、簡単な家の手伝いはする。けれど今30代近くになっている

(資料12) 保健室登校をしている児童・生徒がいる学校の割合

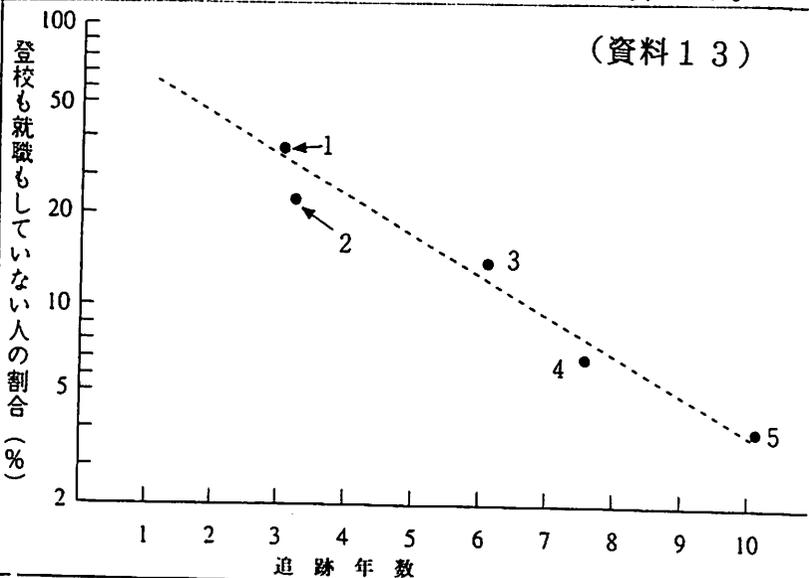


のに家で過ごしています。こういった相談というのは、この方だけではなく他にもいろいろあります。学校時代と違って、学校の時だとフリースクールのような手段もあるのですが、20代にもなると特にはない。そんな中で本人にもう一度社会と繋がりを持ってもらうということは困難なことです。そのようなことから考えても、不登校のメッセージを大切に受け止めて、それに対応していくことはとても大切なことだと私自身感じています。

すが、社会参加がどれくらい出来ているかということで、追跡調査までの経過年数と、その時点までに登校も就職もしていなかった人の割合です。3年くらいの人で2割位だと見て頂いたらいいですね。その追跡調査—日本のと外国のとを一緒にしたのですが、年数とともにどんどん減っていくということがお判りだと思います。最終的には、10年後はもう2~3%、4%位というような結果になります。ですから、不登校というのは決して人生ということに関して、悪い結果ではないということです。だからこそ、その時の本人の訴えなり気持ちなりを受け止めるということがとても大事ではないかと考えます。その点を強調してしめくりとさせていただきます。

9 おわりに

(資料12)は保健室登校をしている生徒の割合で、平成8年ですごく増えていますね。小学校1割、中学校3割以上、高校2割と増えています。保健室登校ということで休んでいるのとは違うけれど、こういった形であっても、今お話したことから考えると、気持ちを受け止めるという点では大切なチャンスだと思います。ここで十分なかかわりを持つことが出来れば、きっとその人は将来社会参加がスムーズに行くのではないかと思います。不登校にはならないが、そういった子ども達との関わりが大事ではないでしょうか。



(資料13)

(資料13)が最後にお話したかったことです。不登校の追跡調査をしたわけで

追跡調査までの経過年数と、その時点(最終追跡調査)までに登校再開も就職もしていなかった人々の場合

- 1. Berg(1976)    2. 梅垣(1966)    3. Baker他(1979)
  - 4. Weiss他(1970)    5. Coolidge(1964)
- 阿部和彦「子どもの心と問題行動」より

## 不登校の親と子の援助

京都府立精神保健福祉総合センター

精神保健福祉相談員 佐藤 純

### 1 はじめに

私は、京都府立精神保健福祉総合センターの佐藤と申します。各都道府県や政令市に精神保健福祉センターがあります。最初にお話しされた山下俊幸先生は京都市のセンターですが、私は京都府の精神保健福祉センターで仕事をしております。

あらかじめお断りしておかなければなりません、本当は別の先生が予定されていたようです。その方が急に都合が悪くなって、理事の方が私のセンター所長に相談に来られまして、たまたま私が所長室の前を通り過ぎたところで見事に捕まりまして、今日お話しさせていただくことになりました。この夏にお話を受けたんですが、毎日この事が頭から離れず、ここ一週間くらいは胃がキリキリ痛みながら、今日に臨んだという感じです。精いっぱい努めさせていただきますので、よろしく願いいたします。

精神保健福祉相談員と言いますのは、ご存じのとおり、保健所とか都道府県立の病院などのいわゆる行政で働く精神保健福祉の専従職員呼称です。ですから、出身がさまざまです。全国で一番多いのが保健婦さんです。次に多いのが福祉出身の方、いわゆる精神保健福祉士ですね、三番目が心理ということになります。私は、ご紹介いただいたとおり、心理出身の相談員ということ。京都市を除いた京都府では24名がこの仕事に就いています。決して多い人数だとは思いませんが、子どもさんからお年寄りまで、いわゆる精神保健福祉のご相談をお受けするという仕事をしております。

私自身は大学時代、発達障害、主に自閉症の子どものプレイセラピーみたいなことをして、本来であれば隣の分科会なんて

しょうけれど、ふらふらしている時にたまたま大学指導教官の先生から、今の職場のこの仕事—非常勤ですが—を紹介していただき、数カ月後に偶然京都府の採用試験がありましてつくことが出来ました。もともと、私自身のアイデンティティは臨床心理士なんですが、ソーシャル・ワーカーの方と一緒に仕事をしたり、ソーシャル・ワークの勉強をしたりということから、いわゆるスクール・カウンセラーですとか臨床心理の方とは、少し違った角度からのお話になるのではないかと思います。これは私の仕事内容の特性からくるものだと思います。

さて、カウンセリングと言われるものを無理矢理分類してしまうと、一つはガイダンスと言われる機能—助言をしたり、アドバイスをしたり、情報提供をしたりしながら組み立てる—と、いわゆる心理療法—サイコセラピー—とか精神療法と言われるもの—この2種類があると思うのです。心理療法—大体、一般の方はカウンセリングと言えば心理療法だとイメージされるんですが、心理療法というのは非常に深い内界に入りますし、時間を重ねていきますし、ある意味では大きな外科手術に近いくらい、その方のエネルギーと労力と時間を費やすことになります。ですから、総てがすべてサイコセラピーで行くというシステムは、やはり現実には無理であって、ガイダンス—決して簡単なわけではないのですが——ということで扱っているケースというのも、非常に沢山あるのではないかと思います。今日お話しするのは、主に親御さんの支援ということですが、親御さんのサイコセラピーの状況をお話しするのではなく、親へのガイダンスということで、どういうことに気を遣っているかというようなこと

をお話出来れば良いと思っています。

と言いますのも、私どものようなセンターの場合は、半数以上の方が親のみで相談に来られます。不登校に限らない訳ですが、本人が来ずに終結するというのも決して少なくないです。本人の顔を一回も見ずに、家庭内暴力の子どもさんが3カ月くらいでアルバイトに行ったとか、そんなケースもたくさんあるのを見ると、やっぱり親御さんの相談というのも、本当に大切なんだなあと思っております。

それと、もう一つは、私自身も子どもを育てる親でして、いろいろな事例検討などを聞いていますと、本当に親御さんに対して専門職はひどい物言いになるものだという感じがしています。「A君、こんなに一生懸命頑張っているのに、お母さんは理解がないし、お父さんは非協力的だし」という表現がよくされますように、専門職はともするとそ親に対する否定的な評価をしてしまいます。そういうふうに援助者が思ってしまうと、いくら表面的に装っても親御さんの前に立てばやはり伝わるんですね。

さて、では自分自身の子育てということにかえてみると、この時代は情報が氾濫してしまっていて、逆にどの情報が正しいのかまったく分からないのでとまどうのです。例えば子どもが熱を出した時の対応方法も、風呂に入れた方がいいのか、暖かくして寝かせた方がいいのかさまざまな情報がありとまどいます。心理療法の関係の本を見ていただいてもそうです。例えば、家庭内暴力への対応ということでも、「もう一回甘やかして育てることが大切だ」ということを書いてある本を読んで、甘え直しをさせて育てると、その副作用——つまり必要以上の退行を促進してしまい、すごく大変になっているケースもあります。

何をとってもそうですが、決して“それだけ”がいいというものはないんです。かと言って突き放したらいいかということとそうでまな

い。だから情報の選択が非常に難しく、何をよりどころとして子育てをしたらいいのか、とまどいながら子育てをしなければならない時代だということをお自身もひしひしと感じているので、親御さんに少し肩入れしながら相談を受けているというのが現状なんです。そういう立場から少しお話をさせていただきます。

## 2 成長支援型アプローチについて

### (1) 成長支援型アプローチとは

(資料1)

#### 成長支援型アプローチとは

- ・問題解決型アプローチ
  - 問題を解決することが目標
- ・成長支援型アプローチ
  - 問題を解決する過程を重視し、当事者の課題解決能力の成長を目的に支援

ここで言いたいことなんですが、成長を支援していくというのが自分の仕事の一番大切なことと思っています。(資料1参照)

大きく分けると、まず、問題を解決することが目標というアプローチがあります。例えば“熱が出ている時に熱を下げる”とか“不登校の場合でしたら学校に行く”ということ、あるいは“悩みを解決出来た”というように「結果」が大切になるというようなアプローチです。それに対し私自身は、「結果」もさることながら、問題を解決する「過程」を重視する働きかけ——つまり成長支援型と呼んでいるのです——を常に心掛けています。つまり、問題を解決する過程というのがすごく大切なんだということ、そしてその過程の中で当事者の課題解決能力をいかにプラスしていくかということに常に意識しています。

ソーシャルワークの方でよくエンパワメントという言葉——まだ私自身の言葉がこなれていないので今回はできるだけ使わないのですが——が盛んに使われております。もともと

とは黒人とか女性などの差別を受けている方たちの支援をしていくアプローチの方法として出てきた言葉ですが、それをちょっとイメージしています。つまりここに含まれているベースにあるものは、もともとその人は解決能力を持っているということ、二つ目としては、人間は失敗や挫折を繰り返しながら成長していく—成功成功だけでは成長していかない—どこかでつまずいたり悩んだりすることが大切なんだと思っています。

## (2) 成長型アプローチの必要性

で、最近、なぜそれを必要と思うようになったかという背景ですが(資料2参照)、一つはパターナリズムからコンシューマリズムへというふうに時代の流れは変わってきています。例えば、これまでは、ある一定のレベルに近づくということが幸せだった社会から、今はそれ以上のものを個々人の希望や趣味に基づいて加えていくというような時代です。これは個々人ということの変化だけではなくて、国の政策全体もそういうふうに動いています。例えば、介護保険というシステムがそうです。自分の希望とか選択ということを最大限尊重していくということになって行きますと、自分が情報をきちんとキャッチして、それを理解して、なおかつそれを課題解決していくということが大切になります。簡単に言いますと、例えば食堂に行ったときに、これまでは日替わり定食で安心していたんですが、

### (資料2)

#### 成長支援型アプローチの必要性

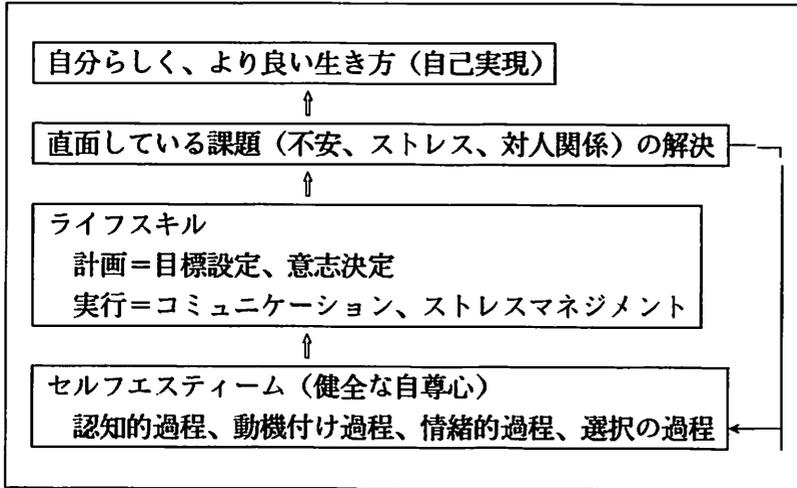
- パターナリズムからコンシューマリズムへ
  - 規格化、標準化、画一化 → 多様化、多元化、個別性
- 有視界型から視界ゼロの時代へ(小此木)
  - 有視界型
    - 一定の考え方や生き方の指針(既成の考え方、価値観)にしたがって生きる
    - 一定の目標を持つこと、努力の積み重ねが価値を生む
  - 視界ゼロ型
    - 環境はめまぐるしく変化、モデルや目標が定めにくい、選択肢は多様化

これからは定食という定型メニューではなくて、前菜からデザートまで自分で選択しないといけないという時代になっていますから解決能力が必要になります。

二つ目は、小此木啓吾という精神科医で、精神分析の専門の先生がおっしゃっていることですが、これまでは或る一定の考え方とか生き方に添っていけば、そこそこ成功して安心できた時代でありますし、何か一定の目標を持って、それに努力を積み重ねて行くことが価値を生むという時代でした。ですからある程度こういうふうに努力して行ったら、こういうふうになるだろうということが見える社会の中—これを有視界型と呼んでいます—では、おのずと自分が向かって行く方向はそんなに選択肢は少なくて、そこに向かって行けば良いと言うふうになってきていたわけですが。しかし現在は、視界ゼロ型と言われる社会だと、小此木先生はおっしゃっていますけれど、まず環境はめまぐるしく変化します。今は十年ひと昔でなくて三年か二年位ですね。それ程クルクル回っています。それにモデルや目標が定めにくいというのがあります。今の時代はお父さんのようになったら時代遅れですね(笑い)。ですから非常に身近な人にモデルや目標を定めにくい時代になっています。選択肢は非常に多様化しているということからも、やはり解決能力を育成していくということが必要になってくると思います。

### (3) 成長支援型アプローチの理論的背景

#### (資料3) 成長支援型アプローチの理論的背景(1)



(\*印のつづき)

に自信があるかというようにことになりますし、その上にライフスキル、いわゆる技術が伴っていないとなかなか乗り切って行けない。例えば、後で詳しく説明しますが、計画のためのスキルとしては目標設定とか意志決定、それから実行するためにはコミュニケーションスキルもいりますし、ストレスマネジメント

と言うことで最近、教育現場でいわれるのが「生きる力」ですし、公衆衛生とかWHOなどで言っているのは「ライフスキル」という考え方です。山下先生や菅先生のお話にもあったとおり、まずそのベースになるのはセルフ・エスティーム—健全な自尊心—ということになります。自分を好きかとか自分(\*)

トのスキルもいるで、こういう健全なセルフ・エスティームとライフスキルを使って解決していく、いわゆる「やったあ」という体験を増やしていくことが、また、セルフ・エスティームを育み、スキルを醸成し解決していくということの、この循環の中で自己実現ということが広がっていくという考え方です。

#### (4) セルフエスティーム

その部分部分をまずお話しして行きます。(資料4参照)セルフ・エスティームというものです。セルフ・エスティームというのは主に二つに分かれます。一つは自己尊重感—自分は成功して幸せになる価値があると感じる傾向—と、自己有能感—自分に人生の挑戦に立ち向かう力があると感じる傾向—です。自己尊重感は、簡単に言いますと、自分

がどれだけ好きですかということです。私はよく不登校の子どもさんに「自分は10点満点で何点くらい好きか」と聞きますけれど、0点か1点ですね、大体。まれに10点という人がいて、これはまた問題ですが。ですから自分の今のポジション、いわゆる客観的なポジションと自己評価が非常にアンバランスになっているということがこのあたりで感じられます。

#### (資料4) 成長支援型アプローチの理論的背景(2)

- セルフエスティーム
    - 自己尊重感
      - = 自分は成功し、幸せになる価値があると感じる傾向
    - 自己有能感
      - = 自分に人生の挑戦に立ち向かう力があると感じる傾向
- \* 認知的過程、動機付け過程、情緒的過程、選択の過程に影響

自己有能感というのは、いわゆる自信といわれるものです。自分に自信があるかどうか、これがいろんな過程に影響して行きます。例えば、認知的過程ということでは、セルフ・エスティームが低

いという人はどうしても、目標を立てるときに低い目標を立ててしまうと、か、動機づけは当然低くなるとか、情緒的過程には、やってもどうせしょうがないというようなゆううつな気持ちが増えるとか、選択肢もどうしても無理のないもの、危険のないもの安全なものにしていくというふうなことになる。その逆になりますと、高い目標をつけ、それに対してチャレンジする気持ちも生まれ、それに対する自信も起きて、選択して行くときも、周りが悪いのではなくて自分の技術や努力が足りないからだと言うような形に変わって行く、と研究では言われています。

(5) セルフエスティームを変容させるもの  
(資料5)

Self-Esteem を変容させる10のキー (Borba, 1989)

1. 教育への Self-Esteem 概念の組み込み
2. 教師の Self-Esteem の教育
3. Small Class
4. 個人の感情や意見への敬意と尊厳の育成
5. 協力的な教室の雰囲気や学習機会の設定
6. 対処技能、コミュニケーション技能を育成するカリキュラム化されたプログラム
7. コミュニティ援助活動への参加機会
8. 相互的援助活動の促進 (生徒のピアカウンセリング)
9. 高危険児の早期発見・早期介入
10. 家族やコミュニティのプログラム参加の促進

(資料6)

成長支援型アプローチの理論的背景(3)

- ・ ライフスキル (WHO, 1997)  
一日常生活で生じるさまざまな問題や要求に対して、建設的かつ効果的に対処するために必要な心理社会能力である  
一4つのスキル
    - ・ 計画=目標設定スキル、意志決定スキル
    - ・ 実行=コミュニケーションスキル、  
ストレスマネジメントスキル
- 一スキルとは、学習し、経験し、練習することによって獲得可能な能力である

(資料5)は、教育現場においてセルフ・エスティームを変容させるための10のキーということで、これも Borbaという人が言っているものです。この中で私が一番大事に思っているのは、スモールクラスです。スモールクラスがなぜ良いのかというのは、ボルバによれば、先生が目がよく届くというのではなく、子どもの役割がたくさんある。例えば、学級委員や保健委員やいろいろの委員がスモールクラスには必ずあるだろう、それが大きいクラスになればなる程、役割がひとり1つになったり、もしくはない子どもも出てくる。子どもの、自分が一番嬉しいときはどんな時ですかという調査の中で――これを見てびっくりしたんですが――褒められることよりも任されることの方がうれしいようです。ですから、本人に期待されている役割というのは Self-Esteem の向上に非常に大きな影響を与えるのだと思います。それから、生徒同士のピア・カウンセリングの大切さ、あるいはコミュニティーへのプログラムの参加の促進ということもやらないと、セルフ・エスティームが上がりなどとも言われています

(6) ライフスキル

次に、ライフスキルという考え方です。(資料6参照) 私が一番好きなのは心理出身でこんなことを言うてはいけませんが一人格とか性格とかパーソナリティという言葉にしないことなんです。どういうことかと言いますと、何かうまくいかないということは、そ

の人の人格とか性格ではなくて、経験が少なかつたりあるいはやったことによる成功経験が少なかつたり、知識が少なかつたり、技術の能力が少ないだけだと。だから練習すればうまくなれるし、経験すれば徐々に慣れてくるし、と言うふうに話していくことは、本人や家族にとってすごくポジティブな見方を生み出していくということです。性格とか人格とか言われると、なにが烙印を押されて立ち上がれなくなりますよね。どっちの方向に努力したらいいか全然分からなくなるという意味では、やはり“スキル”というふうに考えて行く方が、少なくとも本人たちにとっては建設的だろうと思っています。

例えば、目標は自分にあった目標を立てるということ。それから意志決定スキルと言うことで特に意識していますのは、その子ども達や親たちに、自分がなかなか選択肢を生み出しにくい—例えば困難な場面にぶつかった時にどんな選択肢があるんだろうということが、混乱の渦中にありますから見つけにくい—と言うことがあります。ですから、こうしたらどうですかという一つの選択肢を出すのではなくて、こういう方法とこういう方法があって、これにはこういうメリットがあり、こちらにはこういうデメリットがありますと言う説明をていねいにして、あるいは質問をしてもらって、その中でどの選択肢を選んで行くかという過程を積み重ねていけば、自分で選択肢を作って、その中で何かを決めて行く—ということができていくように私の経験上思います。最近の医療現場でインフォームド・コンセントを重要視されてきていますが、この中でも患者本人のスキルをどう育成するかという視点を盛り込まないといけないのでは、と思っています。

それから、コミュニケーション・スキルというのは、自己主張—「いやだ」とか「これはやりたい」とか「好き」とか「嫌い」というような自己主張をする力も大切です。自己

主張する力を育む上で、子どもを育てる親御さんにどうしても言っておきたいことですが、いい親になろうとするあまり、敏感に子どもの雰囲気を感じて言葉をこちらから当てはめて、はい、いいえで答えられるようなコミュニケーションを作るのではなく、ちょっと物分りの悪い親を装って、「私ははっきり言ってもらわんと分からんから、困った時ははっきり言ってね」というふうに言っておく方がシンプルで分かりやすいし、子どもも楽みたいです。だから、ちょっと物分りの悪い親くらいの方が良いんじゃないかなと思っています。

それから最近、学校現場のストレス・マネジメントのスキルということで、リラクゼーション等をやっています。スキルというのは、学習し、経験し、練習することによって獲得可能な能力である。だから、常に何かの行動をしようとする時は、失敗しても良いのだから、取り敢えずチャレンジして見ようというスタンスになります。

#### (7) 成長支援型アプローチのスタンス

今までのまとめをしますと(資料7参照)、本来、人というのは課題を解決していく能力を持っている。その能力というのは成功や失敗、挑戦や挫折を繰り返しながら成長していく。解決することが困難な場合には、ほとんどの場合、次の条件が整っていないことがあります。

本人の身体的な健康、あるいは心理的なエネルギー、これはうつ状態とかいう場合もあります。それから社会的な位置、ソーシャルサポート。支援システムとか制度が不十分な場合にも解決することが困難です。援助者は、その人が自分で解決するという過程を経て、パワーを付けて、解決能力を成長していく—ということを目標とする—つまり、となると、そのための援助関係は、治療するもの・されるものでもなければ、指導するもの・される

## (資料7)

### 成長支援型アプローチのスタンス

- 本来、人は課題を解決する能力を持っている
- 課題解決する力は、成功や失敗、挑戦や挫折を繰り返しながら成長していく
- 解決することが困難な場合、次の条件が整っていない
  - － 個人のパワー（身体的、心理的、社会的）
  - － ソーシャル・サポート
  - － 支援システム、制度等
- 援助者は、その人が自分で解決するという過程を経て、パワーをつけ、解決能力を成長していくということを目指す
- そのための援助関係は「パートナーシップ」である

## (資料8)

### 不登校家族の状況(1)

- 過度の自責感が支援のキーワード
- 不登校の親が示す反応
  - － ショック
  - － 否認
  - － 悲しみ、怒り
  - － 適応
  - － 再起
- そういう家族ではなく、そういう段階

ものでもなければ、パートナーシップである。専門的知識を持っているパートナーの一人と、それを参考に自ら決定をしていく当事者、あくまで横並びの関係を理想としていくというのが一つのスタンスだと思っています。

## 3 不登校の理解

### (1) 不登校家族への視点

さて、ここからが本題です。不登校家族の状況ということでお話をしていきます(資料8参照)。

私どものところへは、主にご家族から、多少洪々ながらも来てくれる家族が多いものですから、そういう現場で接している立場でお話しするので、学校の現場の先生にはなじまない部分もあったり、批判される部分もあると思いますけれど、それは後でお聞かせください。

まず、家族への支援の一番のポイントは、過度の自責感—こうなってしまったのは自分の育て方が悪かったのではないだろうかとか、あるいは何でもっと早く気づけなかったのだろうかとか—であろうと思います。このところをくみ取った援助を組み立てて行かない限り、どんな援助も親にとっては受け入れられないと思います。

次に、不登校の子どもの親が示す反応というのは、悲哀の作業とか喪の作業と言われる

ものと似ていて、ショックの段階、否認の段階、悲しみ・怒りの段階、適応の段階、再起の段階を経ていきます。

最近、学校に行かないということが誰にでも起こると言われていますので、少しその経過も様相が変わってきているように思いますが、一応スタンダードなものとしては、まずショックの時期が来ます。頭が真っ白になってどうしていいのかわからないというふうな感じになると家族は言います。この時に家族が示されるのは、混乱とか動揺、何を言われても頭がパニック状態で分かりませんというような状態です。

次に否認の段階というのが来ます。否認というのは不登校ではなく、ちょっと疲れたからだろうとか、どこか身体が悪いからこうなるのではないとか、学校が悪いからこうなるのではないか、あるいは教師が悪いからこ

うなるのではないかと言うようになってきます。

そして、周りの人が色々してくれてもどうも、うちの子は当分行きそうにないという時に、悲しみとか怒りの段階に來ます。例えば家族が示す反応としては、毎日毎日同じことを繰り返し繰り返し、あの時にあしななければよかった、この時にこうしなければよかったというような悲しみを表現されたり、必要以上に夫を責めたり妻を責めたり、学校を責めたりというような状況を見せます。この時、子どもに見せる親の反応は非常に極端になって、ある家族は過保護という形で示しますし、悲しみや怒りが非常に強くなってきて“この子なんか居なくてもいい、どうでもいい”というような無関心を示していく場合もあります。

この悲しみと怒りが頂点に達した時に、何かつきものが落ちたように“この子も自分なりに一生懸命頑張っているのだから、何とか見守ってあげよう”というような適応の時期がやってきますし、うまく援助が組み立てて行ければ、家族は“不登校のこの子を持って自分の人生も充実して良かったと思います”という再起の段階に変わります。

家族を見るとき、もともと「こういう家族」と見るのではなくて、今「この段階にいる家族」なんだと思っていただくことが大切だと思うんです。非常にショックが大きい時期に会えば、当然否認とか悲しみの怒りが、次にやってくるだろうということを頭に置きながら支援して行かないといけないわけです。そうなるように、援助を組み立てていくことが必要ではないかと思っています。

## (2) 不登校家族の状況

先ほどのライフスキルとかセルフ・エスティームの考え方でいくとこうだということです。(資料9参照)

どんな親であれ、その時点でその子に最善

## (資料9)

### 不登校家族の状況(2)

- どんない親であれ、その子にその時点での最善と思われる策を選択し、実行している
- しかし
  - ①不登校についての正確な情報、対処法、社会資源等の知識の不足
  - ②不慣れた対応方法、対処方法
  - ③家族資源の不足
  - ④結果として「子どもの不登校」に振り回されている

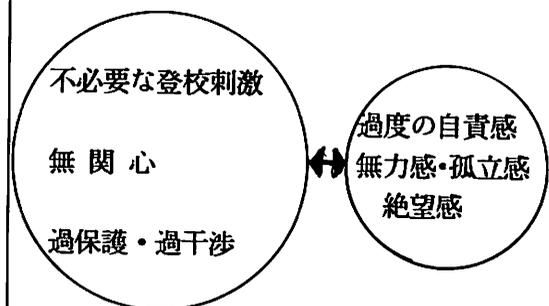
と思われる方法を親は必ず選択しています。たとえそれは、援助者にとって最善とは思えなくてもです。この事は繰り返し強調しておきたいと思います。これを無視してしまうとあるいはくみ取らないと、すべての援助がうまく行かないということになります。

しかし、不登校についての正確な情報とか対処法とか、社会支援の知識が不足していたり、対応方法が不足していたり、家族資源の不足の結果として、子どもの不登校に振り回されているという状況だと言うふうに認識するということです。

## (3) 家族の示す巻き込まれ

### (資料10)

#### 家族の示す巻き込まれ



先程もお話したとおり、家族が示す不必要な登校刺激だとか、無関心だとか、過保護・過干渉という奥には、過度の自責感とか無力

感とか孤独感とか絶望感が潜んでいて、この部分が和らいでいかないと、この部分の行動—登校刺激や無関心など—は改善していかないと考えるのがベターであって、登校刺激や過保護などの部分だけを変えようとあれこれ策を組み立てても、なかなか上手く行かないということが起こるのです。

どういふことかと言いますと、A君という家族をどう支援していくかというふうにと考えると、A君にとって良いと思われる方法を親に強制することになります。そうではなくて、A君のお父さん、A君のお母さん、A君、この三者にとって一番良い方法というのは何だろうと考えていく、少なくとも最小限の社会の単位である家族ということを中心に、回復とか改善を考えていかないとなかなか親にとって受け入れられないと言うことです。私たち人間が一番動くのは、何と言っても自分のために動くんです。ですから、自分にとっても幸せであり、子どもにとっても幸せだということであれば必ず動く—と信じ過ぎている部分があるかも知れませんが、そんなふうにあります。

#### (4) 個別支援

まず個別支援ということですが(資料11参照)。先程申し上げたパートナーシップということをも重要視します。それから、生物、心理、社会的な視点での援助の組み立ても、私がソー

##### 成長型アプローチによる家族支援(1)

###### ・個別支援

— パートナーシップ

— 生物—心理—社会的な視点での援助の組み立て

— 情緒的支援をベースに情報を提供

- ①現在の状態について、できるだけ平易に具体的に説明
- ②現在どういった発達段階にいるのか理解を助ける
- ③現時点でどう対応したらよいか説明、一緒に考える
- ④子どもの両価的言動の両方をていねいにくみ取れるよう、さしあたっての指針、見通し、予後を説明する

シャルワークの視点から仕事をしているということもあって欠かせません。例えば、生物ということであれば、精神医学という視点は必ず必要になってきます。一般的には、精神分裂病が発病するのが、120人に1人と言われていますが、不登校という状態を呈した子どもの精神分裂病の発病の危険性は一般よりは少し高いと思われます。ですから、そういうことが可能性としてあるということを頭のどこかにおいていないといけませんし、もう一つは、私どものセンターで受けていたケースで、どうもおかしいと思いながらカウンセリングをしていたら、脳の器質性の問題であって、脳外科的な治療や手術が必要だったというようなこともあります。ですから、医学的な視点を抜きに心理面だけでサポートしていこうという考え方は、本人にとってマイナスの場面もすごく多いように思います。

次に、情緒的な支援をベースに情報を提供していくということが大切です。そのために私たち援助者が求められる技術というのは、いかにして分かりやすく理解してもらえようかという—伝える技術ということもさらに加わってきているように思います。現在の状態について、出来るだけ平易に具体的に説明し、現在どういった発達段階にいるかの理解を助け、現時点でどう対応したらよいか説明し一緒に考える。それから子どもの両価的な言動、たとえば家庭内暴力を呈している子どもの場合でしたら、暴力が発動している時は本当に親に対してひどい言葉で手をあげたりしますが、その後ふと我に返った後には、甘えて布団と一緒に寝てほしいといったようなことも出てきたりします。そういうことは親は、どう考えて良いのか分からないくらい混乱するので、その辺の両方をていねいにくみ取れるように、

さしあたっての指針とか見通しとか、予後を説明するという事です。先ほども申しましたように、自分がどこに向かって歩いて行ったら良いのかという目印、灯台みたいなものがあれば、たとえ真っ暗な海でも進んで行くことが出来るんですが、何も無いところで進んで行くということほど、不安なことはないように思います。

#### (5) 親への説明

##### (資料12)

###### 誰にでも起こりうる

- 文部省の統計によると中学校では50人に1人、小学生では500人に1人であること。
- しかし、潜在的な数は中学2年生で、不登校感情で休んだことのある者 17.1%、早退遅刻経験者 8.0%、休みはしないが不登校感情をもっているものは 67.1%にもおよぶ (森田、1989)

家族に、大体どんなことを説明するかというのは、一回では出来ないで、何回かの面接で必ず伝えることはこういうことだ、ということについて簡単にご紹介します。

文部省の統計では (資料12参照)、中学生は50人に1人くらい、小学生では、平成8年のデータですが、500人に1人くらいあること、しかし潜在的な数は、例えば中学2年生で不登校感情で休んだことがある者は17.1%だし、早退、遅刻経験者は8%だし、休みはしないけれど不登校感情を持っている者は67.1%もありますよ。だから、決して珍しいことではないということを伝えます。

また、不登校が増加する背景ということも伝えます。まず、昔から言われていますが、学校での順応や成功を求めている圧力の増大というのは当然あります (資料13参照)。それから、菅先生のお話にもありましたように、同輩いわゆる同年代の子どもさんのプレッシャーが非常に強いですよ、と。

##### (資料13)

###### 親の育て方のみによるものではない

- 不登校が増加する背景 (杉山、1995)
  - 学校での順応や成功を求める圧力の増大 (School Pressure)
  - 同輩間の争い (Peer Pressure)
  - 行かなければならないものとしての学校への意識の低下 (Deschooling)

それからもう一つ、これは良い悪いではなく、行かなければならない場所としての学校の位置が非常に下がってきています。月曜にディズニーランドに行くと、子どもがいっぱいいますね。昔は考えられなかったことですが、最近是非常に増えてきている。良いとか悪いとかの判断は次の話になりますけれど、と云うふうに思います。

##### (資料14)

###### 子どもの発達と不登校

- 登校行動の発達の側面 (杉山、1995)
  - ① 分離と独立 (Separation)
    - ほどよい母親表象と好奇心
  - ② 所属と参加 (Belonging)
    - ほどよい自尊感情と攻撃性
  - ③ 試行錯誤や自己投企 (Project)
    - ほどよいあこがれや理想と怒り

\*\* これらが螺旋状に発達 \*\*

(資料14)は、「青年期の精神医学」と云う本の中に杉山信作先生が書かれている論文で、発達心理学を専攻していた者には非常に分かりやすい論文で、このことを中心によく説明することができます。

登校行動が発達していくには、こういう側面があります。まず、分離と独立。母親から安心して離れていけるという段階があります。それから2番目に、所属と参加。これは幼児期になります。所属と参加は小学生から。小学生くらいですと集団の中に入っていけると

というようなこと、まずこれが一つあります。3番目が、試行錯誤や自己投企と、社会に出て行ったり進学していったりという、いわゆるチャレンジです。これらがぐるぐる螺旋状に発達していくということです。例えば、少し引きこもってたりしていると、問題の一つ前のところに状態が現れてくる。例えば、所属と参加という課題に上手くいかずに引きこもった場合に、すごく親御さんに甘えたりすることが出てきたりします。

不登校の要因としては主に3つ考えられます(資料15参照)。ですから、決してご家族の力や子どもの力が低からそうなるのではなくて、この3つの関数の中で起こってくるものです。例えば、子どもさんの場合は、自らを投げかける力と引きこもる力の背中合わせになっていることから出てきます。家族の力としては、送り出す力と引き止める力が背中合わせになって、その中で出てきます。学校や社会の力というのは、引き寄せる学校の力、例えば魅力だとか行きたくなる学校ということですし、競争とかそういうことは押し潰す力ですし、この3要素から出てきます。例えば、子どもと家族の問題から不登校が出てくるのではないか、子どもと学校の関係の中で不登校が出てくるのではないか、家族と学校

の中で出てくるのではないかとと言われていますが、どう考えても3つの要素が複雑に重なっているのであって、ひとつの要因、もしくは2つの要因でなるわけではないですよ、と説明します。

(資料16)

不登校の一般的経過

- 初期=身体的愁訴、不安の時期
- 中期前半=不安抑うつ、閉じこもりの時期
- 中期後半=家庭内適応の時期
- 回復期=行動範囲の広がり
- 学校復帰の時期=部分登校から

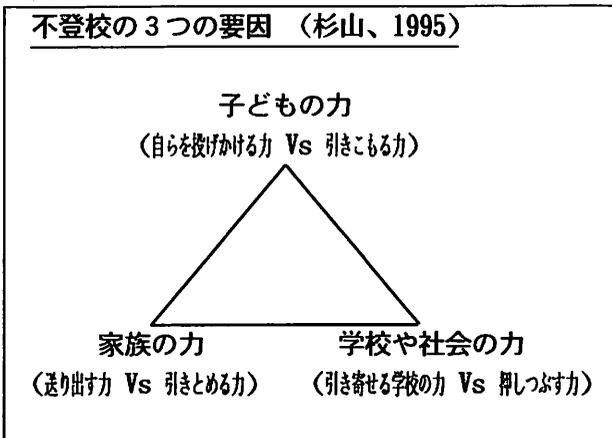
それから大切なのは、一般的な経過を必ず家族に提示しておくことです(資料16参照)。

先ず、初期には身体的な愁訴とか不安というのがあります。中期に入って不安・抑うつや閉じこもりということがあります。これらが次第に取れて、家の中でゆっくり適応していけるようになりますよ。そうになっていくと少しずつ行動範囲が広がって、自分の好きなものをコンビニに買いに行ったり、本屋さんに行ったり図書館に行ったりという広がりが出てきます。そうした時に、初めて学校復帰ということになり、集団への復帰ということを考えたりしましょうね、と伝えます。

ですから今、おそらく子どもさんは、たとえば、親とも口を利かずに、とにかくファミコンばかりしている、家に閉じこもっている、閉じこもりの時期だと思います。その時に一番大切なのは、家の中で安心してゆっくりできることです。ですから、不必要な登校刺激は極力減らして、とにかくゆっくりできる雰囲気にしていただくよう心掛けて下さいとか、その時期を過ぎると、家庭内不適応の時期ということなので、今度はあまり居心地が良すぎると、ずっと家庭に閉じこもってしまうということに

(資料15)

不登校の3つの要因 (杉山、1995)



なるので、少し、カタツムリの触覚みたいにツーと伸ばせる場所とか機会とかを、折を見て提示してあげても良いのではないのでしょうか、というようなことを段階に応じて伝えていただくことも一つ大切だと思います。

次は、家族の心構えで、分かる・見守る・任せるという3つを大切にしましょうと言ってお話をします（資料17参照）。

先ず一つは、原因探しをしても何も始まりませんので、みんなが協力して下さいと言うふうに言います。学校の先生が悪いと言っても、子どもさんの不登校には何もプラスになりませんので――きちんと関係が取れてからでないと、そういうことは一切入りませんけれど――きちんとこちらが信頼してもらえて、パートナーシップを作り上げていくことが出来るようになってくると、分かってもらえるようになります。「そうですね、先生にワーワー言ってもしゃーないですもんね」というふうにわかってくださいます。

次に、これが絶対という対応方法はないので、皆さんが一生懸命心を使ってやってみましょう、と。例えば、登校刺激ということに関しても、頭が痛くなって、吐き気がして、本当に本人が嫌そうであればしなくて良いが、まんざらそうでない時は、登校を促してみた方が良い場合もある。特に、休み始めて1週間、特に低学年の子どもさんには、休み始めたらもうこれは不登校だと言って、全く登校刺激をしないのは実にもったいないと思います。本人が、登校刺激をしてすごく強い嫌な反応を出しているのであればやめたら良いのですが、少々強い登校刺激で1週間で戻れる子どもさんを、学校の先生はたくさん体験しておられると思います。ですから、少なくとも私たちもそういうようなことを言うことが多いです。

あとは先ほど言いました、学校に出て行く時期、いわゆる触覚が伸びて少しずつ行動が

#### （資料17）

##### 家族の心構え

- 原因探しをしても何も始まりません。みんなが協力して
- これが絶対という対応方法はありません。試行錯誤しながらその子にあった方法を
- 分かる
  - －対処の工夫は何よりも分かることから始まります
  - －どの子どもにもある「いいところ」を見つけましょう。悪いところをなくすのではなく良いところを伸ばす関わりを
- 見守る
  - －学校に行かなければならないけど、行けない「つらさ」をくみとりましょう
  - －なんとかしなきゃと焦れば焦るほど、冷静に考えられなくなるのは誰でも同じです。
  - －家族にとっても一息入れる時間や場所を大切に。同じ悩みを持つ家族の集まりに参加しては
- 任せる
  - －少し落ち着いてきたら少しずつできることを任せてみましょう。他人から信頼されること、任されること、役割があることは、自分を肯定的に見ていける力がついてきます

広がって、学校にでも行って見ようかなと思った時期は、登校刺激を適宜して行くことが必要になりますし、登校刺激は絶対にいけないと思いつまらずに、その子にあったやり方を一つ一つ考えていかないといけないと思います。

次に、子供にある良いところを必ず見つけていこう。悪いところを無くすのではなく、良いところを伸ばすかわりを、と行うことをお話しします。

例えば、不登校ということで不健康というのが、部分的にあったとします。でも努力の

方向としては、不健康を無くす努力をするのではなく、健康という本人の良い所—健康なところを、さらに膨らませていくような形でして行く方が上手いきますよ、ということをお伝えすることが多いです。

それから、見守る、ということでは一つ必ず言っておかなければならないことは、「学校に行かなければならないけれど、行けない」という本人の辛さをくみ取って下さい。本人は始終、学校のことが頭であって、ファミコンをして、ほっと気が抜けた時に、学校のみんがどうしているかなと考えますし、多くの子は寝る前に布団に入って眠りにつくまでの1時間、本当にもんもんと考えています。ただ、親に示す態度は「あんなもん行くか」とか「行ったってしゃあない」というふうに、反抗的に言うかもしれないが、本人なりに辛い部分がありますということを必ず肝に銘じておいて下さいね、ということをお伝えします。それから、「なんとかしなくては」と焦れば焦るほど、冷静に考えられなくなるのは、誰もおなじですよ、ということ。だから家族にとっても、一息入れる時間や場所を大切にして下さい。例えば、子どもを置いておいて1時間くらい喫茶店に行くもよし、なにか始めるもよし、また同じ悩みを持つ家族の集まりに参加してみるもよし、そういうことをしてみたらどうですか、ということをお伝えします。

最後に、任せるということでは、少し落ち着いてきたら、少しずつ出来ることを任せていきましょう。何でも親がしてあげる状態から少し変えていきましょうね、というような話をします。

それと、使える社会資源(資料18参照)というのは、親御さんにはなかなか分かりにくいものです。学校に行かなくなった子どもが行くための場所というのは、適応指導教室など教育関係が実施しているものは情報として集められるのですが、フリースペースなどの情

#### (資料18)

##### 使える社会資源

###### ・ 相談機関

—総合教育センター、市町村教育センター、児童相談所、保健所、精神保健福祉センター、カウンセリング機関

###### ・ 医療機関

—小児科、診療内科、精神神経科、内科

###### ・ 転編入できる学校

—通信制高校、定時制高校、単位制高校

###### ・ フリースクール等通える場所

###### ・ 親の会

報は集めるのがなかなか難しいですね。ですから、不登校になった子どもが使える社会支援マップみたいなものが作られたらいいと思います。

ご家族には、相談機関としては、総合教育センターとか、京都府の場合でしたら市町村の教育センターとか、児童相談所とか保健所とか、精神保健福祉センターとかカウンセリング機関がありますということなどを、きちんと伝えます。

医療機関としては、子どもの年齢によりますが、小児科と診療内科と精神神経科と内科とあります。よく聞かれるのは、「診療内科と精神神経科はどう違うのでしょうか。子供は精神神経科より診療内科の方が行きやすいと思うのですが」という質問です。ほとんどの方は、以前放映されたテレビ番組の「診療内科医・涼子」をイメージしながらその質問をしてこられるのですが—診療内科の先生に聞いても「あれは診療内科ではない」と言っておられますから—、内科的疾患があってそれに心理的要素が大きい場合の専門が診療内科なんですよ、と説明します。

さらに、転編入できる学校を必ず情報として与えておきます。通信制高校、定時制高校、単位制高校もあります。フリースクールとかフリースペースというところもあります。で

すから、おいおい必要になってきたら考えていきましょうね、と先に伝えておきます。それは先ほど言った灯台のためです。それから、親の会ということも伝えておきます。

不登校の予後という事です(資料19参照)、先ほど山下先生のお話しにもありましたように、約1割前後は、転帰不良、要するに再登校とか、仕事に行くことが難しいと言う状況があります。追跡調査期間が長ければ長いほど良い例は増加するという傾向があります。ただ、そのためには新たな方向性に動き出すのに数年かかることも少なくないので、まず、家庭として考えていただくのは、豊かな引きこもり環境というのをどうしていったらいいか、それを考えましようと言っています。

私は、個人的には、ファミコンで1日過ごすのは、ある時期を除いては避けたいと思っています。ファミコンをすることで、兄弟同士が話ができたり、親と話が出来るということであればそれでも良いのですが、出来るだけそうではないものも盛り込んでほしいと考えるほうです。家族と一緒に散歩に行くとかドライブに行くとかいうこと、例えば、昼間が嫌なら夜でもいいですし、一人でただ閉じこもってじっとしている時期も必要ですが、少しそういう状態が解けて、家の中でゆったりと出来るようになったら次のことを考えていかなければいけない。

私が相談を受ける学校の先生の半分くらいは、不登校が始まった時には週に1回くらい家庭訪問に行ってくれるのですが、半年も経つともう行ってくれない—会えなくても良いですし、結果が出なくてもいいですから、とにかく、先生が心配しているんだよと言うメッセージは、定期的に届けていただきたいなと思います。何の変化も期待しなくていいです。学校としてはあなたを待っているよ、というサインを伝えることが本人にとってどれだけ安心か、次のステップにとって必要か

#### (資料19)

##### 不登校の予後

- ・不登校の1割前後は転帰不良
- ・追跡調査期間が長ければ長いほど、転帰良好例は増加する
- ・新たな方向性に動き出すのに数年かかることも少なくない
- ・いかに外部との交流や信頼できる人との交流など、豊かな「引きこもり」環境を準備できるかが大切なポイント
- ・それが外部へ踏み出す一つのステップになる

ということを思います。

この豊かな引きこもり環境をいかに準備できるかということが、たぶん外部に向かって踏み出すステップになります。これが、例えばカウンセリングということでもいいですし、適応指導教室ということでもいいですし、先ほど、菅先生が言われたような大学生の家庭教師の方でもいいと思います。

#### (資料20)

##### 成長型アプローチによる家族支援(2)

- ・集団援助
  - 同じ体験をもつ者同士が気持ち、情報、考え方を分かち合う
  - 自分への尊敬を取り戻し、社会への働きかけをする
- ・情緒的サポート、対応方法そしてソーシャルサポートの支援

それから、強調しておきたいことが、家族同士のセルフヘルプはやはり必要だと思います(資料20参照)。と言いますのは、私たち専門職ができる援助というのは、いくらパートナーシップに基づいたものとはいえ、上下の関係であって、お互いが分かり合えたり、情緒的に支えられたなと言う経験をするにはちょっと乏しいところがあります。ですから、

ぜひそういう場面に出ていただくことも援助の一つに組み入れていただきたいと思います。

同じ体験をもつ者同士が、気持ちを分かち合うのも大切です、情報も分かち合えます。それから、考え方を分かち合うこともできます。例えば、不登校の回復過程が少し先を行っている家族なり本人の様子を聞くことで、「うちの子も、ああいうふうに変わって行くんだな。」とすることができます。或いは、不登校の初めの頃の家族が来ると、「あの時は、あんなに苦しんでいろいろと頑張ったな」というのを思い出すことができます。そういうことで、相手の話を聞きながら、自分の頭の中には自分の家族とのやり取り、子どもとのやり取りが浮かんでいるという形になっているようです。ですから、そういうことをしていくことで、自分自身の尊厳を取り戻すことができます。例えば、自分のためにしていることが人の役に立つという経験が集団の中繰り返して起こります。それが自己尊重感や自己肯定感につながるのです。家族への支援だから何か指導しようとか指示しようとかいう教室のモチ方ではなくて、こういう自由な体験を話し合えるような雰囲気、具体的には、帰りに家族同士がお茶くらい一緒に飲みに行ってもらえるような雰囲気作りができる集団というのが、集団援助の一番の理想かなと思っています。

#### 4 スクールソーシャルワークの大切さ

##### (1) コミュニティ形成

今日の最後に申し上げたいこと(資料21参照)は、私も福祉出身のソーシャルワーカーと一緒に仕事をしていた時に思うことは、ソーシャルワーカーは、やはりソーシャルをワークするんですね。ケースをワークすると同時にソーシャルをワークするんです。社会全体というのが対象になります。今、求められている教育のシステムは、やはり教育全体を見通して改善していくにはどうしたらいいか、

#### (資料21)

##### 成長型アプローチによる家族支援(3)

- コミュニティ形成
  - 一親の参加 (Winters, Easton; 1983)
- P T Aや文化祭、社会的行事などの学校プログラムに参加すること
- 教師の補助、家庭教師、図書館の助手、運動場の指導者などとして、クラスや学校の活動への参加をすること
- 学校の方針や諸手続きに関する決定を分担すること

という視点が必要になってきますし、社会にあるさまざまな資源をつなげたり、連携を取って行ったりとすることをしないといけません。それを多くのスクールカウンセラーの方は、個別援助と同時にやっておられますけれど、私の経験からすると、そういう仕事はソーシャルワーカーの方がずっと上手です。そちらの方が専門性が高いです。だから、良いとか悪いとかではないと思いますので、ぜひスクール・ソーシャルワーカーという仕事を、皆様の頭の中に少し止めておいていただけたらと思います。

アメリカには1996年の段階で、約9000人のスクール・ソーシャルワーカーがいます。もちろん、スクールカウンセラーもいます。ですから、学校の教育を考えて行く場合には、校医、心理、ソーシャルワーカー、先ほど言った生物、心理、社会というような専門家の力も合わせていった方がいいのではないだろうかと思っています。そういう時に考えなければならないのがコミュニティ形成です。

親の参加が学校の中に入り込んでこないことには、どうしても風通しも良くなりませんし、親をエンパトメントすることも出来ないし、学校が、自分の子どもが通う学校であるという、親しみとか愛着ということが沸きにくいような気がします。ですから、P T Aとか文化祭とか社会的行事のプログラムに

参加することはもちろんですが、アメリカでは、例えばこういう取り組みがなされています。

教師の補助とか家庭教師とか、図書館の助手、運動場の指導者などクラスや学校の活動への参加をすること。また、学校の方針や諸手続きに関する決定を分担すること。自分の学校の校長を決める最終権限の中にPTAが入るんだそうです。それくらいになると、親もちょっと目の色を変えてくると言う可能性もないことはない。ただ、その背景に自分が自立し選択していくという親の意識が育っていないと難しいのは確かです。

## (2) 社会的及び物理的環境としての学校

ソーシャルワーカーのジャメインという人が定義しておられるのが、社会的及び物理的環境としての学校ということです。すべての子どもの教育上の課題と目標を支援する条件を提供するのが学校である。もちろん、だから、教員だけで出来ないのは当たり前だ、とジャメインは言っています。学校は学習と成長過程において、挑戦と喜び・安全と保護・個人同士の関係と違いを認め、コミュニケーションを奨励するのだと。さらに、学校活動に参加することに対して、親と地域の人々が自然の支援者であり、ボランティアであり、専門家あるいは準専門家であるという激励をすべきであると。要するにコミュニケーション

(資料22)

### 社会的及び物理的環境としての学校 (C. B. Germain, 1988)

- すべての子どもの教育上の課題と目標を支援する条件を提供しなければならない
- 学校は学習と成長過程において、挑戦と喜び、安全と保護、個人同士の関係と、違いを認め、個人の尊厳と自己評価を高めるための子ども同士・教員・親・管理職のコミュニケーションを奨励し、学校の活動に参加することに対して、親と地域の人々が自然の支援者であり、ボランティアであり、専門家あるいは準専門家であるという激励をすべきである
- これらの条件の欠落は、ソーシャルワーク活動の方向性を示唆しているといえる

ンを非常に良くすること、学校の活動に参加してもらうこと、あなたたちは親であると同時にボランティアであり、専門家あるいは準専門家でありますよと、いうことです。これらの条件が欠落している場合には、ソーシャルワークの活動の方向性を個々に当てる必要だと言っております。

## (3) スクールソーシャルワーカーによるエンパワーメント

(資料23)

### スクールソーシャルワーカーによる Empowerment (C. B. Germain, 1988)

- スクールソーシャルワーカーが、政治的かつ経済的、社会的に検討
- 学校における無力化と排除のプロセスを分析
- 問題解決や決定、学習と教育、その他の学校活動における大人と子どもの効果的な行動に関する認識力の再発見とさらなる進歩を図る
- 必要な資源への回路を作る
- 子どもと大人の個人的な力を構成するものとして、社会性や能力、自己管理、自己評価と自己同一感を活性化する
- グループワークやコンサルテーション、教育、チームワーク、組織の分析・内部における代弁、政治分析・法的権利擁護の技術を磨くこと

スクール・ソーシャルワーカーによるエンパワメントということで、先程ジャーメインという人が言っておられるのは、スクール・ソーシャルワーカーは政治的かつ経済的・社会的に学校の状況を検討しましょう。それから、学校における無力化と排除のプロセスをきちんと分析しましょう。問題解決や決定・学習と教育・その他の学校活動における大人と子どもの効果的な行動に関する認識力の再発見と、さらなる進歩を図るようにしましょう。必要な資源への回路をきちんと作りましょう。それから先ほど言った、ライフスキルというようなものの活性化をしていきましょう。いろんな技法、グループワーク、コンサルテーションなどを使って、チームワークなどを使っていて、その学校の代弁、分析などをしていくのもソーシャルワーカーの仕事として大切ですよ、と述べています。

私自身も臨床心理の出身ですし、アイデンティティは臨床心理士なので、決してスクール・カウンセラーは力不足とか、そういうことを言っているのではなくて、やはり、餅は餅屋と言うのがありますから、多職種がいろんな形で教育ということを検討して、参加して、改善していくというようなことが、今後必要になってくるかなと思います。その中で、理想としては本人が力をつけ、家族が力をつけ、教員が力をつけ、学校が力をつけ、地域が力をつけるというようなことをねらっていないと、今の不登校の増加という状況への対応が、難しくなって来ているのかなと思います。

まとまりがなかったかも知れませんが、以上です。ご静聴ありがとうございました。

《育 療》 -既刊13~17号-主な内容 (1~6号は表紙裏、7~12号は16頁)	
<p>《第13号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 気管支喘息児の心理的問題とその改善 ……吾郷 晋浩</li> <li>・ 喘息児の自己管理能力を高めるために ……内田 雅代</li> <li>・ 特集 -医療と教育実践-</li> <li>① 喘息児に対する学校教育の治療上の効果…西牟田敏之</li> <li>① 小児がんの子に対する教育の治療上の効果…気賀沢寿人</li> <li>① 不登校の子どもへの教育とは何か ……竹内 直樹</li> <li>① 喘息児の心理的不適応の理解と改善…西原 昇次</li> <li>① 不登校児A子への指導実践 ……越前 寛</li> <li>① 高等部における養護・訓練「総合」の取り組み ……法邑三知夫</li> </ul>	<p>《第15号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特集 -自閉症-</li> <li>① 自閉症の研究の動向 ……山崎 晃寛</li> <li>① 自閉症の治療と予後 ……杉山登志郎</li> <li>① 養護学校における自閉症児への対応と課題…関戸 英紀</li> </ul>
<p>《第14号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 《特別寄稿》『免疫と長生き』 ……奥村 康</li> <li>《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</li> <li>・ 特集 -医療と教育実践-</li> <li>① 心身症的傾向の子の養護・訓練 ……菅原 玄彦</li> <li>① 筋ジス児に対する取り組み ……上保 隆夫</li> <li>① 慢性腎疾患児への支援のあり方 ……乾 拓郎</li> <li>① 腎炎・ネフローゼ児の教育… ……成田 悦雄</li> <li>・ 家族で歩む道(保護者の声)… ……藤田 富紀子</li> </ul>	<p>《第16号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 《特別寄稿》群馬の病弱教育… ……海野 俊彦</li> <li>・ 特集 -教育・医療・保護者の連携-</li> <li>① 教育・医療・保護者の連携への挑戦 ……河原 仁志</li> <li>① 教育・医療・保護者との連携の実際 ……宮原 亮一</li> <li>① 中原養護学校の医教連携について ……森 紀夫</li> <li>① 学校・家庭との連携の実際 ……大井 洋子</li> <li>① 教育・医療・保護者との連携の実際 ……高良 吉広</li> <li>① 教育・医療・保護者との連携 ……大塚 孝司</li> <li>① それぞれの立場で果たすべき役割 ……高橋 紀子</li> <li>① それぞれの立場で担うもの ……神田 倍子</li> <li>① 活力のある教育を目指して ……井上 幸子</li> </ul>
	<p>《第17号》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特集 -第5回学術集会・研究・研修会[その1]-</li> <li>《記録》子どもの心のゆがみと心理療法 大原 健士郎</li> <li>・ 思春期の子ども心理と不登校 ……菅 佐和子</li> <li>・ 難治性てんかんをもつ子どものケア ……杉本 健郎</li> </ul>

◎既刊号をご希望の方は、はがき又はファックスで。

※連絡先 〒194-0022 町田市森野1-39-15 FAX 042-722-2203 佐藤 隆(宛)

《特集》不登校

## 不登校児へのかかわりを通して

京都市立桃陽病院看護部 山田良子

ただ今ご紹介頂きました、京都市立桃陽病院看護婦の山田です。昨日の素晴らしい講演の余韻が残る中、私の話は物足りないと思いますが現場での発表です。気持ちを楽にお聞きいただけたらと思います

今日は、発表と同時にビデオを使いまして桃陽病院及び養護学校の様子を、写真でも紹介していきたいと思います。では始めさせていただきます。

看護婦として不登校の子ども達に接して、5年余りが過ぎました。私の勤務する桃陽病院では小学校1年生から中学3年生までの子ども達が入院し、治療を受けながら、併設されている桃陽養護学校に通学し学習しています。喘息、アトピー性皮膚炎、肥満症の子ども達が大部分を占めるため、病弱児の治療としての規則正しい生活と、タワシ摩擦、入浴後の水かぶり等の鍛練、食事療法を中心としています。

私が桃陽病院に勤務し始めた頃は、不登校、心身症、神経症の病名を持つ子どもは、入院児童生徒50~60名の中の数人に過ぎず、その子ども達は本来校には登校できなくても、桃陽養護学校には通学し、友達関係も目立った問題は見られませんでした。不登校であっても居場所さえ確保できたら、小集団の中では違和感もなく生活できる子ども達がほとんどでした。

しかし、不登校の数が全国的に増加の一途をたどると平行して、桃陽病院でも不登校、心身症、神経症の病名を持つ子ども達も増加してきました。

次頁のグラフは、昨年私たち看護婦が本院入院児の不登校の調査に使ったものです。桃陽病院の平成元年から10年までの全入院児と、

不登校を第1診断とする不登校児の、年度毎の推移を示しています。グラフからもお分かり頂けますように、平成7年度にちょっと少なくなつて、多少の変動はありますが上昇傾向を示しつつあります。平均して全入院児の20~30%を占めています。また、喘息、アトピー性皮膚炎、肥満症の病名を持つ子ども達の中にも、不登校を伴う子どもの入院が増えてきました。(平成11年度の資料も加えていますー編集部ー。)

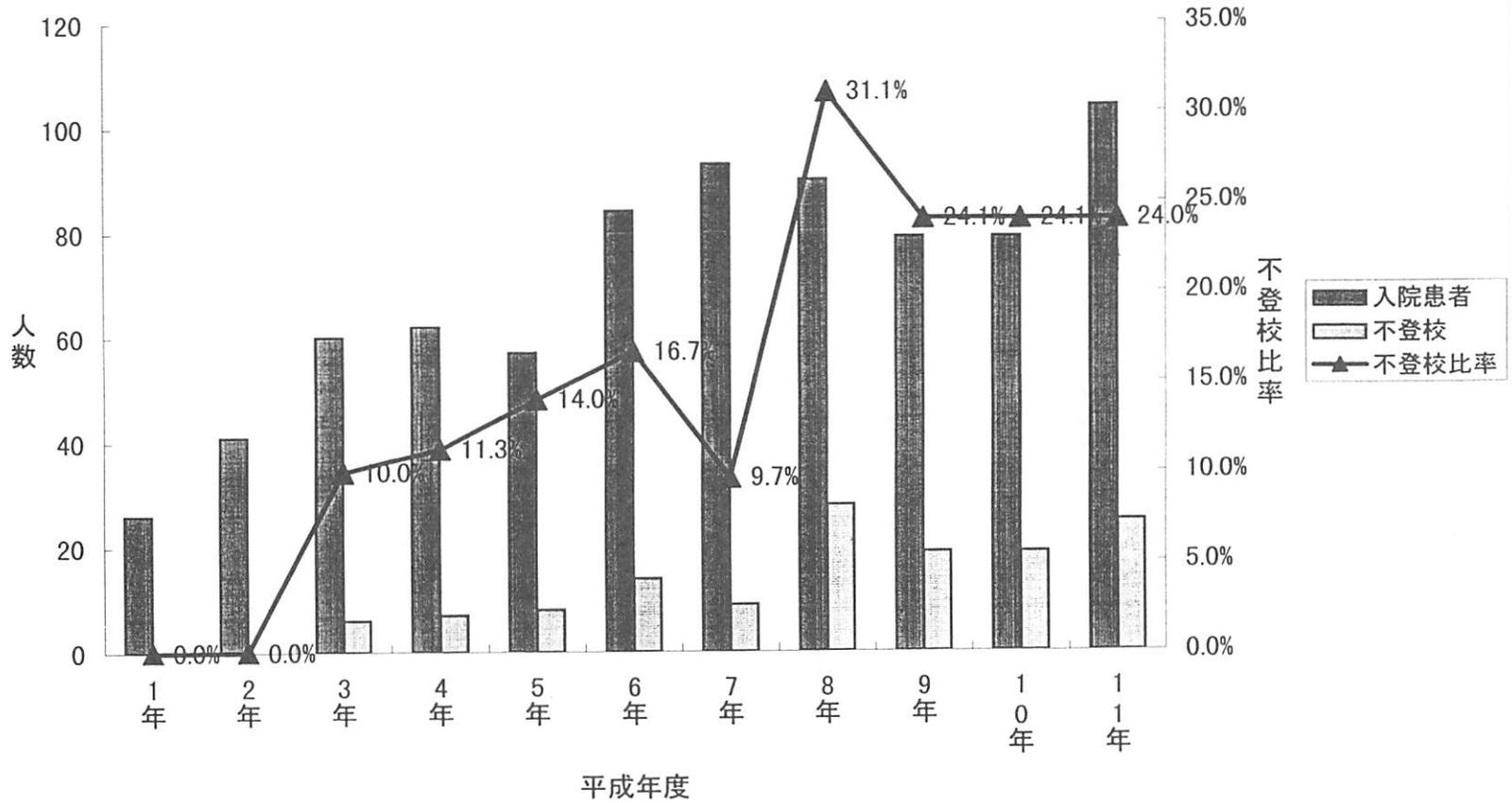
桃陽病院では高学年になるほど、不登校の割合は高くなっています。現在、入院児数は64名中、中学生が36名います。90%が不登校を伴っています。それらの子ども達への理解を深めるために、看護婦の「入院時の病歴調査表」も昨年度から変更し、入院の時、不登校に至った経過、家族、学校関係などにも、さらに深く目を向けるようになりました。

現在、看護婦19名、保母1名で、外来及び子ども達の入院生活に関わっています。

今日は、不登校の取り組みに様々な角度から示唆を与えてくれたK君の事例を紹介すると共に、病院及び学校を含めた不登校児の取り組みについて紹介していきたいと思います。

事例K君。中学1年生。8月末の入院です。病名は肥満症、アトピー性皮膚炎、不安神経症、不登校です。家庭環境として、父親42才、トラック運転手、早朝から夕方までの勤務です。母親43才公設市場のパート事務。月曜日から金曜日まで、朝10時から夜8時までの勤務です。姉18才、通信高校生。母の勤務先でバイトをしながら勉強しています。弟11才小学校5年生。喘息、肥満症、不登校で兄と一緒に入院していましたが、この子は既に退院

入院患者と不登校



しています。入院までの経過として、幼い頃明るく活発でしたが、運動はあまり好きではなかったようです。

小学校2年生頃から太り始めています。5年生の時のイジメがきっかけで不登校が始まり、5年生では50日欠席しています。家族には「強い子が幅をきかせている」「ケンカが絶えない」といい、友達とも遊びたがらなくなっていました。小学校6年生の1学期は始業式に出席しただけでした。しかし、学校の働きがけで、2学期の後半から3学期にかけて週1回夜7時以降、担任と卓球をして遊んでもらっています。その時の担任の先生は、当時の彼のことを「我がままで我慢することが出来ない。自分のことはさておき他人を攻撃する」と評価しています。

中学入学時、住民票を移し他の校区の学校に入学していますが、1学期は半分くらい欠席しています。昼間は自分の部屋に閉じこもり、好きなことをやっていたようです。

K君の興味関心は、少年ジャンプのクイズのネタを考えて応募することで、5回ほど掲載されたと言うことです。その他にファミコンゲーム、ジグソーパズル、卓球、父親と一緒に釣りに行っていたようです。一日の行動として、夜は12時頃に寝て、母親がパートに出掛ける午前10時頃に起き出しています。そして食事は、朝昼兼用でインスタント食品などを自分で作って食べ、たまに近くでコロッケなどを買って食べていたようです。「ハムカツ好きなんや」と教えてくれた事もありました。

夕方は父の車で家族全員、祖母宅に夕食を食べに行き、帰宅したら又自分の部屋で好きなことをしていたようです。

年に2回は家族全員で、父方の九州の実家に2週間ほど里帰りしたり、休日は弟の稽古事に家族で出掛けることも多く、家族ぐるみの行動が多く見られ家族関係は良かったようです。また、ゲームや雑誌など欲しいものは

直ぐに買ってもらっていたようです。しかし、朝夕の食事の団欒は家族では見られず、夕食も祖母宅に依存するなど、なんとなく生活感の感じられない家族に見えました。入院を決める時も、母親は不登校、閉じこもりについてはあまり深刻な感じは受けず、肥満の解消が目的のようでした。しかし本人は十分納得しておらず、喘息のひどい弟と一緒にということで、しぶしぶの入院でした。入院時は身長156cm、体重77kgと標準体重より30kgの超過でした。眼鏡をかけて色白で可愛い顔をしていました。

入院後の生活に入ります。入院時小学校5年生の弟は、同学年の子ども達と同じ部屋に抵抗なく入れましたが、K君は他人の目を強く気にして落ち着かず、他の生徒との交わりを避けるなどの心理的不安が見られ、入院を強く拒否しました。そのために、K君に、他の子ども達と交わらなくてもすむ個室とし、食事も部屋まで運び、入浴も一人ですという対応を提案しました。この対応でやっとK君は入院を継続してくれました。それまでの桃陽病院では、個室はインフルエンザなど隔離の必要の有る場合と、視察などの必要のある場合などに使われており、心のケアのための個室利用は初めての経験でした。

しかし、このK君の1年以上の閉じこもりは、対人関係不安だけでなく、洗面、歯磨き、着替えなど基本的な生活習慣の乱れを伴い、夜は暗いと眠れず室内灯をつけて、眼鏡もかけたまま眠る、朝目覚めても布団からなかなか出られず、朝食をもっていっても、みそ汁、野菜などはほとんど手をつけず、偏食もひどいものでした。食事は肥満食のために、1日に1240kcalで、野菜類が多く出された食事でした。排便も病院では出ないということで、排便のための外出も許可されました。このように、K君の入院当初は独り暮らしの気ままさを、これでもかと思わせられることが多く、行き先暗いと思われるスタートでした。

しかし朝の検温時の「おはよう」に始まり、食事をもって行くときや入浴を促す時など、部屋を訪問する度に積極的に声をかけていくうちに、少しずつ身構える様子が取れていきました。入院して4日目、他の子ども達が登校してK君がひとりで病室にいる時、プレールームでの卓球に誘うと応じてきました。その時は負けん気が強く、攻撃的なプレーが多かったようです。入院して7日目、医師と学校の隣の「学びの森」に散歩に行った後、学校のコンピュータールームに誘われて行き、ゲームの好きなK君は関心を見せています。

一方、看護婦の方でも、毎日昼間、K君の係を決め、ゲーム、卓球、散歩などをしながら、彼と一緒に時間を持つようにしました。ゲーム、卓球などは婦長が得意で、婦長と一緒にやったり、それぞれの持ち味を生かしながら、彼とのコミュニケーション作りに努めました。時々、ベッドの周囲の後片付けを促したりしていますが、あまりやる気が見られないため、病院の環境に慣れることを優先しました。入院して1カ月後、看護婦と一緒に保健室へいき、保健室の先生と切り絵をし、その後看護婦と一緒に保健室登校をすることが多くなり、保健室の先生も病室に彼を訪問したり、中学部からも生徒指導の先生が訪問するなどして、学校との交流も少しずつ始まってきました。

2カ月後には、自分一人で保健室に登校しています。その頃より、学校から戻った小学生たちとポケモンカードなどで遊ぶようになりました。自分から部屋を出て子ども達と遊ぶようになったのです。入院して3カ月目、10月末に行われた学習発表会では、学校の先生と一緒に受付の手伝いをしてきています。このように少しずつ彼の行動範囲も広がり、医師、看護婦を介さず、他の子ども達との接触も増えてきました。

入院して4カ月が過ぎる頃K君と話し合い、他の子ども達と一緒に部屋に移っています。

教室にはまだ入れず、保健室登校が多く、保健室の先生に身体をほぐしてもらったり、お返しに先生の肩を叩きながら「家でいつもお母さんにしてあげているんや」と、保健室で身も心もほぐされて優しい一面も出せるようになっていきます。大部屋に移ると同時に、入浴も他の子ども達と一緒に入れるようになりました。この頃には肥満の方も体重が60kg台となり、自分から医師に食事のカロリーアップも頼み、1日の食事が1600kcalになってきています。

入院して5カ月が過ぎた頃、食堂で皆とご飯を食べられるようになりました。学校の方も、放課後に初めて自分で教室に行き、自分の机が用意されていることに驚きと嬉しさの感情を表し、自分でいすの調節をし、その日保健室に行った後、初めて他の生徒と一緒に授業を受けています。その後は登校する日も多くなって、授業にも少しずつ出るようになりましたが、1日に1～2時間出るのも無理している様子が伺われ、保健室やコンピューター室で過ごす時間の方が多かったようです。また、管理用務員さんとも仲良くなり、落ち葉掃きなどのお手伝いも好んでやっていたようです。

このK君が、ほとんどの科目に出席するようになるまでには、一年程かかりました。その間には、同級生2～3人から「早う出た方が気持ちが楽になるで」とか、下校後はゲームをしたり、休んでも後ろめたさを感じさせない付き合いにも随分助けられたようです。また、卓球以外のスポーツはやりたがらないK君でしたが、中学1年の終わり頃からバスケットもするようになり、夕方の自由時間バスケットに興じることが多くなっています。

中学3年生の修学旅行も楽しく参加することができています。

整理整頓は相変わらず苦手なようですが、週一回病院で自分で洗濯し、入浴も真っ先に入りに来たりで、入院時の風呂嫌いが嘘のよ

うです。

中学3年の2学期を迎えた現在、166cmと入院時より10cmも伸び、体重は60kgとなり、体型的には普通の中学生と同じになって、食事でも普通食になっています。外泊してもまだ地域の中学生との交流は見られませんが、入院している子ども達同士で遊びに出掛けたり高校進学への意欲も見られるようになりました。同時にK君は集団との関わりを持てるようになり、運動会や学習発表会などの行事に参加するようになると、家族全員で見に来たり、入院初期には看護婦ともあまり話したがらず身構えた姿勢の強かった母親ですが、少しずつ看護婦の方にも打ち解けた話をするようになってきました。

このK君との2年余りの関わりを振り返ってみますと、約4カ月間の個室対応でしたが、しぶしぶながらも入院を受け入れたのは、この対応で、他人と接触しなくても良い、自分の安全な場所が確保されたこととK君が思ったからではないかと思えます。職員の方も初めてのことで、戸惑いながらも医師、看護婦と何度もカンファレンスを持ち、毎日K君係を決め、遊びや散歩などを通して関わり、K君の気持ちに寄り添う努力をしました。自分が受け入れられたと思うことで、K君も心を開き対人関係が出来たのだと思えます。学校の方も登校刺激をせず、彼の様子を見ながら病院訪問をしたり、他の子ども達と接触の少ない保健室やコンピュータ・ルームからの導入から始めるなど、柔軟な対応をしてくれました。

このK君のケースは私たち看護婦にとって、学校や家族との関わりを含め、現代の子育てについても考えさせられる貴重な経験でした。

次に、病院及び隣接の養護学校を含めて取り組んでいる子ども達への対応と、その効果について説明したいと思います。

この取り組みは不登校の子だけでなく、家族と離れて24時間、年齢の違う集団の中で生活している子ども達全体を対象としています。

## 1. 個室対応

桃陽病院は、慢性小児疾患が大多数を占めているため、集団生活が基本となりますが、他の子ども達とうまく関われない子どもが、個別に対応するときに取られる対応です。

最初は個室で過ごし、登校は促さず、食事や入浴も一人で、他の子ども達と接触しなくてもよい状況を作ります。子どもの状態によっては、親の面会や付き添いを許可することもあります。そして時期をみて、他の子ども達との接触を図り、本人が望めば大部屋に移していきます。この対応は学校へ行かなくてはいけないという義務感から解放され、人間関係の煩わしさもないため、心の疲れを癒す時間と居場所は確保されます。そして一人での自由を確保しながら、起床や登校などのチャイムで病院の日課に慣れていき集団を感じて行くようです。

この対応の時、私たちが心掛けているのは、出来るだけ子どもとの時間を沢山持ち、安心できる居場所作りをすることです。この対応をした子どもの中で「一人はちょっと淋しかったけど、周りを気にせずゆっくりできたことで、自分を取り戻すことができた」と語ってくれた子供もいます。子どもの自主性を尊重しながら、社会性、対人関係能力を身につけていくステップとして役立っているように思います。

## 2. 養護学校との連携

①病院からは下校後の子ども達の様子を、遊びや行動面の情報として、生活指導日表、喘息発作や発熱や怪我などの健康面は、保健日表を通して毎朝学校に報告しています。学校はそれを持ち帰り、学校での様子を記録して病院に送ってもらっています。

②毎日2時間目終了後、ショート養護・訓練を学校で行っています。これは学校の先

生が中心となり、医師、看護婦も参加し、喘息グループはタワシ摩擦や喘息体操、肥満グループはカロリーカウンターを付けて、遊びを取り入れた運動を行っています。プログラムは小学校中学校別に行われています。

③ショート養護・訓練終了後、学校訪問、主に保健室になりますが、そこを訪問し子どもの様子を見に行きます。

④月2回約1時間半程、学校・医師・看護婦間で子供の生活行動を理解するための情報交換を中心とした話し合いを持ちます。子ども達全体の生活、情緒面の把握に努めています。

#### ⑤学校行事への合同参加

学校が主体となっている大きな行事、運動会、学習発表会、学びの森での飯盒炊さんなどは、職員だけでなく保護者も一緒に参加して楽しんでいます。

特に、秋に行われる学習発表会は小集団のため、年齢の違う子ども達の合同出演もあります。日頃おとなしくて目立たない子が、舞台上で堂々と演じている姿を見ると胸が詰まり、子どもの持つ力の偉大さを思い知らされます。同時に、毎年この感動の裏には、学校の先生の子どもへの信頼と深い思い入れの中、子どもの持つ力を引き出すための、並々ならぬ力添えを感じさせられます。

#### ⑥学びの森での飯盒炊さん

これは学校の実習室で電気やガスを使ってやるのと違い、保護者も含めて、学校全体の取り組みとして行われ、雑木林の中で包丁を持ち煙りにむせびながら、自分たちでご飯を炊くという行為は、子ども達を生き生きとさせ、やんちゃな男の子も自分の

役割を真剣にこなしています。こういう作文を書ってくれた子どもがいました。不登校で入院して間もない中学3年生の女の子です。飯盒炊さんでカマド作りをして、巧くご飯が炊けた時「Nちゃんが確かめていたから、うまくできたんよ」と言ってくれたことがとても嬉しく、ここに来て良かったと感謝と感動の言葉を綴っています。

#### ⑦学校と病院の合同研究会

今年で3回目になります。夏休みを利用し、小学部中学部別々にテーマを決め、心理的に問題を抱える子ども達の理解、対応について、学校の先生・医師・看護婦間で話し合い、スーパーバイザーの指導を仰いでいます。

以上、学校との連携について述べました。

桃陽病院では、喘息児の入院が多く、鍛練が多かった時期には学校に子ども達を送り出してからは、2種類の連絡日表と月2回の朝の話し合いが、学校と病院との主な情報手段であり、子どもの心を理解することとは程遠いという現状でした。

しかし、子供の生活も多様化し、さまざまな角度から見えないと対応して行けないという危機感から、年々学校と病院の情報交換が密になってきています。

学校では、登校はするが皆と一緒に授業に出にくい子ども達の対応のため、リラックスルームと多目的室を設け、担任以外にも複数の先生が関わって、子どもの居場所作りに努めてくれています。ちなみに、今年の中学部の合同研究会のテーマは「リラックスルームの対応」についてでした。

### 3. 家庭との連携

保護者とのコミュニケーションは、子どもを理解するのに欠かせない手段の一つです。

①桃陽病院では、月1回面談日を設けています。新入院児の保護者の紹介や病気についての説明会、医師との個人面談が主なものですが、保護者と看護婦のグループ懇談会が、各学期毎に行われ、保護者同士、保護者と看護婦間のコミュニケーションを図っています。特に、保護者と受け持ち看護婦にとって、この面談日はお互いの理解を深めるための貴重な時間になっています。

## ②外泊ノート

入院してから、喘息児は鍛練、病識学習のため4週間後、その他の子ども達は2週間後に、毎週末の外泊が始まります。その時、中学生は医師のみ、小学生は医師と看護婦の2種類の個人連絡ノートを利用して、子どもの病院での生活、家庭での状況を報告しあっています。また学校でも連絡帳があり、小学生は3方向から情報連絡が入ります。

この外泊ノートで子どもの様子を伝え合うことは、子ども理解につながり、又、親子を支援するための資料にもなっています。入院間もない子どもの中には、自分の思いを巧く病院では出せず、外泊時に保護者に話し、保護者から情報を頂いて対応するということも多々あります。

## ③臨床心理士によるカウンセリング

これは、医師が必要と判断した子どもに対して行われています。下校後、週1回1時間くらい、臨床心理士によるカウンセリングを行っています。必要な時、医師・看護婦・臨床心理士とのカンファレンスを行うこともあります。現在、2人の臨床心理士が、7名の子どもを受け持っています。

## ④看護婦の受け持ち制

学年別の受け持ち制の看護体制を活用して、1人の看護婦が3人～5人の子ども達

を受け持っています。

保護者、学校、医師とコンタクトを取りながら、低学年の子どもの場合は主に学校・病院への順応、遊びや身辺整理など、基本的な生活習慣を通して子ども達と関わっており、保護者的な役割が多く穏やかなものですが、中学生では対人関係、思春期の悩み、進路の問題と、学校・医師・保護者を交えた話し合いが必要な場合も多々あり、対応に苦慮することが多いというのも現状です。

## ⑤スポーツの効用と集団での遊び

夕食後の時間を利用して、夏は夕方7時までグラウンドを開放しています。そこでは、サッカー、ソフトボール、キックベースなどをしたり、体育館ではバレーボール、バドミントン、バスケットボールなどで汗を流しています。

スポーツの効用はここで述べるまでもないことですが、放課後、同学年同士でも遊ぶことが少なくなってきた現在、年齢の違う子ども達が一緒に遊ぶ中で、助け合い競い合い、時にはケンカをしながら、子ども達は子ども社会のルールを学んで成長していくようです。閉じこもっていた不登校の子ども達の多くが、最初に自分から接触するのは、自分より年齢の離れた年下の子ども達です。走ってタッチするだけの鬼ごっこなどは、今まで余り外で体を動かす遊びをやってこなかったと思われる子ども達が好んでやる遊びの一つです。

そういう遊びをしているうちに、いつの間にか不登校の子ども達も、同学年の子ども達と一緒に、自分の好きな遊びやスポーツをするように変わって行っています。時々、鬼ごっこなどは見学している私たちも仲間に入ることがありますが、年齢を忘れさせてくれる効果もあるようです。

## ⑥自然を利用した行事の活用

これは、病院の立地条件と自然の力を借りた対応です。

桃陽病院は小高い山の上であり、排気ガスも少なく、夜は静かです。森と竹林を利用して、春には筍掘りをします。学級活動の時間に、学校の先生と子ども達が筍を掘り、外泊の時に自宅に持って帰り、筍の味を家族で楽しんでもらっています。秋には、飯盒炊き込みをします。休日には、学びの森や自然が一杯の近くの公園に出掛けたりもします。鳥の声を聞きながら、子ども達と一緒に散策します。自然の中に入ることによって、色々な発見をし会話も弾みます。これは、自己回復力の促進剤にもなっているように思います。

以上、学校、病院の対応および保護者との連携について述べましたが、これらの対応とともに、対人関係に悩んだり、社会経験に乏しい子ども達にとって、24時間、年齢の違う子ども達との集団生活の重要性に気づくようになりました。

子どもが成長するためには大人の援助や、安心できる自分の居場所は必要ですが、それと共に喧嘩をしたり、悩みを打ち明けあったり、一緒に遊んだりする子供同士の触れ合いや摩擦も必要なのではないでしょうか。人は人の社会の中で、自分を理解していくのだと思います。等身大の自分を肯定していくためにも、人との関わりは必要です。また、自分がして欲しかったと思えることをしてあげる年下の子どもとの存在も必要です。同学年の子どもとは上手いかず不登校になり入院してきた子どもを、年下の子と同じ部屋にしたところ、大人顔負けの忍耐力を発揮して、下の子どもに接してくれた子がいます。

この子どもに私たちは、待つことの大切さを教えていただきました。

私たち看護婦は子ども達を見守りながら、

少し後押ししたり、話を聞くだけの対処をするだけで十分な場合も沢山あります。子ども達は病気の治療を受けながら、心を癒すために入院していますが、子供たち同士がお互いに癒し合ってくれているところも沢山見られます。

終わりに、社会情勢が複雑になるにつれて、家族関係も変わってきました。桃陽病院に入院してくる子ども達の中にも、家族関係の歪みから家族と一緒に生活できない子どもも数名います。母子分離が難しいと思われる拒食症の子もいます。

このように、年々複雑なケースが増える中、病院では集団生活ができても学校では教室に入れず、個人対応を望む子供たちが増えてきています。

学習空白も原因の一つになっているようです。学習空白を補うために、養護学校の先生方が、学校で個別的な指導をしてくださると共に、病院で週2回、夜間学習が行われています。桃陽病院では、養護学校との緊密な協力のもとに、入院してくる子ども達の状況に合わせて対応を変えてきました。

まだまだ十分とは言えませんが、前に述べました7つの対応で一定の成果を上げつつあります。今後も、子ども達、保護者、学校との連携をさらに深めて、私たち看護婦は受け持ち制の看護制度を生かし、子どもの身体や心の声をキャッチできるよう努力し、子ども達と保護者に「桃陽に来て良かった」と感じて頂けるように自己研鑽に努めたいと思います。

最後に、今回私たち不登校の研究グループの発表に、多大な助言を与えてくださった、中尾院長、共同研究者の石川圭子さん、高橋恵子さん、原田範子さんに謝意を表したいと思います。

ご静聴ありがとうございました。

《研究発表》本研究は、千葉県特殊教育長期研修生として派遣された筆者が研究報告としてまとめたものである。

## 病弱児の心理的適応を図る指導

一不登校児の調査研究及び心の状態が身体症状に現れやすい生徒への支援を通して一

千葉県立四街道養護学校 木滝千代子

病弱養護学校では「心身症的な兆候」により不登校状態で転入してくる児童生徒が増加している。彼らの実態とその指導について全国の病弱養護学校へ調査研究をし、併せて事例研究を行った。興味、関心のある活動を通し、達成感や成就感、役に立つ喜び等を味わうことから、自己肯定感が高まり、それが心理的適応を図ることにつながるということが分かった。また前籍校で再度不登校にならないよう医療、前籍校、保護者との望ましい連携のあり方を探り、転出後のアフターケアや子どものニーズに合わせた支援、教育相談等について考察した。

【キーワード】 不登校 喘息 心身症 心理的適応 自己肯定感 教育相談

### I はじめに

全国病弱養護学校小・中・高等部に在籍する児童生徒の約20%は心身症、神経症であり、さらに喘息、肥満、アレルギー疾患等で心理的不適応を伴うケースも多く、近年、病弱養護学校転入前の学校（以下、前籍校と記述）で不登校であった者（以下、年間30日以上欠席日数のあった児童生徒を不登校児と記述）が多いことが報告されている。

今年、全国小・中学校の不登校児は12万人を越え、NHKの調査によると不登校の理由の一番は「体の不調」で、全体の25.5%に当たる。従って、病弱教育対象の不登校児は益々増加するものと推測される。

筆者の勤務する四街道養護学校（以下、本校）においても、病名は「喘息」等であるが心身症的な兆候により不登校状態で転入してくる児童生徒が増加している。彼らは、隣接病院での喘息等治療が終了すれば退院し、前籍校に戻ることもとなるが、退院イコール完治ではなく「入院してまで治療する必要がなくなった」だけであり、心理面の課題が十分解決していない場合がある。そのため、本校在籍中は登校できていても、再び不登校となるケースが少なくなく、不登校児の問題は「前

籍校に戻ると再度不登校になること」である。このような児童生徒の多くは、エゴグラム検査で自己肯定感（自分もなかなかすごいと肯定的に受け入れる気持ち）の低いことが指摘される。

そこで全国の病弱養護学校における不登校児の在籍状況や指導の現状について調査を行い、その実態を明かにしたい。また、事例研究を通して「心の状態が身体症状に現れやすい」生徒が自信をつけ、自己肯定感を高め、心理的適応を図るための支援の方法、医療関係者、前籍校の担任、保護者との望ましい連携の在り方を探りたいと本研究を行った。

### II 研究の目的

1 全国病弱養護学校の不登校児の在籍状況や在籍状況の現状について調査を行い実態を明かにする。

2 事例研究を通して、前籍校で、不登校状態であった「心の状態が身体症状に現れやすい」生徒が自信をつけ、自己肯定感を高め、心理的適応を図るための望ましい指導、支援について追求する。

3 医療関係者、前籍校、保護者との望ましい連携のあり方を探る。

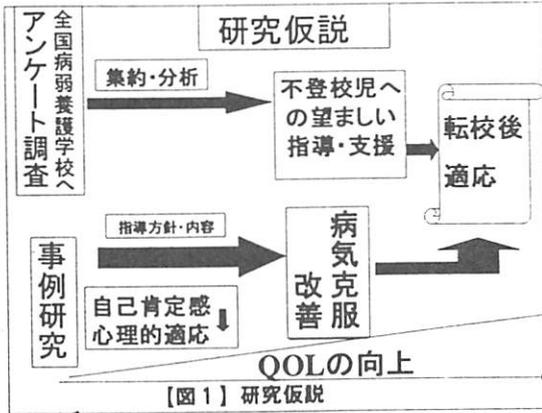
### III 研究の仮説

調査研究「全国病弱養護学校における不登校児の教育について」及び「心の状態が身体症状に現れやすい生徒への支援」の事例研究を行うことにより、

(1) 病弱養護学校における「前籍校で不登校児だった児童生徒」の心理的適応を図るための望ましい指導、支援のあり方が明かになるだろう。

(2) 再び不登校にならないための支援、医療関係、前籍校、保護者との望ましい連携のあり方を探ることができるだろう。(図1)

(図1)



### IV 研究の方法

#### 1 基礎研究

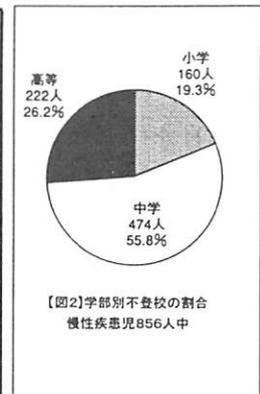
文献研究及び千葉大学「教育臨床プログラム」受講、千葉県総合教育センターでの教育相談実習

【表1】不登校児の在籍状況

調査期日 平成11年7月1日

(図2)

疾患名	疾患総数 (A)	小学部	中学部	高等部	不登校	不登校割合	不適応	不適応割合
					総数(B)	(B/A)%	総数(C)	(C/A)%
総数	1705	160	474	222	856	50.2	571	36.6
喘息	437	70	99	14	183	41.9	111	25.4
神経疾患	375	21	87	65	173	46.1	93	24.8
肥満	140	8	44	19	71	30.0	33	23.5
心身症	297	23	159	87	269	90.6	213	71.7
皮膚疾患	69	5	18	7	30	43.5	20	28.9
肝疾患	241	12	8	4	24	10.0	4	1.7
その他	146	21	59	26	106	72.6	86	58.9



### 2 調査研究

#### (1) 調査対象

「前籍校で心理的不適応を伴う病気により不登校傾向にあった児童生徒」の在籍する全国の病弱養護学校

#### (2) 調査の内容

- ①不登校児の在籍状況、学習、対人関係等の特徴
- ②前籍校へ転出前後の学校の対応
- ③内面理解のための検査等の実施状況
- ④心理的対応を図るための指導
- ⑤カウンセリングの実施とその効果

### 3 事例研究

対象児A子に対する支援とその考察

### V 研究の内容

#### 1 調査研究 病弱養護学校における不登校児に関する調査

- (1) 調査対象 75校 回収68校 回収率90.6%  
調査対象校64校(該当者不在4校を除く)

#### (2) 調査内容及び集約

全国病弱養護学校に在籍する不登校・不適応児の学部別、疾患別の在籍状況を(表1)に示す。

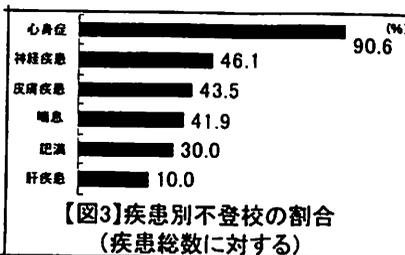
慢性疾患児のうち不登校であった者の割合は、50%を越え、特に思春期を迎えた中学部の生徒は、その割合が55%と高い。

疾患総数における不登校児の割合を比較すると「心身症」「神経性疾患」「皮膚疾患」「喘息」「肥満」の順である(図3)。

疾患総数

(図3)

における疾患別心理的不適応の児童生徒の割合は、



「心身症」

「皮膚疾患」(アトピー性等)「喘息」「神経性疾患」「肥満」の順である。

### (3) 不登校児の特徴

不登校児の特徴として、精神的に弱い、自信がなく自己肯定感が低い、言葉によるコミュニケーションを含め自己を表現するのが苦手、対人関係に弱さを持っていて集団が苦手、嫌なこと等気持ちが体に現れやすいこと、体調が悪くなったり不定愁訴の訴えが多いことが明かになった(表2)。

学習についての特徴が上位を占めているのは、回答したのが教師であり、学習への注目度が高いためと思われる。

### (4) 前籍校との連携

- ・調査対象64校が実施する「前籍校との連携」についてまとめると(表3)になる。
- ・体験登校は病状が落ち着いてから、文書を整え、継続的に実施している学校がある。

【表3】 前籍校との連携

情報交換	55校 95%の学校で行っている そのうち91%が手紙、電話連絡による方法である
体験登校	行っている73% そのうち退院のめどがついてからが一番多く85% 病状が落ち着いてから文書を取り交わし定期的、継続的に実施(外泊時の前後等に) 行事時に参加は2校
参加の仕方	日課表通り54% 独自のマニュアルを作成し段階を追った取り組み実態に即した対応2校
配慮事項 取り決め	・体験入学委員会を作り(病院側と学校)合同で検討し日数や内容、方法等を決定 ・本人の意志を尊重する ・連絡を密にする ・事故の責任は自校とする ・病状や配慮等について事前に伝達する ・依頼には管理職が出向くこともある
問題点	・退院の決定が急で対応に余裕がない ・不適應の場合の心理的ケアが必要 ・家庭の変容が必要だが理解と協力が得られない ・相手校の理解不足がある ・転学可能か判断する客観的資料及び退院に向けての情報交換検討の場がない

【表2】 不登校児の特徴 (延べ数)

順	内 容	順	延べ数	項目
1	プレッシャーに弱く逃避的傾向で精神的に弱い		100	学習
2	自信がない		78	学習
3	発表や自己表現が苦手		72	学習
4	集団が苦手		69	対人
5	不定愁訴の訴え、嫌なことで体調が悪くなる		67	生活
6	家庭の問題が影響。		57	対人
7	友達や家族との人間関係が希薄		55	対人
8	自己中心的で自分勝手わががまま		47	性格
9	依頼心、依存心が強い		47	対人
10	基本的な生活習慣(・整理整頓・挨拶等)が未確立		37	生活
11	自己を否定、自己肯定感が低い		36	性格
12	不安感、恐怖感が強い		33	性格

注：項目は質問項目に即して学習を「学習」、生活面を「生活」、対人関係を「対人」、性格面を「性格」と記載

(5) 心理検査の実施：64校中59%が実施。その内78%が学校で実施している。

○ 検査内容 実施の多い順に

(学校で) 1 エゴグラム 2 YG検査

3 WISC-R

(病院で) 1 WISC-R 2 YG検査

3 バウムテスト

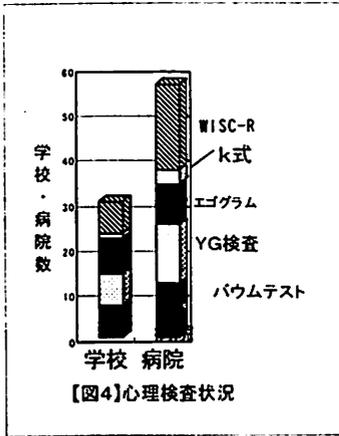
・学校は性格検査が多い。病院は知能検査重視の傾向で、学校の約2倍行っている。エゴグラムは検査しやすく自己理解等の指導に活用できることから、学校で行っているケースが多い(図4)。

○ 検査結果の活用 : 実施校の62%が活用している。(図4)

【表4】適応を図る指導(複数回答延べ数) \*

活用の方法

- ・児童生徒の内面理解
- ・客観的資料の収集
- ・注意の仕方等日常生活指導の配慮事項の参考
- ・指導目標、指導方針、個別の指導計画作成に活用



【図4】心理検査状況

1	集団活動(グループエンカウンター等を含む)	101	養
2	スポーツ	44	養
3	補習、抜き出し授業	42	授
4	教材教具の工夫	35	授
5	病気理解	29	養
6	個別カウンセリング	28	養
7	調べ学習、体験学習	26	授
8	描画、箱庭等遊戯療法	22	養
9	規則正しい生活習慣	18	養
10	自己理解	9	養
11	個別の指導計画・I E P作成	5	養

成果: ・客観的に児童生徒の内面を把握できた  
・教師間で指導の共通理解を図りやすい  
・自己理解や自己主張訓練に役立つ

問題点: ・利用、活用が不十分  
・病院での検査結果が伝わりにくく情報の共有ができない  
・教員間の研修が足りない

注意点: ・実施については、子どもの状態に合わせて、慎重に扱うなど、扱う側(教師)の配慮が必要である

(6) 適応を図る指導

64校中 89.8%の学校が、適応を図る指導を行っている(表4)。

不登校児の特徴(表2)から、集団活動を重視。その中から人間関係、友達との関わりを学習させ、自己表現、発表等の「弱さ」

\* 養護・訓練で行っているのを「養」、その他の授業での指導を「授」と表記

の克服に、意図的に取り組んでいる。

学習では、意欲を高めるため興味・関心賞賛が図れる教材教具の工夫や体験学習に重点を置いている。

個別の指導計画やI E Pが少ない。

学校における指導上のカルテといった個別の指導計画やI E Pの作成が課題になる。

(7) 個別教育相談(カウンセリング)について

カウンセリングの実施状況は(表5)に示す。カウンセリングは、75%の学校で「効果がある」と答えている。そのうち、担任が担当しているところは70%以上ある。子どもの家庭環境や事態を良く知っていて、担任は担当者として適しているという面と、子ども側からすると言動等評価をする人で、本心や悪いことは言いにくいと

【表5】 カウンセリングの実施 64校中 複数回答

対象者	実施の割合	担当者	時間帯
本人	41校 65%	担任 73% 相談担当者 56%	授業中 34% その他 34%
保護者	28校 50%	担任 70% 専任 12校 スクールカウンセラー1校	個人面談時 62% 送迎時、定期的 32%
成果	問題の明確化とその整理ができた。心理的安定が得られた。相互の信頼関係が深まった。保護者への成果は精神的安定が図られるに伴って子どもも安定してきた。親子関係の改善や子どもへの理解が深まってきた。心理解放と共に自己表現の場となっている。		
問題点	スクールカウンセラーがいない。個別に使える教室がない。時間がとれにくい。		

いう面にもくいという面もある。担任以外に教育相談係、専任教員、少数だがスクールカウンセラーが行っている。専任教員や

スクールカウンセラーを要望する声がある。誰がいつ行うかについて検討委員会を設けて検討し、行っている学校がある。

## 2 事例研究

### (1) 対象児 A子 (以下本児と記述) 診断名:「喘息」 T養護学校中学部

発症 2歳9カ月 (妹出生時) 地域のJ病院通院治療 R小学校入学以降 J病院短期入院を繰り返す 小4 家庭の事情で母親と暮らす S病院入院 院内学級へ K病院長期入院 2学期よりT養護学校転入 中1 5月 母親病死 以後は父方で暮らすことになる 本校転入学前後の不登校状況 (欠席日数) 小1:32日 小2:36日 小3:36日 小4転入前: 0/66日(院内学級) 転入後: 8/134日 小5:8日 小6:6日 中1:0日(2学期末) 退院、転出 発作の原因 : 行事前後、疲れ、「友達との関係」、「家庭の事情・母親の体調悪化」等の心配事の 関わり当初の実態 : 発表等自己表現が苦手、言われたことはしっかりやるが消極的、不定愁訴あり 主治医の診断: 上記を総合して「本児は心理的な要因で発作等の身体症状を表す傾向が強い」
--

### (2) 実態のまとめ

他の入院治療中の児童生徒と同様に、発作の恐れ、治療の見通しや退院後の学校生活などに多くの不安があり、エゴグラム検査では自己肯定感が低く自信がない状態。心配事、不安が高まると体に影響し喘息発作を起こす。最愛の母親が去年5月に死去した直後には、表面的に明るく振る舞っていたため、周囲からは「あの子は大丈夫、そっとしておいた方がよい」と言われていたが、YG検査、不安傾向診断検査(抑うつ性97%、劣等感85%)で「うつ傾向」を示した。主治医からは「本児は感情を外に出さないが、心の傷は大きいはず。身近に彼女の支えになる大人が必要。信頼関係のもとに、心に沿った積極的なアプローチで痛手を癒していく必要がある」とのアドバイスと協力を受けた。

### (3) 指導方針

方針: 興味関心のある活動に着目。本人の希望を尊重し成就感、達成感が実感できること、人の役に立つ体験等を通し、本児が存在価値を自覚できるような課題を設定。時間を共有し継続的に関わる。

- ① 期間・場所: 6月から12月まで48回 (一回当たり2時間程度) 病室にて
- ② 時間帯: 本児が寂しい気持ちになりやすいと思われる夕刻や夜、休日、外泊帰棟後等

### ③ 配慮事項

- ・指導するという姿勢はせず、自由な雰囲気の中で信頼関係を築くことに重きを置く。
- ・聞き出さず話したければ聞く、受け止めるという姿勢、否定的なことは言わない。
- ・本児の希望したことを希望するやり方で行う。
- ・病院スタッフとの連携を大切に病棟の活動を最優先、同室の他児へも配慮する。

### (4) 内容

- ① 心理検査 エゴグラム(7月、12月) バウムテスト YG検査 コラージュ CAT
- ② 制作活動と「カウンセリング的関わりを意識したおしゃべり」

#### a 手芸作品作り

本児の希望した得意な手芸の作品を仕上げることで、達成感、満足感を味わわせることを目的に、制作活動を一緒に行った。楽しそうににこにこしながら丁寧に作った。また、制作活動をしながら話しかけたり、本児からの自由な話しかけの相手になり「おしゃべり」をたくさんした。初めは「わかんない」「別に」等の短い受け答えが多かったが、7月頃から、学校の出来事、心配事の相談、将来の夢、母親の思い等で話すようになった。作品を完成させた喜びを味わうとともに、看護婦や友達に「上手だね」と誉められること

によって、喜びが一層大きくなったことが伝わってきた。

製作内容は、ビーズ細工（動物、果物）、刺繍（ミニちゃん壁掛け）編み物（ベスト）等  
b 折り紙によるくす玉作り大会

他者から認められる経験をするため本児を講師、友達、指導員等を生徒役に、折り紙によるくす玉作り大会をした。声が大きく、顔が上を向き生き生きしていた。他児から尊敬の眼差しと賞賛を受け、認められている、優れている面があるという思いを味わうことができた。

### c 模擬料理教室

家庭で居場所を見いだすことが難しい本児にとって、退院後の家庭生活において、自分の存在価値を自覚できることが望まれる。そこで小学部のときの調理実習でホットケーキ等を一人で完成させ、大勢から「おいしかっ

た」と喜んでもらった経験を生かすことにした。外泊の前日に料理の本を使用、本児の作れそうな物、皆で食べられるもの、費用がかかりすぎないもの、3点を条件としメニューを考え、本児が作り方の手順を机上で覚える、模擬料理教室を行った。（9月より10回）

その結果「家に帰ってもやることがない」「『あ、帰ったの』と言われるだけで誰も喜ばない」と外泊後涙している時も合った本児だが、家庭で実際に調理をし、家族から「おいしい」「A子ちゃんがいるといい」と言われ喜んだ。次回は何を作ろうかと張り切り、外泊を楽しみにするようになった。調理の材料を父親に電話し頼むこともしている。家族に喜ばれ認められることで、役に立つ喜びを味わい、家庭内での自分の居場所、存在価値を自覚することができた。（「カレー作り」のやりとりの様子を以下に示す。）

教師の発言	本児の発言
(9/24)・家の食事は誰が作っているの？	・お父さんかおじいちゃん。お弁当を買うことも多いよ。
・A子ちゃんも作るの？	・わたしは作らない。
・家に帰ったとき食事を作ってみたら。	・だめ。わたしできないもの。学校ではできたけど家じゃ自信ない。ひとりだし。
・家庭科の調理実習の時、いろんなものが上手にできたじゃない。A子ちゃんなら大丈夫。	・作り方わかんないもの。先生そばにいないし、途中でわからなくなったら困る。
・じゃ、ここで(病室)で料理を作る練習。病室では実際にはできないから、料理の本を使って、材料や道具はあるつもりで。料理の作り方を覚えよう。料理教室の始まり、始まり。	・先生といっしょに作ってよく食べたね。お楽しみ会やお別れ会、反省会っていうとまず自分たちの食べるものを考えて作ったものね。私他の先生から『またあなたたちのクラス、調理実習やってるの』って言われた。病棟じゃ、食べたい物食べられないもの。作った物を配って歩いたね。おいしいって言われたのもよかった。
・あした、外泊で家に帰るんだよね。夕ご飯に何作る？ひとりで作りやすいものがいいと思うけど。そうだね。みんなが好きなものいいね。	・へー病室で？無理だよそんなの。でも、今ひまだから、ま、いいか。
・あんまり材料費が高くなるとお父さんびっくりするから、そこのところも考えに入れたほうがいいよ。	・うーん カレーにしようかな。おとうさんもカレー好きだから。
・きつとうまくいくよ。がんばって。	(料理の本を見ながら)カレーにもいろいろあるね。えびやホタテの入ったものもあるよ。これがおもしろい。これにしようかな。
(9/26)・カレーライス作った？ どうだった？	・そうだね、費用のことも考えなくちゃ・ナベに油をこういれて、肉と野菜をまず炒めて水を入れて煮る。こうやってみると以外と簡単。あした家でやってみよ。
えー 炒めなかったの？	・作った。ばっちり うまいったよ まず、ナベに水を入れて野菜と肉を煮たよ。
・炒めなかったって、ちょっと失敗したって大丈夫。	・あ、そうだった！ 忘れた。失敗だ。でもお父さんもお兄ちゃんもおかわりをして食べてくれたよ。お父さんなんか『こんなうまいカレーは初めてだ。すごい。知らない間にこんなに上手になって。』と誉めてくれたよ。うれしかった。
A子ちゃんのビタミン愛がいっぱい入っているから、A子ちゃんが一生懸命作ったものは何でも美味しい。誉められて良かったね。またやろう。	・次は何を作ろうかな、先生教えて。料理の本を見るって楽しい。
	・うん、料理をいっぱい覚えて、お父さんたちに食べさせてあげるんだ。

その他の内容 ・カレーライス ・麻婆豆腐  
・おでん ・イカめし ・親子丼 ・すき焼き等  
外泊時に実際に本人が作った物……おでん

カレーライス 親子丼 すき焼き等  
d その他の指導 構成的グループエンカウ  
ンター 保護者(父親、祖父)への支援等(融5回)

#### (5) 経過のまとめ

小5、6年時は外泊の度、ひどい発作を起  
こしたが現在は全く発作がない。多くの活動  
を通し、成就感や満足感を味わい、自己肯定  
感が高まった。「不安はあるが退院して頑張  
ろう、部活は帰宅部で帰り家事をやる」と、  
家庭での存在価値の自覚と共に、家庭の受け  
入れも整い、退院になった。

## VI まとめと今後の課題

### 1 調査結果より

・喘息の病状は心理的な要因が影響する。身  
体面の訓練といった要素とともに、心理的安  
定を図ることを重視して意図的に取り組むこ  
とで、成果を上げている学校がある。

・心理的適応を図る指導では、カウンセリング  
等の個別指導を取り入れると共に、集団活  
動を通して自己肯定感を高め、良い人間関係  
を育み、社会性を高める方法が有効である。

・集団活動の内容は、共同作業、発表、グル  
ープエンカウンター等で、集団参加の仕方  
やグループ編成では、個人から小集団、大  
集団へとステップアップすることが大切である。

・実態把握と実際の指導には、行動観察と  
共に心理検査の活用やカウンセリングが効  
果的である。

・学校カウンセラーの配置を行っている学  
校もあった。児童生徒が安心して話せるた  
めの人的配置や、カウンセリング室のよう  
な物的資源の充実が望まれる。

・学校と医療関係者との連携を含めた個  
別の指導計画の作成と活用を図る。

### 2 事例研究より

(1) 心理的適応を図る係わり : 心理的に不安

傾向の強い病気療養児に対する係わりとして、  
自信を得て、自ら自己肯定感を高めていける  
ような支援を行うことが大切である。そのた  
めには成就感、達成感、人の役に立つ喜び、  
自分の存在価値を実感できるような意図的な  
指導が大切と分かった。一人一人の特性、興  
味関心に着目し、「楽しい」「もっとやりたい」  
「やればできる」といった気持ちに視点をあ  
て、動き出そうとする「心」とその心を「元  
気に」することに重点を当てる。このような  
心理的安定を図る指導・支援を、普通の授  
業の中でも積極的に行っていくことが大切  
である。

○心理的適応を図る指導を行うにあたり大  
切にすべきこととして

・安心できる信頼関係を作る ・否定的な  
ことは言わず、一緒に時間を共有しようとする  
共感的態度 ・自分の気持ちを言葉等で表現  
し自分の気持ちを自覚する手伝いと、表現し  
たことを共感的に受け止める姿勢 ・子ども  
達の内面の実態把握 ・継続的に係わる。

○欠席による学習遅滞がある場合、系統性  
を踏まえた学習内容の精選を図り、学習進  
度の詳細を転出時に相手校に詳しく伝達す  
る。

(2) 保護者への支援(教育相談) : 本児への理  
解が祖父と父より得られたことは、本児の  
心理的安定に大きく影響を与えた。子ども  
の心理的適応や安定には保護者の心理的安  
定、子どもを受け入れる気持ちが欠くこと  
のできない大きな要素を占めていることを  
改めて実感した。親子間の関係改善、育  
児への自信回復を目指す、積極的係わり  
(教育相談)の必要性を思う。

(3) 係わりの場と時間の工夫 : 事例研究の  
生徒に係われた場、時間は長期研修生と  
しての特別の機会がそれを可能にしたが、  
小児科医より「子どもが寂しく思い、不安  
定になりやすい時間帯(夕刻から夜間等)  
がある。もっと教育的関与があったら」と  
望む声がある。自立活動の5つの柱の1つ  
である「心理的安定」を図る指導を、自  
立活動の授業の中心

に、より一層充実させていくことが望まれる。その上で、子どもが不安定になりやすい時間帯にどう対応していくか、子どものニーズに合わせた支援の方法を、更に検討していくことが大切であると思われる。

(4) 幼児への対応 : 長期入院の幼児には教育の機会が与えられず、集団活動等の体験不足が考えられる。対人関係の弱さ、集団が苦手など、不適応、不登校の素地を就学前に作ってしまう可能性があり、幼稚部の設置等の整備は早急で重要な課題と思われる。

以上のように、子どもの自己肯定感と心理的適応を図ると共に、受け入れ側の家庭及び前籍校の理解と協力を得られるように環境を整えていくことが、再度不登校にならないための大切な支援になり、更にそれが、子どものQOL(命の輝き)を高めることにつながると思われる。

### 3 学校・担任等としての望ましい連携のあり方

#### (1) 医療関係者との連携

医療関係者からは、病歴、治療以外の心理的対応の方針、医療の心理検査の結果と医師による分析、病状の回復状況等の情報の提供を受ける。学校からは担任の方針、学習の意欲や進捗状況等を医療関係者に伝え、両者で支援の経過や保護者へのガイダンスの内容について伝え合い、共通理解の得られる連携が望まれる。それらを個別の指導計画に生かすことが大切である。

#### (2) 前籍校との連携

① 転入時 在籍中や転出後の一定期間、継続的な情報交換を行う。

② 体験登校 復帰をスムーズにさせるため

病状が落ち着いた時点から継続的な前籍校での体験登校(帰宅時等)が必要である。体験登校を行うには相互の共通理解、情報交換、子どもの実態に合わせた具体的な内容や方法を定める場として、体験登校検討委員会の設置が望まれる。

③ 治療終了前 医師、担任、保護者等が、転出の学校へ出向き、配慮事項等を伝える合同会議の実施と内容の充実が大切である。

④ 転出後 「前籍校に戻ると再度不登校」にならないために、子どもの状態に合わせて一定期間、養護学校の担任や教育相談係が、適宜、学校生活や家での様子を聞き、励ましの言葉を掛ける等アフターケアを行うことが望ましい。再度不登校状態になった時は保護者や相手校と連絡を取り合い早めの対応を考える。

#### (3) 保護者との連携

保護者が外泊の送迎等で足を運ぶのは主に病棟であり、それも休日や夜間が多く、担任等が保護者と顔を合わせる機会は少ない。情報交換や、保護者の精神的負担の軽減を図りながら、理解と指導への協力を得る努力として、場合によっては定期的に継続した教育相談の機会を設けるなど、双方の接点の時間を多くすることが大切だと思われる。

#### 【おわりに】

本研究を進めるに当たりご指導いただいた千葉県特殊教育センターの中川奥治先生をはじめ諸先生方、千葉大学清水幹夫教授、県総合教育センター教育相談部の諸先生方、ご協力頂いた本校の宮原亮一校長先生をはじめ諸先生方、国立下志津病院の医療関係者の方、全国病弱養護学校の皆様、A子さんや保護者の皆様に深く感謝し厚くお礼申し上げます。

《参考文献》 \*平成11年度病類調査(全病連) \*平成10年度全病連静岡大会シンポジウム資料  
\*平成11年9月29日 NHK教育テレビ 22時放送 NHK教育スペシャル「不登校」

○ 文部省 1993 病弱教育における養護・訓練の手引き 慶応通信

○ 武田鉄郎 1992 病弱児の知覚されたソーシャルサポートとストレス反応に関する研究 国立特教研・研究紀要24巻

○ 大野精一 1997 学校教育相談 理論化の試み・学校教育相談 具体化の試み ほんの森出版

# 親の会の共同アピール

——難病対策基本法の制定を願って——

## 【はじめに】

私たちは、難病児のQOL（クオリティ・オブ・ライフ＝いのちの輝き）の向上を願い、また相互に理解を深めるために、難病のこども支援全国ネットワークに集まっている難病児の親の会です。

難病に対し、国は難病対策要綱に基づき、特定疾患（年齢制限なし）、小児慢性特定疾患（原則18歳まで）を定め医療費の公費負担を行っています。しかし、難病患者・家族が抱える問題は経済的な問題だけではなく、子どもの健全育成の観点からの配慮が必要です。こうした実情から、“これからの母子医療に関する検討会”は、平成4年5月に厚生省児童家庭局長の諮問に対し、「慢性疾患を持つ子供たちへの対応」の部分で、難病の子ども達のQOLを考え、(1)在宅ケアの推進、(2)入院児対策の推進、(3)民間団体による自主的な活動の支援、(4)総合的・体系的な対策の確立に向けて、の4つの視点からなる最終報告を行いました。

親の会としてこの報告をどのように受け止めるかを検討した結果、報告書が難病児の置かれた現状を認識し、難病児対策に、福祉の視点を持ち込んだ点を高く評価することで一致しました。そこで、親の会としても、報告書の優れた視点及びこの間の話し合いを、今後に生かした患者サイドからのQOLの提言を行おうとなりました。

ところで、難病対策は、国の補助金による裁量事業として行われていますが、国は財政難に直面し、福祉等についても聖域を設けず一律に補助金の削減を求めており、既に、特定疾患の一部には患者負担が導入され、小児慢性特定疾患事業についても、医療費全額公費負担の存続が危ぶまれています。このように難病児が安心して医療を受けるには、法による安定的な制度を設けることが緊急の課題になっています。

社会的弱者を救済する法律として心身障害者基本法がありましたが、平成8年、障害者の完全参加と平等等の目的を盛り込み、障害者対策基本法として抜本的な改正がなされ再出発いたしました。そしてこの間、難病患者もその対象に加えたらどうか等の議論があり、私達も難病が含まれるよう願っておりましたが、残念ながら対象からはずされてしまいました。

一方において、少子化時代を迎え国会においては、将来を担う子ども達の健全育成を目指し、少子化対策基本法制定の動きがありますが、こうした法律の中に健常児の育成だけでなく、難病児の医療保障をきちんと位置付けることは勿論、難病児の一生を見据えたQOLの実現、難病児の完全参加と平等を願い、難病児に医療面のみでなく、福祉の面でも各種の施策がなされるよう、以下の内容を盛り込んだ難病対策基本法が制定されることを私達は願っています。

## 【基本的な考え方】

病気や障害のあるなしにかかわらず、子どもは健全に育成されなくてはなりません。しかし、難病児は日々病気と闘いながら生活しています。難病児を基本的人権を持つひとりの人として、子どもからおとなまでのQOLを考えると、その施策はより以上にきめ細かな配慮が必要となります。

そこで私たちは、長期治療を必要とする病児のライフステージを考え、病院を「治しながら育つ場」、学校を「学びながら治す場」、そして社会を「共に生きる場」と位置付けました。

難病問題は、本人やその家族のみの問題ではありません。共に生きる社会問題として受け止め、「難病福祉」という言葉が社会に定着することを願い、難病対策基本法の制定を目指しつつ、私達の具体的な要望を次のように提言いたします。

## 【 I 医療 】

### ○ 治療研究の推進

難病のある患者にとって最大の悩みは、より良い治療法の開発です。病気を治し、社会へ復帰し、家族や友達と一緒に毎日を過ごしたい。そう願っているのです。そのためには、今まで以上の積極的な医学研究の推進を願うものです。新しい医学の進歩を難病の治療法の開発へ結びつけるために、以下の取り組みを進めていただきたいと思います。

#### 1. 病因の解明と治療研究の推進

全ての難病患者とその家族は、少しでも良くなりたいたいという強い希望を持っています。今まで遥か彼方に思えた遺伝子治療も、今では可能になってきましたが、そのために最も必要なことは、病因の解明と治療研究の推進です。

#### 2. 公的助成の積極的な推進

難病の発病原因の究明・治療法の確立等の研究を推進するためには公的助成が不可欠です。多くの難病のこれら基礎研究は目立たず地味なものです。こうした難病の研究を医療関係者が意欲的に取り組めるよう、公的補助でのシステムを作る必要があります。

#### 3. 早期発見のための研究の推進

難病の早期発見はいろいろな選択や治療法を可能にします。

#### 4. 副作用の治療法の研究

難病の場合には、長期にわたる治療が考えられるので、副作用の問題は深刻です。また、万一副作用による障害が起きたときにおいては、再発防止のために直ちに有効な対処をお願いいたします。

### ○ 医療制度の充実

#### 1. 新薬、新治療法の健保適用を速やかに

医療が進歩した今日、各地で新しい治療法が試みられていますが、すぐには保険の適用にはならず、多くは自己負担を強いられています。オーファンドラッグとしての扱いではなく、どんなに使用する対象者が少ないものでもその安全性・有効性が確認できたら、純粹に医学的な見地から、その新薬・新治療法等を速やかに保険の対象として頂きたいと望んでいます。

#### 2. 差額ベッド料など、保険適用外の医療費等の補助

高額に及ぶ移植医療費、差額ベッド料、保険給食費等、保険適用外の医療費への補助を実現してください。

### ○ 病院等施設面の整備 「病児にとっての病院の役割——治療しながら育てる」

長期にわたる入院・療養生活、あるいは入・退院を繰り返す子ども達にとって、病院は単に病気の治療をする施設ではなく、大切な生活の場であり「治しながら育てる」ために、小児病

棟には以下の配慮が必要です。

### 1. 院内の学習室・遊戯室の充実

現在、一部児童を対象とした養護学校や院内学級の設置など、子どもの学習面を補う努力が続けられていますが、ほとんどの場合に専用の学習室は無く、病院側の好意によりスペースを確保しているのが実情です。学習体験を基にした成長過程という重要な時期にある子ども達への対応としては、あまりにも不十分であり不安定な環境です。専用の学習室・遊戯室を設置することにより、学習意欲、生活のリズム、退院後の生活管理の訓練など、多くの効果が期待できます。

### 2. 面会の充実

子どもの成育の基盤は家庭であり、それは難病の子ども達にとっても例外ではありません。長期にわたる入院や、繰り返される入・退院で、かなりの部分、家族との生活を失っている現実を少しでも解消するために面会室の充実が望まれます。親子がゆっくり過ごせる部屋と同時に、面会のできない幼いきょうだい（兄弟姉妹）のための保育室の併設も提案します。

### 3. 家族のための宿泊施設

病院に通える範囲に、家族のための宿泊施設が必要です。長期にわたる検査、手術等に家族が対応するには、経済的負担の少ない宿泊施設が必要であり、同時に、入院患児の外泊のショートステイなどにも利用できる総合施設であることを望みます。

### 4. 公的資格を持った医療ケースワーカー（MSW）の設置

医療や福祉に関する相談事を、親身になって受け止めてくれるMSWの存在が、より良い療育生活を実現させるために欠かせません。都道府県の指定医療機関にはMSWを設置する義務等、具体的な対応を望みます。

### 5. 病棟への心理士・保母の配置を

成長期に子ども達へ心理面への配慮は欠かせません。また子どもは遊びや友達との交流を通じて成長しています。これらの事から心理士・保母等が病棟で子ども達の相手をすることを進めてほしいものです。また同時に、親・家族への心理面に対するサポートも併せてお願いいたします。

## 【 Ⅱ 教 育 】

### ○ 保育と教育に関する要望 「病児にとっての学校の役割——学びながら治す」

教育は成長発達過程にある子どもにとって欠かすことの出来ない重要性を持つものです。しかし、病児の教育環境の現状は、一部児童・生徒を対象とした養護学校や院内学級の他は、具体的支援体制のないままに推移しており、十分なものはなっておらず、その支援の充実が急がれるところであります。このため以下のような対策を望みます。

#### 1. 在宅療養児の学校教育について

##### (1)普通学級の充実

学校には病児にとって、学びながら病気を治すという視点からの役割があります。つまり、病児のQOLの向上、教育の機会均等の立場から、健常児とともに学べることが重要であり、そのための普通学級の環境整備が必要であります。このためには、病児を受け入れるための

普通学級の施設、設備の改善を行う、1クラスの児童・生徒定数を削減し十分教師の目が行き届くよう配慮し、学校に介助職員の配置をするなどの施策が必要であります。

## (2)既存の養護学校等の充実

病児が健常児とともに学ぶことは望ましいことですが、一方で、普通学級に通えない病児も多く、そうした病児を対象とした養護学校の増設が望まれます。また、ひとりひとりの障害や個性にあった学習指導の実現を願います。さらに、教育の低年齢化、高学歴化等の観点から、病児のための保育園の設置や、養護学校における高等部の設置も必要なことです。こうした施設の充実は勿論のこと、訪問教育、短期入院時の学習指導など教育サービス、進学等については、親（保護者）、医療機関、学校等教育機関が十分に連携し、弾力的に対応することによってその充実を図り、病児が教育面で不利にならないよう配慮することも必要です。

また、病児の心理面に対する配慮、教育現場における経管栄養・吸引・導尿等の医療的ケアの実施に対しても配慮が必要です。

## 2. 入院児の教育・保育について

病院内における教育の機会を確保するため、院内学級の設置、訪問教育を推進するとともに、普通学級に在籍する子ども達が学籍移動することなく、院内教育等の学習が受けられるよう弾力的な対応を望みます。

また、入院児の保育についても教育同様の配慮が望まれます。

# 【 Ⅲ 福 祉 】

## ○ 福祉・医療サービス等制度面の整備――共にいきる

長期にわたって医療を受け続ける子どもにとって、そのQOLを高めるためには、できるだけ家族と一緒に過ごす時間を多くすることが望ましいことです。子どもは学習体験や遊び、きょうだい・友達との交わりのなかで成長します。できるかぎり家族とともに過ごすこと、子どもらしい毎日を送らせることは欠かすことができません。このために、以下のような制度の充実を計っていただきたいものです。

### 1. 在宅福祉制度の整備

難病は、長期にわたり在宅療育を余儀なくされるために、訪問看護婦の派遣、訪問リハビリテーションの実施、ホームヘルパーの派遣、ショートステイやレスパイトケアの実施等、病児を安心して療育できる支援体制の整備拡大が必要です。さらに、これらの制度が高齢者のみの対象でなく、またその利用についても弾力的な対応が望まれます。

### 2. 保健所を中心とした地域のネットワーク作りの推進

難病が社会に理解されていないために、悩みを相談する窓口も非常に少なく、医療・行政の各機関が、個々に存在しているため、病児の家族は、地域において孤立しがちです。病児のいる家庭では、医療・行政機関を何度も往復しなければならず、このような患児を救うための医療・福祉のネットワークの推進が望まれます。

## ○ 経済的援助

難病児家族において、その治療が長期にわたることから、経済的負担は家庭の基盤を揺るが

しかねない重圧となります。これを軽減することにより、難病児家庭のQOLの向上を図ることは重要な問題です。

#### 1. 住宅で利用する医療機器などへの補助

現状では、住宅で利用する医療機器・医療用品は保険の対象外となり、自己負担になるばかりか、時には確定申告の対象外となることもあります。病児の家庭における医療的ケアが伴うことが増加している現状を踏まえ、利用する医療機器・医療用品のレンタル、無償提供を含む補助を実現して下さい。

#### 2. 間接医療費の補助

治療のための宿泊や通院のための費用、付き添いや、それに伴う二重生活などの費用負担は大きいものがあります。そこでこれらの交通機関の割引制度の実施や、間接医療費を確定申告の対象にしたり、また間接医療費まで公費負担枠を広げるなどの援助を望みます。

#### 3. 就労できない子に対する援助

難病者の場合は、働く意欲があり働ける状態にあっても就職先がなかなかありません。このような病児・家族に対する経済的な援助を望みます。

#### 4. 税制面などの援助

難病児家庭を減税、減免化の対象にして下さい。また、家庭療養付加金の導入を願います。

### ○ 就労に対する要望

#### 1. 難病患者にも自立の道

難病患者のQOLを考えると、難病児の自立・就労の問題を抜きにすることはできません。就労は、単に経済的に自立する手立てとしてのみでなく、「社会で共に生きる」という、人として自己実現の手立てとしても極めて重要なものです。就労困難な状況にある難病患者がいることも事実ですが、難病患者も一様ではありません。単に過去に難病患者であったという者、あるいは一定の生活管理の下では十分に就労可能であるものなど様々です。

#### 2. 医療費の公費負担・職業訓練機関の設置

就労困難な難病患者も、既に年齢的には親の保護を離れ、同時に医療費の公費負担から外されています。したがって小児に対する以上に、医療費の公費負担制度がより一層必要となります。また同時に一定の生活管理の下で就労が可能になった場合のことを考え、医療管理の下でなされる職業訓練機関の設置が望まれます。

#### 3. 採用時の健康診断等の廃止

難病患者でも就労可能な状態、単に過去に難病に罹ったという人や、一定の生活管理の下で就労が可能な状態にある難病患者の現状は、既往症・病状を隠して就労し、そのために就労後、無理をして再発する者・病状を悪化させる者、転職を余儀なくされる者など様々です。

したがって過去に難病に罹った者にとっては、安心して就労出来るように採用時の健康診断を廃止したり、既往症の記載欄を削除したり、あるいは医師の完治の証明があれば傷痕などは一切不問にするなど、採用時の健康診断の意義を根本から問い直す必要があります。

#### 4. 通院休暇制度の創設・雇用企業に対する助成金制度の創設

一定の生活管理の下では十分に就労可能であるものについては、患者が就労しやすい労働（勤務）条件の整備が必要であるとともに、採用する側の負担にも配慮する必要があります。

つまり就労にあたり医師の就労可能との証明があれば健康なものと同様な扱いをしたり、有給の通院休暇制度を設け治療を受けやすいようにし、他方、難病者を雇用する企業に対しては助成金制度の創設などが必要です。

## 5. 介護休暇制度の新設

別の視点からは病児を抱える保護者には、有給の介護休暇を認める制度も必要となります。

## 6. 通所作業所等の整備充実

重度の障害があるために、養護学校卒業後に行くところをなくし完全在宅を余儀なくされる人がいます。どことも誰とも関わりをなくし、ただじっと家庭で家族のみと過ごしているのでは、ノーマライゼーションの理念にも大きく反します。卒業した後も社会に参加し、様々な人々と触れ合いながら生活するためには、通所施設が重要です。医療的ケアが必要な難病者も安心して通える施設の整備拡充を願います。

# 【ま と め】

入院、あるいは自宅で治療、療養を続ける子ども達のQOLを維持向上させるために、いくつかの柱を設け、ここまで検討・提言してきましたが、それ以外にも、医療や教育・福祉の現場で子ども達に係わっている人々の啓発、行政窓口の一本化、親の会等民間団体への助成と育成、寄付金の免税、ボランティアの育成等、まだまだ多くの課題を残しています。

しかし、こうした諸課題を解決するために更に必要不可欠のことは、この問題を単に子ども達を取り巻く医療従事者、家族だけの問題ではなく、社会全体の問題として捉え、社会の人々が積極的に難病対策に参加していただくことです。皆様のご理解とご協力をお願い致します。

## ◎団体名（五十音順）

S S P E 青空の会（亜急性硬化性全脳炎）	「小さいのち」（インフルエンザ脳症）
あすなる会（若年性関節リュウマチ）	つくしの会
ウィルソン病友の会	つばさの会（先天性免疫不全症）
外胚葉形成不全の会	T S つばさの会（結節性硬化症）
S M A 家族の会（脊髄性筋萎縮症）	つぼみの会（I D D M）
カモミールの会（5 P マイナス）	日本水頭症協会
ゴーシェ病患者及び親の会	日本二分脊椎症協会
魚鱗癬の会	日本ムコ多糖症親の会
骨形成不全友の会	日本レット症候群協会
鎖肛の会	X P ひまわりの会（色素性乾皮症）
人工呼吸器をつけた子の親の会	ファブリー病の会
（財）全国肢体不自由児者父母の会連合会	（福）復生あせび会（稀少難病者）
全国心臓病の子供を守る会	ポプラの会（低身長症）
全国「腎炎・ネフローゼ児」を守る会	ミトコンドリア病患者・家族の会
全国多発性硬化症友の会	もやもや病の患者と家族の会
竹の子会（プラダーウィリー症候群）	無痛無汗症の会「トウモロウ」
胆道閉鎖症の子供を守る会	ロイコジストロフィー患者の会

# 日本育療学会会則

## 一. 名称

本学会は「日本育療学会」と称する。

## 二. 目的

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

## 三. 事業

本学会の目的を達成するために次の事業を行う。

### (一) 研究の推進

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

### (二) 研究・研修会の開催

1. 研究会
2. 研修会
3. 海外研修会

### (三) 学会誌等の刊行

1. 学会誌
2. その他必要な資料

### (四) 情報・資料の収集・活用

### (五) 顕彰の実施

### (六) その他、本学会にとって必要な事項

## 四. 組織

### (一) 会員

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

### (二) 役員等

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

### 5. 顧問 若干名

6. 役員及び顧問は理事会において決定し、総会に報告する。

7. 役員及び顧問の任期は2年とする。但し再任を妨げない。

### (三) 理事会・委員会

#### 1. 理事会

会長、副会長、理事をもって構成し、本学会の重要事項を決定する。

#### 2. 委員会

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

### (四) 事務局

1. 本学会に、事業を執行するための事務局を置く。

2. 事務局の所在地

〒194 東京都町田市森野1-39-15

## 五. 会計

本学会の会計は年会費、賛助会費、寄付金及びその他の収入をもって当てる。

### (一) 会費

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

### (二) 会計年度

毎年4月1日から翌年の3月31日までとする。

## 六. その他

### (一) 事業開始日

本学会の事業は、平成6年5月29日から開始する。

## 編集後記

◆前号に引き続き、研究・研修会での講演のうち「不登校」に関する内容を中心に編集しました。前回もそうでしたが、講演の概要をある程度簡略化してまとめるには、ニュアンスを崩さないようにと考えれば考えるほど難しいものです。演者の方に今回も勝手な注文をつけさせて頂きました。

◆山下先生のお話しは17号に掲載すべく校正をお願いしたのに、編集の都合で今回に回すことをご了承頂きました。しかも細かい資料をご用意頂きました。本当にありがとうございました。

◆佐藤先生には原稿の校正と同時に、たくさん資料を作って頂きながら、内容との符合を考慮していただきました。お手数をお掛けしましたことを心から感謝致します。

◆高橋先生の「筋ジス児の生きる意欲と指導」は、昨年度、寄稿して頂いたのですが掲載の機会がなく大変失礼していました。生きる意欲を教師がまた生徒がどのようにとらえているのかということは、重要な視点です。そして、筋ジス児の指導の経験年数が教職経験年数に比べて比較的短いという現状から、今後、指導がどうあるべきか

という問題が指導者の研修とともに考えられていかなければならないのでしょうか。

◆経験年数のことに関しては、病弱教育界全体の問題でもあり、今後も研究の蓄積が重要なキーになってくると考えられます。

◆木滝先生の研究は、長研生としての研究報告ですが、筆者が行った『全国病弱養護学校における不登校児に関する調査・アンケート集約結果』を踏まえてのものです。かなり細部にわたる調査で、不登校児の指導・支援を探る参考資料になると思われます。紙面の都合で今回は掲載できませんが次号以降に載せたいと考えています

◆日本の経済状況が下降線の一途を辿る今、障害を持った子どもたちへの援助に、何らかの影響がないとはいえない状況が感じられます。一難病対策基本法の制定を願って一難病児の親の会の共同アピールを載せました。この願いが一步でも前進するように理解と協力の手を差し伸べたいと思います。

◆訂正とおわびー17号表紙の記載に誤りがありました。誠に申し訳ございません。

◎ 杉山 健郎 (誤) → 杉本 健郎 (正)

### 『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4月30日発行

編集発行者 日本育療学会

代表者 加藤安雄

編集代表者 宮田功郎

発行所 日本育療学会事務局

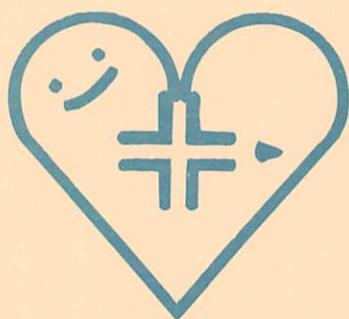
町田市森野 1-39-15

☎ 042-722-2203

印刷所 福川印刷株式会社

東京都町田市忠生 3-6-5

☎ 042-791-2411 (代)



シンボルマークの意味

育…教育という意味で鉛筆

療…医療で聴診器と赤十字

あたたかい心でつつむという意味でハート

あかるく微笑む子どもの顔

「岸本ますみさんの作」

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**