

育療

34

2006.1

平成18年度 10回日本育療学会第学術集会並びに総会開催要項

特集

- 会長講演「(学校)教育は、時代の要請にどのように応えてきたか、また応えられなかったか…………… 西牧 謙吾 …… 1
- シンポジウム
 - 不登校：不登校問題とこれからの学校…………… 下川 紀子 …… 4
 - 非行：少年非行と大人の係わりの変化…………… 新倉アキ子 …… 7
 - LD,ADHD,高機能自閉症：LD、ADHD、高機能自閉症の
子どもの生きにくさ…………… 篁 倫子 …… 10
 - 児童虐待：児童虐待問題を通して見る「子ども」「家庭」
「社会(学校)」の変化…………… 小林 秀次 …… 13
 - シンポジウムまとめ…………… 西牧 謙吾 …… 18
- 基調講演(抄録より)「子どもの心を育む社会とは
—家庭・学校・医療・福祉のなすべきこと」…………… 佐々木正美 …… 19
- 不登校の理解とその対応 —LD,ADHD,高機能自閉症のこどもの適応障害として—
 - 医療の立場から：…………… 竹内 直樹 …… 20
 - 教育(病弱養護学校)の立場から：…………… 高山 健一 …… 24
 - 養護教諭の立場(校内支援)から：…………… 松浦 和代 …… 30
- 小児がんの子どもの医療と教育
 - 医療の立場から：…………… 田渕 健 …… 31
 - 看護の立場から：…………… 内田 雅代 …… 37
 - 教育の立場から：…………… 磯端 文恵 …… 41
 - 小児がん経験者の立場から：…………… 小俣 智子 …… 46

資料

- 病弱養護学校での不登校経験生徒への
教育とその効果…………… 小川 修司 …… 49
- 編集後記…………… 53

【 予 告 】

平成18年度 第10回日本育療学会学術集会

1. 開催日時：平成18年8月26日（土）10:00～17:00 27日（日）9:00～16:30

2. 会 場：ウィル あいち（名古屋市東区）

3. 会 長：横 田 雅 史（愛知みずほ大学）

4. 大会テーマ

ひとり ひとりに あった「支援・連携・展望」

教育、医療、福祉、家庭等さまざまな領域の人たちが一堂に会し、これからの子どもの支援等の在り方について考え、また、第10回記念大会として、次の10年のスタートの会としたい。

5. 内 容：

(1) 会員による研究発表

(2) 第10回大会記念講演、教育講演、ランチョンセミナー、シンポジウムなど

☆ 講演、シンポジウムのテーマとして、下記のような内容を考えています。
特別支援教育について、軽度発達障害の教育的対応、児童福祉 他

6. 一般演題の募集：下記の『演題申し込み用紙』にご記入の上、以下に郵送、または e-mailに同じ内容をご記入の上、送信してください。

※一般演題締切：2月28日（火）17:00必着（プログラム等を決定するために時間厳守です）

送付先：名古屋市立大学看護学部 河合洋子宛

〒467-8601 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1

e-mail：yokawai@med.nagoya-cu.ac.jp

※なお、発表者は、本学会員に限ります。会員でない方は、演題申し込み時に入会手続きをしてください。

入会手続き：入会希望の旨を下記宛てにご連絡ください。

日本育療学会事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷1-15-4 文京尚学ビル6F

Fax：03-5840-5974 e-mail：takeda_tetsurou@yahoo.co.jp

詳しくは、<http://www.nanbyonet.or.jp/ikuryo/>をご覧ください。

キ リ ト リ セ ン

演題申し込み用紙

発表者（連名の場合は全員のフルネームを書き、発表者の前に○印を付けて下さい。）

所属（連名の場合にも全員分を記入して下さい。）： _____

演題名： _____

key Word（3語以内）： _____

連絡先住所等（代表者のみ）： 〒 _____

TEL： _____ fax： _____

E-mail： _____

学会会長講演

特集「(学校)教育は、時代の要請にどのように応えてきたか、また応えられなかったか」

西牧 謙吾 (独立行政法人 国立特殊教育総合研究所)

教育の必要性を疑う者はいない。特に、よい大学に入学し、知的職業についてよい収入を得ている人は尚更である。産業構造が、多量生産大量消費時代は、大部分の人が教育を受けさえすればよい職業について、よい収入を得ることが出来ると考えていた。しかし、1980年代から、そのような時代は終わりを告げた。そこで、教育は絶対善ではなく、教育効果を評価される時代がやってきた。そこで、(学校)教育は、時代の要請にどのように応えてきたか、また応えられなかったか、というテーマでお話をしたい。

今、教育の構造改革が進んでいる。大学、高校と改革が進み、義務教育改革が今ホットな話題になっている。特別支援教育も、小中学校レベルは義務教育なので、この構造改革とは無関係ではない。今なぜそのような教育の構造改革が進められてきたのか。

構造改革とは、橋本内閣の時に提言された6大改革構想が直接の起源である。6大改革は、経済構造改革、金融システム改革、社会保障構造改革、財政構造改革、行政改革、教育改革であり、実は最後に始まったのが、教育改革である。その大筋は、2003年の「教育基本法の改正とそれから教育振興基本計画の在り方について」において決まっていた(内容は文科省HPを参照)。

人生の中で(特別支援)教育がしめる位置は、障害者の自立支援のための基本的な福祉施策体系と比較すると、人生のほんの一部であることを意識すべきである。この短い間に、子どもの持つ将来の可能性を見つけ、開発するのである。教育は国家100年の大計であり、今の日本は世界で有数の経済大国であり、長寿国家になったことから、日本の教育は大成功したといえるに違いない。「教育とは何か」は、当たり前言葉として、教育基本法にも説明がない。教育から受けるイメージは多様であるが、目的と方針にブレはない。だから、

教育基本法には、目的と方針だけが書かれている。今後、夢の少ない激動の時代を生き抜くために、義務教育(公教育)は、9年間という人生の10%の期間で、子ども達に何を与えることが出来るのだろうか？

これから、教育問題を考えるときの前提となるお話を。まず地方分権の動きを知ってほしい。教育の地方分権化は避けられないからである。地方分権を進める法的整備で、押さえておくべき法律は、地方分権一括法(1999年7月成立、2000年4月施行)、情報公開法(1999年5月成立、2001年4月実施)、NPO法(1998年3月成立、同12月実施)である。これら法整備の目的は、国全体の規制緩和であり、地方への権限委譲(機関委任事務から法廷受託事務、自治事務へ)である。地方における政策決定・行政運営の自主性・自立性を確保し、住民参加によるパートナーシップ型行政の確立を目指している。地方行政機関は、住民のニーズにもとづき、地域経営の推進、地域社会の活性化、行政における情報公開と説明責任が求められる。特別支援教育を進めるキーワードが並んである。目指す未来像は、安全で活力あるまちづくり、地域社会づくりである。教育でも、すでにこの流れで、学校運営協議会、学校評議員制度、学校支援ボランティア制度がすでに導入されている。

教育とは、国民の教育を受ける権利の最小限の社会的保障と考えたい。新しい時代の義務教育の姿を、「義務教育に係る諸制度の在り方について」(初等中等教育分科会の審議のまとめ)から改めて確認してほしい(「新しい時代の義務教育を創造する(答申)」が平成17年10月に出された)。特に、学力向上の目指すところをよく勉強してほしい。日常の教育効果を評価し、改善に結びつけることが重要である。

教員の給与の本質を理解してほしい。なぜ、義

務教育国庫負担法により、都道府県が教職員の給与費として実際支出した額の原則半分を国が負担しなければならないか。地方財政法第10条で、教員の給与は、国が進んで経費を負担すると規定されていること、教員の人数は、義務標準法（公立義務諸学校の学級編成及び教職員定数の標準に関する法律）で定められていることと併せて、日本は教育に重点的にお金を割いてきた。この額に見合った教育効果がなければ、給与の見直しは避けられない（福祉では、介護サービスの総額が、関係者の給料の総額である）。平成16年度から総額裁量制導入され、都道府県は自ら教育経費の工夫が今まで以上に出来るようになった。地方分権の良さの見せ所である。一般財源化とは、地方交付税交付金＝基準財政需要額－基準財政収入額として、教育に使うかどうかは知事が決め、その原資は、国税5税の一定税率で確保されるため、不足分は借金となり、永続的には財源としては不安定になることなど、知識として知ってほしい。そうしないと、地方自治体では、財政部局の説得は出来ない。

市町村教育委員会の改革も早晩起こると思われる。よい教育委員会とはどのような組織かという研究を紹介する。教育委員会（狭義）の特性として、委員構成は教育見識の高人が多く、積極的な発言をし、政策提言も多く、教育政策のアイデアを多く提供していること。教育委員会事務局の特性は、地域住民の意見収集窓口、首長部局との連絡調整委員会、外部有識者会議、教育委員会内部の改革検討会議、教育研修センター等を設置し、指導主事の数がそろい、政策立案上のプレーンとして機能、政策実施へのアイデア提供、地域のニーズを把握、学校や首長部局との調整が出来ること。首長の特性は、教育問題を優先的課題、教育長から地域ニーズ把握に努める、教育政策に精通している。地域住民の特性は、教育への関心の高さ、住民集会への参加度、住民団体の教育行政への参画度（住民の地域活動の組織化、ボランティア、NPO）、教員団体の特性は、教育委員会との定期的交流、教育政策の評価・教員の関心の所在の確認（フィードバック機構としての役割）であるそうである。教育委員会改革のヒントにしてほしい。

学校（教育機関）問題の変遷をまとめる。学校教育を通して、社会の様々な問題を解決し、よりよい社会を作る1960年代まで。これまでは、学校が学校であったと言っている。1970年代以降、学校自体が生んだ問題の指摘を受け、その解決への対応を続けている。勉強を教えるという学校の本来の役割を果たすのではなく、学校に子育ての外注化が起り始め、社会が学校に期待する機能をどんどん付加していった。

指摘された問題をキーワードで追うと、受験競争、差別選別教育（60年代）、輪切り教育、詰め込み教育、落ちこぼれ/落ちこぼし、内申書問題（70年代）、校内暴力（70年代末～80年代初頭）、いじめと体罰（80年代半ば）、校則問題（80年代後半）、不登校問題（90年代）、いじめ問題再浮上（90年代半ば）、学級崩壊（90年代後半）、発達障害への支援（現在、福祉的対応?）。今は、学校機能の拡張、子どもの心を理解すること自体が教育活動になっている。逆説的には、子ども全体への学習保障が成されていないといえる。

教育の構造改革は、外からの改革である。学校社会の構造を変えて、学校教育のプロセスやパフォーマンスの変化を期待している。教育実践の開発は、学校外部機関による意図的・計画的な支援（NPO、ボランティア、大学等）に期待され、家庭・地域社会との関係を重視している。

日本の教育制度を改めて考えてみたい。教育を中なら改革出来るかどうかの根拠を示したい。教育は、文科省を頂点と知る縦社会である。従って、法体系もそうになっている。教育基本法（教育の目的、方針、学校の公的性質、学校の教員）、学校教育法（教科に関する事項は文部科学大臣に委任）、学校教育法施行規則（教育課程の編成、教育課程の領域、各教科の名称、授業時間数の標準等、その他基本事項を定め、その他を教育課程の基準として学習指導要領に委ねる；地方自治体は法令の範囲内で地方基準を定めることが出来る）、学習指導要領である。学習指導要領は、教育課程に関する国の（大綱的）基準であり、時代により、最低基準～標準の意味まで解釈が変動してきた。標準の授業時数を示し、一単位時間は、「常例」、「原則」、「望ましい」等の言葉で意味内容の

遵守レベルを表現している。S52年学習指導要領より、学校裁量の時間＝学校の自主性（創意工夫）を尊重している。現行の学習指導要領の一部見直し（H15）のポイントは、最低基準性と学力保障（到達目標の明確化）、細部は、学校や自治体の責任である。学校現場の腕の見せ所である。

社会構造の変化を、教育も意識する必要がある。教育内容は、社会に出たときに使えるものであるべきである（数学のように不易であるものも含めて）。1980年代から起こった産業構造の変化は、古くからの単純労働を減少させ（製造業の衰退、産業の空洞化）、仕事に必要な基礎知識を増大させ（コンピュータ・リタラシー）、サービス業の増加（生活の外注化）を促し、若者の失業、貧困化、安定雇用機会の減少を引き起こした。中高年とて、例外ではない。

社会経済構造の変化に呼応して、青年期に変化が起こった。高等教育の拡大と高校中退者の増加という背反する現象は、欧米では教育改革に乗り出す契機となった。従来の成人への移行モデルとしての青年期が、今時の若者に当てはまらなくなった。それだけでなく、性別役割の変化、未婚化・晩婚化、結婚形態の多様化、家族形態の多様化など、家族のあり方に多大な影響を及ぼしている。若者は、自由の拡大と引き替えに、生活基盤が不安定化し、若者の（親への）依存期の長期化した。

では、このような時代の学校のグランドデザインとは、どのようなものか。「開かれた学校」（政府文書上はS59臨時教育審議会が起源）は、歴史的には、郷土教育（大正自由主義教育）、コミュニティスクールと地域教育計画（戦後すぐの時代）にもみられる概念である。

教員の専門性は、教職の自律性と現実感覚との乖離を意識する必要がある。この乖離を埋めるものが、教員の倫理性だと考える。日教組・教師の

倫理綱領（1961）、ILOユネスコ・教員の地位に関する勧告（1966）、学校教育の水準の維持向上のための義務教育諸学校の教育職員の人材確保に関する特別措置法（S49、1974）以来、久しく語られていない。私は、学校が地域の社会資源の一つになる必要があると考える。ソーシャルキャピタル論では、社会を支える制度の総和で世の中の良さが決まるのではなく、様々な制度を結びつける「接着剤」を作り、人を活かせる世の中を作ることが必要であると指摘している。地域の中で学校の役割を再検討して欲しい。

地域の課題への対応を積極的に進めてほしい。子育て支援の視点（子育ての外注化の一環？）、学校施設設備の開放（空き教室活用等）、学校施設の複合化（学校と地域施設の合築）、地域人材の積極的活用（ボランティア等）、地域資源の積極的活用（地域遺産、伝統芸能等）、学校運営への地域住民の参画（学校評議員、学校運営協議会等）、学校と地域教育との連携（居場所づくり、子育て支援等）が求められている。

最後に、教育改革の方向性として視野に入れておくべき施策をあげる。少子化社会対策基本法（H15.7）、少子化社会対策大綱（H16.6）、次世代育成支援対策法（H15.7）社会教育法、スポーツ振興法、青少年育成施策大綱（H15.12）は、是非目を通して頂きたい。

同じ教育委員会内でも、すでに大きな改革の波に飲み込まれている部がある。教育委員会組織内の社会教育行政の変化として、指定管理者制度（改正地方自治法）で公的施設の管理を民間事業者に委託可能になったことは注目に値する。

特別支援教育を、障害のある子どもの教育をどうするかという内部の視点だけではなく、そのような子ども住みやすい世の中にするために、教育は何が出来るかという外からの視点も、我々は同時に持つ必要がある。

不登校問題とこれからの学校

下川 紀子（横須賀市教育研究所）

1. はじめに

平成16年度学校基本調査（文部科学省）によると、不登校児童生徒数が平成14年度から3年連続で減少しているということである。長い間増加の一途を辿り社会現象にまでなった不登校であるが、やっと増加に歯止めがかかったように一般的には思われがちである。速報値が発表されると新聞は一斉に不登校減少を大きく報じている。

しかし、不登校児童生徒の出現率に注目してみると、数年前からほとんど変化していないことに気づく。少子化は大変な勢いで進んでおり、在籍児童生徒数そのものが、数千人の単位で減っているのである。不登校児童生徒数も減って当然である。全体に占める割合である出現率が大幅に下がってこそ、本当の意味で不登校減少と捉えるべきである。

今なお全国で12万人を超える不登校児童生徒がおり、喫緊の教育課題であることに変わりはない。

2. 不登校増加の背景

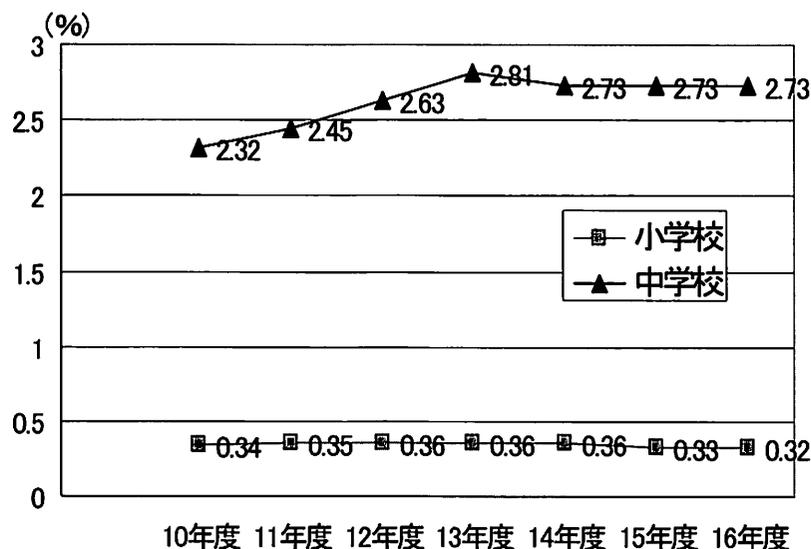
・不登校の多様化

筆者が不登校生徒のための通室学級で日々不登

校生徒の指導にあたっていた12年前は、まだ情緒不安型不登校が主流であり、「燃え尽き症候群型」とか「優等生の息切れ型」も多く見受けられた。自宅に閉じこもり一步も外に出られない重篤な不登校もままあった。精神的にはうつ的な症状が見られ、身体の不調も顕著であった。

最近の不登校生徒を見ていると、原因きっかけを定めるのが困難で、タイプ分けはほとんど意味を成さないと思えるようになった。あえて分類するならば、複合型の不登校がたいへん多くなっている。怠学、非行の要素もありながら不安傾向も強いといったような中学生が増えているように思う。「明るい不登校」とも言われるように、学校に行けない悩みの度合いが比較的軽く、外出もできれば友達とも会える不登校生徒も見受けられる。家に閉じこもって外出もまったくしないというケースはむしろ稀になった。不登校となったきっかけも限定できないようなケースがほとんどである。かつての不登校生徒に多かった不安情緒混乱型は、現在、小学生の不登校に多く出ている。

不登校の多様化が、その対応を一層困難にしているのである。



資料グラフ1 全国児童生徒数に占める「不登校」の比率（数値は文部科学省学校基本調査による）

・消極的な対応への批判

平成4年協力者会議報告書の「登校への促しが状況を悪化することもある」という記述が誤解された結果、見守り待っだけの消極的な対応が主流になってしまったのではないかと指摘する向きがある。確かにこの報告書から12年間で、全国の不登校児童生徒数は5万人以上も増え、まさに「どの子どもにも起こり得る状況」になってしまった。

平成15年報告書「今後の不登校への対応の在り方について」では、「ただ待つだけでは、状況の改善にならないという認識が必要」だとし「働きかけることや関わりを持つことの重要性」が説かれたことは記憶に新しい。

ところで、早期に適切な登校刺激を与えられなかったために長期化してしまった事例が多くあることは推察できるが、ここまで不登校児童生徒数が多くなってしまった背景には、働きかけや関わりの弱さの問題だけではなく、もっと根本的な大きな問題が潜んでいるように思われる。

・現代の子どもに共通の課題

この10年ほどで、社会や家庭のあり様が大きく変わり、子どもは急激に変わった。学校では社会性が年齢相応に育っていない子どもが目立つようになった。思い通りにならないとすぐに暴力に訴える、年長者や大人とはコミュニケーションがと

れるのに同年齢の子ども集団からは孤立してしまう、相手の感情が汲み取れないで自己主張ばかりする、臆病で不安が極度に強いといったように、タイプは様々であるが、総じて耐性の欠如と自己肯定感の低い点が共通している。家庭内では大きな支障はないが、保育園、幼稚園、学校で集団生活を経験するようになると途端に不適応を起こす子どもが増えた。同年齢の仲間と関わる事は子どもにとって本来喜びであるが、適切な関わりができず強いストレスを持ち、相手を傷つけたり自分自身の心にも傷を作ったりする。

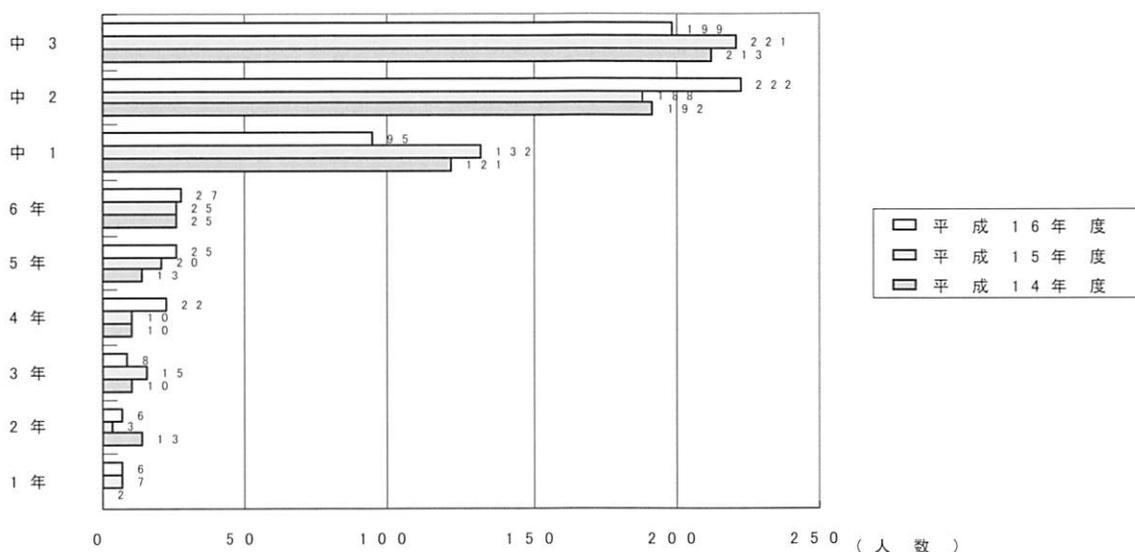
既存の学校という環境に適応できない児童生徒が急激に増えているのである。教育改革の流れの中で学校も新しく変わりつつあるが、子どもの変化のスピードの方が上回っているように感じる。

・中1ギャップと不登校

小学校6年生から中学校1年生になると、不登校生徒数は3倍から4倍にもなることから、ここ数年いわゆる「中1ギャップ」の問題がクローズアップされてきた。

横須賀市においても中1不登校生徒数は小学校6年生不登校児童数の約5倍になっており、「中1ギャップ」は大変深刻な状況になっている。

不登校生徒数教科担任制だけではなく学校生活そのものが小学校時代とは大きく変化すること



横須賀市の小・中学校学年別不登校児童生徒数（数値は平成14～15年度市長欠調査による）

が、現代の子どもたちには大きなストレスとなっている。小学校時代から不登校傾向が見られた生徒はより不登校リスクが高いと言えるが、そうでなかった生徒でも、子ども同士のちょっとしたトラブルから傷ついたり、心を許せる友達を作り損なって孤立してしまったりした場合に、不登校になる危険性が高い。不登校の問題とは、人間関係の問題であるとも言い換えられる。

3. 今後学校が行うべき支援

・予防的対応重視の支援を

これまで教育委員会や学校が取り組んできた不登校児童生徒への支援は、不登校状態をいかに改善するかという対処療法的なものに比重が多くかかりすぎていたように思う。教師の熱意ある指導や適応指導教室での登校支援を経て学校復帰に至った事例も多くあるが、一方で新たな不登校がそれを上回る勢いで増えているのが現実である。今後は対処療法に偏らず、不登校の未然防止に向け個々の子どもの対人関係能力を向上させることや不登校を出さない学級づくり、学校づくりに力を入れていく必要がある。集団生活を自然にしていれば社会性が身に付くというのは一昔前の考え方である。これからの学校教育の中では、人と良

好に関わるためのスキルを意図的に計画的に学ばせたり、感情のコントロールをする方法を体得させたりと、子どもたちに集団の中でトレーニングを行う必要がある。

・子どもの心の傷つきへの対応

また、心の傷つきを癒すカウンセリング的な対応も必要である。学力に困難を抱える子ども、対人能力に課題のある子ども、情緒のコントロールが難しい子ども等、軽度発達障害の二次的な問題として不登校が生ずることは広く理解されている。同じように、家庭環境に恵まれない子どもや非行傾向のある子どもも、心に傷を抱えて不登校になっているのである。不登校のタイプは様々でも、何らかの心の問題を抱え、ストレスが強まり、学校に不適應を起こしていることに変わりはない。こうした課題、いわゆる「生きにくさ」を抱えた子どもたちを、学校は柔軟に受け止め、集団の中でたくましく生きていける力を身につけさせなければならない。不登校、学校不適應の問題に正面から向かうには、学校そのものの在り方、家庭の在り方、大人社会の在り方を問い直さなければならない。

少年非行と大人の係わりの変化

新倉アキ子（神奈川県警察本部少年育成課）

1 はじめに

少年事件はいつの時代にあっても、社会の関心は高く事件が発生すると様々な識者が事件解説をしたり、状況分析をしたりしてマスコミがそれを報道する。マスコミが事件報道を大きく取り上げれば取り上げるほど、類似と思われる事件が続発する。

子どもの問題は大人社会を写す鏡と言われているが、現在の社会構造は子どもにとって多くのストレスを抱えながら生活しなければならない現状にある。少年よる事件が何らかのストレスが引き金となって発生したと報道されると、同様の問題を抱える子どもは事件に触発され、行動に移してしまう子どももいる。大人がもっ子どもらしく生きられる社会を構築できたなら、このような、事件発生にならないのではないかと思う。

2 子どもを取り巻く現在の社会

戦後60年、生活が豊かになったにもかかわらず、子どもが朝ごはんを食べさせてもらえなかったり、夕飯が孤食であったり、お金を与えられて、買い食いしなければならなかったりと、子どもたちは幸せになっているとはいいがたい

20年前、ホテル化した家庭と話題になったが、現在の家庭はさらにすすみ「ビジネスホテル化」にまでなっている家庭もある。家庭という名の寝場所の役割しかもてていない家庭で、子どもは愛に飢え、温くもりに飢え、飢餓感を抱えながら夜の街をさまよっている。「深夜はいかい」で補導される少年の数は、県内統計を見ると、平成12年は21,966人であったが、平成16年では、54,863人と5年間で2.5倍になっている。

夜遊びを繰り返す少年に家に帰りたくない訳を尋ねた時、家に帰っても帰らなくても、家族が心配しないという。つまり、家族がいても子どもを気にして待っている家族がないことが、彼らに深夜はいかいを繰り返えさせている。そのことを親に伝え、暖かい言葉をかけて迎える様に話す

が、「無理、無理。私もそんなことでいちいち干渉されたくないから」と返ってくる。つまり、親も子ども同様、夜遊びをし、我が子を待っている親はいませんでした。このような身勝手な大人が子どもたちの前に立ちただけ、大人のモデルとしては存在し、プラスのモデルとしてはなっていません。子どもたちは生き難さを感じても、他のモデルとなる大人との接点を持てていなかったりする。子どもが様々な問題を起こした時、その背景を調べていくと、大人の対応のまずさや配慮のなさが子どもを追い込んで問題行動に走らせてしまっている事が多く見られ、愕然とってしまう事がある。

表1 深夜はいかいの補導件数 (神奈川県)

年	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年
補導件数	21,966	28,425	34,645	42,814	54,863

3 問題少年の育み

家庭の中で充たされないまま育てられた少年たちの、おかれた状況によって問題行動の出方は様々であるが、その状況が過酷であればあるほど早期の段階でサインは出てくる。そのサインをそばにいる大人が気づくか、否かで、問題を更に深めさせてしまうか、健全に導いていくかわ変わってくる。

事例 1

A 雄（11歳）はここにきて家出を繰り返している。母は心配していろいろ話をして説得するがその場では涙を流して二度としないと約束をする。しかし、しばらくすると、同じ事を繰り返す。そんなA雄に対して母はもてあましてる。

A 雄の家庭は継父と実母、A 雄、異父弟の4人家族である。母が再婚した当初は少年の問題行動はなかった。継父は少年に対して愛情を持って接してくれ、遊んでもくれた。しかし、それも異父

弟が出産した後から徐々に変化をして行った。継父の愛情は生まれてきた異兄弟に注がれて行き、やきもちを焼いて弟に意地悪をしたり、駄々をこねたり、ぐずったりすることが多くなり、A雄に対して、扱いずらさ、面倒くささも手つだい、次第に拒否的な言葉をはくようになって行った。母はそんな継父の思いを察し、A雄に対して先回りした発言をするようになり、「お父さんが帰ってくる前に夕飯を早く食べな」「お父さんが帰ってくる前にお風呂に入りな」すなわち、A雄と継父が接点を持たないことでトラブルを避けようとの思いの配慮をすることに一生懸命だった。しかし、その行動もいつもうまく行くわけではなく、A雄が夕食を済まないうちに継父が帰宅するときもあった。そのような時、母からA雄の自室に押し込められ、継父の目に触れぬように食事が運ばれ、孤食を取っていた。居間で家族3人で談笑しているの声を聞こえる中で、A雄が1人で離れて食事する。それはA雄の気持ちを大きく傷つけた。やがてA雄は、家に帰宅しないという行動を取るようになった。母は自分がこんなにA雄を思い、配慮しているのに自分の思いを受け止めないA雄に対して腹ただしさを感じつつあった。だが、A雄は母が思うほど大人にはなっていない。母の思いを察するより、この家庭に自分は「余計者である」という親の扱いだけは強く感じていた。この家には居たくないという強い思いがあった。だが、自立するにはまだまだ時間がかかり、出来ないことはわかっていても、現実には耐え切れず、受け止めきれないから家に帰らない。でも、保護されると親に連絡され、引き取られる。その繰り返しが続いている。

A雄の家出問題に大人は解決のための手はうっていない。この状態が続くなら、A雄が年齢を重ねたとき、どのような現実が待ち受けているか。おそらくA雄が中学に行ったら、単に家出だけではすまないであろう。非行深度を深まり、係わる大人はA雄を更生させるための検討会が開催されるであろう。今、この問題を係わっていると、少年を問題視するより、育てている親に気づかせることであり、親の態度の変容こそ大事なことだが、親が自分の行動を検証するという事は出来

ない。それが分からないばかりでなく、迷惑をかけている子どもにのみ矛先を向け攻撃をする。とりわけ母の見勝手な自己保身や言い訳で問題の先延ばしは子どもは大人への不信感情を育ててしまう。

事例 2

B子 (14歳)

中学3年生のB子は進路選択で母ともめていた。母は絶対B子の話を聴こうとはしなかった。B子と母の確執は今始まったことではなかった。B子は今までの14年間は、母の指示どおりに行動をするように強いられてきたと感じていた。そこで進路の問題は自分の人生選択であり、母の言うとおりにとはしたくないと堅く思い続けていた。そのような二人の関係であったので、ことさらどうでも良いことまで対立し、B子は母に逆らった。母も負けてはいなかった。二人で意地を張り合い、B子は家に帰らず、不良といわれる友人宅に入り込んでしまった。母は更に意地になり、父を巻き込み、兄を巻き込み、力でB子を制しようとした。そのような母の取った行動はB子の取り巻きの不良仲間を刺激し、B子親衛隊が出来上がり、彼らとB子の結束を強める結果になってしまった。

中学の卒業するまでの間は、対立、抗争、家出の繰り返しで、結局は卒業後の進路は何も決められないまま無職で卒業をした。

学校という枠組みが外れてしまうと更にB子の行動は広範囲となり、交友関係も複雑になっていった。母はそれでもB子の話を聴こうとはせず「親の言うことを聞かないとB子のようになる」と他の兄弟を制する圧力として語っていた。母がなぜこうまで意地を張ってしまうのか。

親子の性格が似すぎていたこともあったが、親としての成熟がなかったことが大きいと思われる。B子は母が人に語るほどダメな子どもではなかった。むしろ、兄よりしっかりしているという印象であったが母の求める子ども像ではなかった。学校の担任がもっとA子を信頼する様に説得しても母のA子に対する姿勢は変えることは出来なかった。

中学を卒業して1年は、母のもとに情報が集ま

る範囲内で生活し、携帯電話のメールにも応じていたが、2年、3年と経過するうちにB子の行動も次第に見えなくなっていった。今となってみれば、母の干渉はB子を高校はもとより、大学まで進ませ、将来、安定した生活を獲得させてあげたいという子を思う故の干渉であったが、結果は中学はかろうじて卒業したものの、その後は家にも寄り付けない状態になっている。

4 まとめ

親の生き方と子育てが今ほどギャップがある時代があっただろうか。親として、一人の人間として、どのように生きるべきか、悩んでも結論が出せぬまま悩んで流されているのではないか。

過去には家業という、先祖伝来の敷かれた線路を黙って乗り、生きて行くことが宿命と考えていた時代から、今や自分の人生は自分で選択し、歩んでいかなければならない時代となっている。しかし、果たして本当にそのように皆選択を出来る時代であろうか。

A雄のように進路選択以前に足元が揺らいでいる状態にある子どもにとって、自分の人生選択以

前に選択の幅が大きく狭められ、狭められた範囲の中から選択しなければならなかったりたりする少年も数多くいる。

又、自分の人生選択以前に親が子を思い、意図的に線路を敷き指示適に強要する場合がある。その場合、本人が疑問にも思わず、そのまま進んで行った場合は問題は見られないが、関係が崩れたり、ひずみが生じたりすると大きな問題に発展することが多々ある。

親とて、子どもの人生選択に介入するときは、ゆるぎなく自信を持って望んでいるわけではない。親の生きてきた中で、自身の中に挫折感があったり、コンプレックスがあったりして、その達成を子の生き方の中で昇華したいという思いがあるように感じられる。

子どもの生き方は子どもの選択にゆだねなければならないことは基本であるが、不透明なこの時代、子どもの選択に任せて置けない過干渉の親が増えており、親が選択できたとしても、親が自信をもって補償できる職業などない。子ども時代に子どもををいかにたくましく育てるかが親の最大の使命である。

LD、ADHD、高機能自閉症の子どもの生きにくさ

篁 倫子（独立行政法人 国立特殊教育総合研究所）

<はじめに>

「今後の特別支援教育の在り方」（15年3月）においてLD、ADHD、高機能自閉症等にみられるような学習面や行動面で困難を示す児童生徒が小・中学校の通常の学級に約6%いることが公表された（図1）。

この調査は、従来の障害の程度に応じて特別の場で指導を行う「特殊教育」から個の教

育的ニーズに対応する「特別支援教育」への転換を図り、障害のある児童生徒一人一人の

教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行うという基本的な考え方を裏付ける一つの重要な根拠を与えた。

本シンポで私に与えられたテーマはLD、ADHD、高機能自閉症等の子どもの生きにくさとは何なのかについて、一つの見方を提示することと理解する。本題に入る前に、様々な職業、経歴を背景にお持ちの方々が参加されていることを踏まえて、初めにそれぞれの障害概念を整理していくことにする。

<LD、ADHD、高機能自閉症等の理解>

LD、学習障害は①特定の基礎的学力（聞く・話す・読む・書く・計算する・推論する）の習得に著しい困難があること、②基本的には、知的発達に遅れはないこと、③脳の機能障害が推定されること、④その他障害や環境的な要因が直接の原因ではないこと、の4つの概念で構成されている。具体的な子どもの様子は例えば、個別に言うとは理解できるが集団場面では聞き取れなかったり、人にわかるように話すことが苦手だったり、漢字の読み（書き）が習得できなかったり、文字の形は整わなかったり、筆算はできるが文章題を解けなかったり、時間や空間の概念が理解できない、理解力はあるが勉強ができなかったり、といった様々な特徴がある。これらの問題の数も程度もそれぞれの子どものによって異なってきており、まさに様々な状態像を含めてLDと称している。

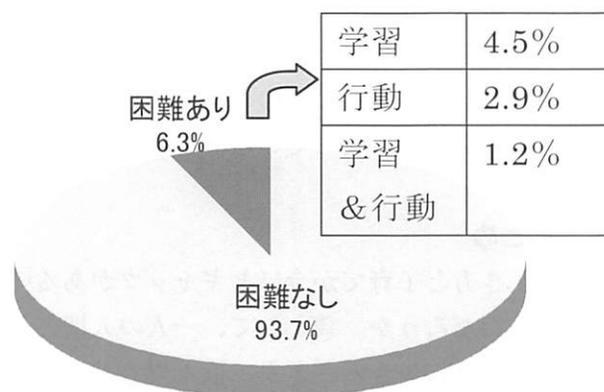


図1. 通常の学級に在籍する困難を示す児童生徒

次にADHD、注意欠陥多動性障害であるが、これは①不注意：注意の持続が困難、②多動性：過剰な活動や動き、③衝動性：衝動のコントロールが困難といった状態、症状が年齢や発達水準に不釣合いに目立ち、生活に支障をもたらすものであり、医学的概念である。

気が散り易く集中できない、最後までやり遂げられない、課題や作業に細かいところまで注意を払わずに間違いが多いといった不注意さがある。また、手足をそわそわさせ、じっとしていないで、過度に動く、しゃべるとかの多動性。そして、我慢ができない、ルールが守れないなどの衝動性などが特徴である。これらの特徴は子どもにはしばしばみられるものであり、また、これらを量的、客観的に測ることはできないので、どこまでは個性の範囲か、どこからは異常と判断することは難しい。結局、障害と捉える必要性があるのは、状態や症状が年齢や発達水準に不釣合いに目立ち、かつ、子どもの生活に支障をもたらすときである。前出の最終報告では医学的診断基準を簡略にしたものを現在、教育的判断の目安にしている。

高機能自閉症については、まず自閉症、Autismを理解しないとわからない。自閉症は広汎性発達障害の代表的な疾患分類であり、①対人的相互反赤の質的な障害：人と社会的関係を築くことの障

- 発達障害であるが、明らか知的発達の遅れはない ⇒ 発達の問題（異常）が把握されにくい
- 発達の偏りがある ⇒ やる気や撲の問題と思われがち
- 学習のつまずき、行動の抑制と偏り、対人関係能力の不足 ⇒ 生活全般の困難になりうる
- 学齢期に入って明らかになることが多い ⇒ 正しい理解と適切な対応が遅れる

害、②コミュニケーションの質的な障害：言語、意思伝達能力の障害、③想像力・行動の障害：興味・活動の限定、常同的行動の3つの基本的障害を持つ。

高機能自閉症（High-Functioning Autism）とは知的障害を伴わない自閉症を指す。また、アスペルガー障害（症候群）は自閉症の3障害のうち、明らかコミュニケーションの障害（早期の言語・認知の遅れ）を示さないもので、結果的にはほとんどの場合は知的な遅れを伴わない。高機能自閉症は医学的な疾患分類ではないが、現在はこのアスペルガー障害を含めて、知的な遅れを示さない自閉性障害を総称する用語として使われている。

従来考えられていたより知的障害を伴わない自閉症が多いことや、自閉症的特性を持った人を含めた自閉症スペクトラムと捉えることが、最近は普及している。ただ、私見としては、自閉症の基本的障害が理解されていないと、人の行動や対人関係の偏りをもって安易にアスペルガー、高機能自閉症と捉えてしまう危険があると感じている。

<軽度発達障害の子どもの生きにくさ>

発達障害は発達期に現れる非進行的な経過の、生物学的な、主に精神発達（中枢神経系）

の遅れ、異常を示す障害の総称である。「軽度発達障害」は発達障害の中で知的障害がない

か、またはそれが軽度な一群を指して慣用的に使われている用語であり、LD,ADHD,高機

能自閉症などは軽度発達障害と捉えられている。それぞれは、概説してきたように、別個の疾病概念で、それぞれに異なった特徴や困難を示す障害であるが、他方、共通している

点も少なくない。この子どもたちへの指導・支援、療育を行っていく上では、障害それぞれの特

性と、同時に共通点を理解していくことは非常に有効である。

例えば、LD,ADHD等の子どもたちは共通してみられるコミュニケーションや対人関

係の問題を考えてみる。彼らの状況認知の悪さ、不注意、抑制の困難は勝手・不適切な言動、マイペース、自己制御の弱さとなって現れ、そのため周囲から疎まれたり、孤立したりすることが多く、非難・叱責も受けやすくなる。その結果、子どもは劣等感が大きくなり、同時に内面に人や自分自身に対する怒りをためるようになる。特にADHDの子どもは叱られることが度々で、攻撃的な行動とは裏腹に自己評価も低い。高じては非社会的/反社会的行動をもって、社会不適応となることもある。

これらの障害に共通する点、特にそれらが不利益となり、子どもたちを生きにくくする可能性があると考えられる代表的な事柄を表1にあげる。

このような不利益は、発達障害そのものの特性とあいまって、心身の不適応の現れとしての二次的障害を派生させることにもなる。

例えば、LDは学習や学力の問題であるが、これに伴って情緒的葛藤や自己不全感、対人関係や生活面でのストレスを体験することが多い。同時に、認知の偏りは身の回りで起きている事柄を理解し、適切に処することの困難を意味するので、ストレスに対する耐性そのものも、LDでない子どもたちと比べると、相対的に低い傾向にある。よって、彼らは様々な心理面、身体面、行動面での反応を示しやすくなる。

文科省の児童生徒課の「今後の不登校への対応の在り方について（報告）」において「LD,ADHD等の児童生徒については、周囲のとの人間関係がうまく構築されない、学習のつまずきが克服でき

ないといった状況が進み、不登校に至る事例は少なくない」と、初めてこれらの発達障害の子どもたちと不登校の子どもたちの問題を一つの土俵に並べた。

これらの二次的障害を防ぐためには、何よりも子どもの困難に気づいて困難の内容と背景要因を把握し、子どもが生活している環境を把握し、必要な支援と環境調整を継続的に行っていくことが重要である

<子どもたちの生きる力>

最後になるが、この子どもたちにどう育ててほしいのか、何を身につけてほしいかをし

っかりと認識しておかなければ、短期的にも長期的にも指導や支援の目標、具体的な内容と方法

を考えにくい。親として、教師として期待することは多くあるが、この子どもたちに身につけてほしいこととしては、やはり基礎学力、生活上のスキノレ、達成感、自信、そして現実的な自己認識をあげる。その獲得を支援することは我々の責任であり、彼らの生きる力、生きすくなる力を育むことになる。

軽度発達障害の問題の現れ方、経過、予後はまさに家庭、学校、友人関係、あるいは地

域社会などの子どもを取り囲む環境の影響を強く受ける。従って、いかに障害をしっかりと

と理解し、環境調整を上手に行い、その子どもへ必要な指導、支援を行っていくかが、二

次的障害を予防し、子どもの不利益を軽減していく鍵となるだろう。

児童虐待問題を通して見る「子ども」「家庭」「社会（学校）」の変化

小林 秀次（神奈川県横須賀児童相談所）

1 児童虐待の意味するもの

神奈川県所管の児童相談所における虐待相談から、子どもの年齢を見ると、「乳幼児期」が50%、これに「小学生」を加えるとじつに85%に及ぶことがわかります。児童虐待は、年齢の低い子ども達に多く発生するのです。本来、子どもは、祝福されて生を受け、親の愛情に包まれながら育まれるはずです。子どもは、自分の欲求を十分満たしてくれることにより安心感と信頼感を獲得し、このことを通して、人として生きていく上で必要な人間関係の枠組みといったものを身につけていくわけです。しかしながら、被虐待の子ども達は、これとは全く正反対の養育環境で育ち、守るすべもなく人生のスタート乃至は早い年齢段階で大きなハンディを背負うわけであり、時として、子ども自身の生命までもが脅かされるわけです。しかも、虐待は反復して繰り返されることで子どもの人格形成に大きな歪みとトラウマ（心的外傷から快復できない状態）を生じさせ、取り戻すことの出来ない影響を与えるのです。

子ども達が将来形成するであろう家庭生活や子育てにも深刻な影響を与え、虐待の連鎖が繰り返される可能性があるという意味においても見逃すことが出来ない問題なのです。

2 虐待問題の動向と特徴

それでは、虐待問題の動向がどうなっているのかについて簡単に触れてみます。

(1) 全国の動向です。

平成17年6月20日に厚生労働省が発表した速報値をみると、全国の182ヶ所の児童相談所が平成16年度に受理した児童虐待相談受付件数は、34,368件、前年度対比で6,768件増、約25%の大きな伸びを示し、過去最高となりました。平成12年度に18,804件であったことを考えると、激増とってよいと思います。

(2) 神奈川県の動向

神奈川県を例に、動向を見てみます。

神奈川県は、人口868万人、政令指定都市である横浜市（350万人）、川崎市（130万人）を抱えた都市化された地域です。大規模な工業地帯があり、米軍や自衛隊の基地が多いという地域性があります。県所管地域は人口380万人を抱え、5ヶ所の児童相談所が設置されています。平成16年度に児童相談所が虐待受理した虐待相談受付件数は、1,512件と、前年度対比で約35%の大きな伸びを示し、過去最高となりました。人口10万人当りの発生件数では40件弱となり、全国平均の27件を大きく上回っています。

虐待相談は、相談種別でいうと、子どもを家庭で養育できないと等の養護相談に含まれます。ここ30年間の県所管地域の養護相談（面接相談のみ）の動向をみると、昭和50年度から昭和64年度の15年間は650件～700件前後で推移してきました。しかし、平成2年度に800件となり、増加傾向に転じました。この頃から、虐待問題が問題として取り上げられるようになり、当時の厚生省が虐待相談件数を取り始めたのが、平成2年度でした。その後、養護相談は増加の一途を辿り、平成10年度に1,000件台に、平成16年度は、2,223件にと、昭和時代と比較すると、3倍以上の増加となっています。このこと背景には、まさに虐待相談の増加があるのです。こうした増加傾向について、私ども現場の実感は、「虐待という名の氷山が、問題の裾野をどんどん広げながら、かつその一角が姿をあらわに現しはじめてきている」というふうに感じています。

平成15年度に、国は少子高齢社会の到来が、わが国の社会経済全体に重大な影響を与えかねないという危機意識の中で、「次世代育成支援対策推進法」が制定されました。これに基づいて、平成16年度県及び市町村が、一斉に平成17年度以降の子育て対策の推進のための、「次世代育成支援行動計画」の策定に取り組んだわけです。

これに先行する形で市町村が実施した「実態調査」の中でも、子育ての不安が国民各層に広がっていることが明らかになりました。三浦半島周辺の6市町の調査結果をみても、「虐待をしている」という経験の有無に対して、「良くある」「時々ある」と答えている就学前の親は、高いところで34%、低い所でも16.5%となっています。児童相談所の現場から見る時、児童虐待問題は、子育てに対する国民の不安の具体的で象徴的な現われではないかと思うのです。私は、育児というのは、ひとつの文化的営みであると考えています。しかし、現代は、そうしたことが引き継がれることなく、子育ての断絶と養育力の低下が歴然となり、今や個人の問題に止まらなくなってしまったわけです。

現代の子育てを考えるヒントとして、子育て事情を、育児経験、近所との関わり、育児不安、育児ストレスといった側面から経年比較で見た最近の調査結果を紹介してみたいと思います。これは、原田正文氏が「児童虐待を未然に防ぐためには、何をすべきかー子育て実態調査《兵庫レポート》が示す虐待予防の方向性」という調査の一部です。

「自分の子どもが生まれるまでに、小さな子食べさせたり、オムツを替えたりした経験はありましたか」という設問があります、「よくあった」が1980年には22%であったものが、2003年には17%になっています。「少しあった」は、37%から27%になっています。

「近所に普段世間話をしたり、赤ちゃんの話をしたりする人がいますか」という設問を4ヶ月、11ヶ月、1歳半、3歳の子を持つお母さん方に聞いています。「いない」は、1980年で、15.5%、12%、10.5%、14.3%であったものが、2003年には34.8%、28.4%、22.5%、18.2%となっています。いずれも、大きく変化しているのです。とくに、4ヶ月、11ヶ月、1歳半という年齢段階での変化が大きいことが分かります。「1～2名」「数名」という選択肢もあるのですが、いずれにしろ孤立した子育て事情が歴然としている事がわかります。

「育児でイライラすることは多いですか」という設問でも、1歳半では、「はい」が10.8%から32.6%に、3歳では、16.5%から46.3%へと激増

しています。子育てをたいへんと感じる設問や育児で不安なことがありましたかという設問でも、明らかに子育て不安が、確実に増加していることが分かります。

(3) 虐待統計からみる子どもと家庭

神奈川県児童相談所の虐待相談統計を中心に、虐待相談から見た傾向と特徴について触れてみたいと思います。時間の制約がありますので、テーマに関連したことに絞って話したいと思います。

ア 虐待の種類

皆さんも虐待が、「身体的虐待」「ネグレクト」「心理的虐待」「性的虐待」に四類型に大別されることはご存知だと思います。

本県では、平成16年度、はじめて、「ネグレクト」が「身体的虐待」を逆転して10ポイントと大きく上回りました。このこと理由のひとつに、「学校」からの通告が増加したことが上げられます。私ども横須賀児童相談所は、所管人口が57万人という小さな児相ですが、昨年度390件の虐待相談がありました。これは、人口10万人当りの発生件数では68件と、全国平均の2.5倍になりますから、全国的にも1、2を争う発生率の高い地域であるということが出来ます。平成14年度まで、学校からの通告相談が10件代で推移していたのですが、平成15年度から増加しはじめ、平成16年度は84件と激増しました。今年度も昨年度を上回って学校からの通報がもたらされています。当所管内の学校から虐待通告は、ほとんどが「ネグレクト」です。しかも、ここ一年間をみても、ひとつの学校で5、6件はざらで、多い学校ですと、優に10件を超えるところもあるのです。

イ 主たる虐待者と家族形態

(ア) 主たる虐待者は、「実母」と「実父」が関与している事例が90%近くになっています。私どもの児相などは、95%が実父母であり、とくに実母に因るものが圧倒的に多いのです。DVを背景とするものやステップファミリーも多くみられます。

(イ) 家族形態では、両親のいる家庭が最も多いのですが、「母子家庭」や「父子家庭」と1人親家庭が全体の40%近くを占めてい

ます。全国的にも、1人親家庭は増加しています。母子家庭は、平成15年度の人口動態調査によると、全国で1,225,400世帯、出現率が2.7%となっています。これに父子家庭を加えると、1人親家庭の出現率は3.1%となります。因みに、平成10年度の母子家庭の世帯数は、954,900世帯となっています。このことから、虐待相談は、1人親家庭で発生する割合が高く、ハイリスクな発生要因であることが分かります。

最近開かれた或る自治体の「虐待防止のネットワーク」に出席したのですが、保育園や幼稚園からの報告では、年を追って「離婚」等を原因とした一人親家庭の増加が目立っていることが指摘されています。学校も例外ではないと思いますし、正式な離婚に至ってはいないけれど、実態的に一人親家庭となっているものも少なくないと思うのです。或る保育園の園長は、「年毎に親達の様相が変わってきている」、「言うだけでは何も響かない。やってあげてはじめて振り向いてくれる」と語っています。

(ウ) 虐待の原因としては、養育者の「精神疾患」や「精神不安定（人格障害）」との割合が高くなっています。これに加えて、近年は、「養育者の未成熟」が高くなっています。「知的障害」は数字的には少ない計上になっていますが、一人一人心理検査をするわけにも行かないわけですが、かなりの数が潜在化している印象があります。「特殊学級」や「養護学校」を卒業した親が少なくないのです。安易な結婚や無計画な出産で、多子世帯となって家庭崩壊している事例も珍しくありません。

(エ) これ等の背景を見るだけでも、被虐待の子ども達の養育環境は厳しすぎる実態にあることが容易に理解いただけるのではないかと思います。従来、学校には、家庭的な問題には踏み込まないという伝統がありました。ごく最近まで、というよりは現在もまだこうした傾向は強いように思います。しかし、私は、こうした学校のあり方のままで

は、子どもを真に理解することも、共感することも出来ないと思います。子どもが現している問題行動の背景を理解することなくして、子どもへの的確な対応はできないと考えています。こうした意味で、虐待相談に積極的に関わることは、いままでの学校のあり方を必然的に変化させる大きな力となって作用するのではないかと思うのです。5、6年前までの学校は、「学校から虐待通告があったことは親に伏せてください。信頼関係がなくなりますから。」というものが圧倒的に多かったのですが、現在は、「学校から通告があったことを明示して結構です。」というものが次第に多くなっています。虐待に限らず、問題をオープンにして取り組むことが何よりも大切であり、問題を抱え込む学校ほど、重大な問題を見逃していることが多いのです。

(オ) 不登校と非行に関わる機関からのお話がありました。このことに関して、児童相談所という立場で、若干コメントをすれば、私は、不登校や非行といった子ども達の様々な問題の根底をなすもとして、養護・虐待の問題が横たわっているのではないかと考えています。最近、重篤なネグレクトを背景とする不登校の問題が持ち込まれることが多くなりました。実は、横須賀市は人口が43万人、平成14年度の中学校在籍児11,215人について、不登校の子ども出現率は4.69%、526人と、県下でも出現率が最も高い地域といわれています。しかも、一年程前の教育委員会の見解ですと、学校が関わりを持っているのは一割に過ぎないということです。学校は、何か不登校の問題は自分達が直接関与しなくてもよいとさえ思っているのではないかとう気持ちにさえすることがあります。不登校についても、「養護性の高いもの」「神経症レベルのもの」「怠学的なもの」等々といくつかに分類できるのではないかと思います。兎相におりますと、不登校問題には、虐待の範疇で捉

えられる問題が相当含まれているのではないかというのが実感です。パンドラの箱が空き始めたということですが、児童相談所は、一時保護所も児童福祉施設も満床という中で、もうこれ以上は、対応できないというのが実態です。また、果たして、家庭から分離ということだけでよいのかという思いもあるわけです。パンドラの箱を開けようとするのであれば、それに対応できる厚みのある対策を講じなければいけないのではないかと思います。昨年度、全国の児童相談所長会議では、平成15年度の非行事例の全ケース11,555件について調査を行いました。その中でも、非行ケースの30%が被虐待の経験があると報告されています。私は、意外と低いと感じました。私どもの児相は、もっと割合が高く、43%となっています。また、被虐待の子どもは養護相談で計上しており、非行になってしまったケースは含まれていませんので、割合はもっと高くなると思っています。いずれにしろ、養護・虐待相談、非行や不登校の問題は、問題が繋がっているということを良く理解することが重要だと思います。

(カ) 児相におりますと、「障害」が虐待を発生させる子どもや親の要因として、たいへん重要で、高いリスク要因であることが分かります。障害のある子が生まれたことが原因で、家庭崩壊することも少なくありません。親が知的障害であることが多いということについては、先ほど触れました。ここでは、子どものことに関して、児相の立場で感じていることをお話しますと、一番欠落して重要問題は、子どもの発達を正確にアセスメント（評価）が行われず、対応が、後手後手に終始して、子どもにとって大切な時間を無駄に費やしてしまっているという事例が少なくないということです。とくに、「境界線級から軽度域の知的障害」や「発達障害」といいますか、発達に偏りのある子ども」の問題で、こうした事例をよく見かけます。

3 虐待相談対応のいくつかの基本的原則

児童相談所は、虐待相談に関わる上で、いくつかの基本的原則を確認していますので、最後に簡単に触れてみたいと思います。

- (1) 組織的に対応することが大切です。児童相談所では、虐待の通報があります。すぐに所長以下の職員が一堂に会して「臨時の受理会議」を開催して対応を協議します。私どもでは、虐待相談に対応する原則は、「まず動く」「実態を確認する」「そして判断する」という合言葉を確認しあっています。
- (2) 子どもの安全を確認すること、子どもの所に行き着くことが大変重要です。本人や家族以外からの通報については、家庭訪問等により何らかの介入を行うこととなります。一番ポイントになることは子どもの生活実態を直接現認することです。こうした介入は原則として複数以上の職員で対応することにしています。1人は班長以上の職員と地区担当の児童福祉司が対応することが多く、複数の目で責任ある確認を行うことが大切です。したがって、班長ポストの児童福祉司は地区を持たず、全体調整と個々の児童福祉司を技術的にも常にサポートできる体制をとっています。
- (3) 介入する時に、もうひとつ大事なことは、法に基づくものであり、虐待であることを明示して、毅然として対応することが重要です。腰の引けた曖昧な介入は、かえって虐待行為をエスカレートさせかねないのです。
- (4) 定められた基準に従って、アセスメントを確実に行うことが大切です。経験によって培われた職業的な「勘」や思い切った判断や工夫といったことことも大切であり、今ほど、経験豊かな所長の出番と判断が求められている時代はないのではないのでしょうか。
- (5) お手元の資料に、学校向けの「早期発見のためのためのチェックリスト」があると思います。通報は緊急性を帯びるため電話等でやり取りすることが多いと思います。そうした場合に通報する側と通報を受ける側

が同じ基準や内容のリストに基づいてやり取りすることが大切です。

- (6) スムーズな介入ができるとばかりは言い切れません。保護者の強い拒否が予想され接近の手掛かりが失われた場合、子どもの安否が強く懸念される場合は児童福祉法による立ち入り調査を行うことが必要となります。当然警察に協力依頼することが必要です。
- (7) 乳幼児や子どもに明らかに虐待による影響が認められるような時は、一時保護により子どもの安全を担保して、余裕を持った調整を心がけたいものです。保護する場所がないとか時間が遅いからと言って対応を先延ばしをしてはいけません。保護が必要か否かを判断することが大切なのであって、他の要素を加味した判断を行った時に、事故が起きるのです。こうした仕事をしていると経験やそれに基づく勘といったものがつくづく大事だと思うこともあります。その意味でも、複数以上の職員を投入するのです。子どもはなるべく対応を関係機関と一緒に取り組むことにしています。今年度も3事例について立ち入り調査を行いました。2事例が小学生でしたが、いずれも校長先生や教頭先生と一緒に役割を果たしてくれました。
- (8) 死亡事故が後を絶たないわけですが、その多くは、こうした初歩的であり、基本的であるこれらの原則が疎かにされた例が多いと考えるのです。
- (9) 情報連携から行動連携へネットワークという考え方が当たり前になってきました。こ

れまでの連携は、「情報連携」であることが多く、実際の援助では余り実効が上がりませんでした。今求められているのは、「行動連携」なのです。虐待相談に例をとっても、施設を利用する子ども達は部分的で、多数は地域の中で生活するのです。これだけを見ても、児童相談所の力だけでどうなるものではありません。私共のところでも、「虐待防止ネットワーク」が立ち上げられています。このネットワークは、「全体会議」「実務担当者連絡会議」「援助活動チーム(サポートチーム)」の三層からなっています。「県が、市が、町が」、「学校や保育所が」、「医師や児童委員といった民間の方々を」をネットワーク化し、情報の共有と、役割を違えて行動連携することが大切なのです。こうしたものに支えられ、点と点ではなく、面と面で連携が図られることが重要です。児童相談所は、こうした仕組みに支えられて機能発揮することが大切であり、具体的な動きに繋がらない連携は、無駄であると考えています。

- (10) 仕組みの有効活用と専門家の知見の積極的な活用ということです。児童福祉審議会(子ども人権審査委員会)、家庭裁判所といった機関をもっと子どもの人権を守る視点で有効に生かすことで、援助に透明性と客観性を担保すべきです。弁護士や医師等の専門家の知見を積極的に活用することは、立場を離れた有効な情報を得ることも多く、様々な工夫や明確な方針が見出せる事が多いのです。

シンポジウムまとめ

西牧 謙吾（独立行政法人国立特殊教育総合研究所）

今回の日本育療学会学術集会では、子どもの「生きにくさ」をテーマに取り上げた。近年、連携やコーディネートという言葉が花盛りである。この言葉が取り上げられるようになった背景として、戦後に設計された制度や体制が疲労して、それぞれ単独では新たな少子高齢社会に対応できなくなってきたことがあげられる。

しかし、これは体制側の論理である。子どもは、いつの時代にも白紙の状態で生まれてくるものである。子どもが生来持つ能力を考慮する必要があるにしても、環境要因として時代がその子どもの成長に与える影響は多大である。時代に適応できない子どもたちは、「生きにくさ」を抱えながら、その時代から逃れることはできない。たとえ時代から逃避することはできても、命を与えられた意味を考え、生活の質を高めることは出来ないだろう。

今なぜ、子どもの「生きにくさ」をテーマにしなければならぬかを検証するために、生きにくさを抱える子どものモデルとして、不登校、児童虐待、非行、発達障害を取り上げる。そして、一番近くでその子どもたちを見つめてきた方々に、生きにくさを抱えた子どもの姿を語っていただいた。

まず、下川紀子さん（横須賀市教育研究所指導主事）。長年、不登校対策に従事してこられた先生である。「学校では、平成4年頃から様々な不登校が行われるようになったが、効果は今ひとつ。子ども達は、総じて耐性がなく、自己肯定感が低いという。また、家庭環境として、「食」が貧しいのではないかと指摘された。今の学校は、対症療法にシフトしすぎている。子どもは、家庭、学校、地域での対人関係で、心が傷ついているから2次的な不登校症状を出す。だから、もっと子どもを育み、対人関係を育てるスキル教育が必要。それが学校に求められること。教員はもっと地域に目

を向けて、学校から出て、つながりを作ってほしい」と、結ばれた。フローからは、もっと学校に子どもの居場所を作っては、と提案があった。

2番手は、篁倫子さん（独立行政法人国立特殊教育総合研究所）。発達障害の心理の専門家。「文化、時代、社会で発達障害の捉え方が変わる。また、障害があれば、普通の発達過程が、必ずしも順調に進むわけではない。学習上の困難さは、基礎学力がつかず、学校への興味を失い、行動上や社会性の問題は、人間関係を困難にする。しかし、親や教師など、子どもの抱える問題が把握されにくい場合、なかなか彼らの抱える問題に気付かないことが多い」と、指摘された。

3番手は、新倉アキ子さん（神奈川県警少年育成課課長代理）。「自分が接する子ども達は、親自身も生きる上での大きな課題を抱えていることが多い。子どもをどうしようもなく追いつめる。昔は、子どもの問題兆候が見えていたが、今は見えなくなってきた。子どもは頑張りすぎて、非行でしか現状を回避できないところまで追いつめられている。こうなると育て直しは難しい。先生も忙しく、子どもの将来にアドバイスを送る余裕がない。もう少し社会がゆったりしないといけない」と、指摘された。

最後は、小林秀次さん（神奈川県横須賀児童相談所所長）。児童虐待の統計に基づき、虐待の背後にある課題を話された。「養育者の精神疾患、人格障害、未熟性が目立つ。不登校、非行の根っこは、ネグレクト。学校は家庭の問題に踏み込まない。もっと、児相とも連携を！！会議ではなく、行動連携して、問題をオープンにしよう」と、呼びかけられた。

このシンポジウムでは、対応策を求めない。過去の評価も求めない。対応策を考えるのは、参加者自身である。

【基調講演抄録より】

子どもを－育む社会とは －家庭・学校・医療・福祉のなすべきこと－

佐々木正美（川崎医療福祉大学）

1. 子ども／若者の現状

日本人は世界1の長寿になり、世界第2の少子国で、血統書つきのペット王国に住んでいる。保育園の子どもたちは「ままごと遊び」で、母親役を引き受けなくなり、父親役を演じられなくなった。そしてペット役をやりたがり、性器いじりをする子どもが目立つようになった。かつて児童精神分析家が劣悪な乳児院や孤児院の子どもたちに見いだした自己性愛(autoerotism)の行為である。

小中学校では、保健室への登校を繰り返す生徒が増加する一方で、12-13万人にも達している。高校生の性体験率は、男子が31.1%で女子は43.6%であるが、そのうち約1割がクラミジアに感染しているという（厚生労働省）。東京都内の高校3年生では、男女ともに45-46%が経験をもち、そのうちの35%は「性行為の最中だけが、相手から無条件で受容されていることを実感できる」という（東京都高校性教育研究会）。

日中韓仏米の高校生を対象にした調査では、わが国の青少年は親を誇りに思う気持ちや、老後の親を思いやる感情が際立って最も希薄であり、同時に自尊感情や自己肯定感も乏しい。そして「自分の自由」を求める欲求が大きく、責任のある役割を逃避する気持ちも非常に大きい（日本青少年研究所等）。不登校・ひきこもりは、わが国特有の現象であり、「hikikomori」の文字はNews WeekやLancet誌にそのまま用いられる国際的用

語になった。

大学卒業時に就職への意思や意欲を示さない／示せない若者が顕著に増加しており、その比率は全国で25-30%ともいわれる。

2. 大人の真の自己実現

近年私たち大人は自己実現という言い方で「自分を大切にできる生き方」を求めてきた。苦痛や困難を避ける生き方のなかで、その結果、世界1の長寿を得た。私たちは他者を顧みる感性を失って、互いに孤立を深め合い自殺とうつ病に苦しんでいる。

生命学者森岡正博氏の説く「無痛文明論」にあるように、私たちは苦痛や困難を避け続けるだけでは、深い感動をとまなう喜びに出会うことはできない。「納得して」積極的に引き受ける困難をもってこそ、真の喜びや幸福に至る道を歩むことになる。

私たちは子どもをもっと多く大切に生み育てる文化や力を取り戻さなければならないと思う。それが社会人／社会構成人としての責務である。そのためには納得して引き受けることができる困難な役割を、各自が真剣に模索しなければならない。過日、新幹線のなかで日本文学者中西進氏の文章に接した。「日本人の忘れもの－骨身を惜しむ現代人」とあった。

不登校の理解とその対応

—LD, ADHD, 高機能自閉症の子どもたちの適応障害として— 医療の立場から

竹内 直樹（横浜市立大学付属病院小児精神神経科）

はじめに

大学附属病院の小児精神神経科で、0歳から18歳までの子どもを診療している。

就学前の子どもは、精神遅滞や広汎性発達障害など発達の問題が多く、それ以上では学校に関連した不適応の問題が多い。つまり学業不振、不登校、ストレスに絡んだ身体の不調を訴える問題である。また学級での集団内不適応、反抗的態度、非行、家庭内での不機嫌などで、学校やさまざまな相談機関から紹介されて来ることもある。ただし子ども自らが受診しようとすることはきわめて少ない。

児童精神科を訪れる主訴には、ある特徴が認められる。そのときどきの社会の状況や、群発する問題に影響を受けやすい。いじめ自殺が報道をにぎわしたときは、我が子の自殺を懸念する親の相談が続いた時期もあった。このごろは友人と上手に遊べない子どもやかんしゃくもちの子どもが受診することが増えてきた。その理由は軽度発達障害に学校の関心が高まってきたからである。問題行動があると、衝動性や多動性障害などに関連した軽度発達障害を心配して来院してくるようになった。

子どもの心情そのものには、それほど時代の変遷はないように思うのだが、問題とされる行動の傾向は時代の影響を受けて変化するし、ときに専門家や識者がこれを助長することもある。くり返すが子どもの問題は、大人の関心や社会の状況と結びつきやすいのである。大人の視点によって子どもの問題の解釈が違ってしまうのは日常的である。例えば暴れていた児童が、最初は母親の愛情不足を指摘され、担任が変わったら、軽度発達障害を疑われて受診してくるなど、子どもの問題は同じであるにもかかわらず、周囲の解釈が変わったのである。子どもの問題は、誰もが子どもであっ

た経験者ゆえに評論家になりやすく、子ども像を勝手に押し付けることにもなる。ある距離をもったありのままの子ども像への認識に努めたいものである。

教育の側から依頼される講演会などのテーマでは、この社会の変化を敏感に反映をしている。不登校やいじめ問題の講演会は今は下火である。テーマの変遷を例示すれば、不登校から、いじめ自殺、キレル子ども、学習障害、多動性障害、アスペルガー障害へといった流れがあるように思える。他にもネグレクトを含めた虐待、虐待既往の多動の子ども、養育困難の家庭の問題など、虐待問題というカテゴリで依頼されることが多い。医療への学校ニーズの変遷だけでも興味深いが、今日は与えられたテーマで、臨床の現場から日ごろ感じていることを三点述べたい。

軽度発達障害という病名の出現による光と影メンタルヘルスにおいて、病気の理解が正しく共有されること自体は好ましいことである。しかし個人の問題である病気や病名のみが過大視されたときに、医療によって病気が作られてしまう医原病に似た、新たな問題が引き起こされることがある。問題ばかりがクローズアップされて、脆弱性をかかえた子どもそのものへの関心が薄れることを懸念する。

保育園、幼稚園、小学校低学年の子どもたちに関わる職種の人たちから、「最近の子どもたちは落ち着きがないし、すぐに切れやすい、また通園しても集団にはなじめない」、などと悲鳴に似た訴えが異口同音に聞かれる時代である。子どもを預かる側は受け容れやすい言い分であり、仕事の大変さをステレオタイプに訴えている。「最近の親は、最近の部下は」という言いかたと通じるように思える。

不適応が目撃にされ、過剰視されやすい時代

である。集団生活、あるいは年齢相応の規律を要求される状況下では、それが問題視され、感情的な言い方をされやすい。スタッフが疲れるのは、子どもの問題だけではなく、それぞれの保護者の要求があからさまに学校に向うためである。そのために子どもの管理に過敏にならざるをえない状況が続いている。

小学校での学級崩壊という言葉が登場したときも最初はマスコミ用語であった。しかしそれが省庁で公認されるや、燎原のように全国に広がった。トレンドな新情報を過剰に尊重して、バスに乗り遅れるな式の混乱振りが、子ども問題の背景にはいつも隠れた火種としてひそんでいる。

いじめ問題、学級崩壊は学校社会に力点があったが、最近では個人の病気が強調されるようになった。孤立して乱暴をくり返す子どもや、集団からはみ出す子どもたちを話題にするときに、日常的な言いかたよりも軽度発達障害とという視点が優先されるようになった気がする。従来から一定数は存在していた「普のクラス」に適應できない子どもたちを、広義の意味で軽度発達障害と呼びかえているのである。個々の問題に焦点が当たっているようだが、不適應のみにやっきになっているように思える。教職員は子どもの指導に自信を失って疲弊感を訴えている。学級崩壊と同じように、学校システムの疲弊が、病名の普及と定着と合わせて、その数をこの数年間で押し上げているように思える。

子どもの問題は、全てに関連して生じているのが、古今東西で変わらぬ話である。しかし時代により力点は異なり、学校の問題、家族の問題、あるいは子どもの問題と、時代によって短絡的に焦点化して、センセーショナルに報道されているだけである。今日の生物学的なことへの強調は、家族の問題、地域の問題、学校経営、特に教師-児童の関係や学級経営、あるいは子ども総体への関心を避けている視座が気になる。子どもの遊びを含めたことへの関心や、仲間とのコミュニケーションのこと、あるいは地域の中で生きる個々の子どもの全体像への関心がそこには生じない。問題行動のみに関心がゆき、その対応のみに固執している。病名と同時に、子どもの生活の風景への

関心が、教育にはことのほか重要と思われる。

このように医学的病名が安易に流行すると、子どもをみる視点が極端に狭まってしまう傾向になることを危惧する。問題がステレオタイプになり、スローガンが尊ばれるようになる。単純化して善玉・悪玉論に二分されやすく、複眼的に考える姿勢が回避されやすい。明瞭な光と影ではなく、ほの暗い闇を大切にすることが、子ども理解に通底するものである。

不登校のとらえかたの変遷

不登校が社会問題になってから、不登校の考えかたも多様になっている。養育状況の問題が顕在化した結果として、不登校に陥る子どもがいる。重篤な精神障害によって登校ができなくなった不登校もあれば、学業不振など精神遅滞を含めた認知の面での不適應の結果もある。また不登校の理由が混在しているのも実際であり、再登校した場合でもその理由はさまざまなことからの帰結であることのほうが多い。不登校の理由と再登校の理由は必ずしも同じものではない。また再登校に関しては、原因への追求は熱心にしないで、関わりでの成功談義に終始していることが多い。成功例では関わった大人の対応の工夫が力説され、受け手の子どもや家族の気持ちや努力の日々には関心が薄いような気がして残念でならない。

そのような不登校のなかのひとつに、軽度発達障害を抱えた子どもの問題が生じているので、今回のテーマにもなったのであろう。軽度発達障害は、年齢相応の課題や社会性を要求される集団の場での生活は不得手である。そのために教室での学業の遂行で不適應になる機会が増すのは当然である。孤立し疎外されるなかで通学ができていたほうが驚異に思うこともある。それぞれの子どもの教育ニーズに応じた教育メニューが必要なのである。オーダーメイドの医療というコンセプトが流行し始めたが、個々を大切にす時代になったということである。

不登校が独立した疾患、言いかえると子どもの医療病名として認知すべきかどうかで、専門家のなかで論争された時期もあった。しかし現在の世論は、文部省の見解に準拠して病名としての不登

校は否定されている。学校恐怖症、登校拒否症など、症という病気からの視座から解放された。それまでは病気か生きかたかで総論的にばかり議論されていた時代もあった。また不登校の型分類、あるいは成因説として、分離不安、恐怖症説など、心理的課題が強調されて議論された時代もある。この時期の不登校の子どもをもつ家族、特に親は周囲から責められたのである。最近はそのような分析が実際には結びつかず、強調されなくなっている。不登校にはさまざまな心理的理由、さまざまな学校状況、さまざまな家族状況などがあり、日々のとりあえずの問題を解決していくためには、さまざまな対応が必要とされるのである。

通学刺激を控えることが強調された時代があった。数年前からは文部科学省の提言で、学習の遅れによる学校復帰の遅れが問題視され、乱暴な言い方をすれば通学刺激を与えることが強調され始めている。刺激を控えるのか与えるのか、という二律背反の問題ではない。実際の目の前の子どもを思い浮かべて、現実的なことで考えていけば容易にわかる。刺激の良し悪しは、子どもの状態や親のニーズによる。タイミングやそれまでの対人関係によって、その刺激は全く異なる受けとめられ方をされてしまう、これは当然のことであるが、会議での検討では単純化された主張が会議を制しやすいためである。

不登校現象は水面下に潜む問題を背景にして浮かんだ氷山の一角である。子どもを取り巻くシステムのSOSに過ぎない。不登校問題をとらえるには、むしろ不登校から解放された生活風景の吟味が重要である。登校できたかどうかにとらわれなくて頂きたい。子どもの心の体力は、非登校時間にこそ、その質が反映されているのである。学校に来たか、来ていないかよりも、学校以外の生活を想像すればよい。例えば夏休みや休日での過ごし方を仔細に思いめぐらせればよい。不登校傾向の子どもであれば、帰宅後の生活をなぞればよい。それぞれの子どもの生活圏をとらえることが、ありのままの子どもと、その子どもらしさを把握する機会にもなり、そこに支援の鍵が見出されるのである。

不登校を究めるには、非登校を把握されたい。

さまざまな支援

支援は必ず支援される側を配慮しなくてはならない。支援は個別性であり、常に同じ対応は無いという意味で一回性であり、相互反応性である。

不登校の問題は学校が問題の現場であり、教員が関与しているために、現場では深刻なときがある。子どもの問題をめぐって、学校側に親が呼び出されたりと、さまざまな確執があった場合が多い。ある適応指導教室での伝聞であるが、学校現場と親との間で齟齬をきたしているものは少なくないという。これは現場が悪いというのではなく、当事者の怒りのベクトルが相互に向きやすい傾向が初期にはおこりやすいということである。親と幼稚園・保育園・学校の教育へのニーズをめぐって、もめることも日常的にある。通学に固執することよりも、相互のコミュニケーションが問われている。軽度発達障害の子どもたちは、登校していた時期には、個別的な支援が必要とされることが多い。また問題行動などで被害者を作ってきた張本人でもある。欠席して学級経営が順調になったと、皮肉にも安堵してしまうことも現場では珍しいことではない。

登校に代わるべく、さまざまな教育支援や教育の選択肢の幅の多彩さが地域には望まれている。教室での授業、これだけが教育ではない。しかし適応指導教室や保健室登校自体における教育の大切さはあまり語られないで、教室復帰の前段階としてしか認識されていないことがある。

不登校で接してきたときに、後とのほうになってから軽度発達障害が気づかれる場合がある。生来的な障害として成長してきた場合よりも、深刻な不適應を抱えずに、就学後に発達障害を指摘された場合には混乱が生じやすい。そのときに親や職員が障害受容をめぐってやきもきする場合があるが、周囲が焦る必要もない。障害受容を声高に、そして性急に当事者に迫るときには、周囲のいらだちを伝えているだけであり、教育的な支援とはいえない。試行錯誤が大事である。試行錯誤は字義の通りに行動が伴うので、立止まってひとりで抱えて悩むよりも、経験から学ぶこともでき、双方に有意義である。

子どもの不登校で動揺し、さらに発達障害を指

摘されて揺れるのは、多くの親にとっては当然なことである。子どもの特性を理解していく過程こそが教育でもある。さらにいえば子どもたちに病名というレッテルはあくまでも、子どもたちを理解するときの、図形の問題を解くための補助線にすべきである。ある定石化された不登校マニュアルから解放されて、現実に則った、個々の要求する水準を吟味し、地域の現実的な環境のなかで検討していきたい。これが個別支援教育の原点でもある。できることしかできないものである。机上の支援よりも、子どもが生きる周囲が安心して見守れる揺るぎない雰囲気こそが重要である。そのような態度こそが、父性主義的な教示よりも、どれほどか励ましになることかは、臨床の現場ではよく経験することである。傾聴する姿勢に勝るものはない。

そして支援する側と双方向的に検証していくなかで、子ども・親を含めた当事者が中心であることに敏感でありたい。ヒポクラテスの誓いにもあるが、医療は治すことよりも傷つけないことを尊ぶというが、教育の支援でも同じことがいえる。支援では決して傷つけてはならない。

おわりに

発達障害の子どもにも成長がある。不登校の子

どもにも同様である。

現在の状態が全てではない。それぞれの個性と環境のなかでの自己実現を支援するのが教育である。そのためにも関わったときの子どもだけではなく、その前後の生きかたを一緒におさらいをしていくことが重要に思われる。新たな担任になって、ある子どもの教室の多動に驚くことがある。そこで親と面談をすれば数年前よりはかくだんに成長して落ちついてきたと思っている場合もある。局面だけで考えるのではなく、子どもの人生あるいは歴史から学ぶ認識が必要である。また社会的状況に関して全くわからなかったように思えた子どもが、高校生になって別人のようになっていくこともある。これは軽度発達障害が過剰に診断される時代には多いことである。教え子のその後を把握していくことが、新たな児童・生徒の理解に役に立つことがある。

ひとりひとりの子どもを考えること、またその親と出会うことでさまざまなことを学ぶことが多い。不登校に陥っている子どもに、どのように接したら再登校できるかで悩むよりは、継続して会っていける関係を築いていくことが、最も大切なことのように思える。結果よりも過程をこそ大切にされたい。

不登校の理解とその対応

－LD, ADHD, 高機能自閉症の子どもたちの適応障害として－ 教育（病弱養護学校）の立場から

高山 健一（神奈川県立秦野養護学校）

神奈川県立秦野養護学校は、独立行政法人神奈川県立病院に隣接した病弱養護学校で、本校には病弱教育課程と重度重複教育課程があり、外部に二つの訪問教育課程をもっている。本校の設立までには、病院に入院する多くの小児結核の子どもたちのための院内学級として当時の院長や医師の「教育に中断なし」という信念のもと教育が行われ10年の歳月をかけて県立の病弱養護学校として認可されたという歴史がある。その当時、結核の児童・生徒は就学猶予となっていたそうである。その数は、昭和30年代20歳以下の患者数13万人という記録がある。平成13年の不登校の児童・生徒数と同様の数である。当時国民病と呼ばれ大きな問題であった結核と同じように不登校は日本の子どもにとって大きな問題であるということが数の上でも言える。現在19歳以下は1000人以下に激減したが、不登校にもツベリクリン検査、BCG接種などに匹敵する方策があるのであろうか興味深い数値である。

本校の病弱教育課程では、10年以上前から隣接する国立病院の小児病棟閉鎖もあって、入院生だけではなく、自宅からの通学生も受け入れ始め、現在では通学生の方が多くなっている。入院

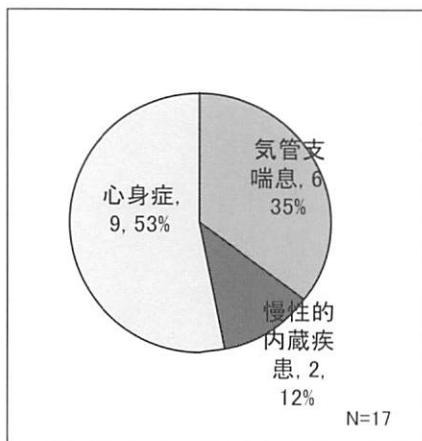
している児童生徒の主訴は喘息、糖尿病、腎臓病などの慢性疾患であるが、入院以前から不登校の状態を呈していたケースが多い。そして通学生のほとんどは、学校不適応を体験し不登校の状態になってから、本校の教育相談を経由して入学してくる。それ故、病弱養護学校にとって不登校の問題は非常に大きな要素になっている。

不登校の背景になっているものは、子どもによって様々である。慢性の疾患による長期欠席がきっかけになったケース、学力の不振が原因のケース、人間関係がうまくいかなかった事が原因のケース、家族の問題が原因になった

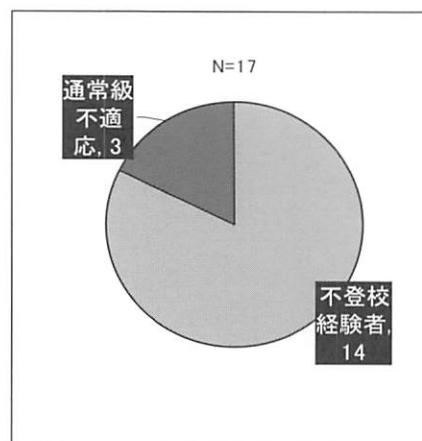
ケース等々であるが病弱養護としての本校の実態は、中学部を例にとると下のグラフのようになる。

転入の理由としての疾患はグラフ1のようになっているが、生徒の前籍校での状況を聞くと、グラフ2のように全員が不登校あるいは学校不適応を経験している。学校不適応の内容は、自分のクラスでの学習ができず、保健室や特別支援学級に行くことが多くなったり、そこにしか居られなくなってしまったりしたケースである。

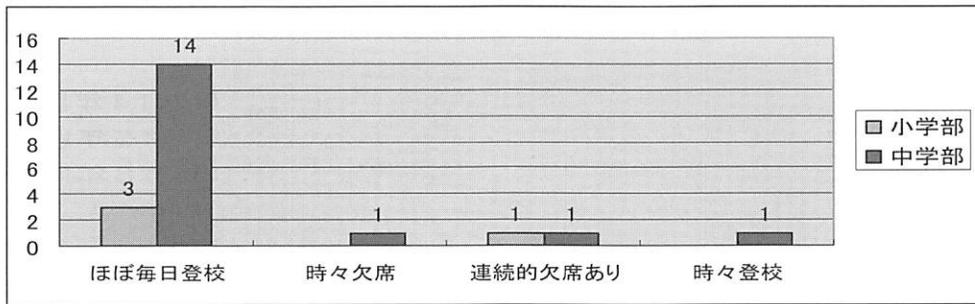
そのような生徒達が本校に入学後は、多くが登



graph1 転入学時の中学部主訴



graph2 転入学以前の状況



graph3 転入後の出席状態

校できている。(Graph 3)

しかし、依然登校が難しい児童・生徒もいる。また、登校はできているが、授業に常時参加できないケースもある。そのような場合は、学部、学年で話し合いその児童・生徒に合った対応を実施している。

本校の児童・生徒がなんとか登校できる要因は、環境面では、「小規模クラス（1クラス6名）・静かな環境・入院による規則正しい生活」があり、教員側の姿勢として、「受容的対応・個別のアセスメントと指導・子どもに合わせた課題の設定・教員間の共通理解等」があげられる。具体的には、なぜ本校に通学出来ているのか、児童・生徒と保護者に対する以下のようなアンケート調査の結果がある。「全くそう思わない（1）」から「とてもそう思う（5）」までの評価をさせていただいた。それぞれの平均値は以下のような結果になった。(中学生の結果のみ抜粋)

- 「友達が出来た（出来そうだ）から」
保護者4.73 中学生4.13
- 「運動が出来るようになったから」
保護者4.05中学生4.13
- 「友達関係が安心出来るから」
保護者3.88中学生4.60
- 「授業がわかりやすいから」

保護者4.37 中学生4.25

●「先生が優しいから」 保護者4.68 中学生4.25

●「先生が話しを聞いてくれるから」

保護者4.70 中学生4.38

●「面白い先生がいるから」

保護者4.32 中学生4.50

●「休み時間も先生が遊んでくれるから」

保護者4.32中学生4.25

●「進み方が合っているから」

保護者4.53 中学生4.06

●「授業が面白い」

保護者4.05 中学生4.19

●「みんなに追いついていけそう」

保護者3.74 中学生4.06

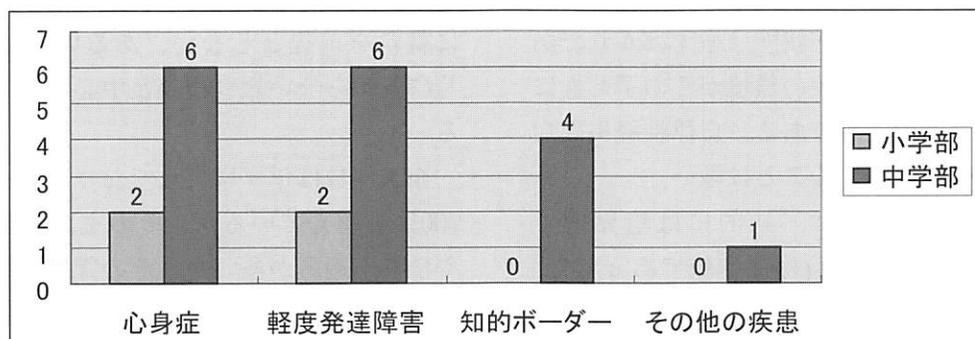
●「成績が良くなりそうだから」

保護者3.47 中学生2.81

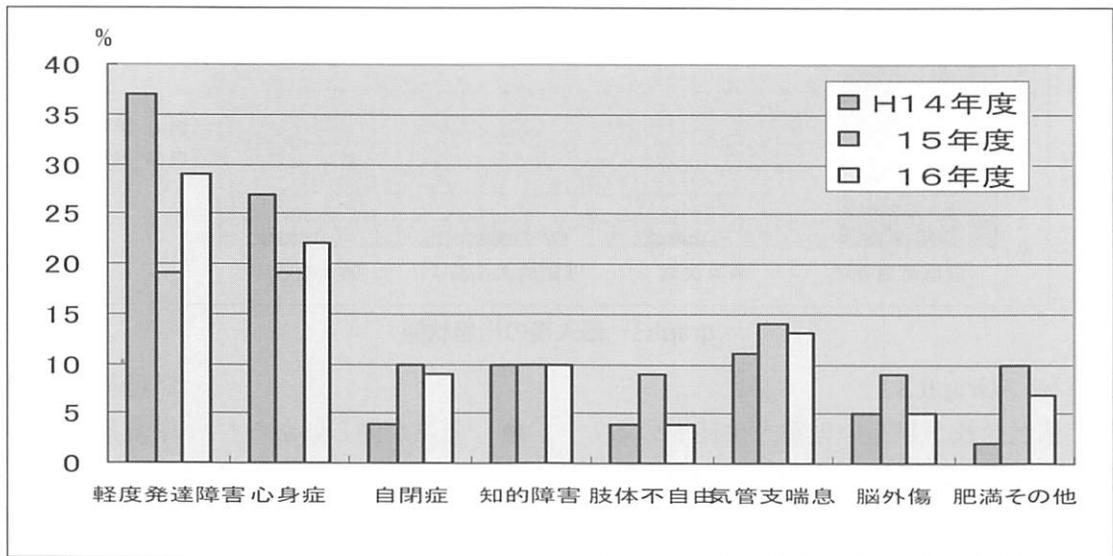
おおむね高い評価であるが、一番下の設問に対する中学生本人の数値が突出して低いことが、本校に在籍する子どもたちの特徴を表しているのではないかと。つまり「自信のなさ」「自己効力感の持ち難さ」を示していると考えられる。

そのような児童・生徒の実態を入学後、授業中の学習の様子やWISC-IIIやK-ABCなど心理検査の結果等から改めて考察すると、下のよう考えられた。

心身症・軽度発達障害（ADHD, LD, アスペ



graph4 入学後の実態



graph5 相談の主たる症状別分類

ルガー症候群)・知的ボーダーという三者はいずれも判別がつきにくい部分があり、状態が重複しているケースもあるので明確に分けることはできない。それ故この数値は教育支援者から見た暫定的な数値であり、医学的な診断としての数値ではない。

しかし、不登校あるいは学校不適應の背景として、その子どもの持つ軽度の発達障害の要素が大きく関わっているのではないかとと思われるのである。学校生活や集団活動に対する不適應状態が主訴となり、自立神経失調症、適應障害、不安障害等の診断を受けて入学してくるケースの実態は、入学後、担任のHRでの行動観察や各教科担任からの学習の様子を報告を検討した結果、その子どもに軽度発達障害があるのではないかと疑われることが多い。

授業中の行動観察の結果や各教科での様子から、LDやAD / HDと疑われる場合、通常級の一斉授業の流れに上手くのっていけない要因は、その子どもの特性にあり、その特性に合った指導法で対処しない限り、不適應状態は増すばかりであることは当然である。本校の環境がその子どもにマッチして、当初の主訴である、自律神経失調症などの症状が軽減解消することは多い。

心理検査の結果からは、知的には境界域であったり、あるいはF I Qは標準域であっても、VIQ,PIQ, 下位検査に大きなばらつきが見られたりする。つまり、学校での不適應の大きな原因で

あろう学習面での遅れの理由が、本人の努力不足や環境的な要因だけではなく、その子どもの特性にあることが多いという事が分かる。ここでもまた、その子どもに合った指導法が求められるのであるが、通常級の中では、特別な問題行動を示さない限り、その子どもの問題は見え難い事が多いようである。本校に転入する児童・生徒も耐えきれなくなって不登校や心身症の状態を示して初めて、保護者や担任が本校の教育相談に訪れるという流れが多い。

学校全体としての児童・生徒の受け入れ・指導・転出までのシステムは「図1」のようになっている。クラス、学年、学部という単位で子どもの状態を把握し、共通理解のもと指導方針をたてている。それでもなお問題がある場合には、支援連携部の教育相談係が連携して支援する。

養護学校のもう一つの役割として、地域の特殊教育支援センター化が掲げられているが、本校では、数年前から地域の学校、保護者に対して本校に就学を前提としない、あるいは障害のあるなしに関わらない教育相談と中心として展開している。

相談件数は年々増大しており、平成16年は延べ700件を超えているが、その主訴として、不登校や学校不適應が多いが、その背景としてLD, ADHD, 高機能自閉症等軽度発達障害が疑われるケースは非常に多い。(Graph 5)

相談の方向としては、保護者からの相談があったケースもなるべく学校と連携と取り、担任だけでなく、その子どもを支援する体制を作ることを進めている。特別支援委員会等の体制作りのために、現在各学校では特別支援教育コーディネーターの養成がすすめられており、本校に対しても、不登校の子どもや軽度発達障害の子どもの支援については校内特別支援委員会へのコンサルテーションや軽度発達障害児理解のための研修会講師の要請が増加している。校内の支援システムが整備されると、軽度発達障害の子ども達にも校内の支援だけではなく、医療・福祉・教育と多面的に支える適切な援助が見つかり易くなるという成果があがっている。

本校の児童・生徒の支援の基本的な考え方は

<p>●心理面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実態の把握（医療との連携） ・情緒の安定をはかる受容的な対応 ・自己肯定感の創出 ・自信の創出 ・自己効力感の創出 	<p>●学習面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実態の把握 ・強い面を生かす ・個々の学力に合わせた教材 ・チームティーチング ・自信を待たせる課題の設定
--	--

である。

病弱養護学校として欠かせない、医療との連携は、毎月1回の病棟連絡会や年2回の学校病院連絡協議会などを中心におこなっている。また、個々の難しいケースでは、医師や心理士の参加を得てケース会を随時開催している。

このような校内の取り組みあるいはケース会での検討を経て、児童・生徒の支援の方略を決定し指導・支援にあたっているが、最後にその事例を簡単に紹介したい。

事例1 ペルテスで入院したAさん（中学2年）のケース

歌うことが好きで歌手になることを夢見ているが、入院生活が小学校低学年殻続き病弱養護学校に長く在籍。通常の学校は中学1年で入学したが、いじめにあい夏休み以降不登校になり、その冬から本校に入学。

課題	具体的な事象	支援の手立て	評価
鬱的な状態に陥る	生きる意欲の低下リスト・カット	本人の興味を生かした活動をクラスで取り入れる。朝の自立活動に本人が作詞して歌をクラスで歌う。担任との個人面談の時間を増やす。	・自分の思いを言葉で表現する喜びを知る。 ・詩のコンクールに応募して、入賞する。
学習意欲の低下	特定の科目は参加しようとしな	本人の意向を枠を決めて受け入れ、週2時間の本人の自由裁量の時間とする。(週2時間のリフレッシュタイム)	・枠が設けられたことである一定のけじめを持った行動に変化。 徐々にすべての教科に出席することが出来るようになってきた。

事例2 社会性が持てず苦しむBさん（中学2年）

課題	具体的な事象	支援の手立て	評価
社会性が持てずに対人関係がうまくいかない	・周囲の空気が読めない。 ・字義通りの理解で誤解や混乱 ・自分の行動に迷いが生じるとパニックを起こす。	保護者を交えたケース会の実施 ・指導の焦点の確認。(学力ではなく社会性をゆっくりに育てること。) ・クールダウンするためのスペースの確保 ・個人面談を定期的実施する約束	・保護者の子どもの実態の理解が進んだ。 ・パニックになりそうな時は、教室を出て一人でクールダウンすることが出来るようになった。

学力のばらつき	苦手な科目は参加出来ない。	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の力に合わせたグループングでの授業の実施。 ・個別の自習課題の作成。 	<ul style="list-style-type: none"> ・苦手科目を基礎から学ぶ機会を得て意欲は増した。 ・作業的なプリントは安定してこなす事はできる。
---------	---------------	--	---

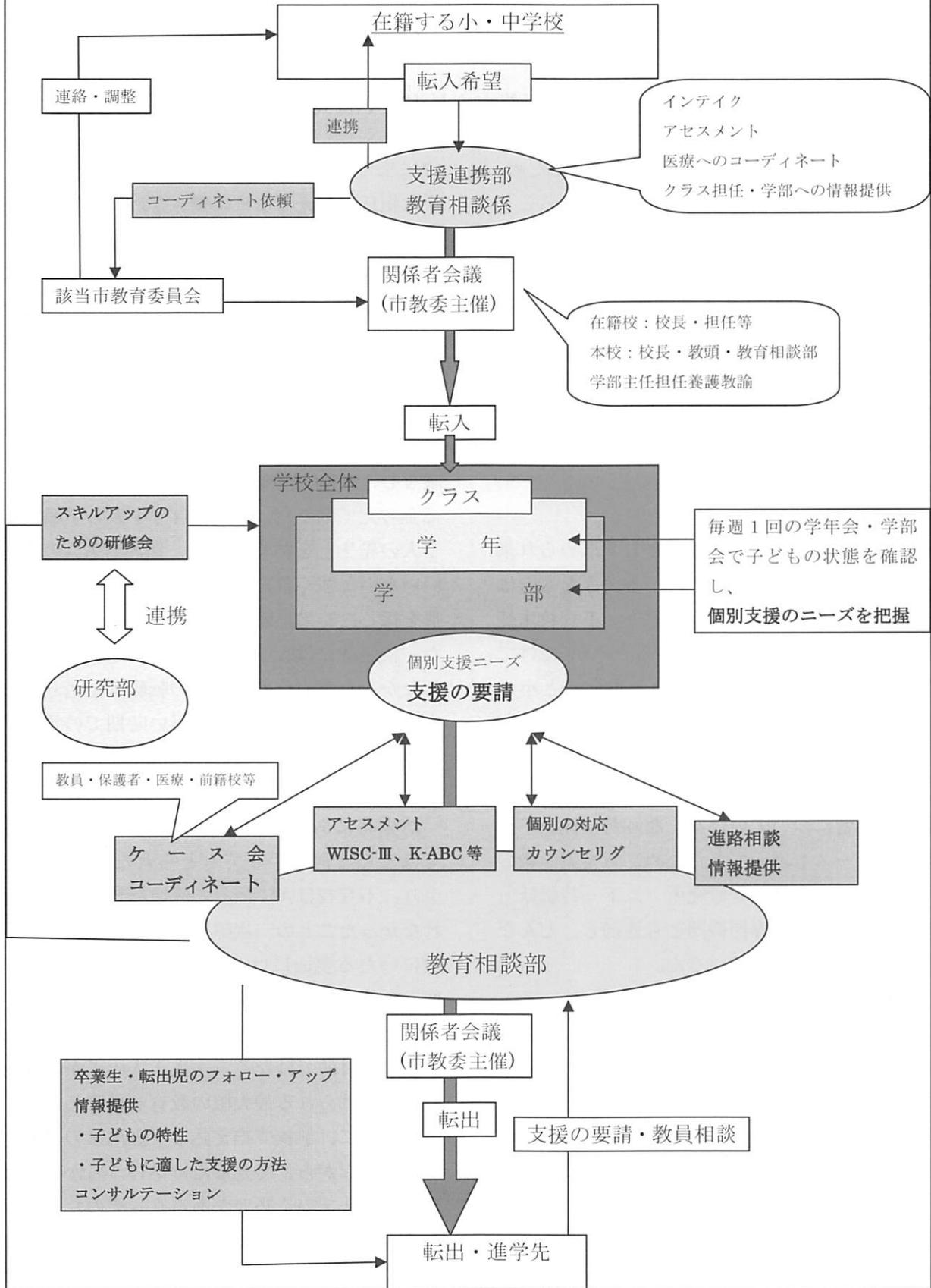
以上2つの事例をあげたが、それぞれ課題が完全に解決したわけではなく、日々子どもの状態は変化し、それに合わせて指導・支援の方法も変わって行っている。本校には高等部がなく、多くが公立・私立の高等学校へ進学するが、卒業後も支援は必要とされる状況には変わりはない。卒業後も

苦戦している生徒達は多く、ことあるごとに本校に立ち寄る事が多い。そのような時は旧担任や教育相談担当者などで相談に応じている。本校の教育相談活動はそれら卒業生の継続的なフォロー・アップ相談も重要な要素となっている。不登校の問題を抱えた児童・生徒は長い期間に渡って支援が必要なケースが多いということである。

不登校問題を冒頭で触れた小児結核の治療に例えれば、本校に転入するケースは外科手術の段階ではないだろうか。問題の大幅な解決のためには、ツベリクリン検査にあたる早期発見のためのシステムの構築やBCG接種にあたる校内の支援連携や地域の支援機能の充実などが必須であろう。養護学校にはフィジカルではなくメンタル面の具体的な治療技術の向上とその地域還元が求められていくということだと考えている。

図1

個別の支援のための教育相談部の役割



不登校の理解とその対応

－LD、ADHD、高機能自閉症の子どもの適応障害として－ 養護教諭の立場から

松浦 和代（横須賀市立長沢中学校養護教諭）

はじめに、2005年度より本校に転勤したため、今回の依頼に対し、前任校の事例を提供することをご了解いただきたい。

1) 学校の概要

普通級12、障害児級2の計14級、生徒数450余人の中規模校で、学区は3つの小学校から成っている。各小学校は小規模で、教育熱心な家庭と放任的な家庭の二極化がすすんでいる。近年不登校生徒の数が増加しているため不登校対策に力を入れてきた。

2) 養護教諭の役割

不登校対策の中で、養護教諭として求められ果たしてきた役割を振り返ると、一番大きなものはコーディネーターだったように思う。不登校生徒の多さから、要因は所謂「中1ギャップ」だけではないと考え、SCとともに学区の3小学校と小中連絡協議会を立ち上げ、情報交換や合同研修などの連携を始めた。また、表題になっている発達障害などに適切な支援が得られず、中学校になっていよいよ学習についていけなくなった生徒が不登校になるケースも増えてきたため、障害児学級の担任や国立特殊教育総合研究所（以下「特総研」）を初めとする様々な専門機関とも連携し、どんな支援ができるかを探っていた。

3) 事例

A（中1男子）、両親、弟、妹との5人家族。幼少時（3歳児検診）にADHDの疑いがあるとの指摘を受け、そういう子どもを対象とした幼児教育施設に通った経験があるが小学校入学前、転居とともにやめ、以後ずっと普通級で過ごしていた。

小学校時代から変化に弱く、特に進級時など学級編成が変わる時期には強い不適応状況が見られた。中学入学時には頑張って通学していたが、4月末頃発熱し数日間欠席して以来、まったく学

校に来られなくなった。担任とSCで相談し、まずは担任と会えるように働きかけ、次に週に1度SCに会えるようにしていった。

面接開始後しばらくしてSCから養護教諭に発達障害の疑いがあると相談があった。両親とも話し合っただけで特総研に相談し、検査の結果ADHDを含む知的発達障害と診断された。その後担任とSCの週1回の面接を続ける中で、保護者とともに特総研の相談担当者と学校関係者として何回か協議をし、Aの学習権を最大限保障するための手立てを考えていった。Aは「自分1人の学級、自分1人の先生」を強く要望し、保護者もAの希望に沿いたいと強く望んでいたため、その条件に近い形を探した結果、障害児学級への転級策が浮上した。結果的にはAがどうしても判定委員会に行かなかったためその年度での転級は見送り、これまでの対応を続けながら、早い時期での学習保障につながる道を探ることとなった。

4) まとめ

幼少時にある程度わかっていたADHDに対してほとんど何の手立てもとられないまま現在に至り、不登校はAにとって適切な教育が十分行われなかったことの二次障害とも考えられる。不登校にいたる要因にはこうした隠れた障害を持ち、個々の特性に応じた養育や教育を受けられなかったことによるものも多いと思われる。障害を診断するのが目的ではなく、1人1人の子が学校教育の中で受けられる最大限の教育を保障していくことを目的に、学校で抱え込まず専門家のアドバイスも受けながら、できるだけ早いうちから様々な支援を考えていく必要がある。そのためにも小中連携を密にし、問題や課題を先送りすることなく子どもたちの問題解決を支援していきたいと思う。

小児がんのこどもの医療と教育

－医療の立場から－

「継続性を目指して」

田淵 健（神奈川県立こども医療センター血液科）

1. はじめに

私達の日常生活は、暗黙の内に、連続性が仮定されている。人生には、節目毎に、大きな変化は訪れる。青天の霹靂のごとくに変化が生ずることもあるが、小児期には、年齢と共に歩む成長過程における変化として期待される。こどもたちにとって、生活の重要部分を占めているのは、教育である。教育における評価法が、定式的な計量化がなされると、成長曲線のような一定の軌道の範囲に乗っているという錯覚に陥る。しかし、こどもの成長の道のりは、個々様々な時期に、大きな飛躍が見られるのも事実である。

病気や事故は、飛躍とは裏腹の現象である。特に、悪性疾患は、生命の維持にとって危険の状態をもたらす。小児期にも、成人に較べて少ないが、悪性疾患は発生する。残念ながら、現在の所、予見不可能である。機序は、最近、かなり解明がすすめられてきているが、それでも「原因」は、不明と言ってよい。小児といえども、容赦なく、回避不能な生命の中断を迫られる一大危機が訪れるのである。私たち医療者と教員は、この様なこどもたちに対する医療を担当している。

2. 神奈川県立こども医療センターと神奈川県立横浜南養護学校

神奈川県立こども医療センターは、1970年、横浜市南区六ッ川に開設にされた。日本における小児病院としては、国立小児病院（現国立成育医療センター）に次ぐ歴史がある。小児を対象とした専門医療を提供しており、小児内科が、10の専門診療科に分かれており、外科系診療科も小児に特化して診療を行っている。

2006年1月、新本館がオープンし、病棟は、ICU、HCU、乳幼児内科、幼児学童内科、クリーン病棟、乳幼児外科、幼児学童外科、思春期病棟

に再編された。このほか、周産期棟には、NICU、母性病棟、重症心身障害児施設があり、こころの診療棟には、精神療育棟、施設・リハビリ棟には、肢体不自由時施設やリハビリテーション関連の診療科がある。

小児がん患者は、内科的診断治療や総合窓口として、血液科・腫瘍科が担当し、外科手術は、一般外科（小児外科）、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、眼科などの外科系診療科、放射線診断・治療は放射線科、病理診断は、病理科、診断・治療支援としては、検査科、輸血科などの多くの診療体制がある。

敷地内に、神奈川県立横浜南養護学校が設置されている。当初は神奈川県立ゆうかり養護学校分校として開校したが、1977年以降、独立した。養護学校の固有の教室や教員室などの施設は、施設・リハビリ棟とこころの診療棟に分散している。ただ、小児がんのこどもたちは、多くは、病室や病棟内から出られないことが多いため、ベッドサイドや病棟内の共有スペースを用いて、教育を受けている。新棟では、学習室が各病棟に設けられている。

本養護学校の特徴は、制度的に、学校教育が、院内学級という間借りではなく、一つの組織として、病院と表裏一体の関係を保つことである。

大学病院や総合病院に較べて、看護師などのスタッフに小児の成長・発達に関する興味や知識が深い者が多いため、小児入院患者の生活の視点を重視した看護を実践している。このため、学校教育との連携がとりやすい。また、養護学校教員はもちろん、看護師、保育士、事務職員、ボランティアなどの力で、多くの行事、イベントが常時行われている。

3. 小児がん

「がん」という言葉は、種々な意味で用いられるが、多くは、「悪性腫瘍」全般を示す。がんの特徴は、①無秩序な増殖（増殖力が速い）、②浸潤・転移、③不老不死という言葉で示される。

がんの種類には、①造血器腫瘍（白血病、悪性リンパ腫、骨髄異形成症候群など）、②肉腫（骨肉腫、横紋筋肉腫など）、③上皮系からなる癌（癌腫）=cancer（肺癌、乳癌、胃癌、大腸癌、子宮癌、卵巣癌、喉頭癌、咽頭癌、舌癌などで、狭い意味のがんであるが、小児には殆ど見られない）がある。

小児がんの特徴は、成人の「癌」に較べて増殖力が速い=「未分化」型が多く、最も多いのが、白血病であり、次いで脳腫瘍である。固形腫瘍は特定の臓器に発生するより、全身どこでも発生しうる。成人の癌は、肺癌、乳癌、大腸癌などと臓器名で腫瘍の名称が示されるが、小児の悪性腫瘍の場合、病理組織別命名で述べられる。主な固形腫瘍は、神経芽腫、横紋筋肉腫、骨肉腫、Ewing肉腫、悪性リンパ腫、胚細胞腫瘍などがあり、これらは、特定の臓器に発生するわけではない。脳腫瘍は、一般には一括して総称されるが、実は、病理組織別に細かく分類され、治療法や治療効果が異なる。

がん治療は、種々の薬剤や治療法を組み合わせで行い、一般には長期間の治療を要する。

がん治療の種類には、

①化学療法（いわゆる抗がん剤治療）

②放射線照射

③手術による摘出術（固形腫瘍の場合）

④造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植）

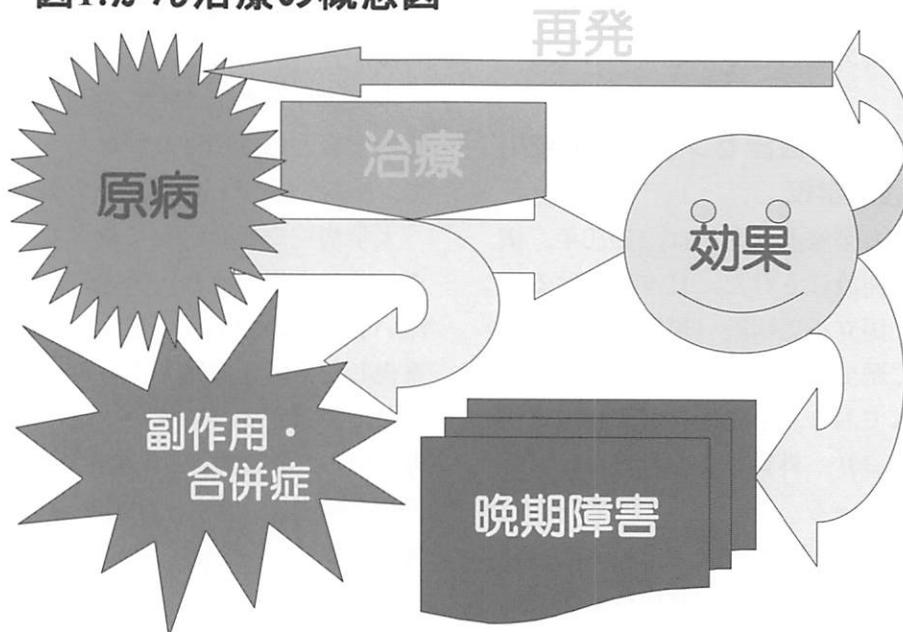
⑤緩和療法（必ずしも終末期だけとは限らない）がある。

いわゆる抗がん剤は増殖力の速い細胞に作用するものであり、がん細胞だけでなく、正常な細胞も障害する。その結果、副作用として、汎血球減少、吐き気、脱毛などが見られる。汎血球減少は、易感染性や出血などの生命に関わる副作用であるので、十分な医療的監視が必要である。個別の抗癌剤には、それぞれ多様な副作用がある。最近、分子標的療法など、作用点を絞った新薬が出現し、従来の副作用は大幅に軽減され、注目を浴びているが、予期せぬ重篤な副作用が出現することがあり、十分な注意が必要である。

がん治療は、効果を目指して治療が行われるが、その治療過程発生する副作用・合併症は、決して小さいものではない（図1参照）。

これまでの医療は、生死をかけた闘いというこ

図1:がん治療の概念図



ともあり、当面の治療効果に集中しがちであったが、小児がんでは、治療が奏功し、長期生存者が増えるにつれて、種々の障害が顕在化することがあり、「晩期障害」として、注目されつつあるが、組織的な取り組みは、まだこれからといったところである。

小児がん治療では、概ね、成人よりも、身体的に強力な治療に耐えられる。そのことも相俟って、成人に較べて、小児の長期生存率が高い。1970年代には、10%未満であった小児急性白血病の生存率は、今や80%以上を達成している。小児がん全体でも、おおむね7-8割の長期生存率である。これは、単に薬剤の進歩のみではなく、統計学を基盤とした「臨床試験」に基づいたevidence based medicineの成果である。また、小児の場合、いわゆる延命治療でなく、生涯にわたる「治療」を目指した治療が必要である。長期生存者が多くなるにつれて、晩期障害の実態が明らかになりつつある。特に、造血幹細胞移植を受けると、晩期障害が強い傾向がある。晩期障害に対する治療も行われ始めており、成長ホルモン治療や不妊治療が試みられている。今後、治療効果を損なわないで晩期障害を軽減する治療法の開発が必要である。

4. 造血幹細胞移植

難治性のがんの治療には、造血幹細胞移植が標準的治療として用いられるようになってきた。

造血幹細胞は、血液と免疫系の源であり、全身の骨髄の中に存在する。造血幹細胞の特徴は、自己再生能と多能性分化能という言葉で表される。造血幹細胞は、骨髄のほか、末梢血にもごく微量含まれており、感染や抗癌剤治療によって、あるいは、G-CSF製剤を用いると、骨髄中の造血幹細胞が、末梢血に放出される。臍帯血中には、細胞数自体は少ないものの、増殖力は骨髄の数倍から10倍以上とも言われる造血幹細胞が存在している。造血幹細胞の増殖力を示す実証的な方法は、骨髄などの造血幹細胞を、培養液と共にシャーレで2週間ほど培養すると、はじめは肉眼では見えなかった個々の幹細胞が増殖して、細胞が集簇して見えるようになることでわかる。

造血幹細胞移植の種類には、他者から造血幹細胞

を提供される同種造血幹細胞移植と、自分の造血幹細胞を用いる自家造血幹細胞移植がある。おおむね、造血器腫瘍や非悪性疾患では、同種移植が行われ、悪性固形腫瘍には、自家移植が行われる。造血幹細胞の種類には、骨髄、末梢血幹細胞、臍帯血などがある。同種移植の場合、造血幹細胞の提供者（ドナー）は、HLAの型をより近いものを選択する必要があるため、血縁に最適なドナーを見いだせない場合には、骨髄移植推進財団、臍帯血バンクネットワークからもっとも最適なドナーを選択するような体制が作られている。

造血幹細胞移植の意義の一つは、超大量化学療法・全身放射線照射を含む、強力な前処置（移植前の治療）を可能にすることである。この結果、activeな腫瘍細胞を網羅的に滅滅させることが可能であるが、その結果、必然的に、臓器障害や長期的にも不妊・成長障害を伴う。

同種造血幹細胞移植の場合、同種免疫反応と呼ばれるものがあり、特に白血病などの造血器腫瘍の腫瘍細胞の抑制には不可欠とされる（GVLと呼ばれる）が、GVHDという合併症に悩まされる。GVHDには急性型と慢性型があり、急性型の場合、皮疹・黄疸・下痢などの症状が特徴的であり、予防的に免疫抑制剤が用いられる。慢性型の場合、膠原病様の症状が出現する。

最近では、GVLなどの同種免疫効果を期待して、移植前の前処置を軽減したRISTと呼ばれる移植方法が、特に成人領域で増加しており、移植初期の合併症を大幅に減らすことが可能であるが、根治療法としての意義はまだ定まっていないのが実情である。成人、特に高齢者の移植法として、有効性が認知されつつある。

造血幹細胞移植後の合併症は図2、晩期障害は図3にまとめた。

当センターの新本館に、クリーン病棟15床が新設された。最近では、造血幹細胞移植医療の無菌管理の簡素化が唱えられるようになっており、一部、無菌病棟不要論が出されているが、当センターでこれまで造血幹細胞移植時に行ってきた簡易無菌ベッドによる個室管理は、もっとも簡略な無菌管理の方法であった。しかし、そのような簡略な無菌管理ですら、狭い個室管理環境は、精神的抑

図2:造血幹細胞移植に関連した合併症・有害事象

- ◇前処置中～移植後数日
 - 急性薬剤・放射線障害
 - 心筋障害・腎障害・肝障害・アナフィラキシー
- ◇移植後数日～移植後2-3週間
 - 敗血症
 - 粘膜障害・疼痛
- ◇移植後1-2週～2-3ヶ月
 - 急性GVHD(皮疹・黄疸・下痢)
- ◇移植後2-3週間～移植後1ヶ月
 - 拒絶・生着不全
 - 肝中心静脈閉塞症(VOD)
- ◇移植後1ヶ月～移植後数ヶ月
 - ウイルス感染症(CMV, EBV)
 - 慢性GVHD

図3:造血幹細胞移植の晩期障害

- 成長障害(骨格の発育不良, 成長ホルモン分泌低下)
- 甲状腺機能低下
- 不妊
- 骨粗鬆症・大腿骨頭壊死
- 歯芽形成不全(永久歯が生えない)
- 輸血後・血液製剤投与後感染症(特に輸血後肝炎)
- 二次発癌(前処置薬, 長期免疫抑制剤投与)
- 呼吸器障害(前処置の副作用, 慢性GVHD)
- 晩期腎機能低下(透析になる程度, 突然発症例有り)
- 関節拘縮(多くは慢性GVHD)
- 中枢神経合併症: 突然発症, 進行性変性疾患で致命的経過
- 脱毛
- 肥満
- 精神的後遺症・知的発達への影響

圧を訴える者が少なくなかった。過度な簡略化への反論としては、空調などが原因による院内感染の報告が少なくないことがある。

そこで、新棟オープンにあたっては、造血幹細胞移植医療を行う場として、日本造血細胞移植学会や米国CDC (Centers for Disease Control and Prevention) のガイドラインに従ったエビデンスに基づく感染制御が可能で、かつ、造血幹細胞移植時の精神障害を軽減する方法として、やはり、病棟全体をクリーン化するという解答を見いだした。家族の面会は、感染チェックの上、通常は可

能であり、学校教育や保育も、教員や保育士が直にベッドサイドで行うことが出来る。神奈川県立こども医療センターは、高台の頂上に建っており、クリーン病棟はその最上階で、みなとみらいやベイブリッジが一望に見渡せ、開放感にあふれている。精神的な抑圧も大いに軽減されることが期待される。

5. インフォームド・コンセント

小児がんは「治る」ようになってきた、とはいうものの、がんは、成人はもちろん小児でも病死の第1位である。このため、インフォームド・コンセントがとりわけ重要である。インフォームド・コンセントとは、個々の患者に対応した医療情報の提供・説明とそれに納得した上で、同意し、医療を受けることであり、日本語では、「説明と同意」、あるいは、国立国語研究所の外来語言い換え提案によれば、「納得診療」とも言われる。科学的医療を実践するには、医療の第1当事者である、患者が真実を知る必要がある。特に重大な「真実」は、病名告知、再発告知、終末期告知であろう。患者が真実を知るためには、医療の情報公開が前提となる。情報公開の基盤となる「臨床試験」・「疫学調査」と個人情報保護に関する事項もインフォームド・コンセントが関わる。説明には、医師、看護師、専門看護師、臨床心理士（あるいは精神科医）、学校教員、ソーシャルワーカー（家族、社会的問題）の参画が必要である。現在では、少数派になったとはいえ、真実を知りたくないという気持ちにも配慮の必要ある。米国では、小児への説明の一部は、Child life specialistがpreparationとして実践している。ただし、説明に対するこどもの同意は、文書署名という形を求める「コンセント」ではなく、「うん、わかったよ」という様な形の「アセント」と言われている。

神奈川県立こども医療センターにおける小児がんのこどもたちに対する病名告知の取り組みを述べる。当センター開設当初は、小児がん患者本人への告知は、一切行わないというスタッフ間（各診療科医師や看護師など）の統一したコンセンサスがあった。1990年代に入り、この方針に対する疑問が出され、1995年に病名告知に関する家族ア

ンケートを実施したが、病名告知反対派が2割を占めたため、時期尚早とされたが、2000年の調査では、病名告知反対派は5%未満となり、患者本人への説明を原則行うに方針転換し、看護師・臨床心理士と合同ミーティングを繰り返しながら、病名告知を行ってきている。

家族への病名説明では、多くの家族は涙を流すが、最近では、事前の情報もあり、冷静に客観的な説明を求める家族が少なくない。学業成績が優秀な小学生が、入院前に、登校拒否などと言われ、心外と思っていたが、病名が判明して却って良かったという例もある。その小学生は、白血病の治療後、有数の進学高校に進学している。

予後が改善したことが、患者本人への説明や告知を容易にしているのは事実である。本人への説明では、生命予後を強調しないこともあり、涙を流すということは殆どない。疾患そのものに対する関心はそれほどないことが多い。多くの反応は、継続性の中断に対する困惑である。たとえば、学校へ行けなくなる、友だちに会えなくなる、今やっっていることが出来なくなる、などである。告知に関しては、日本人より海外出身者のほうが、積極的な傾向がある。再発告知では、その時、はじめて告知する場合、やっぱりという反応が多く、すでに告知済みの場合、嘆きが強い。未だに終末期告知は殆ど出来ていない。

6. 小児がんの子どもたちに対する学校教育

当センターにおける小児がん入院患者の学校教育は、神奈川県立横浜南養護学校が教育を担当する体制をとっている。小児がんの説明を受けると、次に、学校教育を心配する家族が多い。主治医から転籍連絡票を発行して、医教連携を図っている。個別指導が充実しており、患者・家族からは、学習習熟度いかに関わらず、質の高い教育が受けられると好評である。治療の合間で外泊や退院可能でも、養護学校授業を受けたいとの希望がある。造血幹細胞移植や症状増悪などの際には、教員を交えてカンファランスが行われる。造血幹細胞移植や重症管理中でさえも教育は実践される。一時退院や、退院後間がない時期の学校教育は、外来受診時などに当養護学校でフォローアップしてい

る。養護学校では、治療終了退院後の、地域との連携に力を入れている。長期入院患者でも、入院中の教育効果により、退院後の学力は、損なわれないどころか、逆に学力を伸ばしている。

地域の学校への復帰における問題について、2004年にグループ診療時に行った保護者に対するアンケートに記載されたものを上げる。◇地域学校へ文書資料などによる具体的な説明による引き継ぎが必要である。◇小児がんというと、どうしても死や再発のイメージが強く、地域の学校・教員側の過剰な心配や差別的発言が見られる。◇一方で、退院=根治という早合点があり、合併症や晩期障害に対する無理解に当惑する。◇地域学校の他の保護者への説明、特に知られたくない場合には、細心の配慮が必要である。

7. 終末期医療と学校教育

最後に、終末期医療と学校教育について述べる。

現在の医療の知識では、有効な治療法がないと判断されれば、終末期とされる。小児がんでは、最近では少数派になりつつあるが、今なお、2割の小児がん患者は、亡くなっている。小児がんの場合、終末期と判断してから、実際に亡くなるまでの期間は短いことが多いが、一方で、終末期と診断して、1年以上長期生存患者が複数人経験しており、実際、根治といえる状態の患者もいる。終末期の判定の難しさを物語る。

すでに意識障害に陥った場合、あるいは呼吸管理されている場合でも、聴覚は保たれるため、朗読や合唱などを通して、教育が実践されている。最期を看取る場合にも、家族との合意があれば、教員にも参加していただいている。時に、多数の教員のみならず、医師、看護師、家族が、声をあわせて、歌いながら、心停止まで看取った。具体的な実践は、学校教員側から詳述される。ひとは、なぜ学ぶのか?を教えさせてくれる。

終末期であろうと、教育をすすめる意味は、やはり、最期まで続けることにある。

8. まとめ

小児がん患者の長期生存者に対する教育の課題は、もともと的那个人がもっている才能をそのま

ま生かし、退院後も、発展させていけるような環境を提供することといえる。疾患自体や治療合併症により、才能が損なわれる可能性は否定できない。しかし、高齢者の障害とは異なり、まだ可塑性が十分ある。他人との比較では、退院後の catch up という言い方もなされるであろう。しかし、冒頭にも述べたように、飛躍の機会は個人によって異なるのであるから、必ずしもその言い方は正しくない。病院内の学校教育が実践されていなかった時代には、成人してもなお独り立ちでき

ない者が少なくなかったのは事実である。長期生存者が増えた現代的課題は、医学的側面における晩期障害の克服と並び、より個人の才能を引き出す教育を実践していく必要があるが、横浜南養護学校の教育は当初から、個別指導を含めた教育方法を開発してその成果を上げてきている。

小児がんの医療は、医学的には、主に生物学的な側面から生命の維持の継続性を追求するが、その中で教育は、こどもたちの生活や成長発達の継続性を図る環境を模索し、提供している。

小児がんの子どもの医療と教育

－看護の立場から－

内田 雅代（長野県看護大学）

1. はじめに

小児がんの治療は、専門医を中心としたグループスタディや造血細胞移植等さまざまな治療法の開発により進歩してきた。治療の進歩に伴い、小児がんの子どもや家族は、発病直後の混乱した時期に多様な治療法の説明をうけ、意思決定を迫られるという事態にも直面する。また、治療終了後の晩期障害への対応等、新たな困難な状況も生じている。成人の領域ではインフォームドコンセントがあたりまえのようになってきているが、小児領域では、親の意向によっては、学童であっても病気にする説明が十分されないまま、治療が実施されることも少なくない。子ども達は苦痛の大きい治療をくり返し体験し、院内学級や訪問教育をうけながら入院生活を送っている。長期療養を余儀なくされる学童期や思春期の子ども達は、過酷な治療生活を体験していく中で、家族、友達、教師、医療者との関わりを通して、病気をもっている自分を、その子なりに理解しながら成長発達していく。

2. 小児がんをもつ子どもと家族との関わりを通して

筆者は、学生の小児看護実習や卒業研究の指導等を通して、小児がんをもつ子どもや家族と関わりをもち、いろいろなことを学ばせていただいた。わが子が小児がんを発症したことで子どもも家族も様々な困難な状況に遭遇するが、多くの家族はそれらを家族の力で乗り越えていた。そこには、子ども自身の力もさることながら、「何としてでもこの子を守る」という親・家族の強い思いが子どもを支えているようにみえた。また、治療や日常生活における決定を、子どもではなく親がしていることも多くみうけられ、親が子どものために思い、病名などの真実が子どもに告げないまま治療がすすむケースも多かった。そして、そのよう

な子どもや家族を支援する環境は十分とは言え難く、医師や看護師の関わりは、その病棟特有の伝統的なものが中心であり、個々の家族を理解し支えようとする取り組みは十分とはいえなかった。

当時、骨髄移植が実習病棟で開始され始め、ある病院では無菌室での子どもへのケアのほとんどが付き添いの親にまかされ、一方親の無菌室入室が制限されている別の病院では、面会時間の制限があるため、「子どもが眠るまでそばにいたい」というような親の希望や役割が果たせないといった状況もみられた。そこで、子どもや家族にとってどのようなことが看護として求められているのかを知りたいと思い、骨髄移植を受ける子どもとその家族を対象に以下のような一連の研究を行った。

3. 骨髄移植をうける患児・家族の看護システムに関する研究1) から

この研究では、1) 骨髄移植をうける患児とその親を対象とした面接調査、および2) 小児の骨髄移植にかかわる看護師を対象にした質問紙調査を行った。

一連の研究結果から、移植決定時の親の苦悩として、親は、子どもの命を失うかもしれないという不安を心の底に押しやり、移植を決定していた。そして、決定した後においても迷いや決定の揺れがみられた。意思決定を支えるケアは、意思決定した後にも求められることがわかった。この意思決定に子どもが参加していることはなく、病名告知がされていた中学生の患児においても、退院後の振り返り調査で「移植しないとは言えない。自分がどうにかするものでもない」と笑って答え、親や医師の勧めに同意したと語っていた。長い治療の中で、子ども自身に決定を求めるという経験はほとんどなく、子どもにとってもそれがあたりまえになっているものと思われた。

また病気についての医師からの説明時の看護師の役割について親にたずねたところ、母親は「看護婦さんは何か書いていたみたい」と答え、同席した看護師の意図は、親には伝わっていないことがうかがえた。病気の説明時の看護の役割として、家族が医師の説明を理解したかどうかという点だけに注目するのではなく、医師が家族を理解するのを助ける役割もとることが必要ではないかと考えられた。

ケアする者にとっても患児自身にとっても、苦痛のある時の内服はとても困難な問題であり、この内服の問題は、「どのように薬を飲ませるか」という視点だけでなく、「子どもが薬を飲む」という行動として、今後も研究していく必要を感じた。また、内服援助をはじめ子どものケアに関する親と看護師の認識の類似や相違が明らかになり、親と看護師が協働して患児をケアしていくことの重要性が示唆された。さらに、臨床現場で、手探りで骨髄移植のケアをしている実態が判明し、施設間の情報交換を求める声が聞かれ、次の研究に着手した。

4. 小児の骨髄移植の看護におけるネットワーク化の試みとその効果に関する研究2)から

この研究では、67施設、1086人の看護師からの質問紙の回答を得て、施設間の情報交換に対するニーズとその障害に関する分析を行った。その結果、小児専門病院の方が一般病院よりも小児のみの病棟の方が混合病棟よりも患児の心理的ケアなどに関する情報のニーズが高いことがわかり、専門性の高い、小児のみの病棟の看護師の意識が高いことがうかがえた。また、多くの看護師の回答から、情報交換のニーズはあるもののその手立てがないことがわかった。そこで、調査対象施設のうち同意の得られた、43病棟の協力を得て、施設間の情報交換の手段としての「小児骨髄職看護情報リスト」を作成し、運用を開始した。その後、この「リスト」活用の実態調査および活用上の問題などに関する調査を行い、「リスト」活用上の課題として、スタッフの異動に伴う「リスト」の継続性の問題への対策、インターネット使用の可

能性、直接看護師が顔を合わせて話し合える場の必要性が示唆された。「リスト」はその後5年間、毎年改訂後、参加病棟に配布し、運用を継続してきた。また、年1回、造血細胞移植学会に合わせて、参加病棟の看護師の話し合いの場を設け、情報の共有をしながらケアの向上を目指してきた。5年が経過し、今後の展開を模索している。

5. 骨髄移植をうける患児の内服に関する対処行動とその看護援助に関する研究3)から

この研究では、骨髄移植を受ける患児への看護援助として大きな問題である内服に注目し、患児の体験、特に「子どもが薬を飲む」という行為に焦点を当てた。

まず、看護師を対象にした調査を行い、看護師の内服援助の実際、および病棟の方針、看護師個人の考え方などを詳細に検討し、臨床現場での問題の確認と援助方法について考察した。病棟の方針として、内服を絶対不可欠とする病棟の看護師では、その病棟の方針のもと、看護師はさまざまな工夫をし、患児のニーズに合わせて、あるいは、家族から患児の情報を得てケアに生かしていたが、困難な状況にとまどい、葛藤を感じることも多かった。一方、感染予防の内服を絶対不可欠ではないとする病棟の看護師では、休薬の基準に患児の精神的ストレスが考慮されており、個々の患児の状況に合わせた対応ができ、柔軟な病棟方針に変更されたことで患児のストレス軽減にも繋がると看護師は認識していた。

次に、ビデオテープによる実際の内服場面の観察とその内服にかかわった看護師、親への調査を行い、看護師、親がどのように子どもを捉え、援助しようとしていたか、お互いの行為をどのように捉えていたかを調査した。ビデオテープによる分析からは、スムーズに内服していると病棟看護師が捉えている子どもの場合にも、母親が細やかに関わることで、子どもの気持ちの準備が整い内服している実態が確認された。内服困難な場面や薬を捨てていた学童期の子どもに関わった看護師は、子どもの気持ちを捉えることの難しさや思春期の子どもを気遣うことの大切さを述べていた。

これらから子どもが薬を飲むことをどのようにとらえているかが重要であることがわかり、内服するための準備や配慮として、プリパレーションの考え方が応用できるのではないかと考え、病棟看護師と協議した。また、内服援助に関わる親と看護師の協働の重要性が再確認された。

以上から看護師のケアを向上し、よりよい子どもの状態を実現していくために、看護師の認識をていねいにふりかえることによりケア内容の改善に繋がること、看護師と母親の協働は欠かせないことが重要であると確認された。

6. 看護師が行う日常ケア

実際に看護師は、治療中の子ども達の日常生活の多くの場面に関わっている。子どもや家族への病状説明に同席し、子どもや家族が病状説明をどのように受けとめたかを把握しながら、家族の気持ちが出されるよう環境を整え、医師が家族の受けとめを理解できるよう関わるなど、両者の橋渡しを行う。そして、治療が開始されると子ども身体的、心理社会的なアセスメントをしながら治療中の苦痛緩和や症状管理などのさまざまなケアを行っている。

看護師は、『目の前の問題をどのように解決するか』ということに注目し、日々のケアを実践しているものの、常に問題解決が図れるとは限らない。また、退院後の学校復帰等の長期的な視野で子どもや家族をサポートするといった役割を果たしているとは言い難い現状も見受けられる。

病名告知がされていない子どもの本当の思いを理解できないままターミナルケアに携わる看護師の葛藤などもみられ、子どもや家族に十分関わりきれず、困難感を感じている看護師も多い。子どもや家族のよりよい日常生活を実現していくためには、看護師個人の研鑽だけでなく、看護師自身がエンパワメントされるようなシステムを整備すること、そして、困難な問題の解決を図ったり、長期的なケアにつなげていくためには、子どもをとりまく周囲の人々や他職種と連携・協働していくことが求められている。

7. 日本小児がん看護研究会の発足

日本小児がん看護研究会は、国際小児がん学会(SIOP)に参加し他国の小児がん看護の組織作りや実践活動などを知った日本からの参加者の中から、わが国にも小児がん看護の情報交換を行う場が必要であることを切実に感じた看護師達の声をきっかけに、平成15年2月に発足した。現在会員数は約200人であり、年1回ニュースレターを発行し、平成17年度末には研究会誌の創刊号の発行を予定している。この研究会は、子どもや家族のQOLの向上を目的に、看護師だけでなく他職種や子どもや家族とも協働し、よりよいケアの実践をめざしている。そのため、会員の職種は看護師に限らず、教員、医師、家族も入会している。第1回の研究会は、北里大学で研究会単独で開催したが、第2回研究会から、日本小児がん学会・日本小児血液学会同時期開催において、併行開催をし、さまざまな小児看護の課題を検討している。

8. 小児がんをもつ子どもと家族のよりよいケア環境を目指して

小児がんをもつ子どもの体験として、発症・入院によるショック・とまどい、治療処置による苦痛、親、きょうだい、友人との関係の変化、子ども自身の自分のとらえ方の変化、退院後の学校復帰に関する問題など、こどもは多くの困難な出来事に直面する。退院後の子どもや家族の現状をみると、親が学校への連絡や他の専門機関への連絡調整などすべてを実施している例も見られる。子どもへのケアで手一杯の親が担うにはあまりにも負担が大きい。子どもや家族の日常ケアをしている看護師が、『子どもや家族を中心とし教師や医師や他の専門家と話し合い、連携へ繋げていく』といった看護師の調整的な役割も、今後さらに求められているのではないと思われる。

子どもが小児がんをもつことで、こども自身も家族もいろいろな困難なことがらに遭遇するが、そのような子どもや家族を支援する環境、いわゆるケア環境が準備されているだろうか。発症直後から入院治療、退院後の外来、学校復帰、治療終了後のケアまで、治療経過のその時々の子どものケア環境をみると、医療・教育・福祉・地域の連

携は、どの時期においても十分とは言い難い。看護としてどのようなことが期待されているのか、他職種の方々とどのように協働していけるのかを検討していきたい。

現在、平成16-19年度科研「小児がんをもつ子どもと家族の看護ケアガイドラインの開発と検討」の研究費を得て、ケア環境の実態把握と看護師が果たす役割等に関する検討を重ね、ケアガイドラインの開発を小児がん看護研究会事業の一つとして位置づけ、取り組んでいる。小児がんをもつ子どもや家族から学んだことや看護師への調査を通じてわかったことを基にケアガイドラインを開発し検討することで、子どもや家族のよりよいケア環境の実現に繋げていきたいと考えている。

文献

- 1) 内田雅代、兼松百合子、武田淳子他：骨髄移植をうける患児、家族の看護システムに関する研究、平成5-7年度科学研究費補助金（一般研究C）研究成果報告書、1996
- 2) 内田雅代、竹内幸江、篠原玲子他：小児の骨髄移植の看護におけるネットワーク化の試みとその効果に関する研究、平成9-11年度科学研究費補助金（基盤研究（C）（2））研究成果報告書、2000
- 3) 内田雅代、竹内幸江、扇千晶他：骨髄移植をうける患児の内服に関する対処行動とその看護援助に関する研究、平成12-14年度科学研究費補助金（基盤研究（C）（2））研究成果報告書、2003

小児がんの子どもの医療と教育

－教育の立場から－

磯端 文恵（神奈川県立横浜南養護学校）

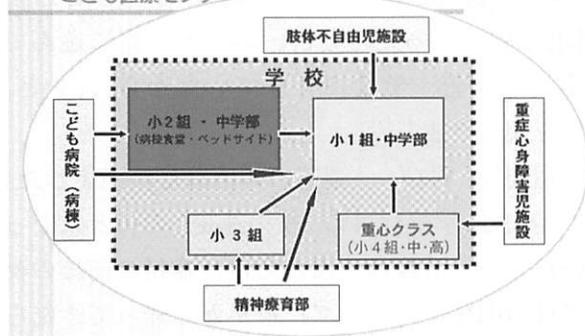
1. はじめに

まず、簡単な自己紹介をさせていただきます。私は、3年目に神奈川県立横浜南養護学校に赴任しました。横浜南養護学校は、神奈川県立こども医療センター内にある本校と、昭和大学付属藤が丘病院にある分教室（藤が丘学級）からなっています。私は、現在、本校小学部におります。

本校に在籍している小児がんの子ども達は、医療センター内のこども病院に入院しています。点滴治療やクリーンな環境にいる必要性が生じるため、基本的に学校の教室への通級はせず、病棟内の食堂やベッドサイドで学習を進めています。

本校の指導体制

こども医療センター



2. 小児がんの子どものための教育実践

(1) 1年目

赴任した年は、病院の中にある学校として何が出来るのか・何をすべきなのか試行錯誤の毎日でした。一年間の取り組みを経て、『入院前の子ども達の生活にあったものを継続すること』『入院をしていない同い年の子ども達が経験していることを経験できるようにしてゆくこと』が私達の役割ではないかと思えるようになりました。

(2) 2年目

2年目から、いよいよ小児がんの子ども達の担

病院の中にある学校の役割とは？

- 入院前の生活にあったものを継続すること
- 同い年の子ども達と同じような経験ができるようにすること

任となりました。これからの話は、初めて担当した子どもとの関わりを中心にお話しさせていただきます。今回の学会でケースをお話しすることについて、保護者の快諾が得られていますが、現在病気と闘っているお子様やご家族の方々に伝わって欲しくない内容もあると承っていますので、ケースの扱いにはご配慮お願いいたします。

初めての担任生活は、児童数1名の学級から始まりました。担当児童は、賢く柔らかい雰囲気を持ったお子さんでした。ここでは、Aさんと呼ばせていただきます。

Aさんは、始業式翌日から、治療のためベッド上での学習となり、体調が優れない日が続きました。その後も、体調不良で、横になったまま一日を過ごしたことはありました。通常の学校にいれば、安静のため、一日学校をお休するような日もあったことでしょう。しかし、Aさんについては、何らかの形で学校としての対応をさせて頂いたことの方が多かったように思います。

日常的な健康観察や医師・看護師さんから情報を頂きながら、その時、出来る事を考えながら関わりを続けました。身体はだるいけれど、知的な活動が出来そうな時は、ホワイトボードやビデオ

教材を活用しながら、各教科の学習を進めたこともありました。頭を使うことがきつそうな時は、小学校の図書室にありそうな本の読み聞かせをしたこともありました。Aさんは、話を聞いている間も自分なりに考えて、感想を言うことが出来る力をもっていましたので、話をすることすらためらわれた時もありました。そのような時は、ベッドサイドにいても良いかどうか伺い、「いていいよ。」と言ってくれた時には、Aさんの側にいて、宿題の丸付けをするなどしていました。

病棟で小学生の担任をしている教員は6名います。私の実践の傍らには、「失敗したら、周りでフォローするから。」と言って下さる5名の先輩教員がいました。この先輩方に支えられ、大胆な授業をやらせていただくことができました。少し具体例を挙げますと、

★ 昨年7月、初めての授業参観日。Aさんは午前中から38度台の発熱。にも関わらず、いつもより早く病院に来てくれるお母様と勉強したいというAさんの意向を受け、授業参観を決行しました。

★ 今年1・2月には、図工の時間で、彫刻刀を使った木版画の指導を行いました。後で聞いたことですが、ここ数年間、病棟の子ども達に木版画の指導を行った教員はいなかったそうです。

★ 転入後間もない友達と一緒に活動したいというAさんの思いから、看護師さんをお願いをして、空気清浄機を食堂へ持ち込んで授業を行ったこともありました。

このような学習活動は、教員だけでなく、病院スタッフの皆様の学校へご理解とご協力が無くては成り立たないものでした。

また、授業中に点滴等の処置が入ることは日常茶飯事です。子ども達の体調が変化したり、不安なことや困ったことが起きたりすることもあります。そのような時、直ぐに医師・看護師さんに相談でき、適切な処置をして頂けるので、私達教員は安心して子ども達と関わる事ができています。

たくさんの大人達が、お互い理解し合いながら一人ひとりの子どもに関わっているという、とても恵まれた環境で働けることに、また、身近にいて下さる病院スタッフの皆様に、日々感謝しています。

(3) 外泊騒動

昨年度から、治療の必要が無い期間は、平日であっても外泊の許可が出るようになってきました。Aさんにも、9月の初め、一週間外泊の話が来ました。責任感の強いAさんは、朝一番にまるで告白でもするかのように、ドキドキしながら「お医者さんから、一週間外泊して良いつて言われた」こと。そして、「一週間も学校から離れて良いですか?」という話をしてくれました。話をしているAさんの心の中には、「外泊したい」という思いが満ちているように感じられました。そこで、一週間分の学習課題を渡し、「外泊できなかった夏休みの振替休日をもらったと思って、いってらっしゃい。」と伝えました。

一週間後、Aさんに外泊の感想を聞いたところ、「外泊は嬉しかったけど、、、いつも一緒に遊んでいる友達が皆、学校に行っていたから、、、」と、表情を濁らせました。

数週間後、再び、一週間の外泊許可が出ました。その期間は、学校行事の“秋の遠足”の日と重なっていました。看護師さんからは、遠足の前日の夜か当日の朝まで外泊して、遠足から帰ってきたらまた外泊をしてはどうかと、話をされたようでした。Aさんの自宅と病院は距離が離れており、往復することは容易ではありませんでした。前回の外泊から戻ってきた直後のAさんの表情が気になっていました。しかし、子どもにとって一番の喜びであるだろう「外泊」を学校行事のために先送りにしてはどうか?と言うことが出来ませんでした。

その結果、最終的に外泊をするかどうかの判断は、Aさんにゆだねられました。様々な思いを天秤にかけ、一大決心を迫られたAさんは、大泣きをしてしまいました。

教員としての意見を示せず、Aさんの気持ちを追い込んでしまいました。その後、「遠足当日ま

で病院に残ってはどうか」という提案をして、3日間、病院で過ごすことになりました。

(4) 子どもにとって大切なものは？

何よりも嬉しいはずの外泊を取りやめた2日間を充実させるべく、考えた結果は学校内での交流でした。

当時、病棟内にはAさんと同性の同級生はいませんでした。学校の教室（通称1組）には、同性の同級生が複数いました。遠足には1組の友達も行くことになっていましたので、病院残留を決めた次の日から、1組へ交流に出かけました。

初めは1時間の交流のみの予定でしたが、担任の先生の配慮によって、休み時間に一緒に遊び、次の時間の授業まで続けて受けることが出来ました。病棟へ戻りながら感想を聞いたところ、「自分だけがしゃべらなくて良かったから楽しかった。」とAさんは言っていました。この言葉を聞いて、子どもにとって大切なものは、「友達」同級生の仲間だということ強く感じました。

次の日も、Aさんは1組の友達と会うことが出来、遠足当日も、公園でシャボン玉遊びをしたり、ドングリ拾いをしたりと、友達と過ごす時間を持つことが出来ました。

同級生で同性の友達を常に求めていましたが、転入してくる同級生は皆、異性。そんなAさんの気持ちを支えていたものの一つは、前籍校の友達とのつながりだったと思います。Aさんは、入院する前から仲の良かった友達と外泊中に遊んだり、手紙のやりとりを続けたりすることができていました。友達から前籍校の様子を知ることができていたため、「友達のところ・前籍校に戻りたい！」という希望がいつも胸にあったように思います。このような希望があったからこそ、Aさんは、つらい治療中であっても、真摯に学習できていたのだと思います。

今年の1月末。Aさんが入院してちょうど一年が経った日に、Aさんは御両親から、治療のやり直しが必要になったことが告げられました。

子どもにとって大切なものは？

友達！

戻る場所・目標・希望

Aさんは、落ち着いた口調で、そのことを私に伝えてくれました。話を聞いた直後は、目の前に見えかけていた退院・そして前籍校の存在が、手の届かない所に行ってしまったような気持ちになってしまいました。しかし、Aさんは、その後も前向きに治療と学習に取り組み続けました。10歳で現実を受けとめ、さらに前向きさを失わなかったAさんの強さははかりしれません。

(5) 3年目

5年生の始業式直前に、AさんはICUへ転棟しました。

始業式当日、主治医の先生がICU入室の許可を下さり、Aさんのベッドサイドまで案内をして下さいました。

主治医の先生は、人工呼吸器を付けているAさんに向かって、「Aちゃん！学校の先生が来たよ！」と、とても大きな声で語りかけました。あの語りかけは、今でも強く印象に残っています。

主治医の先生に習えと、「Aちゃん、こんにちは（だったか、おはようだったか）。」と大きな声であいさつをして、「今日は入学式と始業式がありました。」と、状況報告をしたところまでは良かったのですが、機械音しか響かない空間で話し続けることにとまどい、後が続きませんでした。さらに、はずかしさも加わり、その後は、耳の穴に向かってささやく様な声しか出せませんでした。始業式にちなんで、校歌と愛唱歌を歌い、歌い終わると終わりのあいさつをして、ベッドサイ

ICUでの授業

とまどい

はずかしさ

不安

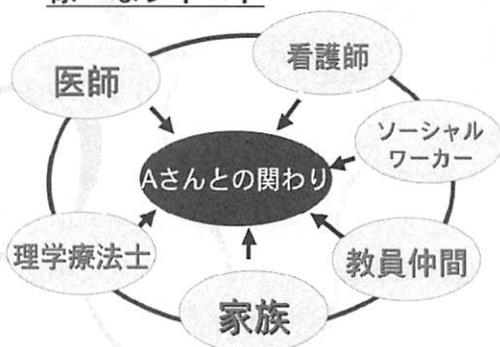
ドを離れてしまいました。

それから数日間、ICUでの授業が許されたものの、リアクションの得られない働きかけへの不安は募りました。

初めの一週間は、5分・10分その場にいるのが精一杯でした。訪ねて行って処置中であれば、内心ほっとして退出してしまったこともありました。

このような思いを取り去って下さったのは、共に働いているたくさんの人達でした。毎日、声をかけて下さった主治医の先生、授業前後で声をかけたり、感想を伝えたりして下さった看護師さん達、なかなかお会いできなくなっていた御家族の近況を教えて下さったソーシャルワーカーさんといった病院スタッフの皆様。そして、一緒にICUに入って大きな声で歌ったり、語りかけたりすることをリードして下さった先輩教員達。そして何より、職種を越えて連携をもつことを許して下さった御家族の存在が、私の気持ちを強くして下さいました。

様々なサポート



たくさんのサポートをいただきながら、1人でICUに行っても20分・30分と授業が出来るようになっていきました。人工呼吸器をつけていても変わらぬAさんの知的好奇心を信じ、5年生の教科書を読んだり、歌ったりできるようになりました。

一方、Aさんの様子はなかなか快方に向かいませんでした。私にはAさんと同じような病状の子どもを担当した前例が無かったため、時間をかければ、いつか以前のAさんに戻る日が来ると期待していました。

しかし、その日はやって来ませんでした。

最後の晩は看護師さん・当直の医師、主治医の先生と一緒に歌を歌いながら、Aさんを見送りました。

最後の最後まで寄り添うことを許して下さいった御家族の皆様には感謝の言葉が付きません。

子ども達から学び、

子ども達に育てられている。

Aさんとの関わりを振り返ると、Aさんから教わったこと・Aさんに育てられたことばかりだったように思います。

3. 医療との連携

本校の場合、数十年間培われてきた病院と学校との関係が良好なため、幸い、連携について難しさを感じたことはほとんどありません。また、保護者の方の了承が得られれば、学習活動を進める上で必要な情報を学校から病棟へお伺いすることもできています。

4. 今後の課題

このように恵まれた本校における小児がんの子どもへの教育について、今後の課題となることは、次の二点と考えられます。

一つ目は「平日外泊に伴う問題への取り組み」です。外泊期間中の“学び”をどのように保障するのか。また、外泊が重なっている時期の行事へ

今後の課題

■ 平日外泊	● 同級生の友達
→ <u>学びの保障</u>	→ <u>学校内での交流</u>
<u>行事の選択</u>	→ <u>前籍校との連携</u>

の参加をどのように捉え、選択してゆくのか。その都度、検討する必要が生じてくると思います。

二つ目は「同級生の友達関係をつくりの場を提供すること」です。Aさんのケースで見られたように、学び合える友達の存在は、子どもにとって大きな支えとなります。その反面、年間の転出入の激しい本校では、在籍児1名の学級ができてしまうこともあります。そのような状況にあっても、子ども達が孤独を感じることがないように、子どもと子どもをつなぐ心がけ・手立てを大切にしたいと思っています。保護者の協力を得ながら前籍校と連携を図ることも、一つの方法として考えられます。

5. 終わりに

今回のお話を頂いて、小児がんの子どものための教育実践歴2年の私に何が語れるのだろうか?!としばらく悩みました。そこから立ち上がらせてくれたのは、私を担任として育ててくれたAさんと「子どもの全て知ってもらいながら関わって欲しい。」と、いつも理解を示して下さいましたAさんのご家族の存在でした。改めて、AさんとAさんのご家族に感謝の気持ちをお伝えしたいと思います。

また、日頃から、学校の活動を理解して下さい、ご協力下さっている病院のスタッフの皆様、私をご指導下さっている先輩方に、この場をお借りして御礼を申し上げます。

最後に

ありがとう
ございました

これからもよろしくお願いいたします。

小児がんの子どもの医療と教育

－小児がん経験者の立場から－

小俣 智子（小児がん経験者・小児がんネットワークMNプロジェクト代表
横浜旭中央総合病院ソーシャルワーカー）

1. はじめに

「子どものがん」である小児がんの治癒率は、今や7割を超えている。しかし、治ってきているとはいえ、その闘病生活は子どもにとって過酷なことに変わりはない。家族に囲まれた日常の生活から、突如白衣の大人たちに囲まれた限られた空間での生活が始まる。おまけに、つらい検査、痛い治療、苦しい副作用がついてくる。そして学童期であれば、本来通うべき学校へも行けない。

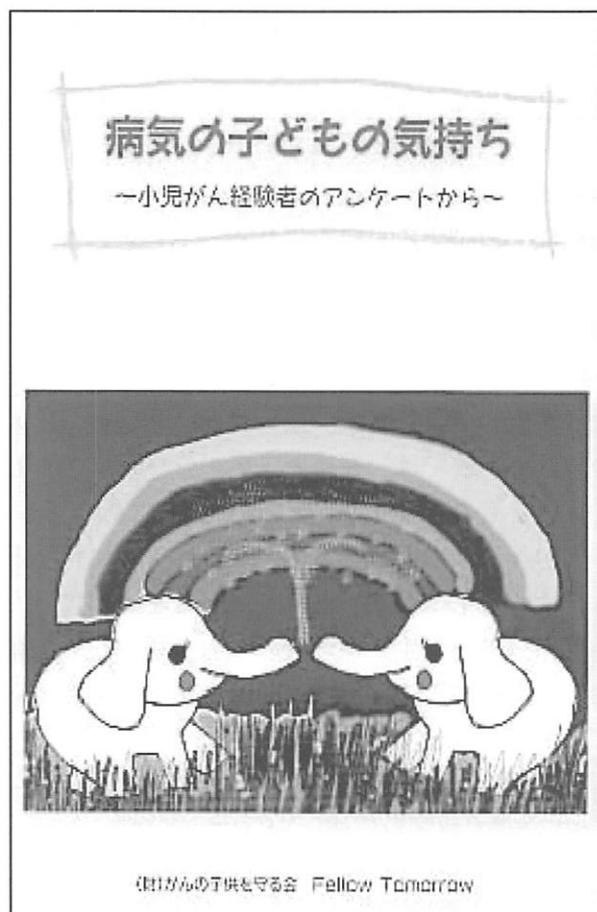
小児がんを経験した人たちを対象にしたアンケート調査がある。その中から、病気になった子どもたちにどのような課題があるのか、特に教育に関する課題を中心に報告したい。

2. アンケート調査概要

- ・2000年、小児がん経験者の会Fellow Tomorrowが実施
- ・小児がん経験者74人に配布、回答者37人
- ・回答者の病名
急性リンパ性白血病、急性骨髄性白血病
脳腫瘍、悪性リンパ腫、骨肉腫、網膜芽細胞腫、
神経芽細胞腫
- ・アンケート設問項目
 1. アンケートに答えてくれたひとたち
 2. 病気中の気持ち
 3. 病気を知ったときのこと
 4. 死について
 5. 現在も残っている問題
 6. 病気を周りに知らせること
 7. 病気のために困ったこと
 8. Fellow Tomorrow（小児がん経験者の会）について

3. 入院中に悲しかったこと、いやだったこと

入院中は、家族との面会も制限され、検査や治療の日々が続く。設問では入院中に、どんなこと



が悲しかったか、いやだったかを聞いている。回答としては、大きく「治療に関して」と「学校に関して」に集中した。

治療に関しては、痛みを伴う検査や治療、副作用による嘔吐・頭痛・倦怠感などがあげられている。中には、下手な研修医に何度も針を刺されていやだったという回答もあった。

学校に関しては、「学校に行けない」こと自体が悲しかったり、いやだったという回答が一番多かった。また、友達に会えない、遊べないことがあげられていた。

その他として、共に闘病生活を送っていた「仲間の死」がある。7割は治るとはいえ残りの3割は助からないのが現実である。闘病していると必

ずと言っていいほど、仲間の何人かを見送ることになる。小児がんの子どもたちは幼くして死別体験をする。

4. 復学時に困ったこと

長期欠席後の初登校はかなりの勇気を要する。さらに病気によって行きにくくする要素が加わる。復学に際し何に困ったかについて、大きく分けて6つの回答があった。

1) 容姿の変化

化学療法、移植、手術などにより容姿が変化するが多い。特に抗がん剤服用後は大人と同じように、脱毛を経験する。そうなるカツラや帽子で登校することになる。また、手術の跡や体の部分的欠損・変形や補装具（杖・義眼・義足・車椅子など）を使うこともある。

2) 体力の低下

長期入院により体力が低下する。このため、1日学校に在ることができず、午前中のみ登校ということもある。また、体育・運動会の見学や遠足に行けなかったりする。

3) 治療に関すること

退院後も定期通院や入院は続く。通院のための早退・遅刻、入院による欠席などにより通学に支障をきたす。服薬が続く場合は、昼食時に毎回薬を飲むことになる。

4) 勉強に関すること

院内学級は増えてきてはいるものの、まだまだ入院中に学習機会の少ない子どもは多い。通常の授業を受けられないため、当然遅れが生じる。

5) 友達関係

特に学年の途中で復学した場合、クラスに馴染むことが難しいこともある。容姿の変化があればなおさら溶け込みにくい。また、病気の説明を求められることが多い。関係が上手に作れないことで、いじめめ的になったり、不登校の原因になることもある。

6) 精神的な負担

復学時にはまず、病名、容姿の変化、通院、入院など多くの友達から質問されることが多く、どのように答えたらいいか悩むことがある。友達だけでなく、親戚・近所の人・知り合いな

どからも質問されることがある。また、親の過保護、過干渉、周囲や自分を心配してくれている家族にも気を遣う。

病名を告知されている場合、再発や死の恐怖に悩まされることもある。

特に1) から4) に関しては、病気によってみんなと同じにできない、過ごせない、特別扱いされてしまうということが困ったこととしてあげられている。

5. 闘病後に起る問題

治療が一段落した後も様々な問題が起る。復学後は進学が待っているが、勉強の遅れや体力の低下、残った障害などから選択肢の幅が狭まることがある。就職においては、進学と同じく選択肢の幅が狭まることに加え、採用面接の際に病名を伝えるか、伝えないかで悩む。伝えたことにより、不採用になるケースが多いのが現状である。

また、晩期障害といい、後から別の症状がでることがある。この際、その症状自体が小児がんの治療が原因なのか、新たな病気なのか、どこに相談すればいいのかという問題が浮上している。大きな病院で治療していると主治医が転勤していたり、カルテがなかったりする。生活の維持や生命に関わる晩期障害もあり、治癒率の向上ゆえに出現した深刻な問題である。

恋愛や結婚では、相手に対して病気を伝えるという問題が生じる。結婚の場合、相手だけではなく、相手の両親・親族や友達まで範囲は広がる。また、先ほどあげた晩期障害による不妊、病気によっては遺伝などが問題として出てくることがある。

6. 闘病中にうれしかったこと

冒頭で書いたように、小児がんはつらく苦しい。しかし、それだけではなく、嬉しかったことについても多くの回答が寄せられている。

復学に関しては、学校に行けたこと自体が嬉しかったという回答が多数あった。また、友達に会えたことも多くあげられている。さらにみんなと同じようにできたことが嬉しいという回答もあ

る。そして、周囲の励ましや理解が何よりも嬉しく支えになったという。悲しかったこと、嫌だったこととほぼ正反対の回答である。以下回答から抜粋する。

入院中

友達が何度も見舞いに来てくれた。
クラスの皆からの手紙を持ってきてくれた。

退院後

自分の部屋のベッドで眠れた。
自由。
自分で生活できること。

学 校

カツラ疑惑が持ち上がり、友達がかばってくれた。
話しかけてくれる人が増えた。
ひいきもせず、脱毛や体力低下も受け止めてくれた先生。
先生が話を聴き、勉強をみてくれた。
運動会に参加して50メートル走を最後まで走れたこと。
欠席が多くても自分の努力を認めてくれた先生。
変わらずに一緒にいてくれた友達。

家 族

親身になって心配してくれた。
いっぱいある。
入院前と同じ様に兄とケンカできたこと
やさしくなった(少し)。
治療が終わってからのいろいろなことに挑戦させてくれた。

7. 小児がんの子どもたちをとりまくサポーター



まずは、家庭。家族の存在は、闘病生活ではなくてはならないもの。子どもを支える家族へのサポートも必要である。



いつでも相談できる、そして信頼できる病院スタッフがいると、退院後も安心して生活が送れる。



就学時の子どもにとって、学校は闘病生活の何よりの支えになる。学校へ戻ることが闘病の目標になったりもする。

そのほか、小児がん関係団体、小児がんを経験した人たちが作るグループなども支えとなります。

8. おわりに

「小児がん」というと死を連想させるイメージがある。確かに私たちの仲間のうち3割の子どもたちはこの世を去っていく現状であり、発症以降の道のりはつらく厳しい。

しかし、「うれしかったこと」で小児がんを経験した人たちが語っているように、その中からプラスの面を見出して前に進んでいることがわかる。筆者の知る範囲ではあるが、多くの小児がん経験者が、治療後、人と関わる職業(医師、看護師、検査技師、教師、保育士、ソーシャルワーカーなど)に就いている。これは、病気というマイナスの経験をプラスに変えた結果であることが多いように思う。事実、病前から福祉には興味があったものの、筆者もその1人である。このマイナスからプラスへと変化していく過程に、学校の存在は欠かせない。というよりも重要な位置を占める。なぜなら、病気を抱えながら行く学校においての周囲の関わりは、健康な子よりもより深く強く記憶にインプットされるからである。そしてその時の体験は、その子のその後の人生に大きな影響を及ぼす。

経験をプラスへ変化させる関わりを、教師の方々をはじめとする多くのサポーターがしていただけことを願っている。

そしてその関わりは、「うれしかったこと」にヒントがあるように、決して難しいことでもなく、そんなに特別なことでもないように思う。

病弱養護学校での不登校経験生徒への教育とその効果

小川 修司（栃木県立岡本養護学校）

I はじめに

現在、小中学校において12万6千人の不登校児童生徒がいることをうけ、医療機関においても、心身症や神経症で小児科を受診する児童生徒が増加している。同時に、病弱養護学校の児童生徒の様子も以前と変わってきており、心臓病や腎臓病などの慢性疾患とは別に、頭痛、腹痛などの不定愁訴を訴える心身症の児童生徒や拒食症、強迫神経症など、神経症に該当するような児童生徒も多く在籍するようになってきた。対応する職員の間では、病弱教育の対象として扱うべきであるのか疑問を感じたり、児童生徒への対応において職員の共通理解や指導の統一性などの面で混乱を生じたりするような場面も見られるようになった。

病弱養護学校で多くの割合を占めつつある心身症や神経症の児童生徒に対する指導では、病気によってもたらされる種々の困難だけではなく、神経症の改善のために、児童生徒の心の問題の改善に向けた取り組みを行うなど、病気の根本的な部分にまで触れるような指導を要求される場合もあり、従来の生徒への指導とは異なる対応を要求されている。心身症や神経症からの回復のためには、その個に見合った教育は必要不可欠であり、医療による治療とともに、学校生活が回復への過程に大きな影響を及ぼすものと考えられる。

本研究では、心身症などのために不登校を経験した児童生徒が多く在籍している病弱養護学校での生徒の学習面、生活および行動面、心理面、社会性の面での実態や指導の状況および生徒の変化の様子を、調査を通して明らかにし、今後の病弱養護学校における心身症等で不登校を経験した生徒の指導を行う際の参考資料とする。

II 目的

個々の生徒の入学時の状況、入学してからの対応状況、病弱教育を受けて変化の見られた点、不登校を経験した生徒に関わる教員の意識について調査を行い、病弱養護学校での学習面、生活・行

動面、社会性の面での対応やその効果、対応する教員の意識について検討する。

III 調査について

1 方法

不登校経験児童生徒の多い病弱養護学校に対して、郵送によりアンケート用紙を送付し、記述後送付し返す形でアンケートを実施する。アンケートの内容は以下の3点、調査期間は平成16年9月から10月の2ヶ月である。

- ① 不登校経験児童生徒の前籍校および病弱養護学校での出欠状況
- ② 病弱養護学校で在学中に力を入れて指導した点および学習面、心理面、社会性の面での変化の様子
- ③ 病弱養護学校職員の不登校経験生徒の対応を行う上での意識

2 調査対象

- ① 心身症、神経症等を多く受け入れている病弱養護学校中学部
〔病弱養護学校における心身症等の児童生徒の教育〕に関わる全国調査1)の中で、中学部において、不登校経験生徒50%以上または10人以上の病弱養護学校40校
- ② 在校生および卒業生個々の状況については、不登校経験生徒を担当する職員を対象に各校10名程度
- ③ 職員の意識については、個々の生徒の状況に答えた職員

3 回収率

アンケート送付校40校中、35校から回答
回収率87.5%

個々の生徒について、各校2～10名の回答
計252名（男109名 女143名）

IV 調査結果

1 回答のあった35校の在籍生徒数

表1に示したとおり、回答のあった病弱養護学校35校に在籍する中学部の生徒576名のうち351名、60.9%に不登校の経験があることが確認された。また、学年ごとの不登校経験生徒数を図1に示したが、不登校を経験した生徒の割合は学年を追うごとに増加し、中学部3年段階では70.9%になることがわかった。

表1 在籍生徒数および不登校を経験した生徒数

アンケート回答校の生徒数	計 576名	最大 66名	最小 3名
不登校を経験した生徒数	計 351名	最大 45名	最小 2名
不登校経験生徒の割合 60.9%			

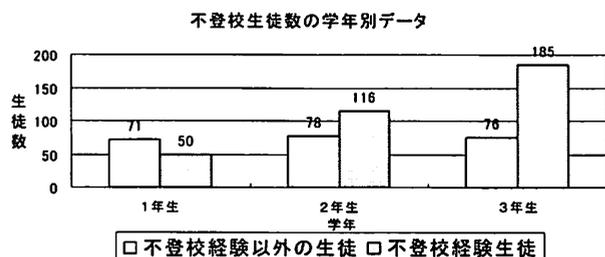


図1 不登校生徒数の学年別データ

2 診断名等について

表2 診断名

分類	記述数
心身症などの行動の障害 (心身症、適応障害、起立性調節障害など)	207名
ぜん息など呼吸器系の疾患	38名
虚弱肥満など	28名
潰瘍など消化器系の疾患	14名
糖尿病など内分泌疾患	13名
アトピー性皮膚炎など皮膚疾患	11名
筋ジスなど神経系の疾患	11名
その他	12名

不登校を経験した生徒の状況について、各校2名から10名の生徒について答えもらったところ、身体的な診断名を持つ生徒の中にも心身症などの行動障害を併せ持つ生徒がおり、252名中207名82.1%の生徒の診断名が「心身症などの行動障害」であった。心身症とぜん息など2つ以上の診断名

を持つ生徒も64名いたが、身体的な疾病より、心理的な面の問題を持つ生徒が多く在籍していることがわかった。

また、各種障害の可能性については、66名27.6%について記述があった。内容については表3に示した。

表3 各種障害の可能性について

考えられる障害	記述数
注意欠陥多動性障害	17名
知的障害	13名
学習障害	9名
自閉症（またはその傾向）	8名
アスペルガー	3名
その他	14名
計 66名	

各種障害の考えられる割合 27.6%

3 前籍校との出席率の比較

前籍校における出席率とアンケート提出前3ヶ月間の出席率（病弱養護学校での出席率）を比較したところ図2のようになった。前籍校における出席率は0%から100%まで30名以上で分布しているのに対し、病弱養護学校においては81%から100%の出席率の生徒が71.1%いることがわかった。前籍校における出席率100%の生徒については、保健室等の登校であり、登校はしているが授業に出ることのできない校内における不登校であった。

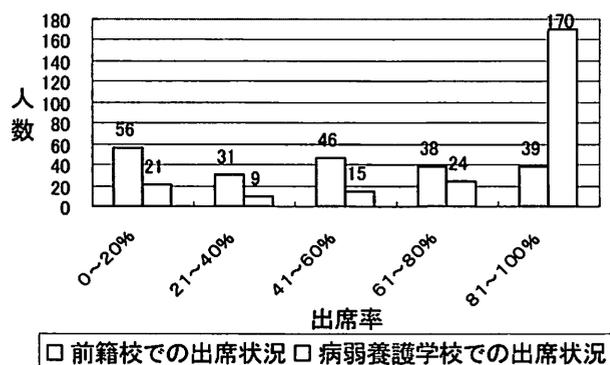


図2 前籍校と病弱養護学校での出席率の比較

4 入学時の状態と在籍後の変化

入学時に感じられた困難点を「社会性」「心理面」

「生活行動面」「学習の面」の4点で「困難が大きい」「やや困難である」「問題はない」「優れているまたは安定している」の4段階で答えてもらったところ、それぞれの項目において「困難が大きい」「やや困難である」生徒が多く確認された。特に「社会性」「心理面」の項目においては80%程度の数値となった。

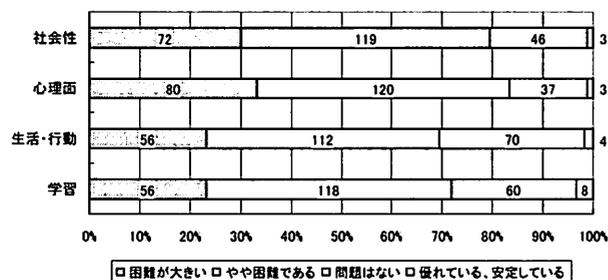


図3 入学時に感じられた困難点

在籍中に变化した点についても「社会性」「心理面」「生活行動面」「学習の面」の4点で「大きく向上した」「やや向上した」「変化は見られない」「悪化した」の4段階で答えてもらったところ、病弱養護学校においてはどの項目においても80%近い生徒が向上しているといった結果が得られた。

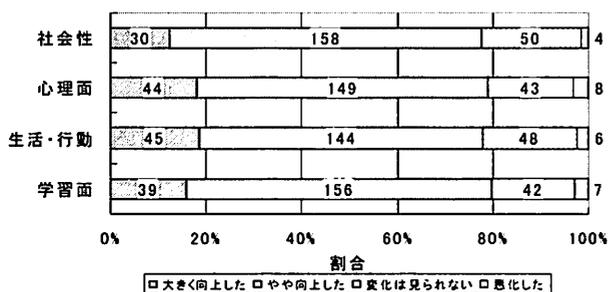


図4 在籍中の変化

学習面で困難のあった点を学習意欲、学習空白、学習の積み重ねの不足、基礎学力不足の中から選んで答えてもらい、さらに、入学後に伸びた点を学習意欲、学習空白、学習習慣の中から選んで答えてもらった。2つの結果を図5に示し、入学時と現在の学習面での状態を比較した。ただし、学習の積み重ねと基礎学力不足についてはデータを合わせ学習習慣と比較した。

入学時に学習空白がもっとも困難が大きいといった結果が得られたが、病弱養護学校において伸びた点は学習意欲であり、学習空白の充填は充

分なレベルに至っていないことが分かった。

図5 入学時の学習上の困難点と在籍後に变化した点の比較

5 指導に配慮を要した点

日常生活において配慮を要した点においては、図6に示したとおり、生活や行動、心理面、社会性など全ての面で大きな値を示しているが、心理面で配慮した、といった数値が最も大きかった。生活や行動、心理面、社会性、それぞれの項目において配慮した内容の記述を表3から表5に示した。

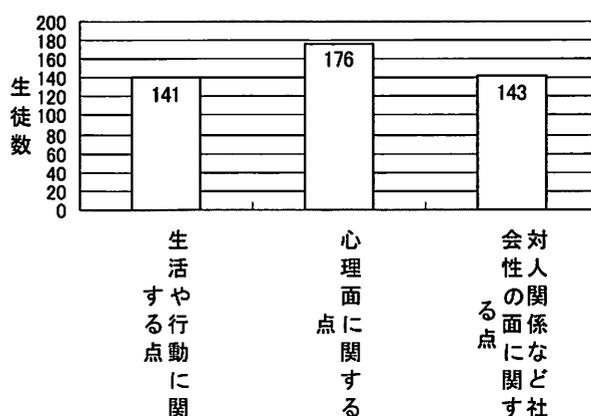


図6 日常生活で配慮した点

表3 生活や行動面で配慮した点の内容

具体的配慮の内容	記述数
心理面の安定を目指した配慮	35件
生活のリズムを整える指導	34件
基本的な生活習慣や生活態度が身につくような配慮	31件
障害や病気等への配慮	23件
病棟や保護者との連携の上での配慮	6件
自信の持てるような指導・配慮	6件

表4 心理面で配慮した点の内容

具体的配慮の内容	記述数
心理面の安定を目指した配慮	73件
話を聞くなどカウンセリング的な配慮	54件
自信の持てるような指導・配慮	18件
自己の内面が表出できるような配慮	15件
自己理解に向けた配慮	6件

表5 対人関係など社会性の面での配慮内容

具体的配慮の内容	記述数
集団との関わりを持つための活動や場の設定	45件
コミュニケーション能力の育成	29件
社会的ルールやマナーについての指導	22件
人との関係作りへの配慮	12件
自信の持てるような指導・配慮	11件
自己の内面が表出できるような配慮	5件

6 生徒に対応する職員の意識

生徒の質問用紙に答えた職員134名の病弱教育に対する意識を図7、図8に示した。病弱養護学校は不登校を経験した生徒に効果的な指導機関か、といった質問に対して67%の職員が効果的であると答えている。

不登校を経験した生徒に対応したい、または何とも言えない理由を質問したところ、個に応じた学習面、心理面での指導が向いているといった回答が多かった。

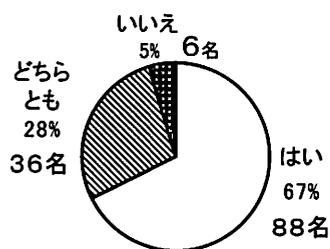


図7 病弱養護学校は効果的な指導機関か

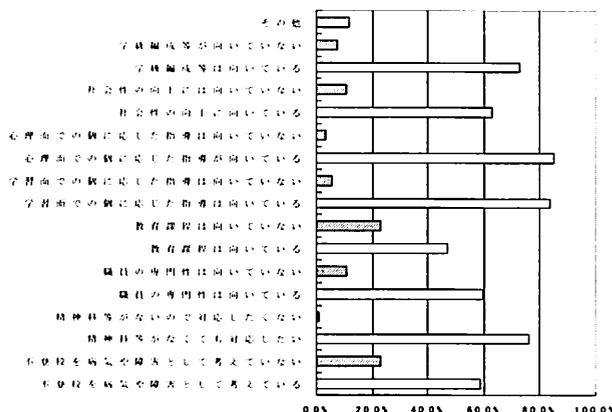


図8 不登校を経験した生徒に対応する職員の意識

多くの職員が病弱養護学校の指導が不登校を経験した生徒に向いていると考えている反面、問題として考えている点としては、不登校を病気や障

害として考えていないことや、教育課程が向いていないといった点であった。

V 考察

病弱養護学校中学部には「心身症などの行動障害」と診断されている生徒が多く在籍している。心身症等の生徒の多くは、入学時に指導上困難な状況にある生徒が多いが、入学後に様々な配慮を行うことで生徒たちを向上させている。心理面では、安定できるような配慮やカウンセリング的な対応、自信の持てるような配慮、自己表出に向けた配慮、自己理解に向けた配慮などを行っている。生活面では第一に心理面での安定を目指し、生活のリズムを身につけるような配慮も行っている。社会性の面では、集団との関わり方に配慮を行ったり、コミュニケーション能力を向上させたり、社会的マナーやルールを身につけさせたりしている。この結果として、出席率の向上や学習意欲の向上につながっているものと考えられる。

不登校を経験し病弱養護学校に在籍する生徒の中にADHDやLD等の生徒の割合が高いこともわかったが、各種障害と不登校や心身症等との間には深い関係があり、病弱養護学校においても発達障害に関する配慮を十分に行っていかなければならないことが考えられる。

病弱養護学校の職員の多くは、不登校を経験した生徒の指導機関として病弱養護学校が効果的であると考えているが、教育課程が不登校を経験した生徒に向いているのか疑問を感じている職員や不登校と病弱教育との関係について疑問を感じている職員が20%程度いることから、今後さらに病弱教育の在り方について検討を行う必要があるものと考えられる。

《参考文献》

- ・独立行政法人国立特殊教育総合研究所病弱教育研究部(2004)病弱養護学校における心身症等の児童生徒の教育「心身症など行動障害」に括られる児童生徒の実態と教育・心理的対応
- ・医療機関および学校を対象として行った心身症、神経症等の実態調査のまとめ. 日本小児科学会雑誌 2001;105:1317-1323

編集後記

本34号は、平成17年9月10日、11日に、独立行政法人国立特殊教育総合研究所を会場に、「教育・医療・福祉・地域の連携－子どもの「生きにくさ」を考える－」を大会テーマとし、開催された学術集会を特集としました。子どもの生きにくさを視点に、様々な専門家の立場から発表を聞き、討論することで教育・医療・福祉・地域の連携を図ることの大切さや子どもの生きにくさが広い視点から考えることができ、多くの示唆を見出すことができた学術集会であったと考えています。

日本育療学会に入会希望の方は、名前、住所、電話番号、職業、勤務先、勤務先の住所、メールアドレスを記入し、日本育療学会事務局までファックス、又は学会のメールアドレスでお送りください。入金された段階で会員に入ることができます。

本学会は、病気や障害のある子どもが現在及び将来にわたって、充実した生活を営むことができるようにするため、教育、医療、福祉、家族及び本会の目的に賛同する関係者が一体となって、子どもの健全育成を図るための研究・研修を推進し、その成果の普及を目的としています。

本学会は、目的を達成するために次の事業を行います。

(1) 研究会・研修会の実施

子どもの健全育成を図るために、教育、医療、福祉、家族等の立場から研究会・研修会を定期的に計画し、実施します。

(2) 学会誌及び図書等の刊行

日本育療学会誌を定期的に刊行します。

(3) 関連団体・機関との連携

子どもを支援するために教育、医療、福祉、家族等の関係団体や機関との連携を重視した活動を行います。

(4) 教育、医療、看護、福祉等に関する調査研究・知識の普及

子どもの教育・社会福祉・看護・保健等に関する調査研究を行い、その成果の普及に努めます。

(5) その他、本会の目的を達成するのに必要な事業を行います。

学会誌の投稿論文を募集しています。

【訂正】

育療33号19ページの表1に誤りがありました。院内処方と院外処方が逆になっていましたことを訂正致します。

表1 院内・院外処方間での自己負担額の比較

体重約30kgのGH分泌不全の医療費	院内処方の場合		院外処方の場合	
	検査あり	検査なし	検査あり	検査なし
再診料・在宅自己注射管理料・針加算など	10,220	10,220	9,920	9,920
成長ホルモン薬剤費	270,000	270,000	0	0
検査料など（血液検査、手X線撮影）	14,080	0	14,080	0
病院での医療費合計	294,300	280,220	24,000	9,920
本来の自己負担（3割）	88,290	84,066	7,200	2,976
小慢による実際の自己負担*（窓口請求）	5,750	5,750	5,750	2,976

*自己負担限度額が5,750円の場合を例にして示した

横谷進（虎の門病院小児科部長）調査結果を引用

編集委員

石川政孝 石橋 祝 及川郁子 小畑文也 小林信秋 篁 倫子 武田鉄郎 中井 滋
中塚博勝 西牧謙吾* 濱中喜代 宮田功郎 村上由則 山本昌邦 横田雅史
* (編集委員長)

編集規定

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

投稿規定については、別に定める。

日本育療学会機関誌「育療」 第34号

平成18年1月10日印刷

平成18年1月18日発行

編集・発行 日本育療学会

(理事長 山本 昌邦)

「育療」編集委員会

(代表 西牧 謙吾)

〒113-0033 東京都文京区本郷1-15-4 文京尚学ビル6階

日本育療学会事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷1-15-4 文京尚学ビル6F

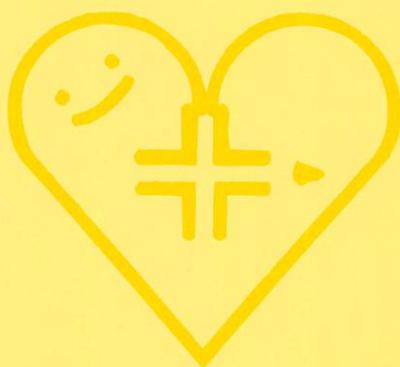
FAX番号：03-5840-5974

メールアドレス takeda_tetsurou@yahoo.co.jp

ホームページ <http://www.nanbyonet.or.jp/ikuryo/>

印刷所 共進印刷株式会社

〒233-0003 神奈川県横浜市南区港南3-5-30



シンボルマークの意味

育…教育という意味で鉛筆

療…医療で聴診器と赤十字

あたたかい心でつつむという意味でハート

あかるく微笑む子どもの顔

「岸本ますみさんの作」

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**