

育療



2009.12

特集

「病弱教育における心理的支援の現状と 今後の可能性」	笠原 芳隆 1 平賀健太郎
病気の子どもに対する心理的支援	尾形 明子 2
小児がん患児の心理的問題とその支援 ～教育の立場からの支援を考える～	泉 真由子 8
慢性疾患の子どものヘルスプロモーションと ヘルスリテラシー	石川 慶和13
摂食障害のA児の自己効力感を高める 支援の在り方	土田 優子18
一人一人のニーズに応じた支援と関係機関との連携 ―校内研修での取組を通して―	関根 一美24 小出 忠

原著

共生社会形成の要素としての特別支援教育 ―重度知的障害児に対する集団指導体制から―	福本 良之28 仁井 康彦 足立 美香
----------------------------------------------------	---------------------------------

論考

生涯発達心理学から捉える死の問題	近藤（有田）恵38
------------------------	-----------------

編集後記

特集

「病弱教育における心理的支援の現状と今後の可能性」

笠原 芳隆（上越教育大学大学院学校教育研究科）

平賀健太郎（大阪教育大学教育学部特別支援教育講座）

近年では、病気の子どもの長期にわたる治療・管理を受けながらの生活の中で、QOLの向上をめざした、さまざまな領域からのトータルケアの必要性が指摘されるようになり、身体面のみならず、心理面への支援のニーズが特に高まっています。心理面への支援は、病弱教育が担う重要な役割のひとつです。近年では、かつての教育対象の多くを占めていた慢性疾患に加え、精神疾患あるいは、心身症を背景とする不登校の子どもの増加によって、心理社会的側面を重視した支援が、いっそう求められるようになっていきます。

そこで、本特集では、「病弱教育における心理的支援の現状と今後の可能性」と題した特集を組むことにしました。

今回は5つの論文から構成されています。前半の3論文は、大学にて、病気の子どもの教育や心理について教育・研究活動を行う気鋭の研究者によるものです。後半の2論文は、病弱教育に関する実践経験豊かな現職教員にお願いいたしました。

最初の原稿は、尾形明子先生です。病弱児の心理的支援の概論について、臨床心理士としての立場からの事例を交えながら、具体的に記述いただきました。2番目の原稿は、泉真由子先生です。

PTSDをキーワードとしながら、膨大な内外の文献を紹介いただくことにより、小児がん患児および、その家族の心理的支援の現状や今後の課題について、示唆に富む論考をいただきました。3番目は石川慶和先生です。ヘルスリテラシーを扱いながら、心理的支援が、慢性疾患の子どもを含む、すべての子どもたちの健康に寄与することへの期待を述べていただきました。4番目は、土田優子先生です。発達障害の児童の自己肯定感に焦点が当てられ、その変化が、長期にわたって詳細に記述されており、類似事例の実践に大いに参考になるとおもわれます。5番目は、関根一美・小出忠先生です。2つの実践事例から、一人一人のニーズに即した支援のためには、関係者の連携が不可欠であることが強く実感される報告をいただきました。

病弱児への心理的支援において、5つの論文にて共通して指摘されていたのは、医療機関、家庭、学校、地域などが連携しながら支援体制を構築することの必要性です。そのためには、病弱児の心理状態や介入結果を、客観的な指標を用いて把握し、根拠に基づいた心理的支援を行なうことが重要であり、今後さらなる調査研究および、実践事例の蓄積が期待されます。

病気の子どもに対する心理的支援

尾形 明子 (宮崎大学教育文化学部)

1. 病気の子どもが抱える心理的問題

近年、小児医療では、予防接種や抗生物質をはじめとした治療法の進歩により、急性疾患が減少し、以前は生命予後が悪かった疾患でも長期生存が可能となってきた。しかし同時に、長期的な服薬や治療が必要となり、病気を抱えて生活する子どもが増えている。成長の途上にある子どもが病気に罹患し、療養生活をおくることは、身体的成長への影響はもちろんのこと、心理的な成長や社会生活に影響を及ぼすこととなる。海外の研究では、身体疾患を抱えた子どもの心理社会的問題のリスクは健康な子どもに比べて1.3~3倍も高いことが指摘されている (Thompson et al., 1992)。心理社会的問題には、子どもの年齢や発達段階といった本人の要因と親の養育態度や対処能力、周囲からのソーシャルサポートといった家庭や社会の要因、そして、病気の発症年齢、予後・治療経過、治療内容、生活制限などの病気に関連する要因といった多くの要因が関係している (Lavigne-Faier-Routman, 1993)。したがって、病気の子どもを支援する際には、これらの要因を総合的に考慮していくことが必要である。

発達段階によって病気の子どもが抱える問題の特徴は異なるが、本稿では、学童期から思春期、青年期の子どもに生じる心理社会的問題を取り上げる。まず、学童期においては、病気の治療や入院による、学業の遅れや社会性の獲得の遅れ、そしてそれらに伴う学校不適應といった学校生活における問題が多く見られる。病気の子どもにとって友人関係や学校適應は、心理的適應を評価するのに重要な指標であると同時に、後の心理的適應を予測する指標といえる (Morison & Masten, 1991; Kupst, 1994)。これまで、病気の子どもの友人関係の問題には、日常生活における活動制限や副作用による外見の変化が影響していることが指摘されている (Eiser et al., 1992; Vannetta,

Zeller et al., 1998)。社会的活動への参加が少ないことで、友人関係の形成や維持が困難となり、さらに良好な友人関係に必要なスキルを学習する機会も少なくなる。また、外見の変化は、友人から魅力的に思ってもらえなかったり、患児自身の否定的な自己イメージを強め、引きこもり行動につながることもある。

思春期・青年期には、副作用などによる外見の変化や病気を抱えていることでの劣等感から苦悩することがある。また、この時期には、アドヒアランスの問題も生じやすい (Brownbridge & Fielding, 1994; Kovacs et al., 1992)。アドヒアランスの問題の理由としては、病気を管理する主体が親から本人に移っていくため親からの支援が減少することや、治療のための生活制限によって友人関係や学校生活が妨害されることへの拒否感が強まること、副作用による外見の変化を気にすることが考えられている。

2. 病気の子どもに対する心理的支援

病気の子どもへの心理的支援においては、子どもの病気やその治療内容、発達段階を考慮した支援であること、親などの協力者を得ること、そして、子どもが自分で問題に対処しながら生活していくために必要なスキルを身に付けさせ、セルフコントロール感をもたせることが重要だと考えられる。

慢性疾患の中には、日常的なストレスがその症状を悪化させるものも多くある。症状が悪化する状況についてよく情報収集をし、悪化に関連する要因を特定することが必要である。日々のストレスマネジメントや心理教育も有効である。

また、子どもはもちろんのこと、親やきょうだいといった家族にも目を向けた支援が必要である。親やきょうだいが心理社会的問題を抱えていることも多くあり、ときには家族の問題が病気

をもつ子どもの心理的適応に影響することもある。したがって、親やきょうだいも支援の対象として考えていく必要がある。また、親を協力者として心理的介入に参加してもらうことも有効である。医療処置に伴う不安や痛みの軽減には、親の同席が有用であることが報告されている (Power, 1999; O'Byrne et al., 1997)。セルフケア行動の形成や維持についても、子どもの場合、食事の準備や薬の管理など親が関与することも多いことから親の協力は不可欠となる。家族が子どもの治療や生活において効果的な協力者であることから、家族に対する心理的支援は非常に重要である。さらに、病気の子どもが、日常生活の中で達成感や喜びを積み重ねていくためには、学校が果たす役割も大きい。教師と医療スタッフ、そして親が手を取り合って、子どもの心理的支援に取り組まなくてはならないだろう。

以下に筆者が、病気の子どもへの心理的支援として行っていることの概要を紹介する。心理的支援の内容としては、①病気や治療に関する理解の確認および情報収集の支援（告知や病状説明における支援を含む）、②リラクゼーション等を用いた身体的苦痛の緩和、③認知行動的アプローチや問題解決的アプローチによる精神的苦痛の緩和、④生活上の問題や退院・復学の支援、⑤ポジティブな生活体験の促進が挙げられる（表1）。次の項では、事例を紹介する。

3. 病気の子どもに対する心理的支援の実際

1) トークンエコノミー法を活用した段階的な自発的行動の再形成

Aくん。10歳。家族には両親と弟がいる。9歳の時に血液疾患を発症し、その治療のため、造血幹細胞移植を受けたが、移植後のGVHD症状（下痢、皮疹、粘膜障害、肝臓の機能障害）がひどく、約3ヶ月ベッド上から動くことができなかった。その後、副作用が消失し、身体的には問題がないものの、1日中ベッドの上でテレビゲームをして過ごし、身の回りのことや勉強、他者との関わりにおいて自発的な行動が見られず、リハビリテーションも拒否をしていた。入院前のAくんは、生活において自発的な行動も多かったが、移植とそ

れに伴う辛い治療により、入院中は長期にわたって受動的な生活を送っていたといえる。そのため、セルフコントロール感が低下し、「病気なんだから動きたくない」「動いたら体が痛くなる」「どうせ何もうまくやることはできない」という考えを強めていたと考えられた。したがって、セルフコントロール感を高めることと、入院前にみられていた自発的行動を現在の体調に合ったかたちで再形成することを目的とし、心理的支援を行った。まず、トークンエコノミー法を導入することとした。トークンエコノミー法とは、望ましい行動が生じたときに、正の強化としてトークンを与えることによって、その行動の形成と維持を行う方法である。トークンはある決まった量集められると、食べ物やおもちゃ等の商品、あるいは自由時間や好きな活動といったものと引き換えることができる。Aくんの場合、毎日ベッド上のリハビリを1回行うごとに、1枚シールを貼り、シールを一定枚数集めると、Aくんの好きなゲームをする時間やおもちゃが与えられることとした。その際、シールは親に貼ってもらうこととし、親から誉められる機会を多く設定し、シールを貼る用紙は病室の目立つところに掲示し、医療スタッフからも積極的に誉めてもらうようにした。その結果、Aくんは、体が痛い日もあるものの、毎日ベッド上でリハビリに取り組むようになり、Aくんの達成状況に応じて、ベッドを下りて車椅子に乗る、車椅子を使わず歩く、食事の準備をする、学校に行く道具を準備するといった目標をスモールステップで設定し取り組んだ。最初は、目標設定や取り組みに対しても受け身的であったが、シールがたまり、それを周囲に誉めてもらえるようになると、「がんばったよ」と自ら報告したり、自発的に目標を設定したりと積極的に関与するようになっていった。目標が達成できるようになると同時に、会話が增えたり、表情が明るくなったり、目標とした行動以外の自発的行動の増加もみられた。

また、Aくんは、他の入院患児と遊んだり、院内学級に通うことや復学について、「体が痛くなるに違いない」という強い考えから、拒否していた。そのため、実際に、他の入院患児と遊ぶという行動をしたら、どの程度痛みを感じるかについ

て調べるといふ行動実験を行った。行動実験とは、自分の強い考えや思いこみのために気分や行動の問題が生じている場合に、その考えが妥当であるかを調べるための介入である。Aくんは、「やってみると大丈夫だった」「思ったほど痛くなかった」と感想を述べ、その後、他児と遊ぶ姿がみられるようになった。院内学級への通級や復学についても同様の行動実験を行い、徐々に「痛いと思っ
てやめるのではなく、少し不安があってもチャレンジしてみると、できることもある」と考えるようになっていった。その他にも、心理士と行う活動を院内学級で行う課題とリンクさせたり、他児と接する機会をつくったり、友人関係づくりを支援することにより、院内学級へ通級しやすい環境を整えていった。退院後も、スモールステップで段階的に学校の在校時間を伸ばしていき、退院3ヵ月後より、通常の学校生活を送ることができるようになった。

段階的に目標を設定することで、達成感を積み重ねることは、目標行動の形成と同時に、患児の自信を高めることにつながると考えられる。また、自分の取り組みや努力により、これまで難しく感じていた生活がうまくいくようになったり、出来なかったことや苦手なことが少しでも出来るようになるという体験は、患児のセルフコントロール感を向上させる。このように、病気への罹患や治療、症状の変動という自分ではどうにもできないことに多くさらされる子どもにおいては、生活の中で、自分で取り組み達成していくというポジティブな体験を増やしていくことが非常に重要だといえる。

2) 問題解決療法やSSTを活用した復学や退院後の生活に対する不安への支援

Bちゃん、9歳。小児がんの再発により入院治療を受けた。初発(7歳)の時、退院後復学した際に、周囲の子ども達から髪の毛がないことなど悪口を言われたことから登校を渋ることがあった。また、母親自身も前回の退院後、入院中に比べるとサポートが減ったことやBちゃんの健康状態を自分が把握しないといけないということから、強い不安感や孤独感をもつことがあった。そのため、退院の前に、復学や退院後の生活に対す

る不安の軽減や問題解決能力の向上を目的とした心理的支援を行った。母親に対しては、問題解決療法を用いて、復学や退院後の生活で問題になることについて具体的に検討していった。問題解決療法とは、①何が問題か明らかにする、②問題を評価し明確化する、③多様な解決方法を考え出す、④実現可能な解決方法を探索する、⑤解決方法を実行し効果を評価するという5つのステップを効果的に使えるよう訓練することで、問題解決能力の向上と、抑うつや不安の低減を目指す介入技法である(D'Zurilla & Nezu, 1999)。母親は、復学における学校との話し合いが難しく感じていることを問題としてあげた。そして、その解決方法として、誰といつ、どのような内容について話し合うかのリストを作成したり、そのための準備について具体的に計画したり、心理士を相手に学校との話し合いのリハーサルを行うといった取り組みを行った。また、退院後の母親の不安についても同様に問題解決療法のステップに沿って取り組んだ。その中で母親は、自分の不安の内容を整理し、「Bの病状が悪くなるかもしれないと考えるのではなく、Bの今できていることや元気に過ごしていることに目を向ける」と考えることが重要な不安への対処方法であると見付けることができていった。

Bちゃんとは、復学した際の友達への声のかけ方や友達に髪の毛のことを聞かれたり、嫌なことを言われたときの対応について、SSTの手順にそって練習した。セリフを考えたり、具体的な行動計画を立てる際には、マンガの吹き出しを用いたり、本人役や友達役になってどのように言うか考える遊びをするなど、楽しみながら行動の練習を行った。

退院後、母親は不安を感じることもあるようであったが、自分なりに解決するよう取り組むことができており、またBちゃんもうまく復学をすることができた。海外では、小児がんや小児肥満の患者の親を対象とした問題解決療法の効果が報告されている(Shaler et al., 2005; Epstein et al., 2000)。問題を解決するためのスキルを身に付けることで、その後直面しうる別の問題に対して自分自身で取り組み、解決することができるように

なる。病気を抱えながらの生活は、ライフステージによって様々な問題が生じることから、問題解決療法は病気の子どもやその家族の心理的支援には非常に有効と考えられる。また、復学における困難さを解決するため、小児がん患者を対象として、友人関係の形成と維持、対人葛藤問題の解決に必要なスキルを扱ったSSTの効果が示されている (Varni et al., 1993)。学校を長期欠席している子どもにとって復学は非常に不安を強く感じることである。学校でどのように行動したらよいかについて、具体的に子どもと話し合ったり実際に練習することは、子どもの不安を軽減し、よりうまく学校に適應するための足がかりとなると考えられる。

4. 今後の心理的支援の可能性

我が国においては、病気の子どもの心理的支援

の重要性は指摘され、色々な取り組みが試みられているものの、その心理的介入の効果評価はほとんどなされておらず、どのような心理的支援が効果的であるか実証的に検討した研究は非常に少ない。病気の子どもに対する心理的支援を充実させていくためには、介入プログラムの作成とその効果測定が必要と考えられる。

また、病気の子どもの心理的支援においては、病院、家庭、学校の連携が不可欠であり、包括的な介入がなされるべきである。しかし実際は、これら3者が個別に子どもを支援していることが多い。したがって、病院、家庭、学校が子どもに関する情報交換はもちろんのこと、支援目標、支援方法の共有や役割分担を行い、協同して支援をしていくための体制を構築していくことが必要である。

表1 心理的支援の概要

	ねらい	心理的支援
び、 情報 収集 の 支 援	病気や治療の理解およびその捉え方を確認し、必要に応じて情報収集の支援を行う事で、病状、病気、治療の理解や治療への前向きな取り組みを促す。また、不安の低減をめざす。	<ul style="list-style-type: none"> • 分かっていること、分からないことの整理 • 病気、病状、治療の捉え方の確認 (ネガティブな場合は、介入) • 問題のリストアップ • 情報収集の方法の検討 • 結果をふり返り、必要なら次の作戦をたてる • 患児の理解について医療スタッフに報告し、必要に応じて情報の提供の仕方を検討 • (患児のニーズの確認含む) • 家族との情報共有
り) (病 状 説 明 前 後 に 配 慮 す る 関 わ	病状説明による心理的なインパクトを病状説明の前に対応することで緩和する。病状説明後は理解が困難な状況になるため、病状説明内容の理解を促す。	<ul style="list-style-type: none"> • 必要に応じて、心理士が同席するか否か、その後の心理士の対応等について病状説明前の打ち合わせをする • 病状説明内容、病状説明時の患児や家族の様子を医療スタッフに確認する • 生じうる心理的問題の想定 • 問題が生じたときの心理的サポート、カウンセリング • 心理状態の変化や入院生活、治療態度の変化を観察していく
の 緩 和 的 苦 痛	痛みや吐き気など、身体的な苦痛を緩和する方法を身につけることで、治療や身体的制限によるストレスを緩和する。	<ul style="list-style-type: none"> • リラクゼーションの提示と練習 • ディストラクションの検討 • 家族にもリラクゼーションやディストラクションについて説明し、一緒に行う

精神的苦痛の緩和	不安やイライラなど、治療や身体的制限による精神的な苦痛を緩和する。	<ul style="list-style-type: none"> ・話をじっくり聞く ・精神的苦痛が何によるものか見極める。疾患自体やその治療の副作用による精神症状もあることに気をつける。 ・方針を立てる（支持的あるいは解決的な関わり） ・家族や医療スタッフと情報共有し、同じ方針で関わられるような体制をつくる
院生活上の問題や退院・復学の支援	病棟あるいは退院後の生活で予想される問題(困難, 困りそうなこと)を検討し, 適応状態を向上させる。	<ul style="list-style-type: none"> ・問題のリストアップ ・問題の心理学的理解 ・カンファレンスの開催 (スタッフ間の共通理解とかかわり方の把握) ・患儿との取り組みの話合い ・介入効果のふり返し
活体験の促進	小さな達成感を得ることで, 患儿の「自分にはできる」という気持ちを高め, 治療や生活に対する前向きな態度を増やす	<ul style="list-style-type: none"> ・主体的に取り組める課題やテーマの相談 ・患儿に目標を決めてもらうようにする ・細かな方法や目標の調整 ・取り組みやすい環境調整を目的としたスタッフや家族への根回し

引用文献

- Brownbridge, G., Fielding, D.M. (1994) Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes. *Pediatric Nephrology*, 8, 744-749.
- D' Zurilla, T.J., Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed.), Springer, New York
- Eiser, C., Flynn, M., Green, E., Havermans, T., Kirby, R., Sandeman, D., Tooke, J.E. (1992). Quality of life in young adults with type 1 diabetes in relation to demographic and disease variables. *Diabetes Medicine*, 9, 375-378.
- Epstein, L.H., Paluch, R.A., Gordy, C.C., Saelens, B.E., Ernst, M.M. (2000) Problem solving in the treatment of childhood obesity. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 717-21.
- Kupst, M. J. (1994). Coping with pediatric cancer: Theoretical and research perspective. In D. J. Bearison. & R. K. Mulhern (Eds.), *Pediatric Psychooncology : Psychological perspectives on children with cancer*. New York: Oxford University Press, pp.35-60.
- Lavigne, J.V., Faier-Routman J. (1993). Correlates of psychological adjustment to pediatric physical disorders: a meta-analytic review and comparison with existing models. *Journal of Development and Behavioral Pediatrics*, 14, 117-23.
- Morison P, Masten A.S.. (1991) Peer reputation in middle childhood as a predictor of adaptation in adolescence: a seven-year follow-up. *Child Development*, 62, 991-1007.
- O' Byrne, K.K., Peterson, L., Saldana, L. (1997). Survey of pediatric hospitals' preparation programs: evidence of the impact of health psychology research. *Health Psychology*, 16, 147-154.
- Sahler, O.J., Fairclough, D.L., Phipps, S. (2005). Using problem-solving skills training to reduce negative affectivity in mothers of children with newly diagnosed cancer: report of a multisite randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 272-83.
- Thompson, R.J. , Gustafson, K. E, Hamlett, K.W., Spock A. (1992). Stress, coping, and family functioning in the psychological adjustment of mothers of children and adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*.

17, 573-585.

Vannatta, K., Zeller, M., Noll, R.B., Koontz, K. (1998). Social functioning of children surviving bone marrow transplantation. *Journal of Pediatric Psychology*. 23, 169-178.

Varni, J.W., Katz, E.R., Colegrove, R., Dolgin, M. (1993). The impact of social skills training on the adjustment of children with newly diagnosed cancer. *Journal of Pediatric*

小児がん患児の心理的問題とその支援

～教育の立場からの支援を考える～

泉 真由子（横浜国立大学 教育人間科学部）

1. はじめに

医療技術の進歩に伴い、かつては治癒が望めなかったり非常に長い時間を闘病に要した疾患も、今では全く異なる状況となっている。様々な疾患における治癒率の向上と、子どもの人権尊重の流れに後押しされ、現代医療では、子どもは闘病中も常に心身ともに成長発達している存在であることを前提に、過重な治療を避け、病災の少ない適切な治療法により、quality of life (QOL) の高い治癒が目標とされている。そして、これを指すためには医療だけではなく、子どもに関わるさまざまな領域から、身体面だけではなく心理面への支援も含んだtotal careの必要性が注目されている。

筆者はこれまで、小児がん患児の心理的問題に関する研究に携わってきた。小児がんの治療を経験したからといってすべての患児が心理的に問題を抱えてしまうわけではなく、多くの患児は精神的健康を保ちながら、病気を克服し、健全な社会復帰を果たしていく。更に、病気を経験したことにより一層精神的な成長を遂げ、意義深いその後の人生を歩んでいく子どもたちが多く存在する。しかし一方で、闘病体験により心に傷を残したり著しい経験不足をきたし、その後の社会復帰に困難が生じている患児も少なからずいることも事実である。この両者の違いは何に起因するのか、それを知りたくて研究を続けてきたところ、その鍵はまさに、「子どもに関わるさまざまな領域から提供されるサポート」にあることが明らかとなった。

特別支援教育における病弱教育では、教育と同様に、児童生徒の心理面でのサポートの重要性が注目されている分野である。実際に病気の子どもにとっては、保護者や医療者ではない、つまり病

気や治療と関係のない立場にある大人からなされるサポートは、闘病中は特に貴重なものとなる。以上のような背景から、本稿では筆者がこれまで行ってきた小児がん患児の心理的問題に関わる研究を紹介しながら、病弱児に必要なとされる心理的サポートの在り方について論じることとする。また、子どもの問題を扱う際に避けて通ることはできない「家族」の問題にも視点を広げ、病弱教育に関わる者が今後期待されるであろう「病弱児の家族支援」についても併せて論じることとする。

2. 小児がん患児の心理的問題とその支援について

小児がん患児の心理的問題が注目されるようになったのは、小児がんが「不治の病」ではなくなりはじめたここ25年ほどのことある。過酷な治療を克服し長期生存する患児の大多数は、子どもならではの適応力の良さから順調に社会復帰を成功させているが、その一方で心に何らかのダメージを残し、復学に困難を示す等の社会適応できない一部の長期生存患児の存在が次第に明らかになってきた。それらは抑鬱、不安障害といったカテゴリーでは説明が難しい独特な症状を持っており、家族をはじめ、治療後のフォローを行う医療者たちを大いに悩ませていた。ところが1990年代半ばのアメリカにおいて、この小児がん長期生存患児の示す心理的問題を「Posttraumatic Stress Disorder : PTSD (心的外傷後ストレス障害)」の診断モデルを用いて評価したところ、これが的確に当てはまることが明らかとなった。過酷な闘病体験や長期入院の経験がPTSDを引き起こすようなトラウマになっているという視点である。その後、国内外で多くの実態調査等が行われ (Cella, Mahon, & Donovan, 1990; Cordova,

Andrykowski, & Kenady, 1995; Pelcovitz & Kaplan, 1992; Stuber, Nader, & Houskamp, 1995; Tjelson, Soreide, & Malt, 1996; Van Driel & Op den Velde, 1995)、これらの結果をもとに、小児がん患児に対する心理的支援体制は特に医療現場を中心に整えられつつある。

(1) 小児がん患児の心理的問題の特徴

小児がん患児にみられるPTSD症状は、他の種類の外傷体験経験者や成人の癌患者にも見られるような、病気や治療に関する刻印的記憶（フラッシュバック）、病気や治療のことを思い出させる物事からの逃避、感情の麻痺、過覚醒・過緊張、悪夢といった症状と、子ども特有の症状として再体験（お医者さんごっこや病院ごっこ等の再現実験遊び）があるといわれている。

1997年にアメリカで行われた大規模調査では、130名の小児がん長期生存患児の重度から中程度レベルのPTSD罹患率は15.4%であった（Kazak, Barakat, Meeske, Christakis, Meadows, Casey, Penati, & Stuber ;1997）。またBarakat, Kazak, Meadows, Casey, Meeske, & Stuber (1997) は309名の長期生存患児の罹患率を15.7%と報告している。これらの結果はともに、対照群の同年代の病気以外の中程度のストレス（事故や暴力を目撃するなど）を経験した健常児と同等であるとしている。また、本邦で行われた調査では、92名の小児がん患児において重度のPTSD症状を示したのは6.5%、中等度レベルの症状を示したのが32.6%であった（泉, 2008）。この際、内分泌系の慢性疾患患児、及び健常児を対照群として調査したところ、小児がん患児が慢性疾患患児や健常児よりもPTSD症状が有意に重症の方に分布していることを示している。

小児がん患児の心理的問題をPTSDとして捉えた場合、他の種類の外傷的体験をした子どもと比較においてもっとも特徴的なのは、PTSD発症の危険因子である。先にも述べた通り、外傷的体験をした子どもの全てがPTSDを発症するわけではなく、むしろごく一部の子どもだけがPTSDを発症する。まず、他の種類の外傷的体験をした子どもの場合、「ストレッサー（ストレスの原因）への実際的な接触の程度」が第一の危険因子となる。

例えば、Pynoos & Eth (1986) は、Los Angeles で起こった小学校校庭襲撃事件に遭遇した159名の児童を調査した結果、PTSD発症の第一の予測因子は「事件当時の児童と発砲現場との距離的な近さ」であったと報告している。また虐待を受けた子どもの場合も、虐待を受けた期間や虐待者と子どもの関係の近さがPTSD発症の有力な予測因子として知られている。一方、小児がん患児にとって、この「ストレッサーへの実際的な接触の程度」というのは、実際に行われた治療の強度や予後の悪さ（治療後に残る後遺症の程度）に相当するが、彼らにとってこれらはPTSD発症の予測因子とはならないことが多くの先行研究で示されている。Stuber, Kazak, Meeske, Barakat, Guthrie, Garnier, Pynoos, & Meadows (1997) は小児がん患児186名についてPTSD発症の予測因子を調査している。その結果、実際の治療強度や予後の状態、診断（がんの種類）、治療期間、発症時年齢、再発の有無といった客観的な要因は予測因子とはならず、むしろ、患児自身が主観的に感じた治療強度や生命の危険性、患児の特性不安といった要因が最大の危険因子として抽出された。本邦においても同様の調査をしたところ、小児がん患児のPTSD発症の予測因子としては、治療強度の主観的評価と特性不安、及びソーシャルサポートの主観的評価の効果のみが有意であるという結果となった（泉, 2002, 2008）。つまり治療の厳しさに対する患児の考え方、患児の不安になりやすさ、また周囲から支援を受けている感覚の低さが予測因子となりうるということが明らかとなった。

以上のことから、小児がん患児にとっては、治療内容や予後の状態といったストレッサーへの客観的な接触の程度はPTSD発症に関係がなく、むしろ患児自身が闘病・治療体験やその時の周囲の人々の支援をどのように主観的に評価したかが最も重要な危険因子となっていることが示唆される。

(2) 小児がん患児に必要とされる支援

海外及び本邦における研究で予測因子として推察された項目には、特性不安のように外的な努力ではなかなか変えることができ難いものもある。しかし一方、患児の周囲から支援を受けている感

覚の強さや病気や治療に対する考え方については、医療者や家族といった周囲の対応方法により改善しうると考えられる。つまり、事前介入により予防が可能なのである。

PTSD症状に最も影響の大きいとされる「治療に対する考え方」については、欧米を中心に医療者やチャイルドライフスペシャリスト、あるいは小児心理士らによって「プリパレーション」という形で、治療の内容や目的を認知的に理解させ恐怖心の低減に努めるという対応がなされている。このような感情は発病後から治療中にかけて闘病の比較的初期に形成されるものであることから、家庭の事情で支援を受ける環境が充分でない子どもや、繊細な感情素質を持つ子どもには、病初期からの支援的関わりを持つことが望ましいであろう。

また、患児が「周囲から支援を受けている感覚」を十分に享受できるようにするには、2つの側面からのアプローチが有効であると考えられる。まず一つ目に、患児にとって最も身近で重要な存在である患児の「家族」が十分にその力を発揮して患児のサポートを行えるように、周囲が家族を支えるのである。後述するように、小児がん患児を抱える両親やその兄弟姉妹は、非常にストレスフルな状況に置かれている。その家族メンバーが、自身の心身を壊すことなく患児の看病や心理的支援に関われるようにするためには、周囲の支援は必要不可欠である。この「周囲」というのは、医療関係者や血縁関係のある親戚だけではなく、地域や学校といった社会全体で考える必要がある。例えば、父親や母親が勤務する企業等から理解・協力を得ることにより多くの時間を患児や家族と過ごせるようになったり、あるいは兄弟姉妹が在籍する学校の担任教師が兄弟姉妹を心理的にサポートすることにより患児の付き添いで保護者が自宅に不在がちな状況からくる淋しさを和らげることが可能となる。二つ目は患児自身に直接行うサポートの質の問題である。闘病中は子どもにとっても「自分の病気」は最大関心事であり、保護者にとってもそうであることは子どもながらに重々承知している。医療者を含め、闘病中の患児の周囲には常に「自分の病気」と関係の深い大人ばかりが存

在し、常に「病気の自分」を意識せざるをえない状況となる。そのような環境のなか、「病気ではない自分」を意識できる経験として、「学校・教師」の存在は貴重なものとなり、「健康な自分」を覚えておくための重要な手掛かりとなる。このように、病気を抱えた子どもにとって、彼らに関わる様々な領域、一家族、医療、教育、地域など一からの多面的なサポートを享受することが、スムーズな社会復帰を遂げるための鍵となると考えられる。

3. 小児がん患者の家族の心理的問題とその支援について

小児がん患児を抱える家族では、現状では多くの場合、母親が病気の子どもの看病に生活の大部分の時間を費やすことになる。その結果、父親や兄弟姉妹はこれまでの生活習慣、環境が維持できなくなる可能性が高い。両親には、病気の子どもの治療上の問題、学校の問題、兄弟姉妹の問題、更に経済的な問題など多くの苦悩があり、欧米では実際に患児の母親にみられる不安、抑鬱、離婚率の増加などが報告されている (Pelcovitz, Goldenberg, Kaplan, Weinblatt, Mandel, & Meyers, 1996; Speechley & Noh, 1992)。また患児の兄弟姉妹は、生活の変化からくるストレスに加え、多くの場合、患児の闘病生活や病状について説明がなされないことから強い疎外感・孤独感を持ち、不安や抑鬱、不登校などの心理的問題、更には夜尿症、食欲不振、寝不足といった身体的問題を示すことがある (稲田, 2002; Murray, 1999; 大田, 2002)。このように小児がん患児を抱える家族では、メンバーのそれぞれが病児の闘病による心理的影響を受ける可能性が高いことが多くの調査研究から明らかとなっている。

(1) 小児がん患児の家族の心理的問題の特徴

まず、小児がん患児の両親の心理的問題についてであるが、泉 (2008) の調査では、小児がん患児を持つ父親46名、母親59名において最重度から重度のPTSD症状を示したのは父親6.5%、母親30.5%、中等度レベルの症状を示したのが父親58.7%、母親47.5%であり、これは患児自身よりも有意に重度であるという結果となった。また、

内分泌系の慢性疾患患児、及び健常児の両親を对照群として検討したところ、小児がん患児と慢性疾患患児の両親は健常児の両親よりもPTSD症状が有意に重症の方に分布していることが示された。つまり、患児自身では、PTSD症状の重さにおいて小児がん患児と慢性疾患患児の間に有意な差が見られたが、その両親の比較では疾患の種類による差が見られなくなっていた(泉, 2008)。いずれにせよ、小児がんをはじめとする慢性疾患患児を抱える両親には、非常に深刻な心理的ストレス状態に置かれていることが明らかとなった。

次に、小児がん患児の兄弟姉妹の心理的問題についてであるが、2000年に泉(2008)が初めて量的調査を実施したところ、まずPTSD症状では、フラッシュバックが頻繁にみられ、その内容は「闘病中の患児の激変した容姿」と答えた同胞が18名中6名いた。また患児の発病に関して罪悪感を抱いている兄弟たちが5名おり、彼らは患児の病気に関する説明を受けていたにも関わらず、発病の原因を自分の特定な行為と結びつけて考えていた。またベンダーゲシュタルトテストやバウムテストの結果より、小児がん患児の同胞が「精神的エネルギーに乏しく、情緒の混乱、自尊心の低下、および退行した精神状態をもつ」ことが推測された。

(2) 小児がん患児の家族に必要とされる支援

欧米各国における先行研究の結果と同じく、本邦における調査においても、小児がん患児の家族は患児と同じか、もしくはそれ以上にストレスの高い状況に置かれていることが明らかとなった。それでも家族は自身の状況を顧みず、患児の看病や精神的サポートを行わなければならない。前述のとおり、患児の家族を支援することは、その家族メンバーを助けることにとどまらず、間接的に患児の支援につながる。家族が行う患児への支援がより有意義なものとなるためには、私たち教育現場や地域社会といった家族を取り巻く広い範囲からの支えが必要であることを認識する必要がある。

4. 最後に

小児がん患児の心理的問題を扱った研究の紹介

を通して、病弱児童生徒の心理面の健全な発達における教育や教師の存在の重要性について述べてきた。また同時に、病弱児童生徒を抱える家族メンバーの状況を客観的データを用いて示すことにより、彼らへの支援の必要性とその究極的な効果について考察した。医療現場ではこのようなtotal careの観点は既に根付き始め、患児の疾患の治療と並行して心理面でのサポートを行うことを標準目標となっており、それを実践したことにより改めて、多職種連携の重要性が認識されている。今、病弱教育に関わる教師や専門家はその連携の輪に加わる人が多いに期待されているのである。

【引用文献】

- Barakat, L., Kazak, A., Meadows, A. et al. 1997 Families surviving childhood cancer: A comparison of posttraumatic stress symptoms with families of healthy children. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 843-856.
- Kazak, A., Brakat, L., & Meeske, K. 1997 Posttraumatic Stress, Family Functioning, and Social Support in Survivor of Childhood Leukemia and Their Mothers and Fathers. *Journal of Consultation Clinical Psychology*, 65, 120-129.
- Kazak, A., Stuber, M., Barakat, L. et al. 1996 Assessing Posttraumatic stress related to medical illness and treatment: The Impact of Traumatic Stress Interview Schedule (ITSIS). *Family Systems of Health*, 14, 365-380.
- Kazak, A., Stuber, M., Barakat, L. et al. 1998 Predicting Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers and Fathers of Survivors of Childhood Cancers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 823-831.
- Pynoos, R., Frederick, C., & Nader, K. 1987 Life threat and post traumatic stress in school age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Stuber, M. 1993 Psychiatric Aspect of Organ

- Transplantation in Children and Adolescents. *Psychosomatics*, 34, 379-387.
- Stuber, M., Christakis, D., Houskamp, B. et al. 1996 Posttraumatic Symptoms in Childhood Leukemia Survivors and Their Parents. *Psychosomatics*, 37, 254-261.
- Stuber, M., Kazak, A., & Meeske, K. 1997 Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms in Childhood Cancer Survivors. *Pediatrics*, 100, 958-964.
- Stuber, M., Kazak, A., Meeske, K., & Barakat, L. 1998 Is Posttraumatic Stress a Viable Model for Understanding Responses to Childhood Cancer? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 169-182.
- Stuber, M., Meeske, K., Gonzalez, S. et al. 1994 Post-traumatic stress after childhood cancer I: The role of appraisal. *Psycho-Oncology*, 3, 305-312.
- Stuber, M., Nader, K., Houskamp, B. et al. 1995 Psychiatric sequelae in adolescent bone marrow transplantation survivors: Implication for psychotherapy. *Journal of psychotherapy Practice and Research*, 4, 30-42.
- Stuber, M., Nader, K., Yasuda, P. et al. 1991 Stress responses after pediatric bone marrow transplantation: Preliminary results of a prospective longitudinal study. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 952-957.
- 泉真由子 2008小児がん患児の心理的問題～罹患経験が心的外傷後ストレス症状に及ぼす影響～. 風間書房
- 泉真由子・小澤美和・細谷亮太 2002 小児がん患児の心理的晩期障害としての心的外傷後ストレス症状. *日本小児科学会雑誌*, 106, 464-471.
- 泉真由子・小澤美和・細谷亮太・森本克・金子隆 2008 小児がん患児の心理的問題～心的外傷後ストレス症状発症の予測因子の検討～. *日本小児がん学会雑誌*, 45 (1), 13-18.
- 泉真由子・小澤美和・細谷亮太・森本克・金子隆 2008 小児がん患児の両親の心理的問題～心的外傷後ストレス症状発症の予測因子の検討. *日本小児がん学会雑誌*, 45 (1), 19-23.

慢性疾患の子どものヘルスプロモーションとヘルスリテラシー

石川 慶和 (大阪大谷大学 教育福祉学部)

1. はじめに

自分の大切な家族が病気の時、人はどのように振る舞うだろうか。おそらく誰もが、快復を願い、介抱に尽くすとともに、症状が辛い時に励ましたり、療養で時間を持て余した時は気晴らしを用意したりするであろう。このように改めて考えてみると、家族が病気の時にとる行動は身体への労りだけでなく、心の側面への支えの多さに気づく。WHOの定義にもあるように、健康とは病気や虚弱でないというだけではなく、身体的にも、精神的、社会的にも安定している状態であるとするならば、病気の家族を支える行動の背景には病気の快復そのものよりも、家族が健康であってほしいという願いがあるといえる。慢性疾患の子どもやその家族との関わりの中で感じることも同様に、子どもが健康であることへの願いである。もちろん治癒や寛解への願いが強く表れることもあるが、心理的な安定や豊かな人間性といったその他の願いと総体的に扱われるべきものと思われる。比較するものではないかもしれないが、慢性疾患の子どもの家族の方が健康への願いを強く持ち、健康であることを喜びに感じているのではないだろうか。

技術の進歩や制度の変遷に応じて、医療や教育など支える側の支援の内容や課題も変わりつつあるが、慢性疾患の子どもたちにとって普遍的な課題は、病気を抱えながらも健康な生活を送り、その中で個々の成長や発達が順調に遂げられることである。本稿では、慢性疾患の子どもの健康や成長・発達を支える視点からヘルスプロモーションやヘルスリテラシーの概観について述べる

2. 慢性疾患の子どもと家族を支えるヘルスプロモーション

ヘルスプロモーションは世界的な公衆衛生政策の中心となっている用語であり、「人々が自らの健

康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。」という1986年のオタワ憲章での定義が多く用いられる。この概念の意味するところは、単に疾病予防をするということではなく、よりよく生きること(QOL)を獲得できるというゴールを目指すものであり、WHOによる健康の定義を活動として実践することである。また、そのためのスキルや能力を高めることを個人だけに求めるのではなく、サポートできる環境を社会的にも築いていく必要性を示しているのも特徴である。

ヘルスプロモーションの概念は我が国における「健やか親子21」の基本理念にも活かされている(図1)。慢性疾患の子どもの場合は、すでに医療が与えられているものではあるが、その育ちの玉を押すことは「障害や慢性疾患をコントロールする能力を高めること」であり、「健康を支援する環境づくりをおこなうこと」は坂道の傾斜を緩くすることに相当すると考えられる¹⁾。トップダウン式の健康教育による知識の伝授ではなく、周囲の環境にも働きかけながら共に支え、ボトムアップ式の支援に取り組んでいく必要性が示されていると考えられる。

3. 心理的支援としてのヘルスリテラシー

これまでの慢性疾患の子どもの心理的支援については、セルフ・エフィカシーやローカス・オブ・コントロール、ストレス・コーピングなど、病気を抱えながらの生活に適応し、疾患に伴う生活上のリスクを最小限にするという、受動的な適応に関する研究を中心としてきたように思われる。ヘルスプロモーションの概念は慢性疾患の子どもやその家族を、能動的に健康を獲得しうる存在として、認識を改めさせられるものであるといえる。

ヘルスプロモーションの活動において心理的支援が期待される役割は、従来の適応的な側面に加

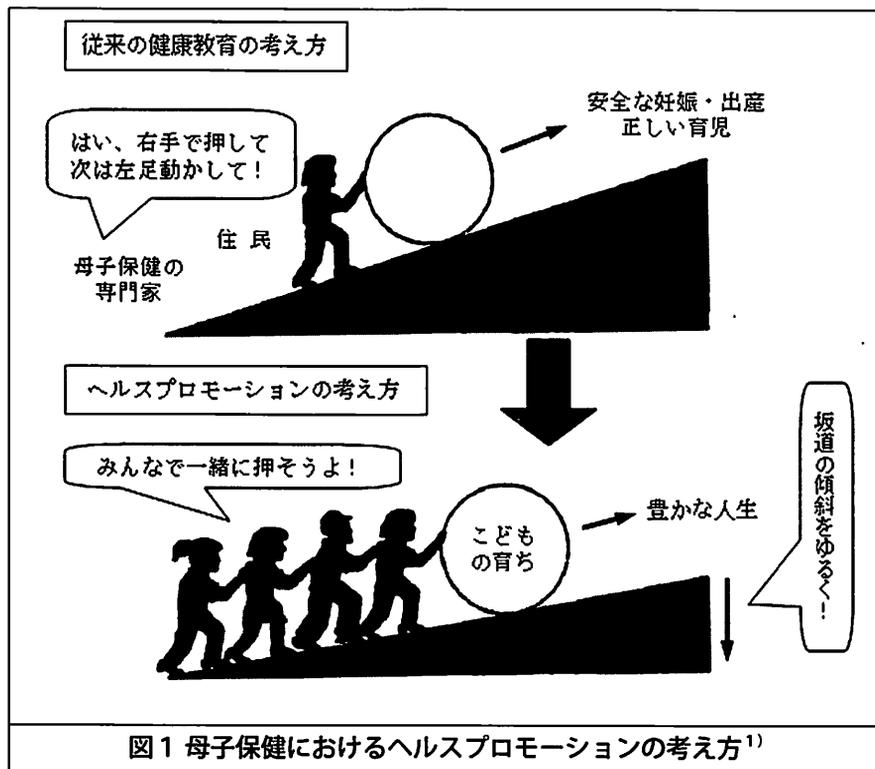


図1 母子保健におけるヘルスプロモーションの考え方¹⁾

え、健康や病気について理解を深め、コミュニケーションをする能力を高めるといふヘルスリテラシーの側面である。WHOはヘルスリテラシーを「認知面や社会生活上のスキルを意味し、これにより健康増進や維持に必要な情報にアクセスし、理解し、利用していくための個人の意欲や能力」として定義し、世界的な健康の不平等を解消するための重要な手段として位置づけている。一般的な識字率の高い日本においてはこれまであまり注目されない概念であったが、2006年9月に「からだの科学」誌で、2008年5月に「病院」誌でヘルスリテラシーの特集が組まれるなど、健康づくりのためのキーワードとして浸透してきている。

ヘルスリテラシーを健康教育におけるアウトカムとして位置づけたNutbeamが提唱したヘルスリテラシーの3つの分類は、慢性疾患の子どもたちのヘルスプロモーションを考える上で重要な示唆を含んでいる²⁾。与えられた健康情報について理解できるという従来のヘルスリテラシーの意味を機能的 (functional) リテラシーと呼んだのに対し、より積極的、能動的に健康情報を獲得する能力として、相互作用的 (interactive) リテラシーと批判的 (critical) リテラシーの2つにヘルスリ

テラシーを分類したのである。相互作用的リテラシーとは、自らのコミュニケーション能力やソーシャルスキルを駆使して情報を主体的に獲得する能力を意味している。批判的リテラシーはさらに、健康や病気に関する情報を自らの状況に合わせて批判的に分析し、自分の置かれた健康や病気の社会的・環境的要因を調整・変化させる能力を意味している。前者が協力的な環境との相互作用を意味しているのに対し、後者は自ら協力的な環境を築き上げていくコミュニケーション力を意味していよう。この3つの分類はこのままヘルスリテラシーの発達の支援の目標として当てはめることができる。

幼児期は言語発達の過渡期であるという意味で、機能的リテラシーの基礎が養われる時期であると考えられる。保護者は十分な養護を与える中で、療養や健康管理によるストレスへの対処に配慮するとともに健康や病気についてコミュニケーション的な関係を築き、病状に応じた基本的な生活習慣を身につけさせることが求められる。

児童期になると子どもは保護者の全面的な養護から離れ始めるため、相互作用的リテラシーを伸ばしていく時期であると考えられる。学校という

新しい生活の場のなかで、可能なかぎり自らの力による健康管理を求められるようになる。そこでは、友人や教師の周囲の理解あるサポート体制の下で、健康状態や自覚症状を伝える能力と共に、自分の置かれた状況に応じながら療養行動を実践する能力が必要になる。つまり、医療者や保護者から指示された内容を理解できるだけでなく、家庭や学校で自らの意志や病状を伝えるなど自ら環境に働きかけ、周囲の協力を得ながら自らの力で問題を解決する力を身につけていくのである。

青年期は第二の誕生という言葉でも表されるように、子どもが精神的にも保護者から離れ、自立が促される時期である。慢性疾患の子どもにとっても、健康管理が子ども自身に委ねられるべき時期であり、家庭や学校などの保護的な環境だけでなく、進学先の友人や教員、就職先の同僚や上司に働きかけて、新たな環境においてもサポートのある体制を自ら築いていくことが求められる。慢性疾患の子どもにとって批判的リテラシーとは、周囲に伝えるべき情報を自ら取捨選択し、自ら環境づくりするなかで健康管理を実践していくことであるといえよう。

Nutbeamによる分類はヘルスリテラシーを子どもの個人的能力のみに要求するのではなく、それをサポートする環境をいかに作り出すかということにも焦点を当てているという意味で重要である。つまり、子どもたちが能動的により高いQOLを得られるように、子どもを主体とした支援を実施するとともに、さらには家庭や学校が、子どもの発達に応じたりテラシーを支える環境であること、そしてゆくゆくは自ら協力的な環境を作り出し、社会の中で自立を促す力を養うことである。

5. 病弱教育への期待

ヘルスリテラシーについて考える時、筆者には必ず思い出す人がいる。ハンバーガーが大好きだった腎疾患のA君である。A君は腎疾患のため重い食事制限を受けていたにも関わらず、ハンバーガーの味については誰よりも詳しかった。期間限定のものや新しい店の味についてもよく知っていたのである。食べることは禁じられていたの

に、なぜ味を知り得たのか・・・、もちろん食事制限を破っていたのではない。彼はハンバーガーを口に含んでも、飲み込まなかったのである。自分自身の病状や必要な健康管理を理解し、その上で大好きなハンバーガーを味わいたいという意思を医療者に伝え、相談した上で得たこの対処方法のことを、彼は誇らしげな口調で教えてくれた。

この話を聞いて、可哀相とを感じる人もいるだろう。不作法に思う人もいるかもしれない。しかし、共感的に理解するのであれば、A君は自分が置かれた状況の中で、最大限に幸せだったのである。もしその対処方法が他の誰かから指示されたものであれば、彼は幸せを得られなかつただろう。自分の疾患とその治療を理解し、自ら周囲とコミュニケーションできたために得られた幸せだったといえる。主体的に健康や病状を管理し、高いQOLを得るためにはヘルスリテラシーが欠かせないという一例であるように思う。

慢性疾患の子どもにとって大切なのは、病気を抱えながらも最大限に健康な生活を送り、その中で個々の成長や発達が順調に遂げられていくことである。医療との連携体制が構築されている病弱教育には、これまでのように子どもの情緒的側面への支えとなることだけでなく、ヘルスリテラシーを発揮できるようにそれぞれが持つ力を引き出すと共に、家庭や地域での学校での生活においてもヘルスリテラシーが支えられる環境づくりを支援する役割を担うことも期待される。慢性疾患の子どもたちが家庭や地域の学校で生活を送ることには、疾患やその治療の内容によって子ども自身に様々な影響を与えるが、そばにいる家族にも多くの影響を及ぼすであろう。子どもを支える環境づくりをするということは、そのまま保護者や家族にとっても子どもとコミュニケーションな関係を築くことにつながり、保護者や家族の支援になるとも考えられる。病弱教育が培ってきた専門性はこうした支援を担当するに適した位置にあると思われる。

6. ヘルスリテラシー研究の現状と課題

ヘルスリテラシーは米国や英国等で健康増進政策における課題として組み込まれており、研究が

盛んに行われている。例えば、2型糖尿病患者を対象とした調査では、ヘルスリテラシーと血糖値のコントロール状況の関連性が指摘されたり³⁾、また別の調査では入院リスクとヘルスリテラシーの関連性も明らかになっている⁴⁾。しかし、これらの国では移民や低所得層等、教育を十分に受けられなかった人々のヘルスリテラシー向上が重要課題となっている。そのため、例えば米国で代表的な測定ツールであるTest of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) が読解力や数処理を測定するものであるように、ヘルスリテラシーとして個人の認知能力が測られているものが多い。

しかし、識字率の高い日本においては基礎的認知能力よりも、おそらく医療に関する専門用語の理解やTVやWEBに溢れる健康情報との付き合い方に加え、医療者とのコミュニケーション能力がヘルスリテラシーの重要な要素として挙げられよう。各国の教育水準や医療サービスの状況の差異を鑑みると、他国の研究成果や測定ツールをそのまま適用することも困難であるといえる。インフォームドコンセントや患者参加型医療の広まりとともに医療者と患者のコミュニケーションが求められる機会が飛躍的に増加しており、日本特有のヘルスリテラシー研究の発展が望まれる。近年では、自己評価によるヘルスリテラシーを測定した研究⁵⁾ や米国で用いられているTOFHLAを参考に知識や数処理での測定を試みた研究⁶⁾ も見られるようになってきているが、量も種類も少ないのが現状である。子どもに関するヘルスリテラシーの研究もわずかであり(例えば、小畑⁷⁾、石川ら⁸⁾ など)、またコミュニケーション能力に焦点を当てたものは皆無である。医療や教育においてエビデンス(根拠)に基づく医療や教育の重要性が唱えられる中、様々な要因との関連性を説明するためにも、日本におけるヘルスリテラシーの測定ツールの開発は必要不可欠であろう。医学や心理学、または健康教育学等の専門家による学際的な協力体制によるヘルスリテラシー研究の蓄積が期待される。

7. 終わりに

ヘルスプロモーションの観点から慢性疾患の子どもたちを、病気を抱えながらも最大限の健康を願い、高いQOLを目指す能動的な存在として捉え、心理的支援の在り方としてヘルスリテラシーを中心に述べた。慢性疾患の子どものQOLを高めるためには、子ども本人の能力だけではなく、家庭や学校など周囲の人々の理解と協力が不可欠である。また、慢性疾患の子どもについて述べてきたが、ヘルスプロモーションやヘルスリテラシーは本来、病気に関わりなく、すべての子どもたちに求められる概念でもある。さらに言えば、地域の小学校の中でも、病気の子どもが全くいない学校というものは存在しないだろう。子どもへの健康管理の支援や環境づくりのノウハウを培ってきた病弱教育は、センター的役割を担うに当たって、病院や保健、福祉関係の職と共に、地域の学校でのヘルスプロモーションを進める中心的な存在であることが望まれる。病弱教育による子どもたちへの心理的支援は、一人でも多くの慢性疾患の子どもが、さらにはすべての子どもたちが健康であることを実現するものであってほしいと期待する。

- 1) 厚生労働省健やか親子21検討会(2001) 健やか親子21検討会報告書。
- 2) Nutbeam D (2000) Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15 (3), 259-67.
- 3) Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD & Bindman AB (2002) Association of health literacy with diabetes outcomes. The Journal of American Medical Association. 288 (4), 475-482.
- 4) Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J & Peel (2002) Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. American Journal of

Public Health. 92 (8), 1278-1283.

- 5) 高山智子・池崎澄江・関由起子・熊谷たまき・加藤礼子・山崎喜比古 (2005) 一般の人のヘルスリテラシーとその関連要因. 第14回日本健康教育学会, 134-135.
- 6) 村田淳子・荒木田美香子 (2005) ヘルスリテラシーと生活習慣・健康診断結果の関連性の検

討.産業衛生学雑誌, 47 (臨時増刊号), 648.

- 7) 小畑文也 (1990) 病弱児の「病気」の概念—そのカテゴリー化の発達的变化と健康児との比較.特殊教育学研究, 28 (2), 13-23.
- 8) 石川慶和・小畑文也 (2006) 子どもの病院認知における発達的变化.小児保健研究, 65 (2), 298-305.

摂食障害のA児の自己効力感を高める支援の在り方

土田 優子（新潟県立柏崎養護学校）

I はじめに

(1) 自己効力感について

実践を行った前勤務校は病弱養護学校の分校であり、在籍する小中学部全員が隣接の病院に入院している。神経症や摂食障害の他、近年は発達障害児が増加し、入院児の多くが不登校やその他の二次障害を持っている。児童生徒は学校や家庭生活が困難になり入院してくる。どこの病院でも限界でこの病院なら、と「最後の砦」的な意味合いも強い。このような背景を持つ子ども達の自己肯定感はかなり低い。「どうせ私なんか」「何やってもだめ」という自己否定と共に、「入院させられた」という疎外感や家族、学校、大人に対する鬱屈感、抵抗感を持っている子どもも少なくない。よって、このような状態の子どもたちへは、1段階：不安の軽減を図り、ここは大丈夫という安全感、安心感作り 2段階：1対1の授業を通した信頼関係作り 3段階：できる、やれる課題の繰り返し、褒めることによる自己評価、自己肯定感上昇期 4段階：小集団から学部、学校全体への集団に参加し活躍する共感的自己肯定感上昇期 5段階：これならやれる、できそうだと思う自己効力感強化期と、段階的な対応が有効である。

入院した子どもがどの段階にいるかを見極め、段階を踏んで自己肯定感をもたせ、効力感まで高めていく。1対1では安定していても集団参加ができないと前籍校に戻っても元の不登校に陥るケースが多い。退院までの短い期間ではあるが、子どもの状態を適切に見取り、課題を設定し、心の回復と耕しを行い、自信を持たせて前籍校に繋げていく必要がある。

(2) A児のプロフィール

[小学部6年生 女子 <診断名> #1 摂食障害 #2 広汎性発達障害 入院期間7か月]

小学3年生で1回目の入院、4年の終わりに県外から転学、5年の夏に再発、1月にB病院に入

院、改善が見られず当校隣接病院に8月転院となる。家族は、父（会社員）、母（主婦）、弟（小2）。B病院では食べるのだが、家庭では母親の作る食事を拒否して食べない。平日摂取したカロリーを毎週外泊で減らすことを繰り返していた。いつもイライラし、弟への暴言・暴力が増加、包丁を持ち出したこともあった。「この時間までに〇〇しないと」「宿題を今しないと」等の強迫症状、環境の変化や新しいことへの抵抗感、空気を読めずに何でもズバズバ言ってしまう、自分から人の中に入れたい、こだわりが強い等の様子もみられた。前養護学校からは、偏差値65、ワークやドリルは渡すと終わるまでやり続けしきりとの引継ぎを受けた。文字は几帳面でパソコンの明朝体のように小さく細かく書くので時間がかかり過ぎる傾向があった。

II 指導の実際と各段階の変容

(1) 信頼関係作り期（8月～11月）

①接触禁止

入院時、身長133cm、体重21.6kg。BMI12、肥満度-45%。過活動で痩せることと食べないことにこだわり、頑張り。体重目標は年齢平均の85%にしたいが遠すぎるので、25kgを登校可能にする。

夏休み中3回の面会を許可してもらい、漫画の貸し出しや話を聞くことからレポート作りを開始した。好きな本や前籍校の話の他、A児は病棟と主治医に対する不満を口にする。「私の人生なんだから私の自由にさせて欲しい。主治医にとやかく言われる筋合いはない。死のうが構わない。」と刺々しい口調で言い放つ。自己肯定感を感じられず自暴自棄になっている。

9月、ベットサイド学習を2日間行ったが、体重が全く増加しておらず、本人に負荷を与えるために学校側は接触禁止となる。家への電話、面会、

登校、外出、外泊全て禁止。

病棟ではA児個別の日課表通りに生活する。食後の安静を守らないので、カーテンは閉めずに監視する。食事は完食が基本、おやつはカロリーアップゼリーのみ。A児は、食事で足りない分はおやつや飲み物で補えばよいと不満を言う。他児が食事を残すと、「私は無理やり食べているのに、ひどい目にあわせるよ」という嫌がらせをする。出されたものは食べる習慣にしないと家庭に帰った時に困るので、交渉してきても、のらない。1800kcal取れたらおやつも許可と伝える。A児は、ご飯増量を認めないが背を伸ばしたい希望を受け、牛乳をプラスする。お腹が出ているのが嫌、胸を大きくしたいという思いがあるので成長恐怖や、大人になりたくないということではないようであった。

病棟へ行く度、閉鎖病棟のドア越しに手を振ってくる。話すこともできないが、レポートはできていると思われた。

②登校のきっかけ

10月下旬、中学3年生と小学6年男子2名が入院し、一緒に遊んだり話したり、楽しめるようになった。A児よりも3人が先に登校し、更に開放病棟に出たことがきっかけとなり、諦めかけていた登校への気持ちが再燃できた。11月半ばでようやく24.8kg。25kgになったら即登校可となる。未だご飯の増量を認めないが、登校すると頭を使うので糖が必要、ご飯の増量、という作戦をとる。

③文化祭

文化祭では前籍校の作品の展示許可が出て、名札書き等でかかわる時間がもてた。この4ヶ月で表情がかなり穏やかになる。「先生、私頑張ってるよ！もうすぐ学校いけるかもしれない！」と前向きな発言をする。また、母親と文化祭当日に面談の時間を持つことができ、いつ面会できるのか(入院以来着替えの差し入れのみ)、いつから登校できるのか、学習は追いつけるのか、卒業はどこになるのか…という本人に対するものと母自身の健康面に対する不安を話す。当校としても、病院併設というメリットを活かし、学習保障の面からもかかわりたい気持ちは十二分にあるが、治療第一に、医療と学校と家庭の連携を大切にしていく。

④数値化した目標の設定

登校して1週間体重減少がなければ昼食後の安静を現在の1時間から30分へ減らす、次は2時間登校可、次は安静なし、次は午前中登校可、次は終日登校可。A児にとっては、「25kgで登校」が今までの大きな目標であり、それが到達できた時の自分への評価がどうであるかが不安であったため、更なる目標と見通しを検討する。26kgで家庭へ電話を週2回可、27kgで毎日可。28kgで両親の面会可、30kgで外泊可、32kgで退院という見通しを立てる。数値化した分かりやすい目標と目標を達成できなかったら制限をかける、というパターンがA児には有効であった。

⑤登校当初と自立活動の目標

「どうせ死んでもいい」と自分の存在自体も否定し、自信を喪失していた入院当初よりも、数値目標を持つことで自己肯定感は高まってきている。しかし、「頑張って、痩せないようにお風呂で湯船に入らない」「勉強どどんしたいから進めて」などの発言や、返事が全て「うん」だったり、手を握ってきたり絶えず接触してきたり、音に敏感で大きい音が苦手なことや周りが驚くような派手なバンダナを頭にしていたり、年齢不相応な服装、態度と不安定さ、発達障害によるものと入退院の繰り返しと転校等からくる体験・経験不足からくるものと混在している状態のように感じられた。よって、「はじめに」で述べた1段階の最初からの対応が有効であると考えた。1対1での安全な場所での信頼関係作りから、「できる」体験を蓄積し自信を回復し、褒めることで自己肯定感を持たせ、自己効力感にまで高めていこうと考えた。

自立活動の長期目標

- I：いろいろな考えがあることが分かる
- II：人に合わせるができる

自立活動の短期目標

- I：人の話を受け入れる
- II：人との活動を楽しむ

各教科・領域での到達目標と手立て(抜粋)

- ・学校教育全般—他児との活動場面で楽しむこ

とができる。合同授業が可能な場面の設定、頑張りを認める。

- ・ 自立活動—ミニゲームの設定、趣味を広げる活動、エゴグラムなど自分を知る活動を行う。
- ・ 国語他—本人の考えを表出させるとともに聞く時間を設け、他者の意見の違いに気づかせたり、認めたりできる。作者の考えを推測したり、スピーチやインタビュー活動を取り入れたりする。
- ・ 音楽—小集団による合奏、バンド活動など人と合わせる活動を組む。
- ・ 図工—流れ作業の共同作品作りなどに取り組む。
- ・ 道徳—SSTや道徳でそれぞれの立場を考える。

などとし、学校教育全般でかかわる職員で指導していった。

(2) 自己肯定感、自己評価上昇期 (11月)

① 1対1での1時間学習から

1日1時間の登校を大切に過ごしていた。A児も、「ここまで来たんだから頑張りたい。」と、見通しをもてたことで前向きに気持ちが動いている。短い時間なので、教科学習は教科書中心にポイントを絞り、学習空白を埋めることで自信をつけた。また、道徳や委員会活動、小・中学部合同の集団ゲーム等も無理なく参加させた。1日の目標、1週間の目標をスモールステップで達成することで、表情が穏やかになっていった。

② 人の中で自己肯定感を育む

自己肯定感には二つあり、一つは競争に勝ち他人より優れたところをもつことで保たれる「競争的自己肯定感」。A児は今まで全てここにこだわっていたと思われる。人と比べて学習はできる、でも他のことは人よりできない、と比較による自己肯定感ではなかったか。もう一つは、何も出来なくても自分がそこにいてよいと感じられる、自己のかけがえのなさに基づく「共感的自己肯定感」。『「分かる」「できる」を大切にしながらも、その先にある自分のかけがえのなさを生きる力の拠り所にする (別府*2008)』とある。これを身につけるためには小集団は不可欠と考え、次段階に取り組むこととした。

(3) 4段階 共感的自己肯定感上昇期(11~1月)

① 1対1から小集団へ

6年生は3人の在籍だったので時間や機会をとらえてウノやトランプ、カルタ、坊主めくりなどのルールのあるミニゲームに取り組みさせた。全員実態として似た傾向のある児童であり、負けず嫌いの為、勝負には一喜一憂し、喧嘩寸前ということも頻繁だったのが、「負ける練習」を繰り返すことで、勝負に慣れていった。負けることもあること、でも楽しいこと、負けた相手を考えないと遊んでもらえないので、次第に相手の気持ちを考えることができるようになっていった。

中3の男子を含めて3人に声をかけてもらい、かかわってもらうことが楽しみであり、励みになった。今まではいつも怒っていて相手を注意、非難したり衝突したりしただけで友達も少なかったらしい。

また、この中3男子に憧れ感情を抱く。このことが、本人自身の容姿や周囲を気遣う言動につながっていった。

② 自己理解を図る

自分を知るための「エゴグラム」やA児の周囲のかかわっている人をワイングラスの絵の中に書いていくことをした。自分の性格傾向を知り、気持ちの持ちようについて考えたり、たくさんの人に支えられていままで生きてきたことに気づいたりすることができた。

③ 自己表出を図る

前々籍校の卒業文集作成を通して「退院する」という意識付けを行った。自立活動の時間で取り組み、病気のきっかけや入院してからのことについて書いた。なかなか自分のことを語ることは難しかったが、外に向かって発信することは心身症児には有効であると考えた。時系列で出来事一つ一つ振り返り、表現することに取り組んだ。入院する前の自分を、ぎすぎすした嫌な子だったと表現し、今は少しだけど人の気持ちを考えられるようになってきたと書いた。また、家族からの愛情や心配をかけたことにも気づくことができた。

最初は主治医を信じられず恨み続けたが、「今はその治療が自分にとって合っていたと思う」と自分の心の変化について気づけていた。12月には

「卒業式はここではない（前々籍小学校に戻る）」と自分から言うことができるようになった。

(4) 5段階 自己効力感強化期（2月～3月）

①予想以上の変化

1ヶ月で3kg近く体重が増加したが、早食いして寝るという行動が目についた。そこで、食後10分の安静を切って様子を見ることになった。主治医からも、退院めどの32kgが近いが即退院でなく、過食など異常行動や肝障害が出ないか様子を見るとの話になった。外泊を毎週入れ、今後の様子を観察することとした。

母の体調は落ち着き、外泊時に積雪がなければ迎えに来ることも可能となった。はじめは治療に対して疑心暗鬼だったが、転院してよかったと喜んでいて。入院前は怒ってばかりで話も出来なかった為、入院後初の面会で、A児と1時間持つかと両親は不安だったが、楽しくてあっという間に時間が過ぎたとのこと。弟も姉の劇的な変化に驚き、以前のように明るく元気になったと話していた。家庭の信頼も得て良いサイクルで回り始めた。

1月に「退院したい」とはじめて本人の口から聞かれた。3月に向けてあやふやな目標だと、本人も家族も頑張れないので、何回〇〇できたらこうなる、といった具体的な目標が必要になる。よって、2月に毎週外泊し、体重減がなければ3月初めに試験通学、給食までを2回、終日登校2回。32kgキープできたら退院。「卒業式を目標にせず、あくまでも間に合ったら卒業式に出られるかも」という方向に決まった。

②合言葉

A児は元々完璧を求めようとする傾向と、一つのことにこだわり強く執着してしまい、変化にも弱い面があった。何に対しても全力になりがちなので、2月から「頑張り過ぎず8割で」を合言葉にした。生活体験も少ないが、入退院の繰り返しで活動制限もあり、体育はほとんど不参加。体力、筋力面でも劣っており、歩いていて足が絡まったり転んだりすることも見られていた。よって、新しいこと・苦手なことへの挑戦に自立活動の時間や学校教育全般で取り組んだ。「おやつ作り」「バレンタインデーチョコ作り」「ミサンガを編む」「一

輪車に乗れるようになる」「バレーボール体験」「バランスボール」「バトミントン」等やってみようことをあげさせ自己決定して取り組ませた。初めはできなくて当たり前、挑戦、なんでもやってみようという前向きにアドバイスした。はまり込み過ぎ傾向がみられたら休憩をとらせたり、静止をかけた。そして、現在の力具合や自己評価の振り返りをさせた。

③SST開始

SSTの授業では、「イライラ発散法」「人にもものを頼むとき」「どう褒められたいか」「ケンカしたらどうする」等高学年部で教師もモデル役として入りながら、様々な意見を付箋に書いてまとめたり、プリントに書き込んで発表したり、意見を出し合ったりした。その中で、人はそれぞれ違う考えを持っており、それはそれでいいことが理解でき、他の人の考えでいいものはやってみようと思えるようになってきた。また、ドラえもんキャラクターであるしずかちゃんやジャイアン、のび太になりきってセリフを考え、それぞれの立場をふまえた好ましい言い方を考えた。よく知っているキャラクターなので分かり易い題材だった。更に、将来の夢やなりたい自分についても考えた。退院したらやりたいこと、入りたい部活を考え、夢に繋げることができた。

④人とのかわり

仲の良かった6年生男子C児との間でトラブルが起きた。C児は転出前のびりびりした緊張感もあり、A児のなれなれしい態度と空気を読まない騒ぎ方に我慢の限界がきて「だから、そういうところが嫌いなんだ！」と爆発し、C児を避けるという強迫症状にまで出た。A児はかなりショックを受けた様子だった。2人の気持ちを汲み、少し時間と距離を置いて互いの気持ちを聞いた。A児は自分が悪かったこと、今後気をつけねばならないことを反省して謝った。C児の方も言い方がきつかったと反省した。C児にとっても「嫌いな人＝強迫症状の相手」になってしまい修復できない状況だったのが、A児とは関係修復できたことで、退院前の自信につながった。

その後同じ発達障害傾向のある同学年女子が転入してきた。口調がきつく、学習も同レベル。A

児は、「今までなら毎日大喧嘩だな」と自分をふりかえり、彼女の様子を見て機嫌の悪そうなきは近寄らなかつたり、文句も言わずに引いたりしていた。自分からトラブル回避ができるようになった。

⑤試験登校開始・退院

このままいけば前々籍の小学校卒業式に間に合う、と両親も本人も喜んでいて。しかし、前々籍校の卒業式に帰る可能性があるかと連絡したところ、困惑気味な様子が伝わってきた。当時の担任は病休で現在は代替講師。確かに会ってもいない子どもで、発達障害傾向があり、病気がある。母親にも嫌な思いをさせてしまったので学年主任にも間に入ってもらい何回かの試験通学を組むことを病棟と確認する。現在やる気をもって目標に向かっているA児に不安をもたせない配慮を行った。

試験登校は通常ならば3週間程度の中で1日～3日と登校日を延ばしていくのだが、母の負担と式の関係で、3日間で実施、1日目1時間、2日目半日、3日目給食までと本人と相談して決める。「1日目さえ行ければ大丈夫」とA児も話し、1日目は母と一緒に登校とする。近所で仲良しの子の席の近くにしてもらおう配慮をお願いする。

当日は、たくさん子どもに緊張し、なかなか校内に入っていけなかった。保健室で気持ちを落ち着け、友達の迎いで教室に入ることができた。緊張のしすぎで寝不足、腹痛にもなった。給食を食べることには抵抗はなかったが、集団不適應の症状が出てきた。母からは、少し前の偏った考えやこだわりは減ったが、中学校での新しい環境に適應できるか不安があるとの情報を得た。

本人の希望と頑張りを受け入れ、不安はある中で卒業式2日前の退院を迎えた。1回の前日練習で証書の受け取り方を見て覚え、完璧にできたと話してくれた。新しい環境への適應力もつけたと思われた。

Ⅲ A児の変容(成果)

A児の変容(成果)は以下のとおりである。

- ・自分の意見を出しながら人の意見も聞けるようになった。

- ・意見が食い違った場合でも妥協点の提示もできるようになった。
- ・人との言葉のやり取りが楽しめるようになった。
- ・相手の気持ちを考え、自分はどうすればよかったのかを考えられるようになった。
- ・自分でも自分の変化に気づき、自分の成長を喜ぶことができた。
- ・人に対してもよく気を配り、「ありがとう」の言葉が自然に出るようになった。その人のよさにも気づくことができるようになった。

不安を和らげ、1対1対応の中で学習空白を埋めて小集団に参加した。体重が増えて体調の復活とともに小集団内で人とかがわり、人に認められたり、時にはトラブルになって自分を振り返ったりすることで好ましいかがわりができるようになったと思われる。目標を掲げてそれをクリアするまでは登校できなかったことは、つらい経験ではあったが、「二度と体重は減らさない」とA児の固い決意になった。学校と病院と家庭とで連携でき、本人の成長につながったと考えられる。何でも話せる、聞いてもらえる受容されているという安心感から始まり、目標を持たせて達成感を味わわせ、人とのかがわりの中で自己表出させることで本人の自己肯定感が高まり、こうすればうまくいくという自己効力感にまで高めることができたと思う。

Ⅳ 課題

進学した4月、毎日腹痛に悩み教室に入れない状態がみられた。進学先中学校と連携し適應教室を準備してもらおう。教室の空いている2限登校からスタートする。1学期の終わりまでに4限までいければよいという目標をもたせる。その後、3限、4限と行ける時間を順調に伸ばし、1限からの登校ができるようになり、時折自教室にも入り、給食も時々食べて帰ってくるまでになった。母には、「今日も行けなかった」ではなく「今日は2限だけでも行けた」と前向きに評価してもらおうにした。

外来受診の時には学校にも顔をだし、職員に近況を話しているとのこと。異動した私にも時折手

紙をくれ、「新しくスイミングに入りました。昼間だから年寄りばっか（笑い）」などと新しいことに挑戦するエネルギーもたまってきたように思う。できることから少しずつ、力は8割で、今後離れていてもアドバイスを送り、いつでも相談できる体制作りをしていきたい。

参考・引用文献

- 武田鉄郎（2008）病気の子どもの心のケア．全国病弱虚弱研究連盟全国大会山梨大会収録．
- 別府 哲（2008）自閉症の発達と生活．みんなのねがい，全国障害者問題研究会出版部，24-28．
- 水島広子（2007）拒食症・過食症を対人関係療法で治す．紀伊国屋書店．

一人一人のニーズに応じた支援と関係機関との連携

―校内研修での取組を通して―

関根 一美（上越教育大学大学院）

小出 忠（新潟県立柏崎養護学校）

1. はじめに

新潟県立柏崎養護学校には、主に慢性疾患児、筋ジストロフィー児及びその他の筋疾患児、重度障害児の子どもたちが在籍している。

ここ数年、心身症、精神疾患等で入院、または転出入を繰り返す児童生徒が増加し、病気の種類や程度は多様化している。今後もその傾向は予想されることから、教育の動向を意識した、多様な専門機関との連携が重要であると考えられる。

また、慢性疾患児も短期間の入院で前籍校に戻り、寛解の状態や病気を治療しながら通常学校に通うケースが増加している。谷口（2004）は、児童生徒が退院後の日常生活に対する不安を抱いており、そのために、進路指導とともに退院時の地域の学校との連携が重要であることを示唆している。更に村上（2006）は、家庭から地域の学校へ通学する児童生徒が増加したことにより、新しい困難（教育的ニーズ）が発生したとし、医療的ニーズを優先しつつも「子どもらしさ」を育てる支援や「治ること」から「目的のある生活のための手段」へと転換することが必要であると述べている。

当校においても、医療面のみならず、長期に渡る治療の副作用や食事・運動への対応、生活の制限や病気による自己肯定感の低下などに対する配慮等を含めた一貫して長期的な支援が望まれる。そしてその支援のためには、医療機関をはじめ、その他関係機関との連携、協力が、病弱教育における子ども一人一人の支援を考えるための重要な鍵となっている。

このことから、一人一人の生活を意識し、一人一人のニーズに応じた支援と連携の方法を検討するため、19年度、20年度と「連携」をキーワードとした校内研修を行ってきた。その取組を紹介する。

2. 校内研修の取組

1) 問題と目的

文部科学省（2009）の特別支援学校指導要領の総則において、個別の教育支援計画の作成が新たに示された。個別の教育支援計画は福祉、医療、労働等の関係機関が連携して一人一人のニーズに応じた支援を効果的に実施するための計画であ

表1 A児の個別の教育支援計画を活用した連携の取組

日程	取組内容
退院3ヶ月前	保護者との懇談。
退院2ヶ月前	連携先との支援内容を決定、学部内で検討。
退院1ヶ月前	病棟へ支援内容について回覧し、協力を依頼。
退院3週間前	1回目の試験通学。
退院2週間前	個別の教育支援計画完成。保護者への説明と承認。
退院1週間前	当校と病院での成果と課題を整理、検討。
退院日	前籍校から試験通学での支援の成果と課題や本人の様子聞き取り。保護者へ原本渡し（押印）。
退院1ヶ月後	引継連絡会を行う。
退院2ヶ月後	前籍校での支援に移行

り、連携協力体制で支援していくための道具(ツール)である(全国特殊学校長会、2005)。当校では、隣接している新潟病院や前籍校、進学先や就労先をはじめとして、様々な関係機関との「横のつながり」と「縦のつながり」の中で児童生徒に対する教育を行ってきた。しかし、上述の通り児童生徒の病類とそれを取り巻く環境は変化しており、生活環境も含めた子どもの実態に合わせ、それぞれの専門性をもった関係機関と連携しながら支援を進めることが不可欠となってきた。また、前籍校(転出先)や進学先において病弱教育の啓発は進んでおらず、学校によって認識が大きく異なるのが現状である。以前より、前籍校と便りや行事の連絡、友だちや担任の先生との手紙の交換など、つなぎの役割を続けてきたものの、進学、転出後の支援について共通理解しながら進めていくことの重要性を認識し、互いに協働するレベルまで達してはなかった。

これらを踏まえ、個別の教育支援計画を活用しながら、保護者の理解のもと手続きの明確化等、関係機関との連携の体制を整え、保護者、関係機関とともに、一人一人の教育的ニーズに応じた児童生徒の支援を行うことを校内研修の目的とした。

校内研修の全体の目的に合わせて、各学部の実情に応じた具体的な目標を設定し取組を行った。更に、教職員のニーズに合わせて定期的に外部講師を招き、校内研修を行った。自主的な研修も取り入れ、教職員全体の資質向上を目指した。個別の教育支援計画の様式や手続きについては、担任の意見を受け、定期的に行われる校内のプロジェクトチームで検討し、必要に応じて修正を加えた。

2) 校内研修の取組(小学部の事例)

(1) 事例1 前籍校に短期間で戻る児童の個別の教育支援計画の活用

①取組の様子

20年度より、新たな個別の教育支援計画の様式を全学部共通で作成した。小学部においては、特に年度途中の転出入が激しく、入院期間も短期である等の理由から、十分支援内容を練って取り組むことは難しい。そこで、十分な作成は困難であったが、前籍校への引き継ぎの場で個別の教育支援

計画を活用した例を挙げる(表1)。

A児は作成前に退院の見通しが立っていたため、退院に合わせての作成・活用となった。早速保護者との懇談で個別の教育支援計画についての説明や願いの聞き取り等を行い、作成の了解を得た。2ヶ月前までに随時各関係機関と連絡をとり、それぞれの支援内容を決定し、更に学部内の教員が集まりA児の支援内容について検討を行った。その後、病棟へ支援内容について記述した個別の教育支援計画を回覧し、協力を依頼した。1回目の試験通学の際は、担任が前籍校に出向き、支援内容について前籍校の担任と検討する機会を設けた。退院2週間前によく個別の教育支援計画が完成し、押印せずに保護者に説明し承認してもらい、その場で手渡しをするという方法をとった。

退院1週間前に当校と病棟での成果と課題を整理、検討し、退院日には前籍校から試験通学での支援の成果と課題をお聞きした。紙面上、前籍校の成果については空欄のままにし、今後の支援内容を保護者へ伝えて原本を渡した。退院後も継続した支援が必要であることを説明した上で、保護者から前籍校に支援計画を引き継いでもらうように依頼した。

退院1ヶ月後に当校担任が前籍校に出向き、引継連絡会を行った。支援計画のコピーを基に、前籍校での必要な支援について見直し、支援の継続を依頼した。前籍校からは担任、前年度担任、養護教諭、特別支援コーディネーターの参加があった。

②取組の成果と課題

個別の教育支援計画の紙面を介したことにより、連携の意味づけが明確となり、各機関が医療、教育、福祉等、それぞれの立場でばらばらに行ってきた支援から、子どもを支える全ての機関が支援するという形態へと変化した。また、個別の教育支援計画の作成とそれに伴う情報交換について、年度始めに校長名で関係機関に文書を配布したことにより、連携がよりスムーズになり、互いの取組や支援内容がよく分かるようになった。保護者とは、書式の作成を通して話し合いの場が確保され、保護者の希望や支援内容が明確になったことにより、前籍校への引継ぎにおいても保護者

の同意を得ながら途切れない支援ができるようになった。これらから、個別の教育支援計画のツールとしての有効性が確認されたといえるだろう。

課題として、短期間の在籍といった物理的な作成の期間の短さや病類による作成の困難さが挙げられる。本来持つべき保護者が、個別の教育支援計画の作成や活用の意義を十分理解できない例や、承認の可否判断が困難な例もあった。関係機関のみならず、保護者への十分な説明の機会が必要であり、そのためには、教師自身が、病弱教育における個別の教育支援計画の必要性を十分把握し、説明できることが前提である。また、個別の教育支援計画を媒介にすることだけに意識を向けるのではなく、病気の告知の問題や前籍校に知られたくないなどの理由により保護者または本人の許可が得られない場合、必要な情報を精選し、保護者や本人の参画を得ながらどう関係機関と連携して子どもの支援につなげていくか、じっくり検討する機会をもつことが重要である。

(2) 事例2 連携だよりを通しての連携の取組

①連携だよりの内容と取組

18年度からの取組として、写真入りの個々のたよりを関係する病棟、前籍校、リハビリ棟、他学

部に定期的に発行した(図1)。連携先に対して個々の学校での取組がわかり、関心をもってもらうことと、連携先に情報を発信することによって、連携の土台となる環境を整えることをねらいとした。

作成においては、学校の状況を伝えるだけでなく、個別の教育支援計画の長期目標にあたる支援目標と目標達成のための取組も紹介することにした。学校側から積極的に発信していくことによって、情報を分かち合い、支援目標を常に意識しながら子どもを支えていくことができると考えたからである。

毎回本人と保護者の了解を得た上で配布した。

②連携だよりの成果と課題

連携先の反応については、たよりのファイルに自由に記述できる用紙を挟み意見や感想をいただいた。目標や支援の様子が明確である、連携機関との情報の共有が可能になる、写真入りで分かりやすい等の好意的な感想が多数あった。また、連携だよりをきっかけとして、病棟の職員からも、病棟での子ども同士の関わりの様子や情緒面で気になる様子について聞く回数が増えた。更に、児童生徒も、病棟の職員からたよりで紹介された学校での取組を評価されることによって、認められる喜びを感じ、活動意欲の向上へとつながった。養護教諭から資料提供や保健指導ができるので声をかけて欲しい、リハビリ棟で研修を行っているので一緒に学んでいきたい等、学校内外問わず、専門家の立場からの働きかけや更なる協力を求める声も挙がってきた。

20年度では、個別の教育支援計画との整合性をより高めるため、個別の教育支援計画に記述された保護者や本人の「希望」の内容を盛り込むこととした。また、関係機関の支援の様子も了解の上でたよりに載せた。このことにより、それぞれの連携先が当校以外の支援内容を知る機会を持つことができ、たよりを通して関係者同士の情報交換ができるようになった。

課題としては個人情報の保護の問題が挙げられる。病棟で個人の情報が飛び交うという問題から、病棟に置く期間を明確にしてほしいとの要望を受け、20年度から、2週間を目処に病棟に渡した連



図1 連携便りの例

携だよりのファイルを回収することとなったが、その取り扱いについてはまだ課題は残る。また、連携だよりを作成する時間や手間がかかるため担任の負担は大きい。効率よく、また連携につながるたよりを継続して作っていくための工夫が必要である。

3. おわりに

転出や進学により通常学級に戻る児童生徒の場合、転出先や進学先において個別の教育支援計画を作成することは少ないと予想される。しかし、退院後も定期的に診察を受け、食事や運動面、生活面において制限を受ける児童生徒にとって、QOLを保つことは重要であり、そのための特別なニーズがあることは間違いない。その特別なニーズは直接的な病気による問題だけでなく、二次的に生ずる様々なストレスの軽減も含まれ、転出先や進学先での心理面のケアがQOL向上のための鍵となるだろう。そして、QOLの向上を目指し、全体で支えていくためのツールとして期待されるのが個別の教育支援計画であり、十分活用することによって、子ども全体を長期的な視点で捉え、在籍中のみならず、転出先や進学先また就労先での生活を見通した支援と連携が可能になる。今後は、一般の小中学校の先生方に病気の児童生徒の実態と病弱教育の目的を十分認識し、理解してもらうための啓発的な活動が望まれるだろう。

更に、個別の教育支援計画の作成が浸透することによって、他機関においても理解が深まり、紙面を通したやりとりがスムーズになっていくことが予想されるが、紙面だけでなく、顔と顔を合わせた連携が基本である。子どものよりよい支援のためには、関係者同士のミーティングの積み重ねによる信頼関係の確立が肝要であり（武田、2006）、個別の教育支援計画を活用しながら、相手の立場を理解しあい、互いの専門性を生かしながら支援を行っていくことが重要であると考えられる。

【文献】

- 文部科学省（2009）特別支援学校幼稚部教育要領
特別支援学校小学部・中学部学習指導要領案
特別支援学校高等部学習指導要領。
- 村上由則（2006）小・中・高等学校における慢性疾患児への教育的支援—特別支援教育の中の病弱教育—。特殊教育学研究, 44（2）, 145-151.
- 武田鉄郎（2006）病弱教育における自立活動の行き詰まりとその打開策。特殊教育学研究, 44（3）, 165-178.
- 谷口明子（2004）入院時の不安の構造と類型—病弱養護学校児童・生徒を対象として—。特別教育学研究, 42（4）, 283-291.
- 全国特殊学校長会（2005）盲・聾・養護学校における「個別の教育支援計画」。ジヤース教育新社。

共生社会形成の要素としての特別支援教育

—重度知的障害児に対する集団指導体制から—

福本 良之（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科博士課程）

仁井 康彦（兵庫県立神戸特別支援学校）

足立 美香（三田市立武庫小学校）

要約

地域の小学校（以下地域校）に転入学した重度知的障害のあるA子に対する集団指導体制での実践から、学校全体の変容を明らかにし、すべての児童に対応する特別支援教育の一般性、教師の専門性の一つの側面を明らかにすることを直接的目的とした。

具体的には、障害のために固有の支援を必要としている児童を、学級の構成員の一人と認識したうえで学級経営を行うことの重要性を示した。教育実践の中では、交流学級児童とA子との関わりには対等性の萌芽が認められた。これらを実現したのが、観察に基づく児童の実態把握や応用実践力等の教師の専門性であると考えた。

一連の検討から、社会概念としての共生社会の要素の一つとして特別支援教育を位置づけ、障害児と健常児において存在する教育費の較差(10:1)の合理的根拠の一つを示した。

Key word

共生社会 地域校での特別支援教育 教員の専門性 集団指導体制 教育費の較差

1. はじめに

障害児が、制度上、現実的に教育を受ける権利を享受できるようになってから28年経過した2007年、盲・聾・養護学校（以下養護学校）は特別支援学校となった。この間の障害児に対する教育が、教育全体の中で手厚く取り扱われてきたことは教育費の面からも看取できる。平成15年度におけ

る、養護学校の教育分野別教育費に占める割合は4.8%、一人当たりの年間教育費は小学校900,892円に対し養護学校は9,134,847円となっており⁽¹⁾、その比は、1:10になっている。健常児と障害児の間の較差は、仮にこの較差が必要不可欠な教育費に基づくものであったとしても、今日の財政事情や社会情勢に鑑みれば、国民に対し十分説明できなければならない。

確かに、この教育費の較差の根拠を、憲法の示す幸福追求権と26条の教育を受ける権利に求めることもできる⁽²⁾。さらに、教育費の較差が健康で文化的な最低限度の生活を維持するものであれば、社会権の総則的規定である25条を根拠に違憲無効も主張できうる。25条に関しては、学説判例上争いがあるが、プログラム規定説、抽象的権利説、具体的権利説のいずれの立場も、健康で文化的な最低限度の生活を積極的に侵害するような具体的措置に対しては違憲無効を主張できている⁽³⁾。

しかし、憲法上の権利である教育を受ける権利が、障害児に制度上無条件に機能するまで四半世紀を要した事実⁽⁴⁾を考えるならば、健常児と障害児との間の教育費の較差は、より具体的な説明を準備しておく必要がある。

また、教育を受ける権利は、基本的に学校教育において実現されることを考えれば、教育現場としての学校における実践からも較差の合理的説明がなされる必要がある。

このような視点を基に、本研究では、特別支援学校から地域の小学校に転入してきた児童（療育

表1 H18年度とH19年度の特別支援学級の構成

	平成18年度	平成19年度
学級数	2	2
種別	知的学級、情緒学級	知的学級、情緒学級
担任数	2	2
児童数	4 (知的2名、情緒2名)	7 (知的4名、情緒3名)
障害の程度	軽度4名 (療育手帳B)	軽度5名 (療育手帳B)、重度2名 (療育手帳A)
個別介助の有無	なし	あり (2名)
介助員数	0	2

手帳Aを持つ重度知的障害児)に対する地域校での取り組みに着目した。

物的・人的側面で養護学校に劣る地域校において、学校として受け入れた経験のない重度知的障害児に対する特別支援教育も含めた普通教育の実践を成り立たせるために、X市立Y小学校では特別支援学級の担任以外の教員を含めた複数の教員での指導(集団指導体制)を試みた。この試みは、地域の小学校の有している物的・人的側面での劣勢という状況から行われたものであるが、地域校の特性を活かした特別支援教育の実践という側面も存在していると考えられる。Y小学校の事例を分析し、あわせて教育費較差の合理的説明の一つとして検討する。

2. 目的

本研究は、重度知的障害児の特別支援学校からの転入に伴い、地域校で行った集団指導体制により、学校全体がどのように変容したかを、①教職員、②交流学級の児童、③当該児童、④保護者の4点から検証し、地域校でのすべての子どもに対応した特別支援教育の実践に寄与することを直接的目的とする。さらに、本研究において特別支援教育の持つ共生社会の形成の基礎としての意味に着目し、その教育の普遍性を示し、教育費上の較差の合理的説明の一端をなすことを背景的目的とする。なぜならば、少子高齢化社会の到来は、共生社会の形成なくして対応できないと考えるからである。

3. 本児の転入児の状況と地域校(X市立Y小学校)の現状

(1) 本児の実態

A子の転入時の状況は、身辺自立(食事・排泄は全介助)がなく、発語も喃語が数語認められる程度であった。

(2) 地域校の現状

①平成18年度の状況

Y小学校は、全校児童数約750人、特別支援学級2クラスの中規模校である。特別支援学級では、18年度は、在籍児童の数が少なかったことや、『将来の社会的な自立に向け、一人ひとりの子どもにあった力を、個別学習の中でつけてほしい』という保護者の願いから、週あたり10時間以上の個別学習の時間を確保していた。

しかし障害児の指導が、特別支援学級担任と交流担任に任されていたため、他の教員が障害児にかかわる機会が少なく、全教職員が話題にするのは、年2回の特別支援教育の研修会と、運動会、音楽会等の行事への参加についての対応についてだけであった。したがって、特別支援学級が校内にありながら、もう一つの別の学校(学校内学校)として認識されていたかのような状況があった。

②平成19年度の状況

19年度は新たに3人の児童が転入学した。このうちの1人がA子である。18年度と19年度の特別支援学級の構成を示したのが表1である。

A子の入級する知的障害学級では、1単位時間あたりの児童数が2.4人となり、18年度まで行っていた個別指導の時間の確保が困難となった(表2参照)。また、4人の障害の程度が大きく違うこ

表2 H18年度とH19年度の特別支援学級単位授業数あたり児童数

	平成18年度		平成19年度	
	情緒学級	知的学級	情緒学級	知的学級
授業数(週)	28	28	28	28
1単位時間/児童数	1.1	1.2	1.1	2.4

表3 援助教員の履歴

* システム・新教育システム加配 3年・3年生担任 4年・4年生担任 臨・臨時採用教員

援助教員	音楽	図工	システム	3年A	3年B	4年A
経験年数	17	33	17	33	21	(臨) 7
特支学級担任の有無	なし	なし	なし	なし	なし	なし

とにより、複数の児童が同時に学習することも難しいと思われた。さらに、『クラスの人数が増えることは仕方がないが、できるだけ昨年度同様に個別学習の時間を確保してほしい。』という保護者の願いも寄せられていた。

このような状況の下、特別支援学級担任を中心にどのようにすれば子どもへの教育サービスを低下させずに特別支援学級を運営できるかについて繰り返し話し合いがもたれた。その結果、特別支援学級担任から『集団指導体制』が提案された。具体的には、空き時間(担当授業のない時間)の教員を援助教員とし、障害児の個別学習の指導にあたるというものであった。空き時間は、クラス担任、専科担任にとって、教材研究や、学級事務などを行う貴重な時間である。さらに、重度知的障害児の指導をした経験のある教員は、ほとんどいなかった。しかし、子どもへの指導の質を低下させるわけにはいかないという校長の意向もあり、毎時間の指導計画を特別支援学級担任が立てること、それぞれの教員の特性を生かした指導内容にすることを条件に『集団指導体制』が職員会議で承認された。

これにより、A子も週あたり8時間の援助教員の指導を受けることとなった。表3は、A子を担当した援助教員の履歴である。

4. 方法

参与観察によって得られた資料を基に分析した。

5. 結果

(1) 教職員

表3で明らかなように援助教員は、重度障害児の個別指導の経験がなかった。4月当初は特に何をどのようにすればいいのかがわからず、戸惑いもみられた。しかし、経験がないが故に子どもの様子を観察し、どんなことが好きで、どんなことが嫌いなのか、何に興味があるのか等を、行動や表情、視線、声の高低などの少しの変化から見つけていき、指導に生かそうとした。この観察過程は、結果的に教員にも変化を生じさせた。この教員側の変化を三段階に分けたのが図1である。

i) A子に興味関心を持って観察した時期 = 興味・関心

『A子はCDをかけると、すぐに耳を傾ける。好きな歌とそうでない歌があって、好きな歌の時は鼻歌を歌っている。』

『飽きてきたら、絶対に視線を合わせないし、そのうちうなり声を上げ出す。』

ii) A子への指導実践が楽しくなり、指導方法の工夫がされた時期 = 実践・工夫

『今日は、15分間も1つの課題に集中できた。』

『今日のはじめて最後まで課題をしてくれたから抱きしめました。』

『指導計画にはなかったけど、試しにやってみたらわかっていました。』

『1時間でやる課題を見えるところに置いたら、集中が続いた。』

iii) A子への指導経験が普通学級の指導に活かさ



図1 教員の意識の変化



図2 交流学級児童の関わりの変化

れる時期＝適用

『A子は見通しがもてないときにパニックになることが多いけど、考えてみたら自分のクラスの子も、次に何をすることがわからなかったらだらだらしている。少し黒板に何をするかを書いたら、集中できた。』

このように、援助教員は、A子に接し、興味を持ち、観察をする中で驚き、関わりを持つことを楽しむようになった。その過程で指導に工夫がなされ、さらにこの工夫が普通学級の指導に活かされた。また、A子という指導対象を援助教員が共有することで、A子の様子や指導について自然発生的に職員室での共通の話題としてのぼるようになった。これにより、援助教員は、より主体的、積極的に授業に取り組むようになった。

さらに、A子を通して教職員の連携が深まっていった。その結果、特別支援学級は以前の『学校内学校』から脱却し、学校全体の中の1学級として教員に認識されたと特別支援学級担任は感じた。

(2) 交流学級の児童等

①交流学級の児童からA子へ

交流学級の児童の関わりは、A子の転入直後から始まった。お世話的な関わりから、A子を知る時期を経て、対等性の芽生えた関わりという変化を生じた。この変化をまとめたのが図2である。

i) お世話的な関わりの時期

転入2日目から、数人の交流学級の児童がA子を校舎玄関まで迎えに行っている。A子の周りを取り巻き、昇降口で靴をはかせたり、教室への移動の際に手を引っ張って連れて行ったりする関わりが多かった。遊びの時も、常にA子の後をついていき、A子の遊びにつきあっていた。

ii) 遊びを通して深くA子を知っていった時期

休み時間に、一緒にチャレンジ教室（特別支援学級）で遊ぶなど、A子との関わりをとおして児童たちはA子をより深く知っていった。具体的には、不安になったりやることがないときに紙やビニールを持って音を楽しむことや、お気に入りのCDを聞いたり、ボールプールで寝ていると落ち着くことなど、A子のことを知っていった。

iii) A子との関わりに対等性が芽生え初めた時期

A子のできることに関しては、A子が自分でするまで、ゆっくり待つなど、自立を適度に促す関わり方になってきた。また、唾遊びや、散らかし等の不適切な行為に対し注意するようになるなど、集団規範（児童集団）のA子への適用がなされた。さらに、A子も楽しめ、自分たちも楽しめる遊びを開発していった。たとえば、交流学級の児童が、ジャンケンのゲー、チョキ、パーを上手くできないA子のために教室にある物を使ってゲー、チョキ、パーを代用化（シン

ボル化)し、A子も参加できるように工夫した。
②A子から交流学級の児童へ

A子が転入したことによって、旧来の子ども集団にも変化が生じた。これにより、集団内の位置(自分の居場所)を確保した児童もいる。

放課後、A子は学童保育のため、校庭の端にあるプレハブに向かうが、朝お迎えにくる児童の一人であるB子が連れて行っている。B子は不定愁訴で保健室へ行くことが多かったが、A子とともに移動したり、身辺自立を援助したりするなど、A子との関係で役割を自発的に獲得し、不定愁訴での保健室への来室がなくなった。

さらに、7月初め、B子が介助員に「これからは、Aちゃんと二人で行くから、先生は来なくていい。」と言ってきた。介助員から伝え聞いた特別支援学級担任は、B子の積極的な意思表示を評価し、それを了解し、荷物だけを持って距離をおいて二人に続くようにした。

また、特別支援学級が、子どもたちの行き来の多い廊下に面しているため、他のクラスや学年の児童も特別支援学級に遊びに来るようになり、歌を歌ったり、言葉を教えたりする過程で、学びあいが生じるようになってきた。

(3) 当該児童(A子)

転入時の身辺自立(食事・排泄は全介助)の状態と比べ、1学期終了時点では、食事は介助を必要とするもののスプーン等を自ら用いて食べるようになり、排泄も指さしで知らせることが多くなってきた。発語は、未だ喃語レベルであるが、内言語の拡大を看取でき、実質的なコミュニケーション能力は伸長していた。

交流学級では給食当番、日番といった当番活動も行っていた。自分一人ではできないが、周りの子どもたちの様子をうかがい、『エプロンをつけてならぶ』『指示された食器を運ぶ』『みんなの前に立って、あいさつのお辞儀をする』など、みんなと同じようにしようとしていた。また、1学期の終わりには、唾遊びや自分の持ちものを散らかしたときなど、クラスメートの禁止や、指示に従う姿も多くなっていた。

歩くことを嫌がりだっこをせがむことが多かったが、学校内では歩くようになった。また、社会

見学(校区探検)では、約5キロの道のりを歩ききった。

学習時には眼鏡をかけ、椅子に座るというようなルールや、紙やビニールを口に入れないという禁止行為が身に付きつつあった。また、特別支援学級担任だけでなく多くの教員と接する中で、休憩の時にだっこをせがめる教員、一緒に歌を歌って遊べる教員など、教員によって甘える相手、指示を受ける相手など対応の仕方を変えるようになってきた。

一方家庭では、眼鏡に関しては転入時同様嫌がっていたが、自力歩行に関してはかなりできるようになった。このことは、A子が学校と家庭を区別しTPOに応じた対応をとれるようになった側面と、教育の効果が生活領域全般でみられることを示している。

以上のように、学習や生活の習慣化、社会性に発達がみられたと考えられる。

(4) 保護者

登校時や、児童ホームへのお迎えの時間に、多くの教員が保護者に声をかけ、話す内容がその日の様子等から、成育歴・A子との生活・将来への希望等へと発展していった。結果として特別支援学級担任が、児童の生活史上の様子や課題を保護者と共有できるようになった。また、保護者の要望や不安を知った上で、将来の進路を見通した教育の実現に向けた合意と協力を得た。これは、個別の指導計画を作成する上で教員が保護者の要望等を理解することになり、個別の指導計画の実施においても保護者の理解と協力を得やすいと考えられる。

6. 考察

(1) 特別支援教育の一般性

本事例における援助教員には、障害のある子どもの教育に関わった経験がほとんどなく、特別支援教育の推進にあたって必要とされる「専門性」についても十分なものではないとの自覚が存在していた。だからこそ、目の前のこれまであまり接したことのないタイプの子ども=重度知的障害児の状態をありのままに観察し、接することからはじめた。

援助教員の活動は、A子に対する観察の段階から、実践・工夫の段階を経て、普通学級への適応へと変化をとげている。この一連の過程は、重度知的障害という属性を織り込みながらも、子どもという上位概念の中で包摂されていく可能性を示している。さらに、この過程は、専門的なアセスメント方法に頼るのではなく、少しの変化も見逃さないように注意深く観察することによって実現されている。このことは、学校教育に携わる教員としての「専門性」としての観察に基づく実態把握の重要性を示している。大村は「子どもと同じ世界にいない先生は、まず『先生』としては失格である」⁽⁵⁾と述べているが、子どもと同じ世界を保証しているものが「専門性」としての観察に基づく実態把握である。

さらに、当該児童の指導に関することが職員室においても共通の話題としてのぼるようになり、特別支援学級は以前の『校内学校』から脱却し、学校全体の中の一学級として教職員に認知されたと特別支援学級担任は認識している。このことは、地域校においては、特別支援教育が特別支援学級担任だけで行われるという認識を持たれる傾向があることを示している。

しかし、この傾向は乗り越えられなければならない。したがって、特別支援教育担当の教員と通常学級担任との協議は日常的に行われる必要があるが、石隈がこの協議を「専門家同士の異文化コミュニケーション」⁽⁶⁾と呼んでいるように困難な作業である。フェイドンとビーチャム⁽⁷⁾が

以前にその人たちのあいだで交流があれば、容易により理解が得られる。コミュニケーションしようとする話題について共通の考えをもたない人のあいだ、または初対面の人のあいだでは、おたがいに理解しにくいのは自明だろうと述べている中にこの困難の克服の可能性はある。それは、交流の存在である。Y小学校では、重度知的障害児の転入と新1年生の入学により人的枯渇に陥った。その打開策として援助教員11（総数）名による指導という体制を構築した。このことが結果として、特別支援学級担任以外の教員と障害児との交流を発生させた。

Y小学校においては、援助教員体制により多くの普通学級の教員が、個別的に障害児を観察し実態把握につとめる機会を得、これらの交流を基として特別支援学級担任と普通学級担任との協議が異文化性を超えて行われた。このことにより、特別支援教育は特別支援学級とその担任という特殊性から、普通学級を含めた学校総体で実践されるという一般性へと変化する萌芽が存在したと考えられる。

(2) 子ども集団における「対等性」

地域校に障害児が就学する際に留意すべき点は、障害児の入学をもって達成としないことである。ただ単に障害児の入学を目的化するならば、それはダンピング（投げ込み統合）でしかありえない。問題は、子ども集団において「対等性」が認められるかどうかである。「対等性」とは、それぞれの人間の違いを正しく認識し区別した上での連帯の関係であると言える。小出は、障害のない子どもの認識の変革の過程⁽⁸⁾を以下のように示している。

- ①ちがうのだ→同じだ 障害のある子どもを同じ人間として認識する
- ②同じ→ちがう 全く同じかという疑問が生じる
- ③同じ⇔ちがう 同じだけれども障害がある
- ④障害の認識 主権者としての自覚

小出に従うならば、以上のような発達過程を通して互いに主権者としての自覚を認識したとき、初めて対等な関係になり得ると言える。

Y小学校の段階は③の状態に近いのではないかと考えられる。自分たちと同じように、自分のできることは自分ですべきであるし、してはいけないことはしてはいけない。ただ、自分でできるまでには時間がかかるし、いろいろなことを理解してもらおうとしても言葉だけでは難しい。ここに「自分たちと同じである」「同じように行動するには難しい」という対立が生じる。この対立の中から「ちがう」に気づき、その「ちがう」は「障害からくる」という認識つまり、「同じだけれども障害がある」という認識に至るのである。

次の段階として「どんな障害なんだろう」「ど

うして障害をうけたのだらう」という疑問を解決していく中で、「話がしたい」「わかりあいたい」という積極的な行動へと発展していく。そして、例えば「障害のある人もがんばっている、私たちががんばらないと」というような自らの生き方と結びつけていくのである。本事例では、「A子も楽しめ、自分たちも楽しめる遊びを開発」しているように、すでに次の段階へと進み始めていると考えられる。

同じ地域に暮らす小学生として当たり前A子とともに時間を過ごすこと、その時間も量的に十分に保障されているということが、この実践を有効なものにしていると考えられる。当然この関係性はその状況だけ存在すれば成立するものではない。A子と関わる一人一人の教員の必要かつ適切な実践の存在である。田村⁽⁹⁾が

一人の子どものために、先生方が、全力をあげている姿は、他の子どもも見ているはず(中略)(他の子どもが)一見放ったらかされているように見えるけれども、大きな学習をしている

と述べているように、教員の主体的活動が周囲の児童に影響していると考えられる。この限りで、子ども集団における「対等性」は、偶然の所産ではなく、教育の所産である。

(3) A子の成長

A子に関しては、コミュニケーション能力の伸長や学校生活におけるルールの獲得、社会性の発達等について報告されている。特定の大人との個人的な関係ではなく、多くの教員や友達との関わりが良い効果をもたらしていると考えられる。「幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行うもの」⁽¹⁰⁾という特別支援教育の側面からは、A子の成長は評価されるものである。

しかし、この特別支援教育の側面を過度に注目することは危険性を生じる。障害という概念がこれまでの国際障害分類(ICIDH)による疾病、機能障害、能力障害、社会的不利という医療モデルから、国際生活機能分類(ICF)による心身機能、活動、参加という生活モデルに移行したように、

潜在能力の開発は、その能力を活かす場としての帰属集団＝地域社会の存在があって初めて意味を持つ。したがって、特別支援教育における潜在能力の開発は、障害児・健常児相互の交流を基にした子ども集団における「対等性」の確保と同時に行われる必要がある。

(4) 保護者の安心と連携

登校時やお迎えの時間(このことの必要性の是非については改めて論じられなければならないが)に、多くの教員が保護者に声をかける。学校全体で子どものことを見てくれていると感じることができると、保護者はやはり安心できるものであると考えられる。たとえ短い時間ではあっても、それが毎日繰り返されると、それは連絡帳のやりとりだけではなかなか難しい、保護者との具体的でいねいな連携の実現へとつながる。

このような日常的な接触は、同時に保護者の思いをくむことができるような担当教員の感性を磨くことにもつながると考える。

(5) 今後の課題

特別支援教育担当教員の、毎時間の指導計画の作成やそれに基づく指導についても、その具体的な成果について検証する必要があると考える。子どもへの指導の質を低下させないための方策として考え出された「集団による指導体制」。週あたり8時間のこの個別の指導が、A子に与えたものは何か。個別の指導計画の作成とともに、冷静に分析されていくことが必要であろう。これらの検討は、1年間の指導の後に総合的になされるものとする。その上で、「集団による指導体制」を1年間の窮余の策とするのか、積極的に位置づけるのかが決定される。

7. まとめとして

(1) 特殊性から一般性へ

Y小学校における「重度知的障害児に対する集団指導体制」は、単なる一事例にすぎない。したがって、一事例という特殊性をもってして一般性を求めることは危険に過ぎると考えられる。しかし、小学校における障害児に対する集団指導体制という取り組みが少ないこと。また、本事例の持つ先例的価値(学校全体の変容と萌芽)を考え合

わせれば、単なる一事例としてとらえることは、今後の特別支援教育の方向性を検討していく上で過小評価に過ぎると考える。本事例には、特別支援教育の対象の一般化の可能性が内在している。

特別支援教育を規定する法律文を字句通り解釈（文字解釈）するならば、特別支援教育の対象は障害のある児童生徒に限定される。しかし、法の解釈は文字解釈に限定されるのではなく、より良い解釈が求められる。例えば、憲法89条の「公の支配」も通常の言葉の意味で解釈するならば、私立学校への国費援助は違憲とされる。しかし、私立学校への国費援助の実質的正当性が極めて高いので、通常の言葉の解釈に制限されず合憲と解釈されている。

このように考えるならば、特別支援教育の対象が、障害児に限定されると解釈するよりも、今現実に支援を必要としている子どもに対して行われると解釈する余地は十分ある。少なくとも、将来的にそのように個別のニーズを捉えていくことは、特別支援教育がインクルージョン化していくことになると考える。また、特別支援教育の側面として「共生社会の形成の基礎」に注目するならば、特別支援教育の受益者は、すべての子どもという立論も十分に可能である。

こうした視点に立って検討するならば、本事例は、単なる一事例としての特殊性だけでなく、特別支援教育の潜在的可能性と今後の進路を検討する上で、一般性をも内包するものと理解することが可能である。したがって、本研究は、特別支援教育における「障害児を対象とした」側面（特殊性）と「共生社会の形成の基礎」（一般性）の側面を架橋するパイロットスタディーとしての価値を有していると考える。

ここでは、特別支援教育の持つ障害児教育と普通教育の通有性に留意しながら、上記の二側面の架橋を試みる。

（２）教員の専門性

Y小学校において、集団指導体制を発足させるにあたりもっとも危惧されたのは、援助教員の経験不足および特別支援教育に関する知識の不十分さであった。ここで言われる特別支援教育に関する知識は、ほとんど特別支援教育における「専門

性」と同義と理解されていた。

しかし、Y小学校の集団指導の取り組みは、A子自身の成長とA子を取り巻く健常児たちの成長をもたらしつつある。これらは、教育的成果であり、このことは、特別支援教育に関する知識と教員の「専門性」が同義ではないことを示唆するには十分な事実である。

Y小学校の教員（特別支援学級担任・交流学級担任・援助教員）は、教員としての専門性に立脚した指導を行った。その専門性の第一が、観察に基づく児童の実態把握である。この専門性は、障害児だけに固有のものではない。すべての児童に対し、教員は日常的に行っている。この観察に基づく実態把握という専門性なくして、すべての教育は成立しない。また、観察に基づく実態把握は、個々の児童に対してだけでなく、児童の集団（グループ・学級・学年・学校）に対しても行われている。この集団に対する観察の存在が、特別支援教育の関連領域である医療における観察と明確に区別している。

専門性の第二は、観察に基づく実態把握から導き出された各児童のニーズに対応した応用実践力（個々具体的な児童に向けられた教育実践のための専門性）である。たとえば、被虐待児童の場合であれば、気持ちを和らげ自責の念から解放するために心理学的知見をも参考とする応用実践力である。障害児の場合であれば、個々の障害の類型と児の状況に適応した医療的・心理学的知見を参考とした応用実践力である。

援助教員が、当初危惧した「専門性」の欠如ないしは不十分さは、この応用実践力における関連領域の知見である。障害児に対する教育において専門性が問題とされるとき、この応用実践力で参考とする専門領域の知見に関して論議されることがしばしばみられる。しかし、これら関連領域の知見に関しては、教員は決して専門性を有することはない。例えば、医学的知見を参考としても医師となることはない。ここで求められる関連領域の知見は、応用実践力という教育における専門性をサポートする程度のものである。教員が、応用実践力で必要とされる専門性は、あくまで個々具体的な児童に向けられた教育実践の力量なのであ

り、プチ・ドクターになることでもネオ・カウンセラーになることでもない。

第三の専門性として、個々具体的な児童に向けられた教育実践の結果として獲得された児童の技量を、集団＝社会において円滑に活用する力と場を構築する専門性（社会生活実践力）が存在する。たとえば障害児の場合、個別の学習等で獲得した社会的スキルを活かす児童集団が存在しなければ、獲得した社会的スキルは何ら価値を持たない。

このような教員の専門性に着目するならば、Y小学校の教員集団には、基本的に専門性はすでに存在していたと考えられる。ただ、応用実践力における専門性の関連領域の知見不足は、補充される必要がある。実際教員は、さまざまなニーズの児童に対応する。その際、すべてのニーズに対応した関連領域の知見を有していることはない。このように教員の専門性は、個別的ではなく通有性を持っていると考えられる。ミットラーは「多くの教員はインクルージョンの教育に必要な知識や技術の多くを持っている」⁽¹¹⁾と記しているが、Y小学校の集団指導体制の取り組みは、ミットラーの指摘を実証する一例と解される。

(3) 特別支援教育の対象

特別支援教育を「障害の有無やその他の個々の違いを認識しつつ様々な人々が生き生きと活躍できる共生社会の形成の基礎となるものである」⁽¹⁰⁾と理解するならば、障害児がその対象になるのは当然として、健常児も特別支援教育の主たる対象となる。なぜならば、社会の構成員が「障害の有無やその他の個々の違いを認識」することなくして共生社会は成立せず、社会の構成員の大多数は健常者（健常児）だからである。したがって、特別支援教育は、すべての児童を対象としている側面（広義の特別支援教育）も併存していると理解されるべきである。

Y小学校の交流学級では、A子との関わりに対等性の萌芽が認められている。このことは「個々の違い」を認識しつつあることを示し、共生社会への歩みをはじめたと解することができる。この点で、広義の特別支援教育が開始されていると言える。広義の特別支援教育の側面からは、健常児の存在は、地域校における特別支援教育の最大の

優位性である。

(4) 広義の特別支援教育における意図性

障害の有無や個々の違いを認識し共生社会へ向かう特別支援教育が、最も顕著に行われているのは交流学級である。A子の場合も、朝の会、給食、終わりの会以外に一日平均2時間は交流学級で過ごしている。では、交流学級において、すべての児童を対象とする特別支援教育は、どのように行われているのであろうか。実際、特別支援教育の時間というのは存在しない。特別支援教育は、学級経営という教員の意図的営みを通して実践されている。

学級という集団には、さまざまな状況を持った児童、支援を必要としている児童（例－被虐待児や不登校児など）が存在している。教員は、学習単位であり生活単位である学級をどのように維持発展させていくかという学級経営を行っている。したがって、障害児は障害という状況を持った支援を必要としている一人の児童という存在となり、教員が障害児を学級の構成員の一人と認識したうえで、人間関係を構築していくことが学級経営のコアとなる。佐藤も「『人間関係づくり』は、学級経営のはじまりの一步であり、ゴールでもある。」⁽¹²⁾と指摘している。このような学級経営が、交流学級における特別支援教育の要素の実践であり、共生社会へ向けた微視的営みである。

A子の交流学級においては、担任教員のこのような意味での学級経営が存在したので、一学期という期間の経過とともに児童間に相互の学びあいが生じたと考えられる。これは、障害の有無やその他の個々の違いを認識しつつ様々な人々が生き生きと活躍できる共生社会の形成に向けた特別支援教育が、少なくとも開始されたということである。今後の研究課題は、Y小学校の取り組みがどのように展開されていくのかを検証することである。

(5) 教育費較差の合理的説明としての広義の特別支援教育

以上述べてきたように、特別支援教育は、障害児だけではなく健常児を含めたすべての児童生徒に対して包摂的に実践（広義の特別支援教育）されなければならない、また実践可能と考える。た

だ、障害児に対しては、特別なニーズに対応した支援が日常的に必要であり、それがなければ教育の場へ参加することが極めて困難だという事情がある。もし仮に、障害児が教育の場に存在しないことになれば、広義の特別支援教育は実現不可能であり、共生社会の形成も困難となる。したがって、健常児と障害児の間に存在する教育費の較差は、第一に障害児が教育の場に存在することを確保する経費であり、第二にその経費は直接的には障害児に向けられるが、最終的に広義の特別支援教育の福利はすべての児童が享受するのであるから、合理的な範囲内であると考ええる。障害児の教育費は障害児をあたかも経路として、最終的にはすべての児童生徒に向けられている支出であり、共生社会形成という社会投資の側面を持っていると解される。このことは、特別支援教育が、共生社会という一つの社会概念の要素として存在していることをも示していると考ええる。

広義の特別支援教育は、教育費の較差を合理的に説明するが特別支援教育の予算的分配の合理性を説明するものではない。養護学校と地域校の特別支援学級間の予算分配の合理性は、今後、具体的に教育の目的と教育の効果（目的効果基準）から検討されなければならない。

引用・参考文献

- 1) 文部科学省, II 調査結果の概要平成16年度地方教育費調査 - 中間報告 -, http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/005/05052601/002/001.htm, (2007-9-17).
- 2) 中村陸男, 永井憲一 (1989) 現代憲法大系 7 生存権・教育権, 法律文化社, 京都, 初版, 189.
- 3) 佐藤幸治 (1991) 現代法律講座5憲法. 青林書院, 東京, 新版, 540-548.
- 4) 福本良之 (2006) 養護学校全入と訪問教育の現状—就学免除猶予と訪問教育, 福本良之, 杉本健郎, 二木康之編, 障害医学への招待. クリエイツかもがわ, 京都, 初版, 144-157.
- 5) 大村はま (1988) 教えるということ, 共文社, 東京, 第2版, 21.
- 6) 石隈利紀 (2007) すべての子どもの苦戦を支える特別支援教育, 児童心理臨時増刊, 864, 38.
- 7) Faden, RR., Beauchamp, T. L, (1986) A History and Theory of Informed Consent, Oxford University Press, Inc., New York, (酒井忠昭, 秦洋一訳 (1994) インフォームド・コンセント—患者の選択, みすず書房, 初版, 東京, 257.)
- 8) 小出敏一 (1983) 日本における共同教育の実践の歩み, 障害者問題研究, 32, 48-61.
- 9) 田村一二 (1980) ぜんざいには塩がいる, 柏樹社, 初版, 東京, 189.
- 10) 文部科学省 (2007) 特別支援教育の推進について (通知), 19文科初第125号, http://www.mext.go.jp/80/b_menu/hakusho/nc/07050101.htm, (2007-9-17).
- 11) Mittler, P., (2000) WORKING TOWARDS INCLUSIVE EDUCATION, David Fulton Publishers Ltd., (山口薫訳 (2002) インクルージョン教育への道, 東京大学出版会, 初版, 東京, 181.)
- 12) 佐藤暁 (2006) 見て分かる困り感に寄り添う支援の実際, 学習研究社, 東京, 初版, 94.

論考

生涯発達心理学から捉える死の問題

近藤（有田） 恵（京都大学こころの未来研究センター）

要約

ひとの一生に光を当てる学問として生涯発達心理学が確立されて20年余りが経つ。しかしながら、生涯発達心理学において死の問題は中年期以降の課題、あるいは、概念としての死の理解というごく限られた範囲において扱われてきた。こうした生涯発達心理学の視点は、日常生活における我々と死の関係に十分に配慮したものとはいえない。そこで本論では、これまでの生涯発達心理学の死の研究を概観した上で、人々の日常生活の中で死を捉える新たな生涯発達の視点の可能性を探りたい。具体的には、キューブラー・ロスの死の臨床研究や鯨岡の「関係発達論」を基に、死を関係性において捉えることで、当事者の日常生活に沿って死を捉える新たな学問的視点の提案を行った。

キーワード

生涯発達心理学、死の臨床、関係発達論

I. はじめに

人が生まれて死に逝くまでの人の一生に生涯発達心理学が光を当てようとして久しい。しかしながら、人の一生を取り上げる生涯発達心理学は、平均的な人の一生に着目してきたために、死の問題は中年期以降の問題としてのみ取り上げられており（例えば、Erikson (1959/1973), 小嶋・やまだ, 2002）、死の問題に関する議論はまだ十分なものとはいえない。

こうした生涯発達心理学の視点は、小児医療や終末期医療を含めた臨床現場が捉える人の一生とはかけ離れたものになりつつある。例えば、ターミナル期にある子どもやその家族のトータルケアの必要性（田村, 2006）や、小児がんの在宅ターミナルケアの多様性（押川, 2006）など、子ども

の死の問題は、乳幼児期から老年期といった一定の時間を人が生きることを想定した生涯発達心理学の理論では十分に捉えることができないのである。乳幼児期から老年期に至るまで、病を抱えて生きる人や家族にとって、死の問題は時に次の瞬間に起こりえることとして大きな意味を持つ。例えば矢吹（1993）は、青年期の筋ジストロフィー症者の事例から、心理的葛藤については、身体の発達を超え老年期の葛藤までが表れたことを指摘している。このことから、死の問題に関しては、身体的な成長では捉えられない心理的な成長の側面も視野に入れる必要がある。さらに、死の問題は平山（1994）が二人称の死と称したり、乳幼児の死に関しては1.5人称の死と言われるように、死に逝く者と遺される者の間で様々な葛藤が起こりうるものでもある。経験の知という視点に立てば、死の問題は、遺される者という視点からしか議論できないが、例えば親しい人の死の過程と共に歩む者という点からいえば、過去、あるいは未来予想として死を扱うのではなく、今、ここにおいて生のための死、あるいは死のための生についての議論は不可欠である。

このような視点にたてば、教育と深いつながりを持つ生涯発達心理学は単に平均的な一生の道筋を指し示すだけでなく、個々の人生において役立つ視点としての生涯発達心理学として、もう一度その視点を再考する必要があるといえる。

そこで、本稿では従来の生涯発達心理学を概観した上で、個々の死の問題に対応してきた死の臨床研究を再考し、死を捉える上での生涯発達心理学の視点を提案することを目的とする。

II. 死を扱う学問としての生涯発達心理学

生涯発達心理学は、胎児・乳幼児から児童を中

心とする発達心理学と、青年や成人の心理学、さらには老年学を統合するだけでなく、それらをひとつの流れとして一貫した展望のなかで見ようとするものである(無藤, 1995)。Baltes (1978, 1980, 1984/1993) は、生涯発達心理学を受胎から死に至るライフコース¹⁾(個体としての発達)を通じての行動の恒常性と変化を研究する」学問であると定義し、理論的観点として次の5つを挙げている。①発達の変化が多方向性をもつことを認識すること。②年齢に結びついた発達の要因と結びついていない要因とをともに考慮すること。③成長(獲得)と衰退(喪失)との間のダイナミックで持続的な相互作用に注目すること。④個人の生涯が歴史に埋め込まれていることを考慮すること。⑤発達における可塑性の範囲を研究すること。まとめるとBaltesの定義する生涯発達心理学とは、生涯発達の一般的原理についての研究、発達における個人間の差異および類似性についての研究、そして発達の可塑性の程度及び条件についての研究であるといえる。

生物学的観点に依拠してきた既存の発達心理学は、人のその一生を段階に分け文化や社会との繋がりの中で論じたErikson (1959/1973) のライフサイクル論²⁾、Baltesらの生涯発達論を用いて、個人内の変化と安定性・連続性の存在、そこにかなる個人間の異質性と類同性があるのかへと眼をむけるようになった(遠藤, 2005)。生涯発達心理学とは、生物学的な人間の身体の時間的流れをその根底に持ち、あくまでも個人にその主眼を置きながら、個人と文化、社会のつながりの中で人の一生を捉えようとする学問だといえることができる。こういった生涯発達心理学が問うものは、社会や文化との関係を加味しながらも一貫して個人の生である。

人のその一生の流れを包含するこのような視点から死はどのような意味を持つものとして語られてきたのだろうか。発達心理学あるいは生涯発達心理学という文脈において死の問題を取り上げようとすると、これまで全くといっていいほど光が当てられてこなかったことに気がつく。例えば人の生きる過程を従来の年齢段階という軸に沿って描いて見せた『生涯発達心理学』(小嶋・やまだ,

2002)では、「死の問題は老いることの意味」という中年期以降の項になってようやくその姿を見せる。この文脈において、人は自分の死を自覚することによって喪失感や焦りを感じ、その一方で死を自覚するからこそ、残された生への思いが強くなるという生への渴望として死の意味が説かれる(やまだ, 2002)。つまり死は生きることの意味、人生の目標の達成といった生を際立たせるものとして語られるのである。

成長を量的な変化、発達を質的な変化であると論じる上田(2005)は、人の一生を胎児期から成人期までの人のいくつかの段階に分けて論じるのとは別に「死と死の受容」について記している。そこでは、死の問題は老年期に限らず生涯のどの時点においても起こる可能性があることとされ、それぞれの発達段階と死の理解について論じられている。Brunner & Suddarth (1982/1994) は、看護の実践に即して加齢に伴う死の理解を次のように報告している。①3歳から学齢までの子どもは死の普遍性や非可逆性を理解することができない。また、死と睡眠が区別できないことがある。②5,6~9歳頃までで、死は生の中止であることを学ぶが、死がまだ避けられるものであるとも考える。③9,10歳以上では、死は普遍的で非可逆的なものであることを理解する。また、Anthony (1972) は、学童期中期には、死についてかなり現実的な認識を持つことができるようになるが、死を自分や周囲の人と関連づけて捉えることができないと論じる。このように老年期以外における死の問題は、認知理解の一貫として語られるに過ぎず、体験としての意味を持つものではない。それに対して、Bluebond-Langer (1977/1992) は、白血病を患った子どもの研究から個人的経験と死の理解が深く結びつくことを記している。

学童期の認知理解の一貫として語られてきた死の問題は、中年期後期からは克服すべき課題にその形をかえ取り上げられる。Erikson (1959/1973) のライフサイクル論でも死の問題は人生最後の課題として語られる。Eriksonに依拠し、人生のそれぞれの時期の発達課題を示したHavighurst³⁾ (1953, 1972, 1973) は成人期後期の発達課題の1つとして、「配偶者の死に適応すること」と二人称

の死を取り上げている。さらにPeck (1956) も老年期の危機の1つとして配偶者の死と自分自身の死を取り上げている。Butler (1964) は、身体の老化と共に迫りくる死を実感する老年期において、回想や追憶が死への準備と結びつくとしている。

また上田 (2005) も、人々が死について考えるのは、その生活の中で直接的あるいは間接的に死に直面することが多くなる中年期以降だとする。成人期後期になり、他者の死を見送る者として経験することで、自身も死ぬ存在であることを認識し、死の問題が身体機能の低下と相まって老年期の課題となるのである。Jankélévitch (1964/1978) によれば、人は親の死を体験することによって死を「真に受け取る」こととなる。「両親の死のほうは、第三人称態としての死と自分自身の死との間に介在する最後の仲介者を消失せしめる。我々自身の死と死の概念とを分け離していた最後の斜面が落ちたのだ。種の生物学的関心は決定的に我々を去り、虚無から我々を庇護していた気遣いは位置を変えて、我々は死と差し向かいの状態に残される。今度は私の番だ」(Jankélévitch 1964/1978)。

生涯発達心理学においても、人は自分の両親の死あるいは同年輩の仲間の死に直面することで、死を受け入れ理解しようとする (Newman & Newman, 1978/1980) と見送る者としての死の体験が死について考える契機になるとする。一般的に親あるいは同輩の死を経験するのは中年期以降であることから、生涯発達心理学において死は、加齢と共に克服すべき対象として (McCrae, Bartone & Costa, 1976)、あくまでも平均的な生物学的流れの中で捉えられてきた。

このように、個人のライフコースを中心においた生涯発達心理学の中では、死の問題は老いと共にしか語られてこなかった。さらにそれは、問題となる死が二人称における死や自身の死だとしても、まだ先の事として死をみつめ準備をするという意味においてでしかない。

平均的な時間の流れの中で死を捉えるという抽象的な形式では、死の「固有性」は表れず、自身の死あるいは他者の死が持つ意味について深く論

じることはできない。死の「固有性」とは、例えば、死を体験する者がどこの誰で、年齢や性別、生育歴、死因などを説明する具体性＝固有名詞があるという意味に留まるものではない。「固有性」とは、「それ自体においてかけがえのないもの」であると共に、その死が「私とあなたにとってかけがえのないもの」という関係の中において意味を持つものであることを指す。この意味では、具体性は「固有性」に包含される。「固有性」の欠如した死は、必ずしも筆者の体験とは整合しない。ある人に訪れる死というものは、死に逝くその人の内のみ起こるのではなく、なにものにも代えがたいかけがえのない「その人」と「私」という関係の歴史性の上に起こるものである。

先のJankélévitch (1964/1978) が主張するように、親の死が死を「真に受け入れること」につながるのは、自分がこの世に生まれて以降、常に自分の姿を映し出し自分の住処を持つことを絶えず許してくれていた「他」が消滅することで、「他の内なる自」が消滅することにあるのではないだろうか。それ自体においてかけがえのない人と私にとってかけがえのない人の間に起こる死は、平均的に語りえる死ではなく、「固有性」を持った死なのである。

死を生終わりとどう理解し受容するのかという視点からしか捉えることをしない従来の生涯発達心理学の考えは、自分が死ぬ存在であることをその内に抱えながら生きることや、死を見送る者の生と逝く者の生が重なりながら並走し、互いの生の中に死という出来事があるということを見つめる視点を欠いている。視点を欠いているというよりも、人の死を自明なものとして、棚上げしているがゆえに、死が持つリアリティやアクチュアリティを欠いているという方がいいかもしれない。互いの生の中に死があるという関係を考えれば、生命の停止、あるいは生の終焉としての死という考えだけでは死がそれぞれの人生にもたらす意味など到底考えられないことは明らかである。それでは、死に逝く人々と遺される者（家族を含めた）に寄り添い、個々の生に光を当ててきた死の臨床研究は死をどのように捉えてきたのだろうか。臨床現場の視点から構築された死の臨床研究

を概観することにしよう。

Ⅲ. 死の臨床研究再考

どうやって死について研究するのかという問題におちあたったのである。データは集めにくいし、集めたとしても検証も実験も不可能なテーマだからだ。実行できそうな最善の方法は、末期患者に教師になってもらうという結論に達した。重篤患者を観察し、彼らの受け答えや要求を調査し、周囲の人々の反応を見、そして死に臨む彼らが許してくれる限り、彼らの内面に接近しようというのである。

(Kübler-Ross, 1969/1988. 『死ぬ瞬間』 p.43.)

1. Kübler-Rossに始まる死の臨床研究

1969年、人々の「生」あるいは死に関する考え方に大きな影響を与える一冊の本が出版された。死がタブー視される社会状況の中で (Ariés, 1975/1983)、『On Death and Dying: 邦訳』死ぬ瞬間 死とその過程について』と題され、エリザベス・キューブラー・ロス (Kübler-Ross, Elisabeth, 1926-2004) によって発表された末期患者のインタビューは、死を考える事と共に生を考える上でも人々に一石を投じることとなった。

彼女のもっとも有名な功績の1つに死の過程の段階説がある (図1参照)。5つの段階からなるこ

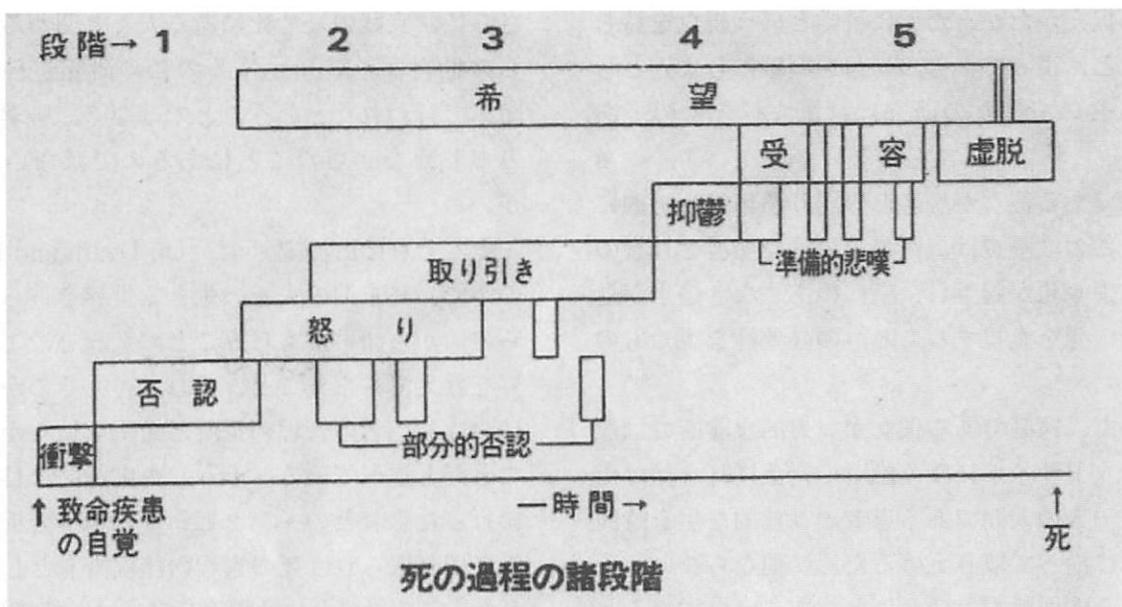
の説は、不治の病の告知から始まる。

第1段階、「否認」: 不治の病であることを告知された人は、その衝撃を和らげるために事実の否認を試みる。「私がそんな病気になるわけがない」と否認した人は、それでも突きつけられる事実 (自らの身体に直接感じるものや周囲の人々によって知らされるもの) と向き合わなくてはならなくなる。

第2段階、「怒り」: 自らも死ぬ存在であること (それはいつかではなく、近い未来に生命の終焉を迎えるということ) を認めざるをえなくなった人は、「なぜ、あの人ではなく私が」「どうして今」というやり場のない怒りを覚えるようになる。そして、今死に逝く存在としてある自分と、そうではない他者との間に埋められない溝を感じ、自分の気持ちが理解されない (共有できない) と思い他者との交流を拒むようになる。

そして第3段階、「取引」: 自分の死をどうやったら先延ばしにできるのかを考え、「もし命が助かったら人のためにつくします」といったように神との取引を考える。そして、否定や取引と試行錯誤した結果、自らの死がやはり避けられないものであることを知ると第4段階、「抑鬱」に入る。病気の進行と相まって、混沌とした世界を体験する。そして、第5段階、最終段階とされる「受容」

図1 Kübler-Rossの死の過程の諸段階 (Kübler-Ross, 1969/1988 『死ぬ瞬間』 p.430.)



である。先の4つの段階を経験した後に、人は自分の死を受け入れ、安らかに死を迎えようとする境地に至る (Kübler-Ross, 1969/1988)。

彼女の研究に見られるように、不治の病との出会いは、多くの場合病院という医療の世界においてであり、その住人である医師と患者という二人の間において1つの事実として確認されるのである。

200人以上もの患者との面談から導きだされたこのセンセーショナルな研究は、死を研究する枠組みにも大きな影響を与えた。

Ariès (1977/1990) は、「死は、法医学のケースにおけるそれは別として、医学的な知から排除され、科学上の一時的な失敗とみなされ、それがそれ自体として研究されることはこれまでになかった」と医学・生物学的枠組みが扱う死の視点の狭さを指摘している。また、「出来事としての死」以外に人々が眼をむけてこなかったこと、裏を返せば生への志向を強くするがゆえに、死を単に生の終わりとしてしか捉えていなかった当時の状況への警告を発している。このような社会的背景の中で発表されたKübler-Rossの研究の意義は、1. 段階説が医師であるKübler-Rossによって唱えられたこと、そして、2. 人間の死にゆく過程を科学的に捉えようとしたことであると青柳 (2005) は指摘する。つまり、死という点としての出来事を取り巻く多様なものをその範囲外としていた医学的視点を拡張したという点、さらにその複雑さゆえに捉えがたかった死に科学という視点を持ち込むことによって、その一角を明確にしようとした点において彼女の研究は特筆すべきものである。

医師である彼女が患者との語りを精神分析的に表したこの段階説は、医療の急速な発展と社会の変化により死が隠され、生へのあくなき追求が進む中で、死を直視することへの必要性を説くものであった。

そして、医師である彼女が一方的な診断ではなく、ベッドサイドに座り患者の言葉に耳を傾けたのは、一人の人間である患者の具体的な生を時間的流れに沿って取り上げるために他ならない。そこにこそ人が死ぬということ、あるいは生きると

いうことの真髓があるという確信があったからではないだろうか。そして、その患者は必ずしも精神面における治療を必要とされた患者ではなく、ごく普通の入院患者であった点もまた興味深い。先に青柳 (2005) が指摘したKübler-Rossの研究意義にもう一点、Kübler-Ross自身がこめた意味がある。それは、人は最期まで成長できる = 死を迎えるから全ては終わりではないというメッセージである。晩年の彼女が死後の生について論じていることから明らかである⁴⁾。

死に逝く過程の段階説に関しては、国内外を問わず多くの追試がなされ、順を追って心理状態が変わっていくことに対しては多くの反論がなされてきた (e.g. Shneidman, 1973/1980; 山本, 1991; 河野, 1984; 上野・大原, 1983; 柏木, 1990; Derek et al, 1998)。

Shneidman (1973/1980) は、Kübler-Rossの研究に関して次のように述べている。「順序に関していえば、そもそも一定の順序があるとさえ思っていない。私が見たものは、複雑に群をなす種々の知的・感情的状態であり、ある状態はつかの間に過ぎ去り、ある状態は少しの間、あるいは一日、あるいは一週間続き、さらにその状態は予測できるものではなく、その人の全人格とく人生哲学>によって定まってくるものであった」。Shneidman (同上) の指摘をはじめとする段階説への批判は、この5段階がその変容を水平的に区分していること (青柳, 2005) に向けられている。さらに、実践の場で死に逝く人々と関わる人々からの批判は、Kübler-Rossのこの研究が科学的枠組みで行われたということではなく、科学的枠組みでしかなかったことにあるのではないだろうか。

そもそもKübler-Rossは『On Death and Dying』の中で、終末期の人々の生きる世界を彼ら・彼女らの口から語ってもらうことの意義を、①その世界を教えること、そして、②そこから病院における患者の管理の長所と短所を彼らから学ぶことだと述べている。そうした実践的な目的の下に行った患者とのインタビューは精神分析の枠組みで切り取られ「死の過程の諸段階」として表された。この段階という概念はFreud以降精神分析、

また、先述した発達心理学において重要な位置を占めている。

それでは精神分析が背景に持つ考えとはどのようなものなのだろうか。精神分析や臨床心理学の成り立ちについて河合（1994）は、心の病に苦しむ人に対する援助という極めて実際的な目標をもって生じてきたと述べる。さらにその視点として、原因究明から治療という流れの中で、人間の心の発達段階とそれに相応する課題という発達モデルに従って人を見ることが基盤にあることを指摘している。つまり、Kübler-Rossは医学的視点の1つである精神分析を用いることで、段階という「客観的ものさし」をつくったのである。もう1点、Kübler-Rossは病院という医療現場と医療従事者－患者関係という背景の下で、治療あるいは管理という実践へ活用するという目的があった。その段階において「彼女」と「その患者」という「固有性」はそぎ落とされた。数多くの臨床から構築されたKübler-Rossの段階説は、それぞれの出会ひの中での生あるいは死から「固有性」をそぎ落とす形で医学の世界での視点を保ったのである。

そして、精神分析を背景に持つKübler-Rossのこの段階説は、容態の変化と相まって日々あるいは時々刻々と変様する死に逝く患者のその姿と上手く重ならないのである。さらに、Shneidman（1973/1980）が、「その人の全人格とく人生哲学」によって定まってくる」と指摘しているように、単に末期患者という括りでは人の死に逝くその実相を語りきれないものであるという、科学的視点との違和感を結果的にあらためて明らかにすることになった。このShneidmanの指摘は、死に逝く者と共にある中で自身の身体を通して感じた「私」と「その人」という関係＝「固有性」が臨床現場においても重要であるということを端的に示したものである。とはいえ、末期患者との語りや詰め込まれたKübler-Rossの研究は、これまでタブー視されていた死、あるいは死の過程に人々の目を向けさせ、また、日々死に逝く人々と関わりを持つ医療者にも、医療の立場からどのような関わりを持つことができるのかについて多くの示唆をした点において重要な役割を果たしたといえる。

2. Cecily Saundersに始まる死の臨床

そうしたKübler-Rossと時を同じくして、死を臨床現場でどのように扱うのかについて、第一線において実践してきたのが昨年亡くなったシシリー・ソンドース（Dame Cecily Saunders, 1918-2005）である。内科医であった彼女は、Cure中心であった医療現場において、死に逝く過程を歩む人々へCareをと臨床現場に新たな風を吹き込んだ⁵⁾。1967年、現代ホスピス⁶⁾の先駆けであるセント・クリストファーホスピスを設立したSaundersは、身体的な苦痛の緩和のみに留まらず、精神的な痛みをも重視すると共に死に逝く人々が抱える全ての問題に関して手を差し伸べる必要性を説いた（1981/1984, 1981/2006, 1983）。換言すると、科学的には「それ」でしかなかった主体の死に、逝く者と見送る者との関係を持ち込むことによって、死を「汝」と「我」の関係において考えたのだということが出来る。CureからCareへの医療のあり方の変更を唱えた⁷⁾彼女は、治療に用いる精緻な科学とCareの技術の双方に関心を持ち続けていると述べる（Saunders, 同上）。また、個人が必要としているものに関心のすべてを集中することと、死に逝く者に意識を集中させる必要性を説く。このようなSaundersの主張は、Careする側の視点が死に逝く個人のみに向けられることを指す。

Kübler-RossとSaundersの関心は、死という出来事が、①死に逝く人々が身体的・精神的にどのような問題を抱えているのか、②その問題を医学の視点からどう読み取るのか、③病院あるいはホスピスという医療の現場においてこの問題にどう対処するのかという3点に絞られていた。つまり、死に逝く者という個人とCure/Careを提供する者という2者間において役割を明示させた上で死について考えてきたといえる。この点で、抽象的でしかなかった死に、その死に逝く過程に光を当てることによって死に逝く人の具体的な姿に光をあてたといえる。しかし死が逝く者と見送る者の間で起こるその「固有性」についてはまだ十分な議論がなされたとはいえない。性別・病歴・病名などといった具体的な死は、関係性を離れた所からでも語ることで出来るものであるが、「固有性」を持

つ死は関係性を離れたところでは語りえないのである。

以上、これまで行われてきた死の臨床研究について概観した。こうした医療の変化に伴って、人々の死あるいは死に逝くことへの関心は、尊厳死や安楽死を含め「よりよい死に方」へと集中してきた。「望ましい死」とは、まずそれぞれの人が望んでいたような死であり、次に、親しい人々と心ゆくまで別れを惜しむことのできる死であり、さらに、心残りや苦しみ、悩みの少ない死である。一言で言うと、「望ましい死」とは、自分で選ぶことができるならば選ぶであろう死のことであり、それは単に、人生の終わりを意味するばかりではなく、完成の意味も含む」とWeisman (1961) は記す。Weismanのこの言葉は、自らの死を近い未来に体験するであろう当事者の視点を端的に表している。しかし、死を見送る側にもまた、彼の指摘するような望ましい死があり、それゆえ死に逝く者と残される者の思いのズレが現れることがあり、問題はそう単純ではない。

同じように日本の臨床現場においても、日野原 (1983, 1989) や柏木 (1978, 1983, 1989, 1993, 1995) を始め多くの医療者によって、医学のパラダイムが変容しつつある。日野原・山本 (1989, 1990, 1991) は、人の生命を自然科学以外の人文科学や宗教までを含め学際的に扱うことの必要性を説き、さらにその成果を医学・医療に還元することを提唱する。また、「死の実体と死にいく人へのアプローチを考えない限り、人間の生とは何かということを理解することはできない」と、死の問題と生の問題が切り離せないことを論じている。こうした動きの中で、臨床現場から死に光を当てることは、①死に逝く人々の精神面を明らかにする、②患者だけではなくその家族の心理状態を把握する、③①、②を踏まえどのようなCureあるいはCareができるのかを考える、④デスエデュケーションを模索するという極めて実践的な新たな目標を見出した。

ここでの死の意味は「よりよい生」を志向するもので、生の期限として死を意味あるものとして捉えているといえる。

IV. 死を考える視点としての<生涯発達心理学>再考

人の死生を捉える視点としての生涯発達心理学を考え直す時、発達という言葉が含む意味をもう一度捉え直す必要がある。西平 (1993) は、Eriksonの発達論を発達心理学のいう発達と区別し、<人間形成論>と称して次のように説明する。「人間形成論は、同じく人間という特殊な存在者の存在様式の解明に努めながらも、その視点は、固定的・制止的・構造的であるよりは、むしろ、発生的・発達の・変様のであろうとし、人間という存在者を「永遠の相のもとに」普遍的な存在様式の次元において解明するのではなく、「変様の相のもとに」プロセスとして、絶えず移り変わる相において説明しようとする。—中略—人間存在論にとっては、子どもである・青年である・老人であるといった区別が重要な意味を持つことなく、より基礎的な「人間」の存在様式こそが問われるべき事柄なのである」。そして西平は発達論を、人生全体をいくつかのステージをもって展開する発達の相において描き出す理論とする。そうした理論の上にとって、従来の発達心理学において捉えることのできななかった、筋ジストロフィーによって若くして死に逝く子どものその生の輝きも発達と捉えることできる (西平, 同上)。

本田 (2006) は、発達が老いと死を包含する時、「発達という語と概念は、「生の動態」のすべてを解明するためのキーコンセプトへと変容する」と言う。さらに「人が生きること」にかかわるあらゆる事実と密着し、その細部にわたる要請を捨象することなく、見つめ直し取り上げ直しつつ進められるべき」だという。換言すると、「発達」は、一定の停止した時間の内ではなく、絶えず変動してゆく中で人のその一生に迫る視点だといえる。このように、「発達」という言葉の意味を拡張し概念を変革しても、「発達」の最小単位として考えられているのは依然として個人である。そこに鯨岡の「関係発達論」を併せ持つことによって、「固有性」を持つ人と人之間にあるものとしての死の意味を問うことができるといえる。人は自分の死を体験し語りえない。他者の死を見送る者としてあった者がいつかは (多くの場合は加齢と結びつ

いているが、死はいつ誰にでも訪れるものであり、かつその時期は老年期とは限らない、見送られる者となるのである。しかし、死の問題は、誰にとっても自分のこととしては一回限りのことであり、なおかつその時期を選ばない（必ずしも年齢に沿っていない）ことから、暦年齢と共に語られてきた生涯発達心理学ではまだ捉えきれないところがある。人のその一生を個人が歩む時間的展望において段階的に見る生涯発達心理学に対して、鯨岡（1999a, b）は人の一生の発達を「基本的に、種の世代間リサイクルおよび文化の世代間リサイクルの間に挟まれた「子ども－養育者」間の行動的、心的関係の変容に他ならない」として「関係発達論」を提唱する。1人の人間の生涯過程は「<育てられる者>から<育てる者>へ、そして<看取る者>から<看取られる者>へ」という基本構造をもち、しかもそれが世代間で循環していくという素朴な事実に着目し、これを従来の「子どもから大人へ」の能力発達モデルに代わる発達理論の骨組みとみなす（鯨岡, 2002）とする。

生涯発達心理学は、その射程を人の誕生から死に至るまでに拡げ、文化や社会との相互作用をも視野に入れるようになった。しかし、生涯発達心理学があくまでも個体をその最小単位とし個体の生物的能力の発展に主眼をおくことに、鯨岡は乳幼児と養育者の関係に基づいてアンチテーゼを唱える。鯨岡（同上）が指摘するように、親子の二世帯あるいは三世帯の世代が相互に影響を及ぼし合いながらそれぞれの生涯発達過程を同時進行させる中で、人の生あるいは死の問題はたち表れてくる。この「子どもから大人へ」から「<育てられる者>から<育てる者>へ、そして<看取る者>から<看取られる者>へ」という従来の生涯発達心理学へのパラダイム変換の提案は、死の問題について考える上で有用であると考えられる。

V. 最後に

頼藤（2001）は、自身の闘病生活をもとに次のような言葉を残している。

自分が存在しなくなるだけでなく、自分と分かちがたく結びついているもの、それなくし

ては個人として何もかもが無意味になるような大切なもの⁸⁾との“あらゆる関係”が絶えることも恐ろしい。あらゆる関係の片方の項（自分）が消滅してしまうこと、これは想像することは不可能である。我々が生まれてこのかた知っているのは“あらゆる関係”だけだからである。

自らの死を意識した時、人は何気ない生活の中に自分の断片を確認していたことに気づくのである。だとするならば、「人間の死生の真実」に迫るということは、家族をはじめとする他者との関係性の中で、もう少し拡げて考えると社会、文化に絡め取られる中で生きる人のそのあり様に迫ることだといえる。そういった人のあり様に迫る中から見えてくる「生」の姿あるいは死の姿、そしてそれと共にある人に光を当てることによって、「人間の死生の真実」のあらたな一側面に触れることができるのではないだろうか。

人が死を自らのものとしてどのように受け止め、それぞれの生の中に受け入れ、向き合ってきたのかということまずは、当事者の声、当事者の生きる世界を共に生きることで浮き上がってくることから考えようとするところに、新たな死への視点の第一歩が切り開かれるのである。

今後は、平均的な人の一生の流れを明らかにしてきた従来の生涯発達心理学の理論と、一人の人間の生涯過程を重要な他者との関係性の上に成り立つものとして見る「関係発達論」の理論をあわせ持つことによって開かれる<生涯発達心理学>の視点を布石として「ライフサイクルにおける死の意味」を考えていきたい。

引用文献

1) Baltes (1993) は、“life course”という言葉を用いる上で、この論文の中で次のように注をつけている。

「この論文では、“life span（訳文では「生涯」）」という語と“life course”訳文では「ライフコース」』という語とを、相互に交換可能なものとして用いる。西ヴァージニア会議シリーズ（Goulet & Baltes, 1970）が刊行されて以来、心理学者は“life span”を好んで用いる傾向があ

るのに対して、社会学者は“life course”（ただしBühler, 1933 参照）を用いる傾向にある（東洋・柏木恵子・高橋恵子編集・監訳 『生涯発達の心理学』 第1巻, 175頁）。

2) Erikson (1959/1973) は、精神分析に立脚しながらも、発達個人の生物学的な能力の時間的展開と共に、社会的環境の影響を大きく受けるというライフサイクル論を提唱した。人間を精神・身体的、対人関係的、社会文化的、歴史的という多次元的存在として捉え、自我をその統合の主体として心理社会的発達論を展開した。それぞれの発達段階（個体発達分化）には特有の課題があり、個人はそれをうまく解決して次の段階へと進むという段階における「危機」という考えを用いる。

3) 人の一生を段階に切り分けて論じる生涯発達に課題という概念を取り入れたのは Havighurst である。生涯の発達課題は、社会的存在としての面（文化や価値観）と結び付き、教育、社会的水準で論じられている。

4) 青柳 (2005) は 岡野 (1996) の論文をもとに、Kübler-Ross が晩年、トランスパーソナル心理学に傾倒していたこと、死に逝く過程と死後生

の繋がりが不明瞭なこと、Kübler-Ross の思想が部分的（死に逝く過程にのみ多くの注目が集まっていること）に論じられていると指摘している。

5) Cure 中心の医療現場における Kübler-Ross の研究とは対照的に自身の体験から Care の場を作り上げた Saunders は、内科医ということもあり、患者が抱える身体的苦痛から出発し、トータルケアを目指した。

6) ここでいうホスピスとは終末期ケアを行う医療機関（建物）としてではなく、「死を真正面から直視させ、死に逝く人々とその家族、さらにはそのような人々をケアするすべての人間が、心を1つにし、まともに死と向き合うよう、励ますため」(Young, 1981/2006) のものであり、その理念を意味するものである。

7) 根治療法から対症療法へという変更が必要であるということとともに、これは単に Cure から Care へという一方向的なものではなく、根治療法を対症療法的に使用することも可能であることも含む（岡安, 1989）。

8) 頼藤は人類、国家、組織、身分、資産、家族、仲間、仕事、趣味、愛用品などを挙げている。

基本情報変更届

平成 年 月 日

該当する項目にレを記入して下さい <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 改姓名 <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> その他		
フリガナ	姓	名
<input type="checkbox"/> 氏名		
<input type="checkbox"/> E-mail		
<input type="checkbox"/> 勤務先	勤務先・学校名称	
	旧勤務先名称 〒□□□-□□□□	
TEL		FAX
<input type="checkbox"/> 職種	1. 医療職 2. 看護職 3. その他医療看護職() 4. 栄養士 5. 保育士 6. 学校教職員 7. 福祉職 8. 研究職 9. 当事者 10. 家族 11. その他()	
<input type="checkbox"/> 自宅	〒□□□-□□□□	
	TEL	FAX
旧自宅住所		
送本先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不要	
退会届	年 月 日をもって退会します。	
退会事由		
事務局への通信欄:		

日本育療学会

FAX: 046-839-6946

電子メールの場合は、上記の必要事項を記載の上、事務局宛 (nihonikuryo@ybb.ne.jp) までお送り下さい。

第45号 育療 編集後記

育療45号をお届けします。今回の特集は、病弱教育における心理的支援がテーマです。病気には、大きく体の病気と心の病気があります。子どもの場合、体と心の関係が未分化で、お互いに影響を及ぼし合います。その例が、心身症といえるでしょう。病気の子どもの教育的支援は、病気の子どもの心理の理解無しには出来ません。

巻頭言に、特集の執筆者の紹介があります。貴重な論文を寄稿して頂けたことに感謝します。論文は、2本掲載しました。一つは、共生社会形成の要素としての特別支援教育というテーマの意欲的な論文です。論文の書き方としては、今までの育療には馴染みが薄いかもかもしれません。今後は、このような論文の投稿も、大いに期待されるところです。もう1本は、生涯発達の視点から死の問題を捉えた論文です。育療第42巻の特集「小児の緩和ケア」と併せてお読み頂ければ有益ではないでしょうか。

最後に、育療の充実に向けて、会員の皆様の論文投稿をお待ちします。特に、現場の教員の皆様の実践報告は大歓迎です。学術誌とSNSを効果的に活用し、会員の更なる学術活動に貢献するとともに、会員相互交流も進め、質の高い情報を提供していきたいと考えています。日本育療学会の発展のために、会員各位のご協力をよろしくお願い致します。

(文責 西牧 謙吾)

編集委員

及川 郁子 小畑 文也 笠原 芳隆 小林 信秋 棹山 勝子 滝川 国芳
武田 鉄郎* 中井 滋 中塚 博勝 西牧 謙吾 濱中 喜代 平賀健太郎
村上 由則 山本 昌邦 横田 雅史 * (編集委員長)

編集規定

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。

投稿規程については、別に定める。

日本育療学会機関誌「育療」 第45号

平成21年12月20日印刷

平成21年12月24日発行

編集・発行 日本育療学会理事長
西牧 謙吾
「育療」編集委員長
武田 鉄郎

日本育療学会事務局

〒239-8585 神奈川県横須賀市野比5-1-1

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所 病弱班室気付

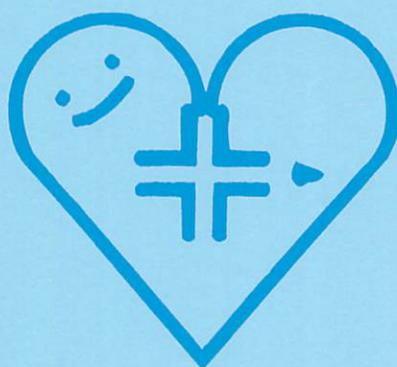
FAX番号：046-839-6946

メールアドレス nihonikuryo@ybb.ne.jp

ホームページ <http://nihonikuryo.jp>

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**