

育療



2011.12

日本育療学会第15回学術集会総括報告	濱中 喜代	1
基調講演		
トータルケア	細谷 亮太	7
	濱中 喜代	
緊急報告		
東日本大震災での 一病弱教育特別支援学校の対応等について—多くの人に支えられて—	高屋 隆男	15
	西牧 謙吾	
学術集会会長講演		
入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携—病棟師長・ 主任に対する全国調査の結果からみえてきたこと—	濱中 喜代	19
口頭発表I		
	横田 雅史	25
	武田 鉄郎	
口頭発表II		
	島 治伸	27
	中塚 博勝	
ポスターセッション		
	小畑 文也	29
	滝川 国芳	
教育講演		
教育と医療の連携と協働の構築のために	谷川 弘治	33
	山本 昌邦	
シンポジウム		
入院している子どもの QOL 向上のための連携支援	大見サキエ	43
	土屋 忠之	
編集後記		

日本育療学会第 15 回学術集会総括報告

濱中 喜代

(日本育療学会第 15 回学術集会長)

日本育療学会第 15 回学術集会が平成 23 年 8 月 27 日・28 日の二日間にわたって、東京慈恵会医科大学・大学 1 号館を会場に「入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携」をメインテーマに行われました。学術集会を開催するにあたり、ご支援を賜りました皆様にあらためてお礼申し上げますとともに、成功裡に終了しましたことを、ここにご報告いたします。

メインテーマに沿って口頭発表が 11 題、示説が 11 題で計 22 題の発表が行われました。看護関係者が主宰するのは初めてなこともあり、看護関係者の発表や参加が多くありました。全体で 160 名余りの参加を得ることができました。この学術集会は毎年少しずつ専門性が異なる会長の元に主宰され、それぞれの専門性を超える学術の交流の機会にもなっています。

今回の学会のねらいは特別支援教育のなかで病弱教育の中心的な対象である入院中の子どもと家族に焦点をあてて、教師、医師、看護師、保育関係者、臨床心理士、ソーシャルワーカー、そして家族がそれぞれの立場で役割を理解し、協力・連携しあって、入院中の子どもの教育支援がよりよくできるような研究報告、意見交換、議論ができることでした。2 日間を通してこのねらいが十分に達成できたと実感しております。

27 日に基調講演として聖路加国際病院の副院長である細谷亮太氏に「トータルケア」という題でお願いいたしました。40 年余にわたる長年のがんのお子さんやご家族との関わるなかで得られた、聴衆の感性に響く含蓄あるお話を伺うことができました。学会総会のあと午後には 3 月 11 日に起きた東日本大震災の緊急報告として「特別支援教育の現場対応と今後の課題」という題で、前福島県立須賀川養護学校長の高屋隆男氏にお話いただくことが

できました。大震災 5 か月後に、このようなお話をいただくことができ、今後について皆様とともに考えることができたことは、大変貴重なことであり、1 日も早い復旧・復興を願わずにはられませんでした。

その後、学術集会長講演として「入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携－病棟師長・主任に対する全国調査の結果からみえてきたこと－」という題で、特別支援教育担当の教師と医療者がどのように連携・協働しているのか、その現状や課題を明らかにし、今後のあり方について考察する目的で行った調査結果を紹介しながら、皆様とともに教育と医療の連携について考える機会にしました。

続いて、口頭発表 5 題が行われました。特別支援教育や長期入院児の教育支援が中心のテーマであり、今後の支援のあり方について示唆に富んだ報告でした。その後に示説の発表が 11 題あり、うち 6 題が看護職の発表でした。会場がせまく十分参加ができるか危惧されましたが、その心配をよそに大変熱心な参加のもとで充実した発表会になりました。教師と医療者の連携・協働のテーマもあり、全体の研究の質も高いものでした。ただ発表時間を確保した関係でその場での質疑の時間が十分取れなかったことが残念でした。

28 日は午前中に口頭発表 6 題が行われました。病弱教育の認識に関する研究や復学支援等が中心のテーマであり、今後の研究の進展に注目したい興味深い内容でした。

続いて教育講演として西南女学院大学保健福祉学部福祉学科教授の谷川弘治氏にメインテーマに連動させて「教育と医療の連携と協働の構築のために」という題でご講演いただきました。入院中の子どもに対する医療と教育に携わるものがどのように連

携・協働していくべきかについて、具体的な方略や連携のためのシステムづくりのための研究的な取り組みについてご紹介いただき、多くのご示唆をいただくことができました。

昼食タイムに『X P 親の会』の方々による人形劇を鑑賞した後、シンポジウムを「入院している子どものQOL向上のための連携支援」という題で行いました。看護教員、小児専門看護師、特別支援学校教諭、ソーシャルワーカーの4人のシンポジストをお迎えして実践のご紹介いただき、多職種間での議論を参加者の皆様とともにやり、連携のあり方について深めました。研究から得られた知見や実際の連携の取り組みの紹介があり、それぞれの専門職の子ども観や子どもとの距離のとり方、立ち位置の微妙

な違いを実感することもできました。やや時間不足でしたが会場との質疑も行われ、連携にむけてのシステムづくりの必要性が示唆されました。

最後に、この学術集会を開催するにあたり、ご後援いただいた文部科学省、厚生労働省、東京都教育委員会、日本小児看護学会、全国特別支援学校病弱教育学校長会、全国病弱虚弱教育学校PTA連合会、全国病弱教育研究会他諸団体、NPO 難病の子ども支援全国ネットワークに心より感謝申し上げます。また準備から報告までの全ての過程で、ご協力、ご支援いただいた本学会の理事はじめ、学会企画・運営委員、ボランティアの学生の皆様方に心より感謝申し上げます。

平成 23 年度 日本育療学会第 15 回学術集会

メインテーマ

「入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携」

1 開催日時

2011 年 8 月 27 日 (土) 10:00 ~ 18:00

28 日 (日) 9:00 ~ 15:30

2 会場

東京慈恵会医科大学 (西新橋キャンパス) 大学 1 号館

3 階講堂 (東京都港区西新橋 3 - 25 - 8

TEL 03 - 3433 - 1111)

3 学術集会長

濱中 喜代

(東京慈恵会医科大学医学部看護学科・教授)

4 後援

文部科学省、厚生労働省、全国特別支援学校病弱教育学校長会、国病弱虚弱教育研究連盟、NPO 難病の子ども支援全国ネットワーク、東京都教育委員会、日本小児看護学会

5 日程・内容

8 月 27 日 (土)

基調講演

総会

学術集会長講演

口頭発表 I

ポスターセッション

8 月 28 日 (日)

口頭発表 II

教育講演

シンポジウム

6 参加会費

事前登録：会員 4,000 円 非会員 5,000 円

学生 3,000 円 (7 月末まで入金の方)

当日参加：会員 5,000 円 非会員 6,000 円

学生 4,000 円

懇親会費：5,000 円

7 お問い合わせ先

日本育療学会第 15 回学術集会事務局

〒182-8570

東京都調布市国領町 8 - 3 - 1

東京慈恵会医科大学医学部看護学科

濱中 喜代研究室

平成 23 年度 日本育療学会第 15 回学術集会並びに総会プログラム

【27 日(土曜日) 10:00~16:15】 ※受付は 9:30 分より開始

10:00	開会式・理事長挨拶・学術集会長挨拶			
10:10	基調講演 細谷 亮太 氏 (聖路加国際病院・副院長)			
11:40	「トータルケア」 座長:濱中 喜代(東京慈恵会医科大学)			
11:45 12:15	学会総会			
12:15 13:00	昼休み(ポスター掲示)			
13:00	緊急報告 高屋 隆男 氏 (前福島県立須賀川養護学校長)			
13:30	「東日本大震災での一病弱教育特別支援学校の対応等について ー多くの人に支えられてー」 座長:西牧 謙吾(国立特別支援教育総合研究所)			
13:35	学術集会長講演 濱中 喜代 (東京慈恵会医科大学医学部看護学科・教授)			
14:15	「入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携 -病棟師長・主任に対する全国調査からみえてきたこと-」 座長:西牧 謙吾(国立特別支援教育総合研究所)			
●口頭発表Ⅰ (発表 12 分、質疑 5 分)				
14:15	座長	発表者	発表題目	
15:40 15:55	横田 雅史 (帝京平成大学) 武田 鉄郎 (和歌山大学)	1	○鈴木和香子 浜松医科大学医学系研究科 看護学専攻 大見サキエ 浜松医科大学医学部看護学科	特別支援学校に勤務する看護師の教員や 行政に対する思い
		2	○市川雅恵 長野県立こども病院	長期に入院している子どもの復学に向け て母親が求める支援
		3	○竹村芳恵 京都市総合育成支援員 川崎友絵 奈良教育大学	病弱支援学校の親の心情と親支援の必要 性・有用性に関する一考察ー親の心情がポ ジティブに向く要因とは何かー
		4	○永井祐也 大阪大学大学院人間科学研究科 武田鉄郎 和歌山大学教育学部	ムコ多糖症の子どもの教育の実態 ー保護者へのアンケートを通してー
		5	○藍原康雄 岡田芳和 東京女子医科大学病院 脳神経外科	大学病院における院内教育支援室の役割 とその必要性 ー新・院内小児教育支援室設立構想ー
全体討議 15 分				

口頭発表終了後ポスターセッションとなります(次ページプログラムへ)

●ポスターセッションおよび交流セッション(発表 8 分、質疑 2 分)				
	座長	発表者		発表題目
前 半	小畑 文也 (山梨大学) 滝川国芳 (国立特別支援教育総合研究所)	P1	濱中喜代 ○荒川まりえ 高橋衣 他 東京慈恵会医科大学医学部 看護学科	入院している子どもの教育支援のための 教育と医療の連携 ー全国調査の自由回答からみえてきたこ とー
		P2	○大見サキエ 浜松医科大学医学部看護学科 金城やす子 名城大学人間健康学部 看護学科	小児看護に携わる病棟の教育支援取り組 みの現状ー病棟看護師長に対する質問紙 調査ー
		P3	○北川八重美 田中美里 山本優子 滋賀県立小児保健医療センター	子どもの‘学校に行きたい’ 思いを支える 看護師のコーディネーターとしての役割
		P4	○川崎 友絵 奈良教育大学 竹村 芳恵 京都市総合育成支援員	病弱教育における教師と看護師の院内で の連携に関する研究ー相互理解および連 携に対する意識に焦点を当ててー
		P5	○加藤祐美 大阪大谷大学教育福祉学部 専攻科 石川慶和 大阪大谷大学	入院中の子どもの心理的支援の在り方ー 役割認知・遂行と期待のズレからの検討ー
		P6	○佐原恒一郎 千葉県立つくし特別支援学校	中・重度知的障害児の ICT 利用教育におけ る事例研究
		17:00		
休 憩 10 分				
後 半	17:10	P7	○川池順也 東京都立久留米特別支援学校 府中分教室	病弱教育の視点による地域校との学習共 同立案について(中間報告)ーユニバーサ ルデザインによる中学校社会科の一単元 計画の作成を目指してー
		P8	○加藤千明 元浜松医科大学大学院医学系 研究科 大見サキエ 浜松医科大学医学部看護学科	小児がん罹患した子どもの地元校担任 教員の思いと支援内容ー入院から退院時 調整会議開催までに焦点をあてた 3 事例 ー
		P9	○河合洋子 宝塚大学看護学部	米国におけるこども病院内のコーディネ ーターーケースマネージャーの役割ー
		P10	○岡本光代 山田和子 和歌山県立医科大学保健 看護学部 武田鉄郎 和歌山大学教育学部	オーストラリアの小児がん患者の在宅療 養の特徴と看護師の役割
		P11	○長江綾子 広島大学大学院教育学研究科	院内学級担当教員の教育実態とニーズ調 査ー広島県下の調査からー
18:00				
18:10	懇親会(カフェテリア リーベ)			
19:40				

【28日(日曜日) 9:00～15:30】※受付は8:30分より開始

●口頭発表Ⅱ（発表12分、質疑5分）

	座長	発表者	発表題目
9:00	島 治伸 (徳島文理大学) 中塚 博勝 (中核地域生活支援センター、香取ネットワーク)	6 ○福本良之 千葉大学大学院看護学研究科 附属看護実践研究指導センタープロジェクト共同研究員 西牧 謙吾 国立特別支援教育総合研究所	地域の小学校における修学旅行への病弱児の参加ー社会学視点・法的視点の教育実践への活用ー
		7 ○深川 美砂子 明星大学人文学研究科教育学専攻 横田 雅史 帝京平成大学	病弱児の学習空白の実態に関する研究ー病種別の学習空白の有無と期間についてー
		8 ○小畑文也 山梨大学 小沢和也 山梨県立わかば支援学校 泉真由子 横浜国立大学 中澤幸子 横浜国立大学大学院教育学研究科	病弱教育の認識に関する調査研究(1)ー教職課程の大学生を対象としてー
		9 ○中澤幸子 横浜国立大学大学院教育学研究科 泉真由子 横浜国立大学 小畑文也 山梨大学 小沢和也 山梨県立わかば支援学校	病弱教育の認識に関する調査研究(2)ー普通小学校の教員を対象としてー
		10 ○江頭進 TMEW栃木モンテッソーリ教育研究会	ケニア(ナマンガ)の医師と教師の連携実践から学んだ病弱児への家庭教育ーキラキラプロジェクトを中心にー
		11 ○星野美穂 千葉大学大学院看護学研究科 博士後期課程 飯塚もと子 群馬県立小児医療センター 佐藤奈保 中村伸枝 千葉大学大学院看護学研究科	長期入院した子どもの復学支援における関係職種および保護者の認識と支援の実際ー復学が順調に進むための要因に着目してー
10:42 10:55	全体討議 13分		
11:00	教育講演 谷川 弘治 氏(西南女学院大学保健福祉学部福祉学科・教授) 「教育と医療の連携と協働の構築のために」		
12:00	座長: 山本 昌邦 (横浜国立大学)		
12:00	お昼休み (人形劇: X Pの親の会 12:40-13:10)		
13:15			

13:15	シンポジウム 「入院している子どものＱＯＬ向上のための連携支援」 座長：大見 サキエ （浜松医科大学） 土屋 忠之 （東京都立墨東特別支援学校） <シンポジスト> 大見 サキエ 氏 （浜松医科大学医学部看護学科・教授） 「入院している子どものＱＯＬ向上のための連携支援 －混沌の中、それぞれができることをすることから－」 斉藤 淑子 氏 （東京都立墨東特別支援学校・教諭） 「入院中の子どもの生き生きした学びを創るために」 大塚 香 氏 （北里大学病院小児病棟・小児看護専門看護師） 「教育支援と子どもをつなぐ小児看護－看護の力でできること－」 飛田 明子 氏 （東京女子医科大学病院・ソーシャルワーカー） 「教育支援を定着させていくためのソーシャルワーカーの支援 －訪問学級との連携を通じて－」
15:15	
15:15	閉会式
15:30	

【基調講演】

「トータルケア」

細谷 亮太（聖路加国際病院・副院長、小児総合医療センター長）

座長：濱中 喜代（東京慈恵会医科大学）

皆さん、おはようございます。濱中先生、どうもありがとうございました。濱中先生は、僕がレジデントの2年目の時に、聖路加病院に就職なさいました。だから1年後輩で2年間か3年間小児病棟と一緒に働きました。あちらは花巻出身の弘前大学で私は山形出身の東北大学なので、両方とも東京弁を喋ろうと思って東京に出てきたのに2人で話をするときには東北弁というような感じで暮らせていただきました。

これから「トータルケア」の話をいたしますが、あまり細かいことというより、先程ご挨拶にあったように、病気ではなくて、人間をみるのだということ。それを感覚的に捉えていただければ、私の責務は果たせるという風に思っております。「トータルケア」について抄録が皆さんのところに配られていると思いますが、「トータルケア」の生みの親はボストン小児病院にいたハーバード大学教授のシドニーファーバーであると書いてあります。小児がんは後でも出て参りますけども、ファーバーが治療を最初に工夫するまでは、小児がんは治らない病気でした。全くどういう風に治したらいいか分からなかったんですが、ファーバー先生は、酷くなった悪性貧血の人に葉酸を投与しますと、あっと言う間に治ってくる、そこに注目しました。治りだすと白血球がすごく増えて、正常は6千とか7千とかですけども、一時的に5万とか6万とかに上がる人がいるんですね。これは白血病と非常に似ているんじゃないかとファーバーは思ったんですね。だからもしその葉酸をカットすることができたら白血病の細胞はおとなしくしてくれるかもしれないと考えました。この辺が大雑把な考えですよ。大雑把なアイデアっていうのがとても重要だったりするんです。それで薬屋さんと相談をして葉酸の拮抗剤、葉酸が使われなくなるような薬を作りました。初めての挑

戦です。でも20年経ってもまだ治すことができなかったのですね。1,500人くらい20年間の間に治療が行われたんですけど、5年以上なんとか生かすことができたのは精々1パーセントくらいで、やはり治らなかった。1960年代の後半になっても、小児がん特に小児がんの代表である急性リンパ性の白血病は治りませんでした。大人のがんと子どものがんの違いっていうのは、よく言われますけど、大人のがんは、普通の病気です。2人に1人はガンになるのですから。それはしょうがない。でも子どもがガンになることは滅多にないことでとても大変なことですね。子どもの場合1万人の子ども達を1年間じーっと見ていて漸く1人。漸くっていうのもおかしいですけど、漸く1人にがんが発生する。20歳までをひとつの子どもとして定義をすると、20年間で1万分の1の20は500人に1人。大人の数百分の1しか小児がんは起こらないということです。そんな病気になって早く死ななければいけない子ども達を何とか治したい。ファーバー達は治しながら、その子ども達を支えるということを自分の仕事としました。ですから、「トータルなケア」とか子どもたちの身体だけではなくて精神的な問題、それから家族が抱える経済的な問題までちゃんとサポートしようというような概念がこの小児科領域で一番最初に入ったのは、小児がんの治療の領域だったのですね。戦後アメリカが豊かになってきて、子どもの地位が上がった頃に治療が始められたという領域だからです。それで、そのボストンで始まったトータルケアっていう概念を、私の前任の西村先生が日本にもたしました。1960年に小児科臨床に、「アメリカの小児がん治療」ということで論文を書いているんですけど、今から50年前です。今から50年前の小児科臨床の中にですね、引用してみますと、「ボストンにおいては、家族に対しては、本症の治らな

いということを伝えて、患者さんの症状経過を報告するとともに、現在可能な治療法により生命をできる限り延長し、その間よりよき治療法が発見されることを望むという希望を与えることにつとめている。また同時に、患児の治療・福祉に対し可能な限りの手段がつくされているという安心感を与えることが重要である。他方患児に対しては、本症の真相を知らさず、たとえ幼児といえども患児の前では病状について語ることを禁じている。また家族の患児に対する態度は、発病前と同様に規律をもって取り扱うことが必要で、溺愛、同情のあまり、一旦両親が家族でのしつつけを失うと、緩解症例では、精神面素行面での問題が生じてくることが少なくない。また、家族の経済的負担も大で、当治療部、これはボストンの話ですが、当治療部では骨髄穿刺、輸血等は勿論その他出来る限り外来で扱うようにつとめ、社会福祉士が、これはソーシャルワーカーのことで、社会福祉士が種々家族の相談援助にに応じている。」というような記載があります。50年前の記載で、これを持って西村先生は聖路加病院に戻ってこられました。私どもの病院はアメリカの資本で最初に来上ったというのがありまして、ソーシャルワーカーとか小児心理士の方がその当時からいたんですね。それで西村先生は、小児がんのトータルケアを発展させることができたのだと思います。

西村先生のトータルケアの方針が軌道に乗ったところに、僕は就職をしましたから、最初からトータルケアというのは医療の根本だという状況でトレーニングを受けることができたのは、とても幸せなことだと思っています。それから、40年。40年も自分が同じ場所で同じことをするとは思っていませんでした。でもそのくらい魅力的な領域だったし、子どもに関わることは本当に幸せなことだと、若い医者さんとか、若い教育関係の人とか子どもに関わる人達にリタイア前のメッセージとして是非伝えておかなければならないと思って。色々なところで言っています。子どもに関わるのは、大人と仕事をするのとは全然違います。共感することから理解が深まっていく。子どもに関わる領域で仕事をする場合だけ、これが無理なく行えると思います。

今日お集まりの方は学校の先生、養護の先生それから看護師さんが多いんだと思うので、私は医者としてどんな風に子どもと関わってきたかということをお話をして、皆さんが自分の立場でどう子ども達

と関わり、学校の教師として養護の教師として、それをどう考えたら良いかっていうことをイメージしていただきたいと思います。この「トータルケア」のサマリーの下の方に、「トータルケアのコンセプトはその後さらに進化し、参集すべき専門家の種類はどんどん増えた。診断から病気そのものの治療、加えて心理的・社会的・経済的なサポート、長期のフォローアップまでを、すべてトータルケアは包含し、家族のこともより深くケアするようになった。トータルケアにとって医療チームの充実は必須である。医師、看護師の他、教師、ソーシャルワーカー、病棟の保育士、チャイルド・ライフ・スペシャリスト、ホスピタル・プレイ・スペシャリスト、小児心理士、宗教家、それに加えて病棟薬剤師、種々の検査技師、種々の訓練士なども含まれる。特に最近注目されているのは、特別支援教育に携わる教師の存在である。トータルケアを充実させるために、教師は極めて重要な役割を担っている。チームのメンバーそれぞれが、お互いの立場をよく理解した上で、その職種を尊重しながら、チームワークを良くして働いてこそ、トータルケアの望ましい形を追求できる。」と書いています。お互いの立場を理解するという事がとても重要なのだと思います。小児心理の人はこういう場合にどういう風に病気の子ども、それからその子どもの置かれている状況を理解するだろうか。把握するだろうか。それから、訓練士の人は、どういう風にこういう状況を考えるだろうかということをお互いがある程度思いやりながら、お互いの立場を尊重して一緒に仕事をするということがとても重要です。学校の先生がこうしたいっていうのがあっても医者とか看護師がそれはちょっと無理だと思いますっていうことがあるわけですね。でも医者の方が、学校の先生達の言うことを聞いて、そうしてあげた方がやっぱりいいんだっていう風に考えなおすこともある。そういうようなお互いのネゴシエーションの中でトータルケアは進んでいくものだと思います。

今日僕が準備したのは、絵本を中心に、トータルなケアとか子どもについて考えてみようというものです。これは『わすれられないおくりもの』（評論社出版）というスーザン・バーレイというイギリスの絵本作家が書いた本です。

日本の絵本というのは1960年代の後半から70年くらい、僕が大学を卒業するくらいからすごく良く

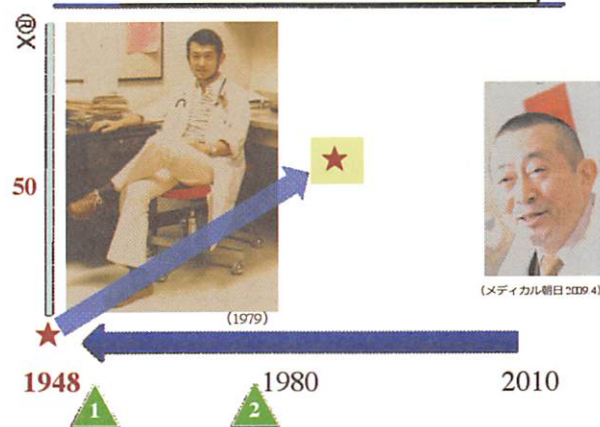
なってきました。日本の絵本作家もがんばらなきゃいけないと思い出しましたし、それから外国の絵本が沢山入ってくるようになりました。この『わすれられないおくりもの』っていうのは、子ども達に命の大切さを教えるために、小学校の3年生くらいのもので、国語の教科書に使用されているお話なんです。これはイギリスで作られているお話なんですけど日本のです。非常に。なぜかっていうと、いなくなった人はキリスト教の感じだと天国に行ってしまうって滅多に帰ってこないんですね。でも、日本の場合は草葉の陰っていうすぐ傍にいますので、亡くなった人達も時々帰ってきてくれたりする。そういうような感覚が日本人にはとても強いので、この絵本は子ども達に読んであげれば日本の文化を伝えるためにも役に立つ絵本だと思います。絵本が役に立つということを絵本を作っている人達は望んではいません。だけれども役に立つんですね。

この『わすれられないおくりもの』っていうのを、僕が臨床の場で使ったのは2歳になる私と同じ名前のリョウタ君っていう急性脳症の男の子が脳死と同じような状態になった時。心臓だけが生きていた。今、脳死臓器移植っていうのが色々取り立たされています。脳死って判定をして良いのは、臓器移植をやるって決めた人だけなんですね。脳死っていうのは、ドナーになるって決まった人にしか適応できないことになっています。CTで脳が溶けて、脳波もフラットになっていたらそういう状況に近いと思うことができます。そういう状況になっても子どもは心臓が止まらないということがあります。リョウタ君も脳がダメになった後もなかなか心臓が止まりませんでした。お母さんはカトリックの信者さんで自分の子どもが天国の入り口のすぐ前で止められている。ドアが開けてもらえないという感覚を持った。お兄ちゃんとお姉ちゃんがいるんだけど、このお兄ちゃんとお姉ちゃんが毎日ベッドサイドに来て「がんばれ」って言っているからリョウタ君もがんばって、神様も中に入れてくれないのかもしれない。だからお兄ちゃんとお姉ちゃんが受け入れてくれたら天国のドアが開いてリョウタ君はその中に入っていけるのかもしれないと思った。お母さんは、お姉ちゃん・お兄ちゃんに、弟は仕方ないんだ、もう天国に迎え入れられる状況にあるんだということを言ってほしいと頼んでくれました。その時に使ったのがこの本なんですね。この作家が考えた一番大

事なメッセージは多分、生き物が生きていて、次の世代に伝えられるメッセージがあって、それが受け継がれていくんだ。だから生き物は生きていて死んでもその後に残っている人達のところに生き続けるんだというようなことだと思うんです。でも6歳と8歳のお兄ちゃんとお姉ちゃんが一番重要に捉えたのは、死ぬ時にトンネルを抜けている夢を見ていて別に苦しくないということと、天国に行くまでにピクンとも動かなくなっている弟の足とか手がちゃんと動くようになって天国に行けるっていう、再生への期待だったんですね。仕方がないねっていうことで受容してくれました。それから2・3日して弟君は亡くなった訳ですが、絵本というのはそういう力を持っているし、私が40年小児がんの子どもと暮らしてきてこんな絵本がほしいとかこんな絵本を作りたいと思った絵本が40年の間に色んな風に私の前に姿を現しました。

1948年というのが小児がんの治療が始まった年なんですね。小児がんの治療が始まった年に私が生まれました。「New England Journal of Medicine」という雑誌にファーバー先生がペーパーを書きました。それから濱中先生からご紹介いただいたように1977年の暮れから1980年の夏近くまでアメリカにいました。その時に半分くらい治るようになっていました。大体50パーセント、50パーセントのときにはあんなに（写真）若かったですね。

かなり治るようになった時代



それが今7割8割治るようになって、こんな風に歳をとって、やはり40年というのはすごい年月だと思いますが、40年くらいかけて治らなかったものが7、8割治るようになる。この事実は非常に大きいものがあります。自分が何かの領域を選んでその仕事をしてその中ですごく大きな進歩が起こって

くるというのは、生きていて幸せな事だと思います。治らなかった時代から治る時代まで自分のキャリアが来たということは自分としては幸せな事だと思います。

先ほどお話したボストンの小児病院でも子ども達に話をしないという方針をとっているという1960年からすべてがオープンになった2010年過ぎまでの50年間に、子ども達の地位とか子ども達に対する大人の思いというのも徐々に変わってきました。医者と患者さんの立ち位置というものこの50年の間にすごく大きく変わりました。僕が大学を卒業する時に、大学の当局が「患者」って言っていたのが、今は大学病院でも「患者様」という風に言う。僕は患者様というのは対等ではないと思うので、お医者様って言う人には患者様って呼び返してあげようと思いますけど、医者って言う人には患者って言いたいなと思うんですね。保護者に対しても説明をきちんとしなくてはいけない。揃って来ようとか、ゆっくりと落ち着ける時間と場所を使うとか、希望を失わせないように、気持ちが楽になるように話をするということをしていました。私の先生の西村先生は、1972年にすでにこういう方針で患者さんのお母さんとお父さんに話をしていました。ですが、治らなかったんですね。1972年は、希望を失わせないように話をするというのはどういう話方をするのかというのと非常に難しい。「お宅のお子さんの病気は小児がんで結局命取りの病気です。」っていうのをまず最初に言うわけですよね。言うとお母さんは、急に半狂乱になるという場面を私は研修医の1・2年目として傍にいて何回も経験しました。これはとても大変だと思いました。でも西村先生は少しも騒がなかった。「交通事故で死ぬのよりはましです。交通事故で急に亡くなる場合と違って一回は良くしてあげるということができる。二回良くしてあげることもできるかもしれない。その間に沢山の大事な思い出を作って、痛くないようにして見送ってあげることができる病気なんだから。」と話しました。今は治せる病気ということで「しっかりがんばろう。」というようなスタンスで話をします。希望を持って気持ちが少し楽になるような話をするということは変わっていません。子どもへの説明は、1972年、僕が大学を卒業して聖路加に行った時から変わっていません。嘘をつかないということと、分かるように話をすることと、こんな

風に話したら子どもはどう反応するだろうということを考えながら話をしていました。でも、嘘をつかないというのは本当のことを言うことではなかった。最初の頃は。「自分はガンなの？」ということを知ってきたら、きっとその当時の医者は「ガンじゃないよ。」ということで嘘をついたと思うんです。でも嘘をつく方法は色々あります。悪性腫瘍は医学的に言うと癌と肉腫に分かれるんですね。悪性腫瘍の中で表面から、外側から影響を受けやすい所から出来てくる上皮性のものを癌と言います。それに対してもっと深い筋肉とか骨から出来てくるものを肉腫と呼びます。肉腫が子どもの悪性腫瘍の99パーセントくらいを占めるのですね。癌腫は1パーセントにも満たない。僕は子どもの肺がんって40年間仕事をしていて実際に治療したのは1人。相談を受けた人も2人しかいません。そのくらい珍しいんです。だから、子どもから自分はガンじゃないのかって言われた時に、「たちの悪い病気ではあるけど、ガンじゃないのだ。肉腫っていうのだ。」とその当時から言えた。嘘はつかないという立場はずっと守るというのが重要だと思います。それから分かるように話をする。0歳から20歳までをカバーして小児科は働いています。20歳までをカバーしていたら、20歳の方は次の日に20歳を超えてしまうので、結局そこもカバーします。いくつまで診るんだっていうと中々難しいんですが、子どもの時に病気になって関わった人達は、大人になってそれが影響がなくなるくらいまでは小児科の医者は気にします。私の血液外来は小児科ですけど、夏休みになると平均年齢が30歳を超える日っていうのがあるのですね。そのくらいずっと診ます。だからその年齢に応じた話し方をしなくてはいけない。病名をちゃんと告げるっていうのはどういうことなのだろうって思います。

1980年に僕がアメリカから戻ってくる時に1つの宿題として「日本に帰ったら子どもに病名を伝えなさい。」と言われて日本に帰って来まして、1978年、アメリカでは、そうすることが、法律で決まっていました。アメリカは不思議な国で、みんな法律で決めるんですね。何故かって言ったら文化が200年くらいしかないからです。1776年にアメリカが建国されてますから、この間200年祭とかって言っていました。200年くらいの歴史で色んな国から色んな人が集まって一緒に暮らさないといけないという

中では、明文化しないといけないというのが1つなのだと思うのです。だけど日本の場合は何千年の歴史があってその中で色々な風に人間は文化を作ってきました。ですから法律で例えば脳死についても脳が死んだ時が脳死だといって、脳の死を人の死だと法律で決めようと思ってもそう簡単にはいかない。だから今はダブルスタンダードで臓器移植をする人だけが、脳が機能停止した時に死と規定をして構わない、でも他の人は心臓が止まって生体が全部動かなくなった時に死だということになっています。

実際に話をしたのは1986年で10歳の女の子2人に話をしました。話をするとどういうことが起こるかという、子どもはそのことに色々な風に反応します。大体落ち込んで「何なんだろう。」と思いますからエネルギーが下がってくるんです。それから大人に対する、自分のケアをしてくれる人に対する様々な不信感みたいなものから適応がうまくいかないということが実際おこったりする。話をしないグループでは、こんな感じに適応が悪かったりエネルギーが低かったりというのが見られましたが、実際話をしたグループではそんなことはなくて、告知したグループはエネルギーも適応度も問題なかった。ここ20数年、聖路加病院は話をするようになってきました。何歳から病名を伝えるかという「これはプライベートな事柄だからあまりペラペラ言うんじゃないよ。」というようなことが分かるような年頃。小学校に入るような理解力のある子は話をしようということで話をしています。

これは『君と白血病』(Lynn.S.Baker 著、細谷亮太訳、医学書院)という小児の白血病のハンドブックです。

アメリカのメイヨークリニックに医科大学があるのですが、その医科大学を卒業する時に学生さんが、子ども達にちゃんと病気の話伝えたいということで、国中のエキスパートに連絡を取りながら自分で作ったガイドラインというかハン

ドブックがあったんですね。1976年くらいに出来上がりました。1970年代というのはさっき言ったようにまだ治らなかった時代で1976年でもまだ治らなかった。治らなかったのですが、治る兆しは見



えていた。そういう中でこういう本が出来上がって、日野原先生がアメリカのメイヨークリニックに行った時に小児科の人達にお土産ということで『君と白血病』を預けられて帰ってきたんですね。読んでみたらすごく立派な本でした。こういうのを私と同じ歳の大学生が作ったというので、「やっぱりアメリカの大学生はすごいな」と思ったんですね。それを自分で訳してみました。白血病と一緒に生きていくこととか、「この章のほとんどは君が作るのだ。君自身のためにね。毎日毎日月日の積み重ねを生きて、この本を書いた人はみんな君が楽しい愉快的な人生を送れることを望んでいるのだ。君が快適に過ごせるようにと祈っているのだ。だからためになるだろうと思われる著編をいくつか挙げたいのさ。君の生活は他の人のとはだいぶ違って来るかもしれない。でもね、世の中に同じ生活をしている人なんて一人もいないのだから。白血病が君の生活の仕方がある程度変えちゃうだろう。君のだけじゃなくて、家族の生活も大分変わったものになってしまうだろう。」というものから始まって、病気の本態と行われる検査、使われる薬の副反応まで書いてあるんですね。アメリカに行く前に手に入れて、一緒に仕事をしていたレジデントとか看護師さんがこういうのを読んで役に立つだろうなと思ってこの本をノートにペン書きで訳して綴じて病棟に置いていったんですね。患者さん、家族に話をする時に役に立つだろうということ。そのうちに、医学書院の編集者が、アメリカにお手紙をくれて本にして出そうという話になったんですが、僕の日本人としての気分というのは「まだこんなものを患者さんの家族に読ませるのは早い。」という風にその当時は思いました。だから「こんなものを出してもらっては困る。これは秘密の本として病棟に「ノートとして置いておいてくればいい。」ということで反対したのです。3年近くをアメリカで過ごしました。人間が文化に染まるというか押し流されるというのはこういうことだと思うのですが、アメリカにいる間にアメリカナイズされました。今は、純日本的ですが、こういう本はやっぱり親にとっては大事だろうという所まで行っていました。だから訳しなおそうということで1983年くらいにこの本を出した。1984年ですかね。僕が30年代の前半です。34か35歳。生意気ですよ。こんな本を医学書院から出して。かなりセンセシヨナルな本だったので大学の先生から次の日

からバンバン電話がかかってきて「お前はいったい何を考えているのか。こういう本を患者さん読ませることは、知らしむべからずというような医学の基本から外れている。」と言われた。そういう時代だった。1980年代前半というのは、でも世の中の方が変わっていった、インフォームドコンセントとが大事になったのが1980年代の半ばでしたから役に立ちました。次に、科学が進歩しても人間の力には限界があって、医学がどんなに進歩しても私達に治せる病気には限りがある。がんばっても治せない病気が世の中にはいっぱいあるっていう話をします。

これはその当時1980年代に治るっていう時代が来ているのに、治らない人が半分いた。その半分の人達のためのハンドブックとかガイドラインを厚生労働省、当時の厚生省の班会議で僕と西村先生が作った表紙のところに書いてある文言です。この当時、半分の人が生きて、半分の人が死ぬという状況においては、このことを「そうだね。」と思う人がほとんどでした。でも今は病気になっても病院に行ったら治る皆が思っています。私達医者にしてみると、外来で患者さんを診て「入院してもらえませんか。」「入院させたいんだけど何とか入院させて下さい。」っていう風にお父さんとお母さんに頼むというのは、このまま外来に置いておいてはこの子は死んじゃうかもしれないというのがあるから入院をお願いするのですね。親御さんは、昔は「え！入院ですか。それは大変だ。」って感じだったんですけど、最近は「何日で帰れますか。」みたいなことを白っと言うのですね。でもそんなものじゃない。私どもが生まれた時代1947年1948年は1年間の出生数が270万人でした。今100万人くらい生まれるんですけど、その2.7倍の子ども達が生まれたのですが、まだ沢山死んでたのですね。乳児期に死んでいた子どもが私達が生まれる少し前には、1000人の内100人くらいが亡くなっていたのです。1000人の内80人90人が死ぬということは、10人のお母さんが集まれば、1人のお母さんは子どもを亡くした経験があるという時代。そういう時代は、人が死ぬとか子どもを亡くすということが、理解可能な時代だった。でも今乳児が死ぬのは1000人の内2人です。1000人の内2人ということは、ほとんど死なないというのと同じになってきている。すごく大きな意識の変革なんですね。だからさっき言ったように、入院だと言っても驚かないし、とても大変な

10人の内1人が死ぬようなリスクのあるような手術をしていても死んだ時に事故だということで大騒ぎになる。個人的には、事故って名前がまずいと思うんですけど、そういうリスクを冒しても助けようとする。お産なんかその最たるもので270万人が生まれていた戦後間もなくの頃は、270万人の赤ちゃんを産むために5千人の健康なお母さんが死んだんです。今何人のお母さんがお産を契機に死ぬかという100人までいかない。そのくらい世の中の人間というのは死なない。その分命に対する希少観、とても大切なもので儚いものだという感じは無くなってきている。沢山死んでいた頃にはターミナルケアとか言っても皆は興味を示さなかった。これもすごく面白いことだと思います。1980年代前半に私は西村先生からの命令でターミナルの人のケア、治らない人達をどうやってケアするか一生懸命やりました。どのポイントで治らないということをはっきり言って、患者さんに良い時間を作ってもらうか、ターミナルケアのポイントとかいうのを作っていたんですけど、80年代に小児科学会とか緩和ケア学会はありませんので小児がん学会とかがん学会、血液学会とで子どものターミナルケアの話をしても集まってくれる人は5人とかそのくらいしかいなかったんですね。それが段々死ななくなってきた、ターミナルケアに興味を持つ人がすごく増えて今は研究会とかもでき、学会の中でもターミナルケアは人気のサブジェクトになってきました。

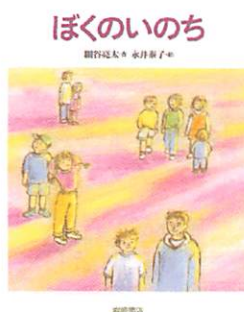
ターミナルケアのポイントは適確な出発点とか密なコミュニケーションとかペインコントロールとかバランス感覚による判断とか家族へのサポートとかいうことがとても重要です。密なコミュニケーションというのは、その人がどんな風に思いながらそのことについて語るかということを実際に聞くということがとても重要なことです。話をする、患者さんに、病気がとても重くて治らないんだということを伝えることなど、難しいことを伝える時には、向こうがどういう風に反応するかということを常にピリピリしながら、そのピリピリ感を向こうに感じさせずに、こちらがちゃんとセンシティブに相手の反応を逃さないようにして言葉を選ぶというようなことをする訳ですね。でもそういうことは今後、難しくなっていくでしょう。そういうことを必要としない人達が増えていくのかもしれないと思ったりもします。ペインコントロールはとても進みましたし、家族への

サポートもシステムが出来上がってきました。バランス感覚っていうのも大切です。亡くなる3か月くらい前でもこんな風にお母さんとお父さんがニコニコして子どもとハイキングに出かけられる状況が作れたら古いタイプの医者としてはうれしいなと思います。亡くなる数日前でもこれくらいニコニコできる。実際子どもだけでなく大人にも命の儚さ、命がかけがえのないものだということを常々に分かってもらうということがとても重要です。そのためには本がとても重要です。本は厚くなって字だけだと今の人達は読まないの、お母さんとかお父さん向けにもプレイルームに普通の本。病気の本、命の本みたいな、絵本を置くのはとても重要だと思います。



これは『チャーリーブラウンなぜなんだい』（チャールズ M シュルツ著、細谷亮太訳、岩崎書店）っていうアメリカの看護師さんがシュルツというスヌーピーの作者に頼んで作ってもらった病気の絵本です。こういう風に病気って治るんだよって伝えることもとても重要です。実際亡くなる子もいるので、お友達に病気の説明も重要です。

私達日本人、皆さんもですけど僕も含めて命っていう感覚がどんなものかっていうのが自分ではよく分からないものかもしれない。でもお話を作ってみたり絵本を作ってみたりすると分かたりするので。僕の死生観っていうのが作ってみて分かった。



私が作った絵本です。『僕のいのち』（細谷亮太著、永井泰子イラスト、岩崎書店）っていう本で。お

ばあちゃんの家に遊びの行った時にお蔵の中で古いアルバムを見つけます。そのアルバムの中にツルツルにはげた男の子が入院していて、お母さんに「この子だあれ？」と聞くと「あなたよ。」って言うので「どうしたの？」って言う。「先生のところに行ってみなさい。」って言う。先生の所に行くと「こんな風にして入院していたんだよ。」と先生が話をしてくれる。



その時に入院していた仲間達にはこんな子ども達がいる、雪を見ながら一緒に過ごしたお兄ちゃんはサッカーの選手になってがんばっている。一緒に本を読んでもくれたお姉ちゃんは駅前のコーヒー屋さんで働いている。もう一人の一番仲良しだった女の子は実際治すことができなくて、お家に帰って痛くないようにしてもらいながらいなくなってしまった。生まれてくるということが自分達にとってとても重要なことで亡くなった子も生きている子も皆仲間だという感覚をこの子は初めて感じて、今までと違う感じでお日様の光を浴びたというようなお話ですね。

実際お兄ちゃんを亡くしたミナミちゃんという女の子がいて、その女の子のために僕が作った絵本が「おにいちゃんがいてよかった」です。亡くなった日にお母さんは帰ってきてギュって抱っこしてくれたとか。お兄ちゃんはいなくなったけど、家族としてお兄ちゃんとはとても大事な存在で今でもお散歩をしながら胸の中にいるお兄ちゃんに、街の中の色んな様子を伝えたりしているというお話です。

『なみだ』（細谷亮太文、永井泰子イラスト、ドン・ボスコ社出版）。本の帯に、「悲しみに暮れる人よ、なみだは心深く生きる人生の道しるべ」と柳田邦男さんが書いてくれています。定年を迎えるに当



たって、最後にもう一つ絵本を作りたいなと思っていました。それがこれで、大震災の日に出来上がったんですね。だからタイムリーすぎて宣伝することも出来なかったんですけど、ドン・ボスコ社、カトリック系の出版社が出版をしてくれて絶対絶版にしない、売れなくても大事にしてくれるっていうので作った本です。



「天国に行ってしまったあの子は私の命だった。私達の幸せな日々はもう帰らない。心は引き裂かれ、その傷からなみだが沁みってくる。痛い。」子ども用の絵本ではなく、大人用の絵本です。「冷たく暗く悲しいなみだ流れて落ちる。あの人は優しく慰めてくれる。でも蛍を見てはしゃいでくれたあの子はもういない。止まらない時の中にいる私。なみだは流れ続ける。何回目かの秋が来た。君のなみだにうつる夕焼けがとても綺麗だとあの人が言う。なみだが溢れる。二人で雪うさぎを作ってみる。あの子と一



緒にやったように。またなみだが出てくる。私達のところに赤ちゃんが来る。妹かしら弟かな。ねえお姉ちゃん。花吹雪になみだが一杯。お姉ちゃんも喜んでいてくれる。おっぱいをあげる。なみだが増えなくなる。すぐ傍にお姉ちゃんがいるのがわかる。あなたの妹よ。蜘蛛の巣に雨の真珠。また夏が来る。緑が深くなっていく。お姉ちゃんが大好きだったリング。いつからだろう、なみだ優しく頬を濡らし



てくれるのは。3人でいても4人。お姉ちゃんの分の焼き芋は皆で分けて食べる。目に染みるほどの煙じゃないのに、またなみだがボロボロ。そしてお父さんもいなくなって、遊びにきた娘も孫も帰った。私だけの静かな時間がゆっくり流れる。そんな時なみだがこぼれる。思い出してって言っているのは、またお姉ちゃんかな。違うお父さんかもしれない。白の椿がなみだで滲む。なんて綺麗だろう。」命のすぐ傍にいて仕事をするというのは、かなりストレスフルです。皆さんも色んな立場で子ども達の命の瀬戸際のところにいながら仕事をしています。本当に大変なことだと思います。でもその大変さを皆で分かち合うというか、自分がどんなに大変かということを周りの人に話をして潰れないようにしながら仕事をするというのがとても重要です。この人に話をしたらとても楽になるとか、学校の先生であれば、学級便りとか、自分の思いを外に伝えることができるメディアを縦横に使って、自分の身を守りながら尚且つ、その命の傍に留まるということがとても重要だという風に思います。長い時間ご清聴ありがとうございました。

濱中氏：細谷先生、どうもありがとうございました。先生のお話に聞き入ってしまいました。私達は子どもところに寄り添ってお仕事をさせてもらっているんですが、それはとても幸せなことだなということを普段も感じていたんですけど、本当に実感させて頂きましたし、命に対して真摯に実際に対応していきたいと思いました。絵本も読み聞かせをして頂いたように私達の心に染みるものがあったので余韻を楽しみたいと思いました。本当に時間をかけて丁寧にお話して頂きどうもありがとうございました。

東日本大震災での－病弱教育特別支援学校の対応等について －多くの人に支えられて－

高屋 隆男（前 福島県立須賀川養護学校校長）

座長：西牧 謙吾（国立特別支援教育総合研究所）

私は、福島県からきました、高屋隆男といいます。まず最初に、この様な時間と場所をいただいたことに感謝します。タイトルにありますように、いろいろな人に支えられてやってきたということと、福島県の現状について最新の情報も含めて、広く県外の人に知ってほしいという思いがあるものですから、この様な場に感謝いたします。

今日の話の内容は、はじめに福島県の現状について、少し話をします。二番目に、病弱特別支援学校の須賀川養護学校の話ですが、その中で、須賀川以外の県内の特別支援学校がどうなったかということ情報を提供したいと思っています。終わりに、この街が今元気に頑張っているというビデオを見てもらった後に、私が感じた点を3点だけ話をさせてもらって終わりにしたいと思います。

では、はじめに、2～3日前の話です。福島県の記事ですと、福島県の行方不明と亡くなった方は、だいたい1,955人です。実際、県民の約5万人が県外に行って、他の県でお世話になっています。200万県民と言われている中で、約5万人が県外に避難している状況です。避難している子どもたちのうち、幼稚園、小学校、中学校の約8,000人が県外に行っています。高等学校の子どもについては、約1,000人が県外に行き、大体、9,000人くらいの子どもたちが、県外に行っています。この中には、特殊学校の子も含まれます。

地図（福島の地図を参照しながら）を見てもらうと福島県は広いので、福島県内の被害は同じじゃないんですね。福島県は、会津地方・浜通り・中通りの3つがあります。この3つの被害状況が違うということをお話します。

須賀川養護学校は、中通りにあります。宮城県に近い福島市、県庁所在地に二大分校があり、真ん中の郡山市に郡山分校があり、ちょっと下のほうの須

賀川市に、須賀川養護学校があるんですね。今回の震災状況でいうと、地震・津波で浜通り全部がやられたわけじゃなくて、海岸に近いところが、相馬のほうから、やられたってことです。中通りのほうが地震の被害が結構多くて、特に、須賀川養護学校が地震の被害が一番大きく、建物の被害が一番きついのは、須賀川周辺です。原発の放射能関係で、最近、風や雨の降り具合で、結構高かく、影響を受けています。会津地方は地震の影響で少し建物等壊れていますけども、津波も被害もないし、地震の被害もないし、そして、放射能の被害もほとんどないということです。二日前の新聞によると、会津地方でとれた早場米の検査によると、玄米からもセシウムもヨウ素も検出されなかったと出ていますし、中通りのほうもほとんどの市町村で、玄米のほうはゼロだったと、1か所だけ玄米がちょっと数値出ただけけれども、白米にしたらゼロだったということが、今日の新聞にでていました。この大きな福島県が被害にあったと言っていますが、一番大きいのは風評被害です。観光も含めて、放射能は見えなくて怖いということで、県民も含めて、かなり落ち着かない状況にあります。

県内の特別支援学校っていうのは、大学付属・福島市立・県立含めると、16校の7分校で、こういう位置づけになっているんですね（図を参照しながら）。海に近いところに富岡養護学校があり、後で説明しますように、かなり原発に近いところなものですから、そこがかなり被害をうけています。富岡養護学校は、原発に近い10キロ圏内ぐらいにあって、みんな逃げなきゃいけないところになっています。実際、その富岡養護学校を地図でみると、双葉町と大川町と富岡養護学校は福島第一原発からすると、同心円みたいになりますが、実際は放射能の影響はみんな同一じゃないんですね。かなり市町村単

位で放射能の情報について混乱しているかなと思います。私の実家は、南相馬市にあり、家族も全部危ないからといって、郡山の飯館村の近いところへ一番先に逃げて、そこでも危ないからと郡山市に逃げてきましたけども、後になってみますと、南相馬市は一番放射能が低かったということで、1カ月経ってから戻りました。うちの家族に限らず、そういう人間はたくさんいたと思います。情報が少なかったもので、一番安全だったんだけど、そのことがわからず、あちこち飯館に行ったり郡山に来たりと非難したというのが実状です。

現在、富岡養護学校は、10キロ圏内にあるので、子どもたちも教師も全部逃げました。逃げたところにある学校に、分教室を作っています。実際、作った時点では、8つの知的障害養護学校に子どもたちと先生と一緒にいき、平養護学校っていうところにも、肢体不自由養護学校のほうに子どもが一人移ったものですから、ここにも分教室を作りました。ですから、富岡養護学校の分教室は9つ県内にあるということです。会津にある会津養護学校にも、職員室を作ったり、福島にある大笹生養護学校にも、分教室を作っています。校長と教頭は、郡山養護学校の隣にある養護教育センターというところの本部にいて、そこから巡回みたいに県内を歩いて、子どもたちと会っているという状態です。

須賀川養護学校の話に少しもどしますけども、須賀川養護学校、医大分校と、郡山分校とも、建物の被害もないです。そして、最終的には、子どもたちも、須賀川養護学校関係者のほうも、怪我も何もないということです。ですから、建物は壊れたけども、子どもたちも教員も怪我はなかったということです。須賀川養護学校の本校の被害状況は、一階、二階とも使用禁止ってなっています。最初は、しばらくは大丈夫であろうという判断で、しばらくここで生活していました。途中から立ち入り禁止と判断されました。体育館は、四隅がかなりダメージが大きくて、対震工事、4年前に終わったばかりでしたけども全部壊れました。現在は、仮設校舎を作りました。どこの学校も同じだと思いますけども、特別支援学校も避難所になっていました。何人が非難に来たらしいですけども、実際はうちの体育館が壊れているので、「危険で使えない」と黒板に書いて、このまま玄関に立てかけておきました。－写真で特別支援学校の職員室、理科室、トイレ、防火扉被害の様子

を説明していただきました 略－ 県の方から説明に来るまで、子どもの対応をどうするか仮設をどうするかとか、うちの職員が、よくがんばってくれたなと思って、今でも感謝しています。

地震発生時のほうは、雪が降って寒かったのも、最終的にはスクールバスで暖をとったという状況になっております。親御さんのほうにも連絡したんですけども、なかなか来れなくて、夜の11時ぐらいに迎えに来た子どもが一人、次の朝来たのがもう一人でした。水道は止まりましたが、電気は幸い停電しなかったってことでした。

心のケアマニュアルについて、井上という養護教諭と相談して、一日で作ってもらいました。立派なものはいらないと、早急に、その、教師が親御さんに支援するためのマニュアルを作ってくれ、あと保護者用を作ることとしました。詳しいことは、須賀川養護学校のホームページに載っています。同時に3月23日に開放教室っていうのをやったんです。これも、たまたま来ている大竹が、担当になって計画を作りました。子どもが不安がっているということを担当から聞いたので、これは大変だということで、開放教室をしました。しかし、1週間の予定だったんですけども、途中で建物があぶないということで、三日しかやりませんでした。

放射能については、基本的に須賀川は、地震の被害が大きかったけども、郡山地区とちょっと離れていて、風の吹き具合と雨の吹き具合で幸いにも、放射能が低かったんです。ですから、最初は自粛しましたけども、早急に自粛は解除しました。一番よかったのは、福島病院の院長さんに話をして、そこから技師長さんに、放射線計を測ってもらったりして、説明会、勉強会をしたんです。親御さんと教師と、みんな一緒になって勉強しました。親御さんも目の前で放射線計を使って、窓を開けても変わらなことを、全部一緒にやったもんですから、別に隠し事もなく、全部同じ情報を同じ方法で共有したということです。

「みんなに支えられて」ということでは、全国病弱特別支援学校長会っていう、病弱の校長会ですごく団結力があるんですね。早急に支援、義援金というかたちで送っていただきました。もちろん、励ましの言葉もいただきました。つぎに日本育療学会からですね、私も最近わからなかったんですけども、地震が起きてすぐに支援物資としてこられたという

ことで、ホワイトボードとかいろいろなものを、一番先に送ってもらったのが、日本育療学会の皆様からでした。ここで改めて御礼申し上げたいと思っています。後は、青森県弘前市教育委員会から局長さんから電話があり、須賀川を支援したいと、申し出がありました。須賀川は大丈夫と言ったら、「じゃ、他に困ってるところは？」ってことで、「富岡養護学校が困っている」って言ったら、弘前市教育委員会がトラック1台分送ってくれました。また、読み聞かせ関係の代表イシマルヨシエさんという方が中心となって、東日本に絵本を送ろうっていうことを組織して、インターネットで呼びかけてくれて、かなりの絵本を福島須賀川などに送ってもらいました。かなりの数なものですから、これを本も須賀川だけじゃなくて、県内の特殊学校のほうに送ってます。同時にあの、国立特別支援教育総合研究所の研修生の人も、それぞれ短期研修が終わって地元に戻ってからも、いろいろとご支援してくれたりということになります。感謝します。

－仮設校舎の始業式・授業風景ビデオで上映－

まとめということで、3点話をさせていただきます。実はあの、私が思うのは、今回放射能、放射能って健康被害のことを言ってますが、私自身は放射能以上に、別の被害、二次的被害があると思ってます。運動不足です。外に出ちゃいけないということで、かなり子どもたちの運動が制限されるって運動不足になっています。そして、過食等によって、かなり肥満の子が増えているんじゃないかなって思っています。また、心の問題も含め、PTSDも含めるとなると、数年後、まあ、現在もそうですけども、かなり、

後遺症みたいなことが出てくるんじゃないかなって心配してるんです。特別支援学校という立場からも、まず、予防という観点で、病弱教育特別支援学校の対象にならないように、アプローチをする必要があるということが第一点です。二点目が、今回、いろんなネットワークで電話が通じなかった時に、うちの職員たちは、二日でコンピューターで全職員に電子メールが行くようなシステムを作りました。そうすると、同じ情報をタイムリーに全部送れるっていうことができたので、親御さんに対する、早く情報を伝えるので、安定しました。県の通知も全部同時に出せますので、ものすごく連絡が早くなり、いろんな情報が飛び交うので、正しい情報を一本化して、同じ情報を同時に伝えることが大事であると思っています。三番目最後になりますけども、どうしても教員たちって頑張りすぎるんです。子どもたちと保護者のために何でもしようということで、保護者のニーズ、子どものニーズに応じてものすごく頑張るんですね。実際、困るのは、その教員たちの頑張ったあとに必ず体をこわすということです。心も含めて。ですから、校長として反省しているのは、同時に教員たちの頑張りには甘えないで「もう少し休んでもいいよ」っていうふうに、教職員の心と体のケアをする必要があったと思ってます。

以上、福島県の状況をおつたえしました。みんなの支援を受けながら、風評被害に負けずに、正しく子どもたちを守って、今の子供たちの教育の質を落とさないようするのが、私たち教育現場の校長の、今一番の願いです。これで、私の発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。

【日本育療学会第15回学術集会会長講演】

入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携

ー病棟師長・主任に対する全国調査の結果からみえてきたことー

濱中 喜代（東京慈恵会医科大学医学部看護学科）

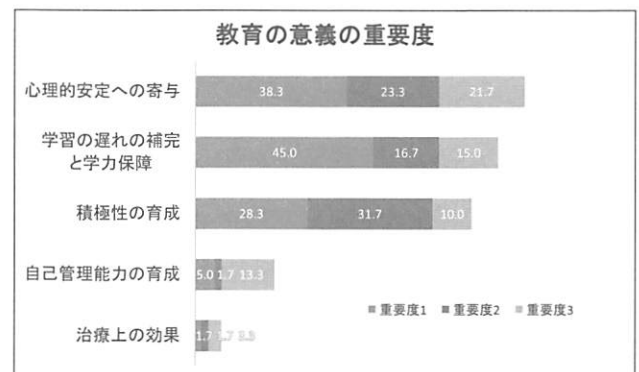
入院している子どもの生活の質の向上には教育支援が不可欠である。さまざまな環境下で、入院している子どもの教育支援のために特別支援教育担当の教師と医療者がどのように連携・協働しているのか、その現状や課題を明らかにし、今後のあり方について考察する目的で調査を行った。ここではその結果を紹介して、皆様とともに教育と医療の連携について考えるきっかけにしたい。なお、調査結果の1部は下記の学会で発表した。¹⁾

研究方法は対象は特別支援教育を実施していると想定される全国の病院435のうち3分の1を無作為に抽出し、看護部長から子どもが比較して多く入院している病棟の師長・主任に依頼してもらった。方法は自作のA4版7頁の質問紙調査で、調査内容は①所属の病棟と子どもの教育支援の体制、②回答者の背景、③教育に対する考えと認識、④教師との連携の実際と思い等であった。分析は記述統計および自由回答はKJ法的手法でカテゴリー化した。

倫理的な配慮として研究の目的、方法、研究への協力は自由意思に基づくものであること、拒否や中断による不利益を被らないこと、データの匿名化とプライバシーの保護、学会発表について文書にて説明し、回答をもって同意とみなした。

結果として154施設に発送し67（回収率44%）の返信で有効回答60を分析した。回答者は職位は師長が91.7%で看護経験年数は平均で 26.6 ± 6.0 （14～40）年であった。師長経験年数は 8.2 ± 6.7 （0～25）年でベテランの方が担っていた。病棟の種類は小児病棟が45%、小児科病棟が16.7%で合わせて6割であった。その他には、重心病棟や精神科病棟もあった。混合病棟（ $n = 17$ ）の小児の割合は混合病棟は小児が成人より多い所が4割で最も多く、次いで成人が小児により多い病棟であった。特別支援教育の種類は支援学級が40%と最も多く、本校・

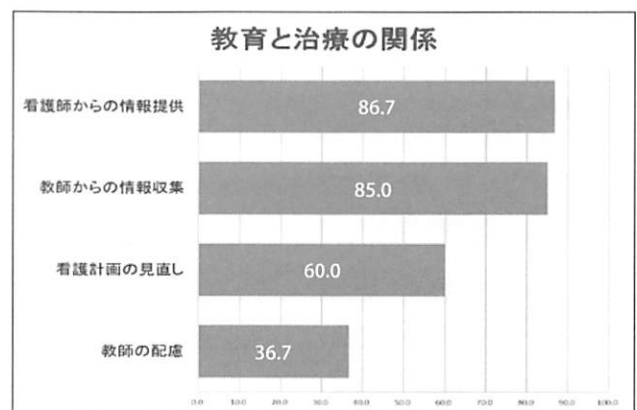
分校・分教室、訪問がほぼ10~14%であった。教員数は1～30の範囲で1名が15%、2名が30%、3名が14%で合わせて6割弱を占めていた。10名以



上も13%あり、施設により、ばらつきが大きかった。

教育の意義の重要度²⁾では重要度3までで「心理的安定への寄与」83.3%「学習の遅れの補完と学力保障」76.7%「積極性の育成」70%が上位にあった。

教師と看護師の関係では「教師が教育計画を立てるための看護師の情報提供」「看護計画を立てるために教師からの情報収集」が85%以上あった。「教師の意見をとりいれた看護計画の見直し」は60.0%であった。教育計画・看護計画において看護師がお互いの情報や関係性を大切にしていることが伺えた。

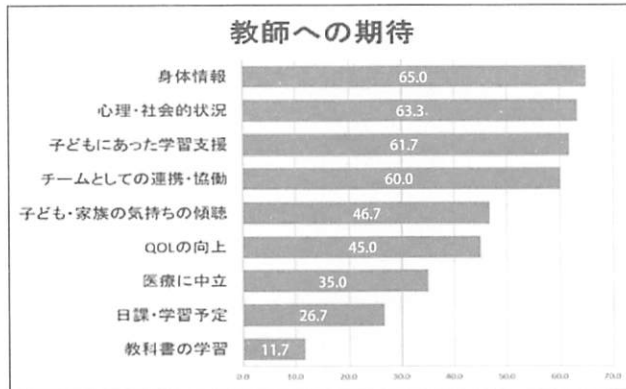


看護師の役割については感染予防・プライバシー漏洩防止が高い結果であった。看護師は情報を

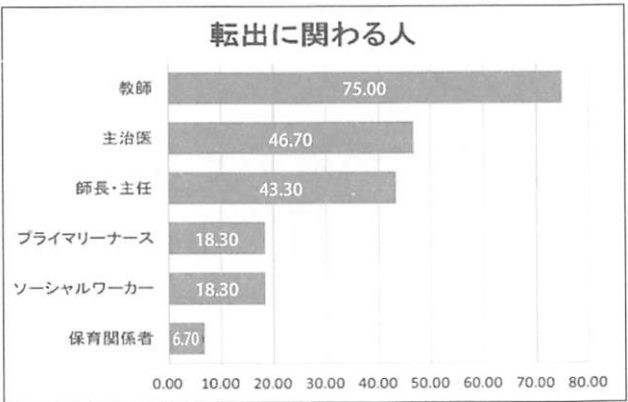
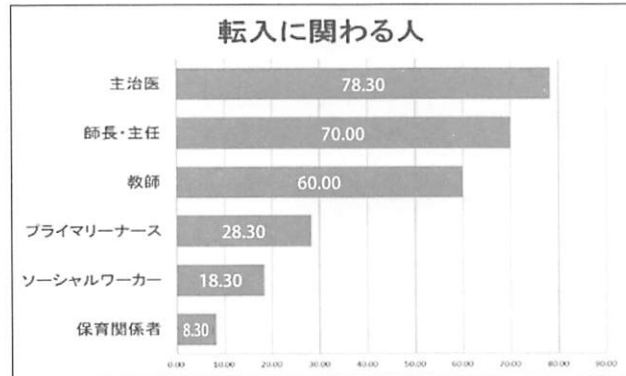
預かっている立場にあるため、漏洩防止が高かったものとする。また看護師の役割と指摘されてきた物理的な学習環境の整備が3割以下と低かった。



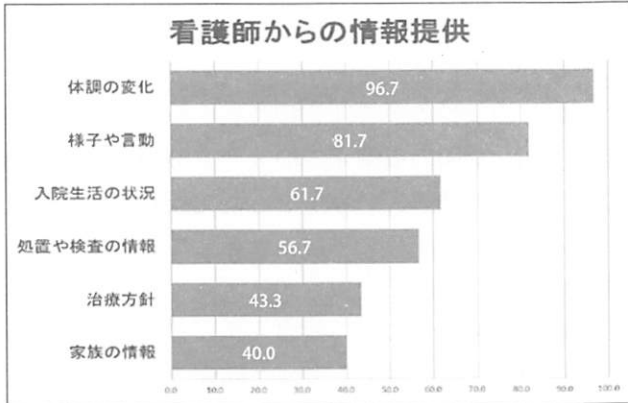
教師での期待では「身体情報・心理社会的状況を適宜伝えてほしい」がやや高く、教科書を使つての学習は11.7%と低い結果であった。学習を狭義に捉えておらず、回答者が経験豊富であったと考える。



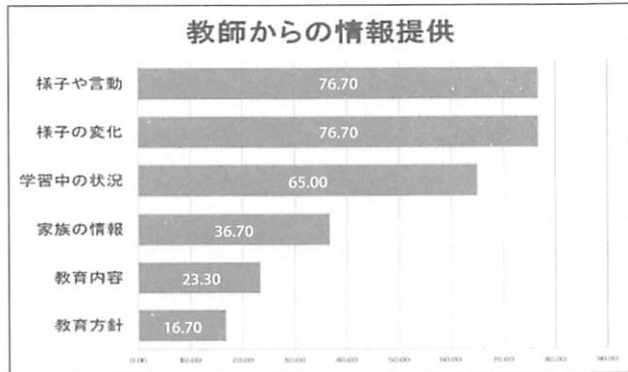
転入に関わる人は主治医が約8割で、師長・主任が7割、教師が6割の順であり、医療者主導であることがわかった。プライマリーナース、ソーシャルワーカーは2～3割にとどまっていた。転出に関わる人は教師が75%と多く、教育主導であり、転入に比較して主治医も師長・主任も5割以下と少なくなっていた。プライマリーナース、ソー



シャルワーカーは2割弱であった。教師と主にかかわる人は86.7%が決まっており、うち師長・主任が83.0%と主になっていた。決まっていない場合の理由は「十分連携できているから」が57.1%であった。看護師からの情報提供は体調の変化がほぼ10割に近くあり次いで様子や言動、入院生活の状況と続き、治療方針は4割強であり多くなかった。

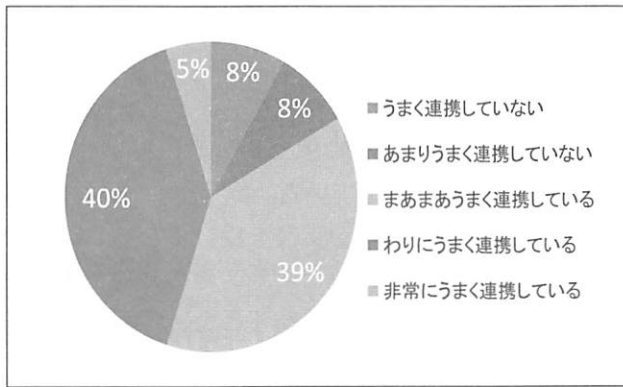


教師からの情報提供の内容を見ると、教育内容よりも子どもの様子とその変化が高く治療を受けている子どもを対象にしている特徴と考えられた。



教師からの情報提供の内容を見ると、教育内容よりも子どもの様子とその変化が高く、治療を受けている子どもを対象にしている特徴と考えられた。

連携の状況では「うまく連携していない・あまりうまく連携していない」は合わせて16%のみで、「わりにうまく・非常にうまく連携している」は合わせ



て45%で、「まあまあうまく」を合わせると8割強あった。教育の種類による差はなかった。

連携の中での相談内容では51の自由回答があり、KJ法的手法でカテゴリー化した結果では、子どもの様子14、治療的判断・調整8、治療と教育の折り合い8、子どもの体調7、家族の情報6、子どもとの関わり方5、退院後の学校調整3の7カテゴリーが抽出された。

具体的な内容では子どもの様子では「予後不良で医師からの説明をうけた患者さんの言動を聞いた」「授業中つかれないで集中できるかなど様子の確認を行った」があった。治療的判断・調整では「治療と訪問学級との時間調整」「疾患・病状に合わせた授業時間、内容」があった。治療と教育の折り合いでは「学習に影響する治療内容の確認」「身体状況に伴う教育方法・方針の調整」があった。子どもの体調では「けいれん状況→授業をどの程度行うか、ベッドサイドかなどの調整」「重心児のてんかん発作の対応」「子どもの様子や変化がとても大切」があった。家族の情報では「家族からの情報（教育について困っていること）」「家族の様子についての情報交換、家族の考え、思いについて」があった。子どもとの関わり方では「院内学級に行きたがらない児の身体的・精神的状況について伝え、どう対応していくか」「患児とどう関わっていくか・どうすれば良いか・患児同士の関係（集団活動など）の調整」などがあった。退院後の学校調整では「退院後スムーズに前籍校へ戻れるような準備」があった。

連携の効果については41の自由回答があり、KJ法的手法でカテゴリー化した結果、子どもの変化9、理解の深まり6、復学支援に有効6、早期対応への連携6、医療者と教師の協働5、授業方法の工夫4、医療者以外の存在の重要性3、家族の変化2の8カテゴリーが抽出された。

具体的な内容では子どもの変化では「不規則で

あった生活にリズムがつき始め、メリハリができた」「子どもが学習の遅れを心配していたが解消された」「学校行事に参加した子が楽しそうに報告してくれた」「本来の子どもの姿をとりもどすことができる」があった。理解の深まりでは「養護学校の行事に参加し子ども達を通じて教員の方と関わり」「よい人間関係を保つことができると、情報が自然と入ってくる」があった。復学支援に有効では、「タイムリーに情報が得られ、復学支援にも役立っている」「教師も前籍校とよく連絡をとってくれているため退院後の学校への復学がスムーズ」があった。

連携で大切にしている事として「学校行事への参加」56.7%「看護師から声をかける」「子ども家族を中心に考える」51.7%の順であった。

連携で困難な事として「忙しく時間が取れない」45.0%が多く、「特にない」「場所がない」と続いた。また連携で教師の対応で気になる事が「あり」が51.7%で、その内容は病気の理解不足が71.7%であり先行研究³⁾と類似した結果であった。

連携の課題については37の自由回答があり、KJ法的手法でカテゴリー化した結果、時間の不足7、情報交換6、人的な問題5、個人情報の扱い5、教員の理解と対応5、相互理解4、在籍児と教員配置3、家族の問題2の8カテゴリーが抽出された。

具体的な内容は時間の不足では「合同カンファレンスの時間がなかなか取れないこと」「看護スタッフは日常繁忙なため、もっと連携にかかわりたいという思いが強いが、参加できない現状があること」があった。情報交換では「できることなら日勤業務の開始時、授業終了時に看護師と教師の情報交換の場を毎日もっていききたい」があった。人的な問題では「人手不足 学校側もシフトを組んだ勤務体制にしてほしい」「医療と教育を含めてコーディネートして下さる方が中心にほしい」があった。個人情報の扱いでは「症状(個人情報)をどこまで伝えるべきか、あるいは伝えて良いか」があった。教員の理解と対応では「毎日来られる先生が変わるのでその度に対応に困る」「教師のモチベーションと患者の状態が並行する時がある」があった。相互理解では「授業や学習の進行などほとんどわからない、個別授業のためじっくりできるという評価は家族からあるが・・・評価が困難」「お互いの教育に対するとらえ方の相違や理解不足等がある」があった。在籍児と教員配置では「4月1日に入院している子ども

をおかなくてはならないこと」が家族の問題では「家族が熱心に学校の先生と連絡をとり合う中で、お互いの情報にズレがでるのは問題である」があった。自由回答は全体で「実践でより重要と考え努力していること」「実践で問題や課題と感ずること」の大きく2つの内容に分かれ、さらに4つずつのカテゴリーが抽出された。

「実践でより重要と考え努力していること」として入院児における教育の重要性では「入院児にとっても教育は必要であり、受けられる環境づくりをしていくことは大切」があった。「復学への対応・準備」では「早期から前籍校も含めた学校との連携を図る努力をしている。」があった。支援学級への理解の大切さでは「特別支援学級の仕組みなど、医療者も教師ももっと学習必要」が医療従事者と教員との相互理解の重要性では「その権利を守ってやるのがその子どもにとって幸せな生活につながるのではないかと考え、看護・教育の連携を図っている。」があった。

「実践で問題や課題と感ずること」として義務教育後の学習の問題では「義務教育の場はあるが、高校生になると全く支援がなくなる。」が、短期入院の学習の問題では「短い期間でも必要な時に必要なだけの教育の機会を十分に与える体制が必要。」が教員配置への要望では「入院してきた子ども数で教師増減を週単位で変更してほしい。」が、学習環境整備上の問題・要望では「6人部屋（乳幼児同室）でベッド学習するとなると、気が散ってしまい授業に集中できない」があった。

まとめ

入院中の子どもの教育支援は病棟環境条件・教育体制ともに様々で施設毎の多様な状況が確認された。教育の意義については「心理的安定への寄与」「学習の遅れの補完と学力保障」「積極性の育成」を看護師はほぼ同様にそれぞれを重要と捉えていた。

教師への期待では「教科書の学習」は1割と低く、学習を狭義に捉えておらず、回答者が経験豊富なためと考えられた。教師と医療従事者との連携は、良好である事が示された。連携で良かった事では子どもや家族に成果があった内容が浮き彫りにされ、様々な課題も明確になった。

連携の実際から、看護師が教師とともにひとりひとりの子どもを丁寧に観察し、情報交換を行い、様々

な調整を図り、子どもの生活の質を高めるように努めていることがわかった。看護師は教師と連携を図ることによって、子どもや家族により良い効果があると実感しており、連携をとるうえでさらに努力する余地があるとも考えていた。

子どもがより良い教育支援を受けるためには、教師と医療者の連携が必須であり、その時間や人手などの資源が今以上に必要となること、情報交換や相互理解が課題であることが明らかとなった。

看護師として、入院している子どもの教育支援について、様々な実践上の問題や課題を抱えている現状が明らかになった。今後はさらに教育と医療の連携を図りながら、課題や問題の解決に取り組んでいくための仕組みづくりが、双方の重要な命題となることが示唆された。

おわりに

今後の課題として今回得られたことをもとに、踏査的な調査により、さらに連携の実態と課題を明らかにしていきたい。また調査の前段階でご協力頂いた西牧先生・滝川先生・谷川先生および調査にご協力頂いた病院の師長・主任の皆様に深謝する。ご静聴有難うございました。

- 1) 濱中喜代、中村由美子、日沼千尋、大矢智子、児玉千代子、大木伸子（2011）入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携・協働に関する研究、日本小児看護学会第21回学術集会。
- 2) 文部省病気療養児の教育に関する調査研究協力者会議（1994）病気療養児の教育について（審議のまとめ）。
- 3) 大見サキエ（2009）がんの子どもの理解促進と教育支援－養護教諭を対象とした研修会の効果－、育療、44、40-49。

会長講演 座長まとめ

小児看護の第一人者であり、今回の学会長である濱中喜代氏（東京慈恵会医科大学医学部看護学科・教授）より、入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携について、病棟師長・主任に対する全国調査を行い、そこからみえてきたことを中心にお話いただいた。

今回の学会の特徴は、看護系の先生方の参加が多く、看護から教育への期待が多く寄せられたことである。今までにも医療と教育との連携は語られてきた。その多くは、先進的な病院で、特に小児がんの子どもを巡る連携として、一般化して語られてきたように思う。

今回の報告は、全国調査に基づき、いろいろな病気に対応している小児病棟の管理職からの意識調査であり、その意義は大きい。

看護職からみた教育の意義は、「心理的安定への寄与」、「学習の遅れの補完と学力保障」、「積極性の育成」が上位3つであり、個別的教育支援計画、看護計画作成上、お互いの情報や関係性を大切にしていることわかり、積極的な連携が取られていることが伺えた。自由記述分析でも、そのことは裏付けられていた。ただ、病弱教育に携わる教員と看護職との役割において意識のずれがみられ、小中学校等の前籍校に復学する場合、更に意識格差が大きくなる

可能性がある。感染予防や体力回復のために長期間在宅療養を強いられる子どもは多い。個別的教育支援計画、看護計画の中に、教員による看護的配慮、看護師による教育的配慮の観点からの復学の支援計画の作成が望まれるところである。自由回答の中には、「実践でより重要と考え努力していること」として入院児における教育の重要性では「入院児にとっても教育は必要であり、受けられる環境づくりをしていくことは大切」、「復学への対応・準備」では「早期から前籍校も含めた学校との連携を図る努力をしている」、「特別支援学級の仕組みなど、医療者も教師ももっと学習必要」があり、大いに希望が持たれるところである。

今回は、看護側から見た医教の連携について、数多くの示唆をいただいた。医療と教育の連携に関する研究が、この日本育療学会の中でさらに深まることを期待している。

(文責 西牧 謙吾)

口頭発表 I

座長 横田 雅史（帝京平成大学）

武田 鉄郎（和歌山大学）

特別支援学校に勤務する看護師の教員や行政に対する思い

（鈴木和香子、大見サキエ）

特別支援学校の看護師は、医療的ケアを受ける子どもの教育の権利に必要な存在であるが、看護師と教員間の考え方の相違等の困難から早期離職してしまうことが課題となっている。本研究では、特別支援学校の看護師が教員や行政に対する思いを明らかにすることを目的としていた。方法は、特別支援学校に2年以上勤務経験のある退職した看護師7名に一部質問紙調査及び面接を行った。調査結果から看護師は、学校での業務に制限があることを困難に感じており、教員と協働し看護師の役割と責任を果たしたいと切望していた。そのためには、教育現場の教員や行政に対して看護の本来の役割・看護の効果を表明し、社会的認知の拡大を図るとともに、より理解されるような働きかけが必要であると報告された。また、行政に対し医療的ケアの今後の方針の明確化と、看護師の在り方の検討を求める必要性も報告された。

長期に入院している子どもの復学に向けて母親が求める支援 ―学校関係者に対する思いに注目して―

（市川雅恵）

A県では、2004年より病児療養児のための教育支援システムが整備され、院内学級コーディネーターの配置や訪問支援員の派遣を実施している。本研究では、長期に入院していた慢性疾患児をもつ母親が子どもの復学をどのように据えているか、復学および学校生活への適応に向けて、どのような思いを抱き、支援を求めているかを明らかにした上で、よりよい復学支援のための示唆を得ること目的としていた。方法は、A県内の病院に入院し、退院後、

自宅療養を経て前籍校に復学した慢性疾患児をもつ母親8名に面接調査を行った。調査結果から、学校関係者に対しては、特別な配慮をもって子どもと向き合い支援してもらうこと、クラスメイトへの理解と協力を得ようと活動してくれることを求めていることが報告された。また、医療者が可能な限り手段や方法を用いて教員と協力する必要性や看護師は子どもの成長や発達を見守る長期的で継続的な関わりが必要であることが示唆されたと報告された。

病弱支援学校の親の心情と親支援の必要性・有能性に関する一考察 ―親の心情がポジティブに向く要因とは何か―

（竹村芳恵、川崎友絵）

自分の子どもの育ちが“定型発達ではない状態”を呈した時の親の心情に「特有のマイナス思考」が見られると言われている。本研究では、①親の呈する心情「特有のマイナス思考」とは何か、②親の心情がポジティブに向く要因と持続させる要因は何か、③親の支援の必要性と有用性について検討することの3つを目的としていた。方法は、X病弱支援学校PTA－OB会参加者8名に質問紙調査を行った。調査結果から「特有のマイナス思考」とは不安・不穏感が強く、他者と繋がる力が弱い状態であった。また、親の心情がポジティブに向く要因の一つは他者との「繋がり」であるとし、それを支える重要な要因は「他者と自分」の相互間における「傾聴」と「寄り添い共に考え歩む姿勢」であると報告された。さらに、親は適切な“支え”を受けることで、どのような状況からも確実に成長し、子どもの「自立」を支えようとし、その後の人生に、自己価値と自己実現を見出そうとすることが、親支援の必要性と有用性の根拠であると報告された。

ムコ多糖症の子どもの教育の実態 ―保護者へのアンケートを通して―

(永井裕也、武田鉄郎)

本研究では、ムコ多糖症の子どもへの保護者・教師の対応について明らかにし、ムコ多糖症の子どもには教育の場においてどのような配慮が必要であるのか考察することを目的としていた。方法は、日本ムコ多糖症親の会に所属する子どもの保護者に質問紙調査を実施した。調査結果から、学校における配慮・支援や学校生活における支援は、子どもの病状やニーズに応じて行われていることが明らかにされ、特に支援のニーズがあるのは、学習面では体育の授業、運動会、校外学習であり、生活面では衣服の着脱、排泄、食事、歯磨きの介助であると報告された。医療的ケアは14%の子どもが必要とし、年齢が上がるにつれ、医療的ケアを必要とする子どもの割合が増加していること、また、医療的ケア実施のために保護者が学校に出向いている場合があることが報告された。周囲の子どもへの病気の説明は26%の子どもについて実施しており、説明を行った保護者は概ね満足していることが報告された。全体として教育的ニーズに応じた配慮・支援が行われていると考えられるが、保護者と教員とが日頃から連携し、病気の進行等によるニーズの変化を把握しながらよりよい支援の実施と、医療的ケアの実施体制等より充実した整備が求められると報告された。

大学病院における院内学級支援室の役割とその必要性 ―新・院内小児教育支援室設立構想―

(藍原康雄、岡田芳和)

長期入院・療養生活を必要とする子どもは、退院後の学習の遅れや社会的復帰・自立に対する困難感が多いために、入院前、入院期間中、退院時、退院後も継続して教育支援を可能とする体制作りを整備していく必要があるとしている。そこで、現在、既存の院内学級とは異なるシステム・機能を備え、子どもの学習にとどまらない社会的自立への支援などの幅広い子どもの教育を支援することを目指した、院内施設を設立するプロジェクトが進行中である。本構想では、大学病院における長期入院・療養生活を行う子どもに必要なセルフコントロールを身につけることを含めた教育支援体制を、院内の多職種や地域性と連携して設立・運営することを目的とするものである。方法として、入院・通院中の子ども達とその御家族の協力のもと、「入院療養中の子どもに対する教育支援の必要性」をどのように感じているかヒアリング調査を行い、その結果をもとに教育プロジェクトに基づくチーム編成と具体的な教育支援内容を立案し、システム環境を整備していく予定であることが報告された。本構想は既存の院内学級・訪問学級制度では困難であった小回りのきく、独創的な教育支援や、より個別ニーズ合わせた教育支援サポートを行うこと等が期待されるとのことであった。

口頭発表Ⅱ

座長 島 治伸（徳島文理大学）

中塚 博勝（中核地域生活支援センター・香取ネットワーク）

地域の小学校における修学旅行への病弱児の参加—社会学的視点・法的視点の教育実践への活用—

（福本良之・西牧謙吾）

一般に小学校において病弱児の存在は、養護教諭や当該児童の担任以外関心を持たれることは日常ほとんど無く、教員に病弱児教育が意識化されることも少ない。

病弱児の存在が顕在化する契機の一つが、修学旅行や校内行事である。児童にとって学校行事への参加は健康上の問題の有無を問わず大きな関心事であると同時に教育上も意義あることである。本研究は病弱児の修学旅行への参加を実現するに当たりどのような問題があり、解決のために有用な手段として、社会学的視点・法的視点に基づいて作成した緊急対応マニュアルを適用した実践例をまとめたものである。

抽出された問題は、①教員の危惧感②病弱児の参加が教員間で共有されにくく、担任や養護教諭に孤立感を抱かせる③主治医の見解と学校側の見解との齟齬の三点であった。

このうち③は医師の文化と教員の文化の違いに起因するものといえるが、総じて三点の背景に法的責任の観点が存在していることが伺えた。それは「安心・安全」に係ることである。その課題をクリアするために両者が共同して緊急時対応マニュアルを作成した。

その作業を通して教員間に病弱教育に対する理解が進み、保護者の安心児童の安全が確保された。

このような問題は全国どこでも起こりうることであり、それぞれの学校が病弱児を学校行事から排除するのではなく、参加に向けた積極的な検討がされることを願うものであり、この実践の成果が生かされることを期待したい。

病弱児の学習空白の実態に関する研究—病種別の学習空白の有無と期間について—

（深川美砂子・横田雅史）

病弱部門のある特別支援学校や病弱・身体虚弱特別支援学級に在籍する子どもは、病氣療養のため学習空白を伴っていることが多い。学習空白の影響は、自信の欠如、学力低下などの原因としてあげられている。学習空白の期間を少なくするためには、入院直後の短期間のうちに学習空白の実態を把握し、適切な対応をとることが子どもの将来にとって鍵を握っているといえる。

本研究は、学習空白の時期や期間と対応の方法を明らかにし、この問題への対応のあり方について検討することを目的に行われたものである。

今回は、副題にも示されているように、病弱部門を有する特別支援学校 97 校と病弱・身体虚弱特別支援学級のある小中学校 270 校を対象として、質問紙法により調査を行った結果のうち、病種別に学習空白のある児童生徒の実数と期間、学習空白があることによる指導困難な領域・教科について発表された。

1. 学習空白の状況は、病気の種類や発病してからの期間によって異なり、学習空白のある子どもの割合は心身症等行動障害が 266 人中 204 人 (76.7%) で最も多く、次いで喘息等呼吸器疾患 50 人中 19 人 (38.0%)、白血病等悪性新生物 201 人中 75 人 (37.3%) であった。
2. 学習空白があることで指導が困難となる、学習空白の影響を大きく受ける領域・教科としては、算数・数学、社会、理科、外国語など積み重ねを必要とする教科があげられている。

学習空白期間をできる限り短期間にとどめるためにどのような取り組みが求められるのか、学習空白によって生じた教科学習の遅れに対する効果的な対

応については、継続して研究をすすめ、次回報告されとのことであったが成果に期待したい。

学習空白は単に教科学習の遅れを生じ学業不振をもたらすのみならず、子どものころにもさまざまな影響を及ぼすことは言うまでもない。

まとめの項で演者が述べた「入院している期間も発達している子どもに適切な教育を展開することの大切さ」の視点に立って研究を続けられたい。

病弱教育の認識に関する調査研究 (1)

一教職課程の大学生を対象として一

(小畑文也、小沢和也、泉真由子、中澤幸子)

病弱教育の分野が認知されていないことが、病気の子どもたちの教育を充実することを阻んでいるとの認識から、教職課程の授業を受講する4年制大学1～4年生を対象として、特別支援教育の対象となる障害を列挙させることで、その認知度に関する調査が報告された。結果として、病弱教育のカテゴリーに入る障害を記したものは殆どいなかった。このことから、病気の子どもが治療を受けながら教育も受けられるという、病弱教育のシステムそのものへの無知が予想された。

病弱教育の認識に関する調査研究 (2)

一普通小学校の教員を対象として一

(中澤幸子、泉真由子、小畑文也、小沢和也)

普通小学校36校の教員の病弱教育への関わりについてアンケート調査を行い、病弱教育に対する認識と理解度についての分析を行った。その結果、実態についてはほとんどが保護者からの情報に頼っていたり、特別な配慮や対応についての具体的な内容がほとんど保護者頼りであることがわかった。一方で、教員自身が児童生徒の学校生活への不安も大きいことが分かり、小学校教員の現状として病弱教育への十分な理解ができていないことがあきらかとなり、研修等の必要性が示唆された。

ケニア(ナマンガ)の医師と教師の連携実践から学んだ病弱児への家庭教育

一キラキラプロジェクトを中心に一

(江頭進)

栃木モンテッソーリ教育研究会の会員である慢性疾患児と、ケニア(ナマンガ)の医師や教師との間接的・直接的な交流及び発表体験を通じた実践研究による成果について報告された。アフリカの地で活動をする日本人との交流の中で、子どもたち自身の生活の見直しや学習意欲に繋がる実践報告であった。口頭発表を聞いている参加者たちにもリアルタイムでの実践研究という意味で、他の研究発表とは違った興味や関心を持たせるものであった。

長期入院した子どもの復学支援における関係職種および保護者の認識と支援の実践

一復学が順調に進むための要因に着目して一

(星野美穂、飯塚もと子、佐藤奈保、中村伸枝)

復学が順調に進むための要因について、看護師、医師、教員、長期入院児の保護者を対象とした質問紙調査を行い、その分析を行った結果が報告された。調査の結果から、順調な復学には、それぞれの立場の人による個々に応じた環境調整の必要性が明らかとなり、その為の相互理解に基づいたチーム連携の強化の必要性が伺われた。また、子どもに対しては継続的な心理的支援の必要性と、具体的な対処能力や自己効力感を高める日常的な支援の必要性が明らかとなった。さらに、疾患による復学への準備や困難さの特性も明らかとなり、今後の研究に期待される。

ポスターセッション

座長 小畑 文也 (山梨大学)

滝川 国芳 (国立特別支援教育総合研究所)

ポスターセッションでは、以下の11件の発表が行われた。

P1 入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携 ―看護師長・主任への全国調査の自由回答からみえてきたこと―

(濱中喜代、○荒川まりえ、高橋衣、中村由美子、大矢智子、日沼千尋、児玉千代子、大木伸子)
入院している子どもの教育支援のために特別支援教育担当教師と看護師がどのように連携・協働しているのかについて、子どもが多く入院している病棟の看護師長または主任に対して行った調査研究である。入院している子どもの教育支援について、教師と看護師との連携のための時間や人的問題、情報交換や相互理解が課題であることを明らかにした。そして、今後は課題や問題解決に取り組むための仕組みづくりが重要な命題となることを示唆した。

P2 小児看護に携わる病棟の教育支援取り組みの現状 ―病棟看護師長に対する質問紙調査―

(○大見サキエ、金城やす子)
長期入院となるがんの子ども教育支援の現状と課題を明らかにすることを目的に、全国の小児看護に携わる看護師長を対象に行った調査研究である。学校との連携を強化した入院から退院における教育支援を、定期的に実施している施設は様々な工夫を試みながら支援している一方、実施していない施設は、短期入院児は対象としていないこと、対象者いてもほとんどが家族や教員に任せて関与していない現状を明らかにした。そして今後、教育支援に関する課題の検討と、未実施の施設に対する教育支援の必要性の啓蒙が提案された。

P3 子どもの‘学校に行きたい’思いを支える看護師のコーディネーターとしての役割

(○北川八重美、田中美里、山本優子)
疾患によるリスクのため活動制限があり、医療センター併設校からも登校について制限を受けている児童について、学校への登校に至るまで看護師のコーディネーターとしての役割についての報告である。患児の学校に行きたいという思いや、QOLの向上のための登校の必要性を強く感じ、母親と連携しながら、学校との合同カンファレンスを通して調整を図り、登校回数を増やすことができた。そして、看護師のコーディネーターとしての主な役割は、「母親のサポート」、「学校の不安緩和」、「医師との調整」であること、患児を取り巻く人々が共通認識をもつことで、子どもの思いの達成に繋がったと結論した。

P4 病弱教育における教師と看護師の院内での連携に関する研究 ―相互理解および連携に対する意識に焦点を当てて―

(○川崎友絵、竹村芳恵)
院内学級の教師を対象に、看護師とのかかわりについて調査を実施し、看護師への病弱教育に対する認識の調査(川崎、2010)の結果と比較することにより、教師と看護師との相互理解や連携に対する意識の違いを検討した報告である。連携については、教師は充分であると感じているのに対し、看護師は充分であるとは感じておらず、意識の違いがある。そこで、双方がチームとして協働していくには、価値観の違いを知り、互いの支援計画を話し合う機会を定期的にもつことが重要であり、このことが入院中の子どものトータルケアの充実をもたらす可能性があることを示唆した。

P5 入院中の子どもの心理的支援の在り方 ― 役割認知・遂行と期待のズレからの検討―

(○加藤祐美、石川慶和)

役割理論に基づき、チャイルド・ライフ・スペシャリスト (CLS) やホスピタル・プレイ・スペシャリスト (HPS) の役割認知・役割期待と、共に働く医療関係者がCLS、HPSに期待する役割のズレを比較検討することを目的として、CLS、HPS、そして共に働く医療関係者に対して行った調査研究である。CLS、HPSには、自身の考える役割、周囲から期待される役割、実際の仕事内容について面接調査を、共に働く医療関係者には、CLS、HPSに期待する役割について自由記述形式アンケートを実施した。その結果、役割認知・遂行と役割期待のズレがあるものの、CLS、HPSの専門性や必要性の啓発・共有、心理的支援の資格を持った人員の確保の役割を期待していることがわかった。そして、心理的支援を担う者だけでなく病院の医療関係者全体で患児の心理的支援を行っていく体制の構築が重要である。

P6 中・重度知的障害児の ICT 利用教育における事例研究

(○佐原恒一郎)

特別支援学校(知的障害)小学部在籍の児童(CA:8歳5ヶ月、MA:測定不能)を対象に、タブレット端末(iPad)を使用した曲の選択・操作行動について検討を加えた事例研究である。手遊び歌が収録されているタブレット端末を提示し、自由に操作できるようにし、手遊び歌の再生中と終了後の捜査の結果を記録した。その結果、曲が終わると確実に画面をタップし次の曲を選択することから、アクション＝リアクションの関係を認識していることが推測された。また、同一の曲を続けて選択した後に、異なる曲を選択しようとする様子が伺えたことから、単に曲が終わったら画面をタップするのではなく、曲の選択行動としてのタップとして学習が成立しつつあることが示唆された。

P7 病弱教育の視点による地域校との学習共同立案について(中間報告) ―ユニバーサルデザイン

(○川池順也)

中学校第1学年の地理的分野における一単元につ

いて、病弱教育の視点を取り入れたユニバーサルデザインによる単元の指導計画を基に「わかりやすい授業作り」を地域校の社会科担当の先生と共同立案する過程を分析した実践報告である。毎月1回の論者が行う授業の観察を行い、共同立案に関する計画について、協議を進めた。その結果、授業者自身が毎月行う共同立案の協議に向けて、どのような教材が開発されると、より授業のねらいに迫ることができるか、また発言する機会が少ない生徒の試行を見取るためには、どのような手だてが考えられるか等の観点をもつことができたことを報告した。

P8 小児がんに罹患した子どもの地元校担任教員の思いと支援内容 ―入院から退院時調整会議開催までに焦点をあてた3事例―

(○加藤千明)

子どもの入院から退院時調整会議までの教員の思いと支援内容を明らかにし、子どもが入院後の教員への看護介入について検討することを目的に、がんの子どもを担当した教員を対象として行った調査研究である。調査は、子どもの入院時から調整会議までの思いと支援内容について半構造化面接法により実施した。結果から、教員は入院中の子どもとの接触を希望しているものの、面会制約あるなどして子どもに会えなかった場合には、復学のイメージ化が図られず復学への不安が生じる。しかしながら、その場合は保護者やクラスメートへの支援を積極的に実施していたことから、子どもへの間接的支援につなげていると考えることができる。看護師は、担任が病院に来やすい環境を整え、教員の思いや学校側の情報を把握して対処していくことが必要であると論じた。

P9 米国におけるこども病院内のコーディネーター ―ケースマネージャーの役割―

(○河合洋子)

慢性疾患児にとって入院から退院、退院後ケアといった一貫したサポートが重要である。アメリカでは、この役割をケースマネージャーという専門職が行っていることから、イリノイ州のこども病院(La Rabida Children's Hospital)のケースマネージャーから得た情報・書類、病院のホームページ等をまとめた訪問調査の報告である。Multidisciplinary teamにより病院内のチームプレイがなされケアマネー

ジャーが調整役となっている。また、病院内のチームメンバーが、ケースマネージャーのコーディネーターとしての役割を認識し、お互いに認め合って活動することが重要であると、報告した。

P10 オーストラリアの小児がん患者の在宅療養の特徴と看護師の役割

(○岡本光代、山田和子、武田鉄郎)

オーストラリアのこども病院の小児がん患児の在宅療養の特徴と支援の現状を明らかにし、本邦の患児の在宅療養支援における看護師の役割を検討する際の資料とすることを目的として、医療スタッフに対する半構造化面接を実施した調査報告である。4名の面接者に、所属する施設の概要、対象者の役割、小児がん患児の在宅への移行と在宅療養の状況、支援方法などについて調査した。その結果、小児がん患児の在宅療養は、①入院期間が短く在宅療養期間が長い、②治療開始と同時に在宅移行準備が始まる、③在宅で医療的ケアが行われている、④医療的ケアが必要でも地元校に復学する、⑤在宅でターミナル期を過ごす、という特徴が明らかとなった。本邦においては、保健・医療・福祉・教育的支援が組織化されることで、専門家同士が連携しやすくなり、円滑に在宅へ移行させることができる、と報告した。

P11 院内学級担当教員の教育実態とニーズ調査 ー広島県下の調査からー

(○長江綾子)

病気療養児を取り巻く環境の変化に対応した教育のあり方を検討し、病気療養児の教育の一層の改善と充実を図ることが求められていることから、院内学級における特質の違いを明らかにすることを目的として、院内学級の担任に対して行った調査研究である。質問紙調査は、院内学級の概要、入院児への対応、院内学級担当教員の専門性、院内学級経営上の課題の構成であった。規模の大きな病院に設置された学級は児童生徒数が多いことから、病院の規模による院内学級の特質の違いを示した。また、規模の大きな病院には、チャイルド・ライフ・スペシャリストや臨床心理士等がいることから、院内学級は、教科指導が主とする役割として、専門分化が進んでいることが考えられると報告した。

ポスターセッションは、病気のこどもを取り巻く多岐の内容にわたる発表について、学会参加者同士の活気あるディスカッションが行われた。また、研究発表ポスターは、ポスターセッションの時間帯だけではなく、第1日目13時から第2日目正午まで掲示された。参加者が一同に会した場で、すべてのポスター発表について、発表8分、質疑2分という短時間ではあったが、丁寧に発表内容を聴くことができたことは有意義であった。

教育と医療の連携と協働の構築のために

谷川 弘治（西南女学院大学保健福祉学部福祉学科・教授）

座長：山本 昌邦（横浜国立大学）

はじめに

昨日、細谷亮太先生からトータルケアの核心についてお話があり、子どもとのコミュニケーションについてお話しされました。これは支援者間のコミュニケーションにも繋がってまいります。濱中喜代先生からは、教育と医療の連携の実態と課題について調査報告がありました。お二人のお話を受け、私としましては、連携と協働の手立てをどう立てていくのかに絞ってお話をさせていただきます。これが午後のディスカッションに繋がっていけばと思っていますので、よろしくお願いいたします。

1. 定義

「連携と協働」を定義することは難しい問題ですが、ここでは一つの理想形として「複数の主体が対等な立場で、コミュニケーションを図り、目標を共有し、相互の特性を活かした補完関係を構築することによって、結果を創出すること」とします。

この定義の特徴は、第一に、対等な立場でのコミュニケーションによって成立するとしていることです。職場の上司と部下といった縦の関係ではありません。第二に、目標の共有と補完関係の構築が図られ、結果が創出されるということです。各々の目標を達成するための、目標並びに実践の手続きや日程などを調整する作業としての連携を含め、さらに共有した目標の達成のための補完、補い合いをも包含しています。

実際の連携とか協働を考えますと、いろいろな場合があるかと思われます (Fig.1)。

1つは、目標の調整や共有に重きをおかないで、それぞれが完全に独立した役割で進めていくという形です。結果として共通することはあっても、基本的に共有した目標がないということで、各々の結果の創出ということになっていくわけですね。

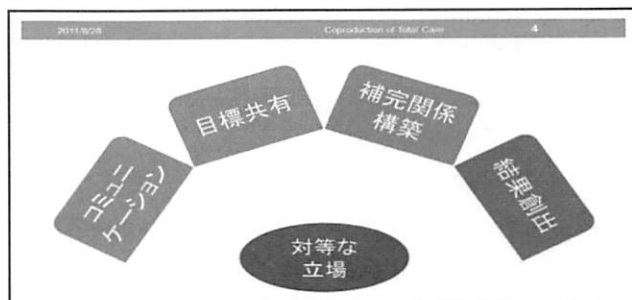


Fig.1 連携と協働

2つには、「教育ではこんなことを目指しています」、「医療、看護としてはこういうことを目指しています」ということを共有し、調整を図り、さらに安静度に基づく活動量の調整、治療予定や学校の行事日程などを踏まえた手続きや日程の調整を行い、補完関係のある程度構築する、しかし、基本的に各々の目標にむけて進め、結果に関してはそれぞれに創出していくというパターンもあるだろうと思います。

3つには、目標について、具体的には生活援助ですとか、学習指導ですとか、セルフケアですとかについて、医療と教育が話し合い、共通目標を明らかにして共有した上で、役割分担なり共同作業を行っていくというパターンがあると思います。この場合、共通の結果を生みだしてくということになっていくわけです。

現時点で、どの方略が望ましいかといったことは、なかなか難しいわけですが、理想としては、三番目のものを目指していくということができればいいのかな、というふうに思っています。

2. 今回のお話の背景と目的

言うまでもありませんが、特別支援教育が始まって教育と医療の連携と協働といったことが一層重要となってきましたし、これは病気の子どものトータルケアの実現の基盤であると言えます。私として

は、特に、個人の資質や努力のみに依存ない連携と協働の手はずはどうあるべきか、ということを考えていきたいと思っています。ここには医師、看護師、教師、保育士など、いろいろな立場の方が集まっておられますので、それぞれの立場から検討を加えていく手掛かりを提供できればと思います。

3. 医療と教育をめぐる生じがちな現象

医療と教育をめぐる生じがちな事象をざっと挙げてみました。

①役割・権限をめぐるすれ違い：

連携と協働の相手の役割や権限を知らないと、尊重することもできません。

例えば、地域の学校でけいれんのような症状がみられ心配だとして、教師からお母さんに「脳波をとってもらったら」と受診勧奨した。母親は「脳波をとってもらうものだ」と思って病院に行く。そうすると医師は困ってしまうわけですね。脳波検査が必要かどうかを判断するのは医師の役割、そういったところまで踏み込まれると、ちょっと困ると。医師としても、教師は医療の素人であることを受けとめて、今度から気をつけてくださいねと、うまくお話しできればよいわけですが、まれに関係がまずい方向に向かうことがあります。

②何を知りたいかとか、何を知らせたいかが伝わりにくい：

③連携と協働の相手に対する苦手意識や無力感：

各々の常識や使用する言葉に込められた意味が異なるため、情報の共有が進まず、共感関係が築きにくい場合があるようです。これは、放置すると強い苦手意識になったり、どうしようもないという無力感を結果します。医療側でいえば医長や看護師長が「子どもにとって学校生活が充実していることが治療上も重要だ。教員と十分協力すること」というメッセージを出し続けているような職場では、こうした事態は生じにくいように思われます。

④合意事項の不履行：

調整を図っていても、合意事項の不履行が生ずる場合があります。例えば、母親から「学級通信を入院中にも届けてほしい」と要望があり合意していたのに、教師としては「かなり難しい病気らしいし、本当に学校のものを届けて良いのだろうか」という戸惑いを整理できないままだったため、不履行の状態になってしまったという事例がありました。また、感染性心内膜

炎に気をつける必要があることを知りながら、校内の事故で歯が折れたとき、受診した医療機関にそのことを伝えなかったという事例がありました。前者は再度話し合えば良いということではありますが、母親は、再度言い出すのに勇気が必要だったといえます。後者は、あってはならないことで、経過を踏まえて再発防止策を立てねばならない事柄です。

⑤連携と協働の相手が拒否的：

連携と協働の相手が忙しそうで声をかけにくい、さらに声をかけないでという非言語的サインを感じるといった訴えを聞くことがあります。とくに上記に示したインシデントが続くと、悪循環になってしまいます。

⑥連携・協働の相手と子どもや保護者との間のトラブル：

人と人との関わりの中での仕事ですから、連携と協働の相手と、子ども保護者間にトラブルが生ずることもあります。いかに中立性を守りながら、連携を図っていくか、舵取りが難しくなります。

4. 仮説

以上のような問題に効果的に取り組むには、個人の資質だけに任せる訳にはいきません。そこで、まず今回のお話の仮説を3つ挙げます。

1つは、連携と協働は、各々の現場の医師、看護師、教師間の関係構造を基盤としているということです。関係構造を改善するには、構造と機能のアセスメントをしっかり行い、目標設定を行う必要があります。

2つには、連携と協働は、個々のケースを通しての相互行為によって形成されるものであるということです。人間関係を通して、いろんなことが進んでいきます。相手がありますので、自分だけがよかれと思って、相手がそう思わなければ進まなくなる。そのため自分自身のしていることについてのモニタリングが必要で、スーパービジョンを必須とするということです。

3つには、連携と協働のために必要なスキルや知識があるということです。また、これらは「学習可能である」ということです。連携と協働のための知識とスキルは、研修ないしは訓練の対象になっていくだろうと考えています。

5. 前提

連携と協働の場の関係構造について、いくつかのことを前提として扱います。議論の対象とはせず、所与のものとして扱うという意味です。

1) 子どもと援助者の関係

援助者の側は教師であったり、医師、看護師であったりするわけですが、まずは治療と生活の主体は子ども自身であると考えておきます。援助者は発達に応じた説明を行って、可能な限り意思を尊重するものです。子どもの成長発達を可能な限り妨げないよう配慮し、できればこれを促進していくというものです。子どもの思いを踏まえた取り組みのためには、その時々語られたことだけでなく、言葉にならないサインを見逃さないということが必要です。これらのサインは、いろいろな人に対して、いろいろな形で表れますから、それらを可能な範囲で持ち寄らないと子どもの全体像が見えないことがあるということですね。

さらに保護者の思いというのを無視できないという意味で、保護者とのコミュニケーション、保護者の支援が欠かせません。

2) 援助者と援助者

援助者同士として前提としておきたいことは、第一に、連携と協働はギブアンドテイクの関係なんだということです。自分だけに利益があるという発想ではなく、もちろん最終的に子どものために、お互いに得るものもあれば、与えないといけないものもあるということです。

情報交換の過程は、言葉だけでなく、言葉の背後にある意図の読み取りが含まれているということです。病状についての説明があったとして、いまの時点で、何のために、それを伝えようとしているかを読みとっていくという作業があるはずで、この意図が伝わらないというときが結構多いんじゃないかと考えます。コミュニケーションにギャップを感じるのは、相手の意図が読めない、自分の意図が相手に伝わらない、伝えたくないという意図が誤解を含めてだろうと思いますが、伝わってしまう、または伝わってくるといったときだろう、と思います。

援助者間のコミュニケーションの過程で、そこで使われている言葉ですとか、行動規範、こういったことがずいぶん違うということは、日常体験しているんじゃないかと思います。伝える側のいろいろな思いは、相手の文化に基づいて解釈されてしまうということがあるわけで、相手への過剰な期待だとか誤解

が生じることがあるということを前提として扱う必要があります。

そのため、伝わりにくい表現の翻訳といったことが必要となるわけです。使用される概念の想定範囲の違いということでは、例えば環境整備という言葉があります。保育士の場合を挙げて説明していますが、環境整備は「掃除、飾り付け、ものの配置等」といったイメージになるようです。看護師は、「安全な環境、感染予防」といったイメージになってしまいうようです。子どもの状態を表す言葉で言えば、子どもさんが回復期に入ってくると、「元気に遊んでいる」という言い方は保育士や教師では普通だと思われそうですが、看護師は「元気」とはいいません。「活気がある」とか、「活発に遊んでいる」という表現が使われることが多い。

先程の発表でもありましたが、しばしば翻訳を要する医師の言葉を挙げますと、「しばらくは安静にしてください」といった指示に対して、広い保育所だとか学校で何をどこまでさせて構わないのか、具体的に話し合わないとわからないことですよ。『普通にさせてください』という言葉も、普通って何なのかが問題になって、例えば、学校ではいま毎日1キロ走っていて、それが普通なだけけれど、それをさせて良いのか、話し合わないと分からないわけですね。『普通』に込めた意味合いとしては、本人の問題解決に任せたいということもあろうかと思いますが、それにしても、どこまでは本人に任せるか、どこまでは見守りが必要なのか、どこからは制限が必要なのか、こういったところについても、具体的に考えていかないといけないということですね。

最後に、適切な、ないしは合理的な配慮を進めて行くためには、支援者間の連携と協働が不可欠ですが、そのレベルは非常に多様であり、その中身が、刻々と変化していくものです。そのため、連携と協働の構造のアセスメントに基づく取り組み考えていかざるを得ないということを挙げておきます。

6. 連携と協働の機能

ここで連携と協働の機能について整理しておきたいと思います。

1つは情報の共有と調整です。これを考える際に、疾病の病態、治療、生活上の課題などの一般的情報と、個人レベルの、その子どもの場合はどうかというレベルの情報を区別しましょう。後者にはプロセ

スのなかで「今こういう状況なので、これを配慮してほしい」という情報と、最終的にこれを目指しているというゴールに関する情報があります。エンドオブライフケアではこのゴールが変わってしまうときもあるわけですね。

2つには、関係の調整という機能です。教師としては、子どもと医師の間のコミュニケーションが促進されるよう日常的にいろんな形で考慮していると思います。中立的な立場で関係調整を続けていく必要があります。

3つには、モチベーションの維持です。これが一番難しいのかなと思います。お互いに協力し合い、1つのものを目指していくことができていたとしても、長期化したときに、それまでのパターンを変えなければならないが、うまく変えられないときがあります。また、子どもさんが亡くなられた時の悲嘆を表現し、共有しあうといったことは非常に大事ですが、その機会が与えられないと、モチベーションの低下をもたらすことになりかねないと私は考えています。

7. 連携と協働の手順

以上のお話を踏まえて連携と協働を進める手順を説明いたします。

大きくは、図の上段に示した個別レベル、つまり個々の現場における連携と協働に関する手順、中段に示した訓練、つまり研修やスーパービジョンに関する手順、そして下段に示した全体的なシステム構築、つまり個別レベルをバックアップしていくための手順を考えております (Fig.2)。

上段に示した個別レベルのプロセス図は、支援のプロセスではなく連携と協働のプロセスを示しています。連携と協働のためのみたてを行い、目標を設定し、計画を立てて運用、そしてチェックを行う。

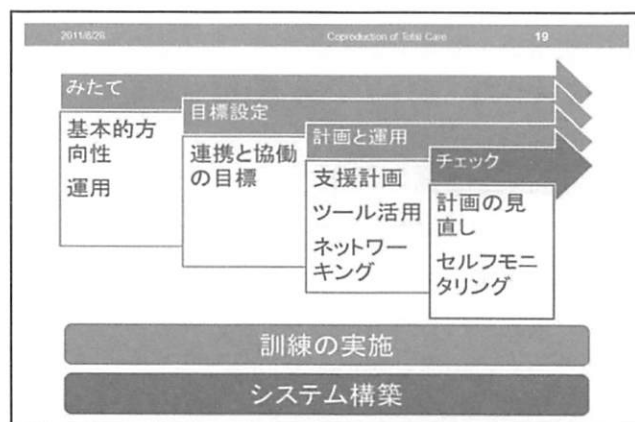


Fig.2 連携と協働を進める手順

この一連の作業を年度当初に計画し、進めていくことをお勧めします。

みたてとは皆さんが所属される職場と連携と協働の相手との関係構造を分析し、基本的方向性と可能な運用手続きを示すことです。それにもとづいて、目標設定を行いましょう。この1年間に、連携と協働という領域で、どういうことを大事にして、どういう到達目標を実現するかを決めるということです。その上で実施して、チェックをしていくわけです。チェックの中に、計画の見直しだけでなく、セルフモニタリングという手順を入れておきました。この点は後程お話をしていきます。セルフモニタリングは、中段の訓練の一部と考えていいかも知れません。

1) みたて

現実の連携と協働については、いろんなパターンがあります。日常的な情報交換と調整についてみたときに、完全な分業体制で目標について共有しない、公式な情報交換がなくお母さんを通してのみ情報が交換される、最低限の方法のみを交換するという場合があります。反対に、定期的なカンファレンスで個々の目標も共有するし、同じ目標にむかって一緒に考えていくことができていところもあるわけですね。このような現実の基本的な方向性を明確にしつつ、それを少し変えたとすればどのようなことができるか、変えていく芽はあるのか（理解を示してくれるスタッフの存在など）、これがみたての1つめの基本的視点ということになるかと思っています。

変化をもたらすには、無理なくできる小さな変化を積み上げていくという手順が有効であることも少なくありません。

2つめのみたての基本視点としては機関相互の情報交換のルールがどうなっているのかを分析することです。特に、情報の管理の指針をチェックしておく必要があるかと思っています。これは、当事者との信頼関係の形成と維持に不可欠ですが、具体的には守秘義務の遵守の規定、文書その他の情報の管理の方針、病院と学校との間での情報交換の目的、交換範囲、交換方法の規定などの、基本枠がどうなっているのか、ブラッシュアップを図る必要性の有無などをチェックしましょう。

3つめは、代諾者である保護者の大筋の了解をどのように得ているかです。どの機関とどの機関が、

どういう目的で、どういう範囲のことを情報交換しているのかをどう説明し、了解を得ているのか。さらに、どういう場合にあらためて保護者に相談するか、というルールづくりが、どこまでできているでしょうか。

子どもたちに対して、相談を受けて聞いたことの中で、これは絶対人には言わないよ、誰かに話さないといけない場合はあなたに相談して、それから考えるからということを説明すると思いますが、同じようなことを保護者に対してもして行うというわけですか。

本学会の中で議論がありましたが、期間の間で情報のやり取りするときに保護者がネックになるわけです。ご本人が情報交換に動かれるときもあるし、保護者を支えるという意味で、代わりに情報交換を進めて行くということもあると思います。代わりに動く場合に気を付けていただきたいのは、あるところから先は保護者が自分で動くように促していく、その起点を考えておくことです。お子さんの病気について、保護者は自分で操作できない局面、医療者に従わざるを得ない局面が多くありますので、「親として、自分はこの子のために、これだけのことはしています」という充実感、達成感が得られるよう、連携と協働を考えるときにも配慮していただきたいと思います。

みたてのもう一つの課題として、運用の分析が挙げられます。

みなさん、現場でしっかりやっていらっしゃることではありますが、連携の相手の窓口と窓口の連絡調整の機能がどういうふうに働いているのか、病院っていうのは、ラインとチームのそれぞれの動きがあります。このあたりをしっかりと押さえておきましょう。問題によって、担当レベルで話をしても、先へ進まないことがあります。これは師長レベルへ持っていけないといけない、これは、もっと上までというふうなことがあります。

また、相手側の期待とか、受け取り方とか、伝わりにくい事項を明確にしておくことが必要です。さらに、相手側に依頼できるスタッフを見つけておきましょう。依頼できるスタッフとしては、医師、看護師、ソーシャルワーカー、保育士だけでなく、結構落ちているのが庶務課、医事課といったところでしょう。是非加えていただきたいと思います。

2) 目標設定

この一年間、どんな連携と協働の構築を目指すかを明らかにするということです。訪問教育では挨拶する機会も少なかったりしますが、そうであれば「まず、あいさつしよう」とか、「相手の名前を覚えよう」とか、「今年はカンファレンスを積極的に提案してみよう」などといった目標が設定できるかもしれません。

まずは目標設定していくということが大事だと思います。その際には、子どものニーズと最善の利益を考えること、保護者の要望との調整を行うこと、優先事項を整理しておくことなど、配慮すべきことがあります。一番大事だと思いますのは、こういった課題は無理をすると逆効果といったところです。無理をしない、または、相手に無理をさせないような目標設定を考えましょう。

3) 計画と運用

計画と運用に関しましては、いろんなツールを作って、利用することができます。連絡票を作ったりすることは多いと思うのですが、それに加えて、例えば、個々の子どもにどういう支援計画を持っているか、そのすべてをお見せするのは難しいかもしれないですけど、その概要だけは知っておいていただくとか、異動してきて間もない教師にはこんな研修計画を組んでいるんですよということぐらい看護師長さんに知っておいてもらうといったことを考えてみましょう。異動してきた教師への研修計画は医療側との協議で共有する方が望ましいです。

カンファレンスを行える場合は、その計画を調整する作業は必須です。共有し、理解を求めておきたい個別の支援計画の概要に関しては、見直し時期を決めておくことで、病状に応じた対応が検討しやすくなります。

支援を考える際には、日々の申し送りや定期、適宜のカンファレンスなどフォーマルな場を通して行われる情報交換だけでなく、個々の状況を踏まえたインフォーマルな関わりの場も意図的に活用しましょう（ただし、公的な場であることには変わりありません）。「この子については、この看護師さんに打ち解けているみたいだよ。話ができるみたい。」といった情報に基づき、その方との意見交換などを行うことで見えてくることも少なくありません。

4) 地域とのつながりの視点

復学の局面で地域とのつながりをしていく時に、病棟ないしは院内学級で把握しているその子の全体像

を踏まえながら、保育士、教師が使う言葉と医療スタッフのそのニュアンスの違いをとらえるコミュニケーションを促進すること、保育所や学校でどういう困難がありうるのかを予測したり、本人が何について心配なのかを把握すること、地域の保育士や教師が心配しがちなことを把握することが、病棟の保育士や院内学級教師の大きな役割です。これは看護師の役割でもあります。

さらに、本人の良いところを具体的に挙げることで、子どもに対して支持的に関わることができることが求められます。

8. セルフモニタリングと見直し

次に、訓練ないしはスーパービジョンの課題を検討しましょう。Table1は、日々の実践のセルフモニタリングのためのチェックリストです。例えば、情報交換、調整の場を確保しているについてイエスかノーか、あるいはどの程度できているかで自己評価してみてください。同様に、顔を合わせたときに声掛けをしているかといったところも大事だと思います。昨日の細谷先生のお話に「コンピューターでメールのやりとりをしているのは問題だね」というのがありましたけれども、直接顔を合わせるといのは大事だと思います。それから、連携の相手に伝えたいことや相手が伝えたいことを具体的にイメージしながらコミュニケーションを図るようにしているか、合意事項を遵守し、見直し時期を設定しているか、連携の相手が働きやすいような環境作りをしているか、本人の意思決定を尊重しているか、一人で抱え込まないで助言を得ることができているかなどを挙げています。最後にある、うまくいかない時にプラス思考で進めることができているかということは、少数の職種の場合には欠かせない視点だと考えます。

スキルレベルの訓練のためのチェックリストをTable2に示しました。①連携の相手の役割や権限をどう理解し、尊重した行動ができるか、②保護者の了解が必要であることを理解して、必要な手続きを踏むことができるか、③連携の相手の仕事と職場の仕組み、意思決定がどうなっているか、指揮命令系統がどうなっているか、役割分担がどうなっているか、外部との窓口がどうなっているか、④職場文化を理解し、適切な関わりを築くことができるか、⑤連携の相手の立場、思考パターン、関心を把握し

【Table1.】日々の連携と協働に関するチェックリスト

- 情報交換、意見調整の場を確保している
- 顔を合わせ、声をかけている
- 連携の相手に伝えたいこと、連携の相手が伝えたいことを具体的にイメージしながら、コミュニケーションを図るようにしている
- 合意事項は遵守し、見直し時期を設定している
- 連携の相手が働きやすいような環境づくりに努めている（医療者の参加企画、子どもと医療者の関係の良循環の促進）
- 子ども本人の意思決定を尊重している
- 連携の進め方について、一人で抱え込まず、適宜、助言を得ることができている
- プラス思考で実践を進めることができている

て配慮したコミュニケーションを図ることができるか、⑥連携の相手の要望をとりこみ、計画を調整することができるか、⑦ご自分の行動を振り返り、誤り率直に認め、原因を明確にして、行動を変えていくことができるかなど。間違いを犯さないということは、ある意味あり得ないことです。その後の行動が大切です。

さらに⑧基本的な社会人としての振る舞いができるか、⑨相手の戸惑いとか、不安だとか、怒りの感情だとか、否定的な感情を受容し、感情的な安定をもたらしていくことができるか、⑩連携の相手と当事者のトラブルが生じている時に、距離が保てるかといった点も重要ですが、これらはかなり難しいスキルでもあります。

これは1つの提案です。それぞれに参考にしてみてくださいと思います。いずれにしても、自分を振り返ることが大切だということです。

9. スタッフに依拠しないシステムの構築

最後にスタッフに依存しないシステムの構築についてお話しします。

1つ目は、医療と教育の連携を考えると、例えば、都道府県レベルの調整が必要だと思います。長野県では数年前から年に一回程度、医療と行政と教育行政と現場の担当者等が集まって、現場で抱えている問題について話し合う場を持っています。こういったところで調整をしていかないと改善が難しい課題があるためです。

【Table.2】連携と協働のスキル チェックリスト

- 連携の相手の役割や権限を理解し、尊重した行動ができる
- 情報交換は保護者の了解が必要であることを理解し、手続きを踏むことができる
- 連携の相手の仕事と職場の仕組み（意思決定・指揮命令系統・役割分担・外部との窓口）、雰囲気（職場文化）を理解し、適切な関わりを築くことができる
- 連携の相手の立場・思考パターン、関心を把握し、配慮したコミュニケーションを図ることができる
- 連携の相手の要望を取り込み、計画を調整することができる
- 行動を省察し、誤りは率直に認め、原因を明確にして、行動を変えることができる
- 笑顔やあいさつなど、基本的な社会人としてのふるまいができる
- 連携の相手の戸惑い、不安や怒りなど、否定的な感情を受容し、感情的な安定をもたらすことができる
- 連携の相手と当事者間にトラブルが生じている場合、距離を保ちながら、関係調整を試みることができる
- 院内学級から地元校への連絡の取り方について、ノウハウを学び、活かせる

2つ目に、病気の子どもが生活しやすい地域づくりですが、さきほどの緒方先生のグループの発表にありました、病気に対する誤解や偏見についてどう考えていくのかということです。「なかなかむずかしいですね」という話になっていましたが、できることを考えていかなければなりません。1型糖尿病の人たちが「糖尿病なんです」という話をした時に、生活習慣病としての糖尿病と誤解され、「あなたの心構えが悪いんだよね」という反応をされてしまう時がある、だから、説明するのが嫌になってしまうということを言われることがあります。心疾患の方が優先座席に座っていると「若いのに何でそんなところに座っているんだ」と叱られてしまうということもあります。当事者、特に若い小児慢性疾患の方たちの経験を集約するといったところから始めるのかなと思います。

専門職の養成とスタッフ研修に関しましては、研修の中に必ず連携と協働をテーマとしていれてもらうこと、研修では医師、看護師、教師、保育士等が一堂に集い行うということを、ぜひお考えいただきたいと思います。これについては、後ほど事例を挙げさせていただきたいと思います。

最後に、研究における協働を挙げております。今回発表が22ございました。看護からもたくさん発表をしていただいております。そのため、教育と看護の視点、共通して一緒にできることがあるよねってことは理解できたところがあると思うんです。こういったところをもっと進めていくと、共同研究を一緒にするというところに到達するはずです。「せっかく同じものを目指しているのに、なぜ別々に研究するんですか？」という疑問を持ちます。今回の22の発表うち、はっきりと専門性が違う方が共同研究者に入っているものは2ぐらいでした。今後10を超え20超えていくと良いと思います。

10. 保護者の力をどう引き出すか

ここからは、もう少し具体的な手立てについて、いくつか補足をしていきたいと思います。

1つは、連携と協働というときに、保護者の力に依拠しないといけないことが多くて、もちろん支えながらということになりますが、どういうふうに保護者に関わっていくのか、基本を再確認できたらと思います。

私が教師、保育士、看護師等の研修をする時に、最初に持ち出す基本的な視点ですが、医療を要する子どもと家族の視点、どんな思いでどんなふうに過ごしているのか、もちろん身体的な問題だとか、社会的な状況だとかを含めご本人が何をどう感じ、どう悩んでいるか、どういったところに辛さがあるのか、そういったところを把握することが支援の出発点です。また、治療については、いったん始まると、こうしたいと選ぶことは、なかなか難しくなってきますが、特に院内での教育だとか保育を考える時には、子どもと家族が選ぶターンを設けるということを大事にしたいと思います。

あわせて、①意図的な関与、つまり「病院で受ける教育って、どんなことなの？」っていうのは初めて入院した人たちにはわからないわけですから、しっかりと情報提供しながら支援を進める、②協働、つまり子どもと家族と一緒に考え計画を立て、実施

していくこと、③主体性の尊重、つまり選択することを大切にして、任せられることは任せていくこと、④連続性の尊重、つまり病気の治療のためにあきらめなければいけないとか、失うものもあるなかで、しなくてもよい喪失体験を増やさないこと、⑤家族中心のアプローチ、つまり家族の絆が強まる方向で取り組みを進めていくということを大切にしたいと思います。それから、もちろん、⑥プライバシーを尊重することです。こういった支援の原則を守ることの中に、保護者の支援という視点が入っていると思います。特に出会いの場面は大事にしたいと考えており、保育士や教師向けの研修会でも必ず取り上げるテーマとしています。

私は小児病院に勤めていましたので、母親の気持ちの落ち込みや立ち直りに寄り添わざるを得ないことが多くありました。母親は我が子が病気や障害をもっていることについて、自分の責任と感じたり、自分の身以上に強く子どもの苦痛を感じられたりすることも少なくありません。こうしたときに、大事にしたいなと思うことをまとめてみました。

1つは、子どもの様子を共有するということです。当たり前のことではありますが、子どもさんが小さいときや障害が重い場合は自分で語れることが少ないですから、子どもの意図っていうものを、お互いに解釈しながら共有してくということを実践していました。

2つめですが、お母さんが学校に良いイメージをもたないで来ている場合もあったりするかもしれません。そういった時には、すでにうまくいっていること、変わろうとしていることが少しはあるだろう、学校にいろいろ思いはあっても、ここにきてくれている、いろいろと訴えをしてくれているじゃないかと考えていくことが大切です。そういった地点からスタートしていくわけです。怒りの感情がある時にはですね、一歩下がって、ワンダウンの位置で教えていただくようにするとか、少し間をおいてみるということで、関係を再構築するようなことを実施します。こういう形で保護者の持っている力を引き出していくわけですね。

お母さんの子どものとらえ方が変わっていく時というのがあります。肌を通して、視覚を通して、聴覚を通してなど、いろんな情報をもとに子どもの変化を気づいていきますが、そこから、「私を必要としてくれている何かがあるんだ」というふうに気づ

いていった時に、お母さんは変わっていかれます。そのためにも、子どもの意図を教師として読み解くということなんかも、大事にしていきたいことだろうと思います。

また、子どもさんの慢性疾患や障害に対して、お母さんは慢性的悲哀を有していると考えられることが少なくありません。これは、どんなに元気な時でも、やはり、「あるんだろうな」というふうな、20年ぐらい、そのお母さんの変化を見ていると思う時があるんですけど、そういったことを考慮して関わらないといけないと思います。そのため、やはりお母さんの意見を聞き、要望を受け取りながら、一緒に支援を進めるといったことを大事にしていきたいと考えます。

家族療法やブリーフカウンセリングの立場からいうと、家族の中でうまくいかないということがあったときには、悪循環を断つ為のいろんな方法が考えられます。また、良循環を形成するための方法というのがあります。さらに気持ちの育ちを待つという期間も必要だったりするわけです。こうしたことを総合的に見立てて、支援の在り方を検討する力を磨いていただきたいと思います。

11. 継続研修

最後に継続研修を大事にしていきたいと思いますと考えております。私は、保育士や教師が、継続的に参加できる身近なところで、日常的に自分自身のことを振り返り、知識とスキルを向上させる研修、つまりローカルでサステナブルな研修システムはどういうふうに作れるのかを追求していこうと考え、科学研究費をもらって研究を進めています。「病気の子どものトータルケアセミナー」と呼んでいます。研究全体としては、セミナー以外に、保育士、教師向けのスーパービジョンとか、病院や学校のための研修プログラム作成支援のコンサルテーションを企画しております。

セミナーの目的は、研修ガイドラインというものをを作り公表すること、このガイドラインに基づくプログラムや教材集を公表することです。特徴としては、いろいろな職場の医師、看護師、教師、保育士、臨床心理士などが集まって同じテーマについて検討し合うこと、つまり、多施設、多職種参加型であること、ロールプレイ等を使って実践感覚重視であるということ、エビデンス構築を進めながら進めてい

ることなどを挙げることができます。

エビデンスということと言えますと、ご本人に研修を受ける前のベースラインと、それから、研修を受けて1週間後、次の研修の1、2週間後、次の研修の1、2週間後といったところで、自己評定をしてもらっています。今回のテーマに関しては、「医師、看護師にとって必要な情報を判断し提供する」という評価項目があります。保育士や教師側からみた場合ですけど、ベースラインからぐっと上がったのは、第一回を終えたところです (Fig.3)。

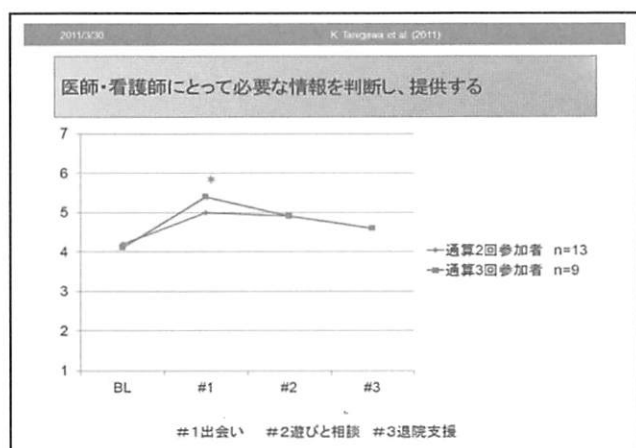


Fig.3 セミナー後の自己評価の一部

第一回は、出会いの場面を構築するというテーマで、出会いの場面に、どういう情報をあらかじめ収集しておいて、事例の子どもさんと出会うかということを考えてもらったわけですね。そしてロールプレイを通して実践する、それをグループで観察しながら検討を深めていくわけです。自分の役割に固執せず、お母さん役や看護師役などを行うことで初め

て分かったという感想もみられました。多職種参加の利点は、個別支援計画立案のためのみたて方の違いから学び合えるということにも表れています。連携と協働のために多職種の視点を理解することは不可欠です。ぜひ、こうした研修を実施していただきたいと思います。

12. まとめ

まとめです。

まずは、個々の現場のアセスメントをして、連携と協働をどう進めていくか計画をたてていただきたいということです。

2つには、一人ひとりの、ないしは現場のあり方についてモニタリングを行い、修正を図ることです。

3つには、一病院とか、一学校ではなくて、もう少し大きなところも含めてのシステム構築をしていくことです。

そして4つには、多職種参加型の研修プログラムを作っていくということです。

最後のメッセージですけど、本学会では濱中先生のご尽力もあり、多職種の人が集まっておられます。本当にこういったことを考える絶好の場所であろうと思います。これをぜひ発展させて頂きたいですが、ローカル性という観点からは、本学会の地方組織の発展が重要ではないでしょうか。都道府県位のレベルで医療と教育の関係者が集まって研修し合う機会が増えていくことう期待しております。

以上で私の話を終わります。ご清聴、ありがとうございました。

【シンポジウム】

「入院している子どもの QOL 向上のための連携支援」

座長：大見 サキエ（浜松医科大学）

土屋 忠之（東京都立墨東特別支援学校）

<シンポジスト>

「入院している子どもの QOL 向上のための連携支援－混沌の中それぞれができることをできるところから－」

大見 サキエ

（浜松医科大学医学部看護学科・教授）

子どもの教育支援を充実させるために、教育と医療との連携は不可欠である。小児がんの連携のためにできることからやろうと考えて実施したのが、小中学校の教員を対象とした研修会である。この研修会の目的は、病気の理解の他に、院内学級の見学や教育の現状を知ること、病院内での病気の子どもや家族の理解を促進し、関わりを充実させることである。これまで数年にわたり実施してきたが、教員は子どもや家族への支援のあり方について理解を深めていた。この研修会が子どもや家族の気持ちを考える機会となるだけでなく、教員は医師や看護師から直接話が聞けたことで連携のきっかけになると感じていた。教員は、入院した時点から学校としてどのような対応をとればよいのか医療者と話し合う、地元教員が入院する子どもの様子を参観（面会）する機会のシステム化、院内に相談窓口を設置する等要望しており、それらの対応が課題であった。これらの活動によって各関係者（教員、医療者、教育委員会の人々）の関心が高まり、意識と行動が変化するという副次的効果を実感することができた。

一方、全国の小児がんの子どもに関わると推測される医師、小児看護に携わるとされる看護師長を対象として、慢性疾患の子どもに対する医療者の教育支援の連携の取り組みの実態を調査したところ、医師は保護者や学校との連携や調整、あるいはそのための看護職との連携などその必要性を認識してお

り、可能な限り実施していたが、多忙のため限界があり、コーディネートする人材を求めている。看護師は教育支援の必要性は認識していたが、家族に任せることも多く、十分とはいえなかった。これらの連携支援に影響すると思われる要因には、関係者本人の意識、活動している勤務背景、行政の取り組みやシステムの問題などが考えられる。

また、アメリカ NY における復学支援体制の施設見学から、参考となったことは、あらゆる場面でチームで取り組み、チームメンバーがそれぞれの役割を認識し、尊重していること、学校の教員とのオープンコミュニケーションに心がけていること、子どもの診断・治療・個別のニーズに関する特別な情報を提供していること、連携のための様々な書式の書類や支援のためのツールが用意されていること、児童・生徒の意識啓発のための募金活動を奨励している等である。退院した子どもが復学する際には直接チームメンバーが学校に出向き、教員や子どもに対するプレゼンテーションを実施しており、それはシステム化されていた（学会当日はその一部をビデオ紹介する予定であったが時間的余裕がなく、割愛した）。

昨今、「連携」が重要なキーワードとなっているが、多職種がそれぞれ双方の役割や機能を理解し、協働するまでには至っておらず、今はその成熟へのプロセスと考える。子どもに関わる医療者が同じ目標をもって携わっているという認識をもち、できることをできるところから、ささやかでも実行していく必要がある。そのためには一人ひとりが関心を持ち続けること、連携したい相手に働きかけ続けることが重要である。

「入院中の子どもの生き生きした学びを創るために～より良い教育と医療との連携を通して～」

齊藤 淑子

(東京都立墨東特別支援学校いるか分教室 教諭)

1. はじめに

1993年より今日に至るまで、4つの病院で分教室や訪問学級の教員として携わってきた。それぞれの病院・教育現場によって、児童・生徒の疾患、教育環境・条件等は大きく異なり、医療と教育の連携のあり方も、個々に模索と工夫が行われている。その中でより良い連携・協働が行われたところでは、それまでの「入室お断り」のドアを開け、重い病気の子どもの学習を可能にし、その成果は現在まで引き継がれている。本報告では、医療と教育のより良い連携によって可能になった教育実践として、5つのケースを紹介した。

2. 重い病状の子ども達との出会いと学習の実現

(1) 移植部屋での学習。1993年、骨髄移植を必要とする子どもに対して、医療スタッフと保護者から、教員も部屋の中に入ってほしいという要請があった。教育に求められたのは拘禁ストレスの軽減であり、心理的なサポートであった。結果として闘病意欲を持続させる上で大きな効果があったと評価され、それ以降も移植部屋での学習は継続されている。

(2) NICU（新生児集中治療室）での学習。難病のため生まれてからずっとNICUで過ごしてきた子どもが就学を迎えた。NICUでの個別学習、同級生との窓越し交流、さらに医療スタッフに付き添われて分教室での学習参加を実現し、社会性を育むことができた。

(3) CCU（循環器集中治療室）での学習。急激な体調悪化のため緊急入院し補助人工心臓装置なくしては生命維持が困難になった子どもへの学習依頼があった。CCUでの学習の継続は、急激な変化の中で不安の渦中にある子どもに対して、それまでの自分と今の自分を繋ぐ役割を果たし、海外での心臓移植という次の試練に立ち向かう力を蓄えさせていった。

(4) ターミナル期の学習。緩和ケアを受けながらも友だちと一緒に学習したい子どもに対して、家族や医療スタッフと密接に連携しながら教育内容や方法を工夫した。弱りゆく子どもの気持ちに寄り添い、自己表現を大切にしながら、楽しい時間を作ること

ができた。

(5) 多剤耐性菌保菌児童への教育環境作りの取り組み。難病のため乳幼児期から入院が続く子どもが入学し、ようやく子ども同士が触れあいながら学ぶ場を持つことができた。しかし多剤耐性菌の検出により病室隔離となった。1年以上の個室での生活は、闘病意欲をも減退させていった。そうした中で保護者から友だちと学びあう場が欲しいという要望が出された。主治医、教員が中心となり、多職種合同カンファレンス、他児・保護者への感染対策の説明、教育環境の設定、教育内容作りを進め、週2回の集団学習への参加が可能になった。そこでの子どもの笑顔や表情は、個室での姿とは全く異なる輝きを放つものとなり、改めて生き生きとした学びの場を創ることの大切さと連携の重要性を確信させてくれた。

3. おわりに

病気の子どもの成長・発達、そして笑顔こそ、医療と教育の連携・協働を支えるエネルギーである。私たちはネットワーク、フットワーク、ヘッドワークを機能させるなかで、すばらしい子どもの笑顔と一緒に作ることができる仲間である。

「教育支援と子どもをつなぐ小児看護 —看護の力でできること—」

油谷 和子（北里大学東病院）

大塚 香（北里大学病院 小児・学童病棟
小児看護専門看護師）

北里大学病院は、神奈川県北部に位置する特定機能病院で、全科病床数1,033床のうち、小児病棟はNICU35床、PICU8床、乳児病棟25床、幼児学童病棟35床（平均在院日数14～16日）である。大学病院としての役割とともに、地域医療の基幹病院としての役割も強く期待されている。小児病棟は、乳児病棟・幼児学童病棟にプレイルームの設置と保育士が常勤している。院内学級は昭和49年4月に小学部、昭和50年度には中学部が開設され、小児病棟と同階に設置されて、市内の小中学校より、教師が配属され（小学部1名、中学部1名、介助員1名）学習支援を行っている。

開設当初は長期入院を余儀なくされた子どもたちにとって院内学級は生活の一部であった。その疾患も心臓疾患、腎臓疾患や小児がんの子供たちと幅広

く治療後の社会復帰へのサポートをしてくれる場となっていた。現在では、入院期間の短縮化や慢性疾患患児の頻回な入退院、社会的な事由による小児がん患者の転院、長期入院の子どもは重度心身障害児の子どもたちを除くと少数であるなどの変化により、院内学級も様相を変えてきている。しかし当院の院内学級は、開設当初より学籍を移動していない子どもも対象としていること、入院期間に関わらず1日からでも参加できること、また転校の手続きも平成18年度から「2週間を超える場合」と条件が緩和されたことなどにより、昨年度は小中学校合わせて101名（延べ934名）が学習に参加し、在籍者は1名であった。病状が許せばすぐに参加できる院内学級は、異空間に入院している子どもたちにとって、唯一現実に近い精神的に安定した大切な時間となり、院内学級教師を介した在籍校の担任との連絡や情報は、子どもや家族に安心感をもたらしている。

このような現状の中、看護職が院内学級教師とともに連携を取っていく必要性を以下に述べる。1つ目は、子どもが安心して学習支援を受けられるようにするための看護師から教師への情報提供である。2つ目は、在宅での疾患の管理・医療的ケアのある子どもたちへ指導を行う際の子どもの学力や認知レベルのアセスメントをお手伝いいただくことである。3つ目は、医療者でない人（教師）が病院の中にいることのメリットである。子どもたちは私達医療者には様々な理由がより、本音を話さないことが多々ある。子どもだけでなく家族もそうである。その子どもや家族の本音を共有することで子どものニーズに合った教育支援、医療的サポートが出来るようになる。4つ目は、子どもが退院後に学校社会へとスムーズに復帰できるよう子どもの問題を見極め教師と情報交換をすること。これは学習の遅れや支援に留まらず、交友関係や親子関係も含まれ、院内学級教師が在籍校から情報を得てくれる場合も多い。必要時は地域連携へとつなげていく必要もある。

また小児看護の看護師育成の面でも重要である。常時、教師という立場の人が院内にすることで、経験が少ない受け持ち看護師でも受け持ちの子ども様子を相談したり、カンファレンスでともに話し合ったりすることで、学習支援という視点を踏まえて子どもをとらえ、看護展開に広がりをもたらしている。

このような院内学級の活動を支援していく上では、『学校』という別な組織であるため、病院執行部を巻き込んだ学校、行政との連携強化も必要である。入学式や卒業式、年度末の報告会や懇親会の参加などを通して、教育委員会や学校長、病院長、事務部長、看護部長に日頃の院内学級の活動への理解を得ることも院内学級存続のためには必要なことと考えられる。そして医療状況の変化に応じた学習支援の方法を検討しつつ教育との連携を継続していくことが重要である。

「教育支援を定着させていくためのソーシャルワーカーの支援～訪問学級との連携を通じて～」

飛田 明子

（東京女子医科大学病院 ソーシャルワーカー）

【はじめに】

当院は院内学級を有していない病院である。そのような病院の現状を把握し、訪問学級を通じた教育支援の過程を振り返っていくことで、教育と医療の連携について考察をする。

【東京女子医科大学病院の現状】

当院は、特定機能病院を始め、多くの役割と機能をもった病院である。小児の病床数は全体の約8.6%である。患者は急性期の状態が多く、治療に対応しやすいように小児の診療科も疾患ごとに分かれている。ソーシャルワーカー（以下、SW）の業務内容の半数は退院支援を占めており、病気になった時にすぐさま直結してくる介護や経済問題に多く時間が割かれている。このような状況から個々に行ってきた教育支援が集約化されにくく、体制が整えにくい状況である。

【訪問学級との連携】

本発表では、A病棟での訪問学級とのかかわりをもとに医療と教育の連携について考えていくことにする。

A病棟は6年前に設立をされた。訪問学級を受けたいという患者の希望により、訪問学級を4年前に導入し、SWは病院と学校との橋渡し役を担った。導入当初は、訪問学級が認知されていなかったため、訪問学級に対する先入観を無くすことや互いを認識することに努めた。しかし、互いに認識は出来たものの医療と教育が同じフィールドで別々に歩んでいる現状があった。その理由を考えると、限られた時

間でしか会うことができないので相手が見えにくいことや、コミュニケーションを取るタイミングがうまく図れていないことがわかった。そこで、意識的に情報共有の場を設ける必要があると考え、下記の2点について再考をした。

I 訪問学級の流れを見直す。

訪問学級の流れ

- 訪問学級の希望を受ける。
- SWより訪問学級について患者家族に説明。
(今後の連携のについても説明)
- 家族から教育委員会へ連絡、面接
- 導入前の顔合わせ (必須)
- 訪問学級スタート
- 月に1度のカンファレンス
- 退院前に前籍校との合同カンファレンス

まず、導入前にSWから患者家族に訪問学級について説明をするときには、今後の連携についても説明をし、教員も病気を支えるチームの一員であることを認識してもらった。導入前の学校との顔合わせは今後のキーマンとなる院内スタッフを必ず交えて開催を行い、今後の連携をとりやすくした。また、月に1度、カンファレンスを開催し、教育支援の存在を確立し、互いの支援の目的などを共有することでチームとして支援が出来るように考えた。

II 橋渡しの役割を再考

①関わりやすい状況を作る。

院内スタッフから意外に多く質問されたことは『何を伝えたらいいの?』という言葉だった。教育者に対して何をどこまでどのように伝えたらいいのか戸惑っており、安心して関われる状況を準備する必要があった。

②負担感を与えない

全てのスタッフに教育支援が定着していない現段階においては場面の設定の仕方に注意をし、業務量だけでなく、気持ちの面で負担感を感じさせないように調整をすることが重要であった。

③目的や効果を言語化する。

現状では教育支援に対する認識に差があるため、教育支援が目に見える、感じられるだけでなく、教育支援の目的や意義、効果を言語化して伝えることも重要である。

【今後の課題】

今後の課題は、教育支援に対する幅広い情報提供やシステム化、退院後のフォローの充実などが必要である。

【終わりに】

現代は様々な職種が存在し、その場面に応じてより専門的な支援が受けられるようになっている。そのためには、組織と組織をつなぐことだけではなく、人と人の気持ちを橋渡しすることで、生かされた連携になるのではないかと考える。

シンポジウム座長まとめ

シンポジウムは、大会のテーマである「入院している子どもの教育的支援のための教育と医療の連携」を受けて、「入院している子どものQOL向上のための連携支援」というテーマをあげて行われた。医療からは看護の立場から浜松医科大学医学部看護学科・教授の大見サキエ氏、北里大学東病院・看護師の油谷和子氏、教育からは東京都立墨東特別支援学校・教諭の斉藤淑子氏、医療からではあるが教育との橋渡し役を期待されるソーシャルワーカー（以下、SW）の立場から東京女子医科大学病院の飛田明子氏の4名からお話を伺うことができた。

まず、はじめに浜松医科大学医学部看護学科・教授の大見サキエ氏から「入院している子どものQOL向上のための連携支援－混沌の中、それぞれができることをできることから－」という題でお話を頂いた。病気であっても子ども達が笑顔を取り戻し、安心して生活できるような支援が重要であり、そのためには教育と医療の連携による教育支援の充実が不可欠であるとして、これまで実施してきたことについての紹介があった。一つ目は、小中学校の教員を対象とした研修会、二つ目は小児看護に携わっている看護師長を対象とした教育支援のための連携の実態調査、三つ目はアメリカNYにおける復学支援体制の施設見学の紹介であった。そのような取り組みを通して医療、教育ともに様々な課題を抱えた状態であり、協働にまでは至っていないが、一人ひとりが関心をもって相手に働きかけ続けていくことが重要であるとしていた。

次に東京都立墨東特別支援学校・教諭の斉藤淑子氏から「入院中の子どもの生き生きとした学びを作るために－より良い教育と医療者との連携を通して

ー」という題で話して頂いた。これまで四つの病院の分教室や訪問学級に教員として関わり、そこでの実践の中から、移植室やNICU、CCUでの学習、ターミナル期の学習、多剤耐性菌保菌児童への教育環境作りに関する具体的な報告があった。多くの困難を伴う状況の中で学習を実現し、また病院内の「社会的資源」を活用して、連携を通してどのように入院生活を豊かにしてきたかについての話があった。医療と教育の連携・協働を支えるエネルギーは病気の子どもたちの成長・発達であるとし、すばらしい子どもたちの笑顔と一緒に作る仲間である関係者との連携が重要であるとしていた。

次に北里大学東病院・看護師の油谷和子氏から「教育支援と子どもをつなぐ小児看護ー看護の力でできることー」という題で話して頂いた。勤務地での子どもたちの事例から、院内学級は子どもにとって病院で唯一現実的に近付ける場所であり、院内学級を通じた前籍校との情報交換は安心感をもたらしけているとしていた。また看護職と院内学級が連携する必要性として、学習支援に関する情報提供、学力や認知レベルのアセスメントに関する協力、医療者でない人が病院にいるメリット、復学における情報交換をあげていた。また連携をしてくためには、学校は病院と別組織であるため病院執行部、教育委員会を交えた連携強化が必要であり、入院生活充実から社会復帰のサポートへという医療の状況に応じた教育的支援の変化を検討しつつ連携を継続することが必要であるとしていた。

最後に東京女子医科大学病院の飛田明子氏から「教育支援を定着させていくためのソーシャルワーカーの支援ー訪問学級との連携を通じてー」という題で話して頂いた。SWが医療と教育の橋渡し役

として意識的に情報共有の場を設定することが重要であり、その取り組みについての報告があった。その取り組みは、訪問学級を導入する前の学校と院内スタッフとの顔合わせの実施、転入時の家族への訪問学級の説明、月一回の訪問学級との合同カンファレンスの実施、退院時の前籍校との合同カンファレンスの実施などであった。また病院と訪問学級との連携の難しさとして、両者の接する機会や情報共有の少なさをあげ、医療スタッフに負担感を与えず、関わり易い状況を作ることが大切であり、教育の目的や効果を言語化することが必要であるとしていた。最後に連携をする上では、医療の中でSWの「生活」に着目した関わりが重要であり、組織と組織をつなぐだけでなく、人と人の気持ちを橋渡しする重要性についての話があった。

四名のシンポジストの話が終了し、フロアーを交えたディスカッションに入った。フロアーからの質問は、看護師の養成に関することや、連携を行うために「これだけは」と思い実践していること等であった。各パネリストから連携する上で実践していることについての話があり、身近に相談できる人がいることやインフォーマルの付き合いも含めて気楽に話し合うことの必要性や、中立の立場で相手がどのように思っているか考えて話すことも大切であるとの意見がだされた。今回のシンポジウムを通して各シンポジストやフロアーから、医療、教育ともに様々な変化や課題があるとの話があり、多職種連携はまだ成熟のプロセスにあるが、子どもの成長・発達のために、組織をつなぐだけでなく、一人ひとりの気持ちをつなぐことの重要性を感じたシンポジウムであった。

基 本 情 報 変 更 届

平 成 年 月

該当する項目にレを記入して下さい		
☐ 勤務先変更 ☐ 改 姓 名 ☐ 退 会 ☐ 自宅住所変更 ☐ 送付先変更 ☐ そ の 他		
フリガナ	姓	名
☐ 氏 名		
☐ E-mail		
☐ 勤務先	勤務先・学校名称	
	旧勤務先名称	
	〒 -	
	TEL - -	FAX - -
☐ 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()	
☐ 自 宅	〒 -	
	TEL - -	FAX - -
旧自宅住所		
送本先	☐ 勤務先 ☐ 自宅 ☐ 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:046-839-6864

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。

1. 本規程の対象論文及び投稿資格

ここでは、日本育療学会学会誌「育療」に掲載する原著論文、事例研究、資料、総説・展望、実践研究の投稿について規定する。本学会誌に投稿する論文は、子どもの心身の健康問題に関連するテーマについてのものとする。投稿資格は共著者も含め本学会員であることとし、他の学術誌等に未発表のものに限る。

2. 論文の種類

原著論文、事例研究、資料、総説・展望、実践研究のいずれかを指定すること。内容によっては、論文の種類の変更を求める場合がある。

〔注〕投稿原稿の種類

原著論文：理論的、実験的又は事例的な研究論文で独創性の高いもの

事例研究：個別事例を扱う研究

資料：有用な資料で会員の参考になるもの

総説・展望：研究・調査論文の総括及び解説、または活動、政策、動向などについての提言

実践研究：実践報告で、実際のな問題の究明、解決を目的としたもの

3. 原稿の仕様

原則としてワード・プロセッサなどを使用し、A4判用紙に明朝体 10.5 ポイントで作成し、1 ページ当たり 32 字× 25 行（800 字）にて印刷し提出する。頁番号を原稿の下部中央に記す。投稿原稿の A4 用紙およそ 2 枚が、刷り上がりの 1 頁に当たる。要約、本文、図表、引用文献を含めて刷り上がりは 10 頁以内を原則とする。

4. 要約とキーワード

論文の概要が把握できる和文要約を 400 字以内で冒頭に記し、キーワードを 3～5 個で記す。また、可能な限り、英文要約を文末に 300 語以内で、Key word を 3～5 個記載することが望ましい。

5. 表記

記述は平易で明瞭なものとし、現代かなづかい、常用漢字、算用数字を用い、である体を原則とする。外国人名、外国地名など以外は可能な限り、一般的な訳語を使用する。計量単位は原則として、mg, g, kg, ml, dl, l, mm, cm, m などと表記する。

6. 図表

図表にはタイトルをつけ、原則として本文と同一の言語とし、図 1、表 1 のように書く。なお、キャプション（図表に添える説明文）は、図の場合は図の下に、表の場合は表の上に記載する。図表は明確に作成し、別紙に一枚ずつまとめておく。また、本文中に図表のおよその挿入位置を本文の右位置に明示する。

7. 倫理上の配慮

論文内容に関しては、十分な倫理上の配慮がなされていることが必要であり、適切に倫理基準を満たしている旨を論文中に明記する。

8. 提出方法

投稿する原稿はオリジナル1部と、コピー2部、およびデジタルデータ(フロッピーディスクもしくはCD-R)を添えて提出する。フロッピーディスク(CD-R)には、著者名、OSの種類、使用ソフトとそのバージョン、ファイル名を記す。また、論文の種類、投稿者氏名、郵便番号、住所、電話番号、FAX番号、E-mailアドレス、および希望する連絡先を別紙に記す。なお、デジタルデータの提出はE-mailでも可能とする。

9. 表紙

投稿の際は、論文の表紙として、論文の種類、表題、著者氏名(共著者含む)、所属、英文表題、英文著者氏名を記したものを添付する。

10. 掲載費用

印刷等に要した費用は、原則として当分の間本学会が負担とするものとする。ただし、別刷を希望する場合は、実費著者負担にて希望部数を印刷し、送付する。

11. 引用・参考文献

文中の引用・参考文献には引用順に右肩に番号を記し、末尾の引用・参考文献欄に番号順に記す。引用・参考文献の記載方法は以下のとおりとする。

(1) 雑誌の場合： 著者名(共著者名もすべて記載する)、発行年、表題、雑誌名、巻、頁の順に書く。

(2) a) 単行本の場合：著者名(共著者名もすべて記載する)、発行年、表題、発行所、発行地、版数、引用頁の順に記す。

b) 編著書の分担執筆部分等の場合：著者名、発行年、分担執筆部分の表題、編集者名、書名、発行所、発行地、版数、引用頁の順に記す。

日本語雑誌の場合：

小林一郎、島津二郎、坂本三郎(2000) 病弱児の心理的ストレス、〇〇研究学会誌、20、317 - 323.

外国語雑誌の場合：

Johnson, J., Johns, N. (2005) Effect of coping for stressors on stress responses in patient, Journal of Ikuryo, 10, 25 - 32.

日本語単行本の場合：

草野四郎(2002) 病弱児の心理的支援. 〇〇出版、東京、第5版、170 - 180.

外国語単行本の場合：

Brown, J., Reid, G.J. (1995) Development and children with kidney disease. Brawn and Co, New York, 162 - 156.

日本語編著書の一章の場合：

奥田五郎(2006) 病弱教育におけるコーディネーター. 大沼六郎編, 特別支援教育と病弱. 〇〇出版, 京都, 初版, 110 - 135.

外国語編集書の一章の場合：

Rutter, E., Hiew, A. (1996) Disease and Illness and Sickness. Evans, M. (Ed), Handbook of anxiety of children with chronic diseases, Ikuryo Press, New York, 45 - 87.

(3) ネット文献の場合：著者名、Webページの題名、Webサイトの名称(著者名と同じ場合は省略してもよい)、更新日付、媒体表示、入手先、参照日付の順に記す。

日本語の場合：

岡田直樹. "病弱者への教育的支援における今後の課題". 病気の子どもと教育Q & A. (更新 2003 - 02 - 24)

(オンライン), 入手先 〈<http://www.kyoiku.ac.jp/tokubetsu>〉, (参照 2006 - 10 - 08).

欧文の場合:

Ikuryo University Hospital. "Pediatrics & Children Q&A" . (update 1999 - 11 - 30) (online), available from

〈<http://www.kyoiku.ac.jp/tokubetsu>〉, (accessed 2005 - 08 - 07) .

1 2. 著作権

本学会誌掲載の著者物の著作権は, 本学会に帰属するものとする。

1 3. 原稿の送り先

投稿原稿送付の際には, 封筒の表に投稿論文在中と朱書し, 下記宛に簡易書留などで郵送する。

〒 239 - 8585 神奈川県横須賀市野比 5 丁目 1 - 1

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所

病弱教育班気付 日本育療学会事務局内

「育療」編集部

(2009 年 8 月 22 日改訂)

編集後記

育療 52 号をお届けします。今回は、日本育療学会第 15 回学術集会特集号です。「入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携」をメインテーマに、濱中喜代先生（慈恵会医科大学医学部看護学科教授）が会長を務められました。

看護関係者が主宰するのは初めてということもあり、看護関係者の発表や参加が多くありました。全体で 160 名余りの参加を得ることができ、教育、医療、看護、福祉、当事者・保護者支援等、それぞれの専門性を超える学術の交流の機会にもなりました。

基調講演は、聖路加国際病院の副院長である細谷亮太氏で、「トータルケア」というテーマでお話いただきました。長年にわたる小児がんのお子さんやご家族との関わるなかで得られた含蓄あるお話を紙上に再現しました。学会総会のあと、午後には 3 月 11 日に起きました東日本大震災の緊急報告として「特別支援教育の現場対応と今後の課題」という題で、前福島県立須賀川養護学校長の高屋隆男氏にお話いただくことができました。今後について皆様とともに考えることができたことは、大変貴重なことであり、1 日も早い復旧・復興を願わずにはられません。次年度学術集会は、微力ながら東北復興の一翼を担うべく、宮城県での開催を予定しています。

会長講演は、「入院している子どもの教育支援のための教育と医療の連携－病棟師長・主任に対する全国調査の結果からみえてきたこと－」というテーマで、アンケート調査に基づき、特別支援教育担当の教師と医療者がどのように連携・協働しているのか、その現状や課題を明らかにし、今後のあり方について提言を頂きました。

教育講演として西南女学院大学保健福祉学部福祉学科教授の谷川弘治氏から、メインテーマに連動させて「教育と医療の連携と協働の構築のために」という題でご講演いただきました。入院中の子どもに対する医療と教育に携わる者がどのように連携・協働していくべきかについて、具体的な方略や連携のためのシステムづくりのための研究とその取り組みについてご紹介いただき、多くのご示唆をいただきました。

口頭発表 11 題、ポスター発表が 11 題あり、今回は看護職の発表が目立ちました。内容は、本号にまとめを載せています。

シンポジウムは、「入院している子どもの QOL 向上のための連携支援」という題で行いました。看護教員、小児専門看護師、特別支援学校教諭、ソーシャルワーカーの 4 人のシンポジストから、それぞれの実践を紹介していただき、連携のあり方について議論を深めました。

最後に毎度のことですが、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申し上げます。

（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、実験論文などとする。
 - ・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、実証的な問題の究明、解決を目的としたものとする。
5. 特集については、学会の主旨に関連あるその時々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52号

平成23年12月17日印刷

平成23年12月27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 病弱教室気付

FAX 番号：046-839-6946

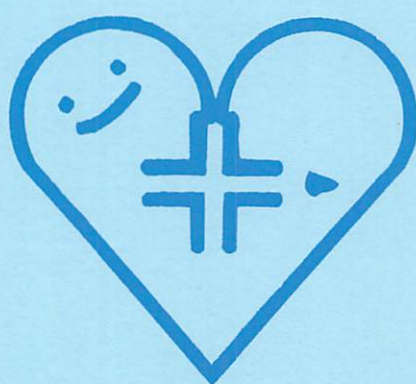
メールアドレス nihonikuryo@ybb.ne.jp

ホームページ <http://nihonikuryo.jp>

印刷所 土屋図形株式会社

〒231-0862 神奈川県横浜市中区山手町27-5

ベイステージ元町507号



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**