

財団法人みずほ教育福祉財団

特別支援教育研究助成事業

特別支援教育研究論文

—平成20年度—

特別支援学校(病弱)・院内分校に在籍する心身症等の児童生徒の
実態及び傾向とその指導・支援に関わる実際的研究

北海道札幌市立山の手養護学校

坂田 義成(代表)

札幌市立平岸高台小学校のぞみ分校

札幌市立平岸中学校のぞみ分校

平成21年3月

研究協力：国立特別支援教育総合研究所

目 次

はじめに	1
------------	---

第Ⅰ章 心身症等児童生徒の推移と現状

1. 全国における心身症等の状況	1
(1) 心身症等の児童生徒数	2
(2) 発達障害を主訴とする児童生徒数	2
(3) 通学生の実態	2
(4) 特総研・全病連心身症等教育研究委員会合同公開研究協議会	2
2. 北海道における心身症等の状況	3
3. 札幌市立山の手養護学校の心身症等の状況	4
(1) 心身症等児童生徒数の状況	4
(2) 児童生徒への指導・支援	6
(3) 最近の傾向	7
4. 札幌市立平岸高台小・平岸中学校のぞみ分校の児童生徒について	10
(1) 最近の児童生徒の実態	10
(2) 児童生徒への指導・支援	11

第Ⅱ章 札幌市立山の手養護学校・札幌市立平岸高台小学校・平岸中のぞみ分校の概要

1. 山の手養護学校の沿革	11
2. 山の手養護学校の特色	12
(1) 児童生徒について	12
(2) 教育課程	12
3. のぞみ分校の沿革	13
4. のぞみ分校の特色	13
(1) 児童生徒について	13
(2) 教育課程	14

第Ⅲ章 心身症等・精神疾患の事例

1. はじめに	14
2. 事 例	
・事例1「転校による環境変化により、不登校状態の改善が見られるようになった A」	14
・事例2「さまざまな不安からパニック症状に陥る B～病院・臨床心理士との連携」	16

・事例3「不登校改善の兆しがみられないC」	18
・事例4「再入院を経て、大きな改善が見られたアスペルガー障害をもつE」	20
3. 事例のまとめ	22
第IV章 今後の課題と特別支援学校の役割	
1. 山の手養護学校の心身症等の児童生徒の進路	23
2. 山の手養護学校の卒業後の支援体制と課題	24
3. のぞみ分校の児童生徒の進路	25
4. のぞみ分校の転出及び卒業後の支援体制と課題	27
5. 北海道における山の手養護学校とのぞみ分校の役割	27
(1) 山の手養護学校の役割	27
(2) のぞみ分校の役割	28
おわりに	29
引用文献・参考文献	30
巻末資料1「平成20年度 全国における心身症等児童生徒の状況」	31
巻末資料2「第2回特総研・全病連心身症等教育研究委員会合同公開研究協議会の報告」	35
別添資料A	40

* この論文で取り上げる「心身症」とは疾患名ではなく、病態像である。

研究論文で取り上げる資料には心身症の中でも増加傾向にある「不登校」の実態調査やその他の身体的・心理的・生態医学的あるいは総合医学的な病状を広義でとらえ、「心身症等」として考察している。

特別支援学校（病弱）・院内分校に在籍する心身症等の児童生徒の実態及び傾向とその指導・支援に関わる実際的研究

北海道札幌市立山の手養護学校 坂 田 義 成（代表）

要旨：近年、心身症等といわれる児童生徒が増加傾向にあり、特別支援学校(病弱)に教育相談に来校する児童生徒が後を絶たない。病弱の特別支援学校のみでなく他の特別支援学校や特別支援学級、通常の小・中学校においても、潜在化している児童生徒数はかなりにのぼるのではないかと思う。特に、LD・ADHD・高機能自閉症等といわれる児童生徒のうち二次障害として心身症等を併発している例が著しく増加しており、これらの児童生徒の学習・行動面への個別的な支援は不可欠である。

本研究では、特別支援学校（病弱）と児童精神科院内分校に在籍する心身症等児童生徒の実態と傾向を報告するとともに、心身症等児童生徒の事例研究を通して、今後の地域における包括的な教育的支援体制構築のための課題と役割について研究する。

キーワード：特別支援学校（病弱教育）、心身症等、精神疾患、発達障害、不登校、医療との連携

はじめに

北海道札幌市立山の手養護学校（以下、本校または山の手養護学校と省略）は、数年前まで病弱虚弱のため地域の学校に通学できない児童生徒に対し、治療を行いながら、病状に応じたゆとりのある教育を行ってきた。しかし近年、地域医療の充実により、隣接する独立行政法人国立病院機構西札幌病院（以下西札幌病院と省略）に入院せずに治療を継続する児童生徒数が増加してきている。本校は「地域の児童生徒を受け入れる特別支援学校」として札幌市内全域の病弱虚弱の児童生徒を通学生として受け入れるようになった。通学生のなかには、心身症等と診断された児童生徒も多く、西札幌病院に通院しながら、本校に通学する児童生徒もいる。

心身症とは疾患名ではなく病態像である。狭義では精神の緊張や不安が身体に影響を及ぼし、身体そのものの病気が形成される場合を指す。また広義では精神の緊張や不安によって本来の病気の症状や経過が左右されて特異な状態になっている場合を含む。

心身症等といわれる児童生徒の指導・支援はいまだ手探りの状態で、隣接病院の主治医と連携をとりながら日々取り組んでいるが、一人一人が治癒に向けて変容していくまでには、まだまだ課題が残っており、その指導・支援にも苦慮しているところで

ある。

近年は、障害の重度・重複化や障害として気づかれずにいたLD・ADHD・高機能自閉症などのうち二次障害として心身症等を併発している児童生徒も増え、その対応が求められており、これらの児童生徒への学習・行動面への指導・支援は家庭・学校・病院と連携をとりながら取り組んでいるのが現状である。本研究はさらに市立札幌病院静療院の精神科小児病棟に併設されている平岸高台小・平岸中のぞみ分校（以下のぞみ分校と省略）とも密に連携をとりながら、教育支援上の課題とその有効な方策について相互に話し合い、理解を深め、今後の地域における包括的な教育的支援体制構築、心身症等の児童生徒の教育・課題と特別支援学校の役割について研究するものである。

第Ⅰ章 心身症等児童生徒の推移と現状

1. 全国における心身症等の状況

（全病連熊本大会心身症推進委員会資料より）

平成20年度の全病連心身症等教育研究推進委員会情報交換資料は全国の心身症等教育研究委員が所属する23校（1144名）を対象にアンケート調査したものである。全国の特別支援学校（病弱）の集計

までには至らないが、狭義の心身症等の児童生徒の実情・傾向について推定することが可能であると思われる。以下、23校の情報交換資料をもとに考察してみた。(情報交換資料の詳細については巻末資料1に掲載)

(1) 心身症等の児童生徒数

今回の対象人数は小学部346名、中学部427名、高等部371名の計1144名である。対象児童生徒のうち、心身症等の人数は、小学部44名(全体の12.7%)、中学部193名(45.2%)、高等部159名(42.9%)、心身症等の児童生徒総数396名(34.6%)という結果である。昨年の同資料と比較してみると、(小学部17.1%、中学部46.9%、高等部37.2%、児童生徒総数34.7%)高等部における心身症等生徒の増加が顕著である。その病種・病状を取り上げてみると、上位20項目の中に、適応障害・統合失調症・不登校・不安神経症・自立神経失調症・不安障害・強迫性障害・摂食障害・うつ病・被虐待児症候群・睡眠障害・起立性調節障害・社会不安障害・性格行動障害など、多種多様な障害を抱えながら登校している心身症等児童生徒が多いことがわかる。このような調査結果から、病弱虚弱教育においては障害の「種類」や「程度」ではなく、まずは一人一人の「教育的ニーズ」を見つめていくことが必要不可欠であり、特別支援教育の最も重要な視点といえる。

(2) 発達障害を主訴とする児童生徒数

発達障害の分類(従来の軽度発達障害といわれた児童生徒)について調査したところ、以下のような集計結果となった。

ア) 広汎性発達障害(PDD)のうち、高機能自閉症56名(全体の4.9%)、アスペルガー症候群26名(2.3%)である。昨年同様増加傾向にあり、今後も特別支援学校に転入学してくる児童生徒の増加が予想される。

イ) 発達のうち特異性発達障害と言われる学習障害は7名(全体の0.7%)と少ない。また、発達性言語障害・発達性運動協調性障害をもつ児童生徒は今回の調査では0名という結果であっ

た。しかしながら、地域の特別支援学級には発達障害を部分的にもつ児童生徒が増加傾向にあり、特別支援学校における受け入れ体制の整備も必要と思われる。

注意欠陥・多動性障害(ADHD)と診断を受けた児童生徒は28名(2.4%)であった。(昨年度の同調査児童生徒数31名2.4%)特別支援学校(病弱養護学校)に入学・転入は少ないものの、通常学級にはADHDと言われる児童生徒が増加傾向にあり、教育相談も増えることが予想される。

(3) 通学生の実態

今回の調査の集計をみると、通学生は小学部182名(全体の52.6%)、中学部189名(44.3%)、高等部263名(70.9%)、計634名(55.4%)という結果である。調査対象校の集計をみる限り、通学生数は増加傾向(平成19年度の集計結果は小学部144名35.2%、中学部189名37.2%、高等部262名67.2%、計595名45.5%)にあることがわかる。ここ数年通学生数は小・中・高等部ともに増加傾向にあるが、中でも高等部は全体の70%を越えるなど、特別支援学校(病弱養護学校)へ通学する児童生徒の状況も変わってきている。

(4) 特総研・全病連心身症等教育研究委員会合同公開研究協議会

全病連熊本大会心身症等教育研究推進委員会の話し合いを受けて、最終日の午後、第2回特総研・全病連心身症等教育研究委員会合同公開研究協議会が実施された。

この会は現状の心身症等の児童生徒の実態把握とともに、今後の課題、児童生徒への支援について研修を深めるものである。

研修主題として、「病弱教育における心身症、情緒及び行動の障害を伴う不登校児の教育的支援～これからの子どもの心の教育を病弱教育から考える～」と題して会は進められた。

(会議の詳細については、巻末資料2に掲載)

2. 北海道における心身症等の状況

北海道における心身症等の状況について、平成18年度児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査（北海道）を参照にしながら考察してみた。

<資料1 不登校児童生徒数、公立小・中学校>

	平成17年度	平成18年度
小学校	667人 0.23%	752人 0.26%
中学校	3,157人 2.04%	3,349人 2.21%
計	3,824人 0.85%	4,101人 0.93%

<資料2 過去3年間の学年別不登校児童生徒数の推移>

	小 学 校					
	1年	2年	3年	4年	5年	6年
平成16年度	44	709	709	709	161	240
平成17年度	36	648	648	648	179	207
平成18年度	31	758	758	758	173	254

	中 学 校		
	1年	2年	3年
平成16年度	709	1168	1361
平成17年度	648	1131	1378
平成18年度	758	1142	1449

<資料3 不登校となったきっかけと考えられる状況>

・小学校～上位5項目

平成17年度	平成18年度
①その他本人に関わる問題 30.7%	①その他本人に関わる問題 41.6%
②友人関係をめぐる問題 13.5%	②その他 13.3%
③その他 13.0%	③親子関係をめぐる問題 12.4%
④親子関係をめぐる問題 11.1%	④いじめを除く友人関係をめぐる問題 10.9%
⑤不明 7.3%	⑤病気による欠席 10.1%

・中学校～上位5項目

平成17年度	平成18年度
①その他本人に関わる問題 32.3%	①その他本人に関わる問題 42.3%
②友人関係をめぐる問題 23.6%	②いじめを除く友人関係をめぐる問題 17.9%
③学業の不振 6.8%	③学業の不振 9.4%
④病気による欠席 6.7%	④病気による欠席 7.0%
⑤親子関係をめぐる問題 6.2%	⑤親子関係をめぐる問題 6.8%

<資料4～不登校状態が継続している理由>

・小学校～上位5項目

平成17年度	平成18年度
①不安など情緒的混乱 30.7%	①不安など情緒的混乱 39.6%
②複合 26.1%	②無気力 30.3%
③無気力 23.2%	③その他 19.4%
④その他 9.1%	④いじめを除く他の児童生徒との関係 11.0%
⑤意図的な拒否 5.7%	⑤意図的な拒否 5.9%

・中学校～上位5項目

平成17年度	平成18年度
①不安など情緒的混乱 28.5%	①不安など情緒的混乱 31.7%
②無気力 24.5%	②無気力 30.4%
③複合 22.6%	③いじめを除く他の児童生徒との関係 13.5%
④あそび・非行 7.0%	④意図的な拒否 10.2%
⑤学校生活上の非行 6.6%	⑤あそび・非行 8.8%

＜資料1＞は「平成18年度北海道公立小・中学校の不登校児童生徒数」の集計である。小・中学校ともに増加傾向にあることがわかる。不登校の経年変化は、平成3年に小学校357名・中学校1,729名、計2,086名（この年から30日以上欠席した児童生徒を対象とする）という状況であった。その後、小・中学生の全児童生徒数は減少傾向にある中で、平成18年度には実に約2倍の不登校児童生徒数（4,101名）に達している。これは文科省がまとめた「児童生徒の問題行動等生徒指導上の問題に関する調査」と同様、増加傾向にあることがわかる。さらに経年変化の結果をみると、平成7年から10年にかけても著しく急増しており、この時期に不登校をめぐる環境の変化によって、新たな不登校のタイプが出現したのではないかと考えられる。

＜資料2＞は、過去3年間の学年別不登校児童生徒数の推移である。この資料より小学校低学年では不登校児童が少ないものの、小学6年～中学3年は急増している。最近増えている傾向として、オタク型（＊1）（YG検査にみるCタイプ「おとなしい、消極的だが情緒的には安定している」）の児童生徒が多い。これらの児童生徒は何らかの環境の変化により、ズルズルと不登校や社会参加しない日が続き、趣味など好きなことに没頭し、批判されると、自分を守るために理論武装をしていき、関わろうとする人を寄せ付けないようにして、自分の中の不安を煽り立てないようにしていく傾向がある。

＜資料3＞は「不登校となったきっかけと考えられる状況」である。平成18年度の調査結果をみると、小・中学校ともに「本人に関わる問題」が全体の40％を占め、以下小学校については「その他」「親子関係をめぐる問題」「いじめを除く友人関係をめぐる問題」「病気による欠席」、中学校についても「いじめを除く友人関係をめぐる問題」「学業の不振」「病気による欠席」「親子関係をめぐる問題」の順になっている。思春期に入った児童生徒は、身体面・精神面でなんらかの不登校の前兆がみられる生徒も多い。不登校の前兆としては、①身体的不調（特に、朝の登校時を中心に心身の不調を訴える。下校するとぐったりと疲れて休んでしまうなど）②登校準備

の行動の変調（なかなか起きてこない。登校に向けて玄関を踏み出すことにためらいをみせる。家族に車で校門近くまで送ってもらい、やっと登校する。理由不明の欠席・遅刻・早退が時々起こるなど。）③家庭生活の変調（家庭でガラガラした生活を送る。テレビの視聴・テレビゲーム・漫画などに熱中する。イライラしていて、家族や動物に当たり散らす。家族を避け、自室で過ごすことが多くなる。自宅で一人で好きなことをして夜更かしが多くなるなど。）④学校生活についての不満（教師や友人についての不平不満が多くなる。学校がおもしろくない。友人がいない。部活動に参加しなくなる。友人との付き合いが悪い。学習に興味を失い、勉強しなくなるなど。）があげられる。

＜資料4＞は「不登校状態が継続している理由」である。平成18年度の上位5項目の集計結果をみると、小・中学校ともに同じような傾向が見られた。その理由として「不安など情緒的混乱」「無気力」「いじめを除く他の児童生徒との関係」「意図的な拒否」「あそび・非行」などが挙げられる。その中でも「不安など情緒的混乱」「無気力」がともに30％を越えており、＜資料3＞で挙げた児童生徒の身体面・精神面の変調がその理由と考えられる。

以上が北海道における不登校の状況である。この状況は全国における心身症等の状況と比較しても同じような傾向を示している。

（＊1）オタク型（教育と医学2008.4「不登校の過去・現在」牟田武生の論文）

3. 札幌市立山の手養護学校の心身症等の状況

（1）心身症等児童生徒数の状況

全国的な病弱虚弱養護学校の傾向と同様、本校においても、従来の喘息など呼吸器系の疾患やネフローゼなど腎臓疾患等の慢性疾患の児童生徒が減少し、心身症等の行動障害や発達障害を有する児童生徒が増加傾向にあるのが現状である。

昭和62年、本校の児童生徒数は三学部で150名を超えていたが、心身症等児童生徒の割合はわずか2％であった。しかし翌年より、心身症等児童生徒

の人数が急増しはじめた。本校保護者の強い要望もあり、平成元年より通学生枠を 20% に広げたところ、本校の児童生徒数が減少する（当時、隣接する病院の小児病棟が一般病棟に吸収された）にも拘らず、心身症等の児童生徒数は増え続けている。

（表 1）

山の手養護学校の心身症等児童生徒の実態
～ 病種別在籍数の推移（各年度 5 月 1 日在籍数）～

	児童・生徒数	心身症等の人数	心身症等の割合	通学生	通学生の割合
S62	154	3	2.0%		
S63	139	36	25.9		
H 1	148	33	22.3	20	13.5%
H 2	146	26	17.8	30	20.5
H 3	135	35	25.9	30	22.2
H 4	115	22	19.1	20	17.4
H 5	106	28	26.4	17	16.0
H 6	98	26	26.8	18	18.4
H 7	93	15	16.1	22	23.7
H 8	87	14	16.1	23	26.4
H 9	81	20	24.7	36	44.4
H10	96	32	33.3	43	44.8
H11	84	35	41.7	41	48.8
H12	78	32	41.0	46	59.0
H13	75	39	52.0	48	64.0
H14	91	46	50.5	65	71.4
H15	86	48	55.8	67	77.9
H16	85	44	51.8	66	77.6
H17	74	35	48.8	67	90.5
H18	82	41	50.0	73	89.0
H19	83	45	54.2	69	83.1
H20	85	39	45.9	71	83.5

（表 1）に示されているとおり、平成 10 年度には、全体の 33.3%、それ以降は 40～55% の割合で推移している。

通学生に関しても、平成 9 年度には 44.4% を占め、その後も増加傾向を示し、平成 20 年度においては実に 83.5%（85 名中 71 名が通学生、その中には心身症等の児童生徒が多数含まれている）を占めている。

このように本校の心身症等の児童生徒は増加傾向にあるが、全国の心身症等の児童生徒の実態はどのように推移しているのかその傾向を調べてみた。

全国の不登校児童生徒のデータ（＊ 2）によれば、不登校の児童生徒数は、子どもの数が減少する中で平成 8 年（前年度比）15.6%、平成 9 年（同）11.8%、平成 10 年（同）21.1% の増加を示し、平成 10 年の不登校児童生徒数は小学生 26,017 人（小学生全体の 0.34%）、中学生 101,675 人（中学生全体の 2.32%）になり、中学生は十万人の大体に達している。

不登校が急増した理由として、人間関係の未熟な児童生徒は学校で精神的な苦痛や不安を体験すると、それが原因となって身体症状があらわれ、学校に通えなくなる。学校側の対応では「無理しなくても良いよ」「元気になるまで休んでいてもいいよ」「進級や卒業も心配ないからね」となると不登校の継続率が高まり、子どもも休んでいるのは自分だけではないと安心し、長期の欠席を続けるようになり、不登校増加の一因になっていたわけである。心身症等の児童生徒の病状をみると、本校でも同じような傾向にあることがいえる。

本校の場合、心身症等の病状をもつ児童生徒は中・高校生に多く見られる。特に高校入試を控えている中学 3 年生においては、年度途中に転入し、卒業時まで本校に在籍している例は少なくない。さらには今後もこのような傾向が続くことが予想される。

また高等部においては、本校中学部から入学してくる生徒、普通高校に入学したがその環境になじめず転入してくる生徒などが、高等部在籍者のかなりの割合を占めている。このように心身症等といわれる生徒は、地域の専門医による治療を受けながら、自分の体調に合わせて登校し、学校生活を送っているのが現状である。

本校で抱えている一番の悩みは、隣接する西札幌病院に心身症等の専門医が常勤していないこと（毎週火曜日の診療のみ）である。心身症等の児童生徒が増加傾向にあるなかで、学校・病院・家庭の連携は必要不可欠であり、専門医による常勤診療を強く願っているところである。

（＊ 2）文科省の「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」平成 18 年度までの調査。

（２）児童生徒への指導・支援

本校では、各学部ともにいろいろな病状を抱えている児童生徒が多くなってきている。なかでも心身症等の児童生徒は種々の障害を併せ持つことが多い。学校・家庭・主治医と連携をとりながら指導・支援にあたっているが、児童生徒一人一人に対しての解決策はすぐ見つかるわけではなく、教員同士の情報交換をヒントにしながら、日々実践しているところである。本校での平成 20 年度の実践例は以下の通りである。

○ 小学部

- ・児童が友だちや教師とかかわりながら学校生活ののびのびと送ることができるように、自立活動において次のような取り組みを行っている。

〔前期〕

学年ブロック内での集団作りのため、体育館で低学年と高学年に分かれての活動を行う。

活動内容は、低学年は「手遊び歌」や「簡単なルールのあるゲーム」を行い、高学年は「山の手野球」や「車椅子ホッケー」等のスポーツ的要素の強い活動を行う。

〔後期〕

学級を越えた集団の中での、人との関わりや会話等の基礎的な力を伸ばすために、児童一人一人の目標並びに運動能力を考慮しながら 1 年から 6 年までの二つに縦割りにしたグループで活動を行う。

活動内容は両グループが「ゲーム」と「運動」を 1 週ごとに交互に行うこととした。「ゲーム」は訓練室で「宝探し」や「がらくたバスケット」等、説明を良く聞いたり、相手の様子を考えながら活動する取り組みを行う。「運動」は体育館で「ドンジャングেম」や「だるまさんころんだ」等、広い空間で体を動かしながら、自分や相手の状況を考えたルール作りの取り組みや安全面に気をつけ合う内容の取り組みを行う。

○ 中学部

- ・集団活動への参加意欲の向上と参加への手立てなどについて、次のような取り組みを行っている。
- ① 自立活動を通して、集団生活への参加を促している。

- ② 毎週 1 回の自立活動での構成的グループエンカウンター（＊３）の取り組みを通じて、人間に対する信頼関係を築き、行動の変容と自己成長（自己理解・自己受容・他者理解・自己主張など）の育成を目指している。

- ③ 年 10 回のソーシャルスキル（＊４）教育を実施して、コミュニケーション能力や社会性・社会への適応力の育成に努めている。

○ 高等部

- ・学習空白の実態把握の方法と学習意欲向上の手立てについて、次のような取り組みをおこなっている。

- ① 入学当初から基礎学力が身につけていない生徒が多くなってきており、生徒の能力に応じて複数体制（特に英語・数学）で指導している。
- ② 心身症・発達障害を併せもつ生徒等が三学部の中で一番多い。そのため生徒の実態把握を共有するために、病状理解研修会を学期 1 回（年 3 回）実施し、生徒の指導・支援についての共通理解の場としている。
- ③ 大学受験、基礎学力の向上、欠時数の補充のため、長期休業期間中を利用して講習を実施している。（夏季・冬季休業中に合計 20 日間）
- ④ 養護教諭とのカウンセリング。保健室登校している生徒も多く、随時実施している。

上記の具体的指導・支援例はほんの一例である。

各学部ともにいろいろな病状を抱えた児童生徒が多く、一人一人のニーズに応じて、工夫を凝らしながら指導・支援にあたっているが、児童生徒からの回答はすぐに戻ってはこない。しかしながら日頃の積み重ねこそが、児童生徒を変容させていくと思われる。

- （＊３）リーダーが用意したプログラムで作業や討論をする方法。自分の本音と相手の本音を交流する中で、行動の変容と人間的な自己成長をねらいとしている

- （＊４）対人技能とか社会生活技能などと訳され、集団生活や対人関係を上手に営んでいくためのコツのことである。

(3) 最近の傾向

心身症等の児童生徒が増加傾向にある中で、その病状はどのように変遷しているのか、最近の傾向について調査してみた。

次に挙げるのは平成19年度高等部普通科のある学年の年間出席状況の実態報告である。本学年の生徒は13名（男子6名、女子7名）で、そのうち心身症等の病状を持つ生徒は8名である。この学年の出席状況は以下の（表2）の通りである。

（表2）H19.高等部普通科のある学年の年間出席状況

	授業 日 数	出 席	欠 席	遅 刻	早 退	欠 席 の %	早 退 遅 刻 の %	備 考
A	200	190	10	10	1	5.0	5.5	心
B	200	149	51	25	0	25.5	12.5	
C	200	194	6	3	0	3.0	1.5	
D	200	6	194	0	0	97.0	0	心
E	200	112	88	69	0	44.0	34.5	心
F	200	125	75	36	3	37.5	19.5	心
G	35	20	15	9	0	42.8	25.7	
H	200	158	42	94	2	21.0	48.0	
I	200	76	124	33	5	62.0	19.0	心
J	200	189	11	4	2	5.5	3.0	
K	200	199	1	156	0	0.5	78.0	心
L	200	146	54	61	4	27.0	32.5	心
M	112	85	27	57	4	24.1	54.5	心

（備考欄の「心」⇒心身症等）

上記の（表2）からもわかるように、心身症等の生徒たちは欠席・遅刻が多いことがわかる。これらの生徒一人一人を見てみると、何らかの心因的な問題が彼らを不登校に招いていることが伺える。

不登校は明確な医学上の判断は示されていないが、

他の障害（気分障害・不安障害・睡眠障害など）を併せ持つ結果である場合も多い。明確なストレス因子が同定されると、適応障害の診断になることもある。また不定愁訴（頭痛・腹痛・嘔吐・下痢など）が長期間伴うと身体化障害との診断となる。

浅井らの報告（*5）によれば、不登校外来受診者の3分の1が、いわゆる軽度発達障害と診断されるという。不登校が継続している期間にもよるが、発達障害が原因と考えられる場合の対応は、神経症圏内の不登校とは対処方法が違うのでその見立ては重要である。例えば広汎性発達障害が潜在していると、登校する気持ちになるまで待つという対処法が不適切になる。つまり登校が日常であるから彼らは登校するのであって、在宅が日常になれば、再度の登校が困難になってしまうのが現状である。このように様々な病状を抱えながら登校してくる心身症等の児童生徒であるが、どんな問題であろうとも、学校・家庭・医療（主治医）が連携を取りながらそれぞれの問題を解決していかなければならない。小・中学部の心身症等の症状を呈する児童生徒には「個に応じた支援」が強く求められていることも見逃すことができない。

また特殊教育から特別支援教育への転換に伴い、学校や家庭だけでなく、医療・福祉・就労等の分野とも連携をとりながら、児童生徒一人一人のニーズに応じた支援を行うツールとして「個別的教育支援計画」の策定が求められた。そしてその支援を実現していくためのより具体的なツールとして「個別の指導計画」が位置づけられている。

本校の「個別的教育支援計画」は、北海道教育委員会から提示された様式を参考にしながら平成17年度より本校独自の様式を作成してきた。当初は各学部毎や普通学級と重複学級などの違いによって様式が分けられていたが、小学部から中学部、中学部から高等部へと進む児童生徒が多いこともあり、学部を越えての引継ぎがし易いという点を考慮し、今年度から全学部、全学級共通の様式を検討し、新しい様式で作成し始めたところである。尚、本校の様式は以下の通りである。（図1）

(図1) 本校の個別の教育支援計画

個別の教育支援計画

フェイスシート

作成日	年 月 日	作成者	部 年 組
更新日	年 月 日	担任	

● 氏名・住所等

本人	ふりがな	性別	生年月日	平成	○年	○月	○日生	
	氏 名		電話番号 (自宅)	FAX (有・無)				
	住 所 〒	—						
	入院の有無 (現在)	無・有 (病院 科)						
	診断名	主治医	病院	科	医師			
		主治医	病院	科	医師			
		主治医	病院	科	医師			
		主治医	病院	科	医師			
	身体手帳	種 類 (平成 年 月 日交付)						
	療育手帳	(平成 年 月 日交付)						
精神障害者 児童福祉手帳	(平成 年 月 日交付)							
健康診断の 結果								
保護者	ふりがな	緊急	自宅	—				
	氏 名	連絡先	()	—				
		()	—					
		()	—					
	住 所 〒	—						
	自宅周辺の地図 (できれば最寄の公共交通機関の駅・バス停も記入) インターネットの地図でも可							

家族構成	氏 名	※祖父祖母は同居のみ記入	生年・学年	職業	続柄	同居・別居
在籍校	学校名 北海道札幌市立山の手養護学校 住所 〒063-0005 札幌市西区山の手5条8丁目					
	電 話 011-511-7934 FAX 011-644-5535					
	担任	小1	小2	小3	小4	小5
		中1	中2	中3	高1	高2
前籍校	学校名					
	住 所 〒					
	電 話					
	FAX					
	担任	年 組	先生	転入年月日	年 月 日	

● 妊娠・出産・発育の様子

胎生期	・妊娠期間になったことなど
出生期	・医師の診断や出産時に気づいたことなど
乳幼児期	・身体の発達、コミュニケーションなどで気づいたことなど

● 席育・発育の様子

	園・校名、学級名 (普通・特別支援など)	備考 (就学の変更等)
幼児期		
小学校		
中学校		
高 校		

● 医療にかかわる特記事項

主な症状	注意・配慮事項	その他
		服薬、検査、通院頻度等の 変更、医師の状況、手帳など

● アレルギー、健康状態、その他の事項で加えておいてほしいこと

アレルギー	
体温 (平熱)	度 脈拍 呼吸
その他	

3

● 児童・生徒の様子

性格・行動	・好きなこと、得意なこと、興味・関心の強いこと等
	・嫌いなこと、苦手なこと等
	・行動の特性
コミュニケーション	・言語理解、コミュニケーション能力等
	・移動、食事、排泄、更衣、持ち物管理等
日常生活動作	・現在の学年よりも進度の遅れている教科及びその状況等 (通常学級) ・主に国語、算数・数学の状況等 (重複学級)
学習面	

支援シート

氏名	ふりがな	学校名	北海道札幌市立山の手養護学校 部 年 組
作成日	年 月 日	作成者	担任
更新日	年 月 日		

● 本人・保護者の希望

	現在の希望	卒業後の希望	将来の希望
本人			
保護者			

● 支援内容

支援目標（概ね 年間を目標に）	支援内容・手立て	到達具合

● 他別の教育支援マップ

教育
現在受けている支援
希望する支援・ニーズ
希望する具体的な支援の内容

医療
現在受けている支援
希望する支援・ニーズ
希望する具体的な支援の内容

福祉
現在受けている支援
希望する支援・ニーズ
希望する具体的な支援の内容

労働
現在受けている支援
希望する支援・ニーズ
希望する具体的な支援の内容

地域・余暇生活
現在受けている支援
希望する支援・ニーズ
希望する具体的な支援の内容

その他
現在受けている支援
希望する支援・ニーズ
希望する具体的な支援の内容

本人
保護者

● 支援者（機関）の連絡先、担当者

	支援機関	住所	電話・FAX 番号	担当者
教育			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
医療			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
福祉			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
労働			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
地域・余暇			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
その他			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	
			T: F:	

● 支援者（機関）との連携の記録

★ 分類…教育、医療、福祉、労働、地域・余暇、その他を記入

日時・会議名	参加者	分類	協議内容

- ①貴校が、個別の教育支援計画の策定、およびそれに基づく支援を行うことに同意します。
- ②個別の教育支援計画の策定、改訂、活用、評価に必要があるときは、貴校が本人・保護者以外の関係者（機関）から個人情報収集することに同意します。
- ③個別の教育支援計画の保管・管理を貴校に委任します。

平成 年 月 日

学校長 様

本人

印

保護者

印

（＊５）特別支援教育の理論と実践Ⅰ（金剛出版）
の A-3-4 軽度発達障害と合併する問題。

4. 札幌市立平岸高台小・平岸中学校のぞみ分校の児童生徒について

（１）最近の児童生徒の実態

のぞみ分校が併設されている小児病棟は、市立札幌病院の精神科の分院である静療院に、昭和 48 年に開設された。のぞみ分校は、翌年に小児病棟に入院している児童生徒の分教室として開設されている。昭和 57 年に第一種自閉症児施設の「札幌市のぞみ学園」（以下、のぞみ学園という）が開設され、小児病棟との 2 病棟体制になった。当初は、重度の自閉症や精神発達遅滞、てんかんの児童生徒が在籍数（年度中の在籍者総数）の半数を占めていた。また、通学生が認められていた時期もあり、昭和 63 年前後は、在籍数が 50 名ほどになった。

その後、重度の自閉症の児童生徒が引き続き、のぞみ学園に在園し、のぞみ学園の学齢児が減少したことや、通学生を限定したものに変更した関係で、平成 5 年頃からは、のぞみ分校は現在とほぼ同じような 30 名前後の在籍数で推移している。開設当初からの長いスパンで見ると、不登校を主訴とする神経症圏の児童生徒の増加の時期等があった。今回の在籍児童の診断別動向については、のぞみ分校には、在籍児童生徒の主診断の資料がないため、小児病棟の統計を利用し、ここ 10 年間の動向を紹介する。なお、毎年 1～2 名ののぞみ学園入所の児童生徒が在籍しているが、少人数のため、大半の児童生徒が

所属する小児病棟の統計を引用することでのぞみ分校の児童生徒の動向を分析したい。

○ のぞみ分校在籍児童生徒の診断別動向

（表 3）のぞみ分校の在籍数と小児病棟入院児数の推移

	分校	小児病棟入院患者診断カテゴリー別統計＊						
		在籍数	入院児数	精神病圏	神経症圏	自閉症圏	行動情緒	その他の 自閉症圏の％
H 9		29	46	6	7	17	11	5
H10		37	35	6	11	4	9	5
H11		31	32	9	9	3	10	1
H12		32	47	12	16	2	14	3
H13		26	30	6	9	5	10	0
H14		28	32	9	12	7	3	1
H15		31	35	11	13	6	2	3
H16		31	38	8	8	19	2	1
H17		30	37	1	12	16	6	2
H18		31	22	1	5	12	3	1

＊全国児童青年精神科医療施設協議会資料参考

＊H9～H17 入院患者数（4 月 1 日から翌年の 3 月 31 日の間の入院）H18 は新規入院患者数のため、在籍数より少ない。

＊診断カテゴリーは、DSM-Ⅳの診断基準による分類（DSM-Ⅳは米国の精神疾患の診断・統計マニュアル）

精神病圏～統合失調症、気分障害等

神経症圏～神経症性障害（強迫性障害等）、摂食障害等

自閉症圏～広汎性発達障害

行動情緒～多動性障害、行為障害、情緒障害、選択性緘黙等

その他～精神遅滞、てんかん等

この 10 年の動向を見ると、のぞみ分校の在籍数は 30 名前後ではほぼ一定している。これは、のぞみ分校が小児病棟やのぞみ学園に入院している児童生徒を対象としているため、在籍数は病床定数（小児病棟 28 床、のぞみ学園 32 床）の影響を受けるためである。児童生徒の病態を見ると、年度によって各障害圏の割合が大きく変動しているのが特徴である。ただ、平成 16 年度頃から、自閉症圏（広汎性発達障害）の割合が増え、40%を超えている。広汎性発達障害の児童生徒が増えているというだけでなく、自閉症圏の概念が広くなり、それまでは、神経症圏

や行動及び情緒の障害と診断された児童生徒の中の一部が広汎性発達障害と診断されるようになった。

（２）児童生徒の指導・支援

のぞみ分校に通学する児童生徒は、全員が隣接する静療院の小児病棟やのぞみ学園に入院している児童生徒であり、全員が（表３）のような精神疾患の診断を受けている。主診断は（表３）の通りであるが、併存症を抱えている児童生徒が多い。

のぞみ分校は特別支援学級のみからなる学校であり、教育課程を児童生徒に合わせて柔軟に組んでいる。認可上は、小学校は知的障害学級が１学級、情緒障害学級が１学級、中学校は知的障害学級が１学級、情緒障害学級が２学級となっているが、のぞみ学園の重度の自閉症児が在籍することもあり、児童生徒の状態が多様であるため、児童生徒を学年を超えて３グループに分け、複数で担任する体制をとっている。

各グループ毎に特徴を持たせ、多様な児童生徒に対応している。今年度の３グループ（ＡＢＣ組）の特徴を一部紹介する。Ａ組には小児病棟に入院する中学生が在籍している。Ａ組は生徒が教科に興味をもつことをねらいとする授業が多く、集団を意識することをねらいとする活動も多い。Ｂ組も、小児病棟に入院する中学生が在籍している。Ａ組と比べると、通常学級と近い授業形態をとっており、生徒同士のかかわりを重視している。Ｃ組には、小学校中高学年の児童から中学生まで幅広く在籍している。一対一の対応を重視しながらも、グループ学習なども取り入れているのが特徴である。

各グループの指導では、校内の共通理解もさることながら、主治医や病棟職員との密接な連携の基に行われている。学校内の研修会のほかに、毎朝の病棟の引継ぎや週１回の定例カンファレンス、月１回の主治医カンファレンス等がもたれている。また、宿泊学習・バスレク・スキー学習など、病棟と合同で行われる行事も多い。毎月、分校の教員と病棟の職員が参加する行事係会議を開き、これらの行事を企画運営している。

第Ⅱ章 札幌市立山の手養護学校と 札幌市立平岸高台小学校・ 平岸中学校のぞみ分校の概要

１．山の手養護学校の沿革

本校は昭和３１年、国立札幌療養所（現独立行政法人国立病院機構西札幌病院）内に札幌市立琴似小学校・中学校の分教室養護学級として開設された。その後昭和３８年に札幌市立山の手養護学校と校名を変更、小学部３学級、中学部３学級、計６学級、定員１００名、教員１０名であった。当時は病類多様化の時期を迎え、喘息、腎炎・ネフローゼ等の各種慢性疾患児さらに筋ジストロフィー症児の対象期の中で、着実に教育内容を確認なものにしてきた。昭和４４年には北海道真駒内養護学校が病弱生徒のための高等部を本校内に設け、特別支援学校（病弱）における高等部国内第１号として開設、以降全国で高等部の設置が進むようになった。昭和４８年に新校舎が完成、翌年には小学部１３学級、中学部１０学級、高等部５学級、計２８学級、定員２５０名、教職員４８名という全国屈指の特別支援学校（病弱）になった。

また、昭和５７年には山の手養護学校分教室として、美香保小学校内に「つばみ分教室」を発足、翌年にはつばみ小・中学部分校（現札幌市立豊成養護学校・北翔養護学校）として開校、肢体不自由の児童生徒を受け入れ始めた。その後、平成４年につばみ分校が札幌市立豊成養護学校として独立開校した。また本校においては、平成７年には校舎増築竣工、７教室が新設、同年４月に高等部重複学級が１学級認可され、病弱に加えて知的障害等を併せ持つ児童生徒に門戸を広げたところでもある。ここ数年においては、平成１８年に創立５０周年記念式典の挙行をはじめ、教育基本法改正、ならびに教育関連諸法の改正（学習指導要領の改訂を含む）を受けての特別支援学校としての体制作りなど、病弱児童生徒の実態に応じた新しい取り組みを推進しているところである。

2. 山の手養護学校の特色

(1) 児童生徒について

平成 20 年度の本校の在籍児童生徒数は（表 4）の通りである。

（表 4）平成 20 年度在籍児童・生徒数

	学年	学級数	男	女	計
小学部	1	1	0	1	1
	2		2	0	2
	3		1	0	1
	4	1	1	1	2
	5	1	1	3	4
	6	1	2	0	2
	重複	1	2	0	2
	小計	5	9	5	14
中学部	1	1	1	5	6
	2	1	3	2	5
	3	2	6	4	10
	重複	2	4	1	5
	小計	6	14	12	26
高等部	1 普	2	6	8	14
	1 重	1	1	2	3
	2 普	1	3	6	9
	2 重	1	2	1	3
	3 普	2	5	8	13
	3 重	1	1	2	3
	小計	8	18	27	45
	合計	19	41	44	85

小学部の児童数は年度途中に転入生があるため、例年 15～20 名で推移している。また中学部・高等部についても同様のケースが多く、在籍数は変動するが、中学部においては 30 名前後、高等部においては 45 名前後で推移している傾向にある。そのなかで、心身症等と言われる児童生徒は総児童生徒数の 50% 前後を占め、そのほとんどが通学生として在籍している。

(2) 教育課程

① 学校教育目標

本校の学校教育目標は、「心身の健康回復や改善を図り、一人一人の可能性をのばし、心豊かにたくましく生きぬく児童生徒を育てる」ことである。

本校の教育を推進していく時に、常に心にとめ意識し、児童生徒と一緒に考えていきたいことを「夢」「挑戦」「自立」の三つの言葉にまとめた。

学校生活が楽しく、生き生きとした活動の中から、「たくましく生きぬく力」を育てたい。それらの根本は児童生徒が「夢」（目標）をもつことであり、その夢の実現に向かって進むことを支援することが大切である。夢の実現のためには、目標をたて、まわりの人たちとの関わりを大切にさせながら「挑戦」（努力）させるとともに、それらの環境を整えていく構えが必要である。そして、夢の実現に挑戦していく過程の中で、小・中・高等部の各段階における、社会へ「自立」するための力を培っていきたい。

② 今年度の重点目標

- ・児童生徒の病気の重度多様化、心身症に対応できる教育を推進する。
- ・保護者、病院等と連携し、「個別の教育支援計画」の充実と活用を図る。
- ・一人一人の児童生徒の心身の状況を見極め、児童生徒の現状に配慮した教育を推進する。
- ・心身症・精神疾患に対する実践的研究を推進する。
- ・新学習指導要領への取り組みを開始する。
- ・児童生徒に命の大切さを教え、生きることの意味を理解させる。

③ 病種別の傾向

前述のように、本校の場合は心身症等の児童生徒が増加傾向にある。中学部・高等部の場合、年度途中に転入してくる者が後を絶たない。

平成 20 年度（平成 20 年 5 月 1 日現在）の病種別の生徒の実態は（表 5）の通りである。

本校の病種別児童生徒数の内訳をみると、精神・神経系、尿路性器系、内分泌・代謝障害の順になっているが、その中でも中・高等部の精神・神経系の生徒数が全体の 43.5% を占めている。精神・神経系の児童生徒のほとんどは通学生であり、地域の学

(表5) 平成20年度病種別児童生徒数
(平成20.5.1現在)

病 種	小学部	中学部	高等部	合計	%
呼 吸 器 系	1	0	0	1	1
尿 路 性 器 系	2	4	6	12	14
循 環 器 系	2	0	2	4	5
骨・関 節 系	2	0	2	4	5
筋 ジ ス 系	2	2	0	4	5
精神・神経系	2	10	27	39	46
膠 原 病	1	0	0	1	1
内 分 泌・ 代 謝 障 害	0	2	4	6	7
そ の 他	2	8	4	14	16
計	14	26	45	85	100

校に通学することができないために、本校に通ってきている。札幌市内には不登校（心身症等を含む）児童生徒（小・中学校）が多数いるといわれており、その一部が本校に通学しているにすぎない。養護学校から特別支援学校に移行されてからは、市内の小・中学校にも特別支援学級が増設されている。さらに札幌市は特別支援教育支援員を各区に1名配置し、小・中学校を巡回するなど地域における特別支援教育も整備されてきている。しかし、心身症等に関わる職員（スクールカウンセラーなど）数は少なく、各学校の特別支援学級教諭や特別支援教育コーディネーターと連携をとりながら、心身症等の児童生徒の支援にあたっているのが現状である。

本校では札幌市内に通学する児童生徒の教育相談が年々増加し（高等部転入に関する相談も多くなっている）、本校を訪問後に転入してくるケースも少なくない。特別支援学校はどんな障害をもった児童生徒にも対応していかなければならないが、その前に心身症等に関わる教師の指導・支援について、その専門性を磨くことも最重点課題といえる。

3. のぞみ分校の沿革

昭和48年10月、市立札幌病院平岸分院(静療院)に児童部が開設された。のぞみ分校はその入院児童

生徒のために、昭和49年4月に札幌市立澄川小学校分教室（情緒障害児学級）1学級、翌、昭和50年4月に平岸中学校分教室（情緒障害学級）1学級として開設された。その後、小学校は昭和59年4月から平岸高台小学校が母体校になり、知的障害学級も中学校が昭和55年から、小学校は平成3年から開設されている。

昭和57年4月には第1種自閉症児施設「のぞみ学園」が開設し、病院と施設の両方に併設した小・中学校の分校として現在に至っている。

また、平成5年11月には条例改正により分教室から「分校」に設置形態が変更になった。平成6年には新校舎落成され、平成8年は独立した体育館も完成した。

平成15年には分校設立10周年の記念研究会の開催や平成19年には全児協（全国児童青年精神医療施設研究協議会）の札幌会場となり、日々の実践の成果を発信している。

4. のぞみ分校の特色

(1) 児童生徒について

平成20年度の本分校の在籍児童生徒数は（表6）の通りである。

ここ数年、小学生は5名程度、中学生は15～20名程度で推移している。中学生の転入は年度初めの5月、長期休業明けの9～10月や2～3月に多く

(表6) 平成20年度在籍児童生徒数
(平成20年5月1日現在)

	小4	小5	小6	中1	中2	中3
小学校 (1) 知的障害学級	1	2				
小学校 (1) 情緒障害学級	1		1			
中学校 (1) 知的障害学級				1		
中学校 (2) 情緒障害学級				2	1	7
計	2	2	1	3	1	7
	小学生 5 名			中学生 11 名		

なる傾向が見られる。

また、不登校を主訴として入院する児童生徒が多く、診断も「広汎性発達障害」のカテゴリーに含まれる割合が40%を越えている。(小児病棟とのぞみ学園の総計)

(2) 教育課程

① 教育目標

のぞみ分校の教育目標は、

- ・共感：一人一人の気持ちに寄り添い～「本人参加」と「自己決定」をしようとする心の育成と共感的な支援を目指す。
- ・協同：関係スタッフが密接な連携をとりながら～病棟、学園、本校との連携、保護者との連携を密にし、より効果的な協同的支援を目指す。
- ・個に応じた指導：一人一人に適切な教育を～個別の指導計画における目標に基づき、個に応じた適切な教育的支援や指導を目指す。

② 今年度の重点

- ・教職員間のコミュニケーションを図り、児童生徒への共通理解を深める。～TT方式を含めたより効果的な指導の在り方の検討。
- ・様々な職種の職員の共通理解を図り、密接に連携をとり、分校の教育機能を高める。～院内の各種連絡会や研修会の有効活用。
- ・子ども理解と個に応じた教育内容・方法の検討と創意工夫のある日々の実践を図る。～外部関連研究団体との交流。
- ・医療、福祉、教育の三者による進路指導の充実を図る。～児童生徒の自己理解を深め、保護者と連携した進路の決定。
- ・適切で効果的・効率的な学校運営を目指して～全教職員参加のもとに、学校改善の取り組みの強化(分校運営プロジェクトの活用)

(表7) 平成20年度 病種別児童生徒数
(平成20年5月1日現在)

	精神病圏	神経症圏	自閉症圏	行動障害	その他	合計
人数	3	4	4	4	1	16

③ 病種別の傾向

自閉症圏の児童生徒の割合が増え、診断としては「広汎性発達障害」が多く見られる。

第三章 心身症等・精神疾患の事例

1. はじめに

本章では、山の手養護学校とのぞみ分校での取り組みの中から4事例をあげ、それぞれの児童生徒へ教育的な関わりについて記すとともに、家庭・医療との連携についてふれながら、その経過について報告する。

事例1「転校による環境変化により、不登校状態の改善が見られるようになったA」

事例2「さまざまな不安からパニック症状に陥るB～病院・臨床心理士との連携」

事例3「不登校改善の兆しがみられないC」

事例4「再入院を経て、大きな改善が見られたアスペルガー障害をもつE」

隣接する西札幌病院に入院しながら山の手養護学校に通学または自宅通学している児童生徒、市立札幌病院静療院に入院しながらのぞみ分校に通学してくる児童生徒の多くは、さまざまな背景を持ち、ここに至るまでに紆余曲折を経ている。

本事例では、山の手養護学校、のぞみ分校としての役割、病弱教育の意義、学校・家庭・医療との連携について考察するものとする。

2. 事例

事例1「転校による環境変化により、不登校状態の改善が見られるようになったA」

(山の手養護学校小学部)

1-1 事例の概要

本児Aは循環器系の病歴を持つ。学校生活においては運動制限が課されている。また、就学前に「広汎性発達障害」の診断を受けた。就学時は特別支援

学級のある学校の通常学級に入学したが、入学後不安定な状態が続き、絶えず母親の付き添いが必要になり、学校での生活時間も少なくなった。3学期に保護者並びに本人が数度本校を見学・体験入学を行い、転入学に至った。

4月の転入後は、何もなかったかのように通学を続けており、無遅刻無欠席で1学期終業式を迎え、現在に至っている。

1-2 事例の経過

(1) 転入前、前籍校での様子

入学時より病気の関係で保護者付き添いの状態での学校生活となる。当初母親は別室で待機していたが、1ヶ月ほど経過し、本児の了解のもとで母親が外出したところ、突然母親を求め、校内でパニック状態となる。その後母親と離れられない状態に陥った。さらに、ゴールデンウィーク明けより通常学級児童とともに行動することが難しくなり、生活科・図工科以外は保健室で過ごすことが多くなった。この時期から始まった運動会の練習は、遠くから眺めるだけで練習にはほとんど参加しなかった。しかし運動会当日は、かけっこ・玉入れ・表現等ほとんどの競技に参加した。その後、学校生活は3時間目頃からの登校となり、活動場所も保健室や特別支援学級で過ごすことが多くなった。通常学級には興味のある時だけの参加となり、給食も特別支援学級で食べるような状態で1学期が終わった。

2学期も同様の状態が続いていたが、算数の学習に興味を持ち始め、通常学級での学習を受ける時間が増え、給食も通常学級でとるようになった。その後、特別支援学級の児童とのトラブルもあり、学級前に本児用のスペースを作ってもらい、そこで過ごすことが多くなった。通常学級との関わりは算数の時間のみ参加する状態が続いた。ただ秋の学習発表会には、運動会の時とは異なり、練習から本番までしっかり参加し本番も役を演じることができた。

3学期当初は教室で授業を受けることができたが、次第に以前の状態になった。ただ帰りの会ではしばしばお笑いを披露することが見られるようになり、以前とは違う一面を見ることができた。

(2) 転入の経過

3月中旬に保護者から連絡を受け、教育相談を実施する。その後2回の学校見学・体験学習を経て、転入学に至った。

体験学習の1回目は低学年担当教諭が本児と1時間ほど対応し、絵やお話・学校巡り等を行った。2回目も同様の体験学習を実施した。

2回目には来校するとすぐに自分で描いてきた本校の見取り図を担当教諭に渡し、さらに「僕の手椅子」と自分の手椅子を見せた。今回は在籍している同学年児童1名と一緒に学習を行った。母親は教室内で見学する。本児は授業中特に目立つ行動はなく2名での学習が続けたが、4校時終了と同時に突然母親の膝上へ座り込んだ。終了の挨拶のため元の席に戻し、挨拶をさせ下校した。その後本校への転入が決まった。

(3) 転入後の様子

新年度は低学年クラスとして、新1年生の女子1名、持ち上がりの2年生男子1名に本児が加わり、児童3名と教諭2名の学級集団で学校生活が始まった。持ち上がりの2年男児は欠席しがちで学習空白は多いが、生活面・学習面での支障はなく、1年女児も手椅子を使用し行動面で制限があるものの学習面では支障がない児童である。少数という点を除いては全員対人関係もよく、落ち着いた学級集団となった。

教科学習は国語と算数のみ学年別で行い、他教科は1・2年合同で学習を行った。

転入後は前籍校でのような不登校状態は全く見られず、1学期はごく普通の学校生活を送ることができた。ただ担任としては、不登校の兆候がいつ出るか、そろそろ出るかと不安な毎日を送っているうちに1学期が終わってしまったというのが正直なところであった。

母親は初日より教室には入らず、保護者控室に詰めてきたが、昨年と同じく4月中に途中外出できるようになり、5月下旬には児童から「帰っていいよ」と言われ、送迎のみとなった。この間、学級での学習、小学部全体での自立活動・遠足・運動会等の行事参加等も全く問題なく参加できた。特に1年生を

迎える会では、お笑い芸人の物まねを出し物として発表し、しっかり取り組むことができた。

学級内での対人関係は「広汎性発達障害」の特性は見られるものの人との関わりに影響を及ぼすほどではなく、落ち着いた学校生活を送っている。

1-3 考察

本事例は、転校により不登校状態が改善に向かっている事例といえる。

不登校に関しては、やはり本児が診断された「広汎性発達障害」の特性が影響しているものと考えられる。

では、前籍校と本校との違いは何か。

学級集団の人数か。しかし特別支援学級との関わりもスムーズではなかった。集団の特性か。たまたま本校の低学年集団はみな落ち着いていたのは幸いだったと思う。もしもADHDの児童が在籍していたら状況は当然変わっていたことが予測される。

教室のつくりの違いか。前籍校はオープンスクールで壁がない。本校でも当初は教室のドアが少し開いていてもサーっと閉めに行っていた。しかし、夏場は戸を開けっ放しにし、風通しをよくして学習を進めても気にしなくなった。

本児の対応に不備は見られたか。保護者からの話によると、前籍校では本児の様子を把握しながら、場面設定を工夫したり、本児の様子にあわせた対応を組み入れていたことが伺える。特に運動会の取り組みなどは、本児の特性を理解しての取り組みそのものだったと思われる。

では、スムーズな登校のきっかけは何か。現担任としてのこの半年を振り返ると、ポイントは最初の学校見学・体験学習だったのではないと思う。

初めての本校見学時に、本児にピッタリくるもの・ストンと落ちるものがあったのではと考える。それは2回目の見学時に持参した自筆の学校見取り図と、本人使用の車椅子を持参したことが示しているのではないだろうか。すでに「この場所が僕の居場所」と本児の中で決定していたのではないだろうか。担任への本人なりの自己紹介とこの車椅子がうまく使えるか、違和感がないかを確かめるためのもので

はなかったかと考える。担任として今思うと、学校見学者への対応を丁寧にしておいて良かったと感じている。

もう一つは、2回目の体験学習で母の膝に乗ったときの場面である。この時担任はかなり強い言動で席に戻した。担任としてはここは勝負と意識して対応した。これが案外、児童にピッタリとしたものだったのかもしれない。ただ、これも担任が年度が変わって持ち上がっていなかったら、4月に学校に来たがあの時の先生と違っていたとなったら・・・。

結論としては、現在のスムーズな登校の原因の特定はできない。ただ、教室の広さ・つくり、児童集団の大きさ・特性、担任との出会い方、相性等々、様々な要因の全部又はいくつか、たまたま偶然に児童の登校にプラスの状態にあっただけのことと思いつつ、指導を進めている。

循環器の病状が安定している現在、本児の耐性を高め、本人のもつ能力を引き出し、困りごとを減らす取り組みを進め、将来に備えようと考えている。

ただ、学習面では1年時の学習空白を埋めつつ、ほぼ順調に学習を進めているが、広汎性発達障害特有の言語面での特性が時々見られており、今後の学習にやや不安を感じているのが現状である。

事例2 「さまざまな不安からパニック症状に陥るB ～病院・臨床心理士との連携」

(山の手養護学校中学部)

2-1 事例の概要

本生徒は、小5で卵巣嚢腫摘出、術後腹痛が続くなど経過不良で欠席がちになる。小6でバセドウ氏病のため入院。よく休むと陰でいわれる。その状況からさらに登校しづらくなり、その後入退院を繰り返す。中学校に入学してから、自分を変えようと学級代表に立候補するが、まわりはついてくれなかった。春の校外学習後不登校状態になる。またバレー部に所属するなど、運動を大変好んで行う。

不登校状態になった後も、しばらくは土日の部活動には参加することができた。それと同時に体重の増加が顕著になり、バセドウ氏病の薬も効きづらく

なってきた。中1の12月に、肥満症と不登校状態ということで本校に転入。

2-2 事例の経過

(1) 本校転入から入院まで

本校転入後も、(中学部全員で30人程度の集団であるが)集会の場になかなか入れない、通学の交通機関など大人数の空間が耐えられず過呼吸の発作が起こるなどの症状は続いた。ラッシュアワーを避けるために1、2時間遅刻することがほとんどで、登校しても、登校中の症状がなかなか治まらなかったり、授業の空間になかなか入ることができなかったりして、当時の担任の準備室で過ごすことも多かった。

2年生になっても、遅刻が減るわけではなく授業の進捗にもついてゆけなくなりそうだとということと、肥満が解消に向かわないため、6月に、本校に隣接の西札幌病院に入院。リハビリ(運動)と食事療法、規則正しい生活リズムを作ることを始めた。

(2) 入院後の生活

基本的な生活については、病棟の看護師の管理下にあるため、就寝・起床、食事、リハビリ(運動)、学習等のリズムは保つことができた。必然的に学校生活も朝から送ることができるようになり、順調な滑り出しであった。

授業を休まずに参加することで学習成果が上がってくるので、本生徒の学習面の意欲は向上した。大柄で男の子と間違われるような容姿からのコンプレックスがあったと思われるが、入院当初は食事療法とリハビリの成果がわずかにでも現れると喜び、頑張ろうと思ったようだ。集会の場面になかなか入れないことや過呼吸を起こしたりすることはその後も続いた。しかし、生徒会の役員としてさまざまな活動を経験したり、教師やまわりの生徒たちの温かいまなざしに支えられながら全体の前で話をするなどの役割をこなしていったこと、中学部自立活動で取り組んでいる構成的グループエンカウンターやソーシャルスキルトレーニングの成果もあり、少しずつ自信を持てるようになってきた。

(3) 入院生活の長期化

プラスの面が徐々に見られるようになった反面、単調なリハビリや自主的に行うことが課されていた病棟廊下を歩くことに意欲を見いだせなかったり、週末に外泊すると過食するなどした。結果的に中学2年生終了時まで肥満はまったく解消されず、退院の目途もつかなかった。3年生になって、授業中の過呼吸発作等を訴えて保健室で過ごす時間が増えてきたり、好意的に接してくれる教師や親しい友人に対する不適切な思い、言動が現れてきた。

(4) 病院・臨床心理士との連携

入院生活の長期化は、数々の制限のもとに生活することになり、何よりいつもまわりにたくさんの人がいる共同生活であり、少なからずストレスをため続けていると考えられた。

そこで3年生になるのをきっかけに、早期の退院をめざし、朝食前の早朝30分ほど、担任と体育館で体を動かすことにした。運動の取り組みにあたっては、本校職員の理解が得られたことと、病院の主治医からは、前向きな意欲が低下している実態から、運動量の確保の意味で大変ありがたいことであるという評価をいただいてスタートした。もともと運動が好きであり、相手をしてくれる者を得て、日中の学校生活が不調な日(時期)にも朝の運動は楽しみながら続いた。このことは運動量の確保だけにとどまらず、ストレスの軽減や、早起きから始まる生活のリズムが学校生活にも好影響をもたらした。

運動と並行して、過呼吸等の症状や不適切な言動の背景になるものを探ったり、つらい症状が現れたときの対処等を学ぶきっかけになればと考え、週1回のペースで、心理の時間(臨床心理士によるカウンセリング)を設定した。この時間の中で本生徒は過呼吸が起こったときやつらくなったときの対処の仕方や、物事に前向きに取り組むためのヒントを得たようである。何よりも、自分の気持ちを受け止めてくれる時間と臨床心理士の存在は、本生徒にとって意義あるものであった。また看護師長の配慮で、臨床心理士と担任が直接情報交換する機会も作っていただいております、心理的背景が少しずつ浮かびあがり、彼女に関わる病棟、家庭、学校にとって大変

有意義な時間となっていた。医療行為への注文を通常は学校側が直接出さないものだと思うが、この心理の時間の設定にあたっては、本生徒の様子や今後の見通しなどを病棟の看護師長と相談する中で、看護師長が提案し、主治医に具申して下さった。本生徒について家庭と学校が密に連絡を取り合い、信頼関係を培ってきたことが、看護師長にも十分理解されていたということもこの連携をスムーズにしていたと思われる。

その後、病棟スタッフ、学年団・養護教諭をはじめとする学部教師、家族等、たくさんの人に支えられながら、落ち着いて授業に参加することが徐々に増え、行事、進路、友人、通学、家庭等、本生徒が壁と覚えることから逃げずに、取り組めるようになっていった。

2-3 考察

本校は病院に併設する病弱の特別支援学校であり、児童生徒は病院医師の診断に基づいて入学している。現在入院しながら本校で学んでいる者は1~2割で、それ以外は自宅から通学している。

病院との情報交換は、通常月1回、DNT会(Doctor, Nurse, Teacher)を実施し、入院している児童生徒の様子を把握しあい、療養、指導・支援に役立てている。主治医からこの会で直接助言を受けることは少ないが、看護師長を中心とする病棟スタッフと情報交換している。さらに、本校では大多数を占める通学生については、定期的な通院、診察を促し、医師に実態を把握してもらうことや、少なくともDNT会のような、病院と学校が通学生についても情報を共有しあう場を設定することも今後の大きな課題であると考えている。

病院と学校との連携については、いうまでもなく本校や病院でもかねてから認識されており、その方向で努力してきた。本事例に見られるように、病院と学校が直接に密に連携しタイムリーに行動することで、医療、教育の双方によい影響が大きく現れる。これはもちろん児童生徒(患者)当人の利益として還元される。一人一人の様子に焦点を当てた連携を今後更に行っていききたい。

事例3 「不登校改善の兆しがみられないC」

(山の手養護学校高等部)

3-1 事例の概要(本校高等部転入までの経緯)

本生徒は小学校時代欠席は多かったが、地元の小学校を卒業する。中学校入学後も、当初は特に問題なく通学できた。また、ソフトボール部に入部し、部活動も行っていた。しかし小学校時代から仲の良かった友達が交友関係を広げたために、Cに対して少しずつ距離を置くようになる。そのため、疎外感を感じるようになり、次第に体調不良を訴え不登校傾向となる。地元の中学校には通うことができなくなったため、本校中学部に転入し(1年時)、卒業まで在籍する。欠席は多かったが本人は普通高校を希望し、進学した。しかし登校できたのは1日だけで、その後は体調不良を理由に不登校が続いたため、本校高等部に平成18年6月に転入してきた。

3-2 事例の経過

(1) 本校高等部転入~1年時

転入後通学生として高等部に通学する。クラスには中学部の時の仲間がいたので、すぐに溶け込むことができた。特に中学部時代の親友Dさんがいたことは心の支えとなり、中学部に在籍していたときよりも出席日数が増えた。1年時の本校高等部での出席日数は、166日中123日であった。主治医も高出席率に驚いていた。しかし遅刻や保健室登校などで規定の授業時数を満たしていない科目もあり、科目によっては進級認定のため補習等が必要であった。学習意欲は高く、授業態度も良く成績も優秀である。能力が高くリーダーとして期待していたのだが、学級活動や生徒会活動などでは自らイニシャチブをとろうとすることはなく、消極的な姿勢、自信のなさを感じられた。

家から学校までは25kmほどの距離があり、通学が大変である。朝体調が優れないことが多いなどの理由で、保護者に車で送迎してもらい通学している。(保護者の都合がつかないときは自力で帰宅することもあった。)

1年時は友人関係に恵まれたこともあり精神的に

落ち着いていた。また比較的体調もよく安定した時期であったと思う。しかし依存心が強く、日常生活で積極的な態度・意欲はあまり感じられなかった。

（２）２年時

進級してすぐに親友のDさんが事情により登校できなくなる。Dさんは心を許せる唯一の親友である。そのDさんがなぜ登校できないのか知らされず、不安を抱くようになり、それが原因で心と身体のバランスを崩しはじめる。１年時に比べ慢性的に体調を悪くし不登校傾向となる。１年時と比べると出席率が極端に低くなり、１学期の時点で進級が心配な状況となる。

２学期に入っても、本生徒の心と身体のバランスが改善されるわけではなく、登校へのモチベーションは上がらなかった。

３学期に入り、本生徒は進級できるかどうかが大きな懸念材料となり、そのことが重く心にのしかかり体調を悪化させる。登校してもまともに授業を受けることができずに保健室登校が多くなる。結局２年時の出席日数は、200 日中 112 日となり不登校改善の兆しが見られなかった。そのため進級認定の条件を満たしていない科目が多く、また補習等で埋め合わせられる限界を超えてしまった。しかしDさんの件が心身に大きく影響し、欠時数が多くなったという理由もあり、特別措置で進級が認められる。

３学期に生徒の心の実態を知るためにエゴグラム（＊６）という心理検査を実施した。結果はW型に分類された。このタイプは一般的に批判精神が高いが、自己主張できず葛藤をためやすく、自虐的で、自己否定感が強いという特徴をもつ。本生徒と話をしても、自己否定感が強いので、本生徒自身の力で払拭できるよう、教師間で共通理解し本生徒を支援した。

（＊６）対人態度に重点をおいたパーソナリティの評価法で、E.Burn(1961)によって開発された交流分析における「自我状態」に備給されている心的エネルギーの量を数量化して評価する方法。

（３）３年時の１学期

進級が認められたことにより、精神面の安定を期待したが、新年度になっても改善の兆しが見られなかった。特に睡眠リズム障害が続き、朝起きることができない。通常の時間に登校することができず、遅刻が非常に多くなる。

（４）主治医との連携

本生徒は通学生のため、病院側との定期的な情報交換は少ないが、週１回の診察時に病状を聞くことができる。主治医は常勤医師ではないため、仮に突発的なことが起り、急遽主治医の判断を仰がなければならないという場面に遭遇したとしても、タイミングが合わなければ難しいという状況にある。そんな中でも主治医には配慮していただき、学期に数回の情報交換やアドバイスをいただいている。それらをまとめると以下ようになる。

- ・不安障害により、大きな集団では適応困難なため、小集団の中で適応力をつけていくことが望ましい。また睡眠リズム障害のため、必要に応じて睡眠薬を服用させている。過敏性腸症候群の診断も受けている。
- ・基本的には薬に頼らないで生活することが望ましいのであるが、必要に応じて、睡眠薬をはじめとして、薬を処方している。薬は対症療法的に使用するが、向精神薬の積極的使用については慎重である。
- ・自分に自信がなく、また自己否定感が強いいため自信を持てるような指導を行うことが重要である。

なお、主治医は中学部から治療に関わっており、本生徒については随時相談にのってくれる。病院との連携を考えていく上では、入院生に限らず通学生についてもDNT会での情報交換や指導・支援のあり方についてのシステム作りをしていくことが大きな課題となっている。

３－３ 考 察

本生徒が抱えている病気は、主治医の診断では不安障害、睡眠リズム障害、過敏性腸症候群となっている。教師間で本人の問題を共通理解し、自分から登校しようという気持ちになるよう支援しているが、

依然として遅刻、欠席が多い。1学期の授業の平均欠席率は6割近くになっている。このような傾向が今後も続くようであれば卒業が難しい状況になってくる。

この生徒の改善しなければならない点は、自己否定感だと思われる。本人が自己否定感を払拭させるために本生徒にかかわる教員には、本生徒の問題点について共通理解し、本人の良いところを認めたり励ますといった指導を行っている。しかしなかなか奏効しないのが現実である。教師間では、本生徒に精神面での指導・支援に取り組んでいるが、精神面の強化が難しい。そのため、場合によっては他の医療機関のカウンセリングや治療を受けることも必要であると思われる。学校として今できることは、本生徒の言動や行動を肯定的にとらえ、自信を持たせ、何事にも意欲的に取り組めるよう支援をしていくことである。また卒業後の進路の実現や、将来の自立や自己実現を果たせるよう、関係機関との連携を密にすることである。

事例4 「再入院を経て、大きな改善が見られたアスペルガー障害をもつE」（のぞみ分校中）

4-1 事例の概要

Eは札幌市外在住で、アスペルガー障害と診断され、強迫性障害を併せもつ生徒である。知能指数は平均以上である。人見知りせず積極的に話しかけて、思ったことをすぐ口にし、興味をもったことに飛びついていくという特徴を持っていた。周りの人の心の動きを捉えることが難しかったり、場に合わない発言をしたりしてしまう問題がみられた。

養育環境の点では、母親は健康面で問題を抱えていたため、十分でなかったようである。また、小さい頃から多動や注意が集中できない症状や学習の障害、自閉的な症状があり、そのため、学習の遅れがあった。小学校の頃から友人関係でうまくいかず、高学年から完全不登校になる。一方、音感やリズム感に優れ、吹奏楽に興味を持ち、吹奏楽部のある中学校に指定変更をして入学する。入学当初は、はりきって登校していたが、部活でうまくいけなくなり、

他の生徒を攻撃してしまうが、逆に仲間外れにされてしまう。学習もついていけなくなり、1年生で不登校になる。家庭では母親が入院し、祖母が主たる養育者になっていたが、手洗い・シャワーなどの強迫症状や自傷行為・自殺企図、家族に対する過度な甘えと暴言暴力がエスカレートし、1年生の2月に静療院に入院する。2月にのぞみ分校に学籍が移る。

4-2 事例の経過

(1) 1回目の転入

3学期は個別的で受容的な対応が中心で、「あそび」の時間が多いクラスに入る。生徒9人に教師5人と教師の多いクラスで、周囲の人間への信頼感を取り戻すこと、緩やかな日課の中で、「学校」に対する不信感や失敗感を取りのぞき、『また学校に行ける』という気持ちになることをねらいとした。転入後はすぐクラスに順応し、教師に好きな卓球の相手をしてもらったり、ゲーム中心の授業に参加して楽しく通うことができていた。活動の好き嫌いで遅刻・早退はあったが、欠席はほとんどなかった。強迫症状も軽快した。

2年生からは、通常の学校の日課に近く、教科学習の授業が多くて、教師との個別のかかわりよりも生徒同士の活動を重視するクラスに入る。この後、問題行動が表出してきた。授業時間においては、
①授業者の話を聞かずおしゃべりが止まらなくなる
②休み時間の遊びを授業が始まってもやめられない
③教師が提示した教材を取り上げて勝手にいじったりした。

また、対人面では①周囲から少しでも指摘されたり注意を受けると敏感に反応し「いじめられた」「ひどい」「どうせ、ぼくなんて」と被害的に受け取り、周りを攻撃する、②他児の気持ちを考えずにひどいことを平気で言ってしまい、周りに注意されると同様に「いじめられた」と受け取り、思うようにならないとトイレにこもって壁・床を叩いたり蹴ったり、泣き叫んだりすることが頻発してきた。「自分は親にひどい虐待を受け、大変な思いをしてきたので、わがままやひどいことをしても許される」と考えていた。問題行動を起こしても、次の日は前日

のことは忘れたかのように登校し、自分の行動を客観的に顧みて反省する力が未熟であった。しかし、1学期の後半から、少しずつ行動を改めようとする面が見られるようになった。校内では、このような状態であった。一方、静療院小児病棟では家庭生活を送れることを目標にしており、帰省時に落ち着いて生活できるようになったことや本人の前籍校復帰への意欲もあって、1学期いっぱい退院し、前籍校に転出することになる。担任としてはADHD傾向と、物事を被害的に受け取り、相手を攻撃してしまう面は改善されていないので、通常の学級での適応はまだ難しいように思えた。特別支援教育の対象児として前籍校のコーディネーターと連絡を取り、個別的な対応の必要性や周囲の生徒の理解など配慮をお願いして引き継ぎをした。

（２）転出から再転入まで

2学期から前籍校に通い、学校祭の学級の合唱の指揮者という役割を与えてもらい、はりきって登校していた。しかし、次第にトラブルが多くなり被害的な言動も目立つようになった。他の児童生徒と上手くやれなくなり、再び不登校になった。家でも再び暴力が現れ、自傷や自殺企図も出現した。祖母が対応に困り、地域の精神科に数週間入院することになった。ここでの入院生活は静療院の小児病棟と比べ厳しいものだったらしく、家でとった行動について「あんなことしてちゃいけないんだな（本人のことば）」と思うようになり、自分の行動を修正するきっかけになった。また前籍校にもどっても同じことを繰り返すまいとかなかったことで、ある程度自分の問題点について自覚できた。静療院に再入院し、のぞみ分校でやりなおしたいという気持ちをもつようになったが、満床のため再入院は3年生の4月まで延びる。

（３）再転入から卒業・高等養護学校入学まで

4月に再転入する。前回と同じクラスに入る。実態把握の1ヶ月間、登校は意欲的で、前籍校での失敗からは立ち直っており、のぞみ分校でがんばろうという気持ちが伝わってきた。また何かを注意されると被害的に受け取ることが薄まっているようだった。

担任はまず、自分の要求中心ではなく、準備された活動のなかで自分を適応させていくこと、自分の要求や衝動を周囲の状況に合わせて自己コントロールしていく訓練をすることが必要と考えた。まず朝の会など全体場で学校生活での暗黙のルールやしてはいけないことをはっきり提示した。＜時間を守ること＞ ＜時間になったらやめること＞ ＜終わったら後片付けをすること＞ ＜指示されてから発言すること＞ ＜人の物や学校教材を勝手にいじらないこと＞ ＜順番を守ること＞ ＜小さい子を攻撃しないこと＞ など小学校の低学年で獲得される行動を具体的に提示した。その上で本人にこのような行動が見られた場合にはその都度、冷静に注意を促した。初めは不服そうにしていたが、次回から行動を改善しようという様子がみられるようになった。誉めると照れていた。そのうちにルールは当たり前のこととなり、身についてきた。また学期ごとに個別の面談を組み、本人に今学期の目標と反省を考えてもらおうと同時に、担任から身につけて欲しいと思うことなどを伝えた。初めは横を向いて返事をしないなど、面談で話を聴く態度ができていなかった。しかし、聞いていないようで翌日から言われたことを実践するなど、注意された面を直そうとする態度が感じられた。その時は褒めた。

人間関係の対処の仕方については、児童生徒同士のかかわりから学ぶことの方が多いため、グループでの活動を多く取り入れた。1学期は興奮してしつこくチョッカイがけをし、嫌がられたり、気に入らない生徒に対して攻撃的で、こそこそ陰口を言ったりしていたため、他の生徒から注意を受けていた。2学期になると相手にしてくれる人がいなくなり、落ち込むこともあった。しかし恨んだり泣き叫んだりすることはなく、自分から謝ったり仲直りしたりもできるようになった。思ったことでも「これはひどいよね」と、考えてから言うようになり格段の成長が見られた。

注意や学習面の問題に対しては、集中して学習に取り組めるようになることを目標とし、席を教卓の前にして教師の目が届くようにした。英語は全くの苦手教科であったが、毎朝5個の英単語を調べ、練

習してミニテストをすることを日課とした。繰り返すことで要領を覚え、2学期にはミニテストで100点が当たり前になった。数学は中1の正負の数からやり直し、教科書をアレンジして基礎基本を中心に取り組ませた。問題が解けると喜んで意欲的に次の問題に取り組み、3学期には中2の連立方程式を理解して解けるようになった。社会などは地名や山脈名など、簡単な内容のテストを行い、前もって問題と答えを教え100点を取れるようにした。満点を取れると、喜び、次からも「100点を取るんだ」と集中して取り組むようになった。学校の勉強の要領がわかるようになると、集中して取り組むようになった。

また本校（平岸中）の卓球部の部活がのぞみ分校で行われていたので、本校の卓球部に所属し、中体連等にも参加する。以前は勝つことにこだわり、負けると周囲のせいにして責めたりする生徒であったが、勝負を通じて負ける体験を積み、悔しさをがまんする力や他の生徒を励ます力がついた。部員が多いので人に合わせることに、待つこと、呼吸を整えることなど周りに自分を合わせる力もついた。このことは音楽の活動にも生き、前籍校の吹奏楽部では自己の正しさを主張し、他の生徒の間違いを指摘して全体の調和をはかることができなかったが、のぞみ分校での文化祭でのバンド演奏ではドラムを担当し、「僕はみんなのために何をしたらいいのか」という立場に立つことができ、たいへんよい演奏をした。

2学期になって進路選択の時期が近づいた。担任と主治医は、学習面行動面で格段の進歩が見られているものの、もともと自我は脆弱であることや対人関係の幼さ、道徳的な価値観・判断力の成長が不十分であることから、迷いながらも保護的な環境下で職業教育を受けられる高等養護学校を勧める。本人もある程度、障害受容ができており、父親と何校か学校見学をして、進学先を決める。11月、主治医は地元の兄相と連絡を取り、知能指数は高いが生活能力は未熟であるとして、療育手帳の必要性を説明し、無事取得することができた。翌年の1月、高等養護学校を受験し合格、3月には笑顔で卒業していった。高等養護学校にはしっかりと引き継ぎを行い、入学後は順調に適応し、元気いっぱい学校生活を送っ

ている様子である。

4-3 考察

アスペルガー障害をもち、学習の遅れや不登校、家庭内暴力が現れ、遂には精神症状も出現して入院転入、再入院の後、改善がみられた例である。改善の大きな要因は、一度退院転出してうまくいかなかった経験を活かし、自分の行動の修正を図る必要性を本人なりに理解したことである。そして「静療院・のぞみ分校で頑張ろう」という気持ちをもったことにあると思う。

自閉症圏の人は他者からの視点に立つことが難しい。また人は全くの自由ではなく、学校や職場、いろいろな立場・役割の制限（枠）の中で生きるものであるが、自閉症圏の人の中には自分を周りの枠の中に合わせることに難しい人が多い。しかし何かのきっかけで、他者からの視点や周りに合わせることに大切さに気付くことによって、行動修正をすることができる。そのためには自己の間違いを受け入れられる自我の強さを取り戻していることが必要である。このケースは1回目の入院で、自分を受け入れてくれるところがあるという安心感を取り戻すことに成功している。次の段階としては、社会性がどの年齢相当まで発達してきているのかを見極めながら、時には「枠」にはめる指導や小学校低学年までに獲得していなくてはいけない集団行動ができるようになるような指導が必要であるが、2回目の転入でタイミングよく、この指導ができた。また、注意や学習の問題が改善されたことや保護的な環境下での生徒間の人間関係の経験を積むことができたことが重なりあい、格段の成長を遂げたと考える。

3. 事例のまとめ

山の手養護学校の実践の中から3つの事例、のぞみ分校から1つの事例を報告した。

事例1は、就学前に「広汎性発達障害」の診断を受け、地域の通常学級に入学したが、その後も不安定な状態が続き、絶えず保護者の付き添いを要した。本校転入後は、まわりとの関わりの中で何もなかつ

たかのように通学を続けている不登校状態が改善に向かっている事例である。現在のスムーズな登校の原因は特定できないものの、教室の広さ・つくり、児童集団の大きさ・特性、担任との出会い方、相性等、様々な要因の全部またはいくつか、児童の登校にプラスの状態にあったと思われる。

事例2は術後の経過不良で欠席がちになり、その状況からさらに登校しづらくなり、入退院を繰り返す。まわりの者とも関わりをもとうとするが理解してもらえず、その都度不登校を繰り返す。学校・家庭・医療の連携のもとで、少しずつ改善の兆しがみられるようになった事例である。改善の兆しの要因として、月1回のDNT会（学校・病院との情報交換会）の実施は欠かすことができない。入院している児童生徒の様子を十分把握しあい、療養、指導・支援に役立てることは勿論、両者が直接に密に連携しタイムリーに行動することで、医療・教育の双方によい影響を与えていると思われる。

事例3は本校中学部から普通高校に進学したが、新しい環境になじめず、本校高等部に転入。中学部からの仲間に支えられながら登校するものの、体調不良を抱えながら登校が続く。進級と同時に親友の事故が原因で心と身体のバランスを崩し、不登校傾向が再発する。その都度学校・家庭・主治医と連携をとり、本人の問題を教職員間で共通理解し、自分から登校しようとする気持ちになるよう支援している事例である。この生徒の改善点は自己否定感だと思われる。本人が自己否定感を払拭させるためには、本生徒の言動や行動を肯定的に捕らえ、自信を持たせ、何事にも意欲的に取り組めるよう長期的に支援していくことが必要と思われる。

事例4は医療との密接な連携のもとで、大きな改善を示したケースである。アスペルガー障害を含む広汎性発達障害をもつ児童生徒への対応では、指示的な対応が重要であると言われている。このケースでは、最終的には指示的な対応がなされているが、当初は心理的な安定を重視する対応がなされている。主治医や病棟との連携のもと、一般的な対応だけでなく、個々のケースに応じた対応がなされたことが改善の大きな要因と考えられる。

4つの事例は心身症等に関わる様々な症状をもち、一人の児童生徒のみならず、その背景にある学校・家庭・病棟生活等を含めて考えていかなければならない事例でもある。心身症等の児童生徒の問題を解決していくには、情報を共有し、共通理解した上で指導・支援していくことが重要と思われるが、多職種との連携は意外に難しく、考え方や関わり方の言動に違いを感じることもある。例えば、入院生の場合、生活の場である病棟、教育の場である学校、治療の視点で関わる主治医と三者三様の視点で児童生徒を見ることができ、児童生徒にとっては多様な対応が存在してしまう危険性もある。心身症等の児童生徒に関しては特に精神面が弱く、その子の病状・性格・行動を十分把握し、慎重に指導・支援することが大きな視点といえる。

現在、特別支援学校（病弱）においては、心身症等と呼ばれる児童生徒が増加しており、対応が迫られているが、地域の精神科病院・医院に通院しながら通学している生徒も多く、主治医と十分な情報交換ができず、さまざまな工夫をして、よりよい対応を模索しているのが現状である。また、全国的に数は少ないが、精神科小児科病棟等に併設された、精神科医療の面で充実した学校も存在する。特別支援学校（病弱）において精神医学的な十分な支援をするためにも、児童精神科の専門医の常駐しない特別支援学校（病弱）への専門医の常駐が必要と思われる。

心身症等の児童生徒の支援にあたって、一人一人の病状が違うため、現在の状況・家庭環境・生育歴・友人関係等から把握した上で、「受容と共感」の精神を持ち、医学・心理学的に正しい支援を粘り強く続けることが大切であると思われる。

第IV章 今後の課題と特別支援学校の役割

1. 山の手養護学校の心身症等の児童生徒の進路

本校中学部・高等部に在籍していた心身症等児童生徒について、過去5年間の進路先については（表8）（表9）（表10）の通りである。

(表8) 本校小学部児童の進路先 (H15～H19年度)

* 心身症等児童は H15 年度に 2 名在籍。

	H15	H16	H17	H18	H19	総数
本校 中学部 普	3	2	2	1	0	8
本校 中学部 重	0	0	1	0	1	2
普通中学校	2	0	0	0	0	2
特別支援学級	0	0	0	0	1	1
他の養護学校	0	0	0	0	1	1
児 童 数	5	2	3	1	3	14

(表9) 本校中学部心身症生徒の進路先 (H15～H19年度)

	H15	H16	H17	H18	H19	総数
本校 高等部	6	4	6	2	5	23
公立高校	5	5	5	3	0	18
私立高校	3	1	0	5	3	12
高等養護学校	0	0	0	0	0	0
一般・福祉的就労	0	0	0	0	0	0
自宅療養	0	0	0	1	0	1
その他	0	0	0	1	3	4
心身症等生徒数	14	10	11	12	11	58

(表10) 本校高等部心身症生徒の進路先 (H15～H19年度)

	H15	H16	H17	H18	H19	総数
大学進学	0	0	3	0	1	4
各種専門学校	0	1	0	3	2	6
就 職	0	0	2	1	0	3
福祉施設・事業所	1	2	0	0	1	4
自宅療養	0	0	0	1	0	1
その他	0	0	0	0	1	1
心身症等生徒数	1	3	5	5	5	19

小学部在籍児童数はここ数年少なくなってきた。心身症等の児童数は高学年に在籍数が増えてきている。心身症等の児童2名の卒業生についても地元中学校に入学するが、その後、本校中学部に転入している。(表8)の通り、卒業生のほとんどは本校中学部に進学しているのが現状である。

中学部在籍の心身症等の生徒は、地元の公立・私立高校を受験する者もいるが、約半数は、本校高等

部に進学している。また公立・私立高校に進学した生徒の場合も、新しい環境の中で適応することが難しく、年度途中に本校高等部に転入してくるケースも少なくない。中学部在籍の心身症等生徒の受け皿としては本校高等部がその機能を果たしてきた。

高等部においては、近年心身症等といわれる生徒が著しく増加している。これは本校中学部からスライドしてくる傾向もあるが、心身症等の診断を受けて、他校から転入する者も少なくない。心身症等といわれる生徒は「自分の世界」があり、一つの殻の中が自分の生活の場となっている場合も多い。その生徒の多くは同じ病状を抱えながら友人・教師等の支援を受け、学校生活を送っている。また、先の見通しを考えながら、長期的な目標を設定することが難しく、学校・家庭・医療と連携を取りながら、生徒一人一人にあった短期的な目標を設定し成功経験を積み、徐々に中・長期的な見通しを持つことへの意識を育てることが必要である。3年間の高校生活を終えた卒業生の多くは大学・短大・各種専門学校・訓練校・就職・施設等、それぞれ病状に合わせて、自分の進路を決定している。卒業後、挫折する者もいるが、その都度生徒の悩みを聴き、卒後支援にあたっている。

2. 山の手養護学校の卒業後の支援体制と課題

本校での進路指導においては、急激な社会の変化に主体的に対応し、生徒自らの生き方を考え、将来に対する目的意識をもって自己の進路を選択・決定し、自己実現を図って行くことができるよう、支援・指導が行われている。

また近年の障害者自立支援法（障害のある方が、日常生活や社会生活を営むうえで、必要なサービスを受けることができるよう支援し、障害の有無にかかわらず、安心して暮らすことのできる社会実現のために制定された法律）により、卒業生の一部がこの支援法の自立支援給付（介護給付・訓練等給付）や自立支援医療などを受けている。従来の福祉制度と比較すると、障害者のニーズに合ったものとはいえない面もあるが、この改定された障害者自立支

援法を活用しながら、自分の卒業後の生活を支え、自立を目指して社会生活を送っているのが現状である。

本校では、心身症等の児童生徒が増え続ける中で、学校生活への適応や対人関係、学習上のつまずきに対する対応など、担任を中心としながら、一人一人の指導・支援にあたっている。なかでもアスペルガー・ADHDの場合は周囲からの負の評価が多くあることから、自信がもてなかったり、活動への意欲が乏しいなどの二次的な問題が表面化している場合もある。この場合は普通生徒と同様の対応では効果が表れず、先の見通しを短期目標に設定しながら、生徒一人一人の意識を育てていくことが必要である。

また高等部の場合、卒業後の進路が最重要課題の一つである。近年、養護学校高等部を卒業した就労者の職場への定着状況をみると、3年以内での離職率は25%程度であり、高等学校を卒業した者の離職率の50%と比べれば、はるかに定着しているといえる。（＊7）しかし障害のある人たちが、卒業後安定した一般就労・福祉的就労生活を送っていくためには、さまざまな支援が必要である。特に心身症等の病状を抱える就労者については、さらに職業選択における適切な環境の構成、職業準備支援（ジョブコーチによる支援）、卒後指導等は欠かすことができない。各方面からの支援として、以下のようなことがあげられる。

（＊7）自立をめざす生徒の学習・メンタル・進路指導「職場生活の支援の課題」（東洋館出版 2008.1月）より引用。

① 企業における支援

最近では、製造業及びその関連業種において、ITを利用した自動機械の導入に伴う業務内容の変更がある。このため変更に伴う適切な環境の再構成、企業内教育（本人が学習しやすいようなテキストの作成）などが行われている。

② 卒業後の家庭支援

進路指導の業務に関わっていると、職場や事業所の人と家庭・本人との十分な意思疎通が図られていないと感じる場面に時々出会う。このため日々の職

場（事業所）生活の状況を保護者が聴き取りながら、働いたことを十分に認め、励ましていく必要がある。特に本人が理解できなかったり、戸惑っている事項については、保護者からも本人に十分説明し、納得させるように努めることが大切である。本校の場合、高等部重複学級では在学中に現場実習等を実施している。その際に連絡帳を作り、学校・家庭・職場（事業所）が情報交換しながら、本人の実態を把握、今後の目標（短期目標）等を設定しながら、相互に指導・支援にあたっている。

③ 学校の支援

高等部重複学級の場合、生徒の進路については在学中の進路に関わる懇談を実施し、生徒の希望に叶うような職場・事業所の開拓⇒現場実習の実施⇒実習後の評価により進路先が決定する。また卒業後も、職場・事業所・施設等を巡回して、生徒の悩みや近況をきいて相談に応えるなど卒後指導しているところである。

④ 支援体制の整備

障害者施策の中で雇用促進のための職業紹介や就労支援を徐々に進めている。また障害者自立支援法が施行され、種々の障害者への対応が整備されてきている。身体障害者手帳・療育手帳の取得や種々の制度の利用のしかたなど、学校からいろいろな情報を発信していくことが必要である。また、地方公共団体の障害者雇用について理解を深め、就労場の拡大に努力する必要性を痛感する。

3. のぞみ分校の児童生徒の進路

のぞみ分校には、様々な理由で小児病棟やのぞみ学園に入院する児童生徒が在籍するため、在籍期間も様々である。転出する児童生徒も多く、進路だけでなく、転出についても報告したい。

小児病棟は、小・中学生のみを対象としており、小学生は、中学生になっても、のぞみ分校に通うことは可能だが、中学生は、卒業と同時に退院することになっている。H9～H18に平岸高台小学校のぞみ分校から転出・卒業した児童は総数31名であるが、状況は以下（表11）の通りである。

(表11) 平岸高台小学校のぞみ分校在籍児童の転出・卒業状況 (H9～H18)

総 数	転 出	卒 業
31 名	15 名	16 名

ほぼ半数が転出となっており、転出が多いのが分かる。また、卒業生の進路先の状況は以下(表12)の通りである。

(表12) 平岸高台小学校のぞみ分校在籍児童の卒業先 (H9～H18)

総 数	平岸中学校のぞみ分校	他の学校
16 名	9 名	7 名

卒業生の約半数は、引き続き平岸中学校のぞみ分校に進学しており、地域の学校に帰るのは容易でないことが分かる。また、転出・卒業をあわせた31名の在籍期間の状況は以下(表13)の通りである。

(表13) 平岸高台小学校のぞみ分校在籍児童の在籍期間 (H9～H18)
表記～0:9～1:0 未→(9ヶ月以上1年未満)

0:3 未	0:3～ 0:6 未	0:6～ 0:9 未	0:9～ 1:0 未	1:0～ 2:0 未	2:0～ 3:0 未
2	5	3	4	5	2

3:0～ 4:0 未	4:0～ 5:0 未	5:0～ 6:0 未	6:0～ 7:0 未	7:0～ 8:0 未	8:0 以上
4	3	2	0	1	0

在籍した31名中9名が引き続き、平岸中学校のぞみ分校に進学している実態からも推測されるが、3年以上の長期在籍の児童が10名もいる。一方、6ヶ月以下の児童も7名おり、のぞみ分校に在籍した小学生の在籍期間は、実に多様であることが分かる。

次に中学生の状況を分析する。平成9年度から平成18年度まで平岸中学校のぞみ分校から転出・卒業した生徒の状況は以下(表14)の通りである。

(表14) 平岸中学校のぞみ分校から転出・卒業した生徒の状況 (H9～H18)

総 数	転 出	卒 業
126 名	48 名	78 名

* 卒業時の原級留置～12名

* 総数の中に平岸高台小学校のぞみ分校から入学した生徒14名を含む

小学校に比べ、卒業の割合が高いが、中学生の場合、中学2,3年生になってから転入してくる生徒たちが多く、そのまま卒業するケースが多いためと思われる。転出の中には、形だけでも原籍校の卒業を希望し、卒業直前に籍だけ原籍校に戻るケースが含まれることを考えると、卒業の割合は、実質的にはもっと多くなる。また卒業学年であっても、入院治療の継続が必要と主治医が判断し、原級留置になるケースが通常の学校に比べ多い。次は、(表15)、転出・卒業した生徒の中で、平岸高台小学校のぞみ分校から入学した生徒(14名)以外の生徒(112名)の在籍期間の状況を3ヶ月毎に分けた表である。

(表15) 平岸中学校のぞみ分校在籍児童の在籍期間 (H9～H18)

(平岸高台小学校のぞみ分校から入学した生徒を除く)
表示～1:3～1:6 未→(1年3ヶ月以上1年6ヶ月未満)

0:3 未	0:3～ 0:6 未	0:6～ 0:9 未	0:9～ 1:0 未	1:0～ 1:3 未	1:3～ 1:6 未	1:6～ 1:9 未
10	10	17	8	27	5	8

1:9～ 2:0 未	2:0～ 2:3 未	2:3～ 2:6 未	2:6～ 2:9 未	2:9～ 3:0 未	3:0	4:0
6	5	2	5	1	7	1

小学校同様、多様であるが、1年以上1年3ヶ月未満の割合が高いのが特徴である。これは、卒業生が退院した後に、多くの新3年生が入院し、分校に転入してくることが原因と思われる。

卒業後は、高校等の進路先に進まざるを得ないのであるが、進路先の状況(表16)は以下の通りである。

(表 16) 平岸中学校のぞみ分校卒業生徒の進路先
(H9～H18)

	進 学								入 院	施 設	自 宅	卒 業 生 総 数	
	全 日 制 ・ 単 位 制	定 時 制	高 等 養 護 学 校	通 信 制				そ の 他					
				道 立	私 立								
					有 朋 高 校	星 槎 高 校	池 上 学 院						自 由 が 丘
H 9			3						1		3	3	10
H10		2									1	1	4
H11		1	2	2								3	8
H12	1	1	2	2								2	8
H13		1	3		2		1	1			2		10
H14		4	1										5
H15			2	2	2	1						1	8
H16		1	3		4		1					1	10
H17	2		3		3	1	1						10
H18	1		3		1	1	1						7

* 星槎国際高校開校～H11 年 4 月

* 池上学園高校開校～H16 年 4 月

* 自由が丘学園札幌開校～H15 年 11 月

上の表から、平岸中学校のぞみ分校の卒業生の進路先は、平成 13 年度頃から大きく変化したことがわかる。平成 12 年頃までは、卒業生の多くは、全日制や定時制、高等養護学校、道立の有朋高校の通信制に進学するか、自宅や施設を進路先にしていた。有朋高校の通信制を選んだ生徒の多くは、登校の実績があまりなく、実質、自宅であったようだ。しかし、平成 11 年頃から、週 2 回の通学コースを設けた星槎高校などを初めとした、生徒が通いやすい私立の通信制高校が誕生し、約半数の生徒たちがそこに進学している。生徒や保護者のニーズに応じた高校が誕生したため、自宅や施設を進路先とする生徒がいなくなった。

4. のぞみ分校の転出及び卒業後の支援体制と課題

のぞみ分校に在籍する児童生徒は、退院とともにのぞみ分校から転出及び卒業となるが、転出や卒業して、新しい環境に移っても上手く適応できないケースも多く、再度入院し、再転入するケースが時々

見られる。また、転出・進路先で上手く適応できず、新たな転出・進路先を見つけるケースも多い。平成 12 年頃から私立の通信制の高校にも進学するようになったが、そこに進学しても適応できないケースも多い。また、たとえ卒業しても、その後自宅に引きこもったり、施設や精神科の病院に入院する生徒も少なからずいる。精神科に併設された学校の卒業後の生徒の様子は、精神科に入院したことを周囲に知られたくないケースも多く、卒業後の様子を体系的に調べることは難しいが、各種の調査（平成 15 年に行われた静療院小児病棟退院者の予後調査では、「進学、就職など、社会で一般的とされる人生航路を歩んでいるケースが半数にも満たない」と報告されている。昭和 62 年に行われた国立国際医療センター国府台病院の院内学級の調査では、不登校を中心とする神経症圏の生徒が多い学級にもかかわらず、良好な適応群は 55%という報告がなされている。）の結果から、精神障害をもつ生徒たちの退院後の状況は、厳しいと言える。

卒業後（退院後）のフォローは、静療院の児童部の外来が担当することになっていることと、分校には、転出・卒業後の支援の体制が整っていないため、分校の転出・卒業後の支援の中心は、転出・卒業時における転出・卒業先への情報の提供である。もちろん保護者の同意の下に行われるが、児童精神科医や病棟と連携し、児童生徒の様子や対応の方法を詳しく調べ、転出・卒業先へ伝えている。

短期間の在籍の児童生徒については、指導よりは状態や指導方法を把握し、転出・卒業先に伝えることが中心となる。転出・卒業先への情報の提供の他に、分校での支援は、児童生徒が転出・卒業後、外来受診時、分校に立ち寄った時や進路先に適応できず、新たな進路の検討の時になされる教育相談である。

5. 北海道における山の手養護学校とのぞみ分校の役割

(1) 山の手養護学校の役割

本校の場合、従来は病弱児童生徒を受け入れる養

護学校としてその役割を担ってきたが、近年は小学部～高等部の児童生徒の病種・病状の多様化により、どんな子どもにも適切に指導・支援していく専門性が問われるようになってきているのが現状である。こうした中で特別支援教育とは、「従来の特殊教育の対象の障害だけではなく、LD、ADHD、高機能自閉症等を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的ニーズを把握して、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善または克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものである」（＊８）と示されている。

特別支援学校（病弱）においても、障害の「種類」や「程度」ではなく、まずは一人一人の「教育的ニーズ」を見つめていくことが必要不可欠であり、これが特別支援教育の最も重要な視点である。本校のような病弱養護学校の場合、従来の病種・病状に加えて、心身症等と言われる児童生徒が激増、さらに従来の通学生枠を超えた児童生徒が通ってきており、心身症等の児童生徒への指導・支援に関わる専門性も問われるところである。また本校では、一人一人の指導・支援に対して、担当教諭だけにまかせる指導をするのではなく、学部を超えた生徒理解研修会等を実施し、管理職も含めた学校全体で総合的に対応していく体制作りにも取り組み始めたところである。今後も増加傾向にある心身症等と言われる児童生徒の指導・支援については、子どもの内面を十分に把握しながら、一人一人を「焦らず、ゆっくり」フォローし、家庭・医療との連携を密に取りながら、時間をかけて支援していくことが必要である。

また、個別の指導計画の作成と実施、個別の教育支援計画の策定、学校評価などにおいて、PDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルを活用することが重要である。これは、児童生徒の実態を十分に把握し、指導計画を作成し、指導を展開し、随時または定期的に評価を実施し、さらに指導を改善していく。この段階ではもちろん家庭・医療との連携も必要となってくる場合が多い。こうした中で児童生徒の変容をとらえ、一人一人の支援につなげていくことが特別支援学校（病弱）としての最重要課題であ

ると思われる。

さらには、特別支援学校（病弱）にとっては、専門家との連携も欠かすことはできない。専門家チームは都道府県の教育委員会や特別支援教育センター等に設置されている支援システムである。札幌市の場合も札幌市教育委員会・札幌市教育センター（ちえりあ）に配置されているが、発達障害・心身症等に関する専門知識を有する職員（特別支援専門担当者）は未だ手探りの状態で、本校教職員と連携を取りながら、児童生徒の支援にあたっている。本来行うべき専門家チームの役割（学校から依頼のあった児童生徒に対して心理・教育・医療などの側面から検討し、該当児童生徒がLD・ADHD等に該当するか否かを判断し望ましい教育的支援の内容について学校側に連絡する）については、そのほとんどの問題を学校・医療の二者間で実施しているのが現状である。心身症などと言われる児童生徒が増加傾向にある中で、本校教職員で解決できない問題については、医療・心理・教育など各分野の専門的立場からの判断を得ることも重要といえるし、今後必要不可欠な問題であり、心身症等の児童生徒の指導・支援に対応できる専門家の派遣は欠かすことができない。

（＊８）特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議の最終報告。H15.3

（２）のぞみ分校の役割

のぞみ分校の前身である院内学級が設置された頃は、それまで就学免除を受けていた重度の自閉症の児童生徒が多かった。また、不登校の児童生徒が多かった時期もあった。その後、乳幼児の療育機関や相談指導学級、フリースクール等が開設されたこともあって、重度の自閉症児や不登校を主訴にする児童生徒は減少している。このように、のぞみ分校は他の教育機関に比べ、早くからこれらの児童生徒の教育的な支援を担当してきた。このように捉えると、のぞみ分校の役割は、専門的な医学的な知識に支えられながら積み上げられた教育的な経験を他の同じような教育機関が参考にできるようにまとめていくと同時に、他の教育機関に伝えていくことである。

平成 17 年度に児童精神科外来が併設された情緒障害児短期施設（バウムハウス）が道南の伊達市に開設され、道南において精神疾患をもつ児童生徒の治療にあたっているが、バウムハウスにもものぞみ分校と同じように小・中学校が併設されている。また、共同研究校の山の手養護学校も、やはり、精神疾患をもつ児童生徒と呼んでも良いと思われる、心身症等をもつ児童生徒に対応している。これまでは、校種や行政管轄の違いから、お互いにほとんど連携がなかったが、今後、道内で同じような児童生徒を支援する教育機関がお互いに情報交換できるような体制を構築していくことが必要と思われる、その一端を担っていくことがのぞみ分校の役割の一つである。

また専門的な教育機関だけでなく、通常学級にも多くの精神疾患をもつ児童生徒が在籍していると思われる、のぞみ分校が蓄積してきた教育的な支援のノウハウを通常学級で活用していくためのシステム作りも大きな役割である。

おわりに

本校は病弱の特別支援学校として今年で 53 年の歴史を刻んだ。その間に児童生徒の病種は、結核性疾患がすべての時代から、慢性疾患中心の時代を経て、現在は心身症等の児童生徒が半数を占めている。特に中学部、高等部と年齢が上がるにつれて心身症等の割合が高くなっている。

しかしながら、心身症等については、その実態、全国の傾向、個々の事例等への適切な対応について、まだまだ分からない部分が多く、小・中・高等学校はもちろん、特別支援学校においてさえ、その対応に苦慮している現状がある。また、平成 19 年 4 月 1 日施行実施の特別支援教育における基本の柱の一つとして「通常学級における発達障害の児童生徒に対し特別支援教育を適切に実施すること」と「それに対する特別支援学校からの支援（特別支援学校のセンター的機能）」が義務づけられている。さらに、発達障害の二次障害として不登校になっている児童

生徒も全国的に数多くいると見られ、それらについては特別支援教育からほとんど放置されていると言う実態がある。

本研究は心身症等で苦しんでいる児童生徒の現状にスポットを当て、全国並びに北海道の状況を調査し、本校とのぞみ分校の特に問題を抱えている事例を通して、心身症等の児童生徒の実態把握に努めるとともに、「この子はどこでつまづいているのか、どう支援していくのが良いか」という一人一人の教育的ニーズを解明しながら、学校での適切な支援について考察したものである。

本校は平成 20 年度、21 年度と全国病弱虚弱教育研究連盟（全病連）の心身症等教育研究委員会の会長校を担当している。その関わりで、平成 20 年 11 月の全病連熊本大会において、心身症等に関する三つの会議、「心身症等教育研究推進委員会」、「研究発表Ⅰ（心身症等部会）」、「特総研と全病連心身症等教育研究委員会の合同公開研究協議会」の運営に携わった。これらにおける調査報告、事例発表、問題提起、そしてそれらに対する白熱した議論を通して、全国における心身症等の実態が部分的に明らかになってきたと言っても良いであろう。この研究冊子は平成 20 年度の全病連大会で得られた成果も加筆しながらまとめたものである。

現時点においては、心身症等の児童生徒の支援にあたって、病名から一概に判断することは避け、一人一人の状況を、現況、家庭環境、生育歴、友人関係等から良く把握した上で、「受容と共感」の精神を持ち、医学・心理学的に正しい支援を粘り強く続けることが大切であると思われる。全国教育現場で、一人一人の心身症等に苦しむ児童生徒への支援にあたり、この研究冊子を少しでも活用していただければ幸いである。

最後にこの研究を推進するにあたって、強力に支援していただいた、みずほ教育福祉財団と、多くの点で有益なご示唆を与えてくださった、国立特別支援教育総合研究所の西牧謙吾先生に厚くお礼を申し上げます。

論文研究グループメンバー

坂田 義成、 渋谷 昭
岡積 義雄、 中井 浩
栃真賀 透、 太田 清
石田美津子、 藤枝 重直
川田 茂生、 谷崎 悠人
岩浅 孝司、 高橋 信行
韭沢 淳一、 本村しのぶ

他 山の手養護学校教職員

平岸高台小・平岸中学校のぞみ分校教職員

引用文献

- (1) 文科省「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」(平成18年度まで).
- (2) 原仁: 特別支援教育の理論と実践 I 概論・アセスメント, 金剛出版, 67-68, 2007.
- (3) 牟田武生: 不登校の過去・現在, 教育と医学, No658 (4月号), 14-22, 2008.
- (4) 札幌市立山の手養護学校: 学校要覧, 2008.
- (5) 吉田昌義: 就労支援のあり方, LD・ADHD・高機能自閉症等の指導 自立をめざす生徒の学習・メンタル・進路指導, 東洋館出版社, 247, 2008.
- (6) 文科省「特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議の最終報告」, (平成15年3月).
- (7) 栃真賀透: 心身症・その他の発達障害の基礎知識と本校の現状, 札幌市立山の手養護学校, 2008.
- (8) 静療院児童部二十年のあゆみ: 市立札幌病院 静療院児童部 20周年記念誌, 1994.
- (9) 静療院児童部三十年のあゆみ: 市立札幌病院 静療院児童部 30周年記念誌, 2004.
- (10) 病院内学級卒業生の追跡調査: 国立精神・神経センター国府台病院市川市立第一中学校院内学級, 全国児童青年精神科医療施設研修会 報告集 No.18, 1988.

参考文献

- (1) 全病連心身症等研究推進委員会情報交換資料: 全病連心身症等研究委員会事務局 (札幌市立山の手養護学校), 2008.
- (2) 平成18年度児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査 (北海道), 2006.
- (3) 札幌市立山の手養護学校児童生徒数統計資料 (昭和63年~平成20年): 札幌市立山の手養護学校
- (4) 「創立50周年記念誌碑」: 札幌市立山の手養護学校, 2006.
- (5) 高等部「進路の栞」: 札幌市立山の手養護学校, (平成16年普通科重複編, 平成18年普通科編)
- (6) 障害のある方のための福祉ガイドブック: 札幌市, 2007.
- (7) 齋藤万比古: 発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート, 月刊実践障害児教育2008年4・5・6月号, 2008.
- (8) 傳田健三: 学者が斬る見逃せない子どものうつエコノミストシリーズ339, 2007.
- (9) 齋藤万比古: AD/H Dのゆくえ, 札幌市コンベンションセンター講演会資料, 2008.
- (10) 外来で診る小・中学生の心の問題: 小児科MOOK No.60.
- (11) 佐藤修策: 不登校の教育・心理的理解と支援, 北大路書房, 2006.
- (12) 富田和巳・加藤敬: 多角的に診る発達障害臨床からの提言, 診断と治療社, 2006.
- (13) 久我利孝: 発達障害の教育相談, 同成社, 2008.

（巻末資料１）

平成20年度 全国における心身症等児童生徒の状況

全病連心身症等教育研究推進委員会事務局

札幌市立山の手養護学校 柝真賀 透

平成20年度の全病連心身症等教育研究推進委員会情報交換資料は全国の心身症等教育研究委員が所属する23校（1144名）を対象にアンケート調査したものである。全国の心身症等実態調査の集計までには至らないが、心身症等の児童生徒の実情・傾向について推定することが可能であると思われる。以下、23校の情報交換資料をもとに考察してみた。

項目１ 心身症等の児童生徒数について

（１）心身症等の児童生徒数

今回の対象は小学部346名、中学部427名、高等部371名の計1144名である。対象児童生徒のうち、心身症等の人数は、小学部44名（小学部全体の12.7%）、中学部193名（45.2%）、高等部159名（42.9%）、心身症等の児童生徒総数396名（34.6%）という結果である。昨年の同資料と比較してみると、（小学部17.1%、中学部46.9%、高等部37.2%、児童生徒総数34.7%）高等部における心身症等生徒の増加が顕著である。その病種・病状を取り上げてみると、上位20項目の中に、適応障害・統合失調症・不登校・不安神経症・自立神経失調症・不安障害・強迫性障害・摂食障害・うつ病・被虐待児童候群・睡眠障害・起立性調節障害・社会不安障害・性格行動障害など、多種多様な二次障害を抱えながら登校している心身症等児童生徒が多いことがわかる。このような調査結果から、病弱虚弱教育においては障害の「種類」や「程度」ではなく、まずは一人一人の「教育的ニーズ」を見つめていくことが必要不可欠であり、特別支援教育の最も重要な視点といえる。

（２）発達障害を主訴とする児童生徒数

発達障害の分類（従来の軽度発達障害といわれた児童生徒）について調査したところ、以下のような集計結果となった。

ア）広汎性発達障害（PDD）のうち、高機能自閉症56名（全体の4.9%）、アスペルガー症候群28名（2.4%）である。昨年同様増加傾向にあり、今後も特別支援学校に入学・転学してくる児童生徒の増加が予想される。

イ）発達の部分的障害（特異性発達障害）のうち、学習障害は7名（全体の0.7%）と少ない。また、発達性言語障害・発達性運動協調性障害をもつ児童生徒は今回の調査では0名という結果であった。しかしながら、地域の特別支援学級には発達の部分的障害をもつ児童生徒が増加傾向にあり、特別支援学校における受け入れ体制の整備も必要と思われる。

注意欠陥・多動性障害（ADHD）と診断を受けた児童生徒は28名（2.4%）であった（昨年度の同調査児童生徒数31名2.4%）。特別支援学校（病弱養護学校）に入学・転入は少ないものの、通常学級にはADHDと言われる児童生徒が増加傾向にあり、今後、特別支援学校での教育相談も増えることが予想される。

（３）通学生の実態について

今回の調査の集計をみると、小学部182名（小学部全体の52.6%）、中学部189名（44.3%）、高等部263名（70.9%）、計634名（55.4%）という結果である。調査対象校の集計をみる限り、通学生数は増加傾向（平成19年度の集計結果は小学部144名35.2%、中学部189名37.2%、高等部262名67.2%、計595名45.5%）にあることがわかる。ここ数年通学生数は小・中・高等部ともに増加傾向にあるが、中でも高等部は全体の70%を越えるなど、特別支援学校（病弱養護学校）へ通学する児童生徒の状況も変わってきている。

項目２ 心身症等の児童生徒への具体的な指導・支援例

23校の心身症等の児童生徒への具体的な指導・支援例については以下の通りである。

① 発達障害児の指導・支援の実践について

- ・保護者との連携
- ・指導場面の少人数化、個別対応時間の設定、T T

による授業

- ・クラス編成の工夫
- ・ソーシャルスキル・構成的グループエンカウンターを取り入れた活動
- ・エゴグラム等を実施し、児童生徒の性格上の特性に応じた支援
- ・ストレス軽減により、セルフコントロールできる学活、自立活動の指導
- ・自立活動における個人の課題に合わせた取り組み（発達障害の生徒～SSTを意識した内容。不登校生徒～達成感を味わった経験が乏しい生徒には協同作業を実施）
- ・各活動における構造化
- ・教師あるいは本人からの「提案」⇒「交渉」⇒「合意」⇒「活動」の流れの構築
- ・「選択肢」の活用
- ・教科学習ではチームティ칭体制を取り、学習内容を焦点化したり、流れを分かりやすく提示したり、自己評価したりするなど、授業を大切にしている。
- ・集団内での役割の意識化
- ・アスペルガー症候群の生徒に対しては、一日の流れを具体的に説明する。（学習事項と学習活動の時間配分化）
- ・自己肯定感を育てる指導～好きな活動を中心に授業出席率を上げる。暴力行為の軽減（余暇活動を通してストレスを解消する）。就業体験を通して働くことの基本的な力を身につける。
- ・指示したことの確認（チェックカードや専用メモ板の活用）
- ・いろいろな会話を通しての人間関係の構築
- ・「ほっとルーム（教育相談室）」の活用～精神的安定を図る。
- ・児童生徒の得意な認知処理様式の把握、教材教具の工夫（WISK-Ⅲ、K-ABC心理・教育アセスメントバッテリーの実施）
- ・教室環境や教材などの構造化
- ・自作ビデオの教材等の活用、ロールプレイの実施により自分を見つめなおす授業を合同学習で実施する。

② 登校はできるが授業に参加できない児童生徒への対応について

- ・別教室で1対1の指導（TTの教師が対応し、課題に取り組む）
- ・自立の時間を中心に本人と深く対話して、授業に向けた話し合いをしながら支援している。
- ・「自己肯定感」を生きる力の基盤として、「生活力、社会的スキル」の向上をキーワードとする個に応じた柔軟な教育課程を編成している。
- ・支援教育を利用して対応している。（本人の学習空白の状況に合わせた個別学習等）
- ・活動内容を自分で選択することで学習できている意識や自信を高めたり、個別対応の職員を増やすことで、対人的な安心環境を図る。
- ・できない、辛いという気持ちも受け止めながら、やって良かったと思えるような体験を重ねていくことで自信をつける。
- ・生徒に対する言葉がけを分析し、参加しやすい状況作りの共通理解を図る。

③ 集団活動への参加意欲の向上と参加への手だてなどについて

- ・構成的グループエンカウンターの取り組みを通して、人間に対する信頼関係を築き、行動の変容と自己成長の育成を目指す。
- ・小学部低学年では「友だち集会」を設定し、ゲーム等を通して集団参加しやすい場を設ける。
- ・自主参加型のイベント実施
- ・ソーシャルスキルトレーニング・クラブ交流等を通して、行動の変容と自立成長の育成をめざす。
- ・興味や関心がある運動や創作活動、創作活動で作った作品で遊ぶなどの活動の取り組み
- ・地域の小・中学校と連携し、小・中学校不登校児童生徒の相談登校・転入を受け入れている。（スモールステップでの対応に留意）
- ・自分に今できる参加の仕方に参加を促す。これならできるという自己効力感の高まりを目指す。
- ・生徒の様子を連絡簿で主治医に伝え、学校の指導や支援について助言してもらったり、学校からの意見を伝える。
- ・年間を通じて、職場体験・釣り大会・文化祭・ウォー

キング大会等、児童生徒の活動意欲につなげる場を設定し、成功体験を積み重ねていくことが活動意欲を持たせる。

- ・できる範囲での参加など段階的に提示し、できた部分をフィードバックする。
- ・自立活動の中で、自分の気持ちを正しくコントロールしながら、好ましい人間関係作りをしようとする態度や社会的なスキルを培う。

④ 学習空白の実態把握の方法と学習意欲向上のための手立てについて

- ・基礎学力を身につけていない生徒のために、生徒の能力に応じて複数体制で指導する。(TTによる授業)
- ・生徒の実態を共有するための病状理解研修会の実施
- ・前籍校の担任との引き継ぎ
- ・実態に合わせたグループ編成(少人数の習熟度別編成)
- ・家庭科・体育など主に実技教科では比較的大きな集団での学習機会を作る。

⑤ 関係機関との連携で指導・支援を行っている実践例について

- ・定例のケース会議等で、個人への支援策を協議している。
- ・小児病棟での集団活動に学校職員が関わって、部活動・奉仕活動等を行い、体力作り・人間関係作り・自主性の育成等を目指して取り組んでいる。
- ・入院・通院している児童生徒の治療経過や指導について情報交換している。
- ・医療機関と連携し、教育の分野での役割を明確にし、共通理解した範囲での支援を行っている。
- ・不登校傾向の生徒については子ども家庭相談センター、市役所の子育て課、障害福祉課等と連絡し、個別事例検討会議を実施している。
- ・病状懇談会の実施(保護者・医師・看護師・養護教諭・学級担任等)
- ・教育支援部が中心となって、「総合発達支援センターとのカンファレンス」という形で、児童生徒の指導・支援に関しての連携を図っている。

⑥ その他

- ・特になし

項目3 心身症等について貴校で抱えている課題や他校に聞きたいことがあれば記入して下さい。

23校の心身症等で抱えている課題は以下の通りである。

- ・心身症等の学校生活における心のケアについて
- ・小中高の各段階におけるキャリア教育をどのようにおこなっているか。
- ・転入時・不安定な時期の対応について
- ・心身症等児童生徒の進路指導の取り組みについて(特に就労支援、生活支援)
- ・一般教諭と養護教諭との情報交換や連携をどのようにおこなっているか
- ・1対1の対話の仕方、注意点など校内でのシステムについて
- ・集団生活が苦手な生徒への支援方法。(登校できない子どもへの対応など)
- ・授業出席率の悪い生徒への指導について
- ・被虐待児特有の症状への対応について
- ・個別指導の必要な子どもへの対応について(工夫していること)
- ・前籍校への復帰のタイミング、繰り返し転校してくる生徒への対応で工夫している点
- ・一般高校との単位の互換性がとれず、年度途中の転出入が現実的にできないことが多い。制度等を含め工夫している点を教えていただきたい。
- ・併設されている病院に、心身症等の治療や対応ができる専門の「科」が設置されているかどうか。
- ・性同一性障害の児童生徒が在籍しているか。どのような課題があり、どのように指導しているか。
- ・朝になると頭痛や腹痛により登校できなくなる生徒への対応について(家庭訪問も含めて)
- ・心身症、神経症の背景として発達障害のある児童生徒への自立活動の取り組み
- ・中・高等部卒業後、あるいは前籍校への復帰を見通した移行支援のあり方について
- ・登校する意思はあるが、家庭の事情や本人の状態

が困難な生徒の対応をどのようにおこなっているか

- ・校外からの相談受け入れに関する人員保障がなく、全職員体制で対応しているが、困難さは否めない。
- ・心身症生徒等の理解を全校に進める担当職員の育成について
- ・症状によって授業への参加や課題に取り組むことが困難な生徒への支援方法について
- ・児童生徒の病種・病状が多様化してきており、児童生徒の指導に関わって、隣接病院とどのように連携をとっていったらよいか、具体的な取り組みがあれば教えていただきたい。
- ・心身症等児童生徒の小・中学生の通学生受け入れが認められていない。他府県の受け入れ状況を知りたい。
- ・長期欠席児童生徒に対する具体的な支援や取り組みについて
- ・発達障害の社会参加（就職）が難しいが、他校ではどのような進路保障をされているのか。
- ・精神疾患の生徒と発達障害の生徒が同じクラスで学習することが難しい。具体的な対応は？
- ・スクールカウンセラーの配置はどうなっているか。
- ・発達障害を有する児童生徒への有効な指導や支援方法について教えていただきたい。
- ・登校することの意味さえ分からない児童生徒がいる。学校としてやれることは何なのか、他校における心のケアの取り組みについて教えていただきたい。
- ・発達障害児のための特化した教育課程を編成しているところがあれば教えていただきたい。
- ・療育手帳のない児童生徒の中学部卒業後を見据えた進路指導について

項目 4 今年度も全病連大会最終日の午後に心身症等についての公開研究協議会が実施されます。その際パネルディスカッションで取り上げてほしいテーマをご記入下さい。

23 校から寄せられた情報交換資料には、様々な指導・支援で困難に出くわし、解決されない問題が多いようである。各学校での取り組みの中で、今回

話し合っていたきたいと記入されていたことは、以下の通りである。

- ・心身症等の児童生徒の実態及び傾向とその指導・支援に関わる実情、課題について
- ・心身症の児童生徒への集団活動への参加意欲の向上と参加の手立てなどについて
- ・発達障害で心身症等のある児童生徒の「自立活動」の実施内容について
- ・精神疾患のある児童生徒の現状と課題について
- ・発達障害の児童生徒について、コミュニケーションをとる際の留意点。1対1での対話の方法
- ・心身症等の生徒（進学・就職）について
- ・心身症等で不登校を起こしていた子の前籍校復帰への支援とアフターケアについて
- ・心身症等の児童生徒の家庭への支援はどうあったらよいか。
- ・心身症等の児童生徒にとっての自己効力感について
- ・心身症、神経症の背景として発達障害のある児童生徒への自立活動の取り組み
- ・地域支援を見通した保護者との連携や家庭支援について、特に医療・福祉機関との連携のあり方も含めた具体的な方策について
- ・心身症等の生徒の中学部、高等部卒業後のアフターケアに関わる実情、課題について
- ・パニック障害、抑うつ神経症、双極性障害等精神障害をもつ生徒への教育的支援・留意点について
- ・少人数のため複式学級になったときの教科指導の方法について
- ・二次障害を引き起こしている発達障害のある生徒への支援のあり方
- ・心身症等のうち、発達障害をあわせもった児童生徒の問題行動に対する支援体制について（離脱・自傷・破壊行動など）

< 参考資料 >

○ 今回の情報交換資料でその他の項目に記載された障害の上位 20 項目

- | | |
|--------------|------------|
| ① 適応障害 | 67名 (5.8%) |
| ② 高機能広汎性発達障害 | 49名 (4.2%) |

③ アスペルガー症候群	26名 (2.3%)
④ 情緒障害	25名 (2.2%)
⑤ 統合失調症	24名 (2.1%)
⑥ 不登校	22名 (1.9%)
⑦ 不安神経症	21名 (1.8%)
⑦ 自律神経失調症	21名 (1.8%)
⑨ 自閉症 (自閉的傾向)	20名 (1.7%)
⑨ 不安障害	20名 (1.7%)
⑪ 強迫性障害	19名 (1.6%)
⑫ 心身症	14名 (1.2%)
⑬ 摂食障害	13名 (1.1%)
⑬ うつ病	13名 (1.1%)
⑮ 被虐待児症候群	11名 (1.0%)
⑯ 緘黙 (場面緘黙)	8名 (0.7%)
⑯ 睡眠障害	8名 (0.7%)
⑱ 起立性調節障害	7名 (0.6%)
⑲ 社会不安障害	6名 (0.5%)
⑳ 性格行動障害	5名 (0.4%)

○ 上位 20 項目以外に記載されていた障害 (カッコ内は人数)

社会恐怖症 (4)、パニック障害 (3)、強迫神経症 (3)、転換性障害 (3)、身体表現性障害 (3)、混合性抑うつ (2)、身体表現性持続疼痛障害 (2)、神経症 (2)、行為障害 (2)、抑うつ神経症 (2)、過敏性腸症候群 (2)、気分障害 (2)、解離性障害 (2)、愛着障害 (2)、ストレス障害 (2)、心因性ぜんそく (2)、PTSD (2)、対人恐怖症 (1)、対人関係障害 (1)、ウィリアム症候群 (1)、身体化障害 (1)、日光じんましん (1)、先天性気管狭窄症 (1)、繊維筋通症 (1)、双極性障害 (1) 反抗挑戦性障害 (1)、ヒステリー性失声症 (1)、神経性食思不振症 (1)、人格障害 (1)、愛情遮断症候群 (1)、パーソナリティ障害 A 群 (1)、抜け毛 (1)、学習障害 (1)、拒食症 (1)、トレット症候群 (1)、その他の発達障害 (8)、その他 (4)

以上、各学校の情報交換資料「項目 3」「項目 4」を踏まえながら、公開研究協議会のテーマを次の二点に絞りました。

(1) 心身症・精神疾患のある児童生徒の現状と課題について

(2) 心身症等の児童生徒の適切な指導・支援のあり方

① 集団生活が苦手な児童生徒

② 家庭との連携が困難な児童・生徒

③ 発達障害の児童・生徒

なお、テーマ (2) については、事前に連絡を取り合い、3 名のパネラーに事例提供をお願いした。3 名は以下の通りである。

① 鳥取県立鳥取養護学校 教諭 原 尚子

② 宮崎県立赤江まつばら養護学校

教諭 光武 浩子

③ 長崎県立諫早東養護学校 教諭 久我 利孝

以上が平成 20 年度の全病連心身症等研究推進委員会情報交換資料である。

(巻末資料 2)

「第 2 回特総研・全病連心身症等教育研究委員会合同公開研究協議会の報告」

はじめの挨拶

1. 全病連心身症等教育研究委員会会長

(山の手養護学校 坂田校長)

(要旨) 今回のこの公開研究協議会は、全病連心身症等教育研究委員会のアンケートに基づき次のようにパネルディスカッションのテーマを設定した。

[テーマ]

1. 心身症・精神疾患のある児童生徒の現状と課題について

2. 心身症等の児童生徒の適切な指導・支援の在り方

① 集団生活が苦手な児童生徒

② 家庭との連携が困難な児童生徒

③ 発達障害の児童生徒

12 日 (水) の心身症等研究推進委員会でアンケートの結果について報告。その後各学校の実態についても意見が交わされ、討議された。

- ・テーマ（１）については西牧先生から講話をいただきます。
- ・テーマ（２）についてはそれぞれのサブテーマに基づいて三教諭（原・光武・久我教諭）による事例提供をしていただき、パネルディスカッションを行います。その際は、フロアーからの積極的な意見をお願いします。

2. 助言者・パネラー・記録者の紹介

3. 講話（西牧謙吾先生）

- ・学校に併設されている病院へのアンケート調査より報告。

（要旨）

全国児童青年精神科医療施設研究会報告書 No37 から、精神疾患研究会に参加している学校に隣接している、または隣接していないが主要な児童青年精神科医療施設における精神疾患分類統計を示した（別添資料 A）。施設により、見ている疾患に偏りがあり、外来・入院でも差がある。外来は、最近の傾向として発達障害が増えているが、統合失調症、神経症性障害も同程度いることに注意が必要である。入院は、統合失調症、神経症性障害の他、行為障害などで、どうしても家庭や学校では対応できない児童生徒を入院させている施設が散見された。

今回調査を実施した学校においては、学級編制上の配慮はされている。教育課程は普通課程であるが、少人数体制で指導・支援している学校が多かった。精神疾患を抱える児童生徒には神経症性障害のほかに、広汎性発達障害・行動及び情緒の障害等を抱えている子どもも多く、担任を支える体制づくりを実施しながら、指導体制を組んでいる。

指導上の工夫では、カルテの閲覧ができる病院（２病院）もあった。また、児童生徒個々については、個別の指導計画を作成している。（主に担任が記入する）

生徒の進路指導に関しては、前籍校に学籍を移動し、進路指導を行っている学校が２校あった。学校・病院間のケース会議は定期的に行われ、コーディネーターがその連絡調整となっている。

指導上工夫している点として、主治医と本人と懇談の上で参加する授業を決定している学校が４校あった。どの学校においても病棟・学校間においては、病棟との連絡・ノート記入・カンファレンスは担任を中心に日常的に行われている。必要に応じて前籍校との連携も行っている。転出後の支援については、フォローしている学校が少なかった。今後、地域とのネットワークは必要と思われる。

4. 情報交換資料の報告（事務局 析真賀）

- ・巻末資料１参照。

5. 事例提供

（１）原 尚子先生（鳥取養護）

「集団生活が苦手な生徒への支援～A子の実践事例」 （要旨）

〔生徒の実態〕 A子は心身症、場面緘黙。中学で不登校気味になり、保健室登校。母親の育て方に問題があり、姉妹関係が悪化し、祖母が本生徒の面倒を見る。学校では教科学習は意欲的に取り組めるが、自分の意見を人に話したり、質問に答えたりできない。（緊張状態に陥ることもある）しかし周囲の様子を見て、頷いたり笑ったりすることができるようになってきた。

〔取り組みの経過〕 ふれあいスポーツ大会（学校行事）に参加することになり、A子は剣道を選ぶが、一人ずつ「型」を披露することに対して、「自分一人に注目が集まる演技は嫌だ」ということで大会一週間前の授業に参加しなかった。そこで次のような具体的な支援をとることにより、A子の状況が変わってきた。（具体的支援⇒①参加の仕方について話し合う。競技内容の変更。不参加は認めない。②参加の仕方を再提案。器具係として仕事をするを確認。③手本を示し、教師とともに器具の配置を確認。④競技のフィナーレの参加を促す。教師がA子の役割を手本で示す。 A子の状況⇒①担任からの変更案拒否、剣道はしたくないという意思表示をする。体育の授業は見学。②授業には器具係として参加する。頼んだとおりに器具移動ができず、途中で逃げ出す。③人前に出ることを避けることにより、一人

で器具移動ができるようになった。④自分でフィナーレの参加を決め、役割をしっかりと果たすことができた)

[まとめ] 高等部単一障害学級の生徒は経験の少なさや自信の無さから、自分にはできないと思いこんで逃げるが多く、自己効力感が低い生徒が多いと感じられる。A子のように生徒自身が「やれる方法がわかる」「やれそうないイメージがもてる」などの感覚を持つことが「できない自分」を認め、「これならできる」という自己効力感をもつことができるようになるのではないかと考える。

(2) 光武浩子先生(赤江まつばら支援学校)

「保護者が児童生徒の病状を過度に心配する例」

[生徒の実態] A児、小5、身体表現性持続疼痛障害。

[事例内容] 母親は本児を可愛がっていたが、本児が反抗すると母親に激怒され、本児にとっては怖い存在となる。主治医から服薬必要なしと言われながらも、母親はすぐに薬を与える。また寄宿舎でも薬を与えてほしい旨を伝えてくる。母親にとって本児が病気であるということが心の安定剤になっているかのようで、母親の病気への意識を変えるのが難しい。今後は、本児にとっての将来の展望(あるべき姿)を保護者とともに考えていきたい。

「地元校への転出について保護者と共通理解が困難な例」

[生徒の実態] B児、小6(現在中1)、潰瘍性大腸炎

[事例内容] 病状が安定してきたが、保護者は地元校への復学を望まない。小学部在籍中に地域の小学校に復学するのが望ましいと考え、体験登校も実施したが、本人も小学校への復学を希望しなかった。話し合いの結果、本校を卒業し、地元中学校に入学する。母親の不安は「ストレスで再燃する病気なので、地元の学校に戻るの不安、できればこのまま入院させておきたい」というものであった。春休みに登校練習を行い、卒業後地元中学校に入学したが、宿泊学習前に体調を崩し自宅療養となった。現在病状は安定しているが、通学はできていない。以降、スクールカウンセラー・本校コーディネーターの相

談を実施しているが登校はできていない。

[まとめ] 今後、保護者と十分話し合い、本校コーディネーター、スクールカウンセラー及び地域のコーディネーター、元担任とも相談していきたい。また本人の学習空白を埋めていくことも必要になってくるだろう。

(3) 久我利孝先生(諫早東養護学校)

「心身症等の児童生徒の適切な指導・支援の在り方：発達障害の児童生徒」

[本校の発達障害の児童生徒について]

本校に転入してくる生徒は、不登校であった者が多いが、ADHD、高機能自閉症、アスペルガーの特徴は見られない。「発達障害」とは無縁。前籍校では意識されてなかった知的な遅れがある児童生徒が少なくない。前籍校でのいじめが心身症の原因になっている場合もある。発達障害=心身症ではなく、発達障害に対する無理解などがストレスになる場合、心身症になることもある。発達障害=脳の統合不全、統合処理が過度(場の雰囲気、言葉の裏にある意味を考えてしまう、不必要なことまで考える)なストレスになる場合もある。「発達障害」という病名にとらわれず、目の前の児童生徒一人一人を理解することからすべてが始まる。

[発達障害と心身症]

① 二次障害～一般的に発達障害に対する無理解などで不適切な対応が積み重なると、「情緒の不安定」「学習への無気力」「反抗的な態度や行動」「不登校」「チック症」等の二次障害が起きることが指摘されている。

このことは、発達障害があることが直接的に心身症等に結びつくものではなく、対応の不適切さが心身症等を引き起こすリスクが大きいことが指摘したものである。

② 自尊感情の育ち～発達障害がある児童生徒の一般的な特徴として、

(ア) 学業や友達関係などで失敗経験が多い等の理由により、自尊感情が育ちにくい。また、自尊感情が育ちにくいということが、学業への取組や友達関係の構築を行う上で障壁になるという悪循環を起こしやすい。

(イ) 自尊感情が育ちにくいということはあるが、現在受診中の児童生徒に関しては、そのことが直接的に心身症等や不登校の状態とは結びついていない。

(ウ) 心身症等や不登校の状態になるのは、発達障害に対する無理解などで、周りの環境が過度のストレスになる場合である。そして、どのような環境が過度なストレスになり、身体症状として表れるかについては、発達障害のあるなしを含めて一人一人違う。

③ 発達障害と心身症～発達障害があると、さまざまな場面で失敗経験が多くなるなどして、自尊感情が育まれにくいことは明白な事実である。そのことで発達障害がある児童生徒が心身症等を引き起こすリスクは大きいと言える。しかし、発達障害がある子どもの認知・思考等の特性を考えると、そのリスクが相殺される面があると考えられる。

[まとめ]

教育のすべては、子どものことを理解することから始まる。そうであるならば、発達障害がある児童生徒に対する適切な指導・支援も、発達障害という障害の理解にもとづき、目の前の児童生徒一人一人を理解することから始まるのではないだろうか。

7. 討 議

参加者からも様々な具体例が紹介された。参加者からの意見は以下の通りである。

① 鳥取養護の取り組みについて、「スポーツ大会の不参加は認めない」という先生の働きかけは本児にとってプラスになっている。「参加しなくてもよい」ではなく、違いかたちでの参加を支援したのが良かった。若槻養護では、劇の取り組みをしている。暗い中での参加は恥ずかしさがなく参加できるという利点もある。

② 本校の小・中学部の学校祭でも劇の取り組みをしており、普段なかなか自己表現できない児童生徒も生き生きと参加していた。当日、欠席のため参加できない子もいたが、全体として良い取り組みだったと思う。

③ 母子分離できない事例についての報告。この事例は担任が母親の話を良く理解し、信頼関係ができ

ることで、母子ともに少しずつ変わっていったのではないかと思う。

④ 医療的には問題ないが、母親がそばにいと症状が出る子どもがいる。このケースの場合は保護者にも医療的支援が必要であるとともに、子どもにとっても安心できる居住区が必要であったのではない。

⑤ 本校に音に敏感な生徒がいる。この生徒の場合、昨年(1年)は建物の外に出ることが困難であった。今年修学旅行で心配な面はあったが、保護者が学校を信頼し担任に任せてくれたので、適切な支援により、大きな問題行動を起こさず集団行動することができた。また同学年に、「皆と一緒に行動できない」「食事ができない」ということで、1年次の宿泊学習に母親が付き添いで来た生徒がいる。この生徒の場合、学校生活の様子をみると自立した生活ができそうであるが、結局修学旅行には参加しなかった。学校の指導・支援にまかせてくれたら、この生徒も変容するだろうにと思う。

⑥ 「自己肯定感」が育まれるのは乳児期にさかのぼるものと考えられる。(早期の母子関係が重要) 親の症状が子どもにも表れることが多い(親が自分と重ねあわせる・混乱する・過干渉になる)ので、子どもの問題と親の問題を分けて考えなければならない。心身症の場合、心の状態が身体に表れてくるので、そのような症状になった時には、親子一緒に考えていくことが必要である。また親子の役割が逆転しているケースもある。(扱った事例として、母がうつ病、兄弟が交互に不登校になる。その際、兄弟が母親を心配してみていた。) 家庭環境の影響は大きいといえる。

⑦ 発達障害と心身症の関係について。発達障害があると心身症を引き起こすリスクが多いが、必ずしもなるわけではない。むしろ、対応の不適切さが心身症等を引き起こすリスクが多い。心身症の過度な状態が衝動性を生むので、色々な角度から子どもを見ないといけない。

8. 助言(特総研上席総括研究員 西牧謙吾先生)
心身症を考える場合、「発達障害」から入らない

ほうが良いと考える。言葉のイメージから入るのではなく、子どもを広い角度から見ていくことが必要である。「発達障害だから心身症になる」のではない。様々な環境、子ども特有のストレスへの反応の仕方など、様々な要因があると思う。

我々教員は、すぐ診断名をつけないで、生育歴・家族の人間関係等、いろいろな面から子どもを見ていかなければならない。「子どもをきちんと見る」「情報を多角的に捕らえて整理していく」と、子どもの見方が変わってくるものである。(知的障害も

心身症に何らかの関係している場合もあるのではない
か) 病弱の特別支援学校において、精神科に入院している子どもの場合、発達障害は少ないものの、精神疾患が多い。特別支援学校等の支援教育を受けていない児童生徒の中にも、我々が見ているような児童生徒がたくさんいるだろう。対面している人達に我々がどういう情報を出せるのか……。個々のケースで模索している段階である。このような研究会で、いろいろ情報交換し、今抱えている子どもたちの問題を考えていかなければならない。

(別添資料A)

① 新規外来疾患

新規外来患者	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来	市立札幌 病院診療 院小児外 来
F0 症状性を含む器質的精神疾患													
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害													
F2 統合失調症及び妄想性障害													
F3 気分障害													
F4 神経症性障害													
F40 恐怖性不安障害													
F41 他の不安障害													
F42 強迫性障害													
F43 重度ストレス反応													
F44 解離性障害													
F45 身体表現性障害													
F48 その他													
F6 成人の人格及び行動の障害													
F7 精神遅滞													
F8 心理的発達障害													
F84 広汎性発達障害													
F84 以外													
F90 多動性障害													
F91 行為障害													
F92 混合性障害													
F93 情緒障害													
F94 社会的機能の障害													
F95 テック障害													
F48 その他													
F99 特定不能													
G40 てんかん													
その他													

② 新規入院患者

新規入院患者	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟	市立札幌 病院診療 院小児病 棟
F0 症状性を含む器質的精神疾患													
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害													
F2 統合失調症及び妄想性障害													
F3 気分障害													
F40 恐怖性不安障害													
F41 他の不安障害													
F42 強迫性障害													
F43 重度ストレス反応													
F44 解離性障害													
F45 身体表現性障害													
F48 その他													
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群													
F50 摂食障害													
F50 以外													
F6 成人の人格及び行動の障害													
F7 精神遅滞													
F8 心理的発達障害													
F84 広汎性発達障害													
F84 以外													
F90 多動性障害													
F91 行為障害													
F92 混合性障害													
F93 情緒障害													
F94 社会的機能の障害													
F95 テック障害													
F48 その他													
F99 特定不能													
G40 てんかん													
その他													

本書は、財団法人みずほ教育福祉財団の
助成を受けて、刊行したものです。

特別支援教育研究論文 — 平成20年度 —

特別支援学校（病弱）・院内分校に在籍する心身症等の児童生徒の
実態及び傾向とその指導・支援に関わる実際的研究

平成21年3月 印刷

平成21年3月 発行

編集・発行 財団法人障害児教育財団
横須賀市野比5-1-1
国立特別支援教育総合研究所内
