

第4章 心身症・神経症等の児童生徒の自立活動の指導法

I はじめに

慢性疾患の生徒のうち不登校の経験のある生徒とない生徒との武田らの比較研究(文献研究でも明らかにしたように)においては、不登校の経験をもつ生徒は、ストレス対処過程において、母親、父親、兄弟姉妹、教師、友人、医療者などへの知覚されたソーシャル・サポートが低く、ストレス反応が高いことを明らかにした。同様に武田(2005)は、知覚されたソーシャル・サポートとストレス反応との間には負の相関関係があり、ソーシャル・サポートを高めるとストレス反応が軽減されることを明らかにした。知覚されたソーシャル・サポートの期待が高いことは、過去に他者からのサポートを受けた経験が高いことや他者との親密度が高いこと、すなわちサポートを受ける可能性に対する期待が高いことを意味する。この期待は、ストレスに対する嫌悪性やコントロールの可能性といった

認知的評価に影響を及ぼすことによって、ストレス反応の生起を抑制する機能を持つものとも考えられる。

慢性疾患児の自己効力感と認知的評価、対処行動、主観的健康統制感との関連について検討した武田らの研究において、自己効力感の高い群の方が低い群よりも、①認知的評価においてはコントロール感が強く、②対処行動においては積極的に対処行動が多くみられ、③その結果、ストレス反応が不機嫌・怒り、身体的反応、抑うつ・不安、無力的認知思考のいずれでも低いことが確認された。④また、自己効力感の高い群の方は低い群と比較して主観的健康統制感において内的統制傾向の強いことが確認できた。

図4-1は、知覚されたソーシャル・サポートと自己効力感のストレス対処過程にもたらす効用を表したものである(武田, 2005)。

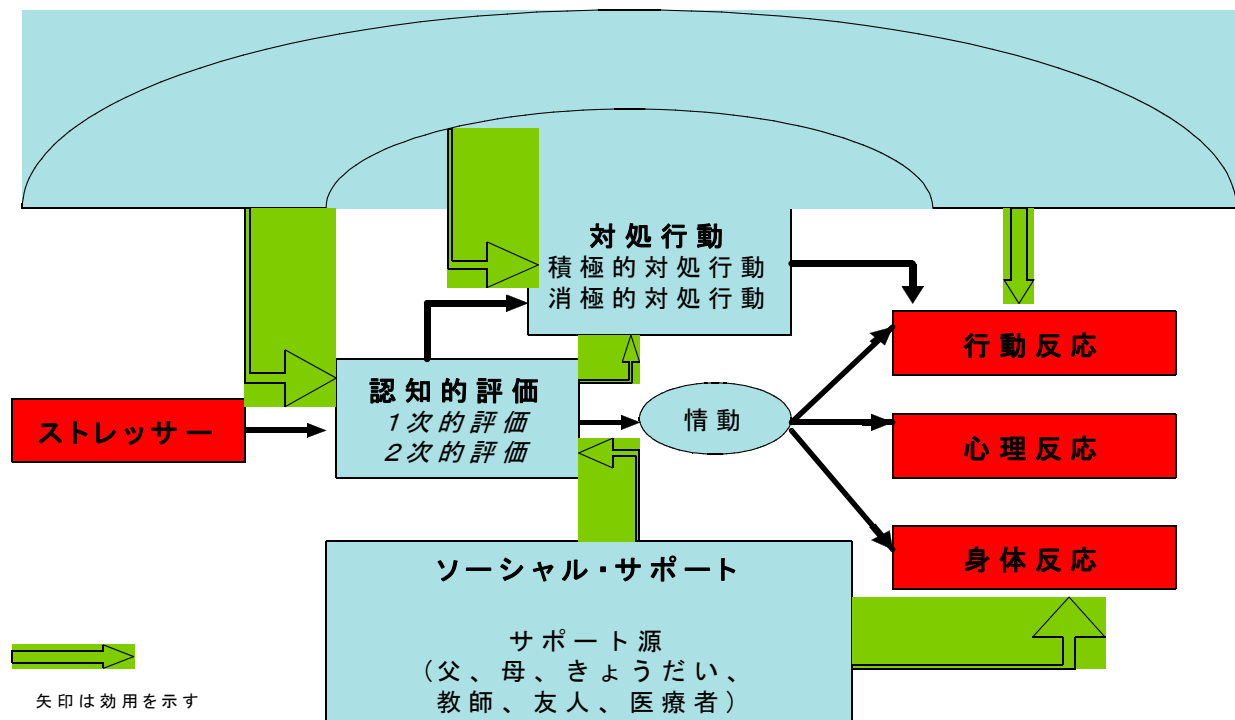


図4-1 ストレス対処過程におけるソーシャル・サポートと自己効力感の効用

心身症・神経症等で入院してくる児童生徒は、病状、環境、本人の個人的背景などは個々に違う。しかし、自分の病状の見通しがもてないことや家族から離れて入院生活をするといった環境変化などから不安の高い者が多いのが特徴である。

健康心理カウンセリングにおいて、健康を維持・増進していく支援として7つの段階が示されている(野口, 1998)。周囲の人との関係性を重視しながら、①不安感、緊張感の軽減を図り、リラクゼーション、安全感の増加を図ること、②問題の見方を検討すること、すなわち、認知的評価の変容を図ること、③自己や他者に対する信頼感を高め、自己や他者を受容すること、④自己評価を高め自尊心を高めること、⑤自己効力感を強化し、高めること、⑥物事に挑戦する気持ちを高めること、⑦自己成長、自己実現を図ること、である。これらの段階において、知覚されたソーシャル・サポートを高めることは不安感やストレス反応の軽減を図り、認知的評価、信頼感、自尊心等にも影響を及ぼす。①から④は、他者からみえにくい心の動きであり、周囲の人々には理解されにくい。また、児童生徒が不安が高く、その不安を意識化することが困難な場合は、病的不安の解消として身体的な症状に出たり(身体化)、退行行動等の問題行動として行動化したりすることがある。これら身体化や行動化のような不安の病的解消に対して、その背景を探り、現実逃避と呼ばれるようなネガティブな行動も対処行動として捉え、その意味を理解し支援していくことが重要である。

本章において、心身症・神経症等の児童生徒に合わせた自立活動のカリキュラム編成や慢性疾患児への自己管理支援に関する具体的な提言を行うことにする。心身症・神経症等で入院してくる多くの児童生徒は、気管支喘息、アレルギー、糖尿病、肥満などの慢性疾患をかかえている場合が多く、それらの慢性疾患への自己管理を支援するための指導法と心身症・神経症等への配慮が重要になってくる。

II 自立活動の内容の再構築

自立活動の内容は、「健康の保持」、「心理的な安定」、「環境の把握」、「身体の動き」、「コミュニケーション」の5つの区分の基に22の項目で構成されている。これらの内容は、全障害を対象としたものであり、心身症・神経症等の児童生徒や慢性疾患の児童生徒を対象につくられたものではない。5つの区分ごとに示された内容の中から、一人一人の児童生徒が必要とする項目を選定し、それらを相互に関連付けて具体的に指導内容を設定する。

山本(1990)は、まずは自立活動の内容から主な慢性疾患のそれぞれに必要な項目を選定し、一般化し、それを基に各病気の種類別に指導内容を明確にしていくことを提案している。心身症・神経症等の児童生徒や慢性疾患をもつ児童生徒にとって一般的に必要な主な具体的指導内容例を次に示してみる(武田, 2000a)。心身症・神経症等の児童生徒に特に重要であると思われる箇所については、強調文字で記述する。

1 病気の理解、生活様式の理解、生活習慣の形成等に関する内容

① 自己の病気の状態の理解

人体の構造と機能の知識・理解、病状や治療法等に関する知識・理解、感染防止や健康管理に関する知識・理解

② 健康状態の維持・改善等に必要な生活様式の理解

安静・静養、栄養・食事制限、運動量の制限等に関する知識・理解

③ 健康状態の維持・改善等に必要な生活習慣の確立

食事、安静、運動、清潔、服薬等の生活習慣の形成及び定着化

④ 諸活動による健康状態の維持・改善

各種の身体活動による健康状態の維持・改善等

2 心理的な安定に関する内容

① 病気の状態や入院等の環境に基づく心理

的不適応の改善

カウンセリング的活動や各種の心理療法的活動等による不安の軽減、安心して参加できる集団構成や活動等の工夫、場所や場面の变化による不安の軽減など知覚されたソーシャル・サポートの期待を高めるための教育的対応に関する内容

② 諸活動による情緒の安定

人との関係性を重視した各種の教育的活動(体育的活動、音楽的活動、造形的活動、創作的活動等)による情緒不安定の改善を図るための教育的対応に関する内容

③ 病気の状態を克服する意欲の向上

各種の身体活動等による意欲・積極性・忍耐力及び集中力等の向上、各種造形的活動や持続的作業等による成就感の体得と自信の獲得など自己効力感を強め、高めていくための教育的対応に関する内容

Ⅲ 個別の指導計画による実践

1 個別の指導計画の作成

自立活動においては、児童生徒一人一人の個別の指導計画を作成することが盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領(文部省、1999; 文部省、2000)によって義務づけられた。

個別の指導計画を作成するに当たっては、個々の児童生徒の病気の種類や病状、障害の状態、発達段階、病気に対する自己管理及び経験等の実態に応じて、指導目標、指導内容及び指導方法などを個別に設定することが必要である。

実態を把握していく上で、教育的立場や心理学的な立場から実態把握を行うことはもちろん、病気による運動制限や食事制限等様々な生活規制に対して医学的な立場から情報の提供を受けたり、助言を得たりすることも重要になってくる。

また、目標を設定するに当たっては、個々の児童生徒の実態把握に基づいて、入院期間や療養期間等を考慮しながら長期的な観点に立った目標を設定するとともに、当面の短期的な観点

からも目標を定めることが必要である。主体的に自立活動に取り組むことができるようにするためには、可能な限り児童生徒が目標設定の段階から個別の指導計画作成に参加し、自ら自己管理する力をつけることも重要なことである。

また、同じ病気であっても、病気の状態や発達段階および経験の程度等が個々に違うため、一人一人の児童生徒の実態に即して、指導目標、指導内容、指導方法などを個別に定め、個別の指導計画を作成することでさらに指導の個別化を図っていくことが求められる。

2 指導上の留意点

自立活動の指導を効果的に進めるには、指導上の配慮すべき点をあらかじめ検討する必要がある。心身症・神経症等の児童生徒の場合、次のことについては留意しなければならない。

(1) 体調把握と医療機関等との連携

心身症・神経症等の児童生徒は、情緒が不安定になりやすく、体調に変動がある。教員は、日々の体調を把握した上で指導を行うことが重要であり(武田,2000b)、そのために主治医や看護師等の医療関係者との連携を密にすることが求められる(図 4-2)。また、退院して家庭や前籍校に戻っても悪化し、再入院するケースも珍しくない。病状にあった生活習慣を形成していくためには家庭や前籍校との連携を図ることも重要である。

(2) 主体的で意欲的に活動できる環境

児童生徒が主体的で意欲的に活動できる環境を整備し、成就感を味わうことができるように配慮することが必要である。そのためには、児童生徒が、目標を自覚し、意欲的に取り組んだことが成功に結びついたということを実感できる指導内容を準備することが必要である。また、自己管理しながら活躍している同じ病気の先輩の話や聞くなど、児童生徒が「あの人にできるのだから自分にもできるのではないか」という経験をもつことなど自己効力感を高めるかかわりと活動が重要である。

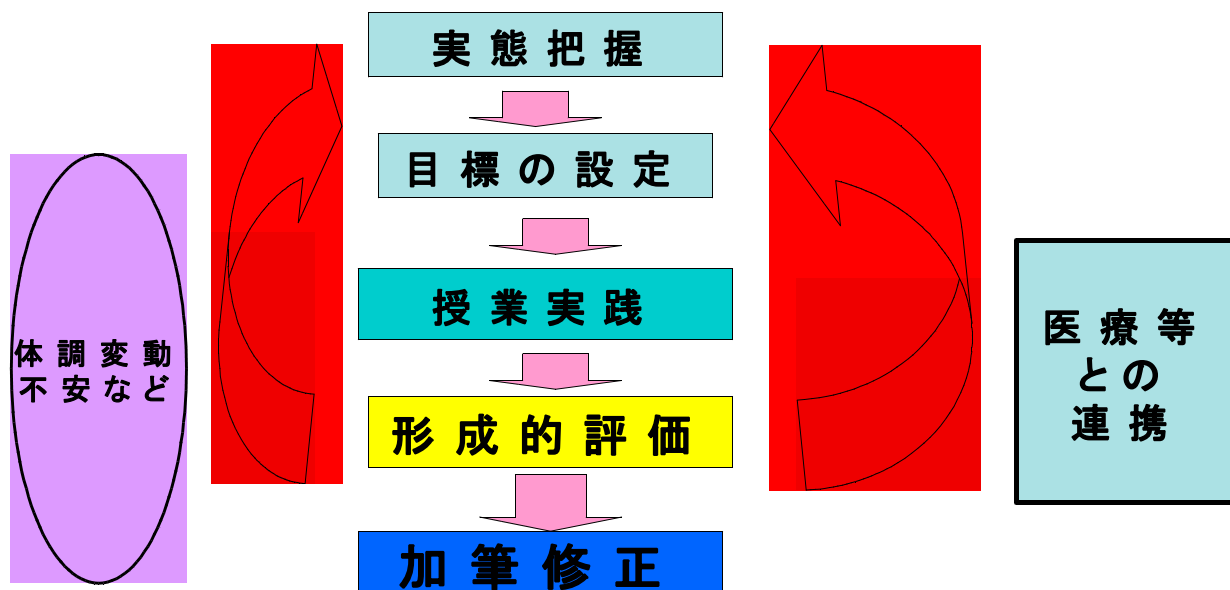


図4-2 医療と連携した個別の指導計画の有効利用のためのサイクル(武田, 2005)

(3) 指導形態

基本的には、児童生徒一人一人の実態に即して個別の指導計画を作成することになっているので、指導形態としては一対一の個別の指導が基本となる。しかし、学習効果や指導の効率を高めるため、病気の種類別のグループ編成による指導、学級単位の指導、ぬき出しなど様々な形態が挙げられる。特に、病状の悪化などから情緒的に不安定になっている児童生徒や、集団の中に入っていきることができない児童生徒に対しては一対一の指導体制を組む必要がある。いずれの指導形態を選択するかは児童生徒の実態、指導内容、教員の数等から検討し、可能な限り児童生徒が主体的に取り組める指導形態を工夫する必要がある。

(4) 評価

評価は、診断的評価(事前の評価)、形成的評価(事中の評価)、総括的評価(事後の評価)に分けられる。指導の過程で行われる形成的評価は、指導後の評価や指導過程の児童生徒の反応を手がかりとして、診断的評価をもとに作成された実態把握や指導計画を修正したり、深化したり

し、より確かなものにするものである。形成的評価をする際に、留意する点としては児童生徒の意欲を高める評価でなければならないことである。児童生徒が成功感、成就感を自覚でき、それらを累積していけるような評価であることが重要である。そのためには児童生徒が自分自身に対して行う自己評価や他の児童に対して行う相互評価を取り入れることも効果的である。評価する主体が児童生徒自身にあるからである。

総括的評価は、毎時間の指導でなされた形成的評価を累積的、総合的に再検討するとともに、診断的評価の時に用いたチェックリストや種々の検査などを終了時に適用して、両者の結果の相違を比較検討し、児童生徒が病気の理解、生活様式の理解や習慣化、自己管理しようとする意欲などについてどの程度変容したかを検討するものである。なお、指導効果が上がらなかった場合には、指導計画や指導方法の見直しが必要となる。

図4-3に示すように、形成的評価を実態把握やニーズの把握、指導内容の修正・改善に活用するという視点を持ち、形成的評価を重視し、活

用していくことが望まれる。同様に、学期末、学年末に行われる総括的評価も活用されることが望まれる。

病状が変動しやすく、情緒も不安定になりやすい子どもに対しては、時間の経過とともに、また、図4-3に示したように教師との関係性を重視した動的（dynamic）な評価が重要になる（黒木・武田，2003；武田・黒木，2003）。このような評価を自立活動の指導にいかしていくことができれば、子どもの知覚されたソーシャル・サポートを高め、自己管理していく力を育成していく上でより有効な支援ができるのではないかと考える。

IV 自立活動の評価の構造化

心身症・神経症等の児童生徒は、病状が変化するなど体調に変動がある。心身症・神経症等の児童生徒の病状が重症化した場合は、病気の進行に伴い不安感が強くなり、自暴自棄になったり、無力感に陥ったりすることもある。学習内容については、病気の知識、理解、技能の習得のように予め構造化でき、客観的に評価できることと、不安感を軽減したり、意欲の向上を図るというように予め構造化できないことがある。当然、評価の観点も違ってくる。自立活動の評価に関しては、表 4-1 に示したように4つのタイプに分けて評価することを提案する（武田，2002a；武田，2002b；水越・奥田，1995）。

表 4-1 評価のタイプとその例示

	**内的基準による評価	**外的基準による評価
*構造化	Aタイプ ・例えば、ロールプレイなど疑似体験、諸活動による心理的な安定	Bタイプ ・例えば、病気の理解
*非構造化	Cタイプ ・例えば、カウンセリング等による心理的な安定	Dタイプ 偶然的教示学習

*構造化とは、学習内容が子どもの学習の前に予め組織されている場合の評価をさす。非構造化とは、予め用意された学習内容ではなく、学習の終了後にはじめて何を学習したかその内容が分かるような場合の評価を指す。

**外的基準による評価とは、外部の規範や権威に基づく評価で学習の開始、進行、評価などを教師がコントロールする。内的基準による評価とは、学習者の内部の基準に基づく評価で学習の開始、進行、評価が学習者に任される。

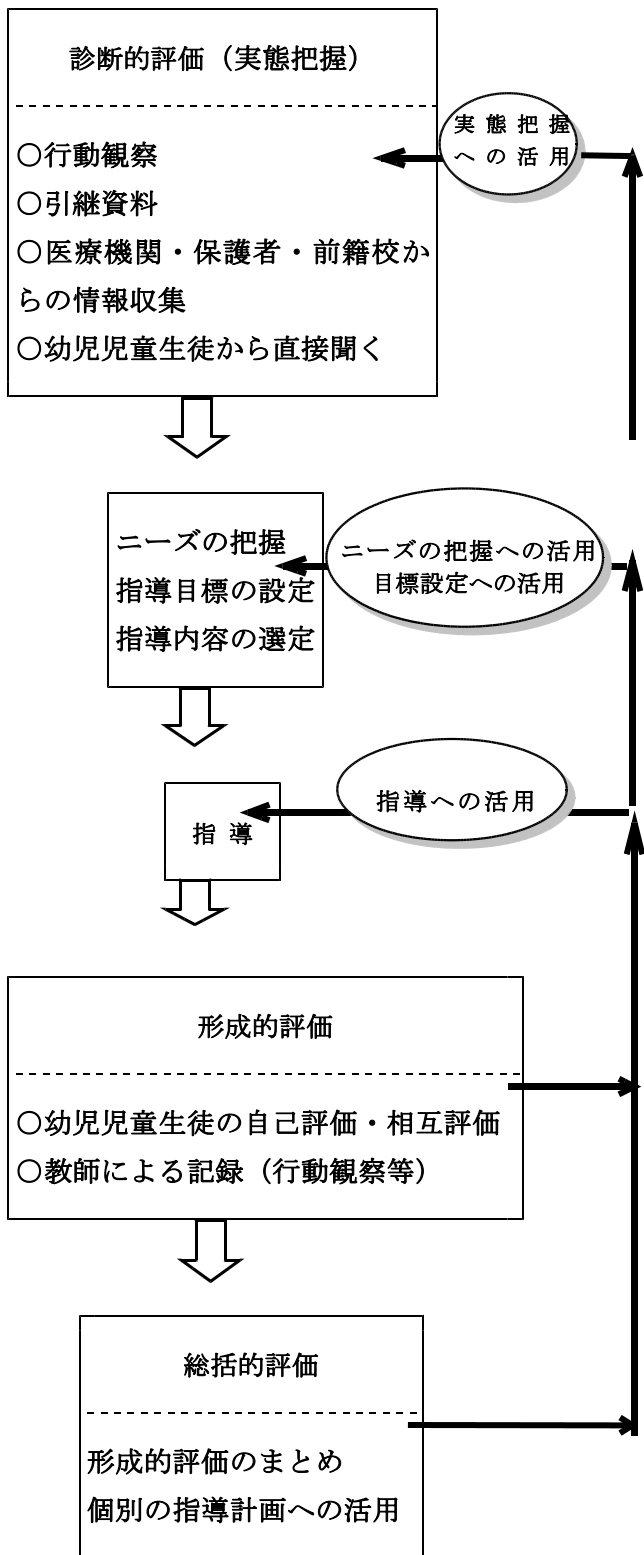


図 4-3 関係性を重視した動的評価

Aタイプは、学習内容が予め構造化されているが、評価は児童生徒自身が行う、いわゆる内的基準で評価される。例えば、腎臓疾患児に対して、退院後、中学校での給食場面を想定し、給食を残さなければならない状況を設定する。その状況下で、他の生徒から給食を残すことについて指摘されたとする。その指摘に対して自分の病気について説明しなければならない事態に、自分の病気を他者に伝えることへの不安感、緊張感、困難さを疑似体験する。その時に、生徒が自分自身の疑似体験した様々な感情や達成感などを評価するものである。

Bタイプは、学習内容が予め構造化されており、教師などによる外的基準で評価される。病気の知識がどの程度理解されているかどうかの評価はこれに当たり、教師が構造化した学習内容についての学習成果をこれも教師が評価する。

Cタイプは、学習内容が予め構造化されておらず、評価は児童生徒自身が行う、いわゆる内的基準で評価される。例えば、不安感の強い児童生徒の心理的な支援を行う場合、予め学習内容を教師が決定せず、その子どもの関係の中で安心感を得られるような関わりをしていくことが大切である。その結果、児童生徒が内的基準として安心感や信頼感を得ることができたり、又は自尊心が高まるなどの評価を児童生徒自身が行ったりする。これがCタイプに当たる。評価に関する情報は、児童生徒の言動や作文等から入手できる。

Dタイプは、学習内容が予め構造化されておらず、教師などによる外的基準で評価される。例えば、たまたま廊下で会った児童生徒に対して、薬を飲み忘れていないかなど生活規制を守ることを指導するというような偶然的教示学習等がこれに当たる。

「病気 (Illness)」は、病気の人々が重大な痛みや衰弱が起こっている感覚上の変化など、自分が病気であることを主観的に感じていることを意味する。評価を行う際に内的基準を重視することは、子どもの主観的状态である「病気」

に対して対処していくことである。「病気」は人の行動に大きな影響を与える。知覚されたソーシャル・サポートと自己効力感、主観的健康統制感の主観的指標であり、外的基準だけを重視し、評価するのではなく、内的基準をも重視したAタイプ、Cタイプの授業の実践や評価が彼らを支援していくためには重要である。

心身症・神経症等の児童生徒の心理的適応、社会的適応、身体的健康適応を図るためには、彼らの主体性を重視しつつ、彼らが自ら自己決定したり、自分の病気の自己管理する能力を高めていく支援が重要である。評価としては、内的基準に基づいたものが有効であると考えるが、外的基準による評価も含め全てのタイプの評価が日々の児童生徒の励ましとなるよう教師は留意しなければならない。指導と評価の一体化が問われている現在、個別の指導計画から授業を創造し実践していく上で、従来各教科等において行われてきたBタイプの評価や授業から、より内的基準を重視したものに移行することが求められている。評価の観点からいうと、4つの次元の違う評価を総合的に評価し、子どもを支援していくことが求められる(武田, 2004)。

児童生徒の内的評価を重視し、寄り添うこと、情緒や行動を受容すること、共感することを重視しながら知覚されたソーシャル・サポートを高め、自己効力感を高めていく指導法を積極的に自立活動の時間を核として児童生徒と関わっていくことが大切である。

第5章においては、研究協力校・協力者から事例研究を学校適応への障壁や再適応への過程を明らかにしていく。

文 献

- 黒木あらた・武田鉄郎(2003)病弱教育における自立活動の評価の在り方に関する研究(1). 日本特殊教育学会第41回発表論文集
水越敏行・奥田眞丈(1995)教育指導の評価. ぎょうせい.
文部省(1999)盲学校、聾学校及び養護学校学習

- 指導要領。
文部省(2000)盲学校、聾学校及び養護学校学習指導要領解説－自立活動編－。
野口京子(1998)健康心理学, 金子書房。
武田鉄郎(2000a)健康障害児の自立活動－病気の多様化への対応－。養護学校の教育と展望 116, 20-25。
武田鉄郎(2000b)病弱・身体虚弱児に対する指導「指導計画の作成と展開」。藤田和弘・香川邦生編：自立活動の指導, 教育出版 135-140。
武田鉄郎(2002b)進行性筋ジストロフィーの指導。盲・聾・養護学校における学習評価の事例集, 国立特殊教育総合研究所, 28-31。
武田鉄郎(2002a)腎臓疾患児の指導。盲・聾・養護学校における学習評価の事例集, 独立行政法人国立特殊教育総合研究所, 24-27。
武田鉄郎・黒木あらた(2003)：病弱教育における自立活動の評価の在り方に関する研究(1)。日本特殊教育学会第41回発表論文集
武田鉄郎編著(2004)慢性疾患児の自己管理支援に関する研究。国立特殊教育総合研究所病弱教育研究部。
武田鉄郎(2005)慢性疾患児の自己管理支援のための教育的対応に関する研究。大阪市立大学博士論文。
山本昌邦(1990)病弱児に対する指導計画の展開。大川原潔編：養護・訓練の基本と展開 138-153。