

(財)みずほ教育福祉財団

障害児教育研究助成事業

障害児教育研究論文

—平成17年度—

病弱養護学校に在籍する精神疾患のある
児童生徒への教育の在り方に関する実際的研究

神奈川県立横浜南養護学校

棹 山 勝 子

平成18年 3 月

研究協力：国立特殊教育総合研究所

病弱養護学校に在籍する精神疾患のある児童生徒への 教育の在り方に関する実際的研究

神奈川県立横浜南養護学校 棹 山 勝 子

要旨：全国の病弱養護学校において、精神的な疾患をもつ児童生徒の存在が、取り上げられるようになって久しい。病弱養護学校のみでなく知的障害養護学校や通常の小・中学校においても、潜在化している数はかなりにのぼるのではないかと思う。

本稿では、全国調査に基づいて、精神的な疾患をもつ児童生徒のおおよその数を押さえた上、神奈川県立こども医療センター精神科入院児の動静を見た。さらに、県立横浜南養護学校に在籍する精神科児童生徒の学籍・進路先などを概観した。

また、本校の教育課程及び精神科と関わりの深いクラスの指導方針を紹介した。

そして、本校に在籍した児童生徒のうち、症状や課題が顕著な6事例をとりあげ、教育と医療、福祉等との連携のあり方に焦点をあてながら、係わりの経過をまとめた。

キーワード：病弱教育、精神的疾患、アプローチ、多職種との連携

はじめに

近年、全国の病弱養護学校において大きな課題となっているのは、児童生徒数の減少とその結果、通学生の受け入れを余儀なくされていること、その通学生の多くが心身症という診断を受けた児童生徒であることである。さらに心身症の児童生徒の指導については、未だ、手さぐりであり、児童生徒を対象とする精神科の数が少ないこともあって、医療との連携もとりにくい状況がある。

一方、神奈川県では知的障害養護学校高等部に精神的な疾患をもつと思われる生徒が年々増えているが、いずれも抱えている問題の困難さから指導に苦慮している。

本校は、神奈川県立こども医療センター内に設置された病弱養護学校であるが、センターの精神科（18年1月から「こころの診療科」）と緊密な連携をとりながら上記のような児童生徒の指導にあっている。本校の教育課程・自立活動の指導内容・事例の紹介等が、新しく心身症や精神疾患児を受け入れておられる学校に対して何らかの参考になればと考え、今回の研究に取り組んだ。

研究にあたっては、校内研究と別に自主研究組織を立ち上げることとし、5月、精神科入院児童生徒の担当をしたことがある教員を中心に共同研究者を募った。結果、5名の教員から希望があり、6月から取り上げる事例の選定と担当者の分担に入った。

事例検討会は、6/30、8/10、10/3、11/30、12/20、1/5の6回行った。ここには、独立行政法人国立特殊教育総合研究所の全面的なご協力をいただき、毎回、総合研究官西牧謙吾先生、総括主任研究官篁倫子先生、主任研究官武田鉄郎先生のご出席をいただくことができた。客観的で広い視点から貴重なご指導ご助言をいただくことができ、これらの示唆は今後の本校の教育活動全般につながるものであった。また、この研究を契機に本校の研究活動を活性化できれば幸いと感じている。3人の先生方のご援助に、深く感謝申し上げる次第である。

事例検討会の他には、まとめ方についての検討、原稿の読み合わせなどに計5回の会合を持った。

報告書作成においては、神奈川県立こども医療センター精神科部長清家洋二先生を始めとして精神科医師の先生方から快く資料の提供をいただき、事例の監修もしていただいた。ここに厚くお礼を申し上げたい。

目 次

はじめに	1
第Ⅰ章 心身症等児童生徒の動向	3
1. 長期欠席児の実態	3
2. 心身症等児童の実態	3
第Ⅱ章 神奈川県立横浜南養護学校の概要	4
1. 沿 革	4
2. 特 色	4
(1) 児童生徒について	
(2) 教育課程	
① 教育目標	
② 学校目標	
参考1 神奈川県立こども医療センター	
参考2 昭和大学医学部附属藤が丘病院	
3. 精神科入院児童生徒	7
(1) 学籍異動	9
(2) 指導体制	9
第Ⅲ章 事 例	10
1. はじめに	10
2. 事 例	11
事例1 自己効力感を高め、活動が広がったA（中学部）	
事例2 学習の継続により、自らの可能性を見いだしたB（中学部）	
事例3 信頼関係の再構築を願いながら関わったC（小学部）	
事例4 自立活動において得意なことを引き出すことのできた、 こだわりの強いDへの関わり（小学部）	
事例5 家族関係の再構築をするために長期入院が必要だったE（中学部）	
事例6 要求が強く、衝動が抑えられないFへの関わり（中学部）	
3. 事例を通しての考察	21
第Ⅳ章 本校の課題と今後の役割	22
1. 精神科入院児童生徒の退院後の進路	22
2. 係わりの心構え	24
3. 本校の課題	25
おわりに	25
引用・参考文献	26

第Ⅰ章 心身症等児童生徒の動向

1. 長期欠席児の実態

平成16年度の文部科学省「学校基本調査」によると、年間30日以上欠席した長期欠席の状態にある小・中学生は18万6千余名であり、3年連続で減少している。

このうち、病気による長期欠席は4万5千名弱であり、全体の24%にあたる。不登校による長期欠席は、12万3千名で全体の66%であるが、文部科学省の別の調査によると、これら不登校状態になった理由のうち病気に起因するものは35%強となっている。この病気の内訳は不明であるが、心身症あるいは精神的な疾患によるものが少なからずあるだろうと推測される。このことは、同じ調査の中で不登校が継続している理由として、不安など「情緒的な混乱」と「無気力」が高率で挙げられていることから、納得できるのではないだろうか。

不登校児童生徒のうち、適応指導教室等の機関で指導を受けた児童生徒は、全体の35%強にあたる約4万3千名であるが、このうち1万7千名が公的機関のみでなく民間団体・施設等の取り組みで指導要録上の出席扱いとなっている。平成17年7月の文部科学省初等中等教育局第437号通知「不登校児童生

徒が自宅においてIT等を活用した学習活動を行った場合の指導要録上の出欠の扱い等について」により、今後は、メールのやりとりや電話での近況報告なども出席と見なされるので、数字上はさらに減少するのではないと思われる。因みに、神奈川県の不登校児童生徒は、小学校1904名（全国第2位）、中学校7276名（全国第3位）である。

2. 心身症等児童生徒の実態

全国病弱虚弱教育研究連盟が1年おきに実施している「全国病類調査 平成15年」¹⁾「全国病類調査 平成17年」²⁾によると、「V 心身症など行動障害」と分類された児童生徒数は、表1の通りである。平成17年は926名であるが、全疾病数中に占める割合は26.9%であり、腫瘍などの悪性新生物が12.1%、筋ジスなど神経系疾患が17.7%であるのと比較すると大変な高率である。

内訳を見ると、平成15年と17年を比較して、不登校児童生徒数が減少しているが、これは、「1. 長期欠席児の実態」の中で取りあげた「学校基本調査」の結果と一致している。

精神病は数字の上では同数であるが、「その他の精神・行動障害」が104名も増加している。この中には、LDやAD／HD等の軽度発達障害児がかな

表1 心身症など行動障害 <ICD-10分類名> V 精神及び行動の障害
全国病弱虚弱教育研究連盟「全国病類調査」より¹⁾²⁾

	平成15年度			平成17年度		
	人 数	%		人 数	%	
器質的脳疾患	27	3.1	69.4	47	5.1	78.7
精神病	43	4.9		43	4.6	
神経症（神経衰弱等）	181	20.5		204	22.0	
食思不振症	60	6.8		31	3.3	
その他の精神行動障害	300	34.1		404	43.6	
自閉症	65	7.4		93	10.0	
不登校	204	22.2		104	11.2	
計	880	100.0		926	100.0	

り含まれているのではないかと思うが、診断が難しい精神疾患のケースや専門医による診断を受けていないためにこの範疇に入ったケースも無視できない数ではないかと思われる。

「神経症」は23名増加しており、精神病、神経症、その他の精神・行動障害を合わせると651名となる。従って、何らかの精神的な疾患を持つ児童生徒は、「Ⅴ 心身症など行動障害」の内、平成16年度は7割、平成17年度には実に8割近い数に達している。

第Ⅱ章 神奈川県立横浜南養護学校の概要

1. 沿革

昭和45年、神奈川県立こども医療センター内に県立ゆうかり養護学校（肢体不自由養護学校）分校として開校した。当時は、こども医療センターの肢体不自由児施設・重症心身障害児施設・こども病院に入所・入院している児童生徒を対象としていたが、昭和52年、新たに設置された精神科病棟（現在は、こころの診療科病棟）に入院する児童生徒の教育整備のため、ゆうかり養護学校から分離・独立し神奈川県立横浜南養護学校となった。平成11年度までは小学部・中学部のみであったが、平成12年度より重症心身障害児施設に施設訪問の形で高等部が設置された。

平成16年4月、昭和大学医学部附属藤が丘病院の依頼により、藤が丘病院内に藤が丘学級小学部が設置され、翌17年度には、中学部が設置された。現在4名の教員が現地で指導にあたっている。

2. 特色

本校は、独立した校舎を持たず、こども医療センター・藤が丘病院の中に学校専有の場を借用している、全国的に見ても珍しい学校である。児童生徒は、病棟・施設から廊下伝いに教室や病棟内の学習スペースに登校している。したがって、藤が丘学級と高等部（重心）は施設訪問学級であるが、他は、病棟・施設から通学しているという理解で学級が設置されている。

全国の病弱養護学校では通学生を受け入れる学校が年々増加しているが、本校は施設設備の不備もあり、対象をこども医療センター、藤が丘学級に入院・入所中の児童生徒に限っており、原則として自宅からの通学は、認めていない。

（1）児童生徒について

平均在籍数は約100名であるが、年間を通じて転入があり、その数は平均150名にのぼる。したがって1年間の延べ在籍児童生徒数は約250名を超える。

在籍する児童生徒の実態は、疾病も障害種も非常に多岐にわたっており、前籍校も通常の公立小・中学校の他、最近は、重症心身障害児施設入所以外にも養護学校からの転入があり、さらに私立小・中学校、県外あるいは外国籍と多岐にわたっている。まさに総合養護学校の体である。

この実態の多種多様さは、こども病院の診療科目の多さと思春期外来を含む精神科病棟・生活の場である2つの児童福祉施設によるものと思われる。

平成17年12月1日現在の病棟別児童生徒数は表2のとおりである。

表2 病棟別在籍児童生徒数⁴⁾

*平成17年12月1日現在

	こころの 診療科	こども病院 病棟	肢体不自由児 施設	重症心身 障害児施設	藤が丘学級	合 計
小学部	12	21	28	9	5	75
中学部	11	5	8	5	3	32
高等部	—	—	—	2	—	2
計	23	26	36	16	8	109

今年度は、12月1日現在で、すでに転入が123名、転出が85名（内、6名が死亡除籍）であるので、年度末転出入児童生徒数は、300名近くになると思われる。

平成17年12月までのこども医療センターの入院・入所期間は平均16.8日であるが、近年、この入院期間が徐々に短くなる傾向である。平成14年5月「障害のある児童生徒の就学について」（文部科学省通知）によって、本校では、平成16年度から入院・入所予定日数の多少にかかわらず、たとえ1週間でも主治医の同意、保護者と本人の希望があれば学籍異動を認めてきた。これまでも例外的にごく短期の在籍になるケースもあったが、学習の継続・生活リズムの維持・情緒の安定等の理由から、短期間でも学籍異動を認めることにした。学籍異動にあたっては、通常の手続を原則としている。

この入院期間の短縮化と短期の学籍異動により、本校の児童生徒数が増加傾向にあるのではないかとと思われる。

（2）教育課程

上記のような児童生徒の実態の多様さに対応するために図1のような指導組織で指導に当たっている。

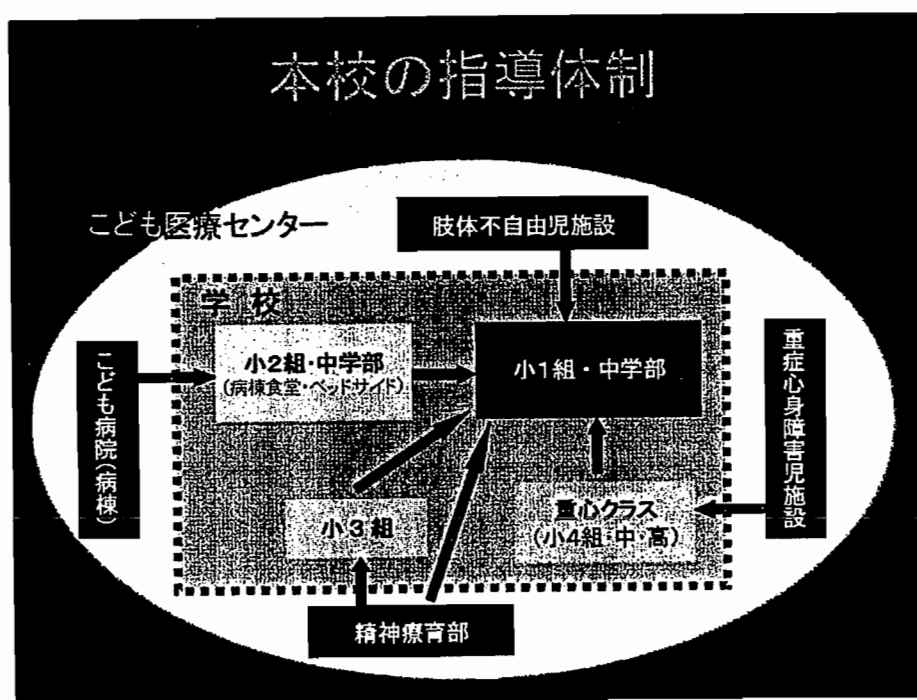


図1 本校の指導組織

教育課程は、小学部では、準ずる教育課程・下学年対応の教育課程・知的代替教育課程・自立活動中心の教育課程の4本立てで編制している。

中学部は、教室数の不足と配当教員数の関係から重心部門を除いて学年別1クラスとし、準ずる教育課程1本のみの編制である。しかし、各教科とも個別対応が必要な生徒のためにティームティーチングの指導体制をとり、生徒の実態によっては、下学年対応や自立活動中心の指導を行っている。

① <教育目標>

- ・疾病や障害の回復、改善に必要な知識・習慣・態度をもった児童生徒を育てる。
- ・安定した情緒と希望をもち、疾病や障害を改善・克服しようとする意思をもった児童生徒を育てる。
- ・自ら考え、学ぶ姿勢をもち、自分の力を発揮できる児童生徒を育てる。
- ・人と人、人と自然・物との触れ合いを深め、自分を大切にすると共に他者をも大切にする情操豊かな児童生徒を育てる。

この教育目標に沿った今年度の学校目標は次の4点である。

② <学校目標>

- ・個々の児童生徒の実態を的確に把握し、ニーズにあわせた柔軟な指導をする。
- ・指導組織と運営組織が相互の理解と信頼に基づき、協働して運営に当たる。
- ・病弱教育に携わる教員として専門性を高め、意欲的に学び、実践し、研修をする。
- ・保護者やこども医療センター、藤が丘学級を始めとする関係機関との連携を深め、開かれた学校の実現を目指す。

表3 こども医療センター精神療育病棟 疾患別診療入退院数

<こども医療センター年報>³⁾

診断名 (I C D - 1 0)		新患診断別 内訳		病棟入退院患者数			
		H15	H16	H15	H16	H15	H16
F0 症状性を含む器質性精神障害		5	5		2		2
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害		0	0	/	/	/	/
F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害		1 2	8	6	5	5	4
F3 気分（感情）障害		7	1 4	4	6	4	5
F4 神経症性障害	F40 恐怖症性不安障害	9	6	1	2	1	1
	F41 他の不安障害	3	9	2	0	2	1
	F42 強迫性障害	1 2	1 0	4	6	3	4
	F43 重度ストレス反応、適応障害	4 1	3 7	4	0	2	1
	F44 解離性（転換性）障害等	1 4	1 1	6	2	7	3
	F45 身体表現性障害	1 6	2 5	2	1	2	1
	F4x その他	2	1	1	/	1	/
F5 生理的障害等	F50 摂食障害	1 7	1 4	9	8	1 1	8
	F50 以外	1 8	8	1	0	2	0
F6 成人の人格及び行動の障害		5	4	/	/	/	/
F7 精神遅滞		3 7	4 3	/	/	/	/
F8 心理的発達の障害	F84 広汎性発達障害	4 8	5 6	4	4	3	3
	F84 以外	1 7	1 6	/	/	/	/
F9 行動及び情緒の障害	F90 多動性障害	2 8	1 9	2	3	2	3
	F91 行為障害	1 5	1 6	6	8	4	8
	F92 行為及び行動の混合性障害	6	6	1	1	1	2
	F93 小児期に発症する情緒障害	2 3	1 7	4	3	3	3
	F94 …社会的機能の障害	1 8	2 3	2	1	4	0
	F95 チック障害	1 5	2 0	/	1	/	0
	F96 他の行動及び情緒の障害	2 4	3 5	1	1	1	0
その他		1 6	8	/	/	/	/
診断保留		1 1	1 0	/	/	/	/
合 計		419	421	60	54	58	49

(参考1) 神奈川県立こども医療センター

本校が併設されている神奈川県立こども医療センターは昭和45年に設置され、歴史と規模から全国でも有数の子ども専門病院である。

全患者が紹介予約制で、子どもに必要であろうと思われる22の診療部門の他、総合診療科・救急診療科を備えている。全病床数は420床であり、そのうちこども病院に関わるベッド数が210床、本稿に関連の深い「こころの診療」病棟（40床）、母性病棟・新生児病棟（80床）、児童福祉施設である肢体不自由児施設（50床）、重症心身障害児施設（40床）という内訳である。

(参考2) 昭和大学医学部附属藤が丘病院

藤が丘病院には、50床の小児内科・小児外科病棟がある。3次救急の指定病院であることから藤が丘学級には、常に事故で入院した児童生徒が在籍している。近隣にリハビリ専門病院がある。内科入院児

は小児がんがほとんどである。子どもの精神科はない。

3. 精神科入院児童生徒

こども医療センター精神科は、昨年度まで療育課（心理）と2科で「精神療育部」と称されていたが、現在は、「こころの診療科」となっている。

こども医療センター年報と精神科清家医師からの資料により、平成15・16年の疾患別入院退院数を表3に、表4には入院児の年齢別内訳、表5に退院児の在院期間をまとめた。表6には、在院患者の診断カテゴリーを示した。

これらの表から精神科に関わる児童生徒のアウトラインが把握できる。この内、本校の学籍を取得する児童生徒は入院児の約半数、学齢児の中では60～70%である。

表4 こども医療センター精神療育病棟 入院児の年齢別内訳³⁾⁴⁾

年齢（歳）	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	計
平成15年度（人）	1		1	1	2	7	1	3	9	6	11	7	6	2	1	2	60
割合（%）	幼児 3.3			小学生 38.4						中学生40.0			高校生以上18.3				100%
平成16年度（人）					3	1	4	3	3	10	6	8	4	6	2		50
割合（%）				小学生 28.0						中学生48.0			高校生以上24.0				100%

<こども医療センター年報>

表5 こども医療センター精神療育病棟 退院児の在院期間³⁾⁴⁾

期 間	人 数				期 間	人 数			
	H15	%	H16	%		H15	%	H16	%
1ヵ月 以内	11人	18.9	12人	24.5	1年～1年6ヵ月	6人	10.4	5人	10.2
1ヵ月～3ヵ月	11	18.9	10	20.4	1年6ヵ月～2年	2	3.5	2	4.1
3ヵ月～6ヵ月	11	18.9	6	12.3	2年 ～ 4年	3	5.3	1	2.0
6ヵ月～1年	14	24.1	13	26.5	計	58	100	49	100

<こども医療センター年報>

表 6 こども医療センター精神科病棟 在院患者診断カテゴリー別統計³⁾

診断名（ICD-10）		人 数					
		小1 ～ 小3	小4 ～ 小6	中1 ～ 中3	高校 生 以上	合計	うち 虐待 主訴
F0	症状性を含む器質性精神障害			2		2	1
F1	精神作用物質による精神及び行動の障害						
F2	精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害			3	1	4	
F3	気分（感情）障害			2	2	4	
F4	神経症性障害						
	F40 恐怖症性不安障害		1		1	2	
	F41 他の不安障害						
	F42 強迫性障害		2	4		6	
	F43 重度ストレス反応、適応障害						
	F44 解離性（転換性）障害等			1	1	2	1
	F45 身体表現性障害		1	1		1	
	F4x その他						
F5	生理的障害等						
	F50 摂食障害			5	2	7	
	F50 以外						
F6	成人の人格及び行動の障害						
F7	精神遅滞						
F8	心理的発達の障害						
	F84 広汎性発達障害						
	F84 以外						
F9	行動及び情緒の障害						
	F90 多動性障害	1		1	1	3	2
	F91 行為障害	1	2	3	1	7	1
	F92 行為及び行動の混合性障害			1		1	
	F93 小児期に発症する情緒障害			3		3	1
	F94 ・・社会的機能の障害	1				1	
	F95 チック障害	1				1	
	F98 その他	1				1	1
合 計		5	6	25	9	45	7
上記のうち不登校を主訴とするもの（再掲）		1	1	12	2	16	—

<こども医療センター年報>

（１）学籍異動

精神科入院児童生徒の学籍異動は、主治医から学校教務への連絡から始まる。保護者から通常の手続きで前籍校の書類を受け取り、転入学願書と保健調査の記入（平成17年12月からは、個別の支援計画作成資料を追加）を依頼する。同時に個人情報の扱いについて説明を行っている。

手続きが終了すると本校の学籍となるが、精神科入院児童生徒の場合、すぐに登校することはほとんどなく、主治医からの資料「学習参加児調書」に記載された指示に基づいて、対応を開始する。

個々の児童生徒によって期間に差はあるものの、まずは担任が病室へ面会に行くことから始まる。その後は、2週間に1度行う「北カンファレンス」で

主治医・学校・心理・看護、時には言語やケースワーカーも交えて情報交換をし、登校の時間数や時間帯、係わりの方針を確認しあっている。

（２）指導体制

小学部3組（精神科入院児のクラス）の時間割は、図2の通りであるが、個別指導を確保した上で集団の係わりができる場面も保証できるように工夫している。個々の児童の登校時間帯が異なるので、全員が登校している時間帯に集団での学習（音楽・図工・自立活動など）を置き、3組児童が全員集うことによるダイナミズムを感じさせようとしている。

現在、3名（内1名は午後、中学部の教科担当）の教員を担任として配置しているが、体育に専科教

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
1 校時	個別学習	個別学習	個別学習	個別学習	個別学習
	T 1－ A T 2－ B・C T 3－ D	T 1－ A T 2－ D T 3－ B・C	T 1－ A T 2－ D T 3－ B・C	T 1－ A T 2－ B・C T 3－ D	T 1－ D T 2－ A T 3－ B・C
2 校時	集団活動 ＜国語的内容＞	集団活動 ＜体育的内容＞	集団活動 ＜音楽的内容＞	集団活動 ＜図工的内容＞	集団活動 ＜自立活動＞
	A B C D (T 1・T 2) T 3－ Gの面会	A B C D E (T 1・T 2) T 3－ Gの面会	A B C D E (T 1・T 2) T 3－ Gの面会	A B C D (T 1・T 2・ T 3)	A B C D (T 1・T 2・ T 3)
3 校時	個別学習	個別学習	個別学習	＜図工的内容＞	＜自立活動＞
	T 2－ A T 3－ B T 1－ 他学部	T 1－ E T 2－ B T 3－ A	T 1－ E T 2－ A T 3－ B	A B (T 1・T 2) T 3－ Gの面会	A B (T 1・T 2) T 3－ Gの面会
4 校時	個別学習	小・合同体育	個別学習	個別学習	個別学習
	T 1－ E T 2－ Aは1組 T 3－ B	小学部 教員全員 対象児童 小全	T 1－ 他学部 T 2－ B T 3－ Aは1組	T 1－ 他学部 T 2－ E T 3－ Aは1組	T 1－ 他学部 T 2－ E T 3－ A
5 校時	総合的な学習				個別学習
	T全と対象児童				T 3－ A
6 校時	クラブ・委員会	* 児童数・登校時間数・面会対応児童の有無等の要素によって 随時変更する。 * 合同体育・総合的な学習・クラブ委員会への参加は、登校時間帯 とは別に主治医と相談して決める。			
	T全と対象児童				

図2 小学部3組日課表 ー平成17年4月ー

員の応援、児童数の増加に対して、適宜、学部の教科担当教員が応援する体制をとっている。

3組の係わりの基本姿勢は次の3点である。

- ・学びの醍醐味である「知る・わかる・できる」喜びを味わわせたい。
- ・「まちがえること・うまくいかないこと・失敗すること」が許され、その解決のための支援が受けられる安心感と信頼関係を築いていきたい。
- ・コミュニケーションツールとしての話し言葉の重要性に気付かせたい。

中学部には、小学部のような特別なクラスは設けていない。まず、担任が病室へ面会する対応から始め、症状が落ち着いたら学年ごとのクラスに通級するが、小学部と同様に登校時間数や登校時間帯は、主治医と相談しながら段階的に設定している。生徒によっては、午後の時間帯の方が活動的なこともあり、午後のみ登校する生徒もいる。

教育課程は、準ずる教育課程のみであるが、精神科入院生徒のほとんどに学習空白があるので、進度差・理解度に応じて教材の精選・指導方法の工夫をしながらチームティーチングを行っている。

第三章 事 例

1. はじめに

本章では、本校での取り組みの中から6事例をあげ、それぞれの児童生徒への教育的関わりについて記すと共に、身近な医療との協働や、事例によっては家庭との連携を含めた経過を報告する。

事例1 自己効力感を高め、活動が広がったA

(中学部)

事例2 学習の継続により、自らの可能性を見出したB

(中学部)

事例3 信頼関係の再構築を願いながら関わったC

(小学部)

事例4 自立活動において得意なことを引き出すことのできた、こだわりの強いDへの関わり

(小学部)

事例5 家族関係の再構築をするために長期入院が必要だったE

(中学部)

事例6 要求が強く、衝動が抑えられないFへの関わり

(中学部)

精神科病棟に入院している子どもたちは、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。不登校・学習空白は多くの児童生徒に見られる。これらの児童生徒に対し、本校は病弱養護学校としてどんな関わりを持つのか？それが、どんな効果をもたらすのか？6事例を通して、本校の役割、病弱教育の意義、医療・福祉・家庭との連携について考えていきたい。

事例の中で使われる用語には、本校独自のものや、精神科で使われるものなど、一般的でないものも含まれている。また、本校の小学部と中学部は指導体制が違う等、解説が必要であることから、以下に用語解説を加えた。

小学部3組 精神科病棟入院の小学生のための学級を3組と称している。1学級のみで1～6年までの児童が在籍する。今年度の担任は3名。小集団の活動や個別学習を主に行う。精神科病棟入院の小学生であっても、集団一斉指導が可能であれば3組には行かず、他病棟の生徒が登校する1組（肢体不自由児中心の学級）へ登校する。中学部にはこのような学級はなく、他病棟の生徒と同じ学級になる。

学習参加児調書 転入手続きが済むと、主治医より「学習参加児調書」が学校へ送られてくる。そこには、治療のめやす・看護のめやすの他に、学校への要望・学習開始希望日が記入されている。それを受け、学校が対応策（担任名・いつから、どこで対応を始めるのか）を記入し、対応が始まる。

面会対応 教室への登校開始以前に担任が病室へ行き、レポート形成に重点をおいた関わりをする。精神科入院児童生徒のための指導形態であり、他病棟では行われていない。関係を築きながら、前籍校での学習進度や対人面・行動特徴なども探る。

登校形態

- ・ **1時間登校** 面会対応に続く登校形態（個人によっては違う形態を取ることもある）で、学校生活に慣れる目的で、まず1時間だけの登校をする。多くは朝1校時目に登校するが、児童生徒によっては午後に1時間だけ登校する等、その限りではない。中学部の1校時目は音楽・美術・体育のような技能系の授業や自立活動の時間が設定されており、学習空白や学習に対して自信のない生徒にも取りかかやすいように設定されている。小学部3組の朝1校時は個別の時間が設けられている。
- ・ **3時間登校** 半日登校・午前登校ともいう。1校時目の参加で学校生活に慣れたら、登校時間を延ばしていく。午前中は3校時あるので、「3時間登校」と呼ばれる。
- ・ **全日登校** 一日の授業（午前中3時間・午後2～3時間）すべてに参加する。
- ・ **試験登校** 退院して前籍校等に通学する準備として、退院前に主治医の指示のもとに数日間、試験的に登校する。これは、前籍校等の受け入れ体制が整っているか、通学や学校生活の障害となることはないか、児童生徒の疲労・負担はどうか等、よりスムーズに適應することができるよう諸般の条件を整備するために行うものである。

学校カンファレンス（北カンファレンス） 精神科カンファレンス室にて、毎週月曜日16時から開催される会議で、学校教員・精神科医師・看護科長・療育課の臨床心理士等が参加する。小学部・中学部が隔週で児童生徒のケースを検討する。学校から1～2名のケースをあげ、医師・学校・病棟・療育の立場から情報を提供し、指導方針の確認や問題解決の糸口を探る。転入生について、転入紹介として医師から紹介される場でもある。北病棟入院中の児童生徒のカンファレンスなので、通称「北カンファレンス」と呼ばれている。

病棟カンファレンス 精神科病棟（看護師）が主催する医療側のカンファレンス。場所は精神科カンファレンス室。精神科医師・看護師・臨床心理士が参加する。時には、学校の担任にも参加依頼が来ることもある。参加することで病棟での生活や

人間関係について知ることができると同時に、学校での様子を伝えることもできる。主に平日の午前中に行われる。

自己効力感（self-efficacy） 自己効力感とは、ある行動を起こす前にその個人が感じる遂行可能感を言う。

院内フリー 精神科病棟内で使われる言葉。こども医療センター内を、看護師の付き添いなしに行動できること。個室施設→病棟内フリー→院内フリー→院外フリー、の順番で自由度が増す。院外フリーになれば、一人で買い物へ行ったり、一人で自宅の外泊へ向かうことができる。病棟内フリーの段階では、登校に際し、看護師が付きそう。

なお、事例の掲載に際しては、個人の了解を得た上で、一部、個人が特定できないように配慮をしている。

2. 事例

事例1 自己効力感を高め、活動が広がったA

（中学部）

1-1 事例の概要（入院・本校転入までの経緯）

小学校低学年から、教室になかなか入れない・対人関係のトラブル等が見られた。登校後は保健室で過ごすことが多かった。高学年になり、級友とのトラブルから登校見合わせとなった。その後、家庭内での対応が難しくなったことから入院。

数ヶ月後、入院生活にも慣れ、落ち着いたところで本校中学部に転入。

1-2 事例の経過

（1）面会期

担任が病室へ向かう「面会指導」から始めた。入院当時、個室に閉じこもっていたAだが、この時期にはプレールームに出られるまでになっていた。

1日40分程度、病室あるいは病棟内でAに関わった。Aの好きなテレビ番組や歌手の話をきっかけに、安心して話せる関係作りを目指した。

Aとの関わりの中で、Aが新しい状況や初対面の人間に臆病であり、どうして良いのかわからず混乱

することがわかってきた。面会指導中はマンツーマンで関わることができたので、大きな混乱もなく落ち着いていた。

学校カンファレンス（医師・看護師・教員）にて面会指導中の様子、その期間の病棟での様子や現在の本人の状態等について検討。登校開始可能であると判断し、1時間登校から始めることにした。

（２）1時間登校期

毎日、朝1校時だけ学校の教室へ通う。同じ病棟の友達と一緒に登校できたので、安心して学校生活を始めることができた。はじめは、特定の人と小声で話す程度の関わりだったが、クラスでの活動をこなし、学校生活にもクラスの友達にも徐々に慣れていった。

1ヶ月後、再び学校カンファレンスにて検討した結果、登校時間を延ばし3時間登校（午前登校）になる。

（３）午前登校→全日登校

学校生活に慣れてきたあたりから、徐々に指導上の問題が明らかになってきた。学習に関しては消極的で、授業には参加しているが座っているだけだった。集団参加が苦手で、特に体育館での体育はほとんど一人で見学していた。対人関係については、話せる相手は増えたが、相手の嫌がることを繰り返したり、場の空気が読めずに浮いた存在になる等、人間関係が広がる一方、トラブルも増えてきた。

それらを受け、認知発達に課題があると仮定し、保護者了解の上、学校で認知発達検査を行った。検査結果から認知面でのバラつきが明らかになった。その結果を元に、Aの得意な認知処理様式を活かした指導方略を用いて指導・援助を行った。課題の提示の仕方や、ゲームの参加の仕方等について工夫し、自己評価の低いAに対し、自信がもてるような関わりを増やしていった。その結果、劣等感の強かったAが自ら計算問題に取り組んだり、参加できなかったボールゲームを楽しめるようになった。わかる喜び・認められる喜びが本人の内発的動機づけになり、次第に人や物への興味関心が広がり、自信にも結び付いた。

その後、新しいことが苦手だったAが、生徒会選

挙に立候補した。クラスの友達の応援で選挙活動をし、生徒会役員になった。対人面でのぎこちなさは残るが、選挙活動を通していろいろな人と関わりを持つことができた。

クラスの中に気になる異性がいたことも、活動の励みになっていた。

（４）退院→進学

退院後の進路選択は重要であり、医療・学校・保護者が連携して取り組む必要がある。Aの場合は、医療面からのアドバイス、学校からの教育的な情報、保護者には見学をしていただく等、連携しながら進めていった。検討を重ねた結果、サポート校に進学することを決めた。

進学先のサポート校から、時々、Aの様子を聞く事がある。Aは対人関係に苦労しながらも友人にも恵まれ、多くの人に支えられているという。

1-3 考 察

本校中学部でのAは、毎日登校し、いくつもの困難を乗り越えながら、成長していった。自信がなく、人を信じられず、ほめても笑わない。聞いても答えは単語程度で会話も成立しにくかったAが、クラスの友達と一緒に行動し、会話し、大笑いする光景は、何ものにも代え難い。これは、学校という場と、友達という人的環境、そして医療が連携しながらAを取り巻き、その時々課題に向き合い、一緒に考え、解決していったからだと考える。医療の力によって本人の力が発揮できる状態が保たれ、その上で教育として学校場で本人に合わせた関わりを持つことができた。学校と病棟が同じ建物にあり、日常的に連絡を取り合える体制は、問題をリアルタイムに捉えることができる利点を持っている。結果、Aの学力向上もさることながら、A自身が自己効力感を高めていったことは、Aの様々な取り組みから見て取れる。

退院後の進路選択は非常に重要である。学校は、日常生活の多くの時間を費やすところであり、人間関係を構築する場所でもある。本人をサポートする医療・教育・家庭が連携して、本人のニーズにあった進路を多角的に検討し、選択していくことが重要

であると感じた事例である。

事例2 学習の継続により自らの可能性を見いだしたB (中学部)

2-1 事例の概要(入院・本校転入までの経緯)

小学校では比較的成績も良く、おとなしく目立たない児童だった。中学校入学後、両親が離婚したことをきっかけに自傷行為が始まった。自傷行為の頻度・程度ともに激しくなり、いくつかの病院の精神科を経て、こども医療センターに入院した。父親によると「病院内に学校があり、教育が受けられる」ことが転院の理由だったという。本校中学部に転入。

2-2 事例の経過

(1) 面会期

終日、個室に施設された状態で面会対応を始める。学習意欲があり本人の希望する教科のプリントやパソコンを使った学習に取り組んだ。理解度は高く、本人なりの学習スタイルを持っている。薬に興味を持ち、とても詳しい。本が好きで、本から様々な知識を得ていたようである。

(2) 3時間登校期

学校カンファレンスの結果、3時間登校になる。本人の得意な「勉強」を充実させることで自信に結びつけようと考えた。登校開始当時は、Bから目が離れないように教員が一人張り付いた。そして、体調や授業中の様子を書き記した連絡ノートを作り、授業ごとに本人とノートを次の張り付き教員に引き継いだ。

教室に登校し学習を進めながら、人との関わりも増えていった。以前に比べ表情は明るくなったが、筆記用具等を使っただけの自傷は続けていた。しばらくして大げかとなる自傷をしたことから、学校と医療の間でその後の対応について相談した。その結果、しばらくは登校を見合わせ、状況を見守ることにした。病棟でのBは、病院や学校に対する不満や、親に対する複雑な気持ち等を一気に爆発させたそうだが、しばらくして落ち着きを取り戻す。この時期の荒れたBの心により添ったのは、担当看護師であり、その存在は「信じられる大人」としてBの中で大き

くなっていく。その後、面会対応再開に向け、病棟とのカンファレンスを何度か持った。主治医から、「病気でなく、本人の健康的な部分を見て欲しい。将来的に高校進学の可能性もあるので、主要5教科の面会指導を行って欲しい」と要望が出された。その当時、本人は高校進学希望はなかったが、勉強することには前向きだったので、主要5教科の教員5人が日替わりで病室へ通うという特例の面会対応を行った。学習空白はあるものの、マンツーマン体制で学習を進めていき、力をつけていった。

(3) 全日登校

病棟での落ち着いた生活が続き、自傷行為も無くなった。登校が再開され、授業・行事への参加ができるようになった。校外宿泊は、まだ生活規制が多いことから宿泊はせず、日中のプログラムのみの参加になったが、いろいろな体験ができた。調理実習、友達と一緒に参加したオリエンテーリング等、院内では見られない笑顔で参加していた。自由時間に担任と2人で散歩しながら、シロツメクサの冠を作った。その時、Bが突然、これまで話すことのなかった幼い頃の辛い体験を話し始めた。その気持ちを受け止め、寄り添ったことで、担任との距離がぐっと縮まった気がする。大人びたBが、まるで小さい子どものようにシロツメクサの冠を頭に乘せて病院へ帰っていった姿は印象的である。

その後、学習が進むにつれて「高校に行きたい」という気持ちが高まり、高校受験という目標を持つようになった。意欲的に学習に取り組んだ結果、みごと志望校に合格した。

(4) 退院→進学

本校を卒業し、退院した。外来診療は引き続き行う。高校・児童相談所・医療・養護学校の関係者で集まり、引き継ぎと共に、今後の対応を検討した。

2-3 考察

自傷行為の傷跡が「勇気の証」とでも言うかのごとく、Bは精神科病棟のカリスマ的存在だった。Bのケースは、逃げる、切る、異物を飲むetc、本人に張り付く人的余裕のない学校としては対応の難しい事例だった。

本校は、病院建物内にある学校で、病院の廊下続きに教室がある。学校の門もなく、病院の玄関はオープンである。個室で施設されている生徒が、オープンな学校に登校するリスクを痛感させられた事例でもある。学校というシステム・環境・管理下で、「切りながら生きていく」という医師の言葉は、なかなか理解・対応しがたいものだった。

「本人の健康的な部分を見て欲しい」というのが学校に対する主治医の要望だった。しかし、教員の目が、派手な行為である「自傷」の部分にいき、B自身の心に向かない時期があったのは事実である。Bとの関係が深まるにしたがって、Bの心が見えてくる。ここに至るまでのBには、身体にも心にも大きな傷が残っていた。親を求める気持ちが自傷へ、その気持ちが強くなるほど行為はエスカレートした。難しい本を読み、Bの発する言葉はまるで大人の様だが、精神面の幼さが見え隠れする。そのアンバランスさに少しずつBは気づきはじめていた。親を求める自分がある反面、期待すれば裏切られる。だから最初から大人は信じない、希望は持たないことで自分をおさえている、そんな印象だった。

そんな中で、医療とは違う「学校」という環境、病気ではなくB自身を見ってくれる他病棟の級友の存在が、Bにとっては大きかったと思う。勉強はBにとって誇れるものだった。クラスの中では、自傷行為でなく勉強で級友から一目置かれた。学習空白があるものの、理解度はクラスでも群を抜いていた。できることが増える、わかる喜び、高校受験という目標ができたことで、Bは自分の存在価値を見いだした。父親が高校進学に協力的で、自分の方を向いてくれたことは本人の大きな喜びになった。自傷行為が減り、生活リズムも整い、学校生活を楽しむ。そこでのBの笑顔は輝いていた。

努力の甲斐あって、志望校に合格。進学先の高校では、担任をはじめとする教員団が本人をサポートしている。相談事があると、保健室へ行き養護教諭に話しをしているという。養護学校は、Bが外来診察後に立ち寄ってくれるので、近況を聞いたり、悩みを聞くなど、微弱ながらBの支援を続けている。話しのできる場所があること、話せる人の存在がB

を支えている。多くの人が見守りながら、Bの心の成長と、良き出会いを願うばかりである。

病気療養児の教育の意義は、単に学習空白の補充のみならず、生活にリズムを与え、人との関わりや心理的な安定にも作用し、生きがいをもたらすとも言われている。Bのケースは、精神疾患・問題行動に注目するのではなく、本人の学ぶことへの意欲を満たし、良いところを伸ばしていった事例である。問題行動のある生徒に対し、教育の前提が「問題行動をなくしてから」だとしたらどうだろうか？「本人+問題行動」そこから「問題行動」がなくなれば「本人」だけが残る。そこから教育しましょう、ということができるのだろうか。人間はそんな単純なものではない。問題行動を起こさざるを得ない状況の本人を受け止めることが大切で、教育的関わりとしてアプローチを継続するべきである。それにはもちろん医療等との連携は必須であり、学校の人的・物的環境も加味していかなければならない。しかし、学校が何もせず、本人に変化だけを求めているのでは、大事な児童・思春期は過ぎていってしまう。大人は大人の責任を果たし、児童生徒のニーズに応えるように努力していかなければならない。「本人の健康的な部分を見て欲しい」という主治医の言葉は、教育のもっとも大事な部分を思い出させてくれたと感謝している。

事例3 信頼関係の再構築を願いながら関わったC (小学部)

3-1 事例の概要

小学部3組に在籍する4年生のCは、出生直後より母親からの身体的虐待・心理的虐待・ネグレクトを受けていた。母自身が虐待を受けた経験がある。父親は養育に無関心で実際の養育は姉が行っていた。弟が出生直後父母は離婚した。母はその弟を溺愛する一方Cに対する虐待はエスカレートした。4歳の時保育園からの通報で児童相談所に一時保護された。6歳で児童養護施設に措置入所となったが、施設での暴言・暴力・盗み・虚言などの問題行動や情緒不安定な状態が続き、7歳の時にこども医療センターを受診し、入院となる。

3-2 事例の経過

(1) 面会期

入院後、病状把握のため個室に入る。薬物療法も始まる。その後担任が面会指導を始めた。人見知りもなく、すぐに打ち解けていろいろな話をした。小さい時の話をしみじみとすることもあった。1日30分、興味のあること(図画工作)を中心に毎日学習した。集中力がなく飽きやすいため、いくつかの学習内容を用意していった。服薬量が多く、手の震えがあり1人でできないことが多かったが、イライラしないで教師の援助とともに活動に取り組むことができた。

(2) 1時間～午前登校期

面会指導で教師との関係にある程度築けたとして、学校へ登校を開始する。しかし、時間数が増えるに従って次第に教師に対して威圧的になっていく。学習にも落ち着いて取り組めず、わからないことがあったり、思ったとおりにできないとすぐにイライラしてやめたり、怒鳴ることが増えていく。見通しのつきにくい活動・学校行事には不安が増大し言語化できずにパニックになって暴言になることが多かった。校外学習で他のクラスの児童と一緒にになると、「あいつがにらむ。」と被害的になって不穏になった。また、クラスの支配的な男児に怯えるようになり、言われることに全て従いそのストレスが日々高まっていた。

(3) 再び面会指導

その支配的な男児が退院した後、爆発するかのようには抑制の利かない毎日が続いた。朝、登校したところで周りの者に当たり散らして教師や他児に威圧的に怒り出した。学習が成り立たず帰棟する毎日が続いたため面会指導となる。病棟でも学校と同様周りの子どもが刺激になり安定した時間が全く持てなくなった。また、生活の場面でもちょっとしたことで怒り出し、看護師が対応に苦慮することが増えていったため個室施錠となる。個室の中で大人との1対1の関わりを持つことで信頼関係の再構築を計ろうとした。教師は本人の安定を願って施錠された個室を毎日訪問した。が、学習に取り組む意欲はなく、見捨てられ不安が増大するばかりであった。それで

も、何とか楽しく過ごすために個室でスポーツをしたり、プリントをすればポケモンチョコをゲットできるようにした。個室でボールを投げて遊んだりしたがうまく取れないと突然怒りだし止まらなくなったり、教師の退室時に脱走したり、落ち着かない日が続いた。

一方で母との定期的な面会が始まった。何年ぶりに会う母にCの緊張感はとても高く、面会後はフラッシュバックを起こして一時的に不安定になった。

(4) 枠を広げた面会指導

個室施錠が続く中、対人関係は改善されず、Cの不安だけが増大し看護側の疲弊も限界になったためCは大部屋に移動する。移動するにあたって医療スタッフは行動療法を行うことを決めた。きまりを守れない時には注意を促すイエローカードを、保護室で安静にするときにはレッドカードを用いてCにきまりを覚えてもらうことを目標にした。学校は場・教師の枠を広げて体験中心の面会を行った。調理・散歩・運動・パソコンなど活動を教師とコミュニケーションを取りながら行った。好きなこと・やりたいことを活動の中心にし、一方的で威圧的な言動を少しでもなくし、自分の思いを言葉で表し、心地よく学習できるようにしていくことを目標にした。この時期から児相・施設職員と医療関係者で定期的にケースカンファを持った。

(5) 再登校期

午前中2時間登校を再び始めた。1時間目は個別か小集団での学習に取り組んだ。WISC-Ⅲ・S-M社会能力検査でCは4歳～5歳の能力という結果を受けた。がCのプライドはとても高く、1対1の個別では下学年の内容を、集団では他児にCの学習内容がわからないような配慮をした。個別学習では、自分で選択したプリントをした後、その時間の課題を学習した。集中時間はだいたい20分ほどでその後はレゴをして過ごした。レゴでは教師の支援を強く求める時期があったが、細かい操作も自分でやってみようとするのがみられ、1人で楽しめるようになってきた。

母との面会は定期的に行なわれ、母宅への外泊も

実施できたが、母の気持ちは固くCも緊張感を持ったままである。

3-3 考察

生命の維持すら難しい状況で育ってきたCは、自分に関わる人たちを信用することができず、抵抗する日々が約2年続いた。大きな氷の固まりが少しずつ少しずつ溶けていくように、今やっと穏やかな時間を増やしていくところまできた。まだ自分の思うようにならず、衝動的に怒り出すこともあるが子どもたちの中に一緒にいようとしたり、基本的な生活習慣を身につけようとしている。大人との1対1の場面では自分の気持ちを話すことが出来るようになってきた。学習場面でも投げやりにならず、根気よく作業を続けることも増えてきている。一方、2時間登校の中でも子ども同志の関係がうまくいかないことがあり、脅し・依存だけではない人間関係が理解できないようである。学力的にも低く、本児の自立への支援をどのようにしていけばよいのか、医療スタッフと共に検討を重ねた事例である。

事例4 自立活動において得意なことを引き出すことのできた、こだわりの強いDへの関わり(小学部)

4-1 事例の概要

幼児期、自分からはうまく友だちとは遊べずにいたが、誘われると輪の中に入れることができていた。服やリボンの形へのこだわり、色々なことの確認の様子も見られたが、母の「大丈夫」の言葉の対応でおさまっていた。

就学後も対人面では変わりなかったが、些細なことですぐに泣き出すことが増えた。授業中は話を聞いていないことが多かったが、学校を嫌がる様子はなかった。低学年後半、漢字を書くことの嫌悪や、線の形へのこだわりを訴えるようになった。

中学年になると、生活の中に自分なりの決まりを作り、順序よくできないと最初からのやり直し、泣き叫ぶなどが増えたことから、薬の投与が開始された。その後、対人関係から不登校となり、家では情緒面での不安定さ、要求や確認が増した。そのため、

こども医療センターを受診、入院、入院生活に慣れてきたところで本校小学部に転入となった。

4-2 事例の経過

(1) 小学部3組全日登校期

登校開始時より、比較的自由な枠組みの中で学習を行う3組に全日登校をした。

医療側からの学校への要望は、「できるだけ受け止める形で、安心して楽しめるように。」とのことから、自立活動の目標を「心身の安定を図る」「仲間と協力して活動する」とし、取り組み始めた。

登校開始当初は緊張感もみられたが、すぐに表情もやわらぎ、1ヶ月を過ぎた頃には、クラスメートと協力して活動できるようになった。教科の学習にも意欲的に取り組み、教科書も使用していた。

半年程過ぎた頃からこだわりが強くなり、落ち着いて学習に取り組めない日々が続いた。同時期、家庭への拒否感が強くなり、外泊は一時中止となったこともあった。自立活動の「校外学習のしおり作り」では、表紙の絵だけなら描くということで、参加することができた。

その後こだわりは少しずつ減り、色々な活動に参加できるようになったが、学習面では負荷を感じるような内容は取り組みにくく、教科書を使用している教科学習は難しくなった。友だちとの関わりの中で不安定になることも多かった。この時期、自立活動で楽しんで行っていたのは、プラ板、アイロンビーズ、木工工作などであった。

医療側は、今後の進路先について検討を始めた。学校カンファレンスにおいて、「自由な状況よりも枠組みされた中での学習環境の方が、混乱が減るであろう。」「退院後の進路を考えて。」の理由から、1組への移行を開始することにした。

(2) 学習クラス移行期

自立活動の目標を「落ち着いた気持ちで過ごす。」とし、午前は、授業の枠組みがしっかりしている1組、午後は3組にて学習した。

午前の1組では比較的落ち着いていたが、午後の3組の学習では、情緒的に不安定になることが多く、プラ板作り、木の組み立て工作、グラスデコ作りな

どの活動で気持ちを落ち着かせていた。

2ヶ月後、1組で学習することに慣れ、落ち着いて過ごせていたことから、学校カンファレンスにおいて、1組への全日登校にすることとした。

(3) 小学部1組全日登校

自立活動では、「いろいろな活動を通して友だちと協力して活動して、最後まで作業に取り組む姿勢を身につける。」という目標を設定した。

紙粘土やピーピーモザイクなど、好きな活動には意欲的に取り組むことができた。しかし、やりたくないことに対しては、拒否感を押し通すことが多くなったので、「できることはやる。」という方針で関わった。チック・脅迫症状・こだわりなどが時折見られるようになり、気持ちが落ち着かず、病棟に戻ることもあったが、翌日には気持ちを切り替え、課題に取り組むことはできていた。

強迫症状とわがままの判断が学校側では難しかったため、学校カンファレンスにおいて、医療側よりその見分け方のアドバイスをしてもらおうと共に、1組での関わり方について確認した。

1組への登校数ヶ月後、慣れ親しんだ人と一緒に登校するとパニックになることが増えたため、単独の登下校にすると、登校時のパニックは減少した。しかし、授業中に、パニック・こだわり・チック・脅迫症状・暴言・暴力がしばしば見られるようになった。

学校カンファレンスにて、医療者側からは「強迫症状のこと」「薬での対応の試み」「親への暴言」「友だち関係」など病棟での様子を聞くと同時に、暴言・暴力に対する対応方法も確認した。

その後は、楽しいことがあると、落ち着いて学習できることもあった。しかし持続性はなく、飽きやすいので、「これだけはやる。」という目標設定を明確にすると、取り組めることもあった。

7ヶ月目頃から情緒的に不安定になり、確認行為・発言や暴言・暴力がエスカレートし、学習できない時間が多くなった。

Dの精神状態を考慮し、学校カンファレンスにて対応方法を検討、病棟に教員が訪問して行う面会対応での学習に移行することとした。

(4) 1日1時間の面会対応学習期

面会対応開始当初は落ち着いていたが、少しずつ不安定になる時間が増えていった。1ヶ月過ぎた頃には暴言・暴力が増すと共に、学習時間のほとんどの間、確認の言葉や不満などを発していた。紙粘土製作している間だけは、比較的集中し、楽しんで行っていた。

新しい進路先への不安から、自分で想像上の状況を考え、不安・不満を言うことが多かった。しかし、その内容は次第にDの要求や希望へと変わり、それと共に精神的な不安定さはあるが、暴力行為もほとんどなくなった。

4-3 考察

初めての人・場所では比較的落ち着いて過ごすことができるが、慣れた人・場所に対しては、依存や甘え、一方的に自分の要求を通そうとすること、確認を強要することが増えてきた。強迫症状かわがままかという判断が難しく、これに関してカンファレンスにおいて医療的なアドバイスをしてもらったことは、対応するにあたって参考になった。

Dは自分なりの生活スタイルのこだわりを持っており、それを一般的な社会の生活スタイルに合わせようとさせると、パニック症状を示す。その指導が、慣れた人であればあるほど、自分のこだわりを通そうとする様子が見られた。

強迫症状は、学習開始当初には見られなかったが、しだいに増えてきた。初めは言葉の確認のみであり、本人の求める言葉が返ってこないとパニックになった。「淡々とオウム返しで本人の求める言葉を返す」ことが適当、との医療側のアドバイスにより、パニックは減っていった。しかし、Dが何度も繰り返し同じ返答を求めたり、徐々に理不尽と感じる返答を求められることが増え、正確さも強要するようになったことから、この症状への教育的な対応の難しさを感じた。それゆえ、教育的な関わりのみでなく、医療的なアドバイスを受けることによって、より適切な対応を行うことができたのではないかと考えられる。

以上のDの症状は、繰り返されながらも、徐々に

改善してきてはいる。しかし、社会的な生活を送るのにはまだ多くの困難が考えられ、Dの生きにくさは改善されているとはいえない。さらに長い時間をかけて、医療・教育・家庭など様々な人々が協力して指導・支援を行っていく必要がある。また、持続時間は短いながらも、自立活動において行った「物を作ること、工作や絵を描くこと」などの活動は、得意とし、集中して取り組める内容であったことから、これらの活動を発展させ、少しでも豊かな、そして、精神的に安定した社会生活が送れるような道しるべを考えていくことも必要と思われる。

事例5 家族関係の再構築をするために長期入院が必要だったE (中学部)

5-1 事例の概要(入院・本校転入までの経緯)

両親とも仕事を持っている、本人は帰国子女であり、帰国後の面倒は主に祖父母が見ていた。小学校高学年より家で不安定な状態になり、学校へも行けなくなる。その後、ほぼ1年間入院する。退院のあとフリースクールの登校を試みたが、再び家で不安定になるなど改善にはいたらず、中学生になり再入院した。

真面目で几帳面な性格で、時々緊張する。周りへの気遣いから意に反して、役割を引き受けることがある。また、他人に対しては正しいと思ったところは指摘することもある。

5-2 事例の経過

(1) 面会から登校まで

学校と医療の情報交換で、「本人がどうしたいかをまず優先させていく。登校についてもまわりからは勧めずに、本人の意思を待つ。」ということで面会をはじめた。

本人の意思を確認しながら、宿泊行事に参加するなど徐々に学校に慣れ、半年後に午前登校になる。その後、2年生の1学期まで、授業はもとより生徒会活動や文化祭などの行事に参加し順調に活躍する。

学校カンファレンスにて、医療から「自分の気持ちをその場で表現して行くこと、変な気遣いから意に反した返事をしたりもするので自分の考えを表出

することを援助して行くこと」を確認する。

(2) 再び不登校。面会対応に戻る。

再び不登校になる。原因は友人関係や、目標への葛藤など色々考えられる。学校との関係を保つために、時々インターネットやパソコンのソフトに挑戦して過ごす。

医療側から「家庭での生活時間が伸ばせたら退院を考える。」とあったが、葛藤が多く自分からやることが見つからず、外泊中イライラしたり不安定になることもあって、しばらくのあいだ外泊も中止になる。このころより、保護者(父親)のかかわりが増えてくる。

(3) 再び登校開始から卒業まで

3年1学期の宿泊行事に参加。再び学校に意識が向かいつつあり、退院も伸びそうなので、本人との相談のうえ、2学期よりの登校開始を決める。修学旅行への参加や定期テストも受ける。自分で目標を立て、進路についても考え始めはじめる。資料を集めるなどして家族とも相談し、最終的にはサポート校に進学した。

学校カンファレンス等で、家庭との関係においても保護者と本人とのあいだに、適切な距離を持ち、必要な支援を考え実践して行くことになる。

5-3 考察

経過の指導前の欄に記入したように学校と医療の情報交換で、「本人がどうしたいかをまず優先させていく。本人の意思を待つ。」というのが一貫して流れていた考え方であった。医療側でもスタッフの間ではゆれることもあったが、主治医は「待つ」ということで一貫していたように思う。学校側も、基本的に自分で決めるまで待つという医教共通の方針で、色々提示できることは提示したが、結果として気長に接した。保護者との関係においては、特に母親に対しては求めている気持ちは強いが、一緒にいると加減がわからず、暴走して自分がどうしていいかわからなくなってしまうという関係が続いた。長い時を経てお互いに適切な距離感が必要だということ、家族の中でも確認できたのだと思う。

事例6 要求が強く、衝動が抑えられないFへの関わり (中学部)

6-1 事例の概要 (入院・本校転入までの経緯)

小学校3年で単身赴任をしている父親のことが心配になり不安状態になる。いったん収まったが小学校5年のとき再び不安状態になる。次第に、不安を解消するための確認行為が激しくなり、さらには、欲しい物があると、それを買ってもらえるまで執拗に要求を繰り返すといった、物への要求がエスカレートしていった。自分の要求が抑えられず、家族を脅してでも要求を通そうとするため、家庭生活が困難になり、中学1年時の1月に入院。外来で通院を始めた当初は、何かにとらわれている様子で、自分の不安を解消するためには手段を選ばないところがあった。また、入院後はしばらく暴れていた。入院後半年経過し、トラブルはあるものの学校に通学できる程度に症状が改善され、中学2年時の9月に本校に転入。両親は小学校5年時に離婚、以来父親に育てられる。

6-2 事例の経過

(1) 指導前

主治医からこれまでの経緯と、例えば「学校にはやく行けるようになりたい」というように、様々な要求をしてくるので、要求するうちは我慢をさせ、要求が出なくなったらそれを認めるといったことをしているという説明を受けた。そして、本人は自分の希望をしつこく言って相手が折れるというスタイルを確立しているの、学校では本人の希望が通るという形にせず、学校の方針として許可するといった措置をとって欲しいという要望があった。また、衝動を抑えきれないことがあるという説明を受けた。さらに状況判断が苦手、相手の気持ちを考えられないところがあるという説明を受けた。

(2) 面会対応 (約1週間)

1週間程度の予定で面会対応を開始した。はじめは「学校にはやく行きたい」という要求をされ、「それは主治医の決めることだから」と答える、こんなやりとりの繰り返しであった。「そんなにあわてることはない」ということを面会のたびに言って

諭し続けるうちに、執拗な要求はなくなっていった。

(3) 午前登校 (2学期前半)

1週間程の面会対応を経て、主治医の判断で午前中のみの登校を開始した。はじめは「院内フリーにして」という要求を会うたびにしてきた。「それは主治医が決めることだから」と要求されるたびに突っぱねたが、こちらが気になるほどの執拗さは無かった。むしろ目立ったのは衝動性の方で、授業中、教師の話を集中して聞くことができず、すぐに周囲に注意がそれてしまうことがたびたびあった。また、教室移動のときなどは、乗りもしないエレベーターのスイッチを押そうとしたり、人が大勢いて危険なところで突然手すりをジャンプして乗り越えてしまうなど、周囲の状況を考えずに行動してしまうところがあった。

学力面では、小学校程度の計算力はあるが、漢字の読み書きはほとんどできず、黒板に書かれた字をノートに写すことも困難であった。また、教師の指示の意図を理解できず、適切な受け答えができないことが多かった。そのため、個別指導中心で学習を開始した。

登校開始後しばらくして、同じ病棟、クラスの異性とトラブルを起こした。Fが「あいつをぶっ飛ばす」というような暴言を吐いたことがきっかけであった。はじめは暴言を吐いたことを認めなかったが、厳しく問いただすと、あっさりとした。自分の言動が相手に及ぼす影響を想像する力が乏しいようで、相手の立場に立って考えるように時間をかけて諭した。幸いにも数日で関係は修復し、遠足では仲良く一緒に行動するまでになった。

(4) 午前登校 (2学期後半)

相変わらず「院内フリーにして」という要求はあるものの、さほど気にならなかった。また、教員の支援もあり、少しずつ衝動の方も抑えられるようになってきた。

学習面では相変わらず集中力を欠くことが多かったが、外部講師が「職業」についての公演に来たとき、熱心に、驚くほど集中して話を聞いたことがあった。このとき、興味・関心のもてる内容であるならば学習に集中できるという事実には教員は驚かされた。

学習に集中できないのは、大幅な学習の遅れから、内容の理解が困難で、興味・関心がもてないことも一因であると考えられる。そういった意味でも、学力の向上を図ることは重要であると思われた。しかし、午前授業だけでは学習内容の定着を図るには時間的に少ないので、担任が放課後病棟に行って学習指導をすることにした。

その他、気になったこととして、Fがもつ金銭感覚があった。お金は湧いて出てくるものと錯覚しているのだ。例えば「先生いくら小遣い貰っているの?」「えー! たった3万円なの!」というふうに、Fの感覚では、3万円は、取るに足りない金額なのである。これはFの入院までの経緯を考えると、当然の帰結であるともいえるが、教育上放置できるものではないため、担任は、機会があるたびに金銭の大切さを話すことにした。しかしそれ以上の方策はとらずに冬休みを迎えた。

(5) 冬休み

一人で祖父のところに行った。遅れて父親が到着した。到着後から、父の不在中の小遣いとクリスマスプレゼントのお金を執拗に要求し、さらには正月のお年玉についても「もらえるんだよね」という確認を執拗にした。正月になってまとめて高額な金銭をもらおうと、夕方から買い物に行くと騒ぎ出した。遅いから明日にするように言っても聞かず、一人で買いに行った。しかし、目当てのものがなく、他のものを買って帰った。翌日から毎日買い物に行った。特にほしくないものを買って帰った。まるでお金を使うことが目的化しているようなひどい状態のため、父親が病院に連絡をした。担当医と話し合い、退院したいという強い希望もあるので、結果の良し悪しは別として試験的に3学期終了後に退院させる相談をした。このことを父親が本人に伝えた。

(6) 午前登校(3学期はじめ)

「今度退院の相談をする予定なんだ」ということをしきりに言うが、その他は特に何も問題なく平穩に学校生活を送った。しかし、学期が始まって最初の週末、外泊時に父親を脅迫、退院させるよう病院に電話連絡をさせた。兄が病院に連れ戻し、本人と家族、主治医で話し合い、説得されて、一からやり

直すことを受け入れた。その後は、登校停止となった。

・病棟カンファレンスが開催され、主治医より、上記の登校停止に至るまでの経緯が説明された。このとき、入院以来、外泊時に1日当たり金額が決められてはいたものの、高額のお小遣いを父親からもらい続けていたという事実が学校側に伝えられた。生活指導上、中学生にこの金額は不適當である旨を担任から主治医に伝えた。

6-3 考 察

無欠席で登校し、特に大きな問題も起こさず、むしろクラスを明るく活発にするのに欠かせない存在になっていただけに、登校停止という事態にはじめは驚かされた。しかし医療カンファレンスで、小遣いの問題が取り上げられると、懸念していたことが現実になったという印象が変わった。さらに、主治医の話によると、病棟の様子として、医師や看護師などの前では従順だが、年下の子には横柄な態度をとることがあり、また、見えないところで悪いことをするという。学校のように、枠組みがしっかりしていて、教師の目が常に行き届いている状態の方がいいのかもしれないと言っていた。実際、主治医としてはFとの間に利害関係ができてしまっていて、Fからの要求への対処で精一杯なところがあり、学校に期待するものは大きいようである。今後は、健全な金銭感覚を身に付けさせこと等、生活指導についても、医療関係者、保護者との連携を取りながら、より積極的な支援を行うと必要があると考えます。

学習面では、学習に取り組む姿勢や考え方が年相応でなく非常に幼稚で、主体的に学習に取り組む意欲が乏しい。また集中力を欠く。しかし、Fにとって、一定時間継続して学習に取り組む行為自体が、おそらくは生まれて初めての経験であり、登校開始以来、Fなりに相当な努力をしてきたと考えられる。勉強するのは嫌でも、常に教師に目をかけてもらい、きめ細かな指導を受けることはうれしいようである。担任が放課後に病棟を訪れるときも、とても嬉しそうにしており、愛情に飢えていると感じさせられる。母親には捨てられ、父親には見捨てられたという気

持ちがあるのであろうか。病棟のケースワーカーも同様のことを言っており、情緒的なかわりの面でも、医療サイドの学校に対する期待は大きいようである。

登校再開後は、学力を向上させると同時に、精神面の安定と成長を促すことを目標に関わった事例である。

一朝一夕にはいかないであろうが、教師が根気強く親身になってかわり指導をすることで、問題行動が改善されていくことを期待したい。

3. 事例を通しての考察

本校の実践の中から6つの事例報告をした。いずれも学校・医療ともに試行錯誤した事例である。一人の児童生徒のみならず、その背景にある家族も含めて考えていかなければならない事例もあり、そこには情報の共有が重要であると感じた。本校は校舎のない学校であり、精神科病棟と同じ建物に教室がある。主治医や病棟と内線で連絡がとれるので、日常的に問題を共有できる利点があり、緊急の場合にも即座に対応してもらえる安心感は大きい。しかし、距離が近いことと連携がうまくいくことは、必ずしも同じではない。多職種との連携は意外に難しいもので、職種の違いから、考え方や関わり方に違いを感じることもある。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 etc. 多職種が関わり、多面的な視点で一人の子どもを見ることがすることは有利ではあるが、時に一人の子どもにとって、多様な対応が存在してしまう危険性もある。それをカンファレンスや日常の連絡を密にして解決していく努力をするのだが、そこには個人情報の問題や医療情報も関係してくる。一人の子どもを取り巻く人々が、同じように情報を共有することは、距離の近さだけでは解決できない、案外難しいものだと感じている。しかし、本校の教育は医療との協働なしには成り立たない。それぞれが一人の子どもについてもっている情報を持ち寄り、パズルを組み立てるかのごとく重ね合わせて全体像を作り、その子どもをトータルに把握する。そこから見えてくる子どものニーズを明らかにし、それぞれが役割

分担をしていく。その作業がスムーズにできるシステム構築の必要性を、これらの事例を通して再認識した。

これまでの「病弱教育」は、主に慢性疾患児等を対象にして、安静・治療を優先しながら、教育を受けることで学力の保障や心理的安定、積極性・自主性・社会性の涵養を促すといわれていた。本校の児童生徒の中にも、慢性疾患や悪性新生物等、難病の治療をしながら、学校生活を送ることで、自分らしさを大切にしながら、毎日を過ごしている子どもがたくさんいる。教育の目指すところが病気によって違うとは思わないが、精神科病棟に入院している児童生徒へのアプローチは、他病棟の児童生徒へのアプローチや通常学校の児童生徒へのアプローチとは違うところがある。

事例4は、一般的な学校＝学力向上よりも、「社会で生活できる力」を育む役割を本校が実践してきたことを報告している。学習はその手段の一つであり、社会で活かせる知識や対人関係等、学力よりも大きな「生きる力」を蓄える場所・時間を与えたのが本校だったのかもしれない。特に養護学校の特色でもある「自立活動」は、QOLの向上を目指して行うものであり、特に精神疾患のある児童生徒にとっては、大きな役割を果たしている。

その一方、本来の学校の役割である「勉強すること」で自分らしさを取り戻した事例もある。それが事例2であり、その経過からわかるように、「勉強がわかる」ことは、児童生徒にとって大きなことなのである。精神的なダメージの中には「勉強がわからなくなった」ことから始まる例もある。反面、できるようになった時は、評価されやすく、喜びを感じやすい。できる・わかることは人を前向きにする。事例1のように自己評価の低い生徒にとっては、一人ひとりのニーズにあった関わりを持つことで、自信を回復し、自己評価もアップすることができる。アプローチの仕方としては、できないことをできるようにするよりも、できる力を伸ばすことで、多くの力の底上げを図る。これは事例1・2に共通する考え方である。自ら目標を見だし、目標に向かって進む原動力は、誉られたこと、認められたこ

とであり、自分の力を信じることで、一步一步前進していくのである。そんな生徒の姿こそ、教育的関わりの成果と言えよう。

事例3は、虐待の事例である。前章表6からもわかるように、被虐待児の入院が増えている。心にも体にも傷を負った小さな子から、そのまま成長し思春期を迎えて問題行動が明らかになる中学生もいる。学校や大人に不信感を持つ子どもが多く、学校としての関わりには十分に配慮を要する。時間がかかるが、大人が根気強く育て直すくらいの姿勢で関わる必要がある。養護学校である本校は、通常学校に比べ、時間や人的配置に比較的余裕があり、個別のニーズにあわせた関わりが可能である。対応が難しいといわれている虐待の事例等こそ、医療と連携して関わることのできる病弱教育の意義があるのではないかと感じた。

事例5は、家族の再構築のために時間をかけて、学校・医療が協力して関わっている事例である。連携の重要性も近年、盛んに取り上げられていることである。医療も教育も、チームという集団で取り組む流れになってきている。養護学校は以前よりチームティーチングという教員複数配置を行っており、教員間の連携の重要性も実感するところである。

事例6は、学校生活上は安定していたが、生活の場である病棟や、外泊した際にトラブルのあった事例である。生活面での問題行動は、どこが指導を担当する、と分けられるものでもない。関わるものが連携・役割分担して対応すべきである。そのことから、保護者や病棟と学校が連携し、短期・長期の目標を持って関わる重要性を感じた事例である。精神疾患のある児童生徒に対して、ただ授業をするだけ、生活を規制するだけでは何も起こらない。服薬だけでも明らかな解決が見えるわけではない。ただひたすら、本人の可能性を信じて、人と人との関わり合いを増やすことや、自己効力感を高めることがとても大切だと思う。

児童生徒本人に対しては上記の通りであるが、それと同時に、児童生徒を取り巻く環境の整備も必要である。児童生徒・保護者と教員との信頼関係、医療と教員との協働関係、教員同士の協力体制、どれ

も一人ひとりの子どものためには重要である。退院後の生活や進路を考えると、福祉の支援も必要である。医療・教育・福祉が連携して、子どもを取り巻く環境を整え、協働していくことも大切である。

6事例を通して、病弱養護学校としての本校の役割や、個のニーズに合った対応の有効性、連携支援の重要性を再認識しつつ、ここで学んだことをこれからの指導に活かしていきたいと思っている。

第Ⅳ章 本校の課題と今後の役割

1. 精神科入院児童生徒の退院後の進路

表7に平成17年度から平成17年度12月1日の間に本校に在籍していた47名について、前籍校（施設）・在籍期間、転出後の進路を示した。

この表から次のようなことがわかった。

- ① 退院した27名の児童生徒の平均在籍期間は、11.9ヵ月である。
- ② 現在も入院中の児童生徒の12月までの平均在籍期間は7.3ヵ月である。
- ③ 前籍校の通常学級に転入した児童生徒の平均在籍期間は9ヵ月であった。
- ④ 前籍校の個別支援級あるいは相談指導学級等、特別な支援を得ることができる場に転入した児童生徒の平均在籍期間は、11.5ヵ月であった。

個別支援級あるいは相談指導学級等への転入の場合は、退院はしていても住所地の教育委員会の教育相談を経ることが必要となったりするために、学籍異動に日時を要したためだと思われる。前籍校の個別支援級に戻る場合も、学級の状況が当時と変化している場合は、ある程度の調整期間が必要となることもあった。

- ⑤ 退院後、情緒障害児短期治療施設に入所した児童生徒の本校在籍期間は、平均19ヵ月に及んだ。

情緒障害児短期治療施設に入所する場合、施設

平成16年4月1日から平成17年12月1日

学部	前籍校						在籍中の状況		退院後の進路					
	児童養護施設	短期治療施設 情緒障害児	通常小学校	個別支援級	相談指導学級	知的養護学校	在籍中の学習参加	在籍月数 ※は在籍中	児童養護施設	短期治療施設 情緒障害児	通常小学校	個別支援級	相談指導学級	知的養護学校
小学部	○		A ○ B C D E G H ○ ○ J ○ ○ K ○ ○ ○	F I ○ ○			2h 登校 全日 1組 全日 登校 対応なし 全日 登校 全日 登校 1h 面会 全日 登校 全日 登校 全日 登校 全日 登校 全日 登校 3h 登校 1h 登校 全日 1組 全日 登校 全日 登校 3h 登校 全日 登校 3h 登校 1h 面会 2h 1組	32 * 18 9 * 34 15 16 12 8 10 5 9 8 * 5 * 3 * 8 6 * 4 * 2 6 * 3 * 3 * 2 *		A B D	E G H J	C F I K		
計	1	1	16	4			合計	22名		3	4	4		

表7-2 中学部 精神科入院児童の前籍・本校在籍期間・退院後

平成16年4月1日から平成17年12月1日

○は在籍中、期間は継続しているので*で示す。

学部	前籍校						在籍中の状況		退院後の進路					
	児童養護施設	情緒障害児施設	通常中学校	個別支援級	相談指導学級	知的養護障害学校	在籍学習の参加	在籍月数 *は在籍中	児童養護施設	情緒障害児施設	通常中学校	個別支援級	相談指導学校	知的養護障害学校
中学部			A				1h登校	8			A			
			○				対応なし	32 *						
			B				全日登校	13						B
			C				全日登校	21						
			D				全日登校	17						
			E				全日登校	12					E	
			F				3h登校	13					F	
				G		H	全日登校	15	G					
							2h登校	10			H			
			I				2h登校	2			I			
			J	K			全日登校	22					J	
							全日登校	14						K
			L				全日登校	11	L自宅					
			M				全日登校	10					M	
			N				面会対応	4			N			
			○				3h登校	1 *						
			○				全日登校	8		O				
			○				2h登校	6 *						
			P				午後登校	6					P	
			○				全日登校	3 *						
			○				2h登校	1 *						
			○				全日登校	8 *						
			○				3h登校	8 *						
				○			面会対応	4 *						
				○			3h登校	2 *						
			20	3		1	合計	25名	2	1	4	2	4	3

学期の区切りが良くても、環境が整わないために待機せざるを得ない事例も多く見てきた。学校では、個々の児童生徒の「個別の指導計画」を立案し、計画に添って指導を開始する。目標設定に当たっては、学習参加児調書の主治医の意見を参考にして考えるものの、きちんとした意見交換をしているわけではない。主治医の診断と治療方針、看護の方針、学校の指導方針が子どもを中心に、相互に補完し合う関係にならなくてはと考えている。カンファレンスのあり方を含めての課題である。

2. 係わりの心構え

本校では、30年間にわたって精神科に入院した子どもたちと係わってきた。事例の検討の中でも述べたが、その係わりの中で、いくつかのポイントが浮かび上がった。

- ・子どもの苦しさ、辛さ、心細さなどの気持ちに共感し受容する。
- ・子どもの怒り、不満、イライラなどの感情をゆったりと受け止める。
- ・自分の考えや気持ちをことばで表現させることを

大事にし、しっかり耳を傾ける。

- ・子どもの好きな事、得意な事を大事にし、達成感を味わわせて自信を持たせる。
- ・前籍校で経験していない活動を体験させることで、自身に肯定的な感情を持たせる。
- ・生活のサイクル、習性、嗜癖、こだわり等を受け止め自分自身に対して抱いている否定的な感情を和らげる。
- ・立ち止まったり、引き返したりできる逃げ道を用意する。

これらのことは、成文化したり申し合わせたりしている訳ではないが、精神科入院児と係わる中で自ずと身についてくる姿勢である。

子どもたちは、面会を通して閉ざしていた心を開き、信頼できる教員と一緒に学校に行きたいという気持ちになる。1時間登校ができたらもっと学校で過ごしたいと思う。傍にいる教員とどんな時にも自分を見守り受け止め、必要な時には支えてくれるという信頼関係が育ち、何かに取り組んでみようという意欲が見られる。

本校に在籍している間に、前籍校では決して考えられなかった児童会や生徒会の委員、運動会の応援団長など経験して自信を持つ児童生徒がいる。本校は、子どもたちにとって育ち直し（育て直しではなく）の場と言えるのかもしれない。

3. 本校の課題

医療と一体化した本校は、当然のことながら各セクション毎に医教連携システムは、既に出来上がっている。精神科との医教連携も第2章に記したように、北カンファレンスは毎週、病棟カンファレンスや児童相談所・福祉施設とのケース会議にも必要に応じて出席している。しかし、システムが機能し、子どもたちにとって本来必要とされる情報が共有できているかと言うと、必ずしもそうではない。精神的な疾患をもった子ども達の症状は千差万別であり疾患以外の要素もからむと一層複雑になる。回復は行ったり来たり、他の疾患のように治療プログラムが確立し、一般化してはいない。だからこそ、一人

の子どもを中心に据え、係わる大人が職種や立場を超えて必要な情報を交換しあい、専門性を発揮して情報を活かしていく努力が求められるのではないだろうか。

本校では、今年度から専任の支援コーディネーターを置いた。関係者間の連絡調整の他、各職種の支援を必要としている事例の特定、方向づけ等にコーディネーターの力が発揮され始めた。現在は、こども医療センター内のコーディネートが中心であるが、今後は、退院後の支援のために進路先のコーディネーターとの連携が求められると思う。グローバルな視点から個々の事例を把握し、横断的にフリーな動きができるコーディネーターへの期待は一層高まるものと思われる。医療と密接な連携のできる本校ならではの支援ができるのではないかと自負している。

平成17年度内に、支援が必要なすべての児童生徒に「個別の支援計画」を立案することになった。本校でも12月から策定にとりかかり、すでに支援シートを持って前籍校に転出した事例も数多い。この支援シートがあることで学校主導の関係機関からの情報収集やケース会議が設定しやすくなるのではないかと考えている。子どもの将来を見据えた支援をトータルに考えるために、他機関に切り込むための有効なツールとなるのではないと思う。

< おわりに >

この研究の機会を与えてくださった（財）障害児教育財団、（財）みずほ教育福祉財団に厚くお礼を申しあげる。独立行政法人国立特殊教育総合研究所西牧謙吾先生、簗倫子先生、武田鉄郎先生には、6事例が抱える課題に深く共感していただき、親身に耳を傾けてくださった。一言一言が励みになり、大変力づけられた。

県立こども医療センター精神科医師の先生方には、日頃のご指導、ご助言に加え、お忙しい中、快く事例の監修を引き受けてくださった。改めて、感謝申し上げます次第である。

多くの方々のご支援を得て、この報告書をまとめることができた。この報告書が精神的な疾患をもつ

子ども達の指導にあたっておられる各地の先生方にとって、わずかでも係わりのヒントになれば幸いである。同時に、胸の中に冷たい固まりを抱えながら一生懸命生きている子ども達のささやかな応援になるなら何よりも嬉しいことである。

自主研究グループメンバー

棹 山 勝 子	坂 口 政 雄
大 塚 崇 志	小 泉 弥生子
柴生田 美 行	杉 本 陽 子
中 澤 幸 子	萩 庭 圭 子
山 田 俊 男	

他 横浜南養護学校教職員

引用文献

- 1) 全国病弱虚弱教育研究連盟、全国病弱養護学校校長会、全国病弱虚弱教育学校 PTA 連合会：全国病弱虚弱教育施設一覧 全国病類調査 平成15年 5 月 1 日現在
- 2) 同上：全国病弱虚弱教育施設一覧 全国病類調査 平成17年 5 月 1 日現在
- 3) 神奈川県立こども医療センター 年報 2003—No.34 平成15年度
- 4) 神奈川県立こども医療センター 年報 2004—No.35 平成16年度

参考文献

- 1) 横田雅史監修 全国病弱養護学校校長会編著：病弱教育Q&A PART I 一病弱教育の道標—ジァース教育新社 2001
- 2) 横田雅史監修 全国病弱養護学校校長会編著：病弱教育Q&A PART II 新しい就学基準、「自立活動」の事例 ジァース教育新社 2001
- 3) 清家洋二：あいまいさの精神病理 新評論 2002
- 4) 清家洋二：決められない！—優柔不断の病理 ちくま新書 2005
- 5) 大阪府教育委員会：精神障害についての理解を深めるために 平成16年

本書は、(財)みずほ教育福祉財団の
助成を受けて、刊行したものです。

障害児教育研究論文 —平成17年度—

病弱養護学校に在籍する精神疾患のある児童生徒への
教育の在り方に関する実際的研究

平成18年3月 印刷

平成18年3月 発行

編集・発行 (財)障害児教育財団
横須賀市野比5-1-1
国立特殊教育総合研究所内
