

日本の病弱児を取り巻く現状と課題：主要文献からの考察

岡村尚昌

(久留米大学高次脳疾患研究所)

【キーワード】病弱児、病弱教育、心理・生理・病理、心理社会的問題、ストレス

I. はじめに

病弱という言葉は医学用語ではなく、病気を罹っているため体力が弱っている状態を示す一般的な意味で用いられる。すなわち、病弱とは急性疾患などは含まれず、慢性的な心身疾患などのために長期にわたり医師を中心とした診断や治療、または疾患のために運動や日常の諸活動（歩行、入浴、読書、学習等）及び食事の質や量の著しい制限を必要とする状態をいう（武田，2006）。

今日の日本における病弱児支援においては、医学領域を除くと主に教育領域で学齢期の支援を中心に行われていることが多いため、病弱児支援の課題を病弱教育の観点から考える必要があることが指摘されている（田中・小林，2019）。しかしながら、病弱教育の観点から病弱児を取り巻く現状と課題を検討していく際には、疾患と障害を明確に区別することが非常に難しいという問題が浮かび上がってくる。そのため、通常では病弱というくくりではなじみが少ない、注意欠如多動症（Attention deficit hyperactivity disorder; ADHD）や広範性発達障害なども含められることがある。また、教育現場においては、病弱児や障害児の心理・生理・病理に関する理解は十分とは言えない状況である（太田・沼館・金・韓，2017）。病弱児の身体的健康への適応だけでなく、心理的適応そして社会的適応を目指す教育を実践するために、教育関係者が病弱児の心理・生理・病理を理解することが重要である。さらに、病弱教育は複雑な環境下において、多様な支援の場の整備を視野に教育環境整備が求められるため、教育政策や教育実践・方法上の課題も多いことが指摘されている（田中・小林，2019）。

そこで本稿では、病弱教育に関する主要な文献を概観し、日本における病弱児を取り巻く現状と課題について考察する。

II. 病弱教育と学習支援の現状と課題

1 病弱教育の現状と学習支援に関する研究動向

病弱教育とは、病気のため、あるいは病気にかかりやすいため、継続して医療や生活規制が必要な状態の子どもへの教育である。表 1 に、現状での病弱教育を担う学校数とその児童生徒数を示す（文部科学省 2021）。最も学校数が多い校種は、知的障害で 790 校、次が肢体不自由で 352 校、3 番目に多いのが病弱・身体虚弱で 158 校である。在籍児童生徒数も小中高の総計で、学校数と同様に最も多いのが知的障害（133,308 人）で、次いで肢体不自由（30,905 人）、3 番目に病弱・身体虚弱（9,240 人）であり、渡辺（2017）

の報告と同様であった。

表1 特別支援学校対応障害種別学校数、設置学級基準学級数及び在籍者数
(国・公・私立計) (令和2年度)

	学校数	学級数	在籍者数				
			計	幼稚部	小学部	中学部	高等部
視覚障害	86	2,117	4,978	196	1,534	1,037	2,211
聴覚障害	119	2,789	7,850	1,042	3,017	1,636	2,155
知的障害	790	31,799	133,308	208	42,730	27,992	62,378
肢体不自由	352	12,284	30,905	100	13,298	7,817	9,690
病弱・身体虚弱	158	7,653	19,240	15	7,288	4,992	6,945

出典：「学校基本調査」(文部科学省)

※この表の学級数及び在籍者数は、特別支援学校で設置されている学級を基準に分類したものである。
複数の障害種を対象としている学校・学級、また、複数の障害を併せ有する幼児児童生徒については、それぞれの障害種ごとに重複してカウントしている。

次に、表2に小中および義務教育学校の特別支援学級数と在籍する児童生徒数を示す(文部科学省, 2021)。注目すべきことは、知的障害学級よりも自閉症・情緒障害学級の学級数と在籍者数が最も多いことである。これは、渡辺(2017)の知的障害に次いで2番目に多かったという報告と異なり、近年、自閉症・情緒障がい等で特別な支援を必要とする児童・生徒が、特に小学校で増加していることを示している。学級数と在籍児童生徒数が多い順に、自閉症・情緒障害、知的障害、肢体不自由の順で、4番目に多いのが病弱学級数と病弱児童生徒数であった。

表2 特別支援学級数、特別支援学級在籍者数、担当教員数及び特別支援学級設置学校数(国・公・私立計) (令和2年度)

障害種別	小学校		中学校		義務教育学校		計	
	学級数	児童数	学級数	生徒数	学級数	生徒数	学級数	児童生徒数
知的障害	20,694 (42.4%)	96,639 (44.6%)	9,305 (45.1%)	40,648 (48.5%)	213 (45.4%)	945 (48.9%)	30,212 (43.2%)	138,232 (45.7%)
肢体不自由	2,339 (4.8%)	3,505 (1.6%)	836 (4.1%)	1,150 (1.4%)	17 (3.6%)	30 (1.6%)	3,192 (4.6%)	4,685 (1.5%)
病弱・ 身体虚弱	1,893 (3.9%)	3,050 (1.4%)	804 (3.9%)	1,246 (1.5%)	11 (2.3%)	16 (0.8%)	2,708 (3.9%)	4,312 (1.4%)
弱視	402 (0.8%)	456 (0.2%)	157 (0.8%)	185 (0.2%)	2 (0.4%)	2 (0.1%)	561 (0.8%)	643 (0.2%)
難聴	939 (1.9%)	1,400 (0.6%)	383 (1.9%)	553 (0.7%)	10 (2.1%)	12 (0.6%)	1,332 (1.9%)	1,965 (0.6%)
言語障害	568 (1.2%)	1,279 (0.6%)	142 (0.7%)	198 (0.2%)	5 (1.1%)	18 (0.9%)	715 (1.0%)	1,495 (0.5%)
自閉症・ 情緒障害	22,013 (45.1%)	110,409 (50.9%)	9,003 (43.6%)	39,822 (47.5%)	211 (45.0%)	910 (47.1%)	31,227 (44.6%)	151,141 (50.0%)
総計	48,848	216,738	20,630	83,802	469	1,933	69,947	302,473
担当教員数	52,310		22,655		507		75,472	
設置学校数	16,484		7,950		107		24,541	

出典：「学校基本調査」(文部科学省)

※中等教育学校の特別支援学級はなし。

病弱児の場合、知的障害を伴わない児童生徒は通常学級に在籍していることが考えられる。ここで問題となるのは、渡辺（2017）が指摘しているように、体調不良や体力的な問題から長時間の授業が受けられない等や、感染症の予防のため、退院してからすぐに通常学級での通学が許可されないケースも多いことである。にもかかわらず、通学できないという理由で病弱学級の設置が認められないケースもあり、医療の進歩に伴い入院治療から在宅治療へと変わっていく治療方法の中で、病弱学級の設置を積極的に認めることが、これからの幼小中高等学校における特別支援教育の課題であると考えられる。さらに、田中・小林（2019）によれば、病弱特別支援学級の整備や、教員の研修機会の少なさ、重度・重複障害、発達障害、慢性疾患、悪性新生物疾患、不登校を伴う心身症、虚弱・肥満等の多種多様な障害・疾患の児童生徒への支援に関する課題が指摘されている。また、疾患に対する配慮だけでなく、児童生徒の肯定的な自己概念の形成、精神的健康への配慮に関する課題、高等学校段階における病弱児たちへの学習保障に関する課題など、病弱児支援に係る喫緊の課題が数多く残されているのが我が国の現状であることも指摘されている。

岡（2018）は、国内で行われた病弱児の学習支援に関する研究動向や共通して見受けられる要因を確認することを目的として、文献レビューを行った。その結果、病弱児の学習支援に関する研究は共通して、他者との関わりや心理の安定等の自立活動の学習内容がねらいとして挙げられており、学習支援により学習目標を達成あるいは意欲や技能の向上などが報告されている。一方、学習支援の機会として継続的に長期間の実施はされていないなかった。また、その研究の大半が慢性疾患の子どもを対象にしたものであり、不登校や精神および行動障害のある子どもを対象にした研究や検討は非常に少ないこと、学習のねらいが他者との関わりや心理の安定等の自立活動の学習内容に偏る傾向にあると指摘している。特に、病弱児に対する学習支援の効果の評価について、客観的で具体的な情報が少なく、今後、病弱児への教育や支援における心理・生理・病理的な観点からの評価や取り組みが必要であると考えられる。

2. 病弱教育における遠隔教育の実践

前述したように、体調不良や体力的な問題から長時間の授業が受けられない等や、感染症の予防のため、退院後も様々な理由によりすぐに通常学級での通学が難しい児童生徒は、学習が遅れることのないように、病院に併設した特別支援学校や病院内にある学級に通って学ぶことになる。しかし、そこでは療養中の病弱児に対する学習機会が十分に保障するのが難しいという問題がある。このような問題に対して、近年では、退院後に病気の治療をしながら地域の小学校で学ぶ児童の増加や指導・支援の方法の多様な変化が生じている（丹羽，2017）。とりわけ大きな変化としては、学習活動全般において、急速に発達しているネットワーク環境や **Information and Communications Technology (ICT)** 機器の導入の機運が高まっていることが挙げられる。具体的には、学習活動において、ネットワーク環境や ICT 機器を活用することにより、入院時の体験不足の補填、病気の進行状況に応じた学習保障や、心理的な安定等を目的とした新しい指導・支援の視点として活用が期待されている（田中・奥住・大井，2020）。

田中ら（2020）は、病弱教育における遠隔教育の制度化や学習指導要領との関連について確認した上で、ネットワーク環境・ICT 機器を活用して取り組んだ遠隔教育の実践を病気の子どもの生理型・病理診断ごとに分類した。その結果、ネットワーク環境や ICT

機器を用いた遠隔教育システムを構築し、児童生徒の病気の実態に応じて利用することは、学習保障ならびに心理的な安定の充実に寄与することが示唆された。今後、ICT・ネットワーク環境の整備による遠隔教育の実施は、易感染状態によって欠席せざるを得ない児童生徒の支援、病弱の高校生への教育の拡充、現在のコロナ禍のような感染症流行時への対応などとして、将来の病弱教育の専門性を支える一端を担うものとして考えられる。

しかしながら、病弱教育に限らず学校現場に定着しづらい問題も指摘されている。具体的には、ICTに関する専門的な知識をもった教師に遠隔授業の実践を頼らざるをえず、どうしても個人に負担が集中してしまうことである。しかも、その教師が異動することになれば、授業の実践蓄積も他の学校に移ってしまい、遠隔授業の継続が困難になる可能性がある。こうした問題が、特別支援学校などの病弱教育における遠隔授業の導入を進めるにあたって障壁となっている。また、病弱児が継続した学習ができるように「自立した学びを支援する」ことも大きな課題である。遠隔授業において病弱児に対する自立した学びの支援は、特別支援教育における「自立活動を促す」ことにつながる。そのため、今後、自立活動を重視した遠隔授業のあり方を検討することが必要である(近藤・熊谷, 2021)(表3)。

表3 自立活動の内容一覧(近藤・熊谷, 2021)

区分	項目
1 健康の保持	(1) 生活のリズムや生活習慣の形成に関すること。 (2) 病気の状態の理解と生活管理に関すること。 (3) 身体各部の状態の理解と養護に関すること。 (4) 障害の特性の理解と生活環境の調整に関すること。 (5) 健康状態の維持・改善に関すること。
2 心理的な安定	(1) 情緒の安定に関すること。 (2) 状況の理解と変化への対応に関すること。 (3) 障害による学習上又は生活上の困難を改善・克服する意欲に関すること。
3 人間関係の形成	(1) 他者とのかかわりの基礎に関すること。 (2) 他者の意図や感情の理解に関すること。 (3) 自己の理解と行動の調整に関すること。 (4) 集団への参加の基礎に関すること。
4 環境の把握	(1) 保有する感覚の活用に関すること。 (2) 感覚や認知の特性についての理解と対応に関すること。 (3) 感覚の補助及び代行手段の活用に関すること。 (4) 感覚を総合的に活用した周囲の状況についての把握と状況に応じた行動に関すること。 (5) 認知や行動の手掛かりとなる概念の形成に関すること。
5 身体の動き	(1) 姿勢と運動・動作の基本的技能に関すること。 (2) 姿勢保持と運動・動作の補助的手段の活用に関すること。 (3) 日常生活に必要な基本動作に関すること。 (4) 身体の移動能力に関すること。 (5) 作業に必要な動作と円滑な遂行に関すること。
6 コミュニケーション	(1) コミュニケーションの基礎的能力に関すること。 (2) 言語の受容と表出に関すること。 (3) 言語の形成と活用に関すること。 (4) コミュニケーション手段の選択と活用に関すること。 (5) 状況に応じたコミュニケーションに関すること。

出典：「特別支援学校教育要領・学習指導要領解説 自立活動編(幼稚園・小学部・中学部)平成30年3月」をもとに筆者作成

III. 病弱教育における病弱児の心理・生理・病理的アプローチ

特別支援教育では、児童生徒の心理・生理・病理的側面を考慮することが重要である

とされている。実際に、大学の特別支援学校教諭の教員養成課程においては、「心身に障害のある幼児、児童又は生徒の心理、生理および病理に関する科目」が必須科目とされている（太田ら，2017）。そのため、Kohara, Kwon, Goto & Nagahama（2015）は、子どもの心理・生理・病理を、医学的な観点（病気の理解や治療上の注意点）と、心理・社会的な観点（病気や治療による心理的問題や、それによって生じる社会的問題）から理解することの必要性を指摘している。これらのことから、病弱児への教育においても、心理・生理・病理的側面を十分に理解した上で、互いの関係性に基づいたアプローチが求められる。

しかし、現在の教育現場においては、病弱児をはじめとする障害児の心理・生理・病理に関する理解は十分とは言えない状況であることが指摘されている（太田ら，2017）。例えば、病弱児一人一人の疾患や病状を十分に理解ができていない状態、あるいは過度の病状の悪化を恐れた状態で、運動やさまざまな活動が制限されている（工藤・横田，2008）。このような現状にも関わらず、病弱児の心理・生理・病理の変化を測定する尺度が極めて少ない理由から、教育現場の病弱児に対する心理・生理・病理を配慮した授業実践に関する現状把握が十分にできていない。

ここでは、照屋・趙・小原・金（2019）のレビュー論文を用いて、病弱児における心理・生理・病理的アプローチの最近の動向を概説する。

1. 病弱児教育における心理・生理・病理に関する教育評価の課題

小原・仲黒島・長浜ら（2015）は、病弱教育の現場で肢体不自由児・病弱児の心理・生理・病理の変化を測定する尺度である特別支援教育の心理・生理・病理評価尺度（Psychology, Physiology and Pathology Assessment Tool for Children with Health Impairments; PATCHI）（小原ら，2015）と特別支援教育成果評価尺度（Special Needs Education Assessment Tool; SNEAT）（韓・小原・上月，2014）を用いて、病弱児の心理・生理・病理の変化と授業成果測定し、病弱児の心理・生理・病理と授業成果の関連性を検討した。その結果、生理および病理領域得点と授業成果とでは必ずしも一致した変化を示さなかったが、心理領域得点と授業成果とでは関連していることが示された。これらの結果は、教師が病弱児の心理の変化を捉えてながら授業を進めている一方で、生理および病理側面においては、病弱児の変化を教師が十分に捉えてきていないため、授業成果との関連が認められなかったことを示唆している。

PATCHI の病弱児の心理・生理・病理を測定する尺度としての信頼性と妥当性の問題は残されているものの、やはり、現在の病弱教育の現場においては、病弱児をはじめとする障害児の心理・生理・病理に関する理解や配慮が十分でないことが考えられる。

2. 教育分野における病弱児（慢性疾患児）の心理・生理・病理に関する指導及び専門性の課題

病弱・身体虚弱児教育が対象としている疾病や障害の種類は広範囲にわたる。表4に示しているように、病弱・身体虚弱児教育が対象とする障害や疾患は多岐に渡り、また児童生徒によって実態は様々であるため、教員は疾患における生理・病理的な知識及び、その実態に合わせた指導を行うことが求められている。

表 4 病弱・身体虚弱児教育が対象としている疾病や障害

疾患や障害	詳細
呼吸器疾患やアレルギー性疾患	過換気症候群, 気管支喘息, アトピー性皮膚炎など
循環器疾患	心臓疾患, 心室中隔欠損, 心内膜床欠損症, ファロー四徴症, 完全大血管転移症, 肺動脈閉鎖, 川崎病冠動脈疾患, 心筋症, 不整脈, 原発性肺高血圧など
腎臓疾患	ネフローゼ症候群, 慢性腎炎, 先天性腎尿路異常, 慢性腎不全, 慢性腎臓病など
内分泌疾患	下垂体, 尿崩症, 甲状腺機能亢進症, 副甲状腺, 副甲状腺機能亢進症, 副甲状腺機能低下症, 副腎, 性腺, 思春期遅発症
代謝疾患	糖尿病, 高度肥満, リウマチなど
悪性腫瘍疾患	白血病, 悪性リンパ腫, 胚細胞腫瘍, 頭蓋咽頭腫
血液疾患	血友病, 再生不良性貧血など
筋や骨格疾患	進行性筋ジストロフィー, 二分脊髄, ヘルペス疾患など
神経系の疾患	てんかん, 脳性まひなど
心身症	不登校, 摂食障害

宮本・土橋 (2005) 「病弱・虚弱児の医療・療育・教育」より引用

更に、岡 (2018) によると、病弱・身体虚弱教育の専門性の確保が喫緊の課題であるが、子どもへの支援の効果や支援内容の評価について、客観的で具体的な情報が少なかったことも重要な課題として挙げられている。また、児童への教育的効果として科学的な根拠に基づき評価が行われている事例がなく、「授業に参加できるようになった」「友達と良好な交友関係が形成された」等の記述による評価が多いのが現状である。

永井 (2019) は、特別支援学校教員養成課程において、障害児心理学は、知能検査等のアセスメントや障害に起因する心理的問題や行動的問題、カウンセリングマインド等、学生にとって実践的指導力の向上に直結する内容が多いとしている。一方、医学・生物学的な観点を学ぶ障害児生理学・病理学の内容は、学生にとって実践的指導力の向上と結び付きにくく、心理学関連の講義に比較すると、生理学・病理学を敬遠する傾向にあるとしている。さらに、太田ら (2017) は、多くの大学の教育カリキュラムにおいて「心理」・「生理」・「病理」それぞれの関連性を理解するような講義が極めて少ないこと、加えて、これらが子どもの教育成果に影響する重要な側面であることを理解するような講義があまり見当たらないことも解決すべき課題として挙げている。病弱児教育は特別支援教育の中に位置づけられている。そのため、病弱児教育の対象となる疾患以外にも様々な障害や疾患の生理・病理的特徴やアプローチ等について学ぶ必要があるように考える。

IV. 病弱児の抱える問題

急速な小児医療の進歩の結果、急性期を除く小児慢性期疾患のケアの多くが、家庭や学校を中心として行われている。しかしながら、慢性疾患の多くが未だ完全な治癒が望めず、症状をできるだけ軽くし、症状を維持し、悪化の予防をしながら療養を継続する生活が必要となる。そのため、病弱児には独自の育ちの課題があることが指摘されており、心理社会的問題を抱えるリスクは健康な子どもに比して 1.3 から 3 倍も高いことが指摘されている(Thomson, Gustafson, Hamlett, & Spock, 1992)。石崎・小林 (2002) は、

慢性疾患の子どもの心理社会的問題に関する要因を、子ども側の要因と疾患に関する要因に区別しており、子ども側の要因としては、年齢・発達段階、親の対処能力、子どもの理解などが挙げられる。一方、疾患に関する要因は、発症年齢、疾患の予後・経過、機能障害の有無、治療方法などが挙げられており、それぞれの発達段階や状況により、子どもの抱える心理社会的問題に特徴がみられることが報告されている。

1. 病気、障害の受容とセルフケア

病気や障害の受容とは、病気の人や障害のある人が自身の慢性疾患や障害を受け入れ、これを全人的な視野で認識し、適応的に生きていこうとする前向きかつ積極的な決意・行為をいう。また、セルフケアとは、一般的に自分で生活管理や健康管理を行うことをいう（小野・西牧・榊原，2018）。

中内（2001）は、病弱児の病気体験のとらえ方について検討している。その結果、小学校低学年では治療などの苦痛や家庭から離れることへの不安を大きな脅威として受け止める傾向にあった。小学校高学年及び中学部では、病気の受け止め方や病気に対する態度は多様化し、高等部では病気とともにあった今までの生活や自分自身を振り返り、病気体験を肯定的に意味づけしていた。このことは、それぞれの病弱児の発達段階や状況によって、個人の病気や障害の受容に特徴がみられることを示している。

また、主体性や自律性は、学校や社会生活、友人関係のなかで育まれていくものであり、セルフケア能力の育成と密接な関係がある。入院などにより療養生活が長期に続くことによって、病弱児の多くは学習や日常生活などさまざまな側面に対して意欲が低下してしまう。学童期や思春期の病弱児にとってのセルフケアの目的は、病状の維持・安定を図ること、健康状態を保ち心理的に安定すること、学校生活や社会生活に適応していくことである（小野・西牧・榊原，2018）。表5に、思春期の慢性疾患児が病気を受容する過程とセルフケアの特徴を示す。

表5 疾病受容の過程とセルフケアの特徴（丸，2004）

段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
自己認識の特徴	健全であることに絶対的な価値をおく。	健全者の自己と病者としての自己とが分裂。	健全者と類似する存在として自己を位置づける。	病気の部分を含めて自己のなかに正常性を見出し、健全者と対等に病者を位置づける。
病気の受容	感情的なあがき。	希望をよりどころに感情的なあがきを乗り切ろうとする。	希望をよりどころに他の病気と比較して感情的に受け入れる。	希望。 病気とともに生きる決心。
セルフケア行動の特徴	<ul style="list-style-type: none"> 疾患や症状に関する知識はあっても、現在の症状や検査値などと結びつけて理解したり実感できない。 日常生活の中では常に、発作などの危機に対応できる場かどうか心配になっている。 目先の危機が起きないように安心感を求め、時に安心するために誤った（自己流の）セルフケアを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> 身体症状などに関して予測性がなく、自覚症状などは突然起こるようになって感じている。しかし、日常生活の中では、身体に影響のある活動を見分けることができるようになる。 他者との関わりのなかでは、病気でありことを公表したり、セルフケアを行ってよい場かどうか気がなっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 独自の物差しを使って自分の身体の状態を判断し、それに基づいて予定していた行動を修正する。 日常生活の中で行う活動の負荷量や持続時間を判断し、自分の身体の状態に合わせて、行動を調整する。 	
状況判断および、セルフケア行動の基準	恐怖に基づいた判断の段階。健全者と同じようにふるまえるかが判断基準でもある。	マニュアルの状況判断の段階。マニュアル的に療養行動を守ろうとするが、場によっては健全者の友達にセルフケア行動を隠したり、公表しない。	オリジナルな状況判断の段階。自己の価値観に基づいて判断する。	自己の価値観に基づいて判断しているが、より多角的に状況判断が行える

思春期の慢性疾患児が病気を受容するまでには、4段階あることが示されている(丸,2004)。子どもの言動に注意深く観察することによって、疾患の受容の段階を把握することができる。疾患受容の段階とセルフケアの質は密接に関係しており、自分の特性や状況、生活様式に合った適切なセルフケアを行えるようになると、疾患受容の段階も上がる。疾患やセルフケアに関する知識や技術はあっても、それを子どもがどのように受け止めているかによって、日常生活の質は大きく左右される。セルフケアの力を育成していくための教育においても、子どもの心理、特に病気の受容過程に沿った方法が重要となる(森・田中, 2014)。

2. 病弱児の心理社会的問題

前述したように、病弱児は健康な子どもと比較して心理社会的問題が生じやすい。谷口(2014)によると、病弱児が抱える具体的な心理社会的問題として、学習の遅れによる焦りや劣等感が強く、根深い不安や葛藤を抱えていること、長期間の療養からくる苛立ちから短気・衝動的であること、過保護な家庭環境から依存的・消極的で根気がないこと、厳しい治療経験から心的外傷後ストレス障害(Post-Traumatic Stress Disorder; PTSD)となっていること等が指摘される。これらのパーソナリティ上の問題が、病弱児の社会適応や将来の社会的自立の困難さにつながる可能性が懸念される。

一方で、小児がんでさえ治癒率が7割以上となり(細谷・真部, 2008)、小児がん経験者を含めて多くの病弱児たちが病の経験を抱えながら、あるいは慢性疾患とともに、その後の長い社会生活を送ることが当たり前になっている。そうした状況の中で、病弱児が退院後に学校適応に困難を抱えるケースが珍しくないことや、小児がん経験者が就職や就業継続に困難をかかえる等(福井, 2007)、退院後の社会生活上の問題が顕在化している。

3. 病弱児のストレスマネジメント

病弱児が示す一般的なストレス反応としては、いつもより泣き声が高く、すぐに泣きやまず、何をしても泣き続けたり、寝付かない、食欲の低下、人との関りを避けて遊ばなくなる等がある。さらに激しい反応としては絶叫、自己破壊的、環境破壊的行動、消極的な反応としては、過度の睡眠、コミュニケーションの減少、活動性の低下などが挙げられる(Thompson & Stanford,1981)。特に幼児期では、入院し家族から離れることによって分離不安や情緒不安を示しやすくなる。また、治療や入院、それに伴う苦痛な体験から生じる不安や遊びなどの活動制限からストレスをためやすくなる。そのため、時には幼児退行したり、睡眠や食事などの異常を示したりすることも多い。加えて、不安が強くなれば身体症状として頭痛や腹痛を訴えることもある。

病弱児のストレスや心理的負担を軽減する根拠に基づいた支援や教育が必要なのはいうまでもない。しかしながら、村山(2021)は、障害や慢性疾患のある病弱児に対するストレスマネジメント教育は、これまでの先行研究を調査した限りでは散発的であり、その規模も研究ごとに違いがあることを指摘している。一方、海外、特に英語圏では障害や疾患のある児童生徒に対して、マインドフルネスの考え方に基づいたストレス軽減の取り組みが多く行われている。例えば、ADHD、反抗挑戦性障害、行動障害、自閉スペクトラム症を主診断とした生徒とその家族に対して、ボディスキャン瞑想や呼吸法を取り入れたプログラムが実践された。その結果、これらの主診断の違いに関わらず、家族

関係、とりわけ親子関係の修復や養育履歴も含めた取り組みが有効であることが示唆された (Erbe & Lohrmann, 2015)。また、特別な支援を要する生徒を含む高等学校での取り組みとして、Caldarella, Millet, Heath, Jared, and Williams (2019)は社会・情動学習、リラクゼーション技法やレジリエンスの獲得を目的としたプログラムの有効性を報告している。これらの知見から、日本においても、障害や疾患のある児童生徒、例えば特別支援学校等における学習内容に、ストレスマネジメント教育を直接、間接的に一層反映させることが必要と考える。そのためには、ストレスのメカニズムや、ストレスマネジメントに関する専門的知識やスキルを持った教員の確保および教育・研修が課題である。

V. まとめ

本稿では、病弱教育に関する日本の主要な文献を概観し、病弱児を取り巻く現状と課題について述べてきた。その結果、病弱教育や発達支援に係る喫緊の課題が数多く残されているのが我が国の現状であることが明らかとなった。病弱教育は、子どもの成長・発達に応じた支援の充実を図る必要性がある。近年、自閉症・情緒障がい等で特別な支援を必要とする児童・生徒が、特に小学校で増加している。そのため、慢性疾患の子どもだけでなく、不登校や精神および行動障害のある子どもを含めた病弱児が、継続した学習ができるように「自立した学びを支援する」ことも必要である。病弱児が抱える心理社会的問題は、各疾患や障害に共通するものと、疾患や障害ごとに特有のものがある。病弱児の将来的な自立を視野にいたした教育やキャリア発達支援において、疾患ごとの心理・生理・病理的特徴や問題を考慮したアプローチ・評価が重要となり、今まさに取り組むべき喫緊の課題と言える。

今後、易感染状態によって欠席せざるを得ない児童生徒の支援、病弱の高校生への教育の拡充、現在のコロナ禍のような感染症流行時への有効な対応手段として ICT・ネットワーク環境の整備による遠隔教育の実施が期待される。また最近では、病気のある子どもたちへの教育の必要性を医療の側から求められるようになってきた。しかし、そこに対応できる教師が育っていないことも大きな課題の一つである (副島, 2018)。病弱児の心理・生理・病理の観点から教育・発達を保障できる教育者を育てることも必要である。

引用文献

- Caldarella, P., Millet, A. J., Heath, J. S., Jared, S. W., & Williams, L. (2019) School counselors use of social emotional learning in high school: A study of the strong teens curriculum. *Journal of School Counselling*, 17(19), 1-35.
- Erbe, R., & Lohmann, D. (2015) Mindfulness meditation for adolescent stress and well-being. *The Health Educator*, 47(2), 12-19.
- 韓 昌完・小原愛子・上月正博 (2014) 特別支援教育成果評価尺度 (SNEAT) の開発. *Asian Journal of Human Services*, 7, 125-134.
- 細谷亮太・真部淳 (2008) 小児がんチーム医療とトータル・ケア. 中央公論出版社
- 福井郁子 (2007) 小児がん経験者が仕事を続けるための対処行動. 東京大学大学院医学研究科健康科学・看護学専攻地域看護学分野 平成9年度修士論文 (未公開).
- 近藤翔太・熊谷慎之輔 (2021) 特別支援学校における自立活動を重視した遠隔授業のあ

- り方—病弱児へのコロナ禍での実践を通して—。岡山大学教師教育開発センター紀要, 11, 89-99.
- 石崎優子・小林陽之助 (2002) '慢性疾患の子ども'の心理社会的問題。小児科, 43(6), 812-816.
- Kohara, A., Kwon, H., GOTO, A., & Nagahama, K. (2015) Longitudinal Verification of the Relationship between Psychological, Physiological and Pathological Changes and the Outcome of Classes. *Asian Journal of Human Services*, 9, 107-117.
- 工藤綾乃・横田雅史 (2008) 病弱児に対する養護教諭の役割に関する研究～小学校及び中学校における養護教諭の望ましい対応を探るために～。瀬木学園紀要, 2, 95-106.
- 丸光恵 (2004) 10代の小児慢性腎疾患患者の問題, 育療, 25,15-20.
- 宮本信也・土橋圭子 (2005) 病弱・虚弱児の医療・療育・教育. 金芳堂
- 森 浩平・田中敦士 (2014) 病弱児の抱える心理社会的問題に関する文献的考察. 琉球大学教育学部紀要, 85, 117-122.
- 文部科学省 (2021) 特別支援教育資料 (令和2年度)
https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/1406456_00009.htm (閲覧日: 2022年1月21日)
- 村山 拓 (2021) 障害や疾患のある児童生徒のためのストレスマネジメント教育に関する予備的検討. 山梨障害児教育学研究紀要, 15, 93-100.
- 永井祐也(2019) 特別支援学校教員養成課程の生理・病理の授業開発 —「主体的・対話的で深い学び」及び「ICT機器の活用」の観点から—。くらしき作陽大学・作陽音楽短期大学研究紀要, 51(2), 41-50.
- 中内みさ (2001) 病弱児の病気体験のとらえ方の発達的变化と心理的援助. 特殊教育学研究, 38, 53-60.
- 岡 綾子 (2018) 病弱児の学習支援に関する研究動向—国内論文のレビューから—。就実大学大学院教育学研究科紀要, 3, 1-10.
- 小原愛子・仲黒島貴史・長浜勝直・金城馨・韓昌完 (2015) デュシャンヌ型筋ジストロフィー児に対する授業成果の測定:心理・生理・病理との関連性及び多面的な SNEAT の活用可能性. 琉球大学教育学部紀要, 87, 139-145.
- 小野次郎・西牧謙吾・榊原洋一 (2018) 特別支援教育に生かす病弱児の生理・病理・心理. ミネルヴァ書房
- 太田麻美子・沼館知里・金彦志・韓昌完 (2017) 特別支援教育の専門家養成プログラムにおける障害児・者の心理・生理・病理に関するカリキュラム評価 INDEX 開発のための基礎的研究—知的障害・肢体不自由・病弱を中心に—。Total Rehabilitation Research, 4, 34-46.
- 副島賢和 (2018) 入院中の子どもへの教育 - 教育が病気のある子どもにできること。Journal of Clinical Rehabilitation, 27(8), 793-797.
- 武田鉄郎 (2006) 病弱・身体虚弱児の心理・行動特性と支援, 橋本創一・霜田浩信・林安紀子・池田一成・小林巖・大伴潔・菅野敦 (編), 特別支援教育の基礎知識, 明治図書, 166-182.
- 丹羽登 (2017) 小児医療の進歩に伴う病弱教育の変化と課題. 関西学院大学教育学会『教育学論究』, 9 (2), 191-197.
- 田中 謙・小林香織 (2019) 病弱児支援の現状と課題—心疾患の病弱児を中心に—。山

- 梨県立大学人間福祉学部紀要, 14, 1-12.
- 田中 亮・奥住秀之・大井雄平 (2020) 病弱教育における学習指導・心理的支援を視野に入れた遠隔教育の実践—病気の子どもの生理型・病理分類による報告—. 教育研究実践報告誌, 4 (1), 27-34.
- 谷口明子 (2014) 病弱児の社会的自立のために"つきたい力"とは : キャリア発達支援の観点からの探索的研究. 東洋大学文学部紀要 教育学科編, 40, 111-120.
- 照屋晴奈・趙 彩尹・小原 愛子・金 珉智 (2019) 病弱児教育における心理と生理・病理の関係性に基づいた指導法の開発の為の基礎的研究. Total Rehabilitation Research, 7, 61-69.
- Thompson, R. J., Gustafson, K. E., Hamlett, K. W., & Spock, A. (1992) Stress, coping, and family functioning in the psychological adjustment of mothers of children and adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 573-585.
- Thompson, R. H., & Stanford, G. (1981) *Child Life in Hospitals: Theory and Practice*. Springfield (IL): Charles Thomas Publisher
- 渡辺 実 (2017) 病弱教育の課題と展望—院内学級における高等学校段階での教育保障—. 花園大学社会福祉学部研究紀要, 25, 85-101.