

障害児の相談・支援機関としてあるのかまた、発達の遅れに気が付いたもしくは指摘された時から就学までの間によく起こる問題が生じた時どこへ話しをもっていけばよいか、保護者が理解し易いよう情報提供のツールとして平成18年度に作成したガイドブックをもとに、「地域連携支援パス」として「オーバービューパス」と「相談支援ガイド」を作成したので報告する。

「オーバービューパス」は、最初発達の遅れが家庭や健診、保育園等で気付かれ療育・集団経験を経て就学に至るまでの流れである。最初の段階（どのような場合に、どこが対応できるのか、どこにアクセスすればよいのか）と療育開始の段階（どこでどのような療育をうけられるのか）に分けて、名称として、最初の段階の支援パスを「相談支援ガイド」、療育開始の段階の支援パスを「療育支援ガイド」とした。

発達の遅れが家庭や健診、保育園等で気付かれるのに始まり就学に至るまでの間に保護者が必要と感じる事が多い問題を、その内容が、相談に関するものか、受診や療育に関するものか、他の児と交流する経験に関するものか、そしてその他に分類し対応してくれるところを表した。今後、この相談支援ガイドの活用、療育開始の段階での療育支援ガイドの検討を行っていききたい。

D. 考察

近年、わが国においては子育てに難しさを訴える母親が増えていることが大きな社会問題になっている。しかし、その原因は個々のケースなのかあるいは日本の社会現象かはよく分からない。時代の急速な変化のなかで育児に関する情報過多、世代間の

交流の無さが育児に影響を及ぼしていることも考えられる。このような状況であればこそ母子保健の立場から、子どもの成長に危険や害のあると考えられる好ましくない因子は除くべきであり、様々な支援、環境整備を進める必要である。研究から得られた母親と家族の喫煙・飲酒が子どもに及ぼす健康への影響を避けるための方策、チャイルドシート着用による子どもの事故防止の推進、障害児の療育支援は地域における総合的な母子の健康増進、子どもの発育のための環境整備に繋がると考えられる。

E. 結論

これまでに調査した妊産婦の飲酒・喫煙アンケート調査データの解析を行い、その実態を明らかにした。さらに保健所などで行う母親学級、両親学級などにおける妊娠・育児期の飲酒・たばこの防止対策教育プログラムを開発し実践することができた。

チャイルドシート着用に関する母親の意識、行動を行動科学的分析はチャイルドシート着用への母親の意識改革、行動変容が出来ることを見出した。チャイルドシート行動研究理論モデルを作成し、その考えかたを冊子にまとめた。このモデルは地域保健分野の調査に応用できると考えられる。

発達障害の療育実態については地域と障害児の療育を詳細に調べ、療育状況の把握から地域の社会資源利用の実態が明らかになり、地域パスを作成した。地域の支援体制ネットワーク構築が発達障害児の療育に大きな役割をもつことがわかった。

3つの視点から進めた実践的研究から、小児保健医療水準の維持・向上に寄与する成果を得ることが出来たと考えられた。

傷害予防を考えるための現場検証の試み

研究協力者 山中 龍宏 緑園こどもクリニック院長

研究要旨 事故による傷害を予防するためには、傷害の発生状況を詳しく知る必要がある。もっとも望ましい方法は、傷害が起こった現場に行き、現物を見て、現場にいた人に発生状況を聞くことである。今回、やけどのために受診した症例について、保護者の同意を得て自宅を訪問し、現場検証を行った。その結果、やけどが発生した正確な状況を知ることができ、医療機関の間診だけでは得ることができなかった情報を収集することができた。この事例のやけどの原因は、製品の長期間の使用によって、本体と蓋のあいだのパッキング部分が劣化し、ポットの転倒時に 90℃の湯がこぼれ出してやけどしたことがわかった

A. 研究目的

1960年以降、1-19歳の死因の第一位は「不慮の事故」となっている。死因は年齢層によって異なっており、乳児では窒息、1-4歳の死亡の1/3強は交通事故死で、それに続いて溺死が多く、年齢層が高くなると交通事故の占める割合が高くなる。

交通事故についてのデータは警察の管理下であり、ある程度の分析が行われ、一部のデータは公表されている。交通事故死以外の死亡は、死因そのものが多岐にわたり、またそれぞれの死亡状況は個別性が強く、また死亡数そのものが少ないこと、さらに警察の管理下におかれることが多いため、十分に検討することができなかった。

傷害による死亡1に対し、入院を必要とするものは数十倍、医療機関の外来受診を必要とするものは数千倍とされており、日々、膨大な数の傷害が発生している。これらの傷害を予防するためには、その原因を究明する必要がある。原因がはっきりしなければ、科学的な予防を考えることはで

きない。現在まで、傷害についていろいろなデータが蓄積されてきたが、予防に結びつくことはたいへん少なかった。傷害について、どのような情報が必要か、また可能かについて検討してきたが、今回、事故による傷害が発生した状況を詳細に知るため、現場検証を行うことを試みた。傷害のためにクリニックを受診した事例について、現場検証を行い、現場検証を有効に行うための調査項目の整理、現場での調査の方法などについて検討することとした。

B. 研究方法

緑園こどもクリニックを受診した傷害の事例について検討した。携帯電話の情報を受け取るためのメールアドレスを設定した。保護者が持っている携帯電話のカメラによる撮影を依頼し、上記のメールアドレスに送付してもらった。

（倫理面への配慮）

今回の検討では、診療録に記載された情報を使用し、現場検証は保護者の同意を得て行った。現場検証では、製品や環境のチェックをただけで、

現場検証には子どもは立ち会わなかった。

C. 研究結果

今回、検討した症例の概要を以下に示した。

【症例】 9ヵ月 男児

2007年10月11日午後4時ころ、自宅のリビングでポットの取手をひっぱってポットを倒し、蓋と本体のあいだから漏れ出た湯に触って右手全体をやけどした。母親は電話中で他の部屋にいた。倒れていたポットの蓋は開いていなかった。10分間患部を水で冷やした後、当クリニックを受診した。右手全体にⅡ度の熱傷を認め、専門医療機関に入院した。

やけどが発生した状況を再現するため、母親に対し、ポットが置かれていた部屋の状況、ポットが置かれていた位置、ポットのメーカー名、型式、番号を携帯電話のカメラで撮影し、送ってもらうよう依頼した。送られた映像を図に示した。

ポットが置かれていたのは、居間のソファの背もたれ部にくっつけて置かれていた長さ1m20cm、幅45cm、高さ70cmのテーブルの上で、すぐにミルクを作ることができるよう設置されていた。ポットは2003年製、容量は4Lで、湯温はいつも90℃に保たれ、満タンの状態にして置かれていた。

本児の発達段階は伝い歩きをしている状態で、ふだんからポットの電器コードをよくひっぱっていた。ポットには給湯ボタンを押してもすぐにお湯が出ないようなロック機能が組み込まれていた。本児は、この日に初めてソファにのぼり、ソファの背もたれ部に身体の前面をつけて立ち、目の前にあるポットの取手部分に手をかけ、ポットを倒したと推測された。

現場検証の場で、今回の事故を起こしたポットにお湯を満タンに入れて横に傾けると、蓋と本体のあいだからかなりの量の湯がこぼれ出ること

がわかった。すなわち、パッキング部分のゴムの劣化がやけどの原因であることがはっきりした。このポット本体に貼られている警告や注意には、「横倒しとなったときに湯がこぼれ出てやけどする」という記載はなかった。ゴムの劣化による危険性についての記載もなかった。

その後、やけどしたポットは台所の高い位置に移動させたが、継続して毎日使用されている。やけどによって皮膚のケロイド形成、右第2指の伸展が困難となり、今後、手術予定となっている。

D. 考察

WHOは2000年3月、Department of Injuries and Violence Preventionを設立し、人々の重要な健康問題として傷害の問題に取り組み始めた。交通事故などいくつかの傷害については進歩がみられるが、乳幼児の傷害についてはほとんど進歩はみられない。その大きな理由は、傷害の種類や件数が多いこと、軽症の傷害である場合が多く、ほとんどの傷害は保護者の責任と考えられ、科学的な予防策が検討されていないためである。保護者自身も子どもの傷害は自分の責任と考え、傷害の情報を自ら提供することはほとんどない。

これまで、医療機関を受診した比較的重症度が高い傷害について、予防に結びつく情報とはどのようなものかについて検討してきた。医療機関の外来での詳細な問診、また傷害の発生状況の模式図を描いてもらうことなどを試みてきたが、今回、携帯電話のカメラによる映像を収集することを試みた。現在、日本では携帯電話の普及は国民一人に1台の保有に近い状況となっており、携帯電話のほとんどはカメラ機能を有している。子どもを持つ保護者のほとんどは携帯電話を持っているので、このような情報収集が可能となった。

この方法で情報を収集すると、場所や時間の制

約がほとんどないので情報提供を依頼しやすい。映像を送ってもらうことにより、1) 傷害を起こした製品の特定が容易になった、2) 製品が置かれていた環境、使われていた状況がわかるようになった、3) 傷害をもたらした製品の部位、その機序もはっきりわかるようになった、4) 傷害発生のアニメーションをコンピューター・グラフィックスで作成する場合、正確さが高まり容易に映像化できるようになった、5) 傷害の再現実験をすることが可能になった。映像であれば、製品のメーカーに直接伝えることもでき、具体的な予防策を検討することが容易になった。外来での診療時に依頼すると、30 分後には映像が送られてきた場合もあり、迅速に情報を収集することが可能となった。

さらに、現場に行き、現物をみて検証を行うと、より明確に傷害の原因がわかることが判明した。

E. 結論

傷害情報の収集法の一つとして、写メールによる情報の収集は有用な方法であることがわかった。最終的には、現場検証を行うと、傷害の原因が明確になり、子どもの傷害においても、現場検証のシステムを考える必要があると考えた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 本村陽一、西田佳史、山中龍宏、北村光司、金子 彩、柴田康徳、溝口 博：知識循環型事故サーベイランスシステム。統計数理 54:299-314, 2006
- 2) 山中龍宏：Injury prevention (傷害予防) に

取り組む 一小児科医は何をすればよいのか一。小児内科 39:1006-1015, 2007

- 3) 西田佳史、本村陽一、山中龍宏：子どもの傷害予防へのアプローチ 一安全知識循環型社会の構築に向けて一。小児内科 39:1016-1023, 2007
- 4) 山中龍宏、掛札逸美：WHO：子どもの事故による傷害予防 10 年計画。小児内科 39:1035-1040, 2007
- 5) 山中龍宏：思春期の事故による傷害。小児内科 39:1328-1334, 2007
- 6) 山中龍宏：乳幼児の誤飲を予防する。社会薬学 26:39-48, 2007
- 7) 山中龍宏：子どもの事故による傷害は予防できる。日小医会報 No. 34:93-97, 2007
- 8) 西田佳史、本村陽一、山中龍宏、北村光司、溝口 博：安心・安全社会構築のための日常行動センシングとモデリングの基盤技術。日本ロボット学会誌 25:690-698, 2007
- 9) 山中龍宏：小児の誤飲・急性中毒。救急・集中治療 19:493-499, 2007
- 10) Kakefuda, I., Yamanaka, T., Stallones, L., Motomura, Y., & Nishida, Y. (in press) Child restraint seat use behavior and attitude among Japanese mothers. *Accident Analysis and Prevention*.



図 写メールで送られてきた画像

乳幼児の発達の遅れに関する相談・支援機関の連携及び保護者への
情報提供のツールの検討
～軽度発達障害児地域連携支援パスの作成～

分担研究協力者 板橋区保健所長 山口 鶴子
分担研究協力者 志村健康福祉センター所長 平野 宏和

平成18年度は、発達の遅れが気がかりな児が平成16年度に区内5健康福祉センターの心理相談に来所の予定となった153人の児の療育に関して、いかなる社会資源が利用されているかの調査報告と、乳幼児の発達障害に携わる区内及び区周辺の関係機関（区の関係機関、医療機関、発達支援の民間専門機関、公立・私立の保育園及び幼稚園）が網羅されたガイドブック『軽度発達障害児支援ガイドブック（関係機関用）』を作成し、関係機関への配布を行なった。このガイドブックは、相談・支援機関のスタッフが、地域の関係機関の全体が把握でき、関係機関相互の役割や機能を知り連携するための資料として有用であるが、保護者が、どのような場合に、どこが対応できるのか、どこにアクセスすればよいのか、すなわち、相談、専門機関受診、療育、果ては就学までの流れや発達障害児の相談・支援機関の一覧が分かるものが無く個々の保健師による説明でまかなわれてきた。

平成19年度は、いかなる社会資源が発達障害児の相談・支援機関としてあるのかまた、発達の遅れに気が付いたもしくは指摘された時から就学までの間によく起こる問題が生じた時どこへ話しをもっていけばよいか、保護者が理解し易いよう情報提供のツールとして平成18年度に作成したガイドブックをもとに、「地域連携支援パス」として「オーバービューパス」と「相談支援

ガイド」を作成したので報告する。

図1の「オーバービューパス」は、最初発達の遅れが家庭や健診、保育園等で気付かれ療育・集団経験を経て就学に至るまでの流れである。ただしこの流れは典型的な流れであって、必ずしもこの流れの通りではないため、最初の段階（どのような場合に、どこが対応できるのか、どこにアクセスすればよいのか）と療育開始の段階（どこでどのような療育をうけられるのか）に分けて、わかりやすい名称として、最初の段階の支援パスを「相談支援ガイド」、療育開始の段階の支援パスを「療育支援ガイド」とした。

表1は、オーバービューパスにおける発見・気づきから相談までの「相談支援ガイド」である。発達の遅れが家庭や健診、保育園等で気付かれるのに始まり就学に至るまでの間に保護者が必要と感じる事が多い問題を、その内容が、相談に関するものか、受診や療育に関するものか、他の児と交流する経験に関するものか、そしてその他に分類し対応してくれるところを表したものである。この相談支援ガイドにより保護者が療育上直面する様々な問題が生じた時どこへ話しを持っていけばよいか分かる。今後、この相談支援ガイドの活用を検討するとともに、療育開始の段階の療育支援ガイドの検討を合わせて行っていきたい。

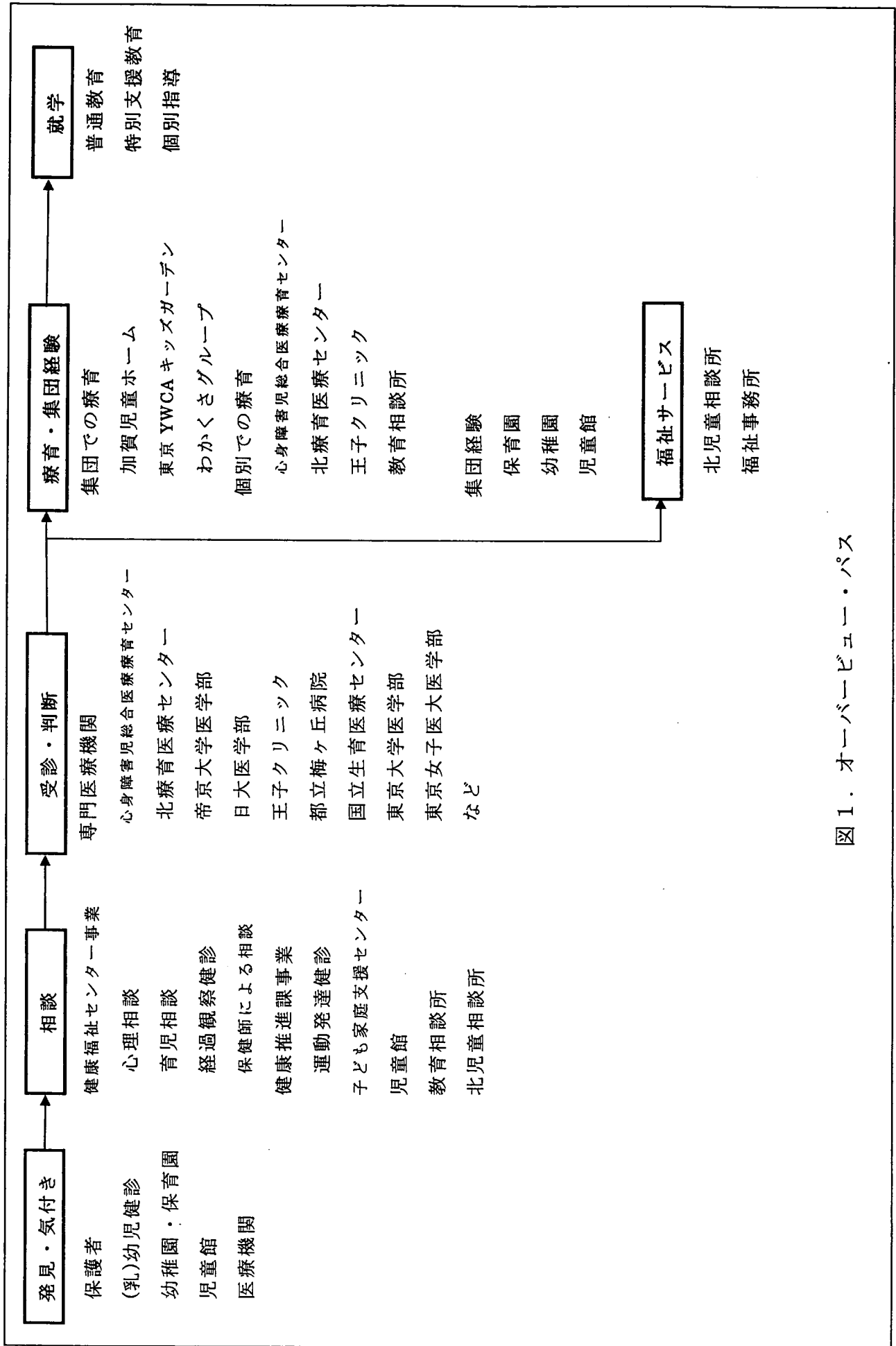


図1. オーバービュー・パス

表 1. 相談支援ガイド

相談に乗って欲しい	対応してくれるところ
発達障害かもしれないので誰かに相談したい	健康福祉センター、かかりつけ小児科医
発達障害児を持つ他の親と話がしたい・相談したい	健康福祉センター、児童館
体重・身長など発育について相談したい	健康福祉センター、かかりつけ小児科医
寝返り・お座り・つかまり立ち・スキップなど運動について	健康福祉センター、かかりつけ小児科医
指先で物をつかむ・衣服の着脱など器用さについて	健康福祉センター、かかりつけ小児科医
ことばの遅れについて	健康福祉センター、かかりつけ小児科医
視線を合わせる事・集団での行動など対人関係について	健康福祉センター、かかりつけ小児科医
落ち着きの無さについて	健康福祉センター、かかりつけ小児科医
子育てについて	健康福祉センター、児童館、子ども家庭支援センター
かかりつけ小児科医について	健康福祉センター
区外特に海外へ引っ越すので療育の継続が心配	健康福祉センター
区外から転入してきたので療育の相談にのって欲しい	健康福祉センター
療育の継続が困難になってきたので相談にのって欲しい	健康福祉センター
福祉支援・サービスについて	福祉事務所、北児童相談所
就学についての相談にのって欲しい	学務課就学相談係

受診させたい	対応してくれるところ
医療機関を受診させたい	健康福祉センター、かかりつけ小児科医、専門医療機関※2.
他の医療機関でセカンド・オピニオンを受けさせたい	健康福祉センター、専門医療機関※2.
今受診中の医療機関を他に変更したい	健康福祉センター、専門医療機関※2.

療育を受けさせたい	対応してくれるところ
療育機関に通わせたい	健康福祉センター、集団・個別での療育を行なっている所※1.
他の療育機関も併用させたい	健康福祉センター、集団・個別での療育を行なっている所※1.
今通っている療育機関を他に変更したい	健康福祉センター、集団・個別での療育を行なっている所※1.

経験させたい	対応してくれるところ
幼稚園・保育園に通わせたい	幼稚園、保育課
他の子どもと交流させたい	児童館、健康福祉センター

その他	対応してくれるところ
発達障害児をもつ保護者の会・グループに参加したい	健康福祉センター
この表にない事	健康福祉センター

注)

集団での療育を行なっている所^{※1}

加賀児童ホーム、東京 YWCA キッズガーデン、わかくさグループ

個別での療育を行なっている所^{※1}

心身障害児総合医療療育センター、北療育医療センター、王子クリニック、教育相談所
専門医療機関^{※2}（板橋区周辺と都内専門病院）

心身障害児総合医療療育センター、北療育医療センター、帝京大学医学部、日大医学部、
王子クリニック、国立生育医療センター、都立梅ヶ丘病院

平成 19 年度厚生労働省科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
「学校における子どもの心の問題に対応する医療・心理・教育の協働システムの研究」
分担研究報告書

オランダの各種小学校視察による一考察
—子どもの幸福度の高さを本邦現況と比較して—

分担研究者：古荘純一（青山学院大学文学部教育学科）

研究協力者：曾根美恵（白百合女子大学大学院）

リヒテルズ直子（教育研究者）

研究要旨

小学生版QOL尺度を用いて、子どもの国際比較を行うことは、本邦における子どもの精神面の問題の把握と対策を考える上で重要である。まず最初に、ユニセフの調査で最も幸福度が高いオランダの子どもと本邦の子どものQOL得点比較調査を計画した。本年度は、オランダの子どもたちの学校生活を視察し、背景要因を確認し、複数の小学校でオランダ語版のQOL尺度調査を依頼した。オランダの小学生約 1200 人（9校：うち2校は日本人の子供が通う日本人学校）を対象に 2008 年 3 月から 5 月に施行予定である。オランダの子どもたちは、日本の子どもたちよりも少なくとも学校生活には満足していると思われるが、その要因として、個別教育、子どもたちの意志・自主性を尊重する姿勢、などを中心として考察した。

A：研究目的

我々が現在まで行ってきた、子どものQOL（生活の満足度）調査において、本邦の子どもたちは、現在の生活にあまり満足していないという結果が得られている。同様にユニセフが先進国 21 カ国の 15 歳の子どもを対象に行った「子どもの幸福度」調査を昨年報告したが、幸福度がもっとも高いのがオランダであり、子どもの孤独感が他の国々において 5-10%の範囲であるに

もかわらず、唯一 30%以上に上るというのが日本という結果だった。この要因を確認することを目的に、オランダと日本の子どもたちに小学生版QOL尺度を施行し比較検討することとした。

B：研究方法

オランダには、本邦に比べてさまざまな種類の小学校が存在する。私立、公立に限らず出来るだけ多くの種類の小学校に通う

子どもたちが対象となるように配慮した。また、オランダの教育事情に精通した現地在住の教育研究者リヒテルズ直子氏に現地の小学校での交渉を依頼するとともに、リヒテルズ氏の案内で、協力の得られた11校のうち小学校6校を見学し、直接調査協力を依頼した。本年度末までにはQOL尺度の調査結果がまだ回収出来ないため、本年度は、オランダのさまざまな種類の小学校を視察し、子どもたちの幸福度が高い要因につき検討した。

C：研究結果

教育を考えるにあたっては、「教育の自由」が重要なキーワードとなる。イエナ、ダルトンなどのオルタナティブ教育を含め、伝統的なキリスト教系の学校、公立・私立など多様な選択肢があり、保護者な子どもの意思を尊重しながら、子どもの適性に合う学校を選ぶことが出来る。

① Dr.Schaepmansschool (バレンドレヒト市)

カトリック立イエナプランの小学校。4歳から12歳まで、3学年の異年齢集団で1グループ、計3グループ(低学年グループ：4-6歳児、中学年グループ：6-9歳児、高学年グループ：9-12歳児)のクラス編成になっている。全生徒数約800人。3つ分校がありオランダでは比較的大きい規模の小学校(ただし分校ごとの生徒数は250人程度と、オランダの小学校の平均規模とほぼ同じ)。教育理念はイエナプラン。学年の違う子どもたちが混合し授業を受ける。教室には、作業のための大きなテーブル、それを囲んで自立学習をするいくつかのグル

ープの机、さらに、クラスの子供が担任の教員とともにいつでも車座になって話し合いをすることのできる場が設けられている。自立学習では、学年が上の子どもが下の学年の子どもを教えることも奨励され、教師は黒板の前で少人数の子どもを集めてサークルの形で当該学科を教えたり、自立学習のサポートを行っている。イエナプランの理念として、教員が複数の子供と対面関係になる状況を極力避け、教師を含む子供たちの平等で顔を合わせたコミュニケーションを奨励している。廊下や踊り場などの共有空間も学習や作業空間として活用されており、教員が監督していない状況でも、子どもが自分で作った学習計画に沿って、自分の責任で学習を進める時間と場所を用意している。

②Nuts School (ハーグ市)

平均的なオランダの公立小学校。一部ダルトンとモンテッソーリの手法を取り入れている。移民の子に向けた就学前教育(週2回)も行われている。机の配置や黒板が前方に設置されており、教師が前に立つ授業風景は本邦と変わらないが、ここでも授業は少人数にわかれ、個別教育が行われている。

③Dalton school "Waterland" (ハーグ市)

ハーグの新興住宅地にある公立ダルトン学校。公立の学校であっても、オルタナティブ教育方針を選択することが出来る。オランダではダルトン方式を採用する学校は近年増加しており、これまで、オルタナティブ教育の中で最も数が多かったイエナプラン校の数を凌ぐほどになっているとい

う。勉強の遅れた子どもをサポートする専門職・主として発達障害の子どもをサポートする心理職（IB）は、公私立、オールタナティブ系、一般校すべてに義務付けられており、この学校ではこのような特別支援教師の取り組みについても確認した。

④ Nuts School Zorgvliet（ハーグ市）

私立、家庭環境の良い上層家庭の子どもが多い学校。オランダの伝統的なスタイルの小学校であり、授業中同一の教科書を使用しており、教師が巡回しながら授業を行う風景などは日本の学校と比較的似ていた。しかし、ここでも習得が遅れた子ども、逆に進んでいる子どもには個別のプログラムが設定されており、本邦よりも少人数学級で机の配置にも工夫がなされており、子どもたちはのびのびと授業を受けているようであった。

⑤ De Klimop School（ハーグ市）

ハーグ市のなかでも移民の子弟が非常に多い地域にある公立校。特にトルコ、モロッコなどイスラム圏からの移民が多く、オランダ語の習得を中心に、教師をサポートし、少人数をケアするチューター（助教）、教職課程の学生等が多くいる。逆にオランダ人の子どもは少数であった。学校の風景は、学校への立ち入りへの警戒が厳しい（周辺地域の治安が良くないため）ことを含め、日本の教室の風景と類似しているが、ここでは低所得や習得の遅れた子どもたちへ、学習のみならずオランダでオランダ人として生活するための最小限の保健衛生のサポート（プールの後でシャワーを浴びる、語学番組を別メニューとして見せる、食生活

の確認を学校で行うなど）も行われていた。

⑥ 日本人学校（ロッテルダム市）

アメリカンスクールと隣り合っており警戒が非常に厳しい。夕方の訪問となったため、授業風景を見ることはできなかった。地元の恒例行事に参加するなど、オランダを知ることに力を入れている。なお、オランダの日本人学校は、アムステルダムとロッテルダムの2校。現地の日本人学校は文部科学省の指導は受けているが、学校運営は保護者と教師が共同で行っている。

⑦この他視察は行っていないが、ロッテルダム近郊のドルトレヒト市の小学校2校、さらに、バレンドレヒト市の中学校1校とフロニンゲン市近郊の中学校2校が、国際比較調査に協力する予定である。

D：考察

① 個別教育と自由度の高い（しかし無規則ではない）授業。

ほとんどの学校では、教室の机の配置が工夫されており、教師が教室の前に立って、一方的に教材を使って授業をする風景は見られなかった。教室内には、週の予定や授業や学校内のルールが明示されているが、色分けされたりイラストを用いるなどの工夫がなされており、本邦に見られがちな威圧的な標語がほとんどみられない。また子どもも急激に緊張させる、始業や終業のチャイムやベルを極力避け、子どもたちは、時計をみて、あるいは、毎日の学習リズムを習得して、自律的に行動をしている。

授業が始まる時に、それぞれの児童が教師の元に、授業で何を行うかを申告し、その内容を元にいくつかのグループに分かれて学習する。教師はその援助を行う。学習は必ずしも教室内で行う必要はなく、またパソコンなどさまざまな機材を使用している。このためさまざまな習熟度の子どもたちが、自分のペースに応じて、限られた授業時間を有効に利用することが可能であった。この傾向は、特に、イエナプランやダルトンの学校に強く見られるが、一般校でも、部分的にこのようなオルタナティブ教育の手法を取り入れており、それぞれの学校の特色を持ちながらも、積極的に改善に取り組む方針が確認された。

② 4歳から始まる初等教育の利点。

オランダでは4歳から初等教育が始まる。本邦における幼稚園（保育園）での教育が、小学校で行われていることになる。このことで、早期に子どもたちの抱える問題に気づくことが可能である。学年ごとに期待された到達目標を達成する断続的なやり方ではなく、個別の子ども達の発達を長期的視野でとらえながら、発達支援にかかわることができる。移民やさまざまな生活環境の子どもたちに、この時期に言語獲得や生活習慣の支援にむすびつけることが出来ること、行動や精神面の問題を教育関係者が把握することが出来ることは、有意義であろう。また、発達において、変化が著しい4歳～12歳の時期を一貫した教育システムの中で、子どもたちが安定して過

ごすことは、本邦の子どもたちが小学校入学というライフイベントを抱える状況と比較しても非常に利点大きいことが推測される。

③ 学校に教育方針の裁量権が認められている。

オランダでは移民が多い。しかし移民にも均等に教育の場を提供している。家庭でほとんどオランダ語を話さない子どもたちには、オランダ語を習得する時間が追加的に準備され強化されている。これは、一般の教育費とは別に、国および地方自治体が公費で援助している。また、国内の住環境と伝統的な習慣により、水泳の教育が強化されているが、合わせて衛生週間の指導なども行われている。また、保護者は宗教やさまざまな教育プランの学校を選ぶことが出来るのも特徴であるが、私立校に対する国庫補助が公立校に対するものと全く平等であり、親は家計の負担を気にすることなく選ぶことが可能である。また、すべての学校は、絶えず改善努力をしていくことが、国から求められている。そのため、公立校と私立校にかかわらず、特徴のある複数の小学校が、しばしば隣接して存在し、各校は逐次、親や子どもたちのニーズに敏感に応じながら、単に学力競争だけではなく、教育方法で特徴を出し合い成果を競い合っているが、国から押しつけられた競争ではなく、自主的に取り組んでいることが多いため現場の職員が圧迫感を持っている様子は見られなかった。一方2011年までにすべての学校は、家族や本人の希望があれば入学を拒否す

ることが出来なくなるため、学校間の情報交換や連携も進んでいる。なお、一部の都市に人口が集中することなく、国土に分散するが、比較的人口密度が高いというオランダの地理・歴史上の特徴も関係しているであろう。

④ 教員自身の役割分担と研修制度の充実。

教員が生徒指導に困難を感じた場合、各自治体に教育サポート（支援）センターが設置されており、必要に応じて適宜研修を受けたり、相談を受けることが出来る。サポートの中には、定期的に、個別の学校を訪問して、状況でのコーチングが行われている。この場合も、研修者が一方的に新しい教育方法を授けるというものではなく、現場の問題を、学校の教職員とともに考えアドバイスする、という立場にある。

また教材のみならず、豊富な参考書類が準備されておりいつでも閲覧が可能である。生徒同士が教えあう、一クラスあたりの生徒が少人数である、習熟度判定や個別支援の専門スタッフが配置されている、より保護者や地域の協力が得られやすい、などから、本邦の教員が抱えている煩雑な業務に追われている印象はなく、教員自身がゆとりを持って子どもたちの教育を考えることに専念し、子どもたちに接しているように思われる。

⑤ 子どもたちは学校に行くことにストレスを感じていない。

WHOの調査では、オランダの子どもたちは、調査国の中でもっともストレスを感じていないという結果が得られてい

るが、実際に授業を視察すると、どの子どもものびのびと授業を受けていた。また、子どもたちの間でおこる葛藤は、両者の言い分を確認しながら、早期に大人が支援することにより解決に導かれることが多い。

⑥ 自尊感情の観点から

個別、グループ学習が普及しているため、学校で大人数の前で恥ずかしい思いをすることがほとんどない。また、その子に合った教育プログラムが考案されるので達成感が得られやすい。授業は、子どもの発達支援するという観点で行われており、「叱る」、「できなかったことを取り上げる」などのネガティブな批判を極力避け、「褒める」「できたことを強調する」など、ポジティブな評価を与えることを意図的に強調している学校が多い。このことが子どもの自尊感情を保つ要因としても重要であろう。

⑦ 学校評価の公表

さまざまな内容の学校の評価が行われ公表されている。より低い評価が見られた場合は教員の責任と決めつけることなく、その原因を検討し、必要な予算や人的な支援を確保することで速やかに改善がなされている。

E：結論

視察により、オランダの子どもたちの、主観的な幸福感が高いさまざまな要因が明らかになった。今後、本邦とオランダの小学生のQOL得点および下位領域の得点が出たところで再度結果を報告し考察する

予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

平成 19 年度はなし。平成 20 年度に報告予定である。

H. 知的財産権の登録状況

なし

参考文献

- 1) 古荘純一、リヒテルズ直子ほか。
うちの子の幸せ論。個性と可能性の見つけ

方、伸ばし方 (ほんの木、2007 年)

2) リヒテルズ直子『オランダの個別教育はなぜ成功したのか』(平凡社、2006 年)

3) UNICEF「富裕国における子どもの幸福概観 (An overview of child well-being in rich countries)」

http://www.unicef.or.jp/library/pres_bn2007/pdf/rc7_aw3.pdf

4) 古荘純一、学童期の子どもの現況。－QOL 尺度調査からの考察－

小児の精神と神経誌 2007 ; 43 : 233-243

5) 柴田玲子、根本芳子、松寄くみ子、田中大介、川口毅、神田晃、奥山真紀子、飯倉洋治:日本における Kid-KINDLE(小学生版QOL尺度)の検討 . 日本小児科学会雑誌 2003 ; 107 : 1514-1520.

平成 19 年度厚生労働省科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

「学校における子どもの心の問題に対応する医療・心理・教育の協働システムの研究」

分担研究報告書

専門医・臨床心理士の学校訪問による教育と医療の連携に関する研究

分担研究者

古荘純一 青山学院大学文学部教育学科

研究協力者

久場川哲二 川崎市立川崎病院精神科

曾根美恵 白百合女子大学大学院

松寄くみ子 青山学院大学

研究要旨

川崎市は、平成 11 年から、心の健康相談活動事業として、市の全公立学校すべての児童への精神面の諸問題に取り組んでいる。参画しているメンバーは、児童精神科医、小児科医を中心とした学校医、教育相談機関、児童相談所、教育委員会、スクールカウンセラー、臨床心理士等で、密に連携を持ち児童の精神面の問題に関わって来た。主な内容は、①教育相談センターでの面接相談（教師・子ども・親）、②電話相談、③年 1 回のシンポジウムの開催、④専門医による学校訪問、であり、すべてに児童精神科医が参画している。

今回は、独自の取り組みとして、専門医による学校訪問について報告し、学校現場によるさまざまな問題を提起したい。具体的には、1) いじめと不登校、2) 発達障害の理解と対策、3) 虐待等の背景、4) 学校関係者や子ども達の疲弊と抑うつ感情、5) 子ども達の自殺企図の増加、6) 保護義務者の権利意識の増加が顕在化していることなどである。また一部の生徒は早急に医療や他機関との連携支援が必要と思われた。一政令都市としての取り組みについて教育と医療の連携のあり方を参考にして、今後の各自治体への展開について検討したい。

A 研究目的

児童精神医学の専門医が学校現場へ直接訪問し、児童の授業を参観し、その心の様子を把握して、医療の介入が必要かどうかを検討した報告はほとんどない。そこで、本研究は、自治体および教育委員会と協力し、本年度までに約40校の小中学校を訪問し、学校関係者への助言や医療に連携させた事例など、様々な学校保健の問題を検討することを目的とした。

B 研究方法

教育委員会の委員と専門医が、訪問要請のあった学校へ直接出向き、授業を参観するという形式をとった。親の了解を得た事例は、保健室で面談した。また、事前に学校が求めた相談内容は把握していた。なおあくまでもこの報告は、本人が特定できないよう個人情報の保護に務めた。

C 研究結果

事例および訪問から判明したこと

1, いじめられている生徒

小学5年女児。授業参観時、首をうなだれ怯えて震えていた。担任は男児のトラブルの仲裁で別室にいた。女児の机の上には意図的に丸められた提出物があった。訪問医が声をかけてもまったく応答しない。隣席の女児が提出物を再整理すると、2人のいじめの加害者である男児がその女児を殴打した。

学校関係者と話し合いで、本児は不登校がちであること、教師の目の届かないところでいじめの存在は認識していたが、対策がとれないと述べていた。我々の助言は、①辛いときに無理に登校させないこと、②

いじめっ子とその親をカウンセリングにあげること、③このようないじめは人権侵害であると認識すること、④悪質な事例はさまざまな社会資源（児童相談所、警察、教育相談所、学校医など）に委ねることなどで、今後の学級経営に生かせるよう指導した。

2. 発達障害の理解と対策

中2男子。幼児期より父親から身体的虐待を受けていた。小学2年ころより、落ち着かず他生徒への暴力や、授業を抜け出すなどの逸脱行動があった。その都度担任と親が話し合うも父親の理解が乏しく解決を見ないまま現在に至った。中学1年時、問題はなく、2年担任とクラス変更ころより、生徒間への衝動行為と多動性が目立った。教師への反発も見られたため、某クリニックを受診し注意欠陥多動性障害と診断、メチルフェニデートを投与された。しかし投与前より落ち着きなくさらに多動となった。今回保健室で面談した。本児はベット上で臥床し極めて素直に応答した。その際述べたことは、家よりも保健室が居心地がよい。薬を飲まされて病人扱いされていることや、過去の父親への嫌悪感を述べていた。面談時知的能力は高いと予想され、反抗は自尊心を傷つけられたことへの抵抗であると思われた。父親からの虐待を受ける前の幼児期は行動面の問題はないことなど発達障害を思わせる所見とは言えなかった。本児は某クリニックには通っておらず家族および学校からの情報のみで診断されていた。私見では発達障害を診断するには、臨床現場と学校現場を合わせて、児童の言動を直接加味することが必要と思われた。

3. 虐待の背景

本児については、家族歴等はあえて記載しない。中2女兒。不登校と著しい学業不振で小学時より大人しい目立たない子であった。中学入学より友人がなく、簡潔の不登校がみられた。登校するも授業を抜け出して学校外で逸脱行動が見られ、担任は注意をしていたが次第に増加していった。校長を中心とした教師が種々の教育関係機関や児童相談所へ相談するも、経過観察という答えであった。本児と面談し、過去のことと今後のことのみ質問した。そこで判明したことは、父親からの身体的虐待と母の育児放棄、動物が好きだがいじめて殺したこともある（動物虐待）、今後について、中学はつまらない、自分の将来はわからないということであった。印象として逸脱行動をおこす児童には見えず成績の割に反応は良好で発達障害を示唆する所見はなかった。学校関係者には、本児の問題は教育という枠の中で解決できない。早急に司法関係機関と連携し子どもの保護に務めることを助言した。

4. 担任と面談し判明したこと

現在、義務教育化における担任を中心とした学級経営は極めて困難といえよう。種々な子どもの対応に追われて実りある授業は出来ない状況にある。具体的には私語が多く、40分の授業時間中にも多くの生徒が落ち着かず、立ち歩く生徒も存在する。また保護義務者を含めた各方面からの圧力もあり、担任は疲弊している状態であると思われた。その対策としては、問題ある児童への各機関との検討を行うことを確約し、

担任自身のメンタルヘルスへの注意を助言した。

5. 子ども達の自殺企図の増加

最近自殺する生徒が増加しているが、その背景にはマスメディアへの連鎖反応があるろう。しかし学校訪問でも、一部の子ども達には自尊感情が低く、自己を肯定的に見ることが出来ない状況があることが判明した。子ども達に質問すると、高学年に行くに従い、学習することへの意義がわからない、自分の将来が見えない、自殺する子ども達の気持ちがよくわかる、という答えが返ってきた。私見であるがその子ども達の背景には、自殺企図が予測されると思われた。

6. 保護義務者の権利意識の増加

大部分の保護義務者は、教育関係者を信頼し、自身の子どもを委ねている。しかし問題行動を呈している子ども達の親の一部、特に父親が、その責任を学校経営にあると一方的に決めつけている。そのことが子ども達の問題行動の解決を混乱させている状況があると思われた。一方、自身の子どもが学校でどのような状況にあるのかまったく理解していない保護義務者がいるのも事実である。

D 考察

1. 学校での精神保健活動の報告について

学校精神保健について、弟子丸ら（2006）は、児童の精神面の問題について養護教諭と共有すること、研修会などを通して予防活動や事例検討会を報告している。現在では、子どもの精神保健活動に関心を持ち、対応できるスタッフの養成と学校との連携

を指摘している。さらに、課題としてスクールカウンセラーとの連携、精神科医が学校医として参加し、各学校現場で支援することを指摘している。

大西（2006）は高等学校における学校精神保健について、コンサルテーションの充実地域全体の精神保健活動を実施していることは稀であると指摘している。学校精神保健の基本として、疾病という概念だけでなく、教育と医学の対応さらに全教職員の精神保健への共通理解を図ることを指摘している。いずれにしても弟子丸の報告、大西らの報告はアンケート形式であり、受診という形態をとっている。

2. 専門医の学校訪問について

我々は、小学生、中学生版QOL尺度をスクリーニングとして用いて、児童、および保護者の問題を報告し、学校で医師、臨床心理士の面接を行い、子どもの内面的な問題の早期発見（古荘ら、2006）や虐待の発見に（古荘ら、2005）に役立つことを報告してきた。今回は、学校側の要請に基づいて行ったが、今後は比較研究を行ってみるつもりである。

豊田（2006）は川崎市の子どものこころの健康問題に対する取り組みについて、専門医を中心とし、専門医による学校訪問について述べている。専門医の助言により、子どもの問題行動への対応の方向性がみえ子どもこころに変化がみられた。また軽度発達障害の診断がついて事例がみられる。

我々の今までの学校訪問、特に近年では、1）いじめが訪問時でも現実に見られたこと、2）小学校低学年から授業が成り立っていない、3）一部の子どもに明らかに精

神医療の必要性を感じ、精神疾患の早期発見につながること、4）学校から要請があった発達障害児童で発達障害と思われる児童は予想より少ないこと、5）一部の子どもから虐待の背景が認識でき支援につなげることが可能であった、6）子ども達の中には自尊感情が低く、授業を受けることへの苦痛と自身の将来への不安と述べていた。7）特記すべきことは、教師の疲弊とメンタルヘルスの重要性である。さらに子どもが悩んでいる現状があった。まさに、日本の社会病理の縮図として学校という現場が存在するのであろう。8）保護義務者の、要求水準の格差が広がっている。具体的には自身の子どものみ中心的に考えることや（過剰な権利意識）、一方ではまったく無関心、理解に欠けている状況がある。

森田（2006）は子どもの問題を捉えることを問題行動が現れた局面だけに目を奪われることなく、問題性が重複していることも視野に入れながら、子どもを生活総体の中で捉えその問題性と対応策を引き出していくことが必要となると述べている。今回の学校訪問は子ども達の生活の場を専門家の視点で観察可能であり、子どもの問題性の把握に極めて有用と思われた。事実、直接学校現場に訪問することによって前述した事例などさまざまなことが判明した。

3. いじめの問題について

今回の学校訪問では前述したさまざまな問題が明らかになったが、学校でのいじめの問題が社会問題化し、その対応は緊急課題と思われるので、いじめについて簡単に言及する。

斉藤（2006）は、いじめの問題に関して、

大人のとらえ方として、子どもを守り支えるという意志を明確に伝えること、いじめを許さないという大人の意志と枠組みを明確な形で示すこと、弱者や少数意見などの持ち主への対応を子どもは冷静に見ていることから厳しく自己点検を行うことを指摘している。しかし具体的な対応については触れていない。

河合(1999)は、「子どもの不幸という時代」の中で、子どもは親から親権という名のもとに育てられており子どもは親を選ぶことは出来ないこと、義務教育で登校を強制させられていること、現在の子どもには家庭にも学校にも心の居場所がないことを指摘しており、多くの青年は自己防衛などによって表面的適応に成功した形で青年となっており、それにより獲得するスマートさは小利口、抜け目のなさ、ずるさなどを盛り込んだ自己中心主義がひそかに確立されていると述べている。現在顕在化しているいじめの背景はまさにその通りであるが、河合はさらに、学校を中心とした相談のレベルを超えたいじめは、社会資源に相談することを決断すべきと、具体的な対策に触れている。

今回我々が目撃したいじめは、被害者が身体症状を呈しているにも関わらずいじめが続けられていること、学校が把握しているも教師の目の届かないところで堂々で行われていること、仲裁者にも被害が及び被害者となりうることなど、人権の侵害の域に達するいじめが、専門医の学校訪問において現実的にみられたことには愕然とした。いじめの子の出席停止、学校外の機関の介入などの具体策と今後の教師の対応や親の理解が問題化されるのではないかと思われ

る。

4. 専門医の学校訪問の重要性と課題

以上より、学校訪問の重要性としては、1) 専門医が子どもをより現実的に日常生活をふまえて観察することの可能性がある、2) その利便性から一部の子どもの病理性、(精神医学的およびいじめや不登校などの社会病理)が早期に把握できる。3) 教職員自身の学級経営に関する悩みがわかる、4) 臨床現場で見るよりも、顕在化準備期間ともいえる時期に問題を把握できること、5) 学校医を適宜参画させる必要性の認識、6) 各相談機関との連携が出来る、7) 教師との共通理解が深まる、などが挙げられよう。

課題として、学校訪問の質的量的な充実に加えて、子どものメンタルヘルスの指導が出来る精神科医・小児科医が学校医となること、守秘義務の遵守の観点から事例検討などには倫理基準を設けること、予算や人材の育成・確保について国や自治体からの援助が必要なことなどが挙げられよう。

E 結論

近年子どもの精神面の問題が各方面で指摘されているが、いずれも学校という現場を視野に入れないで評価している。しかし学校現場は教師や生徒に対して精神医療や援助指導を必要としている。訪問という利便性は、精神疾患の早期発見や対応、また子ども達のいじめや自殺などへの緊急対応が可能である。また、児童の真の意味での日常生活が把握可能である。さらに、保護義務者の学校や自身の子どもへの理解度知りうると言えよう。以上より、我々の行っ