

長期療養児への 治療教育的考察 その2

(分担研究：小児慢性特定疾患におけるtotal careの役割とその
具体的推進法)

石井 哲夫 *

中塚 博勝 **

要約：長期療養にともなう様々な問題を解決する方法を検討し、同時にそうした問題の発生を予防する精神衛生的配慮についての方法を検討することが本研究の目的である。前者においては、対象児の意識、心理に対し深い理解を持ち、問題行動の意味や機能を理解し、自己概念の発達を援助していくことが必要である。また後者では、集団生活の効果を積極的に利用し、成長、発達につながる生活環境、学習環境の整備に努め、さらに家庭環境の調整も配慮するべき要件となる。

見出し語： 不安傾向、不安傾向診断検査、適応性、適応性診断検査、認知傾向、対人認知、環境認知、自己認知、問題行動、自尊感情、自己概念の変化、成長のための経験

はじめに

発達途上にある子どもにとって、長期療養を必要とする疾病（慢性疾患）に罹患することは心身の発達に大きな痛手を与えることは従来から指摘されてきた。さらに、病気のために入院せざるを得ないような場合、それは子どもに心理的な外傷体験として受止められる。そして、病気とは単純に身体的な問題に止まらず、子どもを取り巻く家族にも影響を及ぼす心理的な問題でもある。前回の研究結果を踏まえながら、次の事項について検討した。

- 対象児全体についての調査資料の見直し
- 疾患の違い、年齢差による調査結果の比較
- 病院と施設という環境差が子どもに与える

影響

- 見出だされた問題点についての考察
- そして本研究の目的である長期療養児への治療教育的考察

I. 対象及び方法

本調査の対象は、慢性疾患（気管支喘息、腎疾患、先天性心疾患、紫斑病等）のために長期に渡り国立療養所、虚弱児施設に入所している小学5年生から中学3年生までの240名である。対象児の詳細は前回報告した。また調査内容及び方法も前回報告の通りである。

日本社会事業大学教授 *

東京都成東児童保健院 **

II. 結果

《1》疾患の違い及び年齢差による調査結果の比較

ここでは標準化されている二つの検査結果を疾患の違い、年齢差の2点について見直しを行った。

(1) 不安傾向について

a. 疾患別の比較

図-1は不安傾向診断検査についての両疾患群の結果である。分布は慢性疾患群がやや右よりの型、すなわち不安傾向の高いグループであることがうかがえた。

b. 年齢差の比較

図-2は喘息群について比較したものであるが、全体としては不安傾向の低いグループであると考えられる。一方、慢性疾患群は図-3のように年齢差に関わりなく、やや不安傾向の高いグループであるといえる。

(2) 適応性について

a. 疾患別の比較

図-4は適応性診断検査についての両疾患別の分布を示したものである。慢性疾患群は左よりの適応性の低いグループであることが考えられる。

b. 年齢差の比較

図-5は喘息児の結果である。中学生群は小学生群と比べ適応上問題を持つ児童が多い傾向がうかがえる。また、図-6のように慢性疾患群でも中学生群は左に偏った分布型を示し、対象児全体の中で適応上問題を持つ児童を多く含んだグループであると考えられる。

《2》生活環境の違いによる調査結果の比較

(1) 不安傾向について——環境差による比較

図-7は、喘息児についての結果であるが、平均値、分布型ともに同様な傾向を示し、現在の生活環境の違いによる両群の差は見出だせない。その他慢性疾患群の結果は、図-8のように分布型はやや右よりで、平均値の上で両群に大きな差は見られないが施設群にやや不安傾向の高いものが多いことがうかがわれる。

(2) 適応性について——環境差による比較

図-9及び図-10は、適応性のパーセンタイル値について比較したものである。喘息児については施設群にややパーセンタイル値の低いものが多い傾向が認められるが、全体的には両群とも同様な分布傾向を示している。不安傾向検査の結果と同様に大きな差は見られない。慢性疾患児は図-10のように施設群のパーセンタイル値がかなり低く、適応上なんらかの問題をかかえた者が多いグループであると思われる。

一方、病院群でも3分の1が20パーセンタイル以下であることから、こちらも適応上の問題を持つ者が多く含まれたグループであるといえよう。

《3》適応性の高低と認知傾向との関係

(1) 適応性の高低と不安傾向

先に実施した適応性診断検査の結果から、対象児全体を適応性パーセンタイル値が80以上の者を適応群 (High Adjusted Group) また20以下の者を不適応群 (Low Adjusted Group) として二つのグループに分類した。図-11は、両群についての不安傾向診断検査を対比したものである。ここに見るように両群の不安傾向は対照的な分

布型を示し、また偏差値の平均でも大きな差があることから、不適応群はそれぞれが高い不安感を抱き、日常生活の上でも安定度の低い者の集合であると考えることができよう。

(2) 適応性の高低と認知傾向

人の認知傾向に個人に内的状態や感情傾向が反映されるとするならば、日常生活により適応をしめしている者とそうでない者との間には、認知傾向の上になんらかの差があることは十分予測される。

a. 対人認知

これは子どもが日常かかわりを持つ人に対する認知傾向をとらえようとしたものである。

表1-1で見ると、他者に対する肯定的な態度はほとんどの項目において適応群が優勢である。それに対して、不適応群は友人や両親に対するポジティブな認知傾向は比較的高いがその他は低い傾向にある。次に、否定的認知傾向ではほとんどの項目に渡り不適応群の数値が高い。こうした結果は、先の仮説を裏付けることになるであろう。

b. 環境認知

これは子どもの身近な環境に対する認知傾向をとらえようとしたものである。表1-2で見ると、一般的な傾向として現在自分が身を置く環境に対する否定的感情が支配的である。しかし、そうした中であっても、不適応群は全ての項目に適応群を上回る否定的な認知傾向を示し、現在の環境を受け入れがたいとする思いが強い。

c. 自己認知

表1-3は慢性疾患というハンディキャップ

を背負った自分をどのようにとらえているかについてまとめたものである。ここで特徴的なことは、両群ともに自己否定的な態度が強く見られる点である。自己を肯定的に見るとすることは、自尊感情の高さとも通じるものである。それは日常生活に取り組む姿勢に影響を与える。ここに見られた自己肯定度の低さは、子ども達の消極的な態度を裏付けるものであるといえよう。

《4》ま と め

子どもの慢性疾患は成人と違って常に成長期にあること、義務教育を含む教育年齢にあること、発達段階において危機的時期といわれる思春期が含まれていること、そして、効果的な薬剤や治療法が確立されておらず再発を繰り返しやすいことなどの問題を持っている。

入院、入所が子どもの精神発達に及ぼす影響は、いわゆるホスピタリズムの問題として取り上げられてきた。すなわち施設や病院に長期間収容されている子どもが、家庭児には見られない心身の発達の障害ならびにそれに伴う各種の症状を示す状態である。これらの問題は、子どもの入院時年齢が低ければ低いほど、また入院期間が長ければ長い程その影響を受けやすい。一方年長児においても入院期間が長くなるにつれて、自主性や創造性に欠けたり、社会性も乏しく、社会化の遅れや歪みを生じ、興味や関心の持ち方も限られた狭い範囲のものになってくる。日常生活における判断力や理解力に欠け、不平不満が多くなり、些細なことで問題を引き起こす。

注意の集中や持続も困難となり、学習などを含め面倒なこと、困難なことを解決しようとする意欲も薄れ消極的な生活態度を形成しやすい。このような問題は、病気による影響と同時に、病院や施設という特殊な生活環境から引き起こされてくるものと考えられる。これまでに述べてきた長期療養児に見られた問題はこうしたことの現れであると理解することができよう。

長期療養児に対する治療教育的な考察は、一方において長期療養に伴って発生する様々な問題を解決するための実際的な方法論を検討することであると同時に、一方においてそうした問題の発生を予防するための精神衛生的配慮について実践的な方法論を検討することである。

以下この2点について考察し、まとめにかえたい。

(1) 長期療養児の心理的な問題への対応

a. 対象児への正しい理解

改めていうまでもないことであるが、日常のケアの対象となる子ども一人一人に対し正しい理解を持つことが、心理的問題への対応の出発点である。それは子どもの一般的な発達についての理解だけでなく、病気であること、特に慢性の疾患を持った子どもの意識・欲求などを含む心理に対し、深い関心と理解を持つことを意味するものである。度々述べてきたように子どもの認知傾向の中で、日常的ケアに携わる人物についての評価が概して低いのは、対象児への正しい理解を欠いた対応に対する子どもの評価であると受け止めることもできる。正しい理解を持つということ、あるいはそのための努力のプロセスは、相互の意思の疎通をもたらす

ひいては相互理解に通じる子どもの心の安定を得ることになるであろう。

b. 問題行動の理解

子どもが日常示す様々な問題行動は、言ってみればひとつの症状である。例えば、反抗、不従順、引っ込み思案などにしてもそうした問題を引き起こす原因がある筈で、症状だけを取上げても無意味である。問題行動の理解にあたって、次の点について理解しておくことが望まれる。即ち、第1に問題行動は子どもの内面に何らかの異常（安定を欠いた心の状態）が存在していることを意味するものであると同時に、そうした状態に対して注意を喚起する信号の役目もはたしている。第2に、問題行動は安全弁としての役割りを持つ。もし子どもが葛藤状態や高い緊張状態のまままでいつづけたとしたら、子どもの内面は破滅への道（自我の崩壊）をたどるしかない。子どもはそれから逃れるために様々な型で外に向かって行動を起こす。その際選ばれた行動の型が時に問題行動として取り上げられるのである。それ故、その問題をいかにして治すかを問題とするのではなく、子どもが何故その様な行動が必要なのか、それによっていかなる困難（葛藤）を解決しようとしているのかを考える事が大切である。

c. 発達への援助

この研究を通して見出された一番大きな問題は、子ども達の自己概念に関するものであった。それは具体的にいくつかの検査結果に示めされた自分に対する低い評価と自尊心の低さである。

自己に対する肯定的な認知は「自尊感情」とも呼べるものであり、人の判断や行動を規定する一種の「準拠枠」となるものである。長期療養児に対する発達の援助とは「自己概念の変化」を目指した働きかけである。他者の援助によって自己に対する肯定度が高まることは、行動に変化をもたらし、より適応性を高めることに結び付く。それは言い換えるとパーソナリティの変化～発達をもたらすことになるであろう。

(2) 長期療養児への精神衛生的配慮

子どもにとって病気であること、その結果としての入院・入所が心理的な影響を及ぼすことはこれまで述べてきた。けれども、病気や入院経験が必ずしも悪影響しか与えないかという点を決してそうではない。それは、入院又は入所を「成長のための経験」として利用しようとする積極的なプログラム（精神衛生的配慮）を施設が用意し、それを実践することによってカバーすることが可能となる。

a. 集団生活の積極的利用

施設や病院における集団生活は、家庭では経験することのできない次のようなポジティブな面を持っている。

(イ) 体験の共有

病気や心の問題で悩んでいるのは自分一人だけでなく、大勢の仲間がいることを知り、そうした仲間との交流を通じて、互いに励ましあう体験をもつことができる。

(ロ) 避難・退避の場

病気の上に心理的因子が強く関わって症状を悪化させているような場合に家庭から離すことによって、子どもの緊張や葛藤を解きほぐし、

自我の立て直しを計る機会とすることができる。

(ハ) 規則性の回復

家庭において乱れていた生活のリズムや規則性を取り戻すことができる。

(ニ) 自立心の育成

親に対する依存的な生活から分離することで、自主性や自立心を育てる機会とすることができる。

b. 生活場面への配慮

集団生活が持つポジティブな面について理解を持つと共に、子ども一人一人にとってそこの生活経験が成長・発達につながるように生活環境を整えていくことが大切である。

(イ) 治療の場

当然のことながら、子どもは、身体的・心理的な問題を抱えて入所してくる。治療のために最大の配慮が払われなければならない。入所はより適切な治療を受けるためにとられる一つの手段であり、それ故、一人一人に対して適切な治療が保障されなければならない。

(ロ) 生活の場

施設や病院は治療の場であると同時に、子どもにとってそこは生活の場でもある。子どもが抱く様々な要求～遊び、活動、友人や家族との交流など～が日常の生活の中で実現しやすいように生活のプログラムを整えることが必要である。

(ハ) 教育の場

教育は子どもが複雑な、そして広い知識が必要な社会に生きていけるよう、または、その社会で子どもにふりかかる様々な課題を処理する能力を身につけさせる役割を果たすものである。

しかし、現代の学校教育は端的に言えば、社会有為の人間になることを目標としてすすめられている。すると障害児や病弱児の学校教育は成立しなくなる。登校拒否児にとって、重篤な病気をもった子ども達に対して、何を教育し、どこに教育の意義を見出したらよいか。これらの子ども達にとって教育とは何かのためにあるのではなく、自分自身が人間として生きる、ただそのことのためにある。教育の目標は、社会に有用な人間形成という外側に置くのではなく、より人間らしくなるために、人間としての可能性を少しでも広げるために、というそれぞれの内側に求められるものである。

このような環境整備に対する基本的な構想とその実践は、先の調査結果に現わされた病院や施設に対する否定的な認知傾向を改善することになり、ひいては治療に取り組む積極的な姿勢を引き出すことに通じるであろう。

(3) 治療に対する家族の取り込み

例えば、喘息と家庭環境との間に関係があることはよく知られている。親子離断療法が往々にして良い効果をもたらす事実は、それだけ親の在り方が子どもの問題形成に悪影響を及ぼしていることを意味する。親に対する指導は、ただ一方的に親を避難するだけでは何の解決にもならない。親のこれまでの苦勞を受容することから始めていくことである。親に対し、病気について持っている誤った考えや不安を取り除き同時に子どもに対するこれまでの養育態度について内省する機会を与えること、施設や学校の行事に積極的に参加させ、家庭では見られなかった子どもの姿に直接触れさせる。このような

体験を通して子どもに対する固定的な見方を変えさせるように仕向けていく。親に対する指導目的は、子どもが家庭復帰した時に、「親子ともうまくやっていけること」を目指すものである。

長期療養児への治療教育的対応とは一言で言うならば、収容治療的立場にたつて、子ども、病院、施設、そして親への対応に対するよりよい在り方を求めていこうとする試みの中に見出だすことができるものであると言えよう。

おわりに

長期療養児へのトータルケアを考える時、システム論が問題になりやすいが、治療教育的関わりについても熟考しなければならない。長期療養児については施設より病院の方が自己否定的傾向が強いがこうした点からもメディカルケアの治療教育的側面を考える必要がある。

そのためには子どもの内面的な問題、意識の変化が重要な側面である。即ちより専門的な治療教育の考え方を明確にして、これを普及していくべきである。そのためには、自尊心、自立心などの自己肯定的な側面や自我の発達などを評価の尺度に導入し、臨床心理的な活動をメディカルスタッフの研修課題とすることを考えてもよいだろう。

図1 不安傾向診断検査（喘息児とその他性気管炎児との比較）

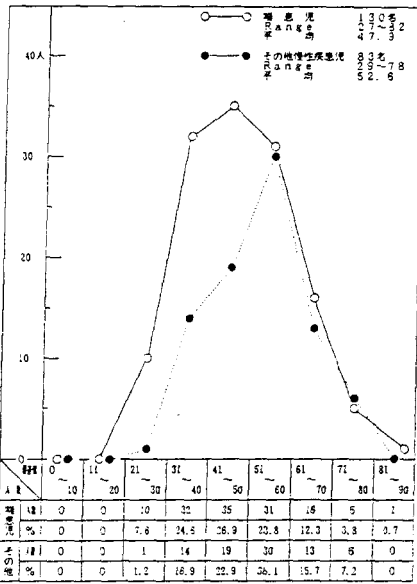


図2 不安傾向診断検査（喘息児全体の結果）

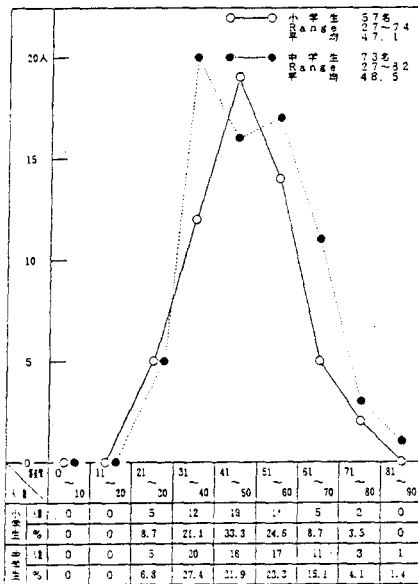


図3 不安傾向診断検査（その他性気管炎児全体の結果）

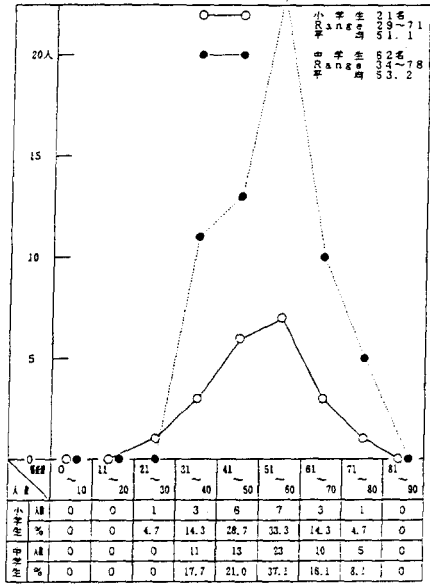


図4 適応性診断検査（適応性） 喘息児とその他性気管炎児との比較

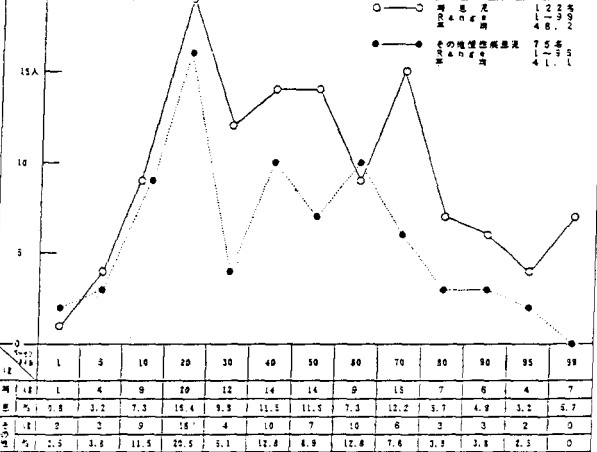


図5 適応性診断検査（適応性） 喘息児全体の結果

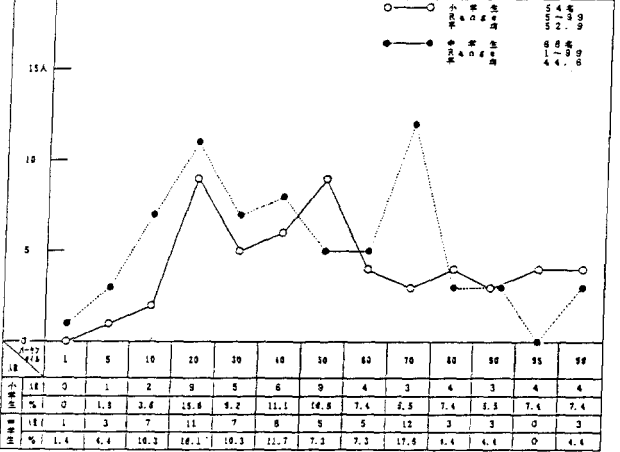


図6 適応性診断検査（適応性） その他性気管炎児全体の結果

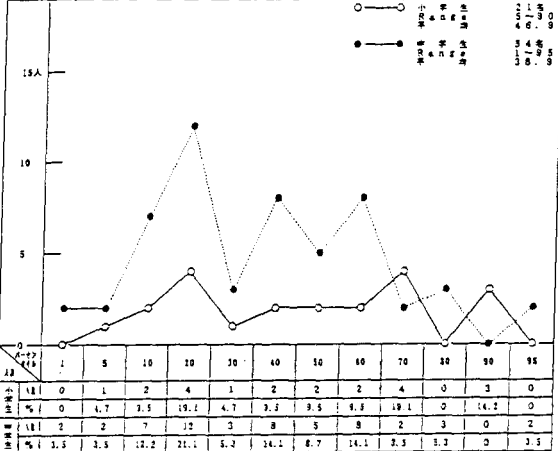


表1-1 適応性と認知傾向 対人認知

項目	肯定的		否定的		客観的	
	Low	High	Low	High	Low	High
私のまわり	42.0	51.4	17.1	2.3	40.7	45.8
私のようだよ	10.9	17.1	12.3	0.0	76.8	82.9
私の母	57.8	60.0	13.8	0.0	28.4	40.0
看護婦さん	25.0	40.9	41.5	28.6	33.5	31.4
父や母はいつも	54.7	65.7	18.5	5.7	28.8	28.8
私を覚えてくれるのは	68.8	68.6	0.0	5.7	31.2	25.7
お医者さん	28.6	45.7	28.2	8.6	47.2	45.7
たいていの方は	37.5	28.6	17.1	14.3	47.4	57.1
私の父	29.7	51.4	12.3	0.0	58.0	48.6
職業の方は	62.5	82.9	10.8	8.6	28.7	8.5
学校の先生	32.3	45.7	35.4	22.9	31.8	31.4

図7 順位の比較 (不安傾向) 喘息児

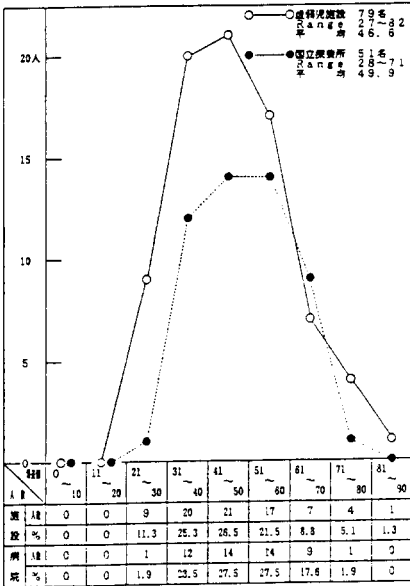


図8 順位の比較 (不安傾向) その他慢性疾患児

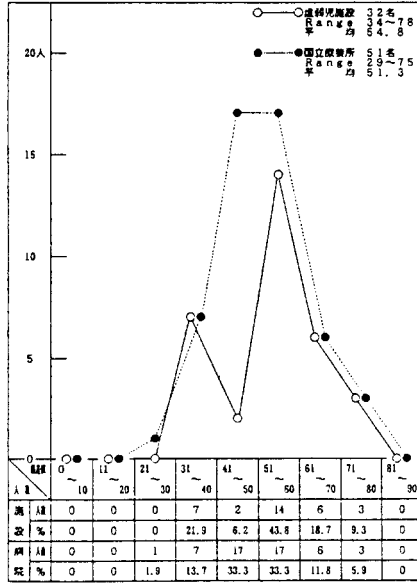


表1-3 適応性と認知傾向 — 自己認知 —

項目	肯定的		否定的		客観的	
	Low	High	Low	High	Low	High
学校で私は	6.22	34.3	35.4	11.4	57.8	54.2
私を苦しめるのは	0.0	0.0	78.5	80.0	21.5	20.0
脚の気になるのは	0.0	8.5	83.1	71.4	26.9	20.0
小さい脚気は	14.1	5.7	29.2	22.3	56.3	71.4
私のとくいなことは	37.5	57.1	41.5	22.3	20.0	20.0
脚気の私は	3.1	5.7	60.0	57.1	35.9	37.1
私のできないことは	0.0	0.0	72.3	54.2	17.7	45.6
私はみんなより	5.2	8.5	70.1	40.0	53.8	48.6
私の脚気が	1.5	8.5	28.2	14.2	72.3	77.1
私がくやしかったのは	0.0	0.0	83.1	65.7	16.9	34.2
私の好きなことは	17.1	28.6	9.2	8.6	75.3	62.9
私のいやなことは	0.0	5.7	80.0	65.7	20.0	28.6
私がうれしいのは	12.5	40.0	7.6	5.7	78.9	54.3
私はいつも	6.2	17.1	33.8	29.0	60.0	52.9

図9 順位の比較 (適応性) 喘息児

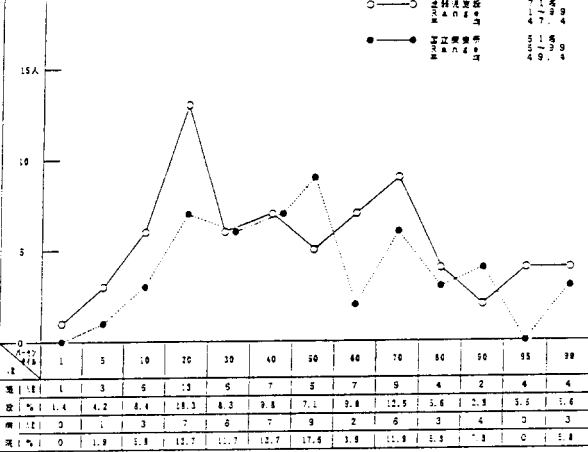


表1-2 適応性と認知傾向 — 環境認知 —

項目	肯定的		否定的		客観的	
	Low	High	Low	High	Low	High
私の学校は	26.52	25.7	21.5	8.5	51.6	95.7
私にとって病院(学業)は	25.0	28.6	42.0	22.9	31.2	35.0
私の家は	20.3	20.0	12.3	2.8	67.2	77.1
病院(学業)	20.3	17.1	58.5	48.6	20.3	34.3
家より病院(学業)の方が	17.2	20.0	66.2	62.8	15.6	20.0
病院(学業)で私は	15.6	25.7	38.5	28.5	45.3	45.7
私の脚気(へや)は	25.0	31.4	30.8	11.4	40.9	57.1

図10 順位の比較 (適応性) その他慢性疾患児

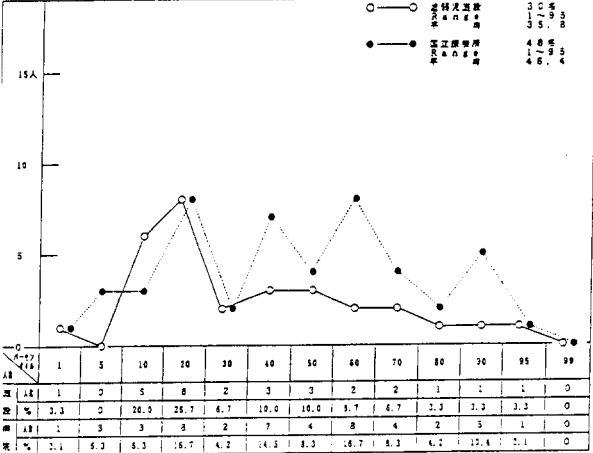
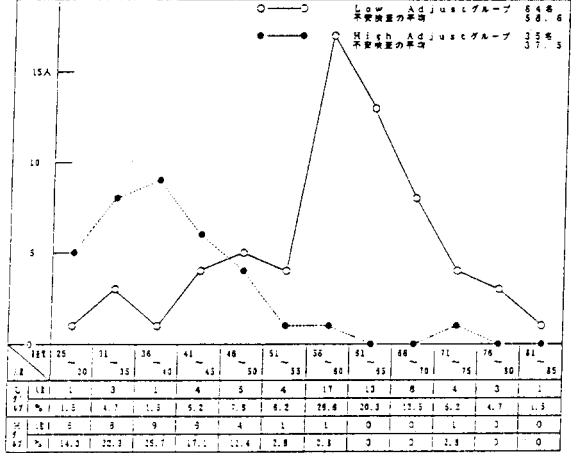
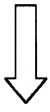


図11 適応性と不安傾向との関係





検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約:長期療養にともなう様々な問題を解決する方法を検討し、同時にそうした問題の発生を予防する精神衛生的配慮についての方法を検討することが本研究の目的である。前者においては、対象児の意識、心理に対し深い理解を持ち、問題行動の意味や機能を理解し、自己概念の発達を援助していくことが必要である。また後者では、集団生活の効果を積極的に利用し、成長、発達につながる生活環境、学習環境の整備に努め、さらに家庭環境の調整も配慮すべき要件となる。