

## 病院内学級における教育的援助のプロセス

谷口明子 武蔵野大学人間関係学部通信教育部

Akiko Taniguchi Department of Human Studies, Correspondence Division, Musashino University

### 要約

本研究の目的は、病院内学級における教育的援助のプロセスを明らかにすることである。先行研究の少ない分野において有効とされる質的研究法を採用し、ひとつの病院内学級におけるフィールドワークによりデータを収集し、谷口(2004)の“つなぎ援助モデル”に則って分析した。結果として、病院内学級における教育的援助のあり方が、入院期間が短期(1ヶ月程度)かそれ以上かによって大きく異なり、特に、長期入院の場合は“つなぎ援助”の重点が、1) 新しい環境への適応をめざした〈病院内学級と子ども〉のつなぎ、2) 医療・家庭・教育の三者間をつなぎつつ、〈病院内学級と子ども〉のつながりの確保、3) スムーズな復帰をめざした〈子どもと地域の学校〉のつなぎへと、時間の流れに沿って移行していくことが見出された。また、他の援助実践や精神科領域児童・生徒を対象とする病院内学級における援助との比較から、援助システム同士を“つなぐ”こと、及び地域の学校との“つなぎ”が重視されることが、病院内学級における教育的援助の特徴であることも確認された。

### キーワード

病院内学級, 教育的援助, 援助プロセス, つなぎ, フィールドワーク

### Title

**Process of Educational Support for Hospitalized Children at a Hospital School.**

### Abstract

This paper describes process of educational support for hospitalized children at a hospital school. As little research attention has been paid to this educational field, the qualitative approach, effective in relatively unexplored research fields, was adopted here. The data obtained from three years of fieldwork, which consisted of participant observation, semi-structured interviews with teachers, and document analysis, were analyzed according to what is known as the "tsunagi" (that is, mediating or liaison) support framework (Taniguchi, 2004). The data suggest that the quality of educational support is strongly affected by a child's prospective hospitalization period, and that in the case of long-term hospitalization, the main trajectory of the "tsunagi" support system changes from that of "the child and the hospital school" to that of "the child and the local school" in the course of the hospitalization process. Compared with educational and other support systems at a different kind of hospital school (where most students have some kind of mental problem), the importance of the "tsunagi" system operating between a hospital school and a local school, and between the various other support systems, is also discussed.

### Key words

hospital school, educational support, support process, "tsunagi", fieldwork

## 問題と目的

1994（平成 6）年に全国都道府県教育委員会教育長宛てに「病気療養児の教育について（通知）」が文部省（当時）によって出されて以来、従来顧みられることの少なかった入院中の児童・生徒（以下、入院児と略する）への学校教育導入の動きが活発化し（谷川，2000），つい数年前までは一般にはなじみの薄かった“病院内学級”に対する社会的認知も高まりつつある。背景には、近年の医療技術の向上により、退院後の社会生活を念頭においた治療体制が望まれるようになってきていることや（松井，1991），入院中の生活の質（Quality of Life）への配慮が求められるようになったこと等の医療をめぐる状況の変化や、退院後の不登校問題の浮上などがある（谷川・駒松・鈴木・小野・松下・米川・国府・文屋，1997）。

では、医療と背中合わせのこの教育現場で、教師たちはどのような援助を提供することが望ましいのだろうか。

入院児の教育は、教育行政上は「病弱・身体虚弱教育」（以下、病弱教育と省略する）という特別支援教育のひとつとして位置づけられている。教育の場としては、2002（平成 14）年度の学校基本調査によれば、病弱養護学校が全国に 95 校、病院内または普通学校内に設置された病弱特殊学級が併せて 803 学級、他に肢体不自由等の養護学校からの訪問教育や東京都の健康学園（気管支喘息や肥満の子どもを主な対象とする全寮制の小学校。区によって運営されている）があり、その「95～6%が医療機関と隣接」（横田，1998），もしくは併設されている。「病院内学級」という呼称は、制度上の規定をもたない俗称であるが、病院内に設置された特殊学級、または独立した敷地をもつ病弱養護学校や分校・分教室をも含めて、病院内に設置された教育の場を一般に指しており、「院内学級」という呼称と区別されることなく用いられている。本研究においては、「院内教育」という言葉が、病院勤務の看護師対象の現職教育を指し、必ずしも入院患児を対象とする教育に用いられないことを勘案し、「病院内学級」という言葉に統一して使用し、病院内学級におけ

る教育を「病院内教育」と呼ぶこととする。

病院内教育では、病院との連携や行動規制、入院ストレスへの配慮等、通常学級とは異なる指導上の配慮が必要とされている（文部省，1985；山口，2004；全国病弱養護学校長会，2001）。学習内容や教育方法も病状や治療内容、地域の学校の進捗など個別の事情に合わせて決定され、ひとりひとりのニーズへ柔軟に対応することが強く求められている（がんの子供を守る会，2002）。教育という立場からどのように入院児を援助すべきか、教師たちが戸惑いを感じることの多い現場のひとつと言えるのではないだろうか。しかしながら、対象が心理的に不安定であること、プライバシーの問題もあつてか、病院内学級をフィールドとする先行研究はごくわずかしかない。そのため、現場では、目の前の入院児に対してとにかくできるだけのことをするという手探り状態の努力が展開されている。今ここで、病院内学級現場の状況をふまえながら、教育的援助のあり方を検討することは、意義のあることと考えられる。

数少ない先行研究として、谷口（2004）は、ある病院内学級におけるフィールドワークから、入院児が孤立し、エネルギーを失いがちであることを指摘すると共に、病院内学級における教育実践が、入院児を囲む生活システムが援助資源として有効にはたらくよう、システム間の関係を構築・調整する〈つなぎ〉という機能を有していることを見出し（表 1）、図 1 のように教育実践の機能をモデル化している。

しかし、このモデルに見られる全ての〈つなぎ〉援助は、常に並行して展開しているのだろうか。谷口（2004）においては、どのような時にどの〈つなぎ〉援助が展開しているかという“時間の流れ”を考慮した検討はなされていない。実際の教育現場においては、“時”と“場合”をも考慮した知見こそが求められているだろうことは想像に難くない。そこで、本論文では、谷口（2004）のモデルを継承し、谷口（2004）においては組み入れられていない〈つなぎ〉援助も含めた、病院内学級における教育的援助の新たなモデルを提示する。また、時間軸という新たな観点を導入し、病院内学級における教育的援助のプロセスを明らかにすることを目的とする。

表1 〈つなぎカテゴリー〉の概要 (谷口, 2004)

<b>つなぎカテゴリーとその特色</b>
<p>①「子ども」と「子ども」を“つなぐ”                      実践カテゴリー〈A. 関係調整〉のうち、子ども同士の関係作りを意図したエピソードから構成される。病院内学級では、メンバーの入れ替わりや本人の“仮の宿”的意識・病状変動による精神的余裕のなさから、『安定した(友人)関係までいかない』。このような相互関係の希薄さをカバーすべく行われる教師たちの積極的なはたらきかけが、寄せ集められたばらばらの子どもたち間の関係づくりという機能を果たしている。</p>
<p>②「教師」と「子ども」を“つなぐ”                      実践カテゴリー〈A. 関係調整〉のうち、教師と子どもの関係づくりを意図したエピソードと〈C. 心理的ケア〉から構成される。親子関係を彷彿とさせるような身体接触を伴うかかわり(ex. ほっぺたを手で包みこんで体温を確認する)や、“理由なく教師をぶつ”等の攻撃的行為の受容などが含まれる。背景には、頻繁な転出入から自然な関係形成を待つ時間的余裕のなさや、家庭から分離している子どもの親代わりとして危機状況にある子どもの心を支えることも教師の役割と捉える信念がある。通常の枠を超えて心情的で親密な教師と子どもの関係を、なるべく短時間で構築する機能を有している。</p>
<p>③「病院内学級」と「子ども」を“つなぐ”                      病弱児は治療に伴うストレスや生活環境の激変によって消耗、無気力化してしまい、ずるずると学校についていけなくなることもある。又、“病氣”を言い訳に何もやらずにいることが許容されてしまうこともある。こうした「何もしたくない」「しなくていい」又は「できない」子どもに学級活動への参加を促したり、作品づくり等の課題を代行してとりあえず授業課題状況の成り立ちを支えている。エネルギー低下のままに病院内学級での“活動”にうまくのれない子どもたちと“場”の接点を保つという機能を有する。</p>
<p>④「子ども」と「地域の学校」を“つなぐ”                      しつけ・学習指導の基本的な指導以外にも、前籍校・転籍校に向いて児童の状態を確認・説明したり、入院中に学級通信の送付をお願いしたりすることで関係を保ち、子どものスムーズな移行を援助する。参与観察段階では、通常なら入院によって中断される学校教育を入院前の学校から受けつぎ、退院に伴いまた元の学校(又は、別の学校)へ引き継ぐという、時間的〈つなぎ〉と思われたが、半構造化面接より教師たちが前籍校・転籍校を子どもの“地域”と捉えていることがわかり、カテゴリー名を修正した。</p>
<p>⑤「病院」と「病院内学級」を“つなぐ”                      Z院内学級においては、病院との公式の会合が3種類(年19回)設定されている(学校要覧より)。より非公式なレベルでは、『病棟に乗り込んで』子どもの指導を進める上で必要な情報交換をすることで、多忙にまかせて忘れられがちな“医療と教育と情報の流れ”を積極的に築いている。参与観察データからは、病院スタッフが病院内学級に来ているという事実しかつかめず“動かない相手にはたらきかける”という本研究のつなぎ機能の定義にあてはまるかどうか不明であったが、教師面接における『こちらが申し立てないと何も動かない』との語りから、本研究の定義との適合が確認された。</p>
<p>⑥「病院」と「子ども」を“つなぐ”                      全般に禁止や叱責が少ない本学級において、療養上の注意事項に関してのみ厳しい禁止や叱責ははいており、病院の指示を徹底させるという点で日常の学級活動の中で「病院」と「子ども」を〈つないで〉いると思われる。他にも、看護師に子どもへの配慮を依頼することもある。ただ、「基本的には病院のことには口をださない」という不文律があるようで、教師の活動としてのウェイトはさほど高くない。</p>
<p>⑦「家庭」と「病院内学級」を“つなぐ”                      病弱教育においては、“病院との連携”と並んで“家庭との連携”も重視されている(文部省, 1985)。学校行事としての保護者会や面談の他に、面会時間をみはからって何気なく病棟へ教師が『出投する』、連絡帳等でこまめに子どもの様子を連絡する、暗い表情の保護者に声をかける等、「家庭」へ病院内学級教師がはたらきかけて関係を築いている。子どもの入院で生活上も精神的にも身動きができず「病院色」一色の状態の「家庭」に「病院内学級」とのパイプをつくることで、家庭を支えていると言える。</p>
<p>⑧「家庭」と「子ども」を“つなぐ”                      家庭から病院へ生活の場を移した子どもの中には、家庭との関係が疎遠になってしまう子がいる。距離ができがちな「家庭」と「子ども」間の橋わたしをしていると解釈される実践である。仕事などの理由でなかなかお見舞いに来ない親に教師から子どもの様子を知らせる電話を入れたり、病棟という閉じた世界の中でうつむいたままの母子の間で「連絡帳で知らせた学校の内容」が会話のきっかけをつくることもある。母親とかかわるような宿題をだして『かかわるネタをばらまいた』という実践も報告されている。家庭との関係が緊密な子どもには必要のないはたらきかけではあるが、関係が疎遠になりつつある子どもには必要なものといえることから、一つのカテゴリーとした。</p>

※1：表中の「実践カテゴリー〈A. 関係調整〉」とは、谷口(2004)において〈つなぎカテゴリー〉析出の第1段階としてまとめられた教育実践カテゴリーのひとつであり、子どもたちの人間関係構築を助けたり、関係を円満に保つ、こじれを未然に防ぐことを意図して行われた教育実践のエピソードから構成されている。

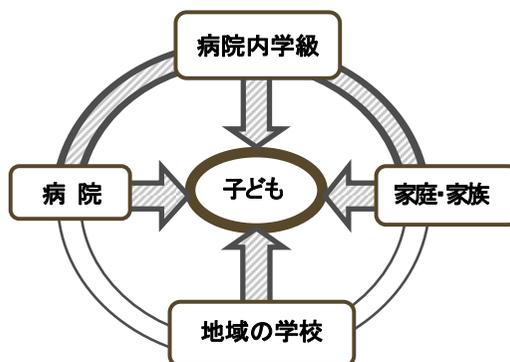


図1 入院中の子どもの生態システム

図中の矢印は援助の流れを表わし、線種・太さはシステム及び援助の“パワー”を象徴するものにする。即ち、実線の方が点線より“力”が強いことを表わす。(斜線がかかっている部分が谷口(2004)で確認された「つなぎ」)

## 方法

### 1 方法選択の理由

質的研究法は、“どのような”という質的な問いに答えるのに適するとされ(澤田・南, 2001)、プロセスを理解することに効力を発するとされる(Bogdan & Biklen, 2003)。こうした方法の特徴をふまえ、現場のありようから教育的援助プロセスのモデル化をめざす本研究においては、質的研究法を採用し、多角的なデータ収集を行うフィールドワーク(國分, 1993; 箕浦, 1999)を行った。具体的には、ひとつの病院内学級をフィールドとして、長期間の参与観察、教師対象の半構造化面接、文書資料の収集を行っている。質的研究法は、未開分野の探索的研究において有効であると認められており(能智, 2000)、病院内学級という先行研究の少ない教育の場を研究土俵とする本研究にはふさわしい方法であると言えるだろう。

### 2 フィールドの概要

本研究のフィールドは、小児病院併設の病院内学級小学部(以下、Z院内学級と呼ぶ)である。Z院内学級には中学部もあるが、中学部は在籍生徒数が少ない

こと、及び中学部生徒の方がより他者の目に敏感な年齢であることから、Z院内学級側より中学部の観察は控えて欲しいとの要請があり、小学部のみをフィールドとすることとなった。

病弱教育機関は、重度の慢性疾患をもつ入院児を多く擁する独立型の病弱養護学校と、養護学校や市区町村立小中学校の分校・分教室・特殊学級が病院内の一角に設置されている病院内学級に大別できるが(谷口, 1999)、本研究においては病弱教育機関の中でも、急性疾患や小児がんの児童・生徒を抱え、より対応が難しいとされる病院内学級をフィールドとして選定した。

Z院内学級は、養護学校を母体とした分教室である。調査時において学級数6(各学年1クラス)、教師数14名(中学部との兼任2名及び教頭1名を含む)、在籍児童数は入退院によって一年を通じて変動するが、常時約20名いる。児童の疾患は、腎疾患・ペルテス病・小児がん・骨折が主なものであり、在籍日数6ヶ月未満が全体の77%(1996年度)を占める。教育内容は、教師たちが『準ずる教育』と呼ぶように、普通校同様、基本は教科学習であるが、養護学校であるので、障害の理解・克服をめざした「自立活動」(1999年度までは「養護・訓練」)の時間がある。

病院内学級のあり方は対象児童の疾患種や病院との関係など各校独自の事情に応じた部分が大きい。Z院内学級は、入院児の義務教育に約50年の伝統があり、各種研究モデル校指定を受けることも多く、わが国の病院内学級教育においてはその存在を広く認めら

表2 面接協力者の概要

面接時期	(1) 1998年3月～10月	(2) 2003年11月～12月
人数	14名(教頭1名を含む)	7名
性別	女性8名/男性6名	女性4名/男性3名
年齢	32～57歳(平均40.2歳)	34～53歳(平均42.0)
教員経験	8～33年(平均18.6歳)	11～26年(平均18.1)
病弱経験	1～25年(平均6.2年)	4～13年(平均7.7年)

れているひとつの典型例と言える。

### 3 データ収集手続き(フィールドワークの詳細)

#### 参与観察

1997年10月～1999年2月及び2002年10月～2003年3月の延べ3年間にわたり断続的に行われた。平均して週に1度、お昼休みから授業終了時まで全58回フィールドを訪問し、掲示物や教師たちの立ち話もふくめ、目にしたものを耳にしたことをできるだけメモにとった。また、参与観察中は、授業の流れを妨害しないこと、記憶に頼る部分を極力少なくし、その場でメモをとることの2点を考慮し、先生や子どもたちから誘われたり話しかけられた時のみ応答するという消極的関与(passive participation)(Spradley, 1980)の参与スタイルをとった。テープ録音は、職員会議の許可後1997年11月から5ヶ月にわたり、「養護・訓練」(録音当時。1999(平成11)年3月の指導要領改訂により「自立活動」に変更)の時間のみ行った。昨今のフィールド観察研究では、ビデオの使用による相互作用研究が盛んであるが(荻田, 2004; 岡本, 2001, 他)、本研究においてはビデオは一切使用していない。ビデオの利用は、詳細にわたり繰り返し観察することを可能にしてくれ、研究者の解釈が介入していない、よりオリジナルな出来事に近い資料を提供してくれるというメリットをもつが(茂呂, 1997)、全体を捉えるのではなく、現実の一部のみしか扱えないこと(無藤, 1986)、機動性がなくなり、観察者効果が大きくなる(無藤, 1988)、というデメリットもある。本研究においては、なるべく自然な場の流れを捉えることを意図したことと、子どものプライバシーに対する配慮の

必要性が高く、子ども自身も(全員ではないが)投薬等治療の影響による整容面の変化(脱毛・顔が満月のようにむくんでしまうムーンフェイス等)からビデオ撮影への抵抗感が高いというフィールドの特性を考慮して、ビデオを用いることは適切ではないと判断した。

#### 半構造化面接

観察できない視点からのデータ収集を目的として、Z院内学級教師に協力を得て、1対1の半構造化面接をZ院内学級内の空き教室を利用して行った(1～2時間半)。面接の時期および協力者の概要は表2の通りである。

面接では、家庭や病院、地域の学校とのかかわりといった、学校場面を観察しているだけでは見えない教育活動について、具体的にどのようなことを行っているかという事実レベルの確認を中心に、実践にあたって注意していることや教育目標等、教育活動の背景にある教師の意識についても語ってもらった。いずれの場合も、面接調査への協力依頼時に、面接は録音の上、逐語録を作成し、分析資料とする予定である旨を伝えている。また、Z院内学級側からの要請により、主な質問事項をあらかじめ提出した。録音は、面接時に再び協力者本人の許可を得た上でを行い、1998年に実施した面接の逐語録(1)、2003年に実施した面接の逐語録(2)を、それぞれ作成した。

本研究のデータのうち、1997年10月～1998年3月の19回分の参与観察データ及び逐語録(1)は、谷口(2004)の研究と重複している。質的研究は円環的プロセスをたどることが知られ、同じデータでも研究の進行によって異なる視点から見直すことで新たな知見を生み出すことができるとされている(Spradley,

1980)。本研究は、1 周目の研究サイクルである谷口（2004）を踏まえ、より発展させた 2 周目の研究サイクルと位置づけられ、谷口（2004）において収集されたデータも、新たな視点から再検討することとした。

以下、〈 〉はデータから得られた概念やカテゴリー名に用い、 及び文中の『 』で囲んだ部分は、フィールドノート及び面接逐語録からの引用であり、中核的な箇所には筆者が下線を施した。逐語録を引用する際は、読みやすくすることを目的として、筆者の判断で内容を損なわない程度に言いよどみ等を削除した。エピソード中の発話者の後の（→A）は、その発話がAに向けられたことを示すものとし、引用中の（=〇〇）は、筆者による意味の補足であることを示す。なお、プライバシー保護の為、教師名・児童名はすべて仮名とし、子どもの疾患名他には内容を損なわない程度の変更を加えた。

## 分析のプロセス

### 1 分析資料

分析資料は、半構造化面接の逐語録、フィールドノートと学校要覧・掲示物等の資料である。主な分析対象データは半構造化面接逐語録及びフィールドノートであり、文書資料は沿革や教育目標などフィールドの基本情報を把握することに役立てた。

フィールドノートは、現場でとったフィールドメモに、録音記録を合わせて拡充し、時系列にそって日誌風に記述したものである。録音記録の扱いは、場そのものが通常の教室活動のように整然としたものではなく混沌としており、きちんとした逐語録にするには必ずしも向かないものであることや、表情・身振りなど音以外の要素が完全に洩れてしまうということもあり、「記憶やメモの穴を埋めるための補助手段」（佐藤，1992）とするにとどめた。しかし、フィールドノート作成時には、会話の詳細部分が逐語的にデータとして得られること、及び、全体の流れやエピソードの記憶を喚起してくれるという点で、絶大な威力を發揮したことは申し添えたい。フィールドノートの記録には、

「主な言動は記録されているが、細かいところで抜けおちている」（無藤，1996）可能性は否定できない。しかし、フィールドノートによる記録からは、切り取られた現実ではなく、文脈の流れをもつ実践の全体像がとらえられ、質的な分析に適している「よいエピソード」（無藤，1988）が抽出できるものと考え、分析資料とした。時系列的に綴られたフィールドノートから意味的なまとまりをもった一連のやりとり、すなわちエピソード（山本登志哉，1995）を切りだし、病院内学級における教育的援助実践のエピソードを特定した。また、2003 年施行の半構造化面接の逐語録（2）についてのみ、面接時に一部の教師から、うっかり話してしまったことも含めて逐語録として文字化され、分析対象となることへの不安が語られたことに配慮し、作成した逐語録を面接協力者 7 名全員に返し、「論文引用・分析使用ともに控えてほしい箇所」「論文引用は控えてほしいが、分析に使用するのはいかまわぬ箇所」「言い間違い」を指摘してもらい、本人の了承を得たデータのみを分析対象データとした。

### 2 分析手続き

分析は、以下の手順で行われた。まず、谷口（2004）のモデルを継承・拡大した新たな〈つなぎ〉援助モデルを生成し、その上で①教育的援助のテーマ探しを念頭に置きつつ 1998 年の逐語録（1）を何度も読み直すうち、②子どもの〈入院期間〉が教育的援助のあり方を決定する鍵であることが浮上した。③〈入院期間〉のサブ・カテゴリーとして、〈短期入院〉と〈長期入院〉の 2 つを作り、それぞれの入院プロセスにおける〈つなぎ〉援助のありようを示すデータを参与観察記録からのエピソードおよび逐語録（1）・逐語録（2）から特定し、④新たなモデルの枠組みにのっとり整理し、プロセスモデルを暫定的に生成した。整理にあたっては、表 1 の 8 つの〈つなぎ〉に加え、データからその存在が示唆された〈家庭と地域の学校〉〈病院と地域の学校〉〈病院内学級と地域の学校〉の〈つなぎ〉をデータ検討の視点として加えた。⑤Z 病院内学級教員らと月 1 回行っている研究会時に、④の暫定プロセスモデルを生成し、教師たちからコメントを得てモデルの妥当性を確認する「参加者チェック」

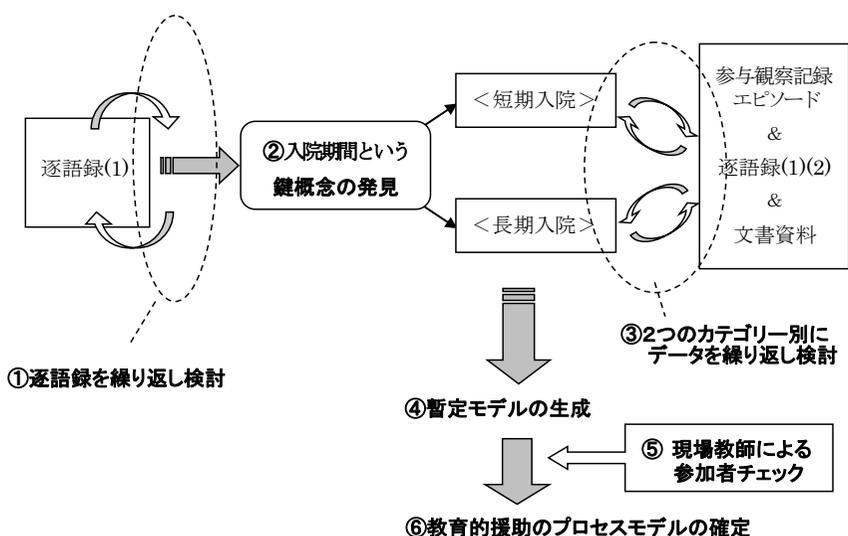


図2 プロセスモデル生成の流れ  
(原田, 2003) を改訂

(Holloway & Wheeler, 2000) を行い、⑥最終的な教育的援助のプロセスモデルを確定した。一連のプロセスを図示したものが図2である。

結果として、以下に述べるような入院から退院までの流れの中でみられる教育的援助プロセスを見出した。

### 新たな〈つなぎ〉援助モデルの提唱

谷口 (2004) が提示したモデル (図 1) は、病院内学級における教育的援助の意味を理解する一助として、意義をもつと考えられる。しかし、表 1 に挙げた 8 つの〈つなぎカテゴリー〉のうち、〈①子どもと子ども〉〈②教師と子ども〉の〈つなぎ〉を含んでいないという大きな欠点を残している。また、谷口 (2004) においては、確認こそされなかったものの、〈家庭と地域の学校〉〈病院と地域の学校〉〈病院内学級と地域の学校〉という 3 つの〈つなぎ〉の存在も示唆された。そこで、本研究においては、谷口 (2004) のモデルを継承しつつ、病院内学級における教育的援助を、「包括的にまとめ、そこに一つのまとまったイメージを与え

るようなシステム」(印東, 1973) として、よりふさわしい新たなモデル生成を試みた。

データを見直しながら、各〈つなぎ〉カテゴリーの意味を再検討した結果、図 3 に示されるような新たなモデルを生成し、「病院内学級における〈つなぎ〉援助モデル」と命名した。まず、谷口 (2004) においてモデル図からもれていた〈子どもと子ども〉〈教師と子ども〉の〈つなぎ〉については、どちらも病院内学級内部の人間関係を「つなぐ」ものであることから、病院内学級という大枠の下につけた。その際、直接の援助対象としての「子ども」との混乱を避けるため、「病院内学級にいる子ども」という意味で、「他の子ども」という言葉をモデル図では用いた。さらに、〈子どもと子ども〉〈教師と子ども〉の「つながり」は、結局〈病院内学級と子ども〉を「つなぐ」ことにも貢献することから、「つながり」を表わす線を〈病院内学級と子ども〉の「つながり」の線に合流させた。

また、〈病院内学級と地域の学校〉の〈つなぎ〉を表わすには、本来的には、子どもを中心としつつも子どもを直接介さずに子どもの上もしくは下を通して病院内学級と地域の学校を空間上でつなぐ線を 3 次元モデルとして表わすことが最適と考えられる。しかし、

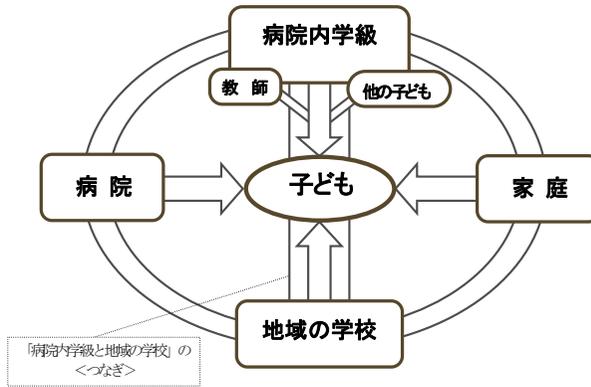


図3 病院内学級における〈つなぎ〉援助モデル

図中の矢印は援助の流れを表わし、各援助システム間をつなぐ二重線は、システム間の“つなぎ”を示すものとする。「子ども」の下をくぐり、「病院内学級」と「地域の学校」を結ぶ太い二重線は、「病院内学級と地域の学校」の“つなぎ”を示している。線の太さについては、便宜上のものであり、意味はないことを付記しておく。

本研究においては、2次元平面モデルの生成を試みているため、子どもの下をくぐる太い線として表現した。線を太くしているのは、あくまでも表現上の便宜的理由によるものであり、援助の量や質を表わすといった意味はないことをここに付記しておく。

本モデルは、谷口(2004)のモデルに比べ、多少複雑な印象は否めないが、病院内学級における教育的援助を「包括的にまとめ」(印東, 1973)、「直観的な把握をやさしくする……中略……対象についてのイメージ」(新・教育心理学事典, 1977)として、より貢献できると考えられる。以下の分析においては、このモデルを分析枠組みとして使用する。

## 教育的援助プロセスモデルの生成

### 1 教育的援助方針決定の鍵概念としての〈入院期間〉の発見

#### 《語り1》

(指導目標は) その子によってもほんとに違うなって思うんですけど、あのおほんとに見通しがわかって、っていうか、薬を飲んで 1ヶ月様子をみて大丈夫だったら、戻るよって最初からわかってる子? なんかにについてはほんとに全然、ほんとに橋渡しの、うまく入院期間を、こう…プラン

クがないような、橋渡しのことをして、考えているんですけど、でも、なんかこっち(=病院内学級)がどうこうっていうよりかも、もう向こう(=地域の学校)は、もう出た時にちゃんと今まで通りやっていけるようになっていうスタンスでいるんですけど。うーん…と、長期の子とか、…中略…でもなんか、あんまり言えないんですけど、でも、負けないで頑張れるように、少しでも支えていきたいなあというふうに…。[30代女性教師, 逐語録(1)より]

#### 《語り2》

入院期間によって、随分違うんじゃないかなって思うんですけど、短期の子だと、1ヶ月ぐらいの子だと、病状についてはね、そんなにこちらとしても、なんていうのかな、是非知っておかねば学校にさしつかえるとかそういうのではないので、病状についてよりもむしろ、勉強のこととか……中略……で、いわゆる問題なく、出て、前の学校に戻れるだろう子なんかは、まあそういう話ですよね。…中略…長期にいるお子さんなんかだと、そうですね…ストレスのたまり具合とか…。[30代女性教師, 逐語録(1)より]

《語り1》は、Z病院内学級における指導目標を尋ねて得られたものである。まず、『その子によってもほんとに違う』と、指導目標の個別性が強調された上で、入級当初の在籍期間の見通しが1ヶ月程度かそれ以上の長期かによって、病院内学級における指導のあり方

がスタート時点から大きく異なってくる事が語られている。《語り2》は、教育上必要な情報を得るために保護者に尋ねることとして語られたものであるが、ここでも『入院期間』によって、教育上必要となってくる情報が異なる事が語られている。どちらの語りにおいても、『入院期間』の長短が一つの鍵となって、教育上の対応が変わってくる事が示されている。

入院中の子どもたちは、教育上の特別なニーズを有する存在である。一人ひとりの教育的ニーズに対応することが求められる特別支援教育の中でも、子どもの病状変動や病気の態様の多様性から、病院内学級においてはひととき対応の個別性が強調される(全国病弱養護学校長会, 2001)。引用した語り以外の教師面接においても、『一人ひとりがものすごく違う』『大変個別的』と、子どもによって対応を柔軟に変えなければならず、それが病院内学級における教育の難しさであることが頻りに語られている。その個別な対応が、〈入院期間〉の長短に依存することが、教師たちの語りから見出された。しかも、教師たちにとっての「長短」の分かれ目は、「入院期間の見通しが1ヶ月程度で、最初から退院の目途がはっきりしているかどうか」であることも明らかになった。そこで、以下においては、この〈入院期間〉を、〈長期〉と〈短期(1ヶ月)〉に分けて、〈つなぎ〉援助のあり方を検討する。

## 2 〈短期(1ヶ月)〉の場合

### 《語り3》

短期の子ってそれ、入院期間短くなればなるほどより現実的っていうか、地元の情報をできるだけ早く得て、ほぼ同じことをやってあげる。[30代男性教師, 逐語録(2)より]

### 《参与観察エピソード1》

※エピソード中の教師名・児童名は全て仮名

DATE : 2002年2月・6時間目

場所 : 小6の教室

内容 : 国語の授業 : 作文

人物 : 藤吉先生 (50代女性)

東田先生 (池谷の地域の学校での担任教師)

池谷 (小6男子・内科系慢性疾患・約1ヶ月在籍)

状況 : 休み時間が終わり、一日の最後の時間。この日クラスメートの一人が退院し、6年生で登校したのは池谷一人だけである。池谷は、2月半ばに入院し、卒業式を地域の学校で迎えられるよう3月半ばには退院予定である。

藤吉先生 「さあ、勉強だ!! (一人で) さみしいね。勉強になるとふらふらするなんて言わないでね。文集の作文書こう!」

池谷 「えっ。」

藤吉先生 「もうしめきっちゃったよ。東田先生から電話かかってきたよ。元気ですかって。」

…中略…

藤吉先生 「東田先生ね、池谷君元気そうでうれしいうって言ってたよ。」

池谷 「そうかよォ…。」

…中略…

藤吉先生 「東田先生、電話したらねー、いなかったんだ。きのう。それで電話くださいって言ったら、お昼にきた。」

池谷 「東田? アン?」

藤吉先生 「この間来たんでしょ? 東田先生。この間行ったら、池谷君元気そうで安心したと言っていました。」

《語り3》と前節で挙げた《語り1》においては、短期入院の子に対しては、『出た時(退院時)にちゃんと今まで通りやっていけるようになっていうスタンスで』『地元の情報をできるだけ早く得て、ほぼ同じことをやって』いくという方針で対応することが語られている。また、《参与観察エピソード1》で池谷がZ院内学級で取り組んでいる作文は、地域の学校の卒業文集である。つまり、本来なら地域の学校で行われる課題が、病院内学級において教師の指導の下、行われていることになる。課題遂行中も、病院内学級教師はたびたび、地域の学校の担任教師の名前を挙げ、子どもに対して、病院内学級が地域の学校と連絡をとっていることがアピールされている。

子どもの入院見通しが短期の場合は、すぐに「地域の学校へ戻る」ことが前提となるため、教師たちは、Z院内学級における適応を促し、病院内学級独自の教育を行うことよりも、とにかく入院によって子どもと地域の学校との間に『ブランク』ができないよう、『橋渡しのこと』を行っていく。つまり、地域の学

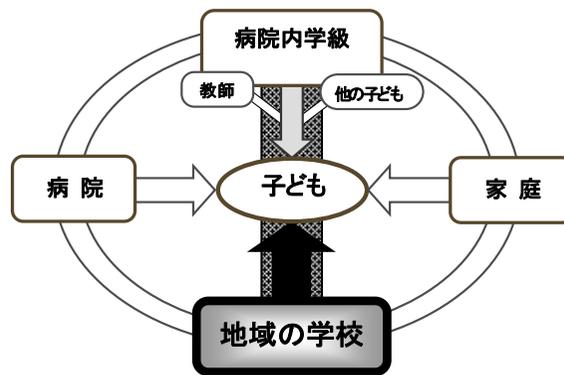


図4 短期（1ヶ月程度）の場合の〈つなぎ〉援助モデル

校と病院内学級が連絡をとりながら、学校生活の連続性が途切れないよう〈子どもと地域の学校〉との“つなぎ”を綿密に行うことを最優先しつつ、短期間の援助が病院内学級から入院児へ提供される（図4参照）。

### 3 〈長期（1ヶ月以上）の場合

逐語録（1）および（2）において、教師たちによって、入院期間が1ヶ月以上の長期にわたる場合には、子どもの病状や気持ちの変動が激しい場合があり、それが教育上の難しさとして語られると共に、ひとりの子どもの入院スパンのうち、入院当初・中盤・退院間近の3つの時期によって援助のあり方が変わってくる事が語られた。以下においては、この3つの時期に分けて検討する。

#### （1）〈長期：入院当初〉

##### 《資料1》

学校に来たがらない原因・理由について家族、本人、Ns（＝看護師）などから事情を聞き、それに応じて対応を考える。転校がいやな場合、新しい環境になじまない、…中略…など原因はいろいろと考えられる。…中略…教科指導にとらわれず、まずは本人の意欲を大切に、本人の興味・関心のあることを一緒に行うなどしながら人間関係をつくっていく。様子をみながら、学校や友達の様子などについて話をする。 [30代女性教師]

《資料1》は、1998年の教師面接時に「（面接）時間があまりとれないので、まとめてきました。」と手渡されたA3用紙4枚に渡る資料のうち、「病院内学級に来たがらなかったり、すぐに勉強という状況ではない時に何か工夫なさっていることはありますか。」という質問への答えとして綴られたものの抜粋である。入院という事態によって、入院児は家庭や学校をはじめとする日常生活の場のみならず、日常の人間関係からも切り離されてしまう。そして、全ての子が、新しい環境にすぐになじめるとは限らない。そのため、入院当初は、教師は適宜必要な情報を入手し、入院児本人の気持ちに配慮しながら、まずは入院児本人と教師の関係づくりに重点を置いた援助を展開すると思われる。その上で、『学校や友だちの様子』の話をするといった病院内学級への関心を喚起するような働きかけを行っている。参与観察中も、長期の入院が予想される子どもに対し、『（教科書は）どこまで進んだの？』『何の勉強が好き？』と入院児本人からの情報収集や、既に終わっているZ院内学級の文化祭の様子の説明をするなど、Z院内学級に関する情報提供が積極的に行われていた。これらを〈つなぎ〉という観点から考えれば、〈教師と子ども〉の“つながり”足がかりに、〈子どもと子ども〉そして〈病院内学級と子ども〉を“つなぐ”ことが重視されていると言えるだろう。

さらに、次の語りをみてほしい。

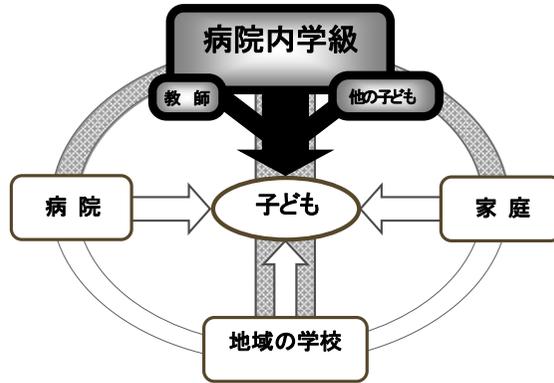


図5 長期（当初）の場合の〈つなぎ〉援助モデル

《語り4》

何歳とか、子どもはいるのとか、…中略…よく聞かれます。まあ別に黙ってる理由もないかなと。聞かれりゃ答えるかなと（笑）。結構聞かれますよね。そこからやっぱり、手っ取り早く子どもと仲良しになるというのは、やっぱり同じおもちゃの話とかそういうのがあれですよね。息子のみてるマンガとか、息子のもってるおもちゃとか、そういうようなところから、接点を探ってますよね。[40代女性教師，逐語録（1）より]

参与観察中、教員たちが、必ずしも入院児から尋ねられなくとも、自身の子どもの話や自宅での生活、果ては住宅ローンの話まで、〈積極的な自己開示〉を行っていることが頻回観察された。この〈積極的な自己開示〉にはどのような意味があるのだろうか。この《語り4》は、そうした参与観察中に抱いた筆者の疑問を面接時に尋ねて得られたものである。ここでは、教師たちの〈積極的な自己開示〉が、入院児と『手っ取り早く』関係を築くためであることが明言されている。先の《資料1》から確認された〈教師と子ども〉の関係づくりを、『手っ取り早く』『急いで』行おうとすることが入院当初の病院内学級における教育的援助のひとつの特徴であると思われた。

昨今の医療における入院の短期化傾向に伴い、病院内学級の在籍期間も短期化しつつある。通常学級のように、自然の流れにまかせて3ヶ月くらいかけて徐々に関係づくり……というゆったりした構えでいると、

人間関係ができる前に退院してしまうことになりかねない。さらに、長期入院児は、長い入院生活に起因するストレスや、厳しい治療のため精神的に不安定になりやすく、そのストレスや不安定な心理を支えることが病院内学級教師の一つの役割として強く認識されている（院内学級担当者の会，2004）。そうした『しんどい時に一緒に』[30代女性教師，逐語録（1）]いて子どもを支えるために、できるだけ早く信頼関係を確立しようと、性急な関係づくりが行われると考えられる。

《語り5》

長ければ長いほど今を充実させる、自分自身の経験はそういうふうにしてるかなっていう…感じですかね。[30代男性教師，逐語録（2）より]

このように、長期入院の場合は、短期入院のように退院後の生活云々よりも『今』、すなわち“病院内学級での学校生活”を充実したものにすることがめざされる。その土台づくりとして、子ども理解のための情報収集を家庭・病院・地域の学校から行いながら、まずは、ある程度長期間時間を過ごすことが予想される病院内学級という新しい学校生活の場に適応できるよう、〈教師と子ども〉〈子どもと子ども〉のつながりを確保しつつ、〈病院内学級と子ども〉をしっかりと“つなぐ”ことが重視されている（図5）。

(2) 〈長期：中盤〉

《語り6》

入院生活が長くなるとね、色んな面でストレスがたまるし、ま、どうしてもうちにいるような状態で生活できるわけじゃないですから、やりたいことができなかつたり、まして治療、医療的にこう制約を受けたりすると…中略…それだけでいらしてストレスがたまるっていうのは多分あると思うんですよ。[40代男性教師、逐語録(1)より]

《資料2》

(体調や気分がすぐれず登校を渋る時は)無理に登校を促さず、時々顔を見に行くなどしながら、本人とのつながりを保つ。同時に、Ns や家族と連絡を取り合い、情報を得るよう努める。(原因にかかわること、本人の興味・関心など登校のきっかけになるかどうかは分からないが、本人を知る努力をする。)どうしても登校が困難な場合は、Dr と相談し、しばらく床上(=ベッドサイド学習)に切り替えてもらう(学習依頼状を書きなおしてもらう)。[30代女性教師]

入院中盤は、長期にわたる治療や病状変動のため、身体的にきつい状況になると同時に、精神的にもストレスがたまってくることが教師たちから繰り返し語られた。病状変動が激しい子どもだと、朝は元気そうに見えても、午後には具合が悪くて登校できないということも珍しいことではない。心身ともに不安定な状態になりがちな入院児をどう支援するかが入院中盤の大きな教育上の課題となっていることが《語り6》より窺われた。具体的な援助としては、《資料2》(《資料1》と同じ出典)にあるように、体調不良や気持ちが悪くならない子どもには、病院や家庭と連携を保ち、情報を集めつつ、その時のその子に必要なかつ可能なかわりを提供するという柔軟な対応の必要性が語られている。

《語り7》

連絡を学校(=病院内学級)じゃなくってもいいですから、できれば親御さんのほうにね、学級通信とか、地域の子どもたちにもってきてもらえ

るようにしてもらえますかみたいなね。そうするとお母さんも安心するし、子どもも。こっち側(=病院内学級)に直接送られると、どうしても僕から渡すことになっちゃうから。そうするとつながりとして薄くなっちゃうからできれば、うん、お願いしてます。…中略…学級通信1枚でいいですよ。そんなお手紙なんかいらないですから、つながり下さいっていうふうには、してますけどね。わりとそれやられてる先生多いんじゃないかなあ、そうしたケア。[30代男性教師、逐語録(1)より]

病院内学級に入級するにあたっては、子どもの学籍を地域の学校から病院内学級へ移す、“転校”手続きが必要となっている。つまり、学籍上は、子どもと地域の学校の縁は切れていることになる。それに伴い、

《語り8》

結局子どもが転校しちゃったっていう状況にあると、やっぱり地域に籍がないですし、やっぱり違う学校だってことになっちゃう。…中略…もともと地元の学校は例えば、転校したら転校しちゃったよ、がんばってねーみたいな感じで、転校した先の子どもとやりとりするってことがほとんど…ないですよ。なので、そういう経験もないっていうことでもしかすると、あまり意識の中に入らないのかもしれないですね。こちらのほうは入院してきても、地元の学校の意識はすごくありますけれども、向こうは入院しちゃったってことで、意識がなくなっちゃって…。[30代男性教師、逐語録(2)より]

と語られるように、入院期間が長引くにつれ、地域の学校と子どもの連絡が途絶えてしまうことになりがちである。しかし、たとえ制度上の学籍はなくとも、「子どもの心はいつも地元校や友だちにある」(熊倉, 1999)と言われ、地域の学校が子どもにとって闘病意欲を支える存在であることが入院児の保護者によって指摘されている。それ故に、《語り7》のように、地域の学校との関係がなるべく切れてしまわないよう、『つながり』を保とうという働きかけが行われているのであろう。しかし同時に、『でも、大抵長い子どもだと途絶えてきちゃうんですけど』[40代女性教師、逐語録(2)より]『一応電話すれば気にかけてたんですよ

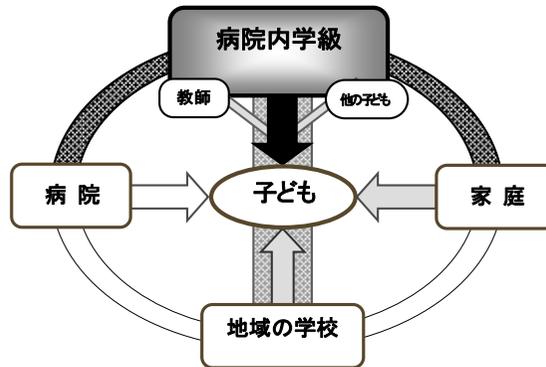


図6 長期（中盤）の場合の〈つなぎ〉援助モデル

みたいな話になりますけど、連絡がほとんどないのが通常ですから』[30代男性教師, 逐語録(2)より]との語りから、現実問題として『つながり』を保つことは難しいことも明らかになった。

また、入院児の保護者もまた、我が子の厳しい治療や心理的不安定に戸惑い、また長引く入院に伴う生活上の疲労も蓄積してくる。こうした保護者に対し、『愚痴のはけ口になってあげたり』『大変ですねって共感してあげる』といった保護者を支えるという援助も提供されている。

つと子どもとの関係がすごくよくなりました」み  
たいなことをね、話を聞いたこともありましたね。  
[40代女性教師, 逐語録(1)より]

入院という事態に戸惑う我が子をどう受けとめたらいいのかわからず悩む母親に対して、教師が病院内学級での子どもの姿を伝え、母親が安心することで、『子どもとの関係がすごくよくなりました』というように、家庭と子どもの関係改善という結果に至ったことが語られている。

以上のように、長期入院の中盤においては、治療と教育の両立をめざし、〈子どもと地域の学校〉の関係が切れないように配慮しつつ、家庭や病院から必要な情報を適宜得ながら、ストレスへの配慮を含めて病院内学級として子どもを援助している。同時に、子ども同様ストレスを抱える親を支えることで、〈家庭と子ども〉を“つなぐ”援助も提供される(図6参照)。

《語り9》

(お母さんは) いろいろ子どものことで頭がいっぱいなので、いろんな子どもが、たとえばお母さんが来ると「クソババア」とかそんなことばかり言って、それでもうほんとに喧嘩ばかりしちゃう、みたいな? でも学校(=病院内学級)ではこうですよっていうふうなことをお話したりとかすると、学校では今自分とかかわってるのと全然違う面があるっていうことを知って、で、お母さん自身も子どものいろんな面を知ること、で、「クソババア」っていうこともね、きっとお母さんしか言えないからなんだと思いますよ。学校ではすごくお兄ちゃんになって、みんなに頼りにされてるんですよなんて言う、お母さんも、ああそれだけじゃないんだっていうか、ちょっと自分の子どもを客観的に見た時に、いろんな面をもって、自分とのかかわりの中で求めているのが、そういうふうなことかなあっていうことで、「子どもも頑張ってるんですねー」っていう、そういう感じでね。なんか「あれからちよ

(3) 〈長期：退院間近〉

《語り10》

退院するってこう出口がはっきりこうわかってから、…中略…少し学校の様子を知らせたりとか、これ、こんなののはやってるみたいだよとか、ミ三四駆がすごく好きなんですよとかって(地域の学校の)担任の先生に言って、今それはやってますよとか、そんなような、まあささやかな情報を、あの、したりとか。あの登校班はこの子ですねーとかっていうような、そんなよう

な、で、6人ぐらいいて、女の子3人と男の子3人みたいだよとか、同じクラスの子もいるんだよ、みたいなこと、ちょっと言ったりしてあげると安心したりとかね。だからそんなようなことや、それからあと、こっちではこんなふうにしてこんなふうに頑張ってたんだよみたいな、そういうふうになんか伝え役みたいな役割をすごく（病院内学級の）担任があるので、親御さんもすごく、自分の子どももすごく頑張ったなんてなかなかこう言いにくいですよ。[40代女性教師，逐語録(1)より]

#### 《語り 11》

退院が決まってからは、そうですね、何て言うのかな、向こうの先生とかに、病気も…僕もここに来るまで知らなかったんで、そんなにね、あの有名な病気でもないで、どんな配慮をしてあげればいいのかとか、なんかそういうところで、なるべくはいりやすいようにってことで、連絡をとって、それから本人をつれて、1回見学に行って、向こうで実際に装具とかも見せて、どんな子かっていうことで、見てもらって、で、クラスのお友だちにも会ってきたりってことをして。なるべくステップを細かくして、すっとはいれるように、という配慮はしました。[30代男性教師，逐語録(1)より]

#### 《語り 12》

ええと戻る時には、ドクターからの退院の注意っていうのが、親の方には必ずありますけれども、心配なことがあれば、教員の方も一緒に主治医の方にうかがって、それを学校に伝える、相手の学校に伝える。で、あの、とても心配なケースっていうのは、一緒につきそって行って、相手（＝地域の学校）のところに面談に行くっていうこともあります。…中略…そういう時は、単にくっついて行って、向こうの担任や校長先生や養護の先生と、こんなところに気をつけて頂ければ大丈夫ですよっていう話を、しますね。[40代女性教師，逐語録(1)より]

『退院が決まってから』は、子どもの興味関心や医療上・教育上の配慮事項を地域の学校に伝えることで、入院前に通っていた地域の学校に再び『すっとはいれるように』、地域の学校の環境を整える援助が展開されている。また、地域の学校の様子を子どもに伝えることで、子どもの不安を低減させようという援助も展開している。これは、子ども自身や保護者が、退院に

喜びを感じつつも、地域の学校への復帰にあたり大きな不安を感じる人が多いと病院内学級教師達が認識していることから生じる働きかけであると考えられる（院内学級担当者の会，2004）。参与観察中、美術の時間には、退院が決まると、『あと1回授業があるから……』と、現在取り組んでいる課題を仕上げようという方向性で動き始めることが確認された。

この段階では、病院内学級としての働きかけは急速に収束へ向かい、教師は、病院から地域の学校へ、あるいは病院内学級・家庭から地域の学校へ、必要な情報の『伝え役みたいな役割』を担い、入院中盤にいったんは希薄になった（子どもと地域の学校）の間を“つなぎ”直す援助を提供していると言える（図7）。

しかし、この『伝え役』という援助のあり方は、逐語録(1)の面接時より5年を経た逐語録(2)の面接時には、少しく異なるものとなっている。次の語りを見てみよう。

#### 《語り 13》

（地域の先生と病院のドクターが話す機会を） つくります。意図的に。まずは（地域の学校の）担任の先生と連絡とって、やっぱり重い病気のお子さんだったら、絶対伝えなきゃいけないこといっぱいあると思うので、まず私が担任の先生にその必要ありますかって聞いて、必要があると言った場合には、担任と保健の先生、養護の先生に病院に来てもらえる時間…を、都合を聞いて、で、ドクターと連絡とって、ドクターに直接お話聞けるように、間にはいります。で、その時に私が同席したほうがよければ同席しますし、いらないうて言われれば…。…中略…やっぱり（退院後の）学校生活の中で、どういうふうにしたらいいか見えないようなお子さんは必ずします。…で、あのおこっちからも出向きます。[40代女性教師，逐語録(2)より]

《語り 13》は、退院時に行う働きかけについて尋ねた際に語られたものである。《語り 10～12》の時には、病院・家庭・地域の学校の三者の間を行き来して情報を運んでいた『伝え役』だったのが、《語り 13》では、三者が一堂に会して情報交換をする場をオーガナイズする媒介役となっていることがわかる。退院後のスムーズな学校復帰をめざした援助であることは変

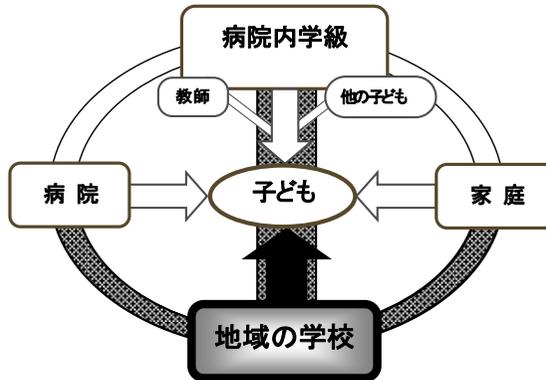


図7 長期（退院時）の場合の〈つなぎ〉援助モデル

わらないが、5年の間に病院内学級の社会的認知も進み、また連携の重要性も認識されるようになったことが、〈つなぎ〉のあり方の変化をもたらしたものを考えられる。

## 総合考察

### 1 〈つなぎ〉援助プロセスの概要

本論文では、Z病院内学級という1つのフィールドにおいて得られた半構造化面接及び参与観察による質的データに基づき、病院内学級における教育的援助のプロセスを、谷口（2004）の〈つなぎ〉援助のモデルを採用しつつ検討した。結果として、表3にまとめられるような知見が得られた。

1ヶ月程度の短期入院の場合は、入院という事態によって途切れがちな子どもの生活の連続性を保つことに主眼を置いた〈子どもと地域の学校〉の〈つなぎ〉に重点が置かれる。1ヶ月以上の長期入院の場合は、入院プロセスによって、援助の目標と〈つなぎ〉のあり方の重点が移行していく。すなわち、入院当初は新環境での生活基盤を築くべく、学級内の人間関係をも含めた〈病院内学級と子ども〉を“つなぐ”ことで、新しい環境への適応が図られる。中盤は、なるべく地域の学校と子どもが切れないよう配慮しつつ、治療と教育の両立をめざし、病院・家庭との連携のもと、病

院内学級としての教育的援助が子どもに提供される。併せて保護者をサポートすることで、子どもの援助者としての保護者の機能を高めるという援助も提供される。病状が落ち着く退院時には、退院後のスムーズな学校復帰が大きな目標として浮上し、教師たちの〈つなぎ〉援助も、地域の学校・病院・家庭の間をつなぎながら、〈地域の学校と子ども〉の関係再構築に力が注がれることになる。

### 2 先行研究の知見との比較

#### （1）〈つなぎ〉概念再考——臨床心理学及びソーシャルワーク理論との比較

本論で採用した谷口（2004）の〈つなぎ〉援助の概念は、フィールドデータを分析するうちに、下山（1997）の「スチューデント・アパシーへの臨床援助技法である「つなぎモデル」との類似性に発想を得たものであり、「関係をつなぐ」ことを援助の基本原則としていることは共通している。一方、岩間（2000）は、ソーシャルワーク固有の援助機能として、「関係性をつなぐ」という「媒介」に着目し、その援助過程を「媒介・過程モデル」として提唱している。ここで、心理臨床とソーシャルワークという2つの援助実践と、本研究における病院内学級における教育的援助を比較検討することは、病院内学級における〈つなぎ〉援助の独自性を確認する上で有意義であろう。

まず、共通点から確認しよう。下山（1997）の「つなぎモデル」、ソーシャルワークの援助機能としての

表3 〈つなぎ〉援助のプロセス

※表中の○は、当該〈つなぎ〉援助が重きをおかれることを示し、◎は特に重視されることを示す。

	短期入院	長期（当初）	長期（中盤）	長期（退院時）
つなぎ援助	1 子どもと子ども	◎	○	
	2 教師と子ども	◎	○	
	3 病院内学級と子ども	○	◎	
	4 子どもと地域の学校	◎	○	◎
	5 病院と病院内学級		◎	
	6 病院と子ども			
	7 家庭と病院内学級		◎	
	8 家庭と子ども		○	
	9 家庭と地域の学校			◎
	10 病院と地域の学校			◎
	11 病院内学級と地域の学校	◎	○	○
教育的援助の主な目標	退院後 困らないように	新しい病院内 環境への適応	治療と教育 の両立	退院後のスムーズ な学校復帰
〈つなぎ〉援助のモデル図				

「媒介」、そして病院内学級教師による〈つなぎ〉も、いずれもシステム論的視座から援助の特質を検討している。また、援助プロセスの第1段階において、援助者である臨床心理士・ソーシャルワーカー・教師が、被援助者との間に信頼関係（＝つながり）を構築するところから援助が始まることも共通点として挙げられる。

しかし、相違点もある。心理臨床の「つなぎモデル」やソーシャルワークの「媒介」機能においては、援助の専門家が非日常的な援助場面において被援助者本人と援助システムを“つなぐ”ことが強調されている。これに対し、病院内学級教師による〈つなぎ〉援助は、教育という日常な関係性の中での援助機能であり、入院児の生活世界全体を視野にいれ、援助システム同士を“つなぐ”ことにも重きが置かれている。この点は病院内学級における教育的援助の独自性であると言えるだろう。

また、ソーシャルワークにおける「媒介」では、クライアント本人からの援助要請を基本としているのに対し、病院内学級教師の〈つなぎ〉援助では、援助対象である入院児本人からの援助要請は必ずしも明確ではなく、教師たちが判断する「子どもの援助ニーズ」に基づいて援助が提供される。すなわち、問題が発生し、援助要請が起こる前に〈つなぎ〉を提供することで問題発生を予防するという意味をもあわせつつ援助であると思われる。

以上のように、病院内学級における〈つなぎ〉援助は、心理臨床やソーシャルワークにおける援助と重なる特徴をもちつつも、日常な関係性である教師による予防的機能をも併せ持つ援助であり、よりシステムティックな援助ネットワークの形成をめざす援助であることが、本研究により明らかになったと言えるだろう。

では、すべての病院内学級で同じような援助が展開されているのだろうか。次項では、児童精神科に入院

中の不登校児を主な対象とする病院内学級における援助のあり方と、身体疾患による入院児対象のZ病院内学級から得られた本研究の知見を比べてみよう。

## (2) 不登校生徒対象病院内学級の「医療と教育のかかわり図式」との比較

病院内学級における教育は、子どもの病気の種類・病状、病棟での日課や診察・治療等医療面の制約を大きく受ける。そのため「医教連携」（山本健二，1995）と呼ばれる医療との緊密な連携や、家庭との連携は、教育を進める上での必須事項として挙げられている（院内学級担当者の会，2004；宮崎，1988；全国病弱養護学校長会，2001）。横湯（1985）は、児童精神科に入院中の不登校児を対象とする病院内学級における勤務経験から、医療と教育のかかわりを図8に示されるように図式化した。そこでは、治療的かかわりにおいて医療が主導権を握ることは当然としながらも、医師・心理（病院の心理職）・看護（師）・教師の4者が協働的にかかわることが強調されている。また、入院当初は医療側の働きかけのウェイトが大きかったが、退院という社会復帰へ向け、徐々に教育的かかわりの重要性が増していくことが指摘されている。

ここで、図8のモデルと本研究で見出された教育的援助プロセスモデルを比較してみよう。まず、両モデルとも、病院内学級における教育が、医療や家庭との協力体制のもと効果的に展開するという基本認識に基づいている。また、本研究においては、退院時に病院内学級が媒介役として子どもの退院後の学校復帰を円滑にするために重要な役割を果たすことが見出されたが、これは、横湯（1985）が、第三段階の「社会復帰」時に「進路選択」を視野に入れた「教育的働きかけ」の重要性増加を指摘していることと一致していると言えるだろう。これらは、精神科と身体疾患という子どもの疾患タイプの差こそあれ、どちらも「入院」という一般生活世界から隔絶された特殊な状況にある子どもを対象とする教育であることからくる共通性であると思われる。治癒という事態に伴い、入院前に通っていた地域の学校を含む一般社会への復帰するにあたり、生活上のつながりを見通し、援助する役割を担うのは教育であることを意味していると考えられる。

しかし、長期入院の初期に病院内学級という“教

育”が濃厚な働きかけを展開するという本研究の知見は、入院当初は医療側が中心であり、教育の役割は小さいという図8の知見とは異なっている。これは、先の自己の生活上のつながりという観点から考察すれば、治療の意味がより強い不登校児対象の病院内学級における教育が、子どものそれまでの学校環境とは異なる新しい教師-生徒関係パターンを“時間をかけて”作っていくのに対し、身体疾患をもつ子どもたちを対象とする病院内学級の教育は、子どもの日常的学校教育の継続として、なるべく前の学校同様の親密さを、しかもできるだけ“速やかに”確保しようという志向性が働くためと思われる。また、本研究の視点である、入院児をめぐる援助システム間を“つなぐ”という機能を教育が果たしていることには、横湯（1985）は触れておらず、この視点は身体疾患の児童・生徒を主な対象とする病院内学級における教育を見直す独自の視点と考えて良いだろう。特に、子どもと地域の学校を“つなぐ”という教育的援助は、横湯のモデルでは退院時に少し考慮されていることが示唆されるのみであり、入院プロセス全体にわたる援助としては語られていない。不登校児と身体疾患児という対象の特性からくる子どもたちにとっての地域の学校の意味づけの差異を考えれば、容易にうなずけることではあるが、この〈子どもと地域の学校〉を“つなぐ”という援助が一貫して重視されていることは、本研究の知見独自のものと考えられる。

このように、病院内学級という同じくくりにはありながらも、不登校児を対象とする病院内学級と身体疾患児を対象とする病院内学級には、その教育的援助のあり方に相違があることが示唆された。

## 3 地域の学校との〈つなぎ〉の重要性

ここでは、Z病院内学級におけるフィールドワークから見出された独自の知見として、入院前に在籍していた地域の学校との〈つなぎ〉の重要性について考察する。

病院や家庭との連携の重要性は既に述べた通りだが、教師の〈つなぎ〉援助という観点から考察した場合には、病院は医療という確立した立場から、病棟という教育とは独立した場において子どもとの関係を築き、

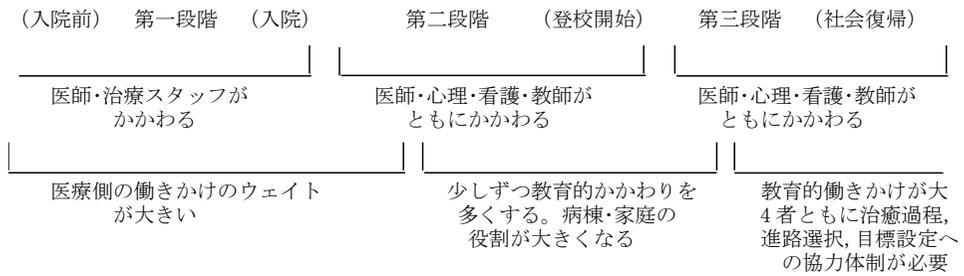


図8 児童精神科入院児（不登校児）を対象にした病院内学級における医療と教育のかかわり図式（横湯，1985）

援助を行っており、教師たちが〈病院と子ども〉あるいは〈家庭と子ども〉を“つなぐ”必要性は必ずしも高くはない。むしろ、表3の分析結果からその重要性が示唆される〈つなぐ〉は、〈病院内学級と地域の学校〉〈子どもと地域の学校〉の〈つなぐ〉であると言える。

地域の学校との連携の必要性は、学習の進路状況の情報収集の必要性や入院中の子どもの回復意欲向上への効果の期待から、既に指摘されていることではあるが（がんの子供を守る会，2002；中井，2001），具体的な教育的援助の検討（表3）から、病院内学級における教育的援助において地域の学校との関係を“つなぐ”ことが一貫して重要な意味をもつことが確認されたことは意義があるだろう。長期入院の場合の入級当初は、子ども理解のための貴重な情報源として、また中盤は、長引く入院生活のなかで抱く焦りや意欲低下を防ぐ心のよりどころとして、退院時と短期入院時には近い将来再び戻っていく学びの場として、学籍はなくとも、地域の学校は入院児にとって“つながるべき”援助資源であり続けている。この、必然的に切れやすくもある〈地域の学校と子ども〉のつながりをいかに保ち、また同じ子どもへかかわる教育的援助資源同士として〈病院内学級と地域の学校〉をどう“つなぐ”かは、病院内学級が担う援助として、従来言われてきた以上に重みのある課題であると考えられる。

入院児には、医療・心理・福祉という多様な援助がかかわっている。そうした多様な援助の中で、“教育”という立場からどのように入院児を援助するのか、その独自性を今一度振りかえった時、入院のスペンに

応じた地域の学校との〈つなぐ〉こそが、教育という立場の強みを最大限に生かした独自の援助だとは言えないだろうか。

#### 4 まとめ

入院中の子どもにとって“病気を治す”ことは最優先されるべきことであり、病院内学級における教育も治療効果への貢献ということを念頭において進められるべきことは間違いない。しかし、子どもの発達の流れを長いスパンで見つめ、入院児の生活の連続性をできるだけ保つという視点に基づいて働きかけることは、教育の仕事と言えるだろう。

谷口（2004）が指摘するように、入院児は日常生活世界から分断され、新奇な環境へ放りこまれてしまう。様々な変化や治療による体力的・精神的負担から入院児本人が、切れてしまったあるいは切れてしまいがちな関係性をつなぎとめることができない場合は、入院期間という時間の流れに沿いながら必要に応じて病院内学級教師が入院児の関係性を〈つなぐ〉ことが求められるだろう。特に、入院という事態に伴い、途切れがちな学校教育の連続性を“つなぐ”のは、教育という同じ土俵で仕事をする病院内学級が一貫して果たすべき役割の一つであると考えられる。

## 本研究の意義

最後に、本論の意義を、理論と方法論の両面から確認する。理論的な意義としては、本研究によって、病院内学級における教育的援助をプロセスという観点から理解する新たな視点が提供されたことを挙げる事ができよう。本研究においては、あくまでも「病院内学級における教育」という狭い範囲に限定した「領域密着理論」(澤田・南, 2001)として知見を提示する。入院期間中のみという厳しい時間制限の中、とにかく目の前の子どものために何かひとつでもプラスになるようにと願いながらあたふたと展開している教育的援助を、参与観察者という距離をおいた立場から見つめ直すことにより、実践に追われている当事者が気づかない視点をプロセスモデルとして提供し、それが教育的援助について新たな理解を生み出し、次の援助を行う際にひとつのヒントとして役立つことが期待できる。ちょうど川で溺れている人が、その川が実は背が立つくらい浅いものであることに気づかずにあわてており、冷静な第三者から「ここは浅いですから立ってみれば大丈夫なのでは？」との指摘を受けて事無きを得るように、「病院内学級の教育的援助については、こういう見方も可能ではないでしょうか。このプロセス・モデルの見方から考えると、次の実践を組み立てやすくなるのではないのでしょうか。」との援助実践への理論的提言が本研究のめざすところである。

無藤(1999)は、実践現場の記述から、実践者をはじめ現場にかかわる人に「見通しや実践を見直す新たな視点を与えることが出来る」ことを指摘し、宮崎(1998)は、「視点資源」という言葉で科学の知を位置づけている。また、現場研究の知見は、仮説検証のないしは論理実証的に得られた一般化理論とは異なるものであり、「個別性・特殊性の強い現場研究でうち立てられた理論は新たな現場を見ていくための作業仮説的な視点」(溝上, 2004)であることも指摘されている。病院内学級の現場から得られた本研究の知見も、上記の先行研究と同様、「病院内学級における教育についての新たな視点の提供」であると考えられ、そこに本研究の領域固有理論としての意義を見出すことができる。

質的研究としての方法論的意義については、本研究は質的研究から得られたひとつのモデルを、次の質的研究によって継承・発展させた数少ない研究として位置づけられると思われる。質的研究は、まだ研究数が少ないこともあり、ひとつの研究から得られた知見を継承・発展させた研究は、筆者の知る限りでは、やまだ(2001)の知見が西條(2002)・やまだ(2002)に受け継がれた例のみであり、我が国においてはほとんど見当たらない。本研究は、あるひとつの質的研究の知見を継承・発展させた稀少な研究例として、方法論上の意義をもつと考えられる。

## 今後の課題

本論文においては、入院期間の時間の流れの中で、〈つなぎ〉援助のあり方がどのような変遷をたどるのかを〈つなぎ〉援助のプロセスモデルとして提示し、〈つなぎ〉相手としての地域の学校の重要性を主張した。今後は、本プロセスモデルに基づいた縦断的事例研究を病院内学級教師と協働して積み重ねることで、モデルの妥当性を確認することが必要となろう。最後に、本モデルは、あくまでも退院して元の地域の学校へ復帰するというを前提とするものであり、入院してそのまま病院内学級を卒業することが見こまれる疾患の子どもや、入院中にそのままターミナル・ステージを迎える子どもへの教育的援助には必ずしも該当しないことを付記したい。どのようなケースへ適用可能なのか、本研究の援助プロセスモデルの適用可能性、及びターミナルを迎える子どもへの援助の検討も今後の課題としたい。

## 引用文献

- Bogdan, R.C., & Biklen, S.K. (2003). *Qualitative Research for Education: An Introduction to Theories and Methods* (4th edition). Boston: Allyn & Bacon.
- 藤原喜悦ほか(編). (1977). *新・教育心理学事典*. 東京: 金子書房.
- がんの子供を守る会(編)(ガイドライン作成委員会,

- 著). (2002). がんの子どもの教育支援に関するガイドライン. 東京: がんの子供を守る会.
- 原田杏子. (2003). 人はどのようにして他者の悩みをきくのか: グラウンデッド・セオリー・アプローチによる発言カテゴリーの生成. 教育心理学研究, 51 (1), 54-64.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2000). ナースのための質的研究入門 (野口美和子, 監訳). 東京: 医学書院. (Holloway, I., & Wheeler, S. (1996). *Qualitative Research for Nurses*. Malden: Blackwell Science Ltd.)
- 病院内学級担当者の会 (編著). (2004). 病弱教育Q & A: Part IV: 病院内学級編. 東京: ジアース教育新社.
- 印東太郎. (1973). 心理学におけるモデルの構成——意義・展望・概説. 印東太郎 (編), 心理学研究法, 17, モデル構成 (pp.1-28). 東京: 東京大学出版会.
- 岩間伸之. (2000). ソーシャルワークにおける媒介実践論研究. 東京: 中央法規出版.
- 荻田知則. (2004). なぜ子どもは「隠れる」のか?: 幼稚園における自由遊びの参与観察. 発達心理学研究, 15 (2), 140-149.
- 國分康孝. (1993). カウンセリング・リサーチ入門: 調査・研究の方法. 東京: 誠信書房.
- 熊倉妙子. (1999). 地元校の支え. 病気の子どもの医療・教育, 12-13 合併号, 102-106.
- 松井一郎. (1991). 病児教育への取り組みと課題. 国立国際医療センター・子どもと共に歩む会講演抄録.
- 箕浦康子. (1999). フィールドワークの技法と実際. 京都: ミネルヴァ書房.
- 宮崎 昭. (1988). 病気の子どもの環境と教育. 山本昌邦 (編著), 病気の子どもの理解と援助 (pp.105-147). 東京: 慶応通信.
- 宮崎清孝. (1998). 心理学は実践知をいかにして超えるか. 佐伯胖・宮崎清孝・佐藤学・石黒広昭 (著). 心理学と教育実践の間で (pp.57-101). 東京: 東京大学出版会.
- 溝上慎一. (2004). 大学生の自己形成教育における発表者の自立過程. 質的心理学研究, 3, 76-93.
- 文部省. (1985). 病弱教育の手引: 指導編. 東京: 慶応通信.
- 茂呂雄二. (1997). 談話の認知科学への招待. 茂呂雄二 (編), 対話と知: 談話の認知科学入門 (pp.1-17). 東京: 新曜社.
- 無藤 隆. (1986). 保育を实践することと保育を研究すること. 無藤隆・内田伸子・斉藤こずゑ (編), 子ども時代を豊かに: 新しい保育心理学 (pp.1-17). 東京: 学文社.
- 無藤 隆. (1988). 保育場面における観察と記録. 森上史朗・大場幸夫・無藤隆・柴崎正行 (編), 別冊発達 7: 乳幼児実践研究の手引き (pp.23-44). 京都: ミネルヴァ書房.
- 無藤 隆. (1996). 身体知の獲得としての保育. 保育学研究, 34, 144-151.
- 無藤 隆. (1999). 「実践研究」論文のあり方をめぐって. 教育心理学年報, 38, 21.
- 中井 滋. (2001). 病弱教育担当教員の資質能力の向上をめざして. 特別支援教育, 3, 25-28.
- 能智正博. (2000). 質的 (定性的) 研究法. 下山晴彦 (編著), 臨床心理学研究の技法 (pp.56-65). 東京: 福村出版.
- 岡本依子. (2001). 母子のやりとりを観る. 尾見康博・伊藤哲司 (編著), 心理学におけるフィールド研究の現場 (pp.38-47). 京都: 北大路書房.
- 西條剛央. (2002). 生死の境界と「自然・天気・季節」の語り. 質的心理学研究, 1, 55-69.
- 佐藤郁哉. (1992). フィールドワーク: 書をもって街へ出よう. 東京: 新曜社.
- 澤田英三・南博文. (2001). 質的調査: 観察・面接・フィールドワーク. 南風原朝和・市川伸一・下山晴彦 (編), 心理学研究法入門 (pp.19-62). 東京: 東京大学出版会.
- 下山晴彦. (1997). 臨床心理学研究の理論と実際. 東京: 東京大学出版会.
- Spradley, J. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rineart and Winston, Inc.
- 谷川弘治. (2000). 序章. 谷川弘治・稲田浩子・駒松仁子・壬生博幸・斎藤淑子 (著), 小児がんの子どものトータル・ケアと学校教育 (pp. i-ii). 京都: ナカニシヤ出版.
- 谷川弘治・駒松仁子・鈴木智之・小野正子・松下竹次・米川薫・国府浩子・文屋典子. (1997). 骨髄移植後の学校生活復帰に関する調査研究. 障害者問題研究, 25 (1), 31-43.
- 谷口明子. (1999). 日本における病弱教育の現状と課題. 東京大学大学院教育学研究科紀要, 39, 293-300.
- 谷口明子. (2004). 病院内学級における教育実践に関するエスノグラフィック・リサーチ: 実践の"つなぎ"機能の発見. 発達心理学研究, 15 (2), 172-182.
- やまだようこ. (2001). いのちと人生の物語——生死の境界と天気の語り. やまだようこ・サトウタツヤ・南博文 (編), カタログフィールド現場心理学——表現の冒険 (pp.4-11). 東京: 金子書房.
- やまだようこ. (2002). なぜ生死の境界で明るく天気が語られるのか?. 質的心理学研究, 1, 70-87.
- 山口洋史. (2004). これからの障害児教育: 障害児教育から「特別支援教育」へ. 京都: ミネルヴァ書房.
- 山本健二. (1995). 病弱養護学校の実践. 教育と医学,

43 (7), 636-640.

山本登志哉. (1995). 生涯発達のための観察法. 無藤隆・やまだようこ (編), 講座生涯発達心理学1, 生涯発達心理学とは何か: 理論と方法 (pp.204-214). 東京: 金子書房.

横田雅史. (1998). 特殊教育の現状と課題. こころの科学, 81, 10-29.

横湯園子. (1985). 登校拒否・新たなる旅立ち. 東京: 新日本出版社

全国病弱養護学校長会. (2001). 病弱教育Q & A : Part I : 病弱教育の道標. 東京: ジアース教育新社.

(2004.9.28 受稿, 2005.4.1 受理)