

摂食障害における養護学校支援センター機能を介した 教育－医療連携の構築研究

松崎 淳人

独立行政法人国立病院機構 神奈川病院

要 旨： 摂食障害の学校－医療連携の研究は現所在地元学校養護教員等と医療機関の連携がわずかに模索されている段階であり、未だ摂食障害の地域教育医療ネットワーク構築は確立されていない。同症は就学年齢より青年期以降に初発し、特異的かつ有効な治療に乏しく、地域教育医療ネットワーク構築による支援が必要である。そこで近年推進されつつある病弱型養護学校の地域支援センター機能を介した摂食障害の地域教育医療ネットワーク構築を実証研究した。事例を通し、病弱型養護学校の地域支援センター機能を介した摂食障害の地域教育医療ネットワーク構築が実証され、地元学校養護教員等と医療機関の連携のみでは支援できない部分の支援システムの可能性が示唆された。

索引用語： 摂食障害；学校－医療連携；病弱型養護学校；地域支援センター；治療ネットワーク

Research of the cooperation at eating disorder between medical and school for medically invalid children

Makoto Matsuzaki

National Hospital Organization, Kanagawa Hospital

Abstract: Research of school-medical cooperation of an eating disorder is at the stage where cooperation of nursing teacher of a local school and a medical institution is carried out only for a few, and local educational medical network construction of an eating disorder is not yet established. The from of it first is carried out to adolescence from the school age, and since an eating disorder is deficient in specific and effective medical treatment, support by local educational medical network construction is very required for it. Then, empirical study of the local educational medical network construction of the eating disorder through the local support center function of the school for medically invalid children promoted in recent years was carried out. The validity of the effective support including the portion which local educational medical network construction of the eating disorder through the local support center function of school for medically invalid children is proved by practicing examples.

Key words: Eating disorders; School-medical cooperation; School for medically handicapped or retarded children; Medical treatment network

受付：2006年4月13日／受理：2006年8月10日

I. はじめに

摂食障害（以下；ED）患者は専門医療のみならずプライマリケア周辺領域にも多く存在している¹⁾。EDは、好発年齢が義務教育年齢から思春期・青年期以降²⁾でありプライマリケア周辺領域では、実地医

療^{3,4)}のみならず、患者の社会生活の場である教育との連携が急務となっている⁵⁾。ED治療は長期に時間がかかり、年余にわたる難治な疾患である。しかしながら、プライマリケア周辺領域と教育機関との治療連携ネットワーク^{6,7)}は未だ確立されていない。病院臨床・実地臨床と教育関連領域との治療連携ネットワー

クの構築を確立するための研究を模索する必要がある。

本邦のEDの学校医療連携では、在籍校の養護教諭との連携⁸⁻¹⁰⁾が研究されている一方で、養護学校との連携研究は会議録¹¹⁾等以外では認めない。支援機能センター機能を介したEDの連携研究はない。近年、養護学校の地域支援センター化¹²⁾がうたわれ、メンタルヘルス関連では発達障害や不登校等を中心に養護学校—一般校の連携教育が活発になされつつあり、支援の乏しい思春期青年期のED臨床においても、活用すべき連携要素になりうる。現在特殊教育の中で、病気をもちながら教育を受ける病弱型養護学校は全国で89校と少なく、一部は小児科等の疾患のため長期にわたる入院加療が必要な入院患児に限定され、通学教育がない施設も見られる。しかしながら、昨今の特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議において、「地域の特別支援教育のセンター的機能を有する学校である、盲・聾・養護学校は、従来特定の児童生徒に対してのみ教育や指導を行う特別の機関として制度上位置付けられているが、今後、小・中学校等において専門性に根ざしたより質の高い教育が行われるようにするためにこれまで蓄積した教育上の経験やノウハウを活かして地域の小・中学校等における教育について支援を行うなどにより、地域における障害のある子どもの教育の中核的機関として機能することが必要である」と指摘されている。入院の必要でない軽度発達障害や不登校においても、地元の適応指導教室などの市町村教育関連相談支援施設の役割を補完する形で、活動が開始されつつある¹³⁾。

ED患児は、疾病の特性上、学校に行けそうでもなく行ってしまうなどの強迫性を有したり、隠れて摂食異常行動を行うなど、学校生活を含む日常生活に著しい支障をきたしており、上記、軽度発達障害や不登校と同様に罹病中の生活指導、生活支援と共に教育的支援の必要性が高い。また、軽度発達障害や不登校との関連性や同時併存症もEDにおいては指摘されている¹⁴⁻¹⁶⁾。複数の障害が重なった児童への援助の重要性の観点からも密接な支援連携が望まれる。

II. 目 的

ED治療ガイドラインの臨床実証および治療ネットワークの確立のために、児童思春期のEDにおいて、

学校—医療連携を病弱型養護学校の特別支援教育等¹²⁾の視点から連携ネットワークの構築実証検討することを目的とした。

III. 対象および方法（実践計画）

ED臨床と教育関連領域との治療連携ネットワークの構築の確立を、A県B地区をモデルとして構築を目指した。教育関連領域との治療連携ネットワークの教育に関する連携として、県内病弱型C養護学校を学校側施設連携として設定し、医療側施設連携をD病院に設定した。また、摂食障害での連携について連携教育施設に質問紙法で調査し、連携実践における施設特性について補完した。

連携対象養護学校調査；対象C校の教諭（校長、教頭を除く）および養護教諭に調査した。調査対象教諭（n=31）は、年齢カテゴリ中央値〔45～49〕歳、教員経験カテゴリ〔20年以上〕の教員経験豊富な属性を持つ。ED事例経験は最大3名。主治医との情報交換（26/31）、親の協力（16/31）、スーパーバイズ要（20/31）を連携に必要と指摘していた。

連携実践としては、C校とD病院との施設連携としては学校病院連絡会を毎年開催し、実務者会議として毎月学校病棟連絡会を設定、各事例についてはC校ないし、D病院外来等にて適宜ケース会を行った。さらにC校での「心の相談」事業に年2回D病院として協力し、教育の現場には、学校医として随時参加した。

調査研究x年y月のC校の在籍状況は小・中学部のうち某学部在籍状況で示すと慢性疾患8／適応障害・不登校9／軽度の知的障害1／広汎性発達障害1／心身症3／精神疾患2（重複を含む）であり、入院5、通学14である。x年度のC校の地域支援センターとしての教育相談の集計（巡回相談を含まない）は学習51ケース（388件）、行動50ケース（276件）、不登校54ケース（449件）、発達（言語・運動等）2ケース（4件）、家庭生活（地域生活を含む）0ケース（0件）、進路選択上の悩み5ケース（15件）、その他0ケース（0件）であった。

研究にあたっては症例の病歴や心身医学的病態など個人情報情報を排除し、構成上必要な連携実態のみとした。実態ケース研究にあたっては症例の病歴や心身医学的病態など個人情報情報を排除し取り扱い、施設内倫理委員

会に申請し、個人情報等の倫理事項審議に該当しないことを確認した。以上の倫理的配慮のうえで、モデル構築研究計画を行った。

IV. 結 果 (事例)

教育関連領域との治療連携ネットワークの構築の実践

同モデル地区同連携施設にて、ED患者について学校-医療連携対応が実践された。在院/在籍形態によるモデル事例の分類を行い以下に示す。

事例1 <入院かつ転籍>養護学校在籍型(小児科慢性疾患病棟の応用)

小学部 X1年 ED

EDの治療目的で長期入院した。当初通学困難のため院内学級を開始した。関係性を徐々にあげ入院環境習熟と共に、入院継続のうえ隣接病弱型養護学校に転籍し通学とした。退院を控え院内の退院指導としての試験外泊(いわゆる医行為)等、および教育としての前籍校復帰プログラム(教育として居住地交流や学校間交流)に基づきケース会等で連携し、同時並行し行った。退院後は外来治療および前籍校に復帰した。

事例2 <入院かつ非転籍>養護学校非在籍での援助モデル入院に伴う教育的援助

高校 X2年 ED 入院および教育相談事例

IVH治療開始後からの行動療法的アプローチおよび勉強強迫への対応として、転籍せずに部分的な教育相談を院内および養護学校内にて病状に合わせ適宜行い、退院と共に在籍校との医療連携へ移行した。

事例3 <外来かつ非転籍>養護学校非在籍での援助モデル、外来通院に伴う教育的援助

小学部から中学部 X3~X4年 ED+不登校

地元教育相談施設(適応指導教室)での教育相談は途絶していた。医療機関での身体的医療と共に医療機関隣接の特長を生かして養護学校非在籍の形で教育連携をはかった。

事例4 <連携予備群>-連携未達例-

短期入院後外来対応

中学部 X5年生 ED+引きこもり

るいそうにて入院も、継続困難にて外来へ。教育的

援助は地元教育関係施設も、連携養護学校も介入拒絶。かろうじて病院通院のみ断続的に可能。家族を介して対応した。

事例5 <連携紹介>

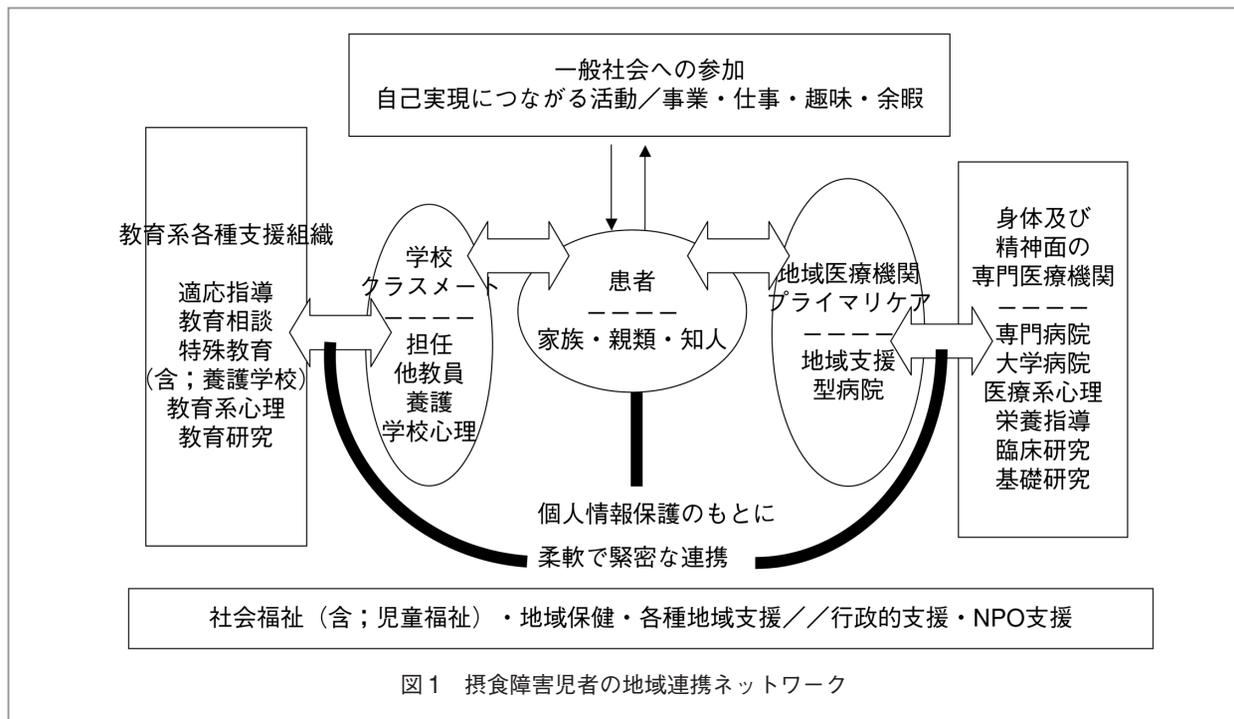
X6歳 地元専門医療機関治療途絶。教育機関の介入は終了。C養護学校より紹介。D病院に断続的ではあるが通院持続している。

V. 考 案

EDは難治であり、治療困難・治療継続困難を伴い、専門医療機関においても医療中断が稀ではない。各種薬物療法および各種心理療法等の非薬物療法がなされているが効果に限界があり、家族を含め社会的な支援も重要とされている¹⁷⁾。しかしながら、ED特有の社会的資源は乏しく、一部に自助グループ¹⁸⁾等がある程度である。就学年齢では無理にでも学校に行くもしくは校外で問題を起こすなど、学校でも対応に困難が見られる。そこで、あるべきEDの社会的支援の一つとして、特別支援として障害児等に推進されている学校での「個別の支援計画」¹²⁾に着目し、ED児者を病弱型養護学校での支援計画と連携した医療-学校連携モデルとして検討することとした。

1. EDの養護学校を介した教育-医療連携モデル実証

事例1は旧来に見られる喘息児・肥満児に対する慢性小児病棟の教育-医療連携を適応拡大しEDに適応したものであり、地域支援センター機能以前から非公式に見られていたものである。地元校との交流の移行をより円滑になるよう配慮したものといえ、旧来型に近い。事例2は在籍がない入院患者に対する積極的な教育的支援であり、強迫症状への非薬物療法が教育的要素を持っていることを考え合わせると、教育者からの連携は医療機関として十分に有難いものである。病弱型という教育機関の特性を十分に発揮できる支援といえる。事例3は一般の教育-医療連携が崩れていたケースである。EDの身体的危機の状態において、在籍校・地元教育関連施設がはたす連携の部分を医療に親和性のある、病弱型養護学校が補完し、教育-医療連携が行われた。事例4のように連携は病弱型養護学校を連携先として設定すればすべてうまくいくもので



もない。事例5は専門医療からこぼれ落ちたEDの医療をサルベージし、再度医療の土壌にのせた。単に入院している間、お預かりとして教育に携わるのではなく、入院外来の医療の形態にかかわらず、また在籍の有無にかかわらず、地域に根ざし多様なあり方の支援教育を医療と連携し行うことをモデル実証できた。

2. 連携医療の重要性

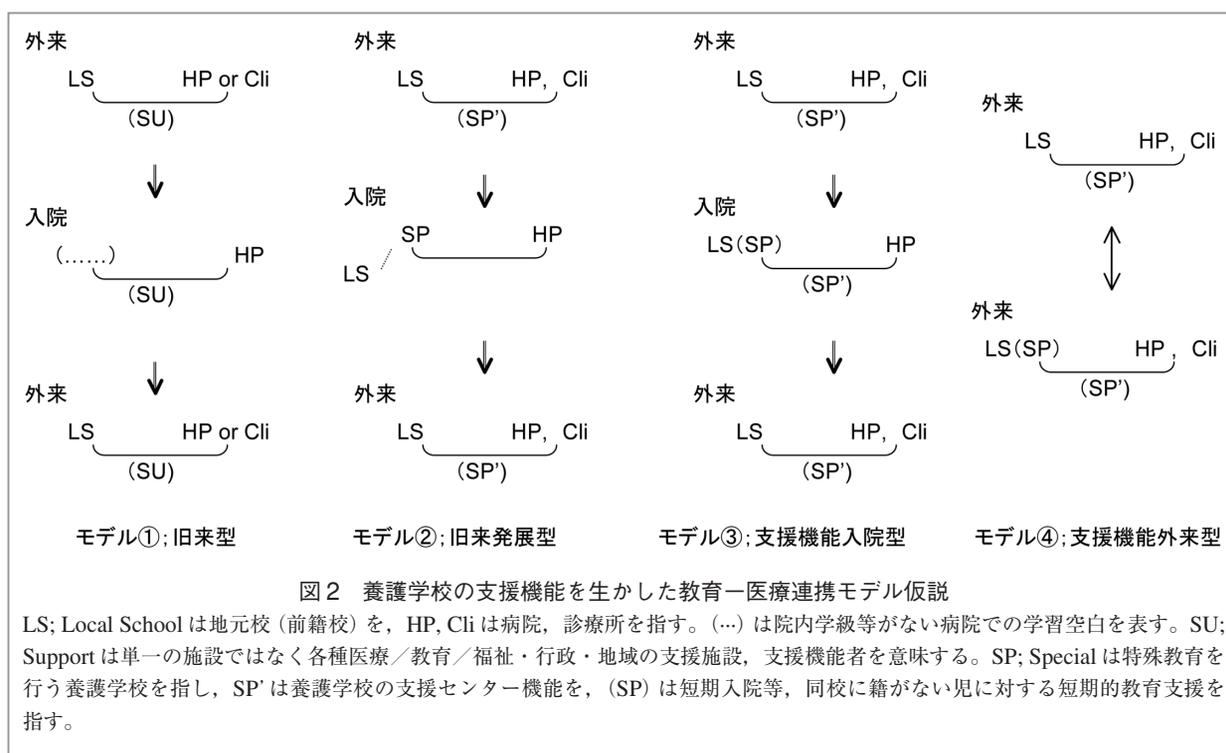
ED事例においても、発達障害児・不登校例等と同様に、教育的配慮・教育支援を病院受療中に行うことが入院/外来もしくは在籍/非在籍の多様な連携の中でできることをモデル提示した。連携を通して、医療側では共有可能な個人情報の範囲で心身医学的病態理解を深めることができ連携しない時¹⁹⁾に比べて、より深い医療を実践できた。また連携を通し教育機関側も共有可能な個人情報の範囲で医療の状態に合わせたより適切な教育支援ができたものと思われる。連携が途上な事例を介して、お互いの困難さをより実感でき、支援の困難さを共有することもあった。

連携先教育機関は研究計画で示す通り、必ずしも旧来よりEDを受け入れ支援してきた機関ではなかった。EDの有病率が実証研究前後で変化したのではなく、医療機関自らが連携の意志を示し、それに呼応する形で積極的な学校-医療連携ができ、その結果、地域に埋もれていたED支援困難例を、支援しなすことができたことは明らかである。医療機関が行う学

校-医療連携支援に保険給付が付かない現状など、医療制度の問題点は、本実証研究では学校医制度と独立行政法人化²⁰⁾に伴う附加職務制度新設を組み合わせることで乗り越え実証実現できた。教育側との連携は、かような重要性を持つことが示唆されたものと思われる。支援センターとしての機能はあくまでも教育であり医療ではないので、対象に記述したように、集計として摂食障害の相談として現れるわけではないが、EDにおいても「障害のある子どもや支援が必要な子ども」として想定されている対象児と同様に教育における「個別の支援計画」が有用であり、さまざまな社会的な支援の中の一つとして可能な範囲で配慮することが望ましいことが判明した。

3. 実践事例より導かれる連携モデル仮説

本稿での教育-医療の連携は、教育施設と医療施設との単純な1対1の連携ではない。摂食障害地域連携の全体像⁷⁾を図1に、教育-医療連携において旧来の連携との比較を図2に示す。旧来の連携は、①に示すような連携方式であった。そこには、いわゆる教育相談施設や福祉・行政など(SU)の支援施設が連携を媒介促進していた。連携としての地元校(前籍校)養護教諭の役割もまた、①のSU機能に準じているものと思われる。一方、養護学校の支援センター機能(SP)を利用した連携モデルを②③④に示す。②では養護学校自体がその本来の機能でもある教育の給付も



直接行い，前籍校復帰後は支援機能に機能変換する。在籍前後の支援に連続性が生まれ，より円滑な支援の可能性が高まるといえる。院内学級等教育施設が付随した病院施設では，旧来からも制度として行われているわけではないが，教育者としてのいわば柔軟な活動の中で営まれてきたものともいえる。転籍による直接的な支援のみならず，③など転籍を伴わない形や④外来通院での教育の支援においても，病院来院時の補完的な教育支援機能（リエゾン）と支援センターとしての支援機能（コンサルテーション）の継続性が示唆されるものといえよう。支援センター機能は②を制度保証し，③④型のより円滑な連携を付与したものと位置づけられる。児の成長を登山に例えるならば，家庭・医療の2点支持よりも教育・医療・家庭機能の3点支持での登山の方がより安定的であるのは言うまでもない。各々の支持点がより柔軟かつ円滑に継続性を持ち支持機能を果たすことが重要であろう。

VI. おわりに

本論文においては，EDの地域との関わりの中で，病弱型養護学校の地域支援の役割を念頭においたモデル連携実践研究を論考した。考案にも一部言及したように，本邦のEDの支援は地域においても偏りが伺わ

れ，モデル連携があまねく各地域でも医療教育実践研究において可能であるかは，検証が必要と思われる。今後として，モデル研究の継続においては地域教育医療連携モデルの発展的修正として，地域教育連携としての一般学校側教員，養護教諭，学校心理士との連携，各種一般学校外教育支援関連施設等とのモデル連携を，全国の病弱型養護学校でのEDでの医療－教育連携の可能性について調査し，その他の支援である各種保健／福祉／行政／非行政的支援との有機的連携確立が重要であると思われる。

VII. まとめ

EDでの教育－医療連携について在籍・前籍校とのみならず，養護学校の支援センター機能を利用しモデル構築を実践した。旧来の長期入院転籍連携のみならず，入院外来や在籍非在籍の区別を問わず，多様な連携モデル構築がEDにおいて可能であることが判明した。

本論文の要旨は第10回日本心療内科学会学術大会（東京2006）で発表した。本研究は厚生省精神・疾患研究委託費17公-1摂食障害治療ガイドラインの臨床的実証および治療ネットワークの確立によって行われた成果の一部で

ある。本モデル構築実践研究では連携教育機関教職員の熱心かつ根気強い教育支援が行われた。ここに深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 中野弘一, 中島弘子, 加藤明子, 他: プライマリケアにおける診療実態に関する調査. 厚生省精神・疾患研究委託費による研究報告書「摂食障害の治療状況, 予後に関する調査研究」平成13年度報告書, pp57-62.
- 2) American psychiatric association: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 東京, 2002, 医学書院, pp559-570.
- 3) 松崎淳人, 中野弘一, 美ノ谷新子, 他: 摂食障害の地域医療と専門医療の連携医療に関する検討—太田・品川地区の摂食障害地域診療の実態調査—. プライマリ・ケア Suppl: 125, 2001.
- 4) 美ノ谷新子, 中島弘子, 加藤明子, 他: 摂食障害者診療の病院の初期対応について—神奈川・静岡地区の摂食障害診療実態調査を通して—. 心身医学 42 (6): 372-378, 2002.
- 5) 松崎淳人: 一般内科からみた摂食障害. 思春期学 21 (3): 331-336, 2003.
- 6) Rees L, Clark-Stone S: Can collaboration between education and health professionals improve the identification and referral of young people with eating disorders in schools? A pilot study. J Adolesc 29 (1): 137-151, 2006.
- 7) 中野弘一, 長谷川美津子, 松崎淳人, 他: プライマリケアにおける摂食障害治療を実践するための地域医療ネットワークと教育に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 (14指-10) 摂食障害の新たな診断・治療ガイドライン作成と臨床的実証研究平成14~16年度総括・研究報告書, pp45-49, 2005.
- 8) 真野初美, 佐藤和子: 中学校・高等学校における摂食障害生徒の実態 養護教諭へのアンケート調査より. 東海学校保健研究 26 (1): 49-57, 2002.
- 9) 小牧元, 可知悠子: 全国8府県における養護教諭意識アンケート調査 10代の若者における摂食障害発症の危険性—その早期発見と対策のための—. 心身医学 45 (9): 707-718, 2005.
- 10) 高宮静男, 針谷秀和, 大波由美恵, 他: 小児摂食障害治療における養護教諭の役割. 子どもの心とからだ 13 (1~2): 74, 2004.
- 11) 荻原ゆかり, 桃澤秀子, 原洋治, 他: 神経性食思不振症の1例. 日本小児心身医学会 19回抄録集, p86, 2001.
- 12) 特別支援教育の在り方に関する調査研究協力者会議: 「今後の特別支援教育の在り方について」, 文部科学省, 2003, 答申.
- 13) 武田鉄郎: 慢性疾患, 心身症, 情緒及び行動の障害を伴う不登校の経験のある子どもの教育支援に関するガイドブック—課題別研究慢性疾患児 (心身症や不登校を含む) の自己管理支援のための教育的対応に関する研究—, 神奈川, 2006, 独立行政法人国立特殊教育研究所, pp2-46.
- 14) 宮本信也: 小児心身症およびその類縁の状態についての調査 (I). 厚生省心身障害研究「親子の心の諸問題に関する研究」平成5年度報告書, pp65-73, 1994.
- 15) Jonsdottir SM, Thormorsteinsdottir G: Eating disorders: symptomatology, course and prognosis, epidemiology, and psychiatric comorbidity. Laeknabladid 92 (2): 97-104, 2006.
- 16) 松崎淳人: 不登校患者の連携医療の充実に関する研究 (中間報告). 日本プライマリ・ケア学会 28 (3): 177-177, 2005.
- 17) 石川俊男, 他 [厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「摂食障害の新たな診断・治療ガイドライン作成と臨床的実証研究」班]: 摂食障害の診断と治療ガイドライン 2005, 東京, マイライフ社, 2005, pp142-157.
- 18) 生野照子: 摂食障害と自助グループ. こころの科学 112: 88-93, 2003.
- 19) 松崎淳人, 中島弘子, 中野弘一, 他: 学童期神経性食欲不振症の1例. 東京プライマリ・ケア研究会誌 5: 65-67, 1993.
- 20) 松崎淳人: 神奈川病院「成育心身医療外来」のあゆみと紹介. 秦野伊勢原医師会, 杏子 (6): 39-40, 2004.

連絡先: 松崎淳人 (独立行政法人国立病院機構神奈川病院)
〒257-8585 神奈川県秦野市落合 666-1
TEL: 0463-81-1771 / FAX: 0463-82-7533
