

小児慢性特定疾患をもつ生徒が在籍する高校における支援の課題

—1 型糖尿病をもつ生徒の高校入学時と卒業時の事例から—

Challenges for high school support for students with specific pediatric chronic illnesses

—Through high school entrance to graduation for students with type 1
diabetes—

大塚 朱美

Akemi OTSUKA

本報告の目的は、高校入学後に治療放棄、介入拒否などがみられた1型糖尿病生徒の事例をとおして、小児慢性特定疾患をもつ生徒が在籍する高校における支援について文献の検討を加え整理することで、高校における支援の課題を明らかにすることである。1. 受け入れから卒業を見据えた支援の必要性は、(1)新たな高校の役割(2)高校受け入れ時の支援(3)高校卒業から社会への移行支援(4)支援システムの構築、2. 支援の連携のありかたは、(1)それぞれの悩み(2)様々な連携の可能性が整理された。3. 高校における支援の課題は、(1)精神保健的支援(心理発達支援)(2)自立支援(3)保健指導(4)特別支援教育(5)卒業後の移行支援(6)成育医療支援であることが明らかとなった。

I. はじめに

小児期に発症した1型糖尿病は、長期にわたる治療と管理が必要であり、本人と保護者にとっては精神的、身体的のみならず経済的負担も大きい。これに対して国は1968年からいくつかの小児疾患に対する医療給付¹⁾と治療研究事業を行ってきた²⁾。2019年には小児慢性特定疾患(以下、特定疾患)として、16疾患群762疾患を指定し1型糖尿病もこの中に分類されている³⁾。特定疾患に関する実施主体は都道府県等と定められており⁴⁾、保健師が中心となって実施されている。都道府県保健所等の保健師の保健活動は、地域における保健師の保

健活動に関する指針⁵⁾に、難病対策ほかにおいて広域的かつ専門的な訪問指導、健康相談、健康教育等の活動方法を適切に用いて保健サービスを提供すると示されている。

1型糖尿病をもつ児童生徒は、自らの疾患を受け入れ、日々の生活の中で疾患管理の知識や技術を身につけるだけでなく、学校においてもインスリン自己注射(以下、自己注射)や食事の管理など周囲の理解を得ながら自立していかなければならない。1型糖尿病をもつ児童生徒の学校での課題は、低血糖の予防と対処、補食の摂取、自己注射や補食を行う場所の確保などである⁶⁾。一方、思春期の1型糖尿病をもつ生徒は、注射の打ち忘れ、治療放棄、親や周囲の介入拒否、友人関係、異性関係など、心理社会的に多くの課題を抱えて治療行動の乱れが生じるとも言われている⁷⁾。

連絡先: 大塚 朱美 aotsuka@cis.ac.jp

千葉科学大学看護学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Chiba
Institute of Science

(2021年9月22日受付, 2022年1月25日受理)

また、高校生は社会への移行期であるとともに⁸⁾、特定疾患の医療給付や保健サービスが終了する時期である。このように、1型糖尿病を含む特定疾患をもつ高校生の精神発達支援や特定疾患の保健サービス等の終了後の移行支援は非常に重要である⁹⁾。

本報告の目的は、高等学校（以下、高校）入学後に治療放棄、介入拒否などがみられた1型糖尿病生徒の事例をとおして、特定疾患をもつ生徒が在籍する高校における支援について文献の検討を加え整理することで、高校における支援の課題を明らかにすることである。

II. 事例

事例（以下、A）については、筆者が養護教諭として関わり、学校長の許可を得て、支援の概要に支障のない程度に簡略化してまとめた。

Aは小学高学年で1型糖尿病を発症した。Aは父親と同居していたが、父は定職に就いておらず、日常的なAの面倒は叔母がみていた。Aは中学で不登校もあり、特別支援学級に在籍していた。

III. 支援の概要

1. 高校入学前の支援

Aの中学での疾患管理は、遠方の指定病院の主治医とAの居住地域内にある保健所の保健師と、Aの居住地域内の病院の看護師（以下、地域看護師）が連携して行っていた。Aは不登校気味であったが給食前には登校し、毎日の自己注射は養護教諭が立ち合い、保健室で主体的に血糖測定及び自己注射を行っていた。学校以外では地域看護師が定時に家庭訪問を行い、Aの自己注射の確認を行っていた。病院への受診は月に1回、父親が連れて行ってい

た。保健師は受診状況について指定病院と地域看護師と連携しながら、Aに対する家庭訪問を月に1回行い、Aと家族及び地域看護師との連絡調整を行っていた。

高校入学前は、高校入学前の支援（図1）のように、①病院では、指定病院の主治医が月に1回診察を行い、看護師が血糖測定及び自己注射などの治療や生活上の留意事項の指導を行っていた。②Aの居住地域内では、保健師は指定病院の主治医の治療方針に基づき、月に1回の家庭訪問と、日々の疾患管理を行うために訪問している地域看護師からの情報をもとに疾患管理を行っていた。地域看護師は、毎日の家庭訪問でAの自己注射の確認を行っていた。③学校では、給食前に保健室で、養護教諭が立ち合い血糖測定及び自己注射を主体的に行っていた。このように特定疾患の治療研究事業に基づき、Aに対して疾患管理と保健サービスが大きな問題もなく行われていた。

2. 中学から高校への入学時の情報提供

Aの入学決定後に、中学の特別支援学級の担任と養護教諭が高校に来校し、高校の養護教諭に情報提供を行った。情報内容は、中学校時代に軽度発達に関する問題と不登校があったこと、家族は父親のみで経済的困難のある家庭であり保護者の協力が得られにくいことであった。また、中学の養護教諭から、高校に入学後の疾患管理について高校の養護教諭に依頼されたのは、低血糖時の補食や自己注射の際、保健室を利用しやすいように配慮して欲しいという内容であった。

以上の情報提供を受け、高校では、管理職と学級担任及び養護教諭が協議を行い、Aが補食や自己注射の際に保健室を利用しやすいように環境調整が必要であると考え、職員会議でAが保健室を頻回に利用することについて情報共有を行った。

3. 高校入学後の支援

(1) 入学直後の状況

Aは4月7日に入学し、養護教諭は給食時に保健室を利用してよいことをAに伝えた。養護教諭は給食時に全生徒の健康観察を実施しておりAの自己注射に立ち会うことはできないため、Aの血糖値測定及び自己注射は確認していない。その後、4月15日に養護教諭は、保健師から、Aは友人の家に外泊を続け、自宅には不在で病院も受診しなかったため、自己注射の薬が切れてしまっていることを聞いた。さらに、Aが4月30日の指定病院を受診する際に、Aが保健指導を受ける場面に立ち会うよう依頼された。また、そのことについてAに話すために、学校を訪問したいという要望を聞いた。

以上のことを4月21日にAに伝えると、「余計なお世話だ」と介入を拒否した。養護教諭は、保健師から

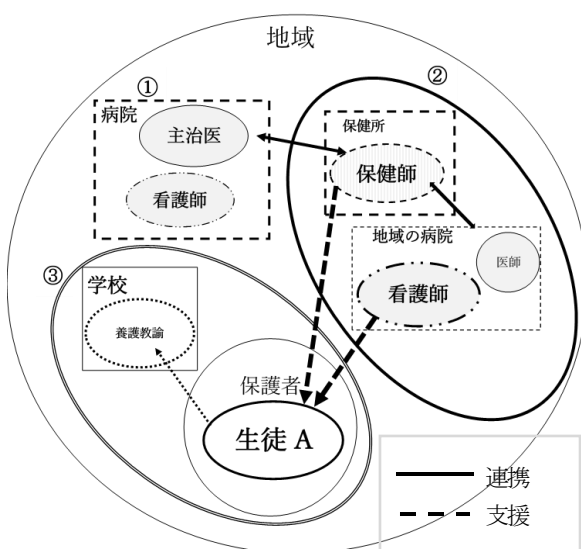


図1 高校入学前の支援

Aが指定病院での保健指導を受ける場面に立ち会うよう依頼されていたが、Aが拒否したため、立ち会うことは効果的ではなく、今は精神的対応が必要であることを保健師に提案した。

その後、養護教諭はAに対しては面談を実施し、このままでは命にかかわる事態が生じることも予測されたため、学校内での対応を主治医に相談することの必要性をAに提案した。

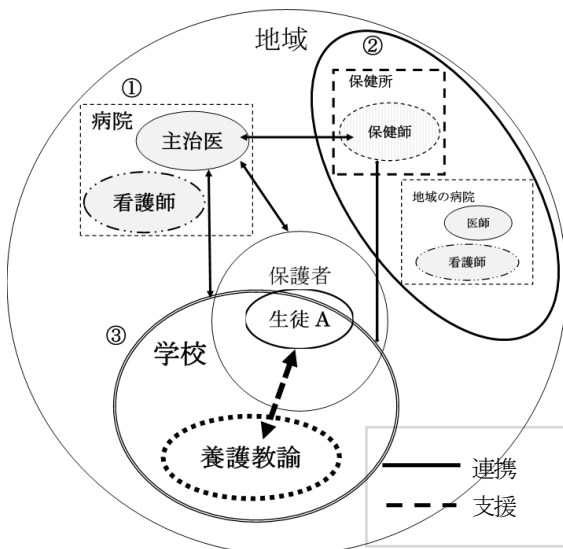


図2 高校入学後の支援

(2) 病院との連携

Aと父親から主治医に相談することの承諾を得て、Aと父親と養護教諭で病院を訪問した。主治医は、給食の量に制限があることや体育は制限がないこと、ピアスなど感染リスクについての看護師の指導に強く反抗したこと、高校卒業後などの将来は施設に入所することが望ましいなどの説明をした。医師からの説明は、疾患管理についての話が中心であった。今後、学校からの質問は、月1回の受診時にAが聞くことになった。

(3) 高校入学後の支援

高校入学後は、高校入学後の支援（図2）のように、①病院では、Aは受診を月に1回継続しており、その結果を養護教諭に報告するようになった。養護教諭が病院にAと父親と訪問した後は、病院から学校への要望や説明はなかった。②Aの居住地域内では、Aは自宅に不在であることが多く、保健師と地域看護師がAを訪問することはなくなった。保健師は、Aの受診状況を指定病院から情報を得ていた。③学校では、養護教諭がAに対して何か困ったときの対処について、Aの受診時にAが主治医に質問することが可能になった。また、養護教諭は、保健師とも情報共有することも可能になった。父親が直接学校に関

わることはなく、Aをとおして父親と連絡することが可能になった。その後、養護教諭から、指定病院や保健師、父親にAをとおして連絡することはなかった。

病院へ一緒に訪問した直後は、「何で自分だけが…」病

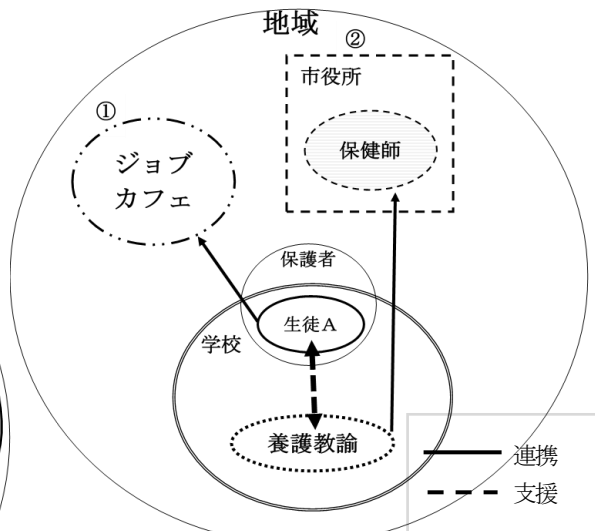


図3 高校卒業前の支援

気でない人には分からない」と疾患を受容できずに自暴自棄になっており、学校で血糖測定及び自己注射などの疾患管理をほとんど行っていなかった。養護教諭はAにスクールカウンセラーの利用を勧めたが、Aは「相談しても何も変わらない」と言い希望しなかった。養護教諭は、Aは現在、疾患を受け入れがたい心理状態にあると判断し、疾患に関する血糖測定及び自己注射の実施に関する指示的表現は避け、毎日の健康観察時に受動的な関わりで様子を見守ることになった。その後、ほぼ毎日、保健室に来室し、日常的な学校や生活に関する出来事や思いなどを話すようになった。夏休み明けの8月31日以降は、養護教諭は立ち会っていないが、Aは主体的に保健室で自己注射を行うようになった。

(4) 高校卒業前の支援

Aは、最終学年の卒業を意識する頃には、養護教諭とどんな仕事や家庭を築きたいかなどのお話もするようになり、将来のことを具体的に考えるようになった。

小学校高学年から継続されていた指定病院の医療給付や保健サービスは高校を卒業すると終了する。治療は他の病院への変更が余儀なくされ、変更に伴う病院選択と医療費の負担があることの説明は、卒業直前に指定病院からAと父親に行われた。Aは、今後は受診や治療にお金がかかり、父親には頼らずA自身で行うと決めていたが、受診する病院については決めかねていた。就職も決まっておらず、収入がないため治療の中断が考えられた。

高校卒業前は、高校卒業前の支援(図3)のように、①就職については、Aは養護教諭との関りから、若者の就職支援を行う施設(ジョブカフェ)を訪問し説明を受け、将来の仕事について考え始めた。しかし、就職は決めかねていた。②治療の移行については、Aの卒業が3月に決定した時点では就職も決まっておらず、収入もなく一人で病院受診や疾患管理を行うことになり、治療の中断が考えられた。そのため、卒業後に疾患や福祉に関する相談や支援が受けられるように、養護教諭はAの居住地内の市役所の保健師に支援依頼を行い承認された。

Aは、卒業までに就職が決まっておらず、市役所の保健師への訪問も行っていなかった。卒業後、Aはアルバイトで居住地内に就職し、受診病院は指定病院が推薦した病院ではなく居住地内の内科であると聞いた。

IV. 考察

1. 受け入れから卒業を見据えた支援の必要性

(1) 新たな高校の役割

Aは疾患や発達に関する課題をもって高校に進学した。現在、中学から高校への進学率は98.8%とほぼ全入に近い¹⁰⁾。そのため、高校へも発達障害等の困難のある生徒が進学している。その割合は、全日制1.8%、定時制14.1%、通信制15.7%であることが示されている¹¹⁾。また、Aのような疾患や障害を持つ生徒も含まれている。

特別支援教育は2007年よりすべての学校種での実施が定められており、高校でも特別支援教育コーディネーターや委員会の設置等、2018年より通級も開始されている¹²⁾。しかし、特別支援教育コーディネーターの設置はほぼ行われているが、特別支援教育支援計画の作成や委員会の開催は少ない¹³⁾。また、高校では情緒の不安定、反抗的な行動、深刻は不適応など思春期特有の行動に対する問題が多くなる⁸⁾。

これらのことから、高校には入学したすべての生徒に対して、その発達状況に応じて社会への移行支援を担うべき新たな役割がある⁸⁾。そのため、高校入学時点から卒業を見据えた支援を考えていく必要であると考ええる。

(2) 高校受け入れ時の支援

1型糖尿病は、特定疾患であり、発症は小児期でその後生涯にわたってケアが必要になる。そのため、学齢期には学校種が変わるときの引継ぎは、その後の安心したケア環境の提供にとって非常に重要であると考ええる。Aは発症が小学高学年であり、中学への進学時に何らかの引継ぎがあったと考えられるが、高校に進学時の引継ぎは、上記の治療放棄や介入拒否などの思春期特有の行動に備えることができるものではなかった。思春期には、障害受容にかかわる心理的葛藤や療養行動の乱れも予測した事前

の対策が必要であったと考える。

Aは高校入学と同時に、「何で自分だけが…」病気でない人には分からない」などの思いが強くなり、看護師や養護教諭の介入拒否、受診や注射の放棄などの治療行動の乱れが生じた⁷⁾と考えられる。これらは思春期のアイデンティティ確立¹⁴⁾や疾患の受容過程での反応あり¹⁵⁾、心理的発達上の葛藤¹⁴⁾であると考ええる。そのため、支援者は葛藤に寄り添う対応が必要であり、Aは保健室で不満や不安の気持ちを聞いてもらうことにより、自己に向き合い精神的に安定して行ったと考えられる。このように、1型糖尿病などの慢性疾患は、生涯の治療が必要な疾患であるために、高校受け入れ時には思春期の自立に向かう葛藤への対策は必須であると考ええる。

(3) 高校卒業から社会への移行支援

Aの発症は小学高学年からであったため、10年弱にも及ぶ指定病院の主治医との関係性が高校卒業とともに終了する。主治医が変わることに不安感・抵抗感が持っているが、その移行準備は多くが整っていない⁹⁾。そのため、高校卒業に向けて、疾患に対してAが主体となって自己決定する自律的な医療へつなげる支援も、高校では重要であると考ええる。

Aの場合は、卒業が決定した時期に、特定疾患の医療給付や保健サービスが終了することが告げられたが、卒業までに次の病院や支援体制を決めることができなかった。新しい生活や治療環境にスムーズに移行できるかは、非常に重要なことである。病院の選択や疾患管理の自立の支援も、計画的に事前に対策が講じられていることが必要であったと考える。

以上のことから、高校という時期は、治療行動の乱れが起きる思春期の自立に向かう葛藤が予測され、特定疾患の医療給付や保健サービスが終了することが決まっているため、これらのことを事前に見通した計画的な社会への移行支援が必要であると考ええる。

(4) 支援システムの構築

高校では、入学時に入学生徒の成績等や健康に関する記録を受領する。特定疾患をもつ生徒が入学した場合は、まず始めに養護教諭がこの記録により情報を把握する。その後、管理職及び担任や学年主任、特別支援が必要な場合は特別支援教育コーディネーターに情報が提供される。このように、入学時には健康に関する事項については、養護教諭が連携の中核的役割を担っている¹⁶⁾。

特定疾患をもつ生徒の場合は、高校入学時と卒業時に大きな変化があるため、特に入学時と卒業時には疾患管理や健康相談により日々つながりのある養護教諭が、校内外の関連組織との連携の中核となってより動くことができるように、学校保健計画等に位置づけるなどの支援

システムの構築が重要であると考えられる。

2. 支援の連携のありかた

特定疾患をもつ生徒を支援するためには、事例のように連携が欠かせない。Aの場合、高校までは指定病院や保健師等との連携があったが、思春期の自立に向かう葛藤や、特定疾患の医療給付や保健サービスの終了に対する対策のためにも、連携先との連携のありかたが重要であると考えられる。

(1) それぞれの悩み

1) 児童生徒の悩み

慢性疾患の患児は療養行動のためにいろいろなことをあきらめたり、友人との違いにつらさを感じている¹⁷⁾。糖尿病の患児は、低血糖時に捕食ができないことにストレスを感じ、友人と異なる行動をとることに対する苦痛が大きい¹⁷⁾。

2) 学校の悩み

担任や養護教諭が困っているのは、医師に緊急時を含めた低血糖の対応相談¹⁸⁾や疾患の知識不足、患児の情報不足である¹⁵⁾。また、個人情報保護の関係で、病院に直接聞くことができないこともある。養護教諭が看護師と連携したいと考えている内容は、インスリン注射や血糖測定の手技、児童生徒と保護者のメンタル面である¹⁸⁾。

(2) 様々な連携の可能性

以上のことから、以下の連携の可能性が考えられる。学校内では、心身の健康課題を陰で支える存在であり、教諭とは異なる角度で生徒を理解することができる養護教諭の専門性¹⁹⁾を活かす連携が基盤であると考えられる。特に心身の健康課題に対しては、養護教諭の持つ専門性から気づきやすく、これらを活かすことで内容の濃い、深まりのある支援となる可能性がある²⁰⁾。また、学校にはスクールカウンセラーが配属されている。Aの場合も入学直後に心理的葛藤から治療行動の乱れが生じたことから、慢性疾患の患児に対しては療養行動の実施状況のみにとらわれるのではなく、むしろ患児の気持ちを把握しサポートすることが必要である。そのため、受診している病院の看護師¹⁸⁾やスクールカウンセラー等との連携がより必要であると考えられる。

学校外では、担任や養護教諭が学校での緊急時への対応を行うことから、主治医は担任や養護教諭に、進学の時などに保護者も含めて説明や情報提供を行うことが必要である。さらに、今後はアメリカやフィンランドのような病院に外部との相談窓口を担う糖尿病ナースやパブリックヘルスナース¹⁸⁾のような看護師等との連携が望まれる。

医療側も、ハイリスクのある児童生徒がいる学校のある地域の病院は、受診病院から事前の生徒に関する情報提供を望んでいる²¹⁾。また、緊急時に学校教職員が救急

処置ができるように医療側からの研修協力²¹⁾や精神疾患など専門医からの研修会や事例検討会などの連携の提案などもあることから²²⁾、学校医や地域保健委員会等をとった積極的な連携が必要であると考えられる。

3. 高校における支援の課題

(1) 精神保健的支援(心理発達支援)

Aは思春期の自我発達により疾患の受容が困難になり、自暴自棄になったと考えられる⁷⁾。思春期は心身ともに自分自身のあり方について不安や自信のなさを抱えながら、それまでの両親との依存的関係を抜け出して大人への第一歩を踏み出す時期であるといわれている²³⁾。エリクソンは、思春期の発達課題を「同一性 対 同一性拡散」とした²⁴⁾。自我同一性は「自分は何者か」という一貫した自我意識のことであり、人間として唯一無二の存在であることの自覚の葛藤である。

慢性疾患の発症をきっかけとして学校に適応できず不登校となる者もおり²⁵⁾、糖尿病をもつ生徒の思春期に生じる心理社会的問題は深刻で、この思春期を乗り越えるためには身体発育や自我の葛藤など心身両面の課題があり、自己管理行動をとるのは難しいとも指摘されている²⁶⁾。このことから、1型糖尿病をもつ思春期の生徒の心理社会的な課題についての支援は、生徒の気持ちを受容的に理解しなければ的確な指導にならず、指導効果も上がらないと考える。Aに対しては、健康相談をおおして気持ちを受容し、将来を共に考えるなどの自立に向けた教育的かかわりが有効であったと考える^{6) 7)}。養護教諭は、生徒との日々の関係性や情報を得やすいという立場から、そのような精神保健的支援(心理発達支援)が行えたと考える。思春期は精神病理を発症する年代でもあり、精神保健的支援(心理発達支援)はそのリスクを低減できる思春期の発達支援として、高等学校での有効性が提言されている¹²⁾ため、重要な支援であると考えられる。

(2) 自立支援

高校は思春期の発達課題に向き合う時期でもあり、さらに、特定疾患をもつ生徒は障害の受容に伴う葛藤の時期でもある。高校で特定疾患をもつ生徒と関わるときは、生徒が生涯疾患と付き合いながら自分らしく生きるために、生徒自身が自分の価値を見直し、責任をもって生きるという自立を支援する必要があると考える。

(3) 保健指導

正しい疾患の理解が疾患の自立には重要⁹⁾である。保健指導の内容は低血糖や捕食やメンタル面についてが必要であり^{6) 9) 17) 18)}、指導方法は、教諭と健康課題対応に専門性のある養護教諭で作る教師チームでの対応や保護者、医師や助産師・看護師などの医療職の専門家との連携が有効であるため^{17) 18) 20) 21) 22) 27)}、多職種と連携

して保健指導を実施することが必要であると考える。

(4) 特別支援教育

学習指導要領などにより、小学・中学・高校と学びの連続性が一層重視されている²⁸⁾。そのため、疾患に対しても、合理的配慮や適時な支援を行う体制を構築することが必要である。現在多くの養護教諭が特別支援コーディネーターとなり研修・啓発や進路指導を行っているが¹³⁾、高校では組織体制の構築が遅れている。そのため、特別支援教育支援計画の立案や委員会の開催、巡回相談・専門家チームなどの活用を行うことにより、生徒の社会への移行支援として、課題となっている行動面への支援¹³⁾を特に行うことが必要であると考える。

(5) 卒業後の移行支援

高校へは全入の時代となり、高校の担う役割として社会への移行支援も重要である。特定疾患をもつ生徒は、卒業後は疾患管理も含めて状況が大きく変化することから、卒業後を見据えた支援が欠かせない⁹⁾。そのため、高校卒業後の大きな変化に対して、どこにどのように引き継ぎを行うべきかを熟考することが重要であると考える。卒業に備えて、学校保健と地域保健を担う専門職、卒業後の福祉や進路なども含めた機関や専門職との連携が特に必要であると考える。

(6) 成育医療支援

Aの場合は、高校卒業後の医療等にうまく移行したとは言いがたく、切れ目なく医療が行えることが課題であった。2019年12月に「成育基本法（成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対して必要な、成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律）」が施行され、2021年2月に成育医療等基本方針が示され、高校においては医師等と情報共有し、保健指導を適切に実施するための連携やマンパワーの確保が示されたことにより²⁹⁾、これらの実現が確実に実施されることが望まれる。

V. まとめ

特定疾患をもつ生徒が在籍する高校における支援の課題は、(1)精神保健的支援(心理発達支援)(2)自立支援(3)保健指導(4)特別支援教育(5)卒業後の移行支援(6)成育医療支援であることが明らかとなった。

引用文献

- 1) 厚生労働省：小児慢性特定疾患治療研究事業の今後のあり方と実施に関する検討会報告書。2002.
- 2) 及川郁子，加藤忠明，成嶋澄子ほか：小児慢性特定疾患患者の療養環境向上に関する研究。厚生労働科学研究費補助金，子ども家庭総合研究事業，平成16年度総括研究報告書，2004.
- 3) 小児慢性特定疾患情報センター：対象疾。https://www.shouman.jp/disease/search/group/.
- 4) 厚生労働省：小児慢性特定疾患治療研究事業実施要綱。2005.
- 5) 厚生労働省：地域における保健師の保健活動に関する指針。2013.
- 6) 竹鼻ゆかり，朝倉隆司，高橋浩之：1型糖尿病を持つ子どもの学校生活における現状と課題。東京学芸大学紀要，芸術・スポーツ科学系，60，233-243，2008.
- 7) 今田進，中村伸枝：第16章成長発達・思春期。佐々木望編著，新小児糖尿病 治療と生活，診断と治療社，133-139，2005.
- 8) 小野善郎：第3章包括的な移行支援の要素。小野善郎・保坂亨編著，移行支援としての高校教育，福村出版，311-314，2012.
- 9) 久保瑠子：先天性心疾患を持つ青年患者の「自立」に関する研究の概観と展望。学校教育学研究論集，35，1-13，2017.
- 10) 文部科学省：高等学校教育の現状について令和2年10月1日，2020.
- 11) 文部科学省：発達障害等困難のある生徒の中学校卒業後における進路に関する分析結果，2009.
- 12) 文部科学省：特別支援教育の推進について(通知)。2007.
- 13) 中西郁，日高浩一，半澤聡ほか：高等学校における校内委員会の組織体制と支援機能についての検討—中学校調査との比較を通して—。十文字学園女子大学紀要，48，43-56，2017.
- 14) 藤田絵理子，則定百合子：不登校支援の在り方に関する再考。和歌山大学教職大学院紀要 学校教育実践研究，3，143-151，2018.
- 15) 三並めぐる，福島夏実，梅田弘子ほか：発達障害のある子供の母親の思いと支援—書籍「軽度発達障害児を育てる」の内容分析による質的研究—。広島国際大学看護学ジャーナル，14(1)，91-105，2016.
- 16) 中央教育審議会答申：子どもの心身の健康を守り，安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について，2008
- 17) 武田淳子，兼松百合子，古谷佳由理ほか：通院中の慢性疾患児の日常生活—学校生活および療養行動の実態と気持ち

- 一. 千葉看護学会誌, 3(1), 64-72, 1997.
- 18) 沖本克子, 網野裕子: 糖尿病をもつ子供の学校生活における医療者と養護教諭の連携. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 24(1), 133-140, 2017.
- 19) 大谷尚子: 第1章養護の概念. 大谷尚子・中桐佐智子編著, 新養護学概論, 東山書房, 23, 2009.
- 20) 東江真, 村末勇介: 「家庭との連携」を意識した中学校保健の授業づくりに関する研究: 教師チームによる授業づくりと保護者インタビューの教材化を通して. 高度教職実践専攻(教職大学院)紀要, 4, 59-73, 2020.
- 21) 佐々木明, 山瀬裕彦: 学校管理下における生徒突然死の3例. 日本農村医学会雑誌, 45(1), 41-46, 1996.
- 22) 武士清昭: 都立学校における専門医派遣事業に関する報告. 予防精神医学, 4(1), 85-92, 2019.
- 23) 橋本泰子: 第6章思春期(中学生)の発達と危機管理. 岡堂哲雄編集, パーソナリティ発達論—生涯発達と心の危機管理, 65-77, 2000.
- 24) エリクソン, E.H. (仁科弥生訳): 第七章人間の八つの発達段階. 幼児期と社会1, 317-353, みすず書房, 1977.
- 25) 武田鉄郎: 第3部不登校等の心理社会的問題を抱える慢性疾患児の教育的支援. 慢性疾患児の自己管理支援のための教育的対応に関する研究, 181-214, 大月書店, 2006.
- 26) 横田行史, 松浦信夫: 思春期・青年期小児糖尿病の自己管理. 日本臨床, 55, 460-464, 1997.
- 27) 森口範子: 助産師と養護教諭による事前連携が及ぼす「いのちの出前授業」への導入効果. 九州看護福祉大学紀要, 20(1), 65-74, 2019.
- 28) 文部科学省: 小学校・中学校学習指導要領. 2017.
- 29) 閣議決定: 成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針について. 2021.