

訪問教育研究
＜第5集＞

第5回全国大会特集
1992年7月

全国訪問教育研究会

目次

第5回東京大会と私たちの研究活動 全国訪問教育研究会会長 御子柴昭治	2
全国訪問教育研究会第5回全国大会開催要項	3
第5回全国大会記念 パネルディスカッション記録	5
研究発表	
・第1分科会（在宅訪問の教育課程の充実）報告	3 4
長野県松本養護学校 太田瑞穂	
・第2分科会（施設内訪問教育の教育課程の充実）報告	4 4
兵庫県上野ヶ原養護学校 北本和美	
・第3分科会（全日教育・高等部・卒業など訪問教育制度について）報告	5 3
石川県七尾養護学校七尾病院分教室 高名静啓	
・第4分科会（医療的ケアの必要な子どもの教育）報告	6 3
神奈川県立こども医療センター神経内科医 三宅捷太	
パネルディスカッション資料	7 9
編集後記	9 7

第5回東京大会と私たちの研究活動

全国訪問教育研究会

会長 御子柴昭治

今回の東京大会は、社会的にも内容的にも、今までの大会を一步も二歩もひろげた形で開催することができました。

一つには、私たちがはじめて他団体の後援をえたことです。全国病虚弱養護学校校長会、東京都肢体不自由養護学校校長会の両校長会のほか、東京都訪問教育研究協議会の後援は、大会運営の上での大きな支えとなりました。そのほか、全国難病団体連絡協議会、全国膠原病友の会、東京進行性筋萎縮症協会、東京「腎炎・ネフローゼ児」を守る会など4団体からも後援をいただきました。ここに改めて感謝いたします。

二つ目には、今大会を期して「訪問教育のあり方についての提言」を発表するとともに、今大会後文部省を訪れ、特殊教育課長はじめ関係者にその主旨を説明し、意見を交換したことです。この提言は、私たちが会を結成してから第4回大会まで、ずっと追求してきた研究の成果であり、到達点であるといってもよいものです。

三つ目には、今大会のメイン行事として、パネルディスカッションを実施したことです。教育関係者の他に、親の代表、医療分野からも加わっていただき、訪問教育の課題と展望について語り合ってもらいました。この集録にはその模様がすべて掲載されています。これによって私たちの提言内容、それに対する各パネラーの意見など知ることができます。

また、大会当日に配布された「資料」もここに一部掲載されています。特に、現在各地で検討されている「医療的配慮」に関するいくつかの報告は、教育と医療の接点、今後私たちのとるべき態度などが浮き彫りにされていますので、参考にして欲しいと思います。

とは言え私たちの研究は、まだその緒についたばかりです。会員は三百名を越えましたが、その内、百名は北海道に属しており、いくつかの県は空白のままになっています。

東京の場合には、教育委員会と校長、担任者の研究協議会の形をとり、教師の研究活動が保障されています。北海道は「訪問、重複障害教育研究会」として、自主的創造的な研究活動を進めています。各県、各地区の状況をふまえて、いかにして継続的な研究体制をつくっていくかが、私たちの今後の課題です。

私たちは、各地の実践を基礎に、今後とも訪問教育の制度、教育内容、方法に関する研究を進めていきます。また、近く第2回の全国アンケート調査を計画しています。

第6回大会は、北海道で開催いたします。この研究集録が現場でいかされ、訪問教育の営みの中で、“子どもの輝き”が一層ますことを心から願ってやみません。

1992年12月

全国訪問教育研究会 第5回全国大会開催要項

《1》大会テーマ

「訪問教育のあり方を見直し、教育内容を充実させよう」

《2》開催日時

1992年7月28日（火）～30日（木）

《3》会場

東京 青山会館（港区南青山4-17-58）

《4》大会主催・後援

主催：全国訪問教育研究会

後援：東京都訪問教育研究協議会

全国病弱虚弱養護学校長会

東京都肢体不自由養護学校長会

東京「腎炎・ネフローゼ児」を守る会

全国膠原病友の会

東京進行性筋萎縮症協会

全国難病団体連絡協議会

《5》日程

	28日（火）	29日（水）	30日（木）
9:00		分科会 I～IV	総会 全体会 ～12:00
昼12:00	開場	昼食	
13:00	開会行事 基調報告 パネルディスカッション	分科会 I～IV	
夕食	全国交流会	夕食 18:00～19:00	
19:00		ビデオ上映 実践交流	

《6》内容

A：パネルディスカッション

テーマ： とどけよう豊かな明日を つなごう私たちの手を
～訪問教育の現状と課題～

司会 御子柴昭治氏（全国訪問教育研究会会長）

加藤忠雄氏（全国訪問教育研究会副会長・福井大学教育学部教授）

パネラー 上家和本子氏（厚生省児童家庭局母子衛生課 課長補佐）

佐藤邦男氏（前東京都立小平養護学校長）

西村圭也氏（全国訪問教育研究会副会長・奈良県立明日香養護学校教諭）

益子佳苗氏（石川県重症心身障害児高等部をつくる親の会代表）

松井一郎氏（国立小児医療研究センター小児生態学部長）

渡部昭男氏（鳥取大学教育学部助教授）

（五十音順）

B：分科会

第Ⅰ分科会 教育課程の充実にむけて（在宅訪問）

司会：谷口順子（栃木） 記録：勅使河原修子（東京） 共同研究者：渡辺美佐子（東京）

第Ⅱ分科会 教育課程の充実にむけて（施設内訪問）

司会：堀内勇（長野） 記録：北風なおみ（東京） 共同研究者：斎藤昭（北海道）

第Ⅲ分科会 訪問教育制度の充実にむけて

司会：落合まさこ（北海道） 記録：猪狩恵美子（東京） 共同研究者：鈴木茂（東京）

第Ⅳ分科会 医療ケアの必要な子どもの教育

司会：谷みどり（神奈川） 記録：潟山陽子（東京） 共同研究者：三宅捷太（神奈川）

第5回全国大会記念 パネルディスカッション記録

テーマ： とどけよう豊かな明日を つなごう私たちの手を
～訪問教育の現状と課題～

司会 御子柴昭治氏（全国訪問教育研究会会長）

加藤忠雄氏（全国訪問教育研究会副会長・福井大学教育学部教授）

パネラー 上家和田氏（厚生省児童家庭局母子衛生課 課長補佐）

佐藤邦男氏（前東京都立小平養護学校校長）

西村圭也氏（全国訪問教育研究会副会長・奈良県立明日香養護学校教諭）

益子佳苗氏（石川県重症心身障害児高等部をつくる親の会代表）

松井一郎氏（国立小児医療研究センター小児生態学部長）

渡部昭男氏（鳥取大学教育学部助教授）

（五十音順）

御子柴：それではパネルディスカッションを始めさせていただきます。始めに資料を点検させていただきますが「第5回全国大会記念パネルディスカッション資料」というのと「訪問教育のあり方についての提言」というのが入っているでしょうか。この資料を基に、テーマ「とどけよう 豊かな明日を つなごう わたしたちの手を 訪問教育の現状と課題」ということで、これからパネルディスカッションを始めていきます。司会は研究会の会長をやっております御子柴です。

加藤：同じく副会長をやっております加藤と申します。

御子柴：それでは資料に基づいて、パネラーの方を紹介いたします。厚生省の児童家庭局母子衛生課 課長補佐であられる上家さん。東京都立小平養護学校の校長さんをこの3月までなさっております、佐藤さんでございます。それから全国訪問教育研究会副会長、奈良県立明日香養護学校の教員でございます、西村さん。石川県重症心身障害児高等部を作る親の会代表でいらっしゃいます、益子さん。国立小児医療研究センター小児生態学部長でいらっしゃいます、松井さん。鳥取大学教育学部助教授、渡部さんでございます。それではこれから始めますが、これからの進め方についてちょっとご説明いたします。第一部と第二部というかたちで分けたいと思います。第一部は3時半までで、ここで提言についての趣旨や内容の説明を西村さんの方からしてもらいます。それからパネラーの方からこの提言への意見・感想を述べて頂きます。それからの時間はこの提言を中心に、それぞれのパネラーの方同士で、意見・質疑などをして、お互いに深めたいと思います。そして3時半になりましたら、一応第一部を閉じて15分間の休憩をとります。その休憩中に、資料の中に「発言票」が入っていると思いますが、第一部の討論をお聞きになって、ぜひ発言をしたい、あるいは質問をしたいというものを記入して下さい。そしてそれを私たちの方で集めて、整理をして、その方々に発言をして頂きます。そしてパネラーの方でそれに答える、というかたちで第二部を進めたいと思います。会場の関係で4時55分には閉じたいと考えております。

それではこれから始めていきますが、なにぶんにも私たち司会とパネラーの方々とは午前中に打ち

合せを行なっただけですので、十分に話し合いも出来ておりません。けれども、今日のこの機会を生かして、会場からも質疑・意見を頂きながら提言を深めてまいりたいと思っております。

では最初に、「訪問教育のあり方についての提言」について、西村さんの方から説明をして頂きたいと思います。

西村：それでは私の方から「提言」について説明させていただきます。去年の大会で1年後には提言を発表しますと約束をして、今日、このような形で皆さんを前にして各界の方々と話し合いが出来ることを本当に嬉しく思っております。訪問教育が54年に制度化されて以来、13年間経ちますが、その間積み重ねてきたものや問題点、あるいはどう変えればいいのか、ということについて会として一度もきちんと整理をして発表したことはございません。しかしながら、訪問教育は制度的にもさまざまな問題点があり、こうやって実践を積み重ねている者として、それらの問題点を明らかにするのは、私たちの責任であろうと考えてまとめたものが「提言」であります。今日の障害児教育全体が多くの問題をかかえる中において訪問教育の問題は山積みされているわけですが、このたびの提言というのは、次のような考え方を基本としてまとめられております。

1つは訪問教育を受けている子どもたちも、まったく他の子どもたちと同じように平等の権利を持っている筈である、ということです。当たり前のことのようにですが、今の制度の中ではなかなかそうっていない問題点がたくさんあります。

2つには根本的に変えていこうとするには非常に大きな問題もさまざまあるのですが、理想論を掲げるのではなく具体的に、当面変えることが出来る・変えていかなければならないという課題に絞ってまとめてあります。「今世紀中の解決をめざす課題」ということです。

3つには、私たち訪問教育を担当するものとしては、制度的なものだけではなく、訪問教育の中身を研究し、充実させていかなければならないこともいっぱいあるわけですが、今回の提言はそういうものではなく、制度的な問題点・行政的な解決を必要とする課題に絞っております。

このような3点を基本的な考えにしております。訪問教育という小さな教育システムの中での提言のように見えますが、しかし訪問教育の改革というものが、障害児教育全般の改革につながるものと信じております。

では具体的に15の提言についてざっと説明させていただきます。

提言1：在宅児童生徒が通学しやすい条件を整備すること

これは在宅訪問について言っていることです。訪問教育は「通学して教育を受けることが困難な児童生徒に対する教育措置」と書かれていますが、困難というものは、例えば交通手段をよくすることによって、その「困難」の程度はいくらでも変わっていくものです。地理的に通学が困難であるので、障害はさほどでもないのに訪問教育になっているようなケースも、まま見られるわけです。まず第一に在宅児童・生徒の場合は、通学手段あるいは寄宿舎の受け入れ体制の改善をしてもらいたいという提言です。

提言2：施設訪問教育は、分校または分教室にかえること

これは次のアンケート結果を見てもらえば分かりますが、施設訪問教育に「専門の指導場所がある」というのはわずか1/3強です。施設内教育がなぜ訪問教育になっているのか、一言で言え

ば「指導場所がないから」というようなことになっているケースが非常に多いんじゃないだろうか。これは「指導場所を作る」という基本的な行政責任を果たしてもらえば、訪問教育でない教育に変えられる筈であります。つまり施設訪問は指導場所を設置して、分校または分教室に変えることを提言します。このことによって、例えば回数・高等部の問題も一挙に解決できるのではないかと考えております。

提言3：教育措置は、適正かつ柔軟に行なうこと

訪問教育は今はパターンとしてほぼ固まっているという様相がありますが、もっと子どもたちに合わせて柔軟な対応をしてゆく必要があるということです。5つの項目があります。

1つには、訪問教育の制度が十分に理解されていないために、適性でない教育措置になっているというケースがわりとあります。例えば1年も2年も病気で休んでいながら、訪問教育という制度がよく知られていないために欠席のまま教育を受けていないということは、私も体験しております。こういうケースは、訪問教育に対する学校・親・地方教育委員会の理解が不十分であるためだろう、まずこのことについて情報提供・啓発に努める必要があります。

2つめには、長期入院や長期療養をしている子どもたちについては、必ずしもどの子も訪問教育にした方がよいとは考えませんが、個々に検討して、そのような措置が望ましい場合は訪問教育に措置することを考えてもらいたいということです。これは現在の制度で十分に出来ることですが、これも「個々に検討」がされていないために、不十分であるというケースがあります。

3つめは、現在は養護学校からの訪問だけを認めていますが、地理的に不便な場合には地元の小中学校からも訪問が出来るように柔軟に措置して欲しいということです。

4つめは、6ヵ月未満の長期欠席の場合は、学校教育法75条によって「派遣教育」というのが認められているわけですが、これは現在、ほとんど活用されていないのではないかと思います、これも十分に活用してもらいたいと思います。

5つめは、現在の教育制度では、障害が重度であることが前提になっていますが、そうではない子ども、例えば対象児の中に不登校の子どもたちも含めて、柔軟に措置したら良いのではないかと、いうことです。

提言3は以上のような中身になっております。

提言4：訪問回数はそれぞれの子どもの実状に合わせること

訪問回数の問題については「試案」の中で一週間に2回と書かれ、そして定数法が変わって3回となっていますが、2回であっても3回であっても、その基本的考え方に疑問を投げ掛けております。つまり、訪問教育を受けている子どもも、他の子どもたちとまったく同じ時間数の教育を受ける権利を持っていると考えるべきである、と。しかしながらその子の身体の状態などによって無理な場合は、やむをえず2回3回4回など、その実状に応じて減らさねばならない、と考えるべきです。ところが今の試案はそうになってません。このあたりは今からの討論の中でコメントしてもらいたいと思います。学習指導要領の中に書かれていることや文部省の考え方も、いったいどちらなのかと考えるとところもあり、論議を深めていただきたいと思います。

提言5：集団学習をしやすい条件整備をすること

これはある都道府県によると「訪問教育は家から出るのが困難であるから訪問教育なのであり、学校行事や集団学習などはやってはならない」とまで言っているところもあります。まずこのことを否定したいわけです。子どもたちはいわば、発達変化をとげて通学に変わってゆける状態を作っていきたいわけです。そのためにはさまざまな機会を通して家を出て集団生活をする体験を学ぶ機会を与えられなければならない筈です。ですからむしろ考えるべきは、集団学習をやりやすい条件を整備してもらうことであり、そのためには登校するためのタクシー代の支給や、健康上のチェックをするために、医者との連携体制をつくる、あるいは安全確認のために教員の数も増やすなどの条件を整備することで集団学習をやりやすくしてもらいたい、ということです。

提言6：後期中等教育（高等部）を保障すること

現在、先程言われたように、正式に高等部が認められているところはないわけですが、しかし部分的には高等部に相当するものを認めているところがあります。全国の親御さんたちは、非常に強く高等部を望んでいらっしゃる。なぜ高等部が必要なのか・保障されねばならないかということを私たちはきちんと整理したいと思って、ここにまとめたわけです。

まず1つめとして、障害が重いからこそ長い年限の教育が必要であるということ。

2つめには中学を卒業する15歳前後というのは、大きく成長発達をとげる時期であって、あと3年間の教育というのは非常に大きな意味を持っているということ。

3つめには一般に高校進学率は100%近くにまで達しているにもかかわらず、障害が重いということでその機会を与えられないというのは、先程言ったように、平等ではないだろう、ということ。

4つには、法的にも文部省が試案の中でその根拠としている学校教育法71条には、幼稚園から高等部まで、ちゃんと書かれています。従って法的にも満たされて当然のことであること。

この4つを理由にしております。

提言7：義務教育年限の延長を柔軟に認めること

今の教育制度というのは、年数で切っています。小学校6年、中学校3年、高等学校3年というように。しかし実際に受けている教育の中身については、渡部先生が詳しく書かれていますが、訪問教育は普通教育の1/6から1/7くらいの時間しか保障されていません。つまり始めから同じ教育課程を受けることが出来ないようになっているわけです。平等というならば同じ教育課程を受ける権利も保障されなければならない、そのためには年限の延長も柔軟に認めていくべきである、ということです。

提言8：訪問教育の幼稚部を作ること

これは高等部の反対に就学前教育のことです。5つ、その理由を挙げています。

1つは「試案」の中には、訪問教育は「通学して教育を受けるレディネスをつける方途としてのねらいもあり」とありますが、これも矛盾を含んだ言い方だと思うわけです。つまり準備のための教育なのだ、という言い方です。けれども準備をするというならば当然、就学前に準備すべきではないか、本当にレディネスの方途をねらうならば就学前の教育を認めるべきである、ということです。

2つめは先程の高等部の問題と同じように根拠法となっている学校教育法71条によると、幼稚部も当然、認められるべきである、ということです。

3つめは、発達的に重度の障害を持った子どもというのは「這えば立て 立てば歩きの親心」ではないですが、そのように自分で力を獲得することの出来ない子どもたちがほとんどです。早いうちから外部（先生）が助けて発達を促してゆかなければならない子どもたちです。ですから出来るだけ早くから、教育を始めることが重要であるということです。

4つめは身体的面でも、就学年令時にはすでに変形・拘縮を起こしている場合があります。これも身体の発達・変形の防止という意味からも早くからの対応が重要である、ということです。

5つめは親との対応ということです。親が障害を持った子どもが生まれたことで一番悩むのは、やはり子どもたちが小さい間です。本当に一番困っている時に親たちを支えることが重要なのではないかと思います。

この5つを幼稚部の必要性として挙げております。

提言9：未就学者にも就学の機会を保障すること

1947年に養護学校義務制が法的には整えられながら、79年まで32年間も放置されていたために、未就学のまま成人してしまったという人たちがたくさんいます。こういう人たちのためにも、もう一回、就学の機会を保障してもらいたいということです。

提言10：医療と密接に連携した教育体制にすること

医療との関係は、現在、障害児教育全体が大きな問題としていることですが、これも3つ、挙げてあります。

1つは施設訪問において。施設訪問というのは、病院や施設を訪問するわけですから、当然、医療側の職員とよい連携が出来ておらなければ出来ないわけですが、現在はなかなかうまくいっていないケースもたくさんあります。このあたりについては、私たちの努力もさることながら、行政的な努力も必要であると考えerわけです。

2つには「在宅訪問教育には担当指導医制を」という新しいことを言っています。これもいろいろな立場の方々からの違う提案もあるわけですが、後で話し合いをしていただけたらと思います。子どもたちはみんな主治医を持っており、学校にも学校医がいるわけです。現場の私たちはそれらのお医者さんたちと連携を取りながら指導をしていく必要があるわけです。現場での努力もありますが、それが制度的に何の位置付けもないために、非常に苦勞をする場合が多いわけです。きちっとした制度が必要ではないか、ということから、仮に「担当指導医」という名前をつけました。この先生が「担当指導医」であると位置付けをし、それに対して手当でも支給するというように位置付けを明確にすることによって、医師とのパートナー関係も飛躍的に向上するのではないか、ということです。

3つめは、教師が行なう医療行為についてです。これは今、さかんに話題になっていることですが、これを提言の中に取り入れたのは、一部には「そういう子どもたちは訪問教育に措置すればそれで解決するじゃないか」という議論もあるからです。しかし現実はそのようなものではない。訪問教育であっても、私たちが行なう医療行為についてまったく同じ問題があるわけですから、やはり、これについてもどうあるべきかと考え、解決してゆかなくてはならないわけです。ここでは5つの項目を挙げておきました。

提言11：在宅障害児を支える地域体制をつくること

これはいわゆる「地域ぐるみ」で子どもたちを支える体制が必要である、ということです。今、盛んに療育ネットワークというようなものの必要性が叫ばれておりますが、子どもに関係しているさまざまな専門家（医者・保健婦・ホームヘルパー・ケースワーカーなど）がネットワーク、チームワークを作る体制が必要ではないか、それを仮に「在宅障害児療育会議」と名前をつけました。

提言 1 2：卒業後の生涯施策を充実させること

子どもたちが、たとえ高等部を出たとしても、卒業後の問題が出て来るわけです。根本的には生涯施策がなければなりません。これは具体的な提案をするところまではいかなかったわけですが、これも今日場でパネラーの方で深めていただければと思います。

提言 1 3：実情に応じた訪問をできる教員数を配置すること

これは先程の提言 4 の訪問回数の問題と裏返しの問題なのですが、実際に実情に応じた回数を保障するといっても、教員数が満たされなければ出来ません。しかもその教員数というのは、回数の保障ということだけではありません。本来は先生が休んだ時に授業が休みになるというようなことでは、教育に責任を負えていないわけですが、今は先生が病気になれば、授業が休みになってしまうわけですね。これは職員がそのように配置されていないからです。あるいは、ふくらみのある授業をしようとすれば、複数の先生で行ったり、訓練などでは専門の先生が訪問したり、養護教諭が訪問したほうがいい場合がままあるわけですが、そういう配置もされていない。教員配置の問題です。

提言 1 4：訪問に要する旅費の予算を充実させること

これも先程の提言 4 の裏表の関係ですが、現在、行政的には訪問回数を増やしたいがその旅費がない、という言い方が非常に多く見られます。具体的なことでありますが、提言の中に入れておきました。

提言 1 5：教員の研修の時間と機会を保障すること

佐藤先生が言われている言葉を借りるならば、訪問の先生は指導のスーパーマンでなければならない、という言い方がされる程、子どもたちの実態もさまざまであり、その要求される専門性も非常に幅が広いわけです。そういうようにやっていけるためには、やはり研修の機会には特別の配慮をしてもらいたい、ということです。

以上、1 5 の提言について説明してもらいましたが、先程申し上げたように、これで全部ではありません。本当に当面のことがらを挙げたわけです。また、まだまだ具体性には欠けているし、その中身を掘り下げ、ふくらませていくためには皆さんの論議が必要であります。そのために、今日のこの日が使われればありがたいと思います。パネラーの皆さんはもちろんのこと、フロアーの皆さんにも大いに議論をしてもらえれば、と思います。以上です。

御子柴：ありがとうございました。それでは、さっそくパネラーの方に今の提言に対する感想あるいは意見をご自由に発言して頂ければと思います。まず益子さんの方からお願いいたします。

益子：益子でございます。急に言われて言葉もございません。私がこんなところに上がったこと自体がおかしいくらいで恐縮しております。石川県で高等部がこんなに早く出来るとは、夢にも思っていなかったんです。無認可ですけども、全国的に本当に早く高等部を作ることが出来ました。先生方と父兄と本当に運動して行って、出来たわけです。その運動の中でいつも出てくる言葉が「前例がない」

「他の県でやってない」です。今まで役所で嫌という程聞いてきています。石川県で私たちが動いてこのように出来たことによって、こんな簡単に出来るのならば、まあ簡単という語弊があるかもしれませんが（笑）、皆さんの県でも働きかけて、無認可でもいいから高等部が出来てきて、前例があるというようになっていけば、次の段階で勝ち取れるのではないかと思います。そういう意味で、お母さん・お父さん方と一緒に高等部問題を話し合って、陳情して、あっちこっちで作って頂きたいな、と思います。

今年から実質的に出来てきて、約1年半経ちました。問題点としては、無認可であるために、ここにも書きましたが、昔の「学校安全会」今の「日本体育学校健康センター」に入ることが出来ない、健康診断が受けられない、公文書に載らないということが出て来ています。現に、怪我をして、校長がポケットマネーで処分するというようなこともありました。いよいよ問題点が出てきたかなという段階です。そのへんを1つずつ役所の方に言って、お願いをして報告をしていきたいなと思っておる次第でございます。また1年半経ったので、親の方も次の動きを考えなければならないかな、ということで「正式な高等部にしたい」「過年齢児も入れてほしい」「まったく教育を受けられなかった子たちにもお願いしたい」ということで動きつつあるところでございます。本当に他の県でも前例を作って頂きたく、お願いをしているところでございます。何かまた質問がございましたらば、お願いいたします。

御子柴：ありがとうございました。また後程、いろいろな問題につきまして、親の立場から御発言を頂ければと思います。それでは、上家さん、お願いいたします。

上家：厚生省児童家庭局母子衛生課からまいりました。今回、訪問教育ということについて非常に具体的な提言を出される、ということで伺ったわけですが、これについて厚生省としては、文部省とは立場とは違いますので、直接皆さんのお話に加われるものなのか疑問に思いながら伺った次第です。

話は提言からちょっと離れますが、厚生省としてどう考えているかということの一部を紹介したいと思います。資料の9ページで「これらの母子医療に関する検討会最終報告」の概要を事務局の方で掲載していらっしゃいますが、この検討会について少しご案内いたします。

厚生省児童家庭局では、母子医療という観点で児童福祉法（昭和22年から）、母子保健法（昭和40年から）という体制の中で、状況がずいぶん変わってきているが、その状況に合った施策が行なわれているのか、ということ、それから出生率の低下、老人に対するゴールドプランというような長期的な対策・方針が出されたことなどがありまして「これからの母子医療に関する検討会」というものを児童家庭局の局長の私的懇談会というかたちで発足させました。平成2年10月からで、この最終報告は今年の5月22日に出了ました。1年半にわたって検討されたわけです。

全部で16回の検討会が行なわれ、妊産婦の問題・新生児の問題・育児の問題・病気の子どもたちの問題の順でいろいろと検討がなされたわけです。この中で教育については第12回の会議（平成3年10月）で「親子の心の問題への対応」という部分の話がありました。それから第13回（平成3年11月1日）には「慢性疾患等を持つ子どもたちへの対応」について医療機関の先生方に慢性疾患を持つ子どもたちの現状（入院・療養の現状）についてお話を頂いております。それからこれに合わせるようなかたちで昨年7月には「小児慢性特定疾患対策調査」という実態調査も行なっております。

第14回（平成3年12月20日）には「慢性疾患等を持つ子どもたちへの対応について」。この時のゲストスピーカーには、文部省初等中等教育局特殊教育課からおいで頂きまして、慢性疾患を持つ子どもたちへの教育の現状についてというお話を伺った上で、第15回に慢性疾患を持つ子どもたちについて在宅医療の現状についての討議が行なわれております。

このように療養している子どもたちという観点から、16回のうち4回をさきまして検討がなされたわけでございます。

最終報告の中では、慢性疾患を持つ子どもたちへの対応、として、その生活面を重視し、あるいは子どもの成長の基盤は教育である、というようなこと。それから医療はもちろんのこと、教育や在宅の日常生活でのさまざまな場面での支援を望んでいることが明らかになっています。療養している子どもは医療は当然必要なわけですが、医療以外に教育を受ける権利がある、生活の質が保障されなければならないという立場からの提言をいろいろと頂いたところでございます。

これをどう受けとめるかでございますが、すぐに施策に反映出来る部分は反映してゆく。それから検討を始める部分については検討を始めておりますし、研究を進めるという点については、研究班も組んでおります。ただ、直接的に、先程のご提言にありましたような、学校保健法も含めて教育の制度については文部省の問題でございます。省が違うからまったく何も働きかけていないかということ、決してそうではございませんで、この検討会へも文部省からオブザーバという形でずっと出席して頂きましたし、先程ご案内しましたようにスピーカーという形でも今の慢性疾患の子どもたちの教育の現状というかたちでのご案内も文部省から頂いております。

それから文部省でも、通級制度等についての検討がなされておまして、今年の3月にその結果がまとまったという話も伺っております。3月30日に初等中等教育局特殊教育課をとりまとめ先として「通級学級に関する調査研究協力者会議」から「通級による指導に関する充実方策について」というかたちの審議のまとめというものが局長あてに提出されたというふうに伺っております。

国レベルでは文部省と厚生省がある程度の連絡を取りながら、病気の子ども・障害を持つ子どもの生活の質・教育の質というようなことまで含めての検討を開始しているというところをご承知おき頂きたいと思います。以上です。

御子柴：ありがとうございました。後程、いろいろなパネラーの間でも質問をしていただいて、深めて下さればと思います。

それでは松井さん、お願いいたします。

松井：国立小児病院の松井です。ずっと小児科をやっておりまして、今は子どもを取り巻くいろいろな環境条件などについて研究しております。提言についての私の意見は、また後の方で申し上げたいと思います。

訪問教育を受ける子どもたちはいずれにしてもいろいろな病気を持っているわけですから、病気の背景についてちょっと申し上げておきたいと思います。

先程、益子さんが高等部のお話をされましたが、小児科医は病気の子どもを相手にしますが小さい子どもの方が弱いですから、病院の中ではどうしても小さい子どもたちが主な対象となります。そんな中で自分が感じている、院内保育についてちょっとお話申し上げます。

昭和54年から発足して10何年の経過を経て、訪問教育が非常に広がっているということですが、その間に医療の背景もそれ以前から大きく変わってきています。「疾病構造が変わった」と我々は言います。いろいろな医療技術・公衆衛生の進歩などで簡単に治る病気は治るようになっていきます。開業医の先生が抗生物質を使うようなことで肺炎にならないで済んでいる。感染症が減って残ったのは何かというと、慢性疾患。長い病気であり、難病、癌ですが、これらが表に出て来ています。そういう子どもたちは、病気が重いから学校に行けないので、長期欠席になります。そこで本来ならば教育を受ける権利があるのに休んでいて、なかなか受けられない子どもたちです。そこを訪問学級が補ってくれています。小児病院においては、最初、訪問学級でスタートした時、少数の先生方が来て下さって、重心の子ども・難病の子ども・癌の子どもに教育をして下さっていたのが、先生方の大変な御努力があって、この4月から院内学級という形でスタートしました。

しかしそれだけではない。それは学校の方は憲法や教育基本法に保障されていて、それでいいんですが、病棟の中でいろいろと子どもを眺めておりますが、就学以前の子どもたちはその機会が保障されていないわけです。先程、教育基本法の71条に「準じた教育」を受けられるという御説明がありましたが、実際にはなかなかないわけです。

訪問学級の先生方が病棟に入っているいろいろなとやして下さいますと、就学前の小さい子どもたちが寄ってきましてね『自分たちも参加したい』と。そういう現状を見ておりますと、単に義務教育期間だけの問題じゃなくて、それ以前からやっていかなくてはならない、ということをお我々は感じるわけです。

私は研究所にいますので、我々のところにアルバイトの学生たちがやってきます。主に大学の社会福祉の学生ですね。毎年何人かずつ受けてきていますが、そのうちの1人が「幼児期の入院生活の向上のために何を援助したらいいか」という卒論テーマを選んだのです。我々も良い機会だと思い、訪問教育とかそれ以前の状況のことを一緒に勉強をして、200分くらいの卒論にしました。その中で大切なことは、大きな病院では完全看護になると両親の付き添いができません。そうすると、看護婦や他の人たちが子どもの面倒を見る。それは「看護」ではありますが、親の代わりをある程度やるわけですから「保育看護」と言いますね。でも実際に病棟の1週間のスケジュールを細かく調べてみると、とても看護婦さんは忙しくて援助＝保育をしてあげられない。もちろん例えば離乳食時期の子どもであると、親の代わりですからそれはやってあげるんですが、少し年令が上になるとなかなかやってやれない、という実情があります。小児病院にはボランティアも入っておりますが、限界があります。

そうしますと看護婦さんは忙しいので、深夜の勤務が終わってから業務の引き継ぎをやった後に、時間が空いたから宿舎に帰って寝る前に子どもさんの相手をしてやろうか、というのが実情です。そういうのを見てますと、これはやはり制度として考えなければならない問題だろうと、思います。これは非常に重要な問題です。

我々は院内学級が始まる際に、病院内の職員の意見をまとめましたが、その提言の1つとして「ぜひ幼稚部を作ってくれ」ということを書き添えました。これは事情がありまして、就学前の子どもをどうやって面倒を見るかと考えると2つありますね。制度的には幼稚園か保育園かどちらかなんです。

そうしますと、保育園ですと保母さんが相手をするわけですが、これですと厚生省の管轄になります。そうすると病棟には医療職として看護婦さんやその助手がいるわけですが、保母さんが入ると定員の枠に入っちゃうんです。そうすると今まで助手を勤めてくれた人を減らさなければならないことになります。そういう内輪の話になるともめるのではないかと、それならば文部省が正規の幼稚園の教諭を配置して、きちっと制度としてやってもらえないだろうか、ということです。我々の院内学級のために、1年から中学3年まで9名の先生が配属になったんですが、これは病院の職員とは枠外ですね。このように文部省がやってくれないか、と提言したわけです。

就学前の子どもたちのことは、制度的にはなかなかなくて、いくつかの自治体で遊びのプロ・保育のプロがいてくれると非常に良いのだ、ということは証明してくれているのですが、私としては制度としてこれを盛り込んでほしいと思います。

御子柴：ありがとうございます。では渡部さん、お願いいたします。

渡部：鳥取大学の渡部でございます。1985年に「訪問教育制度の権利論的検討」という、今日お話しするような内容の論文を発表させて頂いております。今日お話ししたいことは、資料に4点書いてあります。

まず1点目は訪問教育制度の法的根拠が非常に脆弱である、ということです。先程、通級制のことが少し紹介されましたが、訪問教育制度は法律上どこに根拠があるのかと見ますと、学校教育法という法律には直接規定はありません。学校教育法施行規則という省令のレベルになって始めて、盲・ろう・養護学校の特別の教育課程という第73条の12として出てくるのです。ですから地方教育委員会とか学校長の場合には、よく制度的な根拠が分からないということで、結局は78年の試案のところに帰ってしまう。するとこの試案というのは古い標準法で時間数等を出しておりますので、週2回2時間ずつ、4時間を標準とする、という形になっています。新しい標準法になって、国会答弁で新しい標準法に基づいて時間数を増やすのだ、と言われていても、学校の管理職や地方の行政当局にはフォロー出来ない。ですから結局78年当時の古いところに帰ってしまい、なかなか条件整備が進まないという問題があるように思えます。

第2に世界的に見た場合、学校教育とは、子どもたちから学校にやってくる「スクーリング」の制度と、先生たちが出掛けていく「ビジティング」の両方の制度が伴って初めて、制度としては完璧なのです。日本の場合には、歴史的に見てスクーリングの方が強調されて、ビジティングの方は欠落していた、または弱かったのが実態ではないかと思われます。

病弱養護学校では、ベッドサイド教育ということで訪問教育制度を待つまでもなく、ビジティングの制度がありました。また現在では登校拒否とか、ケースワークやカウンセリングを必要とするケースが出ておりまして、学校に來ない子どもたちに、いかに学校から出掛けていくかという対応が求められております。従って養護学校の訪問教育だけではなく、このビジティングの教育制度をどう学校教育制度全体でどのように充実させていくのか、という課題に位置づけていけば、不登校児への対策等と合わせて、もっと強力に訴えてゆくことが出来るのではないかと思います。その場合に、松井先生からもありましたが、就学前からの対応が必要だ、ということです。第75条にあります特殊学級というのは、小中高等学校に関して書かれているものでして、幼稚園に特殊学級という規定はありま

せん。従って派遣教員制度というのも75条の一貫として書かれておりますので、幼稚園には派遣教員というのは制度的には成り立たないわけです。

ところが盲・ろう・養護学校の方は、先程の提言にもありました通り、幼稚部から高等部までという対応が可能になっています。ですから幼稚園レベルで特殊学級・派遣教員制度をどうするかという問題は残されますけれども、現在の制度で見ましても、養護学校の訪問教育を幼稚部から高等部まで、ということは可能ではないかと考えられます。その場合に、義務教育でないという問題で全国的に制度化が進んでいかないということがありますが、これに関連して先程、西村先生からの報告で「高等部を正式に制度化している都道府県はない」というお話がありました。しかし広島県は、県独自で実際には制度化しておりまして、広島県立の養護学校の学校要覧には、正式に訪問教育の子どもさんの学籍と子どもの人数が上がっております。これは県担費で訪問教育の諸経費・教員数がカウントされておりまして「無認可で」とか「学籍は全日制にして対応」という問題でなく、正式に訪問として対応しているという制度であります。

第3に義務教育の「義務」とは3つの義務が考えられます。1つは保護者の就学させる義務。これは確かに中学校3年（15歳）までで切れてしましますが、2つ目の行政の対応義務は引き続き残っていくわけです。3つ目は雇用主などの雇用しない、児童労働禁止の部分の義務が残されていると思います。基本的に子どもは教育を受ける権利を持っていますから、保護者の就学させる義務というものが切れたあとにおいても、行政の対応義務は残ってきます。例えばイギリスなどでは3歳という年令の基準があって、3歳以降障害などを発見した場合は、義務年令の前であっても行政が対応しなければならない、という行政義務としての義務教育制度というのが考えられているわけです。日本では義務教育の義務が終わったというのは、保護者の就学させる義務と同時に子どもの権利もそれで終了しているというふうな誤解が根強くあるのではないかと思います。

子どもの権利に対応した行政の対応義務というものは、高等部においても就学前においてもあるのではないかと思います。

そういうのが、第4のゆっくり丁寧に長く教育を受ける権利というところで述べてありますが、また後程、補足をいたします。

御子柴：どうもありがとうございました。それでは佐藤さん、お願いいたします。

佐藤：佐藤でございます。今、高等部問題が出ていました。私もレジメの中で述べたようにぜひ取り組んで欲しいと思う点です。高等部問題そのものは、本当に素朴な願いから要求として出てきたわけですが、これを行政の側に持っていくと、法的な解釈は別といたしまして、私が知り得る限りでは、少なくとも高等部の義務制がなければ、網羅的に行なっていくことは大変に難しいという考えを持ちました。

東京都は去年・一昨年から「訪問学級の後期中等教育」という言い方をしております。「高等部の訪問」という言い方でなく、また「小中の訪問学級の上の高等部の訪問」という言い方もしないで「訪問学級を卒業した子どもの後期中等教育について」ということで文言を濁しているようです。しかし東京都も全然それを回避しているわけではなく、どうにかその要求に応えていこうとする姿勢をずっととってきています。そしてそういう検討委員会を持とうという動きになってきていた筈です。

私がいた時点では、少なくとも高等部の重度重複学級のうち、いわゆる学校に通える子どもの学級と通学出来ない子どもの学級とを、教育課程の上ではっきりと位置付けて出来ないか、という話がありました。

さらに高等部の訪問で隘路になるのが、病虚弱で学習の可能な子の卒業にまつわる「単位数」の問題です。都はそのへんをちょっとぼかす意味でも、重複学級の通学出来る子と出来ない子の教育課程を組み直していけないだろうか、つまりカリキュラムの面で考えていこうという新しい動きをしています。

これはまだまだ検討の段階だろうと思いますし、今後、実現するとすれば、法的にどのような位置付けになるか、これも検討されるだろうと思います。しかしそれでも出来るだけ全日教育を目指すということがありまして、施設内からそれらが実現出来るのではないかと思います。施設内・病院内学級では子どもの身体の都合やお医者さんの診断の都合などで制約を受けるとしても、基本的には全日教育が受けられるようなシステムということで発想されていると思います。それを今度は、在宅の子どもにどう同じような形で、後期中等教育というような形で保障してゆくか、このへんに大変、問題が残ります。

法的にあるいは行政的には非常に難しいのでしょうか、現実には私が小平養護学校に学校長としておりました時は、訪問学級の子どもたちの卒後ケアという形での訪問を校内全職員の合意のもとで、校内で認めてゆくという方法を考えました。与えられた定数の中から、訪問としての制度ではありませんから、これらの希望をどうにかしてつないでゆく必要があるだろう、ということで校内体制を組むことも可能でしょうし、実際に実践していると思いますが、そういった実績を持ってゆくことが、行政への在宅の場合のアピールになるのではないかと思います。在宅での後期中等教育は制度がどのようになれば可能なのか、は分かりませんが、後期中等教育をどう保障してゆくか、という点での方向を今、模索している、東京都の現状を報告しておきます。

レジメに沿って、次に話をします。

第1に私自身としては、その資料に書いておきましたが、学籍があり入学出来る、ということを中心に優先させたいと思います。子どもの必要に応じて、いろいろな学習形態を持つことが出来る、その中に訪問というのがある、ということに過ぎないと。

「単位数」という問題が残っていることは実際なのですが、特例ということを通してやっていくしか方法はないだろうと思っております。本当は高等部の義務化があれば、これがすべて解決してゆくのだろうと思います。そうするための方向はどうつければいいのか、私にもちょっと言えないところ です。

第2に現在の訪問の担任は「専任制」が主流を占めています。スーパーマンのような力量を望まれているのです。しかし、私はそれは無理だと思うのです。訪問教育担当のうちの、訓練の専門的な知識・技能を持つ人とか、看護的な医療的な専門的な知識・技能を持つ人とか、さらに福祉に関わるワーカーという人たち、そのようなたくさんの人たちを揃えて、子どものニーズに応じていかなくは出来ないだろうと思います。1人の教員にすべてを負わせるというようなこと、やっぱりスーパーマンでありたいという気持ちはありますが、それではとても出来ないだろうという現実があります。そ

の意味から、大勢の人がそれぞれの専門の立場で関わってゆくことが大事だと思います。

3 番目には、体制づくりも必要ですが、私たち訪問教育に携わっている者が、本当に子どものニーズ・願いにぴったりした毎日をおくっているか。やはり毎日の指導がどのように積み上げられているだろうか、これを一番大事にして欲しいと思います。「おはよう」と言って抱きかかえた時に、子どもが身体をすり寄せてくるような、毎日の排痰などで苦しい状況にあっても、先生にフッと抱かれた時に、あるやすらぎが来るとしたら、そこから学習が始まるのだろうと思います。

私たちも反省しながら一つ一つ子どもの話さない言葉・体でしか言わない言葉・聞こえない言葉を聞き取っていかなくてはならないし、自らの力量を高めて行って、この提言を裏付けて行って欲しいと思います。

御子柴：ありがとうございました。短い時間の中で端的に要点をお話頂きました。それでは何かパネラーの方同士で質問などございますか。では渡部さん、どうぞ。

渡部：益子さんの報告の中で「無認可」というのがありました。このへんがどうもよく理解できないのですが。県で先生をつけているからには、県担費でつける根拠がなければおそらくつかない筈です。例えば「卒後指導として扱う」「留年させて中三を繰り返している」「高等部に全日として籍は置いているけれども欠席なので家庭訪問的な対応をしている」などの対応が考えられると思うのですが、「無認可」ということの中身をもう少し詳しく教えて頂けませんか。

益子：難しいですね（笑）。そちらの先生（と言ってフロアーを指す）、私はもう無認可だと信じこんでいるんですが（笑）、違いますか。うちの子は、無認可？ ちょっとマイクを渡してあげて下さい（笑）。

野間：すいません、こんなところから発言しますけども、無認可ということですが、県独自でやられていることは事実です。ただ、在籍の中のプラスαでやっているのではないかと、いうふうに私たちは思っているんです。どういうお金でやっているのかは一切考えなかったということで、教師がそのまま残っているので喜んでいたんですが、特にその根拠みたいなものははっきりしません。

益子：お金がどこから出ているのか、私も知らないんです。教育委員会で聞いたら「よそから持ってきているから、言ってもらったら困る。監査が入ったら大変ですよ。訪問の高等部がなくなりますよ。県外に行って言わないで下さい（笑）」と言われていました。だから『ああ、これは正式ではないんだな』と。無認可という言い方はいけないのかもしれないけども、どういう言葉でも、そのように認識しています。

渡部：高等部のことに関連しましては予算委員会の方で今年の4月8日に質疑応答がなされています。資料にも載っていますように、結論としては学習指導要領上の基準が明確になっていない、ということです。但し、学校教育法施行規則の中では、高等部を含めて特別な教育課程ということは書かれているので違法ではない、と言っています。答弁の中でも「養護学校の高等部の設置につきましては、各県を指導しその充実をはかってまいりたいというふうに考えているところでございます」と延べています。加えて、質問者の方が「訪問教育の高等部を実質的にやっているところに対して文部省、それは好ましくないなんて押さえることはないですね」というかたちで確認したところ「そういうことはしない」と述べております。

つまり、県独自の費用で高等部教育をスタートさせることは、先程述べた広島県の例でも可能なわけですね。石川県のように「モグリ」でやっているのは、確かに監査が入ればフツ飛びますからね。ですから留年措置をさせるなり、高等部の全日籍におくなり、または卒後指導・同窓会活動・進路指導とか、今の法制度に乗った形で、しかし国の制度ではないから県独自の費用で出させている、そういうところが全国的に実績を作っていったら広がっていけば、国の制度として乗っていくという道筋はある程度見えてくるわけです。ですから石川の場合は、無認可と言われている状態を、どう公にするように持っていくのが、これからの課題かなという気がします。

御子柴：他に、いかがでしょうか。はい渡部さん。

渡部：発言回数が多くなって申し訳ないんですが、後期中等教育に関連して上家さんにお伺いしたいんですが、文部省の考え方として義務教育でない場合には、教育か福祉か医療かという画一的な発言がよく登場してくるわけです。厚生省の方としてはおそらく厚生省関係の施設・病院等にも教育はどんどん入って欲しいという基本方針ではないかと思うのですが、そのへんの厚生省としての意見があればお聞きしたいのが一点。

それから親の方とすれば、おそらく教育でなくても福祉現場に保母や児童指導員が今の教員数くらいたくさん（具体的には重複学級に準じておりますから、子ども3人に1人くらい）配置されておれば、教育年令の延長を言わなくても、福祉の児童指導員による療育の充実という方向でも希望に沿えるのではないかな。あるいは福祉現場の方に教育職員を導入する方向。例えば西欧の場合ですと、教育現場の中に福祉職員を学校ソーシャルワーカーとか学校看護婦とかという形で、さまざまな職員を入れてくる方向もあります。逆に医療の方向に教員を導入してくるという発想もあると思うんですが、日本の場合はよく指摘されますように、実際にやっている仕事は似ているのに、管轄による違いがある。そのへん、何かお考えがあればお聞かせ願えればと思います。

上家：最初の質問の趣旨がよく分からないのですが。

渡部：小中学校段階では現在、義務教育になっておりますので国立療養所や施設の方にも教員が入っております。それで後期中等教育や就学前の段階になると、国会答弁の中で文部省がよく言うのは「多様な進路保障を」ということです。福祉・医療が必要な方の場合には、教育機関から離れて医療・福祉に専念するのが適切ではないか、という言われ方をよくされるわけです。79年に養護学校の義務教育が始まりましたが、それ以前の段階、1960年代には施設に入る場合には就学猶予免除願いを出していないと入れない時期がありましたね。歴史的に見た場合に、子どもたちが教育サービスも福祉サービスも医療サービスも合わせて受けることが、現在、義務教育段階では出来ているわけですが、それを外れますと、どれかサービス一つを一つ受ければ、例えば医療サービス・福祉サービスを受けておれば後期中等教育のような教育サービスは必要ないのではないか、というような言われ方をよくされるわけです。

上家：現在、されているわけですか。

渡部：現在もしていますね。

上家：特殊教育課で話を聞く限りでは、こちらはそういうふうには聞いていませんで、文部省サイドも、いわゆる高等部の問題も含めて前向きに進めたいという方向でかなり検討していると聞いていま

すし、実際、そういう委員会でオブサーバで出させて頂いても決して先生のおっしゃるような後向きの対応ではないというふうに、こちらは伺っております。前向きに取り組みたいというふうに言っています。20年前、30年前の状況を取り出してですね、後向きだとおっしゃられても、ちょっとこちらとしてははっきり分かりかねますが…。

文部省はともかく、厚生省ではどう考えているかを述べたいと思います。実際に病院や療育園等に高等部を持っているところもあります。これは訪問教育とは離れますが、養護学校というかたちの高等部を病院内あるいは病院と隣接した形で持っている医療機関もあると聞いていますし、高等部に行くような人は医療が必要ないなんて言うつもりは毛頭ないわけで、そういうものが進めばいいということは考えております。ただ学校を設置するのは厚生省では出来ません。学校設置の足を引っ張るのではなく、進める方向ではご協力したいけれども、設置そのものはこちらでは出来ないというのがございます。幼児の方につきましては、先程、松井先生の方から幼稚園なのか保育園なのかで扱われ方が違うというお話がございましたが、先程の「これらの母子医療に関する検討会」の報告の中の「入院児対策の推進」が参考になりますので、ここを全部読ませて頂きます。

「さらに、子どもたちの病棟におけるQuality of Lifeの向上の観点から、プレイルーム・学習室等の整備が望まれる。加えて、小児病棟に医療に理解のある心理の専門家や、児童福祉の専門家を配置することや、家族との面談室の設置の他、患児家族の面会等を容易にするための施策の推進等、親子関係を重視した入院の環境整備についての検討を進める必要がある」

これは簡単に申しますと、小児病棟には遊ぶための部屋・勉強するための部屋を作れ、それから小児病棟にはいわゆるカウンセラー、子どもの心理の分かるカウンセラーの方、それから児童福祉の専門家と書いてありますが、これは具体的にイメージしたものは保母さんでございます。実際、NICUのような小さな、まだ赤ちゃんのような病棟にも事務職と振り替えて保母さんを置いている病院もあると聞いています。そのようなものを振り替えではなく、小児病等というものには、心理・福祉の専門家を配置するように、という御提言を頂いております、ここを何とか事業化出来ればというように検討しているところでございます。

このような形で、とりあえず入院については、病棟での工夫を考えたい、それから在宅については、病気の子ども・障害を持つ子どもの保育という観点は、同じ児童家庭局の別の課で検討しておりますが、地域の医療機関・学校・保健所・福祉事務所・児童相談所等が十分に連携をはかる必要がある、という提言を頂いておりますし、これとは別に、保育園の育児期の育児支援をするための地域の拠点としての保育園の役割を拡充したいという方向もございますので、その中で障害児あるいは慢性疾患の子どもたちの対応ということも少しずつ取り入れていけるのではないかと考えております。

御子柴：上家さんの方からは、なぜこのパネルの中に文部省の人を呼ばなかったのか、と強く要望されました。本当にそうだなと思っております。私たちも徐々に文部省との関係も深めつつあります。この提言を3日目の午後に、特殊教育課にお届けをすることになっております。上家さんのお話ですと、オブザーバの文部省の人たちも非常に先進的にやっている、と。問題は文部省と都道府県のパイプが、うまく機能していない点ではないか、と。そういう点からも文部省の意見を聞くことを積極的にした方がよいのではないかとアドバイスを受けたところでございます。松井先生、今の点について

いかがでしょうか。

松井：私も今のまとめにまったく同感です。先程、渡部先生の方から広島では県単独で高等部が出来ているとのことですが、県がやる気があれば出来るんですね。私はあまり行政の内側のことは知りませんが、神奈川県の子ども病院に10数年勤務していた時に、いろいろな新しい企画を出しました。その時、県は「アイデアがよければ、日本全国どこでもやってなければ神奈川県でやる」って言うんですよ（笑）。だいたいそうなんです。県の役人が「これはよそを追い抜いてやる」ということであれば必ずやるんです。つまりそういう形で、やる気が出るように県の役人・教育委員会をどう持っていくか、が最大の問題でしょうね。今、上家さんがおっしゃったように、厚生省はやる気満々である、そうですね？

上家：そうですね（笑、拍手）。検討会の提言というのは、守っていかななくてはならないものだというふうにとらえています。これはかなり前向きなものであると私たちは思っています。どうも一部分だけとらえて、非常に後向きであるとかいう御批判を頂いて、不本意に思っております。

ただ、児童家庭局がやればすべて進むかということそうではない。そこをご理解頂いて欲しいと思います。こういう場でも行政と対立するのではなく、行政でも一所懸命、何かやれないかと考えている、そこを応援して頂ける方向を考えて頂きたいと思います。確かにまずい面・進まない面・まどろっこしい面もあると思うんです。ですが、進めようとアイデアはないかと探しているところで、実現可能・具体的であって全国的なものであれば行政は全国レベルで取り入れられる。県単位で出来そうなことであれば、先程松井先生がおっしゃったように、県単位で取り上げられる部分があると思うんです。それを対立してつきつけるという形であれば、進められるものも進まないんじゃないのかなと思っております。

松井：いや、喧嘩しないで（笑）。このように話が進められれば大変いいんですが、おそらく文部省の考えを述べられる方がもしこの席に同席なさっていたら、文部省もやる気十分だと、僕はそう言うと思うんですよ。私は小児病院で訪問学級から院内学級あるいは幼稚部の問題を養護学校の先生方、特に墨東養護学校の渡辺先生と光明養護学校の清水先生からいろいろな知識を受けました。私たちも勉強していろいろと進めてきたのですが、きちんと地方自治体の動きと同調することが大切だと思うんですよ。県もそうでしょうし、末端では市や町のエデュケーション委員会がいろいろと企画を組んで進めるわけですから、そこでの調整が一番の要かなという印象です。

御子柴：今の点で、私は日野市の七生中学というところで15年程訪問教育をやったという実践がありますが、その時に、一人の生徒が卒業しても是非、訪問教育で教育を受けたいということで、先程、渡部先生からもありましたが、留年を3回、聴講生を2年などというかたちでやっていって、その後、社会教育の訪問教育を作ろうとなり、行政が乗ってきました。そして日野市では1981年から障害者訪問学級が生まれています。去年で10年を迎えましたが、今年は日野市から乗鞍高原の方に2泊3日ででかけるという予算50万円が初めて付きました。他のところでやってないから出来ない、ではなく、どんどんそういう形で行政を巻き込むことが必要なんじゃないかと思いますね。それでは、渡部先生。

渡部：先程は言葉不足で申し訳ありませんでした。厚生省の積極的なご意見が聞けて、私もその通り

だと思います。実は国会答弁等でも文部省が積極的なことを言っているのは確かなんですね。それを都道府県の行政官や学校の管理職の人たちが引用するときにはずいぶん間違った引用をしているように思うんです。そこはお詫びしたいと思います。

つまり国会答弁がこのようになっているわけです。「義務教育終了者の進路につきましては、特殊学校の高等部だけではなくて、福祉・労働関係に行く人もおりましょうし、そういう意味では福祉・労働機関を含めていろいろな対応の仕方があるかと思いますけれども」とやっぱりあとについて「高等部の充実をしたい」と続いているんですね。よく地方自治体では前半だけ取り出して「福祉・労働の方に行けば良いではないか」という言われ方をされたりと思うんです。その意味では松井先生が言われたように、自治体をどれだけ「やる気」にさせるかという内容の一つとして、先程紹介がありましたように社会教育部門の訪問教育制度があります。

ちょっと話はずれますが、標準法についてまだ理解が不足している面があると思いますのでお話しておきます。訪問教育の場合は教員定数が「どんぶり勘定」でされています。例えば、旧標準法5人・新標準法3人ですけれども、1年生に2人、2年生に2人、3年生に2人、以下6年生まで2人ずつ、小学部に計12名の訪問の子どもがいたとしますと、単純に3で割って、先生の数を出して4人としていると思うんです。ところが、重複障害学級を正しく適用すると、重複障害学級は2学年以上の児童・生徒の合計数が、3人以下の場合に、くくることが出来るんです。ですから、子ども数をどんぶりにして先生を配置するようにはなっていません。この例の場合ですと1年生と2年生の2学年で4人の子どもになり合計人数が3人をこえてしまいますから、これは1年生で訪問学級1学級、2年生で訪問学級2学級、3年生でも訪問学級1学級と、それぞれの学年に1学級ずつつけないと、重複学級の正しい適用にはならないんです。

そういう意味で、都道府県が先生の数を出す場合に、もっとやる気にさせるためにも、先生方も標準法をよく調べる必要があります。本当に重複学級をそのまま適用であれば、どんぶり勘定は出来ない筈だということを、国の方からもらえるお金であれば、きちんと算出をして教員数を出してほしいとかですね。

それから複数教員による指導の話ですが、標準法の場合は、訪問学級も学級数に含めて養護・訓練担当教諭・養護教諭・進路指導担当などの数を出すわけです。ですから訪問教育学級も、学校の全ての職種の人たちが関わらないといけないようなことになっているわけです。訪問学級の担任だけが個別に関わるのではなくて、養護教諭や養護・訓練担当、進路指導担当の先生などがグループを組んで指導にあたるが必要になってくるし、標準法でも裏付けられることであると思います。

御子柴：ありがとうございました。西村先生の方から何かございますか。

西村：訪問回数の中で、渡部先生に聞きたいのですが、今、新しい学習指導要領の中には、訪問回数の取り扱いについて「特に必要がある場合には、実情に応じた授業時数を適切に定めること」というのがあります。今年の5月に出た新学習指導要領の解説の中では「重複障害者や医療機関に入院している児童・生徒、または教員を派遣して教育を行なう場合については、各学年の授業時数及び各教科等の年間の授業時数は、いずれも小学校や中学校に準ずるというのではなく、特に必要があれば、各学校で適当に定めることが出来るわけである」と記してあります。私は学習指導要領の読み方を間

違っていたな、とつくづく思いました。

つまり、指導要領では「実情に応じて定めること」と書いてあるのは「試案」で2回とか3回とか決めているけれども、あと1回あるいは2回くらいは実情に応じて増やしてよろしい、という程の意味かと思っていたのですが、実は文部省が解説の中で言っているのは、私たちが提言の中で書いたのと同じように、基本的には授業時数は同じなんだ、と。けれども実情に応じて同じでなくても良いんですよ、ということになっているわけですね。そのへんが、試案と矛盾したことが書かれていると思うんですが、このあたり、聞きたいのですか。

渡部：学習指導要領全体を通して、教育課程は各学校で作成する、ということになっています。よく学習指導要領に対して、法的拘束力などの側面で批判されることがあって、確かにそういう側面があるとは思いますが、基本的には各学校で定めることが出来ます。読み方も、訪問の子どもも基本的には同じ時数で、それが無理な場合には、各学校ごとの判断でもっと柔軟に対応してください、と読めるのではないのでしょうか。

御子柴：それでは渡部先生。

渡部：松井先生と佐藤先生にお伺いします。医療行為の問題です。横浜市を訪問した時に、臨床指導医制度というのが横浜市独自でありました。神経小児科の先生とリハ科の先生が1名ずつついて、肢体不自由の学校を巡回してケーススタディなどを行なっています。その臨床指導医の先生の指導のもとに、学校の先生は医療行為と呼ばれている行為を行なっていました。横浜市ではいわゆる「医療行為」を「生活行為」ととらえて「学校の先生が行なうのは構わない、という解釈です」という話を聞きました。家庭で両親に出来ているような内容だから、学校でも臨床指導医の指導の元に、先生が行なうのは構わないという理解をしている、というお話です。

学校のなかに、学校看護婦などの医療行為に関わる専門職種を増やした方がいいのか、それとも横浜市のように医療行為を生活行為としてとらえて、学校で先生がやる解釈で進める方がよいのか、そのへんのお考えをお聞かせ願えればと思います。

松井：これは私の私見ですが、学校には養護の先生がいらっしゃいますが、その先生がまかなえる幅は、そう広くないと思いますね。例えば、痰がつまったりとか、急に倒れたとかいうことはよく起こる筈です。従ってそれを全て専門家にまかせるというよりも、お母さん方がやっている行為は生活行為としてとらえて、学校の先生も出来るようになって欲しいと思います。そのために、横浜市のように医師の指導を受けて先生方が医療行為＝生活行為を行なうようにしないと、まかないきれない事態になると思います。というのも、全国に20いくつある小児病院で高度医療をやっておりますと、極端な場合、カニューレをつけて退院する子どもなど、医療の途中で退院する子どもが増えています。それを全部、専門家にまかせることは出来ないことです。もちろん、そう重くないから家庭に帰せるわけですから、先生方もそのへんのところは技術的に指導を受けて出来るようになって欲しいと思います。

佐藤：実際に東京都はまだ、横浜のような体制を取っていないと思います。答申は出したものの、医療行為の研究指定校などを作って2年位検討を重ねて、そのあとに結論を出そうという慎重な姿勢を示しています。しかし趨勢として、教育可能である、つまり学習が可能であること、そしてカニュー

レを装着していても通学が可能である場合、親が絶対にその子のそばを離れてはならない、ということはないでしょう。先生が親と共同して学習し、処置を行なうことを1つの前提としながら、親がいない時に、必要に応じてその範囲の中でやっている、というのが学校現場での実情だと思います。また生活行為か医療行為かということでは、立場としては医療行為だと思います。その点、消極的な姿勢です。ただ現場では訪問から通学に移した子どもの場合に、親御さんを積極的に講師にして吸引のやり方を学んだり、経管栄養の場合の、内容物を入れたり止めたり程度のことは可能になるようにしています。

御子柴：では最後に松井さん、お願いします。

松井：提言の内容では8割から9割にあたることですが、今まで制度的なことや教員の数の問題が主として議論されてきましたが、内容の問題について、少しお考えを聞きたいと思いました。タイトルとして「訪問措置は、適性かつ柔軟に行うこと」これは結構です。「訪問回数はそれぞれの子どもの実情に合わせる」とこれも大切なことだと思いますが、9割の表を見ますと、指導内容として「養護・訓練」がだいたい8割くらいで、「教科中心」がだいたい1割くらいになっています。私の最初の発言の中でちょっと申し上げたように、現在、医療の構造が変わってきております。難病の子どもたちを始めとした長期疾患の子どもたちが病院・施設に入って訪問教育を受けております。そのような時、「養護・訓練」中心ではなく、教科中心になりますね。そしてそのような子どもたちは非常に重い病気です。死と直面した子どもたちが教育を受けています。今は癌でも長期生存時代に入ってきて、約半数は5年以上生存です。そうしますと、さらに別な問題、すなわち退院後はもとの学校に復帰しなければならない、ということが出て来ます。

そうすると、訪問教育の内容が逐次変わっていくだろう、つまり「教科中心」がぐっと増えてくる、それに合わせて先生も変わっていかなくてはいけないだろうと思うんですね。その場合には、そういう子どもたちはもとの学校があって訪問教育があって、治ったらもとの学校に戻るわけですから、そのつなぎのところを、先生方にきちんとやってもらわないと困る。これは私の注文なんですが、訪問学級に対するいくつかのノイズがあります。そんな中で、先生方がきちんとやって下さってよかった、ということを実感させるようにして欲しいんです。医療の場合もそうですが、医療の一貫性といまして、退院後も面倒を見ます。教育の場合も、そうであって欲しいのです。それをお願いいたします。

御子柴：どうもありがとうございました。それではこれから15分間の休憩を取ります。その間に、発言票に記入をお願いいたします。係が回収いたします。では、今から休憩に入ります。

(第一部終了)

加藤：後半に移らせて頂きます。司会は加藤が行ないます。よろしく願いいたします。皆さんからたくさんの質問票を頂きました。まず、佐藤先生、渡部先生への質問です。佐藤先生の方へ「訪問教育は指導の一形態であるという考え方には賛成だが、言葉の整理として、訪問教育のことばを今後を残した方がよいのだろうか」という質問が出ております。「訪問教育ということになっているので、

せっかく養護学校に位置付けられながら、一部の学校では、訪問教育が通学教育と対峙するように設置されている。本来、訪問教育は、小学部なり中学部なりと並ぶ教育形態ではないのか。訪問教育ということばを残してよいのかどうか」という質問が、佐藤先生・渡部先生にありました。

続けて、佐藤先生と松井先生ですが、医療的ケアに関する教員の研修システムについてです。

「神奈川では一週間の研修を組んでいるが、これについて今後、どう考えたらよいか」という質問です。まず、ここから入っていきます。

佐藤：言葉の使い方というのは、むしろ渡部先生の方が良いかもしれませんが、実際「訪問教育」とすべきか「訪問指導」とすべきかということですが、内容的には「訪問指導」だと思います。「訪問教育」というような、一つの大きなジャンルのようなものが、きちんと定義されているのか、ということになったらまた問題が残るのではないかと思います。実際には提言などの中でも「訪問教育」ということで使われているわけですが、通学して学校で受ける通常の教育、それを一般の指導とすれば、それにベッドサイドの指導・個別指導その他、訪問を行なう指導というふうにして、一本にしたほうがよさそうに思います。そのへんは、むしろ渡部先生に教えて頂きたいと思いますが…

渡部：もしパネラーに文部省の方がいれば、それが一番良いと思うのですが、先程言いました73条の12という学校教育法施行規則には、訪問教育という言葉はありません。それは「教員を派遣して教育を行なう場合」となっていますね。75条の「特殊学級」の項に書かれているのは、先程から言われているように教員を派遣するということで、縮めて「派遣教員」とか、提言の中では「派遣教育」というように使われていたと思います。

現状はともかくとして、私個人としては将来的にもっと「ビジティング」の形態を広げていくべきだと思うんです。松井先生から前半の発言の最後に、病弱・長欠の子どもたちへの対応がうまく連絡出来ずというケースの話がなされました。例えば、法律的に言えば病弱養護学校が対応すべきなのは6ヵ月以上になります。実際にはもう少し短く対応されていると思います。文部省でも、最近、長欠の定義を、50日から30日程度に短くしております。学校教育法施行令第20条には「小学校、中学校、盲学校、聾学校及び養護学校の校長は、当該学校に在学する学齢児童または学齢生徒が、休業日を除き引き続き7日間出席せず、その他その出席状況が良好でない場合において、その出席させないことについて保護者に正当な事由がないと認められるときは、速やかに、その旨を当該学齢児童又は学齢生徒の住所の存する市町村の教育委員会に通知しなければならない。」というのがあります。その制度を利用すれば、連続7日以上欠席する子どもは、何らかの形で学校サイドに把握されてしかるべきですね。そして7日以上欠席するケースから、ビジティングの対象にするんです。そうすれば、75条で言われている「派遣教員」の問題も、病弱養護学校の対象にならない程度の期間、欠席している子どもたちも含めて、もっとビジティングシステムが広く考えられるのではないかと思います。一番最初に、不登校の子どもへの対応の問題が最近出て来ていると申しましたが、どういう日本語訳にするかは考えるとして、スクーリングではない、ビジティングのシステムを、今言われている養護学校の訪問教育だけで考えるのではなしに、もっと広い視野を持って総合的に検討するという将来方向が重要だと個人的には思っています。

松井：教員の医療研修システムについてですが、私は、直接それにタッチしておりませんので分かり

ません。むしろ横浜市での現場の対応をお話頂いた方が良いと思います。そのような研修が重要であるということは、先程申し上げました。

佐藤：今、本当に神奈川県の方がいらっしゃれば、その一週間の研修の中身について、その方にお話頂いた方が良いと思うのは、同じであります。医療ケアに携わるということは、医者了解を得るのが重要というのが一つですし、もう一つ、親と共同して行なうことがあると思います。その両方を満たすために、教員の研修はどうあるべきかということですが、気力・愛情だけでなし得ないことは確かです。横浜の場合には、一週間、学校を離れて医療施設などで臨床実習・研修という形で行なわれると聞いていますが、東京が指導医というのを入れてやろうとしていることは、もっと簡易な方法であるかと思っています。ただ臨床研究の指定校では、もう少し突っ込んで、医者の指導を現場で、という要求が出ているというのは、聞いています。ただ、現実には、まだそういう場面がありませんので、よく分からないところです。そのような研修が大事ですが、神奈川の方に聞いてみたいところです。

加藤：それでは別な質問ですが、上家さんに対するものが大分、出ております。これは質問者の方にこちらに来て頂いて、補足しながら質問して頂くのが良いと思います。新潟県のクラマツさん・新宿の坂上さん・栃木の谷口さん、お願いいたします。

クラマツ：新潟県のクラマツです。私は今年初めて訪問学級を担当しました。1年生と3年生の、非常に障害の重い子です。経鼻栄養です。3年生の子は気管切開をしております。その子は脳性まひで、お母さんが、はまぐみの療育センターなどに連れてきまして、かなり機能訓練をしてきました。ですから身体が丸くなっていて、物は自分の意志で握れないけれども、握らせてあげると握っているという子です。ところが1年生の子はヘルペス脳炎で同じような症状なんですけど、ものすごい緊張なので、問題は、この子が就学前にまったく保健婦さんなどから療育センターなどの情報提供がなかったようなのです。身体も固くなっております。こういう子どもさんに対する行政的な援助・指導などはどうなっているのか、と思うのですが。

上家：今のお話は、訪問教育以前の、健康審査・療育指導につなげる部分の質問だと思うのですが、制度的には乳児検診、1歳6ヵ月検診、3歳児検診とあります。それ以外にも医療機関で見つかった子どもさんたちを、児童相談所を通じて療育施設につなげる、という事業は制度的にはもちろんあります。今のお話は特殊な例であると思いますが、そのような制度からもれた方があるのかもしれない。制度としては全国的に児童相談所もありますし、保健所もあります。具体的にどこに行けばよいのか分からないようなケースでは、とりあえず保健所では、児相につなぐ、あるいは医療機関につなぐ、それから保健婦の訪問指導ということもやっております。もしも先生方の中で、医療機関がまったく介在していない、あるいは福祉サービスが介在していない、とお考えのお子さんがいらっしゃったら、まず保健所に相談されるのが一番適切ではないかと思います。制度的には、そういう子どもさんがいないように行なっておりますが、一斉検診が3歳のあとは就学前の学校保健法によるものまでありません。そのあいだをどう埋めているかというと、実際には保育園あるいは幼稚園で学校保健法に基づく、あるいは準じる形での園医さんによる指導というふうになっておりますが、これは法的な位置付けのあるものではなく、一斉のものでもありません。ただ90%の子どもさんが、そのような機

関で教育・保育を受けているのが現状ですので、新たにかぶせることが出来るのかどうか、そのへんは検討中でございます。保健所に相談すれば、ある程度具体的なところまでは分かると思います。保健所の所長は必ず医師ですし、行政機関の地元に近い部分ですし。はっきりと指導してくれるものと思います。

坂上：私は新宿区立あゆみの家という、障害を持つ子どもたちの通所訓練施設の職員です。あゆみの家では、在宅訪問指導というのをやっています。その中で、病院に長期に入院している子どもたちの保育の依頼がこここのところ増えております。その実践の報告は明日行ないますが、先程の上家先生のお話を伺って応援をして頂いていることを大変、嬉しく思います。今日の資料の10頁の「慢性疾患をもつ子どもたちへの対応」の②に、プレイルールの設置だとか学習室の設置などが書いてありますが、本当にこの通りに整備されると良いなあと思っております。それでこの中で「児童福祉の専門家の配置」についてお伺いします。

病院によって、いろいろなやり方がありますが、先程の話の中ではこれは「保母さん」をイメージしているということでした。慈恵医大のように専属の保母さんを置く方法もあるでしょうし、あるいは地域の福祉施設や保育園からの援助、それから心理のカウンセラーも重要なことです。これら全部を位置付けてほしいと思いますが、現在のあゆみの家では「新宿区民」を対象にしております。大きな病院では、いろいろなところから子どもたちが来ています。それらの子どもたちすべてがこのような制度を求めています。現在、区として限界をひしひしと感じております。国あるいは都が弾力的に考えられる方法はどうなのでしょう。

また、②にある、福祉の専門家の配置というのは、もうすこし具体的に言うと、どういうことなのでしょう。

上家：先程、少し読み上げましたように、配置することについて検討を進める必要がある、ということちょっと奥歯にものがはさまったような言い方ですが、要するに病院単位で小児病棟にそういう人を配置して、そこに入院した子どもたちすべてを対象とする制度にするのが良いのではないか、という方向です。ですから今おっしゃいましたように、区あるいは都からの派遣では、かなり行政単位の壁があって難しいということ、それから実際に難しい病気の子どものための医療を考えますと、いわゆる子ども病院というのは全国に20しかありませんし、大学病院やナショナルセンターを含めても、そんなに何千とあるわけではありません。そうしますと、特別な病気の子どもたちは区や県を越えて他の病院に行くことになります。これは訪問学級にも同じ問題があると思いますが、例えば病院が設置されているところの行政単位が、実施主体でなにかやりますとなると、その住民でなければ、対象にならないおそれがある。ここを柔軟に、と言いますがやはり限界があると思いますので、今回の提言では、小児病棟にはこのようなものを置くように検討しなさい、ということになっております。ですから外からの応援は大変ありがたいのですが、中に入院している子どもたちすべてを対象にするのに一番てっとり早い方法は、その病院単位に設置あるいは配置することではないか、という提言です。

それから児童福祉の専門家は検討会の中では具体的に「保母さん」がイメージされたわけですが、福祉の専門家の方からは、児童福祉の専門家という場合には児童福祉士あるいは心理判定員などの、もっと専門の人であって、保母さんは児童福祉の専門家ではない、という意見も頂いたのですが、こ

ここで言う専門家とは、子どもたちを遊ばせる専門家ということをイメージしたものと考えております。

これに関連して、訪問学級の大きな問題点の一つが、医療機関に入院している子どもたちの場合に、その子どもの住所地と、その病院の設置されているところが、区や市町村・県を越えている場合に問題があると思います。この部分を何とか解決するために、一番最初に紹介しましたような、通級のような制度を導入したらどうか、ということの議論があるわけです。

加藤：それでは谷口さんの方からお願いします。

谷口：現実の問題というのは、前の2人の言ったようなことですが、それに私たちは直面しているわけですね。私は検討会の時に文部省の方をお呼びして、必要な時にはご意見も頂くというように、いろいろな方との接点を持ちながら検討を進めていращやるということはよく分かりました。その上で現在の縦割り行政のような形ではなく、これからの新しい世代に向かって、常時、厚生省や文部省・労働省の方々がそれぞれの専門家を何人か出して、省庁を越えたプロジェクトとして、今出て来ているような問題や老人問題も含めて、大きく検討出来るような行政を実現するのは不可能でしょうか。

上家：そういう省を越えたものについては、例えば「すこやかに子どもたちが生まれ育つための環境づくり」というものがあります。これには首相が各大臣を集めて作った連絡会議・円卓会議というようなものもあり、そういうレベルのものになってしまいます。具体的に施策を進めている所は、係単位で細かく持っているわけです。それをみんな統合させてゆくという方向が今すぐに出来るか、と言われると、非常に難しいと思いますし、そういう形態を取ったときに実際に事業が進められるか、というと、今のやり方でいく限り難しいと思います。ですから、自分たちが出来る範囲はここまで、とはっきり承知した上で関連した分野との連絡を取るというのが、今のところ一番いいやり方ではないかと、担当のレベルでは考えております。

谷口：障害を持った子どもたちなどは、分離出来ない状態で問題を抱えているんですね。いろいろな問題を併せ持った子どもたちです。私たちは、お互いの立場からそれぞれの問題を下げて、一つのテーブルに付いて、是非、そういう行政を実現させて頂きたいと希望しておりますので、よろしくお願いします（拍手）

上家：連絡は取っておりますので、そこはご承知願いたいと思います。ただ文部省の仕事をこちらが責任を持ってやります、とは言えない、というところはご理解頂きたいと思います。

加藤：とりあえずこのくらいにいたしまして、次の質問に移ります。訪問教育そのものについてのことです。小平養護学校の猪狩さん、多摩養護学校の彦田さん。よろしくお願いいたします。

猪狩：小平養護学校の猪狩です。本日、提言を読ませて頂いて、訪問教育が充実してきて新しい時代を迎えようとしているというところで、励まされました。そういうところでは21世紀に向けて、次のステップのところかなと思いますが、養護学校の中で訪問教育はここまできたのだと思いますが、普通校を含めて訪問教育をもっと柔軟なカタチで、子どもたちのニーズに合わせて足を踏みだすことが必要だなと思います。私たちが今、養護学校の中で店を開いて受けとめている子どもたち以外に、非常に多くの需要が地域の中にあるのではないかと感じています。今後の訪問教育のあり方を探っているところですが、登校拒否などの多様な要望に応えていくためにも、今後、大きな視点

で訪問教育を考える時に、どういう形でどういう場で手をつなぎながら考えてゆけばよいのか、日本の教育全体の中で考えてゆけるような方向は、どう考えてゆけばよいのでしょうか。

西村：普通校からの訪問というのがありました。これは提言にも書いてあることです。その次の、もっと大きな場で、どう考えていったらよいのか、という問題については、私は今日、提言を発表しましたが、そのあとが大切であると考えerわけです。提言をまとめれば仕事が終わったというのは、とんでもないことで、そこから文部省に渡して文部省がどう考えるのか、それから皆さんに持って帰ってもらって、各教育委員会や学校や保護者の方など、いろいろな方々と一緒に、一度提言について考えてもらいたいと思うわけです。

それから私たちが思っているのは、大きく国民的な論議を期待しているし、マスコミなども取り上げてもらいたいと思っているわけです。いろいろな形で訪問教育が論議をされなければ、何がよいのか・どうしたらいいのかということは見えてこないのではないかなと思うんです。そのための一石を投じることが私たちの子どもへの責任である、と。そういうことを考えています。

今日のディスカッションもその場であるわけです。私は今の問題についても、例えば渡部先生からビジティング・システムの方で考えてゆくべきだというご意見がありましたが、僕は大変勉強になりました。良いアイデアを頂いたと感謝しております。

渡部：訪問教育など、先生が出掛けてゆく教育システムを考えた場合、一番ネックになるのは、学級編成、認可基準日です。先生たちの人数が在籍している子どもの人数や学級数によって出ますので、あるどこかの時点を取り出して何人在籍しているかという形で調べます。よく5月1日で修正されたりします。そうすると病気で訪問教育となる子どもたちは在籍していた所から外れて長欠になったり、病院・施設に入ったりというケースも出て来ます。そのような子どもたちが出てきた時に、即座に先生が派遣出来るようなシステムにしておかないといけない。子どもが出てきてから先生の数を出すのでは遅くなってしまいます。これに関しては上家さんが紹介して下さい、通級制の話にヒントがあると思います。通級制というのは従来の固定式の特殊学級で行なっていた通級指導というのを正式に制度化しようということで、この3月に答申が出されています。それには最近、新聞などでも取り上げられている「学習障害」の子どもたちという、非常に大きなインパクトもありました。訪問教育の方では不登校の問題等で同じように大きなインパクトを持っていると思うんです。そういうふうにより有利な条件はあると思います。

そうしますと、例えば児童・生徒数の人口比に応じて、教育委員会とか教育研修センターなどにビジティング用の教師を何名かずつ待機させておく、あるいは学校ソーシャルワーカーとかケースワーカーなどのような新しい職種を導入するというのも考えられるのではないかなと思いますね。今、通級指導の方でどういうふうに担当の先生を配置するかというと、保健室の養護教諭のように、一つの小学校に一つ、治療学級のようなものを置いて、その担当者を配置するような方式ではどうかという話が出ているとも聞いています。実際に文部省の中に、標準法に関連した調査研究協力者会議というのが設けられていて、40人学級が実現しましたので、続いて35人学級というふうに、学級定数を減らすことによって先生の数を増やしていくのかどうかという検討がなされています。その会合では35人学級に踏みだすのではなくて、チームティーチング制度などの複数の先生を学校現場に迎え入

れることによって教職員定数の新たな発想を打ち出していきたい、ということも言っているんです。そうしますと、先程言いましたように、ビジティング用の先生を児童・生徒数に応じて待機させておく、またはケースワーカーやソーシャルワーカーのようなものを導入してゆく、というのは決して夢ではなく、今、文部省自身が検討していることとも関連するのです。研究会としてもそういうところにも目配りをして提言の中に入れてゆけば良いのではないかな、と思います。

加藤：ありがとうございました。では松井さん、どうぞ。

松井：訪問学級の先生方へのお願いになりますが、今の社会はたしかに仕事の面でもみんな、機能を分担してゆく仕組みになっております。病院でも医師・看護婦・検査技師などのいろいろな職種が入っていて、おそらく教育もそのような方向に進むのではないかと思います。実際に病院の中の子どもたちを見ていると、病気になって訪問の先生の教育を受けるということを考えてみますと、一番大切なことは、先生はスーパーマンでなくてはならない、ということなんです。つまり、全人格のやりとりがそこで行なわれる。さまざまな病気を持っている子どもたちが、閉鎖された病棟の中にいて、そこでは学校の先生が唯一の社会の窓になっているわけです。学習指導の技術の問題あるいは遊びや生活全体の問題を見てくれるのは、今のところは先生だけなんですよ。

先程、スーパーマンにはなれない、との話があったんだけど、僕はこの側面はどうしても保持してもらわないといけない、それが教育の本質ではないのか、と思うんです。分化してゆくのは今の社会の仕組みがそうですし、チームを組むことの利点もよく分かるのですが、病棟の中で死と直面している子、いろいろな点滴のチューブを身体に付けている子、あるいはまったく動けない子などの教育を考える時には、先生がスーパーマンであることを子どもたちは期待すると思うんです。先生方に精神主義的なお願いを期待したいということがあります。分業・分担できてますが、教育に関して、医師がお願いしたいのは、我々が子どもに関して入っていけない心の部分に、総合的な判断と指導で先生方に方向づけをしてほしい、ということです。

加藤：ありがとうございました。では、彦田さんお願いします。

彦田：都立多摩養護の彦田と申します。島田療育園の施設訪問を行なっております。提言の中に「施設訪問教育は、分校または分教室にかえること」とありますが、本当にそれで良いのか、という一抹の疑問があります。

今まで高等部の訪問教育制度実現に向けて私たちが努力してきたことは、在籍が得られない子どもたちに対して、私たちは3年間、卒後指導ということでやってきました。先程、佐藤先生の方から、小平でもやっているというお話もありました。また石川県での取り組みもありました。さまざまな弱点はあるながらも現実の中でやってゆくことが高等部の訪問制度を実現してゆく方向ではないのかな、と思うのです。そこで分校または分教室になってしまうと確かにそれはそれでメリットはあると思います。高等部は保障できますから。でもそれで終わってしまう危険性があるのではないかと、思います。今年度、多摩養護では、訪問から本校の高等部に3名、進学しました。あまり大きな声で言うてはいけないんだと思うんですが（笑）、籍を正式に得たんです。でも実際はスクーリングはしていますが、通えていないんです。こういうことをもっと大きな声で言えるようになってゆくことが制度実現の方向になってゆく、こういうことの積み重ねが大事なのではないかと、思ってます。ですから、

メリットはあるのですが、このことと高等部の訪問教育制度実現へ向けての関連・発展が見えてこないのですが。

西村：分校または分教室というのは、高等部を保障するためにというのは、ほんの副作用にすぎないわけで、ここで言いたいことは、施設ではいつまでたっても教育の場が保障されていかない。「施設は訪問教育なのだ、だから特に教育の場は必要がないのだ」というような感覚でいつまで経っても教育場所づくりに取り組まれていないのではないか、ということです。例えば、ちゃんと病院併設の養護学校の場合でも、普通は隣の養護学校に通っている子どもが体調が悪くなった場合ベッドサイド教育をやる場合がありますね。子どもによっては、教育場所が出来ても、ベッドサイドでやらなければならない場合があるかもしれないけれども、基本的にはきちんと教育場所を施設の中に作ることは、行政側の義務である、ということを確認しておくことが、今回の提言の本意です。その副作用として、高等部や回数の問題が出て来ると考えて下さい。

加藤：この他にもたくさんの質問・発言の要望があるのですが、時間の関係でここまでとさせていただきます。最後に各パネラーの方に5分程度の発言をお願いいたします。

西村：最後の結びで言いたいことは、これからが本当の提言の役割が果たせる時なのだ、ということです。冊子を作ることが目的ではなく、これから皆さん、頑張りましょうということです。もうひとつ余計なことを言えば、私の本の中にも書きましたが、要するに「新しい文化を作ることなんだよ」ということを呼び掛けたいと思います。

佐藤：今日はありがとうございます。自分のレジメの最後の部分をもう少し申し上げておけばよかったかなと思います。本当に子どもが求めているものを、どう与えてきたか・与えているか、そのような毎日の実践が、子どもによってみんな異なるだろうと思います。共通してかくあるべきだ、というものはないように思います。その意味では徹底した個別指導ということが訪問指導の核になっているんじゃないかと思います。しかも「今日は何分日光に当てた」「次の日は少し伸ばした」…このように毎日、医者と、子どもの皮膚と、表情と相談をして積み上げてゆく過程を経て、何時間かは桜の木の下に出られるようになった。子どもたち自身はこういう微々たる変化をしていると思います。そのために私は是非、一人一人に、何が出来・何が求められているか、少なくとも1年のサイクルで計画を立てて、さらにその先につなげてゆく、このようなカリキュラムを作ることが大事なんじゃないかと思います。もちろん、最初から出来ているわけではなく、やりながら作ることです。こういうのが本当の訪問教育のその子の足跡なんだろうと思います。その足跡がたくさん集まると、行政がすること・教師がすること・医者がすることなどが出て来るのではないかと思います。

渡部：この研究会の終了の時に、文部省に行くということです。その時に是非、伝えて頂きたいことは、専門家による諮問機関のようなものを設置して通級制のようなものについての何らかの答申を出して頂きたいということです。民間がこれだけ、訪問教育の抱えている現状と問題を検討しているわけですから、国としても文部省として何らかの研究協議会のようなものを設けて、養護学校だけでなく、盲・ろう学校、小中高等学校・幼稚園を含めてビジティングの形態の指導をどうすべきか、という答申が、今求められているのではないのでしょうか。その点を強くお願いしてもらいたいということと、訪問教育について文部省が語っていることが断片的です。例えば国会答弁で話しているよう

なことですね。まとまった形としては1978年の特殊教育21号に出された「訪問教育の試案」以降、出ていないんです。ですから文部省が編集している「特殊教育」という雑誌で特集を組んでもらうことですね。あれから標準法の内容も変わっておりますし、実践も13年間で変わってきているわけですから。

松井：私は教育行政は分かりませんし、こういう場に出ささせて頂いて、先生方に心情的なお願いしか出来ませんが、それだけに期待が大きいんです。小児病院に訪問から院内学級が出来まして、先生方が教室で教えてくれる。もちろん、病室の中もそうですが、そうすると理科教育の一貫として、今まで荒地であった病院敷地内の小さな土地に土を運んで畑にして野菜・果物を作ってくれたり、現実の変化がありました。それだけに病院の中に教育が入るというのは、非常に大きな力になるんだな、ということを実感しております。今日、一連のお話の中で、なかなか現実には難しいという話が出ておまして、それはそうだろうと思います。しかし事は解決出来ると思うんですね。夢を持って進めば、必ず解決出来ると思います。振り返って見て私たちが小児病院の中に院内学級を作る時に、養護学校の先生方がいろいろと資料を作って下さったのですが、役人を説得するのは科学的でないといけなく、というので、年間に4000人位の入院がありますが、それらを全部コンピュータに入れまして、年令や入院期間などを調べ対象学童を割り出しました。そういうことを積み上げて議論を進めると、お役人は納得してくれるんですね。教員配置も決まりました。おそらくそれぞれの一つずつでは単位は小さいかもしれませんが、県ですと非常に大きな人口になります。その中の小児人口・対象の数などの役人を説得出来る資料を揃えて話を進めることも大切ではないかと思います。膝詰めでやれば、役人も人間ですから動くんじゃないかと思います。末端では頭の固い役人もあるでしょうが、それを攻め落とすには、それだけの知恵を持って科学的に進めることをお願いいたします。それだけ訪問教育の先生方には期待を持っております。

上家：厚生省としてはいろいろと勉強になりました。最後にこの御提言についてと、この会に参加しての私の感想を述べさせていただきます。

この御提言については、確かにいろいろなことをお考えのように伺えるんですが、もしこれを私が受け取る立場であったと考えるならばですね、具体的な詰めが非常に甘いと思います。例えば先程ご質問にあった「施設内訪問教育は分校または分教室にかえること」という時の「施設」は、例えばどういうものをイメージしているのか、施設内に訪問教育が出来ているところ、それが出来てすらないところがある、それからいろんな施設・子どもがある、それ全体を「提言」として「施設訪問教育は分校または分教室にかえること」と言ってしまうと、理想論として美しい話かもしれないんですが、実際に進める上では、具体的にどうすればいいのか、具体的にどういうところで区切りをつけて、なにをやるのかというところまでの提言が頂けるなら非常に進めやすい。漠然と理想論を言われても、なかなかそれで進めることは難しいんじゃないかということだと思います。

個々に問題あるかと思いますが、例えば提言10「医療と密接に連携した教育体制にすること」は厚生省とも関連があるかと思いますが、慢性疾患の主治医の先生と学校保健に携わっていらっしゃる、いわゆる地元の内科・小児科を担当していらっしゃる先生方を同じに論じていいのか、同じようなものを求めているのか、具体的な場面を想定した場合に、御提言としては非常に筋の通ったもの

かもしれないんですが、いざ実行に移す時に非常に問題がある、そういう具体的なところまで想定してこれからも御検討して頂ければと思います。

それから会の最初に会長の方から、内容はさて置き、制度について論じたいというようなお話がありました。制度・内容の他にもう1つ大事な「認識」の問題があるのではないのでしょうか。今日、出席していらっしゃるの、実際に訪問教育をなさっている先生方でしょうね。すると教師という職種全体を考えると、今ここにいらっしゃる先生方は少数派だと思うんです。普通学校で普通教育を行っている先生方の認識が、今ここにお集まりの方々と同じだけあるか、非常に疑問に思うんですね。ここにいらっしゃるの学校教育の中でマスとして扱われた場合、そこからはみだしてしまう子どもたちを何とかサポートしたいと思ってる先生方でしょうが、普通学級の先生方も同じ認識であるのなら、非常に進めやすいものだと思います。普通学級で教えていらっしゃる先生方の中には、このようにはみだしてしまう子どもたちの教育を理解していらっしゃる方も多いんじゃないかという話も聞いております。そういうところへの働きかけは、国とか文部省とか教育委員会とかで出来るものではなく、現場の先生方からこそ、やって頂きたいものだと思います。そういう働きかけのやりかたも、こういう研究会でやっていただければいいんじゃないかと個人的に思いました。

益子：先程、もぐりの話が出ましたが、先生がもぐりではなく、うちの子どもがもぐりだったようです。先生はちゃんと人数の中に入っているようです（笑）。手厚く、4人に対して3人の先生がついています。そのへん、ちょっと訂正します。親というのは、自分の子どものことしか考えておらないものですから。うちの子どもがまさかもぐりやとは思ってなかったものですから（笑）。あと、今、こちらの先生もおっしゃっていましたが、これから児童・生徒数が減って、学校の先生が余るようになってきた時に他の学校の先生も、その訪問教育にもっと理解して頂ければ、先程の話でビジティンというのがありましたが、訪問教育は面白いぞ、やりがいがあるぞというような感じで自信を持って他の先生を巻き込んでいって下されば、訪問教育にも先生が来たい来たいって言って下されば、うちの子どもももっと潤うんじゃないかなと思いましたので、これからもよろしくお願いいたします。

加藤：ありがとうございました。皆さんにとりいそいでまとめの話をして頂きました。時間もかなり経ってしまいました。先生方には長時間にわたりましてお話を頂きまして、本当にありがとうございました（拍手）。こういう会合は、これから本格的な論議が始まるかという時に終わってしまうものなのでして、いつもそうなんです。私も残念に思っております。司会のまとめも特にありませんが、このくらいにしておきます。

最後にこれからの進め方について、少し話をさせていただきます。

1つは先程から話がありますように、この研究会の最終日に文部省にこの提言を持っていきまして、話し合いを少しお願いするということです。

2つには、この成果を各地元に持って帰って頂いて、その地域の行政といろいろとやりとりをして頂く、我々の立場・考え方をお話する場が必要かなと考えます。

3つめは、これから明日・明後日と、実践を含めて話し合いがなされますが、その実践活動の中で、提言の様々な内容を、深め広げることが大事かと思います。

そして4つめになりますが、今までの話と関わりまして、この提言を、御自由に各地域に持って帰

って頂きたいと思います。個人的に持って帰る方については一部100円ということになりますが、例えば地域の行政の方に提出する・機関に提出する場合には無料でお分けいたします。

それでは長時間にわたって、みなさんどうもありがとうございました（拍手）

第1分科会（在宅訪問の教育課程の充実）報告

ひまわり部4才

－知恵遅れ養護内で肢体不自由を伴う重度重複学級と

一緒に運営の中で試みていること－

長野県松本養護学校 太田 瑞穂

はじめに

長野県には肢体不自由養護学校が2校ということもあり、訪問教育は全て知恵遅れ養護学校におかれている。そのため肢体不自由のある重度重複児のほとんどは、毎日通学が可能でも訪問教育になってしまうという、不適正な就学指導がなされている。

特に5年前までは訪問教育概要にそった県の指導が厳しかった。

○訪問教育の学習の場は、原則として家庭である。登校しての学習が多すぎるのはいけない。

○スクールバスに乗ってはいけない。

○学習時間は週2回4時間が原則であるから、多すぎるのはいけない。

又、内蔵疾患や肢体不自由があるため普通学校に通えない児生も在籍しており、病弱養護は通学も交流も認めないため、適正学習集団が得がたい。

このような問題点の改善のため、本校では平成元年度今までの訪問教育を“ひまわり部”と名称を変え、肢体不自由のある重度重複児生の全日教育と通学の保証に向けて、親と教師が一緒になって県や学校への要請活動を継続して行ってきた。

今年、ひまわり部4才（制度化以来13年目）にして、通学可能な児童生徒については、訪問教育という付帯条件もなく全日教育が実現できた記念すべき年になった。

以上の経過と全日1年目のつたない実践の報告と、在宅訪問生である病弱生の事例を報告したい。

I. ひまわり部の発足と歩み

1. ひまわり部の構成

平成元年度 ひまわり部発足

本校の訪問教育でも54年度発足以来、前述の問題点を抱えながら教育の機会を多くする取り組みを行ってきたが、県の指導が厳しく、制度の改善は得られなかった為、通学可能な肢体不自由児を小学部重複籍に移し、現在のような運営に踏み切った。

○通学組 小学生5名 担任2名

通学時間は、父母が従来の1対1指導を望んだことでもあり、訪問組と同じく週3回。ただし、1日通学の試行年として週1日は弁当持参し、昼食指導も行ったので、1人あたり週に1日と半日の登校となった。

改善点として

- ・スクールバスに乗れるようになったこと
- ・登校しての学習が可能になったこと
- ・ひまわり小学部卒業生が、中学部への入学ができたことである。

○訪問組 児生7名（内病弱生3名）担任2名 学習時間週3回の6時間

病弱児生は地域校との交流学习を継続して行う過程を経て、中学生1名は3月、K病弱養護へ転校。

平成2年度

○通学組 児童4名 担任2名

学習時間…指導形態を児童3名を担任2名で指導することにした。週3日と半日の登校となる。学校給食による食事指導を始める。昼食時には他の部から1名手伝ってもらう。

○訪問組 児生6名（内病弱児生2名）担任2名 学習時間週4回の8時間

病弱児は、地域校との交流学习を継続。3月、小学生1名は、手術の成功により普通小学校へ転校。

平成3年度

○通学組 児童5名 担任2名

学習時間…指導形態は前年度と同じ。児童1名増の為半日減の3日。

○訪問組 児生6名（内病弱生1名・1名東松本病院ベッド待ち）担任2名

学習時間…1学期週4回8時間

2学期より1名が寿台養へ転校の為、週5回の10時間となる。

病弱生については、地域校との交流学习を継続して行う。

平成4年度

通学組ー 月～金 全日登校 ひまわり部教室で学習を行う

小学部 重複学級籍 5名

ひ

計6名 担任4名+1名

中学部 重複学級籍 1名

ま

小1の1名は東松本病院のベッドが空きしだい寿台養へ転校予定

※4年生以上の4名は昭和63年度まで訪問教育籍であった。

わ

訪問組ー 主に家庭で1対1指導 登校可能なら学校で学習することがある。

指導時間…原則として1回2時間が単位 本年度は週5時間の10時間

り

希望により最大6回12時間も可能になった。

訪問教育(籍)の小学生 3名

部

計4名担任2名

2. 現在の問題点

平成2年度より訪問教育の運営については、県の指導が柔軟になったが、校内の取り組みに任されている面が強く、根本的には解決に到っていない。

- (1) 通学組も正規には重複学級の扱いで、担任の数については校内の配慮で増加してもらっている。来年も可能かどうか心配。→知恵遅れ養護にも肢体不自由学級で制度化していくこと。
- (2) 訪問担任は児生3名に1人とし、訪問指導は設置された職員数の中で可能なかぎり行ってよい。→その年の生徒数により学習時間の増減が出てくる。
- (3) 登校しての学習は制限しない。→病弱児は登校しても適正な学習集団は得られない。
- (4) 寿台養護(病弱養護)は通学を認めていないので、東松本病院のベッド待ちの新入生は、寿台転校が確実でありながら短期間松本養護のひまわり部に籍を置くことが、昨年来続いている。→寿台でも通学を決めるか、訪問教育をおくことで病弱児生も救われる。

II. ひまわり部教育過程編成の概要

1. 教育方針

(1) 指導目標

児童・生徒の障害の多様性、重度重複の実態を正しく捕らえ、個々に応じた指導を通して、将来の社会参加や家庭生活に必要とされる心身の適応力を引き出し、周りとの関わりをもちながら、いきいきと生活できる人間の基盤を養う。

- ①健康の維持・増進を図る。
- ②身体機能・感覚機能の維持、向上を図る。
- ③友達や先生との触れ合いを重視し、その子なりのコミュニケーションの手段、方法を理解し、外界への働きかける力を育てる。
- ④基本的な生活習慣の動機づけをする。

(2) 基本方針

- ①常に子供の実態を見つめ、共通理解を基盤に指導を進める。
- ②子供たちに必要な医療、福祉機関、家庭との連絡を図る。
- ③個々の実態を考慮しながら、様々な集団に参加できるよう工夫する。
- ④生活経験を広げる為に、自然に親しみを持たせたり、社会に触れる体験を大切にしていく。

2. 学習内容とその指導

(1) 学習形態

ア) 訪問組 小学生3名 中学生1名の4名 担任2名

- ・在宅指導による1対1の指導が主になるが、個々の実態を考慮しながら、可能な形での集団経験が得られるように工夫していく。

イ) 通学組 小学生5名(小学部籍) 中学生1名(中学部籍) 担任5名

- ・月～金の毎日登校(2学期以降は土曜日についても検討していく)
- ・小・中学部との連絡を密にして、朝の集い、合同体育・音楽、部行事等へ参加し、交流することを大切にしていく。

(2) 学習内容

基本的な考え方

イ) 丈夫な身体をつくる

- ・生活リズムを整える
- ・間接の拘縮や変形の防止
- ・いろいろな姿勢がとれる

ロ) 感覚器官への働きかけを豊かにする

- ・季節感を教材にいかす
- ・感覚遊び(触・視・聴・覚)
- ・揺れ遊び等

ハ) 物や人へ気持ちを傾ける力を育てる

- ・快の基盤づくり
- ・スキンシップ
- ・呼名の工夫

(3) ひまわり会

学校・部行事がない月に、通学・訪問組が母子で参加して行う。(参加可能な児生)

- ・校外へ出る場合は、生活経験の少ない子ども達が、自然や社会に触れたり、登校できない訪問組の児生との交流の機会とする。
- ・校内で行う場合は、日頃行えないダイナミックな取り組みの場とし、児生の実態の新しい発見の場としたい。

ひまわり会予定

5月 社会見学 特急で長野に行き、長野養と交流

9月 ウェルネスうつくし 温水や気泡の感覚を全身で楽しむ

10月 バス遠足 スクールバスで公園に行こう (毎年、目的地をかえる)

11・12月 校内で、お母さんと一緒に楽しいことをやろう

(4) 行事

(部) 春の遠足 (4月) スクールバスで、公園にいった桜吹雪を見よう
(小と合同) こいのぼり運動会 (5月) ひまわり部種目とかけっこに参加
(部) M小学校との交流 (6月) スクールバス使用してM小学校まで行く
(部) 流しそうめん会 (7月) 卒業生を招いて行う
(小と合同) 宿泊学習 乗鞍高原に1泊する
(部) もちつき会 (12月) クリスマスと兼ねて行う (調理はお母さん方)
卒業生・進級を祝う会 お母さん方と一緒に学校を出て行う
※訪問組 T・Hの修学旅行を、体調のよいときをみはからって行う

3. その他

- (1) 1学期中土曜日は部会にあてる。2学期以降については検討していく。
- (2) ひまわり部全職員が通・訪の児生の実態について共通理解を持ち、部行事、ひまわり会等、個々の子ども達の実態に即した運営ができるようにする。
- (3) 医療・訓練・食事介助などの専門分野の研修の機会をもちたい。
- (4) 通学組は全日登校1日目であるので子ども達の健康観察、実践の反省を十分に行いながら部運営、日課、教育過程等をより良い物に修正していく。

Ⅲ. 在宅訪問について

1. 病弱生について

前述のような理由で知恵遅れ養護でありながら知能障害がない病弱児生が、この3年間の間で、3名在籍していた。学習時間については、入院時は病院にも訪問する等も行い増えたが、適正な学習集団については地域校に頼るほかない現状は続いている。今後肢体不自由児については、地域校に入学していくような取り組みも行っていく必要がある。

2. 事例児 進行性筋ジストロフィー (ドシヤンヌ型) の中学生男子の場合

(平成2年4月～4年3月まで在籍)

小5より歩行困難となる。6年生まで普通小学校の特殊学級に在籍。中学時より普通中学を無理と就学指導され訪問教育となる。兄2人も同病で17才で他界している。

◇1年生 (訪問回数週3回)

両親は早朝から夜遅くまで仕事に出ている為、80才を越えた祖父母と過ごしている。全く気ままな生活をしていた。知能障害はないが、小学時、学習意欲が弱かった為か学習の遅れがあり、全てに無意欲で、家から車椅子で出ることを嫌う。特に、中学生に車椅子姿を見られるのを極端に嫌がった。国・数の教科学習は全く嫌がり、ノートなど全て隠してしまっていた。

ひまわり部行事へも参加を嫌がり、ほとんど参加しなかった。気分にもうがあり人が嫌がることを言って、ニヤニヤ面白がっている事が多かった。

◇2年生（訪問回数週4回）

① 人との関わりを拓ける

7月から担任になる。本来かなり行動要求が強い活動的な正確である事も分かってきた。幼児より育ててきた祖母が「生まれた時から、こうなることが分かっていたので、可哀相で叱ることができないで育ててきてしまったから、今になると手に負えないのですよ」と何回か話された。活動的な子どもが、このように育ててきた今、思ったり願っても自分で行動できないいらいは、どんなに大きいものかと改めて気付かされた。

“できない事は人に協力してもらって、人の中へ出ていけば、楽しい事がいっぱいあるんだ”と思えるような体験を増やしていく事を指導の基盤としたいと考え、本児の得意分野をきっかけにして、“やってみたらおもしろかった”経験を増やす事に重点をおいた。

② 教科学習・養訓

○教科指導への抵抗は少なくなっているが、教科書を使つての学習では飽きたり意欲をなくすので合科的に行うことが多い。文を書くことに抵抗の強い彼が、熱心に取り組んだのは、“珍説・桃太郎”のシナリオ風な文と、筆談でのケンカであった。

○美術分野は、ある時は作品製作を行つて教科的に位置付けたり、精神解放をねらつてとにかく大きい絵を描こうと養訓的に位置付けたりして学習の多くを占めている。

○漢字・計算ドリルは位置付いてきて、自主学習も行ふことがある。

○最近、興味を示す宇宙や物理に対して担任はどう指導すべくもなく悩みの種であるが、教わりに行く事をきっかけにしてその道の専門家との関わりに拓げたいと思っているがなかなか難しい。

○養訓的なものとしては雑談がある。特に“うちあけ話”、“思い出話”、担任を厳しく視察して多方面に渡つて指導してくれるときなど非常に生き生きと話す。担任の指導など、的を得ていて深く反省させられる。最近は“いいわけ話”が加わつてきて、自分が悪かった時は、一生懸命言い訳をして、反省の気持ちを素直に語る事が見られる。

◇3年生（訪問回数1学期週4回、2・3学期週6回）

①3年時の実態

<医療機関との連絡>

1年時医療との関わりを拒否していたが2年9月修学旅行をきっかけにして医師の診察を受ける。

2年3月、身障者手帳の書き換えをきっかけにして、理学療法士の訓練を初めて受ける。その後、自分で体を動かす事を非常に熱心に行う。

<肢体機能の状況>

体幹機能は2年時と大きな変化は見られない。肩の動き上腕の筋力が弱まったようで、肘から上は自力で動かす事ができなくなっている。理学療法士の訓練を受けてから、自分で身体を動かすことに積極的に取り組んでいる。車椅子の移動も室内では自分で行う。ビーチボールを打つ、物を叩いて行う遊びなど意欲的に行ったり、簡単な遊び道具も自分で作ったりする。病院へ通院して継続的に訓練

を進めているが、通院する事は“自分が病気であることを認める事”に通じる意識から定期的な通院は拒否している。

<日常生活と家庭状況>

気ままな生活ぶりだが健康に気をつけようとする意識は強くなっている。母が在宅している日が増えているが、O・Yの言動に母が腹を立てるといふ母子喧嘩が絶えない。母は右手が不自由であることもあって、階段を背負い降ろせるが、昇れない為、外出も難しい。休みが続くと母に当り散らす事が多いらしく、休み明けには母子共に愚痴ことが多い。

階段の昇降方法や、進路については父に話している。心配はしているが、仕事が忙しい事もあって仕事を減らすこともできない様子である。

<対人と情緒>

2年時より自分の病名を気にするようになっていく。病気ではなく歩けないだけだと思いついていく。筋肉の病気ではなく、骨の病気だと言って納得しようとしているが、不安は強くなってきており常に気持ちの底にあるように見える。その不安と思うように行動できないイライラを家族に当り散らす事で解決している。家族以外の人から非を指摘されると不機嫌になり言い訳するが最後には認めるようになった。

K中学の養級教室の友達に放課後、家に遊びに来てもらっているが、口では「迷惑だ」というが、ゲームなどセッティングして、来るのを待っている。

K中学の養級教室へ出かける事への抵抗が少なくなった。

<教科>

・言語・数量

意欲的に取り組む事が多くなっている。漢字・計算ドリルなど計画を立てて行ったり、「九九」もほぼ完全にマスターできた。計算する事より、ドリル帳が終わる事を目標にしているようだ。

4月から気が向いた時、担任のどじぶりを日記に書くようになった。文字も上手になっている。

気ままであるが、科学者の伝記など一人で読む事も見られる。

・興味関心

3年時最も関心のある事は、身体の可動範囲内での動きで遊べる事の開拓である。主に、手で何かを持って打つ事であるが、毎日の記録をつけて数が伸びる事に意欲を示す。叩く・叩いて壊す事は、積極的な解放になると思われる。手の動きに制限がある為、道具や遊び方が難しい。

健康食品、身体を鍛える事の情報に敏感である。

TVからの情報により、新しい製品（自動車からチョコレートまで）をよく知っている。

<進路>

家庭の状況…父親は施設入所も考えているが、仕事が不規則で土・日の送迎が不可能の為、入所しての進学は無理だと言っている。

知恵遅れの通所施設も近くにあるが送迎は家庭で行う事が方針。母親だけでは階段昇降は無理。

本人の考え…現実としてとらえていない部分が多いが、学校の先生に来てもらいたい。

S市には肢体不自由のみ（知的障害がない）の施設がない。

②指導の方針

<養訓>

青年前期にあることを考慮し、心身の解放を図る事をベースにしながら病状についての認識が深まるようにしていく。

○人とのつながりを広げる

- ・家から出る機会を多くしていく。（K中学養級へ学習も増やしていく）
- ・家へ訪ねてもらう人を増やす。（K中学生とボランティアの人）
- ・外出しやすい条件をつくっていく。（家庭・市への働きかけ）

○学習時の際、楽しく身体を動かす遊びを位置付けていく。

○医療面との連絡を大切にしていく。（本人の納得するような形で進めていく）

○普通の15才の少年として付き合う側面も大切にしていく。

<教科>

情報を得る手段としても、身体を使わず楽しめる事の素地作りとしても、基礎学力を付けていく。成果がはっきりと目に見えて、生活の目安になるような題材・教材を探していく。

<進路>

在宅訪問生の進路は選択でなく、卒業後もはりをもって生活する為の環境作りが主である。本人の病状・家庭の経済状況・住居の問題など困難点が多いが、本人が“卒業”を一つの区別として明るく捕らえられるようにしていきたい。家庭・市役所等、関連機関の協力も大切にしていきたい。

③指導場面から

<人との関わり>一車椅子で出かける事への抵抗がほとんど見られなくなる。

○展覧会や街に出て初めて出会う人とも、多少の会話ができるようになってきた。ふれあい広場で、盲ろう重複の高校生に指文字で挨拶された。家に帰ってから、「あの人は何を考えているんだろう」「聞こえなくて話せない人って、どうやって考えるんだ。動物の考える事と、人間の考える事は違うんだ」等と、今まで見せた事がない表情で考え考えながら真剣に話す。

<K中学との関わり深まる>

○K中学の生徒と一緒に市内特殊学級キャンプに1日だけ参加させてもらう。各校の交歓会の際K中学の一員として紙芝居を行ったり車椅子で食事の用意等も意欲的に行う。K中学の生徒たちは競争で車椅子を押してくれた。花火やキャンプファイヤーを行い9時帰宅。疲れたけど、大満足の笑顔だった。

○K中学の生徒が放課後TVゲームをやる事が日常化してきた。友達にゲームを楽しみ、彼はそれを見ていることが多いのだが、来ることを楽しみに待っている。

○K中学へ車椅子で出かける事への抵抗が少なくなった。

○文化祭に作品を展示し全校の音楽会を聞きに出かけた。K中学の生徒が車椅子を押して校内を見学した。大勢の友達から作品が良いと話しかけられた。「俺の絵ってそんなに上手かな。皆の絵の方がうまいと思うけどな」と話す。

○教室へ給食を食べに出かける。K中学の友達と一緒に給食室まで食器を取りに行った。

<教科>

○「勉強で面白いんだな。小学校の時サボって遅れたんだ」といって、ドリルに集中する。ドリル帳が1冊終わる毎に喜びを見いだしている面が強いが、自分で計画たって終わるまで学習を打ち切らない事が多かった。

○担任が答えられない事は校内の先生方に手紙で質問することを行った。

○第2作目のカレンダーを作製する。恥ずかしいものは作れないと大いに張り切り、学習のない時に何枚も描き、訪問するのを待ちかねていて感想を求めた。

○NHKの高校理科を継続して見ていて、それについての講義を担当にすることが多い。新しい事を知りたい意欲を強く見せるが、担任がそれについて対応する力がない。彼との会話の中で“学問”したがつている心を感じる。教科担任の必要性を痛切に感じる。

<学校行事への参加>

○運動会、学校祭、学芸会に重度のひまわりの子ども達と同じステージに出る事ができた。（2年時までは、あんな馬鹿な事といって拒否していた）特に学芸会では「皆さんありがとう」の台詞が言えた。

<病名・死についての不安>

○「筋ジストロフィー」の病名についての不安をはっきりと口に出す様になり、担任に病名を否定して欲しい気持ちを訴える事や、死後の世界についての話題が増えてきた。私も一緒に悩むほかなかった。歩けるようにはならないがやる気になればいろいろな可能性はたくさんある事に気付き、現在を力一杯生きる事が大切な事に気付いて欲しい事を願って、この種の会話も逃げずに付き合うようにしてきた。

<進路について>

本人は訪問教育を続けるか、家から通って勉強したいと望んでいた。家から離れることには非常に抵抗があった。通学と行っても家では送迎できない。留年も、訪問での高等部も不可能であるという状況にあった。あれほど車椅子姿を人に見られるのを嫌がった彼が、車椅子でも普通に勉強したいと願うように成長した事に応じられないのが、担任としてもとても辛かった。

卒業後の事が現実的にとらえられない彼に、親の会と県教委の懇談会があったので、親と一緒に参加してもらった。本人は一言も発言できなかったものの、進路について真剣に考えるようになった。

家庭・福祉事務所と相談しながら、在宅になった場合、福祉相談員が週一度程度は訪問し、話し相手になることも可能になったが、家庭の状況・人との関わり、医療的な面等考えると、医療施設内のH肢体不自由養護学校進学が、彼にとって一番適していると考えた。学校見学、体験入所を経て受験し、合格した。

(卒業後)

高等部には入学式に出席したのみで、4～8月は休学していた。体験入所の際、排泄と入浴の介助を他人の女の人にしてもらう事が耐えられなかった事が、病院入所の主な理由だったようである。

休学中は85才の祖母と過ごしていた。学習計画を自分で立て、毎日1時間位は学習していた様である。何よりの楽しみはK中の友達がゲームをやりにくる事で、この時間が彼の生活の中で最優先に

なっていた様である。

7月に入ると電話線を切ってしまったり、書類を隠す等の陰湿ないたずらで家族を困らせるようになった。福祉事務所とは連絡を取り合っていたので、8月両親と話し合いを行い、2週間の体験入所の上9月より正式入所し、高等部で学習を続けている。病院の生活や高等部の生活にもすっかり慣れて、仲間との生活が楽しくて仕方ないようである。

3. 指導を通じて感じた事

彼と進路について話し合った際「中学は訪問でよかった。訪問だから勉強が分かるようになって、勉強が面白くなった」と言った。

今高等部の中で仲間と生き生きと生活し、会うたびに成長する彼を見ていると、この3年間の訪問は彼にとって“学校”としての何%の役割を果たし得たのか。

中学生という多感な時期に必要な事を満たす“学校”を保証するためには、就学の際適正な学校を選べるようになる事が必要である。肢体不自由児の場合、通学できないから「訪問教育へ」でなく、地域校でも受け入れてもらうように働きかけをしていく事が大きな課題である。

上野ヶ原の訪問教育

— 兵庫県立上野ヶ原養護学校すみれ学級の実践 —

1992年 夏

兵庫県立上野ヶ原養護学校すみれ学級担任

北 本 和 美

山 路 和 子

源 田 紀久恵

1. はじめに

本校は、国立療養所兵庫中央病院・小児センターに併設されている病虚弱養護学校であり、慢性疾患（腎・ネフローゼ・喘息等）の病棟―通称 ひまわり病棟―，筋ジストロフィー症の病棟―通称さつき病棟―から病院の廊下づたいに児童・生徒が登校してくる。

昭和53年に開設された、重症心身障害児・者のすみれ病棟には現在40名の患者が入院しており、うち13名が本校に学籍があるそのうち、訪問（すみれ）学級には7名在籍し、教師3名が配置されている。一方、昭和62年度より措置替えが始まり、現在6名が2学部（さつき病棟より通学）の重複学級として、毎日登校している。

本校の訪問教育は、昭和54年養護学校義務制とともに開始され重心児教育に全く未経験の教師たちが、未開拓の教育の分野に最初の一步を踏み入れ、試行錯誤しながら始まった。病棟職員と一体となって共同で運動・感覚トレーニングに取り組んだ時期、一部児童・生徒の通学制への措置替えを機に、病棟と学校の取り組みをはっきり区別し、学校独自の重心児教育を模索する時期等経ながら、今年はいよいよ14年目を迎えることになった。

2. すみれ学級の教育の基本方針

- 1 医療が不可欠の子供たちが殆どであるので、病棟スタッフとの連携を密にとりつつ、重心児教育のあり方を追求する。

＊病棟に入ったおりに、その日の病状を詳しく聴く。（睡眠・発熱・排泄 e t c）

＊授業中状態が悪くなったときは、その都度ナースに知らせるのはもちろんのことだが、毎日ほぼ同じ時間に、子供たちの状態を見ている私たち教育サイドからも、その日の子どもたちの様子に変った点（こんな発作があった。表情がいつもと違う。異常筋緊張・が頻繁である。）など良くない状

態像の他に、（笑顔や発声がいっぱい出た。こんなことができるようになった。）など良いことも医療業務に差し障りのない範囲で随時病棟スタッフに知らせていく中で、子供（患児）を中心に医療サイドと教育サイドができるだけ円滑にコミュニケーションできるように努める。

＊月2回の、ケースカンファレンス（主治医・理学療法士・婦長・担当ナース・指導員・保母・教師）で、個々の事例について、問題点等出し合う。

2 個々の児童・生徒の実態にあった指導を行う。特に、感覚刺激あそびや、機能訓練・姿勢保持学習に力を入れ、障害によって外界との交渉を閉ざされたり、狭められたりしている子供たち1人1人に有効で適切な刺激（環境）を、教材として取り入れられるよう工夫する。

時間割の中のグループAに属する児童については、病棟内プレイルーム2をお借りして（但し、リネン交換日は食堂隅のコーナー）集団学習形態をとるが、あくまでも個々に合った課題を重視していく見地から、個別学習を充分にとる。

1対1でつけない者については「ポジショニング」を配慮養・訓として捉え、タンブルフォーム・三角マット・ロール等用いながら、姿勢の管理を意図的に取り入れていきたい。こうすることで、重心児に起こりがちな弊害…同一姿勢（多くは仰臥位）でい続けることから生じる、異常緊張の誘発や側彎に代表される拘縮・変形…の予防に努める。

特に、平成4年度からは、臭覚・味覚へのアプローチを、毎日行う午前の部の「からだ・しぜん」の授業の中に位置づけている。

3 寝たきりの子供たちが多くので、だっこしたり 揺さぶったり、所謂スキンシップを充分に取り入れる中で、心身の安定やリラクセーションを図る。

＊前庭系を刺激するような遊び……バルーン・シートブランコ・回転板・指導者にだっこされてのブランコ遊び・車椅子やバギーでのスピード感覚を味わう遊び等。

＊触覚を刺激するような遊び……いろいろな抱っこの仕方を工夫する。例えば、すっぽり・ぎゅつとなど、圧覚に変化をつけたりする。また、温冷覚・ねばねば・さらさら感覚等を取り上げる。

様々な感覚運動遊びのなかで、特にこの2系……前庭・触へのアプローチを重視している。

4 全身の状態を見極めつつ、小さなサインも見落とさないように留意する。

脳に、大きなダメージを有し、残存機能も乏しい子供たちであるので、自ずと入力出力系共歪み

があったり、サインもごくわずかである。毎日授業を行うことで、医療サイドからのコメントの他に、私たち教師の目でその日の子供たちの全身状態をしっかりと把握していきたい。

5 「……できない」子として子供を捉えるのではなく「……できる」という正の把握をするよう努める。

1～5を基本に据えながら、担任間での話合いを毎日行い、お互いの指導をスーパーバイズしていく。

また、動作訓練法・感覚統合法・ムーブメント法・ポジショニング法・上田法などの学習会を実施し、担当者の研修の場しながら資質の向上に努めたい。

6. 訪問教育実施上の留意点および問題点

(1) 医療との連携

・現在、いろいろな面で協力してもらえることが多くなってはいるが（例えば、注入の時間帯の変更等）、それでも授業が乗ってきたときに、朝の更衣時に入れてもらったテレミン座薬が効いてくることはよくあることである。

その他、医療的な処置が授業中に入ることがあり、授業が中断することもあるが、あくまでも医療優先である点を押さえて、病棟に入るようにしている。

些細なことでも、ドクターやナース、そして訓練に関してはPTの先生に質問するようにしている。

月2回のカンファレンス・回診等、個々の子供について意見を出せる場がある。

・学習の場所は、一昨年度秋よりプレイルーム2を借りて行っているが、リネン交換日は、食堂隅の狭いコーナーを借りるしかない。しかし、本年度より土曜日には大きな訓練室を借りれるようになり、これまでは持ち込めなかった大きな教具を使って感覚・運動遊びができるようになった。

・病棟には、教材・教具を置くところがなく、毎日それらをリヤカーに積んで病棟に通っている。

(2) 親との連携

月2回の面会日を参観日や行事等にあてているが、来てもらえないこともある。授業での子供たちの様子を盛り込んだ学級通信（原則的に月2回）の郵送や、「えがく・つくる」の時間に行った子供の手の入ったカードを様々な記念日に送るなどしている。もっともっと親との連携を取り合い、親の願いに応えられる実践を深めていきたい。

(3) 学校行事への参加について

病虚弱養護学校の特殊性や、病棟が本校と、廊下づたいにつながっていることもあり、学校行事への参加度は高い。（年間指導計画参照）また、病棟との共催行事もある。行事に振り回されることなくひとりひとりの実態にあった行事の参加の仕方の工夫が必要である。

(4) 措置替えについて

重心児病棟に措置入院していることで、その教育形態が「訪問教育」となり、週当たり「4時間程度」の教育しか保障されなかった子供たち。現状では時間数こそ「6時間程度」に改善されたものの、その教育条件、環境はきわめて貧しいといえる。

本校でも、昭和62年度より通学制への措置替えが始まり、週あたり24時間の教育が行われるようになった。しかし、その対象は学童児すべてではなく、一部の者に限られ この時点で保護者の間にすくなからぬ波紋と動揺を投げかけたといっても過言ではない。同じ学校に在籍しながらも、「重心児」ということで、その教育条件が他病棟の児童・生徒と異なる点は、悲しむべき現実である。

日々、様々な障害を持ちつつ、命そのものと戦いながら生きる子供たちと接しながら、本当に彼らにとって必要な環境—教育条件も含んで—は何なのかを見極めつつ、今後の本校における「措置替

え」のあり方を考えていきたい。

（５）卒業後の進路について

親や教師、そして何よりも子供たちの願いである後期中等教育の保障をぜひ、実現させたい。また、卒業後の病棟での生活が豊かになるように、親・教師・病棟などが中心となって、考えていくことが早急に必要である。

（６）職員の啓蒙

校内ではまだまだ重心児のことが十分に理解されているとは言えない。機会あるごとに、この子らが力いっぱい生きている姿や教育の大切さ、必要性を伝えていきたい。

（７）教師の資質の向上について

専門的な知識も不十分なまま日々、子供たちとつきあっている。ドクターやPTの先生から助言してもらったこともあるが、体へのアプローチ方法や、最重度といわれる子供たちへの教育内容等研修の機会がたくさんほしい。

（８）その他

・腰痛・感染症（MRSA、肝炎等）への対策など職員の健康面に関しては、管理職にも適時提起し、相談しながら設備充実や、検査の実施など改善すべき点は多々ある。

7. おわりに

重い障害を背負い、強い緊張や変形、拘縮、発作の頻発、体温調節機能不全、呼吸障害等、私たちの想像をはるかに超える苦痛と闘っている子供たち。見ること、食べること、体を動かすことなど我々にとってはあたりまえのことすら剥奪された子供たち。そんな彼らと日々対峙して思うのは、私たち教師の微力さである。

こんなことをして良いのだろうか、子供に苦痛を与えているのではないだろうかと思いながらの毎日である。3名の訪問教師が互いに子供たちのこと、授業のことを出し合いながら 検証し合うことで自らの指導に埋没することなく実践が積み上げれたらと思う。

たとえそのサインは小さくても、笑顔や穏やかな表情、気持ちよさそうな表情を見るのを楽しみに、教材・教具を積んだりヤカーを引いて病棟に向かう毎日である。

1人の人間として、この子たちの存在が認められ、大切にされる日が来ることをねがい、どんなに障害が重くても「生まれてきてよかった」「生きていてよかった」と感じれるように、少しでも手助けができればと思う。

		1 学 期				2 学 期				3 学 期		
学校行事		始業式 桜見学	音楽鑑賞会	運動会(共催) 学習発表会	納涼大会 (共催) 終業式	始業式 体育祭	校外学習		クリスマス会(共催) 終業式	始業式 とんど 新春ゲーム大会		卒業生を 送る会 終了式
か ら だ		からだをほぐしてみよう ―――― だっこ、バルーン、マッサージ等を用いて、全身の緊張をほぐす。 ――――→ (リラクセーション) 平衡 ―――― 他動的な体位の変換、シーツブランコ、バランスボード、バルーン、ローリングシーソー、エアートランポリン等を使って ――――→ 前庭 ―――― 固有 ―――― 感覚刺激を楽しませる 皮膚 ―――― マッサージ、タッピング、エアーパフ、いろんな布でこする、筆、ブラシ、電動ブラシ、振動板、温冷覚遊び(夏場の水遊びを含む) ――――→ 機能訓練 ―――― くびなど関節可動域レッスン、変形・拘縮予防、目的的・探索的行動を促すレッスンなど ――――→ ポジショニング ―――― ロール、三角マット、タンブルフォーム等を用い、腹臥位・座位・側臥位等個々にあった、姿勢管理を行う ――――→										
し ぜ ん		室内浴 ――――→ 日光浴 ――――→ 外気浴 ――――→ 散歩 ――――→ 季節の自然に触れさせる(見せる、さわらせる、匂いを嗅がせること中心に) ――――→										
み る		いろいろな素材を見させる ―――― 布、ビニール袋、色画用紙、セロファンメガネ、ペンライト、暗室でフラッシュをたく、鏡、スカイバルーンなど ――――→ 静・動的な物を見させる ―――― 風船、パラシュート風船、しゃぼん玉、センサーおもちゃ、ビーチボールなど ――――→ ペープサート 寸劇・絵本 を見せる ――――→ 人形劇 ことば遊び ―――― 抑揚・イントネーション・アクセントのはっきりした作品より ――――→ 大型本を見せる・聞かせる ― 「めのまどあけろ」「はらぺこあおむし」「桃太郎」「のせてのせて」 ― 各学期に1つずつ程度 ――――→ 名曲鑑賞 ―――― 生演奏、カセット等を使って ――――→ 季節の歌をいろいろな楽器で聞かせる ―――― ポーターサウンド、グlocken、アコーデオン、オカリナ、リコーダーなど様々な音域、音色の物で ――――→ 曲に合わせてリズム打ち ―――― 「大きなたいこ」「楽しいね」「わっしょい」「おもちゃのチャチャチャ」「かまって音頭」など ――――→										
えがく つくる		様々の素材の物を触らせる ―――― 小麦粉、紙ねんど、スライム、氷、こんにゃく、とうふ、パン粉、どんびえ、ホッカイロ、大豆、砂、土 ――――→ 指導者と一緒に素材の形を変えさせる 小麦粉ねんど、紙ねんど、新聞紙、色紙、アルミホイル、セロファン、葉っぱ、など ――――→ カード作り ―――― 家族やお世話になった病棟スタッフへのプレゼント用 ――――→										
そ の 他		口腔マッサージ ―――― アイシング、ルード法等を用いて ――――→ 食事指導 ―――― 個々に合った姿勢で、舌の動き、嚥下を促す指導中心に便秘 ――――→ 排泄指導 ―――― 体操、ぬれたら知らせるサインをひきだすレッスンなど更衣 ――――→ (更衣指導 ―――― 時の筋緊張を抑制し、介助してもらい易い姿勢・動作をひきだすレッスンなど ――――→)										
備 考		☆「からだ」については、医療サイドからストップがかからない限りは毎日行う。 訓練の内容に関しては、主治医ならびに理学療法士にスーパーバイズしていただく。 ☆「しぜん」「みる・きく」「えがく・つくる」の領域は、全授業時間を通じて片よりのないように取り上げていくが、同じ内容を一定期間続けるなどして、その取扱いに系統性をもたせる。 ☆学習形態は、原則的に、病棟内で集団形態をとるが、個々の実態をふまえて個別指導の時間を十分取れるよう配慮する。 ただし、1対1でつけない者についてはポジショニングを配慮・訓として、位置づける。										

4. 平成4年度すみれ学級時間割

	月	火	水	木	金	土
9 : 3 0						
9 : 4 5						
1 0 : 0 0	朝 の 会					
	か ら だ ・ し ぜ ん	場所：その日の子供たちの体調や外気温等を考慮しながら、病棟学校・外と設定する。 内容：リラクセーション・感覚運動遊び・マッサージ・外気浴・日光浴・ポジショニングなど				
1 1 : 0 0	終 わ り の 会					
1 1 : 2 0	生 活	食事指導：岸本・西岡・西田 個別学習：大槻・柳・山口・吉田				
1 2 : 0 0						
1 4 : 3 0	「みる・きく」 ・ペープサート ・寸劇 ・光と音の遊び ・ビデオ ・名曲鑑賞など	「歌・リズム」 ・季節の歌 ・楽器を使って ・音と振動の遊びなど	教材研究 会議日	「ふれる・つくる」 ・絵の具やのりにさわってみよう ・素材の形を変えてみようなど	教材研究 カンファレンス	
1 6 : 0 0						

	氏名	学年	性別	診 断 名	実 態	目 標	内 容
A グ ル ー プ	A	小4	女	ライ症候群 痙直性+ア テトーゼ型 四肢マヒ レノックス 症候群 重度のMR	・あやすと、発声・笑顔～全身緊張・不随意運動という形で反応する。・触防衛がある。 ・対象物を意欲的に捉え、追視も可能。 ・食事への欲求が強いが、取り込みが下手で現在は経口摂取できず、他児が食べるのを見て泣くこともある。 ・ぶら下がった物や横のものを掴もうとする。 ・定額は不完全だが、支持座位がとれる。 ・昨年度は、筋緊張強く嘔吐を頻繁に繰り返した。	・あぐら座位の獲得 ・異常緊張の軽減 ・適切なポジショニングでの外界への目的探索能力の拡大 ・大人とのコミュニケーション関係の形成 ・摂食機能の改善	・弛緩訓練，あぐら座位保持 レッスン ・皮膚感覚遊び ・だっこ，シーツブランコ ・絵本の読み聞かせ ・やり取り遊び ・日光浴，外気浴 ・昼食指導
	B	小6	女	小頭症 痙直性四肢 マヒ 重度のMR	・右凸の側彎があり、さらに肘の拘縮・足部の踵足変形など全身各部に変形・拘縮が著しい。 ・目は見えないが体調の良い時は、声かけや音刺激で笑顔を引き出すことができる。 ・側臥位での揺さぶりで緊張が緩む。 ・バルーンや回転板等の前庭系への刺激に対する反応はみられない。 ・排尿間隔が12時間以上に及ぶことがある。	・緊張を和らげ、拘縮・変形を予防する。 ・摂食機能の改善 ・触，聴，体位変換などの関わりを通して、外界からの刺激を快の状態で受容できるようにする。 ・快状態を引き出し外界との関わりがスムーズにできるようになる。	・弛緩訓練ーローリング，腰 肩緩め，足部・手首ほぐし， 体側のばし・口腔マッサージ ・座位での揺らし ・様々な音刺激遊び ・バルーン，シーツブランコ，だっこ ・日光浴，外気浴 ・戸外散歩など
	C	小6	女	孔脳症 痙直性四肢 マヒ 左股関節脱臼 重度のMR	・ATNR反射が頻発する。 ・右凸で空間的ねじれを伴う側彎がある。 ・両下肢は左股関節脱臼に伴い変形している。 ・昨年度より、夜泣きは減り、授業中熟睡していることはほとんどなくなった。 ・バルーンや、だっこ，風刺激で快反応を引き出せる。 ・仰臥位でいる際に、ぜい鳴がひどいが、側臥位で改善。 ・声かけや音で、笑顔や頭部を動かすことがある。	・緊張を和らげ、拘縮・変形を予防する。 ・摂食機能の改善 ・触，聴，体位変換などの関わりを通して、外界からの刺激を快の状態で受容できるようにする。 ・快状態を引き出し外界との関わりがスムーズにできるようになる。	・弛緩訓練ーローリング，腰 肩緩め，足部・手首ほぐし， 体側のばし・口腔マッサージ ・座位での揺らし ・様々な音刺激遊び ・バルーン，シーツブランコ，だっこ ・日光浴，外気浴 ・戸外散歩など
	D	中2	男	痙直性四肢 マヒ 重度のMR 左股関節亜 脱臼	・追視・注視とも良くできる。 ・音への反応が鋭敏であり大きな音に対してモロー反射あり ・明るい雰囲気音楽を好み、発声・笑顔で喜びを表現できる。反対に嫌いな音楽もはっきりしており、泣いて拒否表現できる。 ・対人への関わり要求が強く、目，声，表情で表現できる ・寝返り・座位とも自力ではできない。 ・経口摂取可能だが、舌の突出が顕著で、取り込みは下手	・側彎，四肢の拘縮・変形の予防 ・やりとり遊びや体遊びを通して発声や笑顔を促す。 ・生活経験を増やす中で単調な病棟生活から来るストレスを解消し、情緒の安定をはかる・摂食機能の改善	・弛緩訓練ーローリング，腰 肩緩め，足部・手首ほぐし， 体側のばし・口腔マッサージ ・バルーン，シーツブランコ エアートランポリンなどの感覚運動あそび ・日光浴，外気浴 ・戸外散歩など

	氏名	学年	性別	診 断 名	実 態	目 標	内 容
B グ ル ー プ	E	小 3	女	溺水による 脳酸素欠乏 症 痙直性四肢 マヒ 重度のMR てんかん	・日常のほとんどの時間を、ベッド上で過ごす但日中は覚 醒状態にあり、時折全身に緊張が走る。（発作、内部感覚 から来るもの？）・だっこで、表情が和らぐ。・気管カニュレ ・両上下肢は回内し、変形・拘縮している。 ・鼻腔栄養 ・体調の良いときは、穏やかな表情で高音域のグロックン 音や鈴音にたいして、頭部をゆっくり左右に60度ほど動 かして 音を探るような反応が有る。・光覚反応あり。 ・耳元で手拍子すると、瞬き反射あり。	・生活リズムの獲得 ・排痰を促す。 ・触、聴、体位変換などの 関わりを通して、外界から の刺激を快の状態を受容で きるようになる。 ・緊張を和らげ、拘縮・変 形の予防をする。	・側臥位でのローリング、パ ッテイング、マッサージ等 ・だっこによる抗重力や揺れ 刺激の受容 ・腹臥位レッ スン ・上田法による弛緩訓練 ・バルーン（空気圧30～70%） ・感覚遊び ・室内浴、外気浴、日光浴
	F	小 4	男	痙直性四肢 マヒ 重度のMR てんかん 左股関節脱 臼	・昨年度1学期半ばより重篤な状態が続き、全身に拘縮・ 変形が進んだ。3学期に入り、体調は安定し筋緊張を伴う 発熱もへってきた。 ・聴覚残存がみとめられ、体調の良いときは音刺激に対し て ゆっくり眼球や頭を動かしてそれを探る。 ・不快のときは泣くが、側にいってさすったり声かけする ことで落ち着く。自力排痰ができる。・胃チューブ栄養 ・臭、味覚への反応あり。笑顔は未だみられない。	・生活リズムの獲得 ・排痰を促す。 ・触、聴、体位変換などの 関わりを通して、外界から の刺激を快の状態を受容で きるようになる。 ・緊張を和らげ、拘縮・変 形の予防をする。	・側臥位でのローリング、パ ッテイング、マッサージ等 ・だっこによる抗重力や揺れ 刺激の受容 ・腹臥位レッ スン ・上田法による弛緩訓練 ・バルーン（空気圧30～70%） ・感覚遊び ・室内浴、外気浴、日光浴
	G	小 4	女	脳酸素欠乏 症 痙直性四肢 マヒ 重度のMR 左股関節亜 脱臼	・体調は、比較的安定しており昨年度は、保護者と共に学 校行事等に参加できた。・気管カニュレ、鼻腔栄養 ・支持座位をとると排痰を促すことができる。 ・モロー反射の残存。・両上下肢の伸展、笑みを伴う発作 ・肩、肘、手部、股関節等の拘縮・変形が顕著である。 ・にぎやかな音楽に表情が和らぐことがある。 ・バルーン、だっこ、 ・体の揺さぶりに笑顔のでることがある ・不快な時は、しかめつら、泣きなどで表現できる。	・生活リズムの獲得 ・排痰を促す。 ・触、聴、体位変換などの 関わりを通して、外界から の刺激を快の状態を受容で きるようになる。 ・緊張を和らげ、拘縮・変 形の予防をする。	・側臥位でのローリング、パ ッテイング、マッサージ等 ・だっこによる抗重力や揺れ 刺激の受容 ・腹臥位レッ スン ・上田法による弛緩訓練 ・バルーン（空気圧30～70%） ・感覚遊び・支持あぐら座位 のレッスン ・室内浴、外気浴、日光浴

「トマト学級」に期待すること

石川県立七尾養護学校 七尾病院分教室 高名静啓

1. 「トマト学級」の誕生

1991年（平成3年）4月、七尾病院分教室に「トマト学級」が開級しました。タカヒロくん、タツヤくん、タカユキくん、ハルミさんの4名が入級しました。「トマト学級」の名称は、七尾病院分教室の教員がつけました。花の名前は、病棟に使っているし、動物の名前は集会で使っているの、野菜の名前でいこうということで「トマト学級」とつけました。

七尾養護学校の訪問教育は、施設の七尾病院分教室（重症心身障害学級）と、能登病院つつじ学級（現在は0名、病弱学級）と、在宅訪問学級から成り立っています。

「トマト学級」ができて今年で2年目になります。現在、七尾病院分教室には小学部1年生のミカちゃん、4年生のヒデくん、中学部2年生のリョウくん、同じく2年生のジュンちゃんの4人と、トマト学級2年生の4人、合計8人の児童生徒がいます。8人の児童生徒に3人の担任がそれぞれに関わっています。

「トマト学級」ができたからといって何も特別なことをしているわけではありません。今まで通りに関わるができること、それが唯一言える事なのです。七尾病院ひまわり病棟には現在41名の患者が入院しています。現在、分教室には8名在席していて、分教室の卒業生は15名います。同じ病棟にいても卒業生と関わる時間はほとんどありません。そういう意味からすれば、今まで通りに関わるができることは、やはり大変有意義なことだと思います。

普段の教育活動の延長上に七尾病院分教室の「トマト学級」があるのだと思います。七尾病院分教室という場所で何を子どもたちと一緒にしてきたのか、また何を目指してやってきたのかが大事なことなのです。

2. 分教室の保護者の願いと石川県の親の会

私は、今から8年前の1985年（昭和60年）にこの七尾病院分教室に赴任してきました。その年のNくんの卒業式で、ひまわり病棟の親の会の代表のSさんが「この子らには卒業ということはありません。」と言われた事を今でも覚えています。そのことと同時に、何故本校の生徒には高等部があって、七尾病院分教室の生徒には高等部がないのか、ものすごく疑問に思いました。

1989年（平成元年）の卒業文集にAさんのお母さんが「卒業なんてまだまだとのんきに構えていた

のですが、今、卒業をまのあたりにすると、もう養護学校と縁が切れる事実と直面し、とても寂しい感じがします。何の能力もない子ですが、せめて他の子どもなみに高校までやらせたいと思うのは、親のぜいたくな願いでしょうか。“世論では高校の義務教育化、90数パーセントの進学率と言われて久しいのですが…。ボーッとしていないで、積極的に運動すればよかったな。”などと愚痴っぽい考えが浮かんできます。ともあれ、中学卒業という大きな節目を無事迎えることができました。」と、書いていました。Aさんだけでなく、いつの卒業文集にも学校と縁が切れる寂しさや不安が書かれてありました。

ちょうどこの文集が出たのと時を同じくして、3月に石川県立医王養護学校より「高等部の問題についてのアンケート調査」が石川県内の訪問教育を受けている保護者に対してありました。アンケート調査には、保護者の大多数が高等部を希望していました。

そのアンケート集約をうけて「石川県重症心身障害児の高等部をつくる親の会」が結成されました。その後、親の会が中心となって、県への陳情や署名活動で要望していきました。

石川県の重症心身障害児の親の熱い思いによって、1991年（平成3年）の4月から七尾病院分教室、医王養護分教室、石川病院分教室の三校で3年間の教育延長が実施されました。医王養護分教室は「あすなろ学級」に9名、石川病院分教室には4名、そして七尾病院分教室の「トマト学級」に4名が入級しました。

3. おかあさんの感想

『重症心身障害児の高等部について』

七尾養護学校 山村多恵子

子どもが中3の時に、医王の親の会の方から高等部についての話がありました。時期的に一番、一生懸命に考えるときに話があったので幸運だったと思います。これが小学4・5年生ぐらいの時だったら、気持ちの上でもまだ先の事といって、深く考えることもなかったのでは？と思います。

とにかく、話を聞くだけでもいいから参加してみることに思いました。そのうちに内容も分かってくるようになると、いろんな人達と関わりができ、一緒に話ができるようになりました。そんな中からみんなと一緒に運動しているのだという気持ちが強くなりました。

今年の4月から、七尾養護学校分教室に延長教育“トマト学級”ができました。生徒は4名です。今まで通りに集会に参加したり、行事に参加したりしています。16才～18才、この時期が、子どもたちにとって体や感情の面で一番変化の大きな不安な時期です。

トマト学級になってからの様子ですが、また別な様子が見られるようになりました。食事で嫌な時は、ちょっとすねたり、怒った時のように、口元をとがらせて、口を開けません。介助の人に叱られると、口を開きそうにするのですが、やはり開けないで、もう一度叱られるのです。そうしたら、今度は、フ・フ・フと笑うそうです。その後、口を開けて食事をします。たまに、そんなことをすると聞かされました。何か、からかわれているような時があるみたいです。その話を聞いた時、“ボクがこんなことをしたら、どうするかな”と人の反応を見てみたいと思いました。

そこまで分かるはずがないと思う一方で、もしかしたら、そういう感情を持てるようになったのかなと思ったりもしました。

今までは、障害を持っている子どもに、“そんなに分かるはずがない”という思いで接していた部分が多かったと思います。でも、そうじゃなくて、言葉は言えないけれど、他の手段で信号を送ってくれています。ただ親のほうになかなかそれを見つけられなくて、そのまま、親の思いだけで、通過ぎていくようです。そんな事を考えると、よく泣いていたのも、嬉しいだけじゃなくて、別に伝えたいことがあったのでは？と思えてきます。

私などは、いつも自分の目先の事しか見えなくて、いろんな角度から子どもを見てやるという事がなかなか出来ません。子どものいろんな可能性を考え、教えてくださったのは学校の先生方でした。本当に教育というのは子どもにとっても、親にとってもとても大切なことなんだという思いがします。そして、それを一番必要としているのは、在宅の子どもたちだと思います。

私の子供は、施設に入所しているので、人とのふれあい、かかわりという点では大変恵まれています。でも、在宅の親子さんは、心の一番不安定な時期に先生や学校との交流がなくなってしまうと、家の人達だけのふれあいになり、とじこもりがちになるのでは？ないでしょうか。

私達も教育という意味をよく考えて、一年でも二年でも多く訪問教育が受けれるようにしていきたいと思います。そのためには、親も子と一緒に勉強して歩んでいきたいと思います。

4. 七尾病院分教室の歩みと指導の実際

七尾病院ひまわり病棟は1976年（S51）に開設されました。翌1977年度（S52）に実態把握と調査研究を兼ねて学齢対象児に訪問教育のため県教育事務所より1名の指導員が配置されました。1979年度（S54）より養護学校義務制になり12名の児童生徒が入学しました。教員数は4名でした。

1985年（S60）年から分教室でバスハイクが実施されるようになりました。また毎年、和倉温泉で在宅と一緒に親子宿泊を行うようになったのもこの年からです。毎月、保護者に通信「ひまわりっこ」を送るようになりました。以前は学期に1回の通信でした。

翌年の1986年（S61）年から「小さな歩み」（通信簿）を作り、子どもの様子を保護者に知らせるようになりました。

1987年（S62）には療育と合同で集会を行うようになりました。

そして、1991年（H3）「トマト学級」が開級しました。

七尾病院分教室の歩み（A. 分教室の授業形態と行事、B. 療育（病棟）との関わり、C. 普通学校との交流、D. 保護者との交流）を振り返りながら、分教室の方向制（目指してきたこと）の課題についてまとめていきたいと思います。

A. 分教室の授業形態と行事

(1) 学習内容について

分教室の行っている学習内容は大きく分けて、日常生活指導、集会活動、個別指導がある。トマト学級の生徒も学齢児と同じ様に、関わっている。

日常生活指導では、排泄の自立、食事の自立を目指している。毎日の活動を通じて児童生徒とのコミュニケーションを深めている。また、そのことは、移動を促し、歩行訓練にもつながっている。

集会活動は、学校独自で行う集会と、療育と合同で行う集会がある。学校独自で行う集会は、学齢児4人で行っている「にこにこ集会」と、トマト学級4人で行っている「トマト集会」（トマト学級ができる前は「いきいき集会」という名称で現在の4人で集会をしていた）がある。集会では、集団を意識して、対人関係を重視している。楽しい雰囲気を味合わせることによって、笑顔の表出を心掛けている。

個別指導は、各担任が一对一对応で行っている。一对一对応で自発的行動を促して、意欲を育てる活動や、コミュニケーションを深める活動を行っている。

<今年度の分教室の日課表>

	月	火	水	木	金	土
午前	個別	(入浴) 教材研究	ラッコ 集会	にこにこ 集会	(入浴) 教材研究	トマト 集会
午後	麒麟 集会	個別	教材研究	個別	個別	

(2) バスハイクについて

1985年度（S60）から実施している「バスハイク」は、スクールバスを使って9:30～11:20に行っている。1回の参加は介助者（教員3名、看護婦1名）の数により、児童・生徒は4名しか参加できない。このように院外に出ること、外気を吸うことは子どもたちにとって、新鮮な喜びとして情緒を育て、生活体験を広げることになる。小さいながらも集団で行動している中で、他児の様子を見たり、声掛けをしたりするなど仲間と楽しむ経験で、子どもの表情が生き生きしている。朝の着替えのときから、笑顔になる子が多く、スクールバスやタクシーに乗ると声を出して喜ぶ子が多い。児童会館では、トランポリン（競技用）で遊んだり、大きな画面でビデオ（日本昔話や、アンパンマン）を見て楽しむ。塩津海岸では、海に足をつける。ジャスコでは、ゲームコーナーで、乗り物に乗ったり、たこ焼きを食べている。昨年度の「希望の丘公園」や今年度の「食祭市場」などと新しい行き先を増やしてきた。

<分教室の過去８年間の郊外行事実施状況>

	4 月	5 月	6 月	7 月	9 月	1 0 月	1 1 月	1 2 月
1985	小丸山公園	千里浜海岸	七尾養	児童館	表現発表	お母さんていいな		
1986	児童会館	城山グラント	塩津海岸	七夕会見学	児童館	すみれ祭	すみれ祭発表	お楽しみ会 本校：小学部 リハーサル すずめがサバ ドートレスカ ルカ
1987	小丸山公園	児童館	塩津海岸	七夕発表会	城山グラント	すみれ祭発表	児童会館お楽しみ会	のんびりのびのび こんな子いるかな メーさんの羊
1988	小丸山公園	児童館 運動会参加 (徒競走)	七夕発表会 流れ星 塩津海岸	小丸山公園	すみれ祭発表	ジャスコ リボン体操	お楽しみ会 赤鼻のトナリ	
1989	小山公園	運動会参加 (徒競走)	児童会館	散歩会	能登島大橋	ジャスコ	すみれ祭発表	お楽しみ会 くるくる回れ
1990	小山公園	運動会 見学	塩津海岸	七夕発表会	能登島大橋	すみれ祭発表	ジャスコ	お楽しみ会 かごめかごめ
1991	児童会館	小丸山公園	児童会館	夏まつり発表	児童会館	希望の丘公園	ジャスコ	お楽しみ会 幸せなら手をたたこう は中止 さるとかに
1992	小山公園	運動会参加 (徒競走)	学習発表会	食祭市場	能登島大橋	すみれ祭発表	ジャスコ	お楽しみ会 本校：中学部

(3) 本校との交流について

七尾病院分教室は本校と遠距離（約7km）にある。遠距離にあるのに加えて、心身の障害の違いや学習する活動内容が違うので、お互いに深く関わる機会が少ないのである。

1回の交流には、児童生徒4名と介助者4名が参加している。交流では、発表会での本校児童生徒の発表見学や、分教室の児童生徒の学校発表（遊戯・演奏）を行っている。子どもたちは病棟では味

わえない活発な本校の子どもたちの様子や舞台発表に喜びの声や驚きの表情を表している。

本校との交流には、①運動会、②小学部の学習発表会、③中学部生徒の病棟訪問による交流、④すみれ祭、⑤中学部の年忘れお楽しみ会がある。

本校の運動会には1988年度（S63）から参加している。今年度は徒競走に介助で歩ける子が2名とバギー車での競争（介助者が競争）に2名が参加した。小学部の低学年の徒競走の後に在宅の児童（1名）と一緒に参加した。

今年度は小学部の学習発表会で「ゴロリンすいか」の手遊びと「ペロペロおばけ」のハンカチ遊びを舞台から呼び掛けて、小学部の生徒全員と行った。舞台の下からも喜ぶ声が聞こえ、舞台と客席が一体となった。

今年度からは、7月に本校中学部2年生の生徒15名がひまわり病棟に訪れて、交流を深めた。出掛けて行くことから来てもらうことに交流の方法を変えることにより、分教室以外のひまわり病棟の患者（卒業生を含む）さんにも交流に加わってもらえるように取り組んだ。小学部の学習発表会で好評だった「ゴロリンすいか」の手遊びと「ペロペロおばけ」のハンカチ遊びを行ったが、本校中学部の生徒にとっては初めて来る場所のせいか、堅くなっていた。回数を重ねていけば、慣れて、交流の内容も深まるのではないかと考えている。

1988年度（S63）の「すみれ祭」（学校祭）は保護者の参加により、バザー、展示物見学まで時間を延長して参加できた。1990年度（H2）のすみれ祭では、保護者の協力で1日を通して参加できるようになった。親子でのすみれ祭参加が定着したと確信する。昨年度はすみれ祭がなく、夏祭りが行われた。夏祭りに参加している様子から、子どもたちが1日参加できる体力を身につけていったことを感じる事ができた。今年度は、分教室の全員参加を目標にし、午後からの参加とした。保護者が来れない生徒も昼食後なので全員参加することができた。舞台から呼び掛けて「手遊びシンデレラ」を本校の生徒全員と行った。

昨年の中学部の年忘れお楽しみ会では、病棟のクリスマス会で行った「さるとかに」を中学部の生徒と一緒にやって行った。今までは、舞台上で楽器演奏を行っていたが、観てもらうのではなく、一緒に楽しむという交流に変わってきた。今年度は「手遊びシンデレラ」を行う。

まず、学校行事に参加し、見学することから始めた交流であるが、舞台上での発表や運動会で一緒に徒競走に出るようになった。今では、舞台から呼びかけて、一緒に行くことで、本校の生徒も楽しみ、分教室の生徒もよりいっそう楽しめるようになった。交流の方法も分教室の生徒が本校に行くだけでなく、病院へ生徒がやってくるようになり、交流をより深めるための取組がなされるようになってきた。

B. 療育（病棟）との関わり

（1）療育集会について

1986年度（S61）まで、病棟の療育に当たる職員（児童指導員1名、保母2名）によって第1プレールームで行われていたのである。1987年度（S62）より教員3名も加わり、学校・療育合同で集会

を実施している。場所は第2プレールームに移して行っている。

療育集会はひまわり病棟の入所者を4つのグループに分け、参加している者の能力に適した内容を盛り込み、週1回の集団学習として行われている。また、教員は自分の受け持つ学齢児の所属するグループの療育集会に参加している。療育集会では、児童指導員・保母がリーダーを務めているが、ラッコ集会は、教員がリーダーを務めている。

ラッコ集会は、集団の楽しい雰囲気を味わいながら、発声や快の表情を表すことをねらいとしている。また、1988年度からは自発的活動を促すために、特に手の動きを課題にした内容を行ってきた。手の動きだけではなく、手に伝わる感覚からの表情や追視の状態も観察して子どもたちの変化を見ていくことにしている。内容は学期ごとに変えている。一対一対応を行うために学齢児の6人は、3人が交替で参加している。

今年度の1学期からは、5年間続けてきた内容を一新して、「3びきのこぶた」の劇遊びを行った。劇遊びの中に課題を設定して、物語のストーリーを楽しんでいる。2学期は、「手遊びシンデレラ」の劇遊びを行った。

<「手遊びシンデレラ」の劇遊び>

場面1. お掃除；「シンデレラ」の絵本を読んだ後、「お掃除の歌」を歌いながら、はたき箒、雑巾（タオル）を使って身体をさする。

場面2. 変身；魔法使いの人形をゴム紐で吊って、目の前に揺らす。「ビィビデバビデブー」の掛け声で、音の出るステッキを振る。子供達に一人ずつお面を被せたり、ペーパードレスを着せる。

場面3. 舞踏会；音楽を鳴らし、独楽を回す。

場面4. 時計；トライアングルをゆっくり鳴らして、手を時計の針に見立て、12時にした後階段を掛け降りるように体に指を這わせ、最後にくすぐる。

場面5. 靴探し；音楽を鳴らし、靴を順番に送り、音楽を止め、シンデレラを決める。

キリンの集会は、歩行移動の強化を主なねらいにしている。今年度のキリンの集会内容は、名前呼び・音楽に合わせて歩行・階段昇降・汽車ぼつぽ・大玉転がし・手遊び（卵の歌）で行っている。

（2）病棟行事の参加について

ひまわり病棟の行事は、療育が計画して行っている。毎月、誕生会と行事がある。大きな行事には、①夏祭り、②運動会、③文化祭、④クリスマス会がある。

今年度からは、海水浴が中止になったために病棟で夏祭りを行った。でか山、奉灯、お御輿、和太鼓で祭りを楽しみ、流しソウメンを味わった。午後はプールで遊んだ後、盆踊りを行った。夜は、花火大会をして一日家族と過ごした。

運動会は分教室と病院が共催して行っている。運動会の実行委員会に分教室から加わり、計画や諸準備に最初から関わっている。親の介助で行っていたサーキットを日頃の訓練に携わっている職員の介助へと変更した。そのねらいは単に勝敗を競うのではなく、日頃の子どもたちの様子や頑張る意欲を見てもらうことである。分教室からは遊戯とゲームの２種目を行っている。また、当日は本校職員もボランティアとして参加し、競技の出場や準備などに協力してもらっている。

1989年度（H1）の病棟文化祭からは、前年度までの学習発表会の内容から一変して、露店やゲームを楽しむ内容になり、ゲームの企画や制作にも協力する。

毎年、クリスマス会では、学齢児の学習発表を行っている。昨年度は「さる・かに」の劇遊びを披露した。子どもたちが劇遊びに参加して、楽しめる内容を行っている。今年度は「手遊びシンデレラ」を行う。

<病棟行事で行った種目名および劇名>

	ひまわり病棟運動会（学齢児の種目名）		クリスマス会
1985	お母さんていいな	それゆけパーマン	七ひきのこやぎ
1986	すずめがサンバ	チョンマゲマーチ	赤ちゃんをさがして
1987	こんなこいるかな	お弁当大好き	大きなかぶ
1988	リボン体操	それゆけパーマン	おむすびころりん
1989	くるくる回れ	電話リンリン	桃太郎
1990	元気なピエロちゃん	ドンドンいけいけウルトラマン	三びきのこぶた
1991	お祭りマンボ	陣とりゲーム	さるとかに
1992	親子でしし舞い	ジャンケンゲーム	シンデレラ

（３）音楽療法について

1990年（H2）から療育側中心で月～金曜日（13:25～45）の間、第1プレールームで行っている。療育、学校、看護婦が児童生徒および患者さんを２人を受け持ちいっしょに音楽療法を行っている。

内容は「せんせいとお友達」、「お船の歌」、「お手手ブラブラ」、「背中をトントン」、「むすんでひらいて」、「おそうじの歌」、「カバの歌（顎の運動）」、「カバの歌（舌の運動）」、「カラスの歌」、「にわたりの歌」、「うしの歌」、「パの歌」、「お口の体操（サシスセソ）」、「おすべり台の歌」、「今月の歌」の順で行っている。

毎日行うことによって、マザーリング効果があり、各部署が協力しあうことによって同一目的のもとに子どもに接することができる。子どもたちの音楽療法による成長があり、何よりも楽しい時間をみんなで過ごすことができる。

1990年（H2）の「すみれ祭」で音楽療法を発表したが、本校の体育館の児童生徒および観客もい

っしょにできて大変良かった。

C. 普通学校との交流

昨年度の2月24日（月）東部中学校生徒6人が2人の教員と一緒に来院し、ひまわり病棟の子どもたちと交流会を行った。初めての普通学校との交流で、シーツブランコや手遊び、ゲームなどを一緒に行き、大変有意義であった。東部中学校の生徒たちは最初緊張していたが、時間が経つに連れて緊張がほぐれてきた。明るく振る舞う姿に接して、七尾病院の子どもたちも喜んでいて、感想には、また病院へ来たいという声が多かった。

今年度は、学校の交流として位置付け、8月と1月の2回実施することになった。より理解を深め、楽しい交流を実施する。8月の交流会には、「ベロベロおばけ」の手遊びやハンカチ遊びを行った。

D. 保護者との交流

分教室の教育には家族との連携が重要になってくる。

親子宿泊研修会は、1985年度（S60）から七尾病院分教室と在宅訪問学級が合同で毎年実施している。児童生徒の日常生活の様子や家庭療育の情報などを保護者と交換しながら、より良い訪問教育の在り方を考えていくよい機会である。

その他、家庭との連絡には、学期ごとの子どもの様子を伝える「小さな歩み」（通知簿、1986年度（S61）より実施）、月1回の分教室通信「ひまわりっこ」があるが、一方的な報告となりがちなので、「小さな歩み」を直接渡すことによって、保護者との意見交換の場を設けている。また、新たに保護者欄を設けたところ、貴重な意見を書いてもらうこともでき、相互理解を深めている。

5. まとめ

人間は集団の中で成長していきます。個別学習の一对一の対応、分教室での小さな集団、療育集会というもっと大きな集団での学習を行ってきました。それに加え、本校へ出掛けていっての交流、そして今年からは本校の生徒が病院へ来ての交流、東部中学校との交流と、集団の中へ出る機会を増やしてきました。

また、分教室の集会に在宅の児童が参加して、集団の輪を広げています。すみれ祭の舞台発表、運動会の徒競走、ひまわり病棟の行事（運動会や文化祭）に在宅の児童と一緒に参加しています。親子宿泊は、分教室と在宅とで一緒に行ってきました。

これらの交流は分教室の児童生徒にとって同年代の子どもたちに出会える機会なのです。そして、「ベロベロおばけ」や「ゴロリンすいか」などのおはなし遊びや、「さるとかに」や「手遊びシンデラ」などの劇遊び（一場面ごとに手遊びをいれ、ストーリーや言葉遊びを楽しむ）を一緒に楽しみました。分教室の子どもたちは、自ら手遊びを楽しみ、本校の生徒達や東部中学校の生徒達の元気さ、

明るさ、喜びを全て身体いっぱいを受け止めています。

今年度、本校中学部の生徒達が七尾病院にやってきたとき、初めての場所に戸惑っている生徒がいました。分教室の生徒が校外行事に参加しているときに、戸惑いや困惑を繰り返してきたことを今更ながらに思いました。いつになったら慣れるのだろうと思ったこともありました。生活体験の少ない子どもたちが8年の間に、沢山の行事に参加してずいぶん成長しました。2時間の交流で疲れていた七尾病院の子たちが1日参加しても平気になりました。バスやタクシーに乗ると声を出して喜んでいく子もいます。バスハイクに参加して怯えていた子にも笑顔が見られるようになりました。ジャスコで乗り物に乗ったとき困惑する顔を見ながら、生活体験の少ないことを残念に思ったこともありました。そして、これらの活動は、「トマト学級」ができたことによって継続して参加できます。

「トマト学級」に入級できたタカヒロくん、タカユキくん、タツヤくん、ハルミさんにとっては、数多くの体験や学習が3年間続けられて、恵まれています。そして、この「トマト学級」は、保護者の願いによってできたのであります。学校教育の必要性を保護者が、子どもたちの成長を通して感じていたからこそ、高等部の運動が起こったのだと思います。訪問教育を受けている全ての生徒が後期中等教育が保証されるよう、1日もはやく訪問教育に高等部が制度化できるように願って止みません。

重症心身障害児の在宅ケアを 推進する上での家族のニーズ

神奈川県立こども医療センター神経内科医師 三宅捷太

難病や重い障害をもつ子供が家庭で生活する意義は極めて大きいことはいうまでもありません。患児の健康増進と発達促進のみでなく、家族にも望ましい効果を与えます。しかし、ただ在宅にすればよいのではなく、多くの支援システムがなくてはなりません。現況をスライドに纏めてみました。神奈川県では重心施設の定員が極めて少ないため、現在でも種々の対応がされています。しかし十分とはいえません。横浜の難病児の在宅療育を考える会は家庭医・専門医・養護学校教師・保健所保健婦・療育センター職員・家族・ボランティアで構成する個人的な勉強会です。そこでの検討で家族の真の希望をする目的でアンケート調査をしました。

対象は横浜市立の療育施設6ヶ所と最重度肢体不自由児養護学校4校に通所・通学中の重症心身障害児約200名です。102例の回答があり、男性67例、女性32例、年齢は平均8歳8ヶ月でした。これは横浜市内の18歳以下の在宅児の約40%に相当します。同胞の数は平均2.1人で一般の1.9人より多く、一般より兄弟が多い結果となっていました。

対象の障害程度は両群共運動障害・知能障害が高度で痙攣も高率で、ほぼ全例が大島の重症度分類1～4に該当していました。また基礎疾患は周生期異常40例を中心に先天異常や感染症が多く、多岐にわたっていました。

調査は郵送のアンケートで、内容は患児の健康状態、家族の生活状況、医療・教育・福祉との関わり、家族の意見を含んでいました。

在宅ケアに移行した退院時の状況は家庭で見たいと思った親が29例で、その心境に至る前に退院を勧められた例が35例と若干多くなっていました。そして多数例が療育への不安、医療から離れる不安を感じていました。

そして現在、在宅ケアに71例が何等かの面で満足し、同時に30例が不満足を示していました。満足の理由として家族と一緒に生活ができ、他の子供と同様に教育や保育を受けられことに喜びをあげていました。病状の改善も大きな要因となっていました。また障害が重度な例、特に医療ケアを必要とする例に在宅ケアの満足度が高くなっていました。不満足の理由として介護の負担と通院の大変さを訴えていました。

健康面の悩みとして便秘・痙攣・喘鳴をあげ、特に42例が便秘薬を用いてました。そして不眠、肥満、変形などが続いてました。そして家庭で行っている医療ケアとして吸引20例、経管栄養18例が多く、導尿・下咽頭挿管、気管カニューレ・胃瘻と続いていました。そして家族は吸引・経管栄養・下

咽頭挿管と導尿に不安を感じていました。しかし今回の調査ではIVH、人工呼吸器と酸素吸入はいませんでした。そのため便秘・呼吸・睡眠・食事など生活のリズムを守る指導を徹底し、吸引と経管栄養を安心して行えるよう医師から家族・教師・保母とうへの具体的な指導とその徹底が望まれます。

医師との連携では58例が専門医を受診し、31例が家庭医をも受診していました。そして多くが固定した専門医の定期的な診療を受け、専門医との連携が強く家庭医との好ましい関係が維持し憎い状況と推測されました。さらに主持医がなく医療と連携の乏しい例がかなり存在すると推測されました。

主治医への希望に、入院には家族の希望も取り入れてとの意見が多く、さらにinformed consent、治療法の研究と続いていました。少数意見には別の医師に相談でき、気軽に転院できるシステムがありました。そして無回答は25例のみでした。医師が医学的な問題のみを見て、本人・家族の抱える問題に目を向けていないのではと思われ注意が必要です。

病院への希望に、主に入院に関して面会時の兄弟の保育の場を、入院中の子供に保育や教育の確保を、親の宿泊施設を始め、母子入院への配慮、差額ベッド料の免除が続いていました。そして14例が医療相談の充実を希望していました。

そして医療制度への要望に、おむつ・消毒薬などの間接医療費の補助を49例よりだされ、ホームヘルパー、訪問リハビリ、教育と医療との連携や訪問看護も多くよせられました。また自由記載欄に短期一時緊急入所をより簡便にできるよう30例が要望していました。

保育・訓練施設や学校に約半数が毎日通い、訪問教育は3例のみでした。また周囲との接触の全くない例は皆無と推測されます。

教育への希望は多く、リハビリ、高等部の設置や卒後の進路指導を強く求めています。さらに健常児との交流も多くあげられました。

まとめとして慢性疾患特に重症心身障害児の在宅ケアを推進するために以下の点を検討すべきと考えます。まず診療所医を始めとする地域医療の確保と、専門医との連携が必要です。また訪問看護への期待が大きいのですが、保健婦に医療ケアをする制度的裏付がなかったりで改善が望まれます。そして患者と医療人の信頼関係などソフト面の樹立を基礎にして、実施可能な項目から積極的に改善し、より在宅ケアが子供も家族からも真に喜ばれるよう努力したいと考えます。

そして厚生省も将来の母子医療を模索して、スライドの様に同様な内容の答申を出しております。

添付資料 1

重症心身障害児の在宅ケアを 推進する上での家族のニーズ

ー横浜市内の100人の親の意識調査からー

(「小児保健学会」報告資料集からの転載)

神奈川県立こども医療センター神経内科1

横浜の難病児の在宅療育を考える会2

三宅捷太1,2 塙弘道2 平野俊徳2 小林信秋2 内藤洋美2 井上弓子2 越智洋子2

〔はじめに〕 難病や重い障害をもつ子が家庭で生活する意義は極めて大きい。健康増進や発達促進に有益のみでなく、家族にも望ましい効果を与える。しかしただ在宅にすればよいのではなく、在宅ケアを可能にする多くのバックアップシステムがなくてはならない。在宅ケアを机上の空論にしないために、家族がなにに満足し、なにを希望しているかを把握するために調査を行った。

〔対象と方法〕 横浜市に在住し横浜市立の療育施設6ヶ所と最重度肢体不自由児養護学校4校に通所・通学中の重症心身障害児を対象とした。多答選択一部記述式のアンケート用紙を施設より対象者に配布し、無記名式を原則とし郵送による回収を行った。約50%の回収率で100例の回答を分析した。大島の重症度分類で1～4に全員に該当し、男性62例、女性28例で、年齢は2歳より16歳まで（平均8歳8ヶ月）となった。

調査内容は患児の健康状態、家族の生活状況、医療・教育・福祉との関わり、家族の在宅ケアにたいする意見に分れている。今回は医療との関わりと希望を中心に検討したので結果を報告する。

〔結果と考察〕

1) 基礎疾患と医療の場

対象の基礎疾患は周生期の異常によるもの36例を中心に髄膜炎・脳炎・脳症後遺症13例、水頭症・二分脊椎7例、脳血管障害7例と続き、その他癌治療後の白質脳症、事故・溺水の後遺症、SSEP、ミトコンドリア脳筋症、福山型筋ジストロフィー症などであった。

基礎疾患の診療を記載なしの25例を除く80例が専門医の定期的な診察を受けていた。家庭医が基礎疾患をも診療している1例を含め専門医をもたない例は4例であった。そして27例は家庭医をもち風邪など一般的な疾患の診療を依頼していた。

多くが専門医をもち強く連携していて、家庭医との好ましい関係が維持されにくい状況となっていた。

また重度の障害があっても医療との結びつきの薄い症例が少なくないものと推測された。

2) 家庭で行っている医療ケア

吸引17例、経管栄養17例、導尿2例、下咽頭挿管2例、気管カニューレ1例、胃瘻1例であった。IVH、人工呼吸器と酸素吸入は1例もいなかった。また家族がその行為に不安を感じている例は吸引3例、導尿と経管栄養の各1例のみであった。

家庭が行う医療ケアとしては吸引と経管栄養が多く、より安心して行うために医師からの家族・教員・保母とうへの具体的な指導の徹底が望まれる。

3) 主治医への要望

主治医にたいして緊急入院への対応を柔軟にし家族の要望も取り入れてほしいとの意見が38例と最も多く、病気や治療・検査などの説明を詳しく33例、治療法を研究して20例が続いていた。意見としては少ないものの別の医師に相談できるシステムを作って7例、気軽に転院できるよう配慮を6例に達していた。そして25例を除きなんらかの意見を出していた。

入院による悪化や病棟の状況とわからなるべく入院を避けたいとする主治医の考えとの相違が明瞭に表われていた。短期入所や一時保護への要望が十分に満たされていない現在、考慮すべきことである。

う。より一層の相互の信頼関係の樹立に努める必要がある。

4) 病院への要望（入院時）

面会時に乳幼児を預ける場が欲しい19例、病棟内に保育や教育を手軽に受けられる場を作って欲しい16例、入院中に親が宿泊できる施設を作って欲しい12例、母子入院を進めて欲しい8例、差額ベッド料を免除してほしい7例と続いていた。そして相談窓口の充実を13例が希望していた。その他付添制、駐車場、待ち時間などにも意見があった。しかし意見なしが44例と多く、より切実な希望があるはずであったが、設問法の問題と思われた。

5) 教育・福祉への要望

間接医療費（おむつ、在宅で必要な医療用品、自宅の改造）の補助を求める意見が最も多く47例よりだされた。ホームヘルパー、授業にリハビリをもっと、訪問リハビリ、教育と医療との風邪通しをや訪問看護への期待も各々36例、37例、28例、18例、14例と多くからよせられていた。そして意見なしは18例のみであった。

相互の接点となるような要望も多く認められた。

〔まとめ〕 在宅ケアに78例が家族一緒に生活ができ子供の発達・成長により効果があったなどならぬ面で満足し、同時に34例が不満足を示していた。医療人として在宅ケアがより喜ばれるよう努力したい。

添付資料 2

より良い療育生活のために — 生活のリズムを保つ —

（平成3年11月18日 S S P E 青空の会平成4年度総会の三宅捷太氏講演抄録より転載）

はじめに

今日お話しさせていただくテーマは、「重い障害を持つお子さんに基本的にやっていただきたいこと」とさせていただきます。そして私どもの病院で使っている「療育の手引き」を使ってご説明させていただきます。この小冊子の表紙に体温測定の仕方、下痢と発熱への対処法、便秘にご注意、入浴の仕方、経管栄養の仕方、チューブの入れ方、鼻腔吸引の仕方、加湿の仕方、薬の飲ませ方、けいれん発作に対する応急処置、外来のかかり方という11項目が書いてありますが、この他に、睡眠に関して、水分補給に関して、下咽頭挿管（かいんとうそうかん）の入れ方、骨折の予防についての追加が必要で、改訂作業中です。

この「療育の手引き」をお暇なときに読んでいただきたいのです。この内容はお子さんの状態によって、不必要なところもあるでしょうし、足りないところもあるかと思いますが、是非ご利用ください。

今日私がお話ししたい大切な基本事項は、『子供の健康を維持するためには、生活のリズムを保つ

こと』なのです。

図1 S S P Eを要因として発生する障害

『生活のリズム』とは

生活するのに、起きる時間、寝る時間、排泄の時間、それから食事の時間は毎日同じで、だいたい決まっています。そして食べる量も自分で自然にコントロールしています。

ですから、障害を持つ子供にも同じようにしてあげてほしいのです。眠る時間、眠る時間が大切であって、起きる時間はそれほど大切ではありません。眠れば自然に目覚めるのです。それから排泄をする、排泄をしなければ食べられません。毎日便秘なのに食べさせよう、食べさせようとしてもそれは無理なのです。

それと同時に水分を十分にあげることが極めて大切なのです。子供の体に占める水分の量は非常に多く、特に赤ちゃんになると8割くらいは水でできています。

子供が瑞々（みずみず）しいというのは水分が多いからで、障害を持つ子供は自分から水を飲むことができませんから、良い水をいかに上手にあげるかということが非常に大切なことなのです。

今日はその辺りを中心にお話したいと思います。それから呼吸の問題、それから骨折の問題を併せてお話しさせていただきます。

S S P Eが原因でおこるいろいろな障害

図1をみていただきます。中心に書いてあるのがS S P Eですね。それを中心に障害は→の項目を起こしやすいということです。

例えば睡眠の乱れ、体温調節の乱れ、下痢しやすい、便秘しやすい、それからけいれんが起きる、などがあります。また、同じ姿勢でいることによる褥瘡（じょくそう＝床ずれ）の問題があります。筋肉の緊張が亢進するために体に変形がきたり、拘縮があります。

次に呼吸状態が不安定になりやすく、食事の食べさせ方、GER（胃食道逆流現象）と書いてある問題も起こります。

そのために嘔吐がきたり、貧血がきたり、肺炎になったり、喘息のような症状がでたりするわけで、ここらをひとつひとつ解決して、断ち切るようにしなくてははいけません。

のっけからイヤな話をするようですが、こども医療センターが開院以来20年で250人の子供さんが亡くなっていますが、そのうち40%近くが自宅で亡くなっています。

しかも亡くなった時間は夕方、夜、夜中が多いのです。その上、亡くなっている70～80%が、いわゆる大島の分類の1～4といわれる重症心身障害児です。

そういうお子さんの亡くなる原因は呼吸不全、誤嚥（ごえん＝食事が気管から肺に入る）が圧倒的に多いのです。学校や家庭で無理やり食事させていただいて、誤嚥を起こして、誤嚥性肺炎を起こして、夜中状態が急変するということがパターンとして少なくありません。ですから食事のあげ方、その時の姿勢の保持が極めて重要なことだと思います。これらの項目ひとつづつを注意する必要があります。そして、少しでも良い状態で毎日を過ごしていただきたいと思います。

睡眠のリズムを保つために

まず睡眠の乱れですけれども、睡眠というのは疲れて眠るということが大切ですから、そのためには昼間起しておくこと、昼間刺激をすること、それから寝る前にお風呂に入れるなどして循環をよくする、そういうことで寝させることが大切だと言えます。

どうしても寝ないということは、先程言いましたように朝起きれなくなりますから、そのためには薬剤を使うことも良いことだと思います。

私どもがよく使っているものはトリクロリールだとか、ユーロジンとか、エスクレ座薬などをよく使っています。トリクロリールというのは抗ヒスタミン剤の一種です。これは風邪薬を飲むと眠くなります。それと同じ成分ですから安全で好ましいと思います。

正しい体温を保つために

次に体温調節です。SSPEでは脳に障害があるわけですから、体温調節中枢にも多少障害があり、体温が不安定になります。普通の体温は36度、37度台で、それであれば問題はないのです。

朝そして夕方の体温の変化が、1度から1.5度以内ならそれほど心配することはないでしょう。普通は朝低くて、夜は高いものです。この体温調節に必要なことは、当然ですが、部屋の温度と着ているものの量だろうと思います。出入りの激しいドアがあるだけで部屋の温度は変化します。それから子供の皮膚を鍛えることも重要で、なるべく薄着にして、陽の当たるようなところで薄着にするのも大切です。

普段薄着にすることで、初めて厚着をする効果がでるのです。人間の皮膚は神経を鍛えるために一番重要なところですから、皮膚を鍛えるためにも薄着にして、日焼けしたり、皮膚のマッサージなども大切です。

体に必要な水分量

さらに大切なことは水分だと思うのです。水分が足りないとどうしても熱が上がってしまいます。

水分の量を確保することは極めて重要なのです。

さっき言いましたように、体重が10kgから15kg以下のときは体重1kgあたり100ccは必要です。

それから、S S P Eのお子さんは30kg、40kgというお子さんが多いと思いますが、15kg以上の子の場合は、体重1kgあたり50～80ccは必要です。

この数字は食事何もかも含めた水分量です。食事も水分と考えてもらって、水だけと考えるので結構です。是非守っていただきたいと思います。

そのくらいの水分量を確保してほしいと思います。その際に、子供の状況に応じて何も水だけをあげる必要はありません。

下痢のときこそ水分を

特に下痢や嘔吐のとき、むしろ水分を十分にあげなくてはなりません。

一般に下痢をしているから水分をあげないと言われていますが、それはとんでもないことで、下痢や嘔吐をしているからこそ、水分を多めにあげなくてはなりません。

水分というのは水や白湯だけではなく、多少味のついた、薄めのものが最適です。例えば味噌汁やスープ、ポカリスエットなどのスポーツドリンクを1.5～2倍に薄めてあげてください。

皆さんは「トロミアップ」をご存知でしょうか？1袋が200～400ccくらいに使われ、一日に1袋から2袋使うようです。売っている会社はヘルシーフードといい、電話番号は0425(81)2152です。

これはどういうものかということ、水でも麦茶でも、スープでも味噌汁でも、温かいものでも冷たいものでも掻き回しているとドロドロしてきて、粉の量によってプリンのようになったり、ゼリーのようになったり、飲むヨーグルトみたいにドロツとしたものになります。

これは何かということ、片栗粉に似た炭水化物なので、簡単に消化されます。子供に害はなく、かなりの患者さんに使っていただいています。

私たちが水に溶かして食べてみると粉っぽい感じがしますが、お湯に溶かすと粉っぽい感じがなくなります。いずれにしてもかなり手軽に使えるものなのですが、50袋で1000円ですから、そんなに安いものではありません

便秘をさけるために

次に便秘ですが、是非とも便秘は避けてほしいと思います。便秘を避けるにはどんなことが必要でしょうか。重度のお子さんの便秘の原因にはいろいろなことがあります。一番多いのは食物の問題です。

水分が少なく、消化の良い、カスの少ない食事や、悪い排便の習慣などです。

排便というのは、大腸にあるウンチが直腸にボタンと落ちたときに便意をもよおします(図2)。直腸にないときは、どんなに大腸にたくさんあっても便意をもよおさない、人間にはそういう排便反射があります。

で、ウンチがボタンと落ちるのはどのような状態かということ、食事が胃に入ったときなのです。胃と直腸には反射があります。胃に物が入ると排便しやすい、皆さん自分のことを考えてもお分りにな

ると思います。朝食後夕食後など、食事の後に便意が起きるのです。

大腸の役目は単純に水分を吸収しているだけなのですが、大腸にウンチがずーっと入ったまま水分を吸収されつづけるとウンチが固くなってしまいます。

ですから直腸にウンチがボトンと落ちたときに、便がでるようにしてあげればいいんです。当然重度のお子さんでも便意はもよおしているのです。

図2 ウンチのでる仕組み

ウンチのでる仕組み

肛門には2種類の筋肉があります。このうちのひとつが私たちが「ウーン」と踏ん張る筋肉、随意筋です。もう一つは便がでるときに自動的に動く筋肉、不随意筋なのです。

排便反射で、不随意筋は自動的に開いても、重度のおさんは随意筋、つまり踏ん張る筋肉が十分に使えませんか、結局自分で出せずにたまる一方なのです。

たまる一方だと、胃と直腸の反射が鈍くなってくる、しまいにはなくなってしまいます。だから慢性の便秘のときは直腸にウンチがたまっても便意をもよおしてくれない、機能が低下している、ですから上手に便を出してあげる。そのためにはどうしたらよいかというと、便を軟らかくするために水分を補ってあげることです。

口から入る水分の量が少なければ、腸がウンチから水分を吸収して帳尻を合せようとする、だから便が固くなってくるのです。

従って、定期的にウンチを出してあげること、それから、水分が吸収されないように、植物繊維というんですか、食事に繊維性のものを多くしてあげる、そんなことが必要なわけです。

そのために、便秘の治療と予防、食事内容の工夫、繊維性のものを多くあげる。

それから時計と同じ回り方の回転運動のマッサージで、おなかを刺激したり、腰をねじらせる運動が良いと思います。

養護学校に通っているお子さんでは、朝のうちに出不いで、学校で出るのは困るから、夕方出るようにしている親ごさんが多いのです。でも朝が生理的には一番良いと思うのですが、なかなか時間的に難しいのかもしれない。

で、排便訓練、やはり生活習慣ですから、夕方になると必ずトイレに行ってしゃがませる、という

ことから始が怖い子もいるようで、何らかの工夫が必要でしょう。

そういうことをしても、なお出ないときは、やはりお薬を使ってもらいたいと思います。

どうしても便は2日に一回は出てほしい、3日、4日に一回というのは生理的によろしくない。ですから、2日に一回出してもらうためには、1日便がないとき、その夜に「ラキソベロン」という飲み薬を、その子に合せて5～8滴くらい飲ませてもらう、そして翌朝、座薬をいれてもらう。

その「ラキソベロン」というお薬、これを眠る前にあげます。この薬は大腸での水分の吸収を抑えるのです。こうすると便が軟らかい状態になっています。

そして朝、座薬を入れてもらいます。この座薬は肛門の筋肉を刺激して、上手に開かせるという薬です。

この最初の固い便を軟らかくするのは「ラキソベロンだけでは無理で、座薬を合せて初めて効果がでます。

ですから夜に「ラキソベロン」を使って、朝座薬を入れる、これが良いのです。

しかし、先ほど言いましたように、座薬を入れて大体は30分ほどで出るのですが、なかには1時間、2時間になることもあります。

そうすると、学校で出ては迷惑（別に迷惑だと思必要もないと思うのですけれど）だからということで、朝「ラキソベロン」を入れてもらって、夕方座薬を入れるというようにしている親ごさんもいます。いずれにしても同じ時間に、両方の薬を使ってもあまり効果はありません。

大分便秘に時間を割きましたが、大変重要なことだと思います。

食事への配慮

食事はワンパターンにならないように、必ず何種類か入れてほしい。注入しているお子さんの場合でも、「エレンタール」だけじゃなくて、ミルクと混ぜるとかいった工夫をして、スープを入れるとか、味噌汁を加えるとかいった工夫をしてください。

365日「エレンタール」だけ、「ベスビオン」だけ、「クリニミール」だけというのは決して好ましい状態とは言えません。

やはり腸管に対する刺激というのは、いろいろなものが入って初めて腸管の動きが良くなるわけです。この子たちの腸管は健康なのですから、普通の長さがあるのですから、いわゆる腸のない人のためにできた成分栄養剤「エレンタールP」や「ベスビオン」だけをあげていたのでは腸管が返って弱ってしまうのです。

それから微量元素には、例えば亜鉛、鉄、銅、それからビタミンといったものがあります。子供にとってこれらを必要な量だけ補うためにはワンパターンの食事では長い間には足りないものができてしまいます。

そのために皮膚が弱くなってしまう、腸管が弱ってしまうことがあるので、是非とも一日一種類は必ず別の、いろいろなものをあげる、少なくとも一日一種類は違うものをあげるという工夫が必要です。

普通に食事している子でも、朝はこれとこれ、昼はこれとこれ、夜はこれとこれしかあげないとい

うようでは困るのです。やはり時々内容を変えてほしい、これはもう原則的なことで、一般に一日30種類の食品が必要とされています。

そこで、この食事と関係あるのですが、抗てんかん剤の内、デパゲンとかハイセレニン、バレリン、などを飲んでいるお子さんがかなりいるのではないかと思います。そのお薬の場合、アンモニアが高くなることがあります。

そのために良くない症状が極めて稀にあります。嘔吐とか、ひどいときは肝障害、意識障害があります。それらを予防するためにも食事はワンパターンにならないことが大切です。

お医者さんで検査してくれると思いますので、異常があれば薬の量を調節してもらうことも重要だと思います

褥瘡を予防するために

それから褥瘡（じょくそう＝床ずれ）ですけれども、SSPEの場合、体は重いのですが、まったく動きがなくなることは少ないので、それほど重要ではないのかもしれませんが。

褥瘡は、体の重みが体の一部分、それも弱いところに長時間かかってしまうことから起きるものです。

では人間の体の一番弱いところはどこか（図3）というところ、仙骨部と大腿骨の大転子部、膝、足首、肩、けんこう骨のところ、耳などに褥瘡とかかぶれが起きやすいのです。

したがって普段からお風呂に入ったときや、何か親の手があいたときには必ずマッサージしてください。そこらは人間のウィークポイントと思って、普段から、健康な状態のときから鍛えておくことが非常に重要だとも思います。

どうしてもこすれたり、重みが加わったりするところは、タオルや発泡スチロールのビーズ玉で作ったような“円座”（図4）で、その重みを一ヶ所にかからないように分散させて褥瘡を避けてください。

あらかじめ大きめのバンドエイドを貼っておくのも効果があるようです。

図3 褥瘡のできやすい場所

図4 円座

骨折を予防するために

次に骨折ですが、図5を参照して下さい。SSPEのお子さんでは、多くはありませんが時々みられます。

SSPEの患者さんは途中で発病し、生れつきの障害ではないので、骨が基本的には丈夫にできています。障害を持つとどうしても生理的な動きが少なく、関節運動も減ります。そういう状態のときは骨が萎縮して薄くなってきます。

更に食事がワンパターンになっていたり、日光浴の時間が少ない、そして緊張のパターンが片寄ってくると、骨の弱さが憎悪します。これらによって骨への負担に歪みが生じて骨折を起こすことがあります。

図5 重症心身障害児の骨折因子

こんなことにご注意

ちょっとした介助で骨折することがあり、非常に困ります。例えば抱っこして車椅子に寄せようと思ったときに、思わずドーンと下ろしてしまっ、それで背中にヒビが入ってしまった。

それからオムツを換えようというとき、不用意に足の先だけ持って、グッと上げてしまう。このようにときちょっとした振れがかかってしまい骨折となります。

障害児はいつも緊張状態にありますから一番振れに弱く、振れがあると力学的に強い力になって、思わぬ方向へ骨折が起こってしまいます。その結果、多くの場合大腿部を骨折してしまいます。やはり、大腿骨の元の方をできれば一ヶ所ではなくて2ヶ所持ってもらいたいと思います。

ただそんなに人手があるわけではないので、先端を持たないで、なるべく膝から上を持つように介助してほしい、それが基本的なことだと思います。

重度のお子さんの場合には、抗けいれん剤の影響、アレビアチンなどの一部のお薬が骨に悪い影響を与えていることを否定しません。

それから、原因が見当たらない骨折が多くあります。子供は“骨折が起きた”と言ってくれません。『何となくおかしい』、ということが極めて大事なことです。私どもでも重度のお子さんが入院してくると、看護婦さんがよかれと思っていろいろなことをします。

それからOT（作業療法士）、PT（理学療法士）さんがいろいろなことをしますが、その子に馴れていないと院内で骨折することがあります。年に1回や2回は起きております。

病院で起きて、その場合に発見が遅れてしまうことがあります。親から言われて、初めて発見する

こともあります。『いつもと違う』、お母さんはそう言ってきます『何となくへん』とか、『様子が違う』とか、お母さんは、根拠はなくても自分の子供のことには何となく “ピン” とくるものです。それが一番大切なことなのです。『何となく違う』と思ったら、今度みてほしいのは、“何をするとどうなるか” です。足をちょっと動かすとイヤがる。それが非常に重要です。それから普段なら喜ぶのに、何をやっても喜んでくれない。さらに、手足の動きがなくなって、左手は動かすけれど右手が動かない、など、それが非常に重要な要素だと思います。

骨折すると赤く腫れてきます。しかしこれは2～3日経ってからのことなので、その前に発見したいのですが現実には2～3日経って、何となく腫れて赤い、熱い、ということで気付かれることが多いのです。

骨折のおきやすい場所

次にどのような場所に骨折が起きやすいかということです（図6）。

健康な子供では肘とか、前腕、手首などが多いのですが、障害のある子供は大腿骨とか、上腕骨、そういった根元のところが多いのです。

そして、振れの骨折が多い、健常児のようにただボンと若木骨折のように折れているのではなく、振れて骨折していることが多いのです。

いつもはお父さん、お母さんが注意してやっていて、馴れていない人がやるとどうしてもいつもと違う力のかけ方をしてしまいます。これはある程度やむを得ないという、私たちとしてはあってはいけないと思うのだけれど、やむを得ない現象だと思います。

どうしても骨折を起こすと、重度のお子さんですから他の障害を起こしてしまう。例えば体を動かす回数が減って肺炎になってしまうとか、褥瘡がひどくなってしまうとか、変形が強くなるとか、真直ぐに治らず、曲がって治ってしまうとかいうことがあります。

骨折で末しょう神経を傷つけてしまうということもあります。ですから、骨折を起こさないことが大切で、くれぐれも元を持つ、体に近いところを持ってあげることが大切です。そして、食事や睡眠、排泄など、日常生活のリズムを保つことが、やはりとても大切なことなのです。

図6 骨折の起きやすい場所

呼吸と姿勢を保持する

次に呼吸や姿勢の問題ですが、食事に関連していると思います。そして姿勢が悪かったり、筋肉の緊張が強かったりすると、首が後屈して喉の後壁が前にきて、舌の筋肉が緊張して後ろに落ち、それ

から口蓋はんという、のどちんこが上に持ち上がってしまい、呼吸困難を起こしやすくなります（図7）。

ですから子供の場合、なるべく前屈した姿勢で食事をあげることが重要です。

よく寝たまま食事をさせることがありますが、必ずしも好ましくありません。少し半抱きのような感じで食事を食べさせてほしいのです。

普段から変形を予防するためには、うつ伏せとか、側臥位にして寝かせる。そういう“時”が必要です。

変形のひどい場合には、ろっ骨が骨盤の中へ入ってしまうこともあります。そうすると横隔膜とか、内臓の圧迫で、肺の動きが呼吸でもって抑制されてしまいます。

それから、1日何時間かは子供がいやがる姿勢をさせてほしいのです。どうしても子供の緊張には左右差があり、子供の好きな姿勢だけでやっていると、そちらの方へどんどん側弯が進んでいってしまいます（図8）。

S S P Eのお子さんの場合に、強い変形が起こることは多くありませんが、思わぬうちに変形が進みます、一日のうち何時間かはイヤな姿勢をとるということを心掛けていただきたいと思います。

その場合に本当は眠っている最中が重要なのですが、眠てる最中にトラブルが起きるのはイヤですから、眠っている最中にイヤな姿勢にするときは、見ていられる時間にやっていただきたいと思います。見ていられない時間はやはり、子供の好きな姿勢にしてあげてほしいと思います。

それから緊張の面でも舌根沈下からくる呼吸の面でもうつ伏せが可能であればうつ伏せをさせてあげてください。

その場合にろっ骨の下の方に、お腹じゃなくてろっ骨の上の方に枕をあてて、頭がおちて胸が少し高い姿勢になるようにしていただきたいと思います。

それから必ず、足の間に何か入れていただきたいと思います。お人形さんのクッションでも良いのです。そういうことで股がある程度開いている状態にしてほしいと思います。

なぜかという、男の子の場合、睾丸が反転して上がってしまうことがあります。そうすると非常に痛がりますし、オムツを取り換えるときとか、骨折の予防のためにも少し開いた姿勢でいることが大切なことなのです。

当然のことながら、運動は姿勢のために良いと思いますし、呼吸を鍛えるためにも良いので、ボールの上に乗せてみたり、いろいろなりハビリテーションを家でできる範囲で、学校と協力してやっていただきたいと思います。

図7 呼吸困難が起きる状態
る)

図8 側弯（そくわん＝体が変形して内臓が偏る）

下咽頭挿管（かいんとうそうかん）

それから、図9は喉を中心に書いた図で、このように舌根沈下の状態がひどいときは、エアーウェイを入れてほしいのです。喉頭蓋（こうとうがい⇒の場所）の上まで入れます（図10）。

これを下咽頭挿管（かいんとうそうかん）と言いますこの処置は、私たちにとっては極めて嬉しい処置なのです。この処置によって、状態が重くなってゼコゼコが強い場合に確実に呼吸を確保できるからなのです。

子供によっては緊張してゼコゼコが強い、呼吸が苦しく、それがいつもではなく、寝ているときとか、起きているときになる場合があります。

そのようなケースでは、その時間帯だけ下咽頭挿管をしても良いのです。夜だけとか、あるいは昼だけやっていたいただいてもかまいません。

いずれにしてもこれをすれば気道が確保でき、呼吸困難になることはありません。肺炎になる頻度も少なくなります。

図9 舌根沈下のひどいとき

図10下咽頭挿管（かいんとうそうかん）

誤嚥（ごえん）

どうしても咽頭部・喉頭部の筋肉の緊張のバランスが悪いと、食事を食べさせても気管の方へ入ってしまうことがあります。

気管は前にあって、食道は後ろにあります。この喉頭蓋（こうとうがい）というのですが、ここが、食事が入るときは気管を塞げて、空気が入るときは食道を塞ぐようになっています。

ところがこの動きが悪かったり、緊張のバランスが崩れると完全に閉じない、ということで食事が肺に入ってしまう、誤嚥性肺炎になります。

また、ときには空気がどんどん胃に入って、お腹ばかり膨らむこともあります。

それから、お腹の緊張が十分でない、腹圧が非常に高い、横隔膜のゆるみがあるといったときに、胃が食道に入りこんでしまう、そうすると胃の中の食事は簡単に上に上がっていってしまいます。

そうすると皆さん知っているように、胃にはもの凄く強い胃酸があり、食道の粘膜がいかれてしまいます。

さらに、私たちがゲップすると胸やけしますね、熱い感じがします。この現象が胃食道逆流現象

(GER)で逆流性食道炎がおこります。

われわれはゲップしても、同時に飲み込んでしまいますが、それが障害児では気管の中に入って、気管の粘膜が非常に乱れ、やはり肺炎になります。それから、よだれの出方が多かったりすると、喉頭蓋の周辺にいつもたまっているわけです。要するに肺の分泌物やよだれを飲み込めなくてたまっ、ゼコゼコするわけです。そのよだれが気管に入ってしまったたり、ゲップしたものが入ってしまったります。そのために気管の粘膜が乱れて、喘息のような炎症を起こします。場合によっては炎症の起きた場所で出血することすらあります。

吸引

これらの対策のひとつとして、上手に飲めないのだからたまりやすいのだとしたら、ゼコゼコを吸引することがあります。口から吸引したり、鼻から吸引したりします。

で、吸引するときは口元でチョロチョロと吸引しても意味がないので、必ず喉の奥まで入れてほしいのです。その場合、ゼコゼコのおおもとはここにあるのですからこの分泌物をとらなくてはなりません。その場合に、恐る恐る吸引チューブを入れないで、この長さを計ってそこまでさっさと入れてください(図11)。

必要な長さを計って(図12)、指でその場所を押えてそこまでさっさと入れてしまうのです。そうするとあまり刺激になりません。

コチョコチョ入れたり引いたりしていると、刺激になって嘔吐になったりして、苦しくなります。奥まで入れたら、チューブを押えている指を放して、スーと引いてくるだけなのです。

まだ残っていそうだなあ、と思ったらもう一度さっさと奥まで入れて、引いてくるだけでいいのです。

そして、引いてくるときに、ある場所でたくさんゼコゼコが引かれるところがあったら、そこで引けるだけ待っている。

しかし10秒も20秒も待つてはいけません。空気も引いているわけですから、あまり長い間引いていると呼吸ができず、苦しくなってしまいます。そのためにかえってゼコゼコが出たりすることもあります。

だから、入れたらスーッと抜くだけ、そのかわり何回もしてあげることだと思います。

図11吸引チューブはここまで入れて！

図12吸引チューブを入れる長さを計る

栄養と水分を確保するための注入

食事が入らないときのもう一つの工夫として、注入をしてほしいのです。ゼコゼコが強かったり、飲み込みが上手でない子供に、無理して食べさせようとすると結局は誤嚥や嘔吐ということになってしまいます。

私たちもそうですが、人間というのは美味しいご馳走を前にすると、短時間でたくさん食べてしまいます。だらだらと食べていると、どんなに美味しいものでも途中でイヤになってしまいます。

この時間はだいたい20分くらいまでのようです。その原因は、食事の糖が胃から急速に吸収されて、血糖値が上がり、脳の中でこの血糖を感知します。

その結果、満腹中枢が働いて、胃の粘膜、だ液の出方が悪くなって、食べる気がなくなってくるのです。

そのような状態にもかかわらず、一生懸命に1時間も2時間もかけて口から入れてあげるということは、子供にとっては残酷なことです。食欲を感じていないのに無理やり入れても、子供にとっては辛いばかりで、少しも楽しいことではないのです。

やはり長くとも、30～40分の間に食事を済ませてほしいのです。それで残った分は注入ということを考えてほしいのです。

1時間、2時間かけて食事をあげるのは実に残酷なことなので、無理に注入する必要はありません。

しかしが、どうしても上手に食べられないときには、“口から食べる”ということにこだわらずに、必要な食量と水分量を確保するために『注入という方法もあるというように、合理的に考えていただきたいと思っています。

ですから、血糖値の上がらないくらいの時間を考えていただいて、そしてダメな分は注入してあげる、それも無理だったら最初から注入でも良いと思います。

楽しい子育てを

特にSSPEの子供の場合には日常の状態に非常にムラがあります。良いときと悪いときと、波があるのが大きな特徴だと思いますので、良いときには一生懸命食べさせてあげるのも良いのですが、悪いときにはあえて挑戦しないで、エネルギーを無駄に使わせないで、注入をしてあげてほしいと思います。

今まで話しましたように、SSPEを中心とするいくつかの問題点をひとつずつ克服していくことが重要です。それがこの子たちが元気で長く、頑張ってもらうためのコツではないかと思います。

最後に、子供を育てるときに、どうしても問題点、悪い点ばかりに目が向いてしまいます。

しかし、そのようなところは誰にでも気付ける点です。どうせ育てるなら良い点、元気な面も見るようにして、楽しく子育てをしてください。

これは本当に親にしかできない点なのです。是非とも親バカになってください。親にとっても子供にとっても一度しかない毎日です。楽しく明るく元気に頑張ってください。

以上、まとまりのないお話しで申し訳ありませんが、これで私のお話しを終わらせていただきます。

上 冢 和 子 氏

「これからの母子医療に関する検討会」最終報告から

厚生省児童家庭局長の私的懇談会「これからの母子医療に関する検討会」は平成2年10月にスタートした。これは、出生率が低下する中で、次代を担う子どもが心身ともに健やかに生まれ育つための環境づくりはきわめて重要な課題であり、特に、母子保健医療対策はその出発点であり基本をなすものである、という認識と、近年の子どもや母性を取り巻く環境の大きな変化に伴って生じてきている新たな問題に対する認識、そして、平成元年12月に策定された「高齢者保健福祉推進10か年戦略」の中で、生涯の健康の基礎となる母子保健医療対策の一層の充実について中・長期的な視野にたって検討を行うよう要請があった、という背景に基づいて設置されたものである。平成3年6月の中間報告を経て、平成4年5月22日、最終報告が提出された。

最終報告の内容は、「妊産婦死亡率の改善のために」「新生児医療の更なる向上のために」「子育てを支援する体制整備のために」「慢性疾患をもつ子どもたちへの対応」という4つの柱からなっている。このうち、とくに中間報告以降の検討でとりあげられたのが、「慢性疾患を持つ子どもたちへの対応」であり、最終報告では次のように述べられている。「長期にわたる入院、療養生活を続ける子どもたちにとって、その生活面を重視し、クオリティオブライフ（ＱＯＬ）を維持・向上させることは、重要な課題である。平成3年に実施した『小児慢性特定疾患対策調査』の結果によれば、慢性疾患を持つ子どもたちの家族の多くは、長期の療養生活に肉体的にも、精神的にも負担を感じており、また、医療はもちろんのこと、教育や在宅の日常生活のさまざまな場面での支援を望んでいることが明かとなっている。これに対し、対策の実情は、医療費の公費負担、一部児童を対象とした養護学校や院内学級の設置のほかは具体的支援体制のないままに推移しており、学習体験を基にした成長過程という重要な時期にある子どもたちへの対応として、既存の心身障害児対策に比してみても、必ずしも十分なものとはなっていない。」そして、在宅ケア対策の確立に向けての4項目が挙げられている。具体的には、在宅ケア対策の推進として、訪問看護婦、ホームヘルパーの派遣、短期入所等のサービスの確保、保健所を中心とする地域支援体制の整備、等が提言されている。また、入院児のＱＯＬの向上のために、病院内における教育の機会の確保するため、学齢期のある子どもを対象とする養護学校の分教室や院内学級の設置、訪問教育を推進するとともに、通常の学級に在籍する子どもや県外から入院する子どもへの対応を弾力的にすること、また、病院内で教育を受けているほか、病棟内へのプレイルームや学習室の整備、心理や児童福祉の専門家の配置、面談室の設置の推進なども提言されている。一方、民間団体の自主的な活動の支援として、緊急連絡カードの発行や、治療を受けるため遠方から来院する場合の宿泊施設の提供、サマーキャンプなどへの援助が提言されている。そして、総合的、体系的な対策の確立に向けては、在宅対策や福祉のサービス等を含めた包括的な地域ケアを提供する総合的、体系的な対策の確立に向けた検討を開始すべきであり、検討に当たっては、心身障害児対策等の関連分野との整合性に留意しつつ、各種対策の法的位置づけや対象者の範囲、医療費

の適正な費用負担のあり方等についても十分な議論を行うこと、治療方法等の調査研究の推進も、重要な課題として位置づけることが必要である、と提言されている。

児童家庭局としては、この提言を受けて、施策の具体化や検討を順次開始することとしている。

プロフィール

1982年広島大学医学部卒業、広島大学脳神経外科入局

1983年1月～1990年8月まで島根県立中央病院脳神経外科勤務

1990年9月厚生省入省、大臣官房統計情報部人口動態統計課課長補佐

1992年4月より 児童家庭局母子衛生課課長補佐

佐藤邦男氏

訪問教育の現状と課題

1. 心身に障害を持つ子どもたち。とりわけ訪問教育を受けている子どもたちは、今自分の持つ力と自分のニーズにあった指導の場で学習しているだろうか。

自閉といわれる子が、みんなの中に入らない。入れようとするとうパニックを起こすとして指導にのらない子とされたり、経口摂食の難しい重度の子の場合、医療行為を要するとして学校内での生活より病院内に措置されてしまうなどがないか。法令や通達があってそれに照らして計画されたり、学校や指導者の都合で子どもの学習の場や指導内容が決められていないか。

子どもがいて学習がある。子どもがいてその子の実態に即した学習の中味が決められ、それを身につけるための指導時間、子ども自身が学ぶ場が保障されなくてはならない。

訪問教育は指導の一形態である。それは固定された訪問学級としてあるのではなく、指導の場として子どものいるところへ教師が出向いて行う指導のことをさすことが望ましい。必要によって訪問で学習できるという発想に立ちたいものである。

子どもの学習がまずある。どこで何を、どのように学習するのかのプランが立てられる。先生は同一課題を持つ者の学習を同一の学習内容で同一フロア（教室）で指導する。個別課題については1対1などの学習が用意される。訪問の子どももその中に組み込まれる。つまりどの子も学籍があり（入学ができる）その子の必要に応じ、どんな学習形態も持つことができる。高等部になってもその必要に応じ訪問も可能になるはずである。単位数といった制約が残る。しかし体力的限界を持つこと、医師との提携の上で学習を進めざるを得ないことから特例としていくしかないのではと思う。

2. 子どもの学習のニーズに合わせて、専門的スタッフをととのえ学習を進めること。

学校や学級が先にあってそれを基準にして先生の定数や学校規模が決められる。心障教育は一斉の学習や一律の学習要項はなじまない。発想を転換して子どもの数によるのではなく、子どもの学習のニーズに合わせて専門的知識・技能・臨床経験を持つスタッフをととのえて学習を進めて欲しい。

今は担任が一人で子どもの学習ニーズを全てこなさなくてはならない。つまり指導のスーパーマンでなくてはならない。究極はどんな難問も解き、子どもの学習を満たしていかなければならないが、

全ての担任にねがいきれない。互いに自分のエキスパートの部分を出し合って協同していかなければならない。

3. もう一つ、訪問教育をつくりあげること。この教育を創造することに努力を傾けたい。

子ども一人ひとりのカリキュラムは全て異なる。障害も医療ケアの程度も、生育の日々も、そして生活してきた環境も異なる。徹底した個別指導である。何ができ、何が求められているか。一年のサイクルの見通しで計画する。今日の動きを明日につなげていく、臨床的に積み上げていくことができる。この個人カリキュラムの枠をつくりあげていきたい。

そして親との絶対的信頼の上に指導を進めていく時、この訪問教育がその子のものとして定着するだろう。

こんな道すじの訪問教育でありたい。

プロフィール

1931年宮城県角田市生まれ

1962年東京都立江戸川養護学校勤務 重度・重複クラス担任（7年）

1970年から訪問学級担任（兼務5年余）

1989年度都訪研副会長 1990年度会長

1992年3月都立小平養護学校長定年退職

・「養護学校の教育と展望」誌編集（1960～現在）

西村圭也氏

訪問教育の子どもにも「能力に応じて」

「あらゆる場所において」「平等」に教育を保障すること

このたび、全訪研でまとめた訪問教育のあり方についての15の提言は、ひとことで言えば憲法と教育基本法に立ち直って実態を見直す必要があるということです。「実態は規則、基準をはるかに越えている」（北九州療育センター、高松鶴吉先生）のですから。

これは単に、訪問教育のみではなく、障害児教育全ての分野で、また障害者ケアの全ての分野でも言えることでもあります。訪問教育は歴史も浅く、制度的にも未熟な部分が多いために、それらの問題点は鮮明に見えます。この提言をみんなで考えてもらうことによって、基本的な障害児教育、障害者ケアのあり方についての思想と技術が高められ、多くの人々とともにコンセンサスが得られることを願っています。

特に次のような点について論議が深まることを期待しています。

・提言3. 教育措置は適正かつ柔軟に

「長期入院、在宅療育児への訪問教育」「地元の小・中学校からの訪問」

「派遣教育の活用」「不登校児への訪問教育」などの提起への御意見。

- ・提言４．訪問回数は子どもの実情に合わせて

「基本的には訪問教育の子どもも、同じ時数の授業を受ける権利がある」ということへの御意見。

- ・提言６．高等部を保障すること

- ・提言８．幼稚部も必要

新しい提起ですが、重要な部分だと思っています。

- ・提言１０．医療との連携

「担当指導医制」の提案についての御意見。

- ・提言１１．地域体制づくり

「在宅障害児療育会議」の提案についての御意見。

- ・提言１２．卒業後の生涯施策

具体的な提案をしていますが、ぜひ御意見を。

パネラーの方々、およびフロアーから、さまざまな立場で訪問教育のあり方について、積極的なご意見をお聞かせ願いたいと思います。

プロフィール

1942年生まれ

1966年大阪大学工学部機械科卒業

現在

- ・奈良県立明日香養護学校教諭（訪問教育）
- ・全国訪問教育研究会副会長

益子佳苗氏

長年、医王養護学校のみで高等部を創設して欲しいという要求をしてきましたが、「高等部の訪問教育は前例なし」との回答でしたので、

1990年

5月 「石川県重症心身障害児の高等部をつくる親の会」結成。

8月 副知事に陳情書を提出。

9月 石川県特殊学校PTA連絡協議会として知事に要望。

11月 県議会へ請願書提出。

1991年

2月 県教委に当面の要望を伝える。

2月末に県教委から「本年から実質的に行っていく」との回答あり。

4月 3年間の教育の延長が認められる（無認可）。

つまり今まで通りの教員の配置を保障された。

しかし、高等部としてではないため、各学校で「あすなろ学級」「トマト学級」「あかしや学級」

等という名前をつけ、それぞれで授業を行っている。しかし正式に籍がつかないことにより日本体育学校健康センター（安全会）に入れない。公文書に載らない（二重帳簿）。健康診断等も対象外。学校によっては、担任が二人などという問題が出てきている。

現在親の会としては、

- ① 正式な高等部の設立
- ② 過年令児の受け入れ
- ③ 全く教育を受けられなかった人たち（30歳以上）にも門戸を開放

等を運動中です。また他に卒業後の生活の充実という意見も出ています。

プロフィール

- ・石川県立医王養護学校医王病院分教室育友会会長
- ・石川県重症心身障害児高等部をつくる親の会代表

1990年県議会に高等部設置を請願。翌年運動の成果として教育の延長が認められたが訪問教育の高等部でないために多くの問題を含んでいる。現在も運動中。

松井一郎氏

小児の医療と教育に関連して以下の3点を考えてみたい。

1) 日本における疾病構造の変化

医学の進歩と普及、衛生環境の改善によって、日本の死因や罹病傾向は大きく変化した。感染症などの急性疾患（肺炎／気管支炎など、短期間で発症し、治癒（または死亡）する疾患など）は明らかに減少し、がん・難病など慢性疾患が増加してきた。また、治療を続けながらの社会生活（学校生活）を送る人たちも増加した。全国の主要病院の小児科入院患者は難病患者で占められている。

2) 小児がん長期生存児の問題点

難病の代表である小児がんでは、半数以上は5年以上を生き抜き治癒を勝ち取る時代となった。学童では治療期間中の教育の問題が大きく、長期欠席、定期的な入院治療、治療（手術）による機能不全、整容的問題などが日常生活、学校生活に影響を与えていた。闘病期間中の教育の継続は必ずしも保障されておらず、医療と教育の連携を如何に実現するかが大きな課題である。

3) 就学前幼児の保育の問題

入院中の学童は教育の機会が法制上保障されているが、就学前の幼児では長期入院の幼児に種々の問題を生じている。病院では保育看護の努力で、幼児の発達を支援しているが、看護婦数の不足に代表されるように充分ではない。学童における訪問教育と同様に、病棟内での幼児の遊び・指導・しつけ等、生活を楽しく指導する専門家の参加が必要ではないかと考えている。

プロフィール

1935年生まれ。

1960年日本医科大学卒。

愛知コロニー発達障害研究所(遺伝学部長)など経て現職に。

1985年国立小児医療研究センター発足時から小児生態学部門で小児がん全国登録。原発性免疫不全登録など行う。子どもの発達と家庭・地域社会・育児・教育など子どもを取り巻く環境を研究。

渡部昭男氏

訪問教育制度の権利論的検討

（１）法的根拠の脆弱性

訪問教育制度は、1978年の文部省の「訪問教育の概要（試案）」において「心身障害のため通学して教育を受けることが困難な児童・生徒に対する教育措置」として、新たに学校教育法第71条の「養護学校における教育の一形態」に位置づけられた制度である。ただし、学校教育法には、第75条（特殊学級）に「派遣教員」の規定はあるものの、「訪問教育」の直接規定はない。なお、学校教育法施行規則において、第73条の12（盲・聾・養護学校の特別の教育課程）に「教員を派遣して教育を行う場合」の規定を認めることができる。このように法的規定が脆弱であるために、今日においてさえ10年以上前の「試案」を唯一の拠り所とする傾向がみられる。

（２）訪問教育制度の意義

訪問教育制度を、安上がり施策であるが故に将来的には解消されるべき「過渡的制度」と見る向きが運動側にも当初あった。しかし、別稿（全障研「障害者問題研究」40号1985年所収）で既に明らかにしたように、訪問教育は全日教育への「過渡的な教育形態」であることが望ましいとは言え、制度としては盲・聾学校にも、また、就学前および後期中等教育段階まで拡充・強化されるべき学校教育に不可欠な制度なのである。広く世界を見ると、障害児教育に限らず、学校教育制度は児童・生徒の登校（スクーリング）システムとともに教職員の訪問（ビジティング）システムをも含み持つものである。日本の場合、第75条の派遣教員制度および第71条の訪問教育制度が後者のシステムであり、登校システムだけでは「教育を受ける権利」を保障しえないケースについての権利保障システムとしての意義を有している。

（３）訪問教育による「新たな権利侵害」

しかし、原理的には権利保障システムの一環をなす訪問教育制度が、現状としては権利侵害の制度として運用されている。その端的な例は、きわめて少ない訪問回数・授業時間数なのである。仮に「試案」通りに「4時間程度（週2日、2時間ずつ）」とすると、年間の授業時数は140時間、義務教育9年間では、1260時間となる。週6日35週制の場合の授業時数の標準（1単位時間は小学校45分、中学校50分）は、小1の850時間～中3の1050の総計8935時間である。単位時間の相違はあるものの、訪問教育は全日教育の約7分の1にしか過ぎないのである。訪問教育により、就学権は保障しえたものの、「教育を受ける権利」を実質的には侵害しているのである。これは、就学権（権利の形態保障）の侵害とは区別すべき「新たな権利侵害」、すなわち「権利の実質保障の侵害」なのである。今日、訪問回数・授業時数は、新標準法の「重複障害学級」（学級編制基準3人）の準用により、旧法（5人）に基づく「試案」よりも改善されてはいるが、全日教育よりも少

ないままで進級・卒業させる状況に変わりはない。

(4) ゆっくり丁寧に長く教育を受ける権利

今後の訪問教育の制度構想においては、ある年齢がくれば卒業（年齢主義）、またはある年数在学すれば卒業（年数主義）という「ところてん方式」から脱却する必要がある。確かに、年間の訪問回数・授業時数を全日教育なみに増やす方策が求められているが、訪問教育の場合には「ゆっくり丁寧に長く教育を受ける権利」（新たな課程主義）が具体化されてよい。すなわち、年間授業時数が短ければ、その分長く公的な責任で教育保障を継続するシステムである。権利としての留年、後期中等教育への進学保障、社会教育における訪問教育の制度化などが考えられよう。

プロフィール

1954年愛媛県生まれ

1982年京都大学大学院教育学研究科博士課程修了。

同時に鳥取大学教育学部（障害児教育担当）着任

現在 同大助教授 全国障害者問題研究会常任全国委員

論文 「訪問教育制度の権利論的検討」 『障害者問題研究』40号(1985)等

【資料】

1. 障害種類別学級数及び在学者数（養護学校）：文部省「平成3年学校基本調査」より

	学 級 数							
	計 幼稚部 小学部 中学部 高等部					訪問教育学級		
						小学部	中学部	
計	18500	47	8108	5640	4705	10002	650	
精 神 薄 弱	7076	14	2487	2007	2568	72	49	
肢 体 不 自 由	1954	19	881	521	533	16	14	
病 弱・身 体 虚 弱	1003	1	503	387	112	50	42	
精神薄弱と身体不自由	4173	9	2162	1221	781	289	173	
精神薄弱と肢体不自由	234	－	131	87	16	51	35	
肢体不自由と病弱・身体虚弱	1803	－	792	673	338	130	93	
そ の 他	2257	4	1152	744	357	394	244	

	在 学 者 数
--	---------

	計 幼稚部 小学部 中学部 高等部					訪問教育学級	
						小学部	中学部
計	78159	165	26581	20731	30680	2587	1442
精神薄弱	41648	44	10060	9873	21671	168	94
肢体不自由	8056	74	2953	1859	3170	49	24
病弱・身体虚弱	3758	3	1580	1511	664	160	108
精神薄弱と身体不自由	12338	31	6147	3420	2740	712	377
精神薄弱と肢体不自由	628	-	361	215	52	138	88
肢体不自由と病弱・身体虚弱	5298	-	2240	1914	1144	340	223
その他	6431	13	3240	1939	1239	1020	528

2. 訪問教育指導の全国実態調査：文部省「平成3年度特殊教育課調査」

(1) 週当たり指導回数

	平成3年度	平成4年度
	県	県
2回	42	37
3回	3	8
1～3回	1	1
在宅2回 在施設4回	1	1

(2) 1回当たり指導時間

	平成3年度	平成4年度
	県	県
120分	41	41

90分	2	2
その他	4	4

3. 「これからの母子医療に関する検討会最終報告」の概要

厚生省家庭局母子衛生課

(はじめに)

近年の子どもや母性を取り巻く環境変化に対応するため、生涯の健康の基盤となる母子保健医療対策の一層の充実について、平成二年十月から検討を行なってきたが、平成三年六月の中間報告や平成三年七月の「小児慢性特定疾患対策調査」結果も踏まえ、今後これからの母子医療のあり方について検討結果をとりまとめたので報告する。

一 妊産婦死亡率の改善のために

我が国の妊産婦死亡率は減少し続けてはいるが、欧米諸国と比較すると依然として高率であり、妊婦の意識の向上、保健指導の徹底や医療側の技術・体制の整備により改善を図る必要がある。

①母体の緊急時に対応する体制の整備

P I U C、ドクターカー

②非緊急時の産婦人科医療体制等の充実

ハイリスク妊娠における後送機関との連携、高齢化に伴い増加が予想される偶発合併症への対応、妊産婦の精神面を考慮した周産期医療の充実

③妊婦健康審査等の充実

リスクを予知する検査項目の研究、訪問指導における医療と保健との連携教科

④母体保護の推進

家族や地域、職域ぐるみの啓発活動、地域特性に応じた知識の普及活動

⑤国レベルでの妊産婦死亡に関するサーベイランス・システムの創設

サーベイランス・システムの設置

二 新生児医療の更なる向上のために

新生児死亡率は世界的に見ても遜色ないものとなっているが、低出生体重児の出生率の漸増傾向を踏まえ、新生児死亡率の維持改善を図るとともに、よりよい予後が獲られるよう努める必要がある。

①新生児医療体制の充実

P I C U、N I C U、総合母子医療センター機能の整備、未熟児訪問等の保健サービス体制の整備

②低出生体重児や新生児仮死の発生予防の推進

健康管理に関する啓発、原因解明のための調査研究の推進

③医療技術の進歩に伴う問題への対応

新しい医療技術の確立に向けた研究的取り組み

三 子育てを支援する体制整備のために

少子化や核家族化の進行など、子育て環境が変化するなかで、地域における子育て支援への総合的かつ積極的な取り組みが必要である。

①地域の医師の子育て支援への取り組みの強化

健康相談等を通じた子育て支援への積極的関与

②母親の育児不安への対応

プレネイタルビジット（出産前小児保健指導）、社会的育児機能の充実

③働く妊婦と母親の支援

フレックスタイムの導入、小児科の診療時間の弾力化、病児デイケアの検討

④地域小児医療の支援体制の整備

初期医療と専門医療の連携、子どもの事故防止についての研究、子どもの救急医療体制の充実

⑤親子のこころの問題への取り組みの推進

専門家やコメディカルの育成、調査研究の推進

四 慢性疾患をもつ子どもたちへの対応

長期にわたる入院、療養生活を続ける子どもへの対策は、学習体験を基にした成長過程という重要な時期にある子どもたちへの対応としては、必ずしも十分なものとはなっていない。このような子どもたちへのＱＯＬを維持・向上させるため、さまざまな支援対策が必要である。

①在宅ケア対策の推進

在宅医療の推進、訪問看護、ホームヘルパーの派遣、短期入所等在宅保健・医療・福祉サービスの提供、在宅ケアの相談窓口の設置等地域ぐるみの支援体制づくり

②入院児対策の推進

院内学級の設置や訪問教育の推進、プレイルーム、学習室等の整備、心理の専門家、児童福祉の専門家の配置、親子関係を重視した入院環境の整備

③民間団体による自主的な活動の支援

連絡カード、宿泊施設やサマーキャンプの提供などの自主的活動への支援

④総合的、体系的な対策の確立に向けて

在宅対策や福祉サービス等を含めた包括的な地域ケアを提供する総合的・体系的な対策の確立に向けた検討の開始、各種対策の法的位置づけや対象者の範囲、医療費の適正な費用負担のあり方等についての議論の必要性

(おわりに)

提言の具体化に向けて更に検討が進められ、母子医療の体系的な整備がなされることを切望するものであるが、その際、必要な人材の確保対策や母子医療の担い手に対する経済的基盤の確立方策についても十分な議論が行なわれることを期待する。

4. 各教育委員会からの「医療的配慮」に関する報告書・答申書

昭和54年度に養護学校義務制が実施され、就学猶予・免除になっていた子どもも、就学することなった。とりわけ、肢体不自由養護学校では、栄養摂取障害と呼吸障害を合わせもつ、いわゆる「超重症児」と呼ばれる障害児も就学できるようになった。しかしその一方で、そのような子どもの指導の際に必要な吸引・注入・導尿・酸素療法などがいわゆる「医療行為」といわれるかたちで各地で問題になっている。ここでは、横浜・大阪・東京・埼玉の各教育委員会が諮問して「検討委員会」等から出された報告書・答申の概略をあげる。Aでは、報告・答申にいたる過程を、Bで目次と主な部分の抜粋を載せる。

I 横浜

A. 障害児生理管理検討委員会設置の経緯

本市教育委員会は、障害児の全員就学をめざし、学校の新設、施設、設備の充実、教育内容・方法の充実に向けて関係方面の協力を得ながら努力してきました。

そのため、就学猶予、免除の児童生徒は激減し、数多くの重度・重複障害児も就学することとなりました。

これにともない、養護学校においては、経管栄養、吸引、吸入、導尿等のケアを必要とする児童生徒が増加してきました。これらのことについて現在は、各養護学校とも保護者の同意のもとに、学級担任や養護教諭が、日常における教育活動の一環として対応していますが、これらの行為には日常的な活動とはいえ、いろいろな課題があります。

このような状況の中で、各養護学校における経管栄養、吸引、吸入、導尿等が、安全に行われるよう、その取扱について検討するため、障害児生理管理検討委員会（以下「委員会」という。）を設置しました。

B. 養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言

平成2年3月

障害児生理管理検討委員会

1. 本市における重度・重複障害児教育

（前略）本市は、昭和47年訪問学級開設と同時に、同学級の児童生徒の健康管理と、教師への医療上のスーパーバイザーとして小児科および、リハビリテーション科の専門医が派遣され臨床指導にあたってきました。

爾来、臨床指導医の適宜な指導助言を得て重度・重複障害児一人一人の特性に応じたケアがで

き、適切な対応が続いています。（後略）

２．重度・重複障害児の経管栄養、吸引、吸入、導尿等のケアについての現状と課題

これまで、本市肢体不自由養護学校で行われている教育活動のうち、とりわけ障害の重い児童生徒の教育は「生命を維持すること」、「日々の健康状態を保持すること」の関わりが重要な指導領域となっています。従って、障害が重いためにこれらの領域そのものが指導目標であったり、これらを基盤として次の段階に目標を定めたりする児童生徒が大部分を占めています。（中略）なかでも、経管栄養、吸引、吸入、導尿等のケアは生活行為の一部として日常的な生活の中で、きめ細かく行われています。

このような事柄を指導するにあたっては、内容や児童生徒の状態によって保護者の同意と依頼をうけて行う場合があります。

そこで本検討委員会ではこれらの領域のうち、経管栄養、吸引、吸入、導尿等について実態を調査し、現状と課題の把握を行いました。（後略）

（１）実態調査結果

（２）経管栄養

（３）呼吸（吸引 吸入他）

（４）導尿

３．具体的対策

医療技術の進歩に伴い、かつて病院内で行われていた経管栄養や吸引、吸入、導尿等のケアは、現在、主治医の指導を受け、ごく日常的に保護者が各家庭で行っております。そして、これらのケアを必要とする子供たちが学校に通学してきた場合、学校においても学校医、臨床指導医の指導を受け、ケアを毎日行っております。これらのケアは、疾病の診断や治療等の狭義の医療行為とは異なるものと考えられます。

また、これらのケアは、特別な資格を有する者が行わなければならないという明確な規定はみあたりません。

したがって、これらの行為は、生活行為の一部とみなされますので、日々の教育活動の一環として学校で行うことが可能であると考えられます。

しかしながら、教職員がこれらのケアを安全にしかも無理なく実施するためには、最小限の知識と技術が必要となり、その修得が望まれます。

それらを習得し、さらに安全に指導をすすめるため、医療機関とのより密接な連携が必要です。（後略）

（１）安全にケアをすすめるために

ア．教職員等の研修に関すること。

イ．手引き書の作成に関すること。

ウ．保護者との連携に関すること。

エ．その他

（２）緊急時の対応をより充実させるために

- ア．学校内で緊急事態が発生した場合
 - イ．スクールバス内で緊急事態が発生した場合
 - ウ．校外学習等で緊急事態が発生した場合
 - エ．その他
- 4．おわりに

Ⅱ 大阪

A．経過

他都道府県と同様に

①痰の吸引・鼻腔経管栄養・導尿等のいわゆる医療的ケアを必要とする状態

②誤飲誤嚥や体温調節の未熟等により、突発的に生命の危険に陥るおそれのある状態

への対応が問題となり、①②の該当児童・生徒の状態について調査し、一人一人の児童・生徒にふさわしい教育と医療の連携のあり方について協議検討した。

B．大阪府立養護学校諸学校における医療との望ましい連携について（報告）

平成3年3月

医療との連携のあり方に関する検討委員会

はじめに

I 教育と医療の連携の現状と課題

1 医療・福祉機関と連携した就学の場合

2 健康の保持に特別な配慮を要する児童生徒の実態

（前略）肢体不自由・病弱の両養護学校にあっては、児童生徒15人に1人が医療的ケアを必要とし、10人に1人が突発的な生命の危険があるといえる。

現在、医療的ケアについての見解が必ずしも明瞭でないために、保護者や主治医からこれらの実施について要望があった場合の対応が、学校によって異なることがあり、そのため関係者間に不信感が生ずることもあり、また、すでに実施している学校にあっては、万一、何らかの事故があった場合の責任の所在についての不安感がぬぐいきれないのが現状である。

今、これらの行為を「医師以外に禁止された行為」として教員が行うことを禁止した時、「現在通学して医療的ケアを受けている者の教育措置をどうするか」が問題となる。

この場合、①訪問学級に措置する。②保護者の付き添いを通学の条件とする。の2点が考えられる。訪問学級に措置することについては、可能な限り児童・生徒を受け入れてきた経緯を考えれば、ただこれだけの理由で、あえて週当たり授業時間数の少ない訪問学級に位置付けることは、従来の教育を制限することとも考えられる。また、保護者の付添いについては昭和40年代の後半から各校とも保護者の付添い制廃止に努力してきた取組みの後退を意味することになるであろう。（中略）

一方、学校で行うことを認めた場合、保護者・医師・学校及び府教委の共通理解に立った適切な医療的ケアを行ったり、突発的な生命の危機に的確に対応するためには、次のような問題をど

う解決するかが課題となる。

- ①医療機関との緊密な連携のあり方
- ②実施に当たっての校内組織と手続き
- ③ケアの適切な方法や救急措置等の研修のあり方
- ④食事介助に多数の教職員を必要とする現状での、医療的ケアや緊急時の対応のあり方
- ⑤養護教諭の加重負担の改善
- ⑥通学バスの設備・条件の改善を含む安全な通学方法の確保
- ⑦個々の障害や症状に応じた給食のあり方
- ⑧校外学習、特に宿泊を伴う行事のあり方

(後略)

3 教員研修

4 教育条件の整備

(1) 学級編成と教職員配置

(前略) 多様な状況を示す児童・生徒の状態に十分な目を配るだけの教員数と適切な学級編成が必要となる。同時に、指導の中心となる専門的な知識技能をもった教職員の配置が望まれる。

(後略)

(2) 施設・設備の改善

(3) 医療環境整備

Ⅱ 教育と医療の今後のあり方について

1 基本的方向

(前略) 「健康の保持増進に対する特別な配慮」という観点から、ここでいう医療的ケア等を、広く「ヘルス・ケア」の一環として考えることも可能であろう。

従って、このような「健康の保持増進に特別な配慮を必要とする児童・生徒の教育」を適切に実施するためには、学校と医療・福祉機関との機能的連携はもとより、その組織的統合についても考慮する必要がある。(中略)

なお、現在、養護教育諸学校において行われている「医療的ケア」については、以下のように考える。(中略)

現状での医療的ケアの実施に当たっては、主治医から十分な助言を受け、保護者に代わって行うという形をとることが妥当なところであろう。また、その決定を校長が行うに当たっては、少なくとも次のような要件を充たすことが必要であると考えられる。

- ①保護者からの依頼
- ②主治医からの十分な助言
- ③学校医を交えた校内での検討

なお、校長はこれを府教委に届出ると共に、判断が困難な場合は、府就学指導委員会等の助言を求めることも考えられる。

2 当面の検討課題

- (1) 地域医療との連携
 - (2) 教職員の研修
 - (3) 教育条件の整備
 - (4) 関係者への啓発・交流
- 3 モデル地域の設定

III 東京

A. 報告にいたる経過

「心身障害教育の推進に必要な教育的課題についての検討」を目的に教育委員会では、「東京都心身障害教育推進委員会」を設置した。この第四部会（就学適正化部会）の中で教育措置基準ということで、特に「医療行為」を必要な子どもの教育措置を検討したことから始まる。そこで出された措置基準の中で「（医療行為の必要な子どもの教育措置は）原則として訪問学級とする。」という見解が出されたことから大きな問題となった。この「東京都心身障害教育推進委員会」の報告の中の提言として「医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会」が出され、それにもとづいて委員会が発足し、以下の報告が出された。

B. 医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について（報告）

平成3年3月

医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会

I はじめに

（前略）ここ数年、経管栄養やたんの吸引等医療行為の必要な児童・生徒が就学し、その教育措置や学校生活のあり方等様々な問題が提起されてきている。

このような課題に対処するため、本委員会では、長期的展望に立ち、解決のための指針となる考え方や方策について検討を行ってきた。

検討にあつては、

- ①児童・生徒の生命を尊重した教育を行う
- ②教育・医療・福祉の連携を図る

との視点に立って協議をした。

II 医療行為を必要とする児童・生徒の現状と問題点

1 現状

(1) 教育措置

（前略）保護者が希望し、児童・生徒の体力、医師の診断、学校の指導体制等から判断して通学が可能な場合は、保護者による経管栄養摂取等を条件に通学を認めている。

- (2) 都立肢体不自由養護学校で医療行為を必要とする児童・生徒数
- (3) 学校で行っている医療行為の件数（分教室、施設内学級及び訪問学級を除く。）

2 問題点

医療行為を必要とする児童・生徒の学校生活をめぐって、以下のように多様な問題が提起され

ている。

(1) 学校の看護婦が、医師の指示を得ないで、たんの吸引や経管栄養等の医療行為を行わざるを得ない場合がある。

(2) 保護者が、たんの吸引や経管栄養等を行うという条件で通学籍にしたが、保護者の不在等により、教員がたんの吸引や経管栄養等を行わざるを得ない場合がある。

(3) 心身障害児の専門病院が学校の近くにないため、緊急時の対応に困難な場合がある。

(4) 訪問教育が適当と判断されるにもかかわらず、家庭の事情等により、通学籍に措置せざるを得ないケースがある。

Ⅲ学校で医療行為を行う場合の基本的考え方

1 基本的な考え方

現在、学校で行われているたんの吸引や経管栄養等は、法的には医療行為と解釈されている。このような行為は、生命にかかわる危険性もあり、慎重に対応する必要がある。

(中略) 保護者の不在等により、学校の教職員が行う場合も、一人一人の児童・生徒の障害の状態、身体症状、健康状態に即して、医療行為の危険性・難易度、対応者の技量・経験等により、看護婦、養護教諭等が行える範囲について、医師と十分相談し、その判断と指示を受ける必要がある。

特に、学校で医療行為を行う場合は、保護者、医師、学校関係者、それぞれの協力と理解、信頼関係が十分築かれる基盤をつくる必要がある。

2 具体的対応

保護者の不在等やむを得ない理由により、たんの吸引、経管栄養等の医療行為を、学校の教職員が対応する場合には、医師の指示を受けて、以下のような点に十分留意して、原則として、保健室のスタッフ（養護教諭・看護婦）が中心となって対応する。（後略）

Ⅳ具体的方策

1 就学相談体制の充実

2 指導医の配置

3 学校保健体制の整備・充実

(1) 臨床研修の実施

(2) 医療機器等の整備

4 教員の研修の充実

5 手引書の作成

Ⅴ今後の課題

1 地域保健医療体制の整備

(前略) 個々のライフステージにおいて、健康で生きがいのある充実した生活を送れるようにするためには、養護学校や福祉施設がその一環として機能する地域保健医療体制の整備が期待される。

特に、医療機関と隣接していない学校の場合、緊急時に適切で迅速な処置ができるように、緊

密な連携がとれる病院の必要性が高い。

2 訪問教育の充実

3 その他

医療行為に関しては、過去において医療行為とされていたことが、時代とともに生活行為に位置付けられた経緯もあり、その背景には医療に対する社会通念の変化が大きく影響している。

医療行為と生活行為の問題については、今後、その見解の変化が予想されるため、学校関係者と医療関係者がともに、実態をふまえ、十分に検討・論議することが望まれる。

IV 埼玉

A. 教育委員会からの「諮問事項の説明」の抜粋

（前略）本来、これらの児童生徒の日常の医療行為の行為者は、主治医から直接指導を受けた保護者が行うことが原則であり、これまでも、該当学校にあっては、保護者にそのような協力を得てきておりました。

しかしながら、現実には、保護者が常時学校に待機することが不可能な実情等の要因から、学校職員が挿管操作等の医療行為の行為者とならざるを得ない状況も生じてきており、適切な教育等の対応が急務になっております。

日常的に医療行為を必要とする児童生徒の「通学による就学」事例は、今後もその発生が予想されます。

このような状況を踏まえ、県立盲・ろう・養護学校において、日常的に医療行為を必要とする児童生徒に対する学校教育の在り方について御協議のうえ御答申くださるようお願いいたします。

B. 答申書 本県における特殊教育の振興について

平成4年3月9日

埼玉県特殊教育振興協議会

「学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育の在り方について」

1 現状

就学に係る県教育委員会の従来からの基本的見解は、次のとおりである。

- ① 経管栄養等の状況が、常時医療行為を要する場合には、医療機関の判断を前提に、原則として病弱養護学校へ措置する。
- ② 常時医療行為は要しないが、通学困難な状態である場合には、在宅（または施設）の訪問教育とする。
- ③ 主治医等の所見により、通学可能な状態で、保護者等による必要な操作等の行為が得られる場合には通学（病弱養護学校を除く）とする。

近年、肢体不自由養護学校を中心に、経管栄養、排痰、導尿等を必要とする児童の「通学」措置としての就学事例があり、今後ともこの種の就学事例が生ずる可能性がある。

2 県及び該当学校の対応

（1）県の対応

①就学の措置

保護者から通学の希望があり、主治医により、通学による就学が可とされ、保護者等に学校における具体的な対応策が指導されている事例については、通学の措置をすること。

②医療機関の設置と連携

肢体不自由養護学校においては、経管栄養等を必要とする児童生徒が安全に学校生活が行えるよう、また、緊急時に迅速・適切に対応できるよう隣接した医療機関を設置し、連携を図ること。

③医療の巡回指導と看護婦の配置

肢体不自由養護学校に、隣接した医療機関が設置されるまでの間、次のような方策を講じること。

ア 学校ごとに、協力病院を設け、定期的に学校を巡回し指導する医師（以下、「巡回医師」という。）を置く。

イ 各学校に、専任の看護婦を配置するか協力病院から派遣する看護婦を配置する。

なお、巡回医師及び看護婦を配置する場合には、その業務の範囲を明確にするとともに、養護教諭との連携が十分図れるように配慮すること。

④研修の機会の設定

⑤手引書の作成

（２）該当学校の対応

①学校、保護者、主治医、校医及び巡回医師との相互協力・連携

②研修との計画実施

編集後記

訪問教育に携わるようになって、まだ日が浅いのですが、それだけに障害の重い子どもの指導の内容から授業時数など訪問教育の制度的な問題、家庭や医療・福祉との連携など幅広い問題に直面することの多い毎日です。この第5回大会でも、訪問教育に携わるもの共通の問題・悩みなどが実践紹介を通じて話され、みなさん共感をもって聞くことができたのではないのでしょうか。障害児教育の中のマイノリティであるがゆえにこの全訪研を大切にしていきたいと思う一人であります。この研究集が今後の実践の上での励みになればと思います。

ところで、本年度のレポートを見渡して感じたことがあります。それは、実にワープロで書かれたものが多いということです。実は、今回の研究集を作成するにあたって、可能な限り各執筆にワープロで打ったものをフロッピーで原稿送付していただきました。最近では印刷業者さんの方に、直接フロッピー入稿ができるようになりました。学級通信や手紙を出すときには、手書きの方が味わいがある手書きにするようにしていますが、編集の過程を踏むものに関しては、実に便利ですね。

とはいえ、作業にかかるのが遅れたためにこの研究集を送り出すことが、大変遅れたことに申し訳ありませんでした。

次回の北海道大会でも多くのレポートを持ち寄って参加していただければと思います。そして今後ともこの研究集をより充実したものにしていきたいと思います。

(下川)

1993年3月

訪問教育研究第5集

1993年3月10日発行 定価 1000円(送料別途)

編集 全国訪問教育研究会

事務局 〒191

東京都日野市新町1-5-22

御子柴昭治方

Tel 0425-81-0990

振替 東京3-95934

印刷製本 共立アート (Tel 0425-61-1170)