

# 訪問教育研究 1993

---

---

*The Japanese Journal of Visiting Education* vol.6

---

---

## 第6集

---

---

特集1 全国訪問教育研究会第6回全国大会報告

大会記念講演の記録（紙屋克子氏）・分科会報告

特集2 1992年度地域研究会の研究より

東京都訪問教育研究協議会・近畿地区訪問教育研究会

特集3 訪問教育研究資料

「訪問教育のあり方についての提言」

後期中等教育における訪問教育の動向について

病院入院児の教育保障の動向について

「通級」の制度とその考え方

文部省の学校教職員配置改善計画（平成5～10年度）について

「医療行為」の国及び地方の動向

---

---

1993年12月

全国訪問教育研究会

*The Japanese Association of Visiting Education*

# 訪問教育研究

## 第6集

1993年12月  
全国訪問教育研究会

## 目次

新たな「一歩」を踏み出すために .....	1
全国訪問教育研究会会長 御子柴昭治	
I 全国訪問教育研究会第6回全国大会報告 .....	2
全国訪問教育研究会 第6回全国大会開催概要 .....	2
大会記念講演の記録 .....	3
声なき声を聞きながら～意識障害の看護の立場から～ 紙屋 克子氏 (札幌麻生脳神経外科病院看護部長)	
第1分科会報告 (医療的ケアの必要な子どもの指導研究) .....	21
天使病院小児科病棟における重症心身障害児と訪問教育との関わり 立石 典子 (天使病院小児病棟)	
第2分科会報告 (笑顔を引き出す課題をもつ子どもの指導研究) .....	25
Kちゃんが教えてくれた 萩原 良夫 (京都市立呉竹養護学校)	
第3分科会報告 (コミュニケーションの課題を持つ子どもの指導) .....	30
表現する力と意欲の向上をめざして～サウンズ アンド シンボルを用いて～ 安藤 倫子 (北海道 札幌養護学校)	
第4分科会報告 (運動・移動機能の向上への指導研究) .....	35
運動・移動機能の向上への指導研究 堀内 勇 (長野県立長野養護学校)	
第5分科会報告 (訪問教育の制度問題研究) .....	39
重症心身障害児の生活と生活の困難について 村田 修 (社会福祉法人 札幌あゆみの園)	
II 1992年度地域研究会の研究より .....	44
A 東京都訪問教育研究協議会の研究活動 .....	44
訪問教育の制度的研究 -東京の訪問教育の制度的課題とその改善- 猪狩恵美子 (東京都立小平養護学校)	

B 近畿地区訪問教育研究会の研究活動	52
障害児の教育を受ける権利を考える	
弁護士 深草 徹	
III 訪問教育研究資料	59
1 「訪問教育のあり方についての提言」についての発表後の経過	59
1-1 文部省との懇談（内容概略） 1992年9月28日	59
2 後期中等教育における訪問教育の動向について	62
2-1 国の動き「養護学校卒業生の高等部進学について」	62
2-2 国の動き「後期中等教育における訪問教育について」	63
2-3 地方の動き「後期中等教育における訪問教育について」東京都議会から	65
3 病院入院児の教育保障の動向について	67
3-1 参議院に提出された「病弱・肢体虚弱児教育に関する質問主意書」（質問第11号）	68
3-2 質問書に対する答弁書	70
3-3 病気療養児の教育に関する調査研究	72
4 「通級」の制度とその考え方	73
4-1 「通級による指導」について	73
4-2 病気療養児の教育と「通級による指導」の考え方	74
文部省初等中等教育局特殊教育課 西川 公司	
5 文部省の学校教職員配置改善計画（平成5～10年度）について	75
5-1 第6次公立義務教育諸学校教職員配置改善計画（平成5～10年度）	75
5-2 第5次公立高等学校学級編制及び教職員配置改善計画〔概数〕（平成5～10年度）	75
6 「医療行為」の国及び地方の動向	76
6-1 「医療行為」に関する新聞報道	76
6-2 「医療行為」に関する手引き書について	78
6-3 東京の都立肢体不自由養護学校で医療行為を必要とする児童・生徒数の状況	79
6-4 研修協力校報告書（東京都府中養学校）抜粋	81
IV 全国訪問教育研究会機関紙「こんにちは」	87
1988年第1号～1992年度第30号目次録	
編集後記	91

## 新たな「一步」を踏み出すために

全国訪問教育研究会

会長 御子柴昭治

私たちの第6回全国大会は8月4日から6日まで、「みんなの経験をより豊かな実践に」をテーマにすえ、北海道の定山溪ホテルを会場に行われました。その参加者は200名を越え、文字通り熱気あふれる大会でした。

本大会は、私たちにとって忘れられない記念すべき大会となりました。それは、一つには初めて本土を離れ、遠い札幌の地で大会を成功させたということ、もう一つは、第6回全国大会にして初めて、文部省ならびに北海道教育委員会の後援のもとで開催された、ということです。これらのことにつき、多くの関係者から暖まる援助をいただきました。ここに厚くお礼申し上げます。

すでに、大会のおおよそについては、8月20日発行の全訪研ニュース『こんにちは』(NO. 31)に特集されています。そこには、紙屋克子氏の記念講演をはじめ、分科会の模様など18ページにわたって紹介されています。しかし、なにぶんにも「ニュース」では限界もあり、十分にその内容を伝えることはできませんでした。

この収録は、その役割をふまえ、単に「ニュース」の内容を補うにとどまらず、研究資料としても堪えうるように編集されています。分科会報告にしてもその内容を吟味し、紙上において大会を再現するよう工夫もしました。

その他、各地研究会の活動状況も載せています。私たちの会がこれから地域に根ざし発

展していくためには、日常的な研究組織なしには、将来を展望することはできません。その点、今回の北海道の実践報告は、それを証明しています。その地域にあった研究組織を会員が力を合わせてつくってほしいと願っています。

また、本集録では、「資料」の充実に意をそそぎました。これらによって私たちは、訪問教育の将来的方向についても示唆をうることができるでしょう。

私たちが“訪問教育について、全国的な研究組織をつくろうではないか”と有志がより集まって7年、そこで研究することの喜びや感動にどれほど胸を躍らせたことでしょう。しかし、また、時に大事な人を失った悲しみに涙してきたことか。その間、私たちは結成大会以来、5冊の研究集録のほか、「訪問教育の現状と課題」(1990年6月)、「訪問教育のあり方についての提言」(1992年7月)などを発行してきました。その上、今年は新しい試みとして「全国訪問教育マップ」を編集作成しました。

これらの諸資料が、訪問教育関係者のみならず、広く医療・福祉の方々にも読まれ、訪問教育について理解を深めていただければ幸いです。私たちは、日々、子どもたちの生命をいっそう輝かせるために、新たな「一步」を踏み出したいといつも心しております。みなさんの理解と協力を切にお願いいたします。

1993年12月

# I 全国訪問教育研究会第6回全国大会報告

## 全国訪問教育研究会 第6回全国大会開催概要

### 《1》大会テーマ

「みんなの経験を より確かな実践に」

### 《2》開催日

1993年8月4日(水)～6日(金)

### 《3》会場

北海道 定山溪ホテル

(住所 札幌市南区定山溪温泉西4丁目340番地1 TEL 011(598)2111)

### 《4》後援

文部省、北海道教育委員会、全国特殊学校校長会、全国病弱虚弱養護学校校長会

北海道特殊学校校長会、北海道社会福祉協議会、札幌市社会福祉協議会

北海道肢体不自由児福祉連合協会、北海道難病連

全国膠原病友の会、東京「腎炎・ネフローゼ児」を守る会

東京難病団体連絡協議会、東京進行性筋萎縮症協会

### 《5》大会日程

#### 8月4日(水)

13:00～14:00 開場・受付開始

14:00～14:30 開会・開会行事

14:30～16:30 大会記念講演

演題「声なき声を聞きながら～意識障害の看護の立場から～」

～国民の権利の実現に関わる専門職の役割～

講師：紙屋 克子氏 (札幌麻生脳神経外科病院看護部長)

あざぶ

16:30～16:50 休憩

16:50～17:30 実践報告

演題「瞳と命を輝かせる訪問教育～稚内養護学校における実践～」

報告者：駒沢 裕子氏 (稚内養護学校教諭)

17:30～19:00 移動・休憩 等

19:00～21:00 全国交流会

#### 8月5日(木)

9:00～12:00 全体会 (レポート発表)

12:00～13:00 昼食・休憩

13:00～17:00 分科会

<第1分科会>医療的ケアの必要な子どもの指導研究

<第2分科会>笑顔を引き出す課題を持つ子どもの指導研究

<第3分科会>コミュニケーションの課題を持つ子どもの指導研究

<第4分科会>運動・移動機能の向上への指導研究

<第5分科会>訪問教育の制度問題研究

17:00～19:00 移動・休憩・夕食 等

19:00～20:00 全国訪問教育研究会総会

20:00～21:00 ミニ学習会

#### 8月6日(金)

9:00～12:00 全体会 (分科会報告ほか)

## 声なき声を聞きながら～意識障害の看護の立場から～

～国民の権利の実現に関わる専門職の役割～

紙屋 克子氏（札幌麻生脳神経外科病院看護部長）

93年8月4日（水）

ちょうど一年くらい前、私たちの看護活動が紹介されたところ、幅広い領域、とりわけ重度の子どもたちの教育に携わっている先生からの様々な意見も頂きました。その意味での対象の共通性を考えて引き受けました。教育は私の専門外のことですが、何かの役にはたてないかと思えます。教育については触れません。専門は専門ですので、今日は私が取り組んできました「意識障害」の患者さんに対する約四半世紀に渡る看護活動で学んだことなどをお話しします。そこには共通するものがあるのだと信じてお話いたします。どうぞ皆さんは、ご自分の専門の領域から私の話を引き寄せてお聞き下さい。

対象の共通性から言いますと、私たちの扱っている意識障害の患者さんというのは自らの意志で自分の命と生活をコントロールすることが出来ない人たちです。そういう意味では今日お集まりの先生方が対象としている重度の子どもたちもまた同じではないでしょうか。私が吉川英治文化賞を頂くときに選考委員の一人であった三浦朱門氏が「文化と看護については、まだよくわからないけれども、おそらくはこれからは文化の一翼を担う重要な職業になっていくだろう」とおっしゃいま

した。

私は「文化というのは、その国の国民がどのような生活を営んでいるのかということであるとすれば、人が何らかの理由で自らの意志で自分の生活や生命や人生をコントロール出来なくなったときに、社会がその人の生活のありように対して、どのようなフォローアップの手段・システムを持っているか、ということがその国の到達した文化のレベルではないか。とすれば、私たちがかかわっている看護、あるいは重度の子どもたちへの教育というのは、一国の文化の到達レベルを表すものではないか」と思いました。

★

最初に私の経験をお話いたします。

1973年に国際学会がありました。私が最初に学会発表をしたわけですが、前夜にレセプションが開かれました。世界から集まった様々な方々に挨拶をしていた時、イギリスの脳神経外科医が車椅子で参加されていたんです。その方にもご挨拶をしてから、ほかの方とも話をしている時に、何気なく後ろを振り返ったとき、私の後に続く欧米の方々は皆さん、そのドクターの前で膝を付かれていたんです。

1973年当時の日本の医療・教育の現場のことを思い出してほしいのですが、私はその膝を付くということの意味が、すぐには分からなかったのです。それからも気になって見ていましたが、皆さんが同じようにしていたのです。私に思いついた理由は『私はたまたま存じ上げなかったけれども、彼はきっと高名なドクターなのであろう。それで敬意を表しているのであろう』ということでした。でもよく見ておきますと、必ずしも「敬意を表して」いるわけではなさそうなのです。そこで、たまたま面識のあったアメリカの女性ドクターに話をしてみました。そういう席では欧米では女性は帽子を脱ぐ必要もないのが常識ですから、そういう女性が膝を付いているからもっともよく分かるのではないか、と思ったわけです。すでに会場の先生方はおわかりかと思えます。

私の質問に対して彼女はたった一言「It's manner」とだけ答えたのです。大変なショックを受けました。全身から冷や汗が流れる思いがいたしました。

しかし、しばらくしてからまったく新しい感情が湧いてきました。それは「うらやましい」ということです。1973年、北海道大学医学部付属病院の脳神経外科病棟には車椅子が三台しかありませんでした。この三台はストレッチャーと同じで患者さんを移送する道具であって、患者さん自身の足ではなく、看護婦が管理していたものです。同じ時代にイギリスのドクターは車椅子で国際学会に参加されており、しかも周囲の人たちは障害を持った初対面の人との挨拶で、相手の目の高さになるということ、マナーとして築いて

いたのです。

私たち人間は、情報の80パーセントは「目」から入ります。つまり見たものが事実であり、見たように理解し、見られるように評価されます。障害を持った人たちと関係が対等であることを具体的に目に見える方法で示す、すなわち「膝を付く」ということを文化として築き上げるには、おそらくは時代的な長さが必要ではなかったでしょうか。そう考えてみるとそのような欧米の文化を、つくづくうらやましく感じたわけです。

今、障害を持っている人たちは、北海道で32万人と言われております。これは札幌に次ぐ北海道第二の都市の旭川市の人口34万人とほぼ同じです。また札幌では30人に一人は何らかの障害を持っているという統計もあります。地下鉄が一車両入ってきたら、その一車両には一人の車椅子の人が乗っていないといけないという計算になります。しかし、私が過去一年間で地下鉄の中で車椅子の人を見たのはただの一回だけです。その人は見事な操作をしていました。おそらくかなり車椅子生活の長い人だったのでしょう。

それ以外の車椅子の人々はどこにいますでしょうか。多くの人は街に出ることはありません。そして、彼らが街に出てこなければ、障害を持っている人に対する一般国民の理解は進まないのです。その意味ではこのような仕事に携わるものとして、「見える実践」が必要だと思います。彼らを地域社会に健全なかたちで出してゆくことです。

★

ここで少し話を離れて、専門職ということを考えてみます。専門職は「Profession」と

ということですが、必ず対象者がいます。この語源ですが、これはラテン語の「プロフェス」という動詞から出ているのだそうです。これは「宣言する」「公言する」ということです。古代におけるインテリは自然科学を幅広く納めました。するとある領域についてはその領域についてのことを生業とする人が現れてきます。その場合はすでに開業している先輩たちの厳しい口頭試験を受けました。この試験に合格すると広場に集まっている市民の前で「宣言」をしたのだそうです。例えば「私〇〇はこれまで学んだすべて、そしてこれからも生涯学び続けて、あなた方市民のために〇〇として貢献することをお約束いたします」というようなことです。このように宣言した人を「プロフェッサー」と呼びました。市民というのは市民「権」という権利を持った人なのです。権利を持たない人は奴隷や捕虜や兵士でしたが、権利を持つ人の前で宣言をするのです。

この習慣にはいくつかの専門職に必要な要素が含まれています。まず教育の必要性です。そして、一定水準以上の学問を納めなければならないということ。そのために試験に合格すること。そして対象に対する「倫理律」です。これが市民の前での宣言ということ。近代における専門職はもう一つ、専門職とは「基本的人権の実現に関与する職業を言う」という要素が含まれてきます。この基本的人権というのが「市民権」の流れをくんでいます。その国が国民にどのような基本的人権を保障しているか、その人権に対応した形で専門職があるのです。教育権という権利に対応して教師という専門職があります。生命権と

いう権利の一部を担う職業として医師がおります。人格権には弁護士です。看護婦はどうかといいますと「健康権」です。

国際的な成文で調べてみます。医療従事者にもっとも関係の深いWHOの「世界保健大憲章」前文には「健康とは単に病気や障害がないだけでなく身体的・精神的・社会的に安寧な状態を言う」とあります。この健康というのは「政治・思想・宗教に区別ない、生まれながらの権利である」と述べています。つまり健康は基本的人権ですから、この確立をはかるのは国家の義務であるという宣言がなされているのです。日本のナースが看護が専門職であると主張するためには、日本国民の健康権が保証されている必要があります。日本国憲法25条には「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」「国はすべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とあります。これは世界保健大憲章と同じような構造です。ここを根拠に、日本のナースの看護が専門職であると言えるのです。しかしながら、大切なことは基本的人権を持つ国民すべてに対して何をするか、ということです。ここで「対象者観」が大切になってくるということです。健康の権利の主体者である国民にどのように権利を実現してゆくか。私たちの対象者は「病気の人」ではなく「健康で幸せに生きてゆく権利の主体者」であるということです。これが「対象者観」ということです。これを誤ると現実のきびしさ、あるいは時の政府の言い方によって実践や方法論が変わってゆくかもしれません。しかしどのような時代・状

況になろうとも対象者観をしっかりと持っていれば道を誤ることはないと考えています。

★

次に、私が今のような意識障害の方々にかかわろうと思った動機をお話します。

学校を卒業して北海道大学の脳神経外科に勤務しておりました。そこで初めて、意識障害の患者さんに出会いました。最初はただただ一所懸命にやっていました。そして、それで許されているような気分になっておりました。

ある時、29才の父親が意識障害でよこたわっておりまして。その横に3才の子どもを抱き、5才の子の手を引いている若い妻がおりました。その妻はある時私に「こんなのは治してもらったことにはなりません！」と言いました。「命は助けてもらったかもしれないけれど、他人である紙屋さんと妻である私、この子どもの区別さえも出来ないこの人を、どうして私は夫として認めていけばよいのですか。そして、子どもたちに対してはどうやって父親として教えていけばいいのですか！」と。

それまで私は、患者さんのためになっていると信じてやっておりました。一週間連続の夜勤を二回もやっていた私の思いというのは、この患者さん・家族の前には何の役にも立っていなかったことを思い知らされました。私はそれまでの看護教育の中で「人はすべて生きる権利がある。人間を全体的にとらえなさい。」と教えられていました。でも、もともと身近な妻が、父親として夫として認められないと言うということは、私たちのやっていることは何だろうかと思いました。

しかしながら、私たちこそは何があってもこの人たちの生きる権利を放棄することは出来ません。でも私ただけの自己満足ではいけません。妻・子ども・社会が認めないのでは専門性が希薄だと思いました。ですから、そのように認められるような方法を探る必要があると考えたのです。そこで、手っ取り早く何をすれば生きているということをつかってもらえるだろうかと考えたのです。

そこで患者さんを改めてみますと、食べ物は鼻から入っている管で時間になったら起きていようが寝ていようが、看護婦が流動食を入れてくる。喉には呼吸補助のための穴が空いている。おしっこのための管もある。呼んでも応えない。このような状態の時、家族が一番最初に願うことは「お父さん」と呼んだときに返事をしてほしい、ということではないでしょうか。また最も人間らしく、口からおいしくものを食べて欲しい。たとえ全介助であっても人間らしい行動を取ることが必要ではないでしょうか。でもどうやって……。

医学がどこから手を付けてよいか分からない人を対象にして、看護が何の方法論もなく取り組むことは出来ません。まずは先輩たちの実践にヒントはないかということで、五年間さかのぼって意識障害を呈した患者さんのカルテを全部読み返してみました。

昭和40年代の最初の頃「死なせない医療」ということが言われ始めていました。必ずしも治すわけではないのですが、命だけを助けるということがあったのです。5年、10年と患者さんを生かしてしまうような、高度先進医療が可能となってきたのです。病院では看護婦不足なので、家族の付き添い

を強制していました。それは女性ですね。一家の中で家事一切を行っている女性が家を離れるとどうなるか。家庭が崩壊してしまう場合が大変に多かったのです。今のような高額医療の助成制度もありませんでしたから、三カ月もすると生活保護受給になってしまうケースが多くありました。そのような記録を丹念に読んでみました。

急性期には確かにいろいろな様子の記述があります。血圧・体温の変化や、痛みに対する反応などです。が一度「植物人間」という判定が下ると、急速に記録の量が減ります。

「今日も一日変わりなし。」一日一行ですね。私は急性期に一所懸命に書いた記録は何だったのだろうか、五年後には看護の発展・研究にはほとんど役に立たない、医師のための情報提供でしかなかったのです。がっかりしました。

そんな思いもありましたが、丹念に読んでいくうちに発見がありました。それは患者さんがときどき、看護婦がかけていないのに毛布を身体にかけていることがある、ということでした。これは患者さんがかけたのですが、この行動は「自動運動」という項目に記載があったのです。これがあちこちで見つかりました。これは何でしょうか。

そういう視点で見えていくと多彩な患者の反応が見つかりました。意識ということでは「食べる」・「話す」ということを期待して探すわけですが、患者の身体の動きという視点で見直してみると、たくさん反応が見えてきました。入浴の時にリラックスして手足を伸ばす、とか、付き添いの人が変わると表情が変わるとかですね。しかし、それはあま

り意識して書かれたものではないようですね。ですからもっと視点をきちんとして観察して書けばたくさんのがあったのでしょうか。しかし、あっただけでも良いことでした。

これは患者さんの「サイン」ではないか、これはどういう意味だろうかということから、患者さんの変化が見えるように勉強してゆこうと思いました。それは私たちがどれ程、精度の良いアンテナを高く掲げているか、ということにかかってきます。そういう視点で見えていくと色々なことが見えてきました。

★

ある男性は助手席に座っていて交通事故を起こしました。フロントガラスを破って十六寸も飛ばされ電信柱に激突し、意識障害で入院してきました。この男性は意味もなく泣くだけだったのですが、そのうちに手が動いて、時には看護婦の胸のあたりに向かうことが見られてきたのです。看護婦はそのような状況には慣れていいますから「サッ」と身をかわします。そのような話が重なるうちに看護婦の中から「あの男性は意識はないけども、ちょっとエッチじゃない」という話があちこちから出てきました。

ある日、彼がそのようにして受け持ちの看護婦の胸の付近に手を伸ばしてきました。彼女が自分の胸元をみるとポケットにボールペンが入っています。彼女は「これなの？」と言ってそのボールペンを彼に見せたのです。それをじっと見ていた彼は、突然に泣き始めます。そしてボールペンを取ります。今度は記録用の板を彼の前に出してみたのです。意識がないと言われている人が物を書く、とは普通は誰も考えませんよね。でも彼がペンを

持ったのでやってみた。すると彼は泣きながら「俺、どうしてここにいる」と書いたんですね。彼は事故にあったことも分からなかった。一所懸命に訴えようとするけども言葉が出ない。ペンを取ろうと思っても逃げられてしまう。ある時に受け持ち看護婦がその彼の行動を意味あるものとしてとらえ、やってみた……。

看護婦は彼に今の状況を話して聞かせてあげます。すると彼は大きな声で泣いて「いつから会社に行ける」と書いたんですね。日本の企業戦士の走りですね。

私たちは意識のない人が物を書くとは思いませんね。意識とはしゃべることだと思っていた考えが、根底からくつがえされました。このケースは数少ないのですが、いろいろな反応が見られました。そこで私たちは、克明なエピソードを残すことにしました。例えば親戚の珍しい人が訪ねてきた時の会話の記録を残します。そして、意識が戻ったときに情報をはっきり与えないで遡っていくのです。そして、いつから意識がはっきりしていたかを知ろうとしたのです。すると私たちの想像をはるかに超えることが分かってきました。

★

18才の高校生の女の子のケースです。タカちゃんとしておきましょう。この子はある日、顕微鏡を覗いたところ、片方の視野の半分が欠損していたのに気付いたのです。さっそく手術を行いました。二週間後に脳に酸素が行かなくなってしまい全身麻痺と意識障害に陥りました。私たちはいろいろと取り組み始めていた頃でした。いろいろ刺激を与えました。そんなある日、医学部助教授の臨床講

義が「植物人間」というものを学生に教えるために、彼女を講義に連れて行きたいという話が出てきました。ドクターは「母親の許可を得てあるので、すぐに許可して欲しい」と言いました。そこで私は「タカちゃんにも説明して下さい。臨床講義はまず患者の同意が必要でしょう」とお願いしました。しかし、助教授はなかなか承諾してくれません。しつこくお願いして説明してもらいました。

ところでタカちゃんのご両親は、長引くタカちゃんの看護のために離婚されてしまいました。「この子の看護は母親である私でない」と出来ません」ということからです。彼女は結局、8カ月後に最初の言葉が出てきます。それは「オカアサン、アリガトウ」ということでした。

そこから、彼女の母親の記録と看護記録を遡ってみました。いつから彼女は意識があったのだろうか、言葉の出た時が意識が戻ったときだろうか、ということ調べてわけです。すると彼女は、助教授の講義のことを知っていたのです。それは彼女が最初の言葉を発する4カ月も前の話でした。植物人間というのは「3カ月間刺激に対して反応しない、言葉がない、自分で排泄・食事の出来ない状態」と定義されます。彼女の場合には、4カ月もこの状態が続いた後での事柄を、鮮明に記憶にとどめていたのです。彼女は自分に意識があるということを、私たちに伝えることが出来なかったのです。

「パパは生きている」というヤスイノブアキさんの手記がフウバイ社から出ていますが、同様の記述があります。彼は発症から二週間後には意識があったのですが、約二年近く植

物人間として扱われます。最近の本では医学部の学生が脳卒中で倒れた経過を本にしたものが文藝春秋社から出ています。その中でも、植物人間として扱われたことが書かれています。

つまり私は、患者さんに表現する手段を与えてあげることが必要だと思うのです。そのためには、表現の手段となる手足に拘縮などがあるはいけません。患者さんには表現のチャンスを与えなければなりません。辛抱強くたくさん刺激が必要です。どの刺激に対して一番良いかということは、人によって全部違います。つまりたくさん方法が必要です。また刺激は、毎日毎日与えることが大切です。つまりチャンスを与え続けることです。それにいつ患者さんが乗ってくるか、は患者さんの能力と経過・障害の程度によります。大切なことは、私たちが障害を持った人たちに合わせることです。看護婦というのはそれが要請されている職業だと思います。

### ★

それではいくつかのケースを紹介していきます。

最初は交通外傷の患者さんです。車が頭部を斜めに通過し、心肺機能停止、肝臓と腎臓機能の一部停止などで、一晩が山と言われましたが命は助かりました。その後1カ月半ほど後に、家族は医師から「将来ともに植物人間です」と言われます。そこで私たちの病院に来院わけです。このケースは、小児でしたから今まで専門的な看護は受けてきていません。ですから私は、回復の可能性を信じていました。最初は肺炎も併発していたので、抗生物質を投与しただけで、脳神経外科的な治

療はいっさい行いませんでした。急性期の取り組みとしては、首を上げることや寝返りを行ないました。つまり生まれてから一才まで、つまり立ち上がるまでのプロセスを繰り返して行いました。このとき四才でしたから、それまでのプロセスを省略せずにやっていました。寝返りでは腰の回転を経験させますが、これは歩行のためにとっても大切なことです。

次は経口摂取の訓練です。人間の身体というのは、用不用の原則が支配しています。使わなければ退行します。私の手首にギプスをかけて二週間固定したとします。たった二週間ですが、はずした直後は自由に動かすことは出来ません。筋肉は衰え関節に拘縮がきます。つまり現状維持さえもしないのです。健康な人でも退行するのです。栄養と水分がチューブで確保されても、口から食道までの消化管が使われていません。嚥下は反射ですが、咀嚼は学習なのです。そのためには、頬や舌の筋肉がいつでも食べられるような状態になっていなければ無理です。そのために消化管を使っておくために準備のために、口周辺の訓練を行います。

事故は9月でしたが、12月にはきちんと視線が向くようになってきます。表情も変化してきます。その変化の原因は、ここでご覧頂いている「温浴」です。これは清潔のためにするものではありません。そのためには、ベッドバスとかシャワーバスなどをやっています。家庭用の風呂でも、入るとおなかが三軒ほどもへこむくらいの圧がかかります。そのように圧をかけることにより、自律神経系の機能コントロールのための訓練として行っているのです。

たくさん汗をかいたり疲労すると、血圧・脈拍が亢進します。すると一方で抑制する働きが生じてきます。人間の身体をコントロールするための一つの、条件をつくって上げることが出来るのです。これをやると生理的に疲労しますから、眠りも深くなってきます。深い睡眠のあとには良い覚醒があり、その状態での刺激に対しては良い反応が返ってくる。もう一つ、心肺機能を整えることも大切です。いろいろなトレーニングのためには負荷がかかりますので、それに耐えるだけの心肺機能をつけることです。水圧で胸が圧迫されますから、それに抵抗して呼吸することが求められる。血液の循環もよくなる。お風呂に入れるだけで効果がかなり期待できます。このことによって反応を示していききました。

2月に5才の誕生日を迎えました。指で5才になったことを教えていますが、この段階ではまだ話はしません。足し算や引き算の答えを、指で示すことが出来るにも拘わらず話せないのです。これはつまり、言語というのは脳の高次機能である、ということです。言葉が最初に出ることはない。それよりも前に身体全体で、表情で感情表現をします。私が黙って水を飲めば、皆さんは「喉が乾いているのだな」と解釈してくれます。この場合は、私の意志を達成するのが手ですね。言葉に先行して表現の手段として身体の部位を使うわけです。この子はまさにそれを示しています。

発声練習などを繰り返して表情も豊かになってきますが、まだ話しません。そこで家に帰して訪問看護でフォローアップしました。そして退院して2カ月後に言葉が出てきました。6才になった時には学齢で遅れることな

く、小学校に入学出来ました。

将来ともに植物人間と言われた子にも生活を整えてあげる、つまり排泄・食事・臥位にすること・起こすこと・立たせることなどですが、それをするような取り組みが大切だったということですね。

### ★

次のケースは五十七才の男性で、棟梁ということです。くも膜下出血で入院して手術を行いました。手術後に低酸素脳症によるけいれん発作が止まらなくなり、重症の脳炎となってしまう。ドクターはCTやMRI、心電図など様々なデータを並べて「この人に関する限り、逆立ちしても意識は戻らない」と言われたほどの人です。実際、徐脳硬直という脳の深部に障害がある場合に見られる独特の姿勢もとっています。足も手も一本の棒のようになってしまいます。この姿勢になると、PTが一所懸命に努力してもなかなか伸びるものではありません。ところが大変に早い段階から、温浴のトレーニングを開始することでその四肢が伸びてきます。

立位の訓練もします。意識のない人でも立たせる練習をします。人間は立つことによって、動物から人になったとも言えます。そして立つことにより、人間の生理的な脊柱の湾曲が生じてきます。胎児では大きく後ろに屈曲しているだけです。それが立つことによって変化するのです。脊椎動物の中で人間だけが重力にうまく適応したからこそ、直立二足歩行が可能になったと言われていています。ですから立たせることによって人間になってゆくプロセスを脳に認知させよう、と考えたわけです。「足底という小さな支持面積に体重を

かけ、その結果生じる筋の緊張を深部刺激として脳に伝えよう」という仮説です。

しかし彼は9カ月間、反応を示しませんでした。そこでさすがの看護婦もあきらめかけたのです。3カ月という植物人間の定義の3倍もやったのに反応がないわけですから。しかしその頃、患者さんが訓練室のにぎやかな様子に目を動かし始めたのです。同時に手も動き始めました。

脳の刺激の投射領域は、手と足や顔面に大きいものがあります。足については立たせる訓練をします。手については巧緻性が大切となります。看護婦が患者さんの指を持って上に上げて「パッ」と離すということを繰り返します。その練習の時に、患者さんの正面から少しはずれたところにプリンがあったのです。そして患者さんの身体を起こしてゆくとプリンの方に視線を向けて、手にとって食べようとしたのです。患者さんは何もしゃべりませんから、看護婦はびっくりします。そしてプリンを食べさせましたところ、食べる事が出来ました。そこで次の段階としてストローを出してきます。ストローでものを飲むためには様々な条件をクリアする必要があります。これは食べ物を誤嚥しないで安全に飲み込むための、客観的な評価基準になります。訓練にもなります。ここで何故いきなりストローを持ってきたかということですが、この患者さんは大人なので生活行動を獲得しており難しい訓練を跳ばしても出来るのではないかと判断したからです。そしたら出来たわけです。そこで食べ物を提示してみますと、刻み食を食べることが出来ています。

意識障害の患者さんは、意識が戻ったから

とっていきなり行動をとるわけではありません。意識のない時から訓練をしますが、その時に看護婦がスプーンを持たせて、患者さんの手の動きと口に入るというこの運動の連動性を大切にします。髭を剃るときでもただ剃るのではなく、段々と患者さん自身にカミソリを持たせるようにしています。持った感触・皮膚に当たる感触、それに手の動きが大切です。特定の手の動きと、その手のやっていることを結びつけて認知させていくわけです。そういうものの組み合わせが、人間の生活行動です。そういう練習を繰り返してゆくことで初めて、意識が戻ったときに自分で食べ始めることも可能になるのです。

刻み食から一週間経つと、箸を使って麺類を食べています。その後、ワーカーと看護婦によって職場復帰のトレーニングを受けます。まだ話は無理です。そして1年9カ月後には、「逆立ちしても意識が戻らない」とドクターに言われたこの患者さんは、大工として元の仕事に、そして父親として夫として、私たちと同じ世界に戻ってきたのです。

★

医学的な根拠を元にドクターは診断・治療・判定をします。私たち看護婦はどう判断するのでしょうか。それは患者さんから送られてくる全身のサインから判断します。脈拍・熱・血圧の変化も患者さんから送られてくるサインなんです。ただそれを計測するだけでなく、これらの数値の変化は言葉以外でのサインと考えます。

★

次の事例の方は、息子さんが医師だという方です。左の脳が異常を起こして命を助ける

のも難しいという状況になってしまいました。息子さんはご自分でCTをご覧になって「この状態ならば命が助かっただけで感謝します」と言いました。先ほどの棟梁が太鼓判一つならば、この方は三つくらい押されるようなケースでした。ドクターは「もう絶対、絶対、絶対に意識は戻らない」と言いました。

温浴などのトレーニングを繰り返していつて5カ月目にあくびをした時、手を口に持っていこうとしているのですね。人前であくびをするときのマナーを見逃さずに写真に撮影できた一枚です。この行動を見て私たちは自信を得ました。その2カ月後には、自分で食事を採ることが出来るようになりました。左の脳に障害を受けましたので失語症が出ていますから書いてみるのはどうか、と考えました。結局、約2年近くSTなどの訓練を受けて退院しました。

★

次は25才の未婚女性のケースです。交通事故を起こし、脳幹挫傷で生命も危なかったのですが、若さのため命は助かりました。そして五カ月ほどたったところですが、それまでは何も反応はしませんでした。この温浴をしている時の彼女の右手と左手の位置に注意して下さい。これは患者さんから送られてきているサインだと思います。これをドクターに見せたら「何の意味もないただの偶然だ。いちいちそんなことに解釈するから、看護婦さんは変なことをするんだ」って言うのです。意識障害の患者さんが「あ、よくなってきたな」と感じるのには表情に出てくることなんです。それがこのように脳幹の障害を併せ持っている、なかなか表情が変化してこなく

て客観的な評価の難しいケースです。

9カ月後には鏡を見て「誰が私の頭をこんなに短くしたの！」と言ったのです。そして午後から職場に通って、段々トレーニングしました。90年の事例ですが、去年の春に結婚して出産もしました。意識の回復が難しいと言われていた患者さんの変化です。

★

長期臥床患者さんの場合は、廃用性症候群というのが顕著になります。使わなければどんどん退行するわけです。人間の神経・組織は短縮方向からの支配を受けています。長期臥床の患者さんの場合は手が身体の内側に入ってきます。皆さんも急に驚かされると必ず縮みますね。そのように出来ているのです。刺激が与えられると緊張して縮むのです。例えばタッピングをしますが、あれをバシバシと叩くと失敗のもとです。つまり一撃で筋が一枚の板のように緊張してしまいますから、そのあといくら叩いてもその振動が肺に伝わらないからです。

とにかく使わない筋は縮み、使わない骨からはカルシウムが脱出していきます。

起立性低血圧というのがあります。私たちは横になっていますと血液は横にしか流れません。起こすことによって、重力の影響を受けることとなります。落差が出来ます。それに耐えられるのは長年の重力の適応のプロセスの中で、起立したときの状態を脳幹がキャッチするからなのです。そして血管を太くしたり縮めたりして、必要な部位への流入を調節するのです。これは一瞬ごとのコントロールで、自律機能です。ところが長期に臥床しているとそういうことをする必要がなくなっ

できます。寝ている患者さんをそろそろ起こそうかということで、いきなり起こします。すると突然血の気が失せます。肺炎になるのも同じことで、すべて重力の影響なのです。

宇宙での毛利護さんの授業をご覧になりましたでしょうか。あの時、宇宙に出かける前に、首と大腿部の太さを測定していきました。帰ってきてからまた測定すると首は太くなって大腿部は細くなっていました。無重力というのは重力がないというよりも揚力が働いていることですね。血液が下から上に動いてしまうのです。ところが地球はまったくその逆のことが起こっているのです。重力に適應する力を人間だけが見事に獲得したので私たちの様々な行動がとれるのです。

★

次は尖足についてです。足を使わないでいると爪先がとがってきます。それはふくらはぎについている筋群が縮むからです。膝が曲がるのも同じように筋群の縮みです。肩が中に引きずり込まれる拘縮も同じです。その状態で起こすと、手の重みで肩が下に落ちて、亜脱臼や脱臼を起こすことがあります。

★

立位や座位では、起立に必要な筋群が様々な方向に向かって緊張します。それが脳にも伝わります。ところが寝かせていると全身の筋肉が弛緩してしまいます。それでは脳への刺激が伝わらないのです。

「Bed is bad」ということがあります。私たちの大先輩であるナイチンゲールもその著書の中で「寝かせておいてよいことは一つもない」と言いました。ベッド文化である欧米に、寝たきり老人が一人もいない

のに、布団の文化である日本にケアのためにベッドを導入したら、寝たきり老人を作ってしまったのです。ベッドというのは「眠るための道具」なのです。ところが日本の狭い六畳一間にベッドを持ち込むと、そこがおじいちゃんの居室になりますね。結局、そのベッドの上に座ることにならざるを得ません。ところがベッドの上に座るわけにはいきませんから、結局、彼は横になる。そして寝たきり老人になってしまうというのが、今の私の寝たきり老人の分析であります。

ついでに、多くの人が見落とす日本の寝たきり老人のことに触れます。世界には寝たきり老人はいないので、日本だけがその研究をする必要があるのですが、ドクターも含めて見落としていることがあります。それは「後部後屈位拘縮」なのです。肩をすくめる筋肉が肩から後頭部を通して前までできています。これを使わない、つまり首を動かすような運動をしていないと、ここが短縮します。肩がすくむ、のではなくて後ろに引っ張られるような拘縮を起こします。これが後部後屈位拘縮です。

これが何故恐ろしいかという、これは気道伸展位だからです。つまり人工呼吸をする時に頭の後ろに枕を入れると気道優位の体位となりますが、これと同じです。この状態で補食させることは「どうぞ肺炎になって下さい」と言っているのと同じことなのです。鼻から管が入っているから肺炎になるわけではないのです。この肢位を見逃しているからです。

患者さんに食事介助をする時に、患者さんに意識があれば介助者の顔を見ます。これは

心理です。すると老人病院などで、介助者が立ったままで食事介助をしていることがあります。老人は上を向いて食事をするようになります。拘縮がなくても同じ姿勢をとっているということになります。

日本の老人は、解剖の七割までに無症状性の肺炎を起こしている、という報告があります。その原因の第一位が食事の都度の少量誤嚥です。反射機能が衰えている老人はむせないことがあります。少しずつ誤嚥して、ある時なにかリスクが加わると、すぐに肺炎となります。これは皆さんが対象としている重症心身障害の子どもたちにも、当てはまることかもしれません。

★

次は11才の女の子です。動脈と静脈が直結してしまう病気です。血液の量が一気に増える成長期に、静脈が動脈流の圧力に耐えられなくなって出血を起こし、一度に重篤な状態になってしまいました。小脳の動静脈奇形だったので出血によって脳幹が圧迫され、呼吸停止なども起こしました。とりあえず命は助けて、5カ月たった時の温浴の時に、一週間の間をおいて、バランスをとるようになっているのです。

意識障害の患者さんを脳神経学的特徴で言うと「大脳の認知統合機能は低下しているけれども、自律機能は比較的保たれている状態」ということにあります。つまり意識障害の患者さんは「重複生活障害者」である、と私は考えているのです。呼吸に問題はないが、自分で呼吸は出来ない。発声機能に問題はないけれど、自分で発声は出来ない。消化器系統に問題はないのに、自分でご飯が食べられ

ない。これは生活の障害です。意識というおおもとが障害を受けると、個々の機能には障害がないにもかかわらず、食事・排泄などが出来なくなるわけです。それがつまり「重複生活障害者」という規定の意味です。

睡眠というものを基準に脳を考えると「眠る脳」と「眠らせる脳」に分けて考えることが出来ます。眠る脳は脳幹で、眠らせる脳は脳幹です。脳幹には睡眠が必要ですが、その間、人間をコントロールしているのが脳幹なのです。自律機能の中心である脳幹は決して休まず、それが休む時は死ぬときです。

脳幹は他に、抗重力姿勢、特に姿勢反射をコントロールしています。ならば先に述べたように意識障害の患者さんは「自律機能は比較的保たれている状態」ですから、意識がなくても立ったり座ったりすることは出来るのではないかと思ったのです。ところが同僚やドクターは「意識のない人が立ったり座ったりするはずがないしょや！」と言うのです。でも理屈の上ではあり得るのではないかと、説得を重ねてやってみたら、きちんと患者さんが証明してくれました。

立った姿勢も一週間あまりで姿勢が変わってきます。ところで注意していただきたいのは、いきなり立たせるのは無謀だということです。とりわけ腰部筋群のトレーニングは非常に重要です。

経口摂取の練習もしています。ドクターの中には「鼻腔カテーテルが入っているのに経口摂取をするのは危険である」ということを言う方もいますが、私たちの病院のナースは新人教育で全員がカテーテルを互いに挿入し合います。するとどうなるかということ、一回

で確実に、苦痛なく挿入することの必要性を学ぶことになります。患者さんにはどのような看護が必要かということを知るわけです。この管を入れた状態で、臥位になって水が飲めるか、どんなものならば安全に嚥下出来るか、嚥下するものの温度による違いはどうか、前傾姿勢ではどうか、ということを知りたいのです。

管と肺炎は関係ないということは、先ほど申し上げました。ところがドクターさえも「鼻腔カテーテルが入っていると肺炎を起こす」と言うのです。解剖学的には、気管切開の部位と嚥下の部位はなにも関係ありません。プロも突然素人になってしまうのです。

話さない患者さんはどのくらい意識が戻ってきているか、客観的にはなかなか分かりません。そこで「あやとり」をしました。あやとりは記憶を連続的に再生することによって継続するゲームですから、意識の回復状態を外から見られるのではないかと思いやってみました。このケースの場合はかなり集中して取り組んでいました。

一般的に急性期に看護婦がベッドサイドで何をやるかということで、その後の回復の状態が決まってしまう。実際に立って歩くようになる前の準備段階での取り組みが大切である、ということです。彼女は153日目に小さな声が出ました。

### ★

ある程度回復してくると、復学ということになります。これも昔は大変でした。「前例がない」ということですね。ある中学生の女の子の場合ですと肢体不自由に失明もしているという重複障害の状態になってしまい、

養護学校からも盲学校からも断られるということがありました。私たちもずいぶんと教育委員会にかけあったり学校に行って「先生が作って下さらなければ未来永劫、前例は出来ません。この子を前例にして下さったら、二人目、三人目がこの子の後に続くのではないですか」とお願いしてきました。

今ではそんなに辛いこともありません。この子の場合には、高学年なので階段を昇る必要があります。階段の昇降だけをお願いします、と言われました。そこで患者さんも家族も私達も同じ目標に向かって努力をしました。

復学前には学校へ行って、学校の先生方全員の課題にして下さいと、いう話をします。これはどういうことかと言いますと、養護の先生と担任の先生の二人だけではPTAの圧力や他の先生の無関心などがあって、だんだんと辛い立場になっていくことが多いのです。ですから「全体の課題」にして頂くことが必要なのです。

その他の学校への復学準備としては、友だちのことがあります。でも彼女が学校へ行くのではなくて、友だちに病院に来てもらうことにしました。学校の先生に相談してクラスの友だちに来てもらうことにしたのです。たくさんのお子もたちを治してゆくと、髪の毛が短いとか学力が低いなどでいじめられてしまい、中には「登校拒否」を起こす子がいるのです。これでは私達も泣いても泣き切れません。そこでいきなり復学させる前に、クラスの友だちに小グループで来てもらうことにしたのです。すると能面のような表情の子だったのが、クラスの友だちに来てもらうこ

とで、笑顔が見られるようになったのですね。こういうことは「プロ」ができない、「家族・友人」でないと出来ないことです。

これらの子どもたちにたくさんの病人を見てもらいます。「あなたのお父さんもこうなるかもしれないね、あなたがなるかもしれないね」と、やや脅迫めきますが、つまり病気や障害というのは、個人の責任や努力で防げないことがたくさんある、ということ。そしてそうなった時に、どういう社会であらねばならないかということ、子どもたちに伝えられないだろうかと考えたのです。

二週間後・四週間後・二ヵ月後と私たちも学校へ行きます。一緒に授業を受けます。その子の疲労の状態・集中力の状態・学校行事の予定・そのための準備などについて先生方と一緒に確認をするためです。「看護婦さんたちが来てくれるのなら、僕達も頑張りますよ」と行ってくださいます。実は、現実にはそれほど行かないのです。済むのです。

「行きましょう」という私たちの姿勢をお見せするだけ先生方は、頑張ってお下さるんですね。一回二回行って打合せると、後は電話連絡で事が足りてしまうのです。人間は直接に会って直接に思いを伝えることがどんなに大切かということですね。

この子の訓練ですが、出来るだけ早い時期に座位を取らせました。それは排泄・経口摂取などに大きな影響があります。臥位では舌が落ちてしまいますから、飲むのは危険です。また発声も妨げられます。座ることで重力の影響を受け、舌の位置が決まります。それによって空気のたまる量が決まり、発声が決まるのです。臥位ではきれいな発声は難しいの

ですね。

また重力が便を肛門付近まで降ろしてきますから、排泄も楽になります。水平仰臥位での排泄となると、消費カロリーは大人の場合で、体重1kgあたり毎分1kcalくらい違うのです。血圧の変動も、座位では17から30にとどまるものが、水平仰臥位では70から90も変化してしまいます。その理由は全部、重力の影響です。水平仰臥位で力むのは大変なことなのです。

つまり座位にするということは、安全に食事をし安楽に排泄をするための基礎なのです。出来るだけ早く、座位を獲得するように考えます。とにかく、寝かせておかない、ということですね。

それでも患者さんの状態によって、どうしても難しい場合には「トランポリン」を使います。学生時代に体育の授業で「運動心理学」を学びました。この時「水平の揺れは人間の気持ちを平安にさせて、上下の揺れは人間の精神を高揚させる」という話がありました。『これはいつか使える!』と思いました。ところが上下運動を起こさせる方法論がなかなか見つからなかったのです。ある時フトしたきっかけでトランポリンを知り、反応が非常に乏しい患者さんに試してみたのです。するとバウンドした途端に「驚愕反射」という、大きく目を見開いてびっくりするという反応が見られたのです。翌日乗せたら、今度はトランポリンの枠にしがみついてしまいました。

この後にもたくさんのケースを検討してみたところ、どうも脳幹の少し上の中脳の障害を持っている人にトランポリンでの反応が豊富である、ということが分かりました。空中

に浮いて、空中で一つの姿勢をとるということは、最も高度な平衡感覚なのです。ですから逆に言うと、そのような状態はとても不安な状態である、ということです。そこでこの患者さんは自分の身体がバウンドしないようにした、というわけです。

★

これらの事例のことをまとめて整理してみます。

生活行動の障害を克服するためにはまず、全身状態が安定していなくてはなりません。それは栄養状態であり心肺機能です。それと生活リズムです。眠っている時に刺激を与えてもだめです。それから患者さんにどういう能力が残っているのかをチェックすること。そして、どこならば変化しやすいかというアセスメントをし、効果的な刺激を提供して脳の最大の特徴である「学習」を利用して、行動を獲得させてゆこう、としているわけです。

残存機能の確認という点については、例えば「生活リズム」についてですが、ずっと見ておきますと、ほとんどの人が「生活リズム」の基本的なリズムである「睡眠と覚醒のリズム」にだけこだわっていることに気付きました。そこで言葉を代えて「サーカディアン・リズム」としました。

これの一番の基礎は睡眠と覚醒ですが、その他に食事のタイミングがあります。日本人は日本の文化の中で生きていますから、1日に3回の食事を朝昼晩と採ります。これはすべてホルモンの分泌・抑制から、ここで言う「サーカディアン・リズム」に基づいて行なわれているのです。それを何時間もかけて流動食をぼたぼたと与えますと、今までのリズ

ムが狂ってしまいます。

生理機能について考える時には、このような食事のタイミングや排泄のさせ方もみんな大切なリズムを形成しているわけです。ですから、健康な人間がやっている方法で考えるのが一番良く、効果的であり安全である、ということから、出来るかぎり私たちに近い姿勢などを追求しているわけです。

食事について考えると、嚥下という反射と咀嚼という学習によって成り立っています。咀嚼は何でも飲み込めば良いというわけではなくて、ある段階からは「学習」が必要になってくるのです。

★

私たちは脳の「学習すること」「代償すること」「可塑性があること」に期待します。とりわけ「学習」に依拠して、患者さんに生活行動を確立させていこうとします。

学習には二つあります。理性・認知の学習は脳がしますし、身体の学習は小脳がします。この二つの決定的な違いは、脳の学習は忘れたらそれで終わりである、ということです。例えば因数分解の問題を出されたとします。昔は出来た筈のことが忘れてしまっただけで出来ません。理性・認知の学習の分野のことは、たとえ何時間与えられても、忘れてしまったものは絶対に出来ません。

しかし身体の学習は、努力によって意図的な再生が可能です。例えば最後に自転車に乗ったのが十年前という人に自転車を渡します。ある程度の時間を与えると乗れるようになるのです。運動の学習というのは「回路」に組み込まれているので、状況が与えられればその回路が破壊されていない限りは再生が可能

だ、ということです。ここが大きな違いです。身体が覚えた、ということです。

また、目の前に相手がいれば「ありがとうございます」と言うときにはおじぎをしますね。ところが人によっては、電話の相手に対してもおじぎをしていることがあります。ある状況が生まれると、その中である行動が再生されることがあるわけです。従って患者さんがどのような状況の中で生きていたかということがとても大切です。

★

かつて銀行の支店長さんが意識障害になりました。その人にそろばんを渡したことがあります。彼は黙って見えています。看護婦さんが「ご破算で願いましては…」と言ったら、その支店長さんは、しばらくしてから「サッ」と5の玉を払ったんですね。翌日に今度は「3円なり、5円なり…」と読み上げますと、きちんと置いていくわけです。

また、学校の先生が患者さんになってきたこともありました。その人は座った姿勢が「用意・ドン」の用意の姿勢に似ていたものですから、看護婦さんが「用意！」と言ったらパッとクラウチング・スタートの姿勢を取ったのです。後で調べてみると、その先生は体育の先生だった、ということでしたね。

つまり同じ刺激でも、その人の生活環境によって効果的に与えることが大切だ、ということです。どのような生活をしてきた人か、ということを考えて訓練をします。日常生活の動作というのは、繰り返し繰り返し身体で覚えた運動の学習です。食事行動にしても、手元を見なくても箸でごはんが食べられるのもそのためです。髭をそるのも同じです。

訓練のためには、危険な姿勢も取らせません。するとそこで手を伸ばして自分の身体を守ろうとする動きが出てきます。そこから反応を引き出すことも出来ます。

★

私が北大に勤務していた時には、訓練として末梢神経からの刺激を与えました。ところがこのやり方ですと、ある段階までくると、プラトーンになってしまいます。せいぜい、車椅子に乗れるという程度あるいは介助しないでも食事が食べられる程度までしか回復しないのです。突破口を開くために、時間をみつけては今までの実践を反省してみました。

末梢神経というのは、大脳のコントロールを受けています。視覚・聴覚などですね。ベートーベンの音楽を知らない人に、いくらベートーベンの音楽を聞かせても意味がない。その人にとっては工事現場の音と区別がつかないのです。かつてその音を聞いていて知っていなければ意味がないのです。ところが大脳はその機能を低下させているわけですから、末梢からの刺激を与えても頭打ちになるのは当然だったわけです。

そこで中枢性の刺激へと発想を百八十度転換しました。そこから立ったり座ったりという訓練の話になってくるわけです。そうすると予後が格段に良くなってきたのは、今までお話したとおりです。

★

多くの人たちは、変化の可能性があるのにもかかわらず放置されている、というのが現状です。患者さんの中には、すでにして人間の尊厳を失わされているような方もいます。それは多くの場合は、医療が作ったものです。

命は救ったけれど、数年を経ずして奥さんが「もう夫として見るに忍びない。かわいそうです。早く楽にしてやってください」と言う。子どもさんが患者さんのそばに来ると、後退りして行くのです。そして5年経ち6年経って「もう夫とは思えません」と言う奥さんを、誰が非難出来るのでしょうか。意識障害の患者さんは全身の筋が弛緩しますので、非常に特徴的な表情となります。こんな表情で横たわらされている患者さんを前にして、私たちが「人間の尊厳」「生きる権利」などと言ってみたところで、奥さんや子どもたちにとって何になるのでしょうか。

★

寝たきりにさせておかれた患者さんを、何とか座位にして15分間たちますと、拘縮で曲がったきりになっていた上肢が下りてきて、表情にも変化が出てきます。これらはすべて重力の影響なのです。目が一番高い場所にあるために、患者さんは俯瞰することが出来、それが三次元の空間を形成することに寄与するのです。俯瞰しなければ奥行・遠近感がキャッチできません。私たちでさえも、じっと横になって物を見ていますと、約20分で奥行が分からなくなってしまいます。これが寝た状態の世界だ、ということです。

このような記録を残すために、私たちは常にカメラを持っています。意識障害の患者さんは二度と同じポーズはとってくれません。昔は5分も6分も記録を残したのですが、写真での記録はそれだけを見ている、患者さんの変化がよく分かります。

スライドをどうもありがとうございました。

★

今日は私の専門領域での患者さんを見て頂きました。患者さんは私たちの対象として限定して言えば、「様々な刺激に対して反応するチャンスを待っている人たち」と言えます。私たち看護婦の役割は、ドクターのように「治す」ことではなく「生活の援助者」なのです。たとえ患者さんがどんなに重度の障害を持っていても、です。その患者さんの精神の不安と身体の苦痛のない中で生活を確保すること、そして、それが確保出来たら生活の質の変化を起こすこと、これが医療における看護婦の役割です。

その意味から患者さんは様々な反応しています。私たちからの働き掛けを待っている存在です。すべての患者は表現しています。しかしながら意識障害の患者さんに働きかける理論を持っていなかったのも、その変化の可能性を知ることが出来なかったのです。ちょっとやってみると、どんどん変化していきます。患者さんは、その存在で、命の営みで『私は生きている』と表現しているのです。その表現をとらえるためには、私たちが患者さんに、チャンネルを合わせないとはいけません。たとえアンテナを高く掲げていても、チャンネルを合わせないと電波をとらえることはできません。その努力は私たちがすべきことで患者さんがすることではありません。そして何よりも病める人、死の床にある人に対して手をさしのべることと許された数少ない職業として看護婦があるのです。誰でも患者さんに何かをすることが出来るわけではありません。資格を持っているがゆえに許されたのです。

学校の先生でも同じ事です。他人の子ども

の成長や人格形成に何ゆえに関与することが出来るか、それは専門職として社会がそれを認め、許しているからです。

その意味で、私たちは患者さんに努力を求めることは出来ません。私たちが障害を持っている患者さんに合わせなくてはなりません。それは患者さんが障害を持っているがゆえに努力出来ないからではなく、何よりも私たちがプロだからだ、とっております。

私の体験を大勢の方々に与えてくれた実行委員の先生方にお礼申し上げます。もちろん、遠いところからおいでくださいました方々もありがとうございます。

私の専門の領域の話を通じて、専門職の役割ということ「健康の権利の主体者」である患者さんを中心としてお話させて頂きました。何かお役に立てればうれしく思います。長時間に渡ってどうもありがとうございました。

## 天使病院小児科病棟における 重症心身障害児と訪問教育との関わり

立石 典子

天使病院小児病棟

〒065 札幌市東区北12条東3丁目

### 1 はじめに

高度な医療の発達は、障害児の生存率を高めることが出来た。そして、その障害の程度も重症度を増している。10年前には考えられなかった人工呼吸器装着児の在宅者も出現し、超重度の子供たちも家庭の中で生活するのは珍しい事ではない。

当院の小児科においても、先天的な病気のために人工呼吸器装着の障害児が常時4名、その他の超重度の障害児が2-3名入院している。その子供たちの一部は、生まれて一度も家に帰ったことはない。その為、豊かな生活の体験を持たず成長や発達に歪みをもたらしている。

ある時、障害児の父親が「子供らしい体験を多くさせたい。子供が一日中ベッドで寝ているのは不自然だ。外に連れ遊びたい」という心からの言葉を聞き胸を打つものがあった。その子は一度も家に帰ったことはなく一日中ベッドで過ごしテレビとお友達の毎日だった。なんとかしなければならぬ。一度でもいいから家に帰そう、そう思った。

それ以来、積極的な活動のために準備をし実践した。その実践を通して多くの学びを得

たので経過と結果について報告する。

### 2 天使病院小児病棟の紹介

当院は、総ベッド数310床をもち10科を有する総合病院である。その内、小児病棟は30床のベッドを保有している。入院患者の3分の1から4分の1は超重度の障害児である。基準看護を取っているため付添いは出来ないが、必要に応じて付添いも可能である。

### 3 訪問教育開始までの経過

昭和63年度に小学校入学を控えた人工呼吸器装着時のSちゃんの両親は、入学を強く望んだ。当時、訪問教育の対象は、在宅の障害児に対して行われていた。Sちゃんのように退院の出来ない場合は訪問教育は出来ないとのことだった。しかし、Sちゃんの両親の熱心な訴えと養護学校側の強力な支持により教育委員会を動かし病棟内で訪問教育を受けられる決定がおりた。昭和63年4月、プレールームにて初めての入学式が行われた。式には在校生とその母親の参加もあり盛大に感動的に実施された。

以来、訪問教育は継続して実践され活発な

教育が行われている。現在は、小学生3名に対して2校の教員が週2回ずつ、1回約1時間から1時間半位の授業を実施している。

#### 4 障害児に対する病棟の取組と結果

訪問教育、学校行事の参加、動物園の見学など、以前は不可能と思えたことが実施されているが、ここに至るまでのは多くの準備がなされた。

平成2年度は、入院ベッドの半数以上が重症心身障害児であった為、ベッドが回転せず病院経営にとっても経済的危機状態であった。同様に、子供たちにとっても、生命を守だけで精一杯の看護しかうけられなかったとも言える。そのような状態の中で、一人の障害児が突然死亡した。この児の死は我々に多くのことを教示した。それは、障害児はいつその生命を終えるか分からない。従って、生きている今この時を大切に生きることが重要であり、子供らしい生活体験を沢山する事が求められていることだった。

これが、現在の活動の原動力となっている。

当院には、搬送用の人工呼吸器は一台もなく、外出するときは酸素ボンベとアンビュバッグのみで生命を維持している。この方法で何時間離脱が可能かを観察した。

この年は年間5回の病棟行事への参加から始めた。行事は、「雛祭り」「子供の日」「七夕とスイカ割り、花火大会」「クリスマス」「ピクニック」であり、病棟内或いは病院の庭で行った。どの行事も医師立会いの元に実施し、必要な器材もすべて準備し楽しんだ。最初の頃、離脱の限界が1時間以内の児も行事を重ねる毎に延長出来るようになり、

最終的に2時間から2時間半の離脱が可能であることが分かった。

平成3年度は、病棟の行事以外に病院の外に出る計画を実行した。手始めに、歩いて15分くらいの公園に行き親子でブランコに乗り、ウサギ、ヤギ等を見て森林を歩いた。初めての外出に付添いの看護婦は泣いた。離脱は3時間位可能になった。

次の計画は、「海水浴」であった。

子供たちは、本やテレビでしか見たことのない海へ行き、潮の香り、波の音、砂や海水の感触を親子で確かめあった。寒い日だったが水着を着た子供たちは眼をしっかり開け驚きの表情を表した。子供の数の3倍以上のスタッフ両親が同伴し、全ての人が夢にまで見た海水浴に興奮した。

平成4年度は、2度目の入学式を病室で実施した。脳死と同様の反応のない児の為に家族は元より多くのスタッフが参加した。両親は、元に戻ることはないわが子が教育を受ける喜び、ここまで頑張ったという素直な気持ちを言葉で表現した。医療スタッフに対する親からの感謝の言葉は、若いナース達にも自分たちが行っている看護は大きな意義のあるものだ実感出来た。

「動物園」にもいってみた。

動物から眼を離さずしっかり見ている子供とそれを見つめる両親は、楽しみながら満足気に動物園内を回った。

平成5年度は、今までの様々な取組を繰り返し実施し、更に学校において行われる行事に参加することを目標にしている。すでに登校学習は数回実施し意義の大きい内容となっている。

## 5 訪問教育及び積極的な病棟行事が開始されてからの変化

### ① 子供の変化

戸外や学校での行事に参加することにより情操面に対する豊かな発達を促すことが出来たと実感する。眼と口元で喜びを表現するSちゃんや膝や顔を動かし返事をするEちゃんは、眼をしっかりと開け表現も大きくなった。又、五感の中で、視覚、聴覚、触覚は日常的に刺激が多くされるが、味覚については肺炎の恐れもあり刺激は殆ど無かった。しかし、残存機能に対する刺激は重要でありクリーム状の食事を与えてみた。おやつは固形のまま与え、味覚だけでなく視覚嗅覚にも刺激を加えた。顎関節が硬く燕下が出来ないため、味覚を刺激したあとは食品を吸引し肺炎を防いでいる。

又、体の血行動態を横から縦の流れに変化するよう体位を工夫した。日中は高いファラー位を多く取るようにした。これにより脳貧血状態が無くなり長時間の行事に、しっかり目を開けて参加することが出来るようになった。

### ② 両親の変化

海水浴から帰ったあと、海水を流すためにEちゃんはお風呂に入った。いつもは看護婦のみで入れるのだが、この日は母も参加した。わが子がお湯の中で全身を揺らしながら喜びを表現するのを見た母は、感激し、その日以来面会時間が長くなり、子供に対する語りかけも多くなり母の表情も明るく豊かで、自信に満ちたものになった。

又、障害児であるわが子を近所の人を知

られるのは困ると思っていたある母は、行事毎に変化する子供を見て、自分の方から外出を希望するようになった。この母の最大の願は、登校する事だった。登校による終業式に参加後、嬉し涙を流しながら「生きている間に出来ること何でもさせたい」と言った。

子供とともに参加する行事は、育児の体験でもあり子供に対する愛着の気持ちを育てている感じている。更に、わが子の生命について真剣に考える機会でもある。

### ③ 医療スタッフの変化

行事のたびに多くのスタッフを揃えるのは困難だと思える事もある。若い看護婦たちは、器械を管理し、お風呂に入れ、痰を引き、栄養を与える行為を日常的に行うだけでは活動がもたらす効果について充分理解することは出来ない。しかし、行事に参加し成長する子供や喜んでいる両親に出会うと、自分の行く看護に希望と喜びも得られ、生命の大切さを実感出来るものと思っている。

以上述べた変化の数々はごく一部だが、それぞれが影響しあい相互作用をもたらし、更に大きく変化していくものと考えている。

## 6 障害児と接するときの基本姿勢

① 障害児は常にターミナルステージの中にいる。いつ訪れるか分からない「死」のその時を、単にベッドの上で何もせず待つよりも、積極的に生きて喜びを見出し、何かをする事により生命が短くなることがあっても、充実した今を大切に生きる人々を

守りたい。

② 障害児も健常児と同様に教育を受ける権利を持ち、それにより多くの成長があり、子供のQOLを更に高めることが出来ると考えている。

## 7 おわりに

一般病棟の中で多くの障害児に対して、子供らしい成長発達が出来るように援助をし続けることは困難も伴い、必ずしも生活するには適切な場所であるとはいえない。不適切な場所を適切に成れるように努力しているが、出来ることは僅かである。

訪問教育担当者にも多くの協力を願いたい。その上で、訪問教育担当者に期待することは以下の通りである。

- ① 親はともすれば、言葉のないわが子を所有物のように扱い、わが子が障害児であることを恥ずかしいと思い、その行動範囲を極端に狭くすることがある。親が子供を受容したプロセスについて、両親や医療スタッフから確認し充分理解してほしい。
- ② 親にとって教育担当者の存在は、生活をするうえで便利な人として関係を保つのではなく、教育によって得る成長発達は、親にとって大きな喜びであると思える関係を保って欲しい。
- ③ 教育の方針、計画が我々にも継続出来ることがあれば伝えて欲しい。
- ④ 教育の結果からもたらされた感動を共に分かち合いたい。

数年前に考えた障害児に対する計画の殆どは実行された。結果から得たものは、障害を

持った子供とその親に対する積極的な活動は、単調な入院生活を送る子供と家族に喜びを与え豊かな情操を育てるものであることを実感した。

この実践は多くのエネルギーを要するが可能な限り続けたいと考えている。

## Kちゃんが教えてくれた

萩原 良夫

京都市立呉竹養護学校

〒612 京都市伏見区桃山福島太夫北町41

### 1 Kちゃんってどんな子？

KちゃんはS58.9.12香川県高松で仮死状態で生まれました。帰京後、2ヶ月で肺炎をおこし入院。発達の遅れが心配されましたが、乳児検診では異常なしと言われ、お母さんは安心していただけました。7ヶ月から保育所へ。そこで保母さんから受診を勧められ、ボイタを始めました。眼球の上転もあり抗けいれん剤の服用、1：2でアクスを受け脳波はよくなるものの、発作が頻発し2：0で2度目のアクス。あまり変化のないまま3：0で肺炎、4：0時は元気に暮していたものの、体重は10Kgを割り心配されました。呼吸器系のトラブルで入退院をくり返し、呉竹へと入学してきました。（通学籍）

1年目のKちゃんの出席は25日余り。教育機会の保障という観点で訪問籍へ移ることになりました。

Kちゃんは低緊張の脳性麻痺、難治性のでんかんを併せもち、呼吸器感染の心配を常にしなければなりません。体を起こすと、常に浅く不規則な呼吸は更に困難になり、顔色も白くなってしまいます。痰の排出もうまくいかず、胸郭の扁平もかなりのものです。

Kちゃんにとって、環境は時として様々な

感覚刺激の大津波のようで、応答する力を遥かに超えていることでしょう。「みる」「きく」「うごく」力は持ち合わせていても、それらを発揮できる基盤となる体を維持していく力の不安定さが見えてくるのです。

Kちゃんにとって時の流れは1日24時間では進行していません。ベッドでの生活、発作の頻発、呼吸の不安定さなどが社会的な生活時間の獲得を困難にしています。Kちゃんの力はそのほとんどが自律神経系へ注がれていることでしょう。そのための疲労がKちゃんをぼんやりとした眠りと覚醒の狭間に誘い込んでいるのでしょうか。

### 2 『からだ』と『こころ』をささえる

（訪問1年目）

呼吸機能に困難さを抱えているKちゃんの呼吸動作を援助することが、換気障害や感染症を起こしにくくするのはと考えています。この援助が胸郭の発育を促してくれればなお嬉しいことです。臥位での生活が中心となってきたKちゃんが、少しでも抗重力位に対しての困難さを克服していければ、生活の変化も生まれてくることでしょう。

また、呼吸機能の改善は経口からの栄養摂

取にも必要になってくるでしょう。呼吸に力強さがなく、咳反射もでにくいKちゃんの経口摂取は、誤嚥を引き起こし、気管支・肺の炎症を起こさせかねないでしょう。安全に経口からの栄養摂取ができるためにも、呼吸機能の改善や姿勢づくりは欠かすことのできない取り組みだと考えるのです。

Kちゃんの呼吸動作を援助するためには、動きの少ない胸部に運動性を与えることから始めなければならないように思います。そこで、呼吸動作に必要な肋間筋の動きを促すために肋間に指をのせ、弛緩を助けてみようと考えました。更に扁平した胸部を側方から軽く圧迫することで、胸部全体の動きを助けられればとも考えました。また、空を少しずつ起こしていくことで徐々に負荷をかけていき、心肺機能の活性化を図れば呼吸動作の安定につながるようにも思います。

重力に抗して自らの体をコントロールしにくいのがKちゃんなので、できるだけ体の中心部を安定させることで自らの動きを引き出せないかとも考えました。

さて、Kちゃんはベッドで臥位の生活が長いという非常に片寄ったしかも特定の感覚—運動経験を積み重ねてきた子どもだといえるでしょう。Kちゃんの皮膚感覚は触刺激に対してかなりの過敏性を示しています。顔はもちろんのこと、手足にも過敏さは顕著に現れていました。

この異常な感覚を取り除かなければ外からの刺激に対して混乱を招くばかりで、受け取ることも難しく、勿論応える力も発揮しにくいでしょう。それでは多くの人との繋がりを持ち、豊かな社会生活を営んでいけるとは言

い難いでしょう。むしろ理解のいとぐちを見つけてもらえず、心ない人からは「さわると嫌がる」という現象面だけのレッテルを貼られかねないと心配すらしてしまうのです。

そこで、この過敏な皮膚感覚を整え ふれあいを かかわりを楽しめる。そのかかわりに応えていけるKちゃんの姿が、心の拡がりの《めあて》として考えられます。多くの刺激が津波のように押し寄せてくることは、Kちゃんにとって心を拡げていくことには繋がらないでしょう。できるだけ環境を整えて柔らかい刺激から受け止められるように穏やかに接していくことが、KちゃんそしてKちゃん以外の誰かをKちゃん自身が感じ、見極めていける力になるように思うのです。

刺激対して応答していく力が発揮できないでいるKちゃんには、まず自分の体を自分のものとして受け止めていくことから始めてはと考えています。体の遠いところからしっかり圧迫するように触れ、触感覚を整えていく。皮膚接触を「いやなもの」としてではなく「快いもの」として受け止めていける援助が、ふれあうことの楽しさをKちゃんの遊びとして高めていき、心の交流に繋がっていくことと思います。

自分以外の外の世界との境界である皮膚の感覚が整っていけば、またその近くにある人の存在や声、そして自分の目を通して自分の体を捉えていく力へと拡がることでしょう。Kちゃんが受け止めていきやすいように感覚刺激が雑多にならないような配慮も必要ではないかと考えています。静かな環境のなかで穏やかに且つさり気なくではあるものの意識的に関わっていくこと、言ってしまうと簡単

そうに思えることも、細心の注意をもって働きかけていかなければならないように感じています。

目と目を合わせて「みる」ことへの気持ちを高めていけば、その目、やがては体の動きも使ってKちゃんの自ら表現していこうという意欲に繋がってくれることでしょう。

Kちゃんのからだと相談しながら、今までとは少しちがったKちゃんの日常生活をつかっていくことがKちゃんの生活に変化を与え、

生活することへの意欲に繋がってくれることでしょう。そしてそこからKちゃんの中に生活への見通しが育ち、またその生活に少しずつ変化を与えていくことで、生活を多様に広げていけるのではないかと考えています。

このような考え方を基本線にした取り組みが、Kちゃんんの「自立へ向けての教育課程」であり、「自己実現を援助する指導」といえるのではと考えています。

#### 《めあて》

- ☆大きく深い呼吸ができるように
- ☆自分で体を動かすように
- ☆思うように体が動くように
- ☆夜ぐっすり眠れるように
- ☆昼にしっかり目覚められるように
- ☆口から誤嚥せずに食べられるように
- ☆尿・便が楽に出るように
- ☆てんかん発作が減るように
- ☆仰むけが少なくなるように
- ☆横向きで安定するように
- ☆うつ伏せが経験できるように

- ☆変形が進まないように
- ☆だっこが好きになるように
- ☆自分の重さを感じ取れるように
- ☆「みよう」とするように
- ☆「きこう」とするように
- ☆語りかけに豊かに応答するように
- ☆表情が豊かになるように
- ☆さわっても混乱しないように
- ☆皮膚接触が楽しめるように
- ☆重力と戦えるように

#### 《てだて》

- ★肋間筋の弛緩を助ける
- ★胸郭の上下運動を助ける
- ★肩甲骨の運動を助ける
- ★胸郭を側方から圧迫する
- ★腕の動きに対して肩の動きを助ける
- ★手の動きに対して肘・手首の安定を助ける
- ★尾底に体重がかかるように体を起こす
- ★尾底と肩から脊柱に対して圧迫する
- ★股関節に留意して側臥位に慣れる
- ★骨盤を圧迫してだっこする
- ★体と体で語り合う
- ★タッピングを小まめにして肺痰を助ける

- ★しっかり抱いて穏やかに揺れる
- ★しっかり圧迫して触れる
- ★静かな環境で穏やかに語りかける
- ★リズムカルで快い触感覚の経験
- ★「おや？」と思える心の揺さぶり
- ★さり気なく且つ意識的に見せる
- ★さり気なく且つ意識的に聞かせる
- ★目と目を合わせて語り合う
- ★応答に対して必ず応える
- ★生活を少しずつ変化させる
- ★外出の機会を増やしていく

### 3 訪問1年目の終わりをむかえて

Kちゃんの胸に手をあてる。すーっと呼吸動作が大きく感じられる。ゼロゼロがだんだん上のほうに上がってくるようです。時折「あーっ」と声も出てくる。手を胸の横・背中に廻し胸郭を動かすように。胸が上下の動きを見せてくる。

呼吸動作を援助しているときのKちゃんの様子です。顔色もよくなったように思います。体を起こすことをとても心配していたKちゃんなのに、今は『起こして欲しいなあ』としきりに左の肩をあげて求めてくれるようになっています。ゆっくり、しっかり抱き上げて腰をしっかり安定させることで、Kちゃんは辺りの様子を見回す余裕すら見せてくれるのです。「だっこするとすぐに白っぽい顔になってしまうからついついだっこしなくなって」というお母さんも「安心してだっこできるようになってKも楽そうにしてくれる」と言われます。換気の状態が飛躍的によくなったとは言えませんが、血液ガスの検査結果もKちゃんにしては比較的良好な数値を示すようになっていきます。

肘・肩を支えてKちゃんの目の前に手をもっていくと『これ わたしの手』と動かして見せてくれます。手に触られることに驚かずに自分の目で手を確かめて欲しいと取り組んできたことが、Kちゃんのなかでこんなに大きく広がってくれたことは嬉しいことです。寝かせればそのままの姿勢でじっとしていたKちゃんが、手足を活発に動かし、手をもってその動きを制限してしまおうものなら振り解こうとまでしてくれることに、Kちゃんの『動きたい』意欲を強く感じさせてくれるの

です。

左側臥位へゆっくりと誘導していくとベッドから離れた右肩がふーっと真ん中まで動き、更に右手がベッドにつくとふーっと右肩がベッドに近づいていく。2月のある日の出来事ですが、『動こう』『動きたい』を体を通して伝えてきてくれたKちゃんに驚きと感動を分けてもらいました。

— 中略 —

### 4 訪問2年目の終わりをむかえて

連絡帳より抜粋

3月 22日(月) 3年生最後の訪問です。

— 前略 — カラーゴを用意しているとちらちら私を見ていました。座るといつものように左へ向いてしまわないでまっすぐ前を見て、首を動かしたりして 余裕です。上に書いた訓練が有効だったとしたら『これはいける』ということです。

「キラキラ さらさら」

はじめは私が手を持ってしましたが、不満そうでもなく、表情もほころんできました。2回目はKちゃんの力で……。やっぱり力を出してくれます。ちゃんと手を動かし、『どう？ してるでしょ！』とアピール。「上手」「すごい！」と言うと、笑っているようでした。とっても穏やかな顔に ほっと気持ちも和らぎます。

「元気に ゆっくり」

だっこしてお母さんと。やっぱり『お母さんになりたい』と思っていたようです。「お母さんとする？」に体を動かして応えていたものね。Kちゃんは、終始優しい顔で、よく見て、『うれしー！』を体いっぱい表していましたね。

「典子は今」

いよいよシャボン玉です。お母さんがシートを上げると につっこり！！ 又々いい「笑顔」をバッチリ見せてくれましたね。スタート直後はパチンとしていましたが、途中から『私 見てる』と決め込んだのでしょうか？ 手は動かさず、それでも目はしっかりシャボン玉を追っていました。終わってからも目をあっちこっちに向けて、『ここにあったわね』『いっぱいとんでたわよね』と、たくさんお話をしてくれました。「そうだね」「見たね」「いっぱいあったね」に、またKちゃんの目は、あっちへ、こっちへと・・・。

今年度の最後だから と言う訳ではないでしょうが、今日のKちゃんはとっても 素敵でした。「笑わせる」ことをしないで「笑いたい」Kちゃんを見つけに行こうと、この訪問での2年間。《からだ》と《こころ》にはたらきかけてきました。

今 Kちゃんは自分の意志、気持ちで『あそび』『わらい』『おこり』しています。このKちゃんに出会えたことは、私にとっても大きな財産となっています。『今』をおおいに喜び、そしてまた次を目指して頑張りたいものです。

さあ！ 次は4年生です。Kちゃんの世界が もっと もっと 広がる年です。

## 5 おわび

紙面の都合で今回のレポートのかなりの部分を割愛してしまい申し訳ありません。内容につきましては、冊子『Kちゃんが教えてくれた』をご覧いただければ幸いです。

尚、このレポートをまとめさせてもらう際の基本的な私の考え方につきましては、冊子『風の中のこどもたち』に記しました。不十分ですがご参照くだされば重ねての幸いです。

### 第3分科会報告（コミュニケーションの課題を持つ子どもの指導）

## 表現する力と意欲の向上をめざして

～サウンズ アンド シンボルを用いて～

安藤 倫子

北海道 札幌養護学校

(〒004 札幌市厚別区厚別町山本751-206)

#### 1 はじめに

本生徒は知恵遅れを併せ持つ重度の脳性まひ児である。四肢・体幹のまひが著しく、運動機能に関しては、その発達段階は1才にも達せず、日常生活のあらゆる場面で介助を要する。

しかし、認識、対人関係等の面では2才半～3才程の力を持っており、何事にも意欲的で感情も豊かである。言語の面をみると、言語理解では4才程の力を持ち、内言語も豊かで日常の指示等を理解したり、大人の話しかけを楽しんで意思や感情の交流をしたりすることができるが、発語面では重度のまひのため、ことばはなく「アアア」と大きく発声し要求や返答を伝える。

一昨年から本生徒の担任となり、発声や挙手などにより意思を伝えようとする意欲に驚かされながらも、話しことばにかわる手段を持つことができるなら、本生徒の世界をもうひとまわり広げることができるだろうと強く感じ、サウンズ アンド シンボルの学習に取り組んでみた。

#### 2 生徒の実態

#### (1) 対象生徒

H・K 女 昭和53年9月7日生  
14才 中学部3年  
現在、重症心身障害児者施設「札幌あゆみの園」に入所

#### (2) 障害名 脳性まひ（混合型）

以下、生育歴、教育歴、家庭環境、実態については省略。

#### 3 指導時間・形態

週4回 1回2校時（1校時 75分）  
個別学習

#### 4 指導目標（主題に関するもののみ）

- (1) 自ら主体的に自分の意思や要求を伝えようとする力や意欲を育てる。具体的にはサウンズ アンド シンボルの学習を通し、シンボルの学習を通して会話をする力を身につける。
- (2) より具体的な表現の手段を持つことで、情緒の安定を図るとともに、生活への意欲をさらに高める。

#### 5 指導方針（省略）

## 6 指導内容・経過

(1) サウンズ アンド シンボルズについて  
(省略)

(2) 学習の経過

### ①シンボルの学習

4月、さっそくシンボルの学習をはじめた。最初のシンボルは と 。意味を説明するとすぐに理解し「好きはどっち?」「きらいは?」の質問に指さしで答える。4月末までこのように対の関係で

の学習を行った。10個のシンボルの意味がおおよそわかったところで、ひとつのシンボルにたくさんの意味があることを知らせていった。

6月の終わり頃から、動詞的シンボルの学習をはじめた。名詞と違い難しいだろうと考えていたがKちゃんはすぐに理解できたようだった。Kちゃんは、私が思っているより、もっと大きな力を持っていると感じた。

### ②おしゃべり

シンボルの学習と同時に、朝の会でのおしゃべりの時、担任がシンボルボードを使って話しかけるようにした。「こんなふうにおしゃべりができるんだよ」ということを知って欲しいと思った。「元気?」

この日から、Kちゃんのおしゃべりがはじまった。

「	」	(KはN先生が好き)
「	」	(タローちゃん〔犬〕に、おやつあげたいなあ)
「	」	(K、学校で勉強するのが楽しい)

「Kちゃんの服かわいいね」などと話しかけるとニコリしていた。担任の言うことを、Kちゃんに指さしさせることもやってみた。しかし、Kちゃんが自分の言いたいことを自発的におしゃべりすることは、まだまだ難しいと考えていた。

ある日、 を使って「チョット!」と他の先生たちに話しかけてみることを思いついた。

「 チョット!」というのは、友達のO君が先生たちと言い合っていて楽しんでいることばだった。「 」と先生たちに話しかけ、それが伝わって大喜びしたKちゃんは、次の日、自分からシンボルを指さした。「 」「服?どうしたの?」「 」「Kちゃんの服かわいいでしょうって?」「アアア」と、声を出してうなずく。「うん!ほんとかわいい!」というとき「 」をもう一度指さす。「誰?」と聞くと、ニコリ笑って担任の手をつかんだ。「エーッ?先生の服もかわいいね・・・って?」と聞くとにっこり笑ってうなずいた。

もちろん意味はすぐには伝わらず、シンボルを指さすたびに、一つ一つ意味を確かめて、Kちゃんが Yes. No (挙手、発声、表情) で答える。一つのことを伝えるのにもたくさん時間がかかる。けれどもKちゃんは楽しくてたまらない様子である。

### ③おてがみ

Kちゃんは、たくさんおしゃべりを楽しむようになった。担任だけでなく、他の先生にもおしゃべりの相手をしてもらい、とてもうれしそうだった。しかし、相手によって話題が決まりなかなかなか発展していかない面もみら

れた。もう少しシンボルをきちんと用いて、正確に伝えることを学んで欲しかったこと、自分の組み立てたシンボルを見直し、拡がりをもってほしかったこともあり、手紙に取り組んでみようと考えた。

(S先生へ) (おてがみ)  
(ようふく) (学芸会のげきの) (森のようせいの)  
(かわいかったですか?) (げきの) (森のようせいはい)  
(じょうずでしたか?) (じょうずだったでしょう)  
(音楽をきいて) (見て) (ダンスをしました。)  
— 中略 —  
(げきの) (Kの) (森のようせい) (ふくは)  
(A先生が) (つくってくれたの) (うれしかったよ)

手紙のやりとりは、Kちゃんにとって、とても楽しい事のひとつになった。

### ④歌をうたおう・絵を描こう

Kちゃんは歌が大好きで「アーアー」と大きな声を出して歌う。ふと思いついて、サウンドアンド シンボルズで歌うことをやってみた。これが思いがけず、とてもたのしく毎日の日課になった。担任が歌い、Kちゃんがシンボルを指さす。一緒に歌っているという喜びを共感しあうことができる。

また、一生懸命、なぐりがきした絵も、シンボルズをつかって説明してくれる。説明を聞いていると、Kちゃんが、きちんと意味付けして描いていることがよくわかる。

### ⑤文字の学習

2年目に入り、新たなステップとして、ひらがなの学習にも取り組みはじめた。1年目

の秋一度ははじめようと思ったが、Kちゃんが文字の学習になると、何故か急に消極的になり、とりやめた経過があったが、やはりこのあとの目標として文字を獲得させたいという思いは大きく今度はKちゃんの意欲に添うかたちで、文字の学習を進めていけたらと考えた。

そこで、Kちゃんの大好きな先生たち、保母さん、看護婦さんの名前の最初の字をおぼえようと提案すると、目を輝かせ「アーッ」と返事をした。シンボルと文字を組み合わせると、より早く言いたいことを伝えられる事を理解すると、たちまち、10個程のひらがなを使い分けることができるようになった。そして、「あんどろ」の「あ」は、「アイスクリーム」の「あ」ということも理解してき

ている。

さらに、文字を組み合わせてことばをつくり、先生や友達の名前を一文字ずつ全部指さすことも学習している。

シンボルズと文字を組み合わせることで、今までより短時間で会話する事が可能になり、これを用いて、作文などにも挑戦している。

(秋まつりのこと)

(ごはん たべました。) (A先生とたべた。)

(N先生とK、すてきなしゃしんを写しました。) (お買い物

しました。) (ヨーヨーと) (車椅子につけるパンダの人形をかったの)

(うれしかったです。) (職員の人の、たいこをききました。)

(ギターと歌もききました。) (じょうずだったよ。)

(Yさん、すてきでした。) (N先生も、歌じょうずだよ。)

(おぼけやしきにいきました。) (N先生と行ったの。)

(A先生は行かなかった。) (おっかないんだって、おかしいでしょう)

(K、ちよっぴり こわかったよ。) (でも、おもしろかった。)

(一番たのしかったのは) (たくさん、ごちそうを食べたことです)

(おいしかった。)

## 7 考察

Kちゃんとサウンズ アンド シンボルズの学習に取り組んできて、2年が過ぎた。取り組むにあたって、シンボルの学習に1年くらいかけ、その後なんとか会話に使うことができるようになれば、と考えていたが、Kちゃんの力は私の予想を上回り、これを用いて会話をしたり、手紙や作文を書いたりできるようになってきた。

意欲的にどんどん色々なことを吸収していくKちゃんを見て、様々なことを考えさせられてきた

ここではKちゃんとの学習を振り返って、その主な点についてまとめてみたい。

(1) サウンズ アンド シンボルズが、Kち

ちゃんの力に良く合った教材であり、実態にあった教材を得たとき、本当に大きな力が発揮されることを改めて教えられた。

(2) コミュニケーションを考える時、子どもの様子全体をとらえることが、とてもたいせつである(3) 本人が自ら繰り返すことを、ゆっくり見守り、待つことが大切である。その中で、十分蓄えられたものが、次のステップに移っていく大きな力となる。

(4) その時々で、意欲に添う形で課題を与えることが、大切である。また、豊かな経験が、豊かな表現をひきだす。

(5) さらに、表現の意欲を引き出すには、話したい、伝えたい相手がいるということが一番の基礎になる。信頼し、共感しあえる関係を築くことが大切である。

次に、サウンズ アンド シンボルズを用いて表現する事が可能になったKちゃんの、生活全体の上での変化についてふれてみたい。

- (1) 自分の意思を伝えられる自信と安心感が、感情をコントロールさせる力を育て、情緒の安定に大きな役割を果たしている。
- (2) 関わりを持つとうとする人間関係に広がりが出てきた。
- (3) おしゃべりの内容に幅が出てきて、感情が豊かに育ってきていると感じられる。

最後に今後の課題についてまとめてみたい。

- (1) さらに正確に詳しく表現する力をつけること。そのためにも、理解できるひらがなを増やし、ことばを文字で表現する力にもつなげていく。
- (2) この力が生活全体に定着していけるよう、居室との連携を深める。

## 8 おわりに

はじめて、Kちゃんに会った頃、話しかけると「アーアー」とたくさん声を返してくれる姿を見て、Kちゃんが何を話してくれているのか、すごく知りたいと思った。今シンボルボードを使っておしゃべりしているKちゃんを見て、とてもうれしい。おしゃべりを通して、二人で笑ったり、ちょっとしんみりしたり、気持ちを通い合わせることができるのは、やはり素晴らしいことだと思う。ことばは、要求の手段、伝達の手段、情緒的交流の手段であると同時に、思考力を育て、豊かな人格の形成にとって、とても大切なものと考えられる。Kちゃんがさらに豊かに発達し

ていけるよう、少しでも力になりたいと願っている。

参考文献『サウンズ アンド シンボルズ  
オーストラリア、スパスティックセンター方  
式によるコミュニケーションの方法 』  
南大阪療育園 広川 律子著

## 運動・移動機能の向上への指導研究

堀内 勇

長野県立長野養護学校

（〒381 長野県長野市大字徳間字宮東1360番地）

### 1 はじめに

肢体不自由と重い精神発達遅滞あわせ持った子どもたちにとって、自ら手足や体幹を自由に操ることはきわめて困難である。しかし、人間の発達の道筋は、いかに障害が重くとも早さにおいては遅々としていても、健常児の運動制発達と同じ道筋をたどると確信する。

乳児期後半（およそ1歳半前後）の子どもの動きや手指の操作を見ていると実に興味深いものがある。この時期の子どもたちは、自分の周りにある物事や出来事に対して興味や関心を持ち、新しい知識や経験を海綿体の様に吸い取っていく。

この時期の特徴には、

- ①生活リズムの確立と身体の機能的成熟に向かう時期
- ②姿勢の変化と目標への移動
- ③手指の操作性の発達
- ④指さし、言葉の発達
- ⑤対人関係と感情の発達

等が上げられている。いずれにしてもこの時期は、発達において飛躍的に移行するときとも言われている。

一方、訪問教育を受けている子どもたちは、その障害ゆえに

- ①立位動作
- ②遊び
- ③身辺自立

などと、いずれをとってみても大きな立ち遅れを見せている。しかし、母親のやさしい歌声を聞いているとき、口元に笑みがみられることがある。毛布ブランコの揺れで笑顔を見せる。和太鼓の音で振り向き、声をあげて笑い出す。玩具の自動車や風船の動きに目をやり、取ろうとして手を出す。この姿を見たとき、小さな変化ではあるが、ゆっくりとした発達ではあるが、確かな取り組みと環境があれば確実に成長していくことがわかる。身体を動かしたり移動したり、手指を使って物をつかんだりするためには、その活動の主体者である子どもたちの内面から湧き出る力を原動力に、まわりの大人による適切な働きかけが大切となる。

## 2 対象

### (1) 対象の実態

ここでは毎週月～金まで登校しての全日教育を受けている子どもたちについて報告する。(※)

小2女	視覚障害 全面介助 通院先の外来訓練を受けている
小4男	いざり歩行 あぐら座位 通院先の外来訓練を受けている
小6男	二足歩行 (つたえ歩きの始まり) 部分介助
中1女	寝たきり 全面介助

※本校の訪問部の授業形態は

- ①月～金まで登校して全日教育 ②スクーリングと訪問教育の併用 ③在宅・院内訪問の3形態をとっている。これらの子どもたちは全て訪問籍となっている。  
なお本事例は、全生徒8名中①の形態の4名のことである。

### (2) 授業の日課

朝会	養・訓	身体を動かす遊び	散歩・水遊び	給食	休息	見聞触れる学習	帰りの会
集団	個別 (集団)	集団 (個別)	集団 (個別)	個別		集団 (個別)	集団

## 3 指導とその配慮

### (1) 毎日を楽しむ

訪問部のほとんどの子どもたちは、不当な緊張に悩まされている。また、四肢・体幹に変形や拘縮をもち、自力移動が困難である。従って、養護・訓練は学習活動の中でも大切な位置を占める。と同時に、豊かな認識と心の広がりや深まりを育てることも大切と考えた。そのためには、まず毎日の生活を楽しく暮らせるようにすることである。

### (2) 喜ぶことを満足するまで

毛布ブランコ、ハンモック、タイヤブランコ、人間ブランコの揺れは程度の差はあるが、

子どもたちは皆大好きである。教員の打ちならす和太鼓に耳を傾け、笑い声を上げる子ども。這ったり、よちよち歩きで近寄り、耳をあてたり掌で振動の感触を楽しんでいる。

子どもが楽しむことを満足するまでおこなってあげることで、期待が膨らみ、興味関心の広がりが見られるようになってきた。

(3) 感覚機能を総合的に向上させるために  
集団学習として「見る・聞く・触れる」の学習は劇遊びを素材としている(表1参照)。この中には、意図的に触れ、くすぐり・揺すりを組み込んでいる。ボールの上に乗せて、上下左右に揺ると笑顔が増えてくる。その

新しい動きを列挙すると

- ①笑顔が多くなる
- ②頭部を持ち上げる
- ③顔を少し回旋して後方を見ようとする
- ④両手を前について防御しようとする
- ⑤顔を覆った布を手で取り除こうとする
- ⑥風船を這って取りに行こうとする

等である。布をかぶせると手で取り除く子・顔を揺らす子・そのままの子と個人差はあるが小さな動きが出てきている。また特にボールを使つての動作訓練は効果的であると考え

る。

#### 4 おわりに

以上のような教育効果は、教材が豊富にある本校で集団学習がおこなえる環境にあるからこそ見られたものとする。その点、同じ訪問教育籍にありながらも本来の家庭や施設などの訪問授業を受けている場合、教材不足や集団保障が困難な環境であり、指導の難しさを感じる。

また、本校が精薄養護学校ということもあり、教員の肢体不自由児に対する専門的な知識・力量不足があると言うことも否定できない。

月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月					
行事	お花見	鯉のぼり運動会 社会見学	プール開き	宿泊訓練	生活訓練・ 修学旅行	秋の遠足 (親子遠足)	長養祭	焼き芋会	クリスマス会	もちつき	まめまき そり教室	ひな祭り 卒業生励ます会					
交流		松本養護		保科小			吉田小	山王小			吉田小						
訓練	ねらい ・個々の子どもに専門的訓練のアドバイスを受け、それに応じて取り組んでいく。 ・四肢、体幹の変形、拘縮を予防する。 ・可動域を拡大する。 ・心身をリラックスさせる。 ・乾布摩擦をして皮膚を鍛える。 ・自発的動きへの力を培う。																
題材	散歩・乗り物で遊ぼう		触れて遊ぼう	水で遊ぼう		外で遊ぼう		触れて遊ぼう	遊具で遊ぼう		そりで遊ぼう	散歩					
からだを動かすあそび	ね	<ul style="list-style-type: none"> <li>子どもと大人と一緒に身体を動かすことによって開放的な楽しい気分を味わわせる。</li> <li>外気に触れ日光に当たり健康な体をつくる。</li> <li>いろいろな揺れ(上下、左右、前後)を経験させる。</li> <li>身体に対する刺激を受けとめる力をつける。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>いろいろな素材に触れ手・足・体で感じる。</li> <li>皮膚を刺激し感覚を高める</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>水の中で体の自由な動きを楽しむさせる。</li> <li>冷たさ、暖かさ、日の光などを全身で感じさせる。</li> <li>外界適応力を高め、体を鍛える</li> <li>暑い季節を爽やかに過ごす。</li> </ul>		4・5月に同じより自発的な動きを引き出す。		<ul style="list-style-type: none"> <li>外界に触れることに慣れ親しむ。</li> <li>友だちや先生と触れ合い心身をリラックスさせる。</li> <li>葉に触れ、自然を身近に感じさせる。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>いろいろな揺れ、スピード感を味わわせる。</li> <li>自発的な動きを引き出す。</li> <li>道具で快の表情を引き出す。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>雪の上でスピード感を味わわせる。</li> <li>寒さの中で体を鍛える。</li> </ul>		4・5月に同じ	
	とりくみ	<ul style="list-style-type: none"> <li>車イス、移動車などで散歩に出かける。</li> <li>タイヤブランコ、トランポリン、バランスボード、ローリングシーソーなどに乗る。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>小麦粉粘土、絵の具、片栗粉など全身で触れる。</li> <li>身体をマッサージ、タッピング、くすぐり</li> <li>どろんこ、砂</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>プールに入って水の中で全身を動かす。</li> <li>水、湯、水に手、足、体で触れる。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>車イス、バギーで散歩に出かける。</li> <li>滑り台、ブランコ、ハンモック、スケートボードに乗る。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>布、風船、落ち葉、米大豆などに手、足、体で触れる。</li> <li>身体をくすぐったり、たたいたり、おしくらまんじゅうをする。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>エアートランポリン、ハンモック、タイヤブランコ、滑り台などに乗って揺れる。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>そりに乗って滑る。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>春の光を全身で浴びる。</li> </ul>	
給食	ねらい ・いろいろな味に慣れさせる。 ・食事の適切な姿勢に留意させる。 ・嚥下の力をつける。 ・手を使った食事の自立をめざす。 ・いろいろな人からの介助に慣れる。																
季節の歌	ねらい ・大人の歌いかけを全身で受けとめ楽しめる心を豊かにしていく ・知っている歌を増やす ・歌を喜び、聞く楽しさを味わわせる ・楽しい雰囲気の中で心身をリラックスさせ次への取り組みにつなげる																
	アイウエオ体操						地球をどンドン										
	言葉あそび歌	ガンパリの歌 さんぽ	野原で手をたたけ こいのぼり	雨ふりくまのこ	水てっぽう 夏の思い出	夏の思い出 うみ	虫の声 ゆかいに歩けば たき火	やきいもグーチーパー 村祭り	クリスマスソング	もちつきの歌 雪やこんこん	コンカジャンの歌 豆まきのうた	ひなまつり 思い出のアルバム どこかで春が					
歌	・やさいの歌 ・山ごやいっけん	・でっかいゴリラ	・一本橋コホコ ・すいかの名産地	・チュとキュ	・おでいり ・とんとんとん ・バアのうた	・大きな栗の木の下で ・豚が道をいくよ ・てのうた	・おしくらまんじゅう ・「あ」のうた ・奈良の大仏さん	・おにのパンツ ・小さな庭	・ころころりん								
触れる・学習	ねらい *総合的に感覚と身体をはたらかせて、題材の楽しさ、あるいは緊張した雰囲気を楽しむ。 *人形や先生の動きを見たり、いろいろな音、人の声を聞いたりして、語りや音の中で楽しさを味わわせる。 *一連の流れの中で、短い見通し、期待感をもたせていく。 *さまざまな教材(素材)に触れることに慣れ、親しませ、触感覚を高める。 *人や物への追視、注視の力を高める。 *様々な音に聞き入る力を高める。																

平成5年度長野養護学校訪問教育(通学組)年間指導計画

## 重症心身障害児の生活と生活の困難について

村田 修

社会福祉法人 札幌あゆみの園

（〒004 札幌市豊平区真栄483番地3）

### 1 はじめに

障害者福祉の政策は、施設入所中心から、在宅生活型へと転換が図られようとしている。

また、重症心身障害児（以下、重症児と略す）の家族も、可能な限り在宅生活を継続させたいと願っている。

しかし、障害が重く、医療的なケアも必要とされることから、重症児が在宅で生活することは容易なことではないだろう。

当園にも、在宅重症児の家族から数多くの相談が寄せられている。

その対応に苦慮させられることも多いが、背景には、在宅福祉制度が確立していないことがあげられる。

在宅福祉制度を検討するにあたっては、重症児やその家族の生活の実情や充分なニーズの把握が必要である。

そこで、当園の研究グループ（有志）により、在宅重症児の生活実態に関する調査を実施し、その結果をまとめることができたので、特徴的な点について報告したい。

### 2 調査の目的、方法と対象

本研究は、次の視点から在宅重症児の実態を探ろうとしたものである。

1) 在宅重症児の障害や疾患の状況を把握するとともに、社会福祉の制度や医療機関の利用状況がどのようになっているのか。

2) 重症児が地域で生活する際に、家族も含めて、様々な不安や悩み、生活の困難があると思われる。それらの内容を明らかにし、今後期待される在宅福祉の内容を検討する。

3) 今日、療育の専門機関としての施設に何が求められているのかを明らかにする。

調査の対象としたのは、札幌市内の養護学校に在籍して、義務教育を受けている在宅重症児で、障害の程度は、「大島の分類」の1番から4番、すなわち、移動能力が座位レベル以下、知能の発達がIQ35以下という、定義上の重症児とした。

学校の協力のもとに、対象児の親にアンケートを配付し、回収した。

調査の期間は、1992年1月20から2月17日であった。

その結果、153名が対象となり、回収は91名で、回収率は、59.5%であった。

### 3 結果と考察

#### 1) 医療の状況について

回答のあった91名の障害は、脳性麻痺が約4割を占めており、全体としても中枢神経系の疾患によるものが多かった。

医療状況については、「筋肉の緊張が強い」、「変形や脱臼のため機能訓練や治療が必要」、「てんかん発作がある」児童がそれぞれ約7割、「吸引器や吸入器の使用」、「呼吸器疾患にかかりやすい」児童がそれぞれ約2割であった。

また、半数以上の児童が複数の医療的な問題を抱えていた。

#### 2) 障害の程度について

今回対象となった児童の半数近くは、寝たきりで身体を移動することができない状態であった。

また、四つ這い等で移動できたとしても、日常的には、臥位レベルの児童が約7割を占めていた。ある程度の理解力があっても、二語文以上で表現できる児童は1割程度となっており、コミュニケーションをとることが困難な児童がほとんどであった。

食事の状況については、「食べ物を噛むことや飲み込むことができない」と「食べ物を口の中に入れてあげると、噛んだり、飲み込むことができる」を合計すると約8割となった。

排泄では、排尿、排便を知らせない児童が4割以上、常時オムツを使用している児童も7割以上おり、自立している児童はいなかった。

睡眠のリズムに乱れのある児童は、約3割であった。

以上のことから、日常生活の自立が著しく困難であり、介護者の負担が大きいことがわかった。

#### 3) 家族について

家族構成については、両親とも健在の家庭は約9割で、他は母子家庭であった。

子どもは、本児のみ（一人っ子）の家庭が約5割であった。

また、家庭での主な養育者は、「母親」と回答したのが約6割、「父親」と回答したのは、約1割であった。

#### 4) 児童の生活について

回答のあった91名のうち、病院に入院中が6名、寄宿舎1名であり、他の84名は家庭生活しているという結果であった。

学校教育が受けられていないと答えた3名は、児童の健康上の問題、親の都合が理由であった。

また、公共交通機関を利用しての外出は約2割、買い物に出掛けるは約7割、公園に遊びに出掛けるは約6割であった。

「友人やボランティアが家庭に来るか」との問いに対しても、約半数が「ほとんど来ない」と回答していた。

以上のことから、現在入院中の児童も含めて、約3割は外に出る機会が極めて少なく、人との交流についても限られていることがわかった。

#### 5) 制度や社会資源の利用について

多くの児童は、かかりつけの医療機関をもっており、緊急時にかかることのできる医療機関も確保されていた。

医療機関へは、6割の児童が月に1回～2回通院しており、医療機関との密接な関係が

伺えた。

制度の理解と利用状況では、全員が身障手帳を取得しており（無回答を除く）、補装具の交付についても全員が理解し、最も高い利用となっていた。

緊急一時保護事業（短期入所）、紙おむつ支給事業、日常生活用具支給付については、制度を知らないとの回答が約 1～2割あった。

緊急一時保護事業の利用経験者は 2割程度であったが、今後利用を希望しているのは 7割であり、高い利用が見込まれる。

#### 6) 進路と将来の生活について

義務教育修了後も在宅生活を希望しているのは全体の 3分の 2で、その内の 8割は、高等部の進学を望んでいた。

全体的にも、高等部や通園施設、医療機関などの社会資源を活用しながら在宅生活を維持しようとする傾向が見られた。

卒業後、施設入所を希望しているのは、1割をやや上回る程度であったが、その中には母子家庭、主な介護者が父親である家庭も含まれており、施設入所が緊急の課題となっているケースがあることもわかった。

#### 7) 生活の困難について

重症児が在宅生活するに当たっての悩みや困難は、施設入所についての不安を訴えるものが53件と最も多くなっており、続いて、介護の不安や困難、家庭での機能訓練が困難、通園施設がないこと、緊急一時保護について、生活の作り方など、将来の生活について強い不安を感じていることがわかった。

#### 8) 施設について

施設については、マイナスイメージが強かった。

しかし、半数が将来施設入所を考えており、施設利用についても、入所だけでなく、通園、短期的な入所、緊急一時保護、相談の場など多様な期待があることもわかった。

また、施設設備の改善や、療育内容の充実を求めるものも、多かった。

#### 4 むすび

本論と重複する面もあるが、以下のようなことが指摘された。

##### (1) 重症児をもつ家庭への援助について

今回の調査から、重症児をもつ家庭では、介護者（家族）の負担が非常に大きく、家族の努力により重症児の生活が成り立っているという実態が明らかになった。

また、母子家庭や、父親が主要な介護者である家庭が 2割を占めており、そのような家庭では、さらに介護者の負担が増大し、施設入所が緊急の課題となっているケースもあった。

以上のことから、緊急一時保護事業（短期入所）、有目的有期限の施設入所、施設の措置入所がスムーズにできることなど、家庭を支える機能の充実が強く求められていた。

##### (2) 生活の困難について

重症児が在宅生活を送る際の悩みや生活の困難は、現在の問題よりも、将来に関わるものの不安が強くなっていた。

義務教育終了後も、在宅生活を継続しようとした場合、所属する教育や療育の機関がないことから児童への援助が希薄になること、親の高齢化と介護量の増大に対して福祉的対応が不十分なことなどから、将来の生活に展望がもてず、不安を感じている様子が伺えた。

ライフステージに対応した医療、教育、福祉のシステムが強く求められていた。

### (3)進路と将来について

全体的には、可能な限り在宅生活を継続したいという傾向が強く、高等部、通園施設や医療機関などの社会資源を活用しながら、地域で豊に積極的に生活することを求めていることがわかった。

また、在宅生活を希望している人の8割が、高等部への進学を希望しており、高等部の間口が狭いことなどが課題となっていた。

通園については、全国的にも正式な制度として開始されていないにもかかわらず、希望があったことは、検討する必要があると感じた。

特に、障害や医療状況が重い訪問教育を受けている児童では、現在の高等部にも、通園にも困難な状況があり、将来の生活に見通しをもてずにいるケースが多くなっていた。

訪問教育の高等部を望む意見もあった。

訪問教育を受けている児童の義務教育終了後の生活については、医療機関に入院している児童もいることから、関係者と親とが真剣に話し合い、医療、福祉、教育の在り方を検討すべきであろう。

### (4)相談について

相談については、学校が必ずしも最初の相談場所とはなっておらず、相談の内容によって相談する場所を選択しようとする傾向があった。

児童を充分把握している学校が第一次的な相談場所（最初の相談場所）となり、医療や機能訓練、生活についての支援ができるように、学校自身が関係機関とのネットワークや情報収拾を充実してはどうだろうか。

また、進路については、卒業後の受け入れ先を探すのに苦労していることを担当の先生にうかがった。

高等部問題も含めて社会資源の不足は深刻化しており、親とともに学校の先生自身が立ち上がらなければ、親と学校との溝は深くなるように思える結果であった。

相談の場についても、学校を卒業してから深刻さが増すものと思われる。

児童や家庭についてのニーズを確定することからプランニングの過程で専門的な援助者の関わりがあり、そこから社会資源の活用へとコーディネートできるシステムなども検討されるべきであろう。

### (5)福祉施設への期待

福祉施設については、マイナスイメージがある反面、多様な利用が期待されていた。

施設入所がスムーズに行われること、通園制度、短期間の入所、相談の場などである。

福祉施設への期待は、必ずしも、福祉施設のみがその責任を負うべきとはいえないが、福祉施設の専門性が在宅重症児者にも活用できるとするならば、行政機関と福祉施設が協力する中で実現するべきである。

このような施設への期待は、まさに、現代的な課題として行政も認識すべきである。

今回の調査結果から推察すると、長期間在宅生活を送った重症児者の施設利用が増えるものと思われる。

在宅生活していた重症児者の中には、施設入所する際に色々な形で家族から離れることの不安を訴えるケースがあるとされている。

筋肉の緊張の亢進、精神的な興奮、拒食、発熱、不眠、職員への抗議などにより、施設

生活が困難になるというものである。

児童のストレスもさることながら、家族にとっても耐え難い問題である。

そのような状況を解決するためにも、重症児施設に通園部門を設置したり、家族を支援できるソーシャルワーカーを配置するなどして、福祉施設が児童や家族にとっても身近な存在となり、入所時には、児童のストレスを軽減すると同時に、家族を援助するきめ細かなプログラムが導入されるべきである。

同時に、福祉施設の設備の充実や、療育内容についても理解されるように、福祉施設の側の努力も求められていた。

(本稿は、北海道ノーマライゼーション研究センターの助成により、札幌あゆみの園の研究グループが調査研究したデータを再考したものである。)

## Ⅱ 1992年度地域研究会の研究より

### A 東京都訪問教育研究協議会の研究活動

#### 訪問教育の制度的研究

—東京の訪問教育の制度的課題とその改善—

猪狩恵美子（東京都立小平養護学校）

#### 1 東京都の訪問教育と「都訪研」の歩み

##### 1) 「東京都訪問学級研究協議会」の発足

1960年代、全員就学の運動が全国各地に広がったことを背景に

1969年 渋谷区、府中市、八王子市などで訪問教育が始まる

1970年 都教委は訪問教育を制度化

- ・小・中学校に訪問学級（肢体不自由学級）が設置され、小平養護学校にも訪問学級が設置された。

1972年「東京都訪問学級研究協議会」発足

- ・小・中学校の教員が主なメンバー
- ・訪問教育という新しい仕事をどう進めていくか行政も現場も意欲的であり指導主事はもちろん、校長も多数参加し担任と共に、研究部・調査部の活動を行っていた。

##### 2) 東京都「全員就学」と都訪研

1974年 国に先駆けた「全員就学」——訪問学級は全区市町に広がる。

- ・担任は「安上がりの教育に終わらせないように」と、訪問教育の内容充実や対象者の問題などを話し合い、あるべき訪問教育の姿を検討した。

##### 3) 養護学校義務化と都訪研

1978年 文部省は「訪問教育の概要」（試案）を発表。

訪問教育は盲・ろう・養護学校教育の一環とされる。

1979年「養護学校義務化」

- ・従来の小・中学校の訪問学級が養護学校（肢体不自由）に切り替えられていく。

1980年「東京都訪問学級研究協議会」を「東京都訪問教育研究協議会」に。

- ・二つの課題で小委員会を設置して検討を進める。

(1)小・中学校の訪問学級を今後どうするのか。

(2)養護学校の訪問教育との関わり。

※「小・中学校に病虚弱学級を設置し、病弱児に対する教育のひとつとして、訪問による教育も実施する」という必要性が明らかにされ、都教委に対して要望していった。

※1982・83年 都教委「病弱教育整備検討委員会」設置。

都訪研からも3名委員が参加し協議。1984年3月、都教育長に対して「在宅及び病院などに入院中の児童生徒の教育は訪問教育によるほか、小・中学校の病虚弱学級によって行うなど多様な形態で対応する事が望ましい」との報告書を提出した。

#### 4) 区市立校の減少と「都訪研」の変化

文部省の指導のもと、1979年以降は「訪問学級の養護学校移管」が進む。

1987年には、区市立校は3校に減少した。

※「病虚弱教育整備検討委員会」の報告は生かされず、教科指導を必要とする病虚弱児が肢体不自由校に措置され、指導体制・スクーリング受け入れ集団など色々な問題を生じた。

※都立養護学校教員の訪問継続年数が短く、継承・研究蓄積の困難も生じたため、都訪研運営組織を幹事会・研究部・担任会に再編。

#### 5) 訪問教育の課題と「都訪研」

1988年9月、「第2次東京都特殊教育推進委員会」第4部会「就学適正部会」発足

- ・数年来課題であった「医療行為の必要な児童生徒の教育措置・指導」
- 「病院に入院中の児童生徒の訪問教育」
- 「訪問教育の高等部」
- 「訪問教育指導体制の充実」などを検討。

以降

1988年11月― 都訪研「都教委懇談会」で第4部会による担任会の意見徴集

89年9月― 上記検討委員会の報告が出る。

90年1月― 「都教委懇談会」で上記報告検討。

91年 ― 都訪研運営組織再編。会員全員が、制度・指導の研究会2つに所属し、幅広い調査・研究活動を進めることをめざす。

○代表者研究会(各校代表)―運営全般

○制度研究会(教育課程・進路・病院訪問・施設訪問・医療福祉との連携)  
―制度面の問題に関する調査・検討

○指導研究会(教科、入門期、重度重複[健康からだ・こころ伝えあい])  
―指導内容に関わる研究

91年4月― 訪問学級定数4名から3名に改善。

91-92年― 高等部をもとめる運動が全般的に高まる。

93年 ― 北養護学校むらさき訪問学級が分教室になり高等部設置。

現段階は、訪問教育が抱えてきた問題をひとつひとつ解決していく重要な時期と位置づけられる。長期的展望に立った抜本的な解決と、目の前の子どもたちに対して少しでも良くなるような改善双方を追求していくことが重要と考えられる。

## 2 東京の訪問教育の制度的課題

### 1) 都教委との懇談会

都訪研は、担当の指導主事を通じて都教委と連絡を取り合っていますが、年1回、懇談会を持ち、都教委関係者に現場の実態を知ってもらい、改善の方向を検討する場としています。

「安上がりな訪問教育」といわれるように、教育条件の未整備は大きな問題であり、指導を深める上でも大きな障害となっているのが実情で、この懇談会は制度的課題をめぐる話し合いが主となっています。実態を現場としてしっかり把握し、改善の方向を十分検討して、懇談会に臨むよう、資料作りを工夫しています。教育行政と現場が、実態にもとづいてそれぞれの立場で解決の方向を考え合うことを大切にして取り組んでおり、去年・今年と、制度面の研究会として①教育課程②進路③医療と福祉との連携④施設訪問⑤病院訪問の5つの分科会を設定して年間の活動を行い、都教委懇談会に臨んでいます。

### 2) 東京の訪問教育の制度的課題（昨年度の都教委懇談会での報告から）

#### （1）教育課程一定数改善・訪問訓練充実・スクーリングの保障

##### ①定数改善と指導の充実をもとめて

##### ○定数改善をさらに進める必要性

定数改善により、指導回数が増えたほか、複数訪問など指導体制の改善も取り組まれています。これによって、条件を整えれば、指導内容が深まることが一層明らかになると共に、1学級3名の学級定数では多くの問題点が残ることもわかり、ひきつづき定数改善が望まれています。定数改善などの条件整備を行いながら、訪問教育の質的向上を図ることが大変重要になっています。

##### ○1学級3名の現在の定数の問題点

- ・学校5日制に伴い、ひとりの教員が3名担任すると週3回の授業保障が不可能。
- ・広域学区では教員の移動に時間がかかり、授業回数が保障できない。
- ・スクーリングを組む場合に色々な問題が生じる。
- ・指導の充実の上で不十分さー複数訪問の必要性  
(複数訪問の意義)
- ・授業内容が拡大され、豊かになる。
- ・医療的ケアの必要な児童生徒に対するの対応、とりくみと授業内容の広がり。
- ・姿勢保持が困難な児童生徒の場合、一人が姿勢を整え、一人が働きかけ。
- ・複数の視点での実態把握、教育内容の確認、評価。引き継ぎしやすい。
- ・訪問担当教員の健康維持、腰痛予防につながる。

## ②訪問訓練の充実

肢体不自由校は、東京都独自の「機能訓練師制度」を持っており、訪問学級の児童生徒に対しても訓練の専門的指導を保障するため、訓練師が訪問訓練に出た補充に校内に時間講師を配置するという「訪問訓練」も行っています。これは、昭和58年、それまでの要望が認められて、学期1回の訪問訓練のための時間講師が配置されるようになったもので、その後の実践は、訪問の子どもたちへの専門的継続的訓練の必要性をいっそう明らかにしています。そのため、これを更に充実させるための校内努力も行われていますが、限界があり、訪問訓練のための専任訓練師の別枠配置を求め、同時に東京の訓練師制度そのものを守り発展させるよう、訓練室と訪問が連携して取り組んでいます。

今年度の前進として、実績のある学校2校の講師時間上乘せが実現しました。校内での論議も進め、実績をつくりながら教育課程の上から訓練の必要性をしっかりと位置づけて要望していくことが必要です。

## ③スクーリングの保障

健康状態等が整えば、子どもたちにとってスクーリングは重要な意義をもっていますが、現在の定数では指導体制上、スクーリング実施のための日程調整が困難な上（他の子どもの指導日との調整、2人以上スクーリングを行う子どもを持った場合のむずかしさなど）、スクールバスに1時間近く乗らねばならないこと、朝も早いことから、スクールバスが利用できる子どもは大変少ないのが実情です。現在、教材運搬のためのタクシー利用が月1往復分認められていますが、スクーリングのためのタクシー利用は予算化されていません。スクーリングのための通学手段の確保は、訪問の子どもたちにとってきわめて当然で切実なものであり、指導内容充実のため教材運搬の回数を増やすことと合わせて、スクーリングにタクシーが利用できるよう要望しています。

### (2) 病弱教育の抜本的整備と病院訪問

ここ数年、病院訪問の増加が目立っています。特に、国立小児病院に院内訪問学級が 発足したことはマスコミを通じて取り上げられ、大きな反響をよび、他の病院にも訪問教育が広がりつつあります。しかし、その大半は教科指導対象で、病状が改善すれば原籍校に戻る子どもたちであり、その教育条件の整備が早急に必要です。学校によっては、病院訪問が在宅訪問を越える数になり、かつて養護学校への一本化に際して指摘されていた問題が現実になってきています。また、病弱教育の対象となる子どもたちの80パーセントは普通学級に在籍しながら放置されているといわれる現状です。今年度文部省も入院中の児童生徒の実態調査を予算化しましたが、早急に、全貌を把握し、病弱教育について抜本的な条件整備を行うことが求められています。ここでも、後期中等教育の制度的保障が重要であり、同時に長期入院の幼児についても視野にいれて考える必要が浮かび上がっています。院内学級設置などにより、充実した指導が行えるような条件整備を行うとともに、色々な病院に点在する子どもたちに対しては、病院訪問という形をとらざるをえません。病院訪問の果たす役割を明らかにしながら、どのようにその教育条件を整えていけばよいか現場からも積極的検討がなされねばなりま

せん。

(現在必要とされている改善)

- ・学籍を移さず、入院中でも教育が受けられること
- ・原籍校との連携
- ・教科書および指導書の問題
- ・入退院を繰り返す場合や、退院移行期の家庭への訪問（特に他県の子ども）
- ・普通校の現場に対して、訪問制度などのPRの徹底

医療機関に対しても、訪問制度があること・その意義など理解を深めてもらう。

- ・院内学級の設置（指導場所の確保・予算・指導体制などの整備）

国立小児病院の院内訪問学級一発足当時は16人程度の在籍に対し、9学年に見合う9人の教員であったが、在籍者が増え33名に。殆どがベッドサイド等個別学習。授業時間の保障がむづかしい。

→他の病院への院内訪問学級設置が広がることが予想される現在、学級定数の見直しが必要となっている。

- ・病院訪問の指導体制の改善

→専科の指導—図工（美術）、音楽、英語

教科指導の専門性を保障するため、中学部以降は1学級2担任で文系・理系対応

当面は訪問学級設置校への講師配置などで対応できるようにする事が考えられる・病弱教育の研修の充実 医学的知識・カウンセリングなど

(3) 進路—後期中等教育保障

①後期中等教育の実現に向けたこの間の経過

- ・訪問教育への期待の高まりと要求の強まり
- ・卒業生を抱える学校での検討と対応（原級留め置き、卒後指導）
- ・他県での前進（父母の運動の重要性）
- ・都訪研として—実態把握（進学希望、卒業生追跡調査など全般的に明らかに）  
都教委懇談での実情の訴え
- ・父母として —訪問の親の要求・出願・都教委との話し合い、PTAのとりくみ
- ・組合として —要請行動 請願署名と「父母の声」のまとめ 交渉  
障害児学校全体の中で「高等部全入の完全達成」として重点課題に。
- ・校長会として—「制度にない」から、必要性を都に出す。学習会での検討
- ・都議会 —議会での質問・請願署名に対し、各党の紹介議員に。
- ・都教委 —「制度にない」から「次の課題と考える」「確固とした東京方式を」
- ・文部省 —「違法ではない」と表明するにいたるが、「養護学校高等部増設が先

決」 「学習指導要領にない」と足踏み状態

・現時点での制度化を阻む要因—学習指導要領にない・単位制など普通教育との整合性

都独自の新規事業となる等で難色

## ②けやき分教室の発足（1993年4月）と高等部設置

昨年度まで東京都における施設訪問教育は6施設で行われており、高等部教育保障はこれらの施設訪問でも切実な課題ですが、「施設側の意向」が大きな要素を占め、各施設の意向に複雑に左右される面が強いといえます。この間の各学校・都訪研・組合のとりくみの中で、都教委も制度化への糸口を早急にみつけないという機運が高まり、都教委と校長会で「施設訪問における高等部教育実現」の方向性がこの2年、探られてきました。

このような中で、1993年度より、施設側の積極的姿勢があったむらさき訪問（北養護学校）が分教室となり、高等部が設置されました。これは、「訪問の高等部」ではなく、「分教室の高等部」という形であり、これまでの都訪研・組合などのめざしてきたものところが現場からも検討を重ねましたが、

○これを足掛かりとして、在宅訪問を含めた制度化をひきつづき検討していく。

施設訪問の生徒のほとんどが全日教育可能という実態は単位制とからんで高等部設置の有力な根拠とはなりうるが、医療の必要性の高い生徒なども含めて高等部設置の教育課程上からの検討を行い、在宅訪問にもつなげたい。

○通学可能な生徒の本校への通学を妨げるものではない。

などが都教委から回答され、都財政の「落ち込み」を背景にした反対が強い中で、訪問教育長年の願いである高等部制度化の「芽を出させる」ことが重要と捉え、見守ってきたという経過があります。

来年度に向けて、都教委も他の施設訪問に広げる方向で進めており、全都の肢体不自由校PTA連合会でも「高等部の訪問制度化」を重点課題にする・各PTAからも声があがるなど運動も高まっています。「けやき分教室」発足をそれで終わらせず、高等部の訪問制度化に繋げていける状況が生まれおり、けやき分教室の発足を「突破口」に、「高等部の訪問教育の制度化」を一日も早く実現していきたいと考えています。

今後、さらに詰めていかなければならない具体的問題点としては、

- ・行政側が「施設からの要望があること」を第一条件としていること
- ・「教室の確保」も重要な条件としているが、施設任せになっていること
- ・過年卒業生の受入れの問題

などがあり、「施設の意向」ともからめて、十分な検討が必要になっている。

## ③東京の入学相談の実情の今後の課題

施設・病院・在宅でそれぞれ実態の違い・要求の違いがあります。

「けやき分教室」発足によって踏み出されたように、本校に通学することが高等部入学の原則となっている現状から一歩進めて、

○施設内での高等部教育の拡充→○高等部からの訪問指導の制度化→○高等学校への拡大という方向が考えられる。

こうした制度化をもとめるとりくみと、過渡期として、現状の中で現場として可能な教育保障のとりくみを合わせて進めていくことが重要になっています。特に、病院訪問の高等部・後期中等教育については要求も多様であり、「普通高校の全入」などの大きな展望も関連してくるような複雑な側面がありますが、全国的にも動きが活発化してきており、現場としての検討を急がなければなりません。

(東京の現状)

入学相談の実情 希望者全入を建前→完全達成をめざし、訪問卒業生の高等部学籍取得を実現する方向で取り組んでいる。以前はスクーリング実績(週3日めやす)が条件であったが、医師の「通学可」の診断があれば入学可になってきた。

入学後の実態 入学をきっかけに通学するようになるケースもあるが、それも安定しきれないなど、訪問指導が必要不可欠。

高等部での対応 昨年14校中4校で実質的な訪問指導の実践。  
(昨年度肢体不自由校における長欠生徒48名中、9名に週1回以上の定期的指導。2名に不定期のお見舞い)

#### (4) 施設訪問

昭和53年から始められた各施設での訪問教育は、施設側との理解・連携を深めながら指導を続けていますが、通学も可能な子どもたちも多く、設備・指導体制などの面ははじめ今後も改善が必要です。当面、「分教室化と高等部設置」が重点課題となっています。

#### (5) 医療的ケアをめぐって

昭和63年都議会での質疑で取り上げられ、88年4月「保護者が原則として行う。緊急時には経験のある教職員が当たる。原則として訪問学級」と都教委見解。

1989年9月に出された東京都心身障害教育推進委員会第2次報告はその第4部会(就学適正化部会)報告の中で、「医療的ケアを必要とする児童生徒は原則として訪問学級」。

都訪研として、画一的な教育措置をしないように強く要望。訪問担任が家庭において、医療的ケアを要する児童生徒を指導する際に直面している問題を指摘し、行政が責任をもって医療・福祉と教育の連携と教員の研修を進める必要性を訴えてきました

1990年東京都「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」発足

91年その報告が出される。

92年東京都医療体制整備事業の予算化(モデル校1校-村山養護

研修協力校1校-府中養護

職員研修開始-のべ1200人受講)

93年ひきつづきモデル校での2年目の検討、研修協力校-小平養護、職員研修

#### ハンドブック完成

94年度以降の方向性として モデル校・研修指定校など条件が整ったところで指導医を置き、現場でのとりくみを行っていく。

検討委員会報告は、通学しているケースへの対応に一定の方向を出しましたが、訪問の子どもたちにはまったく触れられていません。都の研修事業、各校での研修を行いながら、さらに訪問についても条件を整え、教育措置の問題としてだけでなく、地域で障害の重い人々こそ家族が生活していくことを援助するシステムづくりにつなげていくことが重要だといえます。

#### (6) 学校5日制と都訪研

これまで述べてきたように、東京の訪問教育の発展の上で都訪研が果たしてきた役割は大変大きいのですが、5日制実施に伴い、土曜日の都訪研活動は縮小せざるをえなくなっています。十分検討をしながら、東京の訪問教育を支えてきた都訪研の精神と機能が今後も生きつづけるよう、活動を継承していきたいと考えています。

## B 近畿地区訪問教育研究会の研究活動

講演会（於 神戸）1992年6月7日

# 障害児の教育を受ける権利を考える

弁護士 深草 徹

### 1 はじめに

3年前重度の障害者を父親が殺害するという事件を、父親の弁護士という立場で担当して、障害者の問題は今日の日本において重大な人権の課題であり、この問題に取り組まなければ弁護士としての使命が確立出来ないのではないかと考えた。

最初に取り組んだのが脳卒中の後遺症で悩んでいる方が、ワープロが必要であるということで、神戸市の「重度障害者の日常生活用具の給付事業」にワープロを申請したけど、給付が受けられなかった問題であった。

その方は上肢と下肢を合わせて2級だが、上肢だけだと3級であり、市の給付基準は上肢だけで2級ということで給付が受けられないということであった。

これは障害者の自立を阻害し、人権の侵害に当たるということで取り組んだ。また、弁護士会の障害者雇用問題調査小委員会の責任者として、この問題での調査に入っており近く提言をしたいと取り組んでいる。

### 2 ある障害者殺害事件を担当して

#### (1) 事件の概要

被害者は事件の1年前の88年3月に養護学校の高等部を卒業した、重度の脳性マヒで

3、4才段階の発達遅滞であった。殺害したのは肝硬変の59才の父であった。

父親は、神戸の大手の造船企業に勤めていた。彼は被害者の息子を大切に育て、養育のため生活のすべてをささげ、好きな酒を止め釣りも止め、日曜日には社会経験が必要ということで、いろんな場所に子どもを連れ出した。

ところが会社が造船不況になり、事件の2、3年前に人員整理・希望退職（かたたたき）が押し付けられ、無理やり退職に応じざるを得なくなった。そして、低賃金で雇用の不安定な下請けの小企業に移った。

そこで過去の無理がたたり高血圧症や慢性肝炎で入退院を繰り返し、クビを通告される。事件の前夜入院先で肝硬変を通告される。彼の親族の中で二人肝硬変で亡くなっており、自分が死んだあと妻（2才年上で高齢の域に達しており身体も小さい）は子どもと生きて行けるだろうかと悶々とし、ふびんだけど一緒に死んでしまおうと考えた。

意識もうろうの状態では朝を迎え、病院を抜け出し、子どもを包丁で刺し、自分も腕や首を切りつけた。

虫の息で二人抱き合ったままでいたとき、子どもの兄弟が帰ってきて、彼は一命をとり

とめたが、息子は亡くなった。

#### (2) 何を問題にしたか

この事件に関し依頼を受け本人に接見した。事件の概要を知り、知らない間に涙が流れ、「誰がこの人を裁けるのか、裁く権利はあるのか」としばらくは何も言えないほどの衝撃を受けた。

彼は自殺をする懸念があり、励まししながら、この問題の背景を明らかにすることがあなたの義務だと話し、一緒に裁判をする決意をした。

最も問題にしなければならないことは、子どもは養護学校に通学しているときは心身共に成長をしていた。最初寝返りさえ出来ない状態から卒業間際には後ろから支えると自分で歩くことができた。

卒業後は在宅で外に出るのは週一回だけとなり、足がもつれ歩くことが出来なくなり、明らかに後退している状態となった。

卒業後に毎日通える施設があり、教育・生活訓練が出来ていれば更に発達できた。日々目に見えなくても発達していく状況が続けば本人・家族にとって希望となり、ところが発達が期待される年齢にもかかわらず、それが阻害され後退させられると、家族にとっては失望となり、生活のリズムが乱れ家族全体が落ち込む。

この事件の核心は、成長発達が保障されなければならない卒業間際の重度の障害児にその機会が全く与えられないことにある。そして、在宅の重度の心身障害児のための療育や日常生活の援護の為の施策が貧困であり、家族だけが負担に追い込まれている。

この問題を無くしないと、この父親のよう

に失業・生活不安・病気・高齢化などがあると心中へと突き進むというところにこの事件の核心がある。

#### (3) 判決について

判決では残念ながら事件の核心には触れられず無視され、心身こう弱で正当な判断能力に欠け、突発的な犯行とされた。心身こう弱ということで執行猶予となったが、事件の背景問題では全くの肩すかしであった。

#### (4) この事件を通じて考えたこと

この事件を通じて考えたことは、この父親と同じ状況に自分がおかれた場合、やはり同じ行動をとるという危険性・確立が高いのではないかと、そして、この事件の真の原因がなくなる限り事件が起こるのではないかとということである。

現実にこの事件の後、90年8月岐阜で、91年1月神戸で、10月に東京でおきている。

障害者が人間らしく生きる権利が本当に家族も含めて侵害されている。

生活権の侵害がなされているということで、現在の最大の人権侵害であるということで、この問題に取り組んで行かなければならない。

### 3 玉置事件について

#### (1) 原告団の主張・立証

当初はこの事件をいきなり裁判にもって行くかどうかということになるかを考えた。客観的な状況としてみれば障害だけを理由とした差別的な入学拒否であることは明かであるが、裁判の場でこれを立証するにはいろいろな問題がある。

たとえば内申書や調査表の内容などの資料

が入手できるか、個人情報などの閲覧ができるかどうか、裁判の中で文書提出命令に応じない場合どうするか、学力の点で問題がなかったということをどう立証するか、さらに、入学許可については校長の裁量権が相当認められている、基準があるとしても教育目的から広範な権限が与えられているということは間違いないであろう、裁量権を裁判上どう打破するか、など問題があった。

また、裁判は時間がかかる。彼の筋ジスという病気の特徴から考えて、時間の猶予は与えられていない。2年3年かかると意味がなく、年度内に決着しなければならない。

提訴期限は処分の日から3カ月以内ということで、3カ月ぎりぎりまでいろんなルートで交渉したが不調に終わった。

6月19日提訴期限ぎりぎりの日に提訴した。裁判をおこしても処分の効力は生きており、緊急に処分の効力を停止させる必要があるため、本訴を起こすと同時に、執行停止の申し立てをした。

この事件の場合は「入学不許可処分」が停止の対象となる。

## (2) 被告の主張・立証

被告の校長は執行停止さえ却下させると、本訴は無意味となりそこで勝てるとして、停止の問題にエネルギーをつぎ込み、反論に力を入れてきた。

校長側は判定資料A（学習の記録）判定資料C（学力検査）では合格点に達していることを認め、判定資料B（身体的な状況など）が高等学校の全課程を習得することがないと、判断していたことを露骨に言った。

そのために、当初私たちが本訴で長引くと

危惧した学力の問題が簡単にクリアできた。

## (3) 判決の紹介

このため障害が原因ということで論点が明確になり、審理がしやすくなり、申し立てをした1カ月後の7月22日に却下となり大勝利となった。

裁判官は執行停止を却下した後、すぐ本訴の最終段階までの審議日程を決めた。

執行停止の決定の中で、「入学不許可処分が違法である。障害だけを理由とした処分は違法とした原告の主張も一理ある。違法であるということも理解できる。玉置君の精神的苦痛については察するに余りある」と判断を示した。

## (4) 本訴での原告の主張・立証と判決

9月から審理が始まり今年の2月で終結できた。

本訴になって訴えたのは、今の世界的規模で進んでいる障害者の完全参加と平等という理念、ノーマライゼーション理念、大枠として歴史にあとづけるということをして、具体的展開をしてみると、障害者は単に保護の客体と過去にいわれてきたがそうではない。やはり障害者も人格の主体であり、人格を担う主体であると第一に考えなくてはならない。

第二に現在の社会の条件、文化的な条件は、健常者本位に作られているけれども、それが続く限り、障害者の完全参加はありえない。

社会的条件や、文化的条件をを障害者に合わせたものに作り替えて行かなければならない。

さらには、健常者は自分の危険を含めて自分で判断して自分の人生を切り開いていく自己決定をしていく権利はあるけれども、障害

者にもこれは当然あるべきものである。障害者も自分の危険を含めて選択する権利があるのではないか、ということ明らかにした。

障害児の教育を受ける権利を保障せよという要求は、単に教育の機会が与えられれば良いということではない。

普通高校で学ぶということを本人も親も望んでいる場合、可能な限り普通高校で健常者と一緒の教育を考えて行かなければならない。

障害の程度は、学校教育法施行令22条の2で定められているが、固定的に養護学校などに振り分けずに、障害の程度によって個別的に具体的に考えて行かなければならない。

障害児を人員配置や設備条件などの物理的条件を持ち出して、受け入れをしないという拒否の理由には出来ないということを明らかにした。

行政側が「障害者を保護する」ということで、本人や親権者の選択する権利を奪うことは誤りだと明らかにした。

さらに、可否については校長8人で作っている可否判定委員会があり、そこでの基準に照らしても、先ほどの判定資料AとCは平等に扱い、Bは参考資料でしかない。だから、この点からみても不当であるということを訴えた。

また、面接については面接委員会を設置していなければならないのに、それをせず、校長が勝手にしたことは誤りであることも指摘した。

履修可能性の問題については、移動・体育などは学習指導要領のなかで障害に応じて柔軟に考えなければならずとあり、また他での実例もあり拒否の理由にはならない。

何よりも、筋ジスの専門医の意見書でも、高等学校3年間の履修は可能であると明らかにされ、また、茂木先生の意見書でも「障害児の教育の場は多様でなければならず、身体的条件が許すならば普通学校・普通学級も障害児教育の場であり、統合教育を追及していかなければならない」とし、さらに玉置君との面接の結果、身体状況と本人の希望からみて普通高校で十分学ぶことが出来ると出された。

これに対し、校長は恣意的な基準で判断したという印象で受け取られないように、養護学校入学選考基準の3つの基準（自力で移動が出来る、身辺自立が出来る、希数年の全課程の履修が可能）を合格判定委員会の考えとした、と述べた。

判決は、履修の可否については、入学基準として考えざるを得ないとしながらも、中学時代の履修状況からみて高校も本質的にはかわらず、十分にやっつけていけるし、過去の実例もあり、また、学校側には最小限の体制は出来ているし、受け入れた後で整えていけば良く、現在不十分なことをもって入学拒否する理由にはならないと明らかにした。

また、専門医や茂木先生の意見も重視し、これを憲法論に高め、判断している。障害児の教育を受ける権利について憲法に基づく判断を示した。

#### (5) 判決の意義

障害者の完全参加と平等という理念をバックボーンとした判決である。憲法と教育基本法に基づいて障害児の教育を受ける権利を自主的に保障するために積極的な判断をした唯一の判決である。

また、短期間で憲法判断が下り、しかも一審で確定できたということはこれも画期的なものであった。普通は憲法に関わることは上告審までいくが、判決がまともであったことと、世論の大きな支持があったことで上訴が出来なかった。

この判決を、障害者の教育ということに関しては、教育を徹底させるという立場からするとおおいに活用できるものではないか。

#### 4 教育の機会均等と障害児教育

～憲法26条を考える～

養護学校を卒業した直後の人の問題と玉置君との問題とも関連して、憲法26条の問題と教育を受ける権利ついてふれたい。

憲法26条第1項には、「すべての国民は法律の定めるところにより、その能力に応じて、ひとしく教育を受ける権利を有する」というふうに定められている。26条2項では、「すべての国民は法律の定めるところにより、その保護する子女に普通教育を受けさせる義務を負う。義務教育は、これを無償とする」と定められている。

26条1項にいう「教育を受ける権利」は、まず第1には社会的な基本権であるということを確認する必要がある。憲法の基本的人権というのは自由権と社会権に大きく別れるが、その中で国家に対して保障をもとめていくということで社会的な基本権である。このことの意義は人間はだれしも人間らしく発達し成長する権利がある。これは、人間の自然権的自由権で（人間が本来的にもっている自由権）これが前提になっている。

しかし、現代国家においては、この自然権

的自由権を個人が自主的に確保することは普通不可能な状態で、量的にも質的にも不可能な状態である。そこで、国家に対して公教育の制度としてその実現を求める権利というふうに定めている。

自然権的自由権を国家に対して実現を求めている。公教育の制度を運営させるということで実現を求める権利だということが第1になっている。

さらに、26条第1項は25条第1項の後に付けてある。25条第1項は「すべての国民は健康で文化的な生活を営む権利を有する」生存権を定め、26条第1項はその次の規定で、その位置からしても当然生存権という位置づけを与えられている。すなわち、人間らしく発達して成長していくということは、人間として生きるのに不可欠であり、人間として生存していくために不可欠の権利なのである。そのことに関連でみれば、障害児の場合はその権利が最も保障されなければいけない権利主体である。生存権というものがより顕著にあらわれるものである。

①能力に応じてひとしく教育を受ける権利の意義

26条第1項の中で、「能力に応じてひとしく教育を受ける権利」となっているが、能力に応じてということは、伝統的な通俗的な意味での能力主義と解釈してはならないと押さえておく必要がある。もともとの能力主義は、歴史的に見ると資本主義の勃興期には社会的身分とか生まれによって人生・地位が決められていたが、それを解体し個々の能力だけがそれを決める基準となり、競争という原理を打ち立てたということで、いわば進歩的

な側面があった。

資本主義が独占段階に達し、能力主義の本来の意味でなくなり、能力という言葉を使ってもそれは最も経済的な力であり、他の本質的な能力以外のものを覆い隠すものとして能力というものが使われるようになる。

能力以外の差別なのに、能力による違いになり、能力主義というのは当初の積極的意味合いがなくなって、むしろ差別の道具になった。

このことを踏まえた上での「能力に応じてひとしく」というふうに考えて欲しい。したがって「能力に応じてひとしく」という意味は、能力の発達の程度、あるいは、発達の仕方においてできるかぎり能力を発達させるような教育を保障させるということである。

したがってその個別性に応じた多様な教育の場が保障されなければならない。そして、教育の場だけではなく、多様な教育内容が保障されなければならない、ということが憲法26条第1項の意味と考えたい。

## ②義務教育の意義

26条第2項の意味は、保護者に対し就学させる義務を負わず、教育を受けさせる義務を負わせたということであり、国民が教育を受ける義務があるという趣旨ではない。いわば教育を受ける権利を実質的に保障する手段であるということである。義務教育とはそういう意味である。

そこで、学校教育法での体系は、後期中等教育までの段階でいえば、学校教育法71条で幼稚園・小学校・中学校または高等学校に準ずる教育をする学校として、盲学校・養護学校等が定められている。

75条では小・中・高等学校に特殊学級を設けるよう定められている。

障害児教育をする場所はそれだけではない。

そこで、教育をさせる義務があるということ公共団体に義務つけたものではあるけれども、さらに、小・中・高の普通学校の普通学級も障害児教育の場、障害児教育を受ける障害児教育の場であることを、学校教育法で否定されてはいない。

こういう教育諸施設の中で、親や児童は障害の程度に応じてこれらの中から選択できるということである。

できる限りそれは個々の成長発達が可能なように選択されなくては行けないが、そういう中で選択できるのか。その場所が選択できるだけでなく、その条件としても、成長発達の可能性が最大限迫及できるような内容、あるいは制度的条件が整備されなければならないということが、憲法26条の規定から出てくるものであり、学校教育法の内容でもその立場から解釈しなければならない。

また、通学不可能な場合、当然教育を受ける権利と成長発達できる可能性が保障されなければいけない。

したがって小・中・高レベル、一般的教育、一般的後期中等教育の段階に限ってみればどのレベルにおいても訪問教育というものが保障されなければならないと考えられる。これは憲法26条からの当然の解釈である。

現在訪問教育については、法的には学校教育法には明確には位置づけられていない。75条は派遣教育の制度ということで、障害児学級・特殊学級からの位置づけがされているわけだが、その他については全く規定がされ

ていない。

だから通学不可能な子どもに対しての教育というのは、どこにでも当てはめることができると解釈できる。だから、普通学校の中にも養護学校の中にも位置づけることもできる。

後期中等教育で高校までの段階は一般的な教育の段階であるので、障害児に対しても一般的に保障しなければならない義務がある。

当然高等部段階でも訪問教育の機会が与えられなければならないし、高等部を設ける義務がある。

教育を受ける権利は憲法条明確に規定されており、就学猶予・免除は許されず、明かな憲法違反である。

訪問教育の中身は週3回、一回2時間程度という教育の内容しか与えられていない。これは実質的な意味でいえば就学猶予・免除がなされていると言えるのではないか。法律上の制度としては実質的な就学猶予・免除と同じで憲法違反である。

一般の高等学校は95%の進学率があり、だれでもが高等学校段階の教育を受けられるという状態になっている中で、養護学校高等部に入れられない状態に追い込まれている、また、養護学校高等部では訪問教育もなされていないために、受け入れさえもなされない状態は、準義務教育段階における就学免除がなされており、実質的な憲法違反の状態が続いている。

## Ⅲ 訪問教育研究資料

### 1 「訪問教育のあり方についての提言」についての発表後の経過

訪問教育は歴史的にも浅いためにさまざまな制度的問題をかかえています。全国訪問教育研究会では、様々な問題に対する一つの見解として、1992年7月に「訪問教育のあり方についての提言」を発表しました。ここでは、発表以後の取り組みの経過や反応を掲載します。

#### 1-1 文部省との懇談（内容概略） 1992年9月28日

1992年9月28日午後2時より、文部省に赴き、前回訪問の際に渡してあった「提言」をもとに話し合いを行なってきました。応対してくれたのは「文部省初等中等教育局 特殊教育課 教科調査官 西川公司氏」です。全国訪問教育研究会からは御子柴会長と渡辺美佐子先生、長が参加しました。なお、この記録は長が作成し西川先生の校正を経てあります。

#### ●はじめに

- ・文部省の特殊教育課では、訪問教育を直接担当する調査官は置いておらず、障害種別ごとに各調査官が対応している。
- ・訪問教育はごく少数の学校での教育に適応出来ない子どものためのものと考えており、教育条件の整備が進んでも、家庭の方が環境として良いという子は残るだろうと考えている。なお、訪問教育については、医療の高度化に対応して、将来的にも残る教育システムではないか。
- ・現状では教育の場が少ないために訪問教育の対象となっている子もいるようだ。近くに適切な教育の場があれば、そうではなくなる子がいるのではないか。

（欧米ではスクーリングの教育とビジティングの教育という概念があるようだ）

- ・確かにそのようなシステムがあるが、実状は日本の訪問教育のように、系統的に行なわれているのではないようだ。

- ・そのような背景として、やはり「理念」「かくあるべき」「たてまえ」の論議が先行している、ということは言えるのではないか。

●提言1「通学しやすい条件整備」について

- ・実際はこの通りで、バスなどが充実すればよいと思う。

- ・通学に要する交通費（最も経済的な経路・方法により通学する場合の交通費）については、就学奨励費の補助対象となっている。

- ・バス会社等との間で運航委託契約を行なった場合には、バスだけでなくタクシーも利用することができるようになっており、どのような交通機関を利用するかについての判断は、様々な要件を考慮して各県が行なうことになっている。

- ・一般的な教科学習が可能な程度の「重度障害」の場合には、納得出来る部分もあるが、発達段階が1歳から4歳程度までという子どもたちを、わざわざ親元から離すことに、教育的な効果をどう見付けるか、本人のために

かどうか、と考えられる。

・実際に、寄宿舎に障害の程度の重い子がいる場合もあり、盲・ろう学校では学習するためには当たり前として発想されてきている要素もあるようだが、このあたりは歴史的な伝統などもあるのかもしれない。

#### ●提言2「分校・分教室措置」について

- ・義務制が定着しつつあるところで、分校化・分教室化ということは考えられる。
- ・特に「施設内」の場合が問題になるだろう。義務化当初から、その施設に入所中の子どもについては、就学させなければならないこととされている。
- ・施設長の理解のあるなしで、施設内に置かれる学校の教室や職員室については変わってきている。
- ・基本的には出来るだけ設置を推進したいとは考えているが、解決していかなければならない課題も多い。これについては施設との関係が深いので、厚生省の母子衛生課の審議会などでもきちんと盛り込んでもらうようにしている。
- ・小学校や中学校からの訪問については、現状ではあまり考えられていないようだ。
- ・病気療養中の子ども教育のあり方については、どのようなシステムが可能なのか、今後検討することになっている。
- ・この場合は「家庭療養児」「施設療養児」を含んでいる。
- ・病気療養中の場合には「病弱養護学校に措置される基準である、6ヵ月」「1ヵ月未満の短期入院による学習空白」などの問題があると考えている。
- ・施設については、医療・教育・福祉が一体

となった施設づくりを昔から考えており、福島などでは作ったのだが、その後、伸び悩んでいるのが実態。

#### ●提言4「訪問回数」について

- ・「試案」ではあのようにしたが、実状に応じて回数を工夫して欲しいという理念はある。現在、重複障害学級の定数が3人に1人になったので、週6時間は可能だろう。また週3回くらいが家庭の実状からも適当ではないか。
- ・それよりも多くの回数の教育が可能な子は、通学籍への変更をするように指導はしている。（現場では「3人で3コマだと教員一人で週9コマとなり、研修の時間などとの関係で難しいこと」「地方によっては枠を示して旅費を保証しないところもあること」がある）
- ・聞いた話で週2回のスクーリングと週2回の訪問という例があったが、なぜ通学にならないのか、と思っている。

（実際には医療行為などとの問題で難しい側面もある。現状ではスクーリングを行いながら措置変更を考えていく、というところだろう）

- ・現在は、特に回数の制限は設けていない。

#### ●提言6「高等部教育の保障」について

- ・これは貴団体だけでなく、あちこちで問題となっている。
- ・高等部の教育は義務制ではないこともあり「後期中等教育」をどう考えるかということと深く関連する問題である。
- ・東京のように条件整備の整っているところとそうでない地方では事情も異なる。
- ・現在はまだ学校の数が少ないので、出来るだけたくさん養護学校高等部を作り、そこで学校教育を行なっていく方向で考えている。

・まず土台を整備していくのが先である、と考えている。

・また高等部で問題として残るのは「単位制」ということだろう。ここにどこまでの幅を認めていくのが問題。まったく別のシステムとして考えるのなら別なのだが…。

●提言7「義務教育年限の延長」について

・100のことを教えるのに普通9年かかるが、障害の故にずっと伸ばして欲しいというのは、例えば「毎年中学部で留年させて欲しい」「障害が重度・重複している子どもを対象とした専攻科や大学や大学院を作っ欲しい」という論理と似てくるように感じる。

・このようなことの社会的納得が得られるかどうかの問題。

・個人的には義務教育年限の延長を考えるよりも、生涯学習という観点から、広い意味での生涯教育の充実を考えていくのが良いのではないかと考える。

●提言8「訪問教育の幼稚部」について

・以前、幼稚部設置10ヵ年計画を作ったが養護学校については設置が進まなかった。

・その原因の一つとして、当時は親のニーズがなかったことがあげられる。いろいろ分析してみると学校よりも通園での訓練や療育の方がよいという選択になったようだ。

・今回幼稚部教育要領を新たに作成したことにより、幼稚部の設置促進が図られることを期待している。次の改訂を機に、さらにプラスαを考えていければ、と思う。

・現在、特殊教育課が行なっている事業の一つに「定期的相談・指導事業」がある。経費

を補助しており、これを利用して早期からの指導を行なうことは可能である。

・これは、就学に当たって継続的に相談・指導を必要とする就学前の子どもと保護者を対象に行うもの。

●提言10「医療との連携」について

・医療については、厚生省が施設のドクターやナース、訓練士が地域を巡回してアドバイスする試みを行なっている。これと併せて利用するシステムにすれば、子どもの生活圏や質も向上するのではないかと。

・医療行為については、教員は行えないことになっており、医療との連携を地域の実状に応じて具体化していくことが必要であろう。その意味で、提言されている「担当指導医」制は興味深い。

・いくら教員が研修を積んでも、最終的には医師が責任を取らざるを得ないのではないかと。

・県教委段階での検討は始まっているが、実際は難しい面も多いようだ。今後の展開に期待している。

●提言12「卒後の生涯施策」について

・根本的には文部省と厚生省では似ている。

・身近な地域の方々（ドクター・訓練士・社会福祉に携わる人・教員等々）がざっくばらんな形で現状を知り合って考えてゆき、きちんとした会議に乗せてゆく、というのが一番の近道のような気がしている。

●「季刊・特殊教育での特集」について

・適当な時期に、特集を組むことは可能ではある。

## 2 後期中等教育における訪問教育の動向について

訪問教育を受けている子どもたちの後期中等教育（高等部）への進学保障が現在、各地の実践の中で大きな課題となっています。ここでは、各議会で取り上げられた内容を議事録から引用します。

### 2-1 国の動き「養護学校卒業生の高等部進学について」

予算委員会会議録第十三号 平成四年四月八日 【参議院】より

○小笠原貞子君 二ページの表をごらんになってください。高等部の進学率はこの十年間で全国平均では10%アップしております。しかし、各県によって大きな地域格差が生じております。平均72.6%はもとより、50%すらわっているのが北海道、秋田、山形など十県もございます。特にこの十年間全く進学率が向上していないどころか下がっているというのが北海道、山形など八県でございます。

こういうふうに進まない原因は一体何なのか、具体的にどういう御指導を行っていらっしゃるのか、伺います。

○政府委員（坂元弘直君） やはり養護学校あるいは中学校の特殊教育学校から高等学校に、養護学校の中等部ですが、通常的高等学校に進むという数字が、私の記憶ですと毎年全国で二千三百人という状況になっております。微々たる数字でございます。したがって、進学率が進まないというのは、養護学校の高等部の整備の状況が立ちおけているところが進学率が低いというふうに私ども考えているところでございます。

特殊学校終了者、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

し、そういう意味では福祉・労働関係機関を含めているんな対応の仕方があるかと思えますけれども、私どもとしましては、養護学校の高等部を含む高等学校の進学率が余りにも全国でアンバランスであるということで、養護学校の高等部の整備の状況がおくれている道府県に対しましては他の府県と同様の水準になるよう整備を図るようというふうに指導をしているところでございます。今後ともその指導は続けてまいりたいというふうに考えております。

○小笠原貞子君 ばらばらになっているということは、例えば義務教育では軽度の子も重度の子も分け隔てなく受け入れているんです。高等部になるとその必要がないということでは教育の機会均等が脅かされるということになってしまいます。東京など進学率90%を越えているところでは、重い子も教育を受けてその集団の中で仲間と交流し合い成長し、そして命さえも難病だとかなんかのときも長らえているというのが具体的に出てきているわけなんです。そうすると、教育というのは、物を教えるだけではなくて生きるということに大きな力がある。それを考えていきますと、何としても後期中等教育の問題を真剣に考えていただきたい。北海道では六十

九名の大量不合格が出ましたし、障害の軽い子どもでも三十五不合格になっているというような状態なんです。

そこで、私は大臣に伺いたいんですけれども、ここまでするとまた同じですよ、ちっとも上がらないんです。だから、いつまで、どのようにして進学率を高めるということを計画を持って御指導いただきたいと思いますが、大臣、いかがですか。

○国務大臣（鳩山邦夫君）具体的な計画を今すぐ立てられるかどうかはわかりませんが、養護学校、特殊教育諸学校の中学部を卒業した方々にとっては、進学以外にも労働関係、福祉関係の施設へ行くとか、就職されるとか、それはいろいろな道があるかと思うんですね。ただ、一般の高校の進学率が95.4%と言われているような時代でございますし、そのばらつきの数字を見れば、坂元初中局長が今御答弁申し上げたように、いわゆる養護学校の高等部が整備されておっただけで行けたのというような方も大勢おられることが推定されます。

したがって、そういう整備はきちんとやっ

ていかなければならないと思いますし、特に養護学校でも、病弱の養護学校の高等部が設置されていない県が、減ってはきましたがまだ十五県ほどあるというようなこと。去年は十八県で今十五県ですから三県はでき上がったということなんだろうと思うわけですが、そういう意味ではこの整備はできる限り急がなければなりませんし、補助もいたしておりますが、文部省としても指導をしていきたいと思っております。

○小笠原貞子君 具体的に、計画的にね。

○国務大臣（鳩山邦夫君） はい、それはきちんと一生懸命やるということです。

○小笠原貞子君 計画的に、一生懸命やる。一生懸命にやるのはやっていたとおっしゃるのよね。だから、きちっと計画を持ってやってくださいというのが私のお願いだから。いいですね。

○国務大臣（鳩山邦夫君） ですから、そういう御要望があることはよく承っておきますが、それはいろいろな事情もありますし、財政の問題もありますし、それぞれの地域の特性というのもあるかと思えますから、いろいろと勘案しなければならないことも多いと思います。

## 2-2 国の動き「後期中等教育における訪問教育について」

### 予算委員会会議録第十三号 平成四年四月八日 【参議院】より

○小笠原貞子君 大臣にもう一つ具体的に伺いたいんですけれども、訪問教育というのがありますね、小学校、中学校の場合。今度、高等部の方でもぜひその訪問教育を対象としてやっていきたいと。これは制度的にも、法的にも可能だし、ぜひやりたいと。やってい

るところは文部省にやめろなんて言われなかつたかと心配していますから、この訪問教育を後期中等教育の場でどう生かしていけるか、ぜひお願いしたいと思います。

○政府委員（坂元弘直君） 先生御指摘のとおり、確かに訪問教育は小学校、中学校段階、

言いかえれば特殊教育諸学校の小中学部につきましては訪問教育を実施いたしております。これは、小中学部は義務教育でございますので、なおさら教育の機会の保障という見地から実施しているわけでございますが、高等部につきましては、義務教育ではないということに加えまして教える内容も非常に多様でございます。高等部で訪問教育を行う場合に、学習指導要領の基準に沿った高等部の教育課程が十分に実施できるかどうかなどの問題がございます。

もとより、やる場合には、さらに学習指導要領上も、ある条件の中では学習指導要領どおりじゃなくて緩和してもいいというような規定もございますが、訪問教育の場合ではさらに緩和するような必要があるのではないかというような問題、それから中等部卒業後の進路につきましては、すべての人が高等部に望めば行けるということがもちろん望ましいわけですが、生徒の能力、適性で職業訓練施設等に行くというような方もおられるわけで、多様な場が用意される必要があるだろうというふうに思います。

それから小中学部での訪問教育につきましても、訪問教育を受けている子供の保護者の一部から、子供の送り迎え等で可能な場合には、養護学校の分校等の設置をぜひやってもらいたい、訪問教育よりも養護学校の整備がまず第一歩であるという声も聞かれております。したがって、この場合、訪問教育を高等

部の設置より優先させた場合に、高等部の設置がなおざりにされるおそれもあるのではないかなという感じもするわけでございます。

そういういろんなことも考慮いたしまして、私どもは、現段階としては養護学校の高等部の設置につきまして各県を指導し、その充実を図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。

○小笠原貞子君 ちょっと具体的に聞きます。

訪問教育を自主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抑えることないですね、大臣。

○政府委員（坂元弘直君） 盲聾養護学校の小中学部につきましては、その教育課程上の特例措置につきまして、現在学習指導要領で明確になっております。高等部につきましては、学習指導要領上明確になっておりません。ただ、学校教育法施行規則では、高等部を含めて訪問教育ができるという規定になっております。したがって、直ちに訪問教育をやっておるから違法であるかどうかということになりますと、私どもとしては明確に違法だとは言えないんじゃないかと思いますが、ただ学習指導要領上の規定が明確になっておりませんので、どうやって高等部の教育を訪問教育でこなしていくかという点については若干困る点があるんじゃないかというふうに感じております。

## 2-3 地方の動き「後期中等教育における訪問教育について」東京都議会から

東京都議会厚生文教委員会速記録第十八号 平成三年十一月二十一日 【東京都議会】より

○石橋委員 次に、高等部の訪問教育についてお尋ねをしたいと思うんです。

高等部の設置については、病弱養護についても高等部がありませんので、高等部の設置がもう以前から強く求められておりますが、きょうは、特に高等部の訪問教育についてお尋ねをしておきたいと思うんです。

訪問教育も、ご案内のように、障害の重いお子さんに就学の機会を保障しようということで行われているわけでありませうけれども、特に障害が重くて通学ができない、自宅で療養している、あるいは医療機関等の施設に入って療養している、いろいろあろうかと思うんですが、そういうお子さんに対して先生方を派遣して、教育の機会をちゃんと保障していく、これは私は非常に大事な仕事だというふうに思っております。ことしの第一回定例会で、予算特別委員会でもこの点については強い要望が出されておりますし、ことしの第二回定例会でも、本会議質問で高等部訪問教育の要望が質問で出されております。

その際、教育長は、高等部における訪問教育は学習指導要領に規定がない、教育課程とか教育内容とか方法など十分研究を要する、今後さらに総合的に検討していくというふうに答弁なさっておりますね。現在どのような検討が行われているかをまずお尋ねしたいと思います。

○志賀学務部長 現在の検討状況でございますけれども、これはそのときにも、つまり第一回定例会等においてもお答え申し上げたと

ころでございますが、高等部につきましては、学習指導要領に定めがないものでございますので、新しい分野の事柄でございます。したがって、これにつきましては、それ以降、教育庁の関係部課並びに学校関係者の間で、高等部の設置問題につきましているいろいろと調査検討研究を進めておりまして、まだ調査研究の途上にあるというのが現時点の状況でございます。

○石橋委員 私、よくわかりませんのでお教えいただきたいんですが、学校教育法施行規則の七十三条の十二には、盲聾または養護学校の小学部、中学部または高等部において、当該学校に就学することとなった心身の故障以外に、他の心身の故障をあわせ有する児童もしくは生徒を教育する場合、または教員を派遣して教育を行う場合、つまり訪問教育ですね、これは特別の教育課程によることができるということを規定している条項ですが、そこでははっきりと、養護学校の高等部においても必要な場合には訪問教育を行うことができるようになっておりますね。

今、学務部長のお答ですと、学習指導要領には規定がない。これは矛盾するものとしてとらえるべきなのか、全然別のことをいっているのか、これはどのように理解したらよろしいでしょうか。

○志賀学務部長 ご指摘のとおり、法令の規定におきましては、心身の障害のために通学して教育を受けることが困難な児童生徒に

対して、教員を派遣して教育を行う場合について云々という規定がございますが、これには小中高について規定しております。したがって、高等部についてそれを排除している条文ではございませんが、現時点におきまして、国においては、それでは高等部において訪問教育をどのような指針において行うかという根拠となる学習指導要領には、その規定が設けられていないのが実態でございます。したがって、その辺が学習指導要領に規定がないということの意味でございまして、法令と指導要領については、矛盾というご指摘もわかりませんが、現時点におきましては、そこまでまだ国全体の問題として――そのような状況に到達する以前の状況にあるというふうに理解をいたしております。

○石橋委員 私は、これは国の方の怠慢じゃないかと思っておりますし、そのことを都として、東京都の実態に基づいて国に対して強く要望すべき事柄じゃないかというふうに考えております。

私、財政上の問題をちょっとお尋ねしたいんですが、昨年度、都において、訪問学級の中学部の卒業生が十三名、高等部に進学できた者が五名。ことしは二十七名この訪問学級に在籍しているそうでありますが、それぞれの学校での調査によりますと、このうち十九名が高等部進学を希望しているということであります。仮に、二十名といたしまして試算しますと、必要な経費、これは人件費も含めて結構ですが、概算でどのくらいになるんでしょうか。

○志賀学務部長 仮に、二十名の生徒が訪問学級に在籍するといたしますと、訪問学級の

学級編制基準は現在三名でございますので、七クラス程度になろうかと思っております。そういたしますと、それに要する教員は十名ちょっとぐらいになるかと思っております。そのための人件費が必要になりますし、その他、教材費等の運営費が必要であるかと思っております。

○石橋委員 財政的には、これは東京都の今の教育庁の予算からしますと、私は本当にもうささやかなものだというふうに思うんですね。ですから私は、財政上の理由は、全くとはいいませんけれども、ほとんど考慮の対象にする必要はない。やはり先ほどおっしゃったように、高等部における教育課程の問題とかさまざまありまして、そこをどうクリアするかということが一番の問題かなというように実は思っているところですが、実際には今、もう準義務教育化していると申し上げても決して過言ではないんじゃないでしょうか。まして障害の重いお子さん、とりわけ多くの配慮をしなければならぬ子供たちだからこそ、長期的できめ細かな教育がより必要で大切じゃないかというふうに私は思うんです。

現在の訪問教育が週二回、四時間でまわっておりまして、これ自体決して十分なものじゃないというふうに思います。しかし、その週二回でも、小学校、中学校、ずっと訪問教育で来たお子さんのある母親は、週二回の学級を楽しみにしている様子を見てみると、子供が生き生きとしている。親としての充実感を子供から感じる毎日だった。九年間学級で過ごした中ではいろいろ楽しい経験をしてきた。しかしもう後がない。確かに義務教育という重みを非常に感ずる。しかし九年間の教育をむだにしないためにも、ぜひ高等部に進

学をさせてあげたい、そういう母親の言葉です。

それから、もう一人の母親は、学校教育のすばらしさ、大切さを改めて思い知らされた。このままでは終わらせたくない。高等部進学をぜひ実現させてあげたい。そのほか、訪問教育に従事している先生の言葉もありますが、省略いたしますけれども、いずれにしても、高等部における訪問教育の実施というのは、確かに国でまだ準備が進んでいないということもあるかもしれませんが、東京の今の重い障害を持つ親の立場、それからお子さんの立場、やっぱり就学の機会を、当然準義務教育化している後期中等教育の機会をきちんと保障していく立場からも、ぜひ急いで実施すべきじゃないかというように思いますけれども、改めて教育長のご所見をお伺いしておきたい

### 3 病院入院児の教育保障の動向について

養護学校教育の対象となる心身障害児の障害の種類と程度は、学校教育法第71条の2及び同法施行令第22条の2により、明記されています。

その学校教育法施行令第22条の2の病弱者についての規定は、

①慢性の胸部疾患、心臓疾患、肝臓疾患等の状態が6月以上の医療又は生活規制を必要とする程度のもの

②身体虚弱の状態が6月以上の生活規制を必要とする程度のもの  
となっています。

近年、医学・医療技術の進歩や社会の変化等に伴い、入院患児の疾病構造の変化とともに

と思います。

○坂本教育長 過日の一定及び二定で、私から検討してまいるというふうにお答え申し上げました。先生今おっしゃいました、財政的に微々たるものではないかという、その微々たるものかどうかということに関しましては、若干異論もございますけれども、それは別といたしまして、まさに教育課程がないだけに何をやるかということが問題でございまして、その内容を詰めないと予算要求もできないわけでございますので、先ほど学務部長からもお答え申し上げましたように、今、関係の各部あるいは現場の先生方も含めて検討しております。なるべく検討を急ぎまして、早く結論を出して予算要求まで持ち込んでまいりたい、このように考えております。

に、入院治療期間も概して短く、また断続化してきています。そのため学校教育法施行令における「6月以上」の生活規制の条項に当てはまらず、いわゆる普通校でも障害児学校でも教育を受けられないような状況にある子どもたちへの教育保障が課題となってきました。

昭和61年4月30日付け北九州市教育委員会が各校長あてに通知した「病院で療養中の児童・生徒の教育措置について」では、原則として「慢性疾患の状態が、6か月未満の医療又は生活規制を必要とする程度の児童・生徒は、療養に専念するか、又は通常の学級（在籍校）で留意して指導する。」とした上

で、「なお、保護者及び在籍学校長の願いによって、養護学校の『訪問教育（病院内）』で、『交流教育』に参加することができるよう。」として、学籍を移動することなく病院内の訪問学級との「交流教育」という形で教育保障を行ってきています。

また、広島では、1992年に入院児の保護者がつくる「広島大学病院院内学級をつくる会」の運動により広島大学病院に院内学級が設置されました。それが現在発展して「一

城と共に全国の大学病院に院内学級をつくる会」となり、マスコミなどで入院児の教育保障がクローズアップされました。

このような一連の中で1993年度の文部省の予算にも「病気療養児の教育に関する調査研究」が盛り込まれました。病院に入院している子どもの教育保障には病院訪問や病院内訪問学級の役割が大きいと思います。ここではその研究を行う上で、参考となる資料を掲載いたします。

### 3-1 参議院に提出された「病弱・肢体虚弱児教育に関する質問主意書」（質問第11号）

平成五年六月十一日 林紀子議員提出

#### 病弱・肢体虚弱児教育に関する質問主意書

「国連・障害者の10年」が終了し、今後の政府の対応が国民的に注目されている。また、発達過程にある闘病中の小児に対する教育の機会均等等を保障するため、病院内学級の設置を求める要望も高まっている。

病弱・肢体虚弱児と父母の多様な教育要求にこたえ、すべての病弱児に、その病状と発達に見合ったゆきとどいた教育を行うことによって、病気を克服し、基礎的な知識や技術、判断力を身に付けさせることは、国民教育の重要な課題である。それは憲法、教育基本法における「教育を受ける権利」「教育の機会均等」を保障する教育の具体化でもある。

1979年度から養護学校教育が義務化され、さらに就学指導体制の整備充実や障害児学級等の定数もある程度改善されてきたとはいえ、いまだ病弱・肢体虚弱児の発達を保障するための教育条件の整備は不十分であり、多くの改善すべき問題が残されている。

この三月、政府は、今後10年間にわたる新しい施策として「障害者対策に関する新長期計画」（以下「新長期計画」という。）を発表し、「教育・育成施策の推進に当たっては、心身障害児の成長のあらゆる段階において、一人一人の障害の特性等に応じた多様な教育・育成の展開を図ることにより、最も適切な教育・育成の場を確保するという基本的な視点に立ち、そのために必要な諸条件の整備に努める」と明記した。また、厚生省の「これからの母子医療に関する検討会最終報告の概要」では、「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」とし「入院児対策の推進」をうたっている。

こうした政府の方針に関連して、以下質問する。

### 一、病院内学級の位置付けについて

病弱・肢体虚弱児に対する教育の機会均等を保障する病院内学級の役割と現状をどう認識しているか。

### 二、病院内学級の設置基準について

学校教育法施行令における「六月以上の医療又は生活規則を必要とする程度のもの」及び「教育上特別な取扱いを要する児童・生徒の教育措置について」（昭和五三年、文部省初等教育局長通達）における「病院などにおいて療養中の者は、特殊学級を設けて教育することは差し支えない」との規定にもかかわらず、病弱・肢体虚弱学級の設置が極めて不十分であることから、療養六カ月未満の児童・生徒の教育が見放される事態にあるといわれる。そこで、以下質問する。

①療養六カ月未満の児童・生徒の実態を把握しているか。また、文部省及び厚生省の所管にある病院の小児科における平均入院期間は何日か。

②病気療養児の疾病構造の変化、医療技術や薬学等の進歩により、入院期間が短期化、断続化しているといわれている。政府はすべての病弱・肢体虚弱児の教育の機会均等を完全に保障するため、抜本的な対策を取る必要があると思うが、見解を伺いたい。

### 三、国立大学病院における病院内学級の体制整備について

①文部省及び厚生省の所管にある国立病院及び国立療養所において、小児病床を持つ病院がそれぞれいくつあり、その中で、教育を制度的に保障している病院内学級又は訪問教育を実施している病院及び療養所はいくつあるか。

②国は本来、病院・肢体虚弱児の教育の機会均等を保障し推進するため、国立病院及び国立療養所において、積極的に病院内学級を設置すべきである。

1982年、第96回国会、参議院文教委員会における病院内学級にかかわる審議で、小川平二文部大臣（当時）は「文部省として努力しなければならない余地が相当大幅に残っていると考えざるを得ませんので、いずれにいたしましても事態を十分検討いたしまして善処したい」と述べ、ほぼ10年後の第122回国会、参議院予算委員会における鳩山邦夫文部大臣（当時）の答弁でも「お子さんの教育の機会が保障されないということは文部行政の基本に反することですので、全力をつくしていきたい」と述べている。しかし、文部省、厚生省の所管にある国立病院及び国立療養所において、病院内学級の設置数は、ここ10年間で微増にとどまっているのが実態である。とりわけ文部省には、入院児に対する教育的保障を積極的に推進する本来的な責任があるわけで、すべての国立大学病院において、病院内学級を日常的に設置できる体制を整える必要があると考えるが、見解を伺いたい。

### 四、病弱・肢体虚弱児の後期中等教育について

病弱養護学校の中学部に学んでいる児童生徒は、養護学校内に、高等部が設置されていないために、病状の再発・悪化の不安を抱きながら地元の高校に通学するなどしており、休学や中途退学も多く出ている状況にある。学校を欠席する児童・生徒に対して、義務教育を保障する体制を充実させるとともに、病

弱児養護学校の高等部の設置についても、希望する者であれば、受け入れられるように高等部を作るように指導すべきだと思うが、実態は各県に一校あればいいほうで、高等部を設置していない都県さえ多く残されている。また、学校教育法第75条は「小学校、中学校及び高等学校には、特殊学級を置くことができる」となっているにもかかわらず、高等学校に特殊学校を設置している学校は、全国的にひとつもない。そこで、以下質問をする。

- ①病弱・身体虚弱児における後期中等教育の現状をどう認識しているのか。
- ②国立大学病院において、都道府県から養護学校の高等部及び特殊学級を設置する旨の申請があれば、積極的に設置する意思はあるか。

#### 五、就学手続きの弾力的運用について

入院している児童・生徒にとって、友人関係は病気に立ち向かう力になり、それを支える学校教育や教師の役割が重要になっている。また回復後、居住地域に戻った時のために、地元の学校との連携も重要になっている。し

かし、学籍を移すことによって支障が多く生まれることから、二重学籍を求める要望が高まっている。

文部省は今年度から、小中学校の特殊教育の新しい形態として「通級による指導」を実施している。また、政府の「新長期計画」では、「通常の学級に在籍する軽度心身障害児に対する通級による指導について、その制度面の充実を図る」と述べているが、行政区を越えた病院に入院している児童生徒に対しても通級による指導を行う等、就学手続きを弾力的に運用する必要があると考えるが、見解を伺いたい。

#### 六、病院内学級の啓発活動について

政府は児童・生徒が有する教育を受ける権利を保障するため、病気入院中の児童・生徒に対して、病院内学級や訪問教育の存在を知らせ、もれなく教育の場が保障されるよう啓発、宣伝する責任があるが、方針を伺いたい。右質問する。

### 3-2 質問書に対する答弁書

内閣参質一二六第十一号 平成五年七月十三日 内閣総理大臣 宮澤喜一  
参議院議長 原 文兵衛 殿

参議院議員林紀子君提出病弱・肢体虚弱児教育に関する質問に対し、別紙答弁書を送付する。

#### 参議院議員林紀子君提出病弱・肢体虚弱児教育に関する質問に対する答弁書

##### 一について

病弱者（肢体虚弱者を含む。）である児童若しくは生徒（以下「病弱児」という。）を教育する養護学校（以下「病弱養護学校」という。）の学校又は小学校若しくは中学校の病弱児のための特殊学級のうち、病院内にある学級は、病院に入院して

いる病弱児に対する教育の機会を保障する上で重要な役割を果たしているものと考えている。

病院内にある学級は、平成四年五月一日現在、養護学校の小学部及び中学部の学級については、学級数が百九十七学級、在籍している児童及び生徒の数が五百六人、ま

た、小学校及び中学校の特殊学級については、学級数が二百四十八学級、在籍している児童及び生徒の数が八百二十三人であるが、病院に入院している病弱児に対する教育は、病院内にある学級、病院に隣接している学校又は教員の病院への訪問により適切に行われているものと考えている。

## 二の①について

学齢児童又は学齢生徒で慢性疾患又は身体虚弱の状態が六月未満の医療又は生活規制を必要とする程度のものについては、その状態に応じて、療養に専念する場合、小学校若しくは中学校の病弱児のための特殊学級で教育する場合又は小学校若しくは中学校の特殊学級以外の学級で慢性疾患若しくは身体虚弱の状態に留意して指導する場合がある。このうち、小学校及び中学校の病弱児のための特殊学級は、病院内にあるものを含め、平成四年五月一日現在、学級数は五百四十学級であり、在籍している児童及び生徒の数は千七百一人である。

また、病院の小児科における平均在院期間は、厚生省の平成二年患者調査によると、16.8日となっている。

## 二の②について

病気療養児の疾患の種類の変化、医療技術の進歩に伴う入院期間の短縮化、継続化など病気療養児をめぐる医療の状況の変化に対応するため、平成五年六月から、文部省において病気療養児に関する調査研究を開始したところであり、その中で病気療養児に対する教育の充実方策について検討しているところである。

## 三の①について

平成五年四月一日現在、小児科に係る患者が入院している国立の医療機関は、文部省所管の国立大学付属病院では四十六病院、厚生省所管の国立病院及び国立療養所では百七十七施設あり、このうち、平成五年五月一日現在、病院内にある学級や病院に隣接している学校で教育を行ったり、又は、教員が病院を訪問するなどの教育上の措置が採られているものは、文部省所管の国立大学付属病院で十八病院、厚生省所管の国立病院等で百十六施設となっている。

## 三の②について

義務教育段階の児童又は生徒を就学させる学校の設置義務は都道府県又は市町村にあり、また、病院内の学級は、都道府県又は市町村の教育委員会の管轄下の学校に置かれるものである。このため、政府においては、病院内の学校の設置等について各教育委員会を指導するとともに、付属病院を置く国立大学に対しては、教育委員会から要請があった場合に協力を行うよう指導しているところである。

なお、病院内の学級の一層の充実をはかるための方策については、文部省で行っている病気療養児の教育に関する調査研究の中で、今後、検討する予定である。

## 四の①について

病弱児に対する後期中等教育については、高等学校と病弱養護学校の高等部を中心に行われており、平成四年三月の病弱養護学校中学部卒業生七百九十二人のうち、三百七十八人（約四十八パーセント）が高等学校等へ、また、二百三十六人（約三十九パーセント）が高等部へ進学し、後期中等教育

への進学率は約七十八パーセントとなっている。

病弱児を含めた心身障害児の義務教育終了後の進路については、その能力、適性や障害の状態等に応じて、高等部若しくは盲学校、聾学校若しくは養護学校の高等部への進学又は就職のほか、労働、福祉、医療関係機関への入所等の中から最も適切な進路を選択することが大切であると考えている。

#### 四の②について

付属病院を置く国立大学に対しては、教育委員会から病弱養護学校の学級又は小学校若しくは中学校の病弱児のための特殊学級の病院内への設置等に関して要請があった場合に協力を行うよう指導しているところである。

なお、高等部における特殊学級の設置については、後期中等教育が義務教育ではないことから、国として特段の措置を講ずることは考えていない。

#### 五について

病院に入院し、病院内にある学級等で教

育を受ける児童又は生徒について、入院前に在学していた学校との連携、協力を配慮する必要はあるが、そのために学籍に関する現行制度を変更する必要があるとは考えていない。

なお、小学校又は中学校の特殊学級以外の学級に在籍している軽度の心身障害児に対して、各教科等の指導は在籍学級で行いながら、心身の障害に応じた特別の指導を特別の指導の場で行う、いわゆる通級による指導が既に制度化されているが、これは、二重学籍を認めたり、単に学籍を残すための措置ではなく、趣旨が異なるものである。

#### 六について

政府においては、都道府県及び市町村の教育委員会に対して、病院に入院している病弱児に対する教育の機会を保障するため、管轄下の学校に対する指導及び保護者等に対する啓発を適切に行うよう、これまでも指導を行ってきたところであり、今後ともこれらの指導を充実してまいりたい。

### 3-3 病気療養児の教育に関する調査研究

1993年度文部省の「特殊教育の振興」に関する予算から

「病気療養児の教育に関する調査研究 予算額 4百万円（新規）」

#### ○趣旨

病気のため医療又は生活規制を要する児童生徒については、病弱養護学校（大部分が病院に併設）や、小・中学校の病弱・身体虚弱特殊学校（約半数が病院内に設置）において教育が行われている。

しかし、近年、病気療養児の疾患の種類が変化してきていること、医療技術の進歩などにより入院期間が短期化・断続化していること等、病気療養児をめぐる医療の現状が変化しつつある。

そこで、このような変化に対応して、病気療養児の教育の諸課題について調査研究を行い、病気療養児に対する教育の一層の充実を図ろうとするものである。

## ○内容

- (1) 調査研究協力者会議の開催
- (2) 調査研究協力校の指定 6校
- (3) 研究内容
  - ア 病気療養児に対する教育の実情の把握
  - イ 病気療養児の指導内容・方法等
  - ウ 病院内学級の在り方
  - エ 医療機関との連携

## 4 「通級」の制度とその考え方

「通級」とは、比較的軽度な心身障害がある児童生徒に対して、各教科等の指導は主として通常の学級で行い、心身の障害の状態等に応じた特別の指導を障害児学級又は特別の指導の場で行うという教育の形態です。文部省では、平成2年6月に「通級学級に関する調査研究協力者会議」（座長 山口薫明治学院大学教授）を設け、調査研究を平成4年3月30日に「通級による指導に関する充実方策について」（審議のまとめ）がまとまり、公表しました。

病院入院児に対する教育保障問題を上記「3 病院入院児の教育保障の動向について」で取り上げましたが、「6月以上」の医

療又は生活規制という条項にとらわれず教育を継続、または学籍を移動しないで就学手続きを弾力的に運用して教育を行うことが望まれています。そのために、北九州市における「交流教育」という位置づけでの教育保障（上記3を参照）だけではなく、「通級」制度を解決策の一つとしてとえようととするむきもあります。

しかし、結論的には後述「4-2」にあるように、現在いわれている「通級」という制度自体は、入院児に対する教育保障施策ではないことでした。ここでは、「通級」という制度を明らかにする資料を掲載します。

### 4-1 「通級による指導」について

#### 1. 趣旨

比較的軽度な言語障害等の障害のある児童生徒に対して、定期的に障害の状態等に応じた指導を行う場合の指導の在り方等について実践的な調査研究を行う。

#### 2. 研究協力校

現在、通級による指導を、比較的軽度な言語障害等の障害のある児童生徒に対して、実施している学校の中で、児童生徒数の多い学校、又は、通級の形態に特色のある学校で研究に実践的に取り組もうとする小学校を「通級による指導」研究協力校としてしている。

### 3. 研究指定期間

平成5年度1年間とする。

### 4. 研究方法・内容等

#### (1) 対象となる児童生徒

各教科等については通常の学級において学習することが適当であるが、障害の状態等に応じて、一部特別な指導を必要としている児童生徒とする。

#### (2) 指導方法

教科等の指導は主として通常の学級で行い、障害の状態等に応じた指導を、児童生徒の在籍校又は在籍校以外の学校における養護学校又は特別な指導の場において行うものとする。

#### (3) 研究内容

- ・ 通級による指導の教育課程上の位置付け及び指導時間
- ・ 児童・生徒の障害の状態に応じた指導の形態・内容・方法
- ・ 在籍学級（校）との連携のあり方

## 4-2 病気療養児の教育と「通級による指導」の考え方

### 文部省初等中等教育局特殊教育課

#### 西川 公司

通級による指導については、小・中学校の特殊学級以外の（いわゆる通常の学級）に在籍している、心身に軽度の障害がある児童生徒のうち、心身の障害に応じた特別の指導（いわゆる養護・訓練の指導を中心とし、特に必要がある場合には、心身の障害の状態に応じて、各教科の内容を補充するための特別の指導を含む）を行なう必要があるものを教育する場合には、特別の教育課程によることができることとするとともに、この指導の対象となる障害の種類として、言語障害・情緒障害・弱視・難聴等（肢体不自由・病弱・身体虚弱を含む）を定めたものです。

今回制度化された通級による指導は、①障害の状態の改善・克服を本来の目的としていること、②授業時数は、いわゆる養護・訓練の指導が週当たり1～3単位時間が標準であ

り、各教科の補充指導を加えて行なう場合であっても、合計週当たり8単位時間以内となるものであること、③対象となるのは、通常の学級での学習におおむね参加でき、一部特別な指導を必要とするものとしていること、などを特徴としています。

話の対象となっている子どもは、病気の子どもが中心になると予測されますが、このような病気療養中の子どもは通常の学級での学習におおむね参加できるとはいえず、また、各教科の指導が中心になる場合が多いと考えられることから、上に述べた通級による指導の制度化の趣旨に照らせば、「通級による指導」の対象に含めることは適切ではないと考えられます。

長期入院や長期家庭療養の子どもについては、現行の制度においても、特殊学級での指

導や、養護学校の訪問教育を受けることができるようになっていきます。さらに、病院等に小・中学校の特殊学級（いわゆる病院内学級）が設置されている場合もあり、こうした教育形態の方が、各教科の指導や教育条件の面で恵まれているのではないかと思います。ただし、この場合、学籍については、特殊学級または特殊教育諸学校に置かなければなりません。したがって、保護者があくまでも小・中学校の通常の学級に籍を置くことを望む場合には、特殊学級での指導や、訪問教育を

行なうことは困難になります。

なお、文部省では、今年度から「病気療養児の教育に関する調査研究」を始めたところです。この調査研究は学識経験者等による協力者会議と実証的資料を得るための6校の研究協力校からなり、この中で、病気療養児の指導内容・方法等の在り方、病院内学級の在り方、病気療養児及び病弱教育に対する理解認識等について、来年度までの2年間にわたって様々な観点から検討を行なっていくこととしています。

## 5 文部省の学校教職員配置改善計画（平成5～10年度）について

### 障害児学級・学校関連部分の抜粋

#### 5-1 第6次公立義務教育諸学校教職員配置改善計画（平成5～10年度）

改善事項	改善数	内容	5'改善数
効果的な教育指導の実施 ○特殊学級の改善	665人	10人→8人	111
特殊教育諸学校 ○学級編制の改善	2369 891	7人→6人	395 149
○養護訓練担当教員の増等	1478	教頭、養護訓練担当教員、 養護教諭、寮母等 教頭：30学級以上複数配置 養護教諭：30学級以上複数配置 寮母：最低保障10人→12人 養護訓練担当教員：現行定数に1名加配	246

#### 5-2 第5次公立高等学校学級編制及び教職員配置改善計画〔概数〕（平成5～10年度）

改善事項	改善数	内容
特殊教育諸学校 (高等部) ○学級編制の改善	1500人 650	9人→8人
○生徒指導担当（進路担当	850	教頭複数配置、生徒指導担当

## 6 「医療行為」の国及び地方の動向

昭和54年度から養護学校義務制が実施され、全国的な障害児の「全員就学」が達成されました。

そして、それまで就学猶予・免除にされていた障害の重い、いわゆる「重症心身障害児（重症児）」にも教育が保障され、保護者や施設・病院関係者からの教育への期待も大きくなってきています。

しかし、一方で医療技術の進歩とともに在宅医療が進み、「経管栄養、気管カニューレの管理、痰の吸引、導尿、酸素吸入等」を家庭で保護者が実施するようになりました。

肢体不自由養護学校や病弱養護学校、訪問教育の現場では、これらのケアを「医療行為」とし、教職員が「この『医療行為』にいかにか学校現場として対応していくか」という課題が生まれました。

ここでは、昨年・今年にかけて報告されたものを資料として掲載いたします。

※「医療行為」の表記について

学校現場で問題にされている「医療行為」には、「経管栄養、気管カニューレの管理、痰の吸引、導尿、酸素吸入等」があげられています。ただし、法律として前述の内容を医療行為として指定して

いるものはありませんし、例えば東京ではその内容を「経管栄養（口腔・鼻腔・胃瘻）、呼吸維持装置（カニューレの管理）、吸引（たん等）、強制排尿（導尿・人工尿路の管理）、人工呼吸装置の管理、酸素吸入、挿管（air way）」（1988年東京都心身障害教育推進委員会の第一次報告）の7項目としたり、「経管栄養、気管カニューレの管理、たんの吸引、導尿、酸素吸入」（1991年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））の5項目にしたりと同じ自治体においても扱う内容は若干異なります。また、これらのケアを疾病の診断や治療等の狭義の医療行為とはことなり、「生活行為の一部」として教育活動の一環として横浜市では対応されています。

この部分での認識の違いにより「医療行為」や「医療的ケア」などの言葉の使い分けがされています。本資料では医療行為という言葉に対して括弧付けで表記することでそのその問題点を含んだ表記として扱います。なお、資料内の表記に関しては原文のままです。

### 6-1 「医療行為」に関する新聞報道

#### 養護学校教職員の医療行為は可能か

脳性まひや筋ジストロフィーなどによる複数の重い障害をもつ児童40人が母親に付き添われて通っている札幌市立豊成養護学校小

学部（川浪正喜校長、南区）で、教職員が一切、「医療行為」にタッチできない態勢に不満や不安が強まっている。（中略）

父母から「先生にも吸引器を使って子供のたんをとってほしい」という声が増えて上がったのは一昨年。同校は母親の付き添いが義務づけられているが、「成長のためにも授業中は子供を離したい」という理由からだった。（中略）

しかし、川浪校長は、今後の検討課題であることは認めながらも「吸引は技術的にも簡単ではないため現状では教職員の対応は無理。また、吸引器や酸素吸入器を学校の備品にすると、使用によって事故が発生した場合、学校側に責任が生じかねない」としており、市教委も同じ見解だ。

一方、重度・重複障害を持つ肢体不自由児を対象とした養護学校9校を抱える横浜では、養護学校の義務化がスタートした昭和54年

## 養護教師が医療ケア

### -鼻から流動食、痰も吸引-

大阪府教委が平成2年度に行った調査によると、肢体不自由・病弱児対象の府立養護学校9校に通う児童・生徒のうち、15人に1人は医療的ケアを毎日必要とし、痰詰まりによる呼吸困難など、生命の危険がある子は10人に1人。

府立茨木養護学校（栗谷玲子校長）では、全校生の1割に当たる18人が、脳性マヒ、乳幼児突然死症候群などの重度の障害児。気管切開をして人工呼吸器をつけた子もあり、教員が1日に数回鼻から管を通して水分や流動食を補給、痰を吸引器で取り除くなどしながら、まっすぐ立たせたり、筋肉をほぐしたりする指導をしている。

度以降、吸引や経管栄養、導尿などを日常的に必要とする子供たちの就学に対応するため、教師たちが医療サイドと密接な連携をとりながらこれらの「医療行為」に取り組むとともに、看護婦の資格を持つ養護教諭を配置している。（中略）

ところが、文部省はこうした取り組みについて「常時、吸引などを必要とする子供たちがいるのは現実だが、緊急時を別として教職員はこれらの医療行為にタッチできない。横浜のように現場先行で取り組んでいる例もあるが、教育委員会がこれを正式に認めることになれば、何らかの指導をせざるを得ない」としている。

（1992年9月19日 北海道新聞・朝刊）

こうした医療的ケアには、誤って気管に詰める危険が伴うため、教員は定期的に専門医の研修を受けている。また、体調の急変などに対応できるよう、校内に酸素ボンベや人工蘇生器を置き、養護学校教員が地域の救命救急センターで研修を受けており、栗谷校長は「学校の活気に刺激され、重度の子も表情が生き生きする。教員のかかわりは教育の一環と考えている」という。

東京都教育庁、神奈川県教委の2年度の肢体不自由児対象養護学校の調査でも、都立13校の全児童・生徒の11.4%、神奈川県立の8校でも10%近くが、日常生活でこうしたケアを要している。

教職員組合などによると両都県でも、一部で教師がケアを行っているという。各教委とも、学校に医師を講師として派遣したり、看護婦資格を持つ養護教諭を配置、子供の健康チェックや一般教諭の研修に当たってもらったり、という支援に乗り出し、都では今年度から、独自に研究校を指定し、学校での医療的ケアのあり方を探っている。

こうした背景には、通学を望む保護者の希望にこたえ、学校が受け入れ始めたことがあるが、文部省初等中等教育局特殊教育課は「原則として、緊急時以外は学校での医療は禁止されており、実態把握や厚生省との話し合いもしていない」とあくまで消極的だ。

(1993年1月29日 読売新聞・夕刊)

## 6-2 「医療行為」に関する手引き書について

各地方自治体ではこの「医療行為」に対する今後の対応に関して、報告書・答申を提出しています。その中で、実際の対応上の問題などの研究や教職員の研修の充実とともに、「医療行為」に関する「手引き書」の作成があげられています。

ここでは、横浜市と東京都で作成された「手引き書」の目次のみ掲載いたします。

### ア. 横浜市教育委員会作成手引き書の目次

重度・重複児の安全指導のために

編集 横浜市養護教育総合センター  
手引き書作成委員会  
発行 横浜市教育委員会  
平成4年3月発行

#### 目次

#### I. 日常の健康管理

1. 呼吸管理
2. けいれん発作
3. 投薬
4. 体温調節と水分補給
5. 経管栄養
6. 食事指導
7. 便秘
8. 皮膚管理
9. 感染症
10. 口腔衛生
11. 筋緊張異常と姿勢

#### II. 安全に指導をすすめるために

1. 経管栄養
  - (1) 経管栄養とは
  - (2) 経管栄養の内容

- (3) 経管栄養の種類
- (4) 指導を始める前に
- (5) 指導の方法
- (6) 指導上の留意点
- (7) 摂食指導

#### 2. 吸引・吸入

- (1) 吸引とは
- (2) 指導を始める前に
- (3) 指導の方法
- (4) 指導上の留意点
- (5) 吸入とは

#### 3. 間欠導尿

- (1) 間欠導尿とは
- (2) 指導を始める前に
- (3) 指導の方法
  - ア. 介助による間欠導尿
  - イ. 間欠自己導尿
  - ウ. おむつ交換の指導
- (4) 手圧排尿
- (5) 指導上の留意点
- (6) 神経因性膀胱

#### III. 応急処置の方法

1. けいれん発作
2. 骨折

3. チアノーゼ
4. 誤飲
5. 嘔吐

6. 出血
7. 発熱
8. 下痢

#### イ. 東京都教育委員会作成手引き書の目次

医療的配慮を要する児童・生徒の健康・安全の指導ハンドブック

編集発行 東京都教育庁学務部  
義務心身障害教育課  
平成5年3月発行

#### 目次

はじめに

- I 健康管理・健康指導のために
  - 1 学校環境の整備
  - 2 健康観察のポイント
- II 呼吸の障害とその対応
  - 1 障害の重い子供の呼吸
  - 2 呼吸障害の症状
  - 3 呼吸障害への対策と日常的ケア
  - 4 救急蘇生法
- III 食事・水分摂取の障害とその対応

- 1 介助の基本
- 2 食事指導前の観察とチェック
- 3 介助の実際
- 4 食物形態と再調理
- 5 誤嚥について
- 6 水分・栄養の管理

#### IV 体温調節の障害とその対応

- 1 体温調節
- 2 発熱の原因と対応
- 3 低体温の原因と対応

#### V てんかん発作とその対応

- 1 てんかん発作の原因と分類
- 2 てんかん発作時の対応
- 3 抗けいれん剤
- 4 学校生活を送る上での留意点

#### VI 排泄機能障害とその対応

- 1 排尿障害への対応
- 2 排便障害への対応

#### 6-3 東京の都立肢体不自由養護学校で医療行為を必要とする児童・生徒数の状況

平成5年度に全国特殊学校長会法制制度委員会及び全国肢体不自由養護学校長会法制制度委員会では、かつて都市圏部の問題とされていた「医療行為」の問題についてその実態を明らかにするべく全国の養護学校の実態調査を行いました。

一方、東京では「医療行為」が問題になって以来、教育委員会学務部の方で毎年調査を行っています。以下に同調査の平成5年5月1日現在の調査結果の一部を転載いたします。

「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」

平成5年5月1日現在

1 医療行為を必要とする児童・生徒数

学部	在籍数	①日常生活で医療行為を必要とする児童・生徒数	②学校生活で医療行為を必要とする児童・生徒数
小学部	913	172 (18.8%)	45 (4.9%)
中学部	405	67 (16.5%)	23 (5.7%)
高等部	499	60 (12.0%)	36 (7.2%)
合計	1817	299 (16.5%)	104 (5.7%)

- ①は、学校・家庭・病院・施設等の生活で医療行為を必要とする場合  
 ②は、①のうち日常的に学校生活で医療行為を必要とする場合  
 (除く、施設内訪問学級、訪問学級)

2 学校で行っている医療行為の件数 (除く、施設内学級、訪問学級)

内訳\学部	小学部	中学部	高等部	合計 (件)
経管栄養	27	13	14	54
カニューレ	4	2	9	15
吸引	15	9	22	46
強制排尿	11	5	9	25
人工呼吸装置	0	0	0	0
酸素吸入	1	1	3	5
挿管	1	1	1	3
総件数	59	31	58	148

医療行為の総件数 148件  
 医療行為を複合して必要とする児童・生徒がいるため、児童・生徒数104名と総件数148件は、一致しない。

3 病院・施設等で医療行為に必要な児童・生徒の数及び医療行為の件数

学部	施設内学級・分教室	対 応 者				施設内学級、分教室で対応			在宅訪問施設訪問		
		内 訳	学 部	小	中	高	合計	小	中	合計	
小学部	18										
中学部	12										
高等部	6										
計	36										
学部	訪問学級 (在宅施設)										
小学部	70										
中学部	13										
計	83										
		計	51	21	8	80	204	31	235		

4 対応者の内訳  
学校で対応している場合

対 応 者	看護婦 養護教諭				看護婦・担任 養護教諭				施設職員				家 族				担任・本人 (本人は○)			
	小	中	高	計	小	中	高	計	小	中	高	計	小	中	高	計	小	中	高	計
経管栄養									7	4	4	15	19	9	9	37	1		1	2
カニューレ		1		1	1			1	1			1	2	1	9	12				
吸引	5	5	7	17	3		3	6	1			1	4	2	12	18	2	2		4
強制排尿	2		1	3									2			2	⑦	⑤	⑦	20
人工呼吸装置																				
酸素吸入			2	2		1		1	1			1			1	1				
挿管											1	1	1	1		2				
計	7	6	10	23	4	1	3	8	10	4	5	19	28	13	31	72	10	7	9	26

6-4 研修協力校報告書（東京都府中養学校）抜粋

平成4年度 東京都肢体不自由養護学校における医療体制整備事業 研修協力校研究報告書  
平成5年3月 東京都立府中養護学校

1. はじめに

(省略)

2. 研修協力校指定以前の本校における指導等の経過

(1) 本校における医療行為を必要とする児童・生徒の実態

平成2年5月1日現在で、実施された東京都教育委員会の調査によると全都立肢体不自由養護学校において、学校で医療行為が必要な者（訪問学級を除く）62名（3、3%）日常生活で必要とされる者（訪問学級を含む）214名（11、4%）であった。

ちなみに同調査における本校の児童・生徒の実態は、前者が9名（8、1%）、後者が20名（14、9%）であった。

平成3年度に、保健委員会はこの問題での独自の調査を行った。その結果、本校全体で医療行為が必要な児童・生徒は19名（訪問学級も含む、在籍129名中14、7%）であった。さらに、家庭生活で必要とする児童・生徒は26名（20、2%）であった。

19名について、医療行為の種類でみると1名につき、何種類も必要な子がおり、数が多いものとしては、吸引13名、経管栄養は12名であった。

## (2) 本校における指導の状況

吸引や導尿については、児童・生徒の教育上の配慮を優先して、東京都教育委員会の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報告等の考え方を基盤にしながら学校の指導体制や児童・生徒の実態、保護者の要望等に応じて検討し、教職員が実施してきた事例がある。この過程で次のことが、話題となった。

1 時間的経過からみると、医療行為にかかわる指導についての東京都教育委員会見解（昭和63年3月）が出る前後や、上記の教育措置等検討委員会報告（平成3年3月）が出された以後、本校においては特定の児童・生徒について検討し、対応した。

2 報告書の考え方にある、学校の教職員が実施する「緊急時」や「保護者不在時」については、解釈に幅があり、学級担任、保健室スタッフ、管理職等で多様な解釈がなされてきた。保護者の要望に対する学校としての対応のあり方についても多様な考えがあった。

3 学校で行う医療行為にかかわる対応には、医師により多様な考えや意見がある。

4 保護者は、医療行為にかかわる介助を、学校に来て行うことを了解し、実施しながらも、保健室スタッフを中心とした教職員に実施してほしいとの要望を寄せている。このような状況の中で、平成3年度から、保健委員会を校務分掌の組織上一層強化し、医療行為を必要とする児童・生徒の指導上の問題を学校全体で検討することとなった。その一環として、上記の実態調査を実施したり、次の全校研修会を実施した。

## (3) 平成3年度の全校研修 (省略)

### 3. 研修協力校としての研修を進める体制 (省略)

(1) 保健委員会が担当

(2) 具体的な体制

(3) 提携医療機関

### 4. 研修の内容と方法

(1) 全校教職員の研修

1 基本的な考え方

ア. 全教職員が実践的研修を深める方向で考える。

イ. 研修場所は、本校とする。

ウ. 児童・生徒の実態と学部・学年の課題にそった研修内容を考えていく。

エ. 東京都教育委員会の報告書を踏まえながらも、本校が直面する実態に対応することを取りあげる。

オ. モデル校ではないので、実技研修についても講義を中心とする。

2 内容

研修会を6回企画し、第1回と第6回を理論研修とし 第2～5回を実践的研修とした。

- ア. 研修1（理論1） 7月16日 「呼吸障害・排泄障害・摂食障害の各障害と  
医療的ケアの必要性について」
- イ. 研修2（実践1） 9月30日 第1回「吸引について」
- ウ. 研修3（実践2） 10月26日 第2回「吸引について」
- エ. 研修4（実践3） 11月30日 「導尿について」
- オ. 研修5（実践4） 12月 9日 「注入・経管栄養について」
- カ. 研修6（理論2） 1月27日 「実践的研修のまとめと今後の課題－緊急時  
の対応も含めて」

### 3 方法

ア. 講義に先立ち、医師が授業や給食指導の見学、児童・生徒のケースビデオの視聴をする等の実態把握の機会を設定した。

イ. 終了後、出席者にアンケートの提出を依頼し、次回の研修会の内容を検討する資料とした。

#### (2) 保健室スタッフの研修

本校の保健室は、養護教諭1名、看護婦2名のメンバーで構成されている。

医療行為の必要な児童・生徒の対応について、保健室スタッフに、今後、より一層専門性が求められることが予想されると考え、全校教職員を対象とした研修に加えて、保健室スタッフ独自の研修を計画・実践していくことにした。

##### 1 基本的な考え方

ア. 日常の健康管理について、基本的な知識を深める方向で考える。

イ. 児童・生徒の健康管理に影響がないように、研修の時期や回数を考慮し、できるだけ児童・生徒下校後に研修を計画する。

ウ. 医療行為5項目（吸引、経管栄養、酸素吸入、導尿、気管カニューレの管理）について実態を知り、本校の児童・生徒に照らし合わせ、専門性を深める。

##### 2 内容及び方法

ア. 看護婦新任研修への参加（講義・病棟実習）

イ. 提携医療機関の医師との話し合い

「養護教諭・学校看護婦としての研修の進め方」

ウ. 訪問看護婦新任研修への参加（講義）

エ. 病棟実習（見学・実施）

オ. 医師の講義

都立肢体不自由養護学校の養護教諭・看護婦それぞれにアンケートをとり、その中から、質疑応答。

#### (3) 府中療育センター内訪問学級担任の研修

本学級は、府中療育センター内にあるので、医療従事者から日常的なケース会などを通し研修を受

ける機会はある。それに加えて、本校が研修協力校となったことを契機に計画的な研修を企画した。

- 1 基本的な考え方 医療行為についての理論、及び実践的研修を行うことにより児童生徒の教育をより充実できるようにする。
- 2 内容    ア. 吸引・吸入、気管カニューレの管理、人工呼吸器の管理、酸素吸入  
          経管栄養等についての理論研修  
          イ. 吸引・吸入についての実践研修
- 3 方法    ア. イ. の研修とも児童生徒の所属する各病棟の医師・婦長と具体的相談をしながら、児童・生徒の実態に即した方法で研修を進める。

## 5. 研修結果の概要 (省略)

### (1) 全校教職員の研修

理論研修2回・実践的研修4回

### (2) 保健室スタッフの研修

1. 看護婦新任研修への参加
2. 提携医療機関医師との話し合い
3. 訪問看護婦新任研修への参加
4. 病棟実習
5. 医師の講義

### (3) 府中療育センター内訪問学級担任の研修

1. 研修時間・場所
2. 概要

## 6. 研修の成果

### (1) 全校教職員の研修

- 1 吸引、導尿、注入・経管栄養という限定された内容であったが、医療行為とはどういうことなのか、どうしてそれらが必要なのか教職員の共通理解を図ることができた。また、医療行為の一般的理解にとどまらず、医療行為を必要とする児童・生徒の個々の事例に即してのケース検討を医師も含めて行うことができたことは、大変、有意義であった。
- 2 こうしたケース検討会を全校教職員研修の形態で行うことで、医療行為の必要な児童・生徒の指導について、全校的に知識、理解を深めることができた。
- 3 都立府中療育センターの医療スタッフに本校の児童・生徒の学習場面や給食場面を実際に見ていただき、学校生活についての個別的具体的なアドバイスを受けることができた。
- 4 東京都教育委員会主催の重度・重複児童生徒に関する専門研修講座に32名の本校教職員が参加したことに見られるように、個々の教職員の自発的研修の機運が高まった。

## (2) 保健室のスタッフの研修

- 1 障害児の健康管理には、日常の観察が重要であり、日々の積み重ねにより、異常の早期発見ができることを改めて確認した。
- 2 特に病棟実習では、新たな発見が多くあり、回を重ねることにより、正しい理論・技術の確認ができた。
- 3 医療の場と教育の場の役割分担・相互理解・協力体制の糸口が見えてきた。

## (3) 東京都立府中療育センター内訪問学級担任の研修

- 1 吸引の手順・技術（事前準備、事後処理を含めて）をある程度習得しつつある。
- 2 各形態別（口腔・鼻腔等）の吸引方法・技術の違いを理解できつつある。
- 3 吸引行為を通し喘息の様子やたんの貯留の様子が分かってきた。
- 4 吸引が必要かどうかの判断力が担任についてきて、今までより健康面で安全に対処できるようになり、教育活動をより充実させることができるようになった。

## 7. 今後の課題

### (1) 全校教職員の研修について

- 1 今回の研修を基盤にして緊急時に対応できるようにするため、医療行為にかかわる技術を習得するための研修が必要である。
- 2 今回の研修をふまえ、さらに内容を深めるとともに、研修のあり方について検討していくことが必要である。

### (2) 保健室スタッフの研修について

- 1 さらに、障害児の健康管理について新しく正しい知識を得て、緊急時の様々な場面に対応できるように、広く、実践につながるように、専門的技術習得のための研修を継続して行っていく必要がある。
- 2 担任教諭・養護教諭・学校看護婦の児童・生徒の健康管理を含めた医療行為に関する指導体制の役割分担を明確にし、肢体不自由養護学校としての保健室のあり方と執務内容を明らかにしていく必要がある。
- 3 確実に研修が受けられるような保健室の人的な体制を整備するとともに、計画的で効率的な研修を行っていくために、衛生局・教育庁の連携を深める必要がある。また、幅広い研修を行うために、主治医・校医・就学前施設等とのネットワークの確立を図る必要がある。

### (3) 府中療育センター内訪問学級の研修について

- 1 吸引の手順・技術などの研修は、緊急時に対応できるよう、研修は今後とも続けていく必要がある。
- 2 吸引技術は各形態別、各児童・生徒によって異なるので、いろいろなケースについて研修していくことを考えていかなければならない。

3 児童・生徒の健康状態等を全体的にみていくことが必要なので、医療行為にかかわる技術の研修を行うのみならず、重度・重複障害児童・生徒の健康増進を図る指導を教育活動の重要な内容として必要となる技能（排たんのためのタッピングや呼吸に対する具体的な援助や姿勢変換等）について、研修する必要がある。

#### (4) まとめ

上記各研修における課題をまとめると次のとおりである。

1 研修協力校の研修では、医療行為にかかわる知識や技術の習得を図る基礎として、児童・生徒の健康管理を適切に行えるような知識や技能を身につける必要がある。

2 東京都教育委員会主催の専門研修講座の活用を図るとともに、専門研修講座の研修と研修協力校の研修を関連させて吟味し、学校教職員として必要な研修内容等の範囲や限度について検討する必要がある。

3 研修協力校の研修の成果を生かすため、次の段階として、医療機関との連携を確かめながら、緊急時に対応できる技術の習得・向上を目指して研修をする必要がある。

#### 8. おわりに

(省略)

#### IV 全国訪問教育研究会機関紙「こんにちは」

##### 1988年第1号～1992年度第30号目次録

- No.1 (88年7月31日発行) 1分  
○全国訪問教育研究会結成大会の様子  
○全国訪問教育研究会結成宣言  
○昭和63年度活動計画  
○運営委員一覧  
○全国訪問教育研究会規約  
○全国訪問教育研究会結成にあたって  
○編集後記
- No.2 (88年10月20日発行) 2分  
○日本中に根をはろう！  
○小さいのち 紹介  
○全国あちこち情報(北海道・秋田・奈良・東京・兵庫・九州)  
○本の紹介  
○ちょっとお知らせ  
○第2回全訪研大会について  
○編集後記
- No.3 (89年1月1日発行) 1分(葉書サイズ)  
○本年もよろしく  
○ミニミニニュース
- No.4 (89年2月1日発行) 6分  
○高等部希望者全員進学の大きなうねりを…  
○各地の様子(北海道・秋田・東京・奈良・兵庫・島根・山口)  
○本の紹介  
○事務局会議報告  
○秋田の「障害児の後期中等教育を考える会」紹介記事  
○第2回大会概要  
○会員からの手紙  
○加入申込書  
○いろいろ催し案内  
○会員名簿  
○編集後記
- No.5 (89年4月20日発行) 2分  
○巻頭言 御子柴会長 「新たに訪問学級の担当になられたみなさんへ」
- 北海道サークル結成  
○全国アンケート予告  
○本の紹介  
○第2回大会概要  
○ちょっとお知らせ  
○本の紹介  
○編集後記
- No.6 (89年6月20日発行) 2分  
○第2回大会の成功を  
○全国大会開催要項  
○アンケートのお礼  
○全国からの手紙  
○編集後記
- No.7 (89年9月15日発行) 6分  
○大会概要  
○大会宣言  
○研究発表2本  
○参加者の感想  
○会費納入のお願い  
○本の紹介  
○小さいのち 紹介  
○全訪研規約  
○89年度活動計画  
○各地の取り組み(北海道・奈良)  
○89年度役員・事務局員・連絡員紹介  
○会員名簿  
○編集後記
- No.8 (89年11月18日発行) 4分  
○巻頭言 御子柴会長 「もっと全訪研を宣伝しよう」  
○本の紹介  
○文化祭の取り組み(8本)  
○書評  
○事務局だより  
○役員会開催のお知らせ  
○原稿大募集  
○編集後記
- No.9 (90年1月1日発行) 2分

- 巻頭言 御子柴会長 「今年もよろしく」
- 連絡員など今年の抱負（17人）
- 事務局だより

No.10（90年3月12日発行） 2ㄱ

- 巻頭言 西村副会長 「自由で創造に満ちた訪問教育の探求を」
- 役員会報告
- 訪問の卒業式・お別れ会
- 補正予算案

○No.11（90年5月11日発行） 4ㄱ

- 巻頭言 齊藤副会長 「訪問教育の充実のためともに力を合わせましょう」
- これまでの歩みと主な活動
- 全訪研事務局長 華表諭先生をいたむ
- なんでも相談コーナー（自家用車での訪問）
- パンダ合唱団報告
- 本の紹介
- 御子柴先生の出版を祝う会報告
- おらが国の訪問教育（新潟）
- おしらせ
- 全訪研役員体制
- 編集後記

No.12（90年7月8日発行） 2ㄱ

- 巻頭言 御子柴会長・長 「全訪研大会の成功を」
- 全国大会開催要項
- アンケート最終報告完成のお知らせ
- お母さんからの手紙（与謝の海）
- 第1回近訪研開催報告
- 渡部先生投稿（定数問題）
- 編集後記

No.13（90年9月30日発行） 6ㄱ

- 記念講演会
- 各地からの報告（長野・山形・神奈川・東京・京都・北海道・奈良・栃木）
- 全訪研総会報告（基調報告・活動方針）
- 89年度決算書・90年度予算書
- 全国訪問教育研究会規約
- 役員・事務局員・連絡員紹介
- 大会宣言

- ビデオ・論文ライブラリー紹介
- 講演会感想文（一部）
- 会費納入の訴え
- 編集後記

No.14（90年10月15日発行） 2ㄱ

- 巻頭言 御子柴会長 「研究と運動と、長野県の訪問教育分科会に参加して」
- 研究発表Ⅰ（大分県石垣原養護学校・緒方先生）
- 研究発表Ⅱ（東京都多摩養護学校・杉本先生）
- ベトちゃんドクちゃんの療育（石川県医王養護学校・野間先生）
- 会費納入の訴え
- 編集後記

No.15（90年12月23日発行） 6ㄱ

- 巻頭言 加藤副会長
- 各地の実践紹介（北海道・愛知・奈良・秋田・大分）
- すてきな卒業記念品（京都府与謝の海養護学校）
- 研究委嘱のお知らせ（テレビのある時代の赤ちゃん）
- 本の紹介（いのちの翼広げて・御子柴会長）
- 全訪研会員名簿（全4ㄱ）
- 編集後記

No.16（91年2月24日発行） 4ㄱ

- 巻頭言 御子柴会長
- 障害児の訪問教育充実を（91年1月21日付け中日新聞よりの抜粋）
- 第4回大会概要報告
- ビデオライブラリー紹介
- 書評（『瞳輝いて』を読む・御子柴会長）
- 役員会報告
- 窮地を脱して国連へ！（栃木県富屋養護学校・谷口先生）
- 地方サークルの動き（東京都、北海道、近畿、埼玉）
- 編集後記

No.17（91年5月13日発行） 6ㄱ

○巻頭言 西村副会長 「訪問教育脱皮の春」

○地方サークルの動き（東京都、近畿、埼玉、関東）

○書評5本

○ビデオライブラリー紹介

○第4回大会開催日程・参加費用・申し込み方法等

○編集後記

No.18（91年6月20日発行） 4頁

○第4回全国訪問教育研究会基調報告（案）

○同活動方針（案）

○第4回大会参加要項

○補正予算

○編集後記

No.19（91年8月20日発行） 12頁

○第四回奈良大会を終わって（御子柴 昭治）

○全訪研奈良大会参加のみなさまへ（現地実行委員会一同）

○高谷清先生記念講演会

○研究発表・分科会報告（4本）

○特別報告（1本）

○テーマ別交流会（3本）

○全訪研プレス概要報告

○全国いろいろベスト30

○90年度経過報告

○1991年度役員・事務局員・連絡員名簿

○90年度決算報告ならびに91年度予算

○全訪研総会報告

○高谷先生講演会の感想文より抜粋

○特殊教育学会でのディスカッションと実技体験のお知らせ

○大会宣言

No.20（91年10月30日発行） 6頁

○訪問指導回数全国特集（全訪研プレス報告）（12本）

○北陸甲信越訪問教育連絡会第一回集会のお知らせ

○事務局会議報告

○日本特殊教育学会第29回大会ワークショップ概要報告

○第5回大会のご案内

No.21（91年12月20日発行） 6頁

○巻頭言「あすの訪問教育のあり方を示す『提言』をつくろう」（西村）

○特殊教育学会ワークショップに参加して（神奈川・谷）（御子柴）

○訪問教育の高等部問題（全訪研プレス報告）（7本）

○教員の行なう医療行為 現状と課題（全訪研プレス報告）（1本）

○連絡員通信（3本）

○第5回大会のお知らせ

○提言について

No.22（92年2月20日発行） 6頁

○巻頭言「子どもたちの輝きを増す実践を！」（斉藤）

○その他の問題（全訪研プレス報告）（8本）

○連絡員通信（2本）

○各地方サークルの様子（4本）

○第5回大会特集（1頁）

No.23（92年5月20日発行） 4頁

○巻頭言「「教育」の発見を」（御子柴）

○訪問指導回数についての耳よりな情報

○全訪研ビデオライブラリー特集

○第5回大会特集（2頁）

No.24（92年6月23日発行） 6頁

○巻頭言「全国の担当者の皆さんへ！」（実行委員長 榎幸）

○基調報告（案）

○活動方針（案）

○訪問教育に期待すること（一保護者）

○これからの母子医療に関する検討会最終報告の概要

○文部省調査による障害種別在学者数

○第5回大会特集（2頁）

No.25（92年9月5日発行） 14頁

○第5回大会を終えて

○大会実行委員長挨拶

○文部省に提言の提出

- パネルディスカッションの概要
- 分科会のまとめ（第一～第四）
- 全体会報告（プレスまとめを含む）
- 全訪研規約改正について
- 実践交流会のまとめ
- 決算・予算報告
- 役員・事務局員・連絡員一覧表
- 92年度経過報告
- 全訪研規約全文
- 大会速報のまとめ
- 北陸甲信越訪問教育連絡会への呼び掛け
- 編集後記

No.26（92年11月20日発行） 6頁

- 巻頭言 加藤副会長
- プレス報告①「公共施設を使った訪問実践」2本
- 院内訪問保育を受けて① 丸林さん
- 役員会のお知らせ
- 連絡員通信（北海道・秋田・山形・栃木）
- 大学病院内の院内学級の実現を！
- 事務局会議のお知らせ
- 9・28文部省訪問内容概略報告
- 編集後記

No.27（92年12月20日発行） 10頁

- 巻頭言 西村副会長 「近ごろ、面白きこと」
- プレス報告②「教員の行なう医療行為について」4本
- " ③「訪問教育の高等部について」4本
- " ④「学校建設について」1本
- 文部省西川調査官の「提言」についてのコメントを考える 西村副会長
- 連絡員通信（新潟・岡山・石川・長野）
- 院内訪問保育を受けて② 丸林さん
- 編集後記

No.28（93年2月20日発行） 10頁

- 巻頭言 斉藤副会長 「15の春を輝くものに」
- プレス報告⑤「就学前の取り組みについて」2本

- " ⑥「卒業後の取り組みについて」6本

- 連絡員通信（大阪・福井・奈良）
- 院内訪問保育を受けて③ 丸林さん
- 全訪研第5回大会を報じた新聞記事（赤旗しんぶん）
- 教員の行なう医療行為について報じた新聞記事（読売新聞）
- 「医療体制整備事業」研修協力校での研修内容の概略について 大島先生
- MRSAについての原稿募集
- 新定数法をどう考えるか 渡辺先生
- 平成5年度文部省特殊教育予算について
- 第6回全国大会概要報告
- 役員会報告
- 編集後記

No.29（93年4月20日発行） 6頁

- 巻頭言 御子柴会長 「地域に根ざした訪問教育を」
- プレス報告⑦「訪問担当者の研修について」2本
- " ⑧「学校行事について」1本
- 長野養護学校訪問部の子どもの高等部進学を報じた新聞記事（信濃毎日）
- 全訪研ビデオ・論文ライブラリー一覧表
- MRSA感染症についての仮想職員会議匿名記事
- 連絡員通信（東京）
- 編集後記

号外（93年6月10日発行） 1頁（B5版）

- 文部省後援決定の報告

No.30（93年6月20日発行） 6頁

- 巻頭言 長事務局長 「北海道があなたを待っている！」
- 93年度基調報告(案)
- 93年度活動方針(案)
- 連絡員通信（山形）
- 第6回大会開催要項・参加申込書
- 役員会報告
- 編集後記



## 編集後記

今回の「訪問教育研究 第6集」は、いかがだったでしょうか。

各地の訪問教育の活動や高等部問題・「医療行為」問題・病院入院児の教育保障などさまざまな制度的問題に関する情報をできるだけたくさん詰め込みました。毎年なんらかの動きがみられ、その情報を逃がさないように担当としても常にアンテナをはっている状態です。

今後もみなさまの研究活動に有意義な情報を提供していきたいと思います。

事務局では、みなさんの実践や各種情報をお待ちしておりますので宜しくお願いします。

.....

今回から表紙及び書式等を変更しました。研究誌ゆえに親しみやすさに欠けるという点は否めませんが、今後もより読みやすいものをと考えています。

(下川)

1994年12月

### 訪問教育研究第6集

1993年12月10日発行 定価 1000円(送料別途)

編集・発行 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

TEL0425-81-0990

振替 東京3-95934

印刷製本 共立アート (Tel 0425-61-1170)