

# 訪問教育研究 1998

*The Japanese Journal of Visiting Education*

*vol.11*

## 第11集

---

---

### 特集1 全国訪問教育研究会第11回全国大会報告

第11回全国大会 記念講演

重度の障害を持つ人の世界

高谷 清 (びわこ学園理事・嘱託医)

分科会報告

分科会共同研究者によるまとめと発表レポート

### 特集2 訪問教育研究資料

1. 高等部訪問教育と教育課程について  
「特殊教育の改善・充実に関する調査研究について（第二次報告）」  
「教育課程審議会のまとめ（概要）」  
他 各地の答申や要綱
  2. 医療的ケアを要する子どもの教育について  
「衆議院会議における質疑から」  
「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」  
他 各地の答申等
  3. 病気療養児の教育の動向  
「あおぞら学級のマルチメディア」
  4. 国の施策について  
「子どもと家庭を支援するための文部省・厚生省共同行動計画」  
他
- 
- 

1998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11集

1998月12月

全国訪問教育研究会

## 目次

「訪問教育研究」第11集の刊行にあたって	全国訪問教育研究会会長 西村圭也	1
I 全国訪問教育研究会第11回全国大会報告		2
全国訪問教育研究会 第11回全国大会概要		2
大会実行委員長あいさつ		4
全国訪問教育研究会第11回全国大会実行委員長 永野幸雄（元長野大学教授 全障研常任全国委員）		
来賓ごあいさつ		4
長野県教育委員会特殊教育課教育主幹兼課長補佐 市村久人様		
第11回全国大会 記念講演		5
重度の障害を持つ人の世界 高谷清（びわこ学園理事・嘱託医）		
分科会から		16
I-1 分科会報告（健康づくり）		16
■ I-1 分科会 共同研究者による分科会のまとめ		16
佐藤 陽子（信州大学医療技術短期大学部作業療法学科教授）		
■ I-1 分科会 発表レポート		17
新しい生命観FBM ～Touch Feel and Try によって学ぶ刺激と受容の体験学習～		
谷口 順子		
I-2 分科会報告（身体づくり）		19
■ I-2 分科会 共同研究者による分科会のまとめ		19
桑原 輝雄（東京都立府中養護学校機能訓練部教諭）		
■ I-2 分科会 発表レポート		20
視聴覚の障害を併せ持ったHさんとのかかわり		
阿久澤 喜久恵		
I-3 分科会報告（コミュニケーション）		23
■ I-3 分科会 共同研究者による分科会のまとめ		23
川住 隆一（国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部）		
■ I-3 分科会 発表レポート		24
Aさんの笑顔を見つめながら		
馬場 勝幸		
I-4 分科会報告（集団授業づくり）		29
■ I-4 分科会 共同研究者による分科会のまとめ		29
玉村 公二彦（奈良教育大学教授）		
■ I-4 分科会 発表レポート		30
集団授業作りを考える ～大集団学習、小グループ学習の実践を通して～		
嶋崎 みゆき		
I-5 分科会報告（病気療養児の教育について）		33
■ I-5 分科会 共同研究者による分科会のまとめ		33
鈴木 茂（元東京都立久留米養護学校長）		
■ I-5 分科会 発表レポート		34
取り組みを進めるうえで大切にしたいこと ～小児がんの子どもの指導を通して～		
森合 道子		
II-1 分科会報告（教育条件整備）		36
■ II-1 分科会 共同研究者による分科会のまとめ		36
平井 保（佐野国際情報短期大学社会福祉学科教授）		
■ II-1 分科会 発表レポート		37
島根の訪問教育の概要		
泉 真理 吉田 明		

II-2 分科会報告（高等部訪問教育）	39
■ II-2 分科会 共同研究者による分科会のまとめ	39
高木 尚（東京都立府中養護学校教諭）	
■ II-2 分科会 発表レポート	40
おめでとう 梨花さん ～高等部入学までの経過、高等部がスタートして～	
犬飼 淨美 中山 浩子	
II-3 分科会報告（卒業後の進路保障）	44
■ II-3 分科会 共同研究者による分科会のまとめ ～“自立”への道をもとめて～	44
御子柴 昭治（前全国訪問教育研究会会長）	
■ II-3 分科会 発表レポート	45
15年目の訪問	
神谷 育代	
II-4 分科会報告（医療的ケアが必要な子の教育保障）	49
■ II-4 分科会 共同研究者による分科会のまとめ	49
教育と医療を同時に必要としている子ども ～医療との共働をめざして～	
江川 文誠（十愛病院医局長 神奈川養護学校重度・重複障害児担当医）	
■ II-4 分科会 共同研究者による分科会のまとめ	50
上原 則子（神奈川県立中原養護学校校長）	
■ II-4 分科会 発表レポート	51
都立村山養護学校訪問教育における医療的ケアのあゆみと今後の課題	
土方智子 日比野忍	
III-1 特別分科会報告（保護者とともに訪問教育を考える）	55
■ III-1 分科会 共同研究者による分科会のまとめ	55
野間 比南子（石川県立平和町養護学校教諭）	
II 訪問教育研究資料	56
1 高等部訪問教育と教育課程について	56
1-1 文部省「特殊教育の改善・充実に関する調査研究について（第二次報告）」	56
1-2 文部省「教育課程審議会のまとめ（概要）」（※抜粋）	57
1-3 兵庫県障害児就学指導審議会答申（※「高等部訪問教育について」の部分）	58
「高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」	
1-4 大分県教育委員会 「障害児教育諸学校高等部訪問教育実施（試行）要綱」	60
2 医療的ケアを要する子どもの教育について	61
2-1 国会 衆議院会議における質疑	61
2-2 文部省「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」	62
2-3 「教育医事新聞」における報道	63
2-4 神戸市の答申 「肢体不自由養護学校における医療的ケアについて（報告）」	63
2-5 沖縄県の答申 「医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について（報告）」	66
2-6 兵庫県障害児就学指導審議会答申（※「医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」）	71
「高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」	
2-7 宮城県教育委員会 「要医療行為通学児童生徒学習支援事業実施要綱」	75
2-8 最近のシンポジウム及び研究報告	76
3 病気療養児の教育についての動向	78
3-1 越谷市立病院内学級 あおぞら学級のマルチメディア	78
4 国の施策について	79
4-1 子どもと家庭を支援するための文部省・厚生省共同行動計画	79
4-2 平成11年度文部省予算概算要求の概要 「特殊教育の振興」の部分のみ抜粋	80
III 全国訪問教育研究会機関紙「こんにちは」目次録	81
第57号（1997年10月20日発行）～第62号（1998年8月20日発行）	

# 「訪問教育研究」第11集の刊行にあたって

全国訪問教育研究会

会長 西村圭也

訪問教育が1979年に制度化されて20年になります。20年目に入る今年の4月には全国で高等部の試行が始まるうれしい年度のスタートになりました。

よく教育制度と教育内容とは車の両輪であるといわれます。つまり、両方相まって向上すると…。しかし、私は「両輪」と言うよりは「両足」という方が正確だと思います。両方同時に推進力になるのではなく、片方の前進がもう一方の推進力を引き出していくものだと思います。このたびの高等部における訪問教育の試行的実施という制度上の前進は、その教育内容の研究の充実によって初めて意味をもつものになります。具体的に私たちの目の前の重い障害をもった子ども、医療的な課題をもつ子ども、多様な事情で訪問教育を受けている子ども、家庭、病院、施設、僻地など多様な環境の中にいる子ども、それぞれに最も有意義な3年間の高等部教育とはどのようなものであろうか。それを研究し、用意するのは私たち教師の責任です。その研究がさらによりよい訪問教育制度をつくっていくことになると思います。現在の高等部が、既卒者問題を初めとして、まだまだ多くの課題があるからこそ、一層高等部教育の内容を充実し、そのすばらしさと卒業後何年経った者にとっても有意義な教育であることを実証していく必要があります。

本会が、全国の連絡員の皆さんと協力して、全国情

勢をいち早く正確に把握できるようになってきました。そうすると全国各地の「格差」のひらきが気になってきます。目に見えるのは制度上の格差ですが、具体的な取り組みの中身、研究体制、地域とのつながり等にも格差ができていないでしょうか。「違い」は良いと思うのですが、「地域格差」は子どもの顔を思い浮かべるとやはり克服したいものと思います。

さいわい「エリエール巡回講座」のシステムができました。これで地域交流が盛んになれば、いろいろな意味での格差は解消の方向に進むのではないかと思います。

最後に1つのエピソードを紹介したいと思います。今年の初めにまだ高等部試行に踏み切りそうもない県がありました。その県の教育長さんは、試行実施しない理由の一つに「下からの声があがってきていない」と述べられたそうです。なるほど、そういうことなら逆に親の声や私たちの研究の前進が訪問教育の改善のために欠かせないものであると教えていただいたということであり、私たちはすべての地域で自信と勇気をもって声をあげる必要があるということです。

今年の本会の研究の「声」が、この研究記録です。お読みください。

1998年12月

# I 全国訪問教育研究会第11回全国大会報告

## 全国訪問教育研究会 第11回全国大会概要

### ■大会テーマ■

ひとりひとりのいのちが輝く未来の創造 ～子どもの権利としての教育・医療・福祉～

### ■開催日時■ 1998年8月4日（火）～6日（木）

開場8月4日（火）13時00分

### ■会場■ ホテル井筒<sup>いづつ</sup> 〒390-0303 松本市浅間温泉1-29-17 Tel.0263-46-1120（代表）

### ■主催■ 全国訪問教育研究会

### ■後援■ 文部省・長野県教育委員会

## 8月4日（火）

13:00～13:30 開場・受付開始

13:30～14:15 開会・開会行事

14:15～16:15 全国訪問教育研究会全国大会記念講演

演題： 「重度の障害を持つ人の世界」

講師： 高谷 清 氏（びわこ学園理事・嘱託医）

16:30～17:30 全国訪問教育研究会総会

16:30～17:30 「高谷先生を囲んでの障害児医療相談会」

19:00～20:30 ミニ学習会

A) 訪問教育担任1年生のあなたに

B) 重度児の感覚教育と運動について

C) FBM(ファシリテーション・ボール・メソッド)の理論と実際 D) 快適な姿勢について

## 8月5日（水）

9:30～17:00 分科会 （途中12:30～13:30を昼食休憩とします）

< I - 1 >健康づくり

< I - 2 >身体づくり

< I - 3 >コミュニケーション

< I - 4 >集団授業づくり

< I - 5 >病気療養児の教育について

< II - 1 >教育条件整備

< II - 2 >高等部訪問教育

< II - 3 >卒業後の進路保障

< II - 4 >医療的ケアが必要な子の教育保障

< III - 1 >保護者とともに訪問教育を考える

## 8月6日（木）

9:00～ 9:30 調査報告

9:30～11:30 各地からの報告

11:30～12:00 閉会行事

分科会名		分科会のねらい・共同研究者
I 指導 研究 分科 会	1 健康づくり	子どもたちの生活リズムづくり、呼吸・摂食・排泄など健康の維持・増進に関するとりくみについて話し合しましょう。 佐藤陽子氏（信州大学医療技術短期大学部作業療法学科助教授）
	2 身体づくり	リラクセーションや姿勢、運動・動作など子どもたちの「からだ」に直接的に働きかける機能訓練等に関する取り組みについて話し合しましょう。 桑原輝雄氏（東京都立府中養護学校機能訓練部教諭）
	3 コミュニケーション	子どもたちとのコミュニケーション(心の響き合い)に関する取り組みについて話し合しましょう。 川住隆一氏(国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部)
	4 集団授業づくり	子どもたち一人一人にあった、スクーリングや学習発表会・宿泊学習など日常と違った集団活動に関する取り組みについて話し合しましょう。 玉村公二彦氏（奈良教育大学教授）
	5 病気療養児の教育について	“生きる力を育む”いのちの輝く教育を求めて～病気療養児の教育内容・方法や院内学級・分教室・病院内訪問教育の実践を深めていきましょう。 鈴木 茂氏（元東京都立久留米養護学校校長）
II 制度 研究 分科 会	1 教育条件整備	子どもたちにとってより好ましく、必要な教育条件や環境（学級・教員定数や指導日数、就学相談、訪問部の校内位置づけなど）を整えていく活動に関する取り組みについて話し合しましょう。 平井保氏（佐野国際情報短期大学社会福祉学科教授）
	2 高等部訪問教育	高等部訪問教育が始まりました。ここでは実践とそれに基づく課題などを報告して、よりよい教育課程を考えましょう。また高等部訪問教育実施の経過など情報交換をしましょう。 高木尚氏（東京都立府中養護学校教諭）
	3 卒業後の進路保障	卒業後の進路を見通した指導、アフターケア、地域社会資源の活用、社会参加など障害の重い子どもたちの豊かな地域生活づくりを考えていきましょう。 御子柴昭治氏（前全国訪問教育研究会会長）
	4 医療的ケアが必要な子の教育保障	学校教育の中で医療的ケアの意義をどう捉え、訪問指導の中でどのように実践しているのか、また医療・福祉関係者との連携の在り方など、事例を通じて子どもたちの教育保障を考えていきましょう。 江川文誠氏（神奈川養護学校重度・重複障害児担当医師） 上原則子氏（神奈川県立中原養護学校校長）
III分 特科 別会	1 保護者とともに訪問教育を考える	各地の訪問教育の現状と課題を保護者・教育関係者・医療関係者で明らかにして、保護者の期待する教育や今後の展望などを話し合い、お互いに交流を深めましょう。 野間比南子氏（石川県立平和町養護学校教諭）

## 大会実行委員長あいさつ

全国訪問教育研究会第11回全国大会 実行委員長  
永野幸雄（元長野大学教授 全障研常任全国委員）

皆さん、こんにちは。遠い信州までようこそおいでくださいました。松本についてこちらに来る間も「なんて信州は暑いんだろう！」と思ってらっしゃったことでしょうか。ようやく梅雨は明けましたが、信州は暑いです。山の上の方に行けばそんなことはないんでしょうが…。長野にゆかりの深い宮沢賢治も「サムサノナツハ オロオロアルキ」と言ってます。夏は暑い方がいい、ということで我慢をして研究会に専念していただきたいと思います。

私は長野大学にいましたが、3年前に定年退職しました。5年間、長野大学で養護学校の先生になる学生たちを教職担当として教えておりました。ところが私の教えた子たちは残念ながら、正規教員は非常に少なく、臨時教員がとても多い。長野県も群馬県も臨時の先生が多く、その中でも特に養護学校は臨時教員が多いんです。

日本の総理大臣は世界の先進国と言われる国に行き

ますが、20人学級が普通でありまして、40人学級をやっているなんて先進国としては恥ずかしくて言えないわけです。20人学級になったら、少なくとも先生は、1.5倍くらいは必要になるんじゃないかなあ…。そしたら私の教えた学生たちもみんな、正規の先生になれるのになあと考えています。子どもたちの教育条件として、それはとても大切なことであると思っています。

信州というのは「月と仏とおらが蕎麦」という言葉があります。信州は風物や自然もいいが、お酒もおいしいところです。夜を徹して研究をなさると同時に、信州の風物や食べ物、飲み物を十分に楽しんでいただき、英気を養って、厳しい条件の中にいる訪問教育の子どもたちや、お父さんお母さんたちと力をあわせて、さらに大きく発展いたしますよう、歓迎のあいさついたします。

## 来賓ごあいさつ

長野県教育委員会特殊教育課教育主幹兼課長補佐  
市村久人様

みなさん、信州・長野にようこそお越し下さいました。全国訪問教育研究会の第11回全国大会の開催、誠におめでとうございます。

長野県では本年2月から3月にかけて、長野市を中心にしまして今世紀最後の祭典と言われた冬季オリンピックと、パラリンピックが行われました。この間、全国の皆さまには大変な御支援と御協力を賜りましたことに対しまして、この場をお借りしまして厚く、御礼申し上げます。

本大会中に見られました選手と児童生徒との交流を始めとしまして、自己の力の限界に挑戦する選手の姿は多くの県民に大変な感動を与えるとともに、特に、パラリンピックでは共に生きる社会のすばらしさを私たち共通の財産として残すことが出来ました。今後、この財産を県民すべてが力を合わせまして守り育てていきたいと思っています。

さて、私ども長野県には特殊教育諸学校が18校ございます。盲学校が2校、ろう学校が2校、知的障害養護学校が10校、肢体不自由養護学校が2校、病弱養護学校が2校です。それらの学校に約1700名の児童生徒が学んでおります。ご承知のとおり本県は大変に広く、それぞれの経済圏が北と南では大変に違ってまいります。それぞれの広域圏に知的障害養護学校の計画的配置を進めて参りました。そしてその計画も平成8年度に木曾養護学校開設で一応、終了したところでございます。

障害が重く、学校に通学して教育を受けることが困難な児童生徒につきましては、訪問教育で対応しておりましたが、養護学校の地域配置が完了しましたので、この養護学校で対応しておる状況でございます。

また昨年度から全国的に試行的実施をされております高等部の訪問教育につきましては、本県といたしましても大きな課題と受けとめ、取り組んできたところでございます。特に平成8年度は県議会を始めとしまして、県の教育委員会や関係者など、いろいろな人たちが文部省にお願いに行きまして、国の段階において試行的に実施するという方向が出されましたので、本県においても平成9年度から在宅者で8年度卒業生に限り、実施いたしました。

しかし、その充実を求めるご意見を各方面から頂きましたので、今年度からは対象者を入学時20歳未満で、病院や児童福祉施設にも訪問することにいたして実施しております。

ご存じの通り、高等部の訪問教育は、試行的実施の段階であります。従っていろいろなところで今後、研究をしてゆく必要があると思っております。新たに示されます学習指導要領におきましても、高等部の訪問教育について整理されると聞いております。訪問教育は障害が重度な児童生徒を対象としておりますので、本日、ご参会の皆様方には、具体的な課題を持ってお集まりいただいていることと思っております。この大会を通じまして、それらの課題について見通しを持ってお帰りになられることをご期待申し上げます。

信州は例年、7月20日前後に梅雨が明けますが、今年は皆さまを歓迎するように8月2日に梅雨が明けました。暑いと言っても信州の夏は木陰に入りますと涼しさを味わうことが出来ます。研究会の合間を見られまして夏の信州を楽しんで頂ければと思っております。

最後になりましたが、ご参会の皆様方のご健康と、



## 重度の障害を持つ人の世界

高谷 清 (びわこ学園理事・囑託医)

### <講師紹介>

1937年生まれ。京都大学医学部卒業。小児科医。

重症心身障害児施設・第一びわこ学園園長として20年余り在職し、現在同学園理事・囑託医。重い障害をもつ子どもの医療に携わるとともに障害に関わる思想について深い洞察をこめた著作活動を続ける。全国訪問教育研究会第3回および第4回大会で講演、第8回大会で実行委員長。

著書に「変革の医療」「障害者医療の思想」「人間とその障害」「重症心身障害児」「重症児のいのちと心」「障害児教育実践体系」(刊行委員)「支子」

### 《ディズニーランドの修学旅行》

みなさん、こんにちは。

私は今はフリーライターですが、びわこ学園でも週2回、外来診察をしています。割に重度の人も多くさん、外来に来られます。

去年、修学旅行に行きたいという母子がやってきました。中学二年生ですが寝たきりでチューブ栄養で、滑脳症という脳のしわがない病気です。胎児期に脳の形成が出来なかったのです。喘鳴が常時間かされる。夜中も痰の吸引が必要だという状態のお子さんでした。

ディズニーランドへ二泊三日で出かけるということだが、どうだろうか、と聞きに来られたんですが、お母さんはもう行く気になってるんですね。だから私に「いいですよ」と言って欲しいだけ。それはよく分かるんですけども

「これはもう、無理ですよ。」

と、僕は言いました。ゼーゼー言ってますし非常に危険だと思いました。お母さんは自分もついて行くからと言います。

「それでも本人はしんどいんじゃないでしょうか。私の気持ちとしては、行けるものなら行かしてあげたいのですが…。」

と申し上げました。するとお母さんは

「本人が行きたいと言ってます。」

と言うんですね。

「何で分かるんですか？」

「学校で担任の先生と修学旅行の話をしていたら嬉しそうにしています。」

「そうですか、じゃあお母さん、ここでちょっと修学旅行の話をしませんか。」

ということで話をしました。

「全然、変わってないじゃないですか。」

「いや、嬉しそうにしてるじゃないですか。」

この違いがあるんですね。その子が本当はどう思っているのか。体の状態をどう感じているのか。どう物が見えているのか。お母さんは本人は修学旅行に行きたいと言っていると言う。それはお母さんが見ている世界・感じている世界で、それはその通りですね。こういうことはよくあることだと思います。しかし「本人の世界」と「親の世界」の大きなずれがありますね。

この時は、じゃあ行って下さい、でも後で悪くなくても知りませんよ、ということであちこち手配はしました。まあ多分、来週くらいに危なくなるとして外来に来るなあと思ってました。

一週間後に外来に来ました。見たら、大分悪くなってるんですね。お母さんも落ち込んでる。

「やっぱりディズニーランドに行ったら悪かったですよ？」

「いや、ディズニーランドはよかったんです。昼間は寝かせていて、夜の行進に連れていってもものすごく喜んでました」

まあ、本当かなあ…と半分は思ってますが、その二日後に、また違うところに連れていった、って言うんです。滋賀県に新しくできたレクリエーション施設ですが、まだ木が生えていなくてとても暑かった、それで悪くなった、ということです。修学旅行に行くのもどうかなあと思って、かなり注意したのに、その二日後にまた連れて行って本人の状態が悪くなっている。こういう問題をどう考えるか、ということです。

### 《チューブ栄養への抵抗》

あるいはこんなこともあります。

小学校5年生で、とても状態が悪い。しょっちゅう熱を出します。誤嚥してるわけです。体重が15キロで、これは入学前から5年間、変わっていない。1年間くらい様子を見て、これはチューブ栄養にしないとイケない、本人はしんどがっている、と親に伝えました。ところが親はどうしても入れたがらない。本人の口で味わわせてあげたい、と言います。結局チューブを入れるのに半年くらいかかりました。最後はお父さんにも来てもらって、チューブを入れないとどんどん悪くなるよ、と言って肺をCTスキャンで撮影して見せながら説明しました。肺が真っ白なんです。

やっと納得してもらってチューブ栄養にしたら、どんどん体重が増えて、現在21キロで、これ以上、増えないようにしましょうねと言ってのくらいです。喘鳴はありますが、ほとんど熱は出さなくなりました。この喘鳴については、後でちょっとお話ししたいと思います。そのお母さんが最近言うには

「うちの学級でチューブ栄養入れてない人がいるんですけど、早く入れなさいよ、と言ってるんですよ」

びわこ学園の中にもチューブ栄養に対して反対する声があります。ある時、30歳くらいの女性で、アテトゼで緊張が非常に強くて、これはチューブ栄養にしないとイケないなあ、と思って見ていた人がいました。しかし反対が強いので無理しなくてもいいか、とそのままになっていました。そしたら1週間くらい、40度に近い熱が出たんです。とても口からは食べられない、点滴も制限がある、ということで誰にも相談せずにチューブを入れて、そのまま様子を見ました。熱が下がってからも、チューブはそのままにしておきました。ところが誰も文句を言いに来ない。チューブだけではかわいそうだから、口からペースト状にして上げようかということで、私が少しあげてたんです。そしたら職員が寄ってきて

「そんなチューブでちゃんとしているのに、口から食べたら誤嚥するじゃないですか。もう止めて下さい。」

チューブを入れたら困る、と言っていた、同じ人がそう言う。

そういうふうには、物を判断したり決めたりするときに、非常に主観が入っているわけです。もっと「本人にとってどうなのか」ということを考えて取り組まないとイケないなあ、と最近は感じてきました。

## 《心身障害ということ》

「本人の立場に立つ」というのは、では、どういうことなのか。その前に重い障害を持った人の状態というのは、どういうことなのか、ということをもっと知らないといけません。

まず身体障害ですが、脳性マヒが多いですから、脳

性マヒで話します。外から感覚器を通して入ってくる情報が脳に入るまでに5つの感覚器があります。1つは迷路ですね。耳の奥、内耳にあります。空間の位置関係をつかみます。2つは筋肉内・関節内固有受容体。筋肉の中にも感覚器が入っています。例えば手を後ろにやっても見ていなくても自分の手が後ろに行っているのはわかりますね。掌が開いているのかどうなのかもわかります。これは筋肉内にある感覚器があるからです。3つは皮膚の感覚。立っていると足の裏が地面に接していますから分かる、というようなことです。4つは目。顔を傾けたら景色が傾くからわかります。これは実は目を閉じていてもわかりますね。それは迷路とか頸の筋肉の左右差などでむしろ分かっている。

それらの情報が脳に入って処理される。その脳に発達の遅れがありますと大脳皮質で処理されずにもっと下の脳で処理されることになります。

脳性マヒは脳の運動障害ですけれども、始めから「まひ」という形で表れるわけではなく「遅れ」として表れてくる。脳障害があると外から入ってくる情報を脳で処理して運動器に伝える、ということがうまくいかない。脳がどう処理して良いのか分からず、戸惑ってしまい、動きだしにくくなり、発達の遅れとして表れてくるわけです。

脳は非常に可塑性がありますから、自分で修復しようとしています。そして『これが一番ではないか』という情報を体に伝えます。それが痙直性マヒあるいはアテトゼとして表れてくることになるわけです。それは何故なのか。

例えば痙直マヒですと足が突っ張りますが、人間は立位を取って二足歩行するようにプログラムされています。この二足歩行がなかなかうまくできない、しかし何とかしようとして緊張が強くなって突っ張った形で立位を取ろうとする。実は脳の中ではすでに修復されていて、生物学的には一番良い姿勢をとっているんですが、実際の臨床場面では、あまり役に立たない。つまり、立ちにくい。生物学的な修復と臨床学的な修復は違う、ということです。

そしてその特徴は、パターン化ということです。脳の運動障害のない私たちはいろいろな姿勢がとれます。体を柔らかくしたり固くしたり、早く歩いたりゆっくり歩いたりできます。あぐらで座ったり正座したり。ところが脳性マヒがあると、例えば座る時、一つの形でしか座れない。その一番座りやすいのが「とんび座り」です。とんび座りは座りやすいから座っているわけですが、これを続けていると内旋が強まるのでよくありません。ですから「とんび座りをさせない」ということだけを強調しますが、本当はそれだけではいけない。

「とんび座りはさせない」ことではなくて「いろんな座り方をさせる」というふうには考えないといけません

ん。パターン化させないことです。人間の身体は「安定性と可動性」がうまく組み合わさっていて、自由度が高くなっているからです。

でも繰り返しますが、本人にとってはそれが一番正常な動作だということです。周囲と異なるという意味で異常だと言うことです。正常だからそれでいいじゃないか、という意見もあるようですが、臨床的にはその人の機能を制限しているわけです。可能ならばそれを広げていって、様々な姿勢がとれるようにした方が良いでしょう、という考え方と、臨床的に異常な修復を利用して歩かせるという考えかたを組み合わせることが大切です。小さい年齢の時には様々な姿勢をとらせることに力を入れ、一定の年齢に達したらむしろマヒした状態の上に立って装具を考える、というように、両方をバランス良く取り入れてゆくことです。

これを知的な障害の側面から考えます。人間の物の認識というのは生後どんどん高次化して行って多様に複雑に考えることが出来るようになってきます。発達障害があると、変化した状態にうまく認識を合わせることが出来なくなります。状況が変わっても同じ形で取り組んでゆくこととなります。例えば「大きい」「小さい」が見えてくるとそれを使って物を深めてゆけますが、それが分らないと、それ以上複雑なことが出来にくくなります。「認識の画一化」ということです。

自閉症の場合は、行動の画一化です。電車に乗ったら座る座席が決まっているなどのパターン化のように、そのものしか見えないという世界でしょうか。実感するのは非常に困難です。彼らの行動を見て僕らが考えるしかありませんね。

知的に非常に高い自閉症の人が書いた物を読みますと「こういうふうに物が見えているんだ」と感じる場合があります。最近では「変光星」という本が、あすか書房から出ています。著者は女性ですが、それを読みますと、小一の時に教室に入ったらみんなが前を向いて座っている。私たちは何も思いませんが、それが不思議で我慢が出来ない。耐えられない。品川に行ったら、□が3つ書いてある。ここは□の世界だろうかと思うくらい、□ばかりが見える、など。これも一つのパターン化ですから、いかに自由度を高めてゆか、ということが大切なことになるでしょう。

### 《重症児の「感じる」世界》

そこで重症心身障害児です。重症ですから、体の働きが非常にパターン化しています。いつ写真を撮っても、同じ形で写りますね。それぐらいに同一である…ように見えるんです。本当にそうかどうかはこれからお話ししますが、パターン化というよりも、一つの形しかとれない状態ですね。そのために変形・脱臼など

の二次障害が起こってきます。そして、余りにも障害が重いので自分では何もできない…とってしまうんですね。そして全面的介助をする・される子どもなんだ、だからどういうふうに上手に介助したらこの子どもにとって一番良いのか、少しでも自分で体が動くように機能を向上するためにはどうしたらいいのか、という発想になっていきます。しかしこの考えがそれでいいのか？

機能向上を考える・何をしてあげたらいいのか考える。これが必要であることは否定は出来ません。しかしそのことがその子どもにとって最上なのかどうか？

彼らは知能の発達もよくありません。反応がほとんどありません。そのためにどうしたらいいのか？ 初めて接した人は、どう関わったらいいのか本当に困ってしまいますね。笑うこともできないような状態で表現していることは、何なんでしょうか？

刺激に対する反応がないですから、どうしても提示する刺激が強くなってきます。音楽の音を大きくしたりしますが、そういうことを本人はどう感じているのか、どういう風景を見ているのか、ということです。

例えば、重症心身障害の人に円形脱毛症が出来た、とします。職員は

「この人は悩んでいます。」

と言う。僕は昔は『何を悩んでいるんだろう？』とと思ってました。皮膚の病気で禿げることもいっぱいありますからね。ところが職員は

「4月になったら禿げますねん。学校の先生が代わりますやろ。8月頃、治ります。」

と言うんですね。

いろいろなことを考えてみますと『本当は分かっているのかな…』と思います。確かに学校の4月は環境が変わりますからね。となると、分かっているんだろうかと。びわこ学園に毎日、面会に来るお母さんがいます。7時か8時頃、仕事が終わってから来られる。その人の子は生後三ヶ月の時の髄膜炎で脳が全部、破壊されて、まったく寝たきりです。ところがお母さんが来ると緊張がゆるんで、甘えたような声を出す。病院の職員も学校の先生も同じことを感じています。この子は目は見えないんですが、お母さんが部屋に入ってくると、抱っこされる前にもう分かります。

「これはどうしてでしょうかねえ。」

と僕は聞いたんです。そしたらお母さんは

「匂いがするとちやいますか。」

と言われましたね。まさか匂いで、とその時は思ったんですが、今では『ひよっとすると、匂いかな？』と今では思ってるんです。

先日、テレビで、眠っている乳児の顔の上に、母乳をしみこませたガーゼを近づけるという実験をやっていました。すると違うお母さんの母乳では反応しないのに、自分のお母さんの母乳には明らかな反応がある

んですね。これはびっくりしました。そして

「新生児の匂いの感覚は大人の200倍くらいある。」

とも言っていました。200倍というのは、どうして調べたのかなあ、と思ってるんですが、数字はともかくとして、あり得ることですね。匂いというのは、非常に古くから発達した感覚です。人間も赤ちゃんの時に母さんを識別するのは匂いじゃないでしょうかね。匂いは非常に影響が強いものではないか。

「分かる」という言葉には「理解する」という意味と「感じる」という意味があります。その子がお母さんに対して明らかに違う行動をすると言うのは「感じる」という表現ではないか、と思います。

重症児は理解力は非常に低いけども、感じているのではないか、雰囲気を感じてストレスになって禿げるとか、緊張が強くなったりリラックスしたりするのではないか。

### 《音などの感覚刺激》

4～5年前、他の施設からびわこ学園に移ってきた人がいました。36歳の女性で、目が見えずに、座位がとれるかどうか、という段階でした。その人がてんかん発作を起こしました。投薬しても止まらない。お父さんから

「発作はなくなっていたのに、ここに来たら発作を起こしたのは、どういうことですか。」

と詰問されまして、困ったなあ…と思って、カルテを見たら、前の施設でも発作はあって脳波にも出ていて投薬もしていたが、徐々に発作が減ってきたので投薬は止めた、と書いてあります。びわこ学園でも脳波を取りますが、そこにも発作が認められているが、どうもおかしい。薬を増やしたけども状態は変わらない。

注意していると、音が突然鳴ると、発作を起こしていました。しかしそれは発作ではなくて、驚いているだけでしたね。ただその程度が激しくて、発作に見えたわけです。そこで周囲を静かに保つようにしたところ、発作はなくなって、表情も良くなってきました。薬を減らして、徐々になくなっていくんですが、4月になったらまた起こすんですね。職員が代わって雰囲気も変わる、ということだったようで、しばらくしたら起こらなくなりました。

彼女にとって「音」が、どう聞こえているかを考えてみます。私たちも突然、ドアが閉まるような音にはびっくりして、そちらを見ます。しかし『ドアが閉まった音だ』と一瞬にして認識します。そうするともう心配ないわけです。自分が脅かされることに対して本能的に自分を守ろうとして身構えるんですね。しかし重症児は、何故音がしたのかが分からない。となると、非常に恐怖ですね。逃げることは出来ないからワーッ

と叫んで、身体を固くします。それがてんかん発作に見えたんです。

このように「理解がなくて感覚だけで状況をつかむ」というのはどういうことでしょうか。私たちは感覚と理解が同時ですから、一瞬びっくりしても、すぐに大丈夫になります。もし危なければ逃げることも出来ます。相当な恐怖として感じとっているのではないかと思いますね。逆に非常に環境が良ければ、とてもリラックスしてきます。気持ちがいい。

重症児は動かないと先程申し上げましたが、よく見るとそうではない。表情も変わっています。よく考えますと、1分2分見続けることは少ないですよ。当直をしていたときには時間があるときはベッドに行きかけてスケッチをしたことがあります。2～3分かかるとはありますが、いつもは『動かないなあ…』と思っていたのに、スケッチが出来ないくらい動いている。どこかで音がするとピッと緊張が入り、なかなか納まらない。10分くらいすると、落ち着いてきます。

そういうことを僕らは見逃していますね。見たとしても、ずっと表情の変化を追っていません。音や雰囲気に対する感覚は、ずいぶんとあるのではないか、と思います。重症児は音は敏感ですね。

また僕らは音を意識的にシャットアウトもしていません。今、滋賀県で起きた施設に於ける障害者虐待の実態を知るために、被害者のお宅にインタビューに回っているんですが、聞きながらテープにも録音しています。すると録音しているときには途中から気にならなくなったイヌの鳴き声や自動車の通る音が、テープには全部入っている。つまり、本当はイヌはずっと鳴っていて音がしているのに、自分の頭の中で聞こえてないようにしている。必要な音だけを選択するという能力があるんですね。

重症児はどうでしょうか。重症児がテープレコーダーのように全部の音を拾うとしたら、すぐくやかましい所にいることになります。学園ではまず、職員の声がうるさい。「○○ちゃんのおむつ取り替えて！」とか「先に食事に行つて！」とか大声で言う必要のないことも言っているし、ドカドカ…と走り回っている。振動がきますね。目が見えなくて自分が動かない状態だと怖いんですね。そういうふうな音の洪水・恐怖・振動・突然の光…大変な世界に生きているのではないのでしょうか。自分の感覚で相手を見てはいけないように思います。

静岡子ども病院で、障害児に対して、こんな調査がなされました。障害児（脳性マヒ）と普通の子どもに音を聞かせます。聞こえたかどうかの判断は目の外輪筋の反応を見るのですが、普通の子の場合にはピクッと動く程度なのが、脳性マヒの子どもの場合は外輪筋だけでなく、頰のあたりまで反応が見られる。また、相当に遠くからの音でも反応があったり、反応が持続

するのも特徴です。

同様に皮膚への触覚に対しても、長く持続する反応が見られます。私たちは「触られた」という感じで触っていますが、彼らはそうではないようです。感覚と結びついている不安・喜びなどの感情の呼び起こし方が、一人一人かなり違うと思います。その違いというものをしっかりと把握した上で、触ってゆくことが必要です。基本的には重症であればあるほど、パッとさわらないことで、声掛けをしてゆっくりと触ってゆくこと。診察でも同じことです。いきなり触ると拒否されますし、緊張して混乱します。

それから「嗅覚」。先程の例もありますが、相当に鋭いのではないかと思われるのですが、私たちが匂いに対して配慮をしているかどうか。具体的にはどう配慮をしたらいいのか難しいところなんです。匂いで快・不快を感じているかもしれないとしたら、今後大いに考えてゆかなければならないところでしょう。

「振動」については、中には喜ぶ子もいますが、むしろ怖がる子が多いですね。「回転・動揺覚」は、未経験である場合が多い。赤ちゃんの時にぐずったら「よしよし」と言って抱っこして、揺らしますね。あるいはハンモック。これはどういうわけか、泣き止むことが多いですね。以前の講演会でいきなり

「（ゆらしてあげると）どうして泣き止むんですか。」

と質問されて、咄嗟に

「子宮の中では浮いているから、その感覚なんですよ。」

と答えました。子宮の中には重力もありますが、浮力によってかなりその力は相殺されていて、浮いている。その感覚は気持ちがいいはずなんです。そして子どもは大きくなってくると、ブランコなどを自分でやりますね。転がったり。しかし重症児は自分では出来ません。大きくなってくると抱っこもできません。従ってこの感覚が育ちません。大人になってもゆっくりとしたブランコなどは気持ちがいいものです。重症児に対して上手に経験させてゆくことが大切ではないでしょうか。

### 《重症児の「時間感覚」》

そして一番大切な感覚は「時間感覚」ではないかと思えます。私がびわこ学園の廊下を歩いているとします。左右の部屋に子ども達がいて、中には座っている子どももいる。ある程度分かる子どももいますから、歩きながら「おはよう」と挨拶をします。すると10メートルも歩いていった時に後ろの方から「おーはーよー！」と声が聞こえてくる。本当はその場で待っていてあげないといけないのですが…。私たちと時間の感覚がうんと違うことを感じます。

かつて「だきしめてBIWAKO」という取り組みをやったときに老人クラブの応援を頼むために何回も足を運びました。理事会で話して総会で話して個人的に話してを繰り返しました。そのうちに「老人の感覚」が身に付いてきたんです。例えば道路を横断しようとする車が走ってくる。かつては何の問題もなく渡っていたのが渡れなくなってしまいました。遠くなのに、すごいスピードに見えてしまって、怖くて渡れない。

10メートルを例えば10秒で歩くのが普通だとしたら、20秒くらいかかるようになったんでしょうね、影響されて。感覚というのは自分が基本ですから、自分が2倍、ゆっくりと歩いているということが頭では分かっている、感覚的には普通に歩いていると思う。つまり自動車が2倍のスピードで動いているように感じる。人の半分のスピードでしか動けない人にとっては周囲の物は2倍のスピードで動いているのだ、ということを知らないといけません。

これは私たちもある程度経験できます。例えばエレベーターを待っているとします。なかなかやってきました。ところが自分が乗るとスーッと上がっていく。例えば街中で電車を待っている。新幹線でも10分も待てば来ますが『10分もあるのか!』と思う。しかし地方に行くと2時間に1本くらいしかバスがない。すると『あと1時間。そろそろ出ようか』という気持ちになりますね。時間の感覚というのはその時の状況や置かれている立場によって変わってくる、ということですよ。

重症児は寝たきりで動けませんから周囲の時間は非常にゆっくりと動いているのではないかと思えます。そのことを理解して療育や教育を考えて上げないと本人は非常にめまぐるしくて、疲れることでしょう。僕らの間でも「せっかちな人」がいて「のんびりした人」がいるのですから、みんなが同じだと思っただけは間違いですね。

と同時に「慣れてゆく」ということもあるのです。摂食に際して唇が過敏で物が取り込めない子どもがいます。しかし、1滴ずつでも上げてゆき、最終的には食べられるようになる。これは慣れるということ、すなわち、リハビリテーションですが、こういうことも必要だ、ということですよ。

その人の感覚を知り、その上に立って、そのままでもよし、とせざるに組み組みを行うことも大切ですね。

超重症児の場合でも同じです。運動機能障害は重いけれども基本的には一緒だと思います。

### 《心身の機能低下と感覚・感情・心》

第一びわこ学園100名のうち、6名が「退行性疾患」です。脊髄変性症とか脳の萎縮症です。早い人は

乳児期からですが、だいたい幼児期から小学校にかけて発症します。遅い人は青年期という場合もあり、いろいろですが、ここでは26歳の人の場合を考えます。

この女性は小さいときは走り回っていたのですが、20歳前後から病気が進行し、26歳で入園してきました。3人姉妹の末っ子で、長女も同じ病気で寝たきりになっています。真ん中の人は元気です。入園当初は少し歩いていたのですが、今ではちょっと難しくなっています。ある程度しゃべれていたのですが、今は二語文程度になっています。そして、自分が段々と悪くなっていることは分かっているんです。この人に、どう関わったらいいのか？

どんどん機能が落ちていきますから訓練をして高めることは出来ません。機能の落ちるスピードをゆっくりさせるために、出来る訓練をやります。これは大事なことです。知能低下も止めることは出来ません。

トイレで以前は自分で全部できていたのに、出来なくなってきたいて「何だか知らないけれども腹が立つ」ということを言っていました。

ある時、真ん中の元気なお姉さんが面会に来られました。そしたら全然表情が違うんです。ニコニコしているんです。お姉さんが戸惑っているくらいでしたね。帰ってから

「お姉ちゃんが来てくれた。」

とニコニコしながら繰り返しています。

彼女の脳の中には、昔の家族団らんの記憶が残っていて、それが感覚的に甦っている状態ではないかと思えます。

別のケースでは、6歳くらいから発症して小学校半ばで寝たきりになっている子がいました。光を当てると発作を起こすので真っ暗な部屋に2年ほどいました。親は「医者に見せると悪くなる」と言って医療拒否をしていましたが、一度来て下さい、ということで行ってみました。部屋は真っ暗で何も見えませんでしたね。それからいろいろと取り組んで、明るくても発作が起きないようになってびわこ学園に入園してきました。それから10年くらいたって、今は寝たきりで拘縮もひどくなりました。

その妹さんが20歳くらいから、歩きにくくなってきて、発作も起こりだしました。お母さんが亡くなられたこともあって、びわこ学園に入園してきました。当時26歳ですが、今は歩行が困難で車椅子です。言葉はおぼつかないのですが、職員とそれなりに対応しています。

この妹さんがときどき、職員と一緒にお姉さんの面会に行きます。その時の職員の記録にはこんなことが残されています。

「『お姉さん、妹さんが来ましたよ』と言ったら、お姉さんは一瞬、目を開いて『ウーン』という声を出

した。足に力が入ってきた。」

妹と分かったのかどうかは分かりませんが、聞こえて反応したんですね。なつかしい感じがしたんでしょうね。そしてその職員は「見分けた！」と驚いたわけです。

「お姉さん、力を入れるとしんどいですよ。」

と職員が声をかけて、伸びていた足に触って落ち着いたところで

「お姉さん、また来ますよ。」

と言って帰って行った、ということなんです。

このお姉さんは分かっています。ただし「理解する」ではなくて「感じている」です。脳が崩壊していますから「理解的」に「分かっている」のではなく「感覚的に」「分かっている」のでしょう。それは不快ではなくて快適な感覚ですね。そういう世界です。

こういう世界をどうしていったらいいのか。いつも昔の家族に面会をさせるわけにはいきませんから、そんなような雰囲気はどう作ったらいいのか。家族というあるがままの自分を受け入れてくれるような雰囲気ですね。それはリラックスできる環境であり、快適な快い環境でしょうが、大切なのはそういう環境を「快適である」と感じる事が出来ている、ということではないでしょうか。

まったくの寝たきりで、ごく特定の職員の声にしかな反応しないような人であっても、感覚的なことは障害が重くない、むしろそこだけで外の世界とむすびついていると言えるのではないかと。とすると、私たちの感じている「感覚」より、ずっと大きな意味を持つものではないか、と思えます。

退行性疾患の人であっても「感覚」「感情」「心」の問題はとても大きなものであると感じています。

進行性疾患では大脳皮質に司られる理解・運動面は侵されていても、皮質下にある領域で外部と接してゆくと考えられると思います。大ざっぱに言えば「赤ちゃん」の頃と同じような状態であると言えると思いますが、この話に例えすぎると混乱しますので、これはここまでにします。

最初の26歳の人の記録にこんなことが残されています。

「最近、楽しかったことをテーマに日記を付けることになり、Aさんに尋ねるとニコニコして黙ったまま、しばらくして『ああ、あったわ。糊でな、色紙をなペタッと貼ったんや』と言う。別の日に夏祭りのポスターを職員と一緒に作成。なつまつりの『ま』を職員と一緒に書く。後で『ま』を書いた』と何回も繰り返している。」

自分で何かをすることが非常に嬉しいことなんだ、ということが分かります。

## 《重症の人たちへの援助》

職員や周囲の人がすることは、本人を助けることではないんです。本人の主體的なものが出てくるように助ける、ということなんですが、その話をします。

重症心身障害児者（超重症児）に対して、周囲がどう考えるか。

まず身体的に安楽な状態、苦痛がなく快適であることが大事です。それに合わせて機能向上を考える。機能向上が先にあるのではない、ということです。

そして、精神的・感覚的・感情的には安心で不安がなく精神的に快適な状態である、ということです。合わせて精神発達というものを考えていく。

もう一つは環境が安全であること。直接的には「事故がない」ということです。もう少し広く言うと、社会的安全。社会制度がちゃんとあって重症児者が守られるという制度、その人の価値を認めるような見方・人の心が広がってゆくことですね。

身体的な安楽というのは、個人的な快適さのこと。精神的・感覚的・環境は周囲との関係。そこから信頼や希望が生まれてくるのではないかと思います。社会的には価値観の変化（障害者の見方）が生じてくるのが大切であろうということです。

次に「重症心身障害児者の自己決定」を考えます。「自己決定」というのは、最近のキーワードですね。

修学旅行に行きたいか、行きたくないかと聞かれるという冒頭の話がありました。この場合は、お母さんが自己決定していたわけですね。では、重症児は自己決定が出来るか？…

実際には難しい問題があるが、どう考えるかということだけでも考えておかないと、行き詰まったり独りよがりになったりしますね。病棟の配置転換にしても「この人には私が必要なんです！」と強硬に反対する職員がいますが、それは本当なんでしょうか、もしかするとその人は迷惑しているかもしれませんね。このことは学校でも家庭でもあることではないでしょうか。お母さんがいると、お母さんに暴力を振るったりする場合があります。お母さんは「一所懸命やっているのにどうして？」とか「この子は私がいらないといけなんだ」とか思いますね。採血の時にもお母さんがいると数人がかりなのが、お母さんがいないと、スッと一人で手を出したりしてきますね。

自己決定というのは、自立という問題とつながります。では自立とは何なのか？私は自立というのは3つの要素から成り立っていると思います。

1つは「身辺自立」です。まずこれが出てきます。「自分のことも出来ないで、偉そうなことを言うな！」と子どもはこれでよく怒られますね。

2つは「経済的自立」です。「自分で稼ぐ」ということです。

3つめは「精神的自立」です。この3つが「自立」

ということですよ。

男の人はえてして身辺自立が出来ていませんね。経済的自立はまあ出来ている。精神的自立はほとんど出来ていない。

女の人は身辺自立はまず出来ている。経済的自立は、本人の意思とはかかわりなく直接経済活動をしていない場合が多い。そして精神的自立は出来ていない。

こういうのが日本人の姿じゃないかなあ、と思っただけですが、この3つを全部しないとイケないか、ということですが、これは「やりたくても出来ない」ことを考えてないといけません。

身体が不自由だと自分では服が着られないし食べられないですから、身辺自立は出来ません。これに対しては「介助」をすればいいわけです。介助の制度がピシッとしていることで、この人は身辺「自立」が出来ることになります。

経済的自立は病気や障害で働けない人がいます。これも年金や社会保障をちゃんとすれば、その人は経済的に「自立」出来ます。この2つの自立は、社会的に援助が可能なんですね。

そして3つめの精神的自立、これは自分でやらないといけません。周りの人ではなく、自分でやることに意味があるわけです。どんなに障害があっても自分で精神的に自立できるようにしていくのが人間の姿ではないかと思いますが、ということも援助していく、ということですよ。

この精神的自立は「自己選択」「自己決定」につながっていくわけです。

## 《重心の人たちの自己決定》

では重症心身障害児の場合はどうか。

最近、当直をしていて、こんなことがありました。その頃、一番、重症の部屋の人がとても調子がよかったです。それまでは喘鳴が強くてしょっちゅう酸素を入れたり吸引したりして緊張も強くて、それを押さえたりして、とても大変だった。それがどうしてか急に静かになった。

スタッフに聞いたら「あまり手をかけないようにした」ということなんです。このあたりは誤解のないようにして欲しいんですが、人が変わったので体制が変わった、ということなんです。それまではちょっと咳が聞こえると、人が集まってきて処置をする、ちょっと動いたらすぐに集まって直す、発作が起きたらすぐに抗てんかん剤を処置する。悪くならないように、ならないようにやっていたんです。

今はちょっとぐらい喘鳴が聞こえてもあまり手をかけない。大丈夫かなという側面はもちろん、あるんですが、それが続くうちに段々、自分で上手に呼吸をするようになったり、痰を一定以上はためないようにし

ているなどの状態が見えてきた。もちろん、薬を代えたというような総合的な取り組みはあるんですが、基本的なところで「なんでもかんでもしない」という方針。自分で痰を出すように促すことで、自分で上手に呼吸することを覚えていく、意識しているかどうかは別にして、これが「自己決定」ではないでしょうか。自分の身体を自分でコントロールすることです。

もちろん、あんまり放置しておくとも本当に呼吸が出来なくなる場合もありますから、間合いは見ないといけません。

で、最初に話したディズニーランドのお母さんの話に戻ります。お母さんはとにかく一所懸命にやっておられます。

「寝ている暇がなくて、引いても引いても、いくらでも痰が出てきます。」

とおっしゃいます。

それはそうなんです。痰を引く、ということは刺激をするということですから、痰が出てしまうんですね。ですから、やめて見て下さい、と言うのですが、それではいてもたってもいられない、とおっしゃる。でも、本人はそれ程辛くないのだから、とにかくあまり吸引するのはやめるように言いました。

何日かして来たので聞いてみました。

「ゼロゼロ言い出したら吸引したくなるので、そうになったら隣の部屋に行くようにしました。」

とおっしゃってますが、本人は特に変化はないんですね。

本人は、多少の痰はあっても上手に呼吸が出来ていたものを、お母さんが邪魔をしていたわけですね。子どもが自分の身体を自分でコントロールすることを「自己決定」とはつきりと言えるかどうかは別問題ですが、そういう力を妨げていることがあるのではないかと、思っています。

先程も言ったように、あまり放置するとより悪くなることもあり、難しいのですが、考え方としては「重度者を守るとか援助する、ということではなく、重度者が主体的に生きること、自立し、自己決定をすることを援助する」ということです。

痰で言うと「痰を取って上げて楽にしてあげること」が援助だと思ってしまい勝ちなんです。楽になるという目的は大事ですが、自分で痰を出して楽になれるためには、どうしたらいいのか、と考えることです。10回のうち8回は援助してあげますが、2回は自分で切ろうね、というようなことです。

これで、少しでも自分の身体をコントロールしたことになりますから、少しでも自立したと言って良いだろう…こう考えてくると、重症児の「自立」ということもあるだろう、と思うわけです。そしてそれが、自分で痰を出すことは気持ちのいいものだという「快適さ」につながっていきます。

しかしながら実際場面としては自己決定出来ないこともたくさんあります。経験していないと自己決定出来ませんから、失敗も含めた経験をたくさんすることで見えてくるものがあるだろうと思います。

それに「良い環境」があります。これは安楽・安心な環境ということと、選択の幅がある、ということでもあります。重症児には選択の幅が狭くなり勝ちですので、大切に配慮して上げていきたいところですね。

それから「介護者の考え・配慮」先程申し上げましたように、何でもかんでもやってあげるものではないことや、その人にとっての快適な状態を常に考えてゆくことなどです。

### 《自己決定と代理決定》

そして修学旅行をどうするか、という判断ですが、最終的には「代理判断」ということが起こってきます。親や教師・医者などが、本人に変わって判断するわけです。この時に考えておかねばならないことは

「これが一番いい」

ということではなく

「これが一番いいかもしれないけれども、そうでないかもしれない」

と決めて決める、ということです。思い込まないということです。それから、一般的にこれは望ましいというものは知っておく、ということです。僕らの分野で言うと、「この場合は手術をするのが良いのだ」など、一つの分野の中には、ある場面で普通に選択されるべきもの、というのがある場合があります。それを知っておくことです。

3つには「感覚的な感性」を身に付けていく、ということです。

4つには「いろいろな人の意見を聞く」こと。

そういうことに気を付けながら代理決定をしていきます。代理決定が自己決定と結びつくようなものできるように、ということです。

その他、重症児にまつわる話題としては「QOL」「リフォームドコンセント（説明と同意）」などがありますが、今日は触れません。

以上をまとめますと

- ①「安楽・安心・安全な状態」というのが基本的に大事です。それから
- ②「身体機能・精神（知能）発達よりもむしろ、感覚・感情・感性の世界を大事にしてゆくこと」。重度であればあるほど、その傾向は強まると思います。それから
- ③「自己決定と関わる経験・安楽・安心・安全の環境」「介護者の考え」。それと
- ④「重度者を守るとか援助する、ということではなく、重度者が主体的に生きること、自立し、自己決定をす



ることを援助する」ということ。それに

⑤「代理判断・代理決定の意味と注意を身に付け」ながら代理決定をすることです。

### 《文献紹介》

最後に文献を紹介します。いずれも編著者は私です。

①「人間という生き物について(1)」、母と子の健康(1997, 11 第28号)

②「人間という生き物について(2)」、母と子の健康(1998, 6 第29号)

東京で年に2回だけ発行されているもので、連載を頼まれたものです。28号では発達の話、29号では障害の話を書きました。

③障害者の健康と医療保障、法律文化社、1997

11名で書いていて、総論を私書きました。障害者の自己決定やQOL、健康の問題を書きました。ここで今回お話ししました「自己決定」の問題を考えました。

④はだかのいのち、大月書店、1997

重症児に対したときの、こちらの感覚を中心に書きました。

⑤支子、旬報社、1996

「支」は「支流」という意味で、中心ではないという意味で、「支子」というのは本当は「妾の子」という意味です。障害児は主流じゃなくて、いるからしょうがないけど、本当はいいんじやないかと思われているのではないかという意味でつけました。もちろん、反語ですよ。

そして「支」にはもう一つ意味があって、「支える」ということです。障害児は人間社会を支えている中心的な存在である、ということです。今は傍流と思われるけども、本当は人間の中心的存在という意味です。

この本の内容は、家族からの聞き取りを記したものです。そして聞き取りの結果、障害児が家族を支えていることを実感しましたので、この名前をつけました。

それでは、これで話を終えます。どうもありがとうございました。

### 《質疑応答》

#### 質問■

※マイクが遠くてほとんど記録されておられませんので、以下の高谷先生のご回答をお読みいただき、各自で判断して下さいますようお願いいたします

#### 高谷先生■

修学旅行に行くということが目標になっていますが、一般的に大事なことは安全・快適に行けるか、ということ。そのためには周囲の同意と協力と準備が必

要になります。なかなか意見が合わないと思います。

ですから、ちょっとずつ、寝たきりであっても、まず10メートル散歩しよう、次は15メートル、次は1分間、次は日陰に入ろうとかですね。修学旅行が半年後だとしたら、計画をして少しずつ取り組む。そしてどの程度やったら具合が悪くなるのか、ちょっとずつ見ていくことが必要ですね。実際やっていくなかで、工夫した方がいいことや、どうしても無理なことが見えてくると思います。そうなると、同意が広がってくると思います。本人にとっても、そうやって少しずつ取り組みの幅が広がっていくことは気持ちがいいことだと思います。

そういう「過程」が大切ですね。最終的に当日調子が悪くなって止めても、それはそれで良いのではないのでしょうか。過程の中でその子がいろいろな経験をしたり、職員集団の意思統一が出来たり、その子の状態がより深く見えてくる、そういうことが大事ですね。修学旅行に実際に行けたかどうかと言うことは結果に過ぎない、と考えればあまり、むきにならずに仲良く出来るのではないのでしょうか。

#### 質問■

アメリカでは重症心身障害者のグループホームなどがある、という報告を読んだことがあります。今のお話の中で自己決定のことがありました。障害があるお子さんたちの家庭を回ってみて、在宅生活の中で自立に関して欠けていることや問題だと思われることがありましたら、教えて下さい。

#### 高谷先生■

最近障害の重い人でも、在宅で過ごしている人が多いです。それは家族の希望ということもあります。また本人が（施設でなく）在宅を望む場合もあります。

問題として、家で過ごすときには、介助で疲れることだと思います。ヘルパー派遣の問題と、緊急時や家族が疲れたときの入園入院体制が整っていることの保障などが大きいと思います。

それから周囲の目があります。それは一気に変わるの難しくて、そういう人が実際にそこにいる、変わっていきます。いろいろな人が日替わりで応援するようになってくれた時、家族が外の人を上手に迎える技術があるかどうか。人が来るとかえって疲れる場合もあります。家族がそういう付き合い上手であるかどうか。そしてそういう方向に考えてゆけるか。

最近、大津市で障害者の要望調査をしました。1500名全員を面接調査しました。肢体不自由・知能障害・精神障害・難病・視覚障害・聴覚障害など全部です。この時は案外「経済的援助」が多かったですが、基本的なことは先に話したとおり、介助の問題と緊急時の対応のことが一番大事だと思います。

#### 質問■

重度の子どもたちにとって、むしろ感覚・感性など

の世界が大切になる、家族的な雰囲気や環境がとても大事だ、というお話を頂きました。本校では元気な子どもたちや重度の子どもが一緒に学級編成をしています。普通学校に通う障害児の存在など、いろいろな考え方がありますが、先生はどのようにお考えでしょうか。

高谷先生 ■

うーん…なかなか難しい問題ですが…一つの形が一番良い、というものはないと思います。

障害者にとって、特に重い人にとって環境は非常に大切ですから、それを整えることが必要になります。その場がどういう形で確保できるのか。まずそれが確保されないと、場所が養護学校であっても普通学級であっても、どこでも悪い、ということになります。

それから障害児だからと言って、一律ではありません。騒がしいのが好きな子もいますね。

基本的には重症児にとって良い状態であることプラス一人ひとりにとって、どういう環境がいいか、ということを見つけてゆくことです。

嫌いな環境にしない、ということではなく、小さいとき程、いろいろな環境を経験することは大事ですから、様子を見ながらですが、いろいろなことをしてゆくことも必要です。小さいときに経験しないと、大人になってから選択をすることが出来ませんね。

障害のない子にとってはどうか。彼らは「人間社会にはいろいろな人間がいること」を知る、それは「少数」だとか「価値がない」とか「あかん」ということでなく、いろんな人がいて人間社会があるんだ、ということが分かる。そして、こういう人に対してはこういう環境でこういう授業をするのが大切なんだ、という理解が出来るような場が必要だと思います。それを理屈の上で教育をすることも大事であると同時に、感覚的に理解できるように、一緒に経験をすることも大事だと思います。

それを一般校の中に作るのか、隣に作るのか、今の養護学校と交流するのか、それはいろいろあると思うのですが、十分に考えていないので、それを今は言いにくいのですが、いずれにしても今のが一番ではないでしょう。これは何でも、今のが一番だということはないでしょうから。

質問 ■

医療的ケアについてです。本校でもカニューレの子の吸入が出来ないか、検討委員会で話し合っています。高谷先生のお考えをお聞かせ下さい。

高谷先生 ■

最近では、医療的ケアが学校でも出来るようにという方向に、厚生省も文部省もなっていると思います。一昨年、関東地方を中心として小児神経の医者が署名をしたんです。それが600ほど集まり、厚生省に提出しました。医療的ケアを学校でも出来るように、と

いう署名です。

で「医療的ケア」という名称ですが、これはつまり「医療」ではない、ということです。「医療に良く似たケアだけけど医療ではない」ということで、つまり「生活行為」なんです。障害が重くて自分で食べられないからお母さんが食べさせて上げるのと同じように、チューブであげる。自分で痰を出すことが出来ないから、機械で取って上げる、ということです。それが出来ないで生活に差し障りがあるという意味です。ですから「生活行為」と呼ばばいいと思います。

家でするのが生活行為なら、学校では何なのか。これは教育を行う上で欠かせない行為であるというふうに考えて「教育的ケア」であるということです。教育するための手段としてする、あるいは、それも含めて広く教育である、ということが出来ると思います。

一応、それを「医療」「生活」「教育」の3つで考えます。

「医療」というのは「不特定多数に行うもの」です。

家庭で行う生活行為は「自分の子どもだけに行うもの」です。特定の一人なんです。家ではインシュリンの注射も許されています。自己注射も自己導尿も認められています。それは特定の人、あるいは自分だけという制限があります。

学校は「特定の少数にするもの」です。そういう違いがあります。

医療でする場合は、治療の一環ですから、保険点数がつくということもありますが、「病院でやれば医療」「家庭でやれば生活」「学校でやれば教育」これでいいのではないかと思います。

同じ行為であっても、やる場所・人によって意味付けが違ってくることはありますね。例えば、何か相談することがあって弁護士に相談したら、それは弁護だから10万円請求されるかも知れません。しかし同じことを隣のおじさんに相談したら、もっといい回答くれたけどもタダ、ということはありませんね。隣のおじさんの話は弁護じゃありませんから。

今まで、医療的ケアが必要になるような子どもは学校にいなかった、新しい人に教育を広げる観点で、ものを深めたり考える必要はあるでしょう。

実際にやる場合には危険が伴いますから、ある程度の修練、と医者同意と、親の同意は必要です。技術の中には、若干の器具の購入や使用も伴います。緊急時の対応をどうするか、も決めておきます。

チューブは、口で食べるより安全なんです。口で食べると逆流して誤嚥することはありますが、チューブは胃にちゃんと入っていることさえ確認されれば大丈夫です。痰がたまっていたら引かざるを得ませんから、今まではどうしても緊急対応でやらないといけなくて、としてやっていましたが、本人の快適さということでやります。鼻が出たらかんであげる、ということをし

よう。  
全体としてはそういうことをしていく方向が大事だ  
と思います。していかないとその子の生活がせばめら

れることとなります。また学校で行えるということは、  
時間的にきちんと処置できることですから、その子の  
健康にも寄与します。

## <資料>

### 1. 人間の機能について

- 1) 身体：姿勢（地球の重力に対して姿勢トーンの調整）。移動（重力に抗して二足歩行による重心の移動）、随意的（反射的でなく）
- 2) 認識：外界の状態の把握、外界と事故との関係、知能
- 3) 感情：感覚、感情、認知、感性、心

### 2. 重症心身障害

#### 1) 重い身体障害

脳性まひ（身体障害の原因は他にもあるが）

感覚系（迷路、筋肉内・関節内固有受容体、皮膚、目）→脳→運動系、姿勢・運動発達の遅れ  
可塑性、生物学的修復と臨床的修復（異常な修復）、「運動の画一性」

#### 2) 知的障害（精神遅滞）

発達の質的転換（認識・獲得の「仕方」の発達、自由度の拡大）

知的（認識）発達の遅れ、質的転換期に時間のかかる、「認識の画一性」

タテへの発達とヨコへの発達（操作性と交換性）、「心の深まり」

「問題行動」「調節行動」

#### 3) 感覚、感情、心（重症心身障害者の精神世界）

聴覚 視覚 皮膚感覚 嗅覚 振動覚 回転・動揺覚 時間感覚 他

機能低下か、画一性か、障害がない場合と同一か、どのように異なるか

### 3. 「超重度障害児（超重障児）」について

身体の超重度障害 重度身体障害＋重度生命維持機能障害（特に呼吸機能）

重い知的障害をとまなうことが多い では感覚、感情、心はどうか

取り組みの基本は

### 4. 進行性疾患から

心身の機能低下と感覚、感情、心 大脳皮質と皮質下

### 5. 重症心身障害者（超重障児）への取り組み

1) 身体的に 安楽（苦痛がない、快適）（機能向上）

2) 精神的に、感覚・感情的に 安心（不安がない、快適）（精神発達）

3) 環境的に、社会的に 安全（事故がない、快適、社会的な制度、人の心）（環境・社会変化）

### 6. 重症心身障害者の「自己決定」とは

自己決定には自立が大事

自立は ①身辺自立 ②経済的自立 ③精神的自立

介助 社会保障 自己選択、自己決定

超重障児の「呼吸困難」の例から 重度者の「自立」

自己決定には「経験」「良い環境」「介護者の考え、配慮」 代理判断、代理決定

### 7. 重度の障害をもつ人への援助

1) 安楽、安心、安全な状態を

2) 身体機能向上、精神的発達（知能）とともに感覚・感情・感性の世界の発展を。むしろこのことが中心。

3) 「経験」「安楽、安心、安全の環境」「介護者の考え」

4) 重度者を守るとか援助するのではなく、重度者が主体的に生きること、自立し、自己決定することを援助する

5) 代理判断、代理決定の意味と注意を身につける

文献：高谷清：人間という生き物について（1）、母と子の健康1997.11第28号

高谷清：人間という生き物について（2）、母と子の健康1998.6.第29号

高谷清他編著：障害者の健康と医療保障、法律文化社、1997

高谷清：はだかのいのち、大月書店、1997

高谷清：支子、旬報社、1986

## I - 1 分科会報告（健康づくり）

### ■ I - 1 分科会 共同研究者による分科会のまとめ

佐藤 陽子

（信州大学医療技術短期大学部作業療法学科助教授）

#### 1. はじめに

本分科会では、以下のような3氏の発表を中心に討論を重ねた。最初に谷口順子氏（栃木県立盲学校教諭）の生きる力を育てる、次いで、宮島順子氏（飯田養護学校保護者）子どもの成長を見つめて～障害の重い子が学校へ通うために～、最後に斎藤昭氏（北海道手稲養護学校教諭）の睡眠障害のK児の発達を探る～快・不快の状態把握を中心に～の3編であった。共同研究者の立場から、2、3のコメントを述べることにする。

#### 2. レジュメおよび口頭発表の形式について

発表論文は、発表者の研究目的や研究方法ならびに考察を読み手や聞き手が十分に理解する必要がある。しかしながら、事前に配布されたレジュメは、紙の大きさや執筆の形式がさまざまであった。テーマがさまざまであったことにもよるが、A4かB4か、縦置きか横置きか、1段組か2段組かなど、論文の理解を助けるためにも、必要最低限、統一して欲しかった。

斎藤氏は、論文の形式が起・承・転・結に準じ、読みやすく、宮島氏は、起・承・転・結に則って書かれていたが、考察をより深めれば、学術論文として貴重な価値ある報告であると感じた。谷口氏は、準備不足の感を、否めず、その論旨が今一つ分かりにくいという印象を受けた。

#### 3. 谷口順子氏の発表に対するコメント

谷口氏は氏が考案したFBM (Facilitation Ball Method) の使い方とその効用について発表した。リハビリテーション医療の世界でも、ボールの材質は異なるが、同様の目的で使われることが多い。その目的とは、リラクゼーション、抗重力肢位による運動のしやすさ、前庭系刺激、固有受容覚刺激、触覚刺激などの感覚統合、平衡反応の誘発などである。氏は長年にわたって、特殊教育にFBMを用い、実績を挙げてきた教育者である。しかしながら、FBMの理論的裏づけを宇宙エネルギーという新しい視点で説明したが、素粒子の律動運動がFBMとどのような関連性があるのか、その理論は難解で、今一つ理解に苦しんだ。より分かりやすい、共感の得やすい理論づけが待たれるところである。

#### 4. 宮島順子氏の発表に対するコメント

宮島氏は、10年間のわが子の成長過程を、母親の立場から、時には、教育・医療・福祉に対する辛口批判と提言も含めて発表した。特にけいれん発作と筋緊張の出現が、天候、気温、水温、色彩・視覚的刺激、心因的要因、姿勢の変化、味覚など、項目ごとにその誘因となる因子とその出現程度を表にまとめた資料は、圧巻であった。

日頃、私たちは、重症心身障害児（以下重心児）の状態を知るためにバイタルサイン（体温、呼吸数、脈拍数、血圧など）、姿勢、肢位、反射・反応、筋緊張の程度、表情、笑顔、発声などを手がかりに、観察を主体に行っている。しかしながら、本発表では、けいれん発作や筋の過緊張・低緊張の原因をより綿密な観察や試みを通して、探り当てた発表者の努力は、敬服に値するものであった。

肉親だからこそとも言えるが、この深い観察力を教育・医療関係者は、見習うべきであろう。通常の観察だけでは、児童の状態像がつかめない場合には、この発表からたくさんの示唆を与えてくれるであろうことを期待したい。

#### 5. 斎藤氏の発表に対するコメント

斎藤氏の発表は、重心児に多く見られる睡眠-覚醒障害に焦点をあて、その機序を明らかにし、教育の充実を試みた発表であった。重心児の睡眠リズム障害は、メリハリのある規則正しい生活で改善することも多いが、本児童は、それに加えて、てんかん発作が睡眠リズムに影響を及ぼしていたとのことである。十分な睡眠確保に伴い、笑顔や発声、随意運動の出現など、きめ細かな教育方法と相まって、少しずつでも発達が見られたことは、氏の緻密な努力の賜であろう。

関節可動域の維持や筋緊張の軽減にマッサージや体操が行われていたが、重心児の骨は、非常にもろく、関節拘縮があると、特定部位に無理が生じやすい。加えて、抗けいれん剤の長期服用は、さらに骨をもろくする要因ともなる。マッサージや体操の施行時の留意点や注意点の論述があると、聞き手にはより親切ではないかと思った。

3氏の発表には、参加者からの質問も多く見られ、両者にとって実り多い分科会となった。



## 新しい生命観 F B M

～Touch Feel and Try によって学ぶ刺激と受容の体験学習～

谷口 順子

栃木県立盲学校

(〒321-0342 栃木県宇都宮市福岡町1297)

### 1. はじめに

F B Mとは Facilitation Ball Method の略で、障害児教育の現場で開発された直感力を高める教育方法の一つである。F B Mは減圧ボール（以下F B）を用いて、地球と身体の間隙間をつくることから始める自主学習である。F Bの直径の選択と空気圧の調整で、さまざまな触圧刺激と、モーメント力を持った位置エネルギーが生み出され、いろいろなポジションが楽しめる。この時実感される刺激は、ファジーなもので、視覚も聴覚も触覚も前庭覚もまだ未分化だった胎児期を身体レベル（潜在意識）で思い出させるようだ。空気圧と重力をプログラムしたF B Mで、新しい自分を感じ取ることで、理科教育における新しい教材として使用していただき、理科好きの子どもがたくさん育って欲しいと希望している。

### 2. 研究の目的

新しい学力観に立って日とが本来持っている、内なる感性を呼び覚ますことで生命観に対する認識を新たにすることを目的とする。

感じる理科、行動し確かめてみる理科の題材として、F B Mを学習する。F Bに心身をゆだねることで、鼻や絵を異なった色の光の中でみるように、誰もが無条件で自分自身の身体を違った感じで受けとめる体験をする。実践を通して生命観を問い直す。

瞬時に多次元に作用する身体の刺激と反応を繰り返し実感する。重力の縛りから解放された自由な身体を実感する。滑らかなポジショニングの変換や揺れや振動を体感する。「ああ、いいきもち！」と実感する自在性の中で身体意識（ボディ・イメージ）を確認し直す話し合いをする。

### 3. 研究の方法

直径95cm、75cmのF Bを準備する。空気圧を70～80%に調整する。膝と踵の関節が90度に近いところで静止する。足の平で身体を支え、揺れや振動を楽しむ。身体意識（ボディ・イメージ）を確かめあう。

### 4. 認識しあいたい生命観

「いのち」それ自体に力があり、「いのち」そのも

のに働きがある。そのことをしっかり感じ取る時間と場面を与えてやるだけで、身体の中でひびきあい、自然に目覚めていく変革である。オタマジャクシが蛙になるように確かにかわれる。生かしあいの目覚めである。「いのち」とは一個体の生き死にではなく、永遠に続いている働きそのものであって「いのち」の働く時間と空間にはいろいろな幅を持っている。

### 5. 結果と考察

F B Mからの刺激に反応した「いのち」の変容は、脳波に現れた。「からだ」が、いい気持ちと感じたときのエンドロフィン効果で、脳がα波を出すことは知られているが、それが「安静時（床に横になって）」の発現時間を1とすると「安静時（ソファに横になって）」が2、「安静時（F Bに横になって）」が20～30になるという結果を得た。

刺激への受容と反応は複雑系の極みであって、緊張するとか柔らかくなるとか現れた一側面の変化では言及しがたい。

ここにF B Mを題材として取り上げた理由を3点あげる。

- ①ストレス社会における自己管理として、有効な刺激のあることを知らせる。
- ②新しい学力観として人の刺激への反応を優位にコントロールする力を身につける。
- ③楽しく学び、理科好きになる題材の一つとして触れて感じて自ら試みるF B Mを理科教材としたい。

更にこの成果を実証した障害児たちの「いのち」が輝くことを希望している。

### 6. まとめ

21世紀を前にして、世の中は今大きく変わろうとしている。

教育現場でも深い見直しが要求されている。この時私たちは何を見据えて生徒と向かい合えばいいのだろうか？その答えを重い障害の子どもたちが、いのちのすべてをかけて顕示してくれているように思える。障害児教育を通して学び得たことを、普通教育の現場に還元したい！これが私の望みであり、使途でもあると感じている。

筑波の宇宙センターを見学した。宇宙ステーション計画で日本が担当する部分 JEMU の実物大模型に乗り込み、内部装置を見学した。無重力のため上下の別がない宇宙で、研究活動が続けるのに、「天井と床のない環境では、思考が深まらないので、内部は、全て地球上の環境と同じにしてある」という説明に、環境と「いのち」、刺激と反応ということの深い意味を感じた。飛行機酔いや、時差ボケでも分かるように、新しい環境に順応するにはある程度の時間が必要であるが、時間をさかのぼって過去の体験に戻ることは容易であることを、FBM で実証された。

「4. 認識しあいたい生命観」で述べた生命観の認識の指標で、人為の学習活動は常に一時点に焦点が当てられるため部分と全体の関係が見失われがちである。しかし、自然は常に全てが一体だ。特に「いのち」の働きは不可分で宇宙単位の時間から、量子の世界まで全てが同時に作用して、一つのいのちが現されている。「いのち」として既に体験したことは、昨日のことも、10年前のことも過去の全てが瞬時に作動して「いま」の反応がつけられるという学びを得た。

花火が光った後で音が聞こえるように、私たちの感覚は諸処の条件をミックスされて外界を含んで受けとめている。生体内の「いのち」そのものの働きは全て直結している。そのために生じるストレスを解消するのが FBM である。

本研究は実践からの提言であって学問的裏付けはない。その証明を近い将来に期待して1300ケースにのぼる症例の「いのち」からのメッセージとする。

## 7. FBMによる授業展開例

- 1) テーマ 感じる理科、行動し確かめてみる理科としての刺激と反応

### 2) ねらい

- ① 自分自身の「からだ」を通して「いのち」の働きについて考察する。
- ② 「いのち」それ自体に力がある。「いのち」そのものに働きがある。
- ③ 「いのちの力」「いのちの働き」とは何かを話し合う。

### 3) 準備物

直径95cm、75cmのFBを各1個（生徒数に応じて2～3組） 空気入れ（ヘアードライヤーでもよい）  
心を鎮め、呼吸を整える聴覚刺激としての音楽（宮下富美夫のCDなど） 運動しやすい服装

### 4) 実験

あらゆる緊張から、自分を解放する。くつろいで自由な自分を実感する。この時の脈拍、呼吸数、血圧などを測定しあう。

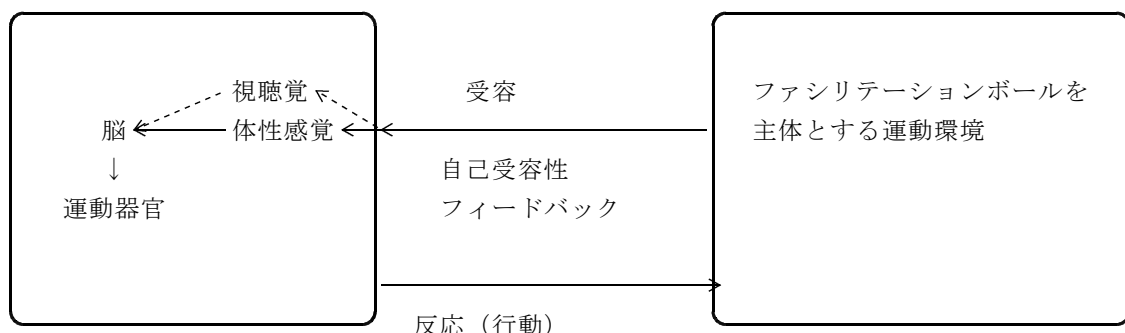
### 5) 方法

FBの空気圧を75～80%に調整する。FBを2球並べて96cmの方に腰掛ける。足を肩幅に開いて床に着き、体幹のバランスをとる。足を着いたまま後方に身体を倒し、2球連結された75cmの方に肩～頭部を置いて、FBに身体をゆだねる。（この姿勢がエンドロフィン効果によりα波が出やすい条件である。）

※注意 この時の腰は、床に横になった時と同じ状態になるのが望ましい。頭位が、6～10度傾いた低い位置になる。このことが生理的に重要な意味をもっている。また、比較実験としてFBを1球で同じ姿勢の刺激を味わうのも良い。

FB取扱店 オリオン サプライ社 伊藤牧人

(Tel 0289-64-7733 Fax 0289-62-1113)





## I - 2 分科会報告（身体づくり）

### ■ I - 2 分科会 共同研究者による分科会のまとめ

桑原 輝雄

（東京都立府中養護学校機能訓練部教諭）

昨年に引き続き、今年も「身体づくり」の分科会に参加させていただきました。昨年の参加者は、どちらかという経験が浅く、聞きたいという方が多く、私が2時間弱お話をさせていただくような場面もありました。しかし、今年は、しっかりと課題を持って参加された方が多く、質疑も活発で、実践の交流ができたのではないかと思います。

レポートは、2本。ひとつは、ご両親が熱心にドーマン法にとりこんでいて、授業の中で訓練の手伝いをしながら、先生が自由に指導できる時間が30分。その30分の授業をみて、ドーマン法以外にも必要なことがあることを受け入れ始めようとしているという実践。もう一つは、視聴覚の障害を併せ持つ子どもと8年間取り組んで、食事姿勢や、お母さんへの調理指導、お母さんと一緒に生活リズムの改善に取り組み、スクーリングへ。そして、そのスクーリングでほかの子どもとの交流をみて、我が子を見直す良いチャンスになったというものです。

討論の中では、訓練法に対する思いや、あれもしてあげたい、こんなことも必要ではないか。自分の経験ではと活発な意見が出されました。

質問に対するレポーターの答えからは、ドーマン法に熱心な両親が変わってきた30分の授業の中身や、二番目のレポートのお母さんと一緒に取り組んできた内容など、貴重な実践が返ってきました。「ビデオがあれば」とか、「もう少し具体的な授業の工夫がききたい」などの声も聞かれました。

その中で私が感じたことは、「身体づくり」は、生活リズムの形成や健康と密接に結びついていると言うことです。いわゆる訓練法を論じることも必要ですが、わたしたちが、日々の実践の中で「身体づくり」の取り組みを進める場合、なにをしたらよいかということです。

医療やリハビリテーションなどの障害に対する科学的な見方をふまえ、授業の中で工夫されているもこと

がたくさんあると思います。ゆさぶりにしてもシートブランコやロールマット、わらべうた体操やロボット体操など、オリジナルのものがたくさんあると思います。

「身体づくり」というと、理学療法や作業療法、「～法」とか「～訓練」というように技法に結びつきやすい部分がありますが、ちょっとしたアイデアで効果を上げる場合があります。そんなアイデアをたくさん出し合ひましょう。

二つ目は、「身体づくり」からはちょっとはずれるかもしれませんが、障害の重い子どもたちにとって、いわゆる訓練とか、体操とか、全身に対する働きかけではなく、手に対する働きかけも必要だとおもいます。子ども自身が、手を使って外界に働きかけやすくするための工夫、遊びや先生との関わりなど、「やりたい」「動きたい」というような気持ちを育てていく実践も深めていきたいと思います。

これは、訪問教育だけでなく、学校に通学している子どもたちにも共通にいえることですが、家庭という限られた環境であること、集団的な関わりが少ないなど条件が限られています。そうした中でどのように授業展開していくのか、というような課題についても深めていきたいと思います。

もう一つは、分科会構成です。健康、生活リズム、身体づくり、体温調節、睡眠、食事と摂食機能など、それぞれ密接に関わっていますので、「健康づくり」の分科会と重複する部分が多いと思います。授業や教材・教具の工夫、教育課程や指導体制などをしっかりと話す分科会もあっていいのではないのでしょうか。

「身体づくり」の分科会は、医療やリハビリテーションとの関わりが強く、わからないことがたくさんありますが、授業の教材工夫、保護者や他分野との連携など、たとえ小さなことでも持ち寄って、みんなで大きな成果に育てていきたいと思います。

## 視聴覚の障害を併せ持ったHさんとのかかわり

阿久澤 喜久恵

群馬県前橋市立養護学校

(〒371-0018 前橋市三俣町2-10-2)

### 1. はじめに

覚醒レベルが低く、昼間でも眠ってしまうHさんは、触覚に対する防衛反応が強く、かかわりに対して不快反応を示すことが多く、まだ一度も微笑みを見せてくれない。

Hさんはスクーリング時や通院以外は、家でそっと寝かされている。家族のかかわりも十分とはいえ、生活面や身体面などさまざまな課題を抱きながらも、たくましく生命活動を維持し続けている。

Hさんへの指導の手立てを模索しながら、他動的に身体を動かし、身体の活性化を促す試みを行ってきた。

わずかではあるが、自発的な運動が増えてきている。またHさんにとって、‘より良い生活’を願いながら、母親支援にも配慮したかかわりを探り、今日までスクーリングを中心とした指導を行ってきた。

### 2. K・Hさん(中3女子)のプロフィール

#### (1) 生育歴(略)

昭和58年10月25日生まれ。正常分娩  
生後5ヶ月時に脳髄膜炎を患う。その後、てんかんの重積発作が毎日頻発するため、ホルモン療法を受けた結果、発作は一日数回までに激減する。

#### (2) 家庭環境(略)

両親と4才年下で小5の妹と4人家族。4年生の夏まで市営アパートに居住する。妹が学齢になるのをきっかけに、父親の実家に新築して転居する。

#### (3) 生徒の実態

##### ①病名及び重複する障害等

- ・細菌性脳髄膜炎後遺症の四肢まひ
- ・難治性てんかん ・水頭症
- ・聴覚障害(左一聾、右一難聴)
- ・視覚障害(光覚反応あり)

##### ②身体や運動の様子

- ・右側のまひが強い。右股関節拘縮する。
- ・左股関節は脱臼し外旋して、左下肢が右下肢の上に乗るように交差する。
- ・頭部は左一側を向き、ATNRの肢位でいる。
- ・晩秋から春先にかけて手、足、鼻、耳がしもやけで赤紫色に腫れる。
- ・覚醒レベルが高い時、後頭部の擦りつけ運動をする。不快時は左腕による擦りつけと左手の掻きむ

しりが観察される。

- ・後頭部の毛髪はすり切れて禿げている。首や肘の内側などは湿疹やひっかき傷がいつでもできる。
- ・食に対する欲求は強い。

### 3. 今年度の指導目標

- (1) 健康の保持増進を図る。
- (2) 生活リズムを整え、昼間の覚醒レベルを高める。
- (3) 過敏性を和らげ、触感覚を中心にいろいろな刺激の受容力を養う。
- (4) 全身の他動的運動を行い、各関節の拘縮の進行を防止する。

### 4. 指導方針

- (1) 体調が安定している場合は、指導の場を家庭から学校に移しスクーリングを行う。
- (2) 指導時間は通学生に準じた学校生活が体験できるように配慮し、柔軟に行う。
- (3) 頭部や左手などの擦りつけの常同行動に対する対処を工夫し、かゆみ(汚れ、皮膚に付着した毛髪等、アトピー)が原因しているかどうかを見極めて適切な方法を取り、皮膚保護と清潔を保つ。
- (4) いろいろな抗重力姿勢を取り入れ、リラックスした状態で重力を感じ取れる。
- (5) 聴覚に障害を持っていても、聞こえている可能性を信じ、聴覚刺激を行う。

写真 お散歩中

## 5. 指導内容

- (1) 皮膚鍛練をねらった外気浴をする。
- (2) 全身を他動的に動かす。(粗大運動)
- (3) 各関節の可動域訓練
- (4) 抗重力姿勢を取る。
  - ・腹臥位
  - ・側臥位(左下、右下)
  - ・座位
- (5) 過敏性に対する脱感作訓練
- (6) 触刺激を中心にさまざまな感覚刺激を行い、感じ取る力を養う。
  - ・水の刺激(冷水、温水による部分浴、全身浴)
  - ・触覚、圧覚刺激(タッピング、マッサージ、バイブレーション、ブラッシングなど)
  - ・聴覚刺激(種々の音や声、音楽を聴かせる)
  - ・前庭感覚刺激(ボールプール、ボールスライダー、訓練用ボール、キルティングブランコ、揺さぶり遊び、座椅子シーソーなど)

## 6. 指導の経過

### (1) 平成2年度の様子《新一年生》

母親と入学式に出席する。バギーの上でぐっすり眠っていて一度も目覚めなかった。家庭訪問指導が始まって、まもなくいくつかの問題点が見えてきた。

①食事はカステラ、バナナ、牛乳といつも同じものばかりで水分摂取がはなはだ少ない。

②入浴していない。母親は「熱があるので、風呂に入れられない。垢では死なないので無理に入れたくない。」といい、Hさんの全身の皮膚は粉を吹いていた。

まず、摂食指導から開始する。もっといろいろな食品を食べさせる必要性和食べさせる時の姿勢づくりの工夫からはじめた。『食べる機能の障害』(金子芳洋編)の抜粋コピーの内容を参考にしてもらった。水分は口が閉じられず取り込みに問題があったが、どろどろ状の物はよく摂取できた。

発熱の問題もすぐに解決した。水分不足であることといつも布団の中にいて熱がこもりやすいこと。また体温コントロールがうまくいかないこと等で、病的な問題ではないため、入浴させることをお願いした。

姿勢変換や運動をさせても、眠っていて声も出さずにいることが多かった。

夏の頃、父親の休日に合わせてスクーリングを実施した。ベランダにバスタブを出し、湯を運び、沐浴をさせた。バスタブに身体を沈めると、お湯が真っ白く濁った。古い皮膚が垢として浮き出したのだった。上がり湯を何度もかけてきれいにした。

手足の爪も長く伸び、耳の穴は耳垢で詰まっていた。

### (2) 2～3年生の様子《S、K担任による指導》

スクーリングが前年より多く実施された。欠席は

主に妹の体調と家庭の都合であった。

### (3) 4年生の様子《粗大運動、転居、しもやけ》

5月からスクーリング開始。賑やかに朝の会が始まっても、Hさんはすぐ眠ってしまう。クラクション音のラッパを鳴らして、名前を呼びかけると、驚愕反射を起こしたり、瞬きで反応しているらしい様子も見られたが、反応は一樣ではなかった。

身体を動かされても、始めのうちは不快そうな発声をしながらもすぐ眠ってしまい、されるがままであった。腹臥位で両腕を前に出す姿勢を多く取った。

背骨の左側弯がわずかに生じていた。左に比べて右の筋力が弱く、食事の際にいつも抱き寄せられるため、生活上の2次的な障害と考えられた。

晩秋になって冷え込む頃には手足が霜やけで腫れ上がり、凍りついたような手を湯と水に交互につけながら30分程マッサージして血行を促し、軟膏をつけてスキンケアをした。

家庭訪問指導に出かけた時、8月に新築したHさんの家は、前のアパートに比べて底冷えする寒さがあることがわかった。

### (4) 5年生の様子(H担任)《動作訓練》

担任の意向でスクーリングはなし。指導内容は腕上げ訓練が中心。家庭の都合による欠席が多かった。一年間体重増加は無く減少していた。

### (5) 6年生の様子《摂食指導、座位保持椅子》

5月の連休明けからスクーリング開始。

抱きあげた時に、身体が一枚板のように感じられ筋緊張の強まりも感じた。身体のしなやかさが減って、関節にゆるみが無くなっているようだった。

他動的な運動では、大きな関節からゆっくり動かし、左右同時運動を行ってから左右分離運動をするとう動きがスムーズに感じた。

バンゲード方式を参考にして、口唇訓練と同時に過敏性を和らげる訓練(脱感作)を行った。上唇の動きを引き出す訓練として、ヨーグルトを使って継続指導とした。

この時はHさんは好物のヨーグルトに関心を寄せてくれた。口輪筋や咬筋のマッサージ等は家でも手軽に取り組みると考え、母親にも協力をお願いした。

抱っこの食事姿勢は、Hさんの背骨の側弯にも悪影響が生じると感じた。このことから摂食指導の際の姿勢を工夫検討するに至った。

座椅子を90度の角度に折りたたみ、座椅子の下に高さ20cmの三角マットを差し込み、空気圧を減らしたファシリテーション・ボールで後ろを支えると安定した姿勢が取れた。左手で頭部を支えながら、右手でスプーンを運べるので、Hさんの背骨に無理がかからず、抱く姿勢より望ましいと感じた。

姿勢の改善を図るために、家で座位保持椅子の利用を検討してもらった。車椅子を作り替える時期だ

ったので一緒に椅子の申請を出してもらうことにした。

#### (6) 中学1、2年の様子《洗髪、体重の増減》

6年生の12月末から使用始めた座位保持椅子が4ヶ月足らずで破れて中綿が外に飛び出していた。

頭部の擦りつけで椅子を見事に破いたのだった。

家で椅子を使い始めたら、寝かせっぱなしから、座らせっぱなしになってしまい、決して姿勢の改善になっっていなかった。

長時間座ったままでいたことで、背骨の歪みもさらに強くなった。

髪が長く伸びていたが、いつも梳かさず登校してきた。そこで学校でブラッシングをすることにした。

過敏性が強いHさんはブラッシングを大変嫌がった。頭髪に静電気が発生していて逆立ちしたり、絡んで梳かせなかつたりするので、シャンプーをしながら梳かすことにした。

瞬間湯沸かし器の側に幅広の背の低いテーブルを用意し、その上に三角マット類を組み合わせHさんの専用シャンプー台にした。衣服も濡れず寝た姿勢でゆったり洗え、なかなかいいシャンプードレッサーだった。朝の会后、毎回のようにシャンプーして髪を結んだ。体重は順調に増加したが、長期の休業明けに計ると体重が減少している。なんとか体重を取り戻す頃には次の長期休みに入り、また減らして…の繰り返しとなってしまった。スクーリング時に学校で捕う食事がHさんの体重増加を支えているようだった。

便は2週間以上～18日間も排便しないこともそう珍しくないため、緩下剤を処方してもらうことや浣腸を勧めてみたが、母親にはさほどの問題とされなかった。

#### (7) 今年度の様子《水の感覚刺激、便秘対策など》

顔面の擦りつけで、いつも左手が鼻汁と唾で汚れているため、年間通して手洗いをを行い、清潔を保つことと水の刺激に慣れさせることにした。これは水遊びの事前指導にもつながり、晩秋からのしもやけ対策としてスキンケアにも関連づけられると考えて行った。

7月の猛暑時、バスタブで水浴びをした。昨年と比較して不快反応が減って、穏やかに水浴びできた。

Hさんが一番穏やかそうな表情をするのが食事場面であった。可能な限り摂食指導を組み入るように配慮した。

運動や姿勢面では背臥位の姿勢で膝を立てて、腹筋の緊張を緩めるようにした。腹筋の刺激として、

三角マット上で腹臥位の姿勢を取らせ、腹部下に空気圧を半分程にしたボディボールを入れて揺さぶり運動などを行った。

6月から週に1～2回の割で、排便できるようになった。排便できる日はスクーリングでたっぷり食事をした日となってきている。

この調子で排便のリズムが定着確立することを願っている。

数年前から、Hさんの車椅子が体に合わず両足が床に着いてずってしまったり、頭部が右後ろに反り返って背もたれから落ちる等のため、「作り替えをしてはどうでしょうか？」と母親に働きかけてきたが、そのままになっていたが、夏休みに入る前に何とかやっとなり、車椅子の作り替えの話がまとまり、申請してもらえることになった。

#### 7. おわりに

視覚、聴覚が機能していないHさんとのかかわりは‘人と人のかかわり’で触覚へのアプローチが中心となった。身近にある教材教具を組合せたり使い方を工夫しながら行ってきた。

長年のかかわりの中で姿勢や運動に関する取り組みが比較的多かったのは、「拘縮や変形の進行をさせたくない。」という担任の思いがあった。

姿勢の工夫や運動の方法等は必要に応じてその都度試行をくり返しながら改善を行ってきた。

Hさんは不快反応を表出しながらも、担任といっしょに身体をたくさん動かしたきたは、Hさんにとって大事な活動であったと思う。

Hさんの擦りつけの運動は、単なる自己刺激的な常同行動だけでなく、外界へ向かって自己存在をアピールをしながら、かかわりを求めている行動のようにも感じられ、Hさんから発せられるサインの一つではないだろうか。

これに対してかかわる側がそれをどの程度受け止められるか、むしろ問われなければならないだろう。

Hさんも触覚に対する防衛系ばかりでなく、弁別系の働きも少しずつ芽生えてきている。

Hさんとのかかわりには、まだ解決していない問題がたくさんあるが、Hさんの生活の質が少しでも高められるよう、またHさんが家庭の中で忘れられた存在にならぬようにと願いながら、保護者の関心を喚起しつつ取り組んできたつもりである。

残念ながら、甚だ力不足で保護者の姿勢を変容させるまでに至らなかったが、卒業するまでに残された日々を訪問指導する中でHさんと共に歩みたい。

## I-3 分科会報告（コミュニケーション）

### ■ I-3 分科会 共同研究者による分科会のまとめ

川住 隆一

（国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部）

#### 1. 分科会の発表内容について

本分科会では、①嵐 迪子（北海道札幌養護学校）：人工呼吸器をつけたEちゃんの豊かな発達を目指して—コミュニケーションの方法を探る—、②飯沼楨子（新潟県立村上養護学校）：高等部の取り組み・生き生きとした顔と心と体を求めて・FBMの実践・心身の調和的発達を目指して、③馬場勝幸（京都府立南山城養護学校）：笑顔を見つめながら、および、④松尾昭彦（長崎県立諫早養護学校）：R君の生命と向き合っ—1学期の実践を振り返る—の4報告があった。

以上のうち、①の嵐報告は、ウエルドニヒホフマン病という難病に冒されて出生時より入院中の児童について、そのコミュニケーション手段の拡大を目指してきた6年間の経過を整理したものである。対象児は人工呼吸器を装着し、寝たきりの状態であったらしいが、「小さく頷くような動きで、『イエス・ノー』の意思表示が出来た」ことを糸口に、その後、絵や絵文字、シンボル等でまとめたコミュニケーション・ノートの活用を通してやりとりが可能となり、さらにシンボルやひらがな文字からなるサウンズ・アンド・シンボルズによるやりとりへと広がりを見せている。

②の飯沼報告も、レット症候群という難病に冒された女生徒への対応を取り上げたものであるが、タイトルから推測されるように報告者のいろいろな思いが込められた内容であった。すなわち、高等部の養護・訓練の内容のあり方、レット症候群児への対応のあり方および「ファシリテーション・ボール・メソッド」の効用について述べられ、特に最後の方法論について重点をおかれていた。ただ、本分科会とすればこの報告は、コミュニケーションという観点から本児の対人行動（人への接近行動、人とのやりとり、精神的緊張状態の増減等）について再整理してみるとさらに貴重な示唆が得られる内容のように思われた。

③の馬場報告は、健康面で種々の問題を有し、また、様々な働きかけへの行動発現も微弱であるという意味で生命活動の極めて脆弱な女児への教育実践をまとめたものである。睡眠覚醒リズムも未確立であり、教育的係わり合いが容易ではなかったことが予想されたが、

笑顔をはじめとして徐々に好ましい行動発現がみられてきているようである。ただこの報告も、コミュニケーションという観点からの実践経過の整理が十分ではないと思われる。意思を伝達し合うという段階に至っていないケースではあるが、教育実践に当たりコミュニケーションの土台づくりとしてどのようなことを心がけ、どのように子どもの行動を捉えたかを整理することが重要である。

最後の④松尾報告は、本年度初めて訪問教育を担当した報告者の1学期間の取り組み経過をまとめたものである。対象は、交通事故による脳損傷で重い後遺症が残った高等部在籍の生徒である。報告者は、本生徒を取り巻く人々から得た様々な情報を整理するとともに、本生徒に対する自身の取り組み経過をコミュニケーションも含めて種々の観点からまとめている。ただ、この報告では、1学期間の実践を踏まえコミュニケーションという観点から改めて何が言えるのか、あるいは、2学期以降の実践にどのような見通しを得られたのか考察がなされておらず、この点が残念であった。

#### 2. 本分科会の充実のために

以上の4報告を踏まえれば、今後本分科会がさらに充実するためには、以下のような報告が期待されるのではないと思われる。

- 1) 上記①のように、種々の実践内容からコミュニケーションに的を絞ってまとめること。
- 2) 取り組み期間が短いために①のようには的を絞れないが、実践経過を種々の観点から整理し分科会参加者との意見交換を望むならば（このような方が多いと思われる）、観点の一つとしてコミュニケーションをどのように捉え、子どもとの係わりをどのように意図して行い、子どもの行動発現をどう捉えたかを含めて整理すること。
- 3) 2)のようにコミュニケーションという観点をひとつの柱として実践経過を整理しにくい場合は、考察の段階で実践内容をこの観点からどう考えるかを述べること。

## Aさんの笑顔を見つめながら

馬場 勝幸

京都府立南山城養護学校

(〒619-0231 京都府相楽郡精華町山田)

### 1. はじめに

訪問教育担当になって3年目、Aさんの担任としては2年目となりました。

養護学校に勤務しては、12年目の長きです。しかし、教育実践上は日々立ち止まりの連続です。

担当しているAさんは、重度の肢体障害と知的障害、視力障害があります。気管切開、吸引、経管栄養等の医療的ケアも常時必要な子どもです。

いわゆる「最重症児」との言葉が当てはまる小学部2年生の女の子です。

しかし、その重い厳しい障害とは対照的に、とても素晴らしい笑顔の獲得もあります。そして、その笑顔の中味を確実に広げている子どもでもあります。

人同士のつながり合いであるのがコミュニケーションだと思います。この力がもっと豊かになる中で、Aさんの命は、もっともっと輝くだろうと思います。

今回の報告は、そんなAさんとの1年半の歩みを振り返っての思い出のようなものです。

率直なご批判を頂ければ、幸いです。

### 2. Aさんのこと

#### (1) 健康、生活に関して

てんかん発作は、生後2カ月に初めて起こりました。1点を見つめ、硬直し、目が吊り上がり、顔色も土色に変わる発作でした。

その後、2歳くらいまでは、病院のベッドが軋むくらいのみオクロニス発作が、何度も起こりました。抗けいれん剤による脳萎縮や顔面膨張もありました。

発作は、現在では概ね週1回程度で、まず身体が硬直し、その後けいれんが起こるケースが多くあります。しかし、その逆のパターンもあります。うまく眠りにつけないための寝不足での疲れや風邪での発熱等が発作を誘発する場合があります。

呼吸については、気道が狭く、痰を出す力が弱いため、5歳の時に気管切開となりました。切開後の半年は、身体がなじまず、2～3分間隔の吸引の連続でした。また、現在においても体調が良くないと、同様の頻繁な吸引が必要となります。

肺は、肺炎等の影響により右肺上部の機能不全(約1/5の損傷)で、自力呼吸に弱さがあります。家庭には、在宅酸素器が設置されており、常時、カニューレからの酸素注入となっています。

尚、家庭には、パルスオキシメーターがあり、常時作動して、心強い味方となっています。病院への緊急入院等の際の移動では、酸素ボンベの携帯となります。

脈拍については特に問題がありませんが、体温は、気温に対応しにくく、6月と10月以外は、年間を通してクーラーとヒーターが常時作動しています。汗は、かくことができます。

栄養摂取は、全て経管で行っています。エンシァリキッド600mlと少しのトマトジュース等をとっています。経管栄養は、生後すぐからですが、3歳の時は、「あんこ」や「大根下ろし」を口から食べたことも少しだけありました。

身長は120cmですが、体重は15kgしかありません。歯は、昨年度の3学期に前歯が抜けて、その後、生えてこないことが気になっています。薬の副作用で、歯茎の腫れがあったり、歯を使っていないことがその原因のようです。

排泄については、排尿は1日3回程度です。排便は、昨年度の入院後より自力排便ができるようになりました。

写真 お父さんと一緒に8歳の誕生日

た。主治医からは、肛門筋等の成長ではないかとの指摘がありました。

睡眠覚醒のリズム（別紙）は、極めて不安定です。しかし、長い目で見ると、一定のリズムもあるようです。但し、主治医からは、重度の知的障害と視力障害のために、いわゆる正常なリズムを確立することは大変難しいとの指摘があります。

## （2）運動、姿勢、感覚に関して

運動の力では、立ち直り反射はまだありません。四肢や首は、最近、自分で動かせることが増えました。特に、両腕がよく動くようになってきています。経管栄養のチューブを無意図的ですが、自分で抜いてしまうことも出てきました。また、眠い時には、左手で目をこすったりもします。しかし、顔に布がかかったりして不快になっても、それを自分で払いのけることはまだできません。

両足は内転があり、生後10日に矯正の手術を受けました。両足には、SBLを付けています。右手の指は、内側に屈曲して固まっています。

普段の姿勢は、呼吸機能の障害とも関係して、仰向けのいわゆる「寝たきり」の連続です。少しでも姿勢を変えると、痰がよく出たり、チアノーゼでしんどくなるケースが多くあります。

介助での身体の動きがあるのは、部屋の掃除での移動や週1回程度の入浴のみです。

皮膚感覚については、普段から物に触れたりすることが大変少ないために、全身がとても過敏です。とりわけ足は、その過敏さが強く、触るとビクビクとのクローヌスを起こすことが多くあります。

視力については、眼球に異常のない皮質盲で、明暗はかなり分かります。いきなり室内を明るくすると、「びっくり反射」がありますので、お母さんは電気をつける時には、Aさんの両目を手で覆い、ゆっくりとその手を離していかれます。

## （3）認識や対人関係に関して

表情の変化では、生まれてずっと泣くばかりが続いていましたが、3歳の時に初めての笑顔がありました。病院内のベッドの上で聞いた「おむつのマジックテープ」を外す音、入り口の「戸の開閉」の音、「鉛筆を落とす」音等に対する笑顔でした。びっくりした感情が、笑顔として表れたようです。

現在では、カーテンの開閉、瓶への水のそそぎ込みベットの柵を下ろす等々の日常生活の中にある音でよく笑顔が出ます。但し、それらは何度も聞く中で、自分の記憶に残った後です。だから、初めての音で笑顔が出ることはまずありません。

そして、笑顔の中には、幾つかの種類がありますが、その中の「大笑い」は、喜べないものです。大きな音等での「びっくり」が強すぎて、必死の笑いとなり、そのまま長く続き、しんどくなってしまうことがよく

あるからです。いきなりの激しい音は、禁物です。

対人の力では、お母さんの存在は特別のものとしての獲得があるようです。同じような声のかけ方でも、お母さんの声は、特別のバイパスとして、Aさんの心に激しく響いている感じですが。但し、初めて出会う人でも、耳が慣れてくると、穏やかな笑顔が返せることもあります。

## 3. 教育課程

### （1）教育目標

- ・睡眠、覚醒の安定した生活リズムを確立し、感染症や障害に負けない健康で丈夫な身体をつくる。
- ・様々な姿勢が取れたり、首や四肢等の自発的な運動の力を広げる。
- ・聴覚や視覚、皮膚感覚等を通して、外界を認識する力を広げる。
- ・対人関係の力を広げ、自分の思いを表情や動作で表す力を高める。

### （2）指導計画

- ・週2～3回の訪問を行い、1回は2時間とする。
- ・訪問者は、担任の他に、月1～2回は養護訓練担当が行う。

### （3）指導に対しての留意点

- ・Aさん自身の睡眠、覚醒リズムへの働きかけは最小限にし、健康状態を後退させることにつながる取り組みはしない。
- ・働きかけの際は、視力障害や音、感覚への過敏さを十分に考慮して、声かけを必ず入れ、緩やかに接していくようにする。

### （4）指導内容

<「からだ」、肢体に関する養護訓練の学習>

- ・関節可動域の拡大、リラクゼーション、姿勢変換の取り組み（特別ベット、抱っこ、膝立て等々）

- ・脱感作の取り組み

<「みる、きく」の学習>

- ・楽器の音や様々な音を聞く取り組み（ギター、オカリナ、鉄琴、鳥笛、鈴等々）
- ・指導者からの言葉かけや歌を聴く取り組み（絵本等々）
- ・光での刺激を受け止める取り組み（蛍光灯、赤いボール、ベットメリー等々）

## 4. からだ、養護訓練の取り組み

### （1）健康について

当初、授業の時間帯はスクーリングや通学籍への移行をめざし、午前中を基本にしてスタートしました。

また、それまでの本校の実践から、上記をめざし、内容的にもかなり精力的な取り組みを毎回展開しました。

しかし、1年生の夏休み後半に、風邪と発熱で3週

間の入院となりました。入院中は、高熱が続き、表情の変化も弱く、体重もかなり減りました。

入院時の状況から、入院と訪問教育との関係は分かりませんが、1学期の取り組みは確かにハイペースでした。「本人にとっても、家族にとっても、病院生活はとても大変です。ぜひ、再び入院とまらないようにしたいです。」とのお母さんの言葉が何度も出てきた最初の半年でした。

その後、1年生の後半から2年生当初にかけては、体調の良くないことが多かったので、かなり緩やかな取り組みへと変更しました。眠そうにしている時は授業を完全にやめたり、Aさんの部屋に入ることも控えたりしました。また、訪問の時間帯も、時々の実態に応じたものに変更したり、訪問そのものを中止したりすることも増やしました。

主治医からは、「Aさんのことを一番よく理解しているのは、お母さん。」との言葉を受けていました。お母さんは毎日、毎時間、Aさんの健康状態に応じた対応を進められ、記録も逐一丁寧に綴られていました。今後も、そのお母さんの意見を最も重視しての取り組みを進めていくことが大切と思っています。

## 5. 姿勢変換、手指や足関節の変形防止、脱感作の取り組みについて

1年生時の1学期は、いろんな姿勢が取れることをめざすための「抱っこ」を毎回の授業で行いました。抱っこは、指導者との関係を深めることも、同時にねらえる取り組みと考えました。家庭でも、入浴の際にお父さんが行っておられるので、「できる」取り組みと考えました。

取り組みの中では、ベットから抱き上げる時の不安そうな表情と、ベットに戻る時の安堵感の表情が毎回よく分かりました。ベットは、Aさんにとっては、家の中の家のような感じです。また、抱っこの最中、足先が宙に浮いていると、不安になることも、良く分かりました。更に、抱き上げる時に首を上げ過ぎたために、カニューレが喉にあたり、大変、苦しい状態にさせたことも忘れられません。

1年生の2学期は、養訓担当者が作成した特製の椅子に座ることに取り組みました。椅子は、座位の角度や身体の幅に合わせて大変きめ細かく作られ、後の文化祭発表にも使いました。

しかし、ベットでの姿勢に比べると、大きな姿勢変換があるので、現在は使用をやめています。Aさんにとっては、少し上半身を上げるだけでも、私たちにとっては「逆立ち」の姿勢のような場合があると考えています。

2年生時になってからは、1年生時の3学期に調子の悪いことが多かったので、ペースを落とし、ベットの上での取り組みのみに限定しました。特に、養訓専

任者からのアドバイスを受けての両肩を上げたり、腰をひねったり上げたり、膝を立てたりの取り組みを中心に進めましたが、微妙な働きかけの違いで、不快な表情と穏やかな表情の違いがよりはっきりと分かってきました。また、養訓専任者の指導では、40分間程度の取り組みでも、一切、問題なく受け止められたこともありました。

脱感作の取り組みでは、よく動いている腕や手では、歌いかけ等でさわると、穏やかな笑顔の返せることが出てきました。特に、最近では、掌へのくすぐりでの笑顔も見られるようになりました。

一方、布団の中に入っていて、あまり動かすことも少ない足は、今も極めて過敏です。脱感作を始めるときは、必ず声をかけたり、身体へのふれ方も掌全体の広い面を使い、表情をしっかりと見ながら、ゆっくりと取り組んでいくことが今後も大切だろうと思います。

## 6. みる・きくの取り組み

### (1) 楽器や歌いかけの取り組みについて

生育歴や日常の様子から、授業の中でも、最初は日常生活の中にある水やカーテン等の音を聞く取り組みを行いました。しかし、「授業ならでは」を強調して、その後は文化継承の視点からも、ギター、太鼓、鳥笛、オカリナ、鉄琴、メロディベル等の楽器の音中心へと変更しました。

聞いている様子では、痰が少なく体調が良いとじつと耳を澄ませて聞くことができ、その時はだんだん深く聞き入っていけました。そして、演奏が終わると笑顔が出て、最後に向きにくい左側（指導者側）にも顔が向けられました。これは、指導者に顔を向けて「良かったよ」との思いを伝えてくれているようでした。

楽器の音やテンポでは、大きな激しい音では「笑いすぎ」となり、高く静かでゆっくりの音では、「静かな笑顔」がありました。

また、演奏が終わると、笑顔がよく出ましたが、これは、演奏への賞賛か、騒がしいのが終わってほしかったのかでの迷いがありました。障害の重い子ども達の中では、外界の変化の節目に、笑顔の出ることが多いケースをその後の研究会等でも、よく耳にしました。

最後に、特に心に残っているのは、メロディーの終了間際に笑顔が出たり、同じ歌や演奏でも、2回目以降では、最初から集中して聞けたり、笑うこともあったことです。重い障害は受けていますが、記憶の世界はしっかりと存在しており、その点では1回毎のその時々取り組みが、やっぱりとても大切であると思いました。

### (2) お話の取り組みについて

取り組みでは、絵本を読んだり、学校の様子を話しました。2年生時の1学期では、「おばさん」「ゲロゲロ」等の特定の言葉で笑顔の良く出たこともありま



した。

しかし、お話の中では、担任と保護者が夢中になって話しているのを聞いているときに、一番、集中度が高く、好きみたいでした。

自然であり、新鮮であり、無理がなく、押しつけていないことが、その理由だろうかとも思いました。また、母親の声が入っているのが、その一番の理由だろうかとも思いました。

声の質は、高い音が良いようです。初めて、笑顔が出た生育歴の中からも頷けます。病院での友達の声やお姉ちゃんの声での笑顔が多かったことから、このように思っています。

た働きかけを大切にしながら、進めていく必要があると思っています。

#### 7. 学校の友達や指導者等とのつながりの取り組み

1年生の全校新歓集会では、3分間のスライドで参加しましたが、集会後、担任にMさんのことを尋ねてくれる子どもがいました。

1、2年生の七夕週間では、お昼の全校ビデオに出演し、7月の夏祭りや10月の体育祭では、似顔絵や学習の様子の写真掲示で参加しました。

また、山場としての文化祭では、小学部、在籍クラスの発表の中でのビデオプロジェクターでの出演となりました。

事前の撮影は、もちろん家庭で行いましたが、指定の時間ではできず、大幅延長となりました。しかし、そのために、家族のみなさんの協力も受けられて、楽しいビデオ撮影となりました。

お姉ちゃんや大好きな家族の皆さんに囲まれて、笑顔いっぱいでの発表となりました。学校の教員や保護者の方々からも、「笑顔が本当に良いねえ」との感想が何人もの人からありました。

また、学校の方からは、友達からのテープの声や歌、ビデオでの交流、指導者集団や保護者集団からも、節々で学級通信や特別の贈り物や声、歌のテープでの励ましを送りました。この中では、それまで関心のなかったテープの音にも耳を傾けることが増えつつありました。

#### 8. おわりに

1年4カ月の取り組みを振り返りました。医療的ケアが必要な最重度の子どもは、本校ではAさんだけということもあって、教師としての「もまれ合い」ができる条件がまだまだ少ないなあと言うのが実感です。

また、医療的ケアに関しても、保護者からの要望が出されているだけに留まっている感じが大きいです。

しかし、その中でも、Aさん自身は訪問教育をしっかりと受け止め、その小さな命を赤々と燃やしています。大人の話をもじつと聞ける力や自分の思いを表情で表す力は、日々前進させています。

そして、その歩みは、私や主治医や学校のみんをいっぱい励ましてくれることにつながりました。

障害の思い子どものコミュニケーションの力を豊かにすることは、その子どもの世界をどれだけ、大人が理解できるかが決定的に重要だと思いました。

形としてのコミュニケーションは、少ないですが、心の部分では大変大きな思いの発信がAさんから出されているように思えてならない毎日です。

今後も、見えない心や心の揺れを豊かに捉えて、思いをかみ合わせながら、毎回の大切な訪問教育に励んで行けたらと思っています。

#### 写真 鉄琴の音を聞きながら

#### (3) 視覚への働きかけの取り組みについて

私自身の他の子どもへの実践の経験から、視覚への直接の働きかけが、Mさんの場合も大切であると思われました。

取り組みは、目の前で物を揺らせたり大きな赤いボールで明暗を作ったりしての「光遊び」に取り組みましたが、明暗には確かな反応がありました。影を作ると、とても不安そうな表情が多かったです。物は、最初はベッドメリー等を使いましたが、これは小さい物で、反応がなかった感じがしましたので、途中から赤い大きなボールへと変更しました。

取り組みでは、気持ちの変化への対応がもっと必要だったと反省しています。今後も、目と心への統一し

睡眠時間帯表

年齢 性別 年月	<午前>															<午後>														
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5						
3歳 6歳 97年 4月	☆主なパターン																													
5月	[睡眠時間帯]															[睡眠時間帯]														
6月	[睡眠時間帯]															[睡眠時間帯]														
7月	[睡眠時間帯]															[睡眠時間帯]														
8月	[睡眠時間帯]															[睡眠時間帯]														
9月	入院															[睡眠時間帯]														
10月	[睡眠時間帯]															[睡眠時間帯]														
11月	[睡眠時間帯]															[睡眠時間帯]														
12月	[睡眠時間帯]															[睡眠時間帯]														
1月	[睡眠時間帯]															[睡眠時間帯]														
2月	[睡眠時間帯]															[睡眠時間帯]														

## I-4 分科会報告（集団授業づくり）

### ■ I-4 分科会 共同研究者による分科会のまとめ

玉村 公二彦  
(奈良教育大学教授)

第9回の京都大会から集団授業づくりの分科会が設定されたが、これまでの集団授業づくり分科会の報告をかいつまんで示してみる。

京都大会では、在宅訪問教育で地域の小学校との交流を継続して行った兵庫の実践や鹿児島のスクーリングの実践が報告された。第10回東京大会では、スクーリングをていねいに組みながら学校での合意を広げ、通学への変更を行っていった埼玉の実践と大阪での医療的ケアを必要とする重度の子どものスクーリングの取り組みが報告された。第11回の長野大会では、施設訪問教育のとりくみとして、鳥取の重症心身障害児病棟への施設訪問教育の集団授業、兵庫の重症心身障害児施設への訪問教育での宿泊行事づくりが報告された。集団授業づくり分科会の報告をふりかえてみると、在宅訪問教育における地域の学校との交流も含めた工夫、指導体制の複数化、スクーリングの取り組み、施設における集団授業づくりなど形態上の多様性を見て取ることができる。

ところで通常の場合、授業実践は一定の学習集団を前提として成り立つ。集団と授業の関係は通常教育においては、いわば教育実践の前提として位置づいている。このことは障害児教育においても例外ではないが、子どもの発達や障害、生活実態から子どもの学習集団を編成することが困難な場合として、いわば例外的に訪問教育は成立してきた。集団授業づくりの分科会は、訪問教育の実践が、集団への方向性を常に志向してきた証左として重要な意義をもっていると思われる。

また、集団とともに、授業に固有な教材や教育的働きかけといった現代に蓄積された文化遺産を背景にもちながら、子どもに対して文化的な生活を享受することを促す試みそこには存在する。確かに、障害の重い子どもたちに対して、その取り組みは障害に視点をあて、個々の子どもに応じた介護的な働きかけや訓練的な要素も重要な内容となっているが、授業づくりの中身には障害の重い子どもに対して文化的であろうという志向性が示されているようにも思われる。

このような集団と文化という視点を訪問教育に導入しようとする意識的試みを積極的に評価したい。授業の構成要素を単純化してみれば、一般に、教師と子どもの教材を媒介とした一種のコミュニケーション関係ということができよう。このような立場から集団授業づくりについて、教育的関係・教材・そして障害の重い子どもたちの発達という3点について集団授業づくり分科会で学んだことを示してみたい。

例えば在宅訪問教育の場合、親との関係で養育・介護の関係を基礎となっており、その上に教育的な関係

を樹立することが課題となる。訪問教育というと一人の子どもに対して一人の教師の教育的働きかけと思いがちだが、そのような一人ひとりを支える家族や地域、教師の人間関係が前提となっていることを再度、教育的関係としてよびこみ、再構築する営みである。子どもと教師の関係、そして子どもを中心においた教師と親や家族との関係、また、活動に応じて地域や地域の学校との関係、また、スクーリングを通しての子ども同士の関係や他の教師との関係など、その広がりを展望しながら、子どもへの願いが親とともに前向きに広がっていくような方向がめざされなければならない。

障害の重い子どもたちに即してみると、「感じわせる」力量、感応の力量に着目する必要がある。教材のもつ内容をわかち伝えることは困難かもしれないが、子どもが、その雰囲気を受けて、それを感じとることは重要な明日へのステップであろう。授業がその力量を醸成するような下支えとなり、授業を通していつもとは違うなにかを感じ、いつもとは違うその時間・その日を刻みつけていく。また、いつも小さく切ったスイカをもらっている重症心身障害児施設の子どもたちに、丸ごと一つのスイカを割り、そのにおいや味を味わわせたいというように、私たちが日常生活の上であたりまえとしていることがらであっても、子どもたちにとっては新鮮な教材となる場合もあるのである。

養護学校教育義務制実施後20年を経ようとしている。訪問教育も義務制にそって発展してきたが、20年を経てようやく高等部段階にも訪問教育が制度化されようとしている。そのことは、父母の力も大きいのであるが、訪問教育の中で子どもの発達を実践的に確かめ合ってきたことが力となっている。この20年の間に、施設訪問教育から養護学校が設置されていくなかで全日教育へ移行した子どもたち、在宅訪問教育から通学へと移行していった子どもたちなど少なからずいる。訪問教育の授業がその子どもたちにもたらしたものを総合的に評価しつつ、思春期青年期段階の障害の重い子どもたちの発達に正面から取り組む時期になっている。

今日、障害児教育において、「個に必ず」ということが強調され、個別指導計画の作成が強調されてもいる。しかし、障害の重い子どもたちに寄り添いながら、細い糸を寄り合わせて太いロープができるように、訪問教育を担う教師一人ひとりが子どもや家族との関係を寄り合わせて、障害が重ければその関係を複数の教師が担い、地域での取り組みやスクーリングで確かめ合いながら、より太い発達保障の流れをつくってゆくことを期待したい。

## 集団授業作りを考える

～大集団学習、小グループ学習の実践を通して～

嶋崎 みゆき

鳥取県立白兔養護学校

(〒689-0217 鳥取市三津876)

### 1. はじめに

本校は、国立療養所西鳥取病院に入院している子どもたちの施設内訪問と在宅訪問を行っている。約20名いる子どもたちは全員、肢体不自由や精神発達遅滞などを合わせもった重度・重複障害児である。常時、吸引など医療的なケアが必要な最重度といわれる子どもたちも数名いる。

病院や家庭という限られた空間の中で生活を余儀なくされている子どもたちにとって、刺激と張りを与える学校教育は、生活の質をより豊かに保障するものとして大きな意味をもっている。中でも、体験の少なさを補充拡大していく学習としての集団学習を重要視してきた。

子どもたちの学習時間の基本は、担任との1対1の個別学習であるが、施設内にまとまって児童生徒が生活しているという利点を生かして、1/3程度は、集団学習の形態をとっている。

今年度の集団学習は、10年以上前から行っている大集団（10人の教師に子ども10人程度・週1回）学習と小グループ（2～4人程度・必要に応じて）学習である。小グループ学習については、今年開始したもので試行の段階であり、訪問という限られた学習環境を少しでも改善する方法として新しく取り組み始めたものである。

### 2. 集団授業作りを考える《白兔養護学校の場合》

#### (1) 集団学習のメリット＜児童生徒及び教師が集団を構成するメリット＞

##### ①児童生徒にとって

- ・学習及び教育の内容が量的、質的に増える。  
(教師の個性や技能、経験や知識の広がりから)
- ・人間関係が広がる。  
(友達や教師との関わりの中で多くの情報が得られる。)
- (関わりの力が高まる。)
- ・可能性を多面的に認め伸ばしてもらえる。

など

##### ②教師にとって

- ・協力し合える。(喜びの増幅、悩みの半減)
- (学習環境を作りやすい、授業展開や場の設定が拡

大する。)

- ・子どもを観察しやすく、多面的に捉えることができる。
- ・子ども理解が継続されやすい。(引き継ぎ) など

#### (2) 集団作り

##### ①大集団（子どものまとまりを考えたグループ）

- ・生活年齢を意識したもの（小中学部中心、高等部中心）

- ・生活場所を主体としたもの（各病棟）

##### ②小グループ（実態に即したグループ）

- ・興味関心（好きなもの、嗜好）
- ・発達（運動レベル、認知レベル、コミュニケーションレベル）
- ・障害の特性（視覚・聴覚不利、自閉傾向）
- ・その他（MRSA感染、学習場所）

写真1 ディズニーランドへ行こう

### (3) 学習内容と授業展開の工夫

#### ①学習内容

##### 1) 集団だからできる（集団でないといけない）

- ・複数の教師の手が必要な大胆な活動（シーツブランコやバルーンなどの遊び、音と光のファンタジー、ブラックシアターなど）
- ・複数の相手が必要な活動（シーソーなどの器具遊び、風船バレーなどの集団ゲーム、合奏、劇遊びなど）

##### 2) 集団だとより楽しい

- ・交流的活動（カラオケ大会、ダンスなど）
  - ・祭りの活動（夏祭り、秋祭りなど）
  - ・旅行的活動（ディズニーランドへいこう、温泉巡りなど）
  - ・季節行事的活動（クリスマス会、七夕祭りなど）
- ※「集団学習段階別教育内容表」を平成7年に作成した。この教育内容（子どもたちにつけたい力）をもとに学習内容を組み立てる。

#### ②授業展開の工夫

##### 1) 見たてやすストーリー性を取り入れて

- ・授業のイメージ作りがしやすい。
- ・雰囲気作りがしやすい。

※見たてやすストーリー性に対する意味付け（子どものもつイメージやどんな力をつけたいかを考える。）をしていくことが大切になる。

### (4) T. Tについて

#### ①大集団の場合

##### 1) リーダー（主導的に授業を展開する）

発問や指示、誘導など

##### 2) サブリーダー（活動を側面から助ける）

教材教具の出し入れ、BGM、デモンストレーションなど

##### 3) 個々の担当（個別への支援をする）

個別目標をもとに配慮や活動内容を考える。

まず、リーダーとサブで授業の流れを考える。

次に、その他の教師に授業の内容や流れを提案し検討、決定していく。そして、それをもとに個別の担当が目標や活動内容、配慮点を考え実際の授業に当る。

欠点としては、授業がやや一斉的になりがち、内容や展開がリーダーやサブリーダーにお任せになりがちである。

#### ②小グループの場合

リーダーとサブリーダー、個々の担当の役割はほとんど変わらないが、小人数になるため、リーダーはサブ的役割をする場合も出てくる。また、サブについても、複数の教師がその役割を担い、活動を助け合っていく。

教師相互のやりとりがピンポン式でなく、バス

ケットボール式のように広がりが見えてくる。児童生徒にとっても、より身近に密接に教師や友達を意識できると思われる。

大集団、小グループのそれぞれのT. Tを考えると、その特性に合わせた良さがある。いずれにしても担当教師が児童生徒の実態や興味関心をどれぐらいつかんでいるか、つまり、個別（1対1の関係性がきているか）での関わりの積み上げがあってこそ授業が成立すると考える。

### 3. 「おんがく」授業作り

～音と光のファンタジーの実践より～

#### (1) 基盤としての音楽

本校訪問では、日頃から、集団学習の中には、「始まりの歌」「終わりの歌」今月の歌を常時組み込んでいる。また、教科の”おんがく”の学習以外の時にも、学習効果を高めるための音楽をたくさん取り入れている。

このように、いろいろな機会を通してより多く音楽に親しもうとしている実態がある。

#### (2) 教材づくりのプロセス（素材から教材化へ）

例えば、「冬のファンタジー」という教材を作るにあたっては、まず、いろいろな音楽や効果音などを素材として子どもたちにぶつけて反応を見ることから始めた。楽器の音色、メロディ、リズムなど、子どもたちがどう受け入れているのか、また、これらの音の刺激が、光（形、色、光波の種類、当て方）刺激と合わさってどう受け止められているのかを観察した。

そして、指導計画にそって毎時間繰り返し、子どもたちに適した反応のよい素材選びをすすめていった。教材化のプロセスは子どもと共に作り上げていく作業と言える。

次に、教材に仕上げる過程では、冬のイメージ作りを大切にした。一つ一つの素材を、子どもたちがイメージを持ちやすいように冬という季節のストーリーに構成し、効果的な刺激となるような順番に組み替えた。このような教材化のプロセスを経て完成を目指した

#### (3) 教育内容（つけたい力）と集団の中での個別のあり方

集団で”ファンタジー”の授業を行う際に、今までは音と光という間接的な刺激を一斉に与えてしまいがちであった。また、教師の手が教具に取られてしまい、子どもたちの表現や変化など表出された動きが捉えにくかった。

子どもたちの実態に即した効果的な与え方をしているのかという視点で教材を見た時、子どもたちの

力を今まで以上に引き出すためにはもっと個に視点を当てて見ていく必要がある、という反省が出てきた。

そこで、教材化を進めていく中で、感じたり楽しんだりする力をつけるために、一人ひとりの子どもの発達段階に応じた指導のあり方を探ることにした。本校の子どもたちの発達段階は、外界の刺激を受け入れる段階から、特定の人との関係作りをして、それを基盤に物や人との関わりを広げていく段階である。この段階を踏まえた上で、特定の人（教師）との関わりの中で、個々の実態に応じた目標や配慮 {一人ひとりに適した刺激（音や光の種類）の与え方、反応を促したい音や光にどのような表出を期待するのか、など} を明確にして授業を行うようにした。

#### (4) 音と光のファンタジー（四季）の完成へ

子どもたちが、「音と光のファンタジー」の学習に関心が高いことから、一年間を通して季節感を楽しむ教材として”四季のファンタジー”を作った。初夏のファンタジー、秋のファンタジー、冬のファンタジー、早春のファンタジーと作っていく中で、この教材で何（教育内容）をどのようにして（教具の工夫や個々への配慮）伝えていくのかということを年間計画の中で系統的に考えていくことができた。

では重心児の教科としての”おんがく”をどう考えるか。

訪問の子どもたちは、音楽が好きである。体と心でよく反応し、快の表現をする子どもが多い。そのことから教師も、子どもたちの興味・関心を捉えた教材としてファンタジー作りをしてきたのである。

訪問は、小人数の教師集団であるが、チームワー

クの良さと教師一人ひとりの技能を生かして、子どもと共にいろいろなバリエーションを楽しみながら教材作りができる。

このような中で、音楽を担う教師の生演奏や歌声が、子どもたちの心に響き、”おんがく”の素晴らしさや美しさを伝えてきたのではと思っている。そして、好きな”おんがく”を楽しむ感性豊かな訪問子どもたちが育てられてきたのだと思う。

#### 4. おわりに

日々、障害の重い子どもたちの授業作りを考える時、集団や個別という形態の差はあれ、子どもたちにどんな力をつけたいのかを、教師自信がしっかり持った上で授業のイメージ作りをしていくことが大切だと気付かされてきた。子どもたちは、ゆっくりとした歩みの中で、確実に変容し、成長を遂げている。教育の中で支援できることを探りつつ、今後も自分たちの力を信じて実践を積み重ねていきたい。

#### 【参考文献】

- (1)「重症心身障害児の『授業』」. 渡部昭男. 鳥取大学教育実践研究指導センター研究年報第2号
- (2)「特殊教育におけるティームティーチングの導入とその課題」. 寺山千代子. 国立特殊教育総合研究所研究紀要第22巻
- (3)「重症児の心に迫る授業づくり」. 三木裕和、原田文孝他. かもがわ出版
- (4)「子どもの発達と診断」. 田中昌人・田中杉恵. 大月書店
- (5)「障害児教育・深みのある授業を作る」. 太田正己. 文理閣

## I - 5 分科会報告（病気療養児の教育について）

### ■ I - 5 分科会 共同研究者による分科会のまとめ

鈴木 茂

（元東京都立久留米養護学校長）

#### 1. 病気療養児の教育の現状

病弱教育の対象児の病類は結核性疾患か筋ジス、重症心身障害等まさに長期の療養児が対象であったが、1950年代後半になると結核性疾患は激減し、替わって一般慢性疾患になり病類は多様化してきた。

##### (1) 制度について

1979年養護学校義務化に伴い、これまで不就学になっていたり、欠席扱いになっていた重度または重度重複障害児と病気療養児に対して訪問教育が実施されるようになった。当初は全国で8000人もの児童生徒が訪問教育を受けていたが、18年経過する中で訪問対象児は急速に減少し、現在3000人を割るまでになった。

文部省の「病気療養児の教育について」の調査検討会議の報告が出て、1994年度から病弱の院内学級が急増し始めた。しかし、実際に教育が関わっている病院はまだほんの一部である。また、退院後の自宅療養期間など相変わらず学習の空白期間がある。

1997年度から後期中等教育の訪問教育が試行されるようになって、翌1998年には全県に高等部の訪問学級が設置された。しかしこれまで高等部が設置されていた学校に併置されたのがほとんどで、肝心の病弱養護学校には高等部そのものを設置している学校が約半数しかいないため、訪問学級も同時にわずかしかないのが現状である。

##### (2) 教育について

病弱教育の対象児の病類は多様化と重症化の一途をたどっているが、最近目立って増加しているのは「呼吸器疾患」「脳性まひ」「血液疾患」「内分泌疾患」「腫瘍」「精神神経疾患」などである。これは社会状況の変化、環境状況の変化、医療状況の変化など様々な要因が絡み合っているものと考えられる。しかも状況は近々に好転する気配がないため、これらの疾患は今後も増え続けることが予想される。

特に「精神神経疾患児」や「ターミナル期」の児童生徒の指導に当たっては、心理的な関わりが重要となっている。このような状況や病類の児童生徒と対峙する教師は、豊富な知識や教育技術を必要とするようになってきた。院内学級にしても、訪問学級にしても、1学級1担任といった今のような教育条件では、担当

する教師がよほど自覚的な努力をしないと対応できないのではないかと心配される。

#### 2. 研究の到達点と問題

今年度の「病気療養児の教育」の分科会では、①身体健康に重点をおいた指導、②病気の子どもの訪問教育、③取り組みを進めるうえで大切にしたいこと、の3本のレポートが報告された。

①は重症心身障害児の教育で、感覚器官に働きかける、健康の維持増進、リラクゼーションなど、子どもの状態によって4つの養訓のパターンで対応するといった無理のない、しかし根気のいる指導の報告であった。まさに医療との接点で取り組む教育である。

②は重度重複障害児の指導の問題、教科指導対応の問題、訪問指導の職場内での理解協力の問題、学習空白の問題、教科書の問題、転入手続きの問題など、現在訪問教育が抱える様々な問題を提起した。

③は難病で重症の児童、障害児の指導にあたって、それぞれのケースごとに大切にしたいこととして、心理的ケア、医療と教育の連携、教師と保護者の連携、地元の学校との連携などの実践が報告された。分科会の報告と討議で、現在、病気療養児の教育で基本的に大切な問題は大部分が提起され、明らかになった。

#### 3. 今後の課題

病気療養児の教育は、病類が変化する、社会状況が変化する、医療状況が変化するたびに新たな対応を迫られてきている。その意味では常に状況を的確に把握して先進的に取り組まなくてはならない使命を帯びているといっても過言ではない。

従って常に新たな病類への対応、病状の変化への対応など医療との連携・協力、教師自身の研修・研究が必須である。また、学習空白をつくらないための制度の問題、高等部の訪問教育を充実・発展させること、可能な限り多くの養護学校に高等部を設置する問題、乳幼児の保育・教育の問題等、課題は山積している。

今回の分科会参加者の中には、制度や指導法・指導内容など、様々な最新の情報が不足して悩んでいた人もいた。いかに情報を伝えるかも大きな課題である。

## 取り組みを進めるうえで大切にしたいこと

～小児がんの子どもの指導を通して～

森合 道子

東京都立墨東養護学校いるか分教室  
(〒135-0033 東京都江東区猿江2-16-18)

### I. いるか分教室の概要

いるか分教室は、国立がんセンター中央病院小児科病棟内にあります。1991年訪問学級が設置され、1996年病院内学級になり、高等部の生徒が学習できるようになりました。そして、1998年分教室になりました。実際は、新病棟の建設中で、教室、職員室が独立するのは、今年度3学期からになっています。ほとんど学年相当の授業が可能なお子様たちなので、前籍校の教科書を使用して、退院して困らないような学力を身につけることを目指しています。

#### 1. いるか分教室の教育目標

- ①基礎学力の向上をはかり、自信をつける。
- ②仲間と一緒に学習することを通して、闘病生活を豊かなものにする。
- ③主体的に考えて行動し、進路を切り開く意欲を高める。

#### 2. 児童・生徒の人数（平成10年5月1日現在）

- ※小 6名（3学級）  
 中 6名（2学級）  
 高 2名（1学級） 計14名（6学級）
- ※出身地 東京都（4）千葉県（4）埼玉県（2）  
 茨城県（3）神奈川県（1）

#### 3. 小学部の教育

治療や体調を考慮に入れながら、入院生活の中で少しでも意欲的に楽しく学習できるように進めています。基本的に学年担任制で指導をしています。学年の人数によっては、他の担任も指導します。

また、図工、音楽、家庭は、学年の枠を越えて合同で行っています。

#### 《授業時間帯》

		月	火	水	木	金	土
1	10:30～11:30	○	○	○	○	○	補習
2	13:00～14:00	○	○		○	○	
3	14:00～15:00	△	△		△	△	

△：高学年のみ

#### 4. 中・高等部の教育

中学部は、主要5教科については教科担任制を敷き、学年相当の授業を行っています。また、美術、技術家庭、音楽については集団指導をしています。

高等部も同様の教員体制ですが、個々の選択教科と履修単位を考慮したカリキュラムを作成しているほか、英語では外国人講師による授業も取り入れています。

ほかに、中・高共通のクラブとして、各自の興味・関心に即した活動を行っています。

#### 《授業時間帯》

		月	火	水	木	金	土
1	9:45～10:30	☆	☆	☆	☆	☆	☆
2	10:30～11:15	○	○	○	○	○	◎
3	11:15～12:00	●	●	●	●	●	●
4	13:00～13:55	○	◎	☆	◎	○	
5	14:05～15:00	○	◎	☆	◎	○	
6	15:00～15:45	☆	☆		☆	☆	

○：学習室にて各教科学習

●：学習室及びベッドサイドにて各教科学習

◎：学習室にて集団授業習

☆：ベッドサイドにて各教科学習（高）

#### 5. 年間行事

- 社会科見学 2回（全員）  
 センター学習発表会（全員）  
 学期末試験（中・高）など

### II. 取り組みを進める上で大切にしたいこと

本レポートは、最近3年間の実践、特に昨年度のケースを小学部の教員が検討し、年間指導計画の中に「取り組みを進めるうえで大切にしたいこと」として表したものです。

#### 1. 子どもの精神的ケア

##### ①ケース

「もっともっと自分にかまってほしい」「教員を独占したい」という信号だと思われる行動を取った児童がいた。家庭の事情から面会が少ないことや長期入院で一对一の個別指導が続いていたところへ同学年の児童が転入して来たこと、その児童にコンプレックスを感じたことなど、様々な理由が考えられた。そして、根底にはつらい治療が続き、病気への不安もあっただろうと考えられた。

##### ②対応

担任が授業時間外であっても時間の許す限り子ど



もと一緒に過ごすようしたり、同学年の児童とは学習課題を別物にするなどの対応を取った。また、よくできたこと、頑張ったことに対しては大いに認め、自信を持てるようにした。

### ③大切にしたいこと

これまでも『何よりも子どもたちの気持ちに寄り添うことを大切にしたい。場合によっては、好きな教科を多く行ったり、一緒にゲームをしたり、何かに意欲的になれるということを大事にしたい。』と考えて取り組んで来た。先述のケースは、この基本的な方針の必要性、重要性を再認識させるものであった。今年度も子どもたちの心に添った対応を大切にしていきたい。

## 2. 病棟・保護者・学校の連携

### ①ケース

友達を求める気持ちはあるのだが、うまく友達関係をつくれぬ児童のゲームソフトが隠されたり、他の子どもが大切にしている物がその児童のベッドに置いてあるなどのことがあった。また、特定の上級生との間で生活上のルールを巡って衝突することもあった。深刻化し、看護婦さんが中に入り、話し合いが持たれた。

### ②対応

ほとんどの場合、学習時間外に起きた。となると、教員には病棟内の生活上の細かいルールは分からず、下手に口を挟むことは避けた。また、病棟内の約束事は子どもの状態によって変わることもある。そこで本児の場合には、身体的精神的にどのような状態にあると捉えてルールを決めているのか、病棟・保護者・学校が共通理解していくようにした。さらに、周囲の子にどのように伝えるかについても問題とした。

### ③大切にしたいこと

友達関係の問題や生活上の問題は、学習中に起こることもあるが、病院生活の中での出来事として起こることが多い。日頃から病棟・保護者・学校が共通理解を持てるよう連携を密にして慎重に対応していきたい。

## 3. ターミナル期の児童への対応

### ①ケース

Aさん・それまでの学習と大きく変えず、教科書を中心とした学習を短時間でも行う。

- ・時には、算数クイズやパズル、漢字クイズなどで気分転換を図る。
- ・友達の図工の作品を見たり、みんなで吹き込んだ群読を聴いたりする。

Bさん・国語の教材としてビデオ（鉄腕アトムやジャングル大帝）をベッドで見る。

- ・学習発表会本番、他の児童とともに合奏や模擬店に参加する。

- ・図工の共同制作を通して、他の児童の製作の様子を聞いたり作品を見たりする。そして、作品づくりに挑戦する。

### ②対応

ともに高学年で、それまで意欲的に学習に取り組んでいた。急に学習スタイルを変えることによって「学校に戻るんだ」という希望を消してしまいたくないと考えた。そのため、いつもの学習の一つとしてクイズ等を取り入れ、本人の体調・意欲の変化に添った学習活動ができるように配慮した。また、体調がよいときには、「自分は個室にいるけど、他の子も同じことをしている。」というような意識が持てるように工夫した。

### ③大切にしたいこと

児童がターミナルになってしまったとき、「保護者は、学校側に対してどのような関わり方を望んでいるのか」ということをしっかりと把握して指導にあたらなければならない。また、病院側との連絡を密にして、児童の心身の状態をよりの確につかむようにする。そして何よりも、つらい状態にある児童が教員に対して何を望んでいるのか、何をしたいと思っているのかを汲んで、その気持ちに添った取り組みを行うようにする。どの児童も、厳しい状態にあっても最後まで楽しいことをしたい、学びたいという意欲を持ち続けている、ということをお忘れずに接していきたい。

## 4. 障害児への対応

### ①ケース

先天性難聴の児童が入院し、院内学級に転入した。しかし、なかなか病院生活に慣れず、授業時間中もしばらく笑顔が見られなかった。教員も、思うようにコミュニケーションを取ることができず手探りの状態だった。また、CPの児童も在籍し、限られたスペースでの活動や専門の知識を要する養護・訓練等に戸惑った。

### ②対応

転入が決まるとすぐに保護者との面談をして、これまでの家庭や学校での様子を聞いた。CPの児童については、地元校の教員と直接会う機会があり、話を聞くことができた。その上で、学習場面の中に児童の好きなものや活動を取り入れるよう工夫した。さらに、CPの児童に対して、本校の養訓部の教育相談を実施することができた。

### ③大切にしたいこと

過去にも盲児や知的障害児が在籍したことがあり、これからも障害児が転入してくる場合は考えられる。障害や指導方法についての専門性が不足しているため、保護者と話す機会を増やすとともに、地元校との連絡を密にして参考にするようにしていきたい。

## Ⅱ－１分科会報告（教育条件整備）

### ■Ⅱ－１分科会 共同研究者による分科会のまとめ

平井 保

（佐野国際情報短期大学社会福祉学科教授）

はじめに

昨年の10回大会に引き続いて、本年もこの「教育条件整備」の分科会に参加してみて、各地の訪問教育の実情を知る機会を得ることができた。

同時に、訪問教育には、さまざまな課題があることを改めて認識した。

周知のとおり、平成10年度から、高等部の訪問教育が全県で試行的に実施されることになり、新たに初等教育、中等教育、後期中等教育の一貫した訪問教育の制度面の充実を図る必要があると考える。

それには、訪問教育の対象となる子供一人一人の実態に即した学習条件が整備されなければならない。

ここでは、このような観点から、訪問教育に関する教育条件の整備に関する今後の研究課題について気づいた事柄を述べておきたい。

<研究課題>

#### 1. 多様な教育形態を創造、開発する実践的な研究課題

高等部の訪問教育の試行に伴い、更に訪問による学習の充実が要請されている。したがって、訪問教育の対象になる児童生徒についての小学部、中学部、高等部の一貫した教育指導が要請されている。

この点、特に、個別指導計画に基づいた一人一人の学習内容や学習形態の工夫等、適切な学習環境の整備を図るための実践研究が必要であろう。

#### 2. 地域の地理的、文化的特性を考慮した訪問教育の課題

各地からの訪問教育の実践についての報告を基にすると、各地で、様々な地理的、文化的特性を加味した実践がみられる。

とりわけ、離島や僻地等遠隔地における訪問教育についての現状からみると、今後、小、中学校における特殊学級を基盤にした訪問教育のシステムが整備される必要があろう。そのためには、どのような学習環境を整えていくことが必要なのか等、基礎的な面から検討すべき課題がある。

とくに、既存の養護学校との連携を基に、特殊学級における訪問教育の地域ネットワークの構築を図るための基礎的な研究が必要であろう。

#### 3. 子供の障害の実態と生活実態に即した個別指導計画の立案と指導の課題

訪問教育対象の児童生徒にとって快適な学習が継続できるためには、子供の障害の実態に合わせて地域社会における子供の生活の実態等についても十分な理解が必要である。保護者、病院、施設などの、子供に直接関わっている方々との協力、連系のシステムの構築が重要である。

とくに、個別指導計画の立案と指導の過程においては、保護者の思いや考えを織り込んだ取り組みが重要である。また、子供一人一人の実態に即した教材・教具の開発と改善の課題も欠かせないものであろう。

そのためには、小、中からの一貫した教育指導の観点から、保護者や施設、病院のスタッフとの共同で検討する地域ネットワークの整備を図る実践研究が必要であろう。

#### 4. 学校における指導・研究体制の整備のための研究課題

訪問教育の対象者の指導経過の中で学校におけるスクーリングの場における適切な指導は、大きな意味を持つものである。

そのためには、校内における訪問教育の位置付けや指導・研究体制の整備について十分な配慮が必要であり、スクーリングの場の確保と校内協力に基づいた事例研究、授業研究を継続的に行うことが大切になる。

とくに、指導の分担、申し送り、引き継ぎ等についての指導体制のあり方については、常に検討し、担当者を中心に実践の共有化を図る必要があるといえよう。子供に係わっている隣接領域のスタッフとの関係はもとより、学校における教職員全体の協力体制のあり方等についても検討すべき課題があると思える。

おわりに

ここでは、今後の訪問教育の望ましい実践のあり方を巡って、どのような教育条件の整備が必要なのか、これまでの研究経過を参考にしながら、述べてきたが、教員定数、指導日数、勤務体制、訪問のための交通手段等の教育条件の整備等、ハード面からの検討課題について、継続した研究と同時に、子供のライフサイクルの視点に立って、最善の学習条件を整備する取り組み等、ソフト面の課題についても並行して研究する必

要があろう。

## ■ II - 1 分科会 発表レポート

# 島根の訪問教育の概要

泉 真理 吉田 明

島根県立松江清心養護学校

(〒690-0864 島根県松江市東生駒町15-1)

### 1. はじめに

人口約79万人、東西に細長い島根県には障害児学校が11校あります。内訳は、盲学校1・ろう学校2・肢体不自由養護学校2・知的障害養護学校5・病弱養護学校1となっており、すべて、県立です。なおH12年度には知的障害養護学校が1校新設されます。

ろう学校を除く全ての障害児学校で訪問教育を実施しています(対象児がいる場合)。入学時には通学生だった児童が、途中で訪問生へ形態変更したため、盲学校でも訪問教育を実施しています。ろう学校についても、ここ数年、各地域の状況(障害児学校の設置状況)に応じて病気療養児への訪問教育を担当して欲しいという声が「全県の訪問担当者会」ではあがっています。

今回のレポートは、「全国的にも珍しい制度なので、その中身を知らせて欲しい」という西村先生のご要望を受け、指導時間・指導回数等について簡単にかつ、主観的に報告させていただきます。

### 2. 「54義務化」をどう迎えたか

島根県では、昭和54年度からの養護学校義務化にむけ、52年度から訪問教育が試行実施されました。担当したのは教諭ではなく、学校に籍を置かない臨時講師(元教員)でした。

一方、島根県下のほとんど全ての障害児学校の教職員で構成される「島根県特殊学校教育研究会」(官制研究会に近い)でも、重複障害児部会を設け、54義務化を迎えるための調査や研究・討議がなされました。

県教委も、訪問教育に関する検討委員会を設けました。構成メンバーの中には、各養護学校の重複障害児担当の教員も含まれていました。当時は、重症心身障害児(者)病棟の子どもたちも訪問教育の対象となっていました。

こうした背景の中で、検討委員会が別紙資料のような「指導時間・指導回数に幅を持たせた答申」を出してくれたことが、第一のポイントだと思います。

文章内容としては、訳の分かったような分からないような、どうとでもとれるような内容ですが、運用する際にはそれがとても有利に働きます。とにかく、島根県教育委員会が「島根県の訪問教育の方針」として、

1回の指導時間を最大3時間とし、週の指導回数を最大3回と明記し、おまけに、弾力性のある文章表現をしてくれたのですから・・・(資料1・「指導類型」)。このランキング表は教育委員会が県の財務課に予算要求(県全体の訪問教育予算)するうえでも大変重要なものです。

### 3. 義務化以降の取り組み(特教研・訪問部会を中心に)

数字上は週3回が認められているとはいえ、実際にそれが実現するまでには何年もかかっています。

まずは、校内での論争。

各学部・学級ともなるべくたくさんの教職員をとりたいたいというのは当然の要求です。「文部省は週2回、一回2時間とっているのに・・・」。「いやしかし・・・」という論争が何年も続きました。

続いて、県教委内部のズレ。

「学校教育課」は方針で出したとおり3回を認める立場を消極的ながらもとっていましたが、人事や教職員定数を担当する「学事課」はそれを認めてはいない立場をとっていました。訪問担当者が話をするのは学校教育課、教務主任会などで話をするのは学事課ということで、本当に何年間も年度末になるとごくしゃくした状態が続きました。

そして、島根県特殊学校教育研究会・訪問教育部会。

前述したようにこの研究会は、官制研究会的なものですが、いろいろな部会があり、その一つに訪問教育部会というのがあります。担当者が校内に一人しかいない学校も多いことや文部省・県教委主催の訪問担当者講習会と連続して開催することもあって、訪問教育部会だけは全県の訪問担当者全員が、年3回一堂に会します(全員の出張を認めてもらうのもなかなか大変な時期もあったのですが・・・)。

ここでは、各学校の子どもたちの様子や、学校の状況、担当者の悩み、制度等に関する情報交換等々が話し合われます(おそらく全訪研と同じような内容だと思います)。鳥取大学の渡部昭男先生や島根大学の佐藤比登美先生の講義を受けることもあります。

この訪問部会は、県全体のレベルをあげるうえでとても有効だと思います。

たとえば、校内に担当者が一人しかいなくて、はじめて訪問を担当している場合に、その対象の子どもが週2回の指導回数しか確保していなかった場合、週3回に移行させる手段について「伝授」したり、保護者や主治医との連携について具体的にアドバイスし合ったり・・・といった具合です。

病気療養児への対応についても、講師として同席する県教委の担当者に強く申し入れたり、具体的な改善点を提案したりもします。

去年は、高等部における訪問教育の本格実施をめざして、全ての養護学校の訪問教育の卒業生に対して、希望の有無等について訪問部会としてアンケート調査をし、その結果を訪問部会の研究集録（各校のレポートを載せ毎年発行）にも載せました。

話がかなり本題からはずれてきましたが、週3回が実現したきっかけは、今から12～13年ぐらい前、訪問担当者講習会の席上、出席していたある養護学校の校長先生が（当時は人事に関わることなので、担当者講習会の前半だけは該当校のほぼ全員の校長先生が出席していました。今は、会場校だけですが）、「私は、入学式の時に保護者に週3回の指導を約束した。県も認めているのではないか。今更撤回はできない。」と県教委に対してきちんと教員を配当するよう強く求めたことでした。（当時、この養護学校は重症心身障害児の教育条件整備に熱い思いを持つ教職員集団が大勢を占めていましたし、54義務化の際にも、病棟への訪問教育ではなく、学校への通学という形で迎えていました。）

同席していた私たちは、長年の夢の糸口ができ、以後、各学校で「3回3時間」の取り組みを発展させていきました。

私は、この訪問部会の充実と要求の明確化が第二のポイントではないかと思っています。

#### 4. 松江清心養護学校の訪問教育

本校は、島根県にある2校の肢体不自由養護学校のうちの1校で、小学部、中学部、高等部からなっています。児童生徒総数は97名で、教職員数は87名です。近年、重複障害児の割合が増えてきています。また、本校も施設併設の養護学校ではありますが、自宅からの通学生・訪問生の数も年々増え、現在では約半数までになりました。

本校での訪問教育は、養護学校義務制が実施された昭和54年から始まり、以来対象児がとぎれることなく継続して訪問教育を実施しています。

現在、9名の児童生徒を7名の教諭で担当しています。内訳は小学部5名・中学部3名・高等部1名です。

昨年までは病気療養児への訪問教育も実施していましたが、1人は死亡・1人は地域の小学校へ転校したため、現時点では、いわゆる重症心身障害児と呼ばれ

る子どもたちのみが在籍しています（これまで67名の病気療養児を受け入れてきています）。

子どもたちも担当教員も一応学部には所属していますが、学部に応じたかたちで「訪問グループ」として位置づけ、子どもたちや教職員の所属学部にとらわれることなく担当（「ローテーション指導」）を決めるなど、いろいろな点でグループ独自に運営しています（職員会議に提案・承認）。

全員「1回3時間週3回の指導」をおこなっています。基本的には10時から2時（弁当持参です）の時間帯に家庭や病院におじゃましますが、子どもたちの健康や家庭の事情に応じ、1時から4時といった指導時間帯を取り入れたりしています（会議よりも指導優先）。

しかしながら、本校もはじめからこの指導回数だったわけではありません。切り替わったときの経過概要を記した文章をそのまま抜粋します（平成5年・第39回全国肢体不自由教育研究大会・訪問教育分科会レポート・内田、吉田）。

……………前略……………

現在は、6名ともC類型（週3回の指導）になっているが、年度当初3名（新入生2名と2年生1名）はB類型（週2回の指導）であった。1学期間指導をしていくなかでこの3人も指導回数をなんとか3回に増やせないかと考えた。まず、年度初めに認められた訪問旅費のうち、股関節手術のため入園している児童の旅費や、登校回数が計画時よりも増えた児童の旅費を利用すれば、認められた旅費の範囲内でできることがわかった。そして、今年度は6名の児童に5名の教員が配置されており、指導回数を増やせることが可能であった。保護者に相談すると指導回数を増やすことを望んでおられ、また、主治医からも増やすことを勧められた。そこで、校内にはかったのち、県教委に申請し2学期から週3回の指導が認められた。

……………後略……………

#### 5. おわりに

この数年は、厳しい病状にある病気療養児への指導を中心に、グループ内で検討を重ね、保護者や主治医、原籍校、県教委・地教委などとの連携をはかってきました。

一方、いわゆる重症心身障害児と呼ばれる子どもたちにおいては、生活年齢が高くなるに伴って生じる、厳しい健康状況の進行という課題にも直面しています。昨年、胃食道逆流現象・IVH・人工呼吸器・開腹オペ等々の戦いの末、中学部段階の生徒が亡くなりました。3日間、私たちはその死の瞬間まで立ち会いました。みんなが多くのことを学びました。

今年度、一学期、昨年度までとても元気だった小学部高学年段階の子どもが、春の肺炎を引き金に気管内

挿管人工呼吸器の状態から気管切開へと踏み切り、呼吸は安定したものの、栄養が吸収できず苦しんでいます。

## Ⅱ－２分科会報告（高等部訪問教育）

### ■Ⅱ－２分科会 共同研究者による分科会のまとめ

高木 尚

（東京都立府中養護学校教諭）

本分科会は、第5回東京大会で発足されたと記憶している。当時、高等部訪問教育実現に向けての運動が全国各地で始まっており、その運動の交流を目的として、大きな会場いっぱいの参加者ではじまった。各地からの報告を聞きながら、東京での運動の発展に向けて決意を新たにされたものである。その後「制度分科会」として定着し数回の歴史を刻んできた。本大会では、全国での試行実施という状況を反映し、昨年にもまして多くの参加者が様々な関心とニーズを持って集まった。

レポートは3本。京都、兵庫、開催地長野から発表された。すべてのレポートで、試行実施に至る経過と成果を確認した上で、現在の高等部訪問教育の内容についてもつっこんだ報告がなされた。制度研究分科会ではあるが、試行が実施された中で、教育内容についての検討が重要になってきている 状況を考えるならば、大変歓迎すべき事である。大会の基調報告においても今後の課題として、高等部についての項で第1に「高等部教育の中身作り」があげられており、本分科会の役割は大変大きくなってきていると思われるが、その課題にせまった報告であった。

レポート報告を受けた協議においては、参加者の関心の多様さを反映して、大変多くの内容の話し合いが進められた。レポートに学ぶことを基本に進めたが、スクーリングや行事参加、集団保障の問題、こちらから提起をした思春期の問題、卒業後の進路の問題、さらには、指導内容にも大きな影響を与える生活支援システムの問題などなど。また、各地で実施された試行の教育条件の問題も大きな論点となった。しかし、非常に多様な参加者の関心やニーズにすべて応えることができたかどうかについては不十分さも残したと思われる。「高等部訪問教育」を取り巻く状況は非常に複雑であり、制度研究という点では、共同研究者の力量を遙かに超えているからである。

次に今後の課題と思われることについて何点かふれておきたい。

す。また、中学部段階の子どもも、逆流現象が出始め、人工呼吸器を現在使用中です。

第1点目は、課題というより事務局へのお願いであるが、高等部訪問教育の「前史」をまとめてほしいということである。今回のレポートにもふれられていたが、試行実施に至る前に、たとえば校内での内部努力という形や、ボランティア的な形などで、既に「高等部教育」を行っていた「前史」が全国各地にあったわけだが、その努力が今回の試行実施を支えたもう一つの大きな力と思われるのである。「行政は常に後追い」ということを考えるならば、いずれの運動にもみられるこの「前史」を、全訪研としてまとめておくことは有意義であろう。

第2点目は、分科会の位置づけの検討である。結論から言えば、高等部訪問教育の分科会は「指導分科会」に移行することが検討されて良いのではないかとと思われる。課題に挙げられた「高等部教育の中身作り」を真っ正面に取り上げて、教育実践の内容の協議を中心に分科会を進める時期になったのではないだろうか。試行の条件など制度の問題は、「教育条件整備（Ⅱ－1）」で取り上げ（試行の条件については地域での格差があるが、この点では、訪問教育全般の条件という観点で検討する必要を感じる。）、進路問題は「卒業後の進路保障（Ⅱ－3）」が適切であろう。本分科会でも教育の中身作りとの関連で上記の問題も一緒に検討されるのはもちろんである。

第3点目は、今後の分科会での検討内容における課題と思われる点であるが、今回も論議された点、高等部の教育内容作りの視点として、思春期の問題、教材研究の問題、集団保障や行事への参加の問題などが重要となるのではないだろうか。教育内容ということでは、すべての指導分科会の内容が該当するので、Ⅰの指導分科会のすべてに「高等部の実践」が報告されるということも考えられるが、当面は「高等部訪問教育の内容」として検討していくことがよいと考えられる。

以上、事務局での検討をお願いするものである。

## おめでとう 梨花さん

～高等部入学までの経過、高等部がスタートして～

犬飼 浄美

長野県長野ろう学校

(〒3801-0803 長野県長野市三輪1-4-9 )

中山 浩子

長野県長野養護学校

(〒381-0041 長野県長野市徳間宮東1360)

### I 松本梨花プロフィール (S 5 4 年 3 月 5 日生)

#### 1. 障害の状況

- ・先天性代謝異常(脳リピドーシス)、中枢性低換気症候群にて気管切開して人工呼吸器使用、てんかん
- ・全面介助、食事はチューブ栄養

#### 2. 発達診断(遠城寺式)

移動運動0:3 手の運動0:1 基本的習慣0:4

対人関係1:2 発語0:6 言語理解1:4

#### 3. 生活の様子

- ・5歳より病院に入院している。
- ・表出言語はないが要求は声や表情で伝える。また楽しみな事(特に外へのお出かけ)は見通しを持てる。
- ・機嫌がよい、満足している時は笑顔で過ごし、時に『ふふふ』と声を出して笑う。また自分から遊びを仕掛ける時もある。(タオルを噛んでひっぱりっこ)・昼間は起きて生活しており生活リズムは整っている。週2回のお風呂も楽しみで好きである。

### II 高等部入学までの経過と高等部に入学して

#### 1. 登校できるまで

松本梨花さんは長野養護学校入学以来ずっと訪問教育を受けてきた。徐々に自力呼吸ができなくなり、小3の時に気管切開をして人工呼吸器で呼吸するようになり現在も入院生活を送っている。呼吸器は備え付けのものだったので、移動の時はアンビュウを使い散歩は1時間が限度であった。終日ベッドで仰臥位で過ごす事が多かったが、中2になって看護婦さんから「起きている事によって刺激が増え、心身の働きもよくなり長い間に丈夫になっていく」と教えて頂き、それからは起座でいる時間をとるように努力した。

中2の3学期にバッテリー内蔵のポータブル呼吸器を使える事になり、梨花さんの好きな散歩が今までより長くできる可能性が出てきた。訪問の時間は体調を見ながらできるだけ散歩をするよう取り組んだ。初めは肩から腕が冷たくなって震えがきたり、額に脂汗がにじんできたりしたが、回数を重ねるうちにそれも減ってきた。病院周辺の今まで行った事もないところにも出掛け、散歩から帰ってベッドに戻ると満足げであった。散歩で次第に体力もつき高熱が出ることもなくなってきた。また、多くの人との触れ合いを通して人

に対するまなざしも変わり笑顔も多くなった。

『散歩はできても学校へ行く事は無理だろう』と思っていたが、中3の4月に初登校して以来、月2回のスクーリングも可能になり、いろいろな行事にも参加した。集団の中で多くの刺激を受け楽しい経験を積み生活に対する期待が膨らんできた。短期間で登校の回数が増え、中3の3学期には週に3～4回の登校も可能になった。体力的にも自信が付き、登校を大変喜び成長している梨花さんの姿を見、あと3年間教育を受けさせたいという願いが強くなり、高等部入学を機会あるごとに訴えてきた。

#### 2. 病院(日赤)の協力

ここまでこれたのは病院の皆さんの教育への理解、協力、応援があつてこそと強く感じる。中2の時から訪問教育について、母親、ケースワーカー、医療者(主治医、婦長、担当看護婦)、担任、梨花さんも同席しての合同カンファレンスを定期的に行い、連携を取りながらいろいろな問題を解決してきた。特に初めての登校や行事への参加は、安全面に配慮し多くの援助を頂いた。

写真1 日赤カンファレンス(梨花さんも一緒に) H8.7

また病院は、梨花さんの搬送用呼吸器(ポータブル呼吸器)をつけてから中学部卒業までの1年半のQOL(日常生活の質、生活の豊さ)の向上についての研究をまとめ『日本小児看護学会』で発表した。(以下は『重度心身障害を呈する養護学校中学部女児のQOL向上へのアプローチ』=搬送用呼吸器を装着しながら生活体験の多様化を図って=より抜粋したも

の)

項目 \ 得点	1 点	2 点	3 点	4 点	5 点	
社会レベル	生活空間	ベッド上	病院内 売店、ロビー	病院周辺 川原、スーパー、馬小屋	長野市内 学校、遊園地 温泉	市外 海、県立こども病院見学
	生活行動	寝たきり	車椅子に乗り看護婦室	散歩、買い物、日光浴	登校、学校行事参加	旅行、レクリエーション
	社会的役割	患者または生徒として他者を待つ	障害者に対する近隣者の認識変容	養護学校職員生徒の認識変容	県教育関係者への働きかけ	養護高等部受験を世論に訴える
個人レベル	対人関係の広がり	病棟看護婦、医療者、養護学校教師、家族	病院内の職員、患者、掃除婦売店職員	病院周囲の人々スーパーの店員など	学校の職員児童	ボランティアの人々
	表情の変化	無表情	あやすと笑う歯の言葉に泣く	意識的に笑う声かけしないと怒る	歯を見せて笑う人との別れで泣く	全身を使って笑う卒業式に泣く
	欲求表出の場面	全くなし	母を呼ぶ	母以外の人を呼ぶ	車椅子に乗る時移動を催促する	学校を見ると喜ぶ
生物レベル	起座位での限界時間	0	30分	60分	90分	120分
	呼吸器換気条件	換気量 500 呼吸回数 20	換気量 450 呼吸回数 20	換気量 400 呼吸回数 20	換気量 380 呼吸回数 20	換気量 360 呼吸回数 18
時 期	搬送用呼吸器装着以前	中2の2～3学期…ベッドを起こす、車椅子に乗る。院内散歩	中2の3学期…屋外の散歩を毎日やる	中3の1学期…登校するようになる	中3の2学期～卒業…登校回数が増える	

表1 病院の作成したQOLスケール

(社会、個人、生物の各レベルのQOLの向上を1から5の得点で表したもの)に梨花さんの時期を加えた

社会レベル、個人レベル、生物レベルともにQOLは向上したと考える。そして社会レベルが向上する事により、感情欲求の表出、対人関係の広がりや深まりといった個人レベルのQOLを開発向上させた、生物レベルのQOLも向上させてきたと考える。本児のQOL向上を可能にした要因は以下の4点であったと言える。①教育関係者により意図的継続的な学習や体験の場面の提供②ケースワーカーにより経済的、物的、人的問題への支援。③看護婦による本児にかかわる様々な人達への専門知識技術の提供、複数のマンパワーの活動に関するコーディネート。④本児同席で母を含めた関係者の定期的なカンファレンスの開催による問題解決と連携。以上により重度心身障害児である本児のQOLの向上は教育、福祉、医療者のそれぞれの役割実践と有機的連携の結果であったと言える。・・・(略)・・・  
また今回の研究に当たり、重度心身障害児の教育の重要性を本児の様々な可能性が開発されてきた事で認識できた。教育を受ける権利、教育の機会均等の原則に照らして、障害児教育の発展に向けて支援していきたい。

3. 中学部卒業から高等部入学まで

- 1994.1 長野養護学校高等部受験 不合格(理由;医療行為)
- 1994.3 長野養護学校中学部卒業
- 1994.4 長野市ディーケアへ、ボランティアの協力を受け週1～2回通い始める。(2年間続く)
- 1994.5 人との関わりが少なくならないように、長野養護学校の教職員を中心に希望者で第2、4土曜日に訪問ボランティアを始め、高等部入学までの4年間続ける事ができた。ボランティアも長野養護学校の高等部生、他の障害児学校職員へと広がった。在学中行ってきたカンファレンスも随時行って情報交換したり励まし合ったりした。
- 1994.10 稲荷山養護学校高等部に入学を希望し相談に行く。
- 1995.3 稲荷山養護学校高等部受験 不合格(理由;医療行為、県の方針)
- 1996.1 高等部受験をあきらめる(理由;家の都合で学校への送迎ができない)
- 1996. 稲荷山養護学校高等部へ入学を希望。希望を伝える。
- 1997.1 文部省専門家会議で、訪問教育を高等部でも

実施するよう求めた第一次報告がまとまる。

1997.2 県教委、受け入れ対象者を中学部在籍生に限る事を決定。受験できず門前払いとなる。

1998.1 県教委、試行実施されている高等部訪問教育の対象者拡大を決定。入学時に20歳未満の既卒者と病院、福祉施設入所者まで拡大する。

1998.3 長野養護学校へ願書を提出。入学が決まる。

1998.4 長野養護学校高等部入学。

#### 4. 高等部入学が決まるまでの4年間を振り返って

中学部卒業後、人との関わりが減少し、生活が単調になってしまう事が心身に及ぼす影響を心配したが、体調も良く成長し続ける事ができた。その要因には以下の事が考えられる。

①梨花さんの旺盛な好奇心、意欲、生命力…登校してから卒業までに培われた人間関係の深まり、要求や喜怒哀楽の表現力や状況判断の力がさらに生きる意欲、好奇心、生命力を強くしたと思われる。

②病院のしっかりとした医療的ケアと教育への理解と支援

③ボランティアの支援…教職員の訪問ボランティアの継続、一般ボランティアの協力を得ての外出（長野市デイケア、自宅）等

以下は梨花さんのボランティアに長く関わって頂いている方の文より

「梨花さん、おはよう」病室の入り口から声を掛けると、声のする方へ顔を向け私の姿を見つける。……（略）……病のために体の機能を失ってしまいましたが、成長していくのがはっきり分かります。（せめてこの精神を生かしてやりたい、その手助けの一端になればと思い、細々とお付き合いして5年余りになります）……（略）……

ベッド上の生活が主であった時には、無表情、無反応であったが、院外に出て多くの人達とかかわったり、学校という集団にかかわるようになってから『もっとやりたい』それが通じないと涙の抗議、怒りを示した事に少なからず驚いたと同時に、私の中の『可愛そうに』という思いが見事に覆され『梨花さんは生きてるんだ』という強い確信を得て、とても嬉しく涙が出たほどです。それから梨花さんと会う度に要求、やれない事への不満のサイン、好きな事なのか嫌な事なのか…等把握できるようになり、気持ちの充実感を得られるよう努力しております。

また、運動が前進して念願の高等部入学を果たす事ができた要因として

①梨花さんの願いを適える為、お母さんが前向きな姿勢で頑張ってくられた事。（「途中くじけそうにな

った事もありましたが『長野県障害児学校高等部希望者全入を進める会』の同じ思いのお母さんたちと励まし合って乗り越えられました。」…母の言葉）

②要求を積極的に発表して、行動してきた事

高等部全入を進める会、教職員組合、全訪研等と共に運動をしてきた。（県教委への陳情、交渉、署名活動、街頭署名、集会、マスコミへの働きかけ、新聞への投書）梨花さん本人も県教委へ6回以上陳情に出掛けた。

③要求が多くの人に理解され、世論が高まり支援の輪が広がった事。マスコミの報道や新聞の投書に対して、励ましの言葉をもらったり新聞に投書してもらったりした。

#### 5. 高等部に入学して

4年間待ち望んだ高等部、梨花さんは4年間のブランクを全然感じないスタートであった。しかし、学校は高等部の訪問教育の位置付け、教育課程の編成等全くといっていいほど、手探りの状態でのスタート。何もかもが新しく、母と相談しながら『よさそうだ』と思う事はともかく取り組んできた。取り組んでいく中で梨花さんに願った事は、

①学校へ行く楽しみをもってほしい。

②好きな活動（特に散歩活動）を十分満足するまで取り組む中で、心地よく過ごせ、その気持ちを相手に伝えられるようになってほしい。

③音楽活動を通して自ら体を動かす場面が多くなってほしい

この大前提になる事は、健康に過ごし今の体力を維持していく事は欠かせない。

##### （1）訪問教育の中で（週3回位）

散歩活動を中心に行った。その中で今までいったことのない場所への散歩は、期待と喜びを持って散歩している姿、その後も満足して過ごし、それをドクターにも伝える姿が見られた。新しい刺激にも意欲的に関わろう、楽しもうとする姿を感じた。また、「散歩にいくよ」「車椅子乗ろうか」というと、すぐに声や表情で反応する姿も見られた。

また訪問の回数が重なってくると、担任は母や看護婦とは違う人なんだ、という理解をし要求が担任にははっきりと、強くなっていくのを感じ、こんな姿からも成長の一端を見る。

##### （2）スクーリングの中で（月に1～5回）

行事（入学式、社会見学、交流、誕生会、生活訓練等）高等部授業参加（音楽、合同課題別学習）を中心に組んだ。参加集団は高等部、訪問教育児生をはじめとしての重度重複児生（小学部、中学部の生徒と一緒に）との学習集団が中心である。

高等部の1泊の生活訓練は、学校としては『行きましよう』という結論がすぐに出なかった。多くの教職員に生活訓練参加の良さ、必要性、今までの経験、現



在の体調等から、参加の条件が整えば十分可能である事を訴えた。そのかいあって参加の運びとなった。病院からは看護婦が同行するという承諾を得、母の努力、何より教職員の協力を得て実現する事ができた。また、本人も満足できた2日間となった。事前の学習から期待を持って迎えられた事、体調も良く当日を迎え2日間過ごせた事、高等部1年生が自然に関わってくれた姿、梨花さんも2日間終始不満を示さず機嫌よく過ごせた事、友達の中で過ごす時の目の輝き、病院に帰ってからの涙、その後も体調、機嫌ともよく過ごせた事等。今まで体験できなかった事ができ、多くの刺激を受けそれを素直に受け入れた事が、その後の成長にも大きな役割を果たしている事を感じる。

## 写真2 高等部生活訓練 H10.7

また、高等部での授業の参加は、回数を積み重ねるうちに、梨花さんも違和感なく過ごせるようになっていく。2学期から週1回参加している音楽では、毎回歌う歌に心地よく首を振ってリズムをとっている姿が見られるようになった事。（好きな歌が増えて、ひろがった）友達の中で過ごしている時は、怒る事なく過ごせるようになった事（場の慣れ、場の認識ができてきた）等。これらは今後の授業への参加の大きな力になるだろう。

スクーリングにきている訪問教育児生や小・中学部の重度重複児生との生活も慣れてきて、小学部の子供の動きをじっと見て目で追ったり、給食中も落ち着いて穏やかな表情で過ごせるようになった。遊具として取り組めるタイヤブランコは大好きで、特に大きな揺れを好み、揺れが小さくなると「ウーウー」と声を出して『もっと揺らして』と要求する姿も見られた。

### Ⅲ 運動の成果と課題

高等部の訪問教育が始まって試行錯誤の半年、梨花さんは4年間学校生活から離れていたとは思えないほど、学校にも慣れ元気で日々楽しむ姿が見られた。（これは4年間のボランティアとのつながりも大きい

だろう。）何より高等部1年生の中に位置づき始めている事を感じ嬉しい。この半年の成長ぶりを母と共に考えてみた。

- ◎すっきりと穏やかな笑顔が常時出ている。
- ◎高等部1年生として迎えられ友達を良く見ている。
- ◎先生は自分にしっかり関わり楽しい事をしてくれる人、という認識が育ち始めている。
- ◎初めて体験する事には、驚き、興味、楽しみの声を出す
- ◎一日（4～5時間）車椅子に乗って過ごしても体調を崩すことがなくなった。
- ◎喜怒哀楽の感情を一層はっきりと出すようになった。
- ◎スクーリング、生活訓練、社会見学等メリハリのある生活ができ心豊かになった。（心に訴える音楽に涙を流す姿がみられた等）

今後の課題として、以下のことがあげられる。

- ◎学校の中での訪問教育の位置付けと高等部生としての役割。
- ◎訪問教育生の教育課程（高等部生として）の在り方 集団学習の確保をどうしたら良いか。
- ◎スクーリングの場の設定の仕方、感覚を刺激して楽しめる遊具の開発
- ◎心が豊かになる学習内容の検討
- ◎卒業後の進路について
- ◎医療的ケアの理解と研修
- ◎知的障害養護学校における肢体不自由児生への理解
- ◎行事（特に宿泊を伴う行事）の参加の仕方 等

●現在梨花さんは大きな問題を抱えている。入学してまもなく、病院から長期入院の為、施設への入所を進められた。しかし、その施設に入所の場合は高等部教育が絶たれてしまう。（理由としてはその施設に併設する学校に高等部がなく、訪問教育が行われていない等）今年には入院できているが、来年については方向が定まっていないのが現状である。これから、この問題を解決し来年の方向を見出したい。

高等部訪問教育を願う全国の人々の熱い願いが文部省を動かし、梨花さんも入学を果たす事ができた。多くの人に感謝の気持ちで一杯である。入学してからも梨花さんの成長ぶりは素晴らしい。そのことを思うと、今までの運動がこれで終わるのでなく、

- ◎すべての養護学校に高等部と訪問教育を位置付ける
- ◎年齢制限の撤廃
- ◎訪問教育のソフト、ハード面でのさらなる充実 等

梨花さんが訴えてきたことを、もっと多くの人に理解して頂き、現在の梨花さんの姿を見てもらい、どんなに障害の重い子も人間らしく生きていきたい、という願いを受け止めたい。そして、教育権をはじめとして全ての基本的人権が守られ、人間らしく幸せに暮らせる社会になってほしいと、心より願い、運動を進め

ていきたい。

## Ⅱ－3分科会報告（卒業後の進路保障）

■Ⅱ－3分科会 共同研究者による分科会のまとめ ～“自立”への道をもとめて～

御子柴 昭治

（前全国訪問教育研究会会長）

卒業後の進路保障という、今まではどうしてもまず、高等部をどう制度化していくか、またそれぞれに代えて中学部卒業後も、生徒とどうつながりをつけていったかなどが、その中心課題とならざるを得なかった。しかし、試行2年目にして高等部は、47都道府県すべてにおいてそれぞれが試行されるようになった現在、私たちは高等部卒業後を視野に入れて、この課題を研究することができるようになったのである。この事実は、全国訪問教育親の会と全訪研会員との共同の成果であると言って良い。

さて、今年分科会は2本のレポートを中心に討議をすすめた。親（ことに父親）とのネットワークづくりをテーマにしたもの（福島・石川養護）と、「十五年目の訪問」による5つの事例報告（奈良・明日香養護）であった。私たちはこれらの実践から多くのものを学んでいかなければならない。同時に、今後どのようにこの分科会の研究をすすめ、深めて行かねばならないかについて考えていく必要があると思う。

今11回長野大会の高谷清先生の記念講演でも「自立」について話されていたが、進路保障とは、一言で言えば、生徒一人ひとりについて「自立」への道をどうきりひらいていくか、その力をどうつけるか、と言うことにつきると思う。訪問教育は本会が『訪問教育の概要』（改訂版）～1998年7月～として提出したように、まだ種々制度的にも十分検討されなくてはならない教育であり、ある意味では将来のある教育なのである。従って現在、私たちはその方法、内容とも困難な状況のもとで行われている。にもかかわらず訪問教育を担当する以上、私たちは生徒たち一人ひとりの進路を保障しなくてはならない。言い換えれば、私たち教師は生徒一人ひとりについて「自立」への道筋を探求し、生徒が自分の力で人生を切り開いていけるような力をつけてやらねばならないのである。

「自立」と言う時、一般には、身辺的自立、社会的自立、経済的自立、精神的自立があげられる。といっても訪問学級の生徒には、そのどれ一つとして容易に獲得できるようなものはないと言ってよい。「自立」ということは、教育基本法に言うところの「人格の完成」というに等しく、厳しい努力とその継続が常に求められるものなのである。

そこで今回のレポートとの関連で言えば、これら生徒の「自立」を少しでもすすめていくために、教師は

親に積極的に働きかけ、親たちのネットワークづくりに取り組もうとするのは当然のことである。それは、親たちとの協力無しには、私たちは身辺的に自立の一つさえも取り組むことは難しいことを知っているからでもある。まして社会的自立や経済的自立は、言葉の上のことになりがちである。しかし、私たちは親との共同で、そのどれにも関わることはできるのである。それは家庭や病院を訪問し、親の次に生徒たちの側にいる私たちの仕事なのである。奈良の「十五年目の訪問」は、卒業して十五年目たった教え子たちが現在どのような生活を営み、そこでどのような問題を抱えているかを実際に調査した。このような実態調査活動は、進路保障の突破口がどこにあるかを示唆してくれる。

訪問教育が、不就学の子どもをなくそうと立ち上がった教師や親たちの実態調査活動の中で始められた30年前の歴史を思い起こさせる。奈良の取り組みが進路保障の運動と固く結びついていることは明らかである。

第8回埼玉大会の記念講演で太田堯先生は、生命の原理として3つのことを指摘された。それは独自性、創造性、関係性ということであった。（詳しくは「訪問教育研究」第8集参照）「自立」への道も言い換えればこの3つの原理をどう一人ひとりに発揮させていくかに関わっているといえる。

訪問教育は、生徒と教師の「一対一」の出会いから始められる。この一本の絆から生徒を中心に何本もの絆をつくっていくにはどうしたらよいか、私たちに問われている。学校の他の教師たちとの絆、生徒たち同志の絆、周りの地域の人とたちの絆、これなくして社会的自立は課題にさえなり得ない。そして、医師や福祉関係者、行政担当者との絆、これなくしては生徒たちの日々の健康の維持さえおぼつかないし、生活の継続もあり得ない。こうして、経済的自立や精神的自立の歩は遠くはるかであった。しかし私たちはそれに向かって歩み始める。一歩ずつ進めてゆくのである。なぜか。それこそが教育の営みそのものであるから…。

私たちは自分が受け持っている生徒一人ひとりについて、どう「自立」への道を切り開くための取り組みをしていったかという課題に真正面から取り組み、それぞれの典型をつくり出すことである。これが、訪問教育に関わっている親や教師たちが、ひたすら期待している実践なのである。どうか来年度の鹿児島大会では、そういうレポートがこの分科会に提出されるよう、

全国の会員に強く期待しておきたい。

## ■Ⅱ－3分科会 発表レポート

# 15年目の訪問

神谷 育代

奈良県立明日香養護学校

(〒634-0141 奈良県高市郡明日香村川原410)

### 1. はじめに

昭和54年にスタートした本校の訪問教育部も今年  
は20年目である。この間の在籍者数は100余名を  
数え昭和56年に最初の中学部卒業生を出して以来、  
18年の間に33名の卒業生を数える。(平成2年度  
より高等部卒業生)この内17名がすでに死亡してい  
るが、残り16名についてどんな生活をしているのだ  
ろうか?という思いがいつもある。

今回「重症心身障害児(者)を守る会」より巡回療  
育相談を訪問部の卒業生で実施したいとの依頼があり  
16名のうち奈良県の南部を中心に、5名をピックア  
ップして家庭訪問を行った。卒後15年の実態を報告  
し、卒後のケアとして何が必要なのか検討したい。

#### 「重症心身障害児(者)を守る会」の 巡回療育相談とは

〈目的〉在宅の重症心身障害児(者)とその  
家族に対して、医療、介護、福祉などの相談に  
応じ、必要に応じて適切な指導を行い、心身の  
成長、精神衛生の向上を図るとともに、重症心  
身障害児(者)の在宅対策が推進されるよう援  
助するものとする。

〈実施方法〉医師、看護婦、専門指導員等で相談  
班を編成し、実施地に派遣して行政等関係機関  
と連携して重症心身障害児(者)及びその保護  
者を会場に集めるか、または家庭訪問して診察  
及び療育に関する相談に応じ指導を行う。

上記のような「重症心身障害児(者)」の巡回療育  
相談のスタッフ(小児科医、児相ケースワーカー、児  
相保健婦、「守る会」本部役員3名、県支部長)と一  
緒に本校訪問教育部教員1名が同行し、1998年の  
2月18日・19日の両日で5人の卒業生の訪問を行  
った。その後、さらにアフターケアとして1~2回  
の訪問を行った。

### 2. 訪問記録

(1) 事例1 K・Jさん(昭和57年度卒 32  
歳)

障害名 脳性麻痺・重度知的障害・歩行不能  
強度の側わん

家庭状況 父親は数年前に他界。母親が1人で介護  
をしている。妹が同居。

本人の様子

①夜、寝ない日があり口内炎ができる。

②腸の方は15年前に手術をして以来元気である。

〈巡回療育相談記録〉

#### 1) 相談内容

①親亡き後が心配だが、施設はぎりぎりまで入れた  
くない。

②ショートステイも親が遊んでいるようで嫌だ。

③体に合う車椅子がない。

④生活リズムのくずれ。

#### 2) 助言

①施設入所に関しては受入れ側の状況等タイミング  
もあるので、入所可能となった時には多少家庭的  
にゆとりあっても決断する必要があることもある  
のではないかと、その時期を逃さないようにと助言

②在宅で長く続けられるためにも、短期入所や訪問  
看護等の活用を勧める。

③介護負担の軽減と、本人の生活を広げる意味から、  
車椅子・座位保持椅子の検討。体にあった良い車  
椅子を紹介する。

④医師より昼夜逆転の生活リズムのくずれに対して  
は、入眠剤・鎮静剤等を使用する方法もある。

〈再訪問記録〉

6月に再度訪問しようと電話すると、母親の体調が  
悪く入院しなければならないので、Jさんは急きょ市  
の特別養護老人ホームにショートステイをお願いしよ  
うと思っているとのこと。

その後も何度か電話で様子を聞いてみた。幸い母親  
の体調はまもなく回復されJさんも6月末には帰宅す  
ることができた。母親は今回のことから「ショートス  
テイのありがたさとともに、将来の事を考えると、施  
設入所も考えさせられた」との返事であった。

(2) 事例2 U・F君 (昭和57年度卒 31  
歳) 障害名 小頭症・重度知的障害・歩行不能

家庭状況 共働きのため、長年祖母が介護をして  
きたが、昨年8月に倒れ祖母も寝たきりになってし  
まった。家政婦を頼んで、2人を見てもらっている。  
本人の様子

①テレビやおもちゃ、紐遊び等で1日過ごしている。

②日常会話は理解しているので、家政婦さんに用事

を頼むときは、祖母が通訳してくれる。

〈巡回療育相談記録〉

### 1) 相談内容

- ① 日常介護の問題が大きい。
- ② 家政婦にかかる費用負担。
- ③ 入浴介助や夜間の介護等母親への負担が大きい。
- ④ 行政の制度を利用することについて、父親は全て否定的。「安心して他人に任せられない。第三者は内容の実態を知らない。辛い思いをするのは本人であり家族だから」と言う。

### 2) 助言

介護負担軽減のために、ショートステイ・訪問看護婦・デイサービス・入浴サービス等の制度を活用してみよう。その中で要望を出したり、注意を促すことで改善されていく。まず施設を見学してみよう。

〈再訪問記録〉 ※6月末に訪問

- ・ 家政婦に毎日来てもらっている。
- ・ 町の保健婦が2～3回来てくれたがその後来ず。
- ・ 週1回医者や歯医者の往診あり。歯医者も往診してくれる。
- ・ 体調の悪いときは、自宅で母が点滴もできるので、元気に過ごしている。(母一看護婦)
- ・ 後3年位したら、父母とも退職をしてF君を見たいと思っている。
- ・ ショートステイのこともあるので、施設は一度見学してみたい。

(3) 事例3 T・Yさん (昭和58年卒 30歳) 障害名 重度知的障害・歩行可能

家庭状況

- ① 母が二年前に、クモ膜下出血で倒れ、現在もほとんど寝たきりの状態である
- ② 父と弟が、本児と母の世話をしているが昼のあいだは世話をする者がいない。
- ③ 月5万円で犬を借り、番犬としておいている。

本人の様子

- ① 以前と比べかなり痩せている。
- ② 歩くこと、手指の常同行動、髪の毛を抜く等は変わらず。
- ③ 異食癖も変わらず、年末にはお腹が異様にはり泣きだしたので、便を出させたところナイロンや髪の毛などいっぱい出てきたということ。
- ④ お酒は、1日に一升程飲んでいる。
- ⑤ 言葉は喃語

〈巡回療育相談記録〉

### 1) 相談内容

- ① おしめ代が月に7～8万円かかるので何とかならないか。
- ② 母の話し相手になるので、本児を施設にとは考えていない。
- ③ 自動車の免税が、だめと言われた。「とにかく色々大変だが、市のほうは何もしてくれない。」

④ 本人のアルコール依存症

### 2) 助言

- ① 福祉事務所の返事：おしめの支給は、歩いている子どもにはできない。市役所に電話。重心特別手当や障害者基礎年金は受けている。
- ② 日中病気の母親と2人で過ごしているので、ヘルパーの利用を勧めるが他人が家に入るのを好まないとのこと。
- ③ 自動車税減免申請・駐禁票の申請・母親の障害者手帳の申請・本人のおむつ支給の要望緊急入所の手続き等について早急にサポートが必要である。

〈再訪問記録〉

※4月に市役所の福祉課担当の方と一緒に訪問

- ・ おむつの支給について：県の方へ問い合わせをしてくれるがいい返事ではなかった。
- ・ 駐禁票の申請について：警察署へ問い合わせをする。持っていくものの確認等。
- ・ 自動車税減免申請・医療証の発行の説明と手続きの仕方について詳しく説明。
- ・ ショートステイの説明。

父親の愚痴を聴きながら根気よく話していただき、その後市役所へ一緒に行き駐禁票・医療証・自動車税減免申請の各手続きを行った。

※5月末に訪問

- ・ 母親、本人は相変わらずの様子。ヘルパーの話を再度する。
- ・ 飲酒の方は毎日飲んでいるが、量を少なくしているとのこと。

(4) 事例4 K・Mさん (平成6年度卒 21歳) 障害名 脳性麻痺・重度知的障害・歩行不能

家庭状況

- ① 家を新築し、住所変更をしていた。父の実家の側で、周りは田んぼだけの静かな所である。
- ② 母が骨粗鬆症(父は骨のガンという)のため、2年前の10月頃から寝たり起きたりの生活になっている。
- ③ 父が定年退職の時期と同時だったため本児の世話を父が行っている。

④ 祖母が1月末から入院。父が3人の介護をしている。

本人の様子

- ① 風邪もひかず元気に過ごしているということ。
- ② 冬場は昼のほとんどの時間を炬燵で過ごしている。
- ③ お風呂のときは後ろから支え廊下を歩かせている。

〈巡回療育相談記録〉

### 1) 相談内容

- ① 母親が倒れて以来、父親に全面的に生活介護の負担がかかってきている。
- ② 近隣に対して閉鎖的などところがあり、本人の生活

を狭めているところがある。

## 2) 助言

- ①ホームヘルパーの利用を勧めるが、父の生活リズムが崩れるので、望まないという。
- ②ショートステイの申請は父親のレスパイト、本人の体験という両方の意味で出しておくように勧める。
- ③療育手帳の訪問審査依頼を児相ワーカーを通して福祉事務所へ要望。

〈再訪問記録〉 ※5月末に訪問

- ・3月末に祖母、5月初めに母が相次いで他界「ゆっくり物を考える間もなかった。」と父親の言葉。その間、Mさんは親戚の人に見ていただき何とか乗り越える。ショートステイの申込みもしていたけれど忙しくて診断書を取りに行く間がなかった。
- ・今後、父が倒れたときのことを考えると不安になる近くの老人ホームで診てもらえないかという希望を持っている。(重心の施設は遠いので)

(5) 事例5 O・Sさん (平成8年度卒 19歳) 障害名 先天性ミオパチー・重度知的障害・歩行 不能

家庭状況 父親が肝臓を悪くして病院に通うようになったが、祖父母・母は何とか元気でSさんの世話を協力して行っている。

本人の様子

- ①卒業時の連携体制が続けられている。
  - ・近くの開業医からの訪問看護：週3回(火・水・金)
  - ・医大の学生ボランティア：週1回(土)
- ②上記に加え、卒後下記の体制も加わる
  - ・市の訪問看護ステーションからの訪問看護：週2回(月・木)
  - ・医大の学生ボランティア：週2回に(土・日)
  - ・家事の手伝いとしてホームヘルパーの利用：週2回(月・木)
- ③リハビリセンターへ訓練に通う：月2回程度

〈巡回療育相談記録〉

## 1) 相談内容

- ①訓練は本人にとって気持ちがよいので、せめて週1回受けさせたいが、連れていくことが大変なので、家に訪問して訓練をしてもらえるような制度が是非欲しい
- ②ショートステイは登録しているが安心して預けられるところがない。県内の近くで医療的ケアができ、ショートステイをしてもらえるところが欲しい。

## 2) 助言

- ①訪問リハビリについては、知事に伝えておく
- ②ショートステイは一度体験しておくが良い。スタッフにも慣れてもらうことが大切だ。

※後日「守る会」県支部長が、「ショートステイの件知事に伝えた」との手紙出す。

〈再訪問記録〉 ※6月末に訪問

- ・3月～4月に痙攣が続き、酸素吸入の機械も入れたということ。5月以後体調が安定してきた。
- ・食事用の椅子もでき上がり、椅子に座っての食事の練習を始めた。
- ・Sさんの1週間は、とても充実している。毎日誰かが「Sちゃん、こんにちは」と声を掛けてくれるので表情も生き生きしていた。けれど、母にとっては1日家を空けることは難しいので、医療の設備の整っているショートステイの充実を強く望んでいる。

## 3. 卒業後の特徴のまとめ (表1参照)

- ①本人の体調は、幸い2人を除いて良好であった。
- ②介護の状況は、16人のうち10人の母が何らかの病気又は腰痛で治療中であり、5人が介護の体制が崩れて困っていた。内1人は深刻な状況である。しかも、困窮状態にあっても「親の会」等には入ってなく適切な相談相手をもっていない。卒業生も30歳を過ぎると、親の体力は急激に衰える。
- ③社会的な介護(来訪)があるケースは16人中7人しかいない。不十分な状態である。
  - とりわけ、体も大きくなり入浴には一番困っていると思われるが、巡回入浴サービスは一例のみである
- ④通所している人は5例あるが、通所によるサービスは、受けにくい実態にある。ぜひ、来訪によるサービスの充実が望まれる。
- ⑤ショートステイの登録は7例あるが、内4人は「適切な所がない」などの理由で、1度も利用していない。親がショートステイの登録の必要性の認識が弱いことと、重度の子どもをショートステイできる施設が少ないという2重の問題点がある。
- ⑥施設を具体的に考えているのは1例のみであった。
- ⑦「親の会」に入っている人は、3例のみであった。

## 4. より良い卒後をめざして

卒業生の生活に接し、上記のような問題点が分かった。そこで、我々は卒業までの進路指導として、次のような点に取り組む必要があると思う。

- ①何より元気で卒業させること。
- ②介護しやすい習慣(食事・睡眠のリズムなど)、設備(椅子・車椅子・ベッド・浴室など)の工夫を、親と一緒に考えること。
- ③社会的な介護の援助体制(訪問看護婦・ヘルパー往診・ボランティア・家政婦等)をできるだけ作っておく。
- ④外出できる体制(車椅子・介護ボランティア)、行くところ(楽しめるところ・訓練・通院など)を作っておくこと。
- ⑤ショートステイの登録をして、親が元気な間にショートステイの体験をしておくことなどが、親側と施設側の両方の改善のためにも重要である。

⑥施設についても、関心を持って調べておくこと。

⑦「親の会」に入っておくことが望ましい。

5. おわりに

今回の「重心児（者）を守る会」との共同の巡回相談の取り組みを通して、卒後15年たつと親の介護体制がいかに弱っていくかを痛感させられた。

私たち訪問教育での進路指導も、まことに不十分で

あったことを反省させられる。これを教訓に、私たちの進路指導の取り組みを見直すとともに、在宅重度障害者の社会的介護体制の不備も点検し、その問題点を明らかにする必要がある。

表1. 卒業後の特徴（1番～5番は、訪問をして聞き取り。6番～16番は、電話による聞き取り調査である。）  
(H.10年9月末現在)

番号	氏名	年齢	本人の体調	介護の状況	社会的な介護(来訪)	通所	ショートステイの登録	施設を考えているか	親の会等入会状況
1	O.S	19	良好	母が元気で介護。祖父母が手伝う。(父は通院)	訪問看護婦(週5回) ボランティア(週2回) ホームヘルパー(週2回)	リハセンターで訓練(月2回)	あり(適切な所がない)	×	×
2	K.M	21	良好	母、重病で寝たきり。(5月に死亡)父が全面介護。	なし	なし	なし	×	×
3	T.Y	30	痩せている アルコール依存症で体調は不良	母が重病で寝たきり。昼間は世話をする人がいない。	なし	なし	なし	×	×
4	U.F	31	良好	介護していた祖母が寝たきりになる。家政婦が介護している	家政婦(有料、毎日) 医師の往診(週1回)	なし	なし	×	×
5	K.J	32	良好	母が元気な間は介護。しかし母は病気になりショートステイに入る	なし	なし	あり(1回利用)	○	×
6	K.K	28	良好	父母ともに元気である	なし	福祉センターの歯医者(月1～2回)	あり(利用は1度もない)	×	×
7	T.Y	27	良好 言葉が豊富になった	姉夫婦が同居。母と姉で介護している母は通院中。	なし	病院への定期検診(年2回)	なし	×	×
8	I.D	26	良好	母が元気で介護。	ホームヘルパー(薬を取りに行ってもらう。月1回) 保健婦(年1回訪問)	なし	あり(適切な所がない)	×	×
9	K.T	26	良好 太っている 表情が良い	母が一昨年入院の時、妹が世話をする。母は、今は元気だが、腰痛がある。	なし	なし	なし	×	×
10	T.Y	28	C型肝炎にかかっているが元気がいい。	母が介護しているが、血圧が高い。父は絶好調。	なし	なし	あり(利用なし)	×	×
11	Y.Y	27	良好	父母ともに元気だが、母が腰痛になり、作業所に1ヶ月通えず。	巡回入浴サービス(月3回)	かるがもの会(週2回) 虹の家(週1)	なし	×	肢体不自由児父母の会
12	T.M	24	良好	母と祖母で介護。母は腰痛を持っており動けないときもある。父は心筋梗塞。	訪問看護婦(月2回) (H.10年9月より)	なし	あり(1回利用)	×	×
13	N.Y	24	良好	父母ともに元気である母が仕事を続けているので祖母が介護。	なし	なし	なし	×	×
14	S.T	22	良好	父母ともに、元気。	訪問看護婦(週3回) 往診(月1回)	定期検診(月1回)	なし	×	SSPE親の会
15	T.K	19	良好	母が介護をしている。母は、慢性腎炎、不正脈有り定期検診を受けている。父は元気。	往診(月1回)	なし	あり(1回利用)	ショートステイ利用後少し考えている。	肢体不自由児父母の会
16	W.R	26	良好	平成元年に国立和歌山療養所に入所					

## Ⅱ－４分科会報告（医療的ケアが必要な子の教育保障）

### ■Ⅱ－４分科会 共同研究者による分科会のまとめ

#### 教育と医療を同時に必要としている子ども ～医療との共働をめざして～

江川 文誠

（十愛病院医局長 神奈川養護学校重度・重複障害児担当医）

学校教育における医療的ケアについての論議はほんの10年ほど前から活発化してきた新しい問題です。しかしこの10年間の時代の変化、より正確に言えば子どもたちを取り巻く環境の変化には目を見張るものがあります。そして、その変化について行くためには、私たちの論議もまた視点を変えていく必要があります。

#### ◆1990年「医療との縄張りあらい」

1990年、私が神奈川県立のN養護学校を訪れたとき、「ある生徒に対して教員による経管栄養の実施を求められているのだがどう対応すべきか」との質問が出されました。それまで昼食のため親が毎日学校に出向いていたので、親の都合がつかない時には食事ができずにはいました。主治医からも、注入ができずに一日学校で過ごす脱水を起こし、健康に良くないからぜひ実施して欲しい、と言う意見書が提出されてもいました。

その時私は、「えっ学校がそこまでやってくれるの？」という疑問を感じました。確かに親の負担は大きいでしょうし主治医の意見も正論とは思いましたが、だからといって医療の知識も経験もない教員にその代役をお願いすることは無理なのではないかと感じたのです。

教員の中にもそもそも教員がやるべきことかどうか、やった場合に医師法等に抵触しないか、といった疑問が渦巻いていました。また医療側にも横浜のように積極的に教員が実施すべきだという意見から、看護婦か医師か親以外はやるべきでないという意見までありました。その時点では、このケアはどちらの職種が本来やるべきなのか、といった縄張り争いの議論が中心だったのです。

#### ◆1996年「医療との連携の模索」

そこでこの問題に取り組むにあたり、横浜市が実施していた①医療職の学校への参加と②教員の実施研修の充実を図ることを最初の目標にかかげました。さらに③ケアの実施を教員が行うにあたっての順法的な手続きについても東京都の方法などに学びながら確立してきました。

1996年度より県立肢体不自由養護学校7校に「重度・重複障害児担当医制度」を発足させ、近隣の小児神経医がその役割を果たすことになりました。そして①健診や教員への指導助言、②教職員への研修、③医療的ケア実施マニュアル作りの援助、④担当医師同志の情報交換、⑤近隣の医療機関との関係作り等の仕事を開始しました。また、教員の研修も徐々に充実させ、

1998年度からは県内の3医療機関（いずれも重症心身障害児施設）の協力を得て年間30名の教員が各1週間の実施研修を行えるようになりました。

この時点で学校における医療的ケアの実施についての論議は、縄張り争いという次元から、いかに医療と連携を図りながら医療的ケア実施の実力をつけるかといった現実的な論議に発展してきました。

#### ◆1998年「医療との共働」

現在、教員は目前にある問題に真摯に取り組みながらも、次々と重度化してゆく子どもの姿と高度化してゆく医療ケアの変化に悲鳴に似たものを発しつつあります。そこで、1997年に担当医より「医療的ケアは教員の実践と医療職の配置の両面で取り組むべきである。特に医療職の配置については①医療的ケアのニーズが高い養護学校等に医師、看護婦の配置を行うべきである。②医療的ケアのニーズが単発、短時間の場合に地域の訪問看護ステーション等の利用を公費負担で行うべきである。」との提言を出しました。

「重度の障害を持った子にとって医療と教育のどちらが必要なのでしょう」という問いに対する唯一の答えは、「医療と教育を同時に必要としている」というものにちがいないのです。教育に専行する医療があるわけでもなく、医療を排除する教育もあるわけがないのです。重度の障害を持つ子にとって、この両者は車の両輪のようにお互いが必要とする関係を持たなければなりません。「その子たちに関わっている医療従事者と教育従事者は、子どもの視線の高さで手を組まなければならない」という参加者の一人の発言はまさに私たちプロとしてこの問題に関わりを持つ立場のすべての人に向けられた痛烈な指摘なのです。

医療的ケアを携えての退院は、いままで医療的ケアを全面的に引き受けてくれる家庭の存在なしには不可能でした。しかし退院した後、学校や施設を利用するといった当たり前の地域生活をしようとしたときに家族の付き添いが求められていたのです。これからは、地域生活を支える教育や福祉に医療が一步二歩と入り込み、家族だけに負担を負わせない制度をつくらなければなりません。教育、医療ともに自分の垣根をどれだけ低くできるのかが今問われているのです。

医療的ケアの実施についての論議は、教育と医療の縄張り争いから両者の連携の模索を経て両者の垣根を低くしていかにか手を結ぶかという段階にさしかかりました。それは“医療と教育の共働”（山田）という新し



い領域へ一歩踏み出すということなのかもしれません。

## ■ II - 4 分科会 共同研究者による分科会のまとめ

### 上原 則子

(神奈川県立中原養護学校校長)

はじめに

養護学校義務制後20年が過ようとしています。この間、年々養護学校に在籍する児童・生徒の障害の重度・重複化、多様化が顕著になってきており、近年肢体不自由養護学校を中心として学校における医療的ケアの問題が大きく取り上げられるようになりました。

#### 1 医療的ケアと子どもの心

重度・重複障害児、中でも呼吸や栄養、排泄等生命維持に関わる機能に医療的な管理やケアを必要とする障害の重い子ども達自身にとって医療的ケアとはどのような意味があるのでしょうか。

- ・自分ではどうにもできない命にかかわること
- ・ケアしてもらってまで苦しく辛い状態が続くこと
- ・吸引、導尿等ケア自体に苦しく辛いものもあること
- ・母親（家族）以外の人からはやってもらえないこと

このような苦しく辛い経験をとおして子ども自身は自分の身体を否定的に感じるばかりではなく、自分自身に対しても否定的な感情を抱き自己否定観を内面に形成したり、そばにいる人にすぐ楽にしてもらえないことによって人への不信感を抱いたりはしないでしょうか。

#### 2 医療的ケアと教育

私達教育に携わる者は、教育の専門家として教育学や心理学等子どもの教育に必要なあらゆる学問を総合して子どもの全体像を捉え、子どもが持っている能力を最大限に発揮できるように援助したいと願っています。そして子ども自身が自己及び人への信頼感を高め、様々なことにチャレンジする意欲を高める、すなわち「生きる力」を育てて欲しいと願っています。このことは医療的ケアを必要としている子どもに対しても同じです。医療的ケアを必要としている子どもには、医療的ケアという特別な教育的ニーズに応じた教育課程を用意し、個別教育計画の中に医療的ケアに関わる内容を組み込んで指導しなければなりません。あくまでも医療的ケアの主人公は子どもであって、ケアが「できる」「できない」と言う教師側の都合で教育課程を決めることはできないと思います。子どもはケアを受けることによって、苦しい事から解放してくれた人へ

の信頼感と、楽になる、気持ち良くなることを通して自分の身体を良きものと感じとり、自己肯定観を形成していきます。まさにこのことは教育の目標そのものだと思います。

#### 3 「命を守る」システムづくり

この様に医療的ケアを教育的視点で捉え障害の重い子の教育を考える時、医療との連携なしに教育を考えることはできません。今まで障害の重い子を受け入れた養護学校は、各地でその実状に応じ様々な医療との連携の取り組みが試みられてきました。

- 1) 学校内のシステム化：臨床指導医等の派遣制度、修学旅行、泊を伴う校外行事への看護婦等の付き添い制度等を発足させ学校教育内にシステムを導入
- 2) 学校外システムの活用：訪問看護制度の機能を活用し学校に訪問看護婦を受け入れて医療的ケアに対応
- 3) 看護婦の雇用・配置：療育センターの看護婦を学校に派遣したり、看護婦資格保有者を介助員や非常勤職員として採用し医療的ケアに対応

徐々にそれぞれのシステムを取り入れた学校から実践報告が出される様になりました。それらの実践報告を参考にしながらそれぞれの学校が子どもの実態に合わせ、子どもの命を守るためにはどのようなシステムが必要なのか、また子どもにとって良い教育環境とはどのようなものなのかを研究していく段階にきていると思います。

おわりに

文部省は平成10、11年「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を発足させ10県に委嘱しました。その研究の一つに「養護学校における医療的バックアップ体制」を上げています。文部省はこの研究結果を待って、厚生省と協議の上、医療的ケアに関する指針（ガイドライン）を出すことが予想されます。そのガイドラインが出てからこの問題に取り組むのではなく、校内体制、教員の研修、他機関との連携の在り方、個々の子どものケアの実態と教員が安全に関われるケアの範囲等校内で協議や実践を積み重ね、互いに情報交換をする事が今後の課題かと思われれます。

## 都立村山養護学校訪問教育における 医療的ケアのあゆみと今後の課題

土方智子 日比野忍

東京都立村山養護学校

(〒208-0011 東京都武蔵村山市学園4-8)

### 1. はじめに

救急体制整備事業の指定校となり、本校で本格的に医療的ケアの整備事業が始まってから6年がたつ。隣接した肢体不自由児施設東京小児療育病院とみどり愛育園（重症心身障害児（者）入所施設）を抱えていることもあり、児童・生徒の障害も重く、従って医療的ケアの対象者も多い。それに伴い対応教員も多く、都内で救急体制整備事業を行っている他の学校と比べ、医療的ケアの内容も多岐にわたっている。最初に、本校の医療的ケアをめぐる背景について説明し、その上で訪問教育における医療的ケアについて述べていきたい。

### 2. 本校における医療的ケアのあゆみ

#### ①医療体制整備事業モデル校となつて

本校が、東京都から医療体制整備事業を受け、モデル校として医療的ケアの対応に取り組み始めたのは、1992年からであるが、それよりも以前から（資料1）、ケースバイケースで医療的ケアについてとりくんできた。モデル校となり、2年間かけて事例研究をすすめ、その研究の成果を「研究報告書（望ましい肢体不自由養護学校をめざして）」にまとめた。それまで、東京都教育委員会の見解としては医療的ケアを要する児童・生徒は原則として訪問教育に措置され、通学籍となる場合には医師の診断と保護者等による医療的ケアの対応が必要であった。

#### ②医療的ケアの内容について

医療的ケアと一口でいっても、東京都では各校の裁量に任されており、学校ごとに対応している内容がかなり違う。「医療的ケア実施要領」（資料2）の中で実施対象とする医療的ケアの項目は全部で7項目あり、以下の通りである。

- (1) 導尿 教員が対応するケースと、自己導尿に向けての指導・管理をするケースとある。
- (2) 吸引 口腔内・鼻腔内に加え、気管内（カニューレ内）の吸引を行う。
- (3) 経管栄養（含む水分） 鼻腔管留置による注入と留置以外の注入。留置以外注入には口腔ネラトン法による注入が入っている。現在胃ろう部から

の注入はケースがないので行っていないが、胃ろう部の管理は行っている。

- (4) 酸素吸入 酸素ボンベの交換や吸入器具の脱着を行う。
- (5) 経鼻咽頭エアウェイの装着 エアウェイの装着を行う。
- (6) 気管切開部の管理 Yガーゼの汚れやカニューレの状態など観察し、異常があれば保健などに連絡する。
- (7) 薬液の吸入 ネブライザーなどを使って指示された薬液の吸入を行う。

これらの項目について、保護者がやむを得ない理由によって実施依頼を出したときに研修を終了している対応教員が行っているわけである。

#### ③医療的ケアを要する割合

医療的ケアの項目別申請者と対応者の延べ人数は表1の通りである。かなりの人数の児童・生徒がその対象にあがり、対応教員がいることがわかる。

図1は全校で医療的ケアを要する児童・生徒の占める割合を%で現したもので、学校全体で約37%が医療的ケアを要する児童・生徒ということがわかる。また、医療的ケアに対応している教員は養護教諭・学校看護婦も含め、本校の教員数から割り出すと62%と全校で約6割の教員が医療的ケアに関わっている。

ここには本校が医療的ケアと日常的に取り組みなければならない実情が現れている。ここで言及しておきたいのは対応教員となっていない教員の協力がなければこの事業が成り立っていかないということである。実際に校内で医療的ケアに関するアンケートをとってみても、全校的に医療的ケアに対する関心度はかなり高い。訪問における医療的ケアの問題がいち早く全校に取り上げられたのもこうした背景があるからである。

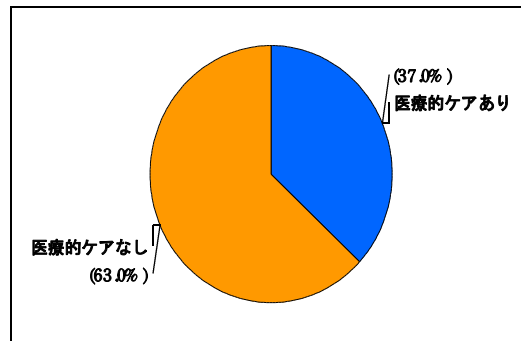


図1 全校で医療的ケアを要する児童・生徒の割合

項目	対象児童 生徒数	対応者 延べ人数
導尿	3 (1)	15
吸引	36 (13)	197
経管栄養	16 (1)	57
酸素管理	14 (8)	82
気管切開部管理	20 (10)	118
経鼻咽頭エアウェイ	1 (0)	5
薬液吸入	1 (0)	6
胃ろう部管理	2 (0)	14

表1 医療的ケアの項目別申請人数と対応人数  
( )内は訪問籍の児童・生徒数

#### ④医療的ケアについて校内全体で抱える課題

この様な中で医療的ケアの対応が進められてきたが、その過程でいろいろな課題が生じてきている。

(1) 救急体制整備事業の将来的な方向性をどう考えていくか

誰が、どういう形で行っていくのが児童・生徒にとって一番良いのか、医療的ケアは生活行為なのか医療行為なのか等、議論はつきない。いま行っている事業の評価も行いながら、将来構想にむけて少しずつ話し合いが進められている。

(2) 実施対象とする医療的ケアの項目の見直し

現在行っている医療的ケアの項目ひとつひとつに対して、一定の評価を行っていくとともに、新しい項目について検討を望む声があがっている。具体的には人工呼吸器についてである。現在、全校で9名の児童・生徒が人工呼吸器を必要としている。そのうち、訪問籍の児童・生徒が8名を占めている。今後、人工呼吸器以外にも医学が進歩していく中で新

た内容の医療的ケアが生じる可能性もある。その時にどのように検討していくかというのも課題の一つとしてあげられる。

(3) 医療的ケアの実施場所の問題について

現在、医療的ケアの実施場所は校内に限られていて、校外学習や宿泊行事の時には、医療的ケアは保護者かあるいは保護者が依頼したボランティア看護婦等が対応する事になっており、教員は対応していない。その理由は以下の4点である。

1. 対象の児童・生徒の状態が通常と異なる事。
2. 緊急時の対応。
3. 教員が普段とは違う環境で対応するのは難しい。
4. 体制上の問題。

この件については、昨年度より諸々の事由から議論が高まってきており、現在、話し合いが進められている。

### 3. 訪問教育における医療的ケアのあゆみ

①みどり部（施設内訪問学級）における医療的ケアの対応について

病院・施設では、十数年前から、いわゆる急性期の治療ではなく、日常の健康状態の安定・向上の目的で酸素療法が積極的に取り入れられるようになった。みどり部の児童・生徒の中にも、授業中に酸素療法を行うケースがでてきた。そこで、登校時のボンベ交換などを研修を受けた教員が行うようになった。吸引の必要な児童・生徒は少なかったため、病棟内での授業の際にはその都度看護婦を呼びにしていた。しかし、吸引の必要な児童・生徒が増え、病棟の方でも医療スタッフ以外の職員が対応するようになったのをきっかけに、まず、登校時に教員も対応するようになった。（主治医によるケースオリエンテーションと病棟婦長による研修を受けた教員が対応）

1990年度から東京都の方針により、みどり部は「施設内訪問学級」となったが施設と学校との「みどり部の児童・生徒の教育の質を落とさない」という取り決めで、従来通りの対応を継続することを確

認した。医療体制整備事業発足後は、研修記録を自主的に作成するなど、通学生に準じた手続きを踏むようにしてきた。

なお、これらの取り組みは医療的ケアを施設の看護スタッフの代行として行うものではなく、あくまでも教育課程上の「身体づくり・健康づくり」に関する指導の一環と いう考えで行ってきた。

#### ②在宅訪問における医療ケアの対応について

1991年度に気管切開部の吸引が必要な児童が転校してきた。また、体調を崩して口腔内鼻腔内の吸引が必要になった児童が、通学籍から訪問籍に変わった。その子は通学籍時から導尿の対応を教員が行っていた。それらの児童がスクーリングを希望していたこともあり、教員による医療ケアの必要性が出てきた。また、子どもによっては、訪問授業の際にも吸引が必要だが、常時保護者の付き添いがあることが教育上望ましいかどうかという点から教員が関わる必要性が出てきた。そこで、みどり部の経験を参考にして、主治医の定期検診の際に指導を受けたり、東京小児病院にて実技研修を行った。管理職の理解を得て、教員による医療ケアの対応が始まった。翌年からは主治医の指導と合わせ、指導上必要な医療的配慮について、具体的実習による医療研修を全員で行った。

#### 4. 実施要領改訂に向けて

##### ①高等部訪問学級の試行に寄せて

1997年4月から高等部訪問学級の試行が開始された。当時試行にあがっていたのは、1年生2名、2年生1名、3年生1名の計4名。全員医療的ケアを要する生徒であった。この中のA君が2年生に進級し、訪問籍に移行したのと同時に、保護者から医療的ケアの申請ができてきた。それまで、訪問籍の生徒はこの事業から対象外となっていたので、彼のケースについてこれまでの経過も含め高等部内で検討することになった。

彼が1年生の1学期の頃は体調を崩しがちで授業がままならない状況であった。夏休み中に気管切開部の気管・食道分離手術を受けたことにより、体調が好転し始め、定期的にベッドサイド授業が行えるようになり、2年生に進級する頃にはスクーリングを含めた指導内容も可能な状況となっていた。彼が必要としている医療的ケアの内容は気管切開部の管理と気管内・口腔内・鼻腔内の吸引であったが、その頻度も高く、スクーリングの機会を保障していくためには、医療的ケアの対応が必要であることが確認された。その上で、高等部の訪問の試行のひとつとして医療的ケアの申請を受けていく方向に意見がまとまった。その結果、複数の対応教員の申し出が

あり、スムーズに研修が進み、3年生になった現在、週3回のスクーリングに定期的に出席できるようになってきている。

##### ②医療的ケア実施要領改訂の動き

A君のケースがきっかけとなり、その年の年度末に小・中・高の在宅訪問と施設内訪問学級（以下みどり部）の担当から医療的ケア実施要領の改訂の声があがってきた。今までは、小・中の在宅訪問・みどり部ではそれぞれ、保護者や主治医と連絡を取り、医療的ケアの研修を行い対応してきた。訪問時及びスクーリング時に対応してきたそれらの実践と、緊急時の対応、及び、通学生同様保護者への援助ということを考え、医療的ケア実施要領にしっかり位置づけて欲しいという内容であった。

この提案について全校で協議した結果、承認され、校内で対応している内容に準じる形で医療的ケア実施要領（資料2）に位置づけられることになった。1998年4月3日より医療的ケア実施要領が改訂され現在に至っている。これは今まで制度的な裏付けのないところで行ってきた事から比べると大きな成果であるといえる。

#### 5. 訪問教育における具体的な対応について

##### ①申請・依頼

- ・原則として保護者が行う。
- ・対応教員を決める。

※対応教員は任意。教員経験1年未満の者は対応教員からはずす。

##### ②検診

- ・指導医の検診を受けることが基本。指導医の検診を受けることが難しい場合には、指導医から依頼を受けた主治医がこれを行う。

##### ③研修

- ・全体研修に参加。（初めて対応教員となる教員は講義にも参加）
- ・実技指導については、主治医又は主治医が指定した者により、指導をうけ、実技研修を行い、所定の用紙において研修報告書を作成し、提出する。
- ・研修記録は研修指導を行った主治医又は主治医の指示した者から終了印、指導医から確認印を貰う。
- ・保護者に向けて決定通知書が出され、承諾書が提出される。
- ・学校長から教員に向け指示書が出される。→手続き完了

##### ④医療的ケアの実施

・保護者から申請の出された期日・期間に指定された教員が医療的ケアを実施する。

※吸引と酸素吸入については学期申請できる。他の項目は指定された期日のみ。

#### ⑤報告

・実施状況については所定の用紙に記録し、指導医に報告する。

#### ⑥その他

・スクーリングが通学生なみに可能な児童・生徒については校内において指導医の指示のもと検診・研修を行う。

### 6. 訪問教育における医療的ケアの今後の課題

#### ①緊急時の対応について。

特に在宅訪問の場合、医療的ケアの申請を受けた時に、家庭で児童・生徒と二人きりというケースが考えられる。校内や病院内で医療的ケアを実施するのは違い、在宅訪問時には近くに医療職はおらず、緊急の場合の対応は困難を要する。これは医療的ケアの対応中に限った事ではないので、緊急時の対応方法については、日頃からきちんと保護者、主治医、保健と話し合っておくべき問題である。

#### ②研修の手順について。

訪問の場合、指導医から主治医に依頼して貰う形で研修を行えるようになったが、それでも在宅で通院すらままならない生徒にとっては研修の回数を重ねていくことは難しい。例えば、主治医が認めるも

のとして訪問看護婦や保健婦等に協力して貰いながら出来るだけ早い時期に対応していけるような方法も模索できないかと考えている。

#### ③医療的ケア実施要領に準じたことで、今まで対応してきた項目についてどうしていくか。

具体的には、人工呼吸器の問題である。今まで、訪問では、それぞれの主治医のもとで、各個人の人工呼吸器の機種や設定について学び、原則的には呼吸器に直接関わることは出来ないが、姿勢変換時の脱着のみ許可をもらう等、個別の対応をしてきていた。今の所、校内で定めた医療的ケア実施要領によると教員が対応することができない。もし、教員による対応が可能ならば保護者の付き添い無しに登校できる可能性を探れる児童・生徒が5名いる。個人差も大きく、一概に全て同じように対応できない内容だが、個別に慎重に検討するなどして、学校内の項目の見直しの際にも声をあげていき、全体の問題としていきたい。

### 7. まとめ

今後も救急体制整備事業については、訪問が医療的ケア実施要領に位置づけられたことを含め、全校的に評価が進められていく。大きな課題が沢山残っているが、今後も児童・生徒にとってよりよい形で学校教育が保障されていくように、その方向性について探っていききたい。

## Ⅲ－１ 特別分科会報告（保護者とともに訪問教育を考える）

### ■Ⅲ－１ 分科会 共同研究者による分科会のまとめ

野間 比南子

（石川県立平和町養護学校教諭）

#### 1. 自己紹介と各県の報告

今年度は全国のすべての都道府県で、訪問教育高等部試行実施されたので、参加者から実施された内容や、前進面と問題点を出し合った。その結果殆どすべての所は実施されたことを高く評価しながらも、県によってかなりの条件の違いがあることが分かった。

##### ①教師の問題

訪問教育高等部教師はすべて臨時講師だったり、二年毎に転勤するため子どもも教師もいつも慣れない状態だったり、スタッフが新卒や若い人だけだったりすること。親と教師の意見が合わなかったり、親や子どもに受け入れられていない教師の問題もあった。このことは訪問教育だけの問題ではないが、直接家庭に出入りする訪問教育においては、問題が顕著であるといえる。

##### ②名目のみの実施（安上がりな対応）

センター校方式という子どもの教育を保障するという目的に合わない実施の仕方や、一部の学校だけの実施で対象児全員が受けられていない実態があること。

##### ③既卒者の問題

京都のように年齢も条件もすべて無く希望者全員入学できるようになったところや、長野県のように何年も運動してようやく5年前の卒業生まで入学できたところ、新潟県のように2年前まで入学できたところ、希望しても既卒者は入学できなかったところなど全国バラバラの対応だった。

##### ④医療的ケアの問題

沖縄や東京の対象児が通学籍を取れたこともあり昨年ほど中心的な話題にならなかったが、教師が医療行為に手を付けられないために、吸痰や水分補給などで母親が離れられない実態は出されていた。

このことについては、全国10の自治体と文部省が共同研究なされているという報告もあった。少なくとも子どもの教育権が保障されるよう、よりよい方法を考えることが大切だと思う。そのやり方は地域や子どもによって違っていいと思う。

#### 2. 討論の内容

##### ①各県の親の会

一生懸命「親の会」を作って運動した所は、既卒者の入学など運動した対象児まで入れるというはつきりした結果が出ていた。（それでも親や子ども達

の願いがなかなか届かないところもあった。）一方親の動きのないところは、タナボタ式に既卒者も入学できるなどということは全くなかった。「親の会」の活動や運動は非常に大切だということがいえる。

全国の親の会が動き、各地の親の会が活発になっていく中で、親の会が出来ていないところでも、3～6人の保護者が集まって話し合ったり、何でも話し合える親の集まりがもたれていることが報告された。

##### ②問題のある県を応援していく体制

岡山のセンター校方式の試行実施にはその実態を聞いて参加者は驚いた。人の心を考えず、数字だけ合わせた方法である。納得のいく高等部教育になるように岡山県の親の会の運動を支えていこうと話し合われた。全国肢体不自由養護学校PTA連合会会長の谷口篤氏の参加もあり、「訪問の人たちは学校でも孤独感を感じているのではないか。医療的ケアの問題など一部の人の問題と片づけられやすいが、一部の人の問題をとらえて全体で支えていくことが非常に大切なことだと思う」と力強い発言があった。

##### ③レポート発表

保護者の分科会だけにプリントとして持ち込まれた物が少なく、急きょ他分科会の二人の方に提案をお願いした。京都の稲葉さんの「希望者全員に高等部の教育を」のレポートは、運動の結果年齢制限がとれた成果の報告で、ビデオ報告もあり、参加者の中に深い感動を呼んだ。奈良の神谷さんの「15年目の訪問」は既卒者を訪問し、親の老齢化などから公的援助を求める方法や施設入所を視野に入れていく方向が話された。今の子ども達の将来の姿として身につまされる思いがした。しかし共に過ごすことにお互が一番の幸せを感じての選択で、長く共に過ごせることに、希望も見いだせるといえる。

今後もこの分科会にレポートが持ち込まれることが分科会を更に充実させることになると思う。

#### 3. 課題

横浜の「朋」のような重度重複障害者の通所施設やグループホームなどの設立が、地域で障害の重い人が生活していく道を確実に広げている。このようなすばらしい取り組みは親や教師をずいぶん励ましてくれる。高等部卒業後の各地の小さな取り組みなども話し合え

たらと思う。

## Ⅱ 訪問教育研究資料

### 1 高等部訪問教育と教育課程について

中学校から高校への進学率が、95%を越えている現在、義務教育段階で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）の保障が、各地の実践の中で大きな課題となっています。

1995年8月、石川県の訪問教育を受けている子どもの保護者の声かけによって「全国訪問教育親の会」が結成されました。その結成目的は、訪問教育卒業生徒に対して後期中等教育の保障を実現することです。この取り組みは全国に広まり、マスメディアや国会の質問にも取り上げられました。

この取り組みで全国に理解と関心がひろがり、文部省でも中央教育審議会の第一次答申を受けた形で、「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」を発足しました。そして1997年1月には、1997年度から高等部訪問教育の試行的実施という内容の第一次報告を行いました。これを受けて1997年度から32都道府県で試行が始まりました。

更に1998年4月からは全都道府県での試行となりました。また、教育課程審議会や各地の試行を通して教育課程の検討が始まっています。

ここでは、文部省の「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の第二次報告、「教育課程審議会のまとめ（概要）」及び兵庫県と大分県の資料を載せます。

#### 1-1 文部省「特殊教育の改善・充実に関する調査研究について（第二次報告）」

（※抜粋）

##### 特殊教育の改善・充実について （第二次報告）

平成9年19日

特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議

はじめに（省略）

I 盲・聾・養護学校等の教育課程の改善

1 教育課程の基準の改善と状況の変化（省略）

2 教育課程の改善の基本的な考え方（省略）

3 盲・聾・養護学校の教育の改善

(1) 教育課程の編成と授業時数

①教育課程の枠組み（省略）

②授業時数等

小学校及び中学校では、各学年ごとに年間総授業時数並びに各教科等に充てる年間授業時数が定めている。盲・聾・養護学校の小学部及び中学部においては、各学年ごとの年間総授業時数は小学校及び中学校に準じることとし、その中で各教科等に充てる授業時数を適切に定めることとされている。また、幼稚部の教育時間や年間教育週数、高等部の週当たり授業時数（精神薄弱養護学校においては、各学年の総授業時数）や年間授業時数は、それぞれ幼稚園及び高等学校と同様であるほか、小学部、中学部及び高等部の一単位時間についても、それぞれ小学校（45分）、中学校（50分）及び高等学校（50分）と同様である。

このような、各教科等の授業時数や年間授業週数、一単位時間の運用については、幼稚児童生徒の障害の状態、興味・関心、将来の進路希望などを十分考慮し、より効果的な教育を行うことができるよう、その弾力的な取扱いを一層推進する必要がある。

また、現行、小学部及び中学部においては、重複障害又は療養中の児童生徒の教育を行う場合若しくは訪

問教育を行う場合について、その実情に応じた授業時数を適切に定めることができるとされている。高等部においても、生徒の障害が重度・重複化の傾向にあることから、訪問教育の試行的実施の状況を踏まえつつ、単位制との関連を考慮しながら授業時数の弾力化を図ることについて検討する必要がある。

(2) 各教科・科目等の編成と内容（省略）

(3) 重複障害者等の教育課程（省略）

(4) 訪問教育に係る教育課程

本協力者会議は、第一次報告において、障害のある生徒に対して、義務教育段階に引き続き高等部で教育を行うことは、社会参加・自立のための資質の育成に大きな意義があることから、高等部の拡充整備及び高等部における訪問教育を実施する旨提言した。これを受け、文部省では、平成9年度より現行制度の枠内で高等部における訪問教育を試行的に実施できる旨を各都道府県教育委員会に通知し、平成9年4月から32都道府県・92校で164人を対象として高等部の訪問教育が試行的に実施されている。

また、小学部及び中学部において実施されている訪問教育については、小学部・中学部学習指導要領に訪問教育に関する特例が示されており、その運用については昭和53年に示された「訪問教育の概要（試案）」により行われている。

今回の教育課程の基準の改善においては、現在の高等部における試行的実施の状況や小学部及び中学校でこれまでの実施の状況等を踏まえ、高等部における訪問教育について高等部学習指導要領に明確に位置づけるとともに、小学部、中学部及び高等部の連携を図った訪問教育の実施方法等について、検討する必要がある。

（以下省略）





## 1-2 文部省「教育課程審議会のまとめ（概要）」（※抜粋）

### 幼稚園、小学校、中学校、高等学校、 盲学校、聾学校及び養護学校の 教育課程の基準の改善について

#### （審議のまとめ）の概要

（平成10年6月22日 教育課程審議会）

##### （審議の経過）

教育課程審議会は、平成8年8月、文部大臣から「幼稚園、小学校、中学校、高等学校、盲学校、聾学校及び養護学校の教育課程の基準の改善について」諮問を受け、初等中等教育の教育課程の基準の改善について検討を行ってきた。

平成9年11月には、「教育課程の基準の改善の基本方向について」（中間まとめ）を公表し、その後、初等教育、中学校教育、高等学校教育及び特殊教育の各分科審議会等、各教科等別の委員会を設けて、各学校段階別、各教科等別の教育内容の改善について具体的な検討を行ってきた。

教育課程審議会は、本年夏に答申を予定しており、それを前にして、審議をとりまとめたので公表する。

#### 1 教育課程の基準の改善の基本的考え方（省略）

#### 2 教育課程の編成及び授業時数等の枠組み

##### （1）教育課程の編成

小学校、中学校、高等学校、盲学校、聾学校及び養護学校の教育課程は、現行の各教科等に、「総合的な学習の時間」を加えて編成することとする。

##### （2）「総合的な学習の時間」（省略）

##### （3）授業時数の基本的な考え方等

ア 年間総授業時数については、現行の授業日となっている土曜日分の授業時数である年間70単位時間（週当たりに換算して2単位時間）を削減する。

イ 年間授業週数や授業の1単位時間については、各学校の創意工夫を生かした時間割や教育課程が編成できるよう一層の弾力化を図る。

#### 3 各学校段階等ごとの教育課程の編成及び授業時数等

##### （1）（2）（3）（4）（省略）

##### （5）盲学校、聾学校及び養護学校の教育課程の編成と年間授業時数等

ア 社会の変化や幼児児童生徒の障害の重度・重複化、多様化の実態等に対応し、個性を最大限に伸ばし、自立し、社会参加するための基盤となる「生きる力」を培うことをねらいとして、幼稚園、小学校、

中学校及び高等学校の教育課程の基準の改善に準じた改善を行うとともに、次のような改善を図る。

（ア） 社会の変化に対応するとともに、卒業後の社会生活への円滑な適応を図る等の観点から、知的障害者を教育する養護学校に選択教科として、中学部に「外国語」を、高等部に「外国語」及び「情報」を設ける。また、知的障害者を教育する養護学校の高等部に流通業やサービス産業に関する教科「流通・サービス」を新設するとともに、新たな学科として「商業科」や「産業科」を設ける。

（イ） 養護・訓練の授業時数は、児童生徒の実態等に応じた指導が一層適切に行われるようにするため各学校が適切に定める。なお、名称を「自立活動」に改める。

（ウ） 養護・訓練の指導や重複障害者等に対する指導に当たっては、一人一人の実態に応じた個別の指導計画を作成して指導する必要がある。

（エ） 高等部における訪問教育、小学校・中学校における特殊学級及び通級による指導について学習指導要領に明記する。

（オ） 障害のある幼児児童生徒と障害のない幼児児童生徒や地域の人々との交流教育の一層の充実を図るため、幼稚園、小学校、中学校及び高等学校の学習指導要領等に明記する。

#### 4 各教科・科目等の内容

##### （1）（2）（省略）

##### （3）盲学校、聾学校及び養護学校

ア 障害のある幼児に対し、できる限り早い時期から教育的な手立てを講ずるよう、3歳未満の乳幼児を含む教育相談に関する事項を幼稚部教育要領に明記する。

イ 知的障害者を教育する養護学校の中学部及び高等部に新設する選択教科「外国語」については、生徒が国際理解を深めることなどをねらいとし、外国語に親しみ表現すること、外国への関心を深めることなどを内容とする。また、高等部に新設する選択教科「情報」については、コンピュータ等の操作を通して情報の選択・処理・発信のための基礎的な能力や態度を育てることなどをねらいとし、機器の基本的な操作、ソフトウェアの利用などを内容とする。

ウ 養護・訓練については、一人一人の実態に対応した活動であり自立を目指した活動であることを一層明確にするため、名称を「自立活動」と改めるとともに、目標・内容についても見直し、幼児児童生徒の障害の状態の多様化に対応し、適切かつ効果的な指導が行われるようにする。

（以下省略）

# 1-3 兵庫県障害児就学指導審議会答申

(※「高等部訪問教育について」の部分)

## 「高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」

### 高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について (報告)

平成10年3月  
兵庫県障害児就学指導審議会

#### 高等部の訪問教育について

##### 1 はじめに

本県では、昭和54年の養護学校教育義務制施行を契機として、盲・聾・養護学校の児童生徒の障害が重度・重複化、多様化してきた。それに伴い、県教育委員会では、高等部の設置、入学基準の見直し、コース制の導入、作業教室等の整備、スクールバスの増車、高等養護学校の設置等、個々の障害の実態に応じた教育の充実を図ってこられたところである。

その結果、近年においては、高等部を志願した者のうち、不合格となった者は皆無であるという状態が続いている。

しかし、訪問教育については、高等部において学習指導要領に教育課程の基準が示されていないために、全国的にも制度として実施されていなかった。

近年高等学校への進学率が97%といわれる中、訪問教育対象児についても、後期中等教育への関心が高まっている状況にあった。

平成8年7月の中央教育審議会第一次答申で、「養護学校高等部における訪問教育の実施についても検討することが必要である」との提言があり、文部省では、教育課程審議会や特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議を設置し、高等部訪問教育の実施についても検討を開始した。

このような国の動きに呼応して県教育委員会から本審議会に対し、「高等部の訪問教育について」「医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」の審議を依頼され、平成8年度及び平成9年度の2ヶ年にわたり、このことについて、審議を行うこととした。

審議にあたっては、「高等部訪問教育に係る現状について」「高等部の訪問教育の意義について」「高等部の訪問教育の実施について」「訪問教育の課題について」の4つの課題について検討を重ねた。また、審議内容を深めるために、県立阪神養護学校が重症心身障害児施設訪問教育を行っている砂子療育園の見学を実施した。

ここに、「高等部の訪問教育について」意見をとりまとめたので報告する。

##### 2 訪問教育の現状

###### (1) 全国の状況

高等部の訪問教育について、文部省では、全国の精神薄弱養護学校の設置率が76.1%であり、同じく精神薄弱養護学校高等部への進学率は83.4%（平成8年度）であることから、高等部の整備や進学率の向上が先決問題であり、それらの充実が図られてから訪問教育の実施を考えるという見解を示していた。従って、学習指導要領には高等部訪問教育の教育課程についての記述はなく、全国的にも制度としては実施されていなかった。一部の県では、重複障害学級に在籍させて、家庭訪問で対応するという便法がとられていた。

ところで、平成8年7月に、中央教育審議会から「21世紀を展望した我が国の教育の在り方について」第一次答申が出され、その中で「養護学校高等部における訪問教育の実施についても検討することが必要である」との提言がなされた。

そこで、文部省においては、教育課程審議会や特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議を設置し、高等部訪問教育の実施についても検討に着手することとした。

###### (2) 兵庫県の現状

兵庫県においては、平成8年度現在、13校の県立精神薄弱養護学校等で45学級が設置され、小・中学部において訪問教育が実施されている。対象児童生徒数は103名である。教員が週2～3回、1回2時間、年間38週程度、家庭や重症心身障害児施設を訪問して教育を行っている。

現在、訪問教育については、養護・訓練を主とした指導が行われている。おはなしや絵本による語りかけ、音楽、散歩、触感覚、体の訓練など快い刺激等を通して健康の維持・増進、体力の増強、生活のリズムを整えることなどをめざした教育が行われている。体の抵抗力をつけ、人と物との関わりを深め、生活を豊かにすることがこれらの児童生徒にとって何よりも大切なことである。

また、心身の障害の状態が改善され、通学が可能となれば、通学への措置替えの途が開かれている。

中学部卒業後の進路は、在宅又は重症心身障害児施設入所である。

##### 3 高等部訪問教育の意義

中央教育審議会の答申にみられるように、これからの学校教育においては、「生きる力」の育成が重要な課題であり、個に応じた教育の推進が一層求められている。

また、「できる」「できない」という視点で子どもを捉えるのではなく、児童生徒の個性を開花させ、自己実現を図る教育が重要である。このことは、障害が重度か又は重複しているため、通学して教育を受けることが困難な訪問教育対象児を例外にしてはならないと考える。

高等学校や高等部への進学率が向上し、90%以上の生

徒が通学して後期中等教育を受けているという現状を考えると、重い障害があうということを理由に、後期中等教育の途を閉ざすべきではなく教育の機会均等という観点からも、高等部における訪問教育の実現を早急に望むものである。

重い障害がありながら精一杯生きようとする子どもたちについて、訪問教育が果たしてきた役割は極めて重要なものがある。本人にとっても、家族にとっても、命を守り、命を輝かせる結果をもたらしてきた。

訪問教育対象児は、眼を見張るような変化は見られないかもしれないが、着実に発達しているのである。そこでは、「できる」「できない」という視点で子どもを評価することへの警鐘が鳴らされているのである。

訪問教育を受けると子どもの表情が変わるといわれる。卒業して訪問教育が途切れると、元の状態に戻ってしまうともいわれるが、このことが何よりも雄弁に物語っているであろう。

#### 4 高等部における訪問教育の実施について

##### (1) 訪問教育の対象者

高等部における訪問教育対象者の選考については、基本的には「県立盲学校等高等部選考要綱」に拠りながら、訪問教育についての配慮をするという方向で検討すべきであろう。すなわち、

- ① 平成9年3月末日までに盲学校等中学部若しくは中学校を卒業する見込みの者又は学校教育法第76条において準用する同法第47条及び学校教育法施行規則第73条の16第5項において準用する同施行規則第63条に規定する者
- ② 学校教育法施行令第22条の3に規定する者及び教育上特別な取扱いを要する者
- ③ 兵庫県内に住所を有する者
- ④ 中学部卒業時に訪問教育を受けていた者

というような規定が考えられる。

なお、希望者はできるだけ制限しない方が望ましく、いわゆる過年度卒業者も対象とするべきであると考えられる。

##### (2) 教育課程

対象生徒の健康や体力面から、小・中学部と同じく、週2～3回、6時間程度（1回2時間）、年間38週程度の教育課程を編成することが望ましい。但し、小・中学部での指導内容をどのように高等部で発展させるか、また、福祉や医療ではなく、教育としての特色をどのように捉えるかが課題として残されている。単なる訪問期間の延長にならないように留意する必要がある。本審議会は、障害の軽・重にかかわらず人間として自己実現が図られる社会の実現を願うものである。

進行性筋ジストロフィー症児のようにメンタル面での指導を必要としている生徒もあり、重度知的障害に限定せず、訪問教育の利点を最大限に活用する方策を検討することが望ましい。そうなれば、コンピュータを利用した教育など、幅の広い対応が可能となるであろう。

##### (3) 訪問形態

小・中学部と同様に、在宅家庭訪問教育及び重症心身障害児施設訪問教育を実施するべきであると考えられる。

##### (4) 学級編制

高等部の学級編制が学年を基礎に編制されている現状に照らし、訪問教育についても学年で編制することが適当である。

なお、通学への措置替えについては、小・中学部と同じく、医師の所見、保護者の意向、担任の意見をふまえて、校長が県教育委員会と協議の上決定するなど、柔軟な姿勢が望まれる。

##### (5) 選考方法

通学して教育を受けることが困難な者に対し、学校を試験場として学力検査を課すことは適切ではないと考える。生徒の実情に応じた柔軟な選考方法を検討すべきであると考えられる。

##### (6) その他

訪問教育実施のための設備、備品等の整備を図るべきである。

#### 5 今後の課題

##### (1) 担当教員の研修

現在、県立障害児教育センターでは、「訪問教育担当教員講習会」及び「重度・重複障害教育」の2講座を中心として、訪問教育対象者等重度重複障害児の教育を担当している教員の研修を実施している。

高等部で訪問教育を始めるにあたっては、すべての高等部教員がこの教育については未経験であり、小・中学部での実践を参考にした教育内容、方法についての研修や実技も含めた効果的な研修の機会を充実するよう求めたい。

##### (2) 福祉及び医療との連携

現制度化では、中学部を卒業しないと高等部教育は受けられない。従って、高等部で訪問教育を受けるためには、中学部を卒業しないと、その資格は得られないことになる。

訪問教育対象者に係るケアそのものは、福祉や医療もそれぞれの分野で担うべきことがあり、それらとどのように連携を図るかということが大切である。

高等部で訪問教育を実施するにしても、その制度からはずれる中学部卒業者以外の者に係る実質的なケアについては、福祉や医療との連携を深めつつ、協議を進めるべきであると考えられる。

#### 6 高等部訪問教育を実施して

「高等部の訪問教育について」（第一次報告）を、平成9年2月に出し、それを受けて、平成9年4月より高等部の訪問教育を開始された。

各実施校においては、生徒の表情が豊かになった、情緒の安定が図られてきた等の成果をあげられ、平成9年12月の本審議会では、その報告がなされた。

今後も、高等部訪問教育の充実に向けて、一層の努力が図られたい。

## 1-4 大分県教育委員会

### 「障害児教育諸学校高等部訪問教育実施（試行）要綱」

#### 平成10年度 障害児教育諸学校 高等部訪問教育実施（施行）要綱

大分県教育委員会

##### 1 趣旨

この要綱は、障害児教育諸学校高等部において、障害の状態により通学して教育を受けることが困難な生徒に対して、家庭・施設等へ教員を派遣して適切な教育を行うために必要な事項を定めるものとする。

##### 2 実施の基本的な立場

障害児教育諸学校高等部における訪問教育（以下「高等部訪問教育」という。）は、試行的な導入と位置付け、本格的な実施に向けて望ましい教育課程の編成の在り方等を探るための試験的な実施とする。

##### 3 実施の形態

高等部訪問教育は、学校教育法第71条に基づく障害児教育諸学校における教育の一形態として実施する。

##### 4 高等部訪問教育の対象者

高等部訪問教育の対象者は、平成9年度に障害児教育諸学校中学部に在籍し、訪問教育を受けていた生徒又は障害の重度・重複化により高等部において訪問教育の実施が適当であると判断される生徒で、高等部訪問教育を希望するものとする。

##### 5 高等部訪問教育実施校と訪問教育に係る学級数

実施校	学級数
宇佐養護学校	2
南石垣養護学校	1
新生養護学校	1
白杵養護学校	1
石垣原養護学校	1

##### 6 入学先

高等部訪問教育を希望する生徒の入学先については、高等部訪問教育実施校から家庭・施設等まで訪問時間帯を勘案し、当該校と大分県教育委員会の協議のうえ決定する。

##### 7 入学手続き

入学に関する手続きは、大分県教育委員会が別途定める「平成10年度障害児教育諸学校高等部における訪問教

育入学手続き」によるものとする。

##### 8 訪問教育担当教員

訪問教育担当教員は、試行的実施の趣旨及び学校経営、教育内容等を勘案し、学校長が決定する。

なお、訪問教育担当教員は、訪問教育対象者生徒を3人まで受け持つこととする。

##### 9 教育課程の構成

(1) 授業は、年間35週以上にわたって行うよう計画するものとし、週当たり時数は、6時間程度（週3回、2時間ずつ）を標準とすること。

(2) 高等部訪問教育は、学校教育法施行規則第73条の12の第1項の規定により行うものとする。

(3) 教育課程の構成に当たっては、盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領及び「大分県立盲学校、聾学校及び養護学校高等部教育課程編成の手引き」によることとし、重複障害者のうち学習が著しく困難な生徒に関する特例を適用するとともに、次の点に留意すること。

ア 養護学校での一環教育を重視し、社会参加・自立に必要な種々の知識・技能・態度及び習慣の獲得及び定着を図るよう努めること。

イ 生徒の障害の状態等に応じ、養護・訓練を主とする指導を行うなど、指導の形態を工夫すること。

ウ 卒業後の生活が充実したものになるよう、生き甲斐を持たせる教育に留意すること。

エ 集団での学習を意図したスクーリングについても、生徒の障害の状態に考慮しつつ、必要に応じて実施できるよう工夫すること。

(4) 訪問教育の対象となる生徒に対しては、指導要録その他表簿等を整備すること。

##### 10 その他

(1) 指導に当たっては、保護者等への相談、助言も含めて適切に対応すること。

(2) 実態に即した教育実現に向けて、医療、福祉等の関係機関と密接な連携を保つよう努めること。

(3) 訪問教育実施日は、原則として在籍する学校を基点として訪問指導を実施すること。

(4) 職務上知り得た家庭・施設等に係る秘密をもらしてはならないこと。

##### 附 則

この要綱は、平成10年4月1日から施行し、平成10年度に障害児教育諸学校高等部に訪問教育対象生徒として入学する者について適用する。

## 2 医療的ケアを要する子どもの教育について

昭和54年度から養護学校教育の義務制が実施され、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います。

一方で、医療技術の進歩とともに在宅医療が進展し、更に保護者自身にも在宅療育の考えが広まり、障害の重い子どもたちも「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、本人または保護者に受けながら生活できるようになりました。

肢体不自由養護学校をはじめ、知的障害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的ケアまたは「医療的配慮」「医療的援助行為」などの名称で呼び、「医療的ケアを要する児童・生徒に対して学校現場でどのように対応していくか」という課題が生まれました。

学校における医療的ケアの問題が浮上した昭和63年度当時は、一般的には大都市圏の一部の問題という捉え方でいました。しかし、時が経つに連れ、太平洋ベルト地帯の問題といわれ、現在では全国的な課題になったと考えます。地域の混乱状態に 대응できるように医療的ケアに関する答申も各地で出され、いよいよ本年度は文部省が「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」に取り組むことになりました。

ここでは、国会での質疑、文部省の実践研究の内容、各地の答申や取り組み、最近のシンポジウムや研究報告書の概要を紹介します。

### 2-1 国会 衆議院会議における質疑

第140回国会 衆議院会議録 第34号 平成9年5月13日(火)

#### 児童福祉法等の一部を改正する法律案 (内閣提出、参議院送付)の趣旨説明 に対する質疑

○議長(伊藤宗一郎君) ただいまの趣旨の説明に対して質疑の通告があります。順次これを許します。大口善徳君。

〔大口善徳君登壇〕

○大口善徳君 私は、新進党を代表して、ただいまの議題となりました児童福祉法等の一部を改正する法律案につきまして、総理並びに関係大臣に質問いたします。

(中略)

最後に、約3万人にも上る重症心身障害児への子育て支援についてお伺いいたします。

医療行為と言われるたんの吸引やカテーテル介護導尿が必要な子供が学校などに通う場合、教員などは医療行為ができないので、ほとんどの義務教育の学校では家族が毎日付き添いを行っております。例えば気管切開の子は、たんが肺にたまるとう呼吸ができず死亡することもあり、母親が1、2時間置きに吸引作業をするので、24時間片時も気を抜かず、一日として熟睡できない状況が何年も続くのであります。そこで、重症心身障害児自立支援のため、教育現場での医療バックアップ体制の拡充と医療行為のあり方について、厚生大臣の見解をお伺いします。

次に、学校での医師、看護婦などの人的配置の取り組みについて、文部大臣にお伺いします。

この問題は長年放置されたままになっております。総理のリーダーシップで、一日も早く家族が付き添わなくても安心して学校生活を送れるよう総合的な対策を図るべきであると考えますが、総理の見解をお伺いし、私の質問とさせていただきます。

ありがとうございました。(拍手)

〔内閣総理大臣橋本龍太郎君登壇〕

○内閣総理大臣(橋本龍太郎君) 大口議員に御答弁を申し上げます。

(中略)

最後に、教育現場における重症心身障害児の子育て支援についての御意見をいただきました。

重症心身障害児の生活を支える上で、医療的なケアの保障というのは、御指摘のとおり重要な問題だと思えます。教育現場における医療体制の確保につきましては、学校における人員の確保、関係法令など困難な問題もありますけれども、重症心身障害児の方々が地域において安心して暮らすことができるための施策の充実に努めていきたいと思えます。

残余の質問については、関係大臣から御答弁を申し上げます。(拍手)

〔国務大臣の小泉純一郎君登壇〕

○国務大臣(小泉純一郎君) 大口議員にお答えいたします。

(中略)

教育現場における重症心身障害児の子育て支援についてですが、総理と答弁は同じでございます。(拍手)

〔国務大臣小杉隆君登壇〕

○国務大臣(小杉隆君) 大口議員の質問は、3点あったと思えます。

(中略)

第3点、重症心身障害児に対する学校における医療バックアップ体制についてのお尋ねであります。基本的には、こうした児童は病院等に入院し病弱養護学校の教育等を受けることが適当と考えておりますが、学校により、その実情に応じて、医療機関との連携、訪問看護制度の活用によって対処してまいります。学校に医療スタッフを配置することはさまざまな課題がありますが、重度の障害児の医療面の対応については、関係省庁の協力を得ながら対応してまいります。(拍手)

## 2-2 文部省「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」

文部省 平成10年度予算 特殊教育の振興

### 特殊教育における福祉・医療との連携 に関する実践研究

予定額 7百万円(新規)

#### 趣旨

障害のある子供の望ましい発達には、教育・福祉・医療の連携が不可欠である。このことは、平成5年度から政府全体で推進している「障害者対策に関する新長期計画」においても提言されているところである。

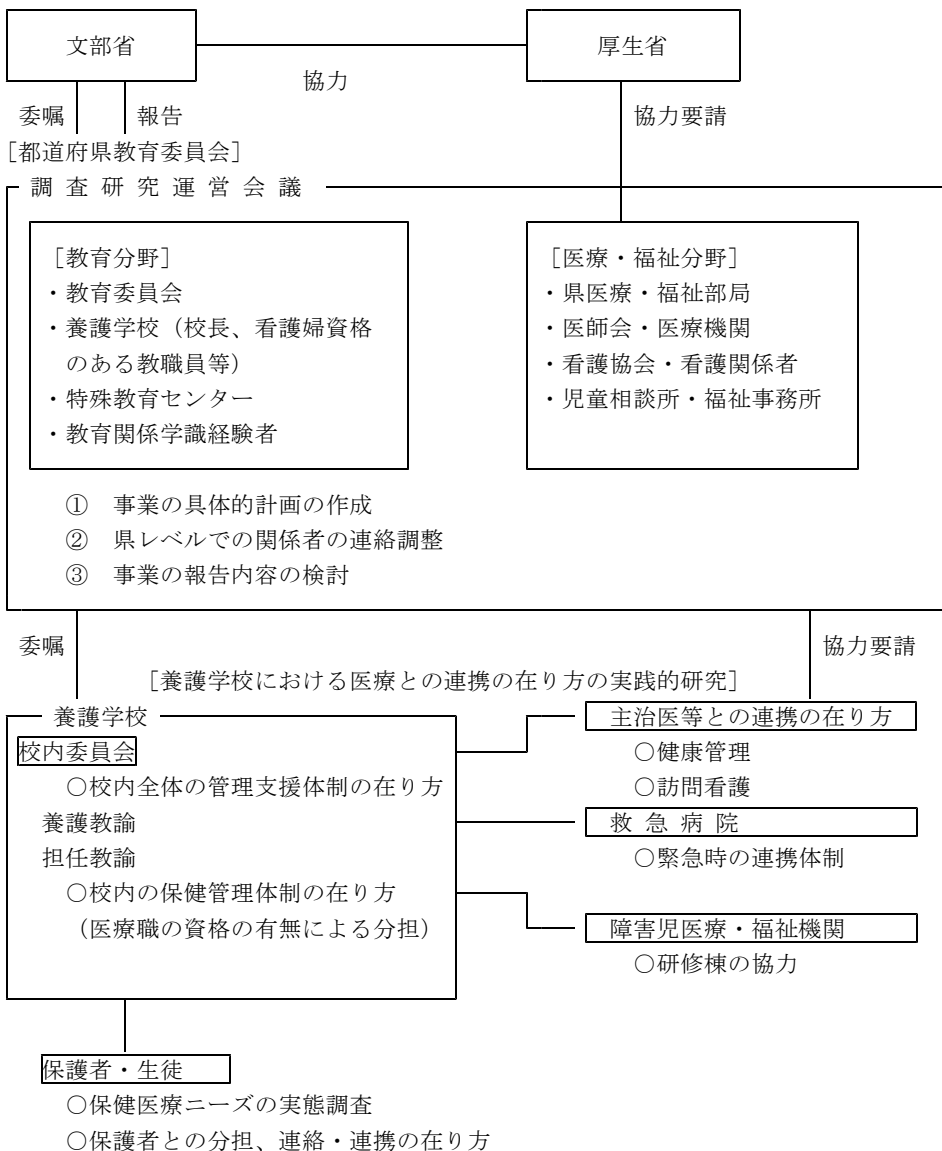
このため、厚生省と連携しながら、都道府県における教育関係機関と医療・福祉関係機関が、それぞれの機能をより効果的に果たすための相互の連携体制を確立する方策について実践的な研究を行うことにより、障害のある児童生徒の社会的な自立・参加の基盤の形

成に資することとしたい。

#### 内容

- 1 都道府県教育委員会に事業を委嘱 4県  
委嘱を受けた都道府県教育委員会は、県・市町村における教育・福祉・医療関係者をメンバーとする運営会議を設置し事業を実施
- 2 研究内容
  - (1) 教育現場における医療的バックアップ体制について
  - (2) 障害のある児童生徒の盲・聾・養護学校在学中の地域福祉との連携の在り方について
  - (3) 障害のある児童生徒の盲・聾・養護学校卒業後の福祉行政との連携の在り方について
  - (4) 交流教育と地域福祉との連携の在り方について

特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究の概要(養護学校における医療的バックアップ体制の研究の場合)



## 2-3 「教育医事新聞」における報道

教育医事新聞 1998年（平成10年）6月25日 より

### 文部省 酸素吸入・導尿など医療的ケア 「特殊教育諸学校の医療・福祉連携研究」

文部省では今年度約七百万円の予算を組み、「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」に着手している。

全国の特教育諸学校のうち、主に肢体不自由養護学校においては、生徒の約11%に痰の吸引、酸素吸入、経管栄養、導尿などの医療的ケアが必要だ。各都道府県では、これを専門医が指導した教師が行ったり、学校への訪問看護制度を設けるなどして様々な対応をしているが、文部省では、こういった児童生徒が安心して通学できるようにするために、厚生省や各都道府県の教育機関と医療・福祉機関との効果的連携体制の整備に向けて動き出した。

目下は、①事業の具体的計画の作成②県レベルでの関係者の連絡調整③事業の報告内容の検討一について同省と最終調整中。医療的バックアップ体制について実践研

究を委嘱するのは、福島、神奈川、静岡、三重、兵庫、和歌山、広島、高知、鹿児島、沖縄の十県。福祉・医療ニーズへの対応については神奈川、和歌山の二県と決定した。

医療的バックアップ体制については、養護学校に看護婦資格のある教諭が一人以上いることを条件に「校内委員会」を組織し、主治医との連携の在り方、救急病院との緊急時の連携体制、担当教師の医療ケアの研修、それに訪問看護などの方策を研究していく計画だ。

また福祉・医療ニーズへの対応では、「在校生の福祉サービス・ケース会議」を結成させる研究を行い、教育・福祉・労働等の担当者が集まり児童生徒の各ケースの総合対策を検討したいとしている。

加えて卒業後の福祉就労機関の在り方も探り、空き教室を老人だけでなく、障害者の福祉サービスの拠点として提供することなども検討する意向。

同省特殊教育課では、「肢体不自由養護学校では、医療技術の進歩や在宅ケアの増加などにより、近年特に障害の重度・重複化が進んでいる。訪問教育を受けている子がいるのも現状。なるべく通学できるように、どのような医療行為までなら安全に行えるのかを現在厚生省と検討中」と述べている。一年後には中間報告が出される予定だ。

## 2-4 神戸市の答申

### 「肢体不自由養護学校における医療的ケアについて（報告）」

#### 肢体不自由養護学校における 医療的ケアについて（報告）

平成9年3月

盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会

はじめに

神戸市においては、昭和54年度からの養護学校教育の義務制に先駆けて、昭和40年代の後半から重度・重複障害児に対しても就学の取組みを積極的に進めてきた。その当時から、本市の肢体不自由教育は、特別な事情がない限り重度・重複障害の幼児・児童生徒（以下「児童生徒」という。）の入学を可能にし、子供や親の願いに即した教育の実現に努力してきた。

このことは、就学義務猶予・免除者数の推移に顕著に現れている。昭和44年度には200人を超えていた就学義務猶予・免除の児童生徒は、昭和45年度からの訪問教育制度、そして、昭和54年度の養護学校教育義務制度の実施に伴い、急激に減少し、平成7年度からは皆無という状況である。また、教育課程については、当初は脳性麻痺への対応を中心に編成されていたが、重度・重複化した児童生徒の就学に伴い、より個々の児童生徒の実態を考慮した編成になってきた。

最近では、学校生活において、健康面に特別な配慮を必要とする児童生徒が増加している。中でも、投薬・吸引・経管栄養・導尿等（以下「特別な健康管理」という。）の必要な児童生徒については、校内での医療的な介護を行う保護者の負担、教育措置及び学校生活の在り方等について新たな問題が提起されるようになった。

そのため、本検討委員会は、盲・養護学校のうち肢体不自由養護学校2校（友生養護学校、垂水養護学校）に視点を当て、重度・重複障害児の特別な健康管理についての基本的な考え方や基本的な対応の在り方等について検討を行った。

#### 1. 特別な健康管理を必要とする児童生徒の現状

##### (1) 教育措置

児童生徒の就学に当たっては、一人一人の障害の状況に応じて、通学籍か訪問籍かの教育措置を行っている。特に、特別な健康管理を必要とする児童生徒は、訪問教育において教育することを原則としている。

本市における訪問教育は、友生養護学校に小・中学生を対象とした在宅病弱児訪問教育（以下「わらび学級」という。）、垂水養護学校に小・中学生を対象とした在宅肢体不自由児訪問教育（以下「みどり学級」という。）がある。



表1 友生養護学校の児童生徒数の推移

〔()内はわらび学級〕

項目	年度	平成5年度	平成6年度	平成7年度	平成8年度
児童生徒数	(人)	114(22)	113(26)	109(27)	107(29)
わらび学級生の割合(%)		19	23	25	27

表2 垂水養護学校の児童生徒数の推移

〔()内はみどり学級〕

項目	年度	平成5年度	平成6年度	平成7年度	平成8年度
児童生徒数	(人)	129(22)	125(18)	107(13)	109(12)
みどり学級生の割合(%)		17	14	12	11

## (2) 児童生徒数

肢体不自由養護学校2校の校内における特別な健康管理を必要とする児童生徒の数は、表3の通りである。

表3 校内における特別な健康管理を必要とする児童生徒の数〔()内は実人数〕

項目	年度	吸引	経管栄養	導尿	酸素吸入	気管切開部の管理	合計件数
平成5年度		7	3	4	1	1	16(13)
平成6年度		9	7	4	1	2	23(19)
平成7年度		6	6	3	2	3	20(14)
平成8年度		9	8	4	4	5	30(18)

なお、訪問教育における特別な健康管理を必要とする児童生徒数は、表4の通りである。

表4 訪問教育における特別な健康管理を必要とする児童生徒の数〔()内は実人数〕

項目	年度	吸引	経管栄養	導尿	酸素吸入	気管切開部の管理	合計件数
平成5年度		13	12	1	4	7	37(13)
平成6年度		15	15	1	6	10	47(15)
平成7年度		14	14	1	5	11	45(15)
平成8年度		14	14	1	7	9	45(16)

吸引……食物や飲料の誤嚥、あるいは口腔、咽頭、気管などの分泌物の嚥下及び喀出困難な者に対し、吸引器を使用して吸引すること  
 経管栄養……経口的な食事摂取ができない場合に、管を用いて栄養物を直接胃に送ること  
 導尿……尿道からカテーテルを挿入し、膀胱内の尿を排出すること  
 酸素吸入……酸素の欠乏状況に対して、その状況を改善するために酸素を供給すること  
 気管切開……気管切開部に器具を装着して気道を確保し、呼吸状態の安定を図る部の管理すること

## (3) 友生養護学校・垂水養護学校の現状

## ① 友生養護学校

基本的には保護者が実施するが、保護者からの要望を前提に、また、緊急時に対応するため、必要やむなく教職員が主治医・保護者の承諾のもとで、最低限度の吸引・経管栄養を実施している。この場合には、対象児童生徒について依頼書・指示書・確認書の提出を求めており、一般的な医療に係るマニュアル・個人マニュアル緊急連絡方法の整備を行っている。

わらび学級については、大半が病院内への訪問指導であるため、特別な健康管理の問題は比較的少ないといえる。

## ② 垂水養護学校

現状では、事故が起きた場合の責任の所在が明確になっていないので、基本的には保護者が付き添って対応し、教職員が行うべき行為ではないという姿勢をとっていた。

みどり学級については、指導中に痰を詰らせ呼吸困難になり、吸引処置を必要とする事態が起ることもあり、これらに対して対応せざるを得ない状況にある。

## 2. 現状の問題点

## (1) 教職員に係る問題

## ① 特別な健康管理を必要とする児童生徒への対応

に関する明確な指針がないため、どのようにしたらよいか戸惑いが見られる。

- ② 保護者の不在時など、特別な健康管理が必要になった場合対応せざるを得ないこともある。
- ③ 特別な健康管理に関する専門的・計画的な研修体制が組まれていない。
- ④ 緊急医療体制（児童生徒の搬送、病院の受入れ体制、主治医との連携など）に不安を抱えている。
- ⑤ 通学途上の安全確保（特に緊急時の対応）に苦慮している。

#### (2) 児童生徒に係る問題

- ① 保護者の不在時などに特別な健康管理が必要になった場合、苦痛や不安を感じ、健康維持（場合によっては生命維持）や学習活動に支障をきたすことがある。

#### (3) 施設・設備に係る問題

- ① 特別な健康管理を実施する適切な場所がない。
- ② 必要な医療機器が整備されていない。

#### (4) 保護者に係る問題

- ① 学校で、常に児童生徒の介護のために付き添わなければならない。
- ② 宿泊を伴う行事に付き添わなければならない場合もある。

### 3. 具体的な対応

#### (1) 基本的な考え方

医師及び医師の指示に基づく看護婦以外の者が、導尿等の行為を反復継続する意思をもって行うのであれば、一般的に「医師法」に抵触するという考え方がある。

一方で、医療の進歩やノーマライゼーションの理念の普及に伴い、特別な健康管理を医師の指導に基づき、保護者・第三者に依頼するようになってきている。

このような現状において、児童生徒が快適な学校生活をおくり、学習活動を円滑に行うためには、日頃から児童生徒に深くかかわっている教職員の役割が極めて大きいと考える。

そこで、本検討委員会は、特別な健康管理を必要とする児童生徒への援助を「医療的ケア」と位置づけ、教職員による特別な健康管理を行うことについての可能性を検討した結果、

- ① 「医療的ケア」については、専門家による十分な研修を積めば、教職員であっても実施は可能であり、また、緊急時の対応もスムーズになる。
- ② 児童生徒が教職員から「医療的ケア」を受けることにより、信頼関係が一層促進される。
- ③ 保護者から離れて、教職員から「医療的ケア」を受けることにより、児童生徒の社会的自立が一層促進される。
- ④ 「医療的ケア」のために、常に付き添わなければならない保護者の負担を軽減できる。

というような考え方が得られた。

従って、児童生徒の健康・安全面を中心に、緊急事態も視野に入れ、学校の状況を考慮したとき、計画的な研修を積み、主治医・学校医・保護者及び地域医療との強い連携のもとで、教職員が「医療的ケア」を実施することが現状においては望ましいと考える。但し、医療を専門とする医師等とは異なり、自ずと限界があるため、そのことを考慮に入れ、十分な検討と準備及び慎重かつ細心の注意が必要である。

#### (2) 学校支援

教職員が進んで研鑽を究め、安心して児童生徒への「医療的ケア」を行えるよう、研修体制の確立、医療機関等との連携、施設・設備の充実、及び不慮の事故の対応等、教育委員会において責任ある対応をすることが望まれる。

#### (3) 条件整備

教職員による「医療的ケア」が円滑に行われるためには、以下の条件整備が必要である。

##### ① 研修体制の充実

どのような研修体制を組み、どのような研修が必要であるかなどについて十分検討し、研修を深めることが大切である。

##### ② 医療機関との連携と救急体制の確立

ア、「医療的ケア」についての医学的な知識と救急措置を含めた技術の習得、及び医療機関との連携が大切である。教職員が全般的な対応を把握するために、これらの諸手続等をまとめたマニュアルの作成が必要である。

イ、個々の児童生徒の健康状態把握及び「医療的ケア」の技法習得に必要な個人マニュアル等の作成も必要である。

##### ③ 施設・設備の充実

通常の「医療的ケア」、緊急時の対応がスムーズに行われるためには、施設・設備の改善が大切である。

これらのため、教職員を含めた「(仮称)マニュアル作成委員会」を設置し、十分な協議を通して「医療的ケアシステム」を整備することが大切である。

### 4. 今後の課題

本検討委員会は、肢体不自由養護学校の現状を前にし、児童生徒がより安全で快適な学校生活を過ごせるようにするにはどうあるべきかを中心に論議し、一定の方向付けを行った。

論議の中では、教職員に対する技術指導・研修のために指導医・看護婦を養護学校に派遣するなど、様々な意見が出た。

ただ、最終的な、望ましいあり方については、全国の養護学校における状況や国の動向、法体系の整備等を勘案しながら、本市の実情に合った対応を今後とも積極的に検討していくことが大切であろう。

おわりに

平成6年9月に発足した本検討委員会は、阪神・淡路大震災のため一時中断を余儀なくされたが、熱心な委員の協力のもと、他都市の状況把握、両校の実態把握のための視察及び教職員からの意見聴取を行う等、様々な観点から精力的に検討してきた。

そして、「医療的ケア」についての基本的な考え

方、学校支援、条件整備及び今後の課題等について、どうあるべきかを中心に報告書としてまとめたものである。

この報告書をもとに、両校においては教育委員会と連携し、児童生徒のより健康・安全で、快適な学校生活を過ごせるような体制が整えられることを切に願うものである。

## 2-5 沖縄県の答申

### 「医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について（報告）」

#### 医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について（報告）

平成10年1月

医療行為を必要とする児童生徒の教育対応検討委員会

はじめに

本県における特殊教育は、昭和54年度の養護学校の義務制実施に伴いその充実・強化が図られてきた。

それまで、就学猶予・免除が余儀なくされていた重度・重複障害児も養護学校へ就学することになり、養護学校の児童生徒も年々増加の一途をたどってきている。

平成9年5月現在、特殊教育諸学校16校に1,564人、公立の小学校、中学校の特殊学級324学級に864人、計2,428人の幼児児童生徒（以下、「児童生徒」という。）が就学している。

養護学校に就学する児童生徒の増加に伴い、児童生徒の障害の実態も年々重度・重複化、多様化が進んできている。

その結果、養護学校、特に、肢体不自由養護学校や病弱養護学校に就学する児童生徒の生命の維持や健康管理について配慮を要する児童生徒が増加してきている。

ここ数年、経管栄養、痰の吸引、酸素吸入、導尿、気管切開部の管理等の医療行為（以下、「医療的ケア」という。）を必要とする児童生徒の就学が増え、その教育措置や学校教育（学校管理下）での対応の在り方等、様々な問題が提起されてきている。

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

検討にあつては、以下の視点に立って検討・協議をおこなってきた。

- ① 児童生徒の生命を尊重した教育を行う。
- ② 児童生徒の健康・安全を重視する。
- ③ 教育・医療・保健・福祉の連携を推進する。

#### I 現状と課題

##### 1 現状

特殊教育諸学校においては、児童生徒の障害の重度・重複化、多様化が著しく生命の維持や健康管理につ

いて配慮を要する児童生徒の就学や指導体制、通学上の様々な課題等が増えてきている。

特に、医療的ケアを必要とする児童生徒の教育措置や学校生活の在り方等様々な問題に対処するため長期的展望に立ち解決のための指針となる考え方や対応策について、早急に検討を行う必要がある。

##### (1) 教育措置

本県の特殊教育における児童生徒の就学に当たっては、一人一人の障害の状態に応じて、通学又は訪問教育等の教育措置を行っている。

医療的ケアを必要とする児童生徒に対する教育措置については、以下のとおりである。

① 医療的ケアを必要とする児童生徒は、医療機関に併設・隣接する養護学校に就学措置をしている。

##### ②訪問教育の措置

ア 在宅訪問教育

イ 病院内訪問教育

##### (2) 医療的ケアを必要とする児童生徒数

平成9年1月に、特殊教育諸学校17校に就学している全児童生徒（訪問教育を含む）を対象に、①日常生活で常時医療的ケアを必要とする児童生徒数、②学校生活で医療的ケアを必要とする児童生徒数の実態を調査したのが表1である。（在籍数は、平成8年5月1日付けの学校基本調査による。）

調査の結果、特殊教育諸学校の中で、日常生活において医療的ケアを必要とする児童生徒数は表1の①の通り122人で、全体の在籍数の8.02%にあたる。

次に、①の日常生活で医療的ケアを必要とする児童生徒の中で、②学校生活で医療的ケアを必要とする児童生徒数は、表1の②の通り68人で、全体の在籍者の4.4%にあたる。

②の医療的ケアを必要とする児童生徒の教育対応については、施設・併設の養護学校、又は分校及び病院内訪問学級で対応し、重度障害のため通学が困難な児童生徒については、在宅の訪問教育を受けている。

このように、特殊教育諸学校において、医療的ケアを必要とする児童生徒が増加の傾向にあり、単に病院や医療施設併設・隣接の養護学校に就学している児童生徒だけでなく、その他の盲学校、聾学校及び養護学校においても、医療的ケアを必要とする児童生徒が就学している。

表1 医療的ケアを必要とする児童生徒数

平成9年1月現在

事項 学部	在籍数	①日常生活で医療的ケアを必要とする児童生徒数		②学校生活で医療的ケアを必要とする児童生徒数	
		数	割合	数	割合
幼稚部	38	0	0%	0	0%
小学部	512	41	(8.0%)	24	(4.6%)
中学部	363	28	(7.7%)	23	(6.3%)
高等部	569	19	(3.3%)	8	(1.4%)
訪問	小学部	29 (11)	24 (82.7%) (11)	12 (41.3%) (2)	
	中学部	10 (8)	10 (100%) (8)	1 (10%) (1)	
計	1,521	122	(8.02%)	68	(4.4%)

( ) は、病院内訪問学級で内数

(3) 学校で行っている医療的ケアの状況

表1で示された医療的ケアを必要とする児童生徒の中、特に②の学校で医療的ケアを必要とする児童生徒数68人に対し、実際に学校で医療的ケアを行っている状況を調査したのが表2である。

表2に示す通り、16人の児童生徒が実際に学校（訪問教育も含む）で医療的ケアを受けている。これらの16人の児童生徒が受けている医療的ケアの内容は、表2の通り、経管栄養、痰の吸引、酸素吸入、自己導尿、気管切開部の管理等となっている。

更に、その他としてインスリン等の自己注射や喘息発作時の薬剤吸入（ネブライザー）、腹膜透析等があり、医療的ケアの件数は、延べ30件である。

なお、抗てんかん薬、精神薬等の服薬は、医療的ケアの内容から除外した。

表1の②の学校生活で医療的ケアを必要とする児童生徒数68人中、実際に学校で医療的ケアを受けている児童生徒（16人）以外の52人の児童生徒については、その殆どが病院や医療施設併設・隣接の養護学校に就学している児童生徒であり、その医療的ケアは、病院や施設の看護婦等が対応している。

(4) 医療的ケアの対応者

医療的ケアの対応者の殆どは、看護婦（隣接・併設の病院・施設等）であり、その次に養護教諭（病院等併設で医師の指示で対応）が対応している。

表2 学校で実際に行っている医療的ケアの状況

平成9年1月現在

事項 学部	在籍数	医療行為を 実際に行っ ている人数	医療行為内容（延べ人数）						医療行為 の対応者	
			経管 栄養	痰吸 吸引	酸素 吸入	導尿	気管切開 部の管理	その他		
幼稚部	38	0	0	0	0	0	0	0		
小学部	512	1	0	0	0	1	0	0	養護教諭 看護婦	
中学部	363	1	0	0	0	1	0	0	養護教諭 看護婦	
高等部	569	5	0	2	0	0	2	3	養護教諭 看護婦	
訪問	小	29 (11)	8 (1)	6	6	0	0	3	1	家族
	中	10 (8)	1 (1)	1	1	1	0	1	1	家族
計	1,521	16	7	9	1	2	6	5	30延べ数	

( ) は、病院内訪問学級で内数

## 2 課題

本調査を通して各学校から、以下のような課題があがっている。

### (1) 学校における諸課題

- 1 県 1 校のため、家庭と学校が遠隔にあり、喘息発作時における薬剤吸入を行っているが、この時の薬剤吸入（ネブライザー）が医療的ケアか、それとも救急処置としてとらえてよいか疑問である。
- 学校として責任のもてる処置行為の範囲を行政の側から示してほしい。
- 学校現場で必要な処置行為が適切に行えるよう研修の機会を多く持つてほしい。
- 学級担任は、保護者から内服薬等を依頼された時は、薬について詳しく聞いてから飲ませてほしい。保護者も、何の薬をどの程度内服しているかしっかりと把握してほしい。
- 医療的ケアについて、研修したい。
- 酸素吸入を要する児童（心臓疾患）は、実際に学校でも発作があり酸素吸入が必要と思われるが、医療的ケア等の問題で、緊急体制に従って近くの医療機関で対応している。
- 養護教諭の執務の中には、「救急処置を行うこと」となっているが、現状の保健室の備品基準、医療的ケアの問題等から生命に関わる内科的緊急時の対応には困難な面がある。
- スクールバスでの緊急事態発生に備えて、携帯電話の設置が望まれる。
- 疾病の多様化、障害の重度化が進んでいる今日、医療的ケアの必要な児童生徒が増え、そのためにもまず基盤となる組織体制、制度をしっかりとっていくことが大事。
- 服薬等の管理を寮母が行っているが、書面での保護者からの依頼はなく、口頭での依頼となっている。
- 訪問児童のスクーリングの時、突発的な事故に対する対応について、保護者と十分協議しておく必要がある。
- 寄宿舎に心臓病管理票Bの生徒が入舎しているが、容体の急変に対応する体制を整えておく必要がある。
- 施設隣接の学校であっても、吸引器等は学校で購入して、対応してもよいのではないか。
- 施設隣接の学校における医療的ケアの在り方についても検討してほしい。
- 生徒の実態が重度化する中で、適切な就学指導が望まれる。
- 年々、重度化する児童生徒にあった施設・設備の改善・拡充も図ってほしい。
- 交流教育のとき、感染症との関連から相手校への配慮がむづかしい。
- 感染症（MRSA、C型肝炎、緑膿菌等）から派生する課題として、職員の感染症検査、罹患した時の保障。
- 経管栄養児が、校外活動とか真夏の暑い時に他の児童のように水分補給がすぐには出来ずに、体温調節に影響している。
- 施設併設校で、吸引や酸素吸入のために頻繁に施設に行き来しなければならない児童生徒もいるため、学校内でこのような医療的ケアができるようになれば、児

童生徒の負担も軽減されるのではないかと。

- MRSA感染児童生徒の対応について、対応の仕方が学校によって異なるが、本校は医師の指導の下に、普通どおり登校して授業を受けているが、今後も、医師の指導の下に学校対応の授業の進め方でよいか。
- 養護教諭不在の時の吸引は、原則として病棟で行っている。吸引は1回で25～30分の時間を要し、授業に支障を来している。（吸引は不定期）
- 気管切開、人工呼吸器装置等を必要としている児童生徒が意欲的に登校しているため、是非この子たちの学習を保障してあげるためにも学校での医療的ケアはやむを得ないと思う。そのためには、人的条件、その他保護者との信頼関係等も整え、児童生徒が気兼ねなく課外活動も出来るような学習環境であればよいと思う以上のことから、今後医療的ケアを必要とする児童生徒の対応について、早急に行政側からの対応の在り方等を示し、研修等での対応策を図ってほしいという意見が多い。

学校現場では、条件整備が整えば、積極的に医療的ケアを必要とする児童生徒の対応に当たりたいという前向きな姿勢が伺える。

そのためにも、施設・設備の充実や救急体制の確立、携帯電話等の設置等も併せて考慮しなければならない。

### (2) 父母の要望

父母としても、世論を背景にして子供たちの就学保障の声が高まってきている。

- ① 訪問学級から通学への措置替えを強く希望する父母が増加している。
- ② 医療管理下にある施設から高等部進学を希望する生徒が増えている。
- ③ 訪問教育の高等部実施の強い要請と文部省の試行的実施の通知

## II 医療的ケアを必要とする児童生徒の就学の在り方について

### 1 医療的ケアの概念規定

#### (1) 法令規定

##### ① 医事法制の趣旨

医療は、国民の生命・健康に直結するきわめて重要なものであり、たとえ当事者間に合意があろうと、また金銭の授受を予定していなくても医療を自由に行うことを認めることは出来ない。

##### ② 医療と医業（医師法第17条）

ア 医療とは、一義的に明白な概念ではなく、歴史的にも変遷を経てきているが、今日においては保護指導等疾病の予防からリハビリテーションに至る包括的な概念を含んだものとなっている。

イ これに対し医業は、医師でなければ医業をしてはならない（医師法第17条）ものである。医業とは、医療行為を業として行うことであり、医療行為は、医師の専門的な知識又は技能をもってしなければ危険な行為であり、医業として行うことは、反復継続の意志をもって行うことであり、医業は医療の中に中核的な部分

をさす概念である。

### ③医療従事者

医療は医師の独占的な業務と規定されているが、医師の業務を補助する医療従事者が、医療が高度化し、専門分化してくる中で益々必要になり、それぞれの分野の専門技術者（コメディカルスタッフ）が必要になってくる。そのため、保健婦助産婦看護婦法、臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律、理学療法士及び作業療法士法等により、その資格や業務範囲が定められている。これらのコメディカルスタッフは、医師の指示により診療の補助行為として一定の業務をすることとされており、原則として医師の指示が必要である。

### ④医療行為の禁止（保健婦助産婦看護婦法第37条）

保健婦、助産婦、看護婦又は准看護婦は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合の外、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は、医薬品について指示をなしその他医師若しくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる恐れのある行為をしてはならない。

### (2) 文部省の医療行為に関する対応（平成5年4月12日参議院決算委員会における文部省の答弁）

現在のところ文部省の医療行為に関する対応としては、下記の通りである。

- ①医療行為については、医師の指示のもとに行うのが原則である。
- ②医師法の関係で教師が医療行為を行うことは大変問題がある。常に医療的看護を必要とする児童生徒については、学校において医療機関との連携を図ることにより対処していくことが適切である。
- ③医療機関との連携により対処することが困難な児童生徒については、病院で治療に専念する、病院内学級を設ける、訪問教育を実施する等の方法で対処していく必要がある。
- ④実際の学校現場においては、難しい事情もあるので、医療については、医師の指示のもとに行うというのが現在の医療の原則であり、もし必要があれば学校現場と十分な連携のもとに医師の指示を受けてやっていくということが原則である。

### (3) 医療的ケアの内容

特殊教育諸学校に就学している児童生徒の生命維持、健康管理のために必要な医療的ケアは、生命維持、健康管理等以下に示すものである。

#### ①経管栄養

鼻または口からチューブを胃まで挿入して、流動性栄養物の補給を行うことである。この場合、挿入の度に胃内留置確認を行う。（児童の状態によっては、一回の注入毎に胃内留置確認を行う。）児童によっては、食物は経口からとるが、水分補給は、チューブを利用するという例もある。

#### ②吸引

自力で痰を排出できない児童や、普段からごろごろしている児童に対して、吸引器を用いて、口腔内や咽頭に停留している痰、唾液、鼻汁を吸引することである。体位変換、タッピング、吸引前の吸入を併用する

と効果的である。

### ③酸素吸入

チアノーゼが出現している場合や呼吸がおかしい場合に、鼻にマスク又はチューブを装着して酸素吸入を行う。酸素の飽和度を簡単に測定できるパルスオキシメーターを利用すると便利である。

### ④気管切開部の管理

気管内挿管が長期に及ぶとき、気管切開（気切）が対応となる。気切孔からの吸引は、清潔操作でもって頻回に行う必要がある。気切孔周囲の消毒や1～2週間毎のカニューレ交換も重要である。

### ⑤導尿

排尿障害の児に対し、外尿道口から膀胱までカテーテルを挿入して排尿させることである。膀胱機能不全をもつ二分脊椎児の多くは、間欠的に自己導尿を行っている。

### ⑥その他

#### ア 注射

##### a インスリン依存型糖尿病

インスリンの自己注射を1日2～3回ペン型注射器で行う。血糖測定を一般的には、朝・夕食前行う。血糖コントロール不良、体調不良時は、尿中ケトン値も測定する。

b 下垂体性小人症成長ホルモン不全によって生ずる低身長症である。成長ホルモンを毎日ペン型注射器により自己注射をする。

#### イ 吸入

喘息発作時、痰排出困難時または吸引前に、圧式あるいは超音波式の吸入器を用いて行われる。

#### ウ 透析

慢性腎不全患児（者）の在宅療法の一つとして、持続的外来腹膜透析（CAPD）が行われている。透析液を24時間、腹腔内に貯留させて透析を行うもので、1日4～6回透析液の交換を行う。

### (4) 学校での対応時の留意事項

#### ①経管栄養

チューブが自然に抜けたり反転して食道入口まで戻ってくることがある。また、胃に留置されていない可能性がある場合には、学校においても、胃内留置の確認（空気注入音を聴くこと）を行う必要がある。実際には、チューブの交換時のみ確認をやっていることが多い。

逆流性食道炎の児には、30分～1時間かけて注入することが多い。

#### ②吸引

頻回に行なうと鼻腔・口腔粘膜をカテーテルで傷つけるおそれがある。また、カテーテルを喉の奥まで入れると激しい嘔吐を引き起こしやすいので注意を要する。

#### ③酸素吸入

酸素投与は、チアノーゼなどの改善を目標に行われるが不必要な高濃度の酸素投与は有害であるので、避けなければいけない。

#### ④気管切開部の管理

激しい咳によってカニューレが抜けたり気切孔での肉

芽、腫瘍、出血（時に動脈を損傷すると大出血）等がおこることがある。

#### ⑤導尿

自己導尿の場合、尿路感染症や尿道粘膜損傷による出血腫脹をおこすことがある。

#### ⑥誤嚥

むせやすい児、嘔吐が多い児童（逆流性食道炎）、あるいは、経管栄養の児童におこりやすい。症状として激しい咳こみ、チアノーゼ、顔面蒼白、呼吸困難などがある。予防として、豆類は細かく砕き、危険なものは、近くに置かない。また食事の形態の変化（例えば、普通食→キザミ食）を考慮する。水分は、むせやすいので、固形物より注意を要する。

#### ⑦褥創

部位としては臥位、座位にかかわらず仙骨部付近が多い。体位変換を最低1時間に1回行い、骨の突出した部位の発赤に注意する。非常に瘦せた寝たきりの児童ほど褥創をつくりやすい。座位の時間は1時間位が限度だろう。

#### ⑧骨折

動きの少ない重症児ほど骨折をおこしやすい。寝たきりの児童では、大腿骨の骨折が多い。普段の生活行為（おむつ交換、抱き上げ、体位変換など）によってもおこりうるが、気がついたら骨折していたということも少なくない。また、無理な訓練によってもおこりうる。

#### ⑨てんかん発作

誘因として発熱、睡眠不足、疲労などがある。生命の危機につながる発作誘因として、5分以上続く発作、あるいは短くても間断なく15分以上続く発作は注意する必要がある、何れも30分以上続くときは生命の危機につながり、発作を止めても後遺症を残すおそれがある。食事中、食直後の発作は、食物による窒息をおこす可能性がある。発作による頭部前屈あるいは転倒結果、身体の打撲傷、創をきたすこともある。

#### ⑩その他

##### ア 注射

##### a インスリン依存型糖尿病

低血糖発作への対処は迅速に行わねばならないので、患児には常にブドウ糖、アメ、ビスケット等を持たせる。激しい運動時のエネルギー補給、特殊行事の際の食事量増加、カゼとかの体調不良時に対するインスリン量の調整も必要である。

##### b 下垂体性小人症

特に問題ない。

##### イ 吸入

超音波式の吸入器使用の場合、噴霧が一度に多量に気管支に吸い込まれると危険である。過度の使用も心停止につながる危険があるので注意する。

##### ウ 透析

毎回の注入量、排液量、排液に要した時間、排液の性状などを記録する。カテーテルの挿入部の発赤や膿にも注意する。熱発、注入排液時の腹痛、排液の混濁、出血、排液量の減少、嘔吐、下痢などがみられたら、腹膜炎の可能性が高い。

### III 学校で医療的ケアを行う場合の基本的な考え方

現在、特殊教育諸学校に在学している児童生徒の中に、医療的ケアを必要とする者が就学している。（表1、2）

これらの児童生徒の実態から、生命に関わる危険性等を考慮して慎重に対処していく必要がある。

- 1 親権者である保護者が医療的ケアを行う場合は、医療的ケアが可能であるが、その場合でも、医師が医療行為の危険性の程度と保護者の知識・技能の習得の程度を判断し、保護者が行うことのできる具体的事項を指示する。保護者はその結果を医師に報告するとともに、主治医がフォローアップする義務があることを条件としている。
- 2 学校で緊急な医療的ケアが生じた場合は、一人一人の児童生徒の障害の状態、身体症状、健康状態に即して、医療的ケアの危険性・難易度、対処者の技量・経験等により、養護教諭等が行える範囲について、主治医と十分相談し、その判断と指示を受ける体制づくりが必要である。
- 3 学校で医療的ケアを行う場合は、保護者、主治医、学校医、学校関係者が連携を図る必要がある。
- 4 高等部の訪問教育については、平成9年度から試行的に実施が行なわれていることから、本格的実施に備える必要がある。

### IV 医療的ケアに対する具体的な対応策

#### 1 就学相談・医療相談の充実

特殊教育の対象となる乳幼児の障害の早期発見が可能となっていることから、出来る限り早期からの就学相談・医療相談の体制の確立と充実が望まれる。

医療的ケアを必要とする児童生徒の就学相談・医療相談等については、適正な就学措置を行うために、保護者、主治医、学校医、学校、教育委員会等が十分な連携を図り、就学相談体制の一層の充実に向けて、下記の点に配慮する。

(1) 医療的ケアを必要とする児童生徒の障害の状態、健康状態及び医療的ケアに関することについて、詳細に主治医や学校医の所見等を掌握し、適正な就学相談等に活かす。

#### (2) 医療相談体制の充実

県立教育センター等における早期からの相談体制の確立や保健所や市町村における検診等のネットワークづくり等を推進する。

#### (3) 医療・福祉・保健の関係機関との連携

#### 2 訪問教育の充実

重度・重複障害又は療養中の児童生徒の実情に応じて教育を行う場合若しくは、訪問教育を行う場合には、教育条件整備を図り、受け入れ体制の確立が望まれる。

高等部における訪問教育は、試行的実施の結果を踏まえ、本格的実施に向け、生徒の障害の状況に応じて、可能な限り弾力化を図る必要がある。

また、病院内訪問学級についても、医療的ケアを必

要とする生徒の後期中等教育の保障が望まれる。

### 3 病気療養児の教育の充実

(1) 病弱養護学校（森川養護学校）及び泡瀬養護学校名護分校の一部通学制の導入に伴い、医療的ケアの必要な児童生徒の就学の拡充を図る。

(2) 病気療養児については、県内総合病院等における病院内訪問学級の拡大を図る。

(3) 医療的ケアを必要とする児童生徒の通学保障を図る。

### 4 救急体制の整備・充実

常時医療的ケアを必要とする児童生徒の救急体制の確立は緊急な課題であり学級担当、養護教諭をはじめ学校・学部を上げての組織づくりとともに、保護者、主治医、学校医等との救急体制のネットワークづくりを図る必要がある。

そのためには、下記の整備・拡充が必要である。

- (1) 各学校における救急体制の整備・充実
- (2) 医療機関等の連携体制の確立
- (3) 保護者との連携
- (4) 施設設備の整備・充実
- (5) 保健室の機能化と整備・充実
- (6) 医療的ケアに応じた医療機器等の整備

### 5 養護教諭及び教職員等の研修

医療的ケアを必要とする児童生徒の的確な健康状態の把握、健康の維持・増進、体力の向上、機能の改善等に関する基本的な専門的知識等についての研修が必要である。

- (1) 基礎的な医学的知識に関する研修
- (2) 救急法及び緊急時における対処法に関する研修
- (3) 指導上必要な医学的配慮事項、教育的配慮事項等に関する研修

### 6 研究モデル校の指定

医療的ケアを必要とする児童生徒の教育対応について研究モデル校を指定し、その研究成果を基に医療的ケアの必要な児童生徒の教育対応や医療体制整備事業等の充実を図る。

- (1) 学校における受け入れ体制
- (2) 医療的、教育的配慮
- (3) 養護教諭の複数（看護婦免許保持者）配置
- (4) 救急体制の充実
- (5) 保健室等の整備・充実
- (6) 職員研修等の充実

### 7 医療機関等の連携

医療的ケアを必要とする児童生徒の日常の学校生活や健康状態について、主治医から具体的な指示又は指導助言等を受けたり、学校における医療の問題点について意見交換等を行うための会議を主治医、学校医、保護者、学校関係者で設ける必要がある。

- (1) 主治医との連携
- (2) 救急体制の充実
- (3) 訪問指導医による訪問指導
- (4) 医療、福祉等各関係機関等との連携があげられる。

### 8 手引書作成

医療的ケアを必要とする児童生徒の「医療的ケア」についてのマニュアルを作成し、児童生徒の生命の維持、健康の保持・増進等教職員への研修のための指導資料が必要である。

### V 今後の課題

#### 1 訪問指導医等の訪問指導

訪問指導医を委嘱し、定期的に研究モデル校等を訪問して教職員への指導や児童生徒の生命の維持・健康管理等について指導助言が受けられる体制づくりが必要である。

#### 2 研究モデル校の研究成果に基づく教育対応の推進

#### 3 手引書（マニュアル）作成の推進

教職員の研修等の一環としての指導資料の作成は急務であり、「手引書作成委員会」を設置し、手引書を作成する必要がある。

#### 4 県立教育センターの嘱託医の有効的活用の体制づくり

おわりに

本検討委員会は、平成8年10月28日に教育長から委嘱を受け、これまで8回にわたる会議で医療的ケアを必要とする幼児児童生徒の教育の対応について検討し、その基本的な考え方等について平成9年2月に中間報告をまとめた。

さらに同年3月、本検討委員会の会長及び事務局員が、全国でも医療的ケアの取り組みが進んでいる東京都教育庁及び横浜市教育委員会やその管下の学校等を視察し、医療的ケアに対する先進県の考え方や取り組み状況等を視察した。

平成9年度は、中間報告を踏まえて医療的ケアを必要とする児童生徒の教育の在り方の具体的方策及び今後の課題等について、学校現場の実情視察等をおして検討を進め、ここに最終のまとめとして報告する。

## 2-6 兵庫県障害児就学指導審議会答申（※「医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」）

### 「高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」

高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について  
（報告）

平成10年3月

兵庫県障害児就学指導審議会

#### 1 はじめに

文部省において、平成8年9月に設置された「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」（座長



亀井浩明)の第2次報告(平成9年9月19日)でも言及されているように、昭和54年の養護学校教育義務制実施以降、障害児教育の対象となる児童生徒の障害は、重度・重複化、多様化してきており、中でもその傾向は肢体不自由養護学校において著しいものがある。

県下には、肢体不自由養護学校が県立で3校、市町立で11校設置されており、各校においてそれぞれ特色ある教育活動が展開されているが、近年、医療的配慮を必要とする児童生徒が増加する傾向にある。在宅医療の進展や、保護者の在宅志向が主な原因であると考えられるが、医師法第17条によって、医師以外の者が医行為を行うことが禁じられており、学校に医療関係職員が常駐していない現状においては、各都道府県ともその対策に苦慮されているところ

このような現状において、本審議会では、兵庫県教育委員会から「医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」の審議の依頼を受け、平成8年度から2カ年にわたってこの問題について審議を重ねてきたところである。

審議にあたっては、養護学校の現状視察、肢体不自由養護学校関係者からの意見聴取、医師法第17条の解釈にかかる医療関係者の招聘等を行い、できる限り現場の情報を収集し、現状の把握に努めた。

ここに、「医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」意見をとりまとめたので報告する。

## 2 医療的配慮を必要とする児童生徒の現状

昭和54年に養護学校教育の義務制が施行されて以来、本県では、就学猶予・免除者が年を追って減少し、近年ではほとんどすべての子どもが就学するようになってきた。また、医学の進歩や在宅医療の進展に伴い、病院併設の養護学校や訪問教育の対象となっていた児童生徒が、肢体不自由養護学校に就学するようになってきた。本県の場合、肢体不自由養護学校に在籍している児童生徒のうち、経管栄養、気管カニューレの管理、たんの吸引、導尿、酸素吸入など医療的配慮が必要とされる者は、平成8年度では、107名にのぼっている。平成9年度には152名を数え、その数は年々増加する傾向にある。

このような就学については、適正就学という観点から問題があるのではないかと指摘もある。しかし、現に在籍している児童生徒の処遇をどうするかについて、有効な解答になり得ていない。今後もこのような傾向が続くものと推測される以上、県の教育委員会としての方針を明確に示すべき時期に来ている。

医療職員が学校に配置されていない現在、各都道府県においても、その対応に苦慮されているところである。保護者が付き添って医療行為を行うとか、保護者や主治医の委託を受けて緊急対応を養護教諭や教員が実施するなどの現実対応が行われている一方で、具体的方策を検討している都道府県もあれば、すでに検討を終え、訪問看護制度の活用などの施策を講じている府県もある。

保護者が毎日児童生徒に付き添って登校することになると、保護者の都合で児童生徒が欠席をしなければならぬ事態が生じるし、特定の保護者に負担を強いる結果にもなる。また、他者に依頼して医療行為を実施しても

ることが困難な事情にある保護者も見受けられる。

兵庫県下の市町立肢体不自由養護学校の一部では、すでに市町独自の対応が始められている。

尼崎市立尼崎養護学校では、訪問看護制度を取り入れ、訪問看護ステーションの看護婦が定期的に学校を訪問している。西宮市立西宮養護学校では、看護婦免許を持った親権代行者が、児童生徒に付き添って学校に行き、保護者に代わって医師から指示された行為を実施している。明石市立明石養護学校では、看護婦免許を有する介助員を配置し、篠山町立篠山養護学校では、定期的に看護婦の派遣を受けている。姫路市立書写養護学校では、福祉と連携し、市立の総合通園施設が医療スタッフを派遣している。

県立の肢体不自由養護学校は3校であるが、県立のじぎく養護学校は病院併設の養護学校であり、職業自立をめざした県立播磨養護学校では、事実上、医療的配慮が必要な生徒は在籍していないし、今後においてもその可能性は極めて少ない。従って、この2校については、医療的配慮の問題はほとんど皆無であるといえる。県立和田山養護学校は、公立和田山病院に隣接して設置されている。しかし、のじぎく養護学校と違って、病院への入院している児童生徒を受け入れているわけではないので、医療的配慮が必要な児童生徒への対応を検討しなければならない事情になる。

このように、この問題に対する対応は様々である。肢体不自由養護学校設置市町、学校や保護者等からは、行政サービスの平等化、各市町の財政負担の軽減、保護者の負担軽減や教職員の不安の除去などを理由に、県としての方針を示して欲しいとの要望が強い。養護学校の設置義務が県にあり、各市町で異なった施策で応じることが教育環境の不平等化を招く結果となるので、そのような観点からも、県として何らかの方針を示すべき時期に来ている。

## 3 医師法第17条をめぐる諸問題について

本審議を進めるに当たって、「医師法第17条」をどう解釈するべきかが重要な論点となった。

「医師法第17条」には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と規定されている。『医業』とは、医行為を業としてなすことと解されるので、「医師以外の者が、反復継続して医行為を行ってはならない」という意味に解される。

このように、医行為は本来、医師以外の者が為すことができない行為であるが、他方で医師の指示を受けた場合に、看護婦(士)、准看護婦(士)が医行為を行うことができる旨の規定が保健婦助産婦看護婦法第37条に規定されている。この場合でも、医師からの指示があればどのような行為でも為すことができるということではなく、医師が為すべき絶対的医行為(診断、処方、治療方針の決定及び手術等高度の知識、技能を要する医行為)を行うことはできず、相対的医行為(医師の指示により、看護婦等の知識、技術で行い得る医行為)や療養上の世話のみを行うことができるとされているのである。

「医師法第17条」を巡っては、医行為の範囲を客観的に、また固定的に捉えようとする説と、社会通念や医

療環境、対象者等によって相対的に捉えるべきだとの説がある。現時点では、後者が通説であり、判例（最高裁判所昭和30年5月24日判決）もこの立場をとっている。すなわち、ある行為が「医療行為」と推測される範疇に属するものであっても、医師以外の者がその行為を行った場合に、直ちに医師法第17条違反となるのではなく、「医師の医学的判断及び技術をもってするのなければ人体に危害を及ぼし、又は虞のある一切の行為」が医行為であるとされるので、「危害を及ぼし、又は生じる虞」がないように必要かつ十分な配慮や処置がなされていれば、医師以外の者が為した場合でも医師法第17条に違反しないのではないかと解されている。

このように、医行為には、治療行為等医師のみに許された絶対的医行為や相対的医行為、療養上の世話などの介護行為などに分類されるが、肢体不自由養護学校などで日常的に行われている「日常生活上、健康状態を一定に保つために継続的に行う行為」は絶対的医療行為や相対的医療行為と区別して「医療的配慮」と称されることがある。肢体不自由養護学校において日常的に行われている「導尿、経管栄養、吸引、吸入、気管カニューレの管理、褥瘡の処置等」を指す言葉として、通常は「医療的ケア」という用語が使われることが多いが、本審議会においては、「医療的配慮」ということばを使用することとした。

この「医療的配慮」の法的性格については現在のところ明らかにはなっていないが、これらの行為についてもそれぞれ専門的な知識や技術に難易があり、医行為に該当する可能性が高い行為が含まれているという指摘もある。医行為を相対的に捉える立場から言えば、「医療的配慮」のうち、絶対的医行為の範疇に属さない、医師以外でも実施可能な程度に平易な行為を、医師から知識や技術面での十分な指導を受けた上で、教員が特定の児童に対して行うことは可能ではないか、ということになる。

学校における医療的配慮は、どのような職種の者がどのような手順で実施するのが望ましいのかという点については、いくつかの論議がある。医師法違反の問題をできるだけ回避しようとするなら、看護婦や救急救命士に委託することが望ましい。また、保護者の場合は親権の行使という観点から、我が子の健康状態を保つために継続的に医療的配慮を行うことが是認されよう。

しかし、前者については、現在の教職員定数の中に規定を設ける必要があるし、後者の場合は、特定の保護者に負担を強いる結果となる。

ところで、教員が医療的配慮を行う場合には、医師法第17条に抵触するという可能性もあり、緊急時あるいは保護者不在などやむを得ないときに保護者の委託を受けて実施するなど、慎重に取り扱う必要がある。

#### 4 医療的配慮を必要とする児童生徒への対応の意義

従来、障害が重度・重複しており、常時医療的配慮が必要な子どもたちは人生の大半を病院など家族と離れて過ごすことが多く、地域社会や学校生活と離れた生活をおくりがちであった。

しかし、最近では、医学や治療技術の進歩により、日常生活をおくりながら治療も継続することができる範

囲が拡大してきた。長期入院や治療が必要であった時代から、在宅治療が可能な時代が変わってきたのである。それまでは、就学猶予・免除となっていた子どもたちも、学校に通学して教育を受けることが可能となってきた。

このような状況に変わりつつあるという事実や、肢体不自由養護学校においては、医療的配慮に必要な施設・設備が整っていないなかで、医療的知識や技能の未熟な教員が対応せざるを得ない状況が生じているという事実を、医療・福祉・教育関係者は等しく認識する必要がある。そして、何らかの対策を講じるべき時期にきている。

学校で医療的配慮が行われなければ、児童生徒の生命は危機に瀕する。学校で受け入れた限りは、生命の安全のための対策をとるべきである。教育的意義をふまえ、福祉や医療と連携して医療的配慮を実施していくことが求められている。

医療的配慮の必要な児童生徒は、常に「いのち」の限界ぎりぎりのところで生きている。呼吸することだけでエネルギーを使い果たしていた子どもたちが、気管切開をすることによって呼吸が楽になり、いろいろな活動に目が向くようになり、様々な刺激に反応することができるようになったという例も見られる。

しかし、経管栄養と口腔から食物を摂取することを例に挙げれば、単に生命維持のための栄養を摂るという観点からは、経管栄養も口腔から食物を摂取することも同じ評価になるが、人は、においや味覚、歯で噛む感覚等様々な刺激を楽しみながら食事をしているのである。交通事故等で、経管栄養で栄養を摂取していた人が、リハビリにより口腔摂取できるようになり、その顔に笑みが出るようになったとの報告もある。障害が重度で重複しているから経管栄養で十分だと考えるのではなく、教育の立場からは、どうすれば口腔摂取が可能になるのかも考えなければならない。体調が悪くなったからといって、安易に口腔摂取から経管栄養に切り換えるというのではなく、その児童生徒の「生」の意味をも踏まえた対応が大切である。

医療的配慮が必要な子どもたちは、健康な子どもと比べて生活経験の幅が狭く、生涯が短かくなりがちであることを考えると、学校教育の期間が持つ意味は非常に重いと言わざるを得ない。学校における医療的配慮を実施することは、児童生徒の生活の質(QOL; quality of life)を向上させることである。この子どもたちの「人生」を考えることであり、「いのち」をどう輝かせるかということでもある。

生命や健康は、もとより何ものにも代え難い大切なものである。しかし、友人とコミュニケーションを交わし、家族や地域での生活を豊かに味わうこともまた、大切なことである。医療との連携を抜きにして、医療的配慮を必要とする子どもたちの教育は成り立たない現状にある。可能か否かはともかくとして、看護婦等よりも教員に医療的配慮の実施を望む保護者が多いというアンケート結果が報告されているが、これも、子どもたちと教員とのふれあいを大切にしたい、子どもをあるがままに受け入れてほしいという願いの表れではないだろうか。

#### 5 医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について

現行制度では、先に述べたように、医師や看護婦を学校職員として配置することは困難であり、法改正が必要であるが、その見通しは暗い。

また、救急救命士や看護婦免許のある養護教諭を肢体不自由養護学校に配置することについては、現にそのような資格を有する養護教諭は少数であり、救急救命士の資格を取得することも困難であることから現実には期待し難い。養護教諭の職務内容には医療的配慮の実施は含まれていないこと、負担加重になること、等を考えあわせると養護教諭が医療的配慮をすることは、実行上からも困難である。

医師法第17条に抵触することを回避するには、教員が実施するよりも、医師の指示を得て看護婦が実施する方が望ましいことはいうまでもない。学校に常駐させる職員として、看護婦や医師を配置することが困難であるならその他の方法、例えば「医療的配慮推進事業」など、事業を興して実施するのも一つの方法である。尼崎市立尼崎養護学校や宮城県で実施されている訪問看護制度を活用した方法が参考になる。

肢体不自由養護学校で、訪問看護制度を活用して医療的配慮を実施する場合次のような要件を整えておかなければならない。

- ① 保護者から、医療的配慮を特定して実施の依頼を得ておくこと
- ② 医師から必要な医療的配慮の内容の指示を受けること
- ③ 医療スタッフが学校に存在していること
- ④ 医療スタッフが医師から指示された内容の医療的配慮を実施するための体制を整えること
- ⑤ 緊急時に対応するため、救急医療体制を整備しておくこと
- ⑥ 緊急時に対応するため、教員に対して医療的配慮に関する知識や技術面での十分な研修が実施されること
- ⑦ 医療的配慮を実施するのに必要な施設・設備、消耗品等が整備されていること

これらの条件を整えるための前段階として、学校を指定して、実践的研究を試み、その成果を待って全校に普及する方法も考えられる。

また、緊急時には教員が対応せざるを得ないが、そのためには、医療的配慮の実際について知識や技能を十分に習得しておく必要があり、県立障害児教育センターの研修をより一層充実させる必要がある。常日頃から児童生徒と長時間接する教員が緊急時に医療的配慮を行うことは、信頼関係を結ぶ上でも大きな意義があるが、知識はともかく技術の取得には反復継続が大切であり、質的な面もさることながら、量的な面での研修の充実を望む。

## 6 今後の課題

医療的配慮を必要とする児童生徒を受け入れた学校が、安心して教育活動を行うためには、以下のような課題について、今後検討を進めなければならない。

### (1) 医療スタッフの学校への派遣

医療的配慮の法的性格が明確でない現時点においては、教員が実施すると医師法違反に問われる可能性が

あるので、医療スタッフを学校に派遣することが望ましい。その方法の一つとして訪問看護制度を活用して看護婦を学校に派遣することが行われている。現在では、宮城県や尼崎市がこの方法を採用しているが、検討に値する方法である。

県下全肢体不自由養護学校で一斉に実施することが困難であれば、当面、特定の学校を指定して研究を深め、実践的資料を得るのも一つの方法である。

### (2) 救急医療体制の整備

医療的配慮を実施する場合、事故に対する法的責任を問われるかもしれないということを念頭に置いて、事業を進めなければならない。

保護者からの依頼、校長の承諾、必要な医療的配慮の確定、医師の指示書等、文書で確認をしなければならぬ。

また、事故が生じた場合には速やかに最善の措置をとり得るよう、校内に組織を作るとともに、医療機関と連携しての救急医療体制を整備し、万一に備える必要がある。そのためにはマニュアルを作成し、全教職員が共通理解しておかなければならない。

### (3) 医師との連携

医療的配慮の必要な児童生徒に係る医師は1人だけではない。家庭における主治医、校医、訪問看護センターから派遣された看護婦に指示を出す医師（指導医）、救急医療体制に組み込まれた病院の医師等々である。

医療的配慮を実施するに当たり、最も重要な役割を果たすのは指導医であるが、子どもによって主治医が異なることを考えると、主治医を指導医とすることは、手続き面で煩瑣になる。指導医はできれば1人にするのが望ましい。校医に指導医を依頼できれば最も円滑に運ぶと思われるが、校医の執務内容の現状から考えると、困難な場合もあるだろう。

指導医と他の医師・病院と有機的な連携を保ちながら、効果的に進めるよう努めるべきである。

### (4) 学校外の活動に伴う医療スタッフの派遣

養護学校では児童生徒の生活経験を広げるため、多彩な校外学習を実施している。療育キャンプや野外活動、修学旅行など泊を伴う行事も多い。これらの行事が実施される時にも、医療的配慮が必要となる場合がある。

こうした諸行事が安全・効果的に実施されるよう、校外の活動についても医療スタッフを派遣するべきである。

### (5) 教員研修

緊急時に教員が対応しなければならない場合は、今後とも増加していくものと予測される。また、児童生徒の実態を把握し、適切な教育計画をたてるためにも、教員が医学的な知識を得ておくことが必要である。

医療的配慮の技術を取得するには、数多くの経験が必要とされる。実技も含めた継続的な研修が必要である。こうした研修を各学校において行うことは事実上困難であるので、県立障害児教育センター等で、実技を含む研修を実施されたい。

## 2-7 宮城県教育委員会 「要医療行為通学児童生徒学習支援事業実施要綱」

### 要医療行為通学児童生徒学習支援事業実施要綱

#### 1 目的

要医療行為通学児童生徒学習支援事業は、訪問看護制度を利用することにより、特殊教育諸学校に通学する経管栄養等の医療行為または医療的行為（以下単に「医療行為」という。）を必要とする児童生徒（以下単に「児童生徒」という。）に対する保護者の介護負担を軽減し、もって学校における教育の普及奨励を図ることを目的とする。

#### 2 事業の対象となる医療行為の範囲

この事業の対象となる医療行為は、経管栄養、たんの吸引、導尿、気管カニューレの管理その他の医療行為であって、主治医が、当該児童生徒につき学校において訪問看護婦が該当医療行為を行うことに支障がないと認めたものとする。

#### 3 訪問看護ステーションの利用

(1) 児童生徒の保護者は、自己の保護する児童生徒に対し学校において医療行為を行わせるため、自己の責任において訪問看護ステーションを利用することができる。この場合において保護者は、主治医の承認を受けた上で事前に校長に申し出なければならない。

い。

(2) 訪問看護ステーションの利用時間は、保護者が該当医療行為を行うために学校に滞在していなければならない時間を基礎として、訪問看護ステーションの利用時間区分に従い、保護者と校長が協議して定める。

(3) 保護者が訪問看護ステーションを利用した場合の経費については、県が別に定めるところにより、その一部を助成する。

#### 4 学校の受け入れ

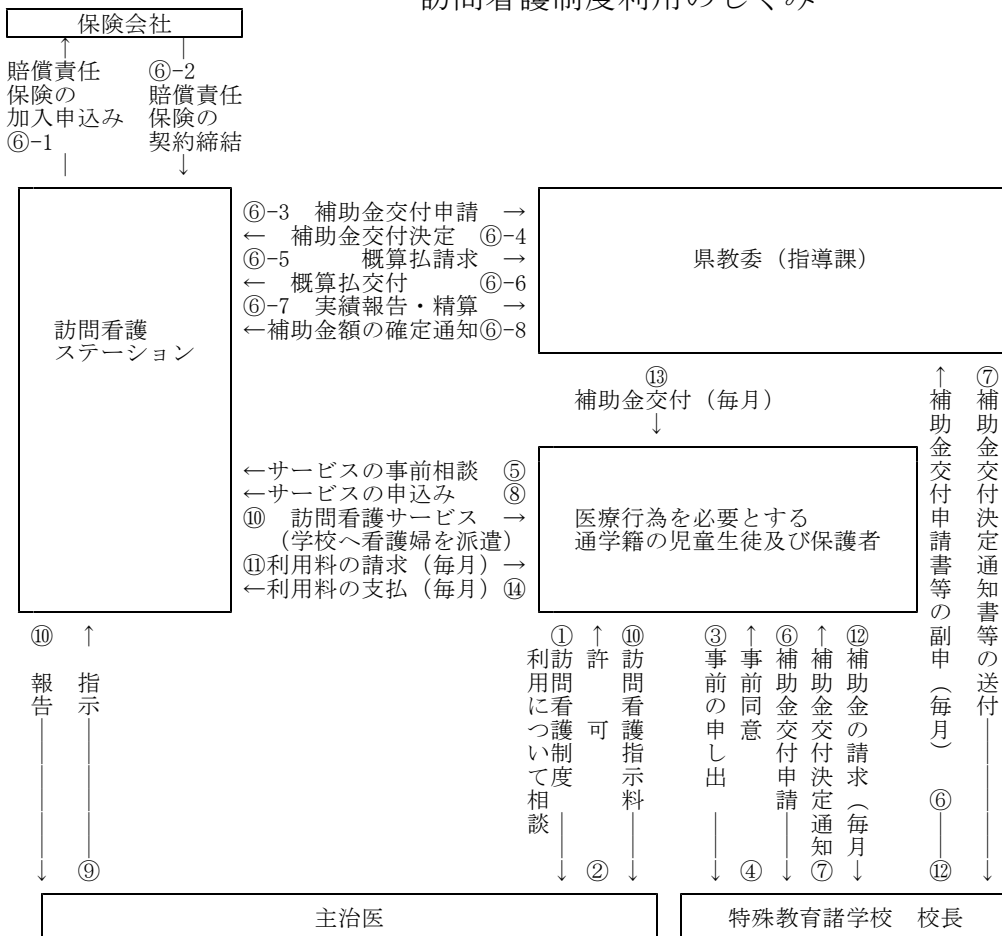
校長は、訪問看護ステーションの利用について保護者から申し出を受けたときは学校管理上著しい支障その他の正当な理由なしに保護者の申し出を拒んではならない。

#### 附則

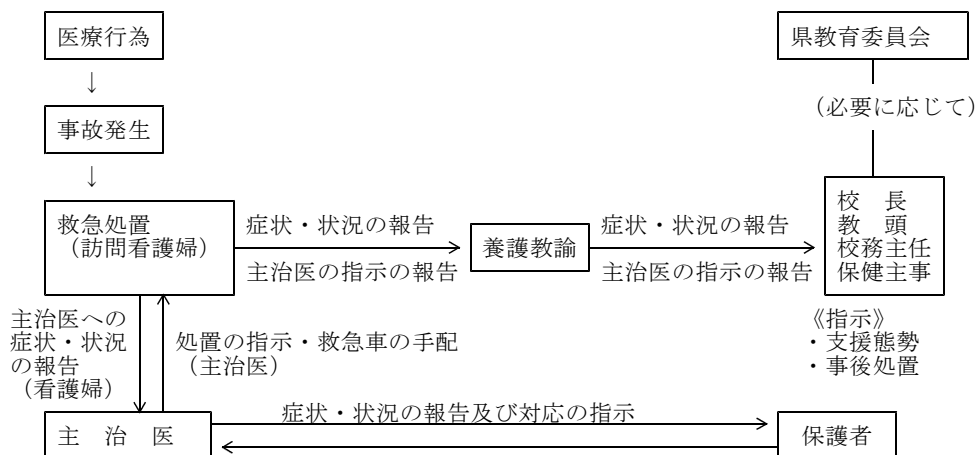
1 この要綱は、平成9年4月1日から施行し、当該事業に係る予算がある場合に適用する。

2 この要綱は、次年度以降の各年度において、当該事業に係る予算が成立した場合にも適用する。

### 訪問看護制度利用のしくみ



## 訪問看護婦による医療行為中の救急体制



## 2-8 最近のシンポジウム及び研究報告

### 1. シンポジウム「第40回日本小児神経学会総会 公開シンポジウム」

小児神経学の急速な進歩は診療にも大きな変化をもたらし、死亡率の低下による疾病構造の変化、高度医療化、慢性疾患化、重症化のキーワードでまとめられます。さらに、家族の在宅志向がすすみ、この子供たちと兄弟姉妹・家族のQOL(いのちの輝き)を高めるためには、包括的な在宅支援が不可欠となっています。当学会の総会も社会のオピニオンリーダーとしての対応を求められており、公開シンポジウムを企画いたしました。

日 時：平成10年6月6日(土) 13:00~17:00  
 場 所：パシフィコ横浜「会議センター メインホール」 横浜市西区みなとみらい1-1  
 テーマ：重度障害児の医療と生活支援――より良い在宅療育の実現を願って  
 参加者：自由(保護者・医療関係者・教育関係者・福祉関係者など)  
 参加費：無料

### プログラム

- 13:00 開 場
- 13:30 開 会
- 13:40 第1部 障害・病名の説明と家族支援――療育の方向づけ――  
 コーディネーター 松井 潔 (神奈川県立こども医療センター新生児・未熟児科医長)  
 保護者の立場 榊原真智子 (マザー&マザー前代表)  
 福祉の立場 北原 瑞恵 (神奈川県立こども医療センター指導相談室保健婦)
- 14:10 第2部 重度障害児療育のあり方――特に人工呼吸器を要する子供たちの療育――  
 コーディネーター 鈴木 康之 (東京小児療育病院院長)  
 看護の立場 目黒つね子 (東京都在宅重症心身障害児(者)訪問事業保健婦)  
 保護者の立場 大塚 孝司 (人工呼吸器をつけた子の親の会副会長)
- 14:40 第3部 「入学はしたけれど・・・」――学校での親による医療的ケアの実態――  
 保護者の立場 藤波ゆかり (横浜「難病児の在宅療育」を考える会)  
 教育の立場 下川 和洋 (東京都立村山養護学校教諭)  
 コーディネーター 江川 文誠 (十愛病院医局長)
- 15:10 第4部 小児期をこえた障害者  
 保護者の立場 斉藤 照代 (川崎市肢体不自由児(者)父母の会)  
 保護者の立場 白市 政代 (川崎市「障害児の在宅療育」を考える会)  
 施設の立場 日浦美智江 (精神薄弱者更正施設「朋」施設長)  
 コーディネーター 宍倉 啓子 (朋診療所所長)
- 15:40 ――休 憩――
- 15:50 討 論

指 定 発 言 横田 雅史（文部省初等中等教育局特殊教育課教科調査官）  
定月 直樹（厚生省大臣官房障害保健福祉部障害福祉課障害福祉専門官）  
司 会 榊原 洋一（企画委員・東京大学医学部小児科講師）  
三宅 捷太（企画委員・横浜市保土ヶ谷保健所所長）  
小林 信秋（企画委員・難病のこども支援全国ネットワーク）

問い合わせ／連絡先

◎日本医科大学附属第2病院小児科  
〒211 川崎市中原区小杉町1-396 TEL044-733-5181 FAX044-711-8826  
◎難病のこども支援全国ネットワーク  
〒136 東京都江東区北砂1-15-8 北一ビル4F TEL&FAX03-3615-7710

## 2. 厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成のシステム化に関する研究（一部抜粋）

### ①平成8年度研究報告書

#### 学校における障害児の療育 —「医療的ケア」についての 問題点と今後の課題—

（分担研究：発達的な観点から見た療育指導の在り方）

分担研究者 小西行郎 1)  
研究協力者 杉本健郎 2)、禹 満 2)  
1) 福井医科大学小児科、  
2) 関西医科大学附属男山病院小児科

要約：学校での「医療的ケア」は現状の法解釈では合法的とはいいがたい。当面は以下に示す厳密な条件下で重度・重複の児童・生徒のケアをすべきだと考える。

(1) 教育の一貫として学校保健行為の一つとして位置づける。(2) ケアの手技の獲得、研修、フォローは主治医の責任下であり、主治医の十分な指導と理解が必須である。(3) 必ず一人一人のケア内容をマニュアル化し、学校内では看護免許を持った養護教諭を中心に担任教諭を含めた個々の特定集団が実施すべきである。(4) 学校医はケアの必要性や方法を点検し、指導・助言を定期的に行う必要がある。

養護学校の校医は、在籍児童・生徒の病態を理解できる専門の医師が望ましい。

### ②平成9年度研究報告書

#### 肢体不自由養護学校における 「医療的ケア」の実施状況の 実態調査

（分担研究：発達的な観点から見た療育指導の在り方）

研究協力者 北住映二  
（心身障害児総合医療療育センター）

本調査の背景および目的

施設内ではなく、地域、家庭で養育を受ける、重度重症の障害児が増加している。ハイリスク児が成長してい

く中で、最も重い障害を有することとなるこれらの児とその家族へのライフサイクルのそれぞれの段階での、療育やサポートのシステムを整備していくことが求められている。

重度重症障害児の中でも、特に、経管栄養、痰などの吸引、導尿、気管切開の管理、酸素療法、人工呼吸器治療等の、医療的対応を受けながら家庭で生活しているケースが増加しており、地域での教育・療育・生活の場である学校や通所施設において、このようなケースにどのように対応していくのか、家族の過剰負担によってではなく適切に対応していけるシステムとして、どのような在り方が望ましいのか、ということが現在大きな課題となってきた。

上記のような医療的対応、すなわち、従来、「医療行為」とされてきたが、家庭で日常的な介護行為としておこなわれるようになってきた医療的介護行為を、「医療的ケア」と称することが、最近に関係者の中で定着してきている。養護学校に通学している児童においても、これらの医療的ケアを要するケースが全国的に増加していることが調査によっても明らかとなっており、このことに対応するため、全国肢体不自由養護学校長会においても、最近「医療的ケア検討委員会」が設けられるに至っている。このような状況の中で、学校において、家族の負担によってではなく医療的ケアが適切に安全に行われていくためには、どのようなシステムが望ましいのか、医療、教育、福祉のそれぞれの分野の関係者の協同作業として、検討されていく必要がある。その検討のための作業の一つとして、既に学校において家族以外のスタッフにより医療的ケアが実施されている、あるいはその準備中ないし検討中である場合についての、実態調査を行った。具体的には、

- ・現在、実際に、どのくらい実施されているのか、また、準備、検討されているのか、その数と、ケアの実質的内容
- ・誰が実施を担当するのか
- ・実施にあたって学校スタッフの研修や、医師による指導はどのようにおこなわれているのか
- ・マニュアルをどのようにしているのか
- ・実際に医療的ケアが行われる中で、事故が生じていないか
- ・実施上の問題点は具体的にどのようなものかなどを把

握し、問題点や今後の課題、望ましい方向性を検討する ための一助とすることを目的とした。

### 3 病気療養児の教育についての動向

以前、病気入院中は、治療・療養が優先であり、教育は二の次と考えられていました。しかし、近年、小児がんや白血病等の悪性新生物といわれる疾病や難病の増加、また医療技術の進歩に伴う治療法の変化により、短期入院や入退院を繰り返す児童・生徒に対しても、適切な教育を行って欲しいというニーズが高まり、具体的な対応が急がれることになりました。

文部省は、こういった状況を踏まえ、平成5年6月に「病気療養児の教育に関する調査研究協力者会議」を設け、「病気療養児の教育について（審議のまとめ）」の提出を受けて、平成6年12月21日付で各都道府県教育委員会教育長宛に「病気療養児の教育について」を通知しました。以後、各地で病気療養中の児童・生徒の教育機会を保障するための検討が進むとともに、大学の付属病院等に院内学級等の設置が増えてきました。そして、学習活動の充実に向けての取り組みも試行錯誤で行われています。

ここでは、マルチメディアを活用した教育方法の開発について文部省の委嘱（平成9～11年度文部省委嘱へき地学校高度情報通信設備活用方法研究開発事業）を受けた「越谷市立病院内学級」を紹介します。

#### 3-1 越谷市立病院内学級 あおぞら学級のマルチメディア

##### 1. 事業の概要

高度情報通信社会の構築に向けて、学校教育においてもマルチメディアの活用による新たな教育活動の展開が求められています。文部省では交通等諸条件に恵まれない地域に所在する学校を中心として、マルチメディア対応の情報通信設備を導入し、その活用方法に関する研究開発を行っています。

平成9年度は、越谷市立病院内「あおぞら学級」をはじめ、札幌市立病院、仙台市立病院、大阪市立総合医療センターに設置された院内学級と、それぞれの学級を設置する学校（本校）が、この事業の委嘱を受けました。院内学級における病弱児教育の充実を図るとともに、今後のマルチメディアの発展に対応した学校教育に一層の推進に資することを目的とした研究会発事業です。

##### 2. マルチメディア遠隔授業について

###### ①越谷市立東越谷小学校・越谷市立東中学校では

- ・理科室と視聴覚室にマルチメディア通信機器が設置され、テレビ会議システムによって、授業の様子が市立病院「あおぞら学級」の児童生徒に直接送られます。
- ・授業を行う先生は、あおぞら学級の児童生徒の反応をテレビモニターで見ながら、教室にいる児童生徒と同じように指導します。
- ・直接音声や画像による問いかげだけでなく、書画装置により、文字や絵、ノートの内容を送ったり受け取ることもできます。
- ・授業に参加している児童生徒が、テレビを通してあおぞら学級の児童生徒に話し合ったり、一緒に考えたりすることができます。
- ・インターネットのパソコンで、データや文章などを送れます。パソコン通信との組み合わせで練習問題をその場で回答したり添削することができます。

###### ②越谷市立病院 あおぞら学級では

- ・教室にマルチメディア通信機器が設置され、テレビ会議システムによって自分の学年の本校（東越谷小学校、東中学校）での授業にリアルタイムで参加します。
- ・授業をしている本校の先生や友達の問いかけに答えたり、質問や話し合いをすることができます。

- ・インターネットのパソコンとの組み合わせで、練習問題に解答してすぐに添削指導してもらったり、資料を送ってもらうことができます。
- ・あおぞら学級では設備の面から十分にできない、理科や社会の実験や観察学習、同じ学年の大勢の友達との交流が、テレビを通じて可能になります。
- ・あおぞら学級は同時に多学年の児童生徒が学習する複式学習ですが、マルチメディアの授業に参加している児童生徒は、その時間、本校の先生の指導する授業を受けることができます。

##### 3. マルチメディア

コンピュータや通信機器の発展にともない、同時に複数の情報を大量に通信することが可能となりマルチメディアと称されています。本事業で活用されるマルチメディアは、光ファイバーケーブルによるテレビ会議システムです。越谷市立病院内「あおぞら学級」とそれぞれの本校をINS1500という高速通信システムで結び、本校での授業に院内学級の児童生徒がリアルタイムで参加することが可能となりました。また、インターネットのパソコン通信を組み合わせることにより、さらに幅広いメディアを活用した学習活動が可能となります。

##### 4. INS1500について

INS1500は、1秒間に1,536,000 bitの伝送ができる光ファイバーによる高速デジタル通信です。通信には漢字1文字が16bit、アルファベット1文字が8 bitで構成されますので、能力としては漢字が1秒間に96,000文字、英文文字なら192,000文字を伝送できます。この回線で映像を送ると、1秒間に30フレームの伝送が可能です。つまり1秒間に30コマの画像が送れるのですから、家庭でテレビを見ているのと同じくらいに高品位な画像が送れます。

今回の事業では、図のように光ケーブルと金属ケーブルを組み合わせ、N T Tの交換機でまとめる方式で、専用線としてINS1500を無駄なく利用しスムーズな動画性能を確保しました。また、この方式で研究委嘱を受けている全国の本事業実施校ともネットすることができます。



## 4 国の施策について

障害がある子どもたちのQOLの向上は、みんなの願いです。それに向けて、学校も含め地域での生活を豊かにしていく取り組みが、各地で始められています。

そして国レベルにおいても、文部省と厚生省が共同で子どもと家庭を支援する取り組みが始められました。文部省と厚生省で「教育・児童福祉施策連携協議会」を設置して進められている「子どもと家庭を支援するための文部省・厚生省共同行動計画」です。その中で「障害のある子どものための連携」として計画に盛り込まれています。

ここでは、「子どもと家庭を支援するための文部省・厚生省共同行動計画」と文部省の平成11年度文部省予算概算要求の「特殊教育の振興」の部分を抜粋して掲載します。

### 4-1 子どもと家庭を支援するための文部省・厚生省共同行動計画

平成10年6月19日 文部省・厚生省申合せ  
教育・児童福祉施策連携協議会の  
設置について

#### (趣旨)

1. 子どもに関する非行等の様々な問題への対応が我が国社会にとって大きな課題となっている中で、次代を担う子どもが健やかに育つための環境づくりを進めるため、教育行政と厚生行政が緊密に連携し、効果的な施策の実現を目指す。

#### (組織)

2. (1) 「教育・児童福祉施策連携協議会」(以下「協議会」という。)の構成者は次のとおりとする。

<文部省側>

生涯学習局長 生涯学習官 生涯学習振興課長  
青少年教育課長 婦人教育課長

<厚生省側>

児童家庭局長 審議官

(科学技術・児童家庭担当) 企画課長 家庭福祉課長

育成環境課長 保育課長 母子保健課長

(大臣官房) 総務課長 (大臣官房) 政策課長

(初等中等教育局)

中学校課長 幼稚園課長 特殊教育課長

(障害保健福祉部) 障害福祉課長

(医薬安全局) 麻薬課長 (体育局) 学校健康教育課長

(保健医療局) 地域保健・健康増進栄養課長

(2) 協議会の会議には、上記のほか、必要に応じて文部省及び厚生省両省が相談の上、他の者を出席させることができる。

#### (任務)

3. 協議会は、子どもと家庭を支援するという観点から必要な情報交換・意見交換を行い、具体的な連携施策の内容、推進方策や進捗状況を協議することとする。

#### (庶務)

4. 協議会の庶務は、文部省生涯学習局生涯学習振興課及び厚生省児童家庭局企画課が、共同で行う。

平成10年6月19日

子どもと家庭を支援するための  
文部省・厚生省共同行動計画

#### I 趣旨

子どもに関する非行等の様々な問題への対応が我が国社会にとって大きな課題となっている中で、次代を担う子どもが健やかに育つための環境づくりを進めるため、教育行政と厚生行政が緊密に連携し、効果的な施策の実現を目指す。

#### II 推進体制

文部省及び厚生省の施策について、定期的に情報交換、意見交換を行うため、個々の施策・法案協議の場とは別に、文部省生涯学習局、厚生省児童家庭局を窓口とする「教育・児童福祉施策連携協議会」において協議を行う。

#### III 連携施策

- 1 家庭における教育・子育て支援の充実 (省略)
- 2 地域における子どもの健全育成 (省略)
- 3 幼稚園と保育所の連携の促進 (省略)
- 4 学校等における子どもの健康を守る取組 (省略)
- 5 障害のある子どものための連携

(1) 特殊教育諸学校と医療・福祉施設等の関係施設間の相互協力・相互活用の推進

・早期からの教育、医療、福祉の一貫したサービス提供を進めるため、学校職員と医療・福祉施設職員との協力体制の確立や合同相談事業の展開、特殊教育担当教諭と福祉施設職員の交流研修の開催等の相互協力事業を実施。

・特殊教育センター、養護学校や児童相談所、障害のある児童のための医療・福祉施設等の総合的整備(施設の複合化、併設、隣接整備、事業の連携等)についての取組の情報提供等を推進。

(2) 障害のある子どもを地域で支える環境の整備

・公立小・中学校の余裕教室が障害者福祉施設、地域の障害者活動等に活用されるよう、余裕教室の転用の際の財産処分手続の簡素化を図るとともに、厚生省と連携して転用・活用等の事例、留意点や手続きについて市町村等に情報提供。

・高等学校の生徒の福祉施設での体験学習や実習の実施場所の確保等について協力。

(3) 総合的サービス提供のための指針の策定

- ・障害のある子どもに対する早期からの相談事業、盲・聾・養護学校等の児童生徒に対する保健医療体制の整備、福祉サービスの提供、卒業後の生活を送る上で必要な生活力の獲得の支援など、障害や慢性疾患のある子どもに対する様々な支援策の充実のため、教育関係機関と保健医療、福祉関係機関の連携に関する指針を文部省 と厚生省で共同作成。

6 子どもの心と体の発達をめぐる諸課題に関する共同研究

○文部省と厚生省において、下記の分野で合同研究チ

ームを組織し、共同研究を実施。

・研究分野：

「乳幼児期から就学前までの早期教育が子どもの心と体に与える影響について」

「障害や慢性疾患のある児童生徒の療育について」

「虐待の防止、早期発見及び再発防止に向けた地域における連携体制の構築について」

7 子どもの健全育成のための国民・企業への呼びかけ

・啓発 (省略)

8 「子育て支援基金」の活用 ~以下省略~

## 4-2 平成11年度文部省予算概算要求の概要

「特殊教育の振興」の部分のみ抜粋

[備考欄 ( ) 書きは前年度予算額]

区分	前年度 予算額 (当初)	平成11年度 要求額	比較増 △減額	
12. 特殊教育 の振興	6,613	6,715	102	1. 自立を支援するための方策に関する実践研究 (新規) 2地区 13(0) 2. 早期教育相談等実施体制に関する実践研究 9県→12県 46(34) 3. 特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究 4か所→8か所 13(7) 4. 特殊教育就学奨励費・設備整備費 6,643(6,572)

### Ⅲ 全国訪問教育研究会機関紙「こんにちは」目次録

第57号(1997年10月20日発行)～第62号(1998年8月20日発行)

#### ●57号(97年10月20日発行)●

- ◇重症心身障害児の権利を問う  
日本児童家庭文化協会 小林 信秋氏①
- ◇東北訪問教育研究会(仮称)誕生!!  
福島県:石川久記先生
- ◇分科会報告  
「I-5」病気療養児の教育内容  
「I-2」身体づくり
- ◇訪問教育の教育課程についての提言
- ◇北から南から～連絡員通信～  
群馬県 阿久澤 喜久恵(前橋市立養護学校)
- ◇沖縄からのたより  
沖縄県 城間 米子さん(保護者)
- ◇編集後記

#### ●58号(97年12月20日発行)●

- ◇巻頭言「訪問教育の十大悩み(その2)」  
全訪研会長 西村 圭也
- ◇シリーズ「重症心身障害児の権利を問う」  
日本児童家庭文化協会 小林 信秋氏①
- ◇重心のお子さんが小学校に在籍していたケースについて  
稲葉 麗子先生(京都府立与謝の海養護学校)
- ◇文部省特殊教育実験学校「訪問教育に関する実験研究」  
がスタートしました。  
大崎 ますみ先生(群馬県立渡良瀬養護学校)
- ◇「全国養護学校実態調査」を読んで 全訪研事務局
- ◇大会後の全国情勢の経過について 全訪研役員会
- ◇「十周年記念誌」紹介
- ◇第11回長野大会について(第一次案)
- ◇編集後記
- ◇京都からの報告(絶対に忘れるな!)
- ◇「ずう訪研」発足
- ◇「四訪研」について

#### ●59号(98年2月20日発行)●

- ◇巻頭言「命こそ宝」いま、教育に求められているもの  
全訪研副会長 千種 一郎
- ◇重度障害児の権利を考える 西原 由美さん
- ◇愛媛県で来年度から高等部試行開始!
- ◇愛知県で来年度から高等部試行開始!
- ◇全国の訪問教育実施状況  
1997年12月全国訪問教育研究会連絡員コールより
- ◇「生きる力を見つめて～訪問教育私の14年～」  
片上先生の本の紹介
- ◇高等部訪問教育の試行の現状と今後の課題(案)  
平成10年1月高等部訪問教育企画検討委員会(東京都)
- ◇第10回東京大会「II-4分科会:医療的ケアが必要な子の教育保障」分科会記録
- ◇岡山県のセンター校方式について
- ◇編集後記

#### ●第60号(98年4月20日発行)●

- ◇巻頭言「訪問教育に春風が吹きました」  
会長 西村 圭也先生
- ◇シリーズ「重症心身障害児の権利を問う」  
優先思想は世の中を救えない  
茨城県 篠崎勉氏(全国訪問教育親の会副代表)
- ◇「エリエール奨励賞」受賞について  
事務局長 長 正晴
- ◇日本教育新聞の切り抜き
- ◇赤旗切り抜き
- ◇都立村山養護学校訪問記 事務局長 長 正晴
- ◇全訪研ニュースフロッピー販売のお知らせ

事務局長 長 正晴

- ◇編集後記
- ◇鹿児島島の訪問教育・院内学級見学記  
全訪研副会長 渡辺 美佐子先生
- ◇松本梨花さんの経過について

#### ●第61号(98年6月20日発行)●

- ◇巻頭言 第11回長野大会実行委員長 永野幸雄先生
- ◇NHK大阪「ともに生きる」より
- ◇役員会の報告
- ◇全国訪問教育実施状況 98年6月連絡員コールより
- ◇全訪研総会議案書(基調・方針・経過)  
※予算は、当日配布資料による。

#### ●第62号(98年8月20日発行)●

- ◇巻頭言 全国訪問教育研究会会長 西村圭也先生
- ◇来賓挨拶  
長野県教育委員会特殊教育課教育主幹兼課長補佐 市村 久人氏
- ◇大会実行委員長閉会挨拶  
永野幸雄先生(全障研常任全国委員 元長野大学教授)
- ◇大会記念講演 「重度の障害を持つ人の世界」  
高谷 清氏(びわこ学園理事・嘱託医)
- ◇全訪研総会  
◇97年度決算報告・会計監査報告  
◇98年度予算案  
◇98年度役員・事務局員・連絡員名簿
- ◇ミニ学習会  
◇訪問教育担任1年生のあなたに  
◇重度児の感覚教育と運動について  
◇F B M(ファシリテーション・ホール・メソッド)の理論と実際  
◇快適な姿勢について
- ◇第3回全国訪問教育実態調査について  
加藤 忠雄先生(全国訪問教育研究会副会長)
- ◇「全国訪問教育親の会より」  
篠崎 勉さん(全国訪問教育親の会新代表)
- ◇「長野県における高等部運動の経過について」  
原 金二先生(長野県立飯山養護学校)
- ◇各地からの報告  
北海道 田野政勝 平取養護学校静内ペテリカの園分校  
秋田 佐貫亜希子 秋田県立大曲養護学校  
群馬 宗 幸子 群馬県立赤城養護学校  
埼玉 長谷川ひろみ 埼玉県立所沢養護学校  
東京 谷口 篤 都立北養護学校PTA会長  
石川 音 弘志 前全国訪問教育親の会代表  
愛知 榎本 佐恵子 愛知県立半田養護学校  
福岡 真木 典子 福岡市立東福岡養護学校  
長崎 松尾 昭彦 長崎県立諫早養護学校  
大分 山口 理佳 大分県立新生養護学校
- ◇大会宣言
- ◇実行委員長閉会挨拶  
永野 幸雄氏(全障研常任全国委員 元長野大学教授)
- ◇大会概要報告 太田 瑞穂先生(大会事務局長)
- ◇要員代表挨拶 古瀬 英之先生
- ◇会長謝辞 西村 圭也先生(全訪研会長)
- ◇次回大会開催地より挨拶 西園 建三先生
- ◇閉会挨拶 太田 瑞穂先生(大会事務局長)
- ◇閉会宣言 千種 一郎(全訪研副会長)
- ◇全国訪問教育研究会規約
- ◇「訪問教育の概要」改定案 :別刷りにして
- ◇くつろぎタイム 谷先生
- ◇写真コーナー
- ◇編集後記

## 編集後記

今年度、当研究会の全国大会は、冬季オリンピック、そしてパラリンピックの開催地でもあった長野県で行いました。今回も全国から多くの方に参加していただき、情報交換・意見交換が活発に行われました。会場のほとんどが和室で、ちょっとしんどかったですが、ホテル内でりんごもぎができた、露天風呂にゆっくりつかれたり慌ただしい中にもホッとする場面がよくありました。現地の「ささらほうさら集団(\*^\*)」の方々のおかげです。どうもありがとうございました。

さて、4月からは、高等部における訪問教育の試行が全都道府県で実施されました。制度的な課題も残しつつ、今後は、指導の中身も大きく問われてくると思います。そのため会員の皆さんからは、研修・講習会的な要望もいただいております。役員及び事務局では、少しでも期待にこたえられるように検討を続けております。一方で、本誌が日々の実践や研究への参考になればとも思っています。

今回からは、共同研究者の先生方にもそれぞれの分科会について、まとめをしていただきました。今後の分科会運営の指針として大切にしていきたいと思います。共同研究者の先生方、また大会にレポートを寄せていただきました先生方、どうもありがとうございました。

来年度は鹿児島です。みなさんの実践をぜひ持ってきてください。よろしくお祈りします。

(し)

1998年12月

### 訪問教育研究第11集

1998年12月1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 〒350-1108

埼玉県川越市伊勢原4-10-7

長 正晴

TEL0492-31-6941

郵便振替 00130-2-95934 全国訪問教育研究会

印刷製本 共立アート (TEL042-561-1170)