訪 問 教 育 研 究 2008

The Japanese Journal of Visiting Education vol.21

第 21 集

Ⅰ　全国訪問教育研究会第２１回全国大会（東京）報告

大会記念講演

「島田療育センターの地域における活動－過去を振り返りながら」

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

Ⅱ　訪問教育研究資料

１．平成１９年度特別支援学校訪問学級実施状況調査結果

２．平成 19 年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査

３．学校保健法等の一部を改正する法律

４．障害のある人に対する福祉と医療に関する資料

4-1　国会における質疑

4-2　障害児支援の見直しに関する検討会報告書の概要

4-3　障害者自立支援法の見直しに係る主な論点:地域における自立した生活のための支援（地域での生活の支援）関係

2008 年 12 月
全国訪問教育研究会
The Japanese Association of Visiting Education

目次

巻頭言　全国訪問教育研究会会長　猪狩恵美子　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－１

Ⅰ　第２１回全国大会報告

■大会概要　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－２
■実行委員長挨拶　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－５
■大会記念講演　有本　潔　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－６

■分科会報告
①健康身体づくり　共同研究者　花井丈夫　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－１５
発表レポート　内田典子　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－１６
②コミュニケーション　共同研究者　川住隆一　－－－－－－－－－－－－－－－－－１９
発表レポート　遠藤信一　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－２０
③あそび　共同研究者　木下博美　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－２３
発表レポート　北風なおみ　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－２４
④施設入所児者の教育　共同研究者　河合隆平　－－－－－－－－－－－－－－－－２７
福本良之　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－２８
発表レポート　武田俊男　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－２９
⑤病気療養児の教育　共同研究者　武田鉄郎　－－－－－－－－－－－－－－－－－３２
発表レポート　内藤　宏・高澤優子　－－－－－－－－－－－－－－－－３３
⑥地域での生活支援と教育－医療・教育・生活－
共同研究者　山田章弘　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－３６
佐々木峰子　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－３７
発表レポート　金子ゆかり・樫木暢子　－－－－－－－－－－－－－－－３８
⑦保護者と共に訪問教育を考える
共同研究者　中村治子　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－４１

Ⅱ訪問教育研究資料

１．平成１９年度特別支援学校訪問学級実施状況調査結果－－－－－－－－－－－－－－－－－４２
２．平成19年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査
３．学校保健法等の一部を改正する法律
４．障害のある人に対する福祉と医療に関する資料
4-1　国会における質疑
4-2　障害児支援の見直しに関する検討会報告書の概要
4-3　障害者自立支援法の見直しに係る主な論点：地域における自立した生活のための支援（地域での生活の支援）関係

Ⅲ「こんにちは」総目次－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－５０

巻頭言
訪問教育の過去・現在・未来

全国訪問教育研究会会長　猪狩　恵美子

全国訪問教育研究会第２１回大会は、全訪研結成の地である東京で開催されました。当初、東京で開催されてきた大会は、奈良を皮切りに全国各地で開催されるようになり、それぞれの地域から「地域に根ざした訪問教育」が力強く発信されてきました。前回の東京大会はちょうど１９９７（平成９）年、高等部訪問教育試行が高らかに始まった年でした。１１年ぶりの東京大会は訪問教育の過去・現在・未来を考える三日間でもありました。

ご来賓としておいで下さった全国特別支援教育推進連盟会長・三浦和先生はじめ、ほんとうにたくさんの方々のお力添えをいただきながら、全国訪問教育親の会の保護者と訪問学級で学ぶ子どもさんたちが霞ヶ関周辺をまわり山積みの署名と生の声で高等部訪問教育の必要性を訴え続けてきました。全体からみたらほんのひと握りの訪問学級の発信が、大きく、大きく輪を広げ制度を動かしたー今度の東京大会はこうした積み重ねを思い起こす大会となりました。また、開会行事では、島田療育センター副委員長・有本潔先生の大会記念講演「島田療育センターの地域における活動－過去を振り返りながら」で島田療育センターの歩みと今日のオーストラリアにおける地域福祉が報告されました。東京都教育庁指導部特別支援学校教育担当課長・半澤嘉博先生は来賓挨拶で「障害が重い子どもたちへの訪問教育」とともに「教科指導を対象とする訪問教育」の課題、東京都独自の「副籍」制度など、訪問教育を充実させる提案を述べられました。また、「現地からの報告」では、
１９７１年から続いている訪問担当者研修の場＝東京都訪問教育研究会の取り組みをもとに、東京の訪問教育の歩みと今日、先生方が向き合っている課題が報告されました。各分科会でも訪問教育の確かな実践報告をもとに熱心な意見交換がなされ、共同研究者の先生方から科学的・専門的知見に基づくレクチャーを含めて学びを深めました。

特別支援教育への転換が進む今日、訪問教育も大きな転換にあるといえます。これまでどのように諸課題を解決してきたのか、現在どこまで来たのか、そしてこれからどこを目指すのか、という視点で、日々の実践を進めていくことが必要です。そして、新しい動きを、なによりも訪問教育で学ぶ子どもたち一人ひとりのゆたかな発達と幸せに還元していきたいものです。

この 11 月、全訪研の初代会長である御子柴昭治先生が逝去されました。訪問教育を熱く語って下さった姿が心に残っておられる方も少なくないと思います。すばらしい実践家であり、全訪研の基礎を創られた御子柴先生のご冥福を心からお祈りしながら、皆さんとご一緒に訪問教育の充実をすすめていきたいと思います。今回の大会のレポート・議論をまとめた訪問教育研究第 21 集を、全国各地の学校や先生方の訪問教育につなげて深めていただけたら幸いです。そして、来年、京都で開催される第 22 回大会にたくさんのレポートが届くことを期待しております。

Ⅰ　全国訪問教育研究会第21回東京大会報告

全国訪問教育研究会第２１回全国大会概要

■大会テーマ■

「地域に根ざした訪問教育を進めよう　～地域との新しい連携を目指して」

■開催日時■

２００８年８月５日（火）～８月７日（木）

■会場■

第一ホテル両国　　〒130-0015　東京都墨田区横網１－６－１

■主催■

全国訪問教育研究会

■後援■

文部科学省・全国特別支援教育推進連盟・全国特別支援学校肢体不自由教育校長会
全国特別支援学校知的障害教育校長会・全国特別支援学校病弱教育校長会
社会福祉法人全国重症心身障害児(者)を守る会・難病のこども支援全国ネットワーク
全国訪問教育親の会・独立行政法人国立特別支援教育総合研究所・全国病弱教育研究会
東京都教育委員会・新宿区教育委員会・杉並区教育委員会
東京都特別支援学校長会・東京都公立小学校長会・東京都中学校長会・全日本中学校長会
東京都社会福祉協議会・東京都重症心身障害児者を守る会
東京都肢体不自由児者父母の会連合会・東京都肢体不自由特別支援学校ＰＴＡ連合会
東京都訪問教育研究協議会・東京都肢体不自由教育研究協議会
秋津療育園・心身障害児総合医療療育センター・島田療育センター
都立府中療育センター･都立北療育医療センター･都立東大和療育センター･都立東部療育センター
東京小児療育病院・緑成会整育園・昭和大学病院・慶應義塾大学病院・聖路加国際病院・都立大塚病院・南多摩整形外科病院・日本大学医学部付属板橋病院・東邦大学医療センター大森病院
東京慈恵会医科大学附属東京病院・順天堂大学医学部附属順天堂医院

■大会日程■

８月５日（火）

１３：００～１４：４０　開会・開会行事
１５：００～１７：００　大会記念講演　　有本　潔（医師　島田療育センター副院長）
「島田療育センターの地域における活動－過去を振り返りながら」
１７：００～１８：３０　移動・休憩
１７：００～１８：００　分科会打ち合わせ（司会・共同研究者・レポーター）
１８：３０～　　地域ブロック交流会

８月６日（水）

９：００～　９：３０　司会・共同研究者・レポーター打ち合わせ
９：３０～１２：００　分科会
１２：００～　　昼食
１２：２０～１３：２０　ランチセミナー
１３：００～１３：３０　全国訪問教育研究会総会
１３：４０～１６：４０　分科会
１７：００～１８：００　共同研究者・役員懇談、親の会総会
１８：３０～　　夕食交流会

８月７日（木）

９：００～１０：３０　ワークショップ
１０：４５～１１：２０　調査報告研究
「就学猶予・免除の成人障害者の教育権保障に関する調査報告」：猪狩恵美子（全訪研会長）
１１：２０～１２：００　閉会行事

■分科会■

分科会名	分科会のねらい　（◆＝共同研究者）
①健康・身体づくり	障害が重く、日常的にさまざまな健康管理が必要な子どもに対する、呼吸・摂食・排泄・運動動作などの指導について講義・実践を交えながら交流しましょう。（※午前はレポート報告、午後は実技講座を行う予定です。） ◆花井　丈夫（横浜療育医療センター　理学療法士）
②コミュニケーション	重度･重複障害児のコミュニケーションを育てるための援助や配慮につ いて、レポートを元に訪問での実践内容を交流しましょう。小中学部の訪問生だけでなく、過年度卒業生など青年期に入っている生徒についても、「コミュニケーション」という視点から幅広く討議をしましょう。 ◆川住　隆一（東北大学）
③あそび・文化	障害が重く、限られた環境条件の中での「あそび」は、どの教師も親も悩むところだと思います。教材を持ち寄ってください。貴重な経験や工夫を交流しあって共有の財産としましょう。訪問での実践内容、また、高等部生や過年度卒業生など青年期に入っている生徒についても、「あそび」から発展した「文化」という視点から幅広く討議をしましょう。 ◆木下　博美（全国訪問教育研究会副会長・京都府立舞鶴養護学校）
④施設入所児者の教育	施設入所児者の教育内容について、具体的事例を通じて実践を深めてい きましょう。また、就学免除者等、不就学者の教育保障について関係者との連携を大切にしながら進み始めている実践を交流しましょう。 ◆河合　隆平（金沢大学） ◆福本　良之（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科博士課程）
⑤病気療養児の教育	“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。前籍校との連携のとり方、退院後のフォローについても考えていきましょう。 ◆武田　鉄郎（和歌山大学）
⑥地域での生活支援と教育 －医療・教育・生活	「地域の中で生きる」視点での生活支援、卒業後の進路を見通した指導、アフターケア、社会参加など、子どもたちの教育と生活を豊かにする地域支援のネットワークづくりが大切になっています。医療的ケアを必要とする障害の重い子どもたちから内部疾患を持つ子どもたちの地域での生活など、様々な障害のある子どもたちの就学前から在学中、卒業後までの教育と生活を考えていきましょう。 ◆山田　章弘（神奈川県肢体不自由児協会理事長）
⑦保護者とともに考える教育と福祉	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、卒業後の生活を含めた自立支援法の課題、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。 ◆中村治子（横浜障害者サポートセンターぽれぽれ）

■ワークショップ■

	ワークショップ名	講師	内容
A	訪問１年生のあなたへ	全訪研役員	全訪研役員が豊富な経験をもとに、あなたの疑問に応えてくれます。訪問１年生と言わず多くの方の参加をお待ちしています。
B	各地の状況を交流しよう	全訪研役員	全国各地の訪問教育の情報を交流しましょう。「同じ悩みだ（自分だけじゃない）」「そんな経験があったのか」など、一人じゃないことが実感でき、元気がもらえますよ。
C	障害をもつ子どもの身体への関わり方	青木菜摘（都立小平特別支援学校）	具体的に困っていることを重度のお子さんの事例を紹介しながら、ポジショニングや介助の仕方などを学びましょう。
D	授業で役立つ音楽､歌あそび	関原彩子（都立多摩桜の丘学園）	重度の子どもの授業で役立つ｢わらべ歌」「楽器あそび」などすぐにでも役立つ教材を紹介します。一緒に楽しみましょう。
E	ＡＡＣ	谷本式慶（都立多摩桜の丘学園島田分教室）	教材を使った事例の紹介をします。実際に教材にさわったり、教材を使った授業を映像で見たりします。初心者でも大丈夫。子どもに応じた教材を探しましょう。
F	車椅子ダンス（心をつかむダンスアプローチ）	佐野英孝（都立光明特別支援学校）	「音楽を受けとめる様子に合わせて、動きを伝える」ことで、車椅子利用者の気持ちを読み取り、楽しくダンスをしましょう。

全国訪問教育研究会第 21 回大会の実行委員長を行って

田角　勝
昭和大学　小児科　教授

第２１回全国訪問教育研究会は、真夏の暑い東京で行われました。開催当日に局地的豪雨のため多少のトラブルあったものの、全国から参加してくださった方々の協力と事務局長を始めとする東京のスタッフの皆様の努力で乗り切ることができました。

日々病院で診療している私たちにとって、子どもたちが受けている訪問教育に接する機会は、そう多いわけではありません。名ばかりの実行委員長である私は、これを機会に少しでも訪問教育について知ろうということで、会場内をうろうろしておりました。その中で参加された方々が、教育について様々な面から真剣に討議や研究・研修をしていることがよく伝わってきました。そして我々の行っている診療と訪問教育の共通点は、子どもと一対一で向き合って、その中でどのような結果を引き出すかが重要であることのように思いました。訪問教育を受ける子どもたちには、住んでいる家や病院や施設が教室であり校庭のようなものです。それぞれの健康に合わせて、人と人とのつながりを深めるため、我々は医療から支えていきたいと考える次第です。

私が子どもたちと接する中で、子どもたちのコミュニケーション能力の低下を感じます。それは子ども限ったことではなく、我々も含め親の世代にも同じような現象があります。一方、訪問教育の対象となる子どもたちは、言語性コミュニケーションのとりにくい一面を持ちますので、非言語性コミュニケーションをいかに伸ばすかが大切になります。この言語性および非言語性コミュニケーションを行うには、脳内で同じ場所が活動すると考えられています。ですからコミュニケーション力を高めることは、いずれも共通と考えられます。現代の社会にとって欠けているのは、特に非言語性コミュニケーション力の部分かと思います。このように考えると、コミュニケーションの苦手な子どもたちに対する技術は、現代社会に生かせる可能性があるとも言えます。

2007 年 9 月に日本政府は、“国連障害者の権利条約”に署名し、また 2008 年 5 月には 20 カ国の批准を受けて、条約が発効されました。まだ日本は批准していないなど、細かな問題はありますが、年余に渡った活動が一歩進んだといえます。国連障害者の権利条約の第 1 条には「障害（ディスアビリティ）のある人には、長期の身体的、精神的、知的または感覚的な機能障害（インペアメント）のある人を含む。これらの機能障害は、種々の障壁と相互に作用することにより、機能障害のある人が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加できることを妨げることがある。」とされています。ちょっとわかりにくい言葉ですが、一言で置き換えてしまえば、社会が障壁を作るということになるでしょうか。「障害に基づく差別には、合理的配慮を行わないことを含むあらゆる形態の差別を含む」とされ、一般原則としては、非差別（無差別）、インクルージョン、差異の尊重が挙げられています。すぐにすべてのインクルージョンが日本でできる状況とは思いませんが、方向性は示されているとも言えます。

この国連障害者の権利条約の作成には、多くの障害者が参加し、“Nothing about us without us !”という言葉がよく使われたそうです。障害者自身の声が届くことは、大変素晴らしいことです。たとえその声が出せない子であっても、社会に出ていくことで声にもなると思います。

最後に重症児にとって教育、医療、福祉の連携が大切です。医療的ケアなどを通じて、その連携は一歩一歩進んでいるものの、不十分な面もあります。今回このような大会に参加することができたことに感謝するとともに、大会で得た知識や経験や人とのつながりを、今後に生かせるようにと考えております。

■大会記念講演■

島田療育センターの地域における活動－過去を振り返りながら

有本　潔氏
医師　島田療育センター副院長

【講師紹介】都内養護学校の救急体制整備事業の指導医を長年勤められ、特別支援教育についても造詣が深い。現在、島田療育センターにて「発達支援センター　スーパーバイザー」として活躍中。

■始めに

今、重症心身障害児施設は、障害者自立支援法の施行などにより開設以来の岐路に立っています。それは島田だけのことではありません。一方で、入所者の施設内でのサービスから地域における利用者へと取組みが広がっています。また、地域では重症心身障害児・者のみならず、発達障害へのサービスの展開もあります。日本で最初に作られた重症児施設としての島田療育センターの歴史をたどりながら、我々の取り組みの一端を紹介し、障害児・者への支援について考えてゆきたいと思います。

■小林提樹のこと

本園の玄関を入ると「初代園長　小林提樹先生　顕彰のレリーフ」というのが掲げられています。４０周年を記念して８年前に有志が集まり寄付を募って製作したものです。普通は胸像のようなものですが、このレリーフでは周囲に子ども達がたくさんいます。それがこの顕彰会をされる方々の意見だった、と聞いています。この様子からは単に重症心身障害児だけを意識しているのではないようですが、その話も後ほどいたします。

提樹はちょうど１００年前、１９０８年（明治４１年）３月２３日長野県更級郡稲里村（現：長野市）に生まれました。旧制長野中学から慶應義塾大学医学部に入学します。キリスト教との関連では、親戚に関係者がいまして１９２９年に洗礼を受けます。同年結核性肋膜炎に罹り１年休学をします。「これが大きな体験だった」と後に述べております。

１９３５年、大学を卒業し小児科に入局します。当時の慶應の小児科は、教授が鷹揚だったのでしょう酒と煙草をやらないと居づらいという“酒と煙草が絶対の世界”だったようです。しかし提樹は洗礼を受けておりまして（洗礼を受けている人が全員そうかは分かりませんが）酒も煙草もやりません。そのため「あいつは耶蘇教か」と言われて、ちょっと同僚と一緒にやれない部分があったようです。この頃から『人のやらないことを積極的にやろう』という気持ちになられた、ということです。

１９３８年、小児精神衛生相談室が開設され主任を務めることとなりますが、これも『人のやらないこと』をやろう、という気持ちから始められたようです。ここから障害児医療に携わることになってゆきます。

翌１９３９年末、長男が誕生しますが化膿性髄膜炎のため、生後３５日で死亡されます。この病気は現在でも大変なものですが、当時ではそのまま死を意味するものでした。一週間くらい治療した後、当時の主任教授は提樹を家に帰します。病院にいても治る見込みがない、ということです。そこで提樹は自宅に戻ります。そして一週間で仕事に復帰します。自分が自宅にいると、治療を受けられない子ども達が出てくる、そういう状態ではやるせない、ということでした。このときから「障害を客観的に見る立場から、同一化するような立場に変わった」ということを言ってらっしゃいます。

１９４１年、召集を受け、陸軍軍医候補生として満州に配属されます。生死の境をさまようような生活を経て、１９４５年、台湾で終戦を迎えます。

１９４６年、日本に帰還し、さっそく日本赤十字社産院小児科部長に就任されました。終戦の混乱の時期ですから患者さんはそんなにいませんが、地域で健康診断や育児座談会をするなど、地域に出る活動をされたようです。当然、親がいなくなったお子さんも多く、障害児を含めた捨て子もありました。そのような子ども達を受け入れるという活動は終戦直後から始められた、ということです。

１９４８年、捨て子を受け入れる場所が必要だという考えから、日赤産院乳児院ができ、小児科部長と乳児院長を兼務されることとなります。このような動きに当時の社会は注目しており、１９５０年には日赤産

院に昭和天皇と皇太后（香淳皇后）がいらっしゃって見学をされています。しかし「捨て子」というのは当時の考え方からすると「不義の子」です。そういう風潮を助長するようなことがあってはならない、という批判が、日赤産院に向けられたこともあった、と聞いています。しかし小林は「生まれてきた子に責任はない」として、そのことに対して闘った、と書かれています。

１９４９年、生後三ヶ月くらいの視覚障害のお子さんを受け入てほしい、という話がありました。当時の乳児院は1歳（長くても2歳）で退所しなければならないのですが、その子はおそらくずっといることが見込まれました。ですから提樹は断ったそうです。押し問答があり、提樹は『いい加減に妥協して当事者がホッとするだけではだめなのではないか。受け入れる体制が必要だ。私が奉仕だけをしていては体制作りが阻止されるのではないか、という考えもあった』と聞いています。この時は最終的に子どものために受け入れられたそうです。

１９５０年、島田伊三郎氏の長男である良夫君が受診します。島田氏はもちろん、島田療育園の名前の由来となっている方です。良夫君の像は、小林先生のレリーフの隣に安置されており、島田氏の写真は応接室に掲げられています。良夫君は今で言う「強度行動障害」だったようですが、島田療育センターに入ることはなく､別の施設に入所中に事故のために亡くなった、と聞いています。

提樹はご家族との関係を常に追求されており、１９５５年から月に一度、障害児を抱えた親御さんたちに対して講演し一緒に考える「日赤両親の集い」を始めます。第1回は参加１５名で回を重ねるごとに増えてゆき、最も多い時期で２００名の方々が全国から集まっようです。翌年からは集いの会誌も発刊され始めました。

１９５６年当時、治療の見込みのない子どもには、健康保険の取り扱いを中止し、対象児の強制退院という動きが出てきます。提樹本人として抵抗はしましたが、いかんともしがたいという状況でした。そこに、先にお話ししました島田氏より施設建設の申し出があるわけです。

最初は千葉県に建設用地を求めたそうですが、地元の大きな反対に逢います。当時、マヒがあるということは「小児マヒ」「ポリオ」という連想があり「うつる」という偏見があったようです。結局、千葉はあきらめて「島田さんの別荘地」として多摩の山林を買い取り、施設建設用地を得ることが出来ました。

１９５７年、こういう子ども達を何とかしなければということから新聞社にも働きかけ、朝日新聞に「光のない子供」という記事が載りました。

１９５８年、このような子ども達の呼び方として、全国社会福祉大会で「重症心身障害児」という名称が決定します。それまでは特に決まった名称はなく「重症欠陥児」などという言い方もありました。この頃から、財界・政界の援助を得ることも進んできたようです。

１９６０年、ついに島田療育園の建設工事が開始されます。工事に当たっては米軍のブルドーザーや蒲鉾兵舎を使うなど、当時としてはいろいろな援助を頂いたようです。しかし土木工事は慣れていなかったようで、土砂が雨によって田んぼに流れ落ち、苦情が寄せられたというような話も聞いております。

厚生省は施設として作るのは困難であろうということから「病院」という形態を取るように求めました。しかし単なる病院ではなく、医療と生活を複合したような形態が作られます。同時期の医者の動きとしては「小児精神神経学研究会」（後の「日本小児精神神経学会」）が発足します。最初の呼びかけ人の一人として小林提樹も入りました。「小児精神神経学」という名称は、対象としているのは必ずしも神経の病気だけでなく、今で言う精神疾患も含まれることを表しています。この学会の発表に未だに少しは重症児の発表があるのは、このあたりの経緯によるものと思われます。

１９６１年、建設の一助として重症心身障害児療育研究委託費が４００万円予算化され、島田療育園の開設となります。建設費用は千数百万円の費用を要し、島田氏のみではまかなえず、当時の会長さん達が政界・財界に奉加帳を持って回り、寄付を集めたということを聞いております。提樹は後に「島田療育園の建設が私の苦難の始まりであった」と述懐しております。本人としては園長になることを希望していたわけではないのですが、病院の院長は医師でなくてはならず、他に適切な人もいないために受けたようです。

さて施設は作ったものの、お金もなく、職員もおりません。今でこそ島田療育センターは相当に便利な場所ですが、当時は桜ヶ丘から歩いて1時間半、バスは朝夕に一本だけ。そんな生活でしたからみなさん、泊まり込んで仕事をしていました。職員もなかなか集まらず、経営的にも大変です。提樹の苦手な分野で、いろいろな理事の方々の助けはあったものの、苦難の多い時期だったと言えましょう。しかし後に小林は、「最初の１０年くらいはみんなの心が一つになった感じがあり、幸せな１０年間だった」と述べています。

当時の写真などを見ますと、必ずしも立てない・歩けない子ばかりではなかったことが分かります。最初のレリーフでも紹介しましたとおり、小林は医師として、子どもを診ている時が一番幸せであった、という様子です。

１９６３年、水上勉が「拝啓池田総理大臣殿」という論文を中央公論に掲載し、社会も重症心身障害児に目を向け始めるようになってきます。１９６８年には

皇太子妃訪問がありました。

提樹は施設の中だけでなく、外の子ども達にも目を向けなくてはいけないと考えていましたから、在宅重症児巡回相談や、療育相談事業、障害児通園事業なども手がけています。

その後、腰痛問題などをきっかけとして１９７３年に労働争議が起こり、７４年に辞任することとなりました。同じ７４年には、東京都で訪問教育が開始され、島田にも多摩三小から先生方が訪問してくれるようになっています。

提樹はその後、いろいろな方々に発起人になって頂き、重症心身障害研究会（現・日本重症心身障害学会）を作ります。

同時にその頃から熱心に取り組み始めたのは、日赤産院時代からの膨大なカルテの整理です。長い目で見て予後はどうなのか、ということです。一万数千以上のカルテですから、現在もまだ整理中だと伺っています。

島田療育センターでは短期入所（緊急一時保護）や通所事業が始まったりして、１９９２年に現在の「島田療育センター」に改称しました。その翌年、１９９３年3月７日、小林提樹は脳梗塞により８４歳で亡くなっております。

■エピソード

提樹のエピソードをお話しします。

入信してしばらくした時「土曜学校」で子ども達に「皆さんの中で、イエス様に救っていただきたい人はいますか?」と聞いたところ、４～５歳の子ども達が手を挙げました。それを見て『こんな小さい子にも救ってもらいたいという気持ちがあるんだ…』と感じ、それが小児科医に進路を決めるきっかけになった、ということでした。

１９４０年、障害児医療を始めた頃、東北から５人の家族がいらっしゃいました。３人の子ども達は、それぞれ障害児であったようです。一週間くらい泊まり込みで、当時としては最善を尽くして検査をしたけど、見当がつかないままに５人は戻っていかれました。後ほど「もしも不治の病であったなら一家心中をするつもりでした」という手紙をもらいます。提樹は「結局は何も出来なかったのだが、何か支えになるようなものがあったとしたら、適当に診て返したのでなく、親切丁寧に対応したことだろうか」と振り返っています。その後この「親切丁寧」というのは日赤産院のモットーになってゆきました。

同じ１９４０年、小頭症の子どもを診ます。お母さんは日赤だけでなく、高名な専門家の診察も受けていました。小頭症であるということは分かるけど、誰も「この後どうなるか」ということは触れなかった、というのです。「言わない・言えないということは、対応策が何もないからではないか、きちんと解決できるような社会制度がないからではないか」と述べています。

■提樹のことば

いくつかの提樹の言葉を紹介します。

「福祉とは…個人から出発してだんだん広がって、複数からさらに社会にまで広がる、その極限は全人類である。そこには民族も国境もない…人間的にも障害があろうが、あるまいが…差別があってもならない。…障害はどんなに重くとも、その福祉をかたく守らなければならない。」こういうことが提樹の出発点になっているようです。

「島田療育園が多少とも安定してきたときに、園の子どもの福祉は守られても、園の垣の外にいる子供たちが非福祉に陥っているのであれば、それを見捨てることはできない（巡回相談の際、昭和３９年)」

「時々島田療育園にわが子を連れて行ったが…あるとき、わざと行動異常の子供たちと一緒に閉じ込めておいた。二時間ほどしていってみると、何の嫌悪の様子もなく、仲良く一緒にいたのには驚いた。…小学校の子ども時代の時にこそ、障害児と接触させることの意味を十分に学んだのである。近年、学校教育はやっと障害児に窓を開いたが、戸を大きく開いて、まず健常児と称するものを教育する場を作る必要があろう。」

「この子は、私である。あの子も、私である。どんなに障害は重くとも、みんな、その福祉を堅く守ってあげなければと、深く心に誓う。」（参考：マタイ伝２５章４０節「この兄弟のいとちいさきものの一人になせるは、われになせし也」）

「障害児たちに教えられた大きな課題、人生とはいったい何であるか。…私が到達したところは至極簡単である。人生とは福祉の追求であるというのが私の結論である。そして福祉的でありさえすれば、その人生は満点と考えたい。そこで、障害はどんなに重くとも、その福祉を守ってあげることができれば…私たちも責任を果し得たといえる。」

提樹は「福祉」を「幸福」と似たような言葉として使っていると思います。

「医療は福祉を守るための下請けの仕事として、人命と健康を守るということである。」医療がすべてではない、ということです。

「第５の医学」という言葉で物議を醸したこともありました。「予防、保健、診療、リハビリテーション」までを４つの医学とするとと、５番目には「死の医学」（死を看取るための場を作る医学）がある、としたのです。今ではこれはそんなに違和感なく受け止められると思いますが、当時は医学が死を受け入れること自体が反感を買ったわけです。

「子供を育てるには、まず育てるものの方が空腹であってはならない。」このために島田療育園は借金があっても職員の給料は出した、という話もあったようです。

「初期には、燃えるような意欲をもって施設にとびこんできた職員があった。その意気は尊いけれど、一生と続かないとあっては、介護を受ける立場の障害児にとってはありがたいというべきか、迷惑というべきか。自分の意欲を満足させるための努力となれば、エゴイズムと言われかねない。」こういう厳しいことも言っています。労働争議があった時代のことが関係しているのかもしれません。

岡田喜篤先生が４０周年事業で、小林提樹の今日的意味について書いて下さっています。

「人間観：キリスト教、小児科医、戦地体験」…これは当時の人としては共通する部分かもしれません。

「障害観：医学モデル（疾病としてとらえる）、社会モデル（障害として）」…人のある状態を病気としてとらえることから、社会の中にいる一人の人という考え方に立ち入っていかれたということです。障害は治せないのですが、治せなかった自分というのを余り責めていません。治せなくても医者である本人が、その子や家族とどう歩めるか、ということを中心に考えていた、ということがあるようです。

「科学性：研究会、学会、機関紙」…医師として出来る大きなことは、知識を広めることであるので、客観的にデータを集めたり議論をしたりすることを積極的に行っていきます。機関紙は「両親の集い」として守る会の機関紙になっています。何ページかのほとんどを自分で書いています。あまり小林提樹という名前ばかり載るのもまずいので、いくつかのペンネームを使い分けたようです。

「施設の意義：在宅支援、家庭外処遇の欧米における実態と日本の現状」…施設が必ずしもすべての解決になるわけではない、あまり施設に対して肯定的ではないのですが、施設が全くだめとは言ってません。社会が受け入れる状況がなければ施設もやむを得ない選択肢だ、という気持ちがあったのではないか、と思います。

「福祉：体系化された社会福祉ではなく、社会的仕組みとしての福祉を成立させるための基本思想を求めた。」…こういったものが大切なのではないか、ということですし、こういう気持ちになれるかどうか、ということでもあります。

「福祉的視点とは、個人を社会的視野の中で捉え、それを社会の体制として支えていこうとする態度。(医学や医療のもつ力の限界を知らなければならない)」

４０周年を記念して「愛はすべてをおおう」という冊子を作っています。今のような話をエピソードを交えて作ったものです。もしお買い求めのお気持ちがありましたら、ご連絡を頂ければ幸いです。

（参考：社会福祉法人　日本心身障害児協会島田療育センター　編集　中央法規出版　問い合わせ先：島田療育センター　医療相談課　電話　０４２－３７４－２０４７　Ｆａｘ　０４２－３７４－２１５７　本＋ＣＤ＋送料込　２３７０円）

■島田療育園創生期

昭和３８年当時、重症児は全国に3万人と推定されていました。当初、島田療育園の意気は非常に盛んで７期の建設計画の中で、収容人数予定３００～５００名を見込んでいました。最初の頃は二日に一件くらいの見学者がありました。マスコミ関係者、政府の要人（大臣）、厚生省の役人なども来ていて、見学だけで業務が大変だったということも記されています。

入所者は初年度（昭和３６年）３８名、翌年８２名（うち9名乳児院）です。０歳～２１歳まで、平均6歳の入所者で、家族の不明な者（捨て子）９名が含まれていました。６０名の募集に応募が３６０名あり、大変だったそうです。当時ケースワーカーとして選考に当たっていたのが現理事長ですが、入所者６０名を決めた後「そちらの若い生意気なのがうちの子を落としたが、どういうことだ」と小林先生に直接電話で文句を言ってきた、というような話も聞いております。

１年間の間の退所者は7名です。そのうち、家庭への引き取り４名（うち２名は機能の改善により、２名は家族の意思による）となっています。今は退所される方はほとんどありません。死亡者は7名といいますから全体の１０％です。現在、島田療育センターでは２４０名の方がいますが、年間２～３名の方が亡くなっていますから約１％です。全国的にもそのような数字だと思います。当時は１０年間くらいで中にいらっしゃる方が入れ替わるくらいの高い死亡率だった、ということになります。

職員は６４名。医師３名は今では少なすぎる基準ですが、看護婦比率は一般基準を相当に上回っていました。

職員不足と資金不足に悩みつつも病床数は次のように増加してゆきます。

昭和３６年　　５７床　＋乳児院１２床
昭和３８年　１０１床　＋乳児院１２床
昭和３９年　１５７床　＋乳児院１２床
昭和４１年　１９６床　＋乳児院１２床
昭和４３年　２２８床　（乳児院廃止）

重心施設について簡単に補足しておきます。

「医療と福祉ーリハビリテーションの役割」…重症心身障害児施設というのは医療の場です。これは児童福祉施設としては異例なことです。医療と福祉の両方の監査を受けます。その中で特にリハビリテーションの役割が大きくなっています。施設によって取り組みに差がありますが、島田は比較的たくさん、リハビリテーションをやっていると思います。

「児者一貫（年齢制限を設けない児童福祉施設）」…元々は児童福祉法の施設ですから成人したら退所する

のが原則なのですが、医療の進歩その他により寿命が延びまして、１８歳を越える方々も多くなってきます。追い出すことは出来ませんから、年齢を超えても在所して良い、という通達が後から来ます。年齢制限を設けない児童福祉施設という特徴があります。

「処置困難から出発した（必ずしも障害の類型ではない）」…重心施設というのは、普通の病院や福祉施設ではうまく処遇できない人たちがいる、ということから始まった概念です。重症心身障害の定義づけというのは後からついてきたことですから、重心ではない方もいらっしゃる、ということも特徴です。例えば「動く重心児」という知的障害が非常に強くてマヒがほとんどない方、こういう方々は普通の知的障害施設では受け入れることが困難であるために、入ってらっしゃいます。

■オーストラリアのこと

今の院長になりましてから、４０周年記念行事が行われました。そこでより視野を広げるため、オーストラリア研修を実施することになりました。２００１年からの６年間で６０名が参加しましたから、全職員の十分の一くらいは参加したことになります。私も２回目に参加してまいりました。こちらの資料も作って行きますし、報告会も行います。

行き先はクイーンズランド州のブリスベン（Brisbane）です。近くにはゴールド・コーストのような観光地もあります。時期は現地でジャカランタが咲いている１０月です。

オーストラリアの福祉制度として「障害者サービス法（１９８６）」「障害者差別禁止法（１９９２）」などがあります。サービス法では「コミュニティでの生活を基本にする」「自己決定」ということが述べられています。国と州の役割としては…

「国の役割：政策、年金給付、就労支援など」

「州の役割：居住施設の提供、家族への経済的支援、情報サービス、啓発」

…となっています。

オーストラリアでも民間サービスの活用という流れがあります。一方で「脱施設」として、先に述べたコミュニティーや家族によるケアという流れがあり、施設入所者は減っているという状況です。そういうことがどうやって起こってゆくか、ということを知りたいという目的がありました。サービス提供はコミュニティが基本で、本人と家族に対して行われます。「家族」というのが大切かと思います。家族がコミュニティの最小単位として、きちんと本人を見守ってゆけることが大切にされているという感じを受けました。結果的に負担はそれほどでもなく、それほどのたくさんのサービスが提供されているわけでもない、という形のようです。

障害者施策のモデルとして、大きく２つの流れがあります。「脱施設」により地域で生活する場合、１つはアメリカの考え方です。基本的に「自助による自立」が言われています。最初のチャンスは作るけど、後は自分の意志でやる、ということです。もう１つは北欧やイギリスでは「公的支援による自立」です。結果が平等にならなければならず、生活の中で必要なものを整える、ということです。オーストラリアは、この中間にあたるもので、自己決定も大切にするけど、結果の平等も求めるということのようです。イギリスに近いところかもしれません。

脱施設の良い面はありますが、文化や価値観が大切です。それに加えて、それをどう実現するかという点については有名な３つの言葉があります。

「Cost」…お金がかかりすぎると継続が困難になります。

「Access」…平等にサービスが受けられるかどうか。順番や待ち時間、金額の問題でサービスが受けられないということでは困ります。

「Quality」…質が高いサービスかどうか、ということですが、コストとの関連がありますから、適度なクオリティを保つ。

オーストラリアでもコミュニティで障害者が暮らすことが、とても進んでいるというわけではないのでしょうが、そのための努力を見える形で進めているということは、行ってみると肌で感じることが出来ました。

２００２年の現地のパンフレットでは、インクルーシブ（Inclusive Living）ということはこのようなことだ、と説明しています。

人々を歓迎すること
違いを受け入れること
すべての人に価値ある役割を見出すこと
相互に依存しあうこと
他人のもたらした貢献を認めること

このようなことで、基本的な理念が伝わってゆくのは良いことだとという流れがあると思います。日本にはあんまりないことで、いきなり「インクルージョンやノーマライゼーションが大切です」と言われてしまいます。それが具体的にどういうことなのか、気持ちの上でどうなのか、ということが分からないと思います。

オーストラリアでは施設は基本的には解体するという流れがあり、施設に対する基準は非常に厳しいものがあります。観点としては「個別のニーズ」「人権の擁護と虐待や放置からの自由」「自己決定・選択」「プライバシー、個人の尊厳、秘密保持」など多数ありますが、注意すべき点としては「自己決定・選択」です。本人の意志の最大限の尊重ということです。人数が少ないから、あるいは他の予定があるなどで、その人の意志を尊重しなかったらその施設はダメ、ということが具体的に記されています。日本にすぐに持ち込んだ

ら大変なことになるんですが、そのような厳しいスタンダードで施設を縛ってゆくわけです。

クイーンズランド州にあります障害者の乗馬クラブ見学に行きました。寄付だけでまかなわれており、利用料もわずかです。州全体でこのような施設が数十カ所もある、とのことです。脳性マヒや発達障害のある方も利用されています。乗馬といっても遊園地にあるような一周して終わりというものではなく、その人にあったプログラムを適用して乗馬練習をするわけです。利用する際には横に人がつきますが、これを「Side Walker」といいます。その入り方には利用者の状態に応じたマニュアルがあります。ボランティアは継続的に活動できる範囲で、相当にいます。

地域でサービスを提供する場として、ＩＬＣ（Independent Living Centre）というものがあります。自立支援機器の情報提供や、アドバイス、教育啓蒙活動が中心になっています。

日本でも見られるディケアセンターもあります。リハビリなど専門的なスタッフがいる等、日本と変わらないのですが、ボランティアがかなり入っているところが多いようです。スタッフではなく、ボランティアで支えられています。

最初のうちは当たり前のところだけ、うまく運営されているところだけしか見られませんでしたが、我々としては「施設がなくなるとしたら、それはどういう形で地域で生活することになるのか」ということを知りたいわけです。現地の人にかけあって「Xavier（ザビエル）children's support network」を紹介してもらいました。

ここは地域サービスを提供しているところで、職員は看護師、リハビリスタッフなど。キーワーカーというのがいろいろなサービスをマネージメントする役割です。年間予算は３５０万ドルで、一家族あたり２０００ドルから3万ドルです。最初は子ども病院として障害児の治療を行っていました。その時は一人あたり４万５０００ドルでしたから確かに減っているとは言えると思います。

９２年に施設解体の取り組みを始め、４年後には病院を閉鎖しました。

サービス提供地域は、半径３５㎞以内で２２０世帯の重症重複障害児（１６歳まで）とその家族が対象となっています。半径３５㎞というのは島田のサービスとほぼ同様です。もっとも島田で３５㎞移動しようとしたら3時間はかかってしまいますが、ここなら1時間もかからないのでしょう。対象者は「胃ろう７５%、気管切開１５%、在宅人工呼吸器1名」となっています。

キーワーカーが中心となり、３５のコミュニティーチームを編成しています。この中で医療的ケアなどを行いますが、家事全般も行うわけです。ホームケアですから家庭が必要とすることはちゃんとやる、というかたちです。介助機器リース手続き、デイケア、レスパイト手配、ホリデイキャンプ準備まで行います。

実際の利用者について説明します。４歳で重度身体障害（寝たきり、胃ろう、発作1日数回）です。両親と姉（健常）という家族構成です。ここに Xavier として週１６時間のサービスを提供しています。内容は「朝夕入浴、姉の送迎、器具（ベッド、ホイスト、シャワーベッド）の無期限レンタル、訪問看護、介護、ＰＴ、ＯＴ」です。平均すると1日2時間半は誰かがサービスとして入っている、その他に月３日のレスパイトと、プレスクールへの通学があります。

脱施設を実現したザビエルの理念について、責任者の方にお話を伺いました。

家族中心のサポートを実践
家族が地域社会から孤立しないように留意
本来の家族によるサポートを重視
各個人に対し柔軟に対処
家族の一体性を大切に
家族に医療看護の知識や技術を習得させ選択決定権を持たせる

３番目の「本来の家族による…」ということですが、このサービスには、「シェアードファミリー」といって他の家族が子どもを見る、というサービスもあるのですが、出来れば本来の家族のサポートが良い、ということです。

大切なのは一番最後で、家族に医療の知識や技術を持ってもらった上で選択をしてもらう、という考え方でしょう。この考えをとるかどうか、が大切なところです。子どもは地域社会の中で生まれながらの家族と生活するのが最善である、というところから始まっているわけです。

キーワーカーが家族に対してカウンセリングを行い、ファミリーのサポートプランを作ります。障害児を受け入れる里親制度（シェアケア）も成立しており、老人が障害児を見ていて、吸引なども慣れない手つきでやっているという場面もありました。その他、地域社会からのバックアップも組み合わせてゆきます。

ザビエルは地域移行を実現したわけですが、家族にとっては青天の霹靂であった時期もあり、戸惑いもあったようです。「入院以外は考えられない」「介護について自分では出来ない」「精神的にも困難」「看護スタッフもいない」…そういう方もいらっしゃいます。

ですからいろいろな医療技術を習ってもらいます。すると介護の責任を負い、決定権を持つという変化が出てきたり、子どもの病状については任せていたものが、自分でもっと知りたいと思うようになります。サポートについての情報を求めたり要求することも出てきた、そういう変化を感じ取ったそうです。

では、脱施設を推進するためにどんなことが必要な

のかと伺ったところ、次のようなお返事でした。

強いリーダーシップ:改革のための強い哲学、明確な方針、その方針を実践できる高い能力

強い信念

脱施設の作業に関わった経験

過去の施設の歴史にあまり深く関わっていないこと

高いマネージメント能力

他人を信頼することができる

資金調達能力

資金調達など、福祉や医療の現場にいる者にとってなかなか届かないようなものも必要でしょう、ということでした。

続いて、解体されるべき施設の方も見学しました。クイーンズランドではここくらいしかない、と言われている居住施設です。６０名くらいの入所者で、レスパイト１０床、緊急用１床あります。職員は看護師がいますが、医者はいません。

利用者一人一人に「Allied Health Team」（連合健康チーム）を組織し、看護師中心に、ソーシャルワーカー、日中活動のコーディネーター、セラピスト、ビジネスマネージャ（財産管理）などがまとまっていろいろなサービスを考えるという体制をとっています。

１０床を１ユニットとし、その単位で生活しています。医師は週２回の派遣で、体調の変化があれば病院に連れてゆきます。

居住関連スタッフは日中活動には関与せず、計画はスタッフが立てますが、外出そのものはボランティア団体が行っています。

脱施設を進めているドクターに話を伺ったところ「このハロウィンみたいな施設は、つぶれるよ」と言ってました。島田のような２４０床で医者も看護師もいるような施設はオーストラリアにはない、と言われました。

そのような方々を医療面でどう支えているのかということを伺ったところ次のようなことでした。

オーストラリアにはＧＰ（general practitioner、家庭医）がいますが、一般診療能力が高く、地域の住民のプライマリケアを担うのが当然だ、ということです。そして十分障害児・者を診る意志があります、とのことでした。

障害児教育についてお話します。障害の出現率によって対応を変えています。低出現率障害（３％）として「自閉症スペクトラム障害」「視覚障害・聴覚障害」「肢体不自由」「言語障害」などが挙げられ、学習困難（１８％）のある学習障害や軽度知的障害などは通常の教育で対応するようです。どういうニーズがあるかを学校が把握し、校長の指名したケースマネージャーによる情報収集が行われます。そして支援レベルを決め、どのような支援を行うのかを決めるわけです。ＩＥＰは支援レベルの高い方が使うもので、６ヶ月毎に生徒・保護者・教師・専門職による協議で作成しているようです。

学校の種別として「通常学級」「特殊学級」「特殊学校」などがあります。就学前は０歳から３歳くらいまでは訪問で対応しています。

支援レベルが高くても通常の学校に通う子が２／３以上います。その中の一つの学校を訪問しました。ここは比較的障害の重い子がいました。医療的ケアについては、看護師さんがいますので、その方が指導しながら教員が行うということが当たり前に行われています。

セラピストがカリキュラムにも入ってきており、教員のトレーニングも行っているようです。ただ子どもに直接訓練をすることはない、ということです。

もう一校、こちらは比較的障害の軽い子の学校です。校長先生が知能検査をするなど、全体のサポートを決めていました。ソーシャルワーカー、セラピスト、医師を含めたチームで情報を共有し、相談する体制が出来ていました。

通常学校にも行って来ました。こちらは生徒数が４００名で、障害児は２８名。障害の重い子（脳性麻痺、筋ジストロフィ、二分脊椎、四肢麻痺（人工呼吸器使用））１５名は特殊クラスに在籍し、自閉症など１３名は一般クラスに在籍しています。２８名は特殊クラスでプランなどを作り、指導を一般クラスで受けるということのようです。担当教員だけがすべて責任を負うのではなく、プランを作る者と実施する者の共同という形になっています。プログラムにはＰＴ、ＳＴも参画しています。

この学校のInclusive（インクルーシブ）の考え方は、次のようなものです。

「無理に普通級での学習を進めず、普通級、特殊学級も同列で、個人の適性により環境を設定する。特殊学校と普通校との間の転校もある。」

「保護者のみに選択を任せず、保護者、本人を含めた検討をする。」

「障害のある児童生徒の教育のあり方を皆で共有することに積極的に取り組む。」

ここで障害に対する見方を確認しておきます。

昔ながらの考え方は次のようなものです。

Impairment（機能障害）：後天性疾患・先天的異常により身体機能が損なわれている状態。具体例として、四肢欠損、脳性麻痺など。

Disability（能力障害）：Impairment（機能障害）の結果として失われている能力。具体例として、歩行障害、コミュニケーション障害など。

Handicap（社会的不利）：社会との関係で被っている損害。また、生活を維持する上で考慮されるべき社会的背景。就業困難、要介護、経済的困難、家屋・施

設の使用困難など。

今はImpairmentではなく、Participation（社会参加）を中心に考える障害モデルが提唱されています。この考えはリハビリテーションにも大きく関わっています。医学的リハビリテーションは訓練室で行われており、前提としてその成果が日々の活動に汎化することが期待されています。対して生活の中でのリハビリテーションという考えがあります。「家庭や保育園などの遊び・役割などの活動を想定し、訓練室以外でも身体の動き、環境操作、コミュニケーションなどの活動の広がり深まりを目指す」ものです。

時期的なものとしては、診断して治療するというだけでは治まらない状態があります。早めに対応するためには、診断を待つのではなく有効な方法があれば、早く進めてゆくという考え方が必要ではないか、ということです。そのためには生活に近いところで進めてゆく必要があり、専門家だけで進めるのではなく、生活を含めた対応が必要だと言われています。

一方、ある病気を持った場合に病院だけで生活できるようになるとは必ずしも言えません。地域の中で出来ることを増やすという考えも必要になります。これは「地域リハビリテーション」という言い方をしています。自分で出来ることをやりながら暮らすためには、いろいろな視点からの試みが必要ですし、それが総合的かつ一貫性のあるものである必要があるわけです。

「ＣＢＲ(Community Based Rehabilitation)のためのWHO勧告」においてWHOは、施設の中でやるリハビリテーションが必ずしも有効な手段ではない、と述べています。

■島田療育センターの地域支援

現在までの島田の地域支援のあゆみについては、以下のようになっています。

１９６４年　在宅重症児巡回相談（川崎市）
１９６９年　療育相談室（三越厚生事業団）障害児無料診療９０年まで
１９７０年　障害児通園事業「つばめ会」三越厚生事業団７７年まで
１９７２年　心身障害児通園事業
１９８７年　短期入所（緊急一時保護）
１９９１年　デイケアセンター竣工。通所事業開始。

職員は４４３名（非常勤含む）です。いらっしゃる方は２４３名ですからムチャクチャ多いですね。

内訳は医師２３名（常勤１２）、社会福祉士３名、ケースワーカー４名、リハビリテーションスタッフ５７名（言語聴覚士１２名、　理学療法士１８名、作業療法士１４名、心理判定員１３名）、リハビリ工学士１名、ＩＴ指導員１名、音楽療法士２名となっています。

こういう方たちが入所の方々だけでなく、外へのサービスにどんどん力を入れています。

新規外来利用者の数は、ここ数年、どんどん増えてきています。

平成１４年度　　３５２名
１５年度　　４９９名
１６年度　　４８８名
１７年度　　５８３名
１８年度　　６７７名

それらの方々の住所ですが、八王子市３７％、多摩市２４％、町田市１０％、日野市８％、稲城市６％、ここまでを南多摩医療圏と呼び、人口１２０万人です。

初診申し込み時の年齢は０～６歳が６６％です。２～３歳くらいが多いです。

新患紹介経路は病院（２５％）はありますが、保健・健康センター（２４％）での検診から来る方、教育機関（１２％）からの紹介もあります。

相談内容の主訴は「ことばの相談」（２３％）「行動上の問題」（１４％）「発達障害の疑い」（１９％）「発達の遅れ」（１４％）といった方々で３／４くらいになります。

診断名分類では、島田はもともと重症心身障害児施設ですから、脳性麻痺や運動関連が多かったわけですが、今は２０％くらいになっており、多くの方々は発達に関することで「広汎性発達障害」「注意欠陥多動障害」等が多くなっています。脳性麻痺は現在７％程度です。

リハビリテーションを受けられる方々もどんどん増えています。心理の増え方が著しいようです。

これらの方々をコーディネイトするために、島田には「支援部」というのがあります。

４０周年を記念して、２００２年２月に公開シンポジウムを行いましたが、その後、年１回の恒例行事となっています。年毎のテーマは以下の通りです。

平成１４年　　島田療育センターが地域にはたす役割　特別講演「変わるもの　変わらないもの」
東海大学医学部　丹羽正治　元教授
平成１４年　　障害児者への地域支援（Ⅱ）―パソコン利用の現状と展望―
平成１５年　　ライフステージの中での学童期支援のあり方―地域に暮らす障害児者に対する支援を考える―
東京学芸大学　渡邊健治　教授
平成１６年　　地域のニーズを探る―南多摩５市のアンケート結果と家族・施設・教育関係者の声から
平成１７年　　心身障害児者の訪問看護を考える
平成１８年　　障害者自立支援法を検証する
埼玉県立大学保険医療福祉学部社会福祉学科　佐藤進　教授
平成１９年　　発達障害児の支援について考える
東京都発達障害者支援センター・

センター長、日本自閉症協会会長　石井　哲夫氏

重症心身障害児のニーズに対する問題や、その時々の話題を中心に、１００～１５０名の参加で実施しています。多摩市からは後援を頂いています。

その他、ピコピコルームという、コンピュータを中心に支援機器（ハイテクエイド）を展示したり利用を手伝ったりする部署があります。そこと医療の場を組み合わせて「テクノエイド外来」というのをやっています。医療の場でニーズを診て、その上でコンピュータの利用を進められるように考えています。医者が全部決めるということではなく、データの集積に役立てばよいのではないかということです。

地域への公開という点では、摂食機能療法セミナーというのを地域の歯科医と共同して実施したり、コミュニケーション（ＳＴ）や姿勢（ＰＴ）についての講習会などを自主的に実施しています。

発達についての相談が増えてきましたので、平成１８年５月、発達障害に関する支援を総合的に行う地域の拠点を目指して「発達支援センター」というのを発足させました。

・独自事業

普通の相談もありますが、保護者の方が自分で支援する方法を獲得する「ペアレント・トレーニング」もあります。

グループ指導としては、地域ではなかなか出来ませんので、年齢層を絞って実施しています。3歳くらい・就学前（5歳）ではソーシャルスキルトレーニングをしています。学校に行ってからも支援が必要な子どもがいて、むしろそちらの方がニーズは高いです。小学生のグループ（Sーフレンズ）は今１０くらいありますが、もっと増やしたいという声もあるようです。

・相談支援

東京都の支援事業を中心にやってきましたが、外来にかかるほどではないが何か相談をしたい、という段階で心理士等が相談するという活動も継続しています。保育所など障害児のいる場所に相談に応じて技術支援（ＰＴ、ＯＴ、ＳＴなど）を行うようなこともあります。地域での活動としては、これが大きな位置を占めるのではないかと思います。

活動の一環として「ネットワークしまだ」という情報誌を隔月で発行できるようになりました。

・情報発信

発達障害に関係して、心理相談室の講演会や、就学情報交換会（多摩市、八王子市の５歳児の保護者を対象に、教育委員会や学校の先生方、先輩保護者を招いて就学相談の流れや体験談の情報を提供。５～６月頃開催）などを行っています。交換会では学校の先生方の人気が高くて列が出来ています。

・自治体委託事業

教育、保健、福祉等々に技術的なお手伝いをしています。

発達支援というのは、本人だけに何かするだけでは不十分で、家族や場所（施設・学校など）を巻き込んだり、周りの方々に理解してもらうことが大切ではないかと考えています。

また年齢が上がってきますと、ライフステージに沿ったその時々の支援が必要です。島田で全部出来るとは思いませんが、このような流れの中に少しでもサービスを組み立てれば良いのかな、と思っています。

■まとめ

脱施設、施設のあり方など色々と変わろうとしている時期です。この中で障害児や社会のあり方、時代の要請に応える支援をしたいと考えています。

今日の話の中で出てきたように、地域やコミュニティの力が高まることが大切です。

そうなると特殊な対象だけではなく、皆さんに役立つように広げてゆくことも、一方では大切になります。

また、専門家だけでなく、一般職、いろいろなことを扱う方々も関わることが大切です。

高度な質の高いことをやるだけでなく、出来るだけたくさんの人が必要なサービスが受けられるよう、アクセスを考えることも大切です。

その人が地域で生活するために、ライフステージ全体にわたって見てゆくこと。ケース・マネジメントという言い方になるかと思います。

いろいろな職種がアプローチしますが、一つの職種には限界がありますから、隙間を埋めるようなアプローチが必要です。専門職の協同(trans-disciplinary approach)と言います。

障害モデルということで、社会の中のリソースを使いますが、整理するために「医療モデル」を使っても良いのでは、と思います。

今特に考えているのは、小児期からの病気で障害を得た場合、地域の中でどのように受け入れられていくのか、それが急性期の病院から我々のような専門機関、そして地域にわたる中で何か作ることが出来ないか、ということを考えているところです。

■最後に

島田の４７年の歴史を踏まえて、さらに進めるために、どんなことを考えているのかという話をさせて頂きました。

みなさん、篤姫さんは何歳でお亡くなりになったかご存じですか？　４８歳です。島田は４７歳。篤姫さんよりは長生きしたいと思っています。どうもありがとうございました。

第１分科会「健康・身体づくり」

■共同研究者報告

花井　丈夫
横浜療育医療センター

今回の報告は、東京都立墨東特別支援学校かもめ分教室の内田典子先生による「体を楽にしてつたえあおう～自立活動のとりくみ～」の１題でしたが、とても素晴らしい報告で、私たち理学療法士にとっても大変参考になるレポートでした。

内田先生は、「まとめと課題」の中で、「①体の特徴、マイナスな動きについても、そうせざるを得なかった運動障害、呼吸障害を知る」と記していました。別の言い方をすれば、この生徒がどのような生育暦をもって、この体（心と身体）に育ったのかを、評価分析することで、それはこのままいけば、どうなってしまうかを推測することと同時に、生徒に気づいてほしい自分自身の不自由を見つけ共有することです。たとえ不自由ではあっても、身体が感じる音、光、香り、味、温かみ、重みなどの変化をもってして、人は自分を認識し、その感覚を与えるモノやヒトに働きかけるという活動を行っています。それが「意識」と呼ぶので、そこから作られるものが「意思」だと思われます。内田先生は、「②いい感じの体になれることを生徒と教師が共に学び、実感する。」「③楽な体で、わかることにとりくみ、自分のものにしていく」「④学んだ事が生活の中で生きる。（集団の中で、自分の意思表現）」と、生徒の「意識」が「意思」へと結ばれるステップを表現していると思いました。私見ですが、「『自分を生きる』とは、感じるという意識から表わすという意思へ流れ」だと思っています。

生徒たちが『自分を生きる』ために、教師やセラピストたちはどう関わるかを、重度な障害があっても当たり前のように同じなのだと、示してくれた「まとめと課題」でした。我々は生徒たちと通る道は、もうわかっているのです。あとは、具体的なスキル（技術）を身につけ高めることです。

生徒が生徒にある障害とどう葛藤してきたのかを気づくスキル、いい感じの体を生徒が経験できるような教師の助けのスキル、楽な体になることで、いままでの自分の不自由に気づかせるスキル、そして、生徒の意思表現に気づき助けるスキル。この４つのスキルを、我々はいろいろなバリエーションをもって学習しなければなりません。

さて、今回の 70 名くらいの参加者、一人一人に訪問教育の経験年数を紹介してもらったところ、半数以上が 5 年以下、一割が１０年以上であった。半数以下が 5 年以下といっても、決して参加者は若い教員ばかりでなく、この業界全体に、10 年以上のベテランが少ないという印象を持ちました。理学療法士としての自分の経験からも、10 年以上のベテランが少ないすぎる中で、その分野の発展を期待することは、なかなか厳しいのでは思います。それは、ベテランの先輩が後輩に伝えるという、教育が必要だからです。

スキルの学習には、大別して ONJOB と OFFJOB の両方があることはご存知のことです。一般的には ONJOB の方が量的にも多く、主たるものとなっています。生徒の安全さえ管理できれば、実際に生徒たちに支援することで、スキルを身につけるということの方が現実的合理的です。ただし、その中では先輩が直接指導したりする場面も重要となります。そういう意味では、実際の訪問教育の現場は、ONJOB でスキルのトレーニングは、効率よく行えるのでしょうか？

また、安全管理のみならず生徒が「いい感じの体になれる」ための教職員のスキルを高めることが、最大に重要な課題であることを、認識したプログラムが必要ですし、また、それは教職員間のスキルの格差を小さくしていくプログラムでもなくてはならないと、理解されなくてはなりません。教育や医療といった社会上必要な公的といえるサービスでは、高いスキルと同時にそのサービスを提供する側にできる限り格差のないことが求められていると思われます。少なくとも先輩が後輩を指導することが当然であってほしいと思います。その道何十年という教職員が何人かいて、チームで後輩を育てられるような環境になってほしいと思いました。

今回は、スキルを高める一助となればとの思いから、共同研究者して、安全管理のための「骨折予防の話」緊張をコントロールするための「支持面の話」、生徒とのコミュニケーションを高めるための「手の使い方の話」させていただきました。

学校や訪問教育の実態について不勉強な中での意見等ですが、ご理解の上、参考にして下さい。

第１分科会「健康･身体づくり」

■発表レポート

体を楽にして伝え合おう～自立活動の取り組み～

内田典子
東京都立墨東特別支援学校かもめ分教室

◆プロフィール

重症心身障害センター施設入所生で、分教室高等部３年の女子(脳性まひ、胃ろう、気管切開)。
小学部時代は在宅訪問籍で、低緊張で抵抗力が弱く重責発作が頻繁にあった。中学入学頃から短期入所が多くなる。呼吸状態は年齢とともに悪くなり中３時に気管切開を行い、改善しつつも声を失った。

高等部になって現在の新規入所施設に落ち着いたが、腰背部からの伸展緊張が強く、生活面、健康面、学習面でも何かと困ることが多かった。

高１は、訪問学級として週３回、高２から分教室となり週５回の授業設定となった(１回１～2 時間)。

◆なっちゃんの様子

高１入所時は、「イナバウアー」と言われるほど反り返り、抱っこできない、車椅子に乗せられないと言った場面が多くあった。介助者とともに汗びっしょりで力比べの状態。アイスノンが手放せず、「緊張が強くて太れないの」と話されていた。服薬のためか睡眠リズムも乱れがちで日中覚醒がはっきりしないこともよくあった。

担任になった高２時は、入所生活にも大分慣れプロンキーパーでの伏臥位も取り入れるようになって幾分緊張が落ち着いていたものの、何かとのけぞってしまい、「どこからとりくもうかなぁ・・」と率直に困った。また、粗大運動など好きな遊びもいっぱいあって笑顔も多くあるのだが、何かと反り返って喜ぶ姿も気になった。

◆伸展緊張の起こし方

日々を過ごしていると、なっちゃんは、見たいものがあって見ようとする時、伝えたい事があって伝えたい時、頸部・腰背部からビヨーンと伸展してしまい、「あっ○○ね、ちょっと待って・・」と本人の要求に応えようとする間に反り返ってしまうことがよくあるように思われた。後は、伸展しきって脱力するのを待つしかない。脱力後は、本人も何か不甲斐なさそうにしょげている。こんなパターンをどうにかしなくちゃいけないなぁと思った。

◆働きかけのポイント

<u>１．体幹支持、調整の力をつける</u>
<u>２．実感をもてる学習を深める</u>

<u>１について～からだのとりくみ～</u>

※抱っこ、側臥位、伏臥位のとり方

支持ポイントを探りながら反り返りを出さずに姿勢を保持していく。体が緩む感覚を感じていく。特に、抱っこでは体幹調整のポイント(3 点支持)を本人と担任が探りながら、お互いに確認していく。
※体を動かしながらの排痰がスムーズ(事前の病棟による加湿もより効果を促進)。呼吸も日常的に安定。
※胸郭・頸部周辺も緩みやすく動きも出やすくなってきた。肩関節の動きも広がり、介助者の膝上で肘立ての伏臥位もとりやすくなった。
※頭部の立ち直りが上手になる。特に伏臥位での首の回旋は顕著・・右向きしかできなかった伏臥位・・
→意図的に左方向へ、頸部の可動範囲の広がり、ほどよい頭部の立ち直り(緊張によらない意図的な動き方)

＜側臥位＞

姿勢の有効性を考え介助者の膝上での側臥位に取り組み始める。当初は、日常仰臥位中心からの変換に「えっ?何するの?」と不安や戸惑いを見せていた。前方で、大好きな祖父に関わってもらいながら「これで、どうかな?」と聞きつつ骨盤や肋骨の支持ポイントに配慮し、肩に圧がかからないようにしながら、「いい塩梅」のポジションを見つけていった。居心地が悪いと緊張を強めたり、視線を送ったりして不快感を伝えてくる。

その度に「ごめんごめん」「ここはどう」と聞きながら進め、背丈に応じたクッション類のあて方も日々試行しながら取り組んでいった。ほどなく、見通しと安心が持てるようになってきて、緊張を緩める時間が早くなり、緩めている時間も長くなっていった。授業前半は、からだの取り組みから始めるのだが、「それ(その姿勢)ならいいよ、今日もやる」というOKや期待が感じられるようになった。側臥位をとりながら、呼吸筋を緩めて胸郭の動きを引き出すようにしたり、肩関節の動きを広げる事にも取り組めるようになった。

＜伏臥位＞

側臥位で随分安心と信頼を持ってもらえたようなので、そろそろと伏臥位を取り組んでみた。気切部や胃ろう部、長い足など留意するところが一杯あったので介助もぎこちなく、初めは、反り返りを引き起こしたり怖さも感じさせてしまった。が、日常、

プロンキーパーで伏臥位もとっていることや肩関節の動きが良くなってきて、肘立てがしやすくなってきたこともあって、間もなく日常的に取り組める姿勢になってきた。背中の動きも引き出しやすくなり、頸部の緊張も緩めやすくなっていった。3 ヶ月位すると、右向きしかできなかった頸部が緩み、左側にも動かせるようになっていった。

＜抱っこ＞

自立活動室の教員に教えてもらった 3 点支持を意識して、体幹の調整保持を促すようにした。なっちゃんの場合、大まかに言えば、左凸下部と右骨盤部と頸部。しかし、高 2 の彼女を支えるのはなかなか難しい。そこで、支え板やシットサップ(滑らない)クッションなどで補助して、支持ポイントが生かされるようにした。支持されることで、いつも引き込んでいる両腕も下方におりて体幹が立ち直る様子、挙上している両肩もおりてそのことで首の立ち直りや動きも出てくる様子があり、朝の会で歌い揺れながら、紙芝居のプロジェクターを見ながら、友達の様子を見回しながら、その姿勢感覚を重ねられるようにしていった。

2 について～授業の中でどうしていくか～

「動きたい」

当初は、緊張を緩めたり呼吸を楽にしたりすることを願って取り組んでいたが、いずれの姿勢も受け止められるようになってきたなっちゃんは、次の事を言い出した。「このままじゃ、つまんない、何かしたい(動きたいよ)」と。「だよねぇ・・楽な姿勢になっているだけじゃ物足りないよねぇ・・」。当時は人手の問題もあり、見る活動、歌いかけ語りかけの活動が中心だった。なっちゃんは、「倒す」「あふれる」「落とす」「揺れる」・・・が大好き。そこで、いい感じの姿勢のまま遊べる活動を考えるようにしてみた。

＜体を使った遊び＞

※板ブランコ、台車のり

大好きな揺れ遊び。これまでなら横になって楽しんでいたのだが、板ブランコに一緒に乗って体幹支持しながら座位で取り組んだのはとても嬉しかった様子。反り返ることもなく、むしろ頭部のコントロールもしやすく周囲を見回しながら遊べるものとなっていった。揺れ幅・方向‥色々味わえた。台車のりも同様。

＜側臥位での遊び＞

※素材遊び

積み木を積んで自分で棒を振って目の前で倒したり、体を前後に傾けながらスタンプを押したり、包丁でりんごを切ったりした。実態として手の感覚がわかりにくく、素材遊びは嫌がることもなければ面白がることも少ない様子があったので、目の前で手や体の感覚も合わせて変化をとらえさせたかった。膝上にのせた介助で動きを作ってあげると本人の気持ちや構えなどが感じやすくやりとりしやすい。また、こんな場面での複数指導体制は大変意味のあるものだと改めて思った。

※描く

クッションを用いての側臥位。楽しかった去年(高 2)の移動教室。「今年は修学旅行だよ、またお泊りだよ」。嬉しくてたまらない!! 楽しみ楽しみ‥。

もらったしおりには、スクーリングで出会っているクラスメイトが描いたマンボウ。好きな色をつけようと選んで色鉛筆で横塗り。なんともいえない笑顔。普段は、同じように働きかけても手を使っての「お絵かき」「製作」の類は、「なんか面白くないなぁ」という事が多いのに‥

わかっていることに自分で取り組めていることが何よりなんだと思った。

＜座位で手を使った遊び＞

※ボーリング

後方から介助して座位をとらせ、自分の体重移動を感じながら右手でボールを押し出す。倒れるﾋﾟﾝを面白がるなっちゃんは、一緒にスタンバイしている時、視線はいつも 2M 先のﾋﾟﾝのほうに向いていて期待一杯。　その一方で、自分の手の動きにはあまり気持ちが向かない。が、ある日、方向を定めようと触れていた掌がボールからずるっと落ちて・・・いわゆる「空振り」すると、「キャハハハ」と大笑い。その直前まで、「うまく倒せるかな」と真剣な表情で気持ちを高めていたので、そのギャップの大笑いは印象的だった。手の感覚に気づいたんだなと思った。前方のﾋﾟﾝへの注目は今も高いが、手を乗せてスロープ台で転がしながらスタンバイしていると、時々チラッチラッと操作する手元を気にする姿が出てきている。

※シンバルと太鼓

左右に並べて、「キャッチザビート」の曲に合わせて叩く。もともと楽器をならすのは大好きなのだが、左右への動きの時に体幹を支え誘導する事で、回旋の動きが引き出されるのではないかと思って取り組んだ。曲のサビやメロディを覚えて楽しめるなっちゃんは、そのメロディになると、左側のシンバルに顔を向けて期待し、体をひねって叩けるととても嬉しそうである。

●同じとりくみをしても、本人が納得したいい感じの体の状態でその事をやりきれないと、(体の重みを感じた・・自分で倒したんだ、とか、無理なく頭を動かして自分で手元を見て弾いている私、とか、思いを言葉にしながら表したんだ、とか‥「なるほど、そうかぁ」「自分でやったんだ」などの発見や実感‥)心から満足した喜びにはならない。なっちゃんも、

うまくできないと、「おつきあい笑い」はなく、介助者を見つめ返して、介助に文句を言うような表情さえ出てきた。

●ある日のスクーリング。教室でうつぶせをとっていたら、頭をおこしてぐるーっと部屋にいるグループの友達を見渡した。病棟より広い空間、少し仲良くなってきた友達・そのしぐさ・・・なっちゃんにとっては興味深く新鮮な光景だったのだろう。「見たいものは自分から見るんだね」と関係者で話した。

首を動かして見たいものを見る、手を使いたくなる、体を動かしたくなる…。教師としては子どもが動きたくなる、見たくなる、手を動かしたくなる介助や教材や対象を用意していく事が切に求められる。

◆現在のなっちゃん

・「楽しいー」「もっと」「つまんなーい」と、感動があるたびに教員を見返して伝えてくる事が多くなった。以前は、対象物の変化に気づいて１人で笑っているという印象だったのだが、この喜びを分かち合いたいというように首を動かして教員を見返すことが顕著になった。

→とりくみの途中、「つまんないです、もうおしまいにしてください」と、熱く強い視線で何度も伝えてくる。「わかった。おしまいにするよ」と終えると、口元を緩めて、「わかってくれたか」という表情を見せる。

・「早くはじめてよ」も同様。(一応ねらいはあるのですが・・)教員の MC が長いと「もう話はいいから早く歌おうよ・・大好きなギターが弾きたい」と顔をあげて熱い視線で伝えてくる。

・体はしなやかになりやすく、緊張が入りにくく、入っても立ち戻れる範囲が広がってきた。また、緊張が入る原因がより明確になってきたので(痰があがってきて吸引して欲しい、今は体を起こしてそれをやりたい、あっちをやりたい等)、要求を実現してあげたり、言葉で返してあげれば収められる。自分の思いが伝わる成功体験を重ねている。

→宿泊、本校行事に参加し落ち着いて楽しめる。

◆まとめと課題(研究会での助言と意見を受けて)

①低緊張から伸展緊張になった要因について

年齢があがるとともに、それまでにいろいろな思いも重ねて育ってくる。それを伝えたい、自分の思いが膨らんできたことなどから、何かのきっかけで「反り返る」ことで伝えられることを覚えてしまった可能性もあろう。初めは、意図的に力をこめていたのが、徐々に強まり、自分の思いをこえて過剰な緊張になっていく経過も多々ある。ケースに合わせて、どういう思いをどういう表現で示していくかを考える必要がある。

②体の支持面と安定性を大切にする

過緊張に対して、「ダメよ、突っ張っちゃ」等という言葉先行が一番良くない。「なぜ緊張が入るのか」「どうしたら緊張が緩むのか」「緩んだ感覚を意識すること」が大切になってくる。3 点支持のように、どこでどのように体を支持していくかがポイントである。支持面がしっかりしていないと動けないし、動いてしまって支持面が決まらないこともある。

同時に、体幹の支持をねらうことと、動きを出すことの２つの課題が混在してしまうと、本人には無理な場合もある。この場合、体幹支持をより高めるために、前傾姿勢も考えていきたい。

「体幹調整をねらうのか」「手を使うことをねらうのか」「体幹が伸びることをねらうのか」など、課題を絞ってあたることが必要である。指導者として、本人が主体的・活動的になれる姿勢づくりを思考していくことと、「この場面ではここで支持して体をおこす、手の自由度を広げてあげる」などの視点を明確にもちながら、深めていきたい。

③手の操作性について

肢体障害の子は、どうしてもボディイメージが持ちにくい。「手を見る機会」「手を使うことでよりよく生活できる機会」を積み上げてあげたい。そういう点では、意思表示伝達手段として、スイッチなどを取り入れた遊びや活動も有効ではないか。「いずれ使わなくてすむように使う ACC 機器」ととらえて、授業展開を考えてみたい。また、なっちゃんの場合、伏臥位が一定とれるようになっているので、手が視野に入っているその姿勢での手を使った遊びが工夫発展できると良いのではないか。

「質より量」という言葉があるが、「質のいいこと」の量を重ねること、「今この時期」に、「本人に必要で本人にあった取り組み」をたくさん積み重ねることが大きな発達に結びついていく。１～2 年のスパンで見ていくことと、10 年単位のスパンでみていくことの視点も持ち合わせていきたい。

「最近、プロンキーバーにうつぶせている時、好きなスタッフを探して見回しているなっちゃんをよく見かけるんです。自分も熱い視線を感じて振り向くと目があってニコッと笑ってくれるんですよ」

なんともほほえましい光景。体にいい姿勢だからと毎日一定時間の伏臥位をとるなっちゃん。

優しいスタッフに「退屈だろう」と、テレビの方向に向けてもらうのですが、ずっと一方向の刺激に向かい合うばかりでなく、自分から、お喋りしたい人を探して呼びかけて微笑み合うという場面があるかどうかで、なっちゃんの生活の豊かさは大きく異なってくると考えます。「自分で」「自分が」・・という欲張りな心をさらに膨らませてほしいと思います。

②「コミュニケーション」

■共同研究者まとめ

川住　隆一
（東北大学大学院教育学研究科教授）

第 2 分科会には 60 名弱の参加者があり、１つのレポートと１つの話題提供が行われた。レポートは、遠藤信一氏（埼玉県立和光養護学校）の「重複障碍をもつ子どもたちとのコミュニケーション関係の形成について―教師の係わり方のありようを問い続けた５つの事例を通して―」であった（次ページ以降の発表要旨参照)。この副題からも分かるように、遠藤氏はこれまでに行ってきた実践研究の中から本分科会にふさわしい 5 つの事例を取り上げている。そして、レジュメとともに豊富な資料を参加者に配付した上で、コミュニケーションについて氏が重視してきた視点と実践の経過、及び各事例から得られた知見を紹介された。

遠藤氏が取り上げた事例は、(1)「人に近づく動きでの意思表示がより明確になった事例」、(2)「見ようとする気持ちが芽生えてきた事例」、(3)「肘を支える援助によって活動に活気が出てきた事例」、(4)「自傷行為が激減し意思表示がより明確になった事例」、および、(5)「目の動きをある意思の現れと“仮の読みとり”をしている事例」であった。これらの事例で取り上げられた子どもたちは、必ずしも全員が訪問教育対象児ではなかったが、本分科会参加者にとってはとても身近に感ずる子どもたちであった。

遠藤氏は、以上の事例について映像記録も用いながら紹介した後で、次のような視点もつことの重要性を強調している。すなわち、(1)「好きな活動を満足して終えたという気持ちを大切にし、その中で『やりとり』を深める」こと、(2)「子どもに現れた動きや表情等をある意思の現れであると“仮の読みとり”をしていく」あるいは大胆な解釈を行い対応すること、(3)子どもの視点から子どもの示す行動理解に努めること、(4)子どもが拒否できる状況で活動に誘うこと、(5)コミュニケーションを支えとしながら子どもの感覚活用を図ること、および、(6)係わり手の具体的手だて（援助）との関連でコミュニケーション場面を見直すことである。

豊富な実践事例に基づいた遠藤氏の提言は、障害の重い子どもたちとのコミュニケーションの形成に留まらず、人間洞察を深める重要な視点であった言ってよい。氏の発表に対しては、会場より多くの質問が出され（例えば、コミュニケーションの土台づくり、オブジェクト・キューの取り上げ方と使い方、選択状況の設定の仕方、視覚障害のある子どもへの配慮等に関すること)、午前の分科会を終了した。

午後の分科会においては、共同研究者の川住より、遠藤氏の発表内容と質疑に関するコメントを述べた後で、コミュニケーションの捉え方やコミュニケーションを豊かにするための視点等について話題提供を行った。コミュニケーションについては様々な定義がなされているが、ここでは、Coupe & Goldbart（1988）の「通常、コミュニケーションとは、共通の記号体系（code）を有する人々間での（その記号体系に則った）意図的な意味伝達と規定されている。しかしながら、コミュニケーション以前の段階にあると言われるような子どものニーズに対応していくためには、もっと柔軟な定義が必要である。すなわちコミュニケーションとは、一人の人間の行動が、やりとりの相手によって、意味のあるもの、了解されるものとして解釈される、あるいは、推察されるときに発生すると言うことができる。」という捉え方を紹介した。

コミュニケーションを豊かにしていくためには、少なくとも次の４つの視点からの検討が必要であると考える。すなわち、(1) コミュニケーションの手段・方法、(2) コミュニケーションの機会、(3) コミュニケーションの相手、(4) コミュニケーションの内容である。コミュニケーションの方法・手段については、子どもの意思表出手段（発信手段）と子どもが受け止められる手段（受信手段）を分けて観察する必要がある。前者に関しては、意図的意思表出段階前にある表出行動をかかわり手が信号的意味のあるものとして受け止めるに当たっては、遠藤氏が述べた「仮の読み取り」が是非必要である。また、かかわり手の意図を子どもに受け止めてもらうには、トータル・コミュニケーションという観点に立って、かかわり手は子どもに分かりやすい種々の手段を使用する必要がある。コミュニケーションの機会については、子どもの学習活動および日常生活活動のあらゆる場面での配慮が必要である。相手としては、かかわり手と仲間の広がりがあるが、仲間同士のコミュニケーションには生活実態をよく知る援助者による通訳が重要となる。内容としては、「要求発現と応答」という図式だけではない「おしゃべり」の方向への支援が必要である。

第２分科会「コミュニケーション」

■発表レポート

遠藤信一

埼玉県立和光養護学校

１　はじめに

ここで紹介する５人の子どもたちは、重度・重複障碍児といわれる子どもたちです。この子どもたちは、言葉を持たないだけでなく、自分の気持ちを相手に伝えようとすることが非常に乏しいようにみえたり、こちらからの問いかけの意味を理解することも難しいようにみえる子どもたちでした。そのため、子どもたちの示す行動等の理解の仕方やコミュニケーション関係の形成は重要な教育的課題の一つとなっていました。

この報告は、以下の二つの視点から構成しました。

一つは、川住[1)]が「重度・重複障害児の指導において、この子ども達とのコミュニケーション関係の形成は、最も重要な課題のひとつである。それは、意思伝達手段の獲得という目的にとどまらず、子ども達の諸活動がこの関係を支えに発展していくと位置づけられるからである。」と述べているように、「コミュニケーション関係の形成」は子どもたちとの活動のあらゆる場面で検討しなければなりません。しかし、ここでは「コミュニケーション関係の形成」という課題を考えていく上で参考になると思われるそれぞれの事例での特徴的な取組を報告していきます。

二つ目は、その際、係わり手である教師の側の課題（具体的な手だてや方法、ガイド・援助のあり方など）に視点をあてたいということです。それは、「コミュニケーション関係」は、子どもの側の問題だけでなく、子どもの気持ちを受け止めたり、子どもに分かりやすく伝えるといった教師の側の問題も同時に考えていかなければならないからです。特に障碍の程度の重い重度・重複障碍児といわれる子どもたちと係わる時には、教師側の問題は一層重大になってきます。それは、この子どもたちと係わる際、係わりの結果責任はすべて教師の側にあるという認識が必要であると言っていいかもしれません。そのことも視点の一つにしたいと考えています。

２　事例の紹介

【Ａ（施設訪問教育）人に近づく動きでの意思表示がより明確になった事例：２歳】[6)]

（当初の様子）重症心身障害児施設に入所していました。生後すぐ施設等に入所したため家庭で過ごしたことがほとんどありません。そのためか、一人遊びをしていることが多く、呼びかけても振り向くなどの動きはほとんどみられませんでした。また、未熟児網膜症のため、見えていないのではないかと言われていました。座位は可能で「アー」などの発声が聞かれました。

（経過と結果）トランポリンや大玉で遊ぶと笑顔がみられたので、それらの遊具でたくさん遊びました。トランポリンでは、ある程度楽しんだ後、揺らすのを一旦止めてみました。そして、教師と向かい合っているＡさんに教師に近づくようにガイドしてみました。すると教師に近づこうとする動きがみられ始めたので、その動きを援助しＡさんを抱っこして揺らしました。次第に「もっとやりたい」と教師に近づこうとする動きがより活発になり、また“たかいたかい”等の関係遊びも楽しむようになりました。さらに大玉を見比べるなど見ようとする場面も増えてきました。

【Ｂ（知的障害養護学校通学）見ようとする気持ちが芽生えてきた事例：中１】[7)]

（当初の様子）重複部に在籍していました。見えてはいるようでしたが焦点の定まらない視線でした。座位は可能で「アー」という発声も聞かれました。スズ等を右手で持ち左手にあてて遊んでいることが多く、その時呼びかけても関心がないようでした。てんかん発作を頻発し、日中眠ってしまうことも多くありました。

（経過と結果）抱っこや車いすでの移動の時、Ｂくんの視線の方向にゆっくり移動したり視線を向けたと思われる物を確かめるという係わりを続けると、移動中何度も教師を見たり右手を伸ばして物に触ろうとする動きが増えてきました。そして、視線が力強くなり、日常的にも人をじっと見て微笑んだり声を出すなど人と係わろうとする様子が増えてきました。

【Ｃ（肢体不自由養護学校通学）肘を支える援助によって活動に活気が出てきた事例：中２】[8)]

（当初の様子）身体的に脆弱で欠席が多く、日常的には仰向けの姿勢で過ごしていました。仰向けの姿勢ではそばに置いた起きあがりこぼしを腕で引き寄せて、時折声も出していました。

（経過と結果）教師がＣさんの後方から支えて座位姿勢を取らせ、正面にキーボードやレバースイッチを接続したラジカセを置きました。そしてＣさんの肘を支えて、手を伸ばそうとする少しの動きにタイ

ミングよく手を前に出してあげるというガイド・援助を行うと活発に手を使うようになり、肘を支える援助も必要なくなりました。また、表情が豊かになり、発声で人を呼ぼうとしたり音楽を聞きながら声を出して楽しむことが非常に増えてきました。

【D（肢体不自由養護学校通学）自傷行為が激減し意思表示がより明確になった事例：小３】[9)]

（当初の様子）視覚は光覚程度でした。不安定ながら歩行は可能でよく窓際に向かって歩いていました。しかし、歩行中何かにぶつかると怒り出し、カーペットに頭を打ち付けたりうつぶせでジッとしていました。その時、教師が手助けしようとすると逆に怒ってしまい、混乱から立ち直るのがさらに難しくなりました。また、人に触れられるのを嫌がり、触れられると自傷を始めることもよくありました。

（経過と結果）活動の拠点作りとして、教室の窓際に自宅の部屋を参考にした状況を作り、その一角に教師が座りＤくんが近づいてきたらそこで遊ぶようにしました。それ以外の時は、D くんのやっていることを実況したり危ない時は声をかけたり制止しました。自傷が生じた時は、教師が手でＤくんの頭を保護しＤくんの気持ちを推測した言葉かけをしました。D くんは次第に教師に近づくことが増え簡単なやりとり遊びを楽しむようになりました。また活動の予告として「３，２，１」というカウントダウンをすると、期待する表情をしたりその活動を楽しむことが増えて自傷も激減しました。その後、D くんの「瞬き」や「軽くうなずく」という動きをある意思の現れではないかと考え、活動を継続したり話かけたりしていくと、その動きが次第に明確になり様々な場面で使うようになりました。

【E（家庭訪問教育）瞼の動きをある意思の現れと“仮の読みとり”をしている事例：中３】[9)]

（当初の様子）今年度から訪問教育を受けています。中学１年までは通常学級に通学していましたが、病気により重度の障碍をうけ、気管切開で吸引が必要でした。日中はベッドで仰向けの姿勢で過ごしています。手足とも拘縮が強く他動的には少し動きますが、自力での動きはありません。首・眼球は正面から左側方向、唇・瞼はある程度動かせました。ツリーチャイムなどの高い音を聞くとニコッと微笑むことはありましたが目は見えていないようでした。

（経過と結果）通常学級在籍時に好きであったという「ビリーブ」「パフ」等の曲を用いて係わりを始めました。この取組は、障碍を持つ以前に慣れ親しんだ曲や遊び等を係わりの手がかりとしたいという気持ちからでした。その際、音楽を聞き終わった時や楽器の音が消えた時に話しかけ、E くんの微細な表情や動きの変化に注意してきました。「もっと聞きますか」と尋ねた時のＥくんの動き（①眼球を左に寄せる動き、②瞼を細める動き）に注目し、その動きを「もっと聞きたい」という意思の現れではないかと“仮の読みとり”をし、それらの動きに応じて音楽をかけたりしました。E くんは次第に笑顔や穏やかな表情がたくさんみられるようになり、体を大きく揺すると大笑いするようにもなりました。体を揺すった後「もっとやりましょうか」と尋ねると、瞼を細める動きがより明確になってきているので、現在「瞼を細める動き」を意思表示と捉えて繰り返し対応しています。また、目が見えていないといわれていましたが、５月中旬頃からCDの反射光に眼球を向けて見るようになり６月中旬には白黒の縦縞模様等を追視するようになりました。最近は、ツリーチャイムの動きを見て笑顔になったり、パネルを交互に見たり、キーボード全体を見回すように眼をキョロキョロと動かすことも毎回みられます。

３　取り組みの結果から

コミュニケーションの語源は、ラテン語で「共通のものを分かち合う」という意味だそうです。それは、子どもたちの「楽しい」「嬉しい」といった気持ちだけでなく、「怒り」「悲しみ」そして「無関心」までもどう「分かち合うか」という課題が係わり手側にあるということです。以下に、コミュニケーション関係を形成していく上で大切と思えた視点を４つの項目で整理してみました。

（１）好きな活動を満足して終えたという気持ちを大切にし、その中で「やりとり」を深めていくこと

それぞれの事例では、保護者や前担当者等から子どもの楽しめそうな物や活動等の情報を得たり、実際に子どもと係わりその様子を手がかりとしました。係わりの結果、子どもが生き生きとし様々な気持ちを表わすようになりました。このように、子どもに必要だからという理由だけで係わり手があらかじめ準備した活動を展開するよりも、子どもが少しでも興味のある活動から出発したり、子どもの微細な動きに注目してその動きを活用した係わりの方がコミュニケーション関係の形成には大切だったと思います。そして、子どもがその活動をある程度満足できるように配慮しながら、どう「やりとり」が双方向性になり深まっていくか、そしてその深まりを支えに活動や対象物をどう拡げていくかという視点が大切だと感じています。

（２）子どもに現れた動きや表情等をある意思の現れであると“仮の読みとり”をしていくこと

松田[2)]は、「超重症児のコミュニケーションについて考える場合、身体的にいかに重症であっても「意思をもっている子ども」として捉えることがその出発点であると考えられる」と述べています。重度・重複障碍児といわれる子どもたちの中で、明確に意思表示をうる子どもは少数で、むしろその意思が非

常に読みとりにくかったり意思表示はないようにみえたりする子どもたちがほとんどだろうと思います。だからこそ、松田のいう捉え方をいつも心に留めておく必要があると感じています。

子どもたちの意思をどのように読みとるかは、当初は子どもの示すある表情や動き等が子どものある意思の現れではないかと“仮の読みとり”をします。この“仮の読みとり”は“大胆な解釈”ともいわれ、特に障碍の程度の重い子どもたちの意思表示を考えていく上では､非常に大切な視点であると思います。そして、この“仮の読みとり”が妥当であったかは、子どもに期待した表情や動き等がより明確になっていくかどうかを観察することになります。一方、子どもの側は、「特定の場面で、ある表情や動き等をすると､特定の対処を繰り返し受けることができる」ということを理解することになりますが、その理解の程度は係わり手の読み取りや伝え方（手だて）の妥当性を評価することにもなります。したがって、この“仮の読みとり”が“強い思い込み”にならないように、係わり手は柔軟に対応する姿勢が求められると思います。

（３）子どもの示す行動理解について

目の前に物を呈示しても手を出そうとしないので興味がないのだろうと判断されたり、医者から目が見えないといわれたため見せることを軽視されたりする場合があります。C さんのようにタイミングよいガイド・援助によって手や身体の動きが活発になったり、B,E さんのように丁寧に見せることを続ける中で視覚も使って周囲の状況を理解しようとする動きが出てきたことから､係わり手は教材や手だて、ガイド・援助を工夫し、子どもの可能性を探りながら根気よく待ち・そして係わることが大切だと感じます。特に見ることについては、ただ単に目の前に物を呈示するだけでは見ようとする気持ちは育てにくく、それは人や物等周囲の環境やその変化に関心を向けるという気持ちの育ちが大切だと思います。

またＤくんのように「自傷」という激しい行動で自分の気持ちを表すことがあります。D くんは必死です。それに対して笑顔とうなずきで柔らかく応じてあげることが、D くんに気持ちのゆとりを持ってもらうためには大切なことでした。「問題」といわれる行動もそれは誰かに向けての行動であり、それは受け止めてくれる人がいてはじめて意味をもちます。また子どもの行動はそれがどのような行動であれ、子どもの行動（生活）文脈に沿っていて、その意味では子どもの側はいつも正しいという認識もコミュニケーション関係を形成していく上で大切なことだと思います。さらに障碍児教育の柱の一つに「探索活動」があり、その活動を支える要素に「自発性」と「能動性」があるといわれています。「問題」とみえる行動も自発的な行動です。したがって、係わり手はそれらの行動も尊重し続けることが大切であり、子どもの意を汲み気持ちを重ねていく努力が求められます。

（４）ガイドや援助について

子どもと係わる時、子どもの身体のどこに触れてどのようにガイド・援助するのかを検討することは大切な視点です。ここで配慮したいことは、子どもが拒否できる状況を保障しながら、子どもが少しでも動かそうとする時にタイミングよく応じていくことです。

一方、A さんの事例では、遊具あそびをある程度楽しんだら一旦活動を終了して、活動を続けるかどうか子どもに尋ねる（尋ねることで係わり手側には丁寧な係わりになり、子どもの側は意思を表明する機会ができます）ことをしました。またＢさんの事例では、車いす移動等の場面で子どもの視線に沿うように車いすをゆっくり移動しましたが、これらの手だても子どもの意思を尊重していくという意味で大切なガイド・援助の一つとして考えることができると思います。

子どもとのコミュニケーション関係が深まっていくためには、人との関係がより豊かになっていくことが大切です。そのためには、これまで述べてきたような、子どもの示す行動をどう理解するか、どのような手だてや援助等が必要なのかなどたくさんの課題がみえてきます。

＜参考資料＞

1)川住隆一(1999)：生命活動の脆弱な重度･重複障害児への教育的対応に関する実践的研究.風間書房.
2)松田 直 (2001)：超重症児の教育実践事例の分析と今後の課題.「超重症児に対する教育のあり方に関する臨床的研究」研究成果報告書, 87-93.
3)津守 真 (1997)：保育者の地平. ミネルヴァ書房.
4)中野尚彦(2006)：障碍児心理学ものがたり-小さな秩序系の記録-Ⅰ. 明石書店.
5)梅津八三(1978)：各種障害事例における自成信号系活動の促進と構成信号系の形成に関する研究-とくに盲ろう二重障害事例について-.教育心理学年報, 第 17 集, 101-103.
6)遠藤信一(1992)：一重度･重複障害幼児の意思の表出を促す取り組み.特殊教育学研究, 21(4), 21-24.
7)遠藤信一(2003)：見ようとする気持ちが芽生えてきたなりゆき-教師の係わり方のありようを問いながら-.障害児教育学研究, 8(1), 54-60.
8)遠藤信一(1993)：外界との係わりを促す手だてについて-手の動きや意思の発現に視点をおいて-.埼玉県立越谷養護学校実践報告集, 16, 133-140.
9)遠藤信一(2006, 2007, 2008)：群馬大学松田先生との実践検討会資料

③「あそび・文化」分科会

■ 共同研究者まとめ

木下博美
（全訪研副会長）

参加者は 57 名。「授業づくり・教材づくり」に対する関心と要望の高さを感じる。

昨年の分科会のまとめでは「重症児にとっては、すべてが総合学習」「創造しないと何も始まらない」「創造＝あそび＝文化」「生徒と先生は楽しい共同制作者」といった言葉をキーワードとしていた。

また「訪問版あそび・文化の教材ハンドブックを検討しては」と書いておいたが、今回の東京大会の実行委員会によって「教材集１００」（CD）としてまとめられていた。この労作は、訪問担任にとって非常に力強い財産となって受け継がれていくと思われる素晴らしいものであった。分科会として、データを増やしながら「教材集１００＋α」として今後も発展させていくことを提案しておきたい。

午前中、千葉大学の柳澤要先生から報告いただいた「病院における重症心身障害児・者の療養空間に関する調査研究」では、施設における療養空間を利用者の目線に立って天井や壁をデザインし、楽しく個性的で活動的な場へと変えていく建築の事例を多く紹介していただいた。療養や活動の空間を利用者の目線でとらえて創造されていく視点は、学校教育の面からも極めて重要なものであった。「スヌーズレン、ムーブメント、音楽療法、グループや個別の保育、様々な行事」等の活動に必要な空間的要素を、実際の写真等によって数多く教えていただいた。日本の様々な施設が、健常者からの視点や利便性のみで作られていることの問題点に改めて気付かされた。

東京都立多摩桜の丘学園島田分教室の北風なおみ先生の「あそびの指導における教材の工夫」のレポートは、「教材集１００」から抜粋して実物を使いながらの報告で、参加者の目がキラキラと輝く様子の見えた大変に参考になるものであった。（次ページに紹介）

「教材集１００」自体がとても参考になるものであるが、指導事例をまじえての報告は、教材の質感やふんいきを実感することができ、担任にとっては更にうれしいものであった。参加者同士（担任している子どもの様子を思い浮かべながら）口々に活用のヒントを語り合っていた。

また後半は、参加者全員から一言交流と言うことで、実践や教材の交流を行った。その一つ一つが大変参考になるものであったが、参加者数が多いため時間をとりすぎてしまったことが反省点となった。全員の発言にも意義はあるが、発表者をしぼるかグループ化して少人数にする工夫も必要かもしれない。

この分科会は、教材交流という面を大切にしているが、「あそび・文化」の活動によって子どもたちの気持ちに共感し、発達のエネルギーを引き出すことで心を豊かに育てていく実践に学びあうことが中心課題であるので、そのようなレポートが意欲的に提出されてくることを望みたいと思う。

私からは、まとめにかえて事例の報告させてもらった。自閉症からの二次障害によって強迫性障害となり外出も人との対面もできなくなった生徒の訪問指導の実践であり、対面恐怖のため出会えないままの１年１０ヶ月の中で生まれた「絵画」による成長の記録である。押し黙り言葉を発することのなかったA君の描き始めた絵が、神経症的な絵から自らの未来への想いと心のエネルギーを込めた美しい絵へと変わっていき、私と出会うことを決心していった心の成長の軌跡を紹介したものである。

「あそび・文化」分科会では、人間を変え豊かに育てていくものであるという視点を持った実践を生み出し、交流しあう中で研究を深めていくことを提案してまとめとした。

＜次年度への方向性＞

①「教材集１００」を活用し発展させていく。

②「あそび・文化」の授業づくりを交流していく。

- 身体への教材…ゆらし、自然浴など
- 手指からの教材…感触あそび、えがく、つくる
- 目耳からの教材…読み聞かせ、○○シアター、あそび歌など
- 人との交流からの教材…合同学習、スクーリング

③「あそび・文化」活動の中での共感関係や心の交流の中にある発達のエネルギーを力に、生命の文化としての価値を生み出す教育活動を創造する。

第３分科会「あそびと文化」
■発表レポート

遊びの指導における教材の工夫

北風なおみ
東京都立多摩桜の丘学園　島田分教室

１
はじめに
『教材』には用い方によりいろいろな幅がある。障害が重い児童生徒に指導するにあたって､現在､私はＡＡＣ（Augmentative & Alternative Communication）関係､主に障害児基礎教育研究会による木工教材などを用いている。また、見る聞く学習などの「遊びの指導（生活単元学習）」で指導の幅を広げるために、工夫した自作の教材を用いている。ここでは、後者の「遊びの指導（生活単元学習）」における教材のいくつかを紹介し、制作の観点等を考えてみたい。
２　教材の制作における工夫の観点
授業を行うにあたり、指導案を立てるが、教材製作にあたり、「その授業のねらいを補助する教材とは」と充分考える。個別指導においては、ケースの児童生徒の実態を考え、提示しやすい色・材質・大きさ・動き等々である。集団指導においては、更に、導入する場・全体への提示方法・各々の実態合った用い方等々である。教材制作において、考慮・工夫している点を下記にあげる。
○文化的に美しさを感じられる物
○意図を明確に伝えられる物
○児童生徒が見通しをもちやすい物
○受け取りやすい物＝見やすい物、聞き取りやすい物、動きがわかりやすい物
○あっと驚くような意外性や、楽しくて引きつけられやすい物
○日常生活を豊かにできるような物
○児童生徒の随意的な動きを取り入れられる物
○作成した後、自分でも楽しくて何回でも操作したくなる物
○なるべく作成に手間取らない、費用がかからない物
○一つ作ったら、そこから発展できるのではないかを考えて、少しの工夫で作れる物
３　教材を使うにあたっての工夫の観点
障害の重い児童生徒の指導にあたって、「自分自身」が教材であるという思いがある。どんな教材であっても、使い手である教員が、「提示の方法をどのように工夫していくか」､児童生徒と「どのような会話＝コミュニケーション」を行っていくかを常に、考えて指導案を立て、指導にあたる必要があると思っている。
特に、児童生徒が、指導において表出・表現してきたら、大いに誉めていくことを忘れてはならない。教材提示にあたって、児童生徒の表出・表現力が育てられていけば嬉しい。
教材を用いるにあたり、考慮・工夫している点を下記にあげる。
○「間」をとり､児童生徒の応答を待つ｡応答　があったら、こちらも返す。＝コミュニケー　ションを育てる。
○話しかけを楽しくする。
○音楽を取り入れる。できるだけ短い物を繰り返すやり方の方が良い。
○毎日、繰り返して、「アーなるのだな。」とか「あれは、こうだな」とか期待感や見通し感　を持たせる。
○教材でねらい(めあて)を表現･表出できた　ら、即、褒める。＝ねらい（めあて）を意識　づける。
○使用した教材で課題をクリアできたと感じたら、少しバリエーションを持たせてみる＝教　材に少し工夫を入れる。
４　おわりに
日々雑多な事に追われ、肝心な教材作成の時間が取りにくい状況の昨今である｡ゆとりがないと、実際の作成の時間が取れないだけでなく、“ひらめきの心”も持ちにくく、豊かな教材が作成できない。しかし、そのような中でも、いろいろな方々の教材・既にある教材からヒントを得ながら、オリジナリティある教材を作成してみたい。大切なことは、指導のねらいを確認しながら、こんな場面でこんな物を取り入れてみたいと、工夫をしていくことだと思う。

全国本文教育研究会第２１回全国大会（東京大会）記念として、教材集１００のＣＤを制作することになった。その中に１４点を納めて頂くことになった。そして、納めた点数が多いので（?）、教材を実際に持参してレポート発表をすることになった。ここではページ数の関係で発表したもののうち４点を報告する。ここに記載できなかった教材＝「獅子舞」「ビー玉転がし」「不思議なエプロン」「新幹線」「せせらぎ」「ハンガー巻物」

「てるてるぼういず」「回転するペープサート」「車椅子のテーブル」「ケーキ」＝は教材集を見て頂きたい。その他、教材集には納めなかった教材として、「ピコピコハンマー」「木工ドミノ」「へんしんトンネル」「スライド棒抜き」等を紹介した。

＜発表事例一部＞

授業・領域	単元・題材名
生活単元学習	「きんぎょのふん」
準備するもの・作り方	
＜準備する物＞ ・ペットボトル500㎜L・赤い布・目玉・紐（黒・青・黄・赤等）・セロテープ・ミシン ＜作り方＞ ・ペットボトルの中央部位に穴を開ける。 ・紐をつなげて、ペットボトルの穴から紐が出るようにセロテープで貼り付ける。 ・金魚の形にミシンで縫う。 ・ペットボトルにかぶせる。 ・紐が、穴から出るように、中に巻き入れる。	
実践例（指導目標・指導内容・指導方法など） 〇ケロポンズの歌「きんぎょのふん」に合わせて、見せる。 〇始めはゆっくり、金魚が泳いでいる様子を表して、見せる。 〇テンポが速くなり、金魚のフンが出てくる歌詞の部分で、ひょうきんな様子で金魚のふんを引き出していく。 〇児童・生徒が紐を引っ張れる状況を作ると更に能動的に関われるように指導できる。	
教材のポイント・配慮点	子どもの様子・授業の感想
〇「ゆったり」と「アップテンポ」の違いを、メリハリをつけて提示すると良い。	〇とにかく曲がおもしろいので、児童・生徒が楽しめる。この金魚のﾍﾟｰﾌﾟｻｰﾄがあることで、更におもしろみが増す。

授業・領域	単元・題材名
生活単元学習	雪が降ってきた！＝雪布が揺れるのを観よう♪ その①　化繊の白い布を使う その②　透明のビニール袋を使う
準備するもの・作り方	
その①　化繊の白い布を使う場合→ ＜準備する物＞ ・化繊の白い布（静電気が起きるような布がよい） ・発泡スチロールの細かいビーズ状の物＝1リットル位 ・ミシン、糸 ＜作り方＞ ・化繊の白い布を袋状に縫い、発泡スチロールのビーズを入れ、端を縫い止める。 その②　透明のビニール袋を使う場合↓ ＜準備する物＞ ・透明のビニール袋=90㎜ﾘｯﾄﾙ位。・セロテープ ・発泡スチロールの細かいビーズ状の物＝適宜 ＜作り方＞ ・ビニール袋に発泡スチロールのビーズを入れ、端をセロテープで止める。	
実践例（指導目標・指導内容・指導方法など）	
〇雪を表す場面で、児童・生徒の上をふわりふわりと上下に揺らして、情景を表す。	
教材のポイント・配慮点	子どもの様子・授業の感想
〇　発泡スチロールが静電気を起こし、布やビニール袋の中で、本物の雪のようにふわふわと降り注ぎ、感動する！！静電気が起こるために、思わぬ動きを発泡スチロールがする！！大変、ヒットした教材の一つ！！！！	〇　とっても綺麗な情景なので、児童・生徒は思わず、見上げたり、手を差し出して触ろうとする！！

授業・領域	単元・題材名
生活単元学習	ドアの向こうからの声が聞こえるかな?ドアを開けたときの声が聞こえるかな？

準備するもの・作り方	参考文献・メーカー・値段等
・段ボール板 ・ポスターカラー＝好きな色 ・カッターナイフ ・紐 ･ブッカー＝全体をコーティングする ・玉＝持ちやすいように	玉は100円ショップで売っている。

実践例（指導目標・指導内容・指導方法など）
○個別学習の授業の始まる前に、じっくり語りかけるときに用いると良い。 ○「○○ちゃん」こっちだよ。聞こえるかな？と、ドアの向こうから語りかける。 ○ドアのすき間から、○○ちゃんがこっちに気づき、目を向けたり口を動かすなど何らかのサインを送って来るまで語りかける。 ○何らかのサインがあったら、「こっちを向いてくれたね！」「は～じめる～よ♪」とドアを開けながら語りかける。 ○ドアを開ける前と開けた後の教員の声は明らかに違うのが気づくように、応答を丁寧に行う。 ○第二弾＝手に玉を握らせて、自分でドアが引っ張れるようにする。引っ張れなくても、ドアの方を教員が引っ張るようにして、引っ張っている感覚をつかませる。ドアを開けることが出来たら大いに褒める。

教材のポイント・配慮点	子どもの様子・授業の感想
○段ボールは使っているうちに劣化するので、ブッカーでコーティングした方がよい。 ○ドアが開かない～開いた＝のメリハリが大事。	○呼びかけに応えて、こっちを観たなと思った瞬間にドアを開くことを繰り返すうちに、応答サインがはっきり学習されてくる。

授業・領域	単元・題材名
生活単元学習	見る聞く単元教材「カラス」

準備するもの・作り方
・ボール・黒い布・たこ糸・目玉二つ・黒色画用紙 ・両面テープ・ハンガー ＜作り方＞ ①ボールを黒い布で包む ②首になるところをたこ糸で縛る ③目玉をつける。 ④くちばしを黒い色画用紙でつける。 ⑤頭と手に当たる部分にたこ糸をつけて、ハンガーに結ぶ

実践例（指導目標・指導内容・指導方法など）
○カラスが出てくる見る聞く教材として使用する。（カラスはちょっと気味が悪いですね。もちろん、もっと美しい鳥などをどうぞ。私はカラスが必要でしたので。） ○ハンガーの向きを変えると、カラスが羽を羽ばたかせているように見える。 ○ハンガーの向きを変えながら、さーっと児童・生徒の前を動かすと、カラスがコミカルに、またはさーっと飛ぶ。

教材のポイント・配慮点	子どもの様子・授業の感想
○　ハンガーを用いるところが“ミソ”！ハンガーが簡易マリオネット用品になります！	○　動くカラスをジーッと見つめてきます。

第 4 分科会「施設入所児者の教育」

■共同研究者報告

河合隆平

金沢大学

本分科会の参加者は 24 名でした。保護者の参加もありましたが、そのほとんどが病院・施設訪問担当者で、就学猶予・免除者の受け入れを課題としている施設・学校からの参加が目立ちました。今回のレポートは 3 本です。

武田さん（都立墨東特別支援学校・かもめ分教室）は、かもめ分教室の実践を通して、障害の重い子どもの教育において教育と医療がどのように連携すべきかを提起されました。機能訓練士のキャリアをもつ武田さんの実践は、重い障害ゆえに手厚い医療が不可欠な子どもたちに対して「本当に教育が必要なのか」「学校は情緒面だけ見てくれればいい」という医療者の認識を意識しつつ、教育として子ども身体をどのように把握し、いかに働きかけていくかを追求するものでした。障害の重い子どもの場合、教育と医療がオーバーラップする領域がありますが、教育では子どもの生活を広げ、認識を確かなものへ、すなわち、生活の主人公に育ちゆく土台として身体をとらえ、自ら「快」の感覚を感じ、選びながら、それを要求へとつなげていく主体的な力の形成を大切にしてきました。だからこそ、教員間はもとより、教育と医療には相互の専門性に根ざした連携が求められます。障害の重い子どもにかかわる教員養成の問題も含みながら、改めて重症児教育における「障害・発達・身体・生活」の視点を自覚的に吟味し直す時期にあることを提起するレポートでした。

菅さん（長崎県立虹の原養護学校）のレポートは、5 年間にわたる施設訪問の開始から訪問教室開設へのあゆみを振り返りながら、今日求められる施設訪問の「質」を提起するものでした。訪問開始当初は、個別学習と学年小集団学習を中心に、本校高等部との行事交流、近隣高校との交流学習に取り組みました。施設内では訪問教育の理解を深めてもらうために公開授業を行いました。子どもたちは小集団学習や交流学習を通して人と関り、その楽しさを笑顔や発声を通して表現するようになったそうです。こうして学習の場を施設の内から外へ、個別から集団へと拡げ、園芸作業や陶芸交流学習にも取り組みました。2006 年度から駐在校の一教室を訪問教室としましたが、生徒 3 名に教員 1 名という条件の下で全員に週 4 日の授業を保障し、集団学習や交流活動も継続していきました。今年度は知的障害生徒が入学し、加配教員が副担任として配置される中で、生徒のニーズに応じた時間割編制や授業時数の調整を行っています。時間と空間の制約が大きいものの、訪問教育だからこそできる、生活や学習上の多様なニーズに応じた弾力的な条件づくりや学習活動の組織のあり方を追求していきたいと締めくくられました。

高木さんからは「東京における歴史」チームがまとめた開催地・東京の重症児施設・病院における重症児教育のあゆみが報告されました。希望者全入（1974 年）から義務制を経て今日に至る東京の歴史は、実態に応じた授業時数の拡大、集団学習の保障、医療・福祉との連携などの成果を蓄積してきました。本レポートは、「東京」という地域を越えて、これまでの重症児教育・訪問教育が積み上げてきた実践の到達点を確かめ合い、障害の重い子どもの教育と医療に境界線が持ち込まれ、新たな領域分断が起きつつある今日において、障害の重い子どもにとって「学校とは何か」という原点的な問いをその歴史に即して投げかけるものでした。

教育と医療の連携を進めていくためには、現場での頻繁な情報交換・交流のなかで、教育の課題やスタンスを具体的に提示し、医療に何を求めるのかを議論することが求められます。しかし、医療側からは教育の領域とニーズが見えにくく、グレーゾーンゆえに、お互いの手の内を探るような状態に陥ってしまい、信頼・共感関係を築くことが困難になっているのではないか、との意見もありました。医療側が教師をどう見ているか。医療者と同様に、教師として「いのちを預かる」ことの実感をどう表現するか。こうした点を確認しながら医療との関係を深めていくなかで、教師の働きかけを見て医療者のかかわりが変化していくことも報告されました。

条件面について、自立支援法施行以降、看護師の付き添いが困難になっており、修学旅行については校長と園長で協議しながら、看護師費用は学校側が全額負担している学校もあります。また、施設訪問から分教室への移行が認められない学校もあります。

就学猶予・免除者の受け入れについては、各地でその要求が高まりつつあります。受け入れが実現した地域、学校の取り組みに学びながら、各地域の実態に即した受け入れ実績を積み上げていくことで、問題のアウトラインを太くつないでいくことが求められます。

④「施設入所者の教育」分科会

■共同研究者まとめ

福本良之

（岡山大学大学院　医歯薬学総合研究科　博士課程）

はじめに

「施設入所者の教育」分科会では、医療との連携、就学猶予、教育実践の質的量的充実等多岐にわたって、発表や議論がなされた。本稿においては、紙面の都合上、①必要的訪問教育と便宜的訪問教育の峻別②内容の充実③医療等関係領域との連携の３点に絞り検討することとする。

１．必要的便宜的訪問教育の峻別

訪問教育は、授業時数が週あたり４時間であったり６時間であったりと法（学習指導要領を含む）の定める基準を大きく下回っている。この点に着目するならば、訪問教育は形式的に学習権を縮減する方向に向いている。そこで、実質的な正当性根拠が求められる。それは、児童生徒（以下「児」）の一身専属的事情としての障害であり疾病である。つまり、児の生命身体の安全と彼らの教育を受ける権利とのぎりぎりの妥協点として訪問教育という手段がとられているという融合性が存在していなければならない。さらに、児の生命身体の安全という要件以外なにも勘案されていないという独立性が求められる。

この融合性と独立性を具有した訪問教育こそが、必要的訪問教育であり、児の教育を受ける権利を保障するものである。

これに対し、融合性や独立性を欠く訪問教育は、本来ならば全日制の学校に通学可能でありながら、何らかの社会的要因において訪問教育を受けているという点で、便宜的訪問教育といえる。この便宜的訪問教育は、明らかに児の教育を受ける権利に対し阻害要因となっている。したがって以下では、峻別された必要的訪問教育に関して検討する。

２．内容の充実

必要的訪問教育においても、全日制と同様に教育内容の充実が求められる。大会参加者の発言からもその点は看取された。まず、授業時間の可能的拡大である。訪問教育は、授業時数が、全日制と比較し格段に少ない。このことは、児の実態からみればやむを得ないことではある。しかし、児の実態、とりわけ生命身体の安全からみるならば、児の状況は変動的でもある。むしろ、この変動に即応し、体調等の状況が良ければ授業時数を増加するという発想と制度的裏付けが求められる。

次に、教科学習を基本とすることが求められる。訪問教育に限らず特別支援教育においては、児の実態が重度化するにしたがい、教科学習ではなく自立活動中心になりがちである。しかし、障害のある子どもへの教育も普通教育として行わなければならないのであるから、教科学習を軽んじることはできない。むしろ、教科学習を実現するために自立活動があるという補完的側面に注目すべきである。具体的には、如何に学習指導要領を具体化し個別の指導計画を作成するかということであり、さらに個別の指導計画を噛み砕いて授業案を作成し実践するかということである。これらは、適切な児の実態把握が前提となる。また、年間指導計画は、個々の実践活動、単元相互の連関を明らかにするものとして作成されなければならない。意図性、目的性のない活動は、教育実践ではありえない。このような手続き的厳格性を求めるのは、訪問教育など児の実態が重度化するに従い、教科書という可視化されたガイドラインが存在していないからである。教科学習を行うということは、法定事項であるにとどまらず、児の教育を受ける権利をより充足するとともに、教員側の無意識下の児に対するステレオタイプ的見方（この子はその段階ではない）を排し、残存能力の確認につながり、教育内容の充実を生むと考えられる。

３．医療等関係領域との連携

医療看護等関係領域との連携は、訪問教育においては重要な問題である。この際、明確にしておかなければならないのは、連携の対象となる相手の専門領域には立ち入らないということである。これは、各専門領域の自律性を尊重するという意味である。教育においても、具体的な実践においては、仮に補足的に他領域の見解を聞くことがあっても、教育実践の専門家である教員だけが行うものである。

連携の対象は、各専門領域ではないとした場合、どの部分が連携の対象になるかを明らかにしなければならない。連携の対象となるのは、各専門領域における実践、臨床において、対象としての児や患者の利益拡大のために他の専門領域と隣接している部分である。そして、その部分は、グレーゾーンとして存在し、その範囲も具体的な児、時間や日によって可変的である。そのグレーゾーンの確定のためには専門領域間の小さなコミュニケーションの積み重ねが求められる。

第４分科会「施設入所児者の教育」

■発表レポート

障害の重い子への取り組みを通して、「教育」と「医療」との関係のあり方を考える

武田俊男

東京都立墨東特別支援学校　かもめ分教室

１、はじめに

障害の重い子の教育は、障害児の全入から始まり、通常級における教科教育の歴史から比べれば、まだ、３０余年の歴史しかありません。その間、重症児の教育は、医療等も含め、他の分野の知見にも学びながら、それまでの教科教育を中心とした教育の概念を拡げてきました。ことに肢体不自由で障害の重い子の教育は、子ども達のからだや障害に対する取り組みの必要性から、東京では、「体育・機能訓練」として教育の中に障害に対する取り組みを当初から位置づけていました。現在の「自立活動」への変遷を経ながらも、教育における障害に対する取り組みは展開されてきています。それは、肢体不自由の障害の重い子にあってはまさに医療と教育内容が重複する分野です。私は前任校では自立活動部にて、肢体不自由の子ども達のからだ・障害についての取り組みを中心に 10 年間取り組んできました。そこでは医療機関とは受け持つ生徒が手術を受ける、リハに通うことでの連携を等の付き合い方でした。墨東養護に転勤し、訪問を担当することになり、B都立病院にて長期入院をしている子を受け持ったことから医療の中で障害の重い子の教育を行うことの難しさを感じたものです。初めて合ったＫくんは緊張も強く、人工呼吸器をつけていても、Sp02 が 90%を下回ってしまいやすい状態でした。看護師さんからも、「とても体が硬くなってきている」と着替えなどのしづらさが訴えられていました。体が楽になること、緊張を緩める感覚を感じ取り、楽な呼吸の仕方を獲得することをまず、第１の目標として取り組みを行いました。Ｋくんは一般小児科での入院であったことから、ことさらＰＴ等の体の取り組みがあるわけではなく、そうした時に、当時プライマリーの看護師の方から「先生はそうやって、Ｋくんの体を動かしていますが、Ｋくんは何度も骨折を繰り返してきているんですから、気をつけて下さいね！」と、学校の取り組みは素人の見よう見まねの様に思われていたのだと思います。体の状態では過緊張と呼吸の状態とには関連があるようで、呼吸運動の学習を行いながら、体幹の緊張を緩め、胸郭の可動性を促していくと、表情も、穏やかになり、パルスの値も安定してくる様子がみらました。先生が関わると、Ｋくんのパルスが安定するというように看護師さんも言ってくれるようになれたことで、B病院との関係は好転できました。このレポートでは、障害児専門の医療機関内に設置された分教室での取り組みを通して「医療」と「教育」との関係を考えていきます。

２、かもめ分教室について

東部療育センターは東京の東部地域の障害児・者に対する専門的な医療を提供する中核的な役割を担い、2005 年に開設されました。センターには重症児・者の入所施設が併設され、学歴期の利用者に対して、昨年度までは訪問学級として、07 年度より「かもめ分教室」となり、教育保障を行ってきています。

３、Ａくんのケースから

Ａくんは生後より NICU で過ごし、東部療育センターの開所とともに、転院、入所しました。生後すぐに脊髄髄膜瘤の手術を受け、気管切開、人工呼吸器を 24 時間使用、難治けいれん等の多くの医療が必要であったため、家庭で生活した経験はありません。右上肺の形成不全等の小奇形や脳幹機能にも弱さがあり、睡眠、覚醒のリズムもうまくできていません。発達の力量では目線の動きもなく、大人が目線を合わせることで、人を認め、笑顔を見せてれることもたまに見られます。こうした様子から、抱っこ等での揺さぶりやくすぐり等、大好きな大人を育て、そこを土台として乳児期前半の力を十分に拡げて行く取り組みをしたいという思いで取り組みをスタートしました。乳児期の前半にある子の場合、一般には、抗重力の姿勢を経験していくことが主導的姿勢となり、覚醒のリズムなどを獲得していくと言われていることから、Ａくんにも垂直位や、寝返り、腹臥位等の姿勢を促す事を取り組みました。当初はそうした刺激を十分に感じ取れていなかったのが、周りへと気持ちを向けていく力の広がりが見られると共に、姿勢の変化を強烈に感じる様子が見られてきました。姿勢の変化で心拍や呼吸数が上がったりするのですが、それが興奮状態になっていくことで、呼吸を止めてしまうことが生じてきました。息を吸った状態で体を硬直させるようにして、息を止めることは中枢性から生じる呼吸障害ということで

した。こうして呼吸停止が頻発することは、安定した病状を維持したいという医療者の当然の思いと、学校の取り組みとに不協和音が生じさせるものでした。病態を知らない教員が、変に医療的な内容の取り組みの結果生じたためというように捉えられたのだと思います。それ以後は、極力、姿勢の転換を避け、極力呼吸を止めてしまうようなことにならないよう、取り組みの方向を変えました。しかし、そうであっても、なかなか取り組みの中で、抱っこや揺さぶり等の取り組みを避けるわけにもいかないため、頻度は、少なくなったのですが、完全に避けることまではできませんでした。現在はAくん自身の変化があり、姿勢の変化にもかなり柔軟に受け止められてきていることから、この不協和音のトーンはだいぶ小さくなったように思われるものの、ベースには厳然と流れているものであると思っております。Aくんの呼吸が止まってしまうことは、ＰＴ訓練や看護師さんのケアの時にもよく見られます。しかし、当然、同じ医療者であれば、Aくんの呼吸が止まっても大丈夫と病棟では受け止めています。ここに学校と、医療者同士との大きな違いを感じます。なぜ、学校は、医療者から信頼されないのでしょうか。

４、Ｂくんのケースから

Ｂくんは、広義の脳性麻痺の子です。緊張は強く、その影響から肘、足、肩、右股関節等の各関節がすでに脱臼しています。呼吸不全があり、気管切開をしています。昨年度より受け持ち、昨年の４月当初は、とにかく、唾液の気管内へのたれ込みと、排痰が上手に出来ないことから、サチュレーションが 90%を下回ることが頻繁に見られていました。昨年度の指導記録では、1学期間は記録の大半が、からだのこと、排痰や緊張に関する記述が主立ったものでした。Ｂくんの授業を行っている時に、主治医が、ＩＰＶ（パーカッション　ネブライザー）を行いにいらっしゃいました。ちょうど排痰等の体の取り組みを行っていたので、Ｄｒの方から、ＩＰＶを行いながら排痰をしても良いとのこと。一緒に行うと、手応えとしても、背中に空気が入ってくることが感じられ、排痰もしっかりとできました。その時、Ｄｒが私の取り組みを見て、“肺理学療法”と解釈したものです。しかし、そのおかげで、Ｂくんが体調を崩した時には、授業ができないのではなく、時間を短く、排痰を中心に行って欲しいという様に病棟から言われることもありました。Ｂくんは、大きく体調を崩すことも少なくなり、その年の 10 月には、気管分離の手術を受けることができました。それによって、唾液の気管内へのたれ込みが無くなり、さらに体調の安定と活動の面でも、大きな広がりを見せてくれました。この頃から、気持ちの広がりと合わせ、自分の手の存在を感じ取る事ができてきました。それまでは肩、肘が脱臼するほどに上肢への緊張が強くあったことで、自分の手を使ってものに働き掛けるという体験がとても少なかったように思われます。Ｂくん担当のＯＴの方は、もっと随意性の高い足を使ってのスイッチ操作を課題にされています。手が使えてきていることはＯＴの方の取り組みを参観した時にお話もしましたが、あまり考えてはもらえていないようでした。

しかし、今年度になり、主治医が変わり、昨年度とは大きく状況が変わりました。いつもの様に、体の取り組みを始めると、その日の担当看護師さんから、「今日はＢくんは、痰が出にくいので、胸には触らないで下さい」と言われました。どういう意味かわからず尋ねると、「痰が溜まっているのに、無理に胸を押すと、Ｂくんがくるしいだけだから」というのが理由でした。その看護師さんからは、別の機会に、「先生の取り組みは理学療法をしているのですか、どんな理由でしているのか、わからないので、説明して下さい」と言われたこともありました。その方はＢくんのプライマリーのナースの方では無く、直接、指導計画や実態表を渡してお話をした方では無かったのですが、逆に一般の医療者の目から見ると、学校の教員が行うことの範囲から、私の行う体への取り組みは逸脱したように感じられたのかもしれません。

５、医療は教育をどのように見ているのか（私見として）

障害が重く、濃厚な医療なしには生活ができない子ども達には、一般的には「これだけ重度の子に学校教育は、何をするのか、本当に必要なのか（疲れさせるだけになっていないか）」という疑問が顕在していることは、かもめ分教室勤務になって改めて感じました。いわゆる、追視や大人と目線をあわせると微笑む、不快を訴えて泣く、などの乳児期の前半に見られる発達的な力量が弱く、自ら主体的に外界に働きかけ、自の「快」の状態を作っていく力の弱い子供達ではバイタル面では安定していても、決して心地よい感覚で満たされた生活を送れているわけではなく、不快な状況が日常となっているように思われます。そのため、快を求められないことは、逆に不快を避けたい、避けることも未分化な状態にあります。そうした重度の子であれば、医療者でないものは、患者の身体症状については理解ができないのだから、身体面に影響の与えるようなことは避けて欲しいと病棟が考えるのは当然のことだと感じられます。「入院」している患者さんへの教育は病棟の意図する範囲内で行わなければならないとされるのも、障害の重い子への教育が、いまだ十分に認知されていないことを表しているのであろ

う。「学校は、その子の情緒面を見てくれれば良い、余計なことはして欲しくない」これはある看護師さんからよく言われる言葉です。本校にはもう一つ小児ガンの治療で入院している子への教育を行う病院内いるか分教室があります。そこは、病棟と分教室との分担領域がはっきりとしていることから分教室と病棟とがとても良好な関係を築けていると聴いています。障害の重い子の教育ではＰＴ、ＯＴ等の取り組みはいわば教育の内容ともオーバーラップする領域です。このオーバーラップゾーンを医療がどのように扱うのかが問題となるように思います。肢体不自由特別支援学校には、外部専門家の助言を求めるというように、医療者を障害に対する第１の専門家としているように感じられます。しかし、逆に障害の重い子の教育におけるオーバーラップゾーンをどのように考えていくのかが、今後の大きな問題ではないかと感じています。

６、教育は肢体不自由で障害の重い子の「からだ・障害」にどの様に取り組んできたか

Ａくんの取り組みからは、その子が「快」と感じられることを促し、そこに共感しながら、人との関係や感じ取る感覚を拡げていく営みが、教育の取り組みのだと思います。そこには、当然、呼吸などの彼ら体の状態に対する取り組みは欠くことができません。Ａくんにとって学校は生活の一部でもあります。大好きな人ができ、「何だろう」という気持ちが引き起こされる生活を提供することが学校の役割でもあると改めて感じています。Ｂくんの取り組みでは、乳児期後半の力量が、体が楽になることで、それまで、呼吸や緊張などに使っていたエネルギーを知的な活動へと向けることができたのではないかと感じています。土台となる体がしっかりとすることが、気持ちの成長のベースとなったように思っています。また、自分の体を動かす経験が決定的に弱い場合には、体を動かすイメージが弱いことがあります。手をとり一緒に動かしてみることにも、介助の仕方で主体的に感じ取ることのできる介助があることもわかってきました。そうした取り組みは医療者から見ると、セラピー的な様に思われるのかもしれません。教育として体を捉えていく意義は、彼らの生活や意識を拡げていくその土台となるのが体であるという位置づけから取り組まれているものと感じています。子ども達が体の主人公として、自ら「快」の感覚を主体的に感じ取り、それを何らかの形で、要求として表現できる力を育てることに教育としてからだを扱うときのねらいがあるように感じています。

７、まとめ・今後の課題として

医療者との共同に当たっては、からだへの取り組みの面でのスキルに個々の違いが大きいことがあるように感じています。医療者（Dr、看護師、PT、OT）は養成課程でのカリキュラムから専門家としての内容を学んできています。例えば看護師は、看護に関する知識、技術を学校で学び、卒業すればすぐに看護師として、医療行為を担うスキルを一定獲得しています。一方、障害児学校の教員は、養成課程の段階が全く異なり、特別支援学校の教員免許を獲得していても、その中に重度障害の子供を評価し、指導するスキルを学ぶことはできず、それらのほとんどが現場での研修の中で学んでいかなければなりません。私の場合も１０年間、肢体不自由校の自立活動室において専任として仕事をする中から、重度の子への対応、からだに関する取り組みの方法・手技について学ぶことができました。表記した子供達への取り組みも、そこで学んだことが大きな支えとなっています。医療者と対比すると、教科教育をベースとした教員には、障害児教育で必要な知識、スキルの獲得が現場での実践・研修に追うため、個々の教師の専門性がそれぞれの興味・関心やたどってきた経験によって異なるのが現状です。教員はそれぞれの興味・関心の中でスキルを高めていきますので、読み聞かせの上手な方、教材作成の得意な方等々、様々です。そこには、医療者の様に一定したスキルを教員全員が持ち得ることはないのですが、異なる専門性を持つ教員同士が互いの専門性を持って連携をしていくことで、より教育効果を上げていると感じています。肢体不自由児にとって、体の事はとても重要だとしても、そのスキルを全ての肢体不自由校の教員が身につけるというのは不可能です。むしろ教員間の連携や、教育課程編成の中でこうした面を補完していけるといいのですが。

障害の重い子の教育を行う時に、発達と障害、からだへの取り組みに対する取り組みなしに専門性を定義することはできないと思います。それらを抜きにして子どもたちに「快」の情動を引き出していくことも難しいと思われます。現在、東京で行われている外部専門家（東京では主にはＰＴ、ＯＴ、心理職等の医療職を対象にしていますが、来年度より介護の専門家の導入を打ち出しています）の導入は、障害に対する取り組みは医療が教育に優越することを前提とするように思われます。しかし、医療と教育はそれぞれ目標も異なるものであり同一の尺度では計れるものではないものだと考えますし、また、教育として障害に対する取り組みを積み上げてきた財産もあります。Ａくんのように、重い子の生活には、医療は欠かせません。だからこそ、教育が医療と対等平等の関係が求められるものだと思うものです。

⑤病気療養児の教育

■共同研究者まとめ

武田　鉄郎
（和歌山大学大学院教育学研究科教授）

第５分科会では、２つのレポートと１つの話題提供が行われた。レポートは、内藤宏氏（東京都新宿区立新宿養護学校）、高澤優子氏（東京都立城南特別支援学校）らの「前籍校との連携について」と赫多久美子氏（東京都立城南特別支援学校）、中沢澄子氏（東京都立久留米特別支援学校清瀬分教室）、日下奈緒美氏（千葉県立仁戸名特別支援学校）らの「病気の児童生徒への特別支援教育－病気の子どもの理解のために（全病長支援冊子編集委員会編集）の活用について　普通校の先生に分かっていただきたい－白血病編－」であった。話題提供は、共同研究者である武田によるもので、「今後の病気療養児の教育の展望について」が提案された。

内藤氏らの報告は、病気の治療のために入院してくる子どもが学籍を移動し、治療終了後、また元の学校に学籍を移動する過程において前籍校との連携のあり方とその課題についてであった。他県との連携の例、学区外の連携の例、学区内の連携の例、副籍を進めている例の４つが紹介され、協議が行われた。

以下に、事例から出された今後の課題の概要を報告する。

復学支援について

特に小児がんなどの病気の子どもたちは、退院しても体力等の回復が十分ではなくすぐには前籍校（入院前に通っていた学校）に通学することができない場合が多い。そのために退院しても病院における訪問教育から家庭に訪問する形態で教育を行うという事例が紹介された。しかし、現状は、退院しても学校に行くことができない子どもたちは自宅で何の教育的なフローもないままに過ごしていることが多いのである。

副籍制度を利用してみて

前籍校との十分な連携が望めない場合は、副籍制度が連携を結ぶためには有効であった。また、入院のために学籍を移動しても副籍が小中学校にあるために制度的なつながりがあるという点で、親や本人には安心感を与えていることが明らかになった。また、副籍制度があるために前籍校の担当者との支援会議がスムーズにできた。しかし、まだ、多くの教育委員会や学校がこの副籍制度が周知されていないため、今後実績を積み上げていく必要がある。

赫多久美子氏らの報告は、病気の児童生徒への特別支援教育－病気の子どもの理解のために（全病長支援冊子編集委員会編集 http://www.nise.go.jp/portal/eleam/shiryou/byoujyaku/supportbooklet.html）の活用についての報告であった。インターネットで入手でき、今後、病気の種類も増やしていく予定であることが報告された。

以上の２つのレポートをもとに協議が行われ、以下の４点（①病院内での「教育の場や時間」の確保の問題、②転出入の時に学籍を移動することの問題、③小児がんのように、退院し、自宅に戻ったときに小中学校にすぐには登校できなく、自宅で静養している期間の学習空白問題、④高校と特別支援学校高等部との学籍移動と単位交換の実情等）に集約されるものであった。②③④の問題を考えていくときに、東京都の副籍制度は、今後、これらの問題に対して打開策となり得るものと期待できる。

最後に、共同研究者である武田が、今後の病気療養児の教育の展望に以下の２点について述べた。

小児がんなどの慢性疾患の病弱教育

今後、ますます入院期間の短期化・頻回化が進み、病院内で教育する期間がさらに短くなること。そして、院内学級等でどのような教育を行うかということも大切であるが、元の学校に戻るための支援、すなわち復学支援が今後ますます重要になっていくこと、そこに支援のウエイトが移って行くであろうことを述べた。

心身症等の児童生徒のための病弱教育

近年、心身症、適応障害、不安障害等を伴う不登校状態で入院してきて病弱教育を受けることが多くなってきている。特に、中学部・高等部においては全国の病弱特別支援学校在籍の割合が半分程度になってきている。又は特別支援学校（病弱）に自宅から通う形で教育を受けているケースも増加してきている。これらの児童生徒は、小児がんなどの慢性疾患の子どもたちとは違い長期にわたり入院等で医療と連携しながら地域の学校に復学することを目指し、又は社会参加を目指し教育を受けている。今後もこのような児童生徒が増加することが予測できる。

訪問教育は、最も制約の多い教育形態であり、場所や時間の制限・制約を緩和する方向で教育のあり方を考えていく必要がある。

■発表レポート

「前籍校との連携」について－東京の４校の病院訪問の事例―

内藤　宏　　高澤　優子
東京都新宿区立新宿養護学校　東京都立城南特別支援学校

１、はじめに

東京都特別支援学校（肢体不自由）の病院訪問学級には、都内をはじめ、埼玉や千葉、神奈川県等の近隣の県や全国の子どもたちが在籍している。東京の病気療養児の 1/3 が訪問学級に、2/3 の児童・生徒は分教室と病弱特別支援学校、院内学級に在籍している。指導形態は違っても、どの学校も前籍校とのつながりを大切にしながら指導にあたっている。

東京都では昨年度より「副籍制度」が始まった。「副籍制度」は都立特別支援学校の、希望する小・中学部児童・生徒全員が、居住地域の指定の小・中学校に副次的な籍をもち、直接的、間接的交流を通じて、居住地域とのつながりの維持・継続を図る制度である（病院訪問の児童･生徒の場合､指定校は前籍校でもよい。）前籍校との連携をスムーズに進めるためには､この「副籍制度」を有効利用が大切であるが、現時点では､「手続き等に時間がかかる、書類が多い、スムーズに連携できている。」等の理由で病院訪問では、まだほとんど利用していないという現状だった（昨年度の「東京都訪問教育研究協議会」アンケートより)。

２、各学校の前籍校との連携「事例」

（１）他県との連携―新宿区立新宿養護学校
（２）学区外の連携―新宿区立新宿養護学校
（３）学区内の連携―都立墨東特別支援学校
　　都立城南特別支援学校
（４）副籍を進めている例―都立北特別支援学校

⑴他県との連携―新宿区立新宿養護学校

●新宿養護学校の病気療養児の教育

在籍する児童・生徒の約７割は、病気のために入院し、小・中学校から転校してきたケースである。退院後の教育保障は重要な意味をもつ。前籍校に戻るためには、学力、友人関係、体調・体力、前籍校の理解など様々な条件整備が必要である。スムーズな復学にむけて､前籍校を中心とした教育機関との連携が大きい。

＜退院後の教育保障についての考え方＞

①　退院日で学籍を前籍校に移す。
②　当面、本校に学籍を残し、在宅訪問。
③　自宅が学区となる養護学校の訪問学級等に転籍。

①退院後あまり日をおかずに前籍の小・中学校に通えるような場合。血液疾患等を中心に、感染への抵抗力低下により､「退院後も数ヶ月間､集団の中に入って生活することが望ましくない」と医療的に判断される場合は、教育保障のために自宅への訪問指導が必要になる。都内在住であれば、②のように期間を限った上で引き続き本校からの訪問が可能になる（１時間で通える範囲)。しかし､都外など遠方からの入院ケースでは③のように当該学区域への転籍が必要になる。

●　事例　Ａ君（退院時中２）　都外Ｂ県在住
①退院：１９年７月上旬
②前籍校への復帰：２０年１月
③退院から前籍校への復帰期間：６ヶ月
④退院後の教育

地元養護学校２校からの自宅訪問→前籍中学校

・他県在住のため、新宿養護からの訪問はできない。
・引き続き自宅療養が必要との主治医からの意見で、自宅訪問の受け皿を探り、前籍校や地元の教育委員会と協議を重ねる。
・前例がなく難航するも、学区の２養護学校（知的、肢体）から自宅訪問を受けることになる。

このケースは居住地が他県で、病気療養児の自宅訪問の制度がなく、退院後の教育の保障に関しての対応に苦慮した。また、体調回復に時間がかかり退院日がなかなか決まらず、当初予定の時期から２ヶ月遅れの退院となった。このため、当該教育委員会や前籍校とのやりとりが難しくなった。先方も、受け入れ時期が明確でないため、具体的対応がとりにくい部分があったようだ。また、物理的距離の他、他県の病気療養児の教育のシステムに関して十分な認識がなかったことから､対応をめぐって何度も電話連絡が繰り返された。

⑵学区内の前籍校との連携―都立墨東特別支援学校（井出添吉里子）

●　<基本的な進め方>　＊C 病院の場合

①転入（入院）時：C 病院では入院により訪問学級に転入する時は、病院の MSW が前籍校担任に連絡をとり、主治医、前籍校担任、保護者を交えたカンファレンスを設定する（前籍校の養護教諭、管理職の同席もあり)。主に、主治医から病状や入院期間の見通しについて説明される。訪問学級担任も同席するようにし、カンファレンスがもてなかったり、参加できなかった場合は後日、現担任から前籍校に連絡を入れたり、必要に応じて前籍校に出向いて引継ぎを行ったりする。

②転出（退院）が近くなってきた時：入院時と同様、MSW が中心となり、前籍校と病院、訪問学級とのカンファレンスを設定する。主治医から治療経過や退院

後の学校生活における注意点などの説明がある。児童生徒が同席することも多く、「復学にあたって不安なこと、帽子やマスクをつけていることを友だちにどのように説明してほしいか。」などを話し合ったりする。訪問学級担任からは、入院中の様子や授業の様子等を伝える（学習進度等、細かな内容については書面）。

●事例　　中２　学区内の区立中学

①転入時：入院時の主治医とのカンファレンスには、前籍校からの担任、校長と副校長も参加。主治医から病状や治療について説明された後、前籍校担任から、「クラスメイトにどのように病気のこと、入院していることを説明したらよいか。」と質問があった。生徒の気持ちを保護者に尋ね、保護者自身の希望を伺いながら「具体的な病名は伝えないが、入院して治療が必要であること、必ず良くなる病気であり治ってまた学校に戻ってくる。」ということを担任から友だちに説明することとなった。カンファレンスの後、前籍校担任と訪問学級担任とで引継ぎを行った。前籍校と生徒の自宅が近いこともあり、授業のプリント等の教材を前籍校の担任が生徒の自宅に定期的に届けることになった。

②退院が近くなって：具体的な退院の時期が決り、の主治医と前籍校とのカンファレンスが設定された。今回は養護教諭の出席もあり、退院後の服薬や体調が悪くなった時の対応などについて主治医から説明された。

●事例のまとめ：C 病院では、病院の MSW が橋渡ししてカンファレンスを設定する特色がある。このカンファレンスの役割は以下のようなことが挙げられる。

・前籍校担任と訪問学級担任が直接話す機会となる。

・主治医から医学的な話を聞くことで、児童・生徒の病状や治療について理解し、情報を共有できる。

・病気の児童・生徒のことを友だちにどう伝えるかなど、学校間や学校と保護者間だけでは判断しがたい内容について主治医から助言が得られる。

⑶学区内前籍校との連携―都立城南特別支援学校

●事例：小２男子（H１９．７月　～　H ２０．３月在籍）３学期は自宅療養になり、訪問担任２名が在宅訪問を病院での訪問授業と同じ週４回実施。前籍校担任の「自分のクラスの児童」という強い思いと、本人と保護者がそれにしっかり応えたことで連携できた例。

前籍校担任が当初から病院での授業や連携に理解を示し、「よりよい連携の仕方」について話し合うことができた。前籍校が近いこともあり、月に一回、病院で担任と情報交換した。直接話すことで、より理解が深まり子どもや保護者にも安心感をもってもらえた。国語や図工等の作品を揃える為、通常はこちらからお願いするところを、前籍校担任が画用紙等も含め、同じマンションに住んでいる友だちを通じて教材を届けてくれた。教室に飾られた作品への友だちからの反応、評価を直接聞くことで本人の学習意欲も高まった。

また復学の際も、大きな不安をもたず、スムーズに溶け込むことができた。在宅療養後に前籍校に戻る際は、前籍校に担任が出向き「病気や入院を経験した児童への理解と配慮」（全国特別支援学校病弱教育校長会、国立特別支援教育総合研究所」発行「病気の子どもの理解のために」の原案を参考）や学習進度や様子を記入した資料を基に管理職を交え話し合いをもった。

●問題点と課題

・前籍校との連携について：各担任同士の連携だけになりやすいが、管理職や学校全体のレベルで行うことが大切。担任レベルでの連携がスムーズにできていたため「副籍制度」は利用しなかった。しかし連携への理解が十分に望めない学校への対応や学校レベルでの連携を考えた時には、他校の例を参考にしながら「副籍制度」の利用についても考えていきたい。

・前籍校に籍を戻す際の話し合いについて：病気や感染症流行の時期等によっては管理職が慎重（不安）になる場合もある。退院や学校に通える時期は直前まで分からないことがあるが、大体の予定、見通しが分かった時点で前籍校に赴き、管理職や保健室を含めて話し合いがもてるとよい。その際、上記のような資料を活用できると前籍校への理解を深めることができる。

⑷副籍を進めている例―都立北特別支援学校（岡部拓未）

●東京都の副籍の概要

「東京都特別支援教育推進計画」（平成 16 年度）の第一次実施計画に基づき、都の単独事業として、特別支援学校体制・副籍モデル事業を実施し、平成 19 年度から本格的に導入された。病気療養児の副籍制度については、「特別支援教育体制・副籍モデル事業等報告書【最終報告】について：第３章　副籍ガイドライン」（ http://www.kyoiku.metro.tokyo.jp/press/pr070322f.htm） の中で詳しく述べられている。病気療養児について触れられたことは成果だが、基本的には特別支援学校の児童生徒と住地校との交流を想定しており、病気療養児には適していないことが多い。

●実施の経過

本校は在宅訪問、病院訪問（7 病院）、分教室２ヵ所があり、病院訪問と分教室に病気療養児が約 40 名在籍している。病院訪問学級では副籍を 19 年度の本格実施後に実施することになった。導入当初から校内（特にコーディネーター）との連携を大切にしている。それまで病院訪問の担任は管理職と担任だけでやりとりを進める状況になりがちだったが、副籍を機にコーディネーターが入り、ネットワークの活用、校内での理解に結びついている（20 年度からは前籍校との話し合いや書類作成などのコーディネートを担任が担当）。

副籍制度は現在時点では手続きが複雑で時間かかるため、申請を迷っている場合は前籍校と上手く連携がとれていても敢えて進めない事もある。申請後の話し合いまで行うケースは徐々にでてきているが、制度

に則った交流は積み重なっていないのが実情である。

● 副籍を導入しての成果と今後の課題

成果としては制度として前籍校とつながり、児童生徒自身や保護者の精神的な支えとなる事が挙げられる。また、これまでの連携は相手校の善意によって支えられていたが、理解が得られない場合には制度を後ろ盾に、同じ土台に立って病気療養児に必要なことの理解推進と具体的な連携を図ることができるようになった。

今後の課題は「地域指定校（前籍校）が『本来在籍するべき学校(原籍校)』」である病気療養児に合った制度への見直しである。連携が十分にとれている場合でも出席日数へのカウント、交流時の「日本スポーツ振興センター」の適用など副籍によるメリットがある。それでも制度が浸透しない理由の一つは手続きの複雑さだと思う。通常の副籍利用については綿密な計画や話し合いが必要であり、計画通りに緩やかに交流を深めていくことが大事である。しかし、病気療養児の場合、東京都が挙げている個別指導計画や評価との関連付け、それを含めた報告書等の書類の手続きが、かえって柔軟な交流を妨げる可能性もあるため、現時点では慎重にならざるを得ない。

また、副籍制度自体の理解だけでなく、病気療養児のニーズと具体的な配慮点について、会議などを通じて原籍校の先生方に理解してもらう丁寧な関わりが必要であることが改めて分かった。啓発に関して学校毎の努力に任せるのでなく、幅広い支援があると心強い。副籍制度をさらに病気療養児に合った制度に改善していくために、病院訪問学級だけでなく、東京都内で病弱教育を担っている分教室や病弱特別支援学校とも連携し、実績をつみあげていくことが大切である。

３　前籍校との連携についての課題とまとめ

４校の報告と昨年度の東京都訪問教育研究協議会のアンケートから各校が前籍校との連携を大切にしながら授業を行っていることが分かる。

⑴連携の進め方について

前籍校との連携はほとんどの学校が入院後に担任が電話や前籍校訪問で、学習進度の確認や連携のお願いを行っている。入院後に病院の MSW が橋渡しとなりカンファレンスを設定している事例は前籍校との連携を進める上でも参考になる内容だった。病院との連携や協力も前籍校との連携には大切な課題になる。

⑵前籍校の教材の使用について

・連携の取り組みとして、前籍校の教科書や教材の使用、「お便り」のやりとりや掲載等がある。前籍校とのつながりは学習意欲の高まりや学習進度の確認、子どもたちの安心感等にもなり、十分に連携をとって進めているが、前籍校の担任、管理職の理解や協力によるところも大きい。前籍校の連携に関する理解をどう深めていくかについて今後も検討が必要である。前籍校に戻ることを前提に、ほとんどの児童生徒が前籍校の教科書を使用している。転学と同時に教科書支給されるが実際にはあまり使用されていないのが現状である。

・訪問教育における授業時数の制約は前籍校に学習進度を合わせる際にも影響がある。特に学年進行に伴いその問題は大きく、受験生は個別対応も必要になる。

東京の病気療養児の教育は様々な指導形態で行われているが、訪問教育の抱える問題点が前籍校との連携にも大きく影響している。

⑶「副籍制度」の利用について

東京都は「前籍校とのつながり」を制度上位置づけているが、書類作成等の手続き上の煩雑さや区市町村の制度理解の問題、在学期間の短さ等から利用していない学校も多く、今後、病気療養児の実態にあった制度にしていくことが必要である。副籍を利用している学校からは「十分な協力を望めない学校の意識づけになった。制度的なつながりがあるという親と子どもの安心感がある。」等のメリットも挙げられている。副籍制度の事例に学んだり、意見を交換しあったりしながらよりよい制度に変えていくことが大きな課題である。

⑷前籍校に理解をしてもらうために

前籍校の先生方との連携に向け、私たち自身が病気のことや病気療養児の抱える問題、支援の仕方等を理解していないとそれが正しく伝わらない。「病気の理解について」や「白血病についての理解について」が書かれた「病気の子どもの理解のために」（全国特別支援学校病弱教育校長会、国立特別支援学校教育総合研究所発行）を活用できることはとても心強い。

⑸退院後の教育保障について

退院後の教育保障を考えていくことも重要である。病気によっては自宅療養期間が必要となり、引き続き訪問指導を行ったり、該当自治体の特別支援学校へ転籍したりしながら学習空白が生じないようにしている。都内の場合は比較的柔軟に対応できているが、他県への転籍では「前例がない、担任がいない」等の理由で難しいケースもあった。自治体による違い、訪問教育のシステムの違いが顕在化することもあるようだ。退院後の教育保障については各自治体の情報を得ながらよりよい流れ、実績を作っていくことが大切である。

４　おわりに

訪問学級担任は前籍校との連携をはじめ病院、学校（校内）、保護者とのよりよい連携が求められ、他の特別支援学校との連携も必要になる。東京都では訪問学級担任が「東京都訪問教育研究協議会」に所属し、定期的に分科会等で研究活動や情報交換を行い、其々の実践に役立てている。今回のレポートもその成果である。他の特別支援学校と連携をもつことで、訪問教育の指導内容や制度についても意見をまとめ行政に働きかける力にもなる。病気療養児の課題は多い。今後も全国レベルで連携し、より良い病気療養児の教育、病院訪問のあり方を探っていきたい。

⑥地域での生活支援と教育－医療・教育・生活－

■共同研究者まとめ

「重症の方にも前向きの生き方ができる地域支援を！保護者を孤独にしない支援を！」

山田章弘
神奈川県肢体不自由児協会　理事長

「地域での生活支援と教育」という新しい分科会である。発表は、1.障害をもつ方当人、2.特別支援学校の先生、3.東京都の訪問看護師と多彩だった。学校教育が教育だけで成立しているのではなく、就学前、卒業後、成人障害者、保護者、関係機関等と深く結び係わっていく必要があることを示唆する意義のある分科会になった。参加者は 40 名程。障害をもつ方(3)、保護者(7)、ヘルパー、施設職員、看護師、教師と広い参加があった。

発表 1：金子ゆかりさん(フリーイラストレーター) ・樫木暢子(東京都立多摩桜の丘学園)

「思い描いた生活」-うらの Enjoy お絵かき Life-

中高 6 年間、訪問教育を受け、現在、専門学校通信教育課程に在籍。ゆかりさんの発表でとても印象に残ったこと。(1)友だちとのつながりを大切にし、携帯電話についているテレビ電話を活用したこと。授業にも取り入れていた。(2)「自分がどこまでできるか試してみたい」「今まで沢山のことを諦めてきたが、今回は諦めたくない」と具体的な進路は専門学校通信課程を選択し、イラストレーターとして充実した生活を送っていること。(3)本人が安心して介助を受けるために**「ゆかり検定」**を設けていること。①車いすの段階（押すだけの介助）②トイレの段階（身体介護を受ける状態）③人工呼吸器の段階（生命に係わること故、限定したこと）。人工呼吸器をつけ呼吸に合わせながらマイクを持って発表するゆかりさんだが、自ら作った全訪研東京大会のポスターを掲げながら、己の意思で強く歩んでいる姿、「ゆかり検定」に、やはり障害者が世の中を創っていくのだなと感動した。養護学校在学時に、ゆかりさんに係わった先生方のすばらしい指導・支援も大きい。

発表 2：藤盛康子(千葉県立長生特別支援学校)

「進行性の病気のある子の訪問教育について」

鼻腔経管、気管切開、酸素療法、人工呼吸器等の健康状態にあるＡ君の訪問教育の充実、在宅療養を支えるために、教師がコーディネーターとなり、Ａ君の自宅で支援者会議を開いた。参加者は地域の開業 Dr、訪問看護護師、居宅介護事業所施設長、ヘルパー、福祉入浴サービス責任者、中核地域生活支援センター所長・コーディネーター、保護者、訪問教育担当教師等だった。保護者の苦悩と不安を受け止めて「お母さんを孤独にしてはいけない。」Ａ君の「かあさん！呼吸器をつけたら声がでたよ！うれしいよ。みんなに聞いてもらいたいよ。」と書かれていた。

分科会初めの自己紹介は通学から訪問に担当が変わり不安があること、どのような事を進めていったら良いのか分らないこと等述べる方が多かったが、この発表は訪問教育担当教師の役割を実践を通して示しており、とても力強さを感じた。

発表 3：佐々木佳子、佐山順子、五島敦子

「東部訪問看護事業部における就学支援の取り組み」

「東京都委託在宅重症心身障害児(者)訪問事業」における訪問看護師による就学支援の現状と事例による発表だった。全国で看護師が訪問して就学相談・支援しているところは他にあるのか。（通常、教育委員会の担当者が通園施設等を訪問し、障害のある子を把握し、保護者と連絡を取る。）

事例１．入退院が多いため訪問籍を選択した事例
看護目標：学校情報を共有しスムーズに環境の変化に対応できるように支援する。
母の気持ち：子どもの障害を受け入れる迄は時間がかかった。気が付けば周りには助けてくれる人がたくさんいて、こんなにいろいろな人の手を借りて子育てできるなんて何と幸せなんだろう。

事例２．引きこもり状態の母子への就学支援
看護目標：安定した在宅生活を送る。遊びやマッサージを通して優しくソフトな係りを楽しむ他。
母の変化：就学＝「準備が面倒！（持病のある）私の方が死んじゃう！」「学校なんて行かなくていい」→子どもへの話しかけ優しく「うるさいよっ！」→「どうしたの？」、「ほんとにぃ？」→「ふーん」（疑いから受け入れ）

共同研究者１．佐々木峰子（東部訪問看護事業部）

長生特別支援学校の取り組みに感動。県行政にも報告を。地域の保健医療福祉の計画を作る部署がある。重症障害児の増加。居宅支援者の技術を高めることが必要。千葉では看護師教育。

２．山田章弘（神奈川県肢体不自由児協会）

ヘルパーや施設職員対象の「医療的ケア実務者研修会」を紹介。講義と人形を使って痰の吸引、呼吸介助等の実技演習。「ケアが街にやってきた」本の紹介。医療的ケアをみんなで支えるヒントと心を集めた内容。

⑥地域での生活支援と教育―医療・教育・生活－

■共同研究者報告

佐々木峯子
東京都東部訪問看護事業部

１．第６分科会の参加者は

30 人超の参加者は障害児・者と祖母・父・母、小規模通所施設職員、看護職、介護職、ボランティア、特別支援学校教師と多彩である。また沖縄・九州から四国・中国、東海・北陸、関東、福島の東北地方にわたる広い地域からの参加であった。

参加者の自己紹介では、保護者から「医療ケアがあるとカベが厚い」、「医療ケアのある児は訪問がない」という厳しい実態が紹介された。ケアを提供する支援職種や教師からは、「重症心身障害児・者の通える場が地域にない」、「地域の支援を充実させたい」など地域で活動する職種ならではの資源充実を求める言葉や、「訪問教育を初めて担当して困っていたらこの研究会への参加を勧められた」と、この研究会が次世代の教師・関係者の人材育成の場になっていることが周知できた。

２．レポート報告から

午前は、中学・高校６年間の訪問教育を受けて３年前の３月に卒業し、地域のディサービスを利用しながらフリーイラストレーターとして歩みはじめた当事者の金子ゆかり氏と、担当教師の樫木暢子氏の感動する報告であった。「友達とのつながりを深め、外へ向かう気持ち」を育てることを教育方針とした関わりが、『自分の意見や気持ちをはっきり言わなくちゃ・自分がどこまでやれるか試してみたい・人とつながっていたい』など、本人の精神的な自立への気持ちの高まりを生み出した。教育の素晴らしさを感じた。

午後は、東京都独自の事業である重症心身障害児への訪問看護事業の中で、平成 18 年度から新規に取り組んできた就学支援の事業内容と２事例の報告である。はじめに、佐々木佳子氏から事業内容及び就学支援に関する報告があった。事業対象児は大島分類１～4、2 時間の訪問で、医療的ケアや発達支援、受診援助や留守番看護など多岐にわたる療育全般の支援を行っている。なかでも、就学対象児に対しては、就学に希望を見出せずにいた保護者が学校公開・親子体験入学などを通して家族で話し合いを始め、学校生活のイメージを膨らませていく過程が、保護者へのアンケートをもとに報告された。（別紙参照）

●事例１　東部訪問看護事業部の佐山順子氏

体調の変化が著しく入退院を繰り返している重症心身障害児であるが、家族は通学を強く希望していた。最終的には病状を第一に考え、関係機関と相談して母親の意志で訪問学級を決定した。訪問か通学かと迷う母親の気持ちを大切にしながら支援を続けて、家族と関係者で大きな満足感と達成感を獲得した。

●事例２　東部訪問看護事業部の五島敦子氏

通院とショートステイ以外は自宅で過ごし、引きこもり状態の母子家庭への関わりの報告。重い障害のある子どもの療育、夫婦の不和と離婚、母の体調悪化の中、他人との関係構築が苦手な母は、療育機関やヘルパーなどとトラブルを起こしながらも、何とか生活を安定させ、児の体調も落ち着いてきた。母の気持ちが不安定な時は当事業に不満をもち、一時訪問が途絶えたり再開したりした。児に関しては遊びやマッサージ等の関わりを通して知的発達を促し、感情表現力をつけること、母に対しては性格等を考慮しながら、新たな社会との関わりに道筋をつけることを目標とした。母子ともにほぼ昼夜逆転の生活が定着していたが、母が改善に対して消極的で、規則正しい生活リズムを身に付けることは困難だった。継続的な支援により母の子どもへの態度が優しくなり、就学に向けて積極的に行動し、訪問籍での就学を迎えた。訪問授業時間に、母が眠っていて応対できない日もあるが、母子で学校生活を楽しんでいる。当事業の提供は来年２月で終了となるので、訪問看護ステーションへの移行を計画中。

●事例３　千葉県立長生特別支援学校の藤森康子氏

子どもの状態・変化を充分に理解している担任の先生が中心となり、学校全体で支援した結果、地域社会のネットワークを構築し、QOL の向上に繋がったすばらしい報告であった。

３．障害者が暮らしやすい地域を創る

共同研究者の山田氏は「障害者が地域社会を創る」と話した。学校教育や東部訪問看護事業がその役割を終え、いずれは家族や当事者との関わりがなくなる。地域社会の中で親以外のキーパーソン（地域の保健師や福祉司）との強い関係作りを手助けすること、地域の人・もの・情報をネットワークして障害者が暮らしやすい地域づくりを進めることがとても重要である。

ある方が訪問看護事業終了にあたり「自分は本当に困ってどうしたら良いかわからない状態は乗り越えた。終了になるのは残念だけれど、今そういう状態にあるご家庭のところに行ってあげて下さい」と担当看護師に話して下さった。学校で学んだことや様々な経験、訪問看護での関わりを通して、在宅生活に自信をもち、さらに他人をも思いやれる余裕をもって卒業・終了を迎えられる家族が増えていくことが、地域でともに暮らす人々の QOL 向上にも繋がると考える。

第６分科会「地域での生活支援と教育－医療・教育・生活」

■発表レポート

思い描いた生活

－ぅらの Enjoy お絵描き Life－

金子ゆかり　　樫木暢子
フリーイラストレーター　　東京都立多摩桜の丘学園

１．これまでと今、そしてこれから（樫木暢子）

これまで数回、この研究会で金子さんについて報告をさせていただきました。高等部入学時から、高等部で本校の友だちと交流するようになり、進路について考え、卒業後のアフターケアまでのことを私のことばで伝えてきました。いつかは金子さん自身が自分のことばで語る機会をと考えてきましたが、東京大会という発表の場を与えられ、心から感謝しています。

金子さんと出会ってから考えていたことは、「友だちとつながる」ことでした。中学部時代は年に数回しか外出せず、スクーリングも文化祭などだけでした。高等部入学直前から学校の友だちに興味を持ち始め、その友だちとメール交換が始まりました。次第に直接会いたい気持ちが高まり、学習グループの校外学習や授業にスクーリングするようになりました。友だちがいることで生活に張りが出てきたので、身体状況にあった車いすの作製を勧め、宿泊にも参加できるようになりました。本校の授業には携帯電話型テレビ電話を活用して参加させたり、スクーリングで同じ授業を受けられるよう、訪問授業の内容を工夫したりしました。

生活面では、高等部入学時から担任が地域福祉や病院関係の方と連携をもつようにしました。特に外出や宿泊については訪問看護師を中心にアドバイスをいただきました。自分の体のことや呼吸器のことを人に頼むことへの不安感が強く、新しい人を受け入れやすくなるよう「ゆかり検定」を考えてみました。介助者の限定は生活空間や外出機会の制約につながります。自分が納得した上で介助を受けることで、生活が広がると考えました。また、卒業後の生活を充実させるためにボランティアが必要になると考え、地域の方にボランティア募集のポスターの作り方を教えていただきました。（詳しくは「訪問教育研究第 17 集、18 集」のレポートをご参照ください。）

これらの試みは卒業後すぐには活用されませんでした。ディサービスに通って外出や新しいヘルパーさんに慣れること、専門学校にスクーリングすることなど、今までとは違う生活を経験して見ることから始めたのだと思います。その中でディサービスの卒業があり、専門学校の友だちとのグループ展参加などを経て、卒業後 3 年たって、新たな人を生活に入れることを考え始めたそうです。

卒業後は自分の思いを伝えることが難しい場合もありましたが、在学中に育った自分への自信が山を越えていく原動力になったと思います。その時にいつも大切な友だちがいたこと、そして進学先で新たな友だちを得たこと、好きなことを仕事につなげられたことなどが、自己選択、自己実現を可能にしたのだと思います。

在学中に教員ができることとして、学習指導とともに、自分で学ぶ力、人とつながる力を育てることがあると思います。友だち、そして医療、福祉など地域とのつながりをどう作っていくか、卒業後の様子を聞くたびに「育ちゆく人」を感じます。成長を縦断的に見ていくことはなかなか難しいのですが、これからも気持ちに寄り添うこと、見守ることができれば幸せだと思っています。

２．ぅらの Enjoy お絵描き Life（金子ゆかり）

初めまして。私は生まれつき筋力が低下してしまう進行性の病気で、小６の頃に２４時間人工呼吸器の鼻マスクを着けて寝たままの生活になりました。

小学校までは歩行器や車椅子を使いながら、家から学校が近かった事や先生方や友達の協力もあり、普通校に毎日通学していました。ですが、中学へ上がる時に呼吸器を着けての通学は保護

者が付いていないと難しいので、訪問教育が受けられる養護学校の訪問生として入学しました。
今日は私が中学から高校と訪問生をしていて思っていた事や心境の変化、卒業後の生活やこれからの目標の事等を話していきたいと思います。

訪問教育を始めたばかりの中学生活は、一緒の学校へ行けると思っていた友達との別れ、呼吸器にもまだ慣れてなくて体調も崩しやすく入退院を繰り返し心身共に不安定でした。そんな中、週に何回か養護学校の先生と訪問看護師さんが交互に来るばかりで、楽しくもなくて学校の行事にも興味が湧かず、家族との団欒と小学からの友達との文通を楽しみに過ごす毎日でした。

無理な事はわかってるけどやっぱり普通校に行きたかった。皆と一緒に勉強したかった。と思い悔やみながら１年が経ちました。２年生になり、担任の先生が変わったら授業内容もがらりと変わり、勉強という勉強はほとんどしないでお互いの事を話したり、好きな料理等をする機会が増えました。

呼吸器での外出は怖いのでなるべく控えていたのですが、先生の説得もあり年に１、２回は家族でお出かけするようになりました。そんな生活をしていると、ふと『勉強しなくて良いのかなぁ』と少し悩んだりしたのですが、料理等の授業は特に楽しかったし特に不満はなかったのでそのまま２年生、３年生とのんびりと過ごしていました。ですが、楽しくはなってきたけど養護学校に対しての興味は相変わらず湧かず、同じ学年の子の話をされても特に何も思いませんでした。

そんな時に、先生から絵を描く事が好きな先輩が高等部の１年にいるという話を聞き、私も絵を描く事が大好きなのでその先輩の話を聞く度に『どんな人なんだろう？』と気になり出し、お見合いのような形で学校の行事の時に初めて会いました。先輩と向き合ってお互い恥ずかしくて一言も話せなかったけど、この学校で初めて友達が出来ました。友達と言ってもまだ絵描きとして一方的にライバル視していて、話す内容も見つからずほとんどメールはしていませんでしたが、学校に知ってる友達がいると思うと少し嬉しくて、先輩の様子を聞いていくうちに学校に対して興味が湧いてきました。

そして高等部へ上がりました。先輩とは学年は１つ違いますが、同じ高等部なので一緒のグループになり授業内容も同じ問題をやりました。中学の頃にほとんど勉強をしてなかったので、ついていくのがいっぱいいっぱいでしたが、先輩と同じ授業内容なのでメールでわからないところを教え合ったりして、気がつけば毎日メールをし合っていた気がします。授業によってはテレビ電話を使って一緒に授業を受ける事もあって、先輩以外のグループの人達とも交流するようになり、どんどん世界が広がっていきました。

勉強に追われながら慌ただしく２年になり、電動車椅子からフラット式で手動の現在の車椅子に作り直しました。保護者付きじゃないと呼吸器を着けてのスクーリングは難しいと言われていましたが、呼吸器は私の自己管理と言う事で学校内であれば、親が付き添っていなくてもスクーリングしても良い事になりました。車椅子を作り直した事で体への負担が減って外出がしやすくなり、年に２、３回の外出が月に２、３回に変わりました。スクーリングや友達とカラオケ、映画、お買い物等と１年前では考えられないくらい私の生活は充実していきました。

普通の学生さんってきっとこんな感じなんだろうなぁ。なんて、自分が思い描いてた普通の学生さんにぐっと近づいた気がして、その事がすごく嬉しくて勉強や行事等で色々大変でしたが毎日が楽しかったです。

楽しい高校生活でしたが卒業後の事も考えていかなくてはなりません。先輩は進路先を大学に進学する事を決めていて、その話を聞いてようやく自分の進路について真剣に考えるようになりました。私は絵のお仕事をしたいとずっと思っていたけど進学するって発想は全くなくて、卒業したらひたすら家で絵を描いて投稿していくのかなぁ。と、絵のお仕事をするにはそういう道しかないと思っていたので先輩の決断に衝撃を受けました。悩んだ結果、私も進学する事にしました。通うのは難しいけど通信制で絵を学べる専門学校をネットで探したり、１年かけて両親を説得しました。先輩が進学したからってわけじゃなく、そんな選択もあったのか。と自分を試したくなったんです。人との出逢いでの世界の広がりで、こんなにも変われるんだって事をこの高校生活で

学びました。なので、もっと色々な人達と出逢って刺激を受けて世界を広げていきたい、その中で自分の位置を知りたい、と思ったんです。

進路が決まり卒業に向けて卒業後の生活への準備が始まりました。樫木先生は卒業後に私の外出する機会がなくならないよう、週１で通所が出来るデイサービスを紹介してくれました。
あと外出時の介助者を増やすために、地域生活の支援をしている団体の障害者の方がボランティア募集のポスターの作り方を教えてくれました。私も卒業したらもう先生達に甘えちゃいけないんだと強く自立を意識していました。

卒業後、家で絵を描きながらしばらくは紹介されたデイサービスに、自立を目標にして週に１回通所していましたが、数人のスタッフの方々が入れかわり立ちかわり変わるので、呼吸器の操作やトラブル等が起きた時の対応の事で不安感がつのり、その他様々な理由がありデイサービスを休みがちになりました。ですがずっとひきこもっているわけではなく、代わりに自分で兄やヘルパーさんに外出の付き添いを頼み、計画して友達と出掛けたり、専門学校へスクーリングに行ったりする事が出来るようになりました。外出の予定の立て方を掴めてきたところで自分にはこの生活の方が向いていると考え、思い切ってデイサービスへの通所を止めました。

専門学校での様子ですが、私は自分から話し掛けたり出来ないので専門学校の友達が出来るのか不安でした。けど同じ志を持つ人達の集まりなので、スクーリングをした時に絵を通じてすぐに仲良くなりました。それがキッカケでグループ展に毎年参加させてもらったり、家に遊びに来てくれたりしてまた世界が広がりました。しかし専門学校のグループ展の時以外はゲームやマンガ等とダラダラ過ごしてしまい、絵が描きたいと思いながらも怠けていました。

ですが現在は月３、４回と外出の回数をキープしながら、友達と交流しつつ絵を中心とした毎日を楽しく送っています。そのキッカケをくれたのはネットで色々な障害を持ってるけど、自立してバリバリ働いてる方々との出会いです。その中にイラストレーターさんもいて、とても影響を受け『自分が動き出せば夢は叶うんだ！』と、漠然としていた目標が一気に具体的な目標に変わりました。今までは機会が来るのをずっと待っているだけでしたが、もっと積極的に自分から飛び込まなくちゃダメなんだと思い、先輩とイラストサイトを立ち上げて専門学校以外のグループ展等に参加したりしています。

そしてもっと沢山絵を描くには体調管理も大切で、少しでも身体の負担を減らせるようマッサージの時間を増やしてもらったり、腕が疲れないように福祉センターの方に相談して器具を作ってもらったり、色々な方から情報をもらいながら自分なりに工夫しています。

あと家族の介助だけではなかなか自分のペースで絵が描けない環境なので、介助の方も必要だと思い卒業前に樫木先生と作成したボランティア募集のポスターを作り直して、色んな所に配ったりして活動的に宣伝してます。
ボランティアの方はなかなか見つからなくて落ち込んだり焦ったりしますが、最近では絵のお仕事も頂いたりしてとても充実した幸せな日々を送っていると思います。

＜参考文献＞

○訪問教育研究第 17 集「在宅訪問（教科）生の社会性の広がり～進路指導と気持ちの変化～」（2004）
○訪問教育研究第 18 集「教科訪問生の進路指導とアフターケア」（2005）
○肢体不自由教育：「家庭から学校へ、そして社会へ―在宅療養児の自己実現と社会参加に向けての取り組み―」（2006）

⑦「保護者とともに訪問教育を考える」分科会

■共同研究者のまとめ

中村治子

横浜障害者サポートセンター　ぽれぽれ

１．はじめに

久しぶりに現役の保護者の参加が７名あった。（内父１名、祖母１名）初代会長の音氏、前会長の紺野氏も参加。先生の参加は司会、記録を含めて４人。総勢出入りを含め 17,8 名。レポートは出ず、レポートのない分科会を参加者が満足できる充実した内容にするために、司会の小松先生と２人で精根尽き果てる奮闘をした。(漫才コンビのようで面白かったと沖縄の城間さん）司会を役員の小松先生が担当し、私は共同研究者に徹した。

２．内容

①自己紹介の中から

一人ひとりの状況をリアルに、解決したいことを具体的にするという目的で必ず行っている丁寧な自己紹介。昨年は訪問１年生で悩みを抱えた若い先生が笑顔で帰れる事を目標の１つにして分科会が運営された（今年はその先生は笑顔で他の分科会へ)。今年は呼吸器の生徒がスクーリングできない状況（山梨）を中心に解決方法をみんなで考えることを１つの目標にした。

＊呼吸器をつけている子がスクーリングできない（山梨、長野）

＊気管切開からの吸引、胃ろうからの注入など自分で行っている小学生。校外学習や宿泊時に親の同行が必要。校長により対応が変わる(岡山)

＊小学校の時は修学旅行に自費で Ns を付けたが中学校では学校で対応してもらいたい（岡山）

＊色々な制度が学校でも生活の場面でも出来てきて、今は母親も働けている。卒後も週 5 日は生活介護、1 日は重心 B 型で送迎もありヘルパー利用で、豊かな生活が保障されている（沖縄）

＊呼吸器を付けており、昨年まではスクーリングできずレスパイトの場が無かったが県と粘り強く話し合い、スクーリング 12 回、県の公立病院が緊急一時受入れを始める等改善されてきている（香川）

＊病院立替え時に訪問教室を作る事を約束(鳥取)

②問題を解決するためには

各学校や地域で様々な問題があり解決がせまられている。どのように解決していくのか、親の熱い思いとか先生の思いは当然必要だが、それだけでは不十分である。13 年間の親の会の活動の到達点、及び研究会の 20 年にわたる研究の成果と到達点をきちんと踏まえた上で何をどこにどのように伝え解決していくのかという構えが必要である。今年の大会の基調報告はその指針となるもので、これを深く正確に捉えることが、親の会にとっても重要である。分科会ではこの基調報告の内容を親の会の取り組みと絡めて解説した。大きくいって６点の成果と、課題として格差（学校毎、地域毎）をどうするかの内容である。格差をどうするかということを午後の話し合いの柱につなげた。

③格差をどうするか

高等部実現、授業時数やスクーリングの実施、修学旅行や医療的ケア実施による教育内容の充実など確実に前進している。前進が故の格差をどうするか。成果をバネに各地、各学校の取り組みを進めるしかない。そのために閉店もしくは開店休業の親の会を立て直していく。これは研究会の各地域での会合を作っていく課題と同じである。

④障害者自立支援法について

これほどまでに成立時から批判が多く何回も変更を余儀なくなくされた施策は今までにない。７月にも変更された。変更点は主に２点。１点は利用料の月上限額の引き下げと、もう１点は利用料の算定基準を従来の世帯単位ではなく個人単位にした点である。18 歳以上の障害者には朗報である。

３．今後の課題

①親の会

同じ学校、近くの人、各地毎の親の会を作り直す。現在大きな共通の旗は無いが、情報交換をし、ぐちを言い合い、解決のためにともかく集まる。点と点を繋ぎ、それを集めて線にし、線と線で面を作っていくしかない。その努力を親ならではの力で行っていくことが重要である。

②研究会

各ブロック毎の研究会をつくることを研究会として追及している。この取り組みは親の会の作り直しの取り組みとリンクするはずである。

③分科会

「保護者とともに訪問教育を考える」分科会の発展的解消を提案する。先生と親が共に考える事は現在どの分科会でも必要である。全ての分科会に保護者が参加することを位置付けた分科会の運営こそ、今大会の基調報告を活かす道である。検討を期待する。

Ⅱ　訪問教育研究資料

1　平成19年度　特別支援学校訪問学級実施状況調査結果（平成19年5月1日現在）

文部科学省が 2007（平成 19）年５月１日現在で集計した「平成１９年度　特別支援学校訪問学級実施状況調査結果」から一部抜粋して掲載します。

（全文は次のホームページ　http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/016.htm）

	訪問教育実施学校数(校)	訪問教育対象者の内訳											
		自　宅（名）						施　設　等（名）					
		小学部	中学部	高等部①	高等部②	高等部計	合計	小学部	中学部	高等部①	高等部②	高等部計	合計
	校	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
01北海道	25	60	26	2	23	25	111	52	11	49	29	78	141
	44.60%	23.80%	10.30%	0.80%	9.10%	9.90%	44.00%	20.60%	4.40%	19.40%	11.50%	31.00%	56.00%
02青森県	7	24	7	0	7	7	38	9	3	11	1	12	24
	36.80%	38.70%	11.30%	--	11.30%	11.30%	61.30%	14.50%	4.80%	17.70%	1.60%	19.40%	38.70%
03岩手県	9	12	5	0	3	3	20	14	4	10	4	14	32
	52.90%	23.10%	9.60%	--	5.80%	5.80%	38.50%	26.90%	7.70%	19.20%	7.70%	26.90%	61.50%
04宮城県	9	14	4	0	7	7	25	8	1	0	4	4	13
	47.40%	36.80%	10.50%	--	18.40%	18.40%	65.80%	21.10%	2.60%	--	10.50%	10.50%	34.20%
05秋田県	6	8	6	0	3	3	17	3	3	4	4	8	14
	50.00%	25.80%	19.40%	--	9.70%	9.70%	54.80%	9.70%	9.70%	12.90%	12.90%	25.80%	45.20%
06山形県	4	14	3	0	5	5	22	3	3	3	14	17	23
	40.00%	31.10%	6.70%	--	11.10%	11.10%	48.90%	6.70%	6.70%	6.70%	31.10%	37.80%	51.10%
07福島県	7	16	5	0	12	12	33	1	4	7	2	9	14
	31.80%	34.00%	10.60%	--	25.50%	25.50%	70.20%	2.10%	8.50%	14.90%	4.30%	19.10%	29.80%
08茨城県	13	27	10	0	8	8	45	32	19	3	11	14	65
	61.90%	24.50%	9.10%	--	7.30%	7.30%	40.90%	29.10%	17.30%	2.70%	10.00%	12.70%	59.10%
09栃木県	7	15	6	0	6	6	27	11	5	0	0	0	16
	50.00%	34.90%	14.00%	--	14.00%	14.00%	62.80%	25.60%	11.60%	--	--	--	37.20%
10群馬県	9	7	4	0	4	4	15	9	7	0	9	9	25
	37.50%	17.50%	10.00%	--	10.00%	10.00%	37.50%	22.50%	17.50%	--	22.50%	22.50%	62.50%
11埼玉県	10	30	4	0	8	8	42	25	23	0	6	6	54
	30.30%	31.30%	4.20%	--	8.30%	8.30%	43.80%	26.00%	24.00%	--	6.30%	6.30%	56.30%
12千葉県	22	29	16	0	13	13	58	12	7	0	9	9	28
	66.70%	33.70%	18.60%	--	15.10%	15.10%	67.40%	14.00%	8.10%	--	10.50%	10.50%	32.60%
13東京都	17	69	42	0	31	31	142	61	25	0	21	21	107
	28.80%	27.70%	16.90%	--	12.40%	12.40%	57.00%	24.50%	10.00%	--	8.40%	8.40%	43.00%
14神奈川県	12	24	12	0	9	9	45	56	45	0	11	11	112
	44.40%	15.30%	7.60%	--	5.70%	5.70%	28.70%	35.70%	28.70%	--	7.00%	7.00%	71.30%
15新潟県	11	11	6	0	5	5	22	8	4	0	8	8	20
	42.30%	26.20%	14.30%	--	11.90%	11.90%	52.40%	19.00%	9.50%	--	19.00%	19.00%	47.60%
16富山県	4	5	0	0	3	3	8	15	3	0	8	8	26
	30.80%	14.70%	--	--	8.80%	8.80%	23.50%	44.10%	8.80%	--	23.50%	23.50%	76.50%
17石川県	4	5	3	0	3	3	11	0	0	0	0	0	0
	30.80%	45.50%	27.30%	--	27.30%	27.30%	100.00%	--	--	--	--	--	--
18福井県	7	0	0	0	0	0	0	4	0	0	6	6	10
	63.60%	--	--	--	--	--	--	40.00%	--	--	60.00%	60.00%	100.00%
19山梨県	3	4	2	0	4	4	10	7	0	1	1	2	9
	27.30%	21.10%	10.50%	--	21.10%	21.10%	52.60%	36.80%	--	5.30%	5.30%	10.50%	47.40%
20長野県	13	25	6	6	7	13	44	15	2	38	3	41	58
	72.20%	24.50%	5.90%	5.90%	6.90%	12.70%	43.10%	14.70%	2.00%	37.30%	2.90%	40.20%	56.90%
21岐阜県	5	10	8	0	9	9	27	4	3	0	1	1	8
	35.70%	28.60%	22.90%	--	25.70%	25.70%	77.10%	11.40%	8.60%	--	2.90%	2.90%	22.90%
22静岡県	8	29	4	0	3	3	36	37	25	0	10	10	72
	30.80%	26.90%	3.70%	--	2.80%	2.80%	33.30%	34.30%	23.10%	--	9.30%	9.30%	66.70%
23愛知県	11	41	14	0	24	24	79	6	15	0	0	0	21
	42.30%	41.00%	14.00%	--	24.00%	24.00%	79.00%	6.00%	15.00%	--	--	--	21.00%
24三重県	5	5	2	0	9	9	16	14	8	0	4	4	26
	35.70%	11.90%	4.80%	--	21.40%	21.40%	38.10%	33.30%	19.00%	--	9.50%	9.50%	61.90%
25滋賀県	4	8	2	0	1	1	11	0	0	0	0	0	0
	28.60%	72.70%	18.20%	--	9.10%	9.10%	100.00%	--	--	--	--	--	--
26京都府	5	5	3	0	5	5	13	0	0	0	0	0	0
	50.00%	38.50%	23.10%	--	38.50%	38.50%	100.00%	--	--	--	--	--	--
27大阪府	10	29	1	0	14	14	44	35	14	0	12	12	61
	40.00%	27.60%	1.00%	--	13.30%	13.30%	41.90%	33.30%	13.30%	--	11.40%	11.40%	58.10%
28兵庫県	10	11	9	0	8	8	28	17	26	40	27	67	110
	24.40%	8.00%	6.50%	--	5.80%	5.80%	20.30%	12.30%	18.80%	29.00%	19.60%	48.60%	79.70%
29奈良県	2	5	2	0	1	1	8	6	0	3	3	6	12
	20.00%	25.00%	10.00%	--	5.00%	5.00%	40.00%	30.00%	--	15.00%	15.00%	30.00%	60.00%
30和歌山県	6	13	3	0	3	3	19	0	0	0	0	0	0
	60.00%	68.40%	15.80%	--	15.80%	15.80%	100.00%	--	--	--	--	--	--
31鳥取県	2	4	5	0	0	0	9	1	3	6	4	10	14
	25.00%	17.40%	21.70%	--	--	--	39.10%	4.30%	13.00%	26.10%	17.40%	43.50%	60.90%
32島根県	6	3	2	0	3	3	8	4	1	0	1	1	6
	50.00%	21.40%	14.30%	--	21.40%	21.40%	57.10%	28.60%	7.10%	--	7.10%	7.10%	42.90%

	訪問教育実施学校数（校）	訪問教育対象者の内訳											
		自宅（名）						施設等（名）					
		小学部	中学部	高等部①	高等部②	高等部計	合計	小学部	中学部	高等部①	高等部②	高等部計	合計
	校	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名	名
33岡山県	8	10	9	0	12	12	31	6	2	3	3	6	14
	61.50%	22.20%	20.00%	--	26.70%	26.70%	68.90%	13.30%	4.40%	6.70%	6.70%	13.30%	31.10%
34広島県	5	10	3	0	1	1	14	4	3	0	2	2	9
	31.30%	43.50%	13.00%	--	4.30%	4.30%	60.90%	17.40%	13.00%	--	8.70%	8.70%	39.10%
35山口県	7	9	4	0	0	0	13	5	3	31	5	36	44
	58.30%	15.80%	7.00%	--	--	--	22.80%	8.80%	5.30%	54.40%	8.80%	63.20%	77.20%
36徳島県	3	6	2	0	3	3	11	1	1	0	1	1	3
	33.30%	42.90%	14.30%	--	21.40%	21.40%	78.60%	7.10%	7.10%	--	7.10%	7.10%	21.40%
37香川県	5	5	0	0	2	2	7	8	7	0	3	3	18
	62.50%	20.00%	--	--	8.00%	8.00%	28.00%	32.00%	28.00%	--	12.00%	12.00%	72.00%
38愛媛県	3	26	8	0	11	11	45	4	3	0	4	4	11
	25.00%	46.40%	14.30%	--	19.60%	19.60%	80.40%	7.10%	5.40%	--	7.10%	7.10%	19.60%
39高知県	4	8	2	0	3	3	13	0	0	0	1	1	1
	30.80%	57.10%	14.30%	--	21.40%	21.40%	92.90%	--	--	--	7.10%	7.10%	7.10%
40福岡県	12	33	8	1	11	12	53	26	11	16	13	29	66
	48.00%	27.70%	6.70%	0.80%	9.20%	10.10%	44.50%	21.80%	9.20%	13.40%	10.90%	24.40%	55.50%
41佐賀県	6	1	4	0	2	2	7	7	5	0	11	11	23
	75.00%	3.30%	13.30%	--	6.70%	6.70%	23.30%	23.30%	16.70%	--	36.70%	36.70%	76.70%
42長崎県	6	13	7	0	10	10	30	0	2	0	13	13	15
	40.00%	28.90%	15.60%	--	22.20%	22.20%	66.70%	--	4.40%	--	28.90%	28.90%	33.30%
43熊本県	7	6	6	0	5	5	17	5	1	0	7	7	13
	41.20%	20.00%	20.00%	--	16.70%	16.70%	56.70%	16.70%	3.30%	--	23.30%	23.30%	43.30%
44大分県	7	9	3	4	1	5	17	0	1	8	6	14	15
	46.70%	28.10%	9.40%	12.50%	3.10%	15.60%	53.10%	--	3.10%	25.00%	18.80%	43.80%	46.90%
45宮崎県	8	5	6	0	6	6	17	14	30	0	11	11	55
	57.10%	6.90%	8.30%	--	8.30%	8.30%	23.60%	19.40%	41.70%	--	15.30%	15.30%	76.40%
46鹿児島県	13	15	14	0	12	12	41	24	37	0	13	13	74
	86.70%	13.00%	12.20%	--	10.40%	10.40%	35.70%	20.90%	32.20%	--	11.30%	11.30%	64.30%
47沖縄県	7	11	4	0	5	5	20	10	7	7	0	7	24
	43.80%	25.00%	9.10%	--	11.40%	11.40%	45.50%	22.70%	15.90%	15.90%	--	15.90%	54.50%
53さいたま市	1	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	1
	100.00%	75.00%	--	--	--	--	75.00%	25.00%	--	--	--	--	25.00%
54千葉市	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	4
	100.00%	--	--	--	--	--	--	25.00%	50.00%	--	25.00%	25.00%	100.00%
55川崎市	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	33.30%	--	100.00%	--	--	--	100.00%	--	--	--	--	--	--
56横浜市	6	17	2	0	6	6	25	2	0	0	0	0	2
	50.00%	63.00%	7.40%	--	22.20%	22.20%	92.60%	7.40%	--	--	--	--	7.40%
60名古屋市	2	9	1	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0
	50.00%	90.00%	10.00%	--	--	--	100.00%	--	--	--	--	--	--
61京都市	5	8	3	0	2	2	13	12	5	0	0	0	17
	71.40%	26.70%	10.00%	--	6.70%	6.70%	43.30%	40.00%	16.70%	--	--	--	56.70%
62大阪市	3	5	2	0	5	5	12	6	2	0	0	0	8
	30.00%	25.00%	10.00%	--	25.00%	25.00%	60.00%	30.00%	10.00%	--	--	--	40.00%
64神戸市	2	2	2	0	0	0	4	16	11	1	7	8	35
	33.30%	5.10%	5.10%	--	--	--	10.30%	41.00%	28.20%	2.60%	17.90%	20.50%	89.70%
65広島市	1	1	2	0	3	3	6	0	0	0	0	0	0
	100.00%	16.70%	33.30%	--	50.00%	50.00%	100.00%	--	--	--	--	--	--
66北九州市	4	9	4	0	4	4	17	10	1	6	0	6	17
	44.40%	26.50%	11.80%	--	11.80%	11.80%	50.00%	29.40%	2.90%	17.60%	--	17.60%	50.00%
67福岡市	5	10	5	0	3	3	18	7	2	4	3	7	16
	62.50%	29.40%	14.70%	--	8.80%	8.80%	52.90%	20.60%	5.90%	11.80%	8.80%	20.60%	47.10%
合計	406	793	324	13	348	361	1,478	638	400	251	317	568	1,606
	42.80%	25.70%	10.50%	0.40%	11.30%	11.70%	47.90%	20.70%	13.00%	8.10%	10.30%	18.40%	52.10%

※「障害種別学校数」について、複数の障害に対応している学校はそれぞれの障害種別にカウントしている。

※千葉県では、小中学部を合わせて訪問学級を設置している。学部別学校数・実施学級数の小中学部の合計には千葉県の分は含まれていない。実施学級数の合計には含まれている。

※「--」は該当なしを示す。

※政令指定都市のうち、訪問学級の設置がない札幌市、仙台市、新潟市、静岡市、浜松市、堺市のデータは除いた。

２　平成 19 年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査（平成19年5月1日現在）

文部科学省が 2007（平成 19）年 5 月 1 日現在で集計した「平成 19 年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査」から一部抜粋して掲載します。
（全文は次のホームページ　http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/016.htm）

（１）全域における対象幼児児童生徒数

区分	在学者数（名）	医療的ケアが必要な幼児児童生徒数（名）				
		幼稚部	小学部	中学部	高等部	合計(割合%)
通学籍	99,901	42	2,267	1,064	1,124	4,497(4.5%)
訪問教育（家庭）	1,466	1	534	203	196	934(63.7%)
訪問教育（施設）	810	0	115	50	159	324(40.4%)
訪問教育（病院）	1,004	0	161	81	139	381(37.9%)
合計 割合	103,181	43 0.7%	3,077 50.1%	1,398 22.8%	1,618 26.4%	6,136(5.9%) 100.0%

（２）行為別対象幼児児童生徒数

医療的ケア項目		（名）
栄養	●経管栄養（鼻腔に留置されている管からの注入）	2,273
	●経管栄養（胃ろう）	1,340
	●経管栄養（腸ろう）	87
	経管栄養（口腔ネラトン法）	115
	ＩＶＨ中心静脈栄養	31
呼吸	●口腔・鼻腔（咽頭より手前まで）	2,349
	口腔・鼻腔（咽頭より奥の気道）	1,521
	経鼻咽頭エアウェイ内	122
	気管切開部（気管カニューレより）	1,366
	気管切開部の衛生管理	1,277
	ネブライザー等による薬液（気管支拡張剤）の吸入	1,324
	経鼻咽頭エアウェイの装着	146
	酸素療法	762
	人工呼吸器の使用	523
排泄	導尿（介助）	334
その他		756
合計（延人数）		14,327
医療的ケアが必要な幼児児童生徒数		6,136
在学者数（全域の総数）		103,181

※●は教員が行うことが容認されている医療的ケア項目である。

3　学校保健法等の一部を改正する法律

「学校保健法等の一部を改正する法律」要旨

（平成 20 年 6 月 11 日参議院本会議にて可決・成立）

本法律案の主な内容は次のとおり。

一、学校保健法の一部改正

１ 法律の題名を「学校保健安全法」に改め、学校保健及び学校安全に係る国等の責務を規定すること。

２ 文部科学大臣は、学校環境衛生基準を定めるものとし、学校においては、当該基準に照らして適切な環境の維持に努めなければならないものとすること。

３ 養護教諭その他の職員は、連携して児童生徒等の心身の状況を把握し、必要な指導等を行うものとし、学校で健康相談、保健指導等を行う際には、地域の医療機関等との連携に努めるものとすること。

４ 学校においては、児童生徒等の安全の確保を図るため、施設設備の安全点検、児童生徒等への通学を含めた学校生活等の安全に関する指導等について、学校安全計画を策定し、実施しなければならないこととするとともに、危険等発生時の対処要領を作成し、事故等により児童生徒等に危害が生じた場合、当該児童生徒等及び関係者の心身の健康の回復のため、必要な支援を行うものとすること。また、保護者、地域の警察署、安全確保活動を行う団体、住民等との連携に努めるものとすること。

二、学校給食法の一部改正

１ 学校給食の目標について、食育の推進の観点を踏まえたものに改めること。

２ 文部科学大臣は、学校給食実施基準及び学校給食衛生管理基準を定めるものとし、義務教育諸学校の設置者は、当該基準に照らして適切な学校給食の実施及び衛生管理に努めるものとすること。

３ 栄養教諭は、児童生徒が健全な食生活を自ら営むことができる知識及び態度を養うため、学校給食を活用した食に関する実践的な指導を行うものとし、この場合において、校長は、学校給食と関連付けつつ食に関する指導の全体的な計画の作成等の措置を講ずるものとすること。

三、この法律は、平成二十一年四月一日から施行すること。

なお、本法律案については、衆議院において、学校保健及び学校安全に係る国及び地方公共団体の責務に財政上の措置及び学校安全の推進に関する計画の策定等を追加すること、学校の適切な環境の維持を学校設置者の責務とすること、学校における地域の医療機関等との連携に努める場面に救急処置を加えること、学校安全に関する学校設置者の責務の範囲を学校施設内に限定しないこと等の修正がなされた。

学校保健法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議　平成二十年六月十日　参議院文教科学委員会

政府及び関係者は、本法の施行に当たり、次の事項について特段の配慮をすべきである。

１．近年、養護教諭に求められる、学校内外の連携を図るコーディネーター的役割や保健教育の推進、特別支援教育への対応等、その役割の増加にかんがみ、養護教諭の未配置校の解消・複数配置の拡充や退職養護教諭の活用の推進等、学校保健を支える人的資源及び学校における救急処置、健康相談又は保健指導を行うための保健室の施設設備など物的資源の一層の充実を図ること。

２．多様化・複雑化した子どもの健康上の課題への適切な対応が可能となるよう、養護教諭に対する研修及び教員養成段階における教育内容の充実を図ること。

３．学校保健の重要性に対する教職員の意識向上を図り、子どもの健康上の課題に学校全体で取り組む体制を整備するため、大学等における教員養成課程をはじめとして、現職教員研修、とりわけ管理職研修において、学校保健に係る知識や指導方法を習得するカリキュラムの一層の充実を図ること。

４．「学校環境衛生基準」の作成に当たっては、子どもにとって安全で快適な教育環境が確保されるよう、その完全実施に向けて万全を期すこと。

５．学校安全対策の実施に当たっては、学校、関係行政機関、児童生徒等の保護者、地域住民その他の多様な主体の連携が確保されるようにするほか、地域の特性、学校の規模、教職員の体制その他の学校の実情並びに児童生徒等の年齢及び心身の状況について適切な配慮を行うとともに、障がいを有する児童生徒等について合理的な配慮を行うこと。

６．各学校や学校の設置者が学校安全対策を円滑に実施することができるよう、財政的な措置を含めた支援を行うこと。

７．学校安全対策の実施に当たっては、学校安全に関する計画の策定等関係省庁が相互に連携を図り、施策の総合的な推進を図ること。また、地方公共団体において学校安全に関する計画の策定等関係機関の連携による施策の総合的な推進を図るため、必要な情報提供、指導助言に努めること。

８．各学校において、通学を含めた学校生活その他の日常生活における安全に関する指導が的確に実施されるよう、関係省庁の連携を充実させるとともに、各学校における実践的な事例の収集及びその提供その他の必要な支援に努めること。

９．各学校における学校安全対策が的確かつ円滑に行われるよう、専ら学校安全対策に従事する者、スクールガード・リーダー等の配置の充実等人的体制の整備を行うこと。

10．学校安全対策の推進に当たっては、各学校における取組の情報収集とその提供、学校安全対策に従事する者及び関係教職員の資質向上のための研修実施とその支援、必要な調査研究とその成果の普及に努めるとともに、学校安全対策の重要性について広く国民の理解を深めるよう、必要な措置を講ずること。

11．放課後子どもプランの実施等学校における多様な教育活動の実践を踏まえ、学校において事故等により児童生徒等が被害に遭った場合の救済のため、共済給付の制度の充実その他の学校安全に係る被害救済のために必要な措置を講ずるよう努めること。

12．学校における栄養教諭の役割が明確になることから、学校給食未実施校を含めた全国の義務教育諸学校等において、栄養教諭を中心とした食に関する指導が受けられるよう、栄養教諭等の定数改善を行うことを含め、計画を策定するなど着実に必要な配置を図ること。また、現行の学校栄養職員が栄養教諭免許状を取得するための認定講習の実施等、引き続き、その円滑な移行を図るための支援を充実し、栄養教諭制度の定着を図ること。

13．「学校給食実施基準」の作成に当たっては、給食内容について、学校給食を実施する地方自治体の創意工夫が生かされるよう十分配慮すること。

14．「学校給食衛生管理基準」の作成に当たっては、食中毒事例等の十分な検証と再発防止策を徹底し、
その完全実施を図るとともに、食品の安全性の確保が喫緊の課題となっていることにかんがみ、学校給食食材の安全性の確保に万全を期すこと。

15．食育推進を明確にした学校給食の目的及び目標を十分に周知することにより、改めて学校給食を実施する意義について、保護者等関係者の理解を深め、給食費未納問題等の解決に努めること。

16．本改正案の趣旨を十分周知するとともに、各学校における学校保健及び学校安全に係る取組が

校長の適切なリーダーシップの下に行われるよう環境整備に努めること。

17. 十七、各学校の設置者は、学校の環境衛生及び安全の確保、学校給食の実施及び衛生管理に当たり、当該学校の施設設備等について、適正を欠き又は支障があると認められる事項があり、当該学校長の申出がなされた場合、速やかに、明確な対応策を示すこと。

18. 新型インフルエンザ等国家的規模での緊急かつ総合的な対策が求められる課題について、学校における児童生徒等の健康と安全確保の観点から、速やかに、講ずべき具体的な措置を検討すること。

19. 公立学校施設の耐震化の一層の促進を図ること。特に、危険度の高い建物について、早急な耐震補強工事等の実施を促すとともに必要な支援を行うこと。

右決議する。

4　障害のある人に対する福祉と医療に関する資料

4-1　国会における質疑

第 68 回国会　衆議院厚生労働委員会-12 号
平成 19 年 12 月 12 日

○高鳥委員　ありがとうございます。これも引き続き努力をしていただきたいと思います。

次に、ちょっと視点を変えまして、看護師の派遣制度についてお伺いをいたします。

看護師の派遣制度というのは在宅訪問を原則としておりまして、通所施設や事業所への訪問看護は対象になっておりません。経管栄養、たんの吸引、導尿等、医療的ケアが必要な障害者は、就労支援の通所施設は現在利用できないのが実情であります。

自立支援法は、障害者が住みなれた地域でその人が望む自分らしい生活を実現することを理念といたしております。通所施設で医療的ケアが必要な人への対応を今後どうしていくのか、お聞かせください。

○中村（吉）政府参考人　お答えいたします。

生活介護や自立訓練など医療的なケアを必要とする方々が利用すると想定されているサービスにつきましては、事業者の指定基準におきまして、看護師の配置を求めているところでございます。

御指摘のございました就労支援に係るサービスにつきましては、基本的に通所による就労が可能な方の利用を想定しておりますことから、指定基準上、看護師の配置を求めておりませんけれども、利用者の病状の急変に備えるため、事業者の指定基準において、あらかじめ協力医療機関を定めておかなければならないこととするなど、医療機関との連携を求めているところでございます。

また、本年度の障害者自立支援調査プロジェクトといたしまして、日常介護を要する在宅障害者が通勤して働くようになるためのモデル事業を実施しておりまして、障害者の方が通勤して働くために必要な支援につきまして、調査研究を行っておるところでございます。

医療的なケアが必要な障害者の方々の支援は大変重要であると認識しておりまして、今後、これらの施策を活用しながら、どのような対応が可能か検討してまいりたいと考えております。

4-2　障害児支援の見直しに関する検討会報告書の概要

2008 年 7 月 22 日、厚労省の「障害児支援の見直しに関する検討会」が報告書をまとめました。子どもを「心身ともに健全に育つ権利を保障されるべきもの」と位置付け、障害者自立支援法の施行、発達障害者支援法施行、改正学校教育法施行などの障害児を取り巻く環境が変化したことを受け、障害児支援施策全般の見直しと今後のあるべき姿について検討が行われました。その概要を掲載します。

（全文は次のホームページ　http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/s0722-5.html）

障害児支援の見直しに関する検討会報告書の概要

見直しの４つの基本的視点
（１）子どもの将来の自立に向けた発達支援
（２）子どものライフステージに応じた一貫した支援
（３）家族を含めたトータルな支援
（４）できるだけ子ども・家族にとって身近な地域における支援

１．障害の早期発見・早期対応策
○ 医療機関（産科、小児科等）、母子保健、障害児の専門機関等の連携を強
化。
○ 「気になる段階」から、保健センター等の身近なところで専門的に支援。

２．就学前の支援策
○ 障害児の専門機関による、保育所等への巡回支援等により、保育所等での受入れをできるだけ促進。
○ 通所施設について、障害種別による区分をなくし、多様な障害の子どもを受入れられるよう検討。

３．学齢期・青年期の支援策
○ 放課後において、子どもの発達に必要な訓練などを実施するものは、放課後型のデイサービスとして事業実施を検討。
○ 卒業後の地域生活や就労を見据え、夏休み等において体験的に就労事業等を利用。

４．ライフステージを通じた相談支援の方策
○ 市町村を中心として、都道府県や障害児の専門機関が、市町村を支える体制。
○ 地域自立支援協議会（子ども部会の設置）等により関係者の連携を強化。
教育と連携した「個別の支援計画」づくり。

５．家族支援の方策
○ 心理的なカウンセリング、養育方法の支援等を検討。
○ ショートステイの充実等により、家族の負担感を軽減。

６．入所施設の在り方
○ 障害の重複化等を踏まえれば、基本的な方向としては、一元化を図っていくことが適当。その際、それぞれの施設の専門性を維持していくことが可能となるよう配慮。
○ 子どもから大人にわたる支援の継続性を確保しつつ、満１８歳以上の入所者は、障害者施策として対応することを検討。その際、支援の継続のための措置や、現に入所している者が退所させられることがないようにするなど配慮が必要。
○ 特に、重症心身障害児施設については、更に、児者一貫した支援の継続性が保たれるよう、小児神経科医等が継続して関われるようにするなど、十分な配慮が必要。

７．行政の実施主体
○ 通所については、在宅の支援施策等との関係から、市町村とする方向で検討。
○ 入所については、以下の３案を踏まえ、さらに検討が必要
（第１案） 市町村。（この場合児童養護施設等への入所と実施主体が異なるという課題あり。）
（第２案） 措置は都道府県、契約は市町村。（この場合、措置と契約で実施主体が異なるという課題あり。）
（第３案） 当面は都道府県。（この場合、市町村の関与を現状より強めることが適当。また、将来的には、市町村とすることを検討。）
○ 障害児施設の利用（措置・契約）については、現行制度を基本にさらに検討。措置と契約について全国的に適切な判断が行われるよう、ガイドラインを作成。

８．法律上の位置付けなど
○ 保育所等の一般施策との連携の観点から「児童福祉法」に位置付けることを基本とすべき。

4-3　障害者自立支援法の見直しに係る主な論点:地域における自立した生活のための支援(地域での生活の支援)関係

2006（平成 18）年 4 月 1 日に試行した障害者自立支援法では、附則の第３条に次の文があります。

第３条　政府は、この法律の施行後三年を目途として、この法律及び障害者等の福祉に関する他の法律の規定の施行の状況、障害児の児童福祉施設への入所に係る実施主体の在り方等を勘案し、この法律の規定について、障害者等の範囲を含め検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

２　政府は、この法律の施行後五年を経過した場合において、第二章第二節第五款、第三節及び第四節の規定の施行の状況について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

３　政府は、障害者等の福祉に関する施策の実施の状況、障害者等の経済的な状況等を踏まえ、就労の支援を含めた障害者等の所得の確保に係る施策の在り方について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

これにもとづき、障害者自立支援法の見直しについて 2008（平成 20）年 4 月 23 日に第 31 回社会保障審議会障害者部会が開催され、以後、月２回のペースで検討が行われています。第 39 回（9 月 26 日）に議論の論点が提出されました。その概要を掲載します。

（全文は次のホームページ　http://www.mhlw.go.jp/shingi/hosho.html　の障害者部会を参照）

項目	主な論点
① 地域での生活の支援 ア．地域移行の促進	○ 地域移行を進める施策と課題 ・地域移行を支えるコーディネート機能 ・移行のため宿泊等の体験を支える給付 等 ○ 地域移行における入所施設等の役割 ○ 家族との同居からの地域移行
イ．「住まい」の場の確保	○ 公営住宅等への入居促進（住宅施策との連携） ○ クループホーム・ケアホームの整備促進及びサービスの質の向上 ・身体障害者に対するグループホーム・ケアホーム ・夜間支援体制の充実などケアの向上 等
ウ．地域生活に必要な「暮らし」の支援	○ 地域で生活する際に必要となる支援サービス ・緊急時のサポート（現行の居住サポート事業に相当）の充実 ・ショートステイの充実 ・医療も含めた支援 等 ○ 訪問系サービス（居宅介護、重度訪問介護、行動援護等）の在り方

Ⅲ「こんにちは」総目次

１１３号（２００７年9月２０日発行）～１１８号（２００７年１０月２０日発行）

●１１３号（２００７年9月２０日発行）
◇開会挨拶
　猪狩　恵美子（全国訪問教育研究会会長）
◇実行委員長挨拶
　高田　哲　氏
　　（神戸大学医学部保健学科教授）
◇来賓挨拶
　片山　昭則　氏
　　（兵庫県教育委員会特別支援教育課長）
　小山　京子　氏
　　（兵庫県重症心身障害児者を守る会会長）
◇全国訪問教育親の会挨拶
　福田　智佳子さん（代表）
　音　弘志さん（初代代表）
◇基調報告
　木下　博美（全国訪問教育研究会副会長）
◇「こんにちは」バックナンバーＤＶＤ販売のお知らせ
◇開催地からの報告
◇大会記念講演（抄録）
　渡部　昭男
　　（鳥取大学地域学部教授、
　　鳥取大学附属養護学校前校長）
◇灘の酒蔵でクラッ！
　～地域ブロック交流会に参加して～
　ジョーンズ　亜紀子先生
　　（沖縄県立名護養護学校）
◇分科会報告
　健康・身体づくり
　コミュニケーション
　あそび・文化
　施設入所児者の教育
　病気療養児の教育
　医療的ケアを必要とする子の教育
　地域での生活支援と教育
　保護者とともに考える教育と福祉
◇実技講座報告
「コンピューターを使った AAC 入門講座－障害の重い人の生活を豊かにするために－」
「音楽療法－音楽を使ったコミュニケーション」
「訪問１年生のあなたへ（教材・教具・授業）」
「訪問１年生のあなたへ（なんでもＱ＆Ａ）」
「心をつかむダンスアプローチ」
「口腔への取り組み－摂食・コミュニケーションに向けて－」
「ファシリテーションボール」
◇役員・事務局員・会計監査名簿
◇連絡員名簿
◇２００６年度決算報告・２００７年度予算
◇調査研究報告
　「就学猶予・免除の成人障害者の教育権保障に関する調査報告」
◇閉会挨拶
　高田　哲　氏
　　（神戸大学医学部保健学科教授）
◇わくわくクラブ（保育）活動紹介
　筧　晶子（阪神特別支援学校）
◇会長謝辞
　猪狩　恵美子
◇大会宣言
◇閉会宣言
　前原　昌和（兵庫大会事務局長）
◇時期開催地（東京）への引継
◇速報紹介（抜粋）
◇「せんせいが届ける学校」紹介
◇中越沖地震カンパ報告
◇編集後記

●１１４号（２００７年１２月２０日発行）
◇巻頭言
「訪問教育担当教員に求められているものとは」
　小松　美鶴（全訪研副会長）
◇「ボク、修学旅行にいったよ！」
　大阪府立光陽養護学校　　土田　由起子
◇みんなー、訪問教室の時間だよー！
　～病院内における学習の取り組みを始めるにあたって～
　岩田　瑞枝（千葉県立柏特別支援学校）
◇宮崎の過年度生の状況について
　愛甲　祐子
　（宮崎県立宮崎養護学校
　　高等部訪問教育学級）
◇「重症の子どもたちと一緒に創る授業」を考える（№６）
　高木　尚（全訪研副会長・都立多摩養護学校）
　　※一太郎ファイル必須
◇こころもからだものびのびプール学習
　谷口　由美（鳥取県立白兎養護学校訪問学級）
◇「小さないのち」がどんどん広がっています！

◇特別講座ＤＶＤ販売のお知らせ
◇大会写真
◇「重症の子どもたちと一緒に創る授業」を考える（ＮＯ６）
　高木　尚
　（東京都立多摩養護学校・全訪研副会長）
●１１５号（２００８年2月２０日発行）
◇巻頭言
「将来を想像すること」
　長　正晴（事務局長・埼玉県立和光養護学校）
◇過年度卒業の高等部１年生と授業をして
　佐藤　康子
　　（北海道余市養護学校　訪問教育部）
◇遠くても学校に近い訪問学級
　（複数訪問の報告）
　山下　博子（香川県立香川東部養護学校）
◇北海道発、厳寒期の訪問
　佐藤　増栄（北海道真駒内養護学校）
◇さぁ、今年も豆まきは“大豆ですから”！！
　石川　久記（福島県立郡山養護学校）
◇宮崎から報告
　愛甲　祐子（宮崎県立宮崎養護学校）
◇「医療的ケア豆知識」№4(2008.2.20)
　下川　和洋
　（東京都立八王子東養護学校・全訪研事務局）
◇全訪研第２１回全国大会は東京で行われまーす！
◇「重症の子どもたちと一緒に創る授業」を考える（ＮＯ７）
　高木　尚
　（東京都立多摩養護学校・全訪研副会長）

●１１６号（２００８年４月２０日発行）
◇権利としての教育を輝かせましょう
　猪狩　恵美子（全訪研会長）
◇春の訪問修学旅行の取り組み２００７
　「海渡る風、花咲き匂い、藍染めて
　　～小中合同　与島・児島　一泊旅行～」
　白神　恵子
　　（岡山県立岡山西養護学校訪問教育）
◇重い障害のある人たちの地域生活～横浜において～
　中村　治子
　（社会福祉法人キャマラード
　　地域生活支援部担当）
◇訪問教育卒業生の生活
　樫木　暢子（東京都立多摩桜の丘学園）
◇連絡員コールによる訪問教育の状況（２００７年１２月調査）
　全訪研役員会
◇訪問教育の充実のために－全訪研は提案します
　全国訪問教育研究会役員会（２００７年６月・再掲）
◇「重症の子どもたちと一緒に創る授業」を考える（ＮＯ８）
　高木　尚
　　（東京都立多摩養護学校・全訪研副会長）
●１１７号（２００８年6月２０日発行）
◇巻頭言
「東京大会、もうすぐで～す」
　　明官　真保子（現地事務局長）
◇シリーズ「地域で生きる」
　西原　由美（広島県）
◇カンパ、ありがとうございました
◇第２１回東京大会　基調報告
◇全国訪問教育研究会　活動経過報告(案)
◇２００８年度　活動方針（案）
◇「地域で生きる　～訪問生の教育・生活を支えるために～」その１
　中村治子さん
　岡田敏夫先生
　角田隆子先生（事務局より）
　長正晴（事務局より）
◇編集後記

●１１８号（２００８年１０月２０日発行）
◇開会挨拶
　猪狩　恵美子（全国訪問教育研究会会長）
◇大会実行委員長挨拶
　田角　勝（昭和大学医学部小児科教授）
◇来賓挨拶
　半澤　嘉博氏
　（東京都教育庁指導部
　　特別支援学校教育担当課長）
◇基調報告・活動方針提起
　木下　博美（全国訪問教育研究会副会長）
◇全国訪問教育親の会挨拶
　福田　智佳子（全国訪問教育親の会代表）
◇東京の訪問教育
◇大会記念講演
　「島田療育センターの地域における活動－過去を振り返りながら」（抜粋）
　有本　潔氏（医師・島田療育センター副院長）
◇分科会１「健康・身体づくり」
◇分科会２「コミュニケーション」
◇分科会３「あそび・文化」
◇分科会４「施設入所児者の教育」
◇分科会５「病気療養児の教育」

◇分科会６「地域での生活支援と教育－医療・教育・生活」
◇分科会７「保護者とともに考える教育と福祉」
◇ワークショップ　A「訪問一年生のあなたへ」
◇ワークショップ　B「各地の状況を交流しよう」
◇ワークショップ　C「障害を持つ子どもの身体への関わり方」
◇ワークショップ　D「授業で役立つ音楽・音遊び」
◇ワークショップ　E「ＡＡＣを活用した障害の重い子どもの授業の工夫」
◇ワークショップ　F「車椅子ダンス」
◇調査研究報告
　「就学猶予・免除者の教育保障
　　ー早期解決と今日的課題ー」
　猪狩　恵美子（全国訪問教育研究会　会長）
◇閉会挨拶
　田角　勝（大会実行委員長）
◇わくわくクラブ報告
◇会長謝辞
　猪狩　恵美子（全国訪問教育研究会会長）
◇次回開催地より挨拶（京都）
　木下　博美（京都府立舞鶴養護学校）
　小西　ルミ子（京都府立向日が丘養護学校）
◇大会宣言(案)
◇ランチタイムセミナー
◇大会事務局長あいさつ
　明官　真保子（新宿区立新宿養護学校）
◇御子柴昭治先生を悼む（別刷り）

◇編集後記◇

「訪問教育研究　第２１集」をお届けします。

２００８年度訪問教育研究会全国大会は東京で行われました。充実した論議と熱い思いの報告、レポートを読ませていただきました。２０年の節目を越え、新たな一歩を東京から踏み出したことは、霧の海に船出するような恐れと勇気が入り混じった、漠たるものへの挑戦のようにも感じます。一方、東京大会の手作り感は訪問教育が歩んできた「子どもと保護者とともに」の歴史を感じさせ、何が起きても「なんくるないさぁ」という気持ちも湧いてきました。子どもたちと一緒に前に進むことができる喜びを感じながら、自分にできることは何だろうと考える日々です。

最後になりますが、お忙しい中、原稿を執筆していただいた方々に心から感謝申し上げます。

（事務局　樫木）

２００８年１２月

訪問教育研究第２１集

２００８年１２月２０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

℡　0492-31-6941

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　（℡　042-561-1170）