

訪問教育研究 2009

The Japanese Journal of Visiting Education

vol. 22

第22集

I 全国訪問教育研究会第22回全国大会（京都）報告

大会記念講演

「重い障害がある人の身体性、感覚性、関係性と人格、人権」

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 訪問教育に関する資料

2 医療的ケアの必要な方の地域生活を支える取り組み

2-1 「平成20年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査」から

2-2 長野県の特別支援学校における医療的ケアの対応

2-3 沼田市医療的ケア支援事業実施要綱

2-4 京都市医療的ケア研修実施要綱

2-5 重度障害者医療的ケア等支援事業（北海道による市町村補助事業）

2-6 希望と安心の介護ビジョン（概要）（厚生労働省老健局設置）

2009年12月
全国訪問教育研究会

The Japanese Association of Visiting Education

訪 問 教 育 研 究

第 22 集

目次

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

I 第22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 高谷 清	6
■分科会報告	
①健康身体づくり 共同研究者 花井丈夫	12
発表レポート 「Aさんの姿勢保持の取り組み」 篠原 勇、芦原孝野、宇治川博一	13
②コミュニケーション 共同研究者 川住隆一	16
発表レポート 「友だち大好き 学校大好き」 訪問教育から広がるコミュニケーション 本田章子、白石直子	17
③あそび 共同研究者 木下博美	20
発表レポート 「明日香養護学校の教材・教具」 中岡恵子	21
④施設入所児者の教育 共同研究者 河合隆平	24
発表レポート 「2009年度 和らぎ苑訪問教育における特別支援教育の在り方」 村田 久仁子	25
「成人グループの実践から」 長南祐子	28
⑤病気療養児の教育 共同研究者 猪狩恵美子	30
発表レポート 「病院訪問教育での理科の授業」 水野利之	31
⑥地域での生活支援と教育ー医療・教育・生活ー 共同研究者 下川和洋	34
発表レポート 「平穏な生活を願ってー地域支援との連携を深めるー」 植田正則	35

II 訪問教育研究資料

1 訪問教育に関する資料	39
2 医療的ケアの必要な方の地域生活を支える取り組み	
2-1 「平成20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	
2-2 長野県の特別支援学校における医療的ケアの対応	
2-3 沼田市医療的ケア支援事業実施要綱	
2-4 京都市医療的ケア研修実施要綱	
2-5 重度障害者医療的ケア等支援事業（北海道による市町村補助事業）	
2-6 希望と安心の介護ビジョン（概要）（厚生労働省老健局設置）	

III 「こんにちは」総目次	52
----------------	----

巻頭言 京都大会に学ぶ

全国訪問教育研究会会長 猪狩 恵美子

2009年夏、全訪研第22回大会（京都）は、のべ400名に迫る参加で「京都らしさ」を深く感じる3日間になりました。

ゆかた姿でお出迎えいただいた実行委員長はじめ実行委員会の皆さんのおもてなしもさることながら、訪問担当者が非常に少なくなっている京都であるにもかかわらずたくさんの先生方の力が集まったことや「開催地からの報告」は、障害の重い子どもの教育を大切に「地域」にこだわり続けた京都ならではの広がりや深まりを実感させました。



2009年は、養護学校義務制30年の節目です。大会テーマ「地域に根ざした訪問教育を進めよう」、そしてサブタイトル「人をつなぐ、命をつなぐ、歴史と未来をつなぐ」は、京都からの発信であると同時に、全国から参加された一人ひとりにとっても「自分たちの学校で、職場で、地域でどんな明日を創るのか」という熱い課題でもありました。

そして、2009年3月告示「特別支援学校学習指導要領」では、ICFの理念を活用した取り組みが提起され、環境因子という視点が明確になってきました。すなわち子どもの学習上また生活上の困難を「子どもの障害の重さ」のせいにしてしまうのではなく、環境要因を含めてとらえること、そして環境を整備することの必要性がしっかりと盛り込まれたといえます。「訪問教育でも」ではなく「訪問教育だからこそ」、このことの重みをしっかりと受け止めながら、今後の実践を進めたいものです。「人をつなぐ、命をつなぐ、歴史と未来をつなぐ」実践の充実・発展に向けて、私たちは明日の訪問教育について語り始める時が来ているのではないのでしょうか。現在、集計作業が進んでいる第六次全国訪問教育実態調査の結果も活用していきたいと思います。

9月以降、障害者自立支援法をめぐる大きな波が打ち寄せました。「応益負担」という乱暴な考え方は、逆に「人間として当たり前の生活を送る権利」に光を当てました。「私たちのことを私たち抜きに決めないで」(Nothing about Us without Us)という高まりは、日本の障害者の声を大きく広げています。教育活動の中でも「子どもの声に耳を傾ける」ことをしっかりと軸に据えた実践を進めたいと思います。全訪研大会の分科会それぞれで議論されてきた実践は、子どもの声を聞き、子どもとの共感、コミュニケーションを深めながら子ども自らが生活の主人公となって、かけがえのない自分を実感していくことを追求しているという共通の軸があります。今回、掲載された分科会からの代表レポート・議論を、ぜひ、日々の実践で深めて、次回、千葉大会にたくさんの実践を持ち寄りましょう。

I 全国訪問教育研究会第22回全国大会(京都)

全国訪問教育研究会第22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 ～人をつなぐ、命をつなぐ、歴史と未来をつなぐ」

■開催日時■

2009年8月4日(火)～6日(木)

■会場■

メルパルク京都

〒600-8216 京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676-13

■主催■

全国訪問教育研究会

■後援■

文部科学省・厚生労働省・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・全国訪問教育親の会・全国病弱教育研究会
全国肢体不自由特別支援学校PTA連合会・社会福祉法人全国社会福祉協議会
特定非営利活動法人難病の子ども支援全国ネットワーク・独立行政法人国立特別支援教育総合研究所
東京都訪問教育研究協議会・京都府教育委員会・京都市教育委員会

■大会日程■

8月4日(火)

13:00～15:00 開会・開会行事

15:10～16:30 大会記念講演 高谷 清

(前・重症心身障害児施設・第一びわこ学園園長、小児科医師)

「重い障害がある人の身体性、感覚性、関係性と人格、人権」

16:40～17:00 全訪研総会

17:20～18:00 分科会打ち合わせ(司会・共同研究者・レポーター)

18:00～ 夕食、地域ブロック別交流会

8月5日(水)

9:00～ 9:30 分科会打ち合わせ

9:30～12:00 分科会

12:00～13:00 昼食

13:00～16:40 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6日(木)

9:00～11:00 ワークショップ

11:15～12:00 全体会・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。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、高等部生徒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しましょう。 ☆参加される方は、教材を持ってくるください。分科会内で教材紹介を行います。 ◆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）
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。 ◆猪狩恵美子（全国訪問教育研究会会長・福岡教育大学）
⑥地域での生活支援と教育 ー医療・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。 ◆下川和洋（全訪研全国事務局・NPO法人地域ケアさばーと研究所理事） ◆荒樋博利（花の木医療福祉センター コーディネーター）

■ 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 (講義編)	全訪研役員	障害の重い子どもたちの理解・授業づくりの視点など、長い実践に基づいた基本的内容を全訪研役員がお話しします。ともに考えてみませんか。お待ちしております。
B	訪問1年生のあなたへ (質疑応答編)	全訪研役員	全訪研役員が豊富な経験をもとに、あなたの疑問に答えてくれます。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。
C	F B M (ファシリテーションボール・メソッド)	大島 昇 (大阪教育大学附属特別支援学校)	ファシリテーション・ボール・メソッド (F B M) は、空気の量を調節したさまざまな大きさのふわふわボールを使って、子どもたちの自発的な動きを引き出す方法です。「触れて」「感じて」「試みる」F B Mを体験し学び合いましょう。
D	音楽を楽しもう！	小山洋子 (京都府立舞鶴養護学校)	できることを活かした楽しい音楽活動を、工夫すれば、いろいろできる。歌あそび、楽器あそび、リズムあそびなど、たくさんのバリエーションの実技をしましょう。
E	スイッチ教材	家田雅彦、北森仁 金舛梨沙 (京都府立南山養護学校)	授業で使えるスイッチを使った教材について、紹介する予定です。お楽しみに。

全国訪問教育研究会第 22 回全国大会（京都）を終えて

郷間英世

京都教育大学発達障害学科教授



訪問教育にかかわるたくさんの方々が全国大会で京都にお集まりいただきました。ありがとうございました。

大会は「地域に根ざした訪問教育を進めよう ～人をつなぐ、命をつなぐ、歴史と未来をつなぐ～」というテーマで行われました。私は、高谷先生の講演を聴いたり、わくわくクラブ（保育）のところで立ち話をしたり、病弱児教育の分科会に参加したりと、「ゆかた姿」でうろうろしていましたが、参加者たちの熱い思いや願いにふれることができ、支援者の一人として関われたことをうれしく思いました。

大会前の私にとっては、この「ゆかた」が大問題でした。大会の 2 週間ほど前、会場には京都らしく浴衣を着てくるようにという指令が事務局からありました。家内に相談するとしばらく前につくったのがひとつあるが、帯がないということで、デパートに買いに行きました。帯と下駄も買ってお店の人に帯の結び方の講習を受け、家へ帰って何度も練習してやっと結べるようになりました。でも大会中は、ゆかたのおかげでかえって気楽にいろいろな方とかかわることができました。

懇親会では、東京や岡山など遠くから参加された、重度のお子さんや家族の方とお話することができました。東京から来られた方には、舞妓さんに変身した姿を見せていただきました。これまでも毎年大会に参加していて、京都の記念に祇園で舞妓さんのお化粧と衣装を着せてもらって町を歩き写真を撮ったことを、うれしそうに話してくださいました。私たちが学会でその地を楽しむのとおんなじだと思いました。

一方、いろいろ問題を抱えている方もおられました。吸引や口腔ネラトンなどの医療的ケアが必要な 4 歳のお子さんとお母さんは、ケアが通園施設で行われないため、現在は母子通園をしている。学校へ行ってからも口腔ネラトンをしてもらえるか心配で、胃ロウも考えている、と話されました。重度な障害があっても必要なケアを受けながら地域で生活していくことがあたりまえになるには、いろいろな課題が残っていることを痛感しました。

現在の京都教育大学では、3 年前からの新しい特別支援教育のカリキュラムで「重度・重複障害」や「病弱児」についての講義も加わりました。今後、今大会で学んだ訪問教育の現状や課題について、講義の中で学生に伝え重度の子どもに理解ある教員を育てていきたいと思っています。

最後に、この大会が訪問教育にかかわる教育・医療・福祉など多くの人々がともに学び話し合う場として毎年引き継がれ、訪問教育を受けている一人ひとりの子どもの QOL の向上に寄与してすることを願い、開催地からのお礼の挨拶としたいと思います。

■大会記念講演

「重い心身の障がいのある人の感覚性・身体性・関係性および人権・人格を考える」

高谷 清氏

前・重症心身障害児施設・第一びわこ学園園長、小児科医師



みなさん、こんにちは。これから1時間ほど、お話をさせていただきます。

私は全国訪問教育研究会では、3回講演しています。1990年と91年、98年です。どんな話をしたかと思い出すために、書籍コーナーで「訪問教育研究」をあわてて買って読みましたけれども（笑）、あんまり間違ったこともしゃべっていないようで、安心してあります。その延長上で今日の話させていただきます。

■はじめに（本人の参加が必要）

この会は訪問教育の研究会ですから、障がいの非常に重い子どもたちに関する話になります。基本的なことは「本人がどのように感じているのか、本人はどのようにしてほしいと思っているのか」ということです。私たちがこう思う、こうしたいということがまずあるのではないということで、まずは本人の思いです。それがないと私たちの取り組みは生きてこないということです。

■1. 重い心身の障がいがあるというのは、どういうことか

この人たちは、どういう状態で存在しているのか。身体的、精神発達の非常に重い障がいをもっている、そして呼吸や消化器が弱いなどの生きることについての困難があります。その人たちに、

どうしたらいいのかを考えるために、重い心身の障がいがあるというのは「どういう状態であるのか」を考えることが大事です。どう生きているのかを考えないといけない。

この人たちは心身の重い障害の他に「感覚」が障がいを受けています。耳は割合聞こえています、目が見えないことが多いです。皮膚感覚はだいたいあります。もう一つ大事なことは、内部の感覚が障がいされているということです。【感覚性】

身体の障がいでは、まひの状態や運動という具体的なことではなくて、この人たちは空間の中でどういう状態であるのか、どういう時間のなかで存在しているのか。そういう観点から、どのように感じて生きているのかを少しでもわかればと思います。【身体性】

3つ目には、人と人との関係です。親、家族、学校の先生その他関係者、大きく言えば社会における人との関係がどうなっているか、ということです。【関係性】

それらを踏まえながら、一番大事なのは、この人たちが生きるよろこびをもって生きているかどうか、うれしさ、たのしさを感じているか、ということです。

そして最後に、この障がいの重い人たちに対して、人びとはどう考えているのか、とくに最近問題になっている「パーソン論」を含めて、人権・人格の問題をお話したいと思っています。

■2. 本人はどのように外部環境を感じているか（感覚性）

まず感覚性ということです。これはふつう外部のことをどう感じているのか、ということです。「生まれたときの赤ちゃんはどう感じているのか」を考えてみることは重症児のことの参考になります。新生児は「外と自分の区別がない、自分がどこからどこまでかわからない状態」でしょう。人と自分との関係も同一化されているのではないかと。最近は赤ちゃんや胎児の研究は非常に進歩

していますが、それらを見ていると、母親が生後まもない赤ちゃんに対して口を開くと（口をとがらせる・舌を出す）、そのまねをします。新生児は自分の口がどこにあるのか、そしてその開け方もわからないのに、まねるのです。

このように、生まれた時は自分の感覚と他者の感覚が分離されていないような状態がありますが、環境と自分の分離はどうでしょうか。また感じることと考えることも分離していません。考えていないけど、感じている。感じるところから、物事は始まって考えることになっていくわけです。このことは哲学者の西田幾太郎や文芸評論家の小林秀雄が語っています。

西田幾太郎は純粹経験（直接経験）という言葉で赤ちゃんの存在や感じ方を表現しています。感じると考えることが一体化し、渾然として存在している（感覚・理解不分離）。やがて、感覚的理解から論理的理解、本質的理解に進みます【1】。重い障がいのある人たちは、感じることと考えることの分離がなされない状態で年齢を重ねていきます。

それはどういう状態なのか。例えば「音」です。心身の重い障がいのある子どもたちは音にはとても敏感です。日常的に経験することですが、ボタンと閉まるドアの音にビクッとします。そしてその状態はしばらく治まらないですね。私たちも音を急に聞くと、ビククリしますが、不安はありませんね。つまり「この音は戸が閉まった音だ」「人が怒鳴っている声だ」「強い風の音だ」と瞬間的にわかって安心出来るからなんです。だけどこの子たちは、理解出来ないから不安であり恐怖なのです。逃げることも出来ません。だから声を出せる人は叫びますし、出せない人は緊張する。それは私たちがびくくりしたというような感じ方ではなく、恐怖・不安がおこっています。音というのがいかに大事な問題かということです。この人たちはおそらく、音を選択する働きはないでしょうから、何もかもが騒音になってしまう。また私たちは言葉を理解していますから、話し声はじゃまにならない。しかし言葉が理解出来ないと、何のことかわからない雑音が飛び交っていることになります。本人にとってどう聞こえているのか、ということを考えてほしいと思います。

それから「さわる、ふれる」という問題もあります。なにげなく「ほらここにできものがある」

などと無造作にさわることがあります。これは子どもにとっては痛みであり恐怖ですよ。私が「何のためにさわったのですか？」と聞いても答えられないくらい、みんな無意識にさわっています。たとえば私は「お腹が痛い」と言われたら、まず腹部の筋肉が緊張していないかどうか見て、手を暖めてからふれます。ゆっくりとふれ、必要ならだんだんと強くして深いところを診ます。そのように軽く触れ、必要なら深く触れるということは、音、光、皮膚接触、振動、揺れ、回転、風、温度、食事、医療的ケアなどすべてに言えます。

■ 3. 「内面感覚」ということ

次に内面感覚です。「感覚」というと、外からの刺激にたいする感覚と思われるでしょうが、人間は自分の「内部」を感じる感覚があります。これにはお腹（胃）が痛いといった「内臓感覚」というものもありますし、筋肉や関節の位置や状態がわかる「固有受容器」や、「平衡感覚」をつかさどっている内耳の前庭迷路器官などもあります。

ここで話するのは、それらとは別のもっと全般的な感覚です。「快の感覚」と言ってよいものです。「快」を感じる状態は、生命活動を発展させていることにつながっています。満足感、休息感、熟眠感、充足感、生命感、身体運動感などの感覚状態です。これは人間に「今、良い調子だよ」と教える感覚ですね。例えば熟睡した後などは気持ちがいいでしょう。満腹感とか幸福感なども快ですね。逆に不快なものは、生命活動を阻害する、生理的に不適合な状態を知らせる感覚と言えます（ただし、空腹感は必ずしも不快感ではなく、快に向かう感覚も混じているでしょう）。私は、これらを「内面感覚」と仮に呼んでいます。

障がいの重い人たちの生活では、感覚が非常に大きな位置を占めていると考えられます。周囲の人のほたらきかけ、外界の状態が、本人にとって「快」的であれば、障がいの重い人たちの脳や身体がそれを求めるように準備され、その快を感じるようになるのではないのでしょうか。私たちも本当は身体の基盤としてこの感覚は大事なもののですが、障がいの重い人たちにとっては、基盤であるとともに全体に占める位置も大きいのです。その感覚ということを大事にして取り組まないといけない、ということです。

■ 4. 「内在意識」について

もう一つ、「意識」の問題がありあます。これは後で述べる「パーソン論」に関係します。人間の意識というものは、外から見ていとわかりますね。障がいが重くてもこちらが言ったことに対して、聞こえていて、笑うとか緊張するなどがあります。すると「意識がある」とわかります。しかしこれは外から見た意識で、反応として見える意識です。もう一つ、外からは見えない「意識」があります。いくつか例を挙げます。

私が高校生の時、同級生が交通事故で入院したことがあります。見舞いに行ったら、まったく意識がなくて微動だにしない。しかし回復してから「高谷、お前が田中と二人で見舞いに来たのは知っているし、何をしゃべったかも覚えているぞ」と言ったのです。これは驚きましたね。受傷のあとしばらくの期間を除けば、意識はずっとあったのです。ただ外に表出できなかったということです。

大学の研究室で自分でペニシリンを注射したら、ショックで倒れ意識不明になった研究者がいました。周りの人たちが人工呼吸と心臓マッサージをしますが、回復しない。もう死んでいるなと思ったけど、念のためにもう1回やった直後に意識が回復しました。後で本人に聞くと「もう止めようか」と周囲が言っていたことを全部聞こえていた。人工呼吸をしてもらっている間は非常に楽だった。やめられると「苦しい、続けてくれ」と叫ぶのだけど、もちろん周囲には聞こえない。こういうことがあるのです。

植物人間と言われている人たちは、呼吸は出来るけど「意識がまったくない」という状態であると言われています。こういう状態は「人格がない」、「生きているとは言えない」と考えるのが、後で話します「パーソン論」です。

2006年、アメリカで植物状態と言われる人の脳のfMRI（機能的磁気共鳴画像装置）で撮りながら調べていた。脳が働いている時は、その部位が反応するわけですが、それまでの研究ではまったく反応がなかった。だから「植物状態の人は意識がない」とされてきました。ところが「言葉」で「あなたが自分の家で、玄関から自室まで歩くことを想像して下さい」と言うと、普通の人に同じことを言った場合に働く部位と同じ場所が反

応した。植物状態と言われる人も「意識」があるのではないか、という報告が大問題になっています【2】【3】。今まで「意識がないのが植物状態だ」と言われていたのが、植物状態にも意識があるかもしれない。これは外からはわからないけど、内にある意識、本人にしかわからない意識です。「内在意識」を考えいかなないといけないのではないか、ということです。意識の問題は、立花隆【4】がわかりやすく書いています。

人間の「意識」とは何か、ということがいろいろと問題になってきています。私たちが取り組んできている障がいの重い人たちの意識はどうなのでしょう。認識に関する重い障がい（精神発達遅滞、知的障がい）がありますから、しゃべっている声を理解しているということはないでしょう。しかし外からはわからなくても「意識」があると考えられることもあります。そうであれば、それは「快」か「不快」を感じているでしょう。意識がなくても生理的なレベルでの「快」は感じるでしょう。「気持ちがいいなあ」と感じなくても、気持ちがいい状態というのは、あるわけです。

そのように「内面感覚」と、「内在意識」というものを考えたうえで、取り組んでいくことが必要だろう、と思っています。外へ交通していない意識の問題、ということです。

■ 5. 重い運動障がいのある身体を生きるということは（身体性）

次は身体面の話です。障がいの重い人たちの身体の状態については、身体障害のことが問題になりますが、少し違った観点から話しをします。一番基本的なことは、私たちは「三次元空間」に存在していますが、寝たきりの状態にある障がいの重い人は「二次元空間」に生きている、ということです。平面的に存在している状態での感覚と、立体的に存在している状態での感覚は違うと思います。どう違うのでしょうか。

寝たきりである、ということは空間も時間も静止している、ということです。三次元空間で移動している私たちにとっては、空間は動いています。歩けば、景色が後ろに流れますし、方向を変えれば新しい景色が出てくる、というように動的なものなのです。そしてそこに「（あそこからここまで）1時間かかった」というように時間の感覚が関係してくる。時間が実感されるわけです。

二次元空間に生きている人たちに、空間や時間をどう感じてもらうか、ということは生きている感覚として非常に大事ではないかと思います。私たちは三次元に住んで空間・時間を意識していますが、寝たきりの人への取り組みでは、二次元の世界の人に対して三次元の世界から取り組みをしているということになります。寝たきりの人にとっては、立体で動いてしゃべっている世界は、異次元の世界ではないのでしょうか。そうすると静止空間にいる人と動的空間にいる人の交流をどうしたらいいか、という問題になってきます。

しかしよく考えてみると、それは遮断されている異次元の世界ではないでしょう。なぜなら、人間には精神（気持ち）があります。相手に対する思いがある。そのことによって二次元の世界と三次元の世界は通じあうのではないのでしょうか。それは、自分たちの三次元の世界と同じ事を経験させるのではない。彼らは違う経験をしているのです、そのことをわかったうえで心を交流する、同じ精神の面でものごとがある、ということが大事です。三次元空間で生きる、ということは彼らにとっては異空間ですから、不安・恐怖などが起こるでしょう。そこを感じ理解しながら、気持ちを感じあうようにしていくことが大事だと思います。そして日常の取り組みやリハビリを考えていくことになります。

ところで「現在」とはいつでしょうか。過去は過ぎ去ったものです、未来は未だ存在していないものです。今が現在ですね。しかし私がしゃべったことは、すぐに過去になる。現在とは、過去と未来の間の「一瞬」であるといえます。一瞬一瞬をあわだしく生きているのでしょうか。

過去は過ぎ去ってもう存在しない、未来はまだない。しかし未来に行けば、それはすでに「現在」なのです。未来というのは永遠にないとも言えます。だけど私たちが、未来があると思うのは、期待し希望をもって生きているからです。つまり未来は現在にあるのです。

時間というのは、そういう不思議なものです。この時間感覚を深めたのは、ローマ時代の神学者アウグスティヌスです。「過去のものの現在」は記憶であり、現在のものの現在」は直覚であり、未来のものの現在」は期待である【5】と述べています。西田幾多郎もそこから影響を受けて同じように考え、「記憶、直覚、希望」と語り、「時はこの

永遠の現在に包まれていると考えられる。永遠の現在が吾々の人格を規定する」【6】【7】と人格について深めています【8】。

私たちは、重い心身の障がいのある人たちとともに、この三つの「現在」を生きているのです。

■6. 人（重い障がいのある人）と人（他者）との関係は（関係性）

重い障がいのある児や人が変化・発達してきたとき、いろいろな取り組みの結果こうなった、と普通は考えます。しかし本当はそういうことだけではないのではないかと、ということが考えられます。

例えば、外来の患者さんで、栄養チューブの鼻からの挿入がなかなか入らない人がいます。お母さんがやると、スッと入る。また別の人は、短期入所してくると食事のときにむせる。しかし家庭ではむせない。お母さんから「ここは専門家集団なのに、なんでむせるんや！」と怒られてしまう。これは何故ですか？

お母さんが上手で職員が下手だから、まだ慣れていないからだというだけではありません。本人がたとえ重い障がいがあっても、お母さんがやると、チューブが入ってくることや食事ははいるのを受け入れようとする状態になる、ということです。意識的ではなく、身体と気持ちがそうになっている、だからスッと入るわけです。お母さんと本人との関係が作られているわけです。子どもが受け入れようとしているから、お母さんの気持ちと共感してうまくいっているのです。

本人が受け入れようとする気持ちになっているかどうか、それがなければなかなか出来ません。これは療育にも教育にも、すべてのことに言えます。こういう関係のなかで人間は存在している、ということです。

このことは哲学（現象学）では「間身体性(intercorporation)」と言っています。身体と身体の間であって感じるもの、ということです。心理学では「間主観性(intersubjectivity)」、脳科学では「脳間操作系(inter-brain operating system)」と表現しています。こうしたことが本当に存在するのかということはまだわかりませんが、こういう考え方が出てきているということです。

1996年にイタリアのG. リゾラッティという人が、サル脳のfMRIをつけて画像を見てい

た時に発見したのが、ミラーニューロンです。実験を休んでいるときにサルの頭につけた接続を外し忘れて、職員が食事をしていました。すると、本来は実際に食べている時に反応する部分が反応している。職員が食べているのを見るだけで、自分が食べたように脳が働いた、ということが発見されたのです。このことは「共感」などについて、脳科学レベルでもそれが実証されつつある、ということで注目されています【9】。

■ 7. 生きるよろこび、たのしさ、うれしさ

以上のように、感覚性、身体性、関係性を考えてきましたが、一番大切なのは、生きることがよろこびであり、うれしさであり、たのしいということです。それは「快」の状態でもあるのです。外部環境（外面感覚）が快であることと同時に、内部環境（内面感覚）も快の状態であることです。存在そのものが「生きるよろこび、たのしさ、うれしさ」になるのではないか、ということです。障がいがあろうとなかろうと、生きている存在そのものが、より良い状態でよろこびであるというように生きていきたいと思います。それはまた「快」的な存在であるということでもあるでしょう。

■ 8. 人権の世界的（人類的）発展

ここで人権の話をします。人権には次の3つが必要です。

第一世代の人権は「自由権」です。18世紀末のアメリカ独立宣言やフランス市民革命によってうたわれました。

第二世代の人権は「社会権」です。20世紀の初めに言われました。自由なだけでは、社会的に保障できない、という観点からドイツのワイマール憲法あたりから始まったとされます。

そして現在、第三世代の人権と言われるのは「発達権」です。平和、環境保全、生存健康、発達等を包括する広い概念です。障がい者に関することでは「障害者権利条約」があります。2006年に国連で採決し、2008年5月3日、20カ国が批准して発効しました。日本はまだ批准をしていません。批准したら国内法をすべて変えないといけないので渋っている状態です。

■ 9. 「パーソン論」

重度の障がい児者に関する人権問題でとくに私が気になっているのは「パーソン論」です。そのことについて触れます。

パーソン論というのは、急に出てきたことではなく、20～30年くらい前から特にアメリカ、カナダ、オーストラリアで言われてきたことです。有名などころでは、マイケル・トゥーリー（西オーストラリア大学哲学教授）、ピーター・シンガー（オーストラリア出身の哲学者、米プリンストン大学教授、彼は動物解放論者です）、H・T・エンゲルハート（テキサス州ベイラー医科大学教授）などがいます。主張にはいくつか差がありますが、共通しているのは次のようなことからです。

「人間というのは自己意識を持ち、理性的な存在である。それが人格的生命（人間）である。自己意識を持たず理性的な存在でないものは、生物学的生命（ヒト）である。」

「重症児などは自己意識を持っていない。自己意識のない人間は動物以下である。」

「パーソン（人格）でない状態とは、例えば、植物様状態、認知症、重度の統合失調症、生後一週間以内の新生児（障がいの有無に関わらず）、無脳児、小頭症の新生児、重症心身障がい、重度の知的障がい、広汎な脳機能失った患者などを指す。パーソンでないものは、もはや本当に生きているとは言えない。人間（人格）ではない、生物学的なヒトである。だから殺しても殺人罪には当たらない。医学上の実験や教育に使えばよい。生かしておいて、解剖などの教育に使う。血液や皮膚の供給源にする。臓器移植の提供者にする」という理論です。

エンゲルハートは、「生まれた子が重度の障がい児であっても親が大事であると思えば、社会的人格である。本当の意味の人格ではないけど、生かしたらよい」と述べていますが、大同小異です。

こういう考え方が広がってくると大変なことになります。これについてどう考えるか、どうしたらいいのか。いずれ日本に入ってくるでしょう。特に臓器移植、脳死の問題との関わりのなかで心配をしています。この問題についてはきちんと考えてゆく必要があります。

びわこ学園に海外から見学に来た人たちが、入園している重度の子どもたちを見て「可哀想だな」と言っていた、と職員から聞きました。「障がいが重くて可哀想」なのではありません。「こんな

に重い障がいがあるのに生かされていることが可哀想」というのです。

そういう考えはあり得るな、と思いました。100名のうち7名が人工呼吸器を使っています。チューブ栄養は30人以上います。喉頭気管分離も10名くらい。私自身も〈しんどいやろうなあ、こうして生きているのは、どういうことなんやろう〉と考えます。

でも私たちの仕事は「生きていて、気持ちの良い状態になるように援助する」ということです。さきほどの京都からの報告でも、重い障がいのある子が、緊張していたのが、リハビリなどで楽な状態になった。そして人びとの祭りの中に一緒に入る。本人が「気持ちがいいなあ、生きていることはいいなあ」と感じているのではないか、そういう状態であることが大切だと思います。

「人の生命は大事なんだ」という一般論だけではだめだと思います。生きていることが、たとえば意識されないとしても、本人にとって快であり、よろこびである状態を、どうしたらできるのか、ということを考えていくことだと思います。誰もが生きる権利をもっている、誰もそれを奪う権利はない、ということです。

■10. 重い心身の障がいのある人にとりくむことは

「その人の生きるよろこび」

「人々の協力、共同、共感」

「その人を含めての社会であること」

「偏見・差別・排除・支配・圧制・殺戮・侵略等との対極にあるもの」

※この後「感覚性」「身体性」「関係性」についてびわこ学園の方がたの写真を使った報告に続き、最後に「抱きしめてBIWAKO」のスライドと、当時放送されたニュース番組から動画を紹介して頂いて講演は終了しました。後半については大量の画像を掲載するのは困難であるため、割愛させて頂きました。

※文章校正時に高谷先生より、特に写真2枚をご提供頂きました。

※「抱きしめてBIWAKO」とは、次のような取り組みでした。

「今から20年前(1987年)の11月8日、26万人の人が琵琶湖の周囲(湖周囲としては170k

m、当時の周囲道路としては250km)を手をつないで「抱きしめ」た一大イベントです。これは重症心身障害児施設(病院であり生活施設)である老朽化した第一びわこ学園(現「びわこ学園医療福祉センター草津」に名称変更)の新築移転のための費用の資金集めとしてとりくまれたものです。参加費一人1000円(中学生以下は無料)による基金は1億2千万円集まりました。必要経費を引いた6千万円がびわこ学園に寄付されました。」(<http://www.arsvi.com/2000/0711.htm>)

文献

- 【1】西田幾多郎「善の研究」岩波文庫 1950
- 【2】S.ローリーズ、翻訳協力 古川奈々子「植物状態の意識を探る」別冊日経サイエンス 脳から見た心の世界 part 3 p94~100 2007年12月 日経サイエンス社
- 【3】戸田聡一郎「意識する植物状態患者、その新たな展望」科学 VOL.78 NO.8 p.872~876 AUG.2008 岩波書店
- 【4】立花 隆「脳死」 p141~143 中央公論社 1986
- 【5】アウグスティヌス、服部英次郎訳「告白(下)」 p.109-141 岩波文庫 1976
- 【6】西田幾多郎「直接に与えられるもの」西田幾多郎哲学論集I. 岩波文庫 1987
- 【7】西田幾多郎「時と人格」西田幾多郎全集 第13巻 岩波書店 2005
- 【8】高谷 清「『発達』と『退行』」人間発達研究所通信 Vol.25(2),No.118 p3-7 2007年12月
- 【9】G. リゾラッティ他、翻訳協力 佐藤弥「他人を映す脳の鏡」別冊日経サイエンス 脳から見た心の世界 part 3 p6~13 2007年12月 日経サイエンス社

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、京都府立与謝の海養護学校の篠原勇先生らのレポートであった。現在高等部1年生のNさんが、小学部に入学してから10年間という、長い経過の姿勢保持への取り組みの物語であった。Nさんと篠原先生らが歩んだ姿勢保持の歴史は、与謝の海養護学校の姿勢保持の歴史であり、同時に全国の歴史と重なるものを感じて、報告を伺った。

就学時Nさんは、持っていた家庭用のバギーに10分と座っていることができず、家庭では背臥位と「たてだっこ」で過ごしていた。なんとかバギーに座れるようにと、モールド（一体成型）に近い接触面で削り出したクッションをバギーにはめ込みことで、支持面が広がり安定感が得られるようになり、坐位の安定を得ることが、はじまりであった。学校用の坐位保持としても、新しいバギーにクッションをはめ込み、はじめは姿勢の崩れへの対応であったが、Nさんの年齢とともに体幹の変形が生じ、その変化に対応することで坐位困難と闘っていった。変形には対応したが、充分対応できてなかった呼吸の問題、気道確保や唾液の垂れ込みに対応するため、腹臥位保持具の工夫を繰り返し、あそび心と雰囲気作りも大事にし、形状やカバーのデザインも工夫するなど、ここ10年の姿勢保持装置が生活用具としての意味から色やデザインが豊かになってきた歴史と重なるようで、篠原先生らも同じ道を歩んできたことがよくわかった。これらの工夫が、手作りのユニークな「抱っこ型移動装置」と進んでいく。試行錯誤の中で、指導者による「たて抱っこ」がもっとも呼吸を楽にして、姿勢保持を持続するという事実ToStraitに対応して、その移動機器を作ってしまう行動力には、先生らのヒューマニズムを感じる、静かだが迫力のある報告であった。

発表された篠原先生に、先生自身が感じる課題はなんですか？と尋ねたら、①結局、Nさんは10年間で変形は進んでしまったこと、何が足りなかったのか、何を間違えていたのか、それを振り返り検討すること、②Nさんのバギーにはめ込んだクッションをはじめ、腹臥位保持具などほとんどのものが、福祉制度（自立支援法など）を利用しないで作ったこと、そのことには利点もある

が、限界もあったこと、を上げてくれた。

花井が知る限りの信頼できる報告で、姿勢保持具を使うことで変形が進まなかったというものはない、しかし、緊張が安定し、呼吸が楽になるなどの生理的な効果から、そのことがQOLの向上にむすびついているという報告は多くある。篠原先生らの取り組みもまさに、その報告と一致する。しかしながら、変形は多くの家族らがもっとも心配していることであり、姿勢保持具でどう変形の進行と戦うかは、今後の重大な課題である。

また、車椅子や坐位保持装置などの自助具については、その利用状況には地域格差を強く感じる。①制度そのものはシンプルで全国一律であるが、その運用に当たる市町村の判断に違いがあること、②本来学校が用意すべきと思われる学校でのみ使う自助具が、学校に用意されてなく、制度で作成される自助具に頼っている学校が多くあること、③仕方がなく制度で学校用を作るが、学校外部で作成されるために学校で使うことを検討して作られていないこと、④適切な坐位保持具を手早く作成できる業者の数に格差があること、などが上げられる。

昨今は、どの地方自治体も財政的に厳しくなり、制度の運用を厳格にしていることが、運動障害が重度な児童では特に厳しい現状になっている。学校側で、食事や学習に使う学校用坐位保持装置（車輪がついていないこともあり、学校に常に置いておく）、学校用車椅子（学校内で外出、移動用）、通学バス用カーシート、訓令用のSRC歩行器の4点を家族に用意する求めた例もある。確かに、学校にいる時間は長いかもしれないが、制度の枠組みの中では、それだけ用意すると、家庭で使えるものが何もなくなってしまうという問題が生じている。

また、参加者からの質問として、「気管切開している児の楽な体位の対応」「変形の厳しい児の体位変換の対応」「側彎の進行予防への対応」「ボトックス（ボツリヌス療法）」「骨折しやすい児抱っこの問題」「排痰の介助方法」など、姿勢保持に関係することが多く、まだまだ課題が多いことを確認できた分科会であった。

第1分科会「健康・身体づくり」

■発表レポート

Aさんの姿勢保持の取り組み

篠原 勇、芦原孝野、宇治川博一

京都府立与謝の海養護学校

1 はじめに

重度の運動障害のある子ども達の日常生活を考える上で、「姿勢保持」という視点は非常に大切である。どのような姿勢が子どもにとって快適か。子ども達やその家族の生活を少しでも改善したいという思いから、姿勢保持具等の自主製作とその活用について取り組んでいる。一般教員の私達がこういったことに関わってもいいのかという疑問をもちながらも、子ども達を目の前にしたとき、私たちにもできることは何かしたいと強く考える。今回Aさんの取り組みを通して本校の姿勢保持の取り組みの一部を紹介する。

2 Aさんの紹介

現在高等部 1 年生の女子。友達の声が大好きで、4 人の仲間と毎日楽しい学校生活を送っている。呼名に対しては笑顔や「アー」という声で返事をする。「しっかり返事ができたね」と声をかけると、ますます嬉しそうな笑顔。年齢相応のしっとりした歌を好む。友達が呼名に返事をせずにいると、「アー」「アー」と声を出し、返事を促す姿も見られるような、お姉さんぶりを発揮する一方で、自分のそばに人がいないと、声を出して人を呼ぼうとする甘えん坊の一面も。家庭でもよく母親を呼ぶことがあり、家事がはかどらないこともある。また、指導者の声をよく聞いており、笑ったり、じっと聞き入ったり。「どう思う？」などとたずねると、おもしろ気にニマッと笑うこともよくある。

診断名は脳性麻痺。てんかん発作があり、医療的ケアとしては経鼻経管栄養と口腔内吸引が必要。現在もてんかん発作のコントロールが困難。また安定した呼吸の確保や過緊張からくる様々な問題への対応等、多くの健康上の課題がある¹⁾。強度の右凸の側彎・肋骨隆起が見られ、凹側では肋骨下部と骨盤の接触が見られる。

3 姿勢保持の取り組み

(1) 家庭用バギーの工夫

就学前にほぼ在宅であったこともあり、家庭では背臥位か「たて抱き」でほとんどの生活を送っていた。またバギー（クルーザー）をもっていたが、10分ほど経過するとぐずり出し、座っていることができず、実用的ではなかった。

入学後に家庭でバギーが使用できるように、削り出したクッションをはめ込み、適合を試みた。モールドに近い状態で支持面を増やし安定した座位が得

られるよう、また保護者からの「手が外に出てしまっていて危ない」という訴えに応え、上肢が外にでない形状の工夫をした。はめ込んだクッションが身体を支持するため、安定した座位が得られたが、ややあごを突き出し、体幹が左に倒れる傾向が残っていた。

(2) 学校用バギーの工夫

同時に学校で使用するバギー（タイガー2000）を製作。医師と相談し、デモをしながら決定していったが、実際に使用を開始すると、身体が左に崩れ、実用的な使用は困難な状況となっていた。適合を試みた。工夫した点は左股関節の屈曲制限を考慮に入れたクッションの形状である。しかし、クッションを入れた後も体幹の左への崩れは見られ、あごを突き出した姿勢で座っている状況であった。

年齢と共に変形が進行し、骨盤、脊柱の動きが悪くなり、座位保持がさらに困難になってきたため、クッションを改良した。骨盤を中間位ではなく、非対称を許すために座面を右に傾けると共に、凸側のサポートを強くし、身体が崩れることに対応した。このクッションで座位をとったところ、左への崩れはやや改善したが、残念ながら依然としてあごを突き出した姿勢のままであった。分泌物の処理が苦手な本児にとってあごをつきだしたこの姿勢は呼吸にかなりの悪影響を及ぼすこともあり安定した安楽な座位はとれない。結果的にここまでの段階ではクルーザー、タイガー2000とそれらへのクッションの適合は不十分なものであり実用的なものにはなりきらなかったため、移動はクラス担任による「たて抱き」が中心になっていった。

(3) 床上での工夫

①腹臥位

本児にとって背臥位は最も緊張の強くなる姿勢である。また呼吸および摂食・嚥下障害のある本児にとって背臥位、体幹後傾姿勢を日常生活でとることは危険であると判断し、腹臥位の導入を考えた。

腹臥位については「換気能力が高くなり、舌根沈下の予防、リラクゼーションが得られ、胸郭横隔膜運動が改善する。」²⁾、「咳き込まないで誤嚥する症状があり誤嚥性肺炎を頻発するケースでは、介助者が気づかないうちに分泌物が気道に流入し続けるので、体幹後傾姿勢は禁忌である。こういった場合、頭高位に頭部を保持させる腹臥位または四つ這い保持で換気は改善し、分泌物は口から流出し、異常呼吸運動は軽減する。」³⁾などの有効性が文献にも記

載されており、本児にとっても有効な姿勢であった。

三層強化段ボールをベースに用い、その周りにウレタンをはりつけた腹臥位保持具を製作。サドルにまたがる構造にしたため、安定した腹臥位がとれる。

本児は暑がりで発汗が多いため、それを改善する目的で、身体とウレタンの間にこもった熱気を強制的に排気するよう、パソコンのファンを胸面に取り付けた。体格の似かよった幼児に試してもらったところ、涼しくてとても気持ちがいいそうだ。寒い冬も夏仕様のまま使用することは考えものである。そこで、冬はファンの穴にウレタンを詰め、カバーもフリースで新たに作り、暖かさを演出した。

ウレタンを削り出したかまぼこ型クッションによる腹臥位にも取り組んできている。このクッションは全体が緩やかな曲面になっており、股関節の軽度屈曲が得られ、頭高位の腹臥位をとることが可能で、リラックスすることができる。しかし、このクッションは上肢の自発的な動きを引き出しにくい状況が考えられる。そこで、クッションを子どもの胸部幅にカットし、肩関節の動きを引き出しやすくした。さらに転落防止に両サイドにウレタンを追加し、楽しいデザインの鳥に見立てたかわいいクッションに仕上げた。この鳥型クッションは個性豊かなデザインで、本校の多くの子ども達が使用している。

側彎が強くなると、上記のクッションの形状では対応できなくなってくる。そこで、側彎に対応するため身体の変形に合わせた形状の工夫を行うとともに、カバーを和服調にして、楽しく使える工夫をした。

側彎、肋骨隆起など変形がより強くなると、頭部、体幹、骨盤、下肢の動きの制限がさらに強くなる。そこで、両下肢を一方に流し、下半身の非対称を許して頭部、上部体幹を安楽なポジションに設定する形状のクッションを製作し、カバーは白雪姫調のカバーで楽しさを演出した。

②側臥位

腹臥位と同様に大切にしている姿勢が側臥位である。側臥位の有効性には多くの記載が見られる。例えば、「最も基本的な構え。中枢性の異常姿勢反射の抑制がおこなわれやすく、全てのアテトーゼ型に有効。保持用具で側臥位を保持すると、「高緊張の緩和→上肢機能の援助→精神的安定→緊張緩和」といった、良好なサイクルでの生活改善が可能。」⁴⁾、「重症児の抗重力訓練肢位の第一歩として重要。」⁵⁾、「側臥位は首がすわってなくてもできるうえに、両手が状態を支えるという仕事から解放されているので、両手を使う遊びが可能になる。また、落とした物を見つけやすい姿勢なので、おもちゃによる反復遊びも可能になる。」⁶⁾、「遊ぶ際の姿勢の設定については子どもにとって楽に手を使い、それを見て、聞いて楽しめる余裕のある姿勢を保持できる設定が必要。

そのために頭と目が安定する側臥位を応用することは有効な手段になり得る。」⁷⁾「呼吸・排痰に有利な姿勢。」²⁾ などである。

12 mmの合板とウレタンを用いて右側臥位保持具を製作した。工夫点は下方の右肩が圧迫されないようにしたこと。上になる左上肢を乗せる台を取り付け、胸郭の圧迫を防いだことである。製作当初は安定した側臥位をとることができたが、成長に伴う変形の進行や保持具自体の重量の関係であまり使えなくなっていく。

③製作の試み

本児は姿勢変換の際に緊張が入ってしまうことが多い。そこで、姿勢変換に伴うストレスと余分な緊張を入れない目的で両側可変型側臥位保持具を試作した。三層強化段ボールに細かな溝をたくさん入れ、曲げることによって、曲面を作り、舟のような形状にした中で仰臥位になる。どちらか一方にゆっくりと転がすことで、側臥位にし、お好みの角度で固定。逆の側臥位の際も同じように逆に転がしていくことで両側臥位をとることが可能。当初は姿勢保持具として製作したが、最近はおもちゃとして使われている。

現在も側臥位は生活の中の重要な姿勢としているが、現在は姿勢保持具を用いるよりも、布団、タオル、クッションなどを利用して側臥位をとっている。背臥位の状態で側臥位になった際、下になる側の布団の下にタオルを入れて身体を支える壁を作り、その後布団ごと持ち上げるようにして側臥位にする方法である。頭高位にしたい時は合わせて三角マットを使用する。

(4) 移動の保障

①抱っこ型（腹臥位）移動装置

安定した座位を提供できずにいたため、バギー、車いすで後傾姿勢をとると、唾液の流入や舌根沈下などで呼吸がスムーズにできなくなる状況が見られ、車いすにはほとんど乗ることができなかった。そこで、移動や散歩は指導者による「たて抱き」が中心となり、指導者の負担が大きかった。そこで、抱っこ型移動装置の製作を検討。腹臥位に近い抱っこの姿勢を再現するクッションを製作し、クッション部をPWに固定して、ベルトをつけた。PWのティルティング機構がそのまま使用できるので、体調や活動の目的に合わせて、適切な角度を設定することができる。抱っこを完全に再現することは不可能ではあるが、現在これは日常生活にはなくてはならないものになっており、校外学習、修学旅行にも快適に参加することができた。この移動装置なくしては修学旅行への参加は非常に困難であったと考えられる。

②抱っこ型（腹臥位）移動装置の改良

側彎、肋骨隆起が顕著になると、これまでのサド

ルにまたがる腹臥位では、体幹が左に傾いてしまい安楽な腹臥位をとることが困難になっていった。そこで、前述のとり型クッション同様、両下肢を一方に流し、下半身の非対称を許して頭部、上部体幹を安楽なポジションに設定する形状のクッションに改良したところ、これまでよりもリラックスした腹臥位が可能となった。



(5) 再チャレンジ

①後傾したいす

身体の強い変形、緊張の変化、また分泌物の流入、舌根沈下、下顎の後退により呼吸状態が安定しにくいといった理由で、小学部3年生頃から体幹後傾姿勢をとることが困難な状況が続いた。しかし、もし可能ならば、多様な姿勢を保障するという意味からも、本児の状況に合わせて、可能な範囲で後傾座位を保障したいという思いから、後傾座位に再チャレンジすることにした。

三層強化段ボールでフレームを製作。身体に合わせて削り出したクッション材の上に布団を敷いて使用する。適合の悪い際は布団の下にタオル等を詰めることで、比較的容易にフィッティングが向上する。

側彎、肋骨隆起で変形した胸郭を後方に逃がし、その部分を乗せるようなイメージでクッションを削り出した。正面からは胸から下の非対称を許し、頭頸部、肩が傾かないように設定。布団独特の優しさもあり、ゆったりと身体を包み込むことで、安楽な座位をとることが可能となった。さらにその後も形状の試行錯誤を続けた結果、布団を使用しなくても座位が可能となった。学習場面や行事などでも使用することがある。

時間的には限定されるものの、このクッションを使用すると、後傾座位がとれるようになってきたため、クッション部のみを取り外し、PWに固定。車いすとしての使用を試みた。体調のいい日は30分程度これを用いて移動することができる。小学部低学年から移動は「立て抱き」または腹臥位（抱っこ型移動装置）のみであったため、家族、クラス担任などの関係者は大いに喜んだ。また、クラス担任によると、本人もこの車いすに乗ることが好きなようで穏やかな表情が見られると指摘する。この車いすの使用で、腹臥位での移動に比べて、視野の確保が容易になる。さらに、顔が前を向いているため、出

会った人たちから声をかけてもらえる機会も増える。このことから姿勢保持が対人関係や社会性などと深く関連していることを実感することができた。

4 おわりに

障害の重い子ども達とその家族が求めているものは「普通の日常生活」、「皆が平凡に楽しく暮らせる」⁸⁾ ことではないかと思う。緊張や痛み、呼吸困難といった状態ではなく、心身の状態を整えることで、心地よい風を感じることができるよう、野の草花に気持ちが向けられるような、人とのやり取りが楽しめるような・・・、そんなささやかではあるが、人として豊かな生活を保障するための援助ができれば幸いである⁹⁾。



引用文献

- 1) 小西郁子、保室久美子、柘田恵子、和久泰治：Aさんの6年間の育ち—障害の重い生徒の教育保障を求めて—、研究紀要よさのうみ55号、p.109—121、よさのうみ出版物刊行委員会、2006
- 2) 染谷淳司：姿勢の選定。姿勢保持研究 1997；10：94-121
- 3) 金子断行：重度脳性まひ。in 呼吸理学療法（責任編集＝宮川哲夫、黒川幸雄）、第1版。三輪書店、1999；pp244-250
- 4) 染谷淳司、甲斐結城、伊藤泰広：ポスチュアリング（姿勢の選定）について。日本義肢装具学会誌 1991；7：3-11
- 5) 松尾 隆：脳性麻痺と機能訓練（運動障害の本質と訓練の実際）、第1版。南江堂、1995；pp94-97
- 6) 小畑文也：側臥位での遊びのポジショニング指導。in 障害児の発達とポジショニング指導（編集＝高橋 純、藤田和弘）、第1版。ぶどう社、1986；pp72-73
- 7) 辻 薫：脳性麻痺をもつ子どもへのおもちゃの治療的応用。OT ジャーナル 2002；36：1345-1350
- 8) 竹野広行：小さな街の木工所から、増補版。はる書房、1988；pp38-39
- 9) 篠原 勇：障害児教育現場における姿勢保持（日本リハビリテーション工学協会 SIG 姿勢保持編、小児から高齢者までの姿勢保持）p.131—146、医学書院、2007

第2分科会「コミュニケーション」

■共同研究者報告

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数名の参加者があり、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、京都府立向日が丘養護学校の本田章子先生と白石直子先生による『「友だち大好き 学校大好き」～訪問教育で広がるコミュニケーション～』であった（詳しくは次ページからの発表レポート参照のこと）。このレポートでははじめに、児童生徒の様子や授業形態等を踏まえて向日が丘養護学校の訪問教育の現状が紹介された。訪問教育対象の児童生徒（小学部～高等部）は全員家庭での教育を受けていた。本レポートでは続いて、対象事例のAさん（中学部在籍）の小学部入学からのあゆみと現状が取り上げられた。Aさんは養護学校入学後、小学部4年生の時に体調を崩し、6年生以降訪問教育を受けていた。教育の目標は、①生理的基盤を整え、安定して過ごせること、②人との共感関係を豊かにし、発声や表情で自分の意思を伝えられること、③興味の持てる活動の中で自ら外界に働きかけ、変化や達成感を感じること、等であった。

次に、現在の取り組み内容とその際のAさんの様子が、文字情報に加えて写真を利用しながら報告された。具体的には訪問授業の流れ、学習内容、授業の中で大切にしていることが紹介された後、家庭での授業時やスクーリング時の様子、中学生との交流場面の様子等が紹介された。本レポートの大きな特徴は、対象児と家族・教師間でのコミュニケーションを取り上げるだけでなく、対象児が所属する学校のクラスの子供達との共同活動を意識した取り組みを紹介していることであろう。その一つとして紹介された「テレビ電話を使ったクラスと同時進行の授業」はとても興味深い取り組みであった。本レポートでは最後に、①体調の安定を図ること、②クラスの仲間を意識した学習指導を展開すること、③生きる力を育む活動場面を設定することの3つの観点からまとめが行われた。

概略以上のような報告に対し、述べ17名の参加者から多くの質問や意見が出された。それらを整理すれば以下のような内容であった。①自立活動担当教員に関する情報、②居住地交流に関する

現状、③指導体制、④紹介された授業（プリン作り）の展開内容、⑤対象児Aさんのような視力障害が疑われる子どもへの配慮事項、⑥発達アセスメントの方法、⑦意思の発現機会の設定方法、⑧意思の読み取りが難しい子どもの行動の見方、⑨超重症児の生命活動や生存自体に対する受け止め方、⑩保護者の思いへの受け止め方、等々。

当分科会においては引き続き、共同研究者の川住が、上記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や実践例について話題提供を行った。コミュニケーションを豊かにしていくための視点とは、(1)コミュニケーションの定義、(2)コミュニケーションの手段・方法、(3)コミュニケーションの機会、(4)コミュニケーションの相手、(5)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定義に関しては、「訪問教育研究第21集」（2008）で紹介しているので参照していただきたい。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子どもの表出行動をかかわり手が信号の意味のあるものとして受け止めるに当たっては、「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。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が、特に日課となる活動時の子どもの様子に着目することが重要である。相手としては、養育者、教師、仲間があるが、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。

次年度以降も、本分科会が参加者にとって充実した時間となることに加えて、多くのレポートが行われることを期待したい。

第2分科会「コミュニケーション」

■発表レポート

「友だち大好き 学校大好き」

訪問教育から広がるコミュニケーション

本田章子 白石直子

京都府立向日が丘養護学校

I. はじめに

《向日が丘の訪問教育》について

・訪問生の紹介

本校は、乙訓地域（向日市・長岡京市・大山崎町）の知的障害・肢体障害と、八幡市および宇治市の肢体障害の児童生徒が在籍しており、そのすべての地域に訪問生も在籍しています。

現在、小学部・中学部・高等部に複数の訪問生が在籍しており、家庭への訪問を基本としています。ほとんどの児童生徒に重度重複の障害があり医療的ケアが日常的に欠かせません。（吸入、口・鼻腔内、気切部からの吸引、経管栄養、人工呼吸器、酸素投与等）

小学部就学時から訪問籍の児童生徒と体調等の変化によって通学籍から訪問籍に移行した児童生徒もいます。また、訪問籍から通学籍に移行した児童生徒もいます。いずれの場合でも、校内の組織と連携して「児童・生徒の教育の保障」の充実を検討しています。

・訪問授業の形態について

訪問教育は「京都府立特別支援学校訪問教育実施要綱」に基づき実施しています。上記 第5条 訪問教育の実施方法は、次のとおりです。

（1）訪問教育は、対象者の在籍する学校に所属する教員がこれに当たるものとする。

（2）訪問教育の授業は、年間35週以上とし（週3回、1回2単位時間）程度を標準として、その障害の実態や学習負担を考慮し、実情に応じた授業時数を定めるものとする。

（3）集団での学習への参加を意図したスクーリングについても、必要に応じて実施できるよう工夫するものとする。

本校では、訪問生は障害実態や発達、生活年齢を考慮して、基礎集団（学部・クラス）に位置づいています。共通の教材やクラス便りなどを通して、訪問生を共に学びあうクラスの仲間として大

切にしています。現在、訪問生の多くが、集団での学習参加を意図し、適宜スクーリング（定期的・行事・式・その他）しています。訪問体制は、担任＋自立活動担当（週1回）です。さらに、実態（二人介助）等に応じて必要な配慮をしています。また、授業作りの視点において、教員の複数訪問は必要かつ重要であると考えています。

II. Aさんの小学部入学からのあゆみ

1 小学部のAさん

Aさんは、小腸の機能に弱さがあり、腸閉塞を繰り返しています。低学年のときは比較的体調が安定していました。3年生の時は、コミュニケーションの力を豊かにするために、体調の安定を基盤にしつつ、安心できる人の存在と分かりやすい環境の整備を図り、個別の取組を丁寧に行う中で、自分から物に向かって手を動かすなど積極的な姿が見られるようになりました。しかし、4年生の秋以降は、入院期間が長く登校できない状態が続きました。体重減少による体力の低下や感染のリスク等が心配されること、通学に片道1時間近くかかり登校が負担になることから、6年生で訪問教育に移行しました。修学旅行は病棟から片道30分程度の場所で主治医に同行していただきました。友だちや先生に出会い、歌やギター演奏にすっかり耳を傾けました。修学旅行を終え、「よかったね」と褒められてとびきりの笑顔を見せたAさんでした。

2 中学部入学当初のAさん

Aさんの体調は、IVH（中心静脈栄養）とイレウス管から空気を抜くことで比較的安定し、中学部入学前には、週2回訪問看護を受けて自宅で生活できるようになりました。

中学部入学式では、校長先生の祝辞に耳を傾け、特に中学部生徒による『お祝いの言葉や歌』を集中して聴き、嬉しそうに笑っていました。友だち

や学校が好きなようで「学校に行って友だちと学習したい」と思っていることが伝わりました。

中学部では、社会資源等を利用し自宅で安定して過ごすことが、大きな目標となりました。また、小学部でつけてきた「Aさんが人と関わりながら自らやってみようとする意欲」を引き継ぎながら、関わる人や集団を広げ、コミュニケーションの力を豊かにしていきたいと考えました。

教育目標は

- ① 生理的基盤を整え、安定して過ごせるようにする。
- ② 緊張を緩和し、リラックスできる時間を増やす。（変形、拘縮が進まないようにする）
- ③ 人との共感関係を豊かにし、発声や表情で自分の意思を伝える。
- ④ 興味の持てる活動の中で、からだや手指を使って自ら外界に働きかけ、変化や達成感を感じる。としました。

Ⅲ. Aさんへの取組

1 訪問授業のプログラムと学習内容

訪問授業は、健康観察→朝の会→学習→休憩→終わりの歌というプログラムで行っています。

学習内容は、歌・楽器遊び・手遊び、友だちとの交流、お話遊び、手指を使った活動、ストレッチ、体育祭・文化祭の取組などです。週1回は自立活動の指導者とからだの取組（ストレッチ、座位など）をします。

体調に合わせて学習内容や時間を調整しています。

＜学習内容及び大切に取り組んできたこと＞

①担任との関係作り、体調に合わせた学習

Aさんは集中して音や声を聞いています。担任の声もすぐに覚えました。担任もAさんと安心して取り組める関係を作ることから始め、疲れさせ過ぎないように気をつけました。臥位の時は、疲れると反転して背を向けて目を閉じ、しばらくするとまた担任の方を向くことで意欲を伝えることができました。抱っこの姿勢では、体に力を入れたり不快な声を出したりすることで気持ちを伝えました。

②五感に働きかける活動と触ってみようとする気持ち

五感に働きかけ、匂いを嗅いだり色々な物に触れて感じたりする学習を多く取り入れています。

Aさんは、初めての取組や新しい学習では、「何かな？」という表情で集中し、刺激の違いや感触を受け止めます。慣れて見通しが持てると期待して待ち、安心した表情で取り組みます。側にいる人に促されると、やることが分かっている時に、自分からやってみようとして手を出すことが増えています。

③決まった言葉かけの中でのやりとり

朝の会の名前呼びと握手は毎回同じです。その日の体調や気分の変化を感じることができます。Aさんは、名前を呼ばれるとすぐに手をあげるか、声を出して返事をするか、足や顔を動かすかして応えます。表情を変えずに聞いていて、3回目で『わかっているよ』というように顔を見て手を上げたり、声を出して返事をした後ニヤッと笑ったりすることもあります。相手の反応を見てやりとりを楽しんでいるのかもしれません。

④好きな音楽や楽器遊び

音楽は心地よさと安心感を与え、学習の流れや時間の見通しを持たせることにも有効なので、大事にしています。また、言葉を整理して使うこと、分かりやすい提示の仕方を指導者の課題にしています。

Aさんは視覚が弱く、聴覚優位であり音楽が大好きです。音の違いやリズムにも敏感です。大人が楽器の演奏中に音を間違えた時、Aさんはフッと笑います。間違いが続くと声を出して抗議をします。中高生の好きな流行のテンポの速い曲も好きになりました。手遊びや、曲にあわせて体を動かすことも好きな活動です。

⑤クラスの友だち、学部友だちとのつながり

友だちと共通の話題で学習ができ、スクーリングや行事に参加したときに一緒に活動できるように学習の工夫をしています。教材教具は、訪問授業に合ったものにしながらほぼクラスと同じ教育課程で訪問の授業を設定しました。スクーリングの時、学校で落ち着いて過ごすことができ、友だちと一緒に活動して達成感が持てるよう配慮しています。

2 Aさんの授業の様子

Aさんは友だち、学校、勉強という言葉に良いイメージを持っています。人に話しかけられると集中して聞き、問いかけに、表情や声・手足の動きで応えています。学習が楽しかったときや、興

味のある話題に、相手の方に顔を向け、声を出して自分から意思表示することもあります。

・訪問授業の例（1年生1学期のプリン作り）

歌を歌いエプロンを付けて学習開始です。Aさんは、パネルシアターに時々目をやり、声や音を聴いています。赤色のV O C Aを押して3分クッキングの音楽が流れると笑顔でした。卵を右手で持って指導者と一緒に割り、牛乳、バニラエッセンスも入れ、泡立て器でかき混ぜました。台所の電子レンジの前に移動し、いい表情で出来上がり待ちました。冷えるまでベッドに横になり、やったことを問いかけると、声を出して応えていました。満足そうな表情でした。作ったプリンを口に入れてもらい、味をみることもできました。この経験からAさんは卵割りのお手伝いを家でするようになりました。

・訪問授業から行事の発表に繋げる例（1年生の体育祭「荒馬」）

本校の中学部は集団作りを大事にし、体育祭では中学部全体で民踊（この年は荒馬）を演じることを長年続けています。訪問授業で「荒馬」の曲を覚え、曲に合わせて指導者と一緒に太鼓を叩いたり、手綱を持ってリズムをとったりしました。馬が走るようなリズムで体を揺すってもらうと、嬉しそうに笑っていました。タンポを持って、ステンシルで馬に付ける紋も描きました。太鼓や紋作りは、勧められると自分で手を動かしてやろうとし、疲れると声と動きで拒否をしました。体育祭前に2年ぶりに登校し、クラスの友だちと一緒に荒馬を踊りました。その後、体育祭に向けて気持ちが膨らみ、体育祭の話をするニコニコと笑顔になりました。体育祭本番では、グラウンドに出てフィナーレの踊りを中学部の友だちと一緒に楽しみ、笑顔がいっぱいでした。

・テレビ電話を使ってクラスと同時進行で授業をした例（クリスマスツリー作り、地域の中学生との交流） 中学部入学式で、友だちの声を聞いて笑顔を見せたAさんだったので、V O C Aを使った声の交流をすることにし、訪問に出かける前に、クラスの様子や生徒の声を吹き込みました。保護者が、Aさんに、声のメッセージを届けてくれることもありました。2年生の時の11月から、テレビ電話が使用できるようになり、「クリスマスパーティーをしよう」の学習をしました。画面を見ながら柄を付けたスポンジを使って色を付けま

した。リラックスして柄を持ち、ジングルベルの歌に合わせて、ポンポンと調子よく叩きました。休憩しているとき、友だちが色を付けている画面を見て、また手が動きました。友だちと活動する雰囲気を感じながら、大きな紙いっぱい色をつけることができました。

本校中学部30年以上、近くの中学校との交流・共同学習を続けています。Aさんは、テレビ電話で自己紹介をして、交流を始めました。交流学习では、相手校の生徒の歌を嬉しそうに聞き、ペアの友だちが紹介されると笑顔でした。自己紹介では手を上げて応え、ボーリングの順番が回ってくると、ペアの友だちの掛け声に合わせて膝の上にのせたボールを指導者と一緒に転がしました。

Ⅳ. まとめ

コミュニケーションを豊かにするためには、まず体調の安定を図ることが必要です。訪問授業では、安心できる環境の中で、体調に合わせてコミュニケーションをとることができます。また、ポイントを絞ったゆったりとした授業ができます。Aさんは週2回の訪問看護と週3回の訪問授業で適度な刺激を受け、生活のリズムが安定しました。1・2年生での欠席は少なく、2年間で20回スクーリングができました。

次に、Aさんの発達に合った集団が保障されていることが重要です。学校に、自分が安定して過ごせる場所があり、クラスの友だちや先生を意識しながら学習することが必要です。訪問授業を基本にして、一つずつ積み上げていく中で「私できるよ、知ってるよ」という自信を持つことができます。それが「友だちと一緒にやりたい」と、スクーリングを楽しみにすることにも繋がっています。

体調が安定しているときでも通学にともなう移動はとても大変ですが、楽しみにしていたスクーリングができ、学校で活動した時のAさんは満足そうです。社会見学、学部・学校行事、寄宿舎でのおやつ作り等、場所や集団が変わっても、友だちや先生を意識しながら楽しむことができました。家庭で、適度な刺激を受けつつ安定して過ごしていることと、「学校大好き！友だち大好き！」の気持ちが、Aさんの生きる力に繋がっているのだと思います。

第3分科会「あそび・文化」

■共同研究者報告

木下 博美

京都府立舞鶴養護学校、全訪研副会長

参加者数は42～3名。事前申し込みより10名増。「教材・授業づくり」に対する要望が高い。レポートが1つ減ったため、明日香養護の教材紹介レポートと木下のレポートの2本で進めた。本分科会では「あそび・文化」の活動によって生まれる「共感や心の交流」が「発達のエネルギー」となる様な授業づくりや教材を交流したいと考えている。教材が、子供たちの「手指の機能や感覚・認知機能の発達」を促すと共に「心の育ち」につながる視点を「授業の文化」として創り上げることが分科会のねらいである。「人として人とつながりあって生きること」を教える文化」としての実践を交流することを分科会の基調提案とした。

明日香養護の中岡レポートは、教材の一つ一つがよく練って作られているものであった。手作りのこれらの教材は、業者作成で販売してほしいようなものばかりで、その数34種類+退職された西村先生（前全訪研会長）が作られた物を合わせて「明日香の教材教具」としてまとめ、いつでも報告できるように整えられていた。さらに週1回（金曜日の1時間半くらい）訪問の担任が中心になって教材を作る時間を設けている。この子にこんな教材がほしいんだということがあると、みんなで話をして、構想ができあがったら100均に行く。作っただけではうまくいかないことがあるので、こまかいところまで配慮して作る。34の教材を細かく説明をしながらのレポート報告で参加者の関心を集めていた。

さらに昨年度の東京大会で作られた「教材集100」の販売が難しいとのことだったので、分科会としては新たに教材集を作ろうということになった。全訪研としてCD-R化して作り、次年度千葉大会で材料代で頒布することとした。（参加者・会員の方から教材を募集します。つぎのアドレスに添付ファイルで送ってください。sai6077@yahoo.co.jp）

午後は木下のレポートを報告。

残りの3分の1の時間で、全員が持ち寄ってくれた教材を報告しあった。口頭での紹介や教材を持参

しての報告があった。それを全部載せるだけでも100を超える教材になる。大きな財産になるものと思われる。

討議の中では「教材を使ってどういう力をつけていくのか、どういうふうに子どもの中にあそびとか文化を創り出していくのか」ということが出ていた。それに対して、明日香養護の「のぞいてみよう」という教材があった。「のぞいてみよう」という言葉がわからない子供に「のぞく」ことを具体的に遊びながら体験させる教材。単に言葉を教えるだけではなく、一緒に遊びながら体験できる教材を作って、その子の生活の中にある言葉を一つずつ教材化していこうとする実践が報告された。

わからない言葉を教材化する。生活の中に生活文化の教材を見つける。たとえば、お天気カード。ボードの上にマジックテープで布のカードを貼ってひもを付ける。ひもを引っ張るとぱっと天気マークが出てくる。「晴れでした」「雨でした」というふうに、自分で操作して今日のお天気を確認する。また、「今日の服は何色」教材。本人の小さい絵をつけて、鏡で見せて、今日の服は何色だね、と言ってその色の紙の服を貼る。最後にまた○か×、好きか嫌い、嫌いな色なら違う色に（お母さん）してね、と、自分で選択できるように。生活の中にしっかり入り込んだ文化や遊びの教材が大切と紹介された。

<次年度への方向性>

- ①「全訪研教材集」を作成し、頒布する。
- ②「あそび・文化」の授業・教材の交流をすすめる。
「手指の機能や感覚・認知機能の発達」を促すと共に「心の育ち」につながる視点を「授業の文化」として創り上げる実践を持ち寄りましょう。
- ③ 分科会内で教材展示交流タイムを設けよう。
- ④「共感や心の交流」が「発達のエネルギー」となる様な「あそび・文化」の活動を創造しましょう。

第3分科会「あそび」

■発表レポート

明日香養護学校の教材・教具

中岡恵子

奈良県立明日香養護学校

1 はじめに

本校訪問教育の教員は個々の教材づくりを行っているが、月に1度は全員が集まって、お互いの教材や訪問で使用する教材について、案を出しあったり意見交換したり、協力しながら作成できる時間を設けている。また、学校全体でも1学期の終わりに各学部の教材を紹介する時間を設け、学部を超えて教材を共有できるようになっている。今回は、2年間で作製した教材について紹介する。

2 教材・教具の紹介

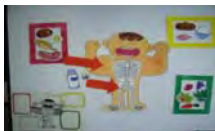
●教材名：「しっかりたべよう」せいかつ

★ねらい：体に必要な栄養素をいろんな食物から摂取することを学ぶ。

★使用方法とポイント

・好き嫌いなく食物を食べることで体にはどんな良いことがあるのかを視覚的にわかりやすく伝える。

・パネルシアターの男の子の口には切り込みがあり、子どもが食材を選んで口に入れられるように作ってある。



●教材名：おだんごパン

★ねらい：絵本の中に出てくるキャラクターに動きをもたせる。

★使用方法とポイント

・触り心地の良いフェルトを使い、ほっぺの部分にバニラエッセンスをつけて、香りも楽しめるようにした。



●教材名：「〇から何番目」

★ねらい：右から（左から、上から、下から）何番目かを理解する。

★使用方法とポイント

・算数の学習で使用した。1本の棒に10個のぬいぐるみをつり下げて作った。児童とぬいぐるみを数えて、～から何番目か確かめる。



●教材名：くるくるボード

★ねらい：視覚的に弱い子に見る力を促す。

★使用方法とポイント

・「くれよんのくろくん」の授業で用いた。蛍光絵の具で描いてあり、ブラックライトで光る。花火はブラックシアターで使用。

・くるくるボードは、中央に指を入れて回すことができる。「光る＋回る」ことで、より注視を促すことができる。



・上肢に麻痺がない子どもには自分で回して遊ぶ教材としても使用する。

●教材名：バーチャイム（可動式）

★ねらい：座位がとれない子どもでも、チャイムを鳴らせる。

★使用方法とポイント

・写真の状態でも音を出せるが、柱両側の木ねじを緩めるとバーが下に可動するので、寝ている状態でも音を出すことができる。（木枠は座位保持椅子の廃材利用）



●教材名：ドラム

★ねらい：バチを持って鳴らすことが難しい子どもの操作を援助。

★使用方法とポイント

・カラーボールやきれいな髪留め等を使い、触りたいという気持ちを高める。

・カラーボールや髪留めにゴムを通して触れる、握る、離すの操作で音が鳴るようにした。



●教材名：コロコロボード

★ねらい：手のひらの感覚を高める。

★使用方法とポイント

・感触や大きさのちがう玉に手を置いて、転がすように触って遊ぶ。・指に引っかけたり、握ったりして引っ張る。・音が出る物は、音を鳴らすことも楽しむ。（淑徳大学のビーズボードを参考に作製）



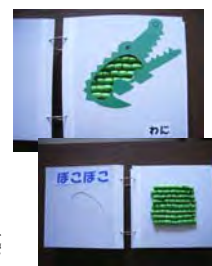
●教材名：さわる絵本「どうぶつ」

★ねらい：いろいろな感触を感じ取って遊ぶ。・感触を楽しんでから動物を知る。

★使用方法とポイント

・両手の手のひら全体を使って感触を感じ取れるよう、触る面を大きくした。

・感触の違いが明確になるようページ配列を工夫。・十分に感触あそびをしたあと、前ページを重ねて動物の名前を知らせる。



●教材名：さわる絵本「おふろ」

★ねらい：いろいろな感触を感じ取って遊ぶ。・実際に泡立てるのを見たり、お湯をかけたりする遊びを体験する。



★使用方法とポイント

- ・おふろごっこに使用する。
- ・イラストのページでは、実物を使って体験する。

●教材名：紙芝居 かえるがピョン

★ねらい：期待感をもって楽しく見る。・しっかり見る。追視する。

★使用方法とポイント

- ・興味を持って楽しめるよう、パペットを使用し、歌をつけた。
- ・ペープサートを取り外して、追視しやすくした。
- ・子供の様子を見ながら、対話等も取り入れて話を展開する。



●教材名：パネルシアターそらまめくんのベット

★ねらい：絵本だけでは視覚的にも内容的にもとらえにくい子どもたちにパネルを通してインパクトを与え、面白さや内容を理解させる。

★使用方法とポイント

- ・基本的に出す順序を決して間違えない。
- ・お話を読むようにしながらパネルを出したり引いたりする。
- ・音色に変化をつけ、子どもの注意を引きつける。
- ・効果音を用いると更により。



●教材名：大型絵本 はらぺこあおむし

★ねらい：大型サイズにすることで注目しやすくする。

★使用方法とポイント

- ・子ども達が感触遊びとして取り組んだぬたくりの作品を絵本の絵柄に使用した。



●教材名：はらぺこあおむし

★ねらい：ふれあいあそびで人形を注視し、体へのタッチでかわわりを楽しむ。

★使用方法とポイント

- ・カラー軍手やタオルを利用し、手触りや肌触りを良くした。
- ・絵本のカラフルさをもとに人形もカラフルにし、見やすくシンプルにした。

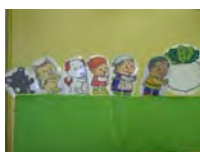


●教材名：「おおきなかぶ」

★ねらい：ペープサートの動きに注目し、楽しく見る。

★使用方法とポイント

- 1人で操作するため、筒にペープサートをさした台を動かしてかぶを抜く動きを出すようにした。



●教材名：布絵本「きんぎょがにげた」

★ねらい：集中して見たり聞いたりする。・「きんぎょ」を探して取ったり、貼り付けたりする。

★使用方法とポイント



・マジックテープで張り付け可能な布を利用したので、子どもに無理なくつけ外しができる。「きんぎょ」はフェルトでパンヤを包み、握りやすい。

●教材名：学習ボードⅠ

★ねらい：座位姿勢の時に教材（絵本や紙芝居等）を目線の高さに合わせられる。

★使用方法とポイント

- ・廃材を利用し作成した。
- ・子どもの実態に合わせ、高さや角度を固定して活用する。



●教材名：お返事キューキュー

★ねらい：発語のかわりに音を鳴らして返事をする。

★使用方法とポイント

- ・握りやすい形と大きさ。
- ・名前を呼ばれた時に握って離す。
- ・握って離すと押し笛が鳴る。

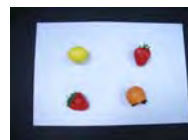


●教材名：果物おとし

★ねらい：果物の模型を見て、手で払い落としたり、握って取ったりする。

★使用方法とポイント

- ・小さなマジックテープをつけ、少し触れただけでも取れるようにした。
- ・握り込みやすい小さめのものをつけた。



●教材名：うたのリクエストカード

★ねらい：聴きたい歌のカードを選ぶ。さる→アイアイ、イチゴ→あすカルビー

★使用方法とポイント

- ・布の感触やアロマオイルの香りを変えて立体的なカードにした。
- ・視覚だけでなく、触覚やきゅう覚でもカードの違いを感じとれるようにした。

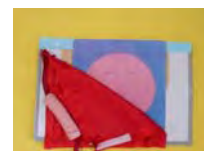


●教材名：お天気カード

★ねらい：①お天気カードのひもを引っ張り取る。（重度の児童）②絵カードと文字カードをマッチングさせる。

★使用方法とポイント

- ①お天気カードのひもを引っ張っていく。
- ②外の天気を見せて今日の天気を考えさせ、文字カードを正しく絵のところに張る。



●教材名：あめのワルツ

★ねらい：ビーズのはじける様子、テープの揺れる様子に視線を向け動きや音を楽しむ。

★使用方法とポイント

・傘を上下に動かして「ポツポツ」という音を鳴らす。左右に揺らせてビーズとテープの揺れる様子を出す。

・持ち運びしやすくコンパクトにしビーズの下にプラバンを張り音が出やすくした。



●教材名：レインシャワー

★ねらい：雨降りの状況、イメージをふくらませる。

★使用方法とポイント

・雨音のイメージとしてレインスティックを使用した。・すずらんテープをうちわであおぎ、動きを出すことで注視を促す。・雨の歌や効果音等を一緒に使用しより状況のイメージをふくらませる。



●教材名：「くるくる、ころころ」

★ねらい：ボールが転がっていく様子をしっかりと見る。または、音を聞いて楽しむ。

★使用方法とポイント

・ゴルフボールを使用するが、児童の実態により、小さくて軽いものでも可。
・下に置く楽器は小太鼓や鉄琴も良い。



●教材名：お絵かき先生

★ねらい：道具を持つことが困難な生徒に指で文字を書くことで文字の習得、書き順の習得を目指す。

★使用方法とポイント

・指先にピップエレキバンをつける。
・蛍光ペン等で下書きし、その上をなぞらせる。
・下書きを消すと自分の書いた字があらわれる。



●教材名：色の弁別

★ねらい：色を意識して、合ったカゴにボールを入れる。・色の名前

★使用方法とポイント

・手触りがよく、持ちやすいボールにした。
・同じ素材のボールで、大きさを変えられる。



●教材名：「赤い車はどっち？」

★ねらい：色の弁別

★使用方法とポイント

・大きい方の台紙は車の形にくり抜いてあるので、裏の色画用紙を入れ替えると車の色を変えることができる。



●教材名：「今日の服は何色？」

★ねらい：色の弁別、・大小の比較

★使用方法とポイント

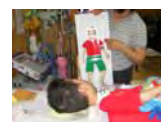
・平面（絵）の大小比較をする導入の部分として、日常使用している衣類を取り入れた。



・寝たきりで色の確認が困難なので、鏡を使用。

●教材名：「ぼくのからだ」

★ねらい：自らの全身の写真を使用して身体や衣類に関心を持たせる。・身体の一部や衣類について学ぶ。・色の弁別



★使用方法とポイント

・パネルで身体の一部を確認する。示した所と同じ部位に触れる。
・着ている衣類の色を、鏡を使用して確認する。

●教材名：ボールを吹こう

★ねらい：ゲーム感覚で大きく息を吐く。（しっかりと吹く）

★使用方法とポイント

・ボールを吹いて穴に入れる。
・転がりやすい発砲スチロールボールを使用。



●教材名：パフパフスタンプ

★ねらい：「押す」という感覚を知る。・音を聞いて、また視覚的にも押印を確認できるようになる。



★使用方法とポイント

・カレンダーへ押印（お天気別に色を変えられる）
・作品作りや他のスタンプのつけかえを楽しむ。
・微力で押せるよう、部位を小さくした。
・押した時に音で確認できる。

●教材名：じゃらじゃら引っぱれ

★ねらい：引っぱる、又は引くという感覚を知る。

・ビーズチェーンの振動を楽しむ。



★使用方法とポイント

・引っぱる活動を繰り返しできるよう、チェーンがボトルの中に戻る。
・どの角度からでも引っぱれる、また、倒れない。

3 おわりに

子ども達は、発達段階が同じようであっても一人ひとり実態は異なっている。授業を展開し、ねらいの達成を目指すには、実態に即した教材・教具が必要となる。見る、聞く、触る等の感覚機能に働きかける教材教具から、期待感や見通し感が持てるような遊びを展開する。1つの教材が、発達段階に応じて変化し、使い分けができる教材・教具等への改良と作製に創意工夫が必要である。そのためには、ひらめいたことは単純でも形にしていくことを大切にしている。この、単純な発想からの工夫を繰り返しながら、それぞれの子どものねらいが達成できる教材・教具の作製に取り組み、心地良く楽しい、快に感じる活動ができるような授業へとつなげていきたい。

第4分科会「施設入所者の教育」

■共同研究者まとめ

河合 隆平

金沢大学

今年の参加者はレポーターと運営者を含めて15名前後と昨年よりも少なかったのですが、その分じっくり議論をすることができたように思います。レポートは2本でした。最初にレポートの概要を紹介します。

村田さん（藤井寺特別支援学校和らぎ苑訪問教育）は、施設訪問教育の中心的課題ともいえる「連携とネットワークづくり」のあり方を「ミニ夏祭り」行事を通してレポートされました。和らぎ苑（訪問教育）では、体育的、文化的行事を通じて保護者・家族、地域の人々、施設のスタッフ、本校教員による連携、交流を模索してきました。2007年度から始まった「ミニ夏祭り」は、その中心行事のひとつです。日常的な教員とスタッフとの連携体制を土台に、本校教員や地域のボランティアの協力が入ることで、子どもや施設の様子、訪問教育の意義を「外」に開きながら、ネットワークを広げていく取り組みが印象的でした。訪問生にとっても本校教員やボランティアなど多くの人たちと接したり、音楽やダンスといった文化に触れたり、来苑できない家族と一緒に楽しむことができる時間です。子どもたちのなかにも行事への期待感や積極性、日常とは異なる体験を受けとめる力が育ってきました。保護者にとっても夏祭り後の懇談会を通じて意見交換をし、つながりを深めていくキッカケにもなったようです。

長南さん（墨東特別支援学校かもめ分教室）からは、不就学者、成人の受け入れ実践のレポートがありました。かもめ分教室では2008年度から受け入れが開始され、現在は20代～50代の8名が学んでいます。教員との濃密な関係、心揺さぶる文化、自然の世界を取り込んだ経験の拡がりや集団での学び合い、そのことが生み出す生活のリズムによって一人ひとりが確実に変化していく。また、本校行事への参加のため、「入院生活のなかで初めて外出した」、「救急車以外の車に乗るのも初めて」という声は、人生・生活の一部に学校が根づくことの重みを伝えて余りあるといえます。健康に配慮しつつ「成人」でその人の生活史を尊重した教育内容づくりとともに、施設での生涯にわたる生活をどのように創っていくのかが大きな課題としてあります。現在、週1回ですが、卒業生を対象に学校生活で培った力や人との関わりを卒業後も途切れなく保障するための試みが模索されています。施設で暮らす重症児にとっ

ての「進路指導」や「卒業後」の意義と課題が問われています。

今回は、午前と午後に1本ずつレポートの報告と討議を進めました。和らぎ苑でも修学旅行の後退や医ケアの対応、施設スタッフの減少による負担増大などの課題を抱えていますが、施設開所と訪問開始が同時でありゼロから一緒に作ってきたという歴史もあり、学校との連携も意識的に追求されているようでした。本校との連携も教員が出にくくなっている厳しい状況にあって「施設の子どものクラスの一員」という認識を持つための工夫が本校でなされており示唆に富むものでした。修学旅行などの行事には医療職の連携・協力が不可欠ですが、そのための条件は不安定で整備が進まず、自立支援法による自己負担の増大により活動が制限されている状況も報告されました。施設における子どもの発達や教育に対する認識をどのように深めてもらうか、教師はそのためのコーディネーターやキーパーソンとして様々な声を聴き取り、つなげていく役割が求められている状況が浮かび上がってきました。

不就学者、成人に対する教育実践の深まりとともに、「卒業後」「生涯にわたる生活」という実際の課題が出てきています。「訪問教育の発展過程は、教育年限延長の歴史そのもの」といえます。行事への卒業生の参加やサポートブック作成など、卒業から施設の生活への緩やかな移行を保障する試みが報告されました。この間、不就学者の問題は専攻科づくりや夜間中学問題とのつながりのなかで、「学び」を軸にした生活づくりを課題としています。不就学の問題は施設における「教育」「学び」の役割を問い直しており、そのために必要な施設スタッフとの連携やボランティアの受け入れなど課題は山積です。

今回、連携の中味として、地域の人々のパワーをいかに施設に取り込んでいくかについて議論されたことが特徴的でした。それは「施設の中に地域を生み出していく」取り組みでもあるといえます。次回もこうした視点での報告が待たれます。

施設訪問は訪問教育が持たされている「格差」を如実に反映しています。それゆえ、参加者からも各地域・施設の情報収集・交流ができる機会が欲しいという強い要望が寄せられており、本分科会としてもそのことを念頭に置いた運営を検討していきたいと思います。

第4分科会「施設入所児者の教育」

■発表レポート①

2009年度 和らぎ苑訪問教育における特別支援教育の在り方

村田 久仁子

大阪府立藤井寺支援学校和らぎ苑訪問教育

I. はじめに

重度心身障害児施設和らぎ苑訪問教育は、今年度9年目を迎えた。2005年和らぎ苑訪問児童生徒の医療的ケアの実施（2008年9月、学校看護師は医療機関の児・生の医療ケアは出来ないという学校の医療ケアの見直しがあった。）、2006年からの学校教育における制度の改定（特別支援教育の観点から「障がいのある児童生徒の自立や社会参加にむけた取り組みを支援し、一人ひとりの教育的ニーズに適した教育及び支援を行う」という視点に立ち、以下のような行事や授業を計画・実施した。(1)祭り、ミニ体育大会、お楽しみ会、餅つき大会、文化鑑賞会等の行事(2)社会資源を利用した体験学習(3)小・中学校との交流学习(4)で行事や授業に参加等。(1)の時に、保護者や地域、本校、和らぎ苑（苑生、医師、看護師、介護士、理学療法士、作業療法士）と連携し、施設内の教育的支援を支えるネットワークづくりを実施していき、充実をはかった。医療管理の必要なBグループの日曜参観から始まった親子で楽しめ、色々な人と交流できるミニ夏祭りは、今年度、第3回目であるが、苑訪問教育全体日曜行事として取り組んだ。そして、普段来苑出来にくい保護者や地域ボランティア、本校職員に施設内訪問教育の様子を知ってもらい、それと共に支援教育のネットワークづくりに参加してもらったその取り組みをまとめた。

II. 和らぎ苑訪問教育の歴史及び児童生徒の様子

(1) 和らぎ苑訪問教育の歴史

<2001年>和らぎ苑における藤井寺養護学校訪問教育は、2001年4月、苑の開設と同時にスタートした。児童生徒数は10人にふくれあがり、実態に応じて週3日、2時間の授業を行っていた。

<2003年>分教室化に向けて、学校側の理解と協力を得て、訪問教育という制度のなかにありながら時間は短いが、普通学級の授業の形態が整えられた。しかし、色々な条件により、分教室は出来なかった。毎日の授業で、生活リズムが安定し、学習活動が計画的、継続的に実施できたことで、児童生徒に大きな変容を見ることが出来た。

<2005年>医療管理の必要な最重度児5名の入学で、1年生4名については苑のスタッフが常駐し、必要に応じて医療ケアを実施しながら、居室で授業を行った。施設内で教育と医療の連携を探りながら、最重度の児童の教育のあり方を探る1年であった。又、学校・苑の協力・連携により、医療的ケアの必要な訪問児・生が保護者の付き添い無しで、スクーリングで登校でき、泊を伴う行事に参加できることが実現した画期的な年となった。

<2006年>さらに、医療管理の必要な最重度児4名の入学してきた。医療管理の必要な児童を2グループに分け、4グループで指導を行った。苑スタッフの協力は、医療ケアの必要時のみとなった。10月1日より自立支援法の施行により、保護者・苑・学校の協力がさらに必要となった。

<2007年>苑の2Fの1部屋を借りたり、3Fの教室に酸素・吸引の配管ができたりしたことで、医療管理の必要な最重度児も居室から教室で授業を行えるようになった。特別支援教育への制度の改定により、保護者・苑・地域・学校の連携、協力により各行事を実施したり、体験学習や地域の小中学校との交流等を行ったりして、社会参加等の構築を始めた。

<2008年>府の財政再建案に伴う学校予算の削減の影響を受けて、1学期の体験学習の中止や本校との連携に影響を受けた。9月、学校の方針変

更があり「苑の訪問教育の医療的ケアは学校管理下ではなく、学校看護師は出来ない。」という方針を受けて、苑もやむを得ず「スクーリングについては、医療的ケアの必要な児・生は危機管理の必要性から、看護師の付き添いを基本とする」という提示をした。そのため、行事やスクーリングへの参加が出来にくくなった。このような中で、特別支援教育の充実に向けて苑や保護者・地域・本校との連携を密にして計画・実施しているところである。

＜2009 年＞初めて、気管切開の児童が泊を伴う行事に外泊扱いで参加しようとしたが、新型インフルエンザ対策で不参加となった。来年度の泊を伴う行事参加に向けて、苑・学校・保護者と連携して準備を始めている。又、苑・学校・保護者と連携して、特別支援教育の視点にたち、日々の授業・行事・体験学習・交流学习・スクーリング等をさらに充実させ、一人ひとりの教育的ニーズに適した教育及び支援を行っているところである。

（２） 児童生徒の様子

＜A グループ 中・高等部生徒 4 名＞生活年齢が大きくなるにつれ、身体も大きくなり、思春期第 2 次障害も現れ、筋緊張の亢進、変形、拘縮等がみられる。立位や歩行器使用が課題の生徒、発作や呼吸管理の必要な医療的ケアの必要な生徒、言語や身振りをコミュニケーション手段にもつ生徒もいる。

＜B1・B2 グループ 小学部 7・中学部 1 名＞脳幹部にまで及ぶ重篤な障害を併せ持ち、全員医療管理が必要である。6 は、気管切開をしており、全員吸引が必要であり、又、中枢性の呼吸停止や発作を併せ持ち、酸素投与しながら授業に参加する等、全員呼吸管理が必要である。常時、パルスオキシメーターを装着し、気道閉塞しないように目の離せない生命維持のリスクの高い児童もいる。体温調節や感染症の罹患等バイタルチェック等を行いながら、健康管理にも細心の注意を払っている。

＜C グループ 小学部 3 名＞思春期前期にさしかかり、体調の落ち込みが見られる。基礎疾患の 2

次的変化（筋緊張の亢進、変形、拘縮等）、てんかん発作の変化等が顕著で、呼吸管理、姿勢管理等が必要である。

Ⅲ. ミニ夏祭りの取り組み

2005 年 B グループ（4 名）の入学時から教育と医療の連携を探りながら、医療管理に必要な児童の訪問教育のあり方を探る 1 年であったが、2006 年はさらに、最重度の児童 4 名が入学してきた。B グループの児童はスクーリングや外出が出来にくいことから、苑の理解や協力をえて、第 1 回ミニ体育大会、近隣の公園までの体験学習を実施することが出来た。10 月には障害者自立支援法施行により、苑を通してでなければ連絡を取れなかった苑の児・生の保護者と直接コンタクトをどのようにとっていくかが大きな課題であった。施設内訪問教育も特別支援教育の柱を作っていくスタートラインにたっていた。普段来苑できない保護者に学校に来てもらい、施設内訪問教育の様子を見てもらい、それと共に、支援教育のネットワーク作りに参加してもらうことも重要である。そのため、親子で楽しめ、色々な人と交流できる第 1 回ミニ夏祭り（2007 年 7 月）を計画し、参観を兼ねて保護者が来苑しやすいようにした。苑のコンセンサスを得て、苑との連携の中で実施に至った。第 2 回ミニ夏祭りは、苑訪問教育全体の日曜参観として計画実施した。

今年度第 3 回ミニ夏祭りの取り組み（2009 年）から、日曜行事「ミニ夏祭り」として取り組んでいくことになった。今年度は、出張で 18 名の本校職員、管理職 3 名の応援訪問、ボランティア（退職者・他校）2 名の応援があった。保護者は 5 家族の参加があった。苑生や苑生の保護者も楽しみにして参加してくれる。今年度は、中学、高校生の表現クラブ「うどい」が、地域の狭山池を背に歌い表現した「命水のうた」、沖縄の舞台挿入歌「きむたかの詞」を歌いダンスでエネルギッシュに表現し、力強いパワーや身体全体に感じる躍動感を児・生や苑生を始めフロアに居るみんなに与えてくださり、その後でひまわり舞踊同会の方の指導でフロアが一つになって河内音頭を一

緒に踊ったときは、活気が溢れ、全員の顔に嬉しさや楽しさが満ち溢れていた。感触遊びコーナーでは、わかめ等の色々な感触の違いをしっかりと受け止めていた。各ゲームコーナーもボールを転がしたり水中に輪投げをしたりして、楽しんだ。ブリクラ店では、先生の描いた顔出し絵から顔を出して保護者や友達と2ショット。フロアでは、大勢の熱気で時間を忘れるほどであった。

終了後は、片付けと平行して、保護者・管理職・各部主事・苑の学校担当者・担任3名で全体懇談会をもった。当日の感想と1学期のまとめ、来年予定されている児童生徒（医療的ケアの必要な泊を伴う学習についてのガイドライン等）について話をすすめた。

地域ボランティア「ひまわり舞踊同好会」も「来年も、賑やかに来ます。」と約束いただいた。又表現クラブ「うどい」のスタッフはバンドの1メンバーでありバンド一座も何時か来苑していただけることも約束していただいた。「うどい」も是非参加していただきたい。今後が楽しみなところである。今年も地域のボランティアの方に来ていただいたことで、地域のネットワーク作りの一端ができた。ミニ夏祭りを計画実施することで、施設内の子ども達や苑生がボランティアや本校の教職員等大勢の人と接し、音頭や創作ダンス・

音楽等の文化と触れることが出来、それをなかなか来苑出来ない家族と一緒に楽しめることは幸せや快適状況を作り出しているように思う。一年に一度この時期に、学校の職員やボランティア、保護者等が苑に集合して施設訪問教育の様子を知ってもらい、特別支援教育・地域のネットワーク作りに参加してもらうよい機会となるのではないかな。

又、施設内という限られた空間と学習時間も限られてはいるが、日々授業を工夫し継続してきたことで、児童生徒が活動に集中し、積極的に参加する様子がみられるようになった。そして、各行事を通して期待感や楽しみにしている思いや日常とは違う体験を受け止める力が育ってきているように思う。

IV. おわりに

施設内訪問教育の「特別支援教育」が、社会との接点を絶やさず、将来的に生涯教育に関わって教育的支援を支えるネットワーク作りを通じて、全体で児童生徒の多様な教育的ニーズに柔軟に対応していく体制の構築を行っていきたい。そのために、より一層、苑や保護者、地域、本校との連携・協力、そして組織としての専門性を深めていくことも重要になってくる。



第4分科会「施設入所児者の教育」

■発表レポート②

成人グループの実践から

長南祐子

東京都立墨東特別支援学校 かもめ分教室

1. はじめに

2005年12月に長い年月の保護者の願いがかない、東部療育センターが開設され、翌4月、施設内訪問学級が設置され、入所児童生徒への訪問教育が始まった。生徒たちは、4つの病棟に分かれて生活しており、大半が常時医療的ケア（吸引、経管栄養、気管切開管理、人工呼吸器管理など）を要することから、初めの頃は病棟内での授業をおこなっていた。病室内で、生徒に歌いかけしていると、隣のベッドの人が一緒に声を出してくれ、そのとなりの人がリズムをとるように腕を動かしていた。隣の人は30代ぐらいで養護学校の卒業生のような感じ、でもその隣の人は白髪交じりで50代くらいかなと思いながら、その方達にむけても声をかけながら行っていた。そんな頃、白髪交じりの方のお母さんから声をかけていただいた。「うちの子は学校行ってないのよ。ここに入所して初めて車椅子も作ったの」と。「エッ？」と驚いてしまった。今の時代に生きていて“50年を越える日々を家庭で家族の中で過ごしていた？”ことは、とっても衝撃的なことであった。翌07年4月に分教室となり、教員もセンター内の児童生徒のみを担当する常駐勤務ができるようになった。翌08年4月、センターのケースワーカーさんの努力が実り、未就学の方達や高等部に行っていない方達の入学が認められ、分教室の仲間となった。そこで今回紹介するAさんに出会った。「自分たちより年齢が上の方たちの教育とは？」と悩みで始まったが、今まで以上に活気づき分教室の教員も生徒も充実した一年を過ごせた。分教室の様子を報告したい。

2. かもめ分教室について

◆児童生徒の状況

現在 小学部 16名（成人3名）、中 6名

（成人3名）、高 7名（成人2名） 総計 29名

成人編入学者は2008年度、小6に3名、高1に2名。2009年度、小6に3名

成人者の年齢：20代1名、30代1名、50代6名

◆授業日数

小学部は2時間授業を週4回、中高学部は2時間授業を週4回に1時間授業を1回の計5回。

◆学校行事に関して

分教室内行事の他、本校の中高運動会や墨東祭は、学校のスクールバスを配車し、保護者付き添いを原則で参加。今年度運動会へは成人者も4名参加、56歳で生まれて初めて学校の門をくぐった方もいた。

3. Aさんの紹介

S33年生まれ 東京都出身 脳性まひ、全介助要。右手、右足は随意的に少し動かせる声や視線でイエス・ノーを意思表示できる。18歳で小6に編入学。小6～中3年まで4年間、週1回1時間の訪問指導を受ける。その後しばらくの間、学生に週1回きってもらっていた。小さい頃より美術館、旅行、音楽会と豊かな情操教育うけて育ってきた。都内の療育園や療育センターでPT・OT・ST指導や通所、短期入所を行い、開所に伴い入所する。

4. Aさん、成人グループでの授業の様子から

○「入学したこと、学校生活を知らせよう」と新聞作りからはじめた。こんな言葉や写真が好き！

○「クラシックが好き。でもみんなで歌うのが楽しい」バンドを結成し、ボーカル担当する。

○成人生徒合同グループ（4人）での授業開

始。「調理をしてみよう」「諸事情で食べられないけど楽しい」

○成人生徒グループで「外出しよう」公園へ。近くに大型ショッピングモールができた！「洋服がほしい」「本がほしい」「コーヒー飲みたい」と。生活が広がる。

○文字や数字の勉強もがんばった。身近な字はわかるけど忘れているのもある！1万円札は知ってる。

○陶芸ですてきな作品できた。大満足。病棟内に飾りたい。みんなに見せたい。

「楽しいことたくさんやりたい？」に「ちがう」そして1時間かけてわかる。

「病棟が大変だから、〇〇療育園でお世話になった大好きな男性職員の〇〇さんに東部に来てほしい」

5. 成人生徒の方達の授業を行う中で思うこと、考えること

20代から50代の方達が複数入学するにあたり、「成人であること」「これまでの生活や要求」「加齢による心身の状態」「保護者あるいは後見人との連携」「保護者の年齢や思い」などを考慮しながら教育内容や指導方法について実践を重ねてきた。どの方もAさんのように学校生活が始まった事で「心身共に健康で表情の活気が増し、明るくなった」と保護者やセンタースタッフから言われている。一人一人が入学するまでの生活が異なることから、授業の受け止め方も異なる。長く在宅生活をしていたCさんには、1対1の授業は刺激が強いようで「学校で疲れきってしまって食事中に眠ってしまう。」と相談されたことから、授業時間を1時間程度にし、ゆったりとした流れで、担任を受け入れてもらうことを目標に行った。2年目は、周りの様子を見ながら教材に自分から手を伸ばしてきたり、3人での集団活動にも参加して楽しめるようになっている。高校生の時の事故で中途障害をもつB君は当初外出すると自分がどう見られているかが不安でかたくなっていたが、今では教員と一緒に買い物しコーラをペットボトルで飲むようになった。また自分の親と同じ年齢の集団にとまどいがあったが、今ではすっかり馴染んで笑顔や声をはっきり聞かれ

るようになった。今年度小さい頃から長く入院生活をしてきてもうすぐ60歳のDさんや地方に住んでいて訪問教育のチャンスのなかった30代のEさんも入学し、授業を行っている。試行錯誤の日々ではあるが、表情に力強さをましてきている様子もみられるようになってきた。センターでの生活の中に「学校」の時間が入ることで、生活のリズムができ、生活に大きな変化をもたらす。一人一人の成長や変化が実感される中で、改めて学校の役割と意義について考えさせられた。センターでは、スケジュールを学校優先にし、充実した学校生活をおくれるよう応援してくれている。一人一人のニーズに応えられるよう、教育条件の整備、調整を行う中で、分教室3年目をむかえ、教育活動の幅も確実に広げていくことができた。まだまだ課題は山積みだが、毎年卒業生を出していく中で「児童生徒たちの進路、施設での生涯にわたる生活を考える」視点にたって教育内容を整理し、センタースタッフとの連携を図っていくことが急務であることを感じる。卒業生も対象にした活動を毎年試行錯誤しながら行っている。「卒後も関わってほしい」という保護者の希望も強く、今年度は年6回くらい同じ病棟内で在校生と一緒に音楽活動を20分程度行う計画をたてた。卒業生が増え、教員の異動や在校生の減少で教員数が減っていくことが予想される中では継続性については難しい問題もある。Aさんも来年は高校3年生となる。「卒業してうつになったらどうしよう」と保護者やまわりの方たちの不安を聞いた際に「大丈夫ですよ」と言いつつ私自身不安もある。よりよい卒後に向けて一日一日充実した日々を過ごせるよう、みんなで一緒に考えていきたい。

第5分科会「病氣療養児の教育」

■共同研究者報告

猪狩恵美子

全国訪問教育研究会会長・福岡教育大学

病院訪問は初めてという先生方が現在かかえている疑問や悩みに関する3本の話題提供と、水野利之先生（愛知県立大府養護学校）の実践レポートをもとに、病弱教育の現状と大切にしたい視点について、小・中学校の院内学級担任、保護者、研究者など多彩な参加者を交えた活発な意見交換が行われた。

1. 変化し多様化する「病弱教育」の実態

筋ジストロフィーの子どもの医療と教育が一体的に行われてきた病弱養護学校では、筋ジスの子どもの減少し新しい実践が模索されている。平成19年度から肢体不自由併置となり、手探りで重度重複障害の子どもへの対応が始まっている学校や、本校の在籍数が減少する一方、訪問教育や複数の病院内分教室など複雑な対応が行われている都市部の学校の実態が報告された。学齢超過の就学猶予・免除者の受入れが始まり、高等部在籍者のほとんどが成人障害者となっている学校もある。病弱教育の実態が一段と多様化している。

2. 病院との連携

はじめて院内教育を担当することになった先生からは、「違う職種の者が一人で病院で勤務する困難さ」が報告された。医療の協力抜きには活動充実も難しく、保護者ともなかなか会えない。授業中のおむつ交換について、事故の予防・医療的な排泄管理の視点もふまえ、医教連絡会などで確認していく必要性が確認された。院内教育という条件を活用し、病院のPTと連携した授業が始まった学校もあり、子どものニーズを真ん中に据えた医教連携は今後、いっそう深めるべき重要な課題である。在宅訪問の場合、医師との接触も少ない。保護者との合意に基づく情報の共有や、医教連携を進める上で立場は違っても「目標はひとつ＝子どもを笑顔にする」という共通理解の大切さが確認された。

3. 教員間の連携・研修

医教連携もさることながら、病院訪問では、教員の情報交換・研修の機会が限られ、大阪・東京などでは複数の公的な研修会が定期的開催されているが、とくに県に1校しかない病弱養護学校の訪問では、訪問担当者が孤立した状態で指導に当たっている状況もある。教員間の引き継ぎのほか、職員朝会後に朝の研修

を工夫し、スノーズレン、FBM、肺理学療法などの研修を組み込んでいるという学校の取り組みなども活用していければと考える。小さな分科会ではあるが、本分科会の意義は大きいといえよう。

4. 地元校復帰・通常教育との連携と教育保障

退院後のフォロー、地元校復帰までの橋渡しの課題は、病院訪問・分教室が多い大阪・東京で顕著な課題となっている。全国病弱教育研究会調査では、2007年度は、退院後も自宅からの通学を認める学校は86校中73校となっている。院内の教室のほかに「病棟外教室」を設け、退院したが地元校に復帰できない心身症・不登校の中学生のための特別な移行支援を工夫している報告もあったが、例外的な対応であり教育委員会が消極的である点では大阪市立貝塚養護学校の統合と共通する。様々な学習上、生活上の困難を抱えた多様な「病気の子ども」への対応が求められおり、寄宿舎併設の病弱養護学校が蓄積してきた「生活の安定・基礎的な学力・集団の中でコミュニケーション力と自公肯定感を育てる実践」は、病弱教育にとって不可欠な要素だといえる。中学校に勤務する先生から、校内の別室登校など不登校対応のシステムができつつあることが報告されたが、退院後の学校への橋渡しだけではなく、通常教育そのものの中に心身の病氣をもつ子どもへの対応を確立すること・在宅訪問を活用したきめ細かな対応の充実が求められている。

4. 病弱教育の役割

水野先生（本誌掲載）からは、理科の学習を通じて子どもの「心が折れない」ように寄り添う実践が報告された。教科の専門性を大切にしながらも、子どもの心の奥に想像力を働かせていく共感・信頼の大切さを確認し合った。病弱教育が今日抱える様々な課題が語られた分科会であったが、最後に病弱教育の実践で大切にしたい原則を再確認できたといえる。看護学を担当する大学教員から、看護関係者を連れて来たいという感想も出された。トータルケアの視点から子どもに関わる関係領域が相互の理解と連携を深めることも課題であるし、同時に教育に委ねられている役割を実践的に追求することも一層求められている。

病院訪問教育での理科の授業

水野 利之

愛知県立大府養護学校

はじめに

一昨年、私は約5カ月にわたってテレビの密着取材を受けた。訪問教育を受けている一人の少年と私とを丁寧に行った取材内容は、約25分にまとめられ、報道番組の中の特集として放映された。この取材の間、私はスタッフから様々な質問を受けた。「訪問教育を担当していて嬉しかったことは？、悲しかったことは？」という質問は、まあ予想通りとして、「病気の子どもに何を教えたいか」「時間が足りないというのに、なぜ終業式や始業式までやるのか」という質問には即座に答えることができなかった。しどろもどろになりながら、とりあえず当たり障りのない答えを返したような覚えはあるが、私の思いをうまく伝えることができずに、ずいぶんもどかしい気がした。このような問いに対して私は、何日もこだわり続け、自分なりに納得のいく答えがまとまると、担当ディレクターに「この間の質問に答えるから、もう一回同じこと聞いて」と頼んだ。ディレクターは何度も同じことを尋ねてくれた。教育の専門家からではない素朴な疑問は、職業として教育に携わっている私たちが、当たり前のこととして見過ごしてしまいがちな、それでいて本当はとても大切なことを問いかけているように思われた。

今回のレポートは、理科の授業での実践記録が主になっている。院内学級や訪問教育での理科の授業で苦心される先生も多く、そういう方々の参考にもなればとは思いますが、映像も合わせて見ていただいて、病気の子どもたちの教育で何を大切にしたいか、何が求められているのかをともに考えたいと思う。

1 私と病院訪問教育

愛知県では、病院への訪問教育は県内で唯一の病弱養護学校である大府養護学校が受け持ち、基本的には県内ならどの病院からでも要請があれば出かけて行く。これまでに訪問教育を実施したことのある病院は40病院を超える。08年度の学級数は、小学部2学級、中学部7学級で、担当教員は14名（全員が正規教員）であった。

授業は週3回、各120分（40分×3単位時間）ずつ実施し、教師と生徒が1対1で学習をする。生徒が中学生の場合は、教師3人が1グループになって9教科を分担する。9教科を1週間あたり6時間で教え、しかも退院するときには地元の学校の授業に遅れていないように、というのはなかなか大変である。

病院の中で授業を行うため制約もあり、授業時間も少ない。訪問教育を受けている子どもたちの中には、白血病や骨肉腫などの小児がんの子も多い。病気とたたかいながら学び続けている子どもたちとの理科の授業で、私がいちばん大切にしていることは、「楽しく過ごせる授業」ということだろうか。

私は大府養護学校で17年間、病弱教育に携わってきた。そのうちの9年間を病院訪問担当として過ごした。経験の浅い頃は、地元の学校の進度に遅れないようにと一方通行な授業をどんどん進めたり、制約が多くてやりたい実験もなかなかできないことに物足りなさを感じたりしたこともあったように思う。だが、入院中の子どもの生活を知り、心の内を垣間見る経験を重ねる中で、私は病気の子どもたちの日々が辛い治療と退屈な時間で埋め尽くされてしまわないよう、楽しく充実感が味わえる時間をつくり、希望と健康回復への意欲を持って入院生活が送れるように、ということをお願いしながら子どもと関わるようになってきた。

2 病院内での理科の授業

訪問教育で授業を行うにあたって、困るのが授業時数の少なさである。通常3～4時間かけて学習する内容を1時間で行うのである。かといって、子どもの気分や体調もお構いなしに、学習すべき内容だからと無理して詰め込んだのでは、子どもにとってみれば苦痛でしかない。病気の子どもにそのようなことをするのは訪問教師としてはもってのほかである。また、治療や体調不良、検査などで授業が欠席となることも多い。ただでさえ少ない授業時数がさらに減り、授業が遅れたままやがて退院の日が近づいてくると、どうしたものかと頭を悩ますことになる。

また、病院の中で学習をするのでいろいろな制約がある。学習環境は病院によって異なり、病棟の外に訪問教育専用の教室が用意してある病院、病棟の中に学習室がある病院、面談室や会議室を借用して授業を行う病院など様々である。病状によっては、ベッドの上で学習することもよくある。ほとんどの病棟で、感染防止のため動植物の持ち込みは禁止されている。火気も厳禁である。薬品も使えない。したがって、生物分野や化学分野の実験はなかなか難しい。病棟外に教室がある病院で、病状面からも問題なしと主治医の許可が得られれば、多少できることが増えるという程度である。病院からはたいてい出られないので、野外観察

も無理である。

このように、いろいろな制限や制約があるのだが、だからといって毎回教科書を読んでプリントに書き込んでおしまい、というような授業はしたくない。教師が楽しくないのに、生徒が楽しいわけがない。次に、実際に私が行っていた訪問教育での理科の授業の様子を紹介したい。雰囲気だけでも感じ取ってもらえればと思う。

①植物の生活と種類（中1）

中学校に入学してまず学習するのがこの単元である。教科書では最初に校庭で身近な生き物を観察することになっている。しかし、病院に校庭はない。それで「入院する前に通っていた学校の校庭には、どんな花が咲いていたかな？」などと尋ねたりしていたが、早く退院して家に帰りたい生徒に、余計に里心を募らせてしまうようなことを言うのも気の毒ではないか、と思ったりもする。ものをひとつ言うにも生徒の心情にはけっこう気を遣うのである。

顕微鏡観察にはかなり時間をかける。というより、生徒が「もっと見たい」と言うので、ずるずると顕微鏡観察の授業が続く。動植物は持ち込み禁止なので、池の水とか、草を抜いて持っていくなどということは決してない。主治医の許可をもらった上で、市販の永久プレパラートを見るだけなのだが、飽きもせず植物プランクトンやら植物組織の切片やらを取り替えては見ている。地元の学校では1台の顕微鏡を何人かの共用で使っていたのが、訪問の授業では一人で好きなように使えるのが嬉しいらしい。十分堪能して、「あー、面白かったー」と言いながら病室に入っていく様子を見たりすると、こっちも嬉しくなる。週1時間しかないのに3週続けて顕微鏡だったりすると、さすがに授業の進度が気になるが、生徒が楽しそうにしていると、「まっ、いいか」と思う。

花の解剖も病棟内ではできないので、がく・花弁・おしべ・めしべを台紙の上に並べてラミネートフィルムで覆ったものを学校でつくり、それを病院に持って行って観察をする。これも事前に主治医に確認しておく。

②電流とそのはたらき（中2）

電流回路を作って電流や電圧を測定する実験は、特に制約もなく実施することができる。この単元の学習をするときは、毎時間のように実験をしている。

電気の実験をする時の難点は、実験器具の持ち運びが大変だということである。電流計、電圧計、導線、電熱線、豆電球、乾電池に加えて、電源装置まで持っていくということになると大きなバッグもばんばんに膨らんでかなり重い。（顕微鏡も一緒に持っていった時はさすがに辛かった）

③動物の生活と種類（中2）

ヒトのからだのつくりとはたらきを学習する時は緊張する。白血病の生徒に血液を、骨肉腫の生徒に骨を、筋肉腫の生徒に筋肉を、脳腫瘍の生徒に神経系を、小腸の病気の生徒に消化系を、心臓病の生徒に心臓を、とあげていったらきりが無いが、生徒の病気と密接に関わる学習内容だけにずいぶん気を遣う。病気について自分からいろいろ話してくる生徒もいるが、病気については話題にしたくないと思っている生徒もいる。病名が告知されていないケースは最近では少ないが、病状についてどの程度まで説明を受け、理解しているかはこちらには伝わってこないことも多い。常に病気の子どもを相手にしているだけに、病気に関する知識を教師が身につけておくことは必要には違いないが、教師からあえて病気について触れることはない。病気のことは医療の領分である。教師には教師の領分がある。とはいっても自分が受けている治療法や病状について話したがる生徒もいる。そんなときは聞き役に徹している。

だ液のはたらきを調べる実験は衛生面での気遣いや火気使用の問題があって実施していない。行う実験はといえば、ものさしが落下するのを見てから手でつかんで反応時間を調べるとか、盲点を調べるとか、2点が識別できるかどうか皮膚の感覚を調べるとか、膝蓋腱反射をやってみてみるぐらいである。そんな感じで、この単元はあまり盛り上がらない。とうとうある生徒に、「実験やらんで面白くない」と言われてしまった。

それで、風船とペットボトルを使って肺の模型を作ることにした。とても楽しそうに作っていて、完成した模型もずいぶん気に入ったようで、病室に持ち帰って同室の子どもたちに見せびらかしていた。部屋に居合わせた看護師さんが「えー、何ー、それー」と聞いてくれたので、本人もちょっと得意げに「風船が肺で一、……」などと説明してみせた。そうしたら、ななめ向かいのベッドのところで診察していたドクターまで「横隔膜のはたらきはね……」などと、さすがお医者さんといった感じの話をしはじめた。授業で作った簡単な模型一つがきっかけで、病室の中がずいぶん和んでいた。

④化学変化とエネルギー（中3）

病棟内では、塩酸、硫酸、水酸化ナトリウムなどの薬品を用いた実験を行うことは、まずない。ものを燃やすということもない。ガスが発生したり、臭いが出るのも困る。それで化学反応の実験を実際にやるということがなかなか難しい。この単元で1つだけ行った実験はレモン電池である。青果の持ち込みも無理かと思って今までやっていなかったが、生徒がぜひ

やりたいと言うので、主治医に聞いたら OK だった。病院や生徒の病状にもよるが、とりあえずは聞いてみるものである。テストのときに授業の感想も書いてもらったら、「レモンの実験が楽しかったです。学生さんがちょうど来て、みんなで楽しむことができました。」とあった。

3 訪問教育で大切にしたいこと

白血病や骨肉腫などの小児がんも、今は不治の病ではなく、治る病気である。だが抗がん剤を点滴する化学療法や骨髄移植などの治療は肉体的にも精神的にも非常に厳しく、入院期間も半年から、時には1年以上かかることもある。治療が順調にいくケースばかりではないが、子どもたちはやがては病気が治り、以前のように友だちのいる学校に戻ると思って入院生活を送っている。だから、何も特別勉強好きな子ではなくても勉強のことは気になる。子どもたちは、病院の中でもちゃんと勉強をしている現在の自分の姿を、元気になってまた元の学校で友だちと一緒に勉強している少し未来の自分の姿にダブらせているのではないだろうか。闘病中も勉強し続けることは、子どもたちの「希望」であり「生きることへの意志表明」とも言えるものではないかと思う。訪問教育は、そんな子どもたちを励まし、支えていくものでなければならないと思う。

私は、子どもに「勉強頑張れ」などとは言わない。「頑張って病気を治して」とも言わない。病気を治そうと、もうすでに精一杯頑張っている子どもに向かって軽々しくガンバレなんて言うものではない。退院して地元の学校に戻ったときに困らないよう、学習の遅れがないように授業を進めていくことも大切なことには違いない。しかし、病院での生活の中でも、楽しかったり、嬉しかったり、わくわくしたり、といった気分をできるだけたくさん味わってほしい。そして、不安とか、心配事とか、いらいらする、といった気分はなるべく少なくなっていきたい。そんなことも訪問教育が果たすべき大切な役割だと考えている。だから、理科の授業も「楽しいこと」がいちばん大切だと思っている。

大府養護学校の学校便りに、病院訪問教育を受けているある生徒が、こんな文章を寄せてくれた。「訪問教育を受けて、印象に残った授業がたくさんあります。特に、音楽では、リコーダーやその他の楽器を使い、録音して CD を作りました。我ながらかなりの上出来で、自分の才能に先生と酔いました。理科では、シュポシュポ君で雲を作る実験をしました。雲ができた事に感動し、いつも見ている雲がキラキラして見えました。色々な事を教えてくれる先生に感謝です。」

病院訪問教育も学習活動を中心にして展開されているのではあるが、ただ“勉強”を教えに行くというだけではただの家庭教師である。病気の子どもに寄り添

い、学習や様々な活動を通して、子どもの心が折れてしまわないように支えていくことも訪問教育の教師の役目だと考えている。時には治療の甲斐なく、悲しい結末になってしまう子どももいる。だからこそ、子どもとともに過ごす時間を大切にしたいと思うのである。

おわりに

以前、私の同僚の若い先生が「大変な病気なのに弱音も吐かずに頑張って勉強している子には、本当に学ばされます」と語ったことがある。そのことに私は同感だし、異を唱える気などまったくないのだが、でも私はこう思うのである。「勉強なんか全然やる気もなく、授業の時間になると頭から布団を被って授業を拒否するような子からこそ、教師は学ばなければいけない」と。頑張り屋さんの“いい子”だって、夜の病室で一人になったとき、どんな思いで天井をみているのだろうか。そんなことを考えてみることも必要ではないか。子どもの「頑張り」や「元気」だけでなく、「不安」や「悲しみ」や「怒り」に思いを寄せることが大切ではないだろうか。

この病弱分科会では制度面の議論がよくされる。各県の状況を交流し、「他の県や学校でできていることが、なぜうちの学校ではできないのか」と疑問を持ち、「制度を改善していきたい」と考えることは重要だし、当然の発想だと思う。だが、今までできずにいた新しい取り組みがしたい、と考えたとき、病気の子どもや家族の生活の実態や本音の願いを知ることを抜きにしてそれは始まらないだろう。実態をつかみ、現状との矛盾を明らかにする。そして、教師集団や医療者も含めて「共感と共同」の関係が作り出されたとき、事態が少し前に進む。逆に「共感と共同」の関係が保てなければ、成果もすぐ形骸化し崩れ去る。このことを私は身をもって体験してきた。

対象である病気の子どもやその家族の生活や心理の理解は、日々の実践の積み重ねの中での共感的な関係形成なくしてはできないと私は思う。実践の中身が問われるのである。今後とも、本分科会の参加者による豊かな実践の交流と討論を期待したい。

[本レポートは、『理科教室』（2009年8月号、日本標準刊）に掲載された同名の拙稿に加筆補正を加えたものである。]

第6分科会「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

下川 和洋

(全国訪問教育研究会全国事務局・NPO法人地域ケアさぽーと研究所理事)

1 はじめに

「地域での生活支援と教育～医療・教育・生活～」の分科会は、一昨年まであった医療的ケアの課題と地域生活の課題を討議する二つの分科会を統合して、昨年度からリニューアルスタートした分科会である。

参加者は、教育関係では訪問教育担当者だけでなく通学生の担任、進路指導担当者、コーディネーター、看護師、そして保護者、更に支援センターのコーディネーターと施設長の3人も参加され、「子どもと家族の地域生活を支えるために共に考えたい」という思いを持った多様な方々が集う分科会であった。

2 講演と発表レポートの概要

分科会は講演とレポート3本をもとに討議を行った。共同研究者である荒樋博利さんの講演は、花ノ木医療福祉センターの事業概要と相談ケースの紹介であった。参加者は、事例を通してコーディネーターの仕事について理解が深まったと思われる内容であった。

山口貴美さんのレポートは、長野県で10年前から活動を始めた「医療的ケアを必要とする子どもたちの教育と生活を考える会」の取り組みと、保護者アンケート調査結果の紹介が行われた。

奈良県立明日香養護学校訪問学級の生徒の保護者である植田正則さんは、母親だけでなくご自身がお子さんの介護に参加するために転職されるとともに、さまざまな支援サービスをご自身がコーディネートされてきたというレポートであった。

NPO法人医療的ケアネット理事の篠原文浩さんからは、ご自身の医療的ケアとの出会いとNPO法人医療的ケアネットの設立経過、そして今後、医療ニーズのある方への支援者を増やすための取組計画を話していただいた。

分科会に参加された支援センターの施設長から、次の感想をいただいた。

今日はあらためて医療的ケアを必要とする人の生活支援の課題について考える機会となりました。

長野のアンケート結果や奈良のお父さんの報告は、

地元の自立支援協議会で協議してきた課題とほぼ重なるもので、あらためてポイントを整理することができました。とりわけ医療的ケアが必要な人の相談支援の重要性と課題については協議会の議論の中でも課題として上げているところですし、「相談支援は経験不足」とのお言葉は叱咤激励と受け止めてこれからの取り組みを進めていきたいと思いました。

また、学校との連携のあり方や行政と「医療的ケア」の課題をいかに共有して進めていくか等、これからの自分たちの取り組みを進めていく上で大変示唆に富んだお話を伺うことができ、大変有意義な研修でした。

3 コーディネーターとキーパーソン

植田さんは、公的なコーディネーターが十分機能しなかったために、保護者自身がコーディネイトを行われていた。

介護保険法では、ケアマネジャー(介護支援専門員)が制度化され、要支援または要介護と認定された方が適切かつ効果的にサービスが受けられるよう、介護サービス計画(ケアプラン)を立てたり、介護サービス提供者や施設とサービスを受ける人とその家族との連絡調整にあたったりしているが、障害福祉分野にはそうした制度の決まりがない。現実には、当事者を支援しようとする主治医やMSW、訪問看護師や保健所の保健師、支援センターのコーディネーター、そして当事者ご自身が行うなど事例によってまちまちである。とはいえ、昔と異なり、荒樋さんのようにコーディネートする相談員が支援の掘り起こしに取り組まれている。では、訪問教育に携わる教師には何が望まれるか。私は、「コーディネーター」ではなく、重い障害のある子どもやその家族に寄り添い、SOSなどの発信を細やかにとらえて、有効な相談機関へと橋渡しを行う、「キーパーソン」としての役割に期待したいと思う。タイトルに書いた「障害の重い人たちの豊かな地域生活」を達成するためには、地域生活支援、コーディネーター、キーパーソンの3つがキーワードになると考える。

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

平穏な生活を願って－地域支援との連携を深める－

植田正則

奈良県立明日香養護学校訪問教育高等部保護者

1 はじめに

私の息子一行は、私（父）、妻（母）との3人家族で、小学校入学当初より訪問教育に在籍し、前会長の西村先生に最初の担任をしていただいた。私たち両親が小さい頃からの育児方針として、また今までのターニングポイントでの決断要因として、常に考えてきたのが、一行に「家で」穏やかな毎日を過ごさせてあげたいということだった。これはこれからも一貫して変わらぬ姿勢でありたいと考えている。

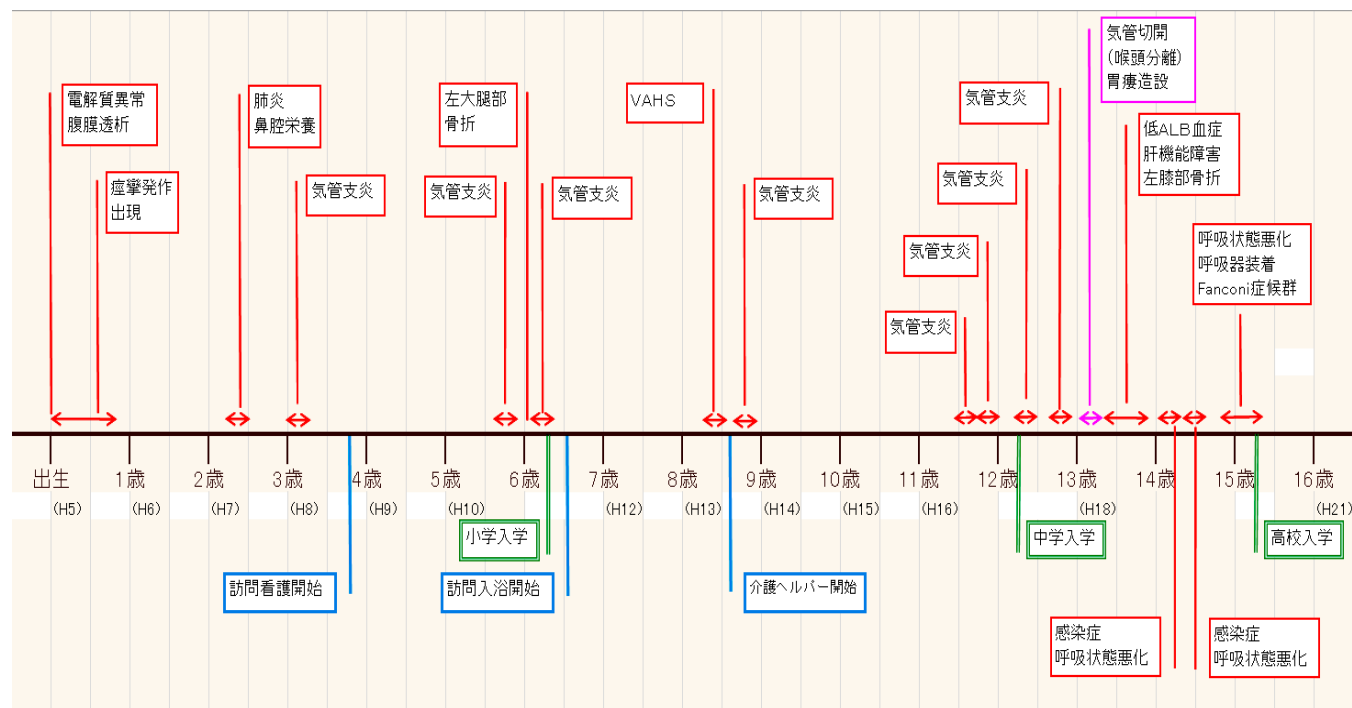
現在は16歳で明日香養護学校 訪問教育 高等部2年生。昨年（平成20年）の4月に半年の入院を経て、人工呼吸器を装着しての退院となった。在宅に向けての地域支援とのかかわりや、目指した体制、問題点など私が経験した実例をお伝えできればと考えている。

2 一行の紹介

<病名>・先天性副腎過形成（小児慢性疾患）A病院

副腎より分泌されるステロイドの1部が欠損し、体の電解質（特に塩分）を正常に保つことができない。ステロイドを服用することにより日常生活には支障ないが、発熱や骨折等、大きなストレスがかかった場合にはバランスがとれなくなる。

<図1>



・レノックス症候群（小児慢性疾患）A病院

<障害名>・脳原性運動機能障害

現実的には随意運動はなく、快・不快の表現程度。体の異変を知る手段としては唯一パルスオキシメータの心拍数に頼っている。

<現在の状態>

・骨折しやすい（骨折歴：図1参照）

・気管切開（喉頭分離）…13歳、B病院にて

・胃ろう造設…13歳、B病院にて

・在宅酸素療法…5歳 ・人工呼吸器装着…14歳

<家族の状況>・妻（母親）が病弱（一行の生後も何度かの入院治療を要した）である。

・妻の病状悪化に備え、私も母親と同じことができるようになっておくことが必要である。以上のことから就学直前にサラリーマンから自営業に転身し、できるだけ密着した生活を送れるようにして生育に深く関わってきた。

3 呼吸器装着までの支援体制

<図1>

一行のこれまでの既往歴・入院歴と地域支援との関わり。矢印は入院期間。

・3歳後半：妻の約1ヶ月の入院治療をきっかけに訪問看護ステーションの利用開始

・6歳（小1）：待望の小学部入学により、それまでは全て私たち両親で考え、行動してきたことが、訪問教育の先生に内面、外面からサポートしてもらえるようになった。夏から訪問入浴制度を週1

- ・8歳(小3):ヘルパー制度を利用開始(家事援助、入浴介助)

- ・その後、随時必要に応じて、利用回数等を増やした。

＜今回の入院前の利用状況＞

月	火	水	木	金
訪問介護	訪問看護 訪問介護	訪問入浴 訪問介護	訪問看護 訪問歯科 訪問介護	訪問 P T 訪問介護
土	日			
訪問入浴 訪問介護	訪問介護			

4 人工呼吸器を装着した退院への支援体制

体調も安定の兆しが見え始めた 2 月末、退院にあたっての体制作りに着手した。

(1)退院時支援会議(2/25)

＜参加者＞医師、病棟看護師、相談支援事業担当者、訪問看護師、介護士、教師、計 14 名

＜内容＞・懸案事項、未確認事項（機器関係、治療関係、A、B病院の担当分野等）の解消、すり合わせ
・各シミュレーション（車いす移乗、外出、入浴、ジャクソニースの使用、回路交換）の具体的実施計画

※本来は病院の地域医療連携室が主導すべきだが、発足して間もなく、十分な対応はなかった。

※決定した退院スケジュールを表にして、各機関の意思統一を図った。

(2) 支援体制の目標

妻の体調が悪化し、退院後は私一人で看護をしなければならない状態が想定されたため、強力な支援体制作りが急務だった。①土日・休日も含めた 24 時間体制の確立、②家庭内ショート体制の確立

(3) 問題点

①地域医療連携室の経験不足、②相談支援事業所の経験不足、③保健所の介入なし、④訪問看護ステーション、介護事業所の数的不足(呼吸器装着により、一層の制限)

※どの機関も職域に縛られ、垣根を越えての調整力がなく、医師、医療関係業者、支援関係業者、行政を総括してマネジメントできる機関がない。結局、患者家族が中心になった。

(4) 退院

当初 3 月末を目標に設定していたが、バギングや車いすへの移乗練習等、実際にやってみると予想以上に何回も経験を積まないと安心できないことがわかった。私たちの焦る気持ちが伝わるのか、一行の体調が悪くなったりする。結局退院できたのは、当初予

定の一ヶ月後になった。

5 在宅での体制（チームかず）作り

(1) 退院初期の取り組み

①訪問看護師・介護士にまず慣れてもらう。

②両親で問題点を探りながらケア方法の効率化、パターン化する

(2) 介護事業所へのケアの委託に向けて

①事業所の意思確認（医療的ケアについて）

②介護士のスキルアップ（対医療的ケア）

③事業所のキャパシティ（突発事態・救急搬送などへの対応）

(3) 勉強会の開催

①訪問看護S事業所による基礎編

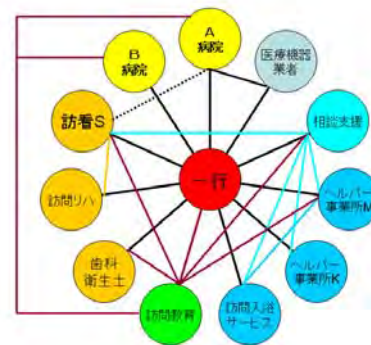
呼吸のメカニズム・呼吸器について

②父による実践編

呼吸器の着脱・取り扱い・吸引・体転・異常呼吸の見分け・発作時処置

(4) 各機関の関わり

< 図 2 >



＜問題点＞

・一行の状況や、支援方針などを全体的に進めるには、やむをえず私がマネジメントしなければならなかった。

- ・事業所間のつながりや、病院との関係は希薄になっている。

・訪問教育の先生には各機関とも連携をとって、両親に一番近い立場でアドバイス・サポートして頂いているが、卒業が1年後に控えており、強力なバックアップ体制を失う。

・卒業後に備えて、相談支援事業との関係を密にして行動しなければならないと痛感している。

（５） 日常の支援体制

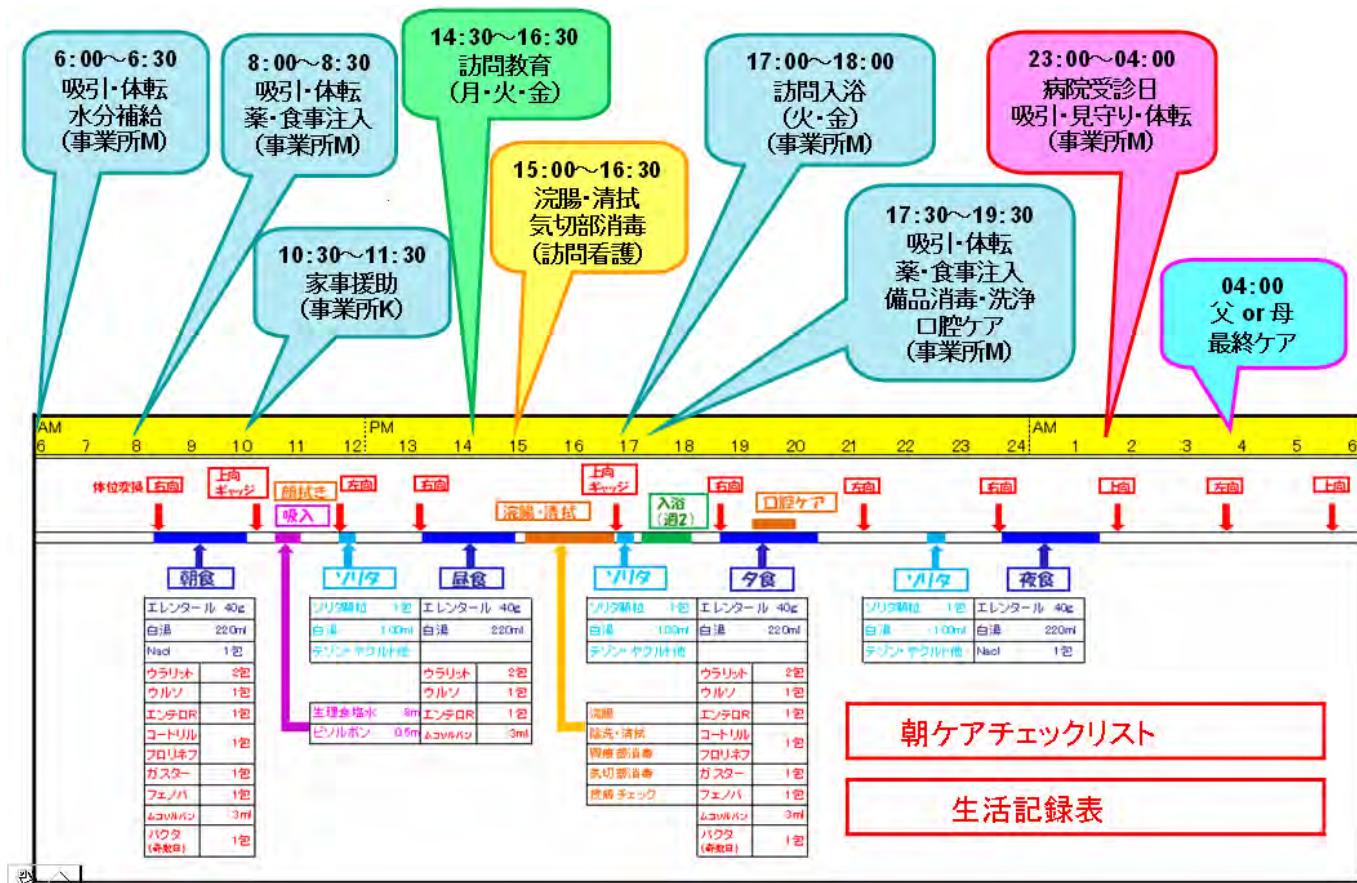
※早朝のケアは、両親が寝ている状態を想定し、朝ケアチェックリストで確認してもらう。

※毎日のケアを、生活記録表に記入する。1日のIN・OUTの管理や、ダイアップ使用時刻等を記録し、体調管理に役立てている。

（６）外出時の支援体制

定期的な外出はA病院とB病院の受診のための月2回。体重の増加に伴い、抱っこでの移動は難

<図3>一日の生活の流れ



しくなり、担架を使って二人体制で介助している。

- ①呼吸器離脱・移設・アンビューバッグ加圧必要
- ②非日常のケアの為、事故がおきやすいので、可能な限り特定したメンバーで実施
- ③お互いをチェックし合いながら、連携プレーに配慮

※出発準備タイムスケジュールと役割分担表の作成（効率のよい準備のために）

※持ち出し品リストの作成（何回か忘れ物があり困った経験による）

(7) ケア体制を維持するために

両親の願いと一行の体の理解を共有してもらう。

- ①ケアプラン表の作成と配布
- ②新規参入介護者への勉強会の実施
- ③一行の体調や医療情報の共有（受診記録作成）
- ④トラブル事例（ヒヤリハット）を一覧表にし、常にチーム全体で危険意識の共有と持続

6 現在の状況

(1) 一行の変化

- ①呼吸器装着後、ガス交換が有効になり、体調が非常に安定
- ②意識レベルが上がり覚醒時間が拡大
- ③かわりに対する反応が向上し、笑顔が増加
一行の笑顔は唯一私達両親へのプレゼント。

(2) 一行の問題点

- ①残っていた自発呼吸が見られなくなった。（呼吸器が外れて1分以内でSpO2が70程度に低下）
- ②呼吸器が自然に外れることがある。（疲労熟睡中はアラームに気づかない可能性があり、常に緊張状態）

(3) 支援体制の問題点

私も、妻も一行の成長とともに年齢を重ね、体力の衰えを感じるようになりました。疲労回復のためには緊張状態を緩和してもらうための夜間見守りのような支援が願われます。

- ①深夜帯のケアは対応できる業者が少なく、継続的な利用は不可能（現在は受診時の月2回程度）
- ②土日・祝日についても休業する事業所が多い。（特に、大型連休、年末年始などは負担が増大）
- ③時折発生する事業所とのトラブル（関係が密になるほど不可避）

(4) ショートステイの問題点

- ①受け入れ施設の不足：県内で受け入れ可能施設2箇所、しかも空床利用（呼吸器装着での可否は未確認）
- ②突発的なショート利用時に、備品・荷物の準備等連れて出ることの困難さ
- ③不慣れた介護による事故・骨折・褥瘡の危険性
※可能性があるのは、片親付き添いの元での入

院措置（1病院で受け入れた承）

（5）家庭内ショート（自宅で私達両親が不在の看護）の可能性を探る。

①条件

・冠婚葬祭などに備えた1日12時間（最長3日間連続）

・看護師・介護士の常時2人体制（両事業所共非常時に応援体制可能であることを希望）

②利点・普段の一行を熟知し、看護・介護に慣れた手でケアしてもらえる。

・備品・荷物の大掛かりな移動が不要である

③問題点

・各事業所のマンパワー不足

・一行の異変対応に加え、機器類の突発トラブルにも対処できる習熟度不足

・支援費支給量の超過

7 おわりに

支援体制について、家庭内ショートをこれからの課題として徐々に実現にむけて取り組みを進めております。問題は山積していますが、少しずつ改善してきました。今後も試行錯誤しながら“チームかず”の充実を図り、一行の笑顔がたくさん見られることを願っています。

出発準備タイムスケジュール&役割分担

	一行の流れ	準備作業	父	母	HLP
8:00	朝食注入開始				●
9:00		洗濯 車椅子搭載吸引器、充電開始	●	●	
10:00	顔拭き・歯磨き 注入終了	酸素ボンベ残量確認 持ち出し荷物準備（オムツ・タオル類） 注入器具洗浄・消毒	● ●	●	● ● ●
	吸入	外出用吸引セット作成 洗濯物干し 携帯モニタバッテリーチェック	●	●	● ● ●
11:00	着替え 吸引・オムツチェック	車椅子玄関設置 担架シート準備・暖め 呼吸器用酸素ボンベ搭載 湯たんぽ準備（ベッド保温用）	● ●	● ●	● ● ●
	ソリタ注入 担架シート挿入 担架棒挿入	ソリタ2回分調合 昼食調合・薬準備 加湿器off・呼吸回路短絡・人工鼻装着	● ●	● ● ●	● ● ● ●
12:00	昼食分薬剤注入 携帯モニタ装着 呼吸器離脱 担架搬出・車椅子移乗 車椅子乗車 出発	加湿器、栄養ポンプをバスケットに収納 呼吸器を車椅子に装着 吸引セットを車椅子に設置 持ち出し荷物積込（この間車中見守り） 持出し品最終チェック 火元・戸締りチェック	● ● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ● ●	● ● ● ● ● ● ●

Ⅱ 訪問教育研究資料

1 訪問教育に関する資料

文部科学省が2008（平成20）年5月1日現在で集計した「平成20年度特別支援学校訪問教育実施状況調査」を掲載します。なお、掲載の都合上、一部の書式を変更しています。

（出典はhttp://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2009/04/15/1260767_2.pdf）

平成20年度特別支援学校訪問教育実施状況調査結果（平成20年5月1日現在）（別紙2）

高等部①平成12年度以前の中学部卒業生、高等部②平成13年度以降の中学部卒業生

	公立特別支援学校数（校）	訪問教育実施学校数（校）	障害種別訪問教育実施学校数（校）					訪問教育実施学校数（学校級）	訪問教育対象者の内訳（人）	訪問教育対象者の内訳（人）					
			視覚	聴覚	知的	肢体	病弱			自宅			施設		
										①	②	合計	①	②	合計
北海道	56	17	0	0	12	5	0	39	100	2	28	30	48	22	70
		30.4%			70.6%	29.4%				2.0%	28.0%	30.0%	48.0%	22.0%	70.0%
青森県	19	4	0	0	2	1	1	4	7	0	1	1	0	6	6
		21.1%			50.0%	25.0%	25.0%				14.3%	14.3%		85.7%	85.7%
岩手県	16	5	0	0	4	1	2	7	16	0	3	3	9	4	13
		31.3%			80.0%	20.0%	40.0%				18.8%	18.8%	56.3%	25.0%	81.3%
宮城県	19	4	0	0	3	1	0	5	7	0	4	4	0	3	3
		21.1%			75.0%	25.0%					57.1%	57.1%		42.9%	42.9%
秋田県	14	3	0	0	2	1	1	6	14	0	3	3	5	6	11
		21.4%			68.7%	33.3%	33.3%				21.4%	21.4%	35.7%	42.9%	78.6%
山形県	12	4	0	0	3	0	1	9	26	0	6	6	8	12	20
		33.3%			75.0%		25.0%				23.1%	23.1%	30.8%	46.2%	76.9%
福島県	22	7	0	0	5	2	0	10	20	0	11	11	6	3	9
		31.8%			71.4%	28.6%					55.0%	55.0%	30.0%	15.0%	45.0%
茨城県	22	9	1	0	5	2	1	12	25	0	8	8	4	13	17
		40.9%	11.1%		55.6%	22.2%	11.1%				32.0%	32.0%	16.0%	52.0%	68.0%
栃木県	14	3	0	0	3	0	0	3	8	0	8	8	0	0	0
		21.4%			100.0%						100.0%	100.0%			
群馬県	25	3	0	0	2	1	0	5	11	0	1	1	0	10	10
		12.0%			66.7%	33.3%					9.1%	9.1%		90.9%	90.9%
埼玉県	36	8	0	0	1	7	1	8	15	0	7	7	0	8	8
		22.2%			12.5%	87.5%	12.5%				46.7%	46.7%		53.3%	53.3%
千葉県	32	14	0	0	10	5	2	16	29	0	17	17	0	12	12
		43.8%			71.4%	35.7%	14.3%				58.6%	58.6%		41.4%	41.4%
東京都	59	14	0	0	0	12	0	23	54	0	40	40	0	14	14
		23.7%				85.7%					74.1%	74.1%		25.9%	25.9%
神奈川県	27	8	0	0	1	5	2	11	19	0	7	7	0	12	12
		29.6%			12.5%	62.5%	25.0%				36.8%	36.8%		63.2%	63.2%
新潟県	26	7	0	0	5	1	1	9	16	0	6	6	0	10	10

潟															
県		26.9 %			71.4 %	14.3 %	14.3 %				37.5 %	37.5 %		62.5 %	62.5 %
富	12	2	0	0	0	1	1	3	8	0	2	2	0	6	6
		16.7 %				50.0 %	50.0 %				25.0 %	25.0 %		75.0 %	75.0 %
石	14	1	0	0	1	1	0	1	2	0	2	2	0	0	0
		7.1%			100.0 %	100.0 %					100.0 %	100.0 %			
福	12	4	0	0	2	0	2	4	4	0	0	0	0	4	4
		33.3 %			50.0 %		50.0 %							100.0 %	100.0 %
山	11	1	0	0	0	1	0	2	5	0	3	3	1	1	2
		9.1%				100.0 %					60.0 %	60.0 %	20.0 %	20.0 %	40.0 %
長	18	6	0	0	4	0	2	22	57	13	0	13	1	43	44
		33.3 %			66.7 %		33.3 %			22.8 %		22.8 %	1.8%	75.4 %	77.2 %
岐	16	4	0	0	2	1	1	5	10	0	8	8	0	2	2
		25.0 %			50.0 %	25.0 %	25.0 %				80.0 %	80.0 %		20.0 %	20.0 %
静	27	4	0	0	0	3	1	8	18	0	4	4	0	14	14
		14.8 %				75.0 %	25.0 %				22.0 %	22.0 %		77.8 %	77.8 %
愛	26	5	0	0	0	5	0	9	22 2	0	16	16	0	6	6
		19.2 %				100.0 %					72.7 %	72.7 %		27.3 %	27.3 %
	14	4	0	0	2	2	0	6	12	0	3	3	4	5	9
三		28.6 %			50.0 %	50.0 %					25.0 %	25.0 %	33.3 %	41.7 %	75.0 %
	滋	14	2	0	0	0	2	0	2	2	0	2	2	0	0
賀		14.3 %				100.0 %					100.0 %	100.0 %			
	京	15	3	0	0	3	3	0	3	3	0	2	2	0	1
都		20.0 %			100.0 %	100.0 %					66.7 %	66.7 %		33.3 %	33.3 %
	大	27	7	0	0	0	7	0	10	23	0	12	12	0	11
阪		25.9 %				100.0 %					52.2 %	52.2 %		47.8 %	47.8 %
	兵	35	7	0	0	6	0	1	33	76	0	5	5	24	47
庫		20.0 %			85.7 %		14.3 %				6.6%	6.6%	31.6 %	61.8 %	93.4 %
	奈	11	2	0	0	0	1	1	4	8	0	1	1	4	3
良		18.2 %				50.0 %	50.0 %				12.5 %	12.5 %	50.0 %	37.5 %	87.5 %
	和	11	2	0	0	1	2	0	2	3	0	3	3	0	0
歌		18.2 %			50.0 %	100.0 %					100.0 %	100.0 %			
	鳥	9	1	0	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	3
取		11.1 %			100.0 %									100.0 %	100.0 %
	島	12	3	0	0	2	1	0	3	3	0	3	3	0	0
根		0.25			0.667	0.333					1	1			
	岡	12	8	0	0	3	5	0	10	19	0	14	14	3	2
山		66.7 %			37.5 %	62.5 %					73.7 %	73.7 %	15.8 %	10.5 %	26.3 %
	広	16	3	0	0	2	0	1	5	8	0	0	0	0	8
島		18.8 %			66.7 %		33.3 %							100.0 %	100.0 %
	山	14	2	2	2	2	2	14	40	0	2	2	34	4	38
口		14.3 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %				5.0%	5.0%	85.0 %	10.0 %	95.0 %

徳島県	9	3	0	0	0	2	1	3	6	0	5	5	0	1	1
		33%				67%	33%				83%	83%		17%	17%
香川県	8	4	0	0	2	1	1	6	8	0	3	3	0	5	5
		50.0%			50.0%	25.0%	25.0%				37.5%	37.5%		62.5%	62.5%
愛媛県	13	3	0	0	3	0	0	5	13	0	10	10	0	3	3
		23.1%			100.0%						76.9%	76.9%		23.1%	23.1%
高知県	13	2	0	0	2	0	0	2	4	0	3	3	0	1	1
		15.4%			100.0%						75.0%	75.0%		25.0%	25.0%
福岡県	25	7	0	0	5	2	0	16	47	0	9	9	26	12	38
		28.0%			71.4%	28.6%					19.1%	19.0%	55.3%	25.5%	80.8%
佐賀県	8	3	0	0	1	2	0	6	11	0	2	2	0	9	9
		33.3%			33.3%	66.7%					18.2%	18.2%		81.8%	81.8%
長崎県	15	5	0	0	3	2	0	8	21	0	12	12	0	9	9
		33.3%			60.0%	40.0%					57.1%	57.1%		42.9%	42.9%
熊本県	17	6	0	0	2	3	1	7	16	0	7	7	0	9	9
		35.3%			33.3%	50.0%	16.7%				43.8%	43.8%		56.3%	56.3%
大分県	15	3	0	0	3	0	0	5	12	1	2	3	6	3	9
		20%			100%					8%	17%	25%	50%	25%	75%
宮崎県	15	4	0	0	4	3	0	13	36	0	7	7	24	5	29
		26.7%			100.0%	75.0%					19.4%	19.4%	66.7%	13.9%	80.6%
鹿児島県	15	7	0	0	5	6	1	9	19	0	8	8	0	11	11
		46.7%			71.4%	85.7%	14.3%				42.1%	42.1%		57.9%	57.9%
沖縄県	16	4	0	0	1	2	1	5	12	0	4	4	6	2	8
		25%			25%	50%	25%				33%	33%	50%	17%	67%
札幌市	4	0													
仙台市	1	0													
さいたま市	1	1	0	0	0	1	0	1	2	0	2	2	0	0	0
		100.0%				100.0%					100.0%	100.0%			
千葉市	2	1	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	2	2
		50.0%			100.0%									100.0%	100.0%
川崎市	3	0													
横浜市	12	1	0	0	0	1	0	2	5	0	5	5	0	0	0
		8.3%				100.0%					100.0%	100.0%			
新潟市	1	0													
静岡市	0	0													
浜松市	1	0													
名古屋市	4	0													

屋市															
京都市	7	2	0	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0	0
		28.6%			100.0%	100.0%					100.0%	100.0%			
大阪市	10	2	0	0	0	2	0	2	5	0	5	5	0	0	0
		20.0%				100.0%					100.0%	100.0%			
堺市	2	0													
神戸市	6	2	0	0	0	1	1	3	6	0	0	0	5	1	6
		33.3%				50.0%	50.0%						83.3%	16.7%	100.0%
広島市	1	1	0	0	1	0	0	2	4	0	4	4	0	0	0
		100.0%			100.0%						100.0%	100.0%			
北九州市	9	3	0	0	1	2	0	5	12	0	4	4	4	4	8
		33.3%			33.3%	66.7%					33.3%	33.3%	33.3%	33.3%	66.7%
福岡市	5	3	0	0	1	2	0	6	12	0	5	5	5	2	7
		0.375			0.333	0.667					0.417	0.417	0.417	0.167	0.583
合計	966	248	3	2	126	115	30	423	948	16	331	347	227	374	601
		25.7%	3.6%	1.7%	20.4%	40.8%	24.2%			1.7%	34.9%	36.6%	23.9%	39.5%	63.4%
障害種別学校数			84	116	619	282	124								

＊「障害種別学校数」については、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。

＊空欄は該当なしを示す。

2 医療的ケアが必要な方の地域生活を支える取り組み

痰の吸引や経管栄養などいわゆる医療的ケアを必要とする方が、特別支援学校だけではなく、地域の小・中学校や卒業後の通所施設（生活介護事業所）、居宅介護事業などにも広がっています。また、障害福祉分野だけでなく、特別養護老人ホームなど老人保健施設でも課題になってきています。

ここでは、文部科学省の調査から自治体での通所施設支援策、そして特別養護老人ホームを中心とした厚生労働省の研究会の報告書の抜粋などを紹介します。

2-1 文部科学省の調査

文部科学省が2008（平成20）年5月1日現在で集計した「平成20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/_icsFiles/afieldfile/2009/07/23/1260767_1.pdf）

（1）全域における対象幼児児童生徒数

区分	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※1	合計（割合％）
通学籍	38	2,445	1,156	1,182	4,821
訪問教育（家庭）	0	572	225	224	1,021
訪問教育（施設）	0	119	76	154	349
訪問教育（病院）	0	194	95	142	431
合計	38	3,330	1,552	1,702	6,622
在籍者数（名）※2	1,537	33,273	25,084	47,202	107,096
割合（％）	2.5%	10.0%	6.2%	3.6%	6.2%

※1 高等部の専攻科は除く。 ※2 平成20年度学校基本調査による。

（2）行為別対象幼児児童生徒数

医療的ケア項目		計（名）
栄養	●経管栄養（鼻腔に留置されている管からの注入）	2,229
	●経管栄養（胃ろう）	1,606
	●経管栄養（腸ろう）	91
	経管栄養（口腔ネラトン法）	85
	I V H中心静脈栄養	37
呼吸	●口腔・鼻腔（咽頭より手前まで）	2,552
	口腔・鼻腔（咽頭より奥の気道）	1,646
	経鼻咽頭エアウェイ内	121
	気管切開部（気管カニューレより）	1,552
	気管切開部の衛生管理	1,451
	ネブライザー等による薬液（気管支拡張剤）の吸入	1,287
	経鼻咽頭エアウェイの装着	127
	酸素療法	844
	人工呼吸器の使用	587
排泄	導尿（介助）	393
その他		767
合計（延人数）		15,375
医療的ケアが必要な幼児児童生徒数		6,622

※●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。

2-2 長野県の特別支援学校における医療的ケアの対応

(1) 特別支援学校医療的ケア実施要綱

(趣旨)

第1 この要綱は、特別支援学校（以下「学校」という。）で医療的ケアを必要とする児童・生徒の健康の保持増進及び安全な学習環境を整備することにより、学校における教育の普及奨励を図ることを目的とする。

(定義)

第2 この要綱において、「医療的ケア」とは、学校に在籍する児童生徒（以下「児童生徒」という。）に対して行なわれる、第7各号に規定する行為をいう。

(対象児童生徒)

第3 医療的ケアの対象となる児童生徒（以下「対象児童生徒」という。）は、保護者から第11第1項に規定する申請があった者のうち、第8の校内委員会の協議を経て、学校長が認めたものとする。

(看護師)

第4 医療的ケアに関わる看護師（以下「看護師」という。）は、医療的ケアの実施に関して次の業務を行なう。

- (1) 対象児童生徒に対する医療的ケアの実施
- (2) 教員に対する医療的ケアの研修、指導
- (3) 医療的ケアの必要な児童生徒に係る介助
- (4) その他医療的ケアの実施に関する必要な事項

(担当教員)

第5 医療的ケアを実施する教員（以下「担当教員」という。）は、「特別支援学校医療的ケア研修実施要項」（平成16年1月30日作成。以下「研修実施要項」という。）第3に規定する研修の全てを修了していなければならない。

2 担当教員は、研修実施要項第3に規定する個別研修における対象児童生徒に限り、第7第2項各号に規定する範囲内において、医療的ケアを実施するものとする。

3 担当教員は、対象児童生徒の健康状態を常に把握し、教育的な見地から医療的ケアを実施するものとする。

4 学校長は、担当教員に対し医療的ケアの実施内容等について、医療的ケア実施計画書（様式第2号）に基づき、明らかにしなければならない。

(保護者)

第6 保護者は、対象児童生徒が学校で医療的ケアを受ける場合は、当該対象児童生徒の当日の健康状態を学校に報告しなければならない。

2 対象児童生徒の医療的ケアに必要な医療機器、医療用具等は、原則として保護者が準備する。ただし、学校において対象児童生徒の健康状態を把握する上で必要な医療機器等は除く。

(医療的ケア)

第7 学校において行なう医療的ケアは、原則として次に掲げるもののうち、看護師が対象児童生徒に対し医療的ケアを行うことについて支障がないと主治医により認められ、かつ、当該看護師が主治医から指示を受けたものとする。

- (1) 吸引 ア口腔内・鼻腔内吸引 イ気管内吸引
- (2) 経管栄養 ア鼻腔管留置による注入 イ留置以外の注入 ウ胃瘻部・腸瘻部からの注入
- (3) 導尿 ア 導尿 イ 自己導尿の自立に向けての指導・管理
- (4) 酸素吸入 ア酸素ボンベの交換 イ吸入器具の装着
- (5) 薬液の吸入

2 前項に規定する学校において行なう医療的ケアのうち、担当教員が行なうことができる医療的ケアは、主治医の指示に基づく次の範囲内とする。

- (1) 咽頭より手前の範囲において吸引管を口から入れて行なう、口腔の中まで上がってきた痰や、たまっている唾液の吸引
- (2) 鼻腔管留置による注入（栄養管が正確に胃の中に挿入されていることを看護師が確認した場合に限る。）
- (3) 胃瘻部・腸瘻部からの注入（胃瘻、腸瘻の状態に問題のないこと、かつ栄養管が正確に胃又は腸の中に挿入されていることを看護師が確認した場合に限る。）
- (4) 自己導尿において、対象児童生徒本人又は看護師がカテーテルの挿入を行なう場合の、尿器や姿勢の保持等の補助

3 前2項に規定する医療的ケアについて、対象児童生徒の体調が不良であると学校長が認めるときは、当該児童に対する医療的ケアは行なわない。

(校内委員会)

第8 医療的ケアを実施しようとする学校において、医療的ケアを安全かつ適正に実施するために、学校に校内委員会を設置する。

- 2 校内委員会の委員は学校長、教頭、事務長、養護教諭、担当教員、看護師及び学校長が必要と認める者とする。
- 3 校内委員会の委員長は学校長とする。
- 4 校内委員会は、次の事項を協議する。
 - (1) 医療的ケアの実施申請のあった児童生徒に対する実施計画の策定に関すること。
 - (2) 対象児童生徒に係る医療的ケアの内容等の決定に関すること。
 - (3) 医療的ケアの実施に関すること。
 - (4) 担当教員の研修に関すること。
 - (5) 医療的ケアの実施にあたり、医療機関、保健所、消防署等の関係機関との連絡支援体制の整備に関すること。
 - (6) 前各号のほか、委員長が必要と認める事項。

(運営協議会)

第9 特別支援学校における医療的ケアの安全かつ適正な運営を図るため、県教育委員会は運営協議会を設置する。

- 2 運営協議会の委員は、対象児童生徒の保護者、医師、看護師、学校の教員その他の者とする。
- 3 運営協議会の協議事項その他は、別に定めるものとする。
- 4 運営協議会の事務局は、特別支援教育課に置くものとする。

(協力体制)

第10 対象児童生徒については、主治医による医療面の協力体制が整っていないなければならない。

(医療的ケアの実施) 第11 新たに医療的ケアを受けようとする児童生徒の保護者は、医療的ケア実施申請書(様式第1号)を学校長に提出するものとする。また、前年度から継続して医療的ケアを受けようとする場合は、実施年度ごとに医療的ケア実施申請書を学校長に提出するものとする。2

前項に規定する医療的ケア実施申請書の提出にあたり、学校長は保護者に対し、養護学校で行なう医療的ケアの趣旨、実施体制等を、十分に説明しなければならない。3 学校長は、第1項に規定する医療的ケア実施申請書の提出があった場合、当該児童生徒に対する医療的ケア実施計画書(様式

第2号)を作成するものとする。

- 4 学校長は主治医に対し当該対象児童生徒に係る医療的ケアの指導等について、様式第3号に第1項に規定する医療的ケア実施申請書及び第3項に規定する医療的ケア実施計画書の写しを添えて、協力を依頼しなければならない。
 - 5 前項の依頼を受けた主治医は、当該児童生徒の障害の程度及び健康状態等を考慮し、協力の可否について様式第4号により回答するものとする。6 学校長は、前項の主治医から回答を得たときは、速やかに医療的ケアの実施の適否及び実施する場合の内容について、第8第1項に規定する校内委員会に諮らなければならない。
 - 7 学校長は、前項の校内委員会の結果に基づき、医療的ケアを実施するときは、医療的ケア実施承認通知書(様式第5号)に第3項に規定する医療的ケア実施計画書を添えて保護者に対して通知するとともに、主治医に対して学校において実施する医療的ケアの内容について様式第6号により通知しなければならない。
- また、医療的ケアを実施しないときは、保護者に対し理由を付して様式第7号により通知しなければならない。

(医療的ケアの実施内容の変更)

第12 医療的ケアの実施内容を変更又は追加する場合、医療的ケア実施内容変更申請書(様式第8号)を学校長に提出するものとする。

- 2 前項の医療的ケア実施内容変更申請書の提出があった場合、学校長は、医療的ケア実施計画書の変更又は追加をし、主治医に対し様式第9号により報告しなければならない。
- 3 前項の報告を受けた主治医は、当該児童生徒の障害の程度及び健康状態等を考慮し、実施計画の変更の適否について様式第10号により回答するものとする。
- 4 学校長は、前項の回答を得たときは、速やかに医療的ケアの実施変更の適否及び実施変更する内容について、第8第1項に規定する校内委員会に諮らなければならない。
- 5 学校長は、前項の校内委員会の結果に基づき、医療的ケアの実施を変更するときは、医療的ケア実施変更承認通知書(様式第11号)に第2項により変更した医療的ケア実施計画書を添えて保護者に対して通知するとともに、主治医に対して学校に

において実施する医療的ケアの内容について様式第12号により通知しなければならない。また、医療的ケアの実施内容等の変更をしないときは、保護者に対し理由を付して様式第7号により通知しなければならない。

(医師の指示)

第13 看護師は、第11第6項又は第12第4項の校内委員会の結果に基づき、対象児童生徒の医療行為に係る指示を指示書(様式第13号)により主治医から受けなければならない。

2 指示書に係る諸費用は、保護者が負担する。

(研修)

第14 医療的ケアを安全かつ適正に実施するため、医療的ケアに関する次の研修を行なうものとする。

- (1) 看護師研修
- (2) 担当教員研修

(緊急時の対応)

第15 学校長は、医療的ケアの実施にあたり、医療機関、保健所、消防署等の関係機関との連絡支援体制の整備を図るとともに、児童生徒に異常が生じた場合、速やかに処置がとれるよう、緊急時の対応マニュアルを策定し、当該マニュアルの内容について、関係者全員に確認させなければならない。

(報告)

第16 学校長は毎年度医療的ケアを実施するにあたり、当該年度の実施体制について医療的ケアの実施前までに医療的ケア実施体制報告書(様式第14号)により、特別支援教育課長へ報告しなければならない。

2 学校長は、医療的ケアの実施状況について、各学期終了後10日以内に医療的ケア実施状況報告書(様式第15号)により、特別支援教育課長へ報告しなければならない。

(その他) 第17 この要綱に定めるもののほか、学校における医療的ケアに関し必要な事項は、学校長は特別支援教育課長と協議するものとする。

附則 この要綱は、平成17年4月1日から施行する
附則 この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

(2) 平成20年度医療的ケア実施状況(医療的ケア実施状況調査・実地調査から) 特別支援教育課
①特別支援学校における日常的に医療的ケアを必要とする幼児児童生徒数等調査
(平成20年7月末現在) (単位:人)

	看護師 配置	対象児童生徒			主なケアの内容					ケアの実施場所
			通学	訪問	経管 栄養	吸引	導尿	その他	特記事項	
長野養護学校	1	2	1	1	2	2	0	0	薬液注入2	教室
伊那養護学校	1	6	6	0	2	3	2	3	薬液注入2 酸素吸入1	教室、教室他
松本養護学校	2	9	5	4	8	8	1	4	薬液注入1 酸素吸入3	教室
上田養護学校	1	3	1	2	3	2	0	0		教室
飯田養護学校	1	6	2	4	5	5	0	5	薬液注入5	ケア室
安曇養護学校	2	8	5	3	6	7	3	2	酸素吸入2	教室、保健室
小諸養護学校	1	4	3	1	3	2	0	3	薬液注入2 酸素吸入1	教室
飯山養護学校	1	1	0	1	1	1	0	1	薬液注入1	教室
諏訪養護学校	1	2	2	0	1	1	0	0		教室、保健室
木曽養護学校	1	2	0	2	0	0	0	0		保健室
花田養護学校	1	2	2	0	2	2	0	1	酸素吸入1	教室
稲荷山養護学校	1	4	4	0	3	3	0	3	薬液注入3	ケア室、教室
寿台養護学校	1	6	6	0	4	3	2	6	薬液注入4 酸素吸入2	トイレ、教室
計	15	55	37	18	40	39	8	28		

(注) 医療センターへのリハビリ等により各学校における人数は変動する。

②学校における対応者（7月末）単位：人

学校名	医療的ケア対応者数				
	看護師	養護教諭	担任教員	保護者	計
長野養	1	2	3		6
伊那養	1		3		4
松本養	2				2
上田養	1		2	3	6
飯田養	1	1		2	4
安曇養	2		2		4
小諸養	1				1
飯山養	1			1	2
諏訪養	1				1
木曾養	1			2	3
花田養	1				1
稲荷山養	1				1
寿台養	1		3		4
計	15	3	13	8	39

③学校における研修修了者数（7月末）単位：人

学校名	担任等			養護教諭			ステップ3 修了者合計
	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ1	ステップ2	ステップ3	
長野養	1	1	3	2	2		3
伊那養	5	5	3	1	1		3
松本養	3	3	5		1	1	6
上田養	13	5	5	2	1	1	6
飯田養	1	3		1		1	1
安曇養	9	4	2	2	2		2
小諸養	6	4					0
飯山養	1	1	1				1
諏訪養	1	2		1	1		0
木曾養	5	4	3	1	1		3
花田養	10	7	1	1	1	1	2
稲荷山養	11	4		2	2		0
寿台養	2	1	3	1			3
計	68	44	26	14	12	4	30

④緊急時のマニュアル策定状況（7月末）

	マニュアル策定		個別対応マニュアル		主治医によるマニュアルの確認		一時搬送先	
	策定済み	未策定	策定済み	未策定	策定済み	未策定	策定済み	未策定
長野養	○		○		○			○
伊那養	○		○		○			○
松本養	○		○		○		○	
上田養	○			○	○			○
飯田養	○		○		○		○	
安曇養	○	○	○	○	○	○	○	
小諸養	○			○		○	○	
飯山養	○		○		○		○	
諏訪養	○		○		○		○	
木曽養	○			○		○	○	
花田養	○		○		○		○	
稲荷山養	○		○			○	○	
寿台養	○		○		○		○	
計	13 100.0%	1	10 76.9%	4	9 69.2%	4	11 84.6%	3

具体的な事例がありましたら記入してください。

- ・6月に神林消防署と合同で救急対応訓練を行い、職員の動きを確認することができた。（松本）

2-3 沼田市医療的ケア支援事業実施要綱

平成20年3月27日

告示第19号

（対象者）

（趣旨）

第1条 この要綱は、看護師が配置されていない通所施設、作業所、保育園、学校等（以下「施設等」という。）において医療的ケアを必要とする障害児（者）に対して、主治医の指示に基づいて行う経管栄養、たんの吸引その他の比較的短時間かつ定時の対応により終了する処置支援を行うことにより介護者の負担を軽減し、地域での自立生活の基盤の形成に資する医療的ケア支援事業の実施について必要な事項を定めるものとする。

第3条 この事業の対象者は、施設等に通う障害児（者）のうち、医療的ケアを必要とする障害児（者）であって、沼田市に住所を有するものとする。

（事業の実施）

第4条 医療的ケアの時間は、30分を1単位とする。

2 1回当たりの派遣は、3単位を上限とする。

3 1日当たりの派遣は、3単位を上限とする。

（申請）

（実施主体）

第2条 この事業の実施主体は、沼田市とする。ただし、市長は、この事業の一部を健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する訪問看護事業者等（以下「事業者」という。）に委託することができる。

第5条 医療的ケアの支援を受けようとする者は、医療的ケア支援事業利用申請書（別記様式第1号）に主治医が作成した訪問看護指示書を添えて市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請があったときは、利用の可否を決定し、医療的ケア支援事業利用決定（不承

認)通知書(別記様式第2号)により申請者に通知するものとする。

- 3 市長は、前項の決定をするときは、身体その他の状況及びその置かれている環境を十分勘案して行うとともに、利用の決定をした者(以下「利用者」という。)に対して利用時間、利用期間、利用者月負担上限額の決定をするものとする。

(費用等)

第6条 利用者は、別表に定める利用者負担額を事業に要する経費の一部として事業者に支払うものとする。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、平成20年4月1日から施行する。

2-4 京都市医療的ケア研修実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、指定障害福祉サービス事業所及び施設の従業者等が、サービスの提供に関し、法令上、一定の要件の下で在宅の障害者(児)に対し行うことができるたんの吸引を中心とした医療的ケアの基礎的知識を取得し、もって障害者(児)の福祉の向上に資することを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において「医療的ケア」とは、たんの吸引や経管栄養の注入等、日常生活に必要な医療的援助行為をいう。

(実施者)

第3条 この研修の実施者は京都市とする。また、京都市は、研修の全部又は一部を実施するに当たり、専門的な知識を有し、適当と認められる団体に委託することができるものとする。

(受講対象者)

第4条 この研修の受講対象者は、本市に所在する次項の事業所及び施設に所属し、医療的ケアが必要な指定障害福祉サービス等の利用者を介護する者とする。ただし、あらかじめ確保された年間の予算で実施する研修において、障害保健福祉課長が特に必要と認める場合は、これら以外の者を受講対象者としてすることができる。

2 居宅介護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、

生活介護、児童デイサービス、短期入所、障害者支援施設、自立訓練(機能訓練)、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者授産施設、知的障害者更生施設、知的障害児施設、知的障害児通園施設、肢体不自由児施設、肢体不自由児通園施設、重症心身障害児施設、小規模通所授産施設、地域活動支援センター(デイサービス型)及び地域活動支援センター(共同作業型)の指定を受けている事業所及び施設

(研修内容)

第5条 この研修の実施に当たっては、次の各号に掲げる内容の全部又は一部を行うものとする。

(1) 医療的ケアの講義

(2) 法令上、許容されている医療的ケアの実技

(3) その他(ただし、法令上許容されていない医療的ケア及び医(療)行為の実技を除く。)

(修了認定)

第6条 研修の受講者に対し修了又は資格を認定しない。

(その他)

第7条 この要綱に定めるものの他、研修について必要な事項は、所管部長が別に定める。

附 則 この要綱は、平成21年2月19日から施行する。

2-5 重度障害者医療的ケア等支援事業（北海道による市町村補助事業）

平成21年度より

【目的】 日常的に医療的ケアを必要とする重度の障害者について、地域で生活するために必要となる社会活動への参加を確保するため、デイサービス事業所等の活動場所へ看護師を派遣することにより、重度の障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。

【事業内容等】

区 分	内 容		
実施主体	市町村（政令指定都市及び中核市を除く。）		
補助率	道 1 / 2 市町村 1 / 2		
対象者	日常的に医療的ケアを必要とする在宅の重症心身障害者であって、主治医より看護師の派遣が必要であるとして、訪問看護指示書の交付を受けた者。		
事業内容	（１）短時間派遣事業 看護師を派遣し、経管栄養、導尿、注射等の定時に集中する医療的ケアや短時間で可能な医療的ケアを実施 （２）長時間派遣事業 看護師を派遣し、利用者の状態に応じて、身体状況等を観察しながら、必要に応じて痰の吸引、水分補給、胃ろう管理、気管カニューレ管理、てんかん発作の対応等の医療的ケアを実施		
派遣場所	次の施設等のうち看護師が未配置であり、主治医及び看護師との密接かつ適切な連携が可能であって、医療的ケアの提供が可能と認められる場所 ・ 障害者自立支援法に定める障害福祉サービスのうち、職員配置基準上、看護師を配置することとされておらず、かつ、医療連携体制加算の算定ができないサービス事業所 ・ 地域活動支援センター ・ 障害者地域共同作業所 ・ その他市町村が社会参加活動又は日中活動の場所と認めた施設等		
派遣形態及び設定単価	（１）短時間派遣（～1.5時間程度、2人まで） 定時に集中する医療的ケアや短時間で可能な医療的ケア （２）長時間派遣（2～6時間、4人まで） 身体状況を観察しながら必要に応じて行う医療的ケア	看護師派遣単価	短－1回 5,300円 長－1回 15,900円
		管理療養費	1日 2,900円 （月初日7,050円）
利用回数	対象者1人につき週3回、月12回の派遣を限度		
利用者負担額	障害者自立支援法と同様の水準 （一定の所得以下の18歳未満の児童については、障害者自立支援法の水準の1/2）		

2-6 希望と安心の介護ビジョン(概要) (厚生労働省老健局設置)

安心と希望の介護ビジョン(概等)

平成20年11月20日

超高齢社会を迎える中で、募る将来の不安を乗り越え、「安心」と「希望」を抱いて生活できる社会を築いていくために、2025年を見据えて取り組むべき施策を提言する。

1. 高齢者自らが安心と希望の地域づくりに貢献できる環境づくり

～高齢者や要介護者が最期まで生き方に選択肢を持ち、人とのつながりを持って生きていける社会を創るために～

①コミュニティ・ワーク・コーディネーター（仮称）の輩出

地域の高齢者が「求めていること」と「できること」を結びつけ、意欲ある高齢者が主体的・積極的に参加するコミュニティ・ビジネスや互助事業等を育成する「キーパーソン」になりたいという、意欲ある地域の高齢者や住民（「コミュニティ・ワーク・コーディネーター（高齢者地域活動推進者）」（仮称）を地域から募集し、先進的事例や様々なノウハウを修得できる機会を提供

② 地域包括支援センターのコミュニティ支援機能の強化

2. 高齢者が、住み慣れた自宅や地域で住み続けるための介護の質の向上

～たとえ介護が必要となっても、住み慣れた自宅や地域で住み続けるために～

①在宅生活を支援するサービスの基盤整備

訪問介護・訪問看護のネットワーク整備、家族への適切な介護情報の提供等

②在宅生活支援リハビリテーションの強化

リハビリテーションの拠点整備と質の向上に向けた取組の推進等

③医療と介護の連携強化

必要な研修を受けた介護従事者が、医師や看護師との連携の下に、施設入所者に対して、経管栄養や喀痰

吸引を安全性が確保される範囲内で行うことができる仕組みの整備、緩和ケアの積極的な推進等

④認知症対策の充実

認知症ケアの標準化、成年後見制度の活用等

⑤地域の特性に応じた高齢者住宅等の整備

地域特性に応じた住宅・施設整備、多世代交流機能を持つ小規模住宅の整備等

3. 介護従事者にとっての安心と希望の実現

～介護従事者が働きやすく、介護の仕事に誇りとやりがいを持って取り組み続けていけるために～

①各事業所における介護従事者の処遇に関する情報の積極的な公表の推進

②介護従事者が誇りとやりがいをもって働くことができる環境の整備

介護従事者の処遇改善に資する介護幸開州の設定、ワークライフバランスへの配慮、資格や経験等に応じたキャリアアップの仕組みの構築、介護ロボットの研究開発の推進等

③介護従事者の確保・育成

潜在的介護福祉士等の掘り起こし、現場復帰に向けた研修の実施、介護未経験者の就業支援等

Ⅲ「こんにちは」総目次

119号（2008年12月20日発行）～123号（2009年11月20日発行）

●119号（2008年12月20日発行）

◇巻頭言

「全国訪問研究会との出会い」

岡田 敏男（千葉県立松戸特別支援学校・全訪研副会長）

◇御子柴昭治先生を悼む

西村 圭也（前全訪研会長）

長 正晴（事務局長）

◇音さんのコンサート紹介

長 正晴（事務局長）

◇速報

◇大会写真

◇大崎先生の国総研メールマガジン紹介

◇全訪研07年度決算報告

◇全訪研08年度予算

◇地域活動推進費を使って下さい。

◇次回京都大会第一報

◇訪問教育研究No.21をお届けします

◇編集後記

●120号（2009年2月20日発行）

◇巻頭言

木下 博美（全訪研副会長・京都府立舞鶴養護学校）

◇「地域で生きる ～訪問生の教育・生活を支えるために～」その2

中村治子さん、岡田敏男先生、角田隆子先生（事務局より）、長正晴（事務局より）

◇金沢で「小さいのち」コンサート大成功

西村 圭也（全訪研前会長）

◇「各地の状況について」

(1)「既卒者の高等部教育」

松田 康宏先生（北海道網走養護学校）

(2)「既卒者の高等部訪問教育について」

仲村 光子先生（長野県飯田養護学校）

(3)「49才の高等部新入生、誕生」

渡邊 美輝子先生（岐阜県立長良特別支援学校）

(4)「卒業した小学校への定期的な交流学习」

合田 和久先生（高知県立高知若草養護学校土佐希望の家分校）

◇東京大会参加者アンケートを読んで

長 正晴（事務局長）

●121号（2009年4月20日発行）

◇巻頭言「訪問教育をもっと知って、もっと考える年です」

全国訪問教育研究会会長 猪狩 恵美子

◇連載－重症児の理解と授業づくりー1

高木 尚（全訪研副会長・都立多摩桜の丘学園教諭）

◇訪問教育に関する第五次調査報告の概要

◇地域に生きる～尼崎編

バリ雑貨&カフェ「ジャム・ルガ」紹介

角田 隆子（全訪研事務局）

◇東海ブロック学習会報告

水野 浩洋（岐阜・東濃特別支援学校・訪問担当）

◇未就学者の受け入れについて

真子 繁子（福岡市立屋形原特別視恵学校）

●122号（2009年6月20日発行）

◇はんなり 京都へ おこしやす

実行委員会事務局長 小西 ルミ子

◇連載－重症児の理解と授業づくりー2

全訪研副会長 高木 尚

◇第22回京都大会 基調報告

◇第22回京都大会 活動方針

◇訪問教育の充実のためにー全訪研は提案します
全国訪問教育研究会役員会（2007年6月発表）

◇「地域に生きる」～尼崎から

バリ雑貨&カフェ「ジャム・ルガ」より ②

角田 隆子（全訪研事務局）

◇全訪研京都大会開催要項（略）

●123号（2009年11月20日発行）

◇会長挨拶

猪狩 恵美子

◇故・御子柴昭治先生追悼

◇大会実行委員長挨拶

郷間 英世（京都教育大学発達障害学科教授）

◇基調報告・活動方針

高木 尚（全国訪問教育研究会副会長）

◇来賓挨拶

松本 公雄（京都府教育委員会特別支援教育長）

◇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）

音 弘志（全国訪問教育親の会顧問）

◇開催地からの報告

◇高谷清先生記念講演

◇分科会報告

第1（健康・身体づくり）

第2（コミュニケーション）

第3（あそび・文化）

第4（施設）

第5（病弱）

第6（地域支援）

◇ワークショップ報告

訪問1年生のあなたに

F B M

音楽を楽しもう

スイッチ教材

◇実行委員長閉会挨拶

◇わくわくクラブ紹介

◇大会事務局長挨拶

小西 ルミ子（実行委員会事務局長）

◇次回千葉大会引き継ぎ

◇会長謝辞

◇大会宣言

◇目次

◇編集後記◇

「訪問教育研究 第22集」をお届けします。

新型インフルエンザが全国で猛威を揮う中、各地で訪問教育に飛び回る先生方の健康を思う 2009 年でした。2009 年度訪問教育研究会全国大会は京都で行われました。「はんなり」と京都の柔らかさと強さを感じた大会でした。伝統ある京都において、地域に根差した訪問教育の底力をみたように思います。昨年度の訪問教育卒業生自身のレポートに続き、今年度は保護者からのじっくりとお子さんを見守るレポートが出されました。まさに「子どもの声に耳を傾ける」訪問教育であり続けたいと願ってやみません。

この第22集はこれまでになく、写真やグラフなど視覚資料が盛りだくさんです。カラーでお届けできないのが残念です。

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 檜木)

2009年12月

訪問教育研究第22集

2009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

Tel 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 (Tel 042-561-1170)