訪問教育研究 2010

The Japanese Journal of Visiting Education *vol.23*

第 23 集

Ⅰ　全国訪問教育研究会第２３回全国大会（千葉）報告

大会記念講演

「地域で子どもたちを支える」

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．障がい者制度改革推進会議「第一次意見」

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 21 年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査

2-2　特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取り扱いについて

2-3　医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について

2-4　規制・制度改革に関する分科会　第一次報告書

３．「訪問教育に関する第 6 次全国調査」(2009)　(抄録)

2011 年 1 月

全国訪問教育研究会

The Japanese Association of Visiting Education

訪問教育研究

第23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２３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　　前田　浩利－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－６

■分科会報告
①健康身体づくり　　共同研究者　川眞田喜代子－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－１５
発表レポート　「Ａくんの身体の取り組みから学んだこと」　中村けい子 －－－－－－－－－－－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　「いきいきと活動する姿を目指した指導、個に即した支援のあり方を通して
高等部訪問 過年度生の指導『コミュニケーション手段の獲得を目指して』」
緒方富士子－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－２０
③あそび　　共同研究者　木下博美　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－２３
教材交流のまとめ　　木下博美－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－２４
④施設入所児者の教育　　共同研究者　河合隆平
（発表レポートのまとめを含む）－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－２７
⑤病気療養児の教育　　共同研究者　武田鉄郎－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－３０
発表レポート　「病院訪問教育における準ずる教育課程の児童・生徒の実態と課題について」
～東京都訪問教育研究協議会平成21年度教育課程課題研究アンケート調査を通して～
斉藤淑子－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－３１
⑥地域での生活支援と教育－医療・教育・生活－
共同研究者　下川和洋　－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－３５
発表レポート　Ｍさんをとりまく支援の輪　安川たまみ－－－－－－－－－－－－－－－－－－３６

Ⅱ訪問教育研究資料

１．障がい者制度改革推進会議「第一次意見」－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－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－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－４４
2-1　平成 21 年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査
2-2　特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取り扱いについて
2-3　医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について
2-4　規制・制度改革に関する分科会　第一次報告書
３．「訪問教育に関する第６次全国調査」(2009)（抄録）－－－－－－－－－－－－－－－－－－－５２

Ⅲ「こんにちは」総目次－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－６０

巻頭言
訪問教育研究第２３集発行にあたって

全国訪問教育研究会会長　猪狩　恵美子

訪問教育研究第２３集をお届けいたします。

今年 2010 年の全訪研大会は、千葉市で開催され、千葉からも各地からも、子どもたちと向き合う実践が報告され、活発な論議が行われました。どうぞ、各学校や先生方の実践と重ね合わせながらお読みいただければと思います。

今年は、中教審では、教育に関して国連「障害者の権利条約」を日本で具体化させるための検討が進んでいます。インクルージョンの実体をめぐって、活発な議論が行われていますが、高等部を中心に特別支援学校の教室不足などが社会問題として注目される状況が続いています。また、訪問教育に関する基本的な枠組みは固定化し、授業日数・時間をはじめ一人ひとりのニーズに合わせた教育という視点でみると、改善の歩みは遅々としているといわざるをえませんが、千葉大会で報告された、全訪研「訪問教育の現状と課題～訪問教育に関する第六次調査報告～」では、「障害種別にとらわれない特別支援学校」「医療的ケア実施体制」の進捗の中で、訪問教育の児童・生徒の実態や指導に変化が生まれていることがうかがえました。この変化が、一人ひとりの子どもの願い・権利の充実につながっているのかどうかを見守っていくことが必要でしょう。

１９６０年代の後半、各地で訪問教育が開始された当時、「安上がりの訪問教育」にしないよう、警鐘を鳴らされていました。今日に通じる一般的な教育条件の不備だけではなく、障害が重い子どもは就学猶予・免除の対象とするかわりに就学権と引き替えの「訪問教育」が行われていた事実があったからです。そんな時代を乗り越えながら、就学の権利だけでなく、一人ひとりの学ぶ権利の実質化をめざして、訪問教育の実践や教育条件の整備、そして地域の中で子ども・家族を支えるネットワークづくりが進んできたは大切な蓄積です。それでも、教員が入れ替わる度にゼロから再スタート、ということも生じてしまいます。ぜひ、実践を交流し、学び合いながら、訪問教育の充実・発展をめざしましょう。

「訪問教育研究」をご活用いただきますとともに、2011 年 8 月開催予定の全訪研埼玉大会に各地の実践を持ってお集まりください。

2011 年 1 月 20 日

Ⅰ　全国訪問教育研究会第23回全国大会（千葉）

全国訪問教育研究会第23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　～地域への発信からみえてきたもの～」

■開催日時■

２０１０年８月３日（火）～８月５日（木）

■会場■

ポートプラザ千葉

〒260-0026 千葉県千葉市中央区千葉港８－５

■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
認定NPO法人難病のこ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
日本小児科学会、日本小児神経学会、千葉県小児科学会
千葉県教育委員会、千葉県特別支援教育研究会訪問教育部会

■大会日程■

８月３日（火）

１３：００～１５：００　開会・開会行事
基調報告・活動方針
「訪問教育の現状と課題」（第六次全国調査報告）
１５：１５～１６：４５　大会記念講演　　前田　浩利
（あおぞら診療所新松戸院長・東京医科歯科大学医学部臨床教授）
「地域で子どもたちを支える」
１７：００～１７：３０　全訪研総会
１７：４５～１８：２５　分科会打ち合わせ（司会・共同研究者・レポーター）
１９：００～　夕食、訪問なんでも交流会

８月４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
１３：００～１６：３０　分科会、親の会懇談会
１７：００～１８：００　共同研究者・役員懇談
１８：３０～　夕食交流会

８月５日（木）

９：００～１１：００　ワークショップ
１１：１５～１１：４５　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。） ◆川眞田喜代子（淑徳大学）
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（東北大学大学院）
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、教材を持ってきてください。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。 ◆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。 ◆藤井公雄（千葉県中核地域生活支援センター「ほっとねっと」所長） ◆下川和洋（全訪研全国事務局・NPO法人地域ケアさぽーと研究所理事）

■ワークショップ■

	ワークショップ名	講師	内容
A	子どもの見方・とらえ方	高木　尚 （全訪研副会長）	私たちは、重い障害のある子どもたちをどう理解していったらよいのでしょうか。「こんにちは」連載の「重症児の理解と授業づくり」の中の子どもの見方・とらえ方の部分を中心にお話しし、皆さんと一緒に考えたいと思います。
B	授業づくり	木下博美 （全訪研副会長）	表出の少ない重度の訪問の子どもたち。どうすれば、その心に触れることができるのか？どんな授業ができるのか？悩みながらの実践をお伝えします。
C	発達段階と教材	関口薫 （白井市発達センター）	発達段階に合った教材の選び方や使い方、授業のヒントになるような具体的な内容について話します。
D	音楽で遊ぼう	大山敦子 （つくし特別支援学校） 藤原美恵子 （松戸特別支援学校）	音楽療法を通した子どもへのアプローチ、どのように子どもたちに音を提示し、感じ取りやすい環境にするか、実際に音楽を使ってお話しします。
E	テレビ電話授業	宗田恭一 （松戸特別支援学校）	開催地での報告に出てきたテレビ授業を、どのようにすれば授業に取り入れられるか、実際に詳しく説明します。

全国訪問教育研究会第 23 回全国大会　大会実行委員長あいさつ

前田浩利
医療法人財団千葉健愛会　あおぞら診療所新松戸院長

2010 年 8 月 3 日から 5 日にわたって、ポートプラザ千葉で開催された第 23 回全国訪問教育研究会千葉大会が終了して、もう 5 カ月が経ちました。振り返ると、つい、最近のことのようにも、またずいぶん前のことのようにも感じます。昨年の夏はずいぶん暑く、酷暑の中、全国から多くの訪問教育に関わる先生方がお集まり下さいました。そして、盛夏の暑さに負けないような情熱で、語り合い、学び合い、そして交流されているのを間近で見せていただいたことは、私にとっても大きな財産になりました。

実行委員長と言っても、名ばかりで、多くは地元千葉の訪問教育研究会の先生方に支えていただいた会でした。当日、お越し下さった皆様に御礼を申し上げるとともに、長い時間をかけて準備され、当日も懸命に支えて下さった多くの先生方に心から御礼申しあげます。

昨年の大会のテーマは、「地域に根ざした訪問教育を進めよう～地域への発信からみえてきたもの～」ということでした。訪問教育に関わる先生方が、学校という閉じた場所から一歩を踏み出し、地域と関わりネットワークを創っていこうと懸命に努力されていることが良く伝わりました。それは、私たち小児医療の世界にも、今切実に求められているテーマでもあります。医療技術の進歩によって、以前は亡くなっていた重症の子どもたちが助けられるようになってきました。しかし、それに伴い、医療機器に頼って、日常的に医療的ケアを受けながら生活せざるを得ない子どもたちが大変な勢いで増えています。そのような子どもたちを支えるためには、私たちが医療、福祉、教育の垣根を超え、その子供たちの生活と人生を中心において、本当にその人生が輝くために、何が必要なのかを共に考え、協働して支えていかなければならないと思います。そのためには、それぞれの専門職がその城（病院や学校）から、気持ちの上でも、具体的に行動としても一歩出て、子どもたちの生活の場である地域へその活動を広げていく必要があると思うのです。

そして、今回の大会を通して、私は、私たち医療者が、訪問教育をされている先生方がこれまで実践し、蓄積されてきた多くの成果から学ぶべきことがたくさんあることを痛感しました。具体的には、重度障害の子供たちから、どのように様々な反応を引き出し、コミュニケーションをとっていくか、また、どのように子どもたちをその家族や成育の歴史も含めて理解していくかなど、示唆に富んだ議論や実践の報告が、あちこちでされていることに驚き、感動するとともに、今後、是非、医療と教育それぞれに携わる者がお互いに交流を深めてゆきたいと願いました。

このように、貴重な機会をいただいたことを多くの方々に心から感謝するとともに、この大会が、今後も継続して行われ、多くの障がいをもった子どもたちの生活と人生が豊かになることへ繋がってゆくことを心から祈りつつ、皆さまへのお礼のご挨拶としたいと思います。

■大会記念講演

「地域で子どもたちを支える」

あおぞら診療所新松戸　院長　　前田　浩利

《講師略歴》

１９８９年　東京医科歯科大学医学部卒業後、東京医科歯科大学小児科臨床研修医、武蔵野赤十字病院臨床研修医を経て東京医科歯科大学小児科、土浦協同病院小児科医員となる。１９９９年友人３名と訪問診療に特化した「あおぞら診療所」を松戸に立ち上げる。

地域に密着した在宅診療として高齢者から障がいをもった子どもたちまで幅広く活躍、訪問部の子どもたちの主治医として特別支援学校の修学旅行にも同行。著書には総合医療ブックス「ギヤ・チェンジ」(医学書院)、また「月刊家族ケア」「明日の在宅医療」「在宅医療ガイドブック」にて在宅小児医療について数多く執筆。

《記念講演》

■あおぞら診療所のこと

先ほど会場のテレビ電話で、いつも往診している子と話ができて、嬉しく思っています。今回私は「地域で子どもたちを支える」というテーマで話をさせていただきます。

まず「あおぞら診療所」について紹介します。１９９９年に大学時代からの友人の医師３人で在宅医療を行うために開設しました。在宅医療の診療所というと、あまり聞いたことがないかもしれませんが、全国に１万ちょっとあります。現在、あおぞら診療所では、約７００人の患者さんを診療しています。あおぞら診療所は、現在、３ヶ所（千葉県松戸市内に２ヶ所（新松戸、上本郷）と高知）で、約１００人のスタッフで在宅医療を行っています。前に松戸で一緒にやっていた医師の出身が高知だったので、故郷に戻って診療を続けているということです。私がいる新松戸では、医師が６人（内科が３人、小児科が３人）です。その他に、非常勤医が２人、研修医が１～２人、看護師１１人、ＰＴ、運転手等、全部で約４０人のスタッフで、２４時間３６５日の診療をしています。訪問看護ステーションも併設しています。また、知的障害、精神障害、身体障害の地域ケースワーキングを２４時間体制で行う千葉県の委託事業「ほっとねっと」を併設し、５人のケースワーカーが活動しています。

あおぞら診療所では去年の１２月までに２０００人以上の患者さんを診て、多くの方をご自宅で最期まで診ています。新松戸の場合、１年間の往診回数は、定期往診が５９４８回、臨時往診が２６８８回でした。開設した頃は車が１台で、その車を買うのも、お金がなかったのでいろいろみんなで話して買ったということがありました。診療所も３坪ぐらいでした。

私は、もともと子どもの癌の診療をしていた小児科医で、子どもが亡くなるとき、お父さんお母さんがいろいろ後悔する様子を見ているうちに、こういう子ども達を自宅で家族と一緒に過ごすようにしてあげたいと思うようになり、家で過ごす子ども達を診療しようと思って、在宅診療の診療所を始めました。

診療所を始めて、お年寄りの患者さんや癌の患者さんは順調に増えてきたのですが、私が診たいと思っていた、お子さんの患者さんはなかなか増えませんでした。松戸市立病院という大きな病院が近くにあって、そこにはかなり重症の患者さんがいます。病院に行って、在宅診療をしているとお医者さんに話すと、「いいねえ。頼りにしています。」とか言われるんですが、その後、全然患者さんの紹介がないのです。今思うと、病院の小児科の先生達も在宅医療の経験がないので、どうやって患者さんを家に帰していいのかわからなかったんだと思います。

■最初の子どもの患者さん

最初に、子どもの往診をしてほしいと言ってきたのは、とびこみの電話です。街中であおぞら診療所の車が走っているのを見て、親御さんが電話してきました。当時、そのお子さんは１６才でアレキサンダー病という病気で、気管切開をして人工呼吸器をつけていて、経管栄養をしていました。１１歳から在宅療養を始めていましたが、気管切開部に肉芽ができて痛みがあり、なんとかしてほしいというお話でした。痛みは軽い麻薬を使って抑えることができたんですが、それをきっかけにしてお家に診療することになりました。

痰の吸引が１０分おきに必要で、日中はお母さんが吸引し、お父さんが仕事から帰ると２～３時間仮眠して夜はお父さんが吸引する、朝、お父さんを送り出したらお母さんが、ということで、２４時間、ずっとそういう生活をしていらっしゃいました。お父さんは会社で仕事が忙しくなったり、あるいは出世しそうになると、この子のケアができなくなるので仕事を辞めて転職を繰り返して

おられましたし、睡眠不足がずっと続いている様子でした。看護師が２時間行って、その間にお家の人に休んでもらうようにしました。このお子さんは２０才のとき、病院で肺炎で亡くなりましたが、家で重症児をケアすることはこんなに大変なことなんだということを知って、もっとなんとかできないか、と思うようになりました。

このお子さんのお家に行くようになって、特別支援学校の先生方と家の中で会うようになりました。会ったばかりのときは、妙に明るい人が家にやってくるのを見て『この人達は何なんだろう？』と思っていました。そのうちに、私達、医療者とは違った視点で子ども達に接しているということを感じるようになりました。医療者は、その子を治療するという視点で見ていますが、学校の先生達は（その子は反応が乏しいんですが）子どもに普通に接しているんです。そして関わりの中で、その子の気持ちやいろいろな力を引き出して、私達医療者に見せるのとは全く違った顔をその子が見せるんです。先生達は、お母さんともいい関係をもっている。それだけじゃなくて、その子の生活について、いろいろなことを心配して相談にのっている。

私、病院で癌の子どもを診ているときに、訪問学級のことは知っていました。病院の中に学級があって、授業をしていることは知っていましたが、こういう寝たきりの重症のお子さんにどういう教育をするんだろうと、正直、思っていました。でも在宅診療のときに出会った訪問の先生達の子どもへの関わりを見て、すごいなと思いました。

そんなことがあって、特別支援学校の先生方と交流を持つようになって、修学旅行にも付き添うことになりました。私から言うと、旅行に誘ってもらったという感じです。福島のハワイアンセンターにも行きました。とても楽しくて、これは私がひとりじめしていてはいけないと思って、あおぞら診療所の他の医師にも行ってもらいました。付き添いから帰ると、みんな、「ものすごく楽しかった」と言ってるんですが、『大丈夫かな。学校の先生達に迷惑かけてないかな』と思ったりしています。

■医療の力を借りないと生活できない子ども達の増加

さて、重症心身障害児という呼び方ですが、これは医学的な診断名ではなくて、行政上の措置を行うための定義です。重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複した状態をいいますが、現在は、この重症心身障害児という概念だけでは収まらない状況になってきています。昔は、重心の子ども達は、歩けなくてしゃべれないけれども、自分で食べることができたんです。体については、特に大きな病気は持っていなかったんです。

ところが現在、医療の力を借りないと生活できない子ども達＝「超重症児」あるいは「準超重症児」と呼ばれる子ども達が増えています。必要な医療処置によって点数（スコア）を付け、気管切開をしていると８点、人工呼吸器をつけていると１０点、ＩＶＨ（中心静脈栄養）で何点、というように点数をつけていって、２５点以上を超重症児、１０点以上を準超重症児と呼んでいます。

この超重症児、準超重症児が全国に何人ぐらいいるかということは、実は、政府も行政も小児科医も、誰も知りません。現時点でも把握できていません。確からしい調査というと、２００７年に日本小児科学会倫理委員会が８府県で２０歳未満の超重症児について調査を行い、１万人に３人ぐらいの発生率であることが明らかになりました。

この重症児の子ども達は、６７％が赤ちゃんのときからこうした状態が続いていて、７０％が在宅療養中ですが、その中で訪問診療を受けているのは７％、訪問看護を受けているのが１８％、ホームヘルパーの利用は１２％と非常に少ない状況です。高度の医療ニーズが必要な重症児の多くが家族の力だけで在宅療養を送っているのが日本の現状です。これは病院のデータをもとにした調査ですが、実際の超重症児や準超重症児の数は、この倍ぐらい、１万人に対して５～６人ぐらいいると思います。茨城県のある市で、１０年前に人工呼吸器をつけて在宅療養しているお子さんが１０人でしたが、今は３０人以上います。１０年で３倍です。なぜ、こんなに増えているのかというと、医療が進歩したからです。

■ＮＩＣＵ問題について

２００８年に東京で妊婦さんのたらい回し事件がありましたが、あれは、妊婦さんを受け入れる病院がなかったんじゃなくて、生まれてくるお子さんを受け入れるところ（ＮＩＣＵ：新生児集中治療室）が満床で、受け入れることができなかったんです。ＮＩＣＵ問題とマスコミでは呼ばれました。この時、厚労省は「ＮＩＣＵを今の倍、つくります」と言いました。それを聞いたとき、小児科医は皆、「うっそ～」と思いました。そんなことは無理に決まっているんです。

ＮＩＣＵに入院すると１人につき月に２００万円かかるんです。１０人だと月に２０００万円です。年間２億４千万円かかります。医者も看護師も非常に特殊なトレーニングが必要で、育てる

のに３～４年かかるのに、そんなものを倍にするって言ったって、できるわけがないのですが、あのときは、そう言わざるをえなかったと後から聞きました。できないのは厚労省もわかってた。退院して家に帰り、在宅医療になると、月にかかる費用は５０万円ぐらいです。在宅の方が費用がかからずにすむということです。そういうことも知っておいてください。

今、ＮＩＣＵは満員です。なぜかというと、日本の新生児治療が世界一の水準だからです。昔は２４週未満は死産でしたが、今は２２週のお子さんが助かります。５００ｇ未満の体重の赤ちゃんが助かる時代になってきています。人工呼吸器を管理したり、赤ちゃんの体温を冷やして脳を保護するといった低体温療法といったものが、普通に行われるようになりました。

１人の赤ちゃんが入院すると、１０台ぐらいの機械が使われたりします。赤ちゃんの体に何本ものチューブが入れられて、それが１本ずつ外れていってお家に帰ることになるんですが、中には、どうしても機械から離れられないお子さんも出てきます。例えば、人工呼吸器・気管切開の管・栄養チューブ等、機械から離脱できない場合があります。３０年前だったら、そういうお子さん達は亡くなってしまうことが多かった。でも、２０年前、１０年前と、機械に頼って生きているお子さん達が増えている。そういうお子さん達のほとんどが小児の専門病院にかかっている。でも小児科の開業医の先生達はほとんどそういうお子さんを診療しない。小児に対して、訪問診療や往診を提供できる医療機関が絶対的に少ないことは、小児の在宅医療にとって最大の問題です。

前述した小児科学会の調査でも、訪問診療を受けている在宅療養中の超重症児は７％でした。開業医も一緒になって重度の子どもを診ていこうという気持ちはあるんですが、そういうことをやっていない。誰が悪いというわけではないけれど、重度の障害があるお子さんを開業医の先生達はどうしたらいいかわからないというのが現状です。それで、大きな病院に重度のお子さんが集中する。地方はそういうことはまだないのですが、東京の成育医療センターとか神奈川とか重度の子どもの医療で歴史があってがんばっている専門病院は、子どもが集中して身動きがとれない状況になっています。

ＮＩＣＵにいる子はなかなか退院できない。超重症児は急性疾患で入院すると、その後１５％がそのまま入院を続けていると報告されています。地域で支えることができないから、家に帰せない。ＮＩＣＵがいっぱいだから、新しい子が入ることができない。救急患者が来ても、受け入れることができないと、医者はストレスがたまります。救急の患者さんを診たいけれど、今、この子がいるために新しい子を診ることができない。そうすると、非常に苛立ちを覚え、今、入院している子に対してネガティブな感情を持ってしまう。そうした感情を持った自分を責める。それが医師の疲弊のもとになります。

それは誰も悪くなくて、とにかく助けよう、治そうとしていることから起こるんです。世界一の水準になったんですから、これからは、治す医療だけじゃなくて支える医療ということも小児科医は考える時代になったんだと思います。

重症児が増えているけれど、受け入れられる病院の数は限られている。１０年ぐらいしたら、医療が必要だけれど受けられない子ども達が出てくるということが起きてしまう。そこを地域でしっかり受けとめられるように、病院にいるお子さん達がご自宅に帰れるように、ご自宅で生活できるようなしくみを作っていく。重症児に対する在宅医療を推進する環境を整えることが、こういった事態を起こさないために必要なことだと思います。

■重症児の在宅医療の課題

あおぞら診療所で１０年ぐらい診療を行ってきて、だんだん口コミで患者さんが増えて、去年１２月の段階で、２７０人ぐらいの患者さんがいます。本当に０歳から１００歳までの患者さんを診ています。

成人の在宅医療の場合、癌とか脳梗塞というように、医者から見て一般的な病気で、通院困難だけれど全身的には安定しているケースが多いですが、小児の在宅医療のお子さんの場合、２０年、医者をやってきて初めて見たというような、教科書でしか見ないような珍しい病気のことが多いです。しかも、人工呼吸器、気管切開、経管栄養など高度な医療的ニーズを有している場合がほとんどです。

あおぞら診療所では非常に広い範囲を往診して回っています。これは、小児の在宅医療を行う医療機関が少ないということもあって、千葉県内と東京の一部も入れて８市を往診しています。遠い所だと、診療所から３０ｋｍぐらいになります。私達の診療所では、だいたい月に２回、往診しています。そして、２４時間の対応をしています。

臨時の場合、まず電話で対応して状況を把握します。これは、必ず人が電話に出て対応することにしています。それから看護師や医師につないで、だいたいの場合、お母さんがしっかりしているの

で「お家でこういうことをしてください」と電話で伝えるだけでうまく対応してくれます。家に行くことが必要となれば、臨時の訪問看護または往診を行います。お家に行くまでに１～２時間かかり、その時間を待てないほど緊急の場合には、医者から近くの病院に連絡をとって「こういう症状なので、このような対応を」とお願いする場合もあります。

先ほど話したように、重症児がすごく増えていますが、重症児のお子さんが急に具合が悪くなって、いつもは使っていない家の近くの病院で診てもらえるかというと、ほとんど不可能です。他の病院に連絡しても、重症児の受け入れを非常に怖がっています。１回受け入れると、ずっと関係ができて、重症児のお子さんがベッドを埋めてしまう。病院としては、それを嫌がっている。

今、難しいのは重症児で１９才、２０才になったお子さんです。昔は人工呼吸器をつけて長く生きることは難しかった。でも、医療の進歩によって長く生きることが増えています。小児科で診ていたお子さんも、１８才～２０才になると、普通は内科に移ることになります。でも、内科の先生達も、そうした重症の子にどう対応したらいいかわからない。お母さん達も内科を嫌がるんです。ずっと今までつながっていたお医者さんとのつながりが切れちゃうことが心配なんです。様々な成人期疾患のリスクがある患者を、経験の乏しい小児科医が診療し続けていいのかという問題と、内科医の方も、重症児に対する診療の経験不足などから小児科医から内科医への引き継ぎは困難な場合が多いです。こうしたケースでは医者とのつながりが切れないように考えたい。介護する家族の高齢化という問題もあります。重症児のご家族では、きょうだいを病院に連れて行くことができません。そのような、いろいろな負担を家族に強いています。

さて、小児在宅医療を支えるためには、次の諸要素が整備される必要があります。

１．医療的支援…訪問診療、訪問看護
２．生活支援・介護支援…ホームヘルパー等の公的介護制度
３．家族のためのレスパイトケア…短期入所施設、デイサービス施設等の整備
４．上記を適切にコーディネートするケアコーディネーターの育成と制度化

学齢期には、訪問の先生方のように、お子さんの成長・発達を促す関わりが必要です。

この１～４の要素のどれも、小児においてはほとんど未整備です。特に医療に関しては、単独の小児科開業医が在宅医療を実践できるためには、それを支援する優れた訪問看護師が地域の訪問看護ステーションに一定数いなければなりません。開業医が外来診療中に在宅児に問題が発生した場合に看護師が初期対応したり、夜間や休日に看護師が対応することで、医師の負担が軽減され、在宅医療への取り組みが容易になります。そのような訪問看護師の育成、訪問看護ステーションの整備と小児科開業医への訪問診療の浸透はリンクしています。

また、お子さんについて、福祉制度を使うのが本当に大変です。ほとんどの小児の福祉制度は、利用者からの申請に基づくという原則があるため、制度に関する知識がないと利用できません。高齢者の場合、介護保険制度があるので、例えば、この人をお風呂に入れたいと思ったら、ケアマネージャーに電話すれば、すぐにお風呂に入ることができるんです。住宅改修したい、手すりをつけたいと思ったときも、ケアマネージャーに連絡すればすぐに業者さんが家に来てくれます。

ところが、お子さんの場合は大変です。制度上、ケアマネージャーのようなコーディネーターがいないため、役所と個別に交渉して支援を引き出すということを家族がすることになります。２４時間ケアが必要な重症児のケアをしながらご家族が役所に何度も通って職員と根気強く話し合い、様々な援助を引き出すというのは事実上不可能です。私の診療所の５才のお子さんで、訪問入浴がしたいということを看護師が市の福祉課に連絡したところ、「４０才になったら入れます」と言われたんです。その後、何度か交渉して入浴できることになったんですが、市の障害福祉課というところは、担当者がいろいろ替わるし、実態がわからない方がいらっしゃったりするので、交渉はなかなか大変です。介護保険制度のケアマネージャー（介護支援専門員）に準ずる制度をつくり、家族がケアマネジメントする負担を軽減するべきだと思います。

ご家族や本人を休ませるために、１週間に１回、ショートステイしてもらうこともあります。千葉では、千葉リハビリテーションセンター病院や下志津病院でショートステイは受け入れてもらえていて、比較的恵まれていたんですが、利用者が増えて、かなり厳しい状況になってきたとお聞きしています。超重症児や準超重症児のような医療依存度が高いお子さんのショートステイは専門の医療機関でなければ受け入れることができません。治療以外の目的での入院は、保険診療ではできないことになっています。このため、レスパイトの入院ができないことがあります。この現実に対し「人工呼吸器装着者等に対するレスパイト

目的でのベッド確保を特定機能病院などに義務づける」などの施策が必要と考えます。

こうして話してきたように、小児の在宅医療というのは、なかなか大変なことが多いです。まず、超重症児というお子さんが大変増えている。そのわりには、重症児を診ることができる小児科医や病院の数が少ない。また、社会資源が貧弱だったり制度が複雑であったりして使いにくい。

先ほど、お母さんから卒業後の話が出ていましたが、実は、学校が関わっている間はいいんです。学校に行くとマンツーマンでケアしてくださるし、いろいろな関わりでお子さんのいろいろな力を引き出してくれる。でも卒業すると、そうした関わりがなくなってしまう。「留年させてほしい」という声が出ていましたが、卒業すると、お家に行くのは私達医師と看護師さんだけになってしまいます。家の中がシーンとした感じになってしまう。そこは制度上の大きな壁だなと思います。

我々としても、学校の先生方が家に来たときにお子さんの生活の質が上がることが目に見えるんです。それがなくなるということは、制度上の問題だということはわかっていても、非常に寂しく思っています。特別支援学校の大学とかがあってほしいなと思います。

■イギリスの小児在宅医療について

ここから、イギリスの小児在宅医療について紹介します。イギリスの小児在宅医療は世界で一番進んでいると思います。イギリスのＮＩＣＵの数は日本と同じ数で、日本の２倍の稼働率です。なぜかというと、子どもを地域に帰せるから、ＮＩＣＵに子どもがたまらない。

先ほど、３０年前の重症心身障害児の話をしました。しゃべれず、歩けない。そうしたお子さん達も年をとります。昔は自分の口から食べることができたんですが、年をとって食べることができなくなって経管栄養になります。経管栄養になって側弯がひどくなり、誤嚥を繰り返して呼吸状態が悪くなると気管切開をする。そして人工呼吸器をつけることもある。６０才を越えてくると、癌などの病気になったりすることが増えてきます。地域で支えるしくみができていないままで進んでいくと、一家心中とか、そんな問題が出てくることを心配しています。

重症児をもつ親御さん達は、いつも命と向きあって生活しています。日本では今、年間１１４万人が亡くなっていて、そのうち子どもは１万人弱です。子どもの死亡率はどんどん低くなっています。昔に比べると、子どもは死なない時代になっています。それだけに、亡くなるお子さんに対するケアをどうしたらいいか、関わりをどうしたらいいか、という問題は小児科医が持ち続けている問題です。

あおぞら診療所では、これまでに２８人のお子さんがお亡くなりになっていて、そのうち９人の子どもたちを自宅で最期までみてきました。多くは癌の方でした。癌の子ども達は６割ぐらいを自宅で看取っています。癌の子ども達に対しては、僕らなりの関わり方というのができてきたけれど、非がんの子どもたちでは、まだ、どういうケアや関わりをすればいいか、考えながらやっているところです。

診療所を始めたきっかけは、癌の子ども達を最期まで自宅で生活させてあげたいという願いからですが、だんだん重症児という、神経の病気のお子さんの診療が増えてきました。自分は神経の専門の医者でもないのに、こういう子ども達を診療していていいのか、と思っていましたが、子ども達にかかわっていくうちに、命が限られている中で何を大切にしたらいいのかということは、どの子ども達も同じなんだということを感じるようになりました。そして、在宅医療で診ている子どもたちは、癌でも非がんでも緩和医療だということを感じました。

緩和医療って、学校の先生達はあまり聞いたことがないと思います。簡単に説明すると、ホスピスで行われるのが緩和医療です。終末期の患者ケアということです。歴史で言うと、２人の女性が緩和医療の立ち上がりに大きくかかわっています。シシリー・ソンダースとエリザベス・キューブラー・ロスです。

シシリー・ソンダースはイギリス人で、世界で最初にセント・クリストファー・ホスピスというホスピスを造りました。この人は看護師をしていて、患者さんに接している中で、癌の患者さんが苦しまないで過ごせるようにしてあげたいと思うようになり、医師になってホスピスをつくりました。当時は癌の患者は治らないということで見捨てられた存在でしたが、そういった方達にスポットライトを当てたのがこの方です。

次に紹介するのはキューブラー・ロス、スイスの人です。彼女は「死ぬ瞬間」という本を書いて、死にゆくプロセスには５つの段階があることを示し、亡くなっていく人の精神的な部分に初めて光を当てた人です。昔は、アメリカの医学の教科書にも、「癌の人に告知してはいけない。自分の病気のことを知らせてはいけない」と書いてありました。癌の人達がそういうふうに見捨てられていた時代に、患者さんの精神的なものに気付き、どうケアしていけばいいかを考えたのがこの人

です。この２人の方達の考え方の流れを受けて緩和ケアは発展していきました。

シシリー・ソンダースがいたイギリスは、緩和ケアが世界で最も進んでいます。また子どもの緩和ケアも非常に進んでいます。どういう子ども達が緩和ケアの対象になるかというと、life-threatening conditions（命が脅かされる状況）であったら、どんな病気でも関係なく、みんな緩和ケアをやりましょうということになっています。そして、子どもだからこそ、最期は自宅で過ごせるようにしてあげましょうという考えで、だいたい７割ぐらいの癌の子ども達は自分の家で亡くなっています。イギリス国内のあちこちに子ども専門の訪問看護ステーションと子どものホスピスがあり、在宅の子ども達をしっかり支えている。癌であっても、脳性まひであっても、どんな病気であっても、すべて、緩和ケアの対象であると考え、自宅で安心して過ごせるようにしてあげるということが基本的理念です。

イギリスでの小児緩和ケアの定義は「身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな要素を含めたトータルケア」です。「社会的」というのは、仕事ができないとかお金がないとかを指します。「スピリチュアル」というのは、なぜ、病気になったんだろうという悩みや苦しみなどを指し、そういったものに対するケアをすべて含めて緩和ケアと呼びます。苦痛を与える様々な症状に対してはそれをしっかり取り除き、家族や本人に休息を与え、亡くなった後の家族のケアをしっかり行います。ＷＨＯでも同じような定義を出しています。

子どもの緩和ケアと大人の緩和ケアで異なる点というと、子どもが亡くなるのは稀なことなので、お父さんとお母さんはとても嘆きます。そうした家族のケアが必要になること、また、きょうだいの問題もあるということです。家族のケアも大切な部分で、家族の休息のためのレスパイトケアも必要です。イギリスでは、レスパイトで入る場所は病院ではありません。日本ではレスパイトというと病院に入ることがほとんどです。病院は治療の場であって、ケアをする場ではないのです。

例えば、日本の場合、３０床のベッドの病棟で実際に働く看護師さんは５～６人です。しかも、治療があったり検査があったりします。ケアできるわけがないのです。「病院に預けたら具合が悪くなった」って、お母さん達はおっしゃる。でも、病院でもこの体制で、子どもをきちんとみられるわけがないのです。病院は、そもそも治療をするために作られています。でも、お母さん達は「少しでも休まないと自分がもたないから」って言って、我慢して子どもを病院に預けます。そんな葛藤をしながら預けています。そうではなくて「お家と同じように１対１の関係で、治療の場ではなくて家庭の延長である」というのが、イギリスのレスパイトのための子どものホスピスです。ですから、非常に家庭的な雰囲気です。

こうしたレスパイトのための子どものホスピスは１９８２年、寄付で初めてつくられました。それが、ヘレン＆ダグラスハウスです。ベッドはたった８床しかなく『子どもはどこにいるの？』と思うぐらい、スタッフがたくさんいました。社会的な理由（例えば、親戚の方に不幸があったので子どもの面倒がみられない等）でも医療的な理由でもＯＫで、お子さんを預かっています。日本の病院は、社会的な理由の入院はできません。

ヘレン・ダグラス・ハウスは、たった８床で１７０人の子どもをみています。年間使えるのは、１家族につき１０日から１４日ぐらいです。とてもきめ細かいケアが行われています。昨年、実際にここに行ってきましたが、とても家庭的な雰囲気でした。こうした環境の中でレスパイトケアが行われているのがイギリスです。

こうした環境がそろって、小児在宅医療を地域で支えることができるんだと思います。日本では、もちろん、こうした家庭的な施設はないです。レスパイトをしようと思うと病院しかありません。これでは、なかなか地域で支えられません。在宅支援、レスパイト支援、病院など、全部そろって支えることができます。

■診療したお子さん達のこと

いくつか、診療したお子さん達の話をしたいと思います。

１人目は５ヶ月の女の子、１６００ｇで生まれました。左心低形成（心臓の左側は全身に血液を送る大事な役目をしているが、その部分が正常に発達していない）で、しかも染色体異常がある。でも、手術ができないという状態でした。この病気のお子さんは、ＮＩＣＵで何人かみたことがありますが、長く生きられません。家に連れて帰りたいというご両親の要望で、家に帰り、在宅医療を行うことになりました。１ヶ月ぐらいしか生きられないだろうと言われていたんですが、お家で５ヶ月過ごすことができました。その子の体重ですが、入院しているときは１ヶ月に１０ｇぐらいしか増えなかったんです。ところが、家に帰ったら、みるみる元気な様子になって、帰って１ヶ月で１００ｇぐらい増えました。ミルクも入院中はチューブを使っていたのに、口からも飲めるよう

になって、１ヶ月半後には家族旅行にも行けたんです。私は、このとき、この子の診断は間違っていたんじゃないかと思いました。それで、後輩に心臓の専門の医師がいたので、診てもらったんです。そうしたら、その医者が「先生、この子、生きてるのが奇跡です」って言いました。その直後から発作が多くなって、呼吸が苦しい状態が続きました。２４時間ケアが必要で、若いお母さんだったので、ずっとがんばっていて、時間がないから離れたくないって言って、在宅診療を続けていました。訪問看護師がお家に行ったときは、滞在時間を長くして休んでもらっていました。このお子さんに会って思ったのは、小児科医として見ると、このお子さんが家でこんなに元気な様子を見せるというのは不思議なことで、やはり子どもには家庭が必要なんだということを感じました。ＮＩＣＵにずっといたら、ずっと機械やチューブに囲まれたままだったけれど、家に帰れば、お母さんや家族に囲まれて過ごすことができる。お母さんに抱かれて過ごした、お家での幸せな５ヶ月だったんだろうと思いました。

次のお子さんは５才で、ＮＩＣＵを３才のときに退院しました。往診に行くと、「この間の日曜日にディズニーランドへ行ってきました」とか普通に話して、「ええーっ」とびっくりさせられたりします。一応、出かけるときには、こっちも神経を使って、万一のことを考えて準備したりしてる子です。

この男の子は２才で脳幹部神経膠腫という病気で、今の医療では助かった子がいないという難しい病気です。１才１０か月のときに歩き方がおかしいと病院を受診して、病気がわかり、放射線治療を受けることになって、お父さんは、なんとか治らないかと全国の病院に行ったんです。２才４か月で経口摂取困難になり寝たきりになり、２才５か月で亡くなりました。ご両親は病気がわかった後、在宅医療を希望しました。

（※映像で、なぜ在宅医療を希望したか、お父さんの話が流れました。）

「入院したとき、うちの子がうちの子らしくなかったんです。家に戻ったとき、やっぱり、うちの子に戻った気がしたんです。歩けなくても食べられなくても、まわりにいつもの家族、親やきょうだいがいて囲まれている。何か見せてあげたり聞かせたりすることができる。何もしてあげられないけれど、家でみんなと一緒にいることができる。本人がやっぱり家にいたかったと思うんです。最期のときにも、病院だったら、親しか中に入れない。でも、家だったから、友達とか、親戚の子とか、みんな、そばに来てくれて、みんなに囲まれて最期を迎えられました。やっぱり、子どもがその子らしくいるのは家にいた方がいいと思う。表情が病院にいるときと家に戻ってからでは全然違っていた。家族の声を聞いたり、笑い声を聞いたり、みんなに囲まれて過ごすことができる。病院にいれば、治療があるから、看護師さんやお医者さんが来たときは家族がそばにいられないときもある。子どもの気持ちを思ったら、やっぱり家で最期を迎えたいんだろうと思う。」

子どもが最期まで家で過ごすというのは、亡くなった後の家族の悲嘆を緩和するという意味でも大切なことだと思います。

次のお子さんですが、この子は去年の１０月に「おはよう日本」というテレビ番組で取り上げられました。もしかしたら、この会場の中にもご覧になった方がいるかもしれません。

（※テレビ映像でアナウンサーのナレーションが流れました。）

「小児在宅緩和ケアとは、小児がんや心臓疾患、脳性まひなど、重い病気で治療が難しい子ども達の痛みや不安を家族のいる自宅で取り除こうというものです。欧米諸国に比べて日本ではまだあまり進んでいませんが、最近注目を集め始めています。その現場を取材しました。たじまはなこさん、１７才です。生まれたときから心臓に重い病気があり、入退院を繰り返してきました。８才の頃のはなこさんです。ドイツで心臓移植の手術を受けました。さらに、背骨が曲がる病気にもかかりました。成長すると共に症状が重くなり、肺が圧迫されるようになりました。２年前に呼吸障害を起こして気管を切開し、今は人工呼吸器に頼る生活です。長くは生きられないかもしれないと覚悟しているはなこさん、最期まで自宅で暮らしたいと望んでいます。」

（※はなこさんの言葉）

「みなさん、病院は安心と思っていると思いますが、家に代われる場所はない。お家が安心できる場所。」

はなこさんの自宅での生活を支えている診療所（あおぞら診療所）です。医師が患者の自宅を訪ねる訪問診療を専門にしています。今回の診療では、呼吸を維持するために、喉に付けるチューブを交換してもらいました。前田医師は患者さんや家族とゆっくり話す時間を持ち、安心させることも訪問診療の大切な役割だと考えています。

（※ご家族の方の話）

「治療して治すんじゃなくて、“心察”（診察ではなく）です。ハート。心ですね。前田先生には、いつも、ここに座って見守ってもらえているって、思うんです。」

はなこさんから私達に届いたメールです。

「私は、両親の精一杯の愛に恵まれ、呼吸器を装着していても、普通の生活をしています。母の作る料理の音やおいしいにおいを感じたり、父が帰ってくるときの足音やリュックに付いている鈴の音を聞いたり、最期まで家族と一緒に家にいたいのが私の思いです。」（テレビ映像終了）

彼女は心臓移植手術をして１０年ですが、腎臓の機能も悪くなり、透析が必要な状態になりました。それで、彼女に私から２時間ぐらいかけて、今の症状や必要な治療について話し、彼女にどうしたいか聞きました。今のはなちゃんの腎臓の状態では、週３回透析に通って、何時間か病院で透析をするという治療が必要だということを話しました。透析をしなかったら、数カ月で命が尽きることも話しました。そして、その話をした後に、彼女からメールで返事が来ました。

「先生、お忙しいのに往診してくださってありがとうございました。私にいろいろなお話をわかりやすく丁寧にして下さってありがとうございました。いつか私の体がきつくなる日がくることは自分でもわかっていました。心臓とか呼吸で厳しくなるのかなと想像していましたが、腎臓だったんですね。もう私の気持ちは、透析をしないで家で最後までいたいと思います。決めました。両親にも自分の気持ちをきちんと伝えました。納得してくれました。昨日、病院を退院してきました。（中略）私は自分の意思で決めました。大好きな父と母と３人で自分らしく自分の大好きな家ですごしたいからです。いつものように普通に生活したいと思います。前田先生の往診も楽しみに待っています。だから、できるだけ普通の生活が少しでもできるように痛みをとって下さい。私は、前田先生がいつもいて下さるし、父も母も最後まで私の傍にいてくれます。だから不安はありません。（後略）」

私としては透析をしてほしいんです。お別れは悲しいから。でも、彼女が自分で決めたことなんです。最先端の医療を受け、心臓移植して人の心臓をもらって、気管切開して、人工呼吸器をつけて、そうやって生きてきて、自分の「いのち」をじっと見つめて生きてきた彼女の決断を尊重したいと思います。お父さんもお母さんもそのことはわかっている。彼女の決定を尊重しますと言っていました。僕にできることは、彼女が大好きな自分の家で、できるだけ普通に過ごせるように、できるだけ痛みをとってあげることだと思います。

在宅医療について、いろいろお話ししてきたんですが、こうしたお子さんやご家族の方達とかかわってきて、家で家族と過ごすことが、その子がその子らしく成長することを促し、お子さんやご家族の安定にもつながることがわかりました。それは、障害を持っていても持っていなくても同じです。そうしたときに、家族だけでがんばるのではなくて、誰かが支援してあげて、この方達はその子らしく家で家族と生活できるということを感じました。

小児在宅医療と緩和医療が連動して発展することが望まれます。また、小児在宅医療の発展と浸透のために、大都市における小児を中心とした在宅診療クリニックの立ち上げや、地方都市で小児在宅医療のモデル作りをするなどの取り組みが必要です。訪問看護師の育成も大切な鍵になると思います。また、小児の終末期のリサーチを行い、必要なケア（緩和医療、精神的ケアや社会的ケアなど）のあり方を考えることも必要です。日本でも、家で暮らしたいというお子さんや家族を支えるしくみが早く整ってほしいと思っています。

《質疑応答》

Ｑ：

私の学校に気管切開のお子さんがいます。今までカフ付きのカニューレでしたが、肉芽の心配があるということで、主治医からカフなしのカニューレに変えるように言われて、さらに、カニューレの長さが短くなりました。肉芽の心配があることはわかりますが、新しいカニューレになって、カフ付きのときに比べて、抜ける回数はとても多くなったように感じています。肉芽の心配もありますが、カニューレ抜去の心配や対応のため、その子の学校での生活が今までのように過ごせなくなっています。そのことを主治医に話したら、「カニューレは抜けたら入れればいいでしょ」って言われたそうです。お医者さんはどのように考えてこういうことを言っているのか、お聞きしたいと思います。

Ａ：

医者としては心苦しいですが。先ほど、治療優先という話をしました。医者って、どうしても、命をどうすれば長らえることができるか、少しでも治るか、治療的な観点から見てしまいます。生活がどうなるかということは二の次に考えてしまう。おっしゃったように、肉芽が心配だからということが第一で、カニューレは抜けたら入れればいいって思う。カニューレを抜けないようにすることで、どれだけこの子の生活の質が上がるか、ということを思い描けないのですね。そういうときは、お母さんから、お医者さんにできるだけフ

ランクに言ってもらうといいと思います。小児科医って、みんな、子どもが大好きなんです。それは間違いないです。この子にとって、この選択がいちばんいいということを、時間をかけて親御さんと医者が話し合うといいと思います。この子のためになるとわかったら、医者は方針を変えます。それを信じて、話をしっかりしていくといいと思います。医者は生活の視点とか支えるという視点がどうしても弱くなりますが、それは悪気があってのことではないので、時間をかけて話してもらえるといいと思います。

Ｑ：
私の息子は今年、学校を卒業して、人工呼吸器を付けて、在宅で介護しています。先生の話を聞いて、息子と重複することが多くて、涙が出てきてしまいました。私の住んでいる山梨もＮＩＣＵがどこも満床で、そこから入院している子どもを放り出すというやり方をしていると聞いて、胸が痛む思いをしています。私の息子のときもそうだったんですが、放り出しても受け皿がない、支えるところが何もないということをいろいろな場面で感じました。放り出すということに関して、行政も関与していない。医療機関も関与していない。医療機関が悪いのではないとわかっていても、矛先はどうしてもそちらに向いてしまいます。今、話を聞いて、重度の子どもさんであっても、地域で支えるようなネットワークができることが急務だなと思いました。
Ａ：
人工呼吸器を付けた患者さんを家に帰して家族だけでみるというのは、成人を診ている在宅医では考えられないのです。成人の場合、何も支援なしで戻すわけないのです。でも、お子さんの場合、人工呼吸器を付けて経管栄養の方をお家で家族だけでみているというのは、日本中、どこでもあります。これは、日本の医療の由々しき問題です。小児科医にしてみれば、成人のことは知らないので、問題意識はないのです。厚労省も、問題があることはわかっていても、どこから手をつけていいかわからないという状況です。一つ、大きな足かせになっているのは、日本には昔から箱の発想があるということです。施設をつくるという発想からどうしても抜けられない。今、私がやっているのは、「病院から地域へ移す、地域で支える」という発想を持たないと絶対にだめだということです。各方面で、そういうことを言っています。なかなか進まないですが、言っていくことで、ちょっとずつ変わってきて、この数年でかなり変わってきています。支える医療を小児科医とともに展開していくこと。箱に限界があることを行政も医者もわかることが第一だと思います。

Ｑ：
医者に学校のことを知ってもらいたいと思ったときは、学校の講師にその医者に来てもらうことにしています。そうすると、医者が学校のことをすごく勉強してくれるんです。今日の話を聞いて、すごいお医者さんだなと感動しています。今日、話していただいたような、子どもの生活を支えるという視点の話をぜひ、小児科のお医者さんの中でたくさんしていただきたいと思います。
Ａ：
先ほど変わってきたという話をしましたが、小児科学会の中で、私達のやっていることの発表の時間が持てるようになってきました。前には全然、そういう時間はとれませんでした。うちの診療所にも若い医師がいっぱい研修に来ます。それで、小児在宅医療をやって、すごく楽しいと言ってくれて、将来、やってみたいと言う人がいっぱいいます。医者って、みなさんから見たら、治療の方に頭が最優先に向いていて生活の視点がないのだなと思うと思いますが、悪意はないのです。
それと、医者は「知らない」「わからない」「苦しい」などとは言えないのです。ＮＩＣＵの話に戻りますが、医者としては新しい患者さんをとりたいんだけれど、どうやったら入院している患者さんを家に帰せるかわからない。そのとき「私、わかりません。教えてください」と言えばいいのに「わからない」と言えないことと、善意のつもりで治療のことしか考えられない。その２つがギャップをつくり、苦しさや疲弊のもとになっている。小児科医が変わらなければいけない時代だと思います。私達もいろいろな場でそのことを言っています。こうして、この場にも話しに来ました。これからも、よろしくお願いします。

第１分科会「健康・身体づくり」
■共同研究者報告

川眞田　喜代子
淑徳大学

本分科会の報告は、都立多摩桜の丘学園特別支援学校の中村けい子先生らのレポート発表であった。その内容としては超重症児域に入る児童との教育実践記録である。

気管切開、経管栄養、夜間人工呼吸器装置、低体温、排痰困難とまさに日々医療的ケアのなかで事例児の QOL の充実が成された例でもあった。事例児Ａくんは４人兄弟の２子、第４子も同等の障害児である。

両親とりわけ母親の心的、肉体的な疲労は計り知れないものがある。しかもＡ君は一歳時から在宅生活を送っている。常にモニターを装着しバイタルサインチェックを行う中での生活である。中村先生の話と VTR 報告の中に見られる母親の明るさ、中村先生との授業、Ａ君の様子からは深刻さや悲観的な様子は全く見られず今日に至るまでに様々な関係諸機関との連携がうまく働いていることを実感した。中村先生レポートのなかに「孤立感は感じられず～」「母親は明るく元気でＡ君に声かけを沢山かけて接している～」と云う具体的な観察と実感の表記からも、障害の軽重に捉われず明るい未来と可能性が感じられるレポートとして受け止めた。しかしそうは言っても超重症児域に在るＡ君を目の当たりにした時の教師として、Ａ君の課題・指導支援内容・手立てをどうしようかと悩んだことが伺われた。サブテーマが「～Ａ君の身体的取り組みから学んだこと～」としてあるのだ。このサブテーマからベテランの域に達している教員の謙虚さ、真摯な態度に共同研究者としては非常に好感が持て感動した。

ドーマン療法で知られているドーマン博士の「親こそ最良の教師」と云う出版物のタイトルがある。

療法は別として、様々な障害を抱えて生きている子どもたちの最大の理解者は親であることをドーマン博士もいっているのだ。そのことは何十年も重度重複の子どもたちと関わってきた私達には共感できる。

その親から沢山の情報を提供してもらい児童生徒の支援指導に有効に生かしていくことは、数年しか共に活動出来ない仕組みの中に置かれている教師にとっては重要視点である。

また、全県下から日々どうしたらいいか悩んでいる先生方から沢山の質問と具体的内容について討論に花が咲いた。（中村先生らの具体的なレポート内容と気さくで熱心なお人柄に触発されてか）そこで分科会の活動後半は具体的支援方法として行える実技講座を実施した。

＜実技講座＞

まず、実技を実施する時の心構えとしては、私達の立場は教師である。専門的な医学的知識や理学療法的な様々な知識を身に付けたとしても、子どもたちが自ら動きたい～動けた～、～がしたい、といった気持と人に身を委ねるって気持ちいい感覚であることの実感を育てることを大切にし、子どもの気持ちをくみ取ってその意図を実現出来るように誘導し支援することを第一の主眼にしなくてはならない。変形拘縮の多い身体、寝たきりの身体を目の当たりにした時どうしても、屈曲した手足は「伸ばしたい」「治したい」とそのことが優先にしがちになる。すると余り有効な人間関係と身体を通しての相互交渉は児童生徒とは成立しにくくなる。そのことを実技を通して確認した。

実技の内容：ここでは具体的な方法は紙面の都合出来ないが、無理なく、いつでも、何処でも互いに負担のならない実技を学びあった。１　けん引　２深部感覚に刺激を与えるマッサージ　３基礎運動・タオル体操等を実施した。実技を通して訪問対象の子どもであっても身体の関わりを難しいこととして捉えず身近な道具を利用して子どもたちの笑顔と意欲を引き出す方法を積極的に学ばなければならないことを課題とし会を終了した。

第１分科会「健康・身体づくり」

■発表レポート

―Aくんの身体の取り組みから学んだこと―

中村けい子

東京都立多摩桜の丘学園

昨年度多摩に異動し、受け持ったＡくん（小２）は重い脳障害があり、気管切開（喉頭分離していない）、夜間人工呼吸器使用、食事は鼻腔からの注入という医療的ケアが必要な子どもである。単純気管切開のため、唾液の垂れ込みも多く痰の吸引は頻回である。また、低体温で冬場は 33 度を切ることもある（ベスト体温は 35 度前後）。

Ａくんは、生後３週間でてんかん発作を起こし障害があることが分かった。その後もてんかん発作が頻発、呼吸状態の悪化もあり八王子小児病院へ救急搬送された。その後 Leigh 脳症と診断される。就学前は、1 歳から在宅で過ごしている。現在も常にモニター装着し、健康状態の把握を必要としている。4 人兄弟の２番目で一番下の弟(２歳)も同じ障害を持っている。保護者の負担は大きいが、母は明るく元気で、Ａくんにたくさん声掛けをしながら接している。また、訪問看護や訪問診療、訪問リハビリも利用していて、様々なスタッフに囲まれており孤立感は感じられない。

初対面は学校の入学式に参加した時で、ずっと眠っていた。しかし、訪問授業が始まると３回目くらいから、薄目を開けることが見られ、働きかけに気づき始めたようだった。4 回目には覚醒して訪問授業を受けられるようになった。お母さん曰く「『授業だよ。先生来るよ』と予告しておくと自分で起きるんです」とのこと。とても嬉しいスタートだった。

今までの経験から、同じ姿勢（Ａくんは仰臥位）で過ごすことが多く、自力での排痰が難しいケースであることや、抱っこすることでのスキンシップやコミュニケーションが必要であることを意識し、授業の前半に「身体の取り組み」を行うようにした。

Ⅰ　身体の取り組みからわかったこと

１．冬から春は体温計で計測できないことも・・・「超低体温」！！

しかし、午前中入浴し午後授業の日は、34 度台。学習前に足湯とマッサージを行うことにした。マッサージ後 0.2~0.3 度上がるようになった。授業終了時はさらに０．２度くらい上がっていた（２００９年 4～５月）。眠っている時は低くなりがちであり、身体の取り組みや覚醒させる働きかけにより改善が見られた。

その後は、体調の変動や覚醒度による低体温であることがわかってきた。体調が安定して、覚醒していると 35 度前後をキープしていることが多くなった（記録より）。また、平熱が低いため、36 度を超えたときは発熱とみなし、注意が必要である。

２．『何するんだよー』姿勢変換は苦手

言葉かけをしながら行っても、姿勢変換（両脚を持ち上げるだけでも）ではビックリの表情や嫌な表情が出てしまう。でも、しばらく同じ姿勢で取り組むと、落ち着いた表情になり受け止められるようだ。特に初めはびっくりし、緊張を入れてしまうことが多いので、姿勢を変えずにできる取り組みから行った。仰臥位で腹部や側方、後頚部を緩める取り組みから行うようにした。最後に横抱きと支え座位をとるようにした。姿勢を変えることに過敏な反応はするが、気持ち良さが分かってくると落ち着いてくる。同じ働きかけをゆっくり行っていると、緩んできてほっとした表情になることが多い。身体への働きかけを通じて、こうすると楽になるということをＡくんが納得していくことが大切なのだろう。

昨年度後半から担当の膝の上での側臥位やうつ伏せを試みている。全身をたっぷり緩めてから行うと、驚愕反射が起きることもなく、すっかり身体を預けてくれるようになった。特にうつ伏せは、カニューレ部分の安全を確保しながら行うとリラックスすることができ、排痰もスムーズになることが見られた。

３．僕の胸の中で「大パーティ！」なかなか出て行ってくれないんだ！！

身体の取り組み→すっきり排痰、というわけに

はいかず、胸や背中全体に隠れた痰があり、悩ましい！聴診ではわからない奥のほうの『ボス』級の痰。なかなかの曲者！排痰の取り組みは授業全体の中でやっていく。スクイージング、呼吸介助、姿勢変換、咳き込みの誘発。→小１年６／２１肺炎（炎症反応６）のため八王子小児病院に入院。７／４退院。しかし、７／８痰が多く、黄色で母が心配。奥のほうの痰が取りきれてなかったか？というようなこともあった。排痰の取り組みは、授業の中では特に前半に行うが、最後までＡくんの『出すよ』のサインを見逃さず援助して行ってきた。小１年１学期前半に比べて、２学期くらいから、痰を出そうとする意識が感じられるようになった。(緊張を強めている時はその後痰が上がってくる。咳き込みが出ることも見られるようになった。)

１年間を振り返ると、(6月のあとは) 10月以降月１回ペースで肺炎や気管支炎による入院があった。喉頭分離手術をしていないため唾液の誤嚥が考えられる。

→自力で排痰を促す

痰が出る前の緊張（発作になることもある）や目の動きがはっきりしてきた。「痰出そうか？」「お母さん呼ぼうか？」などことばをかける。吸引してもらうと表情が和らぎ、緊張も治まる。咳き込めることも見られるようになった。

４．身体への刺激は「快」と受け止められるかが、基本

くすぐりやゆさぶりは、表情が硬くなり快の表情が見られない。外に向かう気持ちの広がりや人とかかわる力が根底にないと身体への刺激を「快」とは受け止められないのではないか？特に全身を揺さぶったり刺激したりする内容のもの（ゆーれる、きゅうりもみ）は、「不快」とまではいかないが、硬い表情が見られた。顔遊び（にんどころ、ぱんやさん）は柔らかい表情がみられるようになった。

５．姿勢作り（ポジショニング）：気持ちを向ける取り組みは、楽な姿勢で

一緒にグロッケンを弾くのが、お気に入り。自分で手を動かすことはできないけど、聴くことに気持ちを向け集中する。「もう一回やる？」に応えるようになった。姿勢は仰向けで。一人で授業をすることが基本なので、Ａくんも自分もゆとりが無い姿勢では活動に気持ちを向けられない。(複数訪問の時は、抱っこして行ったこともある。)「だっこ」を気持ちよいと受け止められることがまず、大切ではないか？抱っこされてさらに「～する」のは緊張を伴うようだ。

☆体の取り組みで大切にしたいこと：快さを受け止められるように取り組む。とかく、緩めよう、痰を出せるようにしよう、とこちらが頑張りすぎてしまいがち・・・。なぜ、「嫌だよ」の表情や緊張が出てしまうのか、考えながら働きかけを修正していく。

☆自分の身体を意識するとき：痰を出せてすっきりしたとき。(呼吸が楽。身体がリラックス）抱っこで見る世界や聞く世界が変る時。

＜参考＞

１．2009年（小１）１学期の体調の変化

６／１　発作頻発。心拍100を超える大きめの発作あり。八王子小児病院へ受診。フェノバール増量。6月上旬授業時ぴくぴく発作が多い。６／１０，１２発作多く欠席。

６／１８　痰の色が黄色。フロモックス（抗生剤）使用。６／２１肺炎で入院。炎症反応６。

７／４　退院

７／８　授業時、痰が多い。黄色。病院で痰が取りきれなかったかも・・・と母。

７／２４～８／１０　眠り続ける。7月末受診し、薬の調整。８／１０にようやく目覚める。

10月以降月１回ペースで肺炎による入院あり。3月病院の統廃合により転院（主治医は継続)。

＜参考＞

２．2010年（小２）１学期の体調の変化

4/１２　入院中　呼吸器装着 SPO_2 99~100だが、痰が上がってくると急に88に下がる。始業式と授業を行う。言葉かけへの反応あり。音楽とお話が終わると急に SPO_2 が下がる。

4/２３　20日退院。久しぶりに自宅での授業。体温35,3度 SPO_2 100前後　心拍70~80　呼吸数28

痰も少なく体調は安定している。睡眠リズムが入院時のまま？（夕方から夜中まで眠る）身体は硬く身体の取り組みをゆっくり行う。

5/１０ 体温 33,9 度 SPO_2 99 前後　心拍 76 昨日眼科受診　アレルギーのせいか、眠いのか目が開かない。応答あり。午前入浴とリハビリあり。身体はほぐれている。姿勢変換していると、痰も動き出し、覚醒してくる。

5/２８ １年ぶりでスクーリング。体育交流会に参加。SPO_2 99 前後　心拍 70~80　しっかり目を開けていて表情も良い。

6/2　体温 32,9 度 SPO_2 99 前後　心拍 78 目覚めている。痰が多く固くて出しにくい。緊張強い。時々ウトウト眠りそうになる。呼びかけへの応答はゆっくりだがある。学習時も応答あり。授業終了時体温 33,1 度。

6/１６体温 35,8 度 SPO_2 97 前後　心拍 100 呼吸２８　眠っている。発作や痰の動きで緊張が入り、目覚める。痰が固く黄色。膝の上の側臥位やうつ伏せでリラックス。

6/２３体温 34,3 度 SPO_2 98 前後　心拍 98 呼吸２８（前日体温 36 度台　抗生剤使用）呼吸器装着して授業。上体に力を入れるが痰が上がってこない。

6/２５、6/２８ 通院して点滴受ける。

7/1　入院～7/２２ 退院

7/２９ 体温 35,6 度 SPO_2 97~100　心拍 77~89　（退院後表情はっきりしていて、体温は高め。抗痙攣剤の量を減らしたためか覚醒度も上がっている。注入量増えて体重の増加も見られる。）中程度の発作は頻回。応答や目の使い方は的確。

★レポート報告と助言の中で学んだこと

＊ 身体は弛緩タイプだが、背中の緊張が強いのではないか？などもう少し身体全体の緊張の様子などを観察し、アセスメントする必要がある。

＊ 顔の緊張も考えられるので、取り組むと良い。

＊ 「股関節蛙状肢位？」の場合、前方脱臼の恐れがある。外側から股関節を回しながら開くと良い。

＊ 抗重力姿勢として、座位姿勢をとることは大切。胡坐座からベンチ座位にもっていってはどうか？

＊ ベッドの上体を上げる、枕の位置、クッションの使い方など工夫してみる。

＊ 動作面の運動はやりすぎない。骨質についても把握しておくとよい。大たい骨はひねりに弱いので注意する。

＊ ナンセントパットや、ジェルマットなどを使うと衝撃を防げる。

＊ 即湾をふせぐ半寝返りの介助法・・・上肢を上げる。

＊ 短縮している方の肺を使って呼吸している。呼吸介助の際、配慮必要。

第２分科会「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 70 数名の参加者があり、２つのレポートと２つの話題提供が行われた。最初のレポートは、福岡県立屋形原特別支援学校の緒方富士子先生による「いきいきと活動する姿を目指して―個に即した支援のあり方を通して―」であった。本レポートは「高等部における過年度生の指導」を取り上げたもので、「コミュニケーション手段の獲得を目指し」た指導の経過が紹介された（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、過年度生がおかれている状況が説明され、これらの方々の「豊かな生活」のために「人との関わりを持つ」ことと「様々なことに興味を持つ」ことを重視した理由が述べられた。次いで、36 歳から 38 歳まで高等部に在籍した一人の方を事例として取り上げ、様々な学習活動場面で対象者の「瞬き」「笑顔」「表情の変化」を手掛かりとした取り組みが紹介された。そして、豊かな生活がなされるために、今後もこれらのコミュニケーション手段を用いて周囲の人々（施設の療育者）との交流を深めてほしいという期待が述べられた。なお、緒方先生の報告に対しては 5 人の方からの質問が出され、応答が行われた。その中では特に「瞬き」に着目したいきさつや、コミュニケーション手段としてその確度を高めるための工夫に関する論議は興味深いものであった。

２つ目のレポートは、宮城県立名取支援学校の阿部慶孝先生による「A子さんの気持ちを伝える手段への支援の在り方」で対象事例が小学部６年生（現在中学部２年生）のときの実践紹介であった。対象児は家族・教師の簡単な日常会話は理解しており、また、自身の快・不快の表出や何かしらの気持ちの表出は表情の変化等を通して可能であるが、それらの気持ちを教師に正確に伝えることが難しく、「どんな発信手段で気持ちを伝えようかと、努力している様子が見られる。」とのことである。指導目標は、「A子さんの気持ちを伝える手段への支援の在り方を探る」ことに置かれた。そこで、本レポートでは、５つの活動実践場面が取り上げられ、それぞれの「活動目標」・「活動の様子」・「コミュニケーションに関する評価」が紹介され、最後に、気持ちを伝える発信手段を確かなものにするための有効な支援内容が提案された。それらは「対象を見詰る場の設定」「表情の正確な読み取り」「手を意識して動かせる場の設定」「見通しがもてる活動の設定」であったが、レポート内容を踏まえ、筆者はさらに「教師による子どもの行動についての多様な見方と全身への目配り」を加えることを提案した。なお、本報告に対しては、8 人の方らから質問が出され応答が行われた。

以上の２つのレポートを受けての全体討論においては、①随意運動の見られない／見えない子どもの意思の読み取り、②過年度生とのコミュニケーションをとらえる視点と実際、③笑顔の表情が「反射」なのか「反応」なのかの見極め、④笑顔を読み取れない子どもの見方、⑤超重症児の反応の読み取りについて、問題提起が行われ、活発な討論が展開された。紙幅の関係上、ここでそれら討論の内容を詳述することはできないが、提起された問題は、本分科会の今後の課題として受け止め、今後実践報告がなされることを期待したい。

次に、話題提供の一つ目として、千葉県立松戸特別支援学校の渡辺鈴江先生より、学校全体で行われている「認知・コミュニケーション」の取り組みが紹介された。この取り組みには学校長の強い熱意が込められており、①子どもの状態に応じて関わりを変える、②活動内容を予告する、③子どものイニシアチブを大切にする、④子どもの小さな動き・変化を見逃さないこと等が重視されている。また、多(他)職種との連携や教材・スイッチ開発にも取り組んでいるとのことである。

話題提供の二つ目としては、川住が、上記２つのレポートを踏まえ、「コミュニケーション」についての捉え方、特にコミュニケーションの手段やその機会についての考えを示した。ここでは、その話題内容を詳しく取り上げることはできないが、今回の話題の中心となったコミュニケーション手段を「瞬間消失型」と「痕跡型」とに分けて整理すること、あるいは、子どもが発信しやすい手段と受信しやすい手段を整理することが、実践研究においては必要であるように思う。

第２分科会「コミュニケーション」
■発表レポート

いきいきと活動する姿を目指した指導、個に即した支援のあり方を通して

高等部訪問　過年度生の指導　「コミュニケーション手段の獲得を目指して」
緒方富士子
福岡市立屋形原特別支援学校

１．はじめに

本校高等部訪問が対象としている生徒は、医療的ケアを常時必要とする、様々な重度・重複障害を持った方々です。そして、過年度生が半数を占めています。昨年度の例で申しますと、過年度生の年齢幅は３６歳から３９歳と通常の学齢児とはかなりひらきがあります。過年度生とは、中学部卒業時に高等部訪問がなくて、高等部に入学できなかった方々のことです。本校については平成２０年度に新しく高等部は新設され、同時に過年度生を受け入れることになりました。

過年度生が置かれている状況ですが、本校ではＦ病院に長期入院している方が訪問の対象なので、過年度生は、ほとんど２０年以上入院していて、入院の長期化や、生徒本人の高齢化から、活動への意欲や刺激に対する反応がとぼしくなっています。また、全身の状態が、少しずつ良くないほうにゆっくり進んでいる生徒が多く、病状の好転はなかなか望めない状況にあります。

そんな中で、入学時に、保護者や病棟で療育しているスタッフの方から聞こえてくる、求められているものは、１つめは健康状態が今のまま保持できていること。２つめは子供や患者様が豊かな生活を病院内でも送ることができることでした。高等部の訪問教育でできることは、生徒が豊かな生活を送れるように支援していくことだと考えました。

そこで、生徒達にとっての豊かな生活とはなにかと考えました。私たちは、病院に入院していても、可能な豊かな生活とは、人とのかかわりをもつことと､さまざまなことに興味を持つことから、はじまるのではないかと考えました。この二つが心の安定につながり、そしてそれが生徒の生活を豊かにしてくれるのではないかと考えました。

２．抽出者　Ｍさんについて

高等部三年、過年度生のＭさんを抽出して研究を進めました。Ｍさんの障害名は脳性まひです。高等部３年時（２００９年）３６歳です。就学前に口からだけでは栄養を取ることが難しくなり、入院することになりました。３０年以上Ｆ病院に入院しています。入院した当初は、口からも栄養を取ることができ、排せつは座位でしていたと聞いています。現在、栄養補給はすべて経管栄養で行われています。介助なしで座ることは難しく、排せつはおむつでしています。保護者が訪ねて、姿勢保持椅子で散歩に連れ出す時と病棟の療育で週一度プレイルームに行く以外はほとんどベッドで過ごしています。現在の運動の状況は硬縮が進んでいて、右手を教師に介助されて軽いものを持つことができます。学習は、離床しての学習活動は可能ですが、体調に左右されるので実際は日常の授業のほとんどをベッドサイドで行っています。

３．目標

以上のＭさんの実態と過年度生の置かれている状況を考えて、指導のなかでも特に「人とのかかわりをもつためのコミュニケーション手段の獲得」を研究のテーマに選びました。自分の伝えたいことが相手に伝わる喜びを生徒とともに分かち合いたいと思い、研究を進めました。

そして、Ｍさんの実態から、年間を通しての大きな目標を３つたてました。

１つめは「元気に過ごす」です。健康状態の安定がないと授業をすることができず、元気がなければ学習への意欲もわいてくることができないと考えました。２つめは､「ものや人への興味や関心を高める」です。病棟では経験できなかった新しいことを経験することで、物や人への興味や関心が高まってくるだろうと考えました｡３つめは｢瞬きを通じてコミュニケーションをとり、人とのかかわりを楽しむ」です。Ｍさんは、瞬きをすることができ、瞬きを抑制することもできるので、その瞬きを使って、コミュニケーションをとることができるだろうと考えました。また、伝わることの喜びを実感することで、人とのかかわりを楽しむことができるだろうと考えました。

４．学習内容

この３つの目標のうち、目標３を達成するため

に以上のような学習内容を考えました。コミュニケーション手段を獲得していく為に、
①どちらにする？と尋ねるような選択肢を使ったやり取りをする場面を設定した学習。
（自分はこちらを選んだということを視覚に訴えることで伝わったという自信につながっていきます。）
②いろいろなものに興味を持たせる学習。
（Mさんが初めてするものや好きなものを取り入れて少しでも自分からコミュニケーションを持とうとする意欲につながるように工夫しました。）
③視覚や聴覚や嗅覚、触覚などの感覚を組み合わせた学習。
（特にMさんは、確実に本人が認証しようとするものがそこにあることが必要なので、視覚と触覚などを組み合わせて、Mさんにとって、その場の状況やお互いのやり取りが分かりやすいようにしました。）

５．学習活動の例

このように、考えた学習内容の中から、コミュニケーション手段獲得の取り組みの活動の一例として、「鬼のお面をつくろう」を挙げて説明します。この活動の中の目標は、○手遊び歌をききながら、身体のリラクゼーションをはかる、○「豆まき」の本の読み聞かせを聞いて鬼や豆まきに興味を持つ、○好きな色を選んで、教師と一緒に鬼のお面の貼り絵をする、の３つです。

指導の考え方です。①瞬きで肯定の返事、笑顔で「肯定の意味」を知らせる。②自分の選びたい色やものの時に瞬きで知らせる。③伝える経験を通して、人との関わりを楽しめる。の三つの姿を目指しています。このようなMさんになるために、「課題を反復し、拡充すること」「本児の表出を細かいこともとらえて教師が共感して、受容すること」「授業の成果をひとつひとつ、表情や身振りで賞賛すること」の三点を特に注意して支援と指導をしています。

教師の支援です。
①本の読み聞かせをするでは、お面のモデルとしての鬼を意識できるように、指差しや声かけで、絵の一つ一つに注目させることや
②Mさんの好きな色を数色用意し、その中からさらに色紙を２色選んで、選択しやすいように顔からの距離や光の反射に注意して提示すること、
③その色を指差ししながら色の名前を言い、色を瞬きで選ばせること、
④できあがった作品を提示して、今日作ったところを見せて、頑張った点を指差しし、褒めて、達成感を味あわさせること、の４つを挙げています。コミュニケーション手段としての、瞬きを引き出す細かい支援として、視覚と聴覚の両方の支援をしています。例として③では、視線を合わせ、それぞれの色紙を指さしながら「あお」「みどり」と音声でも伝えます。教師自身も大きく瞬きしてモデルを見せながら、「「パチ」で選んでね。」と音声でも伝えます。Mさんが、瞬きで上手く好きな色を伝えられた時は、手で、○を作って、Mさんに見せて、「オッケー上手くいっているね」と賞賛します。④では、視線を合わせ、笑顔を見せ優しい声で「がんばったね」の声掛けをして、手でグーを作って『頑張ったね』のサインも見せるようにしています。

評価の観点と評価です。
☆瞬きではじめの挨拶や終わりの挨拶ができるか。☆自分の好きな色の時に瞬きで知らせることができるか。☆活動に興味を持ち、集中して取り組むことができるか。
☆完成した鬼のお面に注目することができ、何らかの表情がでるか。を評価の観点としてあげています。

実際には、○名前呼びや挨拶の際は、はっきりした瞬きで合図できた。○色選びで瞬きができないときは、声をかけて待つことで、自分の好きな色を瞬きで伝えることができた。○真剣な表情で集中が途切れることなく最後まで取り組むことができた。○完成したお面を見せると笑顔になり、満足感や達成感が持てた。の４つを評価しました。他にも瞬きの後、笑顔がでて活動を楽しんでいる様子が見られました。
（１）成果ですが、
①お面の制作に興味・関心を持つことができた。
②活動中は真剣な表情で取り組むことができ、自分の気持ち（色）が相手に伝わるという充実感を味わうこともできた。
③生徒の様子を見ながら気持ちを確認し、待つことで、意欲的に学習活動を行うことができた。
④一枚色紙を貼る度に作品を提示することで、「できた」という達成感を味わうことができた。の４つが挙げられます。
（２）課題は、
●生徒の表情の変化や反応が見られないことも多い。生徒の様子を細かく観察する。（これは、欲しい選択肢がないのか、迷っているのか、疲れて活動を中断したいのかが、区別できなかったことから言えます。）

●生徒がよりよい自己表出ができるように、あらゆる場面を想定した支援を考える。(これは、教師側の断定的な選択や予断によって、生徒の自由な選択・活動が損なわれないように、多くの場面を想定し、多様な支援を用意する必要があることからです。具体的には、鬼のお面を作る場面で「おたふく」のお面も作りたい、というMさんの希望を準備不足で、すぐには叶えることができなかったことがあげられます。)
●苦手な作業の時のアプローチの仕方や支援方法を探る。(これは、楽しい活動にこだわるあまり、学習内容にMさんの苦手なものは取り入れていませんでした。しかし、生活を豊かにということを考えるとき、部分的に取り入れる等工夫する必要があったといえます。)

６．３年間の変容と指導の成果

Mさんの３年間の指導に基づいて、本研究の成果を述べます。まず、指導の経過と変容として、高等部三年間の経過と変容を学年毎に挙げます。
○高等部一年から、
＊コミュニケーション手段として瞬きを取り入れました。
＊「はい（肯定の意)」「おはよう」「さようなら」「おわり」等で「今、瞬きで返事できたね、やったね！」と受容と賞賛を繰り返す中で、M児に「瞬き」＝「はい」の図式が定着してきました。
○高等部二年から、
＊二者択一の場面で瞬きを活用しはじめました。瞬きの使い方に大きな変容がみられました。選択して自分の気持ちが伝わるということはMさんにとって、新鮮な驚きだったようです。気管切開で声を失ってからおそらく初めてのコミュニケーション手段を使って、意識して伝えたことに成功したようでした。
＊促し、まだ声かけ「好きな色で瞬きしてね」等支援が必要でした。
＊指導の後半、２学期半ばからは、瞬きでの返事がはっきり他の生理的な瞬きと区別できるようになってきました。
○高等部三年から、
＊自分の気持ちが教師に伝わることで活動自体に意欲的に取り組むようになってきました。
＊瞬きの後、笑顔が見られ自分なりの達成感を感じているのがわかりました。
＊活動を最後まで続けたいという意思表示が見られるようになりました。
＊促し、声かけがなしでも、自分から瞬きで返事をする姿が見られるようになりました。
＊病棟内のスタッフや保護者の方々みんなの、誰とでも瞬きでコミュニケーションをとれるようになってきました。

７．研究結果

３年間の変容と成果から考えました。
○長期入院して、刺激に対する反応が薄くなり、コミュニケーションが難しい生徒でも、３年間の学習で瞬きによるコミュニケーション手段の獲得がみられました。
○自己表出の機会が増えることで表情や生活そのものも豊かになりました。
○Mさんの保護者から、「高等部入学時はこんな笑顔が見られるようになるとは思いませんでした、本当に表情が豊かになりました。この子たちにとって、学習が素晴らしい刺激になっていますね。」という言葉をいただきました。
○療育スタッフの方からも、「Mさん、よく笑うようになりましたね。声をかけて笑ってくれるとこちらも嬉しくなって、また、声をかけようと思います。」という言葉をいただきました。
瞬きというコミュニケーション手段を獲得することで、周囲と積極的に関わるとこができ、それが周囲の多様な関わりを誘い、また、その周囲の多様な関わりが、Mさんの多くの笑顔や豊かな表情を導き出し、そしてそれがまた、周囲のより多くの声掛けにつながっていく。このコミュニケーションの相互の高まりが、Mさんの豊かな生活につながっていったと考えられます。

８．まとめ

最後に、これからの課題として、学習活動の成果の中から保護者や病院関係者等への発信をし、有効な支援の仕方を保護者や病棟スタッフの方々に伝える必要性を痛感しています。
そのために、病棟の療育との連携をはかり、個別に生徒に関して情報を共有していかなければなりません。
ベッドサイドに生徒に関する表を作っていつでも見てもらえるようにし、生徒の学習の様子を知らせる機会を今以上多く、設けなければいけないと考えています。
今後も一人ひとりがいきいきと活動する姿を目指して、そしてそれが、生徒たちの豊かな生活につながるような指導・支援を続けていきたいと思っています。

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

１　はじめに

多くの方がこの分科会に、教材を持って参加されるようになりました。今年は、一人ずつ前に出て教材を見せ、使い方や実践などを紹介し合いました。個別に関心のある教材への質問タイムも設けると、作り方や使い方、材料の入手先などの情報交流が行われていました。どの参加者も「明日の授業に使える教材」を求める気持ちにあふれていました。昨年来の「全訪研教材集」（東京の教材集の全訪研版）作成のための依頼文書を配布し、次年度にはＣＤ－Ｒに完成できるようにお願いしました。是非とも全訪研の財産として完成させたいと思います。

しかし、参加者からの実践レポートがなく、「教材によってどのような発達が見られたのか」の実践的な交流や研究ができなかったことが、大きな課題でした。Ａ４一枚でも良いので、実践レポートを持ち寄ってほしいと思います。

２　共同研究者からの実践報告

「訪問教育の実践と課題」～重度の子どもたちが学校の文化を創る～

(1)Ｎくんの心を見つめてみましょう

パペット人形「ぞうさんと遊ぼう」。くすぐりが大好きなＮくんに、ぞうさんのパペット人形で遊びます。はじめは人形には何の関心もありませんが、ぞう人形の鼻でＮくんをくすぐると、うれしい笑顔が出ます。そこで「こちょこちょするなら、ぞうさんと握手。」の条件を入れて繰り返すと、「人形と握手→こちょこちょ」が繋がって、ぞうさんと握手するだけで期待の笑顔が出始めます。「明暗程度の視力」と言われていたＮくんが、ぞう人形と担任を見比べながらこちょこちょ遊びを楽しむことができるようになりました。(その様子を連続写真の記録で提示)

(2)Ａさんの涙から心を感じる

筋緊張の強さから、身体がブリッジ状に硬縮しているＡさん。気管切開によって声が出ません。身体の不調から泣いていること（声を出せずに涙を流して）が多かったのですが、１ｍほどのロング毛筆（自作）を上から吊して使い、生まれて初めての『書道』に取り組みました。その書は、偶然にも「道」「進」「遊」などと読めるような線画となりました。偶然にも「学校への道を進んで、友だちと遊びたい。」と読めたのです。だれよりもお母さんを励ます『書』となりました。

そのＡさんが、居住地の小学校の特別支援学級に交流に行きました。みんなで歌を歌った後の自己紹介。Ａさんは、自己紹介の代わりに訪問授業の再現「とんとん すととん」の読み聞かせ。Ａさんもニコニコと笑顔を見せていました。あっという間の楽しい１校時（４５分間）が終わって「さようなら」。児童玄関にみんなでお見送り。その時です。男の子が「Ａちゃん 泣いてる。」とつぶやいたのです。見ると、くしゃくしゃの顔に大粒の涙がポロポロと溢れていました。すると、それを見た小学校の先生方の目にも涙が光りました。「Ａちゃん ごめんね。Ａちゃん 来てくれてありがとうね。」涙の生まれる心（認識の高さ）に、お別れの時になって気づかれたのです。それまでニコニコされていたお母さん。その瞼にも大きな涙が溢れていました。みんな泣いてるのに、心が温かくて仕方のない不思議な空気が流れていました。

第３分科会「あそび」
■教材交流

１　はじめに

多くの方がこの分科会に教材を持って参加され、一人ずつ前に出て教材の使い方や実践などを紹介し合いました。作り方や使い方、材料の入手先などの情報交流が行われ「明日の授業に使える教材」を求める気持ちにあふれていました。

しかし、参加者からの実践レポートがなく、「教材によってどのような発達が見られたのか」の実践的な交流や研究ができませんでした。そこで、紹介された教材をレポート報告に代えさせていただきます。

２　教材紹介＜説明を記録しきれなかったので写真だけですみません。

高萩
たかはぎ

おおきく 4と ゆびで かきましょう。
くまくんが 4ひき。
よいしょ よいしょ。どこ いくの。
4
し よっつ

「お部屋でイルミネーション！」

1 使用目的

在宅や病室での授業でも、手軽にイルミネーションを楽しむことができる。
（七夕やクリスマスの学習、光を楽しむ学習で使用しました。）

2 使用方法

床に置いて、もぐりこんだり寝転んだりして光を楽しむことができます。

全方向スイッチとパワーリンク３を使って、スイッチ操作で光を楽しむこともできます。

病室ではこんな感じにな
ると、少し周囲が暗くな
しめます。

中から見るとこんな感じです。黒色がバックだと光が映えます。

第４分科会「施設入所児者の教育」
■共同研究者報告（発表レポートを含む）

河合　隆平
金沢大学

今年のレポートは、医療センター内分教室の取り組み、長期入院児の訪問教育における自立活動の二本であった。10名程度の参加者であったが、医療との連携、卒業後の生活への移行、不就学者の受け入れ、教育の専門性などが議論された。以下、レポートと討論の内容をふまえながら、分科会の様子と課題を整理していく。

1．教育と医療の連携

病院内の学級や分教室では教育と医療のせめぎあいが存在する。レポートされた医療センターでも、身体のことはリハビリに任せて、教育は「情緒面」のかかわりをしてほしいという医療の側の認識があるという。覚醒リズムや呼吸、姿勢への働きかけは医療的な配慮のもとに取り組まれるが、教育では「乳児が生活の中で感じる体験」、「特定の大人との安心できる関係」から疎外されてきた生活史をふまえ、「快」を感じる状態から人への安心感へ、安心できる人から大好きな人の形成への広がりを見通した働きかけがなされている。これらが「揺さぶり・リズム」、「歌」「話しかけ」といった文化的なものを感じる楽しさ、心地よさにつながる土台であることがレポートでも確認された。

しかし、自立活動に関する専門的知識・技能の習得の困難さ、教育に直接関与しない部分での「外部専門家」の導入が進むなかで、「医療の下に教育が位置付く」という認識が顕著であるという。こうした現状をふまえて、異なる専門領域が対等・平等に対話し、クロスオーバーしていくことが連携の要件として重要であろう。開設後５年経った医療センターでも、医療ケースカンファへの教師の参加がようやく認められるようになったという。

医療の側からは、教師個人の専門性や責任に左右されて、教育の範囲は不確定に映りやすい。それゆえ、複数の教師による評価によって教育評価の信頼性を高めていくことも必要ではないかとの提起がなされた。「眠ると呼吸を止めてしまう、とにかく起こしてほしい」という看護師の要望を受けつつ、子どもの気持ちが高まるような働きかけをしていくことで状態が安定し、呼吸を止めてしまうこともなくなったというケースが紹介された。このように、「発達を促すこと」や「生活の豊かさ」が「命を強めること」につながるという事実を経験的に蓄積し共有しながら教育への信頼を高めていくことも課題であろう。

2．自立活動と教育の専門性

入院児童への同行訪問による自立活動のレポートでも、教育として身体に働きかける意味が問われた。サチュレーションを下げてアラームを鳴らす子どもの姿を通して、自分の思いとは違うところで身体を動かされることが多く、必要以上に触れられたくないという不安な気持ちを読みとることで、自立活動は「おまけ」にして、大好きなグロッケンの演奏など授業を一緒に楽しみながら、次第に身体に触れることが受け入れられた様子がレポートされた。そして、その子が一番「かっこよくなれる」口の体操をきっかけに身体の取り組みも広がりをみせ、歌に合わせて動くトラのぬいぐるみと「遊びたい」、「会話したい」という要求に支えられて、自立活動の日を「心の準備」をして待つようになったという。

このように身体を動かすことだけにとらわれず、教師を意識し、安心して受け入れると

いう関係性を大切にしながら、好きな遊びを一緒に楽しむなかで自分への自信を深め、苦手なことや新しいことに挑戦しようとする意欲を育てていくことの重要性が語られた。これこそ、身体の各部やその場でできることに焦点化した訓練とは異なる、教育固有の課題であるとの指摘がなされたが、領域侵犯しない医療に対して、むしろ閉じられがちな専門領域を乗り越えていく専門性が教育には求められるのではないかと議論された。

3. 集団参加と卒業後の生活

医療センター内分教室の取り組みとして、高等部の女子生徒2名の合同授業がレポートされた。担任だけでは病棟を出られない生徒のところにもう一人の生徒が来て行われる合同授業では、学年としてまとまることで、担任同士も相談しやすくなり、活動や行事に向けた学習にじっくりと取り組むことができ、移動教室や修学旅行の事前学習や宿泊練習も丁寧にすることができたという。思春期にある生徒同士も同学年ということで、お互いを意識し合う関係が育っていったようである。

分教室では卒業生への取り組みも行っているが、その活動記録を病棟スタッフに渡したり、活動が定着していくなかでスタッフや保護者の協力もスムーズになり、一緒に楽しむ姿もみられるようになったという。卒業後もデイルームに積極的に出してくれたり、活動しやすいように人工呼吸器の位置を工夫してくれたり、授業で取り組んだ体操を療育活動として取り入れたり、学校の活動が卒業後の生活や活動の広がりにも影響している様子が窺えた。こうした活動にボランティアが参加することで、地域とのつながりを施設の内外につくり出していくことも課題として指摘された。

宿泊行事や修学旅行への参加状況について、人工呼吸器装着は参加が困難、保護者付き添いによる本校スクーリング、修学旅行の代替行事など、家族や保護者の状況も考慮しながら行事参加の平等性をどのように確保するかが話し合われた。

4. 不就学青年・成人の教育と生活

分教室では不就学者を受け入れて3年目となる。現在、小6から中・高等部に合計8名在籍し、年齢も20代から50代まで幅広く、本人の体調や加齢、高齢な保護者の思いを考慮しながら授業を重ねるなかで、「心身ともに健康で表情が活気づき、明るくなった」という評価を得てきた。数十年間のベッド生活、医療的ケア、更衣や入浴、姿勢変換など「生きていく」ためのかかわりが大半を占めてきた人にとって、1対1で濃密にかかわる教師の存在は「楽しいことをやってくれる人」「いろいろなことをさせてくれる人」に他ならない。

家族や病院関係者以外の人とのかかわり、全身や五感を通して文化や自然に触れる、集団活動の楽しさや切磋琢磨を通して優越感や劣等感を味わう、同世代の教員と歌や音楽を共有しながら楽しみを広げる。いずれも本人にとって初めての経験ばかりであるが、「学校」だからこそ取り組めることであり、なおかつ「学校へ預けることへの安心感」をもって学校のスケジュールを優先してくれる病棟スタッフの協力が欠かせない。

参加のあった沖縄、長崎、岩手、札幌における不就学者、学齢超過者の受け入れ状況が紹介されたが、長い生活のなかで培ってきた力、その人なりのやり方を尊重しながら、人とのかかわりや生活を広げていく実践の内容が討議された。

まとめ

本分科会を通して感じたのは、「教育」・「学校」が固有に引き受ける役割とは何かということである。レポーターからは「人とのつながりや文化を感じて楽しみながら、気持ちの

豊かさを引き出す」ことが教育の課題であり、「子どもの発達を 12 年間見通せること」が学校の「強み」であると提起された。子どもの発達や内面の変化をとらえていくうえで、教師が子どもと共有する時間の長さは重要である。しかし、そのゆっくりとした時間の長さゆえに、生命、身体、健康への見通しを含めて、子ども自身がどのように人とのかかわりや生活を広げようとしているのかという現在と将来の姿を思い描くことが不可欠になる。

キーパーソン、コーディネーターとしての教師の役割が議論されてきたが、こうした教育の仮説や計画の確かさが多（他）職種化していく領域連携の要になり、専門領域が重なり合う「グレーゾーン」における共通理解や対話的関係の基盤になるのではないだろうか。このことは、施設や病院においてリスクや責任を個人化する体制が強化されるなかで、個々の専門的力量の形成を保障しつつ、専門家集団（教師集団）としての機能を高めていく課題にもつながるはずである。教育実践の深まりと子どもへの共通理解の高まりに応じて、医療をはじめとする他の専門領域への発信力も強まることを確かめながら、取り組みを進めていきたい。

第５分科会「病気療養児の教育」
■共同研究者のまとめ

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、１つのレポートと２つの話題提供が行われた。レポートは、斉藤淑子氏（東京都立墨東特別支援学校）の「病院訪問教育における準ずる教育課程の児童・生徒の実態と課題について」であった。話題提供は、大崎裕久氏（埼玉県立蓮田特別支援学校）の「病院に併設する学校の訪問教育における現状と課題」をテーマに DVD を視聴しながらの情報提供であった。また、もう一つの話題提供は、水野利之氏（愛知県立大府養護学校）の「病院の中の理科教室」であった。

斉藤氏の報告は、東京都訪問教育における『準ずる教育課程の児童生徒の病院訪問の実態と課題について』のアンケート調査結果とその考察についてであった。実態が報告され、今後の課題として、教科指導の在り方、教科指導以外の支援として、教科指導が困難なときの対応や取り組み、心のケアー、病気の理解、病院・前籍校・保護者との連携の在り方についてあげられた。また、子どもの体調や病気の把握、教師自身の悩みや指導方法などの共有など教員間での話し合いの時間の確保、病院との連携の在り方で、学習室が提供され、理科実験、調理学習、植物栽培等の体験学習ができること、保護者と連携の在り方、前籍校との連携の在り方、治療が終わるとすぐ退院するため、前籍校へ戻るまでの間、教育の空白期間が生じるが、家庭への訪問教育の実施の必要性などが提言された。

この提言に対して協議がなされ、共同研究者である武田は、前籍校への復学支援について、短期入院等で学籍移動を行うことができず、病院内教育を受けることができない児童生徒のために、「現状の教育制度の運用」という形で学籍を移動せずに教育を受けることができる復学支援モデルを提案した。

①　適応指導教室モデル

病院内教育を行う院内学級等を適応指導教室と位置付けるモデルである。

②　通級指導教室モデル

通級による指導は、「小中学校の通常の学級に在籍している、言語障害、情緒障害、弱視、難聴などの障害がある児童生徒のうち、障害の程度が比較的軽く、通常の学級の中で教育を行いつつ、個々の障害の状態に応じた特別の指導を特別の指導の場で行う教育形態である。2006 年に関係省令及び告示の改定を行い通級による指導の対象者を 140 条の規定に基づくものとした。一　言語障害者、二　自閉症者、三　情緒障害者、四　弱視者、五　難聴者、六　学習障害者、七　注意欠陥多動性障害者、八　その他障害のある者で、この条の規定により特別の教育課程による教育を行うことが適当なもの、である。八　「その他」の内容については、「障害のある児童生徒の就学について」（平成 14 年 5 月文部科学省初等中等教育局長通知 291 号)　第 1　障害のある児童生徒の就学すべき学校の決定及び障害の判断に当たっての留意事項､2　小学校又は中学校への就学、b 通級による指導の「オ」に、「肢体不自由者、病弱者及び身体虚弱者」が対象であることを示している。

③　交流及び共同学習モデル

短期入院の児童生徒については交流及び共同学習を運用したモデルとして提案する。

④　訪問指導教員派遣モデル

巡回訪問指導教員派遣事業（滋賀県）は、教育委員会が直接教員を病院に派遣する事業なので学籍を移動しないで教育が受けられるが、教員が病院に常駐していないモデルである。また、オーストラリアやスウェーデンなど海外の学籍を移動しないシステムの情報を共有した。

最後に、話題提供についてであるが、各参加者から多くの意見が出され、以下の助言を行った。大崎裕久氏の発表に対しては、バイタルサインを重視し、健康のレンジを維持又は広げるような関わりが重要であること、個別の指導計画を作成するときには「できる」といった達成目標だけではなく、「わかる」という心理的状態を重視し、教師との関係性を構築しながら安心感や自尊感情、自己効力感を大切に育てていってほしいことなどを助言した。

また、水野利之氏の発表は、制限・制約の多い病院内の体験学習であり、子どもが体験をすることよって感動やその気持ちを共感することを大切にした実践であった。制限･制約の多い入院中の理科などの体験をベースに行われる教科指導が、どのようにしたら実現するのかという視点で制限・制約の緩和について事例を示しながら助言を行った。

第 5 分科会　病気療養児の教育
■発表レポート

「病院訪問教育における準ずる教育課程の児童・生徒の実態と課題について」

～東京都訪問教育研究協議会平成 21 年度教育課程課題研究アンケート調査を通して～

斉藤淑子
東京都立墨東特別支援学校

1　はじめに

これまで東京都においては、肢体不自由特別支援学校が訪問教育を担当することから､病院に入院中の｢準ずる教育課程｣対象の児童･生徒に対する訪問教育を行ってきた。(註 1)

その中で、授業時間数の不足、取得免許以外の教科を教える大変さ、教育環境を整える必要性、前籍校や病院との連携の重要性など、教員達は様々な教育課題に直面し、切実な問題として病院訪問教育の改善と充実を願ってきた。

平成 19 年 11 月、東京都は「東京都特別支援計画第二次実施計画」のなかで、｢病院訪問教育で『準ずる教育課程』対象の児童･生徒の指導内容･方法の充実を図る指導体制を検討する｣ことを発表した。これを受け、東京都訪問教育研究協議会（以下都訪研）では平成 21 年度に教育課程課題研究班〔中沢（新宿）高沢（城南）白鳥（府中）斉藤(淑)（墨東)〉と総務〔宮崎（多摩)〕による「東京都訪問教育における『準ずる教育課程の児童・生徒の病院訪問の実態と課題について』のアンケート調査を実施し、改めて病院訪問の現状と課題について教育現場が抱えている情報を整理し､｢第三次計画」の参考にしてほしいと考えた。本報告は、平成 21 年度に結果を要約して発表したものである。

2, 平成 21 年度都訪研教育課程課題研究の取り組みの経過

平成 21 年（2009 年）6 月の総会において、今年度の「教育課程課題研究」のテーマとして、｢準ずる過程の児童･生徒の病院訪問教育の現状と課題について｣アンケート調査を行うことが了承され、課題研究担当者は調査の内容について検討を始めた。

7 月、夏季休業に入る前に、各校にアンケートを配布し、8 月の都訪研「教科分科会」にて、アンケート項目をもとにして各学校より現状報告した。課題研究班は、夏期休業中にデータの回収と分析を行い、資料の作成に取りかかった。

9 月、都訪研「教科分科会」にて、アンケート「中間まとめ」を報告・意見交換し、まとめの作業に入った。

2 月都訪研「研究発表会」にて、アンケート結果をまとめ、報告した。　（平成 21 年度研究集録に掲載）

3, アンケート調査より

本稿では病院訪問に関する調査部分について取り上げることとする。

A）各学校・病院ごとの在籍人数、病類等に関わる統計的なデータ 39 項目

(1) 対象児童・生徒に関わること

①各学年人数　②病種　③入院期間　④居住地　⑤前籍校（公立　私立）　⑭前籍校との教材の共有　⑮前籍校との連携　⑯転出時の前籍校との連絡　⑰引き継ぎ時の前籍校との連絡

･病院訪問教育において対象の児童･生徒各学年人数、病種、入院期間は、次の通りであった。

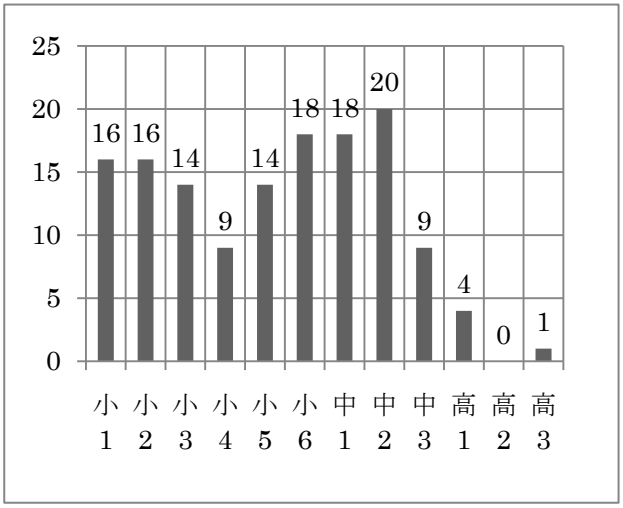

図 1　学年別対象児童生徒数（人）

「平成 20 年度在籍児童・生徒数」は、合計 139 名（小 87 名、中 47 名、高 5 名）であった。

- 小学生は各学年平均 14・5 名が在籍し、中学生も各学年平均 15･6 人と予想以上に多いことがわかった。また、中 3 の在籍者が少ないのは、高校進学に向けて「内申書」等が影響するためと考えられる。
- 高校生については高 1 が 4 名、高 3 が 1 名の計 5 名が在籍した。訪問教育という限られた授業時数や退学・転学手続きが必要であること等のデメリットを理解した上で、さらに教育への強い要望があることが明らかになった。

表１　病種別対象児童生徒数(人)

病種	人数
病弱慢性内部疾患	4
精神神経症的症状摂食障害	7
小児ガン白血病	91
整形疾患	29
筋疾患	2
その他	5

・「病種」は、小児がん・白血病が約半数を占めている。

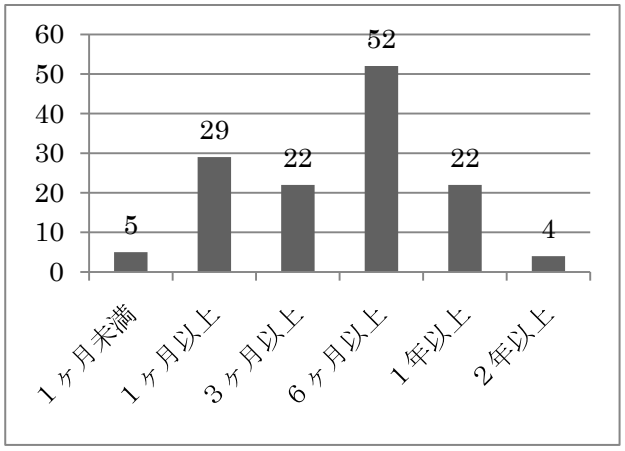

図２　入院期間別対象児童生徒数(人)

・「入院期間」は、半年以上の児童・生徒が全体の 58%を占めていることがわかった。

(2) 訪問授業に関わること

⑥訪問授業数　⑦小学校訪問学習教科　⑧中学校訪問学習教科　⑨高校訪問学習教科　⑩前籍校使用教科書　⑪学習形態の工夫　⑫教育支援計画の活用

・標準授業数は 1 回 120 分で 3 回だが、高校生は 4 回行われていた事例もあった。また、2 校は、全ての児童・生徒に対して週 4 回の授業が行われていた。

・小学生の教科は、整形専門病院は国語・算数の二教科となっていたが、ほとんどの学校で主要 4 教科を行っていた。

・中学生は、主要五教科を中心としていたが、理科、社会はやや授業数が少なくなっていた。

・高校生は、主要五教科が行われていた。

・前籍校の教科書を使用している児童・生徒は、全体の 88%であった。

(3) 学校との連携に関わること

⑬副籍制度の活用　⑭前籍校との教材の共有　⑮前籍校との連携　⑯転出時の連絡　⑰引き継ぎ時の連携

・前籍校との連携については、90%近いケースにおいて行なわれていた。行われなかった理由については調査しなかったが、病状の変化から前籍校復帰が困難になった場合や、本人や保護者の病気の受け止め方から連絡しないでほしいと要望された場合、前籍校との連携の仕方について教員の理解が十分でない場合等、様々な理由が考えられる。

・副籍の活用については居住地が東京都の児童・生徒 77 名のうち、13 人（約 17%）が活用していた。

(4) 病院との連携に関すること

⑱病院とのカンファレンス　⑲カンファレンス出席者　⑳病院との連絡会の有無㉑回数　㉒メンバー　㉓医療スタッフとのコミュニケーションがとれていると感じますか

・病院とカンファレンスが行われたケースは、61 人で全体の 45%であった。

・病院との連絡会が行われているのは、18 病院中 6 病院、文書の取り交わしが行われているのは 5 病院だけであった。

・教員が医療スタッフとのコミュニケーションがとれていると感じている病院は、15 病院であった。医療との連携は、病院内教育のライフラインとも言える重要なことである。連絡会のような定期的・組織的に連携の場が保障されてないなかで、個人的に医療スタッフとコミュニケーションをとることは非常に大変であり、教員達の努力が伺われた。

(5) 進路指導

㉔進路・高校受験　高校受験した生徒を担当したケースは 2 名、しなかったケースは 44 名であった。

(6) 病院の教育環境に関わることについて

㉕ ベッドサイドのみの学習　㉖病院と学校兼用の教室がある　㉗学校専用の教室がある　㉘プレイルームを学習室として使っている　㉙別の用途の部屋を学習室として使っている　㉚プレイルームがある　㉛児童用の椅子・机がある　㉜教材の保管場所がある　㉝インターネットが使える　㉞テレビがある　㉟植物の栽培ができる　㊱パソコンがある　㊳ランケーブルがある　㊴院内で調理学習をやったことがある

・学校専用の教室があるところが 2、病院と兼用の教室があるところが 9、別の用途の部屋を学習室として使っているところが 14 病院ある一方、ベッドサイドのみで学習しているところも 3 病院あった。

・インターネット、パソコンが使えるところは 11 病院。植物の栽培や調理学習ができるところは 2 病院あった。

このように教育環境については、病院間でかなり格差があることがわかった。

B) 訪問教育を担当している教員の自由記述

自由記述では、(1) 学習指導上の課題や工夫に関すること　(2) 児童生徒に関わる上での課題　(3) 連携していく上での課題・工夫（保護者・病院・前籍校・校内等）(4) これからの訪問教育を進めていく上での

課題　(5) その他（研修、健康面等）　の５項目に関して、各学校から意見を寄せていただいた。

記述は内容の共通性と多様性に着目し、そこから課題点や工夫点を取り出した。

(1) 学習指導上の課題や工夫　に関すること

①指導形態・内容について

訪問の教員たちは、子どもの興味・関心をとらえ、子どもの体調や進度に応じて学習できるように、また時には病院の資源を活用しながら、様々な工夫を行っている。しかし、マンツーマン指導の中で、友達と学びあう経験が少なく、子ども同士が関わりながら考えや意見をふくらませていく授業の設定は難しいことから、学習を行いにくいと感じている教員も多い。こうした点をカバーするために、いくつかの学校では、病院の協力で、教室やプレイルームを活用し、「合同」「朝の会」「発表の場づくり」等の小集団・複数指導を行っている。子どもに自信を持たせたり、友達関係を広げたり、学習内容を発展させていく上で有効であるという意見が寄せられた。

②教材について

病院訪問では、感染への配慮や、持ち運びできる教材が限られていることなど、様々な制限が多い中で、前籍校の教材活用、パソコンの活用、視聴覚機器の利用、学習内容の精選、病院資源の活用等、様々な工夫をしながら授業を行っている。また、「入院したからこそできる学習を！」と、病院探検や学級園活動等、病院資源を生かした学習を行っているところもある。

しかし、教師用指導書がほとんどない、教師用の教科書も数が少ない、ドリル、テスト、参考書類が揃っていない等など、多くの学校で深刻な教材不足の実態がある。年度や学期が変わると、子どもにも前籍校の教科書の支給がないこと等の不便さもある。また、教科書や指導書が集団指導を対象にしているため、指導計画が立てづらく、利用しにくい等の悩みもある。さらに、入院中の子どもたちは、治療やその日の体調によって学習内容を変更せざるを得ないことも多いので、教員たちは常に子どもたちの状態に合わせて複数の教材を用意していきたいと思っている。しかし、教材の置き場もなく、また一回に運搬できる量や労力の大きさから、教材を制限せざるを得ないこともあり、子どもの状態に応じた学習や対応が不十分になってしまうことに苦慮している。

③学習環境

病院によって大きく学習環境は異なっている。大部屋やプレイルームでの授業は、子どもたち、とりわけ低学年の子どもにとって学習に集中しできないので、場所の確保が切実な問題として出されている。一方、教室が確保されているところでは、子どもたちが教室に来ることで気分転換することができ、体調に応じた学習内容を組み立てやすく、友だちとのかかわりも増えるので、学習の励みになっている等の意見が出されている。

④時間数

絶対的な時間数不足は、どこの学校からも出されている深刻な課題である。標準とされている週３回では、教える教科や内容を制限せざるを得なかったり、継続的に教えられず、学習の習慣をつけることが難しかったり、前籍校の進度に追いつけない等の悩みがだされている。とりわけ中学３年生は、高校受験の際に、主要５教科以外の成績が関わってくるため、深刻である。

⑤教員の専門性

専門外の複数な教科を教える難しさ、中には中学２年生に、一人の教員が５教科を教えているケースもあった。中学生の受験指導、高校生の指導の難しさ、子どもを引きつける授業を行うために研修が必要等、多数の意見が出された。専門性をもった教員の配置は絶対に必要であり、緊急の課題であることや、地域の小中学校との連携、専門教科教員の派遣も検討してほしいという切実な意見が寄せられている。

また、「病院内教育の教員の専門性とは何かを考えたとき、教科指導を進める力も当然ほしいが、子どもの体調が悪い時、ターミナル期、障害を持っている子どもと保護者への対応等、いろいろな力が必要である。研修や教員間の情報交換、授業交流がもっとほしい」「課題は、免許外の教科を教えるための自分の技術不足。塾のように教えるだけなら誰でもできると思うし自分もできると思うが、子どもを惹き付けるような授業展開、先を見通した指導がなかなかできない。また、そういったことを学ぶ研修もほとんどない。普通校の教員向けの研修だけではすぐに役立たない」という意見も出されている。

(2) 児童生徒に関わる上での課題

病気の子どもを理解することや、子どもとの関係を作ることは、病院内教育を行う上でもっとも基盤となることであり、教師の力量が必要とされる。訪問教育という限られた時間の中で、体調、病気理解、病状把握はもとより、学習意欲のない時、気分のムラがある時、対人関係の変動から落ち込みが激しい時、ターミナル期に入った時等に対して、どのようにサポートしていくのか大きな課題である。また「保護者が付き添っている場合、保護者も参加してもらいながら、授業を進めるようにしているが、口出しが絶え間なくある場合は難しい」という保護者対応への悩みが出されている。

(3) 連携していく上での課題・工夫（保護者・病院・前籍校・校内等）

病院訪問教育は、入院中の子どもにとって、できる

だけ入院前の学習や生活を継続させること、そして退院後の前籍校への復帰や進学にスムーズにつなげていくことが大きな役割である。そのためには、病院、前籍校、保護者、校内等、様々な人たちとの連携が不可欠であり、多くの教員は、様々な工夫をしながら取り組もうとしている。

しかし、病院との連携において、幾つかの病院では、定期的な話し合いが持たれるようになり、何年もかかって良好な関係を築いてきているが、まだシステムそのもののあり方が確立してない医療機関も多い。「病院側の理解を深めていく事の大切さを感じているが、看護師等が忙しく、なかなかタイミングよくつかまらないことが多い。」「なかなか訪問教育に対する関心が向いてこない。医療スタッフとのやりとりを柔軟に行うことが課題になっている。」という悩みも寄せられている。また、形式的には確立しているように見えても、その内容を充実させ豊かにしていくための課題も少なくない。

(4) その他

- 学習の空白期間がある現状への対応→手続きの簡素化、教育相談的対応による柔軟な工夫
- 訪問教育の存在を周知させる工夫をする（保護者説明会、体験学習、パンフレットの普及）
- 病弱教育に携わっている教員を育てる必要性（初任者研修、専門研修、課題研修等の中に病弱教育研修プログラムを入れる）
- 一人で指導することの精神面での困難さと負担（不安定になりがちな保護者への対応、ターミナル期の病院内他職種との連携等）
- 経験の浅い教員にとって荷が重すぎる。教員を育てる研修および相談に乗ってくれるサポートシステムの確立が必須
- 感染予防への特別な配慮が必要なため、自分の健康管理へのプレッシャーが大きい。

4 まとめ～今後の指導体制を検討する上で望むこと

本アンケート調査から、特に大きな課題なっていることとして、1. 授業時間の不足、2. 教科の専門性を持つ教員による授業保障と必要な教科数の不足、3. 年度途中の転入生に対応するのが体制的に非常に厳しいこと、が明らかになった。

また、病院訪問教育担当教員たちは多くの悩みや課題を抱えながらも、以下の観点を重視しながら取り組んでいることも明らかになった。

①病弱教育の専門性

教科指導だけではなく、学習ができない時の対応や取り組み、心のケアー、病気の理解、病院・前籍校・保護者との連携を大事にすることが重要である。

②教員間の連携の重要性

子どもの体調や病気について教員間で共通理解をもつことは、とても大切である。特に、初めて訪問教育を担当する教員が増えている現状において、情報交換したり、悩みや課題を話し合ったりすることで、専門性を高め、安心して子どもとの授業に向かえるようになる。教員間での話し合いの時間はとても重要。

③病院との連携が良くなることで、教育環境は改善していく

病院との連携作りは、教員の地道な活動が土台となって築かれていくものである。病院との連携がうまくいっているところでは、学習室が提供され、理科実験、調理学習、植物栽培等が行えたり、集団で学習を行うことで、子どもの学習意欲が高まったりする。また、教材確保や、作品展示が可能になることから、継続して学習することや、体調にあわせた学習を行いやすい。

④保護者と連携することで、一層子どもの理解を広げることができる。

⑤前籍校との連携がうまく取れたところほど、退院後のスムーズな復帰を行いやすい。

⑥退院後のフォローの必要性

治療が終わるとすぐ退院するため、前籍校へ戻るまでの間、家庭への訪問教育を行うことは大切である。また、治療間に一時帰宅がある場合にも、できるだけ訪問して授業を行うようにする。

⑥入院していない児童・生徒の在宅訪問教育の充実もあわせて考えていくこと。

以上、アンケート調査の結果を踏まえ、都訪研では、これからの「準ずる教育課程」の児童・生徒への訪問教育がより良いものとなることを願って、都や関係者に病院訪問の現状と課題について積極的に報告してきた。

平成 22 年 7 月に東京都教育委員会は、「東京都特別支援計画第三次実施計画の骨子」を発表し、これまでの病弱教育を大きく再編する方向性を打ち出した。しかし、この「第三次計画」において、本報告で明らかになった課題がどのように改善され、新たな指導体制が実現されていくのかについて、今のところ明確にされていない状況である。今後、パブリックコメントで出された意見を吸い上げた上で、第三次計画がどのように実行されていくのか注意深く見守る必要があると思われる。

（註 1）平成 20 年の都訪研調査によると、13 の肢体不自由特別支援学校が、都内 27 箇所の病院において「準ずる教育課程」対象の児童・生徒の訪問教育を行っていた。また、全訪研の調査（平成 20 年）によると、東京都の訪問教育は、在宅（61%）・病院（35%）・施設（4%）の 3 つ訪問先で指導を行っており、病院訪問の児童・生徒の教育課程は、教科指導は 65．2%、入門 5．6%、自立活動 29．2%であった。

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

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

本分科会は、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現在のスタイルとなり、今回で３回目となる。レポートは、重度重複障害生徒の進路先として老人ホームの事業者と相談して生活介護事業に発展した事例、障害の進行に伴い濃厚な医療的ケアを必要とする状態になった生徒の在宅生活を支援する事例の２本であった。

レポートと参加者の討議をもとに、「①地域資源（リソース）の活用」「②コーディネーターとつながる」「③支援者の育成」の３つをキーワードに述べていく。

２　地域資源（リソース）の活用

「今ある施設では障害の重い生徒の対応は困難である」とか「適当なサービスがない」という声をしばしば聞く。しかし、現在の社会情勢を考えると大規模な施設建設を求めることはなかなか難しい。とすれば既存の地域資源を組み合わせたり、機能を拡張したりして、地域に住む障害の重い方への支援を作り、増やしていくことが大切になってくる。

千葉県立松戸特別支援学校の進路指導において、老人ホームの施設側と相談して施設の一部で生活介護事業所を設置してもらったのは、地域資源のまさに機能拡張である。参加者の中にも「山の中で老人保健施設などのサービスは多いが、障害者関係のサービスがほとんどない。ぜひ日中一時預かりをお願していきたい。」という声も聞かれた。社会資源は地域によって異なるので、地域に応じた資源の活用が望まれる。

３　コーディネーターとつながる

しかし、社会資源の活用を訪問学級担任の個人的な力だけで進めていくのは困難である。ところが、学校のコーディネーターなどの支援を得たくても、知的障害特別支援学校の中で重度重複障害のある生徒を担当しているのは「自分一人しかいない」という場合もある。担任している生徒が急な入院や保護者が急な介護困難になった際、担任がご家族のSOSを直接受け止めるしかない緊急の場合もある。京都府立与謝の海養護学校のレポートでは、家族のSOSに担任が積極的に応える取り組みが紹介された。

目の前にいる児童・生徒とご家族の危機に「なんとかしたい」と考える担任の思いは大切である。担任には、ご家族に寄り添う者として家族のSOS等を受信するキーパーソン役に期待したい。しかし、継続的な支援を行うためには、「地域の中で支える力（＝サービス）」に結びつける必要がある。そのサービスを調整するのがコーディネーターである。地域の中で相談支援を行うコーディネーターが、どこで誰が担っているのかという情報をぜひ地元で確認してもらいたい。

４　支援者の育成

地域生活支援における課題には、「適当なサービスがない」という課題がある。しかし、今ある社会資源を活用して人材育成を行い、障害児者サービスにつなげることも大切である。

東京都は、病院からの退院でNICU長期入院を解消するため「重症心身障害児の在宅療育支援」を始めた。この事業の一つとして、重症心身障害児の在宅療育を支援できる看護師を増やすため、地域にある高齢者介護を中心にしてきた訪問看護ステーション在籍の看護師を対象にした研修の充実があげられている。

このように行政が積極的に人材育成を行うことはとても良いことであるが、行政に頼らない方法もある。それは、地域のコーディネーターと一緒に「うちには気管切開した子どもがいるので、ぜひ訪問サービスを利用したい。障害児に関わったことがなければ自分たちがその第１号になりますから。」と事業所に投げかけることである。実際に関わってもらえると思っていたよりもスムーズに導入できるものであり、「やったことがない」という最初のハードル越えが大切である。

５　おわりに

地域生活支援では、ニーズが顕在化しなければサービスの種類や量は増えず、質も高まらない。次回もぜひ、地域の取り組みのレポートを通じて情報交換ができることを期待する。

第６分科会　地域での生活支援と教育
■発表レポート

Ｍさんをとりまく支援の輪

安川　たまみ
京都府立与謝の海養護学校

１　Ｍさんの実態

Ｍさんは高等部２年生の女の子です。生後２４時間以内にてんかん発作が出現し、以降病院に対して信頼感がもてないこともあり、保健師等地域のつながりが全くないまま本校に入学してきました。身体の状態としては、経鼻経管栄養、側彎の進行も顕著で、常時吸引を必要としていました。薬の調整も難しく、頻回に硬直型の発作がありました。

昨年の９月、数回の肺炎を繰り返したことにより気管切開をし、誤嚥予防のための胃ろう造設を行いました。側彎の状態も更に進行し、現在は浅い左側臥位でほとんどの時間をすごしています。

認識面は、体調に大きく左右されるため正確には診断できませんが、乳幼児期後半～１歳程度の力があると思われます。生活年齢に応じたたくましさ、理解力を持っています。人の動きに敏感でしっかり目で追うことができたり、声を聞き分けたり、内容を理解して、言葉かけに笑顔で応えたりします。排尿を声で知らせたり、そばに誰にいないと「あーあー」と呼ぶこともありました。右手が不随意運動がありますが、「ふれるつくる（美術）」の授業の描画などでは明らかに随意的と見られる動きもあります。

友だちの声など大好きで、友だちの話をするとうれしそうに笑います。少々賑やかな場所でも十分に楽しむことができます。人とのかかわりを自分から求めて「そばに来てほしい」「退屈だー」というように声を出すこともよくありました。

２　訪問籍に至る経過

高等部１年生まで通学生として登校していました。しかし呼吸状態や摂食の力は徐々に難しくなり、呼吸状態の厳しさから強い硬直発作も頻発し、何度か救急車で病院に搬送することもありました。

９月に気管切開と胃ろう造設をし、呼吸状態が改善、それに伴って発作も見られなくなり、体調的には安定しました。しかし１年間の中で体調に波があると思われ、欠席が続いた時に、家庭訪問による体調把握や学習保障が行いやすいなど、「訪問」という形が現在の Ｍ さんにとって最も適した教育のあり方であるという判断で、両親も合意の上で訪問籍としました。

通学生から訪問生に変わることが、決して「後退」ではなく Ｍ さんの状況に合わせて今できることを最大限に実施するという意識を大事にしながらの決定でした。

３　支援作りの経過

（現在の支援）

訪問看護ステーション（看護師、PT）
Ｙ病院　　支援センター
Ｍさん
社会福祉協議会　　ヘルパーステーション
（訪問入浴）
養護学校　　Ｙ町福祉課

（現在に至る経過）

①高１まで

医療に対する不信、障害のある子どもをできるだけ外に出したくないという地域性。それらに加えて Ｍ さん自身の体調の不安定さ、そして医療的ケア（吸引、注入）が必要であることなどがネックとなり、地域支援とのつながりは全くなく過ごしてきました。頻回に起こる発作、睡眠リズムの崩れなどで、何回も両親共に「限界です」と言われながらも、それでも何とか乗り切ってやってこられていました。また Ｍ さんも高１まではほぼ毎日学校にも登校し、少量ながらも経口摂取できる時期もあり、小学部の修学旅行にもほかの子どもと一緒に参加できる力がありました。

②高１の１学期

発作の薬の調整の中で肺炎を繰り返し、呼吸状態がかなり不安定（SAT８０台）になりました。夜 SAT が７０台まで下がり、アラームがなり続けます。母親は一晩付きっきりで吸引、姿勢変換、呼吸介助とほとんど眠ることもできなくなりました。その間に肺炎での入退院も繰り返しました。病院は完全看護ではありながらも、M さんのような状態の場合２４時間家族の付き添いが必要です。両親はほっと一息つく間もありませんでした。

このままでは両親共に体力的にも精神的にも参ってしまうと思われ、付き添いなしで入院できる病院を探しましたが、どこの病院も無理でした。

そして９月。５回目の肺炎、入院となりました。付き添う気力も体力も尽きてしまった両親を前にどうすることもできず、本当につらい時期でした。

しかし今回の肺炎はかなり重症であり、一般病棟では見ることができず ICU への入院となりました。ICU では逆に付き添いができません。M さんの状態は心配でしたが、このとき初めて両親は介護から解放されました。心配と不安は尽きませんでしたが、両親にとっては初めて M さんから離れ、ゆっくりこれまでの疲れを癒すと共に、客観的に子どもをみる貴重な時間となったのでした。

③行政を含めたケース会議の開始

この入院は私たちにとっても貴重な時間となりました。さっそく支援センターに呼びかけてもらいケース会議を立ち上げました。まず M さんとその家族の状態を、行政、支援センター等、関係機関と共通理解を図り、送球に支援を必要としていることを認識し合いました。その上で、両親が普通の生活（夜は眠り、食事ができて、自分の時間が持てることなど）ができることを目指して何ができるかできないかを話し合いました。

その間に M さん自身の体も大きな変化がありました。胃ろうの造設と気管切開をすることで呼吸状態がめざましく改善しました。それに伴ってこれまでのさまざまなしんどい状態（緊張・歯軋り・不随意運動）が改善しました。発作の薬の調整についても 0.01mg で左右されることがなくなり、大きな発作はみられなくなりました。そしてケアの中身が明確になり、かえってケアがしやすくなりました。

（ケース会議の中で）

①訪問看護師の派遣

とりあえず医療的ケアの援助と健康相談および機能訓練ができるように、と訪問看護師と訪問看護ステーションからの PT の派遣について検討しました。実は訪問看護については 2 年ほど前から利用していました。しかし M さんの場合、難病ではないので高額な負担が必要でした。これは行政の既存の制度を教えてもらうことですぐに解決しました。「自立支援医療」という制度を利用すれば、月額 2800 円の上限で利用が可能だったのです。

②M さんのことを知ってもらう

次に、地域の中に M さんのことを知ってくれる人を作っていくことが必要でした。まずはヘルパー派遣を考えました。これまで全く地域の支援を使ってこられなかったので、家庭としては抵抗があるようでした。そのためとりあえず受診時の付き添いに通院介助として入ってもらうことにしました。しばらくしてヘルパーに慣れてもらった頃から、身体介護として週 2 回家庭に入ってもらうようになりました。

M さんのことは基本的に自分の手でしたい母親にとって普段のケアは負担ではなく、排便の後や予定外のことが起きたときに手助けがほしいのですが、ヘルパーが来る時間は決まっています。医療的ケアもできません。そのため本当に必要なところに手が届かないという不満がありました。しかし卒業後地域で暮らしていくためには、一人でのたくさんの人に M さんのことを知っておいてもらう必要がありました。ここは両親に頑張ってもらい、ヘルパー派遣を続けさせてもらいました。

③お風呂に入りたい！！　訪問入浴の開始

家庭での生活が落ち着いてくる中で、入浴の問題が出てきました。気管切開、強い側彎、骨折して開かない足、そして狭いお風呂。家族で入浴させるのは不可能になっていました。ケース会議の中でこのことが議題にあがるとすぐに、行政が老人施設、社会福祉協議会など、障害児に対しての訪問入浴を引き受けてくれるところをあたり、社

会福祉協議会の訪問入浴が使えることになりました。

今年の 5 月 22 日、体調が落ち着かなくなって以来、1 年ぶりのお風呂に入ることができました。M さんにとっては初めての訪問入浴ということで、この日は学校の担任、訪問看護師、支援センターの担当相談員、福祉課の職員が勢揃いし、ワイワイがやがや、入浴スタッフそこのけで入浴の手伝いをしました。本人はもちろんお母さんのすっきりした笑顔が印象的でした。

そしてこのように M さんに関わっている者が集まってきたことで、障害児の入浴は初めてでいろいろな不安を抱えていた入浴スタッフも「いつでも援助をもとめることができる」という安心感を持つことができました。またよく知っているものが一緒に入浴を手伝ったことで、保護者も安心でき、本人、保護者共に気持ちよさそうな笑顔があふれました。そしてこれらのことが入浴スタッフたち「これからも続けよう」という思いを持ってもらうことにつながりました。

6 月からは週 1 回水曜日に、そして 7 月からは隔週の土曜日にも入浴できるようになりました。それでも汗をよくかく M さんにとってはもっと入りたいのですが、近くの施設で設備だけ借りることも検討しています。

4　卒業後を見通して

①訪問養育の充実

何よりも生活の空間が狭くなった分、楽しい経験をいっぱいしたいと思っています。好きなこと、楽しめることをたくさん増やし、卒業後も楽しめるよう引き継いでいきたいです。

②進路先の保障

体調の良い日には通っていける場の保障が必要です。できるだけ仲間の中でいろいろな刺激を受けながら生活しているよう望みます。また、家庭の中でもいかに豊かな生活を作ることができるかも考える必要があります。ヘルパー、訪問看護師、PT、入浴車等々いろいろな人との関わりを楽しんでほしいです。

③レスパイト先の保障

M さん自身が親から離れて生活する経験も貴重です。同時に両親もたまには M さんから離れて自分たちの生活も大事にしてほしいです。また、緊急の場合お互いに安心して過ごせる場があることは欠かせません。現在 H 医療福祉センターにショートステイができるよう取り組みを進めている最中です。しかし、そこは家庭から 2 時間以上かかります。実際の緊急時に利用できるのか？M さんの体の負担は？等を考えると医療制度の整った入所施設が北部と南部にもう一ヶ所ずつ必要だと思います。

④コーディネーターの育成

卒業後、学校に換わって M さんの状態や家族の状態などを総合的に把握し、その時々に必要な支援を考えていける機関がどこになるのか。在学中にうまく引き継いでいかなければと思います。

5　まとめ

まだまだ多くの課題を抱えた京都府北部ですが、平成 20 年、丹後圏域自立支援協議会が立ち上げられました。そして 22 年には、専門部会の中に「医療的ケア部会」が立ち上げられました。取り組みはまだまだこれからですが、ニーズの把握、学習会などを持ちながら、医療的ケアを必要とする子どもや人たちが地域の中で安心して豊かな生活が送れるよう一つ一つ積み上げていければと思っています。動くことで支援の輪は広がります。いくつもの支援の輪が重なり合ってネットワークになります。障害のあるなしに関わらず、「すべての子ども」が「すべての人」が安心して生活できる地域づくりが一歩一歩進んでいることに自信と確信を持ちたいです。

Ⅱ 訪問教育研究資料

1 障がい者制度改革推進会議「第一次意見」

政府の障がい者制度改革推進会議がまとめた「障害者制度改革の推進のための基本的な方向（第一次意見）」（平成２２年６月７日）の中にある「４．個別分野における改革の基本的方向と今後の進め方」の中から「２）教育」「４）医療」「５）障害児支援」を抜粋して掲載する。

２）教育

（推進会議の問題認識）

障害者権利条約においては、あらゆる教育段階において、障害者にとってインクルーシブな教育制度を確保することが必要とされている。

障害の有無にかかわらず、それぞれの個性の差異と多様性が尊重され、それぞれの人格を認め合う共生社会の構築に向け、学校教育の果たす役割は大きい。人間の多様性を尊重しつつ、精神的・身体的な能力を可能な最大限度まで発達させ、自由な社会に効果的に参加するとの目的の下、障害者が差別を受けることなく、障害のない人と共に生活し、共に学ぶ教育（インクルーシブ教育）を実現することは、互いの多様性を認め合い、尊重する土壌を形成し、障害者のみならず、障害のない人にとっても生きる力を育むことにつながる。

また、義務教育だけでなく、就学前の教育、高校や大学における教育、就労に向けた職業教育や能力開発のための技術教育、生涯教育等についても、教育の機会均等が保障されなければならない。

なお、現行の教育基本法の第４条第１項の教育上差別されない例示に「障害」が明記されていないところであり、「障害」が除かれる趣旨ではないものの、今後明文化することも検討すべきである。

【地域における就学と合理的配慮の確保】

日本における障害者に対する公教育は、特別支援教育によることになっており、就学先や就学形態の決定に当たっては、制度上、保護者への意見聴取の義務はあるものの、本人・保護者の同意を必ずしも前提とせず教育委員会が行う仕組みであり、本人・保護者にとってそれらの決定に当たって自らの希望や選択を法的に保障する仕組みが確保されていない。

また、特別支援学校は、本人が生活する地域にないことも多く、そのことが幼少の頃から地域社会における同年齢の子どもと育つ生活の機会を失わせたり、通常にはない負担や生活を本人・保護者に求めたり、地域の子どもたちから分離される要因ともなっている。

障害者が地域の学校に就学し、多大な負担（保護者の付き添いが求められたり、本人が授業やそれ以外の教育活動に参加しにくいまま放置されるなど）を求められることなく、その学校において適切な教育を受けることを保障するためには、教育内容・方法の工夫、学習評価の在り方の見直し、教員の加配、通訳・介助者等の配置、施設・設備の整備、拡大文字・点字等の用意等の必要な合理的配慮と支援が不可欠である。

このような観点から、以下を実施すべきである。

- 障害の有無にかかわらず、すべての子どもは地域の小・中学校に就学し、かつ通常の学級に在籍することを原則とし、本人・保護者が望む場合のほか、ろう者、難聴者又は盲ろう者にとって最も適切な言語やコミュニケーションの環境を必要とする場合には、特別支援学校に就学し、又は特別支援学級に在籍することができる制度へと改める。
- 特別支援学校に就学先を決定する場合及び特別支援学級への在籍を決定する場合や、就学先における必要な合理的配慮及び支援の内容を決定するに当たっては、本人・保護者、学校、学校設置者の三者の合意を義務付ける仕組みとする。また、合意が得られない場合には、インクルーシブ教育を推進する専門家及び障害当事者らによって構成される第三者機関による調整を求めることができる仕組みを設ける。

・ 障害者が小・中学校等（とりわけ通常の学級）に就学した場合に、当該学校が必要な合理的配慮として支援を講ずる。当該学校の設置者は、追加的な教職員配置や施設・設備の整備等の条件整備を行うために計画的に必要な措置を講ずる。

【文部科学省】

【学校教育における多様なコミュニケーション手段の保障】

障害者の人格、才能及び創造力並びに精神的及び身体的な能力を可能な限り発達させるためには、教育が本人にとって最も適当な言語並びにコミュニケーションの形態及び手段によって行うことが確保されなければならない。

このような観点から、以下を実施すべきである。

・ 手話・点字・要約筆記等による教育、発達障害、知的障害等の子どもの特性に応じた教育を実現するため、手話に通じたろう者を含む教員や点字に通じた視覚障害者を含む教員、手話通訳者、要約筆記者等の確保や、教員の専門性向上に必要な措置を講ずる。

・ 教育現場において、あらゆる障害の特性に応じたコミュニケーション手段を確保するため、教育方法の工夫・改善等必要な措置を講ずる。

【文部科学省】

（政府に求める今後の取組に関する意見）

○ 障害のある子どもが障害のない子どもと共に教育を受けるという障害者権利条約のインクルーシブ教育システム構築の理念を踏まえ、体制面、財政面も含めた教育制度の在り方について、平成22 年度内に障害者基本法の改正にもかかわる制度改革の基本的方向性についての結論を得るべく検討を行う。

○ 手話・点字等による教育、発達障害、知的障害等の子どもの特性に応じた教育を実現するため、手話に通じたろう者を含む教員や点字に通じた視覚障害者を含む教員等の確保や、教員の専門性向上のための具体的方策の検討の在り方について、平成24 年内を目途にその基本的方向性についての結論を得る。

４）医療

（推進会議の問題認識）

障害者が地域において安心して自立した生活が送れるためには、すべての障害者が障害を理由とする差別なしに可能な限り最高水準の健康を享受できるよう、必要な医療やリハビリテーション等が提供されなければならない。特に精神医療に関しては、医療と福祉が混在し制度上の問題を多く含んでいる精神保健福祉法の抜本的な改正が必要である。

【精神障害者に対する強制入院等の見直し】

現行制度では、精神障害者に対する措置入院、医療保護入院、裁判所の決定による入院、強制医療介入等については、一定の要件の下で、本人の同意を必要とせずに、強制的な入院・医療措置をとることが可能となっており、障害者権利条約を踏まえ、自由の剥奪という観点から検討すべき問題がある。

このため、現行の精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」も含め、見直すべきである。

【厚生労働省】

【地域医療の充実と地域生活への移行】

精神科病院においては、入院治療の必要がないにもかかわらず、長期入院による自立生活の困難等の問題により入院せざるを得ない、いわゆる「社会的入院」患者が厚生労働省の統計から推定される人数でも約７万人いるといわれている。

このような現状を改善するため、入院中の精神障害者に対する退院支援の充実を図るべきである。退院支援や地域生活への移行後における医療、生活面からのサポート（ショートステイ等を含む。）の在り方については、総合福祉部会で検討を進める。

【厚生労働省】

【精神医療の一般医療体系への編入】

現行制度においては、精神疾患のある患者は、臨時応急の場合を除いて、原則として精神病室以外の病室には入院できないこととなっており、このことが精神障害者とって一般医療サービスを受けることを困難にしている。また、精神科医療の現場においては、いわゆる「精神科特例」により一般医療に比して医師や看護師が

少ない状況にある。

このような状況を踏まえ、以下を実施すべきである。

・ 精神医療の一般医療体系への編入の在り方について、総合福祉部会での今後の議論を踏まえ、推進会議において検討を進める。
・ 特に精神医療の現場における医師、看護師が一般医療より少ない現状を改善し、その体制の充実を図るため、「精神科特例」の廃止を含め、具体的な対応策を講ずる。

【厚生労働省】

【医療に係る経済的負担の軽減】

障害者は健康面における特段の配慮や対応を必要とする場合が多いが、継続的な治療等に要する費用負担が大きいため、必要な医療を受けることが困難な状況がある。

このような状況を改善するため、障害者がその健康状態を保持し、自立した日常生活等を営むために必要な医療を受けたときに要する費用負担については、本人の負担能力に応じたものとする方向で、総合福祉部会において引き続き検討する。

【厚生労働省】

【地域生活を容易にするための医療の在り方】

日常生活における医療的ケア（たん吸引、経管栄養等）についても、一部はホームヘルパー等によって行われているが、原則として医師・看護師等のみに限定されているため、単身での在宅生活の途が閉ざされ、また同居の場合その家族にとって重い介助が負担となっている。

このような状況を改善するため、以下を実施すべきである。

・ たん吸引や経管栄養等の日常生活における医療的ケアについては、その行為者の範囲を介助者等にも広げ、必要な研修や手続の更なる整備等を行う。
・ 障害者や児童に対する受診拒否の実態を把握し、改善のための措置を講ずる。

【厚生労働省】

（政府に求める今後の取組に関する意見）

○ 精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。
○ 「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23 年度内にその結論を得る。
○ 精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成24 年内を目途にその結論を得る。
○ 自立支援医療の利用者負担について、法律上の規定を応能負担とする方向で検討し、平成23 年内にその結論を得る。
○ たん吸引や経管栄養等の日常における医療的ケアについて、介助者等による実施ができるようにする方向で検討し、平成22 年度内にその結論を得る。

５）障害児支援

（推進会議の問題認識）

障害児は、一人の子どもとして尊重され、すべての人権、基本的自由を享受すべき観点から、障害児の最善の利益を考慮した施策が講じられる必要がある。

【障害児やその保護者に対する支援】

相談支援については、障害児の出生直後又は「気になる」・「育てにくい」段階から、医療及び福祉関係者からの適切な情報提供、心理的サポートが不足しており、障害児を含め、その家族に対する十分な支援が提供されていない。

このような現状を改善するため、以下を実施すべきである。

・ 子どもの障害について、地域の身近なところで第一次的に相談対応を行い、必要に応じて適切な専門機関へとつなぐ仕組みを構築する。
・ 障害児及びその保護者に対する相談や療育等の支援が、障害の種別・特性に応じた言語環境により、かつ地域の身近なところで提供されるよう必要な措置を講ずる。
・ 障害の専門機関の者が地域に出向き、保健センターや地域子育て拠点における保健師、保育士等と連携した効果的な相談支援を提

供できるよう、必要な措置を講ずる。

・ 障害児支援においては、家族（特に母親）に過大な負担を強いる現状を十分に配慮し、家族の負担を減らすための具体的な施策を講ずる。

【児童福祉における障害児支援の位置付け】

障害児支援は、早期に必要な専門的支援が求められる反面、その支援が障害児のみに注目した形でのサービス提供になりがちであるため、その家族への支援や地域社会との関係が置き去りになっている場合がある。また、障害の軽減のみが重視されがちであり、そのことが本人の障害に対する否定的な認識を助長してしまうという問題もある。

このような現状を改善するため、障害児支援については、家族への子育て支援や地域において一般児童と共に育ち合うことが保障されるよう、一般の児童福祉施策の中で講じられるようにすべきである。

【厚生労働省】

（政府に求める今後の取組に関する意見）

○ 障害児やその保護者に対する相談や療育等の支援が地域の身近なところで、利用しやすい形で提供されるようにするため、現状の相談支援体制の改善に向けた具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23 年内にその結論を得る。

○ 障害児に対する支援が、一般施策を踏まえつつ、適切に講じられるようにするための具体的方策について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23 年内にその結論を得る。

障害者制度改革の推進のための基本的な方向について（6月29日閣議決定）【概要】

目的・基本的考え方

●障がい者制度改革推進会議の「障害者制度改革の推進のための基本的な方向（第一次意見）」（平成22年6月7日）を最大限に尊重し、我が国の障害者に係る制度の集中的な改革の推進を図る。 ➡ 障害の有無にかかわらず、相互に個性の差異と多様性を尊重し、人格を認め合う共生社会の実現

障害者制度改革の基本的方向と今後の進め方

基礎的な課題における改革の方向性

(1)地域生活の実現とインクルーシブな社会の構築
・障害者が自ら選択する地域への移行支援や移行後の生活支援の充実、及び平等な社会参加、参画を柱に据えた施策の展開
・虐待のない社会づくり

(2)障害のとらえ方と諸定義の明確化
障害の定義の見直し、合理的配慮が提供されない場合を含む障害を理由とする差別や、手話その他の非音声言語の定義の明確化

横断的課題における改革の基本的方向と今後の進め方

(1)障害者基本法の改正と改革の推進体制
・障害や差別の定義を始め、基本的施策に関する規定の見直し・追加
・改革の集中期間内における改革の推進等を担う審議会組織の設置
・改革の集中期間終了後に障害者権利条約の実施状況の監視等を担ういわゆるモニタリング機関の法的位置付け　等

→第一次意見に沿って検討、23年に法案提出を目指す

(2)障害を理由とする差別の禁止に関する法律の制定等
・障害者に対する差別を禁止し、被害を受けた場合の救済等を目的とした制度の構築

→第一次意見に沿って検討、25年に法案提出を目指す
これに関連し、人権救済制度に関する法案も早急に提出できるよう検討

(3)「障害者総合福祉法」（仮称）の制定
・制度の谷間のない支援の提供、個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備等を内容とする制度の構築

→第一次意見に沿って検討、24年に法案提出、25年8月までの施行を目指す

工　程　表

	平成21年12月～平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年
横断的課題のスケジュール等	障がい者制度改革推進本部の設置（平成21年12月）	●障害者基本法抜本改正・制度改革の推進体制等に関する法案の提出	●次期障害者基本計画決定（12月目途） ●障害者総合福祉法案（仮称）の提出	●障害者差別禁止法案（仮称）の提出（改革の推進に必要な他の関係法律の一括整備法案も検討） 8月までの施行	

個別分野における基本的方向と今後の進め方

※主な事項について記載

(1) 労働及び雇用	・福祉的就労への労働法規の適用の在り方		（～23年内）		
	・雇用率制度についての検証・検討			（～24年度内目途）	
	・職場での合理的配慮確保のための方策			（～24年度内目途）	
(2) 教育	・障害のある子どもが障害のない子どもと共に教育を受けるインクルーシブ教育システム構築の理念を踏まえた制度改革の基本的方向	（～22年度内）			
	・手話・点字等に通じた教員等の確保・専門性の向上に係る方策			（～24年内目途）	
(3) 所得保障	・障害者の所得保障の在り方を公的年金の抜本見直しに併せて検討			（～24年内目途）	
	・住宅の確保のための支援の在り方			（～24年内）	
(4) 医療	・医療費用負担の在り方（応能負担）		（～23年内）		
	・社会的入院を解消するための体制		（～23年内）		
	・精神障害者の強制入院等の在り方			（～24年内目途）	
(5) 障害児支援	・相談・療育支援体制の改善に向けた方策		（～23年内）		
(6) 虐待防止	・虐待防止制度の構築に向けた必要な検討			※各個別分野については、改革の集中期間内に必要な対応を図るよう、工程表としてそれぞれ検討期間を設定	
(7) 建物利用・交通アクセス	・地方のバリアフリー整備の促進等の方策	（～22年度内目途）			
(8) 情報アクセス・コミュニケーション保障	・情報バリアフリー化のための環境整備の在り方 ・障害特性に応じた災害時緊急連絡の伝達の方策			（～24年内）	
(9) 政治参加	・選挙情報への障害者のアクセスを容易にする取組	（～22年度内）			
	・投票所のバリア除去等				
(10) 司法手続	・刑事訴訟手続における障害の特性に応じた配慮方策			（～24年内目途）	
(11) 国際協力	・アジア太平洋での障害分野の国際協力への貢献				

２　医療的ケアの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、関係の通知や資料の一部を抜粋して掲載します。

２－１　平成21年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査（平成21年5月１日現在）

（１）対象幼児児童生徒数　※１高等部の専攻科は除く。　※２平成 21 年度学校基本調査による。

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
通学生	45	2,551	1,223	1,142	4,961
訪問教育（家庭）	0	587	276	217	1,080
訪問教育（施設）	0	173	81	149	403
訪問教育（病院）	0	258	119	160	537
合計	45	3,569	1,699	1,668	6,981
在籍者数（名）※2	1,523	34,254	26,081	50,000	111,858
割合（％）	3.0%	10.4%	6.5%	3.3%	6.2%

（２）行為別対象幼児児童生徒数

対象等／年度	医療的ケア対象幼児児童生徒		看護師数（名）	教員数（名）
	在籍校数（校）	幼児児童生徒数（名）		
17年度	542	5,824	597	2,769
18年度	553	5,901	707	2,738
19年度	553	6,136	853	3,076
20年度	580	6,623	893	3,442
21年度	622	6,981	925	3,520

（３）対象幼児児童生徒数・看護師数等の推移　※●は教員が行うことを許容されている医療的ケア項目である。

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）	2,355
	●経管栄養（胃ろう）	1,979
	●経管栄養（腸ろう）	116
	経管栄養（口腔ネラトン法）	99
	IVH中心静脈栄養	58
呼吸	●口腔・鼻腔内吸引（咽頭より手前まで）	2,872
	口腔・鼻腔内吸引（咽頭より奥の気道）	2,011
	経鼻咽頭エアウェイ内吸引	123
	気管切開部（気管カニューレより）からの吸引	1,813
	気管切開部の衛生管理	1,635
	ネブライザー等による薬液（気管支拡張剤等）の吸入	1,577
	経鼻咽頭エアウェイの装着	153
	酸素療法	978
	人工呼吸器の使用	720
排泄	導尿（介助）	417
その他		723
合計（延人数）		17,629
医療的ケアが必要な幼児児童生徒数		6,981

２－２　特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて

医政発０４０１第１７号
平成２２年４月１日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

特別養護老人ホームにおけるたんの吸引等の取扱いについて

近年、医療の処置が必要な要介護者が増加しており、特別養護老人ホームにおいて、高齢化や要介護度の重度化に伴い医療的ケアを必要とする入所者が増加している。一方、特別養護老人ホームは医療提供を主目的とした施設ではないため、看護職員の配置等の医療提供体制が十分ではなく、たんの吸引や経管栄養が必要となる要介護者の入所が難しい、又は入所可能な人数を一定程度に止めざるを得ない施設もあるといった状況にある。

このため、厚生労働省では、平成21年2月から「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」（座長：樋口範雄東京大学大学院法学政治学研究科教授。以下「検討会」という。）を開催し、特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携・協働による医療的ケアの在り方について検討を行ってきた。その中で、特別養護老人ホームにおける医療的ケアのうち、鼻腔内のたんの吸引や経鼻経管栄養などに比べて医療関係者との連携・協働の下では相対的に危険性の程度が低く、かつ、看護職員が手薄な夜間において行われる頻度が高いと考えられる口腔内（咽頭の手前まで）のたんの吸引及び胃ろうによる経管栄養（栄養チューブ等の接続・注入開始を除く。）（以下「口腔内のたんの吸引等」という。）について、医師・看護職員との連携の下で介護職員が試行的に行う「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関するモデル事業」（以下「モデル事業」という。）を、平成21年9月から全国各地の特別養護老人ホームにおいて実施した。このほど検討会において、モデル事業の検証結果も踏まえ、「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する取りまとめ」（平成22年3月31日）（以下「報告書」という。）が取りまとめられた。

報告書では、今後も口腔内のたんの吸引等が必要な高齢者が増加する中で、本来、特別養護老人ホームにおける看護職員の適正な配置を進めるべきであるが、特に夜間において口腔内のたんの吸引等のすべてを担当できるだけの看護職員の配置を短期間のうちに行うことは困難であると考えられることから、医師・看護職員と介護職員とが連携・協働して実施したモデル事業の結果を踏まえ、口腔内のたんの吸引等について、モデル事業の方式を特別養護老人ホーム全体に許容することは、医療安全が確保されるような一定の条件の下では、やむを得ないものと整理されている。

厚生労働省としては、報告書を踏まえ、介護職員による口腔内のたんの吸引等を特別養護老人ホーム全体に許容することは、下記の条件の下では、やむを得ないものと考える。

貴職におかれては、報告書の趣旨を御了知の上、関係部局間の連携を密にし、管内の市町村（特別区を含む。）、関係機関、関係団体等に周知するとともに、たんの吸引等を必要とする者に対する療養環境の整備や相談支援等について御協力願いたい。

また、報告書において、厚生労働省は、研修体制の整備や、特別養護老人ホームにおける口腔内のたんの吸引等の実施状況や看護職員の配置等の状況を継続的に把握を行い適切に対応することが必要とも言及されており、御留意の上、併せて御協力願いたい。

記

Ⅰ　口腔内のたんの吸引等の標準的手順と、医師・看護職員・介護職員との役割分担

１　口腔内のたんの吸引

標準的な手順

①　入所者について、入所時及び状態が変化した時点において、

（ⅰ）口腔内のたんの吸引を、看護職員（※１）のみで実施すべきか、看護職員と介護職員とで協働して実施できるか、

（ⅱ）当該入所者について口腔内のたんの吸引を実施する介護職員

について、看護職員との連携の下、配置医が承認する。

② 毎朝又は当該日の第１回目の吸引実施時において、看護職員は、入所者の口腔内及び全身の状態を観察し、看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等を確認する。

③ 当該日の第２回目以降の実施については、①で承認された介護職員は、口腔内を観察した後、たんの吸引を実施するとともに、実施後に入所者の状態を観察する。吸引実施時には、以下の点に留意する。

・ 深く入りすぎないようにあらかじめチューブを挿入する長さを決めておく。
・ 適切な吸引圧で、吸引チューブを不潔にしないように、吸引する。
・ 吸引時間が長くならないようにするとともに、続けて吸引を実施する場合には、間隔を空けて実施する。

２ 胃ろうによる経管栄養

（１）標準的な手順

① 入所者について、入所時及び状態が変化した時点において、

（ⅰ）胃ろうによる経管栄養を、看護職員のみで実施すべきか、看護職員と介護職員とで協働して実施できるか、

（ⅱ）当該入所者について胃ろうによる経管栄養を実施する介護職員

について、看護職員との連携の下、配置医が承認する。

② 毎朝又は当該日の第１回目の実施時において、看護職員は、胃ろうの状態（び爛や肉芽や胃の状態など）を観察し、看護職員と介護職員の協働による実施が可能かどうか等を確認する。

③ 看護職員は、チューブ等を胃ろうに接続し、注入を開始する。

④ 介護職員は、楽な体位を保持できるように姿勢の介助や見守りを行う。

⑤ 介護職員は、注入終了後、微温湯を注入し、チューブ内の栄養を流し込むとともに、食後しばらく対象入所者の状態を観察する。

（２）介護職員と看護職員との役割分担

① 胃ろうの状態に問題のないことの確認、
② 栄養チューブ等と胃ろうとの接続、
③ 注入開始（注入速度の設定及び開始時における胃腸の調子の確認を含む。）

は看護職員が行うことが適当である。

Ⅱ 介護職員が口腔内のたんの吸引等を実施する上で必要であると考えられる条件

１ 入所者の同意

① 入所者（入所者に同意する能力がない場合にはその家族等）が、口腔内のたんの吸引等の実施について特別養護老人ホームに依頼し、当該施設の組織的対応について施設長から説明を受け、それを理解した上で、当該施設の介護職員が当該行為を行うことについて書面により同意していること。

２ 医療関係者による的確な医学管理

② 配置医から看護職員に対し、書面による必要な指示があること。

③ 看護職員の指示の下、看護職員と介護職員が連携・協働して実施を進めること。

④ 配置医、看護職員及び介護職員の参加の下、口腔内のたんの吸引等が必要な入所者ごとに、個別具体的な計画が整備されていること。

３ 口腔内のたんの吸引等の水準の確保

⑤ 施設内で看護師が研修・指導を行う等により、看護職員及び実施に当たる介護職員が必要な知識・技術に関する研修を受けていること。（※２）

⑥ 口腔内のたんの吸引等については、承認された介護職員が承認された行為について行うこと。

⑦ 当該入所者に関する口腔内のたんの吸引等について、配置医、看護職員及び介護職員の参加の下、技術の手順書が整備されていること。

４ 施設における体制整備

⑧ 施設長が最終的な責任を持って安全の確保

のための体制の整備を行うため、施設長の統括の下で、関係者からなる施設内委員会が設置されていること。

⑨ 看護職員が適正に配置され、入所者に対する個別の口腔内のたんの吸引等に関与するだけでなく、看護師による介護職員への施設内研修・技術指導など、施設内の体制整備に看護職員が関与することが確保されていること。

⑩ 実施に当たっては、非医療関係者である介護職員が口腔内のたんの吸引等を行うことにかんがみ、施設長は介護職員の希望等を踏まえるなど十分な理解を得るようにすること。

⑪ 入所者の健康状態について、施設長、配置医、主治医（別途主治医がいる場合に限る。）、看護職員、介護職員等が情報交換を行い、連携を図れる体制の整備がなされていること。同時にそれぞれの責任分担が明確化されていること。

⑫ 特別養護老人ホームにおいて行われる口腔内のたんの吸引等に関し、一般的な技術の手順書が整備され、適宜更新されていること。

⑬ 指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること。

⑭ ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、施設長、配置医、看護職員、介護職員等の参加の下で、定期的な実施体制の評価、検証を行うこと。

⑮ 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされているとともに、夜間をはじめ緊急時に配置医・看護職員との連絡体制が構築されていること。

⑯ 施設内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。

５ 地域における体制整備

⑰ 医療機関、保健所、消防署等、地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること。

（※１）特別養護老人ホームにおける業務にかんがみ、特別養護老人ホームでの高齢者の看護に経験を有する看護師が配置されていることが望ましい（介護老人保健施設その他の高齢者施設、訪問看護事業所又は医療機関も含め、高齢者の看護に十分な知識・経験のある保健師、助産師、看護師及び准看護師を含む。）。

（※２）介護職員に対する研修については、介護職員の経験等も考慮して柔軟に行って差し支えないものの、モデル事業においては、12時間の研修を受けた看護師が、施設内で14時間の研修を行ったところであり、入所者の安全を図るため、原則として同等の知識・技能に関する研修であることが必要である。

２－３　医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について

医政発０４３０第１号
平成２２年４月３０日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長

医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について

近年、質が高く、安心で安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化や複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われているところである。こうした現在の医療の在り方を大きく変え得る取組として、多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」に注目が集まっており、現に、様々な医療現場で「チーム医療」の実践が広まりつつある。

このため、厚生労働省では、「チーム医療」を推進する観点から、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日付け医政発第1228001号厚生労働省医政局長通知。以下「局長通知」という。）を発出し、各医療機関の実情に応じた適切な役割分担を推進するよう周知するとともに、平成21年8月から「チーム医療の推進に関する検討会」（座長：永井良三東京大学大学院医学研究科教授）を開催し、日本の実情に即した医療スタッフの協働・連携の在り方等について検討を重ね、平成22年3月19日に報告書「チーム医療の推進について」を取りまとめた。

今般、当該報告書の内容を踏まえ、関係法令に照らし、医師以外の医療スタッフが実施することができる業務の内容について下記のとおり整理したので、貴職におかれては、その内容について御了知の上、各医療機関において効率的な業務運営がなされるよう、貴管内の保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に周知方願いたい。

なお、厚生労働省としては、医療技術の進展や教育環境の変化等に伴い、医療スタッフの能力や専門性の程度、患者・家族・医療関係者のニーズ等も変化することを念頭に置き、今後も、医療現場の動向の把握に努めるとともに、各医療スタッフが実施することができる業務の内容等について、適時検討を行う予定であることを申し添える。

記

１．基本的な考え方

各医療スタッフの専門性を十分に活用して、患者・家族とともに質の高い医療を実現するためには、各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である。

実際に各医療機関においてチーム医療の検討を進めるに当たっては、局長通知において示したとおり、まずは当該医療機関における実情（医療スタッフの役割分担の現状や業務量、知識・技能等）を十分に把握し、各業務における管理者及び担当者間においての責任の所在を明確化した上で、安心・安全な医療を提供するために必要な具体的な連携・協力方法を決定し、医療スタッフの協働・連携によるチーム医療を進めることとし、質の高い医療の実現はもとより、快適な職場環境の形成や効率的な業務運営の実施に努められたい。

なお、医療機関のみならず、各医療スタッフの養成機関、職能団体、各種学会等においても、チーム医療の実現の前提となる各医療スタッフの知識・技術の向上、複数の職種の連携に関する教育・啓発の推進等の取組が積極的に進められることが望まれる。

２．各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

（１）薬剤師…（略）

（２）リハビリテーション関係職種

近年、患者の高齢化が進む中、患者の運動機

能を維持し、ＱＯＬの向上等を推進する観点から、病棟における急性期の患者に対するリハビリテーションや在宅医療における訪問リハビリテーションの必要性が高くなるなど、リハビリテーションの専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

１）喀痰等の吸引

① 理学療法士が体位排痰法を実施する際、作業療法士が食事訓練を実施する際、言語聴覚士が嚥下訓練等を実施する際など、喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引については、それぞれの訓練等を安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であることを踏まえ、理学療法士及び作業療法士法（昭和40年法律第137号）第2条第1項の「理学療法」、同条第2項の「作業療法」及び言語聴覚士法（平成9年法律第132号）第2条の「言語訓練その他の訓練」に含まれるものと解し、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が実施することができる行為として取り扱う。

② 理学療法士等による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた理学療法士等が実施することとするとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、理学療法士等が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、理学療法士等の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

２）作業療法の範囲

理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」については、同項の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手工芸を行わせること」といった認識が広がっている。

以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第2条第1項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

・ 移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するＡＤＬ訓練
・ 家事、外出等のＩＡＤＬ訓練
・ 作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
・ 福祉用具の使用等に関する訓練
・ 退院後の住環境への適応訓練
・ 発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

（３）管理栄養士

近年、患者の高齢化や生活習慣病の有病者の増加に伴い、患者の栄養状態を改善・維持し、免疫力低下の防止や治療効果及びＱＯＬの向上等を推進する観点から、傷病者に対する栄養管理・栄養指導や栄養状態の評価・判定等の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において管理栄養士が実施することができることから、管理栄養士を積極的に活用することが望まれる。

① 一般食（常食）について、医師の包括的な指導を受けて、その食事内容や形態を決定し、又は変更すること。

② 特別治療食について、医師に対し、その食事内容や形態を提案すること（食事内容等の変更を提案することを含む。）。

③ 患者に対する栄養指導について、医師の包括的な指導（クリティカルパスによる明示等）を受けて、適切な実施時期を判断し、実施すること。

④ 経腸栄養療法を行う際に、医師に対し、使用する経腸栄養剤の種類の選択や変更等を提案すること。

（４）臨床工学技士

近年、医療技術の進展による医療機器の多様化・高度化に伴い、その操作や管理等の業務に必要とされる知識・技術の専門性が高まる中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

１）喀痰等の吸引

① 人工呼吸器を装着した患者については、気道の粘液分泌量が多くなるなど、適正な換気状態を維持するために喀痰等の吸引が必要となる場合がある。この喀痰等の吸引については、人工呼吸器の操作を

安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であることを踏まえ、臨床工学技士法（昭和62年法律第60号）第2条第2項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。

② 臨床工学技士による喀痰等の吸引の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとするとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、臨床工学技士の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

2）動脈留置カテーテルからの採血

① 人工呼吸器を操作して呼吸療法を行う場合、血液中のガス濃度のモニターを行うため、動脈の留置カテーテルから採血を行う必要がある。この動脈留置カテーテルからの採血（以下「カテーテル採血」という。）については、人工呼吸器の操作を安全かつ適切に実施する上で当然に必要となる行為であることを踏まえ、臨床工学技士法第2条第2項の「生命維持管理装置の操作」に含まれるものと解し、臨床工学技士が実施することができる行為として取り扱う。

② 臨床工学技士によるカテーテル採血の実施に当たっては、養成機関や医療機関等において必要な教育・研修等を受けた臨床工学技士が実施することとするとともに、医師の指示の下、他職種との適切な連携を図るなど、臨床工学技士が当該行為を安全に実施できるよう留意しなければならない。今後は、臨床工学技士の養成機関や職能団体等においても、教育内容の見直しや研修の実施等の取組を進めることが望まれる。

（5）診療放射線技師

近年、医療技術の進展により、悪性腫瘍の放射線治療や画像検査等が一般的なものになるなど、放射線治療・検査・管理や画像検査等に関する業務が増大する中、当該業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっている。

以下に掲げる業務については、現行制度の下において診療放射線技師が実施することができることから、診療放射線技師を積極的に活用することが望まれる。

① 画像診断における読影の補助を行うこと。

② 放射線検査等に関する説明・相談を行うこと。

（6）その他

（1）から（5）までの医療スタッフ以外の職種（歯科医師、看護職員、歯科衛生士、臨床検査技師、介護職員等）についても、各種業務量の増加や在宅医療の推進等を背景として、各業務の専門家として医療現場において果たし得る役割は大きなものとなっていることから、各職種を積極的に活用することが望まれる。

また、医療スタッフ間の連携・補完を推進する観点から、他施設と連携を図りながら患者の退院支援等を実施する医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）や、医療スタッフ間におけるカルテ等の診療情報の活用を推進する診療情報管理士等について、医療スタッフの一員として積極的に活用することが望まれる。

さらに、医師等の負担軽減を図る観点から、局長通知において示した事務職員の積極的な活用に関する具体例を参考として、書類作成（診断書や主治医意見書等の作成）等の医療関係事務を処理する事務職員（医療クラーク）、看護業務等を補助する看護補助者、検体や書類・伝票等の運搬業務を行う事務職員（ポーターやメッセンジャー等）等、様々な事務職員についても、医療スタッフの一員として効果的に活用することが望まれる。

２－４　規制･制度改革に関する分科会　第一次報告書

規制・制度改革に関する分科会 第一次報告書
平成22年6月15日
規制・制度改革に関する分科会

規制改革事項	医行為の範囲の明確化（介護職による痰の吸引、胃ろう処置の解禁等）
対処方針	・　医療安全が確保されるような一定の条件下で特別養護老人ホームの介護職員に実施が許容された医行為を、広く介護施設等において、一定の知識・技術を修得した介護職員に解禁する方向で検討する。また、介護職員が実施可能な行為の拡大についても併せて検討する。 ＜平成22 年度中検討・結論、結論を得次第措置＞ ・　リハビリなど医行為か否かが不明確な行為について、必要に応じ、検討・整理する。＜平成22 年度中措置＞
当該規制改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方	○　特別養護老人ホーム同様、有料老人ホーム等の施設においても、入居者の重度化や医療依存度が高まってきており、看護師の配置がない夜間に医療処置を行うことができないため、医療処置が必要な入居希望者の受入れを拒否したり、医療処置が必要となった入居者に退去依頼をせざるを得ない場面が増加している。 ○　行為自体が組織的・継続的に行われることが想定され、本来個々の事例に則して判断される違法性阻却によるのは不自然である。現実には、違法ぎりぎりで行われている行為であり、これを合法化することが必要である。違法行為を行わざるを得ない現状が、介護職員の負担を増やし、離職の一因ともなっているという指摘もある。 ○　リハビリなども含め、医行為か否かが不明確な行為を整理するとともに、痰の吸引や胃ろうの処置を従来の医行為とは区別した上で、諸規制を整備すべきである。 ○　胃ろうの処置について、チューブ接続・滴下は看護師が行うべきとされているが、朝食・夕食時まで看護職員の勤務が必要となり、胃ろう処置が必要な利用者を受入れられるのは一部の施設に留まってしまう。胃ろうの状態を１日１回看護師が確認し、処置前においては介護職による確認で足るとするなどの対応によって安全を担保し、介護職員が胃ろう処置全体を担うことができるようにすべきである。 ○　喀痰吸引も含め、一連の胃ろうの処置も家族は実施可能であり、在宅では介護職等も容認されており、一定の研修を受けることで同等以上の安全性は確保できる。 ○　有料老人ホーム等の特定施設も入居者にとっては終の棲家であり、平均要介護度で判断すべきではない。入居者属性、職員配置、サービス内容とも特別養護老人ホームとほぼ同等であり、施設等の類型によって差異を設けるべきではない。例えば特別養護老人ホームで処置を行っていた介護職員が、特定施設に転職した場合に処置が行えなくなるというのは不合理である。

３　訪問教育に関する第六次全国調査報告の概要

２０１０年７月　**全国訪問教育研究会**

（１）調査の概要

今回の全国調査は「全国の訪問教育の状況を把握し、その実態と課題を明らかにすることにより、今後の訪問教育の充実・発展に向けた課題解決の一助となること」を目的として実施しました。調査は、全国特別支援学校実態調査平成２０年度版（全国特別支援学校長会編）記載の訪問学級設置校を対象として調査用紙を発送し、２００９年５月１日現在の状況について記入していただきました。最終の集約は２００９年９月８日現在で、回収状況は、発送総数４００通、返信総数２１５通、回答率は５３．８％でした。

（２）調査の結果

１　訪問先の割合

全訪研が調査を始めてから、訪問先の割合はほぼ一定しています。病院訪問と施設訪問が各々２割前後をしめ、家庭（在宅）訪問が６割前後です。

２　障害種別の内訳

これまで同様に、肢体不自由（85.5%）と知的障害（61.7%）の割合が多く、次いで病弱（32.9%）となっています。複数の種類の障害を併せ有する児童生徒の比率も高い回答でした。

３　所属校別担当者数の割合

複数の障害種に対応した学校が増えています。四次調査では 37 校、五次調査では 119 校、今回の調査では 175 校になっています。特別支援教育発足 3 年を過ぎ、複数の障害種を対象とする特別支援学校が増加しています。

４　担任の性別

訪問教育担任の性別では、特別支援学校教員の男女比や、各都道府県における教員の男女比等のデータを検証する必要がありますが、女性教員が訪問教育を担当することが多く（74.1%）、その傾向が一層進んでいます。

５　担任の年齢構成

今までの調査で、１９９７年度までは３０歳代が一番多く、２００１年度からは４０歳代が多いという結果がでています。今回の調査でも、４０歳代が一番多い（36.6%）ことには変わりがありませんが、５０歳代（32.5%）が迫ってきていることが特徴です。

６　担任の特別支援教育（障害児教育）・訪問教育経験年数

特別支援教育（障害児教育）の１０年以上の経験者の増加傾向は一層進み、７割近く（69.2%）まで達しました。あわせて、訪問教育経験年数３年未満が占める割合が引き続き減少傾向で半数を割りました（49.7%）が、依然として訪問教育経験年数３年未満が半数近くを占め、各学校では、訪問教育経験年数の浅い先生方が訪問教育を担当しているという課題も残されています。

７　担当者の勤務状況と身分

訪問教育担当者の勤務状況では、専任担当者が圧倒的に多く、校内授業との兼任担当者は減少傾向にあります。さらに、担当者の身分として、非常勤講師が訪問教育を担当するという課題も未だ解消されていません。

８　週あたりの授業日数

全体の授業日数では、今回の調査では、週２日が増加し、週４日が減少しています。２００５年度の調査で減少した「週２日」が増えていることについては、訪問児童・生徒の障害の重度化が考えら

れますが、訪問別授業日数の調査結果の分析他、実態の調査が必要です。

「施設訪問」での授業日数は、週３日以上がほとんど（99.6%）となっていますが、４回と毎日を足した割合は58.7%となっており、前々回の調査から週３回は少数派になっています。しかし、今回の調査では、週４回及び毎日の割合が減少しています。更に詳細な実態の調査が必要です。

９　現状の週あたりの授業時数

授業時数においても、「授業日数週 2 回の増加」に対応して、４時間・４時間未満が増加しています。また、家庭（在宅）訪問でその傾向が強くなっています。施設訪問では６時間以上が全体の 65%となっていますが、８時間以上は 22.4%に過ぎません。授業日数４回以上が 58.7%ですので、１回の指導時間が２時間に満たないことになります。

１０　実情に応じた授業時数

訪問教育の授業時数は「特に必要があるときは、実情に応じた授業時数を適切に定めるものとする」となっています。今回の調査でも、訪問教育担当者から現在在籍している児童・生徒一人一人の「実情に応じた」週あたりの授業時数を考えて回答していただきました。

実情に応じた授業時数は、訪問別で大きく分かれました。８時間以下が、家庭（在宅）訪問では、78%、病院訪問では、41%、施設訪問では、65%となっています。また、１０時間以上は、家庭（在宅）訪問で、５%、病院訪問で、34%、施設訪問では、11%です。この項目は次の「適切またはこれ以上は無理」の項目と関連させてみていく必要があります。

現在の授業時数が「適切」または「これ以上無理」と考える理由について回答を頂きました。**家庭（在宅）訪問**では、「子どもの体力」が大変多い割合になっています。家庭（在宅）訪問の子どもたちの重度化の進行が推測されます。**病院訪問**では「子どもの体力」は半数強となり、「家庭などの都合（ここでは病院の都合ということになりますが)」が 36%と高い数値になっています。手術などの子どもの状況と病院の体制や教育についての考え方などが関係しているものと思われます。**施設訪問**では、「子どもの体力」は半数以下に減り、「家庭などの都合（ここでは施設の都合)」が 45%と「子どもの体力」を抜いています。施設訪問はもともと授業日数が多い結果が出ていますので、ギリギリの所まで協力いただいているという状況が考えられます。

１１　教育課程別の児童生徒数とその割合

全体では、自立活動中心の過程で学ぶの児童生徒が全体の４分の３強（76.0%）の割合は調査が始まって以来変化はありません。しかし、一方で、学年相当教科学習（9.5%）下学年教科学習（3.8%）と一定の割合を占めています。経年的にも１割以上の割合を保っています。ここには、様々な理由により訪問教育を受けるという事実があり、訪問教育の教育課程は、児童生徒個々人のニーズに基づいて多様化している状況です。

病院訪問においては、２００５年度の調査で過半数を超えた「学年相当教科学習」の割合が、38.5%に減少しています。２００１年度以前にまで減少していますが、院内学級の設置状況も含めて更なる調査・検討が必要です。

１２　スクーリングの実施状況

スクーリングの実施状況は、家庭（在宅）訪問と病院訪問では大きな差異があります。前回までの調査結果では、家庭（在宅）訪問と病院訪問を一緒にして結果を報告していますが、今後は別々に分析をして、それぞれの訪問形態での課題を明らかにしていく必要があります。

家庭（在宅）訪問では 70%が何らかの形で実施しています。病院訪問では 30%弱の実施状況です。次の項目「スクーリング無しの理由」と合わせて検討することが必要です。施設訪問ではほぼ横ばいで推移しています。実施回数についても大きな変化は見られません。

「訪問教育の概要（試案）－１９７８年文部省（当時)」ではスクーリングは「通学に向けたレディネスをつけていくため」と位置づけられています。多様な学習集団の確保とともに、今後のスクーリングの役割を確認し、実施していく取り組みが求められています。どのようなてだてを用意すればで

きるのか等を検討することも必要でしょう。

スクーリング無しの理由は、家庭（在宅）訪問・病院訪問で「本人の健康上の理由」がそれぞれ 61%・60%です。施設訪問では、35%でした。その他は、本人以外の理由でスクーリングができないということになります。条件を整備して、実施できる方向に進んでいきたいものです。家庭（在宅）訪問では、「家庭等の都合」が前回調査では 20%だったのが 29%に拡大しています。病院訪問では「交通手段等」が前回の５%から 21%に拡大しています。施設訪問では、「本人の健康上」が前回の 40 数%から 35%に減る一方で、「家庭等（施設）の理由」が若干増えています。それぞれの訪問の形態別に、各都道府県の状況も含めながら個別に分析を進める必要があります。

スクーリング時の交通手段では、家庭（在宅）訪問では、「保護者の車」が 63%と大きな割合を占めていますが、病院訪問・施設訪問では多様な交通手段によるスクーリングが行われている状況です。「病院・施設の車・バス」がそれぞれ 38%・13%となっており、病院・施設との連携がスクーリングにも大きな位置を占めていることが分かります。

１３　夏季休業中の訪問

全体では、「なし」は前回調査より 10 パーセント増え 36%になりました。「１～２回」・「３～９回」ともに減少傾向です。夏季休業中の訪問の減少傾向が見られます。現在の夏季休業中の教員の勤務状況も含めて、更に調査が必要です。

１４　訪問教育にかかわる研修

訪問教育の担当初年度（24.3%）及び 2 年目以降（15.8%）に「研修会参加や研修出張」の機会がない担当者がそれぞれの割合でいます。また、年間の研修回数は、１～３回が 74%で圧倒的に多くなっています。

研修の場では、それぞれの訪問形態で、30%強が民間研修に依拠している状況です。公的研修の機会が少ない中でも、個々の訪問担当者が自主的に研修に参加し学んでいる状況が見られます。行政主催の訪問担当者講習会の復活が望まれます。

研修内容は、多い方から「教育内容」「訪問教育独自」「教材研究」「医療的ケァ」という順になっており、前回調査と同じでした。

民間研究会参加旅費の支給では、「支給されない」は 68%でした。前回の調査と比べての横ばい状況です。訪問教育の専門性の維持・向上のため、公的・民間を問わず、研修旅費の全額支給が望まれます。

１５　担任が休んだ時の対応

担任が休んだ時の対応については、どの訪問形態においても、８割以上で何らかの体制が組まれています。以前の各調査とも大きな変化がありません。家庭（在宅）訪問で 17%、病院訪問で 12%、施設訪問で 15%、対応無しという回答がありました。十数パーセントの割合で対応無しの状況があることは、課題として残っています。

１６　訪問教育における医療的ケア

医療的ケァの種類では、「経管栄養」と「吸引」の割合が多いことは変わり有りませんが、「気管切開」が大幅に増えていることが特徴です。授業中に医療的ケアを要する子どもたちは調査のたびに増えています。訪問教育が命と向き合う教育と言われる理由の一つです。また、今後は各訪問形態別の調査も必要です。

教員が対応している医療的ケアの必要な児童生徒数とケアの種類（スクーリング時を含む）は、２００５年度まで増えていた教員の実施が２００９年度は激減しています。看護師の配置状況も含めて、個別の調査が必要です。

医療的ケアについては、学校看護師が配置されたことを踏まえ、スクーリング時の実施の有無・実施者などについて、訪問形態ごとに調査が必要です。

医療的ケアの校内委員会設置状況は、肢体不自由校・併置校で高い設置率になっていますが、知的

障害校・病弱校では半数にとどまっています。全体としては、２００５年度に比べ、若干増えている状況です。併置校の増加が推測されます。

１７　健康診断

健康診断の実施状況は、２００１年度よりは多くなっていますが、２００５年度調査で増えたにもかかわらず、今回の調査では減少しています。後述する「１８，担任以外の訪問実施状況」で、養護教諭・校医の訪問が減少していることとの関係など、更に個別の調査が必要です。

１８　訪問教育担当者以外の訪問実施状況

担任以外の訪問では、管理職の訪問が最も多くなっています（80%強）。年１回や学期１回が多いことから、始業式や終業式（修了式）での訪問が考えられます。自立活動教諭の訪問は調査のたびに増え、40%に近づいてきています。各学校に必ずしも自立活動教諭が配置されているわけではない現状から見れば、高い訪問率と言えるでしょう。反面、養護教諭・校医の訪問が徐々に減ってきている現状（２００１年度－47%、２００５年度－42%、２００９年度 34%）もあります。この傾向が続くとすれば、健康診断の実施と合わせて、独自の調査が必要になります。また、複数（同行）訪問を含めて、教科担任などの訪問も調査が必要です。

１９　卒業生（中学部）の進路状況

全体では、８５%を超える高等部への進学率ですが、前回調査より減少しています。訪問別では、病院訪問で１００%、家庭（在宅）訪問でほぼ１００%に近い結果ですが、施設訪問では、前回調査（２００５）で１００%だった進学率が、８０パーセントに減っています。個別の調査が必要です。

２０　学校教育卒業後の進路と福祉サービス利用状況

家庭（在宅）訪問では、様々なサービスの利用が行われています。地域のサービスの選択肢がどのようになっているかにもよりますが、「通所施設」「訪問看護」「卒後指導」「ヘルパー」が多くなっています。**病院訪問**では、「病院施設」が圧倒的です。数は少ないのですが、ボランティアや通所施設利用の回答がありました。病院内であってもＱＯＬの向上に向けて、病院との連携の基、更なる工夫が必要です。**施設訪問**では、まだまだ不十分ではありますが、アフターケア（通所施設利用・卒後指導など）が行われるようになってきています。また、ボランティアの導入も多少広がりを見せていますが、値が０のサービスが多く、その他が増えています。既存のサービス利用はされず、様々なサービス利用が模索されていると思われます。

２１　各訪問の状況

家庭（在宅）訪問では、訪問対象となった理由は「本人の体力」が増加（60%）しています。訪問学級在籍児童･生徒の障害の重度化が推測されますが､「授業回数週２回」の増加との関連については、独自の調査が必要です。**病院訪問**では、「学習指導場所の設置」や「職員室等の設置」で前回調査よりも前進が見られます。病院訪問の条件整備が徐々に進んできている状況が読み取れます。また、病院職員との連絡会の実施においても､「定期的実施」が大幅に増えてきています。実施回数では、前回調査ではなかった「週１回程度」の実施も見られています。しかし、依然として 20%弱の「していない」状況があり、今後に課題を残しています。**施設訪問**では、学習指導場所は、「専用の部屋あり」がちょうど 50%と、半数になりました。しかし、まだ「特になし」が 20%であることは今後に課題を残しています。また、今後は、児童・生徒の実態によるベットサイド授業の実施についても調査が必要です。職員室などは今回の調査でも､「専用の部屋あり」は半分に満たない結果です。「特になし」という状況では、十分な教材準備をした上での訪問も困難となります。条件整備は今後の重要な課題となっています。施設職員との連絡会は「定期的に実施」「必要に応じて」を加えると 90%を超えたところで設定されています。

２２　担当者の抱える悩みや課題

（１）実際の指導に関する悩み

訪問教育を担当していて、最も困っていること、悩んでいること、問題と感じることを選択して回答していただきました。１０項目にしようと思いましたが、回答数が１０と９の間で切るのは忍びなく、とりあえず１２項目挙げました。ここ３回の調査では、「指導法・教育課程作りに悩む」が最も多く寄せられています。以下、「生活リズム作り困難」「教材教具が限られる」「集団学習・スクーリングなど行事が困難」が続いています。

（２）条件整備・制度に関する悩み

条件整備・制度の点では、「自家用車利用の不安」「教員定数」「スクーリング保護者負担」等が上位です。この問題では、訪問教育の条件整備がまだまだ途上にあることが伺われます。

（３）指導体制等に関する悩み

２００５年度の調査に引き続き「持ち時間数が多すぎる」がトップになっています。この点では「教員定数の悩み」とも関連しています。以下、「担任一人で相談できない」「経験者の配置」「希望者がいない」等、訪問教育担当者の切実な悩みが浮き彫りになっています。「兼任の難しさ」は学校の訪問教育体制に関わることですが、依然として高い数値が出ています。「兼任」の問題や「持ち時間数」は校内支援体制の中での訪問教育のあり方に問題を投げかけているといえます。

（４）その他の悩み・課題など

２００５年度の調査では、「研修の場が少ない」がトップでしたが、今回の調査では、「ＰＴＡ活動に保護者が参加しにくい」がトップとなりました、更に、３番目に「親同士の連携が取りにくい」が入っています。保護者に関係する項目が最上位にきたことは、訪問担当教員が保護者の様々な活動に対して指向性を高めているともいえます。「研修の場が少ない」「最重度の子の指導資料の不足」等は、訪問教育経験年数や教材研究の時間不足などと関わって切実です。

２３　記述回答から

ここでは、記述で回答していただいた内容から、いくつかの項目をまとめました。前述した項目と重複する部分もありますが、今後の訪問教育のあり方にも関わる内容が示されましたので、それらも含めて示します。「」は記述内容です。

＜授業日数・指導体制＞

訪問教育においては授業日数（回数）や授業時間が訪問教育発足以来の大きな課題です。「週３回、１回２時間」の標準が、児童・生徒の実態から適切であれば問題はないのですが、教員数などの指導体制から余儀なくされているとすれば、改善の方策が必要です。**「どんなに身体が重度であっても、訪問回数３回は少なすぎるとしみじみ感じています。時間は現状が適当だと思いますが、回数を４～５回にしたい。」「１人の訪問教諭が３名までの児童生徒を担当すると、１週５日で午前午後の１０コマを３人で割り振るしかない。だから２時間×３回にせざるを得ない。」**

また、都市部以外では出張に要する時間の関係からも、指導体制の見直しが必要、との意見もありました。**「担任１名に対して子どもの担当人数は３名と決まっているが、地域性などを考慮した担当人数をお願いしたい。（移動時間に往復３時間かかり、それに指導時間２時間で３人担当は実際難しく、負担も大きい）」「義務部の定数配置（3 対 1）は時間的に極めて厳しい（地理的な条件や訪問先によっても状況が異なると思うが）」**

行政によって「週２回」と制限されている地域があります。文科省が「児童生徒の実状に応じた授業時数で実施する」と明言している現在においては、由々しき事態と言わざるを得ません。

＜小規模訪問学級＞

全校で訪問学級在籍児童・生徒が２～３人という、いわゆる「小規模訪問学級」では、小規模であるための切実な悩みが出されています。**「訪問児童２名のため教員一人で訪問を行っている。一人では不安な面が多いので、できるだけ複数の教員がかかわるようにしたいと思うが、そこが、充実していない。」**

「訪問生が少なく、担当する教員も少ない。そのため、校内で訪問教育の意義や大変さ、訪問生の存

在など意識が低く、全体の問題になりにくい。また、重度化が進み、医療的ケアや知識が必要な上、家庭や生活背景も困難、複雑化していて、様々な問題が明らかになるものの、解決の糸口がみつからず、悩み苦しむことが多い。研修の場も限られていて、校務として研修できることは少ない。」

また、知的障害校における訪問教育では、通学の児童・生徒との実態・課題のギャップが大きく、訪問担当者の悩みも大きなものになっています。「本校は知的障害の学校で、その中に２名の訪問教育生がいます。今の２名はとても重度の子どもさんで、医療的ケア（気切でカニューレより痰の吸引が常時必要）の中で生きている状態です。訪問担当１名で対応していますが、通学生と実態があまりに違いすぎ、学校はマンモス校で教員は１５０名いますが、うどん屋さんで１人ラーメンを売っているような感じです。生徒の話を他の先生と話しても理解が難しく、訪問生が学校に来ても一緒に活動することはほとんどなく、音楽の授業を聞く活動がほとんどです（お客さんのような感じです)。訪問か肢体不自由の学校にあれば、もっと子供が交流できるのではないか、教員間の交流もしやすいのではないかと日々思っています。また、実態の違いから授業に対する不安（親がいつも横にいる事への不安、難しさも含まれる←よけいに自信がもてない）で、訪問を希望する人がほとんどいない現状です。肢体不自由の先生なら子供の実態がにているので対応がスムーズではないかと思います。」

＜卒業後の進路について＞

全国訪問教育親の会が中心となった大きな運動で高等部が実現して数年が経過し、超重症児といわれる児童・生徒が高等部を卒業しています。失業後の進路の問題が訪問担任の大きな課題（悩み）となっています。「医療行為を必要とする訪問学級の高等部生徒の卒業後の生活について、進路を考えていく上で、生徒が（保護者も含め）安心して過ごせる進路先の選択肢がとても少ない。在学中に授業などの学校生活を通して味わってきた楽しさ、活き活きとした時間を卒業後も作っていきたいと保護者は強く願っている（ミニディサービス等ができると良い)。」「進路が気になっています。卒後の訪問をしているところはどのくらいあるのか知りたいです。そして可能な方法を探りたい。」

＜研修・指導方法や教育課程＞

「訪問教育担当者講習会」などの研修が実施されている地域と無くなってしまった地域では、訪問担当者の情報収集や指導方法の研修などに相当の格差が生まれています。「県内でさえも各特別支援学校の訪問教育の実施状況や対象の子どもたちのことがわからない状況があり、学校においても少人数派の訪問担当教員は少ない研修の機会などをとらえて情報交換を行っているのが現状です。」「訪問教育の研修については、市訪研で年４～５回行っている。少人数だが、充実したものになっていると思う。大変得るものが大きい研修会である。市や県主催の研修会の分科会の中に、訪問教育がないことが多いことが残念である。」

従って、重い障害のある子どもたちへの「指導方法」「教育課程の編成」に悩みや要求はつきません。「最重度の児童生徒の指導や校外学習の情報など、全国情報をたくさんいただいてきたいと考えている。」「訪問教育が常に手探り状態で行われているように感じます。」「指導法や教育課程などが学校全体として、きちんと位置づけられていればと思うことが多くあります。」「重度、覚醒状態が少ない、自発的な動きが少ないといったような生徒へのアプローチの仕方。教材、教具、補助具などの紹介。」「発達の初期にある児童の指導内容として、固有覚、前庭覚などの感覚刺激が用いられるが、それらに全く働きかけられないことに指導の難しさを感じている。」「生活の全てが施設（病院）であることもふまえて学校の教育課程、内容を考えることの必要性を感じている。」公的な研修会の復活及び充実が望まれるところです。

＜交通手段について＞

訪問時の交通機関の利用については、「公用車」「自家用車の公用車扱い」「公共交通機関」の３種類に分けられます。都市部では「公共交通機関の利用」となっているところが多いです。訪問教員の要求から段階を追って分類すると、

①公用車利用で問題なし：

「公用車を使用していますが、特に困っていることはありません」「公用車を使用。特に問題なし。」他複数回答

②公用車使用だが、古い・利用しにくい・台数が足りない等：

「公用車があるが古いため、故障すると修理に時間がかかる」「公用車が小さく、教材が限られる」

③自家用車を公用車扱いで使用だが、燃料費が少ない・メンテナンス自己負担：

「自家用車を公用車扱い。旅費が安くて赤字になる。」「自家用車使用で１回の訪問で100㎞を超える家庭もあるが、出張旅費はガソリン代が高騰しても変わらないし、車のメンテナンス（オイル交換など）も自己負担となる。」「自家用車を使用しないと現体制での訪問指導は困難である。しかし、事故対応のことなどを考慮すると、公用車の配置が望まれる。」

④公共交通機関利用だが自家用車の利用を余儀なくされている：

「一部自家用車を使用せざるを得ない状況であるが、正式に認められてはいないし、何の保障もない」

⑤公共交通機関のみの利用：

「訪問教育は荷物が多く、公共の交通機関で異動することは難しいと思います」「自家用車では訪問が認められていない（病気など理由以外）。公用車はない」

ということになり、各段階にそれぞれ悩み・要求があります。

駐車場の確保も切実な要求です。

「駐車場がないマンションなどがある。来客用を使わせてもらうが使えない時もあり、その時は自費で有料コインパークなどへ行く」「駐車場の確保ができないこと」他多数回答

教材の運搬や移動に必要な時間的問題を考えれば、駐車場の確保も含めて、公用車が準備されることが望まれます。

＜１０大悩みから＞

「１０大悩み」の経年変化の中で、回答数が増えている項目についてとりあげてみます。

① **「指導にかんする悩み」**では「指導法・教育課程作り」「教材教具」「集団学習・スクーリング」の３項目が一貫して多くなっています（上記**＜研修・指導方法や教育課程＞**参照）
また、「生活リズム作り困難」「子どもの体調が悪く指導できない」の２項目からは、児童・生徒の障害の重度化が伺えます。

② **「条件整備・制度に関する悩み・問題」**では、「自家用車使用の不安」「教員定数」「スクーリング時の保護者負担」「専用の教室」「教材費」と続き、現在の訪問教育制度の不備が浮き彫りになっています。

③ **「担任に関する悩み・問題」**では「持ち時間数」「担任が一人で相談できない」「経験者の配置」が増えていますが、他方「他の教員との連携が不十分」「訪問担任希望者がいない」は減ってきており、学校内での訪問担任の位置づけや他の教員との関わりでは、前進面も見られている様子がうかがえます。

④ **「その他の悩み・問題」**では、「子より親への援助に力を取られる」が一貫して減り、「ＰＴＡ活動や校内研修に親が参加しにくい」「親同士の連携が取りにくい」が増えています。これは、保護者に「ＰＴＡへの参加」や「親同士の連携」を進めてもらいたいと訪問担任が考えている現れと思われます。

２４　再調査が必要と考えられる項目について

今回の調査結果から、独自の再調査が必要と思われる項目を挙げました。以下の項目の再調査は、全国大会での「状況調査」や大会参加者へのアンケート調査、各地域の連絡員を通じての「連絡員コール」など様々な方法で実施し、本６次調査の報告を補っていきたいと思います。また、必要に応じて、「７次調査（２０１２年)」の調査項目を検討していきます。

① 週あたりの授業日数

・今回の調査では、週２日が増加し、週４日が減少しています。２００５年度の調査で減少した「週

２日」が増えていることについては、訪問別授業日数の調査結果の分析他、実態の調査が必要です。

・家庭（在宅）訪問での週２日の割合が多くなっています。

・授業時数においても、４時間・４時間未満が増加しています。また、家庭（在宅）訪問でその傾向が強くなっています。

② 教育課程別の児童生徒の割合

・病院訪問においては、２００５年度の調査で過半数を超えた「学年相当教科学習」の割合が、３８．５％に減少しています。２００１年度以前にまで減少していますが、院内学級の設置状況も含めて更なる調査が必要です。

③ 夏季休業中の訪問

・全体では、「なし」は 10 パーセント増え、「１～２回」・「３～９回」ともに減少傾向です。夏季休業中の訪問の減少傾向が見られます。現在の夏季休業中の教員の勤務状況も含めて、更に調査が必要です。

・施設訪問の経年的変化を見ると、「なし」が 10%増え、その分「３～９回」が同じ割合で減っていることが分かります。

・前回調査では、全体的に増加傾向にあった夏季休業中の訪問は全体として減少傾向が見られます。各地方の状況も含めて、分析が必要です。

④ 教員が対応している医療的ケア

・授業中に医療的ケァを要する子どもたちは調査のたびに増えています。訪問教育が命と向き合う教育と言われる理由の一つです。また、今後は各訪問形態別の調査も必要です。

・2005 年度まで増えていた教員の実施が 2009 年度は激減しています。看護師の配置状況も含めて、個別の調査が必要です。

・医療的ケアについては、学校看護師が配置されたことを踏まえ、スクーリング時の実施の有無・実施者などについて、各訪問形態ごとに調査が必要です。

⑤ 健康診断

・２００５年度調査で増えたにもかかわらず、今回の調査では減少しています。養護教諭・校医の訪問が減少していることとの関係など、更に個別の調査が必要です。

⑥ 担任以外の訪問

・養護教諭・校医の訪問が徐々に減ってきている現状もあります。この傾向が続くとすれば、健康診断の実施と合わせて、独自の調査が必要になります。

・教科担当教員の訪問も調査が必要です。

⑦ （中学部）卒業生の進路状況

・施設訪問では、前回調査（２００５）で 100%だった進学が 90%に減っています。個別の調査が必要です。

⑧ 施設訪問の状況

・今後は、児童・生徒の実態によるベットサイド授業の実施についても調査が必要です。

（3）おわりに

本概要は、調査協力していただいた学校宛に発送する簡略版である関係上、グラフや表などを掲載することは出来ませんでした。詳細は、「訪問教育の現状と課題Ⅵ」として一部 500 円で発行しておりますので、以下までご注文下さい。

＜福岡教育大学　猪狩研究室＞

TEL　0940-35-1520（研究室）

アドレス　　emikari@hotmail.com

※ご注文の際は、電話番号を忘れずにお知らせ下さい。

Ⅲ「こんにちは」総目次

１２４号（２００９年１２月２０日発行）～１２８号（２０１０年１０月２０日発行）

●１２４号（２００９年１２月２０日発行）
◇巻頭言
　高木　尚（全訪研副会長）
◇京都大会特集Ⅱ
　写真、速報、大会アンケート
◇訪問教育全国状況調査より
◇全訪研０８年度決算報告
◇全訪研０９年度予算
◇０８年度活動経過報告
◇指導記録、どうしてますか？
◇次回千葉大会、第一報
◇訪問教育研究№２２をお届けします
◇役員・事務局員名簿
◇編集後記
　ＨＰ開設のこと
●１２５号（２０１０年2月２０日発行）
◇巻頭言
　木下　博美（全訪研副会長）
◇白浜温泉にはいったよ
　熊代　由紀子（和歌山県立南紀支援学校　小学部訪問担当）
◇楽しい終業式の取り組み
　木村　紀子（岡山県立早島養護学校訪問教育小学部）
◇レッツゴー！修学旅行！
　石川県立総合養護学校
◇「ふれあいリラックス体操」やってます！
　葛谷　美里（名古屋市立南養護学校）
◇連載－重症児の理解と授業づくりー３
　高木　尚（全訪研副会長）
◇役員・事務局員名簿
◇指導記録、どうしてますか？
　長　正晴（事務局長）
◇編集後記
●１２６号（２０１０年４月２０日発行）
◇巻頭言
　猪狩　恵美子（全訪研会長）
◇小学部１年Ｋ君の学習を振り返って
　山路　和子（兵庫県立上野ヶ原特別支援学校）
◇初めて訪問生が修学旅行に参加しました！
　小西　酉香（名古屋市立名古屋養護学校）
◇訪問教育での校外学習
　杉本　一美（富山県立富山養護学校）
◇訪問籍の早希ちゃん　東京ディズニーランドを満喫！
　伊丹　尚子（大阪府立東大阪支援学校）
◇指導記録、どうしてますか（３）
　今川　美紀子（静岡県立東部特別支援学校）
　鎌坂　宏美（神奈川県横須賀市立養護学校）
　阿部　慶孝（宮城県立名取支援学校）
　長　正晴（埼玉県立和光特別支援学校）
◇２００９年度　全国訪問教育実施状況
●１２７号（２０１０年７月２０日発行）
◇巻頭言
　岡田　敏男（現地実行委員会事務局）
◇連載－重症児の理解と授業づくり４－
　高木　尚（全訪研副会長）
◇遊び分科会参加予定の皆さんへ～教材作りのヒント～
　木下　博美（全訪研副会長）
◇「花には太陽を、子どもには平和を」－片桐和雄先生を悼む－
　河合　隆平（金沢大学）
◇授業記録の記入と活用について
　阿部　慶孝（宮城県立名取支援学校）
◇第２３回千葉大会　基調報告(案)
◇２０１０年活動方針(案)
◇２００９年度会計　決算報告
◇２０１０年度会計　予算(案)
●１２８号（２０１０年１０月２０日発行）
◇会長挨拶
　猪狩　恵美子（全訪研会長）
◇来賓挨拶
　渡邉　亮司氏（千葉県教育庁教育振興部特別支

援教育課課長）
　今別府　敏氏（千葉県特別支援学校校長会会長・千葉県立袖ヶ浦特別支援学校校長）
　福田　智佳子（全国訪問教育親の会代表）
◇大会記念講演
　地域で子ども達を支える
　前田　浩利先生（あおぞら診療所新松戸　院長）
◇開催地からの報告
◇分科会概要報告
◇副会長を受けるにあたって…
　小西　ルミ子（京都府立向日が丘養護学校）
◇分かり合える仲間たち“全訪研”の魅力～副会長退任にあたって～
　木下　博美（京都府立舞鶴養護学校）
◇編集後記
◇大会宣言
◇ワークショップ
◇閉会集会
◇全国訪問教育研究会第２４回埼玉大会　第一次概要

◇編集後記◇

はじめに、編集者の不手際により、第 23 集の発行が送れたことを心からお詫び申し上げます。執筆者の皆様には寄稿の労を執っていただいたにも関わらず、ご迷惑をお掛けいたしました。また、会員はじめ本研究集録の読者の皆様にもご心配、ご迷惑をお掛けいたしました。次号以降、このようなことが起こらないよう、気を引き締めてまいります。

今年は猛暑ということばが可愛らしく聞こえるくらいの長く暑い夏を耐え、短い秋を味わいながらの訪問の日々です。うららかさ、暑さ、涼しさ、寒さなど四季を、外出がままならない子どもたちに伝えることも大切な教育のひとつだと改めて感じています。

全国大会でのレポート発表では「個人情報の保護」のために、個人名はもちろん学校名や施設名、実践年度、取り組みの写真などを出さずに討議を行う難しさを感じました。また、第 23 集の編集過程でも、発表レポートを公表する難しさから共同研究者のまとめにレポートの内容を含めていただくなど、多大なご負担をお掛けすることになりました。これからは教育実践を伝え、よりよい訪問教育を目指す目的を果たすことが困難になってくるのではないかと危惧しています。そのような情勢の中でも、子どもたちを囲む和を（輪を）広げ、つながっていくことを目指したいと思います。

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）

２０１１年1月

訪問教育研究第２３集

２０１１年1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）