

訪問教育研究 2012

The Japanese Journal of Visiting Education

vol.25

第 25 集

I 全国訪問教育研究会第 25 回全国大会（愛知）報告

大会記念講演

「重度の障がい児の将来の生活設計について考える
～地域協働で本当のニーズに応えていくための医療・家族・教育、
そして福祉の連携～」

分科会報告

分科会共同研究者による報告と発表レポート

II 訪問教育研究資料

1. 共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進（報告） 概要
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 喀痰吸引に関する法律
 - 2-2 特別支援学校等における医療的ケアの今後の対応について（通知）
 - 2-3 文部科学省「平成 23 年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査」
 - 2-4 小中学校における医療的ケアが必要な児童生徒数
3. 地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の公布について（通知）
4. 「訪問教育に関するアンケート—訪問担当教員への質問—」の調査結果報告
5. 東日本大震災発生時の訪問学級児童生徒の被災状況と求められる支援
6. ともちゃんたちが歩んだ道

2013 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 25 集

目次

巻頭言 全国訪問教育研究会会長 高木 尚	1
----------------------	---

I 第25回全国大会報告

■大会概要	2
■実行委員長挨拶	4
■大会記念講演	5

■分科会報告

①健康身体づくり①	共同研究者 多田 智美	19
発表レポート 「病院訪問教育でこうちゃんと出会って」	後藤容子	20
②健康身体づくり②	共同研究者 桑原輝男、竹脇真悟	22
基礎講座 「長期臥床が人体に与える影響—快適な生活を送るために—」	竹脇真悟	23
「子どもの発達と動きの学習」	桑原輝男	25
「呼吸と排痰の基礎知識」	桑原輝男	27
③コミュニケーション	共同研究者 川住隆一	28
発表レポート 「ミヅキ語とは何か—コミュニケーションの主体としてミヅキさん—」	荒木良子	29
④あそび・文化	共同研究者 木下博美	32
発表レポート 「生活を豊かにすることをめざして」	鷺津美和子	33
⑤施設内の教育	共同研究者 河合隆平	36
発表レポート 「施設内訪問教育における教科領域指導Bグループ『みるきく』の実践について」	村田 久仁子	37
⑥病気療養児の教育	共同研究者 濱口典子	41
発表レポート 「3月の写真」の中で	山本 彩美	42
⑦地域での生活支援と教育—医療・教育・生活—		
共同研究者 田中良三、下川和洋		45
発表レポート 「重ねてきた訪問実践を通して見えてきた障害の重い人たちの卒後の豊かな生活支援—感覚の世界に生きる重心メンバーにとつての体験や人との繋がり、集団の大切さ—」	三谷 恵子	46

II 訪問教育研究資料

1. 共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進（報告） 概要	50
2. 医療的ケアの必要な方の地域生活を支える取り組み	55
2-1 喀痰吸引に関する法律	
2-2 特別支援学校等における医療的ケアの今後の対応について（通知）	
2-3 文部科学省「平成23年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査」	
2-4 小中学校における医療的ケアが必要な児童生徒数	
3. 地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の公布について（通知）	63
4. 「訪問教育に関するアンケート—訪問担当教員への質問—」の調査結果報告	69
5. 東日本大震災発生時の訪問学級児童生徒の被災状況と求められる支援	85
6. 全訪研で学んだこと—ともちゃんたちが歩んだ道— 前会長 猪狩恵美子	90

III 「こんにちは」総目次	94
----------------	----

巻頭言

－歴史に学び、受け継ぐ－

全訪研会長 高木 尚

訪問教育研究第25集をお届けします。

年1回発行の訪問教育研究も第25集と回を重ねてきました。全訪研は25年―四半世紀にわたって、訪問教育研究を発行してきたことになります。一口に四半世紀と言っても、そこには私たちの先輩諸氏の並々ならぬ努力があったことは論を待ちません。

手元にある訪問教育研究第1集（1989.7.1 発行）には「第1回全訪研大会より」との副題があり、元会長の西村圭也先生（奈良）の「重度障害児の笑顔をひきだすあそび」、元副会長齋藤昭先生（北海道）の「重症心身障害児の生きる力へのとりくみ」の両報告が掲載されています。「この冊子は昨年、全訪研結成大会での研究発表を西村・齋藤両先生に書き直してもらったものをまとめたものです」との記載がありました。第2集からも研究発表の掲載が続き、第4集（1991年発行）には、特別報告として、「全国重症心身障害児の高等部をつくる親の会（仮称）をつくり、ともに運動をすすめましょう」（石川県重症心身障害児の高等部をつくる親の会）との呼びかけがなされています。ここから、あの高等部実現の運動が始まったのです。

第5集からは、現在のような形式で、全国大会の分科会報告が載せられ、第6集からは訪問教育研究資料が加えられました。第5回大会（東京）の分科会構成は4つ。①在宅訪問の教育課程の充実、②施設内訪問教育の教育課程の充実、③訪問教育制度、④医療的ケアの必要な子どもの教育です。第6回大会（北海道）では分科会構成が変わりました。①医療的ケアの必要な子どもの指導研究、②笑顔を引き出す課題をもつ子どもの指導研究、③コミュニケーションの課題を持つ子どもの指導研究、④運動・移動機能の向上への指導研究、⑤訪問教育の制度問題研究となっています。全訪研がその時々課題と大会参加者のニーズを加味して大会内容を発展させてきたことがうかがわれます。

第3集からは、大会記念講演（一部大会パネルディスカッション）が掲載されています。記念講演は18回行われていますが、そのうちの11回が医療関係の方（医師・看護師他）、3回が教育研究者、福祉関係の方が2回、他2回の内訳となっています。ここに、訪問教育が「日々命と向き合って」営まれている査証があると言えるでしょう。また、講演の内容は「地域で支える」点が強調され



ています。全訪研はこの間、大会テーマの副題に「地域に根ざした訪問教育を進めよう」を掲げ、地域を大切にしてきましたが、この視点の大切さが浮き彫りになっています。

前段で私は「先輩諸氏の並々ならぬ努力」という表現をしました。と同時に、先輩諸氏（私たちも含めて）は、子どもたちとの出会いの嬉しさや研究の楽しさも大いに実感してきたのではないかと感じます。「訪問教育研究」－全訪研の歴史－に触れその意を強くするものです。私たちが「受け継ぐ」大本の幹はそこにあるのではないかと思います。

さて、愛知県名古屋市で開催された全訪研第25回全国大会は、現地実行員会を始め、関係各氏の皆様のご協力と全国からたくさんの参加者を得て素晴らしい大会となりました。本第25集は、大会の全体会と分科会の報告をメインに構成しています。その他、特殊教育学会で発表しました、「東日本大震災発生に伴う訪問学級児童生徒の状況と求められる支援に関する研究」、国立特別支援教育総合研究所の大崎先生との共同研究「訪問教育に関するアンケート調査―訪問担当教員への質問―」の調査結果報告と10年にわたって全訪研会長を務められた猪狩恵美子前会長の手記を掲載しました。手にとってお読みいただき、皆さんと語り合っていただけたらと思います。

子どもたちの瞳輝く訪問教育の実践研究を深め、来年、滋賀で開催される第26回全国大会に持ち寄しましょう。

2012年12月

I 全国訪問教育研究会第25回全国大会（愛知）

全国訪問教育研究会第25回全国大会要項

■大会テーマ■

「地域に根ざした訪問教育を進めよう～すべての子どもたちに豊かな教育を～」

■開催日時■

2012年8月7日（火）～9日（木） 開場12時00分（開会13時00分）

■会場■

名古屋国際会議場

〒456-0036 愛知県名古屋市熱田区熱田西町1-1 TEL:052-683-7711

■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・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

愛知県教育委員会・名古屋市教育委員会・愛知県特別支援学校校長会

■大会日程■

8月7日（火）

- | | |
|-------------|--|
| 13:00～15:10 | 開会・開会行事
基調報告 |
| 15:25～16:40 | 大会記念講演 三浦清邦
（名古屋大学大学院医学系研究科 障害児（者）医療学寄附講座教授）
「医療的ケアが必要な子どもたちを皆で連携して支えよう」 |
| 17:00～17:30 | 全訪研総会 |
| 17:50～18:30 | 分科会打ち合わせ（司会・共同研究者・レポーター） |

8月8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 |
| 16:45～18:00 | 共同研究者・役員懇談 |
| 18:00～ | 訪問なんでも交流会 |

8月9日（木）

- | | |
|-------------|----------|
| 9:30～11:00 | 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 1	参加者のニーズに応え、2つの分科会を設定しました。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。)	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関わりについて。 ◆多田 智美 (三重県立くわな特別支援学校 理学療法士)
②健康・身体づくり 2		姿勢づくりやこどもの活動を引き出す関わりについて。 ◆桑原 輝男 (東京都立府中特別支援学校) ◆竹脇 真悟 (埼玉県立宮代特別支援学校)
③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 (東北大学大学院教授)	
④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。 <u>☆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。</u> ◆木下 博美 (京都府立舞鶴支援学校)	
⑤施設内の教育	分教室や施設内学級、施設訪問等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 (金沢大学准教授)	
⑥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。 ◆浜口 典子 (国立病院機構東名古屋病院小児科医長) ◆猪狩 恵美子 (全国訪問教育研究会会長・福岡教育大学教授)	
⑦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。 ◆田中 良三 (愛知県立大学教育福祉学部教授・生涯発達研究所長) ◆下川 和洋 (全訪研全国事務局・NPO 法人地域ケアさぼーと研究所)	

この大会は私の生涯の宝物

全訪研第 25 回大会（愛知）実行委員長
田中 良三（愛知県立大学）

私は、立場上、各種の学会や研究集会などの実行委員長を務めさせていただくことが少なくありません。そのなかでも、今回の全訪研第 25 回大会（愛知）は、私の人生にとって生涯忘れられないものとなりました。

私は開会式で、この大会に寄せる私の期待は「今日の訪問教育がどこまで発展して来たのか、その到達点と今後の課題は何なのかを明らかにする」ことにあると述べました。この点について、私はこの大会を通して次のような事を学ぶ事ができました。

それは一つに、重症心身障害児の教育形態の一つとしての訪問教育は、命に向き合い、命に寄り添う教育であり、この子らと家族にとっては生きる希望の教育であるということです。しかし、この教育を日々担い支えている訪問教師は、職場において、時に孤独であり、孤立しがちななかで、共に励まし研鑽しあう仲間を求めていることを知りました。このような要求に応えようとしているのが全国訪問教育研究会の存在であり、この全国研究集会であるということでした。

二つめは、重症心身障害児の卒業後の人生をどう生きがいの持てる豊かなものにしていけるのか、充実した地域生活を支援していくために、地域の福祉や医療など関係者との連携・協働をどう進めていけば良いのか、そのことに、訪問教師に何ができるのかと日々苦悩し模索している先生方の真摯な姿でした。

また、私事になりますが、私は今から 40 年前に障害児の教育と福祉の分野に関わり始めました。その出発点は、障害児の教育権保障



としての訪問教育の問題でした。それは、教育制度・政策に対する障害児教育運動の立場からの関わりでした。そして、36年間勤めた愛知県立大学で定年退職を迎える最後の年に、このように訪問教育実践に日々努力している皆さんとの出会いを作っていただき、今日の訪問教育の発展の姿から沢山の事を教えて戴きました。

そして何より嬉しかった事は、実行委員会事務局を担っている中心メンバーのベテランの教師たちとの邂逅と若い教師との出会いがあったことです。実行委員会ではレポート検討など中身づくりを大切に、「第2部」（飲み会）を欠かすことはありませんでした。地元愛知からは心ある沢山の先生方が実行委員やスタッフとして参加して下さいました。これらみんなの力でこの大会を無事成功させることできたことは、何物にも代え難い生涯の宝物として私の胸に深く刻まれました。

最後に、実行委員長としてこのような機会を与えていただいた関係者すべてのみなさんに心より感謝申し上げます。

■大会記念講演

「医療的ケアが必要な子どもたちを皆で連携して支えよう」

三浦 清邦

(名古屋大学大学院医学系研究科 障害児(者)医療学寄附講座教授)

■はじめに

皆さん、こんにちは。今回、第25回全国訪問教育研究会愛知大会開催、本当におめでとうございます。また、このような機会を提供して下さいました大会実行委員長の田中先生、準備をして下さいました実行委員の先生方、本当にありがとうございます。

私は、中学はバレーボール、高校でハンドボール、大学ではラグビーと、チームプレイが好きです。医療的ケアのある子ども達の生活と家族を支えるのは、一人では何も出来ません。みんなのチームワークが欠かせません。医療も福祉も教職も行政もみんなで活動する中で、楽しく、日々を送っております。

今日は訪問教育の先生方を前にしていますが、自分が見ていた子ども達は、ほとんどみんな通学して、訪問教育の先生達とはおつきあいが無いのです。水野先生に伺ったら、全国には3000人くらいの訪問教育の子ども達がいて、そのうちの2/3の2000人くらいは医療的ケアが必要です。だから医療的ケアの話をお願いしたい、ということでした。今日は「医療的ケアの必要な子ども達が、今どのように生活をしているのか・今後どのようにしていってらいいのか」について自分なりに考えたことを発表させて頂き、皆様のご期待に多少でも添えれば、と思っております。

最初に愛知県の紹介をします。私が勤めていた「愛知県心身障害者コロニー中央病院」というのは春日井市にあります。5年前からは豊田市こども発達センターに勤めています。愛知県は人口が740万人くらいで、名古屋市が225万人、その他5つの大きな都市（豊田市、豊橋市、岡崎市、一宮市、春日井市）があります。愛知県の特徴としては、重症心身障害児施設が、全国で一番少ない県だということです。入所施設が少ない、ということは当然、在宅にたくさんいる、病院にかかる人も多い。在宅支援がとても大切な県だと言えます。



■清彦君のこと

障害者医療の醍醐味は、長くその子を診ることが出来る、ということです。小さい頃からずっと支え続けてくると、ご家族との関係も良いものになってきます。色々な人との出会いもあります。今日は、一人のある男性の20年を振り返る、という話から始めることにします。障害のある人達は、こういう長い人生を生きているんだ、ということを見てもらいたいと思います。

今からお話しする方は、一宮市在住です。この方が、地域とコロニーを使いながら、どのように支えられて20歳を迎えたか、ということについてご紹介します。

きっかけは、この人が通っている施設で講演をしたことです。何年かぶりにその子に会ったところ、すごい笑顔を見せてくれました。私は15年間その子を見てますが、初めて見た笑顔です。お母さんに「すごく笑うようになりましたね」というお話をしたら、その夜にメールをいただきました。

「清彦は20年間頑張り続けてくれて、この日まで命を保ってくれたので「笑顔で過ごす」というスタートラインにやっと立てた感じで本当に嬉しいです。いつかお会いできる日も親子で笑顔でお会いできるよう1日1日楽しんで頑張ります。」

これがきっかけとなって、この人の20年間の振り返り替えてみよう、と思ったわけです。

(※榎の木福祉会B型通園「かしの木の里」)

(一宮市)で撮影した清彦君のビデオが流れます。すばらしい笑顔を見せてくれています。)

ここまで来られたのは、本当に多くの人達に命をつないで頂いたからです。お母さんはもちろん一所懸命にやってきたけど、教育も福祉も医療も、みんなで手をつないできたのです。そして20歳になってこの笑顔が見られる…清彦君の過去を振り返ってみます。

1ヶ月健診で首を後ろに反らせる動きがあり、2ヶ月半ころに点頭てんかんの診断があり、3ヶ月に地元の病院からコロニーに紹介され、そこで私は清彦君に出会いました。

4ヶ月～5ヶ月、コロニーに入院しますが、その頃から反り返りが強く不機嫌にもなってきた、大変な状況でした。治療もうまくいかず、母の不安と疲れがピークとなります。カルテを見ると「点頭てんかんの治療をしているのは分かっているが、薬を飲むと活気がなくなる。病気があると言われているのも不安。脳の萎縮があるのも心配。今後どうなっていくのか、将来どうなるか不安」とあります。看護師さんたちが、お母さんを家に帰して、付き添いなしで休んでもらうこともある、そういう入院生活でした。清彦君は、退院時には少し機嫌が良くなっていました。

10ヶ月頃に再び、てんかんが見られるようになり、治療の後に元気がなくなります。笑わなくなり、追視もなくなり、飲めなくなって脱水で入院します。その後、食べられるようになって退院はしましたが、この頃から再び不機嫌で、反り返りが強く出るようになりました。

幼児期は近所のおじさん、おばさんがとても可愛がってくれて、反応がなくても一所懸命に話しかけてくれていたそうです。そのかいあって、1歳5ヶ月頃に、少し機嫌良く笑う日も出てきたそうです。

1歳8ヶ月、気管支肺炎になって入院し、呼吸不全で三日間、人工呼吸器を用いて生死の境をさまよったそうです。ここで、その後ずっと診ていただいているN医師との出会いがありました。

かかりつけ医は、近所の開業医のH医師。この先生は、この頃から往診をして下さっていたそうです。この先生は、清彦君が通っている通園施設の囑託医となり、この4月に再会したということです。

3歳頃から、吸引器を使用。4歳から愛知県

コロニー短期入所を利用しています。愛知県には7つの肢体不自由養護学校がありますが、一宮養護学校にだけ幼稚部があつて2年間、そこに通っていました。全国にはどれくらいあるのでしょうかね？

(※注：全国養護学校実態調査の1997年版によりますと、一宮養護学校には幼稚部があり、14名が在籍していました。当時、全国では23の学校で幼稚部を置いていて、144名が在籍していたことになっています。清彦君は91年生まれです。この時、一宮の幼稚部に在籍していたものと思われます。)

幼児期は比較的落ち着いており、養護学校に入学します。小中学部はお母さんの送迎で通いました。8歳から経管栄養となり、口腔ネラトン法を用いています。5年生の時に新たな出会いがあります。今、通っている「樫の木福祉会」が「重症心身障害児者B型通園・ラチェット」をスタートさせるという情報をつかみ、相談員を紹介してもらい、卒業後を見越して週に1回通い出しました。それが今に至っているわけです。

中学部に入学したところ、高齢者の多い一般病院の訪問看護ステーションを利用し始めます。そこで「清彦君だったら、うちの病院でレスパイト入院出来るんじゃないの」と言ってくれて、実際に4年間、レスパイト入院を利用していました。障害者とは全然関係のない病院で受け入れてもらう、という出会いがあったわけです。

中一で呼吸の問題が生まれ、鼻マスク人工呼吸器を使うようになりました。この主治医は、先ほど紹介したN先生にお願いをしました。口腔ネラトンは、東京では先生がやっているようですが、その当時の愛知県では看護師さんでも認めていませんでした。なので、13歳9カ月で胃瘻を造り、同時に経鼻咽頭エアウェイを使うことで、人工呼吸器が外れることになりました。中学部段階では大きな動きというものはありませんでした。

高等部では大きな変化がありました。思春期にかかって機能低下が始まったのです。高一で気管内挿管をしてI総合病院に転院します。この病院には、その後もずっとお世話になることになります。高一の一年間だけで、4回、肺炎で入院しました。高二の時に限界だろうと考えて気管切開をしました。しかし清彦君は、気管

軟化症になってしまい、通常よりも深く差し込むカニューレを使用することになりました。胃食道逆流の手術も受けました。高三でも肺炎で入院しました。しかしその合間を縫って、毎年恒例の家族旅行には出かけていた、ということです。

高等部卒業後は、ラチェットに通う予定だったのですが、褥瘡のためにI総合病院に長期入院となります。さらに、気管軟化症があると、ラチェットでも医療的ケアの受け入れ態勢が整わないことが分かります。この頃のお母さんは、「退院後のことが不安で泣いてばかりだった」ということでした。

それを受け、行政も交えて個別支援会議を開きます。そして「入院中ではあるけど病院から通い始め、少し慣れたところで退院する」という流れにしました。

退院後は週に2回、ラチェットに通いましたが、気管軟化症というのは、重心児にとっては対応の難しい合併症です。閉塞呼吸になると、アンビューバッグを長時間使わないといけない、しかしラチェットには常勤看護師がいないため、お母さんに施設内待機がお願いされます。母なしで通所出来ると思っていたのに、やっぱり待機が必要。結局気が休まるのは、訪問看護が来てくれる週2回の1時間半だけ、という状態だったそうです。

そこで施設の人の勧めで、厨房での仕事を始めることにしました。ほとんど呼ばれることはないのですが、施設も安心、お母さんも仕事が出来る、ということになったわけです。卒業後1年あまりは、緊張が強く、体調がすぐれない日々が続いていました。

そして去年の4月から、ラチェットに常勤看護師が配置されて、お母さんの待機なしでもいいかな、と工夫をしてくれました。同時に清彦君に転機が訪れます。卒業後2年して、コロニーに短期入所をしている時に発熱し、尿路感染が見つかります。更に検査をすると、石が見つかりました。その手術をしたところ、痛みが取れたからなのか表情が改善し、この笑顔で成人式となり、私と再開した、というわけです。

この取材をしたのは6月ですが、今もこの笑顔で毎日、ラチェットに通っています。お母さんも調理師としてお仕事をしています。常勤看護師がいますから、お母さんは仕事をしている

だけです。送迎も施設で行っています。訪問看護、訪問リハ、訪問診療を使いながら20歳を迎えた、ということです。

ここで彼の今までの関わりをまとめてみます。(※、以下「医療系」「福祉系」「教育系」については、スライドの内容を記述します)



●医療系

- ・訪問診療 H子どもクリニック(ラチェットの嘱託医でもある)
- ・訪問診療 K皮膚科
- ・N医師 B総合病院からN総合病院に異動しても一貫して支えてもらっている。医療入院等。
- ・コロニー中央病院

小児神経科(三浦・中三まで)、S医師から、現在はK医師。毎月通院、抗てんかん薬や筋弛緩薬等の処方、短期入所。

小児外科 胃瘻と気切はN医師、腎臓手術はT医師

整形外科 I医師。定期診察、装具、ボトックス治療。

- ・T病院 訪問看護、レスパイト入院
- ・訪問看護 T訪問看護ステーション、現在はB訪問看護ステーション。週1回、母親の休息と清彦君の健康チェック。
- ・訪問リハ 現在はB訪問看護ステーションから派遣、週1回。

●福祉系

・相談員 檜の木福祉会、相談支援センター「ゆんたく」の野崎氏

・通所 かしの木の里の重症心身障害児(者)B型通園ラチェット。常勤看護師配置。職員も医療的ケア研修受講。

・ヘルパー 社会福祉協議会のヘルパー。7歳の時に母親と姉との時間を確保する為に利用開始。現在は檜の木福祉会居宅介護事業所「キープ」

- ・訪問入浴 週2回
- ・短期入所 コロニーは継続、T病院で気管切開するまで4年間。その後B民間病院もトライしたが、入所中呼吸状態が悪くなり、転院。やはり難しいと判断された。

コロニーで月に1回、1週間。木曜日から木曜日で、退院時に診察。

腎臓の手術をするまでは反り返りが強く、本人を置いて家に帰っても母は安心して眠れない。お母さんに休んでもらうために短期入所を

使ってもらっているのに、母が毎日面会に来ていた。それでも「清彦をみんなに知ってもらいたくて、いろいろな情報を知るために預けていた」とお母さんは言っていた。今は機嫌が良かったので、安心して預けている。

●教育系

・一宮養護学校

幼稚部2年、小中高等部12年、合計14年通学

・愛知県は平成15年4月（清彦君小学部6年生）から、看護師1名（1日6時間）配置が始まる。しかし、口腔ネラトン法は実施行為に含まれておらず、申請できなかった。

・清彦君は中学部1年で胃瘻造設した後、二期から医療的ケアを申請した。内容は、毎日の吸引と、エアウェイの管理と注入。中学部になりスクールバス乗車を希望しましたが、呼吸の心配がある、と許可されなかった。ヘルパーさんの送迎を試みましたが、看護師の送迎ではないから、と学校から許可がもらえず、当時母は体調が整わないことが多く、清彦君を登校させられずに2人で家にいる日が増えた。

★

この取材を終えて、お母さんが長いメールをくれました。ちょっと長いのですが紹介します。このメールを読んで、冒頭の「スタートラインに立つ」というお母さんの気持ちが理解できた次第です。

「反りや緊張が強い清彦が一歳の頃、脳波検査後だった気がしますが、清彦の場合は生後一年間の経過を見ると一般的にはこの現状から何か出来るようになるというよりも後退することが多くて、良くても横ばいの可能性が高いから、何か出来るようにしたいと思うよりも、笑顔で穏やかな時間を過ごすことを考えてみてはどうかと言われた時も、先生を信頼していたので、これだけ辛いことをはっきり言うてくださるには逆に適当な思いではないはずだと思い、言葉上ではかなりショックなはずなのに何故か素直に受け止められたことも覚えています。」

「そして『木全さんは、あれこれ病気に関する本とか難しいものとか読まなくていいからね』と言われたことも、何故か素直に飲み込めて、病状がどうの発作がどうのではなく、今日の前にいる清彦が笑顔になれるように可愛がることを考えていこうと思えたきっかけにな

った気がします。」

「それで、そこから清彦が笑顔で過ごす毎日が人生の目標になりましたが、清彦はいつも何かしら体内で不調があるのか、あまり穏やかに過ごせないし笑顔もあまり出なくて、必死で笑わせればたまに調子が良ければちょっと笑える程度の子で本当に辛かったです。この子は人生を喜んで楽しめることは出来ないのかなと親として辛い日々でした。」

「平成23年秋、腎臓結石摘出手術を終え、痛みがなくなったストレスのない清彦になり、楽しい刺激を与えればダイレクトに喜んで笑える清彦になれたことが、やっと「笑顔で過ごせるスタート地点にたてた」思いでした。」

「あとはどれだけ笑顔になれるかは私たちの関わり方次第で質も量も私たちの好きなようにうんと幸せな気持ちにしてやれることが可能になったんですから。普通の元気な赤ちゃんなら誕生と同時にそのスタート地点に立てるわけで、清彦は20年遅れたけど、でもちゃんとその日が来たんだと思いました。」

「でも周りも驚くほどそれでも清彦は復活してくれて、毎度毎度本当に生命力強い子だね～と言われました。その毎度復活してきたうちの一回でも途切れたら今日の喜びを知ることもなく、清彦はいつも苦しんで亡くなっていったね、で終わってしまっていたらもうから、腎臓結石が原因だと分かり摘出手術も成功した今日まで、苦しみぬいては毎回這い上がって命を繋げてくれた清彦の頑張りが本当にいとおしかったです。」

「子どもの笑顔が見られるのは親の何よりの幸せなので、お母さんたちをこんな幸せな気持ちにしてくれて親孝行だねありがとう、とよく清彦をギュッとしていました。そのたびに清彦は子犬みたいな顔して喜んでました(笑)今でも毎日、ありがとうね、と言うと喜んで笑っています。」

「そういう意味での『清彦は20年間頑張りがつづけてくれてこの日まで命を保ってくれたので、“笑顔で過ごす”という（ことに向けての）スタート地点にやっと立てた感じで本当に嬉しいです。』だったんです。」

「赤ちゃんの頃から養護学校にあがるまでは近所に住む叔母の家族に家族ぐるみで本当に愛情たっぷりに遊んでもらい可愛がってもらいました。あまり反応がなくても本当にいつも

とことん可愛がって下さいました。そのおかげで、それから何年か後にそれまで本当に笑わなかった清彦が少しずつ笑うようになりかけた時も、『あっ、命がまだあって良かった』と思い、一歳の時に死にかけたけど人工呼吸器をつけて治療して命を助けて下さったN先生に今更ながら本当にありがたかった、とお礼を言ったことも思い出しました。」

「腎臓結石を見つけて下さったK先生や、難しい手術を成功させて下さったT先生のありがたさも本当に忘れられないとまた思い返しました。」

「コロニーで発病当初からお世話になり、今でも相談させてもらっている三浦先生はじめ、檜の木のみなさんも、言うまでもありません。N先生、H先生、K先生、訪問で来て下さる介護・看護・リハ・入浴の方々、ショートを受けて下さった病棟の皆さん、コロニーのI師長さん、I病院の担当看護師のMさん、養護学校の頃の担任してもらった方で今でも連絡を取り合っている清彦を応援して下さいっている何人かの先生方など、いろんな方々にいろいろな形で清彦の命や生活を支えてもらいました。本当にありがたいです。」

「20年間苦しいことばかりが多く、様々な思いに押しつぶされそうな時もありましたが、今日の穏やかな日々や清彦の笑顔や周りの方々のあったかいオーラに触れるたびに苦しんだり頑張ったりしたことは意味がないことではなかったんだ、と嬉しい気持ちになりました。」

…是非紹介したかったので、お話をさせてもらいました。あきらめちゃいけない、命って大事だな、と思って、とことん付き合っただけの命を大事に、大事につないでゆく…この20年間の中で先生方が関わるのは一つの時期だと思いますが、一所懸命に関わっていただけたら、と思っています。

今回の発表に喜んで同意して下さい下さった清彦君とお母さん、施設の方々にお礼を申し上げます。

■ 寄付講座について

続いて、私に関わっている「名古屋大学大学院医学系研究科障害児（者）医療学寄付講座」についてお話をします。医学部に「障害者」という名前がついた講座は、3年前に熊本大学に

「重症心身障害児医療学寄付講座」というのが出来ました。名古屋大学が2つ目になります。地域の重症心身障害のネットワークを作る、というのが仕事です。

私は2年5カ月の期限で名古屋大学に配置されました。小児科と整形外科と精神科、いわゆる障害児者が関わる3つの科の代表からなる講座です。

講座が出来たきっかけは、愛知県内で障害者医療に従事する医者がどんどん辞める、という事態が発生したことです。医師不足を解消するためには学生時代から教えないといけない、ということを考えて、愛知県が講座を設けました。対象としては小児期発症の障害児者と、成人年齢に達した障害者、具体的には知的障害児者、自閉症を中心とした発達障害児者、脳性麻痺・筋ジストロフィー・骨系統疾患を中心とした肢体不自由児者、重症心身障害児者です。発達障害医療等の拠点施設として再整備される愛知県コロニーと連携して、障害児者医療福祉についての研修事業、研究・調査、障害児者医療福祉についての社会への啓発活動も必要である、と考えています。

時を同じくして、今年の6月、中日新聞が「支えよう、在宅の重症児」という特集を組みました。『愛知県も捨てたもんじゃないぞ』という情報を全国に発信する意味もあって、少し紹介します。

「人工呼吸、気管切開、胃瘻などで医療的ケアを受けながら在宅生活を送る重心児が増えている。小さな命を守る医療の進歩はめざましいが、日常の支えはまだまだである。親が24時間の世話をしていることも多い。在宅の重症児達をめぐる医療の課題と新たな動きを2回に分けて紹介する。」

この時紹介して頂いたのは、豊田市で往診をやっている在宅医療の大石先生です。老健とか特養も持っていて、10年くらい前に「私はこの地域に障害者も高齢者もない、みんなが使える施設を作ります。私にとって障害者も高齢者も差別はありません。障害者の方々も支援します。」と宣言をされます。

当時、入学前の子ども達は、呼吸器を使ってしまうと、お母さんが家から離れられず、訪問看護の人が来てくれた時だけ、買い物に行けるという状況だったわけですが、それを何とかしようとされました。先生は、訪問看護ステーシ

ョンを持っていたので、お母さんが大変困っているという話を聞いて、週に3回、日中一時預かりを老健の部屋で始めました。そこにはちゃんと付き添ってくれる人がいて、地域の行政がそこに対して日中一時支援事業ということで、かなり加算してくれて、今は事業として成立しています。

大石先生は「呼吸管理を必要とする重い子ども達を預かってくれる施設はまだまだ乏しい。高齢者の福祉制度は充実してきたけれども、それと同程度の体制が小児の在宅にも必要である。週に数日の日中一時預かり、月に数日の短期入所などの支援があつてこそ在宅医療を続けられるのだ」とおっしゃいます。また、短期入所施設、いわゆる重心施設を作りたい、ともおっしゃっています。すごい方が愛知県にはいます。

■学生の施設実習

私は今、学生を障害者施設で実習させていますが、その記事も掲載されました。

対象は4年生ですから、2年後に国家試験を受けて医者になるのですが、半分は「重症心身障害」という言葉を知りません。こういう学生が教育を受けないで卒業後に研修医となって、当直に行くと重心児に出会うことになるわけです。知らなければ怖いですから、講義をしているわけですが、講義のあとのアンケートによれば、重心児に関心を持ってくれたりしており、実習も必要があるだろうと考えたわけです。

講義では、私だけではなく、障害のある方々にも来てもらいました。昔診ていた子ども達で、すでに主治医と患者の関係ではないのですが、「学生たちに話をしてくれないか」とお願いしたら「将来、自分の子どもを診てくれる人への話ですから喜んで行きます」と快く来て下さいました。養護学校の先生達も、来てくれました。

お母さん方は「この子達は快眠、快食、快便出来て初めて体調が整い、それでこそ次のステップに向けて成長していけるので、医療が上手に関わってくれとありがたい。この子達の生に力を貸してほしい。」「周りから『可哀そう』と言われるのが一番ショック。確かに可哀そうなどころはあるかもしれず、慰めの言葉のつもりかもしれないが、医療職も含めて『頑張っているね、すごいね』と言って欲しい」などとお話してくれました。

学生にアンケートをとったら、障害者医療の講義は大事だという意見が多かったので、ポリクリを行いました。

(※事務局注：ポリクリとは「医学部高学年における病院実習のこと。語源は、ドイツ語で総合病院を意味する Poliklinik から来ていると言われる。実習形式に関しては諸大学でまちまちであるが、だいたい2～3週間単位で1科を実習する。)

(<http://d.hatena.ne.jp/keyword/%A5%DD%A5%EA%A5%AF%A5%EA>)

ポリクリでは、重心児施設や整形外科も見てもらいましたが、ケアのある子どもと、その親御さんと、学生(1～3人)で、1時間くらい話をしてもらい、ということをやりました。学生のアンケートには「講義の時には前に行きたかったけど、お母さんにどう声をかけていいのか分からなかった」というものがありましたので、面と向かって話をする機会を設けた、というわけです。20歳をちょっと超えたばかりの学生ですから、お母さん達の話を一所懸命に聞いていました。

終わってから学生は、アンケートにいろいろなことを書いてくれました。

「大変な中にも成長を感じ取った」

「お母さんが深い愛情を注いでいる姿に感激した」

「親御さん達が命をととても大事にしていることが分かった」

「生きるということ、命の尊さ、強さについて改めてよく考えてきっかけになった」

「とても感銘を受けた」

「親子のきずなの愛に感動した」

「障害児の方々が天使のようでした」

「医療の進歩があるからこそ、障害とともに生きてゆくことになった患者さんを見て複雑な気持ちになりました。」

「障害のある子に医療が必要なのが分かった。将来、救急外来などで障害のある方の診察をする機会はきっとあると思いますが、そのような場面で『よく分からないから』といって逃げるのではなく、自分にできる精いっぱいのことを他のスタッフと協力しながらやってきたい。」

「NICU等で治す治療が圧倒的にやりがいがあると思っていたが、親御さんや患者さんの笑顔を見て、支える医療にも確かな価値があるのだと感じた。」多くの学生はそう思うでしょ

うね。

「今後、医学教育の中でより障害児者医療に接する機会（実習）を増やして行ってほしいと思う。」この意見は結構ありました。これからも続けてゆきたいですね。

私も「こういう世界があることを知ってほしい。将来、医療の現場で重症の子と出会った時に、知らない・分からないと怖くて、その場しのぎで終わってしまう。知っていれば、一所懸命に関わろうとしてくれるだろう」という思いがあって、ポリクリをしたわけです。

お母さんの感想です。

「〇〇は自分でご飯も食べられない、トイレにも行けない、歩けない、話せない、呼吸でさえ吸引をしてもらわないと出来ない。親の私が看護出来なくなったら、みんなに迷惑を掛けるだけの存在ではないか。何のために生きているのか、と思ったこともありましたが、三浦先生に声をかけてもらって、〇〇がポリクリに協力させてもらえることが、凄く嬉しくて『〇〇でも、生きていて良いんだ、〇〇の存在がこれから生まれてくる障害児の役に少しでも立てれば…』と強く思うことが出来ました。三浦先生がおっしゃったように、どんな子だって社会参加出来る、みんなに伝えなきゃ、と思いました。」

医学部の学生に対して、この子とお母さんが、ものすごくインパクトを与える講義をしている。どんなに偉い教授でも、こんな講義は出来ないです。障害者医療の教育は、実際の方々に触れてもらうことが一番良いことだと思いますので、今後も続けてゆきます。

もう一人のお母さんの感想です。

「△△や私は、家族、友人、リハビリの先生、コロニーの先生、看護師さん等に恵まれているため、辛い時も苦しい時も何とか乗り越えてきましたが、きっとそうじゃない人たちもいて、毎日精神的に余裕のない生活を送っているママ達がいることを忘れずにいたい、と個人的に思っています。そんなママ達を少しでも助けるためにも、若い、これからの先生達に障害児者本人や家族のことを心に留めることに協力出来るのなら、ぜひこのポリクリを続けさせて頂きたい、と思います。」

学生100人のうち、本当に障害者医療に進むのは、数人いるかいけないかでしょう。しかし何科に行ったとしても、こういう子ども達がい

ることを知った医者が世の中に増えてくる、ということは、決して無駄ではないと思います。ポリクリは学生にとっても、お母さん方、障害のある人たちにとっても、すごく良いことです。今後も続けてゆく必要があると思います。

■治す医療から、支える医療へ

今、小児神経学会では、障害者医療は「治す医療から、支える医療へ」という言葉を広めようとしています。障害者医療では、根本治療はなかなか出来ません。でも医療の果たす役割というものがあります。それが「支える医療」です。

具体的に言うと、健康増進、障害の軽減・改善、成長・発達の促進ということ、医者だけではなくて福祉や教育の人たちみんなで支える医療を進めてゆこう、ということです。「QOL医療」「緩和医療」という言葉を使っている先生もいらっしゃいますが、個人的には「緩和」といいますと、何となく先が見えているような気がします。重心の人たちは、胃瘻でも気管切開をしていますが、50年、60年生きる人もいますから、「緩和」ではないだろう、という気がしています。

この「支える医療」は、最近では「攻めの医療」もしています。昔はしていませんでしたが、今は胃瘻や喉頭気管分離などを積極的に行い、QOLを高めるようにしています。昔の障害者医療は、受身でそーっと見ているというイメージでしたが、最近は外科的領域もかなり入ってきています。

現在、重症心身障害の方々は増えています。「攻めの医療」ですから、「重心だから治療しない」ということは、ほとんどありません。一般の方が受けているような医療は、普通に受けている、それを親御さん方も希望なさっています。それで当然ですね。

かつて重心の人たちは、経管栄養という選択肢がありませんでしたから、食事が出来なくなったら、それが寿命でした。吸引器もありませんでしたから、自分で排痰が出来なくなったら、それでおしまいでした。今は違います。かなりのことを医療として提供できる時代ですから寿命も延びています。

NICUから、障害のある人たちがどんどん在宅生活に出ていきます。昔は22週で300グラムの赤ちゃんは、助ける対象にもならな

ったのですが、今ではNICUで助かります。障害を持たずにNICUを出ていく子ども達もいます。素晴らしいです。昔なら30週くらいの子でも障害児になってしまいましたが、今はそうではありません。

医療の進歩はすごいです、『助けたい』という先生達がいる限り、やはり助けきれなかった子どもたちが生まれてきますから、重心児の発生は増えています。寿命が延びていますので、そういう人たちも成人になります。現在施設での重心の方々の平均年齢は45歳です。最高70歳という方がいて、高齢化問題になり始めています。

もう一つ、寿命が延びていることとあいまって、障害が重度化してきています。NICUから出てくる子どもたちの多くは呼吸器をつけており、訪問教育しか考えられないというケースが多くなっていますし、途中で重度化する方々も増えています。

世の中の流れとして、親御さんたちも在宅生活を希望しています。保護者が高齢化してくると施設も必要になりますが、やはり在宅の人が増えてきており、在宅支援ということがますます重要になってきます。在宅生活には、教育と福祉は非常に大切なので、先生方の役割は、とても重くなっています。医者も病院で待っているのではなくて、在宅支援が大事になってきています。

名古屋市では、この6年間で重心の方は1.

15倍に増えました。入所施設は増えていませんから、入所者は変化せず、在宅の方が6年間で120人増えています。

重い人が増えてきたことに関連して、大島分類のことで、今、大島分類のIを6つに分ける「横地分類」というのが提唱されています。大島の分類Iというのは、座位不可で、IQ20以下の人を指しますが、寝返りが出来て3歳くらいの知能があれば、会話も出来ますけども、今はそういう方々よりも、寝返りも言語理解も困難な人たちがNICUから出てきて、増えていることも知っておいて頂きたいことです。

これは今から5年前に日本小児神経学会が調べたデータ(表1)です。超重症児というのは、医療的ケアの濃厚な人たちということです。全国で7,300人くらいの方がいて、人工呼吸器は2,300人。気管切開が4,000人、経管栄養は7,000人くらいいらっしゃいます。7~8割の方が在宅です。家族のケアがほとんどで、ヘルパーなどの社会資源の利用が非常に少ない。しかもこの方々のピークは2~5歳です。若年齢で特に増えていることが分かります。

愛知県のデータ(表2)でも在宅の方々の気管切開率は10人に1人、吸引も3人に1人、吸入も4人に1人くらいやっています。本当に在宅の方達は重くなっています。

大阪は15年前から、医療的ケアの必要な人

表1 超重症児数(20歳未満、準超重症児も含む)

2007年5月1日時点の4県の悉皆調査による(アンケート回収率100%)

	超重症児(超重症+準超重症)	人工呼吸器装着児	気管切開児	経管栄養児
入院数+在宅数	7,350	2,300	4,000	6,900
在宅比率	70.7%	50.0%	60.0%	68.1%
在宅児数	5,200	1,150	2,400	4,700

※人口比率平均0.3/1000であり、全国で7,350人、新生児期発症67%。

※2歳から5歳がピーク

※うち7~8割が在宅で医療的ケアの可能性あり

※人工呼吸器31%、気管切開54%、経管栄養94%

※家族ケア97%(93%母親)

※訪問診療7%、ヘルパー12%、訪問看護18%

日本小児科学会倫理委員会「超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点」

日本小児科学会雑誌 2008. 112. 94-101

のすべてのデータを医師会が把握しているというすごい地域ですが、それによりますと、この15年で在宅酸素の人は7.4倍、人工呼吸器は6倍に増えています。船戸先生は「小児ハイテク在宅医療」という言葉を使っています。重い人たちが間違いなく増えています。この

方たちが皆さんの前に現れるようになってきています。若ければ若いほど重度だということですから、皆さん方がこれから迎える子ども達は、更に重度になってゆくでしょう。

表2 在宅重症児(者)実態調査 必要な医療的ケア

愛知県(H17年9-10月)・名古屋市

	愛知県	名古屋市	
		H19年6-8月	平成21年度
吸引	26.3%	30.2%	34.9%
気管切開	6.1%	8.8%	11.7%
在宅酸素	5.5%	5.8%	6.8%
人工呼吸器	2.8%		
経管栄養	23.6%(胃瘻 7.4%) (経鼻経管 14.5%)		胃瘻(12.5%)
吸引かつ経管栄養	18.7%		
導尿	4.3%	4.0%	3.4%
なし			51.0%

■ 6つの支援

在宅生活を送る上で必要な6つの支援というものがあります。

1：日中活動

彼らが外に出ないでお母さんとだけ過ごしていたら、インパクトが周囲に広がりません。ですから、どんなに障害が重度でも、入学する前も後も、社会参加は提供したいものです。

2：家庭での支援（訪問系サービス）

これも是非必要です。訪問教育もしっかりと提供して頂きたいです。訪問診療も盛んに行われています。

3：短期入所（日帰り含む）

お母さん方が疲れてしまいますので、時々預かってあげたい。でも愛知県は特に重心施設が少ないので、高齢者施設の利用など発想を変える必要があるでしょう。

4：医療機関

先ほどの木全君は、基幹病院の主治医もいましたし、かかりつけ医もいて、かなり充実していました。

5：障害の生活の場の確保

6：相談したい時（相談支援事業、コーディネーター）

これらをつなぎ合わせる人たちも必要です。木全さんには相談支援専門員が随時相談に乗

っていました。

木全さんの場合、この6つがしっかりと提供されていました。お母さんは苦勞されていましたが、この支援の輪があったために何とか20歳まで来られたのではないかと考えています。

すべての地域で、全ての方々にこのようなサービスが提供できるようになればみんなが幸せに過ごせるだろうと思います。

豊田市では、どんなに重度でも0歳児から療育に乗せたいと考えています。お母さん方は、子どもを受診に連れて行っても周囲の子ども達は、それ程障害が重いわけではありません。自分の子どもだけが障害が重いと孤独感があります。どんなに小さくても、障害が重くても、療育の中に入ってもらうことで、仲間が出来るし専門の先生に診てもらうことも出来ます。幼稚園からでは遅いです。この取り組みも徐々に広まりつつあります。

■重症心身障害者の医学について

ここから医学的な話にいきます。まず、重症心身障害者の特徴を3つ、覚えておいてください。

1：医学的に特徴的な症状

反り返って緊張するというようなことは、一

般の病気ではまず見られません。「呼吸障害」「摂食障害」「胃食道逆流」の3つは、因果関係があります。呼吸障害のある重心の方を見たら、他の2つはどうか必ず診ます。この3つは、とても大事です。

このような特徴的な病態が複雑に絡み合っ
て医療依存度が高く、予想外の事態が起こります。ですから、日常的に急変した時にどうしたらいいか、ということは頭の隅に入れておいて欲しいことだと思います。重い子どもたちが増えてきていて、先生方がケアをして、お母さんがそばを離れることが、あるかもしれません。そういう場合のリスク・マネジメント（＝いざという時のこと）は、しっかりと理解しておいて下さい。木全君のことについて施設で勉強会をしたとき、地域の消防隊の人が来てくれました。消防隊もでも『もしこの子からSOSが来たら…』と心配していたのです。地域で関わる人、すべてに知っておいてもらうための勉強会というものは、大切だと思います。

2：年齢

子ども達は発症時には小児ですので身体機能は発達しますが、一方で早期に機能が落ちてきます。小一の時には食べていた子が卒業時には胃瘻になったり気管切開しているような例を先生方もご存知だと思います。それを「思春期シフト」と表現している先生もいます。発症時には軽度の人でも、思春期頃から医療的ケアが必要になるケースもあります。3歳で吸引が必要になり、12歳で経管栄養、胃瘻、21歳で気管切開という人もいます。これをしなければ、生きていくことが出来ないわけです。変化があれば、それに合わせて医学的な治療も必要だし、介護方法も変えていかないとはいけない、そういうことが必要な子ども達なんだ、ということです。

私がコロニーにいた頃に、気管切開をした人が69人いました。年齢をみると、1歳から4歳と、10歳から14歳にピークがありました。1歳から4歳は、新生児期から重い子ども達が退院して来ている、何とか吸引だけで過ごしていたのが、1歳を過ぎてやっぱり気管切開が必要になった子ども達なのでしょう。10歳から14歳というのは、「思春期シフト」の子ども達です。

ところが私の後任の先生が同じ調査をしたところ、気管切開が一番多いのは0歳児でした。NICUにいる時から気管切開をしている、ということです。このデータからも子ども達は重

度化していること、でも自宅で過ごしたいというお母さん方の希望があることが、分かります。
3：個別性

子ども達は全員、一人一人違います。医療現場では、健常の人との比較で病気かどうかを診ますけども、重心の方というのはその基準が最初から外れている。発想としては、日常状態との比較が重要になります。熱があっても、多少呼吸が早くても、もしかするとその子は、それが日常なのかもしれません。NICUには二酸化炭素が少したまっている状態でも、もともとそうなのかもしれない、という子がいます。日常を一番知っているのは、お母さんです。ですから学生には「必ずお母さんに日常のことを聞くように」と言います。

医療的ケアの考え方として、痰がうまく出せないのであれば、なるべく早く吸引器を使うべきだ、と僕は思っています。ゼロゼロしているのを我慢する必要はないです。昔は、吸引器を使うと医療的ケアなので、学校に行けなくなるから、吸引器を使わないケースもありましたが、今はそんなことはありません。必要があれば導入すると良いでしょう。

どうしても吸引だけでは苦しいようであれば、気管切開をします。最近では喉頭気管分離をして誤嚥防止をしますが、気管切開には出血というリスクがあります。「気管切開をやりましょう」とお母さんに言う以上、合併症が起こらないようにしっかり管理するのは、医者の大仕事です。

食事に関しては、検査の結果、誤嚥が見つかることはあります。しかし子どもは発達の可能性がありますから、症状が軽ければ許容範囲と考えて、食事内容、姿勢、時間等を工夫しながら、摂食を続けることもよくあります。ただ栄養が不足する場合には、積極的に経管と経口を併用する時代です。併用しても誤嚥性肺炎を繰り返すようならば、気管切開をする場合もあります。

20年前は、チューブが入っているとお母さんが付き添わないといけないから、無理して経口摂取していた時期がありました。今は、必要があるのなら積極的に経管栄養を取り入れようとしています。本当に最重度であれば、口を湿らす程度。重度の方は、好きなものだけ少量程度。中度くらいですと、3食のうち朝は忙しいから注入だけど、後の2食は経口で。軽い人であれば、発熱した時だけ経管栄養という場合もあります。この場合、胃瘻がなくてもチュー

ブの入れ方が分かっていたら、お母さんがさつとチューブに切り替えることが出来ます。一週間、チューブで様子を見る、抗生剤を持っていれば、それも入れる。点滴も必要ありません。家で治ってしまうのです。結果的に、こうすることで経口摂取を長く続けることが出来るわけです。

経口摂取を続けることはとても大事なことです。食事を摂らないと口の中に緑膿菌やMRSA等、誤嚥性肺炎の原因となる菌が増えてくるのです。ですから「食べない」という選択肢は極力避けたいところです。ですから0か100か、ではなく、出来る限り上手に併用してゆくことが、これからの流れでしょう。

重心児に口腔ケアはとっても大事です。名古屋の青い鳥福祉医療センターでは、ある時期に歯科衛生士が専門的に介入して口腔ケアをしっかりと行ったところ、年間の発熱日数が半分になりました。口の中をきれいにする、ということがいかに大切なことか、先生方も食後にはハミガキ指導をしていると思いますが、ぜひ衛生士さんたちと連携を取り、しっかりとした口腔ケアを身につけてもらえると良いかな、と思います。

ただし経鼻経管ですと、痰が増えたりしますから、併用の為には今後、胃瘻が増えてゆく可能性はあると思います。大阪には「胃瘻は第二の口だ」「胃瘻を作るのは、新たな食生活の獲得だ」と言っている先生もいます。

経管栄養や気管切開というのは(言い過ぎかもしれませんが)「歩けなければ車椅子」というレベルで考えても良いくらいだ、と思っています。この子達にとって、なくてはならないものだ、と考える時代になってきたのだろう、と思います。

胃瘻を作ってよかったとおっしゃっているお母さんのメールを紹介します。

★ 18歳、男性、福山型先天性筋ジストロフィー

13歳時の体重22キロだったのが20キロに低下。14歳時にNPPV(※)を導入開始。

18歳時、軟飯・軟菜や刻み食を食べていたが、一旦体調を崩しだすとどんどん悪くなり、体力を回復する前にまた風邪を拾い、また悪くなるという負の連鎖。

少し復活した時に胃瘻を作ることにより、体力が回復し、風邪などへの抵抗力が出来、同時

に飲み込みも回復し、また食べられるようになりました。

嫌いなもの(薬など)や、口から補給しにくい栄養素を胃瘻から入れて栄養バランスも良くなっていると思います。

今のように風邪の季節には、ビタミンCを補給してやったり、身体にいいと言われるものも試すことが出来ます。例えば青汁とか黒酢とかノニジュースとか…。

風邪などで入院が続いていた2年ほど前に、口から食べることにこだわっていたら、どんどん栄養不足で体力もなくなり、また大きな病気(インフルエンザなど)にかかったら、それをきっかけにきっと亡くなってしまっていたのでは…と思えてしまいます。

子どもは、おいしいものだけ口から食べられる喜びを得られたと思います。薬を毎回叱られながら飲むことから解放されたのですから。親も叱りたくもないのに、叱っていたことから解放され、親子共々、楽しい食事の時間となっています。

いつかすべて胃瘻からになる時も来るでしょうが、でも少しでも元気でいられる時間を胃瘻により与えられたのだと思っています。

★

※ Non-invasive Positive Pressure Ventilation：非侵襲的陽圧呼吸。鼻マスクまたはフェイスマスクを使用して陽圧換気を行なう換気様式。

胃瘻については、高齢者の間では「延命措置」として悪者扱いされています。その流れの中で障害児の胃瘻が語られる時期がありましたが、絶対に別物です。障害者の胃瘻は、胃瘻を作ることで、これから何十年生きるかもしれない、決して延命措置ではなくて、「第2の口」なんです。食べられなければ胃瘻を創ればよい、という発想です。人生は食べるだけが楽しみではないです。生きてゆく楽しみを味わうために胃瘻が必要です。新しい人生を頑張るために、胃瘻があるわけです。高齢者は年間10万人、胃瘻を作っています。それを見直す風潮になっているようですが、ぜひ皆様方は、障害児の胃瘻と一緒にしないように、生きてゆくために必要な、メガネや車いすと同じくらいの感覚で論戦を張って頂きたい、と思います。

■医療的ケアのこと

医療的ケアというのは、教育の場から出てきた言葉ですから、みなさんの方がご存知でしょう。厚労省は、医療的ケアは「医療行為」である、と言っています。医療行為の中でどうしてゆくか、ということが検討されている状況です。「医療的生活援助行為」として、医療行為でもあるし、生活援助行為でもある、という中間にあるものを「医療的ケア」と呼んでいます。

今年の4月までは「違法性の阻却」という法的整理で、学校と在宅と高齢者施設等、限られた現場で行われていました。学校現場では「口と鼻からの吸引」と「注入の経過観察」「胃瘻からの接続と経過観察」だけは認められていました。愛知県と岐阜県では、先生がやる事が認められていなかったもので、看護師がやっていました。在宅では、口と鼻からと気管切開カニューレからの吸引がOKで、注入はだめ。特養ではもっとしぼりがある、口からの吸引と、胃瘻注入の経過観察だけが良い、という。このような3段階で違法性の阻却が認められていました。

学校以外の障害者施設では、一切検討もされていませんでした。積極的にやるところは、違法性の阻却の論理に沿って同意書を交したり、研修をしたりしてやりましたが、法的には何も検討されていませんでした。その反省の上に立って、今回、介護保険法等が改正されて法的にOKということになりました。

喀痰吸引と経管栄養の6行為に関しては、特定の研修を受ければよい、ということになり、すべての場（学校、在宅、障害者施設、老人施設）で同じことが、同じようになりました。

そうすると、特定の障害者の方たちにとっては日中活動も短期入所でも、入所でも、今までは学校と自宅と特養でしか認められていなかった医療的ケアが、研修の仕組み等が過渡期であって不十分ではありますが、法律上は一応、ほとんどの場所で認められることになりました。

特別支援学校の例を出しますと、胃瘻と経鼻経管栄養の数が、一昨年から逆転しています。平成19年は2対1くらいで経鼻チューブが多かったのですが、一昨年から逆転して、どんどん差が開いています。経鼻チューブの人がどんどん胃瘻になっているということもありますし、最初から胃瘻にしている人もいます、ということです。これは先ほどの経管栄養と経口摂取を併用するためには、やはり経鼻チューブが入っていると違和感があります。2週間に一度

の交換は、非常に苦痛でもあります。胃瘻の手術は腹腔鏡というのを使得とても簡単になっていますので、これから増えてくると思います。さらに非医療職の方が対応する時、経鼻チューブは胃に入っているかどうかの確認を慎重に行う必要があります、安全性からすると、胃瘻が勝ります。

またこの4年間で人工呼吸器を使っている子と、気管切開の子が1.5倍くらいに増えていきますね。このデータからも学校現場での医療的ケアがものすごく増えていることが分かります。先ほどの医療的ケアの仕組みですが、特定の人へのケアを行うためには、登録研修機関でしっかりと研修してから、ということになりますが、この機関が地域格差が激しい。京都府はしっかりと仕組みを作っていますが、愛知県は民間が手を上げるのを待っている状態です。そういうところもある。書類の作成などとても大変なので民間で受けようという所は少ないです。仕組みは出来たけど、運用面ではまだまだ十分ではない、ということは知っておいて欲しいと思います。

学校における医療的ケアを看護師だけがやっているのは、文科省によると13県です。この中に、愛知県と岐阜県と、名古屋市が含まれています。これを見て、東京や京都の先生は、「愛知県はなっていない、何とかしなければ」と言われるでしょう。でも、今回認められた6行為ですが、それ以外にも医療行為はいっぱいあります。呼吸器の酸素量を調整することや、胃瘻ボタンの再挿入、口腔ネラトン法など、レベルの高い行為があります。それよりも易しいものとしては、注入の接続は看護師さんがやって、見守る行為や、人工鼻の着脱などもあります。また、呼吸器回路がずれたのでちょっと動かす、という行為はどうでしょうか、愛知県では議論がありました。確かに、いじった時に外れることだってありますから、これを考えると生活行為として無罪放免とは、医者としては言えないんです。そうすると、これも医療的ケアの範疇で考えないといけない。そうなってくると、学校の先生は何もできなくて、看護師さんがへばりつきにならないといけないわけです。これはやっぱり教育ではないだろう、と考えています。

愛知県と岐阜県では、最終的な行為に関しては、教員はやっていませんが、食事介助や呼吸介助、姿勢管理など是一所懸命にやって下さっています。その子に寄り添って状態を理解して、少しでもQOLを上げようとしてくれていま

す。それぞれの県の事情（財政、医者の数、これまでの伝統等）の中で実施していることなので、任せてもらうしかない、と思います。しっかりしたコンセプトを持ってやっているのであれば、良いのではないかと、思っています。

訪問教育は医療的ケアが多くて、先生方が直面する問題も、これから解決してゆかないといけません。小中学校にも670人もの医療的ケアの必要な子ども達があります。特別支援学校全体では、5500人くらいの医療的ケアの必要な子どもがいますから、約1割以上の子が普通学校にいる、ということになります。愛知県のイメージだとかなり多いように思います。ですから、宮城県など政策的に小中に医療的ケアの必要な子を入れる、としている地域では多いのでしょう。この子達の医療的ケアをどうするか、という問題もあります。

愛知県では、12年前まではほとんど親御さんが付き添っていました。その時に、あるお母さんが、立ち上がりました。このお母さんと私は18年の付き合いで、今では主治医と患者との関係は離れていますが、愛知県の医療的ケアを何とか充実したい、と一緒に活動しています。

お子さん（D君）は、重症仮死でした。0歳の時にリハビリを求めて私と出会いました。生後5か月から點頭てんかんを発症し、治療中は不機嫌・不眠でお母さんが疲れていました。反張も強いお子さんでした。3歳の時に胃瘻を作り、今は経口摂取が可能です。胃瘻は水分補給や体調不良時のために維持しています。今、肢体不自由養護学校の高等部3年生です。主治医は地元の総合病院で、かかりつけ医も同じです。福祉は、愛知県は数が少ないので、短期入所するために浜松市まで足を伸ばしています。

簡単な経過です。

- ・平成12年11月、D君が6歳の秋（翌年養護学校に入学予定）に、愛知県の医療的ケアが進展せず、必要児の保護者が常時学校待機している状況を悩む。

- ・愛知県知事と語る会に応募して、直接愛知県知事に解決を要望。県知事は「特殊教育諸学校における医療的ケア検討会」開催を決定し、2年間の検討会に保護者代表として参加。

- ・同時に「愛知県医療的ケアを考える会」を保護者中心に立ち上げ、代表に。

- ・署名活動も行い、平成15年4月に看護師配置が実現した。

今、愛知県は各学校に3～5人の看護師さんが配置されていて、全県で30人います。今問

題なのは、その看護師さんがすべて非常勤である、ということです。常勤の看護師さんで、やる気のある方が、昇給もないので辞めてゆく、という方が結構いました。1人でも2人でも常勤の方を、というのがお母さん方の願いです。交渉してゆかないといけません。

このお母さんは、この他にもがんばっています。難病の子どものキャンプにも行ってますし、ヘルパーさんも使ってます。学校ではプールにも入っています。

以前、学生にこの子達がプールに入る、という話をしたら、ものすごく驚いていました。学生のレベルでは、この子達がプールに入ることは想像も出来ないことのようにでした。重心施設の見学はしましたが、ぜひ学生には養護学校にも行ってもらわないといけない、と思ってます。実際には難しいから、お母さんと話しているのは、ビデオを撮って講義で使う、ということです。個人情報の問題もあってまだ実現してません。

医者でも、指導医以外の人は、養護学校での患者さんの様子を見たことがありません。私も実際、10年位前までは、ほとんど養護学校には行きませんでした。学校での子ども達のあまりの表情の違いに驚いた経験もあります。病院では、良い顔なんかしませんよね。その話は、歯科衛生士さんからも聞いたことがあります。歯医者では絶対に口を開かない子でも、家なら開くことはある。いろいろなことを在宅で行う、ということは必要だな、と思います。

この会は今でも続いていて、飯野先生や下川先生の講演会をやったり記念誌を発行したりしています。このお母さんは、私の医療的ケアの“同志”のようなものです。これからも良い関係で、同じ思いを持って福祉などの充実を目指してゆきたいと考えています。

■最後に

医療について最後にお話します。障害のある子達は、3人の主治医を持って下さい、と言っています。歯医者さんは別にして、かかりつけ医、救急の時の医者、障害専門の医者です。先ほどの木全君がそうでした。総合病院の主治医、コロニーでは僕が診ました、かかりつけの先生もいました。そのために必要な時に医療がしっかり提供できて、20年過ごすことが出来たのです。ぜひ、3人の先生を持って欲しいと思います。

東海地方の特徴として、歯科の先生が障害者

歯科治療に積極的です。「東海障害者歯科臨床研究会」を開いています。岐阜大学の玄先生が、理解のある先生です。ここから在宅訪問している歯科衛生士さんも、たくさんいます。

かかりつけ医と、障害者施設にも主治医が欲しい、中核病院にも主治医が欲しいです。3つの病院を上手に使う、このトライアングルにしっかりと入ってもらうことがとても大事だと思います。

子ども達の年齢が上がってくると、主治医の中には「在宅支援診療所」として往診をしている先生も、地域に増えてきました。厚労省は、長期入院は避けたいと思っています。高齢者も含めて在宅に返したい、そのためには地域で医者が診てくれないといけない、医者も点数をつければ、診ることが出来るわけです。在宅に対する点数を上げてゆく、ということも必要です。

今は総合診療部、というものがあって、細かい臓器別の治療ではなくて、全体を診るという医療がまた、見直されてきています。その先生方が開業すると、在宅支援診療所でなんでもOKになります。その先生達がたまたま地域にいてくれると、ずっと診てもらえるわけです。往診してくれて点滴もしてくれる。自宅に孫がいるとすると、その先生が往診する時に電話して来てくれて、孫の風邪薬まで持って来てくれる、インフルエンザの要望接種もしてくれる、とても感謝されています。

点滴も、重心の方は難しいですね。救急病院では、若い先生が苦労しています。高齢者の世界では、腹壁注射というのがやられていて、点滴になるのですが、それは小児科の現場では知られていなかったことです。高齢者医療の先生が在宅医療をやっていると、障害者の方にも、それをやってくれた。夜中じゅう、ゆっくりと抗生剤も入れてくれて、入院が減って、電話すると来てくれて、必要に応じて点滴もしてくれる。「お母さん、8時間後に抜いてね」と言って帰ってゆく、というような在宅医療です。高齢者で培ったノウハウを障害者医療に適用しているわけです。

「在宅支援診療所」という言葉を覚えておいで下さい。そして「地域に主治医がいない」という話を聞いたら、紹介してあげて下さい。高齢者を見ている先生たちの中には、必ず障害者を診てくれる先生がいます。そのような先生を捕まえて「主治医になって下さい」と言って欲しいと思います。

以上まとめますと、医療的ケアの必要な人た

ちは、みんなで連携して支えることが大切だ、ということです。本人と家族を、地域の人たちが支えつつ、教育、福祉、医療。お金があるので、行政が支える。先ほどの木全君は、これに理想的にはまっているのだと思います。

今回の取材を通して、今までは「この子達は受け身に、支えられている」ということだったのですが、受け身ではなくて、学生に教育もしてくれるわけです。地域に住んでいることは、地域に影響を与えていることになるわけです。行政にもお母さん方が働きかける必要がある。受け身ではなくて、両方向ではないか、と思います。僕たちが支えるだけじゃなくて、みんなで支え合っていく、そういう社会が理想かなと思っています。

医療は必要ですが、医者だけでは、こういう重い子は支えられません。医療職だけではなく、教育、福祉、行政みんなで支え合う社会を作らないといけない。もうすぐ選挙があるかもしれませんが、こういうことを理解してくれる政治家が必要でしょう。

お金を持っているのは行政ですから、そういう理解のある人を送り込むことです。

ご清聴ありがとうございました。

第1分科会「健康・からだづくり」

■共同研究者報告

多田智美

三重県立桑名特別支援学校 理学療法士

レポート1本、参加者は27名という分科会で、一番初めに参加者全員の自己紹介をしました。参加者のほとんどが訪問教育にたずさわって1～3年目の人で、中には地域校から転勤し一年目で訪問教育にたずさわっているという教員がいたのには正直驚きました。訪問教育は、一人のお子さんへのかかわりが少人数、極端な場合には、一人で一年間を担当することになります。そこに経験の少ない教員を配置せざるをえない訪問教育の現状は、特別支援教育が求められている専門性の提供には相反することであり、特別支援教育の抱えている課題を非常に反映していると思われました。

さて、レポートでは、愛知県立大府養護学校の後藤先生が、「病院訪問教育でこうちゃんとであって」と題して、長期間病院入院をしている小2男児について報告されました。制限された教育環境の中で細やかにこうちゃんの反応を観察されて、次の課題を探られている様子がうかがえました。こうちゃんは体調は安定している様子でしたので、特に聴覚に優位性を示すお子さんでしたが、それ以外の感覚刺激（スヌーズレンなど）での反応もしっかりと観察する大切さや教材の工夫がフロアから意見交換されました。また、発表者からは、下肢の拘縮を予防に対してその方法を知りたいという希望がありましたが、拘縮が目立つ膝の動きに注目されすぎて足部や股関節の可動性の把握は曖昧であるなど、身体の実態把握についてはもっと深められるとよいのではないかと思います。これはよくあることで、拘縮が目立つ関節のみではなく、全身の運動性を確認していく

ことが大切であると考えます。

午後からの『実技講座』では、経験年数が少ない人が多いということで、出来るだけ基本である児童生徒への触れ方、身体が緩むという感覚を実感していただくことから始めました。また呼吸への支援ということでは、肩甲骨の動きから胸郭の運動性の改善を図ること、腹筋群の緩め、そして呼吸運動への支援を実施しました。呼吸指導というと、理学療法の中で実施されている呼吸介助手技が主流が、各校でも多く取り入れられているとは思いますが、これは技術獲得に時間のかかる手技でもあります。それよりも日常的な姿勢で、全身運動から呼吸の動きを教えるという観点から、毎日の教育活動の中で取り組める抱っこの中で出来る呼吸支援の方法を実技で実施しました。普段、一対一で子どもに相對することの多い訪問教育にたずさわる教員の皆さんが、みんなでああでもないこうでもないと身体の緩みを感じながらの実技は、二学期からの実践に生かして頂けるのではないかと期待しています。

第1分科会 「健康・身体づくり1」

■発表レポート

病院訪問教育でこうちゃんと出会って

後藤 容子
愛知県立大府養護学校

1 児童の実態

こうちゃん（仮名）は、昨年より、大府養護学校の病院訪問教育を受け始め、今年度私が担当することになった。人に声をかけられるとかわいい笑顔で応える児童である。生育歴としては、在胎7ヶ月、約400グラムで生まれ、脳内出血のため水頭症となった。現在の病院に入院して、4年ほど経過している。現在の状況としては、生活すべてに全面的な介助が必要である。気管切開、胃ろう増設手術を実施。パルスオキシメーターで脈拍数や血酸素飽和度をモニターしている。食事は、胃ろうにより経管栄養補給している。衣服の着脱もすべて看護師が行っており、おむつを使用。痰が絡むため、頻繁な吸引が必要である。目は、はっきりと見えていないように思う。私のがぞき込んでアイコンタクトしても笑顔を見せないが、手を取って名前を呼ぶと笑顔になる。

訪問の授業がある時と、保護者が面会に来た時、そして、入浴時以外は、ベッド上で過ごしている。体重は、昨年末10キロになり徐々に増加している。両足は拘縮し、くの字に軽く曲がっている。両手、指は、自発的によく動く。右手でタオルをつかんで口に持っていったり、右手の親指をしゃぶったりする。機嫌がよいと右手を振り下ろして、ベッドをたたいて楽しむ。かまってほしい時もたたいて伝える。声や音楽をじっと聴いていることもある。表情も豊かで、よく笑う。笑い声が聞こえそうな笑顔も見せることもよくある。つまらない顔もする。舌先を出

して「ペー」をするような遊びもする。こうちゃん
の表情は多彩である。

障害の程度を表にすると以下のようなになる。

上肢 両手、両指ともに自発的に動く。	下肢 坐位不能。歩行不能。
食事 胃ろう（粉ミルク、栄養ドリンク）	排泄 おむつ使用、全面的に介助が必要である。
移動 バギーを使用	着脱 全面的に介助が必要である。
言語 表出言語はない。名前は分かっているようだ。	慢性肺疾患による呼吸機能障害による日常生活活動制限。

2 授業の実際

こうちゃんの授業は、週に3回2名の教員で行っている。私が担任として、週2回の授業を担当する。もう一回は、昨年も授業を担当していたA先生が音楽的な内容を中心に指導している。（下の表*参照）

授業は、カンファレンスルームで行う。授業開始時に、バギーに乗って、酸素ボンベを持って移動する。バギーに乗ったまま授業を開始し、途中で教師に抱かれる。抱いた時は、頭が重く首がすわっていないため、頭をしっかりと保持する必要がある。また人工鼻が外れやすいので気をつけている。

<授業の内容>

*月曜日	*水曜日	金曜日（A先生の授業）
はじめの会（歌・出席シール） 終わりの会（歌・がんばりシール） ふれあい体操 オリジナル体操など	はじめの会 終わりの会 ふれあい体操 オリジナル体操など	はじめの会 終わりの会 ふれあい体操
からだのじかん 抱っこタイム 抱っこを楽しむ。 抱っこで音楽を聞いたり、楽器に触れて音を出したりする。	ふれてみよう、作ってみよう 抱っこタイム 素材に触れ、その感触を楽しむ。 最近、水遊びをした。	きいてみよう いろいろな楽器の音色を楽しんだり、触れたりする。

3 授業の中での様子と変容

授業の内容は、昨年と同じ流れで進めている。歌も同じものを使い、耳から入る音の情報を大切にした。繰り返すことで、耳慣れて分かってくると考えた。さらに授業を進めていく中で、こうちゃんは、こちらからの情報を受け取り、応えることができる。つまり、呼びかけたら手や指を動かして返事ができると強く思った。

具体的な取り組みとしては、はじめの会と終わりの会の歌では、主にタンバリンを活用し、タンバリンを聞いて授業の開始や終わりが分かるようにした。タンバリンを演奏することで、明るく楽しい雰囲気も生まれた。

また、出席調べで、教師が「こうちゃん」と名前を呼ぶと、「はい」の返事として、彼が指先を動かしてタンバリンをトントンたたくことにも取り組んだ。(写真1) 私の手に、直接指先でトントンすることも行ったら、私の手のひらにトントンしてくれるようになった。(写真2) 初めての感触のものは、指の動きを止めてたたくとしないが、繰り返し触れて感触に慣れてくるとトントンできる。返事だけでなく、自発的に楽器に触れて自分で音を出して楽しめることも必要と考えた。軽いタッチで音の出る楽器の上に手を持っていき、誘導してたたく。繰り返しているとその感触に慣れ、少しだけたたくようになった。自発的に動かした手でタンバリンをたたき、大きな音が出ることがあった。そんな時は、「すごね。上手だね。」とほめている。

最近授業の中で、自分からうれしそうに、右手を元気に振り上げて、ベッドや腕の下のクッションをたたき始めるようになった。もっと遊んでほしいとのアピールだと思う。そんなときも、その手の動きに合わせて、「ああ、トントン。もう一回。」と声かけをする。私の合いの手に合わせて笑顔で手を振り下ろして楽しんでいる。

まさに、こうちゃんと確実にコミュニケーションが取れていると感じる時である。また、たたくことから得られる感触や音の刺激をこうちゃんが楽しんでいる時である。

授業では、積極的に素材に触れる活動も行っている。例えば、出席シールを指先で持つ。毎回取り組む中でつまみ持ちができると分かった。がんばりカードは、のりの感触を味わってから台紙にはっている。指先に何かついたなあと言うような、いやそうな顔をする。こうちゃんは、感触をしっかりと感じている。夏なので、水（お湯）遊びをして感触を味わっている。こうちゃんの指先の感覚は、とても敏感で、水に手をつけることに慣れないので、すぐに手を引っ込めてしまう。入浴は大好きなので、少しずつ少しずつ慣れていけるように思う。

姿勢に関して言えば、ベッドで寝た姿勢ばかりなので、抱くことで姿勢の変換をした。私が立って両手で抱いたり、私が椅子に座って膝に彼を立て抱きにしたりして、抱き方を変えている。私が立って抱く時は、揺れを楽しむようにしている。スキンシップを感じて笑顔を見せてくれる。

4 今後の課題

病室のベッドの上で慣れ親しんだ「こうちゃんの世界」を訪問の授業で少しずつ広げていくことができればと思う。2学期以降の授業の中で次のことを考えていきたい。

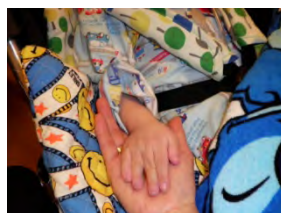
- (1) ベッド上で寝ている時やバギーに乗った時の自助具の工夫を考えたい。具体的には、ブーメラックッションを製作したいと考えている。
- (2) 足の拘縮を防ぐための方法として、どのようなことができるのか。ふれあい体操等の取り組み以外に何かできないか。

写真1



タンバリンをトントン。

写真2



先生に返事するよ。

第2分科会「健康・身体づくり2」

■共同研究者報告

桑原輝男

東京都立府中けやきの森学園

竹脇真悟

埼玉県立宮代特別支援学校

今回は、本分科会にレポート報告がなかったもので、前半は、共同研究者から健康・身体づくりに関する基礎講座を3本、後半は実技研修を行った。訪問教育は、訪問回数や授業時間の制限もあり、十分に身体に働きかけられないことが多い。訪問担当教員自身が、健康や身体に関する基礎知識を深め、継続的に取り組む中で、子ども達の身体を解放し、気持ちを授業にむけていくことにつながっていく。レポート報告ができなかったにもかかわらず、50名を超える参加者があり、熱心に講座のメモをとっていた。実技研修では、ベッドや車いす上という制限がある中でも身体に働きかけることができる方法など、実際にペアを組み、お互いにやり合う実習を通して学び合った。今年度から共同研究者が2名体勢となったので、丁寧な実技研修を行うことができ、「目から鱗が落ちる」体験ができた参加者もいた。

●基礎講座

- (1)「長期臥床が人体に与える影響—快適な生活を送るために—」(竹脇)
- (2)「子どもの発達と動きの学習」(桑原)
- (3)「呼吸と排痰の基礎知識」(桑原)

●実技研修

「筋膜リリースによる、関節可動域の拡大と呼吸支援について」「支持面とリラックスする姿勢づくり」など。

●参加者の発言から

- ・訪問教育の担当になったが、親は専門性の高い人にかかわって欲しいという要望があり困っていた。自立活動部の先生などと複数で訪問している学校があるということを聞き、自分の学校でも複数訪問できれば、自分も教わることができると思った。(京都では、自立活動専任4名が週一回訪問教育に同行しているという報告があった)
- ・身体への取り組みは、人工呼吸器をつけるなど動きの制限がある場合、どのようにしていったら良

いのか迷うところがあったが、支持面を増やすとリラックスできることがわかったので、クッションの形状など工夫してみたい。

・病院訪問では、病院職員からあまり動かさないようにとの指示があると、怖くて身体に触ることができない。→全く動かせないわけではないと思うので、病院のPTなどに相談しながら取り組めることを探っていく方が良さそう。筋膜にはたつきかけるやり方は、身体に負荷をかけないので、胸郭などを中心に行うと呼吸が楽になるので、取り組んでみてはどうか。

・訪問教育対象のお子さんは、医療的な知識も必要など、校内で質問できない場合が多くて困っている。このような講座があるととても勉強になる。また共同研究舎の方が参加者からの質問にも丁寧に答えていたので、自分の担当の子どものことと重ね合わせて聞くことができ、参考になった。

・病院訪問で、3名子どもの授業日を週に一日一緒にして集団で授業に取り組んでいる。友だちと一緒に授業になると授業の幅が広がり、子どもも集団の雰囲気を感じて穏やかな表情をするようになった。

基礎講座を通し、呼吸の大切さ、仰向けの姿勢をずっと続けることでの「つらさ」「苦しさ」を実感できたのではないかなと思う。身体の動きに制限がある場合も多いが、子どもの身体の特性を良く把握した上で、訪問指導の中で身体に働きかけていきたい。身体が楽になる学習がベースとなって活動に向かう子どもの気持ちを育てることができるといい。専門性を高めることは難しい場合もあるが、自立活動専任との複数訪問など校内支援体制を充実させられるよう先進的な地域から学んで欲しい。また障害の重い子に関する研修の場が少ない現状があるので、この全国研に継続的に参加し専門的な力量を高めて欲しい。

第2分科会「健康・身体づくり2」

■基礎講座①

長期臥床が人体に与える影響—快適な生活を送るために—

竹脇真悟

埼玉県立宮代特別支援学校

1. 座位獲得困難な重度の肢体障害児

障害の重い寝たきりの子ども達は、体幹を支える力の弱さから、運動量が乏しく、各関節の運動性は一定方向に偏重するなど、病的な緊張性姿勢反射に支配されがちである。仰向け姿勢など特定の姿勢に偏ることで、次第に同じ姿勢を長期間続けることとなる。すると若年の頃から変形、拘縮、脱臼や廃用性症候群を引き起こす。関節や床との接地面に疼痛が発生し姿勢の維持に苦痛を感じるようになる。疼痛の発現が全身的な過剰緊張を増強させてしまうこともある。動くことに苦痛が生じるために、活動性が低下し、運動量がさらに減少するという悪循環となりやすい。

2. 積極的な活動が身体の機能を向上させる

体調を崩しやすい、体調が脆弱という中、過剰に保護的な生活になると、行き場所のない消極的な生活となりやすい。すると生活がパターン化しやすくなり、「いつもこのベッドに横になって過ごす」など一定姿勢を強いられてしまうようになる。

「積極的に社会参加し、精神的、身体的に活動性の高い生活を送っている年長の重度障害者の方が二次障害の進行は遅い」とする調査結果もあるように、生活の中で「～したい」という願いをもって生活できること、身体を動かす機会が多いことがいかに大切なのかわかる。

3. 寝たきりが人体に及ぼす影響

人間は重力に抗して身体を起こしていくことで筋肉骨格を成長させてきた。寝たきりの姿勢は、その「抗重力機構」を使わないために「廃用性萎縮」を生じやすい。宇宙飛行のための人体実験でも、身体を支える大きな筋肉や骨ほどその影響が出る事が証明されている。主な廃用性萎縮は、

筋肉からのタンパク質の喪失することによる全身の筋肉が萎縮、関節の拘縮、骨からリン酸カルシウムが失われ骨粗鬆症の状態となり骨折しやすくなるなどである。

4. 長期臥床により生じる二次障害

廃用性萎縮が始まると様々な二次障害につながり、体調をいっそう不安定化させる負のスパイラル状態となる。二次障害としては、骨格筋萎縮、関節拘縮、骨萎縮により、側弯、胸郭変形、下肢倒れによる股関節の制限が起これ、呼吸や座位姿勢困難、舌根沈下などによる上気道閉塞などの呼吸障害の進行、胸郭の扁平・膨満がおこり酸素摂取量の低下、起立性低血圧症、血中に骨のカルシウムが溶け出すことで腎臓結石などである。ベッド上で過ごすことが多くなるために視界の狭まりや意欲の低下など、心理的な荒廃も生じやすい。

5. 寝たきりの心肺機能への影響

胸郭の扁平や膨満による拘束性換気障害が進むことや心臓の排出量の低下から最大酸素摂取量の減少がおこる。寝たきりの姿勢は重力の影響で背面に血液がたまるが、背面に痰などの分泌物がたまりやすくなることから、肺胞が正常に働きにくくなりガス交換率が低下する。身体を起こしたときに頭部の血液を確保するために下半身の血管を収縮させる機能があるが、長期間臥床した状態が続くとこの機能が弱まってしまう。クッションチェアなどに座ってしばらくするとトロトロ眠ってしまう、起こした姿勢でいると疲れてしまうなどの症状が出る場合には、起立性低血圧症が発症していると考えて良い。疲れるから、体調が安定していないということで「安静」にすることが多いが、重症児の場合には、「安静」することがか

えって障害を悪化させかねない。

6. 二次障害としての呼吸機能低下

重度肢体障害者の呼吸機能は、健常者の約半分といわれている。身体機能から考えても、本来の呼吸機能を維持できていない。特に成長期には、身体を維持するために使う酸素に加え、身体を大きくさせるためのエネルギーと酸素が必要となる。すると身体を成長させるだけの酸素は不足することとなり、骨格筋が脆弱となっていき、脊柱側弯や胸郭変形が進んでしまう要因となる。最大の酸素摂取量は、健常者の約44%であり、先に触れたように日常の活動性の高い人ほど摂取量の低下は少ないので、二次障害を進めないためにも日中の活動の保障をしていくことが大切となってくる。

7. 胸郭の変形が身体に及ぼす影響

寝たきりの姿勢が長くなると重力の影響で胸郭が扁平となりやすい。反り返りの緊張が重なると胸骨が沈み、気道が圧迫されて気道狭窄がおこる。胸郭の扁平により十分な呼吸運動が困難になると、気道狭窄と重なり肺内の空気の滞留が多くなる。肺内の感染や唾液の誤嚥により分泌物が多くなると気道の狭さから「ズルズル」「ヒューヒュー」と喘鳴が顕著になってくる。気道が狭くなった上に分泌物が増えることによりさらに努力をしないと

呼吸ができなくなっていく。胸郭内の陰圧が高まり、吸気時に胸の中央が陥没するシーソー呼吸に発展し、さらに呼吸が不安定となる。胸郭の扁平がおこると身体の前後径がなくなっていくために脊柱や交差する動脈に遮られ、消化管の通過障害を起こしやすくなり、イレウス（腸閉塞）の原因となる。

8. 二次障害の予防

以上寝た姿勢が必ずしも「安静」ではないということがわかりいただけたと思う。二次障害をできるだけ予防し生き生きとした生活を送るために、大切なことを以下に述べる。①関節の可動域を確保する。骨折の危険性はあるので慎重に行うことを前庭に、特に肩関節・股関節をゆっくりジョウジョーっと伸ばしていく。②座位保持装置などを工夫し、身体に負担とならない範囲でできるだけ座っていることが日常になるようにしていく。③胸郭が硬くなると呼吸が難しくなっていくので、胸郭の柔らかさを保つように動かすこと。④生活リズムをできるだけ維持し、活動的な生活を送ることで、体内の日内リズムを確立させ、体内代謝率をアップさせていく④積極的な社会参加など、生活に変化をつけ、気持ちを外に向けるよう取り組む。

子どもの発達と動きの学習

桑原輝雄

東京都立府中けやきの森学園

この講義を通して、自立活動の時間や授業の時間を含む生活のすべての場面で子ども達の発達をより良く促していくことを考えていきたい。

私たちは、身体を取り組みを文字や写真に残して他の人に伝えているが、実は文字や写真だけでは伝えられないことがある。文字や写真はあく一部を切り取っているが全部を伝えることはできない。しかも教員と子どもとの間合いであるとか、子ども自身の心のあり方などは、記録には残らない。姿勢や運動を考えるとときには、運動や認識の発達など、基礎として知っておく必要がある知識がある。

脳性麻痺の定義では、「受胎から新生児期までの間に生じた脳の非進行性病変に基づく、永続的なしかし変化しうる運動および姿勢の異常」となっている。脳性麻痺の身体は固定的なものではなく経年的に変化しうるという見方が大切である。なぜ変化するのだろうか。私たちは運動することで感じた諸感覚を脳にフィードバックし、姿勢や運動を調整している。その繰り返しの中で多様な感覚運動経験を積み重ね様々な状況に姿勢や運動を対応させている。しかし脳性麻痺の子どもの場合、中枢神経の障害を負っているために痙性や不随意運動など、限られた姿勢と運動となりやすく、ゆがんで限定された感覚運動経験が、限られた定型的な運動を強化してしまう。また知的障害がある場合には、筋緊張の低さや高さ、一部の筋肉を強く収縮させるなど使い方に偏りがあったり、新たな姿勢や運動に挑戦する意欲の未熟さからバリエーションが少なかったりすることにより、運動の多様性を制限してしまう。

人間の感覚の種類は大きく分けて三つある。一つは特殊感覚で、視覚、聴覚、味覚、臭覚に加え、耳の後ろにある三半規管で身体の傾きなどを感じ

る前庭覚である。二つ目は内臓感覚で、吐き気など臓器の感覚や内臓痛などである。三つ目は体性感覚で、身体の表面に分布する表在感覚（触覚、温覚、冷覚、痛覚）と関節や筋肉で感じる深部感覚（運動覚、位置覚、抵抗覚、重量覚など）である。

私たちは姿勢や運動を、身体で感じる様々な感覚を相互に関連するよう脳で処理して、知覚していく。たとえばうつぶせ肘立て位で前の物をとらえる場合、手で支える（運動覚、位置覚、触覚、圧覚）、頭を上げる（運動覚、位置覚、前庭覚）目で見ると（視覚）それぞれの部位から様々な感覚を脳でキャッチし、それを脳内で統合させて認知していく。そうすることで、「肘で支えて頭を上げると物が見える」ということを理解し、音や興味ある色などがあると自ら頭を上げて見ようとするようになるのである。遊園地にある“びっくりハウス”では、人間が様々な運動経験から学習している感覚を使って錯覚を起こさせている。実際は家が回って椅子が動かないにもかかわらず、視覚から入る回転刺激と椅子自身が揺れる前庭覚刺激が、脳でこれまでの経験と照らし合わされて処理されると自分が宙返りをしているような錯覚を起こすのである。

このように運動発達の過程において感覚系と運動系は、密接に関連して様々な感覚を処理している。姿勢や運動はそのようにして得られた感覚運動経験を利用し充実発展していく。学校で取り組む感覚運動学習においてはこのような視点をもって取り組むことが大切なのである。

運動学習では、身体各部位の感覚からのフィードバックを利用し、それを統合させる中で、自分で姿勢を保ったり動いたりする感覚（ボディーイメージ）を学ばせていく。自分でどのように動か

していくと身体を使うことができるのかを意識させることで、小脳を中心とした運動の自動化が進むのである。また新たな運動課題に直面したときに、どのように身体を動かしていくべきなのかを考え実行していく（運動企画）力が育っていく。

運動と姿勢の関係では、姿勢の連続的な移り変わりが運動であると考えらるべきであり、運動するには姿勢制御の力が先に育つ必要がある。つまり姿勢を保持する能力の向上が運動の基本となるのである。寝たきりの子どもの場合には基本となる姿勢保持の力が障害されているので、座位保持具など自助具を用いて姿勢保持をサポートしていくことが大切である。

運動の定義としては、「支持面との関係における頭部・体幹・四肢の位置の変化」となる。したがって地球上では、重力環境下で支持面を利用して姿勢を保ちつつ、身体の一部を動かすことである。支持面が多いと安定化が図れるが、動きにくい。逆に少ないと不安定になるが、動きやすいという

関係になる。

（仰臥位、腹臥位、座位の発達については、字数の都合で割愛）

多様な感覚運動を促すためには、段階的で細かな調整が必要である。サポートについては、その日その時で代わるもので、「適度な安定感」と「適度な難易度」とのバランスよく考えながら課題を考えていくことが大切である。「できる・できない」という単純な見方ではなく、「子どもの自由度を広げる」という観点で、子ども達が自分身体をよく知り、自分の身体的主人公になれるような取り組みが必要である。「できる」ことを追うために過度な努力を強いるのは、長期的に見てマイナスのことが多い。かかわる側の介助量を減らす、介助への協力動作を獲得するなど、生活をどのように快適に過ごすのかを、本人・家族の課題とともに身体の課題を考えることが大切である。

（脳性麻痺、二次障害、ライフサイクルを通して大切なことについては、字数の関係で割愛）

呼吸と排痰の基礎知識

桑原輝雄

東京都立府中けやきの森学園

呼吸に問題がある子どもの特徴として、日常生活の中で限られた運動や姿勢をとっていることが多く、その繰り返しの毎日となりやすい。そして特定の姿勢を続けることによって身体の変形拘縮が進み、呼吸が悪化していく。また呼吸状態の悪化が努力呼吸につながり、筋緊張の亢進や胸郭の変形をひきおこし、身体の変形拘縮を悪化させてしまうという負の連鎖となりやすい。呼吸障害は随伴症状として、摂食障害や胃食道逆流現象、栄養障害や睡眠障害なども引きおこす要因ともなる。（呼吸のメカニズムについては、字数の関係で割愛）

呼吸障害の主な原因は、上気道の通過障害、胸郭・呼吸運動障害、分泌物の貯留の三つである。

上気道の通過障害は、舌根部が咽頭に落ち込む舌根沈下、下顎が咽頭に落ち込む下顎の後退、頸部の過伸展により頸椎が押し出される咽頭喉頭狭窄、アデノイドが肥大し物理的に閉鎖する、気管や喉頭蓋が柔らかくなる喉頭気管軟化症などが主な原因である。

胸郭・呼吸運動障害は、身体が過剰に丸まっていたり、反り返っていたりすることで胸郭の動きが制限を受ける、体幹の変形拘縮が進み側弯の進行から胸郭の変形が進むことが主な原因である。

分泌物の貯留は、気道内の分泌物の増加、唾液や食物の誤嚥が主な原因である。

（呼吸障害への具体的対応については、字数の関係で割愛）

呼吸・排痰支援は、呼気時に深い呼吸を促すことで、受動的な深い吸気が得られるようにアプローチするのが基本となる。ハンドリングの基本としては、「まず見て」→「考えて」→「触れて」→「ハンドリングして」と、常に相手の胸郭の動きを把握し、自分の援助に対してどのような変化が

起こるのかをフィードバックしつつ、援助の圧を調整していく。しっかり安定するよう広く手を当て、しっかりサポートできるようにする。はじめは無理をしないように誘導し、子どもが心地よいと感じる支援が大切で、「嫌がる」「痛がる」「怖がる」支援は禁忌である。

呼吸運動は、個別性が高く一様にはいかないもので、その子の動きを目で見て、手で触れて観察し、優しく動きを入れていく。個別の呼吸パターンにあってくると子ども自身が受容するようになり、全身の緊張がリラックスするようになり、胸郭の動きが大きくなる。子ども自身が教員の誘導に合わせても良いと感じるようになったと感じたら、運動方向や当てる手の位置を変えるなどして、呼吸運動のバリエーションを加えていく。ここで抵抗を感じるようだったら、無理をせず一步前に戻って支援を続け、心地よさを再体験させる。そして抵抗させてしまった原因はどこなのかを分析し、再度試みることを繰り返しながら、子どもとの息を合わせていく作業の積み重ねが大切である。

支援が適切であれば、運動方向のバリエーションが得られ、胸郭の運動性が高まる。また支援に応じて望ましい方向へ調節や姿勢適応が得られるのである。試行錯誤を繰り返しながら子どもに近づく努力をすることで、どの子にも対応できる力を身につけていくことができるのである。

第3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3分科会には70名の参加者があり、2つのレポートとそれに基づく協議が活発に行われ、その後共同研究者によるまとめが行われた。最初のレポートは、地元愛知県立名古屋養護学校の小山西香先生による「筋疾患の児童のコミュニケーション手段について」であった。対象児は、脊髄性筋萎縮症タイプⅠとの診断を受け種々の医療的ケアを必要とする小学部2年生Aさんで、小1から訪問教育の対象である。家族は「意思表示の手段をより確かなものにしていく欲しい」という願いをもっている。Aさんは現在、右手第2・4指の動き、視線、瞬き、発声を通してコミュニケーションを行っているが、小山先生は、Aさんの在宅での生活をより豊かにしていくためには、「他のコミュニケーション手段と並行して、IT機器の積極的な活用に取り組んでいく必要がある」と考え、スイッチ操作によるパソコンやコミュニケーションエイドの活用の可能性について、ITサポートに関する専門家のアドバイスも得ながら糸口を見出そうとされている。本レポートでは、その成果をまとめるまでには至っていないとのことであったが、質疑応答のあと、選択学習における場面設定の在り方や安定したスイッチ操作を促すための工夫等について討論が行われた。

次のレポートは、福井県立南越養護学校の荒木良子先生による「進行性の病気を持つミヅキさんが成長するということ～ミヅキさんの願いを係わり手の願いとして～」である。本事例も、進行性の難病を患い、種々の医療的ケアを必要とする小学部2年生であり、小1から訪問教育を受けている。対象児Mさんは比較的言語理解があり、人工呼吸器を装着しているため音声表出は難しいが「喉を絞めるような発声があり、視線、仕草、表情、いくつかの身振りサインを受発信に用いて会話を行う」とのことである。本レポートのねらいとして荒木先生は、(Mさんが)病気に向き合うとはどういうことか、そのことと本人の成長がどう関わるか、2つの視点から考えてみたいと述べている。具体的には、一つは、病気の進行に関わらず「できることを見つけるという向き合い方」であり、もう一つは「諦める、つまりできないことを認めて受け入れるという向き合い方」であるとのことであり、前者に関しては、食事の際、

食べさせられていた状態から自分で食べる方向に、さらに自分で工夫しながら嚥下困難を解消する状態への変化の過程が紹介された。一方、後者に関しては、以前は本人が強く望んで実現した活動（トランポリン遊び、ウォーカーによる校内散歩等）があるトラブルの発生を機会にできないことがあることを受け入れていったことである。ここではこれらの経過が詳しく紹介された。また、荒木先生は「係わり手としてできること」は何かという課題に対し、①願いの実現と喜びの共有、②Mさんの現状の肯定、③母親と共にできることの3点から省察を行っている。

以上の2つのレポートに対しては、対象児の障害実態や指導経過に関して種々の質疑応答がなされた。今回のレポートは、ともに進行性疾患を有する対象児を取り上げており、本分科会としてはこれまであまり例がない内容であり、そのためか多様な観点からの質疑応答がなされた。筆者自身も、分科会の当日はまとめをどのようにすべきか迷いがあったが、ここでは当日のメモを踏まえ以下のようなまとめとしておきたい。すなわち、2事例とも進行性の疾患を有しているとは言え、報告者の二人は、対象児が現在可能な微細な指の動きや動作、視線の動き、表情の変化、発声を踏まえて子どもの思いを捉え、生活の充実を図ろうとされてきた。その上で、古山先生は、IT機器が利用できるようになるための様々な工夫を試みられている。この新たなコミュニケーション手段の獲得に関する先生の工夫のプロセスが明らかになれば、他の実践者にも大いに参考になると思われる。教師が障害の重い子どもに向き合うことから生まれるものは“工夫”であり、どの係わり手も「次の一手」を模索していると思うからである。来年の発表を期待したい。荒木先生は、コミュニケーション手段よりもむしろ、子どもと係わり手のコミュニケーション内容を明らかにすることを重視しており、特に子どもが「できないことを受け入れる」プロセスを両者の観点から明らかにすることの重要性を指摘しており、コミュニケーションに関する新たな捉え方を提供していただいたように思う。

第3分科会「コミュニケーション」 ■発表レポート

ミヅキ語とは何か～コミュニケーションの主体としてミヅキさん～

荒木 良子

福井県立南越養護学校

1. はじめに

本報告の対象児であるミヅキさんは気管切開をしているため音声言語での発信は難しいが、身近に係わる人たちと豊かにコミュニケーションをする。母親は「ミヅキさんに係わる人は、ミヅキ語をわかってほしい」と言う。それは係わり手に外国語を学ぶように特別な言語を学んでほしいということではない。一方で「なぜ、一般化されている身振りサインや絵カードなどを教えないのか」という質問を教育に係わる人たちから受けることがある。「ミヅキ語をわかってほしい」という母親の願いと「身振りサインや絵カードを教えないのか」という指摘の間にあるものはなにか。

ことばは係わり合う人と人の中で生まれて育つものであり、学校の教科として英語を学習するようには「ことばを教えることはできない」と筆者は考える。ミヅキ語とは何かについて具体例を挙げて紹介し、特別な身振りサインや絵カードを教えることで生まれ育ったことばではなく、ミヅキさんが発する表情や視線、仕草などを丁寧に受け取り返すことで係わり合う人の間に生まれ、ミヅキさんと係わり手がやりとりを重ねて育てていくことばであるということについて述べたい。

2. 対象児について

(1) 本児について

特別支援学校訪問部(小学部)3年生の女兒(以下、ミヅキさん)。在宅訪問である。

①病気

進行性の難病であり、現時点では根本的な治療法は確立されていない。5歳10ヶ月時に気管切開し、人工呼吸器常時装着、24時間酸素給与している。母親を中心としたカンニューレ管理を含む日常のきめ細やかな健康維持・管理、および感染症や呼吸状態悪化などへの対処療法が治療の中心となる。

②姿勢・運動

自力で体位を変えることができ、介護者らによる体位変換は基本的には不要であるが、夜間などは母親が本児の身体の状態によって変換を行う。基本姿勢は側臥位で自力で左右の方向を変える。腹臥位、仰臥位も可能。本人の希望により座位姿勢をとらせるとその姿勢保持したり、座位(尻這

い)で移動したりできる。

③食事・コミュニケーション

食事は普通食を刻む程度で経口摂取する。側臥位で食べることが多いが、飲み物は座位で自分でコップを持って飲むことができる(ほぼお茶のみ)。3食を家族と共に、ほぼ同じものを食べる。

ミヅキさんは音声の言葉は、日常生活に関することはかなりの程度理解する。音声言語の音節数に合わせて喉を絞めるような発声もあることなどから、気管切開でなければ音声言語を話したのではないかとも思われる。基本的には視線、仕草、表情、具体物、発声、写真カード、いくつかの身振りを受発信に用いて会話を行う。これらはすべてミヅキさんのことばである。身振りのことばを例示すると、首を振って諾否を伝える、腕指しや指指しによって要求を伝える、手を合わせる“いただきます”身振りで相手に食べることを促したり、自身や相手の食べ終わりを伝えるなど。食べるという身振りは口を開けて唇の端(舌)を指し、Kさんは「あ～する」という音声言語を対応させて会話している。

※以下、会話については次の記号を用いる。

“ ”…表情、仕草、身振りサインなどミヅキさんからの発信を音声言語に置き換えたもの。

{ }…その具体的な行動。「 」…音声言 例：

“お茶をここに入れて”{コップに手を深く差し入れる}

(2) 筆者との係わりと訪問状況

本児は日常的には母親と自宅で過ごす。2箇所の訪問看護ステーションを利用し(それぞれ週2回)、訪問教育は週3日(1回2時間)である。このうち訪問看護と訪問教育の合同実施日を週1回、設定している。筆者は本児が在宅訪問児として筆者の勤務校の小学部に入学時から担任として係わってきた。

3. ミヅキさんのことば

ミヅキさんの身振りのことばと写真のことば(写真カード)について紹介する。

(1) 身振りのことば

ミヅキさんは呼吸器チューブを引っ張ったり、抜いてしまう行動を起こす。気管の特性からカンニューレを深く挿入できず気管壁にちょこんと乗って

いる状態なのでチューブを引っ張ることは抜管の危険を伴い、抜管はただちに呼吸停止、心停止に繋がるの、できれば制止したい行動である。この行動に対してKさんは「チューブを引っ張るのがみいちゃん」として、チューブを引っ張ることをミヅキさんのことば“痰がある、取ってほしい”と受け止めて応答してきた。そのたびにKさんは「なあにみいちゃん？」「痰があるの？痰、取るか？」「取るよ～」と言わずつミヅキさんの返事（顔きや表情）を確認しながら応答する。痰がなくても母を呼びたいときにチューブを引っ張る。それに対してKさんは「なあに？みいちゃん」と応じる。筆者が対面で学習している時にチューブを抜くような事態は応答のまずさだと自覚し、「あっ、ごめんごめん、なあに？」と返事をするようにした。1年生の冬頃にはこの行動は“ねえ、ねえ”といった呼びかけや“（自分の意図とは）違うの”と言う意味にも用いられるようになった。いきなり引き抜くような行動から、チューブを軽くトントンする、引っかけ気味にする、握る、引っ張る、引っ張り抜くと言う風に主張の強さによってその行動も分化して、身振りのことばとして確立していった。3年生の現在では抜き方も上手になりカニューレに直接に影響を及ぼすようなことはほとんどなくなった。筆者との学習中には後述の写真カードも併用し、以下のような会話を楽しむ。M：ミヅキさん A：荒木 M “ねえねえ” {チューブをトントンする} A 「なあに、みいちゃん、痰があるんか？」 M “うん” {頷く} A 「痰を取って貰うの？誰に？」と吸痰器、母、看護師や筆者の写真を並べる。（筆者は吸引は行わない）M “ママがいい” {母の写真を指す} A 「ママがいいの？」 M “うん” A 「では、ママを呼ぶね。ママあ、みいちゃんがお呼びです。」

ミヅキさんは採血や点滴の経験も多く、それらは手の甲から行われる。彼女は内出血の跡のある手の甲を指指して“ここ（注射した）”と注射もしくは点滴したことを話すようになり、Kさんが身振りと「チクンしたね」と音声言語で答えるうちに、この仕草が病院（病院に行く、注射をする、医師が来るなど医療全般）を示す身振りのことばになっていった。2年生秋にはテレビ番組の医療場面を見て“病院だね”と話したり、妹が通院を嫌がって泣くのを慰めようと一生懸命に“自分もチクンしたから（ガンバレ）”と言ったそうだ。本児のあまりのやんちゃぶりに母が怒り声で「そんなことばかりしていたら、どうなるかわかっているの？」と言うと“（病院で）チクンだね”と返したこともあった。このように同じ身振りのことばであっても、活動の文脈と状況が

ら表す内容は異なる。

（２）写真のことば（写真カード）

1年生3学期に筆者はミヅキさんとのやりとり写真カードを使いたいと考えるようになった。ミヅキさんには好んでみるDVDや好みのスナック菓子があり、KさんはDVDジャケットやスナック菓子を提示して、「どれ？」とミヅキさんに尋ね、彼女は希望のものをトンとしたり、Yes-Noの首振りで答えたりすることができた。またミヅキさんはカード状のものを数枚揃えて箱や袋に出し入れすることに楽しんで取り組む。筆者はこうした様子から写真カードの導入を試みた。写真があれば過去の出来事を語り合える、できごとの手順や順番、ものの組み立てについて話し合える、選択に利用できるなど気持ちは膨らんだ。

まずスナック菓子数種類の外袋を厚紙に貼り付けたカードを作成した。最初にこのカードを提示するとミヅキさんは厚紙から袋を取り外そうとしたが、すぐにトンと叩いて1枚選んだ。それに対応する実物をスナック菓子がまとめて入っている不透明の袋から出して「〇〇だね」と提示すると、ミヅキさんは大笑いである。この笑顔は“このカードはこのお菓子だね”と筆者には聞こえた。この後、ミヅキさんと三つのことに取り組んだ。一つ目はカードを変化させること。袋を厚紙に貼付、袋の表側だけを厚紙に貼付、袋を貼付した厚紙に透明のフィルムを貼る、袋を直接ラミネートする、袋のカラーコピーをラミネートする、そのカードを縮小するという順番でカードを変化させることができた。現在は名刺サイズの写真のラミネートカードを使っている。二つ目はカードを要求に使うことである。写真カードで叙述の会話を楽しんだ後、実際に食べる時にはミヅキさんは“それを食べたい” {舌の端を指す+腕指し} と直接にスナック菓子が入っている袋を指した。ラミネートカードを使うようになった頃にミヅキさんの“あれを食べたい”に対して「食べたいのはわかったから、どれ？」と身振りと共に写真カードを並べて、カードでの選択を提案した。ミヅキさんは一瞬、戸惑った表情を見せたが、3枚の写真カードの中から一枚を選びトンと叩いた。三つ目は他のものを写真カード化することである。スナック菓子と並行して絵本の表紙、続いてDVDに取り組み、その後、人、食べ物、テレビ番組、生活に関わるもの、身振りサインなどを写真カード化してきた。現在は、「ミヅキさんがカレーライスを食べる」「（兄）ちゃんは～小学校だね、（妹）ちゃんは～保育所だね」など、筆者が写真カードを並べて、二人で写真を指さして文章作りを楽しみ、語り合う。

3. ミヅキ語とは何か

(1) 生活の中から生まれ、育つことば

ミヅキ語という特別な言語があるわけではない。例示した呼吸器チューブトントンやチクンは生活の中で身近な他者とのやりとりから生まれてきたものである。最初は具合の悪いところや痛いところに手をやるような自然な仕草だった。それをKさんがミヅキさんのことばとして受け止めて、「チクンしたね」「痰があるの？」と返すことで、次第に確定した身振りのことばになった。確定した身振りが最初にあったわけではない。確実な吸痰は、確実に視線を向けて貰えることから“ねえ、ねえ”という呼びかけになる。“ねえ、ねえ”「なあに？」という応答が成立するようになると、相手からの「うん？なに？～か？」という問い直しを求めて、“違うんだよ”と言うことばにもなった。ことばの分化と行動の分化は相互的であり、勢いよく引き抜く動きは軽みをおびて、チューブに手をかける程度の行動も生まれる。

(2) 文脈の理解と状況の共有も含むことば

チューブトントンやチクンの身振りだけが独立してあるわけではない。チクンの3事例はミヅキさんのチクンの身振りを知った上で、表情、視線、仕草、姿勢など彼女自身から発信される様々なことと場面状況とのセットで聞こえることばである。チューブトントンも吸痰、呼びかけ、イライラの表明など、表情や場面状況とセットになって彼女のことが係わり手には聞こえてくる。身振りのことばとは活動の文脈とその時々状況も含むことばである。

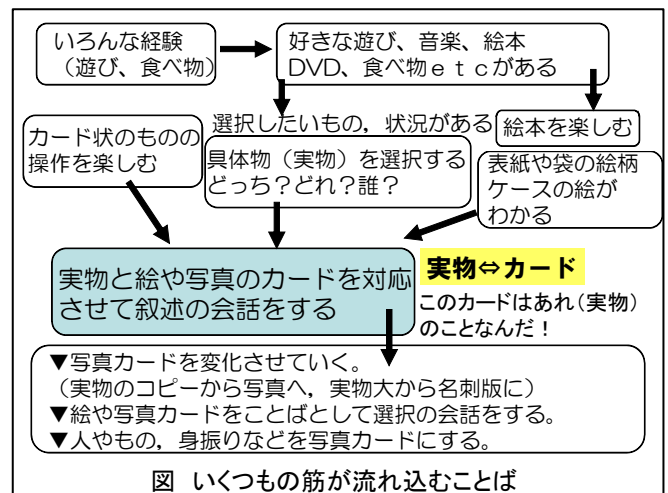
(3) いくつもの筋が流れ込むことば

音声の言葉を読むことができないから写真カードを導入するという乱暴な話ではない。写真カードに流れ込むいくつもの筋がある。ミヅキさんはカード状のものを好んで操作していた、好みのDVD、絵本、スナック菓子がある、具体物を提示するなどミヅキさんに伝えることばで選択の会話は日常的に行われている、DVDやスナック菓子などは具体物であるが絵（写真）がことばとして機能している、などである。これらの筋が流れ込んで、筆者は写真カードを使うことを試みた。今、ミヅキさんが使うことができることばを、彼女の生活の必然の中からやりとりを積み上げて高次化したいと願ったのだ。

(4) ミヅキさんと話をしようとするから、わかることば

ミヅキ語は生活の中で身近な人との係わり合いから生まれて育つことばであり、活動の文脈と場面状況を含むことばであるならば、ミヅキさんと新たに係わりようとするものは、Kさんやミヅキ

さんの身近な人たちと具体的な場面を共有し、たすけを得てコミュニケーションをしていくことになる。ミヅキ語がわかるから話ができるのではなく、話をしようとするから、「これはどういうことなの？」とわかる人に尋ね、「これはこういういの？」とミヅキさんに尋ねて、わかるようになっていくことばである。



4. おわりに

ミヅキ語は彼女の仕草や表情などをことばとして受け取り返すことで生まれる。係わり手はミヅキさんに伝えることばで伝え、丁寧なやりとりを積み重ねることで育つことばである。Kさんの「ミヅキ語」ということばに込められる思いは、音声言語ではないがミヅキさんはことばを話す、だから、コミュニケーションする主体として彼女を尊重して、彼女と話をしてほしいということに他ならない。

3年生になってKさんが購入した買い物カゴを写真カードにして“ママはお出かけするよ”と話すと、ミヅキさんは1回目ですぐに了解した。このようにこのカードをこういうことばとして使おうと提案してミヅキさんがすぐに了解することが増えている。カゴを実際に使ったのは2、3回であるが、ミヅキさんはその写真カードを“ママのお出かけ”としてコミュニケーションする。例えば出かけるはずのKさんが看護師や筆者らとおしゃべりを続けていると、カゴの写真を指して“ママはお出かけしていいよ”と言う。このことはミヅキさんと係わり手との間で作られることばの恣意性が次第に高くなっていることを示している。今回は触れなかったが、外界を整理し概念を形成する学習もミヅキさん主導で日々の訪問時に展開されている。汎用性の高い絵カードや定められた身振りサインを使うことを否定しているのではなく、丁寧なやりとりと学習の積み上げの先にそうしたことばがあると筆者は考える。

第3分科会「あそび・文化」

■共同研究者報告

木下博美

(全訪研副会長・京都府立舞鶴支援学校)

レポート2本、参加者27名。はじめに木下が分科会の経過と方向性を提案し、愛知県：鷺津レポート「生活を豊かにすることをめざして」の報告を受けた。午後は、京都：安川レポート「訪問教育の様子」を受け、参加者の教材紹介へとつながる。教材つくりの紹介として、木下が「手人形による“どうさんとあそぼう”」「パワーポイント絵本の作り方」「竹の吊り筆で書き初め」「ひっぱりっこ棒でくるくる回そう」の実践例や作り方を紹介した。

鷺津レポートは、小学部3年生女子、胃瘻、特殊カンニューレ着装、聴力の弱い肢体不自由児童の訪問授業づくりが教材の紹介を含めて報告された。始まりの会で、ホワイトボードを使って授業内容カードを提示し、授業の終わりにカードを外して活動が終わったことを確認する。視覚支援で学習の流れに見通しを持てるようにした(聴力が弱い)。5月教材「貝拾いに行こう」では、薄地の青い布や白い布を揺らして海の雰囲気を感じられるようにし、白い小石の中のアサリ(鈴やビーズ)をまさぐって、自分でつかめるように支援した。その後7月には「海にいこう」として、巻貝や大きな貝殻を入れて貝拾いを行った。また、「スウィートポテト作り」「絵本から劇遊びへ」などの学習の中に感触を味わう活動や体験を広げる活動をふんだんに入れて、身体を動かして活動を楽しむ力を育てた。「めっきらもっきらどおんどん」の絵本に出る「木になったモチ」を、風船の中に小麦粉を入れて作った物は、感触が気持ちよくて参加者に好評だった。活動が制限される訪問教育の中でも「生活が少しでも豊かになるように」と心掛けて取り組んできた中で、内面に意識を向けるようになってきたと報告された。

安川レポートは、小学部1年の訪問生3人の実践報告であった。①進行性の難病による全介助・胃瘻。②気管切開・喉頭気管分離・胃瘻・全介助。③溺水・気管切開・人工呼吸器・腸瘻・全介助。3名の訪問教育、スクリーニングを含めて担当し、一人一人を大切にされている実践の報告であっ

た。楽しい時間を共有するために、子どもの実態を十分に把握すること。自分でやりたい思いを大切に引き出しながら自分の力でできる教具を工夫したり、担任と一緒に物に直接触れながら感覚を受け止め感じる心を育てていったりする取組の配慮が大切にされていた。扇風機の羽に鈴をつけてビックスイッチにつないだ「扇風鈴」や、子どもが乗れるおもちゃの電動自動車をビックスイッチで動かす、などの工夫を動画を交えて紹介された。4ヶ月の短い期間の中でも、保護者の声として「この頃、見ようとすることが増えてきた。」「学校で〇〇ちゃんがしてもらっていたみたい。」「家でもやってみたら笑った!」などの嬉しい変化が生まれてきたという報告であった。

参加者から紹介された持ち寄り教材は、どれも楽しく参考になるもので、参加者同士で作り方や使い方の詳細を交流しあい、今後の実践に大きく参考になっていたようである。呼びかけている「全訪研教材集」が完成をみていないので、読者の方から是非応募していただきたい。(木下「sai6077@yahoo.co.jp」＝「全訪研教材集＜氏名＞」と題名を。)

木下がまとめとして提起したのは「教材と実践が子供たちの発達をみすえているか」という点である。楽しい実践がしたい。しかし楽しむこと自体が教育の目的ではない。その過程の中で、どんな力が発揮され伸ばされているのかを見守る必要がある。そして同時に、楽しさの中に生まれる文化的な横の発達を育んでいく、そのどちらもが大切に目指されている教育実践を創り出したい。そうであってこそ卒業後にも「文化や娯楽を享受し創り出す力」を準備することにつながっていく。その両面の発達の姿を捉えたレポート発表や教材紹介がなされていくことが、分科会の目指している方向である。2本の素晴らしいレポートによって実践的に分科会を運営することができたが、次年度は教材を使ったミニ模擬授業のようなこともできればと期待している。

第4分科会「あそび・文化」

■発表レポート

生活を豊かにすることをめざして

鷺津美和子

愛知県立小牧養護学校

1. はじめに

愛知県立小牧養護学校の23年度の訪問教育は、訪問教育児童生徒11名に対し職員5名で担当し、担副制をとっている。1人の児童生徒の授業は週3回行い、2名以上の職員で指導している。指導については、担任、副担任で相談・情報交換を行いながら進めている。私が担任していた児童は2名、副担任として授業をしていた児童は2名である。

2. Aさんについて

小学部3年生女子、自立活動を主とした教育課程で学習している。胃ろう、特殊カニューレ着装、聴力が弱い。上肢はある程度動かすことができ、興味のあるものをじっと見ることができる。好きな活動で笑顔を見せたり、不快なときは口をとがらせたりして示すことができる。2時間の授業では、30分程は車いすに乗って行い、他はベッドサイド、指導者に抱っこされて活動をしている。

3. 指導の実際

① 支援の手だて

- ・いろいろな活動を経験し、達成感が味わえるようにする。そのため季節を考慮した活動や実物を使って感触を味わい感覚を刺激する。
- ・学校行事（運動会、学習発表会、遠足等）の参加に向けて、事前に練習したり内容を確認したりして、本番の活動に見通しをもって行い力を発揮できるようにする。
- ・活動内容をカードで示し、繰り返し行うことで見通しを持って活動できるようにする。

② 授業の様子

○「はじまりの会」で今日の活動を知る。

ホワイトボードに授業内容（

あい

さつ う

た えほ

ん たい

そう

(メインの活動の絵や写真)

さようなら)

Aさんのべんきょう

1 あいさつ

2 うた

3 えほん

4 たいそう

5 (メインの活動の絵や写真)

6 さようなら

授業内容のカードを外して活動が終わったことを確認する。「始まり」と「終わり」の手話を使い、活動の区切りができるようにした。視覚支援を手掛かりにして授業の流れを示すことで、見通しをもてるようにした。後半はメインの活動が複数ある時は、本人にカードを使って順番を決めて行うことができた。

○5月「貝拾いに行こう」

家の中でも、季節を感じ自然のものに触れる活動として貝拾いを行った。薄地の青い布や白い布を揺らして、海の雰囲気を感じられるようにした。白い小石の中にアサリ（中に鈴やビーズを入れる）を入れたものを使い、手でまさぐって、アサリを見つけ、自分でつかめるように支援をした。アサリの方を見ながら、しきりに指先を動かす様子が見られた。小石とアサリの違いをしっかりと感じ取り、アサリをつかんだときは笑顔が見られた。表面のざらざらした感触は気持ち良かったのか、指先を動かしたり、手のひらを開閉させたりして、いろいろな感触を味わっていた。また、振ると音が出ることに気がつくように支援した。本人が、ゆっくり手首を動かして、貝殻を傾けることで鈴が動く振動を見つけ、自分のペースで手首を動かし、繰り返し行って振動を楽しんでいた。自分の体を上手に使い、遊びを見つけ、しばらくの間集中して遊ぶことができた。

○スウィートポテト作り

季節の野菜さつまいもを使った調理実習は、さつまいものいろいろな感触を味わう、材料（さつまいも、バター、コンデンスミルク）のにおいを感じる、手を使って物を作る、道具を使う、調理の過程を経験するなど、いろいろな要素が含まれる活動である。

ただ、食べることができないので、慎重に行うようにした。保護者に調理の意図を伝えて、共通理解を図ってから実施した。

作業の手順のカード



最初に作業の過程を示したカードを提示して、作業の手順を知らせた。さつまいもを触る機会もあまりないので、表面の感触や重量感を味わえるようにした。皮むき器やすりこぎを使う活動は、指導者と一緒に行ったが、本人の力が発揮できるよう配慮した。電子レンジで温めるときは、前までもっていき実際に温まる様子を見ていた。温まったさつまいもやバターなどのにおいが感じられるようじっくり行った。さつまいもを手で持って丸める作業は、本人の手に直接感じる刺激で、始めは開いたり閉じたりしていたが、見本を見せながら、少し握りしめる支援を行うと、要領をつかみ、ゆっくりと握りしめ、柔らかな感触を感じながら、かわいらしいスイートポテトを形成することができた。ラッピングして家族やヘルパーさんにも食べてもらい、大好評ということだった。自分が行った活動を通して家族に喜んでもらえたことは、満足感を感じることができたようだった。

○絵本から劇遊びへ

本児は絵本に興味をもっており、よく見ていて好きな絵本では、笑顔が見られた。聴覚が弱いためか、ストーリー性のあるものより、色彩がはっきりしたもの、きれいなものを好んで見た。また、好きな本は繰り返して見るほど喜ぶ様子が見られた。好きなページの前になると期待して待っている様子も見られた。また、視覚障害者用の点字や凹凸のある「ナンノハナ」の絵本は、一度触ってみて凹凸があることがわかったと、次回見たときは、触ろうと手を伸ばしていた。私が作ったいろいろな素材でできた絵本も同様な様子が見られた。

後半は、ストーリーのある絵本を、実際に行って読み進めることにした。「めっきらもっきらどおんどん」を使い、主人公が迷い込んだ世界と一緒に体験していった。順番に1回に1場面をじっくり行い、回を重ねるごとに活動は増えていった。風呂敷をつけて抱っこされながら空を飛ぶ雰囲気を楽しむこと、ロープを揺らして縄跳びを楽しむこと、お宝のような玉で遊ぶこと、木になったもちを取って感触を味わうこと、不思議な世界に行くときの合図のカラフルな布を登場させることなどの活動を取り入れた。最初はあまり興味がない様子だったが、回を重ねるに従い、絵本を見ると体中を動かして楽しみにしていることを表すようになった。主人公と一緒にあったような気分ではいろいろな活動を楽しめたのではないと思う。

○行事の事前学習

運動会や訪問教育の遠足に意欲的に参加できるこ

とを目指した。

運動会は、事前に家庭の授業で、衣装を着けて踊る練習をしたり、競技内容を練習したりした。当日は、パークアリーナ小牧の大きな会場に到着したときは驚きながらも、練習したことで見通しがもてたようで、自分の出番では落ち着いて行うことができた。

訪問教育の遠足は、今回初めてボウリングを行った。経験したことがないためペットボトルで作ったピンを使って練習した。ボウリング場の雰囲気は予想以上で緊張している様子だったが、投球補助台を使い、ボールの重さや固さを実感しながら転がしたり、ピンの倒れる音や響きを感じたり、友達の様子を見たりして、初めての経験をしっかり受け止めているようだった。保護者も初めてのことであったが、ボウリングができることに自信が付き、今後は家族で楽しむものが増えたと喜んでいてた。

4. 終わりに

中心となる活動を季節に合わせて組み立てて授業を行い、実物を使うように心掛けてきた。実物は興味をもつことが多く、手の動きが活発になった。ただ、動きをコントロールすることは難しいので配慮が必要になった。

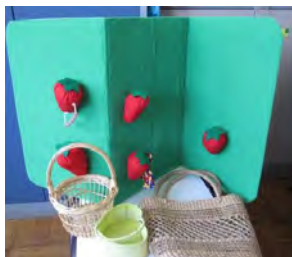
活動内容をカードで示すことは、見通しをもつことでは有効だったように思う。やりたい活動を本人が選択するときに使うことで、意欲的に活動を行うこともできた。

本児は、表情で意思を示すことができ、笑顔で行える活動は興味をもって取り組んでいる様子が見られた。その活動を行いながら、課題を設定し支援していくときは、真剣な表情で取り組み、やり遂げることができたときは、とても満足そうな表情を見せていた。また、行事の参加に向け、保護者が体調を整える配慮をしたり、事前に練習したりして、当日は元気に参加し、普段の授業ではできない活動を行うことができた。

訪問教育ということで活動が制限されることもいくつかあるが、その中で今の環境で行え、満足感を感じることができるよう活動を行えるように心掛けてきた。年度当初保護者と話し合った「生活が少しでも豊かになるように」の思いは、今年度は、学校の行事に元気に参加できたことで達成感があり大きな自信になったようだった。年度末には、カード等を使いコミュニケーションの方法を広げていきたいと、内面に意識を向けるようになってきた。今後も、生活が豊かになることを目指し、いろいろな活動を探っていききたいと思う。

〈教材紹介〉

「いちごつみ」



トイクロスにマジックテープ付きのいちごを付けたもの。取って好きなかごに入れる。

「こいのぼり」



本物のこいのぼりを、見たり、歌に合わせて揺らしたりする。
歌「鯉のぼり」

「貝拾い」



小石の中に、あさりを入れ、手で探りながら、アサリを取る。貝殻の感触を味わう。アサリの中に、鈴やビーズを入れ、取った後、揺らして音や振動を楽しむ。小石の代わりに白のお花紙のさいたものもよい。

「ハロウィーン」



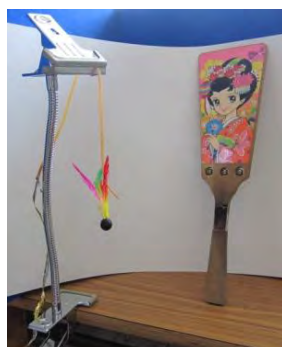
クリップの付いたりんごを、マグネット付きのステイックで「Trick or Treat!」と言いながら取る。

「福笑い」



トイクロスでできた顔の台に、マジックテープの付いた眉、目、鼻、口、耳、三つ編みを貼り付けて顔を作る。

「羽根つき」



羽根をどっちもクリップでぶら下げ、羽根つきを行う。お母さんと向かい合って羽根を打ち合うこともできる。

「誕生会」



トイクロスで作ったケーキの台に、クリーム、いちご、ロウソクを付けて、ケーキを完成させる。

第5分科会「施設内の教育」

■共同研究者報告

河合隆平

(全国訪問教育研究会副会長・金沢大学)

おもに施設内訪問や分教室の教育をテーマとする本分科会への参加者は14名、レポートは2本と、例年通りの規模でじっくりと議論を深めることができた。はじめにレポートの概要をながめておく。

村田さん(大阪府立藤井寺支援学校和らぎ苑・訪問教育)からは、今年度で12年目を迎える施設内訪問教育の取り組みのなかから、医療的ケアが必要な子どものクラスにおける教科「みるきく」の授業についてこれまでの蓄積と成果を報告していただいた。いわゆる最重度とよばれる子どもたちにとって、「みるきく」の教科学習がいかなる意味をもつのか。村田さんは、担任やクラス集団のなかで「お話」の世界への期待感や「楽しいなあ」「おや、なんだろう」と気持ちを外界に向けながら、そこに楽しい世界があることに気づくことが、子どもたちの生きる力を育むために大切ではないかと語られた。

栗山さん(東京都立墨東特別支援学校かもめ分教室)は、昨年に引き続き、アンケート調査の結果をもとに、都内4校の施設・病院内肢体不自由校分教室の実態について報告された。教育条件は併設する施設・病院の状況に応じてさまざまであるが、そのなかで取り組みの工夫がなされている様子がうかがわれた。やはり卒業生とのかかわりは減少する傾向があり、異動等で卒業生を知らない教員が増えるなかで、退職教員の協力を得た取り組みなども紹介された。そのほか、本校と病院の教員・スタッフの協力のもと、分教室の中高生たちが体育祭の演目に参加していく様子も紹介された。

今回はまず、障害の重い子どもの教育に対する客観的評価が求められる状況のひろがりとそのでの悩みや評価の取り組みが話題となった。とくに保護者とのやりとりに関して、通知表もなく「個別の指導計画」(目標・手だて・評価)の提示にとどまっているという状況も語られたが、子どもの実態に即して従来の評価の枠組みを「みる、きく、感じる」に変更する、観点別評価をなくしてわかりやすい記述する、写真を入れるなど、子どもの姿や授業の様子が保護者に伝わりやすいような取り組みの工夫も紹介された。また、夏休み前にクラスの子どもの名前が入った歌のCDを渡そうとしたら許可されなかったなど、個人情報保護への過剰な対応が教育活動を制約している実態もあらためて浮き彫りとなった。

病棟スタッフとの連携において問題となる、子どもに関する情報共有の状況については、疾患など基本的

な健康情報以外は教えてくれない、リハ以外の医療者とは子どものことを話す時間がない、病棟での申し送りにも参加できないなど、病院ごとに情報交換の難しさがある実態があらためて明らかにされた。参加者からは「施設側(医者)の学校不信は根深く、学校は外部者だという認識が強い」との声も聞かれたが、同じ土俵で対等に仕事ができる環境づくりをめざしての合同ケースカンファ、学級通信を病棟スタッフの見えるところに掲示するなどの日常的な工夫も紹介された。

報告にもあったように、卒業後の丁寧なかかわりの難しさが話され、施設側も人手が足りない状況のなかで、共通理解の幅を広げることが卒後に向けて大切であること、また高等部の就労体験(病棟療育への参加)の取り組みについても語られた。

なお今回、来園しにくい保護者への支援が話題となった。行事を設定して来やすい環境を用意するなど、保護者の立場に立った配慮や工夫が紹介されたが、家庭の状況も多様に変化するなかで保護者への支援と連携のあり方は、施設内教育の課題としてあらためて考えていかなければならない問題である。その際、とりわけ保護者と子どもの教育目標をいかに共有できるかが大切ではないだろうか。母親のねがいや当初「毎日安楽に」ということだけであったが、他の子どもの姿もあわせて教育の様子を丁寧に伝えることで、かかわりや活動の広がりの可能性を意識できるようになったという報告もあった。これまでの経験のなかでいろいろなことをあきらめさせられてきたのではないかと語られたが、障害の重さに目を奪われるだけではなく、子どもたちのねがいを豊かに実現する方向でさまざまな可能性を具体的に追求することが教育の目標であり、教師の大きな役割であることを再確認できたように思われる。

こうした教育への信頼を基盤として、就学猶予・免除者の受け入れも進んでいるのではないだろうか。なかなか受け入れが進まず取り組みが下火になったが、今日の状況をふまえてもう一度声をあげていきたいという参加者の声も聞かれたが、重症児も当たり前で青年・成人期を迎えている今だからこそ、学校に学ぶ子どもたちの未来と重ねながら、この問題に取り組んでいくことが求められているのではないだろうか。

第5分科会「施設内の教育」

■発表レポート

施設内訪問教育における教科領域指導Bグループ「みるきく」の実践について

村田 久仁子

大阪府立藤井寺支援学校和らぎ苑訪問教育

1 はじめに

今年度、和らぎ苑訪問教育は12年目を迎えた。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向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、行事や授業を計画・実施してきた。今年度も最大行事ミニ夏祭り（第6回）は、保護者や地域、本校、苑と連携し、総勢40数名のボランティアの参加で施設内の教育的支援を支えるネットワークづくりの充実の中で実施できた。スクーリングについては、2008年の学校の方針の変更後、スクーリングへの参加が出来にくくなっているが、昨年は、苑の理解、協力もあり医師、看護師の同行で気管切開の児童生徒が入学以降初めて小学部の卒業式、中学部の入学式に参加することができたり、看護師や保護者の同行のできた医療的ケアの必要な児童生徒が、泊を伴う学習に参加できたり、また、医師や看護師の同行でスクーリングに登校できたことは、画期的だった。

医療管理を最優先にした生活の日々の暮らしのなかで、行動範囲も狭く、生活体験も少ない児童生徒を前にして、施設内という限られた空間や環境、授業時間の訪問教育の中で、重い障がいを抱えて生きる児童生徒が安楽であるように、又自己実現を目指し児童生徒の生きる力を育むことを目標に、学校大好きで、教師との関わりのなかで「おや、何だろう」と心をときめかせ、外界へ関わる気持ちを持って日々学習できるように工夫しながら児童生徒と一緒に創る楽しい授業を模索していった。

2 実態をふまえた教科領域「みるきく」の観点

（1）医療ケアの必要なBグループの実態

B1グループは、小学部1年1名、3年1名、中学部1年2名計4名（視覚障がいの児童3名含む）で構成している。B2グループは、中学部2年5名、高等部1年1名、計5名（視覚障がいの生徒4名含む）で構成している。＊参考資料

全員、重度重複障がいがあり、医療管理が必

要である。8名は気管切開をしているが、9名全員が吸引を必要としている。又中枢性の呼吸停止や発作を併せ持ち、全員呼吸管理が必要であり、授業中もモニターを装着して気道閉塞しないように気をつけなければならない生命維持のリスクの高い児童生徒ばかりである。全員が経管栄養であり、6名は胃瘻経管栄養であり、2名は腸瘻経管栄養である。その他、低体温、未覚醒、昼夜逆転、感染症、爛れ等に細心の注意が必要である。さらに、身体も大きくなり筋緊張の亢進、骨粗鬆症、身体の変形、関節の変形や拘縮・脱臼、過緊張、カニューレの種類の变化等からの姿勢管理にも気が抜けない。思春期前期にさしかかり、基礎疾患の二次的変化やてんかん発作の変化等も見られる。又、消化機能障がいにより、イレウスや胃瘻再建術が必要で入院する生徒もある。このように生命維持のための取り組みが多くなっている今日である。

発達段階は殆ど、乳児期前半で感覚学習や感覚運動学習が中心である。

（2）実態をふまえた教科「みるきく」の観点

施設という世界にいる児童生徒の教科領域「みるきく」の授業によって、児童生徒の世界が広がり豊かになることは教科領域「みるきく」の授業の課題と考える。最重度の児童生徒の注意を引きつけ、興味・関心をひきだすために、絵本を題材に人形劇やペープサート、pp絵本、エプロンシアター、パネルシアター等にして動きを出し、音や楽器、感覚刺激等をつけてアレンジしていったものを、教材として使用した。また、お話に参加出来るように、児童生徒の手にもってお話できたり、パネルやエプロンシアターに貼り付けられたりするサイズの動物人形等を使用した。人形劇やペープサートより映像化が効果の大きいものはPP絵本にした。又出来るだけ絵本の中に出てくる具体物に触れたり、体験遊びをしたり、感覚運動遊びをしたり、劇ごっこをしてイメージをふくらませやすいようにした。

Bグループの児童生徒の教科領域「みるきく」の指導を担当して、目標を次のように考えた。

- ① イメージを豊かにして外界を思いえがく力を育てる。
- ② 感覚遊びを体験し、豊かな感情をひきだし、表現力を引き出す。
- ③ 人と共感し、ものに関わる力を育む。
- ④ 教師や友だちと気持ちを通じ合わせる力、コミュニケーションの力を育てる。
- ⑤ 文化や芸術や自然に触れる。
毎年、年間計画や学期、月間計画で教材を精選しているが、教材選定のもとになるのは、
- ⑥ 季節感や行事をとりいれられるもの
- ⑦ 文化、文学の継承
- ⑧ 感覚遊びを体験したり、擬似体験できたりするお話
- ⑨ 音や音楽をふんだんにとりいれられるもの
- ⑩ 日本語のリズム、擬音、擬態等を楽しめるお話
- ⑪ 季節のよいときは、出来るだけ、屋上の東屋で外気浴をしながら学習する。
等を基盤にしている。

7年間使用した教材は表のとおりであるが、何回か繰り返して使用したものもある。(H○年/○月使用)記載

教材	人形劇	エプロンシアター	PP 絵本	その他
絵本の題名	・「ノンタンブランコのせて」(シーツブランコ、ハンモック) H18, 19 5 H22/10 ・「のせてのせて」(台車に乗ったり、トンネルあそびをしたりする) H17,18/5 ・「てぶくろ」(劇遊び おしくらまんじゅう) H21, H23/2 ・「おおきなかぶ(おいも)」(劇遊び) H19/4 H22/10 ・「かさじぞう」(そり滑り) H23/3 ・「11ぴきのねこふくろのなか」(劇遊び トランポリン・ブランコ等) H23/4,5 ・「おおかみと7ひきのこやぎ」(劇遊び) H23/12 ・わらべ唄「おおさむこさむ」 H17,18/1 ・「はらぺこあおむし」(あおむしごっこ) H23/6 ・「みんなの広場」(動物の鳴き声) H24/4	・「ブラウンさんの麦わら帽子」(劇あそび) H17, H23/10 ・「のせてのせて」(台車に乗りっこ、トンネル遊び) H 17/10 H19/4 ・「ガンピーさんのふなあそび」(ボールスライダー) H18/10 ・「ぞうくんのさんぽ」(積み木遊び、ぞう君に乗って散歩) H18/6 H20/6 ・「おおかみと7ひきのこやぎ」(劇遊び) H21/2 ・「はらぺこあおむし」(あおむしごっこ) H17, H18/11 ・「3ぴきのやぎのがらがらどん」(劇遊び、感覚遊び) H23/1 ・「まきばのがっしゅうだん」(劇遊び、感覚遊び) H22/6 ・「おむすびころりん」(おむすび、転がし遊び) H22/1 ・「北風と太陽」(感覚遊び) H23/2 ・「おどろきもののきびつくりもち」(もちつきのうた、餅の匂い、感触) H22, H23/2 ・「かえるののど自慢」	・「おつきさまこんばんは」(バルーン,エアソファ) H19, H22/9 ・「セバスちゃんのトラペット」 H18/11 ・「10ぴきのかえる」(歌) H19/6 (劇遊び) H24/7 ・「ねがいごとをしてごらん」(短冊) H17/7 ・「おつきさまって、どんなあじ」(歌、バルーン) H20/9 ・「どれがぼくかわかる」 H20/5 ・「とべないほたる」(わらべ唄 光遊び) H20/6 ・「七夕さま」(光遊び、合奏) H20,H22, H23/7 ・「だんまりこおろぎ」(影絵とともに)(楽器遊び) H20, H21/10 ・「はらぺこあおむし」(影絵とともに)(あおむしあそび) H20/6 ・「ぐるりんこん」(体験学習) H23/10 ・「ギッタンバッコン」(人形劇) H23/10 ・「こねこのクリスマス」(おたのしみ会) H19/12 ・「ゆめのゆき」(雪遊び) H20, H21/12 ・「白雪姫」(劇遊び) H22/12 ・「ねずみのすもう」(紙	○絵本 ・「えんやりんごのき」(りんごの感触味見) H17/11 ・「くまごろうさんて、ね」(くまごろうさんにのってあそぶ) H17/3 ・「ぐるぐるさんぽ」(屋上 回転椅子、ぐるぐる風) H19,H20/4 ○大型絵本 ・「くまさんなにみているの」(動物遊び) H20/4 ・「ピョーン」(感覚運動遊び) ・「ぼくのクレヨン」(絵を描く) H23/4 ○ペープサート ・「いないいないばあ」 H17/5 ・「ももたろう」(劇あそび H21/1 ・「野菜のパーティ」(音楽劇) H22/12 ・「くもさんおへんじどうしたの」(劇ごっこ・歌遊び「ぞうとくもの巣」) H23/4 ○手袋人形 ・「キャベツの中から」(「はらぺこあおむしのなかで」) H20/6 ・「でんでん虫家族」 ・「5つのメロンパン」

		(歌、合奏) H19/6 ・「カレーのうた」(カレーの味見) H18/3	相撲大会) H21/1 ・「1年間・6年間の思い出のアルバム」(授業参観) 毎年/3 ・「だんじり」(だんじり引き) H22/10 ・「龍伝説」(龍ごっこ、鬼退治) H24/1 ○詩の鑑賞 「わたしと小鳥とすず」(合奏) H24/5 ○紙芝居 「ねぼすけこびと」(感覚遊び 手袋人形あそび) H24/6	(パンやさんごっこ), H19 H20 H21 H22/3 ・「おおさむこさむ」(わらべ唄遊び、おしくらまんじゅう) H19, H20 1, ・「かにむかし」 H20/11 ○周り灯籠「だれかが星を見ていた」 H18/2 ○パネルシアター ・「すてきなぼうしやさん」(ぼうしやさんごっこ) H 17/10 H23/10 ・「うさぎのはらのクリスマス」(光遊び) H23,10 ○ウチワシアター ・「にんじんとだいこんとごぼう」(攪り、お風呂遊び) H24/3
--	--	---	--	---

3 まとめ

教科領域「みるきく」の学習のなかで、イソップやグリム童話等世界各国や日本のお話等昔から読み継がれてきた絵本を題材にしたお話の世界に出会い、お話に出てくる主人公や登場人物に出会ったり、登場人物になって擬似体験したりした。

人形劇「狼と7ひきのこやぎ」の後の劇ごっこでは、授業中、狼に扮した教師の声色を聞き分け、怖い声の時も笑い、優しいお母さんやぎの声の時も笑いながら安心感の中で子やぎ役をしたり、何回かの授業では狼の登場を笑顔で待っていたりする様子が見られた。又、怖い声の方に顔を向け、目を一層大きくして、よく聞き入って自分の登場する場面を期待している児童生徒もいた。

体験学習で地域の公園に出かける準備として電子絵本「ぐるりんこん」「ぎったんぱっこん」を何度もした。スイッチを押すと場面が変化し、スイッチを押すと動物がくるくるまわる鉄棒や動くシーソーをとりいれて、IT学習も行ったが、スイッチを押すことと場面が変化することとは、結びつかなかった。また、シーソー遊びの体験を絵本に出てくる動物人形で体験し、ぎったんぱっこんの感覚を味わった。鉄棒には、公園に体験遊びに行くとき、触ったり、座ったりする

予定であったが、雨天で行けなかったのは残念であった。

紙芝居「ねぼすけこびと」では、五感をしっかり働かせ、ねぼすけの児童生徒も眠っていらなかった。大太鼓の音にびっくりして顔色がこわばったり振戦がでたりする児童生徒もいたが叩き方を工夫して全身で味わった。ねぼすけこびとを起こす目覚まし時計、テントウムシの飛ぶ音等のさまざまな音や冷たい大蛇のにおいや感触、たこの噴き出す墨の感触を身体全体に感じ、賑やかな音や冷たさや臭さに眠っていらなかった。

このように、学習中には、期待して予測して待っていたり、感じて手を引いたり、動物の鳴き声に目を大きくしたり、音にびっくりしたり、覚醒してなかった児童生徒が人形を持って手を伸ばしてシアターに貼り付ける瞬間から目を開けたりする。

最重度の児童生徒の教科領域「みるきく」では、担任や友だちの安心の集団の中で「お話」の世界への期待感や楽しい気持ちをもって学習することが児童生徒の生きる力を育むことに繋がると思う。「見る・聞く・感じる・触れる・動く」の活動を通じて、児童生徒の「おや、何だろう」の心を励まし、気持ちを外に向け、楽しい世界があることに気づいてくれることが教科

領域「みるきく」の目標ではないだろうか。

教師や友だちとやりとりしながら、色々なお話の世界をイメージできるような擬似体験や感覚遊びをする中で児童生徒がみせる反応や情動は、児童生徒の表現である。児童生徒の色々な小さな反応やサインも見逃さず受け止め、表現力を高め、コミュニケーションしていくことを積み重ねていきたい。それは、日々、人と関わっていく力や学習していこうとする主体的な力につながっていく。モニターを常時装着している児生は、擬似体験や感覚遊びのなかで、HRが何度も高くなって、心身で刺激を受け止めていることがわかる。2名の視覚のある児童生徒は、期待感に胸を踊らせて、追視し感情表出も人一倍である。

今後、施設という狭い世界の中にいる児童生徒であるが、一歩外に出たら商業施設で買い物をしたり、公共バスや電車に乗ったりして、地域社会の中にお出かけし自己実現していけるよ

うな楽しみや生き甲斐をもって生涯にわたって施設で生活していける様にキャリア教育の一貫としても取り組んでいきたい。バスや電車に乗ってお出かけするような絵本教材にも取り組み、地域の中に根ざした豊かな暮らしや心を育てることにつながるような教材も考えていきたい。

思春期になり、身体も大きくなり、機能低下もみられる児童生徒が多くなったため、感覚運動遊びも制限される。又施設内で器具類も少ない等問題点もあるが、今後の児童生徒の実態に合わせて、教材をよりダイナミックなものにして擬似体験したり、児童生徒のお互いのコミュニケーションできる学習を展開したりしていける工夫をしていきたいと思っている。児童生徒の実態に配慮しつつ、児童生徒一人ひとりの持ち味が生かされるよう、教材の内容、提示方法、授業展開、情動を高める五感への働きかけ、語りかけのリズムや間の持ち方等様々な角度からさらに追求しなければならないだろう。

* 参考資料

平成24年度の教育課程（指導体制）

（1）時間割

		月	火	水	木	金
B 1 グ ループ 9 : 20～ 10 : 40	B 2 グ ループ 10 : 45～ 12 : 05	自立活動				
		朝の会				
		音	みるきく	体育	図工	生活
A グループ 13 : 30～15 : 30		自立活動				
		始まりの会				
		音楽	みるきく	体育	美術	生活

（2）訪問実施曜日、教育目標、指導形態

	時間帯	曜日	対象児・生	教育目標及び主な内容
B1組	9:20～ 10:40	月～金	A(小1) B(小3) C(中1) D(中1)	・生活リズムを確立し、安定した体調を維持する。 ・リラクゼーションを中心とした姿勢づくり、運動機能の維持・向上をめざす。 ・感覚、知覚、認知機能を高める。
	10:45～ 12:05	月～金	E(中2) F(中2) G(中2) H(中2) I(高1)	・人との関わりを意識し、情緒面の安定を促す。 ・地域社会との交流を体験し、生活経験の場を広げる ・季節を感じる取り組みを行う。
A組	13:30～ 15:30	月～金	J(中1) K(中2) L(中3) M(高2)	・生活リズムを整え、健康な身体作りを目指した学習を行う ・コミュニケーション力を広げる。 ・身体機能面の開発と変形拘縮の予防と改善を目的とした自立活動を行う。 ・諸感覚の機能を高める。 ・季節を感じる取り組み（散歩）を行う。 ・地域社会との交流を体験し、生活経験の場を広げる。

第6分科会「病気療養児の教育」

■共同研究者報告

濱口典子

国立病院機構東名古屋病院小児科

今回、訪問教育をお願いする医療サイドから本大会に参加させて頂いたが、非常に勉強になる時間を持つことができた。三名の発表はそれぞれ個性的で、興味深いものであった。

まず、愛知県立名古屋盲学校の水野利之先生から、愛知の訪問教育の状況について発表があった。多くの問題点の指摘があったが、その中で二点がぜひ改善してほしいものとして印象に残った。

まず、入院期間の短縮化によって、かえって教育の機会が奪われる、という逆説的な現状の指摘である。今、医療の世界では、膨大化する医療費を抑制するために入院期間の短縮化が政策として実行されている。そのため、以前であれば、治療が終わってもすぐには退院せず、訪問教育を受けながら外泊を繰り返し、体力が回復して原籍校への復学が可能となって、はじめて退院とすることが可能であった。しかし、最近は医療費削減で早期退院が推奨されるために、十分体力が回復しておらず、退院はしたものの復学は出来ないケースがあり、その間は教育が受けられないという指摘であった。政策医療の意外な盲点と言える。この問題については、退院後も原籍校に復学するまでは、自宅への訪問教育を引き続き行っている地域もあるとの参加者からの発言があった。ぜひ制度上の改善を該当機関に働きかけるべきと思われた。

もう一点は訪問教育を開始するまでの手続きについてである。愛知県では転校手続きは保護者が行わなければならない。長期入院が必要な重い病気にかかったこどもを持つ家族にとって、自宅と病院の行き来の間に、転校という慣れない事務手続きを行うことはかなりの負担であり、思うように出来ないこともある。これについては学校が肩代わりして行っている地域もあるとの指摘が参加者からあった。とてもありがたい配慮である。多忙な先生方の負担を増やす提案で恐縮ではあるが、ぜひ検討して頂きたい。

一方、入院してから訪問教育を開始するまでの期間は、以前の1カ月から最近では約1週間に大幅に短縮されたとのことであった。不安の多い病院生活が始まり、先の見通しの立たない状況のこどもやその家族にとって、慣れ親しんだ「学校」との関わりが少しでも早く再開されることは、望ましいことである。私ども医療者側にとっても、病気のこどもが

前向きな姿勢で治療に向き合えるので、とてもありがたい。先生方の努力に感謝したい。

二番目に行われた愛知県立大府養護学校の山本彩美先生の発表は、亡くなられた中学生との関わりについてであった。非常にデリケートで難しいテーマであったが、山本先生は豊かな感性に満ちた言葉で語られ、参加者一同が深い感慨を覚える内容であった。

また、共同研究者の猪狩恵美子先生からの提案で、参加者の方々にも同様の体験を話していただいた。それぞれの先生にとって、言葉にするのがつらい記憶と思われたが、担任として真剣に向き合われた先生方の言葉は山本先生のそれと同様に心打つ深い内容であり、参加者全員のグリーフケアになった。

最後に行われた愛知県立大府養護学校の河合健先生の発表は、様々な問題提起に溢れていた。

訪問教育なのだから、1対1の家庭教師と同じで当たり前、転校したのだから、原籍校とは違う教科書でも当然、と流れに身を任せてしまわずに、ひとつひとつに「なぜだろう？もっとこうすればいいのに」と疑問や提言を投げかける河合先生の考え方には教えられることが多かった。

医療の現場でも、以前は治療方針の決定に当事者である患者さんの意見が反映されなかったり、入院生活では変則的な食事時間やプライバシーの無視など、世間一般の常識から見れば明らかにおかしい、と思われるようなことが堂々に行われ続けていた。しかし、徐々に患者さん側からも、医療者側からも「それはおかしい。」という声が上がリ、それまでどうにもならないとあきらめていたことが、ひとつひとつ改善されてきつつある。

教育現場においても、学校の常識が世間の通念からかけ離れることにならないためにも、河合先生のような若い先生方のまっすぐな意見がきちんと取り上げられるようになってほしいと思う。

そして、河合先生の発表を通して流れていたBGMは、先生のユーモアあふれる心であった。この「笑い飛ばせる力」は、重い病気を抱えたこどもたちに関わるものには必要不可欠な資質であろう。

最後に、司会の山本純士先生は大会全体の進行で非常に多忙な中、山本先生らしい非常にユニークな発想でこの分科会の組み立てを準備して下さった。有意義な時間を提供して頂き、深く感謝します。

第6分科会「病氣療養児の教育」

■発表レポート

「3月の写真」の中で

山本彩美

愛知県立大府養護学校

大府養護学校の病院訪問教育授業は、週に3回。1回の授業は120分。中学生に対しては、3人の教師でひとつのグループを作ります。そしてその3人で、中学校で学習する9教科全てを教えます。そのため、専門以外の教科も教えることになります。

訪問担当教師の職員室は、本校中学部1年生の教室のすぐ隣にあります。授業中にも、休み時間にも、にぎやかな声が教室や廊下にあふれてきます。それに比べ訪問教育は、一人で病院を訪ねていき、一人で病院から去る。にぎやかな声を聞くこともなく、帰り道は、いつも心さみしく思っていました。

（楽しそうだなあ。いいな、いいな、本校は……。転勤はしかないにしても、せめて本校で勤務したかったなあ。なんで、訪問なんかになったんだろう。）

前任校に3年間勤務し、転勤してすぐに訪問担当になったわたしは「訪問教育を続けていこう」という強い意志はもてませんでした。次の年は、中学部か高等部に異動させてもらい、専門の英語だけを教えたい。そう考えていました。

冬になって岡野結衣（仮名）という、中学1年生の生徒を受け持つことになりました。

初めて会った日、結衣はベッドの上に小さなテーブルを載せて、英語の教科書を開きノートに文字を書いていた。背中を丸めて、黙々と勉強をしています。

中学校に入学してから、あまり登校できていない。4月に少しだけ学校行事と授業に参加ただけで、入院となった。それから10か月近く入退院を繰り返している。今回の入院は長くなりそうだということで、訪問教育を受けることを決めた。お母さんが、そんな話をしてくれました。

結衣は集中して授業に取り組みます。「疲れち

やったでしょ？」と尋ねても、「ううん、だいじょうぶ」ゆったりとそう言って、休憩もなしに勉強を続けようとします。まるでそれまで溜め込まれていたエネルギーが、静かに爆発を起こしているようでした。真剣に、という以上に、なにか強く迫ってくるものがあります。彼女は授業を受けること、勉強をすることを強く望んでいました。

わたしは彼女と出会い、自分には何ができるのだろう。彼女と、どう接していいのだろう。授業をするだけではなく、訪問教育にも「学校」としての役割があるのではないか。そのようなことを考えるようになりました。

3学期最後の授業は、すぐにやってきました。病棟内にある学習室から、結衣と二人で並んでお喋りをしながら病室に帰りました。

「おかえりなさい」

お母さんは、わたしたちの声が聞こえると、カーテンをすっと開けます。いつも笑顔でわたしたち2人を病室から送り出し、こうして迎えてくれます。お母さんは、結衣の顔を見ると嬉しそうな表情になります。まるで玄関のドアを開けて、帰宅した子どもを迎える時のようです。

「今日、どうだったの？」

「今日はねえ……」

部屋に戻ると、結衣とお母さんは、わたしの目の前で授業での出来事を楽しそうに話します。その日も同じでした。

「これで、今年度の授業はおしまいです。春休みに入ります。」

今日の様子を結衣が話し終えたので、そう言って帰ろうとしました。

「あ、先生、ちょっと待ってください。」

お母さんが、少しあわてたように呼び止めました。

「先生、そこに結衣と並んでください。写真を

撮りましょう。」

「写真？ 写真ですか？」

その日、結衣は学習室に、誕生日にプレゼントされたというカメラを持ってきました。

「先生の写真、取る！」

授業が終わると、彼女はそう言いました。

「えー！先生のお……。それは、さ。やめとこうよ、ね。」

わたしは写真を撮られるのが、あまり好きではありません。

「いいからあ。壁のところ行って、ちゃんと立って。」

結衣は、カメラを持ったまま、笑顔でじわじわとこちらに近づいてきます。こうなると、もう結衣には逆らえません。あきらめて、わたしは学習室の壁を背に写真に収まりました。

「はい。写真を撮ります。結衣も、先生と一緒に並んで。」

お母さんのことばに、結衣はてきぱきと壁際に移動しました。

（なんだか、写真を撮いっぱい撮る日だなあ……。）
そう思いながら、わたしも結衣の左側に立ちました。

「はあい、取りま〜す。」

お母さんは、カメラの向こう側から、笑ってこちらに声を向けました。わたしと結衣は体を寄せて、お互いの方へ少し顔を寄せるようにしました。2人で、少し照れながら、ピースサインをしました。

結衣と出会い、他の生徒たちとも関わる中で、いつしかわたしは「楽しそうな本校で英語を教えよう」とは思わなくなっていました。新年度の担当希望調査票には「訪問教育・希望」と書きました。

そして4月。希望通り、訪問教育を担当できるようになりました。結衣の担任にもなることができました。始業式に行くのは、担任の役目です。結衣に最初に会えるのはわたしなのだと思うと、嬉しい気持ちでいっぱいです。始業式の日には、新しい教科書をまとめて全部持っていきました。

「2年生の教科書だよ。」

「うわあ、いっぱいある！」

結衣は、机の上にどん、と置かれた教科書の山を見て、驚いています。

「いっぱいあるね。ちょっとずつ、一緒に勉強していきましょう。」

「はい。」

少し緊張したような、しかし、力のこもった結衣の返事でした。

次の授業日。ナースステーションで連絡ノートを受け取り、結衣の部屋に向かいました。カーテン越しに、「こんにちは。大府養護学校の山本です。」

声をかけると、いつも大きく開かれるカーテンが、わずかにしか開かれませんでした。その隙間からは、結衣の姿は見えませんでした。テレビがついていましたが、音量は落とされ、お母さんはベッド横の椅子に座っていました。

「すみません、先生。せっかく来ていただいたのに。今日は、調子が悪いみたいで……。」

お母さんは申し訳なさそうに、声をひそめて言いました。結衣はベッドの上で座ったまま、話すのもつらい、というように小さくうなずくだけでした。いつもベッドの上に置いてあるはずの教科書やワークブックなどを入れたかばんも、ありませんでした。数日前までの元気な様子はなく、少しやせたように見えました。

「今日は、授業、やめようか。」

結衣が、うなずきました。これまで、授業ができないことは一度もありませんでした。

そして翌日、結衣の入院する病院から電話がありました。「結衣さんは、授業ができるようになったら、また学校にご連絡します。」という内容でした。

結衣のいる病院では他の生徒も受け持っています。その生徒の授業があった日、わたしは、結衣の部屋を訪ねることにしました。彼女は、ナースステーションに近い個室に移っていました。ドアをノックすると、

「はい。」

お母さんの声が返ってきました。ドアを開けていいものか迷っていると、お母さんがドアを開けてくれました。

「入ってもいいですか？」

「どうぞ、どうぞ。」

部屋の中へ歩みを進めると、身体を横にしている結衣の姿が目に入ってきました。

「いま、寝てるんですよ。」

お母さんは結衣を見て言いました。病状については何も語りませんでした。

わたしは、書いてきた手紙をお母さんに手渡しました。

「ありがとうございます。目が覚めたら、渡します。結衣、喜びます。」

お母さんは、いつもと変わらないように見えました。新しい学年になったばかり。すぐにまた一緒に勉強することができる。わたしはそう思っていました。

翌日の木曜日は、週に1回ある訪問担当者の会議の日です。

（ようやく会議も終わるなあ。後は教頭先生の話だけだ。）

ほっとしたころ、職員室の電話が鳴りました。「そうですか……。はい……。はい。」

欠席連絡にしては長いな、と思いながら、受話器を取った教頭先生と病院のやりとりを聞いていました。

電話が終わると、教頭先生は立ち上がり、全員の方を向きました。

「今朝、岡野結衣さんが亡くなりました。」

この人は何を言っているのだろう。

私は昨日、結衣に会った。

亡くなるわけがないじゃない。

そうだ。わたし、聞き間違いをしたのだ……。

結衣が亡くなるわけがない。

わけがわからず、同じグループで結衣の別の教科を担当する先生を見ました。

その先生は、報せが信じられないというように大きく息を吐き、こちらを見ました。

それから、わたしは何も考えることができなくなりました。

結衣が亡くなってから、ずっと考えてきました。

3 学期最後の授業で、「写真を撮りましょう」と、何気ない様子で呼びかけてくれたお母さん。

あの日、お母さんは、どんな気持ちでカメラを構えたのでしょうか。

お母さんは、結衣のいのちが長くないことを教えてくれませんでした。それは、結衣とわたしが、まるで少し年の離れた姉妹のように楽しく笑いながら過ごす様子をみながら、真実を伝えたならば結衣の前でそれまでと同じような態

度を保つことが出来ないと考えられたからなのではないでしょうか。

そしてそれは、間違いのないことなのです。

なぜかといえば、その前の年の担任の先生は、結衣のいのちが限られたものであることを知っていたからです。でもわたしは、教えられなかった。知ってしまえば、わたしは、平静な顔で授業をしたり、笑ったり、たわいもないお喋りを結衣とすることができなくなってしまう……。お母さんは、そう思われたのでしょうか。

結衣は、周囲のだれからも愛される「いい子」でした。でも、重い病気になった彼女が傷ついた気持ちをかかえていないわけがありません。けれども結衣は、そうした姿を決して見せませんでした。でも本当は、爆発させたい感情をもっていたはずです。

わたしは教師のくせに、結衣の明るくて優しい姿に甘えて、彼女の内側にある、深い悲しみを感じとることができませんでした。理解しようともせず、ただぼんやりと日々を過ごしていただけでした。

先生なのに、いたわられている。こどもたちの笑顔を増やすために、この仕事を選んだのに、こんなふうに支えられてしまう。そして「学校」がうらやましいとか、ホームルームがあつていいなあ、などと思ってきた。目の前にいるこどもや、お母さんのことを何も見ようとも考えようもしない、教師であることの自覚を持たない「教師」、それが自分であることが、結衣が亡くなってようやくわかりました。でも、遅すぎました。教師として、ちゃんと結衣を受け止めることはもうできません。

訪問教育は、入院している間の「つなぎ」であるかもしれません。しかし、その「つなぎ」は、学習の面だけではなく、同時にこどもたちの希望も未来へとつなぐものでなくてはならないと思います。

訪問教育が、子どもたちにとって大切な時間になったとき、わたし自身の教師としての可能性も拓けていくかもしれない。いまはそう考えるようにしています。

（それでいいんだよね？ 結衣ちゃん）

第7分科会「地域での生活支援と教育～医療・教育・生活～」

■共同研究者報告

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50名ほどの参加者で、病院からの退院指導、卒業後に向けた進路指導、地域生活支援の各種サービスとの連携を模索している方など、他の分科会に比べると比較的これまでに実践を積み上げてきた教員の参加が多いように感じた。

レポートは、「重ねてきた訪問実践を通して見えたこと～感覚の世界に生きる重心メンバーにとっての体験や人との繋がり、集団の大切さ」というタイトルで、特別支援学校中学部卒業後に在宅になっていた方に対する「訪問療育」の実践報告1本であった。

2 レポートについて

発表者の三谷氏は、看護師でありながら通所が困難な方への「訪問療育」を担当されている。利用者は、気管切開と経管栄養を必要とする障害の重い方なので、きめ細やかな健康観察を行った上で、丁寧に利用者の気持ちを読み取り、音楽、調理、創作、外出など通所施設における「日中活動」に相当する活動を「訪問療育」として取り組み、写真映像を交えて報告された。

参加者からは、「訪問療育」がどのような福祉サービスに位置づけられるのか、看護師が訪問することの意義は何か、などについて質問が出された。回答としては社会教育的な「訪問療育」は現在の障害者自立支援法に無いため、訪問にかかる交通費や人件費などは事業所の持ち出しとのことであった。一方で、個別支援計画は作成し、契約の形は整えていた。

学校卒業後、重症心身障害児施設の通園事業の施設（平成24年度からは生活介護事業所へ移行）に通える場合もあるが、健康上や移動距離など様々な理由により通えない場合もある。そうした方に「訪問療育」など「学びの機会」を得たいと願う本人・ご家族、そして学校関係者は多い。

3 分科会討議のまとめ

分科会討議のまとめとして、以下の3点を述べる。

(1) 看護師さんががんばって！

先日、都内で通所施設職員の研修会に講師として参

加した際、福祉事業所に看護師がなかなか定着しないという話がでていた。これは学校における看護師も同様である。今回の発表者は看護師でありながら、療育活動（日中活動）を実践されていた。施設や学校に専門職が配置されていく中で、職種間の垣根を取り払うためには、職種の相互乗り入れを経験することはとても貴重であると考えます。そうした経験が、福祉マインドや教育マインドを持つ看護師を増やすことにつながるのではないかと思います。

(2) 地域格差は悪なのか？

「うちの県は遅れている」「地域間格差を無くして欲しい」という意見をしばしば聞く。しかし、社会資源（リソース）やその土地独自の文化や歴史的背景など、地域によって異なるのは当然なので、そうした違いを「格差」と否定的にとらえずに「地域特性」と積極的・肯定的にとらえ直してどうだろうか。地域特性を活かすためには、まずニーズのある障害の重い子どもたちが地域にいることを知ってもらわなければならない。外に連れ出し、地域の人に啓発していくことを訪問教育教師に期待したい。

(3) 「地域で生きる」を支えるツールとして支援計画は機能しているのか？

福祉・医療・教育の連携はお題目ではなく、実践するからこそ意味がある。書類作りのための書類にならないように、ツールとしての活用が大切である。支援会議は、児童・生徒（利用者）のニーズを明らかにしてテーマを決め、内容によって運営主体や参加者の選定を行い、機能させる必要がある。そうした際に、訪問教育教師には、児童生徒のニーズを明らかにするキーパーソンの役割を期待したい。

4 おわりに

最も困難な課題を抱える弱い者が、地域の中で生活しやすくなると全ての人が豊かな生活を送れる社会になるのだろうと考える。子どもや家族のニーズをもとに人と人をつなぎ支援の輪を広げていく。こうした取り組みは、地域に出張っていく訪問教育教師にとってのやりがいの一つになると考える。

第7分科会「地域での生活支援と教育 ー医療・教育・生活ー」

■発表レポート

重ねてきた訪問実践を通して見えてきた障害の重い人たちの卒後の豊かな生活支援
～感覚の世界に生きる重心メンバーにとっての体験や人との繋がり、集団の大切さ～

三谷 恵子

名古屋キリスト教社会館 活動センターねーぶる 看護師

1. はじめに

ねーぶるは「卒後も我が子が安心して生き活きと自分らしく通える日中活動の場を」という願いから、重心の子を持つ母たちが運動する中、2000年「重度障害者活動センター」として本格運営となった。中には高度の医療が必要なため通所の難しいメンバーもあったが、「同じように活動を保障したい」という思いから、当初から訪問での活動も。そんな中、母たちからの紹介もあり、Aさん宅とも繋がった。そこから前任者が6年、自身が引き継ぎ4年、訪問療育や受診の付添い、併せてAさんにとっての豊かな生活づくりやAさんと家族にとっての将来の安心づくりに向けての取り組みにも力を注いできた。今日に至るまでには数々の困難もあったが、その都度チームでもアイディアを出し合い実践を重ねる中、取り組みも広がりAさんの嬉しい姿の変化も。今回はそんな実践について紹介しながら、Aさんの姿の変化の意について思うこと、Aさんとの実践だけでなく、特に重度のねーぶるメンバー（ことに感覚の世界に生きる人たち）との関わりの中で感じること、改めて「ねーぶる」という施設の存在意義は…と考えたことも伝えたいと思う。

2. ケース紹介

Aさん 27歳 女性

(1) 障害および身体的な状況

- ・水頭症による起座位不能の体幹障害、ダウン症、てんかん。生後4か月で急変、V-Pシャント挿入。
- ・中等部2年の時、肺炎で入院。呼吸状態不良のため気管切開術施行。誤嚥防止のため経鼻経管栄養に。
- ・てんかん発作等含む健康状態～気管切開後は呼吸、循環動態も安定。大きな病気もなく過ごせるも、もとより外部刺激に敏感で些細なことをきっかけに発作に。引き継ぎの少し前には2日に1回は発作。持続時間も長く、90分以上のことも。内服の変更後、一進一退の時期もあったが、併せて早めの座薬使用で、回数も半分以下に。持続時間もまれに60分程のこともあるが、概ね30分以

内に。

- ・幼少期は地域の障害児通園に。身体面のフォローもあったようだが、就学後は特に訓練なども受けておらず、側弯はじめ全身の関節変位などの身体的変形、硬縮も顕著。
- ・感覚～2008年1月の前任者のまとめより…視力的には僅かに光を感じる程度、聴力的には実際のところは不明、聴覚的にはとても敏感で母やスタッフの声の違いが判っている感じ。高い音は苦手。

(2) 家族状況

- ・73歳の父と68歳の母、2歳上の兄と4人暮らし。Aさんの主たる介護者は母。父は既に退職されており、母が不在時にはAさんの見守りを。両親とも運転免許は無く、移動手段は自転車や公共交通機関。

3. 取り組みの実際

(1) ねーぶるの訪問活動とAさんの訪問にあたっての経緯

運営面の安定や障害の重い人たちのケアホームづくり実現のため、ねーぶるは2003年に社会福祉法人の傘下となった。また、名古屋市独自の重心小規模通所事業所援護事業の下、第2施設を立ちあげ、訪問活動もより本格的に行えるように。医療的ケアも必要となり、中等部2年の途中から在宅生活になってしまったAさん。義務教育終了後は訪問も無くなり、家族以外の人と関わる機会は受診の時くらいと刺激の少ない生活を送っていたが、縁あり繋がることが出来た。しかし、訪問はどちらかと言えば、「豊かな地域生活を送るために、まずは繋がりを…」というこちらの思いのもと、お願いしてのスタートだった。

2007年ねーぶるは自立支援法の下、生活介護事業に移行。伴って援護事業も無くなり、第2施設もねーぶるに合併。支援費制度となった中での訪問活動は財政的には矛盾を抱えつつも、再びねーぶるが引き継ぐ形に。また看護師配属も必要となり、自身がねーぶるへ入職。訪問メンバーは重度かつ医療的ケアも必要なため、入職当初から看護師にも関わってほしいという担当者らからの意向もあったが、それから1年、丁度発作も多くなり、薬の調整も行っ

ている時期、また前任者の退職も重なり、後任依頼の話が。それを受け一度は「あんたが辞めるのなら、訪問やめようか」と母。しかし、前任者も「今、こうして繋がっていることが、先々の安心に繋がるのでは、後任は看護師でもあるので、Aさんの健康面のこと含め心強いのでは」と前向きに話を。それを受けて母に「あんたも若くないのだから…」と父。何よりそれが後押しとなり、担当交代後の訪問継続も受け入れて頂けた。療育の引き継ぎにあたっては前任者の訪問に数回同行させてもらう中、Aさんの繊細な息づかいや母の人柄、発作時の対応やAさんの様子の変化に合わせて母や前任者が関わる様子、進めていく療育の流れなどもそれなりに掴め、引き継ぐことが出来たが、一方の受診の引き継ぎについては、同行予定日を前に前任者が体調不良に。前任者から自分が同行出来なくなると伝え、「それなら家だけで行くから大丈夫！」と母。しかし、ここでも前任者が、「三谷が行けるので」と押してくれ、渋々だったとは思いますが、受け入れて頂き、急遽1人での付き添いに。それでも行ってみれば、やはり自身が看護師であったことも効して、Aさんや母にとっても安心して頂けるきっかけにもなった。偶然の必然が効いた出来事だったが、改めて前任者が託した思いを受けて、自身が看護師であるということもこの先の関係づくりや支援の中で、しっかり役立ていけたらと感じた。

(2) ねーぶるの看護師だからこそも生かしての具体的な支援とその中で大切にしてきたこと

○訪問療育・・・毎週 金曜日 15:00～16:00 自宅にて

日常的なプログラム：バイタルチェック、体操、音楽、絵本の読み聞かせ、季節の創作活動など

非日常的なプログラム：季節の行事、誕生会、お出かけ企画など。(時間は内容に合わせて調整。)

～複数スタッフでの訪問やねーぶるメンバーとの交流の機会にも。

○定期受診の付き添い

以前は隔週であったが、受診先移行後の2010年度からは第1、3、5週の火曜日に同医師神経外来受診の同行。受診先移行を機に新規車椅子も作成したので、天気の良い日は僅かではあるが、外気浴の機会にも。雨天時はタクシーにて移動。主な役割としては移乗の介助や母が予約取りやAさんの検査時にAさんの見守り、バイタルや体重チェック、診察やカニューレ交換の見守り(交換は万一来ないに備え、母が実施も、さらなる万一来ないに備え、2010年度からは医師、母了解のもと三谷も母と交代で実施している)必要時は吸痰。診察待ちの時間はAさんや母とのコミュニケーションの良い機会。Aさんの健康状態の把握

や気になることがあるときは相談にも乗りつつ、母と医師や看護師とのパイプ役に。

○その他

各種相談(例えば車いすづくりや認定調査に向けてなど)と関連部署や業者との仲介。

～大切にしてきたこと～ (抜粋して)

*まずは、Aさん・家族(ことに母)との信頼関係づくり。

そのために…Aさんとの実践こそが勝負!～日常的な療育の充実。

*関わりはAさんのその時々状態に合わせて無理なく。でも余り守りに入り過ぎず。

*関わりの中でのAさんの反応を「こうかもしれない!」と感じるままに言葉に、Aさんにも返す。

*療育の中身づくりでは、自身の経験や色々なところでも意識、「使える!」というものを積極的に。

*季節を感じられる取り組みや、出来るだけねーぶるのメンバーと同じ体験を。

*行事などを機に複数訪問の追求。そこからAさんを知る人を増やしていく。

*新たなことを進めていくにあたって～繋がりを絶ち、保守的な生活になるにもわけがある。

・家族(ことに母)の気持ちにも寄り添いつつ、機を見て、必然性のあることからアプローチ。

・「Aさん、やってみようよ!」と約束(口)にしたことはそのままにせず、物、期間、人(連携づくり)と十分な準備と実現に向けての具体的な方法を示しながら、目標を立ててやってみる。

*経験(実現)したことを療育の中でも振り返り、楽しさの共有やお互いの自信、次の期待に。

(3) 変わってきたAさんの姿

「これって、もしかしてAさんが自分を表現してる?」

2010年度の夏祭り企画のこと。これまでの努力も実り、行事と言えば、楽器の得意なねーぶるのMスタッフとの複数訪問もすっかり定着。これまでの取り組みでも三線やウクレレ演奏が良かったAさんに今度は三線とウクレレで「ていんさぐぬ花」。この日も弦の音に反応の良いAさんにその後も数曲演奏の中、次はM氏の三線のみで同じ曲。2人で演奏した時よりも凜とした感じ。とAさんの息づかいが荒くなりはじめ…。「もしや疲れてきた?それともAさんには苦手な感じ?発作に移行しなければ良いが…」など頭によぎりつつも見守っていると、続いてのウクレレ演奏では呼吸も落ち着きとそんな姿の変化は正にAさんが曲調や音色に合わせて同調しているかのように感じた。戻ってM氏と振り返りをする中、これまでで一番演奏に気持ちを向けてくれていると

いう手ごたえをと。Aさんのそんな姿の変化を感じられたこと、その姿の意について複数のスタッフで共感しあえたことが嬉しい出来事であったが、その頃ほかにも感じていたことが幾つか。

例えば、母からも「抱っこが好き」と聞いていたが、「今、起きていたよね。」と思いきや、自身が傍に行き、あいさつした途端にウトウト。「寝ちゃうの？」と抱っこをすると目がぱっちり！ということや、また以前、「発作？」と思われるような際に抱っこし「抱っこしたから大丈夫！」と声を掛けると落ち着くということがあったので、以後もそんな時はそうしてきたが、そのうち「落ち着いてから経つし…」と横にすると、その度に直ぐまたハアハア、バタバタ。しかし、再び抱っこされると、何でもなかったように落ち着く姿。そんなAさんの姿に、姿勢の変化に伴っての生理的な効果もと思いつつも、「これって、もしかして、抱っこのおねだり？」と感じるように。飛躍した捉え方かもしれないが、曲に合わせたの姿の変化もそうだし、やっぱり「これって、Aさんなりの思いの表出？」と。そうあってほしいという願いも込めて…

「より はっきりしてきたAさんの姿の変化に「これってもしかして…（仮説）」が確信に！

そんな願いも込めながら、引き続きAさんと関わってきた 2011 年度は明らかに三谷のことが判ってや、関わる人や場の雰囲気を感じ、より内面を表現するようになったのではと感じる場面が多々あった。例えばある療育日には、やはり横にする度に全身でバタバタ。なので、抱っこのまま出来ることもしながらも、結局ずっと抱っこのままで過ごすということも。さすがに記録の時間になり、Aさんを横にし、いつものように母と場を交代。と、しばらくはバタバタも、抱っこはされずも母がAさんの手を取り、関わっていくと落ち着く姿。「さすが母の安心感！」と思いつつ、人によつての違いもあるのかな（三谷＝抱っこしてくれる人）と。あともしかして諦めた？～訪問も回を重ねる中、この状況はもうおしまいと…ならばもっと凄いことだが…

音楽の取り組みでも反応の良くなってきたAさんに、よりインパクトのあるものを届けたい！と、2011 夏祭り企画では打楽器でのリズム。やはり、複数訪問ならではの醍醐味も。M氏のリードで母が、そしてAさんと三谷がペアでそれぞれに違ったリズムを重ねていくと、1つ1つの音を探るような姿。Aさんにとってはかなり刺激的なことだったと思うが、緊張が強まるというよりも、むしろ終わって横にした時のAさんからは何とも言えぬリラックス感を感じた。母もスタッフも1つに

なり、リズムに乗って…とても楽しいひと時だった。三谷に抱かれて参加したAさんにもそんな一体感や空気が伝わり、そのことも相乗してより心地良いと感じられたのでは。また、その後のM氏や別のスタッフとの複数訪問でも、思わぬ刺激に対して一時的に取り乱しながらも、自ら落ち着けていく姿。もしかしたら、経験を重ねる中、「この人たちと一緒になら、この音色なら、大丈夫！きっと嫌なことばかりではない」と、Aさんなりに受け入れていったのかもしれない。改めて重ねてきた経験や人との関係性は大きいと。

そしてもう1つ。新に感じたこと ～Aさんにとっても集団の中に身を置くことってやっぱり大きいと。「Aさんを知る人を増やしたい！」念願叶って、2011 年度はねーぶるのメンバーと合同での2度の外出も実現。5月には小学生以来の名古屋港水族館、10月には前年度に次ぎ2度目のブルーボネット(四季の花が楽しめるテーマパーク)。いずれも終始目もパッチリ、周りの雰囲気をとてよく感じ取っていたことやメンバーとのスキンシップでは双方に一段と意識しあっていたことが印象的だったが、そんな中、メンバーと別れて、Aさんだけで記念撮影した際のこと。何故か突然のベソ顔。その前にも同じような場面で何てこともなかったのに。風など特に嫌そうなこともなさそうなのに。「何が違った？」と考えた時、賑やかなメンバーも行ってしまう、母も同行したスタッフも傍らから離れてという中で1人になってしまった不安も？と。やっぱり、「これってもしかして…」のことだけど、人を頼りに色々感じているのだろなと改めて感じる出来事であった。身近な人の存在があるからこそその安心感や含めての雰囲気を感じ取って快も不快もより確かなものになっているのでは。Aさんにとって周りの楽しそうな雰囲気は私も楽しい＝心地良く繋がるのではと。

4. 考察

看護師が在宅の方に訪問をして…と話す「訪問看護？」と取られがちだが、今、私は胸を張って「訪問療育です」と答える。勿論、障害が重ければ重いほど、地域生活を支えるという面では、家族の介護負担の軽減や医療的な面でのサポートは必要不可欠。自身もかつては、そんな立場でサポートする側であったし、ねーぶるが訪問に関わってきた別のケースからこうしたサポートなくしては本人・家族の生活は成り立たないということも痛感する。Aさんに於いても家族状況的にサービス利用に向けては急務である。しかし、障害の重い人たちの寿命が長くなってきた背景には医療の進歩だけでなく、教育保障

の充実も大きいということも学んだ。そのことを受け、ねーぶるの訪問活動では、当初から訪問療育という視点での関わり、実践づくりも大切にしてきた。当初から訪問で関わってきた超重心と言われたBさんも身体への取り組みで、お腹への働きかけを続けたところそれまで不定期で苦しかった排便が定期的になった。覚醒レベルも低く、表情での表出は難しいBさんであったが、こちらの働き掛けにそのような形で応えていたのでは。Aさんの姿の変化もそうだが、既存の居宅介護サービスの枠組みの中だけでは見られなかった姿かも知れない。改めて訪問療育の意義を感じるし、だからこそ、まだまだ実施する施設も少ない卒後の訪問療育について、少しで制度的な展望を切り開いていけるよう、私たちの取り組みや成果を発信していくことにも努めていきたいと思った。しかし、「療育」と言っても専門的に学んだことも無く、集団を持たない訪問実践は本人とも、家族とも1対1の関わりが勝負！また自宅であるところで様々な制限も。そんな中では地域ケア（前任者らの思い叶い、担当交代と機を同じくして、ねーぶるも所属する法人内の支援部（*）の中で発足したチーム）の存在、あの手この手とこぎつけるまでにはかかったが、行事毎の複数訪問やこの間少しずつ広がったねーぶるメンバーやスタッフとの交流はとても心強く、あったからこそ今があると感じる。とは言え、実践に於いてはそんな力も借りながらも、何より自身の豊かさが求められるものと感じる日々。「自身を豊かにするために…、豊かな療育実践づくりのために…訪問のプロである先生たちの実践について知りたい！」そんな思いが全訪研全国大会参加に繋がった。初参加の埼玉大会。そこには本当に沢山のアイデアが、沢山の貴重な学びがあった。中でも、「障害の重い人～ことに感覚の世界で生きている人たちにとってはそこに存在することそのものに価値があり、心地良いということ～決して何かをしなくてはいけないとか何かをやり遂げた結果ではなく、そのことにその人の出来ることで参加する。それだけでも意義がある」ということ。このことは別の場でも学び、これまでも思いとしてはありつつも、でもやっぱり活動なのだから、せっかく伺ったのだから…と実は一番悩んでいたことでもあった。しかし、事例をもとに改めてそんな考え方、実践もあることを聞け、とても開けた気がした。大会参加後もAさんとの療育の中では引き続きアレコレと工夫もしつつ取り組んできたが、時には取り組み中に眠ってしまうことも。なので、そんな傍ら母との交流も弾ませながら、1人せつせと創作活動をすすめることも。また先にも書いたが、横にするとハアハア、バタバタなので、ずっと抱っこのまま終わったことも。でも、今は抱っこされれば心地良

さそうにしているAさんに、こんな時間もまた大事！と思える自分が。また制作中はっきりした覚醒がなくとも、関わりどころは一部であっても、Aさんなりに素材を感じ取ろうとする姿があったり、時にその感触や働きかけにハッとなったりしながらの中で、完成した作品を介してねーぶるのメンバーとの交流が広がったり、訪問以外の時間のところでも家族の会話が広がり、その中にAさんが身を置くことで、さらに心地良いと感じられたら、それも素敵なことだなと。（*）支援部：主に大人の障害者や繋がりのない障害者をフォローする部この間、ねーぶるのメンバーの中にも訪問であっても不思議ではない重度のメンバーも増えている。通所にはリスクも。それでも家族はねーぶるに送り出す。なぜ在宅ではなくねーぶるなんだろう？そこにはやはり集団があり、日々沢山の刺激もある世界が。そんな中に身を置くことで、彼らも色々感じ、発信し、受けとめてくれる相手がいることで、さらなる発信もしているように感じる。ある日、あるメンバーが、何とも嬉しそうに笑っている姿を見た。特に誰かが関わっていることもないのに、本当に幸せそうな笑み。ふと思えば、そこにはグループの他のメンバーやスタッフのやりとり、隣の部屋からは別のグループの元気な声。きっとそんな中に身を置いているだけで心地良かったのだろう。改めて重度のメンバーがねーぶるに通う意義を感じた一面であり、メンバーたちのそんな姿や、そしてAさん実践からも、ことに感覚の世界で生きる人たちにとって、色んな人のいる空間で過ごすことってとっても意味があることだと感じた。その中でどれだけ彼らの心が揺れることがあったか、その瞬間を見逃がさずに、共にその場に身を置く者として、どれだけ本人に返していけるか…何よりそれが大切。そんな中でこそ彼らもより自分らしく輝いていけるのだと。

5. おわりに

訪問をはじめて10年。Aさんの周りにはまた沢山の人がいる。1つまた1つ経験を重ねる中、1人また1人と出会いが広がる中、Aさんの世界も広がってきた。当初は渋々の中での受け入れだった訪問。しかし、今や母は自身が訪問実践を行っていく中で最も心強いパートナー。良きパートナーに恵まれ、Aさんとの実践はさらに広がって来たと感じるが、もしかしたら、療育実践を重ねる中でのAさんの姿の変化を一番感じていたのは、いつも傍にいる母だったのかもしれない。豊かになった（感覚面＝心。そして身体も～ここ数年の健康面の頗る安定も伴ってあるのかな…と）Aさんの姿こそが、母を変えたのだと。Aさんの世界がさらに広がるように、これからも豊かな訪問実践を追求していきたい。

Ⅱ 訪問教育研究資料

1 共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための 特別支援教育の推進(報告) 概要

平成24年7月23日 中央教育審議会初等中等教育分科会

はじめに

障害者の権利に関する条約の国連における採択、政府の障害者制度改革の動き、中央教育審議会での審議、障害者基本法の改正等について記述

1. 共生社会の形成に向けて

(1) 共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システムの構築

- ・「共生社会」とは、これまで必ずしも十分に社会参加できるような環境になかった障害者等が、積極的に参加・貢献していくことができる社会である。それは、誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合い、人々の多様な在り方を相互に認め合える全員参加型の社会である。このような社会を目指すことは、我が国において最も積極的に取り組むべき重要な課題である。
- ・障害者の権利に関する条約第24条によれば、「インクルーシブ教育システム」(inclusive education system、署名時仮訳：包容する教育制度)とは、人間の多様性の尊重等の強化、障害者が精神的及び身体的な能力等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ことを可能とするとの目的の下、障害のある者と障害のない者が共に学ぶ仕組みであり、障害のある者が「general education system」(署名時仮訳：教育制度一般)から排除されないこと、自己の生活する地域において初等中等教育の機会が与えられること、個人に必要な「合理的配慮」が提供される等が必要とされている。
- ・共生社会の形成に向けて、障害者の権利に関する条約に基づくインクルーシブ教育シス

テムの理念が重要であり、その構築のため、特別支援教育を着実に進めていく必要があると考える。

- ・インクルーシブ教育システムにおいては、同じ場で共に学ぶことを追求するとともに、個別の教育的ニーズのある幼児児童生徒に対して、自立と社会参加を見据えて、その時点で教育的ニーズに最も的確に応える指導を提供できる、多様で柔軟な仕組みを整備することが重要である。小・中学校における通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校といった、連続性のある「多様な学びの場」を用意しておくことが必要である。

(2) インクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進

- ・特別支援教育は、共生社会の形成に向けて、インクルーシブ教育システム構築のために必要不可欠なものである。そのため、以下の○1から○3までの考え方にに基づき、特別支援教育を発展させていくことが必要である。このような形で特別支援教育を推進していくことは、子ども一人一人の教育的ニーズを把握し、適切な指導及び必要な支援を行うものであり、この観点から教育を進めていくことにより、障害のある子どもにも、障害があることが周囲から認識されていないものの学習上又は生活上の困難のある子どもにも、更にはすべての子どもにとっても、良い効果をもたらすことができるものと考えられる。

○1 障害のある子どもが、その能力や可能性を最大限に伸ばし、自立し社会参加することができるよう、医療、保健、福祉、労働等との連携を強化し、社会全体の様々な機能を活用して、十分な教育が受けられるよう、障害のある

子どもの教育の充実を図ることが重要である。

○2 障害のある子どもが、地域社会の中で積極的に活動し、その一員として豊かに生きることができるよう、地域の同世代の子どもや人々の交流等を通して、地域での生活基盤を形成することが求められている。このため、可能な限り共に学ぶことができるよう配慮することが重要である。

○3 特別支援教育に関連して、障害者理解を推進することにより、周囲の人々が、障害のある人や子どもと共に学び合い生きる中で、公平性を確保しつつ社会の構成員としての基礎を作っていくことが重要である。次代を担う子どもに対し、学校において、これを率先して進めていくことは、インクルーシブな社会の構築につながる。

・基本的な方向性としては、障害のある子どもと障害のない子どもが、できるだけ同じ場で共に学ぶことを目指すべきである。その場合には、それぞれの子どもが、授業内容が分かり学習活動に参加している実感・達成感を持ちながら、充実した時間を過ごしつつ、生きる力を身に付けていけるかどうか、これが最も本質的な視点であり、そのための環境整備が必要である。

(3) 共生社会の形成に向けた今後の進め方

・今後の進め方については、施策を短期（「障害者の権利に関する条約」批准まで）と中長期（同条約批准後の10年間程度）に整理した上で、段階的に実施していく必要がある。

短期：

就学相談・就学先決定の在り方に係る制度改革の実施、教職員の研修等の充実、当面必要な環境整備の実施。「合理的配慮」の充実のための取組。それらに必要な財源を確保して順次実施。

中長期：

短期の施策の進捗状況を踏まえ、追加的な環境整備や教職員の専門性向上のための方策を検討していく。最終的には、条約の理念が目指す共生社会の形成に向けてインクルーシブ教

育システムを構築していくことを目指す。

2. 就学相談・就学先決定の在り方について

(1) 早期からの教育相談・支援

・子ども一人一人の教育的ニーズに応じた支援を保障するためには、乳幼児期を含め早期からの教育相談や就学相談を行うことにより、本人・保護者に十分な情報を提供するとともに、幼稚園等において、保護者を含め関係者が教育的ニーズと必要な支援について共通理解を深めることにより、保護者の障害受容につなげ、その後の円滑な支援にもつなげていくことが重要である。また、本人・保護者と市町村教育委員会、学校等が、教育的ニーズと必要な支援について合意形成を図っていくことが重要である。

・乳児期から幼児期にかけて、子どもが専門的な教育相談・支援が受けられる体制を医療、保健、福祉等との連携の下に早急に確立することが必要であり、それにより、高い教育効果が期待できる。

(2) 就学先決定の仕組み

・就学基準に該当する障害のある子どもは特別支援学校に原則就学するという従来の就学先決定の仕組みを改め、障害の状態、本人の教育的ニーズ、本人・保護者の意見、教育学、医学、心理学等専門的見地からの意見、学校や地域の状況等を踏まえた総合的な観点から就学先を決定する仕組みとすることが適当である。その際、市町村教育委員会が、本人・保護者に対し十分情報提供をしつつ、本人・保護者の意見を最大限尊重し、本人・保護者と市町村教育委員会、学校等が教育的ニーズと必要な支援について合意形成を行うことを原則とし、最終的には市町村教育委員会が決定することが適当である。

・現在、多くの市町村教育委員会に設置されている「就学指導委員会」については、早期からの教育相談・支援や就学先決定時のみならず、その後の一貫した支援についても助言を行うという観点から、「教育支援委員会」（仮称）といった名称とすることが適当である。

「教育支援委員会」（仮称）については、機能を拡充し、一貫した支援を目指す上で重要な役割を果たすことが期待される。

- ・就学時に決定した「学びの場」は固定したものではなく、それぞれの児童生徒の発達の程度、適応の状況等を勘案しながら柔軟に転学ができることを、すべての関係者の共通理解とすることが重要である。
- ・就学相談の初期の段階で、就学先決定についての手続の流れや就学先決定後も柔軟に転学できることなどについて、本人・保護者にあらかじめ説明を行うことが必要である（就学に関するガイダンス）。
- ・本人・保護者と市町村教育委員会、学校等の意見が一致しない場合については、例えば、本人・保護者の要望を受けた市町村教育委員会からの依頼に基づき、都道府県教育委員会が、市町村教育委員会への指導・助言の一環として、都道府県教育委員会の「教育支援委員会」（仮称）に第三者的な有識者を加えて活用することも考えられる。

(3) 一貫した支援の仕組み

- ・可能な限り早期から成人に至るまでの一貫した指導・支援ができるように、子どもの成長記録や指導内容等に関する情報を、その扱いに留意しつつ、必要に応じて関係機関が共有し活用することが必要である。

(4) 就学先相談、就学先決定に係る国・都道府県教育委員会の役割

- ・都道府県教育委員会の就学先決定に関わる相談・助言機能を強化する必要がある。
- ・就学相談については、それぞれの自治体の努力に任せるだけでは限界があることから、国において、何らかのモデル的な取組を示すとともに、具体例の共有化を進めることが必要である。

3. 障害のある子どもが十分に教育を受けられるための合理的配慮及びその基礎となる環境整備

(1) 「合理的配慮」について

- ・条約の定義に照らし、本特別委員会における「合理的配慮」とは、「障害のある子どもが、他の子どもと平等に「教育を受ける権利」を享有・行使することを確保するために、学校の設置者及び学校が必要かつ適当な変更・調整を行うことであり、障害のある子どもに対し、その状況に応じて、学校教育を受ける場合に個別に必要とされるもの」であり、「学校の設置者及び学校に対して、体制面、財政面において、均衡を失した又は過度の負担を課さないもの」、と定義した。なお、障害者の権利に関する条約において、「合理的配慮」の否定は、障害を理由とする差別に含まれるとされていることに留意する必要がある。
- ・障害のある子どもに対する支援については、法令に基づき又は財政措置により、国は全国規模で、都道府県は各都道府県内で、市町村は各市町村内で、教育環境の整備をそれぞれ行う。これらは、「合理的配慮」の基礎となる環境整備であり、それを「基礎的環境整備」と呼ぶこととする。これらの環境整備は、その整備の状況により異なるところではあるが、これらを基に、設置者及び学校が、各学校において、障害のある子どもに対し、その状況に応じて、「合理的配慮」を提供する。
- ・「合理的配慮」の決定に当たっては、障害者の権利に関する条約第24条第1項にある、人間の多様性の尊重等の強化、障害者が精神的及び身体的な能力等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ことを可能とするといった目的に合致するかどうかの観点から検討が行われることが重要である。
- ・「合理的配慮」は、一人一人の障害の状態や教育的ニーズ等に応じて決定されるものであり、設置者・学校と本人・保護者により、発達の段階を考慮しつつ、「合理的配慮」の観点を踏まえ、「合理的配慮」について可能な限り合意形成を図った上で決定し、提供されることが望ましく、その内容を個別の教育支援計画に明記することが望ましい。なお、設置者・学校と本人・保護者の意見が一致しない場合には、「教育支援委員会」（仮称）の助言等により、その解決を図ることが望ま

しい。また、学校・家庭・地域社会における教育が十分に連携し、相互に補完しつつ、一体となって営まれることが重要であることを共通理解とすることが重要である。さらに、「合理的配慮」の決定後も、幼児児童生徒一人一人の発達程度、適応の状況等を勘案しながら柔軟に見直しができることを共通理解とすることが重要である。

- ・移行時における情報の引継ぎを行い、途切れることのない支援を提供することが必要である。

(2) 「基礎的環境整備」について

- ・「合理的配慮」の充実に図る上で、「基礎的環境整備」の充実は欠かせない。そのため、必要な財源を確保し、国、都道府県、市町村は、インクルーシブ教育システムの構築に向けた取組として、「基礎的環境整備」の充実に図っていく必要がある。
- ・共生社会の形成に向けた国民の共通理解を一層進め、インクルーシブ教育システム構築のための施策の優先順位を上げていくことが必要である。

(3) 学校における「合理的配慮」の観点

- ・「合理的配慮」の観点について整理するとともに、障害種別の「合理的配慮」は、その代表的なものと考えられるものを例示している。示されているもの以外は提供する必要がないということではなく、一人一人の障害の状態や教育的ニーズ等に応じて決定されることが望ましい。
- ・現在必要とされている「合理的配慮」は何か、何を優先して提供するかなどについて、関係者間で共通理解を図る必要がある。
- ・複数の種類の障害を併せ有する場合には、各障害種別の「合理的配慮」を柔軟に組み合わせることが適当である。

(4) 「合理的配慮」の充実

- ・これまで学校においては、障害のある児童生徒等への配慮は行われてきたものの、「合理的配慮」は新しい概念であり、現在、その確保についての理解は不十分であり、学校・教

育委員会、本人・保護者の双方で情報が不足していると考えられる。そのため、早急に「合理的配慮」の充実に向けた調査研究事業を行い、それに基づく国としての「合理的配慮」のデータベースを整備し、各教育委員会の参考に供することが必要である。また、中長期的には、それらを踏まえて、「合理的配慮」、「基礎的環境整備」を充実させていくことが重要であり、必要に応じて、学校における「合理的配慮」の観点や代表的なものと考えられる例を見直していくことが考えられる。

- ・「合理的配慮」は、その障害のある子どもが十分な教育が受けられるために提供できているかという観点から評価することが重要であり、それについても研究していくことが重要である。例えば、個別的教育支援計画、個別の指導計画について、各学校において計画に基づき実行した結果を評価して定期的に見直すなど、PDCAサイクルを確立させていくことが重要である。

4. 多様な学びの場の整備と学校間連携等の推進

(1) 多様な学びの場の整備と教職員の確保

- ・多様な学びの場として、通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校それぞれの環境整備の充実に図っていくことが必要である。
- ・通常の学級においては、少人数学級の実現に向けた取組や複数教員による指導など指導方法の工夫改善を進めるべきである。
- ・特別支援教育により多様な子どものニーズに的確に応えていくためには、教員だけの対応では限界がある。校長のリーダーシップの下、校内支援体制を確立し、学校全体で対応する必要があることは言うまでもないが、その上で、例えば、公立義務教育諸学校の学級編制及び教職員定数の標準に関する法律に定める教職員に加えて、特別支援教育支援員の充実、さらには、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、ST（言語聴覚士）、OT（作業療法士）、PT（理学療法士）等の専門家の活用を図ることにより、障害のある子

どもへの支援を充実させることが必要である。

- ・医療的ケアの観点からの看護師等の専門家についても、必要に応じ確保していく必要がある。
- ・通級による指導を行うための教職員体制の充実が必要である。
- ・幼稚園、高等学校における環境整備の充実のため、特別支援学校のセンター的機能の活用等により教員の研修を行うなど、各都道府県教育委員会が環境を整えていくことが重要である。

(2) 学校間連携の推進

- ・域内の教育資源の組合せ（スクールクラスター）により、域内のすべての子ども一人一人の教育的ニーズに応え、各地域におけるインクルーシブ教育システムを構築することが必要である。
- ・特別支援学校は、小・中学校等の教員への支援機能、特別支援教育に関する相談・情報提供機能、障害のある児童生徒等への指導・支援機能、関係機関等との連絡・調整機能、小・中学校等の教員に対する研修協力機能、障害のある児童生徒等への施設設備等の提供機能といったセンター的機能を有している。今後、域内の教育資源の組合せ（スクールクラスター）の中でコーディネーター機能を発揮し、通級による指導など発達障害をはじめとする障害のある児童生徒等への指導・支援機能を拡充するなど、インクルーシブ教育システムの中で重要な役割を果たすことが求められる。そのため、センター的機能の一層の充実を図るとともに、専門性の向上にも取り組む必要がある。
- ・域内の教育資源の組合せ（スクールクラスター）や特別支援学校のセンター的機能を効果的に発揮するため、各特別支援学校の役割分担を、地域別や機能別といった形で、明確化しておくことが望ましく、そのための特別支援学校ネットワークを構築することが必要である。

(3) 交流及び共同学習の推進

- ・特別支援学校と幼・小・中・高等学校等との間、また、特別支援学級と通常の学級との間でそれぞれ行われる交流及び共同学習は、特別支援学校や特別支援学級に在籍する障害のある児童生徒等にとっても、障害のない児童生徒等にとっても、共生社会の形成に向けて、経験を広め、社会性を養い、豊かな人間性を育てる上で、大きな意義を有するとともに、多様性を尊重する心を育むことができる。
- ・特別支援学校と幼・小・中・高等学校等との間で行われる交流及び共同学習については、双方の学校における教育課程に位置付けたり、年間指導計画を作成したりするなど交流及び共同学習の更なる計画的・組織的な推進が必要である。その際、関係する都道府県教育委員会、市町村教育委員会等との連携が重要である。また、特別支援学級と通常の学級との間で行われる交流及び共同学習についても、各学校において、ねらいを明確にし、教育課程に位置付けたり、年間指導計画を作成したりするなど計画的・組織的な推進が必要である。

(4) 関係機関等との連携

- ・医療、保健、福祉、労働等の関係機関等との適切な連携が重要である。このためには、関係行政機関等の相互連携の下で、広域的な地域支援のための有機的なネットワークが形成されることが有効である。

5. 特別支援教育を充実させるための教職員の専門性向上等

(1) 教職員の専門性の確保

- ・インクルーシブ教育システム構築のため、すべての教員は、特別支援教育に関する一定の知識・技能を有していることが求められる。特に発達障害に関する一定の知識・技能は、発達障害の可能性のある児童生徒の多くが通常の学級に在籍していることから必須である。これについては、教員養成段階で身に付けることが適当であるが、現職教員については、研修の受講等により基礎的な知識・技能の向上を図る必要がある。

・すべての教員が多岐にわたる専門性を身に付けることは困難なことから、必要に応じて、外部人材の活用も行い、学校全体としての専門性を確保していくことが必要である。

(2) 各教職員の専門性、養成・研修制度等の在り方

・学校全体としての専門性を確保していく上で、校長等の管理職のリーダーシップは欠かせない。また、各学校を支援する、教育委員会の指導主事等の役割も大きい。このことから、校長等の管理職や教育委員会の指導主事等を対象とした研修を実施していく必要がある。

・特別支援学校教員の特別支援学校教諭免許状（当該障害種又は自立教科の免許状）取得率は約7割となっており、特別支援学校における教育の質の向上の観点から、取得率の向上による担当教員としての専門性を早急に担保することが必要である。このため、養成、採用においては、その取得について留意すべ

きである。特に現職教員については、免許法認定講習の受講促進等の取組を進めるとともに、その後も研修を通じた専門性の向上を図ることが必要である。

・特別支援学級や通級による指導の担当教員は、特別支援教育の重要な担い手であり、その専門性が校内の他の教員に与える影響も極めて大きい。このため、専門的な研修の受講等により、担当教員としての専門性を早急に担保するとともに、その後も研修を通じた専門性の向上を図ることが必要である。

(3) 教職員への障害のある者の採用・人事配置

・「共生社会」とは、これまで必ずしも十分に社会参加できるような環境になかった障害のある者等が、積極的に参加・貢献していくことができる社会であり、学校においても、障害のある者が教職員という職業を選択することができるよう環境整備を進めていくことが必要である。

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。

2-1 喀痰吸引に関する法律

（１）社会福祉士及び介護福祉士法
最終改正：平成 23 年 6 月 24 日法律第 74 号
（定義）

第二条 2 この法律において「介護福祉士」とは、第四十二条第一項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもつて、身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であつて、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する

指導を行うこと（以下「介護等」という。）を業とする者をいう。

（名称の使用制限）

第四十八条 社会福祉士でない者は、社会福祉士という名称を使用してはならない。

2 介護福祉士でない者は、介護福祉士という名称を使用してはならない。

（保健師助産師看護師法との関係）

第四十八条の二 介護福祉士は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として喀痰吸引等を行

うことを業とすることができる。

2 前項の規定は、第四十二条第二項において準用する第三十二条第二項の規定により介護福祉士の名称の使用の停止を命ぜられている者については、適用しない。

附 則

（認定特定行為業務従事者に係る特例）

第三条 介護の業務に従事する者（介護福祉士を除く。次条第二項において同じ。）のうち、同条第一項の認定特定行為業務従事者認定証の交付を受けている者（以下「認定特定行為業務従事者」という。）は、当分の間、保健師助産師看護師法第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として、医師の指示の下に、特定行為（喀痰吸引等のうち当該認定特定行為業務従事者が修了した次条第二項に規定する喀痰吸引等研修の課程に応じて厚生労働省令で定める行為をいう。以下同じ。）を行うことを業とすることができる。ただし、次条第四項の規定により特定行為の業務の停止を命ぜられている者について

附則

（特定行為）

第四条 法附則第三条第一項に規定する特定行為（以下「特定行為」という。）は、次の表の上欄に掲げる喀痰吸引等研修（法附則第四条第二項に規定する喀痰吸引等研修をいう。以下同じ。）の課程に応じ、それぞれ同表の下欄に定めるものとする。

喀痰吸引等研修の課程	特定行為
別表第一第一号の基本研修及び同表第二号の实地研修（附則第十三条において「第一号研修」という。）	第一条各号に掲げる行為
別表第二第一号の基本研修及び同表第二号の实地研修（附則第十三条において「第二号研修」という。）	第一条第一号、第二号及び第四号に掲げる行為
別表第三第一号の基本研修及び同表第二号の实地研修（附則第十三条において「第三号研修」という。）	第一条各号に掲げる行為のうち、別表第三第二号の实地研修を修了したもの

別表第三 （附則第四条、附則第十三条関係）

一 基本研修

科目	時間数
重度障害児・者等の地域生活等に関する講義	二
喀痰吸引等を必要とする重度障害児・者等の障害及び支援に関する講義	六
緊急時の対応及び危険防止に関する講義	
喀痰吸引等に関する演習	一
合計	九

は、この限りでない。

2 認定特定行為業務従事者は、特定行為の業務を行うに当たっては、医師、看護師その他の医療関係者との連携を保たなければならない。

（2）社会福祉士及び介護福祉士法施行規則
最終改正：平成 24 年 3 月 30 日厚生労働省令第 63 号

第一章 総則

（医師の指示の下に行われる行為）

第一条 社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号。以下「法」という。）第二条第二項の厚生労働省令で定める医師の指示の下に行われる行為は、次のとおりとする。

- 一 口腔内の喀痰吸引
- 二 鼻腔内の喀痰吸引
- 三 気管カニューレ内部の喀痰吸引
- 四 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養
- 五 経鼻経管栄養

二 実地研修

行為	回数
口腔内の喀痰吸引	医師等の評価において、受講者が習得すべき知識及び技能を修得したと認められるまで実施
鼻腔内の喀痰吸引	
気管カニューレ内部の喀痰吸引	
胃ろう又は腸ろうによる経管栄養	
経鼻経管栄養	

2-2 特別支援学校等における医療的ケアの今後の対応について(通知)

23 文科初第 1344 号

平成 23 年 12 月 20 日

各都道府県教育委員会教育長

各指定都市教育委員会教育長

各都道府県知事

附属学校を置く 各国立大学法人学長

構造改革特別区域法第 12 条第 1 項の

認定を受けた各地方公共団体の長 殿

文部科学省初等中等教育局長

山中 伸一

このたび、「特別支援学校等における医療的ケアの実施に関する検討会議」において、「特別支援学校等における医療的ケアへの今後の対応について」（平成 23 年 12 月 9 日）が取りまとめられました。

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律による社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正に伴い、平成 24 年 4 月より一定の研修を受けた介護職員等は一定の条件の下にたんの吸引等の医療的ケアができるようになることを受け、これまで実質的違法性阻却の考え方に基づいて医療的ケアを実施してきた特別支援学校の教員についても、制度上実施することが可能となります。

本報告は、新制度下において特別支援学校が医療的ケアを行うに当たっての基本的な考え方や体制整備を図る上で留意すべき点や、今回の制度が幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校においても適用されることを考慮し、特別支援学校での実施経験等を踏まえ、小中学校等において医療的ケアを実

施する際に留意すべき点等について取りまとめられたものです。

文部科学省においては本報告を受け、今後、特別支援学校及び小中学校等において、新制度を効果的に活用し、医療的ケアを必要とする児童生徒等の健康と安全を確保するに当たり留意すべき点等について別添のとおり整理いたしました。

関係各位におかれましては、その趣旨を十分御理解の上、適切な対応をお願いするとともに、各都道府県教育委員会におかれては所管の学校及び域内の市町村教育委員会に対して、各指定都市教育委員会におかれては所管の学校に対して、各都道府県知事及び構造改革特別区域法第 12 条第 1 項の認定を受けた各地方公共団体の長におかれては所轄の学校及び学校法人等に対して、各国立大学長におかれては附属学校に対して周知を図るようお願いいたします。

なお、同検討会の報告書については別紙のとおりであり、文部科学省のホームページに掲載されておりますことも併せて申し添えます。

(本件連絡先)

文部科学省初等中等教育局

特別支援教育課振興係

TEL03-5253-4111 (内線 3192)

FAX03-6734-3737

別添 特別支援学校等における医療的ケアへの今後の対応について

文部科学省

平成 23 年 12 月 20 日

1. はじめに

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律による社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正に伴い、平成24年4月より一定の研修を受けた介護職員等は一定の条件の下にたんの吸引等の医療的ケアができるようになることを受け、これまで実質的違法性阻却の考え方に基づいて医療的ケアを実施してきた特別支援学校の教員についても、制度上実施することが可能となる。

文部科学省においては、

1. 対象となる幼児児童生徒（以下「児童生徒等」という。）の実態や特別支援学校の実施経験等を踏まえ、新制度下において特別支援学校が医療的ケアを行うに当たっての基本的な考え方や体制整備を図る上で留意すべき点
2. 今回の制度が幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校（以下「小中学校等」という。）においても適用されることを考慮し、特別支援学校での実施経験等を踏まえ、小中学校等において医療的ケアを実施する際に留意すべき点

などについて整理を行うべく、本年10月に「特別支援学校等における医療的ケアの実施に関する検討会議」（初等中等教育局長決定）を設置し、有識者による議論が行われた。

今般、当該検討会議において報告書が取りまとめられたことを受け、文部科学省として、今後、特別支援学校及び小中学校等において、新制度を効果的に活用し、医療的ケアを必要とする児童生徒等の健康と安全を確保するに当たり留意すべき点等について、以下のように整理した。

2. 制度改正の概要

今般の改正により、一定の研修を受けた者が一定の条件の下にたんの吸引等を実施できる制度となる。制度改正の概要は以下のとおり。

（1）特定行為（実施できる行為）

- ・口腔内の喀痰吸引
- ・鼻腔内の喀痰吸引
- ・気管カニューレ内部の喀痰吸引
- ・胃ろう又は腸ろうによる経管栄養

・経鼻経管栄養

（2）登録研修機関

- ・特定行為に関する研修を行う機関を都道府県知事に登録
- ・研修を修了した者に研修修了証明書を交付
- ・登録研修機関は、基本研修（講義・演習）、実地研修（対象者に対して実施する研修）を実施

（3）登録特定行為事業者

- ・自らの事業の一環として、特定行為の吸引等を行おうとする者は、事業所ごとに都道府県知事に登録
- ・登録特定行為事業者は、医師・看護職員等の医療関係者との連携の確保が必要

（4）認定特定行為業務従事者

- ・登録研修機関での研修を修了したことを都道府県知事に認定された者（教員に限らない）は、登録特定行為事業者において特定行為の実施が可能

なお、以下「特別支援学校における医療的ケア」及び「特別支援学校以外の学校における医療的ケア」とは、「特定行為」及び「特定行為」以外の学校で行われている医行為を指す。

3. 特別支援学校における医療的ケア

1. 特別支援学校における医療的ケアの基本的な考え方

（1）特別支援学校で医療的ケアを行う場合には、医療的ケアを必要とする児童生徒等の状態に応じ看護師及び准看護師（以下「看護師等」という。）の適切な配置を行うとともに、看護師等を中心に教員やそれ以外の者（以下「教員等」という。）が連携協力して特定行為に当たること。なお、児童生徒等の状態に応じ、必ずしも看護師等が直接特定行為を行う必要がない場合であっても、看護師等による定期的な巡回や医師等といつでも相談できる体制を整備するなど医療安全を確保するための十分な措置を講じること。

（2）特別支援学校において認定特定行為業務

従事者となる者は、医療安全を確実に確保するために、対象となる児童生徒等の障害の状態や行動の特性を把握し、信頼関係が築かれている必要があることから、特定の児童生徒等との関係性が十分ある教員が望ましいこと。また、教員以外の者について、例えば介助員等の介護職員についても、上記のような特定の児童生徒等との関係性が十分認められる場合には、これらの者が担当することも考えられること。

(3) 教育委員会の総括的な管理体制の下に、特別支援学校において学校長を中心に組織的な体制を整備すること。また、医師等、保護者等との連携協力の下に体制整備を図ること。

2. 実施体制の整備

特別支援学校において教員等が特定行為を行う場合には、以下のような体制の整備が必要であること。

(1) 都道府県等教育委員会における体制整備
1. 都道府県等教育委員会は、特別支援学校が登録特定行為事業者として、特定行為が適切に実施されるよう、看護師等の配置、特別支援学校と医師及び医療機関の連携協力、教員等の認定特定行為業務従事者の養成、看護師等と認定特定行為業務従事者との連携及び役割分担、医療安全に関する指針の提示（ヒヤリ・ハット等の事例の蓄積及び分析を含む）など総括的に管理する体制を整備すること。

また、看護師等を配置するに当たっては、各都道府県等において指導的な立場となる看護師を指名したり、これらの者が当該学校における実地研修の指導を担当したりすることも考えられること。

2. 総括的な管理体制を構築するに当たっては、特定行為が医行為であることを踏まえ、医師等が関与すること。この場合には、これまで設置されてきた医師等、学校医を含む学校関係者、有識者等による医療的ケア運営協議会等の組織を活用すること。

3. 特別支援学校における医療的ケア体制をバックアップするため、都道府県等レベルで医療機関、保健所、消防署等地域の関係機関との連絡体制を構築することが望ましいこと。

(2) 認定特定行為業務従事者の養成

1. 特別支援学校において認定特定行為業務従事者となる者は、学校においては児童生徒等の教育活動をその本務とすること、教員等が実施するのは特定の児童生徒等の特定の行為に限られるものであること等を踏まえ、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則附則第13条における第3号研修の修了を前提とすること。

2. 認定特定行為業務従事者の認定証の交付を受けた教員等が、他の特定行為を行う場合又は他の児童生徒等を担当する場合には、その都度登録研修機関において実地研修を行うこと。

3. 認定特定行為業務従事者の認定証の交付を受けた教員等が、特定行為を休職等で一定期間行わなかった場合には、認定を受けた特定の児童生徒に引き続き特定行為を行う場合であっても、当該教員等が再度安全に特定行為を実施できるよう、必要に応じて学校現場で実技指導等の実践的な研修を行うこと。

(3) 研修機会の提供

1. 教員等を認定特定行為業務従事者として養成するに当たっては、都道府県等の教育委員会が登録研修機関となることが考えられること。この場合、教職員の人事異動や学年の始業・終業、長期休業等を考慮した研修の開設や、実施形態の工夫を図る観点から、例えば対象の児童生徒等が在籍する特別支援学校を実地研修の実施場所として委託し、配置された看護師の中から実地研修の指導にあたる看護師を指名するなど、効率的な研修の在り方を検討すること。また、各特別支援学校の体制整備の状況によっては、登録研修機関となる教育委員会が、あらかじめ特別支援学校を基本研修の実施場所とすることを、登録研修機関としての業務規程に位置付けること。

なお、各特別支援学校においても、対象教員の研修については、当該教員の授業に支障がないよう研修の機会を設定するなど、計画的な受講を可能とする校内の協力体制の確保について留意すること。

2. 都道府県等の教育委員会が登録研修機関となつて特別支援学校における認定特定行為業務従事者を養成する場合には、特別支援学校における児童生徒等の心身の状況や学校生活を踏まえた研修内容とすること。

(4) 登録特定行為事業者（各特別支援学校）における体制整備

1. 安全確保

1) 看護師等との連携、特定行為の実施内容等を記載した計画書や報告書、危機管理への対応を含んだ個別マニュアルの作成など、法令等で定められた安全確保措置について十分な対策を講じること。

2) 特定行為を実施する場合には、対象者と特定行為を明示した主治医等からの指示書が必要であるが、特別支援学校における実施に当たっては、学校保健の立場から学校医、医療安全を確保する立場から主治医の了承の下に指導を行う医師（以下「指導医」という。）に指導を求めること。

3) 特別支援学校において学校長を中心とした組織的な体制を整備するに当たっては、安全委員会がその役割を果たすこととなるが、当該委員会の設置、運営等に当たっては、学校医又は指導医に指導を求めること。

2. 保護者との関係

1) 看護師等及び教員等による対応に当たっては、保護者から、特定行為の実施についての学校への依頼と当該学校で実施することの同意について、書面で提出させること。なお、保護者が書面による提出を行うに当たっては、看護師等及び教員等の対応能力には限りがあることや、児童生徒等の健康状態が優れない場合の無理な登校は適当でないこと等について、学校が保護者に対して十分説明の上、保護者がこの点について認識し、相互に連携協力することが必要であること。

2) 健康状態について十分把握できるよう、事前に保護者から対象となる児童生徒等に関する病状についての説明を受けておくこと。

3) 対象となる児童生徒等の病状について、当該児童生徒等が登校する日には、連絡帳等により、保護者との間で十分に連絡を取り合う

こと。

4) 登校後の健康状態に異常が認められた場合、保護者に速やかに連絡を取り、対応について相談すること。

(5) 特定行為を実施する場所

1. 特別支援学校で特定行為を教員等が行うのは、児童生徒等の教育活動を行うためであることを踏まえ、始業から終業までの教育課程内における実施を基本とすること。また、遠足や社会見学などの校外学習における実施に当たっては、校内における実施と比較してリスクが大きいことから、看護師等の対応を基本とすること。なお、個々の児童生徒等の状態に応じて看護師等以外の者による対応が可能と判断される場合には、医療機関等との連携協力体制、緊急時の対応を十分確認の上、教員等による対応も考えられること。

2. スクールバスの送迎において、乗車中に喀痰吸引が必要になる場合には、日常とは異なる場所での対応となり、移動中の対応は危険性が高いことなどから、看護師等による対応が必要であるとともに、看護師等が対応する場合であっても慎重に対応すること。

(6) 特定行為を実施する上での留意点

特別支援学校において特定行為を行う場合の実施体制の整備については、上記（1）から

（5）に示したとおりであるが、特別支援学校の児童生徒等の特性と、特定行為が教育活動下において行われるものであることを考慮して、次の点に留意して実施すること。

1. 各特定行為の留意点

1) 喀痰吸引

a) 喀痰吸引を実施する場合には、対象者の日常生活を支える介護の一環として必要とされる医行為のみを医師の指示に基づき行うものであり、安全性確保の観点から、口腔内及び鼻腔内の喀痰吸引については、咽頭の手前までを限度とすること。なお、咽頭の手前までの判断を教員等が行うことは困難が伴うこと、咽頭の手前であっても喀痰吸引の実施には個人差があることから、主治医又は指導医の指示により挿入するチューブの長さを決めるこ

とが必要であること。

b) 気管カニューレ内の喀痰吸引については、カニューレより奥の吸引は、気管粘膜の損傷・出血などの危険性があることなどから、気管カニューレ内に限ること。また、この場合においては、滅菌された吸引カテーテルを使用するなど手技の注意点について十分理解しておく必要があること。

2) 経管栄養

a) 経管栄養を実施する場合には、特別支援学校の児童生徒等は身体活動が活発であり、教育活動において姿勢を変えることや移動することが多くなることから、上記 1) a) と同様の観点に立って、胃ろう・腸ろうの状態に問題がないこと及び鼻からの経管栄養のチューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、看護師等が行うこと。

b) 特に鼻からの経管栄養の場合、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、判断を誤れば重大な事故につながる危険性があることから、看護師等が個々の児童生徒等の状態に応じて、必要な頻度でチューブの位置の確認を行うことが求められること。

2. 実施に係る手順・記録等の整備に関する留意点

1) 教員等が特定行為を行う場合には、認定特定行為業務従事者としての認定を受けている必要があることや、その認定の範囲内で特定行為を行うこと、医師の指示を受けていることなど、法令等で定められた手順を経ること。

2) 保護者は、児童生徒等が登校する日には、その日の当該児童生徒等の健康状態及び特定行為の実施に必要な情報を連絡帳等に記載し、当該児童生徒等に持たせること。

3) 教員等は、2) の連絡帳等を当該児童生徒等の登校時に確認すること。連絡帳等に保護者から健康状態に異常があると記載されている場合は、特定行為を行う前に看護師等に相談すること。

4) 教員等は、個別マニュアルに則して特定行為を実施するとともに、実施の際特に気付いた点を連絡帳等に記録すること。

5) 主治医又は指導医に定期的な報告をするた

め、特定行為の記録を整備すること。

6) 特定行為の実施中に万一異常があれば直ちに中止し、看護師等の支援を求めるとともに、個別マニュアルに則して保護者及び主治医等への連絡と必要な応急措置をとること。

4. 特別支援学校以外の学校における医療的ケア

小中学校等において医療的ケアを実施する場合には、次のような体制整備が必要であること。

(1) 小中学校等においては、3. 2. (4) 2. にあるような学校と保護者との連携協力を前提に、原則として看護師等を配置又は活用しながら、主として看護師等が医療的ケアに当たり、教員等がバックアップする体制が望ましいこと。

(2) 児童生徒等が必要とする特定行為が軽微なものでかつ実施の頻度も少ない場合には、介助員等の介護職員について、主治医等の意見を踏まえつつ、特定の児童生徒等との関係性が十分認められた上で、その者が特定行為を実施し看護師等が巡回する体制が考えられること。

(3) 教育委員会の総括的な管理体制の下に、各学校において学校長を中心に組織的な体制を整備すること。また、医師等、保護者等との連携協力の下に体制整備を図ること。

5. 特定行為以外の医行為

特定行為以外の医行為については、教育委員会の指導の下に、基本的に個々の学校において、個々の児童生徒等の状態に照らしてその安全性を考慮しながら、対応可能性を検討すること。その際には主治医又は指導医、学校医や学校配置の看護師等を含む学校関係者において慎重に判断すること。

お問い合わせ先

初等中等教育局特別支援教育課

(初等中等教育局特別支援教育課)

2-3 文部科学省「平成23年度特別支援学校医療的ケア実施体制状況調査」

(平成23年5月1日現在)

(1) 対象幼児児童生徒数 ※1

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※2	合計
通学生	45	2,747	1,282	1,234	5,308
訪問教育(家庭)	0	590	275	241	1,106
訪問教育(施設)	0	141	68	127	336
訪問教育(病院)	0	258	154	188	600
合計	45	3,736	1,779	1,790	7,350
在籍者数(名) ※3	1,373	33,923	25,981	53,993	115,270
割合(%)	3.3%	11.0%	6.8%	3.3%	6.4%

※1 岩手県、宮城県、福島県、仙台市は調査対象外。 ※2 高等部の専攻科は除く。

※3 平成23年度学校基本調査による。ただし、調査対象外地域の数値は含まない。

(2) 行為別対象幼児児童生徒数 ●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)	2,091
	●経管栄養(胃ろう)	2,657
	●経管栄養(腸ろう)	109
	経管栄養(口腔ネラトン法)	67
	I V H中心静脈栄養	56
呼吸	●口腔・鼻腔内吸引(咽頭より手前まで)	3,007
	口腔・鼻腔内吸引(咽頭より奥の気道)	2,149
	経鼻咽頭エアウェイ内吸引	137
	気管切開部(気管カニューレより)からの吸引	1,999
	気管切開部の衛生管理	1,879
	ネブライザー等による薬液(気管支拡張剤等)の吸入	1,660
	経鼻咽頭エアウェイの装着	172
	酸素療法	1,073
	人工呼吸器の使用	850
排泄	導尿(介助)	433
その他		964
合計(延人数)		19,303
医療的ケアが必要な幼児児童生徒数		7,350

※●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。

※岩手県、宮城県、福島県、仙台市は調査対象外。

(3) 対象幼児児童生徒数・看護師数等の推移

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
22年度	626	7,306	1,148	3,772
23年度	613	7,350	1,046	3,983

2-4 小中学校における医療的ケアが必要な児童生徒数(平成23年5月1日現在)

小学校			中学校			小・中学校		
通常の 学級	特別支 援学級		通常の 学級	特別支 援学級		通常の 学級	特別支 援学級	
235	337	572	30	68	98	265	405	670

- ※ 公立の小学校、中学校（中等教育学校の前期課程を含む）を調査対象としている。
- ※ 「医療的ケアが必要な児童生徒」とは、小・中学校において日常的に、看護師や保護者などから、経管栄養やたんの吸引などの医行為を受けている者である。（本人が行うものを除く）
- ※ 東日本大震災の影響を考慮し、岩手県、宮城県、福島県及び仙台市においては調査を実施していない。また、東京都においては調査への回答が得られなかった自治体がある。

3 地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の公布について(通知)

社援発0627第3号
平成24年6月27日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省社会・援護局長

省令等については今後順次その内容を検討することとしているが、今般、法律の趣旨及び主な内容を以下のとおり通知するので、十分御了知の上、管内市町村（特別区を含む。以下同じ。）をはじめ、関係者、関係団体等に対し、その周知徹底をお願いする。

地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の公布について（通知）

地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律（平成24年法律第51号）については、平成24年3月13日に第180回通常国会に法案が提出され、同年6月20日に可決成立し、本日公布されたところである。（別紙）

この法律の施行は、平成25年4月1日（一部は、平成26年4月1日）であり、必要な政

記

第一 法律制定の趣旨等

1 法律制定の趣旨

障害者制度改革については、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（平成22年6月29日閣議決定）に基づき、その推進を図っているところである。この中で、「応益負担を原則とする現行の障害者自立支援法（平成17年法律第123号）を廃止し、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「障害者総合福祉法」（仮称）の制定に向け、第一次意見に沿って必要な検討を行い、平成2

4年常会への法案提出、25年8月までの施行を目指す」とされていた。

平成22年4月に、内閣府に設置された障がい者制度改革推進会議の下に障がい者制度改革推進会議総合福祉部会が設けられ、同部会は平成23年8月に「障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言―新法の制定を目指して―」（以下「骨格提言」という。）を取りまとめた。

また、この間、利用者負担を応能負担とすること等を盛り込んだ障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律（平成22年法律第71号）が平成22年12月3日に成立し、本年4月から全面施行された。さらに、障害の有無にかかわらず全ての国民が共生する社会を実現するため、個々の障害者等に対する支援に加えて、地域社会での共生や社会的障壁の除去を始めとした基本原則を定めること等を盛り込んだ障害者基本法の一部を改正する法律（平成23年法律第90号。以下「改正障害者基本法」という。）が平成23年7月29日に成立し、同年8月5日から施行された。

この骨格提言や改正障害者基本法等を踏まえ、厚生労働省において、新たな法律の検討を進め、与党での議論も経て、本年3月13日に「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律案」を閣議決定し、同日国会へと提出した。

本法律案は、衆議院において政府案に一部修正を加えた上で、平成24年4月18日に衆議院厚生労働委員会で、同月26日に衆議院本会議でそれぞれ可決され、同年6月19日に参議院厚生労働委員会で、同月20日に参議院本会議で可決され成立した。

2 新たな障害保健福祉施策の要点

地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律（平成24年法律第51号。以下「整備法」という。）の内容は第二に示す

とおりであるが、この法律により講じられる新たな障害保健福祉施策の要点は以下のとおりである。

(1) 障害者自立支援法に代わる障害者総合支援法の制定

障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「旧法」という。）に規定していた法律の目的を変更し、改正障害者基本法を踏まえた基本理念を新たに設け、法律の名称を障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）としたこと。

(2) 制度の谷間のない支援の提供

旧法に規定する「障害者」の範囲は、身体障害者、知的障害者及び精神

障害者（発達障害者を含む。）に限られていたが、障害者総合支援法においては、これに加えて、政令で定める難病等により障害がある者を追加することとしたこと。

(3) 個々のニーズに基づいた地域生活支援体系の整備

障害者に対する支援を充実する観点から、障害者総合支援法においては、旧法において重度の肢体不自由者に限られていた重度訪問介護の対象拡大や共同生活介護（ケアホーム）の共同生活援助（グループホーム）への一元化を行うこととしたこと。また、地域社会における共生を実現するため、市町村が行う地域生活支援事業として、新たに障害者等に関する理解を深めるための研修や啓発を行う事業等を追加するとともに、意思疎通支援に係る市町村と都道府県の地域生活支援事業の役割分担を明確化することとしたこと。さらに、障害の特性に応じて支援が適切に行われるものとなるよう障害程度区分を障害支援区分とし、障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示すものとしたこと。

(4) サービス基盤の計画的整備

障害福祉サービス等の基盤整備を計画的に行うことができるよう、国が定める基本指針、市町村及び都道府県が定める障害福祉計画に障害福祉サービス等の提供体制の確保に係る目標に関する事項を定めるとともに、障害福祉

計画に地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項を定めることとしたこと。また、基本指針や障害福祉計画について、定期的な検閲と見直しを法定化し、適時適切な見直し等を行うこととしたこと。さらに、基本指針や障害福祉計画の策定や見直しに当たっては、障害者やその家族その他の関係者の意見等を反映させる措置を講ずることとしたこと。

(5) 障害者施策の段階的实施

障害者及び障害児の支援に関する施策を段階的に講じるため、この法律の施行後3年を目途として、障害福祉サービスの在り方や障害支援区分を含めた支給決定の在り方等について検討することとし、その検討に当たっては障害者やその家族、その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずることとしたこと。

第二 法律の内容

1 障害者総合支援法関係

(1) 題名（平成25年4月1日施行）

「障害者自立支援法」を「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」とすることとしたこと。

(2) 目的（平成25年4月1日施行）

障害者総合支援法の目的の実現のため、障害福祉サービスに係る給付に加えて、地域生活支援事業その他の必要な支援を総合的に行うものとする旨を明記することとしたこと。

(3) 基本理念（平成25年4月1日施行）

障害者総合支援法の基本理念を、障害者及び障害児が日常生活又は社会生活を営むための支援は、全ての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるものであるとの理念にのっとり、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するため、全ての障害者及び障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を受けられることにより社会参加の機会が確保されること及びどこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生す

ることを妨げられないこと並びに障害者及び障害児にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資することを旨として、総合的かつ計画的に行わなければならないこととしたこと。

(4) 障害者の範囲（平成25年4月1日施行）

障害者総合支援法に規定する「障害者」に、治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であつて政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であつて18歳以上であるものを加えることとしたこと。

(5) 障害支援区分（平成26年4月1日施行）

「障害程度区分」を「障害支援区分」に改めるとともに、「障害支援区分」とは、障害者等の障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合を総合的に示すものとして厚生労働省令で定める区分をいうものとしたこと。

(6) 重度訪問介護の対象拡大（平成26年4月1日施行）

障害福祉サービスのうち、重度訪問介護の対象となる者を、「重度の肢体不自由者その他の障害者であつて常時介護を要するものとして厚生労働省令で定めるもの」とすることとしたこと。

(7) 共同生活介護の共同生活援助への一元化（平成26年4月1日施行）

障害福祉サービスのうち、共同生活介護（ケアホーム）を共同生活援助（グループホーム）に一元化し、共同生活援助において、日常生活上の相談に加えて、入浴、排せつ又は食事の介護その他の日常生活上の援助を行うものとしたこと。

(8) 地域移行支援の対象拡大（平成26年4月1日施行）

地域移行支援の対象に、「地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者であつて厚生労働省令で定めるもの」を加えることとしたこと。

(9) 指定障害福祉サービス事業者等の指定の欠格要件（平成25年4月1日施行）

指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支

援施設、指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者の指定の欠格要件に、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるときを加えることとしたこと。

(10) 指定障害福祉サービス事業者等の責務
(平成25年4月1日施行)

指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者並びに指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者は、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、常に障害者等の立場に立って支援を行うように努めなければならないこととしたこと。

(11) 地域生活支援事業の追加 (平成25年4月1日施行)

ア 市町村が行う地域生活支援事業

市町村が行う地域生活支援事業として、障害者等の自立した日常生活及び社会生活に関する理解を深めるための研修及び啓発を行う事業、障害者等、障害者等の家族、地域住民等により自発的に行われる障害者等が自立した日常生活及び社会生活を営むことができるようにするための活動に対する支援を行う事業、障害者に係る民法に規定する後見、保佐及び補助の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るための研修を行う事業、意思疎通支援（手話その他厚生労働省令で定める方法により障害者等とその他の者の意思疎通を支援することをいう。以下同じ。）を行う者の派遣その他の厚生労働省令で定める便宜を供与する事業並びに意思疎通支援を行う者を養成する事業を加えることとしたこと。

イ 都道府県が行う地域生活支援事業

都道府県が行う地域生活支援事業として、意思疎通支援を行う者の派遣その他の厚生労働省令で定める便宜を供与する事業及び意思疎通支援を行う者を養成する事業のうち、特に専門性の高い意思疎通支援を行う者を養成し、又は派遣する事業、意思疎通支援を行う者の派遣に係る市町村相互間の連絡調整その他の広域的な対応が必要な事業として厚生労働省令で定める事業を加えることとしたこと。

(12) 相談支援の連携体制の整備 (平成25年4月1日施行)

基幹相談支援センターを設置する者は、指定障害福祉サービス事業者等、医療機関、民生委員、身体障害者相談員、知的障害者相談員、意思疎通支援を行う者を養成し、又は派遣する事業の関係者その他の関係者との連携に努めなければならないこととしたこと。

(13) 基本指針の見直し (平成25年4月1日施行)

ア 基本指針の内容の見直し

基本指針に定める事項に、障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保に係る目標に関する事項を加えることとしたこと。

イ 基本指針への障害者をはじめとする関係者の意見の反映

厚生労働大臣は、基本指針の案を作成し、又は変更しようとするときは、あらかじめ、障害者等及びその家族その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずることとしたこと。

ウ 実態を踏まえた基本指針の見直し

厚生労働大臣は、障害者等の生活の実態等を勘案して、必要があると認めるときは、速やかに基本指針を変更することとしたこと。

(14) 障害福祉計画の見直し (平成25年4月1日施行)

ア 障害福祉計画の内容の見直し

市町村及び都道府県が障害福祉計画に定める事項に、障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保に係る目標に関する事項並びに地域生活支援事業の種類ごとの実施に関する事項を加えるとともに、市町村及び都道府県が障害福祉計画に定めるよう努める事項に、指定障害福祉サービス等及び地域生活支援事業の提供体制の確保に係る医療機関、教育機関、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関その他の関係機関との連携に関する事項を加えることとしたこと。

イ 実態を踏まえた障害福祉計画の作成

市町村は、当該市町村の区域における障害者等の心身の状況、その置かれている環境その他

の事情を正確に把握した上で、これらの事情を勘案して、市町村障害福祉計画を作成するよう努めることとしたこと。

ウ 障害福祉計画の調査、分析及び評価

市町村及び都道府県は、定期的に、障害福祉計画について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、障害福祉計画を変更することその他の必要な措置を講ずることとしたこと。

(15) 自立支援協議会の見直し（平成25年4月1日施行）

ア 名称の変更

自立支援協議会の名称を地方公共団体が地域の実情に応じて変更できるよう、協議会に改めることとしたこと。

イ 構成員

協議会を構成する者に障害者等及びその家族が含まれる旨を明記することとしたこと。

ウ 協議会の設置

協議会の設置をさらに進めるため、地方公共団体は協議会を設置するよう努めなければならないこととしたこと。

(16) その他所要の改正を行うこととしたこと。

2 児童福祉法関係

(1) 障害児の範囲（平成25年4月1日施行）

児童福祉法（昭和22年法律第164号）に規定する「障害児」に、治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障害の程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である児童を加えることとしたこと。

(2) 指定障害児通所支援事業者等の指定の欠格要件（平成25年4月1日施行）

指定障害児通所支援事業者、指定障害児入所施設及び指定障害児相談支援事業者の欠格要件に、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるときを加えることとしたこと。

(3) 指定障害児通所支援事業者等の責務（平成25年4月1日施行）

指定障害児通所支援事業者及び指定医療機関の設置者、指定障害児入所施設等の設置者並

びに指定障害児相談支援事業者は、障害児及びその保護者の意思をできる限り尊重するとともに、常に障害児及びその保護者の立場に立って支援を行うように努めなければならないこととしたこと。

(4) その他所要の改正を行うこととしたこと。

3 身体障害者福祉法関係

(1) 身体障害者相談員（平成25年4月1日施行）

身体障害者相談員は、その委託を受けた業務を行うに当たっては、身体に障害のある者が、障害福祉サービス事業、一般相談支援事業その他の身体障害者の福祉に関する事業に係るサービスを円滑に利用することができるように配慮し、これらのサービスを提供する者その他の関係者等との連携を保つよう努めなければならないこととしたこと。

(2) その他所要の改正を行うこととしたこと。

4 知的障害者福祉法関係

(1) 知的障害者相談員（平成25年4月1日施行）

知的障害者相談員は、その委託を受けた業務を行うに当たっては、知的障害者又はその保護者が、障害福祉サービス事業、一般相談支援事業その他の知的障害者の福祉に関する事業に係るサービスを円滑に利用することができるように配慮し、これらのサービスを提供する者その他の関係者等との連携を保つよう努めなければならないこととしたこと。

(2) 支援体制の整備等（平成25年4月1日施行）

市町村は、知的障害者の意思決定の支援に配慮しつつ、知的障害者の支援体制の整備に努めなければならないこととしたこと。

(3) 後見等に係る体制の整備（平成25年4月1日施行）

市町村及び都道府県は、後見、保佐及び補助の業務を適正に行うことができる人材の活用を図るため、後見等の業務を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならないこととしたこと。

(4) その他所要の改正を行うこととしたこと。

5 施行期日

この法律は、平成25年4月1日から施行することとしたこと。ただし、第二の一の(5)（障害支援区分）、(6)（重度訪問介護の対象拡大）、(7)（共同生活介護の共同生活援助への一元化）及び(8)（地域移行支援の対象拡大）は、平成26年4月1日から施行することとしたこと。

6 適切な障害支援区分の認定のための措置

政府は、第二の一の(5)の障害支援区分の認定が、知的障害者及び精神障害者の特性に応じて適切に行われるよう、第二の一の(5)の厚生労働省令で定める区分の制定に当たっての適切な配慮その他の必要な措置を講ずることとしたこと。

7 検討

(1) 政府は、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に向けて、障害者等の支援に係る施策を段階的に講ずるため、この法律の施行後3年を目途として、障害者総合支援法第1条の2に規定する基本理念を勘案し、常時介護を要する障害者等に対する支援、障害者等の移動の支援、障害者の就労の支援その他の障害福祉サービスの在り方、障害支援区分の認定を含めた支給決定の在り方、障害者の意思決定支援の在り方、障害福祉サービスの利用の観点からの成年後見制度の利用促進の在り方、手話通訳等を行う者の派遣その他の聴覚、言語機能、音声機能その他の障害のため意思疎通を図ることに支障がある障害者等に対する支援の在り方、精神障害者及び高齢の障害者に対する支援の在り方等について検討を加え、その結果に基づいて、所要の措置を講ずることとしたこと。

(2) 政府は、(1)の検討を加えようとするときは、障害者等及びその家族その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずることとしたこと。

8 経過措置等

この法律の施行に関し、必要な経過措置を定めるとともに、関係法律について所要の規定の整備を行うこととしたこと。

第三 その他

この法律の成立に際して、衆議院厚生労働委員会及び参議院厚生労働委員会において、別添のとおり附帯決議が付されているところであり、留意願いたい。

4. 「訪問教育に関するアンケート調査—訪問担当教員への質問—」の

調査結果報告

大崎 博史

(国立特別支援教育総合研究所)

猪狩 恵美子

(福岡教育大学・前全国訪問教育研究会長)

I. 問題と目的

昭和 54 (1979) 年の養護学校義務制の実施とともに、訪問教育が養護学校の一教育形態としてスタートし早 33 年が経過した。この間、さまざまな制約や困難な条件の下で、関係者の多大な努力がこの教育に注がれてきた。

近年の訪問教育に関連する動向として、平成 9 (1997) 年度には高等部訪問教育の試行的実施がなされた。また平成 11 (1999) 年度からの盲・聾・養護学校学習指導要領改訂に伴い、平成 12 (2000) 年度には高等部訪問教育の完全実施がなされた。平成 17 (2005) 年度には盲・聾・養護学校において一定の条件の下で医療的ケアが実施されることが許容され、訪問教育対象児童生徒数の減少が期待された。平成 19 (2007) 年度には特別支援教育への転換が実施され、今までの盲・聾・養護学校が特別支援学校となり、各地に複数の障害種に対応した特別支援学校が設立されている。このように養護学校の一教育形態としてスタートした訪問教育だが、現在は特別支援学校の一教育形態となり、近年の訪問教育を取り巻く環境も大きく変化しているといえる。本調査は、そのような中で、特別支援教育制度の下での訪問教育を担当する教員からみた訪問教育の現状と今日的課題をとらえることを目的としている。具体的には、訪問教育を担当する教員へのアンケートを実施し、訪問教育の現状について、回答結果を分析して現状を把握し、あげられた課題等をもとに考察を試みることにする。

II. 調査概要

1. 対象

実際に訪問教育を担当している教員

2. 手続き

「訪問教育に関するアンケート調査—訪問担当教員への質問—」として、全国訪問教育研究会第 24 回全国大会（埼玉）期間中に調査用紙を配布し、大会期間中にアンケート回収箱を設置して回答、または後日郵送による回答を依頼した。調査期間は、平成 23 (2012) 年 8 月～9 月末日である。

3. 質問紙の構造

質問紙の内容は、以下の通りである。

- Q 1 学校が対応する障害種
- Q 2 特別支援教育（特殊教育）経験年数と訪問教育担当経験年数
- Q 3 担当児童生徒数
- Q 4 担当児童生徒の学年、性別、訪問先、過年度生
- Q 5 担当児童生徒の 1 週間の授業回数、授業時間（分）、実態と授業回数の整合性
- Q 6 担当児童生徒の担当経験年数
- Q 7 担当児童生徒の教育課程、重視している教科・領域等、重視している内容、自立活動の内容
- Q 8 日頃の指導をすすめるにあたっての課題
- Q 9 特別支援教育下での訪問教育の変化

- Q10 訪問教育への夢やプラン
 Q11 訪問教育のおすすめの教育実践、取組
 Q12 補足説明（本稿では記載しない。）

4. 調査結果

（１）回答について

回答者数 127 人（男性 31 人、女性 95 人、不明 1 人）

（２）調査結果

①学校が対応する障害種(Q1)

回答のあった 127 人の訪問教育担当者の所属する学校が対応する障害種（学則その他の設置者の定める規則に記載された種別）の内訳については、特別支援学校（肢体不自由）が 46 人（36%）、特別支援学校（知的障害）が 35 人（28%）、特別支援学校（知的障害・肢体不自由）28 人（22%）の順であった（図 1）。

今回の回答者には、特別支援学校（視覚障害）、同（聴覚障害）からの回答はなかった。

特別支援教育の推進により、全国では複数の障害種に対応する特別支援学校が増加しているが、そのような学校からの訪問教育担当者も今後増加することが予想される。

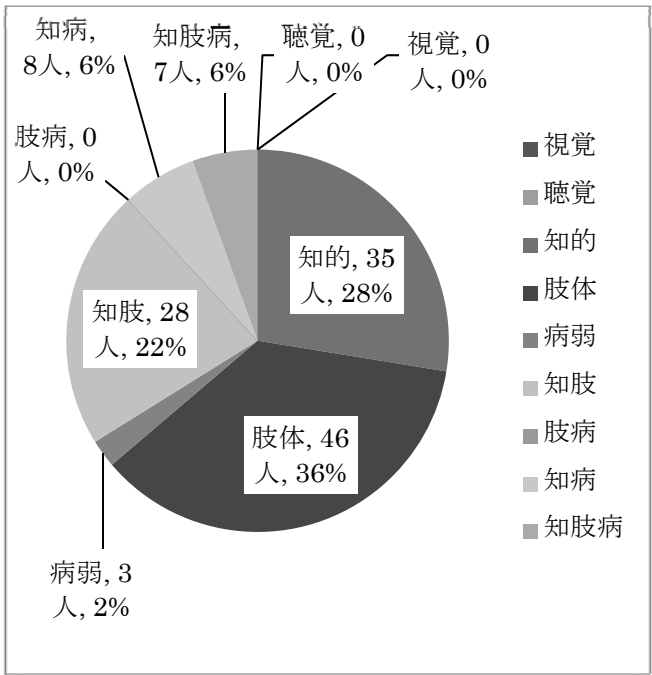


図 1 訪問教育担当者の所属する学校が対応する障害種の内訳（N=127）

②特別支援教育（特殊教育）経験年数と訪問教育担当経験年数(Q2)

回答のあった 127 人の訪問教育担当者の特別支援教育（特殊教育）経験年数については、20-29 年が 50 人（39.4%）、10-19 年が 34 人（26.8%）、30 年以上が 22 人（17.3%）の順であった。今回の調査で回答のあった訪問教育担当者の約 8 割が特別支援教育（特殊教育）10 年以上であることがわかる（図 2）。

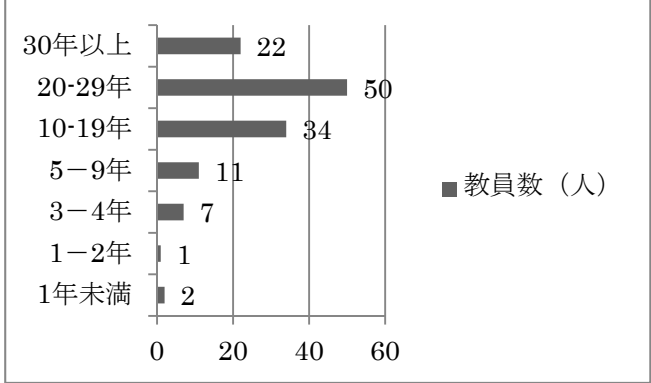


図 2 訪問教育担当者の特別支援教育（特殊教育）経験年数の内訳（N=127）

また、回答者の訪問教育担当経験年数については、1 年未満が 34 人（26.8%）、5-9 年が 29 人（22.8%）、1-2 年が 27 人（21.3%）、3-4 年が 24 人（18.9%）の順であった。訪問教育担当経験年数が 1 年未満の教員が多かった。全体的にも約 7 割の教員が、訪問教育担当経験年数 5 年未満であった（図 3）。

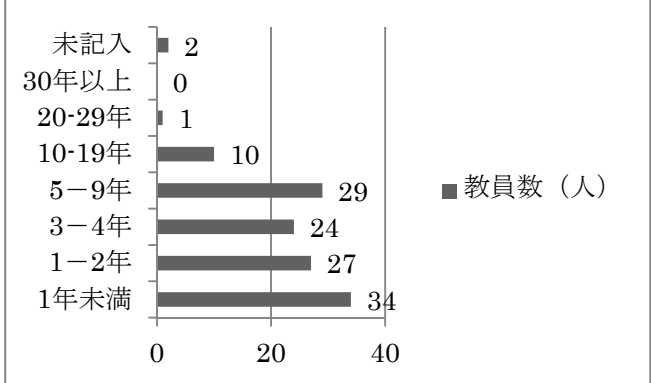


図 3 訪問教育担当者の訪問教育担当経験年数の内訳（N=127）

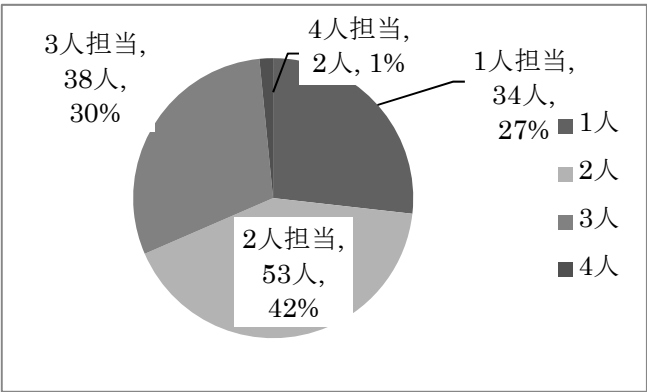
表等には掲載していないが、回答者の特別支援教育（特殊教育）経験年数の最少は 1 年未満

が2人(2人とも訪問教育経験年数も1年未満)、2年が1人(訪問教育経験年数は1年未満)、特別支援教育(特殊教育)経験年数の最高は37年が2人(訪問教育経験年数は8年が1人、未記入が1人)、36年が1人(訪問教育経験年数は15年)であった。初任で訪問教育を担当する教員もいることがわかる。

③担当(担任)児童生徒数(Q3)

回答のあった127人の訪問教育担当者の1人あたりの担当(担任)児童生徒数は、2人担当(53人, 42%)が最も多く、3人担当(38人, 30%)、1人担当(34人, 27%)、4人担当(2人, 1%)の順だった(図4)。1人の教員で平均2~3人の児童生徒を担当していることがわかる。

図4 担当者1人あたりの担当(担任)児童生徒数(N=127)



④担当児童生徒の学年、性別、訪問先、過年度生担当(Q4)

担当している児童生徒の学部、学年については表1の通りである。各学部欄に表示されている人数については、回答欄に学部は入れてあるが、学年を入れていない児童生徒の人数である。担当している児童生徒を学部別にみた合計については、小学部全体で123人、中学部全体で71人、高等部全体で69人の合計263人であった。結果からは、小学部の児童を担当する回答者が多かった。

表1 担当している児童生徒の学部、学年

学年	人数(人)	学年	人数(人)	学年	人数(人)
小1	9	中1	8	高1	27
小2	13	中2	22	高2	13
小3	13	中3	10	高3	22
小4	5				
小5	4				
小6	11				
小学部	68	中学部	31	高等部	7
計	123	計	71	計	69

担当している児童生徒の性別については、男性149人、女性111人、未回答3人であった。

訪問先については、家庭(在宅)150人(57.0%)、施設71人(27.0%)、病院38人(14.4%)の順であった(図5)。家庭(在宅)訪問教育をしている回答者が多かった。

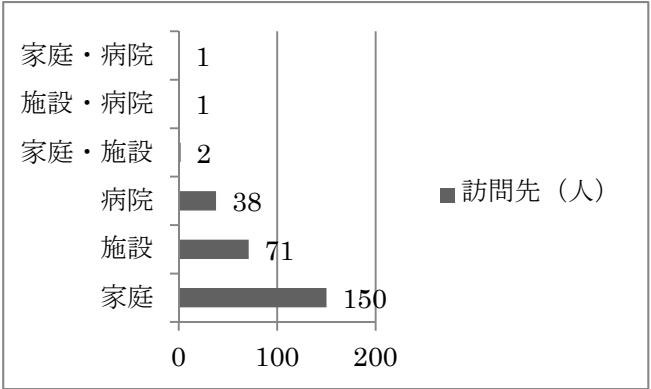


図5 担当している児童生徒の訪問先(N=263)

過年度生への訪問教育の状況については、表2に示す。担当している児童生徒が過年度生であるかどうかについては、「過年度生である」

が 20 人(7.6%)、「過年度生でない」が 243 人(92.4%)であった。回答者の担当している児童生徒のうち約 7%が過年度生であった。

表 2 過年度生への訪問教育の状況

過年度生である	20 人 (7.6%)
過年度生でない	243 人(92.4%)

⑤担当児童生徒の 1 週間の授業回数、授業時間（分）、実態と授業回数の整合性(Q5)

担当児童生徒の 1 週間当たりの授業回数は、1 週間に 3 回（144 人）、2 回（33 人）、5 回（20 人）の順であった（図 6）。1 週間の授業回数は 3 回が多かった。

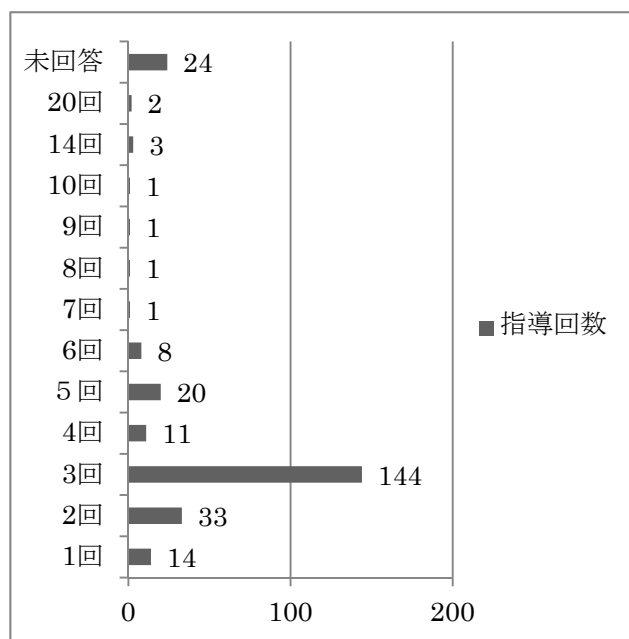


図 6 担当している児童生徒の 1 週間あたりの授業回数（N=263）

担当児童生徒の 1 回当たりの授業時間（分）は、1 回あたり 120 分（135 人）、90 分（42 人）の順であった（図 7）。1 回あたりの授業時間が 120 分の回答が多かった。

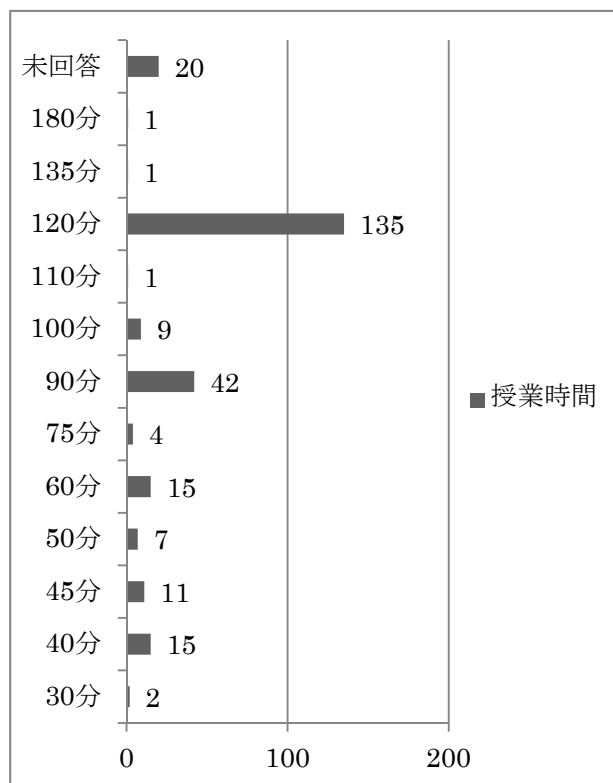


図 7 担当している児童生徒の 1 回あたりの授業時間（分）（N=263）

授業時数は、児童の実態に照らしてどうかの質問には、「ちょうどよい」（163 人、62%）、「少ない」（71 人、27%）、「多い」（7 人、3%）の順に回答があった。約 6 割の児童生徒の授業回数について「ちょうどよい」と感じている担当者が多かった（図 8）。

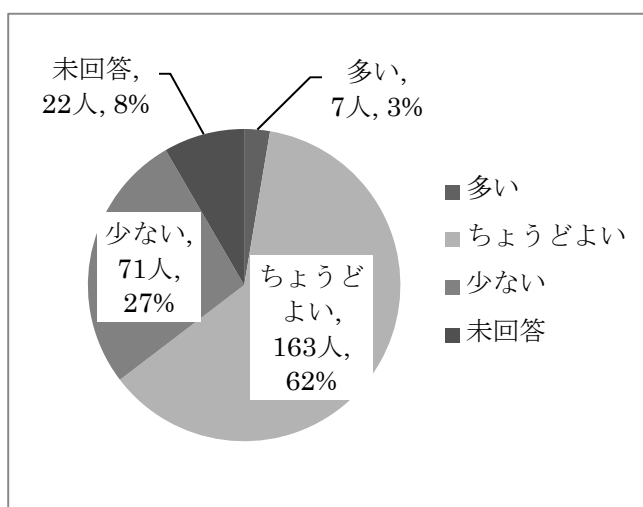


図 8 担当している児童生徒の実態と授業回数の整合性（N=263）

⑥担当児童生徒の担当経験年数（Q6）

担当児童生徒の担当経験年数については、1年未満が161人（61%）、1年以上3年未満が83人（32%）、3年以上が14人（5%）であった。担当経験年数が1年未満の担当者が多かった（図9）。

1人の児童生徒を3年以上担当することは少なく、1年未満という担当者が約6割を占めていることがわかる。

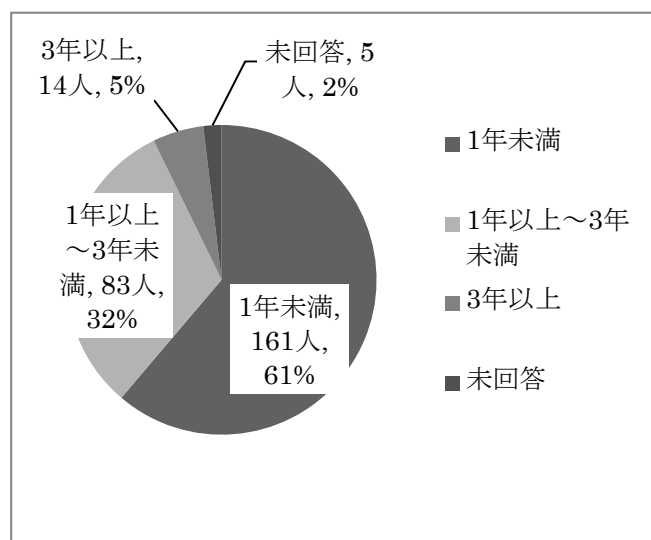


図9 担当する児童生徒の担当経験年数 (N=263)

⑦担当児童生徒の教育課程、重視している教科・領域等、重視している内容、自立活動の内容（Q7）

担当児童生徒の教育課程については、「自立活動を主として編成した教育課程（いわゆる自立活動を主とする）」が232人（88.2%）、「小学校・中学校・高等学校の教科等の各教科によって編成した教育課程（小・中学校の各教科）」が17人（6.5%）、「知的障害者に対して教育を行う特別支援学校の各教科によって編成した教育課程」が6人（2.3%）、「小学校・中学校・高等学校の各教科等の学年を下げた教科（下学年）によって編成した教育課程（小・中学校の各教科（下学年））」5人（2.0%）の順であった。約9割の担当児童生徒の教育課程は「自立活動

を主として編成した教育課程」であるといえる（図10）。

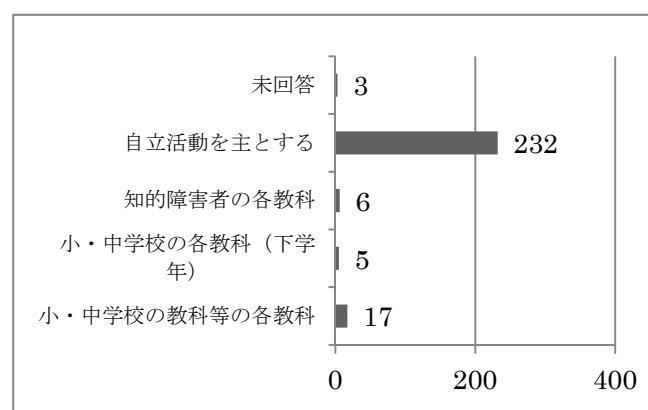


図10 担当児童生徒の教育課程 (N=263)

担当児童生徒263人のこの1年間で最も重視している教科・領域等については、複数回答可能で、未回答の10人を除く253人分のデータから「自立活動」をあげる人（234人）がほとんどだった（図11）。



図11 担当児童生徒の重視している教科・領域等（複数回答可能、児童生徒253人分のデータによる）

また、重視している内容については、自由記述より「体操による身体の変形・拘縮の予防」、「コミュニケーション能力の向上」、「いろいろな刺激による感覚の活用」等の回答が多かった。

前述の担当児童生徒の重視している教科・領域等で自立活動を選択した人に、特に自立活動の6区分26項目のうち、どの内容を重視しているのかを聞いた結果が図12である（複数回答可）。図の左側の項目は、表3に対応した自立活動の6区分26項目の内容（例えば6・5は、「状況に応じたコミュニケーションに関すること」）である。

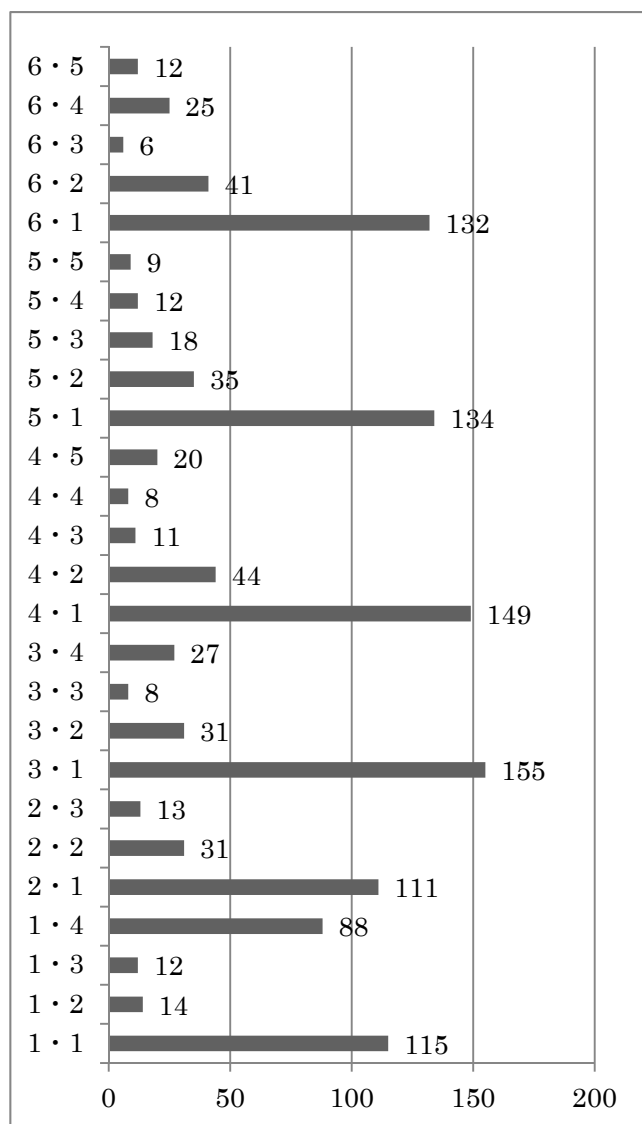


図12 自立活動で重視している内容

その結果、自立活動で重視している内容について多く回答があげられたものは、「3・1 他者とのかかわりの基礎に関すること」（155人）、「4・1 保有する感覚の活用に関すること」（149人）、「5・1 姿勢と運動・動作の基本的技能に関すること」（134人）、「6・1 コミュニケーションの基礎的能力に関すること」（132人）等であった。

表3 自立活動の6区分26項目の内容

1 健康の保持
・ 1 生活のリズムや生活習慣の形成に関すること
・ 2 病気の状態の理解と生活管理に関すること
・ 3 身体各部の状態の理解と養護に関すること
・ 4 健康状態の維持、改善に関すること
2 心理的な安定
・ 1 情緒の安定に関すること
・ 2 状況の理解と変化への対応に関すること
・ 3 障害による学習上又は生活上の困難を改善・克服する意欲に関すること
3 人間関係の形成
・ 1 他者とのかかわりの基礎に関すること
・ 2 他者の意図や感情の理解に関すること
・ 3 自己の理解と行動の調整に関すること
・ 4 集団への参加の基礎に関すること
4 環境の把握
・ 1 保有する感覚の活用に関すること
・ 2 感覚や認知の特性への対応に関すること
・ 3 感覚の補助及び代行手段の活用に関すること
・ 4 感覚を総合的に活用した周囲の状況の把握に関すること
・ 5 認知や行動の手掛かりとなる概念の形成に関すること
5 身体の動き
・ 1 姿勢と運動・動作の基本的技能に関すること
・ 2 姿勢保持と運動・動作の補助的手段の活用に関すること
・ 3 日常生活に必要な基本動作に関すること

・ 4 身体の移動能力に関すること
・ 5 作業に必要な動作と円滑な遂行に関すること
6 コミュニケーション
・ 1 コミュニケーションの基礎的能力に関すること
・ 2 言語の受容と表出に関すること
・ 3 言語の形成と活用に関すること
・ 4 コミュニケーション手段の選択と活用に関する こと
・ 5 状況に応じたコミュニケーションに関すること

⑧日頃の指導をすすめるにあたっての課題 (Q8)

日頃の指導をすすめるにあたっての課題については多様な回答があったが、大枠で次のような課題にカテゴリー化することができた。以下は、複数の人が回答した代表的な回答例を抜粋して記述したものである。

<児童生徒の指導に関する課題>

- ・体調等の問題で、学習の継続（週3回）がなかなかできない。
- ・本当に YES, NO、○、×と聞いたことに対して反応しているのかわからない。
- ・期待あそびなども難しく、自発的な動きや期待など何をしたら良いのかわからない。
- ・作品作りもすべてこちらが手を持ってやる状況。
- ・生徒のほとんどが40歳、50歳、60歳と生活年齢の高い成人なので、発達段階と生活年齢の差が大きく、教材づくりが難しい。

<指導に関わる連携に関する課題>

- ・保護者との共通理解（子どもの状態やねらい等について）をはかること。
- ・病棟内での授業が主であるため、中のスタッフ（看護師・PT・OT・療育指導員・保育士など。）との連携。取り組みを行っていく中で、子どもたちの反応を伝えていくことに取り組んでいる。
- ・対象生徒を見る目が限られるため、指導内容の検討、生徒の評価を複数の職員で行うことが

難しい。

- ・指導・支援の方針や方法を相談する相手がいない。（いても子どもやその家庭の実態は分かっていただけなので、あまり親身になってもらえない。）

<担当者自身の課題>

- ・訪問担当者は休めない。訪問は担任に代わって他の教員が訪問することができない。児童・生徒の家庭の事情で、授業の振り返りができない場合も多い。「体調を崩してしまったら・・・」「家の都合で休まなければならなくなったら・・・」どうしようという思いは常にある。

⑨特別支援教育下での訪問教育の変化(Q9)

特別支援教育下での訪問教育の変化については、「あまり変化は感じていない。」という回答が多かった一方で、以下のような回答もあげられた。

- ・訪問教育対象の子どもが医療的ケアを学校で受けることにより、通学生になったことがあげられるのではないかと思います。
- ・医療的ケアが必要な生徒の通学が状況により可能になり、授業時間が増してきている。
- ・児童生徒は、家庭の事情、不登校など訪問教育になっている理由が幅広くなっていると思う。
- ・今までのいわゆる重症児だけでなく、心のケアが必要で家から出ることができない子、生活リズムが学校教育の時間と合わない子などのニーズが増えてくると思う。引きこもりの子は、本校ではまだ訪問となっていないが、担任が定期的に家庭訪問している。
- ・学校は障害種の壁が大きく、遠距離等登校困難による訪問教育も相変わらずある。
- ・障害の重い子どもさんの教育がなんだかないがしろにされつつあるのではないかと危機感を感じている。発達障害のある子どもさんたちの実践がブームとなっているように思う。校内でもそのような雰囲気を感じてならない。
- ・今まで以上に訪問教育も学校全体の一つとし

て目を向けられるようになると思う。

大枠でまとめると、特別支援教育下での訪問教育の変化については、医療的ケアの実施による訪問教育対象児童生徒の減少、多様なニーズのある児童生徒が訪問教育の対象となる可能性などの回答の他に、発達障害だけではなく、従前からのいわゆる重度・重複障害教育の充実を求める回答があげられた。

⑩訪問教育への夢やプラン (Q10)

児童生徒により豊かな指導内容を提供するための夢やプランについては、以下のような多様な回答があげられた。

- ・「豊かな指導内容」は、一人の教師ではどうしても限界があると思う。複数訪問指導やスクーリングで補っていけると思う。
- ・複数の教員による訪問授業が（保護者や子ども達の希望により）できるようになる。訪問する教員の1名は訪問教育担当者、他は自立活動専任、音楽科、美術科などの専門の教員がチームを組む。
- ・進路担当の教師との関わりを持つことで、保護者が卒業後、在宅以外にもあることを知る機会になる。情報を知ることができる。
- ・家庭への訪問の場合は、保護者との連携がうまくいって、いろいろな試みができること。（通学生と連携をとり、同じような内容ができるとよい。）
- ・病院への訪問の場合は、学習環境がある程度保障されること。授業に集中できる部屋があり、通学生の内容と変わらないような教材を自由に使用できること。
- ・テレビ電話（パソコン）を活用し、行事や音楽などの集団活動に参加させたい。
- ・（現在担当している子に限って言えば）援助して未来を豊かにする方策を探るのが、学校に来ることができる子に対する時のスタンスであるとすれば、訪問の子の場合、現在を豊かにしていくことも大切な要素であると思う。訪問時だけでなく、日常的にもまわりの人がその子

に対してかかわりを豊かに持てるきっかけを作ることができればと思う。そのためにスイッチや最近の機器を使った表出の仕方を子どもに伝えるとともに、インリアルのようなコミュニケーションのとり方、しかけ方を共有していくのがいいかなと思っている。

・人とかかわりが少ない訪問の子ども達なので、移動に対する支援の質や量を広げて外出しやすくなること。そうした制度を利用して、スクーリングをしたり、また様々な文化的な活動に参加できたりすればいいかなと思う。（例えば、コンサートや劇、ショッピングやランチなど。）

・子どもや家庭を取り巻く環境が社会から孤立しないよう、周囲から手を差しのべられる状況を作るよう、福祉への働きかけ等の情報を教員が橋渡しすることも訪問教育では大切だと思う。

・地域で、県で、全国で（いろいろなレベルで）情報共有できるネットワークがさらにしっかりされると良いと思う。（全国訪問教育研究会がその一つであると思いますが・・・）

・生徒の実態だけでなく、生活環境や年齢、保護者の考え等を十分配慮した上での指導が大切だと思う。

・訪問教育は、特別支援教育の原点だと思う。学校という制度の中に訪問教育があるのではなく、訪問教育と通学教育があって、学校があるという意識が定着すると良い。

・「訪問教育は特別」と、訪問教育が長い先生や訪問教育を1度もやったことのない先生はそう考えている人が私の周りには多いような気がする。「訪問教育は、訪問教育の先生しかできない。」「訪問教育のことは訪問教育部で・・・」ではなく、学校全体で教育課程や指導について考え、取り組んでほしいなと思う。

・昨年度から訪問の子どもさんのことを本校職員に知ってもらおうと、事例発表している。まだ、関心のある先生しか参加されないが、小さな積み重ねが訪問の子どもたちのためになる

（実態をしってもらう、他の先生方から実践について意見交換してもらうなど）と信じてやっている。

・高2を担当しているので、卒業後のことを考えている。近くに短大があるので、その学生さんに関わることで、同年代との交流ができると考え短大との連携を始めた。在宅余暇支援として、卒業後も短大生によるボランティアが続くことを実現させるための手立てを考えていきたい。

⑩訪問教育のおすすめの教育実践、取組

(Q11)

訪問教育のおすすめの教育実践、取組（校内支援体制、スクーリング、行事への参加、交流及び共同学習など）については、以下のような紹介があった。以下に抜粋して紹介する。

- ・演奏家等をお招きしての音楽鑑賞。
- ・スクーリングでしかできないことをわざわざ残しておくようにしている。例えば、私の場合は、理科の実験である。ちょっとがんばってできるけど、学校に来る楽しみとしてとっておこうと思っている。
- ・本校では、授業について週3のうち、1日は副担任が行っているので共通理解しやすい。
- ・校内支援体制が大切だと思う。訪問生が孤立しないためにも、学年、学部、学校などみんなで訪問教育を考え作っていけるよう、校内理解を深める。掲示板を作ったり、通信を発行したり、通学籍の児童生徒・家庭や校内の教員に様子を知ってもらう。学部では月に1～2回程度、応援態勢を組んでもらい（小学部なので、一便の日の午後を中心に）、学年教員との複数訪問を保障している。
- ・複数訪問、特に進路担当者が地域の情報を保護者に直接伝えられる。又、自立活動教員の訪問指導も定期的に行い、身体の状態をチェックしアドバイスしてもらえらる。
- ・医療相談、保護者と一緒に受診の際に病院へ行き、PT、OT、主治医より話を聞くこと、情報

交換をすることで、保護者の信頼を得られ子どもの理解にもつながる。

Ⅲ. 総合考察

アンケート調査の結果からは、まず、回答者の属性について知ることができた。回答者の所属する学校が対応する障害種（学則その他の設置者の定める規則に記載された種別）については、特別支援学校（肢体不自由）や特別支援学校（知的障害）の訪問教育担当者が多いことがわかり、複数の障害種に対応する特別支援学校においても知肢併置校からの訪問教育担当者が多かった。また、訪問教育担当者の約8割が特別支援教育（特殊教育）10年以上であるが、訪問教育担当経験年数については、約7割の教員が訪問教育担当経験年数5年未満であった。さらに、1年未満の教員も依然として多かった。これらの結果からは、訪問教育担当者にはある程度ベテランの教員が当てられてはいるが、担当者が次々に入れ替わる様子がうかがえる。

次に、実際の指導についての結果からは、1人の教員で平均2～3人の児童生徒を担当していることがわかる。担当児童生徒の学部、学年については小学部の児童を担当する回答者が多かった。訪問先については、家庭（在宅）訪問をしている回答者が多かった。また、回答者の担当する児童生徒のうち、約7%が過年度生であり、発達段階と生活年齢のバランスを考慮した指導をどのように進めていくかは今後の課題であると言えよう。

担当児童生徒の1週間当たりの授業回数は、3回のところが多く、1回当たりの授業時間(分)は120分のところが多かった。また、授業時数は、約6割の児童生徒の授業回数について「ちょうどよい」と感じている担当者が多かった。結果からは、「実情に応じた授業時数を適切に定める」をどのようにとらえるのかは、担当者任せになっており、客観的な指標がない現状が明らかになった。

担当児童生徒の担当経験年数については、1人の児童生徒を3年以上担当することは少なく、1年未満という担当者が約6割を占めている現状がわかった。1年未満で担当児童生徒の成長や発達的な変化をどれだけ捉えることができるのか疑問に思う。

担当児童生徒の教育課程については、約9割の児童生徒が「自立活動を主として編制した教育課程」であった。また、この1年間で最も重視している教科・領域等についても「自立活動」をあげる人がほとんどだった。さらに、「自立活動」の6区分26項目の中で、重視している内容については、「他者とのかかわりの基礎に関すること」、「保有する感覚の活用に関すること」、「姿勢と運動・動作の基本的技能に関すること」、「コミュニケーションの基礎的能力に関すること」等があげられていた。担当者が、コミュニケーションや姿勢や運動動作、感覚の活用等の基本的な内容を重視し、指導を展開している様子がわかる。

日頃の指導をすすめるにあたっての課題については、大枠で「児童生徒の指導に関する課題」「指導に関わる連携に関する課題」「担当者自身の課題」に分類できた。いずれの課題も、以前の調査でも出されている課題でもある。長年、これらの課題の解決がなされないまま訪問教育が実施されている現状をあらためて痛感している。今後、これらの課題を解決していくことが充実した訪問教育の展開に繋がると言えよう。

特別支援教育下での訪問教育の変化については、医療的ケアの実施による訪問教育対象児童生徒の減少、多様なニーズのある児童生徒が訪問教育の対象となる可能性などの回答の他に、発達障害だけではなく、従前からのいわゆる重度・重複障害教育の充実を求める回答があげられた。特別支援教育では、一人一人の教育的ニーズに応じた教育を展開していくことが求められる。教育的ニーズとは何かを把握し、一人一人に応じた更なる教育の充実をはかる

ことこそが重要だと言える。

最後に、訪問教育担当者が、児童生徒により豊かな指導内容を提供するための夢やプランの回答からは、訪問教育担当者の孤独感や日頃の思いが明らかになった。これらの夢やプランが実現できるような更なる支援体制の構築が望まれる。

今後、障害等のある児童生徒の多様な学びの場の一つとして重要な役割を果たすと考えられる訪問教育について、さらに詳細に検討する必要があるだろう。

謝辞

本調査の実施にあたり、全国訪問教育研究会の事務局長の長 正晴先生をはじめ全国訪問教育研究会第24回全国大会（埼玉）のスタッフの皆様には大変お世話になりました。また、調査結果の分析にあたっては、川住隆一先生（東北大学）にもご助言を賜りました。記して感謝申し上げます。

参考文献

- 国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部 (1997). 訪問教育の実際に関する調査, 調査普及事業報告書.
- 国立特別支援教育総合研究所(2004). 訪問教育の実際に関する実態調査報告書（平成14年度・平成15年度）, 国内調査研究報告書.
- Hirofumi Osaki(2005).Home/Hospital-Bound Education in Japan-From a Survey on Home/Hospital-Bound Education.Journal of Special Education in the Asia Pacific(JSEAP),27-32.
- 全国訪問教育研究会(2010). 訪問教育の現状と課題VI～訪問教育に関する第六次調査報告～(2009年5月1日現在における調査より).
- 文部省特殊教育課(1978). 訪問教育の概要（試案）. 季刊特殊教育, 20, 42-46
- 文部省（1988）. 訪問教育の指導の実際. 慶應義塾大学出版株式会社.

(資料) 訪問教育に関するアンケート調査

—訪問担当教員への質問—

＊紙面の関係で、Q8以降の回答枠を狭くしています。

〔趣 旨〕

本調査は、昨年度、独立行政法人国立特別支援教育総合研究所で行った専門研究D「訪問教育の現状と今日的課題に関する研究」（研究代表者 大崎 博史）をもとに、福岡教育大学の猪狩 恵美子教授（全国訪問教育研究会会長）と共同で作成したアンケート調査です。

また、本調査は、平成15年に研究所が実施した調査の一部を改変して作成したものです。

訪問教育が制度として実施に移されて32年が経過しました。この間、さまざまな制約や困難な条件の下で、関係する方々の多大な努力がこの教育に注がれてきました。

ここ近年の動向としましては、平成12年度には、学習指導要領の改訂による高等部訪問教育の完全実施、平成17年度には盲・聾・養護学校における医療的ケアの実施、平成19年度には特別支援教育への転換が実施され、訪問教育を取り巻く環境も大きく変化しています。

今回は、このような近年の情勢をふまえ、実際に訪問教育を担当している先生方に調査を実施し、特別支援教育制度の下での訪問教育の現状と今日的課題について、探りたいと考えている所存です。

つきましては、ご多忙中、大変恐縮に存じますが、本調査をご記入の上、全国訪問教育大会の実施期間中にアンケート調査回収箱まで調査を入れていただきますよう、よろしくお願いいたします。

なお、結果の取り扱いに関しては、個人が特定されないよう十分に配慮いたしますので、率直なご記入をお願いいたします。

また、調査の結果につきましては、全国訪問教育研究会等にご報告するとともに、関連する研究や学会等の発表資料として活用させていただきたく思いますのでご協力をお願いいたします。

〔調査票記入の仕方〕

1 現在、訪問教育を担当されている方にご記入をお願いします。

2 選択肢のある質問では、該当する番号を○で囲んでください。

3 所属している学校の他の方で、本調査にご協力いただける方がありましたら、まことに恐れ入りますが、この質問紙を複写してお配りいただき、以下のところまで郵送またはFAX、e-mail等で返送していただけますよう、よろしく お願いいたします。（9月末〆切り）

〒239-8585

神奈川県横須賀市野比5-1-1

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所 教育研修・事業部

大崎 博史 宛

（FAX 046-839-6907, e-mail: osaki@nise.go.jp）

【本調査についての問い合わせ先】

独立行政法人国立特別支援教育総合研究所 主任研究員 大崎 博史

（Tel 046-839-6841, FAX 046-839-6907, e-mail: osaki@nise.go.jp）

全国訪問教育研究会長

福岡教育大学 教育学部 教授 猪狩 恵美子

（Tel 0940-35-1520, e-mail: emikari@fukuoka-edu.ac.jp）

<アンケート記入用紙>

ー基本情報ー

○所属学校名：（ ）

○お名前：_____（ 男 ・ 女 ）

○連絡先学校電話番号：（ ）

○連絡先メールアドレス（ ）

※上記の情報（回答者の都道府県等ならびに性別以外）は，こちら側からアンケート調査回答者に連絡やお問い合わせが必要なことが生じたときに，その連絡手段として使用させていただき，それ以外の目的では使用しませんのでお願いいたします。

以下の質問に関して該当する箇所を○で囲み，また数字等をご記入下さい。

Q1 あなたの学校が対応する障害種（学則その他の設置者の定める規則に記載された種別）を選んで下さい。（複数選択可）

（1.視覚障害 2.聴覚障害 3.知的障害 4.肢体不自由 5.病弱）

Q2 あなたの特別支援教育（特殊教育）経験年数は何年ですか。また，そのうち，あなたの訪問教育担当経験年数は何年ですか？

特別支援教育経験年数（ ）年 （うち訪問教育担当教育経験年数 年）

Q3 あなたが担当（担任）されている児童生徒数は何人ですか？
（ ）人

以下、あなたの担当（担任）されている児童生徒さんをそれぞれ Aさん、Bさん、Cさん、Dさんとして回答して下さい。

Q4 あなたが担当（担任）されている児童生徒の学年、性別と訪問先はどこですか。

また、その児童生徒が過年度生であるかないかについて○をつけて下さい。

なお、訪問先が国立病院機構等、病院における重症心身障害児者施設、病棟における訪問教育は、「施設」に○をつけて下さい。

※ここで言う「過年度生」とは、身体上または健康上の理由等により、学齢期に高等部に通学して教育を受けることができなかった者とします。

Aさん (小・中・高 年) (男・女) (家庭 , 施設 , 病院) (過年度生で ある ・ ない)

Bさん (小・中・高 年) (男・女) (家庭 , 施設 , 病院) (過年度生で ある ・ ない)

Cさん (小・中・高 年) (男・女) (家庭 , 施設 , 病院) (過年度生で ある ・ ない)

Dさん (小・中・高 年) (男・女) (家庭 , 施設 , 病院) (過年度生で ある ・ ない)

Q5 一週間の授業回数および1回あたりの授業時間（分）はどのくらいですか？またこの授業回数は児童生徒の実態に照らしてどう思いますか。

実態に照らして

Aさん 1週間に 回（1回あたり 分）（多い ・ ちょうどよい ・ 少ない）

Bさん 1週間に 回（1回あたり 分）（多い ・ ちょうどよい ・ 少ない）

Cさん 1週間に 回（1回あたり 分）（多い ・ ちょうどよい ・ 少ない）

Dさん 1週間に 回（1回あたり 分）（多い ・ ちょうどよい ・ 少ない）と思う。

Q6 各々の児童生徒に対して、あなたが担当（担任）しているのは合わせて現在までで何年何カ月ですか。右の表から番号を選んで（ ）にご記入下さい。

Aさん ()

Bさん ()

Cさん ()

Dさん ()

① 1年未満

② 1年以上 ～3年未満

③ 3年以上

Q7 各々の児童生徒が該当する教育課程は以下のどれですか。下の＜表1＞ から番号を選択してご記入ください。

また、この1年間で最も重視している教科・領域をあげ、その内容について簡条書きで一つお書き下さい。

自立活動を選択された方は、特にどの分野を重視されているのか次のページの＜表2＞から番号を選択してご記入下さい。

全ての記入に関して記入例を参考にご記入下さい。

<記入例>

教育課程の番号

Aさん (4)

<重視している教科・領域等>

(自立活動)

<重視している内容>

(体操による変形・拘縮の予防)

<自立活動の場合の番号>

(11, 21, 31, 41, 42, 43, 51)

教育課程の番号

■Aさん ()

<重視している教科・領域等>

()

<重視している内容>

()

<自立活動の場合の番号>

()

教育課程の番号

■Bさん ()

<重視している教科・領域等>

()

<重視している内容>

()

<自立活動の場合の番号>

()

教育課程の番号

■Cさん ()

<重視している教科・領域等>

()

<重視している内容>

()

<自立活動の場合の番号>

()

教育課程の番号

■Dさん ()

<重視している教科・領域等>

()

<重視している内容>

()

<自立活動の場合の番号>

()

＜表 1＞教育課程

1. 小学校・中学校・高等学校の教科等の各教科によって編成した教育課程
2. 小学校・中学校・高等学校の教科等の学年を下げた教科（下学年）によって編成した教育課程
3. 知的障害者に対して教育を行う特別支援学校の各教科によって編成した教育課程
4. 自立活動を主として編成した教育課程
5. その他

＜表 2＞自立活動で重視している指導内容

番号

1 健康の維持

- 1 1 生活のリズムや生活習慣の形成に関する事
- 1 2 病気の状態の理解と生活管理に関する事
- 1 3 身体各部の状態の理解と養護に関する事
- 1 4 健康状態の維持・改善に関する事

2 心理的な安定

- 2 1 情緒の安定に関する事
- 2 2 状況の理解と変化への対応に関する事
- 2 3 障害による学習上又は生活上の困難を改善・克服する意欲に関する事

3 人間関係の形成

- 3 1 他者とのかかわりの基礎に関する事
- 3 2 他者の意図や感情の理解に関する事
- 3 3 自己の理解と行動の調整に関する事
- 3 4 集団への参加の基礎に関する事

4 環境の把握

- 4 1 保有する感覚の活用に関する事
- 4 2 感覚や認知の特性への対応に関する事
- 4 3 感覚の補助及び代行手段の活用に関する事
- 4 4 感覚を総合的に活用した周囲の状況に関する事
- 4 5 認知や行動の手掛かりとなる概念の形成に関する事

5 身体の動き

- 5 1 姿勢と運動・動作の基本的技能に関する事
- 5 2 姿勢保持と運動・動作の補助的手段の活用に関する事
- 5 3 日常生活に必要な基本動作に関する事
- 5 4 身体の移動能力に関する事
- 5 5 作業に必要な動作と円滑な遂行に関する事

6 コミュニケーション

- 6 1 コミュニケーションの基礎的能力に関する事
- 6 2 言語の受容と表出に関する事
- 6 3 言語の形成と活用に関する事
- 6 4 コミュニケーション手段の選択と活用に関する事
- 6 5 状況に応じたコミュニケーションに関する事

Q8 あなた自身が思っている日頃の指導をすすめるにあたっての課題は何ですか。ご自由にお書き下さい。

Q9 特別支援教育制度への転換の中で、訪問教育においてどのような変化があると感じていますか。ご自由にお書き下さい。

Q10 訪問教育をすすめるにあたって、子どもにより豊かな指導内容を提供するためにはどうしたらよいか、あなたが考える夢やプランを述べてください。また、考えた夢やプランを実現するためにはどのような手立てが必要かを述べてください。

Q11 その他、あなたが訪問教育の実践を進める中で、おすすめの教育実践、取組等がありましたらご紹介下さい。(校内支援体制、スクーリング、行事への参加、交流及び共同学習など)

Q12 これまでの設問に補足する説明等がありましたらお書き下さい。

ご協力いただきありがとうございました。

5. 東日本大震災発生時の訪問学級児童生徒の被災状況と求められる支援

猪狩恵美子（福岡教育大学）

高木尚（東京都立村山特別支援学校）

平賀哲（新潟県立東新潟特別支援学校）

福田智佳子（全国訪問教育親の会・代表）

1. 研究の目的と方法

阪神淡路・中越地震発生時においても訪問学級在籍者と家族の抱える困難は指摘されてきたが、実態把握と教訓を生かした対策は具体化されてきたとはいえない。そのため、日本特殊教育学会が2011年7月に募集した「東日本大震災支援基金による実践活動及び研究への助成」により、東日本大震災にともなう訪問学級在籍者の被災時の実態を明らかにし、日常的な支援ネットワークとの連続のなかで災害時の支援の構築について検討することを目的として行った。

研究の方法（2011年11月～2012年8月）は、以下の4点である。①太平洋岸の東北4県と茨城県の訪問学級設置校を対象とした郵送による質問紙調査、②大地震発生を想定した防災計画が策定されてきた自治体Aの特別支援学校訪問学級を対象とした郵送による質問紙調査、③全訪研連絡員コールを活用した調査、④新潟県における被災経験と訪問学級でのとりくみへの聞き取り調査。

2. 結果

（1）東北4県および茨城県での被災状況

訪問学級設置校39校中27校から回答を得た。

主たる訪問手段は自家用車または公用車で、学校から離れた地域まで出向いていた。また、3月11日が卒業式で通常の訪問授業を行っていた学校は10校のみであった。全体として、災害発生時の担任の動きや対策は「とくに決まっていなかった」あるいは「学校への連絡・指示を待って動く」という確認であったが、訪問先での行動はじめ帰校・帰宅

中の危険の可能性があるなかで、担任の判断に基づきさまざまに尽力されていた。

①地震発生直後の様子

訪問授業中であった教員は、室内での落下物や家具の倒壊から子どもを守り、その後、停電のなかでの混乱と不安を経験した。「家族の帰宅や気持ちが落ち着くのを待った」「室内の整備、安全な場所の確保」「一緒に避難」「病院へ同行」「ベッドサイドでの付き添い」などの対応がなされていた。「たまたま保護者が不在だった」「留守番の祖母のみであった」という事例もあり、電話・メール不通で学校・管理職への連絡はつかないまま、担任教師の判断で行動していた。停電等により家庭での安全が確保出来ないと判断した事例では、緊急時に病院への搬送・救急車要請・警察の活用が有効だったと報告されていた。しかし、今回の被災のなかで浮き彫りになったのは訪問学級の児童生徒の多くは、保護者一人では避難すら難しいということであった。きょうだいの引き取りをしないで、障害のある子どもと逃げることにに対する保護者の葛藤も述べられていた。

訪問授業がなかった教員を含めて、すぐに始められた「訪問生の安否確認」では、「電話がつながらず、安否確認が苦しかった」と、心理面の苦しさを抱えながら、訪問担任は訪問先への安否確認に奔走したことが述べられていた。訪問先の病院にも出向き、病院内での所在と安否確認の作業も行われるなど訪問学級の子どものつながるキーパーソンであった。「地区の安否確認担当者」「避難所での偶然の発見」など担任以外の教員の動きが有効だったという報告も見られる。

震災時の直接的被害として津波による死亡 1 名のほか、負傷（2 校）、体調悪化（9 校）が報告されている。

その後、停電・ガソリン不足、暖房、紙おむつなど多岐にわたる生活の混乱が続いていた。停電が医療機器・介護機器利用が欠かせない重症児を直撃したほか、「発電機を持っていてもガソリン入手が困難」「電話不通により病院搬送の可否が確認できず、ガソリンを使って病院に行くことも躊躇された」など、とくにガソリン不足がその後の生活では深刻な問題となっていた。避難した訪問学級の児童生徒がいたという報告（15 校）は、青森・岩手・宮城・福島・茨城全県に及んでいた。宮城県では避難所・仮設住宅入居事例もあったが、呼吸器使用のため仮設住宅入居は無理だったと報告されていた事例もあった。

②学校再開

青森・茨城県以外の回答校はすべて 4 月再開であった。ガソリン不足、児童生徒の自宅の被災や道路通行止めによる訪問困難があったが、授業再開への期待は強く避難先への訪問も行われていた。入院先に「担任が医療相談として病院を訪問し学校に届いた支援物資を継続して届けた」など、生活支援を含めた対応も行われていた。

③今後の改善に向けて

多くの学校では、緊急時の人工呼吸器等の管理や医療機関との連携について保護者と話し合わせ、以下のような対策が工夫されていた。

（家庭内での工夫）学習・生活する部屋の中に倒れそうなものを置かない。避難しやすい場所で生活する。

（地域の支援）「保護者と情報共有」しながら「教員自身が訪問先の避難場所確認」「発信シートを作成し消防署に届けた」「利用可能な病院・施設のリストアップ」「地元病院と主治医の連携」「自家発電機購入」

「ガソリン不足を前提としたマニュアルづくり」「町の保健師さんとの地域支援会議（救急車で、かかりつけの病院ではなく地元の病院で受け入れてくれることとなった）」など。

しかし、日中、子どもを置いて物資調達に動けない問題、サービスを利用していない家庭の孤立や、「家庭の経済力による対応の格差」を指摘する回答も見られた。

（訪問型の支援）「地域の保健師の訪問がありがたかった」という声や、担任の巡回・安否確認なども保護者の安心につながり、訪問型の相談・支援は災害の後の混乱時に重要な形となっていた。また「（状況が）落ち着いてからも話をきくことのカウンセリング効果」が指摘されていた。

（緊急時連絡）学校への「災害時対応電話番号」や「安全サイト」の設定。

（全校体制）学部・学校での共通理解、地区担当教員の明確化による全校体制の強化。「訪問教育における緊急マニュアル」を作る必要が回答されていた。

（2）自治体 A の訪問教育担当者への調査

自治体 A は、大地震を想定した学校防災計画が用意され、学校単位で毎月の避難訓練のほか、年 1 回の保護者による引き取り訓練が実施されていた地域である。こうした災害対策が一定整っていた自治体 A における訪問学級の防災対策と当日の機能について調査を行ったところ、訪問学級設置校 16 校中 14 校から回答を得た。

帰宅できないことも想定し、学校には医療的ケアや食形態に応じた三日間の食糧備蓄をはじめ、宿泊を前提にした物品が用意されている。しかし、訪問指導中の災害を想定した訓練を実施していたのは 1 校のみであり、他の学校は「学校への安否確認等連絡・相談」「児童生徒の安全確保」に止まっていた。

3 月 11 日は、自治体 A の特別支援学校は平

常授業で、14校の訪問授業も通常の形で行われていた。地震発生時は、マンション等で「激しい揺れと家具が倒れる」「ものが落下する」など児童生徒の安全を危ぶむ状況が生じていた。担任は、子どもの上に覆い被さって守る、気持ちが高ぶってしまった保護者を落ち着かせながらドアを開けてもらうなどの適切な対応に努めた。「母親一人だったらどうなっていたか」「エレベーター停止時の避難の問題」などの保護者からの声もきかれ、ふだんはバリアフリーとみなされていたマンションの危険性があらためて実感されていた。父親が帰宅するまで待つて学校や自宅に徒歩で戻るなど、ていねいなフォローがなされていたが、担任の状況判断と行動について「あれでよかったのか」という感想も述べられていた。

自治体 A は、通勤・訪問指導とも公共交通利用が徹底されている地域であり、東北での調査結果とちがって、教員は遠距離を徒歩で（動いた場合は公共交通も使い）帰校・帰宅していた。今回は、大規模火災発生には到らなかったが、都市部の災害時マニュアルでは想定せざるをえない。そうしたなかでたどりついた学校で、「児童生徒全員無事」とすでに教育委員会に報告がなされていたことを知って、訪問学級に対する学校としての認識について考えさせられたという報告もみられた。

（３）中越地震等の経験から

在宅障害児に対する災害対応および支援体制のあり方について、2006年の全訪研第19回全国大会（新潟）のシンポジウムで提起された課題を、今回、東日本大震災と関連させながら検討した。

①新潟県での災害経験

【2004年・新潟県中越地方の水害】交通網・ライフラインの寸断、避難民は2万人にのぼった。学校は、指定避難所として救済機能を果たしたが、学校までのアクセスがすべて遮断されたために孤立し、物資供給の遅れや飲

料水不足・衛生管理等、深刻な環境を余儀なくされた。

【2005年・中越地震】ライフラインの破壊、山崩れ、土石流など多岐にわたる深刻な被害のなか避難所から溢れた多くの被災者は、車の中での長期間の寝泊り等、悪質な生活環境の中で身体的被害にさらされた。

【2006年・雪害および新潟大停電】降雪の多い地域の学校では、交通網のマヒや道路事情等により十分な安全確保ができないため、やむをえず休校措置もとられた。「新潟大停電」では、交通網のマヒ、断水、各商店・銀行の営業停止等から授業・学校業務が不可能な事態に陥り、休校措置が相次いだ。

以上のような経験から、「地域」の中での相互協力体制の構築が大きなカギを握ると提起されていた。

②被災経験をふまえた対策

新潟の経験からは、以下の課題が整理されていた。

○ 今後は学校を建てる時から避難所の機能を盛り込んでいく必要がある。

○ 第一次避難の時に障害者や高齢者の支援・救助を行う地域の組織が必要である。

地域の自治会には、昼間だけ、その地域で活動している人達は登録されていない。

○ そのため、民間業者との連携を構築していくことが必要である。民間業者ができること、公的な機関が取り組むべきことを明確に把握する必要がある。新潟では、地域コミュニティの助け合いが大きな力を果たした。

○ 訪問学級の児童について、個別の教育支援計画に、写真をたくさん盛り込んだり、イラストやかわいい文字を使ったりして、できるだけ見やすく親しみやすい形、追加修正ができる形にして作成した災害対策用の支援計画をもとに、学校と保護者、当事者と行政とが話し合うという試みが行われていた。

3. 考察

(1) 訪問学級の被災経験に学ぶ意義

全訪研連絡員コールでも、訪問指導時の災害を想定して訓練している学校はほとんどなく「考えすらしなかった」という回答もみられた。しかし、訪問学級の児童生徒は、学校という視点から見れば少数で特別な事例と考えられがちであるが、地域で暮らすという点では、通学生や障害者の地域での生活そのものだといえる。

今回の訪問学級担任教師の訪問先での被災経験を、校内や地域で共有し、障害の重い人々の地域における防災・安全の検討に生かす必要がある。

(2) 訪問学級の防災を考える視点

①担任任せにしない、校内での訪問学級の位置づけと防災マニュアルの再検討：今回の震災時には、学校と連絡がつかない状態で訪問担任の判断と行動が求められた。担任の責任が非常に重く、さらに現実的な問題として、この震災経験で、障害の重い、さまざまな機器を手放せない子どもの避難そのものの難しさが明らかになった。訪問学級の避難訓練とは何か、あらためて検討する必要がある。

被災地の経験から、担任だけでなく訪問児童生徒のことを知っている教員を広げておくことや、とくに居住地が近い教員による学区内地域割と分担が今後、有効な対策と考える。各校で防災マニュアルの見直しが行われている現在、こうした見直しに訪問担任が積極的に関わることが当面の作業になるだろう。訪問学級を担任任せにしないという基本は、防災マニュアルだけでなく、日頃からの校内理解のなかで追求すべき特別支援教育の課題でもある。※このまとめでは在宅訪問に絞って報告しているが、施設・病院訪問で「施設・病院の避難訓練に参加したことがなかった」「施設・病院の避難訓練は夜間に行われてい

た」「災害時マニュアルを見たことがない」という回答がほとんどであったことも今後、改善が求められる。

②学校防災と地域防災の結合：これまでの学校の避難訓練は、学校で安全を確保し、保護者に引き渡すという発想が基本であった。しかし、在宅訪問学級だけでなく全校の子どもにとって、学校防災だけではなく、地域のなかに安全のネットワークを広げる視点が不可欠だといえる。

そのためには、新潟からの提起にあったように（訪問教育研究、2006）、訪問学級だけでなく、すべての子どもの個別の教育支援計画のなかに災害時の支援と対策を明記することをまず始める必要がある。緊急時に必要となる情報を抽出したシートを作成し、保護者とともに地域の関係機関や近所の人に届け、地域のなかでの対策を保健師・消防署、主治医と地元病院などと確認・検討することが必要である。

重症児の在宅医療を支えてきた医師の立場から、田中総一郎氏（2011）は「普段からのつながり～ネットワークが一番役に立った」と述べている。被災地からの報告では、呼吸器等を使用している事例に対しては地域の病院や関連業者を含めたつながりが有効に機能した一方、日頃から福祉サービスを利用していなかった家庭に支援が届きにくかったことも指摘されていた。

また、地域のなかで学校が災害時の拠点となることを考えると、居住地校とのつながりは、交流学习だけでなく、地域防災としても重要になってくると考えられる。地域の中での関わりが生まれ、関係する人達の顔がわかるということが大切である。個別の教育支援計画を当事者・家族のニーズの実現のために具体的に活用する必要性和可能性がみえてきたといえる。

③「いつもと変わらない学校・授業」の役割：災害と求められる支援を考える上で、「災害発

生時」「避難生活」「その後の生活と地域の再開」という長いスパンで、教師・学校が果たす役割を考える必要がある。今回の調査のなかでは、原発問題に触れた回答は一人だけであったが「福島はまだ被災中、不安要素は消えていない」と、見通しのみえない厳しい状況が述べられていた。地震・津波、そして原発事故が連続した東日本大震災からの復興には、いまだかつて経験したことがない長い道のりが続くものと考えられる。そのなかで、学校・教師ができることは何だろうか。

訪問学級の子どもは障害が重くさまざまな生活支援が不可欠であり、災害時も医療的ケア等の対策が優先課題として取り上げられることが多い。しかし、震災とそれに続く避難生活のなかで発達障害等の子ども、障害のない子どもの心理的不安が取り上げられているのと同様に、障害の重い児童生徒も、表現しきれなくてもさまざまなストレスや恐怖・不安を感じている。家族の不安を敏感に感じている。被災地で「いつもの訪問授業」の1日も早い再開が求められていたように、楽しいことがあり、いろいろな気持ちを表現し、汲み取ってもらえることに大切な意味があるだろう。障害が重い子どもたちを含めて、あしたも学校があることの意味を、深刻で長い災害のなかでも大切に考えていきたい。

終わりに

訪問学級の児童生徒のために尽力され、今なお癒せないさまざまな悲しみや困難が続くなか、この調査にご協力いただいた先生方に心から感謝申し上げます。今回、把握したのは災害発生直後に生じた問題の一部にすぎず、その後の生活と地域の復興には課題が山積みしていると思われます。「東日本大震災支援基金」により研究助成していただいた日本特殊教育学会に深く感謝するとともに、全訪研としても訪問学級、被災地で暮らす障害の重い方々とその家族の抱えておられる困難・ニー

ズを引き続き共有し、災害時の支援、そして安心して暮らせる地域づくりを考えていきましょう。

追記) これらの調査結果は、2012年9月28～30日につくば国際会議場で開催された日本特殊教育学会第50回大会において発表しました。

9月28日(金) ポスター発表「東日本大震災発生に伴う訪問学級児童生徒の状況と求められる支援に関する研究(1)」「(2)」

(高木・猪狩・平賀)

9月29日(土) 学会企画・社会貢献シンポジウム「大震災と障害者支援(その2): 東日本大震災から学ぶもの～次なる大震災に備えて学会は何をするべきか～」において報告「訪問学級での被災経験と防災対策の視点」(猪狩)

9月30日(日) 自主シンポジウム「訪問学級における防災対策と地域における安心・安全ー東日本大震災の経験をふまえてー」 話題提供: 猪狩・高木・平賀、指定討論: 清水貞夫氏(宮城教育大学名誉教授)

(参考文献)

稲光宏子(2011)被災者に寄り添う医療 震災最前線の絆. 新日本出版社.

きょうされん新潟支部(2004)新潟県中越地震 障害がある人びと、被災作業所・施設救援活動の記録.

日本教育保健学会(2012)第9回日本教育保健学会講演集 メインテーマ「東日本大震災と教育保健研究・実践の課題」.

太田圭祐(2011)南相馬10日間の救命医療. 時事通信社.

高谷清(2011)重い障害を生きるということ. 岩波新書.

田中総一郎・菅井裕行・武山裕一編著(2012)重症児者の防災ハンドブック. クリエイツかもがわ.

全国訪問教育研究会(2006)訪問教育研究第19集.

6. 全訪研で学んだこと

～ともちゃんたちが歩んだ道～

前会長 猪狩恵美子

(福岡教育大学)

2012年8月の第25回全訪研大会(名古屋)で、会長を退任し、高木尚先生にバトンタッチさせていただきました。

全訪研は、現場の教師を会長にしていることに象徴されるように、子どもと日々関わり、喜んだり悩んだりする教員の手作りの研究会だということはほんとうに大事なことだと思っています。けれども、全訪研会長としての御子柴昭治先生、西村圭也先生のお二人には及ばず、まさか会長になるとは私を含めてどなたも思いもしなかったことです。在任中、全訪研を支えて下さった会員の皆様、大会開催地の先生方、そして事務局の皆様に心からお礼申し上げます。

私は、8年前から福岡教育大学で教壇に立つことになりましたが、1973年に東京都の肢体不自由養護学校の教員となり、障害が重い子どもたちに学びながらの32年間のなかで、訪問教育に半分くらい携わってきました。今回、なにか訪問教育との関わりを書くようにという新役員会からのご依頼をいただき躊躇しましたが、今日の高等部訪問教育の実現に向かって、私たちの背中を押してくれた子どもたちのことを書いてみたいと思います。

養護学校で訪問教育が始まった頃

養護学校の現場では、1979年の義務制実施によって訪問教育が始まると、訪問教育に対する校内での共通理解づくりと、だれが担任になるかが重要課題でした。東京都の養護学校では60年代後半から障害の重い子どもの受入を開始し、1974年には国に先駆けた希望者全員入学となりました。すでに障害の重い子どもはたくさん通学してきていたのですが、それでも訪問教育の開始は障害や

いろいろな事情で通学できない、今までにない困難をかかえた子どもたちとの出会いだったといえます。

1979年から約10年かけて(伊豆七島では、最後まで小・中学校の訪問教育として残ったためです)、東京都では小・中学校の訪問教育から、養護学校の訪問教育へと、一本化していくことになりました。1969年に都内で始まった小・中学校の訪問教育では、訪問学級の先生方が、校長会や教育委員会と研修・研究の場として東京都訪問学級研究会(都訪研、その後、東京都訪問教育研究会に改称)を立ち上げていたことが大きな特徴でした。そこでは、実践研究とともに担任の悩みを率直に出し合うことが大事にされていました。また、前例のない訪問教育を手探りで進める上で、実態の把握と資料化が重視され、それらをもとに現場の悩みや要望について、校長会や都教委の担当者との懇談が毎年重ねられていました。毎週土曜日は、都や区の研究所や訪問学級設置校を会場にして都訪研が開催され、校長会代表や都教委の担当指導主事も参加して、よりよい訪問授業についてみんなでひざと額をつき合わせて話し合ったものです。

この時期は、後発だった養護学校の訪問教育が、都訪研に参加しながら訪問教育の実践研究の進め方を小・中学校から引き継いでいった時期だったといえます。

訪問学級にも高等部があったらなあ・・・(80年代のはじめの訪問学級中学部で)

おさむくんのご両親は地域で困っておられる方へのお手伝いに奔走しておられましたが、「親がいるのに」と、おさむくんのための福祉サービス利用を固く辞退される方でした。教員がおむつを替

えることも「滅相もない」と考えられ、マンションの三階でおさむくんを大事に慈しみながら、ひっそりご家族で暮らしておられました。てつやくくんは、小学校の訪問学級から進学してきましたが開口一番、お母さんが言われたのは「先生、お願いですからこの子のからだに触らないでください。小学生のとき、訪問授業で骨折して・・・この子もうちの暮らしもめちゃくちゃになるんです」ということでした。「先生、牛乳ってすごいですね。てっちゃん、牛乳しか飲まないのに中学生になっちゃいました」ともしみじみ語っておられました・・・みんな、授業を楽しみに待って、気づいたら中3でした。都訪研でもずっと課題になっていましたが、あらためて担任は、訪問教育高等部があったらなあ・・・という気持ちを強め、制度化に向けたとりくみと同時に、学部で話し合いました。これまでの訪問教育のようにはできないけれど、籍があったらなにかできる。お便りを届けたり、時にはお迎えにいった学校にきてもらったりできる。入学してもらえば、なにかできるーそこが出発でした。

保護者は悩まれました。最後の最後、願書締め切り直前に、エプロン姿で駆け込むように出願してくれたおさむくんのおかあさんの姿が今も目に浮かびます。冬の、一番寒い時期の入学相談です（高等部も希望者全員入学となっていたので選抜ではありません）。入学相談のために書類を整えて、出願してもらわなくてはなりません。全入の唯一の条件は「通学可能」という主治医の診断書です。その診断書を提出し、ふだんも通学がむずかしくて訪問籍になっているお子さんに、学校にきて校医診断を受けてもらわなくてはならない。希望者全入とはいえ、訪問の子どもにとっては願書を出すことそのものがこんなに大変なことだったのです。

こんな深い溝をお子さんといっしょに飛び越えてくださったお母さんたちのことを忘れることはできません。でも、高1の夏におひとり、もうひとりの方も冬は越せませんでした。15の春がどれだけ厳しいのか、骨身にしみました。

それでも、中3で終わりにしたくない（90年代はじめの中学部訪問学級で）

産休・育休が続いて訪問学級と離れていましたが、次の学校に異動したとき、高等部訪問教育が少しも前に進んでいないことにごく然としました。長年の願いがかなって、訪問学級の学級編制基準が4人から3人になって、週2回の授業から3回の授業にはなりましたが、「訪問だから高等部がなくてもしかたがない」というところで立ち止まっている状態でした。

異動3年目、中2の訪問学級の担任になりました。ふたりのともちゃん（友ちゃんと知ちゃん）が、同級生でした。少しずつ、ともちゃんたちが変わっていく様子を喜びながら、お母さんは「もう来年で学校も終わり、どうしよう」と思うようになりました。制度はすぐに作れなくても学校でできることがあるはず。訪問学級高等部実現をめざしながら、当面、学校として応援してもらって卒業後も何らかのつながりを持ち続けたいー訪問学級担任で願いを出し合い、全校の運営委員会に提案することにしました。卒業間際になってではなく2年かけて話し合うという長い見通しで提案しました。果たして、全校の理解を得られるか、ちょっと心配しながら、しかし、この生徒たちを、高等部実現まで待たせないという決意でした。

そのために、いろいろな資料も用意しました。ひとつは、養護学校として唯一、1969年から訪問教育を開始した学校の歴史を掘り起こしました。そのなかで明らかになったこととして、はじめて69年に訪問学級担任をされた先生は、その年の紀要に「高等部教育は必要だ」と提起していたことがあります。ほんとうにどれだけ長い間、望まれてきた願いだったのでしょうか。また、制度になくても、学校として、訪問学級の子どものためにさまざまな工夫をして、不十分な訪問教育を少しでも充実させようという取り組みがたくさんありました。学校の周年行事の公開研には訪問学級分科会を設定し、そこには訪問学級担任だった先生方や保護者が集まって、訪問学級に寄せる思いを確

認し、確信し合いました。

1 年間、全校で話し合った結果、「籍だけでも」という消極的な位置づけではなく、訪問学級の中 3 の 2 人のともちゃんに、高等部教育をきちんと保障しようという方向が出ました。高等部の先生方が、そういう見解を出してくれたことは、ほんとうに心強いことでした。この話し合いは、訪問学級卒業生の 2 人だけでなく、高等部通学籍で長期欠席になっている生徒の教育保障や、この学校の分教室がある国立病院に入院中の生徒の高等部教育にも道を開くものともなりました。また、子どもを中心にした学校づくりの歩みを全校で共有しながら、この時期、訪問教育の高等部を考えるとくみだけでなく、医療的ケアの子どもの教育保障、学校五日制の地域活動づくりへとつながっていきました。ごくわずかな子どもの願いが、学校を豊かに育てていったといえるでしょう。

「通学可」と診断されなかった友ちゃんと「卒後ケア」

しかし、当時の高等部は「通学できる」ことが条件になっていました。友ちゃんは、人工呼吸器を使用しながら病院にずっと入院し、自宅にも帰れない状態でした。主治医には「通学可」の診断書は書けないと言われました。おさむくんたちは、医師の「通学可能」の診断書が出て、高等部通学籍で進学したのですが、今度は「通学不可」、ほんとうに訪問教育が必要でした。

また、「通学不可」ということは、入学できないということであり、全入を前提としている建前と矛盾するため、出願しても願書が受理できないということが明らかになりました。大変しんどいことではありましたが、入学は認められないけれどもその手続きを踏んで、入学希望の意思表示をしてもらいながら、学校としての実質的な訪問教育を先行させよう。そのため、話し合いのなかで、「卒後ケア」という位置づけで、週 2 回、訪問するという形が生まれました。通学して来られない生徒に、まだ訪問教育はないけれど、中学部卒業生へのアフターケアなら今の制度でもできるとい

う考え方でした（これは、校長先生が悩んだ末の提案でした）。

毎週の運営委員会で話し合い、学部に持ち帰り、という長い、ていねいな検討と確認のプロセスを経ての結果でした。だれもが決して十分だと納得したわけではありませんが、当時の学校として考え得る精一杯でした。また、東京都の担当指導主事には、「ぜひ保護者とお話してください、ともちゃんと会ってください」とお願いしました。そして、入院先のベッドサイドに足を運んで授業を見ていただきました。それが、飯野順子先生でした（都教委も高等部訪問教育の実現に向けてさまざまな角度から検討を進めていました）。

保護者の願いと意思表示

こうした教職員の話し合いを支えたのは、保護者の「進学させたい」という強い願いと意思表示でした。

二人のともちゃんのお母さんは、PTA といっしょに東京都教育委員会に対する都庁での要請行動にも参加し訴え、全校 PTA の願いとなって広がりました。通学不可・願書受理も入学も認められないというなかでも、友ちゃんのおかあさんは書類を整えて学校に足を運び入学相談を受けてくださったことも、大きな力でした

（ふたりだからがんばれたねーとおかあさんたちは言っておられました）。

次の校長先生は、入学相談の結果をもとに東京都に提出する入学候補者名簿の途中に、友ちゃんの通し番号はあるけれども氏名は空欄をつくって出しました。入学候補者として名前は出なかったけれども、学校に入りたい・高等部で訪問教育を受けたいという願いはその空欄にこめられ、教育委員会での会議で説明されたのです。

保護者も、校長先生も、教育委員会も、学校の教職員も、それぞれに子どもの願いをしっかりと受け止めて、ふたりのともちゃんは、元気に高等部 3 年間をしっかりと学び続けました。その姿から、私たちが想像していた以上に、高等部に教育が続いていくことの意味が大きいことを学びまし

た。15の春を越えるのが大変だったおさむくんたちでしたが、そこを越えたところで、今まで蓄積してきた豊かな力が花開くということを確信しました。障害の重い子どもの青年期の可能性を実感したといえます。

学校が好き！ 子どもの願いがみんなを動かした

知ちゃんは、たくさん登校もして、宿泊学習・修学旅行にも行くことができました。

病院から出られなかった友ちゃんは、お母さんが3年間、毎年、入学相談に願書を出し続け、実質3年間の高等部を修了しました。3回目の願書をもって入学相談にみえたとき、校長先生がおかあさんにこう語りました。「おかあさん、ご苦労様です。これはたたかいです。友くんと、おかあさんが、こんな大変な思いで歩いた道は、次に歩く子どもは楽に歩ける道になっていくのです」

すると、おかあさんはおだやかにこう返されました。「いいえ、たたかいでもなんでもありません。わたしは、この子が、ほんとうに学校が好きだったから、学校を続けさせてやりたい。ただそれだけです」

全校で話し合って実質的な高等部教育を実現するこのとりくみは、同様に通学不可能だった他の学校の卒業生3人にも活用されました。残念ながら二人の生徒さんは高等部入学とともに亡くなりました。けれども、訪問学級の先生方だけでなく学校が、たったひとりの願いを受け止めていっしょに進んでくれたことは大きな励みであり、彼らが輝いたことの証しとなって引き継がれていったと思います。同時に、もはや「通学籍でなんとか」はできない、高等部訪問教育が絶対必要な子どもたちが増えていく時代の訪れだったといえます。

ひとりの願いを誠実に受け止めながら、学校は育つ

高等部訪問教育をめざすとりくみには、ほんとうに忘れられない出会いがたくさんあります。ど

れだけ、たくさんの方の勇気と、がんばりがあったことでしょう。ひとつひとつのとりくみに応えて広げてくださった保護者の方々、お子さんたち、先生方のことを思い出します。でも、校長先生が語ったように、3年もたったら、高等部訪問教育はあって当たり前のものになっていました。たくさん涙や勇気や、山ほどの話し合いがあつて・・・ということは、ほとんどの人にとって想像もつかなくなりました。

ほんとうに、「ともちゃんやお母さんの歩いた道は陰しかったけれど、後から続く人は当たり前歩く道」になりました。

でも、忘れないでおきたい。だから、全国訪問教育親の会は、「誇らしい春」を刊行し、訪問教育高等部実現までの歩みを振り返りました。同じように、そうした運動の大きな広がりの中にあった、ひとつの学校で2人のともちゃんが投げかけて動いた出来事を、20年後の今、記しておきたいと思いました。ゆめはかなえるもの・・・子どもたちは、わたしたちおとなにそうよびかけているのだと思います。障害の重い子ども、困難の大きい子どもの願いを受け止める学校は、学校でなにが大事かを見失わないのだと思います。

これまでの障害児教育の歴史も、願いと運動抜きには何も進まなかったと思います。「先生、制度は後からついてくるんでしょ」一医療的ケアで困り果てたおかあさんは、そう訴えました。制度や教育条件を整えることは大事です。同時に、制度ができなくても学校でできることもある一と考え、子どもの願いをいっしょに考え受け止めることも大事です。特別支援教育は、そういう一人ひとりの願いをないがしろにしない学校、教育であるはずで、「担任任せにしない」で、みんなで力を尽くす時代です。

訪問教育に携わる教員は、ますます少なくなっていますが、この子どもたちとの出会いのなかで学ぶことは、これからの学校や地域をつくる大事な宝だといえます。その学び合いの場のひとつとして、全訪研がこれからもますます充実することを期待しています。

Ⅲ「こんにちは」目次

135号(2012年1月20日発行)～139号(2012年11月20日発行)

●135号(2012年1月20日発行)

◇巻頭言

全訪研副会長 高木 尚

◇埼玉大会報告

開催地からの報告

◇「ぼくたちの教室が新しくなるよ！」

堀江 真澄先生(福井県立嶺北養護学校)

◇「集団の学習」

～一人ひとりの実態に合わせた活動を求めて～

清水 誠二先生(群馬県立榛名養護学校)

◇在宅訪問生Aさんへの高等部卒業後の支援

阿部 慶孝先生(宮城県立光明支援学校)

◇2011年度 役員・事務局員名簿

◇ワークショップ記録

◇第25回愛知大会 第一次概要

◇編集後記

●136号(2012年2月20日発行)

◇巻頭言「25年間の事務局活動を振り返って」

大島 元敏(全訪研事務局)

◇2011年状況調査まとめ(1)

(1)授業内容、教材

(2)複数訪問

(3)医療的ケアへの対応

(4)スクーリング

◇いっしょに 勉強しよう

～訪問籍児童の合同授業の実践～

成田 博先生(横浜市立東俣野特別支援学校)

◇「全訪研新潟大会 事後報告」

古野 芳毅先生

(新潟大会事務局・新潟県立柏崎特別支援学校教諭)

◇「あったとさ あったとさ」

～オリジナル絵本を見よう・感じよう～

増田 賀子先生(千葉県立松戸特別支援学校)

◇高等部「訪問の会」の取り組み

足立 久子先生(鳥取県立皆生養護学校)

◇「訪問学級の泊を伴う行事について」

二階堂 愛莉(北海道真駒内養護学校)

◇訪問教育のみんなの心をひとつに

～本校学習発表会(文化祭)「きらめきフェスタ」
での取り組み～

中村 朋子先生

(長崎県立佐世保特別支援学校 訪問教育 教諭)

◇訪問教育生徒の進路指導

村井 典子先生(岐阜県立関特別支援学校)

◇役員会報告

◇事務局会議・合同会議報告

◇編集後記

●137号(2012年4月20日発行)

◇巻頭言「前を向いて、ちいさくても一步一步」

全国訪問教育研究会会長 猪狩 恵美子

◇訪問教育実施状況(数字とグラフ)

◇2011年 状況調査まとめ(2)

(1)修学旅行

(2)既卒者の高等部訪問への受け入れ、不就学者
の受け入れ、20～50代の方の学校生活

(3)卒業後の様子、進路指導、卒後ケア

(4)就学前のサポート

(5)訪問担当者の学習会、連絡会、交流会など

◇Aさんの訪問実践を通して感じること

三谷 恵子さん(活動センターねーぶる・愛知)

◇「就学前の家庭(親子)と訪問看護師とのかかわりについて」

神田 信子先生(東京都立墨東特別支援学校)

◇役員・事務局員名簿

◇「本校の同窓会と訪問籍卒業生たちの様子」

奈良 雅裕先生

(神奈川県立中原養護学校 地域支援担当)

●138号(2012年7月15日発行)

◇巻頭言「夏の名古屋へ、ぜひお越しください」

山本 彩美先生

(愛知県立大府養護学校・愛知大会実行委員)

◇第25回愛知大会基調報告

◇2012年度活動方針

◇2012年度総会に向けての提案

◇体育祭に参加しました

栗山 弘子先生

(都立墨東特別支援学校 かもめ分教室)

◇医療的ケアの新しい動向

下川 和洋先生

(NPO法人地域ケアさぼーと研究所・理事)

◇編集後記

●139号(2012年11月20日発行)

◇開会挨拶

猪狩 恵美子(全国訪問教育研究会会長)

◇大会実行委員長挨拶

田中 良三先生

(愛知県立大学教育福祉学部教授・

生涯発達研究所長)

◇来賓挨拶

上田 裕 様

(愛知県教育委員会特別支援教育課課長)

松尾 茂 様

(名古屋市教育委員会学校教育部主幹)

大崎 博史 様

(独立行政法人国立特別支援教育総合研究所

教育研修・事業部主任研究員)

福田 智佳子 様(全国訪問教育親の会代表)

◇大会記念講演

「医療的ケアが必要な子どもたちを皆で連携して支えよう」

三浦 清邦先生

(名古屋大学大学院医学系研究科

障害児(者)医療学寄附講座教授)

◇全国訪問教育親の会からのご寄付をいただきました

◇全訪研総会報告

長 正晴(事務局長)

◇活動経過報告

◇役員・事務局員名簿

◇よろしくお願いします

高木 尚(全国訪問教育研究会・会長)

◇開催地からの報告

第一部：形劇団「紙風船」公演とお話

第二部：愛知の訪問教育一病院訪問教育の現場から

山本 彩美先生(愛知県立大府養護学校)

◇分科会の概要報告

◇大会宣言

◇実行委員長閉会挨拶

◇大会事務局長閉会挨拶

水野 利之先生

◇会長謝辞

◇次回開催地への引き継ぎ

◇写真

分科会・ワークショップ・交流会・保育

◇編集後記

◇編集後記◇

「訪問教育研究第 25 集」が出来上がりました。猛暑を吹き飛ばすような、熱い、熱い名古屋の気持ちをそのままに、充実した内容の研究収録となりました。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。田中良三先生の退官、猪狩前会長から高木会長へのバトンタッチなど、時の移り変わりを感じながらも、子どもたちへの思いや、仲間とともに進める教育であることの普遍性を訪問教育の歴史に改めて刻むことができました。

編集を担当するようになって、7 年目となり、編集作業に慣れて、作業効率が上がると思っておりましたが、原稿を頂いて読んでいると子どもたちの姿や先生方の奮闘、心の動きが見えてきて、どうにもうるうるしてしまいます。歳のせいでしょうか。冊子としての形にして世に送り出すことの重みを感じる日々です。涙で画面がぼやけて作業が進まないわけではないのですが、編集者の不手際で発行が遅れましたことを心よりお詫び申し上げます。

(事務局 樫木)
2012年12月

訪問教育研究第 25 集

2012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