

つタイプ。

- ④ 包括性LD (global type) : 特定の領域だけでなく、全体に部分的障害が混在する、いわば分類不能タイプ。

また、教育指導上からの分類として、上野は認知特性をもとに行動観察などからつまずきのみられる能力特性を5つのタイプに分類している。(Table 2)

Table 2 LD児の能力特性の分類

- | |
|---|
| ① 学力のLD (読み、書き、計算の障害) (academic skill disorder)
医学的定義：世界保健機関のICD-10とアメリカ精神医学会のDSM-IV |
| ② ことばのLD (聞く、話す能力の障害) (speech and language disorder) |
| ③ 社会性のLD (ソーシャルスキル、社会的認知能力の障害) (social skill deficit) |
| ④ 運動のLD (協応運動、運動企画能力の障害) (motor disability) |
| ⑤ 注意 (多動) のLD (注意の集中、持続力の障害) (attention deficit) |

Table 2の①～⑤の能力特性は、相互に複雑にからみあっているLD児が多い。例えば、計算に関する処理には脳の多くの領域や能力因子(注意、記憶、知能、空間的能力、言語、抽象化等)が複雑にからみあって機能しているため、計算の困難さは読みや書きなどの言語の問題、不器用さなどと独立して現れることはほとんどないといわれていることから推論できる。なお、筆者の臨床的経験からは、読み、書き、計算の障害とソーシャルスキルの障害を併せ有するLD児が多い。そこで、筆者がかかわった保護者の教育的ニーズを把握してLD児の能力特性の実態をまとめた。

2 研究目的

近年、来所教育相談において学習障害 (Learning Disabilities ; 以下LDと略記) 児の教育相談が増加しつつある。そのLD児の実態を把握し今後の教育相談及び指導に生かす。

3 研究方法と研究内容

- (1) 平成9年度の来所教育相談においてLD児と思われる児童生徒と毎月の第三土曜日の午後にLD児を対象に実施している学習会に参加している児童生徒とに実施したK-ABC心理・教育アセスメントバッテリー (以下K-ABCと略記)、グッドイナフ人物面知能検査 (以下DAMと略記)、新版S-M社会生活能力検査 (以下S-Mと略記) の結果について考察する。
- (2) 上記の対象児に対する生活面、学習面、行動面における保護者のニーズを把握し能力特性を考察する。

4 研究結果と考察

(1) 対象児

対象児のうち、幼稚園年長児で3名のLDサスペクト児と他の心理検査で指数がボーダーライン域以上であってもK-ABCの認知処理過程尺度が70以下の児童3名及び3学期に来所相談に来たLD児とは対象児から除外した。(Table 3)

Table 3 対象児 (N=50)

小・中 学校別 男女	小 学 校												中 学 校						合 計 人 数	
	1 学 年		2 学 年		3 学 年		4 学 年		5 学 年		6 学 年		1 学 年		2 学 年		3 学 年		男	女
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女		
合 計	7	1	4	3	13	1	4	1	3	2	4	0	5	0	0	1	1	0	41	9
人 数	8		7		14		5		5		4		5		1		1		50	

(2) 対象児の生育歴

乳幼児期において、ことばの遅れがあった、多動であった、人見知りはなかった、一人歩きが遅かったといった者が各20%以上いて、これらはLDの早期徴候であると思われる。また、中枢神経の機能障害をもたらすといわれているいる個体特性としてのアレルギー体質、放射線や抗がん剤による白血病治療、神経学的疾患としてのてんかん、出産時の障害を残す危険因子 (risk factor) としての低出生体重などはLDの原因となる要因となると思われる。(Table 4)

Table 4 生育歴 (N=50)

項 目	人 数	%
ことばの遅れがあった。	33	66
多動であった。	24	48
人見知りはなかった。	18	36
一人歩きが遅かった。	12	24
脳波 (EEG) 異常がある。	10	20
構音障害があった又は現在も構音障害がある。	7	14
視線が合いにくかった。	5	10
低出生体重児であった。(極低出生体重児一人を含む)	5	10
アトピー性皮膚炎がある。	5	10
疾患名 (てんかん)	4	8
疾患名 (ADHD: 注意多動-欠陥障害)	3	6
疾患名 (ALL: 急性リンパ性白血病の治療を受けた)	2	4
チック症状がある。	2	4

(3) K-ABCとDAMの検査結果

K-ABCにおける情報処理能力の偏りを示す継次処理尺度 (以下SEQと略記) と同時処理尺度 (以下SIMと略記) との差Discrepancyに有意差 (90%有意水準) がある児童は、43名中22名 (51%) であった。また、継次処理優位の者が中11名 (26%)、同時処理優位の者が43名 (26%) であった。(Table 5)

Table 5 差 Discrepancy (N=43)

Discrepancy	9以下	11~15	16~19	20以上	SEQ>SIM	SEQ<SIM	SEQ=SIM
人 数	14	8	11	10	11	11	21

DAMの場合、生活年齢が3歳から9歳の間では発達検査としての有効性が高いので、対象児に

対して9歳までに実施した28名のDAMについて調べた。なお、DAMの採点項目は50項目あり、健常児の場合9歳までに項目のNo1～12はすべて100%の通過率であるが、対象児の場合、No9の鼻、No11のまゆ又はまつ毛、No12の衣服に関する描写の通過率は低かった。(Table 6)

Table 6 DAMにおける主な項目の通過率 (N=28)

No	項 目	通過率	No	項 目	通過率
1	頭	100	13	毛髪B	7
2	眼	100	14	首	46
3	胴	96	15	腕と脚のつけ方B	21
4	脚	93	16	指	64
5	口	96	17	首の輪郭	36
6	腕	96	18	脚の割合	7
7	毛髪A	100	19	衣服2以上	7
8	胴の長さ	68	20	両眼の瞳	43
9	鼻	57	21	眼の形	18
10	腕と脚のつけ方A	71	22	耳	29
11	まゆ又はまつ毛	50	23	踵	0
12	衣服	29	24	足の割合	14

DAM結果におけるサイズは、高橋雅春らが人物画テストで用いているサイズにしたがって、B5判の用紙の4/5 (230mm×163mm) の長方形から、はみ出る大きさの描画を「大きいサイズ」、これより小さくて1/3 (148mm×105mm) の長方形より大きい描画を「普通サイズ」、1/3の長方形以内の描画を「小さいサイズ」とした。その結果は、28名中それぞれ「小さいサイズ」が13名 (46%)、「普通サイズ」が12名 (43%)、「大きいサイズ」が3名 (11%)であった。児童は一般に大きいサイズの人物画を描くと言われているがLD児は小さいサイズの人物画を描く傾向がある。なお、「小さいサイズ」は、①低い自尊心、②引きこもり、③無力感、④不適切感、⑤劣等感、⑥抑うつ気分、時には、⑦依存性や、⑧退行した状態を表すと解釈されるが、小さいサイズの人物画を描いたLD児にはこれらの解釈を適用することができるように思われる。

次に、LD児のアセスメントにおいて、DAMの指数は動作性の発達水準をみるためのものであるが、DAMの指数とK-ABCの認知処理尺度との間の相関を調べたところ、 $r = .31$ となった。

また、K-ABCの3つの尺度 (SEQ、SIM、認知処理過程尺度) とDAMの指数との比較において、K-ABCの各尺度の方がDAMの尺度よりも有意に高い傾向がみられた。すなわち、LD児の場合、K-ABCの3つの尺度とDAMの尺度との間に相関はみられなくDAMの指数は低く出て人物画は稚拙であった。(Table 7)

Table 7 K-ABCの3つの尺度とDAMの尺度との比較 (N=28)

尺度	K-ABC			認知処理尺度	DAMの指数
	S	E	Q		
平均値	89.2	89.2	89.2	88.3	71.6
S D	12.5	19.1	15.7		10.2

最 小 値	66.0	65.0	74.0	55.0
最 大 値	115.0	146.0	142.0	96.0
t 値	*** 6.59	*** 4.82	*** 5.6	

*** p < .001

(4) 社会生活能力について

S-Mにおける全体の社会生活指数（以下SQと略記）の平均値は77.6で、LD児の社会生活能力は低く、全体のSQと各領域のSQを比較したところ全体のSQに対して移動能力と作業能力とは高かった。（Table 8）

Table 8 S-Mにおける全体のSQと各領域のSQとの比較（N=50）

SQ	全 体	身辺自立 能力	移動能力	作業能力	意志交換 能力	集団参加 能力	自己統制 能力
平 均	77.6	79.5	83.5	83.9	78.0	76.4	76.4
S D	14.2	17.3	16.8	19.3	15.8	22.7	22.8
最 小	42.0	49.0	52.0	41.0	45.0	27.0	22.0
最 大	106.0	119.0	119.0	138.0	105.0	128.0	138.0
t 値		1.44	** 3.15	*** 3.52	0.28	0.59	0.55

** p < .01 *** p < .001

(5) 対象児の能力特性

対象児童の保護者に実施した、生活面、学習面、行動面、その他の項目について「あまり遠い将来のことではなく、半年から一年ぐらい先を見越して、お子さんにできるようになってほしいと希望することや困る行動を減らしたりなくしたりしたいと思っておられることをお書きください。」に関する保護者のニーズの調査結果を整理した。読み、書き、計算の困難さとしての学力に関するニーズは49件（28%）、聞くこと、話すことの困難さとしてのことばに関するニーズは13件（7%）、注意集中や持続力の困難さとしての注意（多動）に関するニーズは20件（11%）、粗大・微細運動の困難さとしての運動に関するニーズは10件（6%）、ソーシャルスキル、社会的認知の困難さに関する社会性のニーズは85件（48%）であった。これらのカテゴリーの中で、社会性のニーズ85件は、対象児の保護者が2件はニーズとして記入していることになり、ソーシャルスキルに関する教育的ニーズが高い。（Table 9）

Table 9 親のニーズ(N=42 性別N=28 年齢N=14)

項 目	件 数		
	低 学 年	高 学 年	全 体
【基本的な生活習慣の困難さ】 ◎食事（偏食をしない、こぼさないで食べる、箸を正しく使う、椅子にきちんと座る）。 ◎洗面、歯磨き、衣服の着脱など自分で自発的にする。等	13	3	16
【読むことの困難さ】 ◎逐次読みをなくす。拗音や促音が読める。文字を間違えない			

で読める。似た文字を混同して読まない。詰まらないで読める。等	6	3	9
【読解の困難さ】 ◎文章の読解ができる。気持ちが考えられる。等	7	1	8
【書くことの困難さ】 ◎文字や数字を枠や線からはみ出さない。誤字や脱字のないように書く。ひらがな、カタカナ、漢字などきちんと書ける。文を書く構成力を身に付ける。等	10	5	15
【計算することの困難さ】 ◎指を使わないで計算できる。数の概念を身に付ける。繰り上りや繰り下がりの計算ができる。暗算ができる。計算力を身に付ける。等	5	5	10
【推論することの困難さ】 ◎文章題の質問の意味を読み取る。文章題に進んで取り組み落ち着いて考える。図形、単位、数量の理解力を付ける。等	6	1	7
【聞くことの困難さ】 ◎説明を聞いて理解できる。先生や人の話をきちんと聞ける。友達が挨拶などの声をかけてくれることに気付く。聞く力を身に付ける。等	5	1	6
【話すことの困難さ】 ◎自分の気持ちを伝えられる。周囲と調和のとれたコミュニケーションができる。その場に応じた発言をする。構音障害の改善。等	4	3	7
【粗大・微細運動の困難さ】 ◎自転車に乗ることができる。体育の時、怖がらずに何にでも挑戦する。図工など手を使う学習に根気よく取り組む。等	7	3	10
【片付けや整理整頓の困難さ】 ◎自発的に片付けや整理整頓をする。	4	4	8
【用意や準備することの困難さ】 ◎自発的に身の回りのことの用意や準備をする。(登校準備、忘れ物をしない、他人に頼らない) 等	13	4	17
【注意集中や持続力の困難さ】 ◎注意力、集中力を高め課題に取り組む。落ち着いて取り組む。耐久力、持続力を身に付ける。根気よくやり抜く。	8	12	20
【自己統制の困難さ】 ◎自制心を身に付ける。待つことができる。我慢できる。泣き出さない。善悪の判断を自分でする。暴力を振るわない。等	19	6	25
【友達と遊ぶことの困難さ】 ◎仲良く友達と一緒に遊ぶ。友達を作る。等	12	2	14
【場に合った行動や協調性の困難さ】 ◎人に迷惑をかけない。授業中立ち歩かない。協力し合うことができる。協調性をもって生活する。周りの状況を見通して行動する。等	8	5	13

5 今後の課題

学習障害児は、認知過程における発達の偏りと行動的問題をもつため仲間から拒否されたり、社会的適応に失敗する場合が多い。そこで、LD児のソーシャルスキル等に関する実態把握とLD児の保護者のニーズの把握を行った。LD児の教育的ニーズに応じた教育的支援を高める指導内容や指導方法の在り方について更に研究を深める必要性を感じるとともに、教育現場においては個性を生かす教育、個に応じた教育の発展と充実を期待したい。

参考・引用文献

- (1) I E P 調査研究会 1995 個別教育計画の理念と実践 安田生命社会事業団
- (2) 穴戸美津子、森永良子他 1996 LD研究と実践 第5巻 第1号 日本LD学会機関誌

- | | | | |
|------|--------------|-----------------------------|-----------|
| (3) | 東京都教育庁指導部 | 1996 心身障害教育教育開発指導資料集 | 心身障害教育指導課 |
| (4) | 千葉県特殊教育センター | 1995 平成6年度 研究紀要 第80集-VI | |
| (5) | 瀬尾政雄 | 1982 特殊教育学研究 第20巻 第2号 | 日本特殊教育学会 |
| (6) | 服部美佳子 | 1997 月刊「実践障害児教育」Vol.1.284 2 | 学研 |
| (7) | 藤田和弘 監修 | 1995 アメリカにおけるK-A-B-Cの実際とIEP | 丸善メイツKK |
| (8) | 上野一彦他 編集 | 1996 LD教育選書1~3 | 学研 |
| (9) | 北海道立特殊教育センター | 1997 研究紀要 第10号 | |
| (10) | 名越斉子 | 1995 LD研究と実践 第4巻 第2号 | |
| (11) | 高橋雅春、高橋依子共著 | 1991 人物画テスト | 株式会社 文教書院 |
| (12) | 熊谷恵子 | 1997 特殊教育学研究 第35巻 第3号 | 日本特殊教育学会 |

重症児の教育の実態と問題点 (分担研究：学童期の療育指導のあり方)

分担研究者：福井医科大学小児科 小西行郎

研究協力者：国立精神・神経センター武蔵病院小児神経科 須貝研司

要約：人工呼吸器装着者はベットサイド教育が多いが、呼吸器が24時間必要ではない、知的障害がない、NIPPVなどの場合には通学が可能であった。通学は主に家族の負担で自家用車であり、途中で事故がある場合は対応できない、教室の移動・排泄・吸引等のために母が登校あるいは校内待機しているなど、家族特に母の負担が大きい。超重症児の教育には医療的ケアは不可欠だが、手続きが煩雑であり、申請から実施まで3ヶ月かかるなどの問題がある。医療的ケアを安全確実にを行い、前進させる方法が必要である。残存機能の評価に基づく教育は魅力的だが、まだ行われていない。スクールバスによる通学では長時間バスに乗る場合があるが、安全のための処置、医療的ケアができない点が問題である。

I. 目的

重症な学齢児の教育の実態について、全国的な実態調査の基礎資料とするため、今まで明らかでない人工呼吸器装着者の教育、超重症児の教育(医療的ケアも含めて)、重症児の通学、の3点について、当院における実態と問題点を明らかにする。

II. 方法

上記3点について、当院における実態を検討し、問題点を検討した。

III. 結果

1. 人工呼吸器装着者の教育の実態

当院では、人工呼吸器装着で教育を受けている、あるいは修了した(表1の18歳まで教育を受けた)者は、在宅で5名、病棟で11名である(表1)。NIPPVの患者以外はいずれも超重症児スコア25以上の超重症児である。

1) 在宅

在宅5名のうち、4名は通学、1名は訪問学級である。通学の4名はいずれもDuchenne型筋ジストロフィー(DMD)で、1名は気管切開、3名はNIPPVである。知的障害はないが、全員寝たきりでADL全介助で、自分で手動の車椅子移動や排泄はできず、家族が自家用車で送迎し、排泄や吸引時に母が登校または校内待機している。校内の移動は、母、教員、級友が行っている。主に睡眠時のみで24時間必要としない、知的障害がない、多くはNIPPVであることが通学を可能にしているのかもしれないが、24時間呼吸器を要しながら普通高校に通学する者もいる。

訪問学級の1名はミトコンドリア脳筋症で、気

管切開し、昼寝も含めて睡眠時に呼吸器を要する。寝たきりの超重症児で、有意語・有目的運動はないが、知的障害は中等度であり、言語理解はある。訪問看護の時に、訪問看護婦に同行してもらって自主的スクーリングをしばしば行っている。

2) 入院

当院には養護学校の分教室があり、教育は中学部までは院内分教室で行われるが、高等部は、体力的に通学可能ならスクールバスで本校へ通学、体力的に通学困難(常時モニター装着など)なら院内高等部となっている。

通学は2名であるが、高等部は義務教育ではないので家族の責任(家族または有料ボランティア)でスクールバスまで送迎することになっている。2名ともネマリンミオパチーで電動車椅子で移動し、1名は気管切開で24時間、もう1名はNIPPVで夜間・日中間欠的に呼吸器を要する。知的障害は、前者はなく、後者は軽度である。

院内学級は9名で、筋疾患、脳変性疾患、重篤な脳障害による最重度の知的障害を伴う超重症児であり、病室内でベットサイド教育を受けている。24時間呼吸器を要し、気管切開か気管内挿管(気管の変形により気管切開の方が危険なため)である。病室での教育なので多くの医療ケアは看護スタッフがを行い、教員による医療的ケアは口腔・鼻腔吸引のみである。行事がある時には、主治医または家族がアンビュバックを押しながら病室外に出て参加している。

2. 超重症児の教育

超重症児スコア25以上の超重症児の教育は、今のところ院内教育が多いが、通学、訪問、院内

教育いずれの場合でも教員による医療的ケアが不可欠であり、その必要性は広く認識されており、いろいろ試みられている。残存脳機能の評価に基づいた教育が必要かつ有効であるが、実際にはそのような教育は行われていないようである。

1) 医療的ケアの具体的な手続き(小平養護学校武蔵分教室の場合)

教員が医療的ケアに関わる理由は、緊急時やむを得ない場合、誤嚥等の危険防止、指導場所の拡大、学習の継続性等のためである(表2)が、重症児に対して安全に有意義な教育を行うには訓練を受けた教員による医療的ケアが不可欠であることは、家族、教職員、医療スタッフの共通の認識である。当院の場合、体力的に移動可能な者は、中学部までは院内教室に移動し、高等部はスクールバスで本校に通学している。体力的に移動不可能な者はベットサイド教育が行われている。種々の医療的ケアがあるが、ベットサイドなので気管内吸引、注入、ネブライザー等は病棟スタッフにより行われており、実際には口腔内・鼻腔内吸引程度である。ひとりの対象者につき、2~3人の教員が、家族から申し出があり主治医が許可した医療的ケアについて研修を受け、実施している(表2)。非常に煩雑な手続きを要し、申請から実施まで3ヶ月近くかかる点が問題であるが(表2)、安全に行い、実施者(教職員)を保護し、かつ医療的ケアを確実に前進させるためには、このような手順が必要である。改善の余地はあるが、この方式でほかには問題なく機能している。

2) 残存脳機能の評価に基づいた教育

診察、MRIなどの神経画像、脳波、脳誘発反応などによる脳機能の評価に基づく教育は、残存する脳機能と感覚入力系の評価に基づいて機能がよい部分を刺激することにより教育効果や発達を期待できるが、実施されてはいない。感覚入力系の検査には、聴覚のABR、MLR、SVR、視覚のVEP、体性感覚のSSEP、SEPがある。認知に関する高次機能としては、P300、mismatch negativity (MMN)があり、さらにblink reflexは嚥下可能か否かと大変よく合致する。たとえば、Pompe病に脳梗塞が加わり寝たきりで最重度の知的障害がある例で、視覚P300で反応があり、細かな観察で臨床的にも視覚認知は認められた。非常に高度の水無脳症でも聴覚MMNで反応があり、臨床的にも聴覚認知はいくらか認められた。blink reflexでR1、R2共に出ない場合は経口摂取可能な例はなく、無理な経口摂取や食

事訓練は避けている。

3. 重症児の通学

いままであまり問題にされておらず、実態もわかっていないが、通学途中で安全のための対応がとられておらず、バスの中では医療的ケアはなされないという大きな問題がある。1時間以上車に乗っている場合があるが、バスではその間吸引も痙攣時の坐薬を入れることも行われていない。

1) スクールバスによる通学

東京都の場合、運転手以外に非医療関係者である乗務員1名であり、車椅子の固定はしっかりされるが、車内では吸引も痙攣時の坐薬挿入もできず、また呼吸障害が出てきたときの適切な体位の確保も困難である。他府県では生活介護員が同乗するところも少数あるが、医療的ケアは行われていないようである。今のところ当院では大事に至った例はないが、他の施設では、バス到着時に心肺停止していたDMDや、車中で呼吸停止した脳性麻痺の例がある。

2) 家族による通学

家族が自家用車や徒歩で送迎する場合、吸引や坐薬は可能だが、ひとりでは急変時に対応できない。また、呼吸器装着の場合は、自家用車でも徒歩でも学校の近くでないと通学困難であり、転居する場合がある。呼吸器装着者で、訪問看護の時にスクーリングするという工夫をした例がある。

IV. 考察とまとめ

人工呼吸器装着者の教育はベットサイド教育が多いが、呼吸器を24時間必要としない、知的障害がない、NIPPVなどの場合には通学が可能であった。通学は主に自家用車でやっているが、家族の負担であり、途中で事故があった場合は対応できないことや、教室の移動・排泄・吸引等のために母が登校あるいは校内待機しているなど、家族特に母の負担が大きい。

超重症児の教育には医療的ケアは不可欠だが、手続きが非常に煩雑であり、申請から実施まで時間がかかる点が問題である。医療的ケアを安全確実にいき、前進させるための方法の検討が必要である。残存機能の評価に基づく教育は魅力的であるが、まだ行われていない。

スクールバスによる通学では長時間バスに乗っている場合があるが、安全のための処置、医療的ケアができない点が問題である。

これらの実態の全国調査が今後の課題である。

表1. 人工呼吸器装着者の教育

医療形態	教育形態	病名	人工呼吸下の教育年齢(歳)	人工呼吸方法	人工呼吸器使用時間	学校形態	知的障害	超重症児スコア	
在宅	通学	DMD	15-17	気管切開	24時間	普通中学	なし	29	
		DMD	15-17	NIPPV	夜間	普通高校	なし	21	
		DMD	16-18	NIPPV	夜間・日中間欠	養護学校	なし	21	
		DMD	13-15	NIPPV	夜間・日中間欠	養護学校	なし	21	
入院	訪問	ミトコンドリア脳筋症	7-15	気管切開	睡眠時	養護学校	中等度	29	
	通学	ネマリニンミオパチー	6-17	気管切開	24時間	養護学校	なし	24	
			6-15歳：院内分教室通学、15-17歳：院外通学						
		ネマリニンミオパチー	13-18	NIPPV	夜間・日中間欠	養護学校	軽度	26	
		13-15歳と16-18歳：院内分教室通学、15-16歳：院外通学							
	ベットサイド	Leigh 脳症	9-18	気管切開	24時間	院内養護	最重度	37	
		adrenoleukodystrophy	17-18	気管内挿管	24時間	院内養護	最重度	37	
		Krabbe 病	6-15	気管切開	24時間	院内養護	最重度	37	
		Pompe 病、脳梗塞	6-13	気管切開	24時間	院内養護	最重度	37	
		溺水後遺症	10-13	気管切開	24時間	院内養護	最重度	37	
		F CMD	14-16	気管切開	24時間	院内養護	最重度	37	
		低酸素性虚血性脳症(HIE)	6-7	気管切開	24時間	院内養護	最重度	37	
		myotubular myopathy、HIE	7-10	気管切開	24時間	院内養護	最重度	37	
neuronal ceroid lipofuscinosis	12-17	気管内挿管	24時間	院内養護	最重度	42			

DMD : Duchenne 型筋ジストロフィー、NIPPV : 鼻マスク式間欠的陽圧呼吸、F CMD : 福山型先天性筋ジストロフィー

表2. 東京都立小平養護学校武蔵分教室医療的ケア実施要綱(抜粋)

- 医療的ケアの実施の目的
医療的ケアの必要な児童・生徒が多く、指導上学校の教職員が医療的ケアを行わざるを得ない場合が生じている。
- 医療的ケアの対象者
保護者から申請があったも児童・生徒のうち、分教室医療的ケア検討委員会および武蔵分教室職員会議の協議を経て、指導医の助言を得、学校長が認めたものに限る。
- 教員が医療的ケアに関わる理由
学校管理下において医療的ケアを行う必要が生じ、指導上教職員が行う場合があるため。
①緊急時やむを得ない場合、②誤嚥等の危険の防止のため、③指導場所の拡大のため、④学習の継続性のため
- 検討対象とする医療的ケア
以下のケアについて、保護者が行っている範囲で、事例ごとに指導医の指導・助言を受け、慎重に検討する。
①経管栄養および水分補給、②口腔内、鼻腔内の吸引、③本人が行う気管内吸引の介助、④ネブライザー(吸入)、⑤エアウエイの抜管防止、⑥人工呼吸器の作動状態の確認、⑦気管切開部の衛生保持、⑧酸素吸入
- 実施体制
1) 実施者
臨床研修などの実技研修を受け、指導医の助言のもと、学校長が認めた特定の教員・保健室スタッフ。
2) 実施の手続き
①保護者の申請に基づき、指導医の指導・助言を受け、分教室医療的ケア検討委員会が検討し、武蔵分教室職員会議での確認後、学校長の承認を得て手続きを開始。
②分教室医療的ケア検討委員会は、指導医と連絡を取り、該当児童・生徒の検診の期日を設定。検診には、医療的ケア検討委員および保護者が同席。
③分教室医療的ケア検討委員会は、指導医と連絡を取り、指導医が該当児童・生徒の担任から該当児童・生徒の学校での状況について情報収集する場を設定。
* : ②と③は合わせて実施する場合がある。
④指導医は、教職員が実施可能な医療的ケアの内容・範囲を特定。
⑤実施者に選任された教職員は、指導医による研修を受けるものとする。
⑥学校長は、該当学級の意向を基に指導医・委員会と協議し、対応する教職員を指定。指定する場合は、本人の承諾を得る。
⑦指定された教職員は、指導医から必要な指導・助言を受ける。
⑧実施状況等は、実施記録表に記録し、指導医・保護者・分教室教頭に報告。教頭は、必要に応じて学校長に報告。
⑨委員会は、指導医の指導・助言あるいは実施上必要な記録を取る。また、院長・指導医・関係病棟婦長への報告および教職員に対する連絡など、連携を密にする。
⑩緊急時の医療機関は、国立精神・神経センター武蔵病院とする。
- 申請手続き
①保護者が特定の医療的ケアを校長に申請 「医療的ケア申請書」
②主治医の意見書記入(可か不可か、実施時の注意点など) 「主治医意見書」(主治医と指導医が同じ場合は省略)
③指導医による検診の実施および診断 「指導医検診診断書」
④指導医が実施予定者(特定の2~3人の教員)に対してその医療的ケアを実地指導し、研修報告書を医療的ケア検討委員会に提出 「研修報告書」
⑤同委員会が医療的ケアの内容と実施者を決定し、校長が実施予定者に依頼 「実施者指定書」
⑥実施予定者が承諾書提出 「実施者承諾書」
⑦校長より保護者に通知書を交付 「医療的ケア実施通知書」
⑧保護者が校長に承諾書提出 「承諾書」
⑨校長より病院長へ対象者・実施内容・実施者・実施期間等を通知 「医療的ケア実施通知書」
病棟院長および婦長への通知は「医療的ケア実施報告書のコピーをもって代える

平成10年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)

前川班「要観察児等いわゆるハイリスク児の育児支援及び療育体制の確立に関する研究」

学習障害などの軽度障害を持つ児童生徒への学校・家庭における
指導のあり方に関する研究
(分担研究:学童期の療育指導のあり方に関する研究)

分担研究者 小西行郎:福井医科大学小児科(Dept. of Pediatrics, Fukui University)

研究協力者 白瀧貞昭:神戸大学医学部精神神経科(Dept. of Neuropsychiatry,
Kobe University School of Medicine)

要約:

乳幼児期から継続して存在する認知、知能、行動、社会性などの発達上の問題を学童期において引き続いて持つ場合に、学校をこれらの問題に対処するための療育の場として機能させる必要がある。そのために、精神科医、臨床心理士、カウンセラーなどが学校現場に入り教師らと連携を取りながら学校として出来ること、あるいは学びかけることによって家庭での子どもについての対処として必要な事柄を家庭で行うなどの指導が必要とされることが近年認識されるようになってきた。そのための具体的方策を提案できよう幾つかの可能性を検討した。

見出し語:学校精神保健、コンサルテーション、学習障害、多動性障害

緒言:

学童期の療育指導を要する対象疾患には従来から特殊教育の範疇で行われている知的障害、情緒障害、視・聴覚障害、肢体障害に加えて、近年やっとり取り上げられることになった学習障害、多動性障害、などのいわゆる軽度障害がある。これらは軽度障害とは言っても、その数の多さから言うと決して軽視することの出来ない問題でもある。むしろ、軽度であるが故に家族にもきちっとした障害認識が持たれていなかったり、学校の教師にも学習の上での特別の配慮の必要性が認識されていなかったりするるのである。これらの対象障害の療育指導に当たっては、他の療育指導の場合と同様に医療との連携が必須のものである。そこで、この連携を行うにあたってどのような形で、何時、何処で行うのかなどの課題を解決しておくことが要請される。重度障害の

場合には、連携を行う場として医療の場が優先的に選ばれても致し方のないのであるが、軽度障害の場合にはほとんど教育の場でなされるべきとする理由のみが存在する。この意味で、我々医療の場にあるものが、どのような形で教育に連携していけるのか、新たな課題を与えられていると考えられるし、その解答を出せるような研究が必要とされていると感じるのである。その第一歩として、本年度の研究では現状の分析と、我々が試行的に行っている連携方法のあり方について検討してみることにした。

現状分析:

1. 学習障害の学校での対策については、目下文部省において研究協力者会議などを通じて具体的教育形態を検討している。近いうちに一応の見解が出される予定であるが、通

級学級の設置が最も可能性があるという。今、最も求められているのは一学級40人制をもっと減らせられないかということであるが、これについては今のところその可能性はなさそうであると言う。

2. 各地域での「学習障害」理解にはかなりの落差があり、学習障害児への教育を特殊教育の範疇でやろうとする考えと、そうであってはならないとする考えの両方が混在している。

3. 各担任教師レベルではやっとならざる学習障害という言葉が耳に入りだした段階。従って、学習障害児には教師として何をすべきかと言うことに関しても、見解は一定していない。専門家に任せるべき、学習障害という概念を認めないとする考え、個別的教育が必要と知っていても、今の教育体制の中では何も出来ないとする考え、他の領域の人達と連携をよく取って教師として必要な、かつ出来ることをして行きたいとする考えなど種々雑多な意見が混在している状態である。

4. もし仮に学習障害児を特殊学級で教育するとすると、今まで、知的障害児か情緒障害児をもっぱら扱ってきた特殊学級担当教師が学習障害児をうまく教育できるかという問題がある。学習障害児にはもちろん、今までとは根本的に異なった教育法を適用する必要があるからである。

5. 親側の認識も一定のレベルにあるわけではないが、マスコミなどを通じて断片的にはかなりなじみになってきている。病院などへの受診件数は増えてきている。しかし、軽度障害であるが故に必要なことがなになのかについての認識は十分でない。だから、学校側から個別的学习の場の提供があっても他の子どもと同じ子とをしてもらえないという理由で断ったりすることがある。家庭での親による学習援助には限界がある。学習障害児には随伴する多くの情緒、行動、対人、認知的問題があって、親によるサポートを子どもがなかなか受け入れにくい。あるいは、親が子どもの状態を受け入れるのは、対社会的な問題行動が発

生してからのこともある。

6. 学校、家庭以外の機関で軽度障害児に対する療育を提供できる所は重度児に対する機関よりもはるかに少ない。

我々の幾つかの試み

教育に対する医療の連携のあり方の一例として報告者が参画している神戸市教育委員会と西宮市教育委員会での事業を簡単に紹介する。

神戸市での試み:

5~6年前から教育委員会が立案して学習障害児への対応を通級教室を拡大することで行えないか検討していた。しかし、その後、このような特殊教育の範疇に含めるべきではなく、普通教育のなかで対応を考えるべきとの発想の元に、すべての教師に学習障害概念を理解してもらうことを目的として報告者と教育委員会の担当主事とが一緒になって各学校(主として、小・中学校)に赴き、そこでの実際の事例をとりあげながら研修を行うことになった。各教師の動機付けを少しでも高めるために、学校現場において、実際の事例を元にして理解を深める研修になるように工夫を加えた。予め各担任教師に自分のクラスで学習障害に相当すると思われる生徒がいる場合に、その簡単なまとめを作成してもらい、研修日には全員の教師が集まり、そこで報告してもらうのである。その後で、報告者が解説を加えたり、コメントを出して学習障害概念を理解してもらおうとするのである。神戸市内の小・中学校を昨年度と今年度あわせて計100校くらいでこの研修を行った。報告者らがこの研修の中で意図したことは、学習障害を障害の一つとして(さらに、最近、新しく出現してきた障害として)、それに対する知識を持ってもらうということではなく、この概念が教育の根本である「一人一人異なる生徒に対して、それぞれの個にあった教育を与えていくこと」につながる可能性を含む基本的な、重要な概念であることを理解してもらうこと、従って、一部の特殊教育を担当する教師だけが知っておれ

ばよい事柄であるという観念を絶対に持って
もらわないようにしようと言うことであった。研
修後の感想を書いてもらったものを見ると、概
ね報告者らの意図は伝わったようであった。
この様にして、学習障害概念理解のボトムア
ップが出来た後には、教育研究所のような所
に、各学校から上がってくる学習障害疑い児
を専門的に評価し、診断を行い、必要な教育
的介入方法を決定できるような中核的施設を
作るべきであるという提案を教育委員会など
にしているところである。

西宮市での試み:

西宮市ではもう12～3年前から、発達障害
だけでなく、学校での生徒の精神保健を包括
的に維持、促進するという目的の元に、教育
委員会が「学校精神保健推進協議会」なる組
織を結成し、児童青年精神科医がそれに連
携する形で学校での精神保健活動を施行し
てきた。この活動のユニークな点は、すでに
不登校、神経症性症状などを呈している生徒
に対してはコンサルタント(精神科医)が受け
持ちの学校に直接赴き、そこで全教師参加の
もとにコンサルテーションを行うことにある。こ
こでも、実際の事例を担当教師が皆の前で報
告し、担任がそれに対してアプローチする上
で困っていること、わからないことを皆で検討
し、さらに精神科医が解説を加えることにより
、全員である生徒に対する共通理解を持って
もらうことを意図している。コンサルタントは同
じ学校を数年間は受け持ち、教師と顔なじみ
になるよう担当校を決めている。全市を通じて、
年間115回位のコンサルテーションを施行し、
それに参画する児童青年精神科医の数は約
15名である。対象校は幼・小・中・高校で、各
校年間少ないところで1回、多いところでは4
回ほどのコンサルテーションを行っている。提
出される事例の内訳では、中学校では不登校
が圧倒的に多く、小学校では不登校、チックな
どの神経症性症状、が多く、特に、最近、他児
への乱暴行動、すぐにカッとなって”きれる”、
動物への残酷な虐待行為などの増加が学校

では話題になっている。

次年度への課題:

報告者が試行的に行ってきた教育、医療の
連携法を他の場所に広げていくためには、医
療側の連携に参加できる人の数の問題が最
も大きなネックである。そこで、他の職種(心
理士、カウンセラーなど)の人達との連携がま
た必要になるので、このための具体的方策な
どを検討していく作業が課題として残されてい
ると感じている。

厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）

研究報告書

肢体不自由養護学校における医療的ケアを中心とした
教育と医療との連携システムの構築に関する研究

研究協力者 亀谷 正樹 兵庫教育大学大学院学校教育研究科
京都市立呉竹養護学校教諭

研究要旨： 近年の肢体不自由養護学校における児童・生徒の障害の重度・重複化、多様化で学校現場において医療的ケアの必要性が高まっている。学校教育において医療的ケアを実施する場合、教員の医療的ケアに関する知識及び技術の向上が望まれるが、そのためには、教育と医療との緻密な連携が重要となる。そこで、教育と医療の望ましい連携のあり方を調査研究を通して研究する。

1. 問題の所在と目的

近年、養護学校をはじめ、障害児通園施設や作業所などでは、重度心身障害児に対する「医療的ケア」の必要性が高まっている。とりわけ肢体不自由養護学校では昭和54年の養護学校義務制以降、児童・生徒の障害の重度化・多様化が進み、その数も増加している。医療面においても医療技術の進歩に伴い、これまで入院治療で対処してきた子どもたちの在宅医療が可能となり、障害の重い子どもたちの自宅からの通学も増加の傾向にある。「医療的ケア」については、「医療行為」であることや学校教育での取り扱いなどについて各地で議論されているが、現時点では文部省も厚生省も統一的な見解を出していないため、各学校レベルや各自治体レベルにとどまっている。

ここでいう「医療的ケア」とは、疾患に対して行う高度な知識や技術を要する診断治療的なものではなく、健康維持、生活維持のために日常的に行う必要のある医

療的生活介護・援助行為を指すものであり、要医療行為児にとっては生活を構成する不可欠な要素となるものである。言い換えれば、その行為自体が生活の一部であり、その行為なくして彼らの生活は成立しないと言っても過言ではない。したがって、要医療行為児の発達・自立を保障し生活の質の向上を図るためにも、「医療的ケア」を学校のひとつの機能として積極的に取り込んでいくことが必要であると考えられる。

しかし、学校現場で「医療的ケア」を実施するに当たっては、多くの課題を抱えている。まず、「医療的ケア」を行うには、それを受ける児童・生徒の安全を確実なものとするための技術的な基盤を確立する必要がある。そのためには教員の「医療的ケア」に対する知識や技術、言うなれば養護学校教員としての資質の向上を図らなければならない。児童・生徒の多様な障害に対応するためには、専門医との緻密な連携のもとに実践をすすめていく必要があるが、平素からの研修内容や方法などの検

討が今後の課題となる。

次に、学校教員と異職種のスタッフとの連携という課題が挙げられる。すでに一部の地域では専門的な医療スタッフを導入し「医療的ケア」を行っているが、学校においては今までなかった職種であるため、学校内における位置づけや連携態勢についての検討が必要となる。また、現状では殆どとられていない学校医と主治医との連携、主治医と学校教員との連携、PT、OT、STX校教員との連携、緊急時の対応としての近隣の医療機関との連携といった学校外の医療機関との連携態勢の検討も必要であろう。

以上述べてきたように、肢体不自由養護学校において個々のニーズに応じた教育を行い、学習面のみならず身体・精神的発達を実現し、児童・生徒のQOLを高めていくには、どうしても「医療的ケア」の問題を避けて通ることはできず、あらゆる面で教育と医療との連携が必要となるが、その一方で数多くの課題を抱えている。そこで本研究では『教育と医療との連携』の望ましいあり方を上述の二つの側面から検討し、学校教育において医療的ケアを行うためのシステムモデルの構築を目的とする。

2. 研究方法

1) 文献研究

・全国肢体不自由養護学校の医療的ケアに関する研修計画、内容、方法についての資料の研究

・全国肢体不自由養護学校の教育と医療の連携に関する資料研究

2) 調査研究

・医療的ケアを実際に担当している一般

教員及び保健室スタッフへの、実践経験を通しての具体的問題点、課題に対するアンケート調査（平成11年6月予定）

・学校における医療的ケアの指導、研修に携わる医師へのアンケート調査（平成11年7月予定）

厚生科学研究費補助金（こども家庭総合研究事業）

分担研究：学童期の療育指導の在り方

地域精神保健・教育・福祉への広域・遠隔コンサルテーション介入に関する研究

分担研究者 小西行郎 福井医科大学小児科

研究協力者 吉武清實 東北大学教育学部助手

研究要旨

地域精神保健・教育・福祉領域において、カウンセリングの手法よりもコンサルテーションの手法の方がはるかに有用であると考えられる。地域と学校において障害・心理コンサルテーション介入を行った結果について調査し、新しい世紀に普及が望まれるテレビ電話活用型遠隔コンサルテーションによる社会支援システム作りの可能性と課題について検討した。

A. 研究目的

地域や学校が抱える精神保健の問題は重要な社会的問題である。地方自治体は住民から、さまざまに細分化された専門性について高度の知識・技能を有するスタッフを揃えることを求められるようになってきているが、多様な専門スタッフを取り揃えることは財源の上から困難である。

ところで、第一線で解決にあたる対人援助または教育の専門職の人々はそれぞれがしばしば未経験でありながら、孤独で、経験ある人々と連携したり支援を受けることなく、問題をこじらせていたり、あらたな問題発生を助長する対応をとっていたりする。この点で、基本的に、問題を抱える当事者のみへの対応である従来型の「障害・心理カウンセリング」は解決される事例数からみて効率が悪く、問題の発生防止の効果の点でもよい手法とは言えない。これに対し、対人援助または療育・教育の専門職の人々に当事者の問題解決を支援するための知識・技能の向上を図る「障害・心理コンサルテーション」の手法は第一線の専門職の人々（コンサルテーションの一方の側で、コンサルティと呼ぶ）が「問題」事例へ対応する能力を高めるのみでなく、あらたな事例の発生を防止することにつながり、また必要な関連・周辺の専門性についての知識・技能を得ることで「一人数役」の専門性を発揮させてくれることになる、この意味ではるかに効率的な専門職支援の手法である。「障害・心理コンサルテーション」の手法はこれまでごく少数の大学等の専門

家が実施を試みてきたに過ぎないが、この手法をベースとする社会支援システムが全国に構成される必要があると考えられる。

本研究では、研究者が学校・地域精神保健領域でこれまで実施したコンサルテーション介入の結果について調査し、これをもとに新しい世紀におけるコンサルテーション方式の社会的支援システム作りの課題について考察する。とりわけ、テレビ電話による遠隔コンサルテーションの可能性と課題について検討する。

B. 方法

地域精神保健の問題に関しては、研究者ら（障害・心理コンサルタント）が岩手県山田町福祉課（コンサルティ）との間で、テレビ電話と現地訪問併用型の広域・遠隔コンサルテーション介入を行った成果について、面接とアンケートによって調査した。

不登校の問題に関しては、岩手県山田町の教育相談室相談員（元校長である）と静岡の障害児学校をコンサルティとした継続的な障害・心理コンサルテーションの結果について面接調査した。

障害児学校の精神保健の問題は、「強度行動障害」、「問題行動」、不登校または神経症的諸症状の出現の問題として把握される。これについては精神薄弱養護学校1校と盲学校1校において研究者が実施した、現地訪問型コンサルテーションによる介入の効果を調査した。また、すべてのテレビ電話コンサルティに対して、電話相談との比較の評定を求めた。

C. 結果

岩手県山田町福祉課職員をコンサルティとする継続コンサルテーションによって、山田町に、精神障害者の地域生活支援の基本的形が創出された。山田町には精神障害の専門家は存在しておらず、精神障害者のための地域支援活動は存在していなかった。また知的障害者のためのそれも存在していなかった。中心となって活動したコンサルティは保母出身の女性であった。この職員にコンサルテーションを行って、また随時、住民の意識・理解向上のための講習会などを実施して、家にひきこもっていた精神障害者2名と12年余の施設生活から在宅生活へ変わった知的障害者1名についてのすぐれた社会支援システムが具体化した。すなわち福祉課職員、社会福祉協議会、配食ボランティアグループなどの活躍による障害者の社会的活動（精神障害者と知的障害者が主婦ボランティアとペアで継続的に配食その他のボランティア活動を行うなど）が実現した。強度行動障害の成人知的障害者を抱える家族の支援に入ろうとして挫折したホームヘルパーについても、コンサルテーションによって知識・技能を提供し首尾よい結果を得た。精神障害者の子育て支援のための学校との連携も実現した。

不登校についても、スクールカウンセリングの限界を超える成果を障害・心理コンサルテーションがあげた。山田町において、教育委員会のバックアップとコンサルテーション活動に支えられて、不登校について未経験であった教育相談員がその専門性を向上させていき、2年余のうちに不登校の生徒を担当する教師から信頼されようになり、教師支援の役割を果たすことができるようになった。近隣の町で不登校児童生徒数が増加する中、山田町では減少するという成果をあげた。静岡の養護学校高等部生徒の不登校についてもテレビ電話による危機介入が有効であった。

精神薄弱養護学校C校高等部において、数事例について2年の間に3回の危機コンサルテーションを行ったところ、高等部の教師全体で知識・技能が適切なものに改め

られて、その後の5年目現在まで神経症的症状や「問題行動」を示す生徒はみられなくなった（改善率：消失と激減あわせて83%）。盲学校D校においても同様の成果を得た。

すべてのコンサルティが、電話相談に比べテレビ電話相談の方が優れていると評定した。

D. 考察

専門職の力量向上によって回復と発生防止をねらう障害・心理コンサルテーションが従来の障害・心理カウンセリングに比べて、効率・有用度の点で優れていることは明らかである。コンサルタントは成功例について、先進地域事例について語ることで、それまでの不適切なやりかたに代わる適切なやりかたをわかりやすく提示する（オールタナティブな解決法の提示）。同じ悩み克服者や地域との出会い体験をコーディネーションする。成功例とそれが含む理念・原則が少数者のみならず多くの人に共有されるように講座・研修会などを企画する。障害・心理コンサルテーションは個人療法や家族療法を超えた、いわばコミュニティ療法である。

テレビ電話の活用は次のような利点をもつ。職員や教師が研修出張することや現地訪問によって相談活動を実施することに比べてはるかに低コストですむ。ひとりの人を相談・援助して新しい有用な知識を得てもらっただけでなく、テレビ電話によってケース会議に介入することで、職場・同僚全体に有用な知識を共有してもらうことができる。ひとりで新しいやりかたをとることは摩擦を生みやすいことであるため、全体に有用な知識を共有してもらうことは重要なことである。コンサルテーションはこれに力を発揮する。

地域をこえてケース会議を行い、先進地域事例の知識を地域間で共有しあうことも可能である。しかし、この点で、現設備は性能とコストの面でまだ使用しづらい状態にある。

テレビ電話相談は対面相談にはいくらか

劣るものの、匿名相談のニーズの場合とコスト面の欠点を除けば、電話相談よりはずっと優る。特に遠隔支援や知識共有の強力な武器となることができる。テレビ電話相談では電話相談と異なり「出会っている」と実感でき、また強い相互集中が作り出されるのである。とはいうものの、テレビ電話コンサルテーションだけではすまずことはできず、年に2回ほどの現地訪問と組み合わせることでより大きな効果が期待できるものである。

今後、障害・心理コンサルテーションを普及させるためには、コンサルテーションによる地域支援実験を重ね、さらに、有効なコンサルテーションを行いうる「コミュニティコンサルタント」と「スクールコンサルタント」を養成していくことが重要な課題となってくる。

E. 結論

障害・心理カウンセリングはあまり有用とはいえない。これに対し、遠隔支援としての、テレビ電話活用の障害・心理コンサルテーションによる社会支援システム作りこそが新しい世紀の武器として、普及が望まれる。そのために障害・心理（あわせて福祉）の領域に、優れたジェネラリストとしての「コミュニティコンサルタント」と「スクールコンサルタント」をどう養成し、また彼／彼女らが連携するコンサルタントチームをどう構成していくか、今後さらに地域支援実験を重ねて、そのための仕組み作りを検討していく必要がある。

F. 発表論文

松本有希子・吉武清実・菅井邦明 障害児の不登校とテレビ電話活用の遠隔コンサルテーション 障害児教育学研究 5-2

学童期以降の障害児の医療的ケアとバックアップ体制に関する研究

分担研究：要観察児などいわゆるハイリスク児に育児支援及び療育体制の確立に関する研究

分担研究者：小西行郎

研究協力者：富和清隆¹、大塚信行²、栗政浩子¹、川脇寿¹、尾崎元³

要約：学童期以降の障害児のさまざまな医療的需要とともに日常生活の中での医療的ケアを必要の増大も指摘されるようになりつつある。医療機関以外で医療的ケアの実施するにあたって必要とされるバックアップ体制を検討する目的で、筆者らが中心となって行った医療的ケアに関するこれまでの研究成果を分析検討した。保護者側からは成長に伴う医療需要の増加が、学校現場からは医療的ケアの実施上の制度的、技術的問題、医療機関側からは障害児医療整備などが問題とされていた。それらの問題にもかかわらず、各機関でさまざまな取り組みがなされていることが明らかとなった。また、医療的ケアを推進する上での課題を考察した。

見出し語：障害児、学童・思春期、学校、医療的ケア

研究の背景：重い障害を持って在宅で生活する子供が増加し、家庭や学校など地域で医療的対応を必要とすることが多くなってきている。それらの子どもにおいては養育、介護、教育は医療との密接な連携のもとで進められることを必須としている。とりわけ学童期以降の障害児の学校での教育活動は医療的ケアを前提とすることが多い。在宅の障害児が安心して地域で育ち学んで行くには、医療機関、学校、その他の機関が担うべき役割、解決すべき問題について検討して必要がある。医療的ケアの実施するにあたって必要とされるバックアップ体制を検討する目的で、筆者らが中心となって行った医療的ケアに関するこれまでの研究成果を分析検討した。

方法：筆者等が中心になって行ったアンケート調査の結果を再度分析した。アンケートは、1) 肢体不自由児養護学校在籍児の保護者、2) 養護担当教諭ら、3) 勤務小児科医に対して行った。

結果：

1 家庭での問題点 保護者に対するアンケート調査¹⁾より

アンケートは大阪府下の肢体不自由養護学校15校在籍者1168名の保護者に対して、平成8年9月に実施された。回答率は73.2%。このアンケートによって以下

のことが明らかとなった。1) 成長に伴う新たな医療需要の増加。股関節脱臼、側湾の進行、誤嚥性肺炎、摂食機能障害などが年齢とともに増加する。2) 家庭での介護の負担、特に母親の負担が大きい。3) 外来、入院医療の問題点、特に、交通と入院時の付き添いに関する問題が多い。4) 保健福祉機関の有効利用がなされていない。

2 学校での問題と課題 養護学校・学級担当者へのアンケート²⁾より

アンケートは大阪養護教育と医療研究会参加者146名(A群)及び大阪市内肢体不自由養護学級担当者118名(B群、郵送)に対して平成10年1月と3月に行われた。回答率はそれぞれ66%、38%であった。以下の点が明らかとなった。1) 医療的ケア必要児の増加 (A群 86%、B群 18%) 2) 医療的ケア実施の問題点(制度、技術、体制) 3) 校医への期待、4) バックアップ体制の必要性 (医療機関、医師会、保健所等)

3 医療機関の問題点 小児科勤務医へのアンケート⁴⁾より

大阪府医師会勤務医部会小児科医323名に対する郵送によるアンケート。平成10年2月実施。回答率42%。以下の点が明らかとなった。1) 障害児医療の確立、技術習得の必要性、2) 障害児の看護技術の必要性、3) 障害

大阪市立総合医療センター 小児神経内科¹、療育相談室²、小児内科³

Departments of Pediatric Neurology¹, Educational Counseling², & Pediatrics³ Osaka City General Hospital

児医療に対する評価、4) 医療現場におけるノーマライゼーションの推進

考案：

我々が行った3つの調査で、障害児の医療需要が年齢とともに変化すること、医療的ケアの需要が増加していること。しかしながら、学校で医療的ケアを安心して行うためには様々な課題があること、医療現場での障害児への対応は不十分であることなどが明らかとなった。特に、学校での医療的ケアは大阪では他の地区に比べて積極的に取り組まれているが、医療機関との連携や校医の役割に対する期待が大きい⁵⁾。

しかし、一方では問題解決のための試み、動きも活発になっている。特に分担協力者が中心に行っている活動として以下のものがあげられる。

1) 「医療と教育研究会」(東京)、「大阪養護教育と医療研究会」⁶⁾などの公開研究会、2) 「医療的ケアへの理解と推進」厚生大臣への要望書⁷⁾ 3) 養護学校での実践報告(京都呉竹、東京小平武蔵分校など)、4) 学校保健委員会の活性化と校医の役割の検討(大阪交野養護)、5) 障害児医療に関する医師向け講習(心身障害児総合医療療育センター)、6) 障害児ドックの試み⁸⁾(大阪市立総合医療センター)、7) 医師会での問題提起⁹⁾(大阪府医師会)

今後の検討課題：障害児の医療的ケアにかかわる問題点は上に述べたごとく明らかになりつつあるが、問題解決と医療的ケアの充実を図るには、今後検討すべきことも多い。

第1に医療的ケアの定義についてである。導尿、経管栄養、吸引などは従来医療行為の一環として行われてきた。現在では家庭などで日常介護の一環として行われている。しかし、それらは、医師の指示、指導の下に行われる必要があるので医療的ケアと呼ばれことになった。

医療的ケアという言葉は「医療」という語が目立つために、本来医師が行うべきものを(教育の保障、社会参加の保障のために等々)親や、教員がやむを得ず肩代わりして行う行為と考えられがちである。しかし、明らかに医療技術者以外のものが行う行為は医療行為とはいえない。吸引を医師がすれば医療行為、看護婦がすれば看護行為、親がすれば養育行為、教師がすれば教育行為である。同じ「マニュアル」通りに行ってもする者によって、目的も意味も効果も異なる。それは機能訓練を実施者、従って実施目的により理学療法、障害児看護、養護訓練などと呼ぶ同じである。従って、「医療的ケア」を定義するにあって、行為の内容よりも、まずは教育における位置づけを明らかにすることが必要である。学校における「医療的ケア」は「医療的配慮と連携を必須とする教育行為」と定義付けたほうが理解されやすし、ケアの目的、限界を明らかにすることができる。また、個々の状況にあったケアの内容とすることができる。

次に、医療的ケアを推進するために最も重要な課題はバ

ックアップ体制の整備である。教育環境以上に障害児をめぐる保健・福祉・医療環境には地域性がある。医療的ケアは「医療的配慮と連携を必須とする行為」であるから、全国一律に「医療的ケア」の内容を定め実施するには問題が多い。地域の事情に合わせて柔軟な対応がとれるようにすべきである。

学校医や地域の医療機関の役割は今後極めて重要になるが、これらが有用に機能するかは、関係団体の理解が得られるかにかかっている。とりわけ医師会、小児科学会、小児神経学会、などの理解と協力が重要である。医療界における障害児教育との連携の意義が明らかにされれば、学校だけでなく障害児の医療環境そのものが改善される。また、訪問医療、訪問看護などとの連携について保健所など地域の保健福祉機関の協力が望まれる。医療的ケアは単に学校の問題ではなく、保育・療育機関、就学後の施設での問題でもあるからである。

最後に、保護者の参画を推進することが重要である。個々のケアについては保護者の意思と要請によるのは言うまでもないが、保護者の意見を代表する機関(保護者会など)の意見を採り入れる必要がある。保護者の要請も教育者の対応も、社会的に同意と理解が得られるものでなければならない。医療的ケアの実施責任を現場の教師がとれないことが推進の大きな障壁になっている。医療的ケアの内容は保護者会などの立場を同じくする人々の了解得ること前提となるべきであり、推進に当たって保護者会などの参画と応分の責任を求めることが重要と思われる。

参考文献：

- 1 富和清隆、大塚信行、川藤寿、尾崎 元、白石一浩：学童期以降(6歳～18歳)の障害児の医療需要に関する調査、厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成のシステム化に関する研究」平成8年度研究報告書、pp231-233、1997
- 2 富和清隆、大塚信行、川藤寿、尾崎 元、白石一浩：学童期以降(6歳～18歳)の障害児の医療需要に関する調査、健康と介護上の問題について 厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成のシステム化に関する研究」平成9年度研究報告書、pp72-73、1998
- 3 富和清隆、千代豪昭、船戸正久 他：義務教育における医療的ケアと医療機関との連携に関するアンケート 平成10年度大阪府医師会総会
- 4 富和清隆 大塚信行、川藤寿、尾崎 元：障害児医療に対する小児科勤務医師の意識調査(作成中)
- 5 富和清隆：学童期以降の障害児の医療ケア 小児科診療 927-932、1998
- 6 大阪養護教育と医療研究会 活動報告 第1集 pp1-106、1999
- 7 障害児者の療育・医療に携わる関東地区医師有志 要望書 平成10年3月3日
- 8 大阪市立総合医療センター：障害児ドック、1997

平成10年度子ども家庭総合研究「要観察児等ハイリスク児の育児支援及び療育体制の確立に関する研究」分担研究：学童期の療育指導のあり方

学校教育における「医療的ケア」のあり方—問題点と課題の、整理・検討

分担研究者：小西行郎(福井医科大学小児科)

研究協力者：北住映二(心身障害児総合医療療育センター外来療育部長)

はじめに

学童期の障害児の療育の諸問題の中で、経管栄養、痰の吸引、気管切開の管理、導尿、酸素療法、人工呼吸器療法など、家庭で日常的な介護行為として行われるようになってきた医療的介護行為、すなわち「医療的ケア」について、学校教育の場でどのように対応していくべきかということが、教育現場で現在きわめて重要な課題となっていることは、言うまでもない。この問題は、学童期の障害児とその家族への、療育・支援の在り方についての大きな課題の一つでもある。

全国肢体不自由養護学校長会等の調査により、肢体不自由養護学校に在籍中の生徒の10～20%が日常的に医療的ケアを要していること、5～10%の生徒は学校においてもその医療的ケアを要すること、これは大都市圏だけではなく全国的な状況となってきていることが、示されてきている。このように、ニーズの把握は既になされている。そして、昨年度の研究で明らかにされたように、既に多くの学校で多くの児童に対して、多くは一般教員によって、医療的ケアの実施の取り組みがなされつつある。しかし、地域差・学校差もきわめて大きく、多くの問題と課題を抱えているのが現状である。

このような状況の中で、今後の望ましい対応策を進めるための調査研究をさらに行い、関係者のコンセンサスが得られるようなガイドラインの作成等の作業をしていく必要がある。

このテーマでの3年間の作業の1年目として、今年度、基本的課題や具体的問題点についての、資料収集、検討、研究班での討議を行い、今後な

すべき作業の検討を行った。

1. 基本にあるグローバルな問題・課題

「学校教育の場における医療的ケアのあり方」の問題の基本には、グローバルには、医療、教育、福祉のそれぞれに、次のような課題が、存在する。

(1)「医療」の課題—在宅医療の担い手をどう考えるか

難病・慢性疾患児、重度障害児において、在宅医療での対応をしながら自宅で生活するケースが増加している。これは、重い障害や難病があっても地域家庭での生活を送れるようにという積極的な意義にもよるが、医療費抑制政策により長期入院が困難になっており退院せざるを得ないこと、このようなケースでの施設入所のキャパシティが相対的に乏しいということも一因となっている。これに伴い、家庭、学校通園施設等、地域の生活の場において医療的対応、医療的ケアを要する場合が増大しつつある。このように地域で増大する医療的対応のニーズに誰がどう対応していくか、在宅医療の担い手をどう考えていくかという課題がある。家族だけによる対応では家族への精神的身体的な過剰負担となっている場合も多い。また、訪問看護による対応も現行制度では不十分である。

この状況に対し二つの対策があり得る。第一は、看護婦による対応をより充実することで対処していくことである。看護婦の対応をさらに充実するのは必要である。しかし、実質的には時間的にも限界があり、対応の拡がりや発展性は限定せざ