

育療

36

2006.9

特集

- 障害児・者に対する支援法をめぐって 中塚 博勝 1
- 「障害者自立支援法」について 中塚 博勝 2
- 「障害者自立支援法」について 藤井 茂樹 16
- 病弱養護学校に在籍する精神疾患のある
児童生徒への取り組み 萩庭 圭子 20
- 病弱養護学校（病院併設）における養護教諭が行なう連携の一考察
～心身症児童生徒等の取り組みを中心に～ 藤川安芸子 26
- 平成 17 年度事業報告 32
- 平成 17 年度会計決算報告 33
- 平成 18 年度役員等名簿 34
- 平成 18 年度事業計画 35
- 平成 18 年度会計予算 36

編集委員

特集

障害児・者に対する支援法をめぐって

中塚 博勝（社会福祉法人大泉出学園大根旭出福祉園）

この1, 2年障害児・者の教育や福祉にかかわる支援法が新たに制定されました。特別支援教育、発達障害者支援法そして障害者自立支援法がそれです。これらの法は、ある意味でこれまで法の谷間に置かれて支援の対象にされてこなかった人たち（軽度発達障害、精神障害等）を教育や福祉の制度で適切な支援を行おうとするものです。

今号では、新しい法について皆様のご理解をいただくことを目的に、発達障害者支援法・障害者自立支援法の解説を特集いたしました。

藤井茂樹先生には、障害者自立支援法を基本において特別支援教育や発達障害者支援法と関連付けながら現状と課題の分析をされた報告を頂きました。

筆者（中塚）は、障害者自立支援法の概要を厚生労働省から示された文書等を引用して法の基本的な理念や仕組みについて書かせていただきました。

ひとり一人の子どもの支援に取り組もうとするとき、他領域との連携の大切なことはいまでもありません。法制度に対する理解は、支援の拠り所となるものと思います。是非お目通しいただきますようお願い申し上げます。

さて、障害者自立支援法は、平成16年10月「新たな障害者福祉にかかわるグランドデザイン案」として厚生労働省から発表されました。その後17年8月には国会解散により一度は廃案になりましたが、同年10月の臨時国会で「障害者自立支援法」として成立したものです。法の内容は本文に掲載しました。

当初、この法は私たち知的障害福祉にかかわるものにとって、どちらかといえば肯定的に受け止められていました。特に、これまで福祉サービスの対象とされていなかった精神障害者に福祉の網がかけられるようになったこと、地域生活移行や就労支援の推進に向けた施策など、障害者福祉の

積極的な改革が謳われていたからです。

しかし、法の施行にかかわる政省令が示されるにつれて抗議の声が高くなり、いまこの法に肯定的な立場を取る人たちは皆無という状況になっています。課題を整理すると以下ようになります。

1) 障害特性が正しく判定されにくい区分判定が行われる。

介護保険における介護度認定のために用いられたのと同じ尺度を三障害（精神・身体・知的）の障害程度区分判定に使用するため、障害特性が正しく反映されにくい。

2) 障害程度区分によってサービスの利用が制約される

障害程度区分によって、サービスの利用が制約される。自己選択自己決定の理念が犯される。

3) 不十分な所得保障

十分な所得保障もされないままに、サービス利用の対価を応益負担として多額な自己負担が課せられること。これによって、サービスの利用を手控えたり、利用そのものを断念したりという事態が起こっている。

4) 不十分な基盤整備

十分な基盤整備もなされぬうちに地域生活や就労の推進を図ることは困難である。さらには、グループホームやケアホームに対する給付額を事業の存続が危ぶまれるほどの低い水準に設定され、理念に逆行するような仕組みになっている。

このほかにもさまざまな課題が指摘されているが、私たちは障害者の福祉を後退させないよう関心を持ち続けていかなければなりません。こうしたことについて、機会を得てともに検証することが望まれます。総じて、障害者自立支援法は、障害者の福祉の向上というより、後退が憂慮されるものであり、皆様も大きな関心を持って見守って下さることをお願い申し上げます。

「障害者自立支援法」について

中塚 博勝（社会福祉法人大泉出学園大根旭出福祉園）

はじめに

2005年10月31日に障害者自立支援法が成立した。これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいていた福祉サービスや公費負担医療などを共通の制度の中で提供する仕組みにするとともに、増大する福祉サービスの費用を負担するため、利用したサービスの量と所得に応じた負担を利用者に求める制度となっている。

この新しい法律は、これからの障害福祉施策を推進する基本的な理念を示したものといわれている。2006年4月1日から法が施行されたが、いまだ政省令の内容をめぐる障害関係団体とのやりとりが続けられており、流動的な部分もあるが、ここでは、国や関係機関の資料にしたがって障害者自立支援法の基本的なことについて紹介することとする。

1. 障害者自立支援法のポイント

1) 障害者の福祉サービスを一元化

(1) 給付の対象

身体障害者、精神障害者、知的障害者、障害児を給付の対象とし、障害種別に関わりなく共通のサービスを共通の制度で提供することになる。

これまで、障害種別ごとに定められていた法（身体障害者福祉法・知的障害者福祉法・精神保健福祉法）によって提供されていたサービスを障害者自立支援法によって行うことで3障害の制度格差を解消することとなる。サービスの提供主体は市町村に一元化され、都道府県はこれをバックアップする。

(2) 自立支援給付の内容

①介護給付の創設

ホームヘルプ、ショートステイ、入所施設、ケアホーム等のサービスが「介護給付費」として位置づけられた。

②訓練等給付費の創設

自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、グループホーム等のサービスが「訓練等給付費」として

位置づけられた。

*自立訓練～地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な身体障害者に対して、理学療法や作業療法等の身体的リハビリテーションや歩行訓練やコミュニケーション、家事等の訓練を実施する。

知的障害者・精神障害者に対して食事や家事等日常生活能力を向上するための支援。日常生活上の相談支援や就労移行支援事業所等のサービス機関との連絡調整等の支援。これらを通じて、地域生活への移行を目指す。

*就労移行支援～一般就労等を希望し、一定期間にわたって知識・能力の向上や企業等とのマッチングを図ることにより、就労等の見込まれる者に対して、事業所内や企業において、作業や実習を実施。適性に合った職場探しや就労後の職場定着のための支援を実施。これらを通じて、一般就労に必要な知識・能力を養い、適性に合った職場に就労・定着を図る。

*就労継続支援～就労移行支援事業等を利用したが、一般企業等の雇用に結びつかない者等であって、就労機会の提供を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上を図ることにより、雇用契約に基づく就労が可能な者に対して、事業所内において、雇用契約に基づいて就労の機会を提供。これらを通じて、一般就労に必要な知識・能力が高まった者は、一般就労への移行に向けて支援。

③自立支援医療費の創設

これまでの更生医療、育成医療、精神障害者通院医療費の3つの公費負担医療が「自立支援医療費」に再編される。

障害に係る公費負担医療制度間での負担の不均衡を解消し、医療費の多寡と所得の多寡に応じた、公平な負担が課せられる。入院時の食費も自己負担となる。

(3) 地域生活支援事業の創設

地域の実情に応じて柔軟に行われることの望ましい事業として、相談支援、移動支援、日常生活

用具、手話通訳等の派遣、地域活動支援等の事業が「地域生活支援事業」に再編される。

2) 利用の手続や基準の透明化、明確化

(1) 障害程度区分の認定と支給決定

福祉サービスの個別の必要度を明らかにするために、新たに設けられる「市町村審査会」の審査と判定に基づいて、市町村による障害程度区分の認定が行われる。給付を受けるために利用者からの申請に基づいて市町村の支給決定が必要となる。

(2) ケアマネジメントの制度化

適切な支給決定とさまざまなサービスを組み合わせさせたサービスの計画的な利用を支援するために、市町村または相談支援事業者によるケアマネジメントが導入される。

3) サービス量と所得に応じた利用者負担

(1) 原則は定率1割負担

①障害福祉サービスの利用者負担

食費や光熱水費が実費負担となり、サービスの量に応じた定率1割負担となるが、所得に応じた月額上限が設けられる。

②公費負担医療の利用者負担

新たな自立支援医療費では、医療費の1割（定率負担）となりますが、所得に応じた月額上限が設けられる。

③在宅福祉サービスの義務的負担化

これまで国が補給するしくみであった在宅福祉サービスを含めて介護給付、訓練等給付の費用は国が予算を補正してでも義務的に負担しなければならない仕組みとなる。

4) 社会資源活用のための規制緩和

市町村が地域の実情に応じて取組み、身近な地域でサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗の活用を可能とする規制緩和が行われる。

5) 障害福祉計画によるサービスの確保

国の定める基本方針に即して、都道府県、市町村が障害福祉サービスや地域生活支援事業等の提供体制を確保するために「障害福祉計画」を定めることとなった。

2. 何がどのように変わるのか

1) サービス体系が変わる

(1) 居宅・施設の枠組みを超え、新たなサービス体系にこれまで、障害者福祉サービスは、居宅サービス（ホームヘルプ・デイサービス・ショートステイ・グループホーム）と、施設サービス（通所・入所）に大きく分けられていたが、今後は、図1にあるように、居宅や施設の枠組みを超えて、介護給付・訓練等給付・地域生活支援事業に再編成されることになる。

(2) 今までの施設機能は日中活動と居住支援に再編
新たなサービス体系への再編とあわせて、施設体系についても見直しが行われる。従来、障害種別ごとに設けられていた施設の種別・事業は、今後、療養介護・生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・地域活動支援センターの6つの「日中活動」と「居住支援」に再編される。

これは、①「地域生活支援」「就労支援」といった新たな課題に対応するために新しい事業を制度化する、②入所施設利用者についても日中活動と生活の場を分ける、③施設への入所期間が長期化するなど施設本来の機能と利用者の実態との乖離を解消する、といった3つの視点から行われる。

*療養介護～病院等への長期の入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする障害者に対して、病院等への入院による医学的管理の下食事や入浴等の介護を提供。併せて日常生活上の相談支援やレクリエーション活動等の社会参加活動支援を実施。また、声かけ、聞き取り等のコミュニケーション支援。これらを通じて、身体能力、日常生活能力の維持・向上を目指す。

*生活介護～地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護等の支援が必要な者に対して、食事や入浴、排せつ等の介護や日常生活上の支援を提供。併せて、軽作業等の生産活動や創作的活動の機会も提供。これらを通じて、身体能力、日常生活能力の維持・向上を目指す。

(3) 障害児施設・事業についても今後見直しを予定
障害児施設・事業のサービス体系については、今回の見直しの対象にはならない。「児童デイサービス」はそのまま残ることになっている。しかし、見直しをすることは予定されており、具体的には

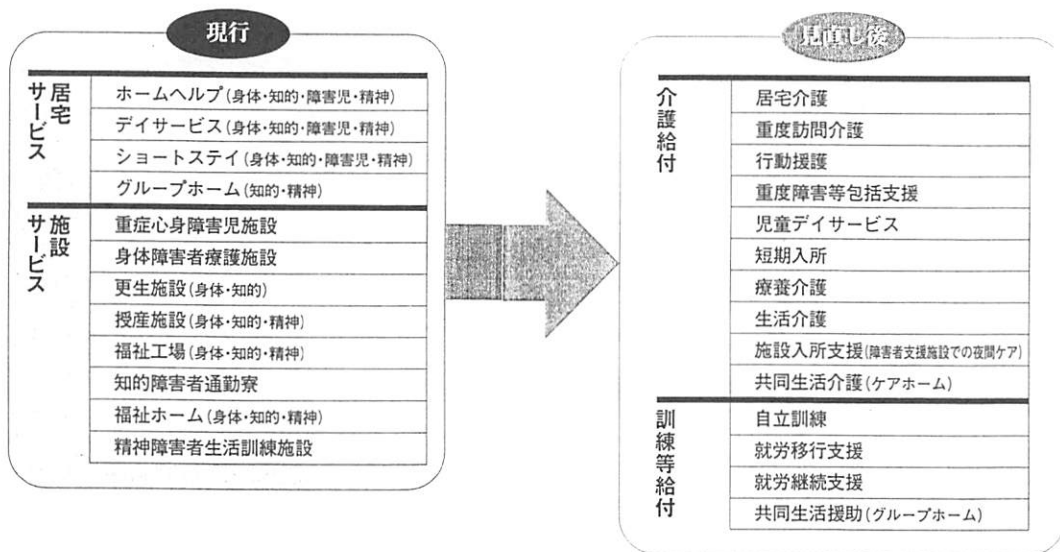


図1 福祉サービスに係る自立支援給付の体系の見直し

施設・事業体系の見直し

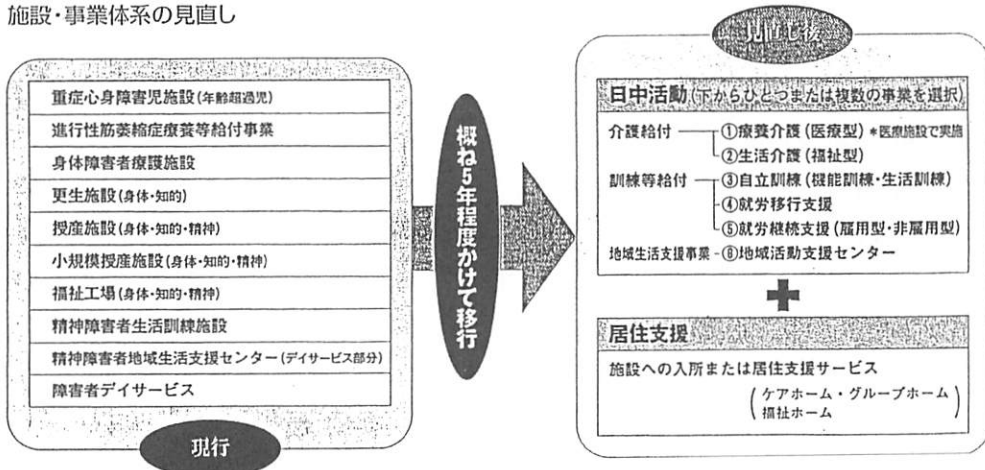


図2 施設・事業体系の見直し

障害児施設・事業の見直し

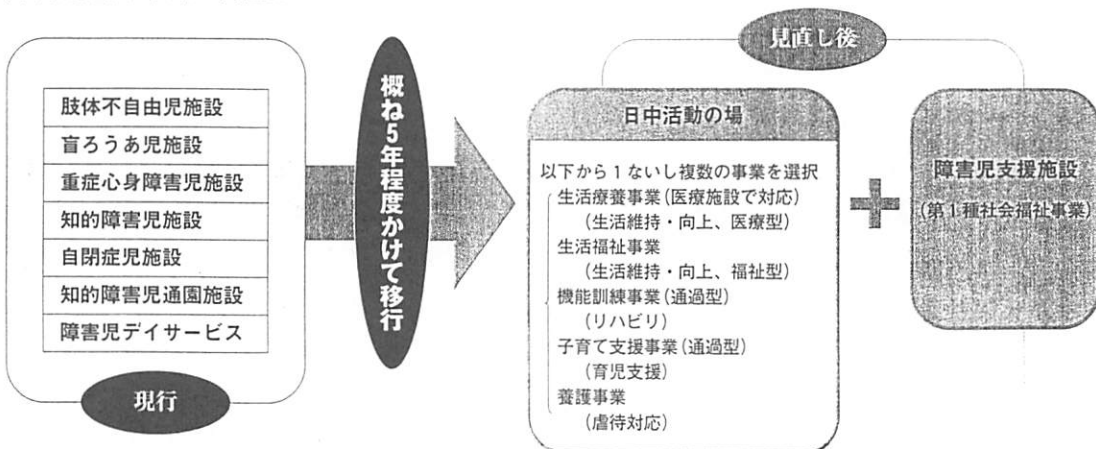


図3 障害児施設・事業の見直し

概ね5年後の施行を目指して、今後3年以内に結論を出すこととされている。

見直しに際しては、①行政がサービスの内容を決定する「措置制度」から契約によってサービスを利用することができるよう、仕組みを改める(措置権についても原則として都道府県から区市町村に移譲する)、②さまざまな年齢や障害程度の異なる児童が混在する等、実態の乖離を解消するため、サービス体系を機能に着目して再編し、効果的、効率的なサービス提供を目指す、③教育と連携を図りつつ「発達支援・育児支援システム」を体系的に整備するため、親の障害受容を促すための事業や、適切な発達を確保していくための事業を実施するといった3点が方針として示されている。

現時点では、図1～3のような見直しが考えられている。

3. 障害福祉サービスの利用手続き

1) 利用したい障害福祉サービスを選び居住地の市町村に申請をします。相談支援事業者に申請の代行を依頼することも可能である。

2) 市町村はアセスメントを行い、障害福祉サービスの必要性を明らかにするため、障害程度区分1～6に判定する。

3) 介護給付の障害程度区分の認定にあたっては、市町村審査会により二次判定が行われる。

4) 障害程度区分、介護者の状況、障害者本人や障害児の保護者の利用意向他、省令で定める事項を勘案し、支給の要否が決定される。

5) 訓練等給付は、そのサービスが障害者本人に適切かどうかを判断するために暫定支給決定が行われる。

6) 支給が決定した障害者(18歳未満の児童には保護者)に障害福祉サービス受給者証が交付される。

7) ①障害福祉サービスの種類及び内容、②就労支援、教育、インフォーマルサービス等必要なサービスとその利用時間などを計画する。計画の作成は、相談支援事業者に依頼することも可能である。特に計画的なプログラムに基づく支援が必要と認められた方には、事業者へサービス利用計

画作成費が市町村から支払われますが、利用者の負担はない。

8) 障害者は、指定事業者・指定施設とサービス利用契約を結びサービスを利用する。

9) 利用者負担額を指定事業者・指定施設に支払う。

10) 指定事業者・施設は、提供したサービスの請求書を月末までに作成し、翌月初めに市町村へ送付する。

11) 市町村は、請求内容を精査し、介護給付費、訓練等給付費を支給する。

4. 介護給付費・訓練等給付費支給決定の基準と内容

1) 支給決定の流れ

(1) 一次判定

障害程度区分の判定にあたっては、訪問調査が行われ、この調査結果をもとに、コンピューターによる一次判定が行われる。この調査は、市町村もしくは市町村から委託を受けた相談支援事業者が行う。

(2) 介護給付費～市町村審査会による二次判定

介護給付費の障害程度区分の決定にあたっては、市町村審査会により二次判定が行われる。一次判定で行った106項目の調査項目に特記された事項、医師の意見書をもとに、障害程度区分を認定する。

(3) 訓練等給付費～暫定支給決定

訓練等給付は、そのサービスが障害者本人に適切かどうかを判定するために、まず暫定支給決定が行われる。その後一定期間、訓練を行いその効果や本人の意思を確認した上で、本支給が決定される。

2) 障害程度区分とは

障害程度区分は、障害福祉サービスの必要性を明らかにするため障害者の心身の状態を総合的に示す区分で、全国統一の調査項目により認定される。調査は、介護保険の要介護認定の調査で用いられる79項目と自閉症や精神障害の行動特徴等を把握する27項目を加えた106項目(別添資料1,2参照)の調査により行なわれる。介護の必要度に応じ、区分1から区分6までの6段階で認定される。

3) 支給決定時のアセスメント項目

3 障害の特性を反映できるような共通の基準が用いられる。支給決定は、①障害者の心身の状態(障害程度区分)②介護を行う者の状況③サービス利用意向の具体的内容④地域生活の状況⑤就労の状況⑥日中活動の状況⑦居住の状況⑧サービスの提供体制の整備、といった諸事情を総合的に勘案して行われることになっている。

5. 障害福祉サービスの利用者負担……利用者負担と負担軽減

1) 定率負担

障害福祉サービスについては、これまでの応能負担から原則1割の定率負担が導入されるとともに食費、光熱水費が実費負担となる。但し、定率負担の費用は、基本的には利用したサービス量に比例しているが、際限なく負担が増えすぎないように所得によって月当たりの上限額が設定されている。

2) 個別減免・社会福祉法人減免

上限額を設定してもなお、負担は厳しいとの考えから盛り込まれたのが、資産の少ない方のために設けられた「個別減免」または「社会福祉法人減免」の制度である。

これは上限額をさらに下げる仕組みで、本人名義の預貯金等が350万円以下等という条件が示されている。

個別減免の対象者は、施設入所者(20歳以上)とグループホーム入居者で、収入によって負担が減額される。

社会福祉法人減免の対象者は、自宅から通所施設に通う方や、20歳未満で施設に入所している方は利用することができる。これは社会福祉法人の提供するサービスを利用する場合に、一つの事業者について1割負担の上限を半額にする仕組みである。

3) 食費・光熱水費の軽減措置

1割負担の費用だけでなく、原則自己負担となる食費・光熱水費についても軽減措置がある。「生活保護」「低所得1(保護者の収入が年収80万円以下)」「低所得2(市町村民税非課税世帯のうち「低所得1」に該当しない方)」の方が通所サービ

スやショートステイを利用する場合、食費のうち人件費相当分の1日420円が減額されます。グループホームから適所施設に通う場合も同様である。

6. 今なぜ法の改正が必要なのか

1) 障害者福祉施策の変遷

「福祉」ということばが用いられるようになったのは、1947年児童福祉法成立以後である。それ以前には、社会事業、慈善事業が使われていた。明治7年に制定された「恤救規則」以来、国の施策は救貧救済が中心であって、障害者に対する施策は皆無に等しかった。

明治維新以降、福祉に関わる法的な整備は、明治7年に制定された「恤救規則」に示された考え方(貧困状態にある者の救済は、血縁・地縁関係などの相互扶助による)に長い間支配され、国の責任において福祉施策を実施する機運は高まらないままに70年近い歳月が経過した。第二次世界大戦終了後GHQの支配下におかれたが、その間に今日の福祉施策のさきがけとなった法の整備がなされた。昭和21年(1946年)生活保護法の制定、昭和22年(1947年)児童福祉法成立、昭和24年(1949年)に身体障害者福祉法が成立、ついでこれら社会福祉事業の全分野共通の基本的事項を規定する法律として、昭和26年(1951年)社会福祉事業法が成立した。

一方、知的障害児は、児童福祉法の中で知的障害児施設が法的に規定され施設に入所できるようになっていたが、18歳以上の知的障害者に対する援助の手立ては何も講じられていなかった。昭和25年(1950年)に制定された精神衛生法(現在の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)では、知的障害者を精神障害者の一部としてとらえているなど、知的障害者に対する専門的な援助は行われていなかった。

知的障害者に対する法の成立は、昭和35年(1960年)精神薄弱者福祉法(現在の知的障害者福祉法)まで待たねばならなかった。この法の成立は、まさに保護者はもとより多数の関係者の運動の成果であると言っても過言ではない。

そして、昭和45年(1970年)心身障害者の総合的な福祉施策を定めた心身障害者対策基本法(現

在の障害者基本法)が成立した。

しかし、これら福祉法の下では、それぞれが必要とするサービスが行政により決められる仕組み(措置制度)になっていて、当事者は、自分が受けたサービスを選択することができにくく(利用者による申請やサービスの選択が制度上保障されない仕組み)ある意味で上から与えられる福祉ともいわれた。措置制度については賛否両論あり、いちがいにどちらとも決められない。実際、この制度は50年余り福祉の現場を支配してきたのである。

1998年(平成10年)に中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会が提出した「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」では、次のような基本的方向に沿った改革を進める必要があると述べている。

- ・サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立
- ・個人の多様な需要への地域での総合的な支援
- ・幅広い需要に応える多様な主体の参入促進
- ・信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の確保
- ・情報公開等による事業運営の透明性の確保
- ・増大する費用の公平かつ公正な負担
- ・住民の積極的な参加による福祉の文化の創造

こうした改革の必要性は、少子高齢化の急速な進行と、経済情勢に影響される国の財政状況の悪化(財源不足)、社会環境の変化に伴い、福祉の対象者の拡大が見込まれること、こうした背景を受けて従来の社会福祉の基礎構造を改革する動きが起こったのである。基礎構造とは、高齢者福祉、児童福祉、障害者福祉などの個別の分野に共通する基本事項やその制度を意味する言葉である。

基礎構造改革がもたらした最も大きな変革は、措置制度の廃止と契約制度への転換である。とりわけ、障害福祉サービスのあり方も従来の行政が中心となって決めていた措置制度から、利用者が自らサービスを選択し、サービス提供者(事業者)と契約を結んだ上でサービスを利用する「支援費制度」に移行した。

しかし、平成15年度から開始されたこの制度は、わずか2年余りで破綻に追い込まれた。その理由を国は以下のように整理している。

①新たな利用者の急増に伴い、サービス費用が増大したこと。今後も利用者の増加が見込まれる中、現状のままでは制度の維持が困難になる。

②障害種別ごとに大きなサービス格差があり、精神障害者は支援費制度にすら入っていないなど、制度的にも様々な不整合がある。

③支援費支給決定に全国共通のルールがないため、全国で最大8倍もの地域格差が生じた。

④働く意欲のある障害者がかならずしも働けていない。養護学校卒業者の半数以上(56%)が福祉施設へ入所し、一方、就職のために施設を退所した人は、毎年1%程度である。

このような状況の中で、平成16年10月、国は障害者福祉のグランドデザイン案(現在の障害者自立支援法)を発表した。その提案理由は以下の通りである。

障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与するため、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な障害福祉サービス等が総合的に提供されるよう、自立支援給付を創設する等の措置を講ずる必要がある。これが、この法案を提出する理由である。

以上、障害者自立支援法の概要について述べてきた。最初に触れたように、この法の基本的な理念について正面から異論を唱える人は、おそらくいないと思われる。それは、社会福祉基礎構造改革の理念や目指す方向に沿ったものであり、望ましいあるべき姿を示したものとして評価できるためである。

社会福祉基礎構造改革では、個人が尊厳をもってその人らしい自立した生活を送れるよう支えるという社会福祉の理念に基づいて、個人の選択を尊重した制度を確立し、質の高い福祉サービスを拡充し、個人の自立した生活を総合的に支援するための地域福祉の充実を図る、とその理念を掲げている。

しかしながら、障害者自立支援法を施行することに関わる政省令に盛り込まれた内容は、障害当事者、保護者及び事業者に大きな不安を与え、混

乱を引き起こしている。それはひとことで言うならば、社会福祉基礎構造改革に謳われた障害者福祉の理念にもとるものであるためである。

巻末の資料1にみるように、知的障害者の障害程度区分判定のために用いられるのは、介護認定に使われるもので、知的障害者、自閉症等の発達障害者の障害特性を正しく反映できるとは言えない。

資料2には、特記事項、医師意見書、精神症状・能力障害の評価表、IADLスコア、および行動障害スコアを示したが、これらの結果を勘案しても、

判定に影響を与えることはない。こうした不適切な判定によって出された障害程度区分によって福祉サービスの選択が制約されることは不合理極まりないことといわざるを得ない。

去る6月6日東京日比谷公園野外音楽堂他に5,000人を超える関係者を集めて、障害程度区分の見直しを求める抗議集会がもたれた。ここで、そのひとつひとつについて述べることは省くが、知的障害者の安心した暮らしを守るために、私たちは、この法の行方を注意深く見守っていかねばならないと思っている。

認定調査票

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

特記事項 ⇒ 1

1. ない	2. 左上肢	3. 右上肢	4. 左下肢	5. 右下肢	6. その他
-------	--------	--------	--------	--------	--------

1-2 関節の動く範囲の制限の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

⇒ 1

1. ない	2. 肩関節	3. 肘関節	4. 股関節	5. 膝関節	6. 足関節	7. その他
-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

2-1 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 2

1. つかまらないうでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
----------------	----------------	---------

2-2 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 2

1. つかまらないうでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
----------------	----------------	---------

2-3 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 2

1. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえればできる	4. できない
--------	-----------------	----------------	---------

2-4 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 2

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

2-5 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 2

1. つかまらないうでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
----------------	----------------	---------

2-6 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 2

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

2-7 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 2

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

3-1 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 3

1. つかまらないうでできる	2. 何かにつかまればできる	3. できない
----------------	----------------	---------

3-2 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 3

1. 支えなしでできる	2. 何か支えがあればできる	3. できない
-------------	----------------	---------

3-3 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 3

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
--------	---------	--------	-----------

4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無について、あてはまる番号に○印をつけてください。

⇒ 4

ア. じょくそう(床ずれ)がありますか	1. ない	2. ある
イ. じょくそう(床ずれ)以外で処置や手入れが必要な皮膚疾患等がありますか	1. ない	2. ある

4-2 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 4

1. できる	2. 見守り等	3. できない
--------	---------	---------

4-3 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-4 飲水について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

4-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 4

1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
--------	---------	---------	--------

5-1 清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 5

	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
ア. 口腔清潔(はみがき等)	1	2	3
イ. 洗顔	1	2	3
ウ. 整髪	1	2	3
エ. つめ切り	1	2	3

5-2 衣服着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 5

	1. できる	2. 見守り等	3. 一部介助	4. 全介助
ア. 上衣の着脱	1	2	3	4
イ.ズボン、パンツ等の着脱	1	2	3	4

5-3 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

5-4 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

5-5 電話の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

⇒ 5

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

資料1 続き

5-6 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 5

1. できる 2. 特別な場合を除いてできる 3. 日常的に困難 4. できない

6-1 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 6

1. 普通（日常生活に支障がない）
 2. 約1m離れた視力確認表の図が見える
 3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
 4. ほとんど見えない
 5. 見えているのか判断不能

6-2 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 6

1. 普通
 2. 普通の声がやっと聞き取れる
 3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
 4. ほとんど聞えない
 5. 聞えているのか判断不能

6-3-ア 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 6

1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる
 2. ときどき伝達できる
 3. ほとんど伝達できない
 4. できない

6-3-イ 本人独自の表現方法を用いた意思表示について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 6

1. 独自の方法によらずに意思表示ができる。
 2. 時々、独自の方法でないと意思表示できないことがある。
 3. 常に、独自の方法でないと意思表示できない。
 4. 意思表示ができない。

6-4-ア 介護者の指示への反応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 6

1. 介護者の指示が通じる 2. 介護者の指示がときどき通じる 3. 介護者の指示が通じない

6-4-イ 言葉以外のコミュニケーション手段を用いた説明の理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 6

1. 日常生活においては、言葉以外の方法（ジェスチャー、絵カード等）を用いなくても説明を理解できる。
 2. 時々、言葉以外の方法（ジェスチャー、絵カード等）を用いないと説明を理解できないことがある。
 3. 常に、言葉以外の方法（ジェスチャー、絵カード等）を用いないと説明を理解できない。
 4. 言葉以外の方法を用いても説明を理解できない。

6-5 記憶・理解について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 6

- | | | |
|-------------------------|--------|---------|
| ア. 毎日の目標を理解することが | 1. できる | 2. できない |
| イ. 生年月日や年齢を答えることが | 1. できる | 2. できない |
| ウ. 面接調査の直前に何をしていたか思い出すが | 1. できる | 2. できない |
| エ. 自分の名前を答えることが | 1. できる | 2. できない |
| オ. 今の季節を理解することが | 1. できる | 2. できない |
| カ. 自分がいる場所を答えることが | 1. できる | 2. できない |

7 行動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 7

- | | | | |
|--------------------------------|-----------|-----------|----------------------------|
| ア. 物を奪られたなどと被害的になることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| イ. 作話をし周囲に苛いふらすことが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ウ. 実際になじいものが見えたり、聞えることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| エ. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| オ. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| カ. 暴言や暴行が | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| キ. しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ク. 大声をだすことが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ケ. 助言や介護に抵抗することが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| コ. 目的もなく動き回ることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ク. 「家に帰る」等と苛い雑ち着きがないことが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| セ. 外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ソ. 1人で外に出たがり目が離せないことが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| タ. いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| チ. 火の始末や火元の管理ができないことが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| テ. 物や衣類を壊したり、破いたりすることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ト. 不潔な行為を行う（排泄物を弄ぶ）ことが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ツ. 食べられないものを口に入れることが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある (3A. 週1回以上 3B. ほぼ毎日) |
| タ. ひどい物忘れが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ト. 特定の物や人に対する強いこだわりが | 1. ない | 2. ときどきある | 3. ある |
| ナ. 多動または行動の停止が | 1. ない | 2. 希にある | 3. 月に1回以上 |
| ニ. パニックや不安定な行動が | 4. 週に1回以上 | 5. ほぼ毎日 | 3. 月に1回以上 |
| エ. 自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為が | 1. ない | 2. 希にある | 3. 月に1回以上 |
| ネ. 叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為が | 4. 週に1回以上 | 5. ほぼ毎日 | 3. 月に1回以上 |

資料1 続き

ノ. 他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくることが	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
ハ. 環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことが	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日 (ほぼ外出のたび)	3. 週に1回以上
ヒ. 突然走っていなくなるような突発的行動が	4. 日に1回以上	5. 日に頻回	3. 週に1回以上
フ. 過食、反すう等の食事に関する行動が	1. ない	2. 希にある	3. 月に1回以上
ヘ. 気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力も低下することが	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日	3. ある
ホ. 再三の手洗いや、繰り返しの確認のため、日常動作に時間がかかることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
マ. 他者と交流することの不安や緊張のため外出できないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ミ. 一日中横になっていたりと、自室に閉じこもって何もしないでいることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ム. 話がまとまらず、会話にならないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
メ. 集中が続かず、いわれたことをやりとおせないことが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
モ. 現実には合わず高く自己を評価することが	1. ない	2. ときどきある	3. ある
ヤ. 他者に対して疑い深く拒否的であることが	1. ない	2. ときどきある	3. ある

8 過去14日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。
(複数回答可) ⇒ 8

処置内容	1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ (人工肛門) の処置
	5. 酸素療法	6. レスピレーター (人工呼吸器)	7. 気管切開の処置	
特別な対応	8. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
失禁への対応	10. モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)	11. じょくそうの処置		
	12. カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)			

9-1 調理 (献立を含む) について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-2 食事の配膳・下膳 (運ぶこと) について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-3 掃除 (整理整頓を含む) について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-4 洗濯について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 0

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-5 入浴の準備と後片付けについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-6 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-7 交通手段の利用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 9

1. できる	2. 見守り、一部介助	3. 全介助
--------	-------------	--------

9-8 文字の視覚的認識使用について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。 ⇒ 9

1. できる	2. 一部介助	3. 全介助
--------	---------	--------

資料2

特記事項

1 麻痺等に関連する項目についての特記事項
1-1 麻痺等の有無 1-2 関節の動く範囲の制限の有無

()
()
()
()
()

2 移動等に関連する項目についての特記事項
2-1 寝返り,2-2 起き上がり,2-3 座位保持,2-4 両足での立位保持,2-5 歩行,2-6 移乗,2-7 移動

()
()
()
()
()

3 動作等に関連する項目についての特記事項
3-1 立ち上がり,3-2 片足での立位保持,3-3 洗身

()
()
()
()
()

4 身の介護等に関連する項目についての特記事項
4-1 じょくそう(床ずれ)等の有無 4-2 えん下,4-3 食事摂取,4-4 飲水,4-5 排尿,4-6 排便

()
()
()
()
()

5 身の世話等に関連する項目についての特記事項
5-1 清潔,5-2 衣服着脱,5-3 薬の内服,5-4 金銭の管理,5-5 電話の利用,5-6 日常の意思決定

()
()
()
()
()

6 コミュニケーションに関連する項目についての特記事項
6-1 視力,6-2 聴力,6-3-ア意思の伝達,6-3-イ本人独自の表現方法,6-4-ア介護者の指示への反応,
6-4-イ言葉以外の手段を用いた説明の理解,6-5 記憶・理解

()
()
()
()
()

7 行動に関連する項目についての特記事項
7 行動(ア～ヤまで)

()
()
()
()
()

8 医療に関連する項目についての特記事項
8 医療

()
()
()
()
()

9 生活に関連する項目についての特記事項
9-1 調理,9-2 配下膳,9-3 掃除,9-4 洗濯,9-5 入浴準備,9-6 買物,9-7 交通手段,9-8 文字の視覚的認識
使用

()
()
()
()
()

医師意見書 (障)

記入日 平成 年 月 日 受給者番号 医療機関コード

申請者 (ふりがな) 男・女 連絡先 ()

明・大・昭 年 月 日生 (歳)

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 本意見書がサービス利用計画作成に利用されることに 同意する。 同意しない。

医師氏名 医療機関名 医療機関所在地 電話 () FAX ()

(1) 最終診察日 平成 年 月 日

(2) 意見書作成回数 初回 2回目以上

(3) 他科受診の有無 有 無 (有の場合) → 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日

1. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

3. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

入院歴 (直近の入院歴を記入)

1. 昭和・平成 年 月 年 月 (傷病名:)

2. 昭和・平成 年 月 年 月 (傷病名:)

(2) 症状としての不安定性 安定 不安定 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (精神疾患については、病状の不安定に関する所見も記載)

2. 特別な医療 (現在、定期的に、あるいは頻回に受けている医療)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法 レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養 (胃ろう) 吸引処置 (回数 回/日, 一時的 継続的) モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置 カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 行動上の障害の有無 (該当する項目全てチェック)

有 無 (有の場合) → 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊 火の不始末 不潔行為 異食 性的問題 その他 ()

(2) 精神・神経症状の有無 有 (症状名) 無 (有の場合) → せん妄 傾眠傾向 幻視・幻聴 妄想 失見当識 失語 失行 認知障害 記憶障害 (短期、長期) 注意障害 遂行機能障害 社会的行動障害 その他 ()

・ 専門医受診の有無 有 () 無

<てんかん> 有 無 (有の場合) → 頻度 (週1回以上 月1回以上 年1回以上)

(3) 身体の状態

利き腕 (右 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: 程度: 軽 中 重)

麻痺 左上肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重) 右上肢 (程度: 軽 中 重) 右下肢 (程度: 軽 中 重) その他 (部位: 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 肩関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重) 肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重) 肘関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重) 膝関節 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重) その他 (部位:)

関節の痛み (部位: 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動 - 上肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重) 体幹 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重) 下肢 右 (程度: 軽 中 重) 左 (程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重) その他の皮膚疾患 (部位: 程度: 軽 中 重)

4. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎 腸閉塞 易感染性

心肺機能の低下 痛み 脱水 その他 ()

→ 対処方針 ()

(2) 介護サービス (ホームヘルプサービス等) の利用時に関する医学的観点からの留意事項

・ 血圧について 特になし あり ()

・ 嚥下について 特になし あり ()

・ 摂食について 特になし あり ()

・ 移動について 特になし あり ()

・ その他 ()

(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい) 有 () 無 不明

5. その他特記すべき事項

障害程度区分認定やサービス利用計画作成に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

<精神障害の機能評価>

○精神症状・能力障害二軸評価: (精神症状: 能力障害:) (判定時期 平成 年 月)

○生活障害評価: (食事: 生活リズム: 保清: 金銭管理: 服薬管理: 対人関係: 社会的適応を妨げる行動:) (判断時期 平成 年 月)

1. 精神症状・能力障害二軸評価
申請者 医療機関名

Table with 2 columns: 精神症状・能力障害 (Mental symptoms/Ability impairment) and 同評価 (Same evaluation). It lists various symptoms like delirium, dementia, personality disorder, etc., with corresponding evaluation levels from 1 to 5.

(2) 能力障害評価
現在の日常生活能力の程度について、次のうちあてはまるものを1つ選択し、○をつけてください。
(詳細は別紙「能力障害」評価表を参照してください)

Table with 2 columns: 項目 (Item) and 回答欄 (Response column). It lists items like '生活リズム' (Life rhythm) and '食事' (Eating) with checkboxes for '必要' (Necessary) and '不要' (Not necessary).

現在の生活障害について、該当する項目を1つ選択し、○をつけてください。
No. 項目 回答欄

Main table with 7 rows and 2 columns: 項目 (Item) and 回答欄 (Response column). Items include '食事', '生活リズム', '保潔', '金銭管理', '服薬管理', '対人関係', and '社会的適応'. Each item has a list of specific symptoms or behaviors to be evaluated.

表1 IADLスコア表

調理(献立を含む)	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
食事の配膳・下膳(運ぶこと)	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
掃除(整理整頓を含む)	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
洗濯	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
入浴の準備と後片付け	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
買い物	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0
交通手段の利用	できる	0	見守り・一部介助	0.5	全介助	1.0

※各項目の点数を総計した点数について、7点満点(全項目が全介助)を6点満点に置き直して再計算した結果値をスコアとする。

表2 行動障害スコア表

泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
暴言や暴行	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
大声をだす	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
助言や介護に抵抗する	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
目的もなく動き回る	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
「家に帰る」等と言いつつも落ち着きがない	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
1人で外に出たがり目が離せない	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
いろいろなものを集めたり、無断でもってくる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
物や衣類を壊したり、破いたりする	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
特定の物や人に対する強いこだわり	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				
多動または行動の停止	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
パニックや不安定な行動	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
自分の体を叩いたり傷つけるなどの行為	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくる	ない	0	希にある	0.25	月に1回以上	0.5	週に1回以上	0.75	ほぼ毎日	1.0
環境の変化により、突発的に通常と違う声を出す	ない	0	希にある	0.25	週に1回以上	0.5	日に1回以上	0.75	日に頻回	1.0
突然走っていなくなるような突発的行動	ない	0	希にある	0.25	週に1回以上	0.5	日に1回以上	0.75	日に頻回	1.0
再三の手洗いや、繰り返しの確認のため、日常動作に時間がかかる	ない	0	ときどきある	0.5	ある	1.0				

「障害者自立支援法」について

藤井 茂樹（独立行政法人 国立特殊教育総合研究所教育支援研究部 総括研究員）

はじめに

障害のある人への施策が変わろうとしている。福祉においては障害者自立支援法の成立であり、教育では特別支援教育の取り組みである。平成14年12月、「リハビリテーション」及び「ノーマライゼーション」の理念を継承するとともに、障害者の社会への参加、参画に向けた施策の一層の推進を図るという、障害者施策の基本的方向を定めた障害者基本計画が閣議決定されたのである。社会のバリアフリー化の推進・利用者本位の支援・障害の特性を踏まえた施策の展開・総合的かつ効果的な施策の推進を図るという、横断的な視点を持ちながらの障害者対策である。さらに自立生活のための地域基盤の整備や経済自立基盤の強化、精神障害者施策の総合的な取り組みもあげている。教育・育成分野では、障害のある子ども一人一人のニーズに応じてきめ細かな支援を行うために、乳幼児期から学校卒業後まで一貫して計画的に教育や療育を行い、学習障害・注意欠陥多動性障害・自閉症などについて教育的支援を行うなど、特別なニーズのある子どもについて適切に対応することを求めている。以上のことを、具体的な施策に結びつけるため、ここ数年、福祉における法改正を実施したり、教育における支援の体制の整備をするという手だてが講じられてきた。しかし、この手だてが本当に障害のある人への支援になっていくのかどうか、今様々な意見が出ている。障害者自立支援法が成立したことにより、かえって障害のある人の生活が厳しくなったという現状もある。学習障害や注意欠陥多動性障害、高機能自閉症の子どもが通常学校に6%程度いるという実態から、特別支援教育ではその対応に苦慮しているのが現状である。

本報告では、障害者施策を障害者自立支援法の理念と施策から、障害のある人の実態と照らし合わせて検討する。合わせて、平成19年4月より全国の小中学校・特別支援学校で実施される特別支援教育の在り方と、障害者自立支援法との関連を

検討していきたい。

1. 障害者自立支援法

障害者自立支援法（以下、自立支援法という）の詳しい内容は、今回の特集の中で中塚博勝先生が詳しく述べている（中塚論文を参照）。本報告では、自立支援法がめざすものを障害のある人の生活という視点からみていくことにする。この法律は、障害のある人が地域で安心して暮らせる社会の実現をめざしている。支援の必要な人に必要な支援を行っていくことを基本にしており、「制度は共通に、支援は個別」にがキーワードである。

この自立支援法は、平成16年10月に出された今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン）に基づいている。理念は、障害者本人を中心にした個別の支援を、より効果的・効率的に進められる基盤づくりである。年齢や障害種別等に関わりなく、できるだけ身近なところで必要なサービスを受けながら暮らせる地域づくりを進めること、障害者が、就労を含めてその人らしく自立して地域で暮らし、地域社会にも貢献できる仕組みづくりを進めること、障害者を支える制度が、国民の信頼を得て安定的に運営できるよう、より公平で効果的な制度にすることである。この法律がねらっていることは、障害のある人にとって必要かつ十分な条件を満たしていることと考えていいのではないだろうか。

自立支援法の成立により、今までとは違って改善されたことに次のことがあげられる。

一つには、今まで、身体障害・知的障害・精神障害といった障害の種類ごとに縦割りでサービスが提供されていたので、施設・事業体制が分かりにくく、使いにくかったという実情があった。精神障害者は、支援費制度の対象になっていなかったのが、今回の法改正により支援の対象者となったのである。障害の種類を超えた共通の場で、それぞれの障害特性などを踏まえたサービス提供ができるようになり、比較的小規模な市町村におい

でもサービスが提供できるようになった。また、市町村が福祉サービスの提供に関する事務を一元的に行えるので、責任を持ってよりきめ細やかなサービスが提供可能となったことも改善点といえる。

次の改善点は、障害者の自立を一層支援するために、サービスの体系を施設という箱ものの単位ではなく、介護的なサービスや就労移行への支援といった障害の種類を超えた「事業」の単位に再編したことである。

また、養護学校の卒業者の半数以上が福祉施設に通っており、そのうち一般就労のために施設を出た人は1%にすぎない状況がある。障害者が地域で自立して生活していくためには、就労できる環境整備が必要であり、就労移行支援事業が創設された。雇用、福祉、教育などの関係機関で構成されるネットワークを充実させて、個々の障害者の状況に応じて、総合的な雇用支援プログラムを作成し実施していくのである。

福祉サービスを提供するうえでの決定されるプロセスを、透明化し明確化しようとしたことも改善点である。そして、障害者にかかる費用を、みんなで負担し合う仕組みを強化したのである。利用者の負担をサービスの利用量に応じたものに改め、サービスにかかる費用の1割を負担（定率負担）する。今後、新たなサービスの利用者が急速に増えることが予想され、その中でもサービス量を拡大していくことができるよう、みんなで費用を支え合う仕組みにした。このことで、障害者の生活を圧迫しているという訴えが、自立支援法一部実施のこの半年間に様々な地域で起こっている。

以上の幾つかの改善点と障害者の生活の実態から、課題となっていることをあげたい。それは、障害者の所得に関係なく使った分だけ負担するという応益負担である。支援費制度の時は、障害者の所得に応じて支払う（自分の能力の支払い能力に応じて）応能負担であった。現在、支援費を使っている障害者の95%が低所得者層であるという事実から、サービス利用を断念しなくてはならないという現象が起こってきている。応益負担による利用料徴収と食費などの実費自己負担による影響からである。

障害程度区分認定調査による混乱も起きている。一次調査判定項目106項目のうち79項目が介護保険項目であり、精神障害者や知的障害者、視覚・聴覚障害者等の障害程度が軽く判定されてしまっていることがある。認定調査員の専門性、認定審査会の審査委員の専門性の課題も大きい。以上のように、今差し迫った課題が出てきていることに対しては、早急に対応を考えるべきである。だからといって、今回の自立支援法全てを否定するのではなく、どのような支援の形態にすべきかをそれぞれの障害者の立場に立って考え、施策を打ち立てていかねばならない。行政担当者、当事者、専門家等が、今ある予算の中で、互いに知恵を出し合いながら、障害者一人一人の自立の在り方を検討していかななくてはならないのではないだろうか。

2. 特別支援教育

障害者自立支援法と特別支援教育がどのように関係しているか、この両者のことについて理解できていない教育関係者や福祉担当者が多いと考えられる。それは、縦割り行政の問題があり、目の前の状況に対してやるべきことは見えるのだが、今それらのことに対応していることが他の担当者とどう関係するか、考える時間もなければ、考えようとしなかったのである。障害者支援という共通用語はあっても、学齢期の障害児を支援する教育担当者は、盲・聾・養護学校や小中学校の特殊学級にいる子どもの学校教育における支援を考えてきた。そして福祉担当者は、児童の福祉サービス提供も考えるがその子の生活支援が中心であり、学校教育のことは教員が考えることだということで、それぞれの関係者が関係を持ちながらの支援はほとんどなかったといえる。

平成13年1月、「21世紀の特殊教育の在り方についての最終報告」（21世紀の特殊教育の在り方に関する調査協力者会議）では、障害のある子どもに対する特別な支援を適切に行うためには、一人一人の自立をめざし、乳幼児期から学校卒業後にわたって、教育、福祉、医療、労働等が一体となって、障害のある子ども及びその保護者等に対する相談と支援を行うための一貫した体制を整備することが必要であるとした。平成14年12月に閣

議決定された「障害者基本計画重点施策実施5か年計画」においても、関係機関が適切な役割分担の下に、一人一人のニーズに対応して適切な支援を行う計画を策定して効果的な支援を行うとしたのである。この障害者基本計画を受けて、平成15年3月に出された「今後の特別支援教育の在り方についての最終報告」（特別支援教育の在り方に関する調査協力者会議）では、従来の特殊教育の対象の障害だけではなく、学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）、高機能自閉症のある児童生徒を含めて、障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育ニーズを把握して、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善または克服するため、適切な指導及び必要な支援を行うとした。

つまり、障害のある子どもに対し、教育だけではなく福祉や医療・就労機関が連携して乳幼児期から学齢期、就労期まで一貫して支援することと、LD・ADHD・高機能自閉症等発達障害のある子どもも、特別支援教育や福祉等の支援の対象としたのである。それは、LD・ADHD等の発達障害児が小中学校の通常学級に6.3%いるという調査結果が出たことに起因すると考えられる。

平成17年4月、発達障害者支援法が施行された。この法律は、自閉症やLD、ADHD等の発達障害

者を早期に発見し発達支援を行うことや、学校教育における支援、就労の支援等を行い、彼らの自立及び社会参加など生活全般にわたる支援を図ることを、国及び地方公共団体の責務としてあげている。

しかし、この法律は理念法であり、発達障害者が直ちに福祉サービス等が受けられるという法律ではない。直接サービス提供に結びつく法律は、自立支援法なのである。自立支援法では、発達障害者や難病、高次脳機能障害者は支援の対象者に入っていない。発達障害者等の支援の必要性は理解できているのだが、財政的な問題等もあり、福祉サービスに関わる生活支援はまだ検討の段階であり、教育的支援を中心に組み込まれているのが現状である。障害者へのライフステージに応じた支援を図1に示す。障害の発見から、早期発達支援、障害児保育、特別支援教育、就労支援等一貫した支援が求められている。その支援の基盤は生活支援であり、その上に教育支援や就労支援がある。基盤となる生活支援が受けられるのは、知的障害者・身体障害者・精神障害者であり、発達障害者は対象外である。このことについての検討は早急にされるべきであり、限られた予算の中ではあるが、発達障害の特性に応じた支援がなされなければならない。今、求められていることは、教

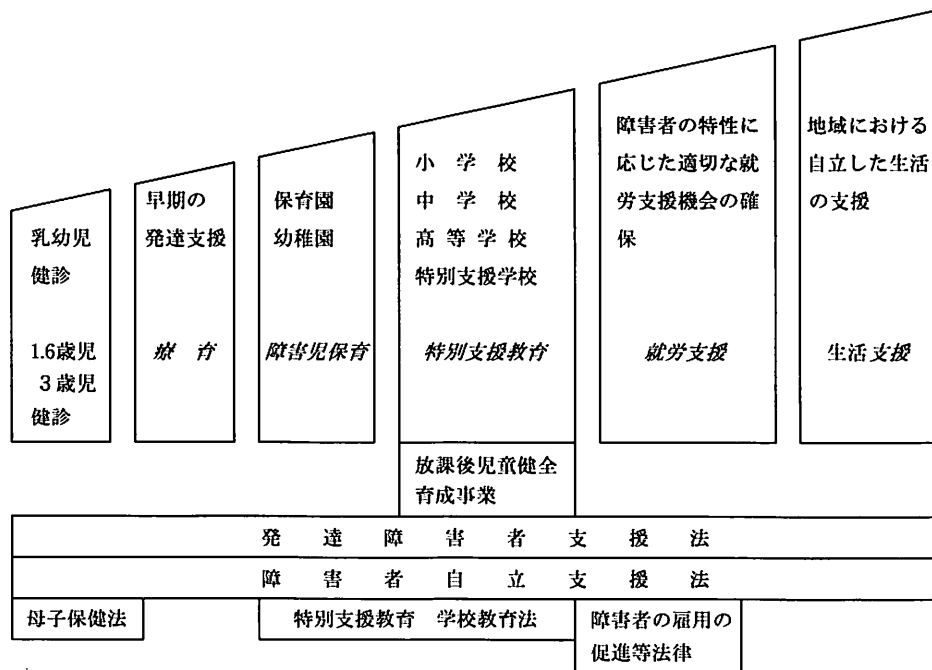


図1 ライフステージに応じた支援

育者だけではなく、福祉担当者や保健師、就労支援担当者、医療従事者等が互いに協力しながら必要な支援を、必要な時に適切に提供できるネットワークの形成と個々の障害者へのマネジメントであると考えている。

3. おわりに

障害者自立支援法と特別支援教育の視点から、障害児者施策について述べてきた。障害者基本計画において、我が国がめざすべき社会は、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会とする必要があると述べている。このめざす社会に向かって、一人一人の国民がなすべき責務を果たすことは当たり前である。また、障害のある人と関わる専門家や行政担当者、教育担当者等は、今、障害児者支援の施策として立ち上げた障害者自立支援法を障害のある人にとってよりよきものにするのと、特別支援教育を通して、障害のある人もない人も互いに支え合い、尊重しあえる基盤を作ることを求められているのである。

発達障害者支援法を、理念法から支援の施策に関する法律にかえることも急務である。

私たち一人一人のやるべき課題が多い状況ではあるが、今、がんばる時なのではないだろうか。

《文 献》

- 1) 厚生労働省障害保健福祉部：今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）、2004.
- 2) 松嶋 賢：障害者自立支援法による改革. 総合リハビリテーション, 34. 719-729. 2006.
- 3) 21世紀の特殊教育の在り方に関する調査協力者会議：21世紀の特殊教育の在り方について（最終報告）、2001.
- 4) 塩見洋介：「障害者自立支援」施行後に見えてきた実態と不安, 今後の取り組み, みんなのねがい, 472. p20-23. 2006.
- 5) 障害者施策推進本部：障害者基本計画 重点施策実施5か年計画, 2002.
- 6) 特別支援教育の在り方に関する調査協力者会議：今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）2003.

表1 障害者自立支援法による改革のねらい

1. 障害者の福祉サービスの「一元化」を図る

サービス提供主体を市町村に一元化。障害の種類（身体障害・知的障害・精神障害）にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供する。

2. 障害者がもっと働ける社会にする

一般就労へ移行することを目的とした事業を創設するなど、働く意欲と能力のある障害者が企業等で働けるように、福祉から応援する。

3. 地域に限られた社会的資源を活用できるように規制を緩和する

市町村が地域の実情に応じて障害福祉に取り組み、障害者が身近なところでサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗も視野に入れて規制を緩和する。

4. 公平なサービス利用のための手続きや基準を透明化し、明確にする

支援の必要度合いに応じてサービスが公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を透明化、明確化する。

5. 増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みを強化する

1) 障害者が福祉サービス等を利用した場合、食費等の実費負担や利用したサービスの料等や所得に応じた公平な利用者負担を求める。この場合、適切な経過措置を設ける。

2) 国の財政責任を明確化する

福祉サービス等の費用について、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービスも含め、国が義務的に負担する仕組みに改める。

病弱養護学校に在籍する精神疾患のある児童生徒への取り組み

萩庭圭子（神奈川県立横浜南養護学校）

1. 研究の経緯

本校が併設されている神奈川県立こども医療センターには児童思春期精神科がある。本校の約3割の児童生徒が、この児童思春期精神科に関連する「こころの診療病棟」に入院している。その児童生徒のために、小学部では他の病棟に入院している児童や整形外科の治療のために施設入所している児童とは違う時間割を設定しており、中学部の生徒に対しては、時間割は同じものの、登校時間を配慮する等、児童生徒の実態に即した取り組みをしている。昨年度、「こころの診療病棟」に入院している本校の児童生徒に対し、どのような取り組みをしているのか、課題は何なのか等を探るべく、いくつかの事例を通して検証を行ったので、ここに報告する。

2. 神奈川県立こども医療センターと神奈川県立横浜南養護学校

神奈川県立こども医療センターは、昭和45年に設置された。紹介予約制で、27の診療科があり、全病床数は419床である。その内訳は、こども病院が216床、こころの診療病棟40床、母性病棟・新生児病棟73床、児童福祉施設である肢体不自由児施設50床、重症心身障害児施設40床である。ちなみに、本校の訪問学級のある昭和大学医学部附属藤が丘病院には、50床の小児内科・小児外科病棟がある。3次救急の指定病院であることから「藤が丘学級」には、常に事故で入院した児童生徒が在籍している。内科入院児は小児がんがほとんどであり、子どもの精神科はない。

本校は、昭和45年、神奈川県立こども医療センター内に神奈川県立ゆうかり養護学校（肢体不自由養護学校）分校として開校した。当時は、こども医療センターの肢体不自由児施設・重症心身障害児施設・こども病院に入所・入院している児童生徒を対象としていたが、昭和52年、新たに設置された精神科病棟（現在は、こころの診療病棟）に入院する児童生徒の教育整備のため、ゆうかり

養護学校から分離・独立し神奈川県立横浜南養護学校となった。平成11年度までは小学部・中学部のみであったが、平成12年度より重症心身障害児施設に施設訪問の形で高等部が設置され、平成18年4月より、こども病院に入院中の高校生のために、高等部病棟学級が設置された。

平成16年4月、昭和大学医学部附属藤が丘病院の依頼により、藤が丘病院内に藤が丘学級小学部が設置され、翌17年度には、中学部が設置された。現在4名の教員が現地で指導にあっている。

3. 本校の特色

本校は、独立した校舎を持たず、こども医療センター・藤が丘病院の中に学校専有の場を借用している、全国的に見ても珍しい学校である。全国の病弱養護学校では通学生を受け入れる学校が年々増加しているが、本校はセンターの建物の中にある学校であり、感染等の問題から、原則として通学生を認めておらず、対象をこども医療センター、藤が丘学級に入院・入所中の児童生徒に限っている。

(1) 児童生徒について

平均在籍数は100名であるが、年間を通じて転出入があり、1年間の延べ在籍児童生徒数は約250名を超える。

在籍する児童生徒の実態は、疾病も障害種も非常に多岐にわたっており、前籍校も通常の公立小・中学校の他、最近では、重症心身障害児施設入所以外にも養護学校からの転入があり、さらに私立小・中学校、県外あるいは外国籍と多岐にわたっている。まさに総合養護学校の体である。

この実態の多種多様さは、こども病院の診療科目の多さと、こころの診療病棟・生活の場である2つの児童福祉施設によるものだと思われる（表1）。

表1 病棟別在籍児童生徒数
(平成17年12月1日現在)

	こころの 診療科	こども病院 病棟	肢 不自由 施設	体 重 障 害 児 設 施	重症心身 障害児 設 施	藤が丘 学級	合計
小学部	12	21	28	9	5	75	
中学部	11	5	8	5	3	32	
高等部				2		2	
計	23	26	36	16	8	109	

(2) こころの診療病棟入院児童生徒について

こころの診療病棟入院児童生徒の学籍異動は、主治医から学校教務への連絡から始まる。保護者から通常の手続きで前籍校の書類を受け取り、転入学願書と保健調査の記入(平成17年12月からは、個別の支援計画作成資料を追加)を依頼する。同時に個人情報の扱いについて説明を行っている。

手続きが終了すると本校の学籍となるが、こころの診療病棟入院児童生徒の場合、すぐに登校することはほとんどなく、主治医からの資料「学習参加児調査」に記載された指示に基づいて、対応を開始する。

個々の児童生徒によって期間に差はあるものの、まずは担任が病室へ面会に行くことから始まる。その後は、2週間に1度行う「こころカンファレンス」の主治医・教員・心理療法士・看護師、時には言語療法士やケースワーカーも交えて情報交換をし、登校の時間数や時間帯、関わりの方針を確認しあっている。

小学部3組(こころの診療病棟入院児のクラス)の時間割は(表2)の通りであるが、個別指導を確保した上で集団の係わりができる場面も保証できるように工夫している。個々の児童の登校時間帯が異なるので、全員が登校している時間帯に集団での学習(音楽・図工・生活など)を置き、3組児童が全員集うことによるダイナミズムを感じさせようとしている。

3組の係わりの基本姿勢は次の3点である。

- ・学びの醍醐味である「知る・わかる・できる」喜びを味わわせたい。
- ・「まちがえること・うまくいかないこと・失敗

すること」が許され、その解決のための支援が受けられる安心感と信頼関係を築いていきたい。

- ・コミュニケーションツールとしての話し言葉の重要性に気付かせたい。

中学部には、小学部のような特別なクラスは設けていない。まず、担任が病室へ面会する対応から始めるが、症状が落ち着いたら教室へ通う(各学年1クラス)が、小学部と同様に登校時間数や登校時間帯は、主治医と相談しながら段階的に設定している。朝1時間→午前中登校→全日登校と、登校時間を増やしていくことが多いが、生徒によっては、午後の時間帯の方が活動的であると判断されれば、午後登校も認めている。

教育課程は、準ずる教育課程のみであるが、こころの診療病棟入院生徒のほとんどに学習空白があるので、進度差・理解度に応じて教材の精選・指導方法の工夫をしながら複数教員でチームティーチングを行っている。

4. 事例を通して

研究の中では、こころの診療病棟に入院している6人の児童生徒のケースを取り上げた。これらの児童生徒に対し、本校は病弱養護学校としてどんな係わりを持つのか?それが、どんな効果をもたらすのか?6事例を通して、本校の役割、病弱教育の意義、医療・福祉・家庭との連携について検討した。

本校の実践の中から事例報告した6ケースは、いずれも学校・医療ともに試行錯誤した事例である。一人の児童生徒のみならず、その背景にある家族も含めて考えていかなければならない事例もあり、そこには情報の共有が重要であると感じた。本校は校舎のない学校であり、こころの診療病棟と同じ建物に教室がある。主治医や病棟と内線電話で連絡がとれるので、日常的に問題を共有できる利点があり、緊急の場合にも即座に対応してもらえる安心感は大きい。しかし、距離が近いことと連携がうまくいくことは、必ずしも同じではない。他職種との連携は意外に難しいもので、職種の違いから、考え方や係わり方に違いを感じるこ

表2 小学部3組日課表（平成17年4月）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
	個別学習	個別学習	個別学習	個別学習	個別学習
1校時	T1 A T2 B・C T3 D	T1 A T2 D T3 B・C	T1 A T2 D T3 B・C	T1 A T2 B・C T3 D	T1 D T2 A T3 B・C
	集団活動 <国語的内容>	集団活動 <体育的内容>	集団活動 <音楽的内容>	集団活動 <図工的内容>	集団活動 <自立活動>
2校時	ABCD (T1・T2) T3 Gの面会	ABCDE (T1・T2) T3 Gの面会	ABCDE (T1・T2) T3 Gの面会	ABCD (T1・T2・ T3)	ABCD (T1・T2・ T3)
	個別学習	個別学習	個別学習	<図工的内容>	<自立活動>
3校時	T2 A T3 B T1 他学部	T1 E T2 B T3 A	T1 E T2 A T3 B	AB (T1・T2) T3 Gの面会	AB (T1・T2) T3 Gの面会
	個別学習	小・合同体育	個別学習	個別学習	個別学習
4校時	T1 E T2 Aは1組 T3 B	小学部 教員全員 対象児童	T1 他学部 T2 B T3 Aは1組	T1 他学部 T2 E T3 Aは1組	T1 他学部 T2 E T3 A
5校時	総合的な学習 T全と対象児童				個別学習 T3 A
6校時	クラブ委員会 T全と対象児童	*児童数・登校時間数・面会対応児童の有無等の要素によって 随時変更する。 *合同体育・総合的な学習・クラブ委員会への参加は、登校時間帯 とは別に主治医と相談して決める。			

とがある。生活の場である病棟、教育の場である学校、治療の視点で関わる主治医など、他職種が係わり、多面的に一人の子どもを見る視点が持てることは有利ではあるが、時に一人の子どもにとって、多様な対応が存在してしまう危険性もある。それをカンファレンスや日常の連絡を密にして解決していく努力をするのだが、そこには個人情報の問題や医療情報も関係してくる。一人の子どもを取り巻く人々が、同じように情報を共有することは、距離の近さだけでは解決できない、案外難しいものだと感じている。しかし、本校の教育は医療との協働なしには成り立たない。それぞれが持つ一人の子どもの情報を持ち寄り、パズルを組み立てるかのごとく重ね合わせて全体像を作り、その子どもをトータルに把握する。そこから

見えてくる子どものニーズを明らかにし、それぞれが役割分担をしていく。その作業がスムーズにできるシステム構築の必要性を、これらの事例を通して再認識すると共に、本校と医療サイドとの今後の課題として検討していきたい。

これまでの「病弱教育」の主流は、慢性疾患等を対象にして、安静・治療を優先しながら、教育を受けることで学力の保障や心理的安定、積極性・自主性・社会性の涵養を促すと同時に、治療上の効果も向上している、と言われてきた。本校の児童生徒の中にも、慢性疾患や悪性新生物の治療をしながら、学校生活を送ることで自分らしさを大切にしながら毎日を過ごしている子どもがたくさんいる。教育の目指すところが病気によって違うとは思わないが、こころの診療病棟に入院し

ている児童生徒へのアプローチは、他病棟の児童生徒へのアプローチや通常学校の児童生徒へのアプローチとは違うところがあるのではないかと。6事例の検討から見えてきたことは以下の通りである。

6事例のうち2事例が「社会で生活できる力」を育んだ実践を報告している。学習はその手段の一つであり、社会で活かせる知識や対人関係等、学力よりも大きな「生きる力」を蓄える場所・時間を与えたのが本校だったとまとめている。養護学校の特色でもある「自立活動」は、QOLの向上を目指して行うものであり、特に、精神疾患のある児童生徒にとっては、大きな役割を果たしていると報告している。

しかし、別の事例では「勉強がわかる」ことが、児童生徒に大きな影響を与えている。精神的なダメージの中には「勉強がわからなくなった」ことから始まる例もある。反面、できるようになった時は、評価されやすく、喜びを感じやすい。できる・わかることは人を前向きにする。自己評価の低い生徒にとっては、一人ひとりのニーズにあった係わりを持つことで、自信を回復し、自己評価もアップすることができる。アプローチの仕方としては、できないことをできるようにするよりも、できる力を伸ばすことで、より多くの力の底上げを図る。自ら目標を見だし、目標に向かって進む原動力は、誉られたこと、認められたことであり、自分の力を信じることで、一步一步前進していくのだと、事例からあらためて教えられた。

もう1事例は、このところ話題に上がっている虐待の事例である。病棟からは、被虐待児の入院が増えている、と聞いている。心にも体にも傷を負った小さな子から、そのまま成長し思春期を迎えて問題行動が明らかになる中学生もいる。学校や大人に不信感を持つ子どもが多く、学校としての関わりには十分に配慮を要する。時間がかかるが、大人が根気強く育て直すくらいの姿勢で係わる必要がある。それができるのが、この学童・思春期の学校教育であり、通常学校に比べ、時間・人的配置にも余裕があり、個別のニーズにあわせた関わりのできる病弱養護学校の意義なのではないかと感じた。

家族の再構築のために、時間をかけて学校・医療が協力して係わった事例もあげられた。連携の重要さも近年、盛んに取り上げられていることである。医療も教育も、チームという集団で取り組む流れになってきている。養護学校は以前よりティームティーチングという教員複数配置を行っており、教員間の連携の重要性も実感するところである。

最後は、学校生活上では安定していたが、生活の場である病棟や、外泊した際にトラブルのあった事例である。この事例からは、係わるものが連携・役割分担して対応するべきであり、それがポイントになることを学んだ。保護者や病棟と学校が連携し、短期・長期の目標を持って係わる重要性を感じた事例である。

精神疾患のある児童生徒に対して、ただ授業をするだけ、生活を規制するだけでは何も起こらない。服薬だけでも明らかな解決が見えるわけではない。ただひたすら、本人の可能性を信じて、人と人との係わり合いを増やすことや、自己効力感を高めることがとても大切だと思う。

児童生徒本人に対しては上記の通りであるが、それと同時に、児童生徒を取り巻く環境の整備も必要である。児童生徒・保護者と教員との信頼関係、医療と教員との協働関係、教員同士の協力体制、どれも一人ひとりの子どものためには重要である。退院後の生活や進路を考えると、福祉の支援も必要である。医療・教育・福祉が連携して、子どもを取り巻く環境を整え、協働していくことも大切である。

6事例を通して、病弱養護学校としての本校の役割や、「生活の場である病棟、教育の場である学校」とは簡単にわけられない複雑かつ切実な事情も見えてきた。個のニーズに合った対応の有効性、連携支援の重要性を再認識しつつ、ここで学んだことをこれからの指導に活かしていきたいと思っている。

本校では、30年間にわたって「精神科」に入院した子どもたちと係わってきた。その係わりの中で、いくつかのポイントが浮かび上がった。

・子どもの苦しさ、辛さ、心細さなどの気持ちに共感し受容する。

- ・子どもの怒り、不満、イライラなどの感情をゆったりと受け止める。
- ・自分の考えや気持ちをことばで表現させることを大事にし、しっかり耳を傾ける。
- ・子どもの好きな事、得意な事を大事にし、達成感を味合わせて自信を持たせる。
- ・前籍校で経験していない活動を体験させることで、自身に肯定的な感情を持たせる。
- ・生活のサイクル、習性、嗜癖、こだわり等を受け止め自分自身に対して抱いている否定的な感情を和らげる。
- ・立ち止まったり、引き返したりできる逃げ道を用意する。

これらのことは、明文化したり申し合わせたりしている訳ではないが、精神科入院児と係わる中で自ずと身についてくる姿勢である。

子どもたちは、面会授業を通して閉ざしていた心を次第に開き、信頼できる教員と一緒に学校に行ってみたいという気持ちになる。1時間登校ができたらもっと学校で過ごしたいと思う。傍にいる教員は、どんな時にも自分を見守り受け止め、必要な時には支えてくれるという信頼関係が育ち、何かに取り組んでみようという意欲が見られる。

本校に在籍している間に、前籍校では決して考えられなかった児童会や生徒会の委員、運動会の応援団長など経験して自信を持つ児童生徒がいる。本校は、子どもたちにとって育ち直し（育て直しではなく）の場と言えるのかもしれない。

5. 本校の課題と今後の役割

(1) 退院後の進路について

こころの診療病棟に入院した児童生徒の退院後の生活には課題が多い。本人の症状だけでなく受け入れる場の整備いかんによって退院・転籍が左右される場合が少なからず見られる。親子関係を含めた家庭の養育能力の問題も非常に大きな要素である。家族関係の再構築に時間がかかり、本人の症状は安定しても家庭に返せないという事例も聞いている。

また、転出先・進路先の選択肢が少ないために、長期化する例もあった。中学部卒業後の進路につ

いては、高等学校に進学する生徒がいる一方、知的障害養護学校高等部を選択せざるを得ない生徒もいる。また、高等学校には個別支援級や相談指導学級等がないために、経済的な負担の大きいサポート校に進学する生徒も少なからず存在している。

さて、これら児童生徒の退院・転出の決定に本校は、全く関わるできていない。治療あつての入院・転入である以上、関与する余地はないが、指導の継続や到達度を考えると非常に残念な思いを抱くこともある。逆に、本人の状態が安定し、学年や学期の区切りが良くても、環境が整わないために待機せざるを得ない事例も多く見てきた。学校では、個々の児童生徒の個別の指導計画を立案し、計画に添って指導を開始する。目標設定に当たっては、学習参加児調書の主治医の意見を参考にして考えるものの、きちんとした意見交換をしているわけではない。主治医の診断と治療方針、看護の方針、学校の指導方針が子どもを中心に、相互に補完し合う関係にならなくてはと考えている。カンファレンスのあり方を含めての課題である。

(2) 連携支援について

盲・ろう・養護学校では、平成17年度から在籍する児童生徒に「個別の(教育)支援計画」を策定することになった。本校でもすでに作成・活用を始めている。神奈川県では、統一した書式の「支援シートⅠ」と「支援シートⅡ」を用いている。この支援シートがあることで、関係機関からの情報収集やケース会議が設定しやすくなるのではないかと考えている。

病弱養護学校の個別の支援計画は、文部科学省の想定している「乳幼児期から学校卒業まで一貫して計画的に教育や療育を行う」ものとは多少異なる部分もあるが、一人の子どもを中心に据え、係わる大人が職種や立場を超えて必要な情報を交換しあい、専門性を発揮して情報を活かしていくために、そして子どもの将来を見据えた支援をトータルに考えるために、有効なツールとなるのではないかと期待している。

本校を転出する児童生徒は、退院により前籍校

へ戻ったり、進学をしていくわけで、決して病気が完治したり、治療が終わるわけではない。地域の生活、学校生活にも配慮や何らかの支援は必要である。特に、こころの診療病棟を退院していく児童生徒は、問題行動が全く無くなるわけではないことが、前籍校へのスムーズな移行を阻んでいる。支援シートを上手に活用し、担任・コーディネーターの活用も合わせて、理解を求め、本校で得た経験や自信を、その後も持ち続けて欲しいと願っている。

最後に、本報告は、平成17年度みずほ教育福祉財団の障害児教育研究助成事業の委託を受け、国立特殊教育総合研究所にご協力をいただきながら「病弱養護学校に在籍する精神疾患のある児童生徒への教育の在り方に関する実際研究」¹⁾に基づいて行ったことを付け加えておく。

引用・参考文献

- 1) みずほ教育福祉財団 障害児教育研究論文平成17年度「病弱養護学校に在籍する精神疾患のある児童生徒への教育の在り方に関する実際研究」棹山勝子 2006
- 2) 神奈川県立こども医療センター 年報 2006
- 3) 横田雅史監修 全国病弱養護学校校長会編著：病弱教育Q&A PART I -病弱教育の道標- ジアース教育新社 2001
- 4) 横田雅史監修 全国病弱養護学校校長会編著：病弱教育Q&A PART II 新しい就学基準、「自立活動」の事例 ジアース教育新社 2001
- 5) 清家洋二：あいまいさの精神病理 新評論 2002
- 6) 清家洋二：決められない！-優柔不断の病理- ちくま新書 2005
- 7) 大阪府教育委員会：精神障害についての理解を深めるために（平成16年）

病弱養護学校（病院併設）における養護教諭が行なう連携の一考察

～心身症児童生徒等の取り組みを中心に～

藤川安芸子（広島県立広島西養護学校 養護教諭）

1 はじめに

本校は、病院（独立行政法人国立病院機構広島西医療センター）併設の病弱養護学校であるため、児童生徒の学校生活において、主治医をはじめとする医療関係者と日常的に連携を行っている。児童生徒の主な病種は、重症心身障害、筋ジストロフィー、不登校を含む心身症であり、今年度の登校比率は、ベッドサイド学習児童生徒が約4割、登校する児童生徒が約6割である。

病院併設の養護学校の場合、多職種が連絡調整を行い、協力体制を確立することは、教育活動等を展開する上で非常に重要と考えられる。保健室来室回数も多く、学校生活での様々な課題について、校内及び医療関係者との連携が長期にわたる心身症等の児童生徒を中心に、教育と医療との連携における養護教諭の役割についてまとめてみたい。

2 連携における養護教諭の専門性

養護教諭は、「医学的素養、看護学的技能等の専門的な知識技能を有した専門職」(1)として、保健室運営や関係機関との連携・調整がその職務に位置づけられている。

医療機関と密接な関係にある本校において、アセスメント能力や連携調整能力などの専門性を生かして、あらゆる角度からの情報収集を行い、医療と教育との連携・調整を図ることを念頭に置きながら、これまで取り組んできた。

また、健康観察や来室する児童生徒との直接的な関わりや病態生理に関する資料提供、及び個人ファイルの情報の集積など、保健室の機能を生かすことで、連携がより充実したものになるよう心がけてきた。特に、来室を中心とした児童生徒との直接的な対応では、観察や受容的働きかけを通して、①問題の分析、②必要な支援活動の決定、③問題解決のための自己資源の有無や援助資源な

どを考慮し、状況を把握しながら、養護教諭としての支援計画を立てている。

3 連携状況

平成17年度の連携内訳（表1）である。

連 携 相 手		件 数
校 内	担 任	797
	関 係 者 会 議	76
医療関係者	主 治 医	399
	病 院 ス タ ッ プ	285
	主治医・病院スタッフ合同	31
合 計		1,588

※医療関係者との連携…児童生徒の病状及び心理状態、病棟生活や学校生活における課題など、学校生活に大きくかかわる事項についての話し合い、情報交換、連絡等。

※病院スタッフとはこの連携以外に、入浴変更や検査等の調整、教育活動に伴う調整、病棟懇談会をはじめとするシステム等についてのやりとりが774件あった。

平成17年度は、担任と797件の連携を行なった。児童生徒の心理状態を含めた体調管理を中心としたものから、学校生活における課題や進路及び家庭環境についてなど、様々な内容で連携を行っている（表2）。中でも心身症の児童生徒についての連携は、担任連携の74.9%を占めており、心身症の児童生徒の学校生活における課題の多さが伺える。

関係者会議（表1）は、部主事や学年団、教科担当者などで構成される。平成17年度は、76件のうち8割が心身症の児童生徒についてであった。病状の確認やそれに伴う配慮事項、対人関係や進路についてなど、課題に対する支援について協議された。

主治医及び病院スタッフ（看護師長、担当看護

担任との連携内訳（表2）

	心身症	筋ジストロフィー	重症心身障害	合計
体調・心理状態について	113	27	50	190
学校生活について	323	36	41	400
進路について	58	0	4	62
家庭環境について	65	2	1	68
病棟生活について	38	27	12	77
合計	597	92	108	797

医療関係者との連携内訳（表3）

	心身症	筋ジストロフィー	重症心身障害	合計
主治医	326	27	46	399
病院スタッフ	102	97	86	285
主治医・病院スタッフ（合同）	46	16	8	31
合計	399	140	140	715

師、心理療法士、理学療法士、指導員、保育士等）との連携（表3）は、児童生徒の病種によって特色がある。重症心身障害や筋ジストロフィー児童生徒についての連携は、病状や感染症など体調に伴うものが中心であり、他に学校行事に伴う調整などである。ベッドサイド学習児童生徒については、修学旅行やお楽しみ会参加のための登校など行事に伴うものが多く、部主事、担任、行事担当者、養護教諭が連携のメンバーとなっている。

多忙な主治医との連携は、養護教諭が行なうことが多く、平成17年度は373件となっている。うち2割は、主治医から直接、養護教諭に連携がなされている。養護教諭は、学校と病院関係者の中心となって支援システムの調整を図っており、心身症の主治医からは、複数の病院関係者を含む連携時のメンバー選定についても依頼されている。

部主事・担任・養護教諭など複数の関係者が参加した主治医との連携は、26件であった。

4 連携システムについて

平成14年度、校内分掌組織が見直された際、児童生徒の心身の健康についての情報を確実に入手できる連携システム（図1）の確立に取り組んだ。その結果、日常的な教育活動に伴う病院との連絡・調整業務は保健安全部の担当とされ、養護教諭は

保健室に常駐しているという特性を生かして、分掌内の担当者となった。

連携システムが順調に運用されるようになると、児童生徒の情報を養護教諭が把握できるようになり、校内における担任等との連携もスムーズに行なえるようになっていった。また、主治医や病棟師長と直接のやりとりの中から、信頼感に基づいた人間関係も形成することができ、そこから得られる医療側の情報や知識は、児童生徒の理解や支援に大きく影響している。

5 校内における体制づくり及び連携の事例

担任からの連携以外にも、病院関係者との連絡・調整業務などから得た情報や保健室における児童生徒との直接的なかかわりの中から、担任に対して連携の設定を行なうこともある。平成17年度は担任連携の約3割が養護教諭から設定したものであった。

連携を通じて、養護教諭はその課題や問題について分析を行いながら、支援計画を立て連携のコーディネート（図2）を積極的に行なっている。特に、学校生活において学習面や心理面、社会面及び進路等で課題を多く有する心身症の児童生徒についての連携においては、担任と日常的に綿密に連携を図りながら、支援の核となるチームの形

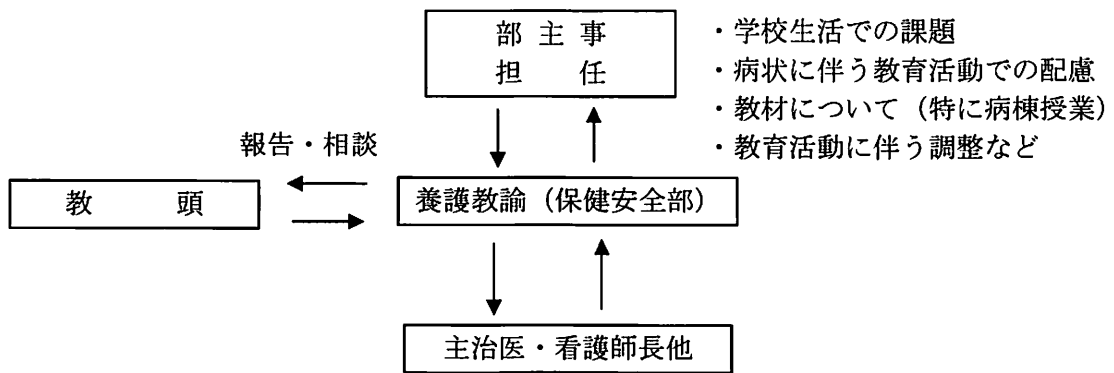


図1 連携システム

成を図っている。この支援チームは、部主事、担任、養護教諭で形成されることが多い。養護教諭は、チーム形成のタイミングを見極め、話し合いにおいては、司会及び意見調整を行い、メンバーのそれぞれの役割が指導及び支援に反映できるように配慮している。チームでは、課題における情報収集や課題の分析を行いながら、指導方針及び支援計画を決定していく。

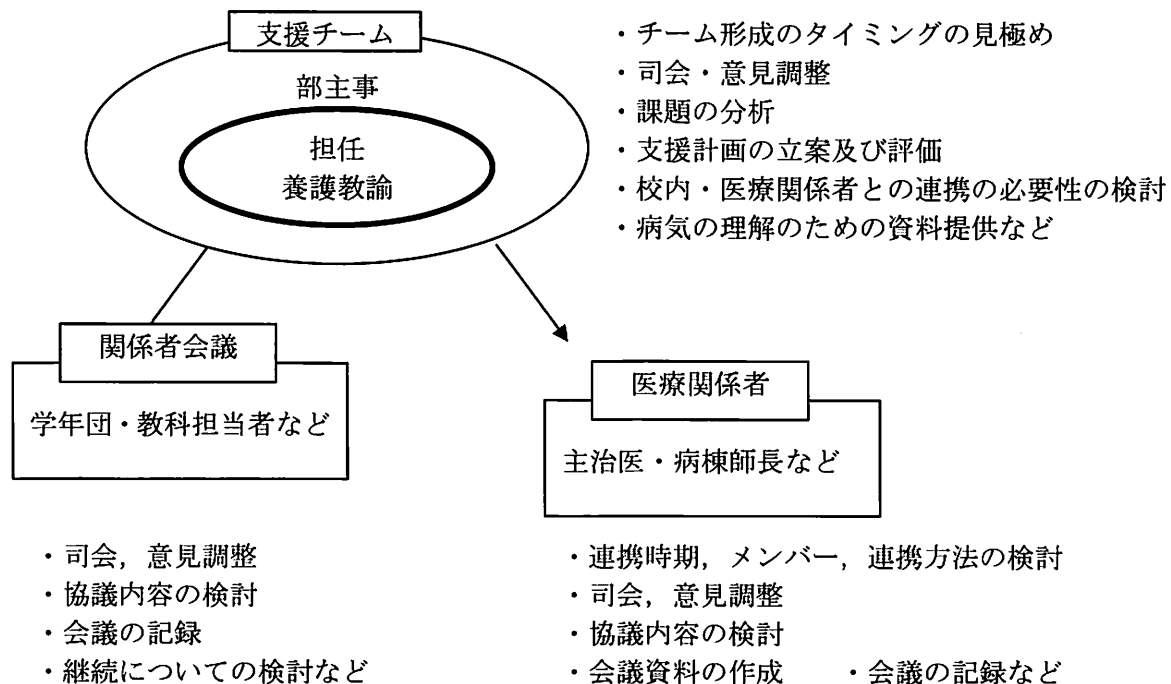
連携コーディネートの中で養護教諭は、学年団や教科担当者などによる関係者会議の設定について検討し、構成メンバーや設定時期、協議内容、

継続的な会議の設定等についてチームに提案している。また、医療関係者との連携についても、連携時期・連携相手・連携方法などを提案している。

事例1 【摂食障害のA】

連携における重点項目

- 細かな事項においても主治医と連携すること
- 摂食障害を最新の医学知識に基づき理解すること
- 課題が大きいためチーム（校内・医療関係者）で援助すること



養護教諭が連携コーディネートを行なうきっかけとなり、校内及び病院関係者と長期にわたり連携した事例

図2 養護教諭の行なう連携コーディネート

Aは、摂食障害のために入院。拒食の影響で低栄養状態となり、体格は実年齢と比較すると小柄である。退行現象が現われ、イライラしたり、急激に悲しみを覚えるなど、情緒が混乱する状態が続いていた。病状が安定しない時には、点滴を引き抜き学校に逃げだすことを度々繰り返し、担任を独占したいため、他の生徒の授業中である担任を捜し出し、大声で泣き叫ぶ状態となっていた。担任がAに対応すると、今度は何もかも気に入らない様子で、担任の心をえぐるような言葉を使っていた。

Aの課題が大きい時には、主治医との定期的な連携の時間を設定した。定期的に連携を図ることで、担任が教育活動におけるAの課題を整理し、対応の糸口を連携の中から引き出すことができるのではないかと考えたためである。定期的な連携の必要性を担任や主治医に伝え、調整を行った。担任は、Aとの対応にしんどさを感じることも多かったようであるが、主治医との連携を支えに、取り組みを行った。

エネルギーを注ぎ、時に疲弊していく担任のサポートが必要と判断した際には、学年団のメンバーに声をかけ、Aの理解や問題点の整理、取り組みにおける役割分担をチームで検討しながら支援した。

連携の中で、担任のエネルギーが消耗している時や本人の怒りが行動化している時には、保健室対応にし、担任に代わり養護教諭がAに対応することも決定された。担任のしんどさを共有できるとともに、直接関わることでAへの理解を深めることができたと考えている。

担任とは摂食障害について文献などで病理について学習した。時には、主治医主催の勉強会にも共に参加した。病理の理解は、そのままAの理解につながる事が多く、なぜ今このような状態になっているかを冷静に判断することができ、指導場面に役立った。

病棟看護部長とも積極的に連携を図るよう努めた。看護師長からの情報により、生活の場での様子を知ることができ、学校では見られないAの一面を知ることができた。また、学校からの情報により、看護師長からも同様の感想が出された。学

校、病棟ともに早めの対応が可能となり、Aの行動に振り回されることが少なくなっていった。

Aに関わる2年間の連携内訳

保健室来室回数	担任との連携数	関係者会議回数
489	299	25
主治医との連携数	病院スタッフとの連携数	
47	58	

事例2 【ひきこもり体験のあるB】

連携における重点項目

- 心理療法士の見立てと担任の見立てのすりあわせの必要性
- 他職種との連携における役割分担の明確化
- お互いの専門性を支援に生かす工夫

Bは、徐々に周りとの違和感を覚え始め、ある日を境に家の中にひきこもっていった。長期にわたるひきこもりにより、運動不足が原因で30kg以上、体重が増えた。太っているコンプレックスから、人間関係がうまく作れず、うつ状態となり入院する。

Bは、心理療法士と厚い信頼関係にあり、生活の様々な面で支援を受けていた。学校生活における不安要素について、Bから語られることが少なかった。心理療法士とは連携を密にし情報を得る必要性を感じたため、連携の場を設定した。心理療法士からは、Bの様々な課題についての所見が伝えられ、教育活動場面での支援を具体的に話し合った。特に進路については、心理療法士から学校のもつ進路の実績が高く評価され、心理面のサポートと同時に、担任による具体的な就労への取り組みが行われた。

校内においては、保健室への来室が多いことから、養護教諭がBとの関係作りの基礎をつくり、担任との連携の中で情報交換をしながら、Bと担任との関係作りを計画して支援した。進路選択という大きなテーマがBにとって心理的に負担となり、担任の指導に何も答えようとしめない時期もあったが、保健室での関わりの中で気持ちを引き出し、確認するよう努めた。Bが就労について考え始めたタイミングを見逃すことなく、担任のア

ドバイスが効果的となるように取り組んだ。

担任から保護者との連携について難しさを感じていることが話された。心理療法士は、母親とのパイプも太かったため、担任と母親との橋渡しの役割もお願いした。我が子の学校生活に不安を抱く母親と担任との関係作りができたことも、Bの支援に大きく影響したと考えている。

Bに関わる2年間の連携内訳

保健室来室回数	担任との連携数	関係者会議回数
453	93	7
主治医との連携数	心理療法士との連携数	
7	34	

事例3 【軽度発達障害のC】

連携における重点項目

- 教育活動における生徒の情報を主治医に的確に伝える必要性
- 心理・社会的側面を含めた軽度発達障害についての理解
- 校内連携における綿密な情報交換の必要性

Cは、友だちを全くと言っていいほど持っておらず、いつも一人で行動していた。独特な言いまわしや興味関心に対して、同世代のクラスメートは、なんとなく違和感を覚え距離をとっていたようである。

小学校・中学校ではなんとか頑張ったCだが、高校進学後、神経性の腹痛や嘔吐を繰り返すようになり、登校できない状態となる。欠課時数がかさみ留年が決定した頃入院となる。主治医とは、神経性嘔吐症の病状とCの心理的な状態を理解することを中心に連携を図った。

Cの学校生活がスタートし、多数の教員との関わりが始まると、Cの行動パターンに特徴があることが、保健室に伝えられるようになってきた。壁に向かってピョンピョン飛び跳ねる、自分に興味関心にあるものについては膨大な量の情報を学習する、場の雰囲気を読むことができないなどである。複数の教員からの情報を担任と共に整理し、自閉的な特徴が見られることから、早速、主治医にその旨を伝えると、高機能自閉症の可能性が

高いと診断された。

Cは知的遅れがないため、地元の学校で多くを過ごしてきたが、大人からは「個性的な子」として、級友からは「変わっている」とされ、身体症状を繰り返し出しながら、随分辛い思いをしてきたのではないかと感じられた。保護者には、主治医からCの発達障害について伝えてもらい、学校では担任を中心に学年団や教科担当で連携し、高機能自閉症についての研修を実施した。そこから、①できないことを指摘するのではなく、できることを誉めていく、②教育活動を通じて自己肯定感を高めていく、③Cが苦手な分野を見極め、進路指導を行うなどの支援内容が確認された。

Cは、毎日ほぼ同じ行動パターンを持ち、保健室への来室時間も一定していた。養護教諭が出張等で不在の場合は、前日からその情報を伝えておくなど、Cが苦手とする急なスケジュール変更に対応できるように配慮した。来室時には受容・共感的態度で接し、来室中の他生徒とも関わりがもてるように支援した。担任は、HR活動や自立活動の時間を中心に、Cの良いところを引き出しながら、その頑張りを評価した。担任と養護教諭は、常に連携を図りながら、お互いの役割を確認し、Cの成長を見守った。

Cに関わる2年間の連携内訳

保健室来室回数	担任との連携数	関係者会議回数
469	78	21
主治医との連携数		
15		

事例の検証

事例1では、担任が積極的に取り組んでいる間、Aの保健室来室回数は減少し、担任との連携回数が増えていった。連携の7割が担任から設定されたものであり、養護教諭は担任の支援を中心に行っていた。関係者会議の設定は、Aに対する理解を深め、担任の負担を軽減することにつながった。関係者会議を設定した初めてのケースであり、校内連携の必要性を強く感じた。

事例2は、担任に心理療法士の専門性を理解し

てもらうことから連携がスタートしている。担任と心理療法士が、共感的理解と共同作業を通して生徒支援をする必要性を認識してもらうことに担任との連携の重点をおいた。養護教諭が、専門職の役割について十分な知識を持って、医療関係者との関係づくりを構築したことがよい結果を生み出した。

事例3は、Cの行動を観察した教員の気づきが診断につながったケースである。見落としがちな小さな行動を適確に受け止め、それを判断できる専門性の必要さを感じた。保健室での対応時の状況が担任連携の情報源となり、それぞれの役割分担の中で支援を行ない成果を現した。

3事例で共通するのは、養護教諭として保健室で直接児童生徒とかかわりを持つ中で、自らも該当児童生徒の課題に取り組んでいる支援者のひとりであるという位置づけを校内で共有し、それを基盤として担任連携に臨んだことである。こうした姿勢は、連携においての対等性を引き出し、担任等に養護教諭が連携のコーディネートを行なう必要性を認識させるきっかけとなった。

6 まとめ

病院併設の病弱養護学校における養護教諭の職務の展開には、小・中・高等学校と比較して異なる面が見られる。健康管理を職務の大きな柱とする養護教諭にとって、入院患者でもある児童生徒の健康管理にどのように取り組んでいくのかは大きな課題であり、児童生徒の心身の健康に関する情報を確実に入手するための病院との連携システムの構築は、大変重要なものであった。この連携システムの確立をもとに、養護教諭が学校と病院

の連携の中心的な役割を果たすことによって、円滑な連携がなされ、そこから得られた病院関係者との信頼感と連帯感は教育活動に大きく影響している。

児童生徒の課題に対応する担任は、専門性を求めて養護教諭に連携してくると思われるが、病院関係者との円滑な連携機能を有し、迅速な対応を取りうる者としても期待していると考えられる。このことは、連携システムの構築前と後の連携数の増加によっても考察できる。

これまで養護教諭の特質としての連携・調整能力を病院との連携に生かせるように取り組んできた。連携を図るためには、研鑽と努力が必要である。医療の専門性や教育活動の内容の理解、及び心理的援助サービスのコーディネーションなどについての研修を積み上げてきた。また、連携を有効にコーディネートすることで、学校と病院においてバランスのとれた支援へと調整できることも実感できた。これには、職務の特質からこれまで培ってきた研修や研究会活動での成果が大きく反映している。

児童生徒の健康問題の早期発見を行い、問題解決から予防に至るまで、組織的に運営される学校保健というフィールドの中で様々な取り組みを行なう養護教諭の支援能力は、病弱教育において大きな意味を持つと認識している。学校保健の推進者としてだけでなく、医療と深く関係する病弱教育において養護教諭の専門性をより活用した取組みに挑戦していきたい。

(参考文献)

- (1) 養護概説 三木とみ子 ぎょうせい 1999年

平成17年度 事業報告

1. 日本育療学会理事会を6回開催した

第1回日本育療学会理事会

日時：平成17年5月14日（土） 14：00～17：00

場所：難病の子ども支援全国ネットワーク会議室

議題：①平成16年度会計報告案、②第9回学術集会開催企画案、③学会誌編集

第2回日本育療学会理事会

日時：平成17年7月9日（土） 14：00～16：00

場所：難病の子ども支援全国ネットワーク会議室

議題：①平成17年度総会準備、②第9回学術集会開催準備状況確認、③学会誌編集進捗状況

第3回日本育療学会理事会

日時：平成17年9月10日（土） 11：00～11：30

場所：独立行政法人国立特殊教育総合研究所研修棟会議室

議題：①第9回学術集会について

第4回日本育療学会理事会

日時：平成17年11月12日（土） 18：30～21：00

場所：難病の子ども支援全国ネットワーク会議室

議題：①第9回学術集会報告及び反省、③学会誌編集の進捗状況

第5回日本育療学会理事会

日時：平成18年1月7日（土） 17：00～19：00

場所：難病の子ども支援全国ネットワーク会議室

議題：①第10回学術集会（案）について、②学会誌編集の進捗状況、③次期役員改選

第6回日本育療学会理事会

日時：平成18年3月8日（土） 15：00～17：00

場所：難病の子ども支援全国ネットワーク会議室

議題：①次期理事及び役員の選出について、②学会誌編集の進捗状況、

③第10回学術集会開催進捗状況について

2. 日本育療学会第9回学術集会の開催

日時：平成17年9月10日（土） 12：30～17：00

9月11日（日） 9：00～16：30

場所：独立行政法人国立特殊教育総合研究所 講義棟

会長 西牧 謙吾（独立行政法人国立特殊教育総合研究所）

大会テーマ：「教育・医療・地域の連携を目指して ～子どもの「生きにくさ」を考える～」

参加者：122人

3. 学会誌「育療」の発行

第33巻～第35巻を発行した

日本育療学会 平成17年度 会計決算報告

1. 収入の部

項目	予算額 (円)	決算額 (円)	内 訳
前年度繰越金	817,691	817,691	
会費収入	800,000	710,000	5,000 × 141人 = 705,000 3,000 × 1人 = 3,000 2,000 × 1人 = 2,000
学術集会参加費収入	410,000	328,907	事前申込による参加費 学術集会事務局会計清算後の 残金92,907円を含む
雑収入	30,000	69,724	「育療」「病弱教育史」頒布、利子等
合 計	2,057,691	1,926,322	

2. 支出の部

項目	予算額 (円)	決算額 (円)	内 訳
事業費	1,046,000	722,720	
学会誌製作費	626,000	411,340	「育療」33, 34号発刊
印刷・製本費	510,000	343,350	33号 : 144,900 34号 : 198,450
郵送料	114,000	67,150	33号 : 34,900 34号 : 32,210
諸雑費	2,000	840	費用支払い振り込み料金等
学術集会開催費	410,000	302,080	第9回学術集会 [平成17年9月10日(土)・11日(日)]
ポスター等製作費	140,000	130,200	広報用ポスター・リーフレット等印刷費
案内状郵送料	20,000	30,010	会員への案内状送付
講師等交通費	200,000	0	講師・シンポジストへの交通費、謝金等
抄録印刷費	30,000	135,450	
諸雑費	20,000	6,420	消耗品等
会場費	0	0	第9回学術集会は会場費不要
総会費	10,000	9,300	
通信費	10,000	9,300	総会案内等
事務消耗品費	40,000	28,889	封筒等の事務用品
保管料等	30,000	22,400	病弱教育史、「育療」残部保管料
振替払込料	17,500	10,170	会費振込手数料負担金
前年度未払い分	80,050	80,050	「育療」32号の送料、 第8回学術集会抄録印刷費
その他の雑費	50,000	4,860	
予備費	350,000	500,000	第10回学術集会開催準備金
次年度繰越金	444,141	557,233	
合 計	2,057,691	1,926,322	

3. 収支決算 1,926,322(総収入) - 1,926,322(総支出) = 0

以上、ご報告申し上げます。

平成18年3月31日

会計担当

宮田 功郎



平成18年 6 月 2 / 日

監査の結果、会計事務が適正に行われていることを確認いたしました。

日本育療学会監事

佐藤

隆



日本育療学会 平成18年度役員等名簿

名誉理事長	加藤 安雄	横浜国立大学名誉教授
-------	-------	------------

役職	氏名	所属
理事長	山本 昌邦	横浜国立大学教授
副理事長	西牧 謙吾	独立行政法人国立特殊教育総合研究所上席総括研究員
理事	石橋 祝	元東京都立児童保健院院長
理事	小林 信秋	NPO難病のこども支援全国ネットワーク事務局長
理事	棹山 勝子	前神奈川県立横浜南養護学校校長
理事	滝川 国芳	独立行政法人国立特殊教育総合研究所主任研究員
理事	土屋 忠之	東京都立久留米養護学校清瀬分教室教諭
理事	中塚 博勝	大利根旭出福祉園園長
理事	濱中 喜代	東京慈恵会医科大学教授
理事	横田 雅史	愛知みずほ大学教授
監事	佐藤 隆	元全国病弱養護学校長会会長

事務局長	滝川 国芳	独立行政法人国立特殊教育総合研究所主任研究員
事務局員	土屋 忠之	東京都立久留米養護学校清瀬分教室教諭
事務局員	赫多 久美子	東京都立城南養護学校教諭
事務局員	福島 慎吾	NPO難病のこども支援全国ネットワーク事務局員

平成18年度 事業計画

本学会の目的達成のための会則に定める事業を中心に行う予定である。

1. 理事会の開催

第1回日本育療学会理事会

日時：平成18年5月27日（土） 10：00～12：00

場所：難病の子ども支援全国ネットワーク会議室

議題：①平成18年度役員について、②日本育療学会会則について、③平成17年度会計報告（案）、
④平成18年度予算案について、⑤第10回学術集会開催進捗状況について、⑥学会誌「育療」
第36、37、38号について、⑦第11回学術集会について

第2回日本育療学会理事会

日時：平成18年7月22日（土） 10：00～12：00

場所：独立行政法人国立特殊教育総合研究所リエゾンオフィス

議題：①平成17年度会計報告（案）、平成18年度予算案について、②第10回学術集会開催進捗状
況について、⑥学会誌「育療」第36、37、38号について、⑦第11回学術集会について

第3回日本育療学会理事会

日時：平成18年8月26日（土） 9：00～9：50

場所：ウイルあいち 地下1階 レストラン「ウイル」

議題：①総会打合せ、②第10回学術集会打合せ

2. 日本育療学会第10回学術集会の開催

日時：平成18年8月26日（土） 10：00～17：00

8月27日（日） 9：15～16：40

場所：ウイルあいち（愛知県女性総合センター）

会長 横田 雅史（愛知みずほ大学）

大会テーマ：「ひとりひとりにあった『支援・連携・展望』」

3. 学会誌「育療」第36、37、38巻の刊行

4. その他

・研修会の開催

・日本育療学会第11回学術集会開催予定

日時：平成19年8月24日（金）、25日（土） 9：15～16：40

場所：東京都文京区 全通会館

会長 中塚 博勝（大根根旭出福祉園）

大会テーマ：「ひとり一人の子どもを支える -教育・医療・福祉の現場における連携-」

日本育療学会 平成18年度 会計予算

1. 収入の部

項 目	予算額 (円)	内 訳
前年度繰越金	557,233	
会費収入	750,000	5,000 × 150人 = 750,000
第10回学術集会開催準備金の返金	500,000	
雑収入	20,000	「育療」「病弱教育史」頒布、利子等
合 計	1,827,233	

2. 支出の部

項 目	予算額 (円)	内 訳
事業費	1,088,000	「育療」36, 37, 38号発刊
学会誌製作費	590,000	
印刷・製本費	480,000	160,000 × 3回
発送料	108,000	36,000 × 3回
諸雑費	2,000	
前年度未払い費	178,000	「育療」35号印刷費及び発送料
第10回学術集会開催補助金	100,000	
総会費	10,000	
通信費	10,000	
研修費	200,000	小規模研修等補助費
事務費	40,000	事務用品等
振込口座徴収料	17,000	会費振込手数料負担金
第11回学術集会開催準備金等	500,000	
予備費	182,233	
合 計	1,827,233	

第36巻 育療 編集後記

平成18年度初めての育療第36巻をお届けします。今年度より事務局体制が大幅に変更になったとはいえ、発行が予定より遅くなりましたことを、編集委員長として会員の皆様にお詫び申し上げます。

今回の特集は、障害者自立支援法に関するもので、中塚博勝先生に担当していただきました。障害福祉を巡る国の新自由主義への転換を慎重に見守る必要があります。資料として、実際の認定調査に使用される調査票を付けました。障害のある子どもの評価や個別の教育支援計画との関連でも参考にして頂けると思います。特別支援教育との関連で、国立特殊教育総合研究所の藤井茂樹先生から寄稿して頂きました。

実践研究として、2論文を投稿して頂きました。テーマは、精神疾患のある子どもの教育、病弱養護学校における養護教諭の機能に関するものです。学校現場の実践事例を事例研究にして頂いた努力に敬意を表します。会員の皆様にも、是非日常の事例をまとめて、投稿して頂きたいと思います。

学会誌も、ISSN（国際標準逐次刊行物番号）を取得しました。現在、学術団体にも申請中で、育療に掲載された論文は学術論文としての位置づけが出来る予定でおります。その意味でも、会員の皆様からの投稿をお待ちしています。

編集委員

及川 郁子 小畑 文也 笠原 芳隆 小林 信秋 棹山 勝子 滝川 国芳
武田 鉄郎 中井 滋 中塚 博勝 西牧 謙吾* 濱中 喜代 平賀健太郎
村上 由則 山本 昌邦 横田 雅史 * (編集委員長)

編集規定

1. 本誌は、日本育療学会の機関誌であり、病気や障害のある子どもの健全育成を図るために、教育、医療、福祉、家族、福祉等に関する論文を掲載する。当分の間、年3号発行する。
2. 投稿資格は、連名者も含め日本育療学会会員に限る。
3. 投稿論文は編集委員会で審査され、掲載の可否が決定される。
4. 内容は、原著論文、事例研究、資料、総説・展望、実践論文などとする。
 - ・原著論文は、理論的、実験的又は事例的な研究論文でオリジナルなものとする。
 - ・事例研究は、事例を扱う原著とする。
 - ・資料は、資料的価値のある論文とする。
 - ・実践研究は、教育、医療、福祉などの実践をとおしてなされた研究論文で、実際的な問題の究明、解決を目的としたものとする。
5. 特集については、学会の趣旨に関連あるその時々々の社会の動き等の課題を取り上げ、問題とその解決策等を明確にする。なお、特集の責任者は編集会議で決定し、その責任者を中心に特集を組む。
6. プライバシーの問題や倫理的に問題のある研究や表現は認められない。

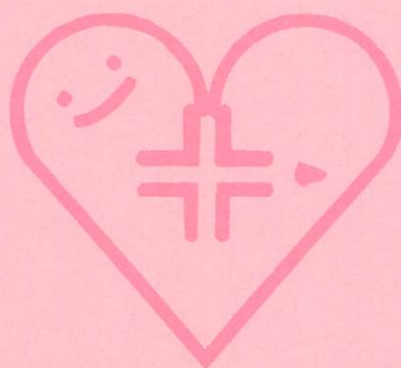
投稿規定については、別に定める。

日本育療学会機関誌「育療」第36号

平成18年9月1日印刷
平成18年9月15日発行

編集・発行 日本育療学会
(理事長 山本 昌邦)
「育療」編集委員会
(代表 西牧 謙吾)
〒113-0033 東京都文京区本郷1-15-4 文京尚学ビル6階

日本育療学会事務局
〒113-0033 東京都文京区本郷1-15-4 文京尚学ビル6F
FAX番号：03-5840-5974
メールアドレス japanikuryo@ybb.ne.jp
ホームページ <http://www.nanbyonet.or.jp/ikuryo/>
印刷所 共進印刷株式会社
〒233-0003 神奈川県横浜市南区港南3-5-30



シンボルマークの意味

育…教育という意味で鉛筆

療…医療で聴診器と赤十字

あたたかい心でつつむという意味でハート

あかるく微笑む子どもの顔

「岸本ますみさんの作」

教育 医療 家族 福祉関係者でつくる **日本育療学会**