

育療

41

2008.3

特集

- 「特別支援学校（病弱）の現状と課題」…………… 西牧 謙吾 …… 1
- 「できる、わかった、楽しい」授業の試み …… 大熊 隆明 …… 2
- 発達障害児の受け入れについて …… 松井 通記 …… 5
- 「全国特別支援学校（病弱）における施設設備に関する課題について」
…………… 川戸 明子 …… 7
- 特別支援教育（病弱）における人事厚生上の課題 …… 阿部 眞守 …… 10
- 進路福祉に関連した課題
— 中学部・高等部卒業生の現状と個別の教育支援計画活用上の課題について—
…………… 河邊 秀美 …… 15
- 全病連慢性疾患教育研究委員会の取組 …… 射場 正男 …… 19
- 全病連筋ジス教育研究委員会の取組 …… 佐藤美知代 …… 22
- 新たな実践が求められる心身症等の児童生徒の教育 …… 永富 文久 …… 25
- 全国病弱虚弱教育研究委員会連盟 脳性まひ等研究委員会 報告
…………… 竹澤 良全 …… 27
- 東京都の病弱教育について …… 山田 庄治 …… 30
- 三重県立緑ヶ丘特別支援学校における一校長の取り組み 富田 正宏 …… 34

原著

- インフォームド・コンセントにおける支援の側面
— 「病児」親と、成人患者から見たインフォームド・コンセント—
…………… 福本 良之 …… 38
金 一東
野地 有子

編集後記

日本育療学会

特集

「特別支援学校（病弱）の現状と課題」

西牧 謙吾（国立特別支援教育総合研究所）

平成19年度は特別支援教育元年と呼ばれ、名実ともに幼稚園、小中学校、高等学校も含め特別支援教育に移行した年である。この節目の年に、日本育療学会として、特別支援学校（病弱）の現状を改めて振り返り、これからの方向性を探ろうと考えた。

最近の特別支援学校（病弱）の取り巻く環境は、大きく変わってきた。日本の病弱教育の屋台骨を支えてきた特別支援学校（病弱）は、元々県で一校しかない県も多く、在籍者数が減少する中で、県立学校の統廃合の煽りを受けて、特別支援学校がなくなったり、知病、肢病併置校になったりしている。

特別支援教育が全国的に展開される中で、特別支援学校（病弱）に入る就学基準は、「継続して医療や生活規制が必要」という、ある種の「曖昧さ」を内在させた判断基準のために都道府県でその運用の仕方に差が見られる。また、時代の変化により病弱教育を受ける子どもの疾病構造が変化し、最近では発達障害の2次障害や心の問題を抱えている児童生徒に占める割合が増加傾向にある。他の病種と違い、病気が治れば前籍校に復帰し、障害（Disorder）は永続的に存在しない場合も多い（病気が治ると言うこと）。病院にある学校（※）にいる児童生徒の中には、通常の教育課程を適用できる子どもが多いのも事実であるが、一口に病弱教育といっても、適用する教育課程の幅は広く、知的や肢体不自由など、他の障害種とは「違う」という指摘がなされる。

しかし、いたずらに違いを強調するのではなく、

このような変革期には病弱教育の基本に戻って、自分の立ち位置を再確認することも必要である。

毎年病弱教育の中核を担う全国特別支援学校病弱教育学校長会（以下、全病長）の専門委員会は、教育課程、法制・制度、施設・設備、人事・厚生、進路・福祉という研究主題に基づいて、調査内容を決定し、全国各校に調査を依頼し、その結果と考察を研究集録にまとめている。この内容は、校長が学校運営を行う上で全国の状況を把握出来る、とても良い資料である。この特集を組むに当たり、平成19年度の調査内容を中心に、全病長専門委員会委員長の先生方に、「特別支援学校（病弱）の現状と課題」と題して執筆をお願いした。

同様に、病弱教育の専門性向上のために、全国病弱虚弱教育研究連盟（以下全病連）に慢性疾患、筋ジス、心身症等、脳性マヒの4つの教育研究委員会が設けられている。そこでの最近の活動内容を知ることは、病弱教育の現状を知る手がかりになると考えて、教育研究委員会会長の先生方にも、それぞれの立場から、活動内容について執筆をお願いした。

最後に、年度末のお忙しい中、このような素晴らしい玉稿をお寄せ頂いた校長先生方に、この場をお借りして、厚く御礼申し上げる次第である。

※病院にある学校とは、病院に隣接あるいは病院内にある特別支援学校、病院内にある特別支援学校の分校・分教室、病院内にある小・中学校の特別支学級、病院内への訪問による教育の総称である。

「できる、わかった、楽しい」授業の試み

大熊 隆明（長野県若槻養護学校長、教育課程専門委員会）

I はじめに

若槻養護学校は、長野市北部に位置する独立行政法人国立病院機構東長野病院に隣接している。本校は、特に重心病棟で我国初の教育が行われた学校でもある。現在は、小学部・中学部・高等部・のぞみ部（重症心身）・訪問教育部の5つの部からなり、高等部は新設されて4年目になる。また、県の「だれでも訪問教育」を受けて過年齢を中心にした訪問教育も始まり、今年度は3年目となり第1期生を送り出すことになっている。

現在在籍する児童生徒の状況は、慢性疾患や心身症等に加えて、精神疾患、発達障害、さらに知的障害等を併せ有し、障害の多様化が進んでいる。また、人工呼吸器や車イスを使用するなど障害の重度化もみられる。家庭からの通学が認められ、心身症等（不登校含む）や精神疾患の児童生徒の通学生も増えてきている。

II 本校の具体的な取り組み

1 小学部の実践

小学部の児童は、学習意欲はあるが、疾病や発達障害等により転入してくることが多い。そこで個々のセルフエスティームを高め、エネルギーを蓄え自ら学ぶ力を培って、前籍校に戻れるようにと願い、日々授業実践を積み重ねている。

その1つに総合的な学習や自立活動の時間を利用して、「みんなで作って、みんなで食べて、みんなで片づけ」を合い言葉に「大原の四季を食す」をテーマに掲げ、全員で四季折々のメニューを決め、共に調理をし、最後まで一緒に活動することを目標に取り組んできた。児童一人一人がめあてや見通しを持って活動できるようになってきている。

さらに、児童が意欲的に授業に取り組むことや基礎基本の学力の定着を図ることをねらいにして、「できた、わかった、楽しい」授業づくりをめざして工夫をしてきている。

(1) 日課をわかりやすく（スケジュール）

児童の実態に応じ、一日を過ごしやすくするために、2、3時限目の授業の教科を固定（带状に設定）し、児童が（発達障害のある子も含めて）、毎時間見通しを持って授業に取り組める（生活できる）ように考えた。

午前中は主に基礎基本の学習で「からだの学習」（自立活動）→朝の読書→朝会→「算数の授業」→「国語の授業」としている。午後は社会や理科或いは音楽、図工、体育、家庭、特活など身体を使った学習として、1日を大きく2つに分けて実施している。

(2) 授業の構造化（ワークシステム）

①算数の授業

児童の基礎学力の向上を目標に、授業のはじめに「100問プリント」を行い、その後ドリル教材を中心に進め、1時間の授業の流れをわかりやすくしている。

◇45分間の学習活動

ア「100問プリント」（集中力&準備体操）

イ「ドリル的学習教材」（今の自分に合った基礎基本の学習）

ウ「個別の学習」（教科書教材やドリル教材にない図形等の学習）

と3つの流れにし、授業の終わりには学習した内容の見返しとプリント等を整理する時間を取った。初めはなかなかできなかったが、毎時間繰り返すことにより、自ら学習の準備をし、45分間の学習を意欲的、主体的に取り組めるようになってきている。

*「個別の学習」では、前籍校の進度に合わせた学習、代数系でない図形や面積等の学習及び関連した操作活動を取り入れた学習、また、未習内容のある場合は下学年対応の学習や総復習的な問題に取り組む学習などを行なっている。

②国語の授業

国語（3時限目）の授業においても「ドリルの学習教材」を取り入れ、児童にとって構造化された展開のある授業になる様にしている。

1時間の流れは、ア 漢字プリント イ ドリルの学習教材 ウ 個別の学習（教科書又は音読）と学習内容をはっきりさせている。

日々の授業で培った力は、七夕集会では「七夕物語」の朗読、若養祭での「ワカヨウ 西遊記」劇等の発表で、自信に満ちた生き生きとした姿がみられ、参観者より高い評価を受け、その成果が少しずつ現れている。

2 中学部の実践

中学部の生徒は、慢性疾患や心身の不調のため不登校、病弱でしかも知的遅れを併せ有するなど様々である。特に長年不登校のために未習内容が多く、該当学年の学習ができない。エネルギーがなく、学習に前向きに取り組めない。病気治療のため十分学習を受けられなかったなどの生徒が在籍し、指導に苦慮している。このような生徒に準じたカリキュラムを組みながら生徒の実態に応じた学習形態や指導のあり方を工夫している。

(1) 学習形態の工夫

- ①学年に応じた教科学習を中心にし、中学部卒業後の進路を考えたグループを編成して学習する。
- ②学力に応じて基礎・基本の内容や下学年対応の学習をするグループ編成で、自分のペースに合わせて学習をする。
- ③道徳、選択教科、自立活動は学級を中心に学習する。
- ④音楽、美術、保健体育、技術・家庭科、特別活動、総合的な学習の時間等は部全体で学習をする。

実態に応じて学習形態を整えることは、生徒同士が安心して学習に取り組むことが可能となり、また個々に合わせた学習内容を学ぶことができるので、わかる喜びを体得することができる。

(2) チームティーチング（TT）を生かした指導

個々の生徒の学習をさらに充実するために、積極的にTTを取り入れて支援にあたっている。

特に基礎・基本の学習では、2名以上の職員で、きめ細かな個別の指導ができるように努めている。

Ⅲ 授業実践から

1 授業の充実と基礎学力の定着をめざす

- ・やることのがはっきりしている。（めあてがもてる）
- ・学習の見通しがもてる。（やることがわかる）
- ・自分ですぐに評価できる。（成果がわかる）
- ・前時の学習と本時の学習が比べられる。（理解の深まり）

2 自立的に生きることの基礎を学ぶ

構造化された授業をすることによって、児童生徒が教師の「声かけ」や「指示」で動くのではなく、自らめあてを持って臨み、活動していくことができるようになる。そのために教師は学習環境を整え、成功体験や成就感を積み重ねていくことができるように準備していくことが大切である。こうしたことの繰り返しは、児童生徒がより自立的に生きるための基礎の力になると考える。

Ⅳ おわりに

長期入院による生活のマナー化や障害の多様化等により児童生徒の学習意欲は乏しい。また未習内容も多く、その指導・支援が難しくなっている。

1日の生活の流れをわかりやすくするために、日課表を带状に設定した生活づくりをすることによって少しずつではあるが、その成果は現れている。児童生徒にとって「シンプル イズ ベスト」と「継続は力なり」が有効であることを実感する。

個別の指導計画作成や指導実践は、教師の力量や教師間のチームワークが大切であり、日課や学習形態を工夫するだけでなく、その基は教師と児童生徒との信頼関係にあると考える。今後もさらに児童生徒一人一人のニーズに応じた授業の実践を積んでいきたい。

週予定表

小学部

今週の学部CT

朝掌握

読み聞かせ

2008. 4. 1～

	月	火	水	木	金	
予定						
床土担当						
放課後 会議						
教育相談 職員 動向						
8:45 9:30	自立(からだ)	自立(からだ)	自立(からだ)	自立(からだ)	道徳	
9:30	読書・読み聞かせ	読書・読み聞かせ	読書・読み聞かせ	読書・読み聞かせ	読書・読み聞かせ	
9:45	卓月会	卓月会	卓月会	卓月会	卓月会	
10:00	算数	算数	算数	算数	算数	
2 10:45	100ﾌﾟﾘｰﾌﾟﾘ教材→個別	100ﾌﾟﾘｰﾌﾟﾘ教材→個別	100ﾌﾟﾘｰﾌﾟﾘ教材→個別	100ﾌﾟﾘｰﾌﾟﾘ教材→個別	100ﾌﾟﾘｰﾌﾟﾘ教材→個別	
11:05	国語	国語	国語	国語	国語	
3 11:50	漢ﾌﾟﾘｰ教材→音読・個別	漢ﾌﾟﾘｰ教材→音読・個別	漢ﾌﾟﾘｰ教材→音読・個別	漢ﾌﾟﾘｰ教材→音読・個別	漢ﾌﾟﾘｰ教材→音読・個別	
給食			下校			
12:50	特活	理科	12:00	社会	理科	
4 5	2年					
1:35 6						
1:40	理科	社会		図工	生活・総合	
5 2						
5 6						
2:25						
2:30	社会	家庭		図工	音楽/体育	
6 2	2:00下校					
5 6						
3:00						
3:00	掃除 教室・廊下・身障トイレ	掃除 教室・廊下・身障トイレ		掃除 教室・廊下・身障トイレ	掃除 パーパスホール	
3:15	帰りの会	帰りの会	帰りの会	帰りの会 一週間のまとめ		
3:30	下校	下校	下校	下校		
4:00	病棟鍛錬	病棟鍛錬	病棟鍛錬	病棟鍛錬	鍛錬なし	
備考						

発達障害児の受け入れについて

松井通記（愛知県立大府養護学校長、法制制度専門委員会）

I はじめに

近年、特別支援学校（病弱）に在籍する児童生徒の実態が大きく変化してきていることが大きな話題となっている。小児一般慢性疾患児の在籍が激減する一方で、発達障害児の在籍数が増加していることが全国的に見られる傾向である。

こうした在籍者の変化に伴って、特別支援学校長会法制制度委員会病弱部会においては、発達障害児に関する設問を取り入れ調査研究を進めてきた。ここでは、平成15年度から平成19年度の5年間の発達障害児の受け入れについて紹介する。

II 発達障害児の在籍状況 (各年度5月1日現在)

	年度	北海道・東北	関東・甲信越	北陸・東海	近畿	中国・四国	九州	合計
学校 在籍 している 数	15	13	15	6	8	5	10	57 (53.3%)
	16	11	9	6	7	4	9	46 (40.4%)
	17	11	9	9	7	7	11	54 (60.7%)
	18	13	17	11	9	9	10	69 (76.7%)
	19	11	11	8	9	9	9	57 (72.2%)
学校 在籍 していない 数	15	5	14	8	12	6	5	50 (46.7%)
	16	9	23	10	12	7	7	68 (59.6%)
	17	6	10	5	5	4	5	35 (39.3%)
	18	4	4	4	3	1	5	21 (23.3%)
	19	4	6	3	2	1	6	22 (27.8%)

発達障害児の通学状況（各年度5月1日現在）

	年度	LD	ADHD	高機能自閉症	アスペルガー症候群	合計
病院から	15	3	39	12	24	78
	16	4	18	6	7	35
	17	3	22	16	22	63
	18	4	18	18	26	66
自宅等から	15	11	40	20	38	109
	16	18	42	15	32	107
	17	12	43	35	67	157
	18	14	55	66	88	223
寄 宿 舎 施 設	17	2	11	5	8	26
	18	0	11	3	20	34

(平成19年度地区別通学状況)

	北海道・東北	関東・甲信越	北陸・東海	近畿	中国・四国	九州	合計
病院から	8	22	34	18	5	6	93
自宅等から	50	20	30	5	43	64	212
寄 宿 舎 ・ 施 設	4	4	4	6	2	12	32

Ⅲ 発達障害児の学習すべき場所

1 各特別支援学校（病弱）の考え方

右表は、発達障害児の学習場所はどこが望ましいかとの問いの結果を%で示したものである。さらに平成16年度には、基本的に小中学校（79.8%）と回答した内訳として、地域の小中学校の通常の学級で学習すべき（46.5%）、地域の小中学校の特殊学級で学習すべき（33.3%）との調査結果も出ている。

2 都道府県の考え方

平成16年度に、発達障害児の学習場所として都道府県がどのように考えているのかを調査したところ、都道府県としては決めていない（52.8%）、通常の小中学校で指導すべき（35.8%）、養護学校で指導すべき（8.5%）、その他（2.8%）と結果が出ている。

Ⅳ 発達障害児を病弱教育の対象にすることへの考え方

発達障害児を病弱教育の対象にしていくことについての考え方を平成18・19年度と調査した。その結果を以下に示した。（18年度、19年度）

- ・心理的疾患（心身症、神経症など）として医師の診断書を受けたものであれば対象とすべき。そうでなければ対象にはしない（71.1%、60.5%）
- ・特別支援学校の支援を受けながら地域の学校に通学していくべき（60.0%、47.7%）
- ・センター的役割の範囲で支援はしていくが、就学対象になるのはおかしい（28.9%、22.1%）
- ・受け入れていくべきかとは思いますが現状の体制では難しい（18.9%、16.3%）
- ・病弱教育の対象として積極的に受け入れていくべき（10.0%、11.6%）
- ・対象ではない（7.8%、11.6%）

なお、平成15年から17年までの調査結果を次の表に示す。

年度	基本的に小中学校	基本的に養護学校	その他
15	65.3	14.3	20.4
16	79.8	16.7	3.5
17	88.6	2.9	8.6

Ⅴ 発達障害児への受け入れ条件

平成18・19年度に、どのような点が改善されればもっと積極的に発達障害児を受け入れていけるかどうかを調査した主な結果を以下に示した。（18年度、19年度）

- ・発達障害に専門性のある教員を増員してほしい（24.0%、23.7%）
- ・地域の幼小中高を支援することができる人員を増員してほしい（21.2%、14.5%）
- ・臨床心理士など専門資格を持った人員を配置してほしい（20.6%、17.1%）
- ・発達障害児の受け入れについて助言してもらえる医療機関を位置付けてほしい（15.6%、13.2%）
- ・今の学校施設を増改築し、教室を増やしてほしい（7.2%、15.1%）

Ⅵ おわりに

発達障害児は、地域の学校に通学すべきであり病弱教育の対象ではないとする学校の割合が高いが、発達障害児が在籍する学校の割合が7割を超えている現状であり、今後も医師の診断を受けた発達障害のある児童生徒が自宅から通学する傾向が強くなってくと予想される。

平成19年度の調査において、発達障害の児童生徒が在籍している学校のうち、対応で困っている事柄は、人員が不足している（27.2%）、専門的な知識理解が不足している（23.2%）、施設整備が不足している（14.4%）であった。中でも、旧来の病弱教育対象の児童生徒への影響が大きかったとした学校が13.6%あったことは注目すべきことである。こうした困難を改善するには、やはり専門性を兼ね備えた教員の増員であり、スクールカウンセラーの配置も多くの学校で望まれているところである。

「全国特別支援学校（病弱）における施設設備に関する課題について」

川戸 明子（大阪府立羽曳野養護学校長、施設・設備専門委員会）

I はじめに

平成16年度から19年度までの4年間、全国特別支援学校（病弱）の施設設備委員会に所属し、平成19年度は委員長として、調査結果をまとめることになった。その結果を踏まえ、施設設備の面からの課題を述べたい。

特別支援教育が本格的に進み出し、多様な障害種を受け入れる特別支援学校（病弱）もあれば、他の障害種別と統合し、病弱部門となるところ、また、病院の統廃合により、閉校となり、他の障害種の学校に改編される学校など、他の障害種別に比べ、一番大きな変化を受けているのではないかと思われる。

II 4年間の調査を振り返って

今年度86校（分校・分教室は本校に含める）で調査を行ったが、既に知的障害の特別支援学校の病弱部門となった学校からのデータは含まれないので、今後、調査対象をどうするかが大きな課題となっている。

ところで、平成16年度からの調査を振り返ってみると、その時代の課題を取り上げて調査を行っていたことが分かる。（資料参照）

例えば、平成16年度は全国的に通学生への対応に苦慮していた時で、入院生と通学生の出入口を分けるかの検討や、感染症の対応に伴う施設設備の改善等が行われている。これは平成17年度も続き、学校全体の安全対策、防犯対策とともに施設設備の充実があげられていた。

平成17年度は多様な障害種の受け入れのため、バリアフリー化に向けた整備状況についての調査を行っている。そして、IT化、個人情報管理についての調査も行っている。

平成18・19年度は「安全で安心な学校の施設設備整備」についての調査で、耐震診断やAED設置などについて調査しており、いずれも平成19年度調査においては大幅に改善されていることが分

かった。（耐震診断実施 平成18年度 55校→平成19年度 63校・AED設置 平成18年度 31校→平成19年度 61校）

平成18年度は特別支援学校への移行について調査し、平成19年度は特別支援学校への方向性や名称、他障害との併置等について調査した。

年を追うごとに、特別支援学校としての体制づくりが進められていることが分かり、他障害種の受け入れや統廃合などここ数年で、病弱教育を行う特別支援学校の体制が各都道府県で様々であることが伺える。

その中で今後は特別支援教育のセンター的機能を発揮して、地域の学校で病气と付き合いながら、学校生活を送っている子どもたちへの支援の充実をしていく必要がある。

また、平成19年度調査の結果、

①特別支援教育推進上の施設設備の課題としてあげられた中で最も多かったものは、障害の重度多様化への対応であったが、これは、平成17年度から項目にある基本調査の中で、児童生徒総数（アンケート回答校のみの総数）は平成17、18、19年度3707人、3599人、3625人とほぼ横ばいである。

自分で歩行可は2300人前後でほぼ同数、車椅子や一部介助が、1173人（平成17年度）から518人（平成18年度）、397人（平成19年度）と減少し、反面、全介助が、251人（平成17年度）から777人（平成18年度）、908人（平成19年度）と増加していることでも、はっきり表れている。

②IT化を推進するための課題としては、セキュリティ及び個人情報の保護・管理が最も多く挙げられ、約51.8%になる。

IT化が進んでいる学校と、設置について病院との関係もあり、苦慮している分教室等とに今後ますます情報環境の差が生じることを懸念している。

平成16年度から19年度までの4年間を通してみると、施設設備の改善の中でも、緊急度の高いもの(国やマスコミで大きく話題になったこと。例: AED、耐震等)については、全国的にもその対応が早くされていることが分かった。

しかし、高額な予算がかかるもの、万々に備えての施設設備等は、先送りになっているケースが多かった。(避難用スロープ 平成18年度、平成19年度で新たな改善は無し)

Ⅲ おわりに

大阪府立羽曳野養護学校においては、小さいながらも施設設備の整った本校と、教室として常時、使えるスペースが無く、カンファレンスルームを時間で借りている(実際には病院の協力により、

学校の授業時間帯は、全面借りているが、教材等を置くことはできないので、毎時間、持ち帰りをしている)分教室まで、子どもの学習環境には大きな差がある。

他の学校も同様の問題を抱えていると思われるが、本校だけの解決は困難であり、病院の理解、協力が不可欠である。病院との連携なくしては、病弱教育の充実が困難な特別支援学校(病弱)においては、ぜひ、厚生労働省と文部科学省の連携、協力による制度からの改善をお願いしたいと思っている。そして、病院の統合や機能改革により、病種が変化し、それに合わせた対応を学校は、限られた範囲の施設の中で行っていく必要が出てきている。

(資料) 施設設備専門委員会 (病弱養護学校部会) 平成16年度～平成19年度の研究主題と調査項目

	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
研究主題	病弱養護学校における特別支援教育を進めるための施設設備の在り方について	特別支援教育を進めるための施設設備の在り方	「特別支援教育における施設設備上の課題」 ー特別支援学校への移行にあたってー	特別支援教育における施設設備上の課題
主な調査項目	<p>①センター的機能を果たすために必要な施設設備</p> <p>②通学生の受け入れに対する施設設備</p> <p>③安全対策 (ソフト面)</p> <p>◎安全危機管理マニュアル</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設 ・ 来校者名簿等 ・ 職員による校内巡視体制 <p>④防犯対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 防犯訓練 <p>⑤安全対策 (ハード面)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 校舎内外の防犯設備の設置状況 <p>○専門性の継続を施設設備の観点から調査</p> <p>○複数の障害のある児童生徒がいかに場を共有し、共存していくのか、施設を有効に活用していくのか、感染症などに対する対策</p>	<p>○基本調査</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 設置形態 2) 校舎の築年数 3) 児童生徒の通常の移動手段 <p>1. 特別支援学校への対応について</p> <ol style="list-style-type: none"> ①病弱以外の障害種の受け入れ ②受け入れのため整備済み、又は整備が必要な施設設備 ③受け入れにあたっての感染症等への方策 <p>2. 自宅からの通学生について</p> <ol style="list-style-type: none"> ①受け入れに対する施設設備 (玄関昇降口) ②昼食 ③緊急時の対応についての病院との連携 <p>3. バリアフリー化に向けた整備状況</p> <p>4. IT化と個人情報保護管理</p> <ol style="list-style-type: none"> ①台数 ②インターネットの接続台数 ③校内LANの整備状況 ④情報 	<p>○基本調査</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 設置形態 2) 学校の建物 3) 校舎の築年数 4) 増改築計画 5) 児童生徒の現状 <p>①安全で安心な学校の施設設備について</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2) 耐震診断について 3) 4) AEDについて 5) 6) 不審者侵入対策について 7) 8) 災害時についてスロープの有無等 <p>②特別支援学校への移行について</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 特別支援学校としての方向性について 2) 病弱との併置教育部門について 3) 学校の統廃合について 4) 教育部門に関する方向性について 5) 他の教育部門受け入れについて 6) 隣接病院等との連携への影響について 7) センター的機能について 8) 個人情報保護管理について 	<p>○基本調査</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 設置形態 2) 学校の建物 3) 増改築計画 4) 児童生徒の現状 <p>①安全で安心な学校の施設設備について</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2) 耐震診断について 3) 4) AEDについて 5) 6) 不審者侵入対策について 7) 8) 災害時についてスロープ有無等 <p>②特別支援学校として</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 特別支援学校としての方向性について 2) 教育部門に関する方向性について 3) 受け入れのため整備した施設整備、今後必要な施設設備 4) 校名変更 <p>③共通項目 特別支援教育推進上の施設設備の課題</p> <p>④共通項目 IT化を推進するための課題</p>

特別支援教育（病弱）における人事厚生上の課題

阿部 眞守（岡山県立早島特別支援学校長、人事・厚生専門委員会）

I はじめに

全国特別支援学校長会（病弱教育部会）では、これまで調査研究してきた免許の保有状況や専門性の在り方等に関わるアンケートの設問内容を継承しつつ、法改正や学習指導要領の改訂準備が進められる中で、専門性の高い病弱教育を提供するための人事厚生上の課題を整理し対応を考えている。調査内容及び考察は、以下のとおりである。

II 調査対象・回答校数

1. 調査対象

全国病弱養護学校85校

2. 回答校数（回収率）

85校（100%）

III 調査内容

1. 免許の保有状況

・年齢別 学部別の保有状況

・認定講習受講状況

2 職員の健康管理に関する状況

・休職 病休 受診の状況

・健康診断実施状況

3 特別支援教育の推進状況

・校内組織について

・特別支援教育コーディネーター（以下コーディネーターとする）の配置

・活動の状況 研修ニーズ

4 専門性を確保するための人事の在り方

・専門性向上のための研修実施状況 費用

5 平成19年度・全特長調査研究の共通項目

IV 調査結果と考察

1. 免許の保有状況（表1、2）

表1 年齢別教諭の免許保有状況（H19）

年齢	視覚障害	聴覚障害	知肢病	自立活動	その他	小計	未所有	所有率
24	0	1	25	0	3	194	110	8%
～29	3	11	144	0	7			
～34	15	23	220	9	5	567	202	24%
～39	15	15	250	4	11			
～44	20	46	410	3	11	994	198	41%
～49	30	57	400	7	10			
～54	23	45	331	15	12	646	207	27%
55～	18	20	175	5	2			
計	124	218	1955	43	61	2401	717	

表2 学部別免許保有状況（H19）

	小学部	中学部	高等部	専攻科	計	所有率
視・聴・知肢病	25	22	28	0	75	2%
視・聴	1	1	0	0	2	1%
視・知肢病	35	18	20	2	75	2%
聴・知肢病	57	29	23	0	109	4%
視	1	7	6	0	14	1%
聴	11	15	5	0	31	1%
知肢病	698	665	510	27	1900	63%
自立	3	2	2	0	7	1%
その他	23	31	57	0	111	4%
未所有	142	216	289	5	652	21%
計	996	1006	940	34	2976	

2. 認定講習受講状況（表3）

表3 認定講習受講状況（H19）

取得の目的	2種免許状			1種免許状		
	単	複	他	単	複	他
県内で受講	176	104	125	55	29	12
県外で受講	12	6	7	6	1	2
放送大学で受講	15	7	4	2	1	0

単：在籍種についての免許状

複：在籍校種の領域を含む複数領域の免許状

他：在籍校種以外の領域の免許状

〈受講場所が県内以外の場合の理由〉

- ・県内に講習がないから 5
- ・短期間に修得したいから 25
- ・その他 1
(ex選考から外れた)

《考察》

- ・教員総数3118名の内、何らかの特殊教育諸学校の免許を保有する者が2401名で保有率は77%（H18は75%）である。その内、養護学校免許（知肢病）の保有率が最も高く63%（H18は62%）である。その他の特殊教育諸学校の免許保有率は極端に低く、未保有者は23%（H18は25%）で、昨年度よりはわずかではあるが取得が進んでいる。（表1）
- ・学部別の保有状況は、学部が上がるほど下がっており、高等部の保有率は昨年同様に低いものとなっている。
- ・年度が進むにつれて免許の保有率が上がってきているが、特別支援学校の使命を考えると、免許状の複数所有も課題となる。認定講習の受講者数の伸びの傾向からも伺うことができる。（表2、3）
- ・認定講習の受講者は増加の傾向にあるが、一種免許状の受講者は、二種免許状の受講者のほぼ3分の1程度に留まっている。放送大学での受講者は減少の傾向にある。（H17は40名、H18は31名、H19は29名）（表3）
- ・県外での受講者は、依然として40名弱を保って

おり県内での受講体制について一考を必要とする。県外での受講を行っている理由として、短期間で取得したいからという者の割合が多く今後の検討が必要である。

- ・特別支援学校としての使命を考え、複数の特殊免許を取得しようとしている傾向が、今回の調査でも伺うことができ、各校における意識の表れを感じることができる。

3. 職員の健康管理に関する状況について（H19）

表4 休職・病休・受診状況（ ）はH18年度数

	健康上	精神上	計
休職者数	10(23)	18(15)	28(38)
病休者数	7(12)	8(15)	15(27)
定期的受診者数	153(130)	41(24)	194(154)
不定期受診者	79(75)	12(11)	91(86)
その他	13	1	14

表5 法令外健康診断実施状況（H19）

対象・費用負担 内容	全 員	希 望 者	未 実 施	公 費	学 校	自 己
B型肝炎	0	33	40	34	0	3
頸肩腕・腰痛検査	11	22	45	30	1	0
ツ反・BCG	0	2	76	1	1	1
HIV抗体検査	0	0	78	2	0	0
MRSA検査	0	0	78	1	0	0
インフルエンザ予防接種	4	32	45	2	1	0
法定伝染病等抗体検査・予防接種	2	7	40	10	0	0
VDT検査	2	27	3	9	0	0
その他	0	0	0	0	0	0

《考察》

- ・昨年度との比較を見ると休職者、病休者共に減少傾向がある。定期受診者や不定期受診者は、かなりの増加の傾向にある。
- ・精神的な理由で受診を行っている者が増加の傾向にあり、職場でのメンタルヘルスの必要性が認められる。（表4）
- ・健康診断の実施については、B型肝炎、頸肩腕・腰痛検査を公費負担で行っている割合が多い。

・他の検査でも、公費負担で実施しているものもあるが、法定伝染病等抗体検査・予防接種やVDT検査の割合がやや高くなっている。(表5)

表6-1 センターの機能を果たすための校内組織設置状況

	H16	H17	H18	H19
校務分掌として位置づけた	24	48	54	60
従来からの分掌内に1づけた	13	19	2	13
特に位置づけていない	14	6	1	3

表6-2 センターの機能の担当を独立した校務分掌として位置づけた (H19)

組織名	校数
支援部	20
地域支援部	12
教育支援部	10
相談支援部	2
教育相談・地域連携部	2
特別支援教育委員会	2
その他	12

表7 特別支援教育コーディネーターの配置状況

	H16	H17	H18	H19
定数加配措置がされた	1	5	8	15
加配はないが専任させた	10	22	24	25
他の分掌と併任させている	28	44	48	43
置いていない	14	5	4	2

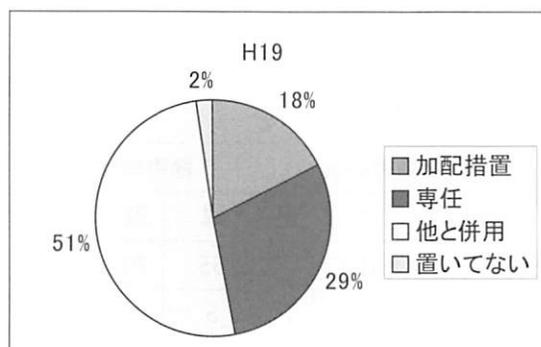
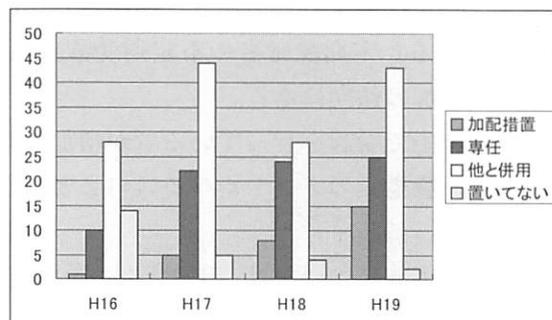


表8 特別支援教育コーディネーターの活動内容・訪問回数

活動内容	回数
ネットワークの構築に関して(a)	381
個別の教育支援計画の策定に関して(b)	193
保・幼・小・中・高への教育・健康相談(c)	1448
保・幼・小・中・高への研修支援(d)	382
児童生徒の指導・支援(e)	848
その他	126

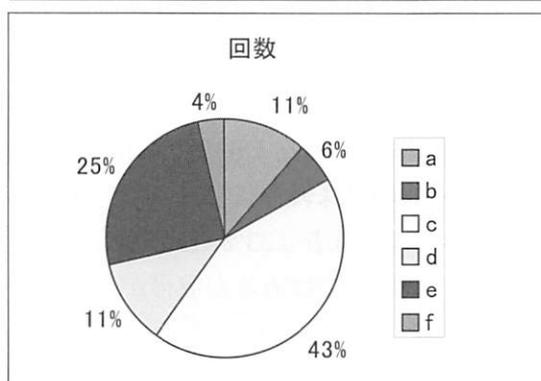
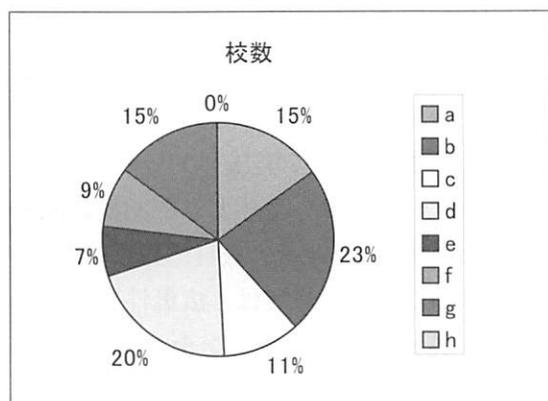


表9 特別支援教育コーディネーター研修で必要性の高いもの

研修内容	校数
保・幼・小・中・高における支援体制の構築 (a)	45
関係機関とのネットワークの構築 (b)	67
個別の教育支援計画の策定 (c)	32
LD・ADHD等の障害のある児童生徒の理解や指導 (d)	60
保・幼・小・中・高における障害のある児童生徒の実践から学ぶ(e)	21
特別支援学校のコーディネーター同士の実践交流 (f)	25
小中学校のコーディネーターとの実践交流(g)	43
その他 (h)	0



《考察》

- ・センター的機能を果たすための校内組織の見直しに多くの学校が取り組んでいる。年度が進むにつれ、独立した組織として校務分掌に位置づけられ取り組みの充実が図られていることが伺える。H18年度の68%からH19年度は、78%に達している。
- ・組織の名称は様々で、支援部、地域支援部、相談支援部等の名称を付けているものが67%に達している。(表6-1、6-2)
- ・コーディネーターの定数配置は少ないものの、増加の傾向にある(H19は15%)。また、加配はないが校内組織を工夫して専任者を置いたり、他の分掌と併任させている学校は80%あり、コーディネーターを特別支援教育の推進役として位置づけている様子が伺える。(表7)
- ・コーディネーターが出向く回数はH18年度に比べて2倍以上である。

(H18は1611回、H19は3222回)

- ・訪問の内容は、保・幼・小・中・高への教育相談や健康相談、指導や支援の在り方等が多く(68%) ついで各校園への研修支援やネットワークの構築に関するが多くなっている。(表8)
- ・コーディネーター研修の必要性が高いものは、表3の支援内容と関係があり、ネットワーク構築に関係したり障害特性の理解や指導に関係したりしていることも理解できる。(表9)

5. 専門性を確保するための人事の在り方について

表10 新規採用試験枠の設定状況について

	H16	H17	H18	H19
特別支援学校枠有り	48	49	51	56
特別支援学校枠なし	20	20	19	17

表11 外部専門家の配置状況 (H19)

	常勤	臨任	非常勤	嘱託
言語療法士			2	
理学療法士			2	
作業療法士			1	
臨床心理士			1	
学校カウンセラー			3	
看護師	3	2	16	5

表12 医療的ケアのための看護師の配置状況 (H19)

〈対象児童生徒数10名以下〉学校数27
常勤1名1校
臨任1名1校
非常勤1名12校 2名2校 3名1校 4名3校 7名1校
嘱託1名1校
配置なし18校
〈対象児童生徒数11～20名〉学校数9
常勤17名1校 2名2校
臨任1名1校
非常勤1名1校 3名1校
配置なし4校
〈対象児童生徒数21～30名〉学校数2
臨任6名1校
非常勤1名1校
配置なし1校
〈対象児童生徒数31名以上〉学校数0

表13 専門性向上のため職員が参加した研修 (H19)

研修内容	参加件数
広汎性発達障害等 (a)	70
心身症等 (b)	59
各種検査法 (c)	55
カウンセリング (d)	51
摂食障害 (e)	30
病気理解 (f)	46
個別教育支援計画 (g)	25
医療的ケア (h)	34
その他(i)	15

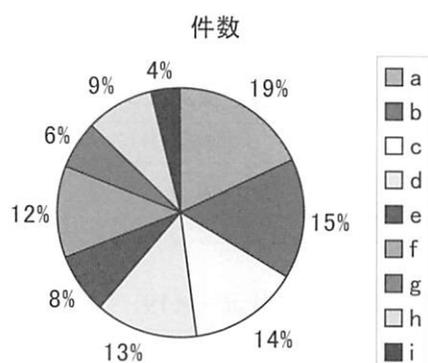


表14 講師を招聘した場合の費用 (H19)

	予算あり	学校負担	無料	未定
Dr等医療専門職	30	21	18	2
教授等学識者	32	27	4	2
学校関係者	11	6	44	2
指導主事等行政関係者	6	5	42	0
その他	3	1	3	1

《考察》

- ・ 特別支援学校の新規教員採用率は少しずつ増加の傾向にあるものの、大きな変化はないようだ。
- ・ 外部専門家の配置がほとんどみられないものの、非常勤の職員を1～2名配置している学校がみられるようになっている。(表10)
- ・ 医療的ケアを実施している学校が38校あり、その内、対象児童生徒数が10名以下の学校27校では、その多くが1名の非常勤看護師を配置して

医ケアを実施している。また、複数名配置しているケースも7校あり、対応が充実しつつあることが伺える。ただ、配置のない学校も18校あり、病院との連携の中で実施しているようだ。今回のアンケートでは、全体として23校に配置されていない状況である。(表11、12)

- ・ 専門性向上のための研修では、広汎性発達障害や心身症、各種検査法、カウンセリング、病気理解に関するものが比較的割合が高い。病弱養護学校における、今後の専門性向上に向けての方向性が伺える。(表13)
- ・ 講師を招聘しての研修では、学校負担で取り組んでいるケースも多々ある。専門性向上のための研修予算も増加していくものと考えられる。(表14)

6. 全特長調査研究の共通項目 (病弱)

- ・ 特別支援教育を推進していく上での人事厚生上の課題としてあげられたものは、教員の専門性の確保をあげた学校が76%、コーディネーターの配置が14%となり、教員の専門性の確保が急務の課題であることが伺える。
- ・ 専門性向上の取り組み上での課題として、研修の充実をあげた学校が77%、ついで外部の専門職の配置が12%となった。教員の研修意欲の向上をあげた学校もわずかではあったが、取り上げられていた。

進路福祉に関連した課題

— 中学部・高等部卒業生の現状と個別の教育支援計画活用上の課題について —

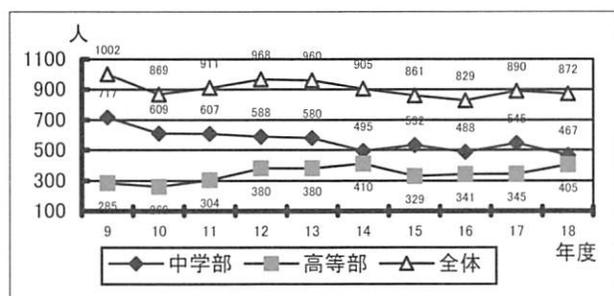
河邊 秀美（福岡県立古賀養護学校長、進路福祉専門委員会）

I はじめに

全国特別支援学校長会進路福祉専門委員会病弱養護学校部では、アンケート調査による標記テーマの継続研究を行っている。本稿では、平成19年度に実施した調査結果の概要を紹介する。（回答校は84校）

II 卒業生の推移について

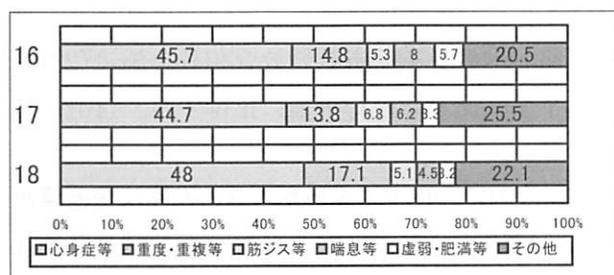
全国的な生徒数の減少傾向と比較すると、病弱養護学校は減少割合が少ない状況で推移している。



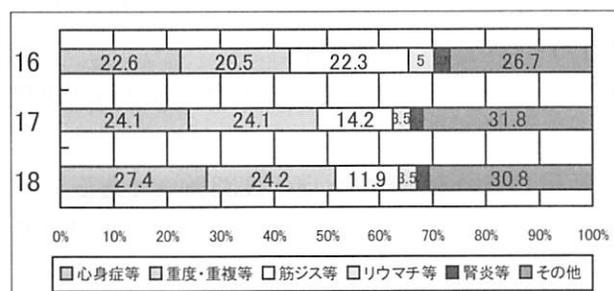
グラフ1. 10年間の生徒数の推移

III 病類別卒業生の割合について

卒業生の病類別割合の状況は、「心身症等」「重度・重複等」が増加している。（グラフ2,3）



グラフ2. 病類別卒業生の割合（中学部）



グラフ3. 病類別卒業生の割合（高等部）

IV 進路別卒業生の割合について

中学部卒業生の進学率は、95.7%である。

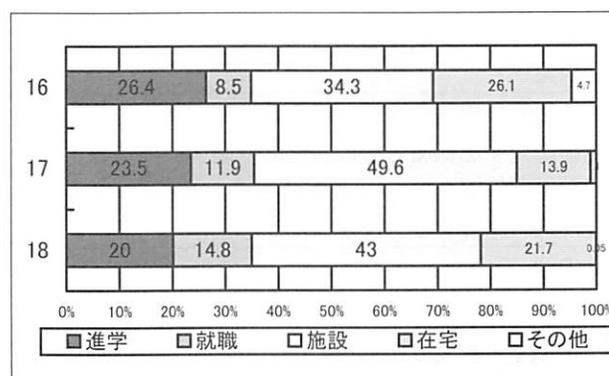
校種別進学率は、養護学校51.9%（前年度49.7%）、高校43.8%（前年度48.8%）で、課程別では全日制71.2%、定時制・通信制28.8%である。（表1）

表1 進学者内訳（中学部）

卒業生徒数		467人	
進学生徒数		447人	割合
内訳	① 高校進学	196人	43.8 %
	(公立高校進学)	(114人)	(25.5%)
	(私立高校進学)	(82人)	(18.3%)
	② 養護学校高等部進学	232人	51.9 %
	③ その他	19人	4.3 %
前籍中学校に戻り高校進学		136人	(30.4%)

高校への進学率が減少し、養護学校への進学率は徐々に増加している。

高等部卒業生の進学状況は、大学や短大等への進学が減少し、就職が増加の傾向がある。（グラフ4）



グラフ4. 進路別・年度別卒業生割合（高等部）

V 平成18年度中学部進路指導について

1 高校等への進学にあたり配慮していること

(1) 個別の教育支援計画の活用

活用しているが75校（前年度73校）である。活用状況は表2のとおりである。

表2 個別の教育支援計画の活用状況 *複数選択

疾病等の自己理解など進路相談で	37
高校等への体験入学時に	15
進学希望高校等との連携に	37
進学後(中学部卒業後)の支援体制づくりのために	44
その他	3

活用上の課題は、「保護者の同意が得にくい」「生徒の実態が伝わるような様式の検討」「個人情報保護、管理、活用」「高校側の理解不足」である。

(2) 高校への進路指導で配慮していること

進路情報の提供、学力補充を多くの学校が重要な配慮事項にしている。(表3)

表3 高校への進路指導で配慮していること *複数選択

学習空白への対応	69
自立活動の充実	34
高校等、進路に関する情報提供	72
受験時の心がけなどの指導	55
その他	12

2 高校等進学や進路指導上の各校の課題

本人の進路意識を高めることや保護者等との共通理解を深めることなどが課題である。(表4)

表4 高校等進学や進路指導上での各校の課題 *複数選択

障害の程度の重度化や障害種、疾患の多様化への対策	40
本人の病状理解や進路意識の希薄さ	54
生徒に対する保護者の病状理解や適切な成績等の評価の欠如	34
受け入れに対する高校等への啓発理解	36
その他	13

3 高校入学後のアフターケア

調査結果は表5のとおりである。「個別の教育支援計画を進学先に引き継いでいる」と回答した学校は26校(前年度14校)と増加している。

表5 高校入学後のアフターケア *複数選択

進学先の高校等訪問や連絡会を行っている	43
学校行事等への招待を行い情報収集等行っている	21
個別の教育支援計画を進学先に引き継いでいる	26
個別の教育支援計画を学校に保存し、追指導状況等を記入している	16
その他	21

4 高校中途退学者対策等について

(1) 中学部卒業生の高校中途退学者数

高校中途退学者は18年度111名、17年度104名、16年度170名である。

(2) 中途退学の主な理由や病類

中途退学の理由は、「集団・学校不適應」「生活の乱れ」「学業不振」「病状悪化」などであり、病類では「心身症」「発達障害」が多かった。

(3) 中途退学者を出さないための対策

- ① 中学部在学期間において講じている対策
 - 進路相談や高校での体験入学などを実施し、進路への目的意識をもたせる。(18校)
 - 自己理解を深め、コミュニケーション能力の向上を図る(13校)
 - 病状、学力面で余裕があり、3年間で卒業できる学校の選択(12校)
 - 基礎学力向上を図る。(9校)
- 新しい傾向として「余裕をもった学校選択」が挙げられる。
- ② 高校進学後において講じている対策
 - 本人、進学先関係者等と連絡を取り合う。進路先へ教員を派遣し、教育相談実施。(22校)
 - 卒業生徒を学校行事等に招待する。(10校)

5 年度内に前籍校に戻った生徒の進路状況と課題

(1) 年度内に前籍校に戻り高校等へ進学した生徒数

18年度は136名であった。(17年度119名、16年度135名)。

(2) 前籍校との連携で個別の教育支援計画活用状況

活用しているが60%(前年度38%)である。

個別の教育支援計画の具体的な活用状況は表6のとおりである。

表6 前籍校との連携を図るうえでの個別の教育支援計画の具体的活用について *複数選択

疾病等の自己理解など進路相談で	25
高校等への体験入学時に	4
進学希望高校等との受け入れ理解啓発のため	11
進学(中学卒業)後の支援体制づくりのために	9
その他	7

活用していない理由は、「保護者の同意が得られない」「生徒の在籍が短期間のため」「通常学級在籍のため個別の教育支援計画の必要性がない」「別な資料を活用するため」など多様であった。

活用上の課題は、「小・中学校における個別の教育支援計画への理解不足」「個人情報の保護、管理、活用」「記載内容が生徒の実態を表しにくい」などである。

VI 平成17年度高等部卒業後の進路支援について

1 高等部卒業生への進路支援の内容と課題

(1) 進路支援内容や状況

調査結果は表7のとおりである。

「個別の教育支援計画を進路先に引き継いでいる」が20校(前年度13校)と増加している。

表7 高等部卒業生への進路支援内容・状況 *複数選択

進路先へ訪問や連絡会を行っている	40
学校行事等への招待を行い追指導や情報収集等を行っている	30
個別の教育支援計画を進路先に引き継いでいる	20
個別の教育支援計画を学校に保存し、追指導状況等を記入している	14
その他	7

(2) 進路先との連携を図る上での個別の教育(移行)

支援計画の活用状況

「活用している」42校(前年度37校)、「活用していない」14校(前年度37校)と活用している学校の割合が大幅に増加した。活用内容は表8のとおりである。

表8 進路先との連携を図る上での個別の教育支援(移行支援)計画の活用状況 *複数選択

疾病等の自己理解など進路相談で	14
体験入学や職場体験等の時に	16
進学希望先の受け入れの理解啓発のために	17
卒業後の支援体制づくりのために	28
その他	0

活用していない理由は、「個人情報の保護、保護者の同意が得られない」「必要な生徒がいない、必要性を感じない」などである。

活用上の課題は「個人情報の保護、管理、活用」に関するものが最も多かった。

2 大学、専門学校等進学者の在学継続困難状況

(1) 進学者及び在学継続困難者

進学者数は75名(前年度93名)、うち在学継続困難者は10名(前年度18名)であった。

(2) 継続困難の主な理由

理由についての調査結果は表9のとおりである。

表9 大学における在学継続困難の主な理由 *複数選択

集団生活への不適應	7
勉学に対する意欲の問題	1
障害や病状等の変化	3
経済的理由	1
その他	0

(3) 在学継続困難者に対するアフターケア

アフターケアの取り組みとして「大学担当者との面談」、「本人保護者と個別に相談」、「電話、メールによる支援」などがある。

3 平成17年度高等部卒業生1年以内の離職状況

(1) 平成17年度における就職者及び離職者

就職者54名(前年度28名)中、1年以内の離職者は12名(前年度8名)である。

(2) 1年以内の離職の主な理由

調査結果は表10のとおりである。

表10 平成17年度 1年以内の離職状況 *複数選択

集団生活への不応(対人関係)	5
働く意欲の問題	2
障害や病状等の変化、体調不良	2
家庭状況の変化	0
その他	2

(3) 離職者に対するアフターケアの具体例

「ハローワークと連携し、再就職を斡旋」が大

部分である。その中で「障害者職業センターのジョブコーチと連携し、アフターケアを実施している」という具体例もあった。

Ⅶ おわりに

できるだけ多くのデータを掲載するため紙面の制約からデータの読み取りや分析をかなり省かせていただいた。各自でグラフや表から現状と課題を読み取り、分析していただければ幸いである。

全病連慢性疾患教育研究委員会の取組

射場 正男（千葉県立仁戸名特別支援学校長、慢性疾患研究委員会会長）

I 慢性疾患教育研究委員会について

平成19年度の本委員会は、全国の特別支援学校（病弱）の中の17校（札幌市立山の手養護学校・北海道立五稜郭養護学校・青森県立青森若葉養護学校・宮城県立山元養護学校・京都府立城陽養護学校・大阪府立羽曳野支援学校・奈良県立奈良東養護学校・京都府立舞鶴養護学校行永分校・岡山県立早島養護学校・愛媛県立しげのぶ特別支援学校・山口県立豊浦総合支援学校・北九州市立企教特別支援学校・福岡市立屋形原特別支援学校・鹿児島県立指宿養護学校・埼玉県立岩槻養護学校・千葉県立四街道特別支援学校・千葉県立仁戸名特別支援学校）で、構成されている。

II 慢性疾患教育研究委員会の沿革について

「慢性疾患教育研究委員会」は、平成16年度までは「腎・ネフ等教育研究委員会」と呼称されていた。呼称の変更は、病弱教育のおかれている状況や在り方の変化を如実に物語っている。以下、全病連研究協議会での取り組みを中心にその経過の概要を述べる。

平成9年度は「腎疾患児、他の内部疾患児の病状に応じた教育活動の在り方」というテーマで、病気の自己管理を主な柱として協議を行った。さらに、情報化に対応した各校の取り組みの一つとして整備されつつあるインターネットに関する情報交換も行った。当時すでにホームページを発信している所や立上げ予定の学校が数校あり、児童生徒同士での通信利用等、今後の学習場面における多様な活用の在り方を検討している。また、分科会名にある「腎・ネフ等」の「等」には、どのような疾患が入るのかを整理し、様々な疾患が含まれることを確認した。

平成10年度からは、分科会テーマを「内部疾患児に生きる力を育む指導の在り方について」とした。「腎・ネフ等」の「等」及びテーマが「内部疾患児」であることを強調し、提言についても「腎・

ネフ」に限らず幅を広げたものとし、「等」に含まれる病名については、本委員会としても検討するが、全病連の役員会等にも検討依頼を行った。

平成11年度は、二つの実践報告に基づく提言を受け、参加者からも多くの実践例が出された。多くの学校で題材や教具の開発がされており、こうした情報を交換し合うことの有効性が確認された。

平成12年度は、教育課題別分科会になったため、腎・ネフ等部会として、第3分科会（教科学習）と第4分科会（交流教育）で提言し研究協議を行った。

平成14年度は、第2分科会（総合的な学習の時間）と第4分科会（交流教育）での提言・研究協議を行っている。

平成15年度は、第1分科会（喘息・腎ネフ）での提言・研究協議となった。

また、平成14年度から研究委員会の在り方についてのアンケートを実施し、委員会の見直しを図った。①腎・ネフ等研究推進委員会に所属していても、腎・ネフ児が在籍していない学校が多く、腎・ネフ等の病類別研究が困難な状況にある。②腎・ネフ児に関わる発表・研究の集約という今までの研究活動の方向性を見直し、各学校の実践が集まりやすいようにしていく必要がある。③今後変更になる全病連大会の分科会の形式等を考慮し、当研究推進委員会の在り方も再検討していく必要がある。等の課題が明確になった。そして、アンケート結果から日常的な情報発信の必要性に対応するために、本委員会のWebページを開設することとなった。

平成16年度からは、特別支援教育へ向けての取り組みが始まり、地域のセンター的役割を果たすための体制作り（地域支援部の立ち上げ）や個別の指導計画の充実と活用について検討を始めている。

そして、平成17年度に「喘息」「腎・ネフ等」「病

弱・肥満」の3委員会が統合され「慢性疾患教育研究会」が発足した。これまでも、喘息、腎・ネフ、病弱・肥満等の児童生徒の在籍数が激減していること、心身症の児童生徒が増えていること等の実態が報告されていたが、改めて各校の実態把握をした上で課題追求をしていくこととした。

平成18年度は、慢性疾患にかかわる課題について、全国的な動向をうかがいながら今後の病弱教育の在り方や特別支援学校としての役割等に焦点を当てながら協議を深めた。具体的には①併設又は隣接病院及び対象病院の経営・運営方針による在籍児童生徒の入院期間や病種の変化について②急性期型病院に入院している児童生徒の教育をどのように進めていけばよいかについて③教育課程の多様化について④病院との連携について⑤センター的機能について協議した。

平成19年度は、各校の取り組みの実際についてのレポートを基にして協議し、全国的な動向も含めて課題解決のための議論を深めた。①疾病の多様化、入院期間の短縮化への対応（指導の工夫、センター的役割として、小中学校への支援についての指導体制など）②心身症、精神疾患などの心のケアの必要な児童生徒受け入れの可能性について③センター的役割としての、小中学校への支援について等の課題について検討した。

Ⅲ 現状と課題

1 特別支援学校（病弱）の現状

特別支援学校（病弱）に在籍する児童生徒の疾病は、腎臓疾患や血液疾患、骨疾患等多岐に渡り、疾病やそれに伴う障害は多様化する傾向にある。併せて、医療技術の急速な進歩や隣接する病院の運営方針の変化（急性期型の病院運営への転換）に伴い、児童生徒の入院期間が短縮化し、学期途中の転出入件数や前籍校への復帰前のスクーリングの回数が増大してきている。

このような状況の中で、特別支援学校（病弱）としての運営においては、疾病治療からくる生活上の制限のある中での学校生活であることを鑑み、一人一人の児童生徒の病状に応じて、柔軟且つ計画的な授業の実施を支援する体制作りが教育的な課題として上げられる。具体的には、教育課

程、指導法、自己管理能力の育成、心理的なサポート等を創意工夫して実施していくことが大切になる。また、病院関係者との連携やカンファレンスの持ち方等は教育活動を行うに当たって重要な事項である。

疾病の多様化、入院期間の短縮化は全国的な傾向であり、学校全体での組織的な対応が必要である。校内の職員全体研修会で疾病について研修したり、個別の指導計画を迅速に作成し、短期間であっても個々のニーズに応じた充実した指導を行えるようにしたりしている。指導体制も柔軟に対応できるように複式学級や習熟度別の指導、個別の指導を充実するためのチームティーチング等を工夫して行っている。

心身症、精神疾患などの心のケアの必要な児童生徒受け入れについては、学校ごとに違いが見られる。特別支援学校（病弱）の対象児として受け入れるのは、隣接する病院に入院している児童生徒が心身症である場合と、医療機関にかかっている主治医がおり、学校での指導についてもアドバイスが受けられる場合（通学生としての受け入れ）が多い。隣接病院以外の病院に入院している対象児を訪問教育で指導している場合もある。

特別支援学校（病弱）に在籍する児童生徒は、学習空白がある場合が多く、基礎的な学力をつけるために補充学習を実施することが必要である。また、心理的安定を図るために自立活動の時間や教育相談の時間を有効に使うことが肝要である。

さらに、指導に当たる教師の専門性の向上のために、主治医や臨床心理士等から指導を受ける等の取り組みも欠かせない。

センター的機能については、ほとんどの学校が学校規模の縮小に伴い教職員数が削減される中ではあるが、従前から実施していた教育相談の対象を広げて実施している。また、関係機関との連携強化に努め、公開講座の開催や小中学校へ講師を派遣しての研修支援等を通して地域に開かれた学校作りを推進している。病弱教育に関しては、近隣地域だけでなく広範囲にわたって支援をする必要がある。教育支援と病弱教育に対する理解啓発活動を推進していく必要性を痛感している。

2 今後の課題

疾病の多様化及び心身症、精神疾患等「心のケア」の必要な子どもたちも慢性疾患に含まれることから、その教育の可能性や多様化等に対しての新たな課題が上げられるようになってきた。

- ①スクーリングの回数や指導体制及び指導教室の確保
- ②前籍校に復帰できるまでのサービス指導について
- ③教育課程の多様化について
- ④単位認定、卒業認定及び教科の相互補完につ

いて

- ⑤通学生に対する教育環境の充実について
 - ⑥個別指導及び個別対応のできる教室の確保
 - ⑦幼・小・中・高等学校における病気の児童生徒に対する支援について
 - ⑧副籍の活用について
 - ⑨病院数の増大に伴う、巡回指導チームの立ち上げについて
 - ⑩他機関との連携について
- 以上が現状における特別支援学校（病弱）の課題や問題点である。

全病連筋ジス教育研究委員会の取組

佐藤 美知代（鳥県立鴨島養護学校長、筋ジス研究委員会会長）

I はじめに

平成18・19年度の2年間、全病連筋ジス教育研究委員会会長を務めることになった。特別支援教育の経験の浅い筆者にとって、責任の重い仕事ではあったが、筋ジス教育の新たな方向性を模索しながらの充実した2年間であった。筋ジス教育の特徴は、医療と教育が密接にかかわりを持っていることである。筋ジス児童生徒が在籍する特別支援学校の多くは、病院に隣接しており、指導内容、指導方法、教員研修、学校行事など、教育活動の大半が医療との連携なくしては成り立たず、成果を上げることが期待できない。また、病弱教育が子どもたちの病気の治療や病状の改善に果たす役割は大きいと実感している。

II 筋ジス教育研究委員会の構成メンバー

本研究委員会の平成19年度のメンバーは、病弱教育を行う特別支援学校31校と富士市の小学校1校、仙台市の中学校1校の計33校の教員で構成されており、研究推進委員16名で運営を行っている。研究推進委員の多くは、国立病院機構の病院に隣接する特別支援学校の教員である。

III 筋ジス教育の経緯と研究委員会の沿革

昭和35年、西多賀養護学校の前身である西多賀小・中学校療養所分校が置かれ、全国初の筋ジス児の教育が始まる。

昭和39年、全国進行性筋萎縮症児親の会結成（現日本筋ジストロフィー協会）。

昭和42年、全国筋ジストロフィー症児教育研究会（全筋研）結成、以後平成元年まで23回研究大会を続ける。

昭和53年、全国病弱虚弱教育研究連盟（全病連）筋ジス教育研究委員会設置。

平成2年より、全筋研と全病連が一本化し、全筋研が現在の全病連筋ジス教育研究委員会となる。

IV 19年度の活動

1. 研究推進委員会

8月の全病連山梨大会前日に、会長と12名の研究推進委員が出席し、研究推進委員会を開催した。出席率は比較的高く、今年は事前に情報交換資料も送付して準備を整えた結果、1時間30分という短い時間に、活発な意見が交換された。

全病連研究協議会における筋ジス分科会の充実のために、平成20年度発表校として、青森県立浪岡養護学校と広島県立広島西特別支援学校を推薦し、平成21年度徳島大会の発表校として、千葉県立四街道特別支援学校と京都市立鳴滝総合支援学校を本研究委員会から推薦することになった。また、本研究委員会の今年度の研究テーマを「地域の筋ジストロフィー児童生徒に対する特別支援教育のセンター的機能の充実～医教連携の在り方について～」と決め、活動することを確認した。

情報交換会での話題は、「地域の小・中学校等に在籍する筋ジス児童生徒に対するセンター的機能をどのようにして充実していくか」、「筋ジス児童生徒が地域にどのくらい在籍しているかの実態については、個人情報保護の関係で、把握ができていないのでどのように把握したらよいか」などの課題が出された。地域の筋ジス児童生徒への支援については、教育交流会を開催するため、要項を新聞に掲載したり、各市町村教育委員会に申込用紙を送ったりして発信し、保護者20名、教員60名の参加を実現したという事例が刀根山養護学校から紹介された。

就労支援については、「コレクトスペースSUNSUN」で病院の作業療法士と教員が連携して、1日2時間程度の就労を支援している事例（八雲養護学校）、身体障害者通所施設で一般企業のホームページ作成をしている事例（西多賀養護学校）、ビデオの編集に関わる仕事で成功している事例（鳥取養護学校）、情報関係の資格取得に力を入れている事例（刀根山養護学校）など様々な

取組の紹介があったが、進行性ということやトイレ、着替え等に介助が必要ということがネックになっている、仕事探しのアイデアを教えてほしいなどの意見が出た。

2. 筋ジスサミットin北海道

8月3・4日の2日間、北海道八雲養護学校で、筋ジス教育研究委員会に所属する学校の校長の会合を持った。1日目は八雲養護学校の取組を視察し、全病連筋ジス教育研究委員会の活性化を図り、特別支援学校（病弱）の取組を、他の障害種の特別支援学校に在籍する筋ジス児への支援に発展させるための協議を行った。2日目は、「筋ジスサミットin北海道」（病弱教育から特別支援教育を考える多職種連携協議会）を開催した。会場の八雲養護学校体育館では、「筋ジス児の新たな教育・医療・福祉の在り方を考える」というテーマで、パネルディスカッションが行われた。コーディネーターの独立行政法人国立特別支援教育総合研究所の西牧謙吾先生の司会により、教育委員会関係者、養護学校長、八雲病院小児科医長、入院患者、保護者など6名のパネリストから、筋ジス医療の国際比較、学校選択の際の保護者の切実な思いなどが発表され、文部科学省の丹羽登調査官からは、学校における特別支援教育コーディネーターの果たす役割など貴重な助言をいただいた。筋ジスサミットは、平成19年度で2回目であるが、平成20年度は鹿児島県で開かれることになっている。九州地区の筋ジス教育関係者に多数参加していただき、特別支援学校だけでなく、小・中・高等学校などで学ぶ筋ジス児童生徒の支援に繋げてほしい。

3. 拡大研究推進委員会

12月6日（水）東京都目黒区の「こまばエミナス」で開催された厚生労働省精神・神経疾患研究委託費・筋ジス研究神野班の発表会に、八雲養護学校、刀根山養護学校、加治木養護学校、鴨島養護学校の研究推進委員が出席した。当日、国立特別支援教育総合研究所の西牧謙吾先生が、「筋ジス児（者）の特別支援教育～教育におけるリハビリテーション再考～」というテーマで、筋ジス

患者の就労支援に対する提言や筋ジス児童生徒が学ぶ特別支援学校の取組を発表した。出席した代表の4名の教員は、最先端の筋ジス医療の現状を学ぶとともに、医療関係者に対して特別支援学校における筋ジス教育の具体的な取組を知らせることができた。出席した本校の教員は、このようなコメディカルの研究会に参加させていただく機会がなかったので大きな刺激を受け、沈滞化しつつあった全病連筋ジス教育研究委員会の活性化に向けて意識が高まったと話していた。校長が教員を育てるためには、役割（仕事）を与えると同時に、専門性向上のための研修を受けさせ、自信をつけさせることが重要である。研究推進委員にこのような機会を与えてくださった関係の方々に深く感謝する。

4. 厚生労働省障害者保健福祉推進事業「筋ジス患者のための就労支援プロジェクト」に対する協力

社団法人日本筋ジストロフィー協会は、①就労に関わる全般的な課題の調査 ②就労に必要な情報の獲得と共有の方法の検討 ③調査結果から、就労支援のプロセスと支援体制についての検討と就労支援実証モデルの策定、の3点について平成19年から3年間の研究を行うことになった。このプロジェクト実行委員会委員の学校代表として、全病連筋ジス教育研究委員会から八雲養護学校、加治木養護学校、鴨島養護学校の校長が参画することになった。筋ジス患者のみならず障害を持つすべての人々に応用できることを期待して、医師、教員、患者、家族が協力してプロジェクトに取り組んでいる。

1年目の今年は、日本筋ジストロフィー協会が行う「就労アンケート」の協力を行うと同時に、全病連筋ジス教育研究委員会による独自の実地調査を行った。16名の委員が、病院に隣接した特別支援学校（病弱）に出向いて、事前に送信したアンケートによる調査を行うことも目的ではあったが、調査校の視察をとおして、他校の取組から学んだことを自校に活かすことをもう一つの目的として行った。忙しい時期にやり繰りして行った実地調査ではあったが、実際に学校へ行って話を聞

き、肌で感じたことで、研究推進委員同士の距離が近くなり、お互いに仲間意識が強まったとの感想が聞かれた。このような繋がりがあったからか、今年の「DMP教育だより」の原稿は素晴らしいものが集まった。

5. DMP教育だより

「筋ジストロフィー児が在籍する学校同士の連携を図る」、「筋ジストロフィー児が在籍する学校のセンター的機能を充実する」「筋ジストロフィー児が在籍する学校の実践や情報交換をする」ことを目的に、DMP教育だよりを発刊している。DMPとは、ラテン語で進行性筋ジストロフィー(dystrophia musculorum progressive)の頭文字である。第42号となる19年度は、各校から多

数の実践例が集まり、推進委員の意識の高まりを感じる内容となった。印刷製本代を節約のため、今年度からCDで配布することになったので、コピーをして各校で活動の広報をして頂きたい。

V おわりに

筋ジスサミット、就労支援プロジェクト等本年度の活動を振り返ると、意義ある活動に取り組めたと思うが、今後もこれを継続し更に深化していく必要がある。特別支援学校(病弱)は、それぞれがノウハウを蓄積しながらも、他の学校と共有されておらず、素晴らしい実践が一般化されていないところが見られる。このような課題の解決に向けて取り組むことが筋ジス教育研究会に与えられた役割であろう。

新たな実践が求められる心身症等の児童生徒の教育

永富 文久（北九州市立門司特別支援学校長、心身症等教育研究委員会会長）

全国病弱虚弱教育研究連盟に所属する各研究委員会の一つとして心身症等教育研究委員会がある。平成18年度と平成19年度は、北九州市立門司特別支援学校が当番校を務めた。

平成18年度は、全国の病弱養護学校のうち、23校で研究委員会を構成した。毎年、各校から選出された推進委員によって運営がなされている。ここ数年は、特別支援学校（病弱）の実態として心身症の増加傾向と同時に不登校の課題が挙がっている。また、不登校の要因には様々なことが考えられるが事前の情報交換資料として発達障害と診断されたかどうか、その有無を調査するなど発達障害との関連が話題となった。各校が発達障害等の児童生徒への対応や指導について模索し苦慮していることがわかった。病弱養護学校に在籍する児童生徒の実態が多様化していることも伺えた。

特別支援教育の元年となった平成19度は、年に一度の研究大会として山梨県甲府市を会場に猛暑の中、全国の特別支援学校（病弱）や関係者が多数参加して実施した。心身症等教育研究委員会では、全国特別支援学校（病弱）26校で事前の調査研究として前年度と引き続き不登校経験のある心身症等、中でも発達障害と診断された児童生徒の在籍状況を中心に調査した。

協議内容からは、卒業後の就労支援について、学習空白の実態把握の方法と学習意欲向上のための手だてについて、児童生徒の心のケアについて、発達障害をもった児童生徒のソーシャルスキルトレーニングについて、卒業後の進路とアフターケアについて、特別支援教育のセンター的機能としての実践や地域支援について、自立活動の時間と内容について、児童生徒の実態把握について（WISC-ⅢやK-ABC心理・教育アセスメントバッテリーなど）、医療との連携について、全体協議として自立活動の取り組み、実践内容、卒業後の進路先や支援の在り方について、発達障害に応じた個別の教育支援等について協議した。課

題として、今後の病弱教育における心身症等へのより専門的な教育的対応の必要性が挙げられた。まず、全国の各校に、どのような課題があるか調査してはどうか、予想される課題として、心身症の中には、精神疾患、不登校経験を有する者、適応障害、発達障害に起因する心身症など多様な実態があること、特に、今後、増加が予測される不登校経験を有する心身症で軽度の知的障害や発達障害への対応が各校の課題ではないだろうかということ、その背景には、児童生徒への適切な対応のみならず、家庭の課題、予想外の行動、適切な対応を行うための施設設備の充実、専門家との連携した対応、併設する医療機関や専門医等との連携などが挙げられた。

昨年度と本年度の2年間の調査からも心身症となった発達障害児の増加傾向が著しい。心身症等教育研究委員会でのアンケート調査した結果から、各校に在籍する児童生徒のうち、発達障害と診断されている児童生徒の在籍率は、去年は、13.4%、今年、20.7%であることがわかり、増加していた。各校からもその対応の難しさと厳しさ、深刻さの報告があった。この点からも研究機関や医療の関係の方々との連携した研究の取組ができないものかと考える。心身症等の児童生徒への指導や支援の課題を整理し、背景等を分析しより良い教育的対応を考えていきたい。

全病連山梨大会の最終日の午後に、全病連と心身症等教育研究委員会が独立行政法人国立特別支援教育総合研究所の西牧謙吾先生の助言を得て、多数の参加者のもと、公開研究協議会を開催した。病弱教育の現状（在籍する児童生徒の実態や指導する教員の資質、指導方法や指導体制、関係機関との連携など多岐にわたる課題）を踏まえて、教育内容の充実に向けて、特別支援学校（病弱）の全国ネットで何が出来るかを考え、病弱教育の活性化を願って開催した。まずは、現状認識が重要と考え、公開で研究協議を行い、関係者から忌憚

のない意見を求めた。

公開研究協議会のテーマとして「病弱教育における心身症、情緒及び行動障害を伴う不登校児の教育的支援～これからの子どもの心の教育を病弱教育から考える～」とした。冒頭、趣旨説明を兼ねて、神奈川県立横浜南養護学校の宮内真治校長より子どもの変化（改善、悪化、変化なし等）を学校が持っている機能の観点から課題の整理と改善策を考えていきたいと説明がなされた。また、国立精神・神経センター 児童期精神保健研究室長 清田晃生先生に「教員に必要な子どもの心を読み解く知識」について講義をしていただいた。

この取組は、今後、全国の特別支援学校（病弱）のセンター的機能の強化につながると考えている。取組の過程で教員の教育力向上、研究力向上にもつなげていきたい。関係者の助言を得て、ICTを利用して、特別支援学校（病弱）が相互に教育内容を共有し、確認出来るシステムの構築を行うことも計画していきたい。

今後、先に紹介した横浜南養護学校長の宮内先生が提言している、学校機能がもっている学習の場として知識や技能の習得、社会的規範の獲得、体験の場として集団体験や異文化体験、支援機能として生徒指導や進路指導、家庭支援、他機関との連携など、その他に学校経営に関する人的環境としての支援チームの編制やコーディネート機能などの観点から取組んでいきたい。さらには、全国では、数は少ないが寄宿舎機能を有する学校での取組の成果を検討する必要もあると考える。

また、児童生徒の根本的な原因と関連する医療などの研究成果と連携した実態把握や対応の在り方など専門家との連携した研究、併設する医療機関や専門医等との連携なども視野に入れた取組の必要性も検討していきたい。

最後に今後、この取組を通して我が国の病弱教育が今一步前進し、新たな特別支援教育の出発となることを切に願うものである。

全国病弱虚弱教育研究委員会連盟 脳性まひ等研究委員会 報告

竹澤 良全（福井県立福井東養護学校校長、脳性まひ等研究委員会会長）

I 構成メンバー

構成メンバーは、以下の通りである。

部会長：福井県立福井東養護学校校長、副部会長：

岩手県立釜石養護学校校長

北海道：北海道八雲養護学校

東北：福島県立須賀川養護学校、山形県立山形養護学校、秋田県立秋田養護学校道川分教室、岩手県立釜石養護学校、岩手県立一関養護学校

関東・甲信越：栃木県立足利養護学校、埼玉県立蓮田養護学校

近畿・東海・北陸：三重県立緑ヶ丘特別支援学校、兵庫県立上野ヶ原特別支援学校、三重県立杉の子特別支援学校、福井県立福井東養護学校

中国・四国：岡山県立早島養護学校、徳島県立鴨

島養護学校、広島県立広島西特別支援学校

九州：福岡市立屋形原特別支援学校、佐賀県立中原養護学校、大分県立石垣原養護学校、鹿児島県立加治木養護学校

II 研究の内容

1 情報交換基礎資料作成

特別支援学校（病弱）81校に電子メールにて依頼する。回答は77校あり、うち脳性まひ等児童生徒が在籍している養護(特別支援)学校は61校、在籍していない養護（特別支援）学校は16校であった。

依頼した基礎資料の内容は、以下のようなものである。

○児童生徒の状況 全校児童生徒・訪問教育・重度障害学級(重度重複障害児童・生徒)

全校児童生徒数	小学部	名	中学部	名	高等部	名
学級数						
脳性まひ等対象		名		名		名
対象児について	分教室	名	分教室	名	分教室	名
(分教室等対象でない部門についてはり消しの二重線をいて下さい)	(以下分教室として記入)病院訪問 名施設訪問 名病院より通学 名施設より通学 名自宅より通学 名在宅訪問 名		(以下分教室として記入)病院訪問 名 施設訪問 名 病院より通学 名 施設より通学 名 自宅より通学 名 在宅訪問 名		(以下分教室として記入)病院訪問 名 施設訪問 名 病院より通学 名 施設より通学 名 自宅より通学 名 在宅訪問 名	

○平成19年度研究テーマ

○高等部訪問教育について

高等部訪問教育	有・無	有りの場合（ 無しの場合（設置の見直し	年度より） 年度より）
入学基準			
過年度（中卒後・高中退後含）	有・無	有りの場合（人数	名）
卒業後の状況	継続入院・療養等	その他（	

○医療的ケアについて

自宅通学対象児童生徒	有・無 有りの場合 (人数 名)
自宅通学生の医療的ケアの内容	経管栄養・導尿・痰の吸引・人工呼吸器・その他
病院入院対象児童生徒	有・無 有りの場合 (人数 名)
病院スタッフが行う医療的ケアの内容	経管栄養・導尿・痰の吸引・人工呼吸器・その他

○校外行事実施時の医師・看護師との連携について

1日の行事	派遣(有・無) 医師・看護師 (状況)
泊を伴う行事	派遣(有・無) 医師・看護師 (状況 緊急時の対応)

○感染症の児童生徒について

対象児童生徒	有・無 有りの場合 (人数 名)
--------	------------------

○現在の最重要課題

- (1) 校内の指導内容に関わる課題
- (2) 医療・福祉・家庭・地域等との連携に関わる課題

61校分を印刷製本して、関係する特別支援学校(病弱)に配布した。

2 研究推進委員会

(1) 基礎資料を基にした情報交換

上記の基礎資料における研究推進委員所属校の最重要課題より「医療的ケアを要する子どもたちの活動内容・卒業後の進路に向けての取り組み」という内容で、各校の現状報告を行った。

<福井県立福井東養護学校(事務局)>登校後、健康チェックしその日の活動を確認する。その子どもに応じた活動を授業に取り入れている。午前は主に個別、午後は集団で活動する。コミュニケーションが難しいので、反応を丁寧に読み取り共感し言葉化する。高等部では、卒業後の生活を見据えて、生活のリズム作り、活動の意欲や人とのかわりの育成を念頭に置きながら活動を組み立てている。また、施設体験実習を毎年行っている。

<山形県立山形養護学校>福井東養護学校は、山形の肢体不自由養護学校に似ている。山形養は、最高で12時間、体力や医療的ケアの面でそれ以上は無理である。学校への登校は医師の許可で決定する。卒業後は、そのまま病棟にいる。福井は、看護師のいる施設があってよい。

<埼玉県立蓮田養護学校>15名中、小5名、中高5名が通学している。残り5名は院内、ベッドサイドである。午前中は身体アプローチ、午後は集団活動を行っている。

<三重県立緑ヶ丘特別支援学校>活動によっては、病棟から来て学習する者もいる。卒業後はそのまま病棟に入院。過年度の高等部生がいる。

<岩手県立一関養護学校>本校と分教室は、全校行事は一緒に行っている。卒業後は、在宅又はデイサービス利用である。分教室は、継続入院である。

<佐賀県立中原養護学校>病棟のボランティア的な配慮で、呼吸器を持ってついてきてくれることがある。但し、土日の学校行事にはついてきてくれない。120~180分を1コマとしている。登校できる子は、80分×2日である。活動内容は、心地よく過ごすためのマッサージ、学校行事などの準備を行っている。

<福島県立須賀川養護学校>隣接する病院のPT、STが遊びなどを提案してくれる。ベッドから離れられない子は、TVモニターをつないで院内学級での行事の様子を見せている。医療的ケアを要する子は、通常学級にもいる。

<三重県立杉の子特別支援学校>1/3通学生、1/3入院生、1/3訪問。医療的ケアの子は、

看護師に任せっきりでない。卒業後は、通学生の中には地域の施設に入る子がいる。筋ジスで専門学校に行く子もいる。ボランティアを探し、自立支援を行っていく。

＜栃木県立足利養護学校＞行事は、学部を越えて行っている。医療的ケアを要する入院生は、看護師が付き添う。通学生は、学校看護師が付き添う。卒業後は、学校ボランティアをお願いする。過年度生は、聴講生として好きな活動に参加する。

＜鹿児島県立加治木養護学校＞平成16年度までは、病院からの通学生だったので経管栄養などは病院に任せていた。しかし、現在は学校で経管栄養を行っているため、その間他の子がどのような活動をすればよいか課題になっている。

＜兵庫県立上野ヶ原特別支援学校＞集団活動の持ち方が課題になっている。修学旅行や校外学習は、泊を伴っていない。

(2) 基礎資料作成にあたっての確認事項の検討

資料作成にあたって、学校によってとらえ方が様々であり、データの信憑性に欠けると思われた。そこで、本会で共通理解を図ることにした。以下、その結果である。

○児童生徒の状況：「全校児童生徒」「学級数」は、

本校、分校、分教室等すべて合わせた数、「脳性まひ等対象児」は、重度重複学級に在籍している児童生徒対象、「対象児について」は、分教室でない場合(分教室)(以下分校室として記入)の2項目を二重線で消し、本校の対象児についての人数を記入する。

○研究テーマ：対象児童生徒在籍の学部等の研究テーマ

○医療的ケアについて○感染症の児童生徒について；重度重複児童生徒対象

○現在の最重要課題：重度重複児童生徒の在籍する学部等の課題

Ⅲ 現状と課題・今後の方向性

特別支援学校（病弱）において、重度重複障害児童生徒が在籍している学校は少なくなっている。しかし、医学の進歩に伴い、救命率が高まった反面、重度の障害をもつ子どもの割合も増えてきた。そのような中で、学校は何ができるのか、特に、医療的ケアの実施、それを要する子どもたちの教育内容、進路について今後の最重要課題になっている。今後、このような内容について情報を交換し深めていけたらと考える。

東京都の病弱教育について

山田 庄治（東京都立久留米養護学校長、全病長会長）

I 東京都の病弱教育の沿革

東京都の病弱教育の形態は、全国的にみるとかなり特異なものである。それは、結核にかかって死ぬことがないようにと病虚弱児を隔離したり、あるいは結核にかかった児童・生徒を転地療養させたりするのが出発点になっていたからだろうと推測できる。転地療養先としては静岡県沼津市に都立片浜学園を設置し、隔離する学校としては東久留米市に都立久留米学園を用意した。これが東京都における病弱教育の出発点になっているため、病院内に作られた学校とは違って、学校の中に診療所を開設する形式をとることになったのである。なお、片浜養護学校は平成16年3月に閉校となったが、東京都にはこの他にも区が設置した健康学園なるものが伊豆や房総及び湘南地区にあった。これらの学校は現在は8区8校となっている。また、小学校に4学級、中学校に2学級の病院内学級がある。

II 都立片浜養護学校の病弱教育

東京都の病弱教育について語る時、まず閉校になった都立片浜養護学校のことから始めたい。それは、片浜養護学校と同じような進路を、現在の都立久留米養護学校が辿りつつあるからである。都立の病弱養護学校はこの2校しかなかった。前述したように片浜養護学校は結核の転地療養のできる学校として駿河湾を臨む温暖な沼津の地に建てられたが、その後結核の児童・生徒は次第に減っていき、代わってぜん息等の疾患児が入学してくるようになった。しかし、その数も余り多くはなく、その後は学校に行けない子どもたちの学校、子どもの施設代わりとしての学校として使われるようになってしまったのが実情であった。そしてその根本には、今の不登校の状態のままでは高校進学ができにくい、何とかして高校に入学させたいという保護者の願いがあり、そのために片浜養護学校を頼って入学してくるようになったので

ある。その場合でも病気がなければ入学できないため、ぜん息やアトピー性皮膚炎、肥満等の理由をつけて入学してくるのだが、実情は不登校状態を何とか改善して高校に進学できるようにという保護者の願いをもって入学させられてくる子どもがほとんどだったのである。平成に入ってその傾向はますます強くなり、中には一度も発作を起こさないぜん息児や軽度の肥満、アレルギー性鼻炎というような、とうていそれだけの理由では沼津まで来て入学させないだろうという軽微な理由で入学してくる子どもたちがほとんどになった。それでも、当初はぜん息やアトピー性皮膚炎等の病名をつけて入学してくる子どもたちが多かったが、その後心因性の理由をつけた不登校の子どもも増え、その子どもたちは自律神経失調症や起立性調節障害という病名をつけて入ってくるようになった。さらにその後になると、はっきりと心身症や神経症という診断名で入学してくる子どもも見られるようになった。こうした事情から平成5、6年頃になると、病名はどうであれ不登校状態をもっている子どもたちでほぼ占められるようになってしまった。病気は治っても学校には行けない、もしくは病気の回復・改善は目標ではない、という状態になってしまったのである。こうなるともはや病弱教育の使命は終わったものと思わざるを得ない。実は、久留米養護学校が高等部を除いて、今このようになりつつある。

III 東京都の特別支援学校（病弱）の果たしてきた役割（私見）

さて、こういう状況の中での学校運営はいかにあるべきか、ということが問題になる。片浜養護学校は平成16年、病弱教育校としての使命は終わったものとして閉校となったが、久留米養護学校は少なくとも平成22年度までは今のままで存続することになっている。東京都の病弱教育は即ち久留米養護学校の教育に代表されるものと思って

いるので、以下に、学校運営を視点に踏まえつつ、小学部・中学部・高等部及び分教室の教育について順に述べてみたい。

1 小学部の役割

まず小学部は、平成19年度の年間を通して8名の子どもたちの教育に当たったが、うち7名の子どもについては明らかに家庭の代わりをしなければならないという状態であった。そういう家庭の状態から肥満状態になったり、あるいは大きな病気を抱えているのに家庭ではなかなかその病気に対処ができないので、久留米に転学させたいというのが本音である。したがって、小学部に対する学校運営の要は、保護者に対していかに働きかけて家庭での状況改善を図ることができるかということと、子どもに対して自分で考え、自分から行動できるように励まし育てていけるように教員の意識を向けさせることができるかどうかにある。子どもが母親に対してものが言えるようになったり、服薬を自分で管理できるようになると同時に、こういう子どもたちは家庭に戻って地元校に行くことを希望するようになる。まず最初に保護者の保護能力が十分に発揮されないということがあって、その後に肥満や生活の乱れなどがあり、やがて不登校状態となる。久留米養護学校では、本来は病気の部分だけの教育のはずであるとは思いながら、その全てについて指導をしていこうとしている。ちなみに在籍している小学部の児童で、病気が回復すれば無条件で前籍校に戻れるというのは一人である。他の児童は病気のことはさておき、上記のようなことを教えていくのが主眼となる。それに成功すれば前籍校に戻ることは可能である。

2 中学部の役割

中学部については、平成19年度は述べ25人が在籍した。うち、不登校状態で本校に入学してきた生徒は18人である。その18人中、肥満やぜん息等の理由で入学してきた子どもは6人であり、心身症等の病名がついた生徒は11人である。心臓病や腎臓病を除けば、ほとんどが不登校状態から肥満になったり、生活のリズムが乱れたりして、さら

に学校に行けなくなり、その状態から自律神経失調症なり起立性調節障害という診断名をもらって久留米養護学校に入学してくるというのが一般的である。ただ小学部と決定的に違うのは、小学部が施設として保護者から期待されているのと同じ、中学部は勉強の遅れを取り戻すための学校として期待されている点である。不登校状態が長く続き、このままでは高校に進学できないと思った保護者の、進学に対する強い気持ちを感じる。この点について保護者の願いをかなえるという観点から学校経営をするとすると、子どもたちの遅れた学習を取り戻し、希望する高校へ進学させてあげることを目指すことになる。子どもたちにも、この久留米養護学校に入って何をがんばりたいのかと聞けば、まず間違いなく勉強をがんばるといふ答えが返ってくる。不登校の子どもは、「勉強が追いつけば地元校に戻れる」と言うのが常である。こういう場合の学校経営は、病気の回復・改善はさておき、子どもたちに勉強させて学習の遅れを取り戻させるために、いかに工夫した学習活動を行うかになってくる。しかし、それが果たして病弱養護学校の本来の使命なのであろうか。勉強への強迫観念から不登校状態になった子どもに、その打開策として学習をさらにさせてその克服を図ろうというのである。結局片浜養護学校はこのような状態になって閉校となった。久留米養護学校も中学部に関しては、その同じ道を歩んではいけないとは言えない。

3 高等部の役割

高等部については、平成18年に3学年を同時に開校することで認可をされた。高等部設立により期待される効果は、①医療・生活管理体制の整った学校で、後期中等教育を実施することができること、②将来の社会参加・自立に向けて、専門学校や大学等への進路を目指した学力の伸長を図ることができること、③生徒の健康回復への意欲を高め、主体的・積極的・実践的な行動力を育成することができること、④近隣の高等学校との連携により、社会性や学習意欲の向上を図ることができること、の4点である。入学資格は、①慢性の呼吸器疾患・腎臓疾患・心臓疾患及びその他の疾

患の状態が継続して医療又は生活規制を必要とする程度のもの、②身体虚弱の状態が継続して生活規制を必要とする程度のもの、となっている。100%進学を目指す高等部として設立されたもので、寄宿舎を使わなければならないほどの病弱のものが対象である。心因性の疾患については受け入れを不可としたものである。進学を目指すとうたってあるとおり、国語・数学・英語の3教科について学力状況を見て、入学者を決定している。高等部は寄宿舎で病状の安定を図りながら生活できるということと、進学を目指すということとで、3年間を通して学べる学校と位置付けられている。したがって、基本的に途中で転学することは考えていない。高等部については、この設立の趣旨を良く踏まえて、教科書を使っての学習や大学進学等の進路指導にも力を入れており、それは高一の入学時より計画的に進めさせている。その点では、他の都立高校と同じように運営をしているつもりである。

4 寄宿舎における指導

寄宿舎では、病気の回復・改善のために役に立つような日課を工夫して組んでいる。学校では、自立活動は週1時間しか認められていない。この1時間の自立活動で病気の回復・改善のためにできることは何であろうか。他の時間は、学活・道徳・総合的な学習の時間を除けば全て教科の学習に当てられているのである。肥満や湿疹等、学校で指導する時間はほんのわずかしがなく、大部分は病気の回復・改善の取り組みは寄宿舎と看護室とが担っているものである。

そうなると、寄宿舎の役割は極めて大きくなっていくといわざるを得ない。寄宿舎では、起床時間や就寝時間が決まっているが、そのことよりも寄宿舎の限られた生活の中で、家庭では好き勝手にゲームなどをして夜遅くまで起きていた生活ができないだけでも、生活のリズムを取り戻すには役立つはずである。家庭ですべきことを全て寄宿舎でさせることによって否応なく本来のリズムは整ってくるものである。ただ問題は、金曜日に家庭に帰して月曜日の朝に登校させる形態をとっている点である。この間に家庭で夜遅くまでゲー

ムをしたり、またたくさんの食事をして肥満の子どもたちが体重を増やして帰ってくるのである。本来生活のリズムを整えるといっても何ヶ月もかからなければ整わないなどというものではないはずなのに、ここに入ってくる子どもたちは何ヶ月も何年もかかるのである。やはり保護者に対しても家庭ですべきことの指導をしていかなければならない。家庭に対して学校が何を分担し、寄宿舎のできることは何か等、その役割の分担をしていくことが本校の今後の課題である。

5 病院にある学校、清瀬分教室の役割

病弱教育が担当している病院内に併設されている分教室としては、都立清瀬小児病院内に本校清瀬分教室がある。これは、久留米養護学校が一番近くに存在する学校として、清瀬市の小中学校の院内学級だったものを引き継いだものだが、久留米養護学校の分教室として今年でちょうど30年が経過した。この分教室は病院の敷地内に教室棟を作り、子どもたちがそこに登校してきて授業を受ける仕組みになっている。小学部6学級と中学部3学級の計9学級、教員19名体制で指導に当たっている。入院による経験不足を補うための学習と、友達との交流を重視した学習、また自然環境を生かした体験学習を重視しながら学習を進めているが、教科の学習については、前籍校で使っていた教科書とその進度にできるだけ沿うように工夫している。分教室には決められた教科書があって、それを使用しなければならないという制約はあるが、その中でもプリント等を用意して、できるだけの対応をしているのが現状である。清瀬分教室の子どもたちは、入院期間が平均2～3ヶ月と短いため、この短期間にどういう教育を保障していくのかが一番の問題点である。平成18年度には転入生が98名、転出生が104名の計116名の児童・生徒を対象とした。都立清瀬小児病院は建築後60年が経ち老朽化してきたので、都立梅ヶ丘病院と都立八王子小児病院とを併せて、新たに多摩地区に病院を作り、その中に「こころの病棟」と「からだの病棟」とを作って対応していく。清瀬分教室は府中分教室（仮称）と名前も場所も変えて新しく開校することになるが、この分教室は病弱教

育校(久留米養護学校)が担当することになっている。平成22年度を目途に開校する運びである。

IV 東京都の病院内学級及び訪問教育の今後への期待

東京都は、病院に入院している子どもや訪問教育については、原則として肢体不自由校の管轄としている。病弱教育の管轄としない理由は、冒頭で述べたとおりだが、梅ヶ丘病院に入院している子どもたちの管轄は知的障害校である。新しくできる病院内学級は武蔵台養護学校という知的障害校の隣であるが、これを知的障害校の分教室としないで久留米養護学校の分教室としたのには、分教室と訪問学級の再編整備と病弱教育校の位置付けがあるものと思われる。東京都の場合にはいろいろな事情があったにしろ、不規則な認可形態である。特別支援教育となった今、これを是正すべきよい機会であると思われる。現在、病院を併設している学校を肢体不自由校の単独校としているのを改めて、肢病併置校としてほしいと要望して

いる。肢病併置としっかり押さえることにより、真に特別支援教育に合致した障害種を合わせた教育体系が作られるものと思われる。またもし、そのようにできないのならば、病弱教育校として再編整備し直すべきであるとも提案してきた。すなわち、病院内分教室や訪問教育は全て病弱教育の範疇とし、拠点校を都内に3カ所(できれば6カ所)くらい作って、それらを統括するという整備の仕方が有効であると考えられる。横浜市立浦舟特別支援学校が始めたような形式を東京都も採用して整備したら、筋の通った教育体系ができあがるのではないか。病弱教育単独の再編整備にしろ、肢病併置の位置づけをするにしろ、筋の通った教育体系を作り上げていくことが、ひいては病気の子どもたちにとっても良い結果をもたらすものと信じるので、東京都には再考を促したいところである。東京都は平成19年11月に、特別支援学校の第2次再編整備計画を発表したが、その中には分教室と訪問教育の再編整備に着手すると謳ってある。期待したいところである。

三重県立緑ヶ丘特別支援学校における一校長の取り組み

富田 正宏（三重県立緑ヶ丘特別支援学校長）

I はじめに

本校が開校して50年が経ち、三重県立緑ヶ丘養護学校となって30年が経った。平成19年度から特別支援教育が始まり、校名を三重県立緑ヶ丘特別支援学校と変更し、地域のセンター的役割を担う学校となった。

この間、本校における主要疾患、児童生徒数、在籍期間等が大きく変化してきた。最近は一時期より児童・生徒数は減少したものの、心身症等が従来の小児慢性特定疾患に並ぶ勢いで増加している。また隣接の三重病院における入院期間は短くなり、学期単位で転出入する傾向がみられる。一定の条件を満たすことにより自宅通学を認める制度も、3年目を迎えた。

本校には小学部・中学部・高等部があり、三重大学医学部附属病院に訪問教育部（院内教室）がある。ここ数年の傾向としては、年間に延べ200名近くの転出入があり、児童生徒数は約35名～約65名で変動している。突然病気になり家族や学校の友達から離れて、入院治療しなければならなくなった子どもたちが、病気と向き合い生きる力をつけて、もとの小・中・高校へ戻れるよう支援することが、本校の果たすべき重要な役割であると考えている。

私は教職員に対して「緑ヶ丘は一つ」と言っている。教職員が一致協力して教育活動を推進することで、子どもにとって「楽しくのびのび学べる学校」となり、教職員にとって「温かく働きがいのある職場」になると確信している。特別支援学校となった今後は、保護者・地域・医療・保健・福祉・労働等との連携を深めて、病弱教育を核に様々なニーズに応えられる学校を目指し、地域の学校と互いに協力し合うことによって、センター的機能を果たしたいと考えている。

II 赴任当時の構想

私は約3年前に本校に赴任し、まもなく定年退

職を迎えようとしている。赴任当時に描いていた構想は、不十分ながらもほぼ実現しつつある。ここではどのように構想を具体化していったのかを述べたいと思う。

平成17年4月赴任当時、私は次のような3つの学校改革の構想を持っていた。手法は三重県における学校経営品質、すなわち「学校経営の改革方針」におけるP（改革方針の策定）→D（実践活動）→C（達成度評価）→A（改善活動）を軸とし、顧客本位の視点、すなわち常に児童・生徒（以下「子ども」という）のための改革であることを忘れずに推進することを肝に銘じていた。平成17年度を「検討期」、平成18年度を「試行期」、平成19年度を「実施期」とする3カ年計画を策定したいと考えていた。

まず第1に、医療関係者等との連携のあり方を見直し、「特殊教育から特別支援教育へ」の転換点にふさわしい画期的な内容の取り組みを行うこと。当時、本校の隣接病院や院内教室を設置している大学病院は法人化し、従来の経営の見直しや変革を求められていた。

このような情勢変化は、病院と学校との連携のあり方を見直し、対等の関係に立ったものとするチャンスだと感じた。そして私は、本校が新しい魅力ある三重病院や三重大学病院等と連携して、地域の小・中学校等に対する特別支援教育のセンターとして、どんな役割を果たしていけるのかを模索していきたいと考えていた。

第2に、教職員がこれまで実施してきた教育活動を見直し、意識改革を通して仕組みを変え新たな取り組みを行うこと。教職員の声を直接よく聴き、組織の見直しを行って、一人ひとりが能力を存分に発揮し、協力し合える仕組みと雰囲気を作りたいと考えた。そして、学校行事・授業等を子どもの視点から見直したいと考えた。現状に満足せず、自らを変革することを奨励し、私も自ら実践したいと思った。そして、子ども・保護者から、

本校に入学・転入して本当に良かったと思ってもらえるような学校にしたいと考えた。

第3に、学校行事等を見直し、子どもにとって視野を広げ夢や希望のもてる楽しい取り組みを行うこと。他府県同様、本校も心身症等の子どもが増加傾向にあった。心と体のバランスを保って、生き生きと活動できるような取り組みを模索したいと思った。たとえば、子どもの行動半径が規制されていても、国際交流・異文化理解教育はできる。日本にいる外国人を招いて子どもと交流することや、IT教育環境を整備して世界の人々とメール交換したり、オーストラリア等時差の少ない国々と直接交信したりすることならできる。以上が構想の概略である。

Ⅲ 構想の実現過程

私は、校長としてどのような学校を目指そうとしているのか、どのような構想をもっているのかを、赴任早々から職員会議等の場で教職員に話した。その上で、三重県教育委員会へ提出する「学校経営の改革方針」の作成に取りかかった。締切は5月下旬だった。各学部・各分掌・各委員会で協議を重ねた結果を提出してもらい、私が教頭・事務長と相談した上で、素案を作成した。その際、できる限り一人ひとりの教職員とコミュニケーションをとるようにした。素案を基にさらに各学部・各分掌・各委員会で協議を重ねた。私と教職員との間で素案のキャッチボールを繰り返し、次第に肉付けしていった。出来上がった「学校経営の改革方針」は、次のような構成になっている。

1. 目指す学校像（基本理念）
2. 現状と課題
3. 中長期的な重点目標
4. 本年度の行動計画

このうち、1・2・3は私の骨組みだけの構想を核に、全教職員の声に耳を傾けてしっかりと肉付けしたものである。4は各学部・各分掌・各委員会で、自らこの1年間の行動計画を立てたものを、私がまとめただけである。私は教職員を信頼し任せるべき所は任せるのがいいと考えている。平成17年度の「学校経営の改革方針」Ⅲ「中長期的な重点目標」において3カ年計画を策定し、平

成17年度を「検討期」、平成18年度を「試行・検証期」、平成19年度を「本格実施期」と位置づけた。この計画は、文部科学省が「特殊教育」から「特別支援教育」に転換しようとするスケジュールとも対応していた。

平成17年度は、「本校が本来果たすべき役割は何か」ということを、次のような観点から検討し、検討を終えたものから実施していった。

- ①だれを教育活動の対象とするべきか（多様なニーズに応えられる開かれた学校へ）
- ②②どのような内容を教えるべきか（多様なニーズに対応できるカリキュラムへ）
- ③どのような教職員組織にするべきか（柔軟に対応できる分掌組織へ）
- ④どのような連携をするべきか（医療機関だけでなく地域等との連携の在り方）
- ⑤どのような特別支援教育のセンター的機能を果たすべきか（地域の学校に対する役割その他）
- ⑥どのような研究・研修を行うべきか（校内外研修その他）

次に平成17年度末、「改革委員会」（校長・教頭・公選委員3の計5名で構成）を創設した。年度途中での頻繁な転出入に柔軟かつ弾力的に対応できる仕組みの構築、組織・運営方法の見直し、それを実行できるような教職員組織の確立を主な目的とした。平成18年度は、前年度の検証と特別支援教育においてなすべきことの整理、平成19年度は、3カ年計画実施後の成果と課題の整理、特別支援学校としての方向性の確認を、新たに追加した。

この改革委員会は時に夜遅くまで熱心に討議し、さまざまなアイデアや改革案を出し、次年度の「学校経営の改革方針」に盛り込み、学校改革の原動力になってくれた。そして子どもや教職員が生き生きと参加できる学習や行事等を生み出してくれた。

平成18年度は上記①～⑥の観点についての検討結果を、次の（ ）内の具体的な取り組み例のように試行し検証を行った。

- ①本校での教育を必要とする子どもに開かれた学校を目指して、子ども・保護者・地域のニーズに応える取り組み（従来の病弱教育にとら

われない教育活動)

- ②多様な子どものニーズに対応できる授業形態の工夫（前籍校での履修・習得状況を配慮した時間割作成等）
- ③短期間で転出入する子どもに、柔軟かつ弾力的に対応できる教職員の仕組みの構築と運用（他学部応援態勢の確立、各学部にはコーディネーター配置、学部を超えた企画・立案や情報交換の場として学部長会議の新設等）
- ④医療機関と教育との連携のあり方と教育活動の内容の見直し（病棟における医療活動と教育活動の整理等）
- ⑤教育相談の拡充と、地域とのネットワークづくり（講演会等の公開）
- ⑥教職員が自らの専門性を高める研究・研修の取り組み（疾病学習会・学部研修会等）

④の病棟における医療活動と教育活動の整理等も実に円満に実施できた。本校教職員が、病院と学校は対等で互いに大切なパートナーであり、子どもたちのために互いに連携していくことが重要だという認識を持つようになったと思う。養護教諭の努力のお陰で、平成19年度には病棟でのショートカンファレンスに本校関係者も参加できるようになり、さらに前進した。

これまで、三重病院の院長・副院長・小児科医師・ソーシャルワーカー等による公開研修会は実施してきたが、訪問教育部の三重大学医学部附属病院においても、豊富な人材を生かした取り組みを始めた。平成19年度には、小児科病棟医長による全教職員対象の研修会をはじめ、日本に十数人しかいないCLS(チャイルド・ライフ・スペシャリスト)による研修会も実現した。子どもの視点に立ったCLSの取り組みは、子どもへの医療活動や教育活動のあり方を見直しを迫るものであった。

平成19年度は上記の具体的な取り組み例を、本格的に実施した。そして、保護者・地域と共に医療・保健・福祉・教育・労働など関係機関と連携し、ネットワークの構築を目指した。さらに前年度末に、特別支援教育へ向けての本校の緊急かつ重大な課題は、心身症や精神疾患等の子どもへの支援体制の構築であるという認識の基に、国立特別支援教育総合研究所や三重県教育委員会のご理

解やご協力を得ながら準備を進めた結果、次のような形で実を結ぶことができた。

(1)本校のように隣接する病院に常勤精神科医がいないのは、全国ではごく一般的な病弱特別支援学校である。従って、増加する精神疾患等の子どもへの支援体制をどのようにして確立していくかが共通の課題である。以上のような認識から、平成18年度・平成19年度国立特別支援教育総合研究所の西牧謙吾上席総括研究員による「精神疾患を持つ思春期の生徒への支援体制構築の試み」の研究協力校に加えていただいた。さらに西牧先生には、本校で公開研修会の講師もお願いすることができた。

(2)本校の心身症や精神疾患の子どもの中には、隣接病院以外の病院や医院に通院しながら本校へ通学するケースが増加してきた。昨年度、三重県教育委員会に上記のような本校の緊急かつ重大な課題を説明し、その解決の方策の一つとして、現在の小児科医の他に精神科医を学校医に加えることを要望していたところ、今年度予算で設置が認められた。そこで、思春期青年期精神医学が専門の大学病院医師であり、かつ教育学部で障害児教育を担当する教授に、就任を要請し幸い快諾を得ることができた。本校各学部コーディネーターと、常時メールで相談する体制を確立する一方、各学期1回ずつ程度、教職員全体研修会・授業参観・ケースカンファレンス・協議等を行ってきた。今後は、隣接病院の臨床心理士と学校医（精神科医）との連携が進展することを期待している。

その他、国際交流・異文化理解教育が進展した。日本にいる外国人や来日した外国人と子どもたちとの交流は、平成17年度・18年度も実施できたが、今年度はIT教育環境を整備して、本校の子どもがオーストラリアの子どもと直接互いに画像を見ながら交信する試みもスタートした。

なお、平成19年度三重県は特別支援教育に関わる支援事業を始めた。特別支援学校における新しい事業は、次の3つである。

①「子どもの発達支援ネットワーク事業」

市町等教委からの要請に応じて、地域連携アドバイザーを派遣し、就学前の体制整備を支援。

②「特別支援教育総合推進事業」

小中学校からの養成に応じて、特別支援学校から、地域コーディネーター（教員）を派遣。

③「障がい児者就労・自立支援事業」

特別支援学校から、高等部生徒の職場実習先にジョブコーチを派遣。

本校では「特別支援委員会」（校長・教頭・コーディネーター4名・進路・重複・養護の計9名で構成）、特に4名のコーディネーターが特別支援教育の推進役となって、活発に活動してくれている。

IV 緊急アンケートの活用

私は平成18年10月、全国病弱養護学校長会（現在の全国特別支援学校病弱教育校長会）会員85名を対象に、緊急アンケートを実施した（回収率74.1%）。目的は「病弱教育の今後のあり方を考える際、重要な要素の一つとなる教員配当について、病弱教育の現状を把握し今後のあり方を考える参考資料とすること」であった。この結果、次のようなことが明らかになった。

年度当初の児童・生徒数が年度途中における転出入によってかなり変化する学校が約70%あり、児童・生徒数は各学期初めが少なく、各学期末に向けて増加する傾向があることが分かった。そして、このような学校のうち約75%が、次年度在籍児童・生徒数予測や学級数予測が困難であると回答している。この児童・生徒数在籍見込み調べは、ほとんどの都道府県教育委員会は、次年度4月または5月現在について実施しており、それが次年度の教員配当の基礎資料になっている。ここには教員配当をめぐる課題があると私は考えている。

私はこの緊急アンケート結果を三重県教育委員会に持参し、次のように説明して本校や病弱教育への理解を深めていただくことに活用した。「次年度、病気の子どもがどの学年に何人在籍するかを予測するのは至難の業であり、年度当初に少なくとも各学期末に向けて増加する傾向がある。従って、年度当初の教員配当の際、配慮が必要である。また、年度途中で学級数の増減に応じて、その都度講師で調整する現在の方法は、学校経営に支障をきたす。」

そして本校は、短期間で転出入する子どもに、柔軟かつ弾力的に対応できる教職員の仕組みの構築と運用を行ってきた。学級数が増加してもすぐに講師を要求せず、学校内で何とかやりくりしてきた。子どもにとって講師は先生であり、教職員にとって同僚である。

年度途中で講師を配当されても、在籍数が減少すれば引き上げられる。つらい別れが待っている。そんなことはできる限り避けたいという気持が、本校の教職員にもある。このような本校の実態から、年度末の人事異動の際には三重県教育委員会に対して、私は異なる校種間の複数免許状を所有する教諭を要望している。三重県教育委員会は本校の取り組みを理解し支援していただけるようになった。信頼関係が構築できたと感じている。

V おわりに

ここに私のささやかな取り組みを披露させていただいたが、多くの皆様のご理解やご協力をいただいたことに対し、心からの謝辞を述べたいと思う。

原著

インフォームド・コンセントにおける支援の側面

—「病児」親と、成人患者から見たインフォームド・コンセント—

福本 良之（岡山大学大学院医歯薬総合研究科博士課程）

金 一東（日本クリニック・サンディエゴ）

野地 有子（新潟県立看護大学）

I はじめに

インフォームド・コンセント（以下『IC』）は、少なくとも日本医師会生命倫理懇談会「説明と同意についての報告」¹⁾以降、今日の医療制度において必要不可欠の要素となっている。実際、医療訴訟では、インフォームド・コンセントを欠けば説明義務違反として、医療者側は法的責任を問われる可能性がある。そのため、訴訟上の義務違反を回避するために、書面による患者側の同意を記録に残すことも一般化している。

しかし、ICは、医師が患者に治療の説明をし、患者の同意を取り、承諾書に署名を得るという単純なプロセスだけを意味するものではない^{2, 3)}。ビーチャムとチルドレスが「患者のこの自律的選択権は、IC規則の基本的な機能であり、また、正当化の根拠である。」⁴⁾と述べているように患者の自律的選択権の尊重、さらに患者側と医療者側との有効なコミュニケーション過程^{2, 5, 6)}が、ICの中核をなしている。

しかし、患者が思春期にも満たない小児や意思表示・コミュニケーションに問題のある障害児（以下「病児」）の場合、本人に自律的選択および有効なコミュニケーションを期待することは困難である。従って、「病児」に代わり親との間でICを構築することになる。「病児」の親と医療者間でのIC過程での成否は、直接に「病児」に利益不利益として反映しているのが現実である。

II 目的

本稿においては、一方の当事者である患者側（本人および親）の視点からICを検討し、患者側および医療者側双方にとって有益なICの可能性を

提示することで、最終的に「病児」の最大利益に資することを目的とする。

III 研究方法

患者側と医療者側との関係性に関して行ったインタビュー調査（患者、患者家族、医療訴訟原告、弁護士、医師、国会議員）を基に作成した逐語録を基礎資料とした。調査参加者は、調査上の偏りおよび紹介者からの影響を少なくするため、特定の医療機関や特定の団体からの選出を避け、まったく社会的背景や地位、居住地の異なる複数者の紹介によった。調査参加者は、調査時点で全員成人であった。調査参加者数33名。そのうち「病児」の親は9名。居住地は、12都道府県および在留邦人1名、外国人1名であった。

インタビューは、協力者の指定する場所で行い、あらかじめ質問事項を設定せず調査参加者が自由に語るという方法で行った。分析枠は、シンボリック相互作用論を用いた^{7, 8)}。

なお、調査の参加者には、調査目的、調査結果の使用等を明示し、調査の中止を含め参加者の自由意思に基づいて調査を実施した。各協力者からは、書面での承諾書を得た。

患者側の逐語録から、医師に対し強い不信を抱く者（不信群）と信頼を抱く者（信頼群）を選出した。前者は医療訴訟の原告となった「病児」の親である。後者は成人の元患者である。これら2群の逐語録および関係資料（医師・弁護士・他の親の逐語録、訴状、判決文、準備書面、鑑定書）から、ICに関する事項を抽出した。医師に対し強い不信を抱く者（不信群）と信頼を抱く者（信頼群）がどのように形成されていったに留意しな

がら、抽出した事項を検討した。

今回の調査では、たまたま不信群が「病児」の親で、信頼群が成人の元患者という形になり、調査対象の偏りの可能性があるが、本研究は、単純に2群を比較する疫学的研究ではなく、「不信」「信頼」に焦点を当てた質的調査であること、今回のようなテーマでは「病児」そのものを質的調査の対象にできないこと、更に、医療訴訟に関係する関係者の聞き取り調査そのものが非常に困難であることも指摘しておきたい。

IV 結果と考察

1. 「任せる」と信頼

(1) 「任せる」の二段階の意味

患者の自律的選択といっても、医学知識の乏しい患者が、自分だけの判断だけで自律的に選択できるわけでもない。医師からの適切な情報提供と理解への支援が、患者の自律的選択にとって不可欠である。さらに、患者には一般的に「任せる」という表現で、医師の診療に「同意」する傾向がある^{9, 10)}。

48歳の時、完全房室ブロックと診断されペースメーカーをいれた患者Aも、治療を「(医師に)任せざるをえない」と述べている。しかし、患者Aは同時に「この病院で良いのか、今の担当のドクターに任せて良いのかという不安も少しはありました」と不安も述べている。「任せざるをえない」と言いながら、「今の担当のドクターに任せて良いのか」とも述べている患者Aの言動は、矛盾しているようにも思われる。

しかし、この患者Aの言動は、矛盾していない。つまり、「任せざるをえない」は疾病等を治療する専門職としての医師一般に向けられているのであり、「今の担当のドクターに任せて良いのか」は、実際に治療をしてくれる医師に向けられているのである。このように、「任せる」には、治療は専門職としての医師(抽象的)に「任せる」という第一段階の意味と、どの医師(具体的)に治療を「任せるか」という第二段階の意味がある。通常、「任せる」ということが医療の場で問題となるのは、第二段階の意味に関してである(以下、第二段階の意味で「任せる」を用いる)。

(2) 「任せる」の前提としての信頼

患者側が、「任せる」という言葉を使用するとき、対になって使用される言葉がある。それは、「信頼」である。

子どもを亡くした医療訴訟の原告Xは、子どもの入院に際し、『「信頼してお任せします」』ということで、息子を預けた」と語っている。また、同じく子どもを亡くした医療訴訟の原告Yも「絶対の信頼を置いてお任せした」と語っている。このように、患者側は、医師に対する信頼を基に、「任せる」という言葉を発している。

では、信頼は、何を対象として判断されているのであろうか。患者Aは、担当の医師Bを信頼した理由として、「いつでも何でも聞いて下さいね」との医師Bの言葉と「しっかり私の目を見てしゃべってくれるということ」を挙げている。

交通事故で腰を損傷した患者Cは、入院した日の夜、病室を訪れた医師から

お前、治りたいか？治りたいんだったら、今から背中の下に、山を作って、腹を上げるようにする。だけど、無茶苦茶痛い。で、それを一晩やれば、凄く違うんだけど、我慢する？

と尋ねられた。患者Cは、

人間と人間の繋がりがって言えばおかしいけど、近い感じの繋がり。信頼する部活の先生に良き、アドバイスを頂いたような関係で言われた。だから、血の通ったような言い方っていうんですかね。押し付けでもなく、相手を一応、尊重しながら、相手を何か信頼する、そういう言い方のように感じました。もう感覚です。

と感じ、医師の勧める処置に同意した。患者Cは、この短いかかわりの中で、医師を信頼し任せたと語っている。

信頼は患者Cのいうように感覚的=主観的に判断されることが多い。主観的に判断されるがゆえに、患者側は、医師の言語だけではなく、言語を表出する際の身体動静も含めて信頼できうるかを判断している。それは、患者Aにおいては「私の目を見てしゃべってくれる」に表れ、患者Cにおいては、医師の語気からも信頼感を強化されたこ

とに表れている。つまり、患者は、説明（情報の提示および相談を含む）におけるコミュニケーション過程で、医師の言葉と身体動静から信頼を主観的に判断し、その信頼に基づいて「任せる」と発している。「任せる」は、客観性よりも主観性をより強く帯びたものであるといえる。

信頼と「任せる」が主観に依拠する傾向が強いのは、当然である。患者は、通常、医学知識が極めて少なく、重篤な状態に至れば至るほど医師の説明の科学的合理性を判断する能力に欠けていく。そうしたとき、患者側が行う判断は、医師がいかに真摯に治療に当たろうとしているかという医師の姿勢に向けられる。子どもを腫瘍で亡くした母親Dも「やっぱりその先生のその時の態度でわかりますよね。」と語っている。

このように、信頼は「任せる」という意思決定の主観的根拠となっている。

(3) 「任せる」という意思決定と「任せる」の範囲

フェイドンとピーチャムは、権利放棄に関し¹¹⁾つまり医師のICを得る責務を免除することになる。患者は意思決定の権限を医師に委任するか、知らせないでほしいと頼み、これによって医師は開示義務から解放される。患者は情報による意思決定を、もうしないというかたちで、ひとつの意思決定をしたことになるのかもしれない。

と述べ、「患者の権利放棄は、多くの患者が実際に医師に接するさいに、よくとる態度かもしれない。」と指摘している。前述のように「任せる」という態度も、医療現場ではよく見られるが、「任せる」は、ここで言う権利放棄と同義であろうか。

「任せる」と権利放棄は、同じ意味ではない。「任せる」は、多くの場合、自己の身体生命の状態とそれに対する治療法と予期される結果の範囲を含んだ情報の提示を受け、素人領域的な理解と判断に基づき、この医師に治療を依頼しようとして決定し、その決定を「任せる」という言葉で医師に表明しているのである。したがって、「任せる」という患者の言葉は、具体的な治療を貴方（医師）に依頼しますというのが、通常の意味であり、患者の「任せる」は「同意」であり、ICに基づいた行為

= 授権と理解できる。

法的には、患者（ないし患者を代理する権限を持つ者）が言う「任せる」は、通常、医療契約の事実上の締結であると考えられる。その結果、患者側と医療者側に相互に債権債務が生じるのである。患者の言う「任せる」という意思表示は、医療契約の委任的性格を明確に表している。

このように理解するならば、患者側が言う「任せる」という言葉（意思表示）は、患者と医療者に、法的な関係を含めた新たな関係性を生じさせる自律的選択と理解できる。そして、「任せる」は、法的にも患者側の認識からも、医師の説明によって提示された治療内容と方法、及び予期される結果の範囲に存在している。

このように、「任せる」は権利放棄の意味ではなく、説明に基づく一定の範囲内での委任を意味している。

しかし、患者の病状は、当然、一定不変ではない。良い方向に向かうならば、問題は生じないが、当初の説明時に予期した範囲を超過し、病状が悪い方向に変化した時は、問題が生じる。この病状の変化に伴い、当初の説明時に予定していた治療内容と方法から超過する場合は、少なくとも追加的な説明と超過部分に対する新たな意思表示としての「任せる」を得なくてはならない。したがって、医師のICを得る責務は免除されていないので、「任せる」は権利放棄ではないことになる。

そして、この病状の変化とそれに伴う治療が、重大な結果をもたらした場合、特に、重大な結果の発生を当初の説明で示していない場合、患者側は納得いく因果関係の説明を求める。この治療終了後の説明が、大きな意味を持つ。したがって、ICは一度なされると以後不要になるものでも、最初の同意が永劫不変となる硬直したものでもない。

ICは、治療の開始から終了後まで、必要に応じ、繰り返される一連の過程と捉える必要がある。

2. 予期しない結果の発生と事後的インフォームド・コンセント

(1) 「任せる」の範囲の超過と医療訴訟の萌芽

原告Xの子どもは、悪性リンパ腫寛解後の維持

療法のために入院中、呼吸不全により亡くなった（死亡診断書）。訴状には

平成11年10月9日ころ、〇〇の両耳下部に腫脹が出現し、被告病院X耳鼻科にて診察を受け、同月29日リンパ節摘出術を受けて検査した結果、悪性リンパ腫と診断された。

その後同年11月11日より同病院にて入院して化学療法を受けた結果、悪性リンパ腫は寛解したと言われ、平成12年6月6日に一旦退院したが、同年7月19日から維持療法（化学療法）として同年8月5日まで同病院に入院した。

その後同年9月11日から再び維持療法（化学療法）として1、2週間程度の予定で同病院に入院したが、同月18日から発熱（37度以上）があり、右化学療法の合併症として間質性肺炎に罹り、同年10月20日午後3時10分、同病院にて死亡した。

と記されている。

原告Xは、

9月の23日に運動会があったので、先生（主治医）に「それに間に合いますか」と聞くと「それには、間に合います」ということでした。

と語っているように、入院前の説明から、このような重大な結果が発生するとは予期していなかった。

前回の入院では、個室に入って、その翌日から抗ガン剤を受けていたにもかかわらず、問題の入院では小児病棟の大部屋に入れられていた。このことに原告Xは危惧感を持っていたが、それが現実となった。

1週間ほどの入院で、「強い治療はしない」と聞いてたんです。でも、すごい骨髄抑制が、きたんですよ、抗ガン剤で。それも白血球は、2週間近く全然ゼロのままです。上がってこなくて、その間にありとあらゆる感染症になったんです。

そして、原告Xは

「最初から、個室にちゃんと隔離して治療してくれていたなら、感染症になっていな

かったのではないか」という頭がずっとありましたので、そのことばかり先生に問い詰めていたんです。

と語っているように、疑問を持った。危惧（感染症）が現実となり、子どもの死という重大な結果を生じたとき、なぜ大部屋に入れたのかという疑問は、医師の不適切な処置が原因で子どもが死んだのではないかという不信へと転化したことは十分予想できる。少なくとも、こうした状況下では、医師は大部屋での入院と「間質性肺炎」との因果関係を説明する（納得させる）必要があった。しかし、医師は原告Xを納得させる説明をすることができなかった。原告Xは、なぜ子どもが亡くなったのか、その理由を知るために訴訟を提起した。

原告Yは、手術に際しての麻酔事故による、呼吸不全、肺うっ血により子どもを亡くした（死亡診断書）。原告Yの子どもの死に至る経過は、訴状によると

原告Yの子どもは、平成12年9月から、訴外病院において、急性リンパ球性白血病の治療を受けて、同13年4月には、骨髄移植手術を受けた。その後、移植後のGVHD(移植片対宿主病)に悩まされることになった。平成14年4月頃から、慢性心膜炎を発症した。その後1年が経過したが、症状の改善が見られなかったため、訴外病院主治医から被告病院Yの紹介を受けた。

同15年4月2日、被告病院Yのこども外来を受診し、小児心臓血管外科の医師Eから、心外膜開窓術を勧められた。

同月9日、原告Yは、執刀医の一人である医師Fから、検査の結果、手術は翌10日に行われることを告げられ、その手術の内容について改めて次のような説明を受けた。

肺などはGVHDによって傷んでいるが、手術に耐えられないものではない。手術は技術的には難しい手術ではない。むしろ感染症が心配であり、その面ではリスクがあるというものであった。

麻酔については「麻酔については挿管もアレルギーも問題ないでしょう」と説明し、

それ以外の説明はなかった。なお、麻酔医からの説明の機会はなかった。

同月10日午前9時30分過ぎに医師Fから、麻酔の時の気道確保がうまくいかない、気管を切開して気道確保することを了解してほしいと言う説明を受けた。

医師らは、原告Yの子どもの気管を切開したが、気道確保ができず、その後原告Yの子どもはICUに移され、心臓マッサージや換気を受けたが、午前11時40分死亡した。となっている。

原告Yの場合も原告X同様、重大な結果を予期していたとは考えられない。手術の危険度を「ゼロに近い」と説明を受け「肺などはGVHDによって傷んでいるが、手術に耐えられないものではない」と説明を受けていた。さらに、「麻酔については挿管もアレルギーも問題ないでしょう」と説明されていたので、麻酔時の挿管、気道確保の不都合により重大な結果が生じたことは、説明から予期される結果の範囲を超過していた。

原告Yの場合、医療者の直後の説明が事態をさらに悪化させた。子どもが亡くなった直後、麻酔科の教授が病理解剖を願い出た。原告Yが断ると、小児外科の二人の医師が原告Yに話しかけてきた。そのときのことを原告Yは、

「まあまあ、その話は、私たちの方から」と出てきたのが外科のE先生でした。麻酔科医を退室させて、E先生とF先生の二人が残りました。麻酔科医がドアをボタンと閉めるまでを見てから、寄って来て、「いや、もう納得いかないです」と言われました、E先生がね。そこで、この先生たちも、そう思ってるのだとその時は思いました。向こうがすぐに言われたのが、「ミスを追及するには、証拠が必要です」と。それで、「その証拠を取るために、解剖には出した方が良いでしょう」と言われたんです。

と語っている。

さらに、病理解剖後の霊安室で、原告Yが麻酔科教授に「最後に麻酔科教授に◎◎の死は挿管ミスによる窒息死ですね」と尋ねると、教授は「そうです」と答えた原告Yは、述べている。

さらに、原告Yの自宅を訪れた麻酔科の女性医師も「自分の子がこんな目に遭ったら殺されたと思います」と話したと原告Yは語っている。しかし、後日、原告Y宅を訪れた麻酔科の男性医師は、教授の発言を「あやふやなことを申し上げました」と訂正を試みたが、原告Yに「時間がたっているから、一寸相談したのと言いたくなるような今のお話です」と言われている。

重大な結果が発生した直後に、複数の医療者が、医療ミス、少なくとも患者側に医療ミスを認めたとされる説明をすれば、原告Yと同じような状況に立った人間は、ほぼ間違いなく、麻酔科の医療過失によって重大な結果がもたらされたと確信してしまうと考えられる。結局、なぜ挿管できなかったのかという原告Yの問いに、医療者側は答えることなく、訴訟となった。

(2) 事後的インフォームド・コンセント 一同意としての「納得」一

原告Xも原告Yも、入院前の医師の説明で、生命自体に対する危険性を知らされていなかった。むしろ、原告Xの場合は2週間後の運動会には間に合うだろう、原告Yの場合には危険性はゼロに近いと説明されていた。「任せる」の範囲は、医師による説明によって提示された治療内容と方法、及び予期される結果の範囲であると前述したが、原告Xと原告Yの場合は、医師による説明によって提示された予期される結果の範囲を超過していた。

しかし、医療は、確定した行為ではなく、不確定な要素が多い。したがって、医療者自身予期していなかった結果が生じる可能性も存在している。こうした場合、結果に対しても説明が行われるが、ここでは説明だけではなく、超過部分に対応した事後的同意を得る必要がある。すなわち、治療終了後のIC＝事後的インフォームド・コンセント（以下『事後的IC』）である。医師による説明によって提示された予期される結果の範囲の超過がなぜ発生したのかという因果関係の説明と、それに対する患者側の同意である。事前のICでは、説明と同意としての「任せる」であったが、事後的ICにおいては、説明と同意としての「納得」が重要となってくる。

原告Xは、

許すことは出来ませんが、「自分（医師）らが息子に対してした治療で、ミスがありました。今後しないように、病院で努力していこうと思います」というような説明があったら、提訴までしてなかったと思います。泣き寝入りですね。

と、説明があれば、提訴しなかったと思うと語っている。ここでいう説明とは、患者側が納得でき得る説明である。医療側弁護士Gも

悪い結果が起こった時に、何故、そうなったのかっていうことを、きっちり、場を設けて説明すべきでしょうね。

と述べ、患者側弁護士Hも

医者側が、その事故ないしは不幸な結果が起こった段階で、誠心誠意、きっちりと説明をし、自分の方に非があるならそれも含めて、きっちりお詫びをすれば、弁護士のところに相談に来る人は減るのではないかと思う。

と事後的ICの重要性を語っている。

事前のICにおける説明によって提示された予期された結果の範囲を超過した場合、事前の「任せる」の想定範囲を逸脱することになる。そのような場合、事後的ICが重要であり、事前に提示された予期される結果の範囲の超過がなぜ発生したのかという因果関係の説明を行わない場合、患者側の「納得」という同意を得られず、訴訟へと向かうことがある。そうした意味で、事後的ICは、重要であり、「納得」という事後的同意を得られれば、相当数の医療訴訟は回避できると考えられる¹²⁾。

3. 選択権の存在

(1) 自律的選択の実現過程としてのIC

ICの中核は、患者側から治療の同意を得ることではなく、患者の自律的選択である^{2, 4)}。最高裁判所も「意思決定をする権利は、人格権の一内容」として認めている（最H12年2月29日＝エホバの証人不同意輸血事件）。また、同意とは、最低限、承諾と拒否の二つの選択権が留保されていることが前提となっている言葉であり、選択権が

まったくないところには同意という概念がそもそも存在しない。さらに、もし仮に、患者側から治療の同意を得ることを中核と考えるのであれば、わざわざICという概念を用意した意味は縮減される。法学の知見をもって、医療契約の締結（「説明」が契約申込、「同意」が承諾）として論じれば対応できる。したがって、ICは、患者の自律的選択の実現過程であるともいい得る。患者の自律的選択の実現には、ICにおける一方当事者である医師の存在が大きな位置を占めている。自律的選択に有効な説明について、医師Bは以下のように語っている。

一番難しいのは、理解が得られるために、その説明方法が本当に正しいのかどうかというところだと思うんですよ。本当にその人が必要な情報を得られるように、提供できているのかどうかというのは、ものすごく疑問です。大体、説明するのは、こっちに都合の良いようなことばかり説明してしまうことが多いので。

医師Bは、このように自らの説明が、患者に過不足なく伝わり、患者の理解を十分得ているかという点に関し疑問を持っている。しかし、フェイドンとビーチャム¹³⁾が

言語共同体は言語(たとえば英語を話すこと)と文化(たとえば、家族単位、社会階層、世代、民族性、職業グループなど)の両方に規定される。文化的な類似性に加え、以前にその人たちのあいだで交流があれば、容易により理解が得られる。コミュニケーションしようとする話題について共通の考えをもたない人のあいだ、または初対面の人のあいだでは、おたがいに理解しにくいのは自明だろう。

と述べているように、医師と患者という立場性の違いと患者との社会的背景の相違を考えれば、医師Bの疑問こそ重要である。「その人が必要な情報を得られるように、提供できているのかどうか」という医師Bの疑問は、患者は私＝医師と同じではないという考えから出発している。それは、人は社会における生活（職業、収入、家族、生育歴）が異なっているように、重視する価値もことなり、

それゆえに生きるという意味も異なっているということの認識である。このような視点がなければ、医師Bにとって患者への説明は、単に親切で簡明であれば事足りるわけである。人は、すべて異なっているので、説明に疑問を持つ。その結果、患者の望む情報を提供するには、コミュニケーションしながら他者である患者を知ろうとすることになる。したがって、医師Bは、患者との説明に積極的に時間をとることになる。

医師Bのこうした姿勢と実践は、

任さざるを得ないのでですけど、何でも聞いてくれという言葉が、僕にとっては信頼ができるのかなと。「いつでも聞いて下さい」ということで、最終的に選択権が私にあった。

という患者Aの言葉に反映されている。医師Bにとって説明とは、患者が自己の思う最善の決定(選択)を実現するためにあり、ICは自律的選択の実現過程となる。

(2)患者側の選択と医師の治療計画案との齟齬

医師Bは、患者のなした選択に関し

最終的に本人さんがこちらの言ったことわかって頂いて、わかって頂いた上で本人が決断をしたんなら、もうその結果は、どれを選択して頂いても、僕は良いというふうに思っています。

と考えている。

しかし、医師Bのいう「患者がどれを選択して頂いても良い」ということの実践は、過酷である。医師B自身も、患者の宗教的信念による治療拒否により、治療すれば十分救命できる患者を死なせている。その経験を

感情、難しいですね。治療すれば良くなるのがわかっているのに出来ないっていうのは、辛いですね。診ている方の立場からすると辛いですが、逆の立場に立って、ある信念もあるっていうことを考えたら、その人はその人で、自分が思った人生を生き抜いたのなら、それはそれで本人にとってはいいのかもしれないですね。

と医師Bは述べている。人の身体生命を救うことを業務上も倫理上も求められる専門職としての医

師が、治療を拒まれ、救命可能でありながらも死ぬに任せざるを得ないというのは精神的に過酷な状況に追いやられることになる。このケースの患者は、成人で本人の明確な意思が存在していたのであるが、患者の自律的な選択=決定を尊重しようとするれば、時として医療職は自らを過酷な精神状態に追い込むことを承知しなければならない。

患者の自律的な選択を尊重するとしても、医療者が患者に再考を促すことは認められるばかりか、むしろ望まれる。医師Bの経験したケースは、患者自身の選択であったが、以下の医師Iの経験したケースは、「病児」の親による選択であった。ダウン症であるKに手術を行わなければ、生命にかかわる心疾患の存在が明らかになった。医師Iは、Kの親に説明し、手術の同意を求めた。しかし、Kの親は手術の同意を拒んだ。Kの親が治療を拒んだ背景を医師Iは、

拒否されたのには背景がありまして、Kは第二子で、15歳年上の第一子も障害児なんです。だから、親御さんは15年間、障害児を育ててきて、どんなに大変かっていうのを、もう底の底からご存知です。

と語っている。さらに医師Iは、

私はある意味、これは無理もない話だになって思いました。だから、この親に無理やりに育てさせようとかいう気持ちは最初からなかったですね。だけどまあ、そうは言っても、この子は助かっていくはずの子だし

と述べている。

この時点で、親の意思(治療に同意しない)と医療者側の治療方針(救命)は対立している。つまり、説明と同意に齟齬(拒絶)が生じている。Kの親の生活面を主たる理由とする治療拒否という選択は、確かに親にとっての自律的選択であるが、K自身の自律的選択ではなく、あくまでKの代理に過ぎない。医療者としてはジレンマに陥るところである。この時点で、医師Iは、

親に無理矢理に育てろという権利はない。でも、かと言って、子どもはやっぱり親の持ち物じゃないから。子どもの命は子どものものだから。それだったら、その子

どものケアが可能な人に預かってもらうというスタンスが、自分の中では一番今じっくりしていると思います。

と考え、再度Kの親に説明（提案）を行った。

「自分が育てる気でないだったら、それはそれでしょうがない」、だけど「子どもの命は親のもんじゃないから、施設に預けて親権も」との提案を行った。さらに、「預かってもらうには、ある程度健康じゃないと難しいので、預かってもらうために手術をさせて下さい」と説明した。結局、この2回目の説明に同意を得ることが出来、Kは、手術後、施設に保護されることになった。その後、Kは2年間施設で過ごし、現在は親の元に引き取られ家族と生活している。

医師Iは、Kの手術を実現するために、他の医師や看護師、ソーシャルワーカーと協力している。さらに、手術後の受け入れ施設を確保するために、児童相談所、施設等と話し合い、受け入れ先を確保した上で、Kの親に再度の提案をしている。こうした医師Iらの対応は、医療者の職務を超過しているかもしれないが、患者のおよび家族の支援としては十分だった。

V 結論 一支援としてのインフォームド・コンセント

患者は「任せる」という表現で、医師の治療に「同意」するが、その「任せる」には、専門職としての医師に「任せる」第一段階と、どの医師（具体的）に治療を「任せる」という第二段階がある。そして医療の現場で問題になるのは、その第二段階である。

患者側は「任せる」という表現と共に「信頼」という言葉も使用するが、患者の「任せる」という意思決定は、具体的な医師に対する「信頼」を根拠にしているのである。

「任せる」とは権利放棄ではなく、あくまでも「同意」であり、ICに基づいた一定の範囲内での委任を意味している。治療中の望まない重大な結果に対する、患者側の因果関係説明の要求は、患者の「任せる」が固定した委託ではなく、治療の全過程において、必要に応じて繰り返されるICそのものであることを説明している。

診療過程における重大な事態に対しては、事後的インフォームド・コンセントが必要になるのが、この事後的ICは、「納得」という言葉で表現される。すなわち、医師による結果説明に対する、事後的な理解と同意である。この「納得」という事後的ICは、医療訴訟の回避という意味でも重要である。

ICとは言い換えれば、患者の自律的選択の実現過程であり、その患者の自律的選択の実現には、ICにおける一方の当事者である医療者の積極的関与が必要とされるのである。そして、患者と医療側の協働を可能にするのが、IC過程におけるコミュニケーションの側面と支援の側面の存在なのである。「病児」等、本人に自律的選択および有効なコミュニケーションを期待できない患者群には、ICの支援の側面が強調される。

【引用文献】

- 1) 日本医師会生命倫理想談会, (1990) 説明と同意についての報告, 資料集 生命倫理と法編集委員会, (2003) 資料集 生命倫理と法, 太陽出版, 東京, 初版, 86-98.
- 2) 唄孝一, (2001) 患者の権利—正しいインフォームド・コンセントとは, 人権のひろば, 4(3), 17-20.
- 3) Snyder, L., Leffler, C. (2005) for the Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians, Ethics Manual Fifth Edition, Annals of Internal Medicine, 142(7), 560-582.
- 4) Beauchamp, TL., Childress, JF., (1989) Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press Inc., New York, 3rd ed. (永安幸正, 立木教夫監訳, (1997) 生命医学倫理, 成文堂, 東京, 102.)
- 5) Feld, AD., (2004) Informed Consent: Not Just for Procedures Anymore, American Journal of Gastroenterology, 99, 977-980.
- 6) Faden, RR., Beauchamp, TL., (1986) A History and Theory of Informed Consent, Oxford University Press, Inc., New York. (酒井忠昭, 秦洋一訳, (1994) インフォームド・

- コンセント—患者の選択, みすず書房, 初版, 東京, 248.)
- 7) Blumer, H., (1969) *Symbolic Interactionism-Perspective and Method*, Prentice-Hall, Inc., New Jersey), (後藤将之訳, (1991) シンボリック相互作用論—パースペクティブと方法, 勁草書房, 東京, 初版.)
- 8) Emerson, RM., Fretz, RI., Show, LL., (1995) *Writing Ethnographic Fieldnotes*, The University of Chicago Press, Chicago. (佐藤郁哉, 好井裕明, 山田富秋訳, (1998) 方法としてのフィールドノート—現地取材から物語作成まで, 新曜社, 東京.)
- 9) 沖野良枝, (2003) インフォームド・コンセントに対する患者の認識と意思決定要因の分析, 日本保健福祉学会会報, 8(2), 29-39.
- 10) Buckman, R., (1992) *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*, Johns Hopkins University Press., Baltimore. (恒藤暁監訳, (2000) 真実を伝える—コミュニケーション技術と精神的援助の指針, 診断と治療社, 東京, 初版, 72.)
- 11) Faden, RR., Beauchamp, TL., (1986) *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press ,Inc., New York. (酒井忠昭, 秦洋一訳, (1994) インフォームド・コンセント—患者の選択, みすず書房, 初版, 東京, 36.)
- 12) 望月浩一郎, 天保英明, (2001) 医療事故における患者と家族への説明, 治療, 83, 44-49.
- 13) Faden, RR., Beauchamp, T.L., (1986) *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford University Press ,Inc., New York. (酒井忠昭, 秦洋一訳, (1994) インフォームド・コンセント—患者の選択, みすず書房, 初版, 東京, 257.)

【参考文献】

- 1) 五十嵐雅哉, (2004) 医療におけるパターンナリズムが正当化される条件, 日本老年医学会雑誌, 41(1), 8-15.
- 2) 上林茂暢, (1995) インフォームド・コンセントは日常診療から, からだの科学, 181, 20-24.
- 3) 弘陸夫, (1997) インフォームド・コンセントにおける信頼関係の諸問題, 倫理学研究, 10, 3-13.
- 4) 前田泉, (2004) 「患者満足度」を見直す, 医療経営最前線 医事業務編, 233, 16-27.

投 稿 規 定

2007年4月1日制定

1. 本規程の対象論文及び投稿資格

ここでは、日本育療学会学会誌「育療」に掲載する原著論文、事例研究、資料、総説・展望、実践研究の投稿について規定する。本学会誌に投稿する論文は、子どもの心身の健康問題に関連するテーマについてのものとする。投稿資格は共著者も含め本学会員であることとし、他の学術誌等に未発表のものに限る。

2. 論文の種類

原著論文、事例研究、資料、総説・展望、実践研究のいずれかを指定すること。内容によっては、論文の種類の変更を求める場合がある。

〔注〕投稿原稿の種類

原著論文：理論的、実験的又は事例的な研究論文で独創性の高いもの

事例研究：個別事例を扱う研究

資料：有用な資料で会員の参考になるもの

総説・展望：研究・調査論文の総括及び解説、または活動、政策、動向などについての提言

実践研究：実践報告で、実際的な問題の究明、解決を目的としたもの

3. 原稿の仕様

原則としてワード・プロセッサなどを使用し、A4判用紙に明朝体10.5ポイントで作成し、1ページ当たり32字×25行（800字）にて印刷し提出する。頁番号を原稿の下部中央に記す。投稿原稿のA4用紙およそ2枚が、刷り上がりの1頁に当たる。要約、本文、図表、引用文献を含めて刷り上がりは10頁以内を原則とする。

4. 要約とキーワード

論文の概要が把握できる和文要約を400字以内で冒頭に記し、キーワードを3～5個で記す。また、可能な限り、英文要約を文末に300語以内で、Key wordを3～5個記載することが望ましい。

5. 表記

記述は平易で明瞭なものとし、現代かなづかい、常用漢字、算用数字を用い、である体を原則とする。外国人名、外国地名など以外は可能な限り、一般的な訳語を使用する。計量単位は原則として、mg, g, kg, ml, dl, l, mm, cm, mなどと表記する。

6. 図表

図表にはタイトルをつけ、原則として本文と同一の言語とし、図1, 表1のように書く。なお、キャプション（図表に添える説明文）は、図の場合は図の下に、表の場合は表の上に記載する。図表は明確に作成し、別紙に一枚ずつまとめておく。また、本文中に図表のおよその挿入位置を本文の右位置に明示する。

7. 倫理上の配慮

論文内容に関しては、十分な倫理上の配慮がなされていることが必要であり、適切に倫理基準を満たしている旨を論文中に明記する。

8. 提出方法

投稿する原稿はオリジナル1部と、コピー2部、およびデジタルデータ（フロッピーディスクもしくはCD-R）を添えて提出する。フロッピーディスク（CD-R）には、著者名、OSの種類、使用ソフトとそのバージョン、ファイル名を記す。また、論文の種類、投稿者氏名、郵便番号、住所、電話番号、FAX番号、E-mailアドレス、および希望する連絡先を別紙に記す。なお、デジタルデータの提出はE-mailでも可能とする。

9. 表紙

投稿の際は、論文の表紙として、論文の種類、表題、著者氏名（共著者含む）、所属、英文表題、英文著者氏名を記したものを添付する。

10. 掲載費用

印刷等に要した費用は、原則として当分の間本学会が負担とするものとする。ただし、別刷を希望する場合は、実費著者負担にて希望部数を印刷し、送付する。

11. 引用・参考文献

文中の引用・参考文献には引用順に右肩に番号を記し、末尾の引用・参考文献欄に番号順に記す。引用・参考文献の記載方法は以下のとおりとする。

- (1) 雑誌の場合：著者名（共著者名もすべて記載する）、発行年、表題、雑誌名、巻、頁の順に書く。
- (2) a) 単行本の場合：著者名（共著者名もすべて記載する）、発行年、表題、発行所、発行地、版数、引用頁の順に記す。
b) 編著書の分担執筆部分等の場合：著者名、発行年、分担執筆部分の表題、編集者名、書名、発行所、発行地、版数、引用頁の順に記す。
日本語雑誌の場合：小林一郎、島津二郎、坂本三郎（2000）病弱児の心理的ストレス、〇〇研究学会誌、20、317-323。
外国語雑誌の場合：Johnson, J., Johns, N. (2005) Effect of coping for stressors on stress responses in patient, Journal of Ikuryo, 10, 25-32。
日本語単行本の場合：草野四郎（2002）病弱児の心理的支援。〇〇出版、東京、第5版、170-180。
外国語単行本の場合：Brown, J., Reid, G.J.(1995) Development and children with kidney disease. Brawn and Co, New York, 162-156。
日本語編著書の一章の場合：奥田五郎（2006）病弱教育におけるコーディネーター。大沼六郎編、特別支援教育と病弱。〇〇出版、京都、初版、110-135。
外国語編集書の一章の場合：Rutter, E., Hiew, A. (1996) Disease and Illness and Sickness. Evans, M. (Ed), Handbook of anxiety of children with chronic diseases, Ikuryo Press, New York, 45-87。
- (3) ネット文献の場合：著者名、Webページの題名、Webサイトの名称（著者名と同じ場合は省略してもよい）、更新日付、媒体表示、入手先、参照日付の順に記す。
日本語の場合：岡田直樹." 病弱者への教育的支援における今後の課題". 病気の子どもと教育Q & A. (更新2003-02-24) (オンライン). 入手先 <<http://www.kyoiku.ac.jp/tokubetsu>>, (参照

2006-10-08).

欧文の 場 合 : Ikuryo University Hospital. "Pediatrics & Children Q&A". (update 1999-11-30)
(online), available from (<http://www.kyoiku.ac.jp/tokubetsu>), (accessed 2005-08-07).

12. 著作権

本学会誌掲載の著者物の著作権は、本学会に帰属するものとする。

13. 原稿の送り先

投稿原稿送付の際には、封筒の表に投稿論文在中と朱書し、下記宛に簡易書留などで郵送する。

〒113-0033 東京都文京区本郷1-15-4 文京尚学ビル 6F

「育療」編集部

E-mailでの宛先 nihonikuryo@ybb.ne.jp

基本情報変更届

平成 年 月 日

該当する項目にレを記入して下さい <input type="checkbox"/> 勤務先変更 <input type="checkbox"/> 改姓名 <input type="checkbox"/> 退会 <input type="checkbox"/> 自宅住所変更 <input type="checkbox"/> 送付先変更 <input type="checkbox"/> その他		
フリガナ	姓	名
<input type="checkbox"/> 氏名		
<input type="checkbox"/> E-mail		
<input type="checkbox"/> 勤務先	勤務先・学校名称	
	旧勤務先名称 〒□□□-□□□□	
TEL		FAX
<input type="checkbox"/> 職種	1. 医療職 2. 看護職 3. その他医療看護職() 4. 栄養士 5. 保育士 6. 学校教職員 7. 福祉職 8. 研究職 9. 当事者 10. 家族 11. その他()	
<input type="checkbox"/> 自宅	〒□□□-□□□□	
	TEL	
FAX		
旧自宅住所		
送本先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 不要	
退会届	年 月 日をもって退会します。	
退会事由		
事務局への通信欄:		

日 本 育 療 学 会

FAX: 046-839-6864

電子メールの場合は、上記の必要事項を記載の上、事務局宛
(nihonikuryo@ybb.ne.jp)までお送り下さい。

第41号 育療 編集後記

特集の中で、長野県立若槻養護学校大熊校長からは、自校での教育課程の編成について具体的報告をいただいた。そこで、全国的な傾向を知るために、平成18年度研究集録の教育課程専門委員会病弱養護学校部会の報告から補足的に一部報告内容をひろってみた。部会特別支援学校(病弱)の傾向を一言で言うと、小学部では病院入院生が増え、高等部普通学級で自宅通学生が増えているとなろう。自宅通学生には、心身症・神経症、発達障害と診断名を持つ生徒が増えており、個別対応の必要性を教員は感じている。そして、小学部では転出入が多く、高等部では、卒業まで転出しない。この傾向は、学校間で非常に格差がある。このような状況下で、個別の教育支援計画策定の在り方は、各学校で工夫されているが、医療機関との連携や前籍校への病状の開示など、特別支援学校(病弱)独特の課題も見られる。また、高等部在籍者の増加は、そのまま進級や卒業認定、進路指導をどうするかという課題に直面している。

教育課程は、普通学級では準ずる教育課程の編成を実施しており、特に小・中学部は、学習指導要領改訂で移行措置の影響を受けることが予想される。今回の小中学校の学習指導要領改訂では、総時間数の増加があり、特別支援学校(病弱)も、1時間単位、年間総時数がどう変化するか見守りたい。特に、高等部の必修科目の時間数の確保は課題となる。

その他の専門委員会からの報告を加えれば、最近の特別支援学校(病弱)の全国的な傾向が把握でき、今回のテーマである「特別支援学校(病弱)の現状と課題」を明らかにするという目的は達成できたのではないかと考えている。

また、多様化する病弱教育の専門性を高め、教員が切磋琢磨できる場が、全病連教育研究委員会であろう。このような場が確保されて、具体的な活動内容を、会員に周知できたのではないかと考えている。医療、看護、福祉関係者の会員諸氏には、全病連教育研究委員会への協力をお願いしたい。

全病連会長で、東京都久留米養護学校山田庄司校長から、東京都の病弱教育について、という寄稿をいただいた。東京都の病弱教育の歴史的流れから始まり、今後の日本の病弱教育の将来を見据える内容だと思う。

三重県立緑が丘特別支援学校富田正宏校長からは、初めて特別支援教育を経験された一校長の奮闘記とも言える寄稿をいただいた。校長が何を考えて、学校運営をしているかを、垣間見ることが出来る貴重な内容だと思う。

原著論文には、「インフォームド・コンセントにおける支援の側面 —「病児」の親と、成人患者から見たインフォームド・コンセント—」を掲載した。以前にも投稿された福本良之氏の意欲作である。今後とも、会員各位には、教育、医療、福祉、家族支援に関する学際的な内容の論文の投稿を期待したい。

(文責 西牧 謙吾)

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。

投稿規程については、別に定める。

日本育療学会機関誌「育療」 第41号

平成20年3月24日印刷

平成20年3月31日発行

編集・発行 日本育療学会理事長

山本 昌邦

「育療」編集委員長

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

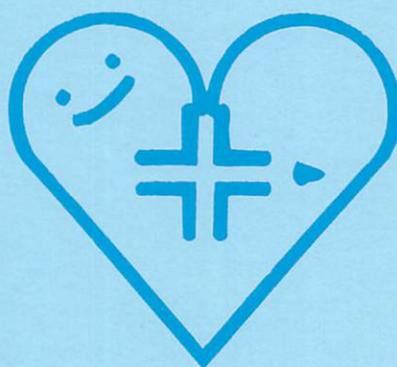
FAX番号：03-5840-5974

メールアドレス nihonikuryo@ybb.ne.jp

ホームページ <http://nihonikuryo.jp>

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**