

Ⅱ 知的障害のある子どもの健康問題に関する調査報告

1 調査の目的

厚生労働省の厚生労働調査によると身体障害児者全数、精神障害児者全数に占める65歳以上のものの割合がそれぞれ59%、29%であるのに対し、知的障害児者のその割合は、3%と極端に低い。この原因のひとつとして、知的障害者は生活習慣病（糖尿病、脳卒中、心臓病、高脂血症、高血圧、肥満など）に罹患する割合が健康な人や他の障害のある人よりも高いと考えられている。知的障害をもつ子どもは、健康に対する自己管理能力が高くなく、バランスの取れた食生活をしたり適度な運動に心がけたりすることが難しいことが多い。その結果、肥満傾向を呈する割合が高くなり、その結果として生活習慣病に罹患するリスクが高くなると考える。

一方、文部科学省の学校保健統計調査による平成17年度の肥満傾向児（性別・年齢別に身長別平均体重を求め、その平均体重の120%以上の者）の出現率は、11歳～12歳で10%を超えている。知的障害のある児童生徒においては、肥満傾向児の出現率はこの数値よりも高いと言われているが、これまで全国規模での調査はほとんど行われていない。

そこで、本調査では、今までに全国規模ではなかった知的障害児の健康問題に関する基礎的データを蓄積すると共に、知的障害児の自己管理の在り方、又は他者からの支援の在り方について調査を行い、その現状と課題について学校教育の観点から検討し、考察することを目的とした。

2 調査の方法

調査の方法として、質問紙郵送・回収方式によるアンケートを実施した。調査対象は、全国の知的障害養護学校532校であり、平成17年10月に調査を実施した（巻末資料参照）。

調査は、調査1：学校情報に関する調査（管理職用）、調査2：知的障害があり何らかの疾患がある児童生徒の疾患別人数の把握に関する調査（養護教諭用）、調査3：肥満度に関する調査（養護教諭用）、調査4：死亡例に関する調査、調査5：疾患に対する学校としての対処法に関する調査（養護教諭用）とした。

3 結果

1) 回収率

図4は、アンケート調査用紙の回収率を示したものである。知的障害養護学校532校中433校からアンケート調査用紙を回収し、回収率は、81.4%であった。

2) 調査1：学校情報に関する調査

各知的障害養護学校の学校情報に関して管理職を対象にアンケート調査を実施した。

図5は、知的障害と他障害との併置状況を示したものである。知的障害の単独校は、

361 校（93%），他障害との併置校は 29 校（7%）であった。なお，他障害の併置については，全国盲・聾・養護学校実態調査の届け出によることとした。

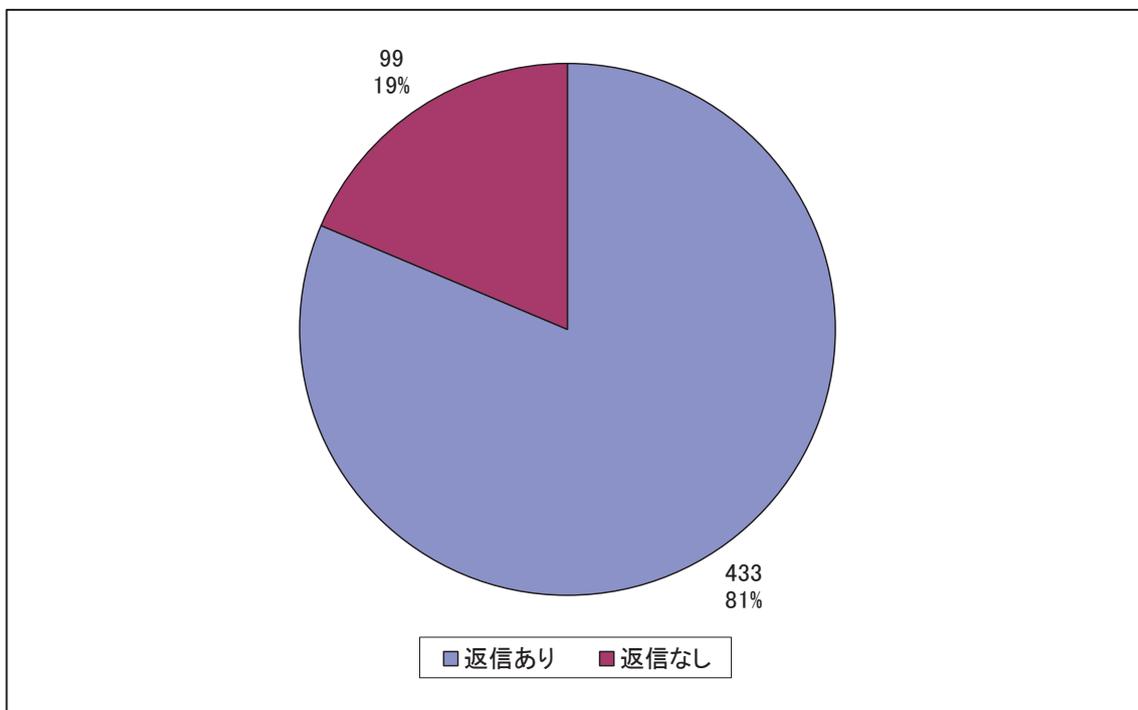


図4 アンケート用紙の回収率

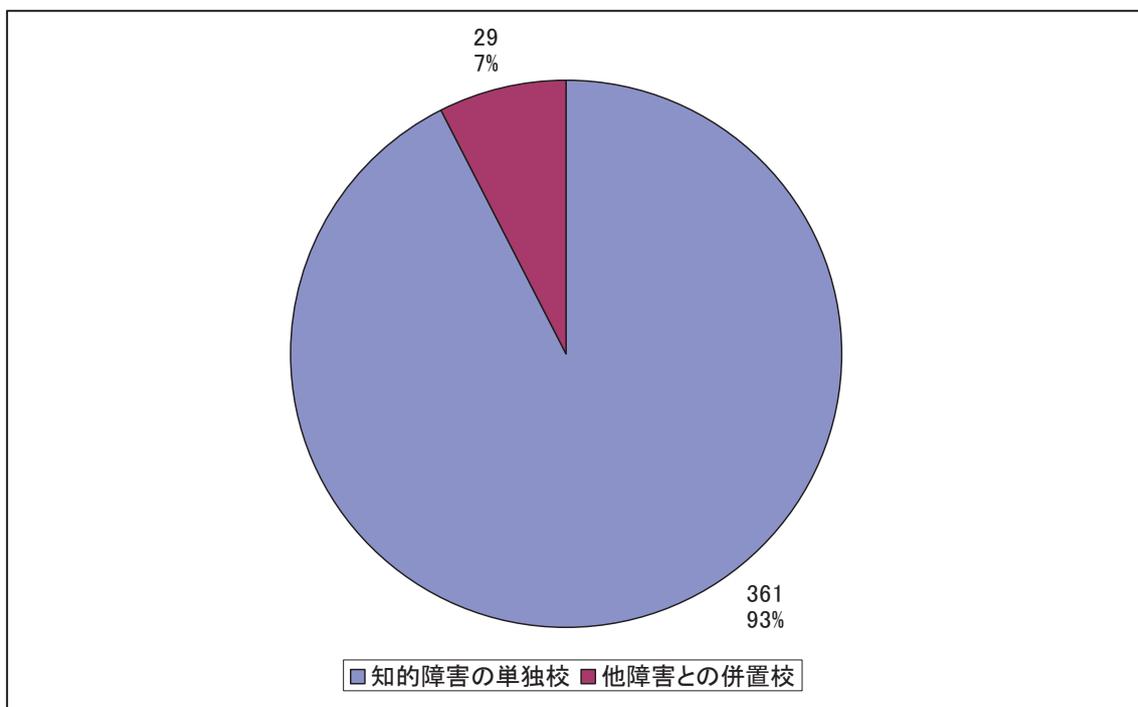


図5 学校の設置基準

図6は、他の障害との設置状況について示したものである。242校からアンケート調査への回答があった。肢体不自由部門と併置が26校(10.7%), 病弱部門と併置が1校(0.4%), 盲学校・聾学校部門との併置校はなかった。障害別の部門はないが、肢体不自由, 盲, 聾, 重症心身障害など様々な障害の児童生徒が在籍している学校が207校(85.5%), 総合養護学校が8校(3.3%)であった。

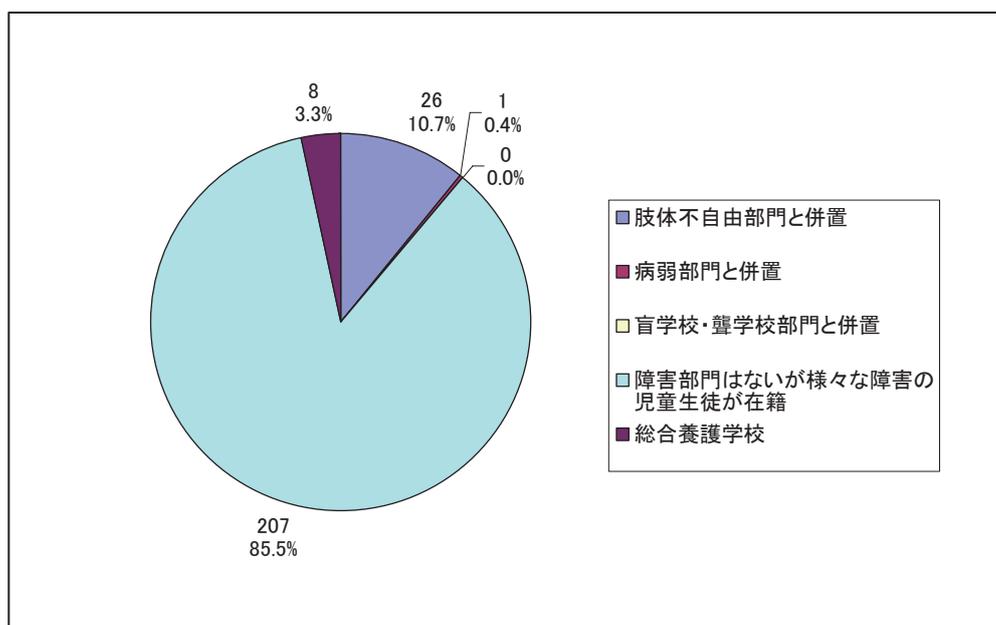


図6 他の障害との設置状況

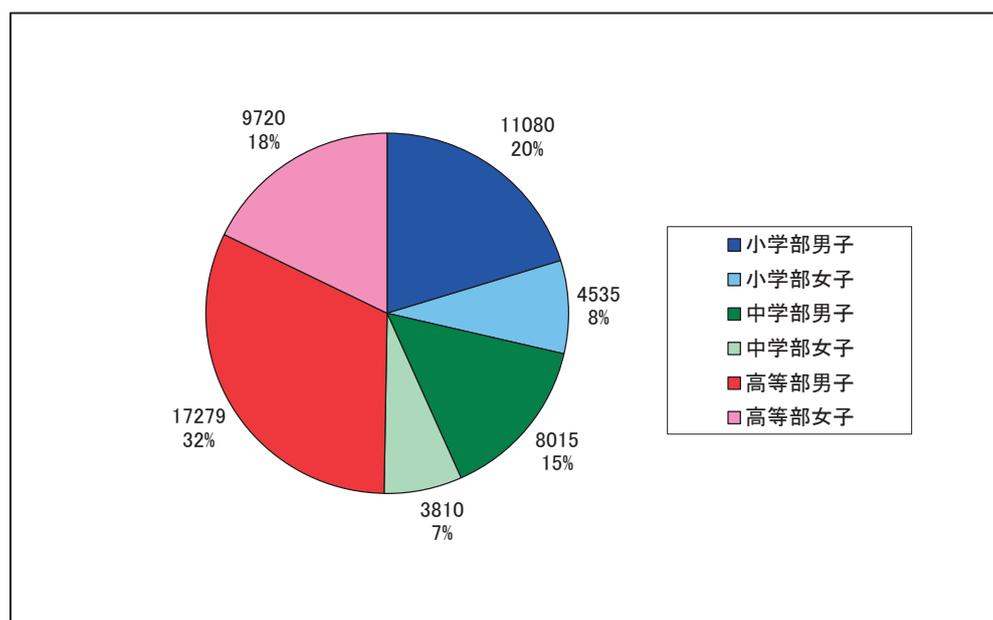


図7 在籍する児童生徒とその割合

図7は、知的障害養護学校に在籍する児童生徒数とその割合を学部別、性別に示したものである。小学部男子が11,080人(20%)、小学部女子が4,535人(8%)、中学部男子が8,015人(15%)、中学部女子が3,810人(7%)、高等部男子が17,279人(32%)、高等部女子が9,720人(18%)であった。

図8は、知的障害の他には障害を併せもたない児童生徒数を学部別に示したものである。小学部男子が6,770人、小学部女子が2,723人、中学部男子が5,121人、中学部女子が2,295人、高等部男子が11,518人、高等部女子が6,045人であった。

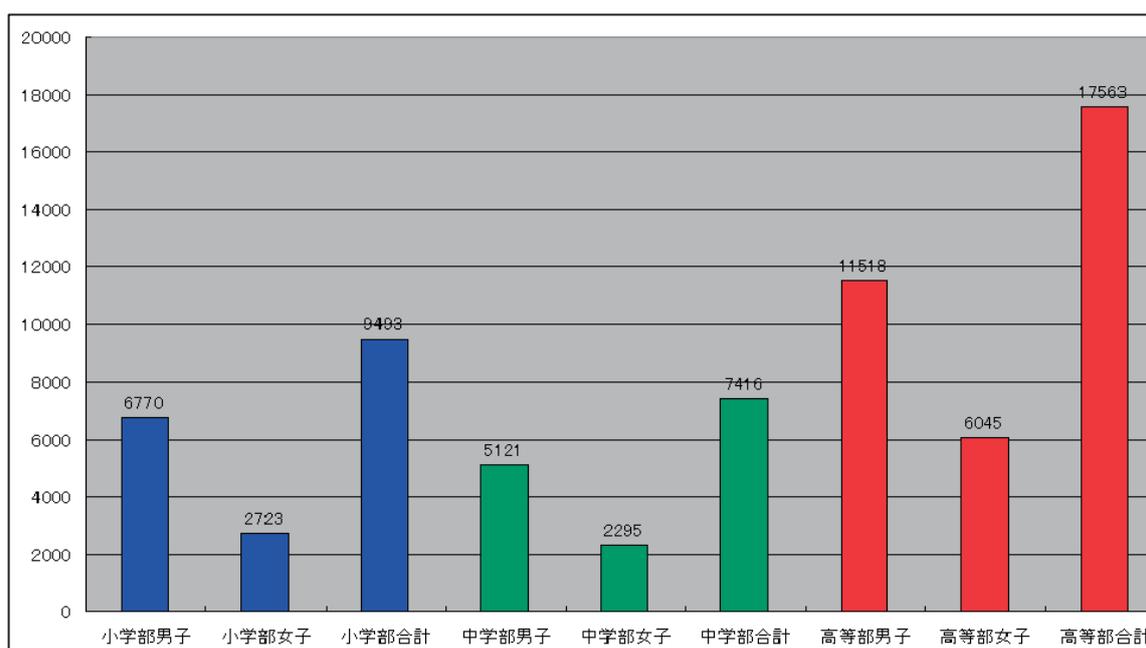


図8 知的障害の他には障害を併せもたない児童生徒数

図9は、知的障害の他には障害を併せもたない児童生徒と知的障害の他の障害を併せもつ児童生徒がそれぞれ在籍する全児童生徒数に占める割合を、学部、性別ごとに示したものである。

図10は、学校設置において障害別の部門はないが、肢体不自由、盲、聾、重症心身障害など様々な障害の児童生徒が在籍している学校と回答した学校に在籍する知的障害の他に障害を併せもつ児童生徒の主たる障害の種類とその人数を示したものである。視覚障害が409人(11%)、聴覚障害が364人(10%)、重症心身障害が1,517人(41%)、入院している慢性疾患等が158人(4%)、その他の障害が1,245人(34%)であった。

図11は、養護教諭の配置人数を示したものである。1人配置が176校(42%)、2人配置が241校(58%)、3人配置が1校(0.2%)であった。また、養護教諭の配置がない学校が1校(0.2%)あった。

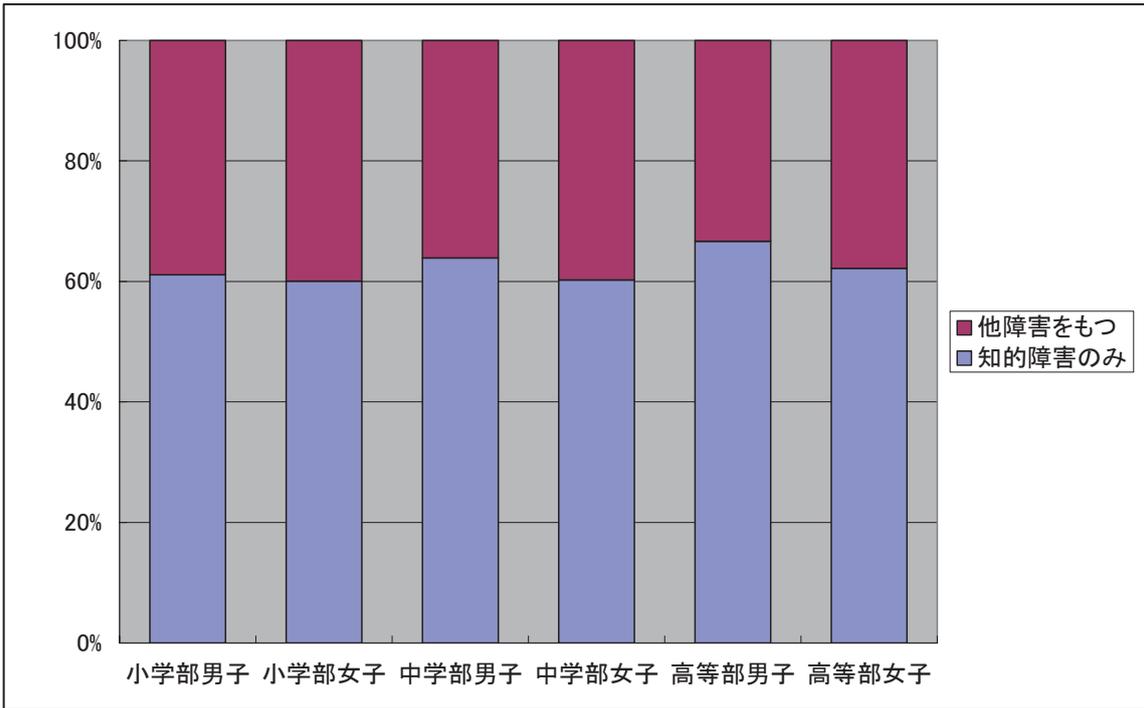


図9 各学部、性別における知的障害と他の障害を併せもつ児童生徒の状況

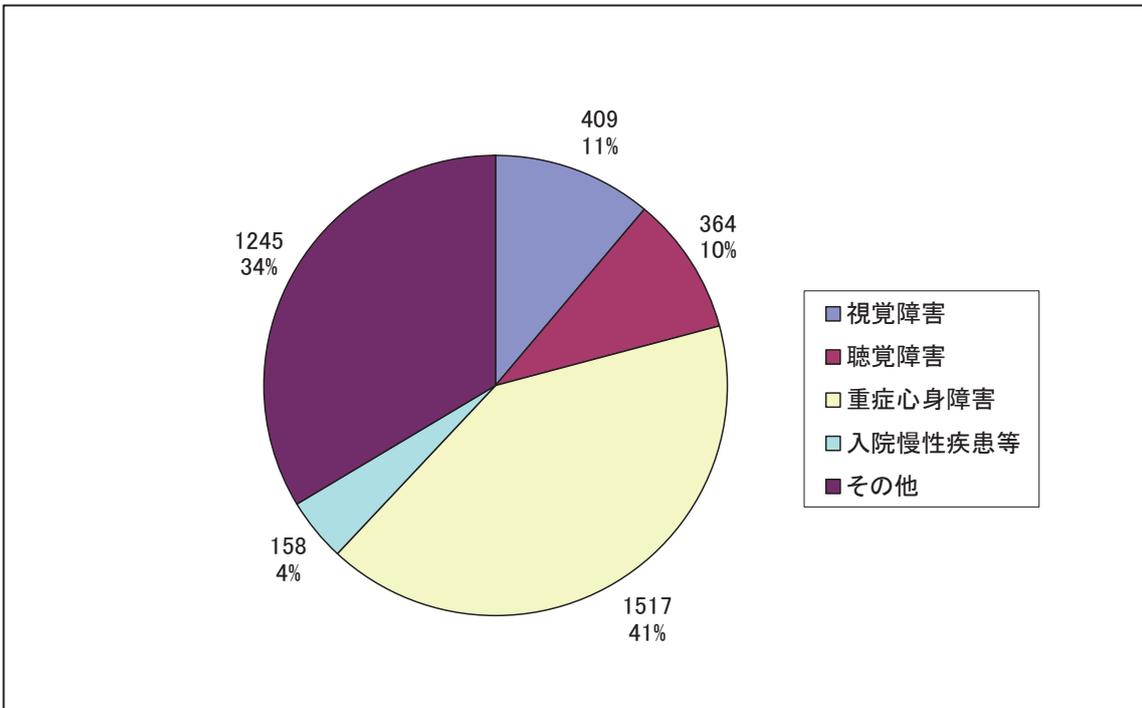


図10 知的障害以外の主たる障害の状況

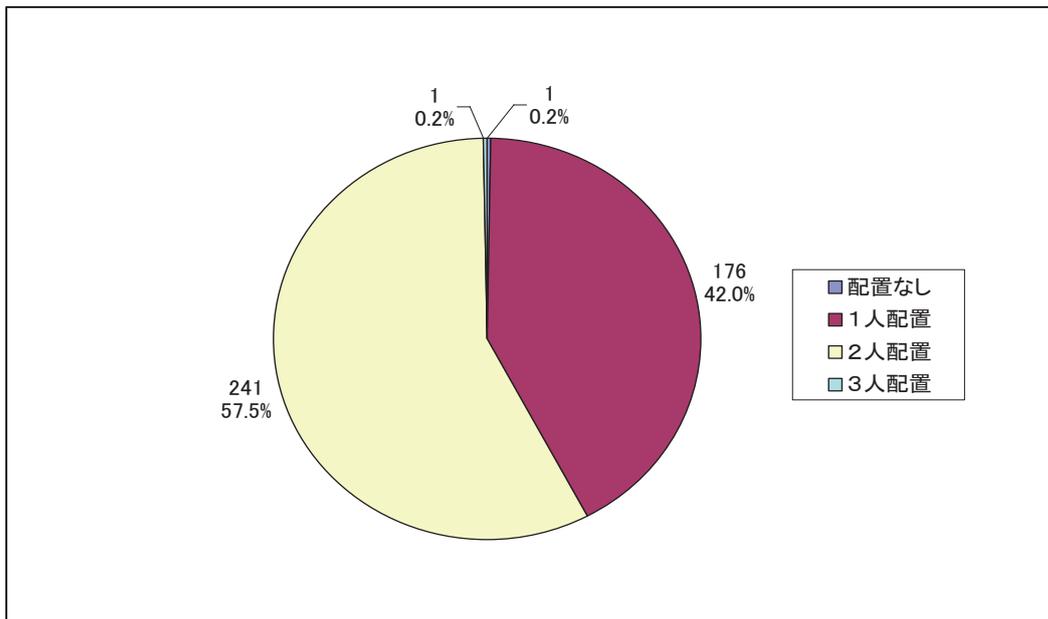


図 11 養護教諭の配置人数の状況

図 12 は、看護師の配置人数を示したものである。1人配置が64校（63.4%）、2人配置が27校（26.7%）、3人配置が8校（7.9%）、4人配置が2校（2.0%）であった。また、アンケート調査用紙を回収した学校数に占める看護師配置校の数と割合は、101校（23.3%）であった。

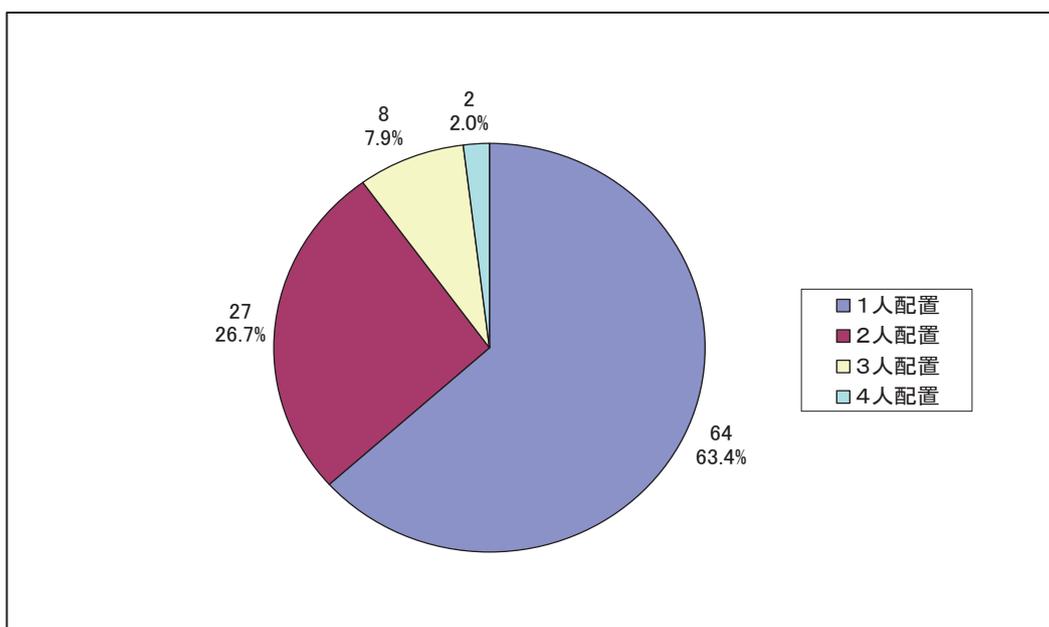


図 12 看護師の配置人数の状況

3) 調査2：病類調査

知的障害があり、何らかの疾患のある児童生徒の疾患名について調査した。疾患は、15種類のカテゴリーに分類し、学部ごとにその人数の記入を求めた。

図13は、小学部に在籍する児童のうち何らかの疾患のある児童の疾患別の人数を示したものである。疾患名(その人数,小学部全在籍者数に占める割合)は多い順に、自閉症(5,728人,36.9%),てんかん(3,121人,20.1%),眼・耳・鼻疾患(1,711人,11%)となっている。

図14は、中学部に在籍する生徒のうち何らかの疾患のある生徒の疾患別の人数を示したものである。疾患名(その人数,中学部全在籍者数に占める割合)は多い順に、自閉症(3,673人,31%),てんかん(2,678人,22.6%),先天奇形・変形及び染色体異常(1,380人,11.7%)となっている。

図15は、高等部に在籍する生徒のうち何らかの疾患のある生徒の疾患別の人数を示したものである。疾患名(その人数,中学部全在籍者数に占める割合)は多い順に、自閉症(5,292人,19.4%),てんかん(4,550人,16.7%),眼・耳・鼻疾患(1,711人,6.3%)となっている。

図16は、何らかの疾患のある児童生徒の疾患について学部ごとの人数で示したものである。

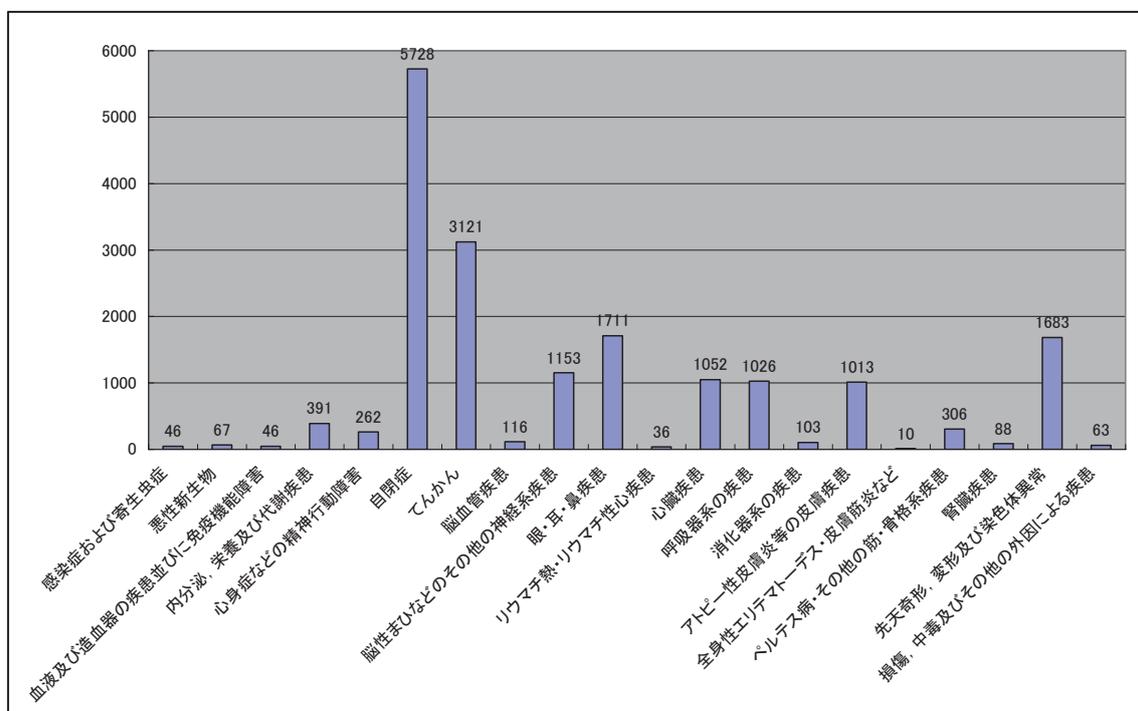


図13 疾患別の人数(小学部)

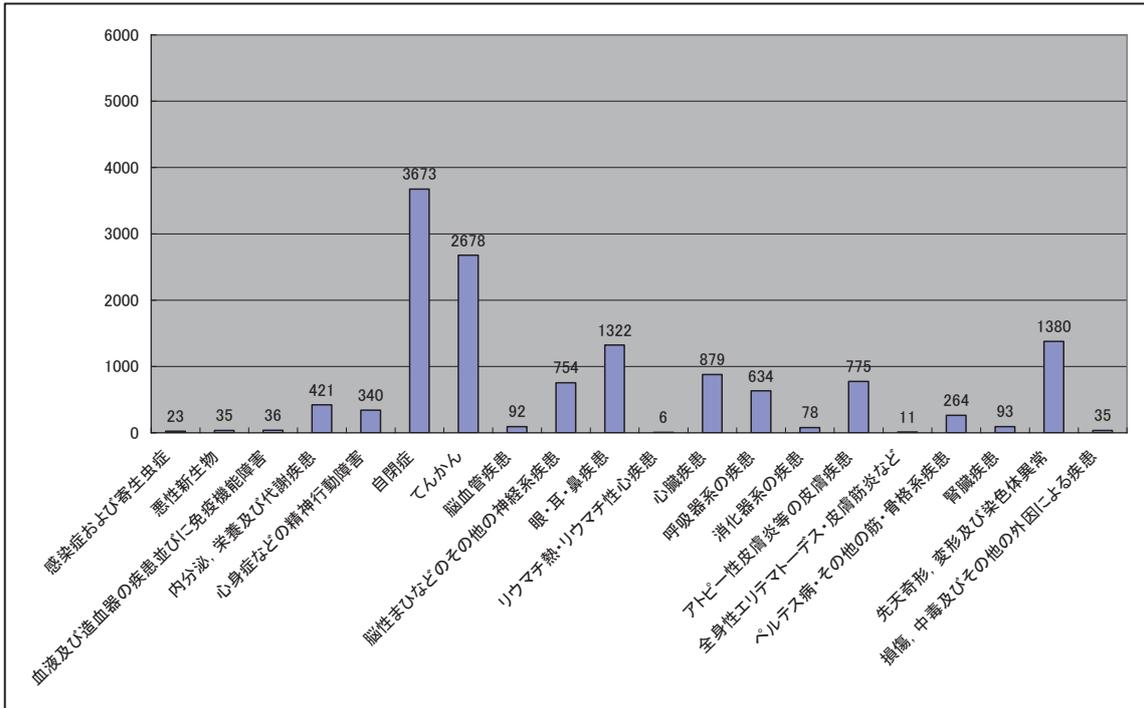


図 14 疾患別の人数（中学部）

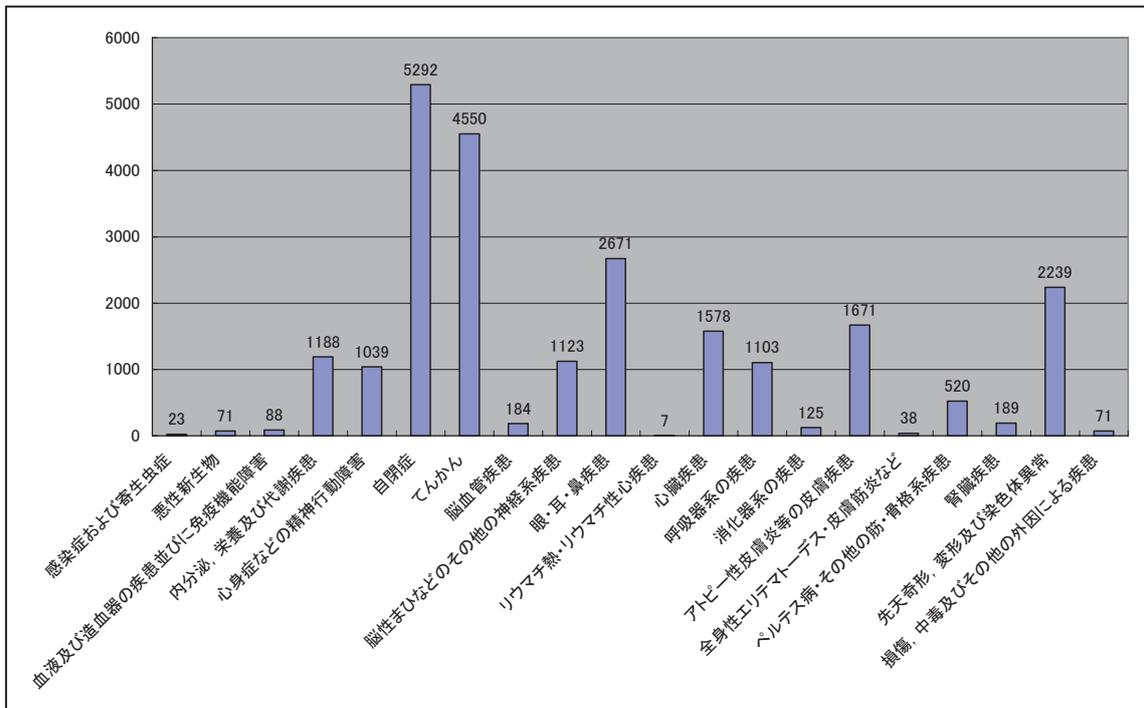


図 15 疾患別の人数（高等部）

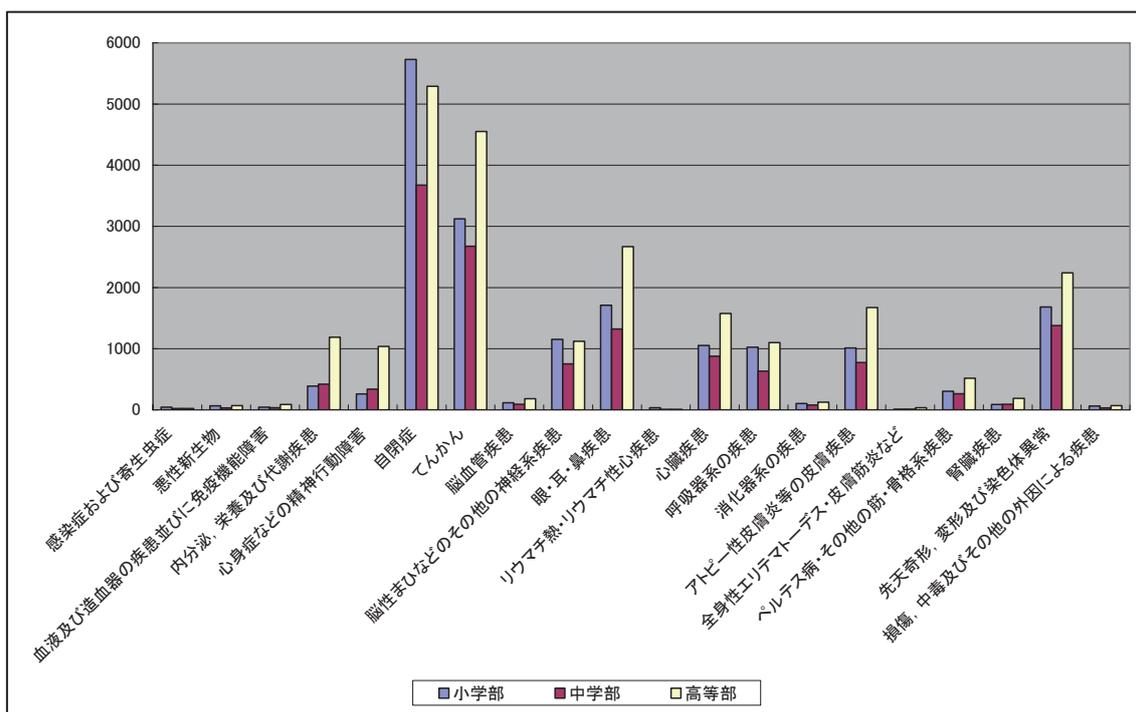


図 16 疾患別の人数（学部別）

図 17 は、小学部の児童の併せもつ疾患の有無について示したものである。何らかの疾患がある人数は 12,078 人（77%）、疾患のない人数は 3,537 人（23%）であった。

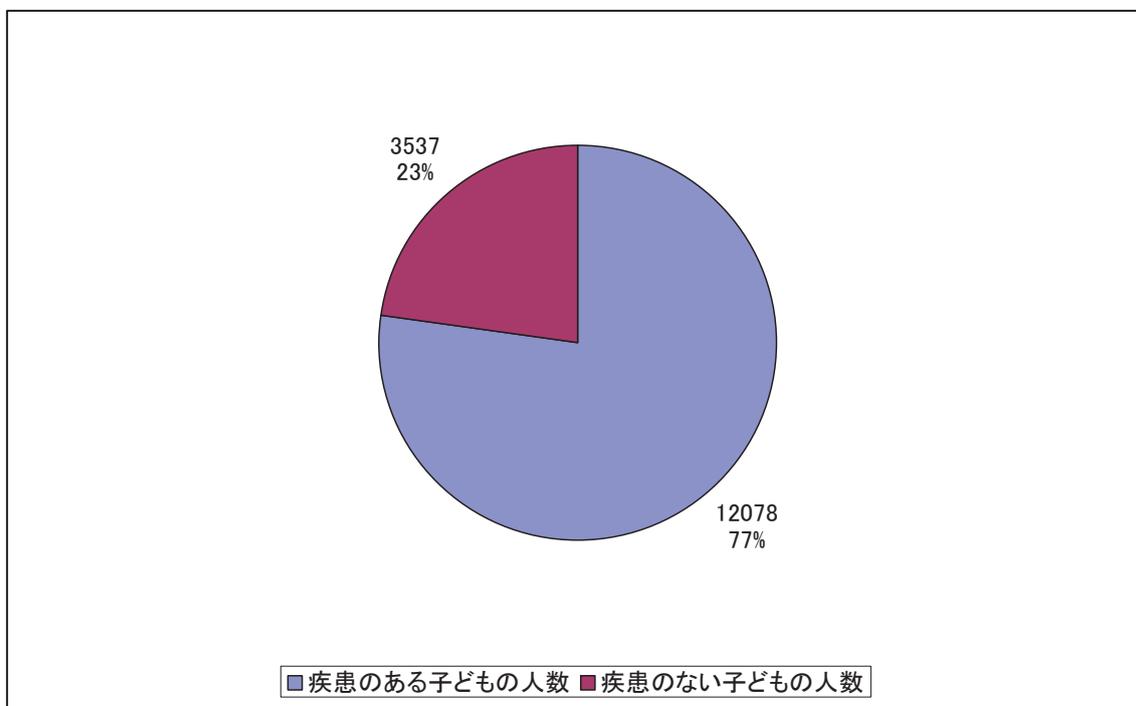


図 17 併せもつ障害の有無（小学部）

図 18 は、中学部の生徒の併せもつ疾患の有無について示したものである。何らかの疾患がある人数は 8,780 人（74%）、疾患のない人数は 3,045 人（26%）であった。

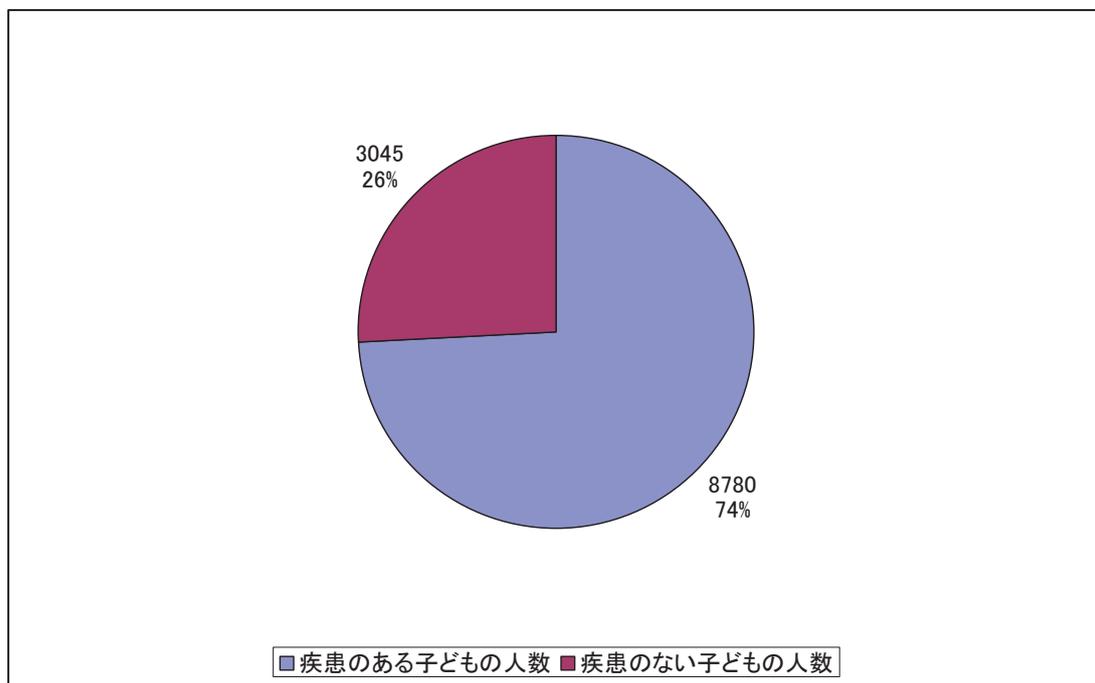


図 18 併せもつ障害の有無（中学部）

図 19 は、高等部の児童の併せもつ疾患の有無について示したものである。何らかの疾患がある人数は 17,188 人（64%）、疾患のない人数は 9,811 人（36%）であった。

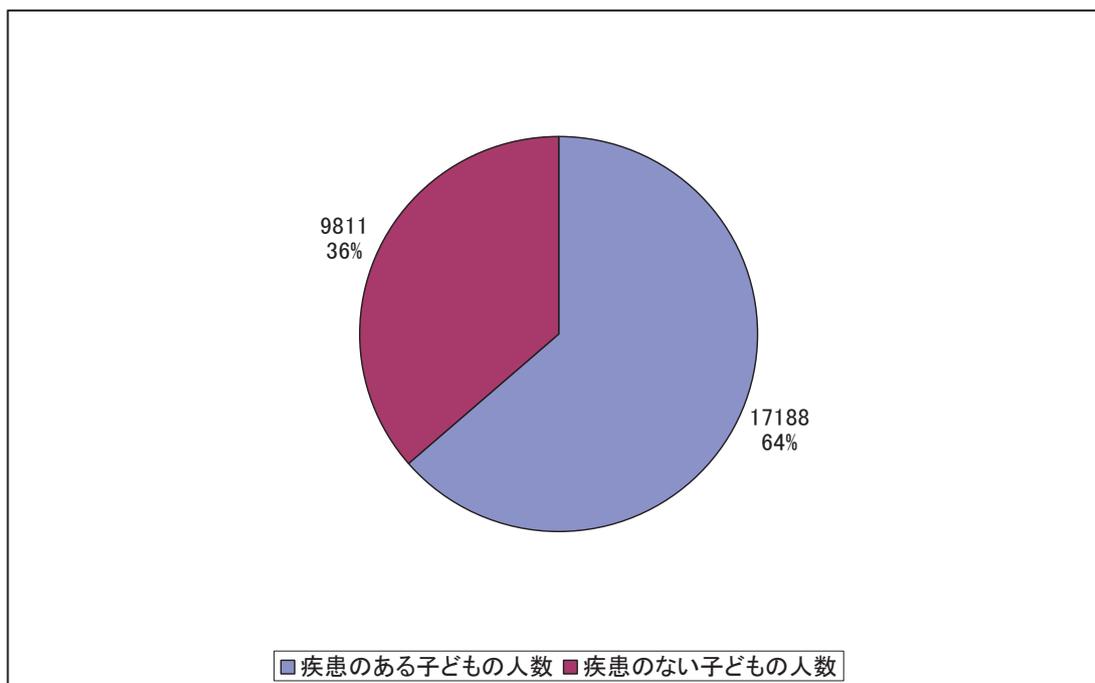


図 19 併せもつ障害の有無（高等部）

図 20 は、知的障害養護学校に在籍する児童生徒の併せもつ疾患の有無について示したものである。何らかの疾患がある人数は 38,046 人 (70%), 疾患のない人数は 16,393 人 (30%) であった。

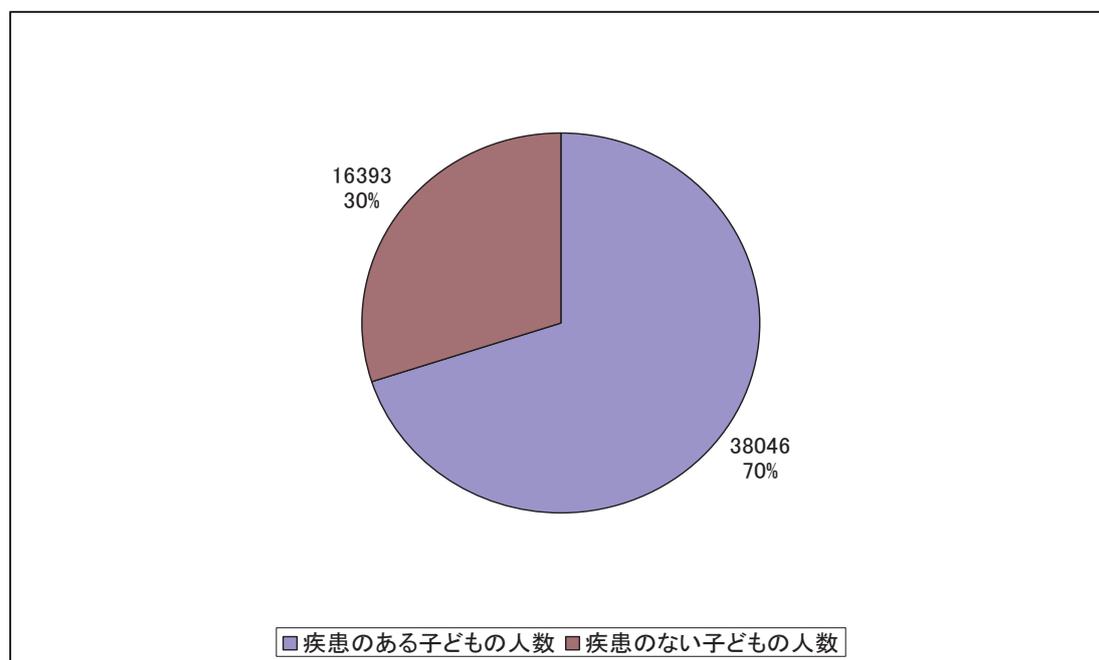


図 20 併せもつ障害の有無 (全学部)

4) 調査 3 : 肥満度に関する調査

肥満度による児童生徒の肥満・瘦身の状況について、学年ごとに人数を調査した。肥満度の判定方法は、 $[\text{肥満度}\% = (\text{実測体重} - \text{標準体重}) \div \text{標準体重} \times 100]$ とした。

図 21 は、小学部男子の肥満度の状況を人数と学年全体に占める割合で示している。太り気味 (+20%以上 30%未満), 太っている (+30%以上 50%未満), 太りすぎ (+50%) を合わせた割合 (以下, 肥満傾向又は肥満の割合とする) は, 小学部 1 年が 12.3%, 小学部 3 年が 19.6%, 小学部 6 年が 25%であった。

図 22 は、小学部女子の肥満度の状況を人数と学年全体に占める割合示している。肥満傾向又は肥満の割合は, 小学部 1 年が 13.2%, 小学部 3 年が 19.4%, 小学部 6 年が 23.8%であった。

図 23 は、中学部男子の肥満度の状況を人数と学年全体に占める割合で示している。肥満傾向又は肥満の割合は, 中学部 1 年が 25.1%, 中学部 2 年が 23.6%, 中学部 3 年が 24.6%であった。

図 24 は、中学部女子の肥満度の状況を人数と学年全体に占める割合で示している。肥満傾向又は肥満の割合は, 中学部 1 年が 33.2%, 中学部 2 年が 31.6%, 中学部 3 年が 36.4%であった。

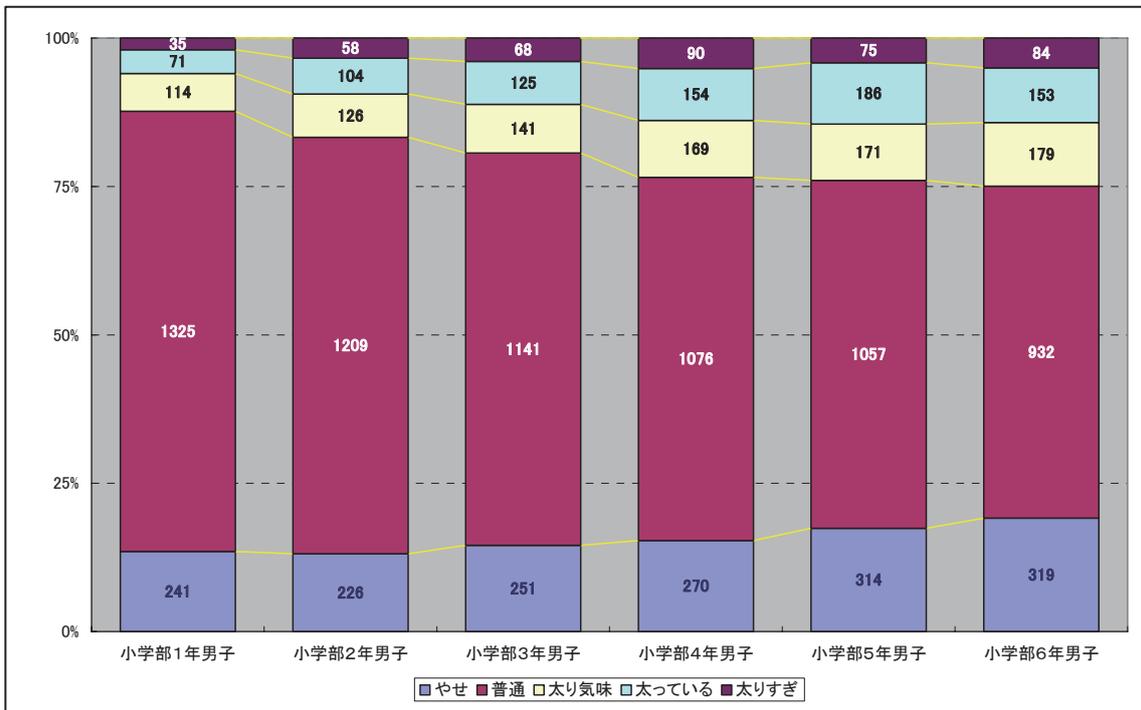


図 21 肥満度（小学部男子）

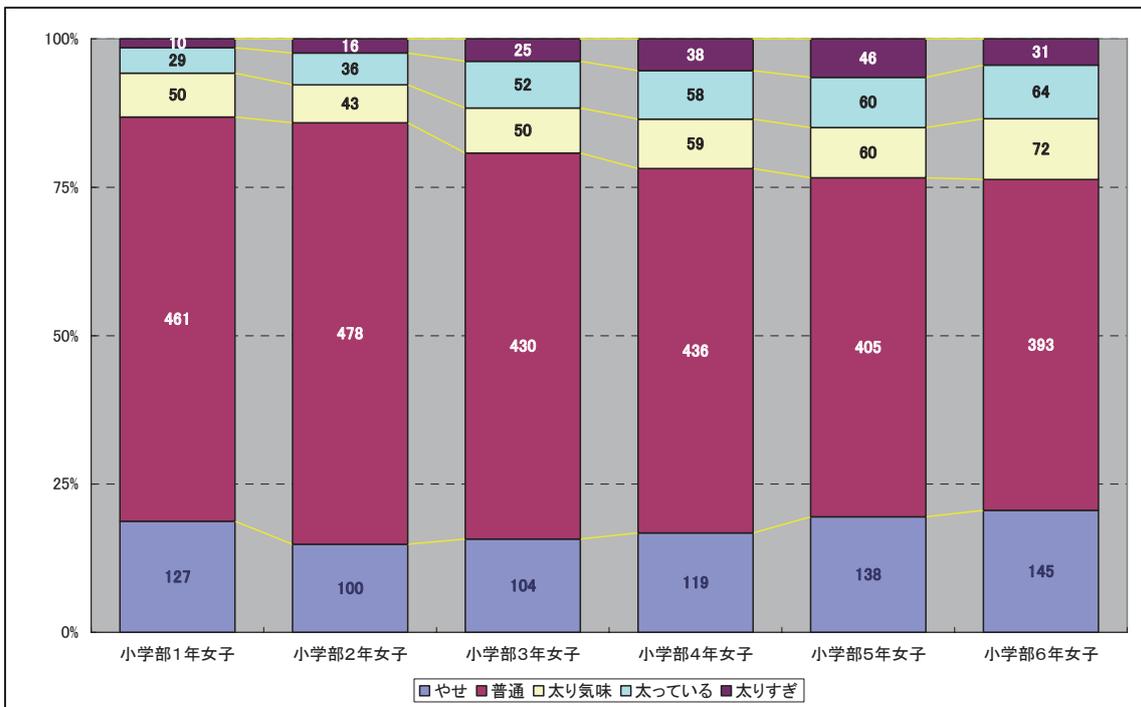


図 22 肥満度（小学部女子）

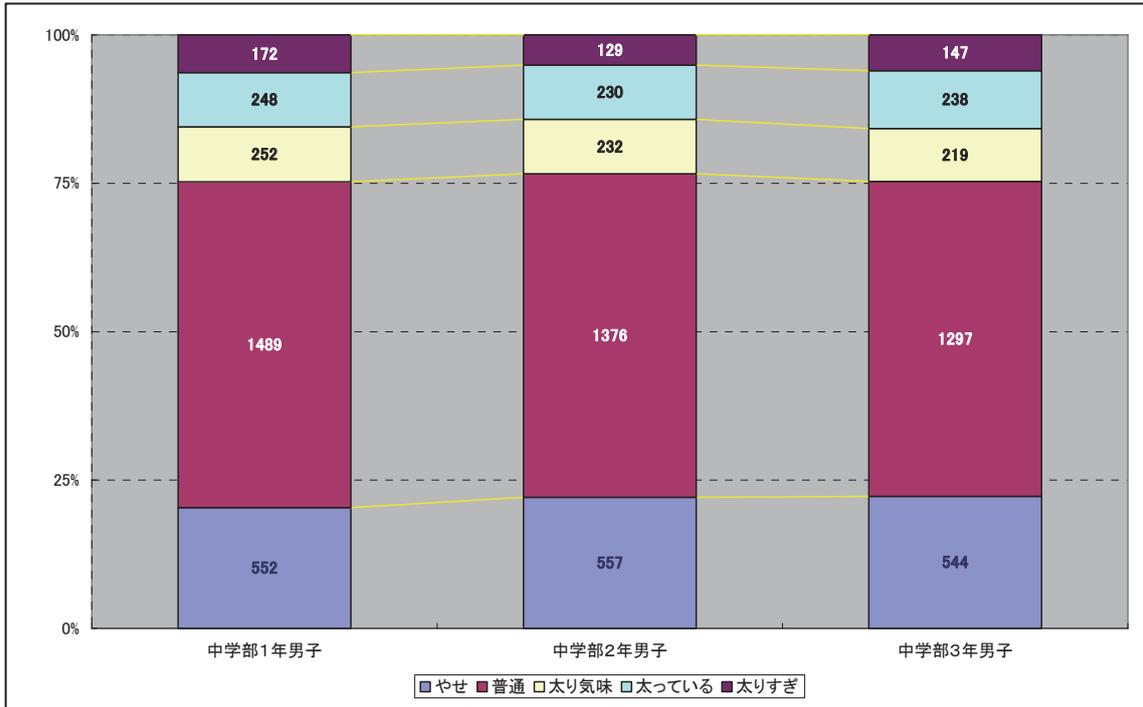


図 23 肥満度（中学部男子）

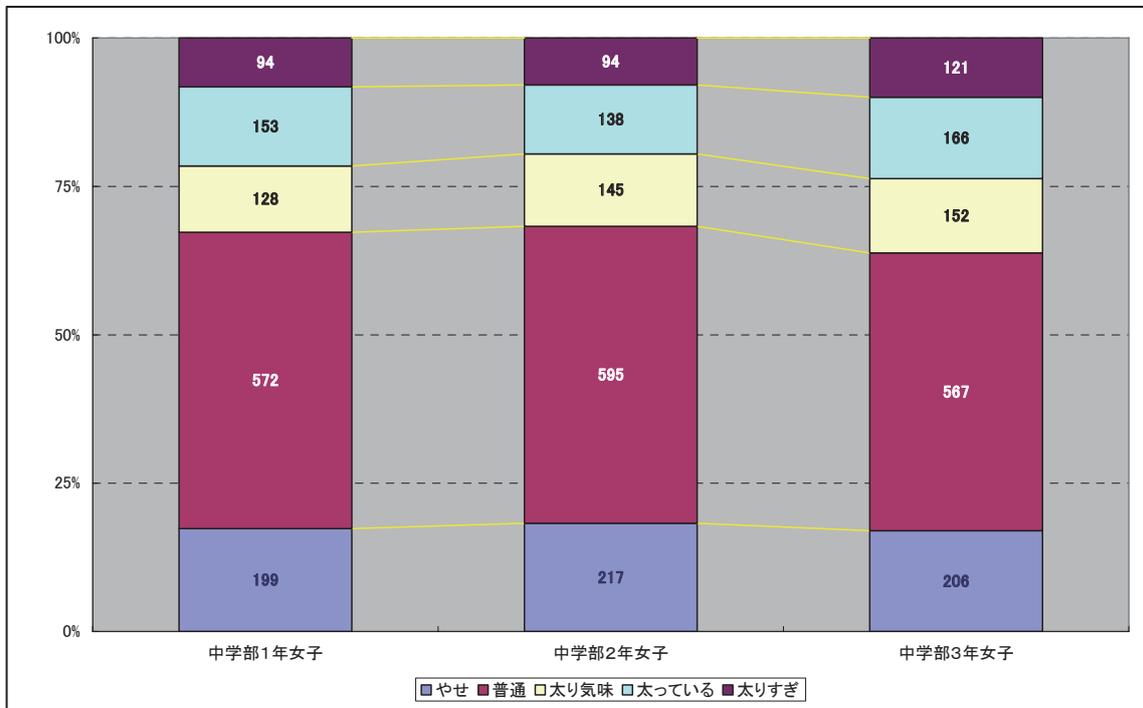


図 24 肥満度（中学部女子）

図 25 は、高等部男子の肥満度の状況を人数と学年全体に占める割合で示している。肥満傾向又は肥満の割合は、高等部 1 年が 27.7%，高等部 2 年が 27.8%，高等部 3 年が 29.6%であった。

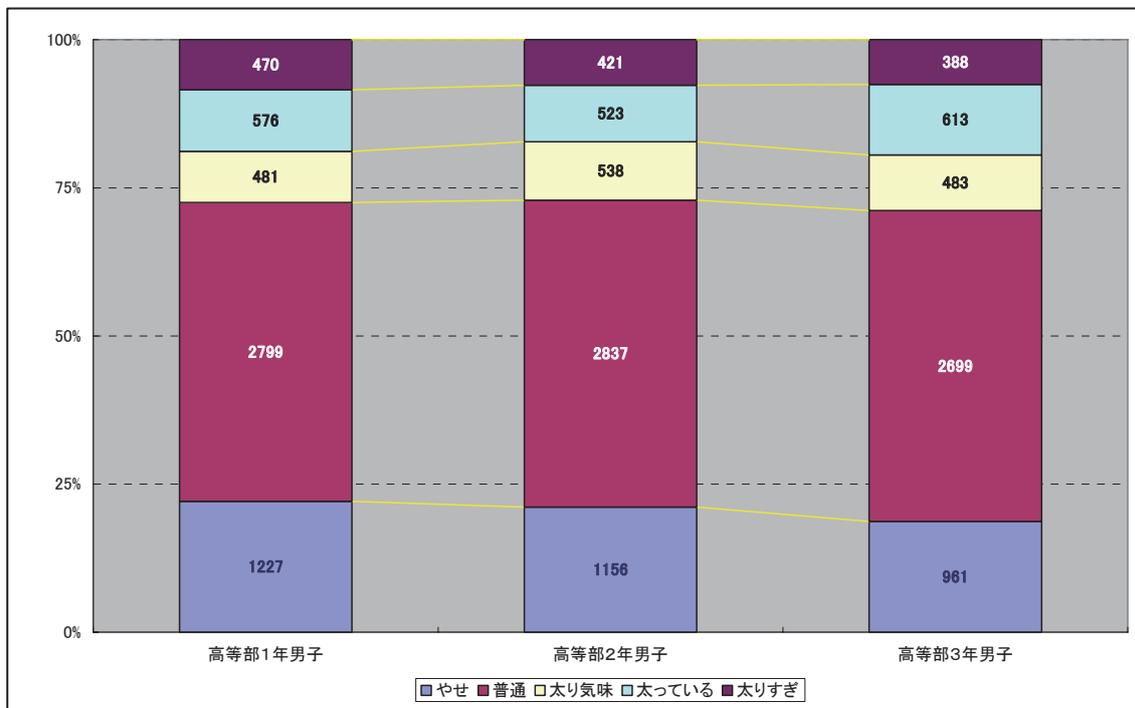


図 25 肥満度（高等部男子）

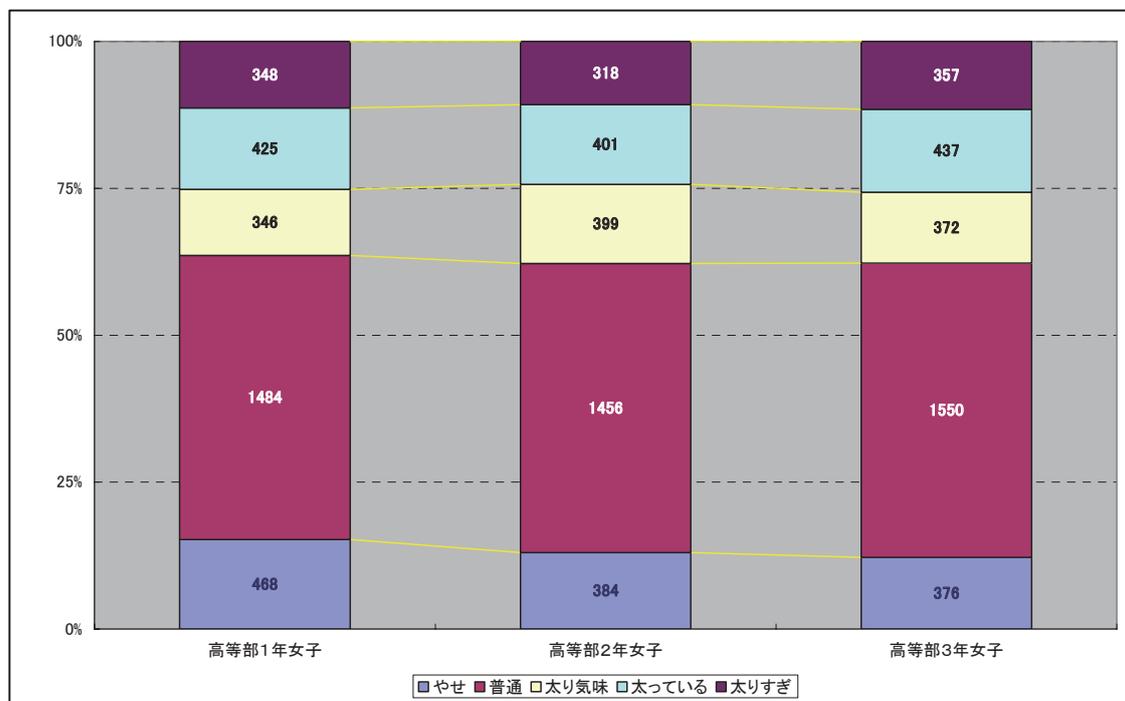


図 26 肥満度（高等部女子）

図 26 は、高等部女子の肥満度の状況を人数と学年全体に占める割合で示している。肥満傾向又は肥満の割合は、高等部 1 年が 37%、高等部 2 年が 39.1%、高等部 3 年が 38.3%であった。

図 27 は、全学部男子の肥満度の状況を小学部低学年、小学部高学年、中学部、高等部に分けて人数と学年全体に占める割合で示している。肥満傾向又は肥満の割合は、小学部低学年が 16%、小学部高学年が 24%、中学部が 24%、高等部が 28%であった。

図 28 は、全学部女子の肥満度の状況を小学部低学年、小学部高学年、中学部、高等部に分けて人数と学年全体に占める割合で示している。肥満傾向又は肥満の割合は、小学部低学年が 16%、小学部高学年が 23%、中学部が 34%、高等部が 37%であった。

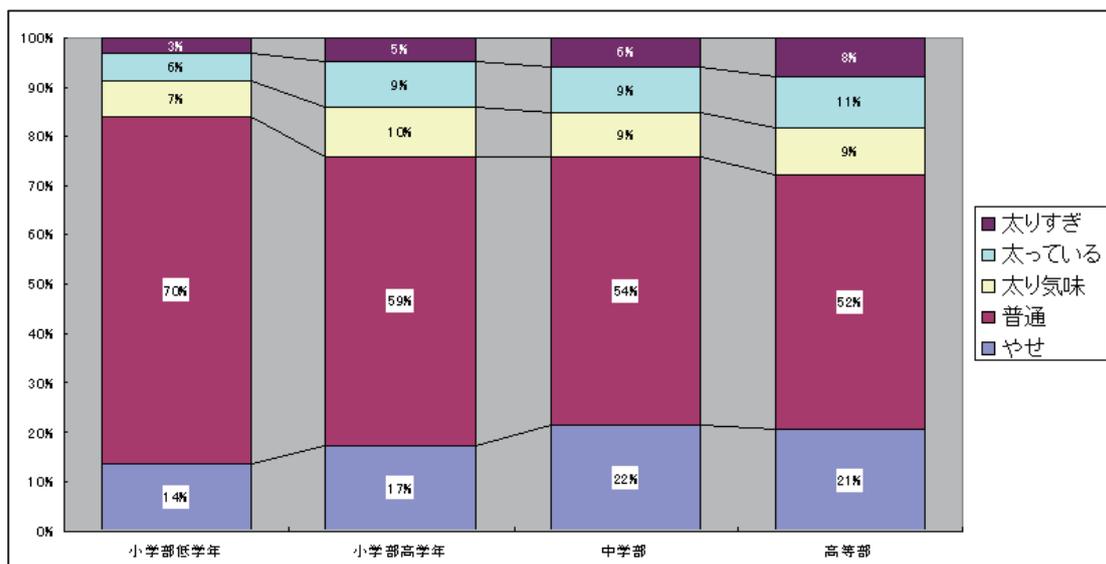


図 27 肥満度 (男子)

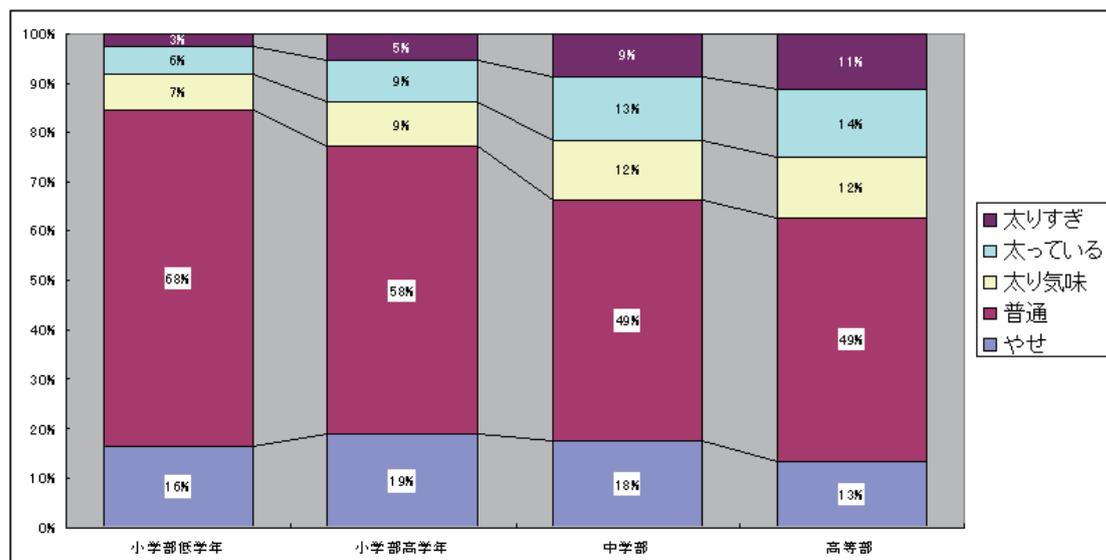


図 28 肥満度 (女子)

5) 調査4：死亡例に関する調査

死亡例に関する調査は、知的障害養護学校の平成10年度在籍者の死亡例を、国立特殊教育総合研究所において平成11年に調査したことを受けて、比較検討をするために、原則その時の調査項目を踏襲した（調査票4）。

今回の調査で回答のあった433校中57校で65人の死亡例が報告された（表1）。調査4では、この65人を対象に検討する。対象となる学校の全体の児童生徒数は、小学部15,615人（男子11,080人、女子4,535人）、中学部11,825人（男子8,015人、女子3,810人）、高等部26,999人（男子17,279人、女子9,720人）であった。その中で死亡した児童生徒数は65人で全児童生徒数の0.11%であった。

図29は、年齢別死亡者数である。図30は、学部別死亡者構成である。小学部では、学年が上がるにつれて、死亡者数の減少がみられ、中等部、高等部と学年が上がるにつれて死亡数が増加する傾向にあった。小学部の死亡者数は、25人、同じく中学部19人、高等部22人であった。

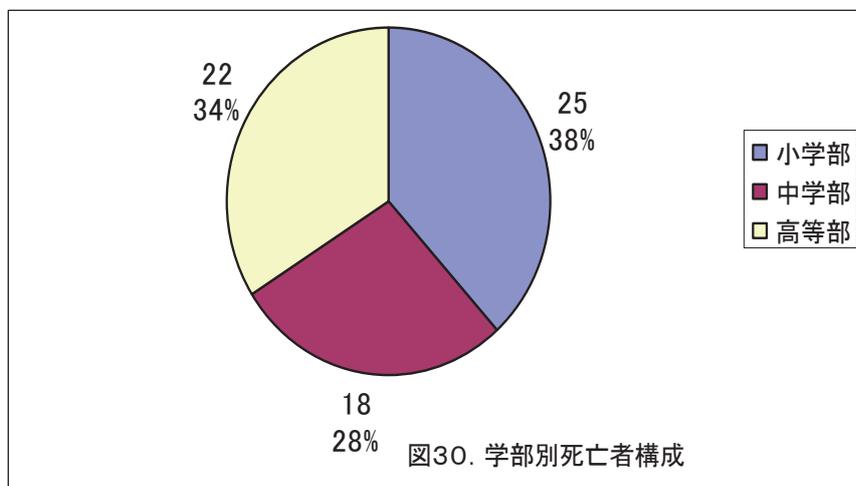
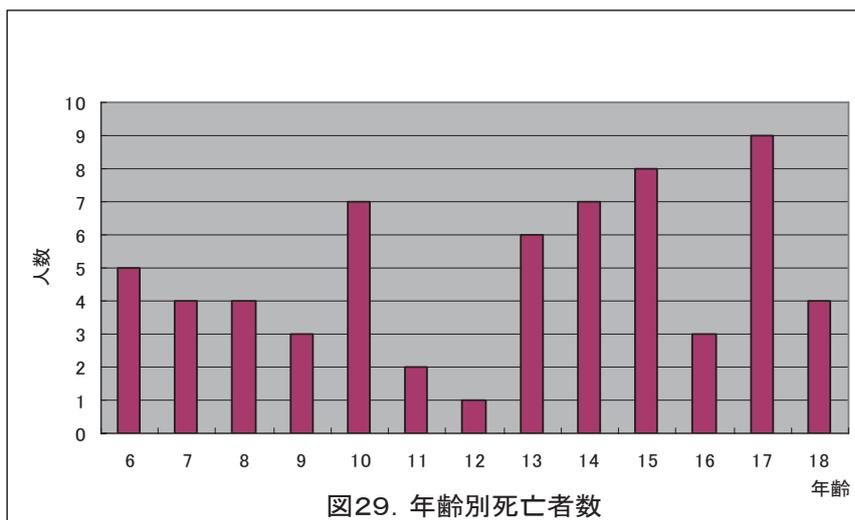


図 31 は、死亡した児童生徒の性別の割合である。男子 40 人 (62%)、女子 25 人 (38%) であった。

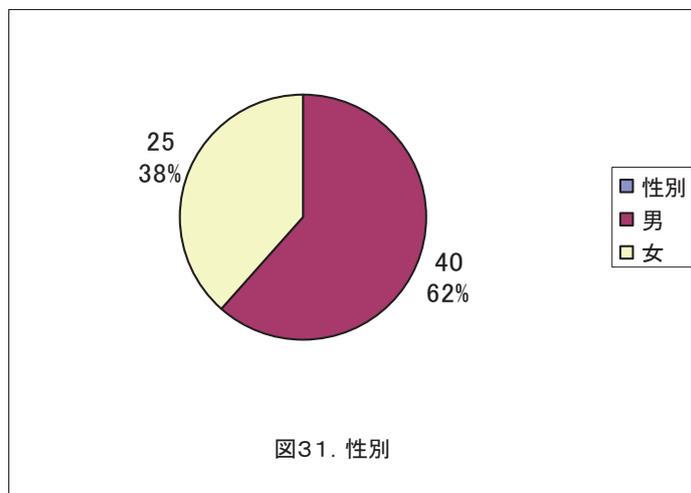


図 32 は、月別死亡者数である。3月、4月に多く、年末に減少する傾向にあった。

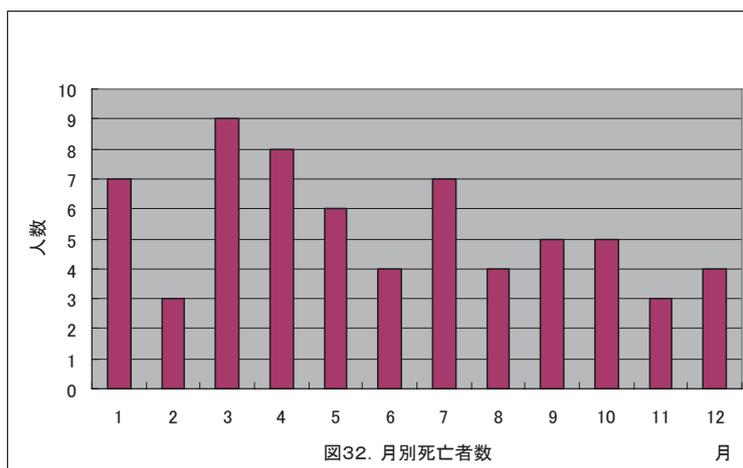


図 33 は、知能段階の分布を示したものである。最重度、重度で全体の約 3分の2 を占めた。不明が 11 人 (17%) いた。

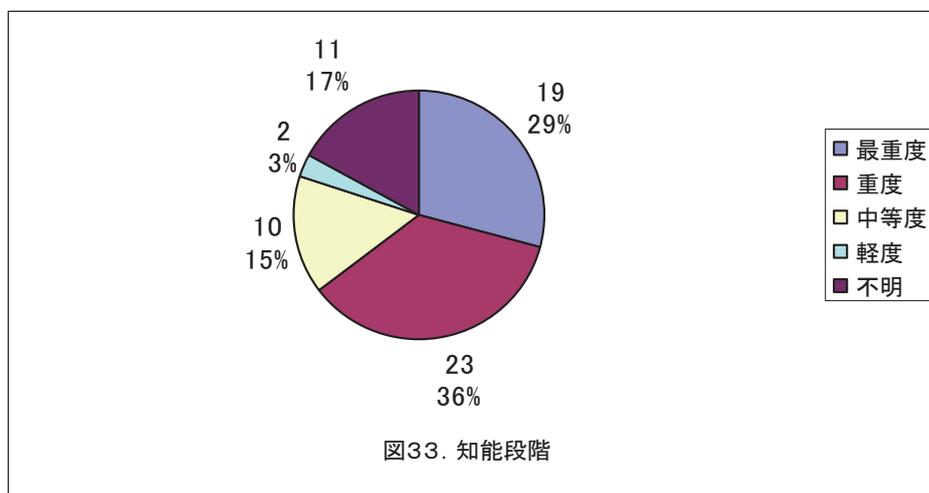


図 34 は、自閉傾向の有無を示したものである。自閉傾向を示すものは、全体の 8%で、5 人であった。

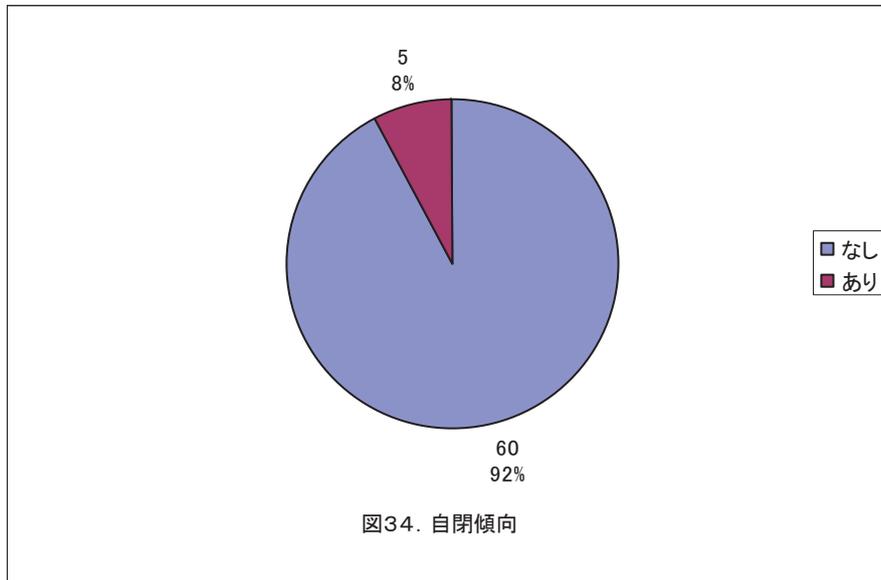


図 35 は、てんかんの有無を示したものである。半数以上の 34 人 (52%) にてんかんの合併がみられた。

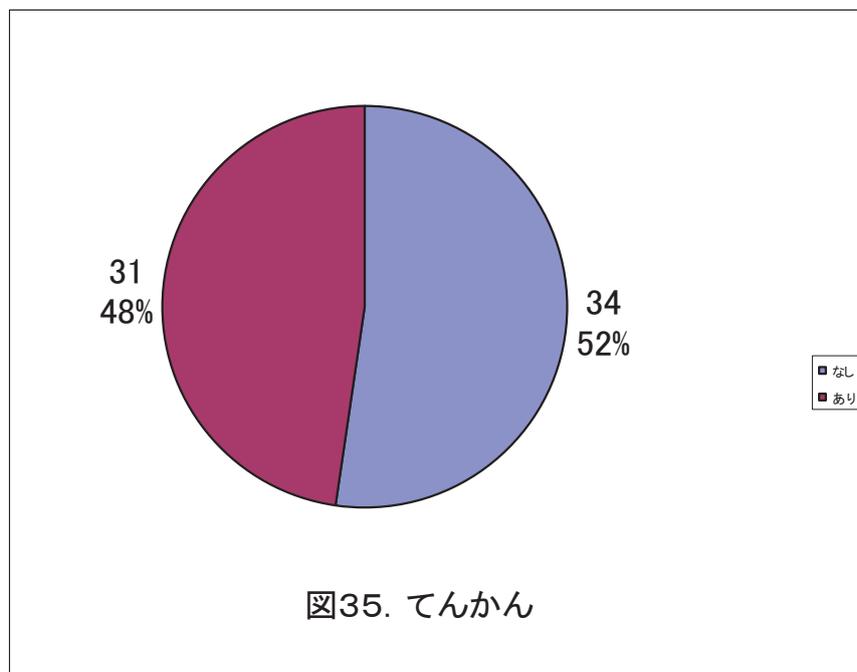


図 36 は、死亡の直接原因を示したものである。死亡した児童生徒は、元々障害の原因となる原疾患を持つため、死に至る経過を勘案して、直接の死亡原因として分類した。事故による死亡が一番多く 14 人、脳腫瘍、脳出血、脳梗塞、脳症などの中枢神経疾患が 13 人、肺炎、呼吸不全等の呼吸器疾患が 11 人、不整脈、心不全等の循環器疾患が 11 人、長期入院後だんだん衰弱する多臓器不全や敗血症が 5 人、てんかん重積が 4 人、インフルエンザ等の感染症、原疾患による病死、突然死は、その他に分類した。インフルエンザ脳症と書かれていたものは 2 人いて、中枢神経疾患に分類した。事故のうち、電車事故（轢死）が 4 人、自動車事故が 2 人、溺死が 2 人、食べ物や喀痰の誤嚥による窒息死が 5 人であった。

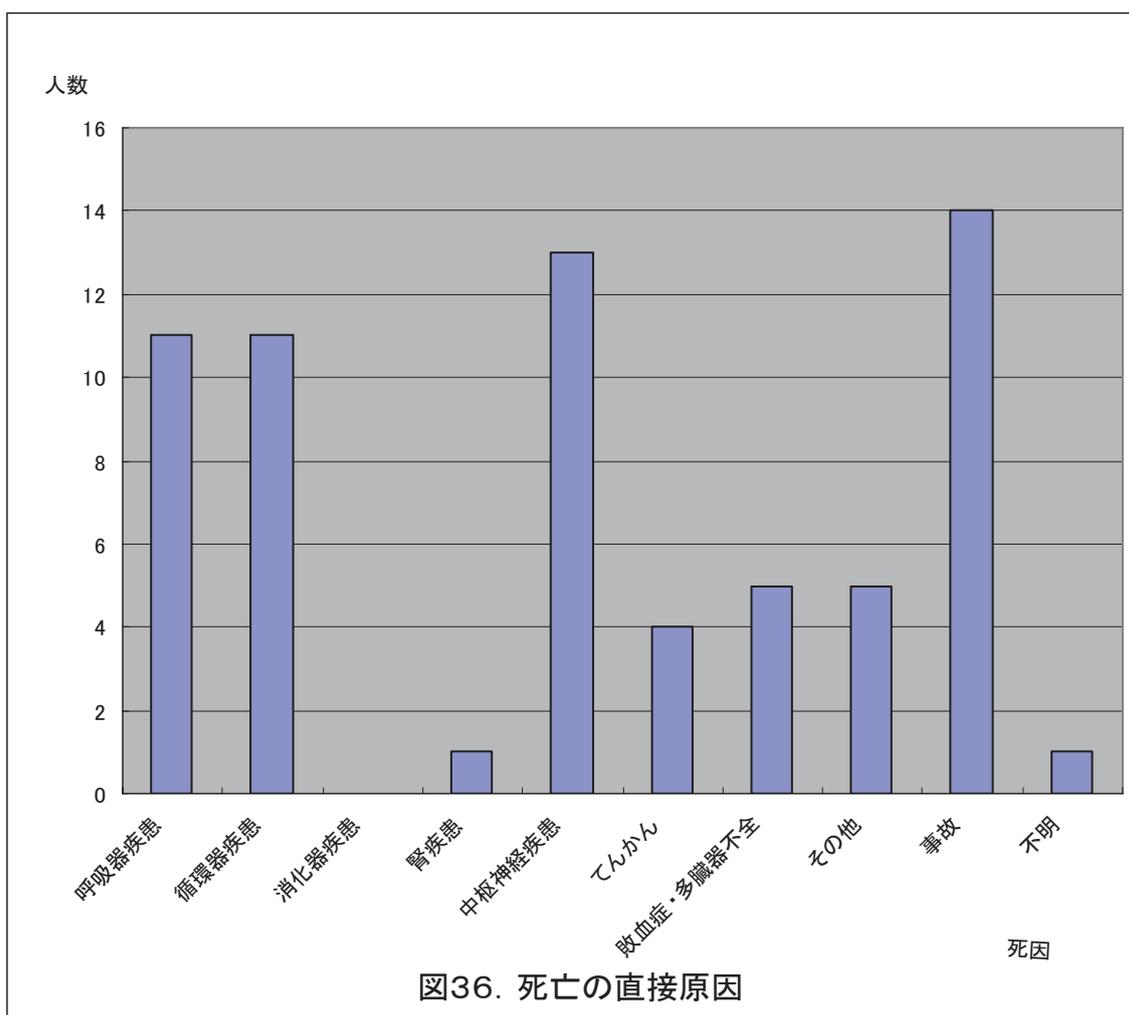


図 37 は、死の転帰が起こった場所を示したものである。自宅には、親が自宅で異変に気づき、病院に搬送時すでに死亡していたか、もしくは搬送後そのまま快復せず数日のうちに死亡した場合を含めて分類した。病院は、長期入院後に病院で死亡した場合を分類した。施設は、放課後や休日にショートステイ等で利用した場合や重症心身障害児施設である。その他は、駅や踏切、道路上である。

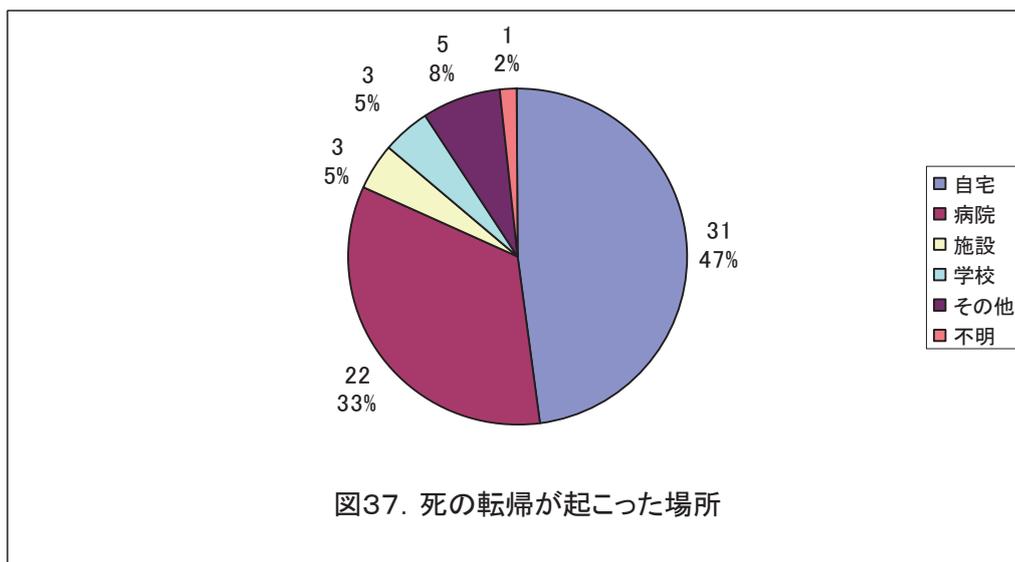


図 38 は、死が予測できたかどうかを示したものである。ここでは、予測できた死を、入院中、もしくは在宅でも、医者からの説明で十分予測できたかどうかを、経過から判断して分類した。予測可能な死は、15人、全体の23%であった。

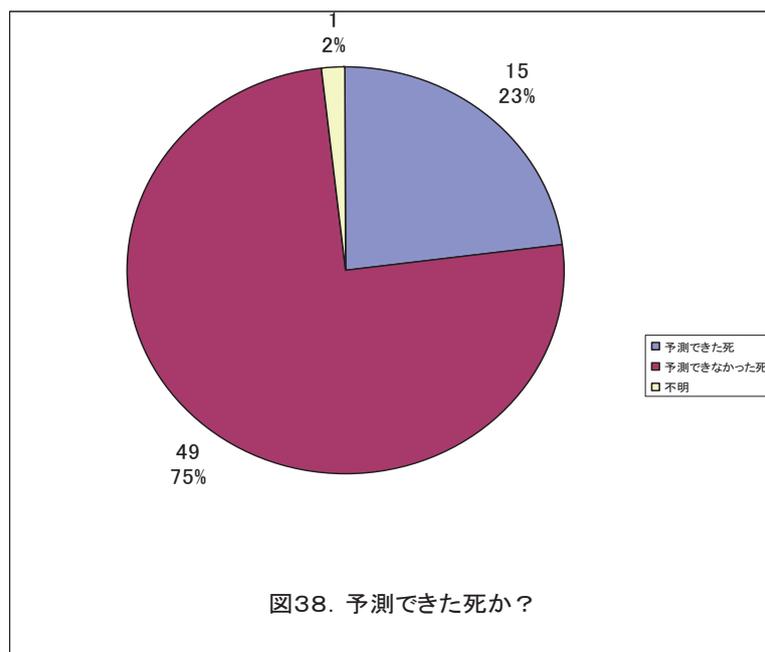


表 1. 死亡例 65人のプロフィール

学年	性別	歳	カ月	疾患名	知能段階	自閉傾向	てんかん	思慮生徒の状態	死亡の原因	死に至る経緯
小1	男	6	11	知的障害のみ	最重度	有	無	下校後は、施設で過ごす	脳挫傷	死に至る経緯
小1	女	6	8	脳性まひ、てんかん	重度	無	有	重度・重複障害、胃ろうから経管栄養、てんかん発作頻発	急性呼吸不全	施設を抜け出し、電單車事故にあった
小1	男	6	7	知的障害のみ	不明	無	有	重度・重複障害	インフルエンザ脳症	自宅にて朝、母親が気がついたら呼吸が停止していた。
小1	男	6	9	脳性まひ	重度	無	有	重度・重複障害	肺炎	熱発後、自宅で急変
小1	女	6	5	脳幹部腫瘍	不明	無	無	病院訪問教育	脳幹部腫瘍による呼吸不全	肺炎の為に死亡
小1	男	7	2	脳性マヒ、ウエスト症候群	重度	無	有	重度・重複障害	インフルエンザ脳症	入院中死亡
小1	女	7	0	知的障害のみ	中等度	無	無	てんかん発作頻発(レット病)、ヘッドギア常時着用、おなかにガ スがつまらず、体温調節困難	溺死	入院中死亡
小2	女	7	9	レット症候群、てんかん	最重度	無	有	3歳発症、入院院繰り返す、病院訪問教育	敗血症重症	ショートステイ先で入浴中溺死
小2	女	7	4	原始神経外胚葉腫瘍	不明	無	有	重度・重複障害	脳内出血	体調悪く、医療機関受診。そのまま死亡
小2	女	8	10	レット症候群	最重度	無	有	重度・重複障害	病死(不整脈の疑い)	長期入院後、死亡
小2	女	8	2	脳性マヒ	最重度	無	有	肥満傾向	病死	自宅にて心肺停止。そのまま死亡。
小3	女	8	8	スミスマガニス症候群	最重度	無	有	食が細く、時々誤嚥あり	病死	病院入院中の訪問看護。入院中死亡。
小3	女	8	6	先天性サイトメガロウイルス感染症	不明	無	有	重度・重複障害、在宅による訪問教育	呼吸不全	朝母親が、呼吸停止に気づき、そのまま死亡。
小3	男	9	2	脳性マヒ、消化器系障害	最重度	無	有	在宅訪問教育、気管切開、常態は仰臥位	急性心不全	自宅にててんかん発作。病院に搬送するも死亡確認
小3	男	9	1	アロー四徴症、低酸素性脳症	重度	無	有	在宅訪問教育	心原性ショック、単心房単心室(先天性心疾患)	重度の状態を継続
小4	女	10	2	無脾症候群	中等度	無	有	在宅訪問教育	病死(コーンエ病)	重症心身障害児施設に入所中、突然死
小4	男	10	10	コーンエ病	最重度	無	有	在宅訪問教育、中等度てんかん発作あり	脳腫瘍による呼吸不全	登校中容態急変。救急搬送先で、死亡
小4	男	10	11	脳腫瘍	不明	無	有	在宅訪問教育	脳腫瘍による呼吸不全	入院先入院後死亡
小5	女	9	10	知的障害のみ	重度	無	有	在宅訪問教育	家庭での入浴中の発作	入院中死亡
小5	男	10	11	知的障害のみ	中等度	無	有	在宅訪問教育	事故死	10日入院後死亡
小5	男	10	4	知的障害のみ	最重度?	無	有	在宅訪問教育	家庭での入浴中の発作	てんかん発作による溺水
小5	女	10	1	知的障害のみ	不明	無	有	小4の2月に発症、病院訪問教育	急性腎不全(学校管理下外)	スクールのバスの後輪に巻き込まれる
小5	女	10	8	横紋筋溶解	最重度	無	有	喉頭軟化症、慢性気管炎、てんかん、胃ろう	心不全	風邪による急性腎不全、2日で死の転帰
小6	男	11	0	神経芽細胞腫	最重度	無	有	自宅訪問教育、重度重複障害	突然死	長期入院中、多臓器不全にて死亡
小6	男	11	11	先天性多発性腫瘍(胎前症、重篤水頭症)	最重度	無	有	在宅訪問教育、重度重複障害	誤嚥による事故	夜間、母親が異常に気づくも、呼吸停止状態
中1	男	12	8	アロー四徴症、脳性運動機能障害	最重度	無	有	在宅訪問教育、重度重複障害	呼吸不全	自宅にて食事誤嚥で、心肺停止、救急搬送するも死亡
中1	男	13	0	脳挫傷、脳内出血による体幹機能障害	軽度	無	有	交通事故後、頭部手術4回、気管切開	呼吸不全	長期療養後の死亡
中1	女	13	9	脳性まひ	重度	無	有	在宅訪問教育	呼吸不全	呼吸不全のため死亡
中1	男	13	5	アロー四徴症	最重度	無	有	先天性の障害により幼い頃から入院を繰り返していた。肝機能等 低下の合併が見られた。	心不全	数ヶ月の入院の末、病室にて午後5時くらいに死亡。
中2	女	13	5	てんかん、広汎性発達障害	重度	有	有	電車好きで、自分でよく見に行った	てんかん発作	てんかん発作による溺水
中2	男	13	7	てんかん	重度	無	有	電車好きで、自分でよく見に行った	電單車事故	電車を県に行き、事故にあった
中2	男	13	0	知的障害のみ	重度	無	有	服薬によりてんかん発作なし	脳内出血	実家に帰宅中、容態急変。病院に搬送するも死亡
中2	女	14	3	てんかん	重度	無	有	服薬によりてんかん発作なし	踏切事故(学校管理下外)	踏切事故死
中2	男	14	8	筋ジストロフィー	不明	無	有	発作の頻度：月に1回程度	不整脈による心停止	自宅にてチアノーゼ出現。病院に搬送するも死亡
中2	女	14	0	知的障害のみ	中等度	無	有	発作の頻度：月に1回程度	敗血症	学校で嘔吐。外来受診後、容態急変し、死亡。
中3	女	14	7	知的障害のみ	最重度	無	有	発作の頻度：月に1回程度	脳出血	夏休み中自宅で、倒れる
中3	男	14	7	脳性マヒ	最重度	無	有	小2で発症。入院院を繰り返す	呼吸不全	自宅にて夜間、てんかん発作による窒息
中3	男	14	8	中枢神経変性疾患	不明	無	有	心疾患による運動制限、水頭症有り	細菌性仮性動脈瘤	体調急変。病院にて死亡確認
中3	女	14	10	ダウン症	重度	有	有	特になし	急性脳症	細菌性仮性動脈瘤にて長期入院中、死亡
中3	男	15	2	知的障害	中等度	有	有	体調の変化によるてんかん発作が頻発	嘔吐による窒息	けいれん重積後、脳死状態
中3	男	15	4	多発性形質。OP、てんかん、先天性脳内障	最重度	有	有	内反足 1種(級	事故死(溺死の疑い)	睡眠時の嘔吐による窒息死
中3	男	15	3	染色体異常、前捻角症候群	最重度	有	有	総合病院にて定期検診を受けていた。要観察、運動制限なし	心不全	自宅浴槽で溺死
中3	男	15	2	心臓病	重度	無	有	総合病院にて定期検診を受けていた。要観察、運動制限なし	心不全	上気道炎で外来通院中、容態急変

学年	性別	歳	カ月	疾患名	知能段階	自閉傾向	てんかん	児童生徒の状態	死亡の原因	死に至る経緯
高1	男	15	0	重症心身障害	不明	無	無		不明	死に至る経緯不明
高1	女	15	5	肥大型心筋症、動脈管閉存	中等度	無	有	肥大型心筋症、動脈管閉存	心不全	自宅で朝、母が気が付いたら呼吸停止状態
高1	女	15	9	脳指冠症 (Tay Sacks Synd.)	最重度	無	有	腸ろう、てんかん(発作は週に1回程度)、心電図異常あり	急性呼吸不全	自宅静養中、死亡
高1	男	15	7	脳腫瘍	最重度	無	無	脳腫瘍による知能障害、自宅訪問教育	脳腫瘍の悪化	入院中、死亡(化学療法による多臓器不全)
高1	男	15	5	脳室上衣腫	不明	無	無	病院訪問教育	脳腫瘍による多臓器不全	家で食事中誤嚥
高1	男	16	9	5P-症候群、心室中隔欠損症、前縦隔腫瘍(悪性奇形腫)	最重度	無	有	年数回のてんかん発作	誤嚥性肺炎	家で食事中誤嚥
高2	男	16	10		中等度	無	有	3歳よりてんかん	前縦隔腫瘍による心不全	前縦隔腫瘍発見後1年で死亡
高2	男	16	9	心内臓床文構症、肺高血圧症	重度	無	無	月1回定期通院程度	脳梗塞	学校で突然泣き出し、チアノーゼ出現。しばらく自宅静養するも、容態急変。
高2	女	17	2	脳腫瘍後遺症、てんかん	重度	無	有	2歳で脳腫瘍手術後、てんかん	くも膜下出血	突然の心臓停止、病院にて自発呼吸でも約1か月半後死亡
高2	男	17	7	筋ジストロフィー	重度	無	無	在宅訪問生で週3回訪問学習を行っていた。	誤嚥による窒息	自宅で食事を摂り、誤嚥
高3	男	0	0	知的障害のみ	軽度	無	無		事故死	自宅
高3	女	17	2	脳腫瘍	重度	無	有	I-I2脳腫瘍手術後、再発	脳腫瘍	脳腫瘍手術後、再発による死亡
高3	男	17	11	点頭てんかん	重度	無	有	脱力発作 1日 数回	脳腫瘍	出血性ショック、多発骨折、外傷
高3	男	17	8	外傷性くも膜下出血	重度	無	有	交通事故、放浪癖	交通事故	国道で倒れているのを発見された
高3	男	17	11	ダウン症、心室中隔欠損症、肺高血圧	重度	無	無	肺高血圧症によるアイゼンメンジャー症候群	交通事故	自宅でトイレで、排便中心停止
高3	男	17	6	大動脈狭窄症	中等度	無	無	先天性大動脈狭窄症のため心機能低下	心不全	自宅トイレで、排便中心停止
高3	男	17	7	亜急性硬脳症、脳炎	最重度	無	無	先天性大動脈狭窄症のため心機能低下	心不全	自宅トイレで、排便中心停止
高3	女	17	5	副腎白質ジストロフィー	不明	無	無	長期入院後死亡	たんづまりによる窒息死	自宅にて人工弁置換術後、入院継続し退院
高3	女	18	6	先天性脳奇形による知能障害	重度	無	有	保育園時に診断、徐々に病状進行	呼吸不全	長期入院後死亡
高3	男	18	0	脳性マヒ	最重度	無	有	てんかん発作 夜間等、月に数回	突然の心臓停止による死亡	自宅で一人で静かに死亡
高3	男	18	2	色素性乾皮症	重度	無	有	時々肺炎を発症していた。	窒息	自宅で静かに死亡
高3	女	18	1	カブキメーヤック症候群に伴う奇形両耳高度難聴	中等度	無	無	知的障害、肢体不自由を伴っていた。誤嚥を起こしやすい状態であった。(医療的サポートを受けていた)	肺炎	施設でショートステイ中、夜間窒息死
								少し虚弱以外は、普通に過ごす	急性くも膜下出血	屋敷時誤嚥。心肺停止で救急搬送。そのまま入院中死亡
										夜間気分不良、容態急変後、死亡。

6) 調査5：疾患に対する学校としての対処法に関する調査

この調査は、知的障害と疾患（肥満、気管支喘息、糖尿病、心臓病、てんかんなど）の関連において、学校における養護教諭の対処法について聞いている。

(1) 質問Ⅰ．慢性疾患の把握の方法について、誰が、どの時点で、どのような方法で？

ア．慢性疾患の把握方法について

すべての学校において、学校保健法で定められている保健調査票の保護者に記入求めている。保護者からの聞き取りによる把握、施設看護師からの聞き取り、主治医の学校所定の用紙への文書記入による把握、前籍校や保育園、幼稚園からの引継ぎ時における把握等の記述があった。

①把握の時期〔入学・転入の場合〕

入学説明会、入学相談時、体験入学、就学相談、入学前教育相談時、入学選考時、転入時、入学時、保護者説明会、オリエンテーション時など、把握に時期については、早い時期から情報収集を行っている様子が窺えた。

入学相談時、体験入学(教育相談)に、保健調査票の記入を保護者に依頼したり・保護者と保健面談を行ったりしている。また、必要に応じて主治医の意見書を提出してもらっている。

②把握の直接の担当者としては、入試委員会・校内就学指導委員会、教務部（教頭・教務担当者・学部主事・就学相談担当）、保健部（養護教諭）、生徒指導部、教育相談係、学級担任、学校医(内科・小児科・精神科)・看護師、寄宿舎指導員などが挙げられていた。

③記録の方法別に、その内容を示す。

保健調査票(健康調査票)・保健基礎資料は、法律に基づいた基本的な記録である。その内容には、病気の有無、病状、通院状況、日常および緊急時の対応、既往症、病状の変化、治療等の変更、現在の健康状態、配慮事項、予防接種歴・アレルギーの有無・ADL 状況・医療的配慮・疾患理解、学校生活での配慮点が記されている。

心臓病管理指導票・てんかん調査票・発作調査・発作等に関する調査票・結核問診票、健康手帳、児童生徒の健康把握票・健康カルテ・健康のあゆみ・実態簿など、疾患別の記録方法には工夫が凝らされている。

個別管理カルテには、服薬一覧表・服薬調べ・投薬依頼書・服薬状況報告・薬や発作の様子・常用薬の在学時服用、臨時服用の意見書・緊急時の対応(座薬の使用等)・投薬内容・投薬回数が記載されている。

定期健康診断事前問診票、長期休業中の健康調査、宿泊を伴う行事事前健康調査、主治医からの病状連絡書・主治医からの照会書・院外照会書・主治医の診断書・医師の健康診断書・主治医の疾病に関する意見書・主治医記載による意見書も、重要な記録である。

個別基本調査票・家庭生活表(保健に関する内容も含む)・個人調査票、児童生徒調査票・障害の実態調査票、個別の教育支援計画という、言葉も散見される。

④保管場所は、教務部、保健部(保健室)、学級担任と、様々である。

⑤情報の把握方法は、法定の保健調査票、就学時・定期的健康診断、健康相談の他、主治医報告書の提出・主治医訪問により、主に把握されている。長期休業等に定期検査に行く生徒については、学校からの調査票を、保護者を通じて持参させ、主治医に現在の症状と薬の処方などを記載してもらい提出させる。インフォームド・コンセントをしっかりと取り付けた上で、主治医から診療情報提供書の送付を依頼することもある。主治医とは文書のみでなく、必要に応じて電話や直接伺って面談や情報収集を行う。学校医による診察所見も、重要な把握方法である。

⑥把握の情報源は、保護者、出身校・前籍校からの情報、居住市町村教育委員会、寄宿舎指導員からの情報、児童施設(医務担当看護師)、主治医などがある。

⑦留意事項としては、校内連携を大切にしている、との記述が目立った。

⑧特記すべき事項を以下に記す。

- ・普通学校の場合、学校に隠すことがあるが、養護学校(本校)ではほとんどないと思われる。
- ・親にも障害(知的)があると日常生活のうえでの意思の疎通で難しい面もある。
- ・知られたくない等の理由から記入しないことがあるため、完璧な把握は難しい。
- ・社会の変化に伴い、複雑な家庭より転入してくる児童の情報の把握が困難である。
- ・情報が不足している場合は、家庭訪問時に担任が確認している。
- ・高等部は、入学相談時に精神科医による面談を行う。
- ・保護者記入の調査票(個票)から、新年度ごとに再確認・加除訂正をし、入学後の経過がわかる健康記録システム化を進めている。

イ. 慢性疾患を把握する際の問題点とその解決方法

問題点として、以下の①～④が挙げられていた。それぞれについて、その原因を列挙した。

①記載事項の不備・情報の変更・追加・訂正の遅れ

原因 ・慢性疾患に対する理解が、保護者・学校・主治医で相違がある。

- ・保護者の認識が低いため、記入もれがある。
- ・保護者に知的障害があり、記入がむずかしい。
- ・施設入所のため、保護者からの情報が不足している。
- ・調査は毎年、同様式・同内容で書くようになっているため、学校では必要事項であっても省略される場合がある。
- ・明らかに疾患名がわかっている場合、保護者が記入しない場合は断定することはできない。
 - ・日常生活に支障がない疾病は、省略される。
 - ・受診する病院、薬の変化等の変動が激しい。

- ・保護者も気づかないまま、病気が進行している場合がある。
- ・急性的に病状が変化することがないため、見落としがちになる。

②医療機関からの情報収集がむずかしい

- 原因
- ・個人情報保護法による規制がある
 - ・文書料が高い
 - ・医療機関の敷居が高い

③健康管理のシステムの問題がある

- 原因
- ・12年も在籍のため、効果的な個人票の記入方法がむずかしい。
 - ・個別の支援計画等、他の共通する内容との書類の整理が煩雑になりやすい。

④学校生活に制限(特に運動)をつけられるのをきらい、記入しない

解決方法として挙げられていたものを列挙すれば、

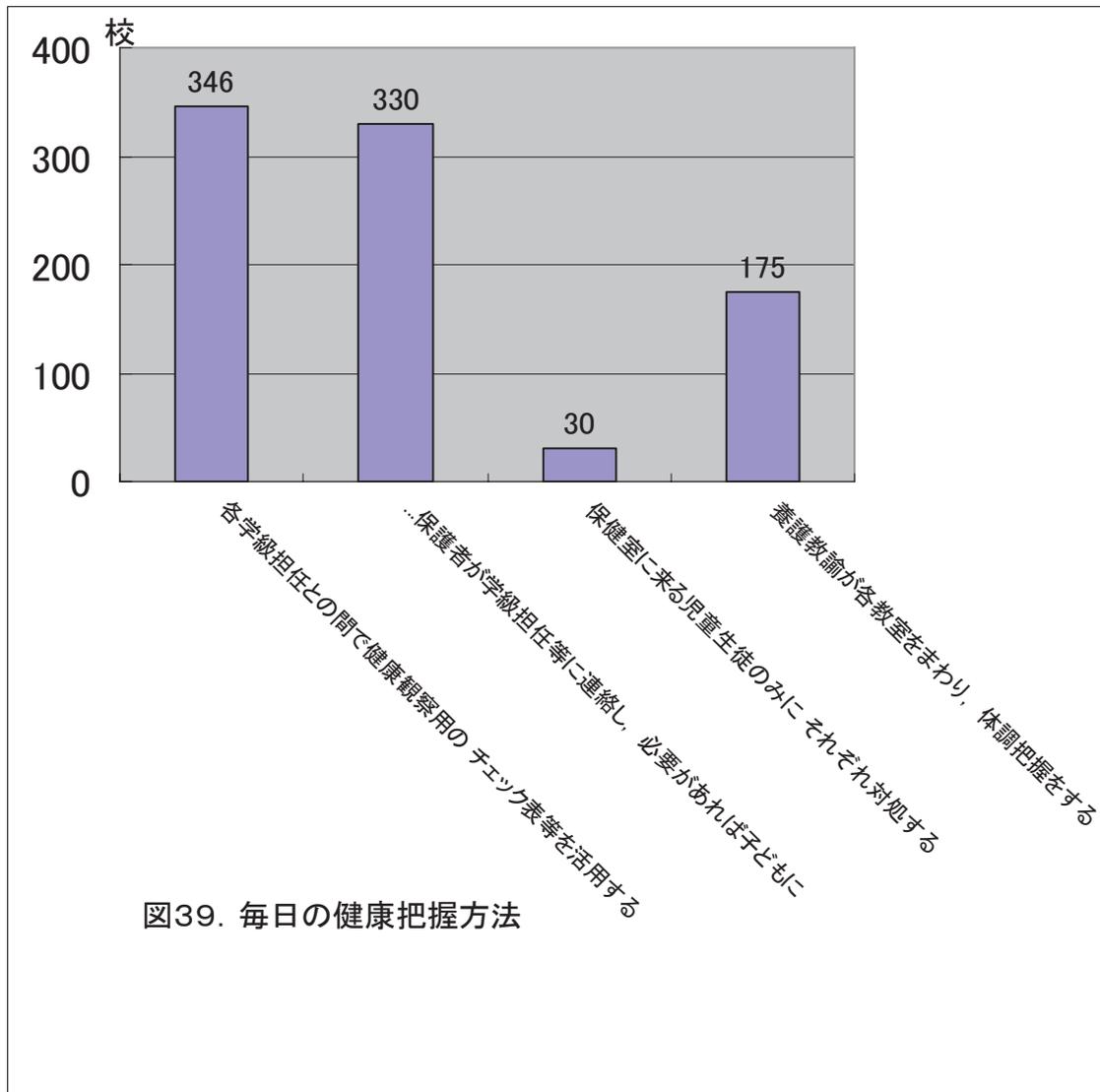
- ・情報連携と共通理解を図る。
- ・保護者・施設担当者との信頼関係を構築する。
- ・保護者の同意のもと通院に同行する。
- ・直接主治医に電話連絡する。
- ・主治医を訪問する。
- ・調査票を工夫する。
- ・日々の健康観察を密にし、学校、保護者、医療機関との連携を図る。
- ・ケース会議等で、情報の共有、共通理解を図ることが必要である。
- ・日常の健康観察・校内検診の結果・健康相談で補う。
- ・時間あれば、いつでも保健室に立ち寄れる雰囲気をつくる。
- ・保護者との人間関係を大切にする。
- ・医療的配慮検討委員会(毎月開催)で、経過や対応について共通理解する。

などである。

その他、I-Iの自由記載には、学校医の健康相談の活用する、学校医は内科医・小児科医だけでなく小児精神科医も必要である、個別の教育支援計画を活用する、との指摘があった。

(2) 質問Ⅱ. 毎日の健康把握方法

複数回答で問うた結果を、図 39 に示す。学級担任、養護教諭、看護師と保護者が何らかの方法で児童生徒の情報を得ている状況がわかった。オのその他に記入していた学校は40校で、寄宿舎生や児童養護施設などから通学する児童生徒についての記述や医療的ケアを受けている児童生徒に関して看護師の関わりを述べているものが多かった。



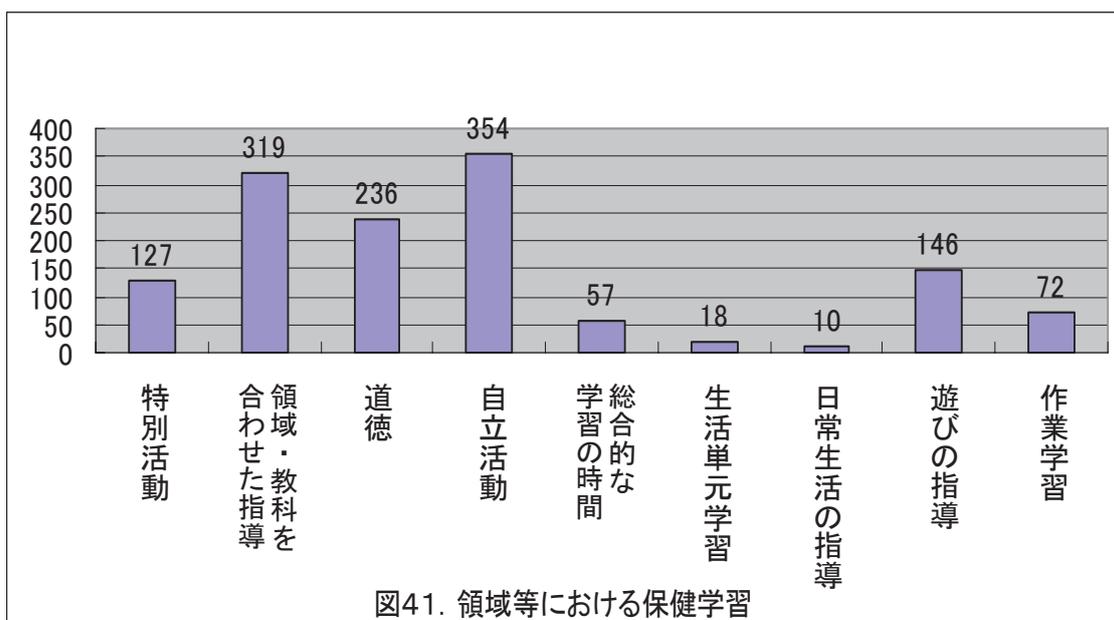
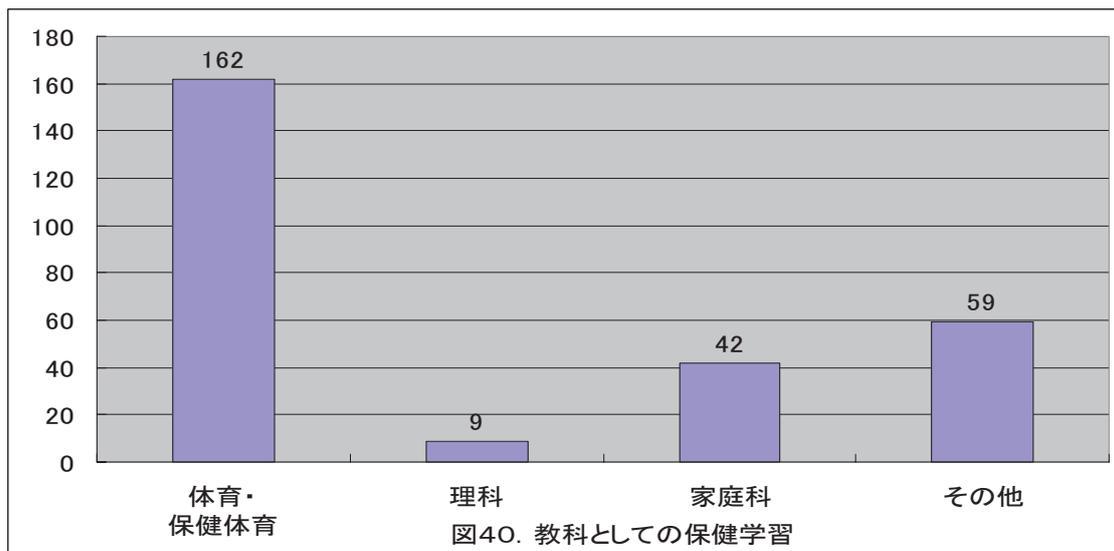
カの自由記述には、69校から回答があった。毎日の健康把握をする際の問題とその解決方法としては、以下の3点に集約された。

- ①登下校・給食時における健康観察
- ②連絡ノートを活用
- ③看護師による必要に応じての健康観察

(3) 質問Ⅲ. 保健学習の取組

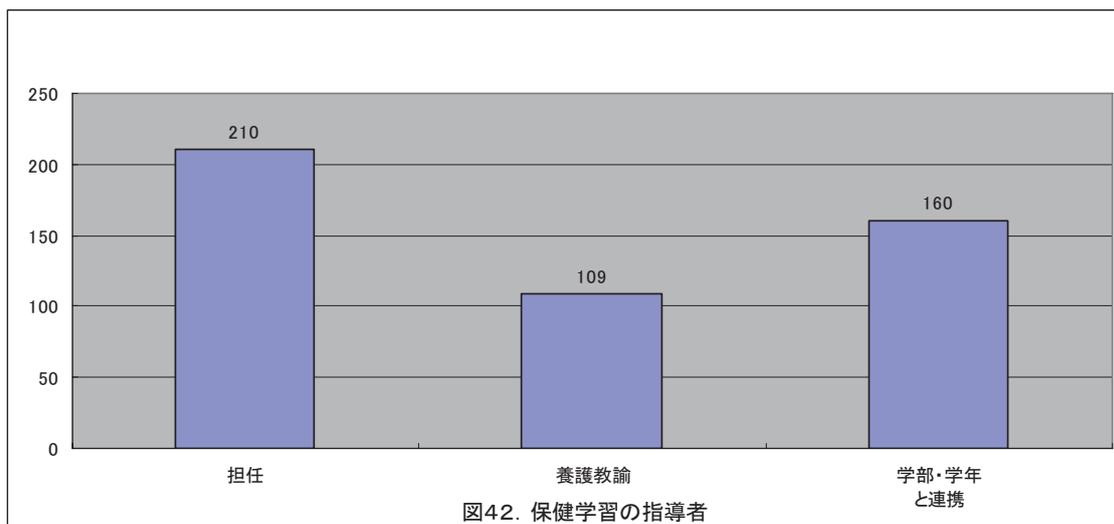
肥満予防等の慢性疾患に関する保健学習の取組を、どのような教科や領域で実施しているかを複数回答可として質問した結果を、図40、41に示す。

体育・保健体育が一番多く、次いで家庭科という結果であった。その他は、59校が回答しており、未実施が一番多く、学校全体という記述も散見された。



領域等における保健学習では、自立活動が一番多く、領域・教科を合わせた指導、道徳、遊びの指導、特別活動と続いた。

保健学習の指導者を、図 42 に示す。担任が、一番多く、次いで学級担任や学年・学部と連携をとり、学部や全校での集会等で健康学習を行う、が続く。養護教諭が指導を担当する学校もみられた。その他は、15 校から回答が寄せられ、外部講師、栄養士、校医等の記述がみられた。



保健学習の内容について、自由記述で質問したところ、代表的に行われているものとしては、①食生活・おやつの摂り方、②肥満・肥満予防、③身体の清潔・手洗い指導、④歯みがき指導であった。その他として、ボディイメージをつかむ学習、月経・性教育、栄養と体等の記述があった。

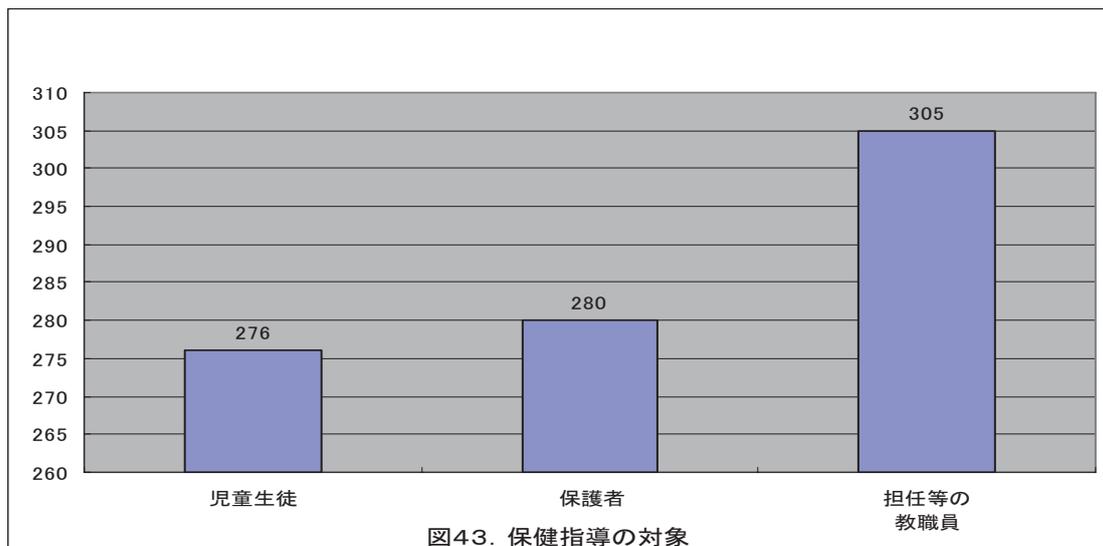
知的障害の生徒に保健学習を行う際の問題とその解決方法について、自由記述で質問したところ、「知的理解に差があるので保健学習という形態はむずかしい」、「学校生活の中で場面に応じて保健指導を行っている」、「個々の理解度、集中度の差があるので個別指導になる」等の意見があがっていた。

その他の工夫として、以下の意見がみられた。

- ①授業形態について…少人数のグループ学習，個別に対応する。
- ②教材について………視覚的にわかりやすい教材・教具を用いる，わかりやすい単語を使う，適切な教材がないため学校独自で作成する。
- ③その他………保護者の協力依頼をする。

(4) 質問Ⅳ. 慢性疾患のある児童生徒の病状管理に伴う保健指導

養護教諭が、保健指導を誰に行っているかを、図 43 に示す。担任等の教職員に指導を行うとの回答が一番多く、次いで保護者、児童生徒の順であった。その他で、5校から回答があり、寄宿舎指導員という記述があった。



保健指導の内容について、57校から回答があった。その内容を以下にまとめる。

① 養護教諭→児童生徒

自分の体調を相手に伝える練習，他人に伝えることの大切さ

服薬指導

体重測定，肥満予防

鼻をかむ練習

アトピー性皮膚炎・・・かかない指導

喘息指導・・・喘息予防法・腹式呼吸・吸入薬のとりあつかい

糖尿病・・・食事の決まり量の指導

② 養護教諭→担任に情報提供→児童生徒

てんかん発作時の対応，肥満指導，服薬指導，食事，運動，合併症

③ 養護教諭→保護者→児童生徒

①の内容と同じ

④ 校内の教職員

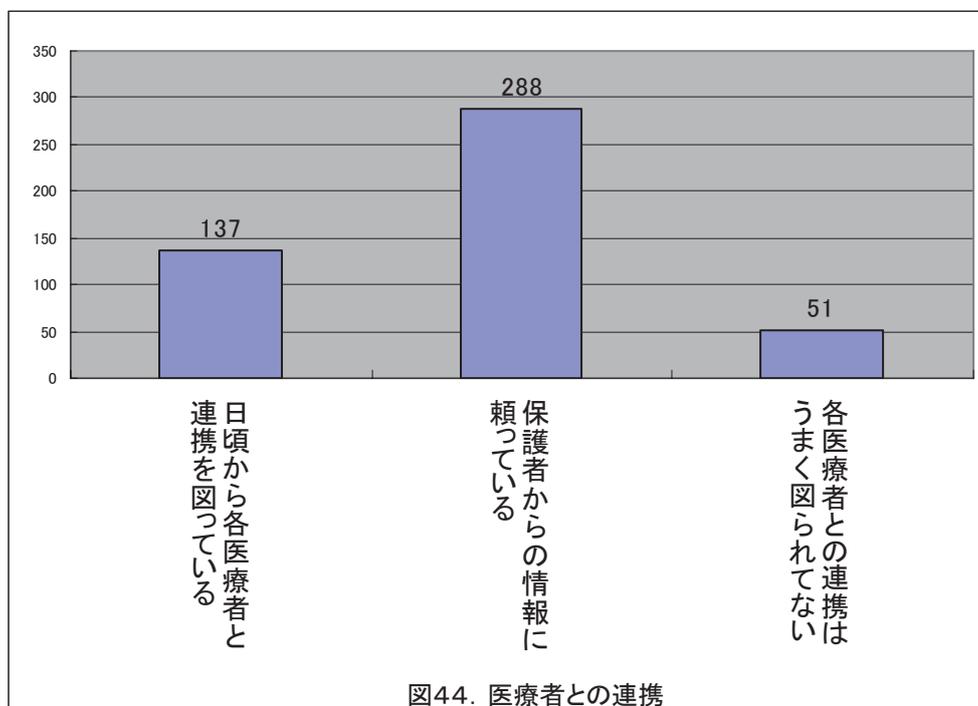
病気および病状の理解

保健指導を行う上での課題とその解決法について、55校から回答があった。多くは、学校生活での病状管理，注意事項（発作時の対応等）であり，課題解決の困難さを訴えるものが多く，保護者や担任，栄養士と連携をとり課題解決しているという記述がみられた。

(5) 質問V. 学校医，児童生徒の主治医，救急病院等の医療者と学校の連携について

医療者との連携について，図44に示す。保護者を通じて医療者と連携をとる場合が一番多く，次に，日頃から連携をとっている，が続く。一部でうまく連携がとれていないとす

るものがみられた。その他は、18校から回答があり、必要に応じて連携をはかっているという記述が多くみられた。



医療者の連携に関する問題とその解決方法について、54校から回答があった。

課題として、医療者側の問題を挙げるものが多かった。医師が多忙である、金銭的な課題、プライバシー保護の観点から医療情報が得られない等の指摘があった。

解決策としては、学校医に間に入ってもらう、学校保健委員会を活用する等、積極的な意見もみられた。

(6) 質問VI. 学校保健委員会の機能と役割について

学校保健委員会の機能と役割について、55校から回答があった。ほとんどの学校が、必要時(感染症等、重大疾患の流行時)に学校保健委員会を開催しているが、知的障害の児童生徒の慢性疾患に関連しては設定されていない。校内保健委員会の際に議題になる、という指摘が多かった。

記述内容をまとめると、以下の通りである。

学校保健委員会が開催された時の議題

- ・ 学校全体で管理、観察、注意が必要なケース
- ・ アレルギー体質、食物アレルギーの児童生徒についての給食担当者との話し合い
- ・ 医療的ケア検討委員会での緊急時の対応等
- ・ てんかん等の疾患にかかわる与薬・座薬の使用の検討

学校保健委員会がうまく機能している事例

- ・ 学校医と主治医が，学校保健委員会を活用して，情報交換や指導をおこなっている。
- ・ 定期健康診断の結果の報告時に，学校医より指導助言を得ている。
- ・ 学校医を講師に研修会を計画している。
- ・ 緊急時のマニュアル作成の際に機能した。

(7) 質問Ⅶ. 特別支援学校としてさまざまな障害種の児童生徒が在籍した場合の対策について

特別支援学校としてさまざまな障害種の児童生徒が在籍した場合の対策について，57校から回答があった。その内容について，以下にまとめた。

① 学校組織について

- ・ 教員の増員と学習時間の確保
- ・ 医療的ケアの実施体制・医療的行為を実施できる専門職の配置
- ・ 施設・設備の改善(エレベーターの配置・スロープの設備等)
- ・ 教職員の研修の充実
- ・ 養護教諭の複数配置

② 療関機関・関係者について

- ・ 主治医の連携が十分にとれること
- ・ 医師・看護師の配置
- ・ 行政サービス
- ・ 主治医の意見書の無料化

4 考察

本調査は、知的障害児の健康問題に関する基礎的データを蓄積し、知的障害児の自己管理の在り方、又は他者からの支援の在り方について調査を行い、その現状と課題について学校教育の観点から検討し、考察することを目的としたものである。ここでは、調査1から5までのそれぞれについて考察する。

1) 調査1：学校情報に関する調査について

調査対象は、全国の知的障害養護学校を対象とした。

設置基準については、回答のあった学校のうち、93%が知的障害のみの障害部門単独で設置されていた。他の障害部門と併置の場合、ほぼ肢体不自由部門との併置であった。特別支援教育を推進するための制度の在り方について(答申)(2005)の参考資料にあるように、肢体不自由養護学校においては約4分の3の幼児児童生徒が重複障害学級に在籍している現状を考えると、知的障害をとまなう肢体不自由の児童生徒への教育的対応を地域の養護学校として知的障害養護学校がその役割を担っていると考えられる。また、知的障害単独で設置されている養護学校の57%が、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、重症心身障害などの様々な障害のある児童生徒が在籍していることがわかった。このことは、知的障害養護学校が、あらゆる障害に対応することを求められる状況にあることを示唆している。ただし、ここでは知的障害以外の主たる障害を問うているため、就学時の障害種判断で確定した障害部門としての障害種であったり、何らかの疾患をもとにした障害種であったりすると考えられ、おおよその概要をつかむことはできるが、より正確な情報については、障害と疾患の観点を含めて再度調査する必要があると考える。

在籍する児童生徒の男女比は、2：1であった。また、全学部に占める小学部、中学部、高等部の割合は、それぞれ28%、22%、50%であった。小学部は6学年、中学部と高等部が3学年であることを考えると、学年が高くなることにともなう在籍する児童生徒が増えていることがわかった。特に、高等部においては、養護学校中学部から進学する生徒とほぼ同数の生徒が、中学校の特殊学級又は通常の学級から進学していると考えられる。近年、知的障害養護学校高等部在籍者が急増している(1978～2006 特別支援教育(特殊教育)資料)が、この調査からもそのことが確認された。

また、各学部、性別にみた知的障害の他の障害を併せ持つ児童生徒が占める割合は、すべての学部、性別において約4割であった。さらにその41%が重度心身障害であることから、知的障害養護学校においても、肢体不自由養護学校と同じように、重複障害学級での教育が対象となる児童生徒が多く在籍していることがわかる。このことは、調査用紙を回収した学校に占める看護師配置校の割合が、23.3%であることからわかるように、知的障害学校においても、医療的ケアを必要とする児童生徒が在籍しており、このことは学校運営上も極めて重要な課題となっている。養護教諭の配置については、公立義務教育諸学校の学級編制及び教職員定数の標準に関する法律により、小学部及び中学部の児童生徒数が

61人以上の養護学校には2人の養護教諭を配置するように定められている。今回の調査では、2人配置されている知的障害養護学校が全体の58%に達する。全国的に多くの知的障害養護学校で在籍児童生徒数の増加、大規模化していることが伺える。

このように、知的障害養護学校といっても、在籍する児童生徒の障害の状況は多岐に渡り、様々な障害種への学校教職員の対応、医療的ケアの問題等、学校は多くの課題に直面していることが示唆された。

2) 調査2：病類調査について

知的障害があり、何らかの疾患のある児童生徒についてその疾患名と数を調査した。全ての学部において、自閉症、てんかん、目・耳・鼻疾患、先天性奇形・変形及び染色体異常の疾患のある児童生徒が多く在籍していた。さらに、在籍している数は少ないものの、病気の種類は多種であることがわかった。また、在籍する児童生徒のうち、小学部で77%、中学部で74%、高等部で64%の児童生徒が、なんからの疾患を抱えていることが明かとなった。つまり、知的障害養護学校において、児童生徒一人ひとりが異なる疾患を抱え、その疾患の種類も多種にわたっている。知的障害養護学校への就学基準が、知的能力と社会性を中心におかれているため、疾患による健康問題が教育の視点から希薄になりがちである。学校教育活動において、これらの疾患に対する対応がどこまでなされているかは、今回の調査から探ることは難しく、今後、疾患に配慮したどのような教育的支援が行われているのか、また必要なのかについて検討することが課題である。

また、知的障害養護学校が行っている訪問教育が、医療機関において行われていることもあることから、医療機関と連携しながら疾患に配慮した教育が求められる。

後に調査4の考察でも述べるが、てんかん、ぜん息などの呼吸器系の疾患、心臓病などの循環器系の疾患の児童生徒は、比較的健康に見えても、命にかかわる病状に急変することが危惧される。このような疾患のある児童生徒については、日常的に医療機関との連携を図り、安全な教育の確保に努める必要があると考える。

3) 調査3：肥満度に関する調査について

調査3においては、身長、体重から算出した肥満度による児童生徒の肥満・痩身の状況について学年別、性別に調査を実施した。男女ともに学年があがるにつれて、肥満傾向又は肥満の状態にある児童生徒は増加していた。学年全体に占めるその割合について、小学部では性別による違いは見られないが、中学部、高等部では、顕著に女子においてその割合が高かった。

また、小学部1年から高等部3年までの12年間を3年単位に分けて、肥満傾向又は肥満の状態にある児童生徒の割合は、男子では、小学部低学年から小学高等部にかけて増加し、中学部ではほぼ同じ割合を維持し、高等部で再び増加していた。一方、女子は、小学部高等部までは男子と同じ傾向で、その割合が増加しているが、中学部で急増し、高等部

でさらに増加していた。

このように、肥満傾向又は肥満の状態の状況は、性差が顕著であった。このことから、肥満を予防するためには、男子は小学部4年生、女子は小学部4年生と中学部1年生において、重点的に健康に関する指導を行うことが、その後の児童生徒の健康につながることを示唆される。

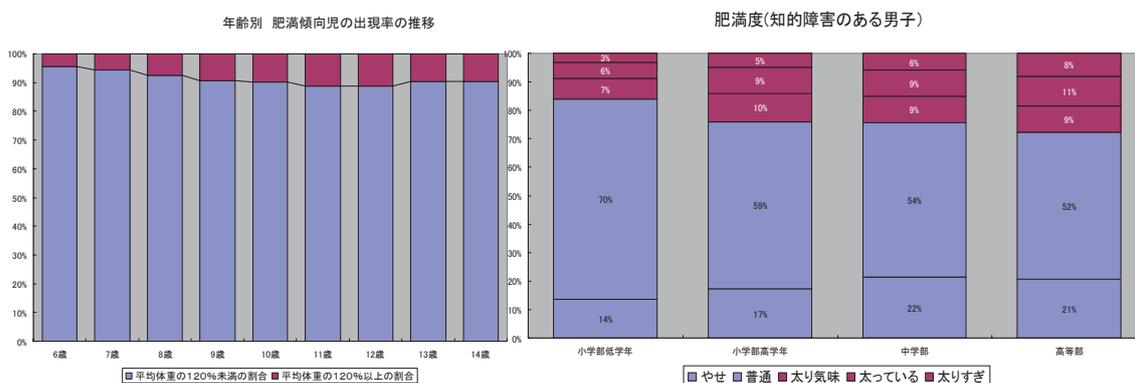


図 44 年齢別肥満傾向児の出現率の推移 (男子)

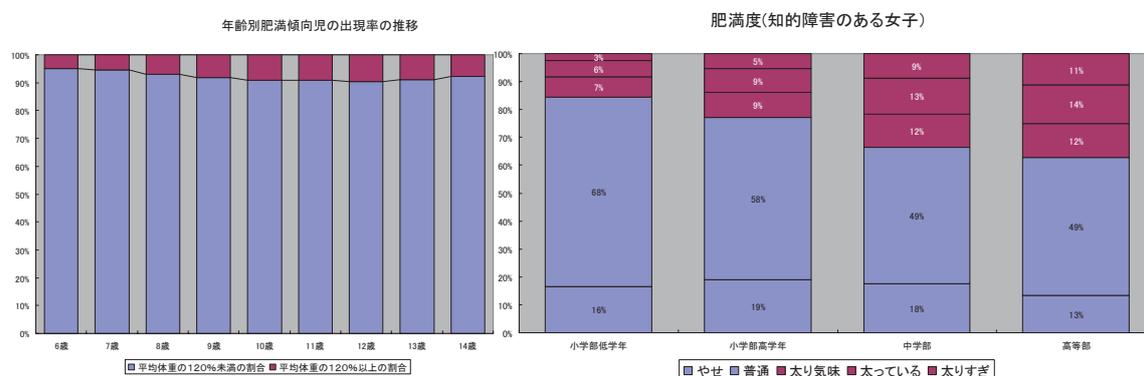


図 45 年齢別肥満傾向児の出現率の推移 (女子)

図 44 は、文部科学省の平成 17 年度学校保健統計調査「年齢別肥満傾向児出現率の推移」と今回の調査とを男子について比較したものである。図 45 は、同じく女子について比較したものである。

この図からも明らかなように、知的障害のある児童生徒の肥満傾向又は肥満の出現率は極めて高い。肥満が、近い将来の生活習慣病の原因となることは明かであることから、生涯にわたって必要となる健康に関する自己管理能力を高めるための取り組みを、知的障害のある児童生徒に対して、学校教育の立場から早急に必要なことを示している。

浜口ら（2000）は、知的障害者（特に在宅の知的障害者）では肥満が最も大きな生活習慣病の危険因子であること、肥満になり始めた時期は、まだ家族によるコントロールが可能な年齢であることから、小学部高学年若しくは中学部から徐々に肥り出すこの時期の肥満から注目していくことがもっと重要であると肥満予防の大切さを述べている。

第Ⅲ章では、知的障害養護学校の健康管理に関する事例報告を行うが、肥満の改善と体重の維持、肥満の予防に関する具体的な取組がなされていた。学校保健という視点から学校教育を見直すことが大切だと考える。たとえば、個別の教育支援計画を策定する際には健康という観点から養護教諭も積極的に参画したり、授業を組み立てる段階で肥満に関する指導を積極的に取り入れたりして、教師が児童生徒の肥満予防あるいは健康ということを明確な意識しながら授業を展開することが求められる。

特に、養護学校卒業後に、日常的に運動する生活習慣は、健康管理上欠かせない。しかしながら、卒業後にこの習慣が身に付くことは考えにくく、在学中に学校と家庭とが連携して、身体を動かす楽しさ、大切さを児童生徒が学ぶことが大切だと考える。その際、地域資源、社会資源の利用も積極的に行い、卒業後の余暇活動指導を行うことも必要である。

今後、知的障害養護学校においては、これまで以上に養護教諭を中心としながら教育活動全体に管理、健康に関する視点を取り入れることが望まれる。

4) 調査4：死亡例に関する調査について

学齢期における死亡調査の意義は、その障害や病気の程度の重さを推し量るものではない。胎内、出生早期、乳幼児期に死亡する代表疾患は、18トリソミー、13トリソミーなど比較的大きな染色体異常、生命維持の根幹に係る先天代謝異常症、感染症が重篤化しやすい免疫異常症などである。染色体異常症では、量的な異常が大きい染色体異常は生命予後が悪いと言える。その中で、21トリソミー（Down症候群）は、学ぶべきことが多い疾患である。精神遅滞をきたす代表的な疾患であり、先天的心奇形等の先天的異常を併せやすい。医療の進歩により、早期に心臓手術を行うことで、早期死亡の原因であった心臓死が回避され、現在では平均寿命が50歳に達するといわれている。竹下（2000）も指摘しているように、Down症候群の生存率を向上させた理由は、医療の進歩だけではない。栄養状態の改善、衛生的な生活環境、教育の機会の保障、福祉施策の充実等があって、初めて実現する。多くの障害児の生命予後が改善される中、不幸にして早期に死亡する事例を検討し、どのような条件が不足して死亡に至ったかについて検討する意義は大きい。

平成16年人口動態統計では、5～19歳までの死亡総数は3,124人（0.0163%）（人口10万対16.3）であった。知的障害養護学校における死亡率0.11%（人口10万対110）は、それに比して高率である。

武田ら（2001）は、全国知的障害養護学校死亡者調査（2000）で死亡原因を、病死と事故死にわけ、死亡例129人中、病死が101人、事故死が28人と事故死の多さを指摘している。今回の調査では14人（21.5%）が事故死で、死亡原因の中で一番多かった。事故死に

関しては、避けられる死かどうかの視点から検討することが重要である。

食べ物や喀痰の誤嚥による窒息死が5人いたが、いずれの事例も自宅での出来事であった。咀嚼、嚥下に障害があれば、きざみ食やミキサー食等の食べやすい食物形状の工夫や食べやすい体位の工夫等の指摘は重要であるが、人出のない密室で起こったことを見落とすことはできない。学校における医療的ケアは、多くの教員や看護師が配置され、複数の目で監視している中で行われている。そこで誰かが、子どもの少しの変調に気づけば、すぐに医療機関受診も可能である。24時間365日の家庭介護は保護者にとって大きな負担である。学校の医療的ケア議論を、放課後や長期休暇中、卒業後における家庭介護も視野に入れた地域における医療的ケア議論にすべきであろう。

溺水2人は、1人が自宅、1人が施設であった。自宅例は、てんかん発作との関係が疑われた。電車事故（轢死）4人中2人、自動車事故2人中1人は、自閉傾向の報告はなかったが、電車や自動車に興味があり、駅や道路で事故に遭ったことを指摘されている。電車事故に遭った1人は、駅ホームでてんかん発作が出現し、ホームからの転落死であった。自動車事故の1例は、学校内でスクールバスに轢かれたものであった。

平成16年人口動態統計では、5～19歳の不慮の事故死は1,063人（人口10万対5.5）であり、知的障害養護学校の0.026%（人口10万対26）であった。（参考：平成16年度の日本スポーツ振興センターの死亡見舞金給付状況では、学校管理下の死亡例（保育所、高等専門学校を含む）が92例報告されている。）

病死との関連では、武田ら（2001）の報告結果と少し異なり、脳腫瘍、脳出血、脳梗塞、脳症などの中枢神経疾患が13人と一番多く、肺炎、呼吸不全等の呼吸器疾患が11人、不整脈、心不全等の循環器疾患が11人と続いた。脳腫瘍が原因で死亡した4人は、病院での訪問教育対象なので、従来の知的障害養護学校死亡者調査と単純比較には注意を要する。この4人を除けば、従来の報告と同様の傾向であった。

呼吸器疾患が原因で死亡した子どもは、すべて先天的、後天的に関わらず重症心身障害児か脳脂質症（Tay Sacks Synd.）、副腎白質ジストロフィー、色素性乾皮症という予後の悪い疾患であった。循環器疾患が原因で死亡した子どもは、全員先天性心疾患があった。

てんかん重積を死因とする者が4人おり、知的障害児のてんかんのコントロールは、医療との連絡調整が相変わらず大きな課題として残されていることを示唆している。個別の教育支援計画策定における課題である。

インフルエンザやインフルエンザ脳症が死因である者が3人いた。予防接種を含め学校保健における集団感染対策が重要である。

原疾患がレット症候群である者が2人いた。1人はレット症候群の突然死の原因として、最近話題になっている不整脈の疑いであった。対策として、日常の心電図検査が必要になるが、学校でも新たな医学情報の収集には気をつける必要がある。同様のことが筋ジストロフィーの2人にも言える。1人は不整脈での死亡。1人は17歳の訪問教育を行っている時であった。小児科の筋ジストロフィー専門医療機関は、国立療養所の統廃合で少なくな

り、すべての都道府県にあるわけではない。主治医に専門医が期待できない場合は、専門医の医療コンサルテーションが必要となる。筋ジストロフィー児の医教連携による、都道府県を超えた支援体制の構築を視野に入れなければならない。

図 38 で、予測できた死かどうかを検討した。障害のある子どもの保護者が、子どもの死を迎えるとき、死が予測可能で覚悟が出来ていたかどうかは重要な視点である。病弱教育でも、ターミナル期の教育のあり方に、保護者のグリーフ・ケアの視点はあまりない。今後、この分野の研究を進めていく必要がある。

5) 調査 5 : 疾患に対する学校としての対処法に関する調査について

質問Ⅰに関連して、慢性疾患の把握方法については、学校保健法で定められている就学時の健康診断と定期的健康診断の流れの中で、慢性疾患の把握をするのが一般的であるが、養護学校では、健康診断時より以前に、詳しく把握する方法を各学校の実態に応じて工夫されている。集めた情報を校内で共有し、子どもの教育的支援にまで繋げていく工夫に、困難を感じているようである。また、プライバシー保護の観点から、医療機関や児童福祉施設からの情報提供の在り方も課題である。

質問Ⅱに関連して、学級担任がまず、保護者からの聞き取りや本人の健康観察を通して、日常的な健康情報を取り、養護教諭が必要な情報を加工し整理する役割がますます重要になってきている。医療的ケアが必要な子どもの増加のみならず、健康管理上必要な医療情報は、常に更新していく必要がある。知的障害養護学校といえども、何らかの疾患を有する子どもが在籍児童生徒全体の約 4 分の 3 を占める現状が調査 1 でも明らかとなっており、今後学校内の医療情報収集・整理の要の位置にある養護教諭の役割は、ますます広範になると推測される。

質問Ⅲに関連して、知的障害養護学校の保健学習の実態が明らかになった。肥満予防を想定した問いを行ったためか、食に関する保健学習についての回答が多かった。肥満以外にも、歯科保健や性教育も忘れてはならない。また、養護教諭が、保健学習の指導に関して、未だ補助的な役割しか果たせていない様子が窺われた。次章の学校事例にもあるように、個別対応では大きな役割を果たしているため、校内における養護教諭の校務分掌上の位置づけを工夫する必要があるかもしれない。

質問Ⅳに関連して、自分の体調を相手に伝える練習など他人に伝えることへの取組は、肥満予防と同様、知的障害養護学校において重要な保健指導内容である。長期的にみた知的障害の障害特性は、①身体の構造や内臓の機能に関する一般的な常識の範囲での知識を有していない、②けがや疾病の既往歴を記憶して保持しておくのが苦手である、③コミュニケーションが苦手であることが挙げられる。卒業後の支援を見越して、在学中から指導を続ける必要がある。

質問Ⅴに関連して、医療は、患者個人の利益を守ることを最優先することを忘れてはならない。そのことが、結果的に保護者を通じて、医療情報を得ることにつながっていると

思われる。しかし、一方で日常的に医療機関との連携に努めている様子も窺われる。個別の教育支援計画策定を視野に入れて、連携は策定を目的にするのではなく、日常的な関係作りから入ることが望ましいと考える。

質問Ⅵに関連して、学校保健委員会がうまく機能している事例が挙げられている。参考にされたい。

質問Ⅶに関連して、調査1の結果から、すでに知的障害養護学校は、総合養護学校化していると言っても過言ではない。平成19年度からは、この状況がさらに加速されることが予想される。この問いには、全体の13.2%しか回答がなかったことを考慮すれば、意識改革の遅れも予想される。

引用・参考文献

- 1) 特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）（2005），中央教育審議会。
- 2) 特殊教育資料（1978～2000）：文部省初等中等教育局特殊教育課。
- 3) 特殊教育資料（2001～2003）：文部科学省初等中等教育局特別支援教育課。
- 4) 特別支援教育資料（2004～2006）：文部科学省初等中等教育局特別支援教育課。
- 5) 浜口弘・曾根翠・平山義人（2000）：知的障害者に合併した高度肥満の治療経験，有馬正高・太田昌孝編，発達障害医学の進歩 12，診断と治療社，60-66。
- 6) 竹下研三（2000）：基礎疾患にある病気からみた障害児の人生 一死から考える障害児の人生一，有馬正高・太田昌孝編，発達障害医学の進歩 12，診断と治療社，10-15。
- 7) 長尾秀夫（2000）：知的障害児童・生徒の健康障害と対策，有馬正高・太田昌孝編，発達障害医学の進歩 12，診断と治療社，25-34。
- 8) 武田鉄郎，原仁（2001）：知的障害児の死亡例，発達障害研究第23巻，第1号，32-41。
- 9) 財団法人厚生統計協会（2006）：厚生指標臨時増刊 国民衛生の動向，第53巻第9号。
- 10) 畠山隆子（2000）：地域生活者の保健・医療の実態と支援活動，有馬正高・太田昌孝編，発達障害医学の進歩 12，診断と治療社，35-44。