

医療的ケア場面における重度・重複障害者との コミュニケーションに関する研究

笹原 未来・川住 隆一

東北大学大学院教育学研究科

【要約】

近年、医療的ケアを必要とする重度・重複障害児（者）が増加傾向にある。本研究では、医療的ケアを必要とする重度・重複障害者との係わり合いの中から、痰の吸引場面におけるコミュニケーションに視点を当てた教育的対応の在り方について検討を行なった。対象者は気管内及び口腔内の吸引を必要としているが、吸引の際に体をこわばらせる等の様子が見られた。そこで、筆者らは、吸引によるケアをコミュニケーション活動として捉え、吸引の開始と終了を伝えるサインを導入したところ、サインに対応した行動が見られるようになっただけでなく、吸引開始前後や吸引中に笑顔がみられるようになった。こうした経過をもとに、ケアに対する構えの形成の重要性や、医療的ケアを必要とする重度・重複障害児（者）が安心してケアを受け入れるための対応の在り方、及び医療的ケア場面における教育的対応の意義について考察した。

キーワード：医療的ケア 吸引 コミュニケーション 教育的対応

1. 問題と目的

新生児医療や救命救急医療の進歩によって、我が国の救命率や延命率は飛躍的に向上し、多くの命が救われるようになった。そして、こうした医療技術の進歩を背景として、いわゆる医療的ケアを必要とする重度・重複障害児（者）が増加した。医療的ケアとは、家族等が日常生活の中で行なっている経管栄養、痰の吸引、気管切開部の管理、導尿、酸素吸入等の介護・援助行為を示す概念であり、治療を目的とした医療行為と区別されている（船戸，2003；宮下・高柳・杉田，2003；中垣・川井・神道，2007；下川，2003）。近年では、重症心身障害児医療の進歩やノーマライゼーションの普及に伴い、医療的ケアを必要としながらも、地域で生活する重度・重複障害児（者）が年々増加している。

こうした流れを踏まえ、医療的ケアを必要とする重度・重複障害児（者）へどのように対応していくかといった問題が、学校及び通所施設等において浮上してきた（川住，1998）。ことに、学校教育においては、医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育保障及び保護者の負担軽減といった観点から、誰がどのように医療的ケアを実施するかが大きな問題となっている。こうした問題を背景に、学校教育における医療的ケアの取り扱いに関する法律学的検討を行なった研究（津島，2000；在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・

法律学的整理に関する研究会，2004）や養護学校における医療的ケアの取り扱いについての動向に関する研究（中垣ら，2007），養護学校における医療的ケアの実施状況に関する種々の調査研究（国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部，2001；宮下ら，2003；高田・常石・坪・鎌江・中村，2002）や各都道府県の学校教育における医療的ケアの取り扱いに関する調査研究（村田・飯野，1996）も行なわれるようになった。このように，学校教育における医療的ケアに関する取り組みについては，その実施体制の整備に主眼をおいた研究が多く見られる。

こうした中で，松田（2002）は，「どのような医療的ケアを誰が行うかという側面とともに，それをどのように行うかという側面も等しく重要である」と指摘した上で，「子どもの健康面を中心とした状態の見極めや，医療的ケアを行うときの子どもとのコミュニケーションといった側面は，今後，教育実践の視点から詳細に検討されるべき課題である」と述べている。また，保健師である小口（2003）は，気管切開をしている子どもの自己吸引へ向けた取り組みを報告している。そして，吸引に対し「子ども自身がどう向き合おうとしているのかをしっかりと見きわめての働きかけ，やりとりの視点，そして命を守り成長を援助する視点が必要である」と指摘している。医療的ケアは，ケアを必要とする人の生命活動の維持にとって欠かせないものであるとともに，実施者とケアを受ける人とのコミュニケーション活動であるともいえる。したがって，医療的ケアを要する重度・重複障害児（者）への教育的対応においては，医療的ケアをコミュニケーションという視点から捉え，働きかけを行なうことが肝要であると考えられるが，医療的ケア場面におけるコミュニケーションに視点を当てた具体的な対応に関しては，これまで十分に検討されていない。

そこで，本研究においては，医療的ケア場面におけるコミュニケーションに視点を当てた教育的対応の在り方について実践的に検討を行なう。国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部が2001年に行なった調査によれば，盲・聾・養護学校において医療的ケアを要する児童・生徒の中でも，痰の吸引を必要とする者は経管栄養を要する者に次いで多く，また気管切開部からの吸引を必要とする児童・生徒も合わせると，最も多くなっている。また，痰の吸引は日常生活の中で頻繁に行なわれるケアであると考えられる。こうしたことから，本研究では医療的ケアの中でも痰の吸引場面に着目し，医療的ケアを必要とする重度・重複障害者との係わり合いの中から，吸引場面におけるコミュニケーションに視点を当てた教育的対応について整理するとともに，医療的ケア場面における教育的対応の意義について検討する。

2. 方法

医療的ケアを要する重度・重複障害者との係わり合いの中から，吸引場面におけるコミュニケーション活動を取り上げ，実践的な検討を行なう。

2. 1 事例について

2. 1. 1 対象者

T. 男性。医学的所見は、脳性麻痺、てんかんである。2008年2月現在27歳。週に3回、重症心身障害者通園事業B型施設に通所している。呼吸状態の悪化のため、14歳時に気管切開の手術を行なっている。口腔内及び気管切開部からの痰の吸引、気管切開部の管理、経管栄養といった医療的ケアを必要としている。

なお、本事例は、保護者が専門機関にコミュニケーション支援を要請したケースである。コンサルテーション事業の一環として、筆者らの一人である川住が専門機関とともに具体的な支援を開始し、その後、保護者の希望もあって笹原（以下筆者と記す）が2006年4月より月に1回、2006年6月からは週に1回家庭へ訪問し、係わり合いを継続している。

2. 1. 2 係わり合い当初の行動状態

【感覚系】視覚系：光覚程度といわれている。光を顔前に提示したり、暗い室内から日向へ出ると、まぶしそうな表情をしたり、視線を動かす様子が見られる。母親の話では、夜は電気を消さないと眠らないとのことである。聴覚系：周囲の物音に敏感で、人の声、ことに母親の声やビニール袋のガサガサという音、人の足音、襖の開閉音等が聞こえると、ゆっくりと視線を上方に向けたり、笑う様子が見られる。ことに、突然生じた音に対しては、そうした行動が顕著になる。

【運動系】筋緊張亢進。体幹の変形、四肢関節部の拘縮が見られる。自力移動困難。左方向への動きが発現しやすく、物音がした時や笑った時には、頭部を左後方へ反らせるような動きが発現する。車椅子上では、顔を左に向けていることが多い。笑った時や緊張した時、欠伸の時など、体に力が入ると腕を胸にひきつけ、手をわずかに上げることがある。緊張が高まると、腕を伸展させる。周囲の事物・事象に対する運動を介した自発的な接近行動はほとんど見られない。

【コミュニケーション】受信：母親やヘルパーの声に対しては、眼球を上に向ける、頭部を反らせる、表情が緩むといった様子が見られるが、特定の音に対応した行動の発現は見られず、聴覚的弁別は未分化な状態であると考えられる。係わり手の働きかけに対応した行動はほとんど見られない。発信：視線や身体の微細な動き、苦しそうな表情、笑顔、動きの停止、驚愕、緊張等による発信が主であり、それも係わり手の読みとりに依存している部分が多い。

【その他】身辺処理には全面介助を要する。聴覚刺激や触覚刺激等、外界の何らかの刺激に対する定位性行動（眼球の動き、表情の変化、身体のわずかな動き等）の発現は観察されるが、日常的な環境の中でその刺激対象を特定することが難しい場合も多い。

2. 1. 3 係わり合いの概要

週1回午前中に筆者がTの自宅を訪問し、係わり合いを行なっている。1回の係わり合いは約1時間半である。係わり合いの場には、母親の他、ヘルパー1名が居合わせている。

ことが多い。

Tは自発的運動が難しく、周囲の事物・事象に対する自発的な働きかけはほとんど見られない。そのため、活動の多くは係わり手主導で展開されることが多く、生活の中でTが受身的状況にならざるを得ない場面が多々あると推測された。したがって、Tの主体的な活動展開にあたっては、活動開始に対する構えの形成や自発的運動を介した外界の事物への接近行動の発現を促す必要があると考え、係わり合いを行なっている。具体的には、マッサージやスイッチを押すと音楽が流れる機器を介し、Tの表情や微細な動きを手がかりとして働きかけを行なうというようなコミュニケーション活動を基盤とし、構えの形成や接近行動の促進をめざした働きかけを行なっている。

2. 2 吸引場面への対応について

2. 2. 1 痰の吸引場面における係わり合い当初の行動状態

痰の吸引は、母親やヘルパーがTの喘鳴や表情から吸引のタイミングを見計らい、声がけをしながら行なっていた。しかし、この際、声がけと直接チューブを挿入する以外に、吸引を予告するようなサインはほとんど行なわれていなかった。吸引器が稼働すると、Tはゆっくりと眼球を上に向けたり、頭部を反らせるような動きを発現することが多かったが、実際にチューブが気管内や口腔内に挿入されると、驚いたような表情で顔を即座に挿入方向へ向ける、瞬きや口の開閉を繰り返す、一瞬体をこわばらせるというように、困惑した様子が見られることがあった。

2. 2. 2 吸引場面への対応にあたって

吸引に際しては、吸引器の稼働音や母親やヘルパーの声がけ等、Tが吸引を予測するための手がかりが存在していたが、それにもかかわらず、チューブ挿入直後のTには困惑した様子がしばしば見られた。吸引は他者によって行なわれる行為であることから、ともすればその行為は実施者のペースで進められることにもなりかねない。したがって、吸引において、ケアを受けるTは受身的状況におかれがちであり、先に述べたようなTの様子は、Tが状況を把握しきれていないうちにケアが実施されていることを示しているものと考えられた。

痰の吸引は、Tが日常生活を送る上で欠かせないものであり、かつ、日々頻繁に行なわれるものである。したがって、Tのより豊かな生活の実現にあたっては、そうしたケアをTがより安心して受け入れられるようになることが肝要である。そのためには、吸引が他者によって一方的に行なわれるような状況を極力避け、吸引がTとの共同活動として展開するような状況設定が必要であると考えられた。そこで、係わり合いにおいては、吸引によるケアをコミュニケーション活動として位置づけた上で、Tが安心して吸引に臨むことができるよう、Tに吸引を知らせるサインを導入することとした。なお、痰の吸引は、筆者が行なうのではなく、母親もしくはヘルパーが実施し、筆者はその場面に介入すること

とした。

2. 3 経過の分析方法

2006 年 4 月から 2008 年 1 月までに、66 回の係わり合いをもつことができ、そのうち 65 回の係わり合いがビデオ記録に残されている。係わり合い終了後、ビデオ記録をもとに筆記録を作成し、働きかけの意図や T の行動の変化を記述した。吸引場面の抽出にあたっては、ビデオ記録を基に吸引部位や働きかけの内容と T の行動の変化を記述した。

3. 実行

3. 1 吸引開始場面への対応

3. 1. 1 問題状況の整理と方針の決定

先にも述べたように、T の痰の吸引は、母親やヘルパーが吸引のタイミングを見計らいつつ、T の喘鳴や苦しそうな表情から T の思いを把握することによって行なっていた。しかし、この際、声がけと直接チューブを挿入する以外に、吸引を予告するようなサインはほとんど行なわれていなかった。T がチューブ挿入のタイミングを自ら視覚的に把握することは難しいと考えられ、T にとっては、吸引のためのチューブがいつ、どこに挿入されるかが捉えにくい状況であったと推測された。一方、吸引器の稼働音が T にとって吸引を予測する信号となり得る可能性も考えられたが、吸引器はチューブの消毒時にも稼働することから、吸引器の稼働音が必ずしも吸引という事象を意味するわけではないことや、稼働音だけでは吸引開始の瞬間を把握しにくいことから、T が吸引に身構え、対応した行動を発現するのは難しいのではないかと考えられた。

したがって、T が安心して吸引に臨めるようになるためには、吸引に対する T の構えを形成する必要があると考えられた。そのためには、T が受信しやすい信号を用いて吸引部位と開始を予告することが必要であると考え、触覚系のサインを導入することとした(2006.6.1)。具体的には、①予告として気管内の吸引時は、「吸引です」と声をかけながら、咽頭部に軽く触れる、②口腔内の吸引時は、声がけをしながら口元に軽く触れる、こととした。なお、将来的に音声言語のみの予告でも吸引に対する構えが形成されるよう、できる限り、触覚系のサインに音声言語を先行させるようにした。

3. 1. 2 吸引開始場面における T の行動の変化

導入当初は、吸引開始のサインを送っても、T の様子に大きな変化は見られなかった。例えば、口唇に触れてサインを送っても、実際に口腔内にチューブが挿入されると、大きく瞬きをしたり、素早く顔を動かした後に口の開閉を繰り返す、あるいは顔をしかめるといように、依然として当惑している様子が見られた(2006.8.10/2006.8.24)。しかし、次第に、サインを送ると眼球を上に向け、頭部を反らせるといった様子や、笑っている T に声をかけながらサインを送ると急に真顔になるといった様子も見られるようになった。

(2006.9.14). こうした様子から、まだサインの受信には至っていないものの、サインがTの注意喚起を促す役割を担いつつあることが推測された。さらには、サインによってはほんの僅かに微笑んだ後、吸引器が稼働し始めると笑うというように、吸引器の稼働を予測しているかのような行動も見られるようになった(2006.9.21)。また、口腔内の吸引においては、チューブ挿入後に口の開閉を繰り返すことなく、口を開けたままチューブを受け入れている様子も見られるようになり、吸引を行なうヘルパーから「今日、口の開きがいいね」という言葉も聞かれるようになった(2006.9.14)。

その後、サイン後にチューブの挿入方向に顔を向ける(2006.10頃)、声がけのみでチューブの挿入方向へ顔を向ける(2006.12.7)というように、サインや声がけに対応した行動の切り替えが見られるようになり、サインや声がけがTに受信されつつある様子が観察されるようになった。さらには、Tがじっと眼球を上に向けていたため、声がけ後サインを送って吸引するかどうかを確かめようとしたところ、サイン後に笑顔が見られ(2007.2.22)、そうしたTの行動の変化を手がかりとして、吸引が行なわれるようにもなった。

また、Tに身構える様子が見られるようになっただけでなく、吸引中または声がけやサイン時にも笑顔が見られるようになり、Tが安心して吸引に臨めるようになったことが窺えた。

3. 2 吸引終了場面への対応

3. 2. 1 問題状況の整理と方針の決定

吸引の終了については、吸引器の稼働音の停止によってそれを把握することが可能であると考えられ、実際、Tには稼働音終了時に眼球を上に向ける、頭部を反らせるといった様子が見られることがあった。しかし、吸引器はチューブが気管内もしくは口腔内から抜かれた直後に停止するわけではなく、また、気管内の吸引に引き続いて口腔内の吸引が実施されることも多かった。したがって、Tにしてみれば、あとどれくらいで吸引が終了するのかを予測できないまま緊張を強いられることにもなっていたと考えられる。こうしたことは、Tとは無関係に外界が変化していることを意味し、外界との交渉の手がかりが少ないTに、さらなる混乱や緊張を招いていたのではないかと考えられた。そのため、Tが吸引の終了に応じて緊張をゆるめ、次の活動へ踏み出しやすくなるよう行動を切り替えるためには、その状況が終了したことを伝える吸引終了のサインが必要であると考えられた。そこで、先の開始時の構えを解放するという意味から、Tに吸引の終了を知らせる“おしまい”のサインを導入することとした(2006.9.7)。“おしまい”のサインは試行錯誤の末、①吸引終了後、「おしまいです」と言い、タオルを顔前にかざす。タオルを振り、風を送りながら、顔から咽頭もしくは口唇付近まで移動させる、②咽頭もしくは口唇付近でタオルを振り、「おしまいだからふくよ」と声をかけ、タオルを咽頭もしくは口唇に当てる、③「おしまい」と言いながら咽頭もしくは口唇を拭く、という手続きで行なうこととした。

3. 2. 2 吸引終了場面における T の行動の変化

サイン導入当初は、サインを送っても T が構えをゆるめる様子は見られず、むしろ吸引器の停止によって上に向けていた眼球を下に向けたり、笑顔になる様子が見られ、T にとっては依然として吸引器の稼働音が吸引の終了を示す大きな手がかりとなっているようであった。しかし、次第に、吸引器が稼働している状態であっても、サインを送ると笑顔になる様子もしばしば見られるようになり（2006.12 頃）、T が吸引終了のサインによって構えをゆるめる様子も窺えるようになった。

また、T は顔に触れられるのを嫌がることが多く、サイン導入当初は、咽頭部や口唇をタオルで拭くと、腕を体にはきつけるようにして驚く様子がしばしば見られ、ことに口腔内吸引の終了のサイン時には、そうした様子が顕著であった。しかし、即座にタオルで口唇を拭くのではなく、口角にタオルを軽く当てることで予告するようにしたところ、口角にタオルを当てると顔を動かすといった行動が発現するようになった（2006.10.19）。こうした T の行動は、タオルを軽く当てることが T の注意喚起を促し、“おしまい”のサインを受け入れる構えの形成にとって重要であったことを示していると考えられた。また、タオルの動きに合わせて口を閉じる様子が見られるようになっただけでなく、タオルで口唇を拭いても、身体に力を入れることなく、リラックスした状態でサインを受け入れる様子が見られるようになった（2006.10 頃）。

3. 3 吸引場面における笑顔の発現

吸引場面における種々のサインを介した働きかけの進展に伴い、T は吸引開始前後及び吸引中、チューブ抜去直後にしばしば笑顔を見せるようになった。ことに、吸引終了時のサイン導入以後は、吸引終了時のみならず、開始のサイン時にも笑顔が多く見られるようになったと感じるようになった。そこで、笑顔は T の快状態を表わす指標と捉え、吸引場面における笑顔の発現回数の数量化を目的とし、働きかけとそれに対する笑顔の発現の有無を取り上げ、回数を数えた。働きかけとは、①吸引開始の声がけ、②吸引開始の声がけ＋サイン、③吸引、④チューブの抜去、⑤吸引終了の声がけ、⑥吸引終了の声がけ＋タオルによる送風、⑦吸引終了の声がけ＋タオルによる吸引箇所のお拭き、を指す。それぞれを 1 回の働きかけとしてカウントし、1 セッション内の吸引場面における働きかけの総数と、働きかけに対する笑顔の発現回数をカウントした。そして、吸引開始のサイン導入後から終了のサイン導入までの 7 セッション（2006.6.1～2006.8.31）を 1 ブロックとし、また、終了のサイン導入以降の 43 セッション（2006.9.7～2008.1.1）を 7 セッションごとに 1 ブロックとしてまとめ、1 ブロックごとの平均笑顔発現率を算出した。2006.6.1/2006.7.20/2006.8.24/2006.9.28/2007.3.1/2007.8.30/2007.10.4/2007.10.11/2007.11.22 は、T が体調不良であったため、分析からは除外した。

なお、1 回のセッションにおける吸引は、気管内及び口腔内の吸引を合わせると、最大

44 回，最少 1 回であり，1 セッションの平均吸引回数は 13.5 回（±6.8 回）であった．

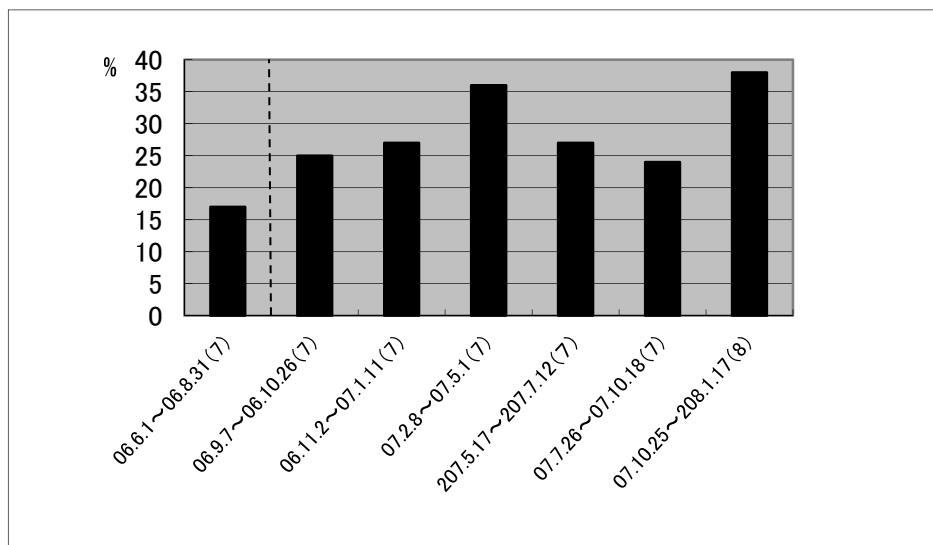


Fig. 1 働きかけに対応した笑顔の発現

() 内の数字は，セッションの回数を示す．また，グラフ内の破線は，それ以降吸引終了のサイン導入を示す．

結果を Fig.1 に示す．

結果から，吸引終了のサインの導入以降，吸引場面における働きかけに対する T の笑顔の発現が増加していることが分かる．

4. 考察

生体を取り巻く外界は刻一刻と変化しており，生体がそうした外界の変化に対応し，柔軟に行動を切り替えていくためには，外界にある雑多な情報の中から，自らに必要な情報を取り出す必要がある．吸引場面でいえば，吸引に身構える，チューブの挿入方向に顔を向ける，口を開ける等といった行動を発現するためには，いつ，どこに，どの方向からチューブが挿入されるのかについての種々の情報を収受し，それに合わせて自らの行動を細やかに調整する必要がある．しかし，T の場合，視覚系を介した情報の収受は困難であり，聴覚系に関しても，不意に生じた音に対しては笑顔を見せるものの，ある音や声がけに対して特定の行動を発現するといった様子は見られず，現段階では音が T の行動の切り替えに関与する信号とはなり得ていないことが推測された．そうした中でも，吸引器の稼動音に対しては，頭部を反らせ，眼球を上に向けるといった行動がしばしば観察されたが，吸引器の稼動音が必ずしも吸引を意味するとは限らず，こうした状況においては，稼動音が手がかりに吸引に身構えるという学習の成立は難しいと考えられた．仮に，吸引器の稼動と痰の吸引が確率高く結びついていたとしても，吸引器の稼動音からだけでは，チューブ

が挿入される微妙なタイミングを把握しにくいといった意味から、Tが吸引直前に身構えたり、口を開けるというように、細やかな行動の調整をすることは難しいと推測された。したがって、Tにしてみれば、いつどこに吸引のためのチューブ挿入されるのかが把握しにくい状況であり、それゆえ、チューブ挿入直後に困惑の表情を示す、体を一瞬こわばらせるといった行動につながっていたと考えられた。また、実際にチューブが挿入されることで初めて、状況を把握することや行動を切り替えることが可能になるというのは、あくまで受身的な状況であり、ケアが援助者主導の下で進まざるを得ないことを示していると考えられた。

そこで、筆者はTが落ち着いて吸引に臨むためには、吸引に対するTの構えを形成することが必要であると考え、吸引を予告するサインとして触覚系のサインを導入することとした。触覚は視覚や聴覚といった遠感覚器とは異なり、身体接触を通しての情報収受であることから、Tにとって定位しやすいのではないかと考えたためである。

サイン導入後のTには、ゆっくりと眼球を上に向けたり、頭部を反らせるといった動きが見られ、サインによってTの注意が喚起されるようになったことが推測された。また、笑っているTに対してサインを送ったところ、Tの動作が一瞬止まり、ふっと真顔になるといった様子も見られるようになった。中島（1977）は生体の初期学習の基本の一つとして「運動の停止」をあげ、「一瞬の停止は、まさに受容の高まりを示す」と述べている。先に述べたようなTの動作の停止は、筆者のサインを受信し、行動を切り替えている姿として捉えることができ、触覚系サインの有効性が示唆されているといえよう。また、サインに応じて顔をチューブの挿入方向に向けたり、口を開くといった行動がみられるようになったが、こうしたTの姿は、ただ一方的に吸引を受けるのではなく、状況の変化に合わせて行動を切り替えることで、吸引という活動にTが主体的に関与しているということもできよう。

また、吸引の終了については、吸引機の稼働音の停止によってそれを知ることができることも考えられたが、吸引器は吸引終了後すぐに停止するわけではなく、気管内や口腔内からチューブが抜かれてから吸引器の停止までの間も、Tが構えを緩められないままにいる可能性が考えられた。また、多くの場合、気管内の吸引に引き続いて口腔内の吸引が行なわれていたが、気管内の吸引に対する構えが形成されたままの状態では、口腔内の吸引に対応して柔軟に行動を切り替えることは難しいと考えられた。こうしたことから、吸引の終了に応じて構えを解放し、次の活動に向けて行動を切り替えられるよう、吸引終了を伝える“おしまい”のサインを導入するに至った。そして、それにより、吸引器が稼働している状態であっても、筆者がサインを送ると笑顔が見られるようになった。

また、こうした行動の変化に伴い、吸引開始前や吸引中だけでなく、吸引終了時にもしばしば笑顔が見られるようになり、Tがケアに安心して臨めるようになったことが窺えるようになった。

千葉（1977）は、構えによって外界に適するように調整された行動が発現するだけでなく、構え自体も生体が外界に適応している状態であると指摘している。さらに、「構えの機能となるものは、単に行動への潜在的準備の課題だけでなく、行動の力動性についての実際的な調整作用である」と述べた上で、「このような調整作用が行なわれる時、はじめて人は解決すべき問題の保有者となり、構えのもとで行動を制御するアルゴリズムが形成される」と述べている。つまり、構えによって外界の変化に対応した行動の発現に向けた調整が図られるということができよう。そして、そうした調整作用が行なわれることで、問題解決の主体者となるといった点から考えると、Tの吸引に対する構えの形成は、Tが介助者によってなされる吸引に主体として関与することを意味するといえよう。こうしたことから、施術者—被施術者という構図になりがちな医療的ケアであっても、対象者にケアへの構えを形成することによって、共同活動としての医療的ケアを成立させることが可能になるといえよう。

医療的ケア場面においては、生命維持といった観点やケアを要する緊急度といった問題から、コミュニケーションあるいは共同活動という視点が見落とされがちであり、ともすればそうしたケアが一方的に行なわれてしまうといった危険性も孕んでいる。しかし、コミュニケーションは人と人とが存在するあらゆる場面で発生し得るものであり、医療的ケアの場面といえども例外ではない。これまで述べてきたような吸引場面におけるTとの係わり合いも、外界の変化に応じた行動の切り替えを促そうと筆者がTに働きかける一方で、Tの微妙な行動の変化に合わせて筆者自身が働きかけの調整を行なうといった循環的コミュニケーションを基盤としての展開してきたものである。ケアを受ける人のおかれた状況を考えた場合、一方的なケア活動の展開はできる限り避けるべきであると考えられ、一方的なケアを抑制するためには、医療的ケアをコミュニケーションといった視点から捉え直すことが必要であり、そうした思考によって、ケアの実施に際しての工夫も生み出されてくるものと思われる。こうしたことから、医療的ケアを必要とする人に対する教育的対応にあたっては、医療的ケアをコミュニケーションの視点から捉えようとする思考の転換と、相手の状態に合わせた細やかな働きかけの調整が必要ではないかと考えられる。

医療的ケアを必要とする人にとって、そうしたケアは生命の維持に欠かすことができないものである。かつ、多くの人にとって、そうしたケアは日常生活において頻繁に行なわれる行為である。医療的ケアを要する人々のより豊かな生活を実現していくためには、日々繰り返されるケアをより安心して受けられるような対応が必要である。そのためには、援助者や介助者がケア実施に関する技術を磨くことも必要であろう。しかし、医療的ケアは、人と人とが係わり合うコミュニケーション場面としての側面も有している。したがって、ケアを実施する人と受ける人の間に、より円滑なコミュニケーションを成立させることもまた、安心してケアを受け入れることにもつながると考えられる。そのためには、開始の予告や終了の合図といった工夫を対象者の行動状態に合わせて積み重ねるというよ

うなコミュニケーションが不可欠であり、そうした営みの中に教育的対応の意義があるといえるだろう。

文献

- 千葉良雄・黒田輝彦（1977）構えの心理学．新読書社．
- 船戸正久（2003）超重症児の在宅での医療ケアと QOL．障害者問題研究，31（1），21-29．
- 川住隆一（1998）生命活動の極めて脆弱な重複障害児の健康管理に関する課題と研究動向．特殊教育学研究，36（3），41-49．
- 国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部（2001）常時「医療的ケア」を必要とする重度・重複障害児への教育的対応に関する実態調査報告書．平成 11～12 年度 障害のある子どもの教育指導の教育指導の改善に関する調査普及事業．
- 松田直（2002）重度・重複障害児に関する教育実践研究の現状と課題．特殊教育学研究，40，（3），341－347．
- 宮下育恵・高柳ふみ・杉田克生（2003）肢体不自由養護学校における医療的ケアの現状について．千葉大学教育学部研究紀要，51，201-206．
- 村田茂・飯野順子（1996）肢体不自由教育における今日的課題と今後の方向—養護学校における医療的ケアの在り方の検討—．筑波大学学校教育論集，19，1-9．
- 中垣紀子・川井みつ子・神道那実（2007）養護学校における医療的ケアに関する動向．日本赤十字豊田看護大学紀要，3（1），35-40．
- 中島昭美（1977）人間行動のなり立ち—重複障害教育の基本的立場から—．重複障害教育研究所研究紀要，1（2），1-58．
- 小口圭子（2003）要医療的ケア児の主体性をはぐくむ療育 反回神経麻痺児の自立吸引に向けて．障害者問題研究，31（1），61-65．
- 下川和洋（2003）医療的ケアを必要とする子どもたちの教育保障とその展望．障害者問題研究，31（1），39-47．
- 高田哲・常石秀市・坪友子・鎌江伊三夫・中村肇（2002）肢体不自由養護学校における医療的ケアに関する研究．神戸大学都市安全研究センター研究報告，6，289-296．
- 津島ひろ江（2000）学校における医療的ケアへの対応に関する研究—法の整備とケア提供者の養成を中心に—．川崎医療福祉学会誌，10（2），263-272．
- 在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究会（2004）盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の医学的・法律学的整理に関するとりまとめ．平成 16 年度厚生労働科学研究費補助事業．