

第67回日本小児保健協会学術集会 若手企画シンポジウム

医療的ケア児の現状と課題～10年後を見据えて～

イタリアにおけるインクルーシブ教育
—現状と課題—

橋 本 鈴 世 (京都大学大学院人間・環境学研究科)

I. はじめに

イタリアにおいては1960年代末の社会運動の高まりを背景に、学校教育における障害児の分離についての議論が高まった。1970年代に入ると法改正が行われ、1975年ファルクッチ特別委員会による新しい学校のあり方についての報告の後、1977年法律517号により小中学校障害児学級の廃止とそれに伴う学級編成、教員配置、学校への専門職介入等の施策が規定された。その後イタリアにおいては一貫して国レベルで教育におけるインクルージョンが展開され、現在も障害の程度および種別にかかわらず、すべての児童生徒は通常学級で学習することが原則となっている。

日本においては2012年文部科学省による「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進（報告）」により、インクルーシブ教育の推進が明言された¹⁾。報告の中では、共生社会の形成に向けて、障害者の権利に関する条約に基づくインクルーシブ教育システムの理念が重要であること、障害のある者と障害のない者が同じ場でともに学ぶことを追求することが述べられた一方で、連続性のある「多様な学びの場」として小中学校における通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校とすべての教育形態が従前どおり保持されている。

今回、40年余りのインクルーシブ教育実践の歴史を有するイタリアにおける現状と課題を概観し、日本における現状を踏まえたうえで、今から10年後すなわちインクルーシブ教育推進開始からおよそ20年後の日本の学校における医療的ケア児の教育についての展望をもつことを試みた。

II. イタリアにおけるインクルーシブ教育の現状（国立統計研究所による年次報告より）

2018～2019年度イタリアの小中学校に在籍する障害のある児童生徒の総数はおよそ177,000人で、全児童生徒総数の3.9%に相当した。これら障害のある児童生徒の98.4%が医師による診断を受けている²⁾。法律104号（1992年）により、通常学級において支援を受けるためには、医師による診断書の取得が義務付けられているためである。前年度2017～2018年度の障害のある児童生徒総数はおよそ165,000人（3.7%）であり³⁾、障害のある児童生徒数は日本と同じく年々増加傾向にある。日本においては2012年文部科学省により、通常学級に在籍する児童生徒の6.5%が学習面または行動面で著しい困難を示すとの調査結果が報告されたが⁴⁾、日本における調査結果は医師による診断に基づくものではなく、担任教師が記入した質問紙回答結果に基づくものである。

2018～2019年度、イタリアにある学校55,209校の校舎におけるバリアフリーの状況は、エレベーター設置54%、スロープ等による段差解消67%、基準を満たすトイレ71%である²⁾。日本の28,131校の公立小中学校校舎における状況は、エレベーター設置27.1%、スロープ等による段差解消78.3%（門から建物の前まで）および57.2%（昇降口・玄関等から教室等まで）、車椅子使用者用トイレ65%である⁵⁾。このように、バリアフリー化の程度に幾分差がみられるものの、両国ともエレベーター、スロープ、トイレを対象に物理的バリアフリー化を進めていることが見てとれる。

その一方で、物理的バリアフリーと同様にインクルーシブ教育を推進するうえで重要な要素である、障

害のある児童生徒に関わる学校内の人的環境の整備については、イタリアと日本でアプローチが大きく異なる。イタリアでは障害のある児童生徒が学級に在籍する場合、担任教師に加えて法律517号で定められた支援教師が配置される。支援教師は障害のある児童生徒を個別に指導するためだけに配置されるのではなく、担任／教科教師とともに授業において学級全体の指導にもあたる。支援教師の資格取得のためには、通常の教師資格取得後に専門の養成課程を修了する必要があるため、日本の学校における学習指導員や学習支援員といった職種とは専門性が異なるものであるといえる。2018～2019年度、イタリアの学校では173,000人の支援教師が学校で指導にあたった。しかし、この支援教師については数が不足しており、児童生徒への支援が十分でないことが近年問題となり、支援教師不足の問題を解決すべく養成課程が2年間から1年間に短縮されたことから、現在はその専門性の低下が危惧されている。児童生徒の障害が重度の場合は、支援教師の配置に加えて法律104号(1992年)で規定された自立・コミュニケーション・アシスタントが配置される。アシスタントは担任教師、支援教師と協働して児童生徒の支援にあたる。2018～2019年度、約54,000人のアシスタントが学校で支援にあたったが、このアシスタントについても不足が問題となっている。アシスタントと児童生徒の比率は全国平均で1:4.8であるが、イタリア北部では1:4.4、イタリア南部では1:5.8とアシスタント1人が支援する児童生徒の数に地域差がみられる。特に、南部カンパニア州では比率が1:14以上、南部モリーゼ州では1:13以上であり、教育における南北格差の深刻さがうかがえる。アシスタントは障害のある子どもの送迎にも従事することがあり、社会的協同組合から派遣されることが多い。

ここで、学校におけるアシスタントとの関わりが深い社会的協同組合について記す。イタリアにおける社会的協同組合とは、1991年法律318号によって規定された、市民の社会統合およびコミュニティの利益を追求することを目的とする組合を指す。障害児者、高齢者、幼児、児童等への支援サービスを提供するA型と、構成員の30%が障害者および社会的に不利な立場にある人々と規定されているB型の2種が存在する。2016年に活動した社会的協同組合は15,600で、2005年の7,363から大幅に増加している。2016年の構成員総数は2015年から3%増加し428,713人であった。障害

のある人々への支援サービス、障害のある人々の就労の場、その双方に深く関わりがある社会的協同組合が増加し、イタリア社会において存在感を増し続けていることは社会におけるインクルージョンを考えるうえで注目に値する事実である。

インクルーシブ教育の実践に必要な不可欠とされる、きめ細やかな指導および支援を可能にする人的環境を考えるうえで、学級編成も重要な要素の一つであるといえる。イタリアにおいては障害のある児童生徒が在籍する学級では児童生徒数が20人以下に規定されている。つまり、障害のある児童生徒が在籍する学級では、授業において教科教師と支援教師の2人で、20人以下の児童生徒を指導するということを意味する。日本においては、現行では小中学校および高校において、学級編成の標準は障害のある児童生徒の在籍の有無にかかわらず40人（小1のみ35人）であり、2021年4月からの5年間で小学校における学級編成が段階的に35人に引き下げられる予定である。

Ⅲ. イタリアの学校における医療的ケア児

障害の程度および種別にかかわらず、すべての児童生徒が通常学級で学ぶことが原則となっているイタリアでは、気管切開や経管栄養等で医療的ケアが必要な状態にある児童生徒も支援教師、アシスタント、看護師による支援を受けながら通常の学級で学習することが可能である。学校における医療的ケア児の実態について、日本においては文部科学省からその数や通学方法等のデータが公表されているのに対し、イタリア教育省からは医療的ケア児に関するデータが公表されていない。国立統計研究所インクルーシブ教育担当者に該当データについて問い合わせたところ、日本の「医療的ケア児」に合致する定義がイタリアにはないためデータは存在しない、との回答であった。州レベルでのデータについてトスカナ教育局に問い合わせたところ、州内の学校に通学する気管切開や経管栄養の児童生徒数等については機密データにあたるため開示できない、との回答であった。医療的ケア児に関するデータは存在しないものの、医療的ケア児に関するデータに関連があると推測されるものとして、国立統計研究所担当者から2013～2014年度「学校における継続的治療のための医薬品要求」に関する調査結果の提示があった。この調査において「要求あり」と回答した小学校が15.2%、中学校が13.6%であったことから、そ

これらの学校には継続的治療を必要とする、重度障害のある児童生徒が在籍していることがうかがえるというのが担当者の見解であった。

学校における医療的ケア児に関して、イタリアと日本で大きく異なるのは、学校において誰が医療的ケアを行うかという点である。日本の特別支援学校では看護師のほかに、喀痰吸引等研修第3号研修の受講により、教職員による特定の児童生徒を対象とした痰の吸引および経管栄養が可能になるのに対し、イタリアの学校では、看護師と地域の指定病院でトレーニングを修了した自立・コミュニケーション・アシスタントのみが痰の吸引等の医療的ケアを行い、教師が医療的ケアを行うことはない。つまり、日本の特別支援学校では教師が学習指導に加えて医療的ケアも行うのに対し、イタリアの学校では教師は学習指導のみ、医療的ケアはアシスタント、とその役割が明確に分けられているといえる。

医療的ケア児の通学について、日本においては文部科学省による学校における医療的ケア児に関する実態調査（2019年）の中で、自家用車使用の割合が高いことが報告されており、保護者の負担が懸念されている⁶⁾。イタリアでの障害のある児童生徒の通学については、アシスタントが介助するスクールバスの送迎やボランティアによる送迎を選択することが可能である。ここで、日本とイタリアとで一般的な通学形態が異なっている点について説明を加えておく。イタリアの小学校においては日本のような集団登校や子どもだけでの下校はなく、障害の有無にかかわらず学校への子どもの送迎は保護者が行うのが一般的である。保護者に学校への子どもの送迎を義務付ける法律はないが、刑法第591条において14歳未満の者を放置することは犯罪でありその保護者には懲役刑が科されることから、学校への子どもの送迎を行うことはすべての保護者にとって当たり前のことと捉えられているのである。

ここで障害のある児童生徒の学校への送迎の一端を担うボランティアについても言及する。総人口におけるボランティア数の割合が日本においてはおよそ6%（2013年）とのデータがあるのに対し⁷⁾、イタリアにおいては12.6%（2013年）と約2倍の割合を示すデータがある⁸⁾。ボランティアの担い手にも差異がみられ、日本では女性が7割、男性が3割であり、60歳以上が主な年齢層であるのに対し、イタリアのボランティアは女性よりも男性が多く、54～64歳が主な年齢層であ

り、大学卒業の学歴をもつ層のボランティア経験率が22.1%と高いことも示されている。

前述のとおりイタリアの通常学級に在籍する医療的ケア児に関するデータは公表されていないが、病院内学校および自宅教育に関するデータは公表されている。これらは日本における院内学級および訪問教育に相当するものである⁹⁾。2018 / 2019年度の病院内学校数は214、教師数870、病院内学校と自宅教育の児童生徒総数は61,516人であった。病院内学校は地域の公立学校と連携を図っており、公立、私立いずれの病院においても公立学校教師が指導にあたっており、病院内学校の児童生徒と通常学校の児童生徒との交流も行われている。自宅教育は、一時的疾患のため30日間以上通学が困難な状況にある児童生徒が対象とされている。一般的に小学生は週4～5時間、中学生は週6～7時間、それぞれのニーズに応じた学習内容で授業に取り組んでおり、必要に応じてオンライン授業も行われている。2017～2018年度は1,306人の児童生徒が自宅教育を受けた。すべての児童生徒にとって通常の学級で学ぶことが原則であるイタリアにおいて、病院内学校、自宅教育といった通常学級以外の教育の場が残されている事実は、現在のイタリアにおけるインクルーシブ教育の限界を示すものであるといえよう。

一時的疾患の児童生徒のために残されている自宅教育のシステムであるが、選択の結果として、長期的に自宅教育を受けている児童生徒の存在があることを見過ごしてはならない。障害の程度および種別にかかわらず、すべての児童生徒へのインクルーシブ教育が保障されているイタリアで、通常学級以外を選択するに至る理由には、それぞれの児童生徒および保護者が直面した過酷な状況があったであろうことは想像に難くない。今回、以前は通常学級で学習していたが、途中から自宅教育へと学習の場を変更した脊髄性筋萎縮症（SMA）患者の高校生の保護者1人と、当事者の高校生2人にインタビューを実施することができた。保護者には通常学級から自宅教育へと切り替えた経緯を中心にインタビューを行った。保護者によれば、自宅教育を選択するに至った要因は、幼稚園への通園開始以降インフルエンザ罹患が度重なり通園を中断したこと、通学を再開した小学校では机を教室の後方に設置する、学習時間を短くするといった手だてを講じたが、それでも他児との距離の維持が難しく呼吸器に問題が出るようになったため、通常学級での学習を断念した

とのことであった。その後は私立学校のオンライン授業を受けるようになり、高校卒業後も大学でオンライン授業を受けられるため今後の教育に関する不安はないとのことであった。現在はコロナウイルス感染防止のために、イタリアにおいて生活習慣に変化が生じ、マスクの着用や社会的距離の維持が当然のことと捉えられるようになったため、医療的ケアが必要な児童生徒をめぐる状況は変わりつつあるだろう、とのことであった。当事者の高校生2人には、日本の特別支援教育について大まかに説明したうえで、イタリアと日本の学習形態についての意見を求めた。1人のSMA患者の高校生は、通常学級で学習した小学校時の自分の経験について、素晴らしい経験として懐かしく思う、今後も環境を整えばほかの生徒とともに学習をしたい、と自分が受けたインクルーシブ教育について好意的に語った。その一方でもう1人のSMA患者の高校生は、自分が過去に経験したインクルーシブ教育についてはあまり話そうとせず、筆者が説明した日本の特別支援学校に興味をもち追加説明を求めた。そして障害の程度や障害種が同じ仲間と一緒に学習できるのなら通常学級以外の場で授業を受ける方がよいと思う、と語った。

IV. インクルーシブ教育の意義

これまで述べてきたとおり、イタリアにおけるインクルーシブ教育は、課題やその限界が認識されながらも40年以上にわたって今日まで堅持され続けている。実際に現場でインクルーシブ教育の実践にあたる教師はどのような理念をもって指導にあたり、子どもたちにはどのような形でその成果が表れているのか、筆者がイタリアで実施した2つの調査結果を報告する。

2013年3月、イタリア中部トスカーナ州フィレンツェにおいて58人の幼稚園、小学校、中学校教師を対象に、インクルーシブ教育に関する質問紙調査を実施した。障害のある児童生徒と障害のない児童生徒が同じ場で学ぶことの意義についての質問に対し、障害のある児童生徒にとって意義があると回答した教師は87.7%、障害のない児童生徒にとって意義があると回答した教師は100.0%であった。障害のある児童生徒にとっての意義についての記述回答には「刺激を受けることができる」、「等しい権利である」などの記述が多く、障害のない児童生徒にとっての意義については「違いを受け入れることを知る」、「敬意を払うことを

学ぶ」、「人を助けることを学ぶ」といった回答が多くみられた。この調査結果から、とりわけ障害のない児童生徒にとってインクルーシブ教育が意義深いものであるというイタリアの教師の揺るぎない理念が明らかになった。

2014年2月、トスカーナ州フィレンツェにおいて157人の中学生および高校生を対象にインクルーシブ教育に関する質問紙調査を行った。その記述回答において「障害がある子どももほかの子どもと同じ学級にいる権利がある」、「毎日一緒にいるべきだ」といった回答が多くみられた。調査結果からイタリアの多くの子どもにとって障害のある児童生徒と障害のない児童生徒が同じ場で学ぶことは当然のことと捉えられていることがうかがえ、イタリアにおけるインクルーシブ教育の成果の一端をみることができた。

V. 10年後に向けての課題および展望

10年後の日本の学校における医療的ケア児の教育についての展望を考えるうえで、これまでに述べてきたイタリアと日本におけるインクルーシブ教育の現状および課題から、いくつかの視点を見いだすことができる。

現在日本の学校においては、学校に配置された看護師に加えて第3号研修を受けた教職員による特定の児童生徒を対象とした痰の吸引および経管栄養が可能である。教員による医療的ケアが実施されるようになったことは、教育面・安全面で大きな意義をもつ。医療的ケア児の学習における可能性が広がっただけでなく、コミュニケーション面においても望ましい効果がみられるといった報告が聞かれる。一方イタリアでは、教員は学習指導に集中し、学校内における医療的ケアは自立・コミュニケーション・アシスタントと看護師のみが行う。日本の学校での教員による医療的ケアの実施による成果は注目に値するが、イタリアの自立・コミュニケーション・アシスタントに相当するような、教室内で医療的ケア児の個別支援を専門に行うスタッフが増員されれば教員は学習指導に集中することができ、より質の高い教育が可能になると考えられる。文部科学省も多様な専門性を有するスタッフを学校に配置し、児童生徒への支援や教員の負担軽減につなげることを推進しているところであり、今後に期待したい。

次にオンライン授業の可能性と課題について述べる。インタビューを行ったSMA患者の子どもが、通常学級での授業を断念してオンライン授業を受けるに

至ったように、医療的ケア児が学習を進めるうえでオンライン授業は重要な学習形態である。対面で同じ場で学習することが難しい医療的ケア児でも障害のない児童生徒とオンラインで学びの時間を共有することは可能な場合がある。しかし、新型コロナウイルス感染拡大により一斉休校となった際に、日本における小中学生のオンライン教育受講率は東京都23区69.2%, 地方圏33.9%と、大きな地域格差がみられ、公立学校におけるオンライン教育への対応の遅れが顕著であることが指摘された¹⁰⁾。今後、日本のどの地域においても、医療的ケア児が必要なオンライン授業を受けられる体制づくりが進められることを期待する。

最後に、日本において医療的ケア児の保護者にとっての負担として懸念されている、学校への送迎について考える。イタリアにおいては、障害のある児童生徒の学校への送迎の重要な担い手は社会的協同組合およびボランティアである。イタリアにおいては福祉分野だけでなく、医療分野においてもボランティアの存在が大きい。一例を挙げれば、救急車の運転手や救急隊員の一定数は専門的な研修を受講したボランティアによって担われている。もう一つの担い手である社会的協同組合についても、市民の社会統合とコミュニティの利益を追求することを目的とするため、サービス提供側の個人的利益は追求しない。イタリアにおいて1991年に社会的協同組合が法制化されて以降、ヨーロッパを中心に同様の組織づくりの動きが広まりつつある。日本には社会的協同組合にあたるものは存在せず、総人口におけるボランティア組織率もイタリアのおよそ半数ほどである。ボランティアの担い手の多くを女性が占めている点についても、男性ボランティアの方が多いイタリアとは事情が異なる。より多くの人々がボランティアに参加しやすい社会、利潤を追求しない社会統合のための新しい形の組織を受け入れられる社会の実現のためには、日本における労働、経済、社会のあり方について考え直す必要があるのではないだろうか。

謝 辞

今回の発表にあたり、多くの資料をご提供くださいました国立統計研究所 (Istituto Nazionale di Statistica) Lucia Martinez 氏に深く感謝いたします。また、お話を聞かせていただいた Trillo 音楽学校 Renato Cantini 先生、Ferrara 大学 Tamara Zappaterra 先生、SMA 患者ご本人

とご家族に心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) 文部科学省. “共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進 (報告). 2012” https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/attach/1321668.htm (参照2021-01-30)
- 2) Istituto Nazionale di Statistica (2020). L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità' anno scolastico 2018-2019.
- 3) Istituto Nazionale di Statistica (2019). L'inclusione scolastica : accessibilita', qualita' dell' offerta e caratteristiche degli alunni con sostegno anno scolastico 2017-2018.
- 4) 文部科学省. “通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について. 2012” https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf (参照2021-01-30)
- 5) 文部科学省. “公立小中学校施設におけるバリアフリー化の状況調査の結果 (速報値). 2020” https://www.mext.go.jp/content/20201210-mxt_sisetuki-000011447_1.pdf (参照2021-01-30)
- 6) 文部科学省. “令和元年度学校における医療的ケアに関する実態調査” https://www.mext.go.jp/content/20200317-mxt_tokubetu01-000005538-03.pdf (参照2021-01-30)
- 7) 全国社会福祉協議会. ボランティア人数の現況および推移. 2019.
- 8) Istituto Nazionale di Statistica (2014). Attivita' gratuite a beneficio di altri anno 2013. https://www.istat.it/it/files//2014/07/Statistica_report_attivita_gratuite.pdf (参照2021-01-30)
- 9) Ministero dell' Istruzione. “Scuola in ospedale istruzione domiciliare. 2020” <https://scuolainospedale.miur.gov.it/sio/> (参照2021-01-30)
- 10) 内閣府. “新型コロナウイルス感染症の影響下における生活意識・行動の変化に関する調査. 2020” <https://www5.cao.go.jp/keizai2/manzoku/pdf/shiryo2.pdf> (参照2021-01-30)