

博士論文

小・中学校におけるリスク対応に関する文化人類学的研究

平成27年7月

村田吉弘

小・中学校におけるリスク対応に関する文化人類学的研究

～ 医療的ケアが関係するリスク対応を中心に ～

目次	1
序章	4
1. 研究の背景と目的	4
2. 文化人類学的研究について	9
3. 医療化について	11
4. リスク研究について	13
5. 本論文の構成	15
第一章 医療が関係するリスク対応の課題	18
1. 医療的支援の必要な子どもの在籍	18
2. 学校安全の充実を図る目的の学校保健法の改正	19
3. 学校現場に求められるリスク対応	20
4. 小・中学校における教職員の役割	21
5. 管理職に対する調査	28
6. 教職員の相互理解による校内支援体制の構築	35
第二章 事例「食物アレルギー」～リスク対応における多職種連携の工夫～	38

1.	問題の背景	38
2.	食物アレルギーについて	39
3.	食物アレルギー対応の困難さ	46
4.	専門性と向き合う栄養士 A の語り	48
5.	関係教職員の物事の見方が変わる気づき	51
6.	多職種連携での工夫と課題	55

第三章 事例「新型インフルエンザ」～リスク対応における未然防止の重要性～

		59
1.	問題の背景	59
2.	新型インフルエンザについて	60
3.	2009 年の新型インフルエンザの経験	75
4.	未然防止の難しさと重要性	78

第四章 事例「痰の吸引など」～リスク対応における葛藤の存在～

		80
1.	問題の背景	80
2.	痰の吸引などのリスク対応	81
3.	痰の吸引などの連携の困難さ	85
4.	連携を妨げる葛藤の存在	87

終章 連携を促し、葛藤を克服する対話の光と影	90
1. 三つの事例の総合分析	90
2. 気づきの必要性	95
3. 未然防止の必要性	100
4. 葛藤の存在	103
5. 相互理解を促す対話の光と影	113
6. まとめ	116
参考文献	123
資料編	128

序章

1. 研究の背景と目的

1. 1 研究の背景

近代医療の発展や医療行政と教育行政の変化など様々な社会状況の変化により、痰の吸引や導尿の補助などの医療類似行為とされるケアの必要な子どもが特別支援学校をはじめとして小・中学校においても、数多く在籍するようになった。

一方では、学校は教育を行う場であるのみならず、児童生徒が安全・安心して過ごせる場であることが求められる。従来から、学校では、内部要因としての教育活動中の事故、例えば理科実験や図画工作での事故防止やクラブ活動中の事故防止を行ってきた。また、外部要因としての地震などの自然災害や不審者侵入などの人為災害での事故防止と避難訓練などを行ってきた。しかし、教育活動が拡がり、修学旅行や野外活動ではどうするのか？とか、深刻な事態として社会問題化した、いじめや体罰の未然防止をどうするのか？とか、こうした課題に加えて、「大阪教育大学附属池田小学校の事件」のような想定外の事態に対応できるように、児童生徒の安全・安心を守る活動を学校運営として求められるようになった。

こうした中、平成 20 年の学校保健安全法により法的整備が進められ、小・中学校の教育活動では、想定外の事態に対応できるように児童生徒の安全・安心を守る活動を学校組織として求められるようになっており、事故が起きてからの危機管理はもちろんのこと、好ましくない事態の発生を未然に防ぐ活動を含めて、学校の組織として行う安全管理の取組が必要だということになってきている。

このような状況に加えて、医療的な対応が必要な子どもの平等な教育機会の確保等を求められる学校現場では、子ども達の多様な医療的ニーズに応えると同時に事故回避やリスクを低減させるための工夫が重要となっている。

では、誰が学校における医療的ケアを担うのだろうか？この点において、近年の法制度の変化は、現場に少なからず混乱を招いていると言えよう。

筆者は、以前、病院に併設されている養護学校（現在では、特別支援学校と呼称している）で教諭として勤務した経験がある。その時は、障害児の教育の知識しか持ち合わせなかったが、数人の重度肢体不自由児を担当し、保護者の依頼のもとに食事の介助をはじめ、身辺自立のための支援などをしてきた。当時は、保護者の求めに応えることが教師としての使命だと信じていたので、矛盾を感じてはいなかった。その理由は、保護者ができて筆者のような教師が介助できないのでは、保護者に信頼されないと思ったからだ。

その後、平成元年頃から平成 10 年頃には、養護学校を中心に重度の障害児が増加することによって、教師が行う介助や支援のうちいくつかの行為が医療行為とみなされ医師法に違反するのではないかという問題が、盲・聾・養護学校において指摘されるようになった。指摘の前であった頃は、教師にできていた行為が法の整備によって医療行為とみなされるようになり、結果として医師や看護師でないと行ってはならない行為へと変化し、子どもを教え育む場である学校において教師が医療的支援を必要とする子どもの介助のうち幾つかの行為は手出しできなくなってしまったのである。

医療的な支援が必要な児童生徒がいることを前提とした法整備が進み、医療の専門家が学校に派遣されることになった。例えば、肢体不自由の子どものてんかんの発作があり、

坐剤の挿入が必要な時、看護師が派遣される。このことによって、教職員は、このような医療行為から解放されることになる。しかし、緊急事態が発生した際には、看護師の派遣が間に合わないこともある。通常であっても、看護師の人手不足は良く知られている。さらに、学校行事の多様化に伴い、野外活動や修学旅行の対応はどのようにすべきなのだろうか？現実には、例えば、修学旅行の際、インシュリンの自己注射を必要とする糖尿病の生徒の介助や、てんかん発作のコントロールできない子どもに坐剤を挿入するなど、学級担任と養護教諭が協力して介助するといったことは起こっている。すなわち、医療的な介助が必要な児童生徒が学校に在籍する以上、教職員は何らかの対応をせざるを得ない状況が存在するのである。しかし、教職員は、そのための介助方法の訓練を受けているわけではなく、医療に関わるリスク管理の経験もほとんどないと言ってよい。

そこで、医療的ケアが必要な児童生徒が学校に在籍するという現実と直面しながらも、学校現場では、いくつかの矛盾を抱え込むことになる。

(1) 教職員の医療行為は、法的には違法とされながらも、現実には、介助を行わざるを得ないこと

(2) 学校は、安全・安心な学校生活を保障するという観点から、事故後の危機管理のみならず、事故の未然防止にも組織的に対応することが教職員に求められていること。そして、中でも、痰の吸引などはハイリスク・ケースであること。

(3) 医療的ケアに対するリスク対応には、組織の整備や事前訓練が求められるが、医療行為は教職員の所掌事項ではないため、職務内容に含まれていないこと。

このような矛盾を抱えながらも、現実には、医療的な対応が必要な子どもの平等な教育

機会の確保等を求められる学校現場では、学校保健の専門家である養護教諭だけでなく、教諭や栄養士や給食調理員などの非医療従事職の教職員が子ども達の多様な医療的ニーズに応えると同時に、事故を回避したりリスクを低減するための実践を行っていたりしている。

そこで、本稿の目的である小・中学校における医療的ケアが関係するリスク対応を理解するためには、まず、第一にどのような実践が行われ、そこに、どのような多職種間の協力や連携が見られるかを明らかにする必要がある。第二に、相矛盾する多様な要求の中で、関係する教職員が、どのように自らの職業観や安全管理、医療事故などのリスクについて考えているのか、また、どのような葛藤を経験しているのかを明らかにする必要がある。そして、第三に、多職種間の連携の工夫とともに、それぞれの専門家が学校現場で抱える職業上の葛藤を論じ、リスク対応の現状と課題を明らかにしたい。これら一連の問いかけを解明するために、本稿では、医療が関係するリスク対応の事例として、食物アレルギー、新型インフルエンザ、痰の吸引などの三つを取り上げ、教育や医療に関係する制度的専門家（以下、専門家）の語りを中心として、文化人類学的研究手法によって記述、分析する手法をとって、疑問を解明していきたい。

1. 2 研究の目的と方法

研究の方法については、参与観察やインタビューといった文化人類学的研究手法を採用し、主として質的データを収集する。教職員といった教育の専門家と看護師といった医療の専門家に、医療的な対応が必要とされた事象や医療事故のリスクを回避するために行った連携・工夫についてインタビューを実施した。

教師の人生に少なからず影響を与えたと思われるライフイベントとしての医療化する学校におけるリスク対応にまつわる語り（ナラティブ）を記録し、専門家が自分の人生や日常の実践を語るときに頻繁に使用する言葉を抽出し、それらを専門家としての生き方にかかわるシンボルとして取り扱う。そのシンボルの意味を分析し、教職員や看護師などの専門家の連携や工夫、葛藤を明らかにする。

質的データに加えて全体的な傾向を理解するためにアンケート調査を行った。広島市内の中学校 64 校に実施し、聞き取り調査は筆者が関わった学校給食センター 1 ヶ所、中学校 2 ヶ所、小学校 2 ヶ所、特別支援学校 2 ヶ所をフィールドとし、教職員へのインタビューは平成 16 年度から平成 25 年度の約 10 年間で実施した。

フィールドにおいて、筆者は学校に勤務しており、時に共同実践者として、時に管理者として、医療が関係するリスク対応に関わった。結果として長期にわたっての参与観察が可能となったが、関係する専門家の意識に筆者の問題意識が反映することも考慮しなくてはならなかった。

決まった時間等を設定したフォーマルな面接が単に表面に現れた語りとなり易いため、こうしたインタビューのデータとして示す以下の語りのほとんどは、リスク対応での特徴的なエピソードが生起した時、できるだけ間をあげない時にインフォーマルな形の面接で行われたものであり、教育の専門家と医療の専門家という立場の違いだけでなく、教諭や養護教諭、栄養士、看護師といった職種による立場の違いから見た同一のエピソードの語りを収集し、語りのデータが多面的になるように努めた。こうした質的データは、面接対象者の許諾を得て録音、又はノートに記録したものである。

1. 3 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究参加者に対しては研究の主旨を書面にして口頭で説明するとともに、研究参加は自由意志であり、拒否することや途中で中断することができること、参加を断った場合にも何ら不利益を被らないこと、職務に支障のないように配慮することを約束し、面接で得られたデータは匿名で扱い、プライバシーを保護することなどを説明して研究協力の承諾を得た。

2. 文化人類学的研究について

2. 1 学校問題の包括的把握的研究方法

本論文は「学校」が主たる調査対象地である。ここで、文化人類学では、学校をテーマとして、どのような研究がなされてきたのかについて、概観する。

近年の世界中のグローバル化の進展にともない、どこの国においても多文化教育は必要に迫られていて、日本においても外国人労働者の受け入れ問題や、また、国際理解教育の必要性など、柴山真琴(2001)が指摘するところは理解できた。この文献では、学校の実践場面をどのように記述するのかという方法論を参考にした。また、日本の研究では志水宏吉(1998)が編集者となって、いくつかのエスノグラフィーを書いているが、第8章の「授業改革を妨げているもの」で、より理解を深めるためにインタビューのデータを使用しており、分析的に記述する工夫を参考にした。平田淳(2007)は、学校協議会に関わっている生徒に対する教育的効果を調査するために、複数の高校を参与観察し、教職員へ面接調査して学校の特徴を比較しながら記述したものである。「開かれた学校」をキーワードにして

調査結果を考察しているため、本研究で用いた調査方法の参考にした。学校の組織文化を扱ったものには、岡東壽隆、福本昌之（編）（2000）があり、リーダーの意味づけや組織としての学校を記述するときや比較検討するときの参考にした。ライフコース研究法は、主観的に構成する社会的現実の変化過程を分析して教師のライフヒストリーを扱った松平信久・山崎準二（1998）を参考にし、エスノグラフィーでは、学校集団を形成する子どもの語りの相互関係性を分析した森田京子（2007）が教育学的エスノグラフィーとして示し、特に、記述方法を参考にした。

ウィリス、ポール（1996）では、野郎どもといわれる不良集団や、その野郎どもが軽く見ている優等生の生徒達にインタビュー調査をしている。その調査データの分析で野郎どもの生き方を記述、考察していくという研究である。野郎どもの学校規律に反する行動が、優等生達とは違った労働者階級へと、自らを導いてしまうという野郎どもの生き方を示した研究であり、学校での野郎どもの行動と、その後の生き方の関係を考察したところが大変に参考になった。藤田真理子（1999）は、高齢者の文化人類学的研究として、アメリカ人がよく使う「自立、独立」といった言葉のもつ意味（シンボル）を、アメリカ人の日常生活を観察、記録することを通して分析し、解明しようとした研究であり、論文の構成や論理の展開方法など研究方法や記述、分析の方法を参考にした。

2. 2 医療問題の包括的把握的研究方法

波平恵美子・青木恵理子（2002）の第6章D.「医療人類学の方法と目的」の項で、フォスター、ジョージ・アンダーソン、バーバラ（1987）をあげ、「医療人類学には次の4つの起源があり、それらは現在の医療人類学の重要な下位領域であるという。(1)人類の進化と

適応に関する研究および人類の生態に関する比較研究 (2)病気や治療に関する民族誌的研究(3)人類学者と精神科医との協同による「文化とパーソナリティ」の研究(4)発展途上国への医療援助の実践から生じた国際的な公衆衛生」としている。医療人類学の分野では、病院という場を扱ったり、医療における専門家について論及したりしているように、いわゆる現代医療の社会学に通じるテーマも扱っている。医療人類学では「医療化 (medicalization) という概念を用いて文化分析を行う。世界の多様な出産文化が報告されることで、本来は病気とは言えない出産であるが、現代日本の社会状況のように産科医のいる病院に行くことが当たり前になっているという、いわゆる医療化の問題を示したのがイリイチ、イワン(1998)である。また、綾部恒雄(編)(2006)においても医療化の問題とともに、専門家化社会についての問題性を指摘している。

医療とは直接関係がないが、サイード、エドワード(1993)は、強い文化と弱い文化があって、それは対等ではなく一方向に規定する傾向を記述、分析していて、「オリエンタリズム」を主張し、それが植民地支配の論理であることを示した。本研究での異文化受容や学校の医療化の考察の参考になった。

3. 医療化について

ここで論じる医療化とは、近代的とされてきた医療の領域が、現代社会の変化の中で拡大していくことをさす。

学校という教育の場は、教育行政(教育の考え方)で制度化されており、場を構成している教職員は、教育の考え方で社会化された専門家であるといえる。そうした教育の場へ、

医療的な支援の必要な子どもが在籍するのであるが、医療的な支援のうち特に痰の吸引などの実施には医師や看護師などの医療の専門家が関係し、医療事故を防ごうとしてリスク対応を行うことになる。こうした医療の専門家は医学の考え方で社会化されており、病院で形成されたリスク管理の手法を医療が関係したリスク対応の実践において行使することで、学校にいわゆる医療の文化を持ち込むことになる。

学校に通っている児童生徒の中に医療的な支援の必要な子どもが少なからず在籍しており、学校へ登校した後からは学校生活をおくる訳である。そうすると家庭生活とは違って、医療的な支援は保護者にかわって教職員が支援することとなる。保護者から要望される医療的な支援は、医学的な知識のない多くの教職員にとって、まさに想定外の出来事である。

教職員や看護師などの専門家は、社会の変化を受けながら生活をしているといえる。病院でのリスク管理という医療社会での考え方を、学校という教育の場に持ち込んでおきている変化を記述し、これまでの学校生活のなかで、当たり前のこと、又は、少なくとも望ましくはないとされてはいたものの、まだ医療の必要性がなく教職員が教育としてすることと思込んでいた支援が、法的な整備などの社会の変化によって、医療の対象とされるといった医療化の問題を、本研究ではリスクという第二の視点とともに一つ目の視点として筆者は持っている。

例えば、日本のように以前は産婆の介助によって自宅での出産が当たり前とされてきていたものが、医療制度が充実した現在では病院での出産が一般的となってきたように、先進国における出産の事象が、自宅出産から病院出産へと移行していくことは、医療化の例

としてよくとりあげられる。筆者が経験した、以前はできていた、又は見逃されていた医療的な支援が、法的な整備によって、教職員の手から医療職の手へと移っていったこともこうした変化の例としてあげることができる。

4. リスク研究について

4. 1 リスクの定義

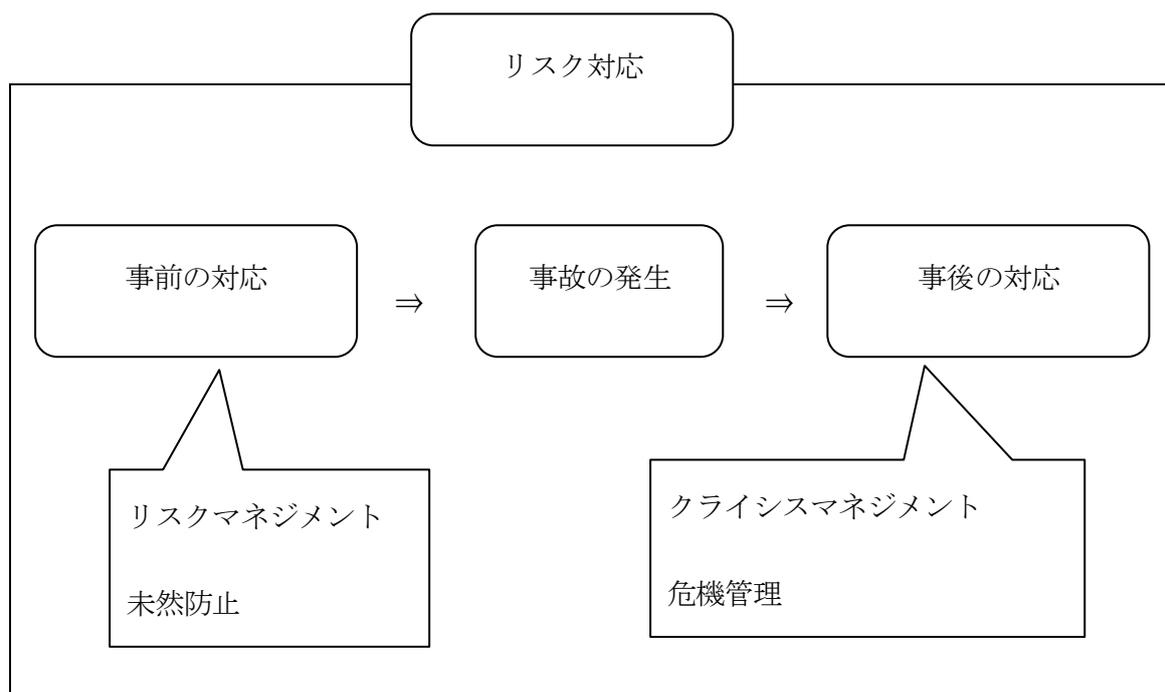
現代社会に様々な危険（自然災害・・・地震、台風、干ばつ；健康被害・・・感染症、薬害、医療事故；環境破壊・・・環境汚染、地球温暖化、ゴミ問題；経済危機・・・会社倒産、金融危機、株価暴落；社会危機・・・戦争、少子高齢化、政治的無関心 など）があるように、その扱う学問的分野により、リスクに様々な定義の違いがある。

広島大学大学院総合科学研究科の「リスク研究」プロジェクトでは、21世紀科学プロジェクト「リスク研究」2006年度研究成果報告書を作成しており、ここでリスクの定義を説明していることから、本研究におけるリスクの定義もこれに従うものとする。

即ち、リスクの学際的定義は、「被害がどのくらい重要であるかということと、それがどの程度の確率でおきるのか、という二つの要素の積」である。ただし、「リスクは危険や災害そのものではなく、その可能性のこと」という定義は、今後、様々なリスクを考察するときに重要である。

事故などの危機的状況がなるべく起きないようにする対応をリスクマネジメント（未然防止）と呼び、事故が発生した時とその後の活動のことをクライシスマネジメント（危機管理）と呼ぶことがある。しかし、実際の現場では事故が起きた後の対応に関するマニュアルを作成したり、事故後の対応策をあらかじめ計画したりする活動も未然防止に含まれ

ている。また、危機管理についても、事故を発生させない取組をさす場合もあることから、両者の区別ははっきりとはしていない。よって、本研究ではリスク対応を図一1のように両者を含めた意味とする。



図一1

リスクの定義で説明したように健康被害を初め、この社会には様々な危険がある。本研究では、医療的な支援におけるリスク対応の課題を取り扱うことから、医療的な支援を実施する際の医療事故といったリスクを思い浮かべることができる。しかし、本研究では、研究目的から分かるように、医療的な支援にまつわる様々なリスクを、多角的観点から学際的に検討しなければならない。特に、教諭や看護師などの専門家にとっての医療事故とは、社会経済上の地位剥奪（職務停止や免職など）に関わることであるので、リスクの認識については可能な限り広くとらえて、子どもの健康問題など、身体や生命のリスクを中心にしつつも、複数の研究領域にまたがることも考慮に入れる。

しかし、本研究では、小・中学校における医療が関係するリスク対応の問題を包括的に把握したいことから、医療人類学を学問的よりどころとしてリスクも記述、分析することが妥当である。

4. 2 医療に関するリスク研究

厚生労働省が2002年に「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」を出している。これは、介護事故が多発したことに対してこの指針を出し、関係諸機関に注意を喚起したものである。これらに関して柴尾慶次(2002)は、介護事故の実態を報告するとともに、その低減策について提案している。河野龍太郎(2004)は、病院という場での医療のヒューマンエラーの実態をまとめており、医療事故に直結するエラーの種類が理解できた。しかし、医療事故を心配するばかりでは、安心して医療の仕事ができないと思うので、医療関係者は、医療事故のリスクと主観的にはあるが、どこかの時点で折り合いをつけているはずである。吉川肇子(2000)は、リスクとのつきあい方を書いていて、リスク認識の分析の参考になった。

5. 本論文の構成

本稿は、小・中学校における医療的ケアが関係するリスク対応を文化人類学の観点から明らかにするものである。

まず、第一章では、学校において医療が関係するリスクに対応する際の現状について概観する。学校保健法の改正や関係する教職員の役割を述べた後、管理職に対するアンケート結果から、管理職がどのような事柄を課題とみなしているかについて論じ、リスク対応

のための学校体制を検討する。

第二章から第四章では、具体的な事例の検討を行う。

第二章では、リスク対応の観点から未然防止が重要な事例として食物アレルギーへの対応を取り上げる。教職員の活動自体は、通常業務の範囲内でローリスク・ケースではあるものの、除去食の取り違いなどの過失を犯すと緊急対応としてのエピペン注射の医療行為を行わざるを得ない。制約のある様々な条件の中で安全に給食を実施するために、多職種連携を継続している教職員の語りを通して、多職種連携の実践を検討する。

第三章ではリスク対応の観点から、事故（クライシス）が起きた例として、新型インフルエンザという未知なる感染症のリスク対応の事例を取り上げる。正確な情報把握が困難であった経験や事故回避しない限りは決して解消されない事故後の保護者・生徒対応での矛盾を経験した教職員の語りを通して、より広範囲な未然防止（リスクマネジメント）の重要性を検討する。

第四章では、リスク対応の観点から、実施する行為そのものが医療行為であり、ハイリスク・ケースである事例として、痰の吸引などの対応を取り上げる。人的不足や教職員の無理解、組織体制の不備など数々の悪条件を明らかにする。その一方で、子どもの健康や安全を確保し、教育が継続できるように、多職種連携を成り立たせながら、教職員や看護師などの専門家が痰の吸引などを実施している。彼らの語りを通して、リスク対応における工夫と葛藤を明らかにする。

終章では、本論文のまとめとして、これらの三つの事例を総合的に比較・分析する。医療的支援を必要とする子どもに関するリスク対応の実践では、学校現場では学校運営上の

矛盾や専門家同士の信念対立など専門家相互の理解を妨げる色々な葛藤があるものの、学校の教職員をはじめ学校医、看護師などの専門家が、子どもの死亡といった事故の回避や教育の継続のために医療的ケアの実践をして、多職種連携を成り立たせるための工夫を行っており、こうした医療的ケアに関係する専門家の実践を検討することで、小・中学校におけるリスク対応の現状と課題を明らかにする。

第一章 医療が関係するリスク対応の課題

本章では、まず、学校における医療が関係するリスク対応を理解す前提として、安全の充実が一層求められるようになった背景として、学校保健法の改正について述べる。次に、リスクに関わる様々な教職員の通常の職務内容を概観した後、学校管理職に対して行ったアンケート調査の分析を基に、管理職が現状の課題についてどのように把握しているのかについて検討する。

1. 医療的支援の必要な子どもの在籍

文部科学省は、国公立私立の小中高生の長期入院や療養加療の児童生徒の実態調査をし、その調査結果を「長期入院児童生徒に対する教育支援に関する実態調査の結果（概要）」（文部科学省初等中等教育局特別支援教育課ホームページ 2015年5月26日公表）として発表した。この調査によると、病気などを理由とする長期入院の子どもは約6,300人（延べ）にのぼり、その内、小・中学生は2,769人で、1,186人に対しては「学習指導を実施していない」としている。学習指導ができなかった理由のほとんどは、「治療に専念するため」とか「病状が重い」とかの病気由来のものであった。しかし、教員の病院訪問によって学習指導を行っている例もあったようで、週に1回、または2回の訪問で学習指導や教育相談などの何らかの教育的支援を行い、こうした子どもへの対応をしていることが分かっている。糖尿病や腎臓病など、慢性的な病気でインシュリン注射をうちながら、長期の加療が必要になってくる児童生徒も多くはないものの小・中学校には何らかの医療的支援を必要としている児童生徒が在籍し、小・中学校に通っている現実がある。

2. 学校安全の充実を図る目的の学校保健法の改正

体育の授業や部活動に伴う事故やプールや遊具などの学校施設設備に係る事故等が問題とされおり、死亡等の重大な事故の場合は、その補償をめぐって裁判で争われるケースも少なくなかった。また、平成7(1995)年1月、阪神・淡路大地震が発生し、これをきっかけとして学校施設の耐震化の問題が大きく取り上げられ、学校施設の安全が社会的にも注目されている。現在では、国庫補助による学校の耐震化工事が着々と進行している。さらには、「いじめ」による自殺や殺人事件、病原性大腸菌O157食中毒や食物アレルギーに係る学校給食事故、この夏の異常な暑さによる運動中の熱中症等による突然死などの学校の安全問題をあげることができる。

こうした社会状況を背景にして、児童生徒等の健康の保持増進を図るための学校保健法(昭和33年法律第56号)が、平成20(2008)年6月に改正された。この改正では、安全に関する規定が新たに加えられて学校保健安全法(平成20年法律第73号)と改称され、平成21(2009)年4月1日から施行されている。

<p>【学校保健法等の一部を改正する法律】 施行期日平成21年4月1日</p> <p>○法律の題名を「学校保健安全法」に改め、学校保健及び学校安全の各分野について、以下のような規定を整備する。</p> <p>1 学校保健</p> <p>○養護教諭を中心として関係教職員等と連携した組織的な保健指導の充実</p> <p>○地域の医療関係機関等との連携による児童生徒等の保健管理の充実</p> <p>○全国的な学校の環境衛生水準を確保するための全国的な基準の法制化</p> <p>2 学校安全</p> <p>○子どもの安全を脅かす事件、事故及び自然災害に対応した総合的な学校安全計画の策定による学校安全の充実</p> <p>○各学校における危険発生時の対処要領の策定による的確な対応の確保</p> <p>○警察等関係機関、地域のボランティア等との連携による学校安全体制の強化</p> <p>3 学校給食法の一部改正(食育・学校給食)</p>

○学校給食を活用した食に関する指導の充実
・食育の観点から学校給食の目標を改定（食に関する適切な判断力の涵養、伝統的な食文化の理解、食を通じた生命、自然を尊重する態度の涵養等）
・栄養教諭による学校給食を活用した食に関する指導の推進（食に関する指導の全体計画の策定、地場産物の活用）
（文部科学省ホームページ、政策・審議会＞告示・通達より引用）

表－ 1

以上のように、社会からの要請だけではなく、学校では安全を確保しなければならないことが、法律的にも明確になり、「子どもの安全を脅かす事件、事故及び自然災害に対応した総合的な学校安全計画の策定による学校安全の充実、各学校における危険発生時の対処要領の策定による的確な対応の確保、警察等関係機関、地域のボランティア等との連携による学校安全体制の強化」（文部科学省ホームページ、政策・審議会＞告示・通達＞学校保健法等の一部を改正する法律、より引用）を目的にして、学校安全の必要性が法律で規定されるようになった。

3. 学校現場に求められるリスク対応

小・中学校においては、これまで、学校内部要因としての教育活動中の事故、例えば理科実験や図画工作での事故防止や遊び時間中やクラブ活動中の事故防止を行い、学校外部要因としての自然災害や不審者侵入などでの事故防止を行ってきており、上記のような法整備によって、学校には、更なる安全対策が求められることになった。

確かに、これまでも学校では事故防止に努めてきたが、主に事故発生後の事故対応のみを行ってきたと批判されており、これからは被害を最小限にする未然防止の活動が必要だといわれている。しかも、児童生徒の健康問題のリスク対応は主に養護教諭が担当するが、

配置数は1～2名であり、医療の専門家ではない教職員が実質的に医療的支援などの活動をしなければならない実態がある。また、教育活動が拮がり、海外への修学旅行ではどうするのか？とか、病院でもない学校での医療的支援活動は安全を確保できるのかとかの学校現場の教職員だけでなく、保護者からの不安の声に対し、児童生徒の学校生活を守る活動が求められるようになった。

このように、子どもが小・中学校に在籍し、医療的支援への対応が求められる学校現場では、養護教諭を中心にした複数の医療の専門家ではない教職員が協力して医療事故等のリスク対応をせざるを得ない。学校現場にいる教職員が医療についても正しい知識を持ち、危機の予防に努めることで、学校での医療事故などを最小限にすることができることが期待される。従って、学校安全対策を講ずる必要上、学校現場においては何らかのかたちでリスク対応が求められることになる。次項では、教職員の役割を検討する。

4. 小・中学校における教職員の役割

4. 1 小・中学校の教職員

「学校教育法」の第37条には、「小学校には、校長、教頭、教諭、養護教諭及び事務職員を置かなければならない」と規定され、「養護教諭は、児童の養護をつかさどる」、「教諭は、児童の教育をつかさどる」との役割や職務分担が示されている。つまり、養護教諭は他の教諭とは異なる役割・職務があることが明示されている。では、具体的な小・中学校にはどのような教職員がいるのだろうか。

筆者が勤務する学校における教職員数は、常駐で13人、非常勤で12人、合計で25人

であり、その内訳は次の表－2の通りである。

A中学校の教職員数

職名	校長	教頭	教諭	養護教諭	事務員	業務	講師	推進員	カウンセラー	校医・薬剤師	計
	1	1	8	1	1	1	4	2	1	4・1	25

表－2

このA中学校では養護教諭は1名である。一番多いのは教諭であるが、一般に、教師や教員と呼称される教職員は、職名では教諭のことである。これ以降、教諭とする。また、筆者の勤務するA中学校はB小学校と連携教育を実施している。こうした状況から、B小学校の児童や教職員も日常的に観察できる位置にいる。

B小学校の教職員数

職名	校長	教頭	教諭	養護教諭	事務員	給食調理員	講師	推進員	カウンセラー	校医・薬剤師	計
	1	1	6	1	1	3	1	1	0	4・1	22

表－3

表－3のとおり、小学校の校長以下、22名の教職員がいる。各学年1クラスなので6名の学級担任がいて教諭6名の配置になっている。やはり、養護教諭は1名である。

4.2 教諭の役割

教諭の仕事は、大きく分けて、教務関係と生徒指導関係の二つに分かれる。

最初に、教務関係の仕事でいえば、確かに授業が有って各教科の学習の計画と推進をしているが、補充学習といわれる放課後の個別指導も行わなければならない。教科の指導では、1年間の授業時数が決まっているので、それを確保しつつ、各教科の学習法や要点を整理し、理解させるとともに、学級担任との連携を図り、指導を充実させる。あくまでも、

教諭は、教科の主体的活動として、授業内容の充実や、全員参加の分かる授業を目指して、教科経営に取り組むのである。

学級の担当は、学級担任とよばれることが多いが、教科指導の授業だけでなく、教科名でいう道徳や学級活動の授業も受け持ち、人権教育、平和教育、性教育の内容を、教務部提案の年間計画に従って実践する。学級の経営では、授業の開始時間を守る（ベル着の徹底）、学習用具が事前に準備できるなどの学習規律を確立させることが求められており、教室を学習の場としてとらえ、学びを学級集団での生徒の主体的なものとしてとらえさせ学習環境を整えるよう努めている。学級担任である教諭は、個性を伸ばし相互理解を深化させる指導を行い、集団に対する所属感や誇りをもたせ、学級指導の年間の経営計画を作成し、見級の取り組みとして通しをもった指導を行うのである。

その他、職員研修会といわれる校内における教職員の研修会を計画し、事例研究などや各部からの提案、講師による研修を実施する。特に、生徒がいない夏休み期間の研修会の充実を計ることとしている。授業研修会では、授業の工夫・改善をし、分かる授業を目指す。教科担任（非常勤講師以外）は年1回の研究授業を行っている。

しかし、授業をすれば学習の評価をしなければならず、良く知られているように、定期テストと呼ばれている。全教科は学期ごとに1回以上の定期テストを行い、夏休みや冬休みの長期休業前に中間評価を行い生徒の学習意欲の喚起に結びつけるようにしている。調査した中学校では、定期テストの範囲発表は10日前をめどに行う。ただし、前期期末テストの範囲発表は夏休み前に行う。テスト前一週間は試験週間とし、原則として部活動は行わないという約束ごとになっている。

テスト結果としての素点は、点数票として学級ごと、教科ごとにまとめるが、試験を欠席し、受けていない生徒には「欠」と表記する。授業での課題提出状況や学習態度を加味した結果として、学校で決めた評価の観点により絶対評価の10段階に分けた評定をする。この評価・評定は、通知票として、各生徒に配付する。

進路指導については、各学年に対して進路指導に役立つ資料や、年間の取り組み計画を提起し、実践を促進する。ただし、生徒、保護者に対して進路希望調査を実施し、一人ひとりの願いが達成できるように担任と共に学習指導や個別指導にあたる。

教諭の仕事内容を表-4にまとめた。

教諭の仕事内容

分類	仕事の内容
教務事務	儀式（就任式・始業式・入学式・卒業式）、生徒名簿、指導要録、時程（本時間割）、授業改善アンケート、三校研究会、学力調査、事務局への報告書類作成・提出
研修	小中連携教育、学校評価、研修会
キャリア教育	進路学習（全学年）、進路説明会、進路講演会、復習テスト、定期テスト、テスト範囲、補充学習（毎週火曜 SUT、夏季休業中）
時間割	週時間割（講師連絡）、授業時間集計
学習指導	教科年間計画（シラバス）、道徳教育計画（平和学習計画）、学級活動計画、総合学習計画（田楽ばやし等）、言語数理運用科計画、夏・冬休み生活帳、朝学習、試験計画表、チャイム管理
地域連携	家庭訪問、授業参観・懇談会
視聴覚	機器の管理
諸帳簿	出席簿
評価・評定	成績一覧表、素点カード、通知票
教務事務	教科書・補助教材、机・椅子、ロッカー、脱靴場の配分
読書教育	全体計画、年間計画、図書室運営、朝読書

表-4

では、保健室の先生といわれる養護教諭は、上記の教諭とはどのように違うであろう

か？

4. 3 養護教諭の役割

広く一般には、保健室の先生という言い方に象徴されるように、クラス担任や授業科目の担当を持たず（現在では保健科目の授業担当者となる場合もある）、学校の児童生徒全体の健康に関わりを持つ存在として認識されている。養護教諭には、子どもの健康を守ることから、子どもに自らの健康について考えさせ、そして、健康を保持していくことを教えることなど、その仕事は多様であることに改めて気づかされる。

小・中学校では、子どもの身体の健康管理と心の健康の相談に対して、保健室が設置され、一般の教諭と違って専任の養護教諭が配置されている。大規模な学校では、保健室とは別にカウンセリングルーム等が設置される場合もあるが、A中学校では保健室1室に1名の養護教諭が配置されている。保健室の運営に関することでは、器械・器具の整備管理や応急手当のための薬品や資材の整備といった保管保健室の施設・設備の整備とともに、保健指導の場としてふさわしい室環境の整備や保健に関する諸表簿の整備や保健室の経営計画作成などがある。校務分掌では、保健主事を養護教諭が務め、保健指導がある保健体育科の教諭と協力して校務を司っている。A中学校は全校生徒60名生徒数こそ少ないが、実質的利用は決して少なくない。保健室での休養や怪我等の処置以外にも、およそ一日に5～10件の健康相談がある。教職員が児童生徒の指導上の相談する他、保護者の相談も引受けている。個人を対象とした保健指導としては、日常の外傷等の処置はもとより、児童生徒および教職員の健康診断の対応も行っている。集団を対象とした保健指導としては、学校保健情報の把握に関して、健康教育の働きかけとしての保健だより等による啓発活動

などがある。さらに、近年、ヘルスカウンセリング（健康相談活動）が強調されているし、必要に応じて非常勤の臨床心理士（スクールカウンセラー）と協力して児童生徒の相談対応をしている。

小・中学校の養護教諭は、病院の看護師と違って一人職種であることが多い。また、学校には養護教諭の職務に近い職種は無いので、それだけ病院よりも学校のほうが養護教諭の責任も重くなると言える。怪我などの対応では、判断も的確にしなければならないという精神的な圧力も感じるという。

（養護教諭Aのインタビューから）

例えば、子どもが「運動場で転んで膝を擦りむいた」と言って保健室に来たとします。以前なら、オキシドールで消毒して赤チンを塗ったらおしまいですがよね。今では、傷口を水道水で洗って、汚れをよく落として終わりです。変な処置をしたら保護者からクレームが来るんです。確かに、わが子が膝に絆創膏をして帰ってくると保護者はビックリするし、かわいそうにもなりますよね。

保護者や子どもの気持ちに寄り添う気持ちは持ちつつも、養護教諭の言い分としては、どのように対応したらいいのか迷うというのが本音であろう。

学校での怪我などの処置は、養護教諭の職務としては「救急処置及び救急体制に関すること」に含まれ、あくまでも「日常の救急処置・学校行事に伴う救急処置」の応急処置なのであるが、時として、保護者や子どもからは、病院での処置と同等に扱われることがあるのかもしれない。養護教諭の職務に関わって不満を口にしながらも、仕事を続けている実態がある。

最後に、管理職である、校長や教頭はどのような役割があるのだろうか。

4. 4 管理職の役割

学校教育法第37条には、第4項に「校長は、校務をつかさどり、所属職員を監督する」とあり、同じく第7項に「教頭は、校長（副校長を置く小学校にあっては、校長及び副校長）を助け、校務を整理し、及び必要に応じ児童の教育をつかさどる。」とある。要するに、校長は学校運営の一切を職務内容とし、教職員の管理監督を行うということになるし、教頭は校長を補佐し、時に、児童生徒の教育指導にあたるということになる。もちろん、校長が全てを行うことはできないので、学校運営を適正に行うために校務分掌を校長が行っている。校務分掌の権限は学校の管理機関である教育委員会事務局にあるが、通常、校長に委任されていることになっている。したがって、校長が校務分掌を4月1日に教職員に命じたときには、教育委員会事務局にその内容を報告している。

主な、校長の仕事内容は、学校における教育事項の管理として、例えば、職員会議や学校協力者会議などの諸会議の主宰、校内時間割や臨時休業等の決定、教科書の支給から調査統計の回答といった諸事項に及ぶ。教職員の管理としては、勤務時間の管理、人事評価や異動、研修や休暇の承認など、勤務に関する事項を管理する。児童生徒の管理としては、出席簿や指導要録などの作成、卒業証書や各種証明書などの作成、就学猶予や転退学などの認定書類の作成といった諸事項がある。中でも、本稿に係る学校保健の管理や施設の管理では、健康相談や出席停止の判断、施設使用や目的外の使用の許可といったことから、学校の安全・安心を守るためのリスク対応も、全てを管理しなければならないことになっている。

しかし、教職員の人事や学校予算、学校備品、施設管理については、学校を管轄する教育委員会事務局が実質的に管理しており、校長は現場の状況を意見として述べるにとどまることが多い。その上、対外行事としての学区内の諸行事への参加については職務内容には含まれていないものの、慣習上、近隣の学校や幼稚園等の諸行事や神社・仏閣の祭典、体育団体や公共団体の催し物の式等には参加することになっている。

先ほどの医療的ケアを必要とする児童生徒の増加と、学校保健法の改正といった状況変化において、管理職である校長は、リスク対応についてどのように考え、また、何が課題であると考えているのであろうか。

5. 管理職に対する調査

5. 1 広島市立中学校長に対するアンケート調査

少子化が原因で日本における人口減少進んでおり、小・中学校の児童生徒の在籍数が減っているにもかかわらず、特別支援学級の数や特別支援教育を受ける児童生徒数は年々増え続けている。同様に、特別支援学級の児童生徒を含めて、医療的支援が多種多様になるとともに、何らかの医療的支援を必要とする子どもも増えている。

学校において、実際に医療的支援を必要としているかどうかは別として、少人数ではあるけれども、これまでの学校体制としては特別な配慮をしなければいけないとした場合、学校の管理職としては何らかの具体的な支援ができるのだろうか。また、法律によって、安全対策をするように求めているものの、学校現場では対応できる準備ができていのだろうか。こうした疑問を持ったことから、平成20年度、広島市立中学校の管理職である

校長に対し、アンケート調査を行った。

[アンケート調査の目的]

本調査は、広島市立中学校における医療的支援が必要とされる生徒を含めて、何らかの特別な支援を必要とされる場合の課題を中学校長の立場では、どのように考えているかを明らかにするためのものである。

[調査方法：質問紙による調査]

平成 20 年度に広島市内の中学校全校(64 校)を調査対象校として実施した。また、調査の回答を依頼した対象者は、学校の管理責任者である校長か教頭等の管理職に対して実施した。

[調査時期と調査手続き]

調査時期は、平成 20 年 8 月から 2 ヶ月間であった。調査対象校の校長宛に依頼文書を同封の上、本アンケートを送付して行った。配布したアンケートについては、巻末の資料編を参照されたい。

[アンケート調査結果]

広島市立中学校 64 校中、54 校のデータが得られたことから、回収率 84.4%であった。最初に、特別な配慮を必要とする生徒の指導である特別支援教育の推進にあたって、中学校長が特に大切だと思うことを 3 つ選んでもらったところ、上位にきたものは次の 5 項目であった。

- | | |
|------------------|-------|
| (1) 校内支援体制の整備・充実 | (42校) |
| (2) 教職員への理解・推進 | (35校) |

- | | |
|--------------------|-------|
| (3) 校長自身のリーダーシップ | (30校) |
| (4) 該当生徒に応じた指導力の向上 | (21校) |
| (5) 保護者への理解・啓発 | (13校) |

この結果から、中学校の管理職である校長は、特別支援教育の推進のためには、まだまだ校内体制の整備が十分でなく、教職員の理解が進んでいないと思っているようで、校長として、リーダーシップを発揮しなければならないとしていることが伺える。

次に、学校内に特別な配慮が必要な生徒がいるとしたら、何らかの調査をしなければならないことから、特別な教育的支援が必要な生徒の実態調査を行ったかどうかを尋ねたところ、回答があった学校では100%の実施であった。

続いて、特別な教育的支援が必要な生徒について、生徒一人一人の実態に基づいた個別の指導計画を作成しているかどうかを尋ねたところ、実態は次のとおりであった。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 作成している | (27校) |
| (2) 作成中である | (17校) |
| (3) 作成していない | (10校) |

特別な配慮を必要とする生徒の実態調査はするものの、きめ細やかな対応ができているとは限らないようである。

5. 2 アンケート調査結果の分析

上記のアンケート調査から、リスク対応について、どのような事が見えてくるのだろうか。

近年、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り、その構築のため、これからの小・中学校においては特別支援教育を着実に進めていく必要があると考えられている。ここ広島市の中学校においても特別支援教育の校内体制づくりについては、校内委員会の設置、特別支援教育コーディネーターの指名、学校内外の人材活用、近隣の特別支援学校や関係機関との連携等、さまざまな角度からの推進が求められている。

平成 20 年度に実施したこのアンケート調査で 64 校中 54 校のデータであるため、学校の現状把握としての資料としては不十分かもしれないが、筆者は一定の示唆があったものとする。結果として、特別支援教育の推進に係る校内委員会が多く学校の設置運営されていることは前進であった。さらに言えば、どの学校にも在籍するであろう「支援を必要とする生徒」のために、「具体的な教育支援の企画・体制づくり」を重視する学校がほとんどであることは、さらなる今後の推進が可能であると受け止めることができる。教育支援の企画や体制づくりを校内委員会の主な取り組みとしている学校が多かった。

しかし、このアンケート結果で疑問に思ったことは、「校内支援体制の整備・充実」を特に大切だとしている学校は 54 校中に 42 校で、実に 77.8%の校長が重要だとしている。それにもかかわらず、個別の指導計画の作成については、「作成できる教員がない」、「適切な様式がない」などの理由で、きめ細やかな指導になるための手段である個別の指導計画の作成に取り組んでいない実態があることが分かった。医療事故のリスクが高い行為である医療的支援をするためには、各児童生徒についてどのような症状があるのかといった医学的な情報把握から、誰と誰がチームを組んで支援を行っていくのかといった具体的な支援方法を立案するなどの内容である個別の指導計画は、全ての中学校で作成されていてほし

いことである。特に、校内体制や教職員の理解がまだまだ進んでいない状況の中で、少人数の医療的支援を必要とする生徒の教育管理だけではなく、安全管理をするためにはそれぞれの生徒の支援計画を作成しながら、リスク対応を行っていくべきなのではないだろうか。しかし、このアンケート調査だけでは筆者の疑問に答えるだけのデータは得られなかった。

校長の自由回答を見ると『一人一人の生徒を大切にしたい教育環境をつくることは必要だが、個々に配慮するには限度がある』と考えていることが理解できる。

従って、筆者はこのアンケート調査結果を掘り下げて、中学校長の語りを聞きたいと思ったことから、4名の中学校長に聞き取り調査を行った。

5. 3 広島市立中学校長に対するインタビュー調査

特別支援教育の推進が必要とされているが、なぜ、中学校では個別の支援は難しいのだろうかという質問で面接調査をしたところ4人の校長が、次のとおり語ってくれた。

A 校長	大規模中学校の管理職で5年の経験がある。特別支援教育の経験はない。
B 校長	中規模中学校の管理職で6年の経験がある。特別支援教育の経験はない。
C 校長	中規模中学校の管理職で初任の校長である。特別支援教育の経験はない。
D 校長	小規模中学校の管理職で初任の校長である。特別支援教育の経験あり。

こうした以下の語りのデータは、許可を得てメモという形で記録することができた。

《A 校長の語りから》

特別な支援など、支援を要する生徒の数が多いため。そして、教員などの対応する時間が不足している。教職員は、皆、精一杯頑張っているが、配慮する余裕（時間）や対応策を考える力量がないこと。結論として、個別の支援をしようとすると、教職員の人手不足であって、困難である。

《B 校長の語りから》

支援の子どもだけでなく、多動の子がいる場合や支援を必要とする子どもの周りの生徒自体が幼くてトラブルが多発するが、丁寧に対応できるだけの教師の人数が足りない。また、指導員の配置が付かないと市教委より回答されたが、実際には大変困った状況がある。多動や暴力的な状態に振り回され、学級担任がその生徒一人にかかりきりの状態になると、もう一人への指導が不足する状態でも、必要とする指導員が付かなくて、困った状況が続くと保護者から責められる状態がある。校長や教頭も加わって、授業が空きの先生数名で体を抱えて教室へ入れる状態がある。指導員の配置は無理と言われても、現場では困った状況がある。学級担任もヘトヘトで病休一步手前の状態。

《C 校長の語りから》

国語や数学、英語での20人以下の少人数指導の場合は、特に配慮が必要な生徒が在籍する場合であっても、少人数なので大変助かっている（人数が少ないことで落ち着いて授業を受けることが出来やすい）。さらに、理科の授業は実験が多くあり、作業もあるので、理科においての少人数（実験室の関係で無理かもしれないが）又は、複数でのチームティーチング指導ができると良い。常に、子どもには個別の支援など個別の声かけが必要であるが、本人が嫌がる場面があったり、教科担としてはそこまで目が届かないことがあったりなど、個別の支援が難しいという課題がある。やはり、人の配置が必要である。

《D 校長の語りから》

学級担任一人で授業での支援を工夫し実施するには限界を感じている。チームティーチングなど、授業中の指導者の工夫が可能であれば特別支援は大きく前進すると思う。個別の支援をするには、対応できる教職員数が少なく、個別に支援できることが限られることで、困難を感じている。

4名の校長の語りからは、各児童生徒に対して個別の配慮をしようとすると、教職員の人手が不足していることを原因にして、困難な理由をあげている。できれば、複数の教諭でチームティーチングを行うことや指導員の配置によって人手を増やし、複数の教職員が協力しながら個別の支援をすることを望んでおり、一人ではなく教職員の連携（多職種連携）による個別の支援の工夫が改善策であると考えられている。これらの理由が重なって、結果として、個別の支援では十分な対応ができていないとしている。

また、別の理由をあげているので次に示す。

<p>《A 校長の語りから》 特別支援に係わる研修も継続的に行っているが、教職員の理解がまだ薄いこと。結果として、教職員が個別の配慮の必要性について十分に理解できていない（温度差がある）。個々の配慮の必要な生徒への組織的な活動ができていないし、指導計画と指導が伴わないなど、個々の教師の指導力の違いがある。</p>
<p>《B 校長の語りから》 特別支援教育委員会を毎月定例化しているが、放課後の時間帯にメンバー全員が揃うことが難しく、個々の配慮事項のペーパーによる連絡となってしまう、共通な認識が非常勤講師も含めた教職員の個人のレベルまで、個別の支援事項が十分に行き届かない。特別支援の観点の理解不足があるので、改善の視点の共通理解を教職員全体で深めることが必要である。</p>
<p>《C 校長の語りから》 非常勤講師の先生に生徒の実態をどのようにして理解してもらうかが難しい。また、各教職員の意識が、特別支援教育の観点による授業改善は、通常の生徒の理解を高める上でも有効であり、ぜひとも必要であるという思いに至っていない。特に、校内体制づくりにおいての特別支援コーディネーターのリーダーシップの力をつけることが必要である。</p>
<p>《D 校長の語りから》 全教職員が共通の認識を持つための研修の機会及び時間確保が難しい。意識して改善していこうとする教員と「そこまでは」と思っているのか、目に見えて改善していこうとしない教員の差があり、学校全体の取り組みとまで徹底できないこと。例えば、学級全体が「静かに」授業を受けることができることが全てであり、「何とかわかるようにしてやりたい」という次の一歩を踏み出さない……。意識改革のために一致した取り組み、一致した研修をすることに、なかなかの困難さがある。</p>

これらの校長の語りからは、教職員全体の意識の向上が難しく、学校の組織化が課題となって個別の配慮の実施が難しいと考えていることがわかる。学校全体への配慮が欠けるという事態は想定しにくいことから、結果として、優先順位は個人について配慮したくても現実として配慮できていないと解釈できよう。また、校内体制の問題にしても、教職員の理解が不足しているので、校内体制が構築できにくいと考えられる。

それでは、教職員を二倍に増やして（実際の教員定数は、学級によって決まっており、簡単には増員することはできないようになっている）、教職員間で連携できるように校長が

リーダーシップをとり、組織化するならば、個々の特別な配慮が必要な子どもの対応ができる校内体制が確立できるのであろうか。そこで、次に、組織化の問題点を詳しく検討していく。

6. 教職員の相互理解による校内支援体制の構築

平成 20 年度実施のアンケート調査では、現在の中学校では、まとまりのある支援体制ができていない現実があることの表れであるにとらえることができる。特別な配慮の必要な生徒のケアを行おうとしても、なかなか統一のとれた校内体制ができにくいということでもある。学校現場は教育実践をする場であるからこそ、教職員は取組における「教育」の意味を確かめようとする。学校全体でもそうであるが、一人ひとりのケアをする場合においても、なぜそうするのかを気にするのが教職員である。しかも、個々に対応することが増えれば、拡大する教育の仕事と多忙化する学校の現実を考えて、極力、仕事を減らそうとすることは自然の成り行きである。だからこそ、その取組が教育という原理・原則に照らしてみると、意味をなさないならば、実践しないという選択をとることも自然である。

しかし、医療的支援を必要とする場合、目の前に介助を必要とする児童生徒がいて、介助をする人が誰もいないとなると、その子どもを見捨てるわけにはいかないのが教職員の心情ではなかろうか。だからこそ、学校の管理職である校長自信がリーダーシップをもって、教職員の理解・推進を図っていきたいが、『現状では難しい』と考えている校長の心情がここに表れていると筆者は考える。では、何がどのように難しいのだろうか。ここが、まだまだ聞けていないところである。

多職種連携の問題では、話し合いの時間の確保が難しいとか連携の場づくりとして単なる情報交換ではなく、相互理解の場とすることが必要としているD校長がいた。

《D校長の語り》

学校で取り組んでいることは、学年会等で、全体で共有するもの（看護師との連携の在り方や主治医の指示書内容確認など）と個々への支援（日常介助の仕方や薬の種類など）とを確認している。毎日授業が終わるたび、職員室で生徒に関する情報を交換し、相互理解のもとに全教職員で対応の共有をしている。

しかし、継続することが難しい。個別の配慮についての教職員全体のモチベーションを保ち続けるためにも、養護教諭には、常に職員室での話題提供者であってほしい。

管理職としても少人数の特別な配慮を要する子どもの支援については多職種連携の場としての、相互理解を重視していることが考えられる。全体への配慮か個別への配慮かという二者択一の考えではなく、連携には相互理解に至るよう保護者や該当の子どもとの感情の交流が出来ることが最優先であり、次に、多職種連携のチームで育てる実践は、保護者や該当の子どもも含めて、関係者の教職と協働することを望んでいると筆者は感じた。

学校には、医療的支援を必要とする子どもの主治医はいない。医師のように医療に関して全てを判断できる専門家が学校のどこにもいない場合は、なおさら、医療的な配慮を必要とし、少数者である児童生徒の個別の配慮については、多職種連携のチームで子どもを育てる実践が必要となる。学校の管理者である校長は、子どもの教育、子育てに貢献したい教職員や専門家が求めるものとは、専門家同士の対立ではなく保護者や子どもといった当事者との相互理解とともに、実践する関係者がチームとしてコミュニケーションをとり、情報伝達だけでなくお互いを理解しながら協力関係を維持することを最も重視していると理解できる。

さて、中学校の校長へのインタビューで分かったことは、校内体制づくりが課題であり、その理由としては、第一に人手不足であること、そして、同じ意味だと解釈できるが、教職員が多忙であり対応する時間も、連携するための時間も不足していることを校長はあげている。次に、教職員の理解がすすまないで学校の体制がつかれないとして困難な理由にあげている。

管理職へのアンケート調査や面接調査の後であっても、なぜ校内体制が整わないのか、筆者には、まだまだ理解できなかった。確かに、教職員は多忙なくらい働いており、それは特別な配慮が必要な子どもが学校内にいるということであろう。とは言え、目の前に配慮が必要な子どもがいるのに、特別な支援が必要であることの理解が進まないのはなぜなのだろうか。D 校長が語った『教職員全体のモチベーションを保ち続けるため』で、なぜモチベーションを保ち続ける必要があったのだろうか。そういった理由を、実際に筆者が経験したリスク対応の具体的な事例の中の各専門家の語りを検討することで、「なぜ学校においては医療が関係するリスク対応が困難なのであるだろうか？」という疑問に対する解答を導き出すこととする。

第二章 事例「食物アレルギー」

～ リスク対応における多職種連携の工夫 ～

第二章から第四章では、リスク対応の具体的な事例を検討していく。本章では、まず、未然防止が必要な事例として、「食物アレルギー」を取り上げる。

1. 問題の背景

広島市のホームページで公表している資料「平成 17 年度学校給食における食物アレルギー対応実態調査結果」によると、広島市の小・中学校において食物アレルギー対応を行っている児童生徒の割合は、小学校 1.0%、中学校 0.6%、小中学校全体で 0.9%であり、子どもに食物アレルギーがある場合には、「広島市立幼稚園・学校における学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）活用の手引き《別冊・学校給食対応編》」により、実施するための基準や対応の手順を明確にして食物アレルギー対応をしている。このような対応をすることになったのは、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」（出典；財団法人日本学校保健会、監修：文部科学省スポーツ青少年局学校健康教育課）に基づき、幼稚園・学校での児童生徒等のアレルギー疾患の取組等に係る説明を行った「学校のアレルギー疾患に対する取組に係る説明会」（平成 22 年 1 月 5 日）の後、平成 22 年度からである。

こうした中、新聞などの報道によると平成 24 年 12 月 20 日に東京都調布市の小学校で給食を食べた児童が、アナフィラキシーショックによって急死したという事故があった。死亡事故を契機にして学校現場には保護者からの不安を基調とした、食物アレルギーに関しての相談が少なくない。また、広島市では児童生徒の死には至らなかったものの、以前

から今回の死亡事故に近いインシデント事例が市教委によって報告をされていたこともあり、さらなる不安視の声が学校給食に関わる教職員からも出ていることを、学校現場にいる筆者は経験している。

については、本研究において筆者がインタビューした教職員の多くは、校内体制の不備を指摘したり、実施困難の理由を挙げて条件整備を求めたりする語りであった。しかし、そうした語りのいくつかには、連携することの困難さを超えて該当の児童生徒と保護者を支え、学校における食物アレルギー対応の校内体制の充実を実現しようとする語りもあった。よって、本章では、リスク対応の観点から未然防止としての教職員の活動自体は、通常業務の範囲内でローリスク・ケースではあるものの、除去食の取り違いなどの過失を犯すと緊急対応としての医療行為を行わざるを得ない例として、食物アレルギーの対応を取り上げ、制約のある様々な条件の中で安全に給食を実施するために、多職種連携を継続している教職員の語りをとおして、多職種連携の実践の実態を明らかにする。

2. 食物アレルギーについて

2. 1 広島市での学校給食における食物アレルギーの対応

広島市では学校給食での食物アレルギー対応は次の表—5のとおり、対応すると決めている。

食物アレルギーがある児童生徒への学校給食の対応は、個々の状況に応じた対応が必要です。

そのため、「広島市立幼稚園・学校における学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）活用の手引き《別冊・学校給食対応編》」により、実施するための基準や対応の手順を明確にし、一定の水準の安心安全な食物アレルギー対応をしています。

各学級担任等を通して、学校と十分お話し合いただきますようお願いいたします。

給食使用加工食品については、(財)広島市学校給食会と協議の上、食物アレルギーに配慮した物資の購入を検討しています。また、必要に応じて保護者の皆様へ契約物資一覧を配付し、原材料をお知らせするとともに、広島市ホームページで公開しています。

表—5

具体的には、広島市立A小学校の例で示す。(広島市立学校では、ほぼ同様な対応)

1 食物アレルギー対応の対象者の決定基準について

下記の(1)～(4)のすべてに当てはまる方が対象となる。

- (1) 医師の診察・検査により食物アレルギーと診断されていること
- (2) アレルゲンが特定されており、医師から食事療法を指示されていること
- (3) 医師が学校給食でのアレルギー対応が可能と判断していること
- (4) 家庭でも食事療法を行っていること

2 食物アレルギー対応の内容

学校給食の料理から、調理の際にアレルゲンを除去することを原則とし、個別に配食し、運搬する。

(1) 除去対象のアレルゲンについて

(ア) 調理除去対象

- ①鶏卵、うずら卵、マヨネーズ
- ②牛乳
- ③乳を含む加工品、調味料(バター、生クリーム、チーズ、ヨーグルト、クリームチーズ、スキムミルク、杏仁豆腐・乳製品を含むゼリー、クリームポタージュの素、クリームシチューの素、グラタンの素、等)

④エビ、カニ、

☆ なお、落花生（落花生・ピナッツバター等）、日本ソバについては、食材として使用しない。

（イ）教室除去対象

①卵の加工品（オムレツ、卵焼き等）

②乳を含む加工品、調味料等（－食用バター、食用チーズ、食用ヨーグルト等）

③エビ、カニの加工品（しゅうまい等）

加工食品に含まれるアレルゲンについては、毎月配布する「給食使用物資（加工食品）にかかわる物資情報」を参考にする。

（2） 食物アレルギー対応を申し込まれた場合でも、給食費は変わらない。ただし、飲用牛乳を飲まれない場合は減額となる。

（3） 食物アレルギー対応は、副食（おかず）を対象としており、主食（ごはん・パン・めん）についての対応はない。

（4） 成長に伴って、食物アレルギーの症状が改善されることもありますので、年1回以上、医療機関に受診し、医師の指示を受けること。年度途中でも症状が改善した場合には、再度「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」「以下、「管理指導表」という」等の提出が必要になるので、その都度学校に連絡すること。

（5） 児童生徒の症状（医師が学校給食での食物アレルギー除去食対応が可能であると判断しない場合）によっては、食物アレルギー対応が実施できない場合がある。この場合は、家庭から代替食や弁当を持参していただくこともある。

☆ 家庭より代替食を持参する場合は、代替食以外の主食、おかず等の給食は食べる
ことができる。

☆ 給食で対応できない場合は、弁当持参とする。

2. 2 学校の管理職の語り

インタビューできたのは、小学校の教頭である。

《筆者の問い》食物アレルギーのことで体験をお話ください。

[教頭の語り]

自分の家では除去食をしていないのに、学校給食だけに要求する。子どもに聞くと家では食べてるよと返答するので、家の様子が分かります。学校で対応するのはあたりまえという保護者の意識があるのでしょうか。やることはやって、その上で、ハッキリと説明していく。ダメなものは、あくまでもダメと言わなくてはいけないと思っています。

《筆者の問い》食物アレルギーのことで、保護者から苦情があったのですか？

[教頭の語り]

漠然とした学校不信の要求は減少するでしょう。それでも、納得できない結果になったという保護者の苦情が絶えることはないと思います。だからこそ、教職員と保護者の双方がコミュニケーション能力を高め、互いの立場を認め合い、協働して子どもの教育を進めなければならないと思っています。

《筆者の問い》食物アレルギーの対応は全校でできているということでしょうか？

[教頭の語り]

まだまだ意識の低い教職員がいてエピペン注射なんで、とっても無理だと拒否する人がいます。私たち教職員も不安ですが、それは教育のプロとして乗り越えて行かなくてはならない壁だと思っています。今の学級担任は、積極的な人になってもらっていますから、心配いりませんが、担当がいつもの人でないときが心配ですね。学校全体で行うのが理想ですが、現実は違いますからね。つい忘れてしまったということが絶対に無いとは言えません。だから、緊急事態を考えて、エピペン注射も視野に入れて学校体制を作っています。

食物アレルギーの対応では、教頭は保護者の要求が不合理であると思っています、それはできませんと言いたいだけれどなかなか本音は言えないと理解できた。結局、保護者に信頼してもらえないと、益々、要求が強くなるから、適切にコミュニケーションをとって、保護者に安心してもらって、保護者との協力体制を築き、結果として食物アレルギーの間

題も問題なく過ごしたいようだった。しかし、学校全体で安全体制が整っているのかと言
えば、まだまだ、学校体制は十分でなくて、拒否するものがあるので食物アレルギーの対
応は一部の教職員の対応に留まっているが、リスク対応の学校体制は全体で整えなくては
いけないと考えている。

2. 3 養護教諭Aの語りから

《筆者の問い》食物アレルギーのことを、学校内で周知するということが難しいというので
すか。
[養護教諭の語り] 私は、このことをとても重要だと思っているけど、管理職がどこまで
重要だと思ってくれるか。重要だと思ってくれれば、推進することが容易だけど、そうで
ないと進まない。私は進めたいけど、思うように周知できなくて、結局、判断するのが私
になって、不十分なアレルギー対応になってはいけないと思うから……。管理職には、
既に、報告していて、大変でしたよと伝えて、新一年生の説明会と配布文書、現在、対応
している子どもの対応方法など、そして、アレルギー対応の研修会の実施依頼をしました。
できれば校長先生にも聞いていただきたかったことと、管理職にも説明会があったらいい
ですねということを行いました。教員への説明が嫌というわけではないんです。今のところ
の資料もこうやって作っているし、誰が転勤しても困らないような説明はできると思っ
ています。エピペン注射にしても、緊急時の措置は医師法違反にはならないこととか。で
きることはやろうと思っています。だけど、周りの教職員が真剣に聞いてくれないと困る
んです。ほんと、学級担任だって出張したときなんか、誰がいくのかわからない。教室除
去だってあるんです。これは本当に怖いと思うんです。まだまだ子どもだし、周りから言
われて食べたなんてこともあるだろうし、やっぱり大人が気をつけておかないといけない
と思います。だから、周知しただけではなく、自分のこととして対応を聞いてくれないと
いけないと思っています。聞くところによると、運動誘発性の食物アレルギーが多いので、
ある程度、分かっていたら、学校で防ぐ義務があると思うのです。そこを、やはりチャン
としないといけないから、広島市でおきているアナフィラキシーの事故などを説明したい
と思っています。エピペン注射も一応のことは知っておけるように研修をしたいです。な
ぜ、ここまで言うのかというと、学校のすべての責任は校長先生にあるのだから、責任者
の校長先生が率先して、陣頭指揮をすべきだと思います。こうした救急対応の事柄だから、
校長先生などの管理職が教職員に周知すべきです。たまたま、このことを聞いてきたのは、
私だから研修をするけれど、重要なことだから、管理職がやってほしいです。これは、児
童の命にもかかわるし、何かあったら裁判にもなるようなことだから、学校の管理者であ
る校長先生や教頭先生には、市教委の説明を聞いておいて欲しかったです。

食物アレルギーの対応は、子どもの命にかかわる重要な問題だから、率先して管理職が

研修を受けるべきだと考えている養護教諭 A の気持ちが理解できた。また、養護教諭 A だけの対応ではなくて学級担任をすることになる教諭も研修して、協力して対策をするためにも管理職が校内の教職員を組織化して実施体制を作ってほしいと願っている養護教諭 A は、教職員が連携することが難しいと考えていると解釈できる。

《筆者の問い》食物アレルギーの対応は、荷が重いですか？

[養護教諭 A の語り]養護教諭として、責任が重いなっと感じることは、この対応は（管理表を作るときに、医師に依頼すると文書料をとられて）親にお金を使わせることだし、保護者に通知したとしても、保護者から申し出がないときに、学校として、どの子どもをアレルギーだとして認識して、保護者を説得するのか？まず、最初の自己申告がないときの対応をどうするのかと思って心配します。もし、養護教諭として、該当の子どもをピックアップできなくて、事故が起きたときの責任が自分に来るとするのは怖いと思うんです。学校の責任は校長先生にあるんだけど、自分の気持ちとして、気持ちの問題で、自分が責任を負うのはとっても重たいなって思うのです。この対応の基準がまだまだハッキリしていないので、養護教諭に思わぬ責任を負わされるような気がして、とっても気が重いです。やはり担当者としては、対応に不備があったら、とっても大変だと思うのです。責任を感じるということです。実際の責任はないとしても、重圧を感じてしまうのです。それは、学校の養護教諭だからです。子どもの安全というか、保健というか、これは自分の持ち場ですから……。自分がやるべき内容だから、管理表でも有料なのに保護者にとってくださいと言わなきゃなんないし、「そこまでいらないよ」と保護者が言うのならしかたがないけど、説得するだけの権威というか、押す力が必要だし、保護者対応は気が重いですよね。だって、小学校の子どもは、まだまだ自己管理ができないから、大人の手が必要なんです。だから、教師の責任は中学校よりも重たくなるし、保護者だって、まだまだ不安ですし、不安がついたら感情的にもなってだし……。考えたら、とっても大変！

医療事故がおきたときには、直接、間接にしても責任問題が養護教諭の自分に降りかかっているのではないかと心配していることが理解できる。また、食物アレルギーの対応は、学校保健安全の内容でもあり、給食担当でもある養護教諭の自分の持ち場であり、リスク対応の実施メンバーに入らざるを得ないものだとも思っていた。

養護教諭 B の語り

《筆者の問い》食物アレルギーの対応は、嫌ですか？

[養護教諭 B の語り]私自身は、アナフィラキシーの情報があつて、そこにエピペンがあれば、そこまで注射に対して拒否する感情はないのだけど……。できることはやってあげたいと思うし、救急救命措置で、命が助かるのなら、エピペン注射は拒否しません。児童糖尿病のインシュリン注射なんかは、常時、注射しないといけないので、医師法違反になるけど、これは、救急救命ですから、やるのがあたりまえだけど、養護教諭の中には嫌がる人も実際、いることはいる。主治医は学校で、そのくらいやってあげんさいと言うんですけど、インシュリン注射はダメです。だけど、エピペン注射は、自己管理で自分で持っていないといけないから、管理できないときは、学校保管になるかもしれないけど、これは医師法違反ですから、難しい問題になると思います。保護者との信頼関係を壊さないようにしようとする、何でもありになってしまうんですけど、できないことはできないと言わないといけないから……。難しいんです。保護者とのリスクをとるか、医療事故のリスクをとるか……。難しい。今の法律で言えば、医療行為は、学校ではできないことになっているので、そのときは保護者に来ていただくことになると思います。

保護者との信頼関係から考えると、医療事故のリスクを受け入れて食物アレルギーの対応を実施することになるが、もしも、医療事故のリスクを受け入れなくて、保護者の要求を拒否するとなると、結果的に弁当持参を保護者に押しつけることになってしまう。そうすれば、保護者との信頼関係が壊れるというリスクが高くなってしまっているようだった。こうした二つのリスクは二律背反のように見えるが果たしてそうなのだろうか。

[養護教諭 B の語り]エピペン注射のことでいうと、養護教諭の中にも絶対にしないと言い切る人もいるし、教員のなかには、やると言う人もいると思う。人それぞれだし、……。考えてみれば、昔は無かった AED の処置だって、今は積極的にするようになってきているから、エピペン注射だって同じと考えても良いかもしれないけど……。注射というからね～っ、難しくなるんですよ。注射が医療行為だということはみんな知っているから。AED はただの機械と思っているんですよ。あれが医療行為とは思っていないでしょう。AED の周知は、実際に助かった事例がみんなに知ってもたつたから……。エピペンは分かんないですよ、まだ。ただ、私が学校の先生に言って、どれだけ分かってもらえるかわ、分かんないし、不安です。まあ、結局は、エピペン注射のことが一般的に知られていないから、こうなんだと思いますが、AED のようになるのは時間が必要です。将来、社会的認知がされて、救急救命処置として、誰でもがサッとできるように、研修ができてくればいいな～っと思います。

3 食物アレルギー対応の困難さ

3. 1 事故リスクをめぐる『意識の差』

栄養職員や看護師などの専門職員の増員など、対応する人的条件整備をせず、現状のまま、こうした食物アレルギー対応の校内体制をつくることへの関係教職員の不満は相当に大きいようである。始まって2年ばかりの学校体制づくりとしては、新しい取組であり未整備なところも多々あるだろうと推測できる食物アレルギー対応である。校内体制も十分に整っておらず「ヒューマンエラーが事故を引き起こす」という漠然とした不安を、養護教諭Aだけでなく関係教職員は感じていて、教職員と連携しなければならない食物アレルギーの対応では、決して事故リスクをゼロにはできないだろうとも、その教職員は思っている。リスク認識が共有できていない教職員と連携しなければやっていけないということ自体にリスクがあって、食物アレルギーの対応は不安でいっぱいであることを、しきりに表明していた。

こうした中、食物アレルギーの子どもを抱える保護者の対応は、教職員にとって相当なストレスになっているようだった。養護教諭Aが対応したある保護者はアレルギーの原因となる食材を除去していれば健康な子どもであるという意識が強く、学校におけるアレルギー食材の除去は可能という事実から、ゼロリスクを保護者は望んでいて、学校の対応に完璧を求めている。こうした保護者の児童生徒の対応には、『どうしても神経質になる』と養護教諭Aは語っていた。

このように、保護者はゼロリスクを望むのであって、学校の教職員の意識と保護者の意

識には差があり、ましてや、学校の関係教職員にリスク認識の差があることから、死亡事故の可能性のある食物アレルギー対応には、通常の教育的実践とは違った連携の困難さがあるように筆者には解釈できた。

3. 2 全体と個別との対応をめぐる葛藤

学校現場においては、子ども一人一人を大切にするという原則は、教職員に了解されているとあって良いだろう。しかし、たくさんの子どもがいる学校という場では、個別に細かく対応はできないという現実から、みんないっしょにしましょうといった原則があることも、また学校現場の事実である。

自分たちの専門性や求められている職責から考えると、食物アレルギーへの対応といった新たな実践は子ども達の安全を守り、保護者の安心を得るために必要なことだが、どこまでやることなのだろうかといった悩みが養護教諭から語られたとき、その真意を筆者は、みんないっしょに食べる制度としての学校給食なのに、一人一人の要望をどこまで受容すれば良いのだろうかという全体と個別の原則の対立と理解した。同じように、食物アレルギーの対応は、学校でやることではないのではないかというある教諭の悩みは、学校は病院とはちがうし、みんなと一緒に給食を食べさせてあげたいけれど、個々の対応をどこまでやるのが良いのか悩むといった全体と個別との対応が両立できない葛藤だと筆者には理解できた。

このように食物アレルギーの対応をする関係教職員の実践には葛藤があり、全体と個別との対応を両立させる困難さがある。即ち、給食調理員や養護教諭、教諭などの専門家同士の連携をさらに困難にしているように筆者には解釈できた。

3. 3 連携することの困難さを越えるための具体的な手立て

筆者が記録したインタビューの多くは、食物アレルギー対応に関する教職員にとって色々な葛藤状態に陥る状況がある校内体制の不備を指摘したり、実施困難の理由を挙げて条件整備を求めたりする語りであったが、そうした語りのいくつかには、実践することの困難さを超えて該当の児童生徒と保護者を支え、学校における食物アレルギー対応の校内体制の充実を実現しようとする語りもあった。

食物アレルギー対応には、上記したある種の困難さがあると筆者には理解できたが、ゼロリスクにならないものの、不安がる保護者にも安心していただけ、食物アレルギー対応を行う関係教職員の個人の責任とならずに事故リスクを克服でき、全体と個別との対応が両立できる校内体制づくりが必要である。少なくとも食物アレルギーの対応を必要とする子どもがいる学校現場において、悲しい死亡事故を起こすことなく食物アレルギーの対応が継続してできたための工夫がないのであろうか。

つぎは、共通認識ができない連携に困難さをかかえる学校現場において、教職員や給食調理員、給食担当者の工夫がないのかどうか見たい。

4. 専門性と向き合う栄養士Aの語り

4. 1 モチベーションの高まり

《筆者》給食調理で困るな～って思うことはありますか？

栄養士だって、臨時採用が多い中で、今の調理員の人数だと困ると思います。アレルギーの数を増やすのだったら、人事配置を考えて欲しいと思います。人手が多ければ良いわけではありませんが、余裕が必要だと思います。イライラしていたら、ミスもおきます。食物アレルギーの除去食対応は、やってあたりまえなんですけど、正直、そこまで責任を負う必要があるのかな？とはおもいます。個人の責任にするようなことはいけないと思いま

すし、・・・。

(筆者への電話があり、しばらくの間、インタビューは中断した)

やっぱり、子どもは学校に来て給食を食べるのが良いと思うし、全て、その子達に弁当を持ってこいというのは、機会均等ではないと思うし、・・・。学校に来るなどとは言えないから、できるだけ給食をするようにして、今より対応が増えても、人員配置があれば、できるだけやっつけていこうと思います。

《筆者》でも、先ほどまでは、アレルギーの子ども達には弁当がいいと言わんばかりの様子だったんですけど、どうして変わったんですか？

学校の給食センターの栄養士として考えたら、やはり、弁当にしろとは言えないと思ったんです。給食を安全にするのは、給食の管理している栄養士としての専門ですから、弁当にしろとは言ってはならないと思うのです。どの子どもにも美味しい給食を食べて欲しいという気持ちは、専門職としての思いもありますが、人としての思いもあります。給食をしっかり子ども達に食べてもらいたいという気持ちがあります。給食を楽しんで欲しいです。その子だけ別のいうのはいけないと思います。弁当にするということは、給食を否定することにつながるように思います。

《筆者》栄養士としての専門性を大切にしたいということですか？

以前にも学校給食の栄養士をしていて、直前は保健センターの栄養士をやっていました。給食一筋ではないんですが、子ども時代の給食は、記憶にも残りますし、身体にも影響がありますので、大切にしたいと思います。保健センターでの仕事は、妊婦さんから高齢者までの幅の広い人々が対象なんで、乳幼児にも対応していましたから、食事の大切さは実感しています。今までの経験からして、子どもに弁当を持ってこいというのではなく、大変ですが、給食をやっていくことが必要だと思いました。

食物アレルギーの対応は、できてあたりまえの対応であり、専門性が問われる場面であることは、栄養士Aや給食調理員A、Bは、ともに分かっていた。ただし、こうした学校の安全と安心を得るために、教職員との連携だけではなく、保護者や教育委員会、学校給食会などとの連携も必要となっており、うっかり忘れるとか伝達ミスなどのヒューマンエラーが、子どものアレルギー発作に直結するといった事故を引き起こすリスクを高めることに、特に栄養士Aは不安を持っているようであった。その理由としては、まだまだ学校の体制では食物アレルギーの組織対応ができていないという思い、即ち、「このままだと、いつかヒューマンエラーが起きるであろう」という不安があるようであった。そのためにも管理職や教育委員会は、人手を増やす努力をして欲しいという思いになったようである。

このインタビューで劇的だったのが、栄養士Aへ話を聞いていたとき、インタビューの

途中、電話が入ったため、数分間の中断があったときに変化がおこった。はじめ、アレルギーの子どもには、給食ではなく弁当にするべきだの主旨の話しぶりだったのに、その数分間の後、やっぱり、給食をつくりましょうという思いに栄養士は変わった。その理由は、自分のやっていることを否定できない（専門性を否定できない）という思いと子どもにとって食事は大切という経験知から出た思いと、どの子にも給食を楽しんで欲しいという母親としての思いから、給食の安全実施を専門職として行いたいという気持ちに変わっていったのだった。

4. 2 専門性の気づき

給食スタッフである栄養士 A や給食調理員 A、B は、こうした食物アレルギーの対応をめぐる、改めて少数職種であることの自覚をしたようである。それと同時に、自分たちの専門性を自覚するチャンスにもなっていた。特に、給食スタッフは、これまで他の教職員と連携し、責任を問われることがあるような実践をするといった、ある意味、緊張感のある経験してこなかったことから、改めて自分たちが子どもの安全を守っているという意識を持つことができたようだった。また、学校体制が自分たちを含めて組織的に機能しなければ、子どものアレルギー発作を誘発するといった事故につながりかねないという危機意識を意識化できた。そういう意味では、教育することの学校の機能からすると、いわゆる周辺に置かれていた給食スタッフである栄養士 A や給食調理員 A、B が他の教職員との一体感を得ることができていた。すなわち、自分たち給食スタッフと教職員との連携を、これからも継続していこうとする動機になっていると筆者は考える。

確かに、学校体制の中では、こうした対応をするのは自分達しかいないという意識は芽

生えただろうし、他の教職員も給食スタッフに除去食の対応を依存するしか他に手段はなかったであろう。このときばかりは、自分たち給食スタッフが実践の中心にいるという感覚が持てたようである。従って、専門性を守るためにもやらねばならないや子どもを守るために教職員を動かすという意識（周辺から一挙に中心になった）が出たのはまちがいない。しかし、この対応が教育なのかという疑問（学校の安全・安心を守るためには必要なことではあるが、教育実践ではあく補助的なものではないかという不安感）は残っていると筆者は思った。

5. 関係教職員の物事の見方が変わる気づき

5. 1 教諭Aの語り・・・実践の意義と向き合う

《筆者》学校での担当ではどのようなことをするのですか。

学校では、校長先生や教頭先生の指示のもとに、保健主事つまり私が主担当として食物アレルギー対応委員会で、食物アレルギーの対応を検討しています。その対応については、食物アレルギーに関係する教職員が、具体的にはアレルギーの子どものいる学級担任が共通認識を持って学校全体として対応することになっています。学級担任にも色々あって子ども任せにしている人もいますね。全てが全てショック症状になる訳ではないですからね。

一番、神経をつかうのが、保護者への情報伝達です。食物アレルギー対応に当たっては、日ごろから、保護者との連携を密にしなければならないのですが、保護者から連絡がなかったり、こちらが連絡を忘れてたりと、色々ミスがあります。学校給食センターや市教委から来る献立情報も時として遅れたりしますから、校内体制も万全ではないです。もちろん学校は保護者に対して、学校給食の献立や食材に関する情報等の伝達ミスがないように努力していますが、なにせ、マンネリになってしまうことが、時としてあって、それが怖いんです。

《筆者》学校での対応で困ったこととは？

低学年の保護者はとても不安なんです。他県では対応してくれるのに、どうして広島市はできないのかと怒って来校される人もいます。食材についても詳しく尋ねてくる保護者もいます。カレイのフライが給食にでたときには、魚のカレイですが、何カレイですか？『ミズカレイですか？カラスカレイですかと詳細な質問をしてくるのです。こうしたことにも信頼関係を損ねないようにするため、丁寧な対応をします。学級担任の指導も大変です。中には公然と子どもがしっかりしているから、大丈夫ですなんていう関心のない

教諭もいます。確かにそうなのでしょうが・・・。

《筆者》アレルギー担当の仕事は大変だね。

ええ、大変なことは大変なんですけど、でもいつも嫌なことばかりとは限りませんよ。同級生の母親に給食、食べられないんだって？かわいそうね。と言われてショックでしたという保護者と会話をしたときがあります。話を聞いてあげるだけでしたが、それだけでも元気になって帰っていかれました。相談できる医療機関を紹介したときにも、保護者に感謝されました。確かに不用意な発言をして保護者に叱られたこともありますけど、食物アレルギーのことをよく知ってくればくるほど、理解できればできるほど、保護者の不安な気持ちがわかるようになって、適切な声かけができるようになりました。最初は、とっても大変なことだと思っていて担当したくないなと思ったりもしました。

《筆者》保護者の対応が大変なんだ。

先月も不安になっている保護者の対応がありました。でもその保護者からはだんだんとできることが増えました。卵はもう除去しなくて大丈夫です。今まで支えていただき、ありがとうございますと感謝されました。

《筆者》保護者の感謝、やりがいがあるってことだ。

食物アレルギーの対応は、新しい対応です。今まではしなくてもよかった対応です。始めるときは気が重かったですが、真剣になってやると保護者と子どもとの、思ってもみなかった感情の交流があるんです。これはある意味、達成感なんですね。感動するとか、やってきて良かったという気持ちでしょうか。こうした気持ちも、最初からやらなかったら体験しなかったと思います。大変だけど、やっぱりやって良かった。子どもとの対応で感動することは、他の場面でもありますが、教師としてやって良かったと思える瞬間が一番充実するときなんです。教師の仕事のすばらしさを実感するときとでも言いますか・・・。

発達段階の違いからか小学校の対応と中学校の対応では、保護者への対応が若干、違っている。小学校ではまだまだ自己管理ができないということもあってか、保護者は非常に不安感をもっているようだった。小学校の学級担任ではきめ細かく、毎日、保護者との連絡を取り合ってミスがないようにしていることが教諭Aから語られた。とはいえ、学校給食は学校の責任でやることだからと言って、何でも人任せにする保護者もいると聞く。

一方、中学校では、成長してアレルギー症状が軽くなったからか、自己判断で病院にも行かなくなるケースもあるようだった。例えば、小学校のときのように中学校でも頻繁に家庭連絡を取った場合、保護者が負担に感じたのか、これまでの成長を否定されたと感じ

たのか、この子は自己管理できるので見守ってやって欲しいと、やや非難の感じのある申し出があった。

このように、マニュアル通りにはいかない保護者の対応は、教職員にとって相当なストレスになっているようだった。また、自己管理ができるとって子ども任せにすることは、担当者として怖いと思っていて、同僚の教職員のマンネリや放任による事故を心配していた。

5. 2 食物アレルギー対応で、教職のやりがいを実感

食物アレルギーの対応をいざ始めてみると、教諭Aは学級担任としては嫌なことばかりではなかったようだ。保護者対応を丁寧に取り組むことで信頼関係をむすび、望ましい心の交流ができるようになってからは、教諭Aのインタビューにもあるように『真剣になってやると保護者との子どもとの、思ってもみなかった感情の交流があるんです。これはある意味、達成感なんですね。感動するというか、やってきて良かったという気持ちでしょうか』のところで、やってきて良かったという気持ちや達成感が生じたと語っている。筆者は、支援のやりがいに気づけた瞬間（とき）と理解する。また、『すごくおいしかった子どもにいわれると、私も幸せになれるんです。一人でも多くの人に給食を食べてほしい。子どもの笑顔を思い浮かべながら、作っています』と話してくれた給食調理員の体験と、この教諭Aの体験には共通点があると筆者は考える。

すなわち食物アレルギー対応における教職員の関係性は、教職員がしてあげる関係ばかりではなく、除去食などを提供している相手である保護者や子どもから、こうした感動をもらう関係もあり得るのだということである。リスク対応するという関わる時が、実践

の意義に気づくときでもあり、専門職として成長できるときでもあることが筆者にも理解できた。やって良かったという経験があるからこそ、なかなかリスク認識を共有できないでいる教職員の間であっても、もう少し頑張ろうと言う気持ちになれるのだろう。そういう意味では、多忙の中にあっても連携のなかに時間をつくって相互理解のためのミーティングをすべきなのかもしれない。

5. 3 養護教諭Cの語り・・・教職員の気持ちに向きあった瞬間（とき）

《筆者》食物アレルギーのインタビューのまとめを見て、同意をもらえないだろうか？

あ～、すごいですね。前からおっしゃっていた論文ですね。この学校にもアレルギーの子どもはいますけど・・・。（しばらくの間、読んでいる。）自分のところは良いですよ。

《筆者》何か感想はありますか。

感想というと、養護教諭の人の意見ですが、よく分かります。私たち養護教諭は学校の保健安全から逃げられません。それだけ責任があります。責任を感じると言っていていいと思います。もちろん専門性もあると思っています。ですから食物アレルギーによるショック事故、広島市ではまだ無いですが、養護教諭の研究会でもインシデント事例が報告されていますから、子どもの死亡事故など起こしたくないと誰もが思っていると思います。私もそうです。

ですから、この先生のインタビューのところを見て勉強になりました。今までは、（学校のアレルギー疾患に対する）ガイドラインに基づいて、事故がないようにするために子どものアレルギー疾患の取組みをやって来ました。危機感をあおって、アクシデントがないようにすること、校内の先生方に危機感を持ってもらい事故を防ぐためにどうすればいいかと思っています。

《筆者》勉強になったこととは、どういうことですか。

保護者へは誤食を避け、事故がないことの責任を果たすことの思いは強くありましたが、食物アレルギーの改善を保護者と共に喜びあうなどの気持はあまりなかったように思います。ましてや先生方の気持ちになって今まで考えてもみなかったです。これを読ませていただいて取り組みの姿勢というか、対応の視点が変わったように思います。

これからは、もちろん対応マニュアルを示すこともインシデント、ひやりはつの事例検討会の研修も大切ですからやらせてもらいます。ですが、こうした対応をやることの意義も同時に示す必要があるんだなと思いました。そうすることによって、保護者ともいい関係になれるし、関心がない教職員も意欲をもって、対応してくれるのではないかなと思います。

5. 4 取り組みの視点が変わる

最初は、インタビューの内容の了承、論文として書く内容の同意を得ようとして養護教諭Cと面接をした。できればインタビューの内容にもう少し幅を持たそうかなという軽い気持ちで論文を見せたのであり、養護教諭Cに正式にインタビューをしようと思ってやったことではなかった。ところが、養護教諭Cのインタビューのところで、学校における児童生徒等の健康管理及び指導を適切に進めることを中心にして校内体制を作ろうとすると、他の教職員に対して強制していること、そして、その強制は保護者や教職員と連携するためにはよくないこと、と養護教諭Cが気づいた。このとき、養護教諭Cの物事の見方が変わる、取り組みの視点が変わる、その気づきの瞬間に筆者は立ち会ったと思った。

養護教諭Cの物事の見方が変わったというのは、学校給食の食物アレルギー対応では関係する教職員の連携が必要であり、連携して事故リスクの低減を図るためには、マニュアル通りにやってもらうことだけでなく、学校給食における食物アレルギー対応をすることの意義、いわば実践することのすばらしさを伝えること（意欲をもってもらふこと）が必要であると気づいたときと言えるのではないだろうか。この養護教諭Cは、別の日に、食育として、食物アレルギーの啓発活動をこの学校でもやったら良いと思いますと新たな取組を提案してきた。食物アレルギー対応の見方が変わると、新たな取組も見えてきたように実践に積極性が出たように筆者は感じた。

6. 多職種連携での工夫と課題

医療的な配慮を必要としている子どものケアの問題では、教職員の経験不足はどうして

も存在していて、食物アレルギーの対応も教職員の拒否感は相当程度に強い。にもかかわらず、現実には食物アレルギーの対応を必要とする子どもがいることで、今回の事例のように教育委員会の判断により除去食の対応をとることとなった。

養護教諭 A の語りには、次のような続きがある。

《養護教諭 A の語り》

学級には、40 人から子どもがいるので、一人二人の個々の対応をいちいち覚えていられないという先生の言い分も分かります。そこは、専門的立場の養護教諭が支援をしていくことは必要かなとは思いますが。教職員の中では危険性の認識がまちまちで……。

まず、書類が増えたことや保護者への説明が必要になったこと、そして、説得をすることもあることなどなど……考えると気が重たくなるということかもしれませんね。ミスをしたら責任をとらされることも、大変の中に入っているかもしれないと思います。小規模の学校だといいいけど、600 人以上のことになると大変になると思います。もし、給食担当の先生が学級担任だと、自分の学級のことでも大変なのに、学校全体、そこまで面倒は見られないと思うんじゃないかな？

……(中略)……

でも、危険性のことを先に言うと、みんなできないと思うんです。養護教諭でもできないと言う人が多かったし……。まずは関わってもらって、子どものためなんですから、みんなで作っていくことが必要。だから管理職の先生も危機意識を持たなくてはいけないと思うんです。

この語りで、養護教諭 A は『教職員をどのように説得するかが難しい』と多職種連携の難しさを言っているのと同時に、リスクをはっきり言うと教職員がついてこないのではないかと心配をしているのである。だから管理職が責任を持って、教職員を説得して食物アレルギーの対応体制を校内的に整えてほしいと願っているのである。教育委員会が食物アレルギーの対応をすると決めたのだから、学校としてはやらなければならないという現実と校内体制を整えることは難しいと感じている養護教諭 A の不安が表れているところであるが、教職員のモチベーションをあげる方法は、『子どものため』など教職員の感情に訴え、リスク認識は後にして、まず、関わってもらうことを考えているようだった。

すなわち、教職員のやりがいや専門性の自覚といった感情に訴えることで、教職員のモチベーションをあげ、多職種連携を成り立たせようとしていることが理解できる。なぜならば、食物アレルギーの対応におけるリスクを教職員に伝えると、『教職員はやらない』と言うこと養護教諭Aは予想しているように筆者には思えたからだ。

このように、養護教諭Aは、食物アレルギーの対応体制を整えるために、まずは教職員の参加を促し実践してもらうことを最優先に考えていることが分かるが、それは、管理職でも同様で、前章の6. 校長Dの語りにもあるが『教職員全体のモチベーション』をあげることが連携の困難性を克服する工夫の一つであると考えていることが分かる。

確かに、目の前に医療的支援を必要としている子どもがいる以上、他に関わる大人がいないという事実から考えて、教職員が関わらないという選択肢はないことから、学校保健の専門家である養護教諭や学校の管理職としても、リスク認識の共有よりも食物アレルギーの対応に関わってもらうことを優先することは、ある程度は、しかたがないことなのかもしれない。こうして関わることにより、栄養士のように専門性の自覚がもたらされるといった効用や教諭Aのように実践の意義に気づくといった効用が生まれてくる事実がある。

しかし、食物アレルギーの対応の事例では、まだ、事故がおきてはおらず、あくまでも未然防止の対応での専門家の語りであった。医療的な配慮を行う専門家の多職種連携を成り立たせながら、どの時点でリスク認識を共有化するのであろうか。あるいは、リスクを検討することは教職員の消極姿勢を導くことから、リスク認識を共有化しないままなのであろうか。

よって、次の事例では、実際にクライシスがあったことから、リスク対応における未然

防止の活動を含めて、リスク認識の共有化についても検討することとする。

第三章 事例「新型インフルエンザ」

～ リスク対応における未然防止の重要性 ～

前章でみた「食物アレルギー」は、特定の児童生徒や保護者から申請があれば、起こり得る危険性も、避けるべき要因も、概ね予測可能である。しかし、危険性自体が十分知られていなく、また、いつ起きるかも不明なリスクもある。そのような事例として、「新型インフルエンザ」を取り上げ、情報不足故に、事故が起こった経験を検討する。

1. 問題の背景

2009年にメキシコを最初とした、いわゆる新型インフルエンザが日本の各地においても流行り、初期の隔離対応から季節性インフルエンザとほぼ同様の対応に変化するなど、様々な混乱があったことは、学校関係者だけでなく我々の記憶に新しいのではないだろうか。その後、2013年にも前回とは違った型の新型インフルエンザが隣国で人への感染が拡大している。現在のところ人間から人間への感染は明確には確認されていないようではあるが、前回のようなメキシコが発生元とは違って、中国という日本の近隣国での感染拡大であることから心配されることではある。また、東京でのデング熱などの感染症が、今後、日本で流行る可能性が皆無とはいえない。

こうしたことから本章では、小・中学校における2009年の新型インフルエンザの経験を事例として、リスク対応の観点から、事故（クライシス）が起きた例である新型インフルエンザという未知なる感染症のリスク対応の事例を取り上げ、正確な情報把握が困難であった経験や事故回避しない限りは決して解消されない事故後の保護者・生徒対応での矛盾を経験した教職員の語りである、筆者が参与観察した教職員の語りを分析することをとお

して、感染症対策におけるリスク対応の課題を検討することで、未然防止（リスクマネジメント）の重要性を明らかにする。

2. 新型インフルエンザについて

2. 1 新型インフルエンザの感染拡大の時間的経過によるフィールドノート

（海外発生から広島市での感染確認まで）

新型インフルエンザとは、今まで知られていなかった新しいタイプのインフルエンザウイルスにより、人への感染症であることを一般的には意味する。

平成 21 年 4 月 24 日（金）に、メキシコやアメリカ合衆国で新型インフルエンザに感染の疑いのある症例の報告があった。続く、4 月 28 日（火）には、WHO（世界保健機関）の「世界インフルエンザ事前対策計画（WHO global influenza preparedness plan）」における警報フェーズが 4（ヒトからヒトへの感染が増加している証拠がある）に引き上げられた時には、国は新型インフルの発生を宣言した。すると、毒性の鳥インフルエンザ（H5N1）を想定して行動計画を立てていたこともあって、5 月 9 日（土）のカナダからの帰国者（隔離、後には感染確認）にとった措置のように、水際対策として国内への入り込みを阻止する厳しい対策をするようになった。

しかし、5 月 16 日（土）には、海外渡航歴のない神戸の高校生への感染が確認されると、国は関係自治体に対して、学校の一斉閉鎖や大規模集会の中止などを要請している。関西地域では休校等の措置をして対応したが、出口の見えない対応には住民からの苦情が相次ぎ、休校の判断を自治体に任せるといった対応の違いを生じさせている。

この時点の筆者は、自分のことでは、とうとう国内感染か。喘息で気管支の弱いから気を付けないといけないけど、ワクチン接種は難しいだろうなと思っていた。

職務上では、一斉休校といっても遊びに出る生徒はたくさんいるだろうな。元々、感染防止は無理だろう。でも校長としては、いつか自分の学校の休校を判断しなくてはならないだろうが、そうならない内に、大阪だけで終息しないかなと希望的観測をしていた。

5月28日（木）頃だったと思うが、筆者が薬局で簡易マスクを買おうとしたときには、既に広島市内でも品薄で、値段の安いマスクは無かったので高級品？を3種類、買ったことを記憶している。「他の人も新型インフルエンザを心配している」と実感したときである。

また、日本文化人類学会 第43回研究大会（会場；国立民族学博物館や大阪国際交流センター）が5月29日（金）～5月31日（日）に、国立民族学博物館の共同研究会が6月21日（日）、27日（土）に開催されたが、結局、筆者は参加しなかった。いや、参加できなかったというほうが真実に近いと思う。この時、研究会への参加について広島市教育委員会事務局に問い合わせたところ『感染拡大地域への不要、不急の旅行はできるだけ避けたい。基本的には個人の判断によります。しかし、学校の教師という立場も考慮に入れて、感染症の拡大防止に協力していただきたい。』という回答であった。確かに、研究会にどうしても参加しても参加しなくてはならないことはない。大阪へ個人的な旅行をして感染し、勤務する中学校で新型インフルエンザの感染が拡大したら個人的な問題ではすまないだろうなという判断で学会参加を断った。自分の立場を考えると、とても参加するという結論にはならなかった。

筆者にも、周囲にも感染者は、迷惑の拡大者、加害者という意識があったように思う。

6月9日（火）に、広島県内初の新型インフルエンザ感染の確認。アメリカ合衆国から

の帰国者だったが、私立安田女子高等学校では広島市主催のソフトボールによる国際交流（ハワイ・ホノルル市のソフトボール選手団が来日）に参加した高校生が新型インフルエンザに感染し、7月1日～6日に休校措置をとった。他にも6校が休校・休園措置を取った。安田女子高校では、最終的に、約20人が新型インフルエンザの発症があったという。他にも広陵高校生などが感染している。

7月3日（金）には、県立広島病院において、病院に勤務する看護師への院内感染が確認された。厚生労働省の方針変更を受けた広島県では、基本対処方針を改定し、「(1)発熱外来に限っていた外来診療をすべての医療機関に広げ、電話連絡した上で受診する。(2)自宅療養が原則で、ほかの病気にかかっているなど重症化の恐れがある人は、入院治療とする。(3)遺伝子検査は、重症化や集団感染が疑われる場合とする。」としている。こうして広島市教委は、マスクの着用とうがい・手洗いなどの感染予防措置の実行を学校では徹底するように通知している。

6月、7月の頃、広島市内の中学校では、修学旅行の延期問題が出ていた。関西方面に就学旅行を予定していた中学校の延期決定により、キャンセル料が発生し、その費用の負担が問題となっていた。延期についての判断は、一義的には校長であるが、実際には広島市教育委員会の判断が大きく、修学旅行の延期はしかたがないとしても、少なくともキャンセル料金を保護者負担にはできないという広島市の小学校長会や中学校長会の意見が強くあった。

また、佐伯区では5人の感染確認があり、その内2人の感染が確認できた広島市立五日

市南中学校が7月21日～24日に休校措置をとっている。この時の経緯をニュース等で聞くことができた。しかし、筆者にとっては、まだまだ他人事であった。感染の情報として「新型インフルエンザは感染拡大が早いですよ！感染確認ができたその日の内に感染者が二桁になりました。」とは聞いていたが実感できていなかった。（※この時点では、この発言の真意は分からなかった。自分が体験すると、確かに感染のスピードも早い、病状悪化の変化も早かった。）

筆者が感じていたリスクは、判断を誤って生徒の感染者をふやすこと（それによって保護者に非難されること）であった。夏休みは、生徒が学校にいないので、所属職員と自分の健康に留意しておけばよく、現場としては気がらくであった。夏休みに入った時、中学校はインフルエンザ大丈夫かと中学校勤務が長い教頭（中学校8年目）と養護教諭（中学校5年目）に新型インフルエンザの対応について相談をしてみた。返ってきた回答が『今は、まだ広島市の西部ですし、他校との交流が少ないのでまだまだでしょう。近隣の町で感染拡大があれば、心配もしますが、まだまだです。クラブが活発ではないので、市大会には行けないし、近所に学習塾がないから生徒が交流するのは小学校や中学校だけなんです。今、感染拡大しているのは、大会参加でや塾での感染です。』ということだった。筆者は、その回答に納得してしまった。確かに、現状を分析するとそうだったのだ。（※例外があった。それはスポーツ少年団での大会参加だった。後に記述するが、スポーツ少年団という社会体育で大会参加をした生徒が感染し、結果として中学校の全校閉鎖につながっている。）

2. 2 広島市での感染確認から中学校生徒の感染報告まで・・・事故発生

広島市内の中学校の休校が夏休みに近かったことで、筆者は、休校の判断が当面は必要がないので、とても安心した。筆者の個人的には、気管支が弱いので新型インフルエンザには罹患し易い体質だと思っているので、夏休みでもマスクを着用しようとしたが、夏の暑さの中でマスクの着用はとっても無理だった。冷房の効いた室内でのマスクの着用ができるくらいだったので、外出は必要最低限にした。

夏場は、本格的な新型インフルエンザの流行はないとの予想だったはずなのに、それにもかかわらず、8月15日には、沖縄県の男性1名が日本国内初の新型インフルエンザ感染症による死亡例とされた。結果、19日には当時の梶添厚生労働大臣が、新型インフルエンザの全国的な流行に入ったことを発表している。

広島市では、8月23日（日）に「新型インフルエンザの流行に入った」と報道された。

夏休み明けが間近の8月下旬に広島市内の新型インフルエンザ感染拡大の連絡が入ったことから、悩みが増えてきたように思う。その理由は、二つあった。教諭の家庭で、新型インフルエンザの疑いがあった子どもがいるとの報告があったことと、近隣中学校の教諭が新型インフルエンザに感染が確認されたことである。この時点では、新型インフルエンザに罹患した者は自宅療養が原則になっていたのだが「教諭を介しての感染が有るのなら、中学校の休校も近いと筆者は感じていた。

臨時休業（学級・学年閉鎖、休校）については、今までのような学校独自の判断は難し

いという意見が校長会で多く出て 表—6 「21年9月2日新型インフルエンザに係る学級閉鎖等の基準（目安）について」広島県として一定の基準を示すことを決めている。

これにより新型インフルエンザの現在状況や学級閉鎖基準などを中学校の保護者通知として全校配布とした。

平成21年9月2日		
新型インフルエンザに係る学級閉鎖等の基準（目安）について (県立中学校、県立高等学校)		
1 考え方		
<p>8月25日付けの厚生労働省通知により、クラスターサーベイランスにおいて実施されてきたPCR検査による新型インフルエンザ確定を原則として行わないこととされたため、今後は、新型インフルエンザ患者の確定や濃厚接触者の特定が行われなくなる。このため、新型か季節性かを問わずインフルエンザ全般について監視し、拡大防止を図ることが必要である。</p> <p>県教育委員会がインフルエンザ患者の発生した学校の学級閉鎖等の措置を指示する際には、保健所の要請や学校医の助言を参考にすが、今後、保健所の要請等がない場合でも、簡易検査により判明したインフルエンザ陽性の生徒数と生徒間の接触の状況を勘案して学級閉鎖等の措置を指示することがある。</p>		
2 県教育委員会が学級閉鎖、学年閉鎖及び学校閉鎖を判断する際の基準（目安）		
この基準は目安であり、感染の状況に応じた対応を行うものとする。		
区分	状況	措置
学級閉鎖	○ 同一学級において7日間以内に5人程度の生徒がインフルエンザ陽性となった。	翌日から4日間学級閉鎖とする。
	<p>【2学級目が同一学年に発生した】</p> <p>○ 第1例目の学級の学級閉鎖の期間内である場合は、同一学級において7日間以内に3人程度の生徒がインフルエンザ陽性となった。</p> <p>○ 第1例目の学級の学級閉鎖の期間が終了している場合は、同一学級において7日間以内に5人程度の生徒がインフルエンザ陽性となった。</p> <p>【2学級目が他学年に発生した】</p> <p>○ 他学年の学級閉鎖の有無に係わらず簡易検査の結果、同一学級において7日間以内に5人程度の生徒がインフルエンザ陽性となった。</p>	
学校閉鎖	○ 閉鎖している学級が同時に学校全体の3分の1以上となった。(状況によって学年閉鎖を行う場合もある。)	翌日から4日間学校閉鎖とする。

※1 学級閉鎖等の指示があった時点で、生徒が登校している場合は、授業を打ち切り下校させる。

※2 インフルエンザ陽性の生徒は、学級閉鎖の日数にかかわらず治癒するまで出席停止とする。

3 その他の基準

区分	状況等	措置
出席停止	○ 簡易検査の結果、インフルエンザ陽性と診断された者	治癒するまで、出席停止を行う。
	○ インフルエンザ陽性と診断された生徒と濃厚に接触し、なおかつ、インフルエンザ様症状を呈するなど、インフルエンザにかかっている疑いがあり、かかるおそれのある者	治癒するまで出席停止を行うことができる。
部活動等 課外活動 休止	○ 同一の課外活動において、インフルエンザ陽性と診断された者が7日間以内に2人以上確認された	校長の判断により、当該活動を少なくとも4日間停止する。

表一6

表-6のように、学級閉鎖の基準については、一週間におおむね5名程度の感染者が出た場合とされたため、学級閉鎖や休校になった時の休業期間は、翌日から4日間とすることになっていたが、広島県に遅れて、平成21年9月24日に厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部が出した「学校・保育施設等の臨時休業の要請等に関する基本的考え方について」では、「明確な人数の基準を示すことは困難であるが、これまでに国内で得られた知見からは、学級内に1例の新型インフルエンザ感染者が発生した段階で対応を実施すると、より高い防疫上の効果が得られる。インフルエンザの一般的な感染性を有する期間なども考慮して、閉鎖期間は、5～7日間を要すると考えられる。」としている。

こうしたことから、中学校では、一週間に学級人数の10～15%が新型インフルエンザに感染。閉鎖期間は、閉鎖決定日を含めて5～7日間がよかろうと心の中では思っていた。管理職や養護教諭に話したところ、教育委員会がそういうのならという返事だった。結局、

誰も分からないし、学級閉鎖の判断ができないのだと思った。平成 21 年 7 月 3 日の「基本的対処方針の改定について（通知）」の広島県の判断では、「同一の学級又は部活動単位等で、7 日以内にインフルエンザ様症状による 2 名以上の欠席者（教職員を含む）が発生した場合には、保健所や教育委員会に連絡をして、感染拡大の防止の必要上、教育委員会が臨時休業の要請を行う」という厳しい基準になっていた。

結局、9 月になっても中学校からは、生徒の感染者が出なかった。しかし、10 月中旬、この頃には、近隣小学校にも新型インフルエンザと思われる（状況的には新型インフルエンザと思われるが、医師の診断がない児童もいたので・・・）欠席者が徐々に増加していた。

中学校ももはや安全ではなくなっていたはずなのに、筆者には差し迫った準備はできていなかった。感染者が出た時のシミュレーションができていなかったといえる。

10 月 6 日の広島県通知では、「集会、スポーツ大会等については、主催者において、感染機会を減らすための工夫を検討すること。」とあり、感染が疑われる者も含めて、生徒の大会参加を自粛するのか、参加を認めるのかどうかの判断について、広島市大会や広島県大会への生徒の参加が中学校長会で問題となっていた。

参加した結果、感染を拡大させたということであれば、学校管理の問題である。しかし、行かせないという決定を誰が判断できるのか？という疑問も残る。県大会や中国大会、全

国大会につながる市大会を欠席することは、クラブを一生懸命にやってきた生徒やその保護者にとっては許容できないことである。現実には、他の中学校において、そういうクレームが保護者から出ていた。全国大会出場がかかっている中学三年生（今年が最後だから）は、少々の熱があっても参加しているのが現実なのである。

このときの広島市中体連は感染が疑われるときは参加を自粛するだったが、広島県中体連は参加について中体連としては何もいわない。参加、不参加については個人の判断としている。ある管理職は『この問題は、危機管理の問題ですよ！この（感染の）致死率が高かったらどうなのですか？ここで（参加を自粛と）判断を出しましょう。』と進言したが、結論は出なかった。これ以後も、体育大会の参加については、曖昧なままであった。

実際問題、学校側が自粛しましょう！といっても、振り切って参加する保護者がいることは確かだし、それが分かっている学校の判断に任せるとは言えない。学校に従って不参加とした生徒が、逆に統一していないと不満を主張するようにもなる。中学校では、現状認識ができるように保護者への情報を滞りなく行うこととした。（※現実には、中体連とは関係ない社会体育の大会で感染したケースで、中学校は感染拡大がおきてしまった。確実に隔離できないことは、感染拡大を防止したくても現実には防止できないことだと実感した。）

平成 21 年 10 月 9 日の文部科学省「新型インフルエンザに関する対応について（第 16 報）」では、厚生労働省が示した「学校における新型インフルエンザ・クラスターサーベイランスの流れ」については、6 月 26 日付けの事務連絡（第 8 報）及び 8 月 26 日付けの事

務連絡（第11報）でお知らせしたところですが、10月8日付けで廃止することとされましたので、お知らせしますと通知があり、6月26日付けの事務連絡（第8報）及び8月26日付けの事務連絡（第11報）で依頼した学校の設置者又は校長は、保健所に対し『同一集団（原則として同一学級又は部活動単位等）で、7日以内にインフルエンザ様症状による2名以上の欠席者（教職員を含む）が発生した場合、迅速に初期から情報伝達』を行うことについては、10月12日から廃止されることになった。

こうした通知がでたということは、結果、感染者の増大で保健所としても先の通知の完全対応が難しくなったのだと筆者は思った。いずれにしても、学校での感染拡大はもうすぐのことだから、できるだけの準備をしておこうとは思った。

学校医にご意見を伺ったところ『7月に、全国の保健所長会でも意見を出しているが、「新型インフルエンザの対応が季節性インフルエンザに準じる」ということだから、今後はそうなると思いますよ』ということだった。（※ここで新型インフルエンザのイメージを、季節性のインフルエンザと同じとしてしまった。これは間違いであり、実際は『感染力が強いから〇〇の準備をしよう』としなければならなかったが、そうしなかった。この意味では、事前の対応としては準備不足であったと筆者は考える。）

2. 3 中学校生徒の感染報告から修学旅行実施まで

中学校の感染第一号の報告は10月18日（日）に電話があった。筆者は17日から県外の研究会に参加していたので帰宅が遅くなっていた。

『金曜日に早退した〇〇さんのお母さんから電話があって、土曜日から高熱が出て、病

院にかかったところ、今日、医者から新型インフルエンザの疑いありと言われた』ということだった。

筆者は新型インフルエンザの疑いということはA型の判定が出たということだから、ほとんど間違いなく新型インフルエンザと考えていい。10月25日(土)の文化祭があるが、明日以降の生徒の様子を見てから文化祭のことについては判断しようと思った。

情報を聞きながら、筆者はどうとう学校に感染者かという気持ちになった。学校の秋は文化祭や修学旅行といった学校行事が有って、学級閉鎖や休校措置をとりたくないのだが、しかたがないと思った。

10月19日(月)朝の生徒の様子は、欠席者3名で新型インフルエンザの疑い有りは、1名だけだった。学級担任による健康観察はもとより、授業者による生徒の健康観察も行うように、朝会で指示した。養護教諭は自主的に判断がし易いように、生徒別に健康チェックの統計表を作ります。と申し出てくれた。(※危機管理が大切だという気持ちは、それぞれの立場であるのだなと感じた。)

ここで、私が少し安心をしたと思う。感染者の交友関係や金曜日、土曜日の行動を検討すれば濃厚接触者が特定できたし、4～5日の潜伏期間を考慮すると木曜日あたりから、感染の疑い者が出てくると考えなければならなかったが、そのような知恵が回らなかった。

10月21日（水）には、A型の判定あり、だけで3名になっていた。早退者3名で風邪気味なのは5名以上。この日、広島県は新型インフルエンザ感染拡大の注意報を発令した。感染症報告によると二十歳以下の若年者が多いということで、学童が重症化しやすいとの指摘があった。学校医に相談すると感染拡大の防止には、早めの措置がいいけど。市教委はどう言っているのかと逆に質問された。結論としてはもう少し様子を見るということになった。

学校の様子を見ていなくて、実感もしていない学校医に相談してもしかたがないことは分かっていたが、マニュアルでは相談することになっているのでそうした。例えば、台風や大雪などのときでも、筆者は“気象予報士”でもないのに、明日の天気予報をして学校行事の実施や中止の判断をしなければならないのだった。難しいと思っているからこそ、こうした判断では「もう少し様子を見る」として、“判断の先送り”をしてしまう傾向にある。今回もそうだったように思う。もっと早く、判断を下すべきだった。

10月22日（木）には、臨時の職員会議を開き文化祭の29日に延期を決定。その理由は、クラスだけの接触にとどまらず、全校行事で接触することになると感染拡大の防止ということからは問題と指摘されてもしかたがないので、ここは延期とした。（実際は、29日も休校でできなかったなので、中止とした。）

10月23日（金）朝から調子の悪かった3名は、昼までに高熱を出したので、早退させた。中学二年生のクラスで感染の疑い者が5名となったため、これ以上の感染拡大を防ぐ

意味もあって、学級閉鎖措置を明日から取ることにした。放課後までに、中学一年生のクラスも学級閉鎖措置の基準となったため、27日までの4日間の休校とした。(結果、火曜日の状況も悪かったので、9日連続の休校とした。)

10月27日(火)の時点で全校100名余りのうち四分の一の生徒が風邪症状ありであって、結果として今週いっぱい休校とした。

四分の一もの感染の疑い者を出したことは、学校としては反省材料である。25日の文化祭を実施したいために、学校閉鎖措置が遅れたのではないかと考えている。しかし、11月の修学旅行があったので、だらだらと感染者を出すよりも、思い切って完治させてから学校を再開したいという気持ちが学校全体としてはあった。

新型インフルエンザ感染の後、学校再開は11月2日(月)からであった。欠席者は4名であったが、風邪の症状ありと判断された者は2名のみであった。

生徒は若いからか回復がとても早いな!とあって、私ははとでもうれしかったし、やはり学校に生徒達がいるのは楽しいと心底、思った。連続、9日間の休みは長すぎるかな?とは思ったが、結果的には感染防止に役立って、良かったのではないかと考えた。

体育科の教員は、朝からはしゃぎ気味で、生徒と会える楽しみを身体で表現していた。中学校の修学旅行は11月9日(月)から11日(水)までの三日間で鹿児島旅行が計画されていたので、修学旅行前の一週間は、養護教諭が朝夕に生徒の健康状態をチェックし、その結果を報告してくれた。

11月3日は祝日だった。次の4日（水）に修学旅行引率者の3名で打ち合わせをした。その主なる議論は、修学旅行を行うのか？もし、行うとしたら、9日当日、生徒が発熱したらどうするのか？旅行先の鹿児島で感染者がでたらどうするのか？の三点であった。引率者が3名だけなので、団長の管理職を除けば、実質2名で生徒の対応をしなければならぬことに、この教員2名は少し苛立っていた。できれば管理職の判断で修学旅行を中止してほしいが、生徒の気持ちを考えると修学旅行に全員、行かせてやりたいという思いのように筆者には見えた。

打ち合わせの時のやり取りは、次のようだった。

管理職「修学旅行は実施する予定で準備してきたので、最終の判断は金曜日か土曜日にする。現在は実施の予定。」

養護教諭「実施の判断は金曜日だとしても、9日当日、発熱者が3～4名いたらどうするのか。」

学級担任「日曜日に、生徒に電話して健康状況を管理職に報告します。そこで管理職が実施かどうかの判断してください。」

管理職「当日、健康チェックの時間が必要だから、バスの出発時刻より時間を余計にとって、状況報告をしてください。保護者の説得に時間がかかったら、私は遅れて鹿児島に向かいます。その時は、二人だけの生徒引率になりますから、頑張ってください。」

学級担任「鹿児島のホテルで発熱したらどうしますか？」

管理職「保護者に迎えに来ていただくことになるが、それが難しいというなら、私が引率して広島に帰ります。」（※この方針決定には、何の根拠もなかった。とにかく、学級閉

鎖の基準を超えれば、修学旅行を中止とし、そうでない場合は修学旅行を実施するという決意のみであった。)

学級担任は、11月8日(日)に、休日にもかかわらず、各生徒の健康について聞き取り調査をした。その結果を、管理職に報告している。養護教諭は、近隣の小学校に体温計を拝借しに行き、体温計の個数を増やすなどして、11月9日(月)の検温を素早く実施する方法を工夫していた。

筆者が心配していたことは、生徒に感染者が出て、修学旅行の中止や延期を学校として判断しなければならなくなることだった。「生徒を連れて行く、行かない」の判断も難しいと思った。旅行のキャンセル料金のことどうなるか心配であった。でも、一番、難しいと思ったことは、医者でもない管理職が、新型インフルエンザに感染したかどうかを判断して、「生徒を連れて行く、行かない」を保護者に説明しなければならないことだった。しかし、現実には修学旅行の出発の朝、その場に医者はいなくて、判断をしなければならない立場なのは管理職だった。

筆者としては、とにかく修学旅行が予定通りにいくことを祈り続けていた。

修学旅行の初日、不調を訴える生徒も教職員もいなかった。しかし、一日目の鹿児島のホテルで、調子の悪い女子生徒1名が出た。食事ができないということだったので、「車酔いか感染か」の判断が必要だった。

その生徒は養護教諭とともに別室で休憩させたが、結果、38度を上回るような発熱はなく、途中で帰らせることはなかった。修学旅行の最終日の11日の夜八時には中学校に到着。無事、全員帰宅した。

2. 4 修学旅行後のこと

修学旅行では感染拡大が無くて、その後も欠席者が少なかった。今後の学校行事では、中学三年生の高校入試が欠席者を出してはいけない重要な行事である。しかし、修学旅行後は、どの学年も新型インフルエンザの感染が少なかった。欠席したのは、疑いを含めても3名程度だった。広島市内の最高感染者数を記録したのが11月23日から29日の一週間で、結果的には、2月・3月の高校入試シーズンには感染拡大は収まっていた。うがいや手洗いをうるさく言って、励行させたのが良かったのか、生徒自身が健康だったのかはよくわからない。感染者は、教職員の2名になった。30歳台、20歳台のともに若い教員が新型インフルエンザに感染した。

授業時数についての通知は、平成21年10月6日の広島県「臨時休業に伴う教務関係の扱いについて（通知）」が有って、次のとおりである。

3. 2009年の新型インフルエンザの経験

3. 1 管理職としての「迷い」・・・優先するのは全体か、個人か？

《新型インフルエンザのエピソード1》
2009年当時の新型インフルエンザの学校における感染第一号の報告は、10月18日（日）の8時過ぎ、電話があったときだった。
10月21日（水）には、「A型の判定あり」だけで3名になっていた。早退者3名で風邪気味なのは5名以上。この日、広島県は新型インフルエンザ感染拡大の注意報を発令した。学校医に相談し、「もう少し様子を見よう」ということになった。
10月22日（木）には、臨時の職員会議を開き文化祭の29日に延期を決定。「感染拡大の防止」ということから延期とした。
10月23日（金）朝から調子の悪かった3名は、昼までに高熱を出したので、早退させた。中学二年生のクラスで感染の疑い者が5名となったため、これ以上の感染拡大を防ぐ意味もあって、学級閉鎖措置を明日から取ることにした。放課後までに、中学一年生のクラスも学級閉鎖措置の基準となったため、思い切って27日までの4日間の休校とした。火曜日の状況も悪かったので、9日連続の休校とした。こうして29日も休校であったの

で、結果、文化祭は中止となった。広島市内の他の中学校では学級閉鎖はあっても休校となったのは本校だけだった。

筆者の当時の勤務校は各学年1クラス、全校生徒数は100人程度の小規模校であったが、結果として27名もの新型インフルエンザ感染者（疑いも含む）を出したことは、学校の管理職として反省しなければならない。本研究では新型インフルエンザとは、「今まで知られていなかった新しい型のインフルエンザウイルスによる人への感染症である」ことを意味する。2009年当時では、筆者の体験でいうと非常に感染力の強い、未体験で、まさに未知のインフルエンザであった。未経験なことで判断に迷うことがあり、確かに管理職としての判断が遅れたのである。

学級閉鎖の判断が遅れた理由としては、「25日の文化祭を実施したために、学校閉鎖措置が遅れた」のである。なぜならば、文化祭を中止にすれば生徒や保護者からクレームが出るのが予想された。実際に、こうしたことから文化祭の中止決定の後、地域の方々や保護者から「楽しみにしていたのに、どうしたのか？」という趣旨の苦情が数件あった。また、休校にしたことでは、受験を控えた三年生の保護者から、やはり「受験に支障はでないのか？」といった趣旨の苦情が出た。これには、冬休み中に補充授業を実施し、授業時数の確保をすることで保護者には了解していただいた。

教職員のみならず保護者や生徒個人の思いとしては、文化祭を「やりたい」、「やらなくてもいい」などがある。しかし、管理職としては学校行事であることから文化祭を実施したいとの気持ちが強かった。学校の管理者である者の判断の基準として、優先すべきは全体か、個人か……。即ち、全体のことを考えて学校行事である文化祭の実施を決断すれば、出席停止中の生徒は参加できないし、新型インフルエンザの罹患者の拡大を招くかも

しれないというリスクが高くなる。また、全体のことを考えて文化際を中止すれば、やりたかった生徒の気持ちに反することになる。このように葛藤を抱えながら学校の管理職は判断しなければならないのが現実である。

3. 2 養護教諭Bとしての「迷い」・・・医療の専門家ではない者の判断でいいのか？

《新型インフルエンザのエピソード2》

2009年の勤務校における修学旅行は11月9日（月）から11日（水）までの三日間で計画されていたので、修学旅行前のこの時期は新型インフルエンザの感染拡大の推移が心配された。

11月4日（水）の放課後、修学旅行引率者の管理職、担任、養護教諭の3名で打ち合わせをした。その論点は、「修学旅行を行うのか？もし、行うとしたら、9日当日、生徒が発熱したらどうするのか？旅行先で感染者がでたらどうするのか？」の三点であった。

新型インフルエンザの罹患者が多い場合、できれば、学校の判断で修学旅行の中止をしてほしい。しかし、生徒達の気持ちを考えると修学旅行に行かせてやりたいという引率者の気持ちであった。特に、心配していたのが養護教諭であった。旅行先での対応もそうだが、出発の「当日、生徒の状態が良くなかったらどういう基準で当該生徒を説得するのか？」が議論の中心であった。

管理職として心配していたことは、生徒に感染者が出て、修学旅行の中止や延期を判断しなければならなくなることだったし、旅行のキャンセル料金ことも考えたくなかった。

しかし、一番、困るのは医者でもない者が、生徒を連れて行くかどうかの判断を保護者に説明しなければならないことだった。当然、子どもの保健をつかさどる職務の養護教諭は心配していた。修学旅行の出発の当日、現実には、その場には医者はいないし、最終判断は管理職であるものの「感染の疑い」の職務上の一次判断は養護教諭がすることになった。

それは「当日、出発まえ30分の時点で検温し、38℃以上の値を示したときには、参加を遠慮していただく」というものだった。これには、医学的根拠があるわけではなかったのもので、保護者と当該生徒に了解していただくしか他に方法がなかった。

養護教諭は医療の専門家ではない者の判断でいいのかどうか、学校保健の専門家だから

こそその判断の迷いを表明していた。

4. 未然防止の難しさと重要性

新型インフルエンザの事例は、筆者が参与観察した事例の中でクライシス（事故発生）が起きた唯一の事例であった。この事例で分かったことは、クライシス後の対応である危機管理（クライシスマネジメント）はできるが、リスクマネジメント（未然防止）は、正確な情報が十分になかったこと、情報が混乱したことも有って、学校組織としての全体の動きにならなかったことである。従って、これまでの二つの事例から考えると、結局、学校の教職員は（学校だけではないかもしれないが）未経験の事態については、リスクが実感できないため、事故が起きた後でないとリスク認識が共有でき難いと考えた方がよさそうである。

確かに、感染者が出るというクライシス（事故発生）が起きた後は、保護者への連絡や生徒への指示などを学級担任と養護教諭、学校医などが連携して実施しており、感染の拡大防止が必要だとかのリスク認識が困難とか、専門職同士の連携が難しいとかの問題はほとんど無かったと言えるのである。

しかし、新型インフルエンザの感染拡大の対応が収束に向かった頃には、管理職も含めて、養護教諭や学級担任は『もっと手洗いを励行させておけば良かった』とか、『修学旅行前は全員にマスクをつけさせておけば良かった』などの反省や後悔の言葉を口々に言っていた。というのも、修学旅行に行けなかった生徒が別に悪いことをした訳ではないし、感染した生徒もまた被害者であって、誰も感染者がいなくて全員で修学旅行に行くことがで

できれば、それが一番良かったのである。誰もが被害者にならないためには感染拡大を未然に防ぐ対策をして、感染者なしという成果を出すことだったと教職員の多くが再認識したことは間違いなかった。今回の新型インフルエンザの事例では、学校組織としては未然防止の対策は不十分であったし、結果的に強毒性のインフルエンザではなかったために死亡という結果にはならなかったものの、感染拡大の防止対策としてはしかたがなかったとは言え、生徒に残念な思いをさせてしまったことは、学校の教職員一同、悔やまれてならないとしている。修学旅行後の反省会では、どの教職員も未然防止の重要性を再認識するとともに、保護者・生徒を含めて教職員でリスク認識を共有することの難しさやリスク認識を共有しないままで、組織的なリスク対応をすることの困難さを、教職員だけでなく学校医も職員会議で言っていた。

それでは、次章では正確な情報の把握が可能であり、未体験の医療処置であるものの教育の専門家である教職員にとってはハイリスクであることは、教職員の多くが感じられる事例であり、医療的な対応が必要な子どもが目の前にいて、実際に医療的処置をしなければならぬ事例である痰の吸引などの事例において、未然防止の重要性やリスク認識の共有化の困難性といった検討を行うことによって、「なぜ学校においては医療が関係するリスク対応が困難なのであろうか？」という疑問に対する解答を導き出すこととする。

第四章 事例「痰の吸引など」

～ リスク対応における葛藤の存在 ～

本章では、日常的な医療行為の介助が必要な事例を取り上げる。前章の「新型インフルエンザ」に比べて予測可能であるものの、実施する行為そのものが専門的な医療の知識やスキルが求められる行為であり、ハイリスク・ケースである。

1. 問題の背景

我が国の社会状況の変化により医療の必要な児童生徒が、学校に在籍するようになった。小・中学校に通っている児童生徒の中に、痰の吸引などの医療的な支援の必要な子どもが少なからず在籍しており、登校してからは、保護者に代って教職員が痰の吸引などを行うこともある。

但し、医師が行う治療目的の医療行為とは区別し、医師の指示を受けて保護者などが日常的に介助として行っている行為は、痰の吸引、導尿の補助、経管栄養の3行為を言うが、ここでは「痰の吸引など」とする。

特別支援学校における痰の吸引といった3行為の実施はすでに推進されている。しかし、小・中学校にも対象者は少ないものの長期療養が必要であって症状が安定した子どもの場合は、子どもや保護者の希望によって、学校に復帰している場合がある。

確かに、インシュリンの自己注射ができる糖尿病などの子どもの場合や透析に必要な腎臓病の子どもの場合、酸素の吸入が必要な肺高血圧症の子どもの場合など、医療行為とされる行為を自己処理できる場合には何ら、学校復帰には問題とはならない。しかし、注射器の管理とか薬剤、酸素ボンベの管理など、保健室での管理という医療類似行為による問

題も有って、なかなか問題解決に至らない事例も指摘されている。与薬という問題では、てんかん発作のある子どもへの坐剤の挿入は、過去は見逃されてはいたが、現在は医療行為として学校での実施を原則、認められていない実態がある。

については、医療的な支援を必要とする児童生徒のリスク対応で、医療事故のリスクが関係者に認識されやすい痰の吸引などの事例では、医療関係者である看護師と学校の多数派である教諭の対立が表面化し、リスク対応の矛盾も際立ってくることから、本章では、リスク対応の観点からして、未然防止の活動ではあるものの、実施する行為そのものが医療行為であり、ハイリスク・ケースである例として、痰の吸引などの対応を取り上げ、人的不足や教職員の無理解、組織体制の不備など数々の悪条件があるものの、子どもの健康や安全を確保し、教育が継続できるように、多職種連携を成り立たせながら、痰の吸引などを実施している教職員や看護師などの専門家の語りをとおして、リスク対応における葛藤の経験の実態を明らかにする。

2. 痰の吸引などのリスク対応

2. 1 痰の吸引などの概念図

長期の入院での療養から在宅での療育へという医療行政の転換やノーマライゼーションという福祉理念の実現に向けた社会運動の中で子どもの社会参加の拡大を求める保護者や障害者のニーズの高まりなどといった社会状況などにより、最近では在宅医療が推進されるようになっている。こうしたことにより、平成元年度前後から全国の特別支援学校（以前は盲・聾・養護学校と称していた）に、医療的な配慮の必要な児童生徒等が、数多く在

籍するようになった。これを図式化する。

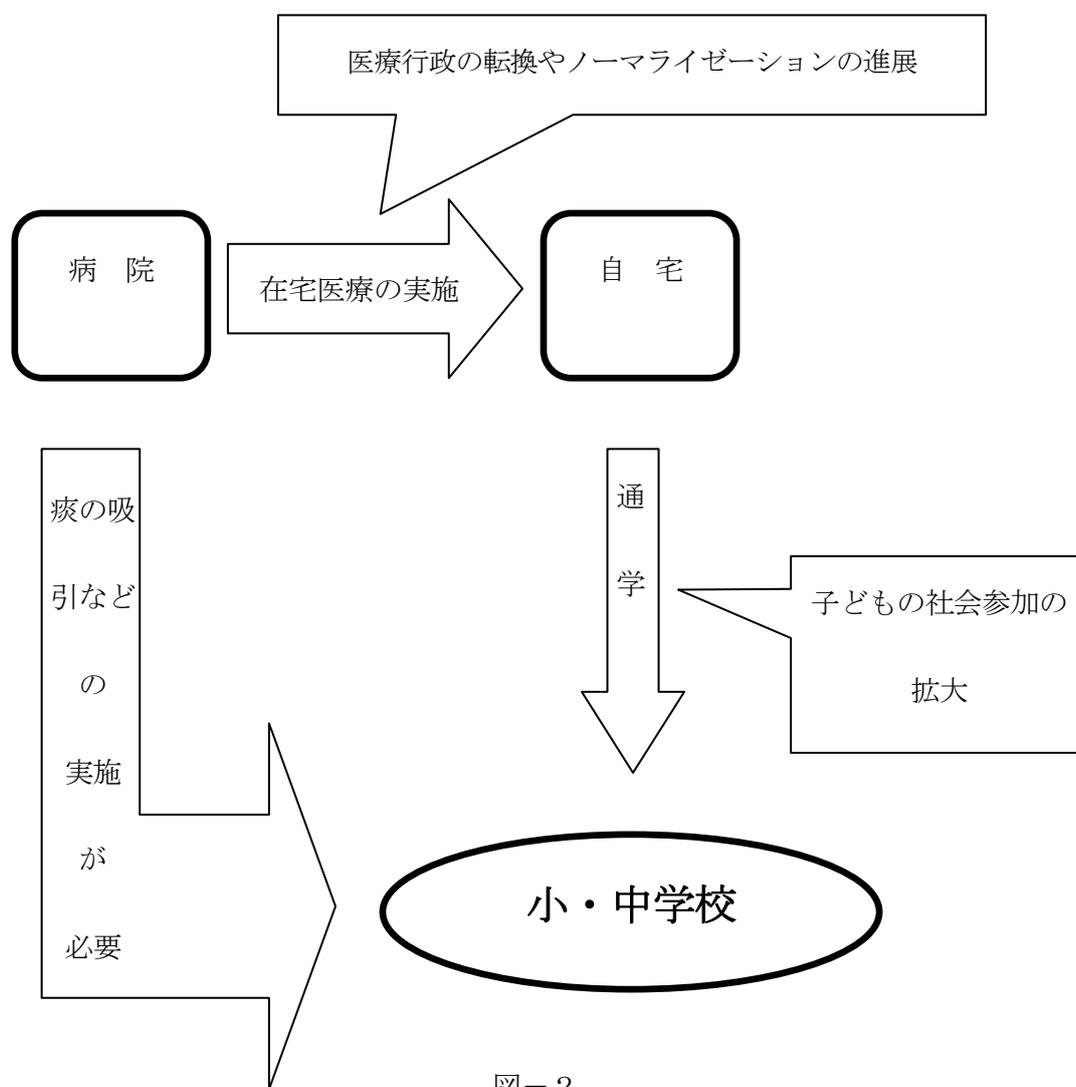
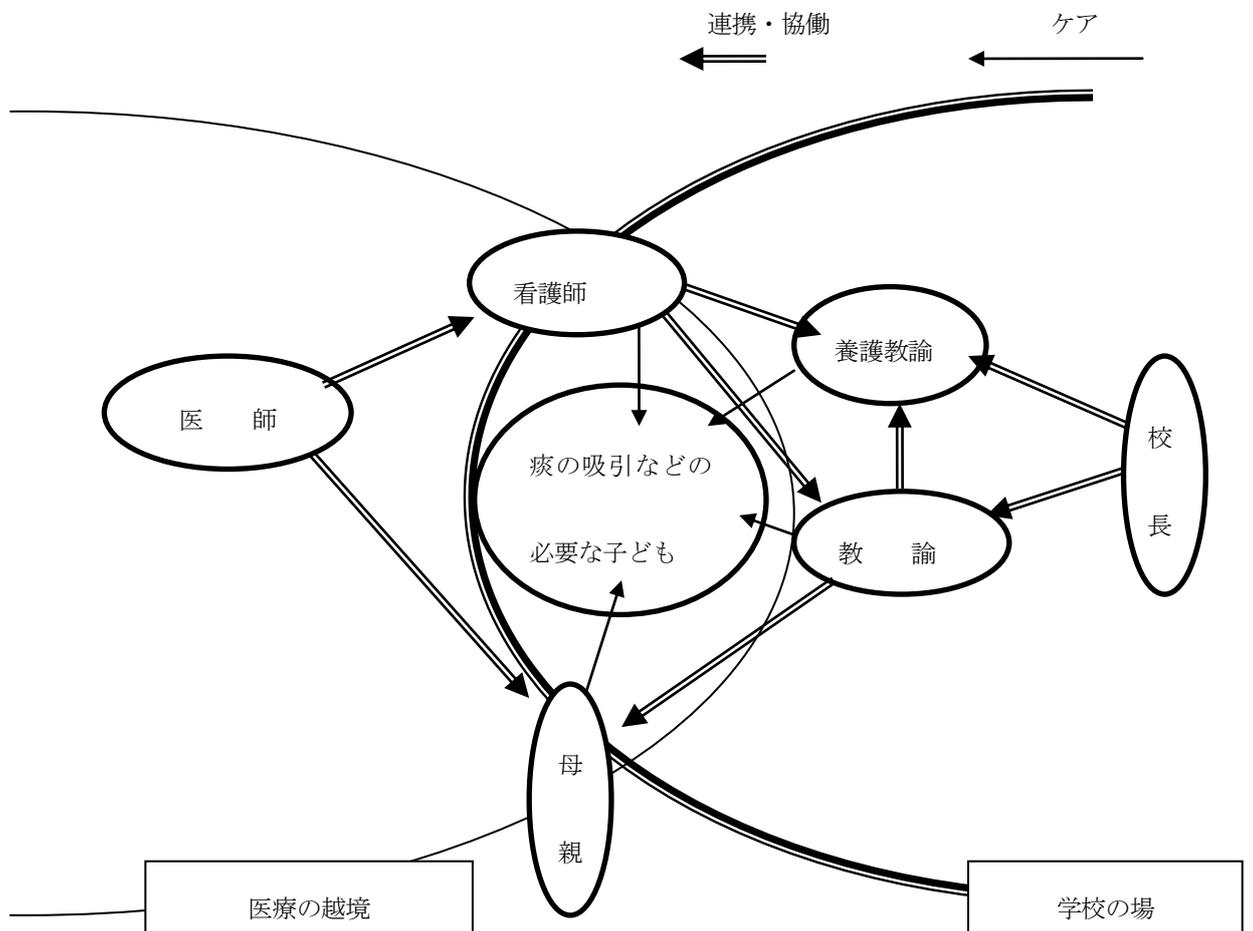


図-2

今では、特別支援学校だけでなく小・中学校に通っている児童生徒の中に、こうした痰の吸引などの必要な子どもが少なからず在籍しており、登校してからは、保護者に代って教職員が痰の吸引などをすることとなった。

次に図-3で、痰の吸引などの実践において端的にあらわれる、学校の医療化の概念図を示す。



図—3

図—3では、本来、痰の吸引などの必要な子どもは、学校の間で教育されていることから、学校の教職員である教諭や養護教諭の管理を行うのは、校長である。しかし、こと痰の吸引などに関しては、学校現場にいない医師の指示によらなければ対応できない。それは、痰の吸引などが医療行為であるからである。ところが、看護師が不足しているので、実際には、養護教諭や教諭が子どもの介助を実施せざるを得ず、痰の吸引などに関しては看護師の指示により、教諭などの教職員が痰の吸引などの研修を行うことによって、子

もの学校生活を成り立たせているのが実態である。

2. 2 痰の吸引などに関する専門家の語りから

【教諭の場合】

教諭は目の前にいる子どもの痰の吸引などについては、対応が分かれる。一般的には教諭の仕事ではないとして拒否する。この場合、親の付き添いを求めたり、看護師の配置を要求したりすることになる。しかし、中には積極的に痰の吸引などを実施する者もいる。

《担任教師、教諭Bの語りから》

医療的ケアのことは知っていましたが、普通の小学校なので看護師は配置されませんでした。副担任やお母さんの協力があるものの自分がやるしかないのです。担任教師ができないとしたら、学校で教師は何をしたらいいのでしょうか？・・・(中略)・・・車椅子には、6年児童3人と〇〇教師(男性)1人が付き添いました。痰がからんだようで吸引を式の途中で5回しました。・・・(中略)・・・苦しそうな顔を見るとやらなければならないという思いで吸引をしましたが、上手にできたかどうか心配でした。ご家庭に行ってお母さんの指導の下に実習をダミーの人形で何回も練習しました。最初は手が震えました。

なぜ医療職でもない教諭が医療事故というリスクを受け入れてケアをすることにしたのだろうか。

【養護教諭の場合】

《養護教諭Dの語りから》

保護者がやっているなら自分もと思うけど、管理職が責任を持つといっても教師としての実施責任は付いてまわるし、簡単に出来るって言えないよね。結果、担当したけど、常に緊張していた。校外学習に出たとき、子どもが酸欠になってみるみる顔が紫になったときやってしまったかと覚悟したこともあった。責任を取るつもりでないとこんなことできないよね。

子どものことを考えると学校に痰の吸引などが必要だということは分かっている。しかし、学校の保健安全担当の養護教諭は忙しい。だから、学校に看護師を配置する制度と安全にケアできるシステムづくりが必要だ。もしも、小・中学校に看護師が配置されれば、教職員と看護師の連携が必要となるだろうが、現在のところ学校看護師の配置については

検討されていない。

【看護師の場合】

《訪問看護師 A の語りから》

看護師が学校に派遣されるから安心というだけでは、究極的な解決策にならない。看護師も、医療行為は医師の指示がないとできない。だから看護師であろうが、教師であろうが、日夜親が行っていることは、誰でも係わり合う人は全てやれないといけない。看護師が学校にいても急変した場合、医療行為は出来ず、電話で医師の指示を仰ぐか、救急車を呼ぶしかない、ということを理解してほしい。

《訪問看護師 B の語り》

学校も障害児学級というのは、医療的ケアの子のような児童は入れてくれないんです。ものすごい厚い壁で。非常勤でも良いから私が行くから入れてくれないかと頼んだんだけど、「国が今、整理している途中だから、対応できない」という学校の返事だった。学校のことは自分にはできないことと思う。

学校の看護師にできることの限界がある。関係者が、その限界を知った上で、非医療職の研修を充実し、医療事故をおこさないようにするべきであるという意見をいう看護師 A もいる。教諭とは反対に看護師 A は学校の問題は教師が解決すべきと信じている。二者の思いがすれ違って、結果として自由な意見交換ができていない実態があり、適切な連携が妨げられている。

3. 痰の吸引などの連携の困難さ

専門家同士の連携に関して『誰もが綿密な相互の情報交換が必要だと言うけれど、実際にはみんな忙しくて時間がとれない』、『情報の伝達が保護者経由になっていて、保護者の思い違い、聞き違いで不正確な伝わり方になっている』、『看護師に言わないでおこうとは思わないが、なんとなく遠い存在である』といった意見があり、情報の交換が必要だと認識しているものの、現実には時間がとれず情報不足の状態になっている実態が窺える。

しかし、看護師と教諭や養護教諭との連携がうまくいかない場合があるが、次のように

語ってくれた看護師がいる。

《訪問看護師Bの語りから》

学校はまだよく知らないなので校内研修会などで講師になったことはない。まだ教員に提案できるような教育の専門性もない。月2回くらいで定例のケース会議があって、そこで情報交換をしているが先生の言っていることがよく分からないことがある。自立活動の内容まで提言するまでにはなっていないが、まだ、未熟なので、でもチャンスがあれば短い連携でこれこれどうですか？と意見をいうこともある。そのほうが教員に受け入れてもらいやすい。ただ、病院の看護師としての経験からするとケース会議が形式的なので、深い話し合いになっていないと思う。ただ知っている情報を述べ合うだけ。そんなケース会議より、ちょっとした時間でもってコミュニケーションを取ったほうがうまくいくことがある。看護師や教師といった専門家同士の役割のつながりを作るには、医師や養護教諭などの他の専門家にうまく依存すること。相手と協力関係をつくると、そのためのコーディネーションの力が大切になる。

このように、看護師Bは看護師の役割を認識しつつ、学校の関係者と協力していこうとしていることが分かる。

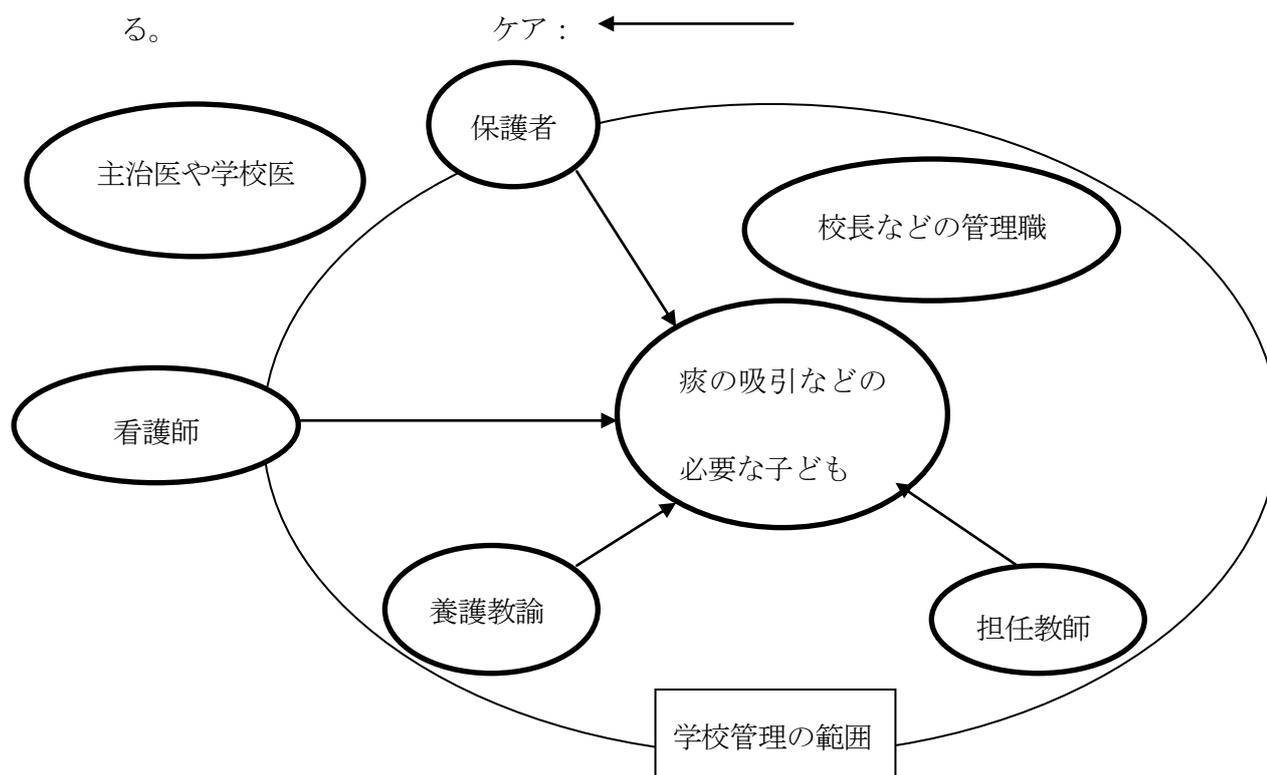
次に職種間の対立が感じられることとして、医療行為に関して医師と看護師とでは平等の状態にはないのと同様に、痰の吸引などの関係において教諭は看護師と対等ではないと感じており、自由に話しにくい実態がある。例えば、『看護師と養護教諭との役割分担をしようとしても保健室にいるかぎり、子どもは分からないからどちらにも頼ってくる』、『職務領域を侵害しようとは思っていないが、子どもの扱い方についても、つい注意してしまうことがある』、『他人の仕事をバックアップする配慮の必要性は感じているが、それには仕事分担が明確になっている必要がある。他職種の領域を尊重し、侵害しないこととバックアップとは両立が難しい』などの意見があり、看護師や教諭らは役割の分担をしようとしているが、学校体制などの環境条件もあり、現実には役割分担が上手くできていないことが窺える。

即ち、学校における痰の吸引などの実践には、教諭だけでなく看護師などの専門職が関

わっていることから、異なる専門職が立場を越えて協力関係を成り立たせる連携の実践が求められていると言えよう。

4. 連携を妨げる葛藤の存在

痰の吸引などに関係する専門家について図—4に示した通り、学校に配置されている看護師は、基本的に児童生徒の主治医からの医療行為としての指示を受けて職務をつかさどっている。この主治医は子どもが生活している、今の学校現場を知らない。校長は看護師や保護者には指示できないが、養護教諭や担任教諭には指示できるという構造になっている。



図—4 痰の吸引などの関係図

従って、痰の吸引などに関わっている専門家同士の連携が難しいのは、勤務が忙しくて

会議の時間がないことや関係改善のために必要なコーディネーターの機能不全という問題だけでなく、痰の吸引などの関係者の職業観や倫理観がぶつかり合ったり、関係者間における勝手な期待や都合のいい思い込み、そして専門性や意見の違いなど色々な葛藤があり、リスク対応の在り方がすれ違ったりして連携や協働が効果的にはできていないと筆者には理解できる。

こうしたなか、養護教諭Dはコーディネーターとして期待されているが『両者の仲を取り持つ』ことは難しいと思っている、次の語りを見てみたい。

《養護教諭Dの語りから》

医療的ケアを養護教諭がやるなんて、とんでもない。第一に看護師免許を持っていない養護教諭が多くなっているんですよ。養護教諭制度ができたときは、学校看護師として配置していた看護師有資格者が今は養護教諭になってるけど、大学出の養護教諭は看護師免許などもっていませんよ。しかも看護の実務をしたのは20年も前のこと、医療的ケアなんてできない。・・・(中略)・・・教員は教員で医療的ケアには思いがあると思う。看護師だってこの給料でやれるのか？って疑問に思っていると思う。でもね、仲介はとらないでおこうと思っている。だって、時間が必要だし、システムがまだまだ未熟。不満だってあるのは当たり前。情報伝達の仲立ちはしなきゃなんないとは思うけど・・・。

本章では、学校現場の専門家など教職員や看護師は、多職種連携の難しさや実践における葛藤があると同時に、多職種間の連携を成り立たせるための学校現場での工夫も行っていることを見てきた。専門家同士の連携ができにくかったり、事故に至らないヒヤリとした事件があったりするものの、今のところ、大きな医療事故の報告もなく、医療的ケアが

必要な子どもの在籍する学校では痰の吸引などの実践が行われている。

しかし、医療事故のリスクを回避するため、専門職同士の話し合いよりもマニュアルによる処置が優先される教育行政の方針があることや看護師の配置数に限りがあることなどの勤務労働条件の不備も、専門職間の合意形成をより困難にしている。そして、『もっと積極的に安全対策をなささい』とか、『看護師は、学校の事情を理解してもらわないといけなさい』とかの学校管理職の指示や考え方が、さらに学校現場の情報交換の場に加わることによって専門職の関係をますます複雑にしている実態がある。

次章では、連携と協働の工夫と葛藤について、詳しく見ていくこととする。

終章 連携を促し、葛藤を克服する対話の光と影

これまで、医療的ケアが関係する三つの事例を詳細に検討してきた。終章では、本論文のまとめとして、これらの三つの事例を総合的に比較・分析する。学校現場では学校運営上の矛盾や専門家同士の信念対立など専門家相互の理解を妨げる色々な葛藤があるものの、医療的ケアを継続するために多職種連携を成り立たせるための工夫を行っており、こうした医療的ケアに関する専門家の実践を検討することで、小・中学校におけるリスク対応の現状と課題を見ていく。

1. 三つの事例の総合分析

1. 1 医療が関係するリスク対応の難しさ

「なぜ学校においては医療が関係するリスク対応が難しいのだろうか？」という疑問を抱えて筆者は、小・中学校での医療が関係するリスク対応の三つの事例（痰の吸引など、食物アレルギー、新型インフルエンザ）を、教育や医療に関する専門家の語りに焦点化しながら、文化人類学的研究手法によって記述した。結果、三つの事例のような子どもの医療が関係するリスク対応には、複数の専門家が協力して医療事故等のリスク回避をせざるを得ず、こうした多職種の教職員が連携してリスク対応する時、表立っては語られることのなかったローカルルールや創意工夫があった。即ち、学校で行われている医療的ケアに関しては、養護教諭や担任教師が看護師の指導のもとに置かれ、その看護師は学校にいない主治医の指示のもとに置かれている。学校現場で誰が医療事故のリスクを回避すべく

努力しているのかといえば、看護師を筆頭に養護教諭や担任教師が努力しているのである。

しかも、学校の管理職である校長は、医療的ケアの実施方法については指示・監督する権限がない。結局、医療的ケアの必要な子どもの管理は教育システムの管理と医療システムの管理の2系統になっていて、学校現場では様々な矛盾が生じている。

このように、終章では、多職種の専門家が学校現場で抱える職業上の葛藤の実態と、連携しながら医療が関係するリスクに対応している活動での工夫の一端を明らかにするとともに、学校現場の教職員や専門家は、多職種連携の難しさや葛藤があつてリスク対応が困難であるものの、専門家による連携が続いている訳であり、様々な葛藤を抱えながらも医療事故や保護者からのクレームなどを回避するために専門家や教職員などが行っている相互理解を深める工夫としての対話の持つ意味を明らかにする。

1. 2 三つの事例のリスク対応の相違

第二章から第四章までに三つの事例での専門家の語りを検討してきた。これらの事例を以下の表－7の簡単にまとめた。

		新型インフルエンザ	食物アレルギー	痰の吸引など
明らかにしたこと		未然防止の重要性	多職種連携の工夫	葛藤の存在
関係職種	校内	教育関係	管理職（校長、教頭） 教諭、	管理職（校長、教頭） 教諭、
		医療関係	養護教諭	養護教諭、栄養士（調理師）
	校外	学校医	学校医、主治医	学校医、主治医
医療対象者		感染した児童生徒全員	食物アレルギーのある児童生徒	障害等で日常的に医療行為が必要な児童生徒
クライシスの回避可能性		回避不可能（感染予防の方法が対処療法しかなく、ワクチン	回避可能（アレルギー対象の食物を除去すれば、医療処置は必要な	回避可能（限定的な医療行為なので、処置を誤らなければ医療事

	等は未開発である)	い)	故は発生しない)
学校における対応	集団感染の回避のため罹患児童生徒の出席停止、学級(学校)閉鎖、日常的な感染拡大防止教育(うがい、手洗い、咳エチケットの実施など)と予防接種の啓発	アレルギー除去食の提供、救命活動(エピペン注射の研修と緊急措置としての注射実施)の実施	教諭による3行為((1)見えるところの痰の吸引(2)経管栄養(3)導尿の補助))と看護師による「主治医の指示のある医療行為」
管理方法	教育委員会からの通知の指示内容 ・状況報告書	教育委員会の対応マニュアル ・アレルギー等の学校生活管理表の作成	教育委員会の対応マニュアル ・主治医と指示書と管理表の作成

表一七 三つの事例のリスク対応

最初に、食物アレルギーの事例では、表一七の関係職種の欄にあるように、三つの事例とも多職種の専門家が連携していることを示した。例えば、除去食を作るのは給食調理員であり、アレルギー管理をするのは養護教諭であり、アレルギー食材を教室で除去するのは教諭である学級担任であることから、食物アレルギーのリスク対応をおこなうには、こうした職種の専門家達でいけばチームを組んで、多職種連携を行うことで、事故リスクの低減を図らざるを得ない状況にあり、しかも、一人ではできないリスク対応を行う専門家にとって連携しなければならないということは明白な事実である。従って、食物アレルギーのリスク対応は多職種連携が成立するという前提での実践なのである。こうした実態があるので食物アレルギーでのリスク対応をしている専門家の語りからは、拒否する教職員を関わらせる取組や連携の困難さを克服するための工夫として、日頃から情報交換のためのコミュニケーションをとることは当然として、情報の共有化だけでなく、関係する専門家同士で話し合う目的を、事故回避のための未然防止のやりがいや意義を確認することが重要としていることが、第二章、5. の教諭Aの物事の見方が変わる気づきや同章、4.

の専門性と向き合う栄養士 A の語りの内容で分かる。こうした多職種連携の工夫の一端とは、連携を成り立たせるために会議を持ち、日々の生活情報の共有化を図るだけでなく、これに加えて、医療的ケアを継続していくために必要とされるリスク対応のやりがいや意義を各専門家が確認する実践のことである。ただし、食物アレルギーのリスク対応を難しくさせていることが二つある。それは、多職種連携だけではなく、第二章、3. 2 の全体と個別との対応をめぐる葛藤がここにも出てくるし、専門家同士のリスク認識の差が一致した未然防止の活動を難しくさせていた。

次に、新型インフルエンザへのリスク対応の事例では、表 7 の関係職種の欄でいうと学校関係者がほとんどで、唯一、学校医が学校現場にいない専門職種である。従って、リスク対応を学校で実践する場合は、リスクマネジメントであれ、クライシスマネジメントであれ、校内における医療に関することは、医療的判断を含めてリスク対応のすべてを、教職員でやらなければならないのが実態であることが分かる。こうした状況にあるのはこの学校においても同様であり、例えば、いつ、どこで、何が起きるかわからない、未知の感染症の拡大については、学校現場に対しての医療関係者の直接的な支援は望めない。日常的には、大まかな感染症対応マニュアルを作成するなどしてリスク対応、特に必要なのは未然防止としてのリスクマネジメントの研修をする必要があり、未然防止の活動が重要であると考え。なぜならば、今回の新型インフルエンザのクライシスでは、事故後のリスク認識の共有化や教職員の連携については大きな問題がなく、危機管理としての組織化もできていた。むしろ必要だと思われたことは、感染防止対策はもちろんのこと、日頃の保護者や子どもとの信頼関係づくりであることが関係者の語りで示されている。この信

頼関係づくりは、感染拡大の予防としての手洗いやマスクの装用といったリスクマネジメント（未然防止）の活動であり、クライシスが有ることを想定して保護者や子どもとの意思疎通を円滑に行い、感染拡大の防止につながる適切な行動をとってもらうための活動は、リスクコミュニケーションと言えよう。ただし、新型インフルエンザでのリスク対応で困難であったのは、第三章の3. 1と3. 2の管理職や養護教諭Bの迷いであった。それは、優先すべきは全体か個人か、ということと医療の専門家でなくて良いのか、ということである。こうした迷いは、葛藤と言い換えてもよい。

最後に、痰の吸引などの事例である。このリスク対応では、看護師や養護教諭、学級担任らが協力して現実に医療行為をおこなうことから、明らかに多職種連携の実践である。また、医療事故としてのクライシス（事故）がおきたときに医療行為や医療判断をおこなうという緊急措置をしての対応ではないことから、非医療職の専門家である教職員のリスク対応は未然防止の活動に限られることも明白である。痰の吸引などでは、医療行為が限定的とはいえ看護師から研修を受けて、実際に医療行為を行う実践なのである。限定的ではあるものの、非医療職の専門家にとって、痰の吸引などはハイリスクであると受け取られることが、これまでの二つの事例とは大きく違っている。従って、非医療職の専門家である学校の教職員は、痰の吸引などが職務内容なのかどうかの判断に迷うし、教諭としての専門性は何なのかと自問するようになる。また、痰の吸引などの実施においても、教諭は看護師の指示がないと動けないし、養護教諭の健康観察の補助もするようになっており、多職種連携とはいえ専門家同士の同等な連携ではなく、医療職が上位で非医療職が下位に置かれるリスク対応をしていかなければならない状況にある。しかも、痰の吸引などでは

毎日のように連携しなければならないので、役割分担でもめたり、人間関係のこじれからコミュニケーション不足により情報が伝わらなかったり、といった過失がおきる。死亡事故はおこらないまでも、すべき処置を怠ったことで保護者の不信をかったり、学校医から注意を受けるなどの事件（インシデント）が生じたりすることになる。事故（クライシス）や事件（インシデント）は、実施責任や管理責任がつきまとうことなので、どうしても専門家のなかでトラブルになる。専門家の判断にも見解の相違が生じて、リスク対応の矛盾もはっきりと関係者に意識されるようになる。こうして、痰の吸引などのリスク対応をおこなっている専門家の語りから、葛藤の存在を明らかにしてきた。

2. 気づきの必要性

2. 1 リスク対応における組織化のサイクル

多職種連携を成立させるためには、目的を同じくするプロジェクトチームとチームを束ねるリーダーが必要だと気づく教職員もいた。

教職員が連携して、子どもの健康を守るというリスク対応の活動は、一人ではできないという認識から始まり、情報が伝わらず適切な対応ができないと、医療事故につながるというリスク認識の共有がチーム内で必要であるという危機感の共有につながるようになった。

だからこそ、養護教諭や学級担任を中心として、リスク対応のチームの連携をマネジメントするリーダーの存在を望むようになってくる。そのチームをつなぐものは、保護者からの情報であり、保護者から情報を引き出すことのできる存在が、自然のサイクルとして

リーダーとなっていく。逆に、このサイクルが上手くいかないと、リスクに対応するメンバーが無責任となり、医療事故の危険性が高まることになるというわけである。

そして、保護者から情報を引き出すことのできる存在は、学校医や保護者との仲介者となっていて、リスクコミュニケーションができる仲介者であるといえよう。

2. 2 「関わり」、「気づき」、「判断する」のサイクル

	関わり	気づき	判断する
新型インフルエンザ	<ul style="list-style-type: none"> ・感染拡大すれば、必然的に関わることになる。 ・リスクを回避したいが、それができないならば、関わるしかない 	<ul style="list-style-type: none"> ・出席停止後のケアが必要と気づく ・リスク認識・・・正しく怖がる 	<ul style="list-style-type: none"> ・教諭としてふるまう ・医者ではない教職員としてできること
食物アレルギー	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的か消極的かは別として関わることに決めた。 ・リスクを回避したいが、それができないならば、関わるしかない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアすることへの気づき ・対応の意味への気づき ・リスク認識・・・正しく怖がる 	<ul style="list-style-type: none"> ・医者ではない教職員としてできること
痰の吸引など	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的か消極的かは別として関わることに決めた。 ・リスクを回避したいが、それができないならば、関わるしかない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアすることへの気づき ・対応の意味への気づき ・リスク認識・・・正しく怖がる 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分らしく行動することをする ・教諭としてできることをする ・自分が納得できるような選択をする（自己選択） ・自分がすばらしいと思えるような判断をする（自己決定）

表—8

新型インフルエンザの対応、食物アレルギーの対応、痰の吸引などの対応の三つの事例では、いずれも、医療事故の可能性のあることから、何らかの事故リスクを「引き受ける」という判断を教職員がせざるを得ない。上記の表—8のとおり、新型インフルエンザの対

応では、結果として感染拡大という事故は避けようがなかったため、リスクを引き受けるざるを得ない状況であった。消極的ではあるがリスク対応に関わるという選択をすることが教職員や学校医の専門家に求められた。今回の事例では関わりが積極的でなかったため、未然防止が不十分でリスク対応が後手後手になってしまった事例である。食物アレルギーの事例では、食物アレルギーが子どもにとってどのような問題を引き起こすのかの理解が不十分であったため、リスク認識としての正しく怖がることが難しかった。あるものはリスクを軽く認識しているし、あるものはリスクを過剰に認識している実態があった事例である。最後に、痰の吸引などについては、現実子どもが学校にいるし、痰の吸引などの内容も決まっていることから、関わることや気づくことよりも、日々の実践の中で葛藤があり、ともすると多職種連携の解消の危機があった事例である。

どの事例にも「関わる」、「気づき」、「判断する」のサイクルがあり、判断しながら次に関わり、気づきの連続であったことが分かっている。これは、リスクを低減させるために多職種連携を成り立たせる各専門家、教職員の努力とあってよい。ただの情報交換ではなく話し合っ、とりあえずの今をなんとかして「しのぐ」の工夫を行っていたのである。そういう意味においては正しいリスク認識を得ることなく『子どものため』として関わることから始めたことの、いわば「つけ」のようなものが、最後まで残っているといえよう。

2. 3 現場の管理職として気づいた瞬間（とき）・・・実践を語り合うとき、教職員の気づきが生まれる

食物アレルギー対応の課題が教育環境の違う各学校の多様な現場で起きているという現実があることから、筆者は、自分の属した組織の教職員にインタビューを行い、分析する

ことで、学校給食における食物アレルギー対応の実態把握に努めてきた。そして、学校現場の問題を解決するため、対応マニュアルに沿って食物アレルギー対応の校内体制を、強制するしか他に方法はないと思い込んでいた。だから、食物アレルギーの事故発生の事例を示して、教職員の危機意識をあおってきた。要するに、筆者は食物アレルギーの対応を教職員に無理矢理にやらせようとしてきたのである。

《食物アレルギーのエピソード1》 養護教諭Aの語り

情報伝達のちょっとしたミスが、本当に大変なことになる……。どこまでなのかが分からないから、不安だし、気が重たくなる原因じゃないかなと思います。先が見えない不安というか……。

しかし、今、管理職に求められていることは、解決のためには何が必要なのかを具体的に示すために、《食物アレルギーのエピソード1》のような学校現場にいる教職員の不安な意見にもっと耳を傾ける必要があるのではないか。それはお互いにコミュニケーションをとることであり、そして各学校現場での対応方法を現場の実態にあわせて検討する機会をもつことであると筆者は思う。

2. 4 実践の意義を語り合うことの重要性

教職員で危機感を共有し、対応でのインシデント事例をよく検討し、事故予防の対策をとらなければならないことは、当然、必要なことではあった。しかし、学校現場には無かった新しい対応である食物アレルギーの対応で、具体的で行われるべき校内体制の構築のために、今、必要なこととしては、不安や悩みを抱えている教職員の実践を学校現場で語り合うことではないか。特に第二章、5. 1 教諭Aの語りからは、実践することで実践の意義を見つけた教職員の経験を知ることができたし、養護教諭Cの語りからは、インタビューのまとめにある語りを知ることで、学校給食の食物アレルギー対応では関係する教

職員の連携が必要であり、食物アレルギー対応をすることの意義、いわば実践することのすばらしさを伝えることが必要であると気づいたといえる。

《食物アレルギーのエピソード2》 養護教諭Bの語り

この問題は、本当に保護者とも話しをよくよくしないといけない問題だと思います。大人になったら、自己管理ができるように、何が食べれて、何ができないかが判断できる必要があるけど、学校の子どもは、まだまだ発達途中なんだから、保護者としっかり話さないといけないと思います。

なぜかと言うと、こうした知識がないから、アレルギーの申請をしない。しないけど事故があったら文句を言ってくるということが、あまりにも多いので・・・。

保護者の対応もしかり、子どもの対応も大変。だからこそ、教職員みんなで、しっかりと対応をしてもらえるように、教職員と話さないといけないなと思っています。

《食物アレルギーのエピソード2》 においても、養護教諭が起点となって他の『教職員と話さないといけない』と考えていることが分かっている。養護教諭のコーディネート能力に期待するのではなく、学校の管理職がコミュニケーションの機会を積極的に作り出す必要があるのではないだろうか。

2. 5 リスク対応に関わるコミュニケーションの機会の設定

食物アレルギー対応は学校でやることではないなど学校現場には、様々な意見の相違があり、色々な葛藤が壁となっている。しかし、関係教職員は、食物アレルギーの対応が、どんなに保護者の不安の解消に役立っているのかを知ることで、こうした実践の意義に気づくことができる。また、専門性を発揮し、多くの児童生徒が楽しく食事をしてくれる状況をつくり出すことができると分かれば、教職員は達成感を持つことができるであろう。

こうしたことから、様々な困難の中で実践を継続し、しかも安全に実施するためには関係教職員同士が実践から得た気づき（学び）を語り、実践の意義に気づき、その達成感や充実感を教職員同士で確認する積極的なコミュニケーションの機会が学校現場には、今、必要であるし、また、学校の管理職は、経験を交流するために教職員が語り合う場と機会

を設定し、教職員自らの実践の意義に気づく機会の設定の必要があると筆者は考える。

3. 未然防止の必要性

3. 1 日頃からの共感的なコミュニケーションの実施

学校の安全・安心は当たり前前に保障されなくてはならないと、一般には言われているが、現実にはリスクはつきものである。子どもの医療が関係する対応においても、何らかの事故リスクはあるものであり、教職員の未然防止の活動があったとしても、リスク対応のどこかにミスがあれば、いわゆる「ゼロリスク」にはならない。人にはミスがあるものである。

本研究では、2009年新型インフルエンザのリスク対応を調査研究することで、子どもや保護者、教職員が抱える葛藤や不安のいくつかが明らかになった。例えば、医者ではない養護教諭や管理職が出席停止の判断をしたり、いつもは登校を促す教師が児童生徒に出席停止を言い渡したりすること。こうした葛藤はすっきりと解消されない事象のものがほとんどであるし、結果として、新型インフルエンザの罹患者が出て、校内に感染症の拡大を招いたこの事例は、クライシスを引き起こしてしまった事例である。罹患者が出れば、どのような矛盾があろうとも、学校の方針として出席停止の措置をとらなければならないというのが大原則である。罹患した子どもは、ある意味で被害者でもあるのだが、学校としての措置は出席停止である。納得がいかない保護者のクレームが次のエピソードである。

《新型インフルエンザのエピソード3》

「他人にうつす可能性が高い。行事に参加できないと言われるととても不安になるし、先生方はどれだけうつさない努力をしているんですか？先生方が全てマスクをしていると、これもまた子どもが不安になるでしょうけど。」と、保護者から学校の対応の不満が伝えられた。

「よく分からない新型インフルエンザに感染したかもしれない」という不安でいっぱいな保護者に対して、共感的でない対応を教職員がしては保護者の反感を買うだけである。少なくとも、学校側の都合を押し付けるような対応では、ますます感染した子どもと保護者は、不安に思うし、ついには不安が不満に変わるであろう。

どのような話し合いが良いのか、どうしたらリスクが正確に伝わるのだろうかということ、教職員は研修しないといけないし、普段の学校生活における教育実践の中にも、そうしたヒントはあると考える。

即ち、未然防止においても危機対応においても「子どもの心に寄り添い、自立を促す声かけの取組」を実践することとし、保護者のこうした不安に対応できるように、日頃から感情に寄り添うコミュニケーションの方法を教職員は身につけるようにしなければならないことが分かる。特に、新型インフルエンザの時は、危機回避が難しかった。「自分も感染するのではないか」という不安は教職員もあるが児童生徒や保護者もあることから、感染予防の話し合いも当然、必要だが、感染した後のことも事前に話し合うことができればなおよい。

3. 2 対応スキルの向上と情報の共有化

今後も無いとは言い切れない 2009 年の新型インフルエンザの日本における感染拡大という事態に対して、学校の安全・安心を守るために危機管理としての対応は何ができるのだろうか？

《新型インフルエンザのエピソード4》

養護教諭 B は、「学校でこうした医療行為をやることがあたりまえと言えるのか。教職員、それぞれ受け止めの違いがあるだろう。通常の業務としてはしないけど、できることがあれば、緊急のときには「やる」という気概が教職員に要るのではないか。なぜなら、

学校で子ども達が安全に生活をするように義務を負うのは教職員なんだから、安全のためには、こうしたことも「する」という意識が要るのではないか。でも、経験のない教師は嫌がる。」として、教職員は関わろうとしないことを指摘する。

上のエピソードにあるように、学校に新型インフルエンザの罹患者が出て、しかも教職員以外に責任ある大人はいないような緊急時、即ち、クライシスの時には、自分とは関係ないとは言っておれないのではないか。むしろ関係ある大人は、緊急時を想定してどのような知識とスキルを身に付けておかななくてはならないのかということを知っておく必要があると言えよう。

危機管理のできている学校では、救急救命法の研修に教職員だけでなく児童生徒も参加し、感染防止の知識とともに、未然防止の知識とスキルを身に付けるようにしているところもある。

すなわち、新型インフルエンザのような事態が起きた時には、教職員は実践の内容を「教育」だけに限定せず、子どもたちの安全と健康を守るために必要な「ケア」の知識とスキルを身に付けておかななくてはならない。

また、ある学校では、感染予防に関する学校の対応マニュアルをPTA役員会や学級会などで子どもや保護者に公開することになっている。学校の対応を原則公開として、こうした対応に関する語り合いの場を多く設定する実践をおこなっているところもあった。

未然防止の活動として授業数の確保とか洗剤やマスクの購入といった学校の体制を守る取組だけでなく、学校行事への参加、不参加の規準を文書化し、罹患時には不参加を子どもや保護者に納得してもらう取組が必要である。なぜならば、新型インフルエンザの対応で困ったのは、新型インフルエンザの情報が正確でなかったことと出席停止の規準が二

転三転し、不安でいっぱいな子どもや保護者の納得できる説明になってなかったことなのだ。

従って、新型インフルエンザのリスク対応では、正確な情報にもとづく対応スキルを身につける活動や対応する専門家同士での情報の共有化を図る活動を、未然防止としての活動につなげる工夫をすることである。

未知なる感染症の危機管理として、明らかになった未然防止の工夫を対策として講じる必要がある。その工夫とは次の2点である。

- ① 正確な情報の共有・・・新型インフルエンザの時には情報と指示が二転三転した。
- ② 教職員や児童生徒の積極的な参加・・・自分のこととしてリスク対応をしないと緊急対応が遅くなる。

4. 葛藤の存在

4. 1 連携の工夫と葛藤

最初に、どのような葛藤があるのか明らかにする。次に、連携を維持するためには、第一に必要なことは、情報の共有化のためのコミュニケーションをすることであった。次に、教職員をどう組織化するかであり、関係する教職員の協力体制が十分に機能するためには、組織に対する成員の貢献意欲の喚起が重要であり、その貢献意欲を発揮させるために共通目的としてのリスク対応の意義が必要であり、共通目的を普及させるためにコミュニケーションが重要であることの気づきが重要であることを明らかにした。

《痰の吸引などのエピソード1》

『誰もが綿密な相互の情報交換が必要だと言うけれど、実際にはみんな忙しくて情報

交換の時間がとれない。』養護教諭Dの語り

『直接、係に伝えれば良いものを、情報伝達が保護者経由になっていて、保護者の思い違い、聞き違いで不正確な伝わり方になっている。』看護師Bの語り

『看護師に言わないでおこうとは思わないが、いばっていると言うか、なんとなく遠い存在で、コミュニケーションがとりづらい。』教諭Cの語り

各専門家は、子どもの情報を始め、関係する情報の交換が必要だと認識しているものの、現実には、学校体制として時間がとれるような体制になっていない、又は、情報交換の時間を作ろうとしない教職員の無理解を指摘する意見があることや情報伝達の流れが確立されていない、又は、人間関係が悪くて伝達がスムーズにいけないとする意見があることなど、何かの矛盾があってコミュニケーションが十分にはとれていない。この矛盾は何なのだろうか。

三つの事例のように、現場にとってみれば、学校の医療化は非日常の実践であり、教育の論理が優先されない、まさに非日常のできごとである。これは、教育の世界で専門家としての経験知として蓄えてきた、学校現場の原理・原則では通用しない、問題解決に至らないことから、専門家としてどうするのかの判断に迫られることになっている。そして、専門家としての判断を迫られるときには、実践者は専門性を再認識することになるし、専門家として実施したことの責任を、今まで以上に自覚するようになることが分かった。さらに、こうした判断を迫られるときは、専門職としての生き方、教職として目の前の子どもにどう関わっていくのか、専門家としてのアイデンティティーを保ちつつ専門外のこともこなしていくという生き方が本当の自分なのかと自問する苦悩の語りを筆者は経験した。

《痰の吸引などのエピソード2》

『看護師と養護教諭との役割分担をしようとしても保健室にいるかぎり、子どもは分からないからどちらにも頼ってくる』看護師Aの語り

『他人の仕事をバックアップする配慮の必要性は感じているが、それには仕事分担が明確になっている必要がある。他職種の領域を尊重し、侵害しないこととバックアップ

とは両立が難しい』教諭Bの語り

養護教諭や教諭らは、痰の吸引などの役割の分担をしようとしているが、職務内容が新しいことである上、専門性の違いについては、児童生徒には押し付けられないという矛盾もあり、学校体制などの環境条件もあり、そして、人手不足という現実には、専門性の違いなど役には立たないという矛盾など、様々な理由から、痰の吸引などに関する専門性の違いより、専門家同士の役割分担ができていない。

しかし、当然のことながら、医療的な対応をするのであるから、もしも学校で医療事故があると、誰かの責任が問われることになるため、実施する教職員はどうしても実施について慎重になる。ただし、自らの専門性を自覚する者は、医療事故などのリスクを受け入れて、教育の専門家である者も医療関係のような仕事をするようになるし、リスクを低減するために痰の吸引などの研修を積極的に受けるようになることが理解できた。

自らの専門性を自覚する者であったとしても、矛盾を感じてストレスになることは、医療事故のリスクがゼロであることを求める保護者の気持ちにはどうしても寄り添うことができないとしている。即ち、子どもの事故が絶対におきないことを求める保護者の存在は、リスクがあることを前提にして、事故の回避を試みている専門家としての教職員は、医療事故のリスクを受け入れると同時に、保護者対応には非常に困難を感じていることが理解できた。

《痰の吸引などのエピソード3》

『学校で医療的ケアをすることを親が希望している？じゃ良いんではないですかと言う主治医の返答には、他人事のように考えていると思った』養護教諭Eの語り

『教員免許の中身に入っていない医療的ケアを、出来ないからといって看護師から責められたくない』教諭Cの語り

《痰の吸引などのエピソード3》では、実施責任の在り方が問われている。医療的ケア

の実施は、本来、教育でやることなのか医療でやることなのかの問いである。看護師不足の問題は、学校現場で働く教職員にとっては仕事としては、関係ないことである。学校体制を整備する側の責任である。しかし、ここで問題になるのは、学校という場で、痰の吸引などを行っている意味であり、ここは病院ではないことの教職員の自覚である。痰の吸引などの対応は、学校現場で行うこととして、すでに対応マニュアルができているものの、法的責任とは別の矛盾があることが窺える。

痰の吸引などという、教育の専門家の教諭は、専門以外の実践をすることでの、教育としての気づき、即ち、教えることばかりを考えていた教諭としての専門家が、育てることを自覚することができた喜びを知ることができたとする意見もある。ある意味で、教職としての教諭が、専門職として自立するとき、教えることと育てることの両面を認識することができたという意味で、本当の教諭になったといえるのではないかと筆者は思った。

教諭とか養護教諭だけでなく、学校現場には多種、多様な役割のある専門家がいる。それぞれの専門家としての立場を貫きたいが、そうもいかない場合もあり、専門性というアイデンティティーは、一面では専門性という独善であり、もう一面では、専門職としての自覚が人を育てるといふことがある。専門性ということの意味をもう少し検討しなければならない。

いずれにせよ、学校現場の教諭は、教えることだけを専門としているのではなく、時に専門外の育てる実践を行なっているのであって、教職員集団としての協働を考えるならば、教諭、養護教諭、学校事務職員、学校用務員、給食調理員をはじめ、様々なスタッフが協力しながら問題解決を図っているなのであって、いつかの時点で、反省的考察の瞬間を迎え

なくてはならないと考える。それは、同時ではなく、人それぞれで違っており、職業的、専門性の成長の瞬間（とき）と捉えることができよう。

4. 2 葛藤の存在

危機のない平常時の学校現場では、それぞれの児童生徒の対応する教職員が、自己の基準で判断して問題解決を図っていて、毎日がなんとなく過ぎている。

しかし、リスク対応を行おうとすると、教職員が事件・事故の状況や原因をよく把握し、学校生活の中にある顕在化していない危険を的確に認知し、適切な判断によって問題解決をする態度を養うことが求められている。

なぜならば、学校という組織は、安全・安心づくりを優先するという組織風土が育っていないと思われているからだ。たぶん、学校組織だけではないだろうが、学校バッシングの風潮の中、リスク対応ができる学校にしようとする動きがあるのは確かである。

本研究で、学校現場におけるリスク対応を文化人類学的研究方法で調査研究をしたところ、事件・事故の未然防止である、いわゆるリスクマネジメントを行うのに、合理的な判断を妨げている次のような状況があることが分かった。

4. 2. 1 判断規準の葛藤

教職員は、教育の研修をしているが、医療の研修はほとんど受けていなくて、経験不足は当然のこと、医療に関する知識も技術も不足していて、さらに困ったことにリスク認識に欠けるときで、判断に迫られたときには、人命尊重の原則優先という合理的な判断をするよりも、時として平等・公平の原則を優先するという教育経験を重視する結果としてしまうことがある。

また、みんな一緒という平等・公平の原則と個に応じるという平等・公平の原則があり、平等・公平の基準の中にある矛盾も葛藤状態になる要因である。

4. 2. 2 職務範囲の葛藤

痰の吸引などは教育でやることではないとする考え方、意見がある。『エピペン注射をうつことは、教師のやることではない』という語りから分かることは、教諭はその経験から職務範囲を自ら決めているようで、現実には、学校の児童生徒の一人一人を大切にすることは、子どものためとして、際限のない実践が求められている。「教育」の意味の肥大化とも受け取れる状況もある。

このように、学校の教職員は、子どもの教育の仕事に加えて、医療が関係するケアも任せられるのは、教職員の多忙化を意味することであり、医療の研修をうけていない専門家である教職員の中には、痰の吸引などは感情的にも受け入れがたいものがあると解釈できる。とはいえ、養護教諭は関わりを避けることができず、教諭と養護教諭の間には意識のずれが生じていると解釈できる。

4. 2. 3 職業的自立の葛藤

学校内での痰の吸引などの場合は、看護師がいるので、教職員としても研修を受けたいケアを実施できる。このことは、校内においては教職員は看護師の指導のもとにケアを実施することになり、言わば看護師がいないと子どものケアができないということになる。・・・職業的自立に反する。

反対に、校外に出た時には、痰の吸引などは禁止となっている。安全の管理ができないので禁止となっているのだが、そうすると児童生徒は校外学習ができなくなるので、教職

員は参加か不参加の判断に迫られることになる。・・・時に、医療事故リスクを受け入れて、教職員が該当児童生徒を校外学習に連れ出し、痰の吸引などをする場合があるし、家庭訪問時に、保護者からも痰の吸引などの実施を求められることがある。

4. 2. 4 関係性の中の葛藤

最初に『一人だけ特別扱いはできない。看護師の引率ができないので、医療的ケアの必要な子どもは修学旅行に連れていけない』などの語りの中には、児童生徒との関係における葛藤があって、児童生徒の個人を優先（人命尊重の原則優先）すべきか、子どもの管理者として集団を優先（平等・公平の原則を優先）すべきかの一人一人が大切とみんな一緒の平等原則の矛盾が合理的な判断の邪魔をする。

次に家庭の問題は家庭で判断してもらい、学校とは関係ないものとすべきだという原則がある一方、教師として、家庭の問題にも踏み込むべしとする原則もあることから、保護者との関係における葛藤が存在し、子どものためとして、ある一人の保護者の要求を受け入れて、新型インフルエンザ罹患の子どもを登校させること。その保護者の信頼は得られるが、もしも、感染症の拡大を招けば他の保護者の不信を招くことになってくる。

最後に、教育委員会や社会との関係における葛藤が存在しており、校外に出た時には、条件不足で安全の管理ができないので痰の吸引などは禁止となっている。すると児童生徒は校外学習ができなくなるし、看護師がいないと子どものケアができないとなると、教育条件の低下になるので、緊急時の対応として痰の吸引などをすることは、事故が起きなければ問題ないが、法律や規則から判断すると校外での痰の吸引などは原則として違反になる。

ところで、未然防止ではリスク認識が共有化し難いし、多職種連携では、専門家それぞれの立場の違いなどがあり難しいし、葛藤がそもそもあってリスク対応が難しい。このようにリスク対応に問題があるので、その問題を解決するための専門家の工夫の一端を明らかにしようとしてきた。しかし、教職員の語りを分析するなかで、第二章、食物アレルギーの事例の5. 3 養護教諭Cの語りでは、教職員の気持ちの向き合ったことなど、リスク対応は難しくても悪いことばかりではなく、こうした実践をすることで良かった経験もあった。学校の教職員にとって子どもの事故が無いことがなによりである。だからこそ教職員や看護師などは『子どものため』と言って教職員は医療の専門家と連携し、未然防止の実践を継続しているのだった。

4. 3 葛藤に対する工夫

医療的ケアを必要とする子どもが小・中学校にも在籍することから、学校の安全対策を講ずる必要上、学校現場においてはリスク対応が求められており、リスク対応における教職員の語りを調査したところ、リスク対応の中でも未然防止を行っていくことが望ましいが、医療的ケアができる看護師などの医療の専門家の配置が不足している実態があり、子どもの安全と健康を守るためには、多職種の専門家が連携してリスク対応（未然防止）にあたらざるを得ない状況にあることが分かった。さらには、医療的ケアのリスク対応をする中で、専門家としての適切な判断を妨げる葛藤があるものの、できるだけ事故を発生させないようにするための多職種連携を成り立たせ、協働する工夫が、次のように教職員や専門家の間でなされていた。

4. 3. 1 気づきの重要性・・・コミュニケーションが下支え

葛藤があるものの多職種連携を成り立たせながらリスク対応をするための工夫として第一に必要なことは、「情報の共有化」のためのコミュニケーションをすることであった。次に、教職員をどう「組織化」するかであり、関係する教職員の協力体制が十分に機能するためには、組織に対する成員の貢献意欲の喚起が重要であり、その貢献意欲を發揮させるために共通目的としてのリスク対応の意義が必要であり、共通目的を普及させるためにコミュニケーションが重要であることが分かっている。

4. 3. 2 子どものためという合言葉の意味すること

リスク認識を共有し難い場合、連携して対応することを促す合言葉が『子どものため』であった。

よく教職員は、子どものためという合言葉を使う。どういう意味で使っているのだろうか？それと同じくらいに、医療事故リスクに対応する教職員は、ケアするという言葉を使う。どういう意味で使っているのだろうか？

ケアするという言葉の中に、もちろん世話をするという意味が含まれているが、時として、他者への配慮・・・気遣いとか、人との関係性の重視・・・共に生きるといった意味合いが含まれていることが分かった。・・・学校という場は、子どもと大人が共に生きる場であり、生き方を学ぶ場である・・・共に生きるということとは、どういうことかを考える場という言葉の中にある経験は、児童生徒とふれあい、そして、保護者の気持ちに共感することで得られたものである。

子どものためという言葉にあるものとは、子どもの幸せのためという解釈もあり得るが、この場をうまくいかせるためという意味合いも含まれている。医療事故のリスクを受け入

れて、医療的ケアを行うことは、誰かがやらなくてはならないことであり、積極的に関わるといふことではないが、うまくいくように、自らのスキルを上げて、リスクの低減を図りながら、自分らしくありたいとか今の職掌を否定したくないという気持ちも有って、子どものためという合言葉で自分を納得させているのであった。

4. 3. 3 達成感の共有

リスク対応する中で、連携のためにコミュニケーションをとっていると教育関係者、教職員ならではの感動体験、達成感があった場合には、それが、多職種連携を強化し、さらには協働を継続させている。

児童生徒や保護者との信頼関係を重視する対応をすることで、児童生徒や保護者、他の教職員との感情的な交流が生まれ、こうした対応をしたことの感動を教職員に引き起こすことになった。リスクマネジメント、事件、事故の未然防止の活動は成果が見えにくいといわれるが、どのような場合でも成果を実感しにくいというわけではないことが明らかになった。

積極的な関わりをしようとして、危機管理の対応をしたわけではないものの、その結果として、教育者としての達成感があったという教職員もいたのである。こうした達成感があるときには、多忙感をこえて、やって良かったに変わることが分かった。

しかし、このような気づきが危ういことも現実であった。『まあ、なんとかなる』とか、『たいして難しくない』とか、このような語りをする教職員は、医療事故リスクを考えているのだろうか？あまりにも充実感、達成感ばかりを強調しすぎると、教職員はリスクを考えなくなり、事故の未然防止がおろそかになりがちであろうし、リスク認識が共有され

ているとは言い難い。

だからこそ、組織としてのリスクマネジメント（未然防止）が必要になるのである。

5. 相互理解を促す対話の光と影

5. 1 気づきからリスク認識の共有化へ、そして相互理解を促す対話へ

リスクを引き受けるという選択をするということは、教職員にとってどのような意味があるのだろうか？反対に、リスクを引き受けないということは、医療的な配慮やケアなどの実践をしないこと、関わりを回避することであるのだろうか？

学校保健の専門家である養護教諭は、健康問題のリスク管理をする立場にいて、子どもへのこうした対応を回避することができ難いという実態があるが、確かに教諭は医療の専門家ではないので回避することができよう。しかし、教諭のリスクを引き受けるという選択には二通りあり得て、一つはリスクを甘く見ていた場合、結果として安全で効果的な対応ができない活動となる。もう一つは、リスクを適切に把握して的確な判断をし、望ましい対応ができるということ。後者のほうが、語ってくれた教諭の選択の意味であるし、事故の責任を負うことの覚悟が有っての実践であると理解できる。

どの事例においても、最初からリスク対応する教職員とリスク認識が共有化できたわけではない。関わる中で、気づき、実践を改善していこうとするサイクルの途中では、リスク認識も共有できるし、リスク対応のチームのメンバーでコミュニケーションをとったからできたことである。

しかし、リスクを引き受けるという選択は、リスク認識が共有できたら直ぐにできると

いうわけでもない。気づきは、リスク対応という活動への貢献の気づき、リスク認識への気づき、連携の大切さへの気づきなどがあるが、医療の専門家のリスク認識に近づくという気づきと子どもや保護者のゼロリスクに理解を示すという気づきが重要であった。そうでないと、学校医などの医療の専門家から情報を得られないし、子どもや保護者から必要な情報を得ることもできない。すなわち、リスクを回避するために必要とする専門的情報と子どもの体調などのバイタルチェックに必要な情報にアクセスするためには、子どもにも専門家にも理解を示し、必要な情報にアクセスできる言わば、リスクコミュニケーションを可能にする仲介者としての役割ができる存在が必要であった。

そういう意味で、リスクを引き受けることができる存在になろうとしている教職員の姿が、語りから見えてくるし、リスクを受け入れるという受動的当事者から、「リスクを引き受けて」能動的当事者になろうとする教職員の気持ちがあることが分かった。

能動的当事者になることは、リスク対応の当事者として、自己選択、自己決定したいという思いであり、医療としての非専門家であった役割から、教育職ではあるものの専門家としての役割をしたいという意思表示でもあった。しかし、現実的には医療の専門家にはなれない教職員であるので、ここにも葛藤が有ったのである。

リスク対応における専門家ではない教職員が自己選択、自己決定をしたときには、どうしても自信のない中での選択と決定なので、ぜひとも、医療の専門家の人には、『その対応でやれますよ。出来ていますよと助言してほしい。』という語りが、様々な葛藤の中でリスク対応をしている教職員の不安を物語っているように思う。

では、なぜ受動的当事者から、能動的当事者になれたのであろうか。気づいただけでリ

スク認識が変わるのであるだろうか？

5. 2 相互理解を促す対話の光と影

自らの専門性を自覚する者であったとしても、事故の回避を試みている専門家としての教職員は、医療事故のリスクを受け入れて対応するという判断をすると同時に、色々な関係におけるリスク対応には葛藤を抱えており、判断することに非常に困難を感じていることが分かっている。

しかし、ある教職員は、判断に迷うからこそ、お互いのコミュニケーションを大事にしたとも語っている。例えば、医療的ケアというリスク対応で、専門家の教諭は、専門以外の経験をすることでの、教師としての気づき、即ち、教えることばかりを考えていた教諭としての専門家が、育てることを自覚することができた喜びを知ることができたという意味で、『本当の意味での教諭になった』という語りを筆者は経験している。

こうしたことから、専門家としての葛藤は、その関係性によって多様であり、判断に迷うことがあるが、多職種連携を成り立たせて事故をおこさないようにするために、相互理解のための対話を大切にしたいという教職員や専門家の思いがあるのである。しかし、能動的当事者になることが全て、良いわけではない。『リスクを引き受ける』という行動の中には、正しいリスク認識がないままに医療的ケアを実施してしまうことにつながり、時に、違法の認識があつたとしても医療行為を実施してしまうことやハイリスクな行為であっても実施してしまふという危険が潜んでいる。そういう意味では、学校におけるリスク対応は、まだまだ未熟であつてリスク対応としては非常にハイリスクな現状であると言わざるを得ない実態があると言えよう。

葛藤は立場や専門性など人と人との関係性によって多様であり、リスク対応における専門家の判断を迷わせる。しかし、多職種連携を成り立たせ、リスクを低減させるために、専門家の相互理解のための対話を大切にしたいという関係者の願いがあることが筆者には分かった。

6. まとめ

6. 1 本研究の結論

筆者には疑問として、「なぜ学校においては医療が関係するリスク対応が難しいのだろうか？」ということがずっと解決できずにいた。

医療的支援を必要とする子どもが小・中学校に在籍することから、学校安全対策を講ずる必要上、学校現場においてはリスク対応が求められている。

本論文では、三つの事例（新型インフルエンザ、食物アレルギー、痰の吸引など）でリスク対応における語りを調査したところ、教育を専門とする専門家が多くいる学校の間では、医療的支援ができる医療の専門家が不足している実態があり、多職種の専門家が連携してリスク対応（未然防止）にあたらざるを得ない状況にあることが三つの事例でも再確認できた。そして、未然防止はもちろんのこと、なかなかリスク対応が進展しないことから、学校現場のリスク対応が難しいことも確認できた。そして、事故が起きた後では事態はより深刻化するので、学校現場での未然防止のリスク対応ではゼロリスクにはならないものの、教職員は学校における教育活動を平穩に継続するために、リスク対応の中でも未然防止の活動を積極的に行っていくことが望ましいと考えていることが分かった。

それでは、学校の安全に関して、学校現場のリスク対応が難しとされる理由は、何かと
いうと、医療的な支援が必要な子どもが在籍するにあたり、学校安全（子どもの安全）を
確保するためのリスク対応、特に、子どもが傷ついたり死んでしまったりしては学校の
信用失墜が大きいと、学校としては医療事故の未然防止を行う必要があるが、こうした
リスク対応における多職種連携にともなう困難性や医療的な支援を実施する、しないの判
断にともなって、専門家の多様な葛藤があることがあげられる。また、専門家としての適
切な判断や実践を妨げる葛藤があるものの、子どもへ医療的な支援を継続するために、専
門家の相互理解のための対話をしようとする工夫が教職員の間でなされており、専門家同
士の組織化を促進する工夫の一端が分かった。しかし、学校現場の教職員達、各専門家は、
連携の難しさや葛藤があるものの、できるだけ相互理解のための対話をかさねて専門家同
士の理解を深めて『子どものため』という合言葉のもと、コミュニケーションをとろうと
努力している姿も見られることを報告する。

ところで、以上のまとめは学校におけるリスク対応の光の部分である。影の部分はまだ
指摘していない。この影の部分は、『子どものため』という合言葉のもとに、関係する専門
家は、看護師配置の不足やリスク対応の法的未整備など、様々な矛盾や実践上の葛藤があ
りながらも、こうしたリスク対応に関わることになった。いわばリスク認識を正確に共有
せずリスク対応をしているのである。確かに、関わる前にリスクを伝えれば学校体制とし
て教職員の組織化は難しかったとは思いますが、実践の途中ではリスク認識を共有化するべき
ではあるものの、学校におけるリスク対応の実践では、教職員のモチベーションをあげる
ことが優先されているし、多職種連携を成り立たせることが優先されている。即ち、リス

クのような『悪いことは言わないでおこう』という暗黙の了解が確かに、学校現場に存在する。その結果、リスク認識を共有しないまま、リスク対応のマニュアルにそった実践を、そのままやっているという側面もまた実態である。リスク認識の共有は、リスク対応の組織化には逆行するかもしれないが、子どものための実践の意義に気づいたときや教職員のモチベーションがあがったときなどでは、本章の2. 2「関わる」、「気づき」、「判断する」のサイクルの中のどこかに、リスク認識の共有化を図るべきであろう。なぜならば、そうしないと、リスク対応のマニュアルの見直しや新たなリスクの存在に気が付かずに重大な事故を引き起こしてしまうかもしれないからだ。

また、『リスクを引き受ける』という言葉の意味には、確かに、リスク対応に積極的に関わるといったプラスの意味が含まれると思う。しかし、本章の5. で指摘したように、対話を重視し、専門家のモチベーションをあげることを考え、多職種連携が協働の実践になることを優先した結果、時に、『リスクを引き受けて』でも医療行為をして、保護者の期待に応え、子どものために医療行為をすることとなるのは、実のところ、リスク対応になっていないと筆者は指摘しておく。子どもへの介助など、様々な医療的な配慮を多職種連携の協働で行うことを優先するあまり、こうした実践に潜むリスクを正しく評価し、事故が起きる前の未然防止を適切に行っていくというリスク対応の理想からは逸脱していると言える。

6. 2 リスク対応が組織的に行われない風土の存在

医療的な支援が必要な子どもへのリスク対応は、なぜ進展しないのだろうか、筆者は疑問に思っていた。本研究の結論から見えてきた疑問に対する解釈は、次のとおりである。

小・中学校の教職員にとっては、医療的ケアは未経験な実践であるし、事故が起きれば責任問題になるし、こうした不安のある実践は、いくら学校のことであっても積極的に『やりたくない』と思っている。しかし、現実には、学校現場には医療的ケアが必要な子どもがいて、保護者もケアしてくれることを願っている。即ち、医療的な支援のニーズがあるということである。学校の教職員はこうした子どもを放置することはできないので、管理職に『学校の職務として実施するのかどうか』の判断を求めることとなる。教育行政の教育委員会が実施することとしたり、学校の管理職が実施すると判断した場合には、教職員は『しかたなく』医療的ケアを実施することになる。しかし、法的未整備や人員不足といった制度上、学校運営上の矛盾があるものの、教育行政や管理職からの指示や働きかけがあれば、教職員は『保護者や子どもには、良く思われたい』という気持ちを持ちながらも、一方では『事故をおこしたくない』、『新しい仕事が増えて、多忙化する』という不満を抱えることになる。しかも、子どもが少人数であったり、新型インフルエンザのように、誰が担当するのか未確定であったりする場合には、学校現場では、不満が組織全体のものになっていかず、学校保健の専門家である養護教諭や担当するだろうと思われる教職員の一部の改善要求の声にとどまることになる。

こうしたことから、「とりあえず」の医療的ケアの実践を継続するために、看護師の配置を管理職に要求するとともに、教職員が医療的ケアの実践に「関わる」ことを促す工夫を、管理職や養護教諭などがするようになる。中には、こうした関わりを拒否したり、不満に思ったりする教職員もいるが、結果として、医療的ケアに好意的か、拒否できない弱い立場の教職員が関わることになる。こうして、医療的ケアの実施チームが立ち上がるが、し

かし、医療的ケアの実施をすることと、医療事故のリスク対応をすることとは同じではない。医療的な支援のニーズがあるので、看護師を含めた学校における教職員などの専門家は、受け持った医療的ケアの一部を実施することは一人でできても、ケアの全体は多職種連携を行わざるを得ないことから、『ケアは教諭の職務なのか』や『医療の専門家が不足している』とかの不満を抱えながら、チームとして協働するために『子どものため』という合言葉のもとに、ケアの実践を行っているのである。

しかし、『子どものため』という合言葉は、こうした実践に関わることを促すことには効果があるものの、多職種連携を継続するためには、その効果は薄い。そこで、学校現場の工夫が出てくる。医療的ケアの実施チームの多職種連携を継続するためには、実践の意義ややりがいを意識することが必要であり、子どもの『感謝の声』や保護者の好意的な語りを確認したがるし、専門家同士で対話し、相互理解にもとづく実践の継続の確認を関係する専門家はしたがる。即ち、実施チームの「とりあえず」の実践が『子どものため』で始まることから、学校における医療的な支援の実施体制の悪条件やリスクを回避するための組織的未整備といった、そもそも論に立ち返ることなく、医療的ケアの実施を継続することで、ケアすることそのものが目的化してしまい、ケアの実施の潜むリスクを検証することが無くなっているのが、学校現場の実態であると指摘できる。リスクの実態を教職員が知れば、人員要求の圧力が強まることを心配する管理職にとっては、リスク認識の共有化を図ることは危険である。また、教職員の多くは『できるだけ関わりたくない』ことからリスクの検証そのものをしたくないと内心は思っている。そして、実施チームの専門家は、多職種連携を行いながら医療的ケアを継続したいがために、実施チームの結束を壊しかね

ないリスク認識の共有化は、反組織化の方向のため、積極的には実践されない。

こうした学校現場の実態があるので、意図的ではないものの結果としてリスク対応の必要性が黙殺されてしまうという「組織風土」があると言える。従って、医療現場ではむしろ当たり前とされている「ヒヤリ・ハット事例の分析」が、学校ではあまり積極的には実施されないのである。学校における医療が関係するリスク対応は、その必要性が黙殺されてしまうという組織風土があるので、難しいと言えよう。

6. 3 今後の課題

本研究では、リスク認識を共有することは難しく、結果として連携することが困難であるにもかかわらず、学校現場ではリスク対応を関係する教職員が協力して実践せざるを得ない実態があり、関係者同士がコミュニケーションをとりながらリスク認識を共有し、多職種専門家を連携させて、機能する医療的支援を行っているが、こうしたリスク対応には継続し難い葛藤があるものの、子どもの事故リスクを低減させるために、多職種連携を成り立たせ、協働する工夫が教職員の間でなされており、相互理解のための対話を大切にしていることを明らかにした。そして、リスク認識を共有しないままでの対話の促進は、時として、ハイリスクであることを指摘した。

今後の課題としては、ハイリスクな状況を教職員が知れば、医療的な支援に関わらなくなるであろうことは容易に推測できる。今の学校現場では、増員を行うことはできない。せいぜい多職種連携を成立させて、人材不足を補うことぐらいである。心理の専門家であるスクールカウンセラーや福祉の専門家であるスクールソーシャルワーカーの配置が検討されているが、教育行政の当事者である教育委員会では、学校保健の専門家である養護教

諭や看護師の増員を検討できないであろうか。学校現場の人材不足が根底にあり、そして、子どもへの医療的な支援は教職員の拒否感が強くあることから、これからも学校現場に任せて、リスク対応が進まず、とりあえずの対応ばかりしているのであれば、今後も学校での事故は無くならないと言えよう。

また、教職員間でリスク認識を適切に共有しないまま、これまでのように対話を進めるだけでは、ハイリスクの状態は改善されない。改善策として提言できることは、学校現場には、「関わる」、「気づき」、「判断する」のサイクルがあるのだから、このサイクルの中にリスク認識の共有化を図る取組を入れることができないのだろうかということである。そして、学校現場の役割として実践できることであるリスク認識の共有化の方略は、まだまだ確立しているとは言えないことから、今後とも研究していく必要がある。

参考文献

朝倉景樹

1995 『登校拒否のエスノグラフィー』彩流社。

安藤知子

2005 『教師の葛藤対処様式に関する研究』多賀出版。

綾部恒雄

1984 『中公新書 文化人類学15の理論』中央公論新社。

綾部恒雄（編）

2006 『文化人類学20の理論』弘文堂。

カミングス、ウィリアム

1981 『ニッポンの学校 観察してわかったその優秀性』友田泰正（訳）、サイマル出版。

エマーソン、R, フレッツ、R, ショウ、L

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』佐藤郁哉・好井裕明・
山田富秋（訳）、新曜社。

フォスター、ジョージ, アンダーソン、バーバラ

1987 『医療人類学』中川米造（訳）、リプロボート。

フリック、ウヴェ

2011 『新版質的研究入門』小田博志（訳）、春秋社。

藤田真理子

1999 『アメリカ人の老後の生きがい形成—高齢者の文化人類学的研究』大学教育出版。

ギアーツ、クリフォード

2012 『文化の読み方/書き方. 岩波人文書セレクション』 森泉弘次 (訳)、岩波書店。

平田 準

2007 『「学校協議会」の教育効果に関する研究—「開かれた学校づくり」のエスノグラフィ—』 東信堂。

イリイチ、イワン

1998 『脱病院化社会』 金子嗣郎 (訳)、晶文社。

岩永誠・坂田桐子・林光緒

2006 「日本におけるリスク研究の動向と課題」『21世紀科学プロジェクトリスク研究2006年度研究成果報告書』(広島大学), pp. 9-20.

刈谷剛彦

2005 『学校って何だろう 教育の社会学入門 (ちくま文庫)』 筑摩書房。

北澤毅・古賀正義 (編)

1997 『〈社会〉を読み解く技法—質的調査法への招待—』 福村出版。

河野龍太郎

2004 『医療におけるヒューマンエラー』 医学書院。

小坂井敏晶

1996 『異文化受容のパラドックス』 朝日選書。

ローレン、トーマス

1988 『日本の高校 成功と代償』 友田泰正 (訳)、サイマル出版。

前山 隆

2003 『個人とエスニシティの文化人類学』御茶の水書房。

マーティン、ジェーン

2007 『スクールホーム 〈ケア〉する学校』生田久美子（訳）、東京大学出版会。

松平信久・山崎準二

1998 『教師のライフヒストリー 岩波講座・現代の教育6』岩波書。

森田京子

2007 『子どもたちのアイデンティティ・ポリティックスーブラジル人のいる小学校のエ
スノグラフィー』新曜社。

波平恵美子・青木恵理子

2002 『文化人類学（カレッジ版 第2）』医学書院。

奈須恵子・逸見敏郎

2012 『学校・教師の時空間』三元社。

岡東壽隆、福本昌之（編）

2000 『学校の組織文化とリーダーシップ』多賀出版。

坂元一光

2003 「人類学的子ども・教育研究の組織的展開」『九州大学大学院教育学研究紀要』（6）. pp.

55-75

サイード、エドワード

1993 『平凡社ライブラリー〈11〉オリエンタリズム〈上〉、〈下〉』今沢紀子（訳）、平凡

社。

柴尾慶次

2002 『介護事故とリスクマネジメント』 中央法規。

柴山真琴

2001 『行為と発話形成のエスノグラフィー 留学生家族の子どもは保育園でどう育つか』 東京大学出版会。

志水宏吉

1998 『教育のエスノグラフィー 学校現場のいま』 嵯峨野書院。

サドナウ、デヴィッド

1992 『病院でつくられる死 - 「死」と「死につつあること」の社会学』 岩田啓靖・志村哲郎・山田富秋（共訳）、せりか書房。

高岡健

2002 『学校の崩壊』 批評社。

浮ヶ谷幸代

2013 「医療専門家のサファリングとその創造性」、『文化人類学』 77(3), pp. 392-413.

ウィリス、ポール

1996 『ちくま学芸文庫 ハマータウンの野郎ども』 山田潤（訳）、筑摩書房。

やまだようこ（編）

2007 『語りをきく』 新曜社。

吉川肇子

2000 『有斐閣選書 リスクとつきあうー危険な時代のコミュニケーション』有斐閣。

吉永崇史

2011 「経営組織論における質的研究とその意義」『質的心理学フォーラム』(3), pp. 73-83

資料編

特別支援教育に関するアンケート

広島市立（ ）区（ ）番（ ）中学校

※なお、回答はすべて回答用紙にお書きください。

(ア) 校長のリーダーシップについて

(質問1) 校長として、特別支援教育の推進にあたって、特に大切だと思うことを三つ選んでください。

- (1) 校長自身のリーダーシップ
- (2) 校内支援体制の整備・充実
- (3) 教職員への理解・推進
- (4) 保護者への理解・啓発
- (5) 該当生徒に応じた指導力の向上
- (6) 巡回相談員や特別支援教育室との連携
- (7) 医療、福祉、その他の専門機関との連携
- (8) 特別支援学校との連携
- (9) 普通学級と特別支援学級の調整
- (10) その他（ ）

(イ) 校内委員会の設置状況について

(質問2-1) 特別支援教育を推進するため、校内委員会を設置しましたか。

- (1) 設置している。
- (2) 設置していないが、既存の組織を活用した。
- (3) これから設置する予定である。
- (4) 設置していない。
- (5) その他 ()

(質問2-2) 校内委員会で取り組んでいる具体的な内容で、最も重視していることは何ですか。 (複数回答可)

- (1) 該当生徒の実態把握と具体的な教育支援の企画・体制づくり
- (2) 研修の企画と研修資料の作成・提案
- (3) 対象生徒に関する小中情報連携
- (4) 該当生徒の保護者・関係機関との連携
- (5) 保護者への理解啓発
- (6) 普通学級と特別支援学級の調整
- (7) 委員会通信の発行
- (8) 個別支援教室の運営

(9) その他 ()

(ウ) 医療的ケア等、特別な教育的支援が必要な生徒の個別の指導計画について

(質問3) 特別な教育的支援が必要な生徒の実態調査を行いましたか。

(1) 行った ()

行った場合の実態調査の内容・方法について、当てはまる項目を選んでください。

(複数回答可)

- ①主に観察による
- ②チェックリスト等を活用した行動観察
- ③心理検査等の実施
- ④学級担任からの情報
- ⑤保護者からの情報
- ⑥医療等、関係機関からの情報
- ⑦その他 ()

(2) 行っていない ()

[行っていない理由を、回答欄にお書きください。]

(エ) 個別の指導計画について

(質問4-1) 特別な教育的支援が必要な生徒について、個別の指導計画を作成していますか。

- (1) 作成している
- (2) 作成中である
- (3) 作成していない

[作成していない理由を、回答欄にお書きください。]

「作成している」と回答された学校にお聞きします。

(質問4-2) 個別の指導計画をもとにして、教育条件や学習環境の工夫・改善に取り組んでいますか。

- (1) 取り組んでいる

[取り組んでいる内容を、回答欄に具体的にお書きください。]

- (2) 取り組んでいない

[取り組んでいない理由を、回答欄にお書きください。]