

## 제2부 발표2

# における重度・重複障害児への教育的対応 Educational Approaches on Children with Severe and Multiple Disabilities in Japan

任 龍 在  
Yongjae LIM  
University of Tsukuba, Japan

## I. はじめに

日韓は、東アジア文化圏の隣国として、特別支援教育分野においても類似の課題を抱えていると言われる。特に、児童生徒の障害の重度・重複化は、日韓の特別支援教育が直面している共通課題の1つといえる。本稿では、日本における重度・重複障害児への教育的対応についてまとめた上、日韓の特別支援教育、主に重度・重複障害教育の望ましい方向性について考察することを目的とした。なお、本稿は、筆者（任龍在）の博士学位論文（重度・重複障害教育における教師の職能成長に関する研究、筑波大学、2011年）の一部を再整理したものである。

## II. 重度・重複障害児の概念

「重度・重複障害児」という用語は、法令や学習指導要領（national curriculum）では用いられてはいないが、障害の重度・重複化、多様化の傾向に伴い教育の現場で広く用いられるようになった。

「重度・重複障害児」が初めて公的用語として用いられたのは、昭和50年3月に出された「特殊教育の改善に関する調査研究会」の答申「重度・重複障害者児に対する学校教育の在り方について」（辻村報告）であった。この報告では、重度・重複障害児の範囲を、「学校教育法施行令第22条の3に規定する障害（盲，聾，知的障害，肢体不自由，病弱）を二つ以上併せ持つ者」のほかに、発達の側面からみて「精神発達の遅れが著しく、ほとんど言語を持たず、自他の意思の交換および環境への適応が著しく困難であって、日常生活において常時介護を必要とする程度」の者、行動的側面からみて「破壊的行動、多動傾向、異常な習慣、自傷行為、自閉性、その他の問題行動が著しく、常時介護を必要とする程度」の者を加えており、重度・重複障害の判定にあたっての項目例も提示している。

類似用語としては「重症心身障害児（以下，重症児）」が挙げられる。重症児は、主に福祉用語として用いられてきた。重症児の処遇の問題が社会的な問題となったことから、昭和38年7月に出された厚生省事務次官通知では、「重症心身障害児療育実施要綱」が示され、その中に重症児は「身体的、精神的障害が重複し、かつ、重症である児童」と定義された。さらに、昭和42年8月に児童福祉法の一部改正があり、その第43条の4には、重症児が法律上の概念として明確に位置づけられるようになった。その規定によると、重症児は「重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童」と定義されている。この定義は、それまでの定義と比べて著しく限定的なものであった。すなわち精神的障害ではなく精神薄弱であり、身体的障害ではなく肢体不自由とされたからである。なお、重症児の判定基準としては、国は明確に示していないが、元東京都立府中療育センター院長大島一良博士により考案された大島（1971）の分類が一般的に使われている（Table 1）。

これらの2つの用語は、重度の肢体不自由と重度の知的障害を併せ有する児童に限っては、ほぼ同じ概念として使われてきているが、ただし研究者の立場等によって使い分けしている傾向がみられる。すなわち、教育の分野なら「重度・重複障害児」が、医療や福祉の分野なら「重症心身障害児」が多いわけで、その障害の状態は大きく変わらないのである。このため、関連研究を進めるにあたっては、これらの用語の使い分けを明確にするよりも、むしろ対象となる障害の範囲をどのように設けるかが重要なポイントとなる。

以上を踏まえ、本稿では、「重度の肢体不自由と重度の知的障害を併せ有する児童」（大島の分類「1から4」）を「重度・重複障害児」と定義する。

Table 1 大島(1971)による心身障害の分類

		運動能力				
		走れる	歩ける	歩けない	座れる	寝たきり
知能指数	70-80	21	22	23	24	25
	50-70	20	13	14	15	16
	35-50	19	12	7	8	9
	20-35	18	11	6	3	4
	-20	17	10	5	2	1

注) 1, 2, 3, 4の範囲に入るものが 重度・重複障害児(重症心身障害児)である。

### Ⅲ. 重度・重複障害児に関わる現状

昭和54年の養護学校教育の義務制実施以降、特別支援学校(肢体不自由)においては、在籍児童生徒全体(小・中学部)に占める重複障害学級の在籍率は75.3%となっている(文部科学省, 2007)。

近年、特別支援学校(肢体不自由)に在学する児童生徒の起因疾患で最も多いのは、脳原性疾患(主に、脳性まひ)であり、肢体不自由のほか、知的障害、言語障害等の他の障害を一つ又は二つ以上併せ有している重複障害者が多く在籍している。

教育課程の類型別児童生徒数(小・中・高等部)は、自立活動を主とした教育課程の者が特別支援学校全体の20.8%、知的障害養護学校の教育課程の者が53.3%、下学年適用による教育課程の者が5.0%、そして通常の教育に準ずる教育課程の者が15.5%となっている(佐島・石川・菅井・後上・大崎, 2003)。学校の種別にみると、特別支援学校(肢体不自由)においては、自立活動を主とした教育課程の占める割合が46.9%ともっとも高い。

また、日常的に医療的ケアを必要とする児童生徒は、平成20年5月現在、訪問教育を受けている児童生徒を含め6,622名となっている。特別支援学校在籍者全体(107,096名)のうち6.2%の児童生徒が何らかの医療的ケアを必要としている(文部科学省, 2009)。特に、児童生徒の障害の重度・重複化が一層進んでいる特別支援学校(肢体不自由)においては、在学(通学のみ)する児童生徒の19%が、経管栄養、たんの吸引、導尿等いわゆる「医療的ケア」が必要と報告されている(全国肢体不自由養護学校長会, 2004)。

## IV. 障害の重度・重複化への教育的対応

児童生徒の障害の重度・重複化への教育的対応については、以下の5つの観点（個に応じた指導，自立活動の指導，教育課程の編成，医療的ケアへの対応，校内外の教員や専門家との連携）でまとめた。

### 1. 個に応じた指導

特別支援学校においては、個に応じた指導の充実を図るため、平成11年3月の学習指導要領の改訂により、自立活動の指導や重複障害児の指導にあたって、個別の指導計画の作成が義務付けられた。

個別の指導計画作成の意義としては、個々の児童生徒の実態に応じた系統性のある指導及び支援を可能にすること、指導に関わる関係者（教師だけではなく、保護者や他の専門家等を含む）が共通理解の下に取り組めるようにすること、などが挙げられる（安藤，2001など）。

一方、個別の指導計画を作成することが義務付けられたものの、どのような内容及び方法を盛り込んだ指導計画であるべきかについての規定は示されていない（西川，2000）。これは、重度・重複障害児の実態が個々によって異なるため、何をどのような手順で教えてよいかは、文部科学省が具体的に示すことなく、各学校や教師の裁量及び専門性に委ねることが現実的で望ましいからである。したがって、各特別支援学校においては、個別の指導計画の様式や取扱い等を定め、教育課程の運営上に明確に位置付けるとともに、個別の指導計画に基づいた授業づくりの研究及び実践に取り組んでいる。

### 2. 自立活動の指導

重度・重複障害児は、日常生活や学習場面において様々なつまずきや困難が生じるため、小・中学校等の児童生徒と同じように教育をするだけでは十分とは言えない（文部科学省，2009）。そこで、個々の児童生徒の障害による学習上又は生活上の困難を改善・克服するための指導が必要となっており、特別支援学校においては、小・中学校等と同様の各教科等の他に、特に「自立活動」の領域を設定している。

自立活動の内容は、健康の保持、心理的な安定、人間関係の形成、環境の把握、身体の動き、コミュニケーションといった6区分に分類・整理されており、その下位項目

は、それぞれ3～5項目、計26項目で構成されている。指導内容の設定に関しては、各区分又は各項目に別々に指導及び支援することを意図しているわけではなく、個々の児童生徒の実態に必要なと思われる項目を選び、それらを相互に関連づけて実際に指導する内容を設ける。

以上のことから、自立活動の指導を担当する教師には、学習指導要領等に示された内容を参考として、児童生徒一人一人の実態を踏まえ、具体的な指導内容や方法を考案することが求められるのである（文部科学省，2009）。

### 3. 教育課程の編成

重度・重複障害児の教育課程を編成する際には、学校教育法施行規則、学習指導要領を参考にすることができる。

学習指導要領の「重複障害者等に関する教育課程の取扱い」によれば、視覚障害者、聴覚障害者、肢体不自由者又は病弱者を教育する特別支援学校に就学する児童生徒のうち「知的障害を併せ有する者」については、各教科又は各教科の目標及び内容に関する事項の一部を、知的障害者を教育する特別支援学校の各教科又は各教科の目標及び内容の一部によって替えることができる。また、重複障害者のうち「障害の状態により特に必要がある場合」には、各教科、道徳、外国語活動若しくは特別活動の目標及び内容に関する事項の一部又は各教科、外国語活動若しくは総合的な学習の時間に替えて、自立活動を主として指導を行うことができるものとしている。

特別支援学校（肢体不自由）の重複障害学級においては、以上の2つの教育課程を中心に構成されており、前者を「知的障害代替の教育課程」、後者を「自立活動を主とした教育課程」と称する。なお、重度・重複障害児の指導は、自立活動を主とした教育課程をもとに進められることが多い。

### 4. 医療的ケアへの対応

今まで、特別支援学校に在籍している医療的ケアを必要とする児童生徒への対応については、医師が対応する場合を除き、実際には保護者が中心で行ってきた。

そのような状況の中で、文部科学省では、厚生労働省との連携の下、看護師と連携し、教員が医療的ケアを実施する際の条件や組織体制の在り方について実践的な研究（平成10～14年度に「特殊教育における福祉・医療等との連携に関する実践研究」）やモデル事業（平成15年度からは「養護学校における医療的ケアに関するモデル事

業」)を行ってきた。

さらに厚生労働省は、平成16年10月に、医政局長通知「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取り扱いについて」を各都道府県あてに発出した。この通知では、はじめて、医師又は看護職員の資格を有しない教員によるたんの吸引等の実施を許容するための条件があげられており、一定の条件が満たされていれば、特別支援学校において教員がたんの吸引、経管栄養、自己導尿の補助等を実施することができるようになった。

以上の経緯を踏まえ、現在、特別支援学校においては、看護師（非常勤を含む）を配置し、専門家による研修を積んだ教職員のもと医療的ケアを実施している。

## 5. 校内外の教員や専門家との連携

学習指導要領第1章第2節第4の2(2)では、「複数の種類の障害を併せ有する児童又は生徒については、専門的な知識や技能を有する教師間の協力の下に指導を行ったり、必要に応じて専門の医師及びその他の専門家の指導・助言を求めたりするなどして、学習効果を一層高めるようにすること。」と示されている。

重度・重複障害児の指導に当たっては、それぞれの障害についての専門的な知識や技能を有する教師間の協力（チーム・ティーチング）の下に、個々の児童生徒について個別の指導計画を作成し、指導法を創意・工夫して進めることが大切である。また、教師間で連携するだけでなく、学校医や看護師等を含めた関連する教職員と連携（医療的ケア等）する機会を設けるなど、適切な指導内容・方法を検討することも大切である。

さらに、実態把握や指導計画の作成、評価において、より専門的な知識や技能を有する者との連携や協力を求められる場合もある。ただし、それぞれの分野における専門家が児童生徒の指導に直接かかわるのではなく、教師に対し指導に関する助言を行うということであり、指導内容・方法を考えるのはあくまでも教師であることに留意する必要がある（文部科学省，2009）。

## VI. おわりに

以上のように、本稿では「日本における重度・重複障害児への教育的対応」についてまとめた。その結果、重度・重複障害教育では、児童生徒一人一人に応じたきめ細かな指導及び支援を行うため、教育活動の大半を各学校、各教師の裁量（専門性）に任せ

ていることが推察される。

筆者は、米国とは異なり、特別支援学校の機能を活かしながら、重度・重複障害児への教育的対応に取り組んできた日韓には、それなりの専門性の蓄積があったと信じる。今後、日韓は、特別支援学校の活用をふまえ、児童生徒の障害の重度・重複化にどのように対応していくのかについて情報共有及び研究協力するとともに、世界の特別支援教育をリードする国として役割を果たすべきだと思う。

## 引用文献

- 安藤隆男（2001）自立活動における個別の指導計画の理念と実践－あすの授業を創造する試み．川島書店．
- 厚生労働省（2004）盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（平成16年10月20日，医政発第1020008号 厚生労働省医政局長通知）．
- 文部科学省（2007）就学指導資料（平成14年度版）．
- 文部科学省（2007）特別支援教育資料（平成18年度版）．
- 文部科学省（2009）特別支援学校学習指導要領解説－自立活動編（幼稚部・小学部・中学部・高等部）．
- 文部省（1999）盲・聾・養護学校学習指導要領．
- 西川公司（2000）21世紀の特殊教育における自立活動の意義．肢体不自由教育，147，12-18．
- 大島一良（1971）重症心身障害の基本問題．公衆衛生，35，648-655．
- 佐島毅・石川政孝・菅井裕行・後上鐵夫・大崎博史（2003）教育課程類型と人数・自立活動時数の実態，重複障害教育研究部編集，平成15年度プロジェクト研究「盲・聾長後学校における新学習要領のもとでの教育活動に関する実際研究－自立活動を中心－」報告書．独立行政法人国立特殊教育総合研究所，6-7．
- 全国肢体不自由養護学校長会（2004）特別支援教育に向けた新たな肢体不自由教育実践講座．ジァース教育新社．





# 중도·중복장애 아동에 대한 교육적 대응

## Educational Approaches on Children with Severe and Multiple Disabilities in Japan

임 용 재  
Yongjae LIM  
University of Tsukuba, Japan

### I. 시작하며

한국과 일본은 동아시아 문화권의 이웃 나라로서 특수교육 분야에서도 유사한 과제를 안고 있다. 특히, 장애의 중도·중복화는 한일 특수교육이 직면하고 있는 공통 과제 중에 하나라고 할 수 있다. 본 강연에서는 일본의 중도·중복장애 아동에 대한 교육적 대응에 관하여 정리한 후에 한일 양국 특수교육의 바람직한 방향에 대해 생각해 보고자 한다. 이 원고는 필자의 박사학위논문(중도·중복장애교육에서 교사의 직능성장에 관한 연구, 츠크바대학, 2011년)의 일부를 재정리한 것이다.

### II. 중도 중복장애 아동의 개념

“중도·중복장애 아동”이란 법률이나 학습지도요령(national curriculum; 일본의 국가수준 교육과정)에서 사용하고 있는 용어는 아니지만, 장애의 중도·중복화, 다양화의 경향에 따라 교육현장을 중심으로 폭 넓게 사용해 온 용어라고 할 수 있다.

“중도·중복장애 아동”이 공적인 용어로 처음 사용된 것은 “특수교육 개선에 관한 조사연구회”가 1975년 3월에 발표한 “중도·중복장애 아동에 대한 학교 교육의 바람직한 방향에 관하여(약칭: 츠치무라 보고서)”라는 보고서였다. 이 보고서에 따르면, 중도·중복장애 아동이란 학교교육법시행령 제22조 3에서 규정하고 있는 장애(맹, 농, 지적장애, 지체부자유, 병약)를 두 개 이상 중복하여 가지는 아동으로 발달적 측면에서 보면 “정신발달 지체가 현저하고, 언어에 의한 의사소통이 거의 불가능하며, 의사소통 및 환경적응 또한 현저하게 곤란하여 일상생활에서 항상 도움을 필요로 하는 정도”의 아동, 또한 행동적 측면에서 보면 “과괴적 행동, 다동경향, 비정상적인 습관, 자해행위, 자폐, 그 외에도 기타 문제 행동 등이 현저하여 항상 도움을 필요로 하는 정도”의 아동이라고 정의하였다.

유사한 용어로는 “중증심신장애 아동”이 있다. 이것은 주로 복지분야에서 사용해진 용어이다. 1963년 7월 후생성(현재, 후생노동성)은 “중증심신장애 아동요육 실시요강”을 발표하였는데, 이 요강에 따르면 중증심신장애 아동이란 “신체적, 정신적 장애가 중복하고 중증인 아동”이라고 정의하였다. 더불어, 1967년 8월 아동복지법 일부 개정 시에는 “중증심신장애 아동”을 법률상의 개념으로 처음 도입하였다(제43조 4). 당시 아동복지법 해당 규정에 따르면 중증심신장애 아동이란 “중도의 정신박약과 중도의 지체부자유를 중복하여 가지고 있는 아동”이라고 정의했다. 중증심신장애 아동의 판정기준은 국가차원에서 명확하게 제시하고 있는 기준은 없지만, 일본에서는 전직 동경 도립 후츄요육센터 원장 오오시마 카즈요시 박사의 오오시마(1971)의 분류가 지금까지도 일반적으로 사용되고 있다(Table 1).

이상의 2개의 용어는 “중도의 지체부자유”와 “중도의 지적장애”를 함께 가지는 중복장애 아동에 대해서는 거의 같은 개념으로서 사용해 왔다. 단, 연구자의 배경에 따라 교육 분야라면 “중도·중복장애”를, 의료나 복지 분야라면 “중증심신장애”를 상대적으로 더 많이 사용하고 있을 뿐이다. 따라서, 일본에서는 용어의 사용구분을 명확히 하는 것보다 오히려 대상이 되는 장애의 범위를 어떻게 설정할 것인지가 중요한 포인트라고 한다.

본 강연에서는 “중도의 지체부자유와 중도의 지적장애를 중복하여 가지는 아동”(오오시마 분류 「1에서 4」)을 “중도·중복장애 아동”이라고 정의한다.

Table 1. 오오시마 ( 1971 ) 의 심신장애 분류  
운동능력

	뛰기	걷기	서기	앉기	앉기이전	
지 능 지 수	70~80	21	22	23	24	25
	50~70	20	13	14	15	16
	35~50	19	12	7	8	9
	20~35	18	11	6	3	4
	20이하	17	10	5	2	1

주) 1, 2, 3, 4 에 해당하는 아동이 중도·중복장애 (중도 심신장애) 아동이다.

### Ⅲ. 중도 중복장애 아동의 현황

1979년, 양호학교(현재, 특별지원학교) 의무교육 실시 이후 특별지원학교에 재적하고 있는 아동의 장애는 중도·중복화 경향이 뚜렷해졌다. 예를 들면, 특별지원학교(지체부자유)의 경우, 초·중등부 약 75%의 아동이 중복장애학급에 재적하고 있다.

최근, 특별지원학교(지체부자유)에 재적하는 아동의 기인질환 중에 가장 많은 것은 뇌원성 질환(주로, 뇌성마비)이며, 지적장애, 언어장애 등을 수반하는 중복장애 아동의 비율이 매우 높다.

교육과정 유형별 아동 수를 살펴보면, 자립활동을 중심으로 한 교육과정이 특별지원학교 재적생 전체의 20.8%, 지적장애 양호학교의 교육과정이 53.3%, 일반교육과정 하학년 적용이 5.0%, 일반교육과정 적용이 15.5%로 나타났다(佐島·石川·菅井·後上·大崎, 2003). 학교 종별을 보면, 특별지원학교(지체부자유)의 경우, 자립활동을 중심으로 한 교육과정이 46.9%로 가장 높게 나타났다.

또한, 의료적 케어를 필요로 하는 아동은 2008년 5월 현재 6,622명이었다. 특별지원학교 재적생 전체(107,096명)를 기준으로 보면 6.2%의 아동이 의료적 케어를 필요로 하는 것이다(문부과학성, 2009). 특히, 특별지원학교(지체부자유)의 경우, 아동의 약 19%가 경관영양, 가래 흡입, 도뇨 등 의료적 케어를 필요로 하는 아동이다(全国肢体不自由養護学校長会, 2004).

## IV. 장애의 중도 중복화에 대한 교육적 대응

교육적 대응은 ①개별화된 교육, ②자립활동 지도, ③교육과정 편성, ④의료적 케어, ⑤교원이나 전문가와의 연계 및 협력을 중심으로 정리하였다.

### 1. 개별화된 교육

1999년 3월 학습지도요령을 개정한 이후, 자립활동이나 중복장애 아동 지도에 대하여 개별지도계획(한국 개별화교육계획, 미국 IEP) 작성이 의무화 되었다.

개별지도계획의 도입은 아동 개개인에게 적합한 일관성 있는 지도 및 지원 체제 구축, 교육관계자들(보호자나 다른 전문가 등을 포함) 사이의 정보교환 및 공통이해도도 등에서 긍정적인 효과로 나타났다(安藤, 2001 등).

한편, 개별지도계획을 작성하도록 의무화 되었지만, 어떠한 내용과 방법을 개별지도계획에 담아야 하는지에 대한 구체적인 규정은 제시하지 않았다(西川, 2000). 중도·중복장애 아동의 요구가 개개인에 따라 크게 다르기 때문에 “무엇”을 “어떻게” 교육해야 하는지에 대해 문부과학성 등이 획일적으로 제시하는 것은 바람직하지 않다고 판단했기 때문이다. 즉, 일선의 각 학교나 각 교사의 재량 및 전문성에 맡기는 것이 현실적이고 바람직한 선택이라고 할 수 있다.

### 2. 자립활동 지도

중도·중복장애 아동은 일상생활이나 학습장면에서 어려움을 겪고 있기 때문에 일반교육과정 적용만으로 충분하다고 할 수 없다(문부 과학성, 2009). 따라서, 아동의 개개인의 장애에 따른 학습상 또는 생활상의 곤란을 개선·극복하기 위한 지도가 필요하기 때문에 특별지원학교에서는 일반학교와 동일한 각 교과 등 외에 “자립활동”의 영역을 운영하고 있다.

자립활동의 내용은 건강의 유지, 심리적 안정, 인간관계의 형성, 환경의 파악, 신체의 움직임, 커뮤니케이션 등 6구분으로 구성되었다. 각각의 구분은 3~5개 하위 항목을 가지고 있다. 교육 내용을 설정할 때에는 각 구분 또는 항목을 개별적으로, 독립적으로 적용하는 것이 아니라, 우선 아동에게 필요하다라고 생각되는 구분과 항목을 선택한 후에 해당 항목들을 서로 관련 지어 개별지도계획을 작성한다. 자립활동의 6구분 26항목이 실제로 교육하는 내용을 의미하지는 않는 것이다.

자립활동 지도를 담당하는 교사는 아동 개개인의 요구를 파악한 후에 자립활동 6구분 26항목을 참고로 실제로 적용할 구체적인 교육 내용이나 방법을 설정할 수 있어야 하는 것이다(문부 과학성, 2009).

### 3. 교육과정 편성

중도·중복장애 아동의 교육과정을 편성할 때, 학교교육법시행규칙이나 학습지도요령을 참고로 할 수 있다.

학습지도요령 “중복장애 아동 등에 관한 교육과정 적용”에 의하면, 시각장애, 청각장애, 지체부자유 또는 병약 특별지원학교에 재학하고 있는 아동 중에서 “지적장애”를 수반하는 아동은 일반교육과정(각 교과 또는 각 교과의 목표 및 내용에 관한 사항)의 일부를 지적장애 특별지원학교 교육과정에 해당하는 각 교과 등으로 대체하여 적용할 수 있다. 또한, 중복장애 아동 중에서 “장애 상태를 고려하여 특별히 필요한 경우”에는, 각 교과, 도덕, 외국어 혹은 특별활동 등에 대체하여 “자립활동”을 중심으로 교육과정을 편성하여 운영할 수도 있다.

현재, 특별지원학교 대부분의 중복장애학급은 위 2개의 교육과정을 중심으로 구성하고 있다. 전자를 “지적장애 대체 교육과정”, 후자를 “자립활동을 중심으로 한 교육과정”이라고 부른다. 중도·중복장애 아동의 교육은 “자립활동을 중심으로 한 교육과정”으로 편성하여 운영하는 경우가 대부분이다.

### 4. 의료적 케어

특별지원학교에 재적하고 있는 의료적 케어를 필요로 하는 아동에 대한 의료적 처치는 의사, 간호사, 그리고 보호자를 중심으로 이루어져 왔다.

문부과학성은 의료적 케어를 필요로 하는 아동의 재적률이 높아지는 문제에 대응하기 위하여 후생노동성과 협력하여 교사가 의료적 케어를 실시할 때의 조건이나 체제의 바람직한 방향에 관한 실천적인 연구(1998년~2002년 “특수교육의 복지·의료 등과 협력에 관한 실천연구” 등)를 진행하는 한편, 모델 사업(2003년 “양호학교 의료적 케어 모델 사업” 등)을 실시했다.

또한, 후생노동성은 2004년 10월에 의정국장 통지 “맹·농·양호학교에서 가래 흡입 등의 대처에 대해”를 발표했다. 이 통지는 처음으로 의사 또는 간호사 자격이 없는 교사에게 가래 흡입 등을 실시할 수 있도록 허용했다는 점에서 의의가 크다. 물론, 무조건적 실시가 아니라 특정 조건을 만족한 교사에 한해 특별지원학교에서 교원이 가래 흡입, 경관영양, 도뇨 보조 등을 실시할 수 있게 된 것이다.

현재, 특별지원학교는 간호사(비상근 포함)를 고용하고 있을 뿐만 아니라, 의사나 간호사 등 전문가에게 연수를 받은 교직원에 한해 의료적 케어를 실시할 수 있도록 하고 있다.

## 5. 교원이나 전문가와의 연계 및 협력

학습지도요령 제1장 제2절 제4의 2(2)에서는 “복수의 장애를 중복하여 가지는 아동 또는 학생에 대해서는 교사간의 협력에 기초하여 교육을 실시하거나, 필요에 따라서 의사 및 그 외의 전문가의 지도·조언을 요구하는 등” 연계 및 협력을 통해 학습 효과를 높이도록 권고하고 있다.

중도·중복장애 아동을 교육할 때에는 서로 다른 전문적인 지식이나 기능을 가지는 교사간의 협력(팀 티칭)을 기반으로 아동 개개인의 개별지도계획을 작성하고 교육 방법을 구안하는 것이 중요하다. 더불어, 교사간 연계 및 협력만이 아니라, 의사나 간호사 등 관련 교직원과 연계 및 협력(의료적 케어 등)을 통해 아동에게 보다 적절한 교육 내용 및 방법을 검토하는 것이 중요하다.

이처럼 교사는 실태파악이나 지도계획의 작성, 평가의 질을 높이기 위하여 많은 전문가와 연계 및 협력할 필요가 있다. 단, 전문가는 아동의 교육에 직접적으로 참여하는 것이 아니라 조언자 역할에만 충실해야 하며, 교육 내용 및 방법을 구안하고 적용하는 주체는 “교사”임을 유의할 필요가 있다(문부과학성, 2009).

## VI. 맺으며

지금까지 “일본의 중도·중복장애 아동에 대한 교육적 대응”에 관하여 정리했다. 종합해 보면, 일본의 중도·중복장애 아동의 교육은 각 학교, 각 교사의 재량(전문성)에 상당 부분을 맡기고 있음을 알 수 있다. 중도·중복장애 아동의 특성을 고려한 당연한 선택이다.

필자는 미국과 달리 특별지원학교 기능을 적극 활용하면서 중도·중복장애 아동에 대해 교육적으로 대응해 온 한국과 일본에는 나름의 전문성 축적이 있었다고 믿는다. 한일 양국은 특별지원학교의 활용을 통해 장애의 중도·중복화에 어떻게 대응해 나갈 것인지에 대해 서로 정보를 공유하고 협력하면서 아시아 특수교육을 선도하는 국가로서 역할을 해야 할 것이다.

## 인용문헌

- 安藤隆男 (2001) 自立活動における個別の指導計画の理念と実践－あすの授業を創造する試み. 川島書店.
- 厚生労働省 (2004) 盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて (平成16年10月20日, 医政発第1020008号 厚生労働省医政局長通知).
- 文部科学省 (2007) 就学指導資料 (平成14年度版).
- 文部科学省 (2007) 特別支援教育資料 (平成18年度版).
- 文部科学省 (2009) 特別支援学校学習指導要領解説－自立活動編 (幼稚園・小学部・中学部・高等部).
- 文部省 (1999) 盲・聾・養護学校学習指導要領.
- 西川公司 (2000) 21世紀の特殊教育における自立活動の意義. 肢体不自由教育, 147, 12-18.
- 大島一良 (1971) 重症心身障害の基本問題. 公衆衛生, 35, 648-655.
- 佐島毅・石川政孝・菅井裕行・後上鐵夫・大崎博史 (2003) 教育課程類型と人数・自立活動時数の実態, 重複障害教育研究部編集, 平成15年度プロジェクト研究「盲・聾長後学校における新学習要領のもとでの教育活動に関する実際的研究－自立活動を中心－」報告書. 独立行政法人国立特殊教育総合研究所, 6-7.
- 全国肢体不自由養護学校長会 (2004) 特別支援教育に向けた新たな肢体不自由教育実践講座. ジアース教育新社.

