

2001（平成 13）年度 修士論文

医療的ケア必要児の教育の在り方についての一研究

— 肢体不自由養護学校の取り組みを中心として —

東京学芸大学大学院 教育学研究科
障害児教育専攻 障害児教育講座
(特別ニーズ教育学分野)

下川 和洋

(東京都立府中養護学校教諭・大学院設置基準第 14 条適用大学院派遣研修)

論文要旨

本論文は、痰の吸引や経管栄養などいわゆる医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育問題に対する養護学校や教育行政、医師、保護者、校長会等各種団体の取り組みを分析して、医療的ケア必要児の教育の在り方について一定の知見を得ることを目的にしたものである。その際、①関係者は問題解決には教育条件の整備や教育内容の充実が必要であると考えていた、②文部省の「実践研究」策定には国に制度化を求めた養護学校の教職員や教育行政の研究、医師、親の会等の運動の影響があった、③養護学校に医療的な管理体制等の条件を整えられるならば看護婦資格のない教師であっても医療的ケアを行うことが可能である、という3点を仮説とした。

その結果、以下のことが明らかになった。

- ①医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する養護学校教職員、医師、保護者の考えには、その立場や医療的ケアの経験の有無によって多様な考え方が存在したが、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題の解決のためには、養護学校の教育の充実が必要であるとする意見が共通に見られた。
- ② 1988年以後も、看護婦資格のない教師による医療的ケア必要児への対応を進める地方自治体や養護学校の取り組みと、その対応について国に制度化を求めた養護学校の教職員や教育行政の研究、医師、親の会等の運動が存在し、これらが文部省の「実践研究」策定に影響を与えていた。
- ③文部省の「実践研究」やその他の自治体の研究成果および医療的ケアの法解釈から、養護学校に看護婦の配置や医師の巡回など医療的な管理体制の条件整備を整えた上で、一定の手続きと要件を充たした場合には、看護婦資格のない教師でも医療的ケアを行えると考えられた。

以上より、設定した仮説は妥当なものであったという結論を導き出した。

目次

序章	1
I 問題の所在	1
1. 医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育の問題	1
2. 「医療的ケア」の定義と問題の背景	3
3. 「医療行為」と肢体不自由養護学校	7
4. 医療的ケア問題のまとめ	8
5. 先行研究の検討	10
6. 研究仮説と検証方法	11
II 目的	14
III 方法	15
IV 章構成	17
V 文献	18
第1章 医療的ケア必要児の教育に対する関係者の認識	21
第1節 医療的ケア必要児の教育に対する学校長の考え	21
1. 医療的ケア必要児の教育に対する考え	21
2. 校長会アンケートに見る医療的ケアに対する考え	22
3. 医療的ケア必要児への教育の在り方について	24
4. 本節のまとめ	25
第2節 医療的ケア必要児の教育に対する教師の考え	26
1. 医療的ケア必要児の教育形態に対する考え	26
2. 医療的ケアへの対応について	28
3. 医療的ケア必要児の教育の在り方について	31
4. 本節のまとめ	34
第3節 医療的ケア必要児の教育に対する医師の考え	35
1. 医療的ケア必要児の教育問題に対する考え	35
2. 養護学校の教育条件の整備について	35
3. 学校医について	36
4. 医療的ケア必要児の教育の在り方について	37
5. 本節のまとめ	39
第4節 医療的ケア必要児の教育に対する保護者の願い	40
1. 保護者にとっての医療的ケア必要児の教育問題	40

2. 医療的ケアの対応について	41
3. 医療的ケア必要児の教育の在り方について	42
4. 本節のまとめ	44
第5節 第1章のまとめ	45
第1章文献	46
第2章 養護学校における医療的ケア必要児への取り組みの実際	48
第1節 養護学校における教育条件の整備に関する取り組み	48
1. 神奈川県横浜市の取り組み	49
2. 東京都の取り組み	52
3. 大阪府の取り組み	61
4. 神奈川県の取り組み	67
5. 千葉県の取り組み	71
6. 宮城県の取り組み	75
7. 兵庫県の取り組み	78
8. 滋賀県の取り組み	84
9. 北海道の取り組み	86
10. 埼玉県の取り組み	88
11. 高知県の取り組み	88
12. 沖縄県の取り組み	89
13. 鳥取県の取り組み	89
14. その他の県の取り組み	89
15. 教育条件の整備に関する取り組みについてのまとめと考察	90
16. 本節のまとめ	96
第2節 養護学校が医療的ケアに対応する意義	99
1. 養護学校における医療的ケア必要児の指導事例	99
2. 養護学校が医療的ケアに対応する意義について	102
3. 本節のまとめ	106
第3節 第2章のまとめ	108
第2章文献	111
第3章 医療的ケア必要児の教育問題に対する様々な会の動向	117
第1節 教育関係者の取り組み	117
1. 全国特殊学校長会の取り組み	117

2. 障害児教育関係の研究会の取り組み	119
3. 本節のまとめ	120
第2節 医師の取り組み	122
1. 地域の医師グループの取り組み	122
2. 日本小児神経学会の取り組み	123
3. 本節のまとめ	124
第3節 保護者が関わっている会の取り組み	125
1. 親の会とPTAの取り組み	125
2. 療育支援団体の取り組み	128
3. 「医療的ケアを考える会」の取り組み	128
4. 本節のまとめ	131
第4節 国の取り組み	132
1. 国会での質疑	132
2. 文部省の施策	134
3. 文部省「実践研究」開始後の国の動向	137
4. 本節のまとめ	138
第5節 第3章のまとめ	139
第3章文献	142
第4章 医療的ケアの法解釈と文部省の「実践研究」	146
第1節 医療的ケアの法解釈	146
1. 「検討委員会」答申に見る医療的ケアの法解釈	146
2. 「医療行為」と医療的ケアの法解釈	148
3. 医療的ケアを養護学校の教師が行う場合の法解釈	150
4. 本節のまとめ	152
第2節 文部省の「実践研究」について	154
1. 各県の研究概要	154
2. 各県の研究内容についての考察	158
3. 本節のまとめ	176
第3節 医療的ケア必要児の教育の在り方について	178
1. 医療的ケアの捉え方	178
2. 医療的ケアへの対応の在り方	179
3. 緊急時対応体制	184

4. 施設設備・医療機器等の整備	185
5. 保護者との連携	185
6. 事故の補償	185
7. 本節のまとめ	186
第4節 第4章のまとめ	188
第4章文献	192
終章	195
I 全体のまとめ	195
II 仮説の検証	197
III 今後の課題	200
資料	202

序章

I 問題の所在

1. 医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育の問題

養護学校における痰の吸引や経管栄養などいわゆる医療的ケアを必要とする児童・生徒（以下「医療的ケア必要児」と略す）の教育の問題は、1988年4月27日に東京都教育委員会が「就学措置は、原則として訪問学級」等の見解を出したことに始まる^{1) 2) 3) 4)}（資料1）。

これ以降、養護学校における医療的ケア必要児の対応については、1990年に横浜市⁵⁾、1991年に大阪府^{6) 7)}、1992年に埼玉県⁸⁾、1993年に神奈川県⁹⁾、1994年に滋賀県¹⁰⁾、1995年に高知県¹¹⁾、1997年に千葉県¹²⁾と神戸市¹³⁾、1998年に沖縄県¹⁴⁾と兵庫県¹⁵⁾、1999年に大阪市¹⁶⁾と千葉県（第2次報告）¹⁷⁾等、各府県及び市の教育委員会が設置した諮問機関から答申が出されている。

1988年に東京都で医療的ケア必要児への対応が問題になった当時、「東京や大阪など一部大都市圏の問題」¹⁸⁾言われていたものが、10数年の年月を経て全国各地で同様な課題となり、国会の場でも取り上げられるようになった¹⁹⁾。そうした動きを踏まえて、文部省は1998年に「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を策定し、「養護学校における医療的バックアップ体制」を研究するために、福島県、神奈川県、静岡県、三重県、兵庫県、和歌山県、広島県、高知県、鹿児島県、沖縄県の10県に委嘱した。この研究は当初2か年計画であったが、研究の進捗状況と慎重を期するために2000年度以降も事業が継続している¹⁹⁾。

東京都教育委員会が出した方針をきっかけに、養護学校における医療的ケア必要児の対応について様々な問題点^{20) 21)}が指摘されているが、およそ次の3点にまとめることができる。

第1の問題は、医療的ケアが就学措置の条件になっている点である。児童・生徒の就学指導では、東京都も含めて各県ともほぼ「一人一人の障害の状況に応じて、通学籍か訪問籍かの教育措置を行っている。」¹³⁻¹⁾としているが、加えて医療的ケアの必要性の有無自体を就学措置の条件に位置付けている。

例えば埼玉県⁸⁾では、「①経管栄養等の状況が、常時医療行為を要する場合には、医療機関の判断を前提に、原則として病弱養護学校へ措置する。②常時医療行為は要しないが、通学困難な状態である場合には、在宅（又は施設）の訪問教育とする。③主治医等の所見により、通学可能な状態で、保護者等による必要な操作等の行為が得られる場合には通学（病弱養護学校を除く）とする。」としている。滋賀県¹⁰⁾は、「原則として、訪問教育において教育を行うこととしているが、保護者が希望し、児童生徒の体力、医師の診断、学校の指導体制等を総合的に判断して通学が可能な場合にあっては、保護者による対応を前提として通学籍」としている。高知県¹¹⁾は、「当面、基本的に訪問教育や県立の医療機関が併設されている肢体不自由養護学校への通学が適切であるとの結論を得た。」としている。神戸市¹³⁾は、「特に、特別な健康管理を必要とする児童生徒は、訪問教育において教育することを原則」としている。沖縄県¹⁴⁾は、「①医療的ケアを必要とする児童生徒は、医療機関に併設・隣接する養護学校に就学措置をしている。②訪問教育の措置 ア在宅訪問教育 イ病院内訪問教育」としているが、同時に「医療的ケアを必要とする児童生徒の通学保障を図る」必要性をあげている。

医療的ケアと就学措置に関連して、「東京都肢体不自由養護学校における医療体制整備事業モデル校」として1992～1993年度の研究をまとめた東京都立村山養護学校の「研究報告書」²²⁾では、「学校生活において医療行為等を必要とする重度・重複児童・生徒を受け入れていく上での基本理念」の

項で、「障害の程度にかかわらず（医療行為等が必要であっても）、一般状態が安定し通学して教育が受けられる児童・生徒は積極的に学校で受け止めていく。将来的には医療行為等の必要性の有無が学籍を決める際の措置基準とならないようにしていく。そのためには保護者の付き添いがなくても通学ができるよう、必要な条件を整備していく。」と述べている。

第2の問題は、通学籍の場合に保護者付き添いが条件になっている点である。この問題には次の二つの問題が含まれている。一つ目は、医療的ケア必要児の教育を受ける権利の問題である。すなわち、何らかの理由で保護者が付き添えない場合、学校に通学して教育が受けられなくなってしまう問題である。二つ目は、「保護者の付き添い負担」の問題である。

一つ目の問題に対して、保護者が付き添えない場合の教育の保障と言う観点で事業を始めたのが、東京都教育委員会であった⁴⁾。東京都教育委員会は1992年に「肢体不自由養護学校における医療体制整備事業」を策定した。その趣旨は、「保護者の不在時等やむをえない理由により、学校で医療行為等を行う場合において、適切な対応が可能となるよう、肢体不自由養護学校における医療体制整備事業を推進し、その条件整備を図る」²³⁾である。この事業は、「①モデル校の指定 ②研修事業の実施 ③研究連絡協議会の設置 ④手引書の作成」の4つで構成され、2年間の研究期間を経た後、1994年から「救急体制整備事業」²⁴⁾と改称し、5か年かけて都立肢体不自由養護学校14校全てに指導医を配置した。そして1998年度から平年度化した。指導医の職務は、「常時医療的ケアを必要とする特定の児童・生徒の検診を行い、教育上必要な医学的知識や技能、救急時の対応を、教職員、保護者に対して指導・助言する。」「必要に応じて、校内研修・研究等への指導・助言を行う。」としている。

東京都の取り組みは、児童・生徒の健康と安全への配慮及び教職員による医療的ケアの実施を教育のシステムとして整えていったという意味で評価できるが、「保護者の不在時等やむをえない」場合という条件付き対応であるため、日常的な保護者付き添いの負担は改善されないという保護者の不満の声が聞かれる²⁵⁾。

二つ目の問題である「保護者の付き添い負担」とは、自宅での介護に加えて学校へも付き添いが求められるという保護者自身の抱える身体的・精神的負担である。これについて医療的ケア必要児の保護者である伊藤²⁶⁾と高橋²⁷⁾は、学校への付き添いのために他の兄弟の世話や家事などが滞り、家族全体が大きな負担を強いられているという経験を報告している。

ところでこの「保護者付き添い負担」問題は、肢体不自由養護学校にとっては古くて新しい問題でもある。東京都では1967年に東京都立肢体不自由養護学校に介助員制度が発足するまで、介護を必要とする児童・生徒には保護者が付き添っていた²⁸⁾。その後、介助員制度は1973年に複数担任制が実施されるとともに廃止され、介助の内容を教育の一環として教師が行うようになった。日常生活動作への介助と医療的ケアという質的な差はあるものの、保護者付き添いという条件がもたらす家族への負担の大きさは変わらない。

第3の問題は、医療的ケアを家族が家庭で日常的に行っている行為として「生活行為」と考えたり²⁹⁾、「個々の児童・生徒の特別な状況への配慮」²⁹⁾として養護学校の教職員が行っていた教育現場への影響である。

1988年に東京都教育委員会が出した見解では、痰の吸引や経管栄養等は「医療行為」であるため教職員が行うことは医師法等に違反するおそれがあるとした。一方、養護学校の教職員が医療的ケアを行っている横浜市では、障害児生理管理検討委員会が1990年に報告した「養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言」の中で、経管栄養、吸引、吸入、導尿等のケアは「生活行為の一部」⁵⁻¹⁾という見解を示した。そしてこれらのケアを安全に学校で行うため、1992年に「重度・重複障害児の安全指導のために」という手引書を作成して教師に配布した。また、大阪では訪問教育への措置や保護者付き添いについて「従来の教育を制限することとも考えられる」「保護者の付添い制

廃止に努力してきた取組の後退を意味する」とした上で、「教員による行為を禁止した場合、…（中略）…学校現場の混乱を引き起こしかねない。」とし「現状での医療的ケアの実施に当たっては、主治医から十分な助言を受け、保護者に代わって行うという形を取ることが妥当なところであろう。」⁷⁻¹⁾と教育現場の混乱を危惧した上で、現実的な対応の提案を行っている。滋賀県でも「医療的ケアを必要とする児童生徒の学校における保護者の不在や医師の確保がされていない現状においては、就学の拒否ないしは訪問教育とせざるを得なくなり、結果として障害児教育の後退となってくる」¹⁰⁾としている。しかし、多くの自治体が痰の吸引や経管栄養を「医療行為」と判断したことで、川口³⁰⁾が報告するように、それまで教職員が医療的ケアを行っていたところでも保護者付き添いによる対応に変わっていったと思われる。

2. 「医療的ケア」の定義と問題の背景

(1) 「医療行為」と医療的ケア

ここで、問題のキーワードである「医療行為」と「医療的ケア」の内容と定義についてふれる。

経管栄養等を「医療行為」としたのは、前述の通り東京都教育委員会が最初である。その「医療行為」の示す内容は、1988年の東京都教育委員会の見解¹⁾では、導尿、気管切開部の管理、たんの吸引、酸素吸入、鼻腔経管による食物・水分の注入（管の挿入、食物等の注入）の5項目である。1989年の東京都心身障害教育推進委員会第二次報告³⁾では、経管栄養（口腔・鼻腔・胃瘻）、呼吸維持装置（カニューレの管理）、吸引（たん等）、強制排尿（導尿・人工尿路の管理）、人工呼吸装置の管理、酸素吸入、挿管（air way）の7項目である。また、1991年の「医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について（報告）」⁴⁾では、経管栄養、気管カニューレの管理、たんの吸引、導尿、酸素吸入の5項目である。これ以後、他府県の答申で示された「医療行為」「医療的ケア」等の内容を見ると、ほぼこの5項目にそって調査及び検討が行われている。

東京では、この「医療行為」と言う表現は1994年の「都立養護学校における救急体制整備事業実施要綱」²⁴⁾から消え、替わって「医療的配慮」または「医療的ケア」という表現が使われるようになった³¹⁾。

1995年に滋賀県で行われた第37回日本小児神経学会総会「シンポジウムⅡ 小児慢性神経疾患のQOL」³²⁾において、これらの行為を「医療的ケア」と呼ぶように確認された。

1998年には、「障害児（者）の療育・医療に携わる関東地区医師有志」及び賛同する全国の635名の医師による要望書が厚生省に提出された³³⁾。これは、一定の要件を充たす場合に、学校教職員や通所施設職員が医療的ケアを行いうるという見解を出すように厚生省に求めたものである。その中で、「対象とする医療的介護行為（医療的ケア）」を「保険診療において在宅医療として認められている行為、および、その他の、日常的に家庭において行われている医療的生活介護・援助行為」としている。この、「保険診療において在宅医療として認められている行為」の内容については、後の「(3) 医療的ケア問題が生じた医療的・福祉的背景」の中で述べる。

これが、現在の医療的ケアの定義及び内容と言えるであろう。

(2) 医療的ケア必要児の捉え方

学校教育では、いわゆる「辻村報告」と呼ばれる「重度・重複障害に対する学校教育の在り方について（報告）」³⁴⁾に示された「重度・重複障害児」という概念がある。学校教育法施行令に規定された障害を二つ以上あわせ持つ重複障害児のほかに、発達の側面で「精神発達の遅れが著しく、ほとんど言語を持たず、自他の意思の交換及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、多動行動、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」の者を加えたとしている。

これに対して医療的ケア必要児の実態は、運動機能面では自立座位がとれずいわゆる「寝たきり」であり、知的発達面では音声言語を持たず、またコミュニケーションにおいて応答反応が微弱もしくはほとんどみられない状態で、加えて呼吸器や摂食・嚥下及び消化管に機能障害が見られる児童・生徒が多い。このように医療的ケア必要児の多くは先の「重度・重複障害児」の概念に含まれる。川住³⁵⁾は、これらの児童・生徒を「生命活動の極めて脆弱な重複障害児」と表現している。

しかし、医療的ケア必要児は必ずしも寝たきりの重度・重複障害児であるとは限らない。鈴木³⁶⁾は、気管切開をしているが全く肢体不自由の無いダウン症の子ども保護者として、就学時の問題について報告している。筆者も普通学校に通学する二分脊椎児の導尿の問題¹⁹⁾や、意志伝達装置の使用を指導した知的障害をとまなわない人工呼吸器装着児の指導事例を報告³⁷⁾している。

学校教育における「重度・重複障害児」に対して、福祉行政の言葉に「重症心身障害児」がある。この言葉は、「1959(昭和 34)年に、当時、渋谷日赤病院の小児科部長として勤務していた小林提樹氏のグループが使いだした造語」³⁸⁾であり、医療的な疾病・疾患を表すものではなく、社会福祉に関連した行政用語である。そして従来、重複欠陥児、複合障害児、不治永患児と呼ばれていた名称が「重症心身障害児(者)」に統一されるようになった。

更に1963年の厚生省次官通達(昭和38年7月26日)では、重症心身障害児の定義と重症心身障害児施設入所対象選定基準が示された(資料2)。このように、重症心身障害児施設入所するための基準づくりという福祉行政側の必要性から、「重症心身障害」の定義が行われている。同様な基準には、1966年の文部省「重症心身障害児」研究班の障害度分類表がある。その他、重症心身障害児分類では、1968年に開設した東京都立府中療育センター入所受け入れ基準として作成された、いわゆる「大島の分類」³⁹⁾が現在も広く利用されている。

先の「重度・重複障害児」の場合と同様、医療的ケア必要児の大部分はこのカテゴリーに含まれるが、全てを包含するものではない。結局、医療的ケア必要児とは、知的障害や運動障害とは別に、あくまでも「医療的ケア」という医療的な介護ニーズを有する者のことを言うのである。そういう意味では、新しい障害の分類と言えるであろう。

このような従来の障害分類よらない医療的な介護ニーズの概念に基づく障害分類として、鈴木らは「超重症児」という用語を日本で初めて提案した⁴⁰⁾。これは人工呼吸器や気管切開、酸素吸入、経管栄養等の医療的ケアを個々にスコア化して、合計が25以上を「超重症児」と定義したもので、運動機能は「座位まで」となっているが、知的発達等は問われていない。ここで問題にされているのは医療的ケア(=医療的な介護ニーズ)なのである。

では、このような医療的ケア必要児が、養護学校で問題になるほど増えてきたのはなぜだろうか。次に、この問題の起因となる医療及び福祉を中心とする社会的背景を見ていくことにする。

(3) 医療的ケア問題が生じた医療的・福祉的な背景

重症心身障害児(者)の処遇が最初に問題になった1960年代には、「施設入所以外に適切な処遇法はない」⁴¹⁾と考えられていた。それが時間の経過とともに、病院や施設での生活から在宅療育へと処遇の重心が移動してきた。この動向を舟橋ら⁴²⁾は「脱施設化の社会潮流」と表現している。村田⁴³⁾は、「この動向が、肢体不自由養護学校に在籍する児童生徒のうち、生命維持や健康管理に配慮を必要とする者が増加していることにつながっている」としている。

この「生命維持や健康管理に配慮を必要とする者」が増加してきた理由としては、周産期医療や救急救命を支える医療技術の進歩が考えられる。周産期医療の進歩⁴⁴⁾と新生児集中治療室 neonatal intensive care unit(NICU と略)の普及により、新生児の救命率は年々向上している。特に、呼吸窮

迫症候群 (RDS) に対する人工サーファクタント補充療法の導入は、新生児死亡率減少に大きな役割を果たした。一方、従来は死亡していた超低出生体重児などハイリスクの生存児が増加し、その長期予後には大きな関心が寄せられている⁴⁵⁾。

もともと NICU は ICU と同様に高度の集中治療を短期間に行い、すみやかに次のレベルの病室等へ移床することが望まれるが、「新生児という特殊性ゆえ ICU ケア後の受け皿としてのないこと、および超未熟児のように集中医療が数ヶ月に及ぶ症例が少なくないことなどから、成人の ICU と異なって長期入院児の占める割合が極めて高い」⁴⁶⁾ という問題が生じている。この状況は、小林提樹が日赤産院において長期入院を余儀なくされていた重症心身障害児の処遇問題を取り上げた当時の状況に似ている。

医療技術の進歩により新生児の死亡率が減少し、急性期の状態は脱したものの呼吸障害や摂食・嚥下障害などの形で障害が残り、急性期の治療はこれ以後、慢性期へと移行する。医療的ケア必要児とは慢性疾患児であり、そのような状態で長期生存が可能になったものと言えよう。

この医療的ケア必要児が病院や施設での生活から在宅療育に進んできた経過には、在宅医療の進展が強く関係している。在宅医療は 1981 年に自己注射指導管理料が診療報酬制度に新設されて以来、在宅自己腹膜灌流、在宅酸素療法、在宅人工呼吸器等が導入された。在宅医療を支える訪問看護制度は、1991 年 10 月 4 日の老人保健法の改正で老人訪問看護事業が始まり、更に 1992 年 4 月 1 日から訪問看護ステーションが制度化された。1994 年 10 月の社会保険診療報酬改定において在宅療養指導管理料が導入され、同時に訪問看護ステーション及び訪問看護は老人から在宅の難病患者、重度障害者、精神障害者へと対象を拡大していった。これに関連して 1992 年には「医療法」が改正され、医療提供の場として医療施設以外に新たに「居宅」が位置づけられた（資料 3）。

この在宅医療を推進させた力として、

- 1) 在宅医療技術の進歩
- 2) 在宅医療機器の開発
- 3) 国の医療費抑制政策
- 4) ノーマライゼーションと家族の在宅療育の指向

の 4 つが考えられる。以下にこの 4 項目について説明をする。

1) 在宅医療技術の進歩

医療的ケアを必要とする子どもが、自宅で家族とともに生活するためには、介護者である家族が適切に医療的ケア等の介護ができなくてはならない。糀⁴⁷⁾ は、呼吸障害児の退院指導として、病院における機器や介護技術を在宅生活において家族が実施可能な方法に切り替えていく経過を説明している。また、病院から退院に向けた家族への在宅人工換気療法、酸素療法、経管栄養の指導の実際と問題に関する報告^{48) 49) 50)} も見られる。在宅医療・在宅療育において、医師から患者や介護者に対する医療上の処置に関する指導管理は、「在宅療養指導管理料」として保険診療報酬に点数化されている（資料 4）。

医療的ケアが自宅で家族によって実施可能になったのは、在宅医療としての在宅介護技術の発展の成果と見ることができよう。

2) 在宅医療機器の開発

在宅医療の推進には、在宅介護技術の発展とともに在宅医療機器の充実がある。今日、国内外の医療機器メーカーから、多様なポータブル人工呼吸器や吸引器、パルスオキシメーター等が開発・販売されるようになった⁵¹⁾。家庭で利用することから総じて、軽量、コンパクト、使用が簡便なものが多くなり、家庭だけではなく携行して旅行なども可能になってきている。

機器の購入における保護者の経済的負担では、利用が増えるとともに本体価格も下がり、軽減されてきた。また、1998 年度からは吸引器とネブライザーが日常生活用具の給付種目になり、人工呼吸器や酸素濃縮装置の方も保険診療報酬点数でまかなわれて患者負担は無くなった。しかし、

それ以外のモニター、衛生材料や電気代などのランニングコストは自己負担であり、在宅療育の経済的負担の問題は依然として存在する^{52) 53)}。

3) 国の医療費抑制政策

入院が長くなるにつれて保険診療報酬の点数が下がっていくという現行の保険制度のため、病院の経営上、長期入院は好まれない。病院によっては長期の治療が必要な場合、数カ月毎に退院手続きをとって一時外泊をさせ、そして再入院を繰り返す場合もみられる。しかし、経管栄養や吸引など医療的ケアが必要な場合でも、急性期の治療が終わって状態が安定すれば病院は退院を家族に勧めることになる。病院が家族に退院を勧めるにあたっては、家族に医療的な介護技術を十分伝えると共に、地域で受けられるサービスを各家庭に合わせて適切にコーディネートすることが望まれるが、「まず在宅ありき」の強制的な退院が行われている現実もあり、それを危惧する家族の意見も聞かれる⁵⁴⁾。

平成7年度版厚生白書⁵⁵⁾では、「生活を支える視点から在宅医療を考え、拡充していく必要がある」「在宅へ治療行為の移行が進み、利便性も向上することによって患者のQOL改善促進が期待される」として在宅医療の推進を述べている。しかし、「国によるこのような在宅ケアの推進政策が、長期入院を是正し、医療費の負担を公費から私費に転化するための方策である」と平林⁵⁶⁾が指摘するように、在宅医療の推進には医療費抑制政策の一面が存在する。

4) ノーマライゼーションと家族の在宅療育の指向

1981年に始まる国際障害者年では、ノーマライゼーションの理念を基調とし、障害者の社会への「完全参加と平等」という目標が掲げられた。そして、誰もが人間らしく暮らせるように、人間としての権利や尊厳を大切にしようという理念は、どんなに障害が重くても可能な限り家族と一緒に生活したいという障害児の家族の願いとつながり、在宅療育への指向を強くしていった。

そして、入院生活の中では一向に状態が改善しなかった子どもが、退院して家族と一緒に生活を始めると、めきめきと体重が増えて表情も輝くようになったという経験を通して、在宅療育の大切さを実感している医療関係者も多い^{46-1) 57)}。このような家族の在宅療育指向とその意義を認める医療関係者も、在宅療育を推進する役目を担ったと考える。

以上より、医療的ケア必要児の処遇が病院治療・施設療育から在宅医療・在宅療育に移行する過程は、次のようにまとめられる。

医療技術の進歩により、超低出生体重児などハイリスク新生児や病気・事故時の救急救命が行われて子どもは急性期を脱したが、慢性期の対応として医療的ケアが必要となる状態となる。一方、在宅医療は、ノーマライゼーションの理念の進展とともに一緒に生活したいという家族の在宅療育指向、更に在宅医療を支援する技術や機器の開発によって推進された。そして家族の意向を踏まえて病院や施設は、在宅医療・在宅療育の方針をたてて、医療スタッフが本人や家族に対してトレーニングを行う。本人や家族が技術を習得した後、退院して自宅に戻って在宅療育が開始される。このような経過を経て、子どもが一定の年齢に達して地域の通園施設や学校へ入園・就学する際に、医療的ケアを誰がどのように対応するかと言う形で問題化してきたと言えよう。

医療技術の進歩は人の命を救い、在宅医療技術や機器の充実が医療的ケア必要児が安心して快適に生活することを保障し、家族の「一緒に暮らしたい」という願いを可能にしてきた。しかし同時に、国の医療費抑制政策による病院側の強制的な退院も見られ、地域の在宅療育支援制度の不足から家族に重い負担を強いている実態があることも忘れてはならない。筆者が行ったアンケート調査でも「医療技術の進歩で在宅も可能となったというが、家族の負担が重すぎると思うこともある。

後々のケアが十分でないのなら救命などして欲しくない。生きて地獄を味わうような医療技術の進歩など少しも人間の幸福にはつながらないと思う。」⁵⁸⁾ という保護者の意見があった。在宅療育が進む一方で、それを支援する社会的基盤が整っていないことを訴えた意見である。

(4) 医療的ケア問題が生じた養護学校の背景

1979年の養護学校義務制は、従来、就学猶予・免除の名の元、教育を受ける権利が奪われていた障害の重い子どもたちに対して、教育の門戸を開くことになった。

文部省発行「学校基本調査報告書」によると、就学猶予・免除の内訳区分から「教護院または少年院にいるため」と「その他」の数を除いた就学猶予・免除者（以下「不就学児童・生徒」）の合計数は1978年に8380人であった。養護学校義務制開始の1979年には2596人と大きく減少した。一方、養護学校の義務制とともに国の教育制度に位置付けられた訪問教育は、その在籍児童・生徒数が、それまで3桁であったものが、一気に7535人まで増えた（資料5）。不就学児童・生徒数の減少には養護学校数の増加の影響もあるが、養護学校義務制開始当初には訪問教育が大きく貢献したと言えよう。

こうして従来就学猶予・免除にされていた障害の重い子どもたちの入学によって、在籍児童・生徒の障害の様相が変化、すなわち重度・重複障害化が進んでいった。村田と飯野⁵⁹⁾は、この間の肢体不自由養護学校における脳性まひ等在籍率の推移から「脳性疾患に基づく肢体不自由児童生徒の在籍率は、おおむね70%台を推移しているが、脳性まひの児童生徒だけについて見ると、年々、その率は下降しており、脳性まひ以外の脳性疾患に起因する肢体不自由児の占める率が高まっている」とし、「脳性まひ以外の脳性疾患に基づく者の障害の状態は、肢体不自由が重度であり、加えて知的発達の障害を併せ持っているものが多く、この事が、肢体不自由養護学校就学児童生徒の障害の状態の重度・重複化の主たる理由になっている」と児童・生徒の重度・重複化を説明している。

3. 「医療行為」と肢体不自由養護学校

ここまで、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題の背景を見てきた。

ところで、この問題の中核にあるのは、養護学校で医療的ケアを教職員等が行う場合の法律上の問題、すなわち無資格の者による「医療行為」として医師法第17条や保健婦助産婦看護婦法の第37条等に抵触するのではないかという疑義である。特に前述したように児童・生徒の障害の重度・重複化が進んだ肢体不自由養護学校において、その問題が顕在化している。

ここで、肢体不自由児の療育・教育の歴史をたどってみると、この「医療行為」に関する問題がたびたび起きていることに気がつく。

1927（昭和2）年頃、肢体不自由児に教育と医療を提供する「夢の楽園教療所」構想を掲げた整形外科医の高木憲次に対して、東京市議会議員であり整形外科医の田代義徳は、問題であると意見を述べている。その内容は、「医療は医院・病院にて行うべきもの、教育と按摩マッサージとなら良いが、医療行為は病院か医院以外にて施す可きではない」というもので、「田代・高木の論争」として知られている⁶⁰⁾。これは1932（昭和7）年の東京市立光明学校の開校、1942（昭和17）年の整肢療護園の開園以前に行われた論争である。

1956（昭和31）年に大阪府立養護学校の初代校長に就任した早瀬俊夫は、学校における機能訓練の充実を進めている。これに対して日本肢体不自由児協会の西川春彦事務局長は、医師法違反ではないかと批判をしているが、早瀬は現場での必要性を重視して「むしろ強引に機能訓練を展開」⁶¹⁾している。

1973（昭和48）年に成瀬悟策（九州大学教授）が、日本肢体不自由教育研究会編集の雑誌「肢体

不自由教育」に「養護・訓練への提言～機能訓練から動作訓練～」と題する論説を書いている。これに対して、小池文英（整肢療護園長）が「動作訓練に対する疑問と提言」を寄稿したことから始まるいわゆる成瀬・小池論争がある⁶²⁾。成瀬を中心とした動作理論に基づく心理リハビリテーションが、「養護・訓練」の指導法として注目される中、医学的なりハビリテーションとして PT や OT による指導の必要性を小池が投げかけた形で始まったこの論争は、1974（昭和 49）年まで続けられた。肢体不自由養護学校における「養護・訓練」を対象にしたこの論議の核心には、教育における医療及び「医療行為」の問題が内在している。

このように「医療行為」に関係した問題を歴史に持っていることで、肢体不自由教育関係者は医療に対して常に神経質にならざるをえなかったと思われる。しかし、「もともと肢体不自由児に対する教育は、子どもの医療的ニーズが先行しており、それとともに教育的ニーズが顕在化してきたという形で発展」⁶³⁾してきたわけであり、医療的ケア問題の発生のもつ必然性も同じと考えられる。医療と教育の在り方についての問題は、肢体不自由教育にとってまさに古くて新しい問題と言えよう。

4. 医療的ケア問題のまとめ

以上、1～3を通して養護学校における医療的ケア必要児の教育の問題とその背景を見てきた。その流れを図0-1に図示した。

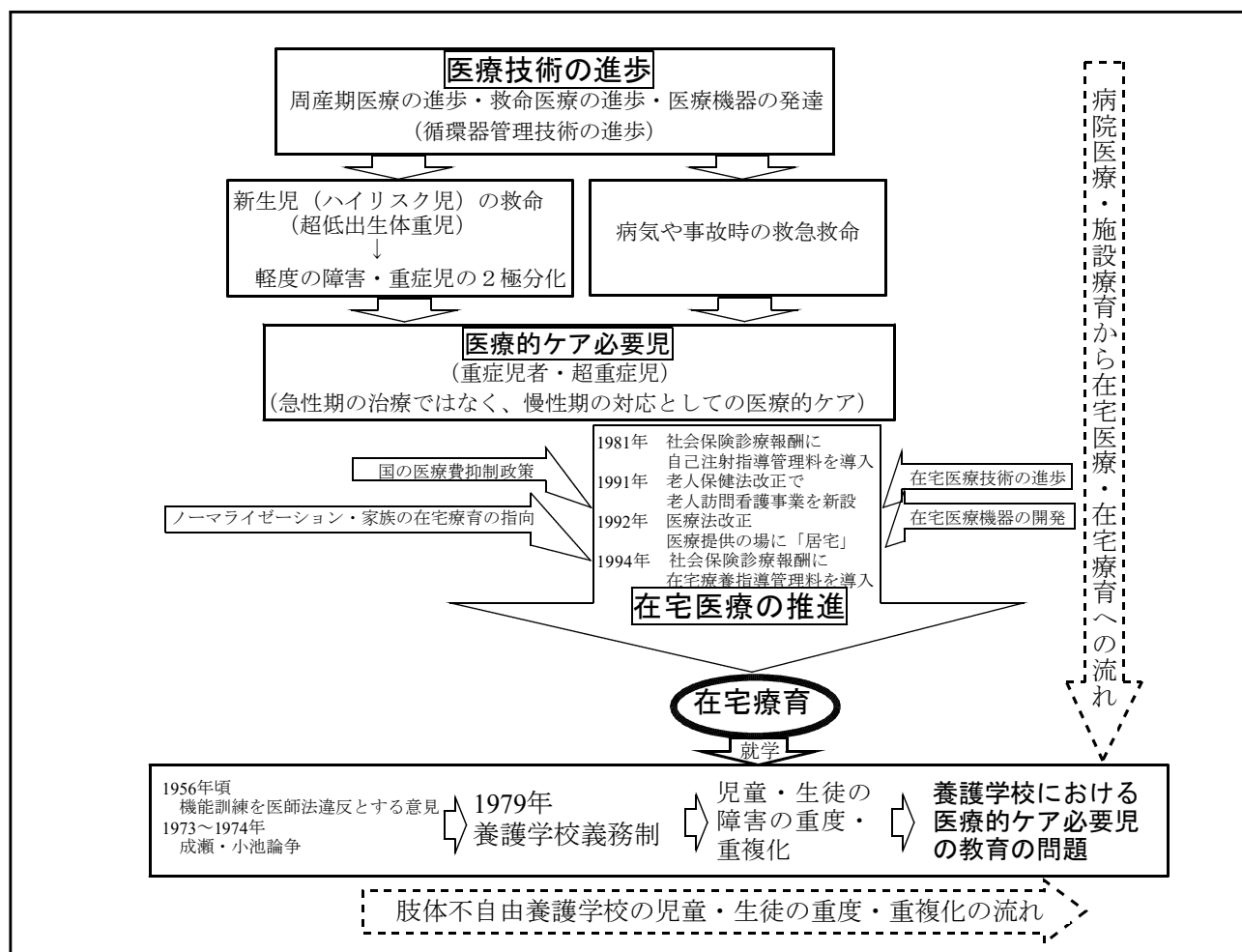


図0-1 養護学校における医療的ケア必要児の教育問題の背景

新生児医療や救急救命における医療技術の発展は、新生児等の生存率をあげる一方で、医療的ケアという医療的な介護を常時又は定時に必要とする新たな障害像の子どもたちの存在をもたらした。そ

して国の医療費抑制政策という側面を持つ在宅医療は、在宅医療技術の進歩や在宅医療機器の開発、更にノーマライゼーションの理念の広がりによる「家族と一緒に生活する」という家族の在宅療育の指向によって推進され、病院医療・施設療育から在宅医療・在宅療育への移行が進んだ。

教育現場では、1979年の養護学校義務制の実施を起点に、肢体不自由養護学校在籍児童・生徒の障害の重度・重複化が進んだ。中でも、前述した医療的ケアを必要とする子どもたちが、就学を迎えた段階で、この医療的ケアを「誰が、どのように」実施するのかという対応の問題が浮上した。その具体的対応策として1988年に東京都教育委員会が出した「原則として訪問教育」や「保護者付き添いによる通学」という就学措置は、保護者付き添いを無くし、全員就学をめざして教育条件の整備や教育内容の充実を図ってきた養護学校にとって「教育の後退」を示すものとして問題化した。

このように、養護学校における医療的ケア必要児の教育の問題をまとめることができるであろう。

1979年の養護学校義務制は、児童福祉施設である重症心身障害児施設入所生も含めた極めて障害の重い子どもたちにも、憲法第26条で定める教育を受ける権利を保障した。しかし、障害の重い子どもたちに対する学校教育に批判的な意見も聞かれる。

中村⁶⁴⁾は、「障害が重度であり、しかも、医療的にも問題が大きい重症の重複障害児（いわゆる重症心身障害児）にとって、現在の学校教育という枠の中での教育に置いて果たして彼らの命が守れるであろうかという問題である。…（中略）…ここで問題にしたいとのはその教育環境である。また、同時に教育の内容である。」と述べている。

甘楽⁶⁵⁾は、「1974年（昭和49年）東京は国より5年早く心身障害児の全員就学にふみきった。その結果、最近では東京都の肢体不自由養護学校には、気管カニューレを挿管し、ゾンデを挿入したいわゆる重症心身障害児（重症児）など、小児科を専門にする医師も疑問視するような児童生徒が入学してきている。」とし、「憲法第26条のその能力に応じてという点の解明がなされぬまま、学齢期に達すると親が希望すればその子の能力にかかわらず就学させるというところに問題が生じたと考える。私はこれを『命を粗末にした全員就学』と、1980年に筆者が都立北養護学校で経験した1例以来いつてきたが、学校教育こそ人間教育という誤った考えが先だち、命を無視した教育が10年ばかり続いてきた。」と従来の学校教育の対応に問題を投げかけている。更に、「医療行為を必要とする児童は前述したが『訪問教育』とか『施設内教育』という立派な教育体系の範囲内で教育してやれば、たとえ重い障害児でも人権が保障された、天寿を全うする特殊教育がなされる」⁶⁵⁻¹⁾と述べている。

教育措置に関する甘楽の考えは、ノーマライゼーションの理念や保護者の願いを反映しておらず、筆者としては承知できない考えであるが、重症化する児童・生徒の実態に学校教育が変革できずに生じた問題という指摘は正しいと考える。そして従来、「医療的ケアは学校で対応できないから訪問教育へ措置」という具合に既存の学校制度・体制の枠に基づいて、教育行政や養護学校側が児童・生徒の教育措置等を決定した部分も大きいと思われる。しかし、児童・生徒の実態やニーズに応じて養護学校も変わって行くべきであろうし、その実行のために医療や福祉と連携・協力を得ることが必要であると筆者は考える。

1988年に東京都教育委員会が医療的ケア必要児の教育措置についての方針を出し、教育現場で問題化してから既に10年以上が経ち、現在では全国的な問題へと広がっている。今や「医療的ケアを抜きにしては、肢体不自由養護学校における教育が成り立たない状況になりつつある」⁶³⁾とまで言われるようになってきている。文部省も1998年から「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を策定し、各地で研究を進めている。養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方を検討することは、この問題の解決に向けた今後の施策を検討する上での一助になると考える。

本研究は、以上の問題意識、課題認識に基づいて行うものである。

5. 先行研究の検討

医療的ケアに関する研究レビューには、川住の「生命活動の極めて脆弱な重複障害児の健康管理に関する課題と研究動向」^{3,5)}がある。重複障害児の健康管理に関する研究の動向の他、医療的ケアに教職員が取り組んでいる「先行する地域」として東京と横浜の取り組みを中心に紹介している。

次に養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方に関する意識調査には、以下のものがある。

- ・教職員に対する意識調査：横浜市立東俣野養護学校^{6,6)}、神奈川県立中原養護学校^{6,7)}
沖縄県教育委員会^{6,8)}、木村^{6,9)}、下井ら^{7,0)}、平田・溝田^{7,1)}
- ・医療関係者に対する意識調査：下井ら^{7,0)}、
- ・保護者に対する意識調査：木村^{6,9)}、下井ら^{7,0)}、下川・谷^{5,8)}、平田・溝田^{7,1)}

これらの先行研究は、医療的ケア必要児の教育の在り方について各調査対象の考えを明らかにしたものであるが、調査対象の地域や養護学校の取り組みの経過など地域の背景を考慮した検討および関係する養護学校の教職員、医師、保護者が考える医療的ケア必要児の教育の在り方に関する方向性は明らかにしてはいない。

下川^{1,8)}^{1,9)}は、医療的ケアの対応について各地で行われている教職員の対応や訪問看護婦の配置などの様子を紹介するとともに、国会での議論、文部省の「実践研究」に至る経過などを報告している。しかし、医療的ケア必要児の教育の在り方については検討を行っていない。

村田・飯野^{5,9)}、村田^{4,3)}は、児童・生徒の障害の重度・重複化の傾向、医療的ケアに関する都道府県の対応、学校における医療的ケアの在り方をまとめている。他の報告と異なるのは、各教育委員会の報告書等から教職員が医療的ケアを行う場合の指針（原則）を導き出している点である。しかし、学校における医療的ケアの対応については、教職員の対応だけでなく訪問看護制度の利用などいくつか試みられているところである。医療的ケア必要児の教育の在り方を検討するにあたっては、それまでの教育実践との関係や関係者の意見、教育体制・制度、更に法的な側面での検討が必要と思われる。

次に、医療的ケア必要児の教育保障という観点では、齋藤他^{2,1)}、中村^{7,2)}、平田・溝田^{4,4)}^{7,1)}^{7,3)}^{7,4)}が検討を行っている。特に中村と平田・溝田は、医療的ケアの問題に関して幅広く検討を行っている。

中村は、各地の取り組み内容を検討する中で、訪問看護制度の活用による医療的ケアの対応は「保護者の切実な願いに早急に対応するという点で有利であると同時に、今後の障害児学校とその教育のあり方の検討という点では課題を抱えている」と指摘している。つまり、養護学校とその教育の在り方を抜本的に見直すことを視野に入れて、医療的ケア必要児の対応を検討するべきという指摘である。そして、医療的ケア必要児に対応するために学校として整えていくべき条件を示すとともに、教職員による十分な教育的論議の必要性を指摘している。

平田・溝田は、医療的ケア問題の発生要因、法解釈とアメリカの判例、教師と保護者の意識調査、今後の教育対応などについて検討を行っている。特に、医療的ケアを必要とする児童生徒の発生要因やアメリカの判例とそれに基づく対応の紹介などは大変詳しく記述されている。

医療的ケア必要児の教育問題が顕在化した1988年当時は、一部大都市圏の問題と考えられていたが、現在では全国的な課題に広がっている。この間、当事者である医療的ケア必要児とその保護者、学校の教職員、更に教育行政、医師をはじめとする医療従事者や弁護士等は、この問題について様々な実践や検討を行っている。しかし、中村や平田・溝田の研究を含め、先の先行研究では1988年から始まるこれらの問題解決に向けた取り組みについて詳しい内容の検討を行っていない。医療的ケア必要児の教育の在り方を検討する上では、養護学校における実践の内容とそれまでの経過を押さえておく必要があると考える。

そこで本研究では、養護学校における医療的ケア必要児の対応に関する養護学校や教育行政、医師、保護者、校長会等各種団体の取り組みを分析して、医療的ケア必要児の教育の在り方についての一定

の知見を得ようとするものである。

特に、問題化したあと当事者である保護者や教師は何を考え、またある意味この問題を予測できたはずの医師たちはどのようにこの問題にかかわってきたのか。更に、教育内容にどのような影響を与え、養護学校の教育が行われてきたのか。一方、法律解釈が常に問題にされてきたが、この問題をどのように解決してきたのか、などを明らかにしていく。

文部省は 1998 年度に「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を策定し、「養護学校における医療的バックアップ体制」を研究するために 10 県に委嘱している。当初 2 カ年計画であった研究は 2000 年度まで延長され、2001 年度からは「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」と名称を変更して研究は継続している。このような時期に本研究を進めることは、医療的ケア必要児の教育問題の解決に向けた今後の施策を検討する上での一助になると考える。

6. 研究仮説と検証方法

以上、医療的ケア必要児の教育の問題とその背景および先行研究から、本研究を進めるにあたって次の 3 つの仮説を設定する。

研究仮説 1 : 1988 年に東京都教育委員会は医療的ケア必要児の就学措置等について「原則として訪問学級」や保護者の付き添いを求めたが、肢体不自由養護学校では教育条件を整備し、保護者の付き添いを無くしてきた等の歴史的経過から、この見解には問題があった。そのため関係する養護学校の教職員、医師、保護者は、問題解決には教育条件の整備や教育内容の充実が必要であると考えていたのではないだろうか。なぜならば、次に検討する文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の策定につながる研究や要求運動が存在したからである。

研究仮説 2 : 1998 年に文部省が「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を策定したのは、1988 年に東京都教育委員会が見解を示した後も、看護婦資格のない教師による医療的ケア必要児への対応を進める地方自治体や養護学校の取り組みが存在し、その対応について国に制度化を求めた養護学校の教職員や教育行政の研究、医師、親の会等の運動の影響があったのではないだろうか。

研究仮説 3 : 養護学校における医療的ケア必要児の対応では、養護学校に看護婦の配置や医師の巡回など医療的な管理体制等の条件を整えられるならば、看護婦資格のない教師であっても医療的ケアを行うことが可能である。

「研究仮説 1」の設定理由

肢体不自由養護学校の歴史では、既に見てきたように教育と医療との関わりが深く、また教育を受けるために児童・生徒の介助に保護者が付き添って対応していた時期が存在した。教育と医療の関わりは、「機能訓練」や「養護・訓練」の指導において議論されてきた。保護者の付き添いは、複数担任制の実施と介助を教育の一環として教職員が行うようになったことで問題は解消した。

このような経緯から、医療的ケアが必要という理由で訪問教育への措置や保護者の付き添いを求めることについて、大阪府の答申⁷⁻²⁾では「教育を制限すること」であり「取組みの後退を意味する」、滋賀県の答申¹⁰⁾では「結果として障害児教育の後退」と述べている。一方、1988 年に最初の問題提起を行った東京都教育委員会では、1992 年に「肢体不自由養護学校における医療体制整備事業」を策定して、「保護者の不在時等やむをえない理由により、学校で医療行為等を行う場合

において、適切な対応が可能となるよう、肢体不自由養護学校における医療体制整備事業を推進し、その条件整備を図る」²³⁾としている。

教育条件の整備と教育内容の充実を進めてきた肢体不自由養護学校の歴史的経過、および医療的ケアに対する条件整備を打ち出した答申も見られることから、この問題に関係する養護学校の教職員、医師、保護者は、東京都教育委員会が出した見解（医療的ケア必要児の就学措置は訪問教育または保護者付き添いによる通学）とは異なり、問題解決には教育条件の整備や教育内容の充実が必要であると考えていたのではないだろうか。そして、その考えがあったからこそ、次で検討するように文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の策定につながる研究や要求運動が起きたのではないだろうか。

「研究仮説2」の設定理由

1988年に東京都教育委員会が痰の吸引や経管栄養等は「法的には医療行為と解釈」⁴⁾という見解を示し、養護学校で教職員がこれを行う場合、医師法第17条及び保健婦助産婦看護婦法の第37条に違反するおそれがあるとしたように医療的ケア必要児の教育問題の基礎には法律問題が存在している。この医療的ケアに対する法解釈は、その後各府県及び市の教育委員会が設置した諮問機関からの答申^{5) 7) 8) 9) 10) 11) 12) 13) 14) 15) 16)}でも、常に論議をする上での基礎になっている。

これに関して、医療的ケアは家庭で家族が日常的に行っている行為であるとして「生活行為」と考えたり²⁰⁾、「個々の児童・生徒の特別な状況への配慮」²⁹⁾として教職員が実施していた養護学校もある。更に「教育指導上必要な行為の一つとして捉えても良いのではないか」⁹⁻¹⁾とする神奈川県や、「特別な健康管理を必要とする児童生徒への援助」とする神戸市の答申¹³⁻²⁾、「『学校生活において教育上の医療的配慮を要する援助行為』としてとらえる」¹²⁻¹⁾とする千葉県等の答申なども見られる。

この他、医療的ケア必要児の教育問題について校長会は研究を進め⁷⁵⁾、医師は一定の要件を満たす場合に学校教職員や通所施設職員が医療的ケアを行いうるという見解を厚生省に求めて要望書を提出し³³⁾、親の会等^{26) 27) 30)}も活動を行っている。

文部省が「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を策定し、「看護婦資格がない教師が日常的・応急的手当を一部担当する場合」⁷⁶⁾等があるのは、法解釈の問題があるにもかかわらず養護学校において看護婦資格のない教師による医療的ケアの対応が存在し、その対応について国に制度化を求める養護学校の教職員や教育行政の研究、医師、親の会等の運動の影響があったのではないだろうか。

「研究仮説3」の設定理由

前述のように、医療的ケア必要児の教育問題の基礎には法律問題が存在している。文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」では、「養護学校内には看護婦資格のあるものが1名常駐すること」⁷⁶⁾など実施体制等について一定の条件が示されている。その上で、「看護婦資格がない教師が日常的・応急的手当を一部担当する場合」として、教師が医療的ケアを行う場合の実施方法や教育的な意義等についての研究が進められている。このような文部省の「実践研究」及びその他の自治体の研究成果から、養護学校に看護婦の配置や医師の巡回など医療的な管理体制等の条件を整えることで、看護婦資格のない教師であっても医療的ケアを行うことが可能になるのではないだろうか。

上記の仮説は、次の方法で検証されると考える。

「研究仮説 1」について

【「Ⅲ 方法」の（1）にあたる】

- ・ 肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する養護学校教職員、医師、保護者の考えや願いなどを検討する。

「研究仮説 2」について

【「Ⅲ 方法」の（2）（3）にあたる】

- ・ 1988 年から 2000 年までに自治体や養護学校で行われた医療的ケア必要児へ取り組みを分析することによって、養護学校における教育条件整備の内容と養護学校が医療的ケアに対応する意義を検討する。
- ・ 教育関係者、医療関係者、親の会、国会・文部省等の動向を分析して、文部省が 1998 年に始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」に結び付く関係者の活動展開を明らかにする。

「研究仮説 3」について

【「Ⅲ 方法」の（4）にあたる】

- ・ 看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うことが法的に可能かどうかを検討する。
- ・ 文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」について委嘱を受けた 10 県及びその他の自治体の研究成果を分析することによって、看護婦資格のない教師の医療的ケア実施について検討するとともに、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方に関する一定の知見を得る。

II 目的

養護学校における医療的ケア必要児の教育問題は、1988年の東京都教育委員会の見解が発端であった。その見解では、医療的ケア必要児の就学措置を「原則として訪問学級」または「保護者が希望し、児童・生徒の体力、医師の診断、学校の指導体制等から判断して通学が可能な場合は、保護者による経管栄養等を条件に通学を認めている」とし、更に痰の吸引や経管栄養等は「医療行為」であるため教職員が行うことは医師法等に違反するおそれがあるとした。これによって、就学措置の問題、保護者付き添いの問題、教師が行う医療的ケアの問題が生じた^{1) 2) 3) 4)}。

それから10年後の1998年に文部省は、「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」（1998～2000年度）（以下「実践研究」と略す）を策定し、その中で養護学校における医療的ケア必要児の対応について研究するために「養護学校における医療的バックアップ体制」の「実践研究」を10県に委嘱した。この研究は当初2か年計画であったが2000年度まで延長され、更に2001年度からは「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」と名称を変更して研究は継続している。

1988年に東京都教育委員会は、医療的ケアは「医療行為」であるため教職員が行うことは医師法に違反するおそれがある等の見解を示したが、この文部省の「実践研究」には、養護学校内に看護婦資格のある者を1名常駐させた上で、「看護婦資格がない教師が日常的・応急の手当を一部担当する場合」（「日常的・応急の手当」は「医療的ケア」と同じ）の研究がある^{7) 6)}。これは、「I問題の所在」の「2.「医療的ケア」の定義と問題の背景」で示したように、養護学校に医療的ケア必要児の在籍が増える中で、医療的ケア必要児の対応について、教師の対応も含めた実践的な検討経過が存在したからだと考えられる。

そこで本研究では、医療的ケア必要児の教育が問題化した1988年度から、文部省が「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」（1998～2000年度）を行った2000年度までの期間を対象に、医療的ケア必要児の教育に関する養護学校や教育行政、医師、保護者、校長会等各種団体の取り組みを分析して、医療的ケア必要児の教育の在り方について一定の知見を得ることを目的とする。なお、上記の目的を達成するために、次の研究課題を設ける。

研究課題1

1988年の東京都教育委員会の見解以後の養護学校や教育行政、医師、保護者、校長会等の関係者の考え及び各種団体の取り組みを分析して、文部省の「実践研究」（1998～2000年度）策定に影響を与えたと考えられる諸要因を分析する。 【研究仮説1・2に対する検証】

研究課題2

文部省の「実践研究」の委嘱を受けた10県の研究成果及びそれ以外の養護学校や教育行政の取り組みの研究成果を分析して、看護婦資格のない教師の医療的ケア実施について検討するとともに、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方に関する一定の知見を得る。

【研究仮説3に対する検証】

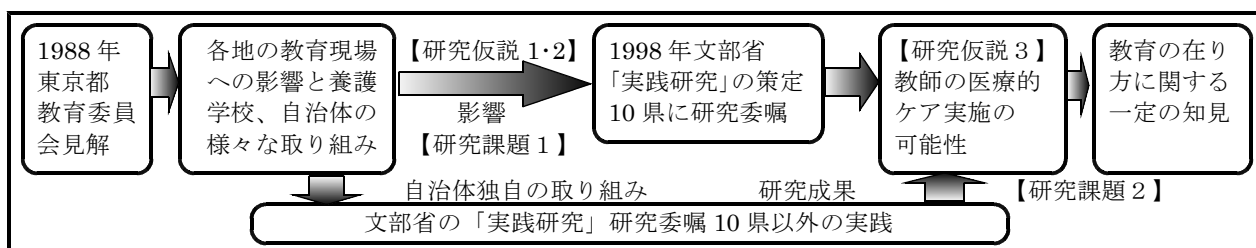


図0-2 本研究の課題（研究課題1と研究課題2を明らかにする）

Ⅲ 方法

養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方について一定の知見を得ようとする本研究の目的を達成するため、以下の課題を設定する。

1. 文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の策定につながる研究や運動が起きたのは、関係する養護学校の教職員、医師、保護者の考えとして、問題解決には教育条件の整備や教育内容の充実が必要であると考えていたからであるとする【研究仮説1】を検証するために、次の課題を設定する。

肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する養護学校教職員、医師、保護者の考えや願いなどを分析して、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題についてどのような解決方法を求めているのかを検討する。 【第1章】

(分析の視点)

- ・養護学校における医療的ケア必要児の教育に対して、学校長や教師、医師、保護者はどのような考えを持っているのか。
- ・養護学校で医療的ケアに取り組んでいた養護学校と取り組みの無かった養護学校では、関係者の考えや意識に違いがあるのか。

(使用する資料)

学校長の考えは、全国特殊学校長会の研究紀要、教育委員会の答申、学校長の著書と障害児教育雑誌に発表した論文等を使用する。

教師の考えは、養護学校の研究紀要、教育委員会の答申、教師への意識調査の論文を使用する。

医師の考えは、日本小児神経学会誌等医学誌、障害児教育や療育雑誌に発表した論文、および医師への意識調査の論文を使用する。

保護者の願いは、療育雑誌等に発表した保護者の手記及び保護者への意識調査の論文を使用する。

2. 文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の策定には、看護婦資格のない教師による医療的ケア必要児への対応を進める地方自治体や養護学校の取り組みが存在し、医療的ケア必要児の対応について国に制度化を求めた養護学校の教職員や教育行政の研究、医師、親の会等の運動の影響であるとした【研究仮説2】のうち、地方自治体や養護学校が行った取り組みの内容や条件を明らかにするために、次の課題を設定する。

1988年から2000年までに自治体や養護学校で行われた医療的ケア必要児へ取り組みを分析して、養護学校における教育条件整備の内容と養護学校が医療的ケアに対応する意義を検討する。 【第2章】

(分析の視点)

- ・自治体や養護学校では、どのような取り組みが展開されているのか。
- ・養護学校に対する教育行政や医師の支援は、どのように行われているのか。
- ・養護学校における医療的ケアの取り組みには、どのような意義づけがなされているのか。

(使用する資料)

・自治体の答申、教育委員会の事業要綱、教育センターの研究紀要等を使用する。

・養護学校における医療的ケアの実践は、養護学校や研究会の研究紀要等を使用する。

- ・養護学校における医療的ケアの実践を報告した研究紀要等の検索は、国立特殊教育総合研究所のデータベースサービス（1980年4月以降のデータ：<http://www.nise.go.jp/center/db/main.html>）を利用する。

3. 前述の【研究仮説2】のうち、文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の策定に対する養護学校教職員や教育行政の研究、医師、親の会等の運動の影響を検証するために、次の課題を設定する。

教育関係者、医療関係者、親の会、国会・文部省等の動向を分析して、文部省が1998年に始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」に結び付く関係者の活動展開を明らかにする。 【第3章】

(分析の視点)

- ・全国特殊学校長会、障害児教育関係の研究会、医師、親の会等の取り組みを概観して、その実態を把握する。
- ・国会質疑や文部省が設置した協力者会議の報告などを通じて、1998年に文部省が始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」に至る経過を明らかにする。

(使用する資料)

- ・教育関係者の取り組みは、全国特殊学校長会と障害児教育関係の研究会の研究紀要等を使用する。
- ・医師の取り組みは、日本小児神経学会誌や障害児教育関係の研究会の研究紀要等を使用する。
- ・親の会等の取り組みは、会報や研究報告集、行政に対する要望書等を使用する。
- ・1998年に文部省が始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」に至る経過は、国会の議事録、文部省が設置した協力者会議の報告、文部省の実践研究の研究要項等を使用する。

4. 養護学校における医療的ケア必要児の対応では、養護学校に看護婦の配置や医師の巡回など医療的な管理体制等の条件を整えられるならば、看護婦資格のない教師であっても医療的ケアを行うことが可能であるとした【研究仮説3】を検証するために、次の課題を設定する。

医療的ケアの法解釈と、1998年から文部省が始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けた10県およびその他の自治体の研究成果を分析して、看護婦資格のない教師の医療的ケア実施について検討を行い、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方に関する一定の知見を得る。 【第4章】

(分析の視点)

- ・自治体、弁護士、医師、厚生省、文部省等は、医療的ケアの法解釈をどのように行っているか。
- ・1998年に文部省が始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けた10県の研究成果と他の自治体の研究成果を分析することによって、養護学校における医療的ケアの対応の在り方を検討する。
- ・研究成果が、1（第1章）で明らかにした関係者の考えや願いに沿ったものであるか。

(使用する資料)

- ・医療的ケアの法解釈は、自治体の報告書、弁護士や医師等による法解釈に関する論文、文部省の「実践研究」の研究要項等を使用する。
- ・文部省の「実践研究」は、委嘱を受けた10県がまとめた報告書（中間報告も含む）を使用する。

IV 章構成

本論文は、「Ⅲ 方法」にしたがい、以下の6章構成（序章・終章含めて）とする。

序論

- I 問題の所在
- II 目的
- III 方法
- IV 章構成
- V 文献

第1章 医療的ケア必要児の教育に対する関係者の認識

（「Ⅲ 方法」の1にあたる。）

- 第1節 医療的ケア必要児の教育に対する学校長の考え
- 第2節 医療的ケア必要児の教育に対する教師の考え
- 第3節 医療的ケア必要児の教育に対する医師の考え
- 第4節 医療的ケア必要児の教育に対する保護者の願い
- 第5節 第1章のまとめ

第2章 養護学校における医療的ケア必要児への取り組みの実際

（「Ⅲ 方法」の2にあたる。）

- 第1節 養護学校における教育条件の整備に関する取り組み
- 第2節 養護学校が医療的ケアに対応する意義
- 第3節 第2章のまとめ

第3章 医療的ケア必要児の教育問題に対する様々な会の動向

（「Ⅲ 方法」の3にあたる。）

- 第1節 教育関係者の取り組み
- 第2節 医師の取り組み
- 第3節 保護者が関わっている会の取り組み
- 第4節 国の取り組み
- 第5節 第3章のまとめ

第4章 医療的ケアの法解釈と文部省の「実践研究」

（「Ⅲ 方法」の4にあたる。）

- 第1節 医療的ケアの法解釈
- 第2節 文部省の「実践研究」について
- 第3節 医療的ケア必要児の教育の在り方について
- 第4節 第4章のまとめ

終章

- I 全体のまとめ
- II 仮説の検証
- III 今後の課題

V 文献

- 1) 東京都教育委員会(1988)「肢体不自由養護学校における医療行為を必要とする児童・生徒の指導と就学措置について」.
- 2) 東京都議会議事録(1988)「東京都議会議事録第14号」,p.p.67-69.
- 3) 東京都心身障害教育推進委員会(1989)「東京都心身障害教育推進委員会第二次報告」 p.p.64-65.
- 4) 医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会：東京都(1991)「医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について(報告)」.
- 5) 障害児生理管理検討委員会：横浜市(1990)「養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言」.
5-1) 前掲5)の p.11.
- 6) 養護教育研究会：大阪府(1991)「今後の養護教育のあり方に関する調査報告書」.
- 7) 医療との連携のあり方に関する検討委員会：大阪府(1991)「大阪府立養護教育諸学校における医療との望ましい連携について(報告)」.
7-1) 前掲7)の p.10.
7-2) 前掲7)の p.4.
- 8) 埼玉県特殊教育振興協議会：埼玉県(1992)「本県における特殊教育の振興について」.
- 9) 神奈川県障害児教育関連医療研究協議会：神奈川県(1993)「障害児教育関連医療研究協議会のまとめ」.
9-1) 前掲9)の p.7.
- 10) 障害児教育と医療の連携検討委員会：滋賀県(1994)「障害児教育と医療の連携について(提言)」.
- 11) 高知県心身障害教育振興対策協議会：高知県(1995)「学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について」.
- 12) 千葉県障害児教育検討委員会：千葉県(1997)「本県障害児教育の課題と今後の在り方について(答申)」.
12-1) 前掲12)の p.14.
- 13) 盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会：神戸市(1997)「肢体不自由養護学校における医療的ケアについて(報告)」.
13-1) 前掲13)の p.2.
13-2) 前掲13)の p.5.
- 14) 医療行為を必要とする児童生徒の教育対応検討委員会：沖縄県(1998)「医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について(報告)」.
- 15) 兵庫県障害児就学指導審議会：兵庫県(1998)「高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について(報告)」.
- 16) 大阪養護教育審議会専門調査員会：大阪市(1999)「福祉・医療等との連携について -医療的ケアを必要とする児童・生徒への対応について-」.
- 17) 第2次千葉県障害児教育検討委員会：千葉県(1999)「本県障害児教育の課題と今後の在り方について(報告)」.
- 18) 下川和洋(1999)「医療的ケアの実情と問題点」,難病のこども支援全国ネットワーク,がんばれ,53,p.p.7-9.
- 19) 下川和洋(2000)「各地の取り組みと医療的ケアをめぐる動き」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.78-90.
- 20) 三宅捷太(1990)「吸引と注入などを必要とする障害児が学校教育から敬遠されている問題」,脳と発達,22,p.88.
- 21) 齋藤繁 他(1992)「東京における『医療行為』問題をめぐる政策動向と私たちの課題」,障害者問題研究(68),p.p.41-51.
- 22) 東京都立村山養護学校(1994)「東京都肢体不自由養護学校における医療体制整備事業モデル校研究報告書～望ましい肢体不自由養護学校を目指して～」,p.56.
- 23) 東京都教育委員会(1992)「肢体不自由養護学校における医療体制整備事業実施要綱」.

- 24) 東京都教育委員会(1994)「都立養護学校における救急体制整備事業実施要綱」.
- 25) 西京絵子(2000)「教育を受ける権利が守られる喜び」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社 ,p.p.17-20.
- 26) 伊藤秀敏(2000)『チューブの会』をつくって,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.30-33.
- 27) 高橋薫(2000)「親たちが声を上げていかなければ」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社 ,p.p.39-43.
- 28) 東京における介助員制度の成立過程等は、次の文献に詳しく紹介されている。松本昌介(1998)「父母と教師が燃えたとき ～肢体不自由養護学校介助員の記録～」,田研出版.
- 29) 白鳥芳子(2000)「村山養護学校の実践の歩み」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.60-67.
- 30) 川口ユキ(2000)「一人だけの声にしてたらあかん」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社 ,p.p.34-38.
- 31) この経過は、次の文献で紹介されている。飯野順子(2000)「生命を輝かせ、生活の質を高める教育と医療の連携 について」,大阪養護教育と医療研究会活動報告第2集,p.3.
- 32) シンポジウムの概要は次の文献で報告されている。二瓶健次,船戸正久(1996)「特集 第37回日本小児神経学会 総会シンポジウムⅡ 小児慢性神経疾患のQOL 序論」,脳と発達,28,p.p.199-201.
- 33) 北住映二(2000)「基本的問題についての共通認識を」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社 ,p.p.91-100.
- 34) 特殊教育に関する調査研究会(1975)「重度・重複障害児に対する学校教育の在り方について(報告)」.
- 35) 川住隆一(1998)「生命活動の極めて脆弱な重複障害児の健康管理に関する課題と研究動向」,特殊教育学研究,36(3) ,p.p.41-49.
- 36) 鈴木美香子(2000)「この子らの笑顔を絶やさないで」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社 ,p.p.25-29.
- 37) 下川和洋,小澤邦昭(1999)「重複障害児の学習を支援する意志伝達装置の活用事例」,電子情報通信学会技術研究報告,99,p.p.77-84
- 38) 平山義人(1996)「重症心身障害児を理解するために～定義と原因～」,小児看護,19(1),p.33.
- 39) 「大島の分類」の内容とその作成経過については、次の文献に詳しく紹介されている。大島一良(1998)「重症心身障害児分類～大島分類の由来」,日本重症心身障害学会誌,23(1),p.p.14-19.
- 40) 鈴木康之 他(1992)「障害児に対する早期乳幼児期からの包括的医療が Quality of Life に及ぼす影響とその効果的システム確立の研究～超重障児の定義とその背景～」,厚生省心身障害研究「新生児期・乳児期の生活管理のあり方に関する総合的研究」平成3年度報告書,p.p.166-169.
- 41) 岡田喜篤(1993)「在宅重症心身障害児・者の現状と課題」,地域保健,93(12),p.15.
- 42) 舟橋満寿子 他(1990)「日常的に医療ケアを必要とする学齢障害児の実態～東京多摩地区7施設での調査～」,脳と発達,22,p.p.398-400.
- 43) 村田茂(1999)「肢体不自由養護学校における医療的ケアをめぐる」,肢体不自由教育,139,p.p.4-12.
- 44) この周産期医療については、次の文献に詳しく紹介されている。平田永哲,溝田康司(1999)「医療的ケアを必要とする児童生徒の教育権保障に関する研究(1)～医療的ケアを必要とする児童生徒の発生要因と医療的背景～」,琉球大学教育学部紀要,54,p.p.523-553.
- 45) 千田勝一(1997)「新生児疾患の予後」,日本重症心身障害学会誌,22(2),p.p.3-8.
- 46) 仁志田博司(1991)「ハイリスク新生児のフォローアップとその包括的医療」,ハイリスク児の退院指導と在宅管理 ,NICU,4,p.6.
- 46-1) 前掲 46) の p.7.
- 47) 糺敏彦(2000)「病院から在宅への移行を支援する」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社 ,p.p.121-125.

- 48) 島田誠一 他(1991)「在宅人工換気療法の実際とその問題点」,ハイリスク児の退院指導と在宅管理, NICU,4,p.p.93-98.
- 49) 長谷川久弥(1991)「在宅酸素療法の実際と問題点」,ハイリスク児の退院指導と在宅管理, NICU,4,p.p.99-107.
- 50) 奥起久子,石田東生(1991)「在宅経管栄養児の実際と問題点」,ハイリスク児の退院指導と在宅管理, NICU,4,p.p.108-115.
- 51) 人工呼吸器をつけた子の親の会(2000)「バクバクっ子の為の生活便利帳」 p.p.7-34.
- 52) 人工呼吸器をつけたこの親の会(1997)「バクバクの会アンケート調査報告」,バクバク,35,p.p.7-40.
- 53) 人工呼吸器をつけたこの親の会(1997)「アンケート調査報告の考察」,バクバク,36,p.p.3-10.
- 54) 斎須泰子(1999)「入院中のQOLを考える」,バクバク,43,p.p.55-59.
- 55) 厚生省(1995)「厚生白書平成7年度版」.
- 56) 平林勝政(1994)「第4章 在宅医療」,宇都木伸・平林勝政編,フォーラム医事法学,尚学社,p.p.122-123.
- 57) 三宅捷太(2000)「家庭・学校・医療・福祉の輪」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社, p.p.116-120.
- 58) 下川和洋,谷みどり(1996)「医療的ケアに関する保護者アンケート調査報告」,いのちの輝き資料編,日本小児医事出版社,p.118.
- 59) 村田茂,飯野順子(1996)「肢体不自由教育における今日的課題と今後の方向～養護学校における医療的ケアの在り方の検討」,筑波大学学校教育論集,19,p.p.1-9.
- 60) 田波幸男 編(1967)「高木憲次～人と業績」,日本肢体不自由児協会,p.97.
- 61) 肢体不自由教育史料研究会編(1992)「証言で綴る戦後肢体不自由教育の発展」,日本肢体不自由児協会,p.34.
- 62) 成瀬・小池論争は、日本肢体不自由教育研究会編集「肢体不自由教育」の14号(1973年)、15号(1973年)、17号(1973年)、18号(1974年)で紙上討論として行われた。同誌20号(1974年)で「成瀬・小池両博士の誌上討論に対する読者の意見」及び「成瀬・小池両博士の誌上討論をふりかえって」として論争のまとめを行っている。
- 63) 村田茂(2000)「教育上の位置づけと教員の関わり」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社, p.p.101-105.
- 64) 中村博志(1995)「医療と学校教育の接点を探る～学校教育と死～」,養護学校の教育と展望,99,p.7.
- 65) 甘楽重信(1993)「医療行為を必要とする児童生徒の学校教育の充実を考える」,療育の窓,86,p.2.
- 65-1) 前掲65)のp.4.
- 66) 横浜市立東俣野養護学校(1990)「(Ⅴ)医療的ケアを必要とする児童生徒の扱いについて」,実践集録(2),p.p.120-132.
- 67) 神奈川県立中原養護学校(1992)「中原の教育実践⑩～医療的配慮を必要とする児童・生徒の教育について」.
- 68) 沖縄県教育委員会(1999)「平成10・11年度文部省・県指定 特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究 研究成果報告書」.
- 69) 木村猛(1994)「肢体不自由養護学校における医業類似行為に関する研究」,平成5年度上越教育大学大学院修士論文.
- 70) 下井甫彦,秋葉繁晴,郷間英世(1995)「肢体不自由養護学校の児童・生徒の重度・重複化に伴う問題についての検討Ⅱ」,日本特殊教育学会第33回大会発表論文集,p.p.866-867.
- 71) 平田永哲,溝田康司(1999)「医療的ケアを必要とする児童生徒の教育権保障に関する研究(3)～医療的ケアに関する教師と保護者の意識調査(沖縄県)～」,琉球大学教育学部紀要,55,p.p.279-307.
- 72) 中村尚子(1998)「医療的ケアを要する障害児の教育保障」,発達障害,19(4),p.p.278-286.
- 73) 平田永哲,溝田康司(1999)「医療的ケアを必要とする児童生徒の教育権保障に関する研究(2)～医療的ケアの性質をめぐる論争とわが国の法解及びアメリカにおける判例～」,琉球大学教育学部紀要,54,p.p.555-569.
- 74) 平田永哲,溝田康司(1999)「医療的ケアを必要とする児童生徒の教育権保障に関する研究(4)～医療的ケアを必要とする児童生徒に対するこれらの教育対応～」,琉球大学教育学部紀要,55,p.p.309-325.
- 75) 今里勉(1998)「全国肢体不自由養護学校長会の活動」,はげみ2・3月号,p.p.49-50.
- 76) 文部省(1998)「特殊教育における福祉と医療との連携に関する実践的研究の実施体制について」.

第1章 医療的ケア必要児の教育に対する関係者の認識

本章では、肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する養護学校教職員、医師、保護者の考えや願いなどを分析して、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題についてどのような解決方法を求めているのかを検討する。

第1節 医療的ケア必要児の教育に対する学校長の考え

本節では、医療的ケア必要児を受けとめる養護学校側の問題意識として学校長の考えや意見を分析し、医療的ケア必要児の教育問題についてどのような解決方法を求めているのかを検討する。

東京都は1974年4月1日から「障害児の希望者全員就学」を実施し、国は1979年4月1日から養護学校の義務制を実施した。これを期に、従来就学猶予・免除になっていた障害の重い子どもたちの入学が進み、養護学校在籍児童・生徒の障害の様相が変化、つまり重度・重複障害化が進んでいった（この経過は、既に「序章」の「2.「医療的ケア」の定義と問題の背景」において述べた）。

この状況の中で養護学校の責任者である学校長は、医療的ケア必要児の対応についてどのような解決方法を求めているのだろうか。当時学校長の職にあった方が書かれた論文等を元に検討を行う。

1. 医療的ケア必要児の教育に対する考え

養護学校における医療的ケア必要児の教育問題は、1988年に東京都教育委員会が「原則として訪問学級とする」等の見解を発表したことが発端である。このような見解を発表した理由は、都議会での質問¹⁾、及び学校看護婦や学校長が教師の行う医療的ケアに対して疑問や不安を持ち、教育委員会に対して相談を持ちかけたためである²⁾。

養護学校に十分な医療体制が無い中、医療的ケア必要児の入学が進み、教職員が「個々の児童・生徒の特別な状況への配慮」³⁾として対応する事例が増え、学校長の間から不安や疑問の声が出されるようになった。このような問題の原因について東京都立墨東養護学校等の学校長を歴任した星川は、「希望者全員就学を打ち出した頃、つまり、現在の養護学校教育の基本的ルールをつくられた当時ですが、専門家軽視、素人の思いつき重視の傾向がありました。」⁴⁾「現状の養護学校がかかえる問題の根源は、養護学校義務制が重度・重複障害児者に対する貧弱な医療および福祉施策の下で、しかも強固な縦割り行政機構の日本で、学校教育のみが先行した点にあると思うのです。」⁴⁻¹⁾と希望者全員就学と義務制の導入の方法を批判している。

一方、訪問教育から通学による教育への移行を推進し、子どもの状態の変化に伴って経管栄養や痰の吸引を「生活行為」としてごく自然に教師が対応してきた歴史をもつ横浜では、東京のこうした動きをどのように見たのだろうか。横浜市立大綱養護学校長の金井⁵⁾は、「東京都の見解が出された時には、正直『なぜ』といった思いだった。長い時間と経験、学校施設の改善、重症心身障害児施設への実習、教委の研修等で、在宅から通級できるようになった子どもたちを、再び、在宅へ追いやるのがあってもいいのだろうか、とさえ思った。」と当時の心境を述懐している。

経管栄養や痰の吸引は、「医療行為」なのか「生活行為」なのか。教師が行うことは、法を犯すことになるのではないかという議論は、1988年に問題化した当時から続いている。しかし、長年、肢体不自由養護学校教育に携わってきた大阪府立茨木養護学校長の松本⁶⁾は、学校で教師が行っている行為が「医療行為」なのかどうかを議論することは、建設的ではない、不毛な議論のように思えると

し、大切な事柄として次の3点を指摘している。

- ①このような行為が実際に数多く行われているという事実を、教育関係者も、医療関係者も、広く社会が認識すること。
- ②これが、戦後のわが国肢体不自由教育の発展の当然の帰結であって、決して特定の地域の、突出した学校の教師たちの無謀な行為ではないこと、を理解すること。
- ③しかしながら現実には、多くの場合、対象となる児童生徒にとって必ずしも適切な環境で行われていないこと。すなわち、適切な環境作りを進めること。

更に、医療的ケア必要児にとって、「教育は同時に医療であり、医療は同時に教育であるという性格を持たねばならない」と指摘している。

1988年に東京都教育委員会が医療的ケア必要児の就学措置に関する方針を出してから、1990年に横浜⁷⁾、1991年に大阪⁸⁾と相次いで医療的ケアに関する答申が出されている。その中では、医療的ケアの対応について「生活行為」や「主治医から十分な助言を受け、保護者に代わって行うという形をとることが妥当」という方針を出している。金井、松本両氏の考えは、個人の意見ではありながらも、その地域の重度・重複障害児に対する教育の歴史が反映されたものと言えよう。

しかし、そのような歴史的背景を持っている地域は全国的に見れば一部であったと思われる。それでは、全国の学校長はこの問題をどのように考えていたのだろうか。

2. 校長会アンケートに見る医療的ケアに対する考え

養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方の検討は、全国精神薄弱養護学校長会、全国肢体不自由養護学校長会で行われている。特に全国肢体不自由養護学校長会は、継続的な検討を進めている⁹⁾。1990年度に法制制度専門委員会、1991年度に教育課程専門委員会が調査を行い、1993年度以降も法制制度専門委員会を中心に検討を進め、1996年度には医療的ケア検討委員会を設置している。更に1996年度には、全国特殊学校長会における基本的な検討課題の一つに位置付けている。

こうした校長会の取り組みの一つに学校長へのアンケート調査がある。この調査結果から、医療的ケアに対する学校長の考えを見ていくことにする。

表1-1は、1994年度に全国精神薄弱養護学校長会が行ったアンケートで、「医療的行為を必要とする児童生徒の受け入れについて、今後どうあるべきか。」という設問への回答である¹⁰⁾。表2-2は、1995年度に同校長会が行ったアンケートで、「学校での医療的行為の是非について」という設問への回答である¹¹⁾。更に表1-3は、1995年度に全国肢体不自由養護学校長会が行ったアンケートで、「医療的ケアに対する基本的な考え」という設問への回答である¹¹⁾。

全国精神薄弱養護学校長会の調査では「②医療的行為は必要な行為ととらえ、一定基準を設けた上でできる範囲で学校も対応すべき」が43%、全国肢体不自由養護学校長会の調査では「②学校生活上やらざるを得ない状況にある」と「④学校生活を送る上で、保護者が日常的に行っている生活行為という考え方でのぞむ」の合計が41%というように、養護学校で医療的ケア必要児を受けとめようと考えている学校長が、各調査でほぼ同じ割合を示している。

学校長の意見は、表1-2、表1-3から「有資格者が行うべき」と「学校で対応せざるを得ない」の2つの意見に大きく分けられるが、表1-1にあるように個々には様々な考えがあることがわかる。これは、全国肢体不自由養護学校長会が1990年度から検討を行っているにもかかわらず、学校長の3分の1が毎年交代している中でなかなか結論を出せないという状況を反映したものと思われる¹²⁾。

表 1 - 1 「医療的行為を必要とする児童生徒の受け入れ」に対する考え
(全国精神薄弱養護学校長会調査) ¹⁰⁾

<p>ア 受入れることに消極的な意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現行法上では無理である。 ・現状のままでは受入れるべきではない。 ・入学させるべきではなく、訪問教育の制度を利用すべきである。 ・病弱養護学校の受け入れが望ましい。 ・医療的行為は有資格者の配慮によって行なった方がよい。 ・施設併設校に措置する方がよい。 <p>など、校長として児童生徒の健康・安全管理のためには受入れるべきではないとの意見が少数ではあるがあった。</p>
<p>イ 消極的ながらも、条件が整えば受け入れも可能である意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・程度にもよるが、医師の指導のもとで実施できる内容があっても良いのではないか。 ・インシュリン注射など法的に認められている医療的行為については、対応してもよいのではないか。 ・養護教諭と看護婦免許を所有している者が配置されるならば受け入れも可能である。 ・医師あるいは看護婦の常駐や巡回指導等で医療に関して専門的立場にある人と絶えず連携がとれることが最低の条件である。 ・学校の職員が対応できる範囲であればよいが、複雑になれば困難である。 <p>看護婦の配置や医療体制を整える等、条件整備と環境整備を望む声が多く寄せられ、医療等からのバックアップが受け入れられること条件付きを求める意見が多い。しかも、保護者、担任、養護教諭、主治医との四者の合意をとってから行なうべきであるというように、責任の所在を明らかにする意見は尊重したいものである。</p>
<p>ウ 積極的な意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ・可能な限り受け入れるべきである。子どもを中心にした考えに立ち、教育の場で考えたい。 ・簡易で即生命に関わらない医療的行為なら必要である。 ・医師との連携を密にして受け入れて行くべきである。 <p>などのように、積極的に受け入れるべきであるとの意見もあった。修学旅行や校外学習の場で、教育的ケアとして行なっているのではないか、だから当然であるとの意見もあった。</p>

表 1 - 2 「学校での医療的行為の是非」についての考え (全国精神薄弱養護学校長会調査) ¹¹⁾

①「教育」と「医療」は区別し有資格者が対応すべき	284校(55%)
②医療的行為は必要な行為ととらえ、一定基準を設けた上でできる範囲で学校も対応すべき	193校(43%)
③その他	11校(2%)

表 1 - 3 医療的ケアに対する基本的な考え (全国肢体不自由養護学校長会調査) ¹¹⁾

①有資格者が対応すべきである。	59校(33%)
②学校生活上やらざるを得ない状況にある。	54校(30%)
③医療的ケアに対する見解を国、都道府県レベルで基本方針として出す必要がある。	34校(19%)
④学校生活を送る上で、保護者が日常的に行っている生活行為という考え方でのごむ。	20校(11%)
⑤「医療行為か否か」については、早急に結論を出すことは困難である。	7校(4%)
⑥医療的ケアの必要な児童生徒は、病院等併設の養護学校に通学すべきである	6校(3%)

3. 医療的ケア必要児への教育の在り方について

表1-1には「(医療的ケア必要児は)入学させるべきではなく…」という意見もあるが、「有資格者が対応すべき」や「学校生活上やらざるを得ない状況」などの意見の中には、養護学校内に医療体制を充実させる必要性があるという考えが共通に見られる。

では、学校長は校内の望ましい医療体制をどう見ているのだろうか。前出の全国肢体不自由養護学校長会の調査¹¹⁾の設問項目「校内の望ましい医療体制」の結果が表1-4である。身体虚弱な児童・生徒が急変した場合に適切な初期対応とすみやかな医療機関への移送が行われるためには、救急体制のネットワークづくりが大切であろう。また、校内の医療体制の充実という意味では、医師の巡回や配置、養護教諭の複数配置、看護婦資格のある養護教諭の配置などの希望が高いことがわかる。

表1-4 校内の望ましい医療体制について(複数回答) (全国肢体不自由養護学校長会調査)¹¹⁾

事 項	回答数
①救急医療体制のネットワークづくりが必要である。	115
②医師の巡回が必要である。	93
③養護教諭の複数配置が必要である。	85
④看護婦の資格のある養護教諭が必要である。	83
⑤看護婦が必要である。	78
⑥医師の常駐が必要である。	62
⑦校医の増員が必要である。	26

このように養護学校における医療体制の充実を進めたとき、医療と教育の関係をどのように捉えたらよいのだろうか。この点について、神奈川県立三ツ境養護学校長の山田¹³⁾は「医療的ケアについては、教師はあくまでも素人です。専門の医師なり、看護婦が行うべきと思います。しかし、ここまでは教員の範疇、ここからは医療専門の人の仕事と分けることには、子どもの側にたったとき幸せになるのだろうかと思います。」「教師の慈しむ優しさと医療についての専門家と一緒に関わっていける体制が、この医療的ケアの必要な子どもの理想的なものではないかと思います。」と述べている。このように山田は、養護学校が教育と医療の専門家が共に働く「共働」の場になることを提案している。

一方、臨床指導医の巡回制度を養護学校義務制以前から導入し、養護学校における医療体制の充実に努めてきた横浜市教育委員会の取り組みから、横浜市立大綱養護学校長の金井¹⁴⁾は、医療的ケア必要児の対応について「行為を受ける児童生徒からみれば、自分の学校生活でより身近な存在であり、もっともリラックスできる担当教諭がした方が、よりベターである。」という考えを示している。これは、教育と医療の専門家が共に働く「共働」の場を指向しながら、教師の行う医療的ケアが教育的意図を持った関わりになることを期待する意見であろう。

この教育的意図を持った関わりについて、東京都立小平養護学校長の佐藤¹⁵⁾は、「(経管栄養でも)いっしょに食べていることを共感しあうことこそ、かかわりあう意味があり、共に生き共に学ぶ基本があるように思う。家庭で行われることが学校でも同様に皆といっしょに食事することになる。装着等母親がしたとしても、少し暖めようとか、ゆっくり食べようねとか、抱かれて食事をしている子とおなじに語りかけられ、目をあわせて注入が進められる。」「学校でのこれらの行為は、医療機関の

肩代わりをすることではなく、生活していくための行為としての役割をもっている。(医師の)助言を医療的ケアもふくむ教育行為の中で活かしていくようにしたいものである。」と述べている(註：括弧内は、筆者)。

養護学校における医療的ケア必要児の対応の中で、佐藤の考えるような教育的意図や意義を押さえた教育実践が実際に行われていたのかについては、第2章で明らかにしていく。

このように、1988年に医療的ケア必要児の教育の在り方が問題にされて数年の間に、自らの経験・教育的信念に基づく学校長の意見表明が見られるようになった。その一方で、既に医療と連携を図っているところもあれば、そうでないところもあるというように地域的、歴史的経過の違いから校長会として統一した「医療的ケア必要児の教育の在り方」を出すことは困難であった。そのような中でも、学校の責任者として学校長の責任遂行を求めた意見も見られる。例えば、全国特殊教育推進連盟の下田理事長¹⁶⁾は、「経管栄養、導尿、痰の吸引などの児童生徒の就学が話題になり、教育委員会も真剣にとり上げているが、ここで最も重要なことは学校長の責任と責任遂行のための手だてと実行である」と述べている。

更に、大阪府高槻市立養護学校長の松本¹⁷⁾は、論議に終始するのではなく、責任ある具体的な実行を求めて「医療的ケアを学校でやるのかと言うことを論じる時代ではなくて、誰が責任をもって具体的にどうするかという時代になってきている」「多面的にいろいろなことを考えるという時代から責任体制をどうするか、管理(校長)と実施(教員)と医療(医師)のそれぞれの責任を明確にしていかなければならない時期に来ています」と述べている。

本節の始めに、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題の根源が希望者全員就学と義務制の導入の方法にあるとした星川の批判を紹介したが、実態が先行して制度が後追いするのは社会一般に見られることである。これまでの経過を見ると「希望者全員就学を更に一步大きく前進させていくのが、医療的ケアの学校における具現化であろう」¹⁵⁻¹⁾とする東京都立小平養護学校長の佐藤の考えの方が自然であると考えられる。

4. 本節のまとめ

養護学校における医療的ケア必要児の教育問題について、学校長はどのような解決方法を求めているのかを検討した。

学校長は、医療的ケア必要児を養護学校に通学させるべきではないとする「消極的な意見」から、「生活行為」として養護学校でも対応するべきであるという「積極的な意見」まで多様な意見を持っていた^{5) 6) 10) 11) 13) 14) 15)}。しかし、いずれの意見でも今後の養護学校には、医療との連携が不可欠な条件であるとした。

また、単に議論だけでなく、学校長自身の責任遂行するための具体的な手だての検討とそれを実際に実行に移していくことが大切であるという考えが見られた。

第2節 医療的ケア必要児の教育に対する教師の考え

本節では、養護学校における医療的ケア必要児の教育に関する教師の意識調査を元に、教師が医療的ケア必要児の教育問題についてどのような解決方法を求めているのかを検討する。

これまで医療的ケア必要児の教育に関する教師の意識調査には、単一校の調査として横浜市立東俣野養護学校(1990)¹⁸⁾、神奈川県立中原養護学校(1992)¹⁹⁾、沖縄県立鏡が丘養護学校(1999)²⁰⁾の報告がある。その他教師の意識調査には、神奈川県立肢体不自由養護学校6校を対象にした調査(1994)²¹⁾、大阪府内の肢体不自由養護学校を対象にした調査(1995)²²⁾、沖縄本島内各養護学校を対象とした調査(1999)²³⁾がある。

本節では、「1. 医療的ケア必要児の教育形態に対する考え」「2. 医療的ケアへの対応について」「3. 医療的ケア必要児の教育の在り方について」の3つに分け、各調査から該当項目を抽出して内容を分析し、医療的ケア必要児の教育の在り方について検討を行う。なお、各調査資料は、

調査A) 横浜市立東俣野養護学校(1990)¹⁸⁾

調査B) 神奈川県立中原養護学校(1992)¹⁹⁾

調査C) 沖縄県立鏡が丘養護学校(1999)²⁰⁾

調査D) 神奈川県立肢体不自由養護学校6校を対象にした調査(1994)²¹⁾

調査E) 大阪府内の肢体不自由養護学校(教職員、保護者、学校医及び療育施設や病院の医師、看護婦、理学療法士などの医療関係者)を対象にした調査(1995)²²⁾

調査F) 沖縄本島内各養護学校を対象とした調査(1999)²³⁾

とする。次に、単一校で調査がおこなわれた3校の背景をまとめておく。

調査A) 横浜市立東俣野養護学校¹⁸⁾

横浜市立の小規模肢体不自由養護学校は、1972年に訪問学級として開設した当初から神経内科医を臨床指導医として配置し、児童・生徒の重度・重複化にともなう、教師が「ごく自然の経過の中」⁵⁾で医療的ケアを行ってきた。そのような背景の養護学校における教師アンケート調査である。

調査B) 神奈川県立中原養護学校(1992)¹⁹⁾

1988年に主治医と保護者から、経口・経管併用の児童に対して、水分注入を養護学校で対応し欲しいと学校側に依頼が出された。1990年度から学校として検討を開始し、1990年9月に医療検討委員会を発足させて実態調査、研修、討論などを行い、1991年3月の職員会議で「教員の手による注入」の試行が決められた。なお、当時の学校医は教師の対応について反対の意向であったため、教師による試行の取り組みは訪問教育の学校医の協力を得て行った。教師の意識調査は、このような背景の中で、1991年1月に行った討論の後に行われたものである。

調査C) 沖縄県立鏡が丘養護学校(1999)²⁰⁾

沖縄県立鏡が丘養護学校は、1998～1999年度文部省・県指定「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」において医療機関に併設・隣接していない養護学校として研究指定を受けた。教師の意識調査は、その研究の一環として実施されたものである。アンケートは、研究指定を受けて研究に取り組んだ1年6か月後の1999年11月に実施された。

1. 医療的ケア必要児の教育形態に対する考え

(1) 各調査結果

調査A) 横浜市立東俣野養護学校¹⁸⁾ (N=22)

学校への通学が可能と教師が判断した医療的ケアの内容の結果が表1-5である。考察では、⑧

以上のケアについては通学可能とする意見が高いが、⑨以下については「今だ自分の学校では見かけないケースについては、通学について消極的である」としている。

表 1 - 5 通学が可能な児童・生徒（複数回答）（横浜市立東俣野養護学校）
(N=22)

①投薬を必要としている児童生徒	2 2
②経管栄養をしている児童生徒	2 0
③加湿器の必要な児童生徒	1 9
④発作のある児童生徒	1 8
⑤体温調節の困難な児童生徒	1 6
⑥胃ろうを使用している児童生徒	1 5
⑦下咽頭チューブを使用している児童生徒	1 5
⑧吸引を必要とする児童生徒	1 5
⑨Tチューブ（またはカニューレ）を使用している児童生徒	8
⑩導尿をしている児童生徒	7
⑪インシュリン注射を必要とする児童生徒	4
⑫酸素吸入を必要としている児童生徒	2

調査 E) 大阪府内の肢体不自由養護学校を対象にした調査(1995)^{2 2)} (N=148)

「障害の程度にかかわらず、児童・生徒が学校で教育を受けることに意義があるか」や「現時点において、学校教育現場における医療的ケアは必要であるか」の設問に肯定した割合は、80 %を越えている。

調査 F) 沖縄本島内各養護学校を対象とした調査(1999)^{2 3)} (N=205)

医療的ケア必要児の望ましい教育形態を尋ねた設問への回答が表 1 - 6 である。「通学による教育が望ましい」と「訪問教育が望ましい」の回答がほぼ同じ割合である。

表 1 - 6 望ましい教育形態（沖縄本島内各養護学校を対象とした調査）(N=205)

望 ま し い 教 育	人数	比率(%)
どちらともいえない	2 2	1 4
通学による教育が望ましい	6 7	4 4
訪問教育が望ましい	6 5	4 2
合 計	1 5 4	1 0 0

(2) 各調査結果の分析

医療的ケア必要児の教育形態について、調査 F（沖縄）では「通学」と「訪問」の割合がほぼ等しいのに対して、調査 E（大阪）では「通学」の形態を 8 割が支持している。それぞれの地域における教師の医療的ケア対応の状況を見ると、沖縄では「ほとんどの者が医療的ケアの必要な児童生徒の担当を経験していない」^{2 0)} のに対して、大阪では「教員による行為を禁止した場合、…（中略）…学校現場の混乱を引き起こしかねない。」^{2 4)} というように現場での医療的ケアの対応が進んでいた。調査 E（大阪）に通学を支持する割合が高いのは、教師の対応や養護学校への受け入れ実績が教師の意識に反映したものだと思われる。

調査 A（横浜・東俣野養護）では、各医療的ケアの種類毎に教育形態の判断を求めている。通学の支持が高いのは自校に在籍する児童・生徒に見られる医療的ケアである。ここでも教師の判断の

よりどころになっているのは、教師自身のそれまでの対応や受け入れ経験であると思われる。

教師の実施経験の有無が判断のよりどころになっていると言うことは、例えば極めて安全な医療的ケアだとしても新奇なものであれば、教師の判断では「通学」は認められないということも考えられる。このようなことから、医療的ケア必要児の就学措置等は、医療職も含めた総合的な判断を行うことが必要と思われる。実際の就学相談では、保護者の意向とともに教育職、医療職等が総合的に検討を行っている。医療的ケアに関する自治体の答申の中にも、この就学相談体制の充実を求めるものが見られる^{25) 26) 27)}。

2. 医療的ケアへの対応について

(1) 各調査結果

調査A) 横浜市立東俣野養護学校¹⁸⁾ (N=22)

様々な児童・生徒の医療的生理管理（医療的ケア等）について、ふさわしい対応者をあげたのが、表1-7である。「1. 医療的ケア必要児の教育形態に対する考え」の結果と同様に、既に在籍している児童・生徒に必要な医療的ケアの項目については、「担任」や「養護教諭」の実施を支持した意見が多い。考察でも、『Tチューブ』『導尿』は、医療的ケアを誰がすべきか無回答が多く、これといって特定できなかった。このことは、本校にその医療的ケアを必要とする児童生徒が在籍せず、実態がわからない、ということにも関連があるように思える。」と述べている。

表1-7 医療的ケアの望ましい対応者（複数回答）（横浜市立東俣野養護学校）
(N=22)

No.	項目	担任	養護教諭	母親	医師	看護婦	無答
1	投薬	18	11	2	3	1	0
2	経管栄養	17	8	3	3	1	1
3	下咽頭チューブ	3	12	5	5	4	4
4	Tチューブ	2	6	4	6	2	9
5	導尿	2	6	4	5	4	8
6	加湿器	16	6	3	1	0	0
7	胃ろう	11	10	5	3	3	1
8	吸引器	11	14	4	3	2	1
9	発作	13	14	4	3	2	1
10	皮下注射	0	3	2	15	6	2
11	体温調節	16	6	2	3	2	2
12	酸素吸入	2	10	4	10	4	0

調査B) 神奈川県立中原養護学校(1992)¹⁹⁾ (N=33)

前述したように、このアンケートは、医療的ケアの中でも注入（経管栄養）の実施に関する検討の中で実施されたものである。表1-8がその結果である。

教師による注入の実施については、1対2の割合で実施支持の割合が高い。それ以外の項目でも、教師の医療的ケア実施に関して肯定的な意見が否定的意見の3倍になっている。一方、肯定的意見とほぼ同じ数の「どちらとも言えない」という意見があったことは注目する必要がある。しかし、このデータだけでは「判断するだけの情報がないため決めかねている」のか「個人の中で賛否が拮抗している」のか等、回答者が「どちらとも言えない」と判断した理由はわからない。

表 1 - 8 医療的ケア（注入）の対応について（N=33）

設 問	回 答		
	賛成	反対	どちらとも言えない
問 1 「注入は医療行為である。したがって教員がおこなうべきでない。」という意見がありました。この考えについて貴方はどう思いますか。	8	17	8
問 2 「条件整備が整ったとしても、教員はすべきではない。（注入は）教員に無理だ。」という意見について貴方はどう思いますか。	4	14	13
問 3 「条件整備が大切である」という意見のなかで、「教員がやりながら整備していくよう取り組む。」という意見がありました。この考えについて貴方の意見を聞かせて下さい。	14	5	13
問 4 「摂食指導や水分補給のように、生活と見られることも関わり方しだいで教育たりうる。」という意見があります。この考え方についての貴方の意見を聞かせて下さい。	15	4	13

調査C) 沖縄県立鏡が丘養護学校(1999)²⁰⁾ (N=119)

「医療的ケアを教職員が対応することをどう思いますか。」という設問に対する回答が表 1 - 9 である。「わからない」という答えが約 3 分の 1 で最も多い。

表 1 - 9 教職員の対応について（沖縄県立鏡が丘養護学校）(N=119)

選 択 項 目	人数	比率
①医療行為であり違法である	22	20%
②生活行為であり、教育指導の一環として対応すべきである	30	27%
③わからない	40	36%
④その他	19	17%

調査D) 神奈川県立肢体不自由養護学校 6 校を対象にした調査(1994)²¹⁾ (N=216)

養護学校で医療的ケアを行うことについて、どのように法解釈しているかという設問に対する回答が表 1 - 10 である。医療的ケア実施経験者に「認められていない」という認識を示す者が多い。

表 1 - 10 法律の解釈（神奈川県立肢体不自由養護学校 6 校を対象にした調査）(N=216)

選 択 肢	経験者	未経験	合計
特例として誰が行ってもよいと認められている	5	3	8
看護婦が行うのであれば認められている	15	8	23
養護教諭が行うのであれば認められている	11	4	15
特別に専門の研修を受けた教員ならば認められている	19	18	37
認められていない	52	17	69
わからない	20	33	53
無回答	5	6	11

調査E) 大阪府内の肢体不自由養護学校を対象にした調査(1995)^{2,2)} (N=148)

「現時点において、親や主治医の要請があった場合、教職員が医療的ケアをある程度行うべきか」の設問に肯定した割合は、教職員 65.1%、保護者 82.8%、「保護者が自宅で行える医療的ケアは、全て学校教育現場においても行うべきか」の設問に肯定した割合は、教職員 40.4%、保護者 63.8%である。いずれも教職員は保護者に比べて肯定した割合が有意に低かった。「医療的ケアは教育の一環であるか」の設問に肯定した教職員の割合は、53.5%である。

「学校教育の場で、教職員が医療的ケアを行うためには法律の改正が必要であると思うか」の設問に肯定した割合は、2/3を越えている。また、吸引、吸入、経管栄養、経管挿入、導尿の各医療的ケアを行うことについて、「安全であると思うか」という設問に対して、「経験者」は「未経験者」に比べて有意に「安全」という回答が多い。

調査F) 沖縄本島内各養護学校を対象とした調査(1999)^{2,3)} (N=205)

医療的ケアをどのように見るかという「医療的ケアの性質」に対する設問の回答が、表1-11である。「医療行為」とする考えが6割強であり、その理由は「専門的技術を要する行為」「医師や看護婦が行う行為」という判断からである。

表1-11 医療的ケアの性質 (沖縄本島内各養護学校を対象とした調査)
(N=205)

医療的ケアの性質	人数	比率(%)
医療行為のみ	90	63
生活行為のみ	11	8
その他のみ	16	11
医療行為+生活行為	25	17
医療行為+その他	2	1
合計	144	100

(2) 各調査結果の分析

医療的ケアの性質および、教職員が対応する場合の法解釈に関する教職員の考えを分析する。

医療的ケアは「医療行為」であり、学校教職員の実施は違法であるとする考えの割合が高いのは、調査D(神奈川)と調査F(沖縄)である。一方、同じ沖縄でも文部省の「実践研究」指定校として研究を進めた沖縄県立鏡が丘養護学校の調査Cでは、「わからない」が一番多い。

医療的ケアの性質やその具体的な対応者に関する設問に答える場合も、調査A(横浜・東俣野養護)、調査E(大阪)にあるように、教師の実施経験の有無が判断のよりどころになっていると思われる。しかし調査D(神奈川)では、「経験者」の方が「未経験」の者よりも「認められていない」とする割合が高い。これは、表1-7のように、本来医療的ケアには様々な種類があるのだが、技術の難易度などその違いを無視して「医療的ケア」とひとくくりにした設問自体にも問題があるのではないかと考える。回答者の医療的ケア経験の有無及び医療的ケアをひとくくりにした設問設定が、調査B(神奈川・中原養護)、調査C(沖縄・鏡が丘養護)、調査D(神奈川)で「どちらとも言えない」「わからない」という回答の割合が高いことに反映していると考えられる。

一方、「教育指導の一環」とする考えは、調査B(神奈川・中原養護)で47%(問4から)、調査C(沖縄・鏡が丘養護)で27%、調査E(大阪)で53.5%であり、これも経験の有無を反映していると考えられる。

以上から、教職員が医療的ケアの性質を「医療行為(=医行為)」「生活行為」「教育指導」と線引きをして分けることは困難だと思われる。更に調査E(大阪)で法改正を求める考え方も示され

たが、医師法等には「医行為」そのものの具体的な明示がない。その上、過去において医行為とされていたことが時代とともに生活行為に位置付けられた経緯もあり、「医行為」自体は社会通念の変化に影響を受ける性質のものである²⁵⁾。こうした医療的ケアの性質を考えた場合、東京都立村山養護学校の医療体制整備事業モデル校報告書²⁸⁾に示された次の視点が、最も適切ではないかと考える。

障害児・者の社会参加が拡大され、常時医療行為等を必要とする児童・生徒も在宅医療の思想の発展とそれを可能にする医療介護技術の進歩とによって、社会参加の幅や内容を広げてきている。こうした変わりつつある現状を踏まえ、「学校教育における医療行為等に対する考え方」についても、現状を固定的に捉えるのではなく、児童・生徒の教育を受ける権利を保障し発展させる方向で、社会の変化に即応して受け止めていくことが必要である。このような考え方のもとに現時点ではどこまでが「医療」か「教育」かというような無理な判断・分類は行わない。今後とも社会通念の変化を見据えつつ、教育課程上の位置づけについて研究していく必要がある。

3. 医療的ケア必要児の教育の在り方について

(1) 各調査結果

調査A) 横浜市立東俣野養護学校¹⁸⁾ (N=22)

ほとんどの教師が医療的ケア必要児の就学は今後増加するという見通しを持つ中、養護学校に必要なこととしてあげた内容が表1-12である。「医療的ケアのための専門職の担当」が最も多い。

表1-12 今の養護学校にとって必要なこと(複数回答)(横浜市立東俣野養護学校)

項目	回答	(N=22)
教師の医療的ケアに関する病理・技能の研修	14	
医療的ケアのための機器の購入	6	
医療的ケアのための専門職の担当	20	
医療的ケアを必要とする児童生徒を受け入れる環境の整備	17	
教師の医療機関への実習研修	8	
教師と主治医との連携	16	
その他	0	

調査C) 沖縄県立鏡が丘養護学校(1999)²⁰⁾ (N=119)

医療的ケア必要児の対応の在り方についての設問の回答が、表1-13である。「看護婦を常駐させて、看護婦が行う」が最も多い。

表1-13 医療的ケアの今後のあり方(沖縄県立鏡が丘養護学校) (N=119)

選択項目	人数	比率
①親が付き添って校内で行う	7	5%
②看護婦を常駐させて、看護婦が行う	79	66%
③研修を受けた教師が行う	21	17%
④その他	11	9%

調査D) 神奈川県立肢体不自由養護学校6校を対象にした調査(1994)²¹⁾ (N=216)

医療的ケア問題について、効果的な解決策と学校における実施を踏み切るための条件として教師に三つ選択させた結果が、表1-14である。上位5つは、「医師の指示を仰ぎ看護婦が直接関与する」「関連施設(病院や主治医)などとネットワーク作りをする」「直接関与する医師の常駐もしくは巡回診察」「教職員の専門研修を充実する」「養護教諭の指示を仰ぎ専門に研修を受けた教師が関与する」である。

表1-14 効果的解決策と実施に踏み切るための条件の3選択頻度総数比較
(神奈川県立肢体不自由養護学校6校を対象にした調査)

選択肢	解決策 (%)	実施条件 (%)
医師の指示を仰ぎ看護婦が直接関与する	106 (16.4)	100 (15.4)
関連施設(病院や主治医)などとネットワーク作りをする	92 (14.2)	84 (13.0)
直接関与する医師の常駐もしくは巡回診察	89 (13.7)	93 (14.3)
教職員の専門研修を充実する	69 (10.6)	75 (11.6)
養護教諭の指示を仰ぎ専門に研修を受けた教師が関与する	52 (8.0)	53 (8.2)
保護者が校内で待機及び行為を実施できるようにする	40 (6.2)	36 (5.6)
専門に研修を受けた教師が関与する	39 (6.0)	36 (5.6)
養護教諭が直接関与する	35 (5.4)	24 (3.7)
校内に検討する組織を作り段階的に実施する	31 (4.8)	42 (6.5)
関係法律(衛生六法・学校保健法など)を改正する	28 (4.3)	37 (5.7)
保護者との話し合いによって解決する	18 (2.8)	14 (2.1)
わからない	12 (1.9)	12 (1.9)
その他	8 (1.2)	4 (0.6)
無回答	29 (4.5)	38 (5.9)
合計	648 (100.0)	648 (100.0)

調査E) 大阪府内の肢体不自由養護学校を対象にした調査(1995)²²⁾ (N=148)

医療的ケア必要児の教育形態としては、「訪問教育」や「病院併設」よりも「学校」の形態を支持している。医療的ケアに対応するための体制については、「現在のまま」や「教育と医療の連携」よりも「医師や看護婦など医療関係者の常駐」の選択が最も多い。医療的ケアの対応者としては、「教職員と医療関係者」の選択が最も多い。

調査F) 沖縄本島内各養護学校を対象とした調査(1999)²³⁾ (N=205)

医療的ケア必要児の就学対策に関する設問への回答が表1-15である。「医療的なケアに必要な教室等の整備」の回答が最も高い割合である。

表1-15 医療的ケアの必要な児童生徒の就学上の対策
(沖縄本島内各養護学校を対象とした調査) (N=205)

対策	人数	比率 (%)
医療的なケアに必要な教室等の整備	125	17
医療的なケアに対する教師への研修会の開催	120	15
医療的なケアについて親と学校側の協力体制の確立	115	15
学校に看護婦を置く	96	12
学校に医師を置く	88	11
教育制度の整備(法律改正等)	88	11
学校に看護婦の免許をもつ養護教諭を置く	74	9
医師あるいは看護婦による巡回医療と指導の導入	51	7
支援団体との連携の確立	23	3
合計	778	100

(2) 各調査結果の分析

医療的ケア必要児の望ましい教育形態として、調査F（沖縄）の調査（表1-6）では通学と訪問教育の割合がほぼ同じである。

一方、1990年の時点で調査A（横浜・東俣野養護）の教師の多くは、医療的ケア必要児の就学が増えると予想していた。事実、養護学校では、通学児童・生徒の中で医療的ケア必要児の割合が高まっている（図1-1²⁹⁾、図1-2³⁰⁾）。このように通学籍児童・生徒に医療的ケア必要児が増えてきている中で、訪問教育として画一的な就学措置で押し進めていくことは難しく、また児童・生徒や保護者の期待（本章第4節参照）にも反する。そこで、医療的ケア必要児を養護学校で受けとめていくために必要な手だてについて各調査結果を通して検討する。

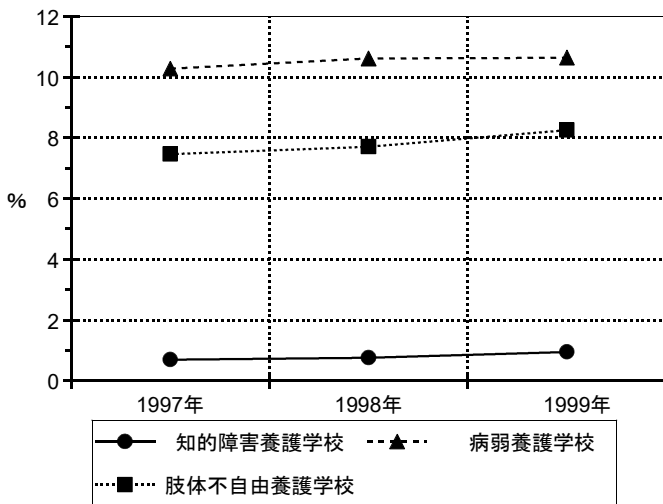


図1-1 全国の養護学校における医療的ケア必要児（通学籍）の在籍割合（平成12年3月「都道府県教育長協議会第4部会」調査より²⁹⁾）

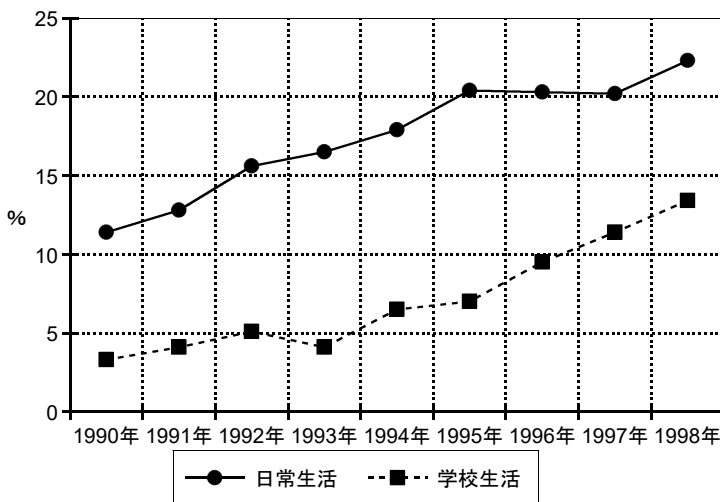


図1-2 東京都立肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児（通学籍）の在籍割合（「東京都教育庁学務部調査」³⁰⁾より作成）

※凡例の説明：「日常生活」は、1日(24時間)の生活の中で、医療的ケアを必要とする児童・生徒の割合
「学校生活」は、学校で授業中に医療的ケアを必要とする児童・生徒の割合

各調査から主に「医療的ケアのための専門職（看護婦）配置」「医師との連携」「教職員の専門研修」「環境の整備」が、今後の養護学校に必要なこととしてあげられている。

「医療的ケアのための専門職（看護婦）配置」には、①看護婦に全て医療的ケアを任せる（調査C、調査D）、②看護婦と教職員が協力して医療的ケアにあたる（調査D、調査E）、という二種

類の教師の期待が存在する。

「医師との連携」には、①主治医との連携（調査A、調査D）、②医師の配置又は巡回（調査D、調査E、調査F）の二種類の形態が想定される。いずれにしても養護学校で医療的ケアを実施する場合、「医師との連携」は不可欠である。先の看護婦配置で「①看護婦に全て医療的ケアを任せる」場合でも、看護婦が行う場合には医師からの指示書が必要である。また、「②看護婦と教職員が協力して医療的ケアにあたる」場合には、安全に実施するために教職員が対応可能な範囲を定めて、必ず医師の判断と指導が必要である。この点について東京都立村山養護学校の報告書²⁸⁻¹⁾では、教職員が対応可能な医療的ケアの内容及び範囲を定めることは困難だとして次のように記している。

児童・生徒の教育の機会を保障し、より良い健康状態で学校生活が送れるように保護者の協力を得ながら、できる範囲で学校が対応していく。具体的な実施の範囲・内容・留意点及び実施者については、各ケースの実態に応じて、指導医の判断をもとに学校が決定する。

「教職員の専門研修」には「障害児の病理・技術の研修」や「医療機関における実習研修」（調査Aから）などが考えられ、「環境の整備」には室内環境（室温、湿度、照明、衛生など）や医療関係機器（体温計、吸引器、ネブライザー、聴診器、パルスオキシメーターなど）が考えられるが、この具体的な検討は第2章で行う。

4. 本節のまとめ

養護学校における医療的ケア必要児の教育問題について、教師はどのような解決方法を求めているのかを検討した。

医療的ケアに対応した経験のある教師や対応した経験のある教師の多い養護学校では、医療的ケア必要児の教育形態について「訪問」より「通学」を支持する割合が高く、また医療的ケアの対応を「教育指導の一環」と捉える割合が高かった^{18) 22)}。一方、医療的ケアの対応経験のない場合には「わからない」と答える割合が多かった^{19) 20) 21) 23)}。このように実際に医療的ケア必要児の教育に関わり、その教師に医療的ケアの経験があるかどうか意識調査の回答に反映していた。

しかし、今後の医療的ケア必要児の教育を考えた場合、医療的ケアの対応の経験の有無に関係なく、多くの教師は養護学校に「医療的ケアのための専門職（看護婦）配置」「医師との連携」「教職員の専門研修」「環境の整備」等が必要であると考えていた。

第3節 医療的ケア必要児の教育に対する医師の考え

本節では、日本小児神経学会誌等の医学誌及び障害児教育や療育雑誌に発表された医療的ケア必要児の教育に関わる医師等の意識や考えを分析し、医師が医療的ケア必要児の教育問題についてどのような解決方法を求めているのかを検討する。

1. 医療的ケア必要児の教育問題に対する考え

東京都教育委員会が1988年に医療的ケア必要児の就学措置等の見解を発表したことに対して、最初にその問題性を指摘した医師は三宅である。三宅³¹⁾は、神奈川県立こども医療センター及び横浜市立小規模肢体不自由養護学校の臨床指導医の経験等から「障害児の健康と幸福を願う私たち小児神経科医にとって、東京都の障害児を家庭に押し戻そうとする動きが全国に広まることに危機感を感じる」とし、医療関係者が何らかの取り組みを始めるようにと提案している。

これに対して、国立精神・神経センター武蔵病院の小児神経科医であり、東京都立肢体不自由養護学校の学校医である鈴木³²⁾は、教育関係者と個人的に検討した結果としながら、東京都では横浜のような取り組みは「残念ながらできないであろう」というコメントを寄せている。その理由の要旨は、

- ①肢体不自由養護学校全校に専門校医を配置するだけの専門の医師がいない。
- ②横浜のようなミニ養護学校は、用地確保の点で困難である。
- ③教員への研修・指導する余裕が障害児医療機関にない。また教員の異動で研修が有効に活用されないと予想される。
- ④吸引や経管栄養等を生活行為と定めることは national consensus を得難い。

である。

一方、心身障害児総合医療療育センターの小児科医であり、東京都立肢体不自由養護学校の校医である北住³³⁾は、経管栄養や痰の吸引が病院や施設から在宅でのケアに移る中で、学校側での対応も必要であるとして、「旧来のような形式的な学校での『医療行為』の制限は時代遅れのもの」であり、東京都教育委員会見解よりも横浜市立肢体不自由養護学校における取り組み（横浜方式）が望ましいと三宅の意見を支持している。更に、この取り組みを進めるためには「医師の積極的協力も必要」と述べている。

医療的ケア必要児の教育は訪問教育や施設内教育が望ましいと考える甘楽³⁴⁾にしても、「在宅医療の方向に動いている本邦の現状では、現在の前述した程度の医療行為は生活行為として認められる日もそう遠くはない」と述べている。

医療的ケア必要児が病院医療・施設療育から在宅医療・在宅療育に移行する背景については、序章「I 問題の所在」の「2. 「医療的ケア」の定義と問題の背景」で述べた。舟橋ら³⁵⁾は、医療的ケア必要児が有意義な社会生活を送るためには、「①教育と医療との様々なレベルでの連携、②教育を受ける時の医療ケアの確保、③これらの患児・家族に対する地域的援助体制の確立」が必要であるとしている。そこで、学校教育に関する部分（①②）について、医師の意見を見ていくことにする。

2. 養護学校の教育条件の整備について

養護学校在籍児童・生徒の中で、医療的ケア必要児の割合は徐々に高くなっている（図1-1，図1-2）。在籍する児童・生徒の障害の様相が変化したことに対応して、受けとめる養護学校側は十分に対応できるよう教育条件の整備が求められている。ところで、医療的ケア必要児の教育問題では、常に「医療行為か生活行為」か、「違法か適法か」という法解釈の問題が存在する。しかし児玉³⁶⁾が言うように、学校の中で経管栄養や痰の吸引を行うことが「医療行為」か「生活行為」かという「法

律解釈や主義主張はともかく、どうしたら安全に、確実に重度障害の方々のお世話ができるか」ということの方が大切かと思われる。そこで、医療的ケア必要児の教育保障を念頭において、養護学校の教育条件の整備に関連した医師の意見を検討する。

はじめに、就学前の通園療育施設の医師及び肢体不自由養護学校の校医である浅田³⁷⁾の意見である。養護学校の将来像について、「今後肢体不自由児の養護学校離れが進み、一方で養護学校に在籍する重症児の比率がますます高くなるような場合は、医師の常在化はともかく、養護学校の医療施設化の傾向も強まる」と予想している。その対応のために教職員には、排痰訓練、分泌物吸引、好ましい姿勢保持などについての研修と対応、学校設備・備品では温度調節可能なプールや吸引器などが必要であるとしている。

統合教育の進展との関係で言えば、養護学校は通常学校に比べて障害児教育専門機関として高い専門性が必要であり、またその専門性が期待される。しかし、現在の養護学校が期待される専門性よりも低いため「今ぐらいの専門性であっては養護学校の存立が非常に危ない」とする小西³⁸⁾の指摘もある。本章第2節において、多くの教師が研修の必要性をあげているとおり、当事者である教師も十分そのことは認識していると思われる。

この研修と医療的ケアの対応について鈴木³⁹⁾は、医療的ケア必要児が支援を受けて社会参加が実現するのであれば、そのケアを介護する者が学習し、実習すればよいという意見を述べている。その上で、次の課題の検討が必要であると指摘している。

- ① 教員の医療講座と、介護実習を必須研修とすること、緊急時には独自の判断で処置ができるだけの講習を受けておくことが理想である。
- ② 各学校にプライバシーを守る処置室を設置し、介護知識に習熟した介護者を配置すること。
- ③ 学校毎に、障害児医療に造詣の深い校医を指定し、相談にあたらせること。
- ④ 緊急時の医療契約機関を指定すること。
- ⑤ 親と学校とのコンセンサスを確実にするため、協議機関を設置すること。

これらの課題の内、「医療的ケア必要児の教育の在り方」を探る上で、学校医の在り方と教職員の対応について医師の考えを見ていくことにする。

3. 学校医について

医療的ケア必要児の教育問題に関心のある医師には、小児科や小児神経科医師に多いが、「養護教育の現場の状況を医療サイドはほとんど知らない。医療行為とか生活行為とかいう前に、これだけ現実に我々が取り組みをしているのだという状況を医療サイドに知らせていくことが大切である」と医師である小西³⁸⁻¹⁾が述べているように、医師にすらこの問題はあまり知られていない。

筆者も、「指導医として養護学校に行ってみて、初めて状況が理解できた」と話す医師や「気管切開や経管栄養、導尿などは、ICUの治療や術後管理で行われるようなものであり、このような状態のまま在宅になっているとは知らなかった」と養護学校の現状に驚く医師と出逢ってきた。こうした原因として勤務医の場合には、対象が外来・入院患者への治療が中心であり、急性期から慢性期に移行した段階で退院した者の在宅生活の状況まで十分捉えきれていないことが考えられる。また、地域の開業医の場合、医療的ケア必要児の教育問題が顕在化して日が浅く、知る機会が少ないことが考えられる。

しかし、障害児を多く見ている小児科や小児神経科医の中から、医療の世界も含めて広く社会に啓発する取り組みが行われている。日本小児神経学会は、第37回⁴⁰⁾、第40回⁴¹⁾、第42回⁴²⁾の総会シンポジウムでこの問題を取り上げ、医療職だけでなく、学校教職員や保護者など一般にも公開して社会啓発を行っている。また、その中で先に鈴木が指摘した学校医の在り方も取り上げられている。

第 37 回で、内藤⁴³⁾は学校医について「小児神経科医もしくは小児神経に関心と理解のある医師が望ましい」と述べている。また、第 42 回でも同様な指摘が行われている⁴⁴⁾。

小西ら⁴⁵⁾は、養護学校の学校医は在籍児童・生徒の病態を理解できる専門の医師が望ましいとし、次の条件を満たす専門医が必要であるとしている。

- ①基礎疾患と合併障害、即ち脳障害の病態を理解した上で予後を見通し、担任教師の教育に必要な医学的知識を援助できる医師。
- ②保護者の了解の下に学校への脳障害についての情報を教師（時には保護者にも）に説明できる医師。
- ③在籍児童・生徒をとりまく保護者、教師、主治医の信頼関係の確立を援助できる医師。
- ④学校内での「医療的ケア」の必要性を客観的に判断でき、ケアの点検・指導ができる医師。

4. 医療的ケア必要児の教育の在り方について

医療関係者が考える医療的ケア必要児の教育措置と対応者について下井ら²²⁾の調査（表 1-16）では「医師、看護婦など医療関係者が常駐した学校で教職員と医療関係者が協力して行う」、次いで「病院内学級で教職員と医療関係者が協力して行う」とする意見が多い。「訪問教育」や「現状のまま学校で保護者が対応する」を支持した割合は最も低い。また、「現状のまま」よりは医療関係者の常駐など医療の協力の必要性を認める割合が高いが、いずれも「医療関係者」に全てを任せるのではなく「教職員と医療職が協力して行う」を支持する方が高い。ではなぜ医療関係者は、医療関係者と共に教職員が医療的ケアを実施することを支持したのであろうか。

表 1-16 医療的ケアの必要な児童・生徒に対する今後の教育のあり方についての支持率²²⁾

場所	形態	医療的ケアの行為者	支持率(%)
学校	医師、看護婦など 医療関係者の常駐	教職員と医療関係者	74.4
		医療関係者	61.5
	教育と医療の連携	教職員	64.1
		教職員と養護教諭	61.5
		養護教諭	61.6
	現在のまま	教職員と保護者	46.1
保護者		23.1	
病院併設・隣接の学校		教職員と医療関係者	64.1
		医療関係者	56.4
病院内学級		教職員と医療関係者	66.7
		医療関係者	46.2
訪問教育		教職員と保護者	48.7
		保護者	28.2

医療関係者が、医療関係者と共に教職員が医療的ケアを実施することを支持した理由を考える前に、まず医療的ケアの性質を十分とらえておく必要がある。

医療的ケアの性質として、例えば同じ痰の吸引でも、吸引チューブの刺激によって嘔吐しやすい子もいれば嘔吐しにくい子もいる。このように、同じケアであっても個々の児童・生徒によって難易度や配慮事項が異なる（個別性）。また、個々の配慮事項等は、その時々々の健康状態の変化に影響を受けやすい。

更にケアを受ける側からすれば、日頃からケアに慣れている者に行ってもらう方が安心な場合が多い（習熟性）。そうすると、日常的に接して子どもの健康状態等の変化にも理解がある者の存在が大切になってくる。そのためケアを受ける側にとっては、医療職より日常の関係が深い家族や教職員等がケアを行うことが良い場合もある。これを北住⁴⁶⁾は「関係性が専門性を越える」と呼んでいる。

また、吸引などは必要になった時にすぐに行うことが大切である（適時性）。このような「個別性」

「関係性」「適時性」から北住⁴⁶⁾は、「学校における医療的ケアは、その生徒と日常的に関わっている担当教職員が、その生徒の教育上のスペシャルニードの一つとして対応することが望ましい」と述べている。本章第2節で、医療的ケアを「教育の一環」として捉えたとした教職員の考えを示したが、この「関係性」を重視したものと考える。

とは言え、医療的ケアを養護学校の教職員が実施するにあたっては、医療的ケア必要児の健康と安全が第一に優先される。そのため小西ら⁴⁵⁾は、学校での医療的ケア必要児の対応について以下の厳密な条件下で行うべきであると述べている。

- ①教育の一環として学校保健行為の一つとして位置づける。
- ②ケアの手技の獲得、研修、フォローは主治医の責任下であり、主治医の十分な指導と理解が必須である。
- ③必ず一人一人のケア内容をマニュアル化し、学校内では看護婦免許を持った養護教諭を中心に担当教諭を含めた個々の特定集団が実施すべきである。
- ④学校医はケアの必要性や方法を点検し、指導・助言を定期的に行う必要がある。

北住⁴⁷⁾も、養護学校において医療的ケア必要児の対応が適切・安全に行われるようにするための今後の課題として次のように述べている。

- ①行政（文部省、厚生省）が、このような現状を認知し、法的問題についての、実情に即した見解を示していくこと
- ②学校看護婦の配置、校医・指導医の充実・配置など学校への医療スタッフの関与の充実化を計ること
- ③研修や指導など、医師・医療機関による積極的なバックアップの体制を作っていくこと
- ④一般教員でも充分実施できて教育的にも教員がおこなうことが望ましい医療的ケア、看護婦が行うことが望ましいケア、その中間的なものなど、実施に当たってのガイドラインや、安全に確実にケアが行われるためのマニュアルを、現在実施されている中での経験を踏まえて、関係者で協力して作っていくこと

以上、厳密な条件や今後の課題は存在するが、医療関係者が医療関係者と共に教職員が医療的ケアを実施することを支持した理由としては、医療的ケアの性質である「個別性」「関係性」「適時性」から判断が行われたと思われる。

ここまで児玉³⁶⁾が言うように、「法律解釈や主義主張はともかく、どうしたら安全に、確実に重度障害の方々のお世話ができるか」という視点で医師の考えを検討してきたが、一方で、前述した北住⁴⁷⁾の①にあるように法的な問題も一定程度クリアしておくことが望まれる。では、医師はこの点をどの様に考えていたのだろうか。

1998年に「障害児（者）の療育・医療に携わる関東地区医師有志」及び賛同する全国の635名の医師が、要望書を厚生省に提出している。これは、一定の要件を充たす場合に学校教職員や通所施設職員が医療的ケアを行いうるという見解を出すように厚生省に求めたものである。その中で、「対象とする医療的介護行為（医療的ケア）」は、「保険診療において在宅医療として認められている行為、および、その他の、日常的に家庭において行われている医療的生活介護・援助行為」とされている。4か月という短期間に635名の医師の賛同を得たことについて、発起人の一人である北住⁴⁸⁾は、「実際に現場で障害児者とその家族に関わっている医師を中心に、多くの医師が、医療的ケアが、家族の負担だけによってでなく、また医療スタッフに限定されることなく、実施される必要がある、と考えていることを示しています」と述べている。このように、障害児医療・療育に関わる医師には、医療的ケアの対応は家族や医療職に限定せずに一定の要件を充たせば学校教職員や通所施設職員が行い得るという考えが見られる。

なお医師の養護学校への具体的な関わりは第2章で、医療的ケアの法解釈については第4章で行う。

5. 本節のまとめ

養護学校における医療的ケア必要児の教育問題について、医師はどのような解決方法を求めているのかを検討した。

医療的ケア必要児の教育措置については、「訪問教育」よりもできるだけ「学校」で教育を受けることを支持する意見が多かった^{2) 3) 31) 33)}。

養護学校における医療的ケアの対応では、教職員の研修、学校設備・備品の充実、医療職の配置（小児神経に関心と理解のある学校医、学校看護婦等）など教育条件の整備が必要とされた^{3) 37) 38) 39) 43) 44) 45)}。更に医療的ケアの性質である「個別性」「関係性」「適時性」を考慮すると、実際の対応は一定の条件の下で、医療関係者と教職員が協力して対応することが望ましいとされた^{4) 5) 46) 47) 48)}。

第4節 医療的ケア必要児の教育に対する保護者の願い

本節では、最初に保護者自身にとっての医療的ケア必要児の教育問題とは何かということについて、保護者自身が書いた療育雑誌等の資料をもとに検討する。その上で、医療的ケア必要児の対応に関する保護者意識調査等の資料をもとに、保護者が医療的ケア必要児の教育問題についてどのような解決方法を求めているのかを検討する。

なお、保護者の意識調査については、

調査A) 横浜市立東俣野養護学校(1990)¹⁸⁾

調査B) 大阪府内の肢体不自由養護学校(教職員、保護者、学校医及び療育施設や病院の医師、看護婦、理学療法士などの医療関係者)を対象にした調査(1995)²²⁾

調査C) 「SSPE青空の会」などの難病の親の会と全国訪問教育研究会の会員を通じて保護者に依頼した調査(1996)⁴⁹⁾

調査D) 沖縄本島内各養護学校を対象とした調査(1999)²³⁾

を用いる。

1. 保護者にとっての医療的ケア必要児の教育問題

東京都教育委員会が1988年に発表した医療的ケア必要児の就学措置に関する見解の問題点を筆者は3点にまとめた(「序章」の「I 問題の所在」参照)。即ち

①医療的ケアが教育措置条件になっている

②通学籍の場合、保護者付き添いが条件になっている

③医療的ケアを「生活行為」や「個々の児童・生徒の特別な状況への配慮」として教職員が行っていた教育現場への影響

である。この内、直接保護者自身に関係する問題は①②である。

①に関連して鈴木⁵⁰⁾は、気管切開をしているが全く肢体不自由の無いダウン症の子どもの保護者として就学時の体験を報告している。その中で気管切開をしているというだけで、画一的に訪問教育への措置を勧める就学指導に対して、「医療的ケアが本当の意味での『障害』になりました」と述べている。

筆者は、普段経管栄養で鼻にチューブを留置している子どもの保護者から、就学相談に出席する際に訪問教育に措置されないようにとチューブを抜いて参加したという話を伺った。「学校に通って教育を受けさせたい」と願い、また「訪問学級から通学への措置替えを強く希望する」²⁷⁾保護者にとって、医療的ケアは精神的なプレッシャーになっていることがわかる。

②に関して通学籍の場合、多くは保護者付き添いになっている。この付き添いには、(ア)教室や保護者控え室など学校内に常時保護者が待機する「学校内待機」と(イ)通常は学校外にいて医療的ケアの対応時に学校を訪問して対応する「一時付き添い」がある。

気管切開や頻回な吸引を必要とする子ども、人工呼吸器装着児の保護者の付き添いは、(ア)が多いと思われる。この場合、「付き添いのため学校から一歩も外に出られず、銀行に行く時間もありません」「毎日付き添ってるので家の中はぐちゃぐちゃです」⁵¹⁾というように、保護者は子どもに学校教育を受けさせるために時間的な拘束を受け、保護者の負担は大きい。一方、経管栄養や導尿など定時で対応できる医療的ケアについては、(イ)が多いと思われる。保護者の付き添い負担という意味では、(イ)より(ア)の方が負担が大きいと考えられるが、(イ)の場合でも「送迎と導尿のため毎日学校と家を4往復する大変さ」⁴⁹⁾などもあり、負担の大きさは一概に決めることはできない。

また、保護者が付き添いする場面は、学校内の介護はもとより、泊を伴う行事等では昼夜の活動全

般に渡って付き添いが学校側から求められている⁵²⁾。

(ア) (イ) いずれの付き添い形態でも、保護者の体調不良や用事などで保護者が付き添えない場合、医療的ケア必要児は学校を欠席せざるを得ない状況にあり、保護者は身体的負担とともに精神的な負担を強いられている⁵³⁾。

③に関して、教職員が「生活行為」や「個々の児童・生徒の特別な状況への配慮」として医療的ケアを行っているところでは、「教育の一環」という考えや実践が見られる（本章第2節参照。実践内容は第2章で扱う）。同様に養護学校での医療的ケアの対応を願う保護者の中にも、単に学校付き添い負担の軽減だけでなく、「健康指導・健康配慮」⁵⁴⁾や「母子分離・精神的な自立」⁵⁵⁾、「子どもの内面への配慮と自己肯定感の育成」⁵⁶⁾など教育的視点での意見も見られる。

こうした養護学校における医療的ケア必要児の教育問題に対して、保護者はどのような解決方法を求めているのかを次に検討する。

2. 医療的ケアの対応について

(1) 各調査結果

調査A) 横浜市立東俣野養護学校(1990)¹⁸⁾ (N=10)

様々な児童・生徒の医療的生理管理（医療的ケア等）について、保護者自身が、ふさわしい対応者としてあげたのが表1-17である。担任による対応として支持の高いのは、「投薬」「経管栄養」「加湿器」「発作」「体温調節」である。

表1-17 医療的ケアの望ましい対応者（複数回答）（横浜市立東俣野養護学校）

No.	項目	担任	養護教諭	母親	医師	看護婦	無答	(N=10)
1	投薬	10	4	3	3	3	0	
2	経管栄養	8	4	4	3	4	0	
3	下咽頭チューブ	2	4	3	3	7	0	
4	導尿	2	3	3	4	8	0	
5	加湿器	8	4	3	3	4	0	
6	胃ろう	4	3	2	3	4	0	
7	吸引器	8	3	4	3	3	0	
8	発作	10	5	5	4	5	0	
9	皮下注射	0	3	2	15	6	2	
10	体温調節	9	5	4	3	3	0	

調査B) 大阪府内の肢体不自由養護学校の調査(1995)²²⁾ (N=58)

「現時点において、親や主治医の要請があった場合、教職員が医療的ケアをある程度行うべきか」の設問に 82.8%の保護者が肯定し、また「保護者が自宅で行える医療的ケアは、すべて学校教育現場においても行うべきか」の設問に 63.8%の保護者が肯定している。

調査C) 難病の親の会等への調査(1996)⁴⁹⁾ (N=202)

「教員にも任せられるケアがあるか」という設問に対して、可能な医療的ケアを1項目でも「ある」とした人は188人(93%)で、「どれもできない」4人(2%)、「その他」10人(5%)である。その具体的な医療的ケアの内容については、表1-18のとおりである。

表 1-18 教員に任せられる医療的ケアの内容
(難病の親の会等への調査) (N=202) (複数回答)

医療的ケアの種類	回答数
1.経管栄養	131(65%)
2.口腔・鼻腔の吸引	146(72%)
3.ネブライザー	91(45%)
4.気管切開部の衛生管理	58(29%)
5.導尿	49(24%)
6.酸素吸入	51(25%)
7.人工呼吸器	29(14%)

調査D) 沖縄本島内各養護学校を対象とした調査(1999)²³⁾ (N=17)

回答した保護者11名中10名が医療的ケアを「生活行為」と認識し、残り1名は内容によって「生活行為」か「医療行為」かに分かれるという意見である。

(2) 各調査結果の分析

保護者にとって医療的ケアは、日常的に自分の子どもに対して行っている行為であり、「医療行為」という特別な行為ではなく「生活行為」という認識であることは、各調査結果からも明らかである。それだけに、学校側での対応を望む意見は強い(調査B, C)。

教師に任せられる医療的ケアの内容は、経管栄養と吸引が多い(調査A, B)。この傾向は、調査対象児の必要とする医療的ケアの内容とほぼ同じである(表1-19)。これは、第2節で養護学校で対応可能とした医療的ケアの内容が、回答した教師自身の経験の有無に影響を受けているのと同様に、保護者自身の対応経験に基づいた考えが反映したものと考えられる。

表 1-19 調査Cにおける調査対象児の医療的ケアの内容
(難病の親の会等への調査) (N=202) (複数回答)

医療的ケアの種類	回答数
1.経管栄養	128
2.口腔・鼻腔の吸引	127
3.ネブライザー	53
4.気管切開部の衛生管理	78
5.他者による導尿	30
6.酸素吸入	32
7.人工呼吸器	50
8.自己導尿	14

3. 医療的ケア必要児の教育の在り方について

(1) 各調査結果

調査A) 横浜市立東俣野養護学校(1990)¹⁸⁾ (N=10)

「今後の養護学校への要望」として、「医師の配置」「医師・看護婦の配置」「医療的対応が十分できるように」「重度の子供たちが安心して通学できる教師の配置と設備の充実」「母親にもできることは、先生にも是非やって欲しい」「先生方にそれなりの勉強を」という意見が寄せられている。

調査B) 大阪府内の肢体不自由養護学校の調査(1995)²²⁾ (N=58)

下井ら²²⁾の調査(表1-20)によると、保護者は教育措置について「病院内学級」や「訪問教育」よりも「学校」へ通学することを望み、医療的ケアの対応については「医師、看護婦など医療関係者が常駐した学校で医療関係者が行う」、次いで「医師、看護婦など医療関係者が常駐した

学校で教職員と医療関係者が協力して行う」の割合が高い。一方、「現状のまま学校で保護者が対応する」を支持した割合は最も低い。

表 1-20 医療的ケアの必要な児童・生徒に対する今後の教育のあり方についての支持率²²⁾

場所	形態	医療的ケアの行為者	支持率(%)
学校	医師、看護婦など 医療関係者の常駐	教職員と医療関係者	77.6
		医療関係者	82.8
	教育と医療の連携	教職員	63.8
		教職員と養護教諭	72.5
		養護教諭	67.3
	現在のまま	教職員と保護者	60.3
保護者		25.8	
病院併設・隣接の学校		教職員と医療関係者	60.3
		医療関係者	56.9
病院内学級		教職員と医療関係者	56.9
		医療関係者	55.2
訪問教育		教職員と保護者	55.2
		保護者	62.1

(N=58)

調査C) 難病の親の会等への調査(1996)⁴⁹⁾

(N=202)

医療的ケアの対応について、保護者自身の考えに近いものを選択肢から選んでもらった結果が、表 1-21 である。

医療的ケアについて、「保護者も行っているのだから教員などに対応してもらいたい」という意見が全体の 62%である。しかし、内訳で見ると通常学校（通常学級）へ通学している場合は 35%で、それに比べて障害児学級や養護学校の保護者の場合は 65～75%と高率を示している。通常学校（通常学級）の保護者の意見には、「他の児童のこともあり、教員に自分の子どもだけ多く手をかけてもらうわけにはいかない」「教員の仕事ではない」「自己導尿の確立は、家庭の役目」という意見が見られる。これに対して、障害児学級や養護学校の保護者の意見には、「障害児教育なのだからこそ学校で対応してもらいたい」とある。このように子どもが通っている学校・学級によって、教師やそこでの教育に対する保護者の考えに違いがあり、それが数値に反映したものと考えられる。

一方、「看護婦を配置してもらって学校などで対応してもらいたい」という意見も 44%ある。保護者の意見には、「医療従事者でも慣れに任せて患児に対する意識（思いやり）などに欠ける人では困る」「我が子をよく良く知らない看護婦よりも毎日みている教員の方が安心できる。」という意見も見られるが、一般的に「医療に関する専門家の配置」を望み、医療的ケア必要児が在籍する学校に医療機能を充実させて欲しいという要望は高い。

「その他」には、「教員との信頼関係が最も大切」という意見が複数見られる。

表 1-21 医療的ケアの対応に対する考え（複数回答（ ）内は各保護者数に対する割合）

(N=202)

	普通校	普通校 障害児学級	養護学校 通学籍	養護学校 訪問籍	合計数
在籍児童生徒の保護者数	26	8	43	125	202
1.保護者も行っているの だから教員などに対応 してもらいたい。	9(35%)	6(75%)	30(70%)	81(65%)	126(62%)
2.看護婦を配置してもら って学校などで対応し てもらいたい。	18(69%)	1(13%)	22(51%)	48(38%)	89(44%)
3.教員や指導員に任せる には不安なので、保護 者の自分が行いたい。	2(8%)	0(0%)	3(7%)	10(8%)	15(7%)
4.その他	1(4%)	1(13%)	1(2%)	11(9%)	14(7%)

調査D) 沖縄本島内各養護学校を対象とした調査(1999)²³⁾ (N=17)

保護者の望む「医療的ケアの必要な児童生徒の教育に向けた学校側の対策」の設問に対する回答が表1-22である。教師に対する調査結果(表1-15)とほぼ同じ様な傾向が見られるが、「教師の意識の変容」を求める意見が入っているのが特徴的である。

表1-22 学校にとって欲しい対策 (沖縄本島内各養護学校を対象とした調査)

対 策	人数	比率(%)	(N=17)
医療的なケアに対する教師への研修会の開催	11	13	
医療的なケアについて親と学校側の協力体制の確立	11	13	
学校に看護婦を置く	11	13	
教育制度の整備(法律改正等)	11	13	
医療的なケアに必要な教室等の整備	9	11	
教師の意識の変容	9	11	
医師あるいは看護婦による巡回医療と指導の導入	8	10	
学校に医師を置く	6	7	
学校に看護婦の免許をもつ養護教諭を置く	5	6	
支援団体との連携の確立	2	2	
その他	1	1	
合 計	84	100	

(2) 各調査結果の分析

保護者は、医療的ケア必要児の教育形態について「病院内学級」や「訪問教育」よりも「学校」への通学による教育を望んでいる(調査B)。また、通常学校の保護者に比べて障害児学級や養護学校に子どもを通わせる保護者に、障害児教育の学校・学級だからこそ医療的ケアの対応を望むとする意見が多い(調査C)。

その上で、養護学校に「重度の子供たちが安心して通学できる」(調査A)ためには、教育条件の整備が必要と考えている。その内容は、1) 医療職の配置(医師の常駐や巡回、看護婦の常駐)、2) 教師の専門性の向上(研修の充実、意識の変容)、3) 保護者と学校の協力体制の確立(信頼関係の確立)、4) 施設・設備の充実、の4つにまとめることができる。

4. 本節のまとめ

養護学校における医療的ケア必要児の教育問題について、保護者はどのような解決方法を求めているのかを検討した。

保護者にとって医療的ケアは、日常的に自分の子どもに対して行っている行為であり、「生活行為」という認識であった²³⁾。また、通常学級より障害児学級や養護学校に在籍する子どもの保護者に、障害児に対する専門的な学校・学級だからこそ医療的ケアの対応を望むとする意見が多かった⁴⁹⁾。

医療的ケア必要児の保護者は、就学時に「訪問教育か通学籍か」という学籍問題で精神的なストレスを受け、通学籍になった場合も保護者付き添いが求められるなど、保護者にかかる負担の大きさを訴えていた^{50) 51)}。その負担軽減を求める意見とともに、養護学校で医療的ケアの対応を願う保護者の中には、「健康指導・健康配慮」⁵⁴⁾や「母子分離・精神的な自立」⁵⁵⁾、「子どもの内面への配慮と自己肯定感の育成」⁵⁶⁾など教育的視点から学校での対応を求める意見が見られた。

教師に任せられる医療的ケアの内容は、経管栄養と吸引が多かった⁴⁹⁾が、これは保護者が自分の子どもに行っている医療的ケアの体験に基づいていると思われた。

保護者は、医療的ケア必要児の教育形態について、「病院内学級」や「訪問教育」よりも「学校」への通学による教育を望んでいた。更に、保護者の考える今後の教育条件の改善点は、1) 医療職の配置(医師の常駐や巡回、看護婦の常駐)、2) 教師の専門性の向上(研修の充実、意識の変容)、3) 保護者と学校の協力体制の確立(信頼関係の確立)、4) 施設・設備の充実、の4つにまとめられた^{22) 23) 49)}。

第5節 第1章のまとめ

本章では、肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する養護学校教職員、医師、保護者の考えや願いなどを分析することによって、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題についてどのような解決方法を求めているのかを検討した。

養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方について学校長は、医療的ケア必要児を養護学校に通学させるべきではないとする「消極的な意見」から、「生活行為」として養護学校でも対応すべきであるという「積極的な意見」まで多様な意見を持っていた^{5) 6) 10) 11) 13) 14) 15)}。しかし、いずれの意見でも今後の養護学校には、医療との連携が不可欠な条件であるとした。

教師の考えも多様ではあったが、医療的ケアに対応した経験のある教師や対応した経験のある教師の多い養護学校では、医療的ケア必要児の教育形態について「訪問」より「通学」を支持する割合が高く、また医療的ケアの対応を「教育指導の一環」と捉える割合が高かった^{18) 22)}。一方、医療的ケアの対応経験のない場合には「わからない」と答える割合が多かった^{19) 20) 21) 23)}。このように実際に医療的ケア必要児の教育に関わり、その教師に医療的ケアの経験があるかどうか意識調査の回答に反映していた。しかし、今後の医療的ケア必要児の教育を考えた場合、医療的ケアの対応の経験の有無に関係なく、多くの教師は養護学校に「医療的ケアのための専門職（看護婦）配置」「医師との連携」「教職員の専門研修」「環境の整備」等が必要であると考えていた。

医師の考えは、医療的ケア必要児の教育措置について「訪問教育」よりもできるだけ「学校」で教育を受けることを支持する意見が多かった^{22) 31) 33)}。また、養護学校における医療的ケアの対応では、教職員の研修、学校設備・備品の充実、医療職の配置（小児神経に関心と理解のある学校医、学校看護婦等）など教育条件の整備が必要とされた^{35) 37) 38) 39) 43) 44) 45)}。更に医療的ケアの性質である「個別性」「関係性」「適時性」を考慮すると、実際の対応は一定の条件の下で、医療関係者と教職員が協力して対応することが望ましいとされた^{45) 46) 47) 48)}。

保護者の考えでは、医療的ケアは「生活行為」という認識であった²³⁾。そして、通常学級より障害児学級や養護学校に在籍する子どもの保護者に、障害児に対する専門的な学校・学級だからこそ医療的ケアの対応を望むとする意見が多かった⁴⁹⁾。また、保護者は、「訪問教育か通学籍で付き添うか」という学籍や付き添いの問題で、保護者にかかる精神的・身体的負担の大きさを訴えていた^{50) 51)}。その負担軽減を求める意見とともに、養護学校で医療的ケアの対応を願う保護者の中には、「健康指導・健康配慮」⁵⁴⁾や「母子分離・精神的な自立」⁵⁵⁾、「子どもの内面への配慮と自己肯定感の育成」⁵⁶⁾など教育的視点から学校での対応を求める意見が見られた。教師に任せられる医療的ケアの内容は、経管栄養と吸引が多かった⁴⁹⁾が、これは保護者が自分の子どもに行っている医療的ケアの体験に基づいていると思われた。医療的ケア必要児の教育形態は、「病院内学級」や「訪問教育」よりも「学校」への通学による教育を望み、今後の教育条件の改善点は、1) 医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）、2) 教師の専門性の向上（研修の充実、意識の変容）、3) 保護者と学校の協力体制の確立（信頼関係の確立）、4) 施設・設備の充実、の4つにまとめられた^{22) 23) 49)}。

以上、医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する養護学校教職員、医師、保護者の考えには、その立場や医療的ケアの経験の有無によって多様な考え方が存在したが、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題の解決には、養護学校の教育の充実を求める意見が共通に見られた。そして、この養護学校の教育の充実には、教育条件の整備と教育内容の充実の2つの視点が見られた。

第 1 章文献

- 1) 東京都議会議事録(1988)「東京都議会議事録第 14 号」,p.p.67-69.
- 2) 飯野順子(2000)「命を輝かせ、生活の質を高める教育と医療の連携について」,大阪養護教育と研究会活動報告第 2 集,p.p.2-9.
- 3) 白鳥芳子(2000)「村山養護学校の実践の歩み」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの? ,ぶどう社,p.p.60-67.
- 4) 星川勝(1991)「養護学校義務制 10 年の検証」,川島書店,p.14.
4-1) 前掲 4) の p.129.
- 5) 金井一男(1991)「医療的な配慮を必要とする児童生徒への対応」,肢体不自由教育,100,p.49.
- 6) 松本嘉一(1991)「教育における医療的かかわりを考える」,肢体不自由教育,100,p.19.
- 7) 障害児生理管理検討委員会：横浜市(1990)「養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言」.
- 8) 医療との連携のあり方に関する検討委員会：大阪府(1991)「大阪府立養護教育諸学校における医療との望ましい連携について(報告)」.
- 9) 今里勉(1998)「全国肢体不自由養護学校長会の活動」,はげみ 2・3 月号,p.p.49-50.
- 10) 全国精神薄弱養護学校長会(1995)研究紀要第 9 集,p.p.58-59.
- 11) 全国特殊学校長会(1996)平成 7 年度研究集録,p.p.42-50.
- 12) 村田茂(2000)「日本の肢体不自由教育の歴史をふりかえる」,大阪養護教育と研究会活動報告第 2 集,p.p.15-30.
- 13) 山田章弘(1999)「医療的ケアについての学校でのコンセンサスの形成とシステム作りに焦点をあてて」,肢体不自由教育,139,p.42.
- 14) 金井一男(1992)「医療的ケアを必要とする児童生徒へのシステマ的対応について」,養護学校の教育と展望,84,p.37.
- 15) 佐藤邦男(1992)「再び教育と医療の接点を探る」,養護学校の教育と展望,84,p.p.4-5.
15-1) 前掲 15) の p.7.
- 16) 下田巧(1993)「医療と教育という用語への対応」,全国肢体不自由養護学校長会会報第 4 号.
- 17) 松本清昭(1999)「学校での医療との連携をめぐる」,大阪養護教育と研究会活動報告第 1 集,p.p.85-86.
- 18) 横浜市立東俣野養護学校(1990)「(Ⅶ)医療的ケアを必要とする児童生徒の扱いについて」,実践集録(2),p.p.120-132.
- 19) 神奈川県立中原養護学校(1992)「医療的配慮を必要とする児童・生徒の教育について」,中原の教育実践⑩ ,p.p.16-18.
- 20) 沖縄県教育委員会(1999)「平成 10・11 年度文部省・県指定 特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究 研究成果報告書」,p.p.10-23.
- 21) 木村猛(1994)「肢体不自由養護学校における医業類似行為に関する研究」,平成 5 年度上越教育大学大学院修士論文.
- 22) 下井甫彦,秋葉繁晴,郷間英世(1995)「肢体不自由養護学校の児童・生徒の重度・重複化に伴う問題についての検討 II」,日本特殊教育学会第 33 回大会発表論文集,p.p.866-867.
- 23) 平田永哲,溝田康司(1999)「医療的ケアを必要とする児童生徒の教育権保障に関する研究(3)～医療的ケアに関する教師と保護者の意識調査(沖縄県)～」,琉球大学教育学部紀要,55,p.p.279-307.
- 24) 医療との連携のあり方に関する検討委員会：大阪府(1991)「大阪府立養護教育諸学校における医療との望ましい連携について(報告)」,p.10.
- 25) 医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会：東京都(1991)「医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について(報告)」.
- 26) 障害児教育と医療の連携検討委員会：滋賀県(1994)「障害児教育と医療の連携について(提言)」.
- 27) 医療行為を必要とする児童生徒の教育対応検討委員会：沖縄県(1998)「医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について(報告)」.
- 28) 東京都立村山養護学校(1994)「東京都肢体不自由養護学校における医療体制整備事業モデル校研究報告書～望ましい肢体不自由養護学校を目指して～」,p.55.

28-1)前掲 28)の p.56.

29)都道府県教育長協議会第4部会(2000)「特殊教育諸学校における重度・重複化への対応について」.

30)東京都教育庁学務部調査(1999)「都立肢体不自由養護学校で医療行為を必要とする児童・生徒数」.

31)三宅捷太(1990)「吸引と注入などを必要とする障害児が学校教育から敬遠されている問題」,脳と発達,22,p.88.

32)鈴木文晴(1991)「医療を必要とする重度障害児の養護学校通学に関して」,脳と発達,23,p.110.

33)北住映二(1991)「医療と養護・訓練」,養護学校の教育と展望,80,p.22.

34)廿楽重信(1993)「医療行為を必要とする児童生徒の学校教育の充実を考える」,療育の窓,86,p.3.

35)舟橋満寿子 他(1990)「日常的に医療ケアを必要とする学齢障害児の実態～東京多摩地区7施設での調査～」,脳と発達,22,p.p.398-400.

36)児玉和夫(1998)「医療的ケアを考える」,はげみ 2・3月号,p.4.

37)浅田美江(1990)「教育と療育」,養護学校の教育と展望,78,p.p.12-15.

38)小西正三(1994)「障害児教育に携わる者の専門性について」,大阪市立養護教育諸学校教育研究会研究紀要「碧空」第2号,p.3.

38-1)前掲 38)の p.6.

39)鈴木康之(1994)「医療的配慮に関わる養護学校教員に必要とされる研修内容」,養護学校の教育と展望,84,p.p.31-36.

40)二瓶健次,船戸正久(1996)「特集 第37回日本小児神経学会総会シンポジウムⅡ 小児慢性神経疾患のQOL 序論」,脳と発達,28,p.p.199-201.

41)第40回日本小児神経学会(1998)「重度障害児の医療と生活支援 よりよい在宅療育の実現を願って」,第40回日本小児神経学会公開シンポジウム報告書.

42)第42回日本小児神経学会(2000)「学童期の療育をどう支援していくか」,脳と発達,第32巻総会号.

43)内藤春子(1996)「指定発言ー病院から在宅へー」,脳と発達,28,p.p.211-213.

44)禹満(2000)「養護学校医としての支援」,脳と発達,第32巻総会号.

45)小西行郎 他(1997)「学校における障害児の療育～『医療的ケア』についての問題点と今後の課題」,平成8年度厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成のシステム化に関する研究」,p.p.84-85.

46)北住映二(1998)「全国の肢体不自由養護学校での、医療的ケアの実施状況と課題」,はげみ 12・1月号,p.p.14-19.

47)北住映二(1998)「肢体不自由養護学校における『医療的ケア』の実施状況の実態調査」,平成9年度厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成のシステム化に関する研究」.

48)北住映二(2000)「基本的問題についての共通認識を」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.92.

49)下川和洋,谷みどり(1996)「医療的ケアに関する保護者アンケート調査報告」,いのちの輝き資料編,日本小児医事出版社,p.p.113-134.

50)鈴木美香子(2000)「この子らの笑顔を絶やさないで」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.25-29.

51)森山めぐみ(1998)「『ニコちゃん通信』の会」,はげみ 12・1月号,p.p.36-38.

52)盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会:神戸市(1997)「肢体不自由養護学校における医療的ケアについて(報告)」,p.4.

53)北恵 万里子(1998)「学校へ行こう」,はげみ 2・3月号,p.51-53.

54)松下真由美(2000)「やっぱり大好き!たのしい学校!」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.13-16.

55)藤浪ゆかり,吉田麻衣(2000)「ひとりの子どもとして」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.47-53.

56)浦野明美(1998)「医療的ケアと子育て、教育」,はげみ 12・1月号,p.p.39-41.

第2章 養護学校における医療的ケア必要児への取り組みの実際

本章では、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方について研究を進めるために、1988年から2000年までの間に自治体や養護学校で行われた医療的ケア必要児への取り組みを分析して、養護学校における教育条件整備の内容と養護学校が医療的ケアに対応する意義を検討する。

第1節 養護学校における教育条件の整備に関する取り組み

本節では、1988年から2000年までの間に医療的ケア必要児の教育問題に関する「検討委員会」を教育委員会が設置したり、自治体として施策を始めた12都道府県3政令指定都市（ただし、1998年から文部省の「実践研究」で取り組み始めた県、および2000年に「検討委員会」を設置した山口県、山梨県、秋田県を除いた）を対象に自治体や養護学校の取り組みの分析を行い、養護学校における教育条件整備の内容を検討する。

ここで扱う「教育条件」とは、医療的ケア必要児の教育を保障するために養護学校が整えていくべきとされる教育条件のことである。なお、第1章では、関係者の意識調査等から教育条件の整備の内容として、1) 医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）、2) 教師の専門性の向上（研修の充実、意識の変容）、3) 保護者と学校の協力体制の確立（信頼関係の確立）、4) 施設・設備の充実、の4つがあがっていた。

1988年に東京都教育委員会が医療的ケア必要児の教育措置について方針を出した後、他府県の教育委員会でも「検討委員会」等を設置し、医療的ケア必要児の教育問題についての方針等を答申している（表2-1）。これらの答申・報告書をもとに事業化した自治体と独自に事業を始めた自治体が見られる（表2-2）。

表2-1 医療的ケアに関する自治体の答申・報告書

年・月	都道府県	検討委員会等の名称	答申・報告書の名称
1989.10	東京都	東京都心身障害教育推進委員会	東京都心身障害教育推進委員会第二次報告第四部会（就学適正化部会）
1990.3	横浜市	障害児生理管理検討委員会	養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言
1991.3	東京都	医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会	医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について（報告）
1991.3	大阪府	養護教育研究会	今後の養護教育のあり方に関する調査報告書
1991.3	大阪府	医療との連携のあり方に関する検討委員会	大阪府立養護教育諸学校における医療との望ましい連携について（報告）
1992.3	埼玉県	埼玉県特殊教育振興協議会	答申書 本県における特殊教育の振興について
1993.3	神奈川県	神奈川県障害児教育関連医療研究協議会	障害児教育関連医療研究協議会のまとめ
1994.3	滋賀県	障害児教育と医療の連携検討委員会	障害児教育と医療の連携について（提言）
1995.3	高知県	高知県心身障害教育振興対策協議会	学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について
1997.2	千葉県	千葉県障害児教育検討委員会	本県障害児教育の課題と今後の在り方について（答申）
1997.3	神戸市	盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会	肢体不自由養護学校における医療的ケアについて（報告）
1998.1	沖縄県	医療行為を必要とする児童生徒の教育対応検討委員会	医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について（報告）
1998.3	兵庫県	兵庫県障害児就学指導審議会	高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について（報告）
1999.3	千葉県	第2次千葉県障害児教育検討委員会	本県障害児教育の課題と今後の在り方について（報告）
1999.3	大阪市	大阪養護教育審議会専門調査委員会	福祉・医療等との連携について - 医療的ケアを必要とする児童・生徒への対応について -

表 2 - 2 医療的ケアに関する自治体の取り組み

自治体名	取り組みの内容・事業名
横浜市	臨床指導医の配置（1972年～）
東京都	医療体制整備事業（1992～1993年） 救急体制整備事業（1994年～）
大阪市	看護指導員派遣（1995～）
神奈川県	重度・重複障害児担当医師派遣事業（1996年～）
千葉県	実践研究の協力校に船橋養護学校を指定して指導医を配置（1997年～）
兵庫県尼崎市	養護学校へ訪問看護婦を配置して看護行為の実施（1997年～）
宮城県	要医療行為通学児童生徒学習支援事業（1997年～）
神戸市	医療職の巡回指導チームの定期的な派遣（1998年～）
国・文部省	特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究（1998～2000年） 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（2001年～） （委嘱：福島県、神奈川県、静岡県、三重県、兵庫県、和歌山県、広島県、高知県、鹿児島県、沖縄県）
滋賀県	要医療的ケア児童生徒学習支援事業（1999年～） 滋賀県重度障害児訪問看護利用助成事業（2000年～）
鳥取県	医療行為が必要な通学児童生徒学習支援事業（2000年～）
北海道	医療・介護体制を整えた高等養護学校（夕張高等養護学校）の開校（2001年4月）

1. 神奈川県横浜市の取り組み

(1) 経過

横浜市における重度・重複障害児の教育は、1969年4月に神奈川県教育委員会と横浜市が「在宅心身障害児家庭訪問指導制度」を発足させ、更に翌1970年に「不就学児童生徒施設訪問指導制度」を開始したことに始まる。横浜市教育委員会は、この制度の発展的改善策として訪問学級（特殊学級）を1972年4月に横浜市立中村小学校に、1974年4月に横浜市立平楽中学校に開設した。更に家庭・施設訪問学級（特殊学級）を1974年4月に横浜市立の小学校に、1975年4月に横浜市立の中学校に開設し、市内の不就学児（就学猶予・免除児）に対して就学による家庭・施設訪問指導を開始した。

1979年の養護学校義務制にともない、市内の訪問学級と家庭・施設訪問指導学級を発展的に解消し、家庭訪問指導対象児は横浜市立養護学校の分教室（小・中学部）、施設訪問指導対象児は神奈川県立養護学校で通学または訪問指導を行うようになった¹⁾。その後、各分教室は小規模養護学校として順次独立していった。

2000年度現在、横浜市には通常学校に併設した小規模肢体不自由養護学校として、中村養護学校（1982年4月～）、新治養護学校（1984年4月～）、東俣野養護学校（1986年4月～）、北綱島養護学校（1985年4月～1994年3月大綱養護学校、1995年4月～改築移転に伴い現校名に変更）の4校がある。

小規模肢体不自由養護学校の特徴は、不就学児に対して教育の機会を保障する方策として始められた「家庭訪問指導制度」からの一連の取り組み、中村小学校に訪問学級を開設した際（1972年4月）に母親学級を設置して担当にソーシャルワーカーを配置したこと、更に臨床指導医が巡回をはじめたことがあげられる²⁾。そして、個別の訪問指導から学校へ通学しての集団指導へと移行を進めていく中、在籍する児童・生徒の障害の重度化が進み、教師は児童・生徒の必要とする医療的ケアを「ごく自然の経過の中で」学習していった³⁾。1982年からは、神奈川県立こども医療センターでの実技研修を開始している。

1988年に東京都教育委員会は、吸引や経管栄養等は「医療行為」とであるという見解を示した。それに対して横浜市教育委員会は、1989年に障害児生理管理検討委員会を設置し、翌年「養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言」を答申した。その中で保護者が家庭で行っている吸引や経管栄養は、狭義の「医療行為」とは異なるとして「生活行為」の一部という認識を示し

た⁴⁾。更に 1992 年には「重度・重複障害児の安全指導のために」という手引書を作成し、教師に配布した。

このように横浜市では、訪問教育から通学による教育という歴史的経過、およびソーシャルワーカーの配置や臨床指導医の巡回など福祉・医療との連携が行われてきた。

次に、教育条件の整備という視点で、1) 医療との連携、2) 研修、3) 保護者と学校の協力体制の確立、4) 施設・設備、の4つについて横浜市の状況を見ていくことにする。

(2) 教育条件の整備について

1) 医療との連携

①臨床指導医

1972 年に中村小学校に訪問学級を開設した際、学校医とは別に臨床指導医として神奈川県立こども医療センター重症心身障害児施設の医師（神経内科）と横浜市立大学医学部リハビリテーション科の医師が巡回をはじめたことが最初である²⁾。

②臨床指導医の役割

前述のように臨床指導医には、神経内科（小児神経科）とリハビリテーション科の2つの科の医師が配置されている。臨床指導医は学校によって異なるが毎学期2～4回、学校を訪問している。臨床指導医の役割は、科によって異なり、神経内科（小児神経科）の医師は、健康面の診察や医療的ケアに関する技術的な指導、健康相談などを行っている（表2-3）⁵⁾。リハビリテーション科の医師は、主に脳原性の機能障害に対する神経筋促通手技、移動能力の向上、適正な座位姿勢の保持などに関して自立活動（養護・訓練）の指導・助言を行っている（表2-4）⁶⁾。

表2-3 臨床指導医（神経内科医）の役割⁵⁾

①子どもの身体計測、一般理学的診察をはじめ、重症心身障害児に多い喘鳴、呼吸状況、側彎や関節拘縮の程度など健康面の診察。
②痙攣への対処、摂食法、姿勢保持の方法、排痰から吸引や注入に関する技術的な指導と確認、更に食事、睡眠や排痰などの生活リズム作りに関する相談。
③子どもの教室内活動、散歩、外出、プールや運動会、さらに宿泊訓練、修学旅行に至るまでの、円滑な学校生活を送るためのあらゆる面の相談。
④学校ばかりでなく家庭の問題を含む親との相談。
⑤校医と主治医との連携、ときに救急に依頼する病院への橋渡し（全員のカルテを作成するなど）。主治医の紹介状や親への指導を理解しやすく紹介する。
⑥親や教師への医療的な健康に関する講演や技術的指導。
⑦緊急時を含めて、電話などで随時相談を受ける。

表2-4 臨床指導医（リハビリテーション科）の役割⁶⁾

ROM（拘縮予防・拘縮改善）訓練
体幹・骨盤帯支持筋の安定化（よつばい・膝立ち）
反射抑制肢位（Relaxation）
立ち直り反応の促通（側臥位・座位）
動作訓練（ねがえり・起き上がり・よつばい・立ち上がり）
バランス訓練（座位・膝立ち・立位）
歩行訓練（平行棒・PCW・SRC・歩行器・Crutch・Lofstrand）
車いす訓練・電動車いす訓練
座位姿勢保持（Seating System 適応評価・適合判定）
ADL訓練
コミュニケーション機器の適応評価
（電動）車いす・装具の適応評価と適合判定
神経心理学的障害への対応
医療相談・福祉相談
リハビリテーションセンター・医療機関への紹介
進路相談

③ 日常の健康状態の把握と緊急時の対応

養護学校が児童・生徒の障害・疾病の状況を把握するために、保護者や主治医に対して保健調査書や診断書の提出を依頼している。これを各定期健康診断、臨床指導による検診、緊急時や校外学習等で医療機関を受診する際に適切な医療を受けるための資料として活用している⁷⁾。

学校事故については、学校管理下と家庭内での事故をまとめるとともに、緊急処置と事故発生時の連絡手順のマニュアルを作成して全職員に配布している⁸⁾。緊急時の判断については、学校の近くに開業している学校医に判断を仰ぎ、適切な医療機関へと移送する手続きをつくっている学校も見られる³⁾。

2) 研修

① 神奈川県立こども医療センター重心施設実習研修

重心施設における研修の始まりは、三宅⁵⁾によると「公式の医療研修がはじまったのは、1982年に重心施設長の横田先生自ら吸引と経管栄養法を初代の養護教諭の森田恵子先生に教授したことから」であるが、それ以前に「日浦美智江先生は当時の主任金井一男先生の薦めもあり、教師として新任だった吉野京視先生とともに小児病院の重症心身障害児施設医務課長の山田美智子先生を訪れ、見学と研修を受け」たのが、最初とされている。こうして「ごく個人的なつながりから始まった実習」⁹⁾ではあったが、施設側の協力と教育委員会の支援で養護学校の研修として位置づけられていった。

対象は、重度・重複障害児教育に初めて携わる転任者と新規採用教員全員である。実習期間は、1週間である。研修目的は、「重症心身障害児施設での実習・研修を通して、重度・重複障害児の医療的かかわりと、日常生活に必要な内容・方法を学び、本校の児童生徒の教育指導に資する」³⁾とされている。研修の内容を表2-5に記す⁵⁾。

表2-5 県立こども医療センター重心施設実習研修の内容⁵⁾

①呼吸管理の方法（電動吸引器利用を含む排痰法及び呼吸訓練など）
②経管栄養の実際（注入の手順と栄養チューブの取り扱い方）
③食事の介助方法（緊張を取りリラックスさせる体位、嚥下や咀嚼に配慮の必要な場合の摂食介助法）
④保健安全について（更衣、清拭、体位変換、移動などの介助方法、褥瘡の予防と処置、感染の予防方法など）
⑤機能訓練及び日常生活全般について

② 横浜市立養護教育総合センターにおける研修

横浜市には、横浜市立養護教育総合センターが設置され、障害児教育関係の研修事業を行っている。特に医療的ケアに関しては、排泄管理（疾患と導尿、導尿の方法）、食事指導、医療的ケア（栄養管理、呼吸管理）等の講習会を行い、教師の資質向上を図っている^{3) 10)}。

3) 保護者と学校の協力体制の確立

保護者と養護学校の協力体制として母親学級がある。1972年に中村小学校に訪問学級を開設した際、母親を指導・援助するソーシャルワーカーが配置された²⁾。このソーシャルワーカーが、母親学級の運営を支援している。母親学級では、①勉強会（医療保健関係、進路関係、福祉関係等）、②講演会（障害児教育の現状と将来、豊かな人生を歩むために、その他）、③見学会（施設見学、鑑賞会、交流会等）、④レクレーション（手芸等の作品作り、スポーツ等）、に取り組んでいる¹¹⁾。

医療的ケアの対応については、保護者の依頼を受けて養護学校と主治医が話し合い、学校でケアができるかどうかを判断している⁹⁾。安全に実施できるように、養護学校は主治医や保護者と連携

を行っている⁷⁾。

4) 施設・設備の整備

1979年の養護学校義務制にともない、各分教室は小規模養護学校として順次独立していった。その際、医療機関が併設しない単独養護学校において重症心身障害児の指導を可能にするために、校舎の新・改築工事が進められた。全校舎に冷暖房を設置したり、児童・生徒の送迎バスにはベッド代わりになる座席、緊急連絡用の車内電話、車椅子ごと乗車できるパワーリフト等々いろいろな工夫が行われた⁴⁻¹⁾。

(3) 神奈川県横浜市の取り組みのまとめと考察

訪問教育は、北九州市が地方自治体として1968年に全国で初めて制度化し¹²⁾、1979年の養護学校義務制で国の制度となった。このことから1969年に開始した横浜市は、極めて早い時期に制度化したことになる。

横浜市立小規模養護学校の特徴は、訪問教育から養護学校での教育に至る歴史的経過と、養護学校における教育を支援する医療や福祉との連携、保護者との協体制づくり、施設・整備の充実にあると言えよう。そして、教師が個人的に取り組み始めた重心施設研修を、後に養護学校の研修に位置づけていったことも、児童・生徒の実態に対応して教師の資質向上を図ってきた特徴的な取り組みの一つと言えよう。

以上から横浜では、先に教育条件の整備の視点としてあげた、1) 医療職の配置(医師の常駐や巡回、看護婦の常駐)、2) 教師の専門性の向上(研修の充実、意識の変容)、3) 保護者と学校の協体制の確立(信頼関係の確立)、4) 施設・設備の充実、の4つの内容について取り組んでいることが明らかになった。

2. 東京都の取り組み

(1) 経過

東京都は、国の養護学校義務制に先駆けて障害児の希望者全員就学を1974年に実施した。

児童・生徒の重度・重複化が進む中、経管栄養や痰の吸引、導尿を必要とする児童・生徒が通学し、教師が一部対応する状況があった。これに対して東京都教育委員会は、1988年に医療的ケアを必要とする児童・生徒の就学措置を原則として訪問教育、通学の場合は保護者や施設職員が医療的ケアを行うという方針を出し¹³⁾、養護学校は保護者に付き添い登校を求めようになった。

1990年に東京都教育委員会は、「医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会」を設置し、1991年に「医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について(報告)」¹⁴⁾を報告した。その中で具体的な方策として、①就学相談体制の充実、②指導医の配置、③学校保健体制の整備・充実、④教員の研修の充実、手引書の作成、があげられた。この報告書に基づき、1992年に「肢体不自由養護学校における医療体制整備事業」が策定された。

「肢体不自由養護学校における医療体制整備事業」は、「保護者の不在時等やむをえない理由により、学校で医療行為等を行う場合においては、適切な対応が可能となるよう、肢体不自由養護学校における医療体制整備事業を推進し、その条件整備を図る」¹⁵⁾を目的に、①モデル校の指定・運営、②研修事業の実施、③研究連絡協議会の設置・運営、④手引書の作成、で構成された¹⁶⁾。

「①モデル校の指定・運営」に基づき、東京都立村山養護学校がモデル校(1992～1993年)に指定された。この目的は、「指導医の配置や医療機器等の整備により、学校で対応可能な医療行為等の実施の条件整備を図るとともに、その範囲・方法について研究」することであった。事例研

究を中心とする研究を通して、指導医の役割、保護者が付き添えないやむを得ない場合において教職員が医療的ケアに対応するための手続などを研究した。

②の研修事業は、(1)研修協力校の指定・運営、(2)研修の実施、であった。(1)については、研修協力校として東京都立府中養護学校(1992年)と東京都立小平養護学校(1993年)が指定された。(2)については、重症心身障害児施設および都立病院等で講義と実技研修を行う「臨床研修」と、医師や看護婦、理学療法士等が講師となって講義と実技研修を行う「専門研修」を開始した。

③の研究連絡協議会は、モデル校と研修協力校の研究推進に関する課題等について協議する場として設けられた。

④の手引書は、学校長、養護教諭、学校看護婦、養護学校教諭、医師、教育庁関係者からなる「医療的配慮を要する児童・生徒の健康・安全の指導ハンドブック」作成委員会を組織し、1993年3月に「医療的配慮を要する児童・生徒の健康・安全の指導ハンドブック」の「基礎編」、翌1994年3月に「実践編」を作成して都立肢体不自由養護学校全教職員に配布した。1997年からは社会福祉法人日本肢体不自由児協会が発行者となり、一般にも販売するようになった。

研修協力校の研究^{17) 18)}とモデル校の研究¹⁹⁾の成果を受けて、東京都教育委員会は救急体制整備事業を策定し、1994年4月から開始した。この目的は、「都立肢体不自由養護学校の教職員に対して医療に関する研修体制の充実を図るとともに、指導医の委嘱等により、経管栄養やたんの吸引等、常時医療的配慮を要する児童・生徒の学校生活における救急体制の整備・充実を図ること」とした²⁰⁾。医療体制整備事業における研修協力校に相当する学校を「症例研究・研修校」とし、指導医を配置したモデル校に相当する学校を「救急体制整備校」とした。「症例研究・研修校」の指定を受けた翌年に「救急体制整備校」の指定を受ける形を取り、5か年計画で都立肢体不自由養護学校全14校に指導医の配置が進められた(表2-6)²⁰⁾。

一方1997年4月に、全国初の校内に民間の診療所をおいた東京都立あきる野学園養護学校が開校した。養護学校開校に向けた計画の段階で、周辺に医療施設がないために転学対象である東京都立村山養護学校在籍児童・生徒の保護者から不安が出された。保護者からの強い要望を受けて都は、村山養護学校に隣接した東京小児療育病院に対して診療所の開設を要請した。その結果、東京小児療育病院附属上代継診療所が養護学校内に開設したというのが経過である^{21) 22)}。

東京都教育委員会は1998年度に都立肢体不自由養護学校全14校に指導医を配置し、救急体制整備事業はこれ以降平年度化された。しかし、救急体制整備事業が5か年計画で順次実施されたこと、実施内容が各学校の指導医や教職員のコンセンサスによって決まること、更に事業名が医療体制整備事業から救急体制整備事業に変更されて教職員の間で「緊急・救急時の対応である」という認識が広がって混乱が生じたことなどにより、各養護学校の取り組みは一様ではない^{23) 24)}。

またこの間、養護学校に勤務する学校看護婦の職務内容が不明確だとして問題になった。東京都の学校看護婦の配置は、日本で最初の肢体不自由児のための公立学校である東京市立光明学校の開校(1932年6月1日)に始まる。光明学校は、「学校長および教員5名(授業嘱託を含む)ならびに看護婦4名、児童34名」²⁵⁾で開校した。当時、学校看護婦は、整形外科校医の診断と指示に基づき、児童へのマッサージ療法、太陽灯照射、日光浴、入浴、ギプス療法、矯正体操を行っていた。その後、養護教諭の制度ができて保健室には養護教諭と学校看護婦の2つの職種が存在するようになった。学校看護婦は、保健室スタッフとして養護教諭と同じように保健行事や校外行事の引率等を行っているが、教育職である養護教諭に対して事務系職員に位置づけられた学校看護婦には、勤務時間の割り振り、手当、研修などの待遇面で格差が生じていた。養護学校における医療的ケア必要児の教育問題が持ち上がって以来、学校看護婦の専門性に対して教師や保護者の期待が高まる一方で、学校看護婦の職務内容の不明確さと学校看護婦の待遇改善の問題が大きく表面化した²⁶⁾。そこで、東京都教育委員会は、「東京都立養護学校における看護婦の職務に関する要綱」²⁷⁾

を作成した。その中で規定された職務内容が表 2-7 である。

2000 年度現在、東京都立の肢体不自由養護学校および病弱養護学校には、1～2名の学校看護婦が配置されている。

表 2-6 救急体制整備事業の年次計画²⁰⁾

	救急体制整備校	症例研究・研修校
6 年度	都立村山養護学校 都立小平養護学校 都立府中養護学校	都立北養護学校 都立城南養護学校 都立大泉養護学校
7 年度	都立北養護学校 都立城南養護学校 都立大泉養護学校	都立 A 養護学校 都立 B 養護学校 都立 C 養護学校
8 年度	都立 A 養護学校 都立 B 養護学校 都立 C 養護学校	都立 D 養護学校 都立 E 養護学校
9 年度	都立 D 養護学校 都立 E 養護学校	都立 F 養護学校 都立 G 養護学校
10 年度	都立 F 養護学校 都立 G 養護学校	

表 2-7 東京都立養護学校における看護婦の職務²⁷⁾

<p>1. 学校看護婦は、医療技術職として、校長等の上司の指揮監督を受け、医療的措置など看護に関する業務に従事する。</p> <p>2. 学校看護婦の職務は、おおむね次のとおりとする。</p> <p>(1) 校長の定める都立養護学校における救急体制整備事業実施要綱（平成 6 年 4 月 1 日付 6 教学義第 24 号）による救急体制整備校運営要項等に基づき、医師（同要項により当該学校に委嘱された指導医、当該学校の学校医、当該学校が指定する医療機関及び児童・生徒の主治医をいう。次号において同じ）の指示又は指導・助言を受けて緊急時の医療的措置の実施に関すること。</p> <p>(2) 医師及び保護者との連絡に関すること。</p> <p>(3) 児童・生徒の健康に係る実態の把握に関すること。</p> <p>(4) 児童・生徒等の健康診断及び健康相談に関すること。</p> <p>(5) 宿泊を伴う学校行事等における児童・生徒の看護に関すること。</p> <p>(6) その他児童・生徒の看護に関すること。</p> <p>3. 学校看護婦は、前項各号に掲げる職務のほか、校長等の上司の指揮監督を受けて必要な業務に従事する。</p>

(2) 教育条件の整備について

1) 医療との連携

①指導医

指導医は、学校医とは別に委嘱され、年間 35 回（週 1 回程度）各養護学校を巡回して児童・生徒の検診や教職員への指導・助言を行う。指導医は、救急体制整備校の依頼に基づき、東京都教育委員会から委嘱される。障害児医療を専門に診る小児科医、小児神経科医が委嘱を受けている。

②指導医の役割

指導医の職務は、「常時医療的ケアを必要とする特定の児童・生徒の検診を行い、教育上必要な医学的知識や技能、救急時の対応等を、教職員、保護者に対して指導・助言する」ことである²⁰⁾。

各養護学校は、教職員が医療的ケアを行う場合の実施手続き等を著した実施要項を作成しなけ

ればならない。表 2-8 に実施手続きの例、図 2-1 にその流れ図を示す²⁸⁾。ここにあるように、主治医の了解のもとで保護者が学校に医療的ケアの実施申請を行い、校内委員会等の検討を経た後、指導医が児童・生徒の検診を行って学校で対応する医療的ケアの内容・範囲および実施者を特定し、更に実施教職員に対して個別的・具体的な指示と研修を行う。そして、最終的に学校長が決裁する流れである。このように指導医は、検診や研修、実施状況のチェックなどを行っている。

③ 日常の健康状態の把握と緊急時の対応

養護学校が医療的ケアに対応する場合、保護者から出された「医療的ケア実施カード」を使って、保護者、学校、指導医の間で医療的ケア必要児の健康状態の情報交換を行っている²⁸⁾。

緊急時の対応は、養護学校毎に指定医療機関をつくとともに、教職員の救急対応や病院搬送などのマニュアル作成、緊急時対応訓練などを行っている^{20) 28)}。

表 2-8 東京都立村山養護学校の医療的ケア実施手続き²⁸⁾

<p>①保護者の申請に基づき、係は指導医の助言を受けつつ係としての意向を出し、当該の学部において了承を得た児童・生徒を実施対象者として決定する。</p> <p>②看護婦等保健室職員は指導医と連絡を取り、該当児童・生徒の検診等の期日を設定し、実施者と共に検診等に立ち会う。この際、保護者は同伴するものとする。</p> <p>③主治医からの資料等を得ながら、指導医は、教職員が実施可能な医療的ケアの内容・範囲を特定する。</p> <p>④校長は、指導医及び係と協議し、対応する教職員を指定する。ただし、本人の意思に反して指定されることはない。</p> <p>⑤指定された教職員は、指導医から必要な指導・研修等を受ける。</p> <p>⑥保護者の依頼を受けた期日・期間に、指定された教職員が医療的ケアを実施する。</p> <p>⑦実施状況等は記録し、指導医に報告する。</p> <p>⑧看護婦は指導医への報告及び教員に対する医療的ケアに関する技術上の助言に努める。</p> <p>⑨緊急時の医療機関は、東京小児療育病院とする。</p> <p>※施設内訪問及び在宅訪問の手続きについては、以下の通りとする。</p> <p>①～④及び⑦～⑨については同様。⑤指定された教職員は主治医又は主治医の指定した者から指導、研修等を受ける。⑥研修記録は、研修指導を行った主治医又は主治医の指定した者に終了印をもらった後、指導医に確認印をもらう。</p> <p>※継続の場合は別に定める手続きによる。</p>

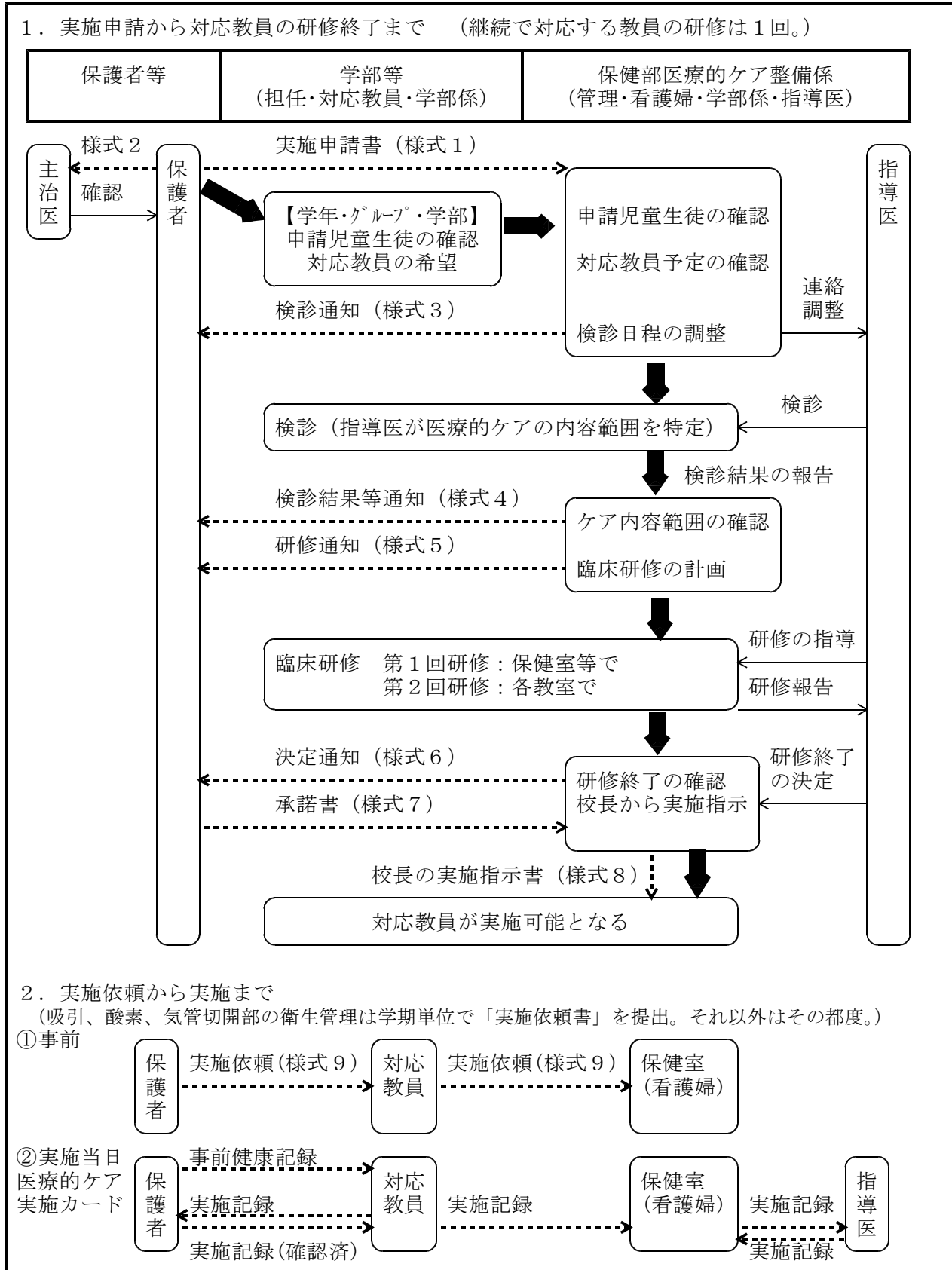


図 2 - 1 東京都立村山養護学校の医療的ケア実施流れ図²⁸⁾

2) 研修

①重心施設における臨床研修

重症心身障害児施設および都立病院等で講義と実技研修を受ける臨床研修は、医療体制整備事業の一環として 1992 年に始まった。研修会場は、学校看護婦が東京都立府中療育センター、教師は重症心身障害児施設みどり愛育園であった。東京都の事業としては 1992 年からであるが、これより先の 1991 年 7 月 24 ～ 26 日に東京都立村山養護学校の白鳥芳子教諭と筆者は、学校長の了承を得て重症心身障害児施設みどり愛育園において臨床研修の自主研修を行っていた。その研修の目的は、①重症心身障害児の医療上の配慮事項や医療行為に関する基礎知識及び技能の習得、②緊急時の対処の方法の習得、の 2 点であった。研修終了後、研修内容を『医療行為』に関する実技研修報告にまとめ、学校長を通して教育委員会に提出した。この報告書が、1992 年からの東京都教育委員会主催の臨床研修の企画の際に参考にされた²⁹⁾ (資料 6)。

救急体制整備事業となった 1994 年からは、救急体制整備校がそれぞれで企画・運営するようになった。なお、臨床研修の趣旨は、「肢体不自由養護学校における救急体制整備事業の一環の研修として、重症心身障害児施設等において、医療的な配慮事項等についての実践的研修を実施し、教職員の資質の向上を図るとともに、日常の学校生活における健康管理や健康の維持・増進等の指導に資する」とされている³⁰⁾。

②教育庁学務部主催の専門研修³¹⁾

重度・重複障害児童・生徒の指導に関する研修には、東京都立教育研究所主催の研修と救急体制整備事業の一環として行われる教育庁学務部主催の専門研修がある。専門研修の趣旨は、「肢体不自由養護学校における救急体制整備事業の一環として、医療的ケアとその対応についての専門的な理解を深め、日常の学校生活における健康管理や健康の維持・増進等の指導に資する」である。

専門研修には、基礎講座、専門講座、摂食・調理講座、養護・訓練講座、救急・救命講座の 5 講座が開設されている。基礎講座 (4 回、1 回 2 時間程度) は、「障害の重い子どもの健康観察と管理」「障害の重い子どもの健康と疾病」「障害の重い子どもの運動機能の障害」について医師、看護婦、理学療法士等が講義する。専門講座 (8 回) は、「摂食・嚥下障害」について医師や教師が講義と実技指導を行う。摂食・調理講座 (2 回) は、主に栄養士を対象とした講義・実習。養護・訓練講座 (2 回) は、リハビリテーション科の医師が機能訓練を中心に講義と実技指導を行う。救急・準救命講座 (2 回) は、医師が救急・救命の講義・実技指導を行う。

研修の対象は、当初東京都立肢体不自由養護学校の教職員であったが、知的障害養護学校においても、てんかんや摂食・嚥下に問題のある児童・生徒への配慮の必要性から受講希望が出され、現在は知的障害養護学校の教職員も対象とされている。

3) 保護者と学校の協力体制の確立

各養護学校では、医療的ケア必要児の対応についての検討および実際の手続きを運営する委員会 (名称は、例えば城北養護学校では「医療的ケア委員会」、多摩養護学校や小平養護学校では「医療的ケア検討委員会」、府中養護学校では「保健・救急委員会」、村山養護学校では「保健部医療的ケア整備係」等様々である。) を設置している。この委員会が、年間数回の保護者説明会や懇談会を企画・運営している。

日常的には、図 2-1 にあるように、医療的ケア実施カードや連絡帳等を通して、医療的ケア必要児の健康状態等を双方で確認している。

4) 施設・設備の整備

1995 年前後から都立肢体不自由養護学校では、それまで保健室、音楽室、訓練室など特別教室にしか認められていなかったエアコンが、順次、普通教室にも設置されるようになった。また、男子トイレの自動洗浄、教室に給湯設備なども取り付けられた。これらは救急体制整備事業の取り組みとともに MRSA や O-157 等の感染症対策でもあった。

更に、都立盲・ろう・養護学校運営費標準が 1995 年に改訂され、表 2-9 のように、吸引器、パルスオキシメーター、ネブライザー等の医療機器がその項目に位置づけられた³²⁾。

表 2-9 都立盲・ろう・養護学校運営費標準³²⁾ の養護・訓練（身体の健康）から一部抜粋

標準課程の事項名	番号	教材教具等の名称	規格
疾病の状態と生活管理	1	吸引装置	吸引圧力 0 ~ 500mmHg
	2	酸素濃度測定器	携帯用
	3	吸入装置	ネブライザーユニット
	4	体温計	電子式・低体温測定可能
	5	聴診器	

(3) 東京都の取り組みのまとめと考察

東京都教育委員会は、1988 年に養護学校における医療的ケア必要児の就学措置等の見解を表明し、1992 年に医療体制整備事業の策定以後、指導医配置による養護学校での医療的ケア必要児の対応の研究、教職員の研修、ハンドブックの作成、施設・設備の充実などを進めていた。

1) 医療的ケア必要児の対応について

養護学校における医療的ケア必要児の対応は、保護者が付き添えない「やむを得ない」場合に、保護者の依頼に基づき、特定の児童・生徒に対して特定の教職員が、医師の指導を受けて特定の医療的ケアを実施する手続きで行われている。ところで医療的ケアの対応については法解釈上の問題があり、看護婦資格のない教師が医療的ケアを実施して万が一の事態が生じた場合の責任の所在が問題にされている。これについて鈴木ら³³⁾は、東京都のシステムを踏まえて、表 2-10 のようにそれぞれの責任の分担を明確にした上で、「事業自体は、教育委員会の事業範囲であり、責任主体は教育委員会が持つ。万が一の保障は、負担を担えるところが持つという社会保障概念のもと行われ」と述べている。また、一定の要件や手続きといったシステムは、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うことの違法性を刑法第 35 条（法令又ハ正当ノ業務ニ因リ為シタル行為ハ之ヲ罰セズ）の正当行為によって阻却するためのものとして飯野³⁴⁾は、「東京都は何か訴訟があったとき、この正当行為ということで、学校を守ろうという立場に立ったわけです。」と述べている。

以上のように法的な検討を踏まえた上で、医療的ケアの対応が行われている。

表 2-10 責任分担³³⁾

1. 障害児・保護者	: 依頼・委託責任
2. 校内医療体制整備委員会 (都教育委員会)	: 総合管理責任
3. 指導医	: 指導・監督責任
4. 担当教官	: 実施責任

2) 研修について

教育委員会主催の医療的ケアに関する研修には、臨床研修と専門研修がある。

臨床研修は、都立病院や重症心身障害児施設の病棟で、教職員が医師や看護婦等から医療的ケアや介護技術等を学ぶ実技研修である。この研修は、経管栄養や吸引など医療的ケアの技術を学ぶだけでなく、障害児の健康や疾病、運動・動作、摂食指導、救急法というように、重度・重複障害児の教育にあたる教職員に必須の知識・技術を学ぶ機会になっている。

筆者は、1994年、1996年、1997年、重症心身障害児施設みどり愛育園における臨床研修に参加した教職員（教諭、養護教諭、学校看護婦）計46名に対してアンケート調査を行った。その結果を表2-11に示す。参加者は医療的ケアを必要とする児童・生徒の担任が多く、また臨床経験の必要性を感じて参加していた。半日のオリエンテーションと3日間の臨床研修の内容・時間は、参加者にとって概ね適当であった。回答の中に、「単に医療的ケアの技術だけでなく日常的な介護を通して、重い障害のある方への配慮やコミュニケーションなど接し方についても大変貴重な体験になった」という感想が寄せられた。養護学校内の研修だけでなく、医療や福祉施設を会場にした医療および介護等体験は、養護学校の教職員にとって大変有益であることがうかがえた。

研修にはこの他、各学校で企画する研修があり、指導医を講師にした全教職員対象の全体研修と各学校の医療的ケア実施要項に基づく医療的ケア必要児に対する個別研修である。

以上のように、医療的ケアに関する研修には、東京都教育委員会主催の専門研修と臨床研修、学校毎の全体研修と個別研修が行われている。そして、単に医療的ケアの手技だけでなく、養護学校の教職員に必須の医療的な知識を基礎として、技術的研修と個別的研修が重層的に展開されていることがわかる。なお、そのような研修で活用するための手引書として「医療的配慮を要する・児童生徒の健康・安全の指導ハンドブック」がつけられている³⁵⁾。

表2-11 重度・重複障害児童・生徒に関する臨床研修アンケート結果
回答数 N=46 (1994年が18、1996年が21、1997年が7) (複数回答)

質問事項・回答		1994	1996	1997	計
1 参加動機	(1) 臨床研修参加の動機				
	①医療的ケア（吸引・経管栄養など）の必要な生徒の担任でなので	9	15	4	28
	②肢体不自由養護学校の教職員として臨床経験の必要性を感じて	11	10	3	24
	③その他	2	3	2	7
2 オリエンテーション	(1) 講義の内容について				
	①よく理解できた	11	9	3	23
	②ほぼ理解できた	7	12	4	23
	③理解が不十分である	0	0	0	0
	(2) 講義と見学は、臨床実習にはいるにあたって十分でしたか？				
	①十分であった	15	16	7	38
②不十分であった	2	5	0	7	
3 臨床研修	(1) 実習日数が3日でしたが、日数はいかがでしたか？				
	①ちょうどよい	11	19	5	35
	②多かった	0	0	1	1
	③少なかった	8	2	1	11
	(2) 少ない場合は何日ほど必要ですか？				
	4日間	1	0	0	1
	5日間	2	1	1	4
	6日間	2	1	0	3
	7日間	2	0	0	2
	10日間	1	0	0	1
	(3) 実習の内容についていかがでしたか？				
	①盛りだくさんでしばって欲しい	0	0	1	1
	②子どもたちの身体・生活を知る上で内容的にはちょうど良い	16	20	4	40
③その他	2	1	2	5	

3) 施設・設備について

重度・重複障害児、医療的ケア必要児の増加に対応して、吸引器やパルスオキシメーターなどの医療機器の購入、エアコンや給湯器などの設置、衛生上の配慮など施設・設備の充実に取り組んでいる³⁶⁾。医療関係の機器が充実して、診療所程度の設備を持った保健室も見られる。

4) 今後の課題

東京都立の肢体不自由養護学校は、救急体制整備事業に基づいて養護学校に指導医を配置し、校内の対応手続きをつくり、研修や施設・設備の充実に進めている。しかし、表2-12のような課題が指摘されている³⁷⁾。

医療的ケア必要児の対応の検討が、養護学校内の生活場면을対象にしていたため、社会見学や宿泊行事など校外行事における対応の在り方が課題になっている。

訪問教育における医療的ケア必要児の対応（訪問時とスクーリング時）も課題である。訪問教育を実施要項に位置づけているのは、東京都立村山養護学校（1998年度から）と東京都立小平養護学校（1999年度から）である³⁸⁾。

指導体制面では、重度・重複学級措置率が低いために児童・生徒の健康や安全への配慮が十分に行き届かないと言う課題がある。1998年の都立肢体不自由養護学校の重度・重複学級措置率は44.5%（最も措置率の高い県は90.5%）であり、「他県に比して低いとの指摘」がされている³⁹⁾。更に指導体制については、医療面のスタッフが少ないという課題もある。養護教諭は、文部省の第六次公立義務教育諸学校教職員定数改善計画に基づき1名から2名体制になったが、都独自で配置している学校看護婦の数は増えていない。養護学校の教師や保護者には、看護婦の他に理学療法士（PT）や作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）などコメディカルスタッフの配置を望む声は多い¹⁹⁻¹⁾が、それらの資格をもつ教師はほとんどいない⁴⁰⁾。

医療と教育の連携の在り方として、東京都立あきる野学園養護学校内の診療所開設は全国的に注目を集めた。しかし、「教職員からは、校内に医療的機能の体制が整っているのであるから、注入・経管栄養等の医療的ケアは医療機関が行うべきであるといった考え」があり、一方「校内の医療サイドからは医師が常駐しているのであるから法的な問題はない。教職員が日常的に医療的ケアを実施できる体制を早く整備して欲しいといった要望がある」²²⁾ように十分機能していないのが実情のようである。

その他、教育条件整備の課題の一つにスクールバスの問題がある。この問題には、スクールバスで1時間以上かけて通学するという通学時間の問題と、車内での児童・生徒の急変に対応できないと言うスクールバス内の安全性の問題がある。通学時間が長い、医療的ケアの対応ができる乗務員がいない等の理由で医療的ケア必要児の多くは自家用車通学である。また、スクールバス内に対応できる乗務員がいないため、酸素療法を行っている児童が乗車中は酸素をはずして、学校に到着してから教職員によって装着しなおす例³⁶⁾も見られる。

表2-12 東京都立村山養護学校における医療的ケアに関する課題³⁷⁾

①実施上の課題
・校外学習と宿泊行事に適用しない→保護者付き添いとボランティア看護婦
・訪問教育の子どもたちは要領の対象にしていない。
②不十分な指導体制
・重度重複学級が実態に見合っていない。
・医療的な専門スタッフが少ない。
・スクールバス内での安全確保。
・大規模災害時の対応（備蓄食糧に粉ミルクや器具）
③医療的ケアに関する様々な考え
・教職員が医療的ケアに取り組むことについて様々な考えがある。

以上のように様々な課題はありながらも東京都では、教育条件の整備の視点として先にあげた、1) 医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）、2) 教師の専門性の向上（研修の充実、意識の変容）、3) 保護者と学校の協力体制の確立（信頼関係の確立）、4) 施設・設備の充実、の4つの内容について取り組んでいた。

3. 大阪府の取り組み

(1) 経過

大阪府立茨木養護学校は、1987年に起きた学校給食中の誤嚥事故をきっかけに吸引器の必要性が認識され、それ以後吸引器の購入を進めていった。また1988年のスクールバス内での事故をきっかけに、リクライニングシート、自動車電話、3人乗車体制など車内の安全性を高める取り組みが行われた。1990年に突然の体調悪化から生徒が死亡するといった事故をきっかけに、1991年に緊急時の体制の検討、研修の強化、重度グループ担任の交流会などが実施された。研修は、医師を招いての職員研修の他、重症心身障害児施設第一びわこ学園における研修、養護教諭の病院実習などが行われた。緊急時の対応は、消防署員による人工蘇生法講習会を開くとともに、搬送先になる病院との連携などが行われた。更に、吸引器、酸素ボンベ、アンビューバックなどの器機・器具をそろえていった⁴¹⁾。大阪府立茨木養護学校の佐々木⁴²⁾はこれらの取り組みをまとめて、1992年の全国肢体不自由養護教育研究会大阪大会に新設された健康教育分科会で、「障害が重度化する中での健康教育のあり方について」を報告した。

このような養護学校の課題を背景に、大阪府教育委員会は「医療との連携のあり方に関する検討委員会」を設置し、1991年3月に報告をまとめた⁴³⁾。それによると、当時の大阪府立養護学校の状況は「肢体不自由・病弱の両養護学校にあっては、児童生徒1.5人に1人が医療的ケアを必要とし、10人に1人が突発的な生命の危険がある」状況にあり、「すでに実施している学校にあっても、万一、何らかの事故があった場合の責任の所在についての不安感が拭いきれないのが現状である」とした。一方、医療的ケアを「医師以外に禁止された行為」として教師が行うことを禁止して、教育措置を訪問教育にしたり、保護者付き添いを通学条件にすることは教育の制限であり、今までの養護学校教育の後退を意味するとした。その上で、『健康の保持増進に対する特別な配慮』という観点から、ここでいう医療的ケア等を、広く『ヘルス・ケア』の一環として考えることも可能であろう」とし、学校で行う場合には少なくとも、①保護者からの依頼、②主治医からの十分な助言、③校医を交えた校内での検討、の要件を充たすことが必要であるとした。そして、当面の検討課題として表2-13の内容を示した。

表2-13 医療的ケアに関する当面の検討課題⁴³⁾

(1) 地域医療との連携	
①緊急時の救急ネットワークづくり	②日常の協力病院等の依頼
(2) 教職員の研修	
①学校医の研修機会の拡大	②専門の医師・看護婦による巡回指導
③希望者への病院実習を含めた研修機会の提供	④講師招聘費用の増額と講師依頼
⑤養護教育に関わる養護教諭、保健主事及びその他の教職員研修の充実	
(3) 教育条件の整備	
①実際に即した重複障害児学級の教員配当	②医療・福祉に関わる専門的教職員の配置
③養護教諭の適正配置と事務の軽減等の措置	④必要により校外学習等への医師等の同行措置
⑤通学バスの改造と安全面の配慮	⑥特定の自家用車への就学奨励費増額の要請
⑦必要な教室等の空調等施設設備の改善	⑧公用車の配置又は緊急時の自家用車の公用車扱い
⑨通学バス運行や給食調理も含め、健康安全の確保のために必要な条件整備	
⑩訪問学級の弾力的運用	
(4) 関係者への啓発・交流	
①医療関係職員、福祉関係職員及びボランティア養成の実習の場としての提供	

報告書が出された当時、訪問教育や保護者付き添いの通学条件を教育の制限や後退と捉え、ヘルス・ケアの一環として医療的ケアを養護学校で対応していくという方針、および今後の課題などが書かれた本報告書は、教育関係者の間で医療的ケア必要児の教育保障を進める画期的なものであると認識された。実際に筆者の勤務していた養護学校も含め、報告書を増刷りして都内の関係者に配布が行われた。このように、報告書の内容は関係者に高い評価を受けていたが、大阪府教育委員会はこの報告書をもとにして事業展開を行うまでには至らなかった。

報告書をもとにした事業展開には至らなかったが、養護学校では検討を深め、医療的ケアの対応を着実に進めていった。大阪府立茨木養護学校では、1993年度から「医療的ケア等検討委員会」を発足させ、他府県の情報収集、事例研究、校内アンケート調査や医療的ケアの具体的な進め方を提案していった。そして、図2-2の手続きで医療的ケアの対応を始めた⁴¹⁾。

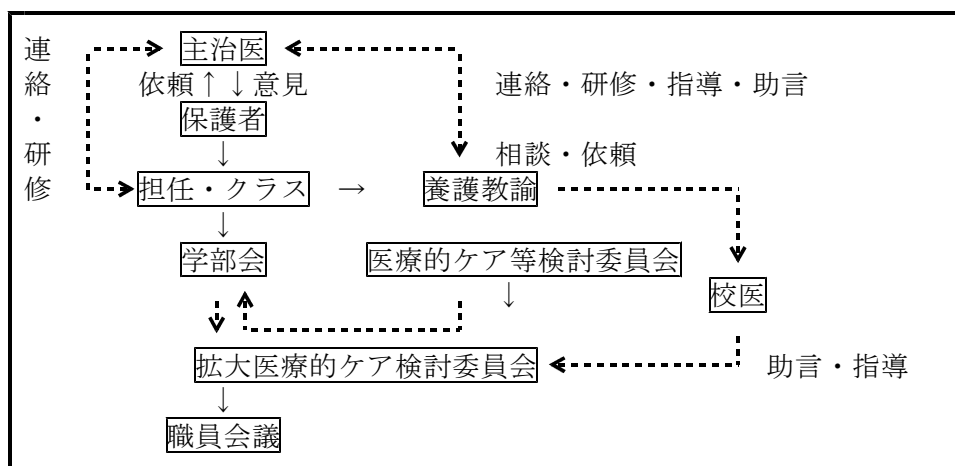


図2-2 大阪府立茨木養護学校の医療的ケアの手続き⁴¹⁾

また、大阪府立交野養護学校も1993年度から「医療的ケア検討委員会」を発足させ、学校独自の方法で医療的ケアの実施を進めている^{44) 45)}。すなわち、学校における医療的ケアの実施に合法性を持たせるために学校保健法第1条「児童・生徒の疾病・異常の有無を早期に発見し、適切な指示や治療で疾病の進行を防ぐこと」をより所にして、医療的ケアを学校保健行為の一つとして実施するという考えで取り組んでいる。その医療的ケアの手続きを図2-3に示す。養護学校で医療的ケアを実施する場合、保護者の依頼、主治医の指示と研修、内科校医の指導・助言、更に医療的ケアを学校で行うことが医療的ケア必要児にとって教育目標の一つになっていることなどが条件とされている(表2-14)。

佐々木と吉備⁴⁶⁾が1995年に大阪府立肢体不自由養護学校8校に対して行った実態調査では、主に担任が医療的ケアを行っている学校は2校、主に保護者・養護教諭が行っている学校が5校であると報告している。

医療的ケア必要児の教育問題は、大阪府立の肢体不自由養護学校に限らず、市立の肢体不自由養護学校でも課題になっている。その大阪市立の肢体不自由養護学校には、光陽養護学校、西淀川養護学校、平野養護学校の3校がある。1999年に大阪市立養護教育諸学校教育研究会が行った実態調査⁴⁷⁾によると、通学籍の児童・生徒の約15%が医療的ケアを必要とし、「その実施者は、多くの場合クラス担任であり、その他に養護教員が加わる場合が見られた」としている。

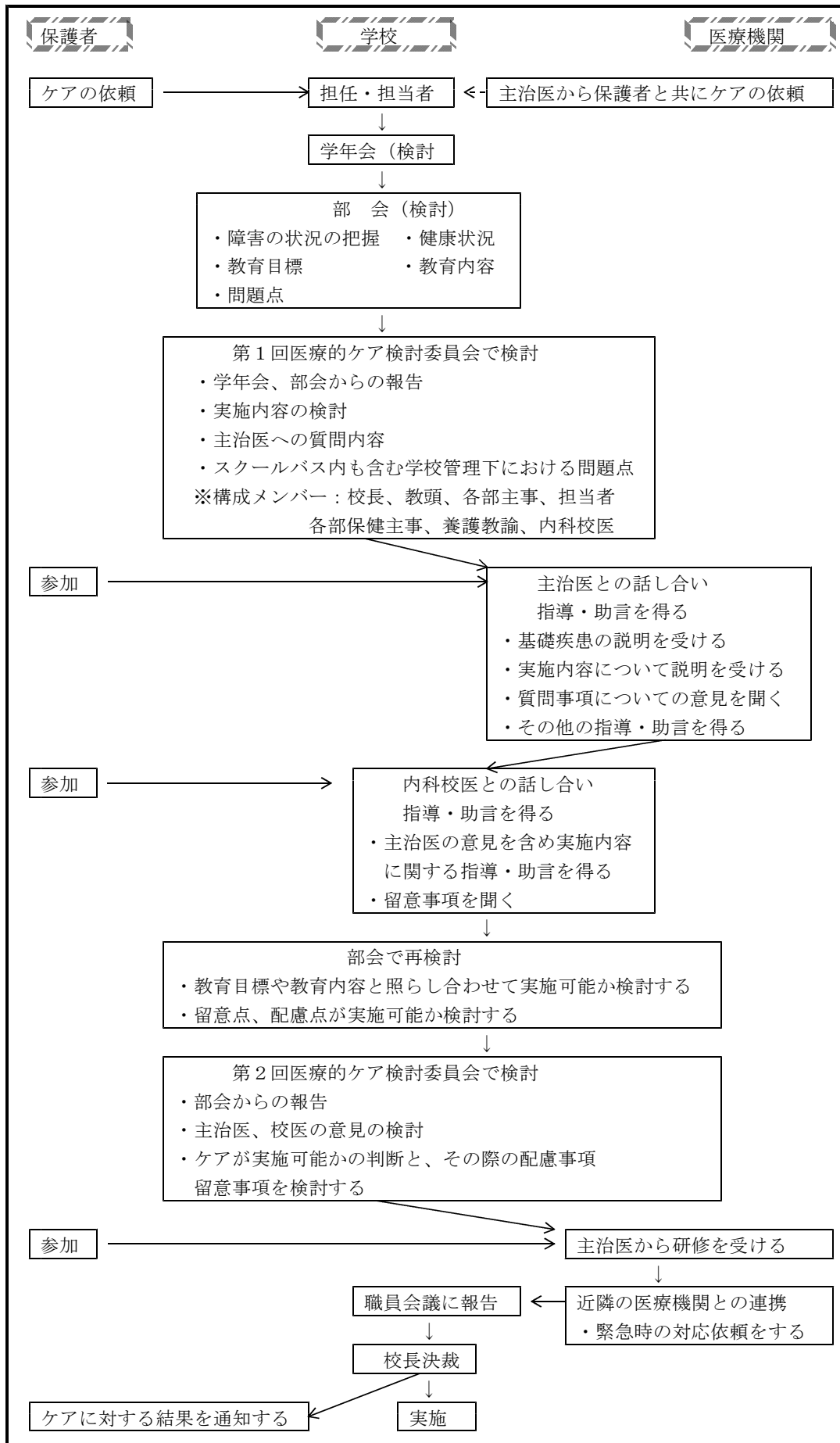


図 2 - 3 大阪府立交野養護学校の医療的ケアにおける手順⁴⁵⁾

表 2 - 1 4 大阪府立交野養護学校における医療的ケア実施における留意事項^{4 5)}

1. 保護者および主治医から、具体的なケアの依頼があること。
2. ケアを要する児童・生徒の教育目標・教育内容に沿ったケア内容であること。
3. ケアを実施する教師は、主治医から各児童・生徒の医療情報やケアの内容について指導・助言を得た上で、ケア方法について直接研修を受けること。
4. ケアの実施に対して、内科校医の指導・助言があること。
5. 学校全体で十分検討し、ケアを要する個々の児童・生徒ごとにケアの内容がマニュアル化されていること。
6. 緊急時の対応に関して、学校近隣の医療機関と連携が取れていること。
7. 保護者および主治医の依頼内容と、検討した内容を文章化し、それによって、保護者・教師・校医・主治医が各ケアに関する共通理解を持つこと。
8. ケア実施内容を記録し、定期的に主治医および内科校医の点検を受け、指導・助言を受けること。さらに、主治医と内科校医の検診も定期的に受けること。
9. 年に一度以上（原則として年度始め）医療的ケアの継続、あるいは変更・追加の確認をすること。

大阪市立光陽養護学校は、1993 年 10 月に校内研修の中で「電動吸引器の使用に関する報告」を行い、1994 年 3 月に各部で検討した結果、電動吸引器の導入を進めていくことを職員会議で確認した。1994 年 4 月に小学 4 年の保護者の依頼により吸引を、5 月に中学 1 年の保護者の依頼により経管栄養を開始した。9 月に「医療的ケア検討委員会」を設置し、1994 年^{4 8)}と 1996 年^{4 9)}に「医療的ケア及び健康の保持増進のために特別な配慮を要する児童・生徒に関する実態調査」を実施している。

大阪府立平野養護学校^{5 0)}は、1995 年に「医療的ケア一委員会」を発足させた。その年度の委員会の方針は、「ア 医療的ケア一を必要とする児童・生徒への対応の検討をケースに応じて行う。

イ 教職員が児童・生徒の病気に対して正しい知識を持って対応できるように、委員会として正しい情報の伝達と共通理解に努める。」であった。当時、口腔・鼻腔の吸引、鼻腔留置の経管栄養、導尿を教師が行い、気管切開部吸引は看護婦資格のある養護教諭が行っていた。委員会は、今後の課題として医療機関からの指示書や保護者からの依頼書などの整備をあげていた。

このような養護学校の課題を背景に、政令指定都市である大阪市では、大阪市教育委員会が 1995 年に「看護指導員派遣実施要項」^{5 1)}を策定し、市立の肢体不自由養護学校に週 2 回、市立の小学校・中学校に週 1 回、看護婦資格のある看護指導員の派遣が始まった。看護指導員の業務内容は、「(1) 担当教員への指導及び助言、(2) 教職員の研修、(3) 医療機器の衛生管理に関する指導及び助言、(4) 緊急時の対応及び助言、(5) 泊を伴う学校行事への付き添い」であった。

この他、堺市立百舌鳥養護学校分校^{5 2)}でも 1994 年度から「医療的ケア検討委員会」を設けている。

大阪養護教育と医療研究会が 1998 年に府下 1 5 校（肢体不自由養護学校 1 3 校、分校 2 校）に対して行った調査^{5 3)}によると、養護学校内に医療的ケア検討委員会を設置しているのが 1 1 校、従来の組織で検討を行っているのが 2 校、検討組織の無いのが 2 校であった。このように各養護学校が独自に医療的ケアに関する検討を進める一方で、教育行政でも検討が始まった。大阪市では 1999 年 3 月に大阪市養護教育審議会の専門調査員が、『福祉・医療等との連携について』－医療的ケアを必要とする児童・生徒の対応について－^{5 4)}を報告した。その中で、学校における医療的ケアについての基本的考えを「安全かつ円滑な学校生活に必要な行為」であり、「教育行為」と位置づけるなどの見解を示した（資料 7）。

更に、医療的ケアに関する検討は大阪府教育委員会でも始まった。1999 年 1 月の大阪府学校教育審議会第 3 分科会の報告^{5 5)}では、「日常的に医療的ケアが必要な児童生徒や保護者の学校に対する期待は大きい。今後、各学校は、こういった児童生徒の教育の在り方をさらに検討するととも

に、主治医との連携の確保を図る必要がある。また、教育委員会は、医療関係法規との関連に配慮しつつ、医療機関の専門家の指導と支援を得て、医療的ケアの受入れ基準を作成するなどの対応策を、早急に具体化する必要がある。」とした。これに基づき大阪府教育委員会は2000年11月に「学校における医療的ケア対策検討委員会」を設置し、「(1)大阪府内の学校における医療的ケアの対応状況および他の都道府県の状況の調査、(2)関係者、関係諸機関との情報交換及び研究協議、(3)学校教育における医療的ケアに関するガイドライン及びマニュアルの策定、(4)障害等のある児童生徒の学校教育における健康安全の確保等に必要事項」に関する調査・研究・協議等を開始した⁵⁶⁾。なお、この「検討委員会」は、教育関係者（障害児学校・通常学校）、医師会、看護協会、弁護士、保健所、保護者等の委員によって構成された。

一方、養護学校の取り組みに対して医療関係者からの支援も進められた⁵⁷⁾。1992年に大阪府医師会勤務医部会は小児在宅医療システム検討委員会を設置し、小児在宅医療の普及をめざした各種調査活動や啓発活動を始めた。その活動目標の一つに「医療的ケアが必要なために社会（学校）に受け入れられない、子どもたちの支援に取り組むこと」を掲げた。その第一歩として「養護学校を中心として教員をはじめ、子どもと関わる機会のある専門職の方に利用してもらえる医療的マニュアル」の必要性から、「小児の在宅生活支援のための医療的ケア・マニュアル」を作成した。このマニュアルの作成には、1998年から大阪府教育委員会と養護学校長の代表が参加していた。

(2) 教育条件の整備について

1) 医療との連携

医療的ケアに対応している養護学校では、保護者と主治医が学校に医療的ケアの実施を依頼し、実施にあたっては学校医の指導・助言を受けつつ、主治医による個別研修を受けて実施する形を取っている。そして、「医療的ケア検討委員会」等の委員会や職員会議で検討が行われるなど、校内の対応手続きをつくっている^{41) 45) 48) 52)}。

また、外部医療機関と養護学校の連携の一つに、大阪市立光陽養護学校では「障害児療育ドック」との連携を行っている⁵⁸⁾。「障害児療育ドック」とは、「障害児の生活上、療育上、教育上の問題を主として医療的立場から評価し、関係者とともに解決のための処方を考える」ことを目的とした治療、看護、訓練、教育など異なる専門性をもつ者によるチームアプローチである。

教育委員会の取り組みでは、大阪市教育委員会が1995年に「看護指導員派遣実施要項」^{51) 54)}を策定し、医療的ケアを行う教師への指導・助言や研修の講師、泊を伴う行事への引率の役割を担う看護婦資格のある看護指導員を派遣している（表2-15）。一方、大阪府教育委員会は1996年に泊を伴う行事における看護婦付き添いを予算化し⁴¹⁾、2000年には看護婦資格を持つ調査員を養護学校に派遣して調査を実施している。

表2-15 看護指導員派遣の状況（平成10年度）⁵⁴⁾
（大阪市養護教育審議会専門調査員会）

	週に1～2回の派遣校	泊を伴う行事への派遣
肢体不自由養護学校	3校	3校 20泊
小学校・中学校	5校	12校 16泊

2) 研修

大阪府立の肢体不自由養護学校は、医師、看護婦、理学療法士などによる講義や実習および病院内研修などの研修を各養護学校が独自で計画実施している⁴¹⁾。大阪市の場合は、研修等における指導・助言が看護指導員の業務内容に位置づけられている⁵¹⁾。

3) 保護者と学校の協力体制の確立

医療的ケアに対応している養護学校では、保護者と主治医が養護学校に医療的ケア実施を依頼することからはじまる校内手続きをつくって、保護者と協力・連携体制を取っている^{4) 1) 4) 5) 4) 8) 5) 2)}。

4) 施設・設備の整備

大阪府立の肢体不自由養護学校では、エアコン等の施設・設備が十分ではなく、また学校給食は教師が再調理を行っている。一方、大阪府立の肢体不自由養護学校では、エアコンが完備され、学校給食は調理室段階で児童・生徒の摂食・嚥下機能にあわせた食形態で提供されている。

医療機器は、大阪府立茨木養護学校^{4) 1)}の場合、1989年に吸引器を3台購入して以来、台数を増やすとともに、アンビューバック、酸素ボンベ、ネブライザー、パルスオキシメーターなどの購入を進めている。大阪養護教育と医療研究会が1998年に府下15校（肢体不自由養護学校13校、分校2校）に対して行った調査^{5) 3)}によると、養護学校における医療機器では吸引器が最も多く購入されている（表2-16）。

表2-16 学校にある医療的機器^{5) 3)}

吸引器	74台（内個人10台）	13校
酸素ボンベ	20台（内個人4台）	10校
パルスオキシメーター	12台	9校
吸入器	10台	7校
人工蘇生器	7台	6校

(3) 大阪府の取り組みのまとめと考察

大阪府立茨木養護学校は、1987年に起きた学校給食中の誤嚥事故以来、安全対策を検討する中で吸引器の購入などを含めた医療的ケアの対応を探っていった。医療的ケア必要児の教育問題が各養護学校に広がる中、大阪府教育委員会が設置した「医療との連携のあり方に関する検討委員会」は1991年に報告を行ったが、具体的な事業展開には至らなかった。

大阪市教育委員会は1995年に看護指導員の派遣を始めたが、大阪府教育委員会も大阪市教育委員会も医療的ケアの対応についての具体的なガイドラインは示してこなかった。そのため各養護学校は独自に医療的ケアの対応について検討を行い、対応手続きをつくっていった。対応手続きでは、保護者と主治医が養護学校に医療的ケアの実施を依頼し、実際の対応にあたっては学校医の指導・助言を受けつつ、主治医による個別研修を受けて実施する形を取り、その全体を統括する委員会（例えば「医療的ケア検討委員会」）を校内に設置していた。

横浜市の臨床指導医と東京都の指導医は、主治医の了解のもとで、教職員に対して医療的ケアに関する指導・助言を行っており、医療的ケアに対応する際の中心的な役割を担っている。一方、大阪府立、市立の養護学校には医師の巡回指導制度等が無いため、教職員が主治医を訪問して指導・助言を直接受けていた。このように、医療的ケアに対応する際の中心的な役割を担っているのは主治医である。また、看護職員が常駐していないため、養護学校と主治医や学校医との連携の部分では、養護教諭がコーディネーターの役割を担っていた。

医療的ケアに関する研修は、教育委員会主催ではなく、養護学校独自の企画で行われていた。

府立の肢体不自由養護学校の施設・設備は、1991年に「医療との連携のあり方に関する検討委員会」が出した報告書^{4) 3)}の中でも問題点が指摘されているが、施設・設備の改善はあまり進んでいないという状況であった。

以上、大阪府における医療的ケアの取り組みは、教育行政からの支援があまり得られない中で、問題に直面した養護学校が医療関係者と協力して対応手続きを作って実践を進めていったというように、実践先行の取り組みであった。

4. 神奈川県での取り組み

(1) 経過

神奈川県では、神奈川県立中原養護学校が1991年6月8日から始めた「S児に対する教員による注入（水分）」が最初の医療的ケアの取り組みであった⁵⁾⁹⁾。1988年にS児（小学4年）の保護者とともに主治医から「経管の方が危険性がないので、経口で不足の分は注入することを勧めた。そのためにも学校で注入できるようにして欲しい。」と正式に学校に要望が出された。これに対して、学校医の意見をもとに当時の学校長は認めなかった。1989年、主治医と保護者から再度要望が出され、この際も学校長は認めなかったが、当時の担任は神奈川県立こども医療センターで「注入を中心とした研修」を1週間受けた。

1990年、学校医から条件付き了承の意見書を得て学校長は、全校課題として検討するように職員に提案を行った。同年9月に医療検討委員会を設置し、「S児に対する教員の手による注入の可否の回答」「医療的配慮を必要とする子ども達への学校としての取り組みについて」の検討を進めた。委員会は、実態調査、研修会、校内討論を経て、「S児に対する教員による注入（水分）の試行」を含む1991年度の委員会活動方針を1991年3月13日の職員会議に提案し、確認された。

1991年5月の職員会議で「S児に対する教員による注入（水分）の試行」が確認され、6月8日から試行という形で実施された。1991年には試行実施とともに、「県立こども医療センターでの注入を中心とした生活指導に関する研修（5日間）」や校内研修として講演会やディスカッションを実施した。この試行は翌年度も継続された。

なお、この県立中原養護学校の取り組みでは、聖マリアンナ医科大学病院の江川医師が、研修会の講師、検診、個別のマニュアル作成の指導・助言等に当たっていた。江川医師は、訪問教育の巡回検診制度に基づく学校医として本校学校医とは別に1987年から依頼された医師であった⁶⁾⁰⁾。

このような養護学校の課題を背景に、神奈川県教育委員会は1991年に「障害児教育関連医療研究協議会」を設置し、1993年3月に「障害児教育関連医療研究協議会のまとめ」を報告した。その中で医療的ケアについて「学校内においてもこれらの行為が、健康・安全を確保する上で、どうしても必要であり、児童生徒に保健衛生上（あるいは人体に対し）の危害を及ぼすおそれがないように必要な処置・配慮がなされた上で、さらに医師、保護者の要請に基づき学校で定めた手順に従って行われた場合は、教育指導上必要な行為の一つとしてとらえてよいのではないか⁶⁾¹⁾」という考えを示した。そして「基本的な考え方」と「条件整備の方向性」が導き出された（表2-17）。

表2-17 医療的ケアに関する「基本的な考え方」と「条件整備の方向性」⁶⁾¹⁾

<p>【基本的な考え方】</p> <p>(1) 医療的ケアを必要とする児童生徒への対応は、学校教育として、一人ひとりを大切に、児童生徒の個別の教育ニーズにどう応え、よりよい学校生活を安全に送れるよう、どう援助が出るかといった具体的方策としてとらえられるべきである。</p> <p>(2) 医療的ケアを必要とする児童生徒への対応を考えるにあたっては、教育上必要な対応であるならば、十分な検討や条件整備の結果、児童生徒の健康・安全をふまえた教育指導の一環として統一的にとらえた上で慎重に実施するものである。</p> <p>【条件整備の方向性】</p> <p>○当面の方向性</p> <p>(1) 学校における安全確保体制について</p> <p>ア. 日常の学校生活における対応の確立</p> <p>イ. 緊急時の対応の確立</p> <p>(2) 学校における医療対応システムについて</p> <p>ア. 校内医療対応委員会（仮称）の設置により、全般的な課題として検討できる体制の確立</p> <p>イ. 関係医療機関、緊急医療機関との連携の方法の確立</p> <p>ウ. 教員研修の実施と積極的な参加</p> <p>エ. 保護者との連携方法の確立</p> <p>○今後の方向性</p> <p>今後の課題としては、専門医の巡回等による臨床指導や施設・設備の整備、教員研修の充実などの教育条件整備の可能性についての検討が残されている。</p>

1993 年から医療的ケア必要児を指導する教職員の情報交換の場として、「県立肢体不自由養護学校在籍児関連医療連絡会」が始まった。

このような神奈川県教育委員会の動きに呼応して、各養護学校での検討も始まった。神奈川県立座間養護学校は 1992 年に「医療問題検討委員会」を設置し、1993 年 3 月の「障害児教育関連医療研究協議会のまとめ」を受けて 1994 年から医療的ケアの対応について検討を進めた^{6 2)} (表 2-18)。検討は、「医療問題検討委員会」を「医療体制分科会」「研修分科会」「事例分科会」の 3 つの分科会に分けて進められた (表 2-19)。そして、医療的ケアの実実施手続きを作っていた (表 2-20)。主治医の研修が終わった後の実施チェックや医療相談等、この手続きの中で医療の中心的な役割を担うのは重度・重複障害児担当医師である。

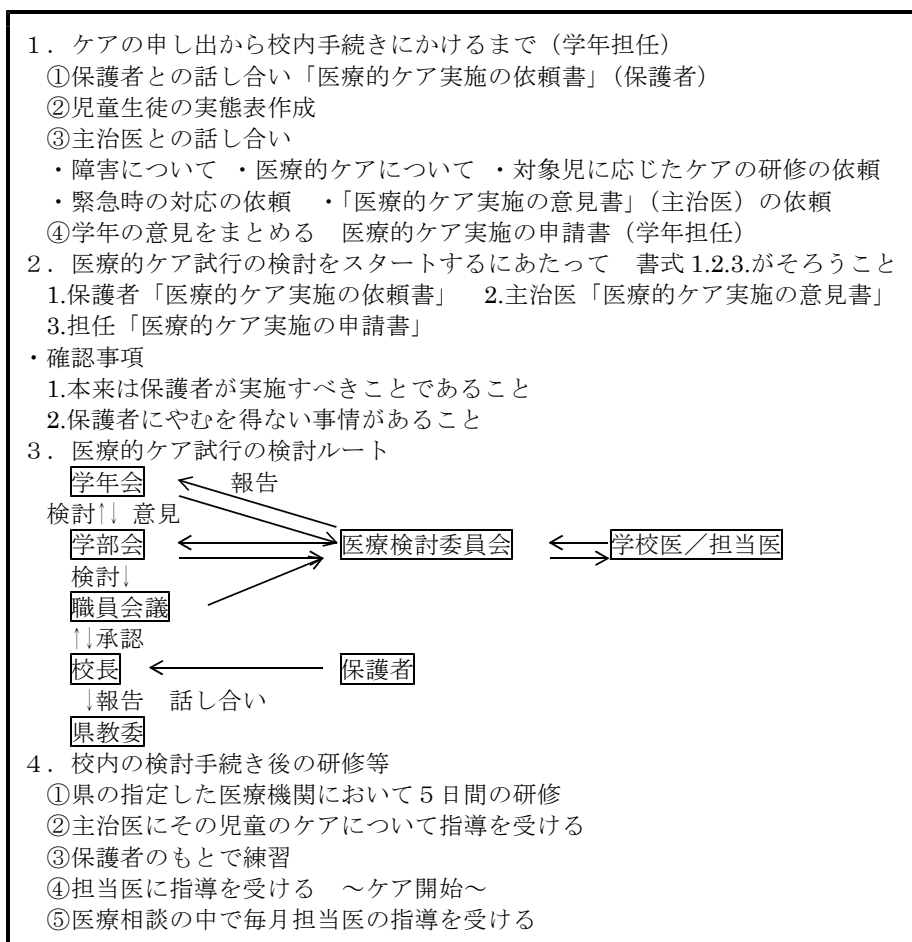
表 2-18 神奈川県立座間養護学校の医療問題検討委員会の活動^{6 2)}

1992(H4)年度	・委員会設置 ・実態調査 (医療的ケアの必要な児童生徒について) ・教員の意識調査
1993(H5)年度	・バスの乗車手続きのマニュアル化 ・障害児教育関連医療研究協議会のまとめ (神奈川県) の検討 ・事例 (経管栄養注入) 研究
1994(H6)年度	・具体的に医療的ケアを行うかについて検討開始 ◇医療体制について ◇研修について ◇対象児童生徒のリストアップ
	} → 3 つの分科会
1996(H8)年度	・医療的ケアの試行のための校内手続きを作成 ・重度・重複障害児担当医師派遣事業の開始 ・医療的ケアの試行開始
1997(H9)年度	・非常災害時に対応するための資料づくり
1998(H10)年度	・医療的ケアの試行のための校内手続きの見直し

表 2-19 神奈川県立座間養護学校の医療問題検討委員会各分科会の活動^{6 2)}

【医療体制分科会】
・医療的ケアの試行に関わる手続きの作成 (H7年度)
・救急体制について (H8年度)
・医療的ケアを要する児童生徒の非常災害時の対応について (H9年度)
・医療的ケアの試行に関わる手続きの見直し (H10年度)
【事例分科会】
・ケアを要する事例のリストアップ
・ケアを実施した事例の追跡及び記録の整理
・事例報告会の実施
・ケアを要する事例の非常災害時の対応にかかる資料の整理
【研修分科会】
H9年度
・実技研修 (電動吸引) …担当医師
・疾病について講演 …担当医師
H10年度
・医療的ケアの県内外の取り組みの流れと今後の課題について講演…山田章弘氏
・本校とのかかわりの中で担当医として思うことと今後の課題について講演…担当医師

表 2-20 神奈川県立座間養護学校の医療的ケアの対応手続き⁶²⁾



重度・重複障害児担当医師は、1996年に神奈川県教育委員会が策定した「重度・重複障害児担当医師派遣事業」に基づき原則として月1回、県立肢体不自由養護学校へ派遣される医師である⁶³⁾。なお、この事業が開始されるに先立って、県立中原養護学校の校医である江川医師を中心に神奈川県の小児神経科医師グループが1994年に発足し、本事業発足の力となった。

「重度・重複障害児担当医師派遣事業」とともに、「重度・重複障害児担当医師派遣事業にかかる連絡会」が始まった⁶⁴⁾。構成は、重度・重複障害児担当医師、県障害児教育課長、県立第二教育センター長、各学校長、その他連絡会が必要と認める者とされた。「重度・重複障害児担当医師派遣事業」発足2年目をまとめる会議の席で、重度・重複障害児担当医師から「(1)医療的ケアのニーズが高い養護学校等に医師、看護婦の配置を行うべきである。(2)医療的ケアのニーズが単発、短時間の場合に地域の訪問看護ステーション等の利用を公費負担で行うべきである。」という提言が出されている⁶⁵⁾。

この他に、神奈川県教育委員会は「重度障害児修学旅行安全対策事業」を策定し、1997年度から県立肢体不自由養護学校の修学旅行に医師の同行が始まった。この趣旨は、「児童生徒が参加する修学旅行中の予期せぬ容態の変化等に備え、もって児童生徒の健康安全を確保する」⁶⁶⁾としている。このため、緊急時以外に同行の医師が直接医療的ケア等を行うことはない⁶²⁾。

神奈川県は、その後、1998年からの文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の指定を受けて研究を進めている(文部省の「実践研究」は、第4章で扱う)。

(2) 教育条件の整備について

1) 医療との連携

重度・重複障害児担当医師は、1996年に神奈川県教育委員会が策定した「重度・重複障害児担

当医師派遣事業」に基づき原則として月1回、県立肢体不自由養護学校に派遣される医師である⁶³⁾。その職務は、「(1) 重度・重複障害児の健康状態及び教育活動への参加の様子を把握し、教職員等に対し教育指導上必要な医学的知識及び配慮事項並びに緊急時の対応等についての指導助言を行う。(2) 必要に応じて、学校における校内研究・研修等への指導・助言を行う。(3) 学校と重度・重複障害児の主治医及び緊急時に対応を依頼する協力医療機関との連携を円滑にするために必要な調整を行う。」である。

なお、医療的ケアに関わる医師として横浜市では「臨床指導医」、東京都や千葉県では「指導医」という名称を使用している。神奈川県で「重度・重複障害児担当医師」という名称にしたのは、江川医師の話によれば、医療施設において「指導医」とは「医師を指導する医師」を示すため、あえて「指導医」という言葉を避けたという話しである。

2) 研修

研修は、校内、重症心身障害児施設、神奈川県立第二教育センターにおいて行われている。

①校内研修

校内研修には、全校対象の研修と医療的ケアに関わる個別研修がある。これらの研修の講師は、重度・重複障害児担当医師が職務内容の一環として行っている。

②重症心身障害児施設における研修

1989年に県立中原養護学校の教師が、神奈川県立こども医療センターにて「注入を中心とした研修」を1週間受けた⁵⁹⁾。当時は、学校単独でセンター側に研修の依頼を行っていた。これが1991年から校長会主催の夏季休業中に行う5日間の研修となり、1995年からは県立第二教育センターの研修事業として位置づけられた⁶⁷⁾。研修内容は「ア、重症児の健康状態 イ、重症児の生活介助 ウ、鼻腔経管注入についての実技研修 エ、その他」である。

③神奈川県立第二教育センターの研修事業

専門研修の「課題別研修」「医学・健康・安全研修」の講座で、医療的ケア等の研修を用意している⁶⁸⁾ (表2-21)。

表2-21 神奈川県立第二教育センターにおける専門研修⁶⁸⁾

区分	講座名	研修会名	日数	人数
専門研修	課題別研修	肢体不自由児養護・訓練研修会	4	40
		重度重複障害児教育実技研修会	5	30
	医学・健康・安全研修	医学関係研修会	3	150
		保健研修会	2	60
		栄養・健康研修会	2	50
	肢体不自由養護学校スクールバス介助員研修会	1	20	

3) 施設・設備の整備

県立中原養護学校における医療的ケアの取り組みを進めた当時の学校長である山田⁶⁷⁾は、1990年に校長として着任して以来、施設・設備の改善としてクーラー設置を教育委員会に要望して緊急に配備されたこと、給食室に高速カッター等を整備して給食に特別食（機能獲得食）が出されるようになったこと、パルスオキシメーターの購入などを紹介している。

(3) 神奈川県の取り組みのまとめと考察

神奈川県では、神奈川県立中原養護学校に通学している生徒の経管水分注入について校内で検討した結果、1991年に教師が試行的に実施したのが医療的ケアの取り組みの最初であった。そして県立こども医療センターにおいて教師を対象とした研修が始まった。この研修は当初、学校単独の

研修だったものが校長会主催となり、後に校長会の後押しで県立第二教育センターの研修事業に位置づけられた。現場サイドの要望の高まりに対して、校長会や教育委員会が支援した形である。

養護学校の課題を背景に、神奈川県教育委員会は 1991 年に「障害児教育関連医療研究協議会」を設置し、1993 年 3 月に「障害児教育関連医療研究協議会のまとめ」を報告した。この中で今後の課題として「専門医の巡回等による臨床指導や施設・設備の整備、教員研修の充実などの教育条件整備の可能性についての検討が残されている。」としたが、1995 年には「重度・重複障害児担当医師派遣事業」を策定し、養護学校における医療的ケアの取り組みを教育行政が支援していた。

北里大学病院の医師である細田ら⁶⁹⁾は、神奈川県立座間養護学校の重度・重複障害児担当医師として学校で行った医療相談の内容を分析している。「①健康状態の把握の仕方、②薬や疾患について、③症状の対処法、④摂食指導、⑤医療的ケア」の相談内容の内、①②の割合が減少したのは、「毎月の医療相談や定期的実施している教職員対象の研修や講演会を通して、教職員が次第に医学的知識を深め、児童・生徒の健康状態を正確に把握できるようになった」ためであると考察している。このことは、教職員が医療的ケアの対応をする・しないにかかわらず、重度・重複障害児の在籍する養護学校の教職員が児童・生徒の健康状態を正確に把握する能力をつけるためには、養護学校への医療の支援が重要であることを示していると言えよう。

5. 千葉県の取り組み

(1) 経過

千葉県立船橋養護学校では、1995 年に経鼻留置の経管栄養を主治医と校医の指導を受けて教師が実施したのが最初の医療的ケアの取り組みであった⁷⁰⁾。1993 年に保護者から、次年度訪問籍から通学籍への措置替えと主治医の同意を得た上で学校の担任による注入実施の要望が出された。1994 年に研修や各会議で検討を重ねた結果、1995 年から図 2-4 の手続きで経管栄養を開始した。

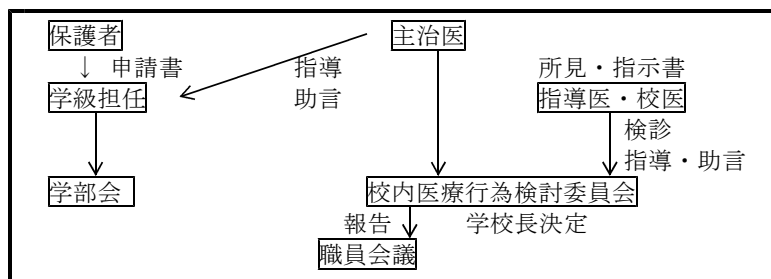


図 2-4 千葉県立船橋養護学校の医療的援助行為の手続き⁷⁰⁾

このような養護学校の課題を背景に、千葉県教育委員会は「千葉県障害児教育検討委員会」を設置し、千葉県教育長が 1995 年 9 月に「本県障害児教育の課題と今後の在り方について」を諮問した。その検討事項の一つが「養護学校における医療行為を必要とする児童生徒への対応について」であった。この検討委員会は 1997 年 2 月に「本県障害児教育の課題と今後の在り方について」⁷¹⁾を答申した。この中で医療的ケアについて「『医療行為』は、医師法等では『医行為』を『業』として行うことを規制したものであるが、具体的な事項については個々には明示されていないという状況にある。また、現状においては上記の調査であげられた『医療行為』の一部を、保護者が家庭等で行っている状況である。このことをふまえて、『学校生活において教育上の医療的配慮を要する援助行為』としてとらえることとし、用語の略称として『医療的援助行為』を用いることとする。」とした。そして対応の原則（表 2-2 2）、および内容（表 2-2 3）が示された。当面の課題には、「①研究協力校による実践的研究の推進 ②対応のためのハンドブックの作成 ③医療機関との連携を推進するための連絡組織等の設置」をあげた。

表 2-2-2 「医療的援助行為」の対応の原則⁷¹⁾

<p>学校で対応する「医療的援助行為」は、医師の具体的な指示を受けて行うものとされている「相対的医療行為」に属するものの一部であり、次の原則を踏まえて対応することが妥当である。</p> <p>〔対応4原則〕</p> <p>ア) 急変の可能性をもつ疾患に対応して行われる治療としての「医療行為」及び緊急時に行われるものは含めない。</p> <p>イ) 疾患が相対的に安定した後に、生命活動の障害に対応して行われるものであり、内容は、それを必要とする児童生徒の日常生活を構成する一つの基本的かつ不可欠な要素であり、その行為の必要性がかなり長期間にわたって存在するものに限定される。</p> <p>ウ) 対応に当たっては、医師の具体的な指示と許可が得られ、保護者からの依頼がある場合に限り、校内における検討委員会等での検討と、必要な手続きを経て行われるべきであること。</p> <p>エ) 医師からの指示により援助方法の研修を受けた教職員が対応すること。</p>
--

表 2-2-3 「医療的援助行為」の内容⁷¹⁾

<p>○吸引：電動・手動の吸引器での口腔・鼻腔内等の分泌物・吐物の吸引</p> <p>○経管栄養：胃や十二指腸に挿入・留置されたチューブからの栄養分や水分の注入</p> <p>○褥そう部の管理（医師の指示を受けて有資格者が行う）</p> <p>○与薬</p>

「本県障害児教育の課題と今後の在り方について」に示された当面の課題「①研究協力校における実践的研究の推進」に基づき、1997年に県立船橋養護学校が研究協力校に指定された。この研究協力校指定について指導医である牧野⁷²⁾は、「校医、指導医が勤務している病院が学校に近い。学校長の理解と協力が得られる。看護婦資格を持つ養護教諭が配置されている。学校医、指導医、時として主治医、ハンドブック作成委員会委員、協力校検討委員会委員が同一の人」というように他校に比べて実施しやすい環境にあったと述べている。

「本県障害児教育の課題と今後の在り方について」に示された当面の課題「②対応のためのハンドブックの作成」に基づき、千葉県教育委員会は1998年5月に「健康・安全の手引き 障害の重い子の健康で安全な学校生活のために」⁷³⁾を発行した。

千葉県教育委員会は1997年に「第2次千葉県障害児教育検討委員会」を設置し、県立船橋養護学校の2か年の研究成果を踏まえて、1999年3月に「本県障害児教育の課題と今後の在り方について」⁷⁴⁾を答申した。この中で、医療的援助行為の具体的内容について、「研究協力校での実践を踏まえ、さらに、文部省の実践研究の具体的内容を参考にして検討した結果、新たに『自己導尿の補助』を含める必要がある」とした。また、緊急時の連絡体制（図2-5）や医療的援助行為の実施手順・手続き（図2-6）のモデルを示した。そして2か年の実践研究の成果から「指導医の役割の重要性、全校職員の研修と共通理解、校内での検討組織と実施体制の確立であり、加えて、医療的援助行為の実施に必要な備品等の条件を整備することが必要」であることが明らかになったとした。

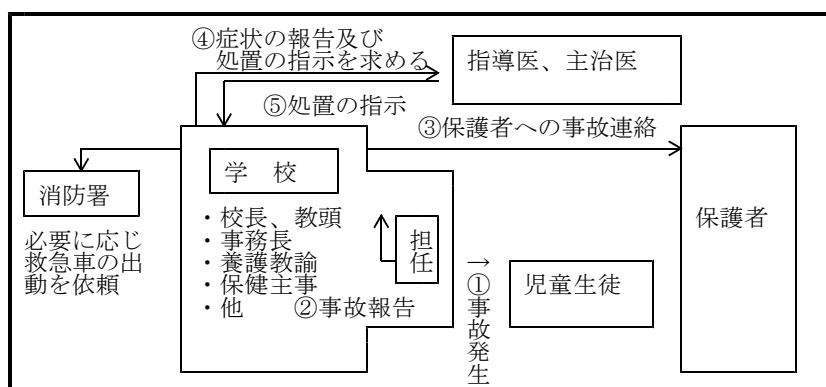


図 2-5 医療的援助行為実施中の緊急連絡体制（モデル）⁷⁴⁾

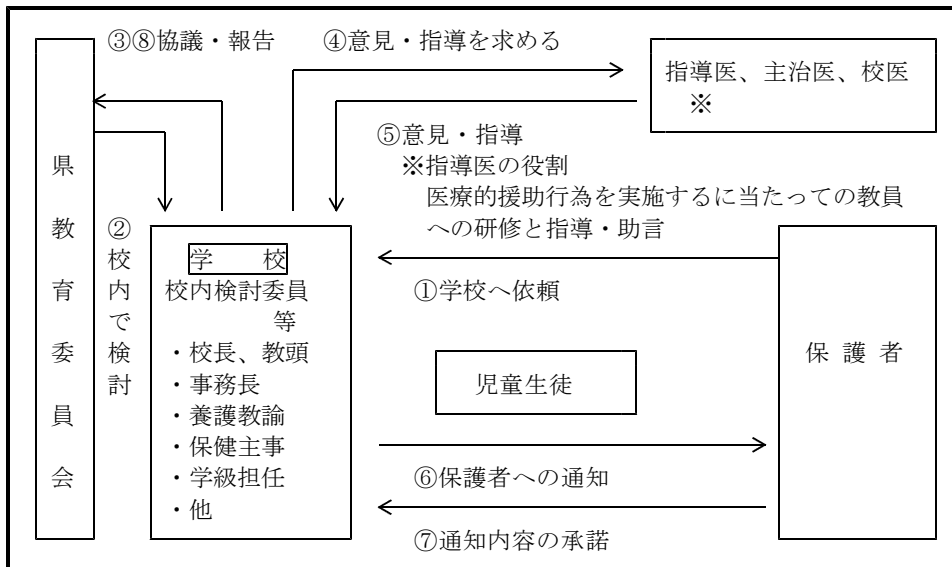


図 2 - 6 医療的援助行為実施の手順と体制^{7.4)}

1999年3月の「本県障害児教育の課題と今後の在り方について」の報告では、「今後も引き続き県内の各学校における実践的な研究を継続し、さらに推進していくことが必要である」とし、1999年4月には県立船橋養護学校に加え、千葉県立桜が丘養護学校を研究協力校に指定した。桜が丘養護学校では、「桜が丘養護学校医療的援助行為実施要項」を作成し、医療的援助行為の実施手順・手続き（図2-7）を定めて、教師による経管栄養や吸引の対応を開始した^{7.5)}。

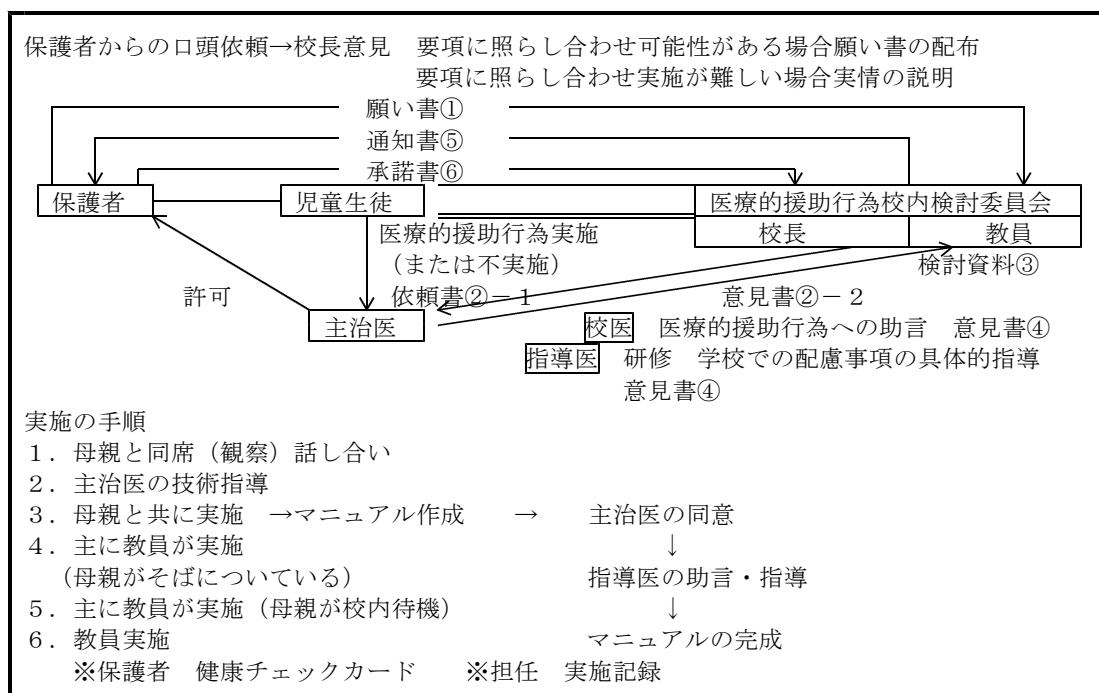


図 2 - 7 医療的援助行為構図^{7.5)}

(2) 教育条件の整備について

1) 医療との連携

①指導医

千葉県障害児教育検討委員会の答申に基づき、1997年に県立船橋養護学校、1999年に県立桜が丘養護学校を研究協力校に指定して指導医を配置している。指導医は月1回程度学校を訪問し、医療的ケアに関する研修（全職員対象の研修、個別研修）において指導・助言を行っている。指

導医の役割は「①医療的援助行為を必要とする児童生徒についての相談、指導、手技の確認、②児童生徒の医療的配慮全般についての相談」を行い、学校で医療的ケアをうまく実施できるように主治医に代わって見届ける役割で、医療面でのイニシアチブや最終責任は主治医にあるとしている^{7.5)}。

②緊急時の体制

「医療的援助行為の対象となる児童生徒の実態から見て、体調の変動が著しく健康状態が不安定な状態になる場合も多い。」「医療的援助行為を実施中に何らかの緊急事態が生ずる場合も想定し、その対応について具体化しておく必要がある。」^{7.4)}として、緊急連絡体制（モデル）（前出の「図2-5」）を示している。

2) 研修

①校内研修

千葉県立船橋養護学校では、1997年に全体研修2回、個別研修2回、1998年に全体研修3回、個別研修7回を行っている。講師はいずれも指導医である^{7.4)}。

千葉県立桜が丘養護学校では、1999年に全体研修2回、部分研修5回を行っている。講師は指導医のほか、理学療法士が担当している^{7.5)}。

②施設における研修

千葉県立桜が丘養護学校では、1999年に医療現場見学として陽育園内1日見学を夏季休業中に3回行い、延べ7名の教師が参加している^{7.5)}。

3) 施設・設備の整備

第2次千葉県障害児教育検討委員会の報告^{7.4)}では、「研究協力校での実践ならびに平成9年度の調査結果に示されるように、医療的援助行為を安全・清潔に対応できるよう、それに必要な備品等の条件整備も併せて進めていくことが望まれる」として、施設・設備の整備は今後の課題とされている。

(3) 千葉県の取り組みのまとめと考察

千葉県では、千葉県立船橋養護学校において経鼻留置の経管栄養を主治医と校医の指導を受けて、1995年に教師が実施したのが医療的ケアの取り組みの最初であった。

養護学校の課題を背景に、千葉県教育委員会は1995年に「千葉県障害児教育検討委員会」を設置し、1997年2月に「本県障害児教育の課題と今後の在り方について」を答申した。この答申に基づいて、1997年に県立船橋養護学校が研究協力校に指定された。更に千葉県教育委員会は、1997年に「第2次千葉県障害児教育検討委員会」を設置し、県立船橋養護学校の2か年の研究成果を受けて、1999年3月に「本県障害児教育の課題と今後の在り方について」を報告した。これに基づいて1999年から県立船橋養護学校に加え、県立桜が丘養護学校が研究協力校に指定された。

以上、千葉県における医療的ケアの取り組みは、医療的ケア必要児への先行した養護学校の実践があり、それに対して教育行政が研究協力校を指定して指導医を配置したり、ハンドブックを作成するなどの支援を行った取り組みであった。また医療的ケアに対する考え方では、『学校生活において教育上の医療的配慮を要する援助行為』としてとらえることとし、用語の略称として『医療的援助行為』を用いる^{7.1)}として、教育的な意義づけを行っていることが特徴的である。

6. 宮城県の取り組み

(1) 経過

宮城県における医療的ケアの取り組みは、県が1997年4月に「要医療行為通学児童生徒学習支援事業」を策定したことに始まる。「要医療行為通学児童生徒学習支援事業」は、保護者の依頼・契約により保護者の代行として訪問看護婦を養護学校に派遣し、その経費を補助金として県が負担するというシステムである^{76) 77)} (図2-8)。この「要医療行為通学児童生徒学習支援事業」は、経管栄養の子どもを持つ親の会「びゅあすまいる」の要望活動の結果、県行政の支援事業として始まった⁷⁸⁾。

この事業によって1997年6月に宮城県立光明養護学校、7月に宮城県立古川養護学校、そして順次、宮城県立名取養護学校、宮城県立利府養護学校に訪問看護婦の派遣が始まった⁷⁹⁾。2000年度、訪問看護婦を利用した児童・生徒が在籍する養護学校は6か所である⁷⁹⁾。

「要医療行為通学児童生徒支援事業」の目的は、「訪問看護制度を利用することにより、特殊教育諸学校に通学する経管栄養等の医療行為または医療的行為（以下単に「医療行為」という。）を必要とする児童生徒（以下単に「児童生徒」という。）に対する保護者の介護負担を軽減し、もって学校における教育の普及奨励を図ること」⁷⁶⁾とあるように、保護者の負担軽減が主な目的である。対象とする医療的ケアは、「経管栄養、たんの吸引、導尿、気管カニューレの管理その他の医療行為であって、主治医が、当該児童生徒につき学校において訪問看護婦が該当医療行為を行うことに支障がないと認めたもの」⁷⁶⁾としている。補助金の交付額は、「保護者が訪問看護ステーションに支払う経費のうち訪問看護基本療養費及び訪問看護管理療養費相当額。ただし、老人訪問看護療養費に係る現行の指定老人訪問看護の費用の算定に関する基準（厚生省告示）で定めるそれらの額を超えることとなる場合は、当該を超えることとなる金額は交付しない。」⁷⁷⁾としている。

1997年の事業を通して、「①看護婦不足により週2～3回が限度で、その他の日はやはり親の付き添いが必要、②ステーションが地域にない、③交通費の自己負担はかなりの金額になってしまう、④手続きが複雑」などが、利用者である保護者から課題としてあげられた⁷⁸⁾。これに対し、③の訪問看護婦の交通費が保護者負担になっていた件は、1998年4月から県費で支払われるようになり、保護者の経費負担は無くなった。

更に、訪問看護を受けたいと思っても利用できない場合として、「時期的に必要なので常時必要ではない」「給食はペースト状を食べられるが夏場の水分補給などのように時期的に必要な」「通常学級や特殊学級在籍児童生徒が対象になっていない」等が課題にあげられていた。通常学級や特殊学級が対象になっていないのは、「要医療行為通学児童生徒支援事業」の目的に「特殊教育諸学校に通学する…」とされているためである。その他、利用している保護者たちは、「①毎日利用したい、②校外学習・宿泊訓練にも利用したい、③もっと長い時間（学校にいる時間）いて欲しい、④看護婦さんが常駐して欲しい」という要望をあげている⁷⁸⁾。

(2) 教育条件の整備について（医療との連携）

1) 訪問看護婦の関わり

「児童生徒の保護者は、自己の保護する児童生徒に対し学校において医療行為を行わせるため、自己の責任において訪問看護ステーションを利用することができる。」⁷⁶⁾とあるように、訪問看護ステーションの利用は、保護者との契約で行われる（図2-8）。養護学校に訪問看護婦を派遣している訪問看護ステーションは、1998年度6か所あり、一人の児童が2か所の訪問看護ステーションを利用する例もある（表2-23）⁷⁸⁾。

訪問看護ステーションと保護者の連携として、「連絡ノート」を活用している例もある⁸⁰⁾。

2) 緊急時の体制

訪問看護婦が医療的ケアを実施中、児童・生徒に緊急の対応が必要になった場合、訪問看護婦が救急処置をするとともに連絡・報告等で養護教諭と連携するモデルが、「要医療行為通学児童生徒学習支援事業実施要項」⁷⁶⁾に示されている(図2-9)。

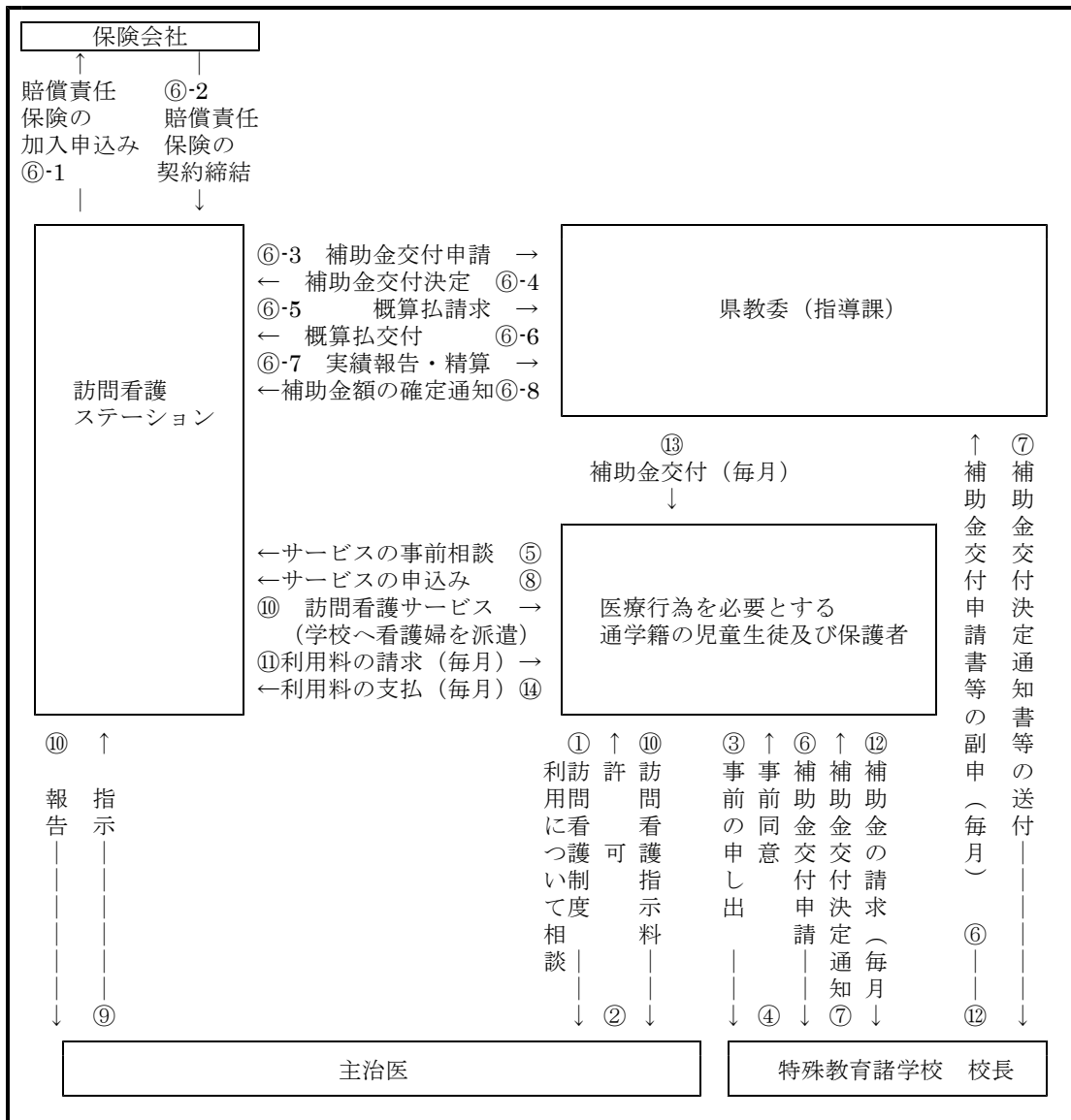


図2-8 「要医療行為通学児童生徒支援事業」訪問看護制度利用のしくみ⁷⁶⁾

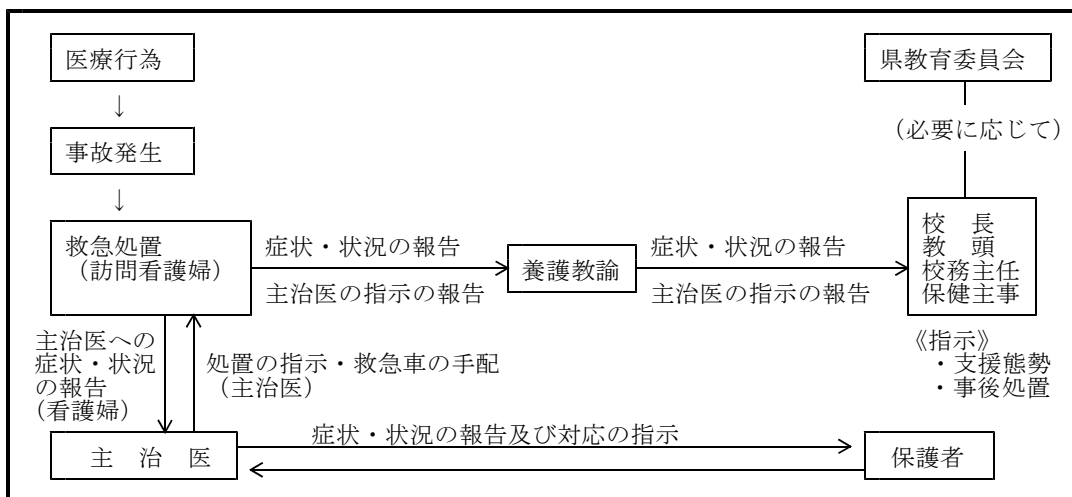


図2-9 「要医療行為通学児童生徒支援事業」訪問看護婦による医療行為中の救急体制⁷⁶⁾

表 2-23 1998 年度訪問看護実施一覧⁷⁸⁾

校名 対象者	訪問看護ステーション	医療行為	内容	利用状況
古川養護 小3男	(財)宮城厚生協会 小金町 ST	経管栄養	口腔ネラトン法 による注入	週3回(月・水・金) 11:30～12:30
利府養護 中1男 小1女 小2男 女 小3女 小4女 小6男	(社)宮城県看護協会 高砂訪問看護 ST	経管栄養・痰の吸引 経管栄養・痰の吸引 経管栄養・痰の吸引 経管栄養・痰の吸引 経管栄養・痰の吸引 導尿 1回 導尿 2回	〃 〃 〃 〃 〃	週2回(火・木) 10:00～13:30 7名利用のため看護婦さ んが3名交替で対応
光明養護 小2女 高3男	(財)宮城厚生協会 いずみ訪問看護 ST	経管栄養・痰の吸引 導尿	口腔ネラトン法 による注入 導尿の処置	月～金 11:00～12:30 月～金 11:00～12:30 の間に1回 火・金 の午後はもう1回
名取養護 小2男	(医)あすなる訪問看護 ST	経管栄養・痰の吸引	鼻チューブより 注入	(火) 9:30～13:00 1名の看護婦
	(財)宮城厚生協会 郡山訪問看護 ST			(金) 9:30～13:30 1名の看護婦
小4男 小5男	(社)宮城県看護協会 太白訪問看護 ST	導尿 経管栄養・痰の吸引	導尿の処置2回 胃瘻より注入	週2回(火・木) 10:00～12:00 12:00～14:00 と2名の 看護婦さんが交替で小4 と小5をみてる

(3) 宮城県の取り組みのまとめと考察

宮城県の取り組みは、訪問看護婦の派遣に伴う経費を県費で補助する「要医療行為通学児童生徒支援事業」にある。この宮城県の取り組みの特徴を3つあげる。

一つ目の特徴は、保護者の要望活動が県の事業につながり、その結果、事業目的が「保護者の介護負担を軽減」⁷⁶⁾ するとした点である。これまで見てきた横浜市、東京都、大阪府、神奈川県、千葉県では、養護学校の教職員が既に医療的ケアに対応していたという背景があった。そして教育行政が、養護学校の児童・生徒の健康・安全に関する取り組みを支援するために事業化したという経過であった。つまり、行政の支援として宮城県の取り組みは「保護者支援」であり、一方、横浜市、東京都、大阪府、神奈川県、千葉県の取り組みは「養護学校支援」であると言えよう。

二つ目の特徴は、医療的ケアの対応は訪問看護婦が全て対応し、教師は関わらないという点である。更に、訪問看護婦の養護学校在校時間が10時～13時の3時間程度(前出「表2-23」)しかなく、また医療的ケアに対応する時以外は別室に待機しているため、教師と訪問看護婦が日常的に接する機会はほとんど無い状況にある。

三つ目の特徴は、訪問看護婦が派遣されている養護学校が知的障害養護学校という点である。先にあげた横浜市、東京都、大阪府、神奈川県、千葉県は主に肢体不自由養護学校の取り組みであったが、宮城県には肢体不自由養護学校が2校しかなく、重度・重複障害児童・生徒の多くは居住地の知的障害養護学校に通学している⁸¹⁾。訪問看護を利用している医療的ケア必要児の在籍数は利府養護学校の7名以外は、1～3名と少数である(前出「表2-23」)。その少数の児童・生徒の教育保障を全教職員共通理解の上で検討するには、いろいろな困難があるものと思われる。

以上、「保護者の負担軽減」「教職員の対応がない」「知的障害養護学校の取り組み」という3つの特徴が、医療的ケアに対して教師の関心が薄い⁸¹⁾という状況をつくり出していると思われた。

その他、関係する教師の話では、この事業について「看護婦が身近にいても大変心強い」という評価もあるが、「3時間程度の関わりのために訪問看護婦が子どもの学校生活全体を知ることができない」「別室待機で呼び出すよりも看護婦常駐が必要」という課題が出されていた。

7. 兵庫県の取り組み

(1) 経過

兵庫県内の肢体不自由養護学校に在籍する児童・生徒のうち、医療的ケア必要児は 1996 年度 107 名、1997 年度 152 名を数え、その数は年々増加する傾向にある⁸²⁾。

兵庫県には県立 3 校、市町立 11 校の肢体不自由養護学校がある。県立の肢体不自由養護学校 3 校のうち、兵庫県立和田山養護学校は公立和田山病院に隣接しているが、「病院への入院している児童生徒を受け入れているわけではないので、医療的配慮が必要な児童生徒への対応を検討しなければならない」⁸²⁾とされる。

一方、市町立の肢体不自由養護学校においては、「尼崎市立尼崎養護学校では、訪問看護制度を取り入れ、訪問看護ステーションの看護婦が定期的に学校を訪問している。西宮市立西宮養護学校では、看護婦資格を持った親権代行者が、児童生徒に付き添って学校に行き、保護者に代わって医師から指示された行為を実施している。明石市立明石養護学校では、看護婦資格を有する介助員を配置し、篠山町立篠山養護学校では、定期的に看護婦の派遣を受けている。姫路市立書写養護学校では、福祉と連携し、市立の総合通園施設が医療スタッフを派遣している。」⁸²⁾というように、その設置主体が違うために市町独自の対応が行われている。

このように養護学校における医療的ケア必要児への対応は、各自治体で様々である。「肢体不自由養護学校設置市町、学校や保護者等からは、行政サービスの平等化、各市町の財政負担の軽減、保護者の負担軽減や教職員の不安の除去などを理由に、県としての方針を示して欲しいとの要望が強い。養護学校の設置義務が県にあり、各市町で異なった施策で応じることは教育条件の不平等化を招く結果となるので、そのような観点からも、県として何らかの方針を示すべき時期に来ている。」⁸²⁾とし、兵庫県教育委員会は 1996 年に「兵庫県障害児就学指導審議会」を設置した。

「兵庫県障害児就学指導審議会」は、1998 年 3 月に「高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」を報告した⁸²⁾。その中で、「教員が医療的配慮を行う場合には、医師法第 17 条に抵触するという可能性もあり、緊急時あるいは保護者不在などやむを得ないときに保護者の委託を受けて実施するなど、慎重に取り扱う必要がある」と述べている。そして今後の課題として次の 5 つをあげている。「(1) 医療スタッフの学校への派遣」では、医療スタッフを養護学校に派遣することが望ましいとして、訪問看護制度の活用をあげている。「(2) 救急医療体制の整備」では、保護者からの依頼、校長の承諾、必要な医療的配慮の確定、医師の指示書等、文書で確認する手続き、事故が生じた場合の対応マニュアルの作成をあげている。「(3) 医師との連携」では、最も重要な役割を果たすのは指導医であるが、校医を指導医にするのは校医の執務内容の現状から考えると困難な場合もあるだろうとしている。「(4) 学校外の活動に伴う医療スタッフの派遣」では、学校外行事が安全・効果的に実施されるよう、校外の活動についても医療スタッフを派遣するべきであるとしている。「(5) 教員研修」では、教師が医学的な知識を得ておくことが必要であるとし、県立障害児教育センター等で実技を含む研修の実施を求めている。

兵庫県は、文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けて、篠山市立篠山養護学校（篠山町立篠山養護学校は、1999 年の町村合併に伴い篠山市立篠山養護学校となった）を実施協力校に指定して研究を進めた。この「実践研究」の成果を受けて「養護学校における医療的バックアップ体制の研究に係る調査研究運営会議」は、2000 年 3 月に「養護学校等における医療的ケアについて」⁸³⁾をまとめた。その中で、「義務教育の観点から、保護者のみに医療的ケアの実施を求めることは、公教育として不備がある」⁸³⁻¹⁾とし、「医療的ケアと児童生徒の健康管理を、専門職としての医療関係職員が対応するのが望ましい」が、「現状では、学校に置く職員にこれらの職員が含まれていないことから」「これらの職員を派遣する事業を検討し、

当面の対応を進めることが最善の手段⁸³⁻²⁾とした。(文部省の「実践研究」は、第4章で扱う。)

このような県の動きとは別に、政令指定都市である神戸市でも検討が進められた。神戸市立友生養護学校では、入退院を繰り返していた生徒の保護者から養護学校に経管栄養の実施依頼が1992年度に出されて担任が実施した⁸⁴⁾。学校保健委員会を中心に検討を進め、全校討議を経て1995年から対象児童生徒の保護者に依頼書・指示書・確認書の提出を求め、医療的ケアにかかるマニュアル・個人マニュアル・緊急連絡方法を作成し、最低限度の吸引・経管栄養を実施していた^{85) 86)}。一方、神戸市立垂水養護学校では、医療的ケアの対応は保護者が付き添って行い、教師が行うべき行為ではないという姿勢をとっていた⁸⁵⁾。

このような養護学校の課題を背景に、神戸市教育委員会は1994年9月に「盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会」を設置し、1997年3月に「肢体不自由養護学校における医療的ケアについて」⁸⁵⁾を報告した。その中で「特別な健康管理を必要とする児童生徒への援助を『医療的ケア』と位置づけ、教職員による特別な健康管理を行うことの可能性を検討した結果」を示した(表2-24)。すなわち、「医療を専門とする医師等とは異なり、自ずと限界があるため、そのことを考慮に入れ、十分な検討と準備及び慎重かつ細心の注意が必要」としつつも、「児童生徒の健康・安全面を中心に、緊急事態も視野に入れ、学校の状態を考慮したとき、計画的な研修を積み、主治医・学校医・保護者及び地域医療との強い連携のもとで、教職員が『医療的ケア』を実施することが現状においては望ましい」という見解を示した。そして教職員による医療的ケアが円滑に行われるためには、「①研修体制の充実、②医療機関との連携と救急体制の確立、③施設・設備の充実」の条件整備が必要だとされた。この報告書に基づき、神戸市立垂水養護学校でも1997年に「医療的ケア等検討委員会」を設置して対応の手続きを定めた⁸⁷⁾。

また、報告書では「教職員を含めた『(仮称)マニュアル作成委員会』を設置し、十分な協議を通して『医療的ケアシステム』を整備すること」⁸⁵⁾とされ、これに基づき神戸市教育委員会は1998年に「医療的ケア実施マニュアル作成委員会」を設置して、1999年3月に「医療的ケアに関する手引き」⁸⁸⁾を作成した。

表2-24 教職員の医療的ケア実施に関する見解⁸⁵⁾

- | |
|---|
| <p>①「医療的ケア」については、専門家による十分な研修を積み、教職員であっても実施は可能であり、また、緊急時の対応もスムーズになる。</p> <p>②児童生徒が教職員から「医療的ケア」を受けることにより、信頼関係が一層促進される。</p> <p>③保護者から離れて、教職員から「医療的ケア」を受けることにより、児童生徒の社会的自立が一層促進される。</p> <p>④「医療的ケア」のために、常に付き添わなければならない保護者の負担を軽減できる。</p> |
|---|

(2) 教育条件の整備について

1) 医療との連携

兵庫県内の養護学校における教育と医療の連携の例として、連携方法の異なる尼崎市立尼崎養護学校、姫路市立書写養護学校、および神戸市立の養護学校の取り組みを取り上げる。

①尼崎市立尼崎養護学校

尼崎市立尼崎養護学校では、1996年度から医療的ケア必要児に対して、訪問看護制度を利用した看護婦(1名)配置による「看護行為」(尼崎市の「看護行為」とは「医療的ケア」と同じ)を始めている。これは、スクールバスの民間委託に付随して導入されたものである。この制度の目的は、「学校での看護行為に伴う保護者の負担の軽減を図るため、訪問看護センター所属の看

看護婦が4月から本校に配置されます。常時看護行為が必要な児童・生徒に対して、学校管理下において対応可能な看護行為を行います。」⁸⁹⁾とされている。その手続きを図2-10に示す。ここでは、看護婦が看護行為（医療的ケア）の全てを行い、教師の対応は行われていない。

勤務時間は、スクールバス4台のうち特に配慮の必要な児童・生徒が乗る車両に同乗し、児童・生徒とともに養護学校に登校してからスクールバスで一緒に下校するまでである。職務内容は、看護行為（医療的ケア）の実施、校外行事の引率（泊は行わない）、スクールバス内勤務、主治医との連絡、医療機器の管理などを行っている⁹⁰⁾。

なお、この他、医療関係職として理学療法士が1997年から常勤職員として配置されている。

このように尼崎市立尼崎養護学校では、スクールバスの民間委託に付随して訪問看護制度を利用した看護婦配置が導入された。教師による看護行為（医療的ケア）は行われていないが、これは養護学校内の議論や実践が進む前に、教育行政からの支援が実現したためだと思われる。

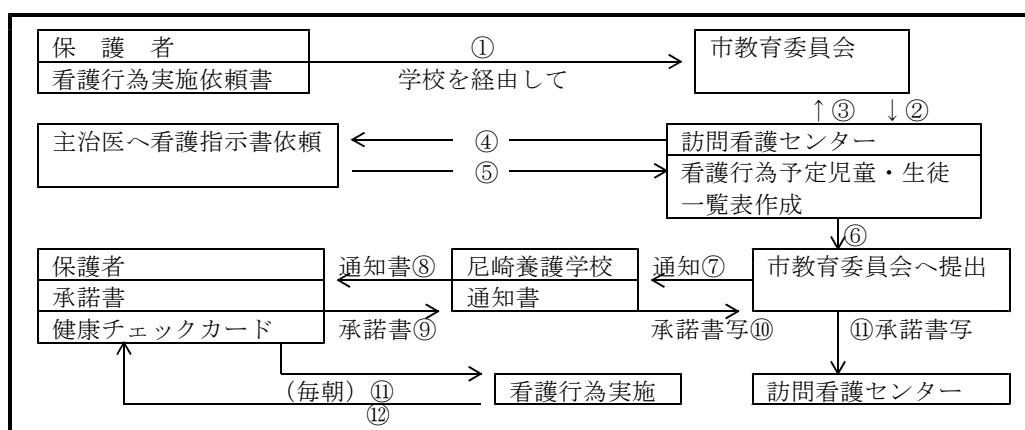


図2-10 看護行為実施依頼書提出から看護行為実施までの流れ⁸⁹⁾

②姫路市立書写養護学校

姫路市立書写養護学校では、1998年に「医療的ケア実施要項」⁹¹⁾を作成し、10月に担任が経管栄養を実施したのが教師による最初の医療的ケアであった^{92) 93)}。

1996年に保護者から学校に対して、学校で医療的ケアを行って欲しいという要望が出された。学校側は姫路市教育委員会に看護婦の配置を要求した。そして市教育委員会の依頼で、1997年4月から学校支援事業の一環として姫路市総合福祉通園センター（通称「ルネス花北」以下「ルネス」）からの看護婦派遣が始まった（週2回）。ルネス側も以前から養護学校に対して医療的ケアの対応を望んでいたもので、積極的に養護学校を支援した。

1997年5月に校内に「医療的ケア検討委員会」を設置し、更に11月に医療的ケアシステム推進委員会（図2-11）を開き、責任の明確化（市教育委員会）、人的技術面のバックアップ（ルネス）、教師の意識づくり（校内）の各役割を確認した。そして1998年2月に養護学校は「医療的ケア実施要項」の作成に着手した。

市教育委員会は看護婦の学校配置を予算化し、1998年4月から学校に看護婦の派遣（1名常駐、1名昼のみ）、医師の検診が始まった。看護婦の職務は、医療的ケアの対応の他、研修（講義・実習）、校外学習や宿泊学習への同行等である。医療的ケアの対応は当初看護婦が全て行っていたが、1998年5月の「医療的ケア検討委員会」の提案をきっかけに、徐々に教師による医療的ケアの実施に向けて進み出し、1998年10月からは教師も経管栄養を行うようになった。教師が行う医療的ケアは、1998年度は経管栄養に限られていたが、吸引の実施に向けて研修等を進めた。1999年1月からは看護婦や担任が医療的ケアを行う日には保護者の学校待機を無くし、2000年4月には看護婦2名のほぼ常駐体制となった。

医療的ケアの実施は、「医療的ケア実施要項」に基づいて行われている（図2-12）。この要項では、養護学校が医療的ケアに対応する目的を「本校の医療的配慮の必要な児童生徒が、学校生活を健康で安全に送れるよう環境を整える。」としている。

このように、姫路市立書写養護学校では、当初看護婦だけが医療的ケアを行っていたが、教師が医療的ケアを行うことの意義について検討を進める中で、医師と看護婦の協力を得ながら教師も医療的ケアに取り組み始めたことに特徴がある。なお、この取り組みでは、教育委員会が責任を持つことを表明するとともに、医療側の理解と積極的な支援が重要な役割を果たしている。

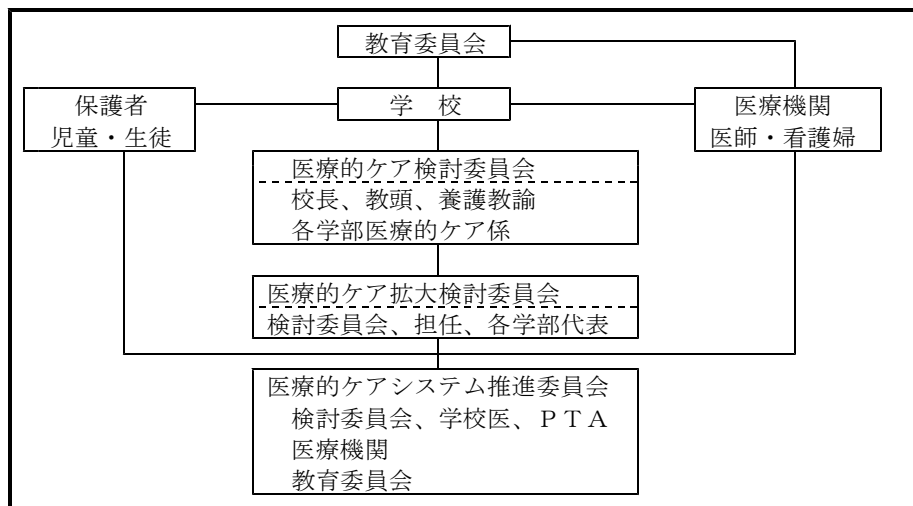


図2-11 姫路市立書写養護学校の医療的ケアシステム組織関連図⁹¹⁾

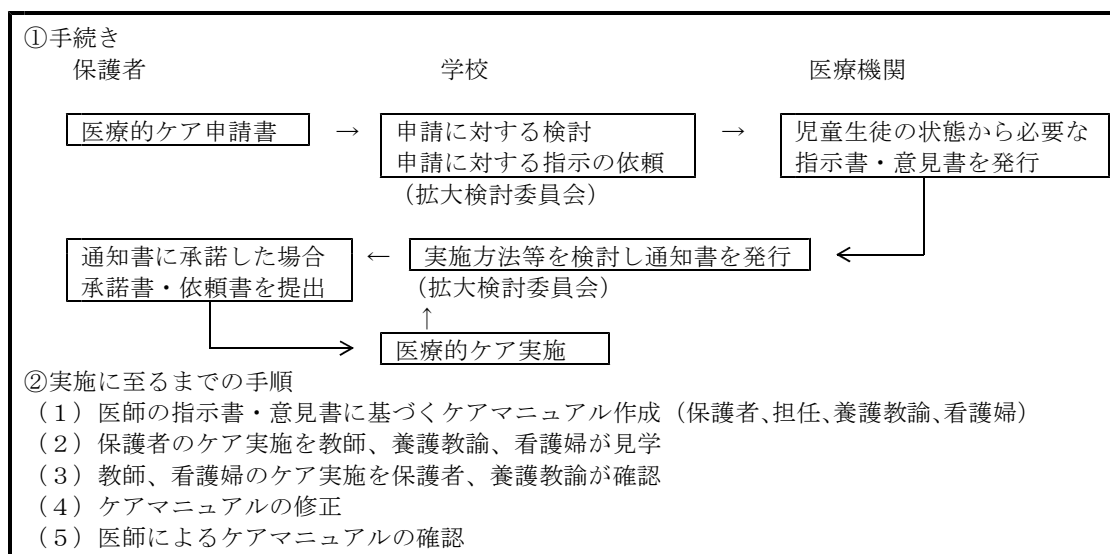


図2-12 姫路市立書写養護学校の医療的ケア実施に必要な手続き⁹¹⁾

③神戸市立の養護学校の取り組み

神戸市立友生養護学校は、1995年度から医療的ケア必要児の保護者に依頼書・指示書・確認書の提出を求め、一般的な医療に係るマニュアル・個人マニュアル・緊急連絡方法を作成し、最低限度の吸引・経管栄養を実施している^{85) 86)}。

神戸市教育委員会は、「盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会」を設置して、1997年3月に「肢体不自由養護学校における医療的ケアについて」⁸⁵⁾を報告した。その中で医療的ケアが円滑に行われるためには、「①研修体制の充実、②医療機関との連携と救急体制の確立、③施設・設備の充実」の条件整備が必要とされた。

この報告書に基づき、神戸市立垂水養護学校でも 1997 年に「医療的ケア等検討委員会」を設置し、対応の手続きを定めた⁸⁷⁾。

神戸市教育委員会は 1998 年に「医療的ケア実施マニュアル作成委員会」を設置し、1999 年 3 月に「医療的ケアに関する手引き」⁸⁶⁾を作成した。医療的ケアの内容は、①導尿、②吸引、③経管栄養、④酸素吸入、⑤気管切開部の管理、⑥緊急時の与薬、⑦その他、をあげ、「個々のケースにより内容が異なるので『各校検討委員会』で十分に検討し、判断する」とした。その他、友生養護学校と垂水養護学校の実践をふまえて、実施の手続き（図 2-13）や予想される緊急事態とその対応方法、更に緊急時の対応（図 2-14）をモデルとして示した。

神戸市の取り組みでは、神戸大学医学部、医学部保健学科、神戸市立看護大学に所属する小児神経科医、小児看護教官、理学・作業療法科教員が巡回指導チームをつくり、1998 年から定期的に学校現場での実施状況をチェックして、問題点や改善すべき点を指導している⁹⁴⁾。更に、教育委員会、校長、担当教員、校医、医療関係者（小児神経科医、看護、理学療法士）で構成する「医療的ケア連絡協議会」を設け、実施状況の確認や問題の対応、研修計画などについて協議を行っている。

このように、神戸市立の養護学校における医療的ケアの取り組みは、養護学校の実践が先行し、それに対して教育行政が一定の方針を出す中で、医療と連携しながら児童・生徒の健康・安全に配慮した実践を進めている。特に医療側の理解と積極的な支援が、重要な役割を果たしている。

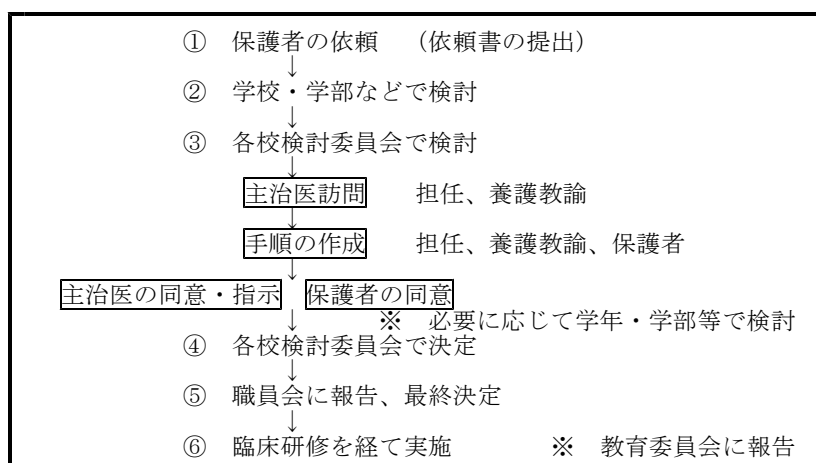


図 2-13 医療的ケア実施手続き⁸⁸⁾

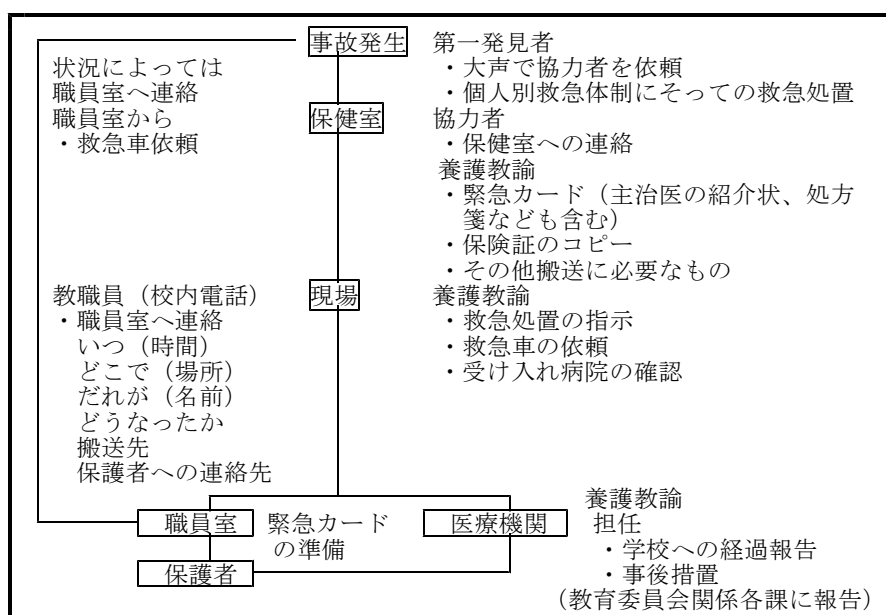


図 2-14 救急時の対応⁸⁸⁾

2) 研修

①兵庫県障害児教育センター

1998年の「兵庫県障害児就学指導審議会」の報告書⁸²⁾では、「緊急時に教員が対応しなければならぬ場面は、今後も増加していくものと予測される。また、児童生徒の実態を把握し、適切な教育計画をたてるためにも、教員が医学的な知識を得ておくことが必要である。」とし、「県立障害児教育センター等で、実技を含む研修を実施されたい」としている。そこで、兵庫県障害児教育センター主催の「平成12年度障害児教育に関する研修」⁹⁵⁾から医療的ケアに関係すると思われる研修を取り上げて、表2-25にまとめた。県の研修講座として「医療的ケアに係る研修」が位置づけられている。

表2-25 兵庫県障害児教育センターの障害児教育に関する研修から
医療的ケアに関する研修を抜粋⁹⁵⁾

区分	講座名	日数	研修内容
障害児教育担当教員研修講座	重度・重複障害教育研修	3日	「重度・重複障害児の理解とその指導」 講義・研究協議等による研修
実技研修講座	「身体の動き」 実技研修	3日	「運動・動作に関する理論と実技・演習」 講義・実技等による研修
特別研修	「医療的ケアに係る研修」	1日	「医療的ケアを必要とする児童生徒への基礎的対応」講義等による研修

②神戸市立の養護学校教員に対する研修

1997年の報告書⁸⁵⁾では条件整備として「①研修体制の充実」をあげている。これに基づいて、「平成9年度には、主に研修体制の充実を図り、全教職員対象の全体研修を7回と実技研修を行った。平成10年度も引き続き全体研修、新着任者を対象とした研修、実技研修を行い、さらに肢体不自由両校に委託した研修にも取り組んでいる。また、医療関係者（小児科・看護・理学療法・作業療法関係者）が学校現場に出向き、研修の機会ももっている。平成11年度からは養護教諭を対象とした特別研修も視野に入れる必要がある。」⁸⁸⁾というように、研修の充実が進められている。

(3) 兵庫県の取り組みのまとめと考察

兵庫県には県立3校、市町立11校の肢体不自由養護学校があり、その設置主体が違うために市町独自の対応が行われている。ここでは、養護学校における教育と医療の連携の例として、連携方法の異なる尼崎市立尼崎養護学校、姫路市立書写養護学校、神戸市立の友生養護学校と垂水養護学校を取り上げた。この他には、1991年から児童の導尿を教師が実施した兵庫県立和田山養護学校、1993年から看護婦資格を持った親権代行者による医療的ケアを始めた西宮市立西宮養護学校、1997年に看護婦資格を持つ介助員を配置した明石市立明石養護学校、1998年9月に看護婦配置をした加古川市立加古川養護学校、1998年から文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の実施協力校に指定された篠山市立篠山養護学校がある^{82) 84)}。

この中で教師が全く医療的ケアに関わらない、すなわち看護婦や看護婦資格を持つ者のみが対応しているのは、西宮養護学校と尼崎養護学校である。一方、看護婦や看護婦資格を持つ者を配置して教師も一緒に医療的ケアに取り組んでいるのが、明石養護学校、書写養護学校、加古川養護学校である。そして看護婦配置は行われていないが、医療関係者の巡回チームの支援のもとで教師が医療的ケアに取り組んでいるのが、神戸市立の友生養護学校と垂水養護学校である。

兵庫県の中でこのように様々な取り組みが行われているのは、設置主体の違いと次の3つの要因

が考えられる。

第一の要因は、医師の巡回指導や看護婦資格を持つ職員の配置など医療関係者の支援体制が作られる前に、教師の医療的ケアの実践が存在したかどうかである。先に見てきた横浜市、東京都、大阪府、神奈川県、千葉県では、養護学校の教職員が既に医療的ケアに対応していた実績があり、養護学校における児童・生徒の健康・安全に関する取り組みを教育行政が支援するために事業化したという経過であった。友生養護学校と加古川養護学校は、これに近い形と言えよう。一方、西宮養護学校や尼崎養護学校のように教師による医療的ケアの実績が無い中で、教育行政の支援として看護婦等の配置が行われた場合、教師の医療的ケアへの感心や取り組みは低調になると思われる。医療的ケアの対応実績が無い点については、校内事情も考えられるが、西宮養護学校が1993年、尼崎養護学校が1996年と兵庫県では早い時期の取り組みだったことも影響していると思われる⁸⁴⁾。

ところが、書写養護学校や垂水養護学校の場合、教師の医療的ケア実績は無かったが、医療職の支援を受けて教師が医療的ケアの対応を始めていた。そこで、第二の要因として教育行政の方針、第三の要因として医療関係者の理解と支援が考えられる。

第二の要因は、市の教育行政の方針である。書写養護学校は、姫路市教育委員会と協力医療機関（ルネス）と学校関係者で構成した「医療的ケアシステム推進委員会」で責任や役割などを確認しながら取り組みを進めた。垂水養護学校は、神戸市教育委員会が設置した「盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会」の報告⁸⁵⁾に基づき、1997年に「医療的ケア等検討委員会」を設置し、1998年から一定の手続きで教師が医療的ケアを始めた。このように行政の方針と支援のある・無しが、兵庫県の多様な取り組みの要因になっていると言えよう。

第三の要因は、医療関係者の理解と支援である。書写養護学校では、「医療的ケア検討委員会」の提案をもとに校内で議論し、コンセンサスづくりに取り組みながら、看護婦だけでなく教師も医療的ケアを実施する方向で検討を進めてきた。これは校内事情もあるが、養護学校側での医療的ケアの取り組みを期待していた協力医療機関（ルネス）の学校への理解と支援があったからこそ実現した取り組みだと思われる。同様に神戸市では、医療関係者による巡回チームが養護学校の医療的な面での支援を行っている。このように医療関係者の理解と養護学校への支援が、教師の医療的ケア対応を進めてきたと考える。

この他、兵庫県で特徴的なのは、尼崎市立尼崎養護学校で行われているスクールバスへの看護婦の添乗である。先にも述べたように、スクールバスの民間委託に付随して導入されたものだが、登下校における子どもたちの健康・安全に配慮した取り組みである。

8. 滋賀県の取り組み

(1) 経過

滋賀県立八幡養護学校では1990年代に入り、通学籍の児童・生徒の中に途中で経管栄養や吸引が必要になったり、気管切開をした児童が就学するようになった。当初これらの行為を担当の教師や養護教諭が行っていたが、1994年度から教育委員会の指導によって、医療的ケア必要児の就学は週2～3回の訪問教育か、保護者が学校に待機することを条件に通学を認めるという就学措置が行われるようになった⁹⁶⁾。

養護学校の課題を背景に、滋賀県教育委員会は1993年7月、「障害児教育と医療の連携検討委員会」を設置した。検討委員会は、1994年3月に「障害児教育と医療の連携について」⁹⁷⁾を教育委員会に対して報告した。その中で1993年7月1日現在、全在籍者数の10%が医療的ケアを必要とし、これらの児童・生徒について「就学の拒否ないしは訪問教育」は「結果として障害児教育

の後退」であるとした。その上で「当面、やむを得ず学校で行う医療的ケアに際しては、以下の諸点に十分留意するとともに、医師（主治医、学校医）、保護者、医療機関の判断と指示を十分尊重し、常時連絡が可能な状況を確認することが大切である」として、「(1)対象となる医療的ケアは、保護者が家庭において行っている範囲内とすること。(2)医師の指示は、可能な限り個別的・具体的に受け、常にケアの結果について医師に報告すること。(3)対象となる児童生徒の障害の状態、身体症状、健康状態を十分把握すること。(4)児童生徒の健康状態がおおむね安定していること。(5)保護者との十分な信頼関係を保ち、同意が得られていること。」をあげた。また、当面の具体的改善方策として、「(1)情報の収集、(2)学校保健体制の充実強化、(3)研修の計画的な実施、(4)手引書の作成」、今後の課題として「(1)養護教諭の複数配置、(2)医療的ケアに対する協力病院の依頼、(3)訪問教育の充実、(4)施設、設備の整備、(5)感染症対策」をあげた。

しかし、滋賀県教育委員会はこの報告書に基づいた事業展開を行うこともなく、またこの報告書の存在は学校関係者に知られていたが、教育委員会は一般に公開しなかった。そのため県の情報公開条例に基づいて資料の開示請求を行い、報告書を入手しなければならなかったと関係者から筆者は聞いている。

1998年4月、滋賀県立八幡養護学校中学部懇談会の中で経管栄養を必要とする生徒の保護者が、日頃の付き添いの問題、看護婦の学校配置、この問題に対する全校の保護者・教職員の理解を求めて訴えた。これを受けて7月に臨時PTA総会を行い、「医療的ケアを必要とする子どもたちの保護者負担の軽減を求める要望書」の署名活動を始めた^{98) 99)}。その結果、看護婦配置は実現しなかったが、滋賀県教育委員会は1999年4月から「要医療的ケア児童生徒学習支援事業」を開始した。この目的は「滋賀県立障害児教育諸学校は、予算の範囲内において、医療的ケアを必要とする児童生徒（以下「要医療的ケア児童生徒」という。）が修学旅行および校外学習（以下「修学旅行等」という。）に参加しやすく、かつ安心して学習できるよう支援するため、要医療的ケア児童生徒が参加する修学旅行等に看護婦を派遣する。」¹⁰⁰⁾である。

「要医療的ケア児童生徒学習支援事業」は校外行事のみを対象にしていたため、普通の授業における保護者の付き添いの状況は変わらなかった。そのため、教師による医療的ケアの一部実施の検討も同時に進められた。

滋賀県立八幡養護学校では、1998年9月に中学部及び野洲校舎から教師による口腔内吸引の実施が提案された。これを「医療的ケア検討委員会」が受けて職員会議等で議論の末、「医療的ケアに対する方針」として「①児童生徒の教育を保障していくために、児童生徒が必要とする医療的ケアのうち安全性が高いと思われる行為について、所定の手続きと研究を経た上で担当する教職員が行うものとする。②教職員が実施するケアの内容については、個別に検討し、決定するものとする。」が確認された。医療的ケアの一部を教師が実施¹⁰¹⁾するとともに、医療的ケアが安全かつ円滑に行われるよう、条件および環境整備、特に看護婦の学校配置についての検討も進めた¹⁰²⁾。

その後、滋賀県では、養護学校に対して医療的な支援を教育行政の中だけで行っていくのは難しいため、滋賀県保健福祉部障害福祉課が教育委員会と連絡を取りながら、2000年4月から「滋賀県重度障害児訪問看護利用助成事業」¹⁰³⁾を開始した。この事業の目的は「医療行為を常時必要とする児童・生徒（障害児教育諸学校にあっては幼稚部生を含む。以下「児童等」という。）が安心して地域でくらすよう、福祉・医療・教育の連携のもと訪問看護の利用助成を行うことにより、児童生徒等の自立と社会参加を促進するとともに保護者の介護・看護（以下「介護等」という。）の負担を軽減し、もって重度障害児の福祉の増進を図ること」である。この事業は、訪問看護を保険適用できる週当たり3日を越えた日数について、「児童等が居宅、学校等で訪問看護婦（士）による医療行為を受けた場合の必要経費（交通費を除く）」を公費で助成するものである。助成は、交通費等自己負担額を除く利用料を市町村が助成し、市町村に対して県は助成額の1/2以内を補

助するとしている。助成対象者は、「要医療的ケア児童生徒学習支援事業」の対象者である。これによって、自宅でも学校でも訪問看護婦の支援を受けることが可能となった。

(2) 教育条件の整備について（医療との連携）

滋賀県立八幡養護学校では、教師による医療的ケアの一部実施が始まったが、滋賀県教育委員会による看護婦の配置などは行われていない。ただし、滋賀県教育委員会は、1999年4月から修学旅行および校外学習の際に看護婦を派遣する「要医療的ケア児童生徒学習支援事業」¹⁰⁰⁾を開始している。派遣看護婦の業務内容は、「児童生徒に対し保護者が家庭において実施している医療的ケアの範囲内」で、保護者に代わって医療的ケアを行うものである。

2000年4月から滋賀県は「滋賀県重度障害児訪問看護利用助成事業」¹⁰³⁾を開始した。これによって、自宅でも学校でも訪問看護の支援を受けることが可能となった。その訪問看護の利用手続きを図2-15に示す。「訪問看護婦（士）の確保については、助成対象者が自ら行うものとする。」とされ、保護者と訪問看護事業者との契約に基づくもので、学校は市町村の意見照会に答える程度である。

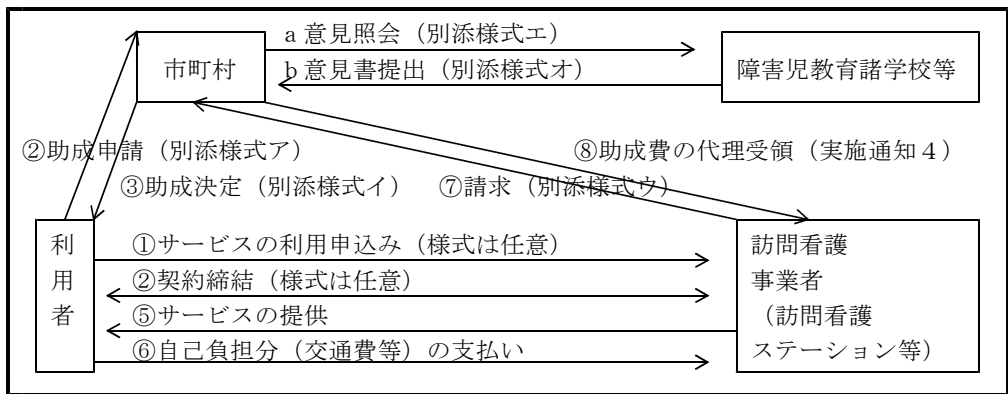


図2-15 滋賀県 重度障害児訪問看護利用助成事業に係る各種手続¹⁰³⁾

(3) 滋賀県の取り組みのまとめと考察

滋賀県では、養護学校の取り組みが先行し、その課題を受けて滋賀県教育委員会が「障害児教育と医療の連携検討委員会」を設置して報告させたが、事業化につなげることはなかった。1998年に養護学校とPTA等が養護学校への看護婦配置を要求し、それに対して県教育委員会は1999年4月から校外行事への看護婦派遣のみを事業化した。そのため養護学校では、教師による医療的ケアの一部実施の検討も同時に進められた。そして、滋賀県保健福祉部障害福祉課が「滋賀県重度障害児訪問看護利用助成事業」を策定して、2000年4月から学校や自宅へ訪問看護婦（士）の派遣が始まった。

養護学校への医療的支援の充実について、教育行政として取り組むことが難しいため、福祉行政側から医療的ケア必要児の教育支援が進められたという構図である。養護学校への医療的な環境の充実という視点では取り組みとして弱い、医療的ケア必要児の教育保障および保護者の負担軽減という視点では一つの方策と考えられる。

9. 北海道の取り組み

(1) 北海道における医療的ケア必要児への対応

北海道札幌市立豊成養護学校は、小学部、中学部、高等部、それぞれ地理的に離れた独立校舎になっている。その内、小学部では医療的ケアの必要性の有無にかかわらず、保護者全員が控室待機

となっている。1992年に「教育・医療検討委員会」を設置して、1994年から医療的ケアを「児童が学校生活を健康的に行うための必要な行為（吸入、経管による水分・栄養の注入、痰の吸引、酸素吸入）」とし、「生活行為実施までの過程」という手続きを作成して教師が対応している¹⁰⁴⁾。

このように北海道では、一部の養護学校で教師による医療的ケアの実施も見られるが、日本教職員組合障害児教育部の『『医療的ケア』実態調査報告』¹⁰⁵⁾によると、「3年前(1997年)の実態調査では、障害児学校在籍児童・生徒の17%弱が日常的に『医療的ケア』を必要としている状況である。児童・生徒への医療的ケアの対応のほとんどは、保護者が実施している。」とされる。また、これまで北海道教育委員会は、医療的ケアに関する検討委員会等を設置していない。

1998年1月22日、道議会の新年度予算要望に対して知事が、医療的ケアを必要とする生徒のための高等養護学校を2001年度に開設することを表明した（北海道新聞1998年1月23日「医療ケア付き高等養護学校」）。これは、第三次北海道教育長期総合計画に基づく教育条件整備の一環として北海道教育委員会が行った施策である¹⁰⁶⁾。この北海道央地区高等養護学校（仮称）^{*1}では、24時間体制で配置された看護婦が医療的ケアを行い、施設・設備、食事などの充実も考えられている¹⁰⁷⁾（資料8）。

（2）北海道の取り組みのまとめと考察

ほとんどの養護学校では保護者が医療的ケアの対応をしており、また、北海道教育委員会は医療的ケアに関する検討委員会等を設置していない。そのような状況ではあるが、2001年4月から医療的ケア必要児のための高等養護学校として北海道央地区高等養護学校（仮称）の開校が進められている。これは、障害児学校在籍児童・生徒の17%弱が日常的に『医療的ケア』を必要としている状況があり¹⁰⁵⁾、更に高等部の訪問教育実施を求める「全国訪問教育親の会」と「北海道訪問教育親の会」の運動¹⁰⁸⁾が、第三次北海道教育長期総合計画、「重度及び重複障害生徒の養護学校高等部整備検討会議」¹⁰⁶⁾の後期中等教育の充実に向けた検討に影響を与え、高等部の訪問教育の実施とともに北海道央地区高等養護学校（仮）の新設につながったと思われる。

北海道央地区高等養護学校（仮）には、看護婦が24時間配置され、施設・設備も充実したものが予定されている。医療的ケアのために保護者が付き添う必要もなく、施設・設備、体制の充実した学校で高等部3年間の教育を受けられる施策であり、この取り組みについて「在宅での訪問教育を余儀なくされていた生徒らにとって朗報となる」（北海道新聞1998年1月23日「医療ケア付き高等養護学校」）と積極的に評価する意見がある。

一方、佐藤ら¹⁰⁹⁾は『『医療的ケア』が必要な子どもたちを、地域・主治医と切り離して一個所に集めることは、報告書にある『ノーマライゼーションの理念に基づき、地域社会において、保護者や地域の人々等の支援のもとに可能な限り社会に参加する』という教育目標に大きく反するものとする。また、卒業後の生活をどう考えているのか。」という意見を述べている。

北海道央地区高等養護学校（仮）は寄宿舎併設であり、生徒にとって長期休業日を除く学期間中は、重症心身障害児施設と施設内学級の関係に似た状態の生活が予想される。医療的ケア必要児の教育問題は序章で述べたように、重症心身障害児（医療的ケア必要児を含む）の処遇の重心が施設療育から在宅療育へと移行する中で、在宅療育のための地域の医療・福祉・教育等の基盤の弱さが問題として表面化したものである。地域から離れて寄宿舎併設の高等養護学校で3年間を過ごすという北海道央地区高等養護学校（仮）の取り組みは、この医療的ケアの本質的な問題に答えることになっていないという意味で、佐藤らの意見はもっともであるとする。

*1 正式名称は2001年4月の開校時に「北海道夕張高等養護学校」と決まる

10. 埼玉県の取り組み

埼玉県では、埼玉県教育委員会から「学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育の在り方について」諮問を受けた埼玉県特殊教育振興協議会が、1992年3月に「本県における特殊教育の振興について」¹¹⁰⁾を答申した。この中で「①就学の措置、②医療機関の設置と連携、③医師の巡回指導と看護婦の配置、④研修機会の設定、⑤手引書の作成」など、県の今後の対応の在り方を答申した。この内、「⑤手引書の作成」に基づき、1996年3月に埼玉県教育委員会は「養護学校等における健康指導ハンドブック 健康と安全の指導のために」¹¹¹⁾を作成して養護学校へ配布した。しかし、それ以外は県側の諮問事項の説明に「学校職員が挿管操作等の医療行為の行為者とならざるを得ない状況も生じてきており、適切な教育等の対応が急務」としていたにも関わらず、埼玉県特殊教育振興協議会の答申に基づく埼玉県教育委員会の具体的な施策の展開はなかった。

一方、1998年7月に埼玉県立和光養護学校の医療的ケア必要児の保護者と教師で、「医療的ケアを考える親の会」¹¹²⁾を発足した。この会の要望事項の中心は、1992年3月に埼玉県特殊教育振興協議会が行った答申の具体化であった（会の取り組みは第3章で扱う）。

教育行政側からの具体的施策が無い中、医療側から養護学校への支援が始まった。埼玉県立小児医療センターの医師である奈良¹¹³⁾は、内科校医と県医師会の了承および県教育委員会との相談の上で、1998年10月から月1回、埼玉県立宮代養護学校にモデル事業として巡回相談を開始した。2000年には、県内肢体不自由養護学校全7校に埼玉小児神経懇話会の小児神経科医が手分けして巡回することになった。なおこの取り組みは、奈良¹¹⁴⁾が「県教育局がシステム化してくれることを願っている」と言うように、養護学校現場の要望に対して医師側が厚意で行っているものである。

以上が、埼玉県立の肢体不自由養護学校の取り組みである。一方、大宮市中心身障害総合センターに隣接する大宮市立養護学校は、校内で医療的ケアの対応を進めてきた¹¹⁵⁾。1995年5月に職員会議で学校長が「保護者の不在などやむを得ない時の経管による栄養補給等の実施について」を提案した。1995年11月にセンター医療部門スタッフによって経管栄養が始まった。1996年1月に大宮市立養護学校医療的ケア委員会を設置し、教職員の医療的ケア実施に向けた研修や「医療的ケア実施マニュアル」を作成した。1998年6月からは看護婦免許も持つ医療介助員（1日3時間の勤務。1999年から4時間に延長）が配置された。養護学校が対応している医療的ケアには、経鼻腔管留置による経管栄養以外に、1998年から口腔ネラトン法、胃瘻、吸引が加わっている。

11. 高知県の取り組み

高知県では、「高知県心身障害教育振興対策協議会」が1995年3月に「学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について」¹¹⁶⁾を報告した。この中で医療的ケア必要児に対する県の従来の対応は、「訪問教育や医療機関を伴う児童福祉施設が併設されている肢体不自由養護学校の分室等で行ってきている」とした。今後の対応は、「医療行為を必要としながら医療機関を伴わない肢体不自由養護学校本校に通学している児童生徒については、当分の間、当該児童生徒の医療行為は、当該学校において保護者の責任のもとに行うか、若しくは、県立の医療機関が併設されている肢体不自由養護学校への通学を考える必要がある」とした。加えて「就学途中で医療行為を必要とする児童生徒が生じた場合」には、「県就学指導委員会等の意見を聞くなどして、訪問教育又は県立の医療機関が併設されている肢体不自由養護学校への措置変更を検討し、適切に対応する必要がある」とした。

「高知県心身障害教育振興対策協議会」の報告は、医療的ケア必要児に対する従来の対応を変えるものではなかった。すなわち、一貫して訪問教育や病院や施設への入所を前提とした医療機関併設の肢体不自由養護学校への措置替えという方針を踏襲しただけのものであった。

その後、高知県は、文部省が 1998 年度から始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けて研究を開始した（文部省の「実践研究」は、第 4 章で扱う）。

1 2. 沖縄県の取り組み

沖縄県教育委員会は、1996 年 6 月に「医療行為を必要とする児童生徒の教育対応検討委員会」を設置した。2 年間の検討を経て検討委員会は、1998 年 1 月に「医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について」¹¹⁷⁾を報告した。それによると、1997 年 1 月現在「特殊教育諸学校の中で、日常生活において医療的ケアを必要とする児童生徒」は全在籍数 1521 名中 122 名（8.08 %）で、「学校生活で医療的ケアを必要とする児童生徒数」は 68 人（4.4 %）であった。68 名中 52 名は、「病院や医療施設併設・隣接養護学校に就学している児童生徒であり、その医療的ケアは、病院や施設の看護婦等が対応し、残りの 16 名は保護者や養護教諭が対応していた。

このような実態に対して報告書では「学校で医療的ケアを行う場合の基本的な考え方」として、「学校で緊急な医療的ケアが生じた場合は、一人一人の児童生徒の障害の状態、身体症状、健康状態に即して、医療的ケアの危険性・難易度、対応者の技量・経験等により、養護教諭等が行える範囲について、主治医と十分相談し、その判断と指示を受ける体制づくりが必要である」とした。また、「医療的ケアに対する具体的な対応策」として、「1 就学相談・医療相談の充実、2 訪問教育の充実、3 病児療養の教育の充実、4 救急体制の整備・充実、5 養護教諭及び教職員等の研修、6 研究モデル校の指定、7 医療機関等の連携、8 手引書作成」をあげた。

更に報告書では、「父母としても、世論を背景にして子供たちの就学保障の声が高まってきている」として、「①訪問学級から通学への措置替えを強く希望する父母が増加している、②医療管理下にある施設から高等部進学を希望する生徒が増えている、③訪問教育の高等部実施の強い要請と文部省の試行的実施の通知」をあげている。これは、1997 年 12 月に「沖縄県訪問教育親の会」が沖縄県教育長に提出した要望書¹¹⁸⁾を反映したものである。

この報告を受けた沖縄県教育委員会は、文部省が 1998 年度から始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けて研究を開始した（文部省の「実践研究」は、第 4 章で扱う）。

1 3. 鳥取県の取り組み

鳥取県教育委員会は、2000 年度に「医療行為が必要な通学児童生徒学習支援事業」¹¹⁹⁾を策定し、鳥取県立^{かいけ}皆生養護学校（肢体不自由養護学校）と鳥取県立鳥取養護学校（病弱養護学校）に学校看護婦を配置した。この事業の目的は、「経管栄養等の医療行為を必要とする幼児児童生徒が通学する鳥取養護学校及び皆生養護学校に看護婦を配置することにより、医療行為に対する保護者の負担を軽減し、幼児児童生徒に安全な学習環境を整備すること」としている。

医療的ケアの対応について教育委員会の基本姿勢は、教師は医療的ケアを行わず、学校看護婦は通学生の医療的ケアのみ行い、施設入所生の医療的ケアは施設の看護婦が行うとしている。学校看護婦は 2 名配置され、この 2 名が交代で月曜日から金曜日の午前 10 時から午後 3 時（皆生養護学校は午前 9 時 30 分から午後 2 時 30 分）に勤務する。また、学校看護婦は校外学習や修学旅行等の引率に参加できないため、行事中は保護者が対応するものとしている。

1 4. その他の県の取り組み

医療的ケア必要児の教育問題に関する「検討委員会」を教育委員会が設置したり、自治体として施策を行っている県は、前述した都道府県以外に、文部省が 1998 年度から始めた「特殊教育における

福祉・医療との連携に関する実践研究」の研究委嘱を受けた福島県、神奈川県、静岡県、三重県、兵庫県、和歌山県、広島県、高知県、鹿児島県、沖縄県の 10 県がある。これらの研究の内容と成果については、第 4 章で扱う。

その他、山口県¹²⁰⁾、山梨県¹²¹⁾、秋田県¹²²⁾ が、2000 年 4 月から医療的ケア必要児の教育問題を検討する研究会等を設けている。山口県教育委員会は、「特殊教育諸学校に在籍する児童生徒の医療的ケアの在り方について、教育・医療サイドの両面から研究」¹²⁰⁾ することを目的に「メディカルサポート研究会」を設置し、県立下関養護学校と県立周南養護学校を指定して 3 か年計画で研究を始めた。山梨県教育委員会は、大学、病院、学校関係者 20 名で「障害児教育研究会」を設置し、県立甲府養護学校の救護体制や就学前の教育相談の充実などをテーマに 2 か年計画で研究を始めた。また、秋田県教育委員会でも「文部省及び全国の医療的ケアに関する動向を把握し、秋田県の養護学校における医療的ケアのあり方について調査研究を行う」¹²²⁾ ために、1 か年計画で県立秋田養護学校に研究の委嘱を行った。

15. 教育条件の整備に関する取り組みについてのまとめと考察

本節では、1988 年から 2000 年までの間に医療的ケア必要児の教育問題に関する検討委員会（以下「検討委員会」）を教育委員会が設置したり、自治体として施策を行っている 12 都道府県 3 政令指定都市（ただし、1998 年から文部省の「実践研究」で取り組み始めた県、および 2000 年に「検討委員会」を設置した山口県、山梨県、秋田県を除いた）を対象に自治体や養護学校の取り組みの分析を行い、養護学校における教育条件整備の内容を見てきた。

各自治体の取り組みをまとめたものが、表 2-26 である。「検討委員会」を設置した自治体は、9 都府県と 3 政令指定都市である。9 都府県のうち、1998 年から始まった文部省の「実践研究」の委嘱を受けた県は 4 県（神奈川県、兵庫県、高知県、沖縄県）である。文部省の「実践研究」の委嘱を受けた県が 10 県なので、1999 年度までに「検討委員会」を設置した都道府県は過去に設置したものもあわせて 15 都府県になる（ただし、2000 年度に設置した山口県、山梨県、秋田県を除いた）。ちなみに 1999 年に都道府県教育長協議会第 4 部会が行った調査¹²³⁾ によると、1999 年までに「検討委員会」を設置した県は 13 県となっている。文部省が「実践研究」を始めた 1998 年以前に設置された「検討委員会」の数は、都道府県教育長協議会第 4 部会調査では 5 自治体であるのに対し、本研究では 9 自治体であった。これは都道府県教育長協議会第 4 部会調査に自治体が回答する際に、文部省の「実践研究」の委嘱に基づく「検討委員会」（調査運営会議）とそれ以前に設置した「検討委員会」が混同した結果と予想されるが、総数の違いは単に回答した自治体側の回答漏れと思われる。

次に、「検討委員会」の答申・報告が出された後の教育委員会の対応を見ていくことにする。「検討委員会」（9 都府県 3 政令指定都市）の答申をもとに、看護婦や巡回指導医の配置、手引書作成等の事業展開をしたのは 12 自治体のうち 5 自治体（横浜市、神戸市、東京都、神奈川県、千葉県）であった。その内、神奈川県だけが文部省の「実践研究」の委嘱を受けている。答申・報告の直後に文部省の「実践研究」の委嘱を受けたのは、2 自治体（兵庫県、沖縄県）である。答申・報告の後、具体的な事業展開を行わなかったのは 4 自治体（大阪府、滋賀県、埼玉県（ただし、手引書のみ作成している）、高知県）であるが、高知県はその後文部省の「実践研究」の委嘱を受け、また他の府県も、訪問看護制度の活用等独自の展開が行われている。

第 1 章では、関係者の意識調査等から教育条件の整備内容として、1) 医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）、2) 教師の専門性の向上（研修の充実、意識の変容）、3) 保護者と学校の協力体制の確立（信頼関係の確立）、4) 施設・設備の充実、の 4 つをあげた。次に、各自治体等の取り組みをこの 4 つの視点で考察する。

表2-26 医療的ケア必要児の教育に関する各自治体の対応状況

	教育委員会等への 答申前の 養護学校 での対応 状況 ★	教育委員会等への答申とその後				医療職の配置等		2000年度 養護学校 での対応 状況★		
		答申の有無 (年月)	校内での 対応につ いて★	事業 展開	文 部 省 研 究	養護教諭以外で 看護婦資格を持つ 職員 (配置年)	学校医以外の 医師の巡回 (配置年)			
政令 指定 都市	横浜市	A	○ 1990.3	A	○	—	臨床指導医 (1972)	A		
	大阪市	B (<1995)	○ 1999.3	C	—	—	看護指導員 (1995)	C		
	神戸市	B	○ 1997.3	A	○	—	巡回指導チーム(Dr・Ns・PT・OT) (1998)	A,B		
東京都	C	○ 1991.3	C	○	—	学校看護婦 (1932)	指導医 村山養護 (1992)	C		
大阪府	B	○ 1991.3	B	—	—	—	—	B		
神奈川県	B	○ 1993.3	B	○	○	—	担当医 (1996)	B		
千葉県	B	○ 1997.2	B	○	—	—	指導医 船橋養護 (1997)	B		
宮城県	G (<1997)	—	—	—	—	要医療行為通学児童生徒学習支援事業 (1997)		F		
兵庫県	B	○ 1998.3	C,D	→	○	—	指導医 (文部省研究)	C , E , F		
西宮市 尼崎市 姫路市 明石市 加古川市	G G G B B	/				看護婦免許を持つ親権代行者 (1993) (1996) (1997) (1997) (1998)	— — — —	F E C C C		
滋賀県	B			○ 1994.3	B	—	—	要医療的ケア児童生徒学習支援事業 (1999) ・ 滋賀県重度障害児訪問看護利用助成事業 (2000)		D
北海道	G			—	—	—	—	医療的ケア付き高等養護学校(2001年4月開校)		G
埼玉県	B			○ 1992.3	C	—	—	—	—	G
大宮市	G			/				(1995)	—	C
高知県	G	○ 1995.3	G			—	○	—	指導医 (文部省研究)	G
沖縄県	G	○ 1998.1	B	→	○	—	指導医 (文部省研究)	B		
鳥取県	G	—	—	—	—	医療行為が必要な通学児童生徒学習支援事業 (2000)		E		

★印の項目におけるA～Gは、医療的ケアの対応者を示す。各A～Gの対応者を以下に示す。
A：「教師」（児童・生徒の状態に保護者の対応もある） B：「教師」＋「保護者」
C：「教師」＋「学校看護婦」＋「保護者」 D：「教師」＋「個人契約看護婦」＋「保護者」
E：「学校看護婦」＋「保護者」 F：「個人契約看護婦」＋「保護者」
G：「保護者」
「教師」は、一般教諭と養護教諭。
「学校看護婦」は、養護教諭以外の学校に配置された看護婦資格を持つ職員。
「個人契約看護婦」は、保護者の代行者として保護者が直接契約した看護婦、および訪問看護婦。
「保護者」は、保護者または病院・施設入所児童・生徒にあつては病院・施設の看護婦や指導員。

(1) 医療職の配置と医療的ケア必要児への対応

1) 「指導医」の配置

1998年からの文部省の「実践研究」とは関係なく、学校医と別に養護学校へ巡回する医師（以下「指導医」とする）を配置して、教職員が一定の手続きで医療的ケアを行っているのは、横浜市（臨床指導医,1972年～）、東京都（指導医,1992年～）、神奈川県（重度重複担当医師,1996年～）、千葉県（指導医,1997年～）、神戸市（医師や看護婦からなる「巡回指導チーム」,1998年～）である。文部省の「実践研究」の委嘱を受けた県では、「指導医」をやはり学校医と別に指定している。

学校医は、学校保健法第16条「学校には、学校医を置くものとする」によって学校に配置され、「学校における保健管理に関する専門的事項に関し、技術及び指導に従事する」（同法第16条4項）とされている。養護学校の児童・生徒の障害の重度・重複化が進む中、養護学校には、小西ら¹²⁴⁾が言うように「①基礎疾患と合併障害、即ち脳障害の病態を理解した上で予後を見通し、担任教師の教育に必要な医学的知識を援助できる医師。②保護者の了解の下に学校への脳障害についての情報を教師（時には保護者にも）に説明できる医師。③在籍児童・生徒をとりまく保護者、教師、主治医の信頼関係の確立を援助できる医師。④学校内での『医療的ケア』の必要性を客観的に判断でき、ケアの点検・指導ができる医師」すなわち「専門医」を必要としている。しかし、地元の医師会が推薦した医師に対して教育委員会が学校医の委嘱を行うため、必ずしも「学校医＝専門医」とは限らない。そのため小西ら¹²⁴⁾は、「専門医＝学校医である場合が理想であるが、困難な場合は、巡回相談のような形で」専門医の派遣を提案している。

大阪府立交野養護学校の学校医は小児神経科の専門医であるため、学校医が校内における医療的な支援体制の要となっている。しかし、全国的には必ずしも「学校医＝専門医」ではないため、学校医とは別に専門医の役割を担う「指導医」の配置が進められたと考えられる。

「指導医」の役割には、①医療的ケア必要児の診察、②教職員に対して医療的ケアや救急時対応の技術指導（全体研修や個別研修）、③主治医や緊急時医療機関との調整、④健康相談、などがある。特に、教職員が一定の手続きで医療的ケアを行う場合の「指導医」の役割には、①主治医から研修を受けた教職員が適切に実施できているかを確認し、指導・助言に重点をおいたタイプ（神奈川県、千葉県、神戸市）と、②主治医の承諾の上で「指導医」が研修を行って継続的に確認と指導・助言を行うタイプ（横浜市、東京都）の2つに分けることができよう。①は、小西ら¹²⁴⁾が学校で医療的ケアに対応をする際の条件としてあげた「ケアの手技の獲得、研修、フォローは主治医の責任下であり、主治医の十分な指導と理解が必須である」に通じるものである。②は主治医の事前の承諾を前提に、「指導医」が医療的ケア必要児を検診して教職員が対応する医療的ケアの種類と範囲を決め、更に対応する教職員に研修を行って教職員が確実に実施できるように指導している。そのため①よりも②の方が「指導医」の指導管理責任は重いと言えよう。養護学校が医療的ケアに対応する場合、一般には主治医の責任において行うシステムの①が良いと思われる。しかし医療的ケア必要児が少数であれば①で良いが、1つの養護学校に医療的ケア必要児が多数在籍し、主治医もそれぞれ異なる場合、検診や研修の連絡や調整が煩雑となり、②の方が現実的な対応と思われる。

「指導医」が配置されていない場合、教職員の研修や確実な実施の確認などは主治医が行っている（大阪府等）。医療的ケアの手技、研修、フォローは基本的には主治医の責任下にあるが、養護学校が医療的ケアに取り組む場合、判断や指導を行う医師には、その養護学校の実情が理解される必要がある。しかし、主治医が必ずしも養護学校の実情を良く知っているとは限らない。このため、養護学校の実情をよく理解した学校医や「指導医」の存在は重要である⁷⁴⁾。

2) 看護婦の配置

分析の対象にした12都道府県の中で、養護教諭以外に学校看護婦を置くのは東京都（1932年

～)と鳥取県(2000年～)であった。ただし、東京都では14校全ての都立肢体不自由養護学校に学校看護婦が配置されているのに対し、鳥取県では県立^{かいけ}皆生養護学校(肢体不自由養護学校)と県立鳥取養護学校(病弱養護学校)の2校のみに学校看護婦を配置している。

一方、政令指定都市である大阪市(看護指導員,1995年～)と神戸市(医師や看護婦からなる「巡回指導チーム」,1998年～)、その他、兵庫県の尼崎市(1996年～)・姫路市(1997年～)・明石市(1997年～)・加古川市(1998年～)、埼玉県の大宮市(1995年～)では、訪問看護ステーションの活用や施設からの看護婦派遣、看護婦免許を持つ介助員の配置などが見られた。

このように市立養護学校で看護婦配置が行われているのは、都道府県立よりも行政区が小さいため、児童・生徒の実態や保護者の要望などを元に自治体の判断で独自の対応がしやすいという市立養護学校の利点¹²⁵⁾の現れとも考えられる。

第1章で見てきたように、医療的ケア必要児が通学して教育を受ける場合、医療的ケアの対応のために保護者の付き添い(校内待機)が教育委員会や養護学校から求められ、この付き添いに伴う保護者の身体的・精神的な負担は大変大きいとした。保護者の付き添いを無くすために、兵庫県西宮市では看護婦免許を持つ親権代行者(1993年～)を派遣している。また、宮城県と滋賀県では保護者が訪問看護ステーションと契約して養護学校に訪問看護婦を派遣し、その派遣費用を自治体が助成する制度を始めている(宮城県,1997年～、滋賀県,1999・2000年～)。

訪問看護制度は、1992年の医療法の改正で医療提供の場である従来の病院や診療所に「居宅」を加え、老人訪問看護ステーションを独立した事業体として制度化し、更に1994年の健康保健法の改正で訪問看護事業が一般化されて障害児への派遣も可能となった。そして、一部の養護学校では、「居宅」の延長という形で保険を利用して養護学校に訪問看護婦を派遣する例が見られた。しかし、自治体が厚生省に照会したところ現行制度では養護学校への訪問は認められないと回答され、保険が適用できなくなり¹²⁶⁾、経費は依頼者の個人負担とされている。宮城県と滋賀県の事業は、この個人負担となる経費を自治体で助成する制度である。

宮城県と滋賀県の事業は、保護者と訪問看護ステーションとの契約に基づく対応であり、保護者の代行として訪問看護婦が養護学校で医療的ケアを行うことで、保護者の負担軽減を図ろうとするものである。一方、養護学校に看護婦の配置や派遣を行っている他の自治体の取り組みは、養護学校自体の医療的な機能面を高めるといった目的がうかがえる。文部省の「実践研究」でも、研究を行う養護学校の要件として「養護学校内には看護婦資格のある者が1名は常駐すること」¹²⁷⁾としている。第1章で、養護学校の教育条件の整備の一つとして「医療職の配置」があげられた。これに応えるためには、保護者代行としての訪問看護制度の活用よりも、看護婦資格を有する職員の校内配置が望ましいと言えよう。

3) 医療的ケア必要児への対応

分析の対象にした12都道府県3政令指定都市において、実際に児童・生徒の医療的ケアを誰が対応しているかについて検討する。同じ自治体内でも学校によって多少異なるが、医療的ケアの対応状況をA～Gに分けて、表2-26に示した。

Aは、「教師」(一般教諭と養護教諭)が対応している場合である。一部、児童・生徒の状態により保護者の対応もあるが、原則として教師が行っているのは横浜市である。教育委員会への答申や養護学校の実践において、横浜市に近い取り組みを進めているのが神戸市である。対応にあたって横浜市では臨床医指導医(1972年～)、神戸市では医師や看護婦等からなる巡回指導チーム(1998年～)が養護学校へ医療的な支援を行っている。

Bは、「教師」と「保護者」が行っている場合である。ここで言う「保護者」は、保護者または病院・施設入所児童・生徒にあっては病院・施設の看護婦や指導員を含める。このような対応は、

大阪府、神奈川県、千葉県、沖縄県である。ただし、大阪府では 2000 年度から調査のための看護婦の派遣、神奈川県では県立中原養護学校と三ツ境養護学校に国の「緊急地域雇用特別交付金の創設による地方公共団体における臨時応急の雇用・就業機会の創出」¹²⁸⁾によって看護婦を派遣している。いずれも調査・研究としてであり、全体の対応としては「教師」と「保護者」による対応である。

Cは、「教師」と「学校看護婦」と「保護者」が行っている場合である。ここで言う「学校看護婦」は、養護教諭以外に配置された看護婦資格を持つ職員である。大阪市（週2回ほど肢体不自由養護学校を訪問する「看護指導員」）、東京都（学校看護婦）、兵庫県の姫路市・明石市・加古川市、埼玉県大宮市で看護婦の派遣や配置が行われている。保護者も関わっているが、医師（主治医、学校医、指導医など）と「学校看護婦」の指導・助言を受けながら協力して「教師」も医療的ケアの一部を行っている。

Dは、「教師」と「個人契約看護婦」と「保護者」が行っている場合である。ここで言う「個人契約看護婦」は、保護者の代行者として保護者が直接契約した看護婦や訪問看護婦である。この方法としては滋賀県が該当する。従来は、養護学校に看護婦がいないために「保護者」と「教師」が対応していたが、2000 年度からの「滋賀県重度障害児訪問看護利用助成事業」によって訪問看護婦もこれに加わった。

Eは、「学校看護婦」と「保護者」が行っている場合である。教育委員会が、看護婦を校内に配置して医療的ケアを行い、「教師」は関わらない方法である。訪問看護制度を活用した兵庫県の尼崎市と学校看護婦を配置している鳥取県がこれに該当する。

Fは、「個人契約看護婦」と「保護者」が行っている場合である。この場合も「教師」は、医療的ケアには関わらない方法で、宮城県や西宮市が該当する。

Gは、「保護者」が基本的に医療的ケアを全て行い、「教師」は関わらない場合である。これには、北海道、埼玉県、高知県が該当する。北海道は「医療的ケア付き高等養護学校」を 2001 年 4 月に開校するが、基本的な方針が示されていない。埼玉県は県教育委員会への答申は出されたが、具体的な事業展開には発展しなかった（医師の働きかけで 1998 年 10 月から医師の巡回相談をモデル事業として開始した）。高知県は病院や施設への入院入所を前提としているため、基本はこのタイプであるが、文部省「実践研究」の委嘱を受けて「教師」の対応についても検討が始められた。

A～Gのタイプを「教師」の関わりで見ると、何らかの形で医療的ケアに「教師」が関わるのは A～Dであり、「教師」が関わっていないのは E～Gである。そこで分析の対象とした 12 都道府県 3 政令指定都市の全体の傾向を見ると、行政からの答申等が出される以前に養護学校で医療的ケアに「教師」が関わっていたところ（横浜市、大阪市、神戸市、東京都、大阪府、神奈川県、千葉県、兵庫県明石市と加古川市、滋賀県）では、医師や看護婦の配置などが進められた場合に、「教師」も一緒に関わりを続けていくという傾向が見られる。そして、自治体の設置した「検討委員会」が医療的ケアにある程度「教師」が関わることを認める答申・報告（横浜市、大阪市、神戸市、東京都、大阪府、神奈川県、千葉県、滋賀県）を出したり（ただし、必ずしも答申・報告書が教育委員会の施策に反映した訳ではない）、養護学校に積極的に支援を行う地域の医師の存在が A～Dの都府県に多く見られる。

一方、「教師」の関わりがほとんど無い県（宮城県、兵庫県西宮市と尼崎市、北海道、高知県、鳥取県）では、行政からの支援として看護婦等が養護学校に来る状況になった場合も、「教師」の関わりが無いままで続く傾向が見られる。ただし、「教師」の関わりがない所に看護婦が配置された後、「教師」も一緒に関わりを持ち始めた例（兵庫県姫路市、埼玉県大宮市）もある。これは、地域の医療機関が養護学校に医療的ケアへの取り組みを求め、その実現のために医療機関が積極的に養護学校を支援したことによるものである。

以上から、養護学校における医療的ケア必要児への対応について様々な取り組みが生じた要因として、①医療関係者の支援制度が作られる前に「教師」の医療的ケア実践が存在したか、②行政がどのような方針を示したか、③地域の医療関係者の理解と支援の状況、の3つの要因の存在が考えられた。

(2) 教師の専門性の向上

9 都府県と 3 政令指定都市の「検討委員会」が出した答申・報告書では、研修の充実（全ての答申・報告書）、手引書の作成（横浜市、大阪市、神戸市、東京都、埼玉県、滋賀県、千葉県、沖縄県）についての記述が見られる（表 2-27）。

研修について、指導医や看護婦の配置が行われたところでは、配置された医師や看護婦が講師となり、校内研修を充実させる取り組みが見られる。一方、「医療的配慮の技術を習得するには、数多くの経験が必要とされる。実技も含めた継続的な研修が必要である。こうした研修を各学校において行うことは事実上困難であるので、県立障害児教育センター等で、実技を含む研修を実施されたい。」⁸²⁾とする考え方もある。そのため、教育センター等が主催する研修事業に医療的ケア関連の内容を位置づけているところも見られる（横浜市、東京都、神奈川県、兵庫県、沖縄県）。

研修の内容は、医師や看護婦による講義や実習だけでなく、病院や重症心身障害児施設での実習研修を設定しているところもある（横浜市、東京都、神奈川県）。これらはいずれも、教育委員会や教育センターの研修として始まる前に、先行した教師の施設での実習研修が行われていたことが特徴である。研修の充実のためには、「学校のニーズに応える内容にするために、関係者の意見を十分に徴収し、衛生局や関係方面と連携して進める」¹⁴⁾という視点が必要と思われる。

手引書が実際に作成されたのは、横浜市(1992)、東京都(1993)、埼玉県(1996)、千葉県(1998)、神戸市(1999)、大阪府・市(2000)である。大阪以外の手引書は教育委員会発行であるが、大阪の手引書は、教育委員会の協力のもとに大阪府医師会勤務医部会が発行しているのが特徴である。

表 2-27 各自治体の答申・報告書に示された内容と手引書作成・研修の実施状況

		教育委員会等への答申・報告書の内容					手引書作成と研修の実施状況	
		答申が出た年	研修の充実	手引書作成	施設・設備の充実	保護者との連携	手引書(年)	校内研修以外の研修
政令都市	横浜市	1990.3	○	○	—	○	1992	・県立こども医療センター実習 ・横浜市立養護教育総合センター
	大阪市	1999.3	○	○	○	○	2000	
	神戸市	1997.3	○	○	○	○	1999	
東京都		1991.3	○	○	—	○	1993	・教育委員会学務部主催の研修 (専門研修、臨床研修)
大阪府		1991.3	○	—	○	○	2000	
埼玉県		1992.3	○	○	—	○	1996	
神奈川県		1993.3	○	—	○	○	—	・神奈川県立第二教育センター主催の専門研修
滋賀県		1994.3	○	○	○	○	—	
高知県		1995.3	○	—	—	○	—	
千葉県		1997.2	○	○	○	○	1998	
兵庫県		1998.3	○	—	○	○	—	・兵庫県立障害児教育センター主催の特別研修
沖縄県		1998.1	○	○	○	○	—	・沖縄県立教育センター主催の短期研修講座

(3) 保護者との連携

9 都府県と 3 政令指定都市の「検討委員会」が出した答申・報告書では、全ての答申・報告書に保護者との連携についての記述が見られる（表 2-27）。ただし、高知県の報告書¹¹⁶⁾における保護者との連携は、就学途中で医療的ケアを必要とする状態になった場合に、「訪問教育又は県立の医療機関が併設されている肢体不自由養護学校への措置変更」を行うための「保護者と学校との連携」である。それ以外の答申・報告書では、養護学校が医療的ケアに取り組む場合、保護者の依頼が基本であり、日常的な連絡・情報交換の取り方など「学校と保護者との連携」の重要性をあげている。医療的ケアに取り組んでいる養護学校では、医療的ケアの対応に関する取り決め（「医療的ケア実施要綱」など）の中に、保護者の依頼、学校の説明に対する同意、日常の連絡など、「保護者との連携」を位置づけている。

序章で述べたように、医療的ケア必要児の教育問題では法的解釈と責任の問題が常に議論されている（医療的ケアの法解釈は第 4 章で扱う）。今回見られた「保護者との連携」は、養護学校が医療的ケアに対応する際の責任の分担を明確にし³³⁾、インフォームドコンセント（十分な説明と同意）やアカウンタビリティ（説明責任）としての役割を果たしていると言えよう。

(4) 施設・設備の充実

9 都府県と 3 政令指定都市の「検討委員会」が出した答申・報告書では、施設・設備の充実についての記述が見られる（大阪市、神戸市、大阪府、神奈川県、滋賀県、千葉県、兵庫県、沖縄県）（表 2-27）。その具体化も少しずつ進められている。例えば、機器の購入では、吸引器、吸入器（ネブライザー）、酸素飽和度測定装置（パルスオキシメータ）、体温計、聴診器などが購入されている。学校給食では、適切な食物形態での提供を進めている。また、重度・重複障害児は体温調節不良や感染症に罹りやすいため、エアコン・空調設備、給湯設備、アルコール等での消毒など、教室環境の充実も見られた。

このような施設・設備の充実は、呼吸障害、摂食・嚥下障害、体温調節不良、易感染等、重度・重複障害児の実態に即して行われる必要がある。

(5) 全体考察

医療的ケアに対する自治体および養護学校の取り組みを、医療と教育の連携という視点で捉え直すと、「①養護学校の中で『教師』と『医療職』が協力体制を作って対応する方法」「②医療と教育の分業体制を作った上で連携する方法」の 2 つに大きく分けられる。そして①は、医療職の配置、教師の研修、施設・設備の充実、保護者との連携などを通して養護学校に医療的な環境を高めていくとする取り組みである。それに対して②は、訪問看護制度の活用（宮城県、滋賀県）や看護婦免許を持つ親権代行者（兵庫県・西宮市）のように、保護者の負担軽減をねらいとした取り組みである。

第 1 章では、関係者の意識調査等から養護学校の教育を充実する視点として、教育条件の整備と教育内容の充実の 2 つがあげられていた。この関係者の求める「教育条件の整備」を踏まえると、「肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方」としては、「①養護学校の中で『教師』と『医療職』が協力体制を作って対応する方法」の方が望ましいと思われる。

16. 本節のまとめ

本節では、第 1 章で関係者の意識調査等から教育条件の整備内容として得られた、1) 医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）、2) 教師の専門性の向上（研修の充実、意識の変容）、3)

保護者と学校の協力体制の確立（信頼関係の確立）、4）施設・設備の充実、の4つの視点で、自治体や養護学校の取り組みの分析を行い、養護学校における教育条件整備の内容を検討した。分析の対象は、1988年から2000年の間に医療的ケア必要児の教育問題を検討する委員会（以下「検討委員会」）を設置したり、自治体として施策を行っている12都道府県3政令指定都市とした（ただし、1998年から文部省の「実践研究」で取り組み始めた県、および2000年に「検討委員会」を設置した山口県、山梨県、秋田県は除いた）。

「検討委員会」を設置していた自治体は、9都府県^{14) 43) 61) 71) 82) 97) 110) 116) 117)}と3政令指定都市^{4) 54) 85)}であった。9都府県のうち、1998年からの文部省の「実践研究」の委嘱を受けた県は4県であった。文部省「実践研究」の委嘱県を含めて、1999年度までに「検討委員会」を設置した都道府県は15都府県であった（ただし、2000年度に設置の山口県¹²⁰⁾、山梨県¹²¹⁾、秋田県¹²²⁾は除いた）。

「1）医療職の配置」では、文部省「実践研究」とは関係なく、学校医と別に養護学校へ巡回する医師を配置して教職員が一定の手続きで医療的ケアを行っているのは、横浜市^{1) 2) 3) 4)}（臨床指導医,1972年～）、東京都^{19) 20)}（指導医,1992年～）、神奈川県⁶³⁾（重度重複担当医師,1996年～）、千葉県^{71) 74)}（指導医,1997年～）、神戸市^{86) 87) 88) 94)}（医師や看護婦からなる「巡回指導チーム」,1998年～）であった。

「指導医」等の役割には、①医療的ケア必要児の診察、②教職員に対して医療的ケアや救急時対応の技術指導（全体研修や個別研修）、③主治医や緊急時医療機関との調整、④健康相談、などがあつた^{5) 6) 20) 74)}。養護学校の実情を加味して医療的ケアの対応について指導する「指導医」の役割は重要とされた⁷⁴⁾。

看護婦の配置では、12都道府県の中で養護教諭以外に学校看護婦を置くのは東京都（1932年～）^{25) 27)}と鳥取県（2000年～）¹¹⁹⁾であった。ただし、学校看護婦の配置は、東京都の場合には肢体不自由養護学校全校であるのに対して、鳥取県では2校だけであった。一方、政令指定都市（2市）^{51) 88)}や市立養護学校（5市）^{82) 84) 115)}では、訪問看護ステーションの活用や施設からの看護婦派遣、看護婦免許を持つ介助員の配置などが見られた。また、宮城県^{76) 77)}と滋賀県¹⁰³⁾は、訪問看護制度を活用した助成事業を行い、保護者の付き添い負担の軽減を行っていた。

分析の対象にした12都道府県3政令指定都市では、養護学校における医療的ケア必要児への対応状況は様々であったが、医療職の配置を進めている各自治体の取り組みは、「教師」が関わっているところと「教師」が関わらないところに大きく分けられた。「教師」が関わっているところは、行政からの答申等が出される以前から養護学校で医療的ケアに「教師」が関わっていたところ（横浜市⁴⁾、大阪市^{48) 49) 50) 54)}、神戸市⁸⁵⁾、東京都^{14) 29)}、大阪府⁴³⁾、神奈川県⁶¹⁾、千葉県^{70) 71)}、兵庫県明石市と加古川市⁸⁴⁾、滋賀県^{99) 101)}）であった。そして、医師や看護婦の配置などが進められた場合でも、「教師」が一緒に関わりを続けていくという傾向が見られた。

一方、「教師」の関わりがほとんど無い県（宮城県^{76) 78) 79) 81)}、兵庫県西宮市と尼崎市⁸⁴⁾、北海道¹⁰⁵⁾、高知県¹¹⁶⁾、鳥取県¹¹⁹⁾）では、行政からの支援として看護婦等が養護学校に来る状況になった場合も、「教師」の関わりが無いまま続く傾向が見られた。ただし、「教師」の関わりがない所に看護婦が配置された後、「教師」も一緒に関わりを持ち始めた例（兵庫県姫路市^{91) 92) 93)}、埼玉県大宮市¹¹⁵⁾）も見られた。これは、地域の医療機関が養護学校に医療的ケアへの取り組みを求め、その実現のために医療機関が積極的に養護学校を支援したことによるものであった。

各自治体や養護学校の実践の分析から、医療的ケア必要児への対応に様々な取り組みが生じた要因として、①医療関係者の支援制度が作られる前に「教師」の医療的ケア実践が存在したか、②行政がどのような方針を示したか、③地域の医療関係者の理解と支援の状況、の3つの要因の存在が考えられた。

「2）教師の専門性の向上」では、指導医や看護婦の配置が進められたところでは、配置された医師や看護婦が講師となり、校内研修を充実させる取り組みが見られた。手引書作成は、横浜市(1992)、東京都(1993)、埼玉県(1996)、千葉県(1998)、神戸市(1999)、大阪府・市(2000)で行われた。

「3）保護者と学校の協力体制の確立」では、医療的ケアに取り組んでいる自治体および養護学校では、医療的ケアの対応に関する取り決め（「医療的ケア実施要綱」など）の中に、保護者の依頼、学校の説明に対する同意、日常の連絡など「保護者との連携」を位置づけていた^{28) 41) 45) 48) 62) 72) 75) 86) 87) 88) 91) 101) 104)}。

「4）施設・設備の充実」では、医療機器の購入、給食の充実、教室環境の改善が図られていた^{4) 19) 41) 45) 48) 62) 67) 72) 88)}。

以上、医療的ケアに対する自治体および養護学校の取り組みを医療と教育の連携という視点で捉え直すと、「①養護学校の中で『教師』と『医療職』が協力体制を作って対応する方法」「②医療と教育の分業体制を作った上で連携する方法」の2つに大きく分けることができた。そして①は、医療職の配置、教師の研修、施設・設備の充実、保護者との連携など養護学校に医療的な環境を高めていこうとする取り組みであるのに対して、②は、訪問看護制度の活用（宮城県、滋賀県）や看護婦資格を持つ親権代行者（兵庫県西宮市）のように、保護者の負担軽減をねらいとした取り組みであった。第1章では、関係者の意識調査等から養護学校の教育を充実する視点として、教育条件の整備と教育内容の充実の2つがあげられていた。この関係者の求める「教育条件の整備」を踏まえると、「肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方」としては、「①養護学校の中で『教師』と『医療職』が協力体制を作って対応する方法」の方が望ましいと思われた。

第2節 養護学校が医療的ケアに対応する意義

本節では、医療的ケア必要児の指導事例を中心に、養護学校が医療的ケアに対応することについて、どのように意義づけがなされているのかを検討する。

1. 養護学校における医療的ケア必要児の指導事例

第1章の「第4節 医療的ケア必要児の教育に対する保護者の願い」では、保護者の付き添い負担の軽減だけでなく、「健康指導・健康配慮」や「母子分離・精神的な自立」、「子どもの内面への配慮と自己肯定感の育成」など教育的視点から養護学校での対応を望む意見が見られた。そこで、教育活動の一環として医療的ケアに取り組んだ教育実践事例を見ていくことにする。なお、事例は便宜的に医療的ケアの種類に分けて取り上げる。

(1) 痰の吸引が必要な子どもの事例

1) 大阪市立平野養護学校の事例¹²⁹⁾

訪問学級から通学籍に移籍した児童。排痰の際に嘔吐するため、痰の多い日は欠席になっていた。学校と家庭と医療・療育機関との連携を密にとりながら登校日数を増やしていった。学校で教師が吸引を行うので、痰が多い日でも保護者は安心して児童を登校させた。

取り組みを通じて保護者との信頼関係が深まるとともに、児童の生活リズムが整いつつあるとした。

2) 千葉県立桜が丘養護学校の事例⁷⁵⁾

通学籍の生徒。水分摂取や給食中に痰が多いため、必要に応じて手動式吸引器による吸引の実施の要望が保護者から出された。指導医の指導で、食事前の体位ドレナージや食形態の配慮をした。

取り組みを通じて、生徒のむせが減り、吸引もほとんど必要無くなり、食事を楽しめるようになった。教師は、対応や指導方針について保護者と共通理解をとることができた。

(2) 経管栄養が必要な子どもの事例

1) 東京都立村山養護学校の事例¹³⁰⁾

通学籍の児童。食事が、経口摂取と経管栄養（口腔ネラトン法）の併用から全面的に経管栄養に切り替わった。食事が全て経管栄養になったので、誤嚥のおそれや食物摂取に要したエネルギー消費が無くなり、体重が増加して体力がついた。抗痙攣剤も経管で確実に服用できるようになった。生理的基盤が安定するに従い、学習への参加も広がった。

2) 神奈川県立中原養護学校の事例¹³¹⁾

通学籍の生徒。小学部入学を期に昼食を経管栄養から経口摂取に変更したが、体重減少、筋緊張亢進・不機嫌等の全身状態の低下が見られたため経管栄養に戻した。主治医と保護者から経管栄養の実施の要望が学校に出され、検討の末、中学部1年になって教師による水分注入が試行的に実施された。

試行的実施を通じて、「①注入は本児にとっては安全かつスムーズな活動であること。②マニュアルも実施する中で洗練される。医師の指導助言は不可欠であること。③本児にとっては注入は関心事。教育的な配慮は不可欠であること。④注入者が教員になり、本児の自立の上で1歩前進したこと。⑤実態を知る新たな手がかりを得たこと。⑥学部・全校への報告の必要性を痛感したこと。」を成果としてあげている。

3) 大阪市立光陽養護学校の事例¹³²⁾

通学籍の生徒。中学1年時は中期食を経口で摂っていたが、痰がからんで呼吸状態が悪化し、体重も減少した。主治医から「体重の減少と体力や体温の低下は栄養と水分の不足が原因の一つと考えられる。そのために昼夜のリズムの乱れなどもあり学校生活においても眠っていることが多いのではないか。」と助言があり、鼻腔経管栄養を保護者の依頼を受けて教師が実施した。

取り組みを通じて、「①経口摂取に比べて安全性は格段に高まった、②出席日数が増えた、③体重が増加した、④血色、低体温の改善、排尿回数の増加、⑤授業中に入眠せず、表情が良くなる、⑥教員にとって安心して摂食指導（経管栄養）に取り組めるようになった」を成果としてあげている。

4) 東京都立江戸川養護学校の事例¹³³⁾

通学籍の生徒。小学5年生の時の誤嚥検査で静的誤嚥がわかり、経管栄養と経口摂取を併用して食事をしてきた。食事時の入眠や体重減少、誤嚥検査の結果を受けて、高等部で教師による経管栄養を開始した。

取り組みを通じて、「本人にとって：①体重が増えた。②服薬が確実になり発作が減った。③笑顔や自発的座位が再び戻った。④熱発が無くなった。」、「担任として：①担任との関係が深まってきた。②生徒の気持ちをより深く理解できた。③重い障害をもつ生徒を指導するとき『何は良くて、何が異常な状態なのか』等がわかるようになってきた。」を成果としてあげている。

(3) 気管切開をした子どもの事例

1) 東京都立多摩養護学校の事例¹³⁴⁾

訪問籍の児童。在宅療育で疲労した家族を支援する目的で、訪問授業中は母親にかわって担任が吸引を行うようになった。授業では呼吸の改善をねらいにリラクゼーション、意識的な呼吸、姿勢づくりなどを行った。

吸引を行うことを通して、「①痰が多く苦しい状態（今まではそれが自分だと思っていた）から楽になった状態に気づかせる。②排痰のための努力（呼吸を強める。体位変換等）③表情等も含めて吸引を要請する」ことを指導した。この指導は、養護・訓練の指導における「1. 身体健康の(2) 疾病の状態の理解と生活管理に関すること。(3) 損傷の理解と養護に関すること。2. 心理的適応の(1) 対人関係の形成に関すること。(3) 障害を克服する意欲の向上に関すること。4. 運動・動作の(1) 姿勢と運動・動作の基本の習得及び改善に関すること。5. 意思の伝達の(1) 意思の相互伝達の基礎能力の習得に関すること」の指導につながるのではないかと述べている。

取り組みを通じて、「児童および保護者との信頼関係が増していった。しっかりとした呼吸で、吸引の回数が減った。コミュニケーション手段として意識的に手の動きを使う可能性が広がった。家族と一緒にリビングで過ごすといったように、家族の本児への関わりも変容した。」を成果としてあげている。

2) 東京都立小平養護学校の事例¹³⁵⁾

訪問籍の生徒。唾液の流入が多く、呼吸状態が悪化しやすい。気管内吸引に担任が関わる必要性として「(1) 緊急の場合の対応、(2) よりよい呼吸状態で学習できるようにする、(3) 学習活動（姿勢や動きなど）と学習場面の拡大、(4) 本人が母親と離れた場面で母親以外の人からも援助を受けられる（自立）、(5) 本人に対して、保護者との共通理解・連携を深め、教育活動や健康づくりを進めることがスムーズになる」をあげて取り組んだ。

取り組みを通じて、「(1) よりよい呼吸状態で学習に参加できる。本人が楽で、安心して学習に参加できる。(2) 口・鼻の吸引を早めにしておくことで気管内吸引やむせこみの回数を減らせる。

(3)体を動かす・起こす・移動するなどがスムーズになった。(4)本人の状態・力・許容度などについて担任が理解を深められた。(5)(担任にとって)いつも気が気でない状態から、安心して本人の状態を見ていられる。(6)授業の流れが中断しない。(7)おかあさんも30分程度で動いているが、安心していられる。」を成果としてあげている。

3) 札幌市立豊成養護学校の事例¹⁰⁴⁾

通学籍の児童。痰や唾液が多く、平均15分間隔で気管内と口腔内の吸引を必要とし、教師が対応してきた。

取り組みを通じて、「①その日の体調がチェックできる。さらに授業内容の組立が無理なく行えること。②体調維持・向上のために適切な配慮ができたこと。③信頼関係が築けたこと。④生活空間が広がり、経験の拡大につながった。」を成果としてあげている。

4) 大阪市立光陽養護学校の事例¹³⁶⁾

通学籍の児童。気管内吸引および鼻腔経管栄養を必要とした。保護者からの依頼書、学校医、主治医、保護者と連携してマニュアルを作成し、教師が対応した。

取り組みを通じて、「(1)保護者との協力関係が緊密に取れた。(2)主治医と数多くの面談の機会を持ち、何度もマニュアルを見直すなど、継続的に取り組めた。(3)入学前に実施の方向を確認し、可能な限り情報をつかむことができた。看護指導員からの適切な助言を得て、それを主治医と保護者と担当者間で再度確認し、実施するという流れで、スムーズにできたこと。」を成果としてあげている。

その上で実施手続きについては、「法的問題や責任問題のクリア」というよりも手続きを踏む中で理解が深まり、「ケアそのものを安全に行うために重要」という考えを示した。また、養護学校における医療的ケアの実施者については、医療スタッフの配置は必要であるが、児童の「状態を全体で掴むためには、『教員が直接ケアを実施する』ことが必要なのではないか」という考えを述べている。

(4) 人工呼吸器をつけた子どもの事例

1) 東京都立村山養護学校の事例¹³⁷⁾

訪問籍の児童。週4回のスクーリングの中で、ほぼ学年相応の教科指導を行っていた。吸引を教師が対応することで、児童が保護者から離れられるようになった。

取り組みを通じて、「①自我の確立が進む、②自己肯定感を育てる土台づくりが進む、③自分の健康についてより関心が高まる、④保護者の都合による欠席が無く、精神的にも安定できた」を成果としてあげている。

2) 兵庫県加古川市立加古川養護学校の事例¹³⁸⁾

通学籍の児童。人工呼吸器をつけ、吸引と経管栄養を必要とした。担任は、児童にとっての医療的ケアを次のように意味づけしている。吸引については、「①命にかかわるが自分ではできないこと。②誰からでもしてもらえるものではないこと。③呼吸が苦しい、吸引が辛いということだけの意味付けや機械的なケアでは、自分の身体を否定的に感じる危険性があること。④自分に対する否定的な感情をもつ危険性があること。」をあげた。経管栄養については、「①食べることを意識しにくいこと。②食べることをイメージしにくいこと。」をあげた。

「機能訓練」「水泳指導」「自然の中での授業」で身体の気持ちよさを学び、「表現の授業」「シボルの授業」で気持ちよさを伝える力を育てることを医療的ケアの教育実践における「土台の実践」と位置づけた。更に児童に対して吸引の必要性の有無を聞き、吸引を行い、気持ちよくなった

ことを確かめ、共感するという一連の活動を通して自己認識を高めることを医療的ケアの教育実践における「中心の実践」と位置づけて指導を展開した。

取り組みを通じて、吸引を意識し、意思表示をよくするようになり、呼吸を意識化して自己認識が育っていったことを成果としてあげている。

(5) 導尿が必要な子どもの事例

1) 東京都立村山養護学校の事例¹⁹⁻²⁾

通学籍の児童。導尿に対する意識づけが可能で、将来的には自己導尿も可能かと考えられるが、やや幼児性が強く、現時点では難しいという事例。

卒業後の進路のことも含めて考えると自己導尿は必要な条件であり、導尿の指導も教育的に必要な事項であると報告している。

2) 宮崎県立延岡養護学校の事例¹³⁹⁾

通学籍の児童。3～4時間おきに導尿が必要で、保護者が実施。健康な生活を送り、将来自立をめざす上で自己導尿は重要であるとして、授業の中に取り入れた。

事前に担任が二分脊椎症や導尿について学習し、保護者の実施を観察するとともに医師のアドバイスを仰いだ。そして個別の「生活単元学習」として指導を行った。指導の内容は、導尿を実施した母親に対して礼を述べる、尿に関心を持たせる、遊び等を通して手指の巧緻性の訓練や鏡を使った挿入の練習を行った。

取り組みを通じて、自己導尿を行うまでには至らなかったが、コミュニケーションがより豊かになり、更に根気や集中力、手指機能の向上が見られたことを成果としてあげている。

2. 養護学校が医療的ケアに対応する意義について

ここでは前述の事例を中心に、養護学校が医療的ケアに対応することについて、どのように意義づけがなされているのか、保護者、児童・生徒、教師それぞれに分けて分析する。

(1) 保護者にとっての意義

保護者には、子どもを就学させる義務（学校教育法第22条）がある（児童福祉施設に入所中の児童の場合は、児童福祉法第48条に基づき施設の長にその義務がある）。医療的ケア必要児が通学する場合、保護者がその義務を果たそうとすると、保護者の付き添いや学校待機が養護学校や教育委員会から求められる。第1章の「第4節 医療的ケア必要児の教育に対する保護者の願い」では、医療的ケア必要児の保護者が就学時に「訪問教育か通学籍か」という学籍問題で精神的ストレスを受け、通学籍になった場合でも保護者付き添いが求められるなど保護者にかかる負担が大きいことを示した。

保護者付き添いについて、「Y.M.の母は、朝、自家用車で学校へ連れて来て、授業中も保護者控え室で待機していなければならない、自分の時間が全くとれない状況である。夜はまた、吸引しなければならぬので数回起きなければならない。またH.S.が一晚じゅう泣き通しで一睡もできないで、さらに注入が必要なため昼間は学校へ行くと言うことで、身体を休ませることが出来ず、ダウンしてしまっただことがある。」¹⁴⁰⁾、「母親が毎日のように学校に来て注入をせねばならずその負担は非常に大きかった。また、遠足や宿泊行事にも保護者が同伴しなければならず心身共に大きな負担となっていた。」¹³⁰⁾、「母親自身も病気を抱え、通院が必要な状態であるがMさんのケアのためにままならない状態である」¹³⁰⁾、「仕事の都合から週1日のみしか付き添えない」¹³⁵⁾、「毎日付き添ってるので家の中はぐちゃぐちゃです」¹⁴¹⁾など教師や保護者から報告されている。神戸市の報告書にも「保護者に係る問題」として「①学校で、常に児童生徒の介護のために付き添わな

なければならない。②宿泊を伴う行事に付き添わなければならない場合もある。」⁸⁵⁾としている。このように、保護者付き添いに関しては、保護者の身体的・精神的な負担、保護者の就労問題、家族生活への影響など「親の生活権」の問題¹⁴²⁾が存在する。

養護学校が医療的ケアに対応することの「保護者にとっての意義」には、保護者の負担等の問題を解消して「親の生活権」を保障することが考えられる。このような観点から北住¹⁴³⁾は、「医療的ケアが学校スタッフにより行われることによる家族（母親）の負担の軽減、家族のQOLの改善という意義、すなわち福祉的意義も積極的に評価されるべき」とし、地域療育において養護学校は「教育」の場であると同時に「福祉」の場であるという考えを述べている。また、東京都立多摩養護学校の『医療的ケア実施要項』作成にあたっての基本的な考え方¹⁴⁴⁾では、「学校が、可能な範囲で保護者の負担軽減への助力ができれば、児童・生徒の家庭生活において良い効果が得られる」としている。

更に保護者の負担については、兵庫県教育委員会が設置した「養護学校における医療的バックアップ体制の研究に係る調査研究運営会議」のまとめの中で、「義務教育の観点から、保護者のみに医療的ケアの実施を求めることは、公教育として不備がある」⁸³⁻¹⁾と指摘しているように、義務教育の無償の原則（日本国憲法第26条2項）からも問題と言えよう。

以上から、養護学校が医療的ケアに対応することの「保護者にとっての意義」は、『親の生活権』の保障、「義務教育の無償の原則に基づく対応」にまとめられる。

「保護者にとっての意義」を前述のように捉えた場合、養護学校が医療的ケアに対応する目的は、「保護者に代わって行う」（保護者代行）ことで保護者にかかる負担の軽減を図ることが主たるであろう。この保護者の負担軽減をうたっているのが、訪問看護制度を利用した宮城県と滋賀県の事業および学校看護婦を配置した鳥取県の事業である。宮城県の「要医療行為通学児童生徒学習支援事業実施要項」⁷⁶⁾では、「…保護者の負担を軽減し、もって学校における教育の普及奨励を図ることを目的とする」とし、「滋賀県重度障害児訪問看護利用助成事業実施要綱」¹⁰³⁾でも「…保護者の介護・看護（以下「介護等」という。）の負担を軽減し、もって重度障害児の福祉の増進を図ることを目的とする」としている。更に、鳥取県の「医療行為が必要な通学児童生徒の学習支援事業実施要綱」¹¹⁹⁾でも、「…医療行為に対する保護者の負担を軽減し…」としている。このように保護者の負担軽減を目的とした場合、医療的ケアの実施者が養護学校の教師である必要性は見いださなく、例えば訪問看護制度を活用した保護者代行者でも良いと思われる。

（2）児童・生徒にとっての意義

1) 「教育を受ける権利」の保障

保護者の付き添いを前提とした通学籍の場合、保護者の都合によって登校して教育を受けることができなくなるおそれがある。このことは、「母親の都合が悪く注入に来られないときは、給食時間前の下校となり授業時間の保障の点で不十分」¹³⁰⁾というように、児童・生徒の「教育を受ける権利」に関する問題である。保護者の都合で付き添えない、すなわち「保護者の不在等やむを得ない理由」¹⁵⁾が生じた場合に児童・生徒の「教育を受ける権利」を保障しようと、指導医の配置や一定の手続きで教職員が医療的ケアに対応するシステムを導入したのが、東京都の医療体制整備事業（救急体制整備事業）である。「母親の都合が悪い場合は、児童の体調の如何に関わらず欠席となっていた。モデルケースとなったために、実施回数は4回と少なかったが、欠席せずに登校することができた」¹⁹⁻³⁾というように、養護学校が医療的ケアに対応することは、児童・生徒の「教育を受ける権利」を保障することにつながる。

必要とする医療的ケアを養護学校が対応することによって、「教育を受ける権利」が保障されることは、児童・生徒にとっての一つの意義になるであろう。ただし、この場合も医療的ケアの実施

者が養護学校の教師である必要性は見だしにくく、例えば訪問看護制度を利用した保護者代行者でも良いと思われる。

2) 教育活動の一環としての対応

養護学校が医療的ケアに対応する意義について、「保護者の代行」として行う限りにおいては教師が医療的ケアを行う必然性や意義は見だしにくい。教育活動の一環として取り組んでこそ、養護学校の教師が医療的ケアを行う必然性や意義につながるのではないだろうか。

そこで、「1. 養護学校における医療的ケア必要児の指導事例」であげた事例を中心に、教師の行う医療的ケアについて、教育活動の一環としてどのように意義づけがなされているかを検討する。

①教育活動の一環としての「健康・安全の指導」

「1. 養護学校における医療的ケア必要児の指導事例」では、ほとんどの事例に共通して健康の維持・向上をめざした「健康・安全の指導」の観点が見られた。この他、「健康・安全の指導」を研究課題として取り扱った養護学校の報告は、いくつか見られる^{145) 146) 147) 148)}。

奈良県立明日香養護学校¹⁴⁹⁾では、医療的ケアについて「児童生徒が学校生活を安全かつ快適に送るため、また健康を維持増進するための必要最小限のケアである」としている。千葉県障害児教育検討委員会の答申⁷¹⁾では、「『医療行為』は児童生徒の生命を支え、学習が成立するための基本的な状態を維持するために必須の援助行為であり、『教育上の医学的配慮を要する援助行為』と表現している。

それぞれの事例を見ていくと、吸引では「口・鼻の吸引を早めにしておくことで気管内吸引やむせこみの回数を減らせる」¹³⁵⁾というように、必要な時にそばにいる教師が吸引して楽な呼吸状態をつくりあげることができたとしている。経管栄養では「本児にとっては、むせて苦しみそうな口からの水分摂取に比べて、非常に安全でスムーズな活動」¹³¹⁾というように、児童・生徒の摂食・嚥下機能に応じた食事が保障されて安全性が高まったとしている。このように教師が医療的ケアを行うことで、児童・生徒は、痰などによる呼吸状態の悪化、食物の誤嚥や気道閉塞などの危険性が減って安全に学校生活が送れるようになるとともに、健康状態が改善して登校日数が増え、生活リズムが整い、表情が良くなったなどが成果としてあげられていた。ただし、これに関連して、「笑顔が多くなった等は学校教育の成果と言えるが、その前提としての気管切開によって呼吸が楽になり、体調が良くなったことが教育効果を発揮しやすくなった点を忘れてはならない。つまり、より楽に教育を受けやすい状態にする”医療”と学校教育の連携の成果」¹⁴⁰⁾であるとした指摘は大切と思われる。

このような楽で快適な身体状態をつくりあげる「学習の基盤を整える活動」¹⁵⁰⁾は、教育活動の一環としての「健康・安全の指導」と言えよう。

②教育活動の一環としての「自立に向けた指導」

1999年に改訂された「盲学校、聾学校及び養護学校 学習指導要領」では、従来の「養護・訓練」が「自立活動」に領域の名称が改められた。ここで「自立」という言葉が用いられたが、その意味は狭い意味での職業的自立、ADL（日常生活動作）の自立ではなく、「幼児児童生徒がそれぞれの障害の状態や発達段階等に応じて、主体的に自己の力を可能な限り発揮し、よりよく生きていこうとすること」¹⁵¹⁾とされている。そして自立活動の指導は、「障害に基づく種々の困難を改善・克服し、自立し社会参加する資質を養うため」¹⁵¹⁾の指導であるとされている。こうしたことから自己導尿に向けた指導^{19-2) 139)}は、社会参加に向けた教育活動と言えよう。

また、教師が経管栄養や吸引などを行うことで、児童・生徒の自我の確立や自立の1歩が前進したとする報告が見られた^{104) 131) 135) 137)}。三木ら¹⁵²⁾が行った重症心身障害児の保護者に対するアンケート調査で、重症児の「自立」について「親の介護から離れること、家族以外の人に

介護をしてもらう生活」という意見が最も多かったことも同様な考えと思われる。

神戸市教育委員会が設置した「盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会」の報告書⁸⁵⁾でも、「児童生徒が教職員から『医療的ケア』を受けることにより、児童生徒の社会的自立が一層促進される」としている。

「自立」は、よりよく生きていこうとする個人の主体性を尊重する考え方である。経管栄養や吸引などで他者から介護を受ける際に、主体的に他者の介護を求める態度や介護を受け入れる態度を育てることは、教育活動の一環としての「自立に向けた指導」と言えよう。

③教育活動の一環としての「コミュニケーション指導」

医療的ケアを単に介護や機械的操作で行うのではなく、教育活動の一環として、児童・生徒と教師のコミュニケーションの場と捉えた報告が見られた^{104) 131) 133) 134) 138)}。

吸引の場合、吸引を行う前に吸引が必要かどうかを本人に確認し、痰が多くて苦しい自分と、吸引をしてもらって楽になった自分を認識するようにした指導が行われていた^{134) 138)}。

経管栄養の場合、「注入の時に、本児は注入する人や器具を見ようしたり、注入物（ジュース）のにおいで笑顔を見せたりすることがわかった。…（中略）…したがって、ただ機械的に注入することは望ましくなく、本児が何をされるのか理解したり、本児の関与できる部分を促したりするいわゆる『教育的な関わり・気配り』がとても大切なのだと思う。」¹³¹⁾という意見が見られた。

更に経管栄養の実施経験に基づいて桑原¹³³⁾は、『最も求めているときに支えてくれる関係を持続させることが強い愛着関係を生む』とか『介護することの本当の意味は、介護する中で子供の気持ちが分かり子供の気持ちが読みとれること』といわれています。心配ばかりで何もできないで手をこまねいていたときに比べ、お腹が空いているときに、教員の手で満たしてあげることができるようになったことで担任との関係が深まってきたように感じました。」と述べている。

②の「自立に向けた指導」と関連するが、医療的ケアを通して児童・生徒と教師が相互に理解を深めあうとともに、児童・生徒が「医療的ケアをされる自分」から主体的に介護を求め受け入れていく「主人公としての自分」¹⁵³⁾に成長することを支援することは、教育活動の一環としての「コミュニケーション指導」と言えよう。

以上から、養護学校が医療的ケアに対応することの「児童・生徒にとっての意義」は、『教育を受ける権利』の保障、「教育活動の一環としての対応」にまとめられる。

(3) 教師にとっての意義

医療的ケアの学習や研修、個別の医療的ケア実施マニュアルの作成を通じて、教師が児童・生徒の実態をより深く理解できるようになったというのは、全ての事例に共通して見られた。ここから医療的ケアに対応する「教師にとっての意義」として、「児童・生徒の実態把握を行う大切な視点が得られる」があげられる。更に「その日の体調がチェックできる。さらに授業内容の組立が無理なく行えること。」¹⁰⁴⁾ 「本人の状態・力・許容度などについて担任が理解を深められた。」¹³⁵⁾ というように、医療的ケアを通じて「児童・生徒の学習課題設定に必要な視点が得られる」ことは、「教師にとっての意義」と言えよう。これに関連して大阪府立茨木養護学校の養護教諭の中村¹⁵⁴⁾は、養護教諭と他の教諭の関係を論じる中で、「養護教諭はいつも学校中をフローティングスタッフとして巡回しているわけではなく、児童・生徒といつも面している最前線にいる担当者が異常を発見できる力と眼をそなえていなければならない。異常と正常、疾病（障害）と健康を重度児になる程二分することはできないのであるが、"いつもの様子とどこか違う"というその判断力が子どもを救うことができるのである。"養護教諭がいても子どもは助からない、救急車が来ても助からない"そばにいる人の First Aid が生命を救うことができるのでないだろうか。児童・生徒の実態を

十分に把握すること、その実態や能力や障害に即した教育活動を展開することが、教師に課せられた課題ではなかろうか。」と述べている。児童・生徒のヴァイタルサインを把握する取り組み¹⁵⁵⁾や、「重い障害をもつ生徒を指導するときに『何は良くて、何が異常な状態なのか』等がわかるようになってきた」¹³³⁾ことは、重度・重複障害児の教育に携わる教師にとって重要なことである。

次に、医療的ケアの取り組みを通じて「保護者との信頼関係や共通理解が深まった」、「医師と連携して関わられた」というように、「保護者や医師との連携の促進」も「教師にとっての意義」と言えよう。本章第1節で示したように、各自治体が出した答申・報告書では、「保護者との連携」の必要性が述べられている。また、養護学校が医療的ケアに対応する場合は、「医師の指導」に基づく取り組みであり、医師との連携無くしては対応できない。先に、「教師にとっての意義」として、「児童・生徒の実態把握を行う大切な視点が得られる」「児童・生徒の学習課題設定に必要な視点が得られる」をあげたが、「保護者や医師との連携」無くして、教師がこれらの視点を得ることは難しいと言えよう。

以上から、養護学校が医療的ケアに対応することの「教師にとっての意義」は、「児童・生徒の実態把握を行う大切な視点が得られる」「児童・生徒の学習課題設定に必要な視点が得られる」「保護者や医師との連携の促進」の3つにまとめられる。

(4) 教師が医療的ケアを行う意義

養護学校が医療的ケアに対応する意義を(1)保護者にとっての意義、(2)児童・生徒にとっての意義、(3)教師にとっての意義、に分けて見てきた。この内、「保護者にとっての意義」を「保護者の負担軽減」においた場合、医療的ケアの実施者が養護学校の教師である必要性は見いだしにくいとした。また、「児童・生徒にとっての意義」を『教育を受ける権利』の保障においた場合も、医療的ケアの実施者が養護学校の教師である必要性は見いだしにくいとした。

一方、医療的ケア必要児の指導事例からは、「児童・生徒にとっての意義」として「教育活動の一環としての対応」があげられた。その中で、「頻繁にケアをする児童の場合、彼の状態を全体で掴むためには、『教員が直接ケアを実施する』ことが必要なのではないか。つまり、仮に医療の専門家が配置されたとしても、即、『彼らに医療的ケアの実施を任せる』という方向を、安易にとることはできないのではないかとと思う」¹³⁶⁾という意見や「重症児の指導を考えると、まずは健康であることが第一であろう。苦しい状態では大人の働きかけを受けとめるゆとりはない。また生理的にも『快』の状態であること。その上で、感覚的あるいは運動的に『快』の状況をつくっていく。そのような働きかけを通して、『快』の状況を作ってくれる人とのコミュニケーションが生まれてくるのではないだろうか。」¹⁵⁶⁾という意見が見られた。このように「教育活動の一環としての対応」は、「教師にとっての意義」とあわせて「教師が医療的ケアを行う意義」と言えよう。

3. 本節のまとめ

本節では、医療的ケア必要児の指導事例を中心に、養護学校が医療的ケアに対応することについて、どのように意義づけがなされているのか、保護者、児童・生徒、教師それぞれに分けて検討した。

「保護者にとっての意義」には、『親の生活権』の保障¹⁴²⁾と義務教育の問題⁸³⁻¹⁾としての「義務教育の無償の原則に基づく対応」という、主として医療的ケア必要児の付き添いに係る保護者の負担軽減があげられていた。ただし、保護者の負担軽減を目的とするならば、訪問看護制度を利用した宮城県⁷⁶⁾と滋賀県¹⁰³⁾の事業も保護者の負担軽減を目的にしたものであるから、「教師が医療的ケアを行う意義」は見いだしにくいとした。また、「児童・生徒にとっての意義」のうち、『教育を受ける権利』の保障も同様に医療的ケアの実施者が養護学校の教師である必要性は見いだしにくいとした。

「児童・生徒にとっての意義」には、「教育活動の一環としての対応」があり、「健康・安全の指導」^{71) 131) 135) 145) 146) 147) 148) 149)}、「自立に向けた指導」^{19-2) 104) 131) 135) 137) 139)}、「コミュニケーション指導」^{104) 131) 133) 134) 138)}に関する実践が見られた。養護学校における医療的ケアの指導事例では、ほとんどの事例に共通して健康の維持・向上をめざした「健康・安全の指導」の観点が見られた。そして「健康・安全の指導」を行うことは、楽で快適な身体状態をつくりあげる「学習の基盤を整える活動」¹⁵⁰⁾であるとされた。また、経管栄養や吸引などで他者から介護を受ける際に、主体的に他者の介護を求める態度や介護を受け入れる態度を育てることは、教育活動の一環としての「自立に向けた指導」であるとされた⁸⁵⁾。更に、医療的ケアを通して児童・生徒と教師が相互に理解を深めあうとともに、児童・生徒が「医療的ケアをされる自分」から主体的に介護を求め受け入れていく「主人公としての自分」¹⁵³⁾に成長することを支援することは、教育活動の一環としての「コミュニケーション指導」であるとされた。

次に、「教師にとっての意義」には、「児童・生徒の実態把握を行う大切な視点が得られる」「児童・生徒の学習課題設定に必要な視点が得られる」「保護者や医師との連携の促進」が見られた。「児童・生徒の実態把握を行う大切な視点が得られる」^{131) 133) 136)}は、医療的ケアの学習や研修、個別の医療的ケア実施マニュアルの作成を通じて、教師が児童・生徒の実態をより深く理解できるようになったという内容であった。「児童・生徒の学習課題設定に必要な視点が得られる」^{104) 135)}は、「その日の体調がチェックできる。さらに授業内容の組立が無理なく行えること。」「本人の状態・力・許容度などについて担任が理解を深められた」という内容であった。「保護者や医師との連携の促進」^{75) 129) 134) 135) 136) 139)}は、「保護者との信頼関係や共通理解が深まった」、「医師と連携して関わられた」という内容であった。

以上を「教師が医療的ケアを行う意義」に捉えなおしてみると、教師が保護者や医師と連携して児童・生徒の実態把握を行い、適切な学習課題を設定し、医療的ケアを教育活動の一環として位置づけて実践する場合に、その教育的意義が認められると言えよう。このように「教師が医療的ケアを行う意義」が考えられるならば、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方としては、配置された医療職だけに医療的ケアを任せるのではなく、教師も教育活動の一環として医療的ケアを捉えてこれに関わる必要があるだろう。

以上、養護学校が医療的ケアに対応する意義をまとめたものが、表2-28である。

表2-28 養護学校が医療的ケアに対応する意義

対象	養護学校が医療的ケアに対応する意義	教師の対応
保護者にとっての意義	<u>「親の生活権」の保障</u> ・保護者自身の身体的・精神的な負担の軽減 ・保護者の就労問題の解消 ・家族生活への影響の解消 <u>義務教育の無償の原則</u>	× ×
児童・生徒にとっての意義	<u>「教育を受ける権利」の保障</u> <u>教育活動の一環としての対応</u> ・健康・安全の指導：健康の維持・向上 窒息や誤嚥などの危機からの回避 ・自立に向けた指導：運動機能向上による自立・精神的な自立 ・コミュニケーション指導：手段の獲得や能力の向上	× ○
教師にとっての意義	<u>児童・生徒の実態把握を行う大切な視点が得られる</u> <u>児童・生徒の学習課題設定に必要な視点が得られる</u> <u>保護者や医師との連携の促進</u>	○ ○ ○

「教師の対応」の欄の記号の説明
 養護学校が医療的ケアに対応する意義として
 ×：積極的に教師が医療的ケアにかかわる意義を見いだしにくいもの
 ○：積極的に教師が医療的ケアにかかわる意義を認められるもの

第3節 第2章のまとめ

本章では、1988年から2000年までの間に自治体や養護学校で行われた医療的ケア必要児への取り組みを分析して、養護学校における教育条件整備の内容と養護学校が医療的ケアに対応する意義を検討した。

最初に第1章で関係者の意識調査等から教育条件の整備内容として得られた、1) 医療職の配置(医師の常駐や巡回、看護婦の常駐)、2) 教師の専門性の向上(研修の充実、意識の変容)、3) 保護者と学校の協力体制の確立(信頼関係の確立)、4) 施設・設備の充実、の4つの視点で、自治体や養護学校の取り組みの分析を行い、養護学校における教育条件整備の内容を検討した。分析の対象は、1988年から2000年の間に医療的ケア必要児の教育問題を検討する委員会(以下「検討委員会」)を設置したり、自治体として施策を行っている12都道府県3政令指定都市とした(ただし、1998年から文部省の「実践研究」で取り組み始めた県、および2000年に「検討委員会」を設置した山口県、山梨県、秋田県は除いた)。

「検討委員会」を設置していた自治体は、9都府県^{14) 43) 61) 71) 82) 97) 110) 116) 117)}と3政令指定都市^{4) 54) 85)}であった。9都府県のうち、1998年からの文部省の「実践研究」の委嘱を受けた県は神奈川県、兵庫県、高知県、沖縄県の4県であった。文部省「実践研究」の委嘱県を含めて、1999年度までに「検討委員会」を設置した都道府県は15都府県であった(ただし、2000年度に設置の山口県¹²⁰⁾、山梨県¹²¹⁾、秋田県¹²²⁾は除いた)。

「1) 医療職の配置」では、文部省「実践研究」とは関係なく、学校医と別に養護学校へ巡回する医師を配置して教職員が一定の手続きで医療的ケアを行っているのは、横浜市^{1) 2) 3) 4)}(臨床指導医,1972年～)、東京都^{19) 20)}(指導医,1992年～)、神奈川県⁶³⁾(重度重複担当医師,1996年～)、千葉県^{71) 74)}(指導医,1997年～)、神戸市^{86) 87) 88) 94)}(医師や看護婦からなる「巡回指導チーム」,1998年～)であった。

「指導医」等の役割には、①医療的ケア必要児の診察、②教職員に対して医療的ケアや救急時対応の技術指導(全体研修や個別研修)、③主治医や緊急時医療機関との調整、④健康相談、などがあつた^{5) 6) 20) 74)}。学校の実情を加味して医療的ケアの対応について指導する「指導医」の役割は重要とされた⁷⁴⁾。

看護婦の配置では、12都道府県の中で養護教諭以外に学校看護婦を置くのは東京都(1932年～)^{25) 27)}と鳥取県(2000年～)¹¹⁹⁾であった。ただし、学校看護婦の配置は、東京都の場合には肢体不自由養護学校全校であるのに対して、鳥取県では2校だけであった。一方、政令指定都市^{51) 88)}や市立養護学校^{82) 84) 115)}では、訪問看護ステーションの活用や施設からの看護婦派遣、看護婦免許を持つ介助員の配置などが見られた。宮城県^{76) 77)}と滋賀県¹⁰³⁾は、訪問看護制度を活用した助成事業を行い、保護者の付き添い負担の軽減を行っていた。

分析の対象にした12都道府県3政令指定都市では、養護学校における医療的ケア必要児への対応状況は様々であったが、医療職の配置を進めている各自治体の取り組みは、医療的ケアに「教師」が関わっているところと「教師」が関わらないところに大きく分けられた。「教師」が関わっているところは、行政からの答申等が出される前から養護学校で医療的ケアに「教師」が関わっていたところ(横浜市⁴⁾、大阪市^{48) 49) 50) 54)}、神戸市⁸⁵⁾、東京都^{14) 29)}、大阪府⁴³⁾、神奈川県⁶¹⁾、千葉県^{70) 71)}、兵庫県明石市と加古川市⁸⁴⁾、滋賀県^{99) 101)})であった。そして、医師や看護婦の配置などが進められた場合でも、「教師」が一緒に関わりを続けていくという傾向が見られた。

一方、「教師」の関わりがほとんど無い県(宮城県^{76) 78) 79) 81)}、兵庫県西宮市と尼崎市⁸⁴⁾、北海道¹⁰⁵⁾、高知県¹¹⁶⁾、鳥取県¹¹⁹⁾)では、行政からの支援として看護婦等が養護学校に来る状況にな

った場合も、「教師」の関わりが無いままに続く傾向が見られた。ただし、「教師」の関わりがない所に看護婦が配置された後、「教師」も一緒に関わりを持ち始めた例（兵庫県姫路市⁹¹⁾ 92) 93)、埼玉県大宮市¹¹⁵⁾）も見られた。これは、地域の医療機関が養護学校に医療的ケアへの取り組みを求め、その実現のために医療機関が積極的に養護学校を支援したことによるものであった。

各自治体や養護学校の実践の分析から、医療的ケア必要児への対応に様々な取り組みが生じた要因として、①医療関係者の支援制度が作られる前に「教師」の医療的ケア実践が存在したか、②行政がどのような方針を示したか、③地域の医療関係者の理解と支援の状況、の3つの要因の存在が考えられた。

「2）教師の専門性の向上」では、指導医や看護婦の配置が進められたところでは、配置された医師や看護婦が講師となり、校内研修を充実させる取り組みが見られた。手引書作成は、横浜市(1992)、東京都(1993)、埼玉県(1996)、千葉県(1998)、神戸市(1999)、大阪府・市(2000)で行われた。

「3）保護者と学校の協力体制の確立」では、医療的ケアに取り組んでいる自治体および養護学校では、医療的ケアの対応に関する取り決め（「医療的ケア実施要綱」など）の中に、保護者の依頼、学校の説明に対する同意、日常の連絡など「保護者との連携」を位置づけていた^{28) 41) 45) 48) 62) 72) 75) 86) 87) 88) 91) 101) 104)}。

「4）施設・設備の充実」では、医療機器の購入、給食の充実、教室環境の改善が図られていた^{4) 19) 41) 45) 48) 62) 67) 72) 88)}。

以上、医療的ケアに対する自治体および養護学校の取り組みを医療と教育の連携という視点で捉え直すと、「①養護学校の中で『教師』と『医療職』が協力体制を作って対応する方法」「②医療と教育の分業体制を作った上で連携する方法」の2つに大きく分けることができた。そして①は、医療職の配置、教師の研修、施設・設備の充実、保護者との連携など養護学校に医療的な環境を高めていこうとする取り組みであるのに対して、②は、訪問看護制度の活用（宮城県、滋賀県）や看護婦資格を持つ親権代行者（兵庫県西宮市）のように、保護者の負担軽減をねらいとした取り組みであった。第1章では、関係者の意識調査等から養護学校の教育を充実する視点として、教育条件の整備と教育内容の充実の2つがあげられていた。この関係者の求める「教育条件の整備」を踏まえると、「肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方」としては、「①養護学校の中で『教師』と『医療職』が協力体制を作って対応する方法」の方が望ましいと思われた。

次に、養護学校が医療的ケアに対応する意義について、医療的ケア必要児の指導事例を通して、どのように意義づけがなされていたのかを関係する保護者、児童・生徒本人、教師それぞれに分けて検討した。

「保護者にとっての意義」には、「『親の生活権』の保障」¹⁴²⁾と義務教育の問題⁸³⁻¹⁾としての「義務教育の無償の原則に基づく対応」という、主として医療的ケア必要児の付き添いに係る保護者の負担軽減があげられていた。ただし、保護者の負担軽減を目的とするならば、訪問看護制度を利用した宮城県⁷⁶⁾と滋賀県¹⁰³⁾の事業も保護者の負担軽減を目的にしたものであるから、「教師が医療的ケアを行う意義」は見いだしにくいとした。また、「児童・生徒にとっての意義」のうち、「『教育を受ける権利』の保障」も同様に医療的ケアの実施者が養護学校の教師である必要性は見いだしにくいとした。

「児童・生徒にとっての意義」には、「教育活動の一環としての対応」があり、「健康・安全の指導」^{71) 131) 135) 145) 146) 147) 148) 149)}、「自立に向けた指導」^{19-2) 104) 131) 135) 137) 139)}、「コミュニケーション指導」^{104) 131) 133) 134) 138)}に関する実践が見られた。養護学校における医療的ケアの指導事例では、ほとんどの事例に共通して健康の維持・向上をめざした「健康指導・安全の指導」の観点が見られた。そして「健康・安全の指導」を行うことは、楽で快適な身体状態をつくりあげる「学習の基盤を整える活動」¹⁵⁰⁾であるとされた。また、経管栄養や吸引などで他者から介護を受ける際

に、主体的に他者の介護を求める態度や介護を受け入れる態度を育てることは、教育活動の一環としての「自立に向けた指導」とされた⁸⁵⁾。更に、医療的ケアを通して児童・生徒と教師が相互に理解を深めあうとともに、児童・生徒が「医療的ケアをされる自分」から主体的に介護を求め受け入れていく「主人公としての自分」¹⁵³⁾に成長することを支援することは、教育活動の一環としての「コミュニケーション指導」であるとされた。

次に、「教師にとっての意義」には、「児童・生徒の実態把握を行う大切な視点が得られる」「児童・生徒の学習課題設定に必要な視点が得られる」「保護者や医師との連携の促進」が見られた。「児童・生徒の実態把握を行う大切な視点が得られる」^{131) 133) 136)}は、医療的ケアの学習や研修、個別医療的ケアの実施マニュアルの作成を通じて、教師が児童・生徒の実態をより深く理解できるようになったという内容であった。「児童・生徒の学習課題設定に必要な視点が得られる」^{104) 135)}は、「その日の体調がチェックできる。さらに授業内容の組立が無理なく行えること。」「本人の状態・力・許容度などについて担任が理解を深められた」という内容であった。「保護者や医師との連携の促進」^{75) 129) 134) 135) 136) 139)}は、「保護者との信頼関係や共通理解が深まった」、「医師と連携して関わられた」という内容であった。

以上を「教師が医療的ケアを行う意義」に捉えなおしてみると、教師が保護者や医師と連携して児童・生徒の実態把握を行い、適切な学習課題を設定し、医療的ケアを教育活動の一環として位置づけて実践する場合に、その教育的意義が認められると言えよう。このように「教師が医療的ケアを行う意義」が考えられるならば、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方としては、配置された医療職だけに医療的ケアを任せるのではなく、教師も教育活動の一環として医療的ケアを捉えてこれに関わる必要があるだろう。

第 2 章文献

- 1) 横浜市立北綱島養護学校(1995)「学校概要」.
- 2) 佐藤俊夫,吉野京視,溝口謙(1996)「本市における重度・重複障害児教育のあゆみ」,横浜市養護教育総合センター研究紀要第 13 集,p.p.1-17.
- 3) 金井一男(1991)「医療的な配慮を必要とする児童生徒への対応」,肢体不自由教育,100,p.49.
- 4) 障害児生理管理検討委員会:横浜市(1990)「養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言」,p.11.
4-1) 前掲 4) の p.1.
- 5) 三宅捷太(1996)「医療的ケアと学校教育」,障害者問題研究,第 24 卷(2),p.p.94-101.
- 6) 佐鹿博信 他(1994)「肢体不自由養護学校における臨床指導医の役割」,総合リハ,22(8),p.p.647-652.
- 7) 横浜市立東俣野養護学校(1990)「(Ⅲ)児童・生徒の健康状態把握」,実践集録(2),p.p.96-105.
- 8) 横浜市立東俣野養護学校(1990)「(Ⅳ)事故調査及び事故への対応」,実践集録(2),p.p.106-119.
- 9) 金井一男(1992)「医療的ケアを必要とする児童生徒へのシステムの対応について」,養護学校の教育と展望,(84),p.p.37-40.
- 10) 横浜市立養護教育総合センター(2000)「平成 12 年度 研修事業」.
- 11) 横浜市立東俣野養護学校(1990)「Ⅲ『母親学級』の実践」,実践集録(2),p.p.133-137.
- 12) 清水寛(1987)「障害児(者)の訪問教育の歴史・現状・課題」,清水寛編著,障害児の訪問教育,明治図書,p.171.
- 13) 東京都心身障害教育推進委員会(1989)「東京都心身障害教育推進委員会第二次報告」,p.p.64-65.
- 14) 医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会:東京都(1991)「医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について(報告)」.
- 15) 東京都教育委員会(1992)「肢体不自由養護学校における医療体制整備事業の概要について」.
- 16) 東京都教育委員会(1992)「肢体不自由養護学校における医療体制整備事業実施要綱」.
- 17) 東京都立府中養護学校(1993)「東京都肢体不自由養護学校における医療体制整備事業研修協力校 研究報告書」.
- 18) 東京都立小平養護学校(1994)「東京都肢体不自由養護学校における医療体制整備事業研修協力校 研究報告書」.
- 19) 東京都立村山養護学校(1994)「東京都肢体不自由養護学校における医療体制整備事業モデル校 研究報告書」.
19-1) 前掲 19) の p.57.
19-2) 前掲 19) の p.p.20-22.
19-3) 前掲 19) の p.29.
- 20) 東京都教育委員会(1994)「都立養護学校における救急体制整備事業実施要綱」.
- 21) 社会福祉法人鶴風会後援会ニュースNo. 38(1997).
- 22) 能瀬兼英(2000)「『診療所の設置』という新しい形態の中で」,療育の窓,114,p.p.15-18.
- 23) 舟橋満寿子,下川和洋(1997)「苦難の選択…医療体制整備事業から救急体制整備事業」,財団法人日本児童家庭文化協会,第 17 回こどもの難病シンポジウム報告書,p.p.59-67.
- 24) 西京絵子(2000)「教育を受ける権利が守られる喜び」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.17-20.
- 25) 村田茂(1997)「新版 日本の肢体不自由教育」,慶應義塾大学出版会,p.53.
- 26) 東京都障害児学校教職員組合看護婦部(1994)「児童・生徒の健康を守り ゆきとどいた教育保障を」.
- 27) 東京都教育委員会(1995)「東京都立養護学校における看護婦の職務に関する要綱」.
- 28) 東京都立村山養護学校(1998)「東京都村山養護学校の医療的ケアを要する児童・生徒への対応手続きについて」.
- 29) 白鳥芳子(2000)「村山養護学校の実践の歩み」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.60-67.
- 30) 東京都教育庁学務部義務教育心身障害教育課(1994)「平成 6 年度 重度・重複障害児児童・生徒に関する臨床研修 I・II 実施要項」.

- 31) 東京都教育庁学務部義務教育心身障害教育課(2000)「平成12年度 重度・重複障害児児童・生徒に関する専門研修講座実施要項」.
- 32) 東京都教育委員会(1995)「都立盲・ろう・養護学校運営費標準」.
- 33) 鈴木康之 他(1997)「障害児・者の医療的ケアのあり方について」,発達障害研究,19(1),p.58.
- 34) 飯野順子(2000)「医療的ケアの全国動向について」,大阪養護教育と研究会活動報告第2集,p.3.
- 35) 東京都教育委員会(1993)「ハンドブック作成の趣旨と活用について」,医療的配慮を要する児童・生徒の健康・安全の指導ハンドブック,p.4.
- 36) 下川和洋(2000)「子どもと家族のQOLの向上を願って」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.150.
- 37) 東京都立村山養護学校(1998)「学校見学説明用資料 本校の医療的ケアに関する取り組みについて」.
- 38) 東京都訪問教育研究協議会(2000)「平成11年度研究集録」.
- 39) 重度・重複措置等研究会(1999)「重度・重複の認定等の改善について」資料1.
- 40) 下川和洋(1996)「都立肢体不自由養護学校における医療ケアを必要とする児童・生徒の実態」,重症心身障害研究誌,21(2),p.p.100-104.
- 41) 大阪府立茨木養護学校(1999)「医療的ケアに関する取り組みのあゆみ」,いばらき創立30周年記念特集号,p.p.132-148.
- 42) 佐々木和彦(1992)「障害の重度化する中での健康教育のあり方について」,第38回全国肢体不自由教育研究大会大阪大会第9分科会健康教育.
- 43) 医療との連携のあり方に関する検討委員会:大阪府(1991)「大阪府立養護教育諸学校における医療との望ましい連携について(報告)」.
- 44) 禹満(1997)「大阪府立交野養護学校における医療的ケアに対する独自の取り組み1」,財団法人日本児童家庭文化協会,第17回こどもの難病シンポジウム報告書,p.p.43-49.
- 45) 北川末幾子(1997)「大阪府立交野養護学校における医療的ケアに対する独自の取り組み2」,財団法人日本児童家庭文化協会,第17回こどもの難病シンポジウム報告書,p.p.50-58.
- 46) 佐々木和彦,吉備加代子(1996)「肢体不自由養護学校における『医療的ケア』の検討」,日本特殊教育学会第34回大会発表論文集,p.p.312-313.
- 47) 大阪府立養護教育諸学校教育研究会(2000)「肢体不自由教育部会報告」,1999年度紀要「碧空」第7号,p.p.25-30.
- 48) 大阪府立光陽養護学校(1996)「医療的ケアを要する児童・生徒の対応について」,光陽 研究と実践の記録第32号,p.p.55-60.
- 49) 大阪府立光陽養護学校(1997)「医療的ケア及び健康の保持増進のために特別な配慮を要する児童・生徒に関する実態調査」,光陽 研究と実践の記録第33号,p.p.54-58.
- 50) 大阪府立平野養護学校(1996)「医療的ケア委員会取り組み」,平野の教育第13号 平成7年度研究紀要,p.p.115-116.
- 51) 大阪府教育委員会(1995)「看護指導員派遣実施要項」.
- 52) 上田節子,吉田和子(1999)「百舌鳥養護学校分校の医療的ケアの現状」,大阪養護教育と研究会活動報告第1集,p.p.68-72.
- 53) 大阪養護教育と医療研究会(1999)「医療的ケアに関するアンケート調査のまとめ」,大阪養護教育と研究会活動報告第1集,p.37.
- 54) 大阪府立養護教育審議会専門調査員会(1999)「『福祉・医療等との連携について』—医療的ケアを必要とする児童・生徒への対応について—」.
- 55) 大阪府学校教育審議会第3分科会(1999)「ノーマライゼーションの動向等に対応した養護教育の在り方について」.
- 56) 大阪府教育委員会(2000)「学校における医療的ケア対策検討委員会設置要綱」.
- 57) 大阪府医師会勤務医部会小児の在宅医療システム検討委員会(2000)「小児の在宅医療システム委員会の歩み」,小

- 児の在宅支援のための医療的ケア・マニュアル,p.p.1-2.
- 58) 大阪市立光陽養護学校(1996)「障害児ドックへの取り組み」,光陽 研究と実践の記録第 32 号,p.p.21-24.
- 59) 神奈川県立中原養護学校(1992)「医療的配慮を必要とする児童・生徒に対する学校としての取り組みについて」, 中原の教育実践 11,p.p.53-66.
- 60) 谷みどり(1991)「訪問教育部と医療との連携について」,肢体不自由教育,100,p.p.53-58.
- 61) 神奈川県障害児教育関連医療研究協議会:神奈川県(1993)「障害児教育関連医療研究協議会のまとめ」,p.7.
- 62) 羽入雅子(1999)「医療的ケアを試行という形で実施して」,新たな教育・医療・福祉の連携をめざして:医療と教育研究会研究集録,p.p.31-36.
- 63) 神奈川県教育委員会(1996)「重度・重複障害児担当医師派遣事業実施要綱」.
- 64) 神奈川県教育委員会(1996)「重度・重複障害児担当医師派遣事業にかかる連絡会運営要項」.
- 65) 江川文誠(1998)「医療との共働をめざして」,はげみ 12・1 月号,p.p.24-27.
- 66) 神奈川県教育委員会(1997)「重度障害児修学旅行安全対策事業実施要綱」.
- 67) 山田章弘(1999)「医療的ケアについての学校でのコンセンサスの形成とシステム作りに焦点をあてて」,肢体不自由教育,139,p.p.32-43.
- 68) 神奈川立第二教育センター(1999)「平成 11 年度研修事業体系」(神奈川立第二教育センターホームページ <http://www.edu-ctr.pref.kanagawa.jp/daini/jigyou/kennshuu.htm#life> より引用) .
- 69) 細田のぞみ 他(2000)「神奈川県重度・重複障害児担当医師派遣制度が養護学校の教育現場に与えた影響について」,脳と発達,32,p.p.171-173.
- 70) 伊藤光子(1998)「船橋養護学校での医療的ケアの取り組みについて」,はげみ 12・1 月号,p.p.24-27.
- 71) 千葉県障害児教育検討委員会(1997)「本県障害児教育の課題と今後の在り方について(答申)」.
- 72) 牧野定夫(2000)「千葉県立船橋養護学校における“医療的援助行為”の実践」,こどもの難病シンポジウム～新・どうする医療的ケア～報告書,p.p.24-26.
- 73) 千葉県教育委員会(1998)「健康・安全の手引き 障害の重い子の健康で安全な学校生活のために」.
- 74) 第 2 次千葉県障害児教育検討委員会(1999)「本県障害児教育の課題と今後の在り方について(報告)」.
- 75) 千葉県立桜が丘養護学校(2000)「医療的援助行為実践報告会」資料.
- 76) 宮城県(1997)「要医療行為通学児童生徒学習支援事業実施要項」.
- 77) 宮城県(1997)「要医療行為通学児童生徒学習支援事業補助金交付要綱」.
- 78) 大友祥子(1999)『『びゅあすまいる』の活動と今後の課題」,新たな教育・医療・福祉の連携をめざして:医療と教育研究会研究集録,p.p.40-43.
- 79) 鳴海宏司(2000)「宮城県の要医療行為児童生徒学習支援事業について」,療育の窓,14,p.p.8-10.
- 80) 新田眞由美(1998)「より豊かな教育を子どもたちのために」,はげみ 2・3 月号,p.p.21-23.
- 81) 大竹豊(1999)「訪問看護制度を活用した教育と医療の連携の実際」,肢体不自由教育,139,p.p.44-49.
- 82) 兵庫県障害児就学指導審議会:兵庫県(1998)「高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について(報告)」.
- 83) 養護学校における医療的バックアップ体制の研究に係る調査研究運営会議:兵庫県(2000)「養護学校等における医療的ケアについて」.
- 83-1) 前掲 83) の p.3.
- 83-2) 前掲 83) の p.5.
- 84) 原田文孝(2000)「VI. 医療的ケアを必要とする子どもたちの教育」,全障研兵庫支部「養護学校義務制 20 年の検証」研究会編,いま兵庫の障害児教育を考える,p.p.48-55.
- 85) 盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会:神戸市(1997)「肢体不自由養護学校における医療的ケアについて(報告)」.
- 86) 神戸市立友生養護学校(1997)「医療的ケアの実施について」.

- 87) 神戸市立垂水養護学校(1998)「1998年度医療的ケア実施要綱」.
- 88) 神戸市教育委員会(1999)「医療的ケアに関する手引き」.
- 89) 尼崎市教育委員会(1996)「尼崎養護学校への看護婦配置に伴う看護行為の依頼手続きの概要」.
- 90) 中村瞭(1998)「大都市の養護学校学校で、いま何が起きているか 兵庫県尼崎市立尼崎養護学校」, 養護学校の教育と展望,108,p.p.54-57.
- 91) 姫路市立書写養護学校(1998)「平成10年度 姫路市立書写養護学校医療的ケア実施要項」.
- 92) 萩原昭光(1999)「教師の関わりを少しずつ広げよう」,全国障害者問題研究会,みんなのねがい,378,p.p.20-25.
- 93) 萩原昭光(1999)「医療と教育研究会第6回公開研究会」資料.
- 94) 高田哲(2000)「大学病院専門スタッフによる学校の巡回指導」,脳と発達,32・総会号.
- 95) 兵庫県障害児教育センター(2000)「平成12年度障害児教育に関する研修(兵庫県障害児教育センターホームページ <http://www.hyogo-edu.yashiro.hyogo.jp/~shogaiji-bo/kensyuu.html> より引用) .
- 96) 医療的ケアを考える会: 滋賀(1999)「『医療的ケアを考える会』設立総会のしおり」.
- 97) 障害児教育と医療の連携検討委員会: 滋賀県(1994)「障害児教育と医療の連携について」.
- 98) 樋栄清司(1999)「医療的ケア実施までの1年」,医療的ケアを考える会・滋賀,「医療的ケアを考える会」設立総会のしおり.
- 99) 川口ユキ(2000)「一人だけの声にしてたらあかん」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.34-38.
- 100) 滋賀県教育委員会(1999)「要医療的ケア児童生徒学習支援事業実施要項」.
- 101) 滋賀県立八幡養護学校(2000)「医療的ケア実施要項」.
- 102) 滋賀県立八幡養護学校PTA(2000)「『医療的ケア問題』を考えるシンポジウム」資料.
- 103) 滋賀県健康福祉部障害福祉課(2000)「滋賀県重度障害児訪問看護利用助成事業実施要綱」.
- 104) 柏葉恭延(1997)「保護者・医療機関・学校の連携について」,第43回全国肢体不自由教育研究大会 第10分科会健康教育.
- 105) 日教組障害児教育部(2000)「『医療的ケア』実態調査報告書」.
- 106) 北海道教育委員会(2000)「特殊教育施策の概要」(北海道教育委員会ホームページ <http://www.dokyoj.pref.hokkaido.jp/hk-stkik/kanri/gaiyou12.htm#sesaku> より引用) .
- 107) 北海道教育委員会(2000)「重度重複障害生徒の高等学校」(北海道立教育センターホームページ <http://www.tokucen.pref.hokkaido.jp/yubaritop.html> より引用) .
- 108) 白崎三千年(1998)「北海道における高等部訪問教育の試行的実施への行政的取り組みについて」,文部省初等中等教育局特殊教育課,季刊特殊教育,92,p.p.14-17.
- 109) 佐藤きみよ 他(1998)「医療的ケア」付き高等養護学校設置計画の見直しを求める要望書と回答書(ホームページ <http://www.jvun.org/jnews/jn980711.htm> より引用) .
- 110) 埼玉県特殊教育振興協議会: 埼玉県(1992)「本県における特殊教育の振興について」.
- 111) 埼玉県教育委員会(1996)「養護学校等における健康安全指導ハンドブック 健康と安全の指導のために」.
- 112) 埼玉県立和光養護学校医療的ケアを考える親の会(1999)「安心して通いたい～医療的ケアと学校教育～」.
- 113) 奈良隆寛(2000)「小児医療センターの神経専門医による巡回指導」,脳と発達,第32巻総会号.
- 114) 医療と教育研究会(2000)「医療と教育研究会第8回公開研究会」資料.
- 115) 埼玉県特殊教育諸学校PTA連合会(肢体不自由養護学校部門)(2000)「医療的ケアと学校教育を考えるシンポジウム」資料.
- 116) 高知県心身障害教育振興対策協議会: 高知県(1995)「学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について」.
- 117) 医療行為を必要とする児童生徒の教育対応検討委員会: 沖縄県(1998)「医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について(報告)」.

- 118) 沖縄県訪問教育親の会(1997)「訪問教育の充実に関する要望書」.
- 119) 鳥取県教育委員会(2000)「医療行為が必要な通学児童生徒学習支援事業実施要綱」.
- 120) 山口県教育委員会(2000)「メディカルサポート研究会設置要綱」.
- 121) 山梨県教育委員会(2000)「障害児教育研究会設置要綱」.
- 122) 秋田県教育委員会(2000)「養護学校における医療的ケアのあり方に関する調査研究実施要項」.
- 123) 都道府県教育長協議会第4部会(2000)「特殊教育諸学校における重度・重複化への対応について」.
- 124) 小西行郎 他(1997)「学校における障害児の療育～『医療的ケア』についての問題点と今後の課題」,平成8年度厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成のシステム化に関する研究」,p.p.84-85.
- 125) 日本特殊教育学会(1999)「障害児教育システム研究成果報告書」,p.p.13-22.
- 126) 高橋薫(2000)「親たちが声を上げていかなければ」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.39-43.
- 127) 文部省(1998)「特殊教育における福祉と医療との連携に関する実践的研究の実施体制について」.
- 128) 労働大臣官房政策調査部総合政策課(1999)「緊急雇用対策(労働省関係部分)概要」(労働省ホームページ http://www.jil.go.jp/kisya/daijin/990611_01_d/990611_01_d_gaiyou.html を参考).
- 129) 大阪市立平野養護学校(1996)「毎日の登校をめざして」,平野の教育第13号 平成7年度研究紀要,p.p.10-13.
- 130) 駒谷秀一(1993)「医療的ケアを必要とする児童の教育」,第39回全国肢体不自由教育研究大会第10健康教育分科会.
- 131) 神奈川県立中原養護学校(1992)「S.T.児への教員の手による水分注入の実践」,中原の教育実践11,p.p.38-42.
- 132) 大阪市立光陽養護学校(1998)「医療的ケアに取り組んで」,光陽 研究と実践の記録第34号,p.p.17-23.
- 133) 桑原紀美(1999)「在宅途中から医療的ケアが必要になった生徒の事例について」,医療と教育研究会,新たな教育・医療・福祉の連携をめざして 医療と教育研究会研究集録,p.p.23-26.
- 134) 佐藤正一(1992)「教育現場における生理的管理の実践①呼吸障害～気管カニューレ・痰の吸引～」,養護学校の教育と展望,84,p.p.8-11.
- 135) 泉真一,猪狩恵美子,加藤徹(1998)「医療的ケアを必要としている子どもたちの教育権と発達保障を前進させるために」,1998年度教育研究全国集会第14分科会.
- 136) 大阪市立光陽養護学校(1997)「新1年生R. K君への医療的ケア実施について」,光陽 研究と実践の記録第33号,p.p.3-5.
- 137) 東京都立村山養護学校(2000)「**6**訪問教育に関する研究」,村山の教育No.24,p.p.113-124.
- 138) 原田文孝(1998)「我がケアは魂に及び～医療的ケアの教育実践～」,1998年度教育研究全国集会第14分科会.
- 139) 向井善子(1996)「二分脊椎児の自己導尿に向けてどのような指導をしたらよいか」,平成7年度宮崎県立延岡養護学校研究集録,p.p.1-7.
- 140) 東京都立村山養護学校(1988)「Ⅲ高等部A1グループの実践」,村山の教育No.14,p.p.21-26.
- 141) 森山めぐみ(1998)「『ニコちゃん通信』の会」,はげみ12・1月号,p.p.36-38.
- 142) 東京都立小平養護学校(1997)「高等部における医療的ケア」,小平養護学校における医療的ケアのあゆみ～命の輝く教育をめざして～,p.p.82-85.
- 143) 北住映二(1996)「実際に即しての現実認識と前進を」,財団法人日本児童家庭文化協会,がんばれ,37.
- 144) 東京都立多摩養護学校(2000)「医療的ケア実施要綱」.
- 145) 京都市立呉竹養護学校(1992)「6.生活単元学習グループのまとめ」,平成3年度研究報告,p.p.7-9.
- 146) 東京都立村山養護学校(1994)「高等部A1グループ『最重度児グループのからだづくり、健康づくりについて』」,村山の教育No.19,p.p.68-70.
- 147) 山梨県立あけぼの養護学校(1996)「医療的ケアを必要とする子供の学校における健康管理について」,平成7年度研究集録第19集,p.p.101-111.
- 148) 青森県立八戸第一養護学校(1997)「重度・重複障害児の実態に即した健康・安全に配慮した教育はどうあればよ

- いか」,平成8年実践記録集,p.p.1-18.
- 149) 奈良県立明日香養護学校(1998)「本校における医療的ケアにかかわる取り組みについて」,平成9年度あゆみ,p.p.110-119.
- 150) 吉田麻衣(1999)「子どもの可能性をひらく」,養護学校の教育と展望,115,p.p.26-30.
- 151) 文部省(2000)「盲学校,聾学校及び養護学校学習指導要領(平成11年3月)解説 ー自立活動編ー」,p.p.8-9.
- 152) 三木裕和 他(2000)「重症心身障害児(者)の自立に関する考察」,日本重症心身障害学会誌 25 卷 2 号,p.p.7-12.
- 153) 吉田礼子(1999)「障害の重い子どもたちの教育をすすめるために」,医療と教育研究会,新たな教育・医療・福祉の連携をめざして 医療と教育研究会研究集録,p.p.15-22.
- 154) 大阪府立茨木養護学校(1988)「生命の維持・増進を目的とした健康指導健康管理を教育活動中で展開するためには」,いばらきー研究・実践のまとめ(昭和62年度)ー,p.p.113-127.
- 155) 東京都立村山養護学校(1997)「A1グループ 個々の生徒の健康観察をヴァイタルサインから見直す」,村山の教育No. 22,p.p.52-55.
- 156) 東京都立村山養護学校(1996)「一人でもできる楽しい授業づくり」,村山の教育No. 21,p.p.113-115.

第3章 医療的ケア必要児の教育問題に対する様々な会の動向

本章は、教育関係者、医療関係者、親の会、国会・文部省等の動向を分析して、第1章で示した関係者の考えと第2章における自治体や養護学校の実践、更には文部省が1998年に始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の間を結びつける関係者の活動展開を明らかにすることを目的とする。

第1節 教育関係者の取り組み

本節では、医療的ケア必要児の教育問題について、全国特殊学校長会および各障害児教育研究会の取り組みを概観する。

1. 全国特殊学校長会の取り組み

養護学校における医療的ケア必要児の教育問題について、全国特殊学校長会の取り組みを概観する。

1988年度、基本問題検討委員会¹⁾では、「重症心身障害児」の教育の検討の中で「施設内教育の充実、医療機関との連携強化、医療行為を必要とするものの教育措置のあり様など悩ましい事実と目下の課題が提起され…（略）…今後の検討事項であること」を確認している。

1989年度、教育課程専門委員会肢体不自由養護学校部会²⁾は、重度化、重複化、多様化に伴う教育課程編成上の諸問題について調査を行っている。この中で医療的ケアの対応は、「発作等の服薬、体温調整は看護婦、医師の場合もあるが、教員等が多い。しかし、吸引、経管栄養の対応では、教員等よりも保護者や医師、看護婦がこれにあたっているところが多い。」としている。

1990年度、法制制度専門委員会肢体不自由養護学校部会³⁾が調査を行っている。この調査で初めて調査項目として「医療行為」を取り上げ、その内容と指導上の問題点を調査している。

1991年度、教育課程専門委員会肢体不自由養護学校部会⁴⁾は、「教育課程編成上の諸問題－医療的ケアの必要な児童生徒の教育について－」として、教育課程に直接関連する項目を調査している。この調査では、「医療行為を学校で行うとすれば、場合によって医師法に違反することもあるのではないか」という疑問が生じるために、医療行為という言葉を使わずに、医療的ケア、医療的行為という言葉の方が適当であるという意見」「学校生活で常時行っている行為は日常行為であるという意見」から「医療的ケア」という言葉を使い始めている⁴⁻¹⁾。調査における医療的ケアの行為内容は不明であるが、医療的ケアについて「介護やケアを行っている時間を教育課程に位置づけ、養護・訓練と日常生活の指導の中に入れていく学校が多い」⁴⁻²⁾としている。

1992年度、法制制度専門委員会肢体不自由養護学校部会⁵⁾は、教員定数の現状と課題を調査研究している。その中で、経管栄養の対応や緊急時の体制、求められる職種について調査している。経管栄養を必要とする児童・生徒は関東・甲越地区と分校に多く、その対応はほとんど「保護者」が行っているが、近畿地区では「担任」「養護教諭」が中心に行っていると報告している。また、「全国的に現在の教職員に加え、医師・看護婦・OT・PTの常駐と、養護教諭・介助員の増員が強く求められている」⁵⁻¹⁾としている。

1993年度、法制制度専門委員会肢体不自由養護学校部会⁶⁾は、「医療的ケアが必要な児童・生徒の実態」を調査している。調査を通じて、「医療行為に類する行為を行わざるを得ない場に直面する確立の高い肢体不自由養護学校の教職員にとっては、早期に法制上の解決が図られることが切実な願い

と言える」⁶⁻¹⁾としている。

1994年度、法制制度専門委員会の精神薄弱養護学校部会と肢体不自由養護学校部会が調査研究を行っている⁷⁾。精神薄弱養護学校部会では、「精神薄弱養護学校における児童生徒の障害の程度について」の中で、医療的ケア必要児の人数や対応者、今後の課題などの調査結果を報告している。肢体不自由養護学校部会では、1993年度の調査の補足として「医療的ケアが必要な児童・生徒の実体について調査」を再度実施している。養護学校が福祉・医療機関と隣接しているか分離しているか等、養護学校の設置条件により医療的ケアへの対応も異なり、「際だった傾向が見られないところに医療的ケアの取り組みの多様さや困難さが感じられる」⁷⁻¹⁾としている。

1995年度、法制制度専門委員会の精神薄弱養護学校部会と肢体不自由養護学校部会が調査研究を行っている⁸⁾。精神薄弱養護学校部会では、「現実に対象児が入学しており、何等かの基準を設けた上で対応すべきという意見も43%と多い。このことから見て国の早急な方策を期待したいところである。」⁸⁻¹⁾としている。肢体不自由養護学校部会では、「医療的ケアの必要な児童生徒の教育のあり方について、国等のレベルで基本方針を明確にして欲しい」⁸⁻²⁾という学校長の意見が多く見られる(第1章「第1節 医療的ケア必要児の教育に対する学校長の考え」参照)。この他、基本問題検討委員会⁹⁾では、第2回検討委員会において「医療行為を必要とする児童生徒の受け入れについて」の問題提起が行われている。

1996年度、法制制度専門委員会の精神薄弱養護学校部会と肢体不自由養護学校部会が調査研究を行っている¹⁰⁾。精神薄弱養護学校部会では、前年度の調査で精神薄弱養護学校にも医療的ケア必要児が就学していることが明らかになったので、それを踏まえて実際の対応の様子を調査している。肢体不自由養護学校部会では、前年度の研究をもとに全国肢体不自由養護学校長会の内部に設けた「医療的ケア検討委員会」で検討を進め、「全国特殊学校長会の基本問題検討委員会等において、その結果を受けて検討する」としている。そのため、この年度は医療的ケアに関する実態把握に重点を置いて研究を行っている。そして、医療的ケア必要児の教育問題に取り組むことは『『新たな医療と教育の連携はどのようにあるべきか』の問題であり、同時に『今後の肢体不自由養護学校はどうあるべきか』という将来展望を構想する必要がある重要な課題である』¹⁰⁻¹⁾と指摘している。この他、基本問題検討委員会¹¹⁾では、「医療的なケアを必要とする児童生徒の受け入れについて資料を収集し、検討」を行っている。

1997年度、法制制度専門委員会の精神薄弱養護学校部会と肢体不自由養護学校部会が調査研究を行っている¹²⁾。精神薄弱養護学校部会では、医療的ケア必要児の人数とその対応者を調査し、「実際には児童生徒の実態からやむを得ない場合があり、一定の基準を設けた上で、対応できるような条件整備に早急に取り組む必要がある」¹²⁻¹⁾としている。肢体不自由養護学校部会では、医療的ケアの具体的な課題について学校長に具体的な意見を求める調査を行っている。その結果を踏まえて、保護者も学校も安心して教育が行われるために、「(1)医療的ケアを要する児童生徒への対応について基本的な考えの提示、(2)医療的ケアを要する児童生徒の指導上の基本的な事項の提示、(3)医療的ケアを要する児童生徒の緊急時に対応のできる研修の実施、(4)医療的ケアを要する児童生徒が在籍する学校に医療スタッフの配置、(5)医療的ケアを要する児童生徒が校外学習へ参加する場合の医療スタッフの同行と公費負担、(6)養護教諭の複数配置、(7)「重度・重複学級」(仮称)の認定と定数の改善」¹²⁻²⁾が望まれるとしている。この他、全国肢体不自由養護学校長会の医療的ケア検討委員会が検討しているが、これに加えて、全国特殊学校長会の基本問題検討委員会の中にも小委員会が設置されている。そして「7月から厚生省出身の芝田文男企画官が就任されたので、厚生省とのパイプも通りが良くなることを期待している」¹³⁾としている。

1998年度、法制制度専門委員会の肢体不自由養護学校部会¹⁴⁾が調査研究を行っている。内容は、前年度研究の補充的な性格の調査である。そのまとめの中で「(1)医療的ケアを要する児童生徒に対

応するためには医療的スタッフの配置が強く望まれている。一部自治体の努力により実施しているところがあるが、国の指針の中に盛り込まれることが望まれる。(2)医療的ケアに関わる器具等の物的環境整備についても早急に基本的な指針が望まれる。(3)障害の重度化に伴い再調理、摂食指導についても緊急を要する課題があり、早急に研修等の取り組みを要する。(4) (省略)¹⁴⁻¹⁾と指摘している。その他、基本問題検討委員会では、前年度の小委員会を『医療的ケア』の課題に関する検討委員会に発展させている。この委員会の趣旨は、「文部省は、平成 10・11 年度『特殊教育における医療・福祉との連携に関する実践研究』を 10 県においてスタートさせた。これまで、本校長会の調査研究においても、様々な意見等が出されてきているが、このことにより、『医療的ケア』に関する課題も新たな展開の時を迎え、今後、本課題の在り方についても研究が深められると考えられる。本委員会では、本研究の推移を見守るとともに、『医療的ケア』への対応等に関する事項の情報交換及び今後の在り方等について検討する。」¹⁵⁾としている。

1999 年度、法制制度専門委員会の肢体不自由養護学校部会¹⁶⁾が調査研究を行っている。本来は前年度で医療的ケアのテーマを終了する予定であったが、種々の意見により実態把握と問題点の調査を行っている。地区の違いや学校種別による実態の違い、更に肢体不自由養護学校の将来像としてどうあるのが望ましいか「パターン 1：現在の形で医療的ケア、訪問教育などの諸課題解決を目指す。パターン 2：一定地区ごとに医療機関（療育センター）を中心にして、養護学校が相互乗り入れをする。パターン 3：一定地区ごとに、医療機関を核にした総合養護学校に統廃合する。」に分けて調査している。その他、基本問題検討委員会¹⁷⁾では、『医療的ケア』の課題に関する検討委員会の検討内容や幾つかの県で試行されている医療的ケア事業の推移を見ながら、今後示されるガイドライン等を踏まえて対応していく」としている。

2. 障害児教育関係の研究会の取り組み

養護学校における医療的ケア必要児の教育問題について、障害児教育関係の研究会の取り組みを概観する。

全国肢体不自由教育研究協議会と全国肢体不自由養護学校長会主催の「全国肢体不自由教育研究大会」は、1992 年度の第 38 回大阪大会から第 9 分科会「健康教育」を設置している。当時の大阪府立茨木養護学校の栗谷玲子校長は、この分科会の開設に向けて意欲的に取り組んだ。分科会最初の 1992 年度は、神奈川県立中原養護学校と大阪府立茨木養護学校が発表を行っている¹⁸⁾。参加者の関心は非常に高いものがあり、「医師法との関連をどう捉えるか」「事故が起きた時の責任はどうするのか」など活発な話し合いがなされたが、一方で「当時医療的ケアの問題は一部の地方の問題として扱われ、医療的ケアという言葉もまだ定着していない時期」¹⁹⁾でもあった。1993 年度の大会からは、第 10 分科会「健康教育」として医療的ケアや健康・安全の指導に関する教育実践交流を行っている。

「日本肢体不自由教育研究会」は、雑誌「肢体不自由教育」100 号（1991 年 5 月）の「特集 教育と医療」²⁰⁾、139 号（1998 年 9 月）の「特集 教育と医療 2」²¹⁾において、医療的ケアの教育実践等を紹介している。また、1986 年の「第 10 回日本肢体不自由教育研究大会」から「教育現場のニーズに応え、かつ専門性を深めるためセミナーと講演を中心」に大会が組織され、セミナーに「摂食指導」が設置されている²²⁾。1994 年の第 18 回大会²³⁾と 1995 年の第 19 回大会²⁴⁾では、セミナー「肢体不自由教育をめぐる今日的課題」の中で健康管理や呼吸介助の講習を行い、これが 1996 年の第 20 回大会から「重複障害児の健康づくり」²⁵⁾に発展している。セミナー名は「重複障害児の健康」を経て、2000 年の第 24 回大会²⁶⁾では医療的ケアに関するセミナーとして、「障害の重い子どもの健康」「障害の重い子どもの摂食指導」が行われている。

「日本重複障害教育研究会」は、雑誌「脳性マヒ児の教育（後『養護学校の教育と展望』に改名）」75

号（1990年1月）の「子どもの生理的管理について」²⁷⁾、84号（1992年1月）の「再び教育と医療の接点を探る」²⁸⁾、90号（1993年7月）の「障害の重い子どもの健康観察、健康づくりと危機管理」²⁹⁾、97号（1995年4月）の「障害の重い子の養護・訓練—健康指導をめぐって—」³⁰⁾、99号（1995年10月）の「再び、命と向き合う教育」³¹⁾、115号（1999年10月）の「手厚い医療的ケアが必要な子の授業づくり」³²⁾において、教育と医療の関わりや医療的ケアの教育実践の特集を行っている。また、研究会が主催する「重複障害児教育講座」では、1991年の第14回で「重度重複障害児の呼吸障害の原因と対策」の講義が行われ²⁸⁾、1992年の第15回から「障害の重い子の健康管理・健康指導」コース³³⁾となり、1997年の第20回から「医療的ケアを必要とする子の健康指導」と名称を変更して実施している³⁴⁾。

「全国訪問教育研究会」は、1989年の第2回全国大会と1990年の第3回全国大会の「各地の報告」の中で、それぞれ東京都と神奈川県から医療的ケアの取り組みが報告されている。1991年の第4回全国大会から医療的ケアに関する分科会が開設され、医療的ケアの実践、地域における医療・福祉との連携など制度的な検討を行っている³⁵⁾。

以上が、機関誌の特集や分科会など研究会活動の一部として医療的ケア必要児の教育問題に取り組んでいる研究会である。これに対して、医療的ケア必要児の教育問題を専門に研究している会がある。

「大阪養護教育と医療研究会」³⁶⁾は、1994年1月26日に大阪府立肢体不自由養護学校校長会の承認のもとに「医療的ケアに関する懇談会」として発足した。この会が1996年12月10日に大阪肢体不自由養護学校（大阪府立・大阪市立・衛星都市立）校長会の承認のもとで、新たな研究組織「大阪養護教育と医療を考える会」に発展し、更に1997年7月5日の総会にて会の名称を「大阪養護教育と医療研究会」に改称した。研究会の目的は、「障害児が健康でより良い学校生活をおくれるよう、関係機関が連携をとりながら研鑽を深め、大阪における養護教育の振興を図ることを目的とする」³⁷⁾である。研究会の活動は、養護学校における医療的ケアの教育実践や情報交換を行っている。1996年2月17日には第1回「医療的ケアに関する公開シンポジウム」を開催し、それ以後研修会や公開シンポジウム、「医療的ケアを必要とする子どもの基礎講座」（2000年8月26日）等を開催している。

東京では、「医療と教育研究会」³⁸⁾が1997年6月21日に発足している。会の趣旨は、「新たな医療と教育の連携のあり方の研究を図る。特に、医療的ケアの必要な子どもの学校生活や卒業後の生活について研究する。」である。研究会の活動は、医療的ケアの教育実践や情報交換、理解・啓発のために、年2回の公開研究会を開催している。

更に「医療と教育の研究会千葉」³⁹⁾が2001年2月3日に発足している。その目的は、「◎現在の動向を知る。全国、そして千葉県でどのようなことが行われ、それはどのように子どもたちの生活を支えているか情報を得ることで、自分たちの方向を探っていく。（医療的援助行為をやっていくにはどうしていくかではなく、どうしていけばいいのかを議論し、考えていく場として。） ◎学習の場とする。知らないことには不安が大きい。医学の基本的知識や実技研修なども行っていきたい。 ・障害の重い子の健康管理のための基本的な知識の講話（健康管理・バイタルサイン・呼吸・ポジショニング・シーティング・摂食） ・吸引・注入等の実技研修 ◎上記2つのことを通しながら、医療と教育、そしてそこに関わる人たち（本人・保護者・未就施設・卒後施設・福祉行政）の人たちの連携をはかる。」である。

3. 本節のまとめ

本節では、医療的ケア必要児の教育問題について、全国特殊学校長会および各障害児教育研究会の取り組みを概観した。

全国特殊学校長会^{1)~17)}は、医療的ケア必要児の教育問題を最初に取り上げたのが1988年度の基

本問題検討委員会であった。ちょうど東京都教育委員会が医療的ケア必要児の教育措置について方針を出した年度であり、当時、医療的ケアの問題は一部大都市圏の問題とされていたが、すでに全国的な検討の俎上にのっていたことになる。これ以後、教育課程専門委員会の肢体不自由養護学校部会、そして法制制度専門委員会の精神薄弱養護学校部会と肢体不自由養護学校部会が調査研究を進め、1998年度には基本問題検討委員会に「『医療的ケア』の課題に関する検討委員会」を設置した。医療的ケア必要児の教育問題について「『今後の肢体不自由養護学校はどうあるべきか』という将来展望を構想する必要がある重要な課題である」と指摘するとともに、具体的には文部省の「実践研究」の推移と今後示されるガイドライン等を踏まえて対応することとした。

医療的ケア必要児の教育問題に取り組む障害児教育関係の研究会では、医療的ケアに関する教育実践の交流、医療的ケアに関する知識や技術を講義や実技で学ぶ研修、医療・福祉・教育の連携に関する研究、情報交換、更に社会に向けた理解・啓発に関する取り組みが見られた^{18)~39)}。

このような全国特殊学校長会および障害児教育関係の研究会の取り組みの増加や充実は、医療的ケア必要児の在籍割合の増加に対する教育現場のニーズの高まりの反映と見ることができよう。

第2節 医師の取り組み

第2章第1節では、医療的ケア必要児の教育問題に関する検討委員会を教育委員会が設置したり、自治体として施策を行っている12都道府県3政令指定都市（ただし、1998年から文部省の「実践研究」で取り組み始めた県、および2000年に「検討委員会」を設置した山口県、山梨県、秋田県を除いた）を対象に、自治体と養護学校の取り組みを検討した。そして、医療的ケアに対する様々な養護学校の取り組みが生じている要因の一つとして、「地域の医療関係者の理解と支援の状況」をあげた。

本節では、医療的ケア必要児の教育問題について、医師の取り組みを概観する。

1. 地域の医師グループの取り組み

第2章で見られたように、養護学校における医療的ケアの取り組みには、医療側からの支援が不可欠である。その具体的な取り組みを関東と関西の医師グループで見ていく。

(1) 関東の医師グループ

東京都の医師グループは、1989年頃から主に東京都内の障害児療育施設の（小児科）医師が持ち回りで幹事となり、お互いの施設を見学しあいながら情報交換・意見交換を行う会合を始めた。1995年12月2日、心身障害児総合医療療育センターを会場に、センター新築後の見学会と意見交換が行われた。その意見交換では医療的ケア必要児の教育問題が取り上げられ、東京都教育委員会の担当者による都の事業の説明、および医師の側からこの問題に対する認識や方法論についての整理と養護学校へのバックアップの必要性について意見交換が行われた。なお、この時の会の案内では、心身障害児総合医療療育センター小児科医局の北住映二医師が幹事となり、東京都以外にも埼玉県、千葉県、神奈川県、茨城県の療育施設関係者、更に養護学校の校医、指導医として関わっている医師、関心のある医師に参加を呼びかけていた⁴⁰⁾。

この前の年の1994年に神奈川県立中原養護学校の校医である江川文誠医師を中心に、神奈川県の小児神経科医師グループが発足していた。このグループの取り組みが、1996年に神奈川県教育委員会が策定した「重度・重複障害児担当医師派遣事業」の発足の力となった。

1995年12月2日の心身障害児総合医療療育センターで行われた医師の連絡会をきっかけに、障害児医療に携わる医師によって、医療的ケア必要児の教育問題に対する認識や見解の整理と文書化の作業が始まった。1996年に「障害児（者）の療育・医療に携わる関東地区医師有志」として厚生大臣宛の要望書を作成し、全国の肢体不自由児施設等の医師80名に要望書の文案を送付して賛同の署名を集めた。この要望書の要望事項は、一定の要件を充たす場合に、学校教職員や通所施設職員が医療的ケアを行いうるという見解を出すように厚生省に求めたものであった。その中で、「対象とする医療的介護行為（医療的ケア）」は、「保険診療において在宅医療として認められている行為、および、その他の、日常的に家庭において行われている医療的生活介護・援助行為」とした。

その後、「障害児（者）の療育・医療に携わる関東地区医師有志」205名と賛同した全国の医師430名、合計635名の医師による要望書が1998年3月31日に厚生省に提出された（資料9）。要望書提出に賛同した635名の医師の中には、「日本の小児神経学の大先達である先生、日本小児神経学会の理事長、大学病院の教授・助教授クラスの人々、地域病院で在宅医療に深く関わっている内科医など、多様な医師が名を連ね」ており、「実際に現場で障害児者とその家族に関わっている医師を中心に、多くの医師が、医療的ケアが、家族の負担だけによってでなく、また医療スタッフに限定されることなく、実施される必要がある、と考えていることを示している」と北住⁴¹⁾は述べて

いる。

関東地区ではこの他、埼玉県立小児医療センターの奈良隆寛医師が、内科校医と県医師会の了承および県教育委員会と相談して、1998年10月から月1回、モデル事業として埼玉県立宮代養護学校への巡回相談を開始した⁴²⁾。2000年度からは埼玉小児神経懇話会の小児神経科医が手分けして、埼玉県内の肢体不自由養護学校全7校に巡回を始めた⁴³⁾。

(2) 大阪府医師会勤務医部会小児の在宅医療システム検討委員会⁴⁴⁾

1992年に大阪府医師会勤務医部会は「小児の在宅医療システム検討委員会」を設置し、小児在宅医療の普及をめざして各種調査活動や啓発活動を始めた。その活動目標の一つに「医療的ケアが必要なために社会（学校）に受け入れられない、子どもたちの支援に取り組むこと」を掲げた。その第一歩として「養護学校を中心として教員をはじめ、子どもと関わる機会のある専門職の方に利用してもらえる医療的マニュアルの作成が必要」だとして、2000年に「小児の在宅生活支援のための医療的ケア・マニュアル」を作成した。このマニュアルの作成には、1998年から大阪府教育委員会と養護学校校長会の代表が参加していた。

2. 日本小児神経学会の取り組み

1995年に滋賀県で行われた第37回日本小児神経学会総会「シンポジウムⅡ 小児慢性神経疾患のQOL」は、会員以外の一般参加を認めて、医師以外に施設や学校関係者等が参加して公開討論形式で行われた⁴⁵⁾。討論の内容は、「(1) 医療の場と生活の場の問題、(2) 医療的ケアの問題、(3) 家族のQOLの問題」であった。

シンポジウムでは、医師、看護職、元学校長、(財)日本児童家庭文化協会事務局長、厚生省児童家庭局母子保健課職員が発言した。その中で医師の島田⁴⁶⁾は、「吸引や呼吸器の操作を含め、在宅に伴うケアは『医療ケア』というよりも『生活ケア』と捉えた方がよいと思われる。そして我々は、この『生活ケア』は経験を積むことで教師をはじめ誰にでもできるようになると考えている」と述べている。医師の内藤⁴⁷⁾は、在宅療法の問題点として「養護学校や通所施設における介護内容の向上と改善」をあげている。教育の立場から前大阪府立茨木養護学校長の栗谷⁴⁸⁾は、「『医療的ケア』が必要という理由だけで、自動的に訪問籍にしたり、保護者の付添を要請することも、今までの経過や、保護者の立場、権利意識を考えると難しい。現実的には『医療的ケア』を教育の中身に包含していく方向で、条件整備と校内体制作りを急ぐ必要がある。」と述べている。この他に、シンポジウムでは、在宅で保護者等によって行われる吸引や経管栄養等の行為を「医療的ケア」と呼称することが確認された。

1998年に神奈川県で第40回日本小児神経学会総会「公開シンポジウム 重度障害児の生活支援より良い在宅療育の実現を願って」が、保護者、医療関係者、教育関係者、福祉関係者等900名の参加者を得て開催された⁴⁹⁾。内容は、「第1部 障害・病名の説明と家族支援」「第2部 重度障害児療育のあり方」「第3部 入学はしたけれど…」「第4部 小児期をこえた障害者」の4部構成で、第3部において養護学校における医療的ケア必要児の教育問題が論議された。討論において文部省初等中等教育局特殊教育課教科調査官の横田⁴⁹⁻¹⁾は、文部省の「実践研究」について「実際にこういうことであつたら大丈夫かなという線が出ましたら、今度はそれぞれの学校において、一番都合のいい方法を選んでいくことになるのかどうなのか。それが、後数年後にわかってくるというふうに考えております。」と発言している。

2000年に大阪府で第42回日本小児神経学会総会・学術集会「公開シンポジウム 学童の療育をどう支援していくか」が、保護者、医療関係者、教育関係者、福祉関係者等の参加者を得て開催され

た⁵⁰⁾。

内容は、第1部で小児神経学会員である学校医、療育施設の医師などから肢体不自由養護学校の状況と問題点が提起され、第2部で重度障害児の学校保健や障害児教育の現状と今後の課題について学校内外の専門家による討論が行われた。その中で医師の杉本⁵¹⁾は、小児神経学会の社会的活動として「(1) 地方会レベルで、学校関係者などからの連絡・相談窓口を作る。(2) 理事会の下に、担当の委員会を新たに組織し、大学等の枠を越えた専門医集団としての学会が、社会的ニーズに応答できる体制を作る。(3) これまでの小児神経セミナーとは別に、学会が定期的に障害児医療についての実地を含めた研修を開催し、専門指導医を養成していく。(4) 厚生省、文部省、医師会、関係諸学会・研究会と連絡を密にし、障害児の医療・教育・福祉の充実に学会として努力する。」を提言している。

3. 本節のまとめ

本節では、医療的ケア必要児の教育問題について、医師の取り組みを概観した。

関東や関西地区の医師の中には、個人やグループで養護学校に対して支援を行う医師が見られた。

「障害児(者)の療育・医療に携わる関東地区医師有志」が行った厚生省宛の要望書の取り組みは、医療職に対して医療的ケア必要児の教育問題の存在を啓発するとともに、医療的ケアが家族の負担や医療職だけに限定されることなく実施されることを障害児者とその家族に関わりの深い医師の多くが望んでいることを明らかにした⁴¹⁾。

更に日本小児神経学会は、「学童期の療育」すなわち学校教育に対して医療側がどのような支援を行っていくべきかについて検討を行っていた。

以上のように、障害児医療に関わる医師たちによって、医療的ケア必要児の教育問題解決に向けた取り組みと支援が行われていた。

第3節 保護者が関わっている会の取り組み

本節では、医療的ケア必要児の教育問題について、医療的ケア必要児の保護者が関わっている親の会、PTA、療育支援団体、さらに保護者や教師や医師などで構成された「医療的ケアを考える会」の取り組みを概観する。

1. 親の会とPTAの取り組み

医療的ケア必要児の保護者が関わっている主な会には、親の会と養護学校に通う子どもの保護者と教師で構成するPTAがある。ここでは、地域と全国規模の団体に分けて会の取り組みを概観する。

(1) 地域の親の会

1) ぴゅあすまいる（経管栄養児親の会）⁵²⁾

1995年に発足した「ぴゅあすまいる（経管栄養児親の会）」の活動によって、訪問看護制度を活用した「宮城方式」が1997年に実現した。1995年2月、同じ悩みや不安を抱える保護者同士の交流を考えた母親が、宮城県拓桃医療療育センターの外来に一冊のノートを置いたのがきっかけで、「ぴゅあすまいる」が発足した。「どんなに障害が重くてもみんなと同じように通学させたい」という願いから会は仙台市に働きかけて、1995年7月、仙台市内の就学前通園施設「なかよし学園」「なのはな園」に看護婦の常駐が始まり、母子分離の登園が実現した。就学前は母子分離が可能になったが、医療的ケア必要児の就学について県教育委員会は、原則として訪問教育または保護者の学校付き添いと待機を求めている。そこで、会では他県の情報収集、勉強会、講演会を行い、1996年7月に宮城県知事、宮城県教育委員会へ陳情を行った。更に、1997年1月に宮城県教育委員会と話し合いを持った。翌2月に県は、「平成9年度宮城県福祉関連事業」として「要医療行為通学児童生徒支援事業」に5800万円を予算計上した。こうして「宮城方式」が実現した。

2) 在宅重症障害児（者）こよみの会^{53) 54)}

1995年3月に静岡県立こども病院に通う親の呼びかけによって、静岡県中部地域に住む5名の母親で「気管切開の子と親の会」が発足した。会は、「在宅で暮らしていて行き場のない思いや親たちの情報交換の場として、その時間を楽しいものとしていき、各家庭の不安や心配事が少しでも解消できるよう何でも話せて思いを語る場として広げ、何よりも子ども達を通して広がっていく、温かい人の輪を作っていきたい」を目的とした。

会は、1996年9月に「重度心身障害児施設を中部地域に」の陳情署名活動を開始した。1996年10月20日に会の名称を「こよみの会」と改称し、11月25日に静岡県議会議長、副知事、教育長に署名陳情を行った。

1997年5月13日に行われた第140回国会衆議院の「児童福祉法等の一部を改正する法律案（内閣提出、参議院送付）の趣旨説明に対する質疑」において、静岡県選出の大口善徳議員（新進党）が、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題を取り上げている^{55) 56)}。この質問は、「こよみの会」の働きかけによるものだと筆者は聞いている。

2000年現在、会の趣旨は「1)静岡県中部地域に重症心身障害児（者）のA型施設設立を目指して！、2)家族が付き添わなくても医療的ケアの必要な重症心身障害児（者）が学校生活を送れるように！、3)重症心身障害児（者）の在宅看護が、家族だけの負担にかたよらず地域全体でささえるサービスの充実」とされている。

3) 医療的ケアの必要な子の就学を保障する会^{57) 58)}

兵庫県尼崎市に住む人工呼吸器をつけた児童の学校通学について、保護者付添をなくす取り組みの中から「医療的ケアの必要な子の就学を保障する会」が発足した。会の目的は、「医療的ケアが必要な子どもたちが、差別されることなく、何処でも誰でも安心して学校生活（保育所生活等）が保障される社会の実現」である。

会は、1996年に『医療行為』の必要な子どもたちの保育・教育を考える！講演会⁵⁷⁾、1997年に『学校教育で親の付添をなくすために』連続講演会⁵⁸⁾を開催している。

4) その他⁵⁹⁾

筆者が知るところでは、前述以外で医療的ケア必要児の教育問題に取り組んでいる地域の親の会には、「リトル☆スター」（茨城県）、「夢すばる」（群馬県）、横浜市重症心身障害児者の地域生活を考える会「ウイング」（神奈川県）、「グループ・スヌーピー」（神奈川県）、気管切開の子を持つ親の会「ぞうさんの会」（静岡県）、「豊橋『難病児・者の在宅療育』を考える会」（愛知県）、「大樹の会」（愛知県）、医療的ケアの必要な子供の自立した学校生活を願う会「Dreams come true」（大阪府）、経管栄養児の会「しゃぼんだま」（広島県）、「ニコちゃん通信の会」（福岡県）、「鹿児島県重症心身障害児（者）を守る会」（鹿児島）がある。

更に東京都では2000年現在で、「チューブの会」（東京都立北養護学校の保護者）、医療的ケアを必要とする親子と応援して下さる親子の会「Moon Dust」（東京都立大泉養護学校）、「てんしのわ」（東京都立町田養護学校）、「医療的ケアネットワーク」（東京都立府中養護学校）、医療的ケア保護者の会「虹の会」（東京都立村山養護学校）等、東京都立の肢体不自由養護学校単位で保護者の会ができています。

(2) 全国規模の親の会等

1) 社会福祉法人「重症心身障害児（者）を守る会」

「重症心身障害児（者）を守る会」は、東京都立港養護学校長の飯野が「教育と医療の連携」というテーマで機関誌「両親の集い」に書いたことをきっかけに、1997年5月に「医療を伴う障害児の学校生活について ～子どもの人生を守るための医・教・福の連携～」の講演会を開催した⁶⁰⁾。

会は、学校教育における医療的ケアの充実に向けて1997年10月28日付けで文部省初等中等教育局特殊教育課長宛に「…学校教育の中で医療的ケアとして、医師との連携のもとに看護婦の配置等により対処できるよう制度化されますことを切にお願い致します。」という内容で「養護学校における医療的ケア」の要望書を提出した⁶¹⁾。

2) 全国訪問教育親の会

「全国訪問教育親の会」は、1995年の全国訪問教育研究会第8回全国大会における「保護者とともに訪問教育を考える」分科会をきっかけに石川県の保護者が代表となって結成され、高等部における訪問教育の設置運動に取り組んだ。文部省や国会、各都道府県に「訪問教育の高等部設置と制度的充実」を訴えて、1996年には文部省への要請、国会への請願で最終的に47万人余りの署名を提出し、衆参両院で採択された⁶²⁾。これを受けて高等部訪問教育の「試行」的实施が、1997年4月に32都道府県、1998年4月に全都道府県で行われた。

この間、訪問教育の充実に向けて医療的ケア必要児の教育問題も取り上げている⁶³⁾。1997年12月10日に「沖縄訪問教育親の会」は、沖縄県知事、沖縄県教育長宛に「訪問教育の充実に関する要望書」⁶⁴⁾を提出した（資料10）。沖縄県教育委員会が設置した「医療行為を必要とする児童生徒の教育対応検討委員会」は、1998年1月に「医療行為を必要とする児童生徒の教育対応につ

いて（報告）」を報告した。この中で、「父母の要望」として「父母としても、世論を背景にして子供たちの就学保障の声が高まってきている。①訪問学級から通学への措置替えを強く希望する父母が増加している。②医療管理下にある施設から高等部進学を希望する生徒が増えている。③訪問教育の高等部実施の強い要請と文部省の試行的実施の通知」⁶⁵⁾をあげている。これは、「沖縄県訪問教育親の会」の要望書の意見が反映したものであった。

2000年9月18日に「全国訪問教育親の会」は、厚生大臣宛に「重度障害児（者）の医療、福祉の充実に係る要望書」⁶⁶⁾を提出した。その中で、「いわゆる『医療的ケア』を養護学校の先生方ができるように早急に体制を整えて下さい」という要望を行っている。

3) 人工呼吸器をつけた子の親の会（バクバクの会）⁶⁷⁾

「人工呼吸器をつけた子の親の会」は、1989年に大阪府にある淀川キリスト教病院小児病棟の人工呼吸器をつけた子どもたちの保護者7名によって結成された。病院を退院して在宅人工換気療法を開始した先駆けであった。以後、全国各地に支部を設けながら「(1)入院・入所中の子どもたちのQOLの向上、(2)小児の在宅を牽引し在宅を定着、(3)生活領域の拡大、(4)保育、教育の保障を一定獲得、(5)親の意識の変化、(6)バクバクっ子の存在を社会的にアピール」に取り組んでいる。

医療的ケア必要児の教育問題については、「…学校生活をはじめ自立と社会参加の大きな阻害要因になっています。医療的ケアは、生活支援行為のひとつとして医療職以外も行えるよう…（中略）…社会的理解と制度的保障を求めています」としている。

4) 全国肢体不自由養護学校PTA連合会

「全国肢体不自由養護学校PTA連合会」は、1997年の結成40周年記念東京大会において、「健康で安全な生活を送るために、医療との連携をどう進めていくか」を研究協議題にした「医療との連携」分科会を新設した⁶⁸⁾。これ以後、「医療との連携」分科会は継続している。

1998年の第41回全国肢体不自由養護学校PTA連合会福岡大会では、兵庫県加古川市立加古川養護学校PTA副会長が「医療的ケアと子育て、教育」と題して発表した。これに対して助言者の村田⁶⁹⁾は、「今回の話題には、医療的ケアの対象となっている子どもの内面形成を中核にすえて、医療的ケアの教育的な側面が取り上げられたことは、注目に値します。」と述べている。

会は、2000年12月に「東京都肢体不自由養護学校PTA連合会」と連名で「手記 医療的ケアを要する子どもを抱えた保護者の願い『いつまで待機をすれば…』」を作成した。その目的は、「全国的な関心事となっている『医療的ケア』を取り上げ、医療的ケアを必要とする子どもたちを抱えた保護者の日々の大変さの実態を手記にして、（待機を余儀なくされている保護者の方々の負担軽減を求めて）厚生省、文部省をはじめとした関係機関を含む様々な方々に、さらにご理解をいただくための積極的な働きかけ」⁷⁰⁾を行うためであった。会は、2000年12月14日に厚生省へ、2001年3月28日に文部省へこの手記を贈呈した。

2. 療育支援団体の取り組み

医療的ケア必要児の教育問題について、障害児や難病児の療育を支援する団体が行った取り組みを概観する。

(1) 社会福祉法人日本肢体不自由児協会

日本肢体不自由児協会は、機関誌「はげみ」1998年の2・3月号⁷¹⁾と12・1月号⁷²⁾において医療的ケアの特集を組んでいる。編集員の三浦は、「『医療的ケア』そのものを整理紹介することは、この号が初めてあります。この号を発行することは、もうこの課題を正式に取り上げなければならないとする一警鐘と取っていただければ幸いです。」⁷¹⁻¹⁾と述べている。

(2) 財団法人日本児童家庭文化協会

日本児童家庭文化協会は、機関誌「がんばれ」35号(1996年3月)の「特集 どーする医療的ケア」⁷³⁾、37号(1996年7月)の「特集 どーする医療的ケア第2部」⁷⁴⁾において、保護者から現在の実情、医師から問題点の指摘と解決案の提言、教育現場の実践、法解釈等を紹介している。この機関誌の特集に続いて協会は、1996年11月に「第17回こどもの難病シンポジウム ～どーする医療的ケア～」を開催した⁷⁵⁾。この時の参加者は全国から500名以上にのぼった。

(3) NPO 法人難病のこども支援全国ネットワーク

難病のこども支援全国ネットワークは、機関誌「がんばれ」53号(1999年2月)⁷⁶⁾、54号(1999年3月)⁷⁷⁾の「特集 新・どーする医療的ケア」において、保護者の願い、保育や教育における医療的ケアの実践、教育から医療へ・医療から教育への期待などを紹介している。この機関誌の特集に続いて会は、1999年6月に「こどもの難病シンポジウム ～新・どーする医療的ケア～」を開催した。このシンポジウムは、東京の「医療と教育研究会」と横浜の「横浜『難病児の在宅療育』を考える会」が共同で企画を行い、保護者の願いを踏まえて教育と医療関係者がお互いに要望や期待を語りながら共通の理解と将来の可能性を探る内容であった。この時の参加者は全国から400名以上にのぼった⁷⁸⁾。

3. 「医療的ケアを考える会」の取り組み

医療的ケア必要児の教育問題について、教育、医療、保護者等の関係者が一緒に検討を行う「医療的ケアを考える会」がある。ここでは会のねらいや取り組みなどを概観する。

(1) 医療的ケアを考える親の会(埼玉県)

「医療的ケアを考える親の会」は、1998年7月28日に埼玉県立和光養護学校の医療的ケア必要児の保護者と教師で設立した。会では、「家庭における医療的ケア」についてアンケート調査を行い、県立和光養護学校在籍児童・生徒の3割弱が何らかの医療的ケアを家庭で行っていることを明らかにした。更に、1999年2月20日には校内で学習会を行い、3月18日に県教育委員会に対して要望書を作成した⁷⁹⁾(資料11)。

1999年7月、関東甲越地区肢体不自由養護学校PTA連合会に新設された第2分科会「学校教育と医療的ケア」に参加して会のパンフレットを配布した。会はPTA活動の承認を受け、8月に県内肢体不自由養護学校全校にアンケート調査を行い、11月にPTAの協力で報告会を実施した。その報告会で埼玉県立小児医療センターの奈良医師からシンポジウム開催の提案が行われた⁸⁰⁾。

2000年6月24日、埼玉県特殊教育諸学校PTA連合会(肢体不自由養護学校専門部会)主催で「安心して通いたい 医療的ケアと学校教育を考えるシンポジウム」を開催(参加者数283名)した。シンポジウム参加者からは、「『自分の子には必要ないから関係ない』では済まされないと

思うようになりました。』『一部の問題でなく、全体の問題に』自分の職場でも、ぜひ啓蒙していきたい。」という感想が寄せられている⁸¹⁾。

当初、埼玉県立和光養護学校の一部の保護者と教師から始まった会は、PTAの協力を得ながら県全体の取り組みに発展し、パンフレットによる広報活動やアンケート調査、シンポジウム開催を通して医療的ケアを必要としない子どもの保護者、学校や医療関係者に理解を広げていった。

(2) 学校での医療的ケアを考える会（山口県）

「学校での医療的ケアを考える会」は、1998年7月29日に「第1回 学校での医療的ケアをすすめる会」として心身障害児を持つ保護者の会「ウッド☆ムーン」を中心に、教師、医療関係者、福祉関係者によって設立した。会の規約作成の際に名称を「学校での医療的ケアを考える会」と改称した。会の目的は、「学校での医療的ケアに関心を持つものの自主的な研修及び情報交換の場として活動する」⁸²⁾である。

会では、1999年7月25日に保護者、教師、医師、ジャーナリスト、研究者、行政等のシンポジストによる「学校での医療的ケアシンポジウム」を開催（参加者数224名）した⁸³⁾。

会の代表である林医師（山口大学医学部小児科助教授）は、2000年4月に山口県教育委員会が設置した「メディカルサポート研究会」の委員の委嘱を受けている⁸⁴⁾。

(3) 医療的ケアを考える大阪ネットワーク（大阪府）⁸⁵⁾

「折田涼くんの親の付添をなくす会」は、1999年1月に医療的ケア必要児の学習権保障を目的に設立した。この活動を契機に大阪府の寝屋川市や大阪市などで同じ問題を抱えている保護者と支援する市民によって、1999年6月に「医療的ケアを考える大阪ネットワーク」が設立した。

「折田涼くんの親の付添をなくす会」の取り組みの結果、大阪府池田市は2000年4月から福祉事業として「重度障害児介護員学校派遣事業」を始めた。

「医療的ケアを考える大阪ネットワーク」は、2000年11月19日に「医療的ケアと子どもの人権を考える」をテーマにシンポジウムを開催した。シンポジウムの趣旨説明の中で、医療的ケアをめぐる問題として3点あげている。第1に「無知からくる『不安や躊躇』と「障害児・者に対する偏見や差別意識」、第2に医師法第17条との関係で保護者の付き添いの問題、第3に制度・条件の未整備としている。更に、病院を退院して地域で在宅している現状、今後医療的ケア必要児が増えていくという見通し、高齢者や障害者の介護問題をあげ、「このように、『医療的ケア』の問題は、教育現場や一部の人だけの問題でなく、今日的な課題となってきているのです」と述べている。

(4) 医療的ケアを考える会（滋賀県）

「医療的ケアを考える会」は、1999年7月17日に滋賀県立八幡養護学校の保護者を中心に県立養護学校の教師と社会福祉法人びわこ学園の医師などによって設立した。会の目的は、「医療的ケアを必要とするすべての子どもたちとその家族にとって、安心できる学校教育が保障されることを、多くの人々と力を合わせてめざします」とされ、その活動は「①交流・学習活動、②要求実現活動（署名・交渉等）、③広報活動、④組織（会員）拡大活動、⑤その他、会の目的達成のために必要なあらゆる活動を行います」としている。この会の設立総会のしおりでは、本来、経管栄養や吸引が必要であっても訪問教育への措置を避けるために、必要なケアが行われていないことを「潜在的ケア必要児童生徒」と指摘している⁸⁶⁾。

この活動とは別に滋賀県立八幡養護学校PTAは、2000年7月29日に「障害をもつ子どもたちの医療と教育を考える ～すべての子どもたちが安心して通える学校を～」というテーマで『医

療的ケア問題』を考えるシンポジウム」を開催した⁸⁷⁾。

「医療的ケアを考える会」と県立八幡養護学校PTAの取り組みは、医療的ケア必要児の教育問題を中心に置きつつ、潜在する医療的ケア必要児の存在を指摘した上で「すべての子どもたちが安心して通える学校」をテーマにして対象者を広げ、この問題に対する理解と協力を広げる取り組みであった。

(5) ミルクゆう（医療的ケアを考える会）（石川県）

1996年4月、経管栄養を必要とする児童が石川県立石川養護学校入学し、保護者と教師で訪問看護制度の活用などについて検討を始めた。PTAも学校全体の問題として取り上げ、その年の特殊学校PTA連絡協議会（特P連）でPTA会長が県に対して陳情を行った。県立石川養護学校は、校内に危機管理委員会、PTAに医療的ケア委員会を設置して、特殊学校PTA連絡協議会として陳情を行うよう取り組みを進めたが実現しなかった⁸⁸⁾。

「ミルクゆう 医療的ケアを考える会」は、2000年2月6日に医療的ケア必要児の保護者と教師、医師、看護婦、作業療法士、福祉施設職員などによる「ミルクゆう発足集会」を期に設立した。

会では、情報交換や会の取り組みの検討を行い、2000年11月30日に石川県知事と石川県教育委員会教育長宛に「医療的ケアを必要とする子どもたちが、安心して学習できるようになるための要望書」を提出した⁸⁹⁾（資料12）。

(6) 医療的ケアを必要としている子どもの教育と生活を考える会（長野県）

「医療的ケアを必要としている子どもの教育と生活を考える会」は、2000年9月10日に医療的ケア必要児の保護者と教師などによって設立した。会の目的は、「障害児学校における医療的ケアの必要な子たちの教育権、QOLなど豊かな発達を保障すること」とし、その活動は「(1)医療的ケアについての情報交換、学習会、県内の実態調査を行う。(2)関係諸機関へ要請行動を行う。(3)その他、会の目的を達成するための必要な事業を行う。」⁹⁰⁾とした。

会では、2000年12月8日に人工呼吸器をつけた生徒と保護者、教師、ヘルパーが長野県教育委員会特殊教育課と田中県知事を訪問して懇談を行っている⁹¹⁾。

(7) 愛知県医療的ケアを考える会（愛知県）

「愛知県医療的ケアを考える会」は、2000年10月7日に医療的ケア必要児の保護者の呼びかけで保護者、教師、医師等によって設立した。会の代表である加藤は、愛知県三河地方に重症心身障害児施設を作るために1997年に設立した「大樹の会」の医療ケア部会部長を担当していた⁹²⁾。

会では、2000年11月22日に愛知県豊橋市で行われた「知事との集い」に参加して医療的ケア必要児の教育問題について懇談を行った。会からは、「学校で行う医療的ケアについて、どんなケアをどんな風に行えばよいのか、研究指定し検討委員会を作って検討してください。そしてこれらを満たす前に、今現在の対処として、訪問看護ステーションの利用などを早急に考える事。」と発言した。それに対して県知事は、「医療的ケアの必要な子どもの実数は把握しています。検討委員会を立ち上げていく予定です」と回答している⁹³⁾。

(8) 広島がんぼうの会（学校での医療的ケアを考える）（広島県）

「広島がんぼうの会（学校での医療的ケアを考える）」は、2000年11月25日に「医療的ケアを必要とする子どもが安心して教育を受けられることを願い、そのためにはどうしたらよいかを保護者、医療関係者、福祉関係者、教育関係者等が集まって共に考えていくため」⁹⁴⁾に、医療的ケア必要児の保護者、教師、医師、施設指導員等によって設立した。会の目的は、「学校での医療的

ケアに関心を持つ者の自主的な研修および情報交換の場として活動する」とし、その活動は「(1) 例会を開催し、研修、情報交換の場とし、会員相互の意識を高める。(2) 必要に応じて医療的ケアに関する調査やシンポジウム、行政への提言等を行う。」とした⁹⁵⁾。会では、2000年11月25日に会の結成総会に向けたシンポジウムを開催して168名の参加者が集まった。

広島県は、1998年から始まった文部省の「実践研究」の委嘱を受けている。しかし、広島市は政令指定都市であるため、広島県の「実践研究」には参加していない。会員は、「広島県の医療的ケアに関心のある有志をもって会員とする」とし、広島市立養護学校の保護者と教師、および広島市立病院の医療関係者を中心に運営が行われている。

4. 本節のまとめ

本節では、医療的ケア必要児の教育問題について、医療的ケア必要児の保護者が関わっている親の会、PTA、療育支援団体、さらに保護者や教師や医師などで構成された「医療的ケアを考える会」の取り組みを概観した。

医療的ケア必要児の教育問題に取り組む地域の親の会は、1995年以降に活動を始めていた。地域の親の会は県や市などに要望書を提出し^{52) 53) 64) 80) 89)}、全国規模の親の会等は文部省や厚生省に要望書を提出していた^{61) 66) 67)}。宮城県の「ぴゅあすまいる（経管栄養児親の会）」のように、県の事業につながった活動も見られた。

療育支援団体は、主に機関誌の特集やシンポジウムを通じて医療的ケア必要児の教育問題を社会に啓発する活動を行っていた。

「医療的ケアを考える会」は、1998年以降に次々と設立した^{79) 82) 85) 86) 88) 90) 93) 94)}。各会が設立した県および政令指定都市は、いずれも文部省「実践研究」の指定を受けていない。また、教育委員会が「検討委員会」を設置して答申や報告を行ったにもかかわらず具体的な施策を開始してこなかった自治体も見られた。会の設立は、文部省の「実践研究」の結論が出された後に検討を始めるといふ自治体の姿勢に対して、教育現場では医療的ケア必要児の在籍が増えてきて、自治体の検討開始まで待ってられないという保護者、教師、医師等の危機感を反映したものと考えられる。

以上、これら医療的ケア必要児の教育問題に取り組む会^{52) 61) 64) 70) 81) 87) 89) 90) 94)}では、「安心して通える学校を」という願いがほぼ共通に見られたことが特徴であった。この願いは、医療的ケア必要児の教育問題を医療的ケア必要児とその家族の問題に限定するのではなく、問題解決を通じて養護学校に通う全ての子どもたちに対して安心・安全な学校生活を保障していこうとする考えであった。この願いをかなえるために会では、自治体、厚生省、文部省および国会へと要請活動を行い、実際に自治体が施策化したり、国会議論へとつながる取り組みまで見られた。

第4節 国の取り組み

本節では、医療的ケア必要児の教育問題に関する国会質疑や文部省が設置した協力者会議の報告などを分析して、1998年に文部省が始めた「特殊教育教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」に至る経過を検討する。

1. 国会での質疑

1993年4月12日の第126回国会参議院決算委員会において、下村泰議員（二院クラブ）が医療的ケア必要児の教育問題を取り上げている⁹⁶⁾。

下村議員は、「養護学校における医療行為のあり方、これが非常に問題になります。91年3月、東京都が一つの報告書をまとめました。国として、文部省はこの対応にどういうふうになさいますか。」と質問している。この1991年3月の東京都の報告書とは、東京都教育委員会が設置した「医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会」が出した「医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について（報告）」のことである。この下村議員の質問に対して、野崎弘政府委員（文部省初等中等教育局長）は、「…医療法の関係で教師が医療行為を行うということは大変問題があるということでございまして、常に医療的看護を必要とします子供につきましては、学校において医療機関との連携の強化を図ることにより対処していくことが適切である」とし、それが困難な場合には、「病院で治療に専念する、あるいは病院等におきます病院内学級を設ける、あるいは訪問教育」で対処していく必要があると答弁している。

下村議員の法的解釈（医師の指示の必要性の有無）についての質問に対して、野崎政府委員は、「医療につきましては医者の方の指示のもとに行うというのが現在の医療の原則になっておりますので、もし必要があれば先生方と十分な連携のもとに医師の指示を受けてやっていくということが原則」と答弁している。

1994年9月16日の第130回国会閉会後の参議院決算委員会において、下村泰議員（二院クラブ）が再びこの問題を取り上げている⁹⁷⁾。

下村議員は、「…現在経管栄養ですとかあるいは導尿、おしっここのことですがけれども、医療行為ということになっておりまして、既に以前からそうした医療行為を必要とする子供が学校に通う場合の対応について論議が大分なされております。…（中略）…こうした行為が医療行為をしていると言われるために、普通学校へ入学しても養護学校へ行くことになるにしても二時間ごとには必ず処置せにゃいかぬ。そうすると、お母さんとかお父さんとかそういった方々がケアをしなきゃならないということにもなるわけで、本人もあるいは親もお互いに依存しなきゃならないということになるわけなんです。実際に学校ではどうかというと、意外と先生方がおやりになってらっしゃるのが実情だというふうに承っております。こういった子どものQOL、すなわちその生活をいかによくするかという視点から考えますと、導尿などに対しては特例的な対応を現実に即して行わなければならないというふうに考えるんですが、厚生、文部両大臣はどういうふうにお考えになりましょうか、お答え願いたいと思います。」と質問している。

これに対して寺松尚説明員（厚生省健康政策局長）は、「そういう行為は子どもは医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ、人体に危害を及ぼすおそれがあるというような行為であるというものに該当するのではないかと考えておるわけでありまして。このために、これらの行為を反復、継続する意思を持って行う場合には、医師や看護婦などにより適切に行われるべきものである」と答弁したが、看護婦免許を持つ養護教諭の対応は適法であるとした。

また、与謝野馨文部大臣は、「医療的な介護を必要とする児童生徒については、学校が医療機関と

密接な連携を図りつつ対応するということが必要であると考えております。なお、恒常的また常態として医療的介護を必要とする児童生徒については、本来、病院等に入院し病弱養護学校等の教育を受けることが適当である」と答弁している。更に看護婦免許を所持した養護教諭であれば対応できるとする考えを各学校に周知するように求めた下村議員の意見に対して、与謝野文部大臣は「学校は教育機関でございまして、子どもの障害の種類と程度に応じて必要とされるさまざまな医療的介護を行えるような医療管理体制を整えるということは大変難しい問題」と答弁している。

1997年5月13日の第140回国会衆議院本会議での「児童福祉法等の一部を改正する法律案（内閣提出、参議院送付）の趣旨説明に対する質疑」において、大口善徳議員（新進党）は、医療的ケア必要児の教育問題を取り上げている⁵⁵⁾。

大口議員は、「医療行為と言われるたんの吸引やカテーテル介護導尿が必要な子供が学校などに通う場合、教員などは医療行為ができないので、ほとんどの義務教育の学校では家族が毎日付き添いを行っております。例えば気管切開の子は、たんが肺にたまと呼吸ができず死亡することもあり、母親が1、2時間置きに吸引作業をするので、24時間片時も気を抜かず、一日として熟睡できない状況が何年も続くのであります。」と述べている。そして、厚生大臣に対して「重症心身障害児自立支援のため、教育現場での医療バックアップ体制の拡充と医療行為のあり方」、文部大臣に対して「学校での医師、看護婦などの人的配置の取り組み」、更に総理大臣に対して「この問題は長年放置されたままになっております。総理のリーダーシップで、一日も早く家族が付き添わなくても安心して学校生活を送れるよう総合的な対策を図るべき」と考えを述べて質問している。

これに対して橋本龍太郎内閣総理大臣は、「重症心身障害児の生活を支える上で、医療的なケアの保障というのは、御指摘のとおり重要な問題だと思います。教育現場における医療体制の確保につきましては、学校における人員の確保、関係法令など困難な問題もありますけれども、重症心身障害児の方々地域において安心して暮らすことができるための施策の充実に努めていきたい」と答弁している。小泉純一厚生大臣も「総理と答弁は同じ」としている。

小杉隆文部大臣は、「基本的には、こうした児童は病院等に入院し病弱養護学校の教育等を受けることが適当と考えておりますが、学校により、その実情に応じて、医療機関との連携、訪問看護制度の活用によって対処してまいります。学校に医療スタッフを配置することはさまざまな課題がありますが、重度の障害児の医療面の対応については、関係省庁の協力を得ながら対応してまいります。」と答弁している。

国会質疑における従来の政府答弁では、学校が医療的ケアに対応するために医療体制を確保することは単に困難であると述べていただけであったが、橋本総理大臣は医療的ケアの保障が重要な問題であるとの認識を示し、施策の充実に向けた答弁を初めて行っている。また、小杉文部大臣も従来の教育措置の方針は踏まえつつも、総理大臣の話を受ける形で「関係省庁の協力を得ながら対応」という方針を示している。これらは、問題解決に向けた前向きな答弁と言えよう。

1997年11月26日の第141回国会衆議院厚生委員会において、大口善徳議員（新進党）が再びこの問題を取り上げている⁵⁶⁾。

大口議員は、同年5月13日の本会議における橋本総理大臣と小泉厚生大臣、小杉文部大臣の答弁を踏まえて、文部省と厚生省でどのような対応をしていくのか質問している。

辰野裕一説明委員（文部省初等中等教育局特殊教育課長）は、「基本的には、病院等に入院して療養に専念しつつ病弱養護学校の教育を受けたり、あるいは訪問教育を受けることが適当」であり、「養護学校に通学する場合でも、手厚い医療的介護が必要な場合は、医療機関に併設、隣接する学校へ入学させるということが適当」という従来の方針を示しつつ、「前回の先生の御質問も受けまして、法制上の考え方の整理や、望ましい医療、福祉等との連携のあり方について、1997年7月から厚生省と協議の場を設けさせていただきまして、現在検討を進めている」と答弁している。更に、1998年

度の予算に向けて「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の予算要求を行っていることを報告している。

大口議員の訪問看護ステーション、専門医の巡回指導、救急体制のネットワークについての質問に対して辰野説明員は、校長会等から出されている「国における基本的な考えの整理と基本方針の明示」という要望の検討を行い、「実践研究」の中で「さまざまな施策も含めて研究を進めてまいりたい」と答弁している。また、篠崎英夫説明員（厚生大臣官房障害保健福祉部長）は、文部省の「実践研究」について「文部省から具体的な協力要請があれば重症心身障害児の医療に精通した医療機関やあるいは専門的な知見を有する医師に関する情報の提供など、必要な協力をしてまいりたい」と答弁している。

更に居宅以外での訪問看護ステーション利用に保険が適用されない問題について、高木俊明政府員（厚生省保険局長）は、公的な体制作りを第一義的に考えるべきであり、「やむを得ず個別的に訪問看護というものを活用しなければならぬという場合が現実に出てくるとすれば、…（中略）…考えていかなければならない」と答弁している。

以上、文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」が1998年度に始まるまでの国会質疑を見てきた。1993年の下村議員の質問では、看護婦資格のない養護学校の教師が行う医療的ケアの問題性と就学措置のあり方、医師の指示による対応などについて話し合われた。1994年の下村議員の質問では、厚生省側は看護婦免許を持つ養護教諭の医療的ケア実施を適法としたのに対し、文部省側は従来の教育措置の方針の説明と教育機関として医療的ケアに対応する体制を整えることが難しいという答弁であった。下村議員が厚生省と文部省の縦割り行政の問題を指摘したように、この間の質疑ではお互いの考えを述べあうのみで、具体的な対策は示されなかった。

そして1997年11月の衆議院厚生委員会における大口議員の質疑の中で、校長会等の研究や大口議員の衆議院本会議における質問（1997年5月13日）によって、1997年7月から厚生省と協議の場を設けたことや文部省の「実践研究」につながったことが明らかにされた。

なお、この「実践研究」を開始するに当たり文部省は、「保護者の方々及び学校のニーズを踏まえるとともに、必要な体制・手続き、行為の範囲等について、厚生省、日本医師会及び日本看護協会と十分な協議を行」ったとしている⁹⁹⁾。このように関係機関との連携を取りながら進められた事業であり、その検討の結果「看護婦等の資格のない教職員が行う行為の範囲を限定」し、「一定の体制・手続きを整えることを要件」とした。この内容は次の項で扱う。

2. 文部省の施策

(1) 特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議

文部省関係の文章で最初に「医療的ケア」という言葉が使われたのは、「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」が1997年9月27日に文部省に提出した「特殊教育の改善・充実について（第二次報告）」¹⁰⁰⁾においてである。「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」は、「中央教育審議会の答申等を踏まえ、特殊教育の改善・充実のための諸課題について、基礎的な調査研究を行う」¹⁰¹⁾ことを趣旨に1996年9月12日付けで設置されたものである。この「第二次報告」の「今後の課題」の項では、「学校教育の各段階においては、障害が極めて重度な重複障害児に対する医療的ケアを含む適切な療育の在り方についての検討や、在学する幼児児童生徒のニーズに応じた福祉サービスに関する情報の提供のために、医療、福祉関係機関との連携を図ることが考えられる」¹⁰⁰⁻¹⁾としている。

文部省初等中等局特殊教育課の八田⁹⁹⁾によると、この「第二次報告」を受けて「盲・聾・養護学校等の教育機関と医療・福祉関係機関とがそれぞれの機能をより効果的に果たし得る相互の連携

体制を確立する方策について、各都道府県において実践的に研究」することを目的に、「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」が策定されたとしている。

(2) 特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究

1) 「養護学校における医療的バックアップ体制」について^{1) 2)}

「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の趣旨は、「障害の重度・重複化による保健医療サービスに対する需要に適切に対応するとともに、障害のある児童生徒の地域社会における自立のために必要な保健・福祉サービスを効果的に利用することが必要とされている。このため、盲・聾・養護学校等の教育機関と医療・福祉関係機関がそれぞれの機能をより効果的に果たす相互の連携体制を確立する方策についての実践的な研究を行うことにより、障害のある児童生徒の社会的自立・参加の基盤の形成に資する。」とされている。

「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」は、「(1) 養護学校における医療的バックアップ体制 (2) 盲・聾・養護学校の児童生徒の福祉・医療ニーズへの対応」の2つの研究課題で構成され、医療的ケアの課題は「(1) 養護学校における医療的バックアップ体制」の方である。なお、この研究は、「課題のいずれか又は両方を研究課題」にできるとされた。

福島、神奈川、静岡、三重、兵庫、和歌山、広島、高知、鹿児島、沖縄の10県が「養護学校における医療的バックアップ体制」の「実践研究」の委嘱を受けている。

2) 医療的バックアップ体制の研究を行う条件^{1) 3)}

文部省の「実践研究」では、「医療的ケア」を主に「日常的・応急的手当」と表現している。この「実践研究」の結果を踏まえて「将来的な養護学校の保健医療体制の在り方について、今後、看護婦免許を有する教職員の配置を含め、厚生省と文部省との協議の下に検討していく」としている。そして、「実践研究」における研究協力校は、以下の要件が整うこととされている。

(1) 体制について

- ① 医療的ケアを養護学校が対応する場合は、保護者の理解及び同意が前提条件であること。
- ② 医療的ケアが必要な児童・生徒については、主治医による医療面の管理体制が整っていること。
- ③ 養護学校内には看護婦資格のある者が1名は常駐すること。
医療的ケアは看護婦資格がある者による対応を優先することを原則とするが、医療的ケアの性質、対象となる児童生徒の健康状態、医師等の診断の下に看護婦資格のない教師が一部担当することを含め、適切な医療的管理体制が必要となること。
- ④ 万一異常が生じた場合に、主治医及び保護者との連絡を円滑に行うことができること。
- ⑤ 看護婦資格がない教師が日常的・応急的手当を一部を担当する場合、当該行為は緊急時を除き、対象となる学校内に限り、かつ対象となる児童・生徒に限り認められたものであることを当該教師に対して認識させておくこと。

(2) 看護婦資格がない教師が日常的・応急的手当を一部担当する場合の主治医との関係

- ① 健康状況について十分把握できるよう、事前に主治医から対象となる児童・生徒に関する病状についての説明を受けておくこと。
- ② 定期的、また適宜主治医との間で、当該児童・生徒に関して連絡を取り合い、また必要な指示を主治医から受けること。
- ③ 事前に当該行為について、主治医から十分説明を受けていること。
- ④ 当該行為について、地域の医師会等の研修を受けること。
- ⑤ 当該行為の結果について、主治医に定期的に報告すること。
- ⑥ 万一異常が認められた場合、主治医に速やかに連絡をとり、その指示の下に適切な対応をとること。

(3) 看護婦資格がない教師が日常的・応急手当を一部担当する場合の保護者との関係

- ① 健康状況について十分把握できるよう、事前に保護者から対象となる児童・生徒に関する病状についての説明を受けておくこと。
- ② 対象となる児童・生徒の病状について、当該児童・生徒が登校する日には、連絡帳等により、保護者との間で当該児童・生徒の病状について連絡を取り合うこと。
- ③ 万一異常が認められた場合、保護者に速やかに連絡をとり、対応について相談するよう努めること。
- ④ 対象となる児童・生徒の保護者の同意を得ていること。

3) 日常的・応急の手当を教師が行う場合の手続きとその種類

日常的・応急の手当（＝医療的ケア）を看護婦資格のない教師が行う場合の手続き¹⁰⁴⁾は、以下のように示されている。

(1) (学校内の管理体制)

- ① 日常的・応急の手当を学校が教師に行わせるに当たっては、その適否の判断及び実施の管理を行うために、学校の校長、養護教諭、教師、看護婦資格のある教職員等からなる校内委員会を設置すること。
- ② 日常的・応急の手当を学校が教師に行わせることに関する保護者や主治医、その他外部の関係者とのやりとりは、原則として校長名の文書で行うこと。
- ③ 学校が教師に行わせる日常的・応急の手当の内容を決定する際の手続きを、あらかじめ取り決めておくこと。

(2) (保護者の要請)

- ① 教師による日常的・応急の手当の実施に当たっては、日常的・応急の手当の実施を学校に依頼する旨の保護者からの申請を文書で提出させること。
- ② 前項の申請は、教師の対応能力には限りがあることを学校が保護者に対して十分説明の上、保護者が以上の点について正しく理解していることが前提であること。

(3) (主治医の考え方の尊重)

学校が教師に行わせる日常的・応急の手当の内容については、主治医の意見を尊重の上決定すること。

(4) (事前の一般的研修)

学校が日常的・応急の手当を教師に行わせるに当たっては、学校は当該教師に地域の医師会が主催する日常的・応急の手当のための一般的研修を受けさせること。その際、日常的・応急の手当の各行為についての一般的なマニュアルが作成されていること。なお、看護婦資格のある教職員も、希望すれば当該研修を受けられるようにすること。

(5) (当該児童・生徒に係わる日常的・応急の手当の研修)

- ① 学校が教師に対して日常的・応急の手当を行わせるに当たっては、主治医又は主治医の承認の下に学校が依頼した指導医（以下「主治医等」という。）の行う当該児童・生徒に対する日常的・応急の手当の研修を、当該児童・生徒の保護者の立ち会いの上、受けさせること。なお、看護婦資格のある教職員も当該研修を受けること等により、当該児童・生徒の病状及び個別的な留意点の把握に努めること。
- ② 前項の研修は、主治医等が、当該研修の結果当該教師が日常的・応急の手当を行うことが可能と判断した場合に、これを修了すること。
- ③ 学校は、主治医等から、第1項の研修により研修を受けた教師が、日常的・応急の手当を行うことが適当であるかどうかの意見の提出を受けること。
- ④ 第1項の研修に際して、教師は、主治医等の指導の下、(4)の一般的なマニュアルに当該児童・生徒に関する留意点を加えた当該児童・生徒に係るマニュアルを作成し、主治医の承認を得ること。なお、マニュアルは、主治医等の判断により、チェックリストの形式をとることも認められること。

(6) (日常的・応急の手当の実施)

- ① 教師は、当該児童・生徒の健康状況について十分把握できるよう、事前に主治医及び保護者から、当該児童・生徒に関する病状について説明を受けておくこと。
- ② 教師は、日常的・応急の手当の実施に当たり、定期的及び適宜主治医から、当該児童・生徒に関する必要な指示を受けること。
- ③ 初めて教師が日常的・応急の手当を行う場合は、看護婦資格のある教職員が立会うこと。また、必要に応じてあらかじめ看護婦資格のある教職員に相談し、又はその指導を求めること。
- ④ 保護者は、当該児童・生徒が登校する日には、その日の当該児童・生徒の病状及び日常的・応急の手当を希望する旨記載した連絡帳を作成し、当該児童・生徒に持たせること。
- ⑤ 教師は、前項の連絡帳を当該児童・生徒の登校時に確認すること。連絡帳に保護者から病状に異常があると記載されている場合は、日常的・応急の手当を行う前に、看護婦資格のある教職員に相談すること。
- ⑥ 教師は、個別マニュアルに則して、日常的・応急の手当を実施するとともに、実施の際、特に気付いた点を連絡帳に記録すること。
- ⑦ 前項の記録は、学校に保管すること。
- ⑧ 教師は主治医に対して、記録に基づき定期的な報告を行うこと。
- ⑨ 異常があれば直ちに中止し、看護婦資格のある教職員の支援を求めるとともに、保護者及び主治医に連絡し、必要な応急的措置をとること。
- ⑩ 主治医による緊急の対応をとり得ない事情がある場合には、主治医の了解の下、近隣の医療機関との間で緊急時の対応について体制を整えておくこと。

(7) (主治医の定期的医学管理)

保護者は、最低月に一回は当該児童・生徒を主治医に診察させ、適切な指示を受けること。

また、看護婦資格のない教師が実施できる日常的・応急手当の内容¹⁰⁵⁾には、「(1)咽頭より手前の吸引 (2)咳や嘔吐、喘鳴等の問題のない児童・生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養 (3)自己導尿の補助が考えられる」としている。

3. 文部省「実践研究」開始後の国の動向

文部省が「実践研究」を1998年に始めた後の文部省や厚生省、国会等の動向を概観する。

(1) 教育・児童福祉施策連携協議会

1998年6月19日に文部省と厚生省は、施策について定期的に情報交換・意見交換を行うために、個々の施策・法案協議の場とは別に、文部省生涯学習局と厚生省児童家庭局を窓口とする「教育・児童福祉施策連携協議会」を設置している。協議会の趣旨は、「子どもに関する非行等の様々な問題への対応が我が国社会にとって大きな課題となっている中で、次代を担う子どもが健やかに育つための環境づくりを進めるため、教育行政と厚生行政が緊密に連携し、効果的な施策の実現を目指す」¹⁰⁶⁾とされている。

この「教育・児童福祉施策連携協議会」は、同日に「子どもと家庭を支援するための文部省・厚生省共同行動計画」を作成している。この中の「5 障害のある子どものための連携」の「(3)総合的サービス提供のための指針の策定」の項では、「障害のある子どもに対する早期からの相談事業、盲・聾・養護学校等の児童生徒に対する保健医療体制の整備、福祉サービスの提供、卒業後の生活を送る上で必要な生活力の獲得の支援など、障害や慢性疾患のある子どもに対する様々な支援策の充実のため、教育関係機関と保健医療、福祉関係機関の連携に関する指針を文部省と厚生省で共同作成」¹⁰⁷⁾とされている。

(2) 国会での質疑

1999年3月9日の第145回国会参議院文教・科学委員会において、林紀子議員（共産党）が医療的ケア必要児の教育問題を取り上げている¹⁰⁸⁾。

林議員は、「医療ケアをしながら学校に通うという子供たちの問題で、私も先日、いろいろ学校が工夫しながら医療ケアを行っている養護学校を東京都内とそれから兵庫県に行って見てまいりました。…（中略）…学校に看護婦さんを配置する、教員の研修体制を確立する、そして専門医、医療機関との連携をとる、現場ではこういう大きなたくさんの要望が出されております。文部省としては、こうした声に耳を傾けて、全国の養護学校で医療ケアを行えるように、現場の実情に即したガイドラインを出してほしいという希望が大変強いわけですが、そのことについてはどういうふうにお考えになっていますでしょうか。」と質問している。

それに対して辻村哲夫政府委員（文部省初等中等教育局長）は、「この問題は一つ医療行為とのかかわりがございます。したがって、ただ研修で対応できるにも限界があるわけがございます。そういうことで、先ほど先生冒頭に紹介していただきました、私ども、10年、11年度と2年間にわたって、医療機関と教育機関とのそういった関係をどういうふうにしていくのかと。一律にはなかなかこうだと言うのが難しゅうございます。そこで、まず実践的な研究をしてみようということでございます。それを受けまして、どのくらい私どもが一律的なガイドラインというものができるものかどうか、こうしたものも含めまして、医療との連携のあり方、これにつきましては研究をしていきたい。今現にやっておるわけでございますので、その研究を待ちたいというふうに思っております。」と答弁している。

(3) 21世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議

文部省は、2000年5月12日付けで「21世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議」

を設置した。その趣旨は、「我が国では、障害者の自立と社会参加の一層の促進を図るため、平成5年12月に障害者基本法が制定され、教育、福祉、労働など各分野にわたって、中長期的な観点から、ノーマライゼーションの理念を実現するために取り組みが進められている。また、特殊教育においては、近年、児童生徒の障害の重度・重複化や多様化、より軽度の障害のある児童生徒への対応や早期からの教育的対応に関するニーズの高まり、高等部への進学率の上昇、卒業後の進路の多様化などが進んでいる。こうした特殊教育を取り巻く最近の動向を踏まえ、21世紀の特殊教育の在り方について幅広く調査研究を行う。」¹⁰⁹⁾である。

2001年1月15日付け「21世紀の特殊教育の在り方について～一人一人のニーズに応じた特別な支援の在り方について～（最終報告）」では、「養護学校に在籍する日常的に医療的ケアが必要な児童生徒等への対応については、教育関係機関と福祉、医療関係機関がそれぞれの機能をより効果的に果たすための相互の連携の在り方や医師、看護婦、養護教諭、教諭、保護者による対応の在り方、養護学校における医療機関と連携した医療的バックアップ体制の在り方等について検討を行い、その成果を踏まえ指導の充実を図ること」¹¹⁰⁾と報告している。

4. 本節のまとめ

本節では、医療的ケア必要児の教育問題に関する国会質疑や文部省が設置した協力者会議の報告などを分析して、1998年に文部省が始めた「特殊教育教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」に至る経過を検討した。

1993年と1994年の参議院決算委員会では、下村議員の質問に対して文部省と厚生省は、お互いの考えを述べあうのみで具体的な対策を示すことはなかった^{96) 97)}。

1997年5月13日の衆議院本会議では、大口議員の質問に対して橋本総理大臣が、「重症心身障害児の方々が地域において安心して暮らすことができるための施策の充実に努めていきたい」⁵⁵⁾と問題解決に向けた答弁を行った。そして、1997年11月の衆議院厚生委員会における大口議員の質疑の中で、校長会等の研究や大口議員の衆議院本会議における質問(1997年5月13日)⁵⁵⁾によって、1997年7月から厚生省と協議の場を設けたこと⁹⁸⁾や文部省の「実践研究」につながったことが明らかにされた。また、「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の第二次報告¹⁰⁰⁻¹⁾も同様に文部省の「実践研究」策定につながっていた⁹⁹⁾。

文部省は「実践研究」を開始するに当たり、保護者、学校のニーズを踏まえるとともに、必要な体制・手続き、行為の範囲等について、厚生省、日本医師会及び日本看護協会と十分な協議を行っていた⁹⁹⁾。この検討の結果「看護婦等の資格のない教職員が行う行為の範囲を限定」し、一定の体制・手続きを整えることを要件とした。この内容は、文部省の資料である「特殊教育における福祉と医療との連携に関する実践的研究の実施体制について」「日常的・応急的手当を教師が行う場合の手続き等」「日常的・応急的手当の種類」に著されている。その中の「保護者の理解及び同意が前提条件」「主治医による医療面の管理体制が整っていること」「看護婦資格のある者が1名は常駐すること」等の条件や手続きなどを見ると、その内容は東京都の救急体制整備事業の手続きに酷似している。「文部省のこの事業は『東京方式』である」と文部省関係者の話も聞いており、文部省の「実践研究」は、文部省が「実践研究」を始める以前から取り組んでいた東京都などの取り組みが参考にされたものであると言えよう。

文部省が「実践研究」を1998年に始めた後、文部省と厚生省は「教育行政と厚生行政が緊密に連携し、効果的な施策の実現を目指す」ために「教育・児童福祉施策連携協議会」を設置した^{106) 107)}。その後、第145回国会参議院文教・科学委員会での質疑¹⁰⁸⁾や「21世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議」の報告書¹¹⁰⁾で、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題を取り上げているが、いずれも文部省の「実践研究」の結果を踏まえて検討を行うと表明するにとどまっていた。

第5節 第3章のまとめ

本章では、教育関係者、医療関係者、親の会、国会・文部省等の動向を分析して、第1章で示した関係者の考えと第2章における自治体や養護学校の実践、更には文部省が1998年に始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の間を結びつける関係者の活動展開を検討した。

医療的ケア必要児の教育問題に関係する各会の主な動向を表3-1にまとめた。

1988年に東京都教育委員会が医療的ケア必要児の就学措置に関する方針を発表した後、全国特殊学校長会^{1)~17)}、全国規模の研究会や障害児教育関連の雑誌^{18)~39)}では早くからこの問題を取り上げ、調査や検討を始めていた。

医療関係者の取り組みの一つとして、「障害児(者)の療育・医療に携わる関東地区医師有志」は、厚生省に対して要望書を提出した⁴¹⁾。この取り組みでは、医療職に対して医療的ケア必要児の教育問題の存在を啓発するとともに、医療的ケアが家族の負担や医療職だけに限定されることなく実施されることを障害児者とその家族に関わりの深い医師の多くが望んでいることを明らかにした⁴¹⁾。

医療的ケア必要児の教育問題に取り組む地域の親の会は、1995年以降に活動を始めていた。地域の親の会は県や市などに要望書を提出し^{52) 53) 64) 80) 89)}、全国規模の親の会等は文部省や厚生省に要望書を提出^{61) 66) 67)}していた。宮城県の「ぴゅあすまいる(経管栄養児親の会)」のように、県の事業につながった活動も見られた。

医療的ケア必要児の教育問題について、教育・医療・保護者等の関係者が一緒に検討を行う「医療的ケアを考える会」は、1998年～2000年の間に埼玉県⁷⁹⁾、山口県⁸²⁾、大阪府⁸⁵⁾、滋賀県⁸⁶⁾、石川県⁸⁸⁾、長野県⁹⁰⁾、愛知県⁹³⁾、広島市⁹⁴⁾で次々と設立した。会が発足した地域は、いずれも文部省の「実践研究」の委嘱を受けておらず、また教育委員会が「検討委員会」を設置して答申や報告を行ったにもかかわらず、具体的な施策を開始してこなかった県や政令指定都市であった。会の設立は、文部省の「実践研究」の結論が出された後に検討を始めるという自治体の姿勢に対して、教育現場では医療的ケア必要児の在籍が増えてきて、自治体の検討開始まで待ってられないと言う保護者、教師、医師等の危機感を反映したものと考えられた。

保護者の関わっている会(親の会、PTA、医療的ケアを考える会)の取り組み^{52) 61) 64) 70) 81) 87) 89) 90) 94)}では、「安心して通える学校を」という願いがほぼ共通に見られたことが特徴であった。その要望内容には、看護婦の配置や教師の研修の機会の保障、医師の巡回など教育条件の充実とともに、過渡的には保護者の代行として訪問看護婦を派遣した場合の公的な助成制度の確立を求める要望が見られた。校長会の調査でも「全国的に現在の教職員に加え、医師・看護婦・OT・PTの常駐と、養護教員・介助員の増員が強く求められている」⁵⁻¹⁾というように、教育条件の整備の一環として職員体制の充実の必要性があげられていた。

医療的ケア必要児の教育問題は、国会でも取り上げられた。1993年と1994年の参議院決算委員会では、下村泰議員の質問に対して文部省と厚生省は、お互いの考えを述べあうのみで、具体的な対策を示すことはなかった^{96) 97)}。

1997年の衆議院本会議では、大口善徳議員の質問に対して橋本龍太郎内閣総理大臣が、「重症心身障害児の方々が地域において安心して暮らすことができるための施策の充実に努めていきたい」⁵⁵⁾と問題解決に向けた答弁を行った。医療関係者や保護者が関わっている会(親の会、PTA、療育支援団体、医療的ケアを考える会)は、1994年以降にこの問題に関する活動を始め、1996年からは講演会やシンポジウム、署名活動などの取り組みを進めていた^{52) 53) 57)~64) 66) 67) 68) 70)~95)}。1997年の国会質疑は、教育、医療、保護者等関係者の活動がちょうど広まり始めた時期と重なる。

医療的ケア必要児の教育問題に対する様々な会の取り組みを背景に、1997年5月の大口議員の国

会質疑⁵⁵⁾を受けて文部省と厚生省は協議の場を設置(1997年7月)した⁹⁸⁾。更に文部省が設置した「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の第二次報告(同年9月)¹⁰⁰⁻¹⁾によって文部省は、「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を1998年から開始することにした⁹⁹⁾。なお、文部省は「実践研究」を開始するに当たり、保護者、学校のニーズを踏まえるとともに、必要な体制・手続き、行為の範囲等について、厚生省、日本医師会及び日本看護協会と十分な協議を行っていた⁹⁹⁾。その「必要な体制・手続き」¹⁰⁴⁾は、東京都の救急体制整備事業など先行した実践が参考にされていた。

文部省が「実践研究」を1998年に始めた後、文部省と厚生省は「教育行政と厚生行政が緊密に連携し、効果的な施策の実現を目指す」ために「教育・児童福祉施策連携協議会」を設置した¹⁰⁶⁾¹⁰⁷⁾。更に、国会質疑¹⁰⁸⁾や「21世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議」の報告書¹¹⁰⁾において医療的ケア必要児の教育問題を取り上げたが、いずれも文部省の「実践研究」の結果を踏まえて検討を行うと表明するにとどまっていた。

以上、全国特殊学校長会や障害児教育関係の研究会の研究、自治体や養護学校の先行した実践、医師や親の会等の運動が、文部省の「実践研究」策定に影響を与えていたことが明らかとなった。

表 3 - 1 医療的ケア問題に対する各会の動向

	地方自治体の答申	教育関係		医療関係	保護者が関わっている会 (親の会、P T A、療育支援団体 医療的ケアを考える会)	国会・文部省等
		全特長	研究会			
1988	東京都	■基本問題 検討委員会				
1989	東京都	■教育課程 専門委員会	■全訪研第2回大会			
1990	横浜市	■法制制度 専門委員会	■養護学校の教育と 展望75号			
1991	東京都 大阪府	■教育課程 専門委員会	■肢体不自由教育100 号 ■重複障害児教育講座			
1992	埼玉県	■法制制度 専門委員会	■全肢研「健康教育」 分科会設置 ■養護学校の教育と 展望84号			
1993	神奈川県	■法制制度 専門委員会	■養護学校の教育と 展望90号			■第126回国会参議院決 算委員会(下村泰議員)
1994	滋賀県	■法制制度 専門委員会	■医療的ケアに関す る懇談会(大阪)	■小児神経科医師グループ (神奈川県)		■第130回国会閉会後参 議院決算委員会(下村 泰議員)
1995	高知県	■法制制度 専門委員会 ■基本問題 検討委員会	■養護学校の教育と 展望97, 99号	■第37回日本小児神経学会 総会(滋賀) ■東京近辺の障害児医療・ 療育に携わる(小児科)医 師の連絡会	■びゅあすまいる(宮城) ■こよみの会(静岡)	
1996		■医療的ケ ア検討委員 会(全肢) ■法制制度 専門委員会 ■基本問題 検討委員会	■日肢研セミナー ■大阪養護教育と医 療を考える会(1997年 「大阪養護教育と医 療研究会」に改称)	■障害児(者)の療育・医 療に携わる関東地区医師有 志が署名活動	■医療的ケアの必要な子の就学を保障 する会(兵庫)が講演会 ■日本児童家庭文化協会がシンポジウ ム	
1997	千葉県 神戸市	■法制制度 専門委員会 ■基本問題 検討委員会 小委員会	■医療と教育研究会 (東京)		■全肢P連「医療との連携」分科会設 置 ■重症心身障害児(者)を守る会が文 部省に要望書 ■沖縄訪問教育親の会が県に要望書	■第140回国会衆議院本 会議(大口善徳議員) ■特殊教育の改善・充 実について(第二次報 告) ■第141回国会衆議院厚 生委員(大口善徳議員)
1998	沖縄県 兵庫県	■法制制度 専門委員会 ■「医療的 ケア」の課 題に関する 検討委員会	■肢体不自由教育139 号	■障害児(者)の療育・医 療に携わる関東地区医師有 志が厚生省へ要望書提出 ■第40回日本小児神経学会 総会(神奈川) ■埼玉県立小児医療センタ ーの医師が巡回相談	■はげみ2・3号 ■はげみ12・1号 ■医療的ケアを考える親の会(埼玉) ■学校での医療的ケアを考える会(山 口)	■文部省「特殊教育に おける福祉・医療との 連携に関する実践研究」 ■文部省と厚生省が「教 育・児童福祉施策連携 協議会」を発足
1999	大阪市	■法制制度 専門委員会	■養護学校の教育と 展望115号		■難病のこども支援全国ネットワー クがシンポジウム ■医療的ケアを考える大阪ネットワ ーク(大阪) ■医療的ケアを考える会(滋賀) ■医療的ケアを考える親の会(埼玉) が県に要望書	■第145回国会参議院文 教・科学委員会(林紀 子議員)
2000	■山口県、 山梨県、 秋田県、 大阪府の 教育委員 会が検討 委員会を 設置	■「医療的 ケア」の課 題に関する 検討委員会		■第42回日本小児神経学会 総会(大阪) ■小児の在宅生活支援のた めの医療的ケア・マニユ アル(大阪)	■埼玉県特殊教育諸学校P T A連合会 がシンポジウム開催会 ■全国訪問教育親の会が厚生省へ要望 書 ■医療的ケアを考える会(石川) ■滋賀県立八幡養護学校P T Aがシン ポジウム ■医療的ケアを必要としている子ども の教育と生活を考える会(長野) ■愛知県医療的ケアを考える会(愛知) ■広島がんぼうの会(広島) ■全肢P連・都肢P連が厚生省へ「手 記」を贈呈	■文部省が「21世紀の 特殊教育の在り方に関 する調査研究協力者会 議」を設置

※研究会、保護者が関わっている会等は、医療的ケアに関する研究を始めたり、会が発足した年を示している。

第3章文献

- 1) 全国特殊学校長会(1989)昭和63年度研究集録,p.125.
- 2) 全国特殊学校長会(1990)平成元年度研究集録,p.23.
- 3) 全国特殊学校長会(1991)平成2年度研究集録,p.p.54-59.
- 4) 全国特殊学校長会(1992)平成3年度研究集録,p.p.20-25.
 - 4-1) 前掲4)のp.20.
 - 4-2) 前掲4)のp.25.
- 5) 全国特殊学校長会(1993)平成4年度研究集録,p.p.50-52.
 - 5-1) 前掲5)のp.52.
- 6) 全国特殊学校長会(1994)平成5年度研究集録,p.p.59-66.
 - 6-1) 前掲6)のp.66.
- 7) 全国特殊学校長会(1995)平成6年度研究集録,p.p.47-57.
 - 7-1) 前掲7)のp.54.
- 8) 全国特殊学校長会(1996)平成7年度研究集録,p.p.42-50.
 - 8-1) 前掲8)のp.44.
 - 8-2) 前掲8)のp.50.
- 9) 全国特殊学校長会(1996)平成7年度研究集録,p.p.157-158.
- 10) 全国特殊学校長会(1997)平成8年度研究集録,p.p.39-53.
 - 10-1) 前掲10)のp.52.
- 11) 全国特殊学校長会(1997)平成8年度研究集録,p.169.
- 12) 全国特殊学校長会(1998)平成9年度研究集録,p.p.47-60.
 - 12-1) 前掲12)のp.52.
 - 12-2) 前掲12)のp.60.
- 13) 全国特殊学校長会(1998)平成9年度研究集録,p.p.168-169.
- 14) 全国特殊学校長会(1999)平成10年度研究集録,p.p.54-58.
 - 14-1) 前掲14)のp.58.
- 15) 全国特殊学校長会(1999)平成10年度研究集録,p.162.
- 16) 全国特殊学校長会(2000)平成11年度研究集録,p.p.57-63.
- 17) 全国特殊学校長会(2000)平成11年度研究集録,p.185.
- 18) 全国肢体不自由教育研究協議会,全国肢体不自由養護学校長会(1992)第38回全国肢体不自由教育研究大会大阪大会第9分科会〔健康教育〕発表資料.
- 19) 大阪府立茨木養護学校(1999)「医療的ケアに関する取り組みのあゆみ」,いばらき創立30周年記念特集号,p.p.132-148.
- 20) 日本肢体不自由教育研究会(1991)肢体不自由教育,100.
- 21) 日本肢体不自由教育研究会(1998)肢体不自由教育,139.
- 22) 日本肢体不自由教育研究会(1986)第10回記念日本肢体不自由教育研究大会開催要項.
- 23) 日本肢体不自由教育研究会(1994)肢体不自由教育,118.
- 24) 日本肢体不自由教育研究会(1995)肢体不自由教育,123.
- 25) 日本肢体不自由教育研究会(1996)肢体不自由教育,128.
- 26) 日本肢体不自由教育研究会(2001)肢体不自由教育,148.
- 27) 日本重度重複障害児教育研究会(1990)脳性マヒ児の教育,75.

- 28) 日本重度重複障害児教育研究会 (1992) 養護学校の教育と展望,84.
- 29) 日本重度重複障害児教育研究会 (1993) 養護学校の教育と展望,90.
- 30) 日本重度重複障害児教育研究会 (1995) 養護学校の教育と展望,97.
- 31) 日本重度重複障害児教育研究会 (1995) 養護学校の教育と展望,99.
- 32) 日本重度重複障害児教育研究会 (1999) 養護学校の教育と展望,115.
- 33) 日本重度重複障害児教育研究会 (1993) 養護学校の教育と展望,88.
- 34) 日本重度重複障害児教育研究会 (1998) 養護学校の教育と展望,108.
- 35) 谷みどり (1997) 『『医療的ケア分科会』今までとこれから』,訪問教育研究,10,p.p.51-54.
- 36) 大阪養護教育と医療研究会 (2000) 「大阪養護教育と医療研究会活動の経過」,活動報告第2集,p.p.108-110.
- 37) 大阪養護教育と医療研究会ホームページ <http://www.5b.biglobe.ne.jp/~Edu-Med/index.htm> より引用.
- 38) 医療と教育研究会 (1997) 『『医療と教育研究会』発足に当たって』.
- 39) 医療と教育の研究会千葉 (2000) 「仮称『医療と教育の研究会千葉』発足に当たって』.
- 40) 北住映二 (1995) 「東京近辺の障害児医療・療育に携わる (小児科) 医師の連絡会のご案内」.
- 41) 北住映二 (2000) 「基本的問題についての共通認識を」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.92.
- 42) 奈良隆寛 (2000) 「小児医療センターの神経専門医による巡回指導」,脳と発達,第32巻総会号.
- 43) 医療と教育研究会 (2000) 「医療と教育研究会第8回公開研究会」資料.
- 44) 大阪府医師会勤務医部会小児の在宅医療システム検討委員会 (2000) 「小児の在宅医療システム委員会の歩み」,小児の在宅支援のための医療的ケア・マニュアル,p.p.1-2.
- 45) 二瓶健次,船戸正久 (1996) 「特集 第37回日本小児神経学会総会シンポジウムⅡ 小児慢性神経疾患のQOL序論」,脳と発達,28,p.p.199-201.
- 46) 島田誠一 (1996) 「在宅人工換気療法の実際」,脳と発達,28,p.p.206-210.
- 47) 内藤春子 (1996) 「指定発言ー病院から在宅へー」,脳と発達,28,p.p.211-213.
- 48) 栗谷玲子 (1996) 「肢体不自由養護学校における医療的ケア」,脳と発達,28,p.p.220-224.
- 49) 第40回日本小児神経学会 (1998) 「重度障害児の医療と生活支援 よりよい在宅療育の実現を願って」,第40回日本小児神経学会公開シンポジウム報告書.
- 49-1) 前掲49)のp.46.
- 50) 第42回日本小児神経学会 (2000) 「学童期の療育をどう支援していくか」,脳と発達,第32巻総会号.
- 51) 杉本健郎 (2000) 「学会はどう支援していくか: 日本小児神経学会への提言」,脳と発達,第32巻総会号.
- 52) 大友祥子 (1999) 『『びゅあすまいる』の活動と今後の課題』,医療と教育研究会,新たな教育・医療・福祉の連携をめざして 医療と教育研究会研究集録,p.p.40-43.
- 53) 関口政子 (1997) 「障害を受容して共に生きる」,AMENITYROOM コミュニティ& BOOK 編集室,藤沢ときめき女性MAP4号.
- 54) 在宅重症障害児 (者) 「こよみの会」ホームページ <http://www.wbs.ne.jp/cmt/koyomi/> より引用.
- 55) 衆議院 (第140回国会) 会議録第34号,平成9年5月13日,p.p.2-3.
- 56) 大口よりのりホームページ <http://www.oguchi.gr.jp/haha.html>.
- 57) 医療的ケアの必要な子の就学を保障する会 (1996) 『『学校教育で親の付添をなくすために』連続講演会報告集&資料』.
- 58) 医療的ケアの必要な子の就学を保障する会 (1997) 『『学校で親の付添をなくすために』連続講演会』.
- 59) 下川和洋編著 (2000) 「医療的ケアって大変なことなの?」,ぶどう社,p.158.
- 60) 飯野順子 (1997) 「医療を伴う障害児の学校生活について」,両親の集い,494(8),p.p.2-10.
- 61) 重症心身障害児 (者) を守る会 (1998) 両親の集い,499(1),p.p.31-32.
- 62) 全国訪問教育親の会ホームページ <http://member.nifty.ne.jp/kazu-page/veducation/vedu-05.htm> より引用.

- 63) 音弘志(1998)「高等部における訪問教育のこれからの期待するもの」,文部省初等中等教育局特殊教育課,季刊特殊教育,92,p.p.18-21.
- 64) 沖縄県訪問教育親の会 城間米子(1997)「訪問教育の充実に関する要望書」.
- 65) 医療行為を必要とする児童生徒の教育対応検討委員会:沖縄県(1998)「医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について(報告)」,p.6.
- 66) 全国訪問教育親の会(2000)「重度障害児(者)の医療、福祉の充実に関する要望書」.
- 67) 大塚孝司(2000)「バクバクっ子の今後を考える」,バクバクの会 10周年記念集会報告集,p.p.100-104.
- 68) 全国肢体不自由養護学校PTA連合会(1997)「結成40周年記念東京大会開催要項」.
- 69) 村田茂(1998)「医療的ケアをめぐる論議の動向」,はげみ 12・1月号,p.31.
- 70) 東京都肢体不自由養護学校PTA連合会,全国肢体不自由養護学校PTA連合会(2000)「手記 医療的ケアを要する子どもを抱えた保護者の願い」.
- 71) 日本肢体不自由児協会(1998)はげみ,2・3月号.
- 71-1) 前掲71)のp.3.
- 72) 日本肢体不自由児協会(1998)はげみ,12・1月号.
- 73) 日本児童家庭文化協会(1996)がんばれ,35.
- 74) 日本児童家庭文化協会(1996)がんばれ,37.
- 75) 日本児童家庭文化協会(1996)「第17回こどもの難病シンポジウム～どうする医療的ケア～報告書」.
- 76) 難病のこども支援全国ネットワーク(1999)がんばれ,53.
- 77) 難病のこども支援全国ネットワーク(1999)がんばれ,54.
- 78) 難病のこども支援全国ネットワーク(2000)「こどもの難病シンポジウム～新・どうする医療的ケア～報告書」.
- 79) 医療的ケアを考える親の会(1999)「安心して通いたい～医療的ケアと学校教育～(パンフレット)」.
- 80) 高橋薫(2000)「親たちが声を上げていかなければ」,下川和洋編著,医療的ケアって大変なことなの?,ぶどう社,p.p.39-43.
- 81) 埼玉県特殊教育諸学校PTA連合会(2000)「安心して通いたい 医療と学校教育を考えるシンポジウム報告集」,p.34.
- 82) 学校での医療的ケアを考える会(1998)「学校での医療的ケアを考える会会則」.
- 83) 学校での医療的ケアを考える会,ウッド☆ムーン(1999)「学校での医療的ケアシンポジウム 重症心身障害児の学校生活報告書」.
- 84) メディカルサポート研究会(2000)「平成12年度メディカルサポート研究会実施報告書」.
- 85) 折田涼くんの親の付添をなくす会,医療的ケアを考える大阪ネットワーク(2000)「医療的ケアと子どもの人権を考えるシンポジウム資料」.
- 86) 医療的ケアを考える会:滋賀(1999)「医療的ケアを考える会」設立総会のしおり.
- 87) 滋賀県立八幡養護学校PTA(2000)「『医療的ケア問題』を考えるシンポジウム」資料.
- 88) ミルクゆう(医療的ケアを考える会)(2000:私信)「『ミルクゆう』結成までの経過」.
- 89) ミルクゆう(医療的ケアを考える会)(2000)「医療的ケアを必要とする子どもたちが、安心して学習できるようになるための要望書」.
- 90) 医療的ケアを必要としている子どもの教育と生活を考える会(2000)「医療的ケアを必要としている子どもの教育と生活を考える会規約」.
- 91) 野本和之(2000:私信)
- 92) 加藤歩(1999)「大樹の会 医療ケア部会」,医療と教育研究会,医療と教育研究会第6回公開研究会第2分科会発表原稿集,p.p.16-19.
- 93) 愛知県医療的ケアを考える会(2000)「愛知県医療的ケアを考える会会報2」.
- 94) 織田奈々江(2000)「広島がんばろうの会-学校での医療的ケアを考える-(仮称)設立の呼びかけ」.

- 95) 広島がんぼうの会 (学校での医療的ケアを考える) (2000) 「みんなで考えよう医療的ケア」.
- 96) 参議院 (第 126 回国会) 決算委員会会議録第 3 号,平成 5 年 4 月 12 日,p.p.32-33.
- 97) 参議院 (第 130 回国会閉会后) 決算委員会会議録第 5 号,平成 6 年 9 月 16 日,p.51.
- 98) 衆議院 (第 141 回国会) 会議録第 5 号,平成 9 年 11 月 26 日,p.p.2-3.
- 99) 八田和嗣(1999) 「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」,両親の集い,513,p.p.10-11.
- 100) 特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議(1997) 「特殊教育の改善・充実について (第二次報告)」.
100-1) 前掲 100) の p.30.
- 101) 文部省初等中等教育局長裁定(1996) 「特殊教育の改善・充実に関する調査研究について」.
- 102) 文部省(1998) 「平成 10・11 年度特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究要項」.
- 103) 文部省(1998) 「特殊教育における福祉と医療との連携に関する実践的研究の実施体制について」.
- 104) 文部省(1998) 「日常的・応急的手当を教師が行う場合の手続き等」.
- 105) 文部省(1998) 「日常的・応急的手当の種類」.
- 106) 教育・児童福祉施策連携協議会(1998) 「教育・児童福祉施策連携協議会の設置について」.
- 107) 教育・児童福祉施策連携協議会(1998) 「子どもと家庭を支援するための文部省・厚生省共同行動計画」.
- 108) 参議院 (第 145 回国会) 文教・科学委員会会議録第 2 号,平成 11 年 3 月 9 日,p.24.
- 109) 文部事務次官裁定(2000) 「21 世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究について」.
- 110) 21 世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議(2001) 「21 世紀の特殊教育の在り方について～一人一人のニーズに応じた特別な支援の在り方について～ (最終報告)」,p.19.

第4章 医療的ケアの法解釈と文部省の「実践研究」

本章では、医療的ケアの法解釈と、1998年から文部省が始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けた10県およびその他の自治体の研究成果を分析して、看護婦資格のない教師の医療的ケア実施について検討を行い、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方に関する一定の知見を得ることを目的とする。

第1節 医療的ケアの法解釈

序論で述べたように医療的ケア必要児の教育問題は、養護学校に経管栄養や痰の吸引を必要とする児童・生徒が通学するようになり、1988年に東京都教育委員会が医療的ケア必要児の就学措置を「原則として訪問学級」とし、更にこれらの行為を「一般的には医療行為と考えられている」¹⁾とする見解を示して、養護学校で看護婦資格のない教師がこれを行う場合、医師法第17条及び保健婦助産婦看護婦法の第37に抵触するおそれがあるとしたことに始まる。このように、医療的ケア必要児の教育問題の基礎には法解釈の問題が存在している。

一方、第2章で見たように、自治体や養護学校によっては、養護学校の教職員が医療的ケアの対応を行っていた。また、1998年からの文部省「実践研究」では、養護学校内に看護婦資格のある者を常駐させた上で、「看護婦資格がない教師が日常的・応急の手当を一部担当する場合」（「日常的・応急の手当」は「医療的ケア」と同じ）が研究内容に含まれていた。

本節では、医療的ケアの法解釈と養護学校において医療的ケアに対応している例として東京都の救急体制整備事業の対応および文部省の見解を分析して、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の考え方を検討する。

1. 「検討委員会」答申に見る医療的ケアの法解釈

各自治体が設置した「検討委員会」の答申に見られる医療的ケアの種類とその法解釈を概観する。

経管栄養等を「医療行為」と解釈したのは、1988年の東京都教育委員会の見解が最初である。この見解に示された「医療行為」の内容は、導尿、気管切開部の管理、たんの吸引、酸素吸入、鼻腔経管による食物・水分の注入（管の挿入、食物等の注入）の5項目である¹⁾。

1989年の東京都心身障害教育推進委員会第二次報告²⁾では、経管栄養（口腔・鼻腔・胃瘻）、呼吸維持装置（カニューレの管理）、吸引（たん等）、強制排尿（導尿・人工尿路の管理）、人工呼吸装置の管理、酸素吸入、挿管（air way）の7項目である。

1991年の「医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について（報告）」³⁾では、経管栄養、気管カニューレの管理、たんの吸引、導尿、酸素吸入の5項目である。これ以後、他府県の答申で示された「医療行為」「医療的ケア」等の内容を見ると、ほぼこの5項目にそって調査および検討が行われている。なお、1994年の東京都立村山養護学校の研究報告書⁴⁾では、「学校で行っている『医療行為』の内容については様々な意見や論議があるのが現状である。学校で行っているのは、家庭で行っている内容・範囲であるから『生活行為』であるとの意見もある。また、全国の養護学校の中には『医療的ケア』あるいは『医療類似行為』という言い方をしているところもある。このような現状から、本報告書では東京都教育委員会の本事業に係る実施要項を踏まえ、『医療行為等』と表記することを原則とした。」とし、「実施対象とする医療行為等」に導尿、吸引、経管栄養（注入）、酸素吸入、

エアウェイの装着、気管切開部の衛生管理、薬液の吸入の7項目⁴⁻¹⁾をあげている。

東京都が最初に使用した「医療行為」という言葉は、滋賀県や高知県の答申にも見られる。1994年の滋賀県の「障害児教育と医療の連携について(答申)」⁵⁾では、経管栄養、気管カニューレの管理、たんの吸引、導尿、酸素吸入等を「医療的ケア」と呼び、「こうした医療的ケアは、本来医療行為と判断されて」いるという見解を示している。1995年の高知県の「学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について」では、痰の吸引、酸素吸入、鼻腔経管による食物・水分の注入等を「医療行為」とし、「…法的には医師や医師の指導を受けた看護婦又は保護者が行うことになっており、教職員が行う場合は法に触れるおそれがある」⁶⁾という見解を示している。

このように医療的ケアは「医療行為」であって、看護婦資格のない教師が行う場合は法に触れるおそれがあるとする見解である。一方、看護婦資格のない教師であっても、一定の手続きを経ることで実施可能な行為とする見解も見られる。

1990年の横浜市の「養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言」では、「…経管栄養や吸引吸入、導尿等のケアは、…(中略)…、疾病の診断や治療等の狭義の医療行為とは異なるもの…(中略)…特別な資格を有する者が行わなければならないという明確な規定はみあたりません。したがって、これらの行為は、生活行為の一部とみなされますので、日々の教育活動の一環として学校で行うことが可能…」⁷⁾としている。

1991年の大阪府の「大阪府立養護教育諸学校における医療との望ましい連携について(報告)」では、鼻腔経管栄養、痰の吸引、導尿、気管切開部位の管理、酸素吸入等を「医療的ケア」と表現し、「医療的ケア等を、広く『ヘルス・ケア』の一環として考えることも可能」⁸⁾という見解を示している。

1993年の神奈川県「障害児教育関連医療研究協議会のまとめ」では、「医療的ケア」という名称を用いて、「これらの行為が、健康・安全を確保する上で、どうしても必要であり、児童生徒に保健衛生上(あるいは人体に対し)の危害を及ぼすおそれのないように必要な処置・配慮がなされた上で、さらに医師、保護者の要請に基づき学校で定めた手順に従って行われた場合は、教育指導上必要な行為の一つとして捉えても良いのではないか」⁹⁾としている。

1997年の神戸市の「肢体不自由養護学校における医療的ケアについて(報告)」では、吸引、経管栄養、導尿、酸素吸入、気管切開部の管理について、「特別な健康管理を必要とする児童生徒への援助を『医療的ケア』と位置づけ、教職員による特別な健康管理を行うことについての可能性を検討した結果、①『医療的ケア』については、専門家による十分な研修を積み、教職員であっても実施は可能であり、また、緊急時の対応もスムーズになる。」¹⁰⁾としている。

1997年の千葉県の「本県障害児教育の課題と今後の在り方について」では、「…医師法等では『医療行為』を『業』として行うことを規制したものであるが、具体的な事項については個々には明示されていない…(中略)…『学校生活において教育上の医療的配慮を要する援助行為』としてとらえることとし、用語の略称として『医療的援助行為』を用いることとする。…(中略)…対応できる事項は、医師の指示を受けて行う『相対的医行為』の一部…」¹¹⁾としている。

このように、教師による医療的ケアの実施の可能性について述べたものがある。

その他、1998年の兵庫県の「高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について(報告)」では、「肢体不自由養護学校などで日常的に行われている『日常生活上、健康状態を一定に保つために継続的に行う行為』は絶対的医療行為や相対的医療行為と区別して『医療的配慮』と称されることがある。肢体不自由養護学校において日常的に行われている『導尿、経管栄養、吸引、吸入、気管カニューレの管理、褥瘡の処置等』を指す言葉として、通常は『医療的ケア』という用語が使われることが多いが、本審議会においては、『医療的配慮』ということばを使用することとした。」¹²⁾としているが、その対応は「いくつかの議論がある」として例示するに留まっている。

以上、各自治体が設置した「検討委員会」の答申では、東京都の「医療行為」という見解から始まり、その解釈を進める中で兵庫県の「医療的配慮」や千葉県の「医療的援助行為」という表現も見られるが、概ね「医療的ケア」という用語が広く使われるようになった。そして、看護婦資格のない教師が行う医療的ケアの法解釈は、「医療的ケアは『医療行為』であり、教師が行う場合は、法に触れるおそれがある」とする見解と、「医療的ケアは看護婦資格のない教師であっても一定の手続きを経ることで行える行為」とする見解に大別できよう。ただし、後者の場合でも無制限に教師が医療的ケアを行えるとするのではなく、「医療を専門とする医師等とは異なり、自ずと限界があるため、そのことを考慮に入れ、十分な検討と準備及び慎重かつ細心の注意が必要である。」¹⁰⁾とするのが後者の見解にほぼ共通に見られる事柄である。

2. 「医療行為」と医療的ケアの法解釈

ここでは、「医療行為」と医療的ケアの法解釈およびその関係を検討する。

(1) 「医療行為」について

医師法第 17 条は、「医師でなければ、医業をなしてはならない」として医師でない者の医業を禁止している。医師の行う「医療行為」は、正当な業務行為として適法であり、刑法等の規制の対象にはなっていないが、「たとえば手術等の医療侵襲は人の身体を傷害していることに間違いのないのであり（傷害罪、刑法 204 条）、また視診・触診等の行為は猥褻行為と表裏の関係にある（刑法 174 条）」というように「本来、他人の法益を侵害するという意味で違法行為に根ざしている」¹³⁾とされる。

ところで、医師法第 17 条に示された医師の行う医業について、その概念規定は医師法上に示されていない。更に、医業とは「医行為」を「業として行うこと」（＝反復継続の意思をもって行うこと）とされるが、その「医行為」の内容も同様に示されていない。鹿内¹⁴⁾は、医行為の概念について判例から「(1)医行為とは、人の疾病の診察・治療を行うことをいうとするもの (2)医行為とは、医学の原理にかなう行為をいうとするもの (3)医行為とは、医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生ずるおそれがある行為をいうとするもの」の3つに分類しているが、何れの行為が医行為に該当するのかについては、「個々につき一般の社会通念に照らして判断される面も当然出てくることになる」としている。

医行為を絶対的医行為と相対的医行為に区分する考え方もある。「医行為のうち医師（又は歯科医師）が常に自ら行わなければならないほど高度に危険な行為を絶対的医行為といい、それ以外の行為を相対的医行為という。相対的医行為を医師以外の医療従事者に行わせるか否かは、医療従事者の能力を勘案した医師の判断による」もので、絶対的医行為の例として「診断・手術・診断書・処方せん等の交付・医師の指示等」¹⁵⁾があげられている。なお、「看護婦の静脈注射については絶対的医行為とされてきたが、危険性の程度からみて相対的医行為にすべく行政上の整理が必要である」¹⁵⁾というように、医療技術水準の向上に伴って具体的な内容は変化しうるものである。

医行為とは、医師または歯科医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為とされるが、それ以外の者が疾病の治療・予防・保健の目的を持って行うものに「医療類似行為」がある。「医療類似行為」の中には、あんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師の4種類に対する免許制度に基づく「免許医療類似行為」、前述4種類を免許制度成立以前に業として行ってきた者に配慮した「届出医療類似行為」がある。更に広義の「医療類似行為」には、無資格の者であっても「人体に危害を与えず、保健衛生上何ら悪影響がないような行為」は職業選択の自由（憲法 22 条）の範囲にあるとされ、「自由医療類似行為」や「民間療法」「放任行為」と呼ばれている¹⁶⁾。

(2) 自己に対する「医療行為」や家族による「医療行為」について

筆者らの調査¹⁷⁾では、医療的ケア必要児の保護者の約6割が「保護者も行っているのだから教員などに対応してもらいたい」という考えであった。では、看護婦資格のない本人が自己に対する「医療行為」や家族による「医療行為」の法解釈はどのようになっているのだろうか。ここで問題にするのは、病院や診療所等の医療機関から外に出て行われる看護婦資格のない本人や家族による「医療行為」である。これは、在宅医療の普及と関連する。

1981年4月25日、厚生省医務局医事課長宛の照会文書(国小児発第174号)によって「医師が継続的なインシュリン注射を必要と判断する糖尿病患者に対し、十分な患者教育および家族教育を行った上で、適切な指導及び管理のもとに患者自身(又は家族)に指示してインシュリンの自己注射をしても医師法第17条違反とならない」とされた。1994年10月の社会保険診療報酬改定では在宅医療が推進され、在宅療養指導管理料が導入された。同時に訪問看護ステーションおよび訪問看護は、老人から在宅の難病患者、重度障害者、精神障害者へと対象を拡大した。

ところで、この「在宅医療」もまたそれを概念規定するような法令上の条文は無く、平林¹⁸⁾は、「必ずしも意見の一致が見られるわけではない」としながらも、「継続的な医療を必要とする患者に対し、入院時に医師の持つ責任と同じ責任のもとで、自宅等の医療施設外において行われる、専門的技術を内容とする医療」と述べている。このような医療は、1994年に在宅療養指導管理料が導入される以前から、医師の責任のもとに家族や学校担任に指導が行われていた¹⁹⁾。

では、看護婦資格のない本人または家族が行う「医療行為」はどのように法解釈されるのだろうか。前出の平林¹⁸⁻¹⁾によると、「医師法17条は、医師でない者が広く公衆に公示し、不特定多数の他人に対して医療行為をなそうとする、いわば社会性を持った行為を規制する規定であり、患者自身が自己医療のみならず、それに類推し得る限りでの患者の家族による特定のその患者に対する医療は社会性を欠き、同法の規則の範囲外であると考えられる」ため、原則として医師法違反にならないとしている。高田²⁰⁾も同様な見解を述べている。

(3) 医療的ケアの法解釈

在宅医療の進展の中で看護婦資格のない本人または家族が「医療行為」を行うようになり、その行為は合法とされている。では、養護学校で問題になっている医療的ケアの法解釈はどのようになるのだろうか。

三宅²¹⁾や横浜市の答申⁷⁾では、日常生活に必要で家庭で日常的に行われている行為は、「医療行為」ではなく「生活行為」とあるという見解を示している。これに対して鈴木²²⁾は、「吸引や経管栄養等を生活行為と定めることは national consensus を得難い」と述べている。また、前出の平林¹⁸⁻¹⁾は、「吸痰器の使用、経管栄養の施行、膀胱カテーテルの挿入・交換、レスピレーターの使用、気管カニューレの交換などの行為が、先の医行為の定義に当てはまることのあることは明らかである」とし、看護婦資格のない介護福祉士やボランティアが、「たとえ善意からであるとはいえ、それらの行為を反復継続の意志を持って行えば、それが医師法に違反する」と述べている。

以上から医療的ケアとして扱われている各行為について、その行為自体は医行為の範疇にあると言えよう。ただし、三宅らが述べている「生活行為」においても、無資格者が無制限に不特定多数への行為、すなわち誰でも誰に対してでも行える行為として捉えているわけではない。このように、養護学校における医療的ケアの対応を考える場合、行為そのものの「医行為」性と、実際の対応における違法性とを分けて考える必要があると思われる。

3. 医療的ケアを養護学校の教師が行う場合の法解釈

(1) 医療的ケアを養護学校の教師が行う場合の法解釈

在宅医療として、看護婦資格のない本人や家族が行う医行為については合法とされている。しかし、看護婦資格のない介護福祉士やボランティアが不特定多数に医行為を行う場合は、違法と考えられている。それでは、看護婦資格のない養護学校の教師が医療的ケアを行う場合、その法解釈はどのように考えられるのだろうか。

ここで再度、看護婦資格のない教師でも医療的ケアの対応が可能であるとした「検討委員会」の答申内容を確認しておく。神奈川県「障害児教育関連医療研究協議会のまとめ」⁹⁾は、「これらの行為が、健康・安全を確保する上で、どうしても必要であり、児童生徒に保健衛生上（あるいは人体に対し）の危害を及ぼすおそれのないように必要な処置・配慮がなされた上で、さらに医師、保護者の要請に基づき学校で定めた手順に従って行われた場合は、教育指導上必要な行為の一つとして捉えても良いのではないかとしている。千葉県の「本県障害児教育の課題と今後の在り方について」¹¹⁾は、「…医師法等では『医行為』を『業』として行うことを規制したものであるが、具体的な事項については個々には明示されていない…（中略）…『学校生活において教育上の医療的配慮を要する援助行為』としてとらえることとし、用語の略称として『医療的援助行為』を用いることとする。…（中略）…対応できる事項は、医師の指示を受けて行う『相対的医行為』の一部…。」としている。

次に、弁護士の見解を見ていく。柳川²³⁾は、教師が障害児の教育現場で医療的ケアを行うことについて、「生徒に保健衛生上の危害が及ぶおそれのないように処置・配慮がされた上でこのことなら、これを教員等が行っても法第 17 条違反にならないと考える」と述べている。加藤²⁴⁾は、「…医行為を業として行ったとしても…（中略）…お子さんの教育を受ける権利、あるいはまた学校で行われる医療的ケア、その危険性がどの程度のものか、また保護者の方の承諾…（中略）…医学的な教育という訓練を受けて行えば医師法第 31 条 1 項 1 号に違反して処罰することはないだろう」と述べている。更に里見²⁵⁾は、「養護学校の先生が医者の十分な指導のもとに行う医療的ケアは、…（中略）…社会的な通念から照らしても、医療行為には当たらないという判断がなされるべきなのは明らかです。医療的ケアの必要性、目的、対応（医者から見て危険ではない）の 3 つの要件があれば、医療的ケアは医師法第 17 条の医療行為には該当しないと考えるべき」と述べている。

以上、自治体設置の「検討委員会」答申および弁護士の解釈から、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、保護者の依頼・委託および医師による指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きに基づいて対応を行えば、医師法第 17 条に違反しないという解釈にまとめることができよう。

ここではこのように医療的ケアの法解釈を行ったが、実際に養護学校の教師が医療的ケアに対応している所では、どのような対応が行われているのだろうか。養護学校の教師が医療的ケアに対応している自治体・養護学校の取り組みは、第 2 章で著した（表 2-26）。そこで次項では、東京都の救急体制整備事業を例にその法解釈の検証を行うことにする。

(2) 東京都の救急体制整備事業における医療的ケアの法解釈

東京都の取り組みは、第 2 章第 1 節「2. 東京都の取り組み」で詳述しているが、その中の「(3) 東京都の取り組みのまとめと考察 1) 医療的ケア必要児の対応について」の部分を再検証する形で法解釈の検討を進める。

東京都の救急体制整備事業における医療的ケア必要児の対応は、保護者が付き添えない「やむを得ない」場合に保護者の依頼に基づき、特定の児童・生徒に対して特定の教師が、医師の指導を受

けて特定の医療的ケアを実施する手続きである（表4-1）。この内容は、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合に、保護者の依頼・委託および医師による指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きに基づいた対応であり、前述の法解釈により医師法第17条に違反しないものと考えられる。

表4-1 救急体制整備校運営要項モデル案²⁶⁾

1	校内体制の整備 常時医療的ケアを必要とする児童・生徒の救急時の対応等について、校内体制及び、保護者や病院との連携等の体制の整備を図る。
2	救急時対応実施取扱要領の作成 以下の項目に留意して救急時対応実施取扱要領を作成する。 (1) 救急時対応の教育上の位置づけや必要性を明確にすること。 (2) 保護者からの依頼を受けて行うこと。 (3) 対象の児童・生徒を、特定すること。 (4) 指導医の指示等について ア 保護者が主治医から指示、又は指導された特定の範囲で行うこと。 イ 保護者が通常学校において行う経管栄養等とすること。 ウ 指導医は主治医と連携を図ること。 エ 指導医の指示は個別的・具体的であること。 (5) 実施者について ア 実施者が特定されていること。 イ 指導医から、十分な指導を受けるとともに、研修記録をとること。 ウ 指導医の指示通りに行うこと。 エ 指示された状況で、指示された範囲のみ行うこと。 (6) 実施後について ア 実施記録等をとること。 イ 実施記録は指導医の確認を受け、指導・助言を受けること。 (7) 緊急時の医療機関を指定し、連携を図ること。 (8) 衛生管理に関するチェックができる体制を整備すること。 (9) 記録簿等の諸書式の整理を行うこと。
3	事例を通じた、経管栄養やたんの吸引等の範囲・内容・留意点等の研究
4	医療機器の整備 緊急時及び医療的管理に必要な医療機器を学校の実態に合わせて整備し、その有効な活用を図る。
5	研究図書 救急体制整備の推進に必要な研究図書を整備する。
6	救急体制整備にかかわる研究連絡協議会への出席

また、このような一定の要件や手続きは、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うことの違法性を刑法第35条（法令又ハ正当ノ業務ニ因リ為シタル行為ハ之ヲ罰セズ）の正当行為によって阻却するためのものであるとして飯野²⁷⁾は、「東京都は何か訴訟があったとき、この正当行為ということで、学校を守ろうという立場に立ったわけです」と述べている。これに関連して、厚生省訴務専門官として国立医療機関訴訟担当、各種薬害訴訟担当を歴任した鹿内は、「無資格の治療行為であっても、医学的適応性があり医療技術上は正当で、実質的に一般の看護婦が行っているのと同レベルの処置であれば、保健婦助産婦看護婦法に抵触するが、刑法第35条の正当行為ともいえるもので、保健婦助産婦看護婦法から見れば、不可罰として扱うわけであるから社会的に放任していることになる」²⁸⁾とし、「法的整備面において若干の不十分さはいなめないが、現状でも養護学校教諭の実技実習を条件に障害児に対し、いわゆる医療的ケアを正当行為として実施することは可能である」²⁸⁻¹⁾と述べている。

ところで、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、医療的ケアを行うこと自体の違法性ととも万一事故が起きた場合の責任の所在が問題になる。これについて鹿内²⁸⁻²⁾は、「生体に刺激を加えるわけであるから技術的な巧拙と関係なく、何らかの反応が起こることもあろう」が、「問題は、学校にいたというだけで、家庭にいたときに受けられる医師への通報とか救急処置の対応が著しく遅れなかったか」であり、「そのことに問題がなければ責任を論ずる場面はない」とし

ている。また、鈴木ら²⁹⁾は、東京都の対応システムを踏まえて、表4-2のようにそれぞれの責任の分担を明確にした上で、「事業自体は、教育委員会の事業範囲であり、責任主体は教育委員会が持つ。万が一の保障は、負担を担えるところが持つという社会保障概念のもと行われ」と述べている。以上から、万一事故が起きた場合の責任の所在を明らかにするためには、緊急時の対策を整えた上で、教師個人の責任が問われることの無いように教育委員会が責任を持つシステムとしての対応が必要である言えよう。

表4-2 責任分担²⁹⁾

1. 障害児・保護者	: 依頼・委託責任
2. 校内医療体制整備委員会 (都教育委員会)	: 総合管理責任
3. 指導医	: 指導・監督責任
4. 担当教官	: 実施責任

文部省は、1998年から「実践研究」を始めるにあたって、厚生省との間で以下の点について合意したと説明している³⁰⁾。

厚生省は、家族がやってよい範囲を拡大してきた。医療的ケアについては保護者（家族）は実施している。それは、①その行為がそれほど危険ではなく②個別的であり（対象を限定）③習慣的な（日常的に必要な）ものであるから、法律上違法とはならないとしている。今後その範囲を家族から教師にまでその範囲を拡大し、教員も医療的ケアを実施できるようにしている。

ただし、その場合次のことを必須条件としている。①保護者の理解、同意が前提条件 ②主治医による医療面の管理体制が整っていること。

医療的ケアについては、上記①、②を踏まえた一定の手続きをとれば、以下の限定した医療的ケアについて教職員が行うことは可能であるとしている。（文部省限定3項目）

①咽頭より手前の吸引

②たんや嘔吐、喘鳴等の問題のない子供で、留置されている管からの注入による経管栄養（1回ごとに管を注入する場合は除く）

③自己導尿の補助（痛み等の自覚のない子の場合を除く）

1993年と1994年の国会の質疑で文部省と厚生省が出した見解は、経管栄養等の「医行為」性に基づいた判断であるが（第3章第4節「1. 国会での質疑」参照）、ここで示された「①保護者の理解、同意が前提条件 ②主治医による医療面の管理体制が整っていること」および「①、②を踏まえた一定の手続き」というのは、東京都の救急体制整備事業に見られるような対応システムを指していることは明らかである。

以上から、東京都の救急体制整備事業や文部省の「実践研究」のように、保護者の依頼・委託および医師による指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きで対応するならば、養護学校において看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うことは可能であるという結論が得られた。

4. 本節のまとめ

看護婦資格のない教師が行う医療的ケアの法解釈について、各自治体設置の「検討委員会」答申には、「医療的ケアは『医療行為』であり、教師が行う場合は、法に触れるおそれがある」^{1) 2) 5) 6)}と

する見解と、「医療的ケアは看護婦資格のない教師であっても一定の手続きを経ることで行える行為」^{7) 8) 9) 10)}とする見解が見られた。前者が、医療的ケアの行為内容そのものが持つ「医行為」性とそれを業として行うことの違法性を医師法第 17 条に照らして述べたもの^{18-1) 22)}であるのに対して、後者は、校内体制を整えて一定の手続きを経て教師が医療的ケアを行う場合、刑法第 35 条の正当行為として違法性を阻却するという考えに立ったもの^{23) 24) 25) 27) 28)}と考えられた。

このように本節では、医療的ケアの「医行為」性に基づく違法性と、正当行為として違法性が問われないようにシステム化した対応とに分けて医療的ケアの法解釈を行う必要があることを明らかにした。そして 1993 年と 1994 年の国会の質疑で文部省と厚生省が出した見解が前者に基づくものであったのに対して、1998 年に文部省が「実践研究」を開始するに当たって厚生省等と合意した見解³⁰⁾は、後者に基づくものであったと考えられた。

以上から、東京都の救急体制整備事業や文部省の「実践研究」のように、保護者の依頼・委託および医師による指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きで対応するならば、養護学校において看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うことは可能であるという結論が得られた

それでは文部省の「実践研究」では、医療的ケアへの対応がどのように研究されたのであろうか。次節では、文部省の「実践研究」の委嘱を受けた県の研究成果を見ていく。

第2節 文部省の「実践研究」について

本節では、文部省が1998年から始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けた10県の研究成果を分析することによって、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方を検討する。

1. 各県の研究概要

文部省の「実践研究」の委嘱を受けた10県の研究成果を分析するため、各県の研究報告書（中間報告を含む）に示された研究成果について内容の分類を行う。

(1) 研究概要

1) 福島県

福島県教育委員会は、「養護教育における医療的ケア調査研究事業」の実践研究校として福島県立平養護学校を指定した^{3 1)}。

研究報告書^{3 2)}に示された主な研究内容を表4-3に示す。

表4-3 福島県教育委員会の研究概要^{3 2)}

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 医療的ケアにかかわる用語の解釈2. 学校で教員が行う医療的ケアの在り方<ol style="list-style-type: none">(1) 医療的ケアのとらえ方(2) 養護教諭と医療的ケア実施担当教員の役割(3) 学校で教員が医療的ケアをおこなうための要件とその内容・範囲3. 校内の実施体制及び医療機関との連携体制の整備<ol style="list-style-type: none">(1) 医療機関との連携の在り方（医師・看護婦の配置）(2) 医療機器等の整備(3) 保健管理体制の充実・医療的ケア実施管理委員会（仮称）の設置(4) 医療的ケアに関するガイドラインの作成(5) 緊急時の安全管理体制の構築4. 医療的ケアに関する研修体制<ol style="list-style-type: none">(1) 基本研修(2) 専門研修（病院、施設等における臨床研修 主治医、学校医等による臨床研修）5. 保護者との連携 |
|---|

2) 神奈川県

神奈川県教育委員会は、研究事業名を「養護学校における医療的バックアップ体制に関する実践研究」とし、「養護学校における医療的バックアップ体制としての看護婦の配置に関する実践研究」の実践研究校として神奈川県立三ツ境養護学校を指定した^{3 3)}。

研究報告書に示された主な研究内容を表4-4に示す。

表4-4 神奈川県教育委員会の研究概要^{3 3)}

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 看護婦の業務内容について及び関係職員の役割分担と連携2. 医療的ケアのガイドラインの検討について (1) 医療的ケアの担い手と研修 (2) 必要な手続き3. 医療的バックアップ体制に伴う医療職の組織について及び看護婦の配置方法について4. 保護者との連携 |
|---|

3) 静岡県

静岡県教育委員会は、研究事業名を「学校現場における医療的バックアップ体制に関する実践研究」とし、病院に隣接し対象児童生徒が多い養護学校1校、病院・医療施設を持たないで肢体学級を併設する養護学校1校の2校を実践研究校に指定した^{3 0)}。

研究報告書に示された主な研究内容を表4-5に示す。

表 4-5 静岡県教育委員会の研究概要³⁰⁾

- | |
|---|
| 1. モデル研究の結果
2. 課題解決のための視点
(1) 医療的ケアの教育的意味
(2) 教育と医療、福祉、家庭の連携における各々の役割
3. 事故防止策及び事故発生時の責任
(1) 手続き (2) バックアップの方途 |
|---|

4) 三重県

三重県教育委員会は、「養護学校における医療的バックアップ体制」の「平成 11 年度養護学校における医療的バックアップ体制実践校」として三重県立養護学校北勢きらら学園を指定した³⁴⁾。
 研究報告書に示された主な研究内容を表 4-6 に示す。

表 4-6 三重県教育委員会の研究概要³⁴⁾

- | |
|---|
| 1. 日常的・応急の手当実施実践校ガイドライン
(1) 日常的・応急の手当の内容
(2) 学校の整えるべき体制
① 校内委員会 ② 役職毎の役割 ③ 教師の役割 ④ 対象児の決定 ⑤ 管理支援体制
⑥ 主治医との連携 ⑦ 保健管理体制 ⑧ 手続き ⑨ 学校で看護婦資格のある者の常駐(仕事内容)
(3) 保護者の整えるべき体制 (4) 県教育委員会が整えるべき体制
2. 医療的バックアップ体制にかかわる研修について
(1) 医学一般研修 (2) 医学個別研修 |
|---|

5) 兵庫県

兵庫県教育委員会は、「養護学校における医療的バックアップ体制の研究」の研究協力校として篠山市立篠山養護学校を指定し、篠山市訪問看護ステーションの協力を得て実践研究を行った³⁵⁾。
 研究報告書に示された主な研究内容を表 4-7 に示す。

表 4-7 兵庫県教育委員会の研究概要³⁵⁾

- | |
|---|
| 1. 医療的ケアについて
2. 医療的ケアにおける課題について
(1) 教員の対応 (2) 保護者の対応 (3) 医療関係職員の配置等
3. 研究協力校における実践的研究について
(1) 訪問看護ステーションの活用
4. 望ましい医療的ケアの方向について
(1) 医療的ケアの実施者 (2) 医療的ケアバックアップ体制
(3) 実施システム (4) 教職員研修について |
|---|

6) 和歌山県

和歌山県教育委員会は、「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の研究推進実践校として和歌山県立たちばな養護学校と和歌山県立南紀養護学校を指定した³⁶⁾。
 研究報告書に示された主な研究内容を表 4-8 に示す。

表 4-8 和歌山県教育委員会の研究概要³⁶⁾

- | |
|---|
| 1. 研究成果
ア 児童生徒に関して イ 保護者に関して ウ 教職員に関して エ 医療との連携
2. 今後の課題
ア 各学校において
① 実施に係る校内の意思統一について ② 不測の事態が生じた場合の責任問題について
③ 実施内容等について ④ 実施に係るシステムの構築について ⑤ 校内研修について
⑥ 保護者への周知徹底について ⑦ 緊急体制の整備について
イ 事務局として
① 教育委員会として示す指針について ② 実施に係る研修の在り方について
③ 環境整備について ④ 知事部局及び医療機関との連携について |
|---|

7) 広島県

広島県教育委員会は、「養護学校における医療的バックアップ体制」の研究指定校として広島県立福山養護学校を指定した³⁷⁾。

研究報告書に示された主な研究内容を表4-9に示す。

表4-9 広島県教育委員会の研究概要³⁷⁾

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 医療的ケアの実施について<ol style="list-style-type: none">(1) 医療的ケアとは(2) 「医療的ケア」を行うための条件(3) 「医療的ケア」の内容(4) 医療機関、福祉機関と学校との連携、校内体制の確立2. 学校としての責任体制、契約システム体制3. 職員研修について4. 就学指導における医療機関との連携 |
|---|

8) 高知県

高知県教育委員会は、「養護学校における医療的バックアップ体制」の研究協力校として高知県立若草養護学校を指定した³⁸⁾。

研究報告書に示された主な研究内容を表4-10に示す。

表4-10 高知県教育委員会の研究概要³⁸⁾

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 1年次の活動の成果と課題<ol style="list-style-type: none">(1) 修学旅行時の児童生徒の実態把握について(2) 医療研修会について(3) 医療との連携2. 2年次の活動<ol style="list-style-type: none">(1) 医療研修会の開催(2) 応急の手当(吸引)についての一般的及び個別的マニュアルの作成(3) 医療との連携(4) 保護者との連絡(5) 医療機器の整備 |
|---|

9) 鹿児島県

鹿児島県教育委員会は、「養護学校における医療との連携の在り方の実践的研究」の研究協力校として鹿児島県立鹿児島養護学校を指定した³⁹⁾。

研究報告書に示された主な研究内容を表4-11に示す。

表4-11 鹿児島県教育委員会の研究概要³⁹⁾

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 平成10・11年度<ol style="list-style-type: none">(1) 実態調査による健康状態の把握(2) 児童生徒の健康保持や健康管理に関する研修の実施(3) 先進校の取り組みに関する研究(4) 保護者への説明(5) 主治医との連携(6) 医療的ケアの実施2. 平成12年度<ol style="list-style-type: none">(1) 「教師が3つの日常的・応急の手当を安全に実行できる」ための取り組み<ol style="list-style-type: none">ア 医療的ケア実施要綱の見直しイ 研究組織の見直しウ 緊急連絡体制エ 児童生徒の実態把握と理解オ 備品等の整備カ 事例研究の実施キ 医療的ケア該当予定児の適正な抽出ク 主治医等との円滑な連携(2) 「適正な体制を構築するにあたっての留意すべき点」について<ol style="list-style-type: none">ア 看護婦と養護教諭の業務における違いイ 指導医体制の確立について(3) 「研修の在り方」について<ol style="list-style-type: none">ア 充実した研修の実施イ 学校で医療的ケアを行う児童生徒の担当職員の研修についてウ 健康上特に配慮を必要とする児童生徒の担当職員の研修について(4) 「教育的効果」について<ol style="list-style-type: none">ア 教育的効果としてあげられた変容イ 問題点 |
|---|

10) 沖縄県

沖縄県教育委員会は、「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の指定研究校

として沖縄県立鏡が丘養護学校を指定した⁴⁰⁾。

研究報告書に示された主な研究内容を表4-12に示す。

表4-12 沖縄県教育委員会の研究概要⁴⁰⁾

1. 学校における医療的ケアの捉え方
2. 医療的ケアの内容
3. 十分な研修
4. 学校保健管理体制整備の促進
5. 指導医の派遣について
6. 緊急時対応体制の確立
7. 医師法との関係
8. 医療的ケアに対する対応の課題
(1) 就学相談・医療相談の充実 (2) 訪問教育の充実 (3) 病気療養児の教育の充実
(4) 救急体制の整備・充実 (5) 養護教員及び教職員等の研修
(6) 研究モデル校の指定 (7) 医療機関等との連携 (8) 手引き書作成

(2) 研究概要のまとめ

各県の研究報告書（中間報告を含む）に示された主な研究内容から各県に共通する内容を取り出し（11項目）、報告している県を並べたものが表4-13である。

11項目中、福島県が10、神奈川県が3、静岡県が8、三重県が10、兵庫県が4、和歌山県が7、広島県が8、高知県が4、鹿児島県が9、沖縄県が9項目を扱っている。神奈川県、兵庫県、高知県の報告書に示された項目数は3～4と少ないが、いずれの県もそれ以前に報告書をまとめていること（沖縄県も報告書をまとめているが項目数は多い）、神奈川県と高知県は中間報告であること、研究内容が精選されていること（神奈川県は看護婦と養護教員の役割や対応の指針、兵庫県は訪問看護婦の活用、高知県は看護職員の機能的な活用）等の理由で項目数が少なかったと考えられる。

表4-13 文部省の実践研究委嘱県の研究報告書に共通する主な内容

研究報告書の内容		研究報告書に報告した県
医療的ケアの捉え方（考え方・意義）		福島、静岡、兵庫、広島、沖縄
対応の方法	医療的ケアの対応手続き・要件	福島、神奈川、静岡、三重、兵庫、和歌山、広島、鹿児島、沖縄
	対応する医療的ケアの内容・範囲	福島、神奈川、静岡、三重、和歌山、広島、鹿児島、沖縄
	校内委員会の設置	福島、静岡、三重、和歌山、広島、鹿児島、沖縄
各役割	看護婦・養護教員・教員の役割	福島、神奈川、静岡、三重、広島、鹿児島、沖縄
	指導医・学校医・主治医の役割	福島、静岡、三重、和歌山、鹿児島、沖縄
研修		福島、三重、兵庫、和歌山、広島、高知、鹿児島、沖縄
緊急時対応体制の確立		福島、静岡、三重、兵庫、和歌山、広島、高知、鹿児島、沖縄
施設設備・医療機器等の整備		福島、三重、高知、鹿児島、沖縄
保護者との連携		福島、三重、和歌山、広島、高知、鹿児島
事故の補償		静岡、三重

2. 各県の研究内容についての考察

ここでは、各県の研究報告書の主な研究内容に共通に見られた 11 項目を分析することによって、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方を検討する。

(1) 医療的ケアの捉え方（考え方・意義）

1) 各県の研究報告書の内容

福島県の報告書では、「医療行為」「医療的ケア」「医療的配慮」の用語の解釈を行い、「医療的ケア」は「相対的医行為の範疇に属するもの」という解釈を行っている。そして、文部省が示した条件や厚生省の見解を踏まえて、学校で行う医療的ケアを「重障児の健康で安全な学校生活を保障するために必要となる医療的な生活介護行為であり、主治医の指示の下、保護者が日常的に行っている特定の行為について、保護者の依頼と同意に基づき、主治医の指導監督、学校長の指示及び限定された条件の下、教育活動上のかかわりの中で、指導に当たる教員が保護者に代わって行うことも可能な行為である」³²⁻¹⁾と捉えている。更に教育活動上の医療的ケアの必要性や教育課程上の位置づけについて、次のように述べている³²⁻²⁾。

【教育活動上の必要性】

- ア 児童生徒が通学して学習を受けることの保障
- イ QOLの向上の視点による最も快適な状態での学校生活の保障
- ウ 児童生徒が身体的、精神的に良好な状態で主体的に学習活動を展開するために必要な学習条件の整備
 - ・体調の異常や苦痛の除去への対応による学習環境の整備
 - ・手厚く、きめ細かな教育を行うための特別な医療的な配慮
- エ 児童生徒一人一人に対する理解や信頼関係を深めるための教育的なかかわり
- オ 自己の身体認知や主体的な自己形成に関する教育的なかかわり
 - ・身体の安楽や快適を感じ取り、自分の体や自分自身に対する気づきや意識形成

【教育課程上の位置づけ】

- ア 各学校の保健計画への位置づけ
- イ 学校の教育活動全体を通して行う養護・訓練の指導としての位置づけと対応
- ウ 生理的基盤の確立に関する内容をベースにおいた個別の指導計画の作成
 - ・個々の児童生徒が必要とする医療的ケアの内容や留意事項等の明確化

静岡県は報告書では、「国・文部省の動向」の中で、文部省が研究をすすめるにあたって厚生省との間で合意した内容と見解を紹介している。更に医療的ケアの教育的意味については、「医療的ケアを、子供の主体形成との関連の中で、肯定的なものにしていく取り組みが重要であり、それは正しく教育の役割である。具体的なケアを求めるためのコミュニケーションの力（表現する力）、苦しさや安楽さを感じ取り自分に意味付けていく力を医療的ケアを通して育てていく必要がある。」とし、対応にあたっては、「学校における医療的ケアは、学校全体の教育方針の下に全教職員が一体となって、学校長の指揮監督のもとに組織的に遂行される必要がある」³⁰⁻¹⁾と述べている。

兵庫県は報告書では、教師が医療的ケアを実施することは「医師法に抵触すると考えられるため、日常的に医療的ケアをすることは望ましいとは言えない」³⁵⁻¹⁾としている。そのため、医療的ケアの実施者には、「医療的ケアと児童生徒の健康管理を専門職としての医療関係職員が対応するのが望ましく、各設置者は看護婦等の資格を持つ職員の配置又医療関係等から派遣を受ける等の対策を進めるべきである」³⁵⁻²⁾と述べている。

広島県の報告書では、医療的ケアの捉え方として、『医療的ケア』とは、保護者の委託により、医師の指導・指示のもと、日常的に行う医療的な支援のことであると述べている。

沖縄県の報告書では、医療的ケアの捉え方として、「医行為とは、医師によって行われる行為である。医療行為とは、医師の指示を受けて医療従事者が行う医行為の補助である。医療的行為とは、医師の指示を受けて保護者等が行う日常的な行為である。これらのことから、学校における医療的

ケアについての考え方は、養護教員や教員が行わざるを得ない日常的・応急的な手当のことであり。」⁴⁰⁻¹⁾と述べている。

2) 「医療的ケアの捉え方 (考え方・意義)」についての考察

報告書では、看護婦資格のない教師の行う医療的ケアの捉え方 (考え方・意義) を示していた。その多くは、文部省が示した条件と厚生省の見解を踏まえた内容であった。更に福島県や静岡県では、教育活動上の必要性や教育課程上の位置づけにも触れていた。

一方、兵庫県の報告書では、「医師法に抵触すると考えられるため、日常的に医療的ケアをすることは望ましいとは言えない」³⁵⁻¹⁾とする内容であった。これは本章第1節で述べたように、医療的ケアの「医行為」性を捉えた見解と思われる。訪問看護ステーションの看護職員が全て対応した兵庫県の研究結果に基づくものであり、医療的ケア必要児が少数の場合には対応可能かも知れない。しかし、医療的ケア必要児が多い場合に対応できるのだろうか。看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うことについて、三重県の報告書では看護婦が次のような意見を述べている³⁴⁻¹⁾。

自ら手当をするのであれば、手続きにそれほど期間を要することもなく、看護婦資格を持たない教師が手当することよりは周囲の理解を得やすいように思っていた。

しかし、実際問題1人の看護婦ですべての手当をすることは、吸引など時間指定のできない手当が重なる場合の対応は難しく、かえって問題が生じ事故につながると思われる。教師が手当を実施し対応できることは、学校生活を円滑に行えることだと思う。手当に立ち会い、その様子を確認できることで、支援することもでき、自分自身安心できたところもある。

養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方の検討では、文部省の「実践研究」にも「医療的ケアは看護婦資格のある者による対応を優先することを原則とするが、医療的ケアの性質、対象となる児童生徒の健康状態、医師等の診断の下に看護婦資格のない教師が一部担当することを含め、適切な医療的管理体制が必要」⁴¹⁾とあるように、総合的な医療的管理体制の中で医療的ケアを捉える必要があると思われる。そうした検討や実践の中から、福島県や静岡県の研究報告書では、医療的ケアの教育活動上の必要性や教育課程上の位置づけが出されたのではないだろうか。

(2) 医療的ケアの対応手続き・要件

1) 各県の研究報告書の内容

福島県の報告書では、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、医療的ケアに関わる者の責任や教育課程上の位置づけを明確にし、医療的ケア実施体制の確立の下、次の要件をすべて満たすものとしている³²⁻³⁾。

- ア 保護者の依頼・委託があること。
- イ 医療的ケアが必要である特定の対象児童生徒に限定して、その特定の行為について行われるものであること。
- ウ 対象となる医療的ケアは、その対象児童生徒に対し保護者が日常的に行っているものであること。
- エ 各学校の医療的ケア実施管理委員会 (仮称) の慎重な検討と必要な手続きを経て、学校長の判断の下、実施の指示があること。
- オ 主治医の同意及び指示と指導管理が継続的になされること。
- カ 看護婦等医療資格者の指導助言及び援助が随時受けられる体制が整備されていること。
- キ 対象児童生徒に日常的にかかわる教員であるとともに、主治医等の指導の下に臨床的な研修を積み、適切な対応の方法を習得している教員であること。

神奈川県報告書では、学校で医療的ケアに対応するためには、次の要件を満たすことが必要であるとしている³³⁻¹⁾。

- ①実施については保護者の申し出があること
- ②主治医の意見書があること
- ③担当医・校医の意見をもらうこと
- ④校内の検討の組織があり、全職員による検討があること
- ⑤学校長の決定があること
- ⑥担い手は医療的ケアの内容に応じて必要な研修を受けること
- ⑦個別のマニュアルを作成することを原則とすること
- ⑧定期的な経過報告を関係者に行うこと
- ⑨保護者の協力があること

静岡県 の 報告書では、文部省が示した前提条件「保護者の理解・同意及び主治医による医療面の管理体制」⁴¹⁾ および看護婦資格のない教師が以下の手続きに基づいて医療的ケアを実施して、「全般的には特に問題なくスムーズにできた」³⁰⁻²⁾ としている。

- ①医療的ケア校内委員会を設置し、適否の判断、実施の管理をする。
- ②保護者の理解のもと、実施要請を文書で提出させる。
- ③主治医の判断、考え方を尊重する
- ④医療的ケアに関する一般的マニュアルを作成する。
- ⑤保護者の立ち会いのもとで、指導医や主治医による担当者の実技研修を行う。
- ⑥個別の実施マニュアルを作成する。

三重県 の 報告書では、三重県教育委員会が作成した「養護学校における医療的バックアップ体制実施要綱」において、実施手続きと実施条件を定めている。この条件に基づいて実践を行った結果、手続きに2か月を必要としたが、これは「教師が自信を持ち」「保護者が安心して付き添いを外れる」ために必要な手続きであり、やむを得ないので、その間看護婦が対応するなど円滑な実施体制の検討が必要であるとしている³⁴⁻²⁾。

【実施手続き】

- ①保護者の申請書、主治医の意見書にもとづき校長が、校内委員会の協議の結果を踏まえ、対象児童生徒を決定する。
 - ②校長は、指導医と連絡を取り、児童生徒の検診の期日を設定する。また、保護者とともに検診に立ち会う。
 - ③主治医からの意見書をもとに、校長が学校において実施可能な手当の内容・範囲を特定する。
 - ④校長は、医学一般研修終了者の中から、手当を実施する教師を決定し、本人の意思を尊重するものとする。
 - ⑤手当を実施する教師は、主治医等から医学個別研修を受ける。
 - ⑥手当を実施する教師は、医学個別研修に際して、主治医等の指導の下、一般的なマニュアルに該当児童生徒に関する留意点を加えた個別マニュアルを作成する。
 - ⑦手当を実施する教師は、実施状況等を記録する。また、定期的にそれを主治医に報告する。
 - ⑧実践校は、手当実施に先立って、救急医療機器の整備を行う。
- ※指導医とは、手当を実施する教師に医学個別研修を行うため、校長が委嘱した小児神経科医等の医師をいう。

【実施条件】

- ①看護婦資格のある者は、児童生徒の在学中は常勤すること。
- ②看護婦資格のある者が万一不在となるときは、校長が、実施を中止にすること。
- ③保護者からの要請があること。
- ④主治医が、その手当に危険性が少ないと判断していること。
- ⑤その手当を行っても良いという実施の意思を持つ教師に限ること。
- ⑥特定の教師が特定の児童生徒に対して行うこと。
- ⑦スクールバスの登・下校中は実施しないこと。

兵庫県 の 報告書では、緊急時以外、看護職員が全ての医療的ケアを行うことを前提にした手続き(図4-1)を提案している³⁵⁻³⁾。

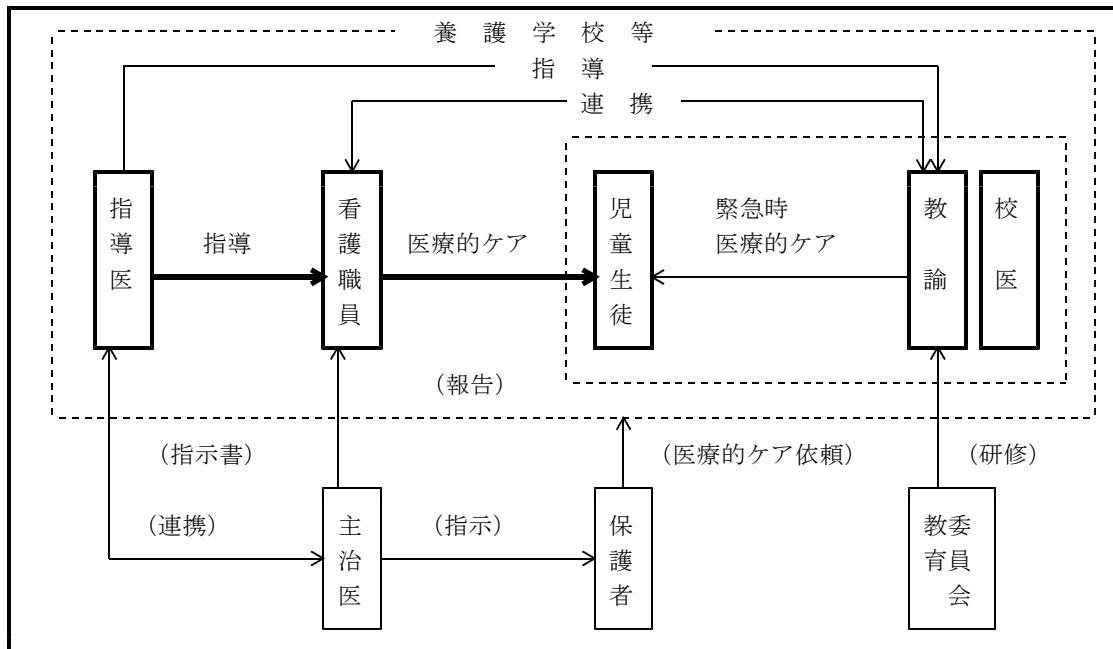


図4-1 兵庫県の報告書における医療的ケア実施システム³⁵⁻³⁾

和歌山県の報告書では、「実施に係るシステムの構築について」の中で、「基本は、保護者からの願い出を受けた上で、校内での協議、関係医師等の研修及び実施の許可等を総合的に勘案した校長の判断により初めて実施できる」³⁶⁻¹⁾としている。

広島県の報告書では、研究指定校の実践研究において「実施手順」、「『医療的ケア』を行うための条件」、「学校としての責任体制、契約システム体制」が、次のように示されている。

【実施手順】

- ①依頼 保護者から依頼
- ②把握 児童生徒の状況や依頼内容の把握
- ③検討 医療的ケア検討委員会で検討
- ④主治医から意見聴取及び指示・指導
- ⑤検討 医療的ケア検討委員会で検討
- ⑥報告 保護者に報告
- ⑦個別マニュアルの作成
- ⑧個別の研修

【「医療的ケア」を行うための条件】

- 日常生活を送る上で、長期間にわたって必要不可欠なものであること。
- 医師の指示と許可が得られるものであること。
- 保護者からの依頼によるものであること。
- 実施にあたっては、医師、保護者との連携のもとに対応すること。

【学校としての責任体制、契約システム体制について】

学校で医療的ケアを実施するにあたって、保護者、医療関係者との連携を図り、責任体制、契約システムを構築していくことが大切である。

保護者との連携

- 保護者からの依頼を明確にする
- 児童生徒の状況の把握に努める
- 学校で実施する医療的ケアの内容、手順、留意点、緊急時の対応について確認し、承諾を得る。
- 医療的ケアの内容、方法等について指導・助言を受ける。
- 医療的ケアの実施状況や健康状況について連絡を密にする。
- 児童生徒の生活の充実に向けて共通理解を図る。

医療機関との連携

- 児童生徒の状況の把握に努める。
- 主治医の意見（同意）を得る。
- 医療的ケアの内容、手順、留意点、緊急時の対応について指導・助言を受ける。
- 医療的ケアの実施状況について報告する。
- 緊急時の連携、対応を依頼する。

鹿児島県の報告書では、鹿児島県立鹿児島養護学校が定めた「医療的ケア実施要綱」の中で実施の手続きを次のように示している³⁹⁻¹⁾。

- ①保護者の申請に基づき（主治医の意見書を含む）、校医・主治医等の指導・助言を受け、委員会及び関係者で協議する。その後、学校長の承認を得て、実施対象者とする。
- ②委員会は校医・主治医等と連絡をとり、該当児童・生徒の検診等の期日を設定する。担任と養護教諭は検診に立ち会い、個々の病状及び健康上の留意点の把握に努める。その際、保護者も同伴するものとする。
- ③校医・主治医等は、主治医からの資料や意見等を参考にしながら、担当者が実施可能な医療的ケアの内容と範囲を指示する。
- ④学校長は、校医・主治医等の指示のもと、委員会・該当学部で協議したことを参考に医療的ケアを実施する担当者を指定する。
- ⑤指定された担当者は、校医・主治医等から必要な指導や研修を受ける。
- ⑥研修終了後、医療的ケアの実施に必要な個別マニュアルや緊急連絡体制等ができていることを確認後、委員会の協議を経て学校長は実施の可否を判断する。さらに、該当児童・生徒の保護者に医療的ケアの実施について通知する。
- ⑦該当児童・生徒の保護者はその通知を受けて、了承する旨の承諾書を学校長あてに提出する。
- ⑧指定された担当者は医療的ケアを実施する。実施状況は記録し、校医・主治医等に報告する。また、保健室にも報告する。
- ⑨委員会は校医・主治医等からの指導・助言、あるいは実施上必要なことについて記録を取る。また、校医・主治医等への報告および担当者に対する連絡など連携を密にする。
- ⑩緊急状況が発生した場合は学校医荒田弘道医師に連絡をとり、指示を仰ぐ。

沖縄県の報告書では、教師が医療的ケアを行う場合として文部省が示した前提条件の「保護者の理解・同意及び主治医による医療面の管理体制」⁴¹⁾と実施手続きを記している⁴⁰⁻²⁾。実施手続きでは、保護者の依頼、校医又は指導医と主治医による教職員への助言及び個別の研修指導、校長の実施者への実施承認などの手続きを示している。

2) 「医療的ケアの対応手続き・要件」についての考察

医療的ケアの対応手続きでは、看護婦のみが医療的ケアを行うことを前提にしたもの（兵庫県の手続き、図4-1参照）と看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うことを前提にしたもの（三重県や広島県、鹿児島県の実施手続きを参照）に分けられる。看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の手続きは、「第2章 養護学校における医療的ケア必要児への取り組みの実際」で示した東京都立村山養護学校（表2-8、図2-1）、大阪府立茨木養護学校（図2-2）、大阪府立交野養護学校（図2-3）、神奈川県立座間養護学校（表2-20）、千葉県の医療的援助行為実施手順（図2-6）、兵庫県姫路市立書写養護学校（図2-12）、神戸市の医療的ケア実施手続き（図2-13）などとほぼ同様なものと言えよう。

看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、各報告書では条件・要件が設定されていた。その要件とされいた内容を「対象」「校内体制」「責任体制」「実施体制」に分けてまとめたものが、表4-12である。養護学校において医療的ケアに対応する場合の要件には、この他、「(1) 医療的ケアの捉え方（考え方・意義）」の内容を踏まえて、「実施体制」の中に「教育活動上の医療的ケアの必要性や教育課程上の位置づけを明らかにしておくこと。」を入れる必要があるだろう。

表 4 - 1 4 看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の要件

対象	<ul style="list-style-type: none"> ○日常生活を送る上で、長期間にわたって必要不可欠なものであり、保護者が日常的に行っているものであること。 ○主治医が、危険性が少なく、学校で実施することが可能と判断したもの。
校内体制	<ul style="list-style-type: none"> ○看護婦等医療資格者の指導・助言及び援助が随時受けられる体制が整備されていること。 ○看護婦等医療資格者は児童生徒の在校中は常勤すること。 ○看護婦等医療資格者が万一不在となる場合は、学校長が実施を中止にすること。 ○看護婦資格のない教師が実施者となる場合、対象児童生徒に日常にかかわる教師であるとともに、主治医等の指導の下に臨床的な研修を積み、適切な対応の方法を習得している教師であること。
責任体制	<ul style="list-style-type: none"> ○学校に対して保護者からの依頼・委託があること。 ○主治医の同意及び指示（意見書）があり、実施者等に指導管理が継続的になされること。 ○学校医や指導医（担当医）が校内において実施者等に指導・助言を行うこと。 ○校内に医療的ケアの手続きや適否の判断、実施の管理をする組織（医療的ケア委員会等）を設置すること。 ○学校長の決定（実施指示等）があること。
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ○医療的ケアを必要とする特定の対象児童生徒に限定して、その特定の行為について行われるものであること。 ○学校は、医療的ケアに関する一般的マニュアルを作成すること。 ○学校は、児童生徒の状況の把握に努めること。 ○指導医や主治医は、実施者として希望する教師に対して実技研修を行い、医療的ケアの内容、手順、留意点、緊急時の対応について指導・助言を行う。実技研修には保護者が立ち会い、家族が行っている医療的ケアの手順やその際の留意点などを伝える。 ○実技研修に基づき、個別の実施マニュアルを作成すること。 ○実施した場合には必ず記録を作成し、定期的な経過報告を関係者に行うこと。 ○保護者と学校は、医療的ケアの実施状況や健康状況について連絡を密にすること。 ○緊急時の連携、対応について医療機関に依頼すること。

(3) 対応する医療的ケアの内容・範囲

1) 各県の研究報告書の内容

福島県の報告書では、教師が医療的ケアを行う場合、「国のガイドラインが明確に示されていないため、文部省と厚生省、日本医師会及び日本看護協会間で合意された、以下の内容・範囲に限定する必要がある³²⁻³⁾」として、文部省が示した「①咽頭より手前の吸引 ②咳や嘔吐、喘鳴等の問題がない児童生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養 ③自己導尿の補助」の3項目⁴²⁾をあげている。これらの内容を個々の児童生徒で検討するとしている。また、この項目も含めて、学校で教師が行うことの可能な範囲・内容については、継続して検討していく必要があると述べている。

神奈川県は報告書では、各校での検討や実践を通して「医療的ケアへの対応について認識する範囲と担い手について共通理解を持つことが難しい」という問題意識から、医療的ケアの内容とその担い手（実施者）に関する指針をまとめている³³⁻¹⁾。医療的ケアの内容・項目は、「指針作成時点において養護学校に在籍している児童生徒への対応事例、及び過去に対応した事例に該当する項目」とし、文部省が示した3項目以外の内容についても検討している。医療的ケアの実施者は、教員・養護教員・看護職とし、特定の児童・生徒の特定のケアに対してそれぞれ必要な研修を受けることが条件とされている。

静岡県は報告書では、教師が医療的ケアを行う場合、文部省が示した3項目に加え、但し書きとして「ケースに応じ主治医の指示のもとに鼻腔からの吸引も可とする。又、咽頭部にたんが絡んだ場合は、緊急時の対応として対応する」を加え、この内容で限定すべきであると述べている³⁰⁻³⁾。

三重県の報告書では、教師が医療的ケアを行う場合、文部省が示した3項目に加え、「県教育委員会としては、その他、看護婦資格を持たない教師が実施しても危険性の少ない行為をその範囲と

し、実施可能な手当」を「各手当毎に主治医の意見を受けながら、相談して行う」として以下の内容を示している³⁴⁻³⁾。

- 呼吸障害があり、呼吸管理を必要とする児童生徒について
(タッピング) 気管・気管支にある痰を、背中を叩いて振動を与えて出やすくする。
(スクイージング) 呼吸の呼出に合わせて、胸郭を手で押さえて、吸気とともに痰を出やすくする。
(バイブレーション) 気管・気管支にある痰を、胸壁に振動を与えて出しやすくする。
(エアウェイ) エアウェイが必要な場合は、適切な方法で挿入して、呼吸状態が改善することを確認する。
- 摂食、嚥下障害のある(吸引を必要とする)児童生徒の食事指導について(摂食指導)誤嚥に最大の配慮を払う。

和歌山県の報告書では、教師が医療的ケアを行う場合、文部省が示した3項目の範囲で実施を指示しているが、「医療関係者等協力者の中には、上記3点以外に実施可能な内容の拡充に提言があり、今後も慎重な検討を行うとともに、実際の実施については、文部省や厚生省とも十分な協議を行った上で対応する必要がある」³⁶⁻¹⁾と述べている。

広島県の報告書では、教師が医療的ケアを行う場合の具体的な内容は、「一人一人の児童生徒の実情に応じるものであり、医師、保護者、学校等との個別の検討によるものである」³⁷⁾として、以下の内容を示している。

- 現在の実施状況からの内容は次のとおりであるが、内容及び細部については、ケースをもとに今後検討していく必要がある。
- 経管栄養 ○気管カニューレの管理 ○吸引・吸入(薬液の注入を含む) ○酸素吸入
- 投薬(経口、座薬の投与を含む) ○その他

鹿児島県の報告書では、文部省が示した3項目に限定して「学校生活を円滑に送るために学校職員によって医療的ケアを実施することが望ましいと思われる児童生徒を抽出」³⁹⁻²⁾している。

沖縄県の報告書では、教師が医療的ケアを行う場合、文部省が示した3項目に加え、実践研究校の研究結果から「ケースに応じ主治医の指示のもとに鼻腔からの吸引も可とする。また咽頭部に痰が絡んだ場合は、緊急時の応急処置としてとらえる。」⁴⁰⁻³⁾と述べている。

2) 「対応する医療的ケアの内容・範囲」についての考察

看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合のケアの内容・項目は、文部省が示した「教師が実施することのできる日常的・応急的手当の具体的な内容」である3項目(①咽頭より手前の吸引

②咳や嘔吐、喘鳴等のない児童・生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養 ③自己導尿の補助)が基本であった。これに加え、静岡県と沖縄県では鼻腔の吸引と緊急時対応として咽頭部の吸引を、三重県では呼吸障害に対する呼吸管理と摂食・嚥下障害のある児童生徒の食事指導をあげていた。

一方、神奈川県では、教員・養護教員・看護職のそれぞれがどのような医療的ケアの担い手(実施者)になるのかを、在籍している児童・生徒の実態に基づいて検討を行っていた。同様な検討は、北住⁴³⁾(表4-15)と筆者⁴⁴⁾(表4-16)も行っている。これらは、教員・養護教員・看護職の役割分担にも関わる内容であるが、文部省の「実践研究」が「養護学校内には看護婦資格のある者が1名は常駐すること」⁴¹⁾としていることから、「教師が実施することのできる日常的・応急的手当」に限定するのではなく、「養護学校に看護婦・看護師(以下看護職という。)が配置され、医療的バックアップ体制が整備されることを条件」³³⁻¹⁾に、神奈川県の研究のように看護婦の対応も含めた養護学校で対応できる医療的ケアについて総合的に検討することが必要だと思われる。ただし、医療的ケアとその担い手の関係を固定的に捉えるのではなく、広島県の報告書にある

ように「具体的な内容は、一人一人の児童生徒の実情に応じるものであり、医師、保護者、学校等との個別の検討によるものである」³⁷⁾ とすることは、重要な視点と思われる。

表 4-15 医療的ケアのグレードと実施者⁴³⁾

	研修を受けた教員が行う (A)	看護婦の施行が望ましいが、十分な確認や研修のもとに教員でも行い得る (B)	看護婦がおこなう (C)
■経管栄養 ①留置されている管からの注入 ・咳き込みや嘔吐のない生徒 ・咳き込みや嘔吐しやすい 注入中、喘鳴が強くなるなどの問題のある生徒 ②胃瘻からの注入 (※) ③口腔ネラトン法 (管の挿入と注入)	○ ○	○ ○ ○	○ ○ ○
■吸引 ①口からの吸引 ・咽頭より前の吸引 ・咽頭までの吸引 (※) ②鼻からの吸引 (※) ③気管切開部からの吸引 ・カニューレ内だけの吸引 ・カニューレより先の気管内吸引 (※)	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○
■吸入 ①気管支拡張剤の吸入 ②インタルの吸入 ③生理食塩水・精製水の吸入	○	○	○
加湿と同じで医療的ケアと考える必要はない			
■経鼻エアウェイ ・挿入 (※) ・抜去	○ ○	○	○
■間歇的導尿 (※)	○	○	○
■酸素療法 ■呼吸補助装置 (BiPAPP) ■体外式人工呼吸器 ■気管切開部管理 (消毒、ガーゼ交換)	○ (管理は看護婦が行うのが望ましい) ○ (管理は看護婦が行うのが望ましい) ○ (管理は看護婦が行うのが望ましい)		
			○

※個々の生徒の状態等により、AかBかC、を判断する。

表 4-16 医療的ケアへの対応ランク表 (試案)⁴⁴⁾

		A	B	C	D			A	B	C	D
■服薬ケア						■呼吸機能障害に対するケア					
服薬	・経口による服薬 ・経管による服薬 ・座薬の肛挿	○	○	○	○	排痰法 (体位ドレナージや軽打法) 精製水のネブライザーによる吸入	○	○	○	○	
■摂食・嚥下機能障害に対するケア							○	○	○	○	
留置管による注入 (位置の確認・注入)	・経鼻腔留置管 ・瘻管 (胃瘻等)	—	○	○	○	吸引 ・口腔見える範囲 ・鼻腔10cm以内 ・中～下咽頭 ・気管カニューレ内	○	○	○	○	
口腔ネラトン法 (管挿入・注入・抜去)		—	—	○	○		○	○	○	○	
■排泄機能障害に対するケア						経鼻咽頭エアウェイ	・抜去 ・挿入	○	○	○	○
間歇的導尿	・自己導尿の清潔管理 ・自己導尿練習期間対応 ・他者が行う導尿	○	○	○	○	酸素療法	・ボンベ交換 ・コネクター接続 ・流量管理	○	○	○	○
人工肛門	・ストーマ袋の交換	—	○	○	○	人工呼吸器の一時的な着脱操作		—	—	○	○
【対応者について】						■その他 (緊急時想定)					
A: 医師等による各ケアに関する講義・実習を受講した教師 B: A+医師による対象児の個別指示と実技実習を受けた教師 C: A+B+条件 (一定期間病院や施設内で研修受講) を満たす教師 D: 看護婦 (士) 免許を所持した養護教諭または学校看護婦 ※BとCのレベルの違いは嘔吐等の出現しやすさで設定をした。						気管カニューレが外れた時 喘息発作時 けいれん重責発作時		医師に個別的 具体的指示を 受けておく			

(4) 校内委員会の設置

1) 各県の研究報告書の内容

福島県の報告書では、医療的ケア実施管理体制の充実に向けて学校として具体的な対応を検討するために「学校保健委員会を軸に校内における医療的ケア実施管理委員会（仮称）を設置」し、その下に個別の実施マニュアルや検討資料を作成する係として「医療的ケア実施管理係（仮称）」の設置を提案している³²⁻⁴⁾。それぞれの役割は以下のようになっている。

- ア 医療的ケア実施管理委員会の設置
 - ・実施要項の作成
 - ・実施内容の検討及び実施状況の管理
 - ・研修計画の作成
- イ 医療的ケア実施管理係の設置
 - ・主治医から対象児童生徒に関する情報の収集
学校での対応可能な範囲や、日常の健康管理、留意事項等
 - ・個別の実施マニュアルや検討資料の作成

静岡県報告書では、学校保健管理体制の整備を促進する必要があるとして、「学校に設置する医療的ケア校内委員会、担当教員及び養護教員は、対象児童生徒の主治医と日常的に連絡をとり、指導を受ける体制を作ることが大切である」³⁰⁻³⁾と述べている。

三重県報告書では、「三重県教育委員会の示す『養護学校における医療的バックアップ体制実施要綱』『日常的・応急的手当実施実践校ガイドライン』に則り、手当を円滑に実施するため、あらゆる体制を整備すること」を目的とした「医療的バックアップ体制校内委員会」を設置している。委員会は「(1) 手当実施の適否の判断に関する事項 (2) 校内全体の管理支援体制の在り方に関する事項 (3) 校内の保健管理体制の在り方に関する事項 (4) 手当の内容を決定する際の手続きの取り決めに関する事項 (5) その他、目的を達成するために必要な事項」の検討を任務としている³⁴⁻⁴⁾。

和歌山県報告書では、研究協力校の県立南紀養護学校が平成 9 年度に校内保健委員会を設置して医療的ケアの対応の検討を開始し、研究協力校に指定された平成 10 年度からは学校保健委員会に名称を変更して医療的ケアの手続きの見直しを行っている³⁶⁻²⁾。また、研究協力校の県立たちばな養護学校では、「児童・生徒の福祉、医療ニーズの対応を検討する目的」で平成 10 年に医療的ケア検討委員会を設置し、平成 11 年度からは研究組織としての医療的ケア検討委員会と医療的ケア実施の調整・協議組織としての医療的ケア委員会の 2 委員会体制をつくっている³⁶⁻³⁾。

広島県報告書では、「学校においては、実施内容、実施手順、緊急時の対応、実施者を明確にする必要がある。これらを校内で整理・検討し、承諾していくためには、校内検討委員会等の設置も必要である」³⁷⁾と述べている。

鹿児島県報告書では、平成 12 度から校内委員会に「新たに学校栄養職員をメンバーに加え、これまであった推進委員と研究員を一本化し、委員会の活動が円滑に進められるようになった。さらに、必要に応じて校務分掌等の係の職員も参加できるようにした。」³⁹⁻³⁾と述べている。

沖縄県報告書では、学校保健管理体制の整備を促進する必要があるとして、「学校に設置する医療的ケア校内委員会、担当教員及び養護教員は、対象児童生徒の主治医と日常的に連絡をとり、指導を受ける体制を作ることが大切である」⁴⁰⁻⁴⁾と述べている。

2) 「校内委員会の設置」についての考察

いずれの報告書でも、学校保健管理体制の整備・促進という観点で校内委員会設置の必要性をあげていた。文部省の「実践研究」では、「日常的・応急的手当を学校が教師に行わせるに当たっては、その適否の判断及び実施の管理を行うために、学校の校長、養護教員、教師、看護婦資格のあ

る教職員等からなる校内委員会を設置すること」⁴⁵⁾としており、学校として医療的ケアに取り組む場合の中心的な組織とされている。

(5) 看護婦・養護教員・教員の役割

1) 各県の研究報告書の内容

福島県の報告書では、養護教員は学校保健を管理して実施担当教員が行う医療的ケアを支援・協力する役割を担い、教員は重障児の健康状態を理解して表情や体調の微妙な変化・前兆を的確に把握して医療的ケアの実施担当を行うとしている。更に、学校において教師が担当できる医療的ケアは限定されるために、「障害児医療の経験のある看護婦を早急に配置する必要がある、その配置の在り方を検討する必要がある」としている。実施担当教員と養護教員の役割および看護婦の配置について、以下のようにまとめている³²⁻⁵⁾。

【医療的ケア実施担当教員と養護教員の役割】

ア 医療的ケア実施担当教員

(ア) 医療的ケアの対応に必要な事項を明示した個別の指導計画の作成

- ・健康状態の維持・改善のための指導目標及び内容
- ・医療的ケアの内容及び留意事項等

イ 養護教員

(ア) 対象児童生徒すべての病状及び留意点等の個別的な情報の把握

(イ) 医療的ケア実施担当教員に対する相談や指導助言

- ・健康観察の観点や症状の異常の把握
- ・医療的ケア実施に対する支援、協力

【看護婦の配置】

ア 障害児医療の経験のある看護婦の配置

- ・医療的ケア及びその他の医療行為の対応
- ・医療的ケア実施担当教員に対する指導助言や援助
- ・緊急時の応急処置

イ 学校職員としての看護婦の定数配置の検討

ウ 学校の設置形態に応じた訪問看護制度利用の検討

神奈川県は報告書では、養護学校に看護婦を1名配置した場合の看護婦の業務内容と看護婦と教員（養護教員）の役割分担・連携についての研究結果を報告している³³⁻²⁾。看護婦の業務内容は、実際の業務内容をバージニア・ヘンダーソンの「基本的看護の構成要素」で分類し、分類15項目の内「患者の呼吸を助ける」「患者が環境の危険を避けるよう援助する。また感染症や暴行などの患者に由来する危険の可能性から他人を守る」への援助に集中していたと報告している。看護婦と養護教員の役割分担・連携は、平成9年度の保健体育審議会の趣旨に基づいて文部省主催の研修会で示された9項目の指針（1 学校保健情報の把握に関すること 2 保健指導に関すること 3 救急処置及び救急体制に関すること 4 健康相談活動に関すること 5 健康診断、健康相談に関すること 6 学校環境衛生の実施に関すること 7 学校保健に関する各種計画及び組織活動の企画、運営の参画及び一般教員が行う保健活動への協力に関すること 8 伝染病の予防に関すること 9 保健室の運営に関すること）の下位項目を「養護教員の職務内容」「養護教員・看護婦協働の職務内容」「看護婦の職務内容」に分類したものである。「養護教員の職務内容」は学校保健法に基づく事項、「看護婦の職務内容」は保健婦助産婦看護婦法に基づく事項というように大きく分けて、その間に「養護教員・看護婦協働の職務内容」が存在する関係である。その他、先の「(3) 対応する医療的ケアの内容・範囲」で示したように、「医療的ケアへの対応指針」の研究の中で、医療的ケアの担い手を教員・養護教員・看護婦に分類して医療的ケアの対応指針をまとめている。

静岡県は報告書では、教員・養護教員・看護婦の役割を以下のようにまとめている^{30-1) 30-2)}。

- ①教員：養護学校の義務化を経て、前述したような社会状況を迎えている今日、学校における医療的ケアに対し、教員が、純粋に医療行為とされるものを除いて、比較的危険性の少ない、軽微なケアについて担当することが必要であろう。重度障害児にとって学校生活の中で多くの時間を必要とし、かつケア時の苦痛とその後の快さを実感する医療的ケアを重要な教育の機会としてとらえていく必要がある。勿論そのバックグラウンドには、看護婦等の配置を含めた保健医療体制の整備が必要である。
- ②養護教員：学校において医療的ケアを実施していくにあたっては、養護教員がその要であり、教員のリーダーの役割を果たす必要がある。自ら積極的にその職務に携わると共に、看護婦や主治医、学校医との連絡調整を図る役割を担う必要がある。
- ③看護婦：学校に配置される看護婦は、純粋な医療行為としての医療的ケアを担当すると共に、教職員が実施する軽微な医療的ケアについても指導・助言をする等、教職員と共に、児童生徒の教育に携わる必要がある。

三重県の報告書では、「看護婦と養護教員の役割分担と連携」および「看護婦の職務内容」を以下のようにまとめている³⁴⁻⁵⁾。

【看護婦と養護教員の役割分担と連携】

- ・養護教員は、全児童生徒の健康管理が基本となる。
- ・看護婦は、日常的・応急の処置に関わる児童生徒の健康管理及び医療的管理が基本となる。
- ・児童生徒の健康管理に関しては、互いに連携を取り合い管理にあたる。

【看護婦の職務内容】

- | | | |
|-----------------------------|----------------------|---------------|
| (1) 主治医との連絡連携 | (2) 救急病院への連絡連携 | (3) 保護者との連絡連携 |
| (4) 手当実施に係る留意事項の把握 | (5) 手当を実施する教師への指導・助言 | |
| (6) 教師が担当するときの立ち会い | (7) 万一異常が生じたときの対応 | |
| (8) 個別マニュアル及び保護者との連絡帳の点検・保管 | | |
| (9) 医療機器及び医薬品等の補充整備と管理 | (10) 校内委員会への参加 | |

広島県の報告書では、「養護教員の専門性を生かし、養護教員を中心とした医療的ケアの実施体制づくり及び校内の医療的ケア実施検討委員会等の組織化を通じて、学校全体の共通理解及び体制整備を行う必要がある」³⁷⁾として、養護教員の役割の重要性を述べている。

鹿児島県の報告書では、「保健管理体制の充実を図るためには看護婦の常駐とともに指導医体制の確立が望ましい」として、看護婦が配置された際に想定される業務分担を以下のようにまとめている³⁹⁻⁴⁾。

(ア) 養護教諭の業務

- ①健康安全に関する全体計画、学校保健安全計画の立案・実施・評価
- ②児童生徒の健康、身体の成長に関すること
定期・臨時健康診断、応急処置、救急対応、伝染病予防と措置
- ③健康教育に関する指導
- ④環境衛生に関すること、良好な環境を保持する事項
- ⑤体に関する指導助言
- ⑥相談活動（教育相談、健康相談、その他の相談業務）
- ⑦校外学習・学校行事の事前・事後も含めた緊急対応措置
- ⑧保健室の運営に関すること
- ⑨病院との連携
- ⑩学校看護婦・指導医が配置された場合の連絡調整
- ⑪その他（就・入学判定関係、給食中の観察、など）
- ⑫医療的ケアの適正な実施に向けての取り組み

(イ) 学校看護婦の役割

- ①研究指定に基づく教職員が実施する医療的ケアの支援・助言
- ②教職員には医療的ケアの実施が困難な児童生徒への教職員の対応、配慮等への指導・助言
- ③医療的配慮を要する児童生徒の把握・対応・判断等の担任・保護者への指導・助言
- ④緊急時の初期対応、危機管理体制への指導助言
- ⑤修学旅行・校外学習への同伴
- ⑥必要な看護技術の主治医からの研修

(ウ) 学校看護婦と養護教諭が協力して行うこと

上記（ア）（イ）とともに協力して行うことは、児童生徒の病状の把握と管理、疾病および伝染病の予防・対策に関すること、家庭・医療機関との連携、教職員への研修、校外学習・学校行事などでの緊急時対応、児童生徒の起こりうる緊急事態とその対応についての相談などが考えられる。

沖縄県の報告書では、看護婦資格のある養護教員が配置された研究校の実践を踏まえて、養護教

員にとって「医療的ケアの必要な児童生徒と同様に自立に向けた健康の自己管理が必要な児童生徒に対する健康教育、保健指導も重要な職務」であるため、「看護婦を配置し、教職員に対して助言・支援をするとともに、医療的ケアを担当することが望ましい」⁴⁰⁻⁴¹⁾と述べている。

2) 「看護婦・養護教員・教員の役割」についての考察

文部省の「実践研究」では、「養護学校内には看護婦資格のある者が1名は常駐すること」⁴¹⁾とされている。そのため「看護婦資格のある者」として看護婦を派遣・配置した県は、研究委嘱を受けた10県の中で、福島県、神奈川県、静岡県、三重県、兵庫県、高知県であった。この内、教員・養護教員・看護婦の役割を研究していたのは、福島県、神奈川県、静岡県、三重県であった。そのいずれの報告書でも、それぞれの連携の重要性と養護教員とは別に看護婦配置の必要性を述べていた。一方、看護婦資格のある養護教員が対応していた県は、和歌山県、広島県、鹿児島県、沖縄県であった。この内、鹿児島県と沖縄県の報告書では、看護婦資格のある養護教員とは別に看護婦の配置を求めている。看護婦には、教師の医療的ケア実施を支援・協力する医療上のスーパーバイザーとしての役割が期待されるため、養護学校において看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、看護婦配置は必要条件と言えよう。

看護婦が配置された際の看護婦と養護教員の役割分担については、福島県、神奈川県、静岡県、三重県、鹿児島県で検討されていた。福島県の報告書では、養護教員にも医療的ケア実施担当教員に対する相談や指導・助言という役割を持たせていたが、その他の県の報告書では、神奈川県の報告書に具体的な項目で示されていたように、養護教員は学校保健法に基づく職務、看護婦は保健婦助産婦看護婦法に基づく職務、そして養護教員と看護婦が協働で取り組む職務というように役割分担の中で連携・協力の必要性を述べていた。このような看護婦と養護教員の役割分担については、斎藤⁴⁶⁾が同様な研究を行っている(表4-17)。

以上から、養護学校において看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、障害児医療の臨床経験のある看護婦の配置が必要条件であり、その配置された看護婦と養護教員は「お互いの専門性を尊重しあいながら、固有の仕事と協力しあう仕事を連携を取りながら進めていくことが、大切」⁴⁶⁾であると言えよう。

表4-17 保健室の業務⁴⁶⁾

学校保健法に基づく事項 健康の保持増進		従来学校保健法が想定していない事項 健康が不安定または相対的に 低下している児童・生徒に対応
養護教員		学校看護婦
固有の仕事	協力して行う仕事	固有の仕事
保健・健康に関する年間計画など 全体計画の策定	健康診断 身体測定	呼吸管理などの配慮を必要とする重 度重症障害児の健康把握と管理に関 する事項
学校全体の児童・生徒の健康と身 体の成長に関する事項	健康に関する資料の作成及び 整理、引継	医療的ケアの全体的把握と指導及び 実施に関する事項 (医療機器の管理操作)
健康教育に関する指導	疾病及び伝染病の予防に関す る事項	感染症予防など最新の医療的知識技 術を必要とする事項
良好な環境を保持する事項	緊急、救急に関する事項	家庭や病院との直接的な連携
幅広い保健に関する研修と啓蒙に 関する事項	健康教育に関する事項 (糖尿病管理等)	重症心身障害児施設及び病院での臨 床研修
行事全体に関する事項	行事に関する事項	
	家庭や医療機関との連携に関 する事項	

(6) 指導医・学校医・主治医の役割

1) 各県の研究報告書の内容

福島県の報告書では、医療的ケアの実施を指導する医師（指導医）の配置が必要であるとした上で、「指導医は、主治医又は学校医が兼務することも可能であるが、その職務上、障害児医療、特に重障児の臨床経験が豊富な医師を委嘱することが望ましい」³²⁻⁵⁾とし、その指導医の役割と検討事項を以下のようにまとめている。

- エ 医療的ケア実施内容・方法を指導する医師（指導医）の委嘱
- ・各学校における医療的ケアの実施状況、日常生活上の児童生徒の健康状態等に対する指示や指導助言
 - ・主治医との連絡・調整
 - ・医療的ケアに関する校内研修の指導
- オ 指導医の巡回指導等の方策の検討

静岡県報告書では、主治医と学校医の役割を以下のようにまとめている³⁰⁻¹⁾。

- ①主治医：学校における医療的ケア実施についての判断は主治医の考えによるところが大きい。保護者からの申し出に対し、可否の判断を下すと共に、担当教員の実技研修や個別マニュアルの監修を行うなど、多くの役割を担うことになる。
- ②学校医：これらの児童生徒が通学する養護学校の学校医は、他の学校にも増して、重度障害児の医療に精通し学校における医療的ケアについて教職員の相談に応じたり指導したりする必要がある。その意味において、できれば主治医に代わって教職員を指導する指導医の役割を果たすことも望まれる。

三重県の報告書では、保護者から依頼のあった対象児童・生徒の病状および手当に関する留意事項等を記した意見書の学校提出が、主治医の役割とされている³⁴⁻²⁾。教師への医学個別研修は、主治医または指導医が行うとしている。意見書の作成・提出は主治医に限るが、研修は主治医または指導医によって行われるということで、この間の学校医の関与の仕方は述べられていない。

和歌山県の報告書では、「医療との連携について、指導医（キーパーソン）の役割が増大する」³⁶⁻⁴⁾が、その役割を担う人材の確保が大きな課題とされている。

鹿児島県の報告書では、「指導医体制の確立」として「医療的ケアを行うために主治医訪問や主治医研修などで主治医から直接、指導や健康相談などを受けたことで、該当する児童生徒の健康状態を正しく把握することにつながった」³⁹⁻⁴⁾とされるが、主治医と指導医の関係等は不明である。

沖縄県の報告書では、「学校医が主治医と連携を取りながら医療的ケアに関する教職員の相談に応じるようにし、医師会等に協力を求め、指導医を配置することが大切」とし、指導医の役割として「①指導医は、医療的ケアを必要とする特定の児童生徒の検診を行い、教育上必要な医学的知識や技術や技能、緊急時の対応等を、教職員、保護者に対して行う。②指導医は、必要に応じて、校内研修・研究等への指導・助言を行う。」³⁹⁻⁵⁾と述べている。

2) 「指導医・学校医・主治医の役割」についての考察

小西ら⁴⁷⁾は、主治医について、「ケアの手技獲得や研修は、基本的にそれを指示した主治医にあり、主治医との関係を密にしケアのフォローにも主治医の十分な指導」が必要であるとした。学校医については、「学校内でのケアの必要性と方法の点検は、校医の指導下にあるべき」とした。

報告書では、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、主治医は養護学校に意見書を提出するとともに教師に対する個別研修やマニュアル作成の監修など多くの役割を担っていた。この主治医の役割は、第2章第1節で取り上げた教師が医療的ケアを行っている場合の多くの校内手続き（神奈川県、千葉県、大阪府など）と同様である。

ところで本来は、小西ら⁴⁷⁾が言うように、「学校内でのケアの必要性と方法の点検は、校医の

指導下にあるべき」なのであろう。しかし、福島県の報告書にあるように「職務上、障害児医療、特に重障児の臨床経験が豊富な医師」が必要であるにもかかわらず、現実には必ずしも「専門医＝学校医」とはなっていない⁴⁷⁾。そのため専門医としての指導医の配置が必要とされるのであろう。

指導医は、文部省の「実践研究」の委嘱を受けている県以外に、横浜市、東京都、千葉県、神戸市などでも同様な医師が配置されている（第2章参照）。この指導医の役割は、「・各学校における医療的ケアの実施状況、日常生活上の児童生徒の健康状態等に対する指示や指導助言 ・主治医との連絡・調整 ・医療的ケアに関する校内研修の指導」などであった。

(7) 研修

1) 各県の研究報告書の内容

福島県の報告書では、「研修形態、研修内容・方法、研修対象者等を考慮して、教育委員会及び教育機関、学校、専門医療機関等において、それぞれの機能を重視した研修の業務分担を行い、体系的・計画的に実施しなければならない」として、医療的ケアについての認識を深める「基本研修」と、専門的な医学知識や医療的ケアの技術の習得のための「専門研修」を以下のように設定している³²⁻⁶⁾。

【基本研修】

- ア 医療的ケアの基本的な考え方
- イ 医療的ケアの教育的意義や必要性
- ウ 医療的ケアを必要とする重障児の病理・病態の理解と生活上の配慮事項

【専門研修】

- ア 実施担当教員への研修
 - ・重障児への医療上の配慮事項や医療的ケアに関する基礎知識の習得
 - ・日常的に適切な対応をするための方法の習得
 - ・緊急時における応急的な対応方法の習得
- イ 養護教員への研修
 - ・重障児への医療や看護に関する新しい情報の習得及び技術の向上
 - ・日常的に適切な対応をするための方法の習得
 - ・緊急時における応急的な対応方法の習得

三重県の報告書では、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うための手続きとして、「医学一般研修」の後に「医学個別研修」を受けるとし、それぞれの目的を以下のように示している³⁴⁻⁶⁾。

【「医学一般研修」の目的】

- ①看護婦免許を持たない教師が日常的・応急的手当を実施するために必要な、医学的知識・技能の習得を図る。
- ②特に、重度な障害・疾病のある児童生徒について、医療上の専門的な対応方法に関する理解を図る。

【「医学個別研修」の目的】

医学一般研修を修了した教師を対象に、主治医が実践的・臨床的研修を実施する。特に、当該児童生徒の日常的・応急的手当実施上の医療的配慮事項の習得を図る。

兵庫県の報告書では、訪問看護ステーションからの看護婦等医療関係職員が医療的ケアを行うことを前提にしているが、「日常の健康観察やケアの実施や緊急時に際して教職員が支援し、医療的ケアが必要な児童生徒の教育を安全に行うためには、関係教職員が基礎的な医学的知識や医療的ケアの内容等について認識を深めること」³⁵⁻⁴⁾が必要であると述べている。

和歌山県の報告書では、研修の在り方について「各教員の医療的な対応に関する経験の有無をどのように取り扱うか」「全ての教職員が対応することを想定した実行ある研修の在り方」が検討課題とされ、学校内における研修の他に「初任者研修や経年者研修での実施を踏まえた体系化や研修

内容の充実が必要」³⁵⁻⁴⁾と述べている。

広島県の報告書では、学校として責任ある体制を築くために、理論・実技面での研修の充実が必要であるとして、研修を以下のように設定している³⁷⁾。

- ①対象児の医療的ケアに対する研修
主治医や保護者からによるもので、学校における実施者が習熟することが必要である。
- ②医療的ケアについての一般的な知識や技術についての研修
校内全体研修等で医療的ケアに係る基礎知識等について学ぶとともに、校内での共通認識を高めるために研修が必要である。
- ③医療、福祉機関との連携による研修
専門的な研修として、医療、福祉機関との連携による研修の計画が必要である。

高知県の報告書では、全校教職員を対象にした「一般研修」と養護教員を対象にした「専門研修」の目的を以下のように示している³⁸⁻¹⁾。

- 【「一般研修」の目的】
全校教職員を対象に、校内研修会を実施し障害児の医療や看護に関する基礎的知識や技能の習得を図り、日常の学校生活における健康管理や健康の維持・増進等の指導に資する。
- 【「専門研修」の目的】
養護教員を対象に、重症心身障害児施設で臨床研修を実施し障害児の医療や看護に関する専門的知識や技能の習得を図り、日常の学校生活における応急的対応能力の向上を図る。

鹿児島県の報告書では、全教職員向けに全体研修6回と学部研修1回を行い、医療的ケア担当教員向けに「医療機関における一般研修」と「主治医の下での研修」が行われている³⁹⁻⁶⁾。「医療機関における一般研修」は、夏季休業中に5～6人のグループで1日間(約2時間)行う研修である。

沖縄県の報告書では、「教職員が医療的ケアを実施するにあたっては、十分な研修の機会を設け、基礎知識と技術を身につける必要がある。指導医による医療的ケアに関する一般研修及び個別の児童生徒のケアに関する主治医による臨床研修を推進する必要がある。」⁴⁰⁻⁴⁾と述べている。

2) 「研修」についての考察

研究報告書に示された研修には様々な名称が混在しているが、その内容を分類すると、「①医療的ケア必要児に見られる病理・病態の理解とその対応を講義や実技で学ぶもの」「②医療的ケアを実施するために主治医や指導医から個別に指導を受けるもの」「③重症心身障害児施設等の病棟において実技研修を行うもの」の3つに分けられる。各研修の名称を報告書から抜き出すと、①は「基礎研修(福島)」「医学一般研修(三重)」「医療的ケアについての一般的な知識や技術についての研修(広島)」「一般研修(高知)」、②は「専門研修(福島)」「医学個別研修(三重)」「対象児の医療的ケアに対する研修(広島)」「主治医の下での研修(鹿児島)」、③は「医療、福祉機関との連携による研修(広島)」「専門研修(高知)」「医療機関における一般研修(鹿児島)」が相当する。

以上、各県の研究成果として、この①～③の3つの研修が必要であるとされた。

(8) 緊急時対応体制

1) 各県の研究報告書の内容

福島県の報告書では、緊急時の児童・生徒個々の対応システムを構築するために、以下の点について具体的な対応を検討する必要があると述べている³²⁻⁷⁾。

- ア 健康に関する調査票の作成
- イ 緊急時個別対応マニュアル(緊急対応カード)の作成

- ウ 校内救急体制の整備
 - ・教職員全体の共通理解に基づいた校内連絡系統の確立 役割分担、緊急時対応訓練
- エ 協力病院の確保等による医療機関の支援体制の確立
- オ 保護者・学校・主治医・協力病院の医師との具体的な連絡方法・連絡体制の確立
- カ 教員の応急的処置に関する研修
 - ・校内・校外での研修体制、研修内容の充実

静岡県 の報告書では、緊急時対応体制の確立として、「緊急時の教職員による処置、病院への搬送計画・訓練の検討、研修を重ね対応に万全を期すと共に、あらかじめ移送先の病院等への依頼、連携を図らねばならない。特に、病院等に隣接しない養護学校においては、地元のいくつかの病院に積極的に協力を依頼しておくことが必要である。」³⁰⁻⁴⁾と述べている。

三重県 の報告書では、「万一に備え、看護婦資格のある者による支援や保護者及び主治医との連絡・連携あるいは救急医療機関への搬送等の体制を整える」³⁴⁻⁷⁾として、校内の緊急連絡体制と児童・生徒個別の緊急連絡体制を作成している。

兵庫県 の報告書では、対象児童・生徒個々の緊急時の救急体制を把握して、「地域の医療機関での対応の可能性、主治医や専門医への搬送方法、地域の消防本部や消防署の救急担当者との連携等について、検討しておく必要がある」³⁵⁻³⁾と述べている。

和歌山県 の報告書では、「実施に際して予想される状況等を事前に検討し、ケース毎に対応を検討し、事前にマニュアル化して完備しておく必要がある。また、医療機関への搬送やその判断基準等のシステム構築が必要となる。」³⁶⁻⁵⁾と述べている。

広島県 の報告書では、緊急時に「医療的ケア連絡カードに記載の『予想される緊急時の対応』に沿って対応する」とともに、病院に移送する場合の手順を定めている³⁷⁾。

高知県 の報告書では、緊急時の保健医療体制の充実として、「校内及びスクールバス内の緊急時のマニュアルの見直し」と「協力病院（国立高知病院）との連携」³⁸⁻¹⁾を行っている。

鹿児島県 の報告書では、「・緊急連絡先の電話番号をまとめた『緊急時の連絡』という小冊子を作成 ・緊急医療カード・想定される問題事象カードを作成 ・対象児の医療的实施に伴う緊急時の対応の個別マニュアルを作成 ・模擬訓練の実施」³⁹⁻⁷⁾などの取り組みを報告している。

沖縄県 の報告書では、緊急時対応体制の確立として、「各学校においては、学校保健管理体制の整備をするとともに、緊急時の危機管理体制を整え、緊急時の教職員による処置、病院への搬送計画・訓練の検討、研修を重ね対応に万全を期すと共に、あらかじめ移送先の病院等への依頼、連携を図らねばならない。特に、病院等に併設・隣接しない養護学校においては、地元のいくつかの病院に積極的に協力を依頼しておくことが必要である。」⁴⁰⁻⁴⁾と述べている。

2) 「緊急時対応体制」についての考察

報告書に示された緊急時対応体制の内容は、校内体制づくりと外部との連携体制づくりに大きく分けられる。

校内体制づくりは、緊急時対応用の児童・生徒個別マニュアルと緊急時の校内連絡マニュアルを整えるとともに、これに基づき教職員の応急処置訓練や搬送等のシミュレーション訓練を行うことが主な内容であった。

外部との連携体制づくりは、緊急時に移送する病院をあらかじめ確保するとともに、地域の消防本部や消防署の救急担当者に協力を依頼しておくことで学校と保護者・救急機関・医療機関との連絡体制をつくるのが主な内容であった。

緊急時対応体制については、この他に高知県の報告書に見られたように、スクールバス内の緊急時対策の検討も必要であろう。

(9) 施設設備・医療機器等の整備

1) 各県の研究報告書の内容

福島県の報告書では、「医療的ケアの実施に当たっては、教員の知識や技術の習得のほか、安全性や衛生等の環境条件を整備した上で慎重に実施」するために、主治医・学校医・指導医等の助言指導に基づいて、児童・生徒個々の実態に応じた教室や保健室の施設設備、医療機器、薬品等の整備を行う必要があると述べている³²⁻⁴⁾。

三重県の報告書では、「校内事故等で緊急に処置が必要な場合、円滑に児童生徒の安全を確保する」目的で、「救急カート」を小学部・中学部・高等部の各棟に設置している。「救急カート」は、「①早急に処置が必要な時 ②事故現場から保健室への移動が困難な時 ③事故現場から保健室が遠い時 ④その他必要な時」に「看護婦、養護教員、担任等」が、「一次救命処置（誤嚥等による呼吸困難、心肺蘇生等の場合）及び外傷」の処置を行うために設置している³⁴⁻⁸⁾。

高知県の報告書では、医療機器の整備としてパルスオキシメーターを購入している³⁸⁻²⁾。

鹿児島県の報告書では、「医療的ケアを実施していく際に、それが円滑にできるように備品等の整備が必要である」として、緊急用にパルスオキシメーターと吸引器を学校で購入し、生活環境の改善ではエアコンと加湿器等を設置して役に立っていると述べている³⁹⁻⁸⁾。

沖縄県の報告書では、「保健室の改造計画や呼吸器具の種類、導尿のできるトイレ改造計画」を課題としてあげ、実際に保健室の隣の印刷室を「ケア室」に改造し、空調設備を整えるとともに消毒台・流し台、機械棚、吸引器、処置ベッド、さらに導尿用のトイレを設置している⁴⁰⁻⁵⁾。

2) 「施設設備・医療機器等の整備」についての考察

報告書に示された施設設備・医療機器等の整備の内容から、教室や保健室（または「ケア室」）の整備としては、空調設備等による快適性、清潔な環境としての衛生、健康管理や救命処置等のための医療機器の整備等による安全性、の3つの視点で整備が必要と考えられた。

(10) 保護者との連携

1) 各県の研究報告書の内容

福島県の報告書では、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、保護者との信頼関係の確立が不可欠な条件であるとして、「保護者との信頼関係の確立」と「保護者との連携方法の確立」について、以下のようにまとめている³²⁻⁸⁾。

【保護者との信頼関係の確立】

- ア 指導担当教員による児童生徒の状態の的確な把握と指導の充実
- イ 保護者の心情や学校教育に対する期待等の的確な把握

【保護者との連携方法の確立】

- ①医療的ケア実施に当たっての基本的な考え方、内容、方法等について保護者の理解を得ること。
 - ア 保護者への趣旨説明会等の実施
 - ・学校における医療的ケアの基本方針、保護者からの依頼の手続きについて
 - イ 医療的ケアの実施に当たっての内容と具体的な手順等の保護者に対する明確な説明
 - ・保護者、教員、看護婦それぞれが対応する範囲等
- ②医療的ケア実施希望者の保護者の意見・要望等を聞き、実施内容・方法等に反映させ、保護者の理解と協力を得ること。
 - ア 保護者の意見、要望等を聞く懇談会、アンケート調査等の実施
 - イ 医療的ケアの実施当初の保護者の指導助言の重視
 - ・保護者の立ち会いのもとに、実施中の姿勢、介助の仕方等を含め、保護者からケアの仕方について助言を受け、一緒に行う。
- ③日ごろから保護者と連絡を密に取り合い、児童生徒の情報等を交換できるようにすること。
 - ア 連絡帳や電話等による情報交換

- ・児童生徒の病状や日々の健康状態（睡眠、食事、排泄、発作等）に関すること
 - ・児童生徒の学習状況、学校行事等への参加状況、家庭での生活状況等に関すること
 - ・医療的ケア実施後の実施状況報告や特に気づいた点等に関すること
 - ・定期的な主治医の診察時の指示内容等に関すること
- イ 教員の医療的ケアに関する研修内容と実施状況等に関する保護者に対する情報提供
- ④児童生徒の健康状態の悪化により救急病院への搬送等、医療機関での対応の必要性が生じた場合の保護者への連絡等、対応の仕方を明確にすること。

三重県の報告書では、保護者に対して、「教師の対応能力には限りがあること、学校が手当実施を中止する日があること等について理解を図る」とともに、以下の事項について保護者に遵守することを求めている³⁴⁻⁹⁾。

- (1) 月に一回は必ず該当児童生徒を主治医に診察してもらい、適切な指示を受けること。
- (2) 事前に、主治医の意見を添えて、「日常的・応急の手当実施申請書」を学校に提出すること。
- (3) 医学個別研修（手当の研修）に立ち会うこと。
- (4) 手当を実施する教師に、当該児童生徒の健康状態について学校が十分把握できるよう、病状についての説明を行うこと。
- (5) 必要な医療器具を用意すること。
- (6) 連絡帳等により、当日の病状について学校と連絡を取り合うとともに、手当を実施する教師との情報交換を密にし、信頼関係を培うこと。
- (7) 学校から常に連絡が取れるよう所在を明らかにしておくこと。
- (8) 緊急時に備え、救急病院に提示できるよう、病状及び留意事項を記した主治医からの紹介状を学校から提出しておくこと。

和歌山県の報告書では、「本対応の前提は、保護者からの願い出である。その際、全てを教育のみで対応することが法律的に見ても不可能なことや教育の範疇で実施できる内容などを保護者に説明するとともに、福祉関連諸政策との説明など、十分な周知を図る必要がある。また、円滑な実施については保護者のさまざまな協力が不可欠となる。」³⁶⁻⁵⁾と述べている。

広島県の報告書では、「学校としての責任体制、契約システム体制について」の中で、「保護者との連携」を以下のように述べている³⁷⁾。

- 保護者からの依頼を明確にする。
- 児童生徒の状況の把握に努める。
- 学校で実施する医療的ケアの内容、手順、留意点、緊急時の対応について確認し、承諾を得る。
- 医療的ケアの内容、方法等について指導・助言を受ける。
- 医療的ケアの実施状況や健康状況について連絡を密にする。
- 児童生徒の生活の充実に向けて共通理解を図る。

高知の報告書では、「保護者との連携」として、「毎日の連絡帳を通じての家庭との健康チェックの実施、指導医検診時の保護者同席等、学校、保護者、医師三者の共通理解を図った」³⁸⁻²⁾と述べている。

鹿児島県の報告書では、「PTA総会や理事会等をはじめ、多くのPTA活動の際に研究の取り組みについて説明をして、保護者の理解・協力を得られるようにした。その結果、医療的ケア実施のための手続き等を進めるに当たり、『健康相談』、『医療的ケア実施申請書』の作成などに協力が得られた。」³⁹⁻⁹⁾と述べている。

2) 「保護者との連携」についての考察

報告書に示された保護者との連携の内容は、「学校が保護者に事業内容の説明を行う」「教師の個別研修の際に保護者からの指導・助言を重視する」「日常的な連絡を行う」の3つに分けられる。

福島県の報告書で述べられていたように、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、この3つの取り組みを通して保護者との信頼関係を確立していくことが不可欠であると言えよう。

(1) 事故の補償

1) 各県の研究報告書の内容

静岡県報告書では、「どのように周到に計画し、準備をしたとしても不慮の事故は絶対に起こらないとはいえない」として、「前提条件を整え、手続きを実施し、限定した範囲内において教職員の医療的ケアを実施した場合においては、責任は問われることはない。又、学校の管理下ということで日本体育・学校健康センターの給付金の支給対象となる。看護婦による医療行為に関しても同様である。ただ、場合により賠償額の問題もあり、賠償責任保険に加入する等、対策を講じる必要があるだろう。」³⁰⁻⁵⁾と述べている。

三重県報告書では、事故の補償として、「学校において手当を実施するため、『学校が整えるべき条件』を遵守していたにもかかわらず、手当実施に係る学校事故が万一起きた場合については、三重県及び国が『国家賠償法』によってその損害賠償の責を負うとともに、『日本体育・学校健康センター法』に基づき、保護者に対して災害共済給付を行う」³⁴⁻⁹⁾と述べている。

2) 「事故の補償」についての考察

医療的ケア必要児の教育問題では、その法解釈の問題とともに万一事故が起きた場合の責任問題が大きな課題とされている。報告書では、違法性が問われないように「学校が整えるべき条件」を遵守していても、事故の起きる可能性が無いとは言えないとしていた。その上で、静岡県と三重県の研究報告書では、国および自治体が行う事故時の補償について述べていた。教職員、看護婦、指導医等関係職員が安心して医療的ケアを実施するためには、静岡県や三重県のように国および自治体が行う事故時の補償を明らかにしておく必要があると言えよう。

3. 本節のまとめ

本節では、医療的ケア必要児の教育の在り方を検討するため、1998年に文部省が始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けた10県の研究成果^{30) 32) 33) 34) 35) 36) 37) 38) 39) 40)}を分析した。各県の研究報告書(中間報告を含む)に示された主な研究内容から各県に共通する内容を取り出した結果、「医療的ケアの捉え方(考え方・意義)」「医療的ケアの対応手続き・要件」「対応する医療的ケアの内容・範囲」「校内委員会の設置」「看護婦・養護教員・教員の役割」「指導医・学校医・主治医の役割」「研修」「緊急時対応体制の確立」「施設設備・医療機器等の整備」「保護者との連携」「事故の補償」の11項目が得られた。この11項目に基づいて分析を行った。

「医療的ケアの捉え方(考え方・意義)」では、医療的ケアの対応を医療職に限定するのではなく、文部省が示した条件と厚生省の見解を踏まえて、教師の対応も含めた総合的な医療的管理体制の中で医療的ケアを捉えようとする内容がほとんどであった^{30-1) 32-1) 32-2) 37) 40-1)}。

「医療的ケアの対応手続き・要件」では、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の手続き^{32-3) 33-1) 34-2) 36-1) 37) 39-1)}は、東京都など教師が医療的ケアを行っている実践の内容(第2章第1節参照)とほぼ同様であった。要件は、その内容から「対象」「校内体制」「責任体制」「実施体制」などに分類された。

「対応する医療的ケアの内容・範囲」は、文部省が示した3項目(①咽頭より手前の吸引 ②咳や嘔吐、喘鳴等のない児童・生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養 ③自己導尿の補助)

が基本とされた。なお、これは看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の範囲であるが、神奈川県の場合、配置された看護婦も実施者に位置づけて、医療的ケアと実施者の関係を総合的に検討していたこと³³⁻¹⁾が注目された。ただし、医療的ケアと実施者の関係については固定的に捉えるのではなく、広島県の研究報告書が述べていたように「具体的な内容は、一人一人の児童生徒の実情に応じるものであり、医師、保護者、学校等との個別の検討によるものである」³⁷⁾とする点は重要な視点と思われた。

「校内委員会の設置」では、学校保健管理体制の整備・促進という観点で、「実践研究」の全ての研究協力校において校内委員会が設置されていた。

「看護婦・養護教員・教員の役割」では、養護学校において看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、教師の医療的ケア実施を支援・協力する医療上のスーパーバイザーとしての看護婦配置が必要条件とされた^{32-5) 33-2) 40-4)}。配置された看護婦と養護教員は、お互いの専門性を尊重しあいながら、職種に固有の業務と協働する業務を連携し合って進めていくことが大切とされた^{30-1) 30-2) 33-2) 34-5) 39-4)}。

「指導医・学校医・主治医の役割」では、養護学校で医療的ケアを行う場合には、主治医の指導が重要であるとされた^{30-1) 36-4) 39-4)}。また、本来、校内においては、学校医の指導が重視されるべきであるが、必ずしも学校医が専門医とは限らないため⁴⁷⁾、多くの研究協力校では指導医が配置されていた。この指導医の役割には、「各学校における医療的ケアの実施状況、日常生活上の児童生徒の健康状態等に対する指示や指導助言・主治医との連絡・調整・医療的ケアに関する校内研修の指導」などが見られた^{34-2) 39-5)}。

「研修」では、「①医療的ケア必要児に見られる病理・病態の理解とその対応を講義や実技で学ぶもの」「②医療的ケアを実施するために主治医や指導医から個別に指導を受けるもの」「③重症心身障害児施設等の病棟において実技研修を行うもの」の3つの研修が必要であるとされた^{32-6) 34-6) 37) 38-1) 39-6) 40-4)}。

「緊急時対応体制の確立」では、緊急時対応用の児童・生徒個別マニュアルと緊急時の校内連絡マニュアルを整えた上で、これに基づき教職員の応急処置訓練や搬送等のシミュレーション訓練などを行う「校内体制づくり」と、緊急時の移送先の病院を確保するなど学校と保護者・救急機関・医療機関との連絡体制である「外部との連携体制づくり」が必要であるとされた^{30-4) 32-7) 34-7) 35-3) 36-5) 37) 39-7) 40-4)}。その他、高知県の報告書³⁸⁻¹⁾に見られたスクールバス内の緊急時対策についても検討が必要であるとされた。

「施設設備・医療機器等の整備」では、教室や保健室（または「ケア室」）の整備として、空調設備等による快適性、清潔な環境としての衛生、健康管理や救命処置等のための医療機器の整備等による安全性、の3つの視点での整備が必要であるとした^{32-4) 34-8) 38-2) 39-8) 40-5)}。

「保護者との連携」では、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、保護者との信頼関係の確立が不可欠であり、そのためには、「学校が保護者に事業内容の説明を行う」「教師の個別研修の際に保護者からの指導・助言を重視する」「日常的な連絡を行う」の3つが必要であるとされた^{32-8) 34-9) 36-5) 37) 38-2) 39-9)}。

「事故の補償」では、教職員、看護婦、指導医等関係職員が安心して医療的ケアを実施するためには、静岡県や三重県の研究報告書が述べていたように、国および各自治体が事故時の補償を明らかにしておく必要があるとされた^{30-5) 34-9)}。

第3節 医療的ケア必要児の教育の在り方について

第1章では、肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する学校教職員、医師、保護者の考えや願いを分析して、関係者がどのような解決方法を求めていたのかを検討した。

第2章では、1988年から2000年までに自治体や養護学校で行われた医療的ケア必要児への取り組みを分析して、養護学校における教育条件整備の内容と養護学校が医療的ケアに対応する意義を検討した。

3章では、教育関係者、医療関係者、親の会、国会・文部省等の動向を分析して、第1章で示した関係者の考えと第2章における自治体や養護学校の実践、更には文部省が1998年に始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の間を結びつける関係者の活動展開を明らかにした。

そして、本章の第1節と第2節では、医療的ケアの法解釈と文部省「実践研究」の委嘱を受けた県の研究成果を分析して、看護婦資格のない教師の医療的ケア実施について検討した。

本節では、これまでの検討をもとに、本研究の目的である「医療的ケア必要児の教育の在り方についての一定の知見」としての考察とまとめを行う。

1. 医療的ケアの捉え方

重症心身障害児の処遇について、最初に問題になった1960年代には、「施設入所以外に適切な処遇法はない」⁴⁸⁾とされていた。その後、周産期医療や救急救命を支える医療技術の進歩とともに在宅医療が進展し、それを推進する「①在宅介護技術の進歩 ②在宅医療機器の開発 ③国の医療費抑制政策 ④ノーマライゼーションと家族の在宅療育の指向」によって、病院や施設での生活から在宅療育へと処遇の重心が移動した(序章 I 問題の所在 2「医療的ケア」の定義と問題の背景 参照)。そして、医師の管理・指導に基づいて本人や家族等は、病院等で行われていた「医療行為」を家庭で在宅医療として日常的に行うようになっていった。本人や家族等が家庭で日常的に行う行為は、急性期の治療としての「医療行為」とは異なるとして、医療的ケアと呼ばれるようになった。

医療的ケアの具体的な内容には、「在宅療養指導管理料」として保険診療で認められている範囲、すなわち「自己注射：インスリン、成長ホルモン他、血友病製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン剤、グルカゴン（血糖自己検査を含む）」「自己腹膜灌流」「酸素療法」「中心静脈栄養」「成分栄養経管栄養」「自己導尿」「人工呼吸器」「悪性腫瘍管理：鎮痛剤、化学療法の注射、点滴」「寝たきり患者：気管切開処置、諸カテーテル交換、膀胱洗浄、導尿、鼻腔栄養、皮膚科軟膏など」「疼痛管理：埋め込み型神経刺激装置の実施」等があげられている²⁹⁻¹⁾。この医療的ケアの行為自体は、「医師または歯科医師が行うのでなければ保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為」であるから医行為と考えられる¹⁸⁻¹⁾。そのため無資格の者、すなわち医師でない者が広く公衆に公示し、不特定多数の他人に対して反復継続の意思を持ってこれらを行った場合は、医師法第17条違反の罰則規定である医師法第31条1項1号によって処罰の対象になると解釈される。兵庫県の研究報告書では、看護婦資格のない教師が医療的ケアを実施することについて、「医師法に抵触すると考えられるため、日常的に医療的ケアをすることは望ましいとは言えない」³⁵⁻¹⁾としている。これは、医療的ケアの「医行為」性にも基づいた判断と言えよう。

しかし、各自治体の答申および弁護士の解釈が示したように、家庭で本人や家族等が日常的に行っている範囲内で、保護者の依頼・委託に基づき、医師の指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きによって看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、その行為は医師法第17条に違反しないと解釈される。これは、文部省が「特殊教育におけ

る福祉・医療との連携に関する実践研究」を開始するに当たって示した「①保護者の理解、同意が前提条件 ②主治医による医療面の管理体制が整っていること」⁴¹⁾と同じ条件だと言えよう。

以上を踏まえて、養護学校で教師が対応する医療的ケアは、「学校生活において教育上の医療的配慮を要する援助行為」¹¹⁾であり、「重障児の健康で安全な学校生活を保障するために必要となる医療的な生活介護行為であり、主治医の指示の下、保護者が日常的に行っている特定の行為について、保護者の依頼と同意に基づき、主治医の指導監督、学校長の指示及び限定された条件の下、教育活動上のかかわりの中で、指導に当たる教員が保護者に代わって行うことも可能な行為」³²⁻¹⁾と捉えられる。ただし、看護婦資格のない教師は、「医療を専門とする医師等とは異なり、自ずと限界があるため、そのことを考慮に入れ、十分な検討と準備及び慎重かつ細心の注意が必要」¹⁰⁾である。

2. 医療的ケアへの対応の在り方

医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する学校教職員、医師、保護者の考えや願いでは、養護学校への医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）があげられていた（第1章参照）。また、文部省の「実践研究」でも「養護学校内には看護婦資格のある者が1名は常駐すること」⁴¹⁾とされており、看護婦配置は必要条件である。ここでは、看護婦の配置の在り方と看護婦配置のもとでの医療的ケアの対応の在り方について検討する。

(1) 看護婦配置の在り方

養護学校が医療的ケアに対応するために看護婦を配置・派遣する場合、どのような雇用および契約・派遣形態が望ましいのだろうか。自治体独自に看護婦を配置している場合と文部省の「実践研究」で看護婦を配置した自治体について、配置・派遣された看護婦の雇用・派遣形態をまとめたものが表4-18である。

表4-18 看護婦の配置・派遣形態について

看護婦の雇用および契約・派遣形態		看護婦を配置・派遣している自治体
教育委員会が直接雇用する場合	学校看護婦（常勤）	東京都、高知県
	看護指導員（非常勤・臨時職員）	大阪市、兵庫県加古川市、三重県
	看護婦免許を持つ介助員	兵庫県明石市
	看護婦免許を持つ養護教諭	和歌山県、広島県、鹿児島県、沖縄県
教育委員会が業者等に看護婦派遣を委託する場合	訪問看護婦	兵庫県尼崎市、兵庫県
	病院・施設看護婦の派遣（巡回含む）	兵庫県姫路市、埼玉県大宮市、神戸市、福島県
	委託管理業者からの派遣	神奈川県、静岡県
保護者が直接契約する場合	訪問看護婦	宮城県、滋賀県

※文部省の「実践研究」の委嘱を受けている県は、研究協力校における看護婦の配置形態。

看護婦の雇用および契約・派遣形態を「①教育委員会が直接雇用する場合」「②教育委員会が業者等に看護婦派遣を委託する場合」「③保護者が直接契約する場合」の3つに分けて検討する。この内、「③保護者が直接契約する場合」とは、保護者自身が訪問看護ステーションと派遣契約を結び、保護者の代行として訪問看護婦が養護学校を訪問して、必要な医療的ケアを行うものである。学校に訪問看護婦を派遣する場合の派遣経費は、「居宅」ではないために保険が適用されず自己負担となるが、宮城県と滋賀県では自治体が助成事業を行っていた（第2章参照）。この方法によって、付き添いを強いられている医療的ケア必要児の保護者の負担は軽減されるが、関係者が望んで

いる養護学校への医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）を重視する（第1章参照）のであれば、①②の形態の方が望ましいと言えよう。

更に①②の場合でも、医療的ケアの実施が予想される特定の時間だけ、施設から看護婦を派遣している福島県のような例が見られた。これについて福島県の研究報告書では、「この方法では、派遣される時間外に起こる対象児の体調の変化に対して教員に求められる対応への指導助言やバックアップが得にくくこと、看護婦と実施担当教員が十分に情報交換が行う時間を確保することが困難であること、教員が対応可能な内容・範囲が限定されており、看護婦による対応が必要である」³¹⁻¹⁾として、看護婦の常駐配置を求めている。また、看護婦資格を持つ養護教員の配置で対応している県（和歌山県、広島県、鹿児島県、沖縄県）もあるが、研究報告書では、「養護教諭に求められる対応が、養護教諭の職務の範囲をこえている」⁴⁰⁻⁶⁾、「たとえ養護教員が看護婦資格を有していても兼務することは不可能」³⁴⁻¹⁾とされており、「『看護婦資格のある者』とは、『看護婦』であることが望ましい」³⁴⁻¹⁾として看護婦の常駐配置を求めている。

以上から、養護学校が医療的ケアに対応する場合には、養護教員とは別に看護婦の常駐配置が必要であるという結論が得られる。ただし、雇用形態については、教育委員会が直接雇用する形が良いか、それとも教育委員会が病院・施設や派遣業者に委託する形が良いか、一律に決めることは難しい。看護婦の配置について、「看護婦を教職員定数の対象者として基準を策定し、直接雇用や訪問看護制度利用により医療的ケアを必要とする重障児の在籍数に基づく看護婦を十分に配置」³²⁻⁹⁾することを検討するべきという考えもある。看護婦の雇用形態は、地域の社会資源の状況などを考慮して、配置・派遣の方法を決めるべきであろう。

(2) 看護婦配置のもとでの医療的ケアの対応の在り方

1) 医療的ケアの実施者の在り方

(1) では、「養護学校が医療的ケアに対応する場合には、養護教員とは別に看護婦の常駐配置が必要である」とした。それでは養護学校への看護婦配置を前提にした場合、養護学校は医療的ケアにどのように対応するべきであろうか。最初に、医療的ケアの実施者（＝医療的ケアの担い手）の在り方について検討する。

養護学校への看護婦配置を前提にした場合、医療的ケアの対応の仕方としては、「①配置された看護婦が医療的ケアの全てを行う」「②配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」が考えられる。兵庫県の研究報告書³⁵⁾では、基本的には①を支持していた。また、福島県の研究報告書の今後の課題でも、「教員が医療的ケアを行わず、看護婦がすべての医療的ケアに対応することも一つの方法である。その場合、指導担当教員と看護婦の双方の協働的な対応を行い、重障児の学習活動を中断することなく、教員が教育的なかわりを継続するための指導の在り方についても検討する必要がある。」³²⁻⁹⁾と述べていた。

一方、静岡県の研究報告書では、医療的ケアの実施者として、看護婦だけが医療的ケアを担当する場合と看護婦と教職員が協力して医療的ケアを担当する場合に分け、更に看護婦の学校配備方法も組み合わせてその特徴と問題点をまとめている（図4-2，表4-19）。ここで、看護婦だけが医療的ケアを行う場合、「事業の趣旨が、重度児の教育の充実という観点よりも、保護者の負担軽減という観点が強くなる」と述べている。それに対して、看護婦とともに教師も医療的ケアを行う場合、「保護者の負担軽減という観点到、重度児の教育の充実という観点が加わる」³⁰⁻⁵⁾と述べている。

第1章では、肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する学校教職員、医師、保護者がどのような解決方法を求めているのかを検討した結果、養護学校の教育を充実する視点として、教育条件の整備と教育内容の充実の2つが求められていることを明らかにした。

更に第2章第2節では、「養護学校が医療的ケアに対応する意義」について、「教師にとっての意義」として「児童・生徒の実態把握を行う大切な視点が得られる」「児童・生徒の学習課題設定に必要な視点が得られる」「保護者や医師との連携の促進」があることを示した。

以上から、看護婦配置を前提にした上で、養護学校における医療的ケアの実施者の在り方としては、「②配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」方が望ましいという結論が得られる。

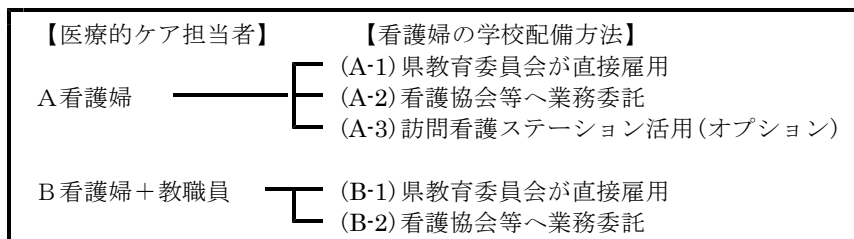


図4-2 医療的ケアの実施者と看護婦の学校配備方法について³⁰⁻⁵⁾

表4-19 医療的ケアの実施者と看護婦の学校配備方法の特徴、問題点等³⁰⁻⁵⁾

	特徴	問題点
A-1	<ul style="list-style-type: none"> 看護婦が主治医の指示のもと、すべての医療的ケアを行う。 事業の趣旨が、重度児の教育の充実という観点よりも、保護者の負担軽減という観点が強くなる。 	<ul style="list-style-type: none"> すべての医療的ケアを看護婦が行うことにより、医療的ケアが必要な子供が多い学校へは複数の看護婦が必要となる。
A-2	<ul style="list-style-type: none"> A-1に同じ 	<ul style="list-style-type: none"> 県内すべての学校へ看護婦を派遣できる委託先を探すことが困難。 委託先に委託料を支払わなければならないのでコスト高
A-3	<ul style="list-style-type: none"> 保険制度化での活用は、居宅・在宅に限るという原則からオプション活用になる。全額自己負担となり、県教委がそれを補助する形になる。 看護婦は、保護者との契約であり、県教委、学校側は契約内容、看護婦の研修、実施内容については関知しない。看護婦の行う行為については、学校管理外の行為になる。 	<ul style="list-style-type: none"> A-1,2に比べて、費用がかかる。 看護婦は、保護者との契約のもとケアを行うので、学校側にケアの内容を知らせる責任はなく、医療と教育の連携という観点では疑問が残る。 ケアに対する安全上の問題等の配慮は、ステーション側にすべて任されている。 1事業所(ステーション)で派遣できる看護婦の数に限りがある。 事故発生時には、日本体育・学校保健センターの災害給付が受けることができない。
B-1	<ul style="list-style-type: none"> 看護婦と教職員が共に医療的ケアを行う。看護婦と教職員が行う医療的ケアは、文部省限定3項目に該当するかどうかで区別される。 看護婦は、医療的ケア以外に教職員が実施するケアについての指導・援助にあたるので、教職員は安心してケアを行うことができる。 事業の趣旨が、保護者の負担軽減という観点に、重度児の教育の充実という観点が加わる。 	<ul style="list-style-type: none"> モデル研究を実施した範囲では、スムーズに運用された。
B-2	<ul style="list-style-type: none"> B-1に同じ。 	<ul style="list-style-type: none"> A-2に同じ。 委託契約の中に、教職員の指導・援助を盛り込めるかどうかを検討する必要がある。

2) 「配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」場合の対応の在り方

ここでは、文部省の「実践研究」の委嘱を受けた10県の研究成果を分析した結果(本章第2節参照)をもとに、「配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」場合の対応の在り方を検討する。

①医療的ケアの対応手続き・要件

看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、「1. 医療的ケアの捉え方」に示したように、家庭で本人や家族等が日常的に行っている範囲内で、保護者の依頼・委託に基づき、医師の指導

を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きが必要である。その上で、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合には次の要件（表４－２０）を満たす必要がある。

表４－２０ 看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の要件

対象	<ul style="list-style-type: none"> ○日常生活を送る上で、長期間にわたって必要不可欠なものであり、保護者が日常的に行っているものであること。 ○主治医が、危険性が少なく、学校で実施することが可能と判断したもの。
校内体制	<ul style="list-style-type: none"> ○看護婦等医療資格者の指導助言及び援助が随時受けられる体制が整備されていること。 ○看護婦等医療資格者は児童生徒の在校中は常勤すること。 ○看護婦等医療資格者が万一不在となる場合は、学校長が実施を中止にすること。 ○看護婦資格のない教師が実施者となる場合、対象児童生徒に日常的にかかわる教師であるとともに、主治医等の指導の下に臨床的な研修を積み、適切な対応の方法を習得している教師であること。
責任体制	<ul style="list-style-type: none"> ○学校に対して保護者からの依頼・委託があること。 ○主治医の同意及び指示（意見書）があり、実施者等に指導管理が継続的になされること。 ○学校医や指導医（担当医）が校内において実施者等に指導・助言を行うこと。 ○校内に医療的ケアの手続きや適否の判断、実施の管理をする組織（医療的ケア委員会等）を設置すること。 ○学校長の決定（実施指示等）があること。
実施体制	<ul style="list-style-type: none"> ○医療的ケアを必要とする特定の対象児童生徒に限定して、その特定の行為について行われるものであること。 ○教育活動上の医療的ケアの必要性や教育課程上の位置づけを明らかにしておくこと。 ○学校は、医療的ケアに関する一般的マニュアルを作成すること。 ○学校は、児童生徒の状況の把握に努めること。 ○指導医や主治医は、実施者として希望する教師に対して実技研修を行い、医療的ケアの内容、手順、留意点、緊急時の対応について指導・助言を行う。実技研修には保護者が立ち会い、家族が行っている医療的ケアの手順やその際の留意点などを伝える。 ○実技研修に基づき、個別の実施マニュアルを作成すること。 ○実施した場合には必ず記録を作成し、定期的な経過報告を関係者に行うこと。 ○保護者と学校は、医療的ケアの実施状況や健康状況について連絡を密にすること。 ○緊急時の連携、対応について医療機関に依頼すること。

②対応する医療的ケアの内容・範囲

表４－２０の要件を満たし、「配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」場合、看護婦資格のない教師が行う医療的ケアの内容・範囲は、文部省が示した「教師が実施することのできる日常的・応急の手当の具体的な内容」である３項目（①咽頭より手前の吸引 ②咳や嘔吐、喘鳴等のない児童・生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養 ③自己導尿の補助⁴⁾²⁾が基本である。これを基本としつつ、静岡県と沖縄県の研究報告書では「鼻腔の吸引と救急時の対応として咽頭部の吸引」^{3)0-3) 4)0-3)}、三重県の研究報告書では「呼吸障害に対する呼吸管理と摂食・嚥下障害のある児童生徒の食事指導」³⁾⁴⁻³⁾、広島県の研究報告書では「経管栄養気管カニューレの管理 吸引・吸入（薬液の注入を含む） 酸素吸入 投薬（経口、座薬の投与を含む） その他」³⁾⁷⁾を項目としてあげていた。

以上から、看護婦資格のない教師が行う医療的ケアの内容・範囲は、文部省が示した３項目を基本としつつ、その他の医療的ケアについては、「一人一人の児童生徒の実情に応じるものであり、医師、保護者、学校等との個別の検討」³⁾⁷⁾によって決定されるものであると言えよう。なお、養護学校が医療的ケアに対応する場合、看護婦の配置が前提であることから、看護婦資格のない教師だけが医療的ケアを実施するのではなく、配置された看護婦も実施することを前提にして、養護学校が対応する医療的ケアの内容・範囲を総合的に検討する必要がある³⁾³⁻¹⁾。

③校内委員会の設置

医療的ケアに対応する手続きを作って、自治体や養護学校が独自に取り組んでいる養護学校(第2章参照)や文部省の「実践研究」の研究協力校では、「医療的ケア検討委員会」等の校内委員会を設置していた。文部省の「実践研究」では、校内の管理体制として「日常的・応急の手当を学校が教師に行わせるに当たっては、その適否の判断及び実施の管理を行うために、学校の校長、養護教員、教師、看護婦資格のある教職員等からなる校内委員会を設置すること」⁴⁵⁾としている。

以上から、養護学校が医療的ケアに対応する場合、養護学校における学校保健管理体制の中心的な役割を担う校内委員会の設置が必要であると言えよう。

④看護婦と養護教員の役割

前述の「(1) 看護婦配置の在り方」では、看護婦資格のある養護教員ではなく、別途看護婦の常駐配置が必要であるとした。また配置された看護婦と教師の役割について先の「1) 医療的ケアの実施者の在り方」では、「配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」方が望ましいとした。

それでは、配置された看護婦と養護教員の役割分担は、どのように捉えればよいのだろうか。神奈川県の研究報告書では、看護婦と養護教員の役割分担を「①学校保健法に基づく職務(養護教員)」「②保健婦助産婦看護婦法に基づく職務(学校保健法に基づかない職務)(看護婦)」「③養護教員と看護婦が協働で取り組む職務(養護教員+看護婦)」の3に分けて具体的に示していた³³⁻²⁾。養護学校に看護婦が配置された場合の看護婦と養護教員の仕事は、それぞれ固有の職務(①と②)を踏まえた上で、③を中心に双方が協力し合って進めていくことが大切であると言えよう。

⑤指導医・学校医・主治医の役割

養護学校において看護婦や養護教員、教師が医療的ケアを行う場合、看護婦への指示書の発行や児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように養護教員や教師に対して指導・監督を行う責任が主治医にはある。

一方、養護学校において、その医療的ケアの内容・範囲が適切であるか、また看護婦や養護教員、教師によって医療的ケアが適切に行われているかを判断して、より安全で適切に医療的ケアが実施されるように教職員を指導する役目は、校内事情に精通している学校医が担うのが望ましいと言えよう。大阪府立交野養護学校では、内科校医が小児神経科医であるため、そのような役目を担っていた(第2章第1節「3. 大阪府の取り組み」参照)。しかし、現在の学校医が必ずしもそれらを判断できる「専門医」とは限らない⁴⁷⁾ため、専門医としての指導医配置が必要とされていた。

指導医の役割は、主治医との連携の上、校内で教職員に対して医療的な指導・管理を行うものである。しかし、東京都の救急体制整備事業の場合、指導医が児童・生徒の検診から個別の研修やマニュアル作成の監修等、本来主治医が果たす役割まで担っていた(第2章第1節「2. 東京都の取り組み」参照)。学校医について静岡県の研究報告書では、「できれば主治医に代わって教職員を指導する指導医の役割を果たすことも望まれる」³⁰⁻¹⁾と述べていたが、東京都では、主治医の承諾のもとに指導医が、主治医に代わって教職員を指導していた。これは東京都の場合、対象とする医療的ケア必要児が多く、更に主治医も様々な医療機関にわたるため、養護学校が直接それぞれの主治医に検診・個別研修・マニュアル作成の監修等を依頼することが大変困難だからである。主治医の承諾のもとに指導医が多くの役割を担っており、養護学校における医療的ケアの対応システムとしては合理的であるが、この場合の指導医の責任は、主治医並みに重いと言えよう。

このように、指導医、学校医、主治医の役割は、地域や養護学校の実情によって異なり、一律に決めることは困難である。その地域において専門医の協力が得やすい方法を選ぶ必要がある。

⑥研修

文部省の「実践研究」の委嘱を受けた10県の研究報告書に示された研修を内容で分類すると、「①医療的ケア必要児に見られる病理・病態の理解とその対応を講義や実技で学ぶもの」「②医療的ケアを実施するために主治医や指導医から個別に指導を受けるもの」「③重症心身障害児施設等の病棟において実技研修を行うもの」の3つに分けられた。

文部省の「実践研究」の委嘱を受けていない東京都の救急体制整備事業でも、同様な研修を組織していた。ここでは、東京都の救急体制整備事業で行っている研修の名称(第2章第1節「2. 東京都の取り組み」参照)を参考に、各研修の名称を便宜的に「①専門研修」「②個別研修」「③臨床研修」と称する(表4-21)。養護学校が医療的ケアに対応する場合、これらの研修を教育委員会の責任において組織する必要がある。

表4-21 医療的ケアに関する研修

研修名	研修の受講対象者	研修の目的・内容
専門研修	教職員全員	障害児の医療や看護に関する基礎的知識や技能の習得を目的とした研修。
個別研修	専門研修を終了して医療的ケア実施する予定の教職員	学校に医療的ケアの実施申請を出している医療的ケア必要児を対象に、主治医や指導医が個別的に指導を行う実践的・臨床的研修。
臨床研修	専門研修を終了した者で希望する教職員	医療的な知識や技術のスキルアップを目的とした重症心身障害児施設等の病棟における実技研修。

3. 緊急時対応体制

先の「①医療的ケアの対応手続き・要件」では、緊急時対応体制について、「緊急時の連携、対応について医療機関に依頼すること。」をあげた(表4-20)。万一事故が起きた場合の責任問題について鹿内²⁸⁻²⁾は、「生体に刺激を加えるわけであるから技術的な巧拙と関係なく、何らかの反応が起こることもあろう」が、「問題は、学校にいたというだけで、家庭にいたときに受けられる医師への通報とか救急処置の対応が著しく遅れなかったか」であり、「そのことに問題がなければ責任を論ずる場面はない」と述べている。このように緊急時対応体制の確立は重要である。

そこで、文部省の「実践研究」の委嘱を受けた10県の研究成果および他の医療的ケアに取り組んでいる自治体・養護学校の実践内容から、養護学校が医療的ケアに対応する場合、表4-22に示した緊急時対応体制の確立が必要であると言えよう。なお、表の中の「緊急時対応個別マニュアル」とは、個々の児童・生徒に想定される緊急事態とその対処法をまとめたものであり、「緊急時校内連絡マニュアル」は、児童・生徒の緊急時における校内連絡や救急・救命機関等との連絡・搬送手続きをまとめたものである。

表4-22 緊急時対応体制について

校内体制づくり	マニュアルの作成	緊急時対応個別マニュアル 緊急時校内連絡マニュアル
	研修および訓練	応急処置に関する実技研修 緊急事態発生から病院搬送までのシミュレーション訓練
外部との連携体制づくり	移送先病院の確保 消防署等への協力依頼 保護者への連絡方法を明らかにする	} 緊急時校内連絡マニュアルへ 反映させる
その他	スクールバス内の緊急時対策	

4. 施設設備・医療機器等の整備

文部省の「実践研究」の委嘱を受けた 10 県の研究成果の内容から、施設設備・医療機器等の整備には、快適性と衛生と安全性の 3 つの視点での整備が必要であると考えられた（表 4-23）。

なお、東京都教育委員会は、1995 年に「都立盲・ろう・養護学校運営費標準」を改訂する際に、吸引器、パルスオキシメーター、ネブライザー等の医療機器を「養護・訓練」の項目に位置づけていた（第 2 章第 1 節「2. 東京都の取り組み」参照）。必要な医療機器を公費で購入しやすくするには、「学校運営標準」に入れることも大切であろう。

表 4-23 養護学校の施設設備・医療機器等の整備

快適性	室温、湿度、換気、採光・照明等に配慮した校内環境 清掃、給湯設備、手洗い蛇口・トイレの自動化、医療機器の衛生管理 日常の手洗い励行や教材を共用しない等の配慮
衛生	
安全性	室内の整理整頓、医療機器・薬品等の整備、救急カートの設置 等

5. 保護者との連携

文部省の「実践研究」の委嘱を受けた 10 県の研究成果の内容から、保護者との連携には、「学校が保護者に事業内容の説明を行う」「教師の個別研修の際に保護者からの指導・助言を重視する」「日常的な連絡を行う」の 3 つが見られた。その具体的な内容を表 4-24 に示す。

養護学校が医療的ケアに対応する場合、「保護者との信頼関係」が最も重要である。表 4-24 の取り組みを通じて、保護者との信頼関係を確立していく必要がある。

表 4-24 保護者との連携について

学校が保護者に事業内容の説明を行う	・説明会や懇談会において、医療的ケアについての学校の基本方針、手続き、対応範囲と対応の限界、緊急時の対策等の説明と意見交換を行う。
個別研修時の保護者の指導・助言を重視する	・個別研修時に保護者が、医療的ケアの実施者や実施者を指導する医師に対して、対象児の個々の特徴や配慮についての説明を行う。
日常的な連絡	・健康状態や緊急時対応などを保護者が学校に「健康調査票」等で情報提供する。 ・定期的な主治医の診察とその際の指示内容を保護者が学校に情報提供する。 ・連絡帳や電話で情報交換（健康状態、配慮事項、連絡場所や連絡手段等）をする。

6. 事故の補償

本節「1. 医療的ケアの捉え方」では、養護学校において看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、家庭で本人や家族等が日常的に行っている範囲内で、保護者の依頼・委託に基づき、医師の指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続き、および「表 4-20 看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の要件」を満たすことによって、医師法第 17 条に違反しないと解釈した。

一方、万一事故が起きた場合の責任問題について鹿内²⁸⁻²⁾は、「生体に刺激を加えるわけであるから技術的な巧拙と関係なく、何らかの反応が起こることもあろう」が、「問題は、学校にいたというだけで、家庭にいたときに受けられる医師への通報とか救急処置の対応が著しく遅れなかったか」であり、「そのことに問題がなければ責任を論ずる場面はない」と述べている。しかし、違法性が問われないように「表 4-20 看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の要件」を遵守していても、事故が起きる可能性が無いとは言えず、事故の責任に対する関係職員の不安は、十分には解消されないかも知れない。

そのため、養護学校において教師、養護教員、看護婦、指導医等関係職員が安心して医療的ケアを行うためには、国および各自治体が静岡県³⁰⁻⁵⁾や三重県³⁴⁻⁹⁾の研究報告書にあるように責任の所在と事故時の補償を明らかにしておく必要がある。具体的には、次のような文言が考えられる。

「看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の要件」を満たした状態で医療的ケアを実施した場合においては、責任は問われることはない。これを遵守していたにもかかわらず、医療的ケアの実施に係る学校事故が万一起きた場合については、県および国が「国家賠償法」によってその損害賠償の責を負うとともに、「日本体育・学校健康センター法」に基づき、保護者に対して災害共済給付を行う。

7. 本節のまとめ

本節では、これまでの検討をもとに、本研究の目的である「医療的ケア必要児の教育の在り方についての一定の知見」としての考察とまとめを行った。

まず、「医療的ケアの捉え方」について検討した。医療的ケアとは、医師の管理・指導に基づいて本人や家族等が在宅医療として日常的に経管栄養などを行うようになり、急性期の治療としての「医療行為」とは区別して呼ばれたものである。この医療的ケアの行為自体は医行為と考えられるため、医師でない者が広く公衆に公示し、不特定多数の他人に対して反復継続の意思を持ってこれらを行った場合は、医師法第 17 条違反で処罰の対象になると解釈された¹⁸⁻¹⁾。しかし、各自治体の答申および弁護士の解釈によると、家庭で本人や家族等が日常的に行っている範囲内で、保護者の依頼・委託に基づき、医師の指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きによって看護婦資格のない教師が医療的ケアを行った場合、医師法第 17 条に違反しないと解釈された^{7) 8) 9) 10) 23) 24) 25) 27) 28)}。これは、文部省が「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を開始するに当たって示した「①保護者の理解、同意が前提条件 ②主治医による医療面の管理体制が整っていること」³⁰⁾という条件と同じと考えられた。ただし、看護婦資格のない教師は、「医療を専門とする医師等とは異なり、自ずと限界があるため、そのことを考慮に入れ、十分な検討と準備及び慎重かつ細心の注意が必要」¹⁰⁾であるとした。

「医療的ケアへの対応の在り方」について、関係する学校教職員、医師、保護者の考えや願いでは、養護学校への医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）があげられていた（第 1 章参照）。文部省の「実践研究」でも「養護学校内には看護婦資格のある者が 1 名は常駐すること」とされており、看護婦配置は必要条件であった^{32-5) 33-2) 40-4) 41)}。この看護婦配置の仕方は、看護婦の雇用および契約・派遣形態から「①教育委員会が直接雇用する場合」「②教育委員会が業者等に看護婦派遣を委託する場合」「③保護者が直接契約する場合」³⁰⁻⁵⁾の 3 つに分けられた（表 4-18）。この内、「③保護者が直接契約する場合」は、医療的ケアのために付き添いを強いられている医療的ケア必要児の保護者の負担軽減にはなるが、関係者が望んでいる養護学校への医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）を重視するのであれば、①②の形態の方が望ましいとした。また、文部省の「実践研究」では、看護婦資格を持つ養護教員の配置で対応していた県も見られたが、研究成果の多くは養護教員と別に看護婦配置を求めていた^{34-1) 40-6)}。以上から、養護学校が医療的ケアに対応する場合には、養護教員とは別に看護婦の常駐配置が必要であるとした。

「看護婦配置のもとでの医療的ケアの実施者の在り方」では、「①配置された看護婦が医療的ケアの全てを行う」「②配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」の 2 つが考えられた。静岡県の研究報告書³⁰⁻⁵⁾では、看護婦だけが医療的ケアを行う場合、「事業の趣旨が、重度児の教育の充実という観点よりも、保護者の負担軽減という観点が強くなる」とし、一方、看護婦とともに教師も医療的ケアを行う場合、「保護者の負担軽減という観点に、重度児の教育の充実という観点が加わる」と述べていた。第 1 章では、医療的ケアの問題解決に向けて、養護学校における教育条件の整備

と教育内容の充実を関係者が求めていることを、第2章では、医療的ケア必要児の教育実践事例から教師が医療的ケアに関わる意義を明らかにした。以上から、「看護婦配置のもとでの医療的ケアの実施者の在り方」としては、「②配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」方が望ましいと考えられた。その上で、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合には、一連の校内手続きと一定の要件（表4-20）を満たす必要があるとした。

「医療的ケアの内容・範囲」は、文部省が示した「教師が実施することのできる日常的・応急の手当の具体的な内容」⁴²⁾の3項目（①咽頭より手前の吸引 ②咳や嘔吐、喘鳴等のない児童・生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養 ③自己導尿の補助）を基本としつつ、その他の医療的ケアについては、「一人一人の児童生徒の実情に応じるものであり、医師、保護者、学校等との個別の検討」³⁷⁾によって決定されるものであるとした。なお、配置された看護婦が医療的ケアを行うことも含めて、養護学校で対応する「医療的ケアの内容・範囲」を総合的に検討する必要³³⁻¹⁾があるとした。

「校内委員会」については、養護学校が医療的ケアに対応する場合、養護学校における学校保健管理体制の中心的な役割を担う校内委員会の設置が必要であるとした。

「看護婦と養護教員の役割」分担は、「①学校保健法に基づく職務（養護教員）」「②保健婦助産婦看護婦法に基づく職務（学校保健法に基づかない職務）（看護婦）」「③養護教員と看護婦が協働で取り組む職務（養護教員＋看護婦）」³³⁻²⁾の3つに分けられたが、それぞれ固有の職務（①と②）を踏まえた上で、③を中心に双方が協力し合って進めていくことが大切であるとした^{30-1) 30-2) 34-5) 39-4)}。

「指導医・学校医・主治医の役割」では、養護学校が医療的ケアに対応する場合、看護婦への指示書の発行や児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように養護教員や教師に対して指導・監督を行う責任が主治医にはあるとした。一方、養護学校において、その医療的ケアの内容・範囲が適切であるか、また看護婦や養護教員、教師によって医療的ケアが適切に行われているかを判断して、より安全で適切に医療的ケアが実施されるように教職員を指導する役目は、校内事情に精通している学校医が担うのが望ましいとした。しかし、現在の学校医が必ずしもそれらを判断できる「専門医」とは限らないため、専門医としての指導医配置が必要とされていた^{30-1) 36-4) 39-4)}。

「研修」は、「①専門研修：医療的ケア必要児に見られる病理・病態の理解とその対応を講義や実技で学ぶもの」「②個別研修：医療的ケアを実施するために主治医や指導医から個別に指導を受けるもの」「③臨床研修：重症心身障害児施設等の病棟において実技研修を行うもの」の3つに分けられた^{32-6) 34-6) 37) 38-1) 39-6) 40-4)}。養護学校が医療的ケアに対応する場合、これらの研修を教育委員会の責任において組織する必要があるとした。

「緊急時対応体制」には、「校内体制づくり」と「外部との連携体制づくり」があり、マニュアル作成や訓練など緊急時対応体制（表4-22）の確立が必要であるとした^{30-4) 32-7) 34-7) 35-3) 36-5) 37) 39-7) 40-4)}。

「施設設備・医療機器等の整備」には、養護学校の快適性と衛生と安全性の3つの視点での整備が必要であるとした（表4-23）^{32-4) 34-8) 38-2) 39-8) 40-5)}。

「保護者との連携」では、「学校が保護者に事業内容の説明を行う」「教師の個別研修の際に保護者からの指導・助言を重視する」「日常的な連絡を行う」の3つ（表4-24）を通して、保護者との信頼関係を確立していくことが必要であるとした^{32-8) 34-9) 36-5) 37) 38-2) 39-9)}。

「事故の補償」は、違法性が問われないように「表4-20 看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の要件」を遵守していても事故が起きる可能性が無いとは言えないため、教師、養護教員、看護婦、指導医等関係職員が安心して医療的ケアを行うためには国及び自治体が静岡県³⁰⁻⁵⁾や三重県の研究報告書³⁴⁻⁹⁾にあるように責任の所在と事故時の補償を明らかにしておく必要があるとした。

第4節 第4章のまとめ

本章では、医療的ケアの法解釈と、1998年から文部省が始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けた10県およびその他の自治体の研究成果を分析して、看護婦資格のない教師の医療的ケア実施について検討を行い、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方に関する一定の知見を得ることを目的とした。

看護婦資格のない教師が行う医療的ケアの法解釈について、各自治体設置の「検討委員会」答申には、「医療的ケアは『医療行為』であり、教師が行う場合は、法に触れるおそれがある」^{1) 2) 5) 6)}とする見解と、「医療的ケアは看護婦資格のない教師であっても一定の手続きを経ることで行える行為」^{7) 8) 9) 10)}とする見解が見られた。前者が、医療的ケアの行為内容そのものが持つ「医行為」性とそれを業として行うことの違法性を医師法第17条に照らして述べたもの^{18-1) 22)}であるのに対して、後者は、校内体制を整えて一定の手続きを経て教師が医療的ケアを行う場合、刑法第35条の正当行為として違法性を阻却するという考えに立ったもの^{23) 24) 25) 27) 28)}と考えられた。

このように医療的ケアの法解釈では、医療的ケアの「医行為」性に基づく違法性と、正当行為として違法性が問われないようにシステム化した対応とに分けて医療的ケアの法解釈を行う必要があることを明らかにした。そして1993年と1994年の国会の質疑で文部省と厚生省が出した見解が前者に基づくものであったのに対して、1998年に文部省が「実践研究」を開始するに当たって厚生省等と合意した見解³⁰⁾は、後者に基づくものであったと考えられた。

以上から、東京都の救急体制整備事業や文部省の「実践研究」のように、保護者の依頼・委託および医師による指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きで対応するならば、養護学校において看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うことは可能であるという結論が得られた。

次に、1998年に文部省が始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けた10県の研究成果^{30) 32) 33) 34) 35) 36) 37) 38) 39) 40)}を分析した。各県の研究報告書（中間報告を含む）に示された主な研究内容から各県に共通する内容を取り出した結果、「医療的ケアの捉え方（考え方・意義）」「医療的ケアの対応手続き・要件」「対応する医療的ケアの内容・範囲」「校内委員会の設置」「看護婦・養護教員・教員の役割」「指導医・学校医・主治医の役割」「研修」「緊急時対応体制の確立」「施設設備・医療機器等の整備」「保護者との連携」「事故の補償」の11項目が得られた。この11項目に基づいて分析を行った。

「医療的ケアの捉え方（考え方・意義）」では、医療的ケアの対応を医療職に限定するのではなく、文部省が示した条件と厚生省の見解を踏まえて、教師の対応も含めた総合的な医療的管理体制の中で医療的ケアを捉えようとする内容がほとんどであった^{30-1) 32-1) 32-2) 37) 40-1)}。

「医療的ケアの対応手続き・要件」では、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の手続き^{32-3) 33-1) 34-2) 36-1) 37) 39-1)}は、東京都など教師が医療的ケアを行っている実践の内容（第2章第1節参照）とほぼ同様であった。要件は、その内容から「対象」「校内体制」「責任体制」「実施体制」などに分類された。

「対応する医療的ケアの内容・範囲」は、文部省が示した3項目（①咽頭より手前の吸引 ②咳や嘔吐、喘鳴等のない児童・生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養 ③自己導尿の補助）が基本とされた。なお、これは看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の範囲であるが、神奈川県の場合、配置された看護婦も実施者に位置づけて、医療的ケアと実施者の関係を総合的に検討していたこと³³⁻¹⁾が注目された。ただし、医療的ケアと実施者の関係については固定的に捉えるのではなく、広島県の研究報告書が述べていたように「具体的な内容は、一人一人の児童生徒の実情に応

じるものであり、医師、保護者、学校等との個別の検討によるものである」³⁷⁾とする点は重要な視点と思われた。

「校内委員会の設置」では、学校保健管理体制の整備・促進という観点で、「実践研究」の全ての研究協力校において校内委員会が設置されていた。

「看護婦・養護教員・教員の役割」では、養護学校において看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、教師の医療的ケア実施を支援・協力する医療上のスーパーバイザーとしての看護婦配置が必要条件とされた^{32-5) 33-2) 40-4)}。配置された看護婦と養護教員は、お互いの専門性を尊重しあいながら、職種に固有の業務と協働する業務を連携し合って進めていくことが大切とされた^{30-1) 30-2) 33-2) 34-5) 39-4)}。

「指導医・学校医・主治医の役割」では、養護学校で医療的ケアを行う場合には、主治医の指導が重要であるとされた^{30-1) 36-4) 39-4)}。また、本来、校内においては、学校医の指導が重視されるべきであるが、必ずしも学校医が専門医とは限らないため⁴⁷⁾、多くの研究協力校では指導医が配置されていた。この指導医の役割には、「各学校における医療的ケアの実施状況、日常生活上の児童生徒の健康状態等に対する指示や指導助言・主治医との連絡・調整・医療的ケアに関する校内研修の指導」などが見られた^{34-2) 39-5)}。

「研修」では、「①医療的ケア必要児に見られる病理・病態の理解とその対応を講義や実技で学ぶもの」「②医療的ケアを実施するために主治医や指導医から個別に指導を受けるもの」「③重症心身障害児施設等の病棟において実技研修を行うもの」の3つの研修が必要であるとされた^{32-6) 34-6) 37) 38-1) 39-6) 40-4)}。

「緊急時対応体制の確立」では、緊急時対応用の児童・生徒個別マニュアルと緊急時の校内連絡マニュアルを整えた上で、これに基づき教職員の応急処置訓練や搬送等のシミュレーション訓練などを行う「校内体制づくり」と、緊急時の移送先の病院を確保するなど学校と保護者・救急機関・医療機関との連絡体制である「外部との連携体制づくり」が必要であるとされた^{30-4) 32-7) 34-7) 35-3) 36-5) 37) 39-7) 40-4)}。その他、高知県の報告書³⁸⁻¹⁾に見られたスクールバス内の緊急時対策についても検討が必要であるとされた。

「施設設備・医療機器等の整備」では、教室や保健室（または「ケア室」）の整備として、空調設備等による快適性、清潔な環境としての衛生、健康管理や救命処置等のための医療機器の整備等による安全性、の3つの視点での整備が必要であるとした^{32-4) 34-8) 38-2) 39-8) 40-5)}。

「保護者との連携」では、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合、保護者との信頼関係の確立が不可欠であり、そのためには、「学校が保護者に事業内容の説明を行う」「教師の個別研修の際に保護者からの指導・助言を重視する」「日常的な連絡を行う」の3つが必要であるとされた^{32-8) 34-9) 36-5) 37) 38-2) 39-9)}。

「事故の補償」では、教職員、看護婦、指導医等関係職員が安心して医療的ケアを実施するためには、静岡県や三重県の研究報告書が述べていたように、国および各自自治体が事故時の補償を明らかにしておく必要があるとされた^{30-5) 34-9)}。

最後に、これまでの検討をもとに、本研究の目的である「医療的ケア必要児の教育の在り方についての一定の知見」としての考察とまとめを行った。

まず、「医療的ケアの捉え方」について検討した。医療的ケアとは、医師の管理・指導に基づいて本人や家族等が在宅医療として日常的に経管栄養などを行うようになり、急性期の治療としての「医療行為」とは区別して呼ばれたものである。この医療的ケアの行為自体は医行為と考えられるため、医師でない者が広く公衆に公示し、不特定多数の他人に対して反復継続の意思を持ってこれらを行った場合は、医師法第17条違反で処罰の対象になると解釈された¹⁸⁻¹⁾。しかし、各自自治体の答申および弁護士の解釈によると、家庭で本人や家族等が日常的に行っている範囲内で、保護者の依頼・委託

に基づき、医師の指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きによって看護婦資格のない教師が医療的ケアを行った場合、医師法第 17 条に違反しないと解釈された^{7) 8) 9) 10) 23) 24) 25) 27) 28)}。これは、文部省が「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を開始するに当たって示した「①保護者の理解、同意が前提条件 ②主治医による医療面の管理体制が整っていること」³⁰⁾という条件と同じと考えられた。ただし、看護婦資格のない教師は、「医療を専門とする医師等とは異なり、自ずと限界があるため、そのことを考慮に入れ、十分な検討と準備及び慎重かつ細心の注意が必要」¹⁰⁾であるとした。

「医療的ケアへの対応の在り方」について、関係する学校教職員、医師、保護者の考えや願いでは、養護学校への医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）があげられていた（第 1 章参照）。文部省の「実践研究」でも「養護学校内には看護婦資格のある者が 1 名は常駐すること」とされており、看護婦配置は必要条件であった^{32-5) 33-2) 40-4) 41)}。この看護婦配置の仕方は、看護婦の雇用および契約・派遣形態から「①教育委員会が直接雇用する場合」「②教育委員会が業者等に看護婦派遣を委託する場合」「③保護者が直接契約する場合」³⁰⁻⁵⁾の 3 つに分けられた（表 4-18）。この内、「③保護者が直接契約する場合」は、医療的ケアのために付き添いを強いられている医療的ケア必要児の保護者の負担軽減にはなるが、関係者が望んでいる養護学校への医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）を重視するのであれば、看護婦配置は、「①教育委員会が直接雇用する場合」「②教育委員会が業者等に看護婦派遣を委託する場合」の形態の方が望ましいとした。また、文部省の「実践研究」では、看護婦資格を持つ養護教員の配置で対応していた県も見られたが、研究成果の多くは養護教員と別に看護婦配置を求めていた^{34-1) 40-6)}。以上から、養護学校が医療的ケアに対応する場合には、養護教員とは別に看護婦の常駐配置が必要であるとした。

「看護婦配置のもとでの医療的ケアの実施者の在り方」では、「①配置された看護婦が医療的ケアの全てを行う」「②配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」の 2 つが考えられた。静岡県の研究報告書³⁰⁻⁵⁾では、看護婦だけが医療的ケアを行う場合、「事業の趣旨が、重度児の教育の充実という観点よりも、保護者の負担軽減という観点が強くなる」とし、一方、看護婦とともに教師も医療的ケアを行う場合、「保護者の負担軽減という観点に、重度児の教育の充実という観点が加わる」と述べていた。第 1 章では、医療的ケアの問題解決に向けて、養護学校における教育条件の整備と教育内容の充実を関係者が求めていることを、第 2 章では、医療的ケア必要児の教育実践事例から教師が医療的ケアに関わる意義を明らかにした。以上から、看護婦配置のもとでの医療的ケアの実施者の在り方としては、「②配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」方が望ましいと考えられた。その上で、看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合には、一連の校内手続きと一定の要件（表 4-20）を満たす必要があるとした。

「医療的ケアの内容・範囲」は、文部省が示した「教師が実施することのできる日常的・応急手当の具体的な内容」⁴²⁾の 3 項目（①咽頭より手前の吸引 ②咳や嘔吐、喘鳴等のない児童・生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養 ③自己導尿の補助）を基本としつつ、その他の医療的ケアについては、「一人一人の児童生徒の実情に応じるものであり、医師、保護者、学校等との個別の検討」³⁷⁾によって決定されるものであるとした。なお、配置された看護婦が医療的ケアを行うことも含めて、養護学校で対応する「医療的ケアの内容・範囲」を総合的に検討する必要³³⁻¹⁾があるとした。

「校内委員会」については、養護学校が医療的ケアに対応する場合、養護学校における学校保健管理体制の中心的な役割を担う校内委員会の設置が必要であるとした。

「看護婦と養護教員の役割」分担では、「①学校保健法に基づく職務（養護教員）」「②保健婦助産婦看護婦法に基づく職務（学校保健法に基づかない職務）（看護婦）」「③養護教員と看護婦が協働で取り組む職務（養護教員＋看護婦）」³³⁻²⁾の 3 つに分けられた。「看護婦と養護教員の役割」分担は、

それぞれ固有の職務（①と②）を踏まえた上で、③を中心に双方が協力し合って進めていくことが大切であるとした^{30-1) 30-2) 33-2) 34-5) 39-4)}。

「指導医・学校医・主治医の役割」では、養護学校が医療的ケアに対応する場合、看護婦への指示書の発行や児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように養護教員や教師に対して指導・監督を行う責任が主治医にはあるとした。一方、養護学校において、その医療的ケアの内容・範囲が適切であるか、また看護婦や養護教員、教師によって医療的ケアが適切に行われているかを判断して、より安全で適切に医療的ケアが実施されるように教職員を指導する役目は、校内事情に精通している学校医が担うのが望ましいとした。しかし、現在の学校医が必ずしもそれらを判断できる「専門医」とは限らないため、専門医としての指導医配置が必要とされていた^{30-1) 36-4) 39-4)}。

「研修」は、「①専門研修：医療的ケア必要児に見られる病理・病態の理解とその対応を講義や実技で学ぶもの」「②個別研修：医療的ケアを実施するために主治医や指導医から個別に指導を受けるもの」「③臨床研修：重症心身障害児施設等の病棟において実技研修を行うもの」の3つに分けられた^{32-6) 34-6) 37) 38-1) 39-6) 40-4)}。養護学校が医療的ケアに対応する場合、これらの研修を教育委員会の責任において組織する必要があるとした。

「緊急時対応体制」には、「校内体制づくり」と「外部との連携体制づくり」があり、マニュアル作成や訓練など緊急時対応体制（表4-22）の確立が必要であるとした^{30-4) 32-7) 34-7) 35-3) 36-5) 37) 39-7) 40-4)}。

「施設設備・医療機器等の整備」には、養護学校の快適性と衛生と安全性の3つの視点での整備が必要であるとした（表4-23）^{32-4) 34-8) 38-2) 39-8) 40-5)}。

「保護者との連携」では、「学校が保護者に事業内容の説明を行う」「教師の個別研修の際に保護者からの指導・助言を重視する」「日常的な連絡を行う」の3つ（表4-24）を通して、保護者との信頼関係を確立していくことが必要であるとした^{32-8) 34-9) 36-5) 37) 38-2) 39-9)}。

「事故の補償」では、違法性が問われないように「表4-20 看護婦資格のない教師が医療的ケアを行う場合の要件」を遵守していても事故が起きる可能性が無いとは言えないので、教師、養護教員、看護婦、指導医等関係職員が安心して医療的ケアを行うためには、国と各自治体が静岡県³⁰⁻⁵⁾や三重県の研究報告書³⁴⁻⁹⁾にあるように責任の所在と事故時の補償を明らかにしておく必要があるとした。

以上のように、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方に関する知見をまとめた。

第4章文献

- 1) 東京都教育委員会(1988)「肢体不自由養護学校における医療行為を必要とする児童・生徒の指導と就学措置について」.
- 2) 東京都心身障害教育推進委員会(1989)「東京都心身障害教育推進委員会第二次報告」,p.63.
- 3) 医療行為を必要とする児童・生徒の教育措置等検討委員会：東京都(1991)「医療行為を必要とする児童・生徒の教育のあり方について(報告)」,p.3.
- 4) 東京都立村山養護学校(1994)「東京都肢体不自由養護学校における医療体制整備事業モデル校研究報告書～望ましい肢体不自由養護学校を目指して～」,p.4.
4-1) 前掲4)のp.p.60-61.
- 5) 障害児教育と医療の連携検討委員会：滋賀県(1994)「障害児教育と医療の連携について(提言)」.
- 6) 高知県心身障害教育振興対策協議会：高知県(1995)「学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育対応について」,p.2.
- 7) 障害児生理管理検討委員会：横浜市(1990)「養護学校における重度・重複障害児のケアに関する提言」,p.11.
- 8) 医療との連携のあり方に関する検討委員会：大阪府(1991)「大阪府立養護教育諸学校における医療との望ましい連携について(報告)」,p.8.
- 9) 神奈川県障害児教育関連医療研究協議会：神奈川県(1993)「障害児教育関連医療研究協議会のまとめ」,p.7.
- 10) 盲・養護学校における重度・重複障害児の健康管理とそれに伴う教育措置に係る検討委員会：神戸市(1997)「肢体不自由養護学校における医療的ケアについて(報告)」,p.5.
- 11) 千葉県障害児教育検討委員会：千葉県(1997)「本県障害児教育の課題と今後の在り方について(答申)」,p.2.
- 12) 兵庫県障害児就学指導審議会：兵庫県(1998)「高等部の訪問教育及び医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について(報告)」,p.10.
- 13) 植木哲編(1997)「医事法教科書」,信山出版,p.5.
- 14) 鹿内清三(1990)「訴訟事例に学ぶ 医療事故と責任」,第一法規出版,p.p.215-216.
- 15) 若杉長英(1990)厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書,p.p.5-6.
- 16) 菅野耕毅,高江洲義矩(1992)「医事法学概論」,医師薬出版,p.p.117-118.
- 17) 下川和洋,谷みどり(1996)「医療的ケアに関する保護者アンケート調査報告」,いのちの輝き資料編,日本小児医事出版社,p.116.
- 18) 平林勝政(1994)「第4章 在宅医療」,宇都木伸・平林勝政編,フォーラム医事法学,尚学社,p.123.
18-1) 前掲18)のp.p.132-133.
- 19) 舟橋満寿子,下川和洋(1997)「苦難の選択…医療体制整備事業から救急体制整備事業」,財団法人日本児童家庭文化協会,第17回こどもの難病シンポジウム報告書,p.p.59-67.
- 20) 高田利廣(1997)「看護婦と医療行為 その法的解釈」,日本看護協会出版会,p.108.
- 21) 三宅捷太(1990)「吸引と注入などを必要とする障害児が学校教育から敬遠されている問題」,脳と発達,22,p.88.
- 22) 鈴木文晴(1991)「医療を必要とする重度障害児の養護学校通学に関して」,脳と発達,23,p.110.
- 23) 柳川従道(1996)「教員等が障害児の教育現場でいわゆる「医療行為」を行うことと医師法第17条との関係について」,財団法人日本児童家庭文化協会,がんばれ,37,p.p.17-18.
- 24) 加藤済仁(1996)「学校における医療的ケアの法的解釈」,財団法人日本児童家庭文化協会,第17回こどもの難病シンポジウム報告書,p.74.
- 25) 里見和夫(1999)「法律の立場より医療的ケアを考える」,大阪養護教育と医療研究会,活動報告第1集,p.p.9-10.
- 26) 東京都教育委員会(1994)「都立養護学校における救急体制整備事業実施要綱」資料1救急体制整備校運営要項モデル案.
- 27) 飯野順子(2000)「生命を輝かせ、生活の質を高める教育と医療の連携について」,大阪養護教育と医療研究会活動報告第2集,p.3.

- 28)鹿内清三(1998)「絶対的医行為 相対的医行為 放任行為」,はげみ 2・3月号,p.44.
- 28-1)前掲 28)の p.46.
- 28-2)前掲 28)の p.45-46.
- 29)鈴木康之 他(1997)「障害児・者の医療的ケアのあり方について」,発達障害研究,19(1),p.57.
- 29-1)前掲 29)の p.59.
- 30)調査研究運営会議：静岡県(1999)「学校現場における医療的バックアップ体制に関する実践研究 調査研究のまとめ及び提言」,p.2.
- 30-1)前掲 30)の p.6.
- 30-2)前掲 30)の p.7.
- 30-3)前掲 30)の p.10.
- 30-4)前掲 30)の p.11.
- 30-5)前掲 30)の p.p.8-9.
- 31)福島県教育委員会(2000)「文部省委嘱事業 平成 10・11 年度特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究 第二年次報告書 福島県立平養護学校における実践研究報告」.
- 31-1)前掲 31)の p.p.14-15.
- 32)福島県教育委員会(2000)「文部省委嘱事業 平成 10・11 年度特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究 養護教育における医療的ケア調査研究事業第二年次報告書 本県における医療的ケアの在り方について」.
- 32-1)前掲 32)の p.6.
- 32-2)前掲 32)の p.p.7-8.
- 32-3)前掲 32)の p.10.
- 32-4)前掲 32)の p.p.14-15.
- 32-5)前掲 32)の p.9,p.13.
- 32-6)前掲 32)の p.p.17-18.
- 32-7)前掲 32)の p.p.16-17.
- 32-8)前掲 32)の p.p.19-20.
- 32-9)前掲 32)の p.21.
- 33)神奈川県教育委員会(2000)「平成 10・11 年度特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究 養護学校における医療的バックアップ体制 中間報告及び研究計画書」.
- 33-1)前掲 33)の p.p.16-17.
- 33-2)前掲 33)の p.p.6-15.
- 34)三重県立養護学校北勢きらら学園(2000)「平成 10・11 年度文部省・三重県指定 特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究報告書 研究課題 養護学校における医療的バックアップ体制」.
- 34-1)前掲 34)の p.35.
- 34-2)前掲 34)の p.p.5-6.
- 34-3)前掲 34)の p.9.
- 34-4)前掲 34)の p.7.
- 34-5)前掲 34)の p.20.
- 34-6)前掲 34)の p.p.22-26.
- 34-7)前掲 34)の p.p.10-11.
- 34-8)前掲 34)の p.18.
- 34-9)前掲 34)の p.12.
- 35)養護学校における医療的ケアバックアップ体制の研究に係る調査研究運営会議：兵庫県(2000)「養護学校における医療的ケアについて(報告)」.
- 35-1)前掲 35)の p.3.
- 35-2)前掲 35)の p.5.

- 35-3) 前掲 35) の p.6.
- 35-4) 前掲 35) の p.8.
- 36) 和歌山県教育庁学校教育課(2000)「平成 10・11 年度 文部省委嘱事業 特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究報告書」.
- 36-1) 前掲 36) の p.9.
- 36-2) 前掲 36) の p.14.
- 36-3) 前掲 36) の p.21.
- 36-4) 前掲 36) の p.11.
- 36-5) 前掲 36) の p.10.
- 37) 広島県教育委員会(2000)「平成 10・11 年度 特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究成果報告書」.
- 38) 高知県教育委員会(2000)「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究 中間報告書」.
- 38-1) 前掲 38) の p.p.6-7.
- 38-2) 前掲 38) の p.5.
- 39) 鹿児島県教育委員会(2001)「平成 12 年度 文部科学省指定 特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究 研究報告書」.
- 39-1) 前掲 39) の p.p.39-40.
- 39-2) 前掲 39) の p.13.
- 39-3) 前掲 39) の p.6.
- 39-4) 前掲 39) の p.p.16-17.
- 39-5) 前掲 39) の p.9.
- 39-6) 前掲 39) の p.p.18-21.
- 39-7) 前掲 39) の p.8.
- 39-8) 前掲 39) の p.10.
- 39-9) 前掲 39) の p.5.
- 40) 沖縄県教育委員会(1999)「平成 10・11 年度 文部省・県指定 特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究 研究成果報告書」.
- 40-1) 前掲 40) の p.6.
- 40-2) 前掲 40) の p.32.
- 40-3) 前掲 40) の p.8.
- 40-4) 前掲 40) の p.9.
- 40-5) 前掲 40) の p.37.
- 40-6) 前掲 40) の p.59.
- 41) 文部省(1998)「特殊教育における福祉と医療との連携に関する実践的研究の実施体制について」.
- 42) 文部省(1998)「日常的・応急的手当の種類」.
- 43) 北住映二(1999)「医療的ケア問題に対する方策」,医療と教育研究会,新たな教育・医療・福祉の連携をめざして 医療と教育研究会研究集録,p.p.67-73.
- 44) 下川和洋(2000)「養護学校における医療的ケアのガイドラインに関する研究」,特別ニーズ教育とインテグレーション学会:第 6 回研究大会発表要旨集録,p.p.35-36.
- 45) 文部省(1998)「日常的・応急的手当を教師が行う場合の手続き等」.
- 46) 斎藤秀子(1999)「救急体制整備事業における看護婦の役割」,医療と教育研究会,新たな教育・医療・福祉の連携をめざして 医療と教育研究会研究集録,p.p.27-30.
- 47) 小西行郎 他(1997)「学校における障害児の療育～『医療的ケア』についての問題点と今後の課題」,平成 8 年度厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成のシステム化に関する研究」,p.p.84-85.
- 48) 岡田喜篤(1993)「在宅重症心身障害児・者の現状と課題」,地域保健,93(12),p.15.

終章

この章では、全体のまとめと仮説の検証を行った上で、今後の課題について述べる。

I 全体のまとめ

養護学校における痰の吸引や経管栄養などいわゆる医療的ケアを必要とする児童・生徒（以下「医療的ケア必要児」と略す）の教育の問題は、1988年に東京都教育委員会が「就学措置は、原則として訪問学級」等の見解を出したことに始まる。しかし、当時は一部大都市圏の問題と考えられていた。その10年後の1998年に文部省は「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を策定して、養護学校における医療的ケア必要児の対応について検討を行うまでになった。本研究は、医療的ケア必要児の教育が問題化した1988年度から、文部省が「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」（1998～2000年度）を行った2000年度までの期間を対象に、医療的ケア必要児の教育に関する養護学校や教育行政、医師、保護者、校長会等各種団体の取り組みを分析して、医療的ケア必要児の教育の在り方について一定の知見を得ることを目的にしたものである。

第1章では、肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する養護学校教職員、医師、保護者の考えや願いなどを分析することによって、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題についてどのような解決方法を求めているのかを検討した。その結果、医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する養護学校教職員、医師、保護者の考えには、その立場や医療的ケアの経験の有無によって多様な考え方が存在したが、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題の解決のためには、養護学校の教育の充実が必要であるとする意見が共通に見られた。

第2章では、1988年から2000年までの間に自治体や養護学校で行われた医療的ケア必要児への取り組みを分析して、養護学校における教育条件整備の内容と養護学校が医療的ケアに対応する意義を検討した。その結果、自治体や養護学校で行われた医療的ケア必要児への取り組みは、「①養護学校の中で『教師』と『医療職』が協力体制を作って対応する方法」と「②医療と教育の分業体制を作った上で連携する方法」の2つに大きく分けることができた。そして①は、医療職の配置、教師の研修、施設・設備の充実、保護者との連携など養護学校に医療的な環境を高めていこうとする取り組みであるのに対して、②は、訪問看護制度の活用や看護婦資格を持つ親権代行者のように、保護者の負担軽減をねらいとした取り組みであった。第1章では、関係者の意識調査等から養護学校の教育を充実する視点として、教育条件の整備と教育内容の充実の2つがあげられていた。このことを踏まえると、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方としては、「①養護学校の中で『教師』と『医療職』が協力体制を作って対応する方法」の方が望ましいと思われた。次に、養護学校が医療的ケアに対応する意義について、医療的ケア必要児の指導事例を通して、どのように意義づけがなされていたのかを関係する保護者、児童・生徒本人、教師それぞれに分けて検討した。その結果、「教師が医療的ケアを行う意義」として、「児童・生徒の実態把握を行う大切な視点が得られる」「児童・生徒の学習課題設定に必要な視点が得られる」「保護者や医師との連携の促進」が報告されていた。このように「教師が医療的ケアを行う意義」が考えられるならば、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方としては、配置された医療職だけに医療的ケアを任せるのではなく、教師も教育活動の一環として医療的ケアを捉えてこれに関わる必要があると思われた。

第3章では、教育関係者、医療関係者、親の会、国会・文部省等の動向を分析して、第1章で示した関係者の考えと第2章における自治体や養護学校の実践、更には文部省が1998年に始めた「特殊

教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の間を結びつける関係者の活動展開を検討した。その結果、全国特殊学校長会や障害児教育関係の研究会の研究、自治体や養護学校の先行した実践、医師や親の会等の運動が、文部省の「実践研究」策定に影響を与えていたことが明らかとなった。

第4章では、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方に関する一定の知見を得ることを目的に、医療的ケアの法解釈と、1998年から文部省が始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けた10県およびその他の自治体の研究成果を分析して、看護婦資格のない教師の医療的ケア実施について検討を行った。その結果、医療的ケアの法解釈では、保護者の依頼・委託および医師による指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きで対応するならば、養護学校において看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うことは可能であるという結論が得られた。次に、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方に関する一定の知見を得るために1998年に文部省が始めた「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の委嘱を受けた10県の研究成果を分析した。その結果、「医療的ケアの捉え方（考え方・意義）」「医療的ケアの対応手続き・要件」「対応する医療的ケアの内容・範囲」「校内委員会の設置」「看護婦・養護教員・教員の役割」「指導医・学校医・主治医の役割」「研修」「緊急時対応体制の確立」「施設設備・医療機器等の整備」「保護者との連携」「事故の補償」の11項目が得られ、具体的な知見をまとめた。これらを踏まえて、養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方としては、看護婦配置など条件整備をした上で、保護者の依頼・委託および医師による指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きを整えて、看護婦とともに教師が医療的ケアに関わることが望ましいという結論を得た。

II 仮説の検証

本論文では、序章において3つの仮説を設定した。ここでは、これまでの結果を踏まえて、それぞれの仮説が妥当なものであったかどうかを検討する。

研究仮説1：1988年に東京都教育委員会は医療的ケア必要児の就学措置等について「原則として訪問学級」や保護者の付き添いを求めたが、肢体不自由養護学校では教育条件を整備し、保護者の付き添いを無くしてきた等の歴史的経過から、この見解には問題があった。そのため関係する養護学校の教職員、医師、保護者は、問題解決には教育条件の整備や教育内容の充実が必要であると考えていたのではないだろうか。なぜならば、次に検討する文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の策定につながる研究や要求運動が存在したからである。

1988年以降に実施された各関係者に対する意識調査の分析を中心に検討を行った。

養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方について学校長は、医療的ケア必要児を養護学校に通学させるべきではないとする「消極的な意見」から、「生活行為」として養護学校でも対応すべきであるという「積極的な意見」まで多様な意見を持っていた。しかし、いずれの意見でも今後の養護学校では医療との連携が不可欠な条件であるとした。

教師の考えは、実際に医療的ケア必要児の教育に関わり、その教師に医療的ケアの経験があるかどうか意識調査の回答に反映し、その意見は多様であった。しかし、今後の医療的ケア必要児の教育を考えた場合、医療的ケアの対応経験の有無に関係なく、多くの教師が、養護学校には「医療的ケアのための専門職（看護婦）配置」「医師との連携」「教職員の専門研修」「環境の整備」等が必要であると考えていた。

医師の考えは、教職員の研修、学校設備・備品の充実、医療職の配置（小児神経に関心と理解のある学校医、学校看護婦等）など教育条件の整備が必要とされた。更に医療的ケアの性質である「個別性」「関係性」「適時性」を考慮すると、実際の対応は、一定の条件の下で医療関係者と教職員が協力して対応することが望ましいとされた。

保護者の考えは、医療的ケア必要児の教育形態について「病院内学級」や「訪問教育」よりも「学校」への通学による教育を望んでいた。保護者の考える今後の教育条件の改善点は、1) 医療職の配置（医師の常駐や巡回、看護婦の常駐）、2) 教師の専門性の向上（研修の充実、意識の変容）、3) 保護者と学校の協力体制の確立（信頼関係の確立）、4) 施設・設備の充実、の4つにまとめられた。

以上、関係者の考えから、東京都教育委員会が出した見解（医療的ケア必要児の就学措置は訪問教育または保護者付き添いによる通学）に対する賛否では、立場や医療的ケアの経験の有無によって多様な考え方が存在したが、単純に訪問教育への措置や保護者の付き添いに肯定する意見は少なかった。そして立場や経験の有無に関係なく、養護学校における医療的ケア必要児の教育問題の解決のために、養護学校の教育の充実を求める意見が共通に見られた。

したがって、「関係する養護学校の教職員、医師、保護者は、問題解決には教育条件の整備や教育内容の充実が必要であると考えていたのではないだろうか」とする「研究仮説1」は、支持できたと考えられる。

研究仮説 2 : 1998 年に文部省が「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を策定したのは、1988 年に東京都教育委員会が見解を示した後も、看護婦資格のない教師による医療的ケア必要児への対応を進める地方自治体や養護学校の取り組みが存在し、その対応について国に制度化を求めた養護学校の教職員や教育行政の研究、医師、親の会等の運動の影響があったのではないだろうか。

1988 年から 2000 年の間に医療的ケア必要児の教育問題を検討する委員会を設置したり、自治体として施策を行っている 12 都道府県 3 政令指定都市の取り組みの分析を中心に検討を行った。

12 都道府県 3 政令指定都市では、養護学校における医療的ケア必要児への対応状況は様々であったが、医療職の配置を進めている各自治体の取り組みは、医療的ケアに「教師」が関わっているところと「教師」が関わらないところに大きく分けられた。「教師」が関わっているところは、行政からの答申等が行われる前から養護学校で医療的ケアに「教師」が関わっていたところ（横浜市、大阪市、神戸市、東京都、大阪府、神奈川県、千葉県、兵庫県明石市と加古川市、滋賀県）であった。

次に、教育関係者、医療関係者、親の会、国会・文部省等の動向を中心に分析して、文部省が 1998 年に始めた「実践研究」への影響を検討した。

1988 年に東京都教育委員会が医療的ケア必要児の就学措置に関する方針を発表した後、全国特殊学校長会や全国規模の研究会、障害児教育関連の雑誌では早くからこの問題を取り上げ、調査や検討を始めていた。医療関係者の取り組みの一つとして、「障害児（者）の療育・医療に携わる関東地区医師有志」は、1996 年に厚生省に対して要望書を提出していた。医療的ケア必要児の教育問題に取り組む地域の親の会は、1995 年以降に活動を始めていた。地域の親の会は県や市などに要望書を提出し、全国規模の親の会等は文部省や厚生省に要望書を提出していた。宮城県の「ぴゅあすまいる（経管栄養児親の会）」のように、県の事業につながっていった会の活動も見られた。

医療的ケア必要児の教育問題に対する自治体や養護学校、様々な会の取り組みを背景に、1997 年 5 月の大口議員の国会質疑を受けて文部省と厚生省は協議の場を設置（1997 年 7 月）し、更に文部省が設置した「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」の第二次報告（同年 9 月）によって文部省は、「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」を 1998 年から開始することにした。なお、文部省は「実践研究」を開始するに当たり、保護者、学校のニーズを踏まえるとともに、必要な体制・手続き、行為の範囲等について、厚生省、日本医師会および日本看護協会と十分な協議を行っていた。このことは、1997 年 11 月の大口議員の質問に対する辰野説明委員（文部省初等中等教育局特殊教育課長）の答弁等に示されていた。その「必要な体制・手続き」は、東京都の救急体制整備事業など先行した実践が参考にされていた。

以上、1988 年に東京都教育委員会が見解を示した後も、看護婦資格のない教師による医療的ケア必要児への対応を進める地方自治体や養護学校の取り組みが存在するとともに、その対応について国に制度化を求めた養護学校の教職員や教育行政の研究、医師、親の会等の運動が存在し、これらが文部省の「実践研究」策定に影響を与えていたことが国会質問等によって明らかにされた。

したがって、「医療的ケアの対応について国に制度化を求めた養護学校の教職員や教育行政の研究、医師、親の会等の運動の影響があったのではないだろうか」とする「研究仮説 2」は、支持できたと考えられる。

研究仮説 3 : 養護学校における医療的ケア必要児の対応では、養護学校に看護婦の配置や医師の巡回など医療的な管理体制等の条件を整えられるならば、看護婦資格のない教師であっても医療的ケアを行うことが可能である。

1988 年から 2000 年の間に医療的ケア必要児の教育問題を検討する委員会を設置したり、自治体として施策を行っている 12 都道府県 3 政令指定都市の取り組みを医療と教育の連携という視点で捉え直すと、「①養護学校の中で『教師』と『医療職』が協力体制を作って対応する方法」「②医療と教育の分業体制を作った上で連携する方法」の 2 つに大きく分けることができた。そして①は医療職の配置、教師の研修、施設・設備の充実、保護者との連携など養護学校に医療的な環境を高めていこうとする取り組みであるのに対して、②は訪問看護制度の活用や看護婦資格を持つ親権代行者のように、保護者の負担軽減をねらいとした取り組みであった。医療的ケア必要児の教育問題に直接関係する養護学校教職員、医師、保護者の考えや願いには、養護学校の教育を充実する視点として、教育条件の整備と教育内容の充実の 2 つがあげられていた。この関係者の求める「教育条件の整備」を踏まえると、「肢体不自由養護学校における医療的ケア必要児の教育の在り方」としては、「①養護学校の中で『教師』と『医療職』が協力体制を作って対応する方法」の方が望ましいと考えられた。

また、医療的ケアの実践事例からは、教育活動の一環として医療的ケアを捉えて、教師が医療的ケアに関わろうとする実践が見られた。このように「教師が医療的ケアを行う意義」が考えられるならば、配置された医療職だけに医療的ケアを任せるのではなく、教師も教育活動の一環として医療的ケアを捉えてこれらに関わる必要があるとした。

医療的ケアの法解釈については、東京都の救急体制整備事業や文部省の「実践研究」のように、保護者の依頼・委託および医師による指導を通して児童・生徒に保健衛生上の危害が及ばないように処置・配慮する一連の校内手続きで対応するならば、養護学校において看護婦資格のない教師が医療的ケアを行うことは可能であるという結論が得られた。

更に文部省の「実践研究」の委嘱を受けた 10 県およびその他の自治体の研究成果から、「看護婦配置のもとでの医療的ケアの実施者の在り方」には、「①配置された看護婦が医療的ケアの全てを行う」「②配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」の 2 つが考えられた。静岡県の研究報告書では、看護婦だけが医療的ケアを行う場合、「事業の趣旨が、重度児の教育の充実という観点よりも、保護者の負担軽減という観点が強くなる」とし、一方、看護婦とともに教師も医療的ケアを行う場合、「保護者の負担軽減という観点到、重度児の教育の充実という観点が加わる」としていた。前述のように、この問題の関係者は養護学校の教育の充実を求めており、医療的ケア必要児の教育実践事例からは「教師が医療的ケアを行う意義」が出されていたことから、「看護婦配置のもとでの医療的ケアの実施者の在り方」としては、「②配置された看護婦とともに教師も医療的ケアを行う」の方が望ましいと考えられた。

以上、文部省の「実践研究」やその他の自治体の研究成果および医療的ケアの法解釈から、養護学校に看護婦の配置や医師の巡回など医療的な管理体制の条件整備を整えた上で、一定の手続きと要件を充たした場合に、看護婦資格のない教師でも医療的ケアを行えると考えられた。

したがって、「養護学校に看護婦の配置や医師の巡回など医療的な管理体制等の条件を整えられるならば、看護婦資格のない教師であっても医療的ケアを行うことが可能である」とする「研究仮説 3」は、支持できたと考えられる。

Ⅲ 今後の課題

本論文は、「医療的ケア必要児の教育の在り方についての一研究」として、肢体不自由養護学校を中心に、通学籍に在籍する医療的ケア必要児の対応を研究の対象とした。そのため医療的ケア必要児の教育問題としては、「1. 訪問教育における対応について」「2. 通常学校における対応について」「3. 卒業後の進路について」が検討課題として残されている。以下にその課題を簡単に説明する。

1. 訪問教育における対応について

医療的ケア必要児の就学措置は、2000年現在でも東京都を始め多くの県で「原則として訪問教育」とされている。しかし、現実には通学籍児童・生徒数に対する医療的ケア必要児の割合は増加している。その上、医療的ケア必要児を訪問籍にすればこの問題が解決するわけでもない。就学措置を「原則として訪問教育」とする考えには、保護者が身近にいたので教師は医療的ケアに関わる必要がないという考えが基本にあると思われる。しかし、訪問教育であっても、授業中に頻回な吸引で保護者を毎回呼ぶのは申し訳ない、介護疲れの保護者に休息を与えたい、保護者の不在や緊急時の対応が必要、更には医療的ケアに積極的に教育的意義を見い出して教育の一環として関わっていかうとする場合、当然教師が実施する場面も出てくる。教育行政の方針と教育現場の実情の間に大きな隔たりが見られる。

このように、訪問教育における医療的ケア必要児の対応の在り方が課題となっている。

2. 通常学校における対応について

今回、養護学校の通学籍に在籍する医療的ケア必要児の対応を研究対象にしたが、通常学校にも医療的ケア必要児は在籍している。通常学校でしばしば問題になるのは、二分脊椎症の児童の導尿である。年齢が低い場合、自己導尿や大便の管理が一人でできず、保護者が付き添う例が見られる。その他、経管栄養や痰の吸引を必要としたり、気管切開や人工呼吸器をつけた児童・生徒の通常学校在籍の例も見られる。2000年11月に大阪府教育委員会が設置した「学校における医療的ケア対策検討委員会」¹⁾には、通常学校に在籍する人工呼吸器をつけた生徒の保護者も委員として参加している。

養護学校に比べ、通常学校に在籍する医療的ケア必要児の人数は少ないと考えられることから、通常学校における医療的ケア必要児の対応の在り方は、養護学校とは別に検討する必要がある。

3. 卒業後の進路について

医療的ケアの問題は養護学校において問題化したため、取り組みの中心や関心は学齢期に向けられていた。しかし、医療的ケア必要児の多くは、卒業後も継続して医療的ケアを必要とする場合がほとんどである。ところが、卒業後の通所施設等で医療的ケアに十分対応できるのは、医療機関を持つ重症心身障害児施設の通所部門など極めて限られている。そのため在宅を余儀なくされたり、小規模作業所等に通所している例が見られる。しかし、通所できたとしても施設の医療管理体制は、養護学校より貧弱でさえある。

医療的ケア必要児の対応については、就学前、学齢期、卒業後と医療的ケア必要児のライフステージに応じた支援体制を考えていく必要があるが、卒業後の進路先での対応については、今後の課題である。

なお、本研究および今後の課題にあげた内容は、障害児教育を中心にした医療的ケアの問題である。

一方、近年、老人の在宅介護の世界でもこの医療的ケアが問題になっている。1999年9月に総務庁は、厚生省に対してホームヘルパーの行う「医療行為」の問題について行政勧告を行っている²⁾。即ち、「医療行為の範囲は、不明確であり、身体介護に伴って必要となる行為が医療行為に該当するかどうかの判断は事業者により区々」であり、「ホームヘルパーが、身体介護に関連する行為をできる限り幅広く行えるようにすることが、利用者等のニーズに沿うとともに、介護家族の負担軽減、看護婦等の人材活用の効率化等にも資する」という内容である。

従来病院で治療の一環として行われていた行為が、病気や事故、加齢による機能低下や障害のある人に対して、医療的ケアとして日常の生活介護に入ってきている。今後、超高齢化社会に向かってこの傾向は、ますます強くなるであろう。それに対して、地域や家庭で行われる医療的ケアの対応を、家族や医療職に限定した場合、果たして社会が成り立つのであろうか。

医療的ケア必要児の対応の問題は、障害児者だけの問題ではなく、今後は、高齢化社会における在宅介護の問題も視野に入れた対応の在り方を検討する必要があると考える。

1) 大阪府教育委員会(2000)「学校における医療的ケア対策検討委員会設置要綱」。

2) 総務庁の行政勧告(1999)「要援護高齢者対策に関する行政監察結果－保健・福祉対策を中心として－」

資料

資料1 東京都教育委員会見解（1988年4月27日）

肢体不自由養護学校における医療行為を必要とする児童・生徒の指導と就学措置について

1. 次の行為は、一般的には医療行為と考えられている。
 - (1) 導尿 (2) 気管切開部の管理 (3) たんの吸引 (4) 酸素吸入
 - (5) 鼻腔経管による食物・水分の注入（管の挿入、食物等の注入）
2. 該当児童・生徒の医療行為にかかわる介助は、保護者（施設職員）が原則として行う。緊急時は、経験のある教職員が当たる。
3. 該当児童・生徒の就学措置は、原則として訪問学級とする。当該児童・生徒の実態について、総合的に判断し、通学生として措置することがある。
4. 各学校で、該当児童・生徒の指導・介助や措置替え等について問題のある場合は、個々のケースについて、学務部・指導部等の関係各課と十分に相談の上、指導や措置替え等を進める。

資料2 厚生省次官通達（昭和38年7月26日）

定義：身体的精神的障害が重複し、かつ、重症である児童（重症心身障害児）。

重症心身障害児施設入所対象選定基準

- 1、高度の身体障害があつてリハビリテーションが著しく困難であり精神薄弱を伴うもの。
- 2、重度の精神薄弱があつて、家庭内療育はもとより重度の精神薄弱児を収容する精神薄弱児施設において集団生活指導が不可能と考えられるもの。
- 3、リハビリテーションが困難な身体障害があり、家庭内療育はもとより、肢体不自由児施設において療育することが不相当と考えられるもの。

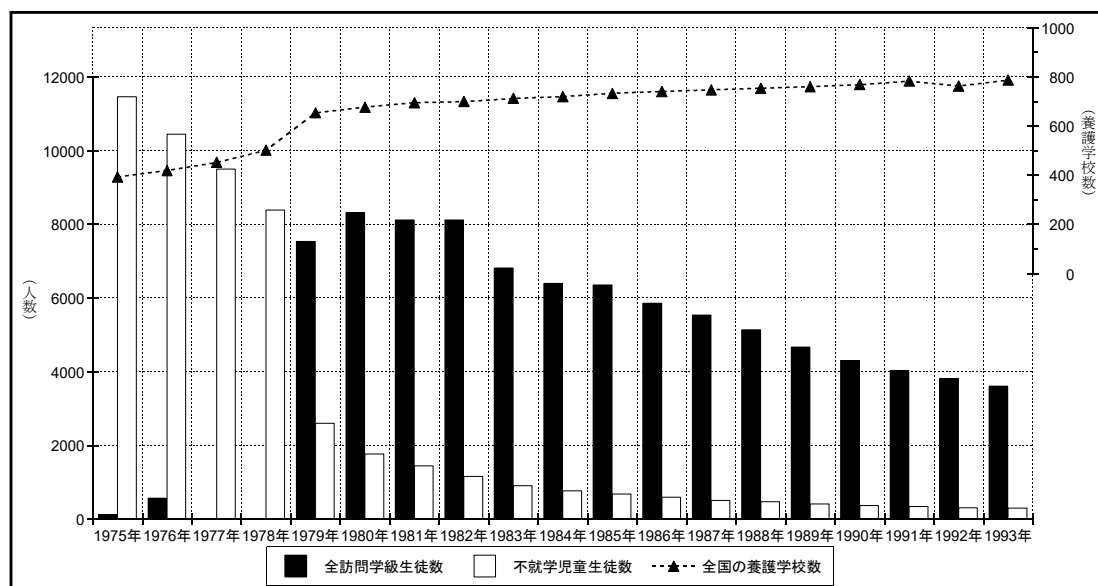
資料3 医療法第1条の2【医療の理念、医療提供施設】

②医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、老人保健施設その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない。

資料4 保険診療で在宅療養が認められている範囲

自己注射	インスリン、成長ホルモン他、血友病製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン剤、グルカゴン（血糖自己検査を含む）
自己腹膜灌流	
酸素療法	
中心静脈栄養	
成分栄養経管栄養	
自己導尿	
人工呼吸器	
悪性腫瘍管理（鎮痛剤、化学療法の注射、点滴）	
寝たきり患者	気管切開処置、諸カテーテル交換、膀胱洗浄、導尿、鼻腔栄養、皮膚科軟膏など
疼痛管理	埋め込み型神経刺激装置の実施

資料5 不就学学齢児童・生徒と訪問教育児童・生徒数の推移



※文部省発行「学校基本調査報告書」をもとに作成
 ※1975～1976年の「学校基本調査報告書」では「訪問」は特殊学級に位置づけられており、そのために「小学部」「中学部」の学級数は特殊学級で行われていた「訪問」の学級数を当てた。なお1977年と1978年の在籍者数は不明である。
 ※「不就学児童・生徒」とは学齢期間のおいての「就学免除者」数と「就学猶予者」数の合計である。なお数には、区分の「教護院または少年院にいるため」と「その他」の数は除いてある。

資料6 東京都教育委員会主催の臨床研修

例として、重症心身障害児施設みどり愛育園における臨床研修を示す。半日のオリエンテーションと3日間の病棟内実技研修を行っている。

	時間	内容	指導者	
オリエンテーション	10:00～13:00	講義：バイタルサインのとり方・与薬・体位交換・口腔衛生・清潔と不潔・経管栄養・吸引・排痰・酸素吸入と器具の扱い方・事故(骨折・火傷)の応急処置・院内感染・尿路感染等 実習：吸引・経管栄養・酸素ボンベ取扱の実習 ※その他諸連絡：実習日程・更衣場所・昼食・実習期間中の欠席の連絡等		
臨床研修	1日目	8:30	職員紹介 環境整備(室内整理・ベッドメイキング等)	医師 婦長 看護婦等
		10:00	経管栄養	
		11:00	バイタルサインのとり方	
		11:30	食事介助	
			食事介助終了後昼休み	
		13:30	吸引(口腔内・気管内) 酸素の取り扱い方 経管栄養 食事介助(経管栄養終了後に)	
	2日目	8:30	環境整備(室内整理・ベッドメイキング等) 口腔衛生(はみがき・ウォーターピック洗浄等)	医師 婦長 看護婦等
		10:00	経管栄養	
		11:00	申し送り・バイタルサインのとり方	
		11:30	与薬・経管栄養	
			経管栄養終了後昼休み	
		13:30	入浴介助・体位交換・自然排痰の方法 経管栄養 ミーティング(疑問点など話し合い)	
3日目	8:30	環境整備(室内整理・ベッドメイキング等) 口腔衛生(はみがき・ウォーターピック洗浄等)	医師 婦長 看護婦等	
	10:00	経管栄養		
	11:00	申し送り・バイタルサインのとり方		
	11:30	与薬・経管栄養		
		経管栄養終了後昼休み		
	13:30	確認のための実習(吸引・酸素の取り扱い・体位交換・排痰等) 経管栄養		

資料7 「『福祉・医療等との連携について』－医療的ケアを必要とする児童・生徒の対応について－」
から「学校における医療的ケアについての基本的考え」

大阪市養護教育審議会の専門調査員会（1999年3月）

1. 安全かつ円滑な学校生活に必要な行為である
 - ・医療的ケアを行うことにより、通学による教育が受けられるようになる。
 - ・教育活動の前提となる生命の維持や日常生活を支える取り組みである。
2. 教育行為として位置づける
 - ・「医療的配慮を要する教育行為」と考える。
 - ・子どもに関わる教育行為の中に含まれる。
3. 本人・保護者の依頼と合意に基づいて行うものである。
 - ・保護者の医療的ケア実施の申し出が前提となる。
 - ・医療的ケアの内容、方法等については、本人・保護者の「責任」をふまえた合意が必要である。
 - ・そのためにも、十分な話し合いが必要である。
4. 主治医の協力を得て進める必要がある。
 - ・主治医の実施前の指導・助言、そして実施にあたっての継続的な指導・助言を得ることが必要である。
5. 学校内の理解と協力が必要である。
 - ・医療的ケアを行う教職員を支える校内の理解と協力が必要である。
 - ・校内の医療的ケア検討委員会などにより、教職員の同意を図る。
6. 個々の事例について十分に検討すべきである。
 - ・個々の状況に応じた対応が必要である。
 - (特定の事例、特定の実施者、特定の方法)
 - (個別マニュアルの作成・条件整備等)
7. 医療的ケアを安全に実施するためのバックアップ体制が必要である。
 - ・教育委員会としての学校支援が必要である。
 - (研修、ガイドライン作成、明確な見解、条件整備等)
 - ・医療機関・保健所等との連携が必要である。
 - (研修、緊急時の対応、医療的ケアの事前及び事後の継続的な指導・助言等)
 - ・学校医との密接な連携・協力が必要である。

資料8 「北海道央地区高等養護学校（仮称）の概要」

1. 概要

北海道教育委員会では、日常生活において常時介護が必要であったり、医療的な面で特別な配慮を要する生徒に対して、障害に応じたきめ細かな指導を行うことが出来るよう、医療・介護体制を整えた高等養護学校を平成13年4月に夕張市に開校を予定しています。

- 1学年は3学級です。（1学級は3名）1年生から入学します。
- 就学年限は3年間です。
- 医療・介護体制は、学校の看護婦が医療的ケアを担当します。医療的ケアは「喀痰吸引」「導尿」「経管栄養」「点鼻薬投与」「てんかん発作への対応」などです。
- 寄宿舎で生活します。（夏・冬・春休みの時以外は開いています。）
- 食事や衣服の着脱、洗面、排泄、移動などの必要な介助、夜間の介護を行います。

2. 対象となる生徒

知的障害、情緒障害、てんかん、脳性まひ、二分脊椎、水頭症、脳炎後遺症などの障害や病弱のため医療的ケアや常時介護を必要とする生徒を対象とします。

3. 医療・介護体制

- 夕張市立病院等との連携
 - ・夕張市立病院の医師が主治医として定期的な健康観察を行います。
 - ・緊急時に夕張市立病院で即診察を受けることが出来ます。
- 看護婦の配置
 - ・看護婦が24時間体制で配置されます。
- 施設・設備
 - ・安全かつ快適な学校生活をおくるための施設・設備があります。
 - (冷房、可動式洗面ユニット、介護用リフト、保護者控室、ボランティア控室、水治療用プール、散策路等)
- 食事
 - ・きざみ、ミキサー調理など、1人1人に応じます。

資料9 「障害児（者）の療育・医療に携わる関東地区医師有志」による厚生大臣への要望書

要望書

厚生大臣 小泉純一郎 殿

障害児・者の生活が、地域での統合に向けて着実な歩みを進めております。これは、ひとえに、厚生行政の温かい御配慮によるものと感謝申し上げます。

種々の施策により、重い障害児・者の地域生活の素地は出来てきたところでありますが、なお大きな課題が残されております。それは、医療的介護（医療的ケア）を要する障害児・者への生活援助が、大きな制約を受けていることです。経管栄養や吸引、酸素療法、導尿、中心静脈栄養、人工呼吸器管理などの処置が在宅で行われることが可能になり普及しつつある一方で、介護をする学校教職員や通所施設職員なども同じように行うことが可能かどうか、法的な解釈に混乱や制限がみられることが、この制約の大きな要因となっております。

すでに一部では、現実のニーズに合わせ、医師の指導の下に、これらの介護行為のいくつかが、教職員や施設職員により問題なく行われてきております。そこで、その実態に合わせ、これら医療的介護行為を、下記の要件を充たす場合に、学校教職員や通所施設職員が行いうるという御見解を、明らかにしていただきますよう、要望いたします。

対象とする医療的介護行為（医療的ケア）：
保険診療において在宅医療として認められている行為、および、その他の、日常的に家庭において行われている医療的生活介護・援助行為

必要とされる要件：
①その行為が必要である特定の対象児（者）に限定して、その特定の行為について、行われるものであること。
②その行為は、その対象児（者）に、日常的に行われているものであること。
③その行為が行われることにつき、本人もしくは親権者の依頼・委託があること。
④その行為が行われることにつき、医師による同意および指示と、指導管理が継続的になされること。

平成10年3月31日
障害児（者）の療育・医療に携わる関東地区医師有志

添付文書
（1）要望理由主旨
（2）補足説明
（3）本要望の提出者である、障害児（者）の療育・医療に携わる関東地区医師有志氏名、代表者、連絡先
（4）本要望に賛同する全国の医師氏名

資料10 「沖縄訪問教育親の会」から沖縄県知事・沖縄県教育長宛の要望書

沖縄県知事
沖縄県教育長 殿

平成9年12月10日
沖縄県訪問教育親の会
代表 城間 米子

訪問教育の充実に関する要望書

近年、重い障害を持った子どもたちの生活は、医療においては、在宅が、福祉においては、地域の統合が、着実に歩みを進めております。しかしながら、その地域生活の大きな部分を占める教育においては、大きな課題が残されております。

それは、医療的ケア（医療的介護・生活行為）を要する子どもたちの通学による学校教育が大きな制約を受けていたり、地域に肢体不自由児養護学校がないため、訪問教育を受けているケースがあります。この子どもたちにも、同世代の仲間たちと一緒に過ごす集団の場を保証してください。子どもたちは、同世代の仲間たちと一緒に過ごす事で刺激を受け、より良い成長を見せてくれます。

児童憲章の中に、児童はよい環境の中で育てられるとあり
◎すべての児童は個性と能力に応じて教育され、社会の一員としての責任を自主的に果たすようにみちびかれる。

◎すべての児童は就学のみちを確保され、また、十分に整った教育の施設を用意せられる。

とあります。学校に通いたいと希望する子どもたちが、安心して学校生活を送ることが出来るよう施設・設備の充実が望まれます。また、医療的看護を要する児童・生徒におきましては、他府県の場合、現実のニーズにあわせ医師の指導のもとに、医療的ケアのうちのいくつかが教職員により問題なく行われてきており、システムの確立することによって、法的な問題、安全性の問題も、クリアしてきております。

本県においては、医療行為を必要とする児童・生徒の教育対応検討委員会が設置され、医療行為を必要とする子どもたちが通学する為に必要な事項を、いろいろな面から検討して下さっている事に対し、私たち親も嬉しく思っております。また、既卒者の高等部進学については、今回の試行で既卒者を対象とした県は六県でした。しかし法的には中学部卒業生は、全員高等部に進学できる資格があるはずで、卒業して、たとえ10年15年経っていても、それから受ける3年間の教育は貴重であり、その人の人生を充実させるものと確信しております。学校に通いたいと希望する子どもたちが、安心して学校生活を送る事ができる様に、看護婦の配置、教職員の医療的ケアに関する知識・技術向上、学校の充実等、既卒者の高等部進学、について早急に実現して頂きますように下記事項を要望いたします。

記

1、教職員がケアする事。
1、看護婦が学校に少なくとも、二人はいる事。
1、対象とする医療的ケア（医療的介護・生活行為）は、
（1）保健診療において、在宅医療として認められている行為とする事。
（2）その他、日常的に家庭において行われている医療的生活介護・援助行為とする事。
1、その行為が行われることにつき、十分な研修が行われ医師による同意および、指示と指導管理が継続的になされる事。
1、親権者の依頼、委託がある児童・生徒に関しては、通学を許可する事。
1、通学する児童・生徒が、安心して学校生活をおくれるように、学校の施設、設備を充実する事。
1、既卒者（過年度者）も高等部入学を認めて下さい。

以上のことを要望します。

資料 1 1 医療的ケアを考える親の会（埼玉県）が教育委員会に提出した要望書(1999年提出)

- I 特殊教育振興協議会の答申を受け医療と教育の連携を進め、必要な時に必要なケアが受けられる体制を各肢体不自由養護学校に実現されたい。
- ・看護婦の配置または派遣の実施
 - ・障害児医療を専門とする医師による巡回医制度または指導医制度の導入
 - ・教員の十分な研修体制の整備
- II 医療スタッフが導入されるまでの間、訪問看護制度が学校教育の中で利用できるよう自己負担費用を県の単独予算で助成してもらいたい。

資料 1 2 ミルクゆう（医療的ケアを考える会）（石川県）が石川県知事と石川県教育委員会教育長宛に提出した要望書（2000年11月30日）

医療的ケアを必要とする子どもたちが、安心して学習できるようになるための要望書

要望事項

- 1 医療的ケアを必要とする子どもたちが、安心して学校教育を受けられるよう、また、保護者の付き添いなどの負担がなくなるよう、早急に条件整備を進めてください。
- 2 保護者の要望を前提に、主治医の承諾がある場合は、生活行為的医療的ケアについては教職員が行うことを認めてください。
- 3 当面の対策として、訪問看護制度が学校でも利用できるよう、県で予算化してください。
- 4 小児神経科医による巡回指導のシステムをつくってください。
- 5 以上のことを実現するため、学校、保護者、医師会や県厚生部など、医療的ケアに関わる関係者による「医療的ケア検討委員会」を設置し、十分な協議を行い「医療的ケアシステム」を整備してください。

謝 辞

本論文を書き終えるにあたり、多くの方々にお礼を述べたいと思います。

研究に関するご助言をいただいた指導教官の渡邊健治先生には、研究の方法論などについてご指導をいただきました。

資料の収集では、私の所属している「全国訪問教育研究会」や「医療と教育研究会」の研究活動を通じて出会った方、私のホームページを見て情報を送ってくれた方などたくさんの方々にご協力をいただきました。その所属は、国会議員、教育委員会、養護学校の学校長や教職員、医療関係者、親の会、保護者等、様々です。どの方も医療的ケア必要児の教育問題に悩み、問題解決に向けて努力されています。そのような方々の今後の取り組みに、本論文が少しでもお役に立てればと思います。

そして、今回、貴重な研修の機会を与えていただきました東京都教育委員会ならびに東京都立府中養護学校の教職員の皆様に感謝いたします。

養護学校における医療的ケア必要児の教育問題は、1988年の東京都教育委員会の見解が発端でした。この1988年4月に私は東京都立村山養護学校に着任いたしました。大学では初等教育教員養成課程で生物学を中心に学び、障害児教育とは無縁の学生生活でした。東京都立村山養護学校では最初に高等部に所属し、障害の重い子どもたちの教育と後期中等教育保障の大切さ、進路保障についてたくさんのことを学びました。そして、4年目に訪問学級の担任となり、家族の苦勞と地域療育の貧困さを目の当たりにし、養護学校の教育も地域療育の一環として充実していく必要性を感じたものでした。障害児教育について何も知らない新米教師でしたが、戸惑いや悩みつつも教職員仲間に支えられ、子どもたちの笑顔に支えられ、保護者の皆さんから多くのことを学びながら今日まで来ました。これまで出会ったたくさん子どもたち、そして保護者の皆さん、地域療育に携わる皆さんに感謝申し上げます。

2002年1月31日

下川和洋

東京学芸大学大学院 教育学研究科 障害児教育専攻

障害児教育講座（特別ニーズ教育学分野） 2001（平成13）年度 修士論文

医療的ケア必要児の教育の在り方についての一研究

— 肢体不自由養護学校の取り組みを中心として —

2002年3月21日

下川和洋（東京都立府中養護学校教諭）

〒207-0021 東京都東大和市立野3-1293-10 グリーンタウン2-621

TEL & Fax 042-561-8945

E-mail kazu.shimokawa@nifty.ne.jp

URL <http://member.nifty.ne.jp/kazu-page/>

2001

平13

医療的
|
肢ケ
体ア
不
自
由
養
護
学
校
の
取
組
み
を
中
心
と
し
て
の
|
研
究

下
川
和
洋