

北海道肢体不自由特別支援学校における医療的ケアについて

On medical care in Hokkaido special support school for physical disabilities

| | |
|---------------------|--------------------|
| 阿部 達彦 ¹⁾ | 瀧澤 聡 ¹⁾ |
| Tatsuhiko ABE | Satoshi TAKIZAWA |
| 伊藤 政勝 ²⁾ | 石川 大 ³⁾ |
| Masakatsu ITO | Dai ISHIKAWA |
| 柏木 拓也 ⁴⁾ | |
| Takuya KASHIWAGI | |

I はじめに

学校生活の中で、たんの吸引や注入による経管栄養が必要な児童生徒がいる。これらの対応は、医療的ケアと呼ばれ、看護師が行うことが原則であるが、一定の条件の下に学校の実情に応じて、教員により実施されている。詳しくは、「特別支援学校等における医療的ケアの今後の対応について」(平成23年12月20日付け、文部科学省初等中等教育局長通知)に示されている。(長沼俊夫, 2014)

特別支援学校において、日常的に医療的ケアを必要とする幼児児童生徒数は、文部科学省の調査によると、訪問教育を受けている者も含め7,350人いる。特別支援学校の在学者数は、115,270人(いずれも平成23年5月1日現在の状況)で、実に特別支援学校に在学している幼児児童生徒全体の6.4%の児童生徒が、何らかの医療的ケアを必要としている。(長沼俊夫, 2014)

医療的ケアは、平成16年10月20日付、厚生労働省医政局長名で「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」の通知が都道府県知事等宛てに出された。この通知は、厚生労働省:「在宅及び養護学校における日常的医療の医学的・法律学的整理に関する研究会」(平成16年5月)における5回の協議を経て、「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の医学的・法律学的整理に関するとりまとめ」(報告書)として9月に作成され、その提言に基づいて出されたものである。(飯野順子, 2005)

この通知の趣旨は、非医療者である教員によるたんの吸引等の実施は、その教育的効果等から違法性が阻却できると解釈したというものである。この通知により、長年にわたって医療的ケアの大きな課題であった法的な整備がされたということになる。また、医療的ニーズの高い子どもの教育上並びにQOLの高い在宅医療の推進に関して、歴史的且つ社

1) スポーツ教育学科

2) 教育学科

3) 北海道札幌視覚支援学校

4) 北海道真駒内養護学校

会的に深い意義があるものとされている。(飯野順子, 2005)

このような展開は、当初医師法違反に問われるのではないかと言われながらも、「慎重・安全に」を合い言葉に、医療的ケアに向き合ってきた多くの現場の教師が道を開き、その後の実践研究やモデル事業を経て今日に至っている。これは、保護者の願いや期待、大変さが関係者に届いた結果でもある。(飯野順子, 2005)

筆者も、昭和59年頃から、平成元年頃まで、訪問教育に携わり、その中で、保護者や関係者とともに医療的ケアの課題に取り組んできた。

本研究では、医療的ケアの全国的な歴史の流れを踏まえながら、北海道における医療的ケアの推移について、主に文献や資料に基づき、肢体不自由特別支援学校の状況について近年の傾向を考察する。

II 医療的ケアの歴史的経緯

1 平成10年以前 (初期)

特別支援学校における医療的ケアについては、昭和の終わり頃から平成にかけて、特に

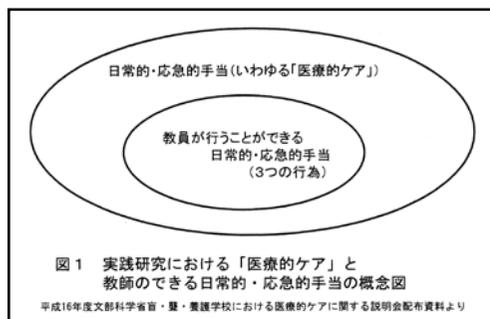


図1 実践研究における「医療的ケア」と教師のできる日常的・応急の担当の概念図 (平成16年度文部科学省 盲・聾・養護学校における医療的ケアに関する説明会配布資料)

大都市圏を中心に浮上してきた。それまで、たんの吸引等の課題は、保護者から、「親のできることをなぜ学校の先生はやってくれないのか」「たんの吸引等の付き添いのために学校で子どもに張り付く親の心理的、物理的負担が大きい」などの声が上がっていた。筆者も当時、道南の肢体不自由養護学校で子どもの24時間のケアを担っている保護者の様子や話を相談されるたび、「なんとかしたい、ならないのか」と日々考えていた。しかし、教員仲間等から「現状で医師法17条等に抵触するのではないか」(厚生省医師法:17条 医師以外の医業の禁止 1948)

「教員の職務なのか」「万が一の場合、責任は誰がとるのか」等多様な意見が出され、現場教師は、保護者の気持ちを理解し「やってあげたいができない」と言った葛藤が続いていた。当時、筆者は週2回、1回につき2時間の医療的ケアが必要な児童生徒の家庭に訪問教育で通っていたが、基本的には保護者が生活行為として行うことの「補助者」としてしか係わることができなかった。それでも、母親と一緒に食事代用栄養剤(サスタジェン)を摂らせたり、たんの吸引の準備や片付けを手伝ったり、身体を清潔に保つため、入浴準備や身体を拭いたり、様々な取り組みを行った。地域の保健師や児童相談所、保健福祉課、地域医療機関の医師や看護師と繋がりを持ち、最終的には、毎週の医師の往診医療まで支援体制をつくることができた。それでも当時は、保護者の代わりに、筆者が、生活行為として、経管栄養やたんの吸引をすることは、法律上許されなかった。

平成2年～5年頃にかけて横浜市、大阪市、東京都、埼玉県、神奈川県等の自治体独自で

委員会を設け、その在り方について検討している状況であった。

全国肢体不自由校長会においても、検討委員会を設置し「保護者に依頼されて善意で行わないこと」「校内委員会等を設けて組織的に行うこと」「医療的ケアの必要な子どもについての情報を教育委員会に周知すること」など合意形成を行っていた。(飯野順子, 2005)

筆者の国立特別支援教育総合研究所での研修時(1990)、横浜市の肢体不自由養護学校を視察したが、重度重複障害児とともに、医療的ケアの子どもたちの対応の検討に入っていたのを記憶している。

当時の、各自治体の報告書からみた、医療的ケアの考え方について、飯野(2005)次のようにまとめている。

- (1) 医療的ケアを医療行為と考えるか、生活行為の一部と考えるかは明確ではないが、教育指導上必要な対応として捉えようとしている。
- (2) 当面は医療的ケアを保護者からの受託に基づいて学校の教職員が対応しようとしている。
- (3) 医療的ケアを必要とする児童生徒の就学処置について、訪問教育を原則としている場合もあるが、児童生徒の実態によっては、「通学」措置とすることもあり、その場合の学校における医療的ケアを原則として保護者が行うものとしている。
- (4) 学校において医療的ケアを実施する場合の手続きの原則を明確にしている場合とそうでない場合がある。
- (5) 指導医の配置または専門医の巡回について、その必要性が指摘されている。
- (6) 教職員の研修及び施設・設備の充実が

指摘されている。

さらに、医療的ケアに関する体制整備の指針(原則)として、東京都立養護学校の実践から次のような提言をまとめている。(飯野順子 2005)

- ①医療的ケアは、学校における教育指導上必要な対応であり、教育課程上の位置づけを考慮すること
- ②保護者からの申出に基づき、保護者に代わって行うものであること
- ③特定の児童生徒の限定された範囲の医療的ケア(保護者が主治医の指示を受けて、日常的に行っている行為)であること
- ④特定の教職員が専門的な研修を経て行うこと
- ⑤指導医(主治医・校医を含む)の指導・助言を受けること
- ⑥校内の医療的ケアに関する委員会等の検討を経て、校長の判断で実施すること
- ⑦緊急時に対応できる医療機関との連携体制があること
- ⑧医療的ケアに関する手続きを明確にした要項を策定してあることなどが示されている。

2 平成10年頃～平成16年頃まで

平成14～16年頃の医療的ケアの必要な児童生徒が、肢体不自由養護学校に占める割合は、次のようになっており、

| | | |
|--------|-------|-----|
| 平成14年度 | 3,500 | 21% |
| 平成15年度 | 3,851 | 22% |
| 平成16年度 | 3,874 | 23% |

医療的ケア対象児は、特に、小学部低学年に多く、年々数が多くなっていった。平成10年以降は、医療的ケアの課題は大都市圏だけの課題だけではなく、全国的な規模の課題となってきた。(飯野, 2005)「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、10県で開始（福島・神奈川・静岡・兵庫・和歌山・三重・高知・広島・鹿児島・沖縄）され、平成10～14年度まで行われている。この研究は、

- (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二つの研究課題で構成された。

実践研究の主な要件としては、

- ①看護師のある者が1名は常駐すること
- ②看護師の資格のない教員が研修を受けた上で行うことのできる範囲は、日常的・応急的の処置として
 - ア 咽頭手前の吸引
 - イ 留置チューブの経管栄養
 - ウ 自己導尿の補助
 の三行為であること。

平成15年度から、全都道府県を対象に拡大され「養護学校における医療的ケアに関するモデル事業」が32道府県でスタートし、平成16年には40県で実施され、看護師は46都道府県に配置された。このモデル事業の基本スタンスは、「看護師が中心となり、教員は補助的に行う」ことである。なお、文部科学省は、医療的ケアを担当する指導主事や校内において指導的・調整的役割を果たす教員を対象に医療的ケアに関する研修事業を全国5ブロックで実施した。

看護師については、平成13年頃から「実践研究」及び「モデル事業」の趣旨を踏まえて、配置する県が多くなった。（飯野順子 2005）

北海道においての看護師配置は、寄宿舎をもつ肢体不自由養護学校（単独校）において

義務化以前から一部の学校で配置されていたが、当時は必ずしも医療的ケアに対応するために配置されていたのではなかった。その後、医療的ケアの対象児が在籍している学校が増えるに付け、必要な学校から順に配置され、現在に至っている。

3 平成16年以降

平成16年に「モデル事業」が、全国規模の展開になり、看護師配置が46都道府県となったことは大きな意義があった。また先に述べた、平成16年厚生労働省医政局長名の「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」の通知が、大きな医療的ケアの転換の契機となっている。医療的ケアに関する法的な整備については、高齢化社会の到来に関わる在宅医療推進のための「医療行為」の規制緩和として、厚生労働省が取り組んできた。今後に向けて、特別支援学校等に求められているのは「医師又は看護職員の資格を有しない教員による、たんの吸引等の実施を許容するための条件」を適性に行うことされた。（飯野，2005）

Ⅲ 北海道における特別支援学校の医療的ケアについて

1 北海道における医療的ケアの内容について

北海道教育委員会は、学校における教育活動としての位置づけの医療的ケアは、児童生徒の生命活動を支え、よりよい状態で教育を受けられるようにする状況づくりであり、医療か、教育かと分けることはできない。学校において医療的ケアを実施することは児童生徒が家庭から学校に登校する機会の拡大につ

ながるとした(表1)。このことにより、友達や教師との出会いや相互交流、また、集団の一員としての自覚や触れ合いを通し豊かな心情を育むことができ、健康の保持増進も期待できるとしている。このように、「医療的ケア」を子どもの立場に立ってとらえると、たんの吸引や経管による栄養注入も一人一人の特別な教育的ニーズとしてとらえることができるとした。(北海道教育委員会, 2005)

2 北海道の医療的ケアの実施体制

北海道教育委員会は、特別支援学校における医療的ケアが安全かつ適性に行われるように、医療・福祉部局との連携協力により教育、医療関係者、保護者等からなる連絡協議会を設置し、また、各学校における医療的ケアの実施体制を点検し、実施上の課題解決と医療的ケア実施会議を開催し、医療的ケア実施の際の連絡調整を図っている。図2(北海道教

表1 学校で実施する医療的ケアの内容

| 表1 看護師及び特定の教員が一部担当する場合の医療的ケアの内容 | | | 看護師 | 教員 | |
|---------------------------------|---|--|--------------------|-------------------|-------------------|
| 医療的ケアの内容と範囲 | | | | | |
| 1 たんの吸引 | いん頭より手前の吸引 | 口からチューブを挿入してたんや異物、唾液を吸引する | ○ | ○ | |
| | | 鼻からチューブを挿入してたんや異物、唾液を吸引する | ○ | ○*1 | |
| | いん頭より奥の吸引 | 口からチューブを挿入してたんや異物、唾液を吸引する | ○ | × | |
| | | 鼻からチューブを挿入してたんや異物、唾液を吸引する | ○ | × | |
| 2 経管栄養 | せきやおう吐、ぜん喘等の問題のない児童生徒等で、留置されているチューブ(又は胃ろうボタン)からの栄養注入。 | 経鼻経管 | チューブの先端の位置の確認 | ○ | ×*2 |
| | | | 胃腸の調子の確認 | ○ | × ^(注3) |
| | | | 栄養物・水分注入、注入中の観察、終了 | ○ | ○ |
| | 胃ろう腸ろう | 胃ろう、腸ろうの状態の確認 | ○ | × | |
| | | 胃腸の調子の確認 | ○ | × ^(注3) | |
| | | 栄養物・水分注入、注入中の観察、終了 | ○ | ○ | |
| 3 導尿 | 介助導尿 ・本人が尿道口の清拭消毒やカテーテルの挿入を行うことができない場合 | 尿道口の清拭消毒やカテーテルの挿入 | ○ | × | |
| | | 看護師が尿道口の清拭消毒やカテーテルの挿入を行う場合の、採尿容器や姿勢の保持等の補助 | ○ | ○ | |
| | 自己導尿 ・本人が尿道口の清拭消毒やカテーテルの挿入を行うことができる場合 | 本人が尿道口の清拭消毒やカテーテルの挿入を行う場合の、採尿容器や姿勢の保持等の補助 | ○ | ○ | |
| 4 その他 | 上記1～3の行為を基本として実施するが、その他の必要な医療的ケアについては、保護者が日常的に家庭で行っている範囲内の行為で、学校生活を送る上で必要なものであり、保護者の意向や主治医の意見を踏まえ、校内委員会の協議を経て、校長が実施可能と判断したもの。 | | △ | × | |

必要な研修を受けた教員が許容される校医の標準的な範囲を北海道教育委員会は、次のように示しているが、いずれの行為についても緊急時を除いては、特定の教員が行う行為の範囲は、医師の指示の範囲を超えてはならないとしている。

1 看護師及び特定の教員が一部担当する場合の医療的ケアの内容(北海道教育, 2005)

○:必要な手当を実施できる ×:手当を実施できない △:実施の可否については校内委員会で協議し、校長が判断する。

特定の教員とは、理論・実技研修及び主治医の下で個別研修を受けた教員(含養護教諭)を指す。

※1 児童生徒等の態様に応じ、吸引チューブを入れる方向を適切にする。チューブが入りやすい左右どちらかの鼻からチューブを入れる。チューブを入れる長さを個々に応じた長さしておく。

※2 看護師といっしょにダブル聴診器でエアーの首を確認することは可。

※3 原則的には、看護師が行うことが望ましい。

育委員会, 2005) は, 北海道における実施体制の概略を示したものであるが, 学校においては, 校長が責任を負い, 医療的ケアの実施者の中核として, 看護婦を配置・位置付け, 研修を行った特定の教員と連携しながら, 該当児童生徒の医療的ケア行為を行うこととしている。

3 医療的ケア実施のための校内委員会体制

医療的ケアを実施する学校は, 校内における医師・看護師, 教員等の相互連携による体制や学校と医療機関との連絡体制を整備するために, 校長, 教頭, 看護師, 学校医, 教員等からなる校内委員会を設置することとした。図3(北海道教育委員会, 2005)は, 北海道における校内委員会を示したものである

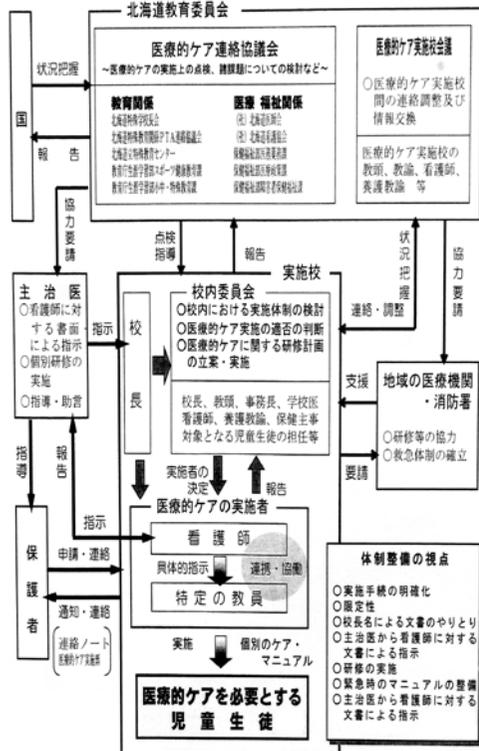


図2 北海道における医療的ケア実施体制 (北海道教育委員会, 2005)

が, 現在は, いくつかの学校に副校長が配置されているため, 構成員②は副校長・教頭になっている。

4 非医療関係者である教員が医療行為を実施するために必要な条件

(1) 保護者及び主治医の同意について (北海道教育委員会, 2005)医療的ケアの実施において, 次のように, 事前に, 必ず保護者と主治医の同意を書面で提出, 確認しておくことが必須条件である。

①保護者が, 当該児童生徒に対するたんの吸引等の実施について学校に依頼し, 学校の組織的対応を理解の上, 教員が当該行為を行うことについて書面により同意している

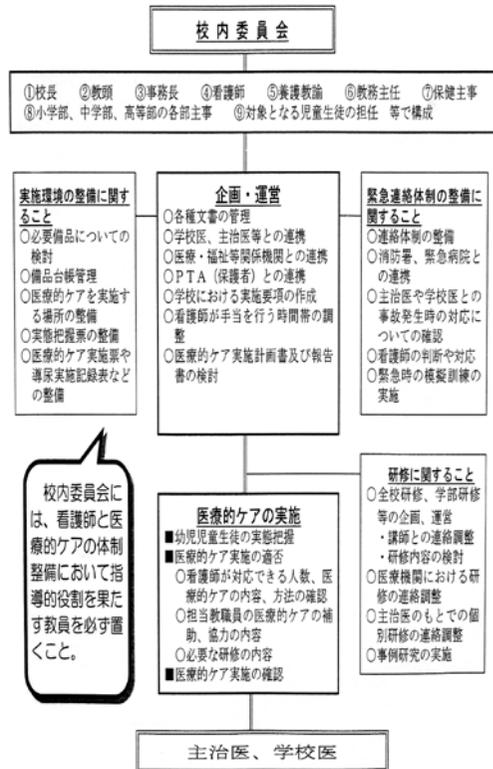


図3 医療的ケア実施のための校内委員会の設置 (北海道教育委員会, 2005)

こと。

- ②主治医が、学校の組織的対応を理解の上、教員が当該行為を行うことについて書面により同意していること。

(2) 医療関係者による的確な医療管理について（北海道教育委員会，2005）

次のように、医師と看護師・教員、保護者の的確な連携と管理体制の構築が重要であり、医師の的確な指示を書面で確認しておくことが必須である。

- ①主治医による、医療面の管理体制が整っていること。
 ②主治医から看護師に対して、書面による必要な指示があること。
 ③当該児童生徒が学校にいる間は、看護師が学校に常駐すること。
 ④医療的ケアは、看護師による対応を優先させること。
 ⑤看護師の具体的指示の下、看護師と教員が連携して実施すること。
 ⑥保護者は、定期的に当該児童生徒等の主治医に診察させ、適切な指示を受けていること。

(3) 医行為の水準の確保（北海道教育委員会，2005）医療的ケアの実施にあつては、北海道教育委員会は、各実施校において次の12の視点から医行為の水準を確保するよう求めている。

- ①看護師及び実施に当たる教員が必要な知識・技術に関する研修（理論・実技研修等）を受けていること。
 ②教員が医療的ケアを実施する場合は、主治医の下で特定の児童生徒等の特定の行為についての研修（個別研修）を受け、主治医が承認した特定の教員が実施者となり、主治医から個別具体的に指示された範囲でお

こなうこと。

- ③個々の医療的ケアについて、保護者、主治医、看護師及び教員の参加の下、手当についての個別のケア・マニュアルが整備されていること。

(4) 学校における体制整備（北海道教育委員会，2005）

- ①看護師が配置されていること。
 ②校長の統括の下で、関係者からなる校内委員会が設置されていること。
 ③看護師は医療的ケアを実施するだけでなく、校内委員会の参加等、校内の体制整備に関与していること。
 ④学校が医療的ケアを看護師や教員に行わせることに関する保護者や主治医、その他外部関係者とのやりとりは、校長名の文書で行うこと。
 ⑤特定の教員が医療的ケアを行う場合、当該行為は緊急時を除き、当該児童生徒等に限り認められたものであることを十分認識すること。
 ⑥教員が医療的ケアを実施する場合には、教員が非医療的關係者であることを鑑み、校長は教員の希望等を踏まえるなど、十分な理解を得るよう努めること。
 ⑦児童生徒の健康状態について、保護者、主治医、学校医、養護教諭、看護師、教員等が情報交換を行い連携が図れる体制が整備されていること。同時に、それぞれの責任分担が明確化されていること。
 ⑧指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること。
 ⑨ヒヤリハット、事例の蓄積、分析など看護師が参加して、定期的な実施体制の評価・検証を行うこと。

- ⑩緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされていること。
- ⑪万一異常が生じた場合に、主治医等及び保護者との連絡を円滑に行うことができるようにしておくこと。
- ⑫校内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。

医療的ケアに係わる関係者や学校職員が連携協力し合い、医療的ケアについての学校体制を構築しなければ児童生徒に対する医療的ケアは実施することはできない。その場合、学校職員の中で中核となるのは、「看護師」であり、そのため、北海道では医療的ケア対象児が在籍する場合、該当学校に随時、看護師配置がされてきた経緯がある。医療的ケアの学校現場での最高責任者は、校長であり校長が該当校での体制を整備し、看護師、養護教諭、教員等が研修を受けて実際のケアを行うことになる。手順・マニュアルにそった適切な医療的ケアを実施している場合、何か突発的な事が起こっても校長及び北海道教育委員会が責任を持って対応し、職員の個人の責任が問われることのないよう整備を進めてきている。

(5) 地域における体制整備（北海道教育委員会，2005）

医療的ケアの実施においては、地域の医療機関等の連携が重要で、その体制を構築することを求めている。北海道の場合、医療的ケアの該当児童生徒の主治医が、遠方のこともあるため、緊急時対応の医療機関や救急車利用時のための消防署等の関係機関と事前に連絡、打ち合わせをすることが求められる。

- ①医療機関、保健所、消防署等地域の関係機

関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること。

また、医療ケアの実施者が留意すべき事項として、実施者（看護師及び特定の教員）は、当該児童生徒の健康状態について、事前に主治医から病状についての説明を受け、特に、特定の教員が行う場合は、医師からの同意を得、看護師は主治医から書面により必要な指示を受けていることが求められている。当該行為の毛塚については、定期的に主治医に報告し、万一異常があった場合は、主治医に速やかに連絡を取り、その指示の下に適切な対応をとらなければならないとしている。

保護者との関係においては、医療的ケアの実施を学校に書面で依頼する旨の申請を提出させ、学校の対応能力にも限界があることを十分に説明し、正しく理解するよう協力関係を培っておくことが大切である。

(6) 医療的ケアに関する研修の実施体制（北海道教育委員会，2005）

医療的ケアの実施に当たっては、各学校において、安全且つ適切に実施するために、必要な知識や技能を習得することを目的として事前に研修を実施している。北海道教育委員会は、平成16年頃から毎年夏季休業中を中心に、北海道立S肢体不自由児総合療育センター（北海道立K総合医療・療育センター：コドモックル）の協力を得て北海道T養護学校やA養護学校（協力：北海道立A肢体不自由児総合療育センター）を会場に道教委主催の理論・実技研修（一般研修）を実施してきた。その目的は医療的ケア実施に係る専門的、実際の業知識や技術の習得と医療的ケア実施上の留意事項

等について理解を深めることを目的として行ってきた。筆者も会場校の担当として、数年間、北海道教育委員会担当者とともに、実施協力をしたことがあるが、研修内容として①基礎的な医学知識に関する研修（障害の原因と障害の状態、障害のある子どもの救急医療と健康管理・疾病予防、吸引、経管栄養、導尿等の手当の仕方と配慮事項等）②教育に関する研修（障害のある子どもの理解、保護者の心理、医療的ケア実施上の課題についての研究協議等）等であった。コードモックル等の医療機関の医師、看護師等が講師になり、講義、演習、協議等を実施してきたが、対象者は各学校に配置された看護師及び医療的ケアを行う養護教諭・教員を対象とした。

この一般研修を経た後、各学校における医療的ケアに関する研修を行い、その後関係する医療機関における個別研修（専門研修）を行うこととした。これらの研修、実

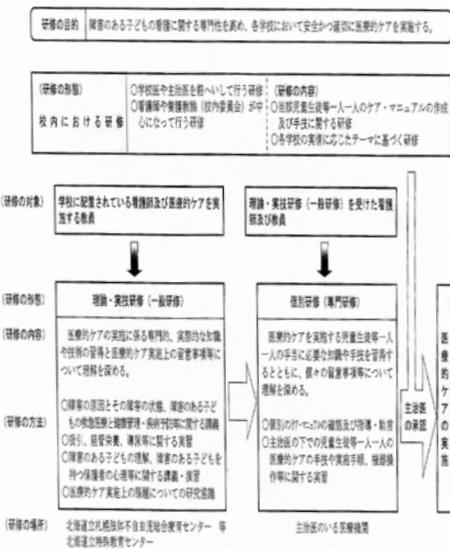


図4 医療的ケアに関する研修体制について（北海道教育委員会，2005）

習等を全て行った後、はじめて該当児童生徒の医療的ケアを実施できるものであった。このため、実施まで、半年程度は時間がかかり、看護師及び特定の教員による医療的ケア開始まで保護者にケアをお願いする状況であった。図4は、北海道の医療的ケアの研修体制について示したものである。

(7) 医療的ケアの実施手順と手続（北海道教育委員会，2005）

医療的ケア実施校は、学校における医療的ケアの範囲や内容、手続等について、次の内容を保護者に説明し理解してもらうことになっている。

- ①保護者の申請に基づいて実施されること
- ②主治医が学校で安全に実施できると認め、一定の手続きを経ること
- ③障害や病気の状態、医療的ケアの内容により、実施できない場合があること
- ④看護師不在の場合や児童生徒等の健康状態によっては実施できない場合があること

(1) 医療的ケアの実施決定までの手順と手続

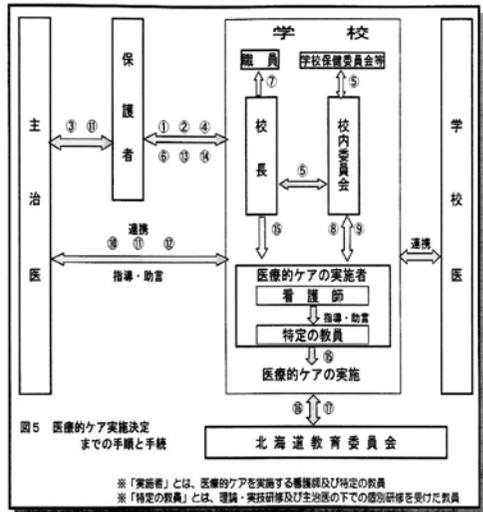


図5 医療的ケア実施決定までの手順と手続（北海道教育委員会，2005）

また、北海道教育委員会に、医療的ケア開始時に「医療的ケアの実施計画書（様式7）」と年度末に「医療的ケア実施報告書（様式8）」を提出・報告することになっている。

図5は、医療的ケアの実施手順と手順を明示したものである。

医療的ケアの実施期間は、原則1年間であるが、年度末に医療的ケアの内容を見直し、次の年度の初めにあらためて、実施計画書を提出することになる。図6は、継続する場合の概要を表したものである。

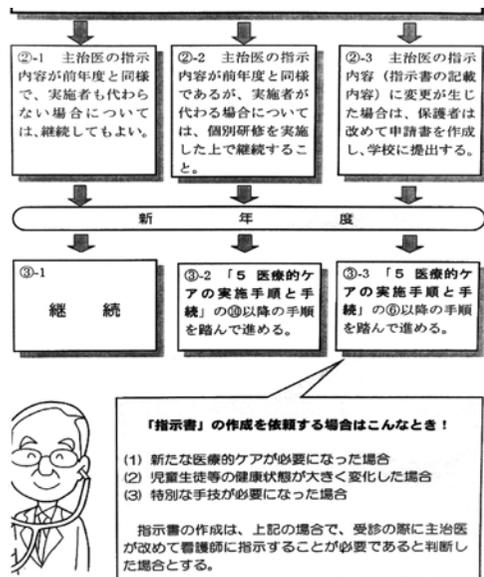


図6 医療的ケアの実施を継続する場合の手続 (北海道教育委員会, 2005)

(8) 健康観察の意義とポイント

障害のある児童生徒等は、体調の異常や苦痛、痛みを自覚できなかつたり、明確に訴えることができないこともあることから、あらゆる場面での健康観察をとおして、健康状態を把握することが大切である。(北海道教育委員会, 2005)



図7 健康観察の留意点 (北海道教育委員会, 2005)

健康観察の基本は、①いつもと違う子どもの変化に気付くこと②複数の目での健康チェックに心がけること③体調を崩す前兆と思われることを把握すること（よだれが多くなる、緊張が強くなる、生あくびが多くなる、チアノーゼがある等）④健康に関する情報の共有等が考えられる。

また健康観察のポイントとして、ア体温、イ脈拍、ウ顔色、エ呼吸、オぜい鳴、カたん、キ表情、ク皮膚、ケ発疹、コ身体の動き、サ鼻汁、シせき、ス尿、セ便等が項目として考えられる。

図7は、健康観察の留意点を述べたものであるが、北海道教育委員会は、以下の七項目の観察ポイントを推奨している。①健康観察は毎日、的確に②経時的な健康観察を③生育歴との関連を④健康状態の引き継

ぎを忘れずに⑤複数の目で観察を⑥保健室との連携を⑦家庭との連携を大切にすることを挙げている。

Ⅳ 肢体不自由養護学校における 医療的ケアの動向

北海道における肢体不自由養護学校の医療的ケアの研究は、平成13年～平成15年に北海道医療大学の草薙らにより研究された「医療的ケアを必要とする重症心身障害児の教育支援のための方略開発－教育現場における子どもを中心とした連携モデルの作成－（草薙、2006）等の基礎研究がある。また、秋原・草薙（2003）等による「肢体不自由養護学校における医療的ケアの動向」等の研究発表がある。この研究は、「医療的ケア」の歴史と問題点及び2006年当時の動向を看護の視点から明らかにしたものである。当時筆者は、肢体不自由養護学校等の現場に在籍し、医療的ケアの必要な障害を持つ子どもの保護者から、相談を受けていたこともあり、医療的ケアの動向に強い関心を持っていた。

秋原・草薙等（2003）によると、医療的背景について、次のように述べている。1979年（昭和54年）養護学校義務化以降、自宅から通学する重症児が増え、肢体不自由養護学校では、重症児の受け入れを積極的に行い、医療的ケアが必要な児童生徒には、保健室と担任が話し合い、主治医などの協力も得ながら、ケースバイケースで対応してきた。1988年東京都教育委員会が、「医療行為が必要な子は原則として訪問教育とし、学校では医療行為は行えない、通学を認める場合でも保護者の付き添いを条件とする」との見解を示したこ

とによりはじまるとしている。（津島、2000）これにより、①就学措置 ②保護者の付き添い③教師が行う医療的ケアの問題が生じた。これは、当時の保護者や現場の教師に取り、納得のいかないものであったが、医療的に無資格の教員が、医療行為を行うことは、医師法に抵触するものとされ、大きな課題として関係者で論議されるようになった。それ以降、経管栄養やたんの吸引、自己導尿補助等は、「医療行為」なのか「生活行為」なのか議論が続いてきた。1990年代後半になり、このことは全国的問題として大きく認知され、「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っていた。」（下川、2000）

このことについて、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」を開始した。それまでは、各自治体や現場の学校での独自努力で対処してきたのである。当時は医療行為と家族等が自宅で日常的に行う介護として、在宅で、吸引や経管栄養、導尿等を行っており、治療目的の医療行為とは異なるとして、「医療的ケア」として表現されていたが、明確ではなかった。また、在宅医療の進展の中で、家族の医療行為は、主治医の責任指導下である限り、医行為の違法性は問われなくなったが、家族が医行為を実施できるのは、保護者の責任が前提であるとされた。

1997年の特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議の「特殊教育の改善・充実について」の第二次報告（文部省、1997）の中で、国の報告書の中ではじめて、「医療的ケア」という用語が使用された。医師の中にも、学校での医療的ケアを「生活行為」であ

るとし合法であると見解を述べる医師も存在し(三宅, 1996), 厚生省が在宅医療的ケアを保険診療の中に位置付けたことは, 医療機関以外の場所で, 医療スタッフ以外の人が行うことを認めたことである(北住, 1997)としているが, 吸引や経管栄養を生活行為としては認めがたいとする医師も存在していた。(鈴木, 1991)

V 北海道における医療的ケアの 取り組みの経過

文部科学省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」に先駆け, 医療的ケアについて取り組んでいた東京, 神奈川, 大阪, 神戸などに比べ, 北海道では医療的ケアについての取り組みは遅れていた。1997年の日教組障害児教育部実態調査では, 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が, 対応のほとんどは保護者が実施している状態であった。(秋原, 2003)

1993年に「障害の程度が比較的重い生徒を対象とする学科を設置した高等養護学校整備」について検討がされ, 1995年に道教委は「重度及び重複障害生徒の養護学校高等部整備検討会議」を設置した(北海道教育委員会, 1995)。

これは, 重度・重複障害生徒の原則高等部全入の中で医療的ケアが必要な生徒が入学できる高等部を作れないかという問題の提起であった。これにより, 2001年に夕張市に「医療的ケア」と常時介護を必要とする生徒の高等養護学校が設置・開校された。

しかしながら, 当初から①医療的ケアのニーズの高い札幌市から距離が離れていたこと

(60km・90分)②夕張市立総合病院との医療連携契約と看護師の24時間派遣の人的問題③在籍生徒の定員割れ(定員一学年8名)と24時間「医療的ケア」対象生徒の無在籍など設置地域や医療連携の課題等問題が山積していたが, 全国的にも先駆けとなった教育現場での24時間医療的ケアの実施と学校現場での医療的ケアが可能な看護師の配置及び病院との連携は, その後の「医療的ケア」の広がりにも貢献した。(瀧澤・阿部, 2016)

2004年に厚生労働省から「看護師が常駐すること」「教員が必要な研修を受けること」等を条件に, 教員による「咽頭より手前のたんの吸引」は, やむをえないとの考えが示され, 「盲・聾・養護学校におけるたん吸引等の取扱について」が通知された(厚労省, 2004)。

本道においても, この通知を受け, 夕張高等養護学校以外の身近な特別支援学校で医療的ケアの必要な児童生徒の受け入れが可能になり(北海道教育委員会, 2004)看護師の配置を行うことにより, 該当学校で医療的ケアを実施できる体制が整った。

2007年に夕張市が財政破綻したことにより夕張市立総合病院が診療所化し, 夕張高等養護の医療的ケアから完全撤退するに至ったことから, 道教委は24時間医療的ケアの廃止や機能移転を検討したが, 道教委は独自に看護師2名と臨時看護師6名を配置し, 24時間医療的ケアを継続することにした。

2013年に設置された「高等部のあり方検討委員会」で①必要な特別支援学校に看護師が配置されてきていること②夕張地域で必要な多人数の看護師の数が確保・配置が困難なこと③保護者が身近な地域への特別支援学校の就学を希望する傾向にあること④夕張高等養

護において24時間の常時医療的ケアを必要とする生徒の在籍が見込めないこと⑤24時間緊急時に対応できる医療施設や連携できる病院が地域で確保できなくなったことから、2016年度以降は、他の特別支援学校と同様に必要に応じた看護師の配置が適当であるとした。最終的には、2016年度から医療的ケアの対象生徒がいなければ、看護師の配置を停止し、今後は必要性に応じて、学校教育場面での必要範囲内での看護師配置を行うとした。(2016年度以降、寄宿舎での医療的ケアは実施されない) また、看護師の配置により減員されていた寄宿舎指導員の定数を10名から12名に戻すこととした。(北海道教育委員会, 2013)

夕張市での高等部生の24時間医療的ケアについては、時代の推移とともにその役目を終了したが、札幌市をはじめ他地域での医療的ケアのニーズは、ますます高まっている。

Ⅵ 特別支援学校における 全国の医療的ケアの現状

表2の文科省における2016年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果(平成28年5月1日)では、全国の公立特別支援学校で日常的に医療的ケアが必要な幼児児童生徒は8,116名で、延べ25,900件の医療的ケアを必要としており、全在籍者に対する割合は6.0%であった。(文科省, 2016) また、一人で複数の医療的ケアを必要とする幼児児童生徒が多く、①たんの吸引等呼吸器関係が68.7%、②経管栄養等栄養関係が23.6%、③導尿が2.4%、④その他5.3%で、このうち、鼻腔に留置されている管からの栄養注入など認定特定行為業務従事者に許容されているは49.4%と

約半数であった。対象児童生徒数は、2015年度は8,143名であったので、ほぼ横ばいであるが、2006年度の5,901名と比較すると増加している。医療的ケアに対応するため配置されている看護師は2015年度1,566名、2016年度は1,665名で99名増加している。

また、認定特定行為業務従事者として医療的ケアを行っている教員は、より実態に合うよう調査基準日を9月1日から、年度中の予定者も含むように見直したことから、2015年3,428名から2016年は4,196名と768名増加している。

これは、一般研修及び個別研修等の関係や申請手続きで、医療的ケア実施開始が9月1日以降にずれ込んだことにより増加したと考えられる。2015年度においても、2016年度同様9月1日以降申請された数が、年度末までに実施されたと思われる。

表2 幼児児童生徒数・看護師数の推移
(文科省平成28年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査について)

H18～ 24年度：10月1日現在
H25～ H27年度：9月1日現在
H28年度：H28年度中予定者含

| 年度 | 在籍校数 | 幼児児童生徒数 | 看護師数 | 教員数 |
|-----|------|---------|-------|-------|
| H18 | 553 | 5,901 | 707 | 2,738 |
| H19 | 548 | 6,136 | 853 | 3,076 |
| H20 | 575 | 6,523 | 893 | 3,442 |
| H21 | 600 | 6,981 | 925 | 3,520 |
| H22 | 607 | 7,306 | 1,049 | 3,772 |
| H23 | 580 | 7,350 | 1,044 | 3,983 |
| H24 | 615 | 7,531 | 1,291 | 3,236 |
| H25 | 615 | 7,842 | 1,354 | 3,493 |
| H26 | 622 | 7,774 | 1,450 | 3,448 |
| H27 | 645 | 8,143 | 1,566 | 3,428 |
| H28 | 638 | 8,116 | 1,665 | 4,196 |

全国の公立小中学校においては、日常的に医療的ケアが必要な児童生徒は766名であり、延べ1,135件の医療的ケアを必要としている。

そのうち、①たんの吸引等呼吸器関係が49.0%、②経管栄養等栄養関係が18.1%、③導尿が22.6%、④その他10.4%である。

児童生徒数については、調査を開始した2012年の838名とほぼ横ばいであり、医療的ケアに対応するために配置されている看護師は、2015年度の350名から2016年度は、420名と70名増加している。

北海道において、医療的ケアを必要としている児童生徒が在学している学校は、特別支援学校では、視覚支援学校3校、聴覚支援学校3校、知的障害20校、肢体不自由6校、病弱2校の計34校で、対象児童生徒は278名、配置看護師数は44名（看護師配置学校17校）で、認定特定行為業務従事者（教員）は114名になる。

札幌市では、肢体不自由2校、病弱1校の計3校、対象児童生徒は41名で、配置看護師数は2校6名、認定特定行為医療従事者は教員で28名であった。

小中学校で医療的ケアが必要な児童生徒数は、小学校653名、中学校113名、小中合計で766名になる。小学校においては、通常学級在籍児童225名、特別支援学級在籍428名（うち8名が病院内設置特別支援学級）で、中学校では、通常学級在籍児童28名、特別支援学級在籍85名（うち7名が病院内設置特別支援学級）である。

2016年度に公立特別支援学校に在籍する医療的ケアを必要とする幼児児童生徒の学校生活及び登下校における保護者等の付き添いに関する実態調査（文科省、2016）では、北海

道において医療的ケアが必要な幼児児童生徒数は、278名で通学生が121名、訪問教育生が157名であった。通学生のうち、登下校のみ保護者が付添う者は79名で、学校生活及び登下校の双方において付添う者は15名、学校生活及び登下校の双方において保護者が付き添わない者は27名であった。札幌市においては、医療的ケアが必要な幼児児童生徒数は41名で、通学生が30名、本人が入院する病院に併置する特別支援学校に通学している者は11名であった。通学生のうち、学校生活及び登下校の双方において付添う保護者は30名であった。

Ⅶ 北海道肢体不自由養護学校における医療的ケアの現状

北海道（札幌市）の肢体不自由養護学校10校の医療的ケアの状況を、平成2014年度の各学校の学校要覧等の資料を参考に推計すると学校内で医療的ケアが必要な児童生徒数は、約97名、訪問生は約7名の合計約104名になっており、北海道・札幌市の医療的ケアが必要な生徒の2/3が、肢体不自由養護学校で医療的ケアを受けていることになっている。看護師の配置にしても常勤勤務のほとんどの看護師が肢体不自由養護学校に配置されており、その他の特別支援学校は非常勤の看護師が配置されている。

それだけ、肢体不自由養護学校には、重篤でかつ医療的ケアの必要な児童生徒が人数及び、処置件数も含め多い現状が推察できる。北海道の肢体不自由養護学校の2006年度の看護師配置は、常勤8名であったが、2014年度には、常勤看護師10名非常勤看護師13名に増加している。（北海道肢体不自由養護学校各

学校要覧，2006及び2014)

札幌市立の肢体不自由養護学校2校は重複障害児童生徒を対象としており，70%を超える児童生徒が「医療的ケア」を受けている実態がある。

また，道立肢体不自由養護学校でも，医療的ケアの児童生徒の最も多い学校は45%にもなり，知的障害の分校（施設併設）の一つは，50%を超える高率になっている学校もみられる。

医療的ケアが本格的に学校現場で実施されるようになってから10年以上が経過したが，「医療的ケア」の変化が見られてきている。経管栄養の対象者が増加しており，看護師一人で複数のケアを必要とする状況も見られ，看護師が行う行為の増加が見られる。このことは，看護師がより高度な医療的ケアの技術を身につけなければならないことになるが，研修で医療現場に研修に行くことのできる機会は，児童生徒が登校しない長期休業日等に限られ，必要な時にタイムリーに研修することが難しい状況も見られる。宿泊を伴う行事や校外学習において，医療的ケアの必要な児童生徒が参加するとき，看護師が帯同すると，学校に残った医療的ケアを受ける生徒が十分なケアを受けることができないことも考えられ，特に看護師が1名しか配置されていない学校では，その対応に苦慮することが多い。

教員（認定特定行為業務従事者）における医療的ケアの実施は，一般研修と個別研修を実施する関係上，また主治医からの指示書，道教委との申請書，計画書等のやりとりをする関係上事務量も多く，時間がかかりその実施が夏季休業後以降にずれ込むことが多く，特に新入生や転校生など，新規に医療的ケアを実施する場合，その期間の保護者のケア負

担が大きくなる。

また，教員（認定特定行為従事者）が2～3年で担当が替わったり，異動等で転勤した場合も一から手続きをする必要があるため，医療的ケアの実施まで数ヶ月の時間がかかることも珍しくない。この手続きの簡素化も，大きな課題であるが，医師や関係機関との密接な連携と技術の習得の必要性もあることから，すぐには解決できない問題である。

また，医療的ケア対象児がスクールバス等で登校する場合，保護者が付き添うことが多いが，北海道では登下校にかかる時間が約1時間程度要する 경우가多く，バスの中での医療的ケアの対応は，困難なことが多い。十分な処置スペースと対応マニュアルを準備したいが，スクールバスの中では限界があり，応急的な処置または，救急車で連携医療機関に搬送することしかできない状況である。

Ⅷ まとめ

学校現場での本格的「医療的ケア」の実施から10年が過ぎ，不十分ながらも体制が整い，看護師を中心として保護者，主治医（医療機関）・看護師・教員（認定特定行為従事者）等の学校関係者や道教委等が連携しながら児童生徒の教育の保障に努めてきた。ここ2～3年，北海道の肢体不自由養護学校では医療的ケア対象児の増加数は落ち着きを見せ，横ばいから微増程度に留まっている。

しかしながら，医療的ケア対象児は，必ずしもケアが少なくなったり，改善しているわけではない。家庭事情や地域事情により，訪問教育を選択する保護者が相当数いるのである。

これらの児童生徒が，登校して，医療的ケ

アを受けるには、登下校の手段を保護者任せにしない対応が必要である。札幌市の場合、タクシー等の費用補助もしながら通学できるようにしているが、通学中の付き添いやその間の医療的ケアの問題は解決できていない。介護移動サービスを利用する方法もあるが、地域によりそのようなサービスシステムがなかったり経費の面で利用できなかったりする。また、単なる移動サービスではなく、看護師等の医療的措置ができる職員が付き添うとなると、さらに難しくなる。そういう面では、地域の公的機関が責任をもちながら医療的対応ができる登下校サービスが可能になれば、北海道における訪問教育の数は減少させることができると考える。

また、生涯教育を考えると、高等部を卒業し、社会に出るときに、医療的ケアの対応が可能な福祉施設や作業所、通所介護施設、多機能事業所、通所生活センター、各種職場等への進路先への間口がさらに広がると、医療的ケア対象者が、家庭に閉じこもることなく、社会に出ていけると思われる。その意味でも看護師や介護人(認定特定行為従事者)の医療的ケアの実施は、今後もさらに重要となり、拡大すると思われる。

学校で医師の指示を受けて、看護師が対応可能な医療的ケアの範囲は、1吸引(サクション) 2カニューレの管理 3経管栄養 4胃ろう栄養法 5導尿 6酸素吸入 7水分・薬液の吸入(ネブライザー) 8自己注射(成長ホルモン等) 9ストマパウチの脱着等がある。教員が届け出や研修をして実施できる行為は、①咽頭前の吸引②経管栄養③導尿の補助の3行為を規定していたが③については、後に削除された。学校現場では、看護師が対応する、そ

の他の医療的ケアの対象が増加する傾向にあるが、医師法に触れないことを前提に学校・看護師等が中心になり、保護者の意向を確認しつつ、関係機関や医療機関と連携して、子どもの命を守り、輝かせるよう質の高いQOLの実施に努めなければならない。

障がい者も以前に比べ、高齢者と同様にいろいろな場に出る機会は、多くなってきたが、その中でも、医療的なケアを必要とする重度障がい者は、その対応の難しさから、課題が山積している。特に卒業後は、厚生労働関係の枠組みの中で措置されていくことがおおいいため、移行期になる高等部においては、移行支援計画に基づいて、これら関係機関と教育現場が密接な連携や連絡をとることが重要になる。

また、教育現場の者は、卒業後も生涯教育の観点から積極的に医療的ケア対象者の豊かな生活のために多様な側面から関与していくことが臨まれる。

また、北海道教育委員会は、2018年度の「特別支援教育に関する基本方針素案」の中で医療的ケアの推進の考え方を次のように示している。障がいの重度・重複化、多様化に対応するため、専門家の活用や特別支援学校間の連携、ICT機器等の積極的な活用、医療的ケアの体制整備、訪問教育における指導の充実を図る。その方策として、看護師・理学療法士等の配置やPC・タブレット等の活用「医療的ケアハンドブック」の改定を通じて、重い障害のある子どもへの教育の充実に向けた体制整備を進めるとしている。(北海道教育委員会, 2018)

北海道版「医療的ケアハンドブック」も10年以上が経過したため、改訂版は近年の「合理的配慮」の考え方を取り入れ、時代や社会

的变化に対応した素晴らしいものになることを期待している。

文 献

- (1) 川間健之助・西川公司編長沼俊夫 (2014) 「改訂版 肢体不自由児の教育」放送大学教育振興会, 159
- (2) 全国心身障害児福祉財団・飯野順子, (2005) 「医療的ケアの対応実践ハンドブック」, 全国心身障害児福祉財団, 10～31
- (3) 北海道教育庁生涯学習部小中・特殊教育課編, (2005), 「一般的ケア・マニュアル 医療的ケア実施のためのハンドブック」, 北海道教育委員会
- (4) 秋原志穂・篠木絵里・草薙美穂・岡田洋子・山本美佐子 (2003) 「肢体不自由養護学校における医療的ケアの動向」, 北海道医療大学看護福祉学部紀要No10, 121-127
- (5) 齊藤繁, (1996) 「肢体不自由養護学校における「医療的ケア」を巡る状況東京都の実態」, 障害者問題研究.24 (2), 102～107
- (6) 津島ひろ江, (2000) 「学校における医療的ケアへの対応に関する研究」, 川崎医療福祉学会誌.10 (2), 263～272
- (7) 杉本健郎・兎満 (1998), 「養護学校における医療的ケアの実態と対策」, 小児科診療.61 (5), 933～937
- (8) 北住映二, (1997), 「教職員に障害児への医療行為を認めて」(後).ばんぼう.4.74～77
- (9) 鈴木文張晴 (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. 110
- (10) 瀧澤聡・阿部達彦・和史朗, (2016) 「北海道の肢体不自由特別支援学校における教育内容・方法に関する一考察－＜自立活動＞＜医療的ケア＞＜動作法＞の観点から－」, 北翔大学生涯スポーツ学部研究紀要 7. 157～171
- (11) 北海道教育委員会 (1993) 「障害の程度が比較的重い生徒を対象とする学科を設置した高等養護学校整備」, 未公開
- (12) 北海道教育委員会 (1995) 「重度及び重複障害生徒の養護学校高等部整備検討会議」, 未公開
- (13) 北海道教育委員会 (1997) 「重度及び重複障害生徒の養護学校高等部整備検討会議報告書」, 未公開
- (14) 厚生労働省 (2004) 「盲聾養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」(平成16年10月20日医政発第1020008号厚生労働省医政局長通知)
- (15) 北海道教育委員会 (2004), 「北海道特別支援学校における医療的ケア実施要項」資料, 未公開
- (16) 北海道肢体不自由養護学校各学校 (岩見沢高等養護・真駒内養護・手稲養護・拓北養護・函館養護・旭川養護・網走養護・白糠養護・札幌市立豊成養護・札幌市立北翔養護) 学校要覧2006.2015. 2016.2017
- (17) 北海道教育庁学校教育局特別支援教育課, (2018), 「特別支援教育に関する基本方針素案」, 北海道教育委員会・HP, 2018.2.26

