

# アメリカ合衆国における健康障害児の統合教育と ヘルス・ケアサービス — 個別障害者教育法と判例を中心に —

吉利宗久\*<sup>1</sup> 津島ひろ江\*<sup>2</sup>

## 要 約

本研究においては、アメリカ合衆国における健康障害児の統合教育をとりあげ、ヘルス・ケアサービスとの関係から今日的課題を探った。近年では、個別障害者教育法 (IDEA) における統合教育の要求や医療技術の進歩とともに、健康障害児が通常の教育環境において教育を受ける機会が拡大している。それに伴い、教育現場においても、教育者が複雑なヘルスケアへの対応を求められるようになってきた。しかしながら、それと同時に、「特殊教育及び関連サービス」の枠組みの中でのヘルス・ケアの性質や範囲をめぐる議論がなされ、訴訟においても大きな争点となっている。そこで、健康障害児の教育状況を把握し、ヘルス・ケアをめぐる法解釈と判例を中心に検討を進めた。また、ケアサービスの提供システムに関する実態と問題点についても言及した。

## はじめに

アメリカ合衆国においては、1975年に「全障害児教育法」(Education for All Handicapped Children Act; P. L. 94-142) が制定された。同法は、1990年の修正にあたって「個別障害者教育法」(Individuals with Disabilities Education Act [IDEA]; P. L. 101-476) と改称され、最近では1997年の修正によって「修正個別障害者教育法」(Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997; P. L. 105-17 [IDEA'97]) として運用されている。

この法では、一連の法修正においても、その基本原則が維持されてきた。即ち、全ての障害児に対する「無償で適切な公教育」(free appropriate public education: FAPE) の提供が保障され、「最も制約の少ない環境」(least restrictive environment: LRE) における教育が追求されている。従来では分離されていた障害児を公教育において対応し、可能な限り通常の教育環境において教育することが求められているのである。そして、その思想と実践は、「インテグレーション」(integration) または、「メインストリーミング」(mainstreaming) と呼ばれ、世界的にも広く注目されてきた。

近年では、IDEA'97の下、「インクルージョン」

(inclusion) という新しい概念の中で障害児の通常教育を一層重視する姿勢が示されており、多様なニーズをもつ子どもへの教育的対応が求められている。特に、1980年代以降、学校における医療的ケアを要する子どもへの対応が大きな教育課題として注目され、教育者も複雑なケアの状況に直面する機会が増加している<sup>1,2)</sup>。そこで本研究では、健康障害児の教育状況を把握し、IDEAにおけるヘルス・ケアサービス (health care service) 関連規定を整理する。また、判例や法解釈、サービス提供システムの検討から今後の教育的示唆を探りたい。

## 「特殊教育及び関連サービス」の対象と定義

現在、アメリカ合衆国においては、IDEAの下で誕生から21歳の障害児に対する教育のために「特殊教育及び関連サービス」(special education and related services) が提供されている。IDEA'97によれば、「特殊教育」とは、「保護者が費用を負担することなく、障害児のもつユニークなニーズを満たすために特別に計画された指導」[§ 602 (25) (20 USC 1401)] であり、「関連サービス」とは、「移動手段や、障害児が特殊教育から利益を得ることを支援するために求められる発達の、矯正の、及び他の支援サービス、さらに、子どもたちの障害の状態の早期

\*1 兵庫教育大学大学院 連合学校教育学専攻 博士課程 (岡山大学) \*2 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科 (連絡先) 吉利宗久 〒700-8530 岡山市津島中三丁目1番1号 岡山大学教育学部内

発見やアセスメント」[ § 602 (22) (20 USC 1401)]を含むものである。

さらに、その対象となる「障害児」とは、「精神遅滞 (mental retardation), 聾を含む聴覚障害 (hearing impairments [including deafness]), 言語障害 (speech or language impairments), 盲を含む視覚障害 (visual impairments [including blindness]), 重度情緒障害 (serious emotional disturbance), 肢体不自由 (orthopedic impairments), 自閉症 (autism), 外傷性脳損傷 (traumatic brain injury), その他の健康障害 (other health impairments), 特異性学習障害 (specific learning disabilities) をもつ子ども」[ § 602 (3) (a) (i) (20 USC 1401)]であり、「障害のために、特殊教育や関連サービスを必要とする子ども」[ § 602 (3) (a) (ii) (20 USC 1401)]と定義されている<sup>3)</sup>。施行規則 [ § 300.7 (a) (1)] においては、聾と聴覚障害が独立して規定されており、それ以外にも、聾・盲 (deaf-blindness), 重複障害 (multiple disabilities) が規定されている。

特に深くヘルス・ケアサービスに関連する障害カテゴリーとしては、「その他の健康障害」が規定されている。その詳細な定義については、IDEA '97の施行規則にみられる。そこでは、全障害児教育法制定当時の定義から若干の修正がなされ、「喘息、注意欠陥障害または注意欠陥多動性障害、糖尿病、てんかん、心疾患、血友病、鉛中毒、白血病、腎炎、リウマチ熱、鎌状赤血球貧血、のような慢性もしくは急性の健康上の問題のために、体力、活力あるいは、敏捷性 (教育的な配慮によって敏捷性が高められたもの、教育環境に関連する敏捷性に制限のあるものを含む) に制限があり、子どもの教育活動 (educational performance) に不利な影響を及ぼすもの」[34C.F.R. § 300.7 (b) (9) (i) (ii)] とされている<sup>4)</sup>。このうち、「注意欠陥障害」については、1990年の法修正の際に、下院法案で1つの障害カテゴリーとして認められていたものの、上院の強い反発によって承認されなかった経緯がある<sup>5)</sup>。

### 健康障害における「特殊教育及び関連サービス」対象者の推移と教育環境

#### (1) 対象児の数量的検討

次に、「その他の健康障害」に対する教育は、どのような状況にあるのかについてみていく。アメリカ連邦教育省は、全障害児教育法施行以来、連邦議会に対して「特殊教育及び関連サービス」の実施状況について年次報告を行っている。その報告を手がかりとして「その他の健康障害」児の教育状況を把握

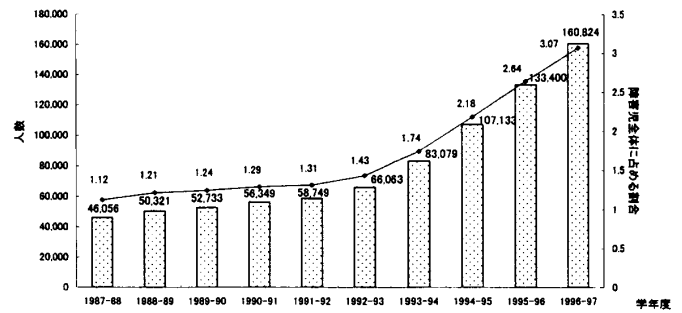


図1 「その他の健康障害」児数の推移と全障害児に占める割合 (6-21歳)

する。

アメリカ連邦教育省 (1998)<sup>6)</sup> によれば、1996-97学年度に「特殊教育及び関連サービス」の対象とされた全障害児数は、全米において5,983,202人 (0-21歳) に上っている。6-21歳を取り出してみると5,235,952人であった。その障害カテゴリー別 (前述の12種) の占有率をみると、「特異性学習障害」(51.11%), 「言語障害」(20.07%), 「精神遅滞」(11.35%), 「重度情緒障害」(8.55%) となっており、「その他の健康障害」は、これらに続く3.07%を占めている。

「その他の健康障害」児数と障害児全体に占める割合 (6-21歳) を整理すると図1のようになる。対象数、全障害児に占める割合が共に継続的に上昇傾向にあることが分かる。特に1992-93学年度から1996-97学年度における変化が著しく、対象数は5年間に約2.5倍 (+94,761人) に増加している。全障害児に占める割合についても、同期間だけで約1.6%の増加があった。これは、法制上の障害カテゴリーにおいて、最も高い増加率である。

さらに、年齢グループを細分化してまとめたものが表1である。いずれの年齢グループにおいても、同様な傾向を示している。1996-97学年度には、全障害児に占める「その他の健康障害」の割合が各年齢グループで3%を越え、対象数も年を追うごとに増加し続けている。特に、6-11歳のグループにみられる増加が著しい。

#### (2) 教育環境の特徴

障害児の教育環境に関しては、アメリカ連邦教育省によって以下の基準に基づいて分類され、報告されている。

- ①「通常学級」(Regular class): 通常学級で教育の大部分を受け、授業日の21%未満の時間通常学級の外で特殊教育および関連サービスを受ける教育措置。
- ②「リソースルーム」(Resource room): 少なくとも授業日の21%以上60%未満の時間、通常学級の外で特殊教育及び関連サービスを受ける教育措置。
- ③「特殊学級」(Separate class): 授業日の60%以上の時間、通常学級の外で特殊教育及び関連サービ

表1 年齢グループによる「その他の健康障害」児数と全障害児数に占める割合

年齢グループ	6-11歳	12-17歳	18-21歳
学年度	人数(割合)	人数(割合)	人数(割合)
1987-88	21,271 (1.00)	21,390 (1.20)	3,395 (1.11)
1988-89	23,949 (1.10)	22,466 (1.28)	3,906 (1.21)
1989-90	25,955 (1.16)	22,962 (1.29)	3,816 (1.24)
1990-91	28,297 (1.23)	24,177 (1.32)	3,875 (1.29)
1991-92	29,292 (1.24)	25,701 (1.34)	3,756 (1.31)
1992-93	33,487 (1.40)	29,150 (1.46)	3,426 (1.43)
1993-94	43,493 (1.77)	35,886 (1.73)	3,700 (1.74)
1994-95	56,856 (2.26)	46,054 (2.14)	4,223 (2.18)
1995-96	71,649 (2.77)	57,741 (2.58)	4,798 (2.64)
1996-97	84,433 (3.18)	70,976 (3.05)	5,415 (3.07)

注) 括弧内は、全障害児に占める割合である。

スを受ける教育措置。

④「特殊学校」(Separate school)：授業日の50%以上の時間、障害児のための通学制学校で特殊教育及び関連サービスを受ける教育措置。

⑤「寄宿制施設」(Residential school)：授業日の50%以上の時間、寄宿制施設で特殊教育及び関連サービスを受ける教育措置。

⑥「家庭または病院」(Homebound/Hospital)：病院または家庭で特殊教育及び関連サービスを受ける教育措置。

近年における「その他の健康障害」児に関する教育環境の状況を表2に示す。それによれば、「通常学級」措置の大幅な増加傾向が明らかになる。約10年間に10%以上の増加である。同じく「リソースルーム」措置についても、約10%程度の増加がみられる。逆に、「その他」の教育措置(「特殊学校」、「寄宿制施設」、「家庭または病院」を含む)は、著しい減少傾向にあり、約30%あった割合は10%以下まで落ち込んでいる。障害児の教育措置全体の特徴としては、「通常学級」の増加と「リソースルーム」の減少が指摘できる。しかし、「その他の健康障害」にみられる教育環境は、「その他」の教育措置における減少と「通常学級」及び「リソースルーム」の着実な増加がみられる。分離された教育措置から、可能な限りの通常教育環境に向けての特徴的な傾向が指摘できる。

次に、州ごとの特徴について検討する。インクルージョンの観点から、1995-96学年度における「通

常学級」措置者の割合を上位、下位それぞれ10州ごとにまとめると表3のようになる。それによれば、ヴァーモント州が最も高い割合を示しており、約90%もの「その他の健康障害」児が「通常学級」に措置されていた。また、コネティカット州やカリフォルニア州は、州における全障害児に関する平均値を上まり、全米でも高い水準を示している。一方、コロンビア特別区では、「通常学級」措置がわずかに2.22%のみである。マサチューセッツ州においては、全障害児の「通常学級」措置が65.26%を示しているにもかかわらず、「その他の健康障害」児は28.65%と全米でもかなり低い水準である。このことから、「その他の健康障害」児の教育環境には州によって大きな相違があることが伺える。

ヘルスケアサービスをめぐる判例と解釈

IDEA'97で述べられている「関連サービス」には、「言語病理学(speech-language pathology)や聴能サービス(audiology services)、心理学的サービス、理学療法、作業療法、治療的レクリエーションを含むレクリエーション、ソーシャルワークサービス、リハビリテーションカウンセリングを含むカウンセリングサービス、方向定位及び歩行サービス(orientation and mobility services)、診断や評価のみを目的としたもののみを含む医療的サービス(medical services) [ § 602 (22) (20 USC 1401) ] が含まれる<sup>3)</sup>。施行規則においては、さらに詳細に定義付けがなされており、「関連サービス」を15項目に細分化して定義している。そのうち、「その他の健康障害」に深く関連するサービスとしては、医療的サービスと学校保健サービス(school health services)をあげることができる。

医療的サービスとは、「特殊教育及び関連サービスに関するニーズをもつ子どもの医療に関連する障害を判定するために、認定医によって提供されるサービス」[34C.F.R. § 300.24 (b) (4)]である。また、学校保健サービスは、「資格を有するスクールナース(school nurse)やその他の資格をもつ職員によって提供されるサービス」[34C.F.R. § 300.24

表2 「その他の健康障害」児の教育措置に関する推移(6-21歳)

教育措置 \ 学年度	1987-88	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96
「通常学級」	30.56 (28.88)	29.93 (30.47)	31.18 (31.49)	30.20 (32.83)	35.33 (34.91)	40.01 (39.82)	40.05 (43.37)	42.54 (44.48)	43.25 (45.35)
「リソースルーム」	20.81 (39.98)	20.34 (39.03)	22.32 (37.56)	27.68 (36.46)	27.62 (36.30)	27.41 (31.67)	27.02 (29.46)	28.98 (28.75)	30.17 (28.68)
「特殊学級」	18.74 (24.71)	19.63 (24.26)	24.57 (24.88)	26.24 (25.09)	21.42 (23.52)	20.56 (23.45)	21.32 (22.73)	18.49 (22.44)	18.43 (21.68)
「その他」	29.91 (6.43)	30.09 (6.23)	21.94 (6.07)	15.88 (5.63)	15.63 (5.28)	12.02 (5.06)	11.61 (4.44)	9.99 (4.33)	8.15 (4.28)

[単位：%]

注) 括弧内は、全障害児に関する平均値である。

表3 特徴的な州における「通常学級」措置者の割合（1995-96学年度；6-21歳）

高い州				低い州			
全障害	%	その他の健康障害	%	全障害	%	その他の健康障害	%
ヴァーモント	84.90	ヴァーモント	88.87	ヴァージニア	37.17	ルイジアナ	33.73
ノースダコタ	78.27	ノースダコタ	72.69	フロリダ	36.68	ハワイ	33.40
オレゴン	72.08	コネティカット	72.25	ミシシッピ	35.06	ジョージア	32.99
コロラド	71.77	ミネソタ	70.78	ルイジアナ	34.25	ユタ	29.29
アイダホ	68.56	アイダホ	67.17	サウスカロライナ	34.21	マサチューセッツ	28.65
マサチューセッツ	65.26	サウスダコタ	65.52	ニューメキシコ	34.07	サウスカロライナ	21.56
ミネソタ	64.84	オレゴン	64.89	イリノイ	29.02	テキサス	16.44
サウスダコタ	64.41	カリフォルニア	63.87	テキサス	26.25	イリノイ	14.45
ネブラスカ	61.48	ネバダ	62.31	デラウェア	24.92	フロリダ	9.39
カンザス	61.18	アイオワ	58.33	コロンビア特別区	17.19	コロンビア特別区	2.22

注) 数値は、アメリカ本土 50 州及びコロンビア特別区について集計した。ただし、その他の健康障害については、コロラド、デラウェア、ミシガン、ミシシッピの各州については、数値が報告されていないために除外した。

Source : U.S. Department of Education (1998) *Twentieth Annual Report to Congress on the Implementation of The Individuals with Disabilities Education Act*. Washington DC.

(b) (12)] である<sup>4)</sup>。

しかし、これらのヘルス・ケアサービスの適用をめぐる解釈は、訴訟においても大きな争点となっている。それは、学校教育の領域における「関連サービス」と、それから除外されるべきサービスとの境界（医療と教育の領域）をめぐる議論である。つまり、「医療的サービス」は、診断や評価のみを目的としたもののみを含むサービスであり、子どもの要求するケアが「学校保健サービス」に該当するかが主な焦点となって争われることになる。この問題を扱った主な訴訟をまとめると表4のようになる。その代表的な判例についてみることにする。

(1) 「関連サービス」領域として認定された判例

Tatro 訴訟 (Irving Independent School District v. Tatro) は、精神遅滞はないものの、脊柱分離症で言語と身体機能に障害のある Tatro の医療的ケアをめぐる訴訟であった<sup>7)</sup>。Tatro は、3～4時間ごとの洗浄法間歇導尿治療 (Clean Intermittent Catheterization: CIC) を必要としており、そのケアの提供が大きな争点となった。テキサス州北部連邦地方裁判所 (U. S. Court for the Northern District of Texas) における下級審においては、CIC の提供が学習とは関連しないものとして、学校区が勝訴した。しかし、第5巡回控訴裁判所 (The Court of Appeals of the Fifth Circuit) での控訴審においては、CIC の提供が「関連サービス」に含まれるものとして Tatro が逆転勝訴した。そして、この判例においては、「関連サービス」から除外されるサービスについての基準が示された。それは、①生命維持サービスが、特殊教育から利益を得るために障害児を支援するものでない場合、②生命維持サービスが、授業日の間に行われない場合、③健康に関連するサービスが、専門医によって実施されなければならない場合である。最終的に、1984年、連邦最高裁

判所 (U.S. Supreme Court) は、控訴審の判断を一部認めなかったものの、Tatro への CIC の提供が「関連サービス」とする判決を下した。

同様に、1989年の Macomb 訴訟 (Macomb County Intermediate School District v. Joshua, S.) においては、重度重複障害児の移動と気管切開チューブからの吸引が焦点となった。ここでも、要求されたヘルス・ケアサービスは、医師によって提供される必要はないものであり、「関連サービス」として認められた。

最近の例では、1997年の Skelly 訴訟 (Skelly v. Brookfield LaGrange School District 95) がある。これは、車椅子を要し、気管切開チューブを使用する子どもの保護者が、登下校時の子どものバス利用の際における看護サービスの提供を求めた訴訟である。学校区は、スクールナースが、授業日の間のヘルス・ケアサービスを実施しているが、子どものバスのルートに付き添うためには補足的な支援が必要であると主張した。しかし、吸引が医師以外の訓練を受けている者によって適切に行われることができるという判断によって、要求されたサービスが「関連サービス」として認定されている。

(2) 「関連サービス」領域として否認された判例

1987年、Detsel 訴訟 (Detsel v. Board of Education of the Auburn Enlarged City School District) において、重度身体障害児が、バイタルサイン (vital sign) のチェック、空腸へのチューブを通じた投薬、吸引等の継続的な学校での看護ケアを求めた。しかし、医師によるサービスが提供されていないにもかかわらず、それが、学校での看護サービスの領域を越えたものとする判決が下された。

同様な判例として、Bevin 訴訟 (Bevin H. ex rel. Michal H. v. Wright) がある。裁判所の判断は、Bevin の求めるケア (移動中の看護、胃チューブや

表4 学校保健サービスの領域と解釈をめぐる訴訟

関連サービスの領域として認定された判例	(争点となった主なケア)
(判例) Kruelle 対 New Castle 公立学校区 訴訟(1981) Tokarcik 対 Forest Hills 学校区 訴訟(1981) Hawaii 州教育省 対 Katherine 訴訟(1984) Tatro 対 Irving 独立学校区 訴訟(1984) Macomb County Intermediate 学校区 対 Joshua 訴訟(1989) Caledonia 公立学校 公聴会(1993) Tanya 対 cincinnati 教育局 訴訟(1995) Skelly 対 Brookfield LaGrange 学校区 95(1997) Mortson Community High School 学校区 対 Minor 訴訟(1998) Cedarpis Community 学校区 対 Garret 訴訟(1999)	学習過程における医療的、社会的、情緒的ニーズ 洗浄法間歇的導尿(CIC) 投薬、チューブ管理 洗浄法間歇的導尿(CIC) 移動援助と気管切開部からのチューブ吸引 人工呼吸器管理、おむつ交換、吸引、経管栄養 等 食事の際の胃チューブ及び人工呼吸器の管理 通学の際の看護サービス 人工呼吸器、酸素ボンベ及び身体管理 洗浄法間歇的導尿(CIC)、気管チューブ管理等
関連サービスの領域として否認された判例	(争点となった主なケア)
(判例) Max M. v. Illinois 州教育局 訴訟(1986) Bevin 対 Wright 訴訟(1987) Detsel 対 Auburn Enlarged City 学校区教育局 訴訟(1987) Field 対 Haddonfield 教育局 訴訟(1991) Hopedale 学校区公聴会(1991) Granite 学校区 対 Shannon 訴訟(1992) Ellison 対 Three Village 総合学校区教育局(1993) Neely 対 Rutherford 公立学校 訴訟(1995) Fulginiti 対 Roxbury Township 公立学校 訴訟(1996)	集中的な心理療法 継続的な看護ケア(通学、胃チューブ、酸素、姿勢、吸引等管理) 継続的な看護ケア(チューブからの投薬や吸引等) 寄宿治療プログラムにおける学習からの不適合 人工呼吸器の管理、及び呼吸訓練 気管メンテナンス、鼻腔栄養チューブ、呼吸管理 人工呼吸器の管理 気管チューブの吸引等 気管、及び給水チューブの吸引等

酸素の管理、吸引等)が多様で広範にわたっており、医療の領域として「関連サービス」から除外すべきとするものであった。Granite 訴訟(Granite School District v. Shannon M, 1992)においては、重度の先天性神経筋萎縮症児の痰吸引、鼻腔栄養など継続的なケアが要求された。しかし、継続的な気管切開ケアは、IDEA から除外される医療的サービスとして、「関連サービス」とは認められなかった。Fulginiti 訴訟(Fulginiti v. Roxbury Township Public Schools, 1997)の場合では、フルタイムの付き添いを要する継続的な気管切開チューブの管理や定期的な吸引の提供が年間およそ56,000ドルを要するものであり、想定されていない不当な義務とする判断が示されている。

Neely 訴訟(Neely v. Rutherford County School, 1995)は、先天性中枢低喚起症候群(congenital central hypo-ventilation syndrome)児の気管切開からの適切な吸引をめぐるものである。要求されたサービスは医師や資格のある看護婦、呼吸ケアの専門家、子どもの血縁者、子ども自身によって実施が可能であり、学校区の責任で行われるべきとする主張であった。しかし、Detsel 訴訟や Granite 訴訟が適用され、サービスが学校区の不当な負担になっていることが認められた。

ここでみた議論に関して、Thomas と Hawke (1999)<sup>2)</sup>は、「関連サービス」に含まれるヘルス・ケアの領域について、先の判例を踏まえて以下のよう

#### ①温度調節 (Climate Control)

体温調節が十分にできないなどの身体機能の不全によって、学校教育から利益を得るための能力に影響がある場合、温度調節された教育環境を提供する

必要がある。

#### ②特別治療食 (Special Diet)

連邦障害児教育局(OSEP; IDEA 施行の責任を負う連邦機関)は、治療食のサービスによって特殊教育の効果があがる場合、治療食サービスは「関連サービス」に含まれるという見解を示した。

#### ③投薬 (Medical Administration)

経口投薬は、スクールナースや資格者が容易に投与できるため、「関連サービス」とみなされている。しかしながら、保護者の投薬拒否、学校区による投薬の過失、学校区の投薬拒否などの問題も生じている。

#### ④緊急的なケアと「蘇生しない」指示

(Emergency Care and “Do not Resuscitate” Orders)

多くの州法では、学校職員が、子どもに救命ケアを措置することにより、「蘇生しない」指示(DNR order)に従わない場合、教職員の責任については明確にしていない。しかし、学校区は法的な相談を行い、緊急状況における手順を教職員に通知しておく必要がある。

#### ⑤医療的サービス・医療的評価

(Medical Service / Medical Evaluation)

「認定医」が、「特殊教育及び関連サービス」に関連するニーズとして生じた医療関係の障害を判定するならば、「医療的サービス」と認められている。

#### ⑥学校保健サービス (School Health Services)

連邦法では、障害児のために適格な学校保健サービスについての種類、性質、領域について規定していない。しかし、学校区は、生徒が広範囲にわたる看護サービスを要する状況において、サービスを医療的なものとみなしたり、不当な義務として扱って

いる。

ここで指摘できるように、ヘルス・ケアをめぐる「関連サービス」の領域は不明確であり、法規定の細部にわたる解釈は柔軟なものとなっている。ケースごとの具体的なヘルス・ケアの範囲と性質によって検討されている<sup>8)</sup>。インクルージョンの視点からも、健康障害児のヘルス・ケアの対応がいかに進められていくべきかの議論が継続中である。

### ヘルス・ケアサービスの提供システム

前述のように、特殊なケアが必要な子どもが、従来まではヘルス・ケアサービスを提供する場と考えられていなかった地域の学校に在籍するようになり、学校におけるヘルス・ケアサービスの提供システムに関する問題が生じている。IDEAにおいては、それらの子どもに対する「医療的サービス」は認定医、「学校保健サービス」は資格を有するスクールナースやその他の資格をもつ職員によって提供される「関連サービス」として定義されている。しかしながら、関連訴訟の判決からも、学校における複雑なヘルス・ケアサービスを学校で具体的に誰が実施するのか、どのようなトレーニングを行うべきであるかなどの問題への対応が、緊急の課題として提起されている<sup>9),10)</sup>。

#### (1) ヘルス・ケアサービス提供の実態

ヘルス・ケアサービスは、主に伝染病の管理のために、19世紀末に教育プログラムの一部となった<sup>11)</sup>。それ以来、生徒の複雑な健康問題に対応するために、学校システムの中で徐々に発展してきた。

今日、アメリカ合衆国における学校には、スクール・ベースド・クリニック (school-based clinic) あるいはナースルームがある。近年では、校医を置く学校はほとんどなく、提携病院から派遣され、スクールナースが学校保健活動の中心となっている。Smallら (1995)<sup>11)</sup> が全米50州とコロンビア特別区に対して調査した結果によれば、半数以上の州 (59.2%) がスクール・ベースド・クリニックあるいは、スクール・リンクド・ヘルスクリニック (school-linked health clinic) を設置していた。スクール・ベースド・クリニックは、学校敷地内において生徒のための初期治療や予防サービスを提供する。また、スクール・リンクド・ヘルスクリニックは、学校敷地周辺で学校と提携してこれらのサービスが提供される。

学校における保健活動は、「学校保健サービス」、「学校保健教育」、「健康的な学校環境」の3領域からなり、活動の中心となるスクールナースの主要な職務は「学校保健サービス」の提供者として位置付

けられている<sup>12)</sup>。特に、IDEA 制定以降には学校におけるヘルス・ケアの必要な子どもの増加から、スクールナースがヘルス・ケアサービスの提供者として期待され、学校における配置にも広がりが見られる。しかし、その勤務形態は一人が複数の学校を巡回する数校勤務が一般的であり、不在時のケアの実施はその他の資格をもつ職員に委譲するシステムになっている<sup>13)</sup>。

ヘルス・ケア提供の実情について、Krier (1993)<sup>14)</sup> は、ミネソタ州北部の6つの学区における162人の教師を対象として調査している。その結果、91%の教師が健康障害児の指導経験を有しており、健康障害の状態については、[てんかん]発作が64%と最も多かった。続いて、歩行障害 (58%)、喘息 (51%)、脳性麻痺 (46%)、義肢装具 (40%)、整形外科的疾患 (36%)、糖尿病 (36%)、失禁 (34%)、筋ジストロフィー (28%)、心疾患 (15%)、胞嚢性線維症 (9%)、悪性新生物 [癌] (6%)、異混和症/造血機能障害 (4%) であった。ヘルス・ケアの内容に関して、教師の35%が勤務時間内の薬物治療管理を行っており、その他にも、経管栄養 (12%)、造瘻術ケア (5%)、カテーテルケア (2%)、気管切開ケア (1%) を実施していた。しかし、ヘルス・ケアのトレーニングを受けている教師はわずか30%であり、70%はトレーニングを受けていないために基礎知識の不足を感じていた。さらに、健康障害児を受け入れるための準備不足を感じている教師は68%にも上っており、障害児のヘルス・ケアに対応することが教師の役割ではないと考えている者が12%みられた。

同様に、Koeningら (1995)<sup>15)</sup> は、テキサス州の初等・中等学校において、スクールナース (1,574人) の教育や健康管理に関するニーズや参加状況について調査した。1校あたりのナースと生徒の平均割合は1:728であり、生徒の総在籍数の約6%にあたる106,650人が、特別なヘルスケアのニーズをもつ生徒として割り出された。生徒の症状は、喘息 (47%)、注意欠陥障害 (26%)、[てんかん]発作 (8%)、心疾患 (4%)、脳性麻痺 (4%)、糖尿病 (2%) であり、関節炎、腎臓病、脳水腫、悪性新生物 [癌] がそれぞれ1であった。また、スクールナース、アシスタント、教師等によって提供された処置 (48,569件) のうち、薬物管理 (54%)、オムツ変え (12%)、吸引・呼吸ケア (11%) が主な対応であった。スクールナースは、子どもの健康障害において中心的役割を果たすものと考えられていた。しかし、特殊教育の評価に日常的に参加したものはわずか32%であり、特殊教育のミーティングに日常的に参加したものは18%であった。そして、特殊教育

の評価、及びミーティングへの出席での不安を報告したものが、それぞれ84%、92%にも上っていた。

地域の学校にますます複雑なヘルス・ケアを要する子どもが増加することに伴い、適切で安全なヘルス・ケアサービスが求められる。しかし、専門職であるスクールナースは、複雑なヘルス・ケアを要する健康障害児に接する時間は決して十分でない。そのためには、ケア提供者をサポートする教育システムの変革が求められる。

## (2) スクールナースと看護実践ガイドライン

アメリカ合衆国のスクールナース制度や呼称は州によって異なる。スクールナースの所属は、多くの州が学区所属であるが、中には公衆衛生局に所属しているものもあり、またその両方に所属している州もみられる。ただし、近年では公衆衛生局から学区所属への移行傾向がある<sup>11)</sup>。スクールナースは、基本的には学校に勤務しているものの、身分はナースとして位置付けられている。

資格要件は州により異なり、①登録看護婦 (registered nurse) の資格取得、②4年制大学を卒業して看護あるいは大学院修士課程でナースプラクティショナー (nurse practitioners) の資格取得などがあげられる。ナース・プラクティショナーは、臨床医学的な技術を身につけてプライマリーケアを担う人材である。その職務は、健康状態の評価、簡単な診療や軽い病気の診断と薬物の処方、ヘルスケアの提供、保健教育が中心となる。この資格に関して、すでに1965年には、コロラド大学において小児看護ナース・プラクティショナーの教育プログラムが開設されていた<sup>16)</sup>。彼らが学校に勤務する場合は、スクールナース・プラクティショナーと呼ばれ、学校保健サービス提供への主導的役割を期待されている。

複雑な医療的ケアを要する子どもが通常学級に増加する中、「関連サービス」をめぐる論争が展開され判例が下されている。「学校保健サービス」を担うスクールナースがケアの場において「医療的サービス」と区別してケアを実施することの困難や責任の範囲を超えた要求もあり、「学校保健サービス」における看護実践のための詳細なガイドラインが要求されている。

Wood (1986)<sup>10)</sup> は、学校における看護実践の手順に関するガイドラインについて、全米50州の教育機関と公衆衛生機関で調査を実施している。医学的・看護的介入を要する8つのケア (①導尿、②発作管理、③薬物管理、④人工呼吸器の管理、⑤経管栄養、⑥体位変換、⑦人工肛門管理、⑧その他) の看護処置手段に関するガイドラインの有無を調査し

た結果、ガイドラインをもつ州が37州 (74%)、もない州が13州 (26%) であった。有する州のうち、8つ全てのケアのガイドラインをもっている州が6州 (12%)、人工呼吸器のケアを除く7つのガイドラインをもっている州が3州 (6%)、薬物の管理のケアのみのガイドラインをもつ州が13州 (26%) であった。看護処置手段のガイドラインをもつ37州のすべてにおいて手順が設定されているものは薬物管理のケアのみであった。つまり、「関連サービス」が合法的にもかかわらず、ヘルス・ケアのガイドラインが十分に検討されていない実情がある。スクールナースあるいは関係者が適切にヘルス・ケアを実施するためには看護ケアのガイドライン、ケア提供者の資格取得、提供者のためのトレーニングなどの深刻な課題が残されている。

さらに、財政的な問題も指摘できる。Rodmanら (1999)<sup>17)</sup> が、特殊教育に関する1994会計年度の財政予算について全米を調査した。回答した30州における特殊教育の総予算額は、平均で特殊教育の生徒一人あたり約4,959ドルと見積もられた。「関連サービス」費用は、報告のあった24州の平均で特殊教育総予算額の24.1% (特殊教育の生徒一人あたり約1,200ドル) であった。さらに、「医療関連サービス」に配当される費用に関する情報を含む13州のデータを整理すると、特殊教育総予算額における割合が最も高い州がマサチューセッツ州 (7.51%)、最も低い州がフロリダ州 (0.01%) であり、かなり幅広いことが分かる。また、これらの州における「医療関連サービス」予算額の割合を求めると、平均で総予算の約2.04%となる。これは、特殊教育の生徒一人あたり約113ドルにあたる。ヘルス・ケアの財源を十分に確保していくことも今後の重要な課題といえよう。

## おわりに

ここまで、アメリカ合衆国における健康障害児の教育とヘルス・ケアサービスについて検討してきた。学校教育におけるヘルス・ケアサービスの提供については、統合教育の着実な進展に伴い、新たな問題も顕在化している。IDEAにおけるヘルス・ケアサービス関連規定の解釈は、医療的ケアの複雑さもあって一様でない。ヘルス・ケアの提供をめぐることは、訴訟においても大きな争点となっており、ケアサービスのための提供者、領域、性質に関する具体的なガイドラインの必要性が指摘される。

統合教育を法的に推進しているアメリカ合衆国が直面している経験は、わが国の今後の教育を展望する上でも貴重な示唆を含むものと思われる。制度の整備とともに、教育現場における対応を具体的に考

えていく必要がある。

## 文 献

- 1) 清水貞夫 (1995) 合衆国における「医療行為 (医療的ケア) を必要とする子ども」の教育問題. 障害者問題研究, **23**(1), 72-80.
- 2) Thomas SB and Hawke C (1999) Health-Care Service for Children with Disabilities : Emerging Standards and Implications. *The Journal of Special Education*, **32**(4), 226-237.
- 3) Public Law 105-17 [Individuals with Disabilities Education Act Amendments of 1997] (1997) Part A.
- 4) U. S. Department of Education (1999) *Federal Register*, **64**(48), 12422-12424.
- 5) 中野善達 (1994) 米国教育省による「自閉症」「外傷性脳損傷」の定義及び、「注意欠陥障害」「重度情緒障害」への対応. 特殊教育学研究, **31**(4), 65-71.
- 6) U. S. Department of Education (1998) *Twentieth Annual Report to Congress on the Implementation of The Individuals with Disabilities Education Act*. Washington DC. Government Printing Office.
- 7) Vitello SJ (1986) The Tatro Case : Who Gets What and Why. *Exceptional Children*, **52**(4), 537-549.
- 8) Rapport MJK (1996) Legal Guidelines for the Delivery of Special Health Care Services in Schools. *Exceptional Children*, **62**(6), 537-549.
- 9) 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釈およびアメリカにおける判例 -. 琉球大学教育学部紀要, **54**, 555-569.
- 10) Wood SP, Walker DK and Gardner J (1986) School Health Practices for Children with Complex Medical Needs. *Journal of School Health*, **56**(6), 215-217.
- 11) Small ML, Majer LS, Allensworth DD, Farquhar BK, Kann L and Pateman BC (1995) School Health Service. *Journal of School Health*, **65**(8), 319-326.
- 12) 藤田和也 (1995) アメリカの学校保健とスクールナース, 大修館書店.
- 13) 加来和子 (1996) 学校保健とスクールナース・養護教諭の日米比較-統合教育の視点から-. 障害児の早期療育制度と統合教育に関する日米の比較研究-第3年度(平成7年度)報告書, 25-36.
- 14) Krier JJ (1993) Involvement of Educational Staff in the Health Care of Medical Fragile Children. *Pediatric Nursing*, **19**(3), 251-254.
- 15) Koenning GM, Todaro AW, Benjamin JE, Curry MR, Spraul GE and Mayer MC (1995) Health Services Delivery to Students with Special Health Care Needs in Texas Public School. *Journal of School Health*, **65**(4), 119-123.
- 16) 佐藤直子 (1999) 専門看護制度の理論と実践, 医学書院.
- 17) Rodman J, Weill K, Discoll M, Fenton T, Alpert H, Salem-Schatz S and Palfrey JS (1999) A Nationwide Survey of Financing Health Related Services for Special Education Students. *Journal of School Health*, **69**(4), 133-139.

(平成11年11月10日受理)



## Issues on Inclusive Education and Health-Care Services for Students with Disabilities in the United States

Munehisa YOSHITOSHI and Hiroe TSUSHIMA

(Accepted Nov. 10, 1999)

Key words : INDIVIDUALS WITH DISABILITIES EDUCATION ACT, HEALTH IMPAIRMENTS,  
HEALTH-CARE SERVICE, INCLUSIVE EDUCATION

### Abstract

The purpose of this study was to examine the issues of inclusive education and health care service for students with health impairments in the United States. Recently, there are more such students in public schools due to the requirement for education in the least restrictive environments under the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) and advances in medical science and technology. Consequently, teachers are more likely than ever to be faced with complex health care situations, including some that are important for supporting life. However, the level, the nature and the extent of health care service to be provided for disabled is being contested eligible to receive special education and related services in federal and state courts. To clarify related issues, the conditions of special education for impaired children and the interpretation of the regulations for health care services in public schools are discussed. Additionally, the present state and problems in the service delivery system for health care are examined.

Correspondence to : Munehisa YOSHITOSHI The Joint Graduate School in Science of School Education  
Hyogo University of Teacher Education (Okayama University)  
Okayama, 700-8530, Japan  
(Kawasaki Journal of Medical Welfare Vol.9, No.2, 1999 225-233)