

学校における医療的ケアへの対応に関する研究 — 法の整備とケア提供者の養成を中心に —

津 島 ひろ江*¹

要 約

近年、養護学校では医療的ケアを要する児童生徒が増加している。しかし、受け入れるための条件整備は十分とは言えず、地域間の差は大きい実態が把握された。特に問題となっているのは、法的、物的条件が不十分なままに学級担任や養護教諭がケアを実施していることであり、医療的ケアの法整備、ヘルスケアを担う養護教諭の養成、看護婦（士）配置、訪問看護婦（士）の派遣などが重要であることが示唆された。

はじめに

近年の医療技術の進歩とノーマリゼーション思想により小児在宅療養が推進された。養護学校、とりわけ肢体不自由養護学校においては、従来以上に健康面に関し特別な配慮を必要とする児童生徒が増加している。例えば、人工呼吸器や気管切開、吸引や酸素療法などの呼吸管理や中心静脈栄養などの医療的ケアを継続して必要としている児童生徒（以下、医療的ケアを要する児童生徒とする）や、より濃厚な医療的ケアを要する「超重障児」である。これらの児童生徒への養護学校としての対応に関する問題は、特殊教育の専門性が問われる大きな課題となっている。その一つに、医療的ケアについての学校での対応があげられる¹⁾。

わが国よりも先にインテグレーションが進展しているアメリカ合衆国では、1980年代から医療的ケアを要する児童生徒が増加し、学校における医療的ケアが教育課題となり、「個別障害者教育法（Individuals with Disabilities Education Act; IDEA）」のもとでの医療的ケアを要する児童生徒の「特殊教育及び関連サービス（special education and related services）」の適用をめぐる裁判が展開されてきた²⁾。近年の最も注目される裁判として Garret 裁判（Cendar Rapids Community Schhol District V. Garret, F.）があげられる。ここでは、脊椎損傷による四肢麻痺の Garret に必要な膀胱カテーテル、気管切開部の吸引などのサービスが IDEA の規定にある「医療的サービス（medical service）」からの除外対象では

なく、学校区が提供しなければならない「関連サービス」であるという判断を下された。そのために、学校区は Garret に必要な看護サービスを提供している³⁾。

一方、わが国では文部省の見解が示されない現状にあり、取り組みが各都道府県ごとになされている。例えば、全国に先駆け1972年横浜市に臨床指導医の配置がなされた。特に1990年代に活発化している試みとして、看護婦（士）・介護員の配置、訪問看護婦（士）の派遣、重度・重複障害児担当医師派遣事業、救急体制整備事業など先駆的実践が報告されている。しかし、全国的には法的、人的、物的条件整備が不十分なまま実施が先行されている⁴⁾。それらに対応して、肢体不自由養護学校校長会においても「医療的ケア検討委員会」が設けられるに至っている。特に、学校現場において誰が医療的ケアを提供するのか、その法の規定と解釈が問題となっている。それらの複雑な医療的ケアに対応している保護者や担任教師は、養護教諭の看護機能や看護職の導入に期待している⁵⁾。そこで、本研究ではこれらの実情を参考にしながら、現状において曖昧なままにされている問題の整理を試みる。さらに、医療的ケアの調整者あるいは医療的ケアの提供者として期待をもたれている養護教諭の養成と課題について言及する。

「医療的ケア」についての法の整備

1. 「医療行為」の法解釈

医師法第17条に、「医師でなければ、医業をしては

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
(連絡先) 津島ひろ江 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

ならない」と定めている。医療行為には人の疾病の診断・治療に向けられた行為（東京高裁昭和2年3月16日判決）であり、それが現代の医学の原理にかなうものであること（広島高裁岡山支部昭和29年4月13日判決）、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（最高裁昭和30年5月24日判決）であることを必要とする。つまり、医療行為として法の規制対象になるのは、疾病治療の目的で診療・投薬等の行為をすることであって、「医学の知識と技能を有しないものがみだりに行う時は生理上危険があると認められるものをいう」（前掲最高裁判決）と解釈できる⁶⁾。

看護婦の医療行為について、保健婦・助産婦・看護婦法第5条は「傷病者若しくは褥婦に対する療養上の世話又は診療の補助をなすことを業とする」と規定している。したがって、看護婦（士）の医療行為は常に医師との医療行為の限界および医師の指示の有無、内容が問題になり、医師の指示のもとでのみこれをなすことが許されている。しかし、医療行為の内容や範囲は定められておらず、医療従事者の医学上の知識技能に基づく行為という考えに立っているため、危険性には医療技術の進歩や医療機器の開発が大きく関与し、「診療補助をなすことを業とする」とされていたことが療養上の世話へと移行つつある。

看護婦（士）の医療行為の限界は、①相対的医行為であること、すなわち、看護婦の医学的判断および技術をもってすれば人体に衛生上危害を及ぼし、または危害を及ぼす恐れのない医療行為であること、②「診療補助」行為であること、すなわち、診療、治療の本行為でないということである⁷⁾。

厚生省保険医療局訴訟専門調査員である鹿内清三は、医療行為の個人的な見解を補助者との関係から次のとおり分類している。

- ① 絶対的医行為を絶対に医師が行うのでなければ衛生上の危害を生ずる医行為とする
- ② 相対的医行為を危険を生ずるおそれのなき治療のことに関与する行為とする
- ③ 放任医行為を取り締まり法規が規制しない放任行為とする。療養上の世話は医師の指示を要しない。

正野（1997）は診療補助業務における看護婦（士）の役割は医師の補助者から医師の代弁者としての役割に変化していると指摘し、相対的医行為と絶対的医行為案を表1のとおり分類している⁸⁾。

しかし、医師の管理下に置かれる前に医療的な応急処置を行うことがすでに認められている。消防法第2条第9項では「傷病者が医師の管理下に置かれ

るまでの間において、緊急やむをえないとして、応急の手当を行うことを含む」と明文化しており、1991年（平成3）に「救急救命士法」が定められ、救急救命士を国家資格とした。同法第43条は「救急救命士は、保健婦・助産婦・看護婦法第31条第1項および第32条の規定にかかわらず、診療の補助として救命救急処置を行うことを業とすることができる。」としており、徐細動器による徐細動、静脈路確保のための輸液、器具による気道確保の医療行為以外の処置については、医師、看護婦（士）の資格を持たない救急隊員がすでに医療行為を実施している。

また、1981年医療保険においても、医療行為として規定されていたインスリンの自己注射について、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および管理のもとに患者または家族に指示して行った場合、法17条違反にならないとすること（昭和56.5.医事38）がすでに認められている。

2. 医療提供の場

1992年（平成4）医療法の改正により、医療提供の場が病院や診療所以外に「居宅」が加えられ、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た。1994年（平成6）には「健康保険法」の改正で、訪問看護事業が一般化した。そこで、学校への付き添いが困難な保護者が居宅の延長線に学校があると捉えて、訪問看護ステーションに看護婦（士）を依頼するケースがみられるようになった。自治体が厚生省に問い合わせた結果、「学校への訪問は認められない」という見解が出された。そこで、多くは依頼した保護者の個人責任となったままの状態におかれている。しかし、仙台市や尼崎市は自治体の公費負担として訪問看護婦（士）の派遣を行っている。

わが国では、学校で医療的ケアを教員が実施することの法的見解は、文部省・厚生省の通達、裁判の判例などのいずれにおいても存在していない。しかし、医療的ケアを要する児童生徒は養護学校、小・中学校いずれの学校においても現在まで増加しているために現場では混乱を来し、自助努力の範囲で実施している。

在宅療養については厚生省通達（平成6年3月16日保険発第5号）は、「在宅療養は、次の医療上の処置に関し、指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について患者又は患者の看護にあたる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意および指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、在宅療養法の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導などを行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料及保険医療教材を支

表1 絶対的医行為と相対的医行為

相対的医行為
●医師の指示を必要とする医行為例 [包括的支持による医行為] 安静度(入浴, 排便), 食事指導, 理学療法, 浣腸, 経管栄養管理, 膀胱洗浄, バルーンカテーテル交換, 導尿, 人工肛門管理, 吸引, ネプライザー, 包帯交換, 褥瘡管理 [具体的指示による医行為] 静脈採血, 心電図, 与薬(経口, 経鼻, 経皮膚, 膀胱内), 点滴の交換, 注射(皮下, 筋肉) 生命維持管理の操作(在宅酸素, 人工呼吸器)
●医師の指示を必ずしも必要としない医行為例(包括的指導監督は必要) バイタルサインの検査(脈拍, 体温, 呼吸数, 血圧), 採尿, 褥瘡の予防, 内服薬管理
絶対的医行為
胃チューブ交換, 静脈注射, 動脈採血, 医学的検査の判断

給した場合に認められる.]とした。

保険診療で在宅療養が認められている範囲は次のとおりである。

- ① 自己注射(インスリン製剤, 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))
- ② 在宅自己腹膜灌流(自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液, 灌流液交換用熱殺菌器)
- ③ 在宅酸素療法
- ④ 中心静脈栄養
- ⑤ 成分経管栄養
- ⑥ 自己導尿
- ⑦ 人工呼吸器
- ⑧ 悪性腫瘍管理(鎮痛剤・化学療法の注射・点滴)
- ⑨ 寝たきり患者指導(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)
- ⑩ 疼痛管理(埋め込み型神経刺激装置の実施)となっている。

上記の医療的ケアを在宅で行うにあたっては、医師、看護者のみでなく特定の指導を受けた介護者、ただし、医師の指導により、医師の指示した内容の処置を習得した者が、指示された場で行うことが条件とされている。このケアの担当者を「本人および家族」としている。

これらの条件からすれば、学校において、医師の判断により、医師の指導の下に特定の指導を受けた本人、保護者、教員、介護者にも許可されると解釈することができる。

文部省特殊教育課は「学校は医療機関ではない。医療的介護が常時必要な子は病院に入院し、病弱養護学校などの教育を受ける方法もある」と、教員の医療的ケアには否定的であった。しかし、近年の見解として、厚生省は「医師以外が医療行為を行うという行為自体は医師法に違反する可能性が高い」としながらも、「在宅医療では医師の指導のもと、家族

が医療行為をしている。保護者からの委託と医師の指導があるなどの条件を満たせば、違法性が問われないという可能性も考えられる」という現状を追認する姿勢を示すに至っている。

また、文部省は1998年(平成10)6月に厚生省との協議によって「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」を作成した。そこに、研究事業としてではあるが、条件付きで学校において医療的ケアを看護婦(士)資格がある者が行うこと、および看護婦(士)資格をもたない教師が行うことを是認する旨が出された。近年の文部省・厚生省の協議により学校における医療的ケアについての基本姿勢に前進がみられる。

養護学校における医療的ケアへの対応

肢体不自由養護学校には医療的ケアの必要な児童生徒が約1~2割在籍しているといわれる。担任教師は必要性に迫られ、痰の吸引や導尿を食事の介助と同じく子どもの学校生活に必要な行為であると判断し、医師の指導を受けて痰の吸引を行っている学校がある。しかし、医師の指導のもとに行われるべきケアとシステムの公的基準が示されていないために、医療的ケアを行う教員への支援体制は自治体によってかなりの差がみられる。

特にわが国を代表する先駆的な東京都・大阪府の取り組み、神奈川県・横浜市の取り組み、その他の全国的な動向を取り上げて分析すると、以下の特徴がみられる。

東京都は1969年(昭和44)に、横浜市と時を同じくしてわが国で最も早く重症心身障害児の訪問教育を開始している。また、1974年(昭和49)度から実施した障害児希望者全員入学の施行を経て、わが国の養護学校の義務制が1979年(昭和54)実施されるに至ったといわれる。

どの養護学校にも吸引器を備え、親が希望すれば導尿、経管栄養カニューレの管理を行った。しかし、

これらの医療的ケアに関する問題が表面化して、教育委員会が学校で教員は医療行為を行えない立場で見解を出した。1990年代に入り、救急体制整備事業、指導医の配置、養護教諭の複数配置、医療的配慮を要する児童生徒の健康安全指導ハンドブックの作成など、受け入れにあたっての取り組みを展開している。

大阪府は養護学校に医療的ケアを要する児童生徒が増加する1990年代から取り組みを始め、痰の吸引などを「医療行為」とせず「医療的ケア」という立場をとり、医療的ケアを要する児童生徒の受け入れを容認している。近年、校長会の了承のもと医療的ケアに関する懇談会が発足し、肢体不自由養護学校間の交流がなされるようになる。また、医療と教育の連携で自主的に医療的ケアの研究会が開催されている。

1988年（昭和63）神奈川県では経管栄養の注入が医療的行為か生活行為か、あるいは教育行為かの視点で議論が表面化する。1990年代には医療検討委員会や協議会が発足し、1993年（昭和5）には教員の手による吸引や吸入の施行が始まる。この県の特徴として、1996年（昭和8）肢体不自由養護学校に、校医とは別に指導医を配置して、医療的ケアのバックアップ体制を整備している。

横浜市は東京都と同じく1969年（昭和44）に、重度重複障害児を対象にした「在宅心身障害児家庭訪問指導制度」と共に「不就学児童生徒の施設訪問指導制度」を開始した。

1972年（昭和47）わが国初の通常の、小学校に在宅訪問指導を行う「訪問学級」を設置し、ソーシャルワーカーや校医とは別に臨床指導医を配置する「臨床指導医制度」を設けている。この制度を軸に、学校、家庭、主治医、校医、バックアップ医療機関のネットワークが形成されている。1980年代には分教室が養護学校へと独立整備される。また、養護学校教員の子ども医療センターでの実技研修が始まる。1990年代には保護者が行っている行為の一部を生活行為とする立場から、「障害児生理管理検討委員会」を設置、さらに「重度・重複障害児の安全指導のために」を作成する。

その他、全国的な取り組みの中から顕著なものをあげると、1997年（平成9年）に宮城県が訪問看護婦を学校に派遣する「要医療行為通学児童生徒支援事業」を開始し、「訪問看護制度」を利用して、訪問看護婦が学校における医療的ケアを代行している⁹⁾。兵庫県では、西宮、明石、尼崎、姫路、加古川の各市も独自の方法で看護婦（士）の派遣や雇い入れを実施している。

ハード面、ソフト面の問題解決に向けて、北海道教育委員会は重度・重複の障害をもつ医療ケアが必要な児童生徒を対象にした全国初の医療的ケア付きの高等養護学校を2001年（平成13）に開設する運びである。対象として、今まで訪問教育を余儀なくされていた重度・重複障害児で気管吸引や導尿などの医療ケアが必要な児童生徒が広い範囲から集められる。これらの生徒の医療行為を行うため、非常勤医師と常勤の看護婦を配置、処置室や看護室、機能訓練室などの施設を整備し、万全の医療・介護体制がとられ、小・中等部で訪問教育を受けていた児童生徒が対象となる。このように医療ケア付き養護学校は全国的にも珍しい取り組みである。しかし、住み慣れた地域でのインテグレーションを志向する保護者にとっては複雑な問題となっている。

これらの先駆的実践にみられるように、1990年代は養護学校への看護職の派遣・配置が広がっている。このような動向を受けて、国は1994年の国会答弁で「学校における医療行為（医療的ケア）は医師や看護婦（士）が行うべき」と回答した。

しかし、現実には医療的ケアを要する児童生徒は増加するものの、ほとんどの学校には医師や看護婦（士）の配置はみられない。そのような現状において、肢体不自由養護学校の教員のみならず保護者、医療や福祉のスタッフを巻き込んで議論が展開されている。

各地の先駆的な実践、提言、答申、報告書が出されるなどの全国的動向を受けて、国としての取り組みがやっと開始した。

文部省はこのような現状をふまえて、1998年（平成10）から1999年（平成11）にかけて、厚生省と連携して新たに障害のある子どもに対する特殊教育における福祉・医療との連携のあり方に関する調査研究を、10校の都道府県教育委員会に委嘱して研究を進めており、その結果が期待される。

医療的ケアの提供者

医療的ケアを保護者以外の第三者が行った際の個人責任と学校の管理責任が問題となるが、文部省の見解が出されていない現状においては、前述した取り組みにみられるように各自自治体ごとに医療的ケアの提供システムがつくられている。

先駆的な取り組みでは学校に看護婦（士）を配置したり、臨床医や訪問看護婦・士の派遣がなされている。しかし、全国の多くの養護学校とりわけ肢体不自由養護学校において、医療的ケアに直接的に対応しているのは、学級担任（必ずしも特殊教育に関する教育を受けていない）である。保護者の依頼・

委託に基づき、特定のケアについて研修を受けた特定の教員が医師（指導医、校医、主治医など）の指導を受けて行っている。このような状況下において、ヘルスケアサービスの中核をなしている養護教諭の専門性を生かした支援が期待されている。しかし、養護教諭の養成には多様な教育背景があり、カリキュラム構成の基盤が教育学、看護学、保健学、栄養学と異なっている。そのために養護教諭の専門性と医療的ケアの提供に関する議論が展開されている。ここでは養護教諭の看護能力に着目して、養成の歴史の変遷から現状の問題分析を行なう。

1. 養護教諭の看護能力

(1) 学校看護婦として誕生

学校教育法第28条では「学校には児童の養護をつかさどる養護教諭を置くものとする。」と規定する一方で「小学校および中学校には、第28条の規定にかかわらず、当分の間、養護教諭はこれを置かないことができる」と規定している。しかし、養護学校では知的障害、身体虚弱、肢体不自由な児童生徒の養護が必要なことから、養護教諭は必要不可欠な職種として置かれている。

肢体不自由養護学校、病弱養護学校などにおいて医療的ケアのニーズが高まる中で、養護教諭の看護ケア技術への期待が高まりつつある。しかし、わが国の養護教諭は学校看護婦として誕生したものの、現在では看護婦免許の有無は問わず教諭として位置づけられるという歴史の変遷がみられる。

養護教諭の誕生は、トラコーマの流行時の1905年（明治38）、児童生徒のトラコーマ洗眼の必要性から学校看護婦として派遣されたことに始まる。岐阜県羽島郡の竹ヶ鼻小学校において治療室を設け、岐阜県立病院より看護婦を雇って校医監督の下にトラホーム治療に従事させたことが記録に残されている。学校看護婦派遣当時のトラホーム罹患児童は66.4%であったが、翌年には42.67%に減少している¹⁰⁾。それに先駆け1902年アメリカがニューヨーク市に、1904年イギリスがロンドン市に初めてスクールナースを置いた。いずれも学童の頭ジラミや伝染性皮肤病で学校停止になっている児童生徒を救済することを目的に就学奨励策として配置されている。わが国の学校看護婦と欧米のスクールナースの誕生には背景、時期、職務、資格において大差がみられない。しかし、現在においても医療職として位置づいている欧米とは異なり、わが国は教育職として独自の養護教諭制度へ発展している。この分岐点について、杉浦は1992年（大正11）大阪市済美学区6校において始まった1校1名の常勤駐在制の学校看護婦職務規程にみられることを指摘している。その職

務と位置づけは、大阪市立済美第2尋常高等小学校の看護婦事務取り扱い規定（大正11年5月制定）第1～17条に規定されている¹¹⁾。杉浦はこの規定の注目すべきこととして以下のことを指摘している¹²⁾。

学校看護婦の位置づけを衛生課長や学務課長でなく学校長の監督下にある学校職員とし、教員と同じ扱いであり、校医と同格の位置づけである。職務は校医の命を承けるとはいえ救急処置、身体検査、環境衛生、健康観察に従事し、その他には家庭訪問して治療に関する指導や高等科卒業生に対する家庭看護法の実習指導をあげている。これらのことより、医師の治療行為の一部を助手的に行う低級な技術者ではなく、高度な知識、技術を要する専門家といった認識の下に処遇されていることがうかがえる。特に高等科卒業生に対する妊娠出産の介護から育児法など家庭看護法の実習指導者としての役割を与えていることから、高い教養をもった教育者として見なしていることに注目している。このことが日本の学校看護婦を医療職から引き離し、教育職へ転換させる原動力となり、教育職への方向づけがなされたことがうかがえる。

(2) 養護教諭養成制度の変遷

1941年（昭和16）国民学校令の施行と同時に学校看護婦から養護訓導として職制が確立した。さらに、6年後の1947年（昭和22）学校教育法制定とともに名称が養護教諭と改められた。そして、1950年（昭和25）にはじめて県立養成所が誕生した。

国が本格的に着手したのは、1965年（昭和40）国立養護教諭養成所設置法が制定されて、全国の9国立大学に付置された三年制の国立養護教諭養成である。その後、文部省系統の看護婦免許を必要としない養成課程が認可され、1969年（昭和44）には短期大学での養成課程が認可された。1975年（昭和50）4年制課程での養成が茨城大学と愛知教育大学で始まった。1993年（平成5）には愛知教育大学に大学院修士課程（養護教育専攻）が設置され、次いで岡山大学教育学研究科などが設置された。また、看護系大学院においても広島大学医学研究科（保健学専攻）、川崎医療福祉大学医療福祉学研究科（保健看護専攻）などが養護教諭（専修）免許状の課程認定になり、21世紀には「養護学」構築のために博士課程の設置が望まれる段階にまで至っている。

これらの免許取得のプロセスは図1に示すとおり、養護教諭専修免許状・一種免許状・二種免許状に種別されている。看護婦（士）免許取得の有無は副次的なものであり、近年では、看護婦（士）免許を有しない者の割合が増加している。

近年の新しい特徴として、看護婦（士）人材確保

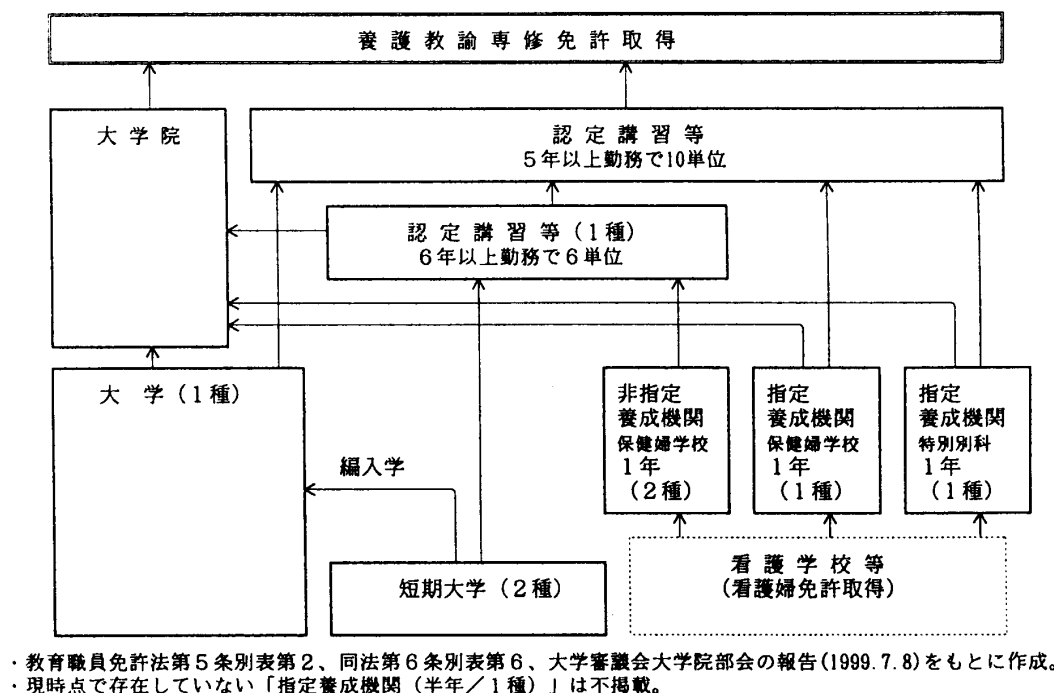


図1 養護教諭免許取得の流れ

法を背景に看護婦(士)・保健婦(士)養成の大学化があげられる。その数は1990年代に急増し、10校が2000年に84校になり、近い将来100校への増設をめざしている。これらの看護系大学の中には看護婦(士)・保健婦(士)・助産婦の統合を図るカリキュラムを構成している大学もあれば、地域看護学の一領域である学校看護学の充実を図り、養護教諭(一種)免許状を取得できるカリキュラムを構成している大学もあり、学校に医療依存度の高い児童・生徒が増加する中で、高い看護能力を身につけた養護教諭への期待は高まっている。

看護系大学における看護婦(士)・保健婦(士)免許を併せ持つ養護教諭(一種)養成の歴史は、1948年(昭和23)保助看法が制定されたその4年後の1952年(昭和27)に、わが国で最初の大学での看護教育が許可された初めての看護系大学である県立高知女子大学が1954年(昭和29)に養護教諭養成課程認定校になったことに始まっている。教育系国立大学での養成が始まる21年前に、すでに養成されていることが明らかになった。また、看護系大学の急増とともに看護系大学における養成校は教育系大学における養成校を上回り、新たな期待が寄せられている。

小西らは21世紀の肢体不自由養護学校の学校保健の推進についての研究を行った結果、すべての学校ではなくと但し書きをし、肢体不自由養護学校養護教諭は校医の指導のもと、学校保健行為の実施・指導ができる力量と看護婦免許が必要であることを指摘している¹³⁾。また、1994年(平成6)参議院決算委員会における、学校における医療行為についての質問に対して、厚生大臣と局長が「学校においての

医療行為は医師や看護婦(士)において適切に行われるべきものである。その他、看護婦(士)免許を有する養護教諭による導尿あるいは経管栄養などの実施は適法である」という見解を示し、養護教諭の看護婦(士)免許取得への期待を答弁の中で述べている。しかし、文部省は病院に入院し病弱養護学校等での教育を受けることが適当であるという見解を示し、両者の合意は出されぬままである¹⁴⁾。

近年では、医療的ケアを要する児童が肢体不自由養護学校のみでなく、小学校・中学校の通常学級に増加しつつあり、医療的ケアへの養護教諭の対応が期待されているが、津島らの義務教育学校の養護教諭を対象にした「医療的ケアに関する調査」(1998)では、回答の得られた369人のうち看護婦(士)の免許を併せもつ者は101人(72.6%)であり、現状下においては多くの養護教諭が医療行為を伴うケアは養護教諭が実施すべきではないという認識をもっており、本人および保護者が行なうか医師や看護職の導入を求めていることを明らかにした¹⁵⁾。しかしながら、医療的ケアを要する児童・生徒が養護学校からさらに通常学校での就学者が増加する中で、養護教諭は看護婦(士)免許の有無にかかわらず、医療的ケアを要する児童生徒に対する保健管理、保健指導、健康相談、救急処置、校医・主治医との連携、医療的ケアの調整におけるキーパーソンとしての役割などの養護教諭の職務としての関わりは求められる。

(3) 養護教諭養成カリキュラムの改正と問題点

1997年(平成9)文部省は教育職員免許法を改正した。養護教諭(一種)免許状取得に必要な合計単位数は変更されず56単位のままであるが内訳につい

て次のとおりに改正している。

- ① 教職に関する科目を16単位から21単位に増加
- ② 養護に関する科目を40単位から28単位に減少
- ③ 養護又は教職に関する科目を7単位新設

この改正は近年の子どもの不登校、いじめ、薬物乱用、性の逸脱などへ対応できるカウンセリング能力や教科「保健」の授業の担当¹⁶⁾など教育的能力を期待したものである。一方、養護に関する科目の単位数は28単位に減少し、科目と最低習得単位数が表2のとおり改正された(教員免許法第9条)。これらは基礎医学、保健学、養護学、看護学で構成されている。つまり、これらの内容には心身の障害に関するものは含まれず、養護教諭は障害児に関する理解のないままに特殊教育諸学校に勤務することや医療的ケアに直接関係する看護学はわずか10単位(看護実習を含む)のみである。

面沢は日米の指導主事と大学教官を対象に養護教諭・スクールナースが行う最も重要な活動について調査した結果、日本は保健教育/ヘルスプロモーションヘルスカウンセリング、米国はさまざまなヘルスサービス 重大な健康問題をもつ児童生徒のための保健管理計画の作成であり、最も重要な活動には相違がみられる。しかし、必要な技能(スキル)については日米共に臨床医学・看護学的な技能(個別的、継続的健康問題をもつ子どもへのケアと救急処置)が最も必要であると認識していることを報告している¹⁷⁾。

教職科目の充実を図り、教師としての養護教諭養成の特徴を出している教育系大学と医療福祉学を基盤とした看護系大学のカリキュラムとの「養護・看護に関する専門科目」を比較したものが表3のとおりである^{18,19)}。教育系大学では1997年(平成9)の免許法改正の特徴である「養護概説」に関する科目(4科目8単位)と「学校保健」(4科目8単位)に充実が図られ、学校保健上の現代的課題への対応が

なされている。しかし、看護学や臨床実習の開講科目は少なく、医療的ケアを要する児童・生徒へのケアや健康管理・指導能力は卒業後の研修に委ねられる。一方、看護系大学はヘルスケアの担い手である看護婦(士)・保健婦(士)・養護教諭の統合を図ったカリキュラムであるため医学・看護学に関する科目に充実が図られ、特に学外実習では病院実習のみならず地域保健実習もあり、あらゆる健康レベルを対象に広域的視点から対応できる力量形成がなされているという特徴がみられ、医療的ケアを要する児童・生徒への対応にかなりの期待がもたれる。

おわりに

医療的ケアを要する児童生徒が多く在籍する肢体不自由養護学校における受け入れの実態を明らかにし、条件整備の検討を試みた。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 1992年(平成4)「医療法」の改正により、医療提供の場に病院、診療所以外に「居宅」が加えられたことにより、従来までは「医療行為」とされていた医療的ケアを医師の指導により本人、家族、訪問看護婦(士)が行うことができるようになった。そのことにより、小児在宅療養は進み、医療依存度の高い児童・生徒の養護学校への在籍率が増加し、特に1990年代は「医療的ケア」に関する法解釈が議論を呼び、自治体ごとの取り組みがなされていたが、多くの養護学校では文部省、厚生省の見解が出されぬまま、痰の吸引、経管栄養、導尿などの医療的ケアが保護者あるいは保護者に依頼・委託され、教員が実施するなど混乱をきたし、自助努力の範囲で実施していた。

2. 学校での医療的ケアの提供には、ヘルスケアの中核をなす養護教諭の看護能力に期待がもたれており、養護学校など医療依存度の高い児童生徒が在籍する学校が増加する現状において、看護婦(士)免

表2 養護教諭免許取得に必要な養護に関する専門教育科目・最低取得単位数(教育職免許法施行規則第9条)

養護に関する科目 免許状の種類	最終修得単位数									
	衛生学及び公衆衛生学(予防医学を含む)	学校保健	養護概説	健康相談活動の理論及び方法	栄養学(食品学を含む)	解剖学及び生理学	「微生物学、免疫学、薬理概論」	精神保健	看護学(臨床実習及び救急処置を含む。)	
専修免許状	4	2	2	2	2	2	2	2	10	
一種免許状	4	2	2	2	2	2	2	2	10	
二種免許状	2	1	1	2	2	2	2	2	10	

備考

- 一 免許法第五条別表第二の養護教諭の一種免許状のロの項に規定する養護に関する科目の単位の修得方法は、衛生学及び公衆衛生学(予防医学を含む。)学校保健、養護概説及び栄養学(食品学を含む。)に含まれる内容について、合わせて三単位以上を修得するものとする。
- 二 免許法第五条別表第二の養護教諭の一種免許状のハの項に規定する養護に関する科目の単位の修得方法は、衛生学及び公衆衛生学(予防医学を含む。)並びに栄養学(食品学を含む。)についてそれぞれ二単位以上を、学校保健及び養護概説について合わせて二単位以上を修得するものとする。

表3 養護・看護に関する科目の比較

(○は必修科目・数字は選択必修科目)

教育系大学		看護系大学		
区分	授業科目名	単位	授業科目名	単位
衛生学及び 公衆衛生学	公衆衛生学 疫学・衛生学 予防医学	② 2 2	保健管理論 保健疫学 医学概論	2 ② ②
学校保健	学校保健概論 学校保健管理 学校保健教育 性教育	② 2 2 2	学校保健	2
養護概説	養護教育入門 養護教育概論 養護活動論Ⅰ 養護活動論Ⅱ	2 ② ② 2	養護活動論	2
健康相談	健康相談活動Ⅰ 健康相談活動Ⅱ	② 2	健康教育論 対人関係援助論	② 1
栄養学	栄養学(食品学を含む) 生命と栄養 食物の科学 食生活と栄養	② 2 2 2	栄養学(生化学を含む) 臨床栄養学(食品学を含む)	② ②
解剖生理	人体の構造 人体の機能Ⅰ 人体の機能Ⅱ	② ② 2	解剖学 看護生理学A 看護生理学B	② ② ①
微生物学・ 免疫学・ 薬理概論	薬物と人間 微生物学 免疫学	2 2 2	薬理学 微生物学 臨床医科学論B	② ② 1
精神保健	精神保健	②	精神看護学A 精神看護学B	① ②
看護学	精神衛生 救急処置 内科学 整形外科学 小児保健Ⅰ 小児保健Ⅱ 眼科学 耳鼻咽喉頭科学 皮膚科学 歯科保健 看護学Ⅰ 看護学Ⅱ 救急処置 看護実習	2 ② 2 2 2 2 2 2 2 2 2 ② 2 2 1 ②	看護学方法論A・B・C 小児看護学A 小児看護学B 救急医療 保健看護学概論 生涯保健看護学A・B 看護管理概論 家族看護論 夕ミナニル看護論 保健看護研究方法論 看護病態学A・B・C・D 臨床医科学論A 臨床医科学論C 在宅看護論 成人看護学A 成人看護学B・C 老年看護学A 老年看護学B 母性看護学 地域保健看護学A・C 地域保健看護学B 保健福祉行政論	②×3 ① ② 2 ② ②×2 2 2 1 2 ①×4 ① 1 ① ②×2 ① ② ② ①×2 ② ②
学外実習	臨床実習	②	小あい援助実習 基礎看護学実習 在宅看護学実習 成人看護学実習A・B 老年看護学実習 母性看護学実習 精神看護学実習 小児看護学実習 地域保健看護学実習 総合保健看護学実習	② ② ② ②×2 ② ② ② ② ② ③ ②

許を併せ持つ養護教諭への期待が高まっていた。しかし、医療的ケアにかかわる養護教諭は少なく、医師や看護職の支援を求めている。自治体によっては医療的ケアに関する議論が展開され、看護婦（士）配置、訪問看護婦（士）導入、臨床指導医配置などの支援システムが進められていた。

3. 近年のノーマリゼーション思想の普及や小児在宅療養が進み、医療的ケアを要する児童・生徒の就学率が高まる中で、養護教諭には医療的ケア提供者としての期待が高まっている。養護教諭は学校看護婦として誕生したが、養成の現状には多様な教育背景がみられた。現状では看護婦（士）免許を必要としない養護教諭の養成校が増加したが、1990年代に急増した看護系大学での養成カリキュラムには医学・看護学の充実がみられ、養護教諭の現代的機能としての看護能力への期待が高まっている。しかし、多様な養成制度が進む中では、現場におけるケア技術

研修によって看護能力を高める必要性が認められた。4. 養護教諭の現状の職務には看護婦（士）免許の有無にかかわらず、医療的ケアを要する児童・生徒に対する健康観察、保健指導、健康相談、救急処置、学校医・主治医との連携、医療的ケアの調整におけるキーパーソンとしての役割がある。しかし、今後において、医療的ケアへの直接的対応が求められるならば、学校における医療行為の範囲、医療提供の場などの法の整備と文部省の見解、ケア研修・ケアを提供する支援システムの確立などが課題と考えられた。

しかし、この問題の解決には、文部省と厚生省の連携した協議が不可欠であり、1998年（平成10）より進められている調査研究結果に基づいて、厚生省の「医行為」、文部省の「医療的ケア」に対する見解が出されることが期待される。

文 献

- 1) 川住隆一（1999）手厚い医療的ケアが必要な子の授業づくり。看護学校の教育と展望，1467，2-3。
- 2) 吉利宗久・津島ひろ江（1999）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。川崎医療福祉学会誌，9(2)，225-233。
- 3) <http://caselaw.findlaw.com/cgi-bin/getcase.pl? court=8th&navby=case&no=961987p>).
- 4) 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に関する研究」。
- 5) 柳 修平・津島ひろ江（2000）難病児の学校における医療的ケアと在宅支援に関する研究，平成10-11年度科学研究費補助金基盤研究(c)(2)研究成果報告書，35-48。
- 6) 鹿内清三（1998）絶対的医行為 相対的医行為放任行為-肢体不自由養護学校における医療的ケアのあり方-。はげみ，41-45。
- 7) 高田利廣（1997）看護婦と医療行為。日本看護協会出版会，pp5-6。
- 8) 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（1）。琉球大学教育学部紀要第54集，541-542。
- 9) 清水貞夫（1997）訪問看護婦の派遣による「要医療的ケア児」の通学保障。みんなのねがい No356。64-65。
- 10) 杉浦守邦（1996）学校保健50年。東山書房，pp236-244。
- 11) 大正12年2月文部省調査「学校看護婦設置状況」冊子の別記に記載されている。
- 12) 前掲5)，244-247。
- 13) 小西行郎他（1998）学校における障害児療-21世紀の肢体不自由養護学校の学校保健-。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」（高松班），74-75。
- 14) 参議院決算委員会（1994年6月16日）下村泰議員の質問に対する会議録。
- 15) 津島ひろ江・柳 修平（1999）学校現場における医療的支援とその課題。第46回日本学校保健学会講演集，372-373。
- 16) 平成10年6月10日文部省「教育職員免許法の一部を改正する法律」（法律第98号）附則第18項。
- 17) 面沢和子（1999）アメリカの学校保健とスクールナースについての研究。第46回日本学校保健学会講演集，436-437。
- 18) 岡山大学教育学部（1999）平成11年度学生の手引き，85-89。
- 19) 日本教育大学協会全国養護部門研究委員会（2000），養護教諭におけるカリキュラム改革に向けて，61-65。

Children with Special Health Care Needs and Provisions for their Care in Schools

Hiroe TSUSHIMA

(Accepted Dec. 12, 2000)

Key words : CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS,
SCHOOL FOR THE PHYSICALLY HANDICAPPED,
LAW REGARDING THE MEDICAL, NURSE TEACHER

Abstract

In recent years, the number of children in schools for children with special health care needs has been increasing. The quality of care provided by the schools and the number of care providers are insufficient and differ widely among schools. One of the major problems is the lack of laws regulating the special health care of these children at school. Nurse teachers provide medical care with no laws regulating care, no specifically trained nurses, and insufficient school facilities. On the basis of the findings in this study, it was concluded that the following are necessary: (1) establishing laws for regulating the care of children with special medical care needs in schools; (2) training nurse teachers so that they are able to give first aid; (3) hiring school nurses; (4) establishing a system in which visiting nurses are available.

Correspondence to : Hiroe TSUSHIMA

Department of Nursing, Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.10, No.2, 2000 263-272)