

学校における障害児療育 —21世紀の肢体不自由養護学校の学校保健—

(分担研究：発達の観点から見た療育指導の在り方)

分担研究者 小西行郎¹⁾

研究協力者 杉本健郎²⁾、禹 満²⁾

要約：肢体不自由養護学校の内科校医は専門医でなければならない。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。北米の養護学校では、教育担当者と医療行為担当者（看護婦）の役割が完全にわけられていた。スウェーデンでは、脳障害別の教育という新たな試行が始まっている。学校保健と地域保健の接点になる学校保健委員会の活性化が必須である。保健所療育相談を活用し、発達の観点から重度重複脳障害児と保護者への支援が必要である。

見出し語：肢体不自由養護学校、障害児教育、学校保健、学校医、養護教諭、カナダ、アメリカ、スウェーデン

緒言：小児神経科医師として、多くの重度重複脳障害児（重障児）の治療やQOLの向上への援助をしてきた。5～7年間養護学校内科校医として養護学校での教育の実態を垣間みてきた。全国的に「医療的ケア」問題が前面にあるが、本質的には学童期に達した重障児の療育を如何に行うかが問われている。昨年度の報告では、肢体不自由養護学校の「医療的ケア」への見解を述べた。今年度は、①キーパーソンである校医と養護教諭の役割と任務について歴史的に調査した；②カナダ、アメリカそしてスウェーデンでの学校内の医療行為について視察した；③これからの養護学校での教育内容・重障児の療育システムについて、小児神経専門医の立場から提言を行う。

1. 肢体不自由養護学校校医（内科）は学校保健法で規定された本来の役割を果たせる医師に。

昨年度報告の補足である。現在校医は、内科（明治31年）、眼科（昭和42年）、耳鼻科（昭和45年）の3名が関与し、養護学校は精神科と整形外科医師が増員されている。昭和54年養護学校義務化以降も校医システムは不変で、肢体不自由学校医（内科）の多くは地域医師会から推薦された開業医が市町村教育委員会の委嘱を受けて地方公務員として学校に出向く。肢体不自由校（精肢併設を含む）は全国で210学校ある。うち約60校は医療機関が併設ないし隣接し、校医はその機関医師が担当している。医療技術の進歩はめざましく、小児神経分野でも、障害発症後早期に亡くなっていた重障児への積極的な治療や在宅医療、病態研究が行われるようになった。

学校保健法に規定された内科校医の指導内容に関しても、肢体不自由校では、児童の病態や治療内容が複雑化・専門化したため、より専門的な知識が要求される。その傾向は増えることがあっても、減少することはない。

日本医師会と日本学校保健会は、不登校、心と性の問題という新しい学校保健の課題に対応するため、一般校の校医の在り方を検討する時期にきていると述べている。重障児の問題も同様である。全国的に「医療的ケア」への対応が各校でバラバラであり、重障児の病態や治療方法が理解出来る医師を早急に派遣すべきである。次々と入学してくる「医療的ケア」を必要とする児童に、主治医や指導医（東京都、横浜市、神奈川県）から医療的処置指導を受け、担任教諭や看護婦がケアを実施している所が増えている。しかし、十分な指導のない所では、処置がマンネリ化し安易に行われている。例えば、気管切開部のカニューレ交換や気管内吸引は、経鼻チューブからの栄養補給や導尿とは医学的に大きな違いがあるにも関わらず、同次元のものとして認識し、安易に実施している学校がある。従来医療行為と考えられていた血圧測定や体温測定、酸素分圧測定などは、技術進歩によって現在では医療行為ではなく、生活行為である。しかし、親が自宅で主治医の指導の下に、実施している在宅医療行為のすべてを、学校内で受け入れることには、学校保健の

視座のみならず、子どもの命を保障する立場からも問題がある。

2. 養護教諭の任務の再確認をし、看護婦免許をもつ養護教諭を。

最近、中・高校生心の問題について校内カウンセラーとして養護教諭が注目されている。時代の変化・要請とともにその任務も様変わりしている。しかし、肢体不自由養護学校の「医療的ケア」については、担任教諭が主役を勤めるべしとの論調がある。どうして養護教諭に注目しないのか。

養護教諭の歴史は、明治38年のトラコーマの流行時に学内洗眼をするため、学校看護婦として登場した。大正11年大阪市に1校1名の学校看護婦常駐がはじまり、疾病対策、身体検査、救急処置、衛生指導が任務であった。以後、わが国独自の教育職として養護教諭制度へ発展していく。昭和22年学校教育法制定とともに養護教諭となり、25年にはじめて養成課程ができた。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でき、昭和44年には短期大学での養成課程も認可された。現在は、専修、一種、二種と養成課程が分けられているが、看護婦免許の有無は副次的なもので、多くの若い養護教諭は看護婦免許は保持していない。

肢体不自由養護学校に入学してくる「医療的ケア」の必要な児童は、多くとも2割であるが、病態不明や進行性・退行性疾患は3割になる。このような現状で保健室は、医学的知識なくして重障児の養護ができるであろうか。

昭和47年の文部省保健体育審議会答申で、「養護教諭は、専門的立場から・・・疾病や情緒障害、体力、栄養に関する問題等心身の健康に問題を持つ児童・生徒に個別指導にあたり、・・・健康増進と・・・一般教員の行う日常教育活動にも積極的に協力する役割をもつ」とある。「体力・栄養に関する問題」一つをみても、養成課程で習ったカウプ指数の標準値や必要カロリー・水分量は学校現場では役に立たない。医師法と補助看法からみても看護婦免許が必要なことは昨年述べた。さらに、窒息の危険性をもつ重障児がいる学校で、緊急時処置は保健室の養護教諭なくして誰ができようか。しかも1人ではなくて複数の看護婦免許をもった養護教諭が必要である。但し、全ての養護教諭に看護婦免許が必要というのではない。肢体不自由校には必須である。

一部の地域では、学校に養護教諭とは別に看護婦を常駐させれば法的に問題がなくなるとの考えがある。看護婦からはじまった養護教諭の歴史で、教員として担任教諭の教育活動を積極的に援助する養護教諭の位置づけは、肢体不自由校でも大切である。重障児の病態を専門的に理解し、保健室に閉じこもるのではなく養護の立場から、積極的に教室へ出向いて日常的な教育に協力していく。医療面だけを処置すればよいという巡回あるいは常駐看護婦とは異なり、今後の養護学校の教育内容・方法を考えていく上でも看護婦免許を有する養護教諭は大切な存在である。

1)福井医科大学小児科、2)関西医科大学附属男山病院小児科

1)Fukui Medical School, 2) Kansai Medical University Otokoyama Hospital

3. カナダ、米国、スウェーデンの現状

重障児の学校の様子を3国3市で視察した。カナダはトロント周辺の2つのspecial schoolを視察した。一つはP校で、全校生徒60人の小さな養護学校であった。自閉症から重障児まで様々である。チューブ栄養をしながら、あるいは吸引器で口腔内吸引を必要とする重障児もいたが、これらの操作はすべて学校看護婦が行っていた。教師や助手は「医療的ケア」にはノータッチであった。学校内での緊急時は看護婦が処置をするが、手におえない時は救急車で近くの病院を受診する。回数は1か月1回程度である。しかし、看護婦は州政府健康省で、教師は教育省と所属が分れているため、両者の任務ははっきり線引きされていた。トロントの学校には校医制度はない。校長との討論で「とても医者や学校に呼ぶ資金はない」と。医師は学校現場を訪問することはなく、保護者を通してか、直接電話で指示をする。

S校は、190人の肢体不自由児だけの学校で、教室はコンピュータで溢れ、知的に高い児童が多くいた。一部の重障児には、州政府から派遣されたナースがマンツーマンで付き添い処置をしていた。人工呼吸器を装着している児童は、これらのspecial schoolには入れず、プロアビュー病院（慢性の神経疾患治療病院）付属の養護学校で学ぶ。

米国は、テキサス州ヒューストン市のR校を視察した。ここは全校生徒600人、150人が重障児で、残りは、試験で選ばれたgifted classの子どもたちであった。学校看護婦は看護学生も含めて5人いた。広い「保健室」は病院の診察室の雰囲気であった。看護婦が一日200件の吸入、吸引、チューブ栄養などを保健室で実施していた。カナダ同様、看護婦は教育に口を出さず、教師は医療的処置には手を出さない。校医制度はないが、医師の指導・診察が必要なので、専門医師と契約して、予約来校を要請していた。その回数は週に一度程度で、費用は立派な学校設備同様、寄付による。この学校でも人工呼吸器は現段階では不可能とのこと。

カナダとアメリカの代表的な都市の学校視察であったが、北米では、それぞれの職種がきちんと「住み分け」られ、互いの縄張りを犯さないという状況であった。

スウェーデンはストックホルム市と周辺3つの学校を訪問した。2つのspecial schoolは、開校2年目の新しい試みの学校であった。一つは自閉症の子どもたち35人、もう一つは重障児15人の小さな養護学校であった。脳障害別に中身の濃い専門的教育をする試みである。両学校は、まだ試行錯誤の段階のためか、学校看護婦や校医はいない。教育面の必要なスタッフを整えつつあるところであった。

スウェーデンの旧来の学校には日本と同様の校医制度がある。1992年の報告書「教育のための学校」に基づき、新しい教育形態が試みられていた。しかし、専門医師や看護婦の配置まで至っていない。痙攣時や窒息などのトラブル時は、救急車で病院へ運んでいた。ある教師は「目の前に医療的処置が必要な子どもがいて、その処置を保護者が希望するかがり、専門スタッフがいらないからといって、処置をしないわけにはいかないが、「週一回巡回している看護婦が常駐してほしい。市財政が好転すれば看護婦常駐と2年前までであった専門医師の巡回制度も復活するだろう」と述べていた。

もう一つ、ストックホルム市内で20年の歴史をもつ、肢体不自由児が3クラス約20人在籍している全校生徒約400人の「統合型」S校を視察した。学校看護婦、PT、OT、STのスタッフが常勤していた。校医は病院近くの小児科医師が配置されていた。運動障害は重くても知的障害は比較的軽く、自分で電動車椅子をあやつっていた。気管切開をした児童がいたが、1994年に制定された「障害者援助法」により、市が介護するヘルパー（青年）をつけて、学校生活を送っていた。しかし、重障児の緊急

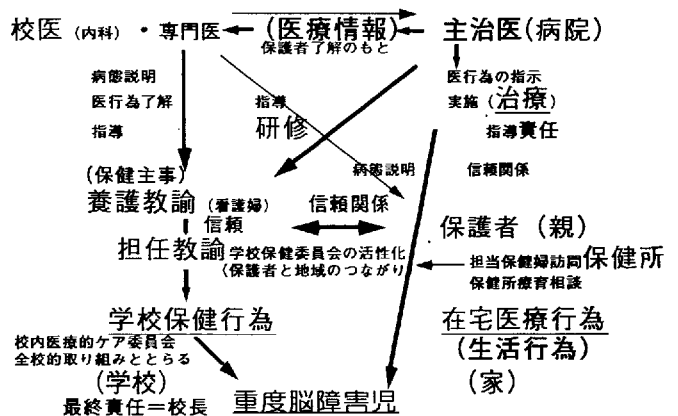
時や保健指導は、校医が専門でないため、カロリンスカ小児病院を受診していた。

4. 21世紀の養護学校の学校保健：各国訪問と内科校医の経験から考察する。

カナダ、アメリカ、スウェーデンと学校形態や医療事情が異なる国々をみてきたが、どの国の方式も満足できるものではなかった。北米では、重障児の病態をしっかりと認識して、発達の観点を加味し、教師を中心として専門家集団が教育内容を個々に検討していく点が欠けていた。医療的処置を看護婦が行っていたに過ぎない。それに対してスウェーデンは、障害個別の取り組みが試みられ、高価な機器類をおしもなく少人数の学校に提供し、発達を促す方法をとられていた。また、病院退院時や退院してからも、地域のハビリテーションセンターで、複数の専門医師、PT、OT、ST、教師、看護婦、ソーシャルワーカー、時には保護者を入れ、現在の課題と今後の教育について具体的な討論が行われていた。この取り組みが「ノーマリゼーション」の思想を裏付ける一つの実践であった。

下図には我々が考える学校や地域での重障児をとりまく援助態勢を記した。重障児にはそれぞれ固有の病態が存在し、発達段階や残存能力も異なる。医学的情報は主治医側にあるが、発達の観念に立った療育をおこなうには学校側に開示されるべきものである。教育面では、重症化し複雑化する子ども達のニーズに応えられる力量を持つ教師を養成する大学教育が必要である。研修の保障も必要である。学校内では教師を中心に、養護教諭、臨床心理士、ST、PT、OTなどが、さらに専門医師が助言しつつ、個々の重障児の療育内容を検討し、発展させる必要がある。保健室で担任教師の立ち会いのもと、校医が定期的に保護者に病態を説明して、現在の課題などを話す相談事業も大切である。学校保健委員会の活性化をすべきである。保護者や地域医師会、保健所、消防署救急部門の代表を集めて、学校保健やさらには地域保健を定期的に討論することは、共通認識を得るために価値がある。多くの保健所業務が府県管轄から市へ移管されたが、「療育相談」はなお保健所管轄である。これまでの母子保健事業では、学童期以降の障害をもつ子どもたちや保護者への指導・援助が欠落していた。保健婦を中心にした地域医療活動の一貫として専門医師や臨床心理士などと保護者を含めた相談活動を保健所の重要な職務と考え実施すべきである。

21世紀には、地域や学校で、福祉・医療・教育と分けることなく、それぞれの職種が密接に連携しあって、子ども達のニーズに応える援助態勢を作っていくべきである。





検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



要約：肢体不自由養護学校の内科校医は専門医でなければならない。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。北米の養護学校では、教育担当と医療行為担当者(看護婦)の役割が完全に分けられていた。。スウェーデンでは、脳障害別りの教育という新たな試行が始まっている。学校保健と地域保健の接点になる学校保健委員会の活性化が必須である。保健所療育相談を活用し、発達の観点から重度重複脳障害児と保護者への支援が必要である。