

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 — (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：学校での「医療的ケア」は現状の法解釈では合法的とはいえない。当面は以下に示す厳密な条件下で重度・重複の児童・生徒のケアをすべきだと考える。(1)教育の一貫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、学校内では看護免許を持った養護教諭が中心に担任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。

養護学校の校医は、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。

見出し語：養護学校、重度重複障害、医療的ケア、医師法、在宅医療、学校保健行為、学校医

緒言：近年、養護学校をはじめ、障害を持つ乳幼児の通園施設や作業所では、重度脳障害の人々に対する「医療的ケア」の必要性が高まってきている。特に養護学校では、昭和54年の養護学校義務化以降、当然のことではあるが、通学する重度の子どもたちが増加してきた。一方、医療・治療技術の進歩にともない、これまでは入院治療しかできなかった子どもたちの「在宅医療」が可能になり地域で生活するようになり、自宅から通学する子どもたちが増えている。児童・生徒の障害が重度・重複化してくることに對して、これまで文部省の教育行政は、教育形態の多様化と教育内容の弾力化などによって対応してきた。しかし、校医として実際に教育現場を見てみると、通学する子どもたちの重度・重複化が、教育方針について一定の混乱を生じさせていることがわかった。重度脳障害の子どもたちが生きていく上において、大切な2つの課題がある。一つは重症化する子どもの命をどう守るかであり、もう一つは重度化する子どもたちの教育・療育をどう保障していくかである。今回の分担研究の課題は後者であるが、第一の課題である子どもたちの命を守っていくための援助が教育場面でも必須になってきている。そして、それらの行為の多くは、これまでは医療行為と位置づけられてきたものであった。今回は、この「医療的行為=医療的ケア」の法的位置などについて述べ、今後の課題を指摘したい。

1. 「医療的ケア」とは何を指すか；

「医療的」という言葉は語源的には「医療に似ているが、医療にあらず」という意味を含んでいるのかもしれない。また、同様の行為を神奈川の三宅らは「生活行為」と位置づけている(①)。即ち、子どもたちが生きていく上で、生活する上で必須の行為であり、生活の一部と考えている。

1988年の東京都教育委員会の医療行為の項目は、表1の通りである。当初7項目であったが、1991年の報告では5項目になっている。大阪府下での定義範囲は各学校によって少し異なるが、大略は東京の表1の報告と変わらない。

表1： 医療行為とは（1988年、東京都教育委員会）

経管栄養（口腔、鼻腔、胃瘻）
呼吸維持装置（カニユーレの交換）
吸引（痰）
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（エア－ウェイ）

1991年の検討委員会の報告は下線の5項目
大阪府下では、薬液吸入、投薬（経口、坐薬）、
インシュリン 注射を含む学校がある

2. 医師法第17条との関連；

医師法17条では「医師でなければ、医業をしてはならない」と明記している。果たして前項目の表1で述べた行為が医行為に

当たるか否かが大きな問題である。平林勝政氏は現状の法律である限り、医行為であることには異論ないと断言している(②)。在宅医療との関連性については後述するが、表1で示した行為を医師以外で患者家族以外の者が、例え善意であろうとも上記行為を行えば違法行為となる。これまでわが国には判例がないので違法性を断言できない。しかし、単に『「業となす」ことでないので、違法ではない』という論拠に説得力はない。

ここで医師の医業のように不特定多数への行為でない場合、即ち常に特定関係下での行為の場合は違法であろうか。さきほど述べた在宅での家族の行為は、主治医の責任指導下であるかぎりわが子、我が家族への医行為の違法性は問われない。学校や施設での療育・教育担当の先生の場合はどうだろうか。この点を考える時、一つ参考になるのは、在宅でのボランティアや介護療法師の行為については、違法性がいわれていることである。問題は学校教育をする上で必要な「生活行為」と考えた場合の担任教師の上記行為は違法であるかどうかである。この点が今回の主題となる。

3. 在宅医療での医行為の責任；

我々医師は、重度脳障害児に栄養のための鼻腔カテーテル挿入や注入、吸引器の使用にあたっては、母親などに開始前に十分に指導を行うが、自宅でのトラブルには基本的には実施者の親に法的責任があると多くの医師は考えている。しかし、実際の法的解釈は、その行為の必要性を論じ指導した主治医に、たとえ自宅でのトラブルであっても責任が生じる。老人医療での看護ステーションからの看護であっても、基本的に実施者が看護婦であっても主治医のマニュアル化した行為の範囲内でしか合法とならない。勿論緊急時の看護婦の医行為は合法であるが、日頃の処置はマニュアル化した行為の範囲内でのみ合法性が認められている(③)。

さて、学校や施設での上述(表1)の医行為は、母親などの家族の実施である限り、合法性は明らかであるが、家族以外は合法とはいえない。基本的には、親の肩代わり行為として十分に親のコンセンサスを得た上でであっても、現法では合法と言い切れることは難しい。あくまで主治医の指導とマニュアル化した行為の研修とさらに定期的な医師の指導が必須であり、その上で看護免許を持った養護教諭が実施することは大きな問題は生じないと考えられる。

4. 学校医の役割；

次に学校での医行為を考える上でキーパーソンである学校医について述べる。学校医は明治31年小児科医の三島通良にはじまる(④)。当時は知事直属で校長と同レベルの位置にあり、校医は衛生教育の中心であった。戦後は、一時後退していた学校保健は昭和33年学校保健法の制定によって法律事項として復活した。しかし「学校医は、学校における保健管理に関する専門の事項に関し技術および指導に従事する」と規定されているだけである。即ち杉浦の言葉を借りれば「保健管理に従事する一職員としての扱いにすぎない」、そして現状は「学校医の役割の重要性の認識はなお不十分と言わざるを得ない」というものである。

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

学校医の規定・主な仕事内容は、学校保健法施行規則第 23 条の「学校医の職務執行の準則」に記載されており、その概略は次の通りである。すなわち、(1) 学校保健計画の立案、(2) 学校環境衛生の維持と改善の指導と助言、(3) 健康診断に従事、(4) 疾病の予防処置に従事、(5) 健康相談、(6) 伝染病の指導、助言と予防処置に従事、(7) 校長の求めにより救急処置に従事、である。学校での医療的事項も含めすべての責任は校長にあるが、杉浦の指摘にもあるように、健常児の学校ですら校医の役割が希薄であるのに、脳障害が重症化・重複化してきている養護学校での医学・医療に関する事項についてはなおさらのことである。真に通学児童・生徒の現状を医学的に理解できる医師の介入が必須である。昭和 54 年の養護学校義務化に伴い重度・重複化する養護学校で校医の役割が特に重要になっているにも関わらず、昭和 33 年から校医に関しての規定・役割が全く改正されていないことが現在の混乱の一因である。

小学校、中学校を含む大阪府立養護学校の校医は、府立高等学校校医会に属し、健常な高校生と重度の障害児の健康の課題が同じ会で語られているのである。教育委員会の指導のもとに養護学校独自の問題点を検討し、入学してくる子どもたちの健康保全に真に責任がもてる態勢を作っていくこと、さらには独自の校医研修システムを作っていくことが急務と考える。

5. 養護学校内科校医としての経験から；

筆者が内科校医として 5 年以上の間関与していた大阪府立 K 養護学校において実際にどのような問題点があったか、そして校医としてどのような援助をしてきたかを述べ、現在の養護学校の学校保健に関する問題点を指摘したい。

表 2：大阪府立 K 養護学校の小・中学校在籍児童・生徒の現状

	小学部	中学部
在籍者数	27 名	33 名
病態不明児童・生徒	8 名	4 名
進行性・退行性疾患の疑い	8 名	5 名

まず、在籍児童・生徒の現状を表 2 に示す。小学部では、病態の原因不明児童、及び進行性の可能性のある疾患を持つ児童がそれぞれ 3 割を占める。中学部の生徒ではその数がそれぞれ 15% 程度減少する。そして、個々の病名小児神経専門医でなければ理解できないことが多く、同じ病名であっても個々の障害の程度はすべて異なり、一律な指導では不十分である。しかも健常児の多く通う小学校は、常に教育成果を前向きに評価することが前提であるが、養護学校では 3 割の子どもたちが、入学当時よりも卒業時には発達退行している可能性が医学的に予想されるのである。

次に実際に校医として行ってきた仕事内容は、下記の通りである。すなわち、(1) 月 1 回の診察、(2) 学校保健委員会での出席、講演と討論、(3) 感染症対策：MRS A 勉強会、結核対策、(4) 医療的ケア検討委員会：ケアの妥当性を検討、(5) 日常的に FAX と電話による養護教諭からの相談・診察依頼・資料提供である。その他に力を入れて行ってきたこととしては、(A) 新入学児童生徒の病名の再検討：入学後の病態変化の予想と不明点の主治医への問い合わせ、(B) 保護者の了解の下、主治医から病態についての十分な資料の提供を受ける：養護教諭と担任教諭に病態の理解をしてもらう、(C) 保護者（母親）がわが子の障害をどう理解しているか：理解不足や誤解に対して個別の健康相談で話す、(D) 主治医と保護者、主治医と担当教師の相互理解を援助する、といったことである。

入学児童の健診時に、患児の持つ病名の半数以上医学的に異なっていた。痙攣はすでに止まっているのに病名が「點頭てんかん」のままであったり、走ることができる児童が障害手帳では肢体不自由の 2 級であったりというのは、日常的である。小児神経科医からみれば入学健診の場で明らかに確定診断できたり、あるいは誤診病名に気づくことは稀ではなかった。筆者は、通常の小学校の校医も 4 年間勤めたが、その時の仕事は前述の (1) であり、2 が年に一度、(5) については年に 2～3 度電話があった程度であった。

以上のことから、養護学校、特に肢体不自由児の通う学校の場合、最低限在籍している児童・生徒の病名を理解・把握できる医師が必要であることは明らかである。さらに、個々の子どもたちへの教育課題を設定するために教師に対して医学的側面から助言・指導をする必要がある。

表 3：「医療的ケア」の解釈

違法：医師でないものの不特定多数への医行為
ボランティア、介護福祉士の在宅での医行為
合法：医師の指示による保護者の在宅での医行為 (医師の技術指導とフォローアップ義務)
訪問看護；マニュアル化した医行為の看護婦の実施
違法か合法か：学校での「医療的ケア」
学校保健行為の一貫と捉える
在宅医療での保護者の行為の肩代わりと考える

6. 当面「医療的ケア」をどう考えるか；

「医療的ケア」に関連した法的側面を示したのが、表 3 である。教育を行う上での必要な学校保健の立場からのケア、そして、在宅医療の延長としての親の肩代わりとしての特定関係下のケアは、簡単に違法、あるいは合法とは言えない位置にあるものとする。筆者は「医療的ケア」を当面以下の通りに解釈し、学校での実施を支援している。

学校保健法第 1 条関連で、「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」と記載されている。この記載の解釈の下に、例えば易感染性のある子どもに肺炎防止のために吸引をし、慢性栄養障害の対策としてのチューブ栄養をすることは、教育の一貫として学校保健行為の一つとして位置づけるべきと考える。

ケアの手技獲得や研修は、基本的にそれら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を受ける。ケアの個々の手技は必ずマニュアル化し、日常的には看護婦免許を持つ養護教諭が主治医の指示の下に実施する。そして、校内での保健行為の日常的職務は養護教諭にあるが、学校医は当然、指導・助言を行わねばならない。さらに、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と考える。すべてのケアの実施が養護教諭にゆだねることは現実的に不可能と思われる。その場合、個々の児童・生徒の担任教諭（複数）と養護教諭の特定のケアのための集団を組んで、保護者との十分なコンセンサスの下に行うべきである。

最後に、医療的ケアに限らず、現在の養護学校には以下の条件を満たす専門医師が是非必要である。専門医＝学校医である場合が理想であるが、困難な場合は、巡回相談の様な形で月 1 回は、それを必要としている学校すべてに公的に保証すべきであると考える。

- 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。

これらの医師の派遣に関しては、地元医師会の了解の下、専門学会（例えば日本小児神経学会）に協力を要請し、学会は社会的活動の一つとして責任をもって専門医師を推薦すべきである。このようなシステムを是非作って行かねばならないと考える。

引用文献

- ① 三宅捷夫. 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. 1990； 22：404
- ② 平林勝政. III. 在宅医療の条件. フォーラム医事法学（編集：宇都木伸、平林勝政）、尚学社. 1994. p125-136
- ③ 平林勝政. IV. 在宅医療開始後の問題点. 同上. p137-149
- ④ 杉浦守邦. 学校保健と学校医. 小児科臨床. 1991； 41：1623-1629



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:学校での「医療的ケア」は現状の法解釈では合法的とはいいがたい。当面は以下に示す厳密な条件下で重度・重複の児童・生徒のケアをすべきだ考える。(1)教育の一貫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、学校内では看護免許を持った養護教諭が中心に担任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。養護学校の校医は、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。