

(分担研究：学童期の療育指導の在り方)
学校保健態勢の充実と地域療育との接点

分担研究者 小西行郎
研究協力者 杉本健郎、禹 満

研究要旨：重度重複脳障害児の通学する学校の保健態勢の在り方について述べた。内科校医は重度児の療育に理解のある小児神経ないし小児科専門医があたるべきである。その斡旋紹介は各学会が行う。校内では校医、看護婦免許をもった養護教諭が柱になり、保健室を名実ともに学校保健のセンターにすべきである。学校保健法で定められた学校保健委員会を定期化し、保護者や地域の公的な療育スタッフの参加を得て、学校保健の課題を共通のものにすべきである。学童期の障害児に対しても、保健所の療育相談や地域通園施設での自立訓練を保障すべきである。

研究協力者 杉本健郎（関西医科大学付属男山病院小児科助教授）、禹 満（同助手）

これまで、厚生省心身障害研究班研究で学校内での「医療的ケア」の問題点と21世紀に向けた学校保健の在り方について報告してきた1,2,3。今回の研究は現在の問題点とこれからの課題をさらに詳細に検討した。以下に早急に実施すべき内容の提案を行う。

1. 学校保健態勢の在り方

(1) 信頼関係を基礎にした保健室のセンター化：重度脳障害児が増加するに従い、学校保健室の役割はこれまで以上に重要になってくる。病態の解説や医療情報提供などは校医の指導・助言によるが、日常の看護的ケアは保健室の養護教諭の指導による。しかもそのケアは、単なる医療技術の施行であるのではなく（北米の「保健室」は「医務室」であって、教育と切り離れた、診療と治療・処置のみを担当する専門部屋である）、学校教育の一貫として捉えられ、取り組まれなければならない。校内におけるその方向づけ・舵取りが養護教諭の任務となる。そのためには養護教諭が、トレーニングされた複数の看護婦であるべきことは何度も述べてきた。また、個々のケア内容はすべて同一ではない。学童期までに積み重ねてきたわが子へのケアの中身を保護者が十分理解するため、また養護教諭や担任教諭が保護者から

信頼されるためには、両者の十分な交流と話し合いが必要である。あくまで人と人の信頼関係が基礎になければならない。京都市の肢体不自由養護学校の校医中尾安次氏は、保健室の役割について以下のように述べている。「自由に出入りできる雰囲気がかつて。担当教諭がどんな小さなことでも相談できる雰囲気が必要。毎週専門医（後述）が保健室に居るので直接診察し専門的な相談にのれる。担任教諭の不安が解消すると、母子共に良い環境を与える。時には家族の相談にのれる」4。研究協力者が担当している肢体不自由養護学校でも同様のことを実行してきた。ただ、その時のキーパーソンはあくまで養護教諭である。相談のセットアップから、父兄との信頼関係、さらにもっと基本的な養護教諭と担任教諭の信頼関係が築けないことは、保健室は単なる「形骸化」したものになる。

医療的ケアに関して、最近、悪い面が見られる。保護者や主治医が「医療的ケア」の一つ一つについて、何枚も、しかも繰り返し、契約関係の成立を裏付けるための書類を学校側から書かされるのである。書類の意味は十分な討論の末の合意の単なる印に過ぎない。決してミスをお免罪されるためのものでもない。真に信頼関係が成立するならば、書類は最小限にすべきである。

(2) 校医を専門医に：校医制度は明治時代からはじまったわが国の誇るべき制度である（北米にはこのような制度はない）。昭和54年以降、養護学校に

重度障害児の入学が増加している。しかし、校医（内科）の任命制度は地域医師会の推薦と教育委員会からの委嘱のみである。日本の行政はリストラ時代に入っている。比較的不要な経費の削減はもとより、新しい職種を増やすことは経済的に問題がある。現在、肢体不自由校での「医療的ケア」の対策として、「センター内診療所」「訪問看護制度転用」「学校隣接診療所」などの案が出てきている。しかし、経費的に多額の予算が追加必要になる。前記の養護教諭同様、校医制度も養護学校については見直す時期にきている。大阪府の肢体不自由養護学校8校のうち内科校医の3校が小児神経専門医が正式に赴任している。文部省は1998年度に700万円の予算を組み、「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践的研究」に着手している5。それによると、酸素吸入、喀痰吸引、経管栄養、導尿などを校内で実施する態勢の検討がモデル校を指定し実施されてきている。そして、一番手軽な訪問看護制度の転用についても言及されている。われわれは校医の経験から、文部省の上記4項目のケア内容は、開かれた保健室が中心になり、専門医による校医とトレーニングされた看護婦免許をもった複数養護教諭の体制（研修も含む）が学内で確立されれば、保健室指導の下、より良い教育の実践のために教育の一貫として教室での担当教諭のケアの実施は十分可能と考える。但し、全国津々浦々の肢体不自由校で専門医が確保できるかの問題がある。全国やく210校余りあり、約50校が医療機関が隣接・附属している。160校については、専門学会、たとえば日本小児科学会、日本小児神経学会が窓口になって専門医師の紹介にあたるべきと考える。また、障害児医療・教育に理解ある校医を養成するために、学会指導で担当者や希望者の研究会・研修会をつくっていく必要があると考える。

次に校医が専門医になった場合の学校への勤務回数の問題である。従来の校医（内科）の健診は月に一回までであった。前述した京都市の中尾氏は、週に一回の午前中保健室に勤務しておられる。また、われわれは月2回出向しているが、その間は頻りに意見を求めるFAXが入る。現在の校医への報酬は、医師の出張時間給としては不十分であろうが、しかしながら今後は週一回の出張が保障されれば、信頼をベースに保健室はまさにセンター化するのではないだろうか。

文部省が今回示した4項目以外のさらに医療的側面が重要になる人工呼吸器の学校での稼働は、上記保健室態勢では不可能と思われる。米国やスウェーデンでは、ケア担当者が終始つきっきりで対応している。訪問看護というシステムでなく、市町村のバリアフリーの常時のサポートとして捉えるべきと考える。

2. 地域療育との接点

(1) 学校保健委員会の定期的開催：学校

保健委員会は地域療育・保健活動との極めて有効な接点となる。

学校保健委員会の存在は、昭和24～25年から「中学校、小学校保健計画実施要項」に「毎月1回開催し」（小学校）と記載に始まる。そして、昭和33年の学校保健法にも記載され、昭和47年の保健体育審議会の答申には「学校保健委員会は、学校や地域の実状に追うして、校長、保健主事、養護教諭、体育主任、安全主任、学校給食主任、保健教育担当教員、その他の一般教員および学校医、学校歯科医、学校薬剤師、などの学校側代表並びに家庭、保健所その他地域の保健関係機関等の代表をもって組織するとともに、年間を通して計画的に開催し、学校への協力体制はもとより家庭や地域社会との協力関係を確立して、地域保健との密接な連携を図ることが必要である」としている6。ところが、この委員会の開催はもとより、存在すら知らない教諭がいる。開催率が全国で約60%とという数字であるが、年1回開催が殆どではないだろうか。むしろ、肢体不自由校でこそ、学校関係者と地域療育関係者（保健婦、通園施設専門職員、消防署、病院医師など）そして関連する父兄がオープンにしかも定期的に校内で学校保健について話し合う中から始まるのではないであろうか。是非とも活性化を図ってほしいものである。

(2) 通学バスの問題：第一に通学時間の

長さがある。本邦の養護学校の場合、通学時間が1時間を越えることは極めて多いが、せめて30分以内に出来ないか。北米・北欧は小さなバスを活用し30分以内としている。第二に、バス内でのトラブル時の対応が殆ど不可能な学校が多い。通常、運転手以外に介助者が一名で、その介助者はケアのトレーニングは受けていないし、

資格もないのが殆どである。せめて、重度児の乗るバスには、看護婦免許をもつ職員が同乗すべきであろう。第三に、責任体制が曖昧である。多くの学校のバスは、教育委員会の委託したバス会社によっている。現状では、緊急時最寄の病院へ横付けするのがたった一つの手段である。

バスに乗せられない重度児で、親が車や免許を持たない場合は、登校手段の確保が出来ないという理由だけで、訪問簿になっている。

(3) 保健所療育相談の利用：都道府県のリストラ策の一つとして、保健所業務の縮小、市町村への移管が行われている。しかし、保健所業務の残った一つに「療育相談」がある。われわれは大阪府立枚方保健所で、学童期の障害児の療育相談業務を行っている。保健婦、臨床心理士、小児神経専門医が常時担当し、時には学校の担任教諭に来所してもらい、親を含めて学校での療育について討論をしている。この業務は全国的にもっと活用すべきと考える。

(4) 地域公的通園専門スタッフと施設の利用：療育の継続と発達の観点からの専門スタッフのかわり。

総理府障害者対策推進本部は1995年12月に「障害者プラン—ノーマライゼーション七ヵ年戦略(1995~2002年)」を公表した。地域で共に生活するため、社会的自立を促進するため、バリアフリー化を推進するため、QOLの向上を目指してなどを重点的に推進する目的で障害者施策の緊急目標を設定した。そのなかで、地域における自立の支援の一つとして、重症心身障害児(者)等の通園事業の施設をこれまでの4倍以上に増やす計画がある。さらに障害児の療育や相談支援の場を人口30万人あたり2ヶ所にする目標もある。これらは基本的には市町村の経費が中心になり、果たしてどこまで目標が達成できるか不明ではあるが、少なくとも国の方針としての「地域でのノーマライゼーションを目指す」施策である。施設が立ち上がるとそこにはソフトとしての専門家集団もある。これまでの通園施設は、乳幼児6歳までの療育であった。この障害者プランの理念からしても、地域療育機関は、学童期に至っても必要な相談業務や訓練等は地

域で持続して行えるようにしていかなばならない。

教育改革で、養護学校の学習指導要領に養護・訓練があるが、これが「自立」に変わる。名前は変わっても、比較的訓練が主になる授業であることは変わらないであろう。本来は養護学校に在籍学童のニードにあう質と量の心理士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、音楽療法士を新たに雇い入れるべきであるが、現実的には難しい。授業として、学童が居住する地域の専門スタッフによって継続的に自立への取り組みが保障されるべきではないだろうか。

文献

1. 杉本健郎、禹 満・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. 1997、pp84 85、平成8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」報告書
2. 杉本健郎、禹 満・学校における障害児の療育:21世紀肢体不自由養護学校の学校保健. 1998、pp74 75、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」報告書
3. 杉本健郎、禹 満・養護学校における医療的ケアの実態と対策. 小児科診療、1998; 37: 933 7
4. 中尾安次・呉竹養護学校に於ける医療的ケアの現状と今後. 第4回大阪養護教育と医療研究会資料(1999年1月)
5. 文部省・特殊教育諸学校の医療・福祉連携研究. 教育医事新聞、1998年6月25日より
6. 矢野 亨・学校保健と地域保健:学校保健委員会活動を中心として. 小児科臨床、1991; 44: 1618 1622