

3. 重度障害児等の学校生活

3-1 重度障害児等の障害・疾病についての理解

- ・重症心身障害
- ・超重症児・準超重症児
- ・脳性まひ
- ・Duchenne型筋ジストロフィー
- ・福山型先天性筋ジストロフィー
- ・脊髄性筋萎縮症
- ・声門下狭窄・喉頭軟化症
- ・二分脊椎
- ・障害の概念

それでは、ここでたんの吸引等の対象になる、重度障害児等の障害・疾病について簡単に説明します。

ただし、担当する児童生徒等は、一人一人異なる個別性があるため、前もって医療者やご家族から十分、障害や病態、注意すべき点について指導を受けて下さい。

重症心身障害

・概念:

- **重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態を重症心身障害**といい、その状態の子どもを**重症心身障害児**といいます。さらに成人した重症心身障害者を含めて**重症心身障害児・者**といいます。
これは医学的診断名ではなく児童福祉での行政上の措置を行うための定義(呼び方)です。重症心身障害児・者の数は、日本ではおよそ38,000人いると推定されています。
- 重症心身障害の原因は様々な脳の障害です。出生前の原因(先天性風疹症候群・脳奇形・染色体異常等)、出生時・新生児期の原因(分娩異常・低出生体重児等)、新生児期以後(生後4週以降)の原因(脳炎などの外因性障害・てんかんなどの症候性障害)に分類できます。出生前と出生時・新生児期の原因の場合は、定義上脳性まひとなります。生後4週以降の原因による場合は、脳性まひではありませんが重症心身障害となります。
- 重症心身障害児・者は漸増しています。発生も減っておらず、また寿命が延びているからと思われます。近年、障害の重度・重複化がみられ、様々な医療的ケアを受けながら、在宅で生活している方が増えています。

まず、重度心身障害者について説明します。

重度の肢体不自由と重度の知的障害とが重複した状態を重症心身障害といい、その状態の子どもを重症心身障害児といいます。さらに成人した重症心身障害者を含めて重症心身障害児・者といいます。これは医学的診断名ではなく児童福祉での行政上の措置を行うための定義(呼び方)です。重症心身障害児・者の数は、日本ではおよそ38,000人いると推定されています。

重症心身障害の原因は様々な脳の障害です。出生前の原因(先天性風疹症候群・脳奇形・染色体異常等)、出生時・新生児期の原因(分娩異常・低出生体重児等)、新生児期以後(生後4週以降)の原因(脳炎などの外因性障害・てんかんなどの症候性障害)に分類できます。出生前と出生時・新生児期の原因の場合は、定義上脳性まひとなります。生後4週以降の原因による場合は、脳性まひではありませんが重症心身障害となります。

重症心身障害児・者は漸増しています。発生も減っておらず、また寿命が延びているからと思われます。近年、障害の重度・重複化がみられ、様々な医療的ケアを受けながら、在宅で生活している方が増えています。

重症心身障害

・障害の特徴:

- 重症心身障害児・者に特徴的な病態があります。肢体不自由(運動障害)と知的障害以外にも、筋緊張の亢進、側弯や胸郭の変形、摂食・嚥下障害、呼吸障害、てんかん、消化器疾患(胃食道逆流)、睡眠障害、体温調節障害、コミュニケーション障害、呼吸器感染症を起こしやすいなど、さまざまな障害・合併症を呈します。これらの障害・合併症が複雑に絡み合っている重症心身障害児・者は医療依存度が高く、予想外の事態がおこりやすいという特徴があります。
- 年齢を考慮する必要があります。基本的に発症時は小児であり、体の機能は発達する一方で、早期機能低下の可能性があり、上記の合併症はいわゆる思春期(学齢期)に起きてくることが多いです。体の変化に合わせて、医療的ケアを含めた介護・治療の方法を再検討する作業が必要です。
- ひとりひとり皆違います。合併症の組合せ、基礎疾患、運動障害と知的障害の程度、医療的ケアの種類、医療的ケアの難易度・リスクにはすごく幅があります。非常に個別性の高い方たちです。

重症心身障害児・者には以下のような特徴があります。医療的ケアを行う上でもこの特徴は知っておくとよいでしょう。

重症心身障害児・者に一般の小児や大人にはみられないような特徴的な病態があります。肢体不自由(運動障害)と知的障害以外にも、筋緊張の亢進、側弯や胸郭の変形、摂食・嚥下障害、呼吸障害、てんかん、消化器疾患(胃食道逆流)、睡眠障害、体温調節障害、コミュニケーション障害、呼吸器感染症を起こしやすいなど、さまざまな障害・合併症を呈します。これらの障害・合併症が複雑に絡み合っている重症心身障害児・者は医療依存度が高く、予想外の事態がおこりやすいという特徴があります。

重症心身障害を理解する上で常に、年齢を考慮する必要があります。基本的に発症時は小児であり、体の機能は発達する一方で、早期機能低下の可能性があり、上記の合併症はいわゆる思春期(学齢期)に起きてくることが多いです。体の変化に合わせて、医療的ケアを含めた介護・治療の方法を再検討する作業が必要です。

また、重症心身障害を理解する上で一人一人皆違うということも肝に銘じておく必要があります。合併症の組合せ、基礎疾患、運動障害と知的障害の程度、医療的ケアの種類、医療的ケアの難易度・リスクにはすごく幅があります。非常に個別性の高い方たちです。

◆胃食道逆流

胃と食道は逆流しない仕組みになっていますが、重症心身障害児・者では種々の原因でその仕組みがくずれ、胃の内容物が食道に逆流することがあります。主な症状は嘔吐・体重増加不良などですが、逆流により食道炎が起きれば吐血・下血・貧血が、胃酸を含む胃内容物の誤嚥があれば喘鳴・咳などの呼吸器系の症状もみられます。投薬で改善しないときは、外科的手術が大変有効です。手術時には胃ろう造設を合わせて行うと将来役に立つ場合が多いです。

超重症児・準超重症児

・概念:

- 医療保険上の定義です。運動機能が坐位までの患者が入院した場合に、必要な介護をスコア化し、スコアに応じて超重症児・準超重症児と定義し、診療報酬を加算するという制度から生まれた言葉です。重症心身障害児・者でも筋ジストロフィーでも同じで、疾患には関係ありません。
- 項目は呼吸管理、食事機能、他からなります。主なスコアは人工呼吸器(10点)、気管切開(8点)、1回/時間以上の頻回の吸引(8点)、6回/日以上以上の吸引(3点)、経管栄養(経鼻・胃瘻)(5点)、体位交換6回/日以上(3点)、定期導尿(3回/日以上)(5点)などです。
- たとえば、寝返りができず、口鼻腔吸引と経管栄養が必要な場合は、 $3+3+5=11$ 点で準超重症児となります。さらに気管切開をして人工呼吸器を使用していれば $11+18=29$ 点となり超重症児になります。
- 2008年の日本小児科学会倫理委員会の調査によると、20歳未満の超重症児+準超重症児は人口比1万人あたり3人で、全国で7350人となると推測されました。

まず、超重症児・準超重症児について説明します。医療保険上の言葉で病名や障害名ではないのですが、医療的ケアに関してよく使われる言葉ですので、取り上げておきます。

運動機能が坐位までの患者が入院した場合に、必要な介護をスコア化し、スコアに応じて超重症児・準超重症児と定義し、診療報酬を加算するという制度から生まれた言葉です。重症心身障害児・者でも筋ジストロフィーでも同じで、疾患には関係ありません。

項目は呼吸管理、食事機能、他からなります。主なスコアは人工呼吸器(10点)、気管切開(8点)、1回/時間以上の頻回の吸引(8点)、6回/日以上以上の吸引(3点)、経管栄養(経鼻・胃瘻)(5点)、体位交換6回/日以上(3点)、定期導尿(3回/日以上)(5点)などです。

たとえば、寝返りができず、口鼻腔吸引と経管栄養が必要な場合は、 $3+3+5=11$ 点で準超重症児となります。さらに気管切開をして人工呼吸器を使用していれば $11+18=29$ 点となり超重症児になります。

2008年の日本小児科学会倫理委員会の調査によると、20歳未満の超重症児+準超重症児は人口比1万人あたり3人で、全国で7,350人となると推測されました。

脳性まひ

・概念：

- 我が国における定義は、「受胎から生後4週までの期間に生じた脳障害に基づく、永続的な、しかし変化する運動および姿勢の異常である。」とされています。
- 脳障害の発生時期は、出生前、出生時、新生児期の3つに分けられます。障害部位によって、四肢まひ(両上下肢、体幹)、両まひ(両下肢が重く、上肢、体幹は軽い)、対まひ(両下肢に限局)、片まひ(一側の上下肢、体幹)に分けられます。筋肉が固い痙直型、不随意運動のあるアテトーゼ型、両者の混合型に分けられます。重度の場合は定額もみられませんが、軽度の場合は脳性まひでも歩行も可能です。発生率は出生人口1,000人当たり約2人です。
- 運動と姿勢の異常以外にも、知的障害やてんかんを合併することがあります。重度の運動障害と知的障害を有すると重症心身障害ということになります。
- 脳性まひでは、筋緊張亢進という全身や体の一部の筋肉が持続的に固くなることがよくみられます。ひどいと体が反り返る状態になることもあります。心理的要因、体調など様々な要因により、悪化したり改善したりします。リハビリテーション・筋弛緩薬・ボトックス治療などが行われます。

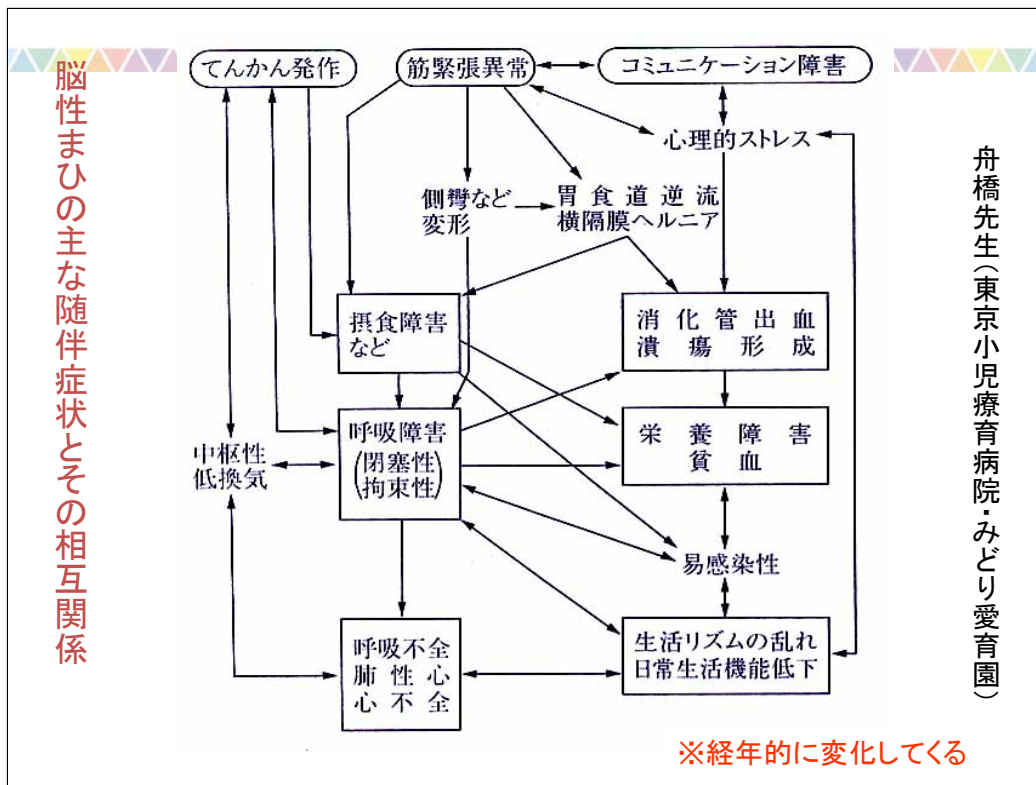
次に脳性まひについて説明します。

脳性まひについて、我が国における定義は、「受胎から生後4週までの期間に生じた脳障害に基づく、永続的な、しかし変化する運動および姿勢の異常である。」とされています。

脳障害の発生時期は、出生前、出生時、新生児期の3つに分けられます。障害部位によって、四肢まひ(両上下肢、体幹)、両まひ(両下肢が重く、上肢、体幹は軽い)、対まひ(両下肢に限局)、片まひ(一側の上下肢、体幹)に分けられます。筋肉が固い痙直型、不随意運動のあるアテトーゼ型、両者の混合型に分けられます。重度の場合は定額もみられませんが、軽度の場合は脳性まひでも歩行も可能です。発生率は出生人口1,000人当たり約2人です。

運動と姿勢の異常以外にも、知的障害やてんかんを合併することがあります。重度の運動障害と知的障害を有すると重症心身障害ということになります。

脳性まひでは、筋緊張亢進という全身や体の一部の筋肉が持続的に固くなることがよくみられます。ひどいと体が反り返る状態になることもあります。心理的要因、体調など様々な要因により、悪化したり改善したりします。リハビリテーション・筋弛緩薬・ボトックス治療などが行われます。



脳性まひでは、他の随伴症状を含んだ様々な病態が複雑に絡み合っていることを知っておかねばなりません。呼吸障害、摂食・嚥下障害、胃食道逆流をはじめとした消化器障害、筋緊張異常、栄養障害、てんかん発作、側弯などの体の変形、感染、心理的要因、中枢性呼吸障害が、複雑に絡み合っています。また、これらの随伴症状は、生来あるのではなく、経年的に出現したり、変化したりすることを理解しておかねばなりません。

筋ジストロフィー

・概念:

- **筋ジストロフィーとは、筋肉自体に遺伝性の異常が存在し進行性に筋肉の破壊が生じる様々な疾患を総称しています。**デュシェンヌ(Duchenne)型筋ジストロフィー、ベッカー(Becker)型筋ジストロフィー、福山型先天性筋ジストロフィー、顔面肩甲上腕(けんこうじょうわん)型筋ジストロフィー、筋強直性(緊張型)筋ジストロフィーなどに分類されます。発症年齢、遺伝形式、進行速度、筋力低下の生じる部位などは各疾患によって異なります。
- **代表的なデシャンヌ型は、筋ジストロフィーの大部分を占め、男性のみに発症する重症な型です。**通常2~4歳頃で、転びやすいなどの異常で発症し、おおよそ10歳代で車いす生活となる人が多いです。
昔は20歳前後で心不全・呼吸不全のため死亡するといわれていましたが、「非侵襲的人工呼吸法(NPPV)」など医療技術の進歩により、生命予後が延びています。10歳代後半から夜間のみのNPPVが開始されることが多いですが、中には、学齢期から日中もNPPVを必要とする児童生徒等もいます。
経過中に発生する食事の飲み込み障害やたんの排出障害に対して、経管栄養やたんの吸引等の処置が日常的に必要となります。

次は筋ジストロフィーについて説明します。

筋ジストロフィーとは、筋肉自体に遺伝性の異常が存在し進行性に筋肉の破壊が生じる様々な疾患を総称しています。様々な筋ジストロフィーがありますが、発症年齢、遺伝形式、進行速度、筋力低下の生じる部位などは各疾患によって異なっています。

代表的なデシャンヌ型は、筋ジストロフィーの大部分を占め、男性のみに発症する重症な病気です。通常2~4歳頃で、転びやすいなどの異常で発症し、おおよそ10歳代で車いす生活となります。昔は20歳前後で心不全・呼吸不全のため死亡するといわれていましたが、「非侵襲的人工呼吸法(NPPV)」など医療技術の進歩により、生命予後が延びています。10歳代後半から夜間のみのNPPVが開始されることが多いですが、中には、学齢期から日中もNPPVを必要とする児童生徒等もいます。

経過中に発生する食事の飲み込み障害やたんの排出障害に対して、経管栄養やたんの吸引等の処置が日常的に必要となります。

福山型先天性筋ジストロフィー

・概念:

- 学齢期にたんの吸引等の医療的ケアが必要となる代表的な筋ジストロフィーである**福山型先天性筋ジストロフィー**は、先天性筋ジストロフィーのひとつです。筋ジストロフィーでもありますが、種々の程度の脳形成障害(脳奇形)があり、知的障害も合併します。まれに歩行可能な場合もありますが、多くは坐位までの運動発達です。運動発達のピークは5-6歳ころと言われており、徐々に運動機能も落ちてきます。幼児期から関節拘縮が始まるので、リハビリテーションが重要となります。半数でてんかんを合併しています。
- 運動機能の低下に伴い、たんの排出障害、食事の飲み込み障害がでてきて、経管栄養やたんの吸引等の処置が日常的に必要となってきます。呼吸機能の低下に伴い、「非侵襲的人工呼吸法(NPPV)」を早期に導入する例も増えています。気管切開による陽圧人工呼吸(TPPV)が必要な場合もあります。
- 筋ジストロフィーですので、重症心身障害より機能低下が急速に起こる場合が多く、慎重な対応が必要です。

次に、学齢期にたんの吸引等の医療的ケアが必要となる代表的な筋ジストロフィーである福山型先天性筋ジストロフィーについて説明します。

福山型先天性筋ジストロフィーは先天性筋ジストロフィーのひとつです。筋ジストロフィーでもありますが、種々の程度の脳形成障害(脳奇形)があり、知的障害も合併します。まれに歩行可能な場合もありますが、多くは坐位までの運動発達です。運動発達のピークは5-6歳ころと言われており、徐々に運動機能も落ちてきます。幼児期から関節拘縮が始まるので、リハビリテーションが重要となります。半数でてんかんを合併しています。

運動機能の低下に伴い、たんの排出障害、食事の飲み込み障害がでてきて、経管栄養やたんの吸引等の処置が日常的に必要となってきます。呼吸機能の低下に伴い、「非侵襲的人工呼吸法(NPPV)」を早期に導入する例も増えています。気管切開による陽圧人工呼吸(TPPV)が必要な場合もあります。

筋ジストロフィーですので、重症心身障害より機能低下が急速に起こる場合が多く、慎重な対応が必要です。

脊髄性筋萎縮症

・概念:

- 脊髄の運動神経細胞(脊髄前角細胞)の病変によって起こる全身の筋肉が萎縮する病気です。子どもの場合は、発症時期と症状により3型に分類されています。遺伝子異常が原因です。知能は正常で、膀胱直腸障害はみられません。筋力に合わせた運動や関節拘縮予防目的のリハビリテーションが必要です。
- 1型(重症型、ウェルドニツヒ・ホフマン(Werdnig-Hoffmann)病ともいいます)
発症は生後6ヶ月まで。生涯坐位保持は不可能です。生きていくためには人工呼吸器の装着が必要です。一般的には気管切開で行いますが、非侵襲的人工呼吸法(NPPV)も導入されつつあります。授乳や嚥下が困難なため経管栄養を要し、最近では早期に胃ろう造設が行われています。眼球運動は正常に保たれます。知能は正常なので、心理的ケアやコミュニケーションの工夫が重要です。
- 2型(中間型)
発症は1歳6ヶ月まで。坐位保持は可能ですが、生涯、起立や歩行は不可能です。徐々に呼吸機能が低下し、学齢期に人工呼吸器が必要となる場合があります。

次は、脊髄性筋萎縮症についてです。人数は少ないのですが、知能は正常であり、人工呼吸器を装着して一般校への入学を希望される例も増えてきましたので、簡単に説明します。

脊髄性筋萎縮症は、脊髄の運動神経細胞(脊髄前角細胞)の病変によって起こる全身の筋肉が萎縮する病気です。子どもの場合は、発症時期と症状により3型に分類されています。遺伝子異常が原因です。知能は正常で、膀胱直腸障害はみられません。筋力に合わせた運動訓練、関節拘縮の予防のリハビリテーションが必要です。

1型は、重症型でウェルドニツヒ・ホフマン(Werdnig-Hoffmann)病ともいいます。発症は生後6ヶ月までで、生涯坐位保持は不可能です。生きていくためには人工呼吸器の装着が必要です。一般的には気管切開で行いますが、非侵襲的人工呼吸法(NPPV)も導入されつつあります。授乳や嚥下が困難なため経管栄養を要し、最近では早期に胃ろう造設が行われています。眼球運動は正常に保たれます。知能は正常なので、心理的ケアやコミュニケーションの工夫が重要です。

2型は、中間型で、発症は1歳6ヶ月までです。坐位保持は可能ですが、生涯、起立や歩行は不可能です。徐々に呼吸機能が低下し、学齢期に人工呼吸器が必要となる場合があります。

声門下狭窄・喉頭軟化症

・概念:

- 声門下狭窄は先天性の狭窄と、気管内挿管に伴い新生児期に発生する後天性な狭窄に分けられます。後天性の狭窄では、抜管困難のために気管切開が必要となり、医療的ケアが必要となります。
- 喉頭軟化症は、喉頭の背側にある披裂部と言われる部分や喉頭蓋が、吸気時に前へ落ち込み気道を狭窄させる病態です。症状は睡眠時より覚醒時に強くみられる喘鳴です。重症心身障害児・者に合併しやすいです。
対応としては、頸部前屈、前傾、腹臥位等の姿勢管理、鎮静、入眠が有効です。喉頭気管分離・喉頭全摘等の気管切開が治療として必要な例もあります。経鼻咽頭エアウェイは、上・中咽頭狭窄が合併している時には有効です。

次に気管切開につながる可能性のある喉頭部の障害について説明します。

最初は声門下狭窄です。声門下狭窄は先天性の狭窄と、気管内挿管に伴い新生児期に発生する後天性な狭窄に分けられます。後天性の狭窄では、抜管困難のために気管切開が必要となり、医療的ケアが必要となります。

次に、喉頭軟化症です。喉頭軟化症は、喉頭の背側にある披裂部と言われる部分や喉頭蓋が、吸気時に前へ落ち込み気道を狭窄させる病態です。症状は睡眠時より覚醒時に強くみられる喘鳴です。重症心身障害児・者に合併しやすいです。

対応としては、頸部前屈、前傾、腹臥位等の姿勢管理、鎮静、入眠が有効です。喉頭気管分離・喉頭全摘等の気管切開が治療として必要な例もあります。経鼻咽頭エアウェイは、上・中咽頭狭窄が合併している時には有効です。

◆喘鳴

呼気であれ吸気であれ、ヒューヒュー、ゼーゼー、ゼロゼロと言った気道の狭窄によって生じる呼吸時に聞かれる雑音のことです。

◆経鼻咽頭エアウェイ

文字通り鼻腔から咽頭の舌根を越えるところまでチューブを挿入し気道を確保する方法です。重症心身障害児・者向けの製品もあります。

二分脊椎(脊髄髄膜瘤)

・概念:

- 二分脊椎は、脊椎の形成過程で種々の程度の椎弓欠損が生じる先天奇形です。骨だけの異常の場合もありますが、医療的ケアの対象となるのは、骨の欠損だけに留まらず神経組織(脊髄)が脊柱管の外に脱出する脊髄髄膜瘤です。
- 新生児期に手術を行いますが、種々の程度の水頭症、脊髄まひ(両下肢主体)、知覚障害、膀胱直腸障害(排尿・排便障害)などの重篤な後遺症を残します。
- まひに伴う下肢の変形に対して、整形外科的な手術や、装具療法を主体とした治療やリハビリテーションが行われます。水頭症に対してはシャント手術が行われます。
- 知覚障害により褥瘡ができやすいので注意を要します。
- 排尿障害に対して、間欠性の導尿が必要となる場合が多いです。第三者の補助があれば自分でできる場合もありますが(間欠自己導尿)、自分でできない場合は第三者による定期的な導尿が必要となります。導尿には清潔操作が必要です。
- 排便障害には、下剤や浣腸などで対処します。

たんの吸引や経管栄養の対象にはなることは少ないですが、学校で導尿という医療的ケアを受けている児童生徒等の多くが二分脊椎ですので、簡単に紹介しておきます。

二分脊椎は、脊椎の形成過程で種々の程度の椎弓欠損が生じる先天奇形です。骨だけの異常の場合もありますが、医療的ケアの対象となるのは、骨の欠損だけに留まらず神経組織(脊髄)が脊柱管の外に脱出する脊髄髄膜瘤です。

新生児期に手術を行いますが、種々の程度の水頭症、脊髄まひ(両下肢主体)、知覚障害、膀胱直腸障害(排尿・排便障害)などの重篤な後遺症を残します。

まひに伴う下肢の変形に対して、整形外科的な手術や、装具療法を主体とした治療やリハビリテーションが行われます。水頭症に対してはシャント手術が行われます。

知覚障害により褥瘡ができやすいので注意を要します。

排尿障害に対して、間欠性の導尿が必要となる場合が多いです。第三者の補助があれば自分でできる場合もありますが(間欠自己導尿)、自分でできない場合は第三者による定期的な導尿が必要となります。導尿には清潔操作が必要です。

排便障害には、下剤や浣腸などで対処します。

◆シャント手術

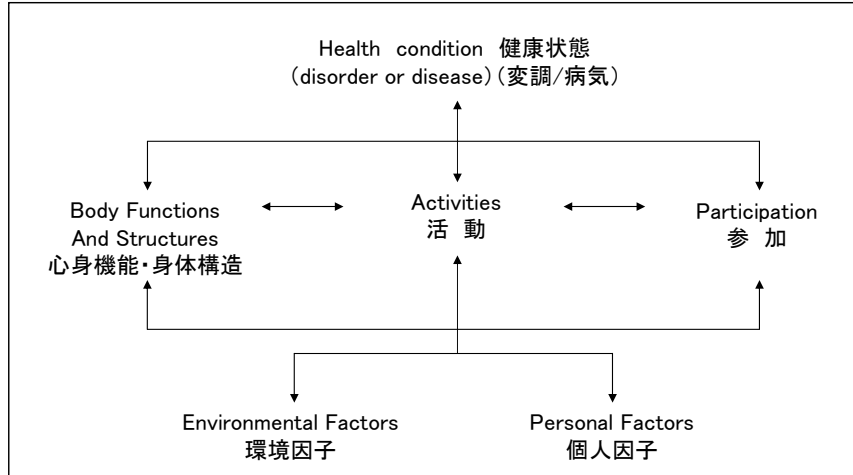
水頭症に対して、脳室と腹腔をチューブでつなぎ、脳室内の髄液を腹腔に流し、水頭症を改善させる。

◆椎弓

椎骨(背骨)の一部、背中側にある。椎弓でできる空間に脊髄が通っている。

障害の概念

国際生活機能分類(ICF)の構成要素間の相互作用



出典:WHO、ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health、Geneva、2001。
厚生労働省訳は、障害者福祉研究会編『ICF 国際生活機能分類－国際障害分類改定版－』中央法規
出版、2002。

国際生活機能分類(ICF)の構成要素間の相互作用です。

障害のある方であっても、人間らしく生き生きと「活動」したり、社会に「参加」し社会的役割を担っていくことが重要です。

従来の「障害の概念」では、機能の障害が能力障害を引き起こし、社会的不利を生じさせるといった、一方通行の概念でしたが、2001年にWHOが採択した「国際生活機能分類(ICF)」では、人間にとって最も重要な「活動」や「参加」は、もちろん、心身機能の低下や病気、などから影響を受けますが、逆に、例えば「活動」を行うことで心身機能を高めることもあるという相互の作用が強調されています。また、障害者自身の心身機能だけでなく、物理的、社会的、制度的、周囲の人々の態度などの「環境因子」によっても「活動」や「参加」の制限を生じるという概念を明確化しました。

これらのことは、障害をより軽くするためには、建物や交通機関のバリアフリー化をはじめ制度的な支援の充実、障害理解に関する普及・啓発も重要であるという概念にもつながるものです。

3. 重度障害児等の学校生活



3-2 学校生活と医療的ケア

- ・教員がたんの吸引等を行う意義
- ・教員と看護師等の連携

ここでは、学校において教員がたんの吸引等を行うことについて考えてみましょう。

学校において教員がたんの吸引等を行う意義

教員がたんの吸引等を行う意義

- 児童生徒等の生命の安全の確保、健康の保持・増進
- 教育活動の継続性を保つことができる
- 児童生徒等の教育活動が充実する
 - － 快適な状態で教育活動に参加することができ教育効果が高まる
 - － 教員の児童生徒等に対する理解、児童生徒等の教員に対する信頼が深まる
 - － きめ細かな自立活動の指導が可能となる

特別支援学校において教員がたんの吸引等を行うことには、次のような意義が考えられます。

児童生徒等の身近にいる教員がたんの吸引等を実施することにより、児童生徒等がたんの吸引等を必要とするときにタイミングを逃さずに実施することが可能になります。たんの吸引等が遅れることにより、呼吸状態が悪化するなど生命の安全が脅威にさらされることもあります。適時適切なケアの実施は、児童生徒等に快適な状態をもたらす、健康の保持・増進につながります。

児童生徒等の身近にいる教員がたんの吸引等を実施することにより、教育活動の継続性を保つことができます。たんの吸引等が必要なときに、看護師のいる部屋まで連れていったり、看護師を呼んで来たりすると、授業から抜けたり参加できなかつたりします。一緒に授業を行っていた教員がケアの実施に当たることにより、児童生徒等の授業に対するモチベーションを損なわず、活動の継続性に配慮することも可能となります。

以上の結果として、たんの吸引等を必要とする児童生徒等の教育が充実していくことでしょう。

快適な状態で、継続して授業に参加できるので、教育効果は高まります。

そのほか、次のような点からも教育活動の充実が期待できます。

児童生徒等にとって、たんの吸引等は生命の安全にかかわる切実な行為です。その行為を必要とするときに行ってくれ快適な状態をもたらしてくれる教員には、より深い信頼を寄せることでしょう。教員も、たんの吸引等を行うことにより、児童生徒等の心身の状態をより深く理解することができます。相互の信頼関係の深まりは、教育活動に良い効果をもたらすことでしょう。

また、たんの吸引や経管栄養等は医行為ですが、良い呼吸を促したり口から食べる力を高めたりする教育活動と密接に関連しています。呼吸の改善や食べる機能の改善は、自立活動の指導として行われています。呼吸の改善を図る運動をしている間にたんが上がってきて吸引できる状態になったり、口から食べることと経管栄養を併用したりするなど、たんの吸引等と自立活動の指導は密接に関連しています。自立活動の指導に当たる教員がたんの吸引等を行うことにより、指導の過程で児童生徒の状態に応じて実施することができ、きめ細かな指導にもつながります。

看護師が十分に配置されている場合には、たんの吸引等を行うことは看護師の役割になります。しかし、児童生徒の身近にいる教員は、教員がたんの吸引等を行う場合の上記のような意義を踏まえ、児童生徒等の理解や教育活動の継続性、自立活動の指導との関連に十分配慮し、看護師と連携・協力していくことが求められます。

教員と看護師との連携

- 看護師は、学校においてたんの吸引を行う意義を理解し、教育活動の継続性等に十分留意することが必要
- 教員と看護師との緊密な連携
 - 「障害が重度で重複している幼児児童生徒の場合、・・・変化しやすい健康状態を的確に把握することが必要である。その上で、例えば、乾布摩擦や軽い運動を行ったり、・・・呼吸機能の向上などを図り、健康状態の維持・改善に努めることが大切である。たんの吸引等の医療的ケアを必要とする幼児児童生徒の場合、このような観点からの指導が特に大切である。その際、健康状態の詳細な観察が必要であること、指導の前後にたんの吸引等のケアが必要なことから、養護教諭や看護師等と十分連携を図って指導を進めることが大切である。」

(特別支援学校学習指導要領解説 自立活動編40ページ)

一方、看護師も、学校においてたんの吸引等を行う意義を理解し、教育活動の継続性等に十分留意することが必要です。

教員と看護師との緊密な連携について、特別支援学校学習指導要領解説には次のような記述があります。

「障害が重度で重複している幼児児童生徒の場合、・・・変化しやすい健康状態を的確に把握することが必要である。その上で、例えば、乾布摩擦や軽い運動を行ったり、・・・呼吸機能の向上などを図り、健康状態の維持・改善に努めることが大切である。たんの吸引等の医療的ケアを必要とする幼児児童生徒の場合、このような観点からの指導が特に大切である。その際、健康状態の詳細な観察が必要であること、指導の前後にたんの吸引等のケアが必要なことから、養護教諭や看護師等と十分連携を図って指導を進めることが大切である。」

3. 重度障害児等の学校生活

3-3 学校における医療的ケアと教員等によるたんの吸引等の実施について

- ・特別支援学校における基本的考え方
- ・教員等によるたんの吸引等の実施について
- ・小・中学校等における基本的考え方

新制度は、医療関係者との連携や役割分担、研修の考え方等において、これまで特別支援学校が整備してきた方向に合致するものです。しかし、一方において、必ずしも看護師を配置しなくても対応できるなど異なる点もあります。

新制度の仕組みが明らかになるにつれ、特別支援学校の関係者から、今後の看護師の配置について心配する声が聞かれるようになりました。また、小・中学校等の関係者からは、通常の学級等においてはどのような対応をすべきかといった疑問の声も聞かれるようになりました。

文部科学省においては、このような経緯から、新制度への対応を整理する必要があると考え、平成23年10月に「特別支援学校等における医療的ケアの実施に関する検討会議」を設置しました。同会議では、同年12月に、「特別支援学校等における医療的ケアへの今後の対応について」と題する報告書を公表しました。

この報告書では、新制度下において特別支援学校が医療的ケアを行うに当たっての基本的な考え方や、体制整備を図る上で留意すべき点がまとめられています。また、新制度が小・中学校等においても適用されることを踏まえ、小・中学校等において医療的ケアを実施する際に留意すべき点なども書かれています。

特別支援学校等における医療的ケアの実施に関する検討会議

- 目的
 - 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律による社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正に伴い、平成24年4月より、特別支援学校の教員等についても、一定の条件の下、たんの吸引等の医療的ケアを制度上実施することができるようになることを受け、特別支援学校等において安全かつ適切な医療的ケアを提供するために必要な検討を行う。
- 検討事項
 - 特別支援学校等における医療的ケアの実施に当たって必要な事項
 - その他
- 報告
 - 平成23年12月9日
「特別支援学校等における医療的ケアへの今後の対応について」
 - 平成23年12月20日 文部科学省初等中等教育局長通知
「特別支援学校等における医療的ケアの今後の対応について」

文部科学省では、新制度を効果的に活用するための考え方や留意点等について、ほぼ検討会議の報告を踏襲した通知を発出(平成23年12月20日付け、文部科学省初等中等教育局長通知)しました。通知で示された、医療的ケアを実施する際の基本的考え方は次のとおりです。

特別支援学校における医療的ケアの基本的考え方

- 医療的ケアを行う場合には、看護師等の適切な配置を行うとともに、看護師等や教員等の連携により特定行為に当たること。看護師等が直接特定行為を行う必要がない場合も、看護師等の定期的な巡回など医療安全を確保すること。
- 特定行為を行う者は、児童生徒等との関係性が十分ある者が望ましいこと。
- 教育委員会の総括的な管理体制、学校の組織的な体制を整備すること。

・医療的ケアを行う場合には、看護師等の適切な配置を行うとともに、看護師等と教員等の連携により特定行為に当たること。看護師等が直接特定行為を行う必要がない場合も、看護師等の定期的な巡回など医療安全を確保すること。

・特定行為を行う者は、児童生徒等との関係性が十分ある者が望ましいこと。

・教育委員会の総括的な管理体制、学校の組織的な体制を整備すること。

特別支援学校に在籍する医療的ケアを必要とする児童生徒等の実態を踏まえ、引き続き看護師等の適切な配置が必要であることを明確にしています。一方、新制度により看護師等が常駐しなくても特定行為が可能となったことを踏まえ、児童生徒等の状態を十分考慮した上で、看護師等を配置せずに実施する場合には、看護師等の定期的な巡回などによる医療安全の確保に留意するよう求めています。

※「看護師等」は看護師及び准看護師、「教員等」は教員やそれ以外の者を指す。以下、同じ。

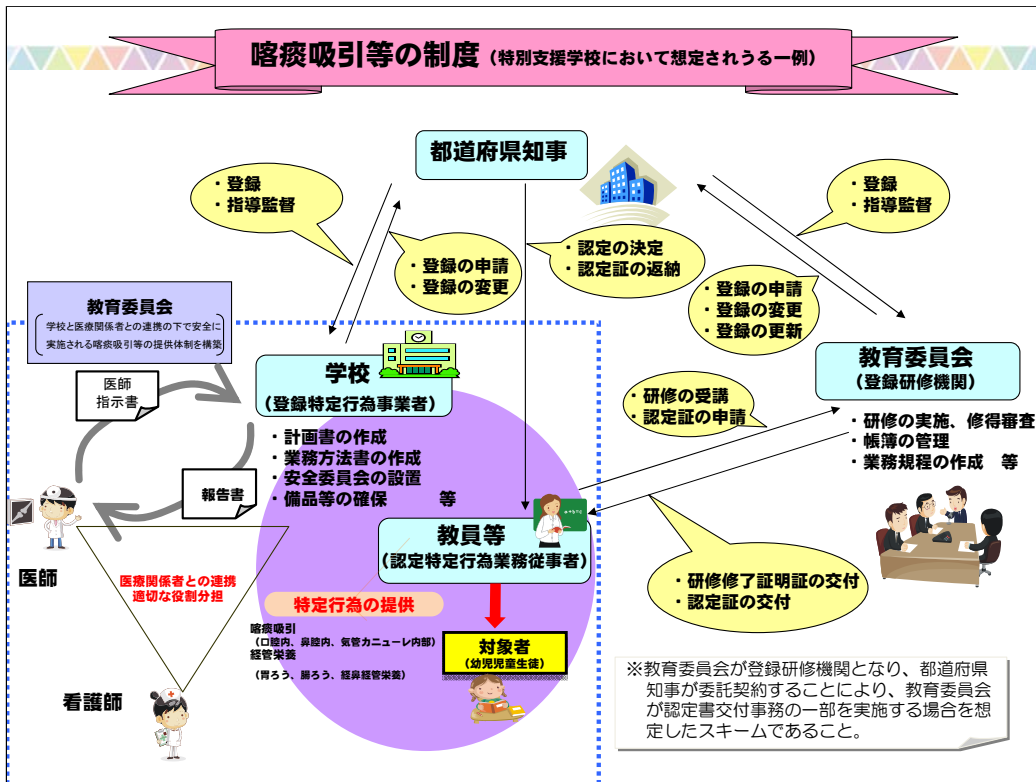


教員等によるたんの吸引等の実施について



- 都道府県等教育委員会における体制整備
- 認定特定行為業務従事者の養成
- 研修機会の提供
- 登録特定行為事業者(各特別支援学校)における体制整備
 - 安全確保、保護者との関係
- 特定行為を実施する場所
- 特定行為を実施する上での留意点
 - 各行為の留意点、実施に係る手順・記録等の整備に関する留意点

また、これまでの特別支援学校の実施経験を踏まえ、特定行為に当たる教員等には児童生徒等との信頼関係が必要であること、教育委員会や学校がしっかりした体制を整備することの大切さを強調しています。体制整備の具体的内容についても示されています。詳細については、通知をご覧ください。



特別支援学校の体制整備の一例を示したものが、この図です。

小・中学校等における医療的ケアの基本的考え方

- 原則として看護師等を配置又は活用しながら、主として看護師等が医療的ケアに当たり、教員等がバックアップする体制が望ましいこと。
- 特定行為が軽微かつ実施の頻度も少ない場合には、介助員等の介護職員が特定行為を実施し看護師等が巡回する体制が考えられること。
- 教育委員会の総括的な管理体制、学校の組織的な体制を整備すること。

小・中学校等における医療的ケアの基本的考え方として、次のように示されています。

- 原則として看護師等を配置又は活用し、主として看護師等が医療的ケアに当たる体制が望ましいこと。
- 特定行為が軽微かつ頻度も少ない場合には、介助員等が実施し看護師等が巡回する体制が考えられること。
- 教育委員会の総括的な管理体制、各学校の組織的な体制を整備すること。
教員等が特定行為を行うに当たっては、特別支援学校と同様に教育委員会や学校の体制が整備される必要があります。

小・中学校等は、特別支援学校と児童生徒等の数や教員配置、施設設備の状況等様々な条件が異なります。そのような条件を踏まえたとき、小・中学校等で医療的ケアを行うに当たっては、まずは看護師等の配置を行うことが望ましいことを示しています。

一方で、特定行為の状況によっては、介助員等が実施し、看護師等が巡回する体制が考えられるとしています。また、小・中学校等においても組織的な体制の整備が必要とされています。

3. 重度障害児等の学校生活

3-4 たんの吸引等にかかわる教員等に求められること

- ・子どもとの信頼関係の構築
- ・安全への意識の向上
- ・チームの一員として
- ・家庭・地域との連携

たんの吸引等にかかわる教員等には、次のようなことが求められます。

まず、児童生徒等の信頼関係が構築されていなければなりません。たんの吸引等を安全に実施するためには、児童生徒等が安心して身を任せられることが必要です。教員等は児童生徒等との信頼関係を基盤に教育活動を行っている訳ですが、たんの吸引等においても信頼関係を得られるようにすることが重要です。手技の習熟に努めるとともに、事前の準備をしっかりと行うことや、ケアの実施に当たって心理面に十分配慮することなどが求められます。

次に、医行為の一端を担っていることを自覚し、安全への意識を向上させることが大切です。たんの吸引等を実施する過程のどこにリスクがあるのかを予測するとともに、声だし確認や複数の教員等でチェックするなど、リスクを未然に防止する対応が求められます。また、ヒヤリハット報告を共有することなどにより、安全への意識を不断に向上させることが有効です。

チームの一員として、組織的な対応をすることが求められます。看護師等、養護教諭、他の教員等など学校の関係者及び保護者、医療関係者と情報を共有し、連携協力することが大切です。それぞれの専門的立場からの判断を尊重し、児童生徒等にとってよりよい対応を探っていきましょう。

また、家庭・地域との連携を進めることが大切です。家庭との情報交換により、児童生徒等の1日の生活の中で学校生活をとりえる必要があります。たんの吸引等を必要とする児童生徒等は、放課後の生活においても多くの医療・介護関係者の支援を受けています。こうした関係者と連携・協力を行うことは、児童生徒等の放課後や卒業後の生活を充実させることにつながるものと言えるでしょう。

おわりに



おわりに

皆さんはこれから、たんの吸引や経管栄養を、特定の方に行っていくこととなります。

たんの吸引等が必要な重度障害児等にとって、これらの日常的な医療行為を担っていただけの皆さんの存在は本当に心強いものであると思います。

皆さんが、今後、重度障害児等の学校生活をしっかり支えていかれますことを期待してこの講義を終わります。