

教員養成課程における医療的ケアの教育課程と指導法
－教育体制の歴史的背景と課題をふまえて－

Consideration for curriculums and teaching methods about medical care
in a pre-service teacher training course:

Based on the historical background of educational systems and issues

宇野 里砂, 高井 弘弥, 中村 明美, 橋詰 和也

UNO, Lisa TAKAI, Hiromi NAKAMURA, Akemi HASHIZUME, Kazuya

武庫川女子大学 学校教育センター紀要

第5号 2020年

【実践報告】

教員養成課程における医療的ケアの教育課程と指導法
—教育体制の歴史的背景と課題をふまえて—

Consideration for curriculums and teaching methods about medical care
in a pre-service teacher training course:
Based on the historical background of educational systems and issues

宇野 里砂* 高井 弘弥** 中村 明美* 橋詰 和也*

UNO, Lisa* TAKAI, Hiromi** NAKAMURA, Akemi* HASHIZUME, Kazuya*

要旨

医療的ケアを要する児が増加し、全国で約1.7万人となった。障害者基本法改正、障害者差別解消法制定、児童福祉法改正等の法整備がなされて以降は特に、医療的ケア児の教育の保障意識が格段に変化している。2012年からは、介護保険法等の一部改正による社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正に伴い、一定の研修を修了し、痰の吸引等の業務の登録認定を受けた介護職員や特別支援学校の教員等が、一定の条件の下に医療的ケアを実施できるようになった。しかし、さらに進歩し続ける医療と、保育や教育の現場での対応の進歩には依然格差が残っており、教員養成課程での医療的ケア等に関する指導は整理されていないのが現状である。肢体不自由や病弱に関する特別支援教育課目を含めた教員養成課程での指導法についての課題を検討するため、学校における医療的ケアの歴史的背景と本学での医療的ケアに関する講義構成等を報告する。

キーワード：医療的ケア 教員養成課程 指導法 肢体不自由 低出生体重児

はじめに

日常的に痰の吸引や経管栄養等の医療行為「医療的ケア」を必要とする子どもたち（以下「医療的ケア児」という）は年々増加しており^①、特別支援学校等を含む教育現場では重要なテーマとなっている。現在、教育や保育現場では、医療的ケアに関する対応は進みつつあるが、医療機関ではない学校や保育所等において、医療現場と同質の医療的ケアを子どもたちに保障するには至っていない。吉利はこのような現状から、教員養成課程での医療的ケアや医療的ケア児に関する指導は整理されていない^②ことを課題としている。

そこで、本研究の目的は、本学教育学部の医療的ケアの教育実践報告を中心に、教員養成課程における医療的ケア児を理解するための教育方法の在り方についての課題を提示することにある。

教員養成課程では、医療的ケアの手技そのものに偏ることなく、医療的ケア児のニーズや教育の在り方をはじめ、教育現場での医療的ケアの歴史的背景、医療的ケアに関する基礎的な知識などを学生に教授することが大切である。また、ただ単に講義するだけではなく、教育学部の学生（以下「学生」という）が、講義で医療的ケアをどのように受け止めたのかを確認した後に、教員が医療的ケア児の視点に立ち、適切に医療的ケアについて学生にフィードバックを行うことが肝心となる。さらに、学生がこれらの基礎的な教育を教員養成課程で学ぶことは、将来、特別支援学校教員として教育現場に立つとき、医療的ケア児を中心とした合理的な配慮の知識のひとつとなる。

* 教育学科准教授 ** 教育学科教授

1. 医療的ケア児が増加する背景

日本の女性の平均初産年齢はこの40年ほどで約5歳上昇している⁽³⁾。妊娠年齢が高くなっていることだけが要因ではない⁽³⁾が、2,500g未満の低出生体重児がこの間に約2倍となり、男児は8.3%、女児は10.6%となっている⁽⁴⁾。一方、新生児・小児医療が進歩し、我が国の新生児死亡率および乳児死亡率は世界最低となった⁽⁴⁾。なかでも、超早期産児や超低出生体重児の救命率が著しく上昇し、1990年の優生保護法（現母体保護法）の運用についての厚生省事務次官通達では、妊娠24週未満であった生育限界が妊娠22週未満に変更され⁽⁵⁾、以後、在胎23週前後の児や、出生体重400g未満の児が積極的救命治療を受けるようになった。そして、単に救命するだけでなく、良好な長期予後を含めた治療成績の進歩が認められている。とはいえ、在胎期間が短いほど、あるいは出生体重が小さいほど、神経学的合併症や将来の生活習慣病等発症のリスクは高くなる。さらに、新生児集中治療室（NICU：Neonatal Intensive Care Unit）や一般小児病棟において経管栄養や人工呼吸器等の医療を要する児であっても、児や家族の生活の質の向上のため、また、NICUや小児病棟の病床の有効利用のため、可能な限り在宅医療へ移行できるよう努められている。実際、医療機器等の技術の進歩も相まって、日常的に医療が必要であっても、入院ではなく通院で在宅医療を受けながら生活することが可能となっている。全国の医療的ケア児は今や約1.7万人とされる⁽¹⁾。しかし、医療的ケアあるいは在宅医療と一言でいっても、ケアの種類や専門性の高さには個別性が高い。医療や医療機器は絶え間なく進歩しているため、医療的ケアや在宅医療の内容もさらに日々進歩している。医療的ケア児に対する自宅など病院外での医療行為の実施者は、主に医療従事者でなく本人か保護者や家族であり、主治医の指導を受けて専門的な医療行為を行なっている。

文部科学省の調査⁽⁶⁾によると、公立特別支援学校に在籍する医療的ケア児は、2006年度は5,901名（通学生4,127名、訪問教育生1,774名）、2017年度は8,218名（通学生6,061名、訪問教育生2,157名）と年々増加している。特別支援学校以外の学校における医療的ケア児の在籍数は、調査開始された2012年度に838名、2017年度は858名と、調査人数は横ばいであるが、特別支援学校以外の学校においても医療的ケアは重要なテーマとなっている。

2. 特別支援学校での医療的ケアを要する子どもに対する国の取り組み

障害児教育から特別支援教育へ、さらにインクルーシブ教育システムの構築が進む中、特別支援学校に在籍する児童生徒の障害は、重度・重複化、多様化の傾向にある。特に肢体不自由特別支援学校を中心として、吸入・吸引、経管栄養、酸素療法、導尿、気管切開部の管理、経鼻・咽頭エアウェイ等の「医療的ケア」を必要とする児童生徒が増加の傾向にある。

このような全国的な状況を踏まえ文部科学省では、1998～2002年度に厚生労働省と10県の教育委員会の協力を得て、「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」のモデル事業を実施し、盲・聾・養護学校における医療ニーズの高い児童生徒等に対する教育・医療提供体制の在り方を探ってきた。モデル事業では、教員による3つの行為（たんの咽頭前の吸引、留置されている管からの経管栄養、自己導尿の補助）を実施する可能性などを含め、どこまでの行為を教員が行い、看護師と教員がどのように連携すべきか等について検討が行われた。兵庫県教育委員会を含む10県の教育委員会では、対応システムの開発を行い、それぞれの県が独自の方法を検討していった。

さらに文部科学省の実践研究の成果を踏まえ、2003度からは全都道府県を対象として「養護学校における医療的ケアモデル事業」が開始され、2004年度は看護師が46都道府県で配置されることとなった。

また、2004年には、厚生労働省医政局長から各都道府県知事および文部科学省初等中等教育局長宛に「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取り扱いについて」の通知が出され、看護師が常駐することや必要な研修を受けること等を条件として、実質的違法性阻却（違法と思われる行為であっても、その行為が正当化されるだけの事情が存在するか否かの判断を実質的に行い、正当化されるときには違法性が阻却されるという考え方）の考えに基づいて、特別支援学校の教員がたんの吸引や経管栄養を行うことはやむを得ないとする考え方が示された。特別支援学校での医療的ケアは看護師が行うことが原則であるが、この通知以後、初めて看護師の資格を有しない教員によるたんの吸引等の実施を許容するための条件があげられ、その条件が満たされていれば、適切な医学管理の下に特別支援学校において、たんの咽頭前の吸引、留置されている管からの経管栄養、自己導尿の補助の3つの行為を実施できることとなった。

次いで、2012年には「社会福祉士及び介護福祉士法の一部を改正する法律の施行」に伴い、実質的違法性阻却の考え方に基いて医療的ケアを実施してきた特別支援学校の教員についても、喀痰吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内）、経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）の5つの特定行為に限り、研修を修了し、都道府県知事に認定された場合には、「認定特定行為業務従事者」として一定条件の下で、制度上実施することが可能⁽⁷⁾⁽⁸⁾となった。

1998年以降、文部科学省が中心となり、医療的ケアの在り方、実施体制について慎重に検討され、各教育委員会が地域の背景と経緯を踏まえて実施可能なシステムを探り、2012年には制度上の整理が行われた。現在、特別支援学校の設置者及び当該学校において、医療的ケアのシステムは一定の方向性の上に取り組みされている。

3. 医療的ケア児に対する教育体制の制度と政策 —兵庫県を中心に—

兵庫県教育委員会においても、1996～1997年「兵庫県障害児就学指導審議会」において「医療的配慮を必要とする児童生徒への対応について」の審議を進め、養護学校へ医療関係職員の措置を求める提言がなされてきた。次いで1998～1999年度に文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の研究委嘱を受け、兵庫県教育委員会では2000年3月「養護学校等における医療的ケアについて」（報告⁽⁹⁾）を示した。

この報告において、医師法17条への抵触を踏まえて「医療的ケアは、専門職としての医療関係職員が対応するのが望ましく、各設置者は看護師等の資格を持つ職員の配置又は医療機関等から派遣を受ける等の対策を進めるべきである。また、各養護学校の所在する地域の実態に応じて、地域の保健・医療・福祉関係者が養護学校の実態を認識し、養護学校を保健・医療・福祉機関が適切にバックアップする連携のシステム作りに取り組む必要がある。そのためには、養護学校の地元のかかりつけ医や保健・医療・福祉関係者を含めた連絡会等の設置を含め、設置者である教育委員会が、地域の保健・医療・福祉関係者に働きかけて、児童生徒の住み慣れた地域で、地域医療の現状を踏まえ、地元医師会との連携のもとに、地域の特徴を生かした体制作りを努めることが望ましい。」と示し、これを兵庫県における医療的ケアの考え方とした。具体的には、医療的ケアは専門職である看護師が行い、児童生徒の主治医をつなぐ指導医師を位置づけ、県医師会、地域医師会、看護師協会等の関係機関が連携する体制作りを行ってきた。

兵庫県においても、県独自で「盲・聾・養護学校医療的サポート推進事業」を実施し、学校における医療的ケアの安全で円滑な実施を図るためのシステムについて研究を行い、主治医相互間や主治医と学校医との調整を行い、医療的ケアを実施する看護師を指導する指導医をシステムの中に位置づけ

ることとし、さらに寄宿舎での対応の在り方⁽¹⁰⁾等、新たな課題を整理し、2002年には特別支援学校への看護師常駐を本格実施としていった。

これらのシステムによる大きな成果として、今まで医療的ニーズがあるため欠席しがちであった児童生徒が、看護師が常駐することにより安心して通学できるようになり、本人はもとより教師や保護者にとって看護師の存在が大きな支えとなってきたことは高く評価できる。一方、学校での医療的ケアでは、依然、次のような課題がある。(1) 当該児童生徒に多くの医師が関わることから、関係医師間を調整する指導医の役割は重要であること、(2) 医療機関ではない学校でのケアは、看護師にとって、その重責と不安には想像以上のものがあること、あくまで日常的なケアではあるものの、どの程度の設備や備品が必要なのか、さらに一人配置の看護師にとっては、病院のようにすぐに医師から指導を受け相談できる状況ではなく、なおかつ職員や保護者からのニーズは高いため、精神的な負担は大きいこと等である。指導医師の派遣や看護師の配置ができたことで良しとするのではなく、医療的ケアのシステムが進みつつある中、改めて質的な検討を行う必要性が出ている。

しかし近年、特別支援学校における医療的ケアの内容は、より複雑化してきている。特定行為を教員が実施することが可能となっても、そもそも看護師でなければ対応できない特定行為以外のケアが多い。さらに前述した歴史的経緯を理解した上で、現在の医療的ケアシステムが成り立っていることを十分に継承周知していくことが必要である。特に、教育委員会の総括的な管理体制の下での実施体制、児童生徒の医療的ケアの複雑化に伴う学校教育機関での対応の在り方、全てを看護師で又は一部教師の対応で行うことについてのメリットとデメリットの検討等は不可避である。さらに、医療的ケアが特別支援学校に位置づけられた当初から検討課題であった、医療的ケア実施時間の教育課程上の位置づけ、指導医師の位置づけ、看護師への過剰なニーズ、看護師と養護教諭との連携、小学校での医療的ケアの実施等、具体的な検討事案がまだまだ多く、現状の医療的ケアシステムはなお途上であることの認識が必要である。

児童生徒の QOL の拡大と生き方への対応、支援を行うために、一人ひとりの実態に配慮したケアの内容と方策について、今後さらに研究していく必要があるだろう。

4. 本学における医療的ケアに関する教育課程の構成

病弱者・児に関する科目は、2年前期に学ぶ「病弱者の心理・生理・病理」での到達目標として、(1) 病弱者・児（慢性疾患患者・児や虚弱者・児を含む）の心理および身体的な生理機能や病理について学び、病気の発生起因、症状、治療や援助について理解する、(2) 胎児期や乳児期、学童期、思春期に発生する疾病を中心に取り上げ、病気が人の心と身体に及ぼす影響について学ぶ、(3) 病弱者・児とその家族が QOL を高め、暮らしやすい社会の実現について考えを深化させることを目標とし、基本を踏まえたのち第15回目の講義で医療的ケアを学ぶ。3年後期に開設している「病弱教育」は、(1) 病弱教育の教育課程について正しく理解する、(2) 病弱児の指導法について正しく理解する、(3) 病弱児の自己管理支援について正しく理解することを目標に掲げ、第12回目の講義で医療的ケアを学ぶ。4年後期の「病弱教育総論」では、(1) 様々な疾患を有する子どもの精神的、身体的背景を理解する、(2) 病弱児が生き生きと生活し、またより飛躍できるためのアドバイスができることを目標に掲げ、第11回目の講義で特別支援学校での医療的ケアの実際を学ぶ。

次に、肢体不自由者・児に関する科目であるが、3年前期の「肢体不自由者の心理・生理・病理」における到達目標は、(1) 体が動く仕組みを理解している、(2) 肢体不自由児・者の心理・生理・病理特徴を理解している、であり、第14回目の講義で、重症心身障害児・者の医療的ケアを学ぶ。次に、

3年後期に開設される「肢体不自由教育」は、到達目標として(1) 肢体不自由教育の現状を知り、課題に気づく、(2) 肢体不自由児と定型発達の子どもの比較しつつ肢体不自由教育の視点を明確にする、(3) 指導根拠を明確にした専門性の高い教育のあり方を追求することを目標として、第11回目の講義で医療的ケアを学ぶ。さらに、4年前期の「肢体不自由教育総論」の到達目標は(1) 肢体不自由児の臨床を理解している、(2) 子どもに即した教育の必要性を実感し、肢体不自由教育を理解していることを目標として、第14回目の講義で医療的ケアを学ぶ。

つまり、医療的ケアについては、2年「病弱者の心理・生理・病理」で1回、3年「病弱教育」「肢体不自由者の心理・生理・病理」「肢体不自由教育」で各1回、4年「肢体不自由教育総論」「病弱教育」の各1回の授業で学ぶ。2年生から順次基礎を学び、演習を取り入れた講義が行われ、4年生ではまとめとして振りかえりを通じて、系統的に学生は学ぶことになる。いずれも特別支援学校教諭の必須科目である。課題としては、各科目の講義内容や構成上、1科目内に医療的ケア内容を教授することが困難であり、学生の理解が十分確認できにくいこと等がある。そこで本学での講義実践の工夫を次に述べる。

5. 本学の医療的ケアに関する講義実践－アクティブラーニングでの学生の反応を中心に－

肢体不自由児に関する科目講義の内容を次に報告する。「肢体不自由者の心理・生理・病理」では、脳性麻痺、神経筋疾患、二分脊椎などの原因疾患カテゴリーごとに、成因・治療・発達・予後等について学び、最後に医療的ケアについて定義・関連疾患・方法等について学ぶ。方法については、スライドでの講義に加えて、動画を視聴し、吸引器、吸引カテーテル、気管切開カニューレ、経鼻チューブ、胃ろうカテーテル、導尿カテーテルなど、実際の医療的ケア物品を受講生全員が触り、模型に導尿カテーテルを挿入する場面を書画カメラで観ることも行なっている。2018年度の受講生は72名であり、全員が実技体験することはできないため、受講生のうちの希望者数名が医療的ケアモデル人形への吸引や経管栄養を行い、他の受講生は見学している。なお、方法についてさらに学びたい学生には、特別学期⁽¹⁾に全学対象の受講人数を限定した講義を開講している旨を案内している。

「肢体不自由教育」では、医療的ケアモデル人形を受講生の身近に座らせて、担任教諭役と支援担当教諭役を1名ずつ割り当て、医療的ケア児が教育を受けることをより現実的に実感できるよう配置し、医療的ケアに関する教職員の役割分担(表1,表2)等について講義し、医療的ケアに関する教員の役割および教職課程で学ぶべきこと(表3)について意見交換を行っている。これは、2017年10月に文部科学省において設置された「学校における医療的ケアの実施に関する検討会議」により2018年6月に出された中間まとめ⁽²⁾に基づいている。この際、「特別支援学校制度を廃止し、すべての小・中学校でインクルージョン教育を行うべきだ」という発言や、これに対して、「医療的ケア児や障害がある子どものなかには個別性の高い学習や少人数での学習が適している子どもがいるので、特別支援学校は存続すべきである」という意見が出され、積極的な意見交換の場が生まれた。

医療的ケアを直接実施するしないに関わらず、医療的ケアについて、あるいは医療的ケア児の病態・生活工夫・教育工夫等について、教員はもちろん学生も学ぶ必要があるという意見が多いことを受けて、医療的ケアが必要な病態や原因疾患、留意点等について、グループワークを行いホワイトボードに記入する形で発表を行い(表4)、これを受講生全員で考察し、さらに意見交換を行った。学生らの主な意見は、(1) 医療的ケアの項目から病態や原因疾患を考えることは非常に難しかった、(2) 医療的ケア児を担当する場合に、その子どもの病状や変化に気づく必要があることがわかった、(3) そのケアが必要な病態を考えることによって、医療的ケア児の生活や困難さがよくイメージできた、であった。

表1 全ての教職員の役割分担例

- 全ての教職員
 - ・ 医療的ケア児と学校における医療的ケアの教育的意義の理解
 - ・ 医療的ケアに必要な衛生環境理解
 - ・ 看護師・認定特定行為業務従事者である教職員との情報共有
 - ・ ヒヤリ・ハット等の事例の蓄積と予防対策
 - ・ 緊急時のマニュアルの作成への協力
 - ・ 自立活動の指導等
 - ・ 緊急時の対応

表2 認定特定行為業務従事者である教職員の役割分担例

- 認定特定行為業務従事者である教職員
(上記全ての教職員に加え)
 - ・ 医療的ケアの実施(特定行為のみ)
 - ・ 医療的ケアの記録・管理・報告
 - ・ 必要な医療器具・備品等の管理
 - ・ 緊急時のマニュアルの作成

表3 学生の主な意見

<教員の立場で>

- ・ 医療的ケア児の教育は保証すべきだが、実際に行うのは責任・時間ともに負担が大きすぎる
- ・ 医療的ケア児の体調をみれるべきである
- ・ 実施しないとしても研修を受けたい

<学生のうちに学ぶべきと思うこと>

- ・ 全教職員で協力するのが望ましいため、特別支援課目以外でも医療的ケアについて学ぶべき

表4 グループワークの発表（発表原文まま）

医療的ケア ケア内容		病態	疾患	ケアの タイミング	留意点
吸引	口腔内	痰が出せない 嚥下ができない 唾液・鼻汁	脳性麻痺 低酸素血症 ALS パーキンソン病 筋ジストロフィー	分泌物が 確認できた時 呼吸音の低下	感染予防をしっかり行う 声をかける（必要な時に すぐ対応できるように）
	鼻腔内	痰が出せない 唾液・鼻汁		本人が望んだ時	サインを見逃さない
	気管 切開部	痰が出せない 口からでは十分な 呼吸ができない 唾液・鼻汁			担任との連携
経管栄養	経鼻	嚥下障害	脳性麻痺	一定の時間おき	一気に入れない （ダンピング症候群） 状態を見ておく
	胃ろう	嚥下障害	筋ジストロフィー	食事の時	
	腸ろう	胃の機能が不十分	筋ジストロフィー		
酸素		呼吸機能の低下	呼吸器疾患 （肺癌等）	その人の症状に あわせて	他の児童が酸素ボンベを 触らないようにする 酸素ボンベの酸素が 減りすぎていないか
人工呼吸器		呼吸困難	神経筋疾患 筋ジストロフィー	自発呼吸困難時	補助員が必要 （コミュニケーションが 取りづらく機械も使用す るため）
夜間呼吸器		呼吸困難	筋ジストロフィー 睡眠時無呼吸症候群	夜間帯 （6-8 時間）	主治医から症状の聞き取 り、症状の理解
導尿		自力で尿を 出せない	二分脊椎	1日 4-6 回	時間がかかることを把握 排泄環境を整える 声かけをする 尿路感染に要注意
インシュ リン	ペン型	血糖値の上昇 ホルモンの病気	糖尿病	食前 1日 1-4 回	保健室などのおちついて 安全にできる場の確保 その日の状態・接種後の 様子を注意してみる 給食前に確認する
	ポンプ型			食前と持続的	走る時にチューブが からまないようにする プールの時は外す 大切な機械だと周囲の 理解を得る （ゲームではないよ）

6. 教員養成課程における医療的ケアに関する指導法の課題

指導法の課題として、学生が身体の解剖・生理、心理を理解している上で、下記の事項の学びが必要である。はじめに医療的ケア法の知識として、(1) 特別支援学校等における医療的ケア行為の歴史・制度的経緯を理解する、(2) 医療行為（司法判断・行政判断等）を具体的に学び、理解する、(3) 医療的ケアを行う際の環境配慮を理解する。特に特別支援学校以外の学校等で行う際の環境整備等の検討事項は重要である。次に、医療的ケア児とクラスメートへの配慮として、(1) 体調観察と異常の早期発見の知識、(2) 感染予防などの安全問題、(3) クラスメートへの対応と配慮、(4) 医療的ケアの偏見から発生するいじめなどの問題への対応、(5) 教員間など医療職種や他機関との連携などがある。

今後、これらの課題を特別支援教育に留まらず、全ての教員養成課程で学ぶために、教育科目の横断的なカリキュラムやシラバスの組み立てが必要と思われる。

おわりに

医療的ケア児は特別支援学校だけでなく、通常学校でも教育を受けている。医療的ケア児が有意義かつ安全な教育を受けることができるように、教育現場での対応を進めていくだけでなく、すべての教員養成課程においても、限られた時間の中ではあるが、医療的ケアに関する講義を構成する必要がある。例えば、2012年から実施されているたんの吸引等の実施のための制度での認定行為が、たんの吸引と経管栄養に限られており、導尿など特定行為以外のケアについては実施できない点が議論されてきた。近年の小児在宅医療や新生児・小児医療の進み方を鑑みると、医療的ケアには今後さらに高度なケアやその時々最新の医療機器等が導入されると予想されるが、「医療機関ではない学校現場」にどのラインまで導入できるかは、文部科学省が医療的ケアの対応を始めた1998年度の「特殊教育における医療との連携に関する実践研究」の頃より議論されているところである。学校では認定行為のケア項目を拡大することよりも、診療報酬改正や福祉サービスの見直しにより、訪問看護ステーションと実質的に連携可能な体制を作り、学校内や通学経路で訪問看護を利用できるなど、医療職の効率的な運用と確保が優先することを期待されている⁽¹³⁾。従って今後の教員養成課程では、学校看護師や主治医等との連携や情報共有について具体例を学ぶことが望ましい。教育、医療、福祉、保健と多角的な視野で医療的ケア児に関する動向を捉えながら、教員養成課程での医療的ケアに関する指導内容や方法について、今後も十分な検討が必要である。

注・引用文献

- (1) 厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部障害福祉課 障害児・発達障害者支援室「平成 29 年度 医療的ケア児等の地域支援体制構築に係る担当者合同会議『医療的ケアが必要な障害児への支援の充実に向けて』」, 2017, pp.2.
- (2) 吉利宗久「学校教育における『医療的ケア』の位置づけをめぐる意識調査 -非医療関係者である教員の現状把握と自己評価-」『岡山大学大学院教育学研究科研究集録』162, 2016, pp.71-77.
- (3) 佐藤拓代「平成 24 年度厚生労働省研究費補助金(生育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)重症新生児のアウトカム改善に関する多施設共同研究(分担研究)低出生体重児の訪問指導に関する研究 低出生体重児保健指導マニュアル ～小さく生まれた赤ちゃんの地域支援～」, 2012.
- (4) 厚生労働省政策統括官(統計・情報政策担当)「平成 30 年 我が国の人口動態 Vital statistics in Japan 平成 28 年度までの動向 Trends up to 2016」, 2018, pp.10-12.
- (5) 中村肇「超低出生体重児の育ちを見守る」『学術の動向』, 2010, pp.15-21.
- (6) 文部科学省「平成 29 年度特別支援学校等の医療的ケアに関する調査結果について」, 2018.
- (7) 安藤隆男, 藤田継道著「よくわかる肢体不自由教育」ミネルヴァ書房, 2015, pp.92-93.
- (8) 厚生労働省「平成 24 年 4 月から、介護職員等による喀痰吸引等(たんの吸引・経管栄養)についての制度がはじまります。～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(平成 23 年法律第 72 号)の施行関係～」, 2011.
- (9) 古川勝也, 中村雅彦, 橋詰和也 他著「療育の窓 兵庫県における医療的ケア 8 年の歩み」全国心身障害児福祉財団, 2003, pp.30-32.
- (10) 飯野順子, 古川勝也, 橋詰和也 他著「医療的ケアへの対応実践ハンドブック 兵庫県の体制整備と寄宿舎を設置する養護学校の実践」2005, pp.105-115.
- (11) 本学は前期, 後期, 特別学期という 3 学期制をとっており, 特別学期は 2 月, 3 月に設定されている。学部学科, 学年を超えて, 各自が興味のある授業を履修できる期間である。科目「医療的ケア-やってみよう編-」は,

限定した受講人数で、医療的ケア児について学びながら、医療的ケアモデル人形や実際の医療器具を用いた実技を体験する内容である。

(12) 文部科学省「学校における医療的ケアの実施に関する検討会議 中間まとめ」, 2018.

(13) 厚生労働省「医療的ケア児の支援に向けた主な取組」, 2018.

参考文献

(1) 兵庫県教育委員会「養護学校における医療的ケアについて（報告）」養護学校における医療的バックアップ体制の研究に係る調査研究運営会議, 2000.