

医療的ケアと学校教育に関する討議資料

安心して通いたい

・安心して通わせたい

2004.12.11

埼玉県高等学校教職員組合障害児教育部

教諭（非医療従事者）が医療的ケアを行うことをどう考えるのか

2004. 12. 4 埼玉高教障教部役員会

1. 厚生労働省・文部省は教諭（非医療従事者）による医療的ケアの実施を認めました

厚生労働省は法的整理を目的とした研究会を設置し（2004年5月）、文部科学省の研究指定による研究成果やALS患者に対する厚労省の方針を踏まえて、養護学校における医療的ケアの非医療従事者による実施の方針を決め、文部科学省に通知しました（2004年10月20日）。文科省はそれを受けて、各県教育委員会などに通知しました（2004年10月22日）。

これは、一部の吸引、導尿、注入について、それらを「医療行為」として認定した上で、一定の条件を満たせば非医療従事者が行ってもやむを得ない行為（違法性の阻却）とし、その条件と行為の範囲を特定したものです。

一概に「医療的ケア」といっても、様々なレベルのケアがあるので、教諭でも安全に実施でき、教育的観点から見て教員が実施した方が効果的なものもあります。そうした行為を非医療従事者である教諭に認めたことは、子どもの教育権を保障する観点から一定評価できるものです。

私たちは、必要な看護師の配置をはじめ教職員が安心して関わられるような条件整備を県当局が進めるように求めています。

2. 私たちは、子どもたちの教育権を保障する立場で運動を進めてきました

医療的ケアを必要とする子どもたちの教育権を保障するためには、「医療か教育か」ではなく、「医療も教育も」保障する必要があります。私たちは一貫して子どもたちの教育権を保障する立場で運動を進めてきました。

1991年度、埼玉県教育委員会は埼玉県特殊教育振興協議会に対し「学校生活において医療行為を必要とする児童生徒の教育の在り方について」を諮問しました。埼玉高教障害児教育部代表の委員の奮闘もあり、答申では肢体不自由養護学校に併設して医療機関（診療所）を設置することや医師の巡回指導と看護婦の配置、教職員の研修の機会の設定、手引き書の作成など積極的な答申が出されました。

しかし、教育行政は答申に沿った施策の実現には消極的で、この答申の中で実現したのは「手引き書の作成」のみでした。

3. 看護師資格をもつ教諭が配置されましたが、課題は山積しています

その後、全国的な運動の高まりを背景とし、教職員組合や保護者のねばり強い運動に押され、埼玉県は2002年度から「メディカルサポート事業」を開始しました。02年度から2年間は、国の雇用創出緊急対策事業を利用し、肢体不自由養護学校へ非常勤看護師を配置しました。さらに、2004年度からは教諭の定数の枠内で肢体不自由養護学校に看護師資格を持った正規職員（看護教諭）として12名を配置したのです。

しかし、問題は全て解決したわけではありません。課題は山積しています。まず、教職員定数を定めている標準法に規定がないので、教諭の定数を削って、看護教諭に充てていることです。また、看護教諭が全ての肢体不自由養護学校に複数配置されているわけでは

ないので日常的に相談する相手がいない、休暇などがとりにくいというような問題が指摘されています。さらに、看護教諭が複数配置されたところでも医療的ケアの対象のケース数が多く、依然一部は父母の協力を仰がなければケアがやりきれないという現状にあります。看護教諭には初任者研修をはじめとする研修の制度もなく、医療現場と切り離されて最新の医療を学ぶ機会がないということも大きな問題です。

4. 国と県に私たちは次のことを要求します

- 1) 医療的ケアを医療従事者が対応できるように配置すること。
- 2) 教諭の「定数崩し」ではなく、教職員定数を定めた標準法に医療従事者を位置づけ、十分な医療従事者を配置すること。肢体不自由養護学校に限定せず、医療的ケアへのサポートを必要とする子どもがいる学校に複数の看護教諭を配置すること。
- 3) 将来的には、「特別支援教育」免許の取得要件に「医療的ケア」に関する基本的な学習を加え、医療的ケアに関する資格を与えることも検討すること。
- 3) 当面、次のような条件の下、教諭が実施できるようにすること。
 - ・必要とする学校に医療従事者（看護師）の複数配置
「医療的ケア」を必要とする子どものいる学校には複数の看護職員など医療従事者を配置すること。
 - ・ガイドラインの策定
実施にあたっての手順や教諭の研修などを定めるガイドラインを策定すること。その際、策定は学校任せにせず、現場の意見をよくきいて、県として責任を持って定めること。
行為や範囲は教諭など非医療従事者が行っても安全な行為とする。安全に行える行為やその範囲は医療の進歩、医療機器の発達など時代とともに変化する可能性があります。専門医などの意見をきいて、随時見直しを行うこと。
 - ・必要な研修の実施
非医療従事者である教諭が実施した場合でも看護師に準ずる注意義務が生じることを念頭におき、実施する教員には必要かつ十分な研修を実施すること。
- 4) 教職員の労働強化にならないように配慮すること、また教職員が強要されることがないように配慮すること。
「不安を覚える」という教諭について、実施を強要されることがないように配慮すること。職場のコンセンサスづくりを大切にすること。

【参考資料】

2004年11月27日(土) 埼高教障教部学習会

「法律的に見た養護学校での医療的ケア」

講師：望月浩一郎氏（弁護士）

■はじめに

私は弁護士登録をして22年になり、労働・医療・スポーツを専門分野としています。障害児学校関係では、先生方の健康問題を主に考えていますから、今回の「医療的ケア問題」については必ずしも専門家ではありませんが、少しお話いたします。

■なぜ資格が必要か？

この問題は突き詰めると、そんなに複雑ではありません。医師法等を見ますと仕事として医療（診療）行為を行うには資格を持っていることを求めています。これは何故でしょうか？

これを「運転免許」に例えて考えてみますと「運転免許がないと自動車の運転は出来ません」ということと同じです。自動車事故を起こすと人の命に関わりますから、一定の技量を持っている者以外には運転させない、と考えるわけです。

つまり医師法等に基づく制限というのは、患者の法益を守るためにあるわけです。なお運転免許というのは最低限の資格です。免許があってもぼんやりしていて事故を起こせば責任は当然生じます。同じように医者であっても「医療行為が出来る」というだけの話であって、医療ミスをした場合に免責されるわけではありません。医者や看護師でない者が医療行為を行えるのは「運転免許を持っていない人が運転してもいい例外的な場合」だけです。

「本来は医者や看護師でないと出来ない行為をどうして養護学校の教員がやっているんですか？」と聞かれた時に、一番良い答えは「医療行為をする資格があるからです」です。しかし、実際に養護学校の教員全員に、教員資格に加えて3年間高等看護専門学校で研修を受けてもらって看護師資格の取得というわけにはいかない。今回の医療的ケアの問題は、3つの医療的ケアに限定をしてこの点についての特別な教育で済ませてク

リアしよう、という発想なわけです。本来は、医師法などの例外を認めることになりま
すので、法律でこの3行為に限定した資格を新たに新設し、養護学校の先生にはその
取得を義務づけるのが一番ですが、今回は行政上の措置として行うというのです。

では医業とはなにか。それは「医療行為を反復して業として行う」ことです。多少不
正確ではありますが、医療行為を仕事として行わないという理解でけっこうです。遠足
で子どもがケガをしたので、引率教員が救急セットの範囲での手当をする、というよう
なことは単発的ですので、医業とは言いません。そして「医療行為」というのは「客観
的に見て治療効果がある行為」ですから、宗教団体における悪魔払いのような行為は除
かれています。

■医師以外の者の医療行為

医師以外の者の医療行為が、法に触れないためにはまず

(1)「構成要件に該当するかどうか」

が問題となります。上に述べた「子どものケガの手当」は医療行為ではありませんか
ら「構成要件に該当しない」となって、問題はないこととなります。

しかし採血・痰の吸引のように毎日行われる行為については、基本的には医療行為（診
療補助）ということになってきます。それが犯罪にならないためには

(2)「正当行為であるかどうか」

が次に必要になってきます。例えばサッカーをやっていてケガをしたとします。わざ
とではなくて過ちによってケガをさせた場合には本来ならば過失による傷害行為となっ
て「過失傷害罪」というものに該当しますが、処罰されません。それはスポーツがケガ
をするリスクを負ってなおかつ行うものだ、というものだからです。これを「正当行為」
と言います。「目的の正当性」「手段の相当性」「法益衡量」「法益侵害の相対的軽微
性」「必要性緊急性」などの要件を満たした場合に許されることになっています。その
もう一段階下にあるのが

(3)「緊急避難であるかどうか」

という考え方です。船が遭難して救命胴衣が1つしかない。2人つかまると2人とも
溺れてしまう。こういう時に一人だけ助かる場合を「緊急避難」と言います。「法益の
侵害」はあるが、それは止むに止まれない事情です。

皆さん方の今回の話は「正当行為」に当たるかどうか、という判断になります。皆さ
ん方が吸引をする、それは親からの依頼があったということは、さっきのサッカーの例
で考えますと「承諾があった」ということになり、基本的にはOKというのがまずあり

ます。しかし承諾があっても許されない場合があります。侵害される法益が重大な場合です。例えば生命自体に対する侵害を、侵害される人の同意の下に手伝うと「同意殺人」として刑法上処罰の対象となります。医師資格を有しなければ、危険性が高い行為については、患者の同意があっても、正当行為となりません。大切なのは先ほどお話しました「目的の正当性」から「必要性緊急性」までの5つの構成要件、ということです。

■評価規範と行為規範

しかし皆さん方がやろうとしていることを、これらの要件に照らしていちいちチェックする、と言う作業は実は難しいのです。そこで出てくるのが「評価規範」「行為規範」という考え方です。「規範」というのは法律用語で「のっとるべき規則。判断・評価または行為などの拠るべき基準」＝「ルール」ということです。スポーツのルールということですが。ルールでファイルの行為が具体的に明らかになっていないとどこまでが許容されるかがよく分かりません。従って出来るだけ分かりやすい基準を作っておかないと行動出来ません。

例えば交差点を通行する時、道路交通法には色々なことが記されていて、いちいちチェックするのは相当に煩雑で使い勝手が悪くなります。ですから世の中はどうなっているかという「信号機」をつけて「青は進め」「赤は止まれ」と単純化してあり、複雑なチェックをしなくてもいいようになっているのです。

どういうルールを満たしていると正当行為とみなされるか、ということ「行為規範」として明確化しておかないと、危なくて実施出来ません。その行為規範、すなわち信号機に当たるものが今回の「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の医学的・法律学的整理に関するとりまとめ」の内容なのです。どういう人が、どういう人を対象に、どういう講習を受けている時に、どういう行為を実施することが可能になるか、ということ「行為規範」として明確にするのがねらいなのです。

養護学校の教員が児童・生徒に対する医療的ケアを行うことを「是」とするならば、今回のとりまとめはとても積極的な意味のある内容です。ここで「是」とするかどうか、という議論が必要です。それは医師法等で一定の年数の専門教育を義務づけているのはなぜか、ということです。私は、15年ほど前に東京都立村山養護学校で酸素ボンベを持って登校して来るといって重度障害児のクラスに、医師も看護婦もいないという状況を初めて見たとき『学校の先生は良い度胸をしているものだ』というのが第一印象でした。教育は学校の先生の範疇です。でもその子どもの医療的ケアは、学校の先生の本来の仕事ではなく医者なり看護婦なりの仕事です。両方の専門家がチームを組むのが、本来の

重症心身障害児教育のあり方であろう、と個人的には思っています。しかし現実にはそんなに学校現場に医療が整備されているわけではないですから「今どうするか」という問題と「中長期的に見てどうするのか」を峻別した議論が必要だろう、と思います。

私は中長期的には専門家に委ねるべきだと考えていますが、それまで暫定的な方法として現場をどうしのぐか。何もしないのかどうか、という苦渋の選択をせざるをえません。

しかしこれは「行政機関の作った基準」であって「立法」ではありませんから司法は拘束されません。従いまして行政においては十分な検討をしているのですが、裁判所において同じ判断になるかどうかの保障はありません。でも今までは何もなかったわけですから、ないよりはあった方がはるかにましだとは思いますが。

具体的な内容になると、例えば「たんの吸引」では「深く入りすぎないようにあらかじめチューブを挿入する長さを決めておく」とあります。具体的な長さは何も記されていません。「適切な吸引圧」とはどの程度なのか。「不潔にしない」ためには、どの程度のことをすればいいのか等々。これらが決まってこない、まだ安全に交差点を渡れるための信号になっている、とは言えません。信号にするためには、これらを具体的にしないといけないだろう、と思います。

■責任の所在

日本全国、交差点は山ほどありますが、最も必要性の高いところから信号機を設置するのと同じ考え方で、養護学校における医療的ケアで最も必要性が高い3つについてルールを定めたわけです。しかし実際に行う場合には、文書だけでは無理で研修が必要です。救急救命士の挿管についても、確か70時間余りの講習と実習を求めています。制度は出来ましたが、講習と実習の負担が大きく普及は遅れています。皆さん方は医療的な基本の教育は受けていませんから、この3行為を実施するために、おそらく何十時間単位の講習になってしまうのだろう、今でさえ大変忙しい中、講習を受ける時間を確保するのは容易ではないだろう、と思うわけです。一方、行政庁の作るガイドラインが甘く、講習が充分でなくて事故が起きた場合には、やった人の責任が求められます。

では「責任はどこまで負わないといけないか」ということは、しばしば聞かれることですが、リスクの取り方の基本は「(刑務所の)塀の上には乗らない。塀の内側に落ちるか、外側に落ちるか分からないというリスクは負わない」ということです。しかし今回の話は「塀の上に登らざるを得ない」＝「医者や看護婦がやっていることに手を出さざるを得ない」という状況です。塀の上に登る以上、転ぶ時には必ず外側でなければなり

ません。それが研修や手順のマスターという努力になってくるわけです。

■資格ということ

医療機器の進歩にともなって、かつては医療行為だったものが、その範囲外に出てくることがあります。例えば痰の吸引について。今は吸引機が相当に使いやすくなっています。一方で看護師さんになるために、そのことだけを数百時間も実習するわけではありません。そうすると痰の吸引に限定をして、勉強することと、看護師さんがやることに実質的な差がなくなってくるわけです。しかしながら現状では、例えば「静脈からの採血」は看護師でもやりますが「動脈からの採血」は医師にのみ許されています。テクニックとしての採血は、普段やっているベテラン看護師の方がはるかに優れているにも拘わらず、です。しかし「資格」というのは、そういうものです。資格の問題と現実に行ってゆくこと、というのは常に両方を考えてゆかないといけません。

仮に講習を受けて実施して、失敗して負傷させてしまった場合には、医者や看護師の場合と同様、責任は生じてきますが、学校と医療機関の違いというものもあります。学校教育は「公権力の行使」ということになっていて「国家賠償法」の適用となります。医療行為は「公権力の行使」ではないと考えられておりますので、国立（公立）病院の場合には民間病院と同様に「民法」適用です。国家賠償法では当該（公務員）個人の民事上の賠償責任は否定されるのですが、民法が適用になると当該個人の民事上の賠償責任は当然に生じます。したがって、国公立の医療機関でミスがあった場合には医師なり看護師個人に責任があるのは、当然ですが、国公立の学校では、教員が民事上の賠償責任を負うことはありません。もっとも、学校の場合であっても公務員個人の刑事上の責任が免除されているわけではありません。

学校の先生方は「子どものために」というキーワードがあると、何でもかんでも引き受けてしまい勝ちです。やりすぎだと思っています。この問題は「子どもの側から」というのを考えると同時に「これ以上教職員の仕事を増やして良いのか」という疑問を投げかけながら討議をしてもらおうと、バランスが良いのではないかと思います。

■教員が実施することについて

「私はできません」と明確に手を挙げた教員に強制して実施させることが出来るかどうかということ、について考えると、強制し、職務命令違反ということにして懲戒処分にはまではならないだろう、と思います。判例も先例もないので…、一法律家の意見として聞いて下さい。皆さん方は教員として採用されています。これらは本来は医者や看護

師のやる仕事であり、学校の先生が例外的に「やってもいいよ」というレベルの話です。

「やらなきゃいけない」という義務づけの話とは違うと思いますから、「講習を受けても実施の自信がありません」という先生に対して強制するようなことがもしもあったら、これは問題になるかもしれません。

もう一つは、やることの出来る教員についても、自分は安全にやっていると思っている教員が、果たして周りから見て安全かという問題があります。しかし資格というのは与えられたら、後は個人の責任に集約されるようになってきています。運転免許はもっているがたびたび事故を起こすドライバーと同じです。

■医療的ケアと教育活動

東京では74年から全員就学を目指していて、それまで学校に来られなかった人たちに教育を保障しようとしてきました。その時に学校に来られるようになった人の中には、医療的ケアの問題のあった人もいたことでしょう。その部分について、十分な手当をして実現したか、というと、時代の制約もあって、そういうことにはならなかった。それが今まで十分に解決されていないというのが問題の根幹だと思います。

自宅あるいは病院から学校に連れてくるために、本来は医療であるものを「教育」と言っている、ということなのです。それは上のような歴史的な経過もあって、それが全面的には解消していない、という状況なのではないでしょうか。

今の養護学校に通ってきている子どもたちは、教育と医療の両方が必要な子どもたちです。その両方が、本来的な資格を持っている人たちから提供されるというのが、望ましい姿なのでしょうね。でも現状ではそんなことは出来ない。それをどうにかするための「言い訳」を考えないといけないかもしれません。その「言い訳」とは原則を全部分かった上で、暫定的な方法としてこうせざるを得ない、というものならばいいんです。困るのは、現実に必要なから、ということで本末転倒のようになってしまい、教職員が実施することで応急的処置は終わったとして、抜本的な課題（学校に医療職を配置するなど）を先送りするような発想になってしまうことです。「（先生が痰の）吸引をしないと子どもが学校に来られないじゃないか」という話は現場ではいいのですが、それは教育活動の本質ではないでしょう。それが分かった上で「吸引は教育活動だ」という使い分けをするのはいいと思います。吸引は教育を行う上で必要なのだ、というのはその通りですが「教育なんだから先生がやってもいい」ということではないのです。

■危機管理

もちろん、皆さん方がやることに反対しているわけではないのです。皆さん方は今、多少なりとも見えてきたから「危ない」と思っているわけです。でも私の目から見ると、学校での普段の活動に事故に結びつく危ない行為はたくさんあります。過去の類似の事故例を知らないから「危ない」と思わないだけなのです。

体育活動における事故はたくさんありますが、それらに対する十分な安全教育を受ける機会が、学校の先生にはありません。「こうなれば事故になる」ということを勉強しないでやっているのが現場なのです。ですから事故が繰り返してしまうのです。

「危ないからやらない」となると、教育活動なんか出来なくなってしまいます。大きい事故が起こらないためのコツを身につける必要はあります。事故はだいたい、同じパターンで起きていますから。

ハインリッヒの法則というのがあります。1件の重大事故の背景に30件くらいの小さな事故があり、その背後には事故には至らないヒヤッとしたような事例が270件くらいある、と言われます。この270を事前につぶして、最後の1件に行かないようにさせる、というのが予防の考え方です。

前例のないことを実施するときには、何が起こるか分かりませんのでシュミレーションをやります。これが「危機管理」です。私がお話しをしているのは、「危機管理」以前の問題で、「過去の失敗例に学ばないのは怠惰である」というレベルです。実際に起こっている事故というのは、全く初めて生じる態様というのは希です、類似の事故が過去には起こっているのが大半です。現実に関起こった失敗から学ぶというのは危機管理以前の問題で、これをやるだけで、100件のうち95件の事故は防止できます。あとの5件は多少のシュミレーション、「危機管理」が必要となります。

【資料2】

埼玉県高等学校教職員組合障害児教育部

医療的ケアに関する要望書

1. 学校に配置される「看護教諭」（看護師資格を持つ自立活動教諭）にかかわること
 - 1) 全ての肢体不自由養護学校に複数の看護教諭を配置すること
 - 2) 肢体不自由養護学校に限定せず、医療的ケアのサポートを必要とする子どもがいる学校に複数の看護教諭を配置すること
 - 3) 看護師の配置を、教諭の「定数崩し」ではなく、「教職員定数の標準法」に位置づけるように国に働きかけること
 - 4) 看護教諭が年次休暇や出張などで欠ける場合、それを補う体制を整えること
 - 5) 医療機関と連携して、学校に配置されている看護教諭が日常的に相談できるような体制を整えること
 - 6) 看護教諭同士の情報交換や看護教諭の要求に基づく研修ができるようにすること
 - 7) 年10日ほどの医療機関での臨床研修日を設けること。また、5年次・10年次などの年次研修を実施すること
2. 巡回医にかかわること
 - 1) 県病院局と連携して、巡回医に県立小児医療センターの医師（小児神経科医）も加えるようにすること
 - 2) 巡回医が週1回程度学校を訪問できるように巡回回数を増やすこと
 - 3) 巡回医の継続については学校現場の要請に基づいて考慮すること
3. 教諭の「医療的ケア」実施について
 - 1) 国の動向などをふまえ、教諭が医療的ケアを実施することについて検討を行うこと
 - 2) そのために県としても予算を確保し、現場の教職員も加えた運営協議会等の組織を作り、法的側面も含めた検討を行い、現場の声を反映したものにすること
 - 3) 実施に当たっては学校任せにするのではなく、県の責任で教職員の研修体制などを整備すること
 - 4) 「ガイドライン」については現場の意見を採り入れて、継続して検討すること
4. 教職員の研修にかかわること
 - 1) 教育と医療との連携をすすめるために教諭が医療現場を知るための必要十分な研修が受けられるようにすること。当面、臨床的研修を県立小児医療センターの協力の下に実施すること
 - 2) 県教委が実施する専門研修については、現場の教職員も加えた委員会組織を作り、内容について検討し、現場の声を反映したものにすること。また、研修の講師については医療関係者だけでなく、必要に応じて教員が担当することも検討すること
5. 緊急時に備えた対応について
 - 1) 保健室の施設設備を充実させるよう特別予算を組むこと
 - 2) 実施にあたって器具等は、各個人が用意するものを利用するとなっているが、機器の故障など不測の事態に備え、考えられる手だてを講じること
6. 泊をとまなう校外学習への医療スタッフの同行について
 - 1) メディカルサポート事業とは別に施策を整えること
 - 2) 学校での医療的ケア実施に差し障りがでないように、看護教諭以外の医療スタッフが同行できるようにするか、欠ける場合の補充について体制を整えること
 - 3) 肢体不自由児養護学校以外の障害児学校の泊を伴う校外学習においても医療的スタッフが同行できるようにすること

文部科学省初等中等教育局長 殿

厚生労働省医政局長

盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて

- 前略 -

たんの吸引、経管栄養及び導尿の標準的手順と、教員が行うことが許容される行為の標準的な範囲

たんの吸引、経管栄養及び導尿について、文部科学省のモデル事業等における実績と現在の医学的知見を踏まえると、看護師が当該盲・聾・養護学校に配置されていることを前提に、所要の研修を受けた教員が行うことが許容される行為の標準的な範囲は、それぞれ以下の通りである。しかし、いずれの行為にあっても、その処置を行うことが適切かどうかを医療関係者が判断し、なおかつ、具体的手順については最新の医学的知見と、当該児童生徒等の個別の状況を踏まえた医療関係者の指導・指示に従うことが必要であり、緊急時を除いては、教員が行う行為の範囲は医師の指示の範囲を超えてはならない。

1 たんの吸引

(1) 標準的な手順

深く入りすぎないようにあらかじめチューブを挿入する長さを決めておく。

適切な吸引圧で、吸引チューブを不潔にしないように、吸引する。

咽頭にある痰を取り除くには、鼻腔から吸引チューブを挿入して吸引した方が痰を取り除きやすい場合もある。

その場合、鼻腔粘膜などを刺激して出血しないようにチューブを入れる方向等に注意しながら挿入する。

(2) 教員が行うことが許容される標準的な範囲と看護師の役割

咽頭より手前の範囲で吸引チューブを口から入れて、口腔の中まで上がってきた痰や、たまっている唾液を吸引することについては、研修を受けた教員が手順を守って行えば危険性は低く、教員が行っても差し支えないものと考えられる。

鼻からの吸引には、鼻腔粘膜やアデノイドを刺激しての出血が、まれではあるが生じうる。また、鼻や口からの、咽頭の奥までの吸引を行えば、敏感なケースでは嘔吐・咳込み等の危険性もある。したがって、鼻からの吸引や、口から咽頭の奥までの吸引は、「一般論として安全である」とは言い難い。しかし、鼻からの吸引は、児童生徒等の態様に応じ、吸引チューブを入れる方向を適切にする、左右どちらかのチューブが入りやすい鼻からチューブを入れる、吸引チューブを入れる長さをその児童生徒等についての規定の長さにしておく、などの手順を守ることにより、個別的には安全に実施可能である場合が多い。以上の点を勘案すると、教員は、咽頭

の手前までの吸引を行うに留めることが適切であり、咽頭より奥の気道のたんの吸引は、看護師が担当することが適当である。

2 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）

（1）標準的な手順

鼻からの経管栄養の場合には、既に留置されている栄養チューブが胃に挿入されているか注射器で空気を入れ、胃に空気が入る音を確認する。

胃ろう・腸ろうによる経管栄養の場合には、び爛や肉牙など胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことの確認を行う。

胃・腸の内容物をチューブから注射器でひいて、性状と量を確認、胃や腸の状態を確認し、注入内容と量を予定通りとするかどうかを判断する。

あらかじめ決められた注入速度を設定する。

楽な体位を保持できるように姿勢の介助や見守りを行う。

注入終了後、微温湯を注入し、チューブ内の栄養を流し込む。

（2）教員が行うことが許容される標準的な範囲と看護師の役割

鼻からの経管栄養の場合、栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることの確認は、判断を誤れば重大な事故につながる危険性があり、看護師が行うことが適当である。

胃ろう・腸ろうによる経管栄養は、鼻からの経管栄養に比べて相対的に安全性が高いと考えられるが、胃ろう・腸ろうの状態に問題のないことの確認は看護師が行うことが必要である。

経管栄養開始時における胃腸の調子の確認は、看護師が行うことが望ましいが、開始後の対応は多くの場合は教員によっても可能であり、看護師の指示の下で教員が行うことは許容されるものと考えられる。

3 導尿

（1）標準的な手順

全手順を通じ、身体の露出を最小限とし、プライバシーの保護に努める。

尿道口を消毒薬で清拭消毒する。

カテーテルが不潔にならないように、尿道口にカテーテルを挿入する。

カテーテルの挿入を行うため、そのカテーテルや尿器、姿勢の保持等の補助を行う。

下腹部を圧迫し、尿の排出を促す。

尿の流出が無くなってから、カテーテルを抜く。

（2）教員が行うことが許容される標準的な範囲と看護師の役割

尿道口の清拭消毒やカテーテルの挿入を本人が自ら行うことができない場合には、看護師が行う。

本人又は看護師がカテーテルの挿入を行う場合には、尿器や姿勢の保持等の補助を行うことには危険性はなく、教員が行っても差し支えないものと考えられる。

「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて抜粋

(平成16年10月22日 文部科学省)

16 国文科初第 43 号

平成 16 年 10 月 22 日

各都道府県教育委員会教育長
各指定都市教育委員会教育長 殿
附属盲・聾・養護学校を置く各国立大学法人学長
関係都道府県知事

文部科学省初等中等教育局長

銭 谷 眞 美

盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（通知）

このたび、厚生労働省の「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法律学的整理に関する研究」（中略）において、これまでの医療的ケアに関するモデル事業等の成果を踏まえ、盲学校、聾学校及び養護学校（以下「盲・聾・養護学校」という。）における医療のニーズの高い幼児児童生徒に対するたんの吸引、経管栄養及び導尿（以下「たんの吸引等」という。）についての医学的・法律学的な整理に関する報告書がとりまとめられたことを受け、厚生労働省医政局長から文部科学省初等中等教育局長に対して（中略）通知が発出されました。

同通知において、看護師の適正な配置など医療安全の確保が確実になるような一定の条件が示されるとともに、当該条件が満たされれば、教員によるたんの吸引等を盲・聾・養護学校全体に許容することはやむを得ないとの整理が示されました。

埼玉県高等学校教職員組合

さいたま市浦和区高砂 3-1 2-2 4

埼玉教育会館 6F

電話 048-822-7421

メール honbu@saikokyo.or.jp

URL <http://www.saikokyo.or.jp>

