

ダウン症の高尿酸血症というような事前に危険を予想しうる状態、検査結果があった事例もあり、急変を想定した指導や治療が十分になされなければならなかったと反省させられた。当然のことであるが、日常的に経験する症状でも、思い込む事なく、あらゆる鑑別診断が速やかになされなければならぬと痛感した。特に知的障害があり訴えが十分出ない場合は、症状から鑑別診断を絞り込むことが難しく、様々な可能性を想定する必要がある。インフルエンザは高齢者と同様に重篤化を考え、十分な処置が必要である。

また、しばしば入院先の病院確保が困難で、急変か

ら入院までに長時間を要したが、入院先確保の困難性は、急変例に限らない。診療所と病院の連携が必要なこと、しかし、病院が重度の障害者受入に消極的であることを痛感した。重篤例に限らず、特に行動障害がめだつのもあるいは肢体不自由が重症な成人知的障害者の受け入れが難しいことが日常的に問題であると思われ、何らかの働きかけが必要と考えられた。

なお、我々が経験した死亡例7例、重篤化例3例では、死亡あるいは重篤化した月、急変した時間帯に特徴は見られなかった。ただし、この点については、例数が少ないため、特記事項とはいえない。

# 知的障害のある児童・生徒の健康障害

—知的障害養護学校所属の養護教諭からの聞き取り調査—

原 仁 他

国立特殊教育総合研究所・病弱教育研究部

## はじめに

知的障害児・者の合併疾患に関する包括的な調査は、国立療養所重症心身障害児病棟を基盤としたもの、日本知的障害者愛護協会が例年実施している入所施設の入居者を対象にしたものがある。前者は死亡原因を中心に重篤な合併症が問題となり、後者は比較的軽微な、しかし慢性的な疾患が報告されている。本研究は、後者の調査の系列に位置付けられる。すなわち、知的障害養護学校に在籍する児童・生徒の慢性的な健康問題の実態を明らかにし、青年期から成人期にいたる知的障害者の健康対策の一助となることを目的としている。

## 方法

知的障害養護学校での保健活動に関連する12項目からなる調査用紙を作成した(資料1参照)。調査依頼を承諾した養護学校を研究協力者が訪問し、12の調査項目に関して、養護教諭から平成10年5月1日現在の保健活動の実態を聞き取り調査した。調査実施期間は平成10年10月から12月までである。

## 対象

6県30校の知的障害養護学校が調査対象となった。肢体不自由児を受け入れている知的障害・肢体不自由併設養護学校は含まれていない。高等部のみの高等養護学校は調査対象から除いた。分校設置校は、本校での保健活動に限って調査した(以上原仁)。

## 結果および小考察

### 1. 児童・生徒数

調査対象となった養護学校に在籍している児童・生徒数は総計3,512名であった。内訳は小学部1,116(31.8%)名、中学部893(25.4%)名、高等部1,503

(42.8%)名となる。高等部未設置校は30校中7校である。なお、幼稚部在籍者と訪問教育対象者はこの数値には含まれていない。

全校平均在籍者数は117.5名(小学部37.2名、中学部29.7名、高等部65.3名)であった。学校規模を在籍の児童・生徒数で区分すると表1-1のようになる。

総児童・生徒数200名を越えるものが3校、50名以下の小規模校が2校であった。なお、この小規模2校には高等部は設置されていなかった。

表1-1 調査対象養護学校の概要

児童・生徒数	養護学校数
—49	2 (0)
50—99	12 (8)
100—149	5 (4)
150—199	8 (8)
200—	3 (3)
合計	30 (23)

( ) 内は高等部設置校

小考察:我が国の平成9年5月1日現在の知的障害養護学校在籍者総数は、小学部25,198名、中学部12,333名、高等部24,616名であるので、今回の調査対象となった30校の割合は小学部でやや少なく、中学・高等部で多いという分布になった。全体の5.3%程度のサンプリングがおこなわれたことになる(以上原仁)。

### 2. 養護教諭(人数、校務分掌、看護婦資格の有無について)

養護教諭の1校当たりの人数は今回調査した30校中9校が2人、21校が1人で、全校に配置されており、2人が配置されている学校の多くは児童・生徒数が150人以上の比較的大規模な学校であった。

養護教諭の勤務年数は2年から30年と広範囲にわたっていた。

校務分掌としての養護教諭の位置づけは、保健部門の専門家として保健主事の学校保健活動に協力していた。1校では養護教諭が保健主事を担当していたが、他の学校では保健主事は保健体育部や体育部に所属する一般教員が担当していた。

養護教諭39人の中で看護婦資格をもっている者は19人、もっていない者は14人、不明の者は6人であった。従って、養護教諭の半数以上の者は看護婦資格をもっていた。しかし、病院で看護婦として働いた経験のある者は19人中10人で、それも数ヶ月から1年くらいの者が多く、医療現場での臨床経験は乏しい者が多かった。その他の2人は保健婦として1、2年働いていた（以上長尾秀夫）。

### 3. 保健安全委員会（役割、構成員、保健目標・安全目標について）

保健安全委員会は多くの学校で保健委員会の名称が使われていた。そして、その役割はいずれの学校においても、法で決められている学校保健活動を調整・推進することであった。本調査結果を参考にして学校保

健委員会の構成を図2-1に示した。保健委員会は半数の学校では1年1回開催され、多い所では1年5回開催されていた。しかし、その内容をみると、会議形式をとっているものは1年1-2回で、それ以上は講演会であった。もちろん1年1-2回でも講演会だけの学校もあった。ただ2校においては保健委員会が一度も開かれてなく、教育委員会の指導を受けていた学校もあった。

保健委員会の実際の参加者は、学校の関係者に加えて、学校医・学校歯科医・学校薬剤師が一般的で、一部はこれらもオブザーバーとしての参加としていた。保護者の参加についてはPTAの代表者が30校中18校であり、11校は不参加又はオブザーバー、1校は不明で、過半数の学校では保護者も参加していた。地域保健の関係者は2校で保健所長が参加していた。

保健目標については、ほとんどの学校で学校要覧等に毎月又は2ヶ月毎の目標があげられていた。そして、具体的保健活動としては、養護教諭が中心となって、多くの学校では個別相談に加えて毎月の保健だよりが発行されていた（資料2および3参照）。

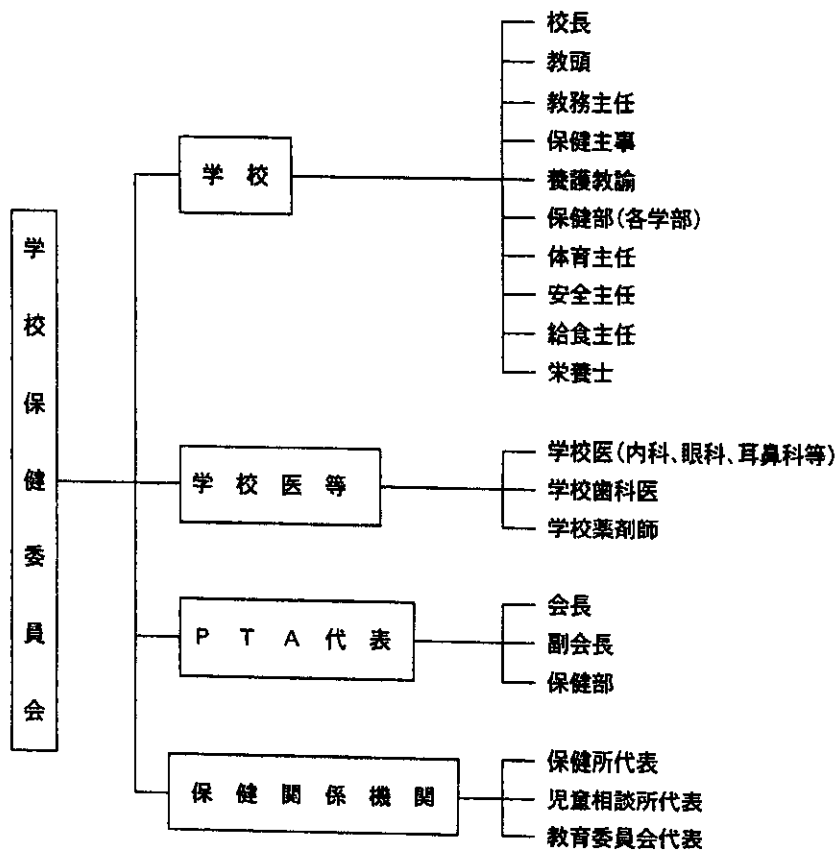


図2-1 学校保健委員会の組織

小考察-2及び3-：児童・生徒の健康状態について学校調査を行うに当たっては、学校保健の概要を理解しておく必要がある。学校保健の構造は図2-2に示したように保健教育と保健管理の2本柱とこれらの教育活動を推進するための保健組織活動から成る。保健教育は保健学習と保健指導に分けられる。保健管理は心身管理、環境管理、及び生活管理に分けられ

る。これらの活動を有機的に連携させる機能として保健組織活動がある。この中には児童・生徒の特別活動の一つである児童・生徒保健委員会、教職員の職務分掌に基づいた職員保健部会、PTAの保健部会、学校保健委員会、地域保健活動と連携を図る保健組織活動まで広範な活動が含まれている。

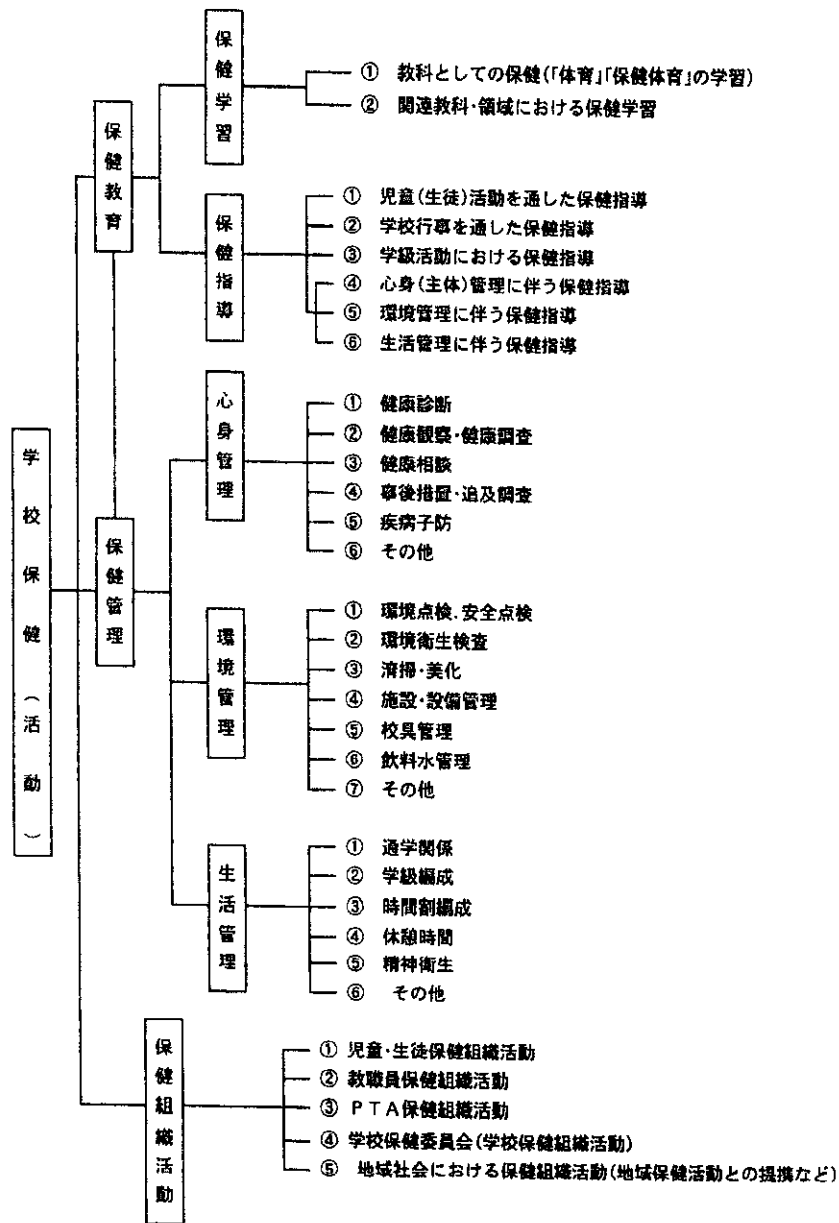


図2-2 学校保健活動の構造  
(日本学校保健会 学校保健の動向 東山書房 1983)

次に、本研究で調査した学校保健委員会(学校によっては学校保健安全委員会)、保健主事(主任)、養護教諭、校務分掌の用語の意味を簡単に解説しておく。

学校保健委員会は昭和47年の保健体育審議会答申の中に定義されている。すなわち、学校保健委員会は、学校や地域の実情に応じて、校長、保健主事、養護教諭、体育主任、安全主任、学校給食主任、保健体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の代表並びに家庭、保健所その他地域の保健関係機関などの代表をもって組織するとともに、年間を通じて計画的に開催し、学校内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記載されている。

保健主事については学校教育法施行規則によりそれを置くことが規定されている。そして、保健体育審議会答申の中で、保健主事は、学校保健委員会の運営に当たるとともに、養護教諭の協力のもとに学校保健計画の策定の中心となり、またその計画に基づく活動の推進にあたっては、一般教員はもとより、体育主任、学校給食主任、学校医、学校歯科医および学校薬剤師などすべての職員による活動が組織的かつ円滑に展開されるよう、その調整に当たる役割をもつものである。したがって、教育委員会が保健主事を命ずるに当たっては、学校保健について十分な理解をもち、このような役割を担うにふさわしい教員をあてるように配慮することが肝要であるとしている。

養護教諭は学校教育法によって設置されている教育職員で、その職務は児童・生徒の養護をつかさどることになっている。そして、保健体育審議会の答申では、養護教諭は、専門的立場からすべての児童・生徒の健康および環境衛生の実態を的確に把握して、疾病や情緒障害、体力、栄養に関する問題など心身の健康に問題をもつ児童・生徒の個別の指導に当たり、また、健康な児童・生徒についても健康の増進に関する指導に当たるのみならず、一般教員の行う日常的教育活動にも積極的に協力する役割をもつものであるとしている。具体的な養護教諭の職務内容を表2-1に示した。

校務分掌というのは、簡単に言えば、校務を処理するために教職員に校務を分担させることである。校務分掌の組織を定め、教職員に校務の分掌を命じる権限は、学校の管理機関である教育委員会にあるが、特殊なものを除き校長に委任されている。従って、校長は教育委員会の定める学校管理規則の規定に基づいて教職員に校務の分掌を命じ、その結果を教育委員会に報告又は届け出する。校務分掌の目的は、多様な校務を教職員が分担して遂行していくことを通じて、学校の教育活動の円滑な実施と教育目標の効果的な達成を図ることである。

養護教諭については、職務内容があまりにも広範囲にわたり、障害が重度化・多様化し、心のケア等も必要な児童・生徒が増加している現状を考えれば、1校2人配置をしてほしい。そして、基本的な救急処置、健康診断、学校保健計画の立案等は共にするが、一部は分業して、たとえば保健情報の把握、環境衛生の実施、保健室の運営等を主として担当する者と個別の保健指導、保健相談を主として担当する者とに分担して保健活動の内容の充実と効率を上げるのも一案である。

養護教諭の看護婦資格は持っているにこしたことはないが、それ以上に必要なのは実践力である。それには在校児童・生徒に合わせて病院や他校で研修できるような実践的指導体制を整備することが緊急の課題である。

次に、保健委員会は学校保健活動を全学、家庭、地域に周知するのに有効であるばかりでなく、学校の活動を家庭、地域に開放し、学校外の意見を学校の活動に反映する良い機会ともなる。実際、教職員と保護者が学校医等や地域保健の関係者が参加のもとで討論することは、ともすれば閉鎖的になりがちな学校を地域に開く契機ともなるので、すべての部門からの参加と形式的な会議にならないような工夫を求めたい。

保健目標については各校ともよく似たものであったが、養護教諭や保健部が努力して発行している保健だよりはそれぞれで工夫がされていた。今後はこれらが実際にどのように活用されているかを点検・評価して、今の時代に合った情報提供についてさらに検討して行く必要がある(以上長尾秀夫)。

#### 4. 平成9年度の健康診断の実施状況および健康増進の工夫

今回、6県、計30校の調査では、健康診断の実施状況は表3-1の通りであった。定期健康診断の他、臨時の検診は、内科18校・延べ70回、眼科2校・延べ2回、耳鼻科4校・延べ5回、歯科9校・延べ18回、精神科7校・延べ27回施行されていた。臨時の検診は、マラソン大会前後、水泳指導開始前、卒業旅行前に行われていた。養護学校の特長として精神科検診は30校中12校で行われていた。その他の検診として整形外科を取り入れている学校が9校、皮膚科が1校あった。また、定期で行われるべき検診が、眼科で1校、耳鼻科で3校において、実施されていなかった。検診受診者延べ数は、内科6,768人、眼科3,104人、耳鼻科2,737人、歯科4,203人、精神科262人、整形外科896人、皮

膚科54人、計18,024人であり、この内、精密検査を受けたものは、内科126人(1.9%)、眼科243人(8.0%)、耳鼻科516人(18.8%)、歯科1,711人(40.7%)、精神科6人(2.3%)、その他の科122人(整形外科114人、皮膚科8人)、計2,730人であった。

各学校では、疾病予防、管理、健康増進をはかるための健康教育の一環として、父母・児童・生徒へ向けた、保健便りを発行しており、その資料は1校を除き全校より提示された(資料3参照)。

各月の保健目標に沿った保健カレンダーは季節、行事に合わせた内容で健康、安全に関する情報が豊富に載せられていた。てんかん、自閉症、肥満、栄養、伝染病、食中毒、寄生虫、視力など健康に関する情報、障害の基礎知識、日射病、外傷などの安全に関する情報などが含まれていた(資料2参照)。

表3-1 健康診断実施状況

各科	健診の回数(年)											受診者延べ数	精密検査あるいは治療の必要人数(%)	
	0回	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回			11回
内科	0	12	2	4	5	1	2	2	0	0	1	1	6768	126 (1.9%)
眼科	1	27	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3104	249 (8.0%)
耳鼻科	3	23	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2737	516 (18.8%)
歯科	0	21	6	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4203	1711 (40.7%)
精神科	18	5	1	1	2	0	1	1	1	0	0	0	262	6 (2.3%)
その他	0	4	3	0	1	1	0	0	1	0	0	0	950	122

小考察：学校における教育担当者が児童・生徒の発育状態や健康状態を把握していることは、教育上、また、保健管理上もっとも重要なことである。この基本にあるものが学校健康診断である。従来は、とかく疾病の早期発見のみに主眼がおかれていたが、今日では個人ならびに集団の健康レベルの評価に主眼がおかれており、疾病の早期発見の方策としてのみでなく、健康増進のための情報収集の方策としても考えられている。これは養護学校においても変わるものではない。

現行の健康診断は就学时健康診断、児童・生徒らの健康診断および職員の健康診断の三種に大別され、それぞれ、学校保健法の第4条、第6条および第8条に規定されており、臨時健康診断を除いて、他はすべて義務規定である(表3-2)。この内、定期健康診断は学校保健法第6条に、「学校では、毎学年定期に、児童・生徒、学生または幼児の健康診断を行わなければならない。」と規定されてお

り、同行施行規則第3条によって、毎学年6月30日までに行うこととなっている。

定期健康診断の検査項目として、学校保健法施行規則第4条には、次の12項目が明示されている。①身長、体重および座高、②栄養状態、③脊柱および胸郭の疾病および異常の有無、④視力、色覚および聴力、⑤眼の疾病および異常の有無、⑥耳鼻咽喉疾患および皮膚疾患の有無、⑦歯および口腔の疾病および異常の有無、⑧結核の有無、⑨心臓の疾病および異常の有無、⑩尿、⑪寄生虫卵の有無、⑫その他の疾病および異常の有無。なお、以上の他に胸囲および肺活量、背筋力、握力などの機能を、検査の項目に加えることができるとされている。

これらの検査項目については、毎学年実施すべきものと、実施学年についての特例が示されているものがある(表3-3)。学校における定期健康診断の検査項目は、発育発達期にある年齢層の集団生活と学習活動に支障を及

表 2-1 養護教諭の職務内容

職 務	内 容
学校保健情報を把握すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>①児童・生徒の発育・発達の実態.</li> <li>②児童・生徒の健康の状態.</li> <li>③児童・生徒の健康の認識, 発達の実態.</li> <li>④児童・生徒の健康生活の実態.</li> <li>⑤児童・生徒の精神の健康に関する実態.</li> <li>⑥学校環境衛生に関する実態.</li> <li>⑦その他学校保健に関する情報.</li> </ul>
保健指導を行なうこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>①心身の健康に問題をもつ児童・生徒の保健指導.</li> <li>②健康生活の実践に関して問題をもつ児童・生徒の保健指導.</li> <li>③健康な児童・生徒の健康増進のための保健指導.</li> <li>④学校行事, 学級(ホームルーム)指導, および児童・生徒活動の保健指導.</li> </ul>
救急処置を行なうこと	すべての学校生活における救急処置.
健康診断・健康相談の実施に関すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>①定期および臨時の健康診断.</li> <li>②健康診断の事後措置.</li> <li>③健康相談.</li> </ul>
学校環境衛生の実施に関すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>①地域の学校環境衛生に関する情報の把握.</li> <li>②定期および臨時の検査の協力と日常の点検の実施と助言.</li> <li>③学校環境衛生の維持改善の実施と推進.</li> </ul>
保健室の運営に関すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>①保健室の経営計画の立案.</li> <li>②救急処置, 保健指導の場としての環境づくり.</li> <li>③保健センターとしての施設, 設備の整備.</li> <li>④救急要因, 衛生材料の整備.</li> <li>⑤保健教育のための資料, 教具および教材などの整備.</li> <li>⑥グループ, 個人の保健指導の実施.</li> <li>⑦救急処置およびそれに伴う保健指導の実施.</li> <li>⑧学校保健情報の収集, 整備保管.</li> <li>⑨学校保健に関する諸表簿の整備など.</li> </ul>
学校保健に関する各種の実実施計画の立案および教員の行なう保健教育への協力に関すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>①学校保健計画および学校安全計画の立案.</li> <li>②教員の行なう保健教育への資料の整備.</li> <li>③学校保健委員会などの計画および立案.</li> </ul>
その他	伝染病・食中毒の予防など, 児童・生徒の健康の増進に関すること

(大国編 学校医マニュアル, 文光堂, 1990)

ばすような疾病や異常の発見に重点をおき、これを優先して採用した項目であって、この点が一般社会の健康診断項目の採用の視点と異なるところである。

定められた項目中、学校医が直接行う診断項目には、栄養状態、脊柱および胸郭の疾病および異常の有無、眼、耳鼻咽喉頭、皮膚、口腔の疾病および異常の有無、心臓の疾病および異常の有無、結核検診がある。

以上の健康診断の他に、「心臓検診」「腎臓および糖尿病検診」「脊柱側彎症検診」などを、検査機関との協力によりシステム化した集団検診として実施する 경우가多く、その他、法規には定められていないが、検査項目「その他の疾病および異常の有無」の項を活用して、近年の疾病構造の変化や地域環境特性と関連した疾病異常、あるいは生涯保健の観点からのリスク因子などを対象とする早期発見と健康教育を目的として、「アレルギー

検査」「貧血検査」「血圧測定」「高脂血症検診」「成人病予防検診」などを実施する学校もある。

なお、定期健康診断以外に、学校保健法第6条同施行規則第8条により、以下のような場合で、必要があるときに、臨時の健康診断を行う。この検査項目は、状況により必要な項目について選択的に実施する。①伝染病または食中毒の発生したとき、②風水害等により伝染病の発生のおそれのあるとき、③夏季における休業日の直前または直後、④結核、寄生虫病その他の疾病の有無について検査を行う必要があるとき、⑤卒業のとき、⑥その他。

健康診断の総合判定は学校医が行う。すなわち、規定の検査項目について必要とされる者を対象に精密検査を受けさせ、すべての検査結果を個人別に集約して、総合的な判断をし、指導助言を行う（以上原美智子）。

表 3-2 健康診断の種類

健康診断の種類	学校保健法の条文	規定の種類	実施の主体性
就学時健康診断	第 4 条	義務	「市町村の教育委員会は」
児童等の健康診断	第 6 条	義務	
	臨時健康診断	同 2	任意
職員の健康診断	第 8 条	義務	「学校の設置者は」
	臨時健康診断	同 2	



表3-3 定期健康診断：検査の項目及び実施学年

平成7年4月1日現在

項目	検査・診察方法	発見される疾病異常	幼	小 学 校					中 学 校	高 等 学 校	大		
			稚	1	2	3	4	5	6	1	2	3	学
			園	年	年	年	年	年	年	年	年	年	学
保健調査	アンケート		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
身長			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
体重			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
座高			◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	△
栄養状態		栄養不良 肥満傾向・貧血など	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
脊柱・胸郭 四肢 骨・関節		骨・関節の異常等	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	△
視力	視力表	裸眼の者	裸眼視力	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	△
		眼鏡等を使用し ている者	矯正視力	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	△
			裸眼視力	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
色覚	色覚検査表	色覚異常		◎									
聴力	オーディオメーター	聴力障害	◎	◎	◎	△	◎	△	◎	△	◎	△	
眼		伝染性疾患 その他の 外眼部疾患 眼位等	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
耳鼻 咽喉頭		耳疾患 鼻 副鼻腔疾患 口腔咽喉頭疾患 音声言語異常等	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
皮膚		伝染性皮肤病疾患 湿疹等	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
歯および 口腔		う歯・歯周疾患 咬合状態・開口障害 頸関節雑音・発音障害等	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	△	
結核	ツベルクリン反応検査	結核		◎				◎					
	エックス線間接撮影								◎	◎	◎		
	エックス線直接撮影 喀痰検査・聴診・打診			○				○		◎	◎	◎	
心臓	臨床医学的検査 その他の検査 心電図検査	心臓の疾病 心臓の異常	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
尿	試験紙法	腎臓の疾患 糖尿病	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	△ △	
寄生虫卵	直接塗抹法 集卵法 セロハンテープ法	回虫卵 蟻虫卵等	◎	◎	◎	△	△	△	△	△	△	△	
呼吸器 循環器 消化器 神経系	臨床医学的検査 その他の検査	結核疾患 心臓疾患 腎臓疾患 ヘルニア 言語障害 精神障害 骨・関節の異常 貧血 四肢運動障害 脚気	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	

(注) ◎ほぼ全員に実施されるもの  
○必要時または必要者に実施されるもの  
△検査項目から除くことができる

## 5. 保護者との健康相談の実施状況

健康相談の実施状況および肥満指導の実施状況を表4-1に示した。調査をおこなった全30校中、実施している養護学校は21校であり、実施していない学校は9校のみであった。しかしながら個々に見て行くと、その方法や内容には大きな違いが認められた。その地域の障害児の医療を巡る状況に大きな影響を受けており、大まかに言えば医療的な環境が恵まれている地域においては既に児童が個別に専門医に受診をし、そこで継続的な相談を受けていて、個別相談は不用、もしくは必要としても、校医の専門領域に限って年に数名という状況であった。その一方で、専門医療機関から遠い地域では、大半の児童が主治医を持たず、またどの様な専門医療機関を受診すれば良いのかという情報を父兄が知らず、てんかん発作のコントロールといった比較的基本的な医療的問題に関しても、病院受診に関する相談（この問題については〇〇の病院に専門家がいる）を定期的に行っている養護学校も見られた。このような差は、調査を行ったどの地域においても共通の傾向として認められ、障害児医療に関する地域間の格差があることが示された。なお精神科医の校医による健康相談を実施していた学校は21校中4校のみであった。

表4-1 健康相談および肥満指導の実施の有無

地域	調査学校数	健康相談を実施	肥満指導を実施
A・B県	7	5	6
C県	9	5	8
D県	5	5	5
E県	5	3	3
F県	4	3	2
合計	30	21	24

地域ごとの特徴を述べる。A県、B県では、7つの養護学校中実施していないのは2校のみであったが、この2校とも必要があれば実施をすると回答しており、比較的充実した健康相談の実施がなされている状況が分かった。定期的な相談が実施されている学校も4校みられた。

C県では9校中5校が健康相談を実施しており、4校が実施していなかった。実施している養護学校ではいずれも個別の相談であった。C県の知的障害児養護学校は、県内の市が比較的小規模の市立養護学校を各々持っていることが大きな特徴であり、健康相談実施の有無は、各々の市の地域による差ではないかと考えられる。

D県ではいずれの養護学校も相談を実施していた

が、うち1校は非公式に実施しているという返答があった（その理由は不明）。相談の形態は集団による実施が1校、個別による実施が5校であった。

E県では5つの知的障害児養護学校のうち、実施している学校が3校、実施していない学校が2校という結果であった。いずれも個別の相談であったが、先に述べた地域の医療状況の差による影響を著しく受けており、実施している学校でも件数で見ると、1年間に生徒の20%の相談を実施した学校から、生徒の1.1%のみが相談を行った学校までであった。すなわち、同一の県においても先に述べた格差が著しく存在する県があることが示された。F県においては1校を除き相談を実施していたが、いずれも個別相談であり校医による専門的相談が行われていた。おそらくこれは、比較的まとまりの良い地域が、優れた健康相談の実績を作った養護学校に先導され、その様な良いモデルを他の学校も取り入れたことによるのではないと思われる（以上杉山登志郎）。

## 6. 肥満指導（栄養士の関与含む）

肥満に対する指導は、調査を実施した知的障害児養護学校30校中24校が実施しており、個別相談の実施の割合よりもやや高い実施率を示した。しかしながらその具体的な内容を見ると、健康相談以上に大きな差が認められた。定期的な体重測定を行って肥満が生じていないかチェックを行うということは、肥満指導を行っていない養護学校を含め、ほぼ全ての学校で行われていたが、指導の形態は15校が個別の肥満指導を実施していたのに対し、9校は講話やグループでの栄養指導、またパンフレットによる啓蒙という集団指導のみが行われていた。さらに学校によっては、肥満はほとんど問題にならないと回答した学校も見られ、その全てが寄宿舎を有する学校であった。過半数の生徒が寄宿舎に生活し、栄養管理を受けている状況ではプラダー・ウィリ症候群の様な病理的な基盤を持つものを除き、肥満はほとんど問題として生じないことが逆に明らかとなった。このことは知的障害児の肥満が、家庭の食生活に大きな影響を受けていることを示すものである。

肥満指導に対する栄養士の参加は、養護学校の給食室に栄養士がいる学校では積極的な栄養士の活用が行われていたが、栄養士が不在である学校も約2割に見られた。このような学校におけるユニークな試みとしては、F県で保健所の協力により、肥満指導が保健所において個別に実施されている例があった。この様に肥満は寄宿舎に多くの生徒が暮らす養護学校を除けば、

知的障害児養護学校児童・生徒の健康上の問題の大きなテーマの一つとなっていることが明らかとなったが、実際にどの程度の肥満児童が存在するのであるか。(資料4及び5参照)

表 5-1 E 県の養護学校児童・生徒の肥満

	児童・生徒	20%以上の肥満
G校	75人	26人(35%)
H校	173人	37人(21%)
I校	256人	56人(22%)
J校	77人	16人(21%)
K校	193人	45人(23%)

パイロットスタディーとして、E県の5知的障害児養護学校について実態調査を行った。養護教諭の協力により、性別、年齢別、身長別標準体重よりもプラス20%以上の肥満を示す児童がどの程度存在するのかを調べた。結果を表5-1に示す。実に全ての学校において肥満児の割合は2割を超え、生徒の35%が肥満を示す養護学校も見られた。この状況は20%以上の肥満を示す生徒が5%程度である健常児に比較して、非常に高い比率である。また特筆すべきは、肥満生徒が多く見られる状況と肥満指導の実施とが必ずしも一致せず、例えば35%の児童が肥満と判定された養護学校において肥満指導は行われていなかった。また高度肥満を示す児童も少なくなく、標準体重比124%という高度肥満の児童も認められた。

この様に肥満に関しては、知的障害児の健康という側面からさらなる実態調査を行う必要があることが明らかであり、次年度の大きなテーマとなると考えられる(以上杉山登志郎)。

## 7. 学校行事に関わる健康面での配慮事項

知的障害をもつ児童生徒の発達援助にとっては、教科的指導ばかりではなく、さまざまな行事が重要であるとされている。行事の中には、修学旅行のような遠方に出向くもの、水泳・マラソン・運動会などのような体育的な内容のものも含まれる。このような行事の実施は、児童生徒の身体的側面に対し、少なからず負担をかけることになる。

ここでは、学校行事に参加する際の健康面での配慮の実態に関して検討する。

図6-1は、修学旅行、水泳、マラソン、運動会の事前健康診断の有無である。

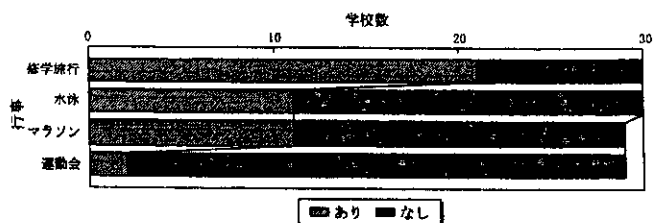


図 6-1 事前健康診断の有無

### 1) 修学旅行

修学旅行は、調査対象の30校全てで実施されていた。修学旅行へ医師や看護婦の同行する学校が1校あった。

事前に校医の健康診断を実施するのは、30校中21校である。残りの9校では、臨時の健康診断は設定されていない。ただしこの9校でも、定期健康診断が修学旅行の実施時期に近い場合、修学旅行の健診診断も兼ねて行われているところが7校、残り2校は保護者が主治医と相談して参加の可否を決めている。したがって、修学旅行に関しては事前の健康診断がほぼ全てにおいて実施されていると考えられる。

修学旅行のためだけの臨時健康診断を設定していない9校においても、「年度当初の保護者を対象にした健康実態調査や管理指導表をもとに配慮事項を検討する」「修学旅行のための健康調査を実施」「旅行に際し主治医の紹介状を要請」といった対応がなされている。2校では「児童生徒に対して1週間前ぐらいから体調を整えることを呼びかけて指導している」と報告している。

修学旅行に参加する児童生徒への配慮は「要注意児童生徒に対する配慮事項を養護教諭と担任の間で話し合い、事前に指導方法を検討しておく」といったもので、調査したほとんどの学校でなされている。

その元になる情報は、多くは年度当初の健康調査等であるが、学校によっては、修学旅行に限定して、健康状態把握のための連絡や、「健康チェックプリント」(資料6参照)の配布・回収も行っている。注意が必要な児童生徒に関しては、「保護者の了承のもとに学校が直接主治医から意見を求める」との報告もある。

これらの情報に基づき、旅行中の「服薬・健康状況一覧表」の作成とそれによる管理を行う学校もある。1校ではあるが、修学旅行中の服薬管理や健康管理に関する主治医の意見を求める校長名の依頼文書を発行する学校もある(資料7参照)。

## 2) 水 泳

水泳も修学旅行と同様に、30校全てで実施された。

事前に校医等の健康診断を実施するのは30校中11校、残り19校は行っていない。事前健康診断を実施していない19校でも、全て水泳の実施に関して保護者に調査したり、定期健康診断の結果や特定の疾患に関しては管理指導表の記載内容にもとづいて対応していた。水泳の授業への参加に際して、保護者に承諾書の提出を求めている学校が1校あった。

水泳の授業に参加する児童生徒への配慮は、次のようなものである。「てんかん児については、詳細に健康状態をチェックを行う。他の児童生徒に関しては、日常実施している健康チェックで担任・体育担当者が概ね対応するが、状態によっては養護教諭が対応する」、「水泳要注意観察者名簿を作成し、全職員に配布している。てんかん、心疾患、視覚障害をもっている要注意の児童生徒に関しては、水泳帽の色分けを実施し指導者の注意が行き届きやすいようにしている」などである。

その元になる情報は、前述のように定期健康診断の結果や保護者対象の事前調査が中心であるが(資料8参照)、「主治医の意見」を要請する学校も4校あった(資料9)。

## 3) マラソン

マラソンは、30校中29校で実施されていた。健康チェック、配慮内容、元になる情報は、前記の水泳とほぼ同様である。ただし修学旅行に看護婦が同行する1校では、マラソンの際にも看護婦が待機しているとの報告がある。29校中1校では、マラソンのために健康診断が実施されている。一方逆にある1校では、以前にマラソン行事の際に事故があり、それまでであった事前健康診断がその後には行われなくなったとの報告がある。

## 4) 運動会

運動会は、30校中29校で実施されていた。1校は、校内の都合で調査対象年度は行われなかったが、通常は実施していた。この29校のうち、医師の事前健康診断が行われたのは2校である。残りの27校は養護教諭を中心に担任や体育担当者が、定期健康診断の結果や管理指導表に基づき対応してる。

## 5) その他

その他の行事として、例年の実施するものとし

て、宿泊訓練、キャンプが4校から報告されている。これらの行事を実施している学校では、健康診断は行わないが、養護教諭を中心にして健康チェックがなされている。

小考察：ここではほぼ全ての学校で実施されている、修学旅行、水泳、マラソン、運動会について健康への配慮について検討を加える。

### (1) 修学旅行

上記の調査結果は、形式は違うが全ての学校で修学旅行のための事前の健康診断が行われていることを示している。

学校の行事において修学旅行は、次のような理由により特別な位置を占めている。一つは、宿泊をとめない、居住地からはなれることで自然環境と共に、連絡体制や救急を含む医療的体制などの社会的環境が大きく変わることである。二つ目として、学校としての実施は、毎年あるいは隔年1回程度であるが、小学部では児童一人において6年間に1回、中学部と高等部では生徒一人に3年間に1回と、頻度の低い行事である。それゆえ、関与する教員も限定されている。したがって、児童生徒そして教員の両方にとって、いわば「慣れていない」行事である。

このような性格をもつ修学旅行に際して、事前の健康診断は児童生徒の安全・健康面をチェックするのは当然であるが、その結果は教師の指導にも影響を与える。教師の側からすると過剰な抑制を避け、適切な範囲での児童生徒の活動を保障することにも通じる。看護婦の修学旅行への同行は、児童・生徒及び教員の双方にとって、「安心」と「適切な指導」の上で、よい影響を及ぼすと考えられる。

### (2) 水泳、マラソン

水泳、マラソンは修学旅行に比べると事前健康診断の実施率は低くなる。しかし、定期健診等の結果や主治医の記載した管理指導表を活用して、児童生徒の健康チェックと配慮を行っている。

水泳、マラソンは修学旅行よりも「慣れていない」行事ではあるが、実施そのものが児童生徒の身体的負担になる。その意味でも、1校における看護婦の待機は示唆に富むものであるし、それが望めない場合でも事前の健康チェックは実施されなければならない。

また、チェックに基づく配慮事項は、担任や少数の教員だけではなく、疾患の内容等を考慮した

上で可能な限り全校教員に周知する必要がある。これは、少数の担当者だけでは、水泳・マラソンなどの行事の際、児童・生徒への配慮が十分に行えないからである。

(3) 運動会

今回の調査では、運動会に際しては事前健康診断がほとんど行われず、養護教諭を中心に担任や学部担当者の範囲で対応している現状が分かった。

運動会は、学校行事としてはルーチン化されており、内容は日常の授業の延長で、準備期間に児

童生徒の健康状態を含む実態把握が十分可能である。調査結果の示す健康チェックや配慮の実態は、学校現場での運動会の位置づけに関連すると思われる。

(4) まとめ

表6-1は、4種類の行事を、身体的負担、移動距離、珍しさ(慣れなさ)、所要時間について示している。これから分かるように、運動会、水泳、マラソン、修学旅行の順で、配慮の程度が上がる。これは、図7-1の事前健康診断の実施率と対応関係にあることが推測される(以上村上由則)。

表6-1 4種類の行事とその構成要素

	身体的負担	移動距離	珍しさ(慣れなさ)	所要時間
修学旅行	★★★	★★★	★★★	★★★
水泳	★★	★	★★	★
マラソン	★★	★★	★★	★
運動会	★★	★	★	★

★の数が負担、距離、珍しさ、時間の大きさ・長さ・強さを示す

8. 医療機関との連携(連携先、救急対応、管理表の使用、主治医との連絡、受診状況の把握、服薬管理、災害時の薬剤管理など)

知的障害児では障害の重度化・重複化の傾向が著しく、医療的な管理が必要な子どもたちが増えてきている。したがって、子どもたちの教育の場である養護学校でも、これまで以上に医療機関との連携が必要である。

ここでは、医療機関との連携の実態、服薬管理の実態、救急及びその連絡体制等に関して検討する。

1) 連携している医療機関

地域の開業医をあげたのが13校、児童・生徒の主治医をあげたのが7校で、残りの10校が地域及び近郊の総合病院や救急指定の総合病院としている。

診療科目は、内科・小児科(総合病院を含む)を全ての学校であげている。外科・整形外科は6校、精神科は6校があげている。このほか、歯科、眼科、皮膚科をあげた学校も複数ある。

2) 救急医療が必要になった際の対応

救急医療が必要になった際のマニュアルは、30校中21校で明文化・図式化されている(図7-1及び資料10)。夜間のマニュアルも別個に作成されている学校もある。残りの9校でも、一般的な連絡体制は日常的に確認されており、面接時に聞き取りで図式化することができた。多くは、第一発

見者が養護教諭・担任・保健主事に通報、養護教諭が応急処置を行うと共に保健主事等が校長・教頭に報告する。学校により異なるが、校長・教頭あるいは保健主事・養護教諭が救急車の手配等を行い、担任・学部主事は保護者に連絡する。



図7-1 救急マニュアルの有無(学校数)

3) 管理指導表の利用

心臓、腎臓疾患等の管理指導表は、30校中28校で活用している。てんかんの管理指導表を活用している学校が2校あった。直接学校で活用していない2校でも、主治医の指示に基づき児童・生徒の健康管理を行っており、その内容には管理指導表の項目や管理区分が利用されている(図7-2参照)。

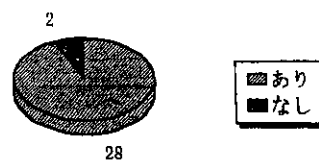


図7-2 管理指導表利用の有無(学校数)

#### 4) 養護教諭と主治医の連絡

30校中19校で、保護者の了解のもとに養護教諭が主治医と直接連絡をとっている。残り11校では保護者が間に入って主治医と連絡を行う。主たる連絡は管理指導表の記載依頼や注意事項の確認であり、特定の連絡票を活用しているのは12校である。

#### 5) 受診状況の連絡・把握

受診状況の連絡・把握のルートに関して、保護者から直接養護教諭、保護者から担任へ担任から養護教諭、医療機関から直接養護教諭、その他、に区分しそれぞれにおける頻度を示したのが図7-3である。

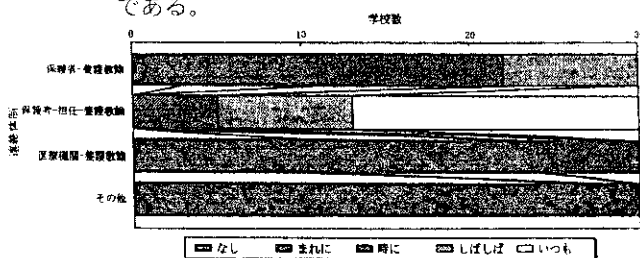


図7-3 受診状況の連絡・把握体制

保護者-直接養護教諭:「まれに」「時に」「しばしば」が27校あるが、同じ内容を担任と養護教諭の双方に報告しているのが実状である。

保護者-担任-養護教諭:連絡方法が中心はこのルートである。

医療機関-直接養護教諭:「まれに」「時に」あるとする学校が20校あるが、いずれも保護者の了解のもとに直接の連絡が行われている。特に、保護者の理解力に問題のあるときに直接の連絡は必要であると考えられている。

その他:「まれに」あるのが2校である。これは保護者の連絡を寄宿舎担当者を介して受けることがある場合と、年間2・3回養護教諭が保護者と直接面接する機会があることによる。したがって、担任を介したり、直接連絡を受けるのと同様であり、「その他の方法」として独立して検討される必要はないと思われる。

#### 6) 服薬状況の管理

昼の経口薬は30校中27校で担任が管理している。また寄宿舎がある学校では、寄宿舎で昼食をとることもあるので、寄宿舎の担当者が管理している場合もある。教員は服薬状況の管理に一切関与せず、児童・生徒が自分で経口薬を飲むとしているのは、1校だけである。他の2校は、昼食時

に服薬する児童・生徒はいないとの報告である。

服薬の管理に関わっている27校のうち2校では養護教諭が全員の薬の服用状況を把握し、担任に文書や口頭で依頼・確認を行っている。1校では、保護者からの服薬に関する依頼文書を学校宛に提出するように求めている。

3校では、養護教諭が寄宿舎生の服薬状況を把握し、実際の指導は養護教諭の依頼により寄宿舎担当者が行っている。

座薬は全ての学校で、養護教諭が保健室で管理している。

児童生徒の緊急時用の薬剤は、30校中16校で保管管理しているが、残り14校では保管していない(図7-4)。なお保管場所は、保健室の冷蔵庫が中心である。保管の対象となるのは、主にてんかん用の座薬である。

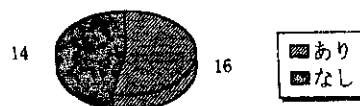


図7-4 児童生徒用の緊急時薬の保管の有無(学校数)

病院から新しくもってきた薬剤のうち、一部を学校に届け、学校にあった前の分を家に持ち帰り服薬する。したがって、学校に保管されたものは常に新しく、期限内のものとなるようにローテーションを行っている。

#### 7) 災害時対応のための薬剤

大規模な災害の発生した場合に対応するような薬剤の準備・保管等は行われておらず、全ての学校で一般的な救急薬品程度の準備・保管が現状である。

#### 小考察:

##### (1) 連携している医療機関

学校が連携する医療機関は、学校のある地域の医療事情、在籍する児童生徒の疾患の状況などにより左右されると推測されるが、この調査だけでは十分に関連要因を明らかにできなかった。

##### (2) 救急時の対応について

救急時のマニュアルは図式化あるいは日常的に確認されており、教職員の共通認識として定着している。マニュアルによると養護教諭・保健主事が応急処置や連絡の中心となっているが、救急車

の要請判断は、養護教諭・保健主事の段階で行う学校と校長・教頭の段階で行う学校にほぼ半分に分かれる。

マニュアルの中には、校医・主治医との連絡ルートが記載されているものとそうでないものがあり、救急時の対応への校医・主治医の関わりが学校により違うことが分かる。

#### (3) 管理指導表の利用及び主治医と養護教諭の連絡

心臓、腎臓疾患等の管理指導表が多くの学校で活用されていることが分かる。しかも1年1回は主治医の診察を受け管理指導表の提出を求めている。これは、心臓・腎臓疾患の病状の安定により、通院を避けようとする傾向の保護者に対し、少なくとも年間1回は主治医の診察を要請する手だてになっている。

学校の中では、担任等に管理指導表のコピーが配布されるが、日常生活の具体的な行動と管理表の内容が結び付き難い面があり、児童生徒の指導に十分に役立てることができないとの指摘もある。この点を補うために、学校によっては主治医と養護教諭が連絡を取るようになっている。

直接・間接を合わせると、全ての学校で、主治医と養護教諭の連絡が取られているが、特定の連絡票の活用は半数以下である。それに対して、管理指導表は病気の管理そのものと共に、主治医と保護者・養護教諭とのコミュニケーションの素材としての役割も大きい。

#### (4) 受診状況の連絡・把握

受診状況の連絡・把握は、保護者－担任－養護教諭のルートが中心である。保護者－養護教諭のルートでは、担任へのものと同じ報告がなされている。また、保護者－寄宿舎担当者－養護教諭のルートも実質的には、寄宿舎担当者と学級担任は同等と考えられるので、これら3種類は受診の連絡・把握のための情報の流れとしては、共通・共存するルートであると思われる。

一方、医療機関－養護教諭のルートは、保護者の理解力に問題がある場合や、専門的な内容の補足のためのものであり、児童生徒の健康の管理にとっては、場合によっては非常に重要である。

なお、養護教諭が保護者と共に年度当初に直接病院に出向き、主治医のアドバイスを受ける学校が1校あるが、これはまれな例である。

#### (5) 服薬状況の管理と災害時の対応

昼食時の経口薬の管理は、3校を除く27校で担任・寄宿舎担当者など昼食の指導に関わる教職員が実施している。養護教諭が全員の服用状況の把

握や担任等へのアドバイスを行っている実態は、服薬管理に果たす養護教諭の役割が大きいことを示している。

この役割の大きさは、座薬の使用方法には専門的な知識が必要であり、養護教諭が保健室で管理しているという実状が、より明確に示唆する。

薬剤を学校に保管する場合、新しいものを学校に、前にあったものを家庭に持ち帰り使用するローテーションの規則は重要である。これにより、保護者にとっては学校に薬があることを忘れないこと、養護教諭にとっては薬が有効期限内であり必要時に使用可能であること、といった利点がある。

なお、災害時への対応は、通常の救急セットの水準にとどまっており、地域的な面も考慮しながら、今後検討する必要がある（以上村上由則）。

## 9. 死亡例の検討

今回の調査対象となった知的障害養護学校は肢体不自由との併設学校は含まれておらず、訪問教育対象児も含めなかった。しかし、それでもなお11名の死亡例が確認できた。表8-1にその詳細を示した。なお、本調査の範囲は、平成9年度在籍者に限っている。

内訳は小学部4名、中学部4名、高等部3名である。また、男女比は7対4となった。死因では事故死が5名ともっとも多く、1例の焼死を除くと、他は交通事故であった。けいれん発作に起因すると思われる死亡が2例、基礎疾患に関連する呼吸不全が死因と思われるものが2例、他の2例は特定不能の感染症（肺炎と心筋炎）となる。

小考察：聴取された死亡11例はすべて病院あるいは自宅で死亡していた。死にいたる経過を聴取した範囲では、学校内でそのきっかけとなる出来事はなく、すべてが自宅あるいは病院で発生していた。その意味では、知的養護学校での保健活動に特別に問題はないと思われる。

交通事故死が4名、焼死が1名と事故死が死亡例の約半数に及ぶ現実をみると、本人ばかりか保護者への指導、つまり学校外の安全教育にさらなる努力が必要と考える。事故死は未然に防ぐことができるはずである。事故が知的障害のある児童・生徒の生命予後を決定付ける要因ではあってはならない（以上原仁）。

表 8-1 死亡 11 例の概要

学部	学年	年齢	性別	診断名	知能段階	死亡原因	死に至る経緯
小学部	2	7	男	自閉症	軽度	電車による轢死	夕方自宅から勝手に外出。踏み切りで事故にあう。
	2	7	男	自閉症	不明	交通事故	脳挫傷で意識不明。6 カ月後に死亡。
	4	9	男	精神遅滞	不明	てんかん発作/呼吸不全	始めてのけいれん発作後意識を失い死亡。
	5	11	女	ウエスト症候群 /上下肢機能障害	測定不能	睡眠時無呼吸	自力排痰可能だったが吸入吸引器使用、 夜間自力排痰できなかつたため？
	1	12	男	先天性筋ジストロフィー (福山型)	測定不能	窒息	昼食後、ソファアークで横になり休憩していた。 母親が気づいた時はチアノーゼを起こしていた。 救急センターに搬送したが死亡。
高等部	1	12	女	ダウン症候群	重度	心筋炎	検査入院中、CT検査実施中に39℃の熱発。 けいれん状態が一晩続く。翌日死亡。
	2	14	女	第 8 染色体異常	最重度	肺炎疑い	風邪気味で前日休む。テレビを見ている内に意識を失う。 病院に入院するがその夜に睡眠中に死亡。
	3	不祥	男	不祥	不詳	交通事故による脳挫傷	登校時、運転していた母親も死亡
	1	15	男	精神遅滞/下肢運動障害	軽度	交通事故	登校中車に撥ねられて死亡。
	2	16	女	精神遅滞	重度	焼死	単独で留守番している最中に出火した。
	3	17	男	自閉症/てんかん	最重度	てんかん発作	食事中に大発作を起こし食物を誤嚥し自宅で死亡。 元来食物を飲み込む傾向あり。



## 10 寄宿舎での健康管理

平成10年度全国養護学校実態調査によれば、知的障害養護学校（分校含む）488校中121校（24.8%）に寄宿舎が設置されているという。養護学校設置都道府県あるいは市や町の方針にもよろうが、比較的交通の便のよくない人口過疎地の養護学校に寄宿舎が設置されているようであり、通学の手段が確保されている県の寄宿舎設置校は比較的少ない。

本調査の対象となった30校中10校に寄宿舎が設置されていた。この内BおよびF県の設置率は高く、10校中7校はこの2つの県立であった。

基本的な健康管理は舎監と寮母が実施していた。当然であるが、登校時間帯は養護教諭の責任範囲である。寄宿舎と養護教諭（保健室）との連絡ノートを使用していると回答したのは2校であった。一日1回は養護教諭が寄宿舎を訪問している学校もあった。いずれにせよ、寄宿舎と保健室の連携は密に実施されているとの回答が大部分であった。

健康管理特に救急時の対応は、寄宿舎も学校も同じような手続きをとることが原則であった。対応のマニュアルも同一の基準で作成されていた。寄宿舎の保健活動に関しては、養護教諭の専門性が生かされ、今後も一定の役割が期待されていた（以上原仁）。

### 11. 重複学級設置の有無および医療的ケアについて

#### 1) 重複学級の有無

30校中29校から回答が得られた。17校にあり、12校になしという結果であった。しかし、「重複」の意味が、知的障害と自閉症、あるいは知的障害と情緒障害というように、実際の指導場面での区分というより、教員配置や学級編成上での設置であるのか、医療的ケアも必要とされるような肢体不自由あるいは慢性疾患の合併なのかは定かでない。

#### 2) 医療的ケアへの基本的考え方

無回答が2校あった。養護教諭の個人的見解ながら、積極的に医療的ケアを考えているのは28校中2校に留まった。積極的ではないもののある程度（実際に対象児がいるため）はやむを得ないとする4校もあったが、実際は「担任が実施している」「本人が実施する」「緊急時のみ」と回答している。残りの大部分の養護学校では、「対象児がいない」「（いたとしても）できない」「受け入れられない」「保護者の責任で実施してもらう」などと回

答していた。なお、学校として医療的ケアの問題に取り組んでいる（学習会や外部の研修に参加）ところは皆無であった。

医療的ケアの範囲についても若干の意見の相違があった。服薬管理の項でも取り上げたが、学校あるいは寄宿舎での服薬は、養護教諭は直接関与せず、保護者と担任あるいは寮母の間での依頼・受諾の関係で実施されていた。ただし、座薬（抗けいれん剤）のみは保健室管理であった。

抗けいれん剤の座薬の使用状況に関して調査していないので詳細は不明であるが、医師の指示通り（例えば37.5℃以上となったら直ちに使用する）に投与されるというより、発熱に気づかれた段階で、保護者に連絡し、使用の了解が得られた時点で投与する、と回答していた養護学校が存在していた。座薬の使用を医療的ケアには含めない（？）ものの、迅速な使用という本来の趣旨からすると、若干不十分な状況が存在するようである（以上原仁）。

## 総合考察

### 1. 養護教諭の重要性

本研究は養護教諭からの聞き取り調査から成り立っている。研究計画の段階から、学校の健康問題のキーパーソンは養護教諭であり、この原則は養護学校においても変わらないだろうと我々は考えた。頻度は少なくとも知的障害養護学校においても、肢体不自由あるいは病弱養護学校と同様の健康問題が発生しているならば、十分な対応が必要なことは言うまでもない。

今回の調査から明らかのように、養護教諭の役割（表3-1）は広範囲にわたり、養護学校の規模に関わらず、1校2名体制が望ましいだろう。しかし、現実には児童・生徒数150人以上のいわゆる大規模養護学校にのみ1校2名体制（30校中9校）が整っており、比較的小規模の養護学校では、1名体制のままである。しかも、近い将来この体制が変更されるという話題はなかった。

例えば、すでに1校1名体制は整っているのであるから、県あるいは特定の広域圏に配置される「養護教諭」が有機的に学校配属の養護教諭と連携するような新しいシステムを創設するような別の発想が求められるのではなかろうか。

今回の調査では、いまだ過半数を越える（33名中19名）養護教諭が看護婦資格を有していた。しかし、養護教諭資格の前提として、看護婦資格は求められてい

ない。さらに看護婦資格保有者も、いわゆる臨床経験という観点からは長くなく、資格を持っている養護教諭の幾人かは、看護婦として期待されること自体に違和感を持っているようであった。後に触れる医療的ケアが学校現場に期待されている昨今、養護教諭と看護婦資格の問題は微妙である。資格の有無のみを問うのではなく、学校における健康問題のエキスパートとしての資質の向上を目指す方向が望まれよう。

## 2. 保健安全委員会への保護者の関与

地域によってこの委員会への取り組みが異なることが明らかになった。義務としては開かれるものの、必ずしもその意義は意識されていなかった。さらに、設置はされているものの、開催されない委員会である学校すら存在した。確かに、併任が通常の学校医、学校歯科医、学校薬剤師などの専門職に委員会への出席を求めることは種々の困難があるかもしれない。だが、学校のみ都合というより、家庭や地域社会との協力関係を重視し、地域保健の一部という観点からは、積極的に委員会活動に取り組むべきで、そのような発想の転換が必要であろう。

保護者の参加についても30校中18校と過半数を越える学校で保護者が本委員会の構成員になっていた。しかし、保護者の参加が過去もあるいは近い将来もまったく考慮されていない学校も存在した。地域に開かれた養護学校となっていくためには、このような委員会はよいきっかけになると考える。さらなる積極的な取り組みが求められよう。

## 3. 学校健康診断の実状

平成9年度の学校健康診断においては、内科と歯科は調査対象校30校すべてで実施されていた。眼科は29校で、耳鼻科も27校と、特別な理由がある養護学校以外はほぼ実施されたといえる。

内科の定期検診および臨時検診は、各種学校行事の事前検診を兼ねている場合が多く、これらの検診で異常を発見するというよりも、行事参加の条件を整えるための検診と位置付けられていた。事実、要精査あるいは要治療とされたのは2%未満である。

その他の検診としては整形外科検診が30校中9校で実施されていた。知的障害養護学校であっても、肢体不自由養護学校と同様の問題を併せ持つ児童・生徒が在籍していることがうかがえる。さらに、運動障害としての診断はなくとも、側湾などのケアが必要な児童・生徒も多いようである。

精神科の検診が30校中7校で実施されていることが明らかになった。知的障害のある児童・生徒の精神保健という観点も、健康問題の重要な視点であろう。内科や歯科と異なり、すべての地域でこのような検診を引き受けられる専門医が存在するとは思われないが、てんかん合併への配慮、思春期に発生する精神障害のケアなど、今後精神科検診の需要は増加すると予測される。

## 4. 健康相談と肥満指導

健康相談には2種類あることが示唆された。一つは、健康診断とは別に精神科医あるいは学校医が受け持つ「相談」である。内容のすべては把握できなかったが、事例としては保護者へのカウンセリングあるいは主治医とは異なる専門医としての意見を述べる(いわゆるセカンドオピニオン)場合などが挙げられた。

もう一つは養護教諭が実施する保護者への情報提供である。これらは養護教諭側から、気になる本人あるいは保護者への働きかけであったり、保護者の求めに応じてのカウンセリング的な対応である。集団での健康相談会は1校のみで実施されていたが、大部分は個別対応であった。相談者としての役割を果たすためにも、養護教諭の資質の向上が図らなければならないだろう。

肥満指導は多くの学校で取り組まれていた(30校中24校)。ただ、その内容は多様であった。個別指導が15校と多く、集団での講話や栄養指導なども9校で実施されていた。肥満指導の有無に関わらず、調査対象校すべてで、毎月の体重測定が実施されていて、肥満の有無の評価はきめ細かかった。しかし、肥満指導の結果の評価は十分とは言えず、なんらかの効果判定の導入が必要と思われた。

E県のパイロットスタディでは、調査対象5校のすべてで肥満度20%以上の児童・生徒が全校生の20%を越え(21-35%)、通常の学校で予想される頻度5%をはるかに越えていた。この内容の精査が次年度の課題のひとつとなる。

## 5. 学校行事と健康面の配慮

修学旅行や宿泊学習においては、調査対象30校すべてで事前健康診断が実施されていた。水泳やマラソンでは事前健康診断の実施率はやや低いですが、やはり十分な配慮がなされているといえよう。一方、運動会は授業と同様な取り扱いで、通常健康チェックが行われているに過ぎなかった。以上の健康評価の体制はすで

に確立していると言えよう。

## 6. 医療機関との連携

連携先の医療機関としてあげたのは2種類であった。第1は、主治医のいる専門病院である。小児神経科医や児童精神科医のいる小児病院あるいは総合病院の専門外来である。第2は、外科系あるいは内科系にかかわらず救急対応をする地域医療機関である。後者を受診する場合のマニュアルがいくつかの養護学校で作成されていた。このマニュアル実行の際にも養護教諭がキーパーソンとなることが期待されていた。

心臓疾患と腎臓疾患の管理指導表は大部分の学校に普及していた。てんかんの管理指導表を用いる学校も2校存在した。運用の詳細は把握できなかったが、現状で特別の差し障りはないようである。主治医からの意見書も十分に活用されている。

主治医との連絡は、担任を経由して行われることが明らかになった。直接養護教諭へ主治医から連絡がくる場合も少数あったが、保護者の理解度が不十分な場合と学校での状態の情報収集の意味での直接の接触であった。個人情報の保護とスムーズな医教連携の在り方とのバランスが難しいと思われたが、実際の運用でその点が問題になることはなく、現実的な対応がされていることが分かった。

定期的な服薬は、1校を除いて担任が関与していた。寄宿舎設置校では、寮母が服薬を請け負っていたが、登校時および寄宿舎生活時のどちらにおいても、養護教諭の直接の関与はなかった。しかし、服薬の内容についての情報収集は養護教諭が担っており、大抵は学年の始めに主治医への書簡という形式で収集していた。変更時は保護者からの申し出により、必ずしも徹底しているとは限らなかった。一方、座薬の管理は、

担任ではなくて保健室、すなわち養護教諭の管理下にあった。しかし、抗けいれん剤の座薬のように、緊急時に使用することが求められている場合でも、主治医からの指示通りに使用されているとは限らず、投与は保護者の了解を前提とするとされ、主治医と養護教諭の関係を明確にする必要性が示唆された。

緊急用の薬剤は1-2日分、保健室で保管されており、大震災の対応が図られていた。しかし、若干の養護学校で何ら対応が行われておらず、この点ではすべての養護学校で準備すべき事柄と考えられる。

## 7. 事故死の予防

平成9年度在籍者の中で11例が死亡していた。学校の管理に起因する死亡はなかった。しかし、11例中5例が事故死であった。校内での安全教育に止まらず、家庭での安全指導も含めた取り組みの必要性が示唆される。

## 8. 医療的ケアへの基本的考え方

実際に医療的ケアの必要な児童・生徒は少なく、肢体不自由あるいは病弱養護学校での状況とはかなり異なっていた。現実の問題というより、情報として話題になっていると知る程度であった。学校全体で取り組む予定の学校はなかった。

養護教諭の立場で積極的に考えたいとしたのは2校に過ぎなかった。やむを得ないとしたものも4校に止まった。他は消極的あるいは拒否的であった。

日常的な服薬、緊急時の座薬の使用も含めて、養護教諭の積極的な関与が期待されるが、医療的ケアの必要な児童・生徒が入学してこなければ、取り組みへとはつながらないようである（以上原仁）。

## 参考文献

有馬正高編集：不平等な命－知的障害の人達の健康調査から－。日本知的障害福祉連盟。東京、1998。

有馬正高。発達障害の考え方と扱い方。精神遅滞。小児科、39：883-890、1998。

五十嵐勝朗：児童・生徒の生活習慣病健診マニュアル。金原出版、1997。

山崎公恵：定期集団健診と管理のポイント。5。成人病対策（肥満・高血圧など）。小児科臨床。増刊号学校保健。49：1353-1363、1996

資料1；学校調査票（養護教諭への聞き取り用）

資料2；年間計画例（保健目標、保健行事、保健指導、環境の管理含む）

資料3；「ほけんだより」の一例

資料4；保護者向け肥満指導用資料の一例（シエイブアップ通信）

資料5；食事量のチェック票の例

資料6；修学旅行用「けんこうチェック表」の一例

資料7；行事に関連して「主治医の意見を求める校長名の依頼文書」の一例

資料8；定期的に依頼する主治医意見書の一例

資料9；水泳指導について保護者の意見を求める文書

資料10；養護学校における救急体制

資料1：学校調査票（養護教諭への聞き取り用）

学校調査（平成10年5月1日現在）

- 1 学校名（ ）
- 2 児童生徒数（ ）人 小学部（ ）人 中学部（ ）人 高等部（ ）人
- 3 養護教諭の勤務状況についてお聞きします。
- ① 貴校の養護教諭の人数（ ）人
- ② 養護教諭の校務分掌についてお聞きします。  
特に校務分掌の内容と保健主任・主事との関係についてお聞かせください。

- ③ 看護婦資格の有無、勤務年数、前職についてお聞きします。複数の養護教諭がいる場合は、一人一人お書きください。

	看護婦の資格	勤務年数	養護教諭の前職について
養護教諭	有 ・ 無	年	主として医療機関（ ）年）・教育機関（ ）年）・その他（ ）（ ）年
養護教諭	有 ・ 無	年	主として医療機関（ ）年）・教育機関（ ）年）・その他（ ）（ ）年

- 4 学校内に設置されている保健安全委員会についてお聞きします。
- ① その役割についてお聞かせください。
- ② どのようなメンバーから構成されていますか。年に何回くらい開催されていますか。また、保健安全委員会を構成する際に保護者の参加はありますか。
- ③ 保健目標、安全目標などの実例（平成9年度又は10年度）がありましたら、いくつかお聞かせください。（コピーをもらってほしい、災害は除く）