

校)、11.5%などであった。職務比率では学級担任66%(小学校)、48%(中学校)が圧倒的に多かった。もちろん、校長、教頭、養護教諭、専科担任、障害児学級担任なども回答者の中に含まれていた。

2. 以下に質問項目1～18までの回答結果を示す。

問1：生徒の心の問題の対処で過去、現在において困ったことがありますか

中学校教師：しばしば 71.7%、すこし27.9%、全くない0.63%

小学校教師：しばしば 37.7%、すこし58%、全くない4.4%

中学校教師の方が心の問題の対処で困ったことが多いことが示されている。

問2：問題の内容は

中学校教師：神経症性症状 10.28%、不登校 31.6%、問題行動 31.8%、学習障害 11%、多動性障害 5.76%、情緒障害・精神障害 9.52%、

小学校教師：神経症性症状 8.12%、不登校 21.16%、問題行動 41.5%、学習障害 12.37%、多動性障害 8.2%、情緒・精神障害 7.9% その他 0.75%

特に、小学校での問題行動の多さが目を引く。中学生でももっとも頻繁であった不登校の問題に匹敵するくらいの問題行動の多さが目立つ。

問3：最近問題を持つ生徒の数が増えていると思いますか

中学校教師：増えている 85%、以前と同じ 15.03%、減っている 0%

小学校教師：増えている 89.1%、以前と同じ 11%、減っている 0.2%

小・中学校とも圧倒的多数の教師が問題を持つ生徒の数が増えてきていると回答している。

問4：増えてきている問題の内容は

中学校教師：神経症症状 8%、不登校 35.3%、問題行動 32.1%、学習障害 9%  
多動性障害 5.76%、情緒・知的障害 7.8%、その他 2.02%

小学校教師：神経症症状 10.4%、不登校 29%、問題行動 28.9%、学習障害 11.9%  
多動性障害 11%、情緒・知的障害 6.7%、その他 2.2%

小・中学校とも以前から知られている不登校に加えて、近年、問題行動が著明に増加していることが明らかになった。

問5：最近生徒への問題の対処が困難になってきていると思いますか

中学校教師：そう思う 87.2%、以前と変わらない 12.2%、そう思わない 0.6%

小学校教師：そう思う 88%、以前と変わらない 8.7%、そう思わない 3.3%

小・中学校教師ともに、問題を持つ生徒の数が増えているだけでなく、対処困難な事例が増加していることを回答している。

問6：生徒の問題に対してすべて学校で対処できると思いますか

中学校教師：そう思う0.6%、そう思わない96.2%、わからない3.2%

小学校教師：そう思う1.3%、そう思わない96.8%、わからない2%

小・中学校教師が共に、生徒の心の問題には学校だけでは対処できないと回答している。

問7：外部の専門家との連携についてどう思いますか

中学校教師：積極的にすべき90.3%、やむを得ないと思う5.9%、絶対にすべきでない0%、個人的にはべきと思う4%

小学校教師：積極的にすべき91.5%、やむを得ないと思う6%、絶対にすべきでない0.4%、個人的にはべきと思う2.2%

小・中学校とも90%以上の教師が外部との連携に抵抗がないどころか積極的にすべきと答えていることがわかる。

問8：連携できる外部の専門家が近くにいますか

中学校教師：いる56.1%、いない26.5%、わからない17.4%

小学校教師：いる50.3%、いない33.2%、わからない16.5%

問7で連携を積極的にすべきと教師が考えていることがわかったが、問題はこの連携に答えられる専門家が地域に存在するかであるが、幸い、調査の行われた西宮市においては過半数が近くにいと答えていることがわかる。

問9：学校内に相談・連携できる組織、人がありますか

中学校教師：ある49%、ない51%

小学校教師：ある33.9%、ない66%

学内に相談できる人、ないしは組織が不十分にしか無いとの回答が51~66%の多数で寄せられた。

問10：外部専門家によるコンサルテーション制度をどう思いますか

中学校教師：大変よいと思う78.7%、学校内でやる必要はない0%、外部で相談すれば十分1.3%、よいと思うが経費など問題11.1%、教師の総意が得られないと思う0.7%、内部での意志統一が先決7.2%

小学校教師：大変よいと思う81.6%、学校内でやる必要はない0.4%、外部で相談すれば十分2.8%、よいと思うが経費など問題9.9%、教師の総意が

得られないと思う0.2%、内部での意志統一が先決5%  
連携の仕方の一つであるコンサルテーションについてどう思うか聞いたところ  
80%もの教師は大変良いと思うと回答している。もちろん、この調査が行われ  
た西宮市ではこの活動がすでに13年前から行われているので、コンサルテーシ  
ョンがどのようなものか、それが教師にとってどのように役に立つのか熟知され  
ている地域での回答であることに注意する必要がある。

問11：学校保健委員会が問題に対処する機能を持っていると思いますか

中学校教師：持っていると思う28.2%、持っていないと思う23.9%、持つべきだ  
が、持っていない23.2%、不十分24.7%

小学校教師：持っていると思う31.3%、持っていないと思う27.4%、持つべきだ  
が、持っていない14.3%、不十分27.1%

学内の既存の組織としてある「学校保健委員会」の問題対処機能について聞いて  
みたが、持っているとする意見と持っていないとする意見の両方がほぼ同数で持  
たれていることがわかった。

問12：よく利用する外部専門機関は何ですか（3つまで複数回答可）

中学校教師：教育相談所41%、児童相談所9.6%、神経クリニック7.2%、コンサル  
タント25.7%、校医2%、利用したことなし6.4%

小学校教師：教育相談所33.6%、児童相談所13.1%、神経クリニック3.4%、コ  
ンサルタント18.9%、校医3%、利用したことなし19.8%

調査した西宮市では教育相談所がもっとも良く利用され、次いでコンサルタント  
（学校ごとに決まっているコンサルタント（児童青年精神科医））であった。児  
童相談所は9.6%（中学校）、13%（小学校）と以外に少ない教師しか利用  
していないことがわかった。

問13：家庭との連携についてどう思いますか

中学校教師：うまくいっている25%、家庭が協力的でない47.3%、教師に連携の  
余裕がない18.6%、家庭に踏み込むべきでない1.6%、連携の仕方が  
分からない7.5%

小学校教師：うまくいっている30%、家庭が協力的でない44.3%、教師に連携の  
余裕がない12.2%、家庭に踏み込むべきでない2.7%、連携の仕方が  
分からない10.7%

予想されるように家庭と学校との連携の困難さを回答した率が非常に高く、44  
～47%の教師がこのことを感じているようである。さすがに連携する必要はない  
と答えた回答率は1.6～2.7%と非常に低かった。

問14：家庭との連携が必要な場合、どのようなことをしますか

中学校教師：両親と話し合いを持つ81%、外部の専門機関を勧める13.8%、実際には何も出来ない5.2%

小学校教師：両親と話し合いを持つ82%、外部の専門機関を勧める9.5%、実際には何も出来ない8.4%

家庭との連携が必要な場合、家庭と話し合いを持つという努力をするとの回答が圧倒的であったが、それがうまく行くかは次の質問を見れば明らかである。

問15：家庭との連携で最も困難なことは何ですか

中学校教師：学校と協力してもらうこと6.9%、両親が子供の本当の姿を理解すること29%、教師の意図を理解してもらうこと51.9%、教師に専門知識のないこと12.2%

小学校教師：学校と協力してもらうこと16.3%、両親が子供の本当の姿を理解すること38.5%、教師の意図を理解してもらうこと39.3%、教師に専門知識のないこと6%

連携の一環として教師は家庭と話し合いをする努力はするが、その結果、家庭に学校側の説明を理解してもらうことはやはり困難であるとの回答が52%（中学校）、39%（小学校）と高率であった。両親が子供のことを客観的に理解することが困難であると回答したのもかなり高率にあった。

問16：地域との連携についてどう思いますか

中学校教師：地域との連携はうまく行っている50%、地域には余り期待していない10%、地域が問題を増大させている3.6%、地域が崩壊していて連携は困難36.4%

小学校教師：地域との連携はうまく行っている31.4%、地域には余り期待していない16.5%、地域が問題を増大させている7%、地域が崩壊していて連携は困難45.1%

地域との連携については、困難と答えた教師が36%～45%と多く、反対に地域との連携がうまくいっているとの答えも中学校では半数、小学校では31%で認められた。

問17：地域との連携を有効にするための手だては

中学校教師：地域に開かれた学校づくりをする64.3%、地域の民生・児童委員に理解を求め26.2%、有効な手だてではない9.5%

小学校教師：地域に開かれた学校づくりをする64%、地域の民生・児童委

員に理解を求める 23.3 %、有効な手だてではない 12.7 %  
地域との連携がうまく行かないとしても何とか努力しているという教師の意見が  
かなり高かった。

問 18：心を育てる教育についてどう思いますか

中学校教師：以前からすでに実施している 52.5 %、現在の社会状況の中で実践困  
難 15.4 %、実践の方法がわからない 17.3 %、実践できる時間がない  
15.4 %、必要性はない 3.1 %

小学校教師：以前からすでに実施している 59.8 %、現在の社会状況の中で実践困  
難 12.8 %、実践の方法がわからない 13.5 %、実践できる時間がない  
11.5 %、必要性はない 2.4 %

心を育てる教育の必要性については大方が認め、すでに実践しているとした回答  
も 52～59 %もあった。

#### 4. 考察

今回の教師へのアンケート調査で明らかになったことは、今日、以前よりも心の問題の  
数が増加していると感じられているだけでなく、これらの問題の対処がより困難になって  
きたと感じてられていること、児童生徒の心の問題に関連した種々の問題に対して、学校  
だけでは対処できないこと、外部の専門家との学校現場における連携に対しても抵抗はな  
いことを圧倒的多数の教師が小学校でも、中学校でも認めているなどであった。学校の問  
題であってももちろん、家庭との連携がなければ、本当の意味での問題の解決にならない  
ことは言を待たないが、実はこのことが今日、最も困難なことなのである。家庭からの学  
校への信頼感が薄らいできていることもあるし、両親も自分の子供の姿を学校での子供と  
して客観的に把握できなくなってきたと思われる。だから、両親は学校での子供の予  
想もしない問題を告げられたときに、先ず一様に学校側に反発することが多い。この様な  
状態では学校と家庭が協力しあって子供の問題に対処することからほど遠い。

今回の回答は、著者らが長年、学校精神保健活動を精力的に行ってきた西宮市の小学校  
教師からの物であるので、外部の専門家との連携にほとんど抵抗のなくなっている地域か  
らの回答であることを当然頭に置いておく必要がある。今まで、この様な外部の専門家と  
のコンサルテーションなどを行った地域は非常に少ないはずなので、外部の専門家との連  
携活動を持ったことのない地域からの回答では今回の分析結果とは大幅に異なった結果が  
でることが大いに予想される。他地域からの回答もすでに得られているが、今回の分析に  
間に合わなかったのも、近い将来の分析結果が大いに期待される。

資料 アンケート質問票

学校現場での医療、福祉領域などの専門家との連携  
に関する教師の意識調査へのご協力をお願い ！！

近年、学校現場で直接医療行為を必要とする生徒が学校に在籍したり、身体的・精神的ケアのための専門家からのアドバイスを学校で受けなければならないような事例が増え  
てきていることが各方面で指摘されてきています。我々医師も小児科、精神科、整形外  
科、小児神経科医などがすでに、学校現場でこの様な機能を担うために、学校との連携関  
係を持つようになってきています。そこで、このような外部の専門家との学校現場におけ  
る連携をこのまま、もっと増やしていくべきなのか、それとも、その必要性はまだ現段階  
では余り感じられていないのかなどについて、是非とも現場教師の意見を聞きたいと思  
い、このようなアンケート調査を行うことになりましたので、我々の趣旨をご理解いただ  
き、是非ともこの調査にご協力を戴きたくお願い申し上げます。

以下の質問に対して、該当すると思われる回答選択肢の番号を○で囲ってください。  
また、空欄には適当な語句をご記入下さい。

-----  
あなたの所属する学校は以下のどれに相当しますか？

1. 小学校    2. 中学校    3. 高等学校

あなたの学校の所在地は？：

(                    ) 県 (                    ) 市・町・村

あなたの職務は以下のどれですか？

1. 学級担任教諭    2. 養護教諭    3. 教頭    4. 校長    5. 専科担任教諭  
6. 障害児学級担任教諭    7. 学年主任    8. 教務主任  
9. その他（具体的に                    ）

あなたの教師としての経験年数は？

1. 3年未満    2. 3年～6年    3. 7年～10年    4. 11年～14年  
5. 15年～20年    6. 21年～25年    7. 26年～30年    8. 30年以  
上

あなたの性別は？

1. 女性    2. 男性

-----  
貴校に在籍する児童生徒のうち以下のような健康上の問題、学校適応上の問題、社会生活  
上の問題などを持つ生徒についてお尋ねします（例えば、神経症性症状（チック、下痢、

頭痛・腹痛など）、不登校、問題行動（破壊的行動、反社会的行動、非行、暴力など）、学習障害、多動性障害、情緒障害・精神障害などの症状のことを指します）。

-----

質問1 教師（管理者含む）として、上記のような問題の対処で困ったことが、過去、現在においてありますか？

1. しばしばある（あるいは、あった） 2. 少しある（あった） 3. まったくない（なかった）

質問2 質問1で1，あるいは2と答えた方は、問題の内容についてお答えください。

1. 神経症性症状 2. 不登校 3. 問題行動 4. 学習障害 5. 多動性障害  
6. 情緒障害・精神障害 7. その他（具体的に： ）

質問3 最近、上記のような特徴を持つ児童生徒の数が以前よりも増えてきているように思われますか？

1. そう思う 2. 以前と変わらないと思う 3. 減っていると思う

質問4 質問3で1，あるいは2と答えた方は、多い問題の上位3つを下に記載してください。

1.  
2.  
3.

質問5 最近、上記のような特徴を持つ児童生徒への対処が以前よりもより困難になってきたと思われますか？

1. そう思う 2. 以前と変わらないと思う 3. そうは思わない

質問6 これらの問題に対して、すべて学校で対処できると思われますか？

1. そう思う 2. そうは思わない 3. わからない

質問7 困難な問題について外部の専門家（心理、医学、福祉領域などの）と相談・連携することについてどう思われますか？

1. 積極的にすべきと思う 2. あまり望ましくないが、外部の人達と連携するのもやむを得ない 3. 絶対にすべきではないと思う 4. 個人的には連携すべきと思うが、学校内では総意とならない

質問8 現在、外部の専門家と相談・連携するとすれば、適切な機関・人材が近くにあると思いますか？

1. ある 2. ない 3. 今まで考えたこともないのでわからない

質問9 あなたの学校内で相談・連携できる組織・人材がすでに設置されていると思いますか？

1. はい 2. いいえ

質問10 地域によっては外部の専門家が学校に来て、困難な問題に対してコンサルテーションを全職員を対象に行っているところがありますが、この様な制度についてどう思いますか？

1. 大変よいと思う 2. わざわざ学校内でやる必要はないと思う 3. 外部で外部の専門家に個別に相談・連携すればそれで十分である 4. よいと思うが人材や経費の点で困難と思う 5. 教員全体の総意が得られないので困難と思う 6. 先ず、内部での意志の統一や学習が先決の問題と思う

質問11 学校内に「学校保健委員会」という組織がありますが、この組織がこの様な問題に対処する機能を持っていると思われませんか？

1. 持っていると思う, 2. 持っていないと思う, 3. 持っていないけれど持つべきと思う, 4. この組織ではこの様な機能を持つことは出来ないと思う

質問12 既存の専門機関で今までによく利用したものは何ですか（3つまで複数回答可能）？

1. 教育相談所（教育研究所、教育センター） 2. 児童相談所 3. 保健所  
4. 病院 5. 心理クリニック 6. 神経科クリニック 7. 普段から学校と連携のあるコンサルタント 8. 校医 9. ほとんど利用したことがない

質問13 この様な児童生徒の家庭（両親）との連携についてどう思われますか？

1. 家庭との連携は比較的スムーズにとることが出来る 2. 家庭が非協力的である、または問題があるために困難である 3. 教師自身にその余裕や力量がないために困難である 4. 学校は家庭に余り踏み込むべきでないと思う 5. 家庭との連携は必要だと思うが、その連携の仕方がわからない

質問14 家庭との連携が必要だと感じる児童生徒がいる場合、どのようなことを実際に



はされていますか？

1. 両親を学校に呼んだり、担任教師が家庭を訪問して両親と話し合いを持つ
2. 1のような方法ではうまく行くことが少ないので、外部の相談機関などに行くように勧める
3. 実際には何も出来ないことが多い

質問15 家庭との連携で最も困難に思われることは何ですか？

1. 教師が両親と話し合いを持つ中で、教師の意図を両親に正しく伝えること
2. 両親が子どもの本当の姿を理解すること
3. 両親に学校と協力して子どものために必要なことを実行していこうという態度を持ってもらうこと
4. 教師に専門的知識のないこと

質問16 学校適応上の問題や社会生活上の問題を持つ児童生徒への対処で地域（地元、当該の学区ぐらゐの広がりと考えてください）との連携が必要だとよく言われますが、どのように思われますか？

1. 地域との連携がうまく行って、対処の上で助かることが多い
2. 地域には余り期待していない
3. むしろ、地域が児童生徒のこのような問題を増大させることが多い
4. 地域そのもののまとまりがなくなっているので、連携は難しい

質問17 地域との連携を有効にするためにはどのようなことが必要だと思われますか？

1. 学校側が普段から地域と密接に連携を図り、学校施設を開放したりして地域に開かれた学校づくりを進める
2. 地域の核になる人（民生委員、児童委員など）に理解と認識を深めてもらう
3. 余り有効な手だてはない

質問18 近年、「生きる力」と関連した「心を育てる教育」という事が言われますが、これについてどう思われますか

1. 大切なことなので以前からすでに実践している
2. 現在の社会状況の中では実践したくても出来ない
3. どのように実践して良いか方法がわからない
4. それ以外の学習指導などに追われ実践出来ない
5. 心は自然に育つものだから、わざわざ取り上げて心を育てる教育の実践の必要性はない

どうもありがとうございました。

この結果は他地域との比較検討などの後に何らかの形で  
ご協力戴いた方々にお返ししたいと考えています。

厚生省科学研究・

こども家庭総合研究「学童期の療育指導のあり方」研究班

班 長 小西行郎 (埼玉医大小児科教授)

研究協力者 白瀧貞昭 (武庫川女子大学教授)

(分担研究：学童期の療育指導のあり方)

肢体不自由養護学校に在籍する人工呼吸器使用者の実態—全国調査

分担研究者：埼玉医科大学小児科 小西行郎

研究協力者：国立精神・神経センター武蔵病院小児神経科 須貝研司

要旨：全肢体不自由養護学校206校に、郵送アンケートによる人工呼吸器使用学籍児の実態調査を行った。185校から回答を得、呼吸器使用者は88校に216名在籍しており、在籍校は全国にまんべんなく分布していた。在宅116（通学55、訪問スクーリングあり36、訪問スクーリングなし25）、入院96（院内通学13、院外通学7、訪問ベットサイド76）、その他4名で、気管切開陽圧呼吸163、NIPPV39、体外式4名で、その中で夜間のみ使用は23名であった。神経筋疾患89、脳疾患103、その他22名などであった。呼吸器を夜間のみでの使用では家族の常時付き添いがなくても自宅通学、スクールバスでバス職員のみによる通学が可能であり、気管切開での通学は送迎や付き添いなど家族の負担が大きかった。日中に呼吸器を必要としない、知的障害がない、NIPPVの場合にはより通学が可能であった。院内や家族によるものと区別できないが、種々の医療的ケアが行われていた。

### I. 目的

医療技術の進歩や在宅人工呼吸療法の普及に伴い、人工呼吸器を使用しながら学齢に達する子どもは増加しているが、その教育の実態はわかっておらず、個々の学校や個人で苦勞しているのが現状である。本人・家族にとっても、学校にとっても安全で効果的な教育を行うための基礎資料として、全国の肢体不自由養護学校におけるその実態を調査し、その現状と問題点を検討した。

### II. 対象と方法

全肢体不自由養護学校206校に郵送アンケート調査を行った。この問題に関心を持っていただき、回答率を高めるために、前年度の研究結果である「当院における人工呼吸器使用の学籍児の実態」を同封し、宛名は校長と養護教諭連名とし、養護教諭に回答していただいた。さらに調査項目はなるべく少なくし、ほとんど択一式とした。

### III. 結果

185校（90%）から回答を得た。

#### 1. 人工呼吸器使用者の在籍

185校中88校（48%）に呼吸器使用者が216名在籍しており、小学生96名、中学生49名、高校生71名であった。通常の学齢である6～18歳が210名であったが、それ以外の年齢でも20歳3名、19歳、30歳、32歳各1名が在籍していた。

呼吸器使用者在籍校は北海道から沖縄県までまんべんなく分布し、各校の在籍者は1名（45校）～11名（2校）であった（表1）。在籍者がいなかったのは7県であった。

#### 2. 教育形態と人工呼吸形態（表2）

在宅116名（54%）、入院中96名（44%）であり、教育形態は、自宅通学55、入院院内通学13、入院院外通学7、自宅訪問でスクーリングあり36、自宅訪問でスクーリングなし25、入院ベットサイド76名であった。

人工呼吸形態は、気管切開人工呼吸173（うち夜間のみ5）、鼻マスク陽圧呼吸（NIPPV）39（うち夜間のみ17）、体外式陰圧呼吸4（うち夜間のみ1）であった。夜間のみ23名中22名は通学していた。気管切開陽圧呼吸でも42%は通学またはスクーリングをしていた。

#### 3. 呼吸障害の原因疾患（表3）

神経筋疾患89（筋ジストロフィー37、先天性ミオパチー20、脊髄性筋萎縮症28、末梢性ニューロパチー4）、脳疾患103（脳外傷・低酸素性虚血性脳症30、脳性麻痺27、変性・代謝疾患20、脳形成異常12、染色体異常・奇形症候群7、中枢神経感染・急性脳症7）、その他22名（脊髄疾患12、骨系統疾患9、その他1）であった。神経筋疾患では55%、通学またはスクーリングをしていたが、脳疾患では35%であり、その他では59%であった。

#### 4. 医療的ケア（表4）

学校時間帯における医療的ケア（院内通院者、ベツトサイド教育者の院内でのケアを含む）はいろいろ行われており、記載があった161名では、吸引（口腔74、鼻腔68、気管内102、不詳15）、経管栄養・水分注入85、アンビューバックによる用手人工呼吸53、呼吸器・加湿器操作（スイッチ操作35、回路接続39、回数・圧調整28、不詳17）、その他6名などであった。ただし、設問が不十分で、病院内で病院職員が行うものも含まれているので、学校関連時間帯に家族や教員が行うものを区別できなかった。

5. 通学方法と授業中の家族に付き添い（表5～8）

自宅外、院外への通学者（自宅、院外、スクーリング）98名の通学方法は、家族の自家用車で家族のみ53、家族の自家用車で家族以外も同乗7、自家用車とスクールバス併用4、スクールバスでバスの職員のみ11スクールバスで家族も同乗5、スクールバスで家族以外が同乗4、病院に隣接の学校へ電動車椅子またはストレッチャーで8、その他（福祉タクシーなど）6、記載なし6名であった（表5）。スクールバスでバスの職員のみによる通学は自宅通学のみで、しかも夜間のみの呼吸器使用がほとんど（NIPPV7、気管切開2、体外式1）で、残りの1名もNIPPVであった（表6）。ただし、毎日通学なのか週に何日通学なのかは調査できていない。

自宅外、院外通学者の授業中の付き添いは、なし28、常時付き添い34、付き添わないが校内待機27、付き添わないが校外待機5、その他3（学校看護婦、施設職員、ボランティアなど）、記載なし1名であった（表7）。また、この通学者の中で、気管切開では61名中56名（92%）が常時付き添いまたは校内待機であり、付き添いなしは3名（5%）のみであった。一方、夜間のみの呼吸器使用21名では、常時付き添いはなく、校内待機も2名のみで、付き添いなし・校外待機が19名（90%）であった（表8）。

表1. 人工呼吸器使用者の在籍

呼吸器使用者数	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	計
学校数	97	45	18	6	8	0	5	1	2	0	1	2	216

表2. 学習形態と人工呼吸形態

人工呼吸形態	学習形態		通学 院内	通学 院外	訪問 自宅		訪問 入院	入院中・自宅療養中	計
	通学 自宅	スクーリングあり			スクーリングなし				
気管切開陽圧呼吸	28		8	3	31	22	72	4	168
鼻マスク陽圧呼吸	6		5	3	3	2	2		22
体外式陰圧呼吸					1		2		3
夜間・気管切開	4			1					5
夜間・鼻マスク	16					1			17
夜間・体外式	1								1
計	55		13	7	36	25	76	4	216

#### IV 考察

地域を問わず、肢体不自由予後学校の約半数に人工呼吸器使用者が在籍しており、また半数以上が在宅であり、これには在宅人工呼吸療法の普及が寄与しているとともに、家族および学校関係者の教育に対する強い熱意がうかがわれた。

多くは気管切開陽圧呼吸であるにも関わらず、呼吸器を使用している約半数は自宅通学、院外通学、自宅訪問学級でスクーリングなど、何らかの形で通学している。これを可能にしているものを検討すると、夜間のみの使用の場合は、家族の常時付き添いや校内待機があまりなくてもほぼ全員自宅通学しており、またバスの職員のみでスクールバスで通学するものは夜間のみの使用者にほぼ限られ、特にNIPPVのれいが多かった。気管切開で通学する場合は、自家用車での送迎や、常時付き添い・院内待機が多く、家族の負担が大きかった。これは、家族も安全を考え、無理なことはしていないことを示しているとも言える。

肢体不自由養護学校を対象としたためか、疾患では脳疾患が最も多く、次いで神経筋疾患であり、その他の疾患はわずかであったが、脳疾患に比し知的障害がより少ない神経筋疾患の方が通学する割合が高かった。

昨年と同様に、当院の場合だけでなく、今回の全国調査でも、呼吸器が日中必要ではない、知的障害がない、NIPPVなどの場合にはより通学が可能であることが示された。

医療的ケアは必須であったが、設問の不備で、安全で円滑な教育を行うために学校で分担すべきものは何かは明らかにできなかった。家族の負担を軽減し、学校関係者の安心して行えるような方法を考える上で、今後の課題である。また、普通学校に通学している呼吸器使用者に対する調査も今後の課題である。

謝辞：ご多忙にもかかわらず調査にご協力いただいた学校長、養護教諭の皆様様に深謝いたします。

表3. 学習形態と原因疾患

学習形態	通学 自宅	通学 院内	通学 院外	訪問 自宅 スカーリングあり	訪問 自宅 スカーリングなし	訪問 入院 ベッパ付付	入院中・自 宅療養中	計
原因疾患								
神経筋疾患	30	6	5	14	9	21		89
筋ジストロフィー	17	3	3	4	6	4		37
先天性ミオパチー	4	1	2	6	1	5	1	20
脊髄性筋萎縮症	9	2		2	2	11	2	28
末梢性ニューロパチー				2		2		4
脳疾患	16	4	1	19	14	48	1	103
HIE・脳損傷	2	1	1	7	1	18		30
変性・代謝疾患	1			6	6	6	1	20
脳形成異常	7	1			2	2		12
染色体・奇形症候群	1	1			1	4		7
脳性麻痺	4	1		4	4	14		27
中枢神経感染・脳症	1			2		4		7
その他	9	2	1	3	2	5		22
脊髄疾患	5	1	1	3		2		12
骨系統疾患	4	1			2	2		9
その他						1		1
不明		1				1		2
計	55	13	7	36	25	76	4	216

HIE: 低酸素性虚血性脳症

表4. 学校時間帯における医療的ケア

医療的ケア	件数
吸引	
口腔	74
鼻腔	68
気管内	102
不詳	15
経管による注入	85
用手人工呼吸	53
呼吸器・加湿器操作	
スイッチ操作	35
回路接続	39
回数・圧調整	28
不詳	17
その他	6
不詳	6
記載なし	54

表5. 学習形態と通学方法

学習形態	通学 自宅	通学 院内	通学 院外	訪問 自宅 スカーリングあり	訪問 自宅 スカーリングなし	訪問 入院 ベッパ付付	入院中・自 宅療養中	計
通学方法								
自家用車	34		1	18				53
家族以外も同乗	3			4				7
スクールバス								
バスの職員のみ	11							11
家族が同乗	2		1	3				5
家族以外が同乗	1			3				4
その他で通学	2			4				6
隣接学校・教室通学		3	5					8
入院で院外通学せず		10				76	3	89
在宅のみ					25		1	26
不明	2			4				6
計	55	13	7	36	25	76	4	216

表6. 人工呼吸形態と通学方法

人工呼吸形態 通学方法	気管切開 陽圧呼吸	鼻マスク 陽圧呼吸	体外式 陰圧呼吸	夜間 気管切開	夜間 鼻マスク	夜間 体外式	計
自家用車	35	8	1	2	7		53
家族以外も同乗	7						7
スクールバス							
バスの職員のみ		1		2	7	1	11
家族が同乗	5						5
家族以外が同乗	4	1			1		5
その他で通学	5						6
隣接学校・教室通学	3	4		1			8
入院で院外通学せず	81	6	2				89
在宅のみ	23	2			1		26
不明	5				1		6
計	168	22	3	36	25	76	216

表7. 学習形態と家族の付き添い

学習形態 家族付き添	通学 自宅	通学 院内	通学 院外	訪問 自宅 スターリングあり	訪問 自宅 スターリングなし	訪問 入院 ベントナイト	入院中・自 宅療養中	計
なし	23		2	3				28
常時付き添い	7		1	26				34
校内待機	19		1	7				27
校外・自宅待機	5							5
入院中で関与せず		13	3			76	3	95
在宅で通学なし					25		1	26
不明	1							1
計	55	13	7	36	25	76	4	216

表8. 人工呼吸形態と家族の付き添い

人工呼吸形態 家族付き添	気管切開 陽圧呼吸	鼻マスク 陽圧呼吸	体外式 陰圧呼吸	夜間 気管切開	夜間 鼻マスク	夜間 体外式	計
なし	3	6		5	11		25
常時付き添い	34	3					37
校内待機	22	2	1		2		27
校外・自宅待機	2				2	1	5
入院中で関与せず	84	9	2				95
在宅で通学なし	23	2			1		26
不明					1		1
計	168	22	3	5	17		216

埼玉医科大学小児科

「学童期の療育指導の在り方」研究班

班長 小西行郎先生

いつも班研究では大変お世話になりましてありがとうございます。

大変遅くなりまして、ご迷惑をおかけいたしました。が、本年度の班研究の報告書と経理報告書類をお送りいたします。よろしくご査収下さい。

なお、データに誤りがあり、1月の会議でご報告いたしました内容と多少異なりますことをお詫び申し上げます。

また会計報告は、以下のようになっております。

研究費	300,000円
支出	
班会議旅費	31,540 x 2 = 63,080円
謝金	14,100 x 6 = 84,600円
消耗品	3,780 + 11,119 + 66,151 + 2,920 = 83,970円
切手代	32,800 + 2,050 + 24,720 + 8,000 + 780 = 68,350円
計	300,000円

平成13年3月9日

国立精神・神経センター武蔵病院

小児神経科

須貝 研司

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
学校保健体制をリメイクし、「医療的ケア」に取り組もう  
（分担研究：学童期の療育指導の在り方）  
分担研究者 小西行郎 埼玉医科大学小児科教授  
研究協力者 杉本健郎 関西医科大学小児科助教授

要約：20世紀から引き継がれた学齢期療育の最大の課題である「医療的ケア」について、この間取り組んできた研究と経験から、具体的な解決のための私案を報告した。（1）校医は専門医であること。在学児童・生徒の病態が理解でき、ケアの中身が理解でき、指導できる。ケアが妥当であるかも評価できる専門医が望ましい。（2）養護教諭は看護婦免許が必要である。さらに、臨床経験と臨床実習が必須である。特に重度認定クラスの多い学校では、養護教諭の増員が必要である。実施ケア内容についても言及した。（3）担任教師は、児との特定関係下で「軽微な3項目」を教室内で実施する。胃瘻への注入も問題なく実施できる。

## 1. 「医療的ケア」

学校内での「医療的ケア」行為は、在宅医療の責任体系とは異なり、国の義務教育内での公的責任が明確です。学校での「医療的ケア」の問題は、国・文部科学省が重度重複脳障害児の教育にいかに関与をもつかという立場から考えねばなりません。さらに突き詰めると、重度児への教育の中身そのものが問われているといえます。明治時代から討論された「学校保健体制」をいかに充実させるかという立場で、現状にあった体制にリメイクすることが、今問われています。

なお、「リメイク」とは、大きく作り替えたり、新たなものを加えたりするのではなく、既存のシステムの役割、任務、義務を再検討して、その時代に合ったものに作り替える、すなわち再生することを意味しています。

在宅医療での重度児へのケアは、どこまでが医行為で、どこからが生活行為なのかという討論は、保護者がケアの主体者である限り、あえて問われることはありません。主治医の治療方針を保護者が「納得」した時点から在宅医療が始まります。訪問看護の看護婦であっても、緊急時でない限り、医師の指示をこえる行為をすることはできません。しかし、保護者の行う行為であるから保護者に責任があると考えられがちですが、基本的には主治医に指示責任があります。

在宅医療での公的責任はあまり討論されず、日本では歴史的に曖昧に推移してきました。今後もさらに、個人責任（保護者負担・受益者負担）の傾向が強くなります。地域医療・在宅医療にも学校と同様の公的責任が存在しています。在宅医療の指示責任は医師ですが、医行為をも包括した在宅での障害児のよりよい環境作りには、行政の公的責任が問われるべきです。

障害者の自己決定に基づいて障害者（含老人）自身がいかにハッピーに生きるか、その環境作りを誰

が責任をもって整えるべきなのかが問われています。専門職の役割分担の線引きをすることだけが「公的責任」であってはなりません。本来、障害児への豊かな環境作りは、文部科学省、厚生労働省と国の担当省庁が異なっても、障害児にとっては学校も家庭も同次元のものであり、公的責任が明確に問われるものです。

学校での「医療的ケア」の討論は、法律的に誰が行うのが適切か、という矮小化した討論になりがちです。「医療的ケア」の問題は、障害児教育とは何か、学校保健体制、地域医療・保健体制、ひいては国の障害児・者医療福祉政策としてのノーマライゼーション思想を実現することを問いかけています。なによりも討論の中心にいる一人ひとりの児童・生徒が、障害をもっていても「ハッピーに生きる」、「発達する」、「学ぶ」権利を保障する視点をはずさないよう討論しなければなりません。

## 2. 「医療的ケア」を取り巻く背景（紙面の都合で略記します）

（1）重度重複脳障害児の増加：今後ますます増加していきます。

（2）養護学校の義務制と訪問教育制度の開始：昭和54年に両者が開始されています。にもかかわらず学校保健体制はそれに添って変わっていません。現在のニーズに応じて再検討すべきです。

（3）養護教諭の二本立ての養成制度：養護教諭は学校看護婦から始まりました。時代のニーズに応じて、教育制度も変わりました。そして、今もう一度変わらねばなりません。

（4）医療技術の進歩：危急新生児医療の充実し、1000g未満の子どもたちが増え、学齢期にはいつてきています。その病態は複雑化しています。

（5）地域・市町村の通園施設の充実：乳幼児期からの療育をいかに継続させるかが学齢期の課題です  
（6）障害児医療の発展：緊急避難的な急性期の治



療法を慢性化させて長期間維持していく治療に変わってきています。

(7) 医療費抑制策と行政のリストラ策：病院中心のケアから在宅でのケアに移行してきています。専門性をいかに高め、維持するかが問われています。

### 3. 学校保健の歴史

#### (1) 学校保健とは。

児童・生徒および教職員の健康の保持と増進をはかるのが目的で、保健教育、保健管理、保健組織活動の3点に集約されます。現在の学校保健は、保健主事を中心に、養護教諭が保健室のキーパーソンとして機能し、各種の校医が健診とは別に相談やコメントをしながら進めているものと理解しています。

#### (2) 校医・養護教諭の専門性

校医の歴史は、明治時代にさかのぼります。当時の国策との関連で、若者の健康増進を狙った側面もありますが、当初は小児科医師からはじまったことは、最低限のニーズとして、こどもの健康を判断できることが求められたからだと思います。現在の校医の職務執行内容は、昭和33年の学校保健法に規定されたもので、基本的な内容については現在でも大きな矛盾を生じません。その20年後の1979年に養護学校義務制が決められ、現在はさらに20年経っています。その間何度か学校保健法の改正がありました。しかし、これまで述べてきたように、重度の子ども達の増加を背景に、教育保障を唱えながらも、重度児の学校内の保健体制についてのリメイク策の通達はありませんでした。障害児教育に専門性が問われるのと同様に、学校保健体制についても、通学する子ども達や学校のニーズに合わせた対応とリメイクがされていかなければなりません。

校医には、入学してくる子ども達の病名や体調を把握するための最低限の「専門性」が必要です。学校看護婦から養護教諭への歴史は、当時の学校保健の課題にあわせてリメイクされてきました。明治38年(1905)、校内のトラコーマ流行時、洗眼のために校医助手として学校看護婦が登場しました。ほぼ同じころ、ニューヨークやロンドンでは、白癬やシラミ駆除のため学校看護婦が登場しています。日本が海外先進国の模倣をしたのではなく、独自の判断で作られてきたのです。

大正11年(1922)大阪市では常駐の学校看護婦がおられました。昭和4年には、すでに教育職員として文部省が認定しています。国民学校発足と同時に養護訓導となり、養護イコール教育という捉え方でした。戦後、学校教育法で現在の「養護教諭」となり、その後、看護婦免許が不要な養成課程ができ、1969年には短大養成課程ができるなどして、医学的教育が不十分であっても養護教諭になれる制度ができました。

養成課程別に養護教諭を選別しようというのではありません。しかし、医学は進歩し、治療法も変わり、20年前には予想もしなかった重度重複障害児が病院から早期に退院し、通学する時代になったのです。看護婦免許を獲得するために学ぶ医学的知識の蓄積や臨床実習が、最低限の専門的条件として必要だと思えます。しかも適材適所の配置が必要であることを強調します。たとえば重度の子ども達が通学する保健室には、複数以上の、専門性のあるトレーニングされた養護教諭が必要でしょう。

次に校内保健体制における責任分担について考えてみます。

在宅医療のところでも触れましたが、気管切開の場合を例にとると、基本的な管理と指示責任は、気管切開術をした病院・主治医にあります。自宅では主治医の指導の下、保護者が管理をせざるをえない現状です。ところが学校での子ども達の健康管理は教育の一環としての学校保健として、子どもの健康を維持し増進させることを目的に法律で規定されています。保健主事の役割は学校によって様々ですが、実際に保健計画をたてたり緊急時の対応をするのはすべて養護教諭です。しかし校医の存在も大切です。校医は常勤でなくても、常に養護教諭の相談に応じられる体制が必要です。主治医が学校内の状況を知ることは難しいので、校医が主治医と教師の間に入り、保護者の了解の下に、児童・生徒の病態をわかりやすく説明したり、時には主治医と連携をとりながら、保健相談の形で病態や治療内容の理解を深めたりすることも役目の一つでしょう。「医療的ケア」の実施にあたっては、定期的に校内での方法をチェックし、指導することが必要です。

「医療的ケア」を実施するために、養護教諭とは別に看護婦を学校に配置する考えがあり、これによって「現在の矛盾」が一気に解決されるように思われますが、必ずしも賛成できません。学校保健体制をどうリメイクしていくのかの根本的な討論がまずは大切ではないでしょうか。

日本には先に述べたように学校保健の要である養護教諭の歴史が60年近くあります。学校保健計画を立て、保健指導をします。医師の指示による当面の医療処置だけに限らず、いかに児童の体調を健康的に維持し、重度の場合は命を守るかという養護の立場をよく考えていかなければなりません。

主治医は子ども達の医学的なことはわかりますが生活の大半を過ごす学校や家庭での様子は知りませんし、十分に適切な指導はできません。同じ様に、仮に看護婦が多数の処置をこなすことだけにとどまるならば、子ども達の全体像をつかむことはできないでしょう。病院での処置ならそれでも許されるかもしれませんが、学校教育の一貫としては問題が残ります。「医療的ケア」は、子どもの全体を理解す

る立場から、障害児教育の一環としてとらえ直す必要があります。

#### 4. リメイクとメイクするところ

いくつかの「医療的ケア」の処置そのものを画一的に討論することはできません。現在全国のモデル校で行われてきた「学校現場における医療的バックアップ体制に関する研究」でのケアの「文部省限定3項目」があります。すなわち、咽頭より手前の吸引、痰や喘鳴のない子どもで留置されている管からの注入による経管栄養、自己導尿の補助という「軽微な」ケアの3項目は、教師にも安全に行うことができます。

限定3項目には入りませんが、一部の学校で試行されている導尿チューブの挿入と鼻腔チューブの挿入を比較してみましょう。一見難しそうに見える前者の方が安全です。後者は医師であつてもうまく挿入できないことがあり、医師でも本当に胃まで到達しているのか不安になることもあり、事実小児科医師が気管支に挿入してしまった例があります。それにくらべ後者は一本道ですから容易です。このようにケア内容を画一的にとらえることはできません。

また、ケアを受ける側の重度脳障害児の障害内容や病態は十人十色です。本人の性格や感受性も異なります。ケアそのものがいくら簡単であっても、本人の体調や病態を判断できる専門的な視点が学校内には必要なのです。

古くからある教育基本法、学校保健法にはすばらしい言辭が並んでいます。今ある法律を十分に活用し、子ども達がハッピーになる教育環境にリメイクしていく討論が必要なのです。

重い障害をもつ児童・生徒が通学する学校では、学校保健法の職務規程にのっとり校医の役割を再点検する必要があります。養護教諭の仕事やそれに伴う必要人数も再点検すべきでしょう。養護教諭は、今後地域保健活動への学校側の窓口にもならなければなりません。

第二次大戦後まもなく提案された学校保健委員会が各校で有機的に運用されていません。21世紀に地域に開かれた学校になるためには、もっとリフレッシュ・リメイクして運用、活用すべき委員会であると思われ、それには保健主事の指導性と養護教諭の力量が問われるでしょう。

それらを討論した結果、最後に現在のシステムで足りないものをメイクすべきかどうかという討論になっていなくてはならないでしょう。

#### 5. 提言（杉本私案）

「医療的ケア」の具体的な取り組み：誰が、どこまで担当するか。

(1) 校医は専門医であること。

在学児童・生徒の病態が理解でき、ケアの中身が理解でき、指導出来る。そして、ケアが妥当であるかも評価できる専門医が望ましい。主治医が指示したケアが校内で可能かも判断できなければならない校内キーパーソンの養護教諭の指導ができ、校内の疑問にすぐ対応できる医師が望ましい。

校医赴任については、地元医師会の理解のもと、日本小児科学会や日本小児神経学会の協力を得る。なお、校医に専門医が当たれない時は、専門の指導医巡回が必要である。

(2) 養護教諭は看護婦免許が必要である。

現在の医師法、保助看法下では、重度重複児の医療的ケアは看護婦免許が必要である。さらに、臨床経験と臨床実習が必須である。特に重度認定クラスの多い学校では、養護教諭の増員が必要である。養護教諭は、中心静脈栄養の管理、気管切開部の管理とカニューレ内の吸引、坐薬挿入や抗てんかん薬の投与、挿入が容易な児の鼻腔チューブの挿入、導尿を実施する。それには適宜、主治医と校医の指導が必要である。校医の指導下で担任教師への校内実地研修を担当する。ケアは出来る限り、保健室ではなく、教育現場である教室で行う。

(3) 担任教師は、児童・生徒との特定関係下で「軽微な3項目」を教室内で実施する。3項目とは、口腔内吸引、鼻腔チューブ栄養、導尿介助を指す。胃瘻への注入も研修後は問題なく実施できる。むしろ、ゼロゼロの強い児や嚥下が不得手な児の経口からの給食は、養護教諭、校医の指導が必須である。

なお、通学のバス内でのケアの体制や校外授業や修学旅行の体制、さらに人工呼吸器の校内での管理についてはさらに検討が必要である。通学バス内の責任は、基本的に学校にあるはずである。しかし、この点は21世紀の養護学校のあり方の再検討の理由にもなる。果たして1時間以上もかけて、マンモス化した遠くの学校へ行くより、近くのミニ養護学校で専門教育が受けられるように志考していくべきである。修学旅行そのもののあり方や意義についても重度児が通学する学校の場合、さらに検討が必要である。

最後に、第42回日本小児神経学会の公開シンポジウム「学童期の療育支援」の発表などをまとめた「医療的ケア・ネットワーク」（かもがわ出版、2001年）にも、今後参考になる論文が書かれていることを紹介します。

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

障害児教育担当者の医療情報に関する意識について

分担研究：学童期の療育指導のあり方

分担研究者：小西行郎

研究協力者：富和清隆<sup>1</sup>、松村隆雄<sup>2</sup>、豊川三枝<sup>1</sup>、川脇寿<sup>1</sup>、尾崎元<sup>3</sup>

要約：慢性の神経疾患患児に対する包括的医療サービスの中で教育との連携は不可欠のものであるが、教育現場でも在籍児の障害の重度化、重複化が進み、医療的ケアや個別教育計画の作成など医療との協力連携の必要性が急速に理解されつつある。医療情報についての教職員の意識調査を行ったので報告する。440名の内290名（66%）から回答を得た。90%以上が医療情報の必要性を感じているが、えられるとしたのは30%であった。情報源としては保護者、前任者、就学時情報とするものが多かった。医療機関へのフィードバックの重要性は意識されていたが、実際に行っているとしたのは10%であった。今後養護教育現場でますます医療情報が必要とされまた活用されねばならないが、情報の活用方法、プライバシーの保護など、情報提供のあり方を検討する必要がある。特に情報を円滑に提供しあう窓口の設置が必要とおもわれる。

見出し語：障害児、学校、医療的ケア、医療情報

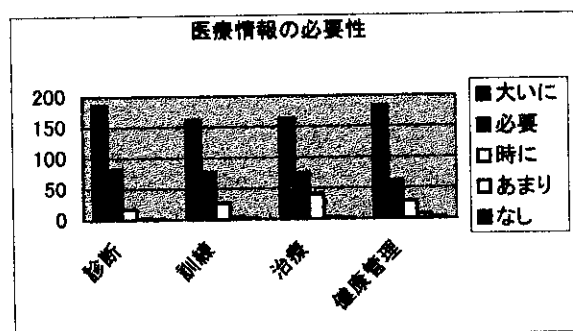
研究の背景：近年、障害児教育の現場では子どもの障害の重度・重複化が目立つようになりつつある。こうした子どもたちの教育推進には、障害の種別、程度を問わずこれまで以上に医学的情報や医療との日常的連携が不可欠になると思われる。著者らは平成7年度より厚生省心身障害研究、平成10年度からは厚生科学研究の研究協力者として主として学童期以降の障害児の医療需要について研究してきたが、障害児のQOLの向上には保護者、学校、医療機関との情報交換がなによりも重要と考えられた。一方、教育の現場でも個別教育計画の考え方が注目され、就学前の療育や医療との連携が必須とされるようになった。そこで、養護教育の現場でどのような医療情報が必要とされるか、またそれらの情報はどうすれば適切に提供できるかを医療の立場から検討した。

対象と方法 平成11年12月から1年間の間に、府下4カ所の学校、教育委員会などの主催の研修会に参加した教育関係者440名に対して診断、健康管理、治療、訓練、等医療情報に関してアンケート調査を行った。

結果 回答者は290名（回収率65.9%）。回答者の所属の割合は知的養護学校37%、肢体不自由養護学校29%、一般校21%、その他（盲・聾・病弱など）23%。学年別では小学52%、中学23%、高等15%、その他10%。医療情報を90%以上が必要と答えたが、実際に提供ありとしたのは約30%であった。必要性、提供とも

「あり」とした割合は診断、健康管理、治療、訓練、の順で高かった。（表1a,b）主な情報源では保護者（63%）で前任教師（15%）、入学時資料（13%）で医師からは5%に満たなかった（表2）。医療機関からの文書については分かる5%、分からない40%、役立つ36%、役立たない13%などで無回答も多かった。それに対して、医療情報に対するフィードバックなど学校からの情報提供の必要性についても85%が必要と答えたが（表3-a）、実際に行っているとしたのは10%であった（表3-b）。医療に最も望むことは情報提供・研修（46%）、相談時間（45%）、相談しやすさ、等とする者が多かった（表-4）。特に学校など関係機関との連携の窓口を医療機関に求める意見が80%以上に見られた。

表1-a



大阪市立総合医療センター 小児神経内科<sup>1</sup>、療育相談室<sup>2</sup>、小児内科<sup>3</sup>

Departments of Pediatric Neurology<sup>1</sup>, Educational Counseling<sup>2</sup>, & Pediatrics<sup>3</sup> Osaka City General Hospital

表1・b

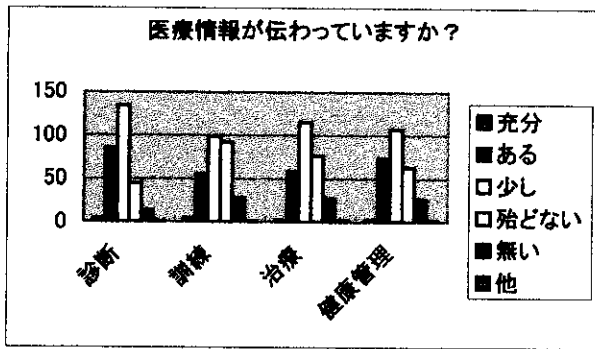


表4

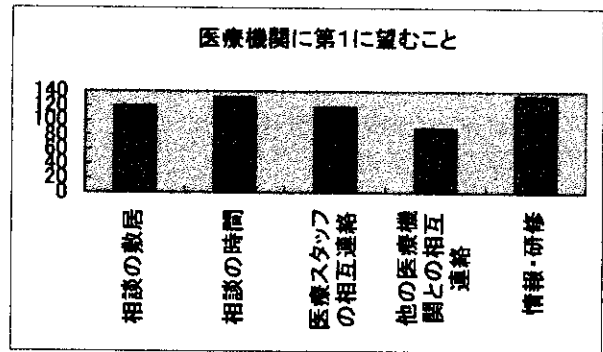
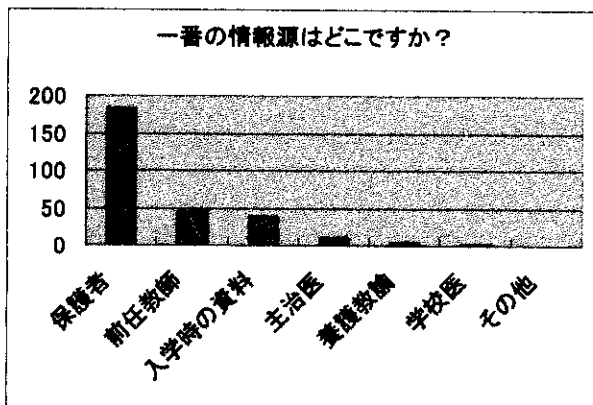
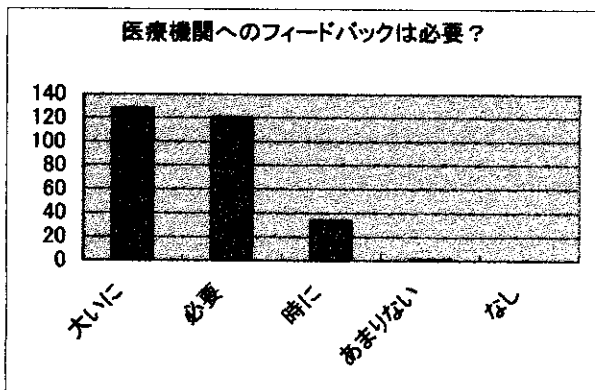


表2



考察 今後養護教育現場ではますます医療情報が必要とされまた活用されねばならないが、医療関係者と教育関係者とは活用されるべき情報内容、情報提供のルール等について医療情報に関する意識の相違が見られる。情報のルートを考えて、現状の医療情報が確実に伝えられているとは言い難い。また、医療機関が教育に有用な、わかりやすい情報を提供するには、教育からのフィードバックが必須であるが、殆どなされていないのが現状である。また、プライバシーや人権についてもそれぞれで意識の相違があると考えられる。情報提供について保護者も含めた共通理解を形成することが重要であるが、そのためには学校保健体制の充実と医療機関においては大阪市立総合医療センターにおける療育相談室のような窓口の設置が望まれる。

表3・a



結論 教育の現場では障害児の医療情報が必要とされているが、情報の内容、提供方法、活用方法などについて検討すべき課題が多い。

研究発表

1 紙上発表

富和清隆 障害児の医療需要とこれからの医療サービス育成 307:2-5,308:2-7,309:2-5,310:4-5,311:2-4 1999  
 富和清隆 医療現場から養護教育に望む 大阪市立養護教育諸学校教育研究会研究紀要 碧空 7:3-18,2000  
 富和清隆 小児の在宅生活支援のための医療的ケア・マニュアル 千代、船戸編：分担執筆 7-10,58-61,85-89 2000  
 大阪府医師会

富和清隆 学校保健を越えた地域医療との連携 子にし、高田、杉本編：医療的ケアネットワーク 2001  
 クリエイツかもがわ

2 学会発表

富和清隆 子どもを取り巻く人々から小児看護に期待すること 第10回日本小児看護学会シンポジウム

表3・b

