

<補足資料 (No.48 医療的ケア児に対する訪問看護サービスの利用範囲拡大)>

医療的ケア児のケアにかかる時間は、様々であり、1回の訪問の時間が30分から1時間30分で対応できないといいきることはできない。また、訪問看護ステーションを複数組み合わせることで、1回の訪問時間がたとえ90分以内であっても、学校生活を終日支えることも可能であると考ええる。

むしろ、教育現場に教員資格のない看護師がいつづけても、教師ではないため医療的ケアしかできない。そのことに伴う、他児童生徒への影響・クラス運営の難しさ、看護師自身の手持ちぶさたな状況を考えると、必要なときに訪問看護ステーションを利用し、医療的ケアのみを学校で実施するのは適当であると考ええる。

また、実際、看護師を1名市町村で雇用したとしても、呼吸管理等命に直結するケアを実施している場合もあり、そうすると1名の看護師では、その看護師の労働安全基準法にある休憩時間をとることが困難であり、別途この看護師の法定の休憩時間のみ対応する看護師を別に1名雇う必要がでる。しかしながら、休憩時間の1時間のみのケアにくる看護師は、募集しても集まらず実質1名の看護師が休憩時間をとることが困難な中、ケアを担うことになる。こうなると、この看護師への責任・負担が強いため、終日勤務であっても看護師を募集しても集まらない。それが、現行市町村で看護師を医療的ケアで雇用する際の課題となっている。

国の医療的ケアの中にある人工呼吸器装着時の呼吸管理及び吸引は専門性が高く、看護師であっても看護師全員が実施できるような行為でない。そのことを踏まえると、就学前までは該当児童については、医師の指示で訪問看護ステーションが関わっているケースがほぼ100%に近く、技術も確立され安全性が高く保護者との関係も形成できている訪問看護ステーションを活用することが、学校現場において安全にケアを実施する方法としてよいと考えられる。

ただ、現行において訪問看護ステーションの利用は居宅だけに制限されているため、医療保険の適応はできず、市町村が全額自費負担して訪問看護ステーションと契約をするしかない。教育支援体制整備事業費補助金においては、費用の3分の1しか補助されず、市町村の負担は大きく財政を圧迫しているのが現状である。

障害者差別解消法の視点から意見を述べると、他の児童生徒と同様に保護者の付き添いなく学校生活を保障しなければならないにも関わらず、市町村の財政状況により医療的ケア児への支援の対応がかわるような現行の補助金形式の体制は適さないと考える。

疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者が療養の

中で学習の権利を保障されるのは当然であるため、その学習場所を自宅にしなければ訪問看護を受けられないというのは適切でないと考える。日常生活の中で主治医が医療的ケアを必要と認めた場合、場所が居宅であっても学校であっても、訪問看護師がケアを実施できるようにすることが、医療的ケアが必要な児童生徒の学習の権利を守ることにつながる。

医療保険の適応が可能になれば、保護者が負担する費用を市町村で負担する形で、保護者の負担なしとすることも可能であり、訪問看護ステーションは保護者との直接契約であるため、保護者がケアを受ける看護師を自身で選択する権利ももつことができる。そのため、市町村で対応することになると困難となる看護師への医療技術の指導等も実施する必要がなく、安定して継続的な看護を児童生徒が受けることができる。

学校では1対1の個別のサービスの提供ができないとのことであるが、実際に看護師は国が定めている特定当為の医療的ケアを行うだけであり、その他の介助は看護師が実施するのではなく、特別支援学級の教師等が実施する形であるため、懸念されている状況は発生しないものと考ええる。

就学前における医療的ケア児に対する国からの支援は、保育所に限定され、幼稚園に対しては教育支援体制整備事業の看護師の巡回・派遣に限局されており、医療的ケア児への幼稚園におけるケアの体制確保が困難な状況にある。平成17年の徳島地裁の裁判例では医療的ケア児への就学許可を義務づける判決がでていること、障害者差別解消法の観点から、義務教育ではないが義務教育と同等の教育を実施している幼稚園における医療的ケア児の教育を受ける権利を保障するためにも、医療保険の訪問看護ステーションの利用を居宅に限定する形ではなく、主治医が日常生活において医療的ケアが必要と認めて、主治医の訪問看護指示書が作成される場合は、幼稚園にも拡充を認められないと、医療的ケア児が保護者の付き添いがなく幼稚園に通園することが困難である。