

特別支援学校看護師のための ガイドライン

改訂版

学校に勤務し医療的ケアを担う
あなたの第一歩を支えます

日本小児看護学会 すこやか親子21 推進事業委員会
「特別支援学校に勤務する看護師の支援」プロジェクト

平成22年3月

改訂版ガイドライン発行によせて・・・

21世紀、病気や障害を持つ子どもたちの医療は、この20年ほどのあいだでも大きな変化を遂げ医療機関からの早期退院の傾向が強まり、在宅療養は、もはや人工呼吸器を装着している子どもであっても当たり前になってきました。

子どもの場合は、在宅療養の場として、家庭以外に、子どもが日常的に過ごす場として「学校」があります。昭和54年に養護学校（現特別支援学校）の義務教育制が布かれ、就学の免除ではなく、できるだけ学校に通うことが奨励されるようになりました。病院からの早期退院傾向とあいまって、近年では、肢体不自由養護学校内には医療的ケアを必要とする子どもが増加し、その約2割は医療的ケアを必要とするといわれています。平成16年に「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」が厚生労働省と文部科学省との合意で提出され、そこには、積極的に特別支援学校に看護師を配置することがうたわれています。しかし、実際に、特別支援学校に勤務する看護師は、これまでの病院勤務とは異なり、看護業務の違いや、教育現場の教諭との価値観の調整や連携のむずかしさ、ひとりでシビアな判断をすることの責任の重さなど、さまざまな戸惑い、不安、疑問が生じ、看護師としての機能や専門性が揺らぐ体験をしています。

日本小児看護学会では、19年度に全国調査の肢体不自由特別支援学校の看護師・教諭・養護教諭を対象に医療的ケアに対する実態とそれぞれの職種の認識について調査を行い、その結果に基づいて初版の「特別支援学校看護師のためのガイドライン」を作成しました。20年度には健やか親子21推進事業委員会のプロジェクトとして、①ガイドライン熟読による評価のアンケート調査、②ガイドライン活用校における聞き取り調査などを実施して、ガイドラインの評価を行いました。21年度は、「特別支援学校に勤務する看護師の支援」プロジェクトを立ちあげ、20年度におこなった評価や、研修会時に頂いたご意見を参考に、今回、改訂版「特別支援学校看護師のためのガイドライン」を作成しました。

19年度の調査では、看護師が特別支援学校に勤務し、自分たちの役割が何であるのかに戸惑い、教諭や養護教諭とよい連携を行う方法を模索しながら苦悩する看護師の状況がうかがわれましたので、はじめて勤務する看護師を意識して作成しました。改訂版では、すでに経験を積んでこられた先輩の特別支援学校看護師の実績をおおいに活用させて頂きながら初版の反省を検討して修正を加えました。改訂版では、全国どの地域であっても格差なく特別支援学校看護師としての専門性を発揮して児童生徒の安全で安心なケアに貢献できるよう、また、看護師たち自らが啓発し発展していけるよう願って改訂していきました。その間には、ガイドラインの活用についての研修会も、名古屋（20年度）と東京（21年度）で行いました。改訂の概要は、分かりやすくすることを目指し、文章をできる限り箇条書きや図表にして見やすくしたり資料の追加を行ったこと、抽象的な表現に留まっていた箇所を具体的なイメージが見えるように例を挙げるなどしたこと、また添付の様式などもあらたに加えました。

これからも、このガイドラインが、特別支援学校に勤務する看護師の戸惑いが軽減し、直面する課題に対し少しでも早い解決に繋がるヒントとなり、また、医療的ケアをもつ児童生徒のより良い教育を受ける環境作りに看護師として貢献できるよう切に願っています。

初版 「特別支援学校看護師のためのガイドライン」

＜平成 18 年度、平成 19 年度＞

日本小児看護学会「特別支援学校において医療的ケアを実施する看護師の機能と専門性の明確化」担当メンバー

勝田仁美（近大姫路大学看護学部）
二宮啓子（神戸市看護大学）
奈良間美保（名古屋大学医学部保健学科）
鈴木真知子（京都大学医学部保健学科）
内田雅代（長野県看護大学）
宮内環（神戸市看護大学）

改訂版 「特別支援学校看護師のためのガイドライン」

＜平成 20 年度＞

日本小児看護学会健やか親子 21 推進事業委員会プロジェクトメンバー

委員長 奈良間美保（名古屋大学医学部保健学科）
勝田仁美（近大姫路大学看護学部）
二宮啓子（神戸市看護大学）
平林優子（聖路加看護大学）
丸 光恵（東京医科歯科大学大学院）
村上泰子（名古屋大学医学部保健学科）

＜平成 21 年度＞

日本小児看護学会健やか親子 21 推進事業委員会

「特別支援学校に勤務する看護師の支援」プロジェクトメンバー

代表 勝田仁美（近大姫路大学看護学部）
加藤令子（茨城県立医療大学保健医療学部）
小室佳文（茨城県立医療大学保健医療学部）
西脇良枝（埼玉県立大学保健医療福祉学部）
二宮啓子（神戸市看護大学）

健やか親子 21 推進事業委員会

委員長 奈良間美保（名古屋大学医学部保健学科）
勝田仁美（近大姫路大学看護学部）
二宮啓子（神戸市看護大学）
平林優子（聖路加看護大学）
丸 光恵（東京医科歯科大学大学院）
新家一輝（名古屋大学医学部保健学科）

目 次

I. 特別支援学校における医療的ケア	1
II. 特別支援学校における看護師の機能と役割について	4
III. 重症心身障害児の健康に関するアセスメントの指針	9
IV. ケア環境と安全な技術	21
V. 児童生徒に関する情報収集とアセスメント	29
VI. 連携・協働のあり方	37
VII. 教諭への支援	41
VIII. 看護師として成長し自信をつける	43

付録

＜特別支援教育とは＞	50
＜特別支援学校における医療的ケアに関連する図書・文献＞	52
＜医療的ケアの知識・技術に関する図書＞	
＜医療的ケア関連通知・資料＞	54

Ⅰ. 特別支援学校における医療的ケア

1. 盲・聾・養護学校における医療的ケアの実施に関する経緯

- ・昭和 54 年 養護学校の義務制が実施された。
- ・平成元年頃から、特に大都市圏を中心に養護学校における医療的ケアへのニーズが浮上してきた。

ノーマライゼーション理念に基づく在宅生活の広がりや医療技術の進歩、在宅医療の諸施策の推進等により、医療的ケアの必要な児童生徒の在宅化が進み、地域の養護学校への就学ニーズが高まってきた。それまでは、保護者がずっと学校に待機して医療的ケアを行ったり、学校に来ることが困難な児童生徒は訪問教育を受けたり、法律的な整理がなされないまま教諭が保護者の依頼を受け児童生徒のために善意から医療的ケアを行うこともあった。さまざまな対応がなされるなか、児童生徒の家族から「親のできることをなぜ先生はやらないのか」、「就学上の措置はどのようにしたらよいのか」、「付き添いは、親の心理的・物理的な負担が大きい」、「看護師を配置してほしい」等、多様な要望が出てきた。

- ・平成 5 年 「障害者対策に関する新長期計画」（障害者基本計画）
- ・平成 7 年 「障害者プランの策定」～ノーマライゼーション 7 カ年戦略～
- ・平成 9 年 「肢体不自由養護学校における医療的ケアについて」の報告書
- ・平成 10～14 年 「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」 10 県
- ・平成 15 年 「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養支援について」
(厚生労働省医政局長通知)
- ・平成 16 年 「養護学校における医療的ケアに関するモデル事業」 40 道府県
「養護学校における医療的ケアに関する研修事業」 全国 3 ブロック
- ・平成 16 年 10 月 「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」
(文部科学省・厚生労働省)

平成 16 年に厚生労働省と文部科学省から「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」が合意され、それにより、看護師を配置すること、条件付きで現場の教師に許容される 3 つの医療行為「咽頭手前までの吸引・経管栄養・自己導尿の補助」などが出され、それぞれの自治体では、学校への看護師導入が本格化した。

盲・聾・養護学校における医療的ケアの取り組みは、ノーマライゼーション理念の普及や在宅医療等の進歩により生じてきた医療ニーズの高い児童生徒の増加に伴い、その新たな教育的ニーズに対し、安心・安全な学校生活を送るための環境作りとして、看護師資格のあるものを特別支援学校に必要な人材として新たに導入するとともに、従来の学校システムを再構築して対応してきたものである。児童生徒一人一人の教育的ニーズに対応する特別支援教育の理念を一足先に実現してきたと言える。

2. 基本的な考え方

医療技術や在宅医療の進展、ノーマライゼーション理念の普及によって、従来は医療機関で行われてきた「医行為」を本人や家族などが自宅において日常的な介護として行うようになってきている。病院から在宅生活への移行の中で、家族などが在宅で行う行為を医療者は医療的ケアと呼ぶことが多い。つまり、医療的ケアという言葉は、医療現場で定義されていないが、経管栄養・吸引・ストマ管理などの日常生活に必要な医療的な生活援助行為全体を慣習的に指して理解していることが多い。

しかし、学校における「医療的ケア」については、平成15年「養護学校における医療的ケア体制整備事業（文部科学省）」において「たんの吸引・経管栄養・導尿」を医療的ケアとして定義し、それらの行為が医行為であるか否かの法律学的な整理が行われ、平成17年「盲・聾・養護学校における医療的ケア実施体制整備事業」実施要項の中で、『日常的・応急の手当（いわゆる「医療的ケア」）』と述べられ、上記3行為は、4.で後述する教諭に許容される3つの行為につながっていくようになった。

特別支援学校での医療的ケアの実施は、看護師のみが実施している学校と、看護師と教諭が共に実施している学校があり、平成20年5月の調査（文部科学省）では、22都道府県（政令指定都市含む）は看護師のみ、38都道府県は看護師と教員で実施、と回答している。

どちらかが良いというわけではないが、教諭が実施しない場合も子どものからだの状態や行われる医療的ケアに関心を持っていることは、そばにいて観察する存在として重要であることに変わりはない。

3. 医療的ケアを特別支援学校で行う意義

- ①医療的ケアが必要な児童生徒の通学が可能になる。
- ②食事、排泄、呼吸などの確な健康状態の把握や医療的ケアへの対応で生活リズム・生活習慣が確立され、子どもの欠席日数や事故が減るなど学校生活の基盤を充実できる。
- ③安全な医療的ケアを受けることにより安心が生まれ、より充実した教育を受けることができる。
- ④児童生徒が教職員や看護師から「医療的ケア」を受けることにより、信頼関係が促進される。
- ⑤保護者から離れて、教職員や看護師から「医療的ケア」を受けることにより、児童生徒の社会的自立が促進される。
- ⑥「医療的ケア」のために、常に付き添わなければならない保護者の負担を軽減できる。

特別支援学校に看護師が配置され医療的ケアを実施することにより、児童生徒にとってはもちろんのこと、保護者にとっても、教育する教諭にとっても、安全で安心な教育環境が整い、看護師としてより良い教育に貢献できる。

4. 3つの医療的ケアにおける教諭が行うことが許容される標準的な範囲

平成16年の「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」により、条件付きで現場の教師に許容されることとなった医療的ケアは以下のとおりである。（詳細は、資料参照）

- 1) **咽頭前までの吸引** : 吸引チューブを口から入れて、口腔の中まであがってきた痰や、たまっている唾液を吸引することについては、研修を受けて手順を守って行えば危険性は低く、教諭がおこなっても差し支えない。また、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に行う。
- 2) **経管栄養** : 栄養チューブが正確に胃の中に挿入されていることを看護師が確認した後の対応は、研修を受けて手順を守って教諭が行っても差し支えない。
- 3) **自己導尿の補助** : 本人または看護師がカテーテルの挿入を行った後、尿器や姿勢の保持等の補助を教諭が行っても差し支えない（平成 17 年厚生労働省の文書により、医行為に揚げた諸条件を満たす必要のない行為となった）。

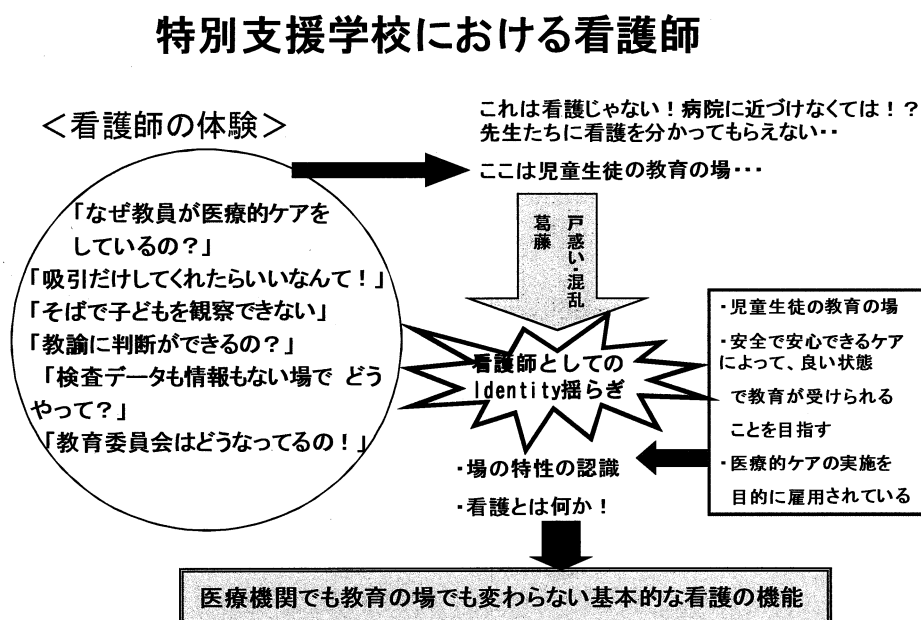
参考文献：

1. 横田雅史(2007)：特別支援学校、特別支援教育．小児看護事典，日本小児看護学会監修・編集，へるす出版，pp604-606，東京．
2. 全国心身障害児福祉財団(2005)：医療的ケアへの対応実践ハンドブック．全国心身障害児福祉財団，東京．
3. 日本看護協会(2005)：盲・聾・養護学校における医療的ケア実施対応マニュアル．日本看護協会「盲・聾・養護学校における安全で医療・看護の提供に向けたマニュアル検討プロジェクト」報告，1-97．
4. 下山直人(2006)：国の動向と盲・聾・養護学校における実施体制の整備について．学校保健研究，48,376-384．
5. 神戸市教育委員会(2007)：医療的ケアに関する手引き（医療的ケアを必要とする子どもとともに），1-125．

Ⅱ．特別支援学校における看護師の機能と役割について

医療現場での看護師の主な役割は、病児が病気の回復のために検査や治療を安全に安楽に受けながら、最大限の効果が上がるように援助することです。しかし、特別支援学校における看護師の主な役割は、児童生徒が安全に安楽に教育を受け、その教育効果を最大限に引き出すために教諭が教育活動を行えるように環境を整えていくことです。

病院勤務経験がほとんどである看護師にとっては、特別支援学校勤務当初はだれでもが、図Ⅱ-1のように戸惑い、混乱し、自身の看護師としての機能が分からなくなる経験をしています。



図Ⅱ-1 はじめて特別支援学校に勤務する看護師の体験

特別支援学校における看護師の機能と役割には、看護として「ケア提供の場に特定されない基本」をベースとしながら、特別支援学校における看護の特殊性があります。

1. ケア提供の場に特定されない基本的な看護の機能

看護師は、医療的ケアを実施する専門家としてあらたに学校に導入されました。まず、ここは、児童生徒が教育を受ける学校という場であり治療の場ではない、看護師はより良い教育が受けられるよう医療的ケアを行う、この大前提を認識することが重要です。特別支援学校で看護を初めた頃はケアを実践するのが自分たちではなく教諭であることに戸惑いますが、実践を積み重ねていくうちに、子どもを直接観察し、アセスメントして、問題点を探るといった基本的普遍的役割は、病院でも学校でも、ケア提供の場にかかわらず変わ

りがないと認識するようになります。

①学校における看護も対象となる人を全体として捉えること

児童生徒の気管や吸引だけに関心に向けて実施しているわけではなく、教員と協働しながら心理面や家庭でのことなど統合的に子ども達を捉えて関わろうとします。

②実践を一連のプロセスで捉えること

看護は、観察に始まり、アセスメントして、実施、評価し、再度、観察・アセスメント・・・といったプロセスを歩むもの。教諭と共にその一連のプロセスを分担したり協働したりしながら行います。たとえば、教諭と看護師が児童生徒の状態の情報交換をして、看護師は吸引する判断をし、カニューレから吸引をする。時には、教諭がそばで観察していてタイミングよく看護師を呼ぶこともあるでしょう。看護師がそばにいない時間があっても看護としての一連のプロセスがなくなるものではありません。単に吸引という作業をして回る人ではないのです。

③対象者と看護師の関係を重視すること

児童生徒と関わる時間は病院勤務の時とは異なり、いつもそばにいるのは教諭です。しかし、ケアに関わる一瞬一瞬は、看護師が児童生徒としっかりと向き合う大切な瞬間です。時間は短くとも医療的ケアを通して技術の操作も声かけも大切な関係性作りにつながるはずです。

④健康の保持増進を目指すこと

看護師は医療的ケアの実施のために雇用されたのですが、医療的ケアを実施したり観察の仕方や体調の整え方を教諭にアドバイスしたりして児童生徒が少しでも体調が整うことによって、より良い状態で教育が受けられることは児童生徒にとって心身の健康増進に貢献できているといえるでしょう。ただ、ここで治療するのではないことは意識しておく必要があります。

⑤個性を尊重するあり方

同じ気管切開をしてカニューレを使用して吸引が必要な子どもでも一人ひとり、ケアで注意すべき事や観察すべき事が異なるのは、医療施設内と変わりありません。その子その子のケアのあり方を工夫し、決して一般的な知識を適用してその子に実施しているわけではないはずです。

⑥実践に科学的根拠を持つこと

病院勤務時代、この子の気管の太さは・・・粘膜は・・・と根拠をいちいち意識しながら実践していたわけではなかったかもしれませんが、学校では、唯一の医療の専門家として頼りにされます。実践するにあたり根拠を意識することの大切さは変わりません。そして、教諭に分かるように伝えることで教諭の観察力が高まります。

⑦他職種と協働していくこと

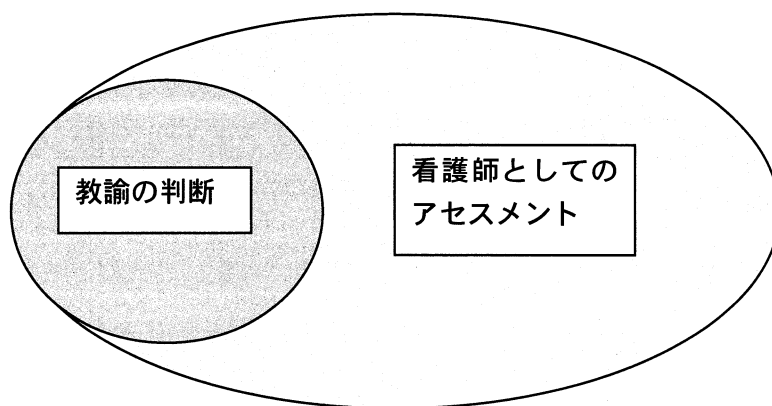
病院勤務時代は医師という医療職とは当たり前のように共に仕事をしてきましたが、そこには、暗黙の協力関係や役割分担、相手の職務への信頼が存在して成り立っていたのです。教諭との協働は初めてですが本質は同じです。

これらはみな、医療現場で看護師として実践する際に常に意識し重視してきた視点と同じです。しかし、学校では本来看護師自身が行っていた吸引、経管栄養などの医療行為を医療者でない教諭が行っていたり、児童生徒の側に最も長くいるのは担任教諭で、看護師は部分的側面的関わりであったり、医療行為に関する子どもの状態や情報を教諭から受けなければならなかったり、看護師は本来子どもの全体像を把握するものであるのに医療的ケア実施者としてのみ期待されたりします。これらは、これまで経験してきた看護師としての働きの中にはなかったことですので、戸惑いにつながるのです。そのような環境の中に自分がいるということをまず看護師は認識する必要があります。

そこに起こっている事態を客観的に認識することによって、戸惑いや混乱を減らし、本来の「看護とは何か」を取り戻すことができると考えています。特別支援学校に勤務する看護師は葛藤しながらの年月の中で、ケア提供の場に関わらない看護の基本的普遍的機能として、子どもを観察し、医療的ケアを実施する教諭と情報のやりとりをしながら、看護師として変わりなく子どもの状態をアセスメントし、教諭が子どもに安全に適切に実施できるようアドバイスし、また、子どもがよりよい状態で教育が受けられるよう看護師自身もケアを提供して看護のプロセスを歩むのです。

2. 教諭の判断を得て行う統合的な看護アセスメント

学校という場合は、絶対的に教諭の数が多く、教諭が継続的な子どもの観察や医療的ケアの一部を実施していることから、少ない看護師が子どもの情報を得るには限界があります。そのため、教諭から子どもの情報を得て、看護判断を行うという特殊性があります。教諭は医療的ケアについての研修を受け、毎日、1年間ずっと子どもを観察しながら、特定の子どもの医療的ケアを実施しています。看護師は教諭なりの観察眼を信頼して初めて、統合的な看護アセスメントが可能になります。教諭と十分なコミュニケーションを行い、子どもの身体・健康面、子どもにとっての教育面の意義について統合的なアセスメントができるようにすることが必要です（Ⅱ－2）。



図Ⅱ－2 教諭の判断を得て行う統合的な看護アセスメント

3. 教育を受ける目的で来た児童生徒に医療的ケアを担う医療者としての機能

特別支援学校では、教諭からも養護教諭からも医療的ケアの実施は当然高い比率で看護師に期待されます。病院で出会う子どもは主に治療することを目的に来ており、学校で出会う子どもは教育を受けることを目的に来ています。学校現場であっても医療面の統合的なアセスメントは看護師として必要ですが、教育の場における教育的・全体的アセスメントや生活の質について考えるのは担任教諭の役割です。しかし、看護師は対象者の看護上の問題点を把握する視点が経験的に身につけているため、子どもにとっての教育を受ける目的を意識する前にケアニーズが目に入ってきます。そのため、看護師はその子どもへの教育が何を目指しているのかについてきちんと理解できないまま子どもの行動を制限しがちであると、教諭らは感じる場合があります。教諭が立てるその子どもの年間の教育計画や、きょうの授業のねらいなどを理解した上で、医療的ケアを共有することが大切です。

4. 教諭が実施する医療的ケアへのアドバイスをする機能

病院勤務の看護師にとって、後輩への指導や家族・子どもへの指導は日常的ですが、他職種に対する指導経験はほとんどないといっても過言ではないでしょう。看護師が教諭に何をどのようにアドバイスするのがよいかを考える際には、教諭が子どもの状態をどのように判断し、どのように行い、評価したかを把握することなしには行えません。ワンパターンの知識を伝達するのではなく、自身の看護師としてのアセスメントを口に出して伝えることが必要です。適切なアドバイスは、必ず子どもに対する教諭のケアの向上と安全の確保につながるため、看護師は意識してこの機能を果たす必要があります。これは、教諭自身が医療的ケアを実施しない場合も同じです。

5. 医療の専門的知識の提供

看護師は教育現場での医療者の代表です。看護師にとっても臨床現場を離れ、仲間が1～2名しかいない状況の中で、新しい知識を手に入れることは容易ではありません。日進月歩の医療において、新しい知識を取り込む方法を知っている必要があります。

知識の提供は、学校全体の中で講義の依頼があって提供される場合や、個別な相談もあると思われますが、医療的ケアに直結したことでなくても、また指示書の有無にかかわらず教諭・養護教諭からニーズを把握したりして知識提供を行うことも大切です。

6. 条件を整えた上での緊急時対応

緊急時は看護師も医師の指示以外の行為を行うことがありますが、実際に、学校で看護師は「指示書」の有無にかかわらず、4割程度の者が緊急事態に遭遇しています。また養護教諭も際限のない子どもの障害の重症化や医療的ケアの高度化複雑化に対し危惧しています。個別の子どもごとのマニュアルが整えられている、教諭とよりよいコミュニケーションがあって早期発見・早期対処のレベルをあげる、医師の指示や変更が適時紙面に記されている、日々の状態が記録されているといった最低限のことは当然必要ですが、それでも、緊急事態の課題は大きいです。緊急事態をできる限り避ける予防的関わりと、実際に起きてしまったときの迅速な対応の両方に、看護師、教諭、養護教諭、保護者が一緒になって、学校として取り組む必要があります。

7. 特殊性のある職種間連携を意識したチームアプローチ

学校という場において多職種が医療的ケアを必要とする子どもに関わっています。これからの看護アプローチは他職種との連携が当たり前であり、地域においては、なおさら広い連携が必要になります。子どもと保護者を中心とした多職種の連携を意識し、チームアプローチとしてシステム化させ、定着させていくことが重要です。

また、学校における連携は単なる多職種連携とは異なり、3つの医療的ケアという医療行為を他職種が担う方法を取りながら連携しています。そのため、それが安全に適切に遂行されることにも意識を注ぎながら、看護師として学校における役割を果たすことが求められています。

Ⅲ．重症心身障害児の健康に関するアセスメントの指針

特別支援学校で医療的ケアを必要としている児童生徒はさまざまな疾患・障害をもっており重症心身障害児（重心児）だけではありませんが、重心児は吸引や経管栄養など医療的ケアを多く持つことが多いこと、また、特別支援学校に勤務する看護師からは重心児の特徴を知りたいというニーズが多かったため、ここでは、重心児を取り上げています。

重心児の特徴として、病態が多様で症状の出方も表現方法もさまざまで、非常に個別性が高いことが上げられます。また、重心児の健康状態は、変化しやすく、児童生徒の健康管理に当たる看護師、教員等は、必要に応じ日に数回健康観察を行い、それを毎日繰り返すことによって、健康状態の把握や異常を発見することができます。さらに、障害の有無にかかわらず、児童生徒は成長発達を続け、その子なりの健康生活能力を獲得していく過程にあります。その過程は、児童生徒自身に内在する能力と環境との相互作用が大きく影響するので、環境要因の一つである保護者の子どもに向かうありようにも目を向ける必要があります。そのような重心児の特徴を踏まえ、アセスメントの視点を以下に示しました。

重心児に起こりやすい健康問題の特徴（図1）は、主なもののみを記しています。詳細は巻末の参考書などをご参照下さい。

1. 呼吸

重心児の特徴

重心児は、気道が狭くなったり、貯痰による空気の通過障害を起こしやすい。身体活動の少なさや、胸郭の変形、筋緊張亢進や筋力の低下などによる呼吸筋や横隔膜の運動制限によって胸郭関節可動域が小さくなり、十分な換気を行いにくくなる。また、いったん痰が生じると、排痰に必要な深い吸気や胸郭・横隔膜の強い収縮ができないために自力咯出する力が弱く、身体の動きの少なさもあり、痰が肺や気管に貯留しやすい。そして、さらに水分摂取が上手でないなどから水分不足により痰が粘ちゅう度を増しやすい。そのような特性から誤嚥性肺炎など呼吸器感染症を非常に起こしやすく、それが生命を脅かすことも多い。そのために本人や家族の意向を確認しながら喉頭気管分離術などの手術を選択せざるをえない場合もある。

呼吸障害の理解

- 1) 呼吸障害のメカニズムを理解している。
- 2) 疾患の特殊性や状態の特殊性に応じた呼吸障害に対して、定期的にあセスメントできている。
- 3) 専門的排痰ケア、服薬、酸素療法、姿勢、胸郭関節可動域訓練のあセスメントが定期的に行っている。
- 4) 呼吸を楽にするような姿勢づくりについて、定期的にあセスメントしている。
- 5) 呼吸障害の症状について観察している。
- 6) 呼吸障害への対策がとれる。
- 7) 排痰困難への対応がとれる。
- 8) 痰（分泌物貯留）への対応が適切に行える。

- 9) 様々な方法による酸素吸入療法の長所と短所を理解している。
- 10) 呼吸不全のアセスメントができる。
- 11) 喘息発作のアセスメントと対応ができる。

呼吸障害 - 吸引

- 1) 口鼻腔吸引の注意点を理解している。
- 2) 主治医等の指導した方法に基づき口鼻腔吸引の方法が適切に行える。

呼吸障害 - 気管切開管理

- 1) 気管切開管理や気管カニューレに伴う事故や合併症について理解している。
- 2) 気管カニューレ内吸引の注意点を理解している。
- 3) 主治医等の指導した方法に基づき気管カニューレ内吸引の手順が適切に行える。
- 4) 気管カニューレが抜けた時の対応ができる。
- 5) 気管切開部のケアができる。

2. 栄養

重心児の特徴

重心児は、本人の食欲を把握することも難しく、食事を取り込む際の、捕食・咀嚼・嚥下の機能が十分でないため、必要な栄養素や量、取り込む食事の形態も経管栄養など、制限を受けやすい。経管栄養の場合の過剰投与による嘔吐、下痢も起こりうる。エネルギーの消費を考慮した所要量の設定が難しいが、一般に経口摂取量が少なく、微量元素やビタミンなどの不足を招きやすい。寝たきりで筋緊張亢進があり、脊柱の変形などにより姿勢が保てなかったり、嚥門の機能が十分でないなどにより胃食道逆流現象が起こりやすく、それによる誤嚥で呼吸器感染を合併しやすい。反対に、呼吸機能が安定せず経口摂取に影響を与えることも多い。

栄養

- 1) 重心児の嘔吐の原因が理解できている。
- 2) 重心児の水分、電解質バランスの障害について、理解できている。
- 3) 栄養所要量と臨床的特徴を理解している。
- 4) 微量元素の欠乏防止策について、理解している。

栄養－経管栄養

- 1) 食事をする環境づくりについて、定期的にあセスメントしている。
- 2) 児童生徒にあった食事姿勢が整えられる。
- 3) 経管栄養法の適応、目的、種類、特徴を理解している。
- 4) 胃瘻/経腸栄養の観察、注意事項が分かり、適切に実施できる。
- 5) 胃食道逆流症の評価方法を理解している。
- 6) 児童生徒の栄養チューブの種類、サイズ、挿入の長さが分かり、適切に実施できる。

栄養－経口摂取

- 1) 食事をする環境づくりについて、定期的にあセスメントしている。
- 2) 児童生徒にあった食事姿勢が整えられる。
- 3) 児童生徒にあった食事形態をあセスメントし、選択できる。

- 4) 児童生徒にあった方法や用具で食事介助ができる。
- 5) 誤嚥を防ぐような適切な経口摂取介助ができる。
- 6) 誤嚥の評価と対応ができる。
- 7) 摂食・嚥下障害のマネジメントができる。

栄養－栄養と褥瘡

- 1) 褥瘡の発生要因を理解している。
- 2) 栄養状態の評価方法について理解している。
- 3) 児童生徒にあった褥瘡発生予防法を定期的にアセスメントしている。
- 4) 創状態に合わせた褥瘡処置の方法を理解している。

消化機能・GER についての理解

- 1) 消化機能・GER のメカニズムを理解している。
- 2) 疾患や状態の特殊性に応じた消化機能障害の予防について理解できている。
- 3) 疾患や状態の特殊性に応じた消化機能障害に対して、定期的にアセスメントできている。
- 4) 疾患や状態に応じて、体位、薬物療法、栄養内容、栄養投与方法のアセスメントが定期的にできている。

嚥下障害

- 1) 嚥下障害についてメカニズムを理解している。
- 2) 疾患、状態、症状の特殊性から嚥下障害の状況を定期的にアセスメントしている。
- 3) 水分、栄養分の適切で安全な摂取方法（食事形態の工夫や選択、姿勢、介助方法等）について定期的にアセスメントしている。

3. 排泄

重心児の特徴

ほとんどの子どもが腸管蠕動運動に本質的な異常はない。しかし、水分摂取不足により脱水になりやすかったり、経管栄養で繊維が少なかったり、身体活動の少なさや、脊柱の変形による腸管への影響などにより便秘になりやすい。排尿排便の意思表示が難しく失禁によりオムツの着用をしていることが多いため、皮膚への影響も受けやすい。

排泄

- 1) 排泄・排泄障害のメカニズムについて理解している。
- 2) 児童生徒の状況に応じた排便コントロール方法を定期的にアセスメントしている。
- 3) 排泄介助の方法についてアセスメントし、必要な用具の選択方法を理解している。

4. 睡眠

重心児の特徴

脳の障害により睡眠や覚醒リズムが充分発達していない、視力障害の合併で光刺激が受けられない、抗けいれん剤の服用、身体活動が少なさ、夜間の医療的ケア、などによって睡眠や覚醒リズムの乱れが生じやすい。それによって痙攣の合併や、発達の障害、また家族の負担も大きくなりがちである。

生活リズム

- 1) 児童生徒の病状、活動状況、休息状態、服薬の影響などを考慮し、児童生徒の生活リズムについて確認、定期的にあセスメントしている。

5. 姿勢

重心児の特徴

約6割の重心児に筋緊張亢進が見られる。自動身体運動が少なく、筋緊張、全身の骨関節の硬縮、変形を来しやすい。それにより、座位や立位姿勢が保持できなかつたりするだけでなく、脊椎の変形による呼吸障害、消化器障害など影響を及ぼす。また、立位など重力がかかって丈夫な骨を構成することがなかつたりカルシウム量の不足などにより、骨自体がもろく、筋緊張や硬縮とあいまって、起こす、抱く、オムツ交換といった少しの姿勢変化の外力で簡単に骨折を起こしやすい。

- 1) 重心児におこりやすい姿勢障害について理解している。
- 2) 児童生徒が協力しやすい体位変換方法、安全・安楽で自立を促す体位変換について、定期的にあセスメントしている。
- 3) 筋緊張、側湾、拘縮、適切なポジショニングについて、定期的にあセスメントしている。
- 4) 児童生徒の呼吸状態について、定期的にあセスメントし、呼吸状態に応じたポジショニングを理解している。
- 5) 姿勢管理に必要な道具の選択について理解している。

6. 痙攣

重心児の特徴

脳障害に起因するてんかんの合併率は75%程度あり、痙攣発作を起こす子どもも少なくない。痙攣発作は、痙攣誘発に繋がる身体・精神・環境要因や、抗痙攣剤の血中濃度などとも関連がある。

- 1) 痙攣のメカニズムを理解できている。
- 2) 重積発作の起こりやすさについてあセスメントし、重積発作に対してすぐに対応できる準備が整っているかを確認できている。
- 3) 痙攣発作時の特殊性、症状に応じたケア計画の見直しを定期的に行っている。

7. 薬剤

- 1) 重心児の代謝や薬剤吸収の特徴について理解している。
- 2) 児童生徒が定期薬・屯用薬で使用している薬剤の作用と副反応を理解している。
- 3) 児童生徒の日々の観察を通じて、身体、生活や教育への薬剤の影響についてあセスメントしている。

8. コミュニケーション

- 1) コミュニケーション障害について理解している。
- 2) 個々の能力や機能に応じて、コミュニケーション方法を定期的にアセスメントしている。
- 3) 児童生徒の機嫌や表情を見て子どもの訴えを捉えることができる。

9. 発達支援

- 1) 児童生徒に必要な訓練について定期的にアセスメントしている。
- 2) 児童生徒に必要な心のケアについて定期的にアセスメントしている。

資料

1. 社団法人全国訪問看護事業協会：平成 18 年度 訪問看護ステーションの業務基準に関する検討. 平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金研究報告書. 平成 19 年 3 月, pp.197-202
2. 日本小児神経学会社会活動委員会：医療的ケア研修テキスト. クリエイツかもがわ. 2006
3. 江草安彦監：重症心身障害通園マニュアル第 2 版. 医歯薬出版. 2004.
4. 江草安彦・岡田喜篤ほか編集(1998)重症心身障害療育マニュアル、医歯薬出版、18
5. 舟橋萬寿子：随伴障害をもつ脳性麻痺への対応. 小児看護 12,82-89,1989

表Ⅲ－１ 重症児に起こりやすい健康上の問題

項目	問題例
栄養・食事	・咀嚼・嚥下機能不十分 ・誤嚥 ・嘔吐 ・胃食道逆流現象 ・脊柱の変形による消化器官の圧迫 ・栄養所要量の不足
呼吸	・気道の狭窄 ・胸郭の変形による呼吸運動の制限 ・痰喀出力の脆弱 ・呼吸器感染症に罹患しやすい
排泄	・水分不足による尿量低下と脱水 ・経管栄養など繊維摂取不足などによる便秘 ・脊柱変形などによる消化機能の異常 ・失禁 ・排尿・排便の意思表示がない
神経・精神	・てんかん ・自傷行為 ・常同行為 ・筋緊張亢進 ・睡眠・覚醒リズムの乱れ
骨・関節	・骨折 ・変形・拘縮 ・側彎
皮膚	・接触性皮膚炎 ・おむつかぶれ ・褥創 ・乾燥・亀裂 ・胃瘻など瘻口周囲の皮膚トラブル

表Ⅲ-2 学校生活で注意したいバイタルサイン・症状と対応

症状	原因など	対応
発熱（感染症・炎症等以外の原因による）	環境温度の上昇	・体温調節障害があるので、こまめに掛物や衣類で調節する
	筋緊張亢進 （努力呼吸を伴うことがある）	・安静と筋緊張の緩和に努める
	脱水	・水分補給を行う
呼吸障害	筋緊張、姿勢等による上気道狭窄	・徒手的に下顎を前方挙上する ・頸部～肩甲帯の緊張緩和 ・体位交換・姿勢の工夫（腹臥位、側臥位、前傾座位など） ・エアウェイ挿入
	気道分泌物による突然の呼吸障害 ・粘調痰：痰の吸引が少なく、ゼロゼロしない状態の時は、痰が硬くて詰まりやすい ・ゼロゼロすることなく、静かに気道狭窄を起こし、チアノーゼとなることが多いので注意を要する	・吸引 ・体位ドレナージ：腹臥位・側臥位 ・呼吸介助（呼気介助） ・加湿・ネブライザー ・唾液の流れ込みを防ぐ姿勢
	体位ドレナージ：体位ドレナージ中に、痰が末梢の気管支から中枢側の太い気管支に移動する際、気道の途中で痰が詰まると突然チアノーゼをおこすことがある	
	胸郭運動障害	・呼吸理学療法 ・胸郭の可動性改善 ・呼吸介助
	中枢性呼吸障害	・覚醒させる ・覚醒レベルを下げる要因を除去 ・薬剤の検討（睡眠剤・鎮痙剤など） ・低体温の改善
てんかん発作	意識の減損を伴うてんかん発作の場合には開眼し、眼球が偏位していることが多い。 ・ペンライトで観察すると、瞳孔が散大し、対光反射が消失していることも確認できる。 ・唾液分泌が多くなったり、頻脈になったり、血圧が上昇したりすることが多い。 ・筋緊張の亢進、常同動作、息止め発作、起立性低血圧とは異なる	・呼びかけたり刺激を与えて治るようであれば、発作の可能性は低い ・発作の場合は気道を確保し、時間、意識、手足の動きや筋緊張等をよく観察する ・チアノーゼが増強してくるようであれば、酸素を与える。処方薬があれば、指示に従って投与する ・学校の規則に従って報告する
低血圧	・起立性低血圧：急に上体挙上したり、長時間立位姿勢をとったりした時におこる、いわゆる立ちくらみ	・顔面蒼白あるいは、顔色不良と感じた時には血圧が低い場合もあるため注意する ・ただちに寝かせて楽な姿勢をとる
	・食後低血圧：経管栄養で急速に注入した場合や、経口摂取でも高浸透圧流動物を大量に摂取した場合（早期ダンピング症候群）	・可能であれば下肢を挙上し頭を低くする（同じ子どもでも気温の高い夏は、冬よりも血圧は10～20mmHg程度低い）
	・排便時低血圧：大量に排便した時	
	・血管拡張性低血圧：暑い環境に長時間いると血管が拡張し血圧が低下する	
低体温	・体温調節障害があり、体の中から熱を産生できない ・環境温度に見合っただけの衣類を着用していない	・環境温度を温かくし衣類を調整する ・電気毛布を使用する ・手足の運動やマッサージで、末梢循環を改善する ・体温は少なくとも35℃を維持する
	・低体温により脳の活動が低下すると、意識レベル低下を招く。また消化吸収不良につながり、胃内容停滞、食欲不振となる。呼吸機能も低下し、排痰困難、SpO ₂ 低下を起こしている場合があるため注意する	

表Ⅲ－３ 学校生活で注意したい消化器・泌尿器の症状と骨折の対応

症状	原因など	対応
胃内容停滞（胃残の増加）・嘔吐・食欲不振・腹部膨満筋緊張亢進・不機嫌・腹痛	便秘により多彩な症状を呈している場合が多い	・便回数、性状だけでなく、1回にまとまった量の便が出ているかどうかを確認する
	慢性的な便秘症の中には直腸に大量の便が溜まり、あふれるように便失禁が認められ、便秘の存在に気づかないことあるため注意を要する（overflow incontinent）	
尿失禁	神経因性膀胱には、尿漏れが多く膀胱に溜められないタイプと、尿漏れが少なく膀胱にたまり、膀胱内圧が異常に高まるタイプがある。	・1回の導尿の量が多いときには導尿間隔や飲水量を再検討する
排尿障害	脳性麻痺の子どもに見られる緊張性の尿閉	・精神的な緊張を緩める。悪循環を解除できない場合は導尿が必要になる。 ・普段から必要以上に排尿を我慢しないように心がける
	尿失禁をしないように尿道括約筋を強く収縮させて我慢することから、膀胱に多量の尿がたまり、強い尿意を感じているが、強い尿意がストレスとなって尿道括約筋を緩めることができなくなっている。そしてさらに尿意が強くなり、排尿障害の悪循環に陥るため、注意を要する	
骨折	骨皮質が薄いため、骨折時には音がせずヒビが入る程度で気づきにくい。動かしているうちに骨がずれ「動かすとなんとなく嫌がる」「さわると痛がる」「微熱」などの微細な症状のみのこともある	・骨折は日常生活の中で、ケア方法を改善し、骨折の原因としないことが重要である。また、リハビリ時も、関節の可動域などを考慮して行う
	骨折部位と原因となる動作 肋骨・鎖骨：激しい咳き込み、タッピング排痰 大腿骨頸部：拘縮している股関節をむりに開排させてオムツ交換する 大腿骨骨幹部・大腿骨下部：股関節や膝関節に拘縮のある子どものオムツ交換時に、膝関節を持って下肢を持ち上げる	

表Ⅲ-4 経鼻胃チューブのトラブルと対応

トラブル	原因など	対応
チューブ先端の確認困難	①チューブ挿入が浅く、先端が胃内に達していない（子どもの成長に合わせて長さ変更していない場合もある） ②胃の手前でUターンし、先端が食道内にある ③食道裂孔ヘルニアのため胃自体が胸腔内にある ④挿入が深過ぎて胃内Uターンし、食道に戻っている （登校前にあわててチューブ入れ替えをしてきた日は要注意） ⑤胃内に空気が充満して空気音が聞こえない	・上腹部が膨満している時には、空気を飲みこんでいる場合もあるため、先に胃内容を吸引してみる ・頸部・心窩部で音を聞き比べる （先端が確実に胃内にある時に予め個々の最強点を把握しておく） ・複数の職員で一緒に確認する ・チューブを少し移動させてみる ・大丈夫と思うが、少々不安が残るという場合は、栄養剤や薬剤を注入する前に、生理食塩水や白湯を10mlを注入し、状態観察や胸部聴診をしてから注入を開始する ・不安がある限り、注入はしない
チューブが少し抜けている	チューブ抜去、固定が不適切など ・チューブが5cm以上抜けると胃内から腹部食道に到達している可能性がある。そのままチューブを押し込んだ場合、食道でUターンしたり、咽頭でトグロを巻いて、先端が胃に達しない場合がある	・抜けた長さ分のみ、そのまま押し込む。ただし、チューブの先端確認を確実にし、不確実な場合は注入を見送る
チューブ抜去	<u>チューブテープ固定が不適切</u> ：鼻との間に隙間がある、チューブ先端をまとめず、ブラブラしている。チューブを洋服の中に隠していない <u>自己去防止策がとられていない</u> ：腕に大きなクッションをのせる、利き手にミトンをつけるなど	・学校で再挿入するか否かはケースバイケースで対応する。挿入困難例は気管内挿入のリスクもあるため、無理をせず医療機関や家族に依頼する ・経口摂取併用児など、嚥下機能が保たれている児では比較的挿入しやすい。 ・挿入後はチューブの先端確認をし、固定の工夫、抜去予防策をとる

表Ⅲ－5 注入に関するトラブルと対応

トラブル	原因など	対応
胃内容の停滞	左凸側弯、右凸側弯、胃軸捻転、十二指腸通過障害など	左凸側弯：右側臥位では胃食道逆流が悪化するため、腹臥位に近い左側臥位が良い可能性がある 右凸側弯：右側臥位より腹臥位の方が胃体部の通過が良い 胃軸捻転：腹部の屈曲をゆるめ、腹臥位か腹臥位に近い右側臥位 十二指腸通過障害：腹部の屈曲をゆるめ、左側臥位か腹臥位に近い左側臥位
注入中の喘鳴 増強・せき込み・努力呼吸	①注入の刺激により、分泌増加した唾液の咽頭貯留および誤嚥による喘鳴の増強 ②胃内容物が逆流してくることによる喘鳴の増強。栄養剤の口臭がすることで推定できることもある	腹臥位による注入は、様々な要因による胃食道逆流症に対しても注入中の唾液分泌による喘鳴に対しても有効な姿勢 ①の場合、上体をあまり挙上しない仰臥位。唾液の貯留・誤嚥の強いケースは深い側臥位にする ②の場合、上体を適切に挙上ケースによっては腹臥位 ①②に共通な姿勢として、深い側臥位での上体挙上でもよい
滴下が遅い・早い	滴下の調整不足。	滴下調整を行う
NG チューブの自己抜去	チューブの先が食道やのどに上り、刺激があるため手の使える子どもが途中で抜いてしまう	チューブの位置の再確認
注 入 中 の 嘔気・嘔吐	唾液・注入物の逆流 痙攣・緊張の亢進	注入を一時中止し、姿勢を整えて、落ち着くまで様子を見る

表Ⅲ－6 胃瘻のトラブルと対応

トラブル	原因など	対応
液漏れ	多量の空気嚥下 消化の不良 胃の蠕動低下 十二指腸から先の流れの停滞 バルンによる胃の排出阻害 胃瘻チューブの固定の不適切 胃瘻孔とチューブサイズの不適合	空気の頻回吸引・持続的脱気 栄養剤の変更 胃蠕動促進剤使用（ガスモチン・六君子湯） 姿勢管理（十二指腸通過障害の予防） バルンの水を減らす 胃瘻チューブ固定の調節 胃瘻チューブの長さ・太さの検討
	胃瘻と胃瘻チューブの隙間をなくし、液が漏れないようにするため胃瘻チューブを太くした場合、逆に瘻孔を大きくしてしまい悪循環となるので注意する	
抜去	自然抜去	・抜けたチューブを胃瘻に差し込み瘻孔の狭窄を防ぐ ・バルーンが正常ならば水を抜いて再挿入し、バルーン水（蒸留水か湯冷まし）を再注入する ・再挿入が困難な胃瘻チューブ（カンガルーボタンなど）の場合は、胃瘻チューブでなく、太めの吸引チューブやフォーリーカテーテルを5～10cm程度挿入しテープで固定しておいて受診する 予防として、腹臥位時などに無理な力が加わらないようにする
	バルーンは2～3ヶ月で劣化破損の可能性がある。バルーン水は一般的に1週間で7～8割に減少する	
	チューブを抜けたままにしておいて時間が経ってしまうと瘻孔が狭くなり、同じサイズの胃瘻チューブが入らなくなることがある。抜けた場合の対応を主治医と確認しておく	
胃の膨満・嘔吐	バルーンが大きすぎたり、幽門近くにあると、栄養剤や胃液の流れが妨げられる。 バルーンカテーテル型の固定がゆるみ、胃の蠕動運動によってバルーンが幽門まで移動。胃の出口を閉塞することがある	バルーンの水を抜き、再挿入 カテーテルの固定のし直し

表Ⅲ－7 気管切開児の呼吸・カニューレ管理

項目	方法・注意点など
気管内吸引	カニューレ内（または先端から0.5～1cm奥）の吸引 ・はじめから吸引圧をかけながら吸引する ・吸引圧は20kPa(150mmHg)を原則とするが、40kPa(300mmHg)まで上げててもよい カニューレより奥の気管内の吸引 ・吸引圧は20kPa(150mmHg)以内とする ・先端の形状が軟らかい材質の吸引チューブを使用する ・予め決めてある深さまで進入してから吸引圧をかける ・気管分岐部直前までの吸引になるべく留める ・一回の吸引時間が長くなりすぎないように注意する ・吸引チューブを入れる適正な深さ(長さ)をケース毎に決めておく ・[カニューレ内]か[カニューレよりも奥まで]かにより手技を変える ・不適切な吸引は気管内出血や肉芽の原因となる
カニューレ口	・カニューレから異物侵入を防ぐため、人工鼻、ガーゼで入口をカバーする
気管切開口	・分泌物で汚染されると皮膚障害が起きたり、感染源となる ・気切孔からの分泌物は拭き取って、常に清潔な状態にしておく
湿度調節	・気管内の乾燥を防ぐため、室内の加湿、ネブライザーを使用する

表Ⅲ－8 気管カニューレのトラブルと対応

トラブル	原因など	対応
換気不全	カニューレ先端が気管壁にあたっている	頸の向きを正す。カニューレの固定や深さを確認する
	カニューレが抜けかかっている。ないしは完全に抜けてしまっている	・カニューレの再挿入。 ・完全に抜けて不潔になっていたら水でよく洗い流してから再挿入、もしくは新しいカニューレに交換。
	筋緊張亢進による気管軟化による気管狭窄や胸郭の運動障害	・リラクゼーション。精神的安定を図る。
	唾液の気管への流れ込み	・必要に応じて酸素投与。気管内吸引
カニューレの閉塞	カニューレ内の痰のこびりつきによるカニューレ内腔の狭窄（多くの場合、カニューレを抜かなければわからない） 衣服などによる閉塞 出血等による閉塞	・カニューレを抜き、新しいカニューレに交換するか、カニューレ内腔の痰を、綿棒と水でこそぎ落とし再挿入 ・姿勢や衣服に注意する ・カニューレに無理な力を加えない。首を過度に屈伸・回旋させるとカニューレと気管の位置関係がずれて気道粘膜を傷つけ、びらん形成になる。びらんから出血し、カニューレが閉塞するとSpO₂の低下、換気不全となる
事故抜去	不適切な固定。ひもやベルトのゆるみ むりな姿勢や動作等によるひっかけ 事故など	・再挿入する ・緊張を和げるために、手や頭を押さえながら本人の気持ちを落ち着かせる ・肩の下にタオルを挟み、頸部を伸展後屈位にする ・気管切開孔の下部分（胸側）の皮膚を下に引っ張るようにすると、気管切開孔が開いて挿入しやすい ・本人の吸気に合わせてカニューレをCの字を描くように進入させるとスムーズに入る ・いつものカニューレが入りにくくなる状態に備え、一回り小さいサイズのカニューレを用意しておく
	気管切開孔は保たれていても呼吸困難となってしまうケースでは、カニューレの再挿入が必要。再挿入が困難な事例もあり、抜けた時の対応を主治医と相談しておく必要がある	
血性吸引物	気管粘膜等からの出血	・多量の場合は腕頭動脈瘻の可能性があるので、救急車でかかりつけ医に搬送する。 ・ほとんど気管粘膜のびらんによる出血であり、救急ではないが、病院受診をすすめる 受診の際の報告事項 ①出血源：切開孔付近、気管内など ②血液の色：ピンク、茶色など（茶色は胃内容逆流物の誤嚥の可能性もある） ③吸引量：少量の場合は吸引をカニューレ内に留めるのみで改善する

表 2-8 は特別支援学校看護師のための研修会（2009 年 12 月 6 日開催）において千葉県リハビリテーションセンター 陽育園長・第一小児科部長 石井光子先生の講義内容を元に作成し、かみさぎキッズクリニック院長・東京医科歯科大学臨床准教授 大谷俊樹先生に医学校閲をいただいた。

Ⅳ．ケア環境と安全な技術

1. 学校における看護師のケアの現状

文部科学省の平成 20 年度特別支援学校に関する調査¹⁾では、特別支援学校の在籍数 107,096 人中、通学で医療的ケアを必要とする子どもの人数は 4,821 名でした。医療的ケアを必要とする子どもが在学する 580 校中、看護師を配置している学校は 398 校、看護師数 893 人でした。通学者で単純に計算すると、一人の看護師が平均して 5.4 人の医療的ケアを必要とする子どもに関わっていることになります。2006 年に本プロジェクトで実施した学校看護師 99 名（その学校で最長勤務経験者である看護師）への調査では、特別支援学校勤務経験は約 3 年半で、1 校で 1 日平均 2.2 人の看護師が勤務し、指示書を受けている児童生徒の数は平均 14.0 人でした。つまり、一人の看護師が、平均 6.4 人の子どもを看ていることになります。しかも、医療的ケアを必要とする子どもの数は、多いケア順に、口腔・鼻腔内吸引が平均 7.7 人、与薬 5.2 人、経管栄養（鼻腔チューブ）4.4 人、経管栄養（胃ろう・腸ろう）2.7 人、吸入 2.6 人、気管内吸引 2.4 人などで、人工呼吸器を使用している子どもも 0.4 人いました。二人の看護師が校内を走り回っている状況が浮かび上がってきます。延べ人数にすると、25 名以上で、中には、1 日に何回も実施する医療的ケアもあります。

雇用上も、非常勤職員で、パートタイムが 6 割でしたが、65%の看護師は週 5 日間勤務していました。看護師がケアする環境として、雇用上の課題があることはここではひとまず置いておき、ケアをする環境について考えてみたいと思います。

1) ケアを受ける子どもの教室について

学校によって、いろいろ工夫がされているようです。看護師がケアで走り回る状況の中で、通常の学年ごとのクラス配置ではなく、医療的ケアの多い子どもがいるクラス同士を近づけたり、看護師が待機するケアルームに近いところに頻繁にケアが必要な子どものクラスを持ってきたり、また、緊急事態が生じる可能性がある子どもは、電話など連絡機器がすぐに近いところや、玄関に近いところにクラスを配置したりしています。また、看護師を緊急に呼ぶシステム（携帯非常連絡ベルなど）を整えたり、実際に救急車が来る玄関まで搬送する訓練や、他の子どもを移動させて対処する訓練などもされていました。教室配置などは看護師の役割ではありませんが、看護師が、子どもに、より安全により早く対応するために、検討するひとつの材料です。

2) 看護師が通常はどこにいるか

これも学校によってさまざまです。看護師の居場所は保健室の横のケアルームであったり、養護教諭と一緒に保健室内であったり、特定の場所はなく各教室を回っていたりします。より早くケアに対応できるように、あるいは養護教諭と連絡・報告・相談がしやすい、より子どもの状況がよく把握できるなど、学校内の状況や目的により検討して決めることができれば良いと思います。看護師への調査では、看護師が児童生徒へのケアで誰に相談するかについては、8 割の看護師が養護教諭を挙げ、看護師同士も 7 割以上でした。病院内と異なり子どもと最も長く接するのは看護師ではありません。それだけに、より個別性のあるケアを提供できるためには子どものそばにいる時間は長い方がよいと思われます。

3) 校外学習・宿泊行事における看護師のケア

調査では、児童生徒の校外行事等の参加にあたり、看護師としての意見が反映されているかについて聞いたところ、約半数は「まあまあ反映されている」でしたが、4割弱はあまり・全くできてないと認識していました。養護教諭や教諭の自由記載の中では、校外学習に看護師が付き添える体制にしてほしいという要望がありました。

児童生徒にとって校外学習は、環境が変わり身体的にも心理的にも新たな負荷がかかるのが通常です。いつもの看護師が普段から看ているからこそ環境の変化が与える影響が観察でき、より適切なアセスメント、そしてケアが行えるものと思います。校外学習のときだけ別の看護師を雇って引率してもらうケースもありますが、それは、その日初めての出会いですので一般的な看護の知識の適用という域を超えることは難しく、その子ども固有なケアを提供できないために、子どもになお、負担をかけることになるでしょう。しかし、普段からケアしている看護師であっても、宿泊で、吸引など夜間もケアが必要となるような子どもがいる場合は、交代要員など夜勤体制も組む必要があります。

看護師として自分が引率するしないに関わらず、子どもの身体の特徴、環境の変化による影響、日程や内容・移動方法など、細かくひとりひとりについて事前のアセスメントに積極的に関わっていききたいものです。そして校外学習に関わる人が共通して理解できる、子ども個々の具体的な対応方法が記載されたマニュアル作りに参加していきましょう。調査では、宿泊行事等において、看護師として意見が反映されていないという回答が4割近くあり、引率しないからか、声をかけてもらえないという声も聞かれます。実際の状況として、飛行機に乗っていった際に気圧の関係で人工呼吸器をつけた子どもが生命を脅かされる状況になったり、子どもの身体の状態が悪くなり停車駅でないところで新幹線を止めることになったり、行事後に体調を崩して入院することになったりという事例もあります。「看護師は子どもの行動を制限する」という声が教諭からよく聞かれますが、看護師は、事前の話し合いや、外出先でも、計画の順調な履行だけではなく、その場その場でのアセスメントを適切に行います。教諭・養護教諭とともにその子どもに合った方法・内容で対応することによって、子どもに負担をかけたり、行事後の学校生活にマイナスの影響を与えたりすることを減らすことができるでしょう。

2. 安全な技術とは

学校看護師への全国調査によって、指示書のある子どもの緊急事態に44%の看護師が遭遇していました。また、看護師は関わる対象ではない指示書のない子どもに対しても41%の看護師が緊急事態を経験していました。緊急事態の内容としては、呼吸関連は、呼吸停止や高度のSPO₂低下などの呼吸不全、誤嚥後の呼吸困難、人工呼吸器の故障、気管カニューレのトラブルなどや、栄養・消化器系では、経管栄養児の嘔吐後の顔色不良、腸閉塞、タール便、胃ろうチューブ抜去などが挙がっていました。

もはや急性期中心の一般小児病棟よりも重症な子どもが学校に登校しているような現状の中で、学校におけるリスクマネジメントは看護師として欠かせません。養護教諭とも十分に相談し学校としての体制作りが必要です。

学校では教諭が3つの医療的ケアについては実施しています。調査において、養護教諭

は看護師に対して、教諭が実施する技術の確認や指導を多く望んでいました。実際に確認できるのはそばで見ている看護師ですので、適切でない技術については必要なアドバイスをを行い、適切な技術についてはそれでよいと言うことを認めていくことが大切です。

学校における安全な技術とはどのようなことを言うのでしょうか。保護者が家庭内でされる医療的ケアで、教諭に認められる3つの行為以外は、すべて看護師が学校で実施可能であるべき技術であるというわけではありません。病院内においても、気管カニューレの挿入などは看護師ではなく医師が行なっています。ただ、日常的な技術と緊急事態が生じた場合の技術提供とは別に考える必要があります。調査でも、どこまでも際限なく子どもが重症化し、医療的ケアが複雑化・高度化する機器の取り扱いや専門的技術は、看護師を含め多くの教職員の不安となっています。

児童生徒に関する情報収集とアセスメントを、看護師として適切に行い、その際、保護者、教諭や養護教諭、医療機関との情報交換やミーティングを行って、適切なアセスメントが行えることが最も重要です。そのためには、それぞれの職種の専門性をもって適切な観察を行い、それらを統合するための連携・協働が欠かせません。これについては、これ以降の章を参照してください。また、ヒヤリ・ハットの蓄積など、後述する事故や感染予防のための対策が前提として必要です。

1) 事故を予防する

生命に影響を及ぼさず、健康障害の予防、健康の維持・回復・改善を促すために、看護師は、適切な観察、情報交換、連携を行って、適切にアセスメントし、教員と協働して実施していきます。しかし、マニュアルを作成する、研修を受けるなど、文部科学省からの文書で通知のあった事柄以外に、いくつか押さえておく必要があると思われる事柄がありそうです。

事故の予防のために

①・ 子どもの状態把握や、適切なケア方法を共有する

まずは、緊急事態に至らないよう、日頃の丁寧なアセスメントにより、また、教諭と綿密にコミュニケーションをとって協力しあい、子どもの状態を緊急事態に至らせないよう予防する視点を持つことが重要である。子どもの身体状態の変化は、前後の状況との関連が大きい。子どもの状態を記録する際は、状況がよくわかるようにする。保護者と了解したケアの範囲内で、子どもにとってより適切なケアのタイミングや方法を見い出した際は、記録、共有して、子どもの状態に合った個別的なケアの向上に努める。

②個別性を大切に、しかし複雑すぎない手順で

個々の子どもの状態に合わせ、家庭でのケアを基盤とした子どもの個別性を重視したマニュアルづくりが重要である。しかし、複数の子どもにケアを行う場合に、多様性や複雑さによる混乱から事故をまねかないように、保護者の了解のもとに、ある程度共有できる手順を協力して作成することも必要である。

③緊急時の対応能力である、学校内の看護師および教諭のマンパワー状態を認識する

学校内でも担任・養護教諭・看護師とも、長年の経験者であったり新任者であったりさまざまである。常に一定レベルの体制が組めることが理想であるが、現状を認識した線引きも必要であり、時には、保護者の協力を一時的に求めるなども必要となる。

④不安が残ったら安全だと確認するまで先にすまない

チューブの位置がなんとなく不安、痰が残っている感じがする、子どもの表情がなんとなくおかしい・・・など、不安の残る状態で、注入をとりあえずしてしまう、運動を開始するといった行動をすることで、事故を招くことがある。不安があれば、担任や周囲と協力して子どもの状態を確認し合う。その先の行動を中止できる勇気が緊急事態を防ぐこともある。

⑤何度も生じる状態は、一時的な緊急事態と考えず対策が必要

緊急時は看護師も指示書のない子どもへの対応や、指示以外の行為を行うことがあるが、その子どもに緊急事態が何回か生じるような場合は（普段、経口摂取だが、月に1回くらい誤嚥で吸引が必要となるなど）もはや緊急事態ではない。充分予測可能であると考え、事前に指示書を受けておく必要がある。保護者にも学校において生じた状態を伝え、その対策についてともに考え相談する。

また、緊急時の対応には看護師も実際に行ったことがない内容が含まれる場合がある。保護者とともに予め練習できることはしておく。また、緊急時に個別に必要な予備の物品なども保護者と相談して準備する。

⑥主治医と直接会う機会を持つ

指示の変更などに関連して、医療者同士で直接、相談・確認した方がよいことなどは、日ごろから主治医と直接面会できるような体制を持っておく（保護者の承諾を得て、受診の同行をすることは、大きな安心につながる）。

⑦ヒヤリハットを蓄積して事故予防をする（後述参照）

⑧救急車到着までの救命・搬送システムづくり

緊急時対応のマニュアルは、通常、どのように早期発見し、協力体制を組んで、早い救急搬送にこぎ着けるかが中心となって書かれている。看護師が導入されてからは、救急車到着までの数分を看護師としてはどう対応するのかを考えざるを得なくなり、救急車到着までの可能な限りの救命・搬送システムづくりや訓練が必要となる。

⑨看護師が行なう責任の範囲の再認識

看護師が行なうケアの範囲は、保護者が家庭内で日常的に実施している技術以外は学校で行うことはない（家では危険もあって経口摂取していないのに、学校では経管栄養ではなく経口摂取にする等）。それ以上のことを無理に行うことで事故が生じる可能性もある。看護師として雇用されている責任の範囲は明確にしておく。

⑩体調が悪い子どもが欠席するのは当然

児童生徒が体調がすぐれないときは学校を欠席するのは当然で、看護師がいるから体調が悪くても学校に登校するというのは、本来的な学校における看護師の役割ではなくなる上、子どもは休息がとれずに悪化させてしまうこともある。

⑪自分を守るための保険に入る

業務上の事故やそれに類する出来事の際に、自分を守るシステム（保険など）に加入できているか確認する。

緊急時の対応例

学校全体として、あるいは子ども個々に対策をたてておくことが必要です。急変時に子どもの生命に大きなダメージを与えないように、医療機関に搬送できるまでに看護師として可能な対応について準備しておくことが求められます（表Ⅳ-1）。

表Ⅳ-1. 急変時の対応例

対応	内容
意識・呼吸・循環、外傷の確認	★呼吸の状態・循環状態を確認する（動きや反応、脈拍）・外傷の確認 ★急変した状況を把握する ・食事に関連するか？・痰の状態・体位ドレナージ後か？ ・嘔吐の有無 ・異物を飲み込んだりしていないか？
応援・救急車 救急物品の要請	★救急体制を組み、救急車を手配する ★吸引器・アンビューバック・酸素ボンベなどを要請（学校に準備）
呼吸が正常なら →昏睡位	★深い側臥位で下顎を前に出す ★頸部と脊柱をまっすぐにする（タオル等で調整）
呼吸困難や微弱呼吸 →気道確保 +酸素投与	★下顎挙上 ★自発呼吸があれば酸素投与は有効。てんかん発作時にも使える しかし長時間は呼吸抑制を招く（ SO_2 90%台前半をめどとする）
痰・吐物による気道 狭窄 →咽頭奥～喉頭の 深い吸引	★鼻腔から吸引チューブを挿入する（奥に到達しやすい） ★咳嗽の力がない→頸部を後屈させて奥に到達させ吸引する ＊迷走神経刺激による徐脈に注意する ★咳嗽ができる場合は、チューブの刺激で咳嗽を促がす、ドレナージを行ない、痰を咽頭まで移動させて吸引する方法が安全である ★自発呼吸が弱い場合は、マスク&バックを使用し、気道を開いて痰を移動させやすくする。臨時ネブライザー（生食でも加）の併用も有効
有効な自発呼吸なし →呼吸介助	★マスク&バックによるバギング ＊複数で実施する。＊マスクを選択し密着させる ＊空気が入りやすい体位を、胸郭の上がり具合をみて調整する ＊胃瘻や経鼻胃チューブがある場合は胃内容物を吸引しておく ★気管カニューレからのアンビューバックによるバギングと呼吸介助 ＊1分間 20 回程度（1 回 3 秒程度） ＊ SO_2 が 90% 台を切らない程度にバギングを間引き、自発呼吸を促す ＊バギングと併用して呼気時に両側胸郭を圧迫して呼気を絞りだす
気道異物による呼吸 困難疑い→異物除去	★側臥位で口の中を確認し、異物が見え、取り出せそうなら注意して指で取り出すか吸引する ★背部叩打法・腹部圧迫法・腹部突き上げ法などを実施する
脈が触れない →心マッサージ	★1 分間に 100 回程度の速さ ★胸郭の 1/3 が沈む程度 ★必要時呼吸介助と併用する (30:2、複数体制で 15:2)

平成 21 年日本小児看護学会健やか親子 21 推進事業委員会、特別支援学校看護師研修会、石井光子先生講義資料に加筆・改変

2) 感染を予防する

一般の学校では存在しない、吸引物、咳嗽、嘔吐、糞尿などの排泄物汚染は、特別支援学校では日常的なケアの中で存在します。また、気管内吸引や導尿など通常は無菌操作で行われるケアもあります。在宅療養する際は、病院の中とは異なる方法をとることもありますが、基本的に清潔な操作が必要となる根拠や原則に変わりはありません。家庭では、子どもの病状やケアの頻度や介護する人手の状況によっていろいろな工夫をしています。特別支援学校は、病院とも家庭とも異なる状況にあります。家庭内では、一人の医療的ケアが必要な子どもと健康な周りの家族との生活の中で行われる医療的ケアですが、特別支援学校ではクラスの中に複数の児童生徒が1・2メートルも離れていない距離で長時間過ごしていますし、周りの子どもも抵抗力が弱く、感染すればすぐに重症化します。

現在のところ、学校内における感染予防としてどのような方法が最適基準を出す根拠になる研究はみあたりません。教育活動を妨げずに子ども達の安全を守る方法や考え方を整理することが早急の課題です。特別支援学校での一定の基準は必要ですが、スタンダードプリコーションの考え方を基本的に持っていることは大切です。個々の子どもの易感染レベルも栄養状態や病状などにより（退院直後は抵抗力が弱まっているなど）変化します。看護師として常に子どもの個別の状況を判断して感染予防に取り組む必要があります。

学校では、教員も医療的ケアを実施します。しかし、必ずしも専門知識を持っているわけではありませんので、感染予防に対するアドバイスが必要です。学校内では、教員が手洗い後に手を拭くのに自身のハンカチや、共有のタオルで拭いたりする状況がまだあるようです。分泌物を排出する子どものケアをする際は少なくとも使い捨てペーパータオルを使用することが重要です。学校によって感染予防の準備の仕方は異なり、学校で予算化して手袋などの物品が準備されるところもありますし、子どもの分は家庭から持参してもらう学校もあるようです。いずれにしても、日頃から子どもと関わる教職員の手洗い、含嗽はやはり重要です。最近は学校でも擦式アルコール手指消毒が普及していますが、病院内でも効果があることが証明されています。明らかに汚れが付着している場合を除き、毎回石鹸と流水で洗ってから擦式アルコール手指消毒をするより、直接擦式アルコール手指消毒の方が良いとされています。

3) ヒヤリハット事例を蓄積する

インシデントやヒヤリハット事例の分析は事故発生防止の対策づくりに欠かせません。日本看護協会(2005)の、「盲・聾・養護学校における医療的ケア実施対策マニュアル」では、特別支援学校の体制整備の一項目として、ヒヤリハット事例の蓄積と分析評価をあげています。このマニュアルでは、「インシデント」を、「偶発事象、思いがけない出来事。これに適切な処理が行なわれてないと事故となる可能性のある事象」と定義し²⁾、「一般的に『ヒヤリハット』と同義として用いられている」²⁾としています。「ヒヤリハット」とは、「児童生徒等に被害はないが、日常の学校生活の場で“ヒヤリ”としたり、“ハッ”としたりした経験を有する事例」²⁾と定義されています。重大事故の発生の前には、多くのヒヤリハットが潜んでいるとされていますが、結果として事故に至らず、「ああよかった」と直ぐに忘れがちになってしまいがちです。それを事故防止対策へとつなげることが大切なのです。

看護師への調査では、指示書の有無に関わらず 40%以上の看護師が緊急事態を経験していることが判りました。もっとも多かったのは、呼吸に関連するものでしたが、日常的に経験しているという看護師もありました。特別支援学校では、呼吸の安定しない重症心身障害児が多いので、これは決して楽観できる数字ではありません。こんな生命紙一重の怖いところで看護師一人で勤務することなどできないと辞めていく人もいます。かつては病院でもそうであったように、ヒヤリハットや事故を隠そうとしたり、ヒヤリハットに対する認識が甘い状況がないか今一度見直してみましょう。誤嚥でチアノーゼが起きても対処して戻れば何事もなかったことになってしまう鈍感さでは、事故を未然に防ぐことはできません。ヒヤリハットは事故にまで至らなかった小さな問題状況に対して予防対策をとることによって事故を未然に防ぐためにあるもので、ミスをした人を責める意味でも始末書を出させる目的でもありません。

各学校でもすでに取り組まれていると思いますが、看護師は、子どもを、そして自分を守るためにも中心となって取り組みたいものです。蓄積すべきヒヤリハット事例には、①適切でないと考えられることが児童生徒に行なわれる前に気づいた事例、②結果的には児童生徒に影響はなかったが適切ではなかったと考えられる事例、③適切ではない状況が起こったが、ちょっとした対応ですぐに問題が解決した事例などが入ります。

事故の発生原因としては、知識不足（知識や経験が不足していて判断を誤るなど）、未熟な技術、ケアレスミス（確認不足、思い込み、勘違いなど）、管理上の問題などがあります。ヒヤリハットについても、事故の時と同様に、＜ヒヤリハットの事態を正しく把握する＞→＜事態の分析をする＞→＜ヒヤリハット（事故に繋がる）への対応を検討する＞→＜対応の評価をする＞ということが大切です。自分の学校では、ヒヤリハットに対してどのように明確な対応システムが整っているかを知っておきましょう。

引用文献

ヒヤリハットへの向き合い方

- ①看護師としてヒヤリ・ハット事例を蓄積することの目的、意味・意義を十分に認識する。
- ②誰にでも起こりうることとしてヒヤリ・ハットに遭遇した者を責めない体質を学校内に作る。
だれもがこの次は自身にも起こりうることでないと認識する。
- ③ひとつの事例分析を丁寧にできるよう積極的に参画する。事例分析には利害が対立しない（学校外の者など）第三者が加わることが望ましい。
- ④分析の結果、どのような予防対策がとり得るかを学校全体で検討する。個人だけではなく、学校のシステムとしての検討も必要である。
- ⑤所定の用紙に記入して蓄積し、その子どもとして、その医療的ケア行為として、学校の体制として、それぞれの医療的ケア実施者として、起こりやすい傾向等を把握し、事故を予防する。
- ⑥1つの学校での発生は多くない可能性もあるので、特別支援学校の連絡会で共有するなど、自治体単位でヒヤリ・ハットを集積して検討することも有効である。
- ⑦ヒヤリハット記載の負担感やためらいがある場合は、医療的ケアに限って開始するなど、開始のきっかけをつくる。
- ⑧ヒヤリハットの分析から、学校として対策が講じられることが、ヒヤリハットの蓄積の効果であることや、互いの努力をフィードバックしあう雰囲気が大切である。

- 1) 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課 (2001). 特別支援学校における医療的ケアに関する基礎資料. pp92, pp95.
- 2) 日本看護協会 (2005). 盲・聾・養護学校における医療的ケア実施対策マニュアル. 日本看護協会、盲・聾・養護学校における安全な医療・看護の提供に向けたマニュアル検討プロジェクト. pp31, pp90.

V. 児童生徒に関する情報収集とアセスメント

意図的な情報収集の必要性

特別支援学校における看護は、児童生徒の教育の場で行なわれます。当たり前のことかも知れませんが、病院と学校では看護が実践される環境は大きく異なります。特別支援学校では看護師がその教育の現場へ入りこみ、授業時間、休み時間、他の児童生徒への配慮を考えて、看護を展開していかなければなりません。また、その際には、病院勤務の場合、患者に最も近い職種は看護師でしたが、教育現場である特別支援学校では、児童生徒を取り巻く中心的人物は担任教師であることを認識しておく必要があります。

つまり、特別支援学校では、看護師が病院のように24時間ベッドサイドにいて、児童生徒を観察できるわけではないため、児童生徒に関する情報は、本人や家族から得るか、担任を通して得るか、記録類から得るしかないこととなります。そのため、看護師から意図して教諭や保護者と話をする時間を設けたり、記録類を工夫したりしない限り、必要な情報を得ることは難しいかも知れません。また、病院勤務の時のように、主治医がいつでも近くにいるわけではありませんので、指示の確認や子どもの状態の判断を相談することも簡単ではありません。

そこで、児童生徒と関わる時間が限られ、保護者や主治医と直接話をする時間も少ない教育現場の特徴を意識した情報収集方法を、改めて次のように考える必要があるでしょう。

1. 児童生徒を取り巻く人との関係性のなかで高めるアセスメント

1) 担任教諭との関係性の中で高める情報収集とアセスメント

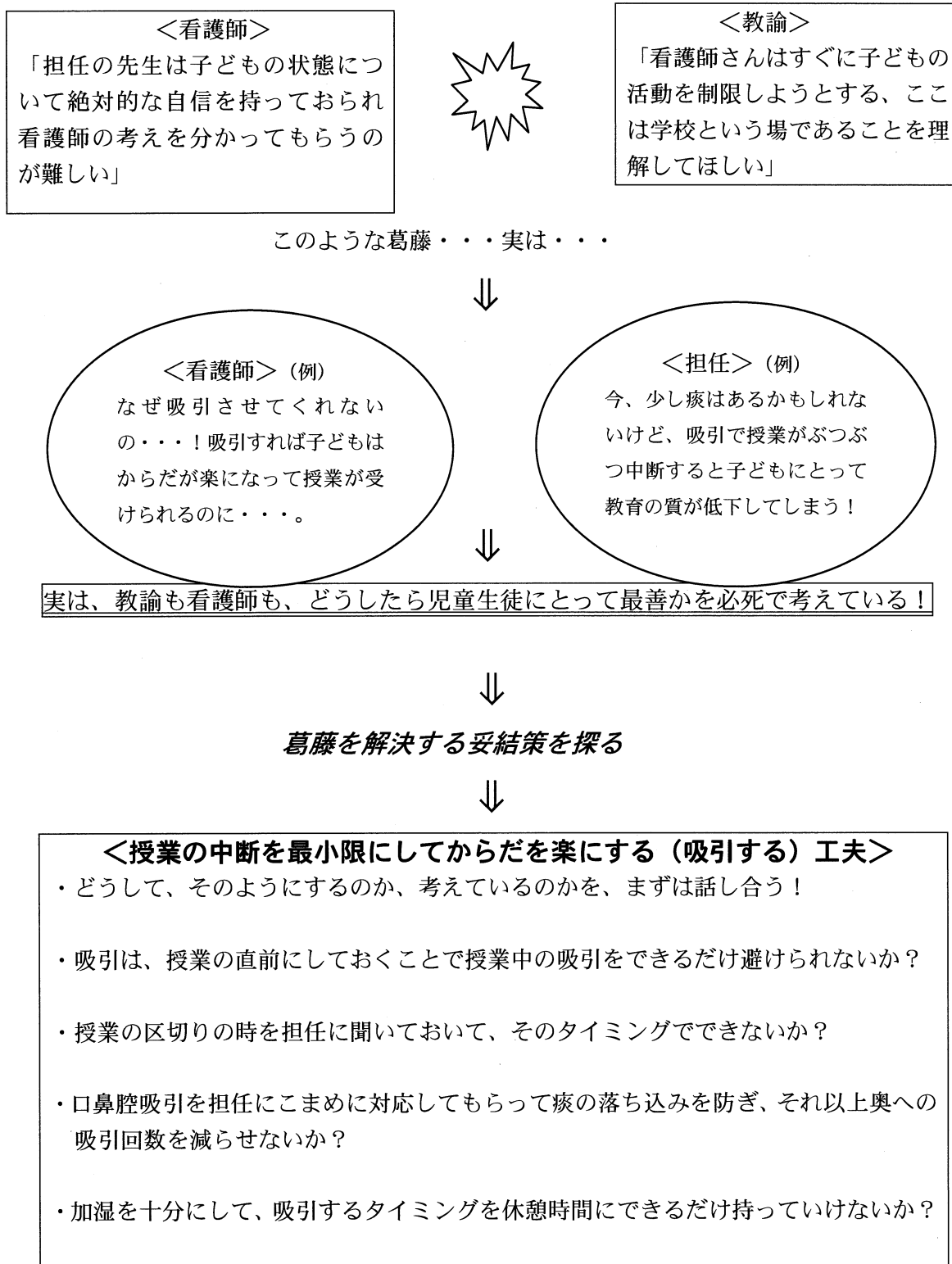
特別支援学校に勤務する教諭を対象とした調査結果で、教諭の看護師への役割期待で多かったのが「児童生徒の状態の判断」であったことから、教諭は児童生徒の心身の健康問題を中核とする判断やケアを看護師に求めているといえます。教諭は児童生徒の学校生活を支援するために、教育者として自らの専門性を踏まえた判断をおこなっていくために、看護師の判断を参考にしながら考えます。

① 看護師は判断した根拠やプロセスを、教諭にも、日々言葉にして伝えていく

学校では、教諭の判断を得て行う看護師としての統合的なアセスメントを行う必要があるため、児童生徒に最も近い位置にいる担任教諭から意図的に適切な情報を得るために、看護師は努力する必要があります（前述Ⅱの2.）。調査の中でも、これを意図的にすることにより、教諭から、全身状態の判断がだんだん分かるようになってきたなどの感想も聞かれ、早い報告が教諭からされて、看護師自身もケアがしやすくなったり、緊急事態を回避できるようになってきていました。

② 担任と考えが食い違ったら、教諭とともに、児童生徒の状況を最善にもっていけるよう妥結策を探る

以下に分かりやすく図示してみました（図V-1）。ケア場面で起こる葛藤をどのように解決すればよいでしょう。



図V－1 ケア場面における看護師と教諭との葛藤

- ③看護師は、教諭とのコミュニケーションが円滑にすすむために、教諭の判断を尊重した上で看護師の役割を捉え、アドバイザーとして教諭に接する
- ④看護師は、担任が立てたその子どもの年間教育計画を教えてもらい、担任がその子どもに関わろうとしている方向性や、目指そうとしていることを知っておく
- ⑤養護教諭をキーパーソンにして連携することで、児童生徒の状態を教諭に理解してもらいやすい場合もある
- ⑥ケア実施中は時間もないので、朝のケア前の調整時間を教諭と持つことを日課として取り入れる
- ⑦学期に1回程度でも、意図的にミーティングの機会を持って、日頃気になっていることをじっくりと話し合ってみる

2) 養護教諭との関係性の中で高める情報収集とアセスメント

特別支援学校において、他職種との連携をはかり、情報収集を円滑に行なうためには、リーダーシップを発揮するキーパーソンが必要で、医療的ケアにおいては、特別支援教育コーディネーターのほか、養護教諭がいます。

- ・養護教諭と看護師の役割分担の明確化が必要で、明文化しておく
- ・健康という側面から児童生徒の状態をアセスメントする力を有し、教諭の役割を熟知している養護教諭に、コーディネーターとしての役割を遂行してもらい、教諭とうまく連携する
- ・看護師が、養護教諭から情報収集を行う場合は、養護教諭との日常的な「申し送り」の機会を設けたり、定期的なミーティングの場へ参加したりする
- ・看護師が複数配置されていない学校などでは、養護教諭と共に子どものアセスメントを確認して子どもの状態の理解をお互いに深める
- ・情報共有の際には、児童生徒に関する記録類（健康記録・看護記録など）を活用すると、より確実に、効率よく行える

3) 保護者との関係性の中で高める情報収集とアセスメント

児童生徒の保護者とは、直接話をする時間が少ないため、間接的に教諭を介したり、また、直接的に行う場合には、意図してタイミングを逃さず、しかも短時間で情報を得ることが必要となります。また、看護師は、児童生徒と保護者の立場や背景への理解を深めて関係を形成し保護者とより良いコミュニケーションがはかれるように努めなければなりません。しかし、看護師が自由に直接保護者と話しをすることを好まない学校もあり、それに葛藤を感じている看護師も少なくありません。中には関わりが非常に難しいと学校側が感じている保護者に対して、看護師を矢面に立たせるのは困難だろうと考えるケースもあります。いずれにしても、学校としては、看護師が保護者とどのようなコミュニケーションをとろうとしているのかが分からないと不安が生じると考えられます。

- ・内容によっては、担任教諭を介して情報収集を行ったり、担任教諭と保護者との連絡帳(在宅の様子)から情報を得る
- ・看護師が保護者と直接話しをすることの必要性や意味をきちんと伝え、理解を得る
- ・保護者と関わる際は、担任と保護者との関係性に配慮しながら、情報や共通理解が看護師－保護者間だけになってしまったりしないように意識する
- ・最初は、保護者と話しをする内容や、方法、伝え方の工夫など事前に細かく担任等と打ち合わせをしておいて安心してもらう
- ・保護者との話しは、担任や養護教諭と一緒に同席してもらうことで、実際にまわりの心配を減らしていく
- ・タイミングとしては、児童生徒の送り迎えの際に機会を見つけて直接、保護者から情報収集をする
- ・看護師のアセスメントを保護者にも伝えて子どもの状態の理解を共有していく

4) 看護師間との関係性の中で高める情報収集とアセスメント

看護師間の関係は、児童生徒の健康問題のアセスメントとケアの実践に発展させるため、特に重要な意味があるといえるでしょう。

- ・看護師が複数勤務しているところでは、1人で判断するのではなく、複数の目で判断を共有することで、児童生徒に対するより安全安心なケアの提供を保障する
- ・常時児童生徒の情報を熟知している看護師が1日1人勤務できていることにより、複数の看護師が雇用されていても情報が共有されやすく、児童生徒へのケアの質の向上がはかれる
- ・看護師間の情報収集の手段として、日常的な看護師間のミーティングのほか、口頭や自分たちが活用しやすい記録類を作成して(看護記録など)行なう
- ・特別支援学校に1人しか雇用されていない看護師の場合、仕事上のストレスや人間関係、労働条件などによる負担感の大きいことが予想されるため、他校の看護師との情報交換ができるような機会に参加する(Ⅶ参照)
- ・カンファレンスなどシステム化された話し合いの機会だけではなく、空き時間などに口頭で情報交換をするなど、インフォーマルな形の情報交換も活用して関係作りをする

2. 日常的なミーティングへの参加

病院勤務とは異なり、児童生徒の側に24時間付き添って観察することができない教育現場では、児童生徒に関する情報源や情報収集手段が少なく、看護にとって必要な情報を得

することはとても難しいといえます。そこで、他職種からの貴重な情報収集の場である日常的なミーティングへ積極的に参加することが看護師にとっては望ましいでしょう。日常的なミーティングへ参加することは、教諭や養護教諭のそれぞれの専門性から捉えた児童生徒の状況が網羅でき、より良い看護に発展させるための有力な方法であるといえるでしょう。

- ・ 非常勤であるため時間的に無理、出席を必要とされていないため無理と考えてしまいがちだが、時間の使い方を学校と相談し、ミーティングに出席したい意思や、看護師が出席することの意味や理由を伝えていく
- ・ 毎回でなくてもまずは、希望を伝え参加できるようトライしてみる
- ・ 出席した際は、看護師としての立場からの意見を伝えるとともに、教育現場の教諭らの考えにもじっくりと耳を傾けて聴くことで、お互いの意図や思いが見えてくる

3. 医師からの情報収集の方法

特別支援学校では、主治医との情報交換は、基本的に病院内とは異なる場や方法で行われることを認識しておく必要があります。直接主治医から情報交換ができるのは、年度初めなど児童生徒に関する指示書をもらう際と、医療的ケアの手順を確認してもらう際などです。

- ・ 主治医からの指示書を受ける際には、看護師もできるだけ同行する必要がある（平成16年の文部科学省の通知の中で、医師から直接看護師が指示を受ける必要性が謳われている）
- ・ 児童生徒が長期入院する場合などに病院へ担任らとともに面会に行き、その際、児童生徒の保護者の許可を得てから、主治医に会えて情報収集ができるケースもある
- ・ 指導医が、主治医と連絡を取ってうまく橋渡しをしてくれている学校もある
- ・ 保護者が受診する際に、メモを活用して主治医の指示を確認したりする
- ・ 保護者と教諭の連絡帳から、保護者への主治医のコメントを入手する工夫をする
- ・ 直接主治医に確認しなければならない事柄は、理由や内容を明らかにして、児童生徒の保護者の許可を得てから、校長を通して看護師自身が直接確認する
- ・ 主治医と直接会う際は、あらためて主治医との時間を設定するより、児童生徒と保護者が受診する際に、同行させてもらって主治医と話しをする方が無理がない
- ・ どのような内容について主治医と話しをするか予め保護者や養護教諭や担任と相談しておくと学校も安心が得られる
- ・ 医師と看護師の医療者同士にしかできない情報交換、情報提供、指示内容の確認があることを学校に理解してもらう

主治医の指示に関する看護師の悩みに次のようなものがあります。

「主治医が出す指示内容に、現実との温度差を感じる」や「主治医が保護者の望むとおりに許可してしまう」などです。これらは、主治医に適切な情報が伝わっていないために起こることも考えられます。主治医は児童生徒を毎日診たり学校での状態を直接診ることもできないため、保護者からの報告や希望を基にして指示を出す場合もあります。的確な情報でない場合、その子ども固有な今の状態にそった指示が出しにくくなります。そのために、教諭や看護師は指示内容にずれた感覚を感じてしまうのでしょうか。そこは、看護師が調整能力を発揮するべき時です。同じ医療者同士の情報交換ですので、病態を理解して詳細にやりとりができ、そういうことではなく、こういう状態なので、など直接伝えることによって、子どもの実態に合った納得できる指示を出してもらうことが可能でしょう。もちろん、事前に保護者ときちんと話し合いをしておく必要があります。

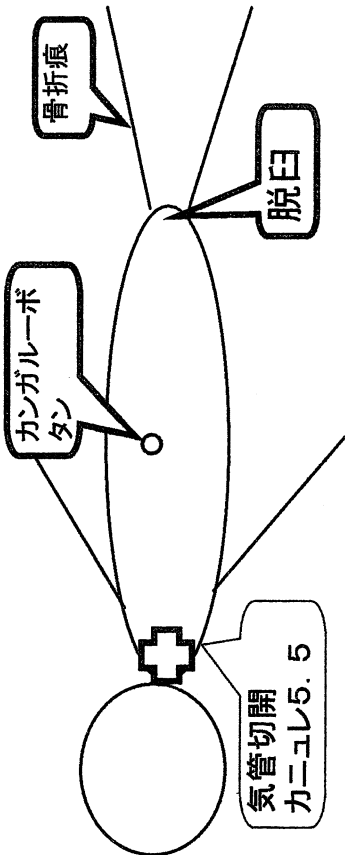
勤務体制の理由などから難しいことかも知れませんが、児童生徒の状態に合った指示が主治医から得られることを目指して調整する責任が看護師にはあるといえるでしょう。

4. 記録用紙の工夫

看護師間、および看護師と養護教諭との間で、児童生徒に関する情報の共有化をはかり、安全・安楽なケアを行なうためには、まず限られた時間の中でいかに確実に、効率よく児童生徒の情報収集を行なうことができるかがとても重要であると思われます。そこで、児童生徒に関する健康記録や看護記録のあり方を検討して工夫することも必要であるといえるでしょう。

- ・看護師も記録を活用し、看護のねらいの確認、ケア方法の工夫と統一性（看護の計画）、情報収集、実施、判断を記録して（日々の記録）、看護師間で共有をして、ケアの継続性を高めるとともに、評価をしてケアの資質向上を目指す。
- ・時間的に忙しい場合は、簡潔で統一した判断が記せる記録様式を開発する
- ・看護師間、または、看護師・教諭・養護教諭間で共有できる記録を工夫する
- ・担任が保護者とのやりとりに使う連絡帳を看護師の欄も作ってもらい、保護者や担任との共通理解に活用している学校もある
- ・記録を書く際は、看護記録についても分かりやすいように、専門用語を使用しないように意識して、担任の先生にも読んでもらえるようにする

特別支援学校に勤務する看護師の方々が日々の勤務の中で再考され、検討を重ねた結果から作成された記録を2種類、許可をいただいて掲載させていただきました。現在も実際に勤務で使用されている貴重な記録類です。

〇〇 △子		1867/5/8	脳性麻痺		ハイセレニン・エクセグラン
〇〇立◆◆病院		〇〇Dr ◇◇Dr 732-☆☆☆☆		SPO ₂	P KT 37.4
			H15. 7	左大腿骨折	
			H17. 5	GER・胃ろう造設術	
				ミツキーからカンガルーボタンに変更	
			H18.6	肺炎で入院。入院中左大腿骨折(3年前と同じ部位)	
			H18.10	肺炎で入院	
			H19.1	高熱で入院	
			H21.2	気管切開・喉頭分離術	
緊急時の与薬			医療的ケア		
			経管栄養(エンジュア・ソリタ・薬) 胃ろう周辺部の管理 吸引(気切部・口・鼻) 気管切開部の管理		
・胃ろうボタン周辺部に注意 ・SPO2 90%を下回るときは酸素吸入10開始とともに母へ連絡					

看護記録

小中高

組名前

()

年		月		日		登校時		月		日		(水)		登校時		月		日		(木)		登校時		月		日		(金)	
V S	測定時間																												
	体温 (°C)																												
	脈拍 (回/分)																												
	SpO2 (%)																												
観 察 項 目	痰の量																												
	痰の色																												
	痰の性状																												
経 鼻 水 分 胃 液 屋 食 処 置	時																												
	分																												
	時																												
	分																												
	時																												
	分																												
処 置	処置																												
記 録	記録																												
印	印																												

該当学部に○をつける

1日の平均で○をつける

個々の状態に応じて観察項目を追加設定する
例: 喘鳴の有無、PEG周囲の皮膚など

実施したら、○にチェックを入れる。
()には、胃残量、胃の空気の有無
など特記事項があれば記載する。

個々に応じて処置項目を設定する
例: 吸入 気管内洗浄 内服 PEGのガーゼ交換など

どちらかに○をつける

発作や呼吸状態が悪化し
酸素投与を実施した等、
何かあった場合は、必ず、
経時的に記録する。「著変
何もない場合でも、「著変
なく1日を過ごす」等、一文
は記載する。

記録者のサイン

<痰の量> + 少量 ++ 中等量 +++ 多量 <痰の色> 1 透明～白 2 やや黄色 3 黄色 <痰の性状> サ ささら ヤ やや粘稠 ネ 粘稠
 神戸市立垂水養護学校

VI. 連携・協働のあり方

看護と教育の相補性

特別支援学校において看護と教育が共有している児童生徒への役割範囲は、心身の障害から学校生活に支障をきたしている児童生徒とその家族に対する「学校生活上必要とされる援助と教育支援」であるといえます。それらの役割を遂行する場合は、学校であり、役割内容の相違はありますが、目指すゴールと場は共有されています。

一方、異なる役割範囲は、児童生徒の医療的ケアを中核とする健康問題への支援が看護の役割であり、児童生徒の学校生活や学習に関して支援するのが教育の役割です。

以上のような看護と教育の役割範囲の相違と共通性を理解し、看護師は特別支援学校という教育の現場においてケアの専門家としての責務を果たさなければなりません。その責務は、看護ケアを状況に応じて正確に判断し、その判断に基づき実践ができ、実践結果を振り返り評価ができることであるといえます。そして、その一連の過程で、児童生徒の健康問題に対する実践は、限りなく安全でかつ安楽であることが要求されます。また、教育者が児童生徒と家族を支えて教育実践に責任がもてるように協力することも看護師の責務であるといえるでしょう。そこで、看護師には、他職種である教育者の役割を知り、看護師の専門性を自ら明らかにすることと同時に、すべてを看護師で抱え込まずに適切な役割の移譲ができる判断能力も必要といえるでしょう。

表VI-1. 看護師の責務

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 看護ケアを状況に応じて正確に判断し、その判断に基づき実践ができ、実践結果を振り返り評価ができること② 状況の判断から実施結果の評価までの一連の過程で、児童生徒の健康問題に対する実践は、限りなく安全でかつ安楽であること③ 教育者が児童生徒と家族を支えて教育実践に責任がもてるように協力すること |
|---|

教諭・養護教諭の役割

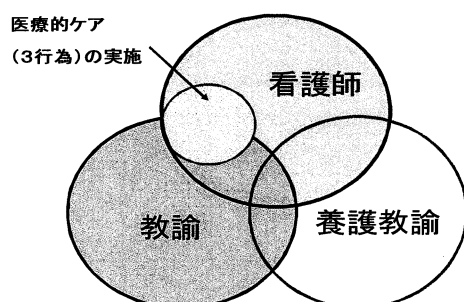
特別支援学校で働く看護師以外の職種には、教諭、養護教諭があります。医療的ケアが必要な児童生徒に対するそれぞれの職種が果たす役割は、学校により多少異なりますが、教諭は、効果的な教育を行うために総合的な環境整備、健康管理全般、医療的ケア実施に向けた情報提供、保護者や関係機関との連絡調整、看護師等による医療的ケア実施への協力・補助などの総合的な支援体制を構築することです。また、養護教諭は、健康に関するマネジメントおよびコーディネート機能、健康に関する情報管理機能、健康に関する研修の企画やスーパーバイズの機能、緊急対応機能などの学校保健全般を統括することです。

3つの専門職によるチームアプローチ

児童生徒と家族にとって安全で安楽な医療的ケアを提供し、望ましい教育環境を保障するためには、看護師・教諭・養護教諭の3つの専門職がそれぞれ自律した独自の役割をもって連携し、お互いの専門性を尊重しながら協働することが必要です。つまり、図VI-1の

ように、「それぞれの役割の特殊性を活かした職種間連携」を意識したチームアプローチを行うことが求められています。そして、それぞれが自分の役割をどのように担っていくかを判断することが必要です。専門職の独自の領域については明白ですが、重複領域については、基本的に、どの職種が役割を担っても良いと考えます。児童生徒と家族に必要な支援をどの職種も行わないということがないようにすることが最も重要なことであり、どの職種がどの支援を行うかについては、その時々その学校でのマンパワーの状況やそれぞれの職種の構成メンバーの経験年数や能力によって決めればよいのではないのでしょうか。

図VI-1 「特殊性のある職種間連携」を意識したチームアプローチ



それぞれの職種が担う役割について決める際には、3者で集まり、話し合うことが必要です。しかし、雇用状況や勤務体制の理由などから、複数の専門職が時間を割いて集まることが難しかったり、学外行事と一緒に参加することができなかったり、それぞれの背景や専門性の相違から、児童生徒をみる観点の違いが生じることも考えられ、お互いの役割に対する理解不足が生じやすい状況にあります。そのため、そのようなコミュニケーション不全が生じないように、カンファレンスなどで話し合う機会を設け、それをシステム化することが今後は必要であると思われます。

また、児童生徒の健康状態と生活の質（QOL）の向上との間で葛藤する学校行事などの出来事が時々起こります。その際の看護師・養護教諭・教諭の間の役割の葛藤調整に関しては、それぞれの職種の思いを配慮し、可能な限り健康状態を良好に、QOLが高くなるようなさまざまな段階の代替案を用意し、どの職種も納得がいくような妥結策を選択できるようにすることが大切です。

次に、特別支援学校において看護師が他職種と連携・協働していくために必要と考えられる事柄を以下に挙げました。

1. 情報と目標の共有

特別支援学校において、看護師・養護教諭・教諭は、お互いの持つ能力の重なりや、個々の多様な専門性（技術や知識）を認め合い、感謝し合った上で、協働作業として児童生徒の個別のケアプランの立案・ケアにおける意思決定・問題解決・目標の設定・責任の範囲の明確化を行うことが必要であるといえるでしょう。そして、この協働作業の過程を通してお互いの信頼と尊敬をさらに深めることになるでしょう。

すなわち、連携・協働を行う際に、児童生徒に対するよりよいケアの効果を追求し、専門職として互いに満足できるという成果をあげるためには、情報と目標を共有化して連携する必要があるといえます。この連携を基盤としてそれぞれの持つ知識と技術が統合され、児童生徒に関する総合的な一つのケアプランを立てることができるでしょう。

2. 他職種のもつ専門的知識に対して互いに価値を認め合い尊重し合うこと

看護師は、病院で勤務する場合においても、医師やその他の専門職と連携・協働する際に、お互いに信頼し合い、尊敬し合うことが非常に重要であることを経験します。このことは、特別支援学校においても変わりはありません。児童生徒は全人的な存在であり、学校生活上必要とされる援助と教育支援を考える際、それぞれの職種の役割に重複領域があることから、職種ごとの役割をきれいに分けることはできません。そのため、児童生徒へのかかわり方において職種間で意見の相違や役割葛藤を生じることがあります。特別支援学校において、児童生徒を中心とした連携・協働に関わる看護師、養護教諭、教諭の間に意見の不一致があるとき、意見を無理に合わせようとするのではなく、その不一致が生じる背景を理解し、学校における児童生徒にとっての最善を目指してお互いの役割をイメージし、そのイメージを一致させることが必要でしょう。その結果、お互いの満足感が向上し、その協力関係がさらに深まるような関係を目指すことが大切であるといえます。

そのためには、まず、看護師は連携・協働を行う教諭が医療的ケアを行っている児童生徒にどのように教育支援を行おうとしているのかを理解し、教諭が立てた医療的ケアに必要な児童生徒の教育目標に従って児童生徒を安全に安楽に教育支援ができるように、教諭を支援する姿勢を持つことが必要です。しかし、その教育目標を達成するための方法や手段が児童生徒の安全や安楽を脅かす状況を引き起こす可能性がある場合もあります。その場合は、なぜその方法や手段が児童生徒の安全や安楽を脅かす状況を引き起こす可能性があるのかについての根拠を説明しながら、調整していくことが重要です。それにより、教諭や養護教諭が看護師の考えていることを理解し、相互理解につながります。

3. 連携・協働の過程を促進する工夫

特別支援学校において、看護師・養護教諭・教諭の交流は、通常、児童生徒に関する情報交換やケアの調整などの比較的単純なものから開始されます。また、校内の医療的ケアに関する委員会に出席したり、看護師の待機場所を職員室に移動したりしたことをきっかけに、教諭の考えが理解でき、教員との関係が良くなったという声も聞かれています。さらに、困難事例に対して3者で事例検討会を持つことは、お互いの思いを共有し、一緒に解決方法を探っていくことで連帯感が強まります。このような交流が長期的・継続的に繰り返されると、その中でお互いの専門性の相違や他職種の実践の範囲と責任を理解するようになり、建設的・生産的・援助的な交流パターンへと発展していくことが予想されます。これら三者の専門職間の交流の頻度と期間は、児童生徒を中心とした連携・協働を促進させ、その結果、看護師・養護教諭・教諭の抱く役割葛藤や職務上のストレスを緩和するなど専門職全体に利益をもたらす、同時に児童生徒が学校生活を送るために必要とされる援助と教育支援の質の向上にもつながっていくでしょう。

このような看護師・養護教諭・教諭間の交流、連携・協働を促進させるためには、「橋渡

し役」としてキーパーソンが必要であり、それに最も相応しいと思われる職種は、それぞれの職種の考えに精通している養護教諭や特別支援コーディネーターではないかと思われます。養護教諭や特別支援コーディネーターがコーディネート役割を遂行することで、それぞれの職種が抱える問題を踏まえて、児童生徒の健康問題や学校生活上の問題の解決をはかることができるのではないかと思います。

また、看護師が特別支援学校の中でチームの一員として連携・協働を果たすためには、看護師の役割やケアの範囲を他職種に理解してもらえるような個々の学校における指導要綱、指示書に沿った医療的ケアのマニュアルや手順書などを作成することも効果的です。

表VI-1 看護師が他職種と連携・協働していくために必要なこと

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. 児童生徒に関する情報と目標の共有2. 他職種のもつ専門的知識に対して互いに価値を認め、尊重し合うこと3. 連携・協働の過程を促進する工夫：<ul style="list-style-type: none">・ 3者の交流・ 「橋渡し役」としてのキーパーソンの存在・ 個々の学校における指導要綱、指示書に沿った医療的ケアのマニュアル、手順書などの作成 |
|---|

VII. 教諭への支援

特別支援学校の看護師には、児童生徒への直接的ケアに加えて、教諭を支援する役割が求められています。2006年に日本小児看護学会による全国の肢体不自由養護学校に勤務する教諭に対して実施した調査では、学校に勤務する看護師が児童生徒のケアに関して果たす役割について、期待と実際のいずれにおいても「ケア技術の実施」を挙げる教諭が最も多く、次いで多かったのは「健康状態の判断」でした。「専門知識・資料の提供」については、実際の役割として挙げた教諭は約半数でしたが、期待する役割として挙げる教諭は7割近くに及び、実態に比べて期待の大きい内容であることがわかりました(表VII-1)。このような調査結果も踏まえて、教諭への支援として看護師には以下のような役割が考えられます。

1. 実践モデルとなる

看護師が児童生徒に医療的ケアを直接実施することは、教諭にケアの実践モデルを提供する機会でもあります。看護師と教諭とは実施できる行為の範囲に違いはありますが、看護師が児童生徒に適した方法で、安全且つ正確に技術を提供することは、そばにいる教諭が一連のケアの流れを理解し、より良いケアの方法を考え、実践する助けとなります。

2. 健康状態の判断を伝える

学校で生活する児童生徒の健康状態のアセスメントは、看護師が担う重要な役割の一つです。特に、体調の変化をきたしやすい重症心身障害児においては、その日の体調や児童生徒が過ごす環境、学習課題の内容などを総合的に捉えて、現在の健康状態、緊急に対応すべきケアの有無、授業や学校行事への参加の可否、予測される症状などを随時判断し、教諭に伝えることが大切です。また、日頃から教諭に対して、「.. などの状態から考えて.. と判断できるので.. します」というように、看護師の判断を伝えて、教諭と共有するように心がけます。このような関わりは、教諭の理解や判断する力を育て、児童生徒のより安全な学校生活を保障することにつながります。

3. ケア技術を確認する

特別支援学校に勤務する教諭は、医療的ケアを行うことに少なからず不安を感じています。教諭が行う医療的ケアをそばで見守る姿勢で関わり、基本的なケア技術を確認することによって、教諭は安心して自信をもちながらケアを実践することができます。時には、日頃行われているケアの内容や範囲について教諭と確認し合い、十分な知識や技術を伴わない中で範囲を超えてケアを実施することのリスクについても十分に話し合い、互いの役割の調整を図ることが必要です。このような支援によって、より安全なケアの提供を目指します。

4. 相談にのる

教諭は医療的ケアに対して様々な疑問や迷いも感じています。技術面だけでなく、

吸引であればそれを行う場やタイミング、吸引物の量や性状の判断、児童生徒に適した吸引時の体位など、医療的ケアに関連する様々な内容について助言を求められる場合があります。教諭の不安や疑問を受け止めて、児童生徒に適したケアの方法を共に考え、伝えることが大切です。特に対応の難しさが伴う児童生徒について、教諭と共に検討することが重要です。このような関わりは、教諭にとって有意義であると同時に、看護師にとっても学校という場で児童生徒の生活に合った医療的ケアの方法を学ぶ機会となり、児童生徒の学校生活の質向上において欠かせません。

5. 専門的知識を提供する

2006年度に実施した調査によれば、教諭から看護師に対して求められている役割は、日常のケア場面でのサポートだけでなく、その判断や行動の基盤となる知識を提供し続けることです(表VII-1)。日頃から迷ったり、判断に困ったりする事柄、緊急の対応を求められる事柄に注目して、関連する専門的知識を提供することが必要です。時には看護学に限らず、医学、薬学、心理学など、様々な領域からの情報収集が必要な場合もあります。医学的知識を持たない教諭にとって理解しにくい専門用語は出来るだけ使わずに、日頃経験していることと関連付けて説明することで興味をもてるように工夫することも大切です。

以上のように、特別支援学校における教諭への支援は多様です。教育機関の職員として、教育と医療の橋渡しを担う看護師の役割は大変重要です。教諭と良いコミュニケーションを保ち、児童生徒の最も近い立場でケアを提供する教諭を知識・技術・情緒面から総合的に支援することに心がけることが大切でしょう。

表VII-1 特別支援学校教諭が捉える看護師の役割の現状と希望 (n=120)

役割の内容	実際に看護師が果たしている役割の現状	看護師に期待する役割
ケア技術の実施	81.7%	76.7%
健康状態の判断	75.8%	70.8%
ケア技術の確認	63.3%	66.3%
ケア技術の指導	55.0 %	60.8%
専門知識・資料の提供	47.5%	67.5%
専門知識に関する講義	25.0%	41.7%

(2006年日本小児看護学会による全国肢体不自由養護学校に対する調査結果より)

VIII. 看護師として成長し自信をつける

特別支援学校に勤務し始めるとさまざまな悩みや不安、疑問、葛藤が生じてくると思います。学校という初めての場で、しかも看護師は自分しかいない状況ですので無理ありません。何も知らずに学校に勤務することになった人もいるでしょう。ここ学校にも看護を必要とする子どもが大勢いて、看護師自ら意識して研鑽することが求められます。本ガイドラインによって少し混乱が整理されれば幸いです、今後も出会うであろう困難や不安を自身で解消し、元気になれる方法の提案をしてみたいと思います。

1. 自分の思いを周囲に話す

初めて、特別支援学校に勤務することになったとき、あまりに病院とは異なる状況や、次々にうかぶ疑問や不安、葛藤……。それは、どの看護師も皆と言って良いほど最初は経験する葛藤なのです。ですから、混乱しているのはあなただけではありません。それらを、まずは口に出してみましょう。分からない、変だと思う、どうして？など……。特別支援学校に勤務している看護師の内ほとんどが、皆さんと同じもと病院勤務経験者です。仲間の看護師、同じ健康の専門家である養護教諭などに、批判することなく、決めつけることなく、思い込むことなく、自分の中に湧いた思いを話してみましょう。戸惑うのは当然で、出発はこれからですので、何でも声に出して試みることからコミュニケーションは始まります。私たちが、自分たち看護師を捉えているように、先生たちが看護師をイメージしているわけではありません。理解してもらうために0から出発するつもりで、意図的にコミュニケーションをとっていく。そして、教諭や養護教諭のこと、学校・教育のことなどを分かったつもりにならないで、いろいろと聞いたり疑問を投げかけたりしていきましょう。

2. つながる

調査では、ひとつの学校に看護師配置数は平均 2.8 名でした。あなたの特別支援学校も看護師は一人か多くても数名までではないかと思います。調査では、相談できる人がいないという看護師はいませんでした。しかし、狭い1つの学校の中で当然のように行われていることや抱えている困難が、自分の学校だけであるのか、ほかの学校ではどのようにされているのか、ほとんど知る機会がありません。他校の状況を聞くことによって目からうろこが落ちるように解決されることも少なくありませんし、同じような悩みを抱えている看護師に出会うことで共感できる存在を見つけることもできます。

1) となりの特別支援学校の看護師に連絡

肢体不自由特別支援学校には、かなりの学校で看護師が配置されています。特別支援学校の看護師に連絡を取り合ってみましょう。他にそのような学校があるかを教員に聞いたり、インターネットで調べ「〇〇学校 看護師様」で手紙を書くなど。

2) 同じ自治体で研究会を結成

同じ自治体にどのような特別支援学校があるのかをインターネットで調べて、自分たちで研究会を作る。現在は、まだ、特別支援学校看護師の全国組織や研究会のようなものはありません。思い切って自分たちで声を掛け合って、会を作ってみましょう。参加者の多少や頻度にとらわれず、まず1回目の会を持ってみましょう。自分たちが

持っている悩みや不安を出し合うところからでも、新鮮で刺激的な話が聞けることと思います。そこで、同じように悩む仲間が大勢いることを知り、力になると思います。

3) 日本小児看護学会に入会

特別支援学校に勤務する看護師で入会している人は現在、極わずかです。しかし、これからは、学会発表においても、在宅の子ども達が長い時間過ごす特別支援学校における看護の研究発表等も増えていくと思われます。また、学術集会の交流セッションなどでは、同じ学校に勤務する看護師達が主体的に集まって高め合う場をもつことも可能です。

3. 調べる・学ぶ

初めて勤務する特別支援学校では、看護師として求められる知識はこれまでとは少し違っていたり、医療職の代表として教員や養護教諭から質問されることも多いと思います。調査において、養護教諭からは、専門知識・資料の提供や、専門知識に関する講義への期待は、教諭より高いものでした。看護師に実施した調査結果では、教諭に対し、健康状態に対する判断は91%が実施していましたが、専門知識・資料の提供は5割程度の看護師しか行えていませんでした。病院勤務経験があつて看護師だからといってどんな技術についてもオールマイティではありません。学校がそのこと理解してくれず、見たこともやったこともないことをできるわけがない、保護者や教員の方がよく知っているという状況に、戸惑いを感じることもあるかも知れませんが、基本的には、看護師という資格で仕事をする訳ですから徐々にでも何らかの方法で自らの知識と技術を高めて、受け止めていく覚悟も必要です。

看護師として、過去の臨床時代の知識のままであったり、学生時代に学んだ知識に頼らず、どんどん新しい知識と技術を身につけていることが求められていることを自覚して、看護師として、専門知識を取り込める手段や方法を知っておきましょう。

1) 知識を得るには

簡単明瞭に知識を得られたらと思いますが、ご存知のとおり、医療は日進月歩です。ガイドラインに現状の知識を掲載してもすぐに古くなりそれが適切とは言えないと思われます。現状で良いのか？と疑問を持つところからはじめましょう。

- ①近年は、Evidence-based の看護技術がいろいろと出てきています。たとえば傷の手当も「乾燥させる」よりも「moist-healing」の方が治りが良いとか、気管洗浄も最近はあまり行われなくなってきました。基本的にケアは医師の指示によるものですが、今のままでよいのか根拠に基づいたものが提供できているのか自ら確認していき、学校内での普段の子どもの状況を主治医に情報提供できる（子どもの受診に同席するなど）のも、また看護師であろうと思います。
- ②現在発行されている図書については、参考文献としてリストを挙げておきました（巻末）。新刊本も、amazon や紀伊国屋等でキーワード検索して購入することもできます。
- ③インターネットで「医学中央雑誌 WEB」で検索し、近年の論文でしたら一部ですがキーワードを検索すると最近の関連文献が検索できます。そのほかは、会員登録が

まずは必要です。

- ④近隣の医療・看護系大学の図書館に出向く。検索させてくれるところもあります。文献の取り寄せは、日本看護協会の会員になると「郵送文献複写」のシステムが利用できます（日本看護協会ホームページ参照）。
- ⑤近隣の専門書を扱う書店を探しておくのもよいでしょう。

2) 情報を得るには

①校内の教職員に聞く

何よりも、身近な存在として、自分が聞きやすい教職員に、まずは、聞いてみましょう。聞いてみることでそのものが、コミュニケーションの始まりになります。

②他の特別支援学校の看護師に聞く

近隣の特別支援学校の看護師に、どのように行っているかなど連絡して聞いてみる。実施したことのない人工呼吸器などの管理も隣の学校にはそのような児童生徒が居るかもしれません。

③教育委員会に問い合わせ

④インターネット

インターネット時代ですので、キーワード検索してみる。最新の医療機器・器具情報なども関連企業のホームページから入れます。

⑤学会で最新情報を得る

学会に出向いてみるのも最新情報としては有意義です（日本小児看護学会、日本学校保健学会など）。最近では、医療的ケアに関する演題発表等が数件はあるようです。学会の情報はインターネットのホームページを見てみましょう。

⑥文部科学省や厚生労働省などのホームページ

時々、関連のホームページを訪問して医療的ケアに関連した文書が出されていないかと見てみましょう。

3) 技術を高めるために

調査でも技術向上に対するニーズはありました。児童生徒に提供する技術に関する不安は、知識を得ることで不安の解消がおおむね可能ですが、実技を高めるとなると難しい部分があります。

①親が実施している技術を確認しつつ基本原則と照らしてみる。単純に親や教諭がしているとおりにする、というのではなく看護の原則的な視点で確認してみましょう。病院内での方法と在宅や学校とは異なることがあります。ひとりひとりのケースについてアセスメントしていきましょう。

②技術は判断が大切ですので、看護師同士判断について共有できる時間を持ちましょう。手技等についても時々には実際に確認し合ひましょう。

③人工呼吸器など機器関連は、業者に確認することもできます。丁寧に教えて頂けます。また、知識の場合と同様、隣の特別支援学校看護師と連絡を取り合って見せて頂けるよう、校長先生に相談してみましょう。

④その子どもにあった適切な技術・方法であるか、主治医に病態等を確認して、実施する技術の適切性を判断しましょう。

4) 研修を計画する

調査では、看護師としての専門を支えるサポートが得られていないと感じている看護師が3割いました。看護師が必要と感じる研修は、多い順に、①重症心身障害児の看護、②重症心身障害児施設での実践的・臨床的研修、③養護学校における他職種との協働、調整のあり方、④障害がある児童生徒の保護者の理解、で、特に重症心身障害児の看護に関係する実践的研修の必要性が強く求められていました。

経費の問題などもありますが、学校内の教員とも相談して看護師だけでは研修が組みにくい状況であっても学校全体の研修計画として重症心身障害児のからだの特徴などの研修を希望していくこともできます。看護師としても研修の必要性を粘り強く学校や委員会に発信していくことによって、研修の機会を得ることにつながると思います。

反対に、看護師の方から教諭などを対象とした研修を申し出てみましょう。勇気のいることですが、すでに行っている学校もあります。自分たちが知識提供する体験は、結局は自分自身の成長につながります。気になっていることで、自分にできそうな内容からトライしてみましょう。

4. 高めあう

自分たちが行っている児童生徒へのケアで、健康の改善が見られた場合などは、何がどのように改善に繋がったのかを、関わったもので分析しておきます。なぜ良かったのかを理解していると、意図的に他の子どもにも応用が利きます。

うまくいかない点は、時には、学生時代や臨床現場でしていたように、紙面に情報収集→アセスメント→目標や具体策と、問題解決過程の思考プロセスで、意識的に分析・評価して関わった者同士で整理してみることをお奨めします。また、問題点を挙げて、対策を看護師同士、また担任と、また学校全体で検討してもらえるように働きかけて、ともに事例検討などカンファレンスを行うことが当たり前になる風土を作り上げることも大切です。

学校内で、また、近隣の学校看護師たちが集まって、事例検討会を行うことも非常に有効と思います。

5. より良くする

1) 気になったところを明文化する習慣をつける

学校内で看護師は非常に多忙なことも多く、いろいろと気になることが出てきても、時間がどんどん過ぎ、問題点も流れ去っていきがちです。看護師の研究会などに持ち寄って検討したりする時のためにも、気がかりなことや確認しておきたいことなどをメモするノートをもち習慣化しましょう。

2) 教員との連携はコミュニケーションによって解決する素地を作る

調査においても、教諭も養護教諭も、看護師とのコミュニケーションや、ミーティングへの参加の必要性について8～9割以上が肯定的でした。できない現状は、勤務時間など看護師の雇用条件などが理由としてありましたが、子どもの状況等に合わせ数分であっても定時の情報交換や検討時間を設けていくことも大切です。暗黙の了解やインフォーマルなままではなく、定時でできるよう話し合しましょう。教員の専門性、看護師の専門性を理解し、よりよい連携を組むためにも欠かせません。

3) 看護師としても必要な記録を残せるようにしていく

看護師が辞めたりして困っている課題が教諭や養護教諭の自由記載からも見えています。辞めて人が変わっても担当を替わっても継続して安定したケアを児童生徒に提供できることが必要です。また、記録があることで、その子ども固有な技術の工夫などを伝えることができますし、看護師どうしだけでなく、教員の他、PTや主治医とも必要時情報交換できる材料として共有できます。看護師同士はローテーションを組んでいることも多く、実質一緒に話し合える時間には限りがあり、子ども一人ひとりに対するアセスメントも、記録によって共有できます。

4) 看護師同士においても、臨床経験の種類・年数の差を補い合い、看護師全体の継続的な問題解決能力を高める

調査では最も勤務年数の長い看護師に回答してもらいましたが、特別支援学校での在職期間は65%が3年以下でした。つまりベテランが少ない状況です。長く続かない理由としては雇用条件の悪さとの関連もあります。養護教諭への調査の医療的ケアに関して感じていることとの自由記載において、「有能な看護師の確保」を1～2割の養護教諭が挙げています。病院看護師としての経験が長くても学校では新人ですので戸惑うことが多いのは当然です。子どもたちに安定したケアが継続して提供できるように、また、新人看護師でもスムーズに溶け込みやすいように、このガイドラインの活用や、学校ごとに「新任看護師教育マニュアル」を徐々に作り上げていくなど、看護師としてのオリエンテーションも必要でしょう。

5) 看護師同士で、担任教諭との間で、ケア等に関する判断を言語化する

実際に教諭と協働してケアするとき、調査ではコミュニケーションが取れているという結果が出ました。しかし、看護師が配置されるようになって、これまで教諭が子どもの健康に強い関心を持っていたのに、看護師に任せれば安心と、関心や理解が薄れてきていることを危惧する声も聞かれます。また、看護師が教諭になかなか理解してもらえないという悩みも聞きます。看護師としての専門性を理解してもらうためには、自分のアセスメント（根拠）を口に出して教諭に伝えていくことです（多職種の連携と協働の項、参照）。お互い、頭の中で判断している内容は目に見えませんが、言語として表現することによって、それぞれに対する理解と、専門性の相違もわかって尊重しあう関係に近づけます。

6) ヒヤリハットの蓄積と評価をする

看護師への調査では、子どもの指示書の有無に関わらず40数%の看護師が緊急事態を経験していることが判りました。ヒヤリ・ハット、事故予防については「4. ケア環境と安全な技術」を参照してください。

6. 自らも大切にするために

1) メモする

特別支援学校において医療的ケアが行われ、看護師が配置された歴史はまだまだ浅いものです。いろいろな場面に遭遇することがあるかもしれません。病院内と学校では異なりますので、学校勤務当初は問題・疑問だらけに感じるかもしれません。整理したり、問題状況を見つめなおす習慣をつけて、「慣れ」から来るあやまちや、不適切なケアが浸透してしまわないよう、自身を刺激し、critical(批判的)に、本当にそれでよいかと、ひとり

職種であるからこそ、気になったことは記録にとどめて、鋭敏に感じられる心を持ち続けたいものです。

2) 報告する

養護教諭の自由記載の中でも、看護師が学校組織を理解していない、チームで働く働き方を理解していないという意見が多くありました。それらには、適切な連絡・報告・相談が適切な対象にされていないという意味合いがありそうです。それらは、よりより連携や協働にひびが入る原因になり、また、自分の居心地の悪さにもつながります。ケアをする場が学校という組織であることを踏まえて、だれにどのような報告をしていくのが適切か、教員や養護教諭、校長とも相談していきましょう。

また、特に、問題状況を感じたときに、だれ（どこ）にどのように問題提起していくのが良いか、方策を学校内で相談したり、また看護師の研究会などで検討してみることも良いと思います。適切な問題提起内容でもまわりから疎まれるような方法では受け入れられないからです。

3) 指示書を受ける

「4. ケア環境と安全な技術」にありますように、緊急事態を起こす可能性がある子どもや、緊急事態が一度でもあった子どもの場合は、あえて、医療的ケアについて医師からの指示書を予め受けてもらっておくようにしましょう。

4) 緊急時の訓練する

まずは、緊急事態が起こらないよう、日頃からの子どもたちの状態の鋭敏なアセスメントや予防のケアがまずは大切です。それだけではなく、ヒヤリ・ハットのところで述べましたが、それとともに、救急車到着前の数分間の訓練も重要です。これは、その間の搬送訓練や情報伝達共有や他の子どもたちへの配慮だけではなく、他の教職員が看護師に救命の協力をするケア体制（たとえば、教員に吸引器やアンビューバッグを持って来てもらったり、救命の補助をしてもらう）です。

5) 保険に入る

全国の99名の特別支援学校看護師の2割弱しか個人で保険に入っていないませんでした。当然、学校や自治体等に雇用されているのですが、近年は病院勤務の看護師も個人で保険に入っていることが多くなりました。また、何か事故があった際、看護師が単独で起訴されることも普通になっています。特別支援学校では、生命に直結する医療的ケアそのものを毎日のように実施している現状で、病院内勤務以上に危険に直面する頻度は高いと言えるかもしれません。

現在所属している自治体等ではどのようなかたちで看護師の身分や保険が保障されているかを確認しておきましょう。個人で保険に加入する方法として、例として日本看護協会の場合は、会員になる必要がありますが看護職賠償責任保険制度があります。

6) 働く環境を整える

現在、全国には、893人の看護師が特別支援学校に配置されています（文部科学省 平成20年5月1日現在）。看護師の配置方法は、次の表のとおりです。

看護師の配置方法（４７都道府県および政令指定都市の数：重複有り）					
自 立 活 動 等		単 独 事 業			その他
常 勤	非 常 勤	常 勤	非 常 勤	委 託	
１３	２２	５	２８	６	１

看護師の特別支援学校における勤務形態は、まだ非常勤が多く、役割の責任の重さと雇用条件とのバランスは決して良い状況とは言えません。継続的に専門性を発揮していくためには、常勤化の検討は大切です。また、看護師配置の適正人数についても、何人の医療的ケアが必要な児童生徒ごとに１名の看護師が配置される必要があるのか、人工呼吸器の子どもへのケアと経管栄養の子どものケアとでは、必要な時間や負担も同じではありません。

学校も、教諭も養護教諭も、保護者も基本的には看護師の雇用が安定することをみな望んでいます。最も良い看護師の配置のあり方そのものがまだ模索中であるとも言えます。子どもの身近で勤務する看護師としては、さまざまな組織と手を取り合って雇用の現状を具体的数字で発信しながらも、いまは、状況が変化する過渡期を乗り越えていかなければならない大切な時です。

付録

＜特別支援教育とは何か＞

「特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）」（平成 17 年 12 月 8 日中央教育審議会）によれば、「障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取り組みを支援するという視点に立ち、幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行うもの」とされている。

1. 特殊教育から特別支援教育への転換の経緯

わが国の障害児教育は、これまで、障害の種類や程度に応じてきめ細やかな教育を行うという視点で展開され、「特殊教育」と称され、教育の場として、障害が重い児童生徒のための盲学校、聾学校、養護学校（以下、「盲・聾・養護学校」という）が設置され、比較的軽い児童生徒のために小・中学校の特殊学級等が整備されてきた。

平成 15 年 3 月に文部科学省に設置された調査研究協力者会議の最終報告「今後の特別支援教育のあり方について」を契機として、今日の障害のある児童生徒一人一人の教育的ニーズに応じて適切な指導と必要な支援を行う「特別支援教育」に転換が図られ、特別支援教育を推進するための様々な取り組みが進められてきた。その中で、これまでの障害の種類別の教育的支援であった「盲・聾・養護学校」の制度から、地域の実情に応じた障害のある児童・生徒への教育的な支援を柔軟に実施することのできる「特別支援学校」の制度に改めることが提言された。平成 18 年 6 月には、学校教育法が一部改正され、盲・聾・養護学校を特別支援学校に一本化すること、小・中学校等における特別支援教育を推進することに加え、「特殊教育」から「特別支援教育」への用語の変更が行われた。

2. 特別支援学校の目的・教育課程

特別支援学校は、小・中学校等に準ずる教育を行うとともに、併せて幼児児童生徒が心身の障害に基づく種々の困難を改善・克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養うことを目的としている。

そのため、小・中学校等に準ずる教育を行うとともに、併せて幼児児童生徒が自立を目指し、障害に基づく種々の困難を主体的に改善・克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養い、もって心身の調和的発達の基盤を培うことを目的とした指導領域である「自立活動」を設けている。また、種々の特例によって、児童生徒の実態に応じて弾力的な教育課程が編成できるように配慮されている。

担任教諭は、教育、医療、福祉、労働などの様々な側面からの取り組みを含め、関係機関、関係部局との密接な連携協力を確保しつつ、長期的な視点で乳幼児期から学校卒業後までを通じて一貫して的確な支援を行うために、個別の教育支援計画を策定する。

3. 特別支援教育コーディネーター

小・中学校または盲・聾・養護学校において関係機関との連携協力の体制整備をはかる

ために、各学校において、障害のある児童生徒の発達や障害全般に関する一般的知識およびカウンセリングマインドを有し、学校内及び関係機関や保護者との連携調整を役割として指名されている教員をいう。

参考文献：

1. 横田雅史(2007)：特別支援学校、特別支援教育. 小児看護事典, 日本小児看護学会監修・編集, へるす出版, pp604-606, 東京.
2. 全国心身障害児福祉財団(2005)：医療的ケアへの対応実践ハンドブック. 全国心身障害児福祉財団, 東京.
3. 日本看護協会(2005)：盲・聾・養護学校における医療的ケア実施対応マニュアル. 日本看護協会「盲・聾・養護学校における安全で医療・看護の提供に向けたマニュアル検討プロジェクト」報告, 1-97.
4. 下山直人(2006)：国の動向と盲・聾・養護学校における実施体制の整備について. 学校保健研究, 48,376-384.
5. 神戸市教育委員会(2007)：医療的ケアに関する手引き（医療的ケアを必要とする子どもとともに）,1-125.

＜特別支援学校における医療的ケアに関連する図書・文献＞

- 浅倉次男(2006)重症心身障害児のトータルケア、へるす出版
- 江草安彦・岡田喜篤ほか編集(1998)重症心身障害療育マニュアル、医歯薬出版、18
- 江草安彦監 (2004) 重症心身障害通園マニュアル第2版、医歯薬出版、2004.
- 木戸豊・馬庭恭子監(2004)医療依存度の高い利用者へのケア、日本看護協会出版会
- 厚生労働省(2004)盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の医学的・法律学的整理について、
<http://www.mhlw.go.jp/shingi>
- 小西行郎・高田哲・杉本健郎編著(2001)医療的ケアネットワークー学齢期の療育と支援ー、
クリエイツかもがわ
- 篠田達明監沖高司・岡川敏郎・土橋圭子(2005)肢体不自由児の医療・療育、金芳堂
- 下川和洋編著 (2000) 医療的ケアって大変なことなの、ぶどう社
- 社団法人全国訪問看護事業協会：平成 18 年度 訪問看護ステーションの業務基準に関する
検討、平成 18 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金研究報告書、平成 19 年 3 月、
pp.197-202
- 杉本健朗(2003)学童期の支援ー養護学校における医療的ケアについてー、発達障害児研究
25(3)、141-149.
- 全国心身障害児福祉財団(2005)：医療的ケアへの対応実践ハンドブック、全国心身障害児福
祉財団、東京.
- 全国肢体不自由児施設運営協議会編(2006)障害児の包括的評価法ーJASPER の実践的活用
法ー、メジカルビュー社
- 千住秀明監、田原弘幸ほか編集 (2007) こどもの理学療法第 2 版、神陵文庫、163.
- 津島ひろ江(2000)医療的ケアを要する子どものトータルケアとサポートに関する研究ー通
常学級在籍児の実態を中心にー、日本小児保健研究、59(1)、9-16.
- 津島ひろ江(2007)養護教諭の今日的課題ー養護教諭のコーディネーション機能、養護学校の
医療的ケアを中心にー、保健の科学 49(2)、131-137.
- ＜特集＞医療的ケアの新たな展開、肢体不自由教育 163、2004 年
- Nancie R.Finnie 編著、梶浦一郎訳 (1999) 脳性まひ児の家庭療育、医歯薬出版
- 日本看護協会(2003)厚生労働省「看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会」
報告書、日本看護協会
- 日本看護協会(2005)：盲・聾・養護学校における医療的ケア実施対応マニュアル、日本看護
協会「盲・聾・養護学校における安全で医療・看護の提供に向けたマニュアル検討プロ
ジェクト」報告、1-97.
- 日本小児神経学会社会活動委員会(2006)医療的ケア研修テキスト、クリエイツかもがわ、
- 野坂久美子・沖村幸枝・津島ひろ江(2005)養護学校における児童生徒の医療的ケアに関わる
養護学校教諭のコーディネーション機能の実際ー宿泊を伴う校外学習の事例を通してー
川崎医療福祉学会 15(1)123-133.
- 丸山有希・村田恵子(2006)養護学校における医療的ケア必要児の健康支援を巡る他職種間の
役割と協働ー看護師・養護教諭・一般教職員の役割に関する現実認知と理想認知ー、小
児保健研究 65(2)、255-264.
- 山本昌邦(2001)障害児教育における医療的ケアの現状と課題、学校保健研究 43、380-387.

＜特集号＞養護学校における医療的ケア(2006)：学校保健研究, 48(5)

横田雅史(2007)：特別支援学校、特別支援教育．小児看護事典, 日本小児看護学会監修・編集, へるす出版, pp604-606, 東京.

横浜「難病児の在宅療育」を考える会 (2004) 医療的ケアハンドブックー難病児 y 障害児のいのちの輝きのためにー、大月書店

＜医療的ケアの知識・技術に関する図書＞

小川滋彦編 (2006) PEG パーフェクトガイド、学研

蟹江治郎著 (2002) 胃ろう PEG ハンドブック、医学書院

北住映二・尾本和彦・藤島一郎 (2007) 子どもの摂食・嚥下障害、永井書店

厚生省健康政策局・日本医師会監、総合健康推進財団編 (2001) 在宅中心静脈栄養法ガイドライン、文光堂

嶋尾仁編 (2004) 胃ろう増設患者のケア・マニュアル、医学芸術社

ストマリハビリテーション講習会実行委員会編 (2006) ストマリハビリテーション実践と理論、金原出版妙中信之監 (2003) 呼吸療法マニュアル、メディカ出版

田中雅夫・清水周次監 (2004) 最新 PEG (胃ろう) ケアー基本的知識と看護の実際一、照林社

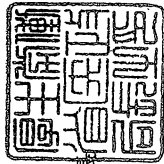
磨田裕 (2005) もっとも新しい人工呼吸ケア、学研

道又元裕編 (2004) 人工呼吸ケアのすべてがわかる本、照林社



医政発第 1020008 号
平成 16 年 10 月 20 日

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

「在宅及び養護学校における日常的な医療の医学的・法医学的整理に関する研究（平成 16 年度厚生労働科学研究費補助事業）」（座長：樋口範雄東京大学教授、主任研究者：島崎謙治社会保障・人口問題研究所副所長）は、貴省が平成 10 年度から平成 14 年度まで実施した「特殊教育における福祉・医療等との連携に関する実践研究」及び平成 15 年度から実施している「養護学校における医療的ケアに関するモデル事業」（以下「モデル事業等」という。）の成果を踏まえ、医師又は看護職員の資格を有しない教員が、看護士との連携・協力の下に盲学校・聾学校及び養護学校（以下「盲・聾・養護学校」という。）における医療の二一ゾの高い幼児児童生徒（以下「児童生徒等」という。）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。）を行うことについて医学的・法医学的な観点から検討を行い、このほど別添のとおり報告書を作りまとめた。

報告書では、盲・聾・養護学校へ看護師が常駐し、教員等関係者の協力が図られたモデル事業等において、医療安全面・教育面の成果や保護者の心理的・物理的負担の軽減効果が観察されたこと、必要な医行為のすべてを担当できるだけの看護師の配置を短期間に行うことには困難が予想されることから、看護師を中心としながら教員が看護師と連携・協力して実施するモデル事業等の方を盲・聾・養護学校全体に許可することは、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要件の下では、やむを得ないものと整理されている。

上記報告書を受け、当職としても、下記の条件が満たされていれば、医師又は看護職員の資格を有しない教員によるたんの吸引等を盲・聾・養護学校全体に許可することはやむを得ないと考えるので、適切な医学管理の下に盲・聾・養護学校においてたんの吸引等が行われるようご配慮をお願いしたい。

なお、上記報告書では、貴省及び当省が密接に連携し、盲・聾・養護学校における看護師の適正配置など体制整備の状況を継続的に点検し、それらの水準の維持・向上のための方策を探るべきとも言及されているところであり、今後とも貴職のご協力をお願いしたい。

記

医師又は看護職員の資格を有しない教員によるたんの吸引等の実施を許可するための条件

I たんの吸引、経管栄養及び導尿の標準の手順と、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、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

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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。
- ④ 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

- ① 咽頭より手前の範囲で吸引チューブを口から入れて、口腔の中まで上がつてきた痰や、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。

- ② 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、左右どちらから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と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当であり、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

- ① 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。
- ② 胃ろう・腸ろうによる経管栄養の場合には、び爛や肉芽など胃ろう・腸ろうの状態に問題がないことの確認を行う。
- ③ 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。
- ④ あらかじめ決められた注入速度を設定する。
- ⑤ 薬な体位を保持できるように姿勢の介助や見守りを行う。
- ⑥ 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

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 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

- ① 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。
 - ② 尿道口を消毒薬で清拭消毒する。
 - ③ カテーテルが不潔にならないように、尿道口のカテーテルを挿入する。
 - ④ 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。
 - ⑤ 下腹部を圧迫し、尿の排出を促す。
 - ⑥ 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。

II 非医療関係者の教員が医行為を実施する上で必要であると考えられる条件

1 保護者及び主治医の同意

- ① 保護者が、当該児童生徒等に対するたんの吸引等の実施について学校に依頼し、学校の組織的対応を理解の上、教員が当該行為を行うことについて書面により同意していること
- ② 主治医が、学校の組織的対応を理解の上、教員が当該行為を行うことについて書面により同意していること

2 医療関係者による的確な医学管理

- ③ 主治医から看護師に対し、書面による必要な指示があること
- ④ 看護師の具体的指示の下、看護師と教員が連携・協働して実施を進めること

⑤ 児童生徒等が学校にいる間は看護師が学校に常駐すること

⑥ 保護者・主治医²⁾・看護師及び教員の参加の下、医学的管理が必要な児童生徒ごとに、個別具体的な計画が整備されていること

3 医行為の水準の確保

⑦ 看護師及び実施に当たたる教員が必要な知識・技術に関する研修を受けていること

⑧ 特定の児童生徒等の特定の医行為についての研修を受け、主治医²⁾が承認した特定の教員が実施担当者となり、個別具体的に承認された範囲で行うこと

⑨ 当該児童生徒等に関する個々の医行為について、保護者、主治医²⁾、看護師及び教員の参加の下、技術の手順書が整備されていること

4 学校における体制整備

⑩ 学校長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため、学校長の統括の下で、関係者からなる校内委員会が設置されていること

⑪ 看護師が適正に配置され、児童生徒等に対する個別の医療環境に関与するだけでなく、上記校内委員会への参加など学校内の体制整備に看護師が関与することが確保されていること

⑫ 実施に当たっては、非医療関係者である教員がたんの吸引等を行うことにかんがみ、学校長は教員の希望等を踏まえるなど十分な理解を得るように行うこと

⑬ 児童生徒等の健康状態について、保護者、主治医²⁾、学校医、養護教諭、看護師、教員等が情報交換を行い連携を図れる体制の整備がなされていること。同時にそれぞれの責任分担が明確化されていること

⑭ 盲・聾・養護学校において行われる医行為に関し、一般的な技術の手順書が整備され、適宜更新されていること

⑮ 指示書や指導助言の記録、実施の記録が作成され、適切に管理・保管されていること

⑯ ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、医師・看護師の参加の下で、定期的な実施体制の評価、検証を行うこと

⑰ 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的になされていること

⑱ 校内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること

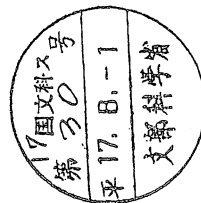
5 地域における体制整備

⑲ 医療機関、保健所、消防署等地域の関係機関との日頃からの連絡支援体制が整備されていること

⑳ 都道府県教育委員会等において、総括的検討・管理が行われる体制の整備が継続的になされていること

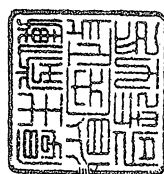
1) 盲・聾・養護学校における業務にかんがみ、重度障害児の看護に経験を有する看護師が配置されていることが望ましい（重度障害児の看護に十分な知識・経験のある保健師、助産師及び准看護師を含む。）。

2) 学校が依頼し、主治医の了承の下に指導を行う「指導医」がいる場合は「指導医」も含む。



文部科学省初等中等教育局長
殿

文部科学省スポーツ・青少年局長



厚生労働省医政局長

医政発第0726005号
平成17年7月26日

医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条
の解釈について

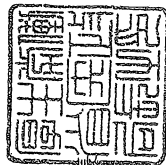
今般、医療機関以外の場合において医行為であるか否かの判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものについて、別添のとおり各都道府県知事に対して通知を発出したので、貴職においてもご留意願いたい。

なお、盲学校、聾学校及び養護学校において、別紙の注1⑤「自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと」を実施するに当たっては、「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成16年10月20日付け医政発第1020008号厚生労働省医政局長通知）の記のⅡ「非医療従事者の教員が医行為を実施する上で必要であると考えられる条件」に掲げた諸条件を満たす必要のないことを、併せて申し添える。



医政発第 0726005 号
平成 17 年 7 月 26 日

各都道府県知事 殿



厚生労働省医政局長

医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の
解釈について (通知)

医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業（歯科医業を含む。以下
同じ。）は、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31
条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を
行うに当たり、医師の医学的診断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及
ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為（医行為）を、反復継続する意思をもって
行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の様態に依り個別具体的に
判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識
の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背
景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない
者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈され
ているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が
生じることの多い行為であったとして医行為ではないと考えられるものを別紙
の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが
適切か否か判断する際の参考とされたい。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現
場等において安全に行われるべきものであることを申し添える。

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計
により外耳道で体温を測定すること
- 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度
を測定するため、パルスオキシメータを装着すること
- 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない
処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む。）

- 5 患者の状態が以下の 3 条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が
確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人
又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師
の処方を受け、あらかじめ薬剤等により患者ごとに区分し授与された医薬品につい
て、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助
言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布（褥
瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内
服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助
すること。

① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること

② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容
態の経過観察が必要である場合ではないこと

③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、
当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではない
こと

注 1 以下に掲げる行為も、原則として、医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及
び保健師助産師看護師法第 31 条の規制の対象とする必要がないものであると
考えられる。

- ① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖
尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切る
こと及び爪ヤスリでやすりがけすること

② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること

③ 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）

④ ストマ装置のパウチにたまった排泄物を捨てること。（肌に着したパウチの取り替えを除く。）

⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと

⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器（※）を用いて浣腸すること

※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グリセリン濃度50％、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

注2 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。

注3 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものではないと考えられるものであるが、業として行う場合には実施者に対して一定の研修や訓練が行われることが望ましいことは当然であり、

介護サービス等の場で就労する者の研修の必要性を否定するものではない。

また、介護サービスの事業者等は、事業遂行上、安全にこれらの行為が行われるよう監督することが求められる。

注4 今回の整理はあくまでも医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法等の解釈に関するものであり、事故が起きた場合の刑法、民法等の法律の規定による刑事上・民事上の責任は別途判断されるべきものである。

注5 上記1から5まで及び注1に掲げる行為について、看護職員による実施計画が立てられている場合は、具体的な手技や方法をその計画に基づいて行うとともに、その結果について報告、相談することにより密接な連携を図るべきである。上記5に掲げる医薬品の使用の介助が福祉施設等において行われる場合には、看護職員によって実施されることが望ましく、また、その配置がある場合には、その指導の下で実施されるべきである。

注6 上記4は、切り傷、擦り傷、やけど等に対する応急手当を行うことを否定するものではない。

特別支援学校における医療的ケア実施体制について

特別支援学校（以下「学校」という。）における日常的・応急的手当（いわゆる「医療的ケア」）の対応に当たっては、次のような条件が整った学校で行うことが望ましい。

（１）学校における体制整備

① 学校長が最終的な責任を持って安全の確保のための体制の整備を行うため、学校長の統括の下で、養護教諭、実施教員等の関係者からなる校内委員会が設置されていること。

② 看護師資格のある者（以下「看護師」という。）が適正に配置され、幼児児童生徒（以下「児童生徒等」という。）に対する個別の医療環境に関与するだけでなく、上記校内委員会への参加など学校内の体制整備に看護師が関与することが確保されること。

③ 医療的ケアを学校が対応する場合は、保護者の理解及び同意が前提条件であること。

④ 医療的ケアが必要な児童生徒等については、主治医又は主治医の承認の下に学校が依頼した指導医（以下「主治医等」という。）による医療面の管理体制が整っていること。

⑤ 学校内には、対象となる児童生徒等がいる時間は看護師を１名以上常駐させること。

医療的ケアは看護師による対応を優先させることを原則とすること。

医療的ケアは、その性格上、対象となる児童生徒等の健康状態、医師等の健康診断の下に適切な医療的管理体制が必要となること。

⑥ 万一異常が生じた場合に、主治医等及び保護者との連絡を円滑に行うことができるようにすること。

⑦ 教員が日常的・応急的の手当を行う場合、当該行為は緊急時を除き、対象となる児童生徒等に限って認められたものであることを当該教員に対して認識させるとともに、非医療関係者が行うことにかんがみ、教員の十分な理解を得るようにする。

⑧ 医療的ケアを学校が看護師や教員に行わせることに関する保護者や主治医、その他外部の関係者とのやりとりは、校長名の文書で行うこと。

⑨ ヒヤリハット事例の蓄積・分析など、主治医等や看護師の参加の下で、定期的な実施体制の評価、検証を行うこと。

⑩ 緊急時の対応の手順があらかじめ定められ、その訓練が定期的なされていること。

⑪ 校内感染の予防等、安全・衛生面の管理に十分留意すること。

（２）地域における体制整備

① 医療機関、保健所、消防署等地域の関係機関との日頃からの連絡体制が整備されていること。

② 都道府県教育委員会等においては、総括的検討・管理が行われる体制の整備が継続的になされていること。

（３）主治医との関係

① 健康状況について十分把握できるよう、事前に主治医から対象となる児童生徒等に関する病状について説明を受けておくこと。

② 看護師が書面による必要な指示を主治医から受けていること。また、教員が日常的・応急的の手当を行う場合については、主治医がそのことを書面により同意していること。なお、定期的または適宜、主治医との間で当該児童生徒等に関して連絡を取り合うこと。

③ 事前に当該行為について、主治医から十分説明を受けていること。

④ 当該行為の結果について、主治医に定期的に報告すること。

⑤ 万一異常が認められた場合、主治医に速やかに連絡をとり、その指示の下に適切な対応をとること。

（４）保護者との関係

① 看護師及び教員による対応に当たっては、医療的ケアの実施を学校に依頼する旨の保護者からの申請を書面で提出させること。

② 前項の申請は、看護師及び教員の対応能力には限りがあることを学校が保護者に対して十分説明の上、保護者がこの点について正しく理解していることが前提であること。

③ 健康状況について十分把握できるよう、事前に保護者から対象となる児童生徒等に関する病状についての説明を受けておくこと。

④ 対象となる児童生徒等の病状について、当該児童生徒等が登校する日には、連絡帳等により、保護者との間で十分に連絡を取り合うこと。

⑤ 万一異常が認められた場合、保護者に速やかに連絡をとり、対応について相談すること。

- ⑥ 医療的ケアを学校が行うことについて、書面により対象となる児童生徒等の保護者の同意を得ていること。

(5) 事前の一般的研修

学校が日常的・応急的手当を教員に行わせるに当たっては、学校は当該教員に日常的・応急的手当のための一般的研修を受けさせること。その際、日常的・応急的手当の各行為についての一般的なマニュアルが作成され適宜更新されていること。なお、看護師も、必要に応じ、当該研修を受けるようにすること。

(6) 当該児童生徒等に係る日常的・応急的手当の研修

- ① 学校が教員に対して日常的・応急的手当を行わせるに当たっては、主治医等の行う当該児童生徒等に対する日常的・応急的手当の研修を、当該児童生徒等の保護者の立ち会いの上、受けさせること。なお、看護師も当該研修を受けること等により、当該児童生徒等の病状及び個別的な留意点の把握に努めること。
- ② ①の研修は、主治医等が、当該研修の結果当該教員が日常的・応急的手当を行うことが可能と判断した場合に、これを修了する。

- ③ 学校は、主治医等から、①の研修により研修を受けた教員が、日常的・応急的手当を行うことが適当であるかどうかの意見の提出を受けること。

- ④ ①の研修に際して、教員は、主治医等の指導の下、(5)の一般的なマニュアルに当該児童生徒等に関する留意点を加えた当該児童生徒等に係るマニュアルを作成し、主治医の承認を得ること。なお、マニュアルは、主治医等の判断により、チェックリストの形式をとることも認められること。

※ (5)及び(6)の具体的な研修内容については、別添を参考とすること。

(7) 医療的ケアの実施

看護師が対応する場合

- ① 看護師による対応に当たっては、看護師は、主治医から当該児童生徒等に関する書面による必要な指示を受けること。

- ② 保護者は、当該児童生徒等が登校する日には、その日の当該児童生徒等の病状及び医療的ケアを希望する旨記載した連絡帳を作成し、当該児童生徒等に持たせること。

- ③ 看護師は、②の連絡帳を当該児童生徒等の登校時に確認すること。

- ④ 看護師は、実施の際、特に気付いた点を連絡帳に記録すること。

- ⑤ ①の書面及び②の連絡帳は、学校に保管すること。

- ⑥ 看護師は主治医等に対して、連絡帳に基づいて定期的な報告を行うこと。
- ⑦ 万一異常があれば直ちに中止し、保護者及び主治医等に連絡し、必要な応急的措置をとること。

教員が日常的・応急的手当を看護師との連携の下に対応する場合

- ① 教員による日常的・応急的手当の実施に当たっては、看護師は、主治医から当該児童生徒等に関する書面による必要な指示を受け、看護師の具体的指示の下に進めること。

- ② 初めて教員が日常的・応急的手当を行う場合は、看護師が立会うこと。また、必要に応じあらかじめ看護師に相談し、又はその指導を求めること。

- ③ 保護者は、当該児童生徒等が登校する日には、その日の当該児童生徒等の病状及び日常的・応急的手当を希望する旨記載した連絡帳を作成し、当該児童生徒等に持たせること。

- ④ 教員は、③の連絡帳を当該児童生徒等の登校時に確認すること。連絡帳に保護者から病状に異常があると記載されている場合は、日常的・応急的手当を行う前に、看護師に相談すること。

- ⑤ 教員は、個別マニュアルに則して、日常的・応急的手当を実施するとともに、実施の際、特に気付いた点を連絡帳に記録すること。

- ⑥ ①の書面及び③の連絡帳は、学校に保管すること。

- ⑦ 教員は主治医等に対して、連絡帳に基づき定期的な報告を行うこと。

- ⑧ 万一異常があれば直ちに中止し、看護師の支援を求めるとともに、保護者及び主治医等に連絡し、必要な応急措置をとること。

(8) 主治医の定期的医学管理

保護者は、定期的に当該児童生徒等の主治医に診察させ、適切な指示を受けること。

【注意】この資料は、平成17年度「盲・聾・養護学校における医療的ケア実施体制整備事業」実施要項において示した実施体制整備のガイドラインである。

平成10年度から実施してきた「養護学校等における医療的ケアモデル事業」の成果を引き継ぎ、平成16年10月に厚生労働省医政局長通知において、一定の条件のもとに教員によるたんの吸引等への関与が許容されたことを踏まえて見直されたものである。

※1 原文は、盲・聾・養護学校

改訂版「特別支援学校看護師のためのガイドライン」

発行 日本小児看護学会 Japanese Society of Child Health Nursing
「特別支援学校に勤務する看護師の支援」プロジェクト
平成 22 年 3 月

連絡先 日本小児看護学会ホームページ：<http://jschn.umin.ac.jp/>
代表者連絡先： 〒671-0101 姫路市大塩町 2 0 4 2 - 2
近大姫路大学看護学部 勝田仁美
hitomi_katsuda@kindaihimeji-u.ac.jp

印刷 〒652-0874 神戸市兵庫区高松町 2 番 5 号
神戸カムテクノ株式会社

